

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ»**



ΚΩΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
Δρ. ΜΑΡΝΕΡΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ**

ΠΑΤΡΑ, 2020

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους όσους συνέβαλαν στη υλοποίηση.

Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Κο Μαρνέρα Χρήστο, για την άψογη συνεργασία και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής της πτυχιακής εργασίας.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και τους φίλους μου, για την ηθική συμπαράσταση που μου παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών.

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	5
Abstract	6
Εισαγωγή	7
Κεφάλαιο 1	9
Οι ψυχικές διαταραχές με αυτοκτονικό ιδεασμό	9
1.1 Διαταραχή πανικού και αγοραφοβία	10
1.2 Διπολική διαταραχή	12
1.3 Μετατραυματική διαταραχή στρες	13
1.4 Μείζων καταθλιπτική διαταραχή	15
1.5 Σχιζοφρένεια	18
1.6 Διαταραχή προσωπικότητας	19
1.7 Διαταραχές που συνδέονται με τη χρήση ουσιών	20
Κεφάλαιο 2	22
Η αυτοκτονικότητα	22
2.1 Ορισμός	23
2.2 Η πυραμίδα της αυτοκτονικότητας	24
2.3 Παράγοντες κινδύνου	26
2.4 Νευροβιολογικοί παράγοντες	31
2.5 Γενετικοί παράγοντες	32
2.6 Προειδοποιητικά σημάδια	33
Κεφάλαιο 3	35
Η διάγνωση και διαχείριση του αυτοκτονικού ιδεασμού	35
3.1 Ο τρόπος σκέψης του αυτοκτονικού ασθενούς	36
3.2 Η διάγνωση του αυτοκτονικού ασθενούς	37
3.3 Η πρόληψη ενός αυτοκτονικού ασθενούς	40
Κεφάλαιο 4	44
Θεραπευτική παρέμβαση στον αυτοκτονικό ιδεασμό	44
4.1 Βραχείες ψυχολογικές θεραπείες	45
4.2 Εντατική φροντίδα	47
4.3 Επείγουσα και έκτακτη ανάγκη	49
4.4 Φαρμακευτική παρέμβαση	50

4.5 Παρεμβάσεις με επίκεντρο την οικογένεια.....	52
4.6 Προτεινόμενο μοντέλο παρέμβασης.....	54
Κεφάλαιο 5	56
Νοσηλευτική διεργασία και νοσηλευτική παρέμβαση	56
5.1 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στον αυτοκτονικό ιδεασμό.....	57
5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του αυτοκτονικού ιδεασμού.....	58
5.3 Αυτοκτονικός σχεδιασμός και κρίση.....	60
5.4 Νοσηλευτική διεργασία 1	61
5.5 Νοσηλευτική διεργασία 2	62
Συμπεράσματα	65
Βιβλιογραφία	68
Ελληνόγλωσση.....	68
Ξενόγλωσση.....	70
Διαδικτυακές πηγές.....	71

Περίληψη

Εισαγωγή: Η αυτοκτονικότητα αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα για όλες σχεδόν τις κοινωνίες. Δεν πρόκειται για μια απλώς τυχαία πράξη, αλλά για μια ενέργεια που διαπράττει το άτομο προκειμένου να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα απελπισίας, μοναξιάς και ματαιοδοξίας που αντιμετωπίζει για τη ζωή του, αλλά και για προβλήματα που βιώνει. Λόγω ότι η αυτοκτονία επηρεάζει όχι μόνο το άτομο που τη διαπράττει αλλά και τους οικείους του, συντελεί στο να κατατάσσεται σε ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας.

Σκοπός: Στην παρούσα εργασία στόχος ήταν να αναπτυχθεί το ζήτημα του αυτοκτονικού ιδεασμού και ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια κρίσης.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων και ερευνών των τελευταίων χρόνων προκειμένου να αναπτυχθεί ο αυτοκτονικός ιδεασμός, οι παράγοντες που τον προκαλούν, τα σημάδια που συμβάλλουν στη διάγνωση, η θεραπευτική αντιμετώπιση και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας με ιδιαίτερη αναφορά στο ρόλο του νοσηλευτή.

Αποτελέσματα: Η αυτοκτονία δεν είναι επιλογή του ατόμου. Για να φτάσει το άτομο να προσπαθήσει να θέσει τέρμα στη ζωή του, έχει αναπτύξει αυτοκτονικές σκέψεις, οι οποίες πολλές φορές σε συνδυασμό με κάποια άλλη διαταραχή ψυχικής υγείας, μπορεί να αποβούν μοιραίες. Παράγοντες, όπως το οικογενειακό ιστορικό, δημογραφικοί παράγοντες και η προσωπικότητα του ατόμου, φαίνεται να επιδρούν στην ανάδειξη του αυτοκτονικού ιδεασμού.

Συμπεράσματα: Ο αυτοκτονικός ιδεασμός αποτελεί μια νοσηρή κατάσταση στην οποία τα άτομα αναπτύσσουν έντονες σκέψεις ότι δεν είναι ικανά, δεν μπορούν να επιλύσουν τα προβλήματά τους και ότι η ζωή είναι μάταιη γι' αυτούς, με αποτέλεσμα να αναπτύσσουν αυτοκτονική συμπεριφορά. Η αντιμετώπιση του αυτοκτονικού ιδεασμού είναι ζωτικής σημασίας. Ο καλύτερος τρόπος για την αντιμετώπισή του είναι η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του ασθενούς, με το ρόλο του νοσηλευτή να έχει ιδιαίτερη σημασία σε όλη τη διαδικασία.

Λέξεις – κλειδιά: αυτοκτονία, αυτοκτονικός ιδεασμός, ρόλος νοσηλευτή, ψυχική υγεία

Abstract

Introduction: Suicide is one of the major problems for almost all societies. It is not just an accidental act, but an act of the person to deal with the feelings of despair, loneliness and vanity that he faces for his life, but also of the problems he is experiencing. Because suicide affects not only the perpetrator but also his relatives, it contributes to one of the most important public health problems.

Purpose: The aim of this study was to develop the issue of suicidal ideation and the role of the nurse during a crisis.

Methodology: A literature review of recent articles and research has been conducted in order to develop suicidal ideation, the factors that cause it, the signs that contribute to the diagnosis, the treatment and the role of health professionals with particular reference to the role of the nurse.

Results: Suicide is not a person's choice. In order to try to put an end to his life, he has developed suicidal thoughts, which can sometimes be fatal in combination with some other mental health disorder. Factors, such as family history, demographic factors, and personality, appear to influence suicidal ideation.

Conclusions: Suicidal ideation is a morbid condition in which individuals develop intense thoughts that they are incapable, unable to solve their problems, and that life is futile for them, resulting in the development of suicidal behavior. Dealing with suicidal ideation is vital. The best way to deal with this is early diagnosis and treatment of the patient, with the role of the nurse being particularly important throughout the process.

Keywords: suicide, suicidal ideation, nurse role, mental health

Εισαγωγή

Η αυτοκτονία αποτελεί μια πράξη που αφορά όλα τα άτομα σε όλες τις κοινωνίες. Η επιλογή ενός ατόμου να προσπαθήσει να τερματίσει τη ζωή του αποτελεί σοβαρό ζήτημα δημόσιας υγείας. Από τη μια πλευρά, το άτομο χρειάζεται στήριξη και βοήθεια, καθώς μπορεί να υπάρχει κάποια διαταραχή της ψυχικής του υγείας, ενώ ίδιος αισθάνεται ότι δεν μπορεί και δεν είναι ικανός να αντιμετωπίσει τη ζωή του. Σε αυτή τη περίπτωση, θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη σημασία στον τρόπο συμπεριφοράς ενός ατόμου, αλλά και στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, έτσι ώστε να μπορεί να του παρασχεθεί έγκαιρα βοήθεια. Ο άνθρωπος που προσπαθεί να αυτοκτονήσει αισθάνεται απελπισμένος και η πράξη αυτή έχει νόημα για τον ίδιο. Από την άλλη πλευρά, η απόπειρα αυτοκτονίας, ή η αυτοκτονία ενός ατόμου αναμένεται να επηρεάσει συναισθηματικά, σωματικά, οικονομικά και άλλα άτομα που βρίσκονται στο περιβάλλον του, όπως είναι η οικογένεια και οι φίλοι. Μια από τις πιο δυσάρεστες επιπτώσεις της αυτοκτονίας, είναι η προσπάθεια μίμησης κάποιου από τους οικείους του, ιδίως μικρότερα παιδιά και έφηβους (Μπελεγρίνος, Ζάχαρης, & Φραδέλος, 2014).

Η αυτοκτονία αποτελεί πρόβλημα που χρήζει αντιμετώπισης για όλες τις κοινωνίες, καθώς παρατηρείται αυξανόμενο και δεδομένου ότι επηρεάζει τόσο την παιδική όσο και εφηβική ηλικία, η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή του αποκτούν ιδιαίτερη σημασία. Στη χώρα μας, ο δείκτης αυτοκτονιών είναι από τους χαμηλότερους στην Ευρώπη. Για να φτάσει ένα άτομο σε μια απόπειρα αυτοκτονίας, έχει αναπτύξει σκέψεις που σχετίζονται με το θάνατο και το ότι πρόκειται για τη μοναδική λύση στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Το άτομο που κάνει έντονες σκέψεις, συνήθως σχεδιάζει ένα πλάνο με το οποίο θα δώσει τέρμα στη ζωή του. Τόσο οι δυσάρεστες σκέψεις, όσο και το σχέδιο μέχρι την εκτέλεση της πράξης, αποτελούν τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Χρόνης, 2016).

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται το θέμα του αυτοκτονικού ιδεασμού και του ρόλου του νοσηλευτή στην αντιμετώπισή του και αποτελείται από πέντε επιμέρους κεφάλαια, τα οποία έχουν δομηθεί ως εξής: στο πρώτο κεφάλαιο έχουν αναπτυχθεί οι ψυχικές διαταραχές όπου υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για την παρουσίαση αυτοκτονικού ιδεασμού. Πρόκειται για τη διαταραχή πανικού, τη διπολική διαταραχή, τη μετατραυματική διαταραχή στρες, τη μείζων καταθλιπτική διαταραχή,

τη σχιζοφρένεια, τη διαταραχή προσωπικότητας και τις διαταραχές εξάρτησης από ουσίες.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναπτύσσεται η αυτοκτονικότητα. Συγκεκριμένα, ορίζεται η έννοια της αυτοκτονικότητας, περιγράφεται η πυραμίδα της αυτοκτονικότητας και στην συνέχεια αναλύονται οι παράγοντες κινδύνου και τα προειδοποιητικά σημάδια ότι ένα άτομο είναι αυτοκτονικός ασθενής.

Το τρίτο κεφάλαιο αναλύει το θέμα του αυτοκτονικού ιδεασμού. Ειδικότερα, περιγράφεται ο τρόπος σκέψης του αυτοκτονικού ασθενούς, η διάγνωση και η πρόληψη.

Στο τέταρτο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής εργασίας αναπτύσσεται η θεραπευτική παρέμβαση, η οποία περιλαμβάνει τόσο βραχείες συνεδρίες, όσο και μακροχρόνια σχέδια φροντίδας. Επιπλέον, παρουσιάζεται η προσέγγιση της οικογένειας και ένα προτεινόμενο μοντέλο παρέμβασης.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύεται ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα ο ρόλος του νοσηλευτή, σε άτομα με αυτοκτονικό ιδεασμό, ενώ στη συνέχεια, αναπτύσσονται δύο νοσηλευτικές διεργασίες.

Τέλος, ακολουθούν τα απαραίτητα από την πτυχιακή εργασία, συμπεράσματα.

Κεφάλαιο 1

Οι ψυχικές διαταραχές με αυτοκτονικό ιδεασμό



Στο κεφάλαιο που ακολουθεί παρουσιάζονται ορισμένες ψυχικές διαταραχές οι οποίες είναι πολύ πιθανό να συνδέονται με τις αυτοκτονικές τάσεις και την ύπαρξη θυμάτων από αυτοκτονία (Χρόνης, 2016).

1.1 Διαταραχή πανικού και αγοραφοβία

Σύμφωνα με το DSM – IV η διαταραχή πανικού ορίζεται ως μια διακριτή περίοδος όπου το άτομο παρουσιάζει έντονο φόβο ή δυσφορία κατά τη διάρκεια της οποίας διαγιγνώσκονται τουλάχιστον 4 συμπτώματα από τα ακόλουθα:

- ✓ Δυνατό χτύπημα της καρδιάς, επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού
- ✓ Εφίδρωση
- ✓ Έντονος τρόμος
- ✓ Πλάκωμα στο στήθος
- ✓ Αίσθημα πνιγμού
- ✓ Επιγαστρία δυσφορία, ή ναυτία
- ✓ Αίσθημα ζάλης και τάση λιποθυμίας
- ✓ Φόβος για επερχόμενο θάνατο
- ✓ Παισιθήσεις
- ✓ Ρίγη ή εξάψεις (Καλπάκογλου, 2013).

Οι διαταραχές πανικού μπορεί να εντάσσονται σε διαφορετικές κατηγορίες, ανάλογα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Όταν οι διαταραχές δεν εκδηλώνονται συχνά (λιγότερο από 1 φορά το μήνα) ή/και παρουσιάζονται με λιγότερα από 4 συμπτώματα, τότε πρόκειται για ήπια προσβολή (Χρόνης, 2016). Όταν υπάρχουν περισσότερα συμπτώματα τότε το άτομο έχει παρουσιάσει μέτρια προσβολή πανικού, ενώ όταν τα συμπτώματα είναι περισσότερα και οι προσβολές είναι περισσότερες από 8 μέσα σε ένα διάστημα ενός μηνός, τότε η διαταραχή χαρακτηρίζεται ως βαριά. Σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο, τα άτομα που πάσχουν από διαταραχή πανικού, είναι ευαίσθητα άτομα με εσωτερικά αισθήματα και έχουν την τάση να εμφανίζουν αυτά τα αισθήματα τη νύχτα, χωρίς να μπορούν να δώσουν κάποια ερμηνεία. Η παρερμηνεία των αισθημάτων μπορεί να έχει καταστροφικές συνέπειες για το ίδιο το άτομο, καθώς η ένταση και τα συμπτώματα αυξάνονται. Με βάση το ψυχοβιολογικό μοντέλο, η διαταραχή πανικού οφείλεται στην ύπαρξη καταστάσεων που μπορεί να

προκαλέσουν άγχος και κατά συνέπεια να δημιουργήσουν ψυχολογικές και βιολογικές αλληλεπιδράσεις που θα παράγουν κάποια προσβολή πανικού.

Από την άλλη πλευρά, η αγοραφοβία προσδιορίζεται μέσα από το άγχος που βιώνει ένα άτομο όταν βρίσκεται σε μέρη και καταστάσεις από τις οποίες δεν μπορεί να διαφύγει εύκολα, ή ακόμη και σε περιπτώσεις που μπορεί να αισθάνεται ότι δεν θα έχει βοήθεια σε περίπτωση πανικού. Ορισμένες χαρακτηριστικές περιπτώσεις όπου το άτομο εκδηλώνει αγοραφοβία είναι, η αδυναμία ύπαρξης σε πλήθος, η αδυναμία να στέκεται στην ουρά, το γεγονός ότι δεν μπορεί να ταξιδέψει μόνο του, δεν μπορεί να μπει σε μέσα μαζικής μεταφοράς, κ.λπ. Όπως και στην περίπτωση της διαταραχής πανικού, η αγοραφοβική διαταραχή διακρίνεται σε ήπια, μέτρια και βαριά μορφή. Στην ήπια μορφή, το άτομο έχει κάποια τάση να αποφεύγει για παράδειγμα τα ταξίδια, αλλά γενικότερα ο τρόπος ζωής του είναι φυσιολογικός. Στην μέτρια διαταραχή, η τάση του ατόμου να αποφύγει καταστάσεις που του προκαλούν φόβο, έχει αντίκτυπο στον τρόπο ζωής του, όπως για παράδειγμα μπορεί να το οδηγήσει στο να μην μπορεί να μετακινηθεί για πολλά χιλιόμετρα χωρίς να συνοδεύεται. Τέλος, στη βαριά μορφή, το άτομο δεν μπορεί να εγκαταλείψει ούτε το σπίτι του χωρίς να συνοδεύεται (Καλπάκογλου, 2013). Η διαταραχή πανικού μπορεί να παρουσιάζεται είτε με, είτε χωρίς αγοραφοβία. Μάλιστα, τις περισσότερες φορές η αγοραφοβία είναι επιλοκή της διαταραχής πανικού, ενώ υπάρχει περίπτωση να εμφανίζεται και χωρίς αυτή.

Για τη θεραπεία της διαταραχής πανικού είναι σημαντικό το άτομο να μπορεί να αντιληφθεί τα συμπτώματα της προσβολής και να αποδεχθεί ότι πρόκειται για μια βιολογική και ψυχολογική διεργασία. Ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και θεραπείας συμπεριφοράς φαίνεται ότι αρκούν για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Η αντιμετώπιση της αγοραφοβίας πραγματοποιείται μέσω θεραπείας συμπεριφοράς και κυρίως μέσα από την έκθεση του ατόμου σε ορισμένες καταστάσεις, όπως για παράδειγμα με κάτι που φοβάται (Ανωγειάκης, Καραγιαννίδου, & Παπαλιάγκας, 2001).

Η διαταραχή πανικού (με ή χωρίς αγοραφοβία), αποτελεί μία από τις διαταραχές της ψυχικής υγείας, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονικό ιδεασμό ή την αυτοκτονία. Σημειώνεται όμως, ότι ο αντίκτυπος των διαταραχών πανικού στις αυτοκτονικές τάσεις είναι μικρότερος συγκριτικά με διαταραχές όπως είναι η κατάθλιψη (Χρόνης, 2016). Η διαταραχή πανικού συνήθως ξεκινά από την εφηβεία και εξελίσσεται διαφορετικά σε κάθε άτομο. Στη χειρότερη περίπτωση τα άτομα με διαταραχές πανικού μπορεί να κάνουν κακό στον ίδιο τους τον εαυτό. Συνήθως, τα

άτομα που παρουσιάζουν διαταραχές πανικού και παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για αυτοκτονία, είναι άτομα που δεν έχουν ιδιαίτερες κοινωνικές συναναστροφές, αναφέρουν συχνά συναισθηματικά και σωματικά προβλήματα, αισθάνονται φόβο, και είναι επιρρεπείς στο αλκοόλ και τις καταχρήσεις.

1.2 Διπολική διαταραχή

Πρόκειται για μια από τις σοβαρότερες διαταραχές της ψυχικής υγείας. Η διπολική διαταραχή αποτελεί μια χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια, η οποία μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο όχι μόνο στον ίδιο τον ασθενή, αλλά και στην οικογένειά του και την ευρύτερη κοινωνία. Η κλινική εικόνα ενός ατόμου με διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται κυρίως από την εναλλαγή καταστάσεων μεταξύ ευθυμίας και κατάθλιψης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η διπολική διαταραχή μπορεί να προκαλέσει μέχρι και σε λειτουργική ανικανότητα στον ασθενή, ενώ βρίσκεται στην έκτη θέση σε παγκόσμιο επίπεδο, των αιτιών που μπορεί να προκαλέσουν αναπηρία σε ηλικίες μεταξύ 15 και 44 ετών. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, το ποσοστό των περιπτώσεων των ασθενών που εντάσσονται στο φάσμα της διπολικής διαταραχής ανέρχεται σε 5% επί του συνολικού πληθυσμού (Οικονόμου & Χαρίτση, 2017).

Για την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής χρησιμοποιείται τόσο η φαρμακευτική αγωγή, όσο και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Παρόλο που στην οξεία φάση της ασθένειας η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να χαρακτηριστεί αποτελεσματική, δεν μπορεί να διασφαλιστεί η σταθεροποίηση του ασθενούς και η αποφυγή υποτροπής. Η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται από μανιακά – καταθλιπτικά επεισόδια. Όταν η διαταραχή είναι σε οξεία φάση, χρησιμοποιούνται αντιψυχωσικά, ενώ σε πιο βαριές περιπτώσεις όπως είναι η κατάθλιψη της διπολικής διαταραχής χρησιμοποιούνται τα αντικαταθλιπτικά. Για την πρόληψη της έξαρσης της νόσου χρησιμοποιούνται αντιεπιληπτικά, καθώς και άλατα λιθίου. Σημειώνεται ότι, τα αντιεπιληπτικά και άλατα λιθίου έχουν αποτελεσματική δράση και όταν λαμβάνονται στην οξεία φάση της διπολικής διαταραχής (Μαρσέλος, 2006).

Σχετικά με την θεραπευτική αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής, έχει διαπιστωθεί ότι συνήθως τα συμπτώματα παραμένουν για τους ασθενείς. Κατά τη διάρκεια της ζωής τους, οι ασθενείς θα εμφανίσουν ένα ποσοστό 20% με εξάρσεις της

διαταραχής. Η ύπαρξη ήπιων συμπτωμάτων με μικρό χρονικό διάστημα διαπιστώνεται σε ένα ποσοστό 25% - 33% των διπολικών ασθενών, ενώ για ένα ποσοστό 48% περίπου η συμπτωματολογία της νόσου ήταν ενεργή κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Σημειώνεται επίσης ότι, σε ποσοστό 26 με 28% οι ασθενείς παρουσιάζουν κακή πορεία της νόσου με ιδιαίτερα αυξημένη συμπτωματολογία και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Οικονόμου & Χαρίτση, 2017).

Όσον αφορά τη συσχέτιση της διπολικής διαταραχής με την αυτοκτονία, έχει διαπιστωθεί ότι αποτελεί μια από τις σημαντικές αιτίες που μπορεί να οδηγήσουν σε αυτοκτονικές πράξεις, καθώς σε ποσοστό 19% η κύρια αιτία θανάτου των ασθενών με διπολική διαταραχή ήταν η αυτοκτονία (Οικονόμου & Χαρίτση, 2017). Μάλιστα, σε ποσοστό 20 – 25% οι ασθενείς που προβαίνουν σε απόπειρες αυτοκτονίας βρίσκονται στο στάδιο της κατάθλιψης. Οι ασθενείς που σκέφτονται να κάνουν κάποια απόπειρα αυτοκτονίας, παρουσιάζουν κάποια συμπτώματα όπως είναι τα εξής:

- Αίσθημα ότι ο ίδιος ο ασθενής αποτελεί εμπόδιο στις ζωές των γύρω του (οικογένεια και φίλους).
- Απελπισία, καθώς ο ασθενής αισθάνεται ότι δεν υπάρχει ελπίδα και τα βλέπει όλα μαύρα.
- Επιθυμία θανάτου, την οποία ο ασθενής θεωρεί ως λύτρωση.
- Αίσθημα ότι κανείς δεν μπορεί να τον βοηθήσει.
- Απομόνωση.
- Κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών.
- Περίεργη συμπεριφορά, όπως η δωρεά πολύτιμων αντικειμένων και η σύνταξη διαθήκης.

Τέλος, να σημειώσουμε ότι μετά τη μανιακή φάση ακολουθεί μια περίοδος νορμοθυμίας όπου ο ασθενής φαίνεται φυσιολογικός. Η περίοδος αυτή διαρκεί μέχρι να εμφανιστούν πάλι τα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, 2013).

1.3 Μετατραυματική διαταραχή στρες

Η μετατραυματική διαταραχή στρες οφείλεται σε ένα τραυματικό γεγονός το οποίο επηρεάζει ψυχολογικά ένα άτομο. Το τραυματικό γεγονός μπορεί να αναφέρεται σε οποιαδήποτε κατάσταση η οποία δημιουργεί αίσθημα φόβου σε κάποιο άτομο.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα τραυματικών γεγονότων που μπορεί να προκαλέσουν την εν λόγω διαταραχή είναι ένα εργατικό ατύχημα, ένα τροχαίο ατύχημα, ένας σεισμός, η ληστεία, μια φυσική καταστροφή, η έκθεση στη βία, ο αιφνίδιος θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, κ.λπ. Έχει παρατηρηθεί ότι οι περισσότεροι άνθρωποι βιώνουν ένα τραυματικό γεγονός κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Στην πραγματικότητα, τα γεγονότα αυτά αποτελούν κτίσεις τις οποίες βιώνει ένα ή περισσότερα άτομα (Creamer, 2019). Μετά από ένα τραυματικό γεγονός πολλοί άνθρωποι είναι σε θέση να αναρρώσουν και να ξεπεράσουν την ψυχολογική επίδραση, κυρίως μέσα από την υποστήριξη που λαμβάνουν από την οικογένειά τους και τους φίλους.

Παρόλ' αυτά, υπάρχουν περιπτώσεις που ένα τραυματικό γεγονός μπορεί να προκαλέσει βαθύ συναισθηματικό πόνο, σύγχυση, ή μετατραυματικό στρες, ακόμη και αρκετό καιρό μετά την πραγματοποίηση του συμβάντος. Το μετατραυματικό στρες μπορεί να οριστεί ως την ψυχολογική αντίδραση σε ένα πολύ στρεσογόνο παράγοντα που θεωρείται απειλητικός για τη σωματική ακεραιότητα. Το μετατραυματικό στρες αποτελεί μια από τις διαταραχές της ψυχικής υγείας, η οποία μπορεί να έχει εκτεταμένη χρονική διάρκεια και να οδηγήσει το άτομο μέχρι την κατάθλιψη τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Κυπραίου, 2020).

Προκειμένου ένα άτομο να θεωρηθεί ότι πάσχει από διαταραχή μετατραυματικού στρες θα πρέπει να εμφανίζει συγκεκριμένα συμπτώματα για διάστημα μεγαλύτερο από έναν μήνα. Σύμφωνα με το διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM – V, τα συμπτώματα ενός ασθενούς με τη συγκεκριμένη διαταραχή, διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες, οι οποίες είναι οι ακόλουθες (Κυπραίου, 2020):

- α. Συμπτώματα αποφυγής, όπως για παράδειγμα η αποφυγή συγκεκριμένων καταστάσεων, περιοχών ή ακόμη και ήχων που θυμίζουν κάποιο γεγονός και προκαλούν άγχος, κατάθλιψη και ενοχή.
- β. Συμπτώματα επαναβίωσης όπως είναι οι εφιάλτες, η αναδρομή στο παρελθόν και οι ανησυχητικές σκέψεις.
- γ. Συμπτώματα υπερδιέγερσης, όπως για παράδειγμα είναι ο θυμός, η ευερεθιστότητα, οι διαταραχές ύπνου, η επιθετική συμπεριφορά και ο αυτοτραυματισμός.
- δ. Συμπτώματα αρνητικής διάθεσης και σκέψης. Στη συγκεκριμένη κατηγορία εντάσσονται συμπτώματα όπως η δυσκολία του ατόμου να θυμάται λεπτομέρειες από ένα τραυματικό γεγονός, η αλλαγή στη συμπεριφορά μετά

από κάποιο συμβάν, καθώς και η απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που του άρεσαν στο παρελθόν (Κυπραίου, 2020).

Γενικότερα, τα άτομα που έχουν εκτεθεί σε ένα τραυματικό γεγονός μπορεί να παρουσιάσουν διάφορες αντιδράσεις οι οποίες στην αρχή μπορεί να φαίνονται φυσιολογικές, αλλά όταν διατηρούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα, τότε μπορεί να συνηγορούν στην ύπαρξη διαταραχής μετατραυματικού στρες. Στις αντιδράσεις αυτές περιλαμβάνονται οι συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως το σοκ, το μούδιασμα, ο φόβος, λύπη, ο θυμός, κ.λπ. Επιπλέον, μπορεί να παρατηρηθούν γνωστικές και σωματικές αντιδράσεις. Στην πρώτη περίπτωση το άτομο μπορεί να παρουσιάσει σύγχυση, αποπροσανατολισμό, δυσκολία συγκέντρωσης, διαταραχή μνήμης, αποπροσωποποίηση, κ.λπ., ενώ στη δεύτερη περίπτωση, μεταξύ των σημαντικότερων αντιδράσεων συγκαταλέγονται η ένταση, η κούραση, η εξάντληση, η υπνηλία, η αϋπνία, η διαταραχή της όρεξης και η μειωμένη σεξουαλική επιθυμία. Τέλος, η ύπαρξη ενός τραυματικού γεγονότος μπορεί να έχει αντίκτυπο και στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου, καθώς υπάρχει πιθανότητα να αυξηθούν οι συγκρούσεις, να παρατηρηθεί κοινωνική απόσυρση, αποξένωση του ατόμου, αίσθημα απόρριψης και έλλειψη εμπιστοσύνης (Μαυροειδή & Παυλάτου, χ.η.).

Η αντιμετώπιση της συγκεκριμένης διαταραχής γίνεται κατά κύριο λόγο με τη ψυχοθεραπεία. Ο ασθενής λαμβάνει φροντίδα από ένα ψυχοθεραπευτή, με στόχο το άτομο να μπορεί να κατανοήσει τα συναισθήματά του από το τραυματικό γεγονός, αλλά και να αναπτύξει τρόπους ώστε να αισθάνεται ασφαλής και να διαχειρίζεται αποτελεσματικά τα συναισθήματα και τις σκέψεις του από το συμβάν που προκάλεσε το μετατραυματικό στρες (Κυπραίου, 2020). Σε περίπτωση που η διαταραχή συνοδεύεται από κατάθλιψη, υπερκόπωση ή/και αγχώδη διαταραχή, τότε η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση συνοδεύεται με τη φαρμακευτική αγωγή.

1.4 Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή ή αλλιώς, μείζων κατάθλιψη αποτελεί μια από τις σοβαρότερες διαταραχές της ψυχικής υγείας, η οποία συνδέεται με καταθλιπτικά επεισόδια. Η κατάθλιψη αποτελεί ένα έντονο και βαθύ συναίσθημα. Παρόλο που οι καταστάσεις της θλίψης, της κατάθλιψης ως ένα μεμονωμένο γεγονός και της κατάθλιψης ως διαταραχή πολλές φορές δεν μπορούν να διακριθούν, η

κατάθλιψη σχετίζεται με το συναίσθημα της θλίψης αλλά σε μια βαριά μορφή η οποία συνδέεται με άλλα συμπτώματα και επηρεάζει τη λειτουργικά του ατόμου. Η κατάθλιψη ως διαταραχή αποτελεί μια κατάσταση που διαρκεί εβδομάδες και συνοδεύεται από συμπτώματα έντονου πόνου, θλίψης, με αποτέλεσμα ένα άτομο να μην μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες της καθημερινότητάς του. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί μια ψυχική νόσο η οποία χρειάζεται ειδική θεραπεία προκειμένου ένα άτομο που πάσχει να ξαναγίνει υγιή (Γούσης, 2020).

Μεταξύ των κυριότερων συμπτωμάτων που παρουσιάζει ένα άτομο με μείζων κατάθλιψη, περιλαμβάνονται τα δύο πρώτα, καθώς και τέσσερα ακόμη συμπτώματα από τα ακόλουθα:

- ❖ Καταθλιπτική διάθεση: το άτομο παρουσιάζει μια πεσμένη διάθεση ενώ παράλληλα κυριαρχούν αισθήματα απελπισίας, ματαιότητας, αντίληψη ότι ο κόσμος είναι μαύρος, καθώς και αδυναμία του ατόμου να αισθανθεί χαρούμενο όταν συμβαίνει κάποιο ευχάριστο γεγονός. Πολλές φορές το άτομο μπορεί να είναι ευερέθιστο, καθώς και να έχει επιθετική συμπεριφορά χωρίς να είναι φυσιολογικό με βάση την κατάσταση που την προκάλεσε.
- ❖ Απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης για δραστηριότητες που έκανε το άτομο στο παρελθόν. Πράγματα και δραστηριότητες που τις θεωρούσε ευχάριστες, αντιμετωπίζονται πλέον ως μάταιες και αδιάφορες (Κυπραίου, 2020).
- ❖ Διαταραχή ύπνου: παρόλο που το άτομο βρίσκεται αρκετές ώρες της ημέρας στο κρεβάτι, οι ώρες τις οποίες κοιμάται είναι ελάχιστες.
- ❖ Διαταραχή όρεξης, όπου το άτομο μειώνει σταδιακά την όρεξή του για φαγητό με αποτέλεσμα να χάνει βάρος, ενώ σε επόμενο στάδιο το άτομο δεν αισθάνεται καμία γεύση κατά την τροφή. Πέρα από την μείωση της όρεξης, είναι πιθανό το άτομο να παρουσιάσει συμπτώματα στο άλλο άκρο, δηλαδή να τρώει υπερβολικά και να σημειωθεί απότομη αύξηση του βάρους του (Γούσης, 2020).
- ❖ Διέγερση: σε ορισμένες περιπτώσεις το άτομο μπορεί να είναι ιδιαίτερα κινητικό, χωρίς ωστόσο να υπάρχει κάποιος λόγος. Για παράδειγμα, μπορεί να περπατά σε ένα χώρο συνεχώς πάνω – κάτω ή/και να σφίγγει και να ξεσφίγγει διαρκώς τα χέρια του.
- ❖ Ανησυχία, για ότι συμβαίνει γύρω του και το πως θα χειριστεί τις καταστάσεις.
- ❖ Αυξημένη κόπωση: λόγω της μείωσης της κινητικότητας του ατόμου, όλες οι κινήσεις πραγματοποιούνται με αργό ρυθμό και ιδιαίτερο κόπο. Ο βηματισμός

του ατόμου είναι βραδύς, τα αντανακλαστικά του είναι νωθρά, ενώ παράλληλα το άτομο μιλάει ελάχιστα και η στάση του σώματός του είναι σκυφτή.

- ❖ Δυσκολία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων, η οποία οφείλεται στην επιβράδυνση της σκέψης και την εξασθένηση της προσοχής και της μνήμης.
- ❖ Χαμηλή αυτοεκτίμηση και ενοχές, τα οποία συνδέονται με την αίσθηση του ατόμου ότι δεν μπορεί να καταστεί ικανό και αποτελεσματικό, ούτε να κάνει πράγματα που έκανε στο παρελθόν.
- ❖ Εμμονή με το θάνατο, καθώς το άτομο αναφέρεται συνεχώς στην ματαιότητα της ύπαρξής του.

Σημειώνεται ότι, για να διαγνωστεί ένα άτομο με μείζων κατάθλιψη θα πρέπει τα συμπτώματα που περιγράφηκαν παραπάνω να έχουν διάρκεια μεγαλύτερη από δύο εβδομάδες (Γούσης, 2020).

Όσον αφορά την αιτιολογία της μείζων καταθλιπτικής διαταραχής, δεν έχει προσδιοριστεί κάποιος συγκεκριμένος παράγοντας που να φαίνεται ότι προκαλεί την εμφάνιση της διαταραχής. Ωστόσο, η επιστημονική έρευνα προσανατολίζεται σε γενετικούς παράγοντες, όπως είναι οι διαταραχές στη λειτουργία των ορμονικών και χημικών οδών μέσω των οποίων επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου, καθώς αυτές σχετίζονται με τον τρόπο που ένα άτομο αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει τον κόσμο και το μέλλον. Η γενετική συγκρότηση των ατόμων επηρεάζει την πιθανότητα εμφάνισης της εν λόγω διαταραχής, καθώς άτομα που είναι πιο ευάλωτα, είναι πιθανότερο να μην καταφέρουν να αντιδράσουν σε δύσκολες και αντίξοες καταστάσεις που μπορεί να τους παρουσιαστούν.

Έχει διαπιστωθεί ότι ένα ποσοστό 17% του πληθυσμού εμφανίζει μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Μάλιστα, οι γυναίκες έχουν διπλάσια πιθανότητα εμφάνισης της διαταραχής, συγκριτικά με τους άνδρες. Η έναρξη της συγκεκριμένης διαταραχής υπολογίζεται περίπου στην ηλικία των 30 ετών, ενώ υπάρχει πιθανότητα τα πρώτα επεισόδια να παρουσιαστούν και κατά το στάδιο την εφηβείας ενός ατόμου. Σημειώνεται ότι, το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, τα σοβαρά γεγονότα που συμβαίνουν κατά την παιδική ηλικία και η ύπαρξη άλλων αγχωδών διαταραχών, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική υγεία ενός ατόμου και να προκαλέσουν μείζων καταθλιπτική διαταραχή (Γούσης, 2020).

Η θεραπεία της μείζων καταθλιπτικής διαταραχής περιλαμβάνει τόσο την ψυχοθεραπεία, όσο και τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής (Κυπραίους, 2020). Η ψυχοθεραπεία πραγματοποιείται σε κάθε φάση ή βαρύτητα της διαταραχής. Μπορεί να

αντικαταστήσει την φαρμακευτική αγωγή σε περίπτωση όπου η διαταραχή χαρακτηρίζεται ήπια, καθώς σε αρχικό στάδιο η κατάθλιψη μπορεί να είναι αντιμετωπίσιμη. Από την άλλη πλευρά, όταν η κατάθλιψη θεωρείται βαριά, είναι απαραίτητο η θεραπευτική αντιμετώπιση να περιλαμβάνει και φαρμακευτική αγωγή. Η φαρμακευτική αγωγή αποτελείται από αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Γενικότερα, ένα άτομο με μείζων καταθλιπτική διαταραχή αισθάνεται ανήμπορο να ανταπεξέλθει στην καθημερινότητά του, αναποτελεσματικό και βάρος απέναντι στους άλλους. Με το πέρασμα των εβδομάδων και όσο η κατάθλιψη γίνεται μεγαλύτερη, ο πάσχων μπορεί να παρουσιάσει παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή ακόμη και να ακούσει φωνές που τον υποτιμούν. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την αυτοκτονικότητα. Το άτομο αισθάνεται ότι ο θάνατος αποτελεί τη μοναδική διέξοδο στον ψυχικό πόνο που βιώνει και πολλές φορές προβαίνει σε πράξεις αυτοκτονίας (Γούσης, 2020).

1.5 Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια από τις σοβαρότερες διαταραχές ψυχικής υγείας, η οποία μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς ενός ατόμου, με αποτέλεσμα να τον οδηγήσει μέχρι και την αυτοκτονία. Ένα άτομο με σχιζοφρένεια αντιμετωπίζει πρόβλημα με την σωστή λειτουργία του εγκεφάλου του. Η εσωτερική με την εξωτερική αντίληψη της πραγματικότητας διαφέρουν σημαντικά για το άτομο, με αποτέλεσμα τα ερεθίσματα από το εξωτερικό περιβάλλον να μεταφράζονται με διαφορετικό τρόπο και έτσι να υπάρχει κίνδυνος το άτομο να προβεί σε πράξεις οι οποίες θα είναι επιβλαβείς ακόμη και για τον ίδιο του τον εαυτό (Βαρτζόπουλος, Διαλλινά, Μαλαγάρης, κ.α., 2002).

Η εμφάνιση της σχιζοφρένειας μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως είναι οι γενετικοί παράγοντες, η κληρονομικότητα, το περιβάλλον που βιώνει ένα άτομο, η ύπαρξη στρεσογόνων καταστάσεων, η κατάχρηση ουσιών, ή ακόμη και προγεννητικοί παράγοντες, όπως χαρακτηριστικά είναι το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ή κάποια μόλυνση.

Παρά τα κοινά συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάσουν οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, όπως είναι οι εμμονές, το άγχος, η κατάθλιψη και η επιθετική

συμπεριφορά, η σχιζοφρένεια διακρίνεται σε επιμέρους κατηγορίες, με βάση τα επιμέρους συμπτώματα που παρατηρούνται. Οι κατηγορίες αυτές είναι οι εξής:

- Παρανοϊκός τύπος: στην προκειμένη περίπτωση, το άτομο παρουσιάζει παραληρητικές ιδέες, ενώ έχει συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις. Ασθενείς που έχουν παρανοϊκό τύπο σχιζοφρένειας, συνήθως είναι καχύποπτοι και επιφυλακτικοί ενώ μπορεί να έχουν και επιθετική συμπεριφορά.
- Αποδιοργανωμένος τύπος: τα συμπτώματα που παρουσιάζονται στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι ο αποδιοργανωμένος λόγος και συμπεριφορά, αλλά και η απουσία συναισθημάτων.
- Κατατονικός τύπος: πρόκειται για ένα σπανιότερο τύπο σχιζοφρένειας, όπου το άτομο έχει υπερβολικά αρνητική διάθεση, παρουσιάζει αλλόκοτη στάση, έχει έλλειψη κινήτρων, ενώ υπάρχει και έντονη κινητικότητα.
- Αδιαφοροποίητος τύπος: ο συγκεκριμένος τύπος συνδυάζει χαρακτηριστικά από τον παρανοϊκό και τον αποδιοργανωμένο τύπο.
- Υπολειμματικός τύπος: τα αρνητικά συναισθήματα κυριαρχούν στη συγκεκριμένη περίπτωση, ενώ χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι στον υπολειμματικό τύπο, τα άτομα δεν έχουν ούτε παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις, ούτε αποδιοργανωμένο λόγο και συμπεριφορά (Kaplan, Sadock & Grebb, 2000).

1.6 Διαταραχή προσωπικότητας

Τα άτομα που αντιμετωπίζουν διαταραχή προσωπικότητας συνήθως επικοινωνούν και συμπεριφέρονται σε άλλα άτομα, με διαφορετικό τρόπο σε σχέση με τους φυσιολογικούς ανθρώπους. Παρόλο που διαφέρει ο τρόπος που αντιμετωπίζει ένα άτομο τη συγκεκριμένη διαταραχή, κατά κύριο λόγο τα άτομα με διαταραχή προσωπικότητας αισθάνονται άβολα τόσο με τον εαυτό τους, όσο και με τον περίγυρό τους. Οι διαταραχές προσωπικότητας ξεκινούν κυρίως στο στάδιο της πρώιμης ενηλικίωσης ή την εφηβεία και έχουν ως συνηθέστερες αιτίες κάποιο βίαιο γεγονός, όπως είναι η σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία (Ballon, 2003).

Σύμφωνα με το διαγνωστικό εργαλείο DSM – V, οι διαταραχές προσωπικότητας διακρίνονται σε επιμέρους κατηγορίες, ανάλογα με τα συμπτώματα

που εμφανίζει ο ασθενής (Ballon, 2003). Οι κυριότερες κατηγορίες, είναι οι εξής (ONMED.gr, 2013).:

- α. Ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας: στη συγκεκριμένη περίπτωση το άτομο είναι υπερβολικά αφοσιωμένο στην εργασία του και λειτουργεί κάτω από αυστηρούς κανόνες. Παράλληλα δίνει πολύ μεγάλη βαρύτητα στην οργάνωση και την τάξη του χώρου. Επίσης, στην ψυχαναγκαστική διαταραχή, το άτομο είναι υπερβολικά ευσυνείδητο σε θέματα ηθικής, ενώ διακρίνεται και από ισχυρογνωμοσύνη.
- β. Σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας: τα συμπτώματα ενός ατόμου με τη συγκεκριμένη διαταραχή είναι η ιδιόρρυθμη σκέψη και αντίληψη, καθώς και η εικόνα ενός ατόμου που είναι απομονωμένο από τον κοινωνικό περίγυρο.
- γ. Σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας: στην προκειμένη περίπτωση το άτομο δεν έχει τη διάθεση να δημιουργήσει σχέσεις με άλλους ανθρώπους, ενώ η συμπεριφορά του είναι εκκεντρική.
- δ. Παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας: η εν λόγω διαταραχή χαρακτηρίζεται από την έντονη καχυποψία και δυσπιστία του ατόμου απέναντι στους άλλους, καθώς και στο γεγονός ότι πιστεύει πως οι γύρω του έχουν κακόβουλα κίνητρα.
- ε. Μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας: στη συγκεκριμένη περίπτωση το άτομο παρουσιάζει αστάθεια στις διαπροσωπικές του σχέσεις, εναλλαγές στην εικόνα που έχει για τον εαυτό του, στην συναισθηματική του κατάσταση, κ.λπ.
- στ. Ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας: χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι, το άτομο εκδηλώνει έντονα την επιθυμία του για θαυμασμό.
- ζ. Εξαρτημένη διαταραχή προσωπικότητας: στην προκειμένη περίπτωση, το άτομο αισθάνεται έντονη ανάγκη να το φροντίσουν οι άλλοι, γεγονός που οδηγεί σε σχέσεις εξάρτησης και φόβου αποχωρισμού από τους άλλους (ONMED.gr, 2013).

1.7 Διαταραχές που συνδέονται με τη χρήση ουσιών

Η εξάρτηση και η κατάχρηση ουσιών όπως είναι το αλκοόλ, τα φάρμακα και οι ναρκωτικές ουσίες, αποτελούν τις διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών. Σημειώνεται ότι, οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν το αλκοόλ και λοιπές ουσίες δεν

σημαίνει απαραίτητα ότι διατρέχουν κίνδυνο της ψυχικής υγείας. Η συστηματική χρήση των συγκεκριμένων ουσιών μπορεί να προκαλέσει την εξάρτηση από αυτές και την πιθανότητα εμφάνισης κάποιας διαταραχής της ψυχικής υγείας. Σε πολλές περιπτώσεις, οι διαταραχές χρήσης ουσιών συνδέονται και με άλλες διαταραχές της ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, τα άτομα που βιώνουν αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, διαταραχές συμπεριφοράς, κ.λπ., έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν εξάρτηση από κάποια ουσία. Το αλκοόλ, τα φάρμακα, ή ακόμη και οι ναρκωτικές ουσίες αντιμετωπίζονται από τα άτομα που βιώνουν δυσάρεστες καταστάσεις, ως μέσο για να αισθανθούν καλύτερα και να τα βοηθήσουν να ανταπεξέλθουν στην πραγματικότητα.

Στην πραγματικότητα όμως, δεν συμβαίνει κάτι τέτοιο. Η κατάχρηση ουσιών όχι μόνο δεν βοηθά ένα άτομο να αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα που έχει, αλλά συμβάλλει στο να το κρύψει, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να το αντιμετωπίσει. Ορισμένα φάρμακα όπως για παράδειγμα τα ηρεμιστικά, ή ακόμη και το αλκοόλ, χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν τους ανθρώπους να κοιμηθούν ή να αισθάνονται λιγότερο ανήσυχοι. Επιπλέον, υπάρχουν και κάποια διεγερτικά τα οποία αποσκοπούν στο να κάνουν τους ανθρώπους να αισθάνονται ότι έχουν περισσότερη ενέργεια, ενώ τέλος, στις καταχρηστικές ουσίες εντάσσονται και οι ναρκωτικές ουσίες, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν έναν ασθενή σε κατάθλιψη, άγχος ή ψύχωση (π.χ. σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή).

Όπως συμβαίνει και με τις υπόλοιπες διαταραχές της ψυχικής υγείας, έτσι και στην περίπτωση της κατάχρησης ουσιών, επηρεάζεται ο τρόπος σκέψης του ατόμου, ο τρόπος με τον οποίο ερμηνεύει την πραγματικότητα, καθώς επίσης και ο τρόπος συμπεριφοράς του και οι διαπροσωπικές του σχέσεις (Ballon, 2003). Τέλος, να σημειώσουμε ότι, οι διαταραχές που συνδέονται με τη χρήση ουσιών, διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες, οι οποίες είναι η ήπια, η μέτρια και η σοβαρή διαταραχή (Χατζιδάκης, 2015).

Τόσο οι διαταραχές που συνδέονται με τις ουσίες, όσο και οι διαταραχές προσωπικότητας που αναφέρθηκαν προηγουμένως, αποτελούν διαταραχές ψυχικής υγείας οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς των ασθενών. Κάτι τέτοιο έχει σαν αποτέλεσμα πολλές φορές το άτομο να κάνει σκέψεις ματαιοδοξίας, αλλά και να διενεργεί με πράξεις που μπορεί να έχουν αντίκτυπο στην ίδια του τη ζωή, όπως χαρακτηριστικά είναι η αυτοκτονία.

Κεφάλαιο 2
Η αυτοκτονικότητα



2.1 Ορισμός

Η έννοια της αυτοκτονίας προσδιορίζει μια πράξη κατά την οποία ένα άτομο θέτει τέρμα στη ζωή του, καθώς θεωρεί ότι η συγκεκριμένη πράξη είναι η μοναδική λύση στην αντιμετώπιση του ψυχικού πόνου που βιώνει. Η λέξη αυτοκτονία είναι σύνθετη και προέρχεται από τις λέξεις αυτό και κτονία. Η αυτοκτονία αποτελεί μια εκούσια ενέργεια του ατόμου, εναντίον του ίδιου του εαυτού (Χρόνης, 2016).

Η έννοια της αυτοκτονίας συνδέεται με τις έννοιες του αυτοκτονικού ιδεασμού και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Και οι δύο έννοιες αποτελούν τις βασικές υποκατηγορίες της αυτοκτονικότητας, σύμφωνα με διαγνωστικό εργαλείο ψυχικών διαταραχών DSM – IV. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός σχετίζεται με τις σκέψεις που κάνει ένα άτομο για να θέσει τέλος στη ζωή του, οι οποίες αναφέρονται τόσο στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, όσο στο σχεδιασμό πράξεων. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να συνδυάζεται με ή χωρίς πρόθεση για θάνατο. Από την άλλη πλευρά, η αυτοκτονική συμπεριφορά ορίζεται ως μια κατάσταση όπου το άτομο έχει ως σκοπό να δώσει τέλος στη ζωή του. Στην αυτοκτονική συμπεριφορά περιλαμβάνονται οι αποτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίας, αλλά και οι αυτοκτονίες, οι οποίες ολοκληρώνουν το στόχο του. Στο σημείο αυτό να σημειώσουμε ότι, η αυτοκτονική συμπεριφορά συγγέεται και με τον αυτοτραυματισμό. Ωστόσο, πρόκειται για διαφορετικές πράξεις, καθώς ο αυτοτραυματισμός δεν έχει ως στόχο να τερματίσει τη ζωή ενός ατόμου, αλλά να τον ανακουφίσει από δυσάρεστα συναισθήματα. Παρόλα αυτά, έχει διαπιστωθεί ότι, οι αυτοτραυματισμοί αποτελούν πρόδρομο των αυτοκτονικών συμπεριφορών (Χρόνης, 2016).

Η αυτοκτονία αποτελούσε λύση για τη διαφυγή από τον έντονο ψυχικό πόνο, σε όλες τις ανθρώπινες κοινωνίες και από την αρχαία κίόλας Ελλάδα. Όταν οι άνθρωποι ανέμεναν περαιτέρω βάσανα, ή δυσφήμιση, η αυτοκτονία αποτελούσε μια λύση προσωπικής ελευθερίας όπου το άτομο θα μπορέσει να διατηρήσει την εντιμότητά του. Μάλιστα, στην αρχαία Ελλάδα η αυτοκτονία μπορεί να σήμαινε αυτοθυσία για τους Έλληνες όταν αυτή γινόταν προκειμένου να διατηρηθούν τα ιδεώδη και οι αξίες των ανθρώπων. Συμπεραίνεται λοιπόν ότι, η αυτοκτονία ανάλογα με τους λόγους για τους οποίους μπορεί να συνέβαινε αποτελούσε πότε πράξη δειλίας και πότε ηρωική πράξη για την κοινωνία (Μπελεγρίνος, Ζάχαρης, & Φραδέλος, 2014).

2.2 Η πυραμίδα της αυτοκτονικότητας

Η αυτοκτονία αποτελεί μια διαδικασία η οποία ξεκινάει από απλές ευχές ή ιδέες θανάτου, μέχρι να καταλήξει σε πράξεις που μπορεί να είναι θανάσιμες. Στη συνέχεια της παρούσας ενότητας παρουσιάζεται η αυτοκτονικότητα μέσα από μια πυραμιδοειδή διαδικασία.



Εικόνα 2.1 Η πυραμίδα της αυτοκτονικότητας

Στη βάση της πυραμίδας βρίσκονται απλές σκέψεις ή ευχές για το θάνατο, οι οποίες ωστόσο είναι φευγαλέες. Σημειώνεται ότι, απλές σκέψεις για το θάνατο εμφανίζονται περιστασιακά για μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι είναι υπαρκτός ο κίνδυνος για κάποια αυτοκτονική πράξη. Όσο πιο συχνά επαναλαμβάνεται ο αυτοκτονικός ιδεασμός, τόσο πιο πιθανό είναι να δημιουργηθεί μια προβληματική κατάσταση όπου μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την έναρξη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Σταυριανάκος, χ.η.). Ο επαναλαμβανόμενος

αυτοκτονικός ιδεασμός χαρακτηρίζεται από συνεχή σκέψεις και ευχές για το θάνατο, αλλά και τη δημιουργία συγκεκριμένων σχεδίων αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Μεταξύ των σημαντικότερων παραγόντων που μπορεί να αυξήσουν την ένταση και διάρκεια του αυτοκτονικού ιδεασμού, περιλαμβάνονται η προσωπικότητα του ατόμου, η ύπαρξη κάποιας σοβαρής ψυχικής διαταραχής, καθώς και το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο στο οποίο ζει το άτομο (Σταυριανάκος, χ.η.).

Σε επόμενο στάδιο, το άτομο παρουσιάζει αυτοκτονική συμπεριφορά, καθώς προβαίνει σε πράξεις για να δώσει τέλος στη ζωή του. Μάλιστα, στο συγκεκριμένο στάδιο περιλαμβάνονται όλες οι απόπειρες αυτοκτονίας που μπορεί να έχει διαπράξει ένα άτομο και δεν ήταν θανατηφόρες. Στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκεται η αυτοκτονία. Πρόκειται για την τελική πράξη του ατόμου που θέτει τέλος στη ζωή του. Σημειώνεται ότι, πολλές φορές ένα άτομο μπορεί να περάσει από τα προηγούμενα στάδια χωρίς να γίνει αντιληπτό από τους οικείους του.

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, έχει υπολογιστεί ότι σε ετήσια βάση πραγματοποιούνται περίπου ένα εκατομμύριο αυτοκτονίες, ενώ οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι 20 φορές περισσότερες. Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι παρόλο που οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας, οι γυναίκες παρουσιάζουν σε υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονική συμπεριφορά (Σταυριανάκος, χ.η.).

Στη συνέχεια, της παρούσας ενότητας παρουσιάζεται το μοντέλο της αυτοκτονικής διαδικασίας, βάσει του οποίου γίνεται αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος που περιβάλλεται, καθ' όλα τα στάδια. Το μοντέλο της αυτοκτονικής διαδικασίας παρουσιάζεται στην ακόλουθη εικόνα.



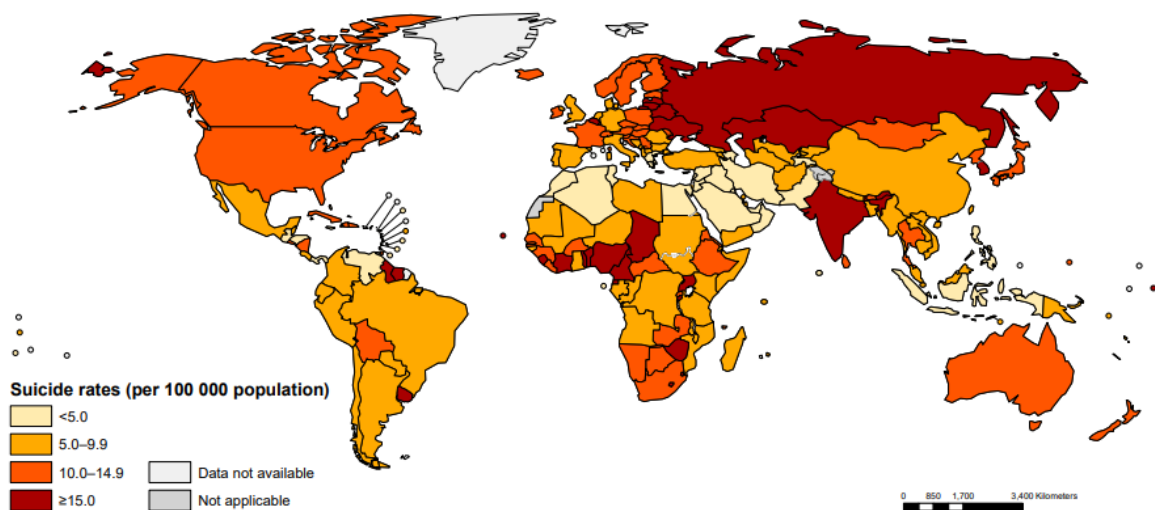
Εικόνα 2.2 Το μοντέλο της αυτοκτονικής διαδικασίας

Η αυτοκτονικότητα διακρίνεται από μια διακεκομμένη γραμμή, όπου καθορίζει κατά πόσο η αυτοκτονική πυραμίδα γίνεται αντιληπτή τόσο από το ίδιο το άτομο, όσο και από τους γύρω του. Κάτω από τη διακεκομμένη γραμμή, τόσο ο αυτοκτονικός ιδεασμός, όσο η αυτοκτονική συμπεριφορά, δεν είναι παρατηρήσιμες. Η διακεκομμένη γραμμή καθορίζεται από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, όπως για παράδειγμα η εσωστρέφεια. Πάνω από τη διακεκομμένη γραμμή, τόσο οι σκέψεις όσο και η συμπεριφορά του ατόμου μπορούν να γίνουν αντιληπτά από τον περίγυρό του.

Η σημασία του συγκεκριμένου μοντέλου έγκειται στην παρατήρηση των αυτοκτονικών συμπεριφορών και στην πραγματοποίηση ενεργειών για να μειώσουν το πεδίο που η αυτοκτονικότητα είναι μη συνειδητή και μη ορατή (Μαλογιάννης, 2008).

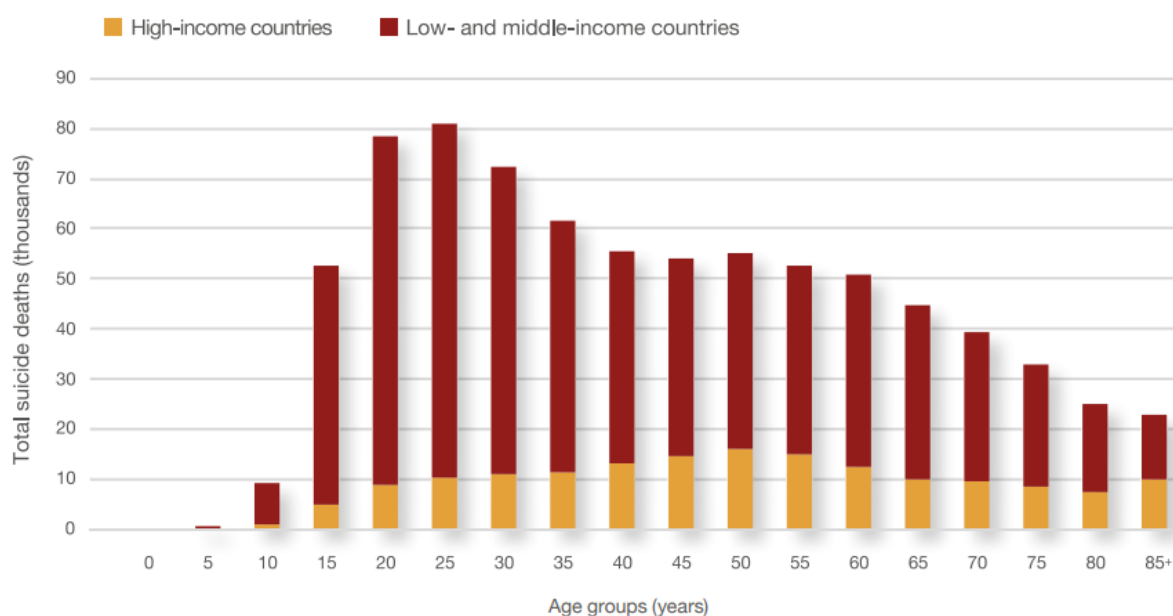
2.3 Παράγοντες κινδύνου

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η αυτοκτονικότητα, αποτελεί, ένα παγκόσμιο ζήτημα που επηρεάζει τη δημόσια υγεία. Όπως παρατηρείται στην επόμενη εικόνα, ποσοστά αυτοκτονιών παρουσιάζονται σε όλες τις χώρες, ανεξάρτητα από το φύλο, το εισόδημα, κ.λπ. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να καθορίζουν εάν τα ποσοστά αυξάνονται ή όχι, αλλά δεν τα εξαλείφουν.



Εικόνα 2.3 Ποσοστά αυτοκτονίας σε παγκόσμιο επίπεδο για το 2016

Παρατηρείται ότι, στις περισσότερες χώρες σημειώνονται περισσότεροι από 5 θάνατοι από αυτοκτονία, ανά 100.000 θανάτους για το έτος 2016. Ένα ακόμη αξιοσημείωτο στατιστικό που έχει δημοσιευθεί είναι η συσχέτιση του ποσοστού αυτοκτονιών με την οικονομική κατάσταση της χώρας και την ηλικία των ατόμων (World Health Organization, 2019). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στην ακόλουθη εικόνα.



Εικόνα 2.4 Ποσοστό αυτοκτονιών ανά ηλικία και οικονομική κατάσταση της χώρας για το έτος 2016

Διαπιστώνεται ότι, χώρες με μεσαίο και χαμηλό οικονομικό υπόβαθρο παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονίας σε σχέση με τις ανεπτυγμένες χώρες. Παράλληλα, για τις χώρες αυτές, ιδιαίτερα υψηλά είναι τα ποσοστά αυτοκτονίας στις ηλικίες μεταξύ 20 και 30 ετών. Επίσης, όσο μεγαλύτερη γίνεται η ηλικία του ατόμου, τόσο πιο πολύ μειώνεται η επίδραση της οικονομικής κατάστασης μιας χώρας στην πρόθεση του ατόμου για αυτοκτονία, καθώς παρατηρείται ότι στην ηλικία των 85+ το ποσοστό αυτοκτονιών είναι περίπου ίδιο ανεξάρτητα με το αν η χώρα είναι χαμηλού, μεσαίου ή υψηλού εισοδήματος (Μπεκιάρη & Κατσαδώρας, χ.η.α).

Η αυτοκτονία αποτελεί μια πράξη που μπορεί να συνδέεται με την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, όπως οι κοινωνικοί παράγοντες, οι δημογραφικοί παράγοντες, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, βιολογικοί παράγοντες, κ.λπ. Οι κυριότεροι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας είναι οι ακόλουθοι:

- Φύλο: όπως ήδη αναφέρθηκε οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών, αλλά οι γυναίκες επιχειρούν περισσότερες απόπειρες.
- Ηλικία: αποτελεί έναν από τους παράγοντες που μπορεί να καθορίσουν την αυτοκτονικότητα. Οι άνδρες και οι ηλικιωμένοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να προβούν σε κάποια αυτοκτονική πράξη. Έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας πραγματοποιούν λιγότερες απόπειρες αυτοκτονίας από τα νεότερα άτομα, ωστόσο παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από αυτοκτονία. Σύμφωνα με τη θεωρία, φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι σχεδιάζουν με πιο αποτελεσματικό τρόπο μια αυτοκτονική πράξη, ενώ επίσης δεν δίνουν πολλά προειδοποιητικά σημάδια, σε αντίθεση με τους νεότερους (Μπεκιάρη & Κατσαδώρας, χ.η.α).
- Οικογενειακή κατάσταση: άτομα τα οποία έχουν οικογένειες παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών. Η μοναχικότητα και η κοινωνική απομόνωση φαίνεται να επιδρούν θετικά στην αυτοκτονική συμπεριφορά.
- Εργασιακές συνθήκες: σε γενικές γραμμές η εργασία λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας στην πρόθεση αυτοκτονίας. Αντιθέτως, η ανεργία

αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Κάτι τέτοιο μπορεί να αιτιολογηθεί από το γεγονός ότι η ανεργία συνοδεύεται με έναν αριθμό αρνητικών επιπτώσεων στη ζωή του ατόμου, με αποτέλεσμα η αυτοκτονία να αποτελεί μια διέξοδο για άτομα με αυτοκτονική συμπεριφορά. Οι επιπτώσεις αυτές σχετίζονται με την μείωση του εισοδήματος, τη φτώχεια, την κοινωνική απομόνωση και την ύπαρξη οικογενειακών προβλημάτων. Στο σημείο αυτό, να σημειώσουμε ότι, ορισμένοι επαγγελματίες διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονικών συμπεριφορών, λόγω της εργασιακής εξουθένωσης που μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη. Επαγγελματίες που έχουν αυξημένο κίνδυνο είναι οι ιατροί, οι νοσηλευτές και λοιποί επαγγελματίες υγείας, οι δικηγόροι, οι αστυνομικοί, κ.λπ. Η εργασιακή εξουθένωση χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση του ατόμου η οποία οφείλεται σε ένα παρατεταμένο stress (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.η.α).

- Ύπαρξη ψυχικής νόσου: η ύπαρξη κάποιας ψυχικής διαταραχής αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονική συμπεριφορά. Μάλιστα, σε ποσοστό 90-95%, οι άνθρωποι που αυτοκτονούν είχαν κάποια ψυχική διαταραχή με συνηθέστερη την κατάθλιψη, ενώ ακολουθούν διαταραχές όπως, η χρήση ουσιών, η σχιζοφρένεια, η διαταραχή πανικού και οι διαταραχές προσωπικότητας. Σημειώνεται ότι, η ύπαρξη κάποιας ψυχικής διαταραχής δεν σημαίνει ότι το άτομο που πάσχει θα διαπράξει κάποια απόπειρα αυτοκτονίας, ούτε επίσης ότι το άτομο που έχει αυτοκτονική συμπεριφορά, αντιμετωπίζει κάποια διαταραχή της ψυχικής υγείας. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι σημαντικότερες διαταραχές ψυχικής υγείας και η συσχέτισή τους με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και συμπεριφορά (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.η.α).

Πίνακας 2.1 Ψυχικές διαταραχές και αυτοκτονικότητα

<i>Κατάθλιψη</i>	Πρόκειται για μια από τις συχνότερες νόσους ψυχικής υγείας, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονική συμπεριφορά. Σε ποσοστά που φτάνουν μέχρι 20% στον πληθυσμό, έχει διαπιστωθεί ότι θα παρουσιάσουν κατάθλιψη σε κάποια φάση της ζωής τους.
------------------	---

<i>Αλκοολισμός</i>	Έχει υπολογιστεί ότι σε ποσοστό 15% άτομα τα οποία είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ έχουν αυτοκτονική συμπεριφορά. Η πλειοψηφία αυτών των ατόμων είναι άνδρες, μεσήλικες, άγαμοι και κοινωνικά απομονωμένα άτομα.
<i>Χρήση ουσιών</i>	Άτομα που έχουν εξαρτηθεί από ουσίες, όπως π.χ. η ηρωίνη, έχουν 20 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να διαπράξουν κάποια απόπειρα αυτοκτονίας.
<i>Σχιζοφρένεια</i>	Οι περισσότεροι ασθενείς με σχιζοφρένεια, κατά τα πρώτα έτη της νόσου έχουν αυτοκτονική συμπεριφορά. Σχεδόν το 10% των θανάτων σχιζοφρενών ατόμων οφείλεται στην αυτοκτονικότητα.
<i>Διαταραχές προσωπικότητας</i>	Από τις διαταραχές προσωπικότητας, αυτές που σχετίζονται περισσότερο με την αυτοκτονική συμπεριφορά είναι η οριακή και η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Η παρορμητικότητα και η επιθετική συμπεριφορά αποτελούν παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν την πιθανότητα αυτοκτονικότητας.
<i>Αγχώδεις διαταραχές</i>	Οι ασθενείς με διαταραχή πανικού διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν αυτοκτονική συμπεριφορά.
<i>Ψυχογενής ανορεξία</i>	Εμφανίζεται περισσότερο στις γυναίκες και μάλιστα σε ποσοστά 10 με 20%. Σε ποσοστό 85% νόσος εκδηλώνεται μεταξύ 3 και 20 ετών. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας για άτομα με ψυχογενή ανορεξία είναι 20 φορές μεγαλύτερος από τον γενικό πληθυσμό.
Πηγή: Μπεκιάρη & Κατσαδώρας, χ.η.α	

- **Ιστορικό προηγούμενης απόπειρας:** η ύπαρξη ιστορικού προηγούμενης απόπειρας αυτοκτονίας αποτελεί το σημαντικότερο προειδοποιητικό δείκτη για μια μελλοντική αυτοκτονική πράξη. Μάλιστα, ο κίνδυνος για μια μελλοντική απόπειρα παραμένει υψηλός εφ' όρου ζωής, αλλά είναι ιδιαίτερα αυξημένος κατά το πρώτο τρίμηνο μετά από μια αποτυχημένη απόπειρα αυτοκτονίας. Επιπλέον, ως παράγοντας κινδύνου θεωρείται και το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας.

- Στρεσογόνα γεγονότα: στην συγκεκριμένη κατηγορία περιλαμβάνονται ορισμένα τραυματικά γεγονότα τα οποία έχει βιώσει ένα άτομο προτού έρθει αντιμέτωπο με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και συμπεριφορά. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν οι απώλειες σημαντικών ανθρώπων, η ανεργία, ο δημόσιος διασυρμός, τα οικογενειακά προβλήματα, ένας χωρισμός, η απομόνωση και η έλλειψη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος (Μπεκιάρη & Κατσαδώρας, χ.η.α).
- Σωματική νόσος: η ύπαρξης κάποιας σοβαρής πάθησης μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για την πρόθεση αυτοκτονίας. Νόσοι που βρίσκονται στο τελικό τους στάδιο, ή χρόνιες νόσοι παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό παρουσίας αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Παθήσεις που έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας είναι: οι παθήσεις του νευρικού συστήματος (άνοια, σκλήρυνση κατά πλάκας, επιληψία, κranιοεγκεφαλικές κακώσεις), οι κακοήθεις νεοπλασίες, οι μυοσκελετικές παθήσεις ειδικά όταν προκαλούν αναπηρία ή κάποια παραμόρφωση, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και παθήσεις όπως η νεφρική ανεπάρκεια και η κίρρωση του ήπατος.
- Φαρμακευτική αγωγή: ορισμένα φάρμακα όπως τα αντικαρκινικά, τα κορτικοειδή και η ρεσερπίνη, έχουν θετική επίδραση στην εμφάνιση κατάθλιψης, αλλά και στην αυτοκτονική συμπεριφορά, σε μικρότερο βέβαια βαθμό. Όταν τα άτομα λαμβάνουν τα συγκεκριμένα φάρμακα, ο ιατρός θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσει έγκαιρα πιθανές παρενέργειες που σχετίζονται με την κατάθλιψη και την αυτοκτονικότητα (Μπεκιάρη & Κατσαδώρας, χ.η.α).

2.4 Νευροβιολογικοί παράγοντες

Αναφορικά με τους νευροβιολογικούς παράγοντες, έχουν διεξαχθεί μελέτες προκειμένου να διαπιστωθεί η σχέση των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου και του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – επινεφρίδια με την αυτοκτονικότητα. Ένας από τους νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου είναι η σεροτονίνη και έχει διαπιστωθεί ότι σε άτομα με αυτοκτονική συμπεριφορά, η σεροτονινεργική δραστηριότητα στον εγκέφαλο είναι

μειωμένη, τόσο στο στέλεχος όσο και τον προμετωπιαίο φλοιό. Επιπλέον, είναι χαμηλά τα επίπεδα του κύριου μεταβολίτη της σεροτονίνης (5-υδροξυ-ινδολοξικό οξύ, 5-ΗΠΑ) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό.

Η μείωση της σεροτονινεργικής δραστηριότητας φαίνεται να σχετίζεται με πιο βίαιες, δυνητικά θανατηφόρες μεθόδους αυτοκτονίας. Αυτή η μεταβολή στη σεροτονινεργική δραστηριότητα έχει συσχετιστεί με την αυτοκτονία ανεξαρτήτως ψυχιατρικής διάγνωσης. Επιπλέον, τα χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης ορού έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού, ενδεχομένως λόγω μειωμένης σύνθεσης σεροτονίνης στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.η.α).

2.5 Γενετικοί παράγοντες

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά φαίνεται να καθορίζεται και από γενετικούς παράγοντες. Σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών σε μονοζυγωτικούς δίδυμους, έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει αρκετά μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης αυτοκτονικού ιδεασμού ή αυτοκτονικής συμπεριφοράς, συγκριτικά με διζυγωτικούς δίδυμους. Επίσης, σε έρευνα για υιοθετημένα παιδιά, έχει διαπιστωθεί ότι παιδιά που έχουν αυτοκτονική συμπεριφορά είναι πιθανότερο να έχουν αυτοκτονική τάση και οι βιολογικές τους οικογένειες, σε αντίθεση με τις βιολογικές οικογένειες παιδιών που δεν έχουν αυτοκτονική συμπεριφορά (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.η.α). Το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας φαίνεται να αυξάνει επίσης τις πιθανότητες αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Μάλιστα, σε έρευνα σε εφήβους με αυτοκτονική και φυσιολογική συμπεριφορά, διαπιστώθηκε ότι, αυτοί που είχαν τη αυτοκτονική συμπεριφορά, είχαν θετικό οικογενειακό ιστορικό με αντίστοιχες πράξεις. Μελέτες έχουν διενεργηθεί επίσης και σε μεμονωμένες οικογένειες, τα αποτελέσματα των οποίων έδειξαν ότι υπάρχει αυξημένη πιθανότητα αυτοκτονικής συμπεριφοράς όταν, το άτομο έχει κάποια διαταραχή συναισθήματος (Μεντή, 2007).

Γενικότερα, η εκδήλωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς οφείλεται στη γενετική προδιάθεση και καθορίζεται από τουλάχιστον δύο παράγοντες. Ο πρώτος παράγοντας είναι η γενετική προδιάθεση για την εμφάνιση διαταραχών ψυχικής υγείας και ο δεύτερος παράγοντας είναι, η γενετική προδιάθεση για την εμφάνιση επιθετικότητας, παρορμητικής συμπεριφοράς και άλλων διαταραχών της

προσωπικότητας. Όταν συνυπάρχουν αυτοί οι δύο παράγοντες, τότε ο κίνδυνος εμφάνισης αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι αρκετά μεγαλύτερος.

Όσον αφορά τα γονίδια που σχετίζονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά, αυτά είναι δύο και είναι τα εξής:

- α. Το γονίδιο που ελέγχει τη σύνθεση της υδροξυλάσης και τρυπτοφάνης,
- β. Το γονίδιο που ελέγχει τη σύνθεση του υποδοχέα σεροτονίνης 5-HT_{2A} και (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.η.α).

2.6 Προειδοποιητικά σημάδια

Άτομα τα οποία παρουσιάζουν αυτοκτονική συμπεριφορά θα πρέπει να προσέχονται ιδιαίτερα και να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη ορισμένα σημάδια που δείχνουν ότι πρόκειται για ένα σοβαρό πρόβλημα. Είναι πολύ σημαντικό τα άτομα που βρίσκονται κοντά σε ένα άτομο με αυτοκτονικές προθέσεις, να μπορούν να αναγνωρίσουν τα προειδοποιητικά σημάδια. Τα σημάδια που δείχνουν ότι ένα άτομο κάνει αυτοκτονικές σκέψεις, ή σχεδιάζει κάποια αυτοκτονική πράξη είναι τα ακόλουθα:

- ❖ Σκέφτονται πολύ συχνά ή μιλούν πολύ συχνά για τον θάνατο.
- ❖ Πάσχουν από κατάθλιψη.
- ❖ Έχουν χάσει τα ενδιαφέροντά τους, ενώ δεν κάνουν πράγματα που τους ευχαριστούσαν στο παρελθόν (Jacobs et al, 2010).
- ❖ Συνήθως δηλώνουν ότι είναι απελπισμένα άτομα, αβοήθητα ή/και άχρηστα για την κοινωνία.
- ❖ Προβαίνουν σε επικίνδυνες πράξεις, όπως η γρήγορη οδήγηση και η παραβίαση του stop, προκαλώντας τη μοίρα τους.
- ❖ Χρησιμοποιούν συχνά εκφράσεις όπως «καλύτερα να μην ήμουν εδώ» και «θέλω να φύγω».
- ❖ Μιλάνε για το ενδεχόμενο αυτοκτονίας.
- ❖ Λύνουν εκκρεμότητες του παρελθόντος και παρεξηγήσεις.
- ❖ Συντάσσουν διαθήκη (Θερμόπουλος, 2019).
- ❖ Αδιαφορεί για το μέλλον και δεν έχει κίνητρα.

- ❖ Η χρησιμοποίηση φράσεων όπως «θα το μετανιώσετε όταν θα είμαι νεκρός» και «δεν μπορώ να βρω διέξοδο», ακόμα και σε περίπτωση που λέγονται χαριτολογώντας, μπορεί να δηλώνουν σοβαρό αυτοκτονικό ιδεασμό.
- ❖ Παρουσιάζει αυτοτραυματική συμπεριφορά, όπως για παράδειγμα λαμβάνει μεγάλη ποσότητα φαρμακευτικών ουσιών, επιχειρεί να προκαλέσει τραύματα στο σώμα του όπως το κόψιμο, κ.λπ.
- ❖ Από το στάδιο της υπερβολικής απογοήτευσης, μεταβαίνει σε ένα στάδιο ξαφνικής ευχαρίστησης, όπου το άτομο σκέφτεται ότι πρέπει να χαρεί τις τελευταίες μέρες της ζωής του. Στην προκειμένη περίπτωση το άτομο εκδηλώνει πιο έντονα τα συναισθήματά του και επικοινωνεί σε μεγαλύτερο βαθμό με τους οικείους του (Παναγοπούλου, 2018).
- ❖ Παραμέληση της εμφάνισης και της προσωπικής υγιεινής.
- ❖ Απομόνωση από την οικογένεια και τους φίλους του. Ένα άτομο με αυτοκτονικό ιδεασμό περνά πολύ χρόνο μόνος του και δεν μοιράζεται τις σκέψεις του με άλλους.
- ❖ Το άτομο παρουσιάζει ριψοκίνδυνη και παραβατική συμπεριφορά.
- ❖ Το άτομο κάνει χρήση παράνομων ουσιών.
- ❖ Για παιδιά που έχουν αυτοκτονικές τάσεις, παρατηρείται πτώση της επίδοσης στο σχολείο, αργοπορία, ελάχιστη συμμετοχή στην τάξη και δυσκολία στην παρακολούθηση (Jacobs et al, 2010).

Τα παραπάνω σημάδια είναι ενδεικτικά ότι ένα άτομο πραγματοποιεί αυτοκτονικές σκέψεις ή μπορεί να έχει αυτοκτονική συμπεριφορά. Ωστόσο, εάν ένα άτομο παρουσιάζει κάποια από τα παραπάνω σημάδια δε σημαίνει υποχρεωτικά ότι θα διαπράξει κάποια απόπειρα αυτοκτονίας. Επίσης, η σοβαρότητα της κατάστασης δεν καθορίζεται από τον αριθμό των σημαδιών που παρουσιάζει ένα άτομο. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι, πολλά από τα προειδοποιητικά σημάδια μπορεί να δείχνουν ότι το άτομο πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή, όπως είναι η κατάθλιψη, η χρήση ουσιών, η διαταραχή όρεξης, κ.λπ. Σε κάθε περίπτωση όμως, το άτομο χρειάζεται να επικοινωνήσει με έναν ειδικό και να λάβει ψυχολογική υποστήριξη (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.η.β).

Κεφάλαιο 3

Η διάγνωση και διαχείριση του αυτοκτονικού ιδεασμού



3.1 Ο τρόπος σκέψης του αυτοκτονικού ασθενούς

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός ξεκινά από τη στιγμή που ένα άτομο βιώνει κάποιο έντονο πόνο, ο οποίος έχει σαν αποτέλεσμα να μειώνεται η επιθυμία του να ζήσει. Ο πόνος αυτός, μπορεί να οφείλεται είσαι σε σωματικό είτε σε ψυχολογικό πόνο (Klonsky, May & Saffer, 2016). Η αυτοκτονία σαν πράξη δεν αφορά μόνο το άτομο που τη διαπράττει, αλλά και τον περίγυρό του, όπως είναι η οικογένεια, οι φίλοι και οι συγγενείς. Η αυτοκτονία μπορεί να έχει βαριές ψυχολογικές επιπτώσεις και σε αυτά τα άτομα. Για το λόγο αυτό, η αυτοκτονία αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο το οποίο χρήζει αντιμετώπισης και πρόληψης (Γκατζέλια, 2012).

Προκειμένου να διαπιστωθεί κατά πόσο ένα άτομο έχει αυτοκτονικές σκέψεις και συμπεριφορά, αλλά και να αντιμετωπιστεί η κατάσταση θα πρέπει να μπορεί να αναγνωριστεί ο τρόπος με τον οποίο σκέφτεται ένα άτομο με αυτοκτονικό ιδεασμό.

Τα κύρια χαρακτηριστικά που περιγράφουν τον τρόπο σκέψης ενός αυτοκαταστροφικού ασθενούς είναι τα ακόλουθα:

- α. Αρχικά, οι αυτοκαταστροφικοί ασθενείς χαρακτηρίζονται από δύσκαμπτη σκέψη. Συνήθως σκέφτονται με απόλυτο τρόπο και δυσκολεύονται να βρουν εναλλακτικές λύσεις στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.
- β. Επικεντρώνονται στην αρνητική λεπτομέρεια σε οτιδήποτε τους συμβαίνει και αγνοούν τα θετικά που μπορεί να προσκομίζουν.
- γ. Οι αυτοκαταστροφικοί ασθενείς χαρακτηρίζονται από διχοτομική σκέψη και συνήθως βλέπουν τα πράγματα ή «άσπρα» ή «μαύρα».
- δ. Άτομα που πάσχουν από αυτοκτονικό ιδεασμό φαίνεται να είναι προσκολλημένοι στα προβλήματά τους και δυσκολεύονται ιδιαίτερα να θυμηθούν κάποια ευχάριστη στιγμή που έχουν ζήσει, ενώ παράλληλα δεν μπορούν να φανταστούν το μέλλον χωρίς προβλήματα.
- ε. Σε συναισθηματικό επίπεδο, οι περισσότεροι άνθρωποι με αυτοκτονικό ιδεασμό έχουν ανάμεικτα συναισθήματα για την αυτοκτονία. Από τη μια πλευρά, υπάρχει η επιθυμία για το θάνατο, αλλά από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς δεν θέλουν να πεθάνουν, αλλά να βρουν λύσεις στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και να ζήσουν (Μπεκιάρη & Κατσαδώρας, χ.η.α).

Στο σημείο αυτό να σημειώσουμε ότι, ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να διαφέρει σε διάρκεια από άτομο σε άτομο. Για μερικά άτομα, οι αυτοκτονικές σκέψεις

μπορεί να υφίστανται για χρόνια, ενώ σε άλλους ανθρώπους μπορεί η ιδέα της αυτοκτονίας να είναι περαστική και να οφείλεται σε κάποιο δύσκολο γεγονός. Όσο πιο έντονες είναι αυτές οι σκέψεις και όσο μεγαλύτερη διάρκεια έχουν, τόσο πιο σοβαρός θεωρείται ο αυτοκτονικός ιδεασμός (Γκατζέλια, 2012).

3.2 Η διάγνωση του αυτοκτονικού ασθενούς

Προκειμένου ένα άτομο να διαγνωστεί ως αυτοκτονικός ασθενής, θα πρέπει να ληφθεί ένα όσο το δυνατόν καλύτερο ιστορικό από τον Ιατρό. Για να γίνει κάτι τέτοιο θα πρέπει ο ιατρός και ο ασθενής να βρεθούν σε ένα ήσυχο μέρος και ο ασθενής να μπορεί να εμπιστευτεί και να μιλήσει ελεύθερα με τον γιατρό του. Για την αναγνώριση της αυτοκτονικότητας, ο γιατρός που λαμβάνει το ιστορικό θα σταθεί στη λεκτική επικοινωνία, αλλά και σε κινήσεις του σώματος. Σημάδια όπως, η το άγχος, η αποφυγή της οπτικής επαφής μεταξύ τους, η παραμέληση της εμφάνισης και της υγιεινής και η επιβράδυνση στην κίνηση ή/και την ομιλία, μπορεί να συνηγορούν στην ύπαρξη κατάθλιψης ή κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής, καθώς και στην πρόθεση για αυτοκτονία.

Γενικότερα, περισσότερες πιθανότητες να γίνουν αυτοκτονικοί ασθενείς έχουν τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή ή σωματική νόσο, άτομα με ιστορικό αυτοκτονιών στο οικογενειακό περιβάλλον, άτομα με ιστορικό αλκοολισμού και χρήσης ουσιών, άτομα που ζουν μόνοι τους και βιώνουν μοναξιά, καθώς και άτομα που έχουν βιώσει κάποια σημαντική απώλεια, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ή το τέλος μιας σημαντικής σχέσης.

Για να θεωρεί ότι ένα άτομο είναι πιθανό να έχει αναπτύξει αυτοκτονική συμπεριφορά ή έχει αυτοκτονικό ιδεασμό, θα πρέπει να εμφανίζει ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα:

- Να είναι απομονωμένο.
- Να δυσκολεύεται να δημιουργήσει ή να διατηρήσει τις σχέσεις του με το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον (Jacobs et al, 2010).
- Να δηλώνει ότι δεν ενδιαφέρεται να κάνει πλέον πράγματα που έκανε στο παρελθόν και τον ευχαριστούσαν.
- Να παρουσιάζει αλλαγές στη συμπεριφορά του.
- Να αισθάνεται θλίψη και μοναξιά (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.η.α).

- Να αισθάνεται πανικό.
- Να επαναλαμβάνει συχνά την ιδέα του θανάτου και της αυτοκτονίας.
- Να αισθάνεται ενοχές.
- Να αισθάνεται ανικανότητα και ντροπή.
- Να έχει αλλάξει τις διατροφικές του συνήθειες, ή τις συνήθειες στον ύπνο.
- Παρουσιάζει ξαφνική επιθυμία να τακτοποιήσει προσωπικές υποθέσεις, όπως για παράδειγμα η σύνταξη της διαθήκης (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.η.α).
- Να αισθάνεται οργή ή να επικρατεί ένα συναίσθημα εκδίκησης.
- Να κάνει αυξημένη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών.
- Αισθάνεται ότι δεν υπάρχει κανένας λόγος να ζει.
- Μπορεί να έχει βλάψει σκόπιμα τον εαυτό του, προκαλώντας αυτοτραυματισμούς (Scanlan & Purcell, 2009).

Στο σημείο αυτό να σημειώσουμε ότι εάν ένα άτομο έχει κάποιο ή κάποια από τα παραπάνω συμπτώματα, αυτό δεν σημαίνει ότι είναι αυτοκτονικός ασθενής, καθώς μπορεί να πάσχει από κάποια άλλη ψυχική διαταραχή. Σε περίπτωση που κάποια από αυτά τα συμπτώματα παρουσιάζονται κατά τη λήψη του ιστορικού, ο γιατρός θα εκτιμήσει τη σοβαρότητα του ιδεασμού και τον κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς και εν συνεχεία θα παραπέμψει τον ασθενή σε κάποιο ψυχίατρο. Για να εκτιμήσει τον κίνδυνο και τη σοβαρότητα της κατάστασης, ο γιατρός θα πρέπει να θέσει στον ασθενή κάποιες συγκεκριμένες ερωτήσεις. Σημειώνεται ότι, κατά τη διατύπωση των ερωτήσεων θα πρέπει ήδη να έχει αναπτυχθεί σχέση εμπιστοσύνης, καθώς επίσης και οι ερωτήσεις να διατυπώνονται με προσοχή και ευαισθησία. Σε πρώτο στάδιο και για να δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης, ο γιατρός θα πρέπει να κάνει ερωτήσεις ανοικτού τύπου όπως για παράδειγμα: «φαίνεστε πολύ πιεσμένος. Πως θα μπορούσα να σας βοηθήσω;» και «φαίνεστε στενοχωρημένος, θέλετε να μου πείτε περισσότερα;».

Στη συνέχεια και εφόσον ο ασθενής έχει την οικειότητα και μπορεί να μιλήσει ανοικτά με το γιατρό, τότε μπορούν να υποβληθούν ερωτήσεις όπως:

- Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε να αντιμετωπίσετε την καθημερινότητα;
- Νιώθετε ότι η ζωή είναι ένα βάρος;
- Έχετε σκεφτεί ποτέ να κάνετε κακό στον εαυτό σας;
- Έχετε σκεφτεί ποτέ να βάλετε τέλος στη ζωή σας; (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.η.α)

Οι παραπάνω ερωτήσεις γίνονται σταδιακά. Αφού ο ασθενής απαντήσει καταφατικά στις δύο πρώτες ερωτήσεις, τότε ο γιατρός συνεχίζει με τις επόμενες. Στη συνέχεια και εφόσον ο ασθενής δηλώσει τις αυτοκτονικές του σκέψεις, ο γιατρός θα πρέπει να προσπαθήσει να εξακριβώσει εάν υπάρχει κάποιο ιστορικό ή κάποια ψυχική διαταραχή. Παράλληλα, αναμένεται να τεθούν ερωτήσεις που να σχετίζονται με το εάν ο ασθενής έχει κάνει κάποια απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν εάν έχει χρειαστεί να νοσηλευτεί μετά την απόπειρα, εάν είχε γράψει κάποιο σημείωμα για την πράξη που έκανε, εάν έχει σκεφτεί ποτέ με ποιο τρόπο θα αυτοκτονήσει, καθώς και εάν έχει προσπαθήσει ή έχει καταφέρει να θέσει τέρμα στη ζωή του κάποιο οικείο του πρόσωπο. Σημειώνεται ότι, είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει αληθινή σχέση μεταξύ του ιατρού και του ασθενή κατά την αναγνώριση του αυτοκτονικού ιδεασμού και συμπεριφοράς. Πολλές φορές, παρόλο που ένα άτομο έχει αυτοκτονικό ιδεασμό, αρνείται ότι κάνει αυτές τις σκέψεις (Μπεκιάρη & Κατσαδώρας, χ.η.α).

Ιδιαίτερη σημασία, θα πρέπει να δοθεί σε παιδιά με αυτοκτονικό ιδεασμό. Η αυτοκτονία σε νεαρή ηλικία είναι μια από τις κύριες αιτίες θανάτου σε πολλές χώρες, ενώ παρουσιάζει ανοδική πορεία. Πέρα από τα χαρακτηριστικά σημάδια που παρουσιάστηκαν παραπάνω, για την αναγνώριση ενός αυτοκτονικού παιδιού – εφήβου, θα πρέπει ληφθούν υπόψη συμπτώματα που σχετίζονται με το σχολικό και οικογενειακό του περιβάλλον, καθώς και με τις δραστηριότητές του. Για παράδειγμα, όταν ένα παιδί γίνεται θύμα σχολικού εκφοβισμού τότε είναι πολύ πιθανό να αναπτύξει δυσάρεστα συναισθήματα τα οποία μπορεί να οδηγήσουν στον αυτοκτονικό ιδεασμό. Σε οικογενειακό επίπεδο, ένα παιδί μπορεί να αποκτήσει αυτοκτονική συμπεριφορά ύστερα από κάποιο περιστατικό κακοποίησης, ενδοοικογενειακής βίας, κατάθλιψης των γονέων, κ.λπ. Σημειώνεται ότι, η κακοποίηση μπορεί να γίνει τόσο σε οικογενειακό περιβάλλον, όσο και εκτός αυτού. Τέλος, παιδιά με χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, αλλά και επιθετική συμπεριφορά, έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν αυτοκτονικό ιδεασμό. Πολλές φορές, τα παιδιά αυτά προκειμένου να αντιμετωπίσουν την κοινωνική απομόνωση και το αίσθημα της μοναξιάς που βιώνουν, δημιουργούν κοινωνικές επαφές μέσω των κοινωνικών δικτύων με αποτέλεσμα να υπάρχει κίνδυνος να γίνουν θύματα ηλεκτρονικής παρενόχλησης. Κάτι τέτοιο θα μειώσει ακόμη περισσότερο την αυτοπεποίθηση των παιδιών και θα τα κάνει να αισθάνονται ακόμα πιο ανίκανα, με αποτέλεσμα να κινδυνεύουν τόσο με διαταραχές της ψυχικής του υγείας, όσο και με αυτοκτονικό ιδεασμό (Κιλαμπέρια, 2012).

3.3 Η πρόληψη ενός αυτοκτονικού ασθενούς

Το ζήτημα του αυτοκτονικού ιδεασμού και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς απασχολεί όλες τις κοινωνίες, εδώ και πολλές δεκαετίες. Πρόκειται για ένα από τα κυριότερα προβλήματα της δημόσιας υγείας, το οποίο μπορεί να αντιμετωπιστεί με την κατάλληλη πρόληψη. Ωστόσο, προκειμένου να καταστεί εφικτό να προβλεφθεί η αυτοκτονική συμπεριφορά, είναι σημαντικό οι ειδικοί να μπορούν να αναγνωρίσουν τους παράγοντες κινδύνου που έχουν περιγραφεί σε προηγούμενες ενότητες (Franklin et al., 2017).

Η πρόληψη αποτελεί τον αποτελεσματικότερο τρόπο για την αντιμετώπιση του αυτοκτονικού ιδεασμού και συμπεριφοράς. Η πρόληψη της αυτοκτονίας μπορεί να γίνει σε τρία επιμέρους στάδια, τα οποία είναι η πρωτογενής, η δευτερογενής και η τριτογενής πρόληψη. Πρωτίστως, το άτομο θα πρέπει να έχει διαγνωστεί εάν πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή. Στην περίπτωση αυτή, πρώτα θα εφαρμοστεί ένα πλάνο θεραπευτικής παρέμβασης για τη διαταραχή και στη συνέχεια θα εκτιμηθεί η κατάσταση και ο κίνδυνος για αυτοκτονικό ιδεασμό και συμπεριφορά (Gregory, 2019).

Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη έχει ως κύριο μέλημα την πρόληψη του αυτοκτονικού ιδεασμού από τα άτομα που έχουν αυξημένο κίνδυνο να τον αναπτύξουν. Το κυριότερο μέτρο που εφαρμόζεται στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, με ιδιαίτερη προσοχή στην κατάθλιψη. Το πρόβλημα που δημιουργείται στην προκειμένη περίπτωση είναι ότι, τα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποια διαταραχή της ψυχικής τους υγείας, αποφεύγουν να απευθυνθούν σε κάποιο επαγγελματία (ψυχολόγο – ψυχίατρο), με αποτέλεσμα να γίνεται δυσκολότερη η διάγνωση της διαταραχής και επομένως να υπάρχει ορατός ο κίνδυνος για ανάπτυξη αυτοκτονικού σχεδιασμού (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.η.α).

Πέρα από την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, στην πρωτογενή πρόληψη περιλαμβάνεται και η ενημέρωση των πολιτών και των επαγγελματιών υγείας, για το τι σημαίνει αυτοκτονικός ιδεασμός, τους κινδύνους που ελλοχεύουν, πως μπορεί να αναγνωρισθεί και τι πρέπει να γίνει σε περίπτωση που ένα άτομο διαγνωστεί ως αυτοκτονικό.

Σε τρίτο επίπεδο, η πρωτογενής πρόληψη έχει ως στόχο να περιορίσει τους παράγοντες κινδύνου της ανάπτυξης αυτοκτονικού ιδεασμού, με αποτέλεσμα να μειωθεί και η τάση για αυτοκτονίες. Όπως ήδη αναφέρθηκε, το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον και άλλοι κοινωνικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά την σκέψη ενός ατόμου για να σχεδιάσει μια απόπειρα αυτοκτονίας. Προς αυτήν την κατεύθυνση θα πρέπει η πολιτεία να λάβει υπόψη της τους παράγοντες αυτούς, όπως χαρακτηριστικά είναι η ανεργία, τα οικονομικά προβλήματα, η κοινωνική απομόνωση, κ.λπ. (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.η.α). Για παράδειγμα η εφαρμογή μέτρων για την καταπολέμηση της ανεργίας, αναμένεται να βελτιώσει αρκετά το βιοτικό επίπεδο των ανθρώπων που είναι άνεργοι, με αποτέλεσμα να πάψουν να αισθάνονται ανίκανοι και χωρίς να έχει νόημα η ζωή τους. Μάλιστα, τα προγράμματα αυτά μπορεί να αναφέρονται σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, ανάλογα με τα επιδημιολογικά στοιχεία που υπάρχουν σε κάθε χώρα. Ένα παράδειγμα που θα μπορούσε να αναφερθεί και αφορά τις περισσότερες χώρες είναι ο σχεδιασμός και υλοποίησης προγραμμάτων απασχόλησης και κατάρτισης των γυναικών και των νέων ανθρώπων, που έχουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας (Vijayakumar, 2004).

Ένας ακόμη παράγοντας που μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στην πρόληψη της αυτοκτονίας και περιλαμβάνεται στην πρωτογενή πρόληψη είναι η υλοποίηση προγραμμάτων που αποσκοπούν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων των ατόμων ώστε να μπορούν να λύνουν τα προβλήματά τους και τις συγκρούσεις που δημιουργούνται, με ήρεμο και όχι με βίαιο τρόπο (World Health Organization, 2012).

Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη αποσκοπεί στην αντιμετώπιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Στη δευτερογενή πρόληψη τα άτομα έχουν ήδη αναπτύξει αυτοκτονικό ιδεασμό. Στόχος της πρόληψης στην προκειμένη περίπτωση είναι να εκτιμηθεί ο κίνδυνος για κάποια αυτοκτονική πράξη, να περιοριστεί η πρόσβαση του ασθενούς σε μέσα τα οποία θα μπορούσαν να καταστούν θανάσιμα, καθώς και η αντιμετώπισης κάποιας ψυχικής νόσου που ενδεχομένως έχει διαγνωστεί στον ασθενή.

Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη αναφέρεται στην αντιμετώπιση των συνεπειών από μια απόπειρα αυτοκτονίας. Στην προκειμένη περίπτωση, το άτομο έχει διαπράξει κάποια

αποτυχημένη απόπειρα αυτοκτονίας και στόχος είναι να μειωθεί στο ελάχιστο ο αντίκτυπός της.

Η υποστήριξη του ατόμου, αλλά και της οικογένειάς του, αποτελεί το σημαντικότερο μέτρο της τριτογενούς πρόληψης. Ειδικότερα, σε περίπτωση που η αυτοκτονική συμπεριφορά προήλθε από κάποιο παιδί ή έφηβο, τότε η τριτογενής πρόληψη θα πρέπει να αποκτήσει εντατικότερο χαρακτήρα, καθώς είναι πολύ πιθανό άλλα παιδιά από το περιβάλλον του αυτόχειρα να επιχειρήσουν κάτι ανάλογο (Μπεκιάρη & Κατσαδώρας, χ.η.α).

Γενικότερα, το καλύτερο μέτρο για την πρόληψη της αυτοκτονικότητας είναι η δημιουργία ισχυρών διαπροσωπικών σχέσεων. Όπως συμβαίνει με την περίπτωση της απουσίας διαπροσωπικών σχέσεων, όπου πρόκειται για παράγοντα κινδύνου εμφάνισης αυτοκτονικού ιδεασμού, έτσι στην αντίθετη περίπτωση, πρόκειται για έναν προστατευτικό παράγοντα. Η οικογένεια και οι φίλοι αποτελούν σημαντική πηγή οικονομικής, κοινωνικής και συναισθηματικής υποστήριξης, με αποτέλεσμα το άτομο να μπορεί να αντιμετωπίσει με αποτελεσματικό τρόπο παράγοντες και γεγονότα που του προκαλούν άγχος και πόνο. Σημειώνεται ότι, στην παιδική και εφηβική ηλικία, αλλά και στους ηλικιωμένους, οι ισχυρές διαπροσωπικές σχέσεις αποκτούν ακόμη μεγαλύτερη σημασία. Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης και ο τρόπος ζωής του ατόμου. Άτομα τα οποία έχουν καλή σωματική και ψυχική υγεία, όπως για παράδειγμα ένας σωστός τρόπος διατροφής, ο επαρκής ύπνος και η τακτική άσκηση, μπορούν να διαχειριστούν με αποτελεσματικότερο τρόπο καταστάσεις όπως είναι το άγχος (World Health Organization, 2014). Παράλληλα, έχει διαπιστωθεί ότι, άτομα τα οποία έχουν προσωπικές, κοινωνικές, πολιτιστικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις που είναι κατά της πράξης αυτοκτονίας, είναι πιο ικανά να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε κατάσταση, χωρίς να κάνουν απαραίτητα αυτοκτονικές σκέψεις. Οι πεποιθήσεις περιλαμβάνονται στον τρόπο ζωής ενός ατόμου (World Health Organization, 2012). Επιπλέον, να αναφέρουμε ότι, καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση του αυτοκτονικού ιδεασμού διαδραματίζει και η επιθυμία και πρόθεση του ίδιου του ατόμου να ζητήσει βοήθεια από κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας, ώστε να διαπιστωθεί η κρισιμότητα της κατάστασης (World Health Organization, 2014).

Ολοκληρώνοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι ο διαχωρισμός μεταξύ θανάτου από αυτοκτονία, ή θανάτου από ατύχημα ή εγκληματική ενέργεια είναι πολύ δύσκολος, ειδικά όταν δεν υπάρχουν στοιχεία που να καταδεικνύουν εάν πρόκειται για έγκλημα,

πράξη αυτοκτονίας ή ατύχημα. Στα στοιχεία αυτά περιλαμβάνεται το ιστορικό από προηγούμενες απόπειρες, το ιστορικό ψυχικών διαταραχών, τα προειδοποιητικά σημειώματα, κ.λπ. (Καλέμη, Μπάλη & Δουζένης, 2015).

Κεφάλαιο 4

Θεραπευτική παρέμβαση στον αυτοκτονικό ιδεασμό



4.1 Βραχείες ψυχολογικές θεραπείες

Οι βραχείες ψυχολογικές θεραπείες αποτελούν μια από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις σε άτομα με αυτοκτονικό ιδεασμό. Πρόκειται για μια παρέμβαση που βασίζεται στο γνωσιακό – συμπεριφοριστικό μοντέλο και είναι προσανατολισμένη στην επίλυση των τρέχοντων προβλημάτων του ασθενή, όπως για παράδειγμα οι δυσλειτουργικές σκέψεις και πεποιθήσεις. Η βραχεία ψυχολογική θεραπεία έχει σαν στόχο να μάθει το άτομο να αυτοπαρατηρεί τον εαυτό του και να εντοπίζει τις αρνητικές σκέψεις και πεποιθήσεις που οδηγούν στην δημιουργία συναισθημάτων ματαιότητας και στη συνέχεια να το έχει καταστήσει ικανό να αξιολογήσει την εγκυρότητα των σκέψεων του και να αναπτύξει έναν πιο λειτουργικό τρόπο σκέψης (Περδικάρη, 2012). Παράλληλα, μέσα από τις βραχείες ψυχολογικές θεραπείες επιδιώκεται η δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος του ατόμου, προκειμένου να έχει ένα φιλικό περιβάλλον και βιώνει σε ένα κοινωνικό δίκτυο στήριξης. Στις βραχείες ψυχολογικές θεραπείες, πρωταρχικός στόχος είναι η αντιμετώπιση των αυτοκτονικών σκέψεων και συμπεριφοράς και όχι η παρέμβαση σε ένα φάσμα όπου συνυπάρχουν και ψυχικές διαταραχές (Κουβαράκη & Λεμονούδη, χ.η.).

Οι βραχείες ψυχολογικές θεραπείες πραγματοποιούνται μέσω συνεδριών, οι οποίες υπολογίζονται περίπου στις 10, αν και μπορεί να γίνουν μέχρι και 20 (Σουμάνη, 2011). Οι συνεδρίες αποτελούνται από δομημένες πρακτικές οι οποίες περιλαμβάνουν λίστα με στόχους, ασκήσεις για το σπίτι, αξιολόγηση και παρακολούθηση του αυτοκτονικού σχεδιασμού, κ.λπ. Οι συνεδρίες διακρίνονται σε τρεις φάσεις, την πρόωμη, την ενδιάμεση και την τελική φάση.

Πρώιμη φάση της θεραπείας

Πρόκειται για τις αρχικές συνεδρίες όπου το άτομο εκπαιδεύεται στο γνωσιακό – συμπεριφοριστικό μοντέλο, γίνεται εστίαση στην δέσμευση του ασθενή να συμμετάσχει στη θεραπευτική προσέγγιση, δημιουργούνται κίνητρα στον ασθενή, καθώς επίσης δημιουργείται και λίστα με τα προβλήματα που χρειάζονται επίλυση και τους στόχους της παρέμβασης. Έχει διαπιστωθεί ότι, προκειμένου η συμμόρφωση με τη θεραπεία να καταστεί πιο αποτελεσματική, καλό θα είναι να υπάρχει και ένα

δεύτερο άτομο σαν συνθεραπευτής ο οποίος θα διατηρεί επαφή με τον ασθενή και θα του υπενθυμίζει τα προγραμματισμένα ραντεβού (Κουβαράκη & Λεμονούδη, χ.η.).

Αναλυτικότερα, η στοχοθεσία της πρώιμης φάσης της βραχείας θεραπευτικής παρέμβασης περιλαμβάνει τα εξής:

- α. Εκπαίδευση του ασθενή ώστε να μπορεί να αναγνωρίσει τις σκέψεις, συμπεριφορές και συναισθήματα που σχετίζονται με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την αυτοκτονία γενικότερα.
- β. Δημιουργία λίστας προβλημάτων προς επίλυση.
- γ. Δημιουργία λίστας με επιδιωκόμενους στόχους από τη θεραπευτική παρέμβαση.
- δ. Ανάπτυξη ενός πλάνου παρέμβασης σε περίπτωση που ο ασθενής πάθει κάποια αυτοκτονική κρίση.
- ε. Εποπτεία του ασθενή σε εβδομαδιαία βάση.
- στ. Ανάπτυξη δεξιοτήτων για την επίλυση προβλημάτων και την ενίσχυση της ικανότητας του ασθενή ότι μπορεί να επιλύσει τις δυσκολίες που θα συναντήσει στο μέλλον. Στην προκειμένη περίπτωση θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στις εμπειρίες και τα βιώματα του ασθενή, καθώς και να υπάρχει σχέση συνεργασίας και εμπιστοσύνης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευμένου. Η τεχνική της επίλυσης προβλημάτων εφαρμόζεται σήμερα για τη θεραπεία πολλών διαταραχών, αλλά και για τη θεραπεία παιδιών και εφήβων.

Στο σημείο αυτό να σημειώσουμε ότι, οι στόχοι θα πρέπει να είναι συγκεκριμένοι και μετρήσιμοι. Συχνά η δημιουργία των στόχων μπορεί να αποτελέσει μια αποθαρρυντική διαδικασία. Ωστόσο, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι ο γενικός στόχος στις βραχείες παρεμβάσεις είναι η μείωση της πιθανότητας ανάπτυξης αυτοκτονικής συμπεριφοράς από τον ασθενή. Σημειώνεται επίσης, ότι στόχοι που σχετίζονται με την αντιμετώπιση και άλλων ψυχικών διαταραχών, αυτοί θέτονται σε επόμενη φάση της παρέμβασης και όχι κατά το στάδιο της πρώιμης φάσης (Κουβαράκη & Λεμονούδη, χ.η.).

Ενδιάμεση φάση

Στην ενδιάμεση φάση, στόχος είναι η αντιμετώπιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς μέσα από τεχνικές όπως είναι: οι κάρτες αντιμετώπισης, η ενίσχυση της ελπίδας και η ανάπτυξη συμπεριφορικών δεξιοτήτων. Οι κάρτες αντιμετώπισης αποτελούν τεχνική που στηρίζεται στο παιχνίδι ρόλων. Ο ασθενής κρατά σε

ημερολόγια τις δυσλειτουργικές σκέψεις και συντάσσει από ένα εναλλακτικό πλάνο πεποιθήσεων. Στην κάρτα δύναται να τηλέφωνα για επείγουσες καταστάσεις, ενώ είναι σκόπιμο να έχουν μικρό μέγεθος και να χωράνε για παράδειγμα στο πορτοφόλι του ασθενούς, έτσι ώστε να έχει πρόσβαση σε αυτές σε κάθε χρονική στιγμή. Η ενίσχυση της ελπίδας μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω ενός κουτιού πρώτων βοηθειών, όπου ο ασθενής τοποθετεί διάφορα αντικείμενα και φωτογραφίες, τα οποία λειτουργούν ως λόγους για τους οποίους ο ίδιος αξίζει να ζήσει. Τέλος, στις δεξιότητες περιλαμβάνονται το διάβασμα, η παρακολούθηση μιας ταινίας, οι συζητήσεις με φίλου και ο οικογενειακό περιβάλλον, οι τεχνικές χαλάρωσης και η δημιουργία των αισθήσεων, όπως είναι το ζεστό μπάνιο (Κουβαράκη & Λεμονούδη, χ.η.).

Τελική φάση της θεραπείας

Πρόκειται για την ολοκλήρωση της θεραπείας, όπου ο θεραπευτής κρίνει ότι ο ασθενής είναι σε θέση να διαχειριστεί μια μελλοντική κρίση, χρησιμοποιώντας τις δεξιότητες που καλλιέργησε σε προηγούμενα στάδια. Για την ολοκλήρωση της θεραπείας, συνήθως ο θεραπευτής έχει παρακολουθήσει μια επιτυχή διαχείριση κρίσης του ασθενή. Βασικός στόχος είναι η πρόληψη της υποτροπής του ασθενούς. Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν έχει αναπτύξει τις απαραίτητες δεξιότητες για την επίλυση των προβλημάτων του, τότε υπάρχει η δυνατότητα επέκτασης των συνεδριών ώστε να ενισχυθεί ο τρόπος λειτουργίας του ατόμου, καθώς και η δυνατότητα αναζήτησης βοήθειας σε άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Κουβαράκη & Λεμονούδη, χ.η.).

4.2 Εντατική φροντίδα

Η θεραπεία του αυτοκτονικού ιδεασμού με την τεχνική της εντατικής φροντίδας αποτελεί ένα σχετικά νέο θεραπευτικό πλάνο για την αντιμετώπισή του. Το πλάνο εντατικής φροντίδας μπορεί να εφαρμοστεί τόσο σε άτομα που έχουν παρακολουθήσει κάποια βραχεία συνεδρία, ή έχουν κάνει κάποια απόπειρα αυτοκτονίας κατά το παρελθόν, είτε από ασθενείς που δεν έχουν συμμετάσχει κατά το παρελθόν σε κάποια βραχεία συνεδρία (Κατσιβαρδά, 2019). Σε ορισμένες μελέτες που έχουν διεξαχθεί για την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής του πλάνου εντατικής φροντίδας, έχει προκύψει ότι τα πλάνα εντατικής φροντίδας δεν αυξάνουν την αποτελεσματικότητα

τους, σε σχέση με την μείωση της πιθανότητας για μια μελλοντική απόπειρα αυτοκτονίας, αλλά και συγκριτικά με τα μοντέλα της βραχείας συνεδρίας.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε άτομα που δεν συμμετείχαν σε συνεδρίες, αλλά γινόταν η παρακολούθησή τους από μια νοσηλεύτρια, διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό των ατόμων που αποφάσιζαν να παρακολουθήσουν μια συνεδρία μετά τη συνομιλία τους με την νοσηλεύτρια, αυξήθηκε σημαντικά, ενώ παράλληλα μειώθηκε το επανάληψη αποπειρών αυτοκτονίας από τα αυτοκτονικά άτομα. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι η ενεργός συμμετοχή της κοινότητας μπορεί να βελτιώσει τη θεραπευτική παρέμβαση του συγκεκριμένου πληθυσμού, ενώ μπορεί να εφαρμόζεται σε ασθενείς που δεν παρουσιάζουν κακή συμμόρφωση στην εξωνοσοκομειακή θεραπεία (Κατσιβαρδά, 2019).

Οι προσεγγίσεις της εντατικής παρακολούθησης περιλαμβάνουν συχνές επισκέψεις στο σπίτι του ασθενή, ενώ οι συναντήσεις μπορεί να είναι είτε εξατομικευμένες, είτε ομαδικές. Η εντατική φροντίδα έχει αποτελέσει αντικείμενο μελετών ώστε να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα της πρόληψης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Σε έρευνα των Mousavi και συνεργατών του, διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών εντατικής παρακολούθησης για 60 ασθενείς που είχαν προσέλθει σε τμήματα επειγόντων. Στην ομάδα παρέμβασης διενεργήθηκαν επισκέψεις στο σπίτι των ασθενών, αλλά και τηλεφωνικές επικοινωνίες. Διαπιστώθηκε ότι για το πρώτο έτος εφαρμογής της συγκεκριμένης τεχνικής, είχε μειωθεί σημαντικά το ποσοστό του αυτοκτονικού ιδεασμού για τους ασθενείς, ενώ οι ασθενείς δήλωσαν ότι είχαν βρει νέα κίνητρα για να ζήσουν. Πέρα από τη μείωση των αυτοκτονικών σκέψεων, σημειώθηκε μείωση και στο ποσοστό των προσπαθειών αυτοκτονίας.

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της εντατικής φροντίδας σε μακροχρόνιο επίπεδο, δεν υπάρχουν πολλές έρευνες στο συγκεκριμένο ζήτημα. Ωστόσο, σε μια από τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί έχει διαπιστωθεί ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να μειωθεί σημαντικά για τους ασθενείς που συμμετέχουν σε προγράμματα εντατικής φροντίδας, σε σχέση με ασθενείς που λαμβάνουν τη συνήθη φροντίδα, ενώ οι ασθενείς που συμμετείχαν στις συγκεκριμένες ομάδες παρέμβασης παρουσίαζαν μικρότερα ποσοστά στις προσπάθειες αυτοτραυματισμού ή απόπειρας αυτοκτονίας (Βάθης, 2017).

Μια από τις θεραπείες της εντατικής φροντίδας που παρουσιάζει υψηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας είναι η ψυχοδυναμική διαπροσωπική θεραπεία. Η συγκεκριμένη θεραπεία έχει εφαρμοστεί τόσο για βραχυπρόθεσμο όσο και σε

μακροπρόθεσμο διάστημα. Η συγκεκριμένη μορφή θεραπείας στηρίζεται στην προσέγγιση ότι ο ασθενής θα πρέπει να συνδέσει συγκεκριμένα συναισθήματα, αναμνήσεις και εμπειρίες, με σημαντικές σχέσεις και προβλήματα στη ζωή του. Η μελέτη των συναισθημάτων και των εμπειριών έχει ως στόχο να κινήσει τον ασθενή από μια παθητική σε μια ενεργητική στάση, καθώς επίσης και να τον κάνει να αποδεχθεί τις ευθύνες για τον εαυτό του και τις πράξεις του, σε αντίθεση με πριν όπου τις απέφευγε. Η διαδικασία της σύνδεσης των συναισθημάτων με εικόνες, σκέψεις, κ.λπ., αποτελεί μια κυκλική διαδικασία και αναπτύσσεται όσο εξελίσσεται η θεραπεία.

Συνοψίζοντας, οι εντατικές παρεμβάσεις μπορούν να θεωρηθούν αποτελεσματικές σε βραχυχρόνια περίοδο, ενώ δεν έχει εξακριβωθεί ακόμη η αποτελεσματικότητά τους μακροχρόνια (Κατσιβαρδά, 2019).

4.3 Επείγουσα και έκτακτη ανάγκη

Στη συγκεκριμένη κατηγορία περιλαμβάνονται οι δράσεις έκτακτης ανάγκης για τους ασθενείς με αυτοκτονικό ιδεασμό ή/και συμπεριφορά. Σε πολλές χώρες χορηγούνται σε ασθενείς με αυτοκτονικό ιδεασμό κάρτες επείγουσας ανάγκης οι οποίες τους υποδεικνύουν τι να κάνουν για να βρουν βοήθεια σε στιγμές κρίσης. Η λειτουργία και χρησιμότητα των καρτών έχει περιγραφεί και στις βραχείες συνεδρίες, όπου οι ασθενείς μπορούν να αποκτήσουν κάρτες αντιμετώπισης για τη διαχείριση του αυτοκτονικού ιδεασμού (Βάθης, 2017).

Ωστόσο, η αποτελεσματική εφαρμογή των υπηρεσιών επείγουσας και έκτακτης ανάγκης όπως είναι οι κάρτες έκτακτης ανάγκης, προϋποθέτει την ύπαρξη μιας υπηρεσίας που θα είναι σε λειτουργία όλο το 24ωρο και θα μπορεί να δεχθεί κλήσεις. Επιπλέον, καλό είναι να γίνεται προσεκτική επιλογή των ασθενών που συμμετέχουν σε ένα τέτοιο πρόγραμμα, ώστε να μην γίνει κατάχρηση της υπηρεσίας και το πρόγραμμα καταστεί αναποτελεσματικό .

Μελέτες που έχουν διεξαχθεί για την αποτελεσματικότητα των καρτών έκτακτης ανάγκης, έχει διαπιστωθεί θετική συσχέτιση με τη διαχείριση του αυτοκτονικού ιδεασμού και την πρόληψη της υποτροπής.

4.4 Φαρμακευτική παρέμβαση

Σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής είναι σε κατάσταση διέγερσης, παρουσιάζει ψυχωσικά συμπτώματα, ή απειλεί να κάνει κακό στο εαυτό του ή σε άλλους τότε για την αντιμετώπιση του αυτοκτονικού ιδεασμού ενδείκνυται η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Σε γενικές γραμμές, η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να ξεκινάει με μικρές δόσεις και να επανεξετάζεται η αποτελεσματικότητά της σε καθημερινή βάση (Λύκουρας, χ.η.). Η φαρμακευτική αγωγή χορηγείται για την αντιμετώπιση κάποιας ψυχικής διαταραχής. Είναι πολύ σημαντικό να έχει γίνει διάγνωση κάποιας διαταραχής, διαφορετικά ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικού ιδεασμού, έχοντας αντίστροφα αποτελέσματα με τους στόχους της θεραπείας (Κατσιβαρδά, 2019).

Μια από τις σημαντικότερες ψυχικές διαταραχές που μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα του αυτοκτονικού ιδεασμού είναι η κατάθλιψη. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα βοηθούν όχι μόνο στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, αλλά και άλλων διαταραχών και καταστάσεων, όπως είναι η διαταραχή άγχους, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, κ.λπ. Τα αντικαταθλιπτικά χορηγούνται με στόχο τη διόρθωση της ανισορροπίας των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου που σχετίζονται με τις αλλαγές της διάθεσης και της συμπεριφοράς.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα διακρίνονται στις ακόλουθες κατηγορίες:

α) SNRIs και SSRIs:

Πρόκειται για την πιο κοινή κατηγορία αντικαταθλιπτικών. Οι επιλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης όπως αποκαλούνται, χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της μείζων κατάθλιψης και των διαταραχών της διάθεσης. Οι συγκεκριμένοι αναστολείς αυξάνουν τα επίπεδα της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης, δύο νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο που επηρεάζουν τη σταθεροποίηση της διάθεσης. Οι SSRIs μπλοκάρουν την απορρόφηση της σεροτονίνης στον εγκέφαλο, με αποτέλεσμα να διευκολύνεται η λήψη και μεταφορά μηνυμάτων προς τον εγκέφαλο και επομένως να σταθεροποιείται και να βελτιώνεται η διάθεση (Βάθης, 2017).

Οι επιλεκτικοί αναστολείς σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης έχουν τις λιγότερες παρενέργειες σε σχέση με άλλα αντικαταθλιπτικά. Ορισμένες από τις παρενέργειες που

μπορεί να προκαλέσουν είναι: η υπογλυκαιμία, η ναυτία, τα εξανθήματα, η ξηροστομία, η απώλεια βάρους, η δυσκοιλιότητα, η εφίδρωση, η αϋπνία, ο πονοκέφαλος και το άγχος. Σχετικά με τις παρενέργειές τους για άτομα κάτω των 18 ετών, έχει διαπιστωθεί ότι με την έναρξη της θεραπείας αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης αυτοκτονικού ιδεασμού και ενώ η κατάθλιψη δεν έχει υποχωρήσει ακόμη.

β) Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs)

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται επίσης για τη θεραπεία της κατάθλιψης, κάποιων μορφών άγχους, ενώ συμβάλλουν και στον έλεγχο του χρόνιου πόνου. Σε σχέση με τα SNRIs και SSRIs, οι παρενέργειές τους είναι πιο σοβαρές, καθώς περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων τις επιληπτικές κρίσεις, την αρρυθμία, την υπέρταση και την αυξημένη πίεση στα μάτια (Βάθης, 2017).

γ) Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOIs)

Οι συγκεκριμένοι αναστολείς χρησιμοποιούνταν ως κυριότερος τύπος αντικαταθλιπτικών, πριν την ανακάλυψη των SNRIs και SSRIs. Οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης χορηγούνται σε περίπτωση που δεν έχουν αποτέλεσμα οι αναστολείς SNRIs και SSRIs. Αυτό συμβαίνει γιατί η μονοαμινοξειδάση βοηθά στη διάσπαση των νευροδιαβιβαστών όπως είναι η σεροτονίνη. Όσο λιγότερη σεροτονίνη διασπαστεί, τόσο περισσότερη θα υπάρχει στην κυκλοφορία με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται πιο σταθερή διάθεση και λιγότερο άγχος. Αναφορικά με τις παρενέργειες της συγκεκριμένης κατηγορίας αντικαταθλιπτικών, είναι παρόμοιες με αυτές των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών.

δ) Νοραδρεναλίνη και ειδικά σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά (NASSAs)

Τα αντικαταθλιπτικά που ανήκουν στη συγκεκριμένη κατηγορία χρησιμοποιούνται πέρα από την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και για διαταραχές άγχους και προσωπικότητας. Μερικές από τις σοβαρές αλλά σπάνιες παρενέργειες που μπορεί να έχουν είναι, οι επιληπτικές κρίσεις, η μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων, οι λιποθυμίες και οι αλλεργικές αντιδράσεις (Βάθης, 2017).

Γενικότερα, οι παρενέργειες από τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών εμφανίζονται εντός των δύο πρώτων εβδομάδων από την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής. Αναφορικά με τη χορήγηση των αντικαταθλιπτικών και τον αυτοκτονικό ιδεασμό,

φαίνεται να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονικού ιδεασμού με την έναρξη της θεραπείας, ιδίως όταν πρόκειται εφήβους (Κατσιβαρδά, 2019). Το γεγονός αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στο χρόνο που απαιτείται ώστε τα φάρμακα να δράσουν, ή ακόμη και σε μια διαταραχή που δεν έχει διαγνωστεί και χρειάζεται διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση. Σε περίπτωση διάγνωσης αυτοκτονικού ιδεασμού θα πρέπει να ενημερωθεί ο θεράπων ιατρός (Βάθης, 2017).

4.5 Παρεμβάσεις με επίκεντρο την οικογένεια

Οι παρεμβάσεις που έχουν επίκεντρο την οικογένεια του ασθενή αποτελούν εξίσου αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις. Μάλιστα, οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις φαίνεται να επιδρούν περισσότερο σε εφήβους και παιδιά με αυτοκτονικό ιδεασμό. Η ομαδική ψυχοθεραπεία αποτελεί μια ολοκληρωμένη θεραπεία που περιλαμβάνει τις τεχνικές της γνωσιακής και συμπεριφοριστικής θεωρίας για την πρόληψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Σε μελέτες που έχουν διεξαχθεί για την ομαδική ψυχοθεραπεία, έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει υψηλή πρόληψη στις αυτοκτονικές σκέψεις και την ανάπτυξη αυτοκτονικής συμπεριφοράς, ενώ παράλληλα υπάρχει βελτίωση στις σχέσεις και λειτουργία της οικογένειας. Όσον αφορά τα παιδιά και τους εφήβους ασθενείς, η εφαρμογή της οικογενειακής θεραπείας φαίνεται να συμβάλλει θετικά με την καλύτερη σχολική επίδοση, αλλά και το χαμηλότερο ρυθμό διαταραχής της συμπεριφοράς (Κατσιβαρδά, 2019).

Μια ακόμη θεραπεία με επίκεντρο την οικογένεια είναι η θεραπεία που βασίζεται στην προσκόλληση στην οικογένεια. Η συγκεκριμένη θεραπεία έχει περιγραφεί ως μια πιθανή θεραπεία για άτομα που έχουν ήδη κάποιο ιστορικό αυτοκτονίας. Η θεραπεία της προσκόλλησης στην οικογένεια στηρίζεται στην παραδοχή ότι τόσο η κατάθλιψη όσο και η αυτοκτονία μπορεί να αποφευχθούν ή να επιδεινωθούν μέσα από τη βελτίωση της ποιότητας των οικογενειακών σχέσεων. Στα πλαίσια της επίτευξης του βασικού στόχου της θεραπείας, η τεχνική που αναπτύσσεται σχετίζεται με τη δημιουργία μιας ασφαλούς και προστατευτικής βάσης για το άτομο. Σε πρώτη φάση γίνεται μια συζήτηση μεταξύ του ασθενή και του επαγγελματία ψυχικής υγείας για τους παράγοντες που τον εμποδίζουν να μοιραστεί τις αυτοκτονικές σκέψεις με τους γονείς του, αλλά και να ζητήσει βοήθεια από αυτούς. Συνήθως, οι παράγοντες που λειτουργούν ανασταλτικά στη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης

μεταξύ του αυτοκτονικού ασθενή και της οικογένειάς του είναι: το άγχος, το ιστορικό κακής επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης με τους γονείς και η ύπαρξη περιστατικών παραμέλησης ή εγκατάλειψης. Κατόπιν η θεραπεία αποτελείται από 5 επιμέρους στάδια, τα οποία έχουν διαφορετική στοχοθεσία και τα οποία είναι τα εξής:

- α. Στην πρώτη φάση διεξάγεται μια συνεδρίαση με τα μέλη της οικογένειας, με στόχο την ενίσχυση ή αποκατάσταση των οικογενειακών σχέσεων.
- β. Στη συνέχεια, πραγματοποιούνται συνεδρίες μόνο με τον ασθενή έτσι ώστε να διαπιστωθούν οι βασικές οικογενειακές συγκρούσεις που συνδέονται με τις αυτοκτονικές σκέψεις και ο θεραπευτής προετοιμάζει τον ασθενή για να επικοινωνήσει με την οικογένειά του.
- γ. Κατόπιν, οι συνεδρίες πραγματοποιούνται με τους γονείς του ασθενή, με στόχο να αναπτύξουν δεξιότητες για τη διαχείριση του ασθενή και των συναισθημάτων του.
- δ. Στο τέταρτο στάδιο, η οικογένεια συζητά συγκεκριμένα προβλήματα και αναπτύσσονται νέες μέθοδοι επικοινωνίας και δεξιότητες ρύθμισης συναισθημάτων.
- ε. Στο τελευταίο στάδιο προάγεται η αυτονομία του ασθενή μέσα από ευχάριστες δραστηριότητες, διατηρώντας παράλληλα την οικογενειακή σύνδεση (Κατσιβαρδά, 2019).

Μια ακόμη προσέγγιση για την αντιμετώπιση του αυτοκτονικού ιδεασμού ή/και κάποιας απόπειρας αυτοκτονίας, είναι η ψυχοεκπαίδευση των γονέων (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.η.α). Η ψυχοεκπαίδευση αποσκοπεί στο να βοηθήσει τους γονείς των ασθενών να ενισχύσουν την αυτοπεποίθησή τους, με απώτερο σκοπό να επηρεάσουν θετικά τα παιδιά τους και να ενισχυθεί και η δική τους αυτοεκτίμηση. Παράλληλα, στόχος της ψυχοεκπαίδευσης είναι να βοηθήσει τους συμμετέχοντες να διαχειριστούν τα αρνητικά τους συναισθήματα είτε για τον εαυτό τους, είτε για τα παιδιά τους και να δημιουργήσουν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον. Η τεχνική της ψυχοεκπαίδευση πραγματοποιείται σε 4 συνεδρίες. Πρόκειται για μια αρχική συνεδρία όπου οι γονείς ενημερώνονται πλήρως για τον αυτοκτονικό ιδεασμό και συμπεριφορά και ακολουθούν οι πρακτικές μέσω των οποίων αναπτύσσονται στρατηγικές για την εξάλειψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Παράλληλα, η οικογένεια λαμβάνει όλες τις πληροφορίες για να διευκολυνθεί η πρόσβαση σε κατάλληλες υπηρεσίες υποστήριξης (Κατσιβαρδά, 2019).

4.6 Προτεινόμενο μοντέλο παρέμβασης

Η διαχείριση ενός αυτοκαταστροφικού ασθενούς είναι ένα από τα δυσκολότερα ζητήματα που έχει να αντιμετωπίσει ένας κλινικός ιατρός. Η αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας προϋποθέτει την άμεση κινητοποίηση του γιατρού, τη συνεργασία με τον ασθενή αλλά και την οικογένειά του, καθώς και την άμεση επικοινωνία με τον ψυχίατρο. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η έγκαιρη αναγνώριση ενός αυτοκτονικού ασθενή δεν αποτελεί μια εύκολη διαδικασία. Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που δυσχεραίνουν τη διάγνωση του αυτοκτονικού ιδεασμού. Χαρακτηριστικά αναφέρονται οι ακόλουθοι:

- ❖ Η έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με τη διάγνωση και την αντιμετώπιση του προβλήματος.
- ❖ Η ύπαρξη φόρτου εργασίας του γιατρού, ο οποίος μπορεί να δυσκολέψει τη συζήτηση με τον ασθενή.
- ❖ Η υποβάθμιση του προβλήματος και η επικράτηση της άποψης ότι ο ασθενής μπορεί να το ξεπεράσει μόνος του.
- ❖ Το στίγμα που μπορεί να προκαλέσει η διάγνωση κάποιας ψυχικής νόσου και η παραπομπή του ασθενή σε ψυχίατρο.
- ❖ Η πεποίθηση των επαγγελματιών υγείας ότι η διάγνωση και διαχείριση του αυτοκτονικού ιδεασμού είναι στην αποκλειστική αρμοδιότητα των ψυχολόγων και ψυχιάτρων (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.η.α).
- ❖ Όταν ο ασθενής βρίσκεται στην επαρχία η κατάσταση δυσχεραίνεται ακόμα περισσότερο. Οι περισσότερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας βρίσκονται συγκεντρωμένες στα αστικά κέντρα με αποτέλεσμα να μην υπάρχει δυνατότητα άμεσης παραπομπής του ασθενή (Κατσιβαρδά, 2019).

Σε περίπτωση που απαιτηθεί ακούσια νοσηλεία του ασθενούς, λόγω οξέος ψυχωσικού επεισοδίου για παράδειγμα, τότε η κατάσταση δυσχεραίνεται ακόμη περισσότερο. Στη συγκεκριμένη περίπτωση ο ασθενής σε συνοδεία με ιατρό και αστυνομία, μεταφέρεται στο πλησιέστερο αστικό κέντρο. Η εν λόγω τακτική μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις τόσο για τον ίδιο τον ασθενή, όσο και για την οικογένειά του. Ενδεικτικά να αναφέρουμε ότι μέσα από αυτή τη διαδικασία τόσο ο ασθενής όσο και το οικογενειακό του περιβάλλον έχουν οικονομική και ψυχολογική επιβάρυνση,

ενώ παράλληλα αποδυναμώνεται η εμπιστοσύνη τους απέναντι στις τοπικές ιατρικές υπηρεσίες.

Σύμφωνα με το προτεινόμενο πλάνο για τη θεραπευτική αντιμετώπιση, η νοσηλεία των περιστατικών σε γενικά νοσοκομεία της περιοχής μπορεί να καταστεί αποτελεσματικότερη. Αρχικά, η εξέταση των ασθενών θα πραγματοποιείται ύστερα από εισαγγελική παρέμβαση και σε μια κινητή μονάδα που θα παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η μεταφορά των ασθενών σε μεγάλα αστικά κέντρα θα πραγματοποιείται σε δευτερεύον στάδιο και εφόσον κρίνεται απαραίτητη από τη σοβαρότητα της κατάστασης. Και στις δύο περιπτώσεις όμως θα πρέπει να διασφαλίζεται ότι έχει εξαλειφθεί ο κίνδυνος κάποιας υποτροπής. Η αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού πλάνου προϋποθέτει ότι θα υπάρχουν ειδικοί ψυχικής υγείας στην περιοχή έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η παρακολούθηση του ασθενούς τόσο κατά το διάστημα της νοσηλείας του, όσο και μετά από αυτό. Ειδικότερα, στην περίπτωση της ακούσιας νοσηλείας θα πρέπει να υπάρχει ακόμη πιο συντονισμένη παρέμβαση και συνεργασία μεταξύ ειδικών ψυχικής υγείας, γιατρών του νοσοκομείου και της αστυνομίας (Μπεκιάρη & Κατσαδώρας, χ.η.α).

Κεφάλαιο 5

Νοσηλευτική διεργασία και νοσηλευτική παρέμβαση



5.1 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στον αυτοκτονικό ιδεασμό

Η αντιμετώπιση του αυτοκτονικού ιδεασμού λαμβάνει ιδιαίτερη σημασία, για το λόγο ότι δεν πρόκειται απλώς για μια πράξη που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή ενός ατόμου, αλλά να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ατόμων που αποτελούν το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του. Πρόκειται δηλαδή, για ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας.

Η διαχείριση ενός αυτοκτονικού ασθενούς δεν έγκειται μόνο στην αρμοδιότητα του ψυχιάτρου, αλλά και σε άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως είναι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι ψυχολόγοι, το ιατρικό προσωπικό, αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο ρόλος του νοσηλευτή θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικός στη θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενή με αυτοκτονικό ιδεασμό, λόγω της άμεσης επαφής που υπάρχει με αυτό. Ο ρόλος του νοσηλευτή, παρουσιάζεται εκτενέστερα σε επόμενη ενότητα (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.η.α).

Σε περίπτωση που ο γιατρός διαπιστώσει ότι ένας ασθενής είναι αυτοκαταστροφικός θα πρέπει να κάνει τις εξής ενέργειες: αρχικά, θα πρέπει να διαπιστώσει κατά πόσο ο ασθενής ζει σε υποστηρικτικό περιβάλλον και στη συνέχεια να επικοινωνήσει με την οικογένειά τους και να τους ενημερώσει ότι το άτομο θα χρειαστεί ψυχιατρική παρακολούθηση (Μισουρίδου, χ.η.). Ακολούθως, ο γιατρός θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή ότι θα συνεργαστούν ξανά και να προγραμματίσει ένα επόμενο ραντεβού μαζί του, ενώ τέλος, θα τον παραπέμψει στον ψυχίατρο. Σημειώνεται ότι ο γιατρός θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή ότι θα επικοινωνήσει με το οικογενειακό του περιβάλλον. Σε περίπτωση που ο ασθενής αρνηθεί, ο γιατρός θα επικοινωνήσει και πάλι με την οικογένεια και θα πρέπει να αναφέρει σε αυτούς την αρνητική πρόθεση του ασθενούς (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.η.α).

Όσον αφορά, την επικοινωνία με τον ψυχίατρο είναι απαραίτητο ο αυτοκτονικός ασθενής να παραπεμφθεί σε αυτόν. Για το λόγο αυτό ο γιατρός θα πρέπει να προετοιμάσει τον ασθενή ώστε να είναι σε θέση να μιλήσει μαζί του, να αναπτύξει σχέση εμπιστοσύνης και να του πει τι σκέφτεται, χωρίς ενοχές και φόβο. Το συγκεκριμένο σημείο της θεραπευτικής παρέμβασης είναι πολύ σημαντικό γιατί ένα από τα κυριότερα εμπόδια στη διάγνωση και αντιμετώπιση του αυτοκτονικού ιδεασμού είναι οι ενοχές που νιώθουν οι ασθενείς και ο φόβος ότι μπορεί να στιγματιστεί με μια ψυχική νόσο. Σε περίπτωση που ο ψυχίατρος βρίσκεται ήδη στο κέντρο – κλινική που

έχει μεταφερθεί ο ασθενής, τότε ο γιατρός μπορεί να ζητήσει άμεση ψυχιατρική εκτίμηση, διαφορετικά θα προγραμματίσει ένα ραντεβού. Μετά το ραντεβού με τον ψυχίατρο, ο γιατρός θα πρέπει να έρθει πάλι σε επαφή με τον ασθενή, με κύριο στόχο να παρακολουθήσει την κατάσταση, αλλά και ασθενής να νιώσει ότι βρίσκεται σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.η.α).

Ο ασθενής θα πρέπει να αισθανθεί άνετος και να εκφράσει τις σκέψεις και συναισθήματά του, ενώ παράλληλα θα πρέπει να αισθανθεί ότι ο επαγγελματίας υγείας είναι πρόθυμος να τον ακούσει και να τον βοηθήσει. Σε περίπτωση που ο επαγγελματίας υγείας δυσκολεύεται να παρακολουθήσει τον ασθενή, δεν μπορεί να τον βοηθήσει, ή δυσκολεύεται να διερευνήσει την πιθανότητα αυτοκτονίας, τότε θα πρέπει να παραπέμψει τον ασθενή σε έναν άλλο ιατρό (Μισουρίδου, χ.η.).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο γιατρός μπορεί να κρίνει απαραίτητο ο ασθενής να νοσηλευτεί άμεσα σε ψυχιατρική κλινική. Μεταξύ των περιπτώσεων αυτών, περιλαμβάνονται: η διαπίστωση έντονων και επίμονων αυτοκτονικών σκέψεων, η επιθετική συμπεριφορά, η ύπαρξη ψυχωσικής συμπτωματολογίας και οι σκέψεις του ασθενή να διαπράξει κάποια απόπειρα άμεσα και με βίαιο τρόπο. Σημειώνεται ότι, σε περίπτωση που ο ασθενής δηλώσει ότι σκέφτεται έντονα να αυτοκτονήσει θα πρέπει να απομακρυνθούν όλα τα θανατηφόρα μέσα από κοντά του και να μην μείνει μόνος του, μέχρι τη μεταφορά του στην ψυχιατρική κλινική (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, χ.η.α).

5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του αυτοκτονικού ιδεασμού

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του αυτοκτονικού ασθενούς έχει πολύ μεγάλη σημασία, καθώς σχετίζεται με την άμεση διάσωση της ζωής του. Ο ρόλος του νοσηλευτή δεν στηρίζεται μόνο στην πρόληψη μιας απόπειρας αυτοκτονίας, αλλά και στη διεύρυνση της ζωής του ατόμου και τη βελτίωση της ποιότητας αυτής. Το νοσηλευτικό προσωπικό επιδιώκει να βοηθήσει τον ασθενή να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται τα πράγματα και να διαπιστώσει ότι μπορεί να βρει εναλλακτικές λύσεις στα προβλήματά του, χωρίς να σκέφτεται την αυτοκτονία (Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νοτιοανατολικών Κυκλάδων, 2010).

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τόσο την εκτίμηση του αυτοκτονικού ιδεασμού, όσο και τον προγραμματισμό της θεραπείας. Κατά την εκτίμηση του αυτοκτονικού ιδεασμού, ο νοσηλευτής εξετάζει μια σειρά από παράγοντες όπως: την ύπαρξη σημείων στο λόγο του που να υποδηλώνουν τον αυτοκτονικό ιδεασμό ή συμπεριφορά, την ύπαρξη κάποιου σχεδίου, τα μέσα με τα οποία ο ασθενής έχει ζητήσει βοήθεια, την ψυχική του κατάσταση, αλλά και το γενικότερο τρόπο ζωής του.

Στη συνέχεια και κατά το σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου, πέρα από τον ασθενή και το νοσηλευτή, δύναται να παρευρίσκεται και λοιπό ιατρικό προσωπικό ψυχικής υγείας. Το θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να επικεντρώνεται στην προστασία του ατόμου, στην αύξηση της αυτοπεποίθησής του, στην αναγνώριση του προβλήματος και την ενίσχυση του μηχανισμού άμυνας, στην εκπαίδευση του ασθενή, καθώς και στην ενεργοποίηση του οικογενειακού του περιβάλλοντος (Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νοτιοανατολικών Κυκλάδων, 2010).

Οι πληροφορίες που θα πρέπει να συλλεχθούν κατά τη νοσηλευτική παρέμβαση είναι οι εξής:

- Ένα ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας.
- Εάν το άτομο φαίνεται σκυθρωπό ή σκεπτικό.
- Εάν ο ασθενής έχει εκφράσει την επιθυμία του να πεθάνει (Μισουρίδου, χ.η.).
- Εάν κάνει ερωτήσεις που να δείχνουν αυτοκτονική συμπεριφορά, όπως για παράδειγμα να ρωτήσει πόσα χάπια χρειάζονται για να σκοτωθεί ένας άνθρωπος.
- Εάν ο ασθενής φαίνεται καταθλιπτικός και κλαίει.
- Εάν εκφράζει ενοχές για κάποια γεγονότα.
- Εάν δηλώνει ότι φοβάται να κοιμηθεί στο σκοτάδι.
- Εάν ακούει φωνές.
- Εάν φαντάζεται ότι πάσχει από κάποια σοβαρή ασθένεια.
- Εάν συλλέγει αντικείμενα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για σωματική βλάβη.
- Εάν παρουσιάζει απότομη αλλαγή διάθεσης.
- Εάν μοιράζει τα προσωπικά του αντικείμενα (Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νοτιοανατολικών Κυκλάδων, 2010).

Σε κάθε περίπτωση κατά τη νοσηλευτική εκτίμηση ο νοσηλευτής θα πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη του κάθε δήλωση του ασθενή, να είναι ειλικρινής, να του

εξηγήσει ότι χρειάζεται βοήθεια και να τον διαβεβαιώσει ότι ενδιαφέρεται για αυτόν ώστε να βελτιώσει τη ζωή του και να επιλύσει τα προβλήματά του (Μισουρίδου, χ.η.).

5.3 Αυτοκτονικός σχεδιασμός και κρίση

Λόγω της άμεσης επαφής του αυτοκτονικού ασθενούς με το νοσηλευτή, πολλές φορές ο νοσηλευτής μπορεί να έρθει απέναντι σε καταστάσεις που ο ασθενής είναι σε κρίση ή μπορεί και να παρουσιάζει συμπτωματολογία κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής. Πέρα από τη νοσηλευτική εκτίμηση που πραγματοποιείται πάντοτε σε περίπτωση ύπαρξης υποψιών για αυτοκτονικό ιδεασμό, όταν ο ασθενής είναι σε κρίση, ο ρόλος του νοσηλευτή περιλαμβάνει επίσης τα ακόλουθα:

- ❖ Θα πρέπει να γίνει ανοιχτή συζήτηση για την αυτοκτονία. Ο ασθενής θα πρέπει να παραμείνει σε κοινούς χώρους και να ελέγχεται ανά 15 λεπτά.
- ❖ Θα πρέπει να απομακρυνθεί από δίπλα του, οτιδήποτε μπορεί να αποτελέσει μέσο απόπειρας αυτοκτονίας.
- ❖ Ο ασθενής είναι πολύ πιθανό να αισθάνεται έντονη δυσφορία. Σε αυτήν την περίπτωση, ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσπαθήσει να τον ανακουφίσει και να του προτείνει κάποιο μπάνιο, καθαρά ρούχα, κ.λπ.
- ❖ Ακόμα και όταν ο ασθενής μεταφερθεί σε δωμάτιο, θα πρέπει να ελέγχεται συχνά, καθώς και να γίνεται έλεγχος των προσωπικών του αντικειμένων. Προτείνεται η τοποθέτηση του ασθενή να γίνεται σε ένα εύκολα προσβάσιμο δωμάτιο και ενδεχομένως μαζί με κάποιον άλλον ασθενή ώστε να υπάρχει συνέχεια ένα άτομο στο περιβάλλον του (Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νοτιοανατολικών Κυκλάδων, 2010).
- ❖ Σχεδιασμός του θεραπευτικού πλάνου, το οποίο περιλαμβάνει τόσο άμεσους όσο και μακροχρόνιους στόχους, όπως είναι η εκπαίδευσή του για τη διαχείριση των συναισθημάτων του. Στην παρούσα φάση, ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει τα τηλέφωνα του θεραπευτή, της ψυχιατρικής κλινικής και άλλων τηλεφωνικών υπηρεσιών που ο ασθενής μπορεί να απευθυνθεί όταν είναι σε κρίση (Κουβαράκη & Λεμονούδη, χ.η.).

5.4 Νοσηλευτική διεργασία 1

Ο ασθενής Ν.Δ ηλικίας 32 ετών, άγαμος και άνεργος, εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου στα επείγοντα με κατάγματα και εμφανή αιμορραγία, ύστερα από πτώση μεγάλου ύψους. Κατόπιν, δόθηκαν πρώτες βοήθειες, εξετάστηκαν τα στοιχεία της εισαγωγής του και καταγράφηκε η απόπειρα αυτοκτονίας. Ύστερα από τεστ και την εξέταση ψυχιάτρου διαγνώστηκε με κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό.

Εισήχθη στο νοσοκομείο 12/01/2020, ώρα 11:30 π.μ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Δ.Ν

ΦΥΛΟ: ΑΡΡΕΝ

ΗΜ.ΓΕΝ.: 21/08/1988

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟ ΙΔΕΑΣΜΟ

ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο ασθενής είχε διαγνωστεί προ πενταετίας με κατάθλιψη και παρακολουθείται από ψυχολόγο, ύστερα από το χαμό της μητέρας του σε αυτοκινητιστικό δυστύχημα. Το 2015 παρουσιάζει το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο με διαταραχές όρεξης και ύπνου, κοινωνική απόσυρση καθώς και αγχώδη συμπεριφορά με έντονα συμπτώματα όπως δύσπνοια, ζαλάδα και τάση για εμετό. Ο ασθενής κατά την εισαγωγή του παρουσιάζει συμπτώματα τρόμου, ψυχολογική αδυναμία και άρνηση συνεργασίας προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Ακόμα έλαβε φαρμακευτική αγωγή αναλγητικών για την αντιμετώπιση του πόνου και συνεχίστηκε η χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων.

<ul style="list-style-type: none"> Αξιολόγηση ασθενούς ανάγκες-προβλήματα-νοσηλευτική διάγνωση 	<ul style="list-style-type: none"> Αντικειμενικός σκοπός 	<ul style="list-style-type: none"> Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας 	<ul style="list-style-type: none"> Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας 	<ul style="list-style-type: none"> Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας
<ul style="list-style-type: none"> Εμφανή ωτορραγία Οξύς και έντονος πόνος Κοινωνική απόσυρση Ψυχολογική αδυναμία ασθενούς μετά την απόπειρα αυτοκτονίας 	<ul style="list-style-type: none"> Εξάλειψη συμπτωμάτων και πρόληψη σοβαρότερων καταστάσεων Απαλλαγή του πόνου Εξάλειψη συμπτωμάτων κοινωνικής απόσυρσης Ενθάρρυνση της ψυχολογίας του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> Αντισηψία της περιοχής Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία Συζήτηση με τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον με σκοπό την ψυχολογική ανάταση του Νοσηλευτική αντιμετώπιση κατάθλιψης σύμφωνα με οδηγία ψυχιάτρου και διδασκαλία 	<ul style="list-style-type: none"> Πραγματοποιήθηκε αντισηψία με Betadin στο αυτί του ασθενούς και χορηγήθηκε ενδοφλέβια αντιβίωση Χορηγήθηκαν αναλγητικά σύμφωνα με ιατρική οδηγία Εφαρμογή ψυχοθεραπείας με τον ασθενή Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό συνεργάστηκαν για να βοηθήσουν στην ψυχολογία του ασθενή, δόθηκαν διεγερτικά σύμφωνα με ιατρική οδηγία 	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετώπιση του προβλήματος με επιτυχία Ο ασθενής νιώθει πιο ήρεμος Βελτίωση της εικόνας του ασθενούς Ο ασθενής δείχνει μια βελτίωση

5.5 Νοσηλευτική διεργασία 2

Η ασθενής Φ.Π ηλικίας 22 ετών εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου στα επείγοντα, ύστερα από μεγάλη δόση παρακεταμόλης. Συγκεκριμένα η ασθενής παρουσίαζε οξύ και έντονο πόνο, τάση για εμετό, ψυχολογική αδυναμία,

τρόμο και υποθερμία. Κατόπιν, δόθηκαν πρώτες βοήθειες, εξετάστηκαν τα στοιχεία της εισαγωγής της και καταγράφηκε η απόπειρα αυτοκτονίας. Εφόσον πραγματοποιήθηκε το τεστ και η εξέταση της ψυχιάτρου διαγνώστηκε με κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Φ.Π

ΦΥΛΟ: ΘΥΛΗ

ΗΜ.ΓΕΝ.: 01/02/1997

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ, ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ

ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ασθενής εμφάνισε τα πρώτα σημάδια ψυχολογικής διαταραχής προ τριετίας μαζί με την χρήση ουσιών υπό καθεστώς πίεσης που προέρχονταν από τον σύζυγο της (έντονοι τσακωμοί, βίαιη συμπεριφορά) και το επερχόμενο διαζύγιο της. Παρουσιάζει διαταραχές όρεξης και παραμέληση σωματικής υγιεινής καθώς και κοινωνική απόσυρση, οξεία και επιθετική συμπεριφορά προς τα πρόσωπα της οικογένειας της. Η ασθενής δεν έχει νοσηλευτή κατά το παρελθόν. Κατά την εισαγωγή της παρουσιάζει δυσκολία προσαρμογής στο νοσοκομειακό χώρο, άρνηση συνεργασίας προς το νοσηλευτικό προσωπικό. Εμφανίζει συμπτώματα τρόμου και ψυχολογική αδυναμία. Επίσης, έλαβε φαρμακευτική αγωγή με την λήψη αναλγητικών για την αντιμετώπιση του πόνου.

<ul style="list-style-type: none"> Αξιολόγηση ασθενούς ανάγκες – προβλήματα – νοσηλευτική διάγνωση 	<ul style="list-style-type: none"> Αντικειμενικός σκοπός 	<ul style="list-style-type: none"> Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας 	<ul style="list-style-type: none"> Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας 	<ul style="list-style-type: none"> Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Καταθλιπτικά συμπτώματα Επιθετική συμπεριφορά Παραμέληση σωματικής υγιεινής Ψυχολογική αδυναμία μετά την απόπειρα αυτοκτονίας 	<ul style="list-style-type: none"> Προσέγγιση ασθενούς Ρύθμιση θεραπευτικής αγωγής, για την σωστή συνύπαρξη μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο Παρακίνηση στην ασθενή να περιποιείται τον εαυτό της Ενίσχυση της ψυχολογικής κατάστασης της ασθενούς και της οικογένειας 	<ul style="list-style-type: none"> Εφαρμογή αρχών ψυχικής υγιεινής με σκοπό την μείωση των συμπτωμάτων Φροντίδα ασθενή για την εξάλειψη των επιθετικών τάσεων και την ανάπτυξη συναισθημάτων Ενημέρωση για τη σημασία της σωματικής υγιεινής Νοσηλευτική αντιμετώπιση κατάθλιψης και διδασκαλία για την χρήση ουσιών 	<ul style="list-style-type: none"> Πραγματοποιήθηκε επικοινωνία με την ασθενή για το πως νιώθει Διενέργεια ψυχοθεραπείας Δόθηκε η απαραίτητη βοήθεια στην ασθενή ώστε να αντιληφθεί την ακριβή διαδικασία της προσωπικής υγιεινής Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό συνεργάστηκαν ώστε να βοηθήσουν την ασθενή και την οικογένεια της 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής εμπιστεύτηκε τον νοσηλευτή και έδειχνε πιο ήρεμη Εξάλειψη των επιθετικών τάσεων Η ασθενής ακολούθησε της οδηγίες των νοσηλευτών και κατάλαβε τη σημασία της σωματικής υγιεινής Η ασθενής φαίνεται πιο ήρεμη και με βελτιωμένη διάθεση

Συμπεράσματα

Στα πλαίσια της παρούσας πτυχιακής εργασίας αναπτύχθηκε το θέμα του αυτοκτονικού ιδεασμού και ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια κρίσης. Αυτοκτονικός ιδεασμός αναφέρεται στις έντονες αρνητικές σκέψεις που κάνει ένα άτομο και έχουν ως επίκεντρο το θάνατο. Πέρα από τις σκέψεις όμως, ο αυτοκτονικός ιδεασμός περιλαμβάνει και το σχεδιασμό τρόπων με τους οποίους ένα άτομο επιδιώκει να αυτοκτονήσει. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός παρουσιάζει υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης σε άτομα που πάσχουν από κάποια διαταραχή της ψυχικής τους υγείας. Ο λόγος που συμβαίνει κάτι τέτοιο είναι ότι πρόκειται για άτομα που δεν έχουν συναναστροφές, είναι κατά κύριο λόγο μοναχικοί, ενώ επίσης παρουσιάζουν προβλήματα τόσο σε σωματικό, όσο σε συναισθηματικό επίπεδο.

Η αυτοκτονία αποτελεί μια διαδικασία η οποία περνάει από διακριτές φάσεις. Στην αρχή ένα άτομο κατακλύζεται από σκέψεις για το θάνατο, στη συνέχεια οι σκέψεις αυτές γίνονται ολοένα και πιο έντονες μαζί με το σχεδιασμό σχεδίων αυτοκτονίας, ενώ στο τρίτο στάδιο το άτομο χαρακτηρίζεται ότι έχει αυτοκτονική συμπεριφορά, καθώς διενεργεί μια ή περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας. Στην τελευταία φάση, το άτομο επιτυγχάνει το σκοπό του.

Η αυτοκτονικότητα, αποτελεί, ένα παγκόσμιο ζήτημα που επηρεάζει τη δημόσια υγεία. Χώρες με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο έχουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας. Άλλοι παράγοντες κινδύνου που μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης αυτοκτονικού ιδεασμού και συμπεριφοράς είναι ο φύλο, η ηλικία, οι εργασιακές συνθήκες, οι οικογενειακοί παράγοντες, η ύπαρξη κάποιας ψυχικής νόσου, το ιστορικό προηγούμενης απόπειρας, στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή του ατόμου, καθώς επίσης γενετικοί και νευροβιολογικοί παράγοντες.

Όσον αφορά τα σημάδια που προειδοποιούν ότι ένα άτομο κάνει αυτοκτονικές σκέψεις, ή σχεδιάζει κάποια αυτοκτονική πράξη, μεταξύ άλλων περιλαμβάνονται η εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, η χρησιμοποίηση εκφράσεων για το θάνατο, η συνεχής αναφορά στο θάνατο, το γεγονός ότι έχει χάσει τα ενδιαφέροντά του και δεν έχει κίνητρα, η ύπαρξη αυτοτραυματικής συμπεριφοράς, η παραμέληση της υγιεινής του, αλλά και η απομόνωση. Τα άτομα που είναι αντιμέτωπα με αυτοκτονικό ιδεασμό συνήθως στέκονται σε αρνητικές λεπτομέρειες και δεν κρατούν κάτι ευχάριστο από οτιδήποτε τους συμβαίνει, ενώ η σκέψη τους είναι δύσκαμπτη.

Για την αποτελεσματικότερη διάγνωση του αυτοκτονικού ιδεασμού, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η λήψη ενός καλού ιστορικού από τον γιατρό. Για την αναγνώριση της αυτοκτονικότητας, ο γιατρός που λαμβάνει το ιστορικό θα σταθεί στη λεκτική επικοινωνία, αλλά και σε κινήσεις του σώματος. Σημάδια όπως, η το άγχος, η αποφυγή της οπτικής επαφής μεταξύ τους, η παραμέληση της εμφάνισης και της υγιεινής και η επιβράδυνση στην κίνηση ή/και την ομιλία, μπορεί να συνηγορούν στην ύπαρξη κατάθλιψης ή κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής, καθώς και στην πρόθεση για αυτοκτονία.

Η έγκαιρη διάγνωση του αυτοκτονικού ιδεασμού σημαίνει ταυτόχρονα αντιμετώπιση και πρόληψη για τον ασθενή. Η πρόληψη της αυτοκτονικότητας αποτελεί ίσως το σημαντικότερο παράγοντα για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της. Η πρόληψη της αυτοκτονικότητας πραγματοποιείται σε τρία επίπεδα. Στο πρωτογενές επίπεδο, η πρόληψη περιλαμβάνει την αντιμετώπιση και πρόληψη του αυτοκτονικού ιδεασμού. Η δευτερογενής πρόληψη σχετίζεται με την αντιμετώπιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και η τριτογενής πρόληψη, με την αντιμετώπιση των συνεπειών από μια απόπειρα αυτοκτονίας. Σημειώνεται ότι, το καλύτερο μέτρο για την πρόληψη της αυτοκτονικότητας είναι η δημιουργία ισχυρών διαπροσωπικών σχέσεων.

Στη συνέχεια της παρούσας γραπτής εργασίας, αναλύθηκε η θεραπευτική αντιμετώπιση του αυτοκτονικού ασθενούς. Στην προκειμένη περίπτωση αναπτύσσονται σχέδια είτε με άμεσους στόχους, είτε με μακροπρόθεσμους. Οι βραχείς συνεδρίες αποτελούν ολοκληρωμένη θεραπευτική παρέμβαση με συγκεκριμένη στοχοθεσία όπου τόσο το άτομο όσο και η οικογένειά του μπορούν να ενημερωθούν για τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις συνέπειές του, αναπτύσσονται δεξιότητες για τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων του ασθενή, ενισχύεται η αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση του ατόμου, δίνονται χρήσιμες πληροφορίες και τηλέφωνα για περίπτωση επείγουσας ανάγκης, καθώς επίσης και έλεγχος της πορείας του ασθενούς. Πέρα από τις βραχείς συνεδρίες, η θεραπευτική παρέμβαση περιλαμβάνει την εντατική φροντίδα και την δημιουργία καρτών επείγουσας ανάγκης, καθώς και τη φαρμακευτική αγωγή. Για τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, α πρέπει το άτομο να έχει διαγνωστεί με κάποια ψυχική διαταραχή ή όχι. Σε περίπτωση που δεν έχει διαγνωστεί κάποια ψυχική διαταραχή, τότε η λήψη φαρμακευτικής αγωγής συνδέεται σημαντικά με την πιθανότητα εμφάνισης αυτοκτονικού ιδεασμού.

Η αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας προϋποθέτει την άμεση κινητοποίηση του γιατρού, τη συνεργασία με τον ασθενή αλλά και την οικογένειά του, καθώς και την

άμεση επικοινωνία με τον ψυχίατρο. Η διαχείριση ενός αυτοκτονικού ασθενούς δεν έγκειται μόνο στην αρμοδιότητα του ψυχιάτρου, αλλά και σε άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως είναι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι ψυχολόγοι, το ιατρικό προσωπικό, αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό. Για τη διαχείριση ενός ασθενούς θα πρέπει αρχικά να διαπιστωθεί εάν βιώνει σε υποστηρικτικό περιβάλλον ή όχι. Στη συνέχεια θα πρέπει να γίνει επικοινωνία του γιατρού με την οικογένεια του ατόμου και κατόπιν ο γιατρός θα συζητήσει με τον ασθενή. Μετά το τέλος της συζήτησης ο ασθενής πρέπει να παραπεμφθεί και σε ψυχίατρο.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του αυτοκτονικού ασθενούς έχει πολύ μεγάλη σημασία, καθώς σχετίζεται με την άμεση διάσωση της ζωής του. Η νοσηλευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τόσο την εκτίμηση του αυτοκτονικού ιδεασμού, όσο και τον προγραμματισμό της θεραπείας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ελέγξει κατά τη συνομιλία του με τον ασθενή, εάν υπάρχουν δηλώσεις που να σχετίζονται με τον αυτοκτονικό ιδεασμό, εάν το άτομο έχει ζητήσει ψυχική βοήθεια κατά το παρελθόν, εάν έχει κάποιο σχέδιο, κ.λπ. Ο ασθενής θα πρέπει να αισθανθεί άνετος και να εκφράσει τις σκέψεις και συναισθήματά του, ενώ παράλληλα θα πρέπει να αισθανθεί ότι ο επαγγελματίας υγείας είναι πρόθυμος να τον ακούσει και να τον βοηθήσει. Ακόμη πιο σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή όταν το άτομο βρίσκεται σε κρίση. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίσει ώστε το άτομο να μην μείνει μόνο του, θα πρέπει να έχουν απομακρυνθεί όλα τα αντικείμενα που μπορεί να λειτουργήσουν ως θανατηφόρα μέσα στο χώρο, καθώς και να γίνει ανοικτή συζήτηση για την αυτοκτονία.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Ανωγεάκις, Γ., Καραγιαννίδου, Μ., & Παπαλιάγκας, Β. (2001). *Αγχώδεις διαταραχές*. Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Βαρτζόπουλος Ι., Διαλλινά Μ., Μαλαγάρης Ε., Πλουμπίδης, Δ., & Τζαβάρας, Ν. (2002). *Σχιζοφρένεια. Φαινομενολογική και ψυχαναλυτική προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Καλέμη, Γ., Μπάλη, Π., & Δουζένης, Α. (2015). Μοναξιά και αυτοκτονικότητα. *Εγκέφαλος*, 52, 78-87.

Καλπάκογλου, Θ. (2013). *Άγχος και πανικός. Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Καλπάκογλου.

Karlan, H. Sadock, B., & Grebb, J. (2000). *Ψυχιατρική*. Έβδομη έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Κατσιβαρδά, Κ. (2019). *Πρόληψη αυτοκτονίας μετά την πρώτη απόπειρα, επικοινωνία με οικογένεια και ασθενή*. Συστηματική ανασκόπηση. Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Ιατρικής.

Κουβαράκη, Ε., & Λεμονούδη, Μ. (χ.η.). *Γνωσιακά – συμπεριφοριστικά μοντέλα πρόληψης και παρέμβασης στην αυτοκτονικότητα*. Κέντρο Δια Βίου Μάθησης: Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών.

Μαυροειδή, Α. & Παυλάτου, Ε. (χ.η.). Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες. Στο: *Πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας. ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους*, σ. 113-126. Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.

Μεντή, Α. (2007). *Κάπνισμα, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, ψυχοπαθολογία και άλλες συναφείς καταστάσεις σε νέους με απόπειρα αυτοκτονίας*. Διδακτορική Διατριβή: Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Ιατρικής.

Μισουρίδου, Ε. (χ.η.). *Νοσηλευτική αξιολόγηση, ευθύνη και παρέμβαση σε ασθενείς με τάσεις αυτοκτονίας / εξαρτήσεις*. Σημειώσεις στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας: ΤΕΙ Αθήνας.

Μπεκιάρη, Ε., & Κατσαδώρος, Κ. (χ.η.α). *Αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή. Για γιατρούς & άλλους εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*. Αθήνα: Κλίμακα.

Μπεκιάρη, Ε., & Κατσαδώρος, Κ. (χ.η.β). *Οδηγός για την πρόληψη της αυτοκτονίας παιδιών και εφήβων. Οδηγός για εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης*. Αθήνα: Κλίμακα.

Μπελεγρίνος, Θ., Ζάχαρης, Ε., & Φραδέλος, Ε. (2014). Η αυτοκτονία ως κοινωνικό και ψυχολογικό φαινόμενο. *Επιστημονικά Χρονικά*, 19(4), 370-379.

Οικονόμου, Μ., & Χαρίτση, Μ. (2017). Διπολική διαταραχή και οικογένεια. Η συμβολή της ψυχοεκπαίδευσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(1), 32-41.

Σουμάνη, Α. (2011). *Ψυχικός πόνος και αυτοκτονικός κίνδυνος: εφαρμογή των κλιμάκων ψυχικού πόνου και ανοχής στον ψυχικό πόνο σε μη κλινικό δείγμα*. Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων: Τμήμα Ιατρικής.

Χρόνης, Τ. (2016). Αυτοκτονικότητα και η διαχείρισή της στην εκπαίδευση. 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης και Ειδικής Αγωγής, 1486-1503.

Ξενογλώσση

Ballon, D. (2003). *Challenges & choices. Finding Mental Health Services in Ontario*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

Franklin, J., Ribeiro, J., Fox, K., Bentley, K., Kleiman, E., Huang, X., Musacchio, K., Jaroszewski, A., Chang, B., & Nock, M. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232.

Jacobs, D., Baldessarini, R., Conwell, Y., Fawcett, J., Horton, L., Meltzer, H., Preffer, C., & Simon, R. (2010). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. American Psychiatric Association.

Klonsky, D., May, A., & Saffer, B. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307-330.

Scanlan, F., & Purcell, R. (2009). *Suicidal ideation*. Australia: The National Youth Mental Health Foundation.

Vijayakumar, L. (2004). Suicide prevention: the urgent need in developing countries. *World Psychiatry*, 3(3), 158-159.

World Health Organization. (2012). *Public health action for the prevention of suicide. A framework*.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide. A global imperative*.

World Health Organization. (2019). *Suicide in the world. Global Health Estimates*.

Διαδικτυακές πηγές

Βάθης, Α. (2017). *Όλα όσα χρειάζεται να γνωρίζετε για τα αντικαταθλιπτικά*. Ανακτήθηκε από, <https://www.therapia.gr/antikatathliptika-farmaka/>

Γούσης, Δ. (2020). *Μείζων κατάθλιψη*. Ανακτήθηκε από, <https://www.dgousis.gr/%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%81%CE%B1%CF%87%CE%AD%CF%82/%CE%BC%CE%B5%CE%AF%CE%B6%CF%89%CE%BD-%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%AC%CE%B8%CE%BB%CE%B9%CF%88%CE%B7/>

Γκατζέλια, Ν. (2012). *Ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η πρόληψή του*. Ανακτήθηκε από, <https://www.psychografimata.com/o-aftoktonikos-ideasmos-ke-i-prolipsi-tou/>

Creamer, M. (2019). *Διαταραχή μετατραυματικού στρες: αίτια, συμπτώματα και θεραπευτική προσέγγιση*. Ανακτήθηκε από, <https://www.psychologynow.gr/arthra-psyxikis-ygeias/psychikes-diataraxes/metatratvmatiko-stres/227-diatarachi-metatrafmatiki-stres-ti-tin-prokali-ke-therapeftiki-prosegisi.html>

Gregory, C. (2019). *Suicide and suicide prevention. Understanding the risk factors, prevention, and what we can do to help*. Ανακτήθηκε από, <https://www.psychom.net/depression.central.suicide.html>

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας. (2013). *Διπολική διαταραχή και ο κίνδυνος της αυτοκτονίας*. Ανακτήθηκε από, <http://www.dipoliki.gr/aut.htm>

Θερμόπουλος, Μ. (2019). *Πως θα καταλάβετε αν κάποιος κάνει δέψεις για αυτοκτονία – όλα τα σημάδια*. Ανακτήθηκε από, <https://www.iatropedia.gr/psychiki-ygeia/katathlipsi-ta-simadia-pou-dichnoun-oti-angizi-tis-skepsis-aftoktonias/41348/>

Κιλαμπέρια, Β. (2012). *Εφηβική αυτοκτονία: τι πρέπει να γνωρίζουν οι γονείς*. Ανακτήθηκε από, <https://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/19109/efiviki-aftoktonia-ti-prepei-na-gnwrizoyn-oi-goneis.html>

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νοτιοανατολικών Κυκλάδων. (2010). *Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα του αυτοκτονικού ασθενούς*. Ανακτήθηκε από, <https://kinitimonada.wordpress.com/2010/11/29/%CE%BF-%CF%81%CF%8C%CE%BB%CE%BF%CF%82-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%AE-%CF%83%CF%84%CE%B7-%CF%86%CF%81%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%AF%CE%B4%CE%B1-%CF%84%CE%BF%CF%85/>

Κυπραίου, Π. (2020). *Διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD)*. Ανακτήθηκε από, <http://www.psychotherapeia.net.gr/articles-psychologoi-marousi-psychotherapeftes-marousi/anhwdeis-diatarahes/390-diataraxh-metatravmatikou-stress>

Λύκουρας, Ε. (χ.η.). *Θεραπευτικά πρωτόκολλα ψυχικών διαταραχών*. Ανακτήθηκε από, <http://www.ahepahosp.gr/downloads/%CE%98%CE%95%CE%A1%CE%91%CE%A0%CE%95%CE%A5%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%91%20%CE%A0%CE%A1%CE%A9%CE%A4%CE%9F%CE%9A%CE%9F%CE%9B%CE%9B%CE%91/%CE%A8%CE%A5%CE%A7%CE%99%CE%91%CE%A4%CE%A1%CE%99%CE%9A%CE%91/%CE%A8%CE%A5%CE%A7%CE%99%CE%91%CE%A4%CE%A1%CE%99%CE%9A%CE%95%CE%A3%20%CE%94%CE%99%CE%91%CE%A4%CE%91%CE%A1%CE%91%CE%A7%CE%95%CE%A3.pdf>

Μαλογιάννης, Ι. (2008). *Αυτοκτονικός ασθενής: διάγνωση, κατανόηση, θεραπευτική παρέμβαση και πρόληψη της αυτοκτονικότητας*. Ανακτήθηκε από, <https://ibrt.gr/edu/sites/default/files/SuicideWorkshop1.pdf>

Μαρσέλος, Μ. (2006). *Συνοπτική φαρμακολογία*. Ανακτήθηκε από, http://anamorfosi.uoi.gr/Iatrikh/edumaterial/11/Synoptikh_farmakologia_tomos_I.pdf

ONMED.gr. (2013). *Τα κυριότερα είδη διαταραχών της προσωπικότητας*. Ανακτήθηκε από, <http://www.onmed.gr/ygeia-psyhikh/story/304560/ta-kuriotera-eidi-diatarachon-tis-prosopikotitas>

Παναγοπούλου, Ε. (2018). *Αυτοκτονική συμπεριφορά: τα βασικά σημάδια*. Ανακτήθηκε από, <https://www.psychologynow.gr/arthra-psyxikis-ygeias/psyxikes-diataraxes/aftoktonia/5330-aftoktoniki-symperifora-ta-vasika-simadia.html>

Περδικάρη, Ε. (2012). *Κατάθλιψη*. Ανακτήθηκε από, <http://ioanninapsychology.gr/2012-05-04-09-43-25.html>

Σταυριανάκος, Κ. (χ.η.). *Αυτοκτονικότητα*. Ανακτήθηκε από, <https://www.psyhiatros.gr/%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/>

Χατζιδάκης, Ι. (2015). *Ένας οδηγός για το DSM-5*. Ανακτήθηκε από, <http://dr-chatzidakis.blogspot.gr/2015/03/dsm-5-medscapepsychiatry-aguide-to-dsm.html>