

ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗΣ ΜΠΑΡΗ

ΘΕΜΑ: ΠΡΟΛΗΨΗ – ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ

ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΔΕΟΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	
ΟΡΙΣΜΟΣ.....	
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	
Θεωρία Freud.....	
Θεωρία Menninger.....	
Πρόσφατες θεωρίες.....	
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	
Το πρόβλημα των αυτοκτονιών στις σύγχρονες κοινωνίες.....	
Στατιστικά στοιχεία στις ξένες χώρες και στην Ελλάδα.....	
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	
Ηλικία.....	
Φύλο.....	
Οικογενειακή κατάσταση.....	
Τρόπος ζωής.....	
Επαγγελματική κατάσταση.....	
Σωματική υγεία.....	
Διαταραχές προσωπικότητας – Ψυχική υγεία.....	
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	

Έλλειψη ελπίδας.....	
Διαπροσωπική απώλεια.....	
Στρεσογόνοι παράγοντες.....	
Διαπροσωπικές συγκρούσεις.....	
Φυλή.....	
Θρήσκευμα.....	
Εθνική εγρήγορση.....	
Εξάρτηση από το αλκοόλ.....	
Εξάρτηση από άλλες ουσίες.....	
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	
Γενετικοί παράγοντες.....	
Νευροχημεία.....	
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	
Αυτοκτονικός ιδεασμός.....	
Απόπειρες αυτοκτονίας.....	
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	
ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.....	
ΜΕΡΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	
ΠΡΟΛΗΨΗ.....	

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....

Περιβαλλοντική θεραπεία.....

Καλλιέργεια κινήτρου.....

Θεραπεία μέσω τέχνης και δημιουργίας.....

Απασχολησιοθεραπεία.....

ΟΠΓΑΝΩΣΕΙΣ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ.....

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο «φόνος», η «αυτοκτονία» όπως και ο φυσικός θάνατος δεν είναι πάντα εύκολο να οριστεί. Υπάρχουν άνθρωποι οι οποίοι κατ' επανάληψη θέτουν τον εαυτό τους στον κίνδυνο να δολοφονηθούν. Γεγονός παραμένει ότι υπάρχει σχεδόν μια ατελείωτη ποικιλία αυτοκαταστροφικών τρόπων ζωής.⁸

«Διαταραχές ένστικτων». Τα «ένστικτα» στην κλινική ψυχολογία αναφέρονται σε κληρονομικές συμπεριφορές που είναι χαρακτηριστικές των διάφορων ειδών και συντονισμένες με σκοπό τη διατήρηση του ατόμου και του είδους του.

Η αυτοκτονία ή ο αυτοτραυματισμός αντιπροσωπεύει διαταραχή των ένστικτων άμυνας του σώματος.¹

Παρακάτω θα διερευνηθούν τα αίτια, οι παράγοντες και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες ένα άτομο ανταποκρίνεται στο ρόλο του αυτόχειρα προκείμενου να απαλλαγεί από τις αντικειμενικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει στην καθημερινή του ζώνη ψυχολογικές καταπονήσεις που αδυνατεί να αντιμετωπίσει με κάποιο τρόπο.

ΟΡΙΣΜΟΣ

Αυτοκτονία είναι ο εκ προθέσεως θάνατος της ατόμου από το ίδιο του το χέρι. Ο Edwin Stedman όρισε την αυτοκτονία ως «τη συνειδητή πράξη αυτοεξαφάνισης, που γίνεται καλύτερα κατανοητή ως μια πολυδιάστατη διαταραχή της ατόμου με ανάγκες, που καθορίζει ένα θέμα για το οποίο η πράξη της αυτοκτονίας θεωρεί ότι είναι η καλύτερη λύση». Η αυτοκτονία δεν είναι μια τυχαία ή χωρίς νόημα πράξη. Αντίθετα, είναι η έξοδος από ένα πρόβλημα ή μια κρίση που προκαλεί τον ψυχικό πόνο. Η αυτοκτονία συνδέεται με ματαίωση ή με μη εκπλήρωση αναγκών, με αισθήματα απελπισίας και αβοήθητου, με αμφιθυμικές συγκρούσεις μεταξύ επιβίωσης και ανυπόφορου στρες, με περιορισμό των επιλογών και με μια ανάγκη για δραπετεύση. Το αυτοκτονικό άτομο εκπέμπει σήματα δυσφορίας.³

ΜΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ

ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Η κλασική τυπολογία της αυτοκτονίας έγινε από το Γάλλο κοινωνιολόγο Emile Durkheim ο οποίος καθόρισε τρεις συγκεκριμένους τύπους. Πρώτον, την αλτρουιστική, όπου το άτομο στην προσπάθεια του να διασώσει κάποιον ή κάποιους συγγενείς, φίλους, γνωστούς ή ακόμη και εντελώς άγνωστους συνάνθρωπους από άμεσο κίνδυνο θυσιάζει την

προσωπική του ύπαρξη, δεύτερον, την εγωιστική , όπου το άτομο τερματίζει τη ζωή του για καθαρά προσωπικούς του λόγους όντας εντελώς αποστασιοποιημένο από τον πόνο και την οδύνη που αυτή του η πράξη θα προκαλέσει σε συγγενικά πρόσωπα και φίλους , και τρίτον, την νομική, όπου το άτομο προτιμά να διακόψει αμετάκλητα τη συνέχιση της υπαρξιακής του οντότητας ακριβώς επειδή κάποιες φυσικές καταστροφές (σεισμοί, πλημμύρες ή πόλεμοι), ή ακόμη και η ραγδαία κοινωνική αλλαγή που υφίσταται το σύστημα στο οποίο ζει, μετουσιώνει τα γνωστά του πρότυπα διαπροσωπικών, αλλάζουν τα νοήματα και οι αξίες της ζωής και επικρατεί κοινωνική ανομία την οποία την οποία το άτομο την αισθάνεται ως αποστέρηση της ικανότητας του να ζήσει και να λειτουργήσει όπως ήξερε.

Βέβαια, και στους τρεις παραπάνω τύπους αυτοκτονίας συνυπάρχουν αλληλένδετα στοιχεία ψυχολογικής και κοινωνιολογικής σημασίας ως γενεσιουργές αιτίες του τραγικού φαινομένου που ανάγονται περισσότερο στις ακαδημαϊκές διενέξεις των κοινωνιολόγων παρά σε αυτόν εδώ τον χώρο.

Αναμφίβολα ο τύπος της αλτρομιστικής αυτοκτονίας τείνει να εκλείψει με ραγδαίους ρυθμούς από τα πολύβουα, πολυάνθρωπα και συνάμα απάνθρωπα απρόσωπα αστικοβιομηχανικά κέντρα που ταυτίζονται με τη σύγχρονη ελληνική τσιμεντούπολη! Οπωσδήποτε η κατάσταση κοινωνικής ανομίας που συνοδεύει φαινόμενα ραγδαίας

κοινωνικής αλλαγής, όπως αυτή που ζούμε τις τελευταίες δεκαετίες στο δικό μας ελλαδικό χώρο, μπορεί να θεωρηθεί ως ερμηνευτικό, γενικό πλαίσιο αναφοράς στην πιθανή αιτιολόγηση του αυξανόμενου αριθμού αυτοκτονιών. Υπάρχει, βέβαια, και η σαφώς αμιγής ψυχολογικής ερμηνευτική άποψη.

Το άτομο που αποπειράται να αυτοκτονήσει, άσχετα εάν το κατορθώνει ή όχι σε τελική ανάλυση, πιστεύει ότι βρίσκεται αντιμέτωπο με δυο μόνο επιλογές – δηλαδή να συνεχίσει την υπαρξιακή του πορεία όπως έχει, ή να την αναστείλει τελεσίδικα.

Εκείνο που πραγματικά έχει ιδιαίτερη σημασία – και αυτό το υπογραμμίζω, το επισημαίνω ακριβώς επειδή σχεδόν πάντοτε διαφεύγει της προσοχής συγγενών και φίλων – είναι το γεγονός ότι κάθε αυτόχειρας πριν πραγματοποιήσει την τελική του επιλογή δίνει πολλά μηνύματα, προειδοποιεί γύρω του αναφορικά με τον περιορισμό των επιλογών του σε ότι αφορά την επικείμενη πράξη του.⁸

Η θεωρία του Freud. Η πρώτη σημαντική ψυχολογική θεώρηση στην αυτοκτονία είναι έργο του S. Freud. Ο Freud περιέγραψε την περίπτωση ενός μόνο ασθενούς που έκανε απόπειρα αυτοκτονίας, αλλά παρακολούθησε πολλούς ασθενείς με κατάθλιψη.

Στο άρθρο του «Πένθος και μελαγχολία», διατύπωσε την άποψη ότι η αυτοκτονία αντιστοιχεί σε επιθετικότητα που εσωστρέφεται ενάντια σε

ένα ενδοβλημένο και αμφιθυμικά καθηλωμένο αντικείμενο αγάπης. Ο Freud αμφέβαλλε πολύ, κατά πόσον το άτομο που αυτοκτονεί, μπορεί να μην είχε μια καταπιεσμένη επιθυμία να σκοτώσει κάποιον άλλον.³

Η θεωρία του Menninger. Βασιζόμενος στις απόψεις του Freud, ο Menninger στο « Ο άνθρωπος εναντίον του εαυτού του» θεώρησε την αυτοκτονία ως ανάστροφη ανθρωποκτονία, που είναι αποτέλεσμα του θυμού του ασθενούς προς ένα άλλο άτομο. Θυμού που είτε στρέφεται προς τα μέσα ή χρησιμοποιείται σαν δικαιολογία για τιμωρία. Περιέγραψε , επίσης, ένα κατευθυνόμενο κατά του εαυτού του ένστικτο θανάτου (η έννοια του Freud για το θάνατο). Περιέγραψε τρεις συνιστώσες της εχθρότητας στον αυτόχειρα : την επιθυμία για φόνο, την επιθυμία να δολοφονηθεί και την επιθυμία του θανάτου.³

Πρόσφατες θεωρίες. Οι σημερινοί σουϊσιντολόγοι δεν είναι πεπεισμένοι ότι με την αυτοκτονία συνδέεται μια ειδική ψυχοδυναμική ή δομή προσωπικότητας. Παρ' όλα αυτά , πιστεύουν ότι μπορούμε να μάθουμε αρκετά για την ψυχοδυναμική των αυτοκαταστροφικών ασθενών από τις φαντασιώσεις τους, για το τι θα συμβεί και ποια θα είναι τα επακόλουθα εάν αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν. Τέτοιες φαντασιώσεις περιλαμβάνουν ιδέες και επιθυμίες εκδίκησης, ισχύς, έλεγχου ή τιμωρίας, εξιλέωσης, θυσίας ή αποκατάστασης, δραπετεύσης ή

ύπνου, σωτήριας, αναγέννησης, επανένωσης με ένα νεκρό ή με μια νέα ζωή. Οι αυτοκαταστροφικοί ασθενείς που έχουν τη δυνατότητα να πραγματοποιήσουν τις επιθυμίες τους είναι, ίσως, εκείνοι που έχουν υποφέρει μια σημαντική απώλεια ενός αγαπημένου αντικειμένου ή ένα ναρκισσιστικό πλήγμα, αυτοί που βιώνουν κατακλυσμικά συναισθήματα οργής και ενοχής ή ταυτίζονται με ένα άλλο αυτόχειρα. Δυναμικά ομάδων υπόκεινται των ομαδικών αυτοκτονιών όπως της Masada και της Jonestown.³

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

A. Το πρόβλημα αυτοκτονιών στις σύγχρονες κοινωνίες

Στα περισσότερα ανεπτυγμένα κράτη, οι αυτοκτονικές συμπεριφορές αποτελούν μεγάλο κοινωνικό πρόβλημα, τόσο για τις κλινικές όσο και για τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις, που αξίζει να μελετηθούν και να ερευνηθούν από ειδικούς επιστήμονες.

Οι απόπειρες αυτοκτονίας υπολογίζονται τετραπλάσιες έως οκταπλάσιες από τις πραγματοποιούμενες αυτοκτονίες και υπερτερούν οι γυναίκες των ανδρών.

Σύμφωνα με αναλύσεις στατιστικών στοιχείων, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Γενεύη που ασχολήθηκε με το θέμα, προέκυψαν τα παρακάτω:

Τα στατιστικά στοιχεία των αυτοκτονιών, τείνουν να υποτιμούν την πραγματική εικόνα ιδιαίτερα σε Ρωμαιοκαθολικές, Ορθόδοξες και

Μουσουλμανικές χώρες, όπου μια ομολογία αυτοκτονίας αποτελεί ντροπή και μεγάλο κοινωνικό στιγματισμό για τον αυτόχειρα και την οικογένειά του.

Πολλά επίσης ατυχήματα (τροχαία, εργατικά, οι δηλητηριάσεις, οι πνιγμοί κ.α.) στις στατιστικές των αιτιών θανάτου αποτελούν συγκεκαλυμμένες ή σκόπιμα αποκρυπτόμενες αυτοκτονίες (για λόγους θρησκευτικούς, κοινωνικούς, συνταξιοδοτικούς κ.α.)

Οι αυτοκτονίες είναι συχνότερες στα ανώτερα και στα κατώτερα κοινωνικά στρώματά ενώ τα μεσαία έχουν μικρότερα ποσοστά αυτοκτονιών. Σύμφωνα με την ίδια πηγή (1984):

«Στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα, αυτοκτονούν πιο συχνά άτομα, που ασχολούνται με τα διοικητικά ή τα ελεύθερα επαγγέλματα (γιατροί, δικηγόροι, διευθυντές επιχειρήσεων, επιχειρηματίες, έμποροι κ.α.), όπου το άγχος και οι ευθύνες είναι μεγάλες.

Σε ασθενέστερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, αυτοκτονούν πιο συχνά ανειδίκευτοι εργάτες με πιθανότερους λόγους την ανεργία, την επαγγελματική αβεβαιότητα, την ασφάλεια, τη μετανάστευση και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.

Στους φοιτητές, η συχνότητα των αυτοκτονιών είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη ομάδα ηλικιών του γενικού πληθυσμού».

Ο αυξημένος αριθμός των νεαρών ενήλικων που αποπειράται να αυτοκτονήσει είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό φαινόμενο εξαιτίας της

προσωπικής και οικογενειακής επιβάρυνσης, της επιβάρυνσης στο σύστημα Υγείας και του αυξημένου κίνδυνου αυτοκτονιών που συνεπάγονται.¹⁵

B. Στατιστικά στοιχεία στις ξένες χώρες αλλά και στην Ελλάδα

Σύμφωνα με στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, που αναγράφονται στη μελέτη της ΓΕΣ (1984):

«Στις Η.Π.Α. η συχνότητα των αυτοκτονιών είναι 13 ανά 100.000 κάτοικους. Η αυτοκτονία είναι το 10^ο κατά σειρά βασικό αίτιο θανάτου για όλες τις ηλικίες, και το 3^ο για την ομάδα των ηλικιών 15-24 ετών, το δε ποσοστό για τις ηλικίες αυτές (15 - 24), έχει σχεδόν διπλασιαστεί τα τελευταία 15 χρόνια.⁶

Στην Αγγλία, τα ποσοστά των αυτοκτονιών παρουσιάζουν χρονολογικές διακυμάνσεις (συχνότητα: 9,9 μέχρι 11,8 αυτοκτονίες ανά 100.000 κάτοικους για την περίοδο 1951-1961).

Η Γαλλία, βρίσκεται στο μέσο των Ευρωπαϊκών χωρών, η αναλογία ανδρών-γυναικών για τις ηλικίες 15 - 24 ετών, είναι 2/1.

Παρουσιάζονται διακυμάνσεις χρονικές και τοπικές, με υπέροχη των Βόρειων περιοχών έναντι των κεντρικών και των Νότιων». Στην παραπάνω μελέτη αναφέρονται επίσης τα παρακάτω:

«Η Ιταλία έχει χαμηλά ποσοστά αυτοκτονιών έναντι των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών (5,4 αυτοκτονίες ανά 100.00 κάτοικους), με αύξηση στις Βόρειες βιομηχανικές περιοχές (Μιλάνο: 9,9).

Η Γερμανία, έχει υψηλά ποσοστά των αυτοκτονιών, με διακυμάνσεις κατά περιοχές. (Δυτ. Γερμανία: 20 – Δυτ. Βερολίνο: 34,2 – Ανατολή. Γερμανία 27,7 ανά 100.000 κατοίκους).

Στη Γιουγκοσλαβία, τα ποσοστά των αυτοκτονιών είναι υψηλά (20,3 άνδρες και 8 γυναίκες ανά 100.000 κάτοικους).

Ο Diekstra βρήκε 215 αποπειραθέντες το 1979 σε χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας ενώ υπολογίζει για το 1988 ότι οι απόπειρες φτάνουν τα 400 ανά 100.000 κάτοικους .¹⁵

Γενικά στην Ευρώπη, ο μεγαλύτερος αριθμός αυτοκτονιών παρουσιάζεται στις Βόρειες βιομηχανικές χώρες και πυκνοκατοικημένες περιοχές, και ο μικρότερος αριθμός στις Νότιες και αγροτικές περιοχές.⁶ (44 στην Ολλανδία έναντι με 323 ανά 100.000 κάτοικους στην Φιλανδία¹⁵).

Στην Ελλάδα η θνησιμότητα από αυτοκτονίες παρουσιάζεται χαμηλή στις στατιστικές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στο διάστημα 1992-1994.

Η πλειοψηφία ήταν γυναίκες (28,2 έναντι 37 ανδρών ανά 100.000 κάτοικους). Επικρατεί ο αστικός πληθυσμός έναντι του γενικού

πληθυσμού.¹⁵ Οι περισσότεροι ήταν άγαμοι, χωρισμένοι ή σε διάσταση (10%). Μαθητές και νοικοκυρές ήταν η πλειοψηφία, ανεπάγγελτοι (11,7%), άνεργοι (21,9%).

Τα ποσοστά αυτά όμως, όπως και σε άλλες Μεσογειακές χώρες που θρησκευτικοί και κοινωνικοί λόγοι μπορούν να αλλοιώσουν την πραγματική εικόνα, έχουν μικρή αξιοπιστία».⁶

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι ερευνητές που ασχολούνται με την αυτοκτονία έχουν επανειλημμένα διερευνήσει για «αυτοκτονικά προφίλ». Στην προσπάθεια τους να λύσουν το μυστήριο του γιατί ορισμένα άτομα καταφεύγουν στην αυτοκτονία, έχουν εξετάσει σχεδόν τα πάντα, από τη θέση της σελήνης μέχρι τη σειρά γέννησης στην οικογένεια.⁴

Τα παρακάτω είναι ένας κατάλογος από παράγοντες κίνδυνου που αναγνωρίζονται σταθερά στις περισσότερες έρευνες (που έχουν γίνει κυρίως στις Η.Π.Α.)

Ηλικία. Ο κίνδυνος της αυτοκτονίας αυξάνει με την Ηλικία και κορυφώνεται μετά την Ηλικία των 75 χρόνων στους άνδρες και στα 50 για τις γυναίκες.⁴

Στις δυο τελευταίες δεκαετίες παρατηρήθηκε εντυπωσιακή αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών στην ομάδα ηλικίας από 15 έως 24 χρόνων, με τρόπο ώστε η στατιστική καμπύλη να διαγράφει τώρα δυο, αντί για μια κορυφές, δηλαδή μια στα είκοσι τέσσερα και μια δεύτερη, όπως στο παρελθόν, γύρω στα 60.¹⁴ Αποδίδεται στην επαφή των έφηβων με τα διαπροσωπικά προβλήματα της ζωής, κυρίως στη σύγκρουση με το οικογενειακό περιβάλλον σε θέματα ελευθέριας για τα κορίτσια και ακαδημαϊκής επιτυχίας για τα αγόρια.¹⁵

Για να συζητήσουμε τη δυναμική της αυτοκτονίας στα παιδιά και τους έφηβους, πρέπει πρώτα να εξετάσουμε την έννοια που δίνει το παιδί στο θάνατο. Όπως συμβαίνει με όλες τις αφηρημένες έννοιες, αυτό εξαρτάται από το επίπεδο ανάπτυξης της αντίληψης του παιδιού. Από αυτή την άποψη, διακρίνουμε τρία στάδια, σύμφωνα με τη θεωρία του Piaget:

Το πρώτο, είναι το στάδιο της προλειτουργικής σκέψης, προτού εμπεδωθούν η αιτιότητα και η διατήρηση. Μέχρι αυτή την Ηλικία το παιδί δεν κατανοεί καλά τη σχέση ανάμεσα στην αίτια και το αποτέλεσμα και δεν έχει ακόμα λογική. Η σκέψη του κυβερνάται από μαγικές αντιλήψεις και εγωκεντρικές ιδέες. Το παιδί έχει συνειδητοποιήσει ότι οι άνθρωποι ή τα ζώα πεθαίνουνε αλλά ο θάνατος βιώνεται σαν πρόσκαιρη απουσία ή εφήμερος αποχωρισμός. Η αυτοκτονία σ' αυτό το στάδιο είναι

μια παρορμητική πράξη για απομάκρυνση από μια κατάσταση που προκαλεί πόνο ή δυσφορία.

Στο δεύτερο στάδιο, αυτό που ο Piaget αποκαλεί λειτουργική σκέψη, αναπτύσσονται λογική, αιτιατότητα και διατήρηση όγκου και μάζας, παράλληλα με το αίσθημα της ηθικής. Η κατανόηση της ζωής σαν βιολογικό φαινόμενο βασίζεται πάνω σε ορισμένες θεμελιακές λειτουργίες, που αν αυτές σταματήσουν, σταματάει και η ζωή. Υπάρχει, λοιπόν, διανοητική σύλληψη του θανάτου και της μονιμότητας του, χωρίς οριστικό διαχωρισμό της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας. Η αυτοκτονία εξακολουθεί να είναι μια παρορμητική πράξη.

Στο τρίτο στάδιο, η σκέψη αναπτύσσει τυπικές λειτουργίες, δηλαδή γίνεται θεωρητική, υποθετικοσυμπερασματική και ικανή να κατανοήσει τις φιλοσοφικές αντιλήψεις για τη ζωή και το θάνατο. Το παιδί των 14 ή 15 χρόνων αντιλαμβάνεται τις ιδέες της ελεύθερης βούλησης και μπορεί να προβληματιστεί πάνω στο δικαίωμα του ατόμου να διαλέξει τη ζωή ή το θάνατο. Η αντίληψη για το θάνατο σ' αυτή την ηλικία δε διαφέρει πολύ από εκείνη του ενήλικου.

Σύμφωνα με τους Cohen-Sandler και συνεργάτες, οι νεαροί ασθενείς με τάσεις αυτοκτονίας έχουν βιώσει ένα συνολικά υψηλότερο βαθμό έντασης στην περίοδο της ζωής τους. Είναι χαρακτηριστικό ότι προέρχονται από χαοτικές οικογένειες, που η αντικοινωνικότητα, η βία, η

απόρριψη, η κακομεταχείριση και η παραμέληση είναι συνηθισμένα φαινόμενα. Οι γονείς αυτών των παιδιών είναι συχνά αλκοολικοί ναρκομανείς και παρουσιάζουν απρόβλεπτη και παρορμητική συμπεριφορά. Το παιδί μεγαλώνει με το αίσθημα ότι είναι ανίκανο να αντιδράσει και εσωτερικεύει παρορμητικές μορφές συμπεριφοράς. συχνά η απόπειρα αυτοκτονίας έρχεται σε συνέχεια ενός γεγονότος που αναστατώνει τη ζωή του παιδιού και χρησιμεύει για να εκφράσει την ανίσχυρη λύσσα ή την επιθυμία του να επιτεθεί και να τιμωρήσει/ελέγξει τους γονείς του ή τα γονικά πρότυπα.¹⁴

Φύλο. Οι άνδρες αυτοκτονούν τρεις φορές πιο συχνά από τις γυναίκες. Οι γυναίκες όμως κάνουν δυο ή τρεις φορές πιο συχνά απόπειρες αυτοκτονίας από τους άνδρες.⁴ Οι γυναίκες επιχειρούν απόπειρα σε μικρότερη ηλικία. Πιθανόν τα κορίτσια να αντιμετωπίζουν νωρίτερα από τα αγόρια διαπροσωπικά ψυχοπιεστικά γεγονότα, π.χ. σεξουαλικές σχέσεις, χωρισμούς, γονικό περιορισμό. ίσως ακόμα τα αγόρια να έχουν άλλες διεξόδους στις εντάσεις και τα προβλήματα, όπως επιθετική και αντικοινωνική συμπεριφορά, αλκοολισμό, χρήση ουσιών κλπ. Οι άνδρες συνήθως χρησιμοποιούν μαχαίρια – όπλα και άλλες βίαιες μεθόδους, ενώ οι γυναίκες καταφεύγουν συνήθως στη δηλητηρίαση (υπερβολική δόση φαρμάκων).

Οικογενειακή κατάσταση. Η συχνότητα των αυτοκτονιών είναι μικρότερη ανάμεσα στους παντρεμένους και μεγαλύτερη ανάμεσα σ' αυτούς που είναι χωρισμένοι ή διαζευγμένοι.⁴

Το μικρό ποσοστό χήρων στο δείγμα μας δείχνει ίσως την προστατευτική επίδραση των παραδοσιακών δεσμών της ελληνικής οικογένειας καθώς και τη χρησιμότητα των γυναικών που χηρεύουν στην στη λειτουργία της οικογένειας (φύλαξη παιδιών), ιδίως στην επαρχία. Αντίθετα με έρευνες στο εξωτερικό το ποσοστό των αποπειραθέντων που ζούσαν μόνοι στο δείγμα μας είναι μικρό γεγονός που αποδίδεται στη διαφορετική κοινωνική και οικογενειακή δομή στον τόπο μας.¹⁰

Τρόπος ζωής. Άτομα που ζουν μόνα τους παρουσιάζουν μεγαλύτερους κινδύνους απ'ότι άτομα που ζουν με άλλους.⁴

Κάτοικοι των αστικών περιοχών έχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας σε σύγκριση με τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών. Σε μερικές όμως χώρες παρατηρείται το αντίθετο, όπως π.χ. στις Η.Π.Α. και την Ελλάδα.

Επαγγελματική κατάσταση. Οι άνεργοι παρουσιάζουν μεγαλύτερους κινδύνους αυτοκτονίας, απ'ότι αυτοί που δουλεύουν μέσα ή έξω από το σπίτι.⁴

Η ανεργία βρέθηκε να επιβαρύνει τους ενήλικους άνδρες. Ο Μαδιανός βρήκε συσχέτιση της ανεργίας και τη οικονομικής κρίσης με την αύξηση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Φαίνεται να υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ ανεργίας και απόπειρας αυτοκτονίας στους άνδρες με 15 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας στους άνεργους. Ο κίνδυνος αυξάνεται με τη διάρκεια της ανεργίας. Αντίθετα άλλες μελέτες δεν βρήκαν συσχέτιση ανεργίας και απόπειρας ή δεν βρήκαν η ανεργία να επηρέασε την απόπειρα. Η ανεργία φαίνεται να έχει διαφορετική επίδραση ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, το κοινωνικό πλαίσιο. Η πλειοψηφία ανήκει στις χαμηλότερες και μεσαίες κοινωνικοοικονομικές τάξεις.¹⁰

Σωματική υγεία. Η ύπαρξη σωματικής ασθένειας είναι επιβαρυντικός παράγοντας για αυτοκτονική συμπεριφορά και συγκεκριμένες μελέτες έχουν δείξει ότι σωματική ασθένεια μπορεί να υπάρχει σε 25-70% των αυτοκτονιών. Νοσήματα τα οποία έχουν συνδεθεί κατ' εξοχήν με αυτοκτονία είναι ο καρκίνος, η χορεία του Huntington, η επιληψία, οι μυοσκελετικές διαταραχές και νοσήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος και του πεπτικού συστήματος. Η συχνότητα αυτοκτονίας σε άτομα με επιληπτική διαταραχή είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερη απ'ότι σε φυσιολογικούς μάρτυρες. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε άτομα με καρκίνο είναι μεγαλύτερος την περίοδο αμέσως

μετά τη διάγνωση, και σε αυτούς που βρίσκονται σε χημειοθεραπεία. Η συχνότητα αυτοκτονίας σε άτομα που πάσχουν από χορεία του Huntington και σε άτομα οικογενειών με Huntington, τα οποία δεν έχουν εκδηλώσει ακόμη συμπτωματολογία, είναι έξι φορές μεγαλύτερη απ'ότι στο γενικό πληθυσμό. έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα με σωματικό νόσημα, τα οποία στη συνέχεια αυτοκτόνησαν, είχαν επισκεφτεί ψυχίατρο ή το γιατρό τους λίγο καιρό πριν από την αυτοκτονία τους. Επομένως συμπεραίνεται, ότι ίσως δεν εκτιμήθηκε με επάρκεια στην προκείμενη περίπτωση ο κίνδυνος αυτοκτονίας. Είναι απαραίτητο να είναι κανείς ευαισθητοποιημένος στο γεγονός ότι τα άτομα με χρόνια σωματική ασθένεια αποτελούν ομάδα υψηλού κίνδυνου και να εκτιμήσει με προσοχή αν υπάρχει κατάθλιψη και ιδέες αυτοκτονίας στα συγκεκριμένα άτομα.¹⁵

Διαταραχές προσωπικότητας – Ψυχική υγεία. Οι διαταραχές προσωπικότητας οι οποίες κατ' εξοχήν συνδέονται με αυτοκτονική συμπεριφορά είναι η αντικοινωνική και η οριακή. Επίσης, η συνύπαρξη αυτών των διαταραχών και κατάθλιψης αυξάνει κατά πολύ τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Ακόμη, ορισμένα στοιχεία του χαρακτήρα όπως η παρορμητικότητα, επιθετικότητα, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, κοινωνική απόσυρση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσπιστία, αρνητισμός, απαισιοδοξία και αναμονή δυσάρεστων γεγονότων, εμπλοκή σε δύσκολες

συμπεριφορές, συνδυάζονται με υψηλότερο κίνδυνο για αυτοκτονική συμπεριφορά.

Η παρουσία κατάθλιψης (σαν σύμπτωμα) άλλοτε άλλης έκφρασης και βαρύτητας, σημειώνεται στην πλειονότητα των ατόμων που εμπλέκονται σε αυτοκαταστροφικού τύπου συμπεριφορές.

Η σχέση κατάθλιψης, αποπειρών αυτοκτονίας και αυτοκτονιών έχει ενισχυθεί από τα δεδομένα πρόσφατης επιδημιολογικής μελέτης. Η μελέτη έγινε στην Ολλανδία και αφορά την περίοδο 1975-1986. παράγοντες που συσχετίζονται με τις παραπάνω μεταβλητές είναι κυρίως το ανδρικό φύλο, οικονομικά προβλήματα και η ανεργία (κυρίως σε νέους).

Από την άλλη πλευρά πρέπει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η επικράτηση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας (πράγμα που συμβαίνει στην περίπτωση των αυτοκτονιών). Αντίθετα στις μέρες μας καταθλιπτικές διαταραχές εμφανίζονται συχνότερα σε έφηβους ή σε νεαρούς ενήλικες και ακόμη η ηλικία έναρξης μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων σε νεώτερα ηλικιακά φάσματα.

Συγκεντρωτικές μελέτες εντοπίζουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά ψυχικής νοσηρότητας (80-95%) σε άτομα που αυτοκτόνησαν, με προεξέχουσα σημασία την καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογία (30-45%).

Υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών (σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό) αναφέρονται σε μια σειρά από ψυχιατρικές διαταραχές όπως: μείζονες συναισθηματικές διαταραχές, σχιζοφρένεια, αλκοολισμός, κατάχρηση ουσιών.

Εκτιμάται ότι περίπου 15% των ατόμων που πάσχουν από συναισθηματικές διαταραχές και 10% των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια θα καταλήξουν αυτοκτονώντας.¹⁵

Από ψυχιατρικής απόψεως, «οι πιο κατανοητοί λόγοι για μια αυτοκτονία μπορούμε να πούμε ότι είναι των μελαγχολικών, οι οποίοι αυτοκτονούν λόγω ψυχικής οδύνης, της απελπισίας, των αισθημάτων ένοχης, της αυτόμορφης, της αναξιότητας και του μηδενισμού που νιώθουν».(Ετσι εξηγούνται, αυτοκτονίες στρατιωτών, που πάσχουν από Ψυχική νόσο).

« Η μελαγχολία θεωρείται μια στάση στο δρόμο προς τον θάνατο». Οι μελαγχολικοί συνήθως δεν αυτοκτονούν όταν βρίσκονται στο ζενίθ της μελαγχολίας τους γιατί τότε νιώθουν εντελώς αδύναμοι για οτιδήποτε. Αυτοκτονούν στην αρχή της αρρώστιας τους ή κατά την φάση της ψυχοθεραπείας.⁴

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ψυχοκοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, στρεσογόνα γεγονότα, έχουν συνδεθεί με αυτοκτονική συμπεριφορά. Επομένως η κατανόηση και η μείωση της επίδρασης τέτοιων παραγόντων βοηθάει την πρόληψη αυτοκαταστροφικών ενεργειών. Από τους πιο συχνά αναφερόμενους τέτοιους παράγοντες είναι¹⁵:

- Έλλειψη ελπίδας. Πολλές μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι το σύμπτωμα της έλλειψης ελπίδας στη ζωή ενός ατόμου, συσχετίζεται περισσότερο με την αυτοκτονία απ'ότι συσχετίζεται η γενικότερη κατάσταση – διαταραχή που γίνεται κατάθλιψη.⁶

- Διαπροσωπική απώλεια. Υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ διαπροσωπικής απώλειας και αυτοκτονίας. Διαπροσωπική απώλεια είναι ο χωρισμός, το διαζύγιο, ο θάνατος κ.λ.π. και μπορεί να αφορά συγγενείς, φίλους, ερωτικούς συντρόφους, θεραπευτές. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε διαπροσωπική απώλεια είναι μεγαλύτερος στους αλκοολικούς.

● Στρεσογόνοι παράγοντες. Στα άτομα που αυτοκτονούν έχει παρατηρηθεί μεγάλη συχνότητα στρεσογόνων παραγόντων (μειζόνων γεγονότων της ζωής) κατά τους τελευταίους 6 μήνες. Τέτοιοι στρεσογόνοι παράγοντες είναι : αλλαγή εργασίας, μετακομίσεις, τοκετοί, αποφοιτήσεις, οικονομικές αποτυχίες, γάμος, συνταξιοδότηση, εμμηνόπαυση κ.λ.π. Η σημασία αναγνώρισής τους για την όλη θεραπευτική αντιμετώπιση της κρίσης είναι φυσικά πολύ μεγάλη.³

Στην προκείμενη περίπτωση, όταν προσπαθούμε να εκτιμήσουμε την πιθανότητα για αυτοκτονική συμπεριφορά, σημασία έχει να αξιολογηθεί η προηγούμενη ικανότητα προσαρμογής του ατόμου σε στρεσογόνες συνθήκες και η γενικότερη προσαρμοστικότητα και ευκαμψία έναντι της ευθραυστότητας και τάσης για απώλεια έλεγχου. Πρέπει δηλαδή να εκτιμήσουμε τις δυνατότητες του εγώ για μη μαζικές παλινδρομήσεις, για έλεγχο των επιθετικών εξορμήσεων, για μετουσίωση και ουδετεροποίηση επιθετικότητας, για ύπαρξη δραστηριοτήτων που ευνοούν την εκφόρτιση με μη καταστροφικούς τρόπους και παρέχουν ικανοποίηση. Σε μια μελέτη απόπειρων σε έφηβους παρατηρήθηκε ότι ένας σημαντικότερος στρεσογόνος παράγοντας ήταν η καταπίεση της αυτονομίας της έφηβου. Εκείνα όμως τα παιδιά, που είχαν καταφέρει να αναπτύξουν δραστηριότητες, όπως ενδιαφέρον σε διάβασμα ή μουσική, είχαν επιτύχει να προστατευθούν από την αυτοκτονική συμπεριφορά παρ' όλες τις καταπιεστικές οικογενειακές συνθήκες.¹⁵

● Διαπροσωπικές συγκρούσεις. Μακροχρόνιες διαπροσωπικές συγκρούσεις με μέλη της οικογένειας ή με αλλά άτομα συνδέονται με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας.

● Η φυλή. Ο δείκτης αυτοκτονιών στους λευκούς είναι σχεδόν διπλάσιος από αυτόν στις υπόλοιπες φυλές, αλλά οι αριθμοί αμφισβητούνται καθώς παρατηρείται μια αύξηση του δείκτη στους μαύρους. Το 1989, ο δείκτης στους λευκούς άνδρες (19,6/100.000 κάτοικους) ήταν μεγαλύτερος 1,6 φορές από ότι στους μαύρους άνδρες (12,5), 4 φορές μεγαλύτερος από τις λευκές γυναίκες (4,8) και 8,2 φορές μεγαλύτερος από ότι στις μαύρες γυναίκες (2,4). Μεταξύ των νέων των γκέτο και κάποιων ομάδων ιθαγενών Αμερικανών και Ινδιάνων της Αλάσκα, οι δείκτες αυτοκτονιών πλησιάζουν τον γενικό δείκτη. Οι αυτοκτονίες στους μετανάστες ξεπερνούν αυτές των χωρών από τις οποίες προέρχονται. Δύο στους τρεις αυτόχειρες είναι λευκοί άνδρες.

● Το θρήσκευμα. Εδώ και Πολλά χρόνια είναι γνωστό ότι ο δείκτης αυτοκτονιών στους καθολικούς είναι μικρότερος από τον αντίστοιχο στους προτεστάντες και στους Εβραίους. Πιθανόν ο βαθμός ορθοδοξίας και συνεκτικότητας μιας θρησκείας είναι ακριβές μέτρο κίνδυνου από την απλή παρακολούθηση ενός δόγματος.³

Η εθνική εγρήγορση μειώνει τη συχνότητα των αυτοκτονιών. Στην Αγγλία και την Ουαλία οι αυτοκτονίες μειώθηκαν σημαντικά κατά τη διάρκεια των δυο μεγάλων πόλεμων. Στην Ελλάδα επίσης οι αυτοκτονίες είχαν μειωθεί σημαντικά κατά τη διάρκεια του Ελληνο-Τουρκικού πολέμου.¹⁵

● Εξάρτηση από το αλκοόλ. Περίπου στο 15% τα εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα αυτοκτονούν. Ο δείκτης αυτοκτονίας των αλκοολικών υπολογίζεται ότι είναι περίπου 270/100.000 το χρόνο. Στις Η.Π.Α., περίπου 7.000-13.000 εξαρτημένα άτομα αυτοκτονούν κάθε χρόνο.

Περίπου 80% των εξαρτημένων από το αλκοόλ αυτοχειρών είναι άνδρες, αναλογία που αντιστοιχεί στο δείκτη ανδρών/γυναικών με πρόβλημα εξάρτησης από το αλκοόλ. Οι αλκοολικοί που αυτοκτονούν τείνουν να είναι άτομα της λευκής φυλής, μέσης ηλικίας, άγαμα, χωρίς φίλους, κοινωνικά απομονωμένα και σοβαροί πότες. Περίπου το 40% των αυτοκτονιών των αλκοολικών ατόμων συμβαίνει μέσα στον πρώτο χρόνο από την τελευταία νοσηλεία, αυτό αφορά ιδιαίτερα στους μεγάλης ηλικίας ασθενείς.³

Μελέτες δείχνουν ότι οι αλκοολικοί που τελικά αυτοκτονούν, κατά την τελευταία ψυχιατρική νοσηλεία τους εμφάνιζαν σε αναλογία 2 στους 3 καταθλιπτικά συμπτώματα. Περίπου το 50% από αυτούς έχει βιώσει την απώλεια μιας σημαντικής συναισθηματικής σχέσης στη διάρκεια του

προηγούμενου χρόνου. Τέτοιες διαπροσωπικές απώλειες, όπως και άλλες μορφές ανεπιθύμητων γεγονότων ζωής, προκαλούνται πιθανότητα από την έξαρση από το αλκοόλ και συμβάλλουν στην εμφάνιση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, που τόσο συχνά παρατηρούνται εβδομάδες ή και μήνες πριν την αυτοκτονία.

● **Εξάρτηση από άλλες ουσίες.** Από μελέτες σε διάφορες χώρες έχει βρεθεί υψηλός κίνδυνος αυτοκτονίας, μεταξύ εθισμένων σε ουσίες ατόμων. Ο δείκτης αυτοκτονιών στους ηρωινομανείς είναι 20 φορές μεγαλύτερος από το δείκτη στο γενικό πληθυσμό. Νεαρές κοπέλες στην εφηβεία που κάνουν χρήση ουσιών ενδοφλέβια έχουν υψηλό δείκτη αυτοκτονιών. Η διαθεσιμότητα θανατηφόρων δόσεων διάφορων ουσιών, η ενδοφλέβια χορήγηση, η συνυπάρχουσα αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, το αστικό στυλ ζωής και η παρορμητικότητα είναι μερικοί από τους παράγοντες που προδιαθέτουν τα εθισμένα σε ουσίες άτομα σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, ιδιαίτερα όταν βιώνουν δυσφορία ή κατάθλιψη ή είναι σε κατάσταση μέθης.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Γενετικοί. Έχει αποδειχθεί ότι στην αυτοκτονία υπάρχει κάποιος γενετικός παράγοντας. Οι μελέτες δείχνουν ότι η αυτοκτονία τείνει να συμβαίνει σε οικογένειες. Για παράδειγμα, σε όλα τα στάδια του κύκλου της ζωής, οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας παρατηρείται σημαντικά πιο συχνά σε άτομα που έχουν κάνει απόπειρες, παρά σε άτομα χωρίς απόπειρα. Σε μια σημαντική μελέτη βρέθηκε ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας στους πρώτου βαθμού συγγενείς ψυχιατρικών ασθενών είναι σχεδόν 8 φορές μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο σε συγγενείς ομάδας έλεγχου. Επιπλέον, ο κίνδυνος αυτοκτονίας στους πρώτου βαθμού συγγενής ψυχιατρικών ασθενών που αυτοκτόνησαν, είναι 4 φορές μεγαλύτερος από τον κίνδυνο στους πρώτου βαθμού συγγενείς που δεν αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ιδιαίτερα στους έφηβους, το μέλος της οικογένειας που έχει αυτοκτονήσει μπορεί να λειτουργήσει ως πρότυπο, με το οποίο ταυτίζονται, όταν η εναλλακτική λύση αυτοκτονίας γίνεται μια πιθανή λύση σε ένα ανυπόφορο ψυχολογικό μαρτύριο.³

Νευροχημεία. Σε ομάδες καταθλιπτικών ασθενών που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν έχει βρεθεί ανεπάρκεια σεροτονίνης, όπως εκτιμάται από τη μείωση του μεταβολισμού του 5-υδροξυϊνδρολογικού οξέος (5-HIAA). Οι ασθενείς που χρησιμοποίησαν

βίαιες μεθόδους (π.χ. πυροβόλα όπλα ή πτώση) είχαν χαμηλότερα επίπεδα 5-HIAA στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY) Από ασθενείς που χρησιμοποίησαν μη βίαιη μέθοδο (υπερδοσολογία φάρμακων) ή ασθενείς που δεν ήταν αυτοκαταστροφικοί.

Αντικείμενο ερευνάς είναι, επίσης πιθανοί περιφερειακοί δείκτες αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Αυξημένη αποβολή στα ουρά ελεύθερης κορτιζόλης, μη καταστολή της κορτιζόλης του πλάσματος μετά από χορήγηση δεξαμεθαζόνης, Αυξημένη απόκριση της κορτιζόλης του πλάσματος μετά από έγχυση 5-υδροξυτρυπτοφάνης, αμβλεία απόκριση TSH του πλάσματος σε έγχυση TRH, διαταραχές στην αγωγιμότητα του δέρματος, μείωση της πρόσληψης της σεροτονίνης από τα αιμοπετάλια ή των θέσεων δέσμευσης της τριτωμένης ιμιπραμίνης (Tofranil), είναι δοκιμασίες που έχει αναφερθεί ότι συσχετίζονται με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στους καταθλιπτικούς ασθενείς.

Σε ένα μικρό αριθμό μελετών έχει βρεθεί διεύρυνση του κοιλιακού συστήματος στην αξονική τομογραφική απεικόνιση του εγκεφάλου και ανωμαλίες του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (HEΓ) σε ορισμένους ασθενείς.

Ο προσδιορισμός της μονοαμινοξειδάσης (MAO) των αιμοπεταλίων σε μια ομάδα φυσιολογικών μαρτύρων έδειξε ότι τα άτομα με τη χαμηλότερη δραστηριότητα του ένζυμου είχαν 8 φορές μεγαλύτερη επίπτωση αυτοκτονίας στις οικογένειες τους σε σύγκριση με τα άτομα με

την υψηλότερη δραστικότητα του ένζυμου. υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις μεταβολής της δραστικότητας της ΜΑΟ σε ασθενείς με κατάθλιψη.³

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι η τάση ή πρόθεση για αυτοκτονία μπορεί να εμφανισθεί με ποικίλους τρόπους, που όμως είναι συχνά ασαφείς και όχι ιδιαίτερα εμφανείς.⁴

Μετά από επισταμένη έρευνα και λεπτομερή εξέταση διαπιστώθηκε ότι παρουσίαζαν αρκετό καιρό πριν την απόπειρα, κάποια συμπτώματα τα οποία ονομάσαμε προαυτοκτονικά, διότι κατά τη γνώμη μας αποτελούν σημεία για προσεχή πιθανή απόπειρα αυτοκτονίας που ίσως θα μπορούσε να προβλεφθεί αν έδιναν κάποια ιδιαίτερη σημασία σε αυτά ακόμα σε αυτά ακόμα και μη ειδικά άτομα.

A. Συμπτώματα σε άτομα νεαρής ηλικίας.

Ο Otto ταξινομεί αυτά τα συμπτώματα σε 5 κατηγορίες:

1. Σχολικές μαθησιακές δυσκολίες, έλλειψη φροντίδας του εαυτού, χρήση αλκοόλ, τάση για απομόνωση.
2. Ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, εκνευρισμός, συναισθηματική αστάθεια.
3. Κατάθλιψη, κατάσταση απάθειας.
4. Άγχος, αϋπνία, αλλαγή στις διαιτητικές συνήθειες.
5. Εμφανή ψυχοσικά συμπτώματα.¹⁴

B. Συμπτώματα σε ενήλικες

Λεκτικές ενδείξεις. Άμεσες δηλώσεις για αυτοκτονία αναγνωρίζονται φυσικά εύκολα αλλά πολλές φορές τα άτομα τις κάνουν με τρόπο αστείου. Δηλώσεις για αυτοκτονία, μ' οποιοδήποτε τρόπο κι αν ειπωθούν, θα πρέπει να παίρνονται στα σοβαρά, έως ότου αποδειχθεί το αντίθετο. Τα άτομα με τάσεις αυτοκτονίας συχνά μιλούν έμμεσα για την επιθυμία τους να πεθάνουν. Εκφράσεις όπως «δεν αντέχω άλλο», «τίποτα δεν πάει σωστά», «δεν αντέχω άλλο στη δουλειά μου», εκφράζουν απογοήτευση ή δυστυχία. Η έλλειψη ελπίδας είναι ιδιαίτερα ενδεικτική για τα άτομα αυτά. Εκφράσεις όπως «ίσως θα έπρεπε να τα παρατήσω γιατί δεν μπορώ τίποτα καλύτερο για μένα» ή «δεν περιμένω να αποκτήσω αυτά που θέλω» ίσως υπαινίσσονται ότι το άτομο βλέπει το μέλλον του αφόρητο. Τέτοιες δηλώσεις συχνά ακούγονται σαν καθημερινά παράπονα, αλλά είναι εδώ που μια προσεκτική διερεύνηση μπορεί να φέρει στην επιφάνεια αυτοκαταστροφικές ιδέες και σχόλια.⁴

Συμπεριφορικές ενδείξεις. Άτομα που δεν μπορούν να εκφράσουν λεκτικά την επιθυμία τους να πεθάνουν μπορεί να την εκδραματίζουν με διάφορους τρόπους. Ο ασθενής που ξαφνικά αποφασίζει να κάνει την διαθήκη του ή που μοιράζει πολύτιμα προσωπικά αντικείμενα ίσως να τακτοποιεί τις υποθέσεις του, πριν αυτοκτονήσει.

Μη θανατηφόροι πειραματισμοί με δυνητικά θανατηφόρα μέσα, όπως φάρμακα, όπλα, ίσως προλέγουν μια σοβαρή απόπειρα. Καινούριο ενδιαφέρον για ασφάλεια ζωής, ή για εξασφάλιση τόπου ταφής κ.λ.π. μπορεί να απλή προνοητικότητα και μόνον αργότερα ν' αποδεικνύεται ότι εμπειρείχε πρόθεση αυτοκτονίας. ατυχήματα και τάση για ατυχήματα είναι συχνά στα άτομα που έχουν τάσεις αυτοκτονίας. όλη η παραπάνω συμπεριφορά θα πρέπει να προειδοποιεί τον κλινικό για την πιθανότητα αυτοκτονίας,⁴

Αυτοκτονικός ιδεασμός

Η διερεύνηση της πιθανής ύπαρξης σκέψεων αυτοκτονίας μπορεί να γίνει διακριτικά και να αποφέρει πολύ χρήσιμες πληροφορίες, π.χ. ένα σχήμα προοδευτικών ερωτήσεων είναι το παρακάτω:

- ▣ Πως είναι η ζωή σου;
- ▣ Πως αισθάνεσαι γενικά;
- ▣ πόσο άσχημα μπορεί να φτάσει να νιώθεις;
- ▣ αισθάνεσαι μερικές φορές σαν να θέλεις να παρατήσεις τα πάντα;
- ▣ Σκέφτεσαι ποτά ότι θα ήσουν καλύτερα νεκρός;
- ▣ Έχεις σκεφτεί να δώσεις τέλος στη ζωή σου;
- ▣ Αισθάνεσαι ποτέ να θέλεις να κανείς καλό στον εαυτό σου;
- ▣ Πως θα το έκανες;

- ▣ Που θα έβρισκες τα μέσα να το κανείς;
- ▣ Τι ώρα και που θα το έκανες;
- ▣ Πόσο κοντά έχεις φτάσει στο να αυτοκτονήσεις;
- ▣ Αισθάνεσαι ότι θα αυτοκτονήσεις στο άμεσο μέλλον;
- ▣ Τι σε κράτησε στο να μην αυτοκτονήσεις μέχρι τώρα;
- ▣ Γνωρίζει κανείς άλλος ότι νιώθεις έτσι;

Σε μερικές περιπτώσεις, οι απαντήσεις του ατόμου σε γενικές ερωτήσεις δεν φανερώνουν τάσεις αυτοκτονίας. τότε, η περαιτέρω εξέταση του ατόμου δεν είναι απαραίτητη. Σ' άλλες περιπτώσεις, όμως, το άτομο παρουσιάζεται ν' αποκαλύπτει βαθμιαία συνεχώς και πιο προσεκτικό σχεδιασμό αυτοκτονίας.⁴

Σημειώνουμε, ότι οι διακριτικές ερωτήσεις δεν αυξάνουν ούτε την επιθυμία ούτε την ικανότητα του ασθενή να σχεδιάσει την αυτοκτονία. Άμεση άρνηση της ύπαρξης τάσεων ή προθέσεων για αυτοκτονία από μέρους του ασθενή είναι συνήθως αληθινή. Τα άτομα συχνά παραδέχονται ότι σκέφτονται σοβαρά ν' αυτοκτονήσουν αλλά επιμένουν ότι δεν θα κάνουν ποτέ καλό στον εαυτό τους εξαιτίας των παιδιών τους, των συζύγων τους, της δουλειάς τους ή άλλων παρόντων που τους εμποδίζουν να αυτοκτονήσουν. Τέτοιες διαβεβαιώσεις είναι, συνήθως, αξιόπιστες, τουλάχιστον προσωρινά. Όμως, μπορεί να είναι και παραπλανητικές, ιδιαίτερα αν οι πράξεις δείχνουν αυτοκαταστροφικές τάσεις – έστω κι αν αρνούνται τα άτομα πρόθεση αυτοκτονίας. Είναι,

τότε, καλύτερα να κρίνει κανείς τα άτομα από τις πράξεις τους παρά από τα λόγια τους.⁴

Απόπειρες αυτοκτονίας

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη πως τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων που αυτοκτονούν διαφέρουν σημαντικά από τα χαρακτηριστικά των αποπειραθέντων αυτοκτονία. Αυτοί που αυτοκτονούν είναι συνήθως άρρενες, ηλικίας άνω των 40 χρόνων, άγαμοι, χήροι ή διαζευγμένοι, ζουν μόνοι τους και είναι άνεργοι ή συνταξιούχοι. Χρησιμοποιούν πιο συχνά βίαιες μεθόδους ή όπλα, όταν αυτά είναι διαθέσιμα. Αντίθετα, άτομα που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας είναι συνήθως γυναίκες, νεώτερες των 30 χρόνων, άνεργοι (ιδιαίτερα οι άνδρες), χρησιμοποιούν πιο συχνά φαρμακευτικές ουσίες και συνήθως υπάρχει εκλυτικός παράγοντας.

Ο Kreitman συγκρίνοντας (σε κοινωνικές και ψυχοπαθολογικές παραμέτρους) αποπειραθέντες αυτοκτονία και άτομα που αυτοκτόνησαν εντοπίζει πολλές διαφορές (σε σχέση με το φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, κοινωνική τάξη, εποχιακή διακύμανση, σωματική νοσηρότητα, ψυχιατρική νοσηρότητα) αλλά και κάποιες ομοιότητες (αστική διαμονή, ανεργία, διαλυμένη οικογένεια στην παιδική ηλικία).

Εξ' άλλου, είναι γνωστό πως ένα σημαντικό μέρος ατόμων που αυτοκτονούν (20-30%) έχει πραγματοποιήσει απόπειρα ή απόπειρες στο

παρελθόν ενώ ένα ποσοστό 2% των αποπειραθέντων πραγματοποιεί αυτοκτονία ένα χρόνο μετά την απόπειρα. Να σημειωθεί πως το ποσοστό αυτό αυξάνεται κατά 1% περίπου για κάθε ένα από τα επόμενα χρόνια φθάνοντας σε ποσοστό 10-15% δέκα χρόνια αργότερα.¹⁵

Περαιτέρω αναφέρονται διάφορες ερωτήσεις που μπορεί να ρωτήσει ο κλινικός για να προσδιορίσει σχετικά γρήγορα τον κίνδυνο θανάτου που υπήρξε από τη συγκεκριμένη αυτοκαταστροφική πράξη. Οι ερωτήσεις αυτές εκτιμούν τη βλάβη που έγινε από την απόπειρα και τον βαθμό που ήταν πιθανή η διάσωση από την συγκεκριμένη αποπειρα.⁴

Σωματική βλάβη κατά την απόπειρα αυτοκτονίας

Τι μέσο χρησιμοποιήθηκε:

- ✦ Λιγότερο θανατηφόρο (λήψη από το στόμα, κόψιμο, μαχαίρωμα, κ.λ.π.)
- ✦ Μέτρια θανατηφόρο (πνιγμός, ασφυξία, στραγγαλισμός)
- ✦ Περισσότερο θανατηφόρο (πήδημα από κτίριο, γέφυρα κ.λ.π., πυροβολισμός)

Ποια η διαταραχή της συνείδησης:

- ✦ Σε εγρήγορση
- ✦ Ημικωματώδης
- ✦ Κωματώδης

Τι σωματική βλάβη προκάλεσε το άτομο στον εαυτό του;

✦Ελαφρά: επιπόλαια, αυτοπεριοριζόμενη (π.χ. γρατσούνισμα χωρίς σοβαρή απώλεια αίματος)

✦Μέτρια: απαιτεί ιατρική φροντίδα αλλά δεν είναι επικίνδυνη (π.χ. πληγή που απαιτεί ράμματα, κάταγμα μικρών οστών, βλάβη σε μικρές αρτηρίες)

✦σοβαρή: διάτρηση ζωτικών οργάνων ή μεγάλων αγγείων, κατάγματα κρανίου ή μεγάλων οστών, νευρολογικές αλλοιώσεις

Πόσο γρήγορη ήταν η ανάρρωση του ατόμου από τις σωματικές βλάβες μετά την απόπειρα του;

✦μέσα σε 24 ώρες

✦Μια με έξι μέρες

✦Αμφισβητήσιμη, πιθανή υπολειμματική βλάβη.

Αν ήταν η απαραίτητη υπολειμματική βλάβη

✦Πρώτες βοήθειες

✦Εισαγωγή σε νοσοκομείο

✦Εντατική παρακολούθηση

Πιθανότητα διάσωσης από την απόπειρα αυτοκτονίας

Το άτομο που έκανε απόπειρα αυτοκτονίας χωρίς να τη φέρει σε πέρας είναι φανερό ότι διασώθηκε και είναι χρήσιμο να εξακριβώσουμε πόσο πιθανό ήταν να γίνει αυτή η διάσωση.⁴

Για παράδειγμα, το να πάρει κάποιος μια υπερβολική δόση στο σπίτι του την ώρα που βρίσκονται και αλλά άτομα γύρω του, είναι πολύ διαφορετικό από το να πάρει την ίδια δόση ενώ είναι μόνο του σ'ένα δωμάτιο ξενοδοχείου σε μια ξένη πόλη. Η πιθανότητα διάσωσης δίνει ένα μέτρο του πόσο δυνητική θανατηφόρα ήταν μια απόπειρα αυτοκτονίας, καθώς επίσης και στοιχεία για την εκτίμηση του συνεχιζόμενου κίνδυνου αυτοκτονίας.

Οι παρακάτω πέντε ερωτήσεις μπορούν να δώσουν κάποια στοιχεία για το πόσο το άτομο ήθελε να αποκρύψει ή να φανερώσει την απόπειρα αυτοκτονίας που έκανε:

1. Ποιο ήταν το περιβάλλον μέσα στο οποίο έγινε η απόπειρα:

A) Οικείο: όπου το άτομο θα αναγνωρίζονταν (π.χ. σπίτι, γραφείο, σχολείο)

B) Μη Οικείο αλλά όχι απόμερο: όπου το άτομο δε θα αναγνωρίζονταν, αλλά μπορούσε να εντοπισθεί από κάποιον περαστικό (π.χ. γέφυρες, υπόγειοι σιδηρόδρομοι, δημόσια κτήρια).

Γ) Απόμερο: όπου η ανεύρεση δεν ήταν πιθανή (π.χ. εγκαταλειμμένες περιοχές, στενά, επαρχιακοί δρόμοι).

2. Ποιος έκανε τη διάσωση;

A) Κάποιο σημαντικό γι'αυτόν(ην) άτομο: Κάποιο άτομο που τον (την) Γνωρίζει (φίλος, συγγενείς, θεραπευτής).

B) Ειδικός: Κάποιος που η δουλειά του είναι τέτοια που μπορούσε να τον (την) σώσει (γιατρός, αστυνομικός, ταξιτζής, τηλεφωνήτρια).

Γ) Περαιστικός: κάποιος που βρέθηκε τυχαία στον τόπο της απόπειρας (π.χ. υπάλληλος ξενοδοχείου, άτομο που έκανε βόλτα, καθαρίστρια τουαλέτας).

3. Ποια ήταν η πιθανότητα διάσωσης του ατόμου;

A) Μεγάλη, σχεδόν σίγουρη: αυτοί που μπορούσαν να το σώσουν βρίσκονταν κοντά ή θα το έβρισκαν γρήγορα (π.χ. ο/η σύζυγος αναμένονταν να γυρίσει στο σπίτι).

B) Μέτρια, αβέβαιη: (π.χ. αυτός(ή) που μπορούσε να τον σώσει ήταν κοντά, αλλά δεν γνώριζε την απόπειρα).

Γ) Μικρή, τυχαία: η διάσωση ήταν τυχαία (π.χ. το άτομο πήρε μέτρα για αμήν ανακαλυφθεί).

4. Σε ποιον βαθμό το άτομο πήρε μέρος στη διάσωση;

A) Ζήτησε βοήθεια

B) Άφησε ενδείξεις (π.χ. Άφησε σημειώματα ή άδεια μπουκαλάκια σε φανερά μέρη)

Γ) Δεν Ζήτησε βοήθεια

5. Πόσος χρόνος πέρασε πριν ανακαλυφθεί η απόπειρα;

A) Λιγότερο από μια ώρα

B) Μια με τέσσερις ώρες

Γ) Περισσότερες από τέσσερις μέρες

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Η εκτίμηση του κίνδυνου αυτοκτονίας θα πρέπει να περιορίζεται στις τάσεις ή προθέσεις για αυτοκτονία (αυτοκτονικός ιδεασμός), στις απόπειρες αυτοκτονίας (αν υπάρχουν), στη γενική ψυχιατρική κατάσταση και στην ύπαρξη ή όχι δυνατότητας υποστήριξης από το περιβάλλον.

Τα άτομα που βρίσκονται κοντά στην αυτοκτονία είναι σε έσχατη απελπισία. Οι συνηθισμένες τους μέθοδοι που χρησιμοποιούσαν να τα βγάλουν πέρα στη ζωή τους έχουν αποτύχει και ίσως αισθάνονται ντροπή για την κατάσταση που βρίσκονται. Ένα αντικείμενο, χωρίς κρίσιμο ενδιαφέρον από την μεριά του κλινικού, μπορεί να βοηθήσει στο να

ανακουφιστεί από το βάρος στο βάρος της ταπείνωσης που νιώθουν τα άτομα αυτά, δίνοντας τους ταυτόχρονα την ικανότητα να μιλήσουν ελεύθερα για τα αισθήματα και τα σχέδια τους.

Όσο είναι δυνατόν, θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια ο ασθενής με αυτοκαταστροφικές τάσεις να εξετάζεται σε ένα ήσυχο μέρος. Όταν ο ασθενής έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, είναι βασικό η συνέντευξη να γίνει όταν η φυσική του κατάσταση είναι εντάξει και ο ασθενής είναι εκτός κίνδυνου. Αρχικά, συνήθως, ο κλινικός θα μιλήσει μόνος του με τον ασθενή και αργότερα θα επικοινωνήσει με τους φίλους του. Μια ήρεμη και οργανωμένη προσέγγιση θα ελαττώσει την υπερβολική ένταση που, όπως είναι αναμενόμενο, επικρατεί μεταξύ των μελών της οικογένειας και των φίλων. Γενικά, πρέπει να αποφεύγονται η πρόωρη καθυσύχαση γιατί μπορεί να ερμηνευθεί από τον ασθενή ότι ο κλινικός δεν είναι σε θέση να καταλάβει τη σοβαρότητα της κατάστασης. Είναι φανερό ότι το είδος αυτό της εκτίμησης χρειάζεται χρόνο και σχολαστική κατοχή στις συναισθηματικές αποχρώσεις.

Οι σκέψεις αυτοκτονίας και οι απόπειρες αυτοκτονίας αποκτούν νόημα μόνον αν τις τοποθετήσουμε στο γενικότερο πλαίσιο της ζωής του ατόμου. Ένα προσεκτικό ιστορικό θα μας βοηθήσει να προσδιορίσουμε τους παράγοντες κίνδυνου για αυτοκτονία καθώς και τα προβλήματα που μπορούν δυνητικά να βοηθήσουν.

Οι παρακάτω καταστάσεις θα πρέπει να διευρυνθούν:

Προσωπική-κοινωνική κατάσταση. Τρέχουσες συνθήκες ζωής, οικογένεια, πρόσφατες αλλαγές ή απώλειες σε ερωτικές σχέσεις ή σημαντικές φίλιες.

Επάγγελμα. Δουλειά, οικογενειακές ευθύνες, σχολείο, πρόσφατες αλλαγές στο κοινωνικό status ή στην απόδοση του ατόμου.

Ιατρικό ιστορικό. Προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας, καταθλιπτικά επεισόδια (καταθλιπτική διάθεση, διαταραχή του ύπνου ή της όρεξης, ημερήσιες διακυμάνσεις στη διάθεση), ψυχωτικά συμπτώματα, παραληρητικές ιδέες), ψυχότροπα φάρμακα, ψυχιατρικές νοσηλείες. Ύπαρξη σωματικών νόσων και θεραπεία γι' αυτές, πρόσφατες αλλαγές στη σωματική υγεία.

Κατάσταση των ψυχικών λειτουργιών. Πρέπει να γίνει εστίαση στην ύπαρξη ή μη κατάθλιψης, ψύχωσης και αυτοκτονικών τάσεων. Η επιθυμία ενός ατόμου να σκοτωθεί άλλους συνδέεται συχνά με επιθυμία να αυτοκτονήσει. Οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές πεποιθήσεις μπορούν επίσης να υπαγορεύουν αυτοκτονία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο κλινικός θα πρέπει να χρησιμοποιήσει την κρίση του για να εκτιμήσει τον συνεχιζόμενο κίνδυνο αυτοκτονίας και τις διαθέσιμες πηγές βοήθειας που υπάρχουν, ώστε ν'αποφασίσει τον τρόπο παρέμβασης. Γι'αυτό, θα χρειαστεί τα στοιχεία που θα συγκεντρώσει μιλώντας τόσο στο άτομο, όση και με την οικογένεια, τους φίλους του και οποιαδήποτε αλλά άτομα μπορούν να συμβάλλουν (γιατρούς, θεραπευτές, ιερείς κ.λ.π.). Γενικά, ο κλινικός θα πρέπει να διαλέξει ανάμεσα σε τρεις τρόπους παρέμβασης.

Το άτομο να πάει σπίτι του. Το άτομο που δεν έχει κάνει απόπειρα και εκφράζει αόριστες ιδέες, αλλά αρνείται οποιοδήποτε αυτοκαταστροφικό σχέδιο ή πρόθεση, είναι πιθανότατα υποψήφιο για εξωνοσοκομειακή θεραπεία, που θα γίνει ανάλογα με την εκτίμηση του ασθενή, από ειδικό ή από τον οικογενειακό γιατρό και σε συνεργασία με αυτούς που το παρέπεμψαν. Για το άτομο που κάνει απόπειρα αυτοκτονίας η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι συνήθως θεραπεία εκλογής. Αν, όμως, το άτομο αυτό αρνείται ότι συνεχίζει να έχει τάσεις αυτοκτονίας, η απόπειρα από μόνη της δείχνει μικρό κίνδυνο, το άτομο δεν βρίσκεται σε έντονη κατάθλιψη ή ψύχωση και συγγενείς ή φίλοι μπορούν να μείνουν μαζί του, τότε ο κλινικός θα πρέπει να σκεφτεί την

πιθανότητα να πάει στο σπίτι του. Θα πρέπει όμως, να δοθεί ραντεβού στο άτομο αυτό για την επόμενη κιάλας μέρα με ειδικό της ψυχιατρικής υγείας και να διασφαλιστεί ότι θα πάει στο ραντεβού και επίσης ότι η υπηρεσία ή το άτομο που θα το δει θα ενημερωθεί λεπτομερώς πριν το άτομο φύγει να πάει στο σπίτι του.

Η εξωνοσοκομειακή θεραπεία θα βασιστεί στις ανάγκες του ασθενή και μπορεί να κυμανθεί από λίγες συναντήσεις παρέμβασης ως μακράς διάρκειας ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία. Οι μορφές της ψυχοθεραπείας μπορεί να είναι ατομική θεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, ή ομαδική ψυχοθεραπεία.

Η φαρμακοθεραπεία θα είναι συνήθως αντικαταθλιπτική αγωγή. Σημειώνουμε , ότι ο κλινικός θα πρέπει να είναι προσεκτικός ώστε να εκτιμά τον κίνδυνο της αυτοκτονίας συχνά και επίσης να μην δίνει μεγάλη ποσότητα φάρμακων για το σπίτι (συχνές συνταγές).

Εκούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο. Πολλά από τα άτομα που σχεδιάζουν την αυτοκτονία τους και τα περισσότερα από αυτά που έχουν κάνει σοβαρή απόπειρα, θα πρέπει να εισαχθούν στο νοσοκομείο. Η νοσοκομειακή περίθαλψη προκαλεί ασφάλεια, λεπτομερή διαγνωστική εκτίμηση και γρήγορη έναρξη της θεραπείας. άτομα που βρίσκονται σε απόγνωση τις περισσότερες φορές συμφωνούν στην ένδειξη νοσηλείας τους, ιδιαίτερα αν την υποστηρίζουν και οι συγγενείς ή φίλοι τους. Αν

υπάρχει υποψία ότι το άτομο μπορεί να κάνει άλλη απόπειρα και μέσα στο νοσοκομείο, η παρατήρηση θα πρέπει να είναι συνεχής.

Ακούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο. Αν το άτομο κινδυνεύει ν' αυτοκτονήσει δεν θέλει να νοσηλευθεί, τότε ο κλινικός έχει το δικαίωμα από το νόμο να επιχειρήσει την εισαγωγή του σε νοσοκομείο για να το προφυλάξει. Επειδή τα άτομα που σχεδιάζουν ν' αυτοκτονήσουν βρίσκονται σε τρομερή σύγκρουση με τις επιθυμίες τους, η απόφαση για νοσηλεία θα πρέπει να τους ανακοινωθεί καθαρά και νοερά.

Η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία θα πρέπει να αποφασισθεί με βάση τα εξής, κυρίως, κριτήρια.

1. Αναμφίβολα έντονη επιθυμία θανάτου και επικινδυνότητας της απόπειρας.
2. Αμφίβολη επικινδυνότητα, σε συνδυασμό με:
 - A. Έλλειψη συστήματος συναισθηματικής υποστήριξης.
 - B. Διακοπή συναισθηματικών δεσμών
 - Γ. Ύπαρξη σοβαρής ψυχοπαθολογίας με αυξημένη επικινδυνότητα όπως: κατάθλιψη, αυτοκτονικές τάσεις που είναι αποτέλεσμα παραληρητικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων, παθολογική ταύτιση με άτομα που έχουν αυτοκτονήσει, «προαυτοκτονικό» σύνδρομο.

Δ. Ανάγκη για διαγνωστική εκτίμηση ή εφαρμογή ειδικών θεραπειών (ηλεκτροσπασμοθεραπεία, συνδυασμένη φαρμακευτική αγωγή)

Ε. Εμπλοκή του ατόμου σε καταστάσεις που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αυτοκτονική συμπεριφορά (οικογενειακά προβλήματα κ.λ.π.)

Ζ. Πρόσφατη επίταση αυτοκαταστροφικών μορφών συμπεριφοράς.

Η. Αδυναμία εμπλοκής του ατόμου σε συνεχιζόμενο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Θ. Αδυναμία του γιατρού να εκτιμήσει το βαθμό επικινδυνότητας.

Η βραχεία ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, συστήνεται:

1. Σε άτομα που αποπειράθηκαν αυτοκτονία και έχουν διαταραχές προσωπικότητας.
2. Σε άτομα που παρουσιάζουν σαφείς αυτοκαταστροφικές τάσεις.
3. Σε ασθενείς που πάσχουν από σοβαρά ψυχικά νοσήματα.
4. Σε άτομα που δεν είναι σε θέση να δώσουν πλήρες ιστορικό και δεν έχουν οικογένεια ή φίλους.¹⁵

Άσχετα με το αν η εισαγωγή του ατόμου είναι εκούσια ή ακούσια, εφόσον υπάρχει κίνδυνος αυτοκτονίας αυτός πρέπει να αναγράφεται με έντονα γράμματα στο φύλλο νοσηλείας.

Εφόσον εξασφαλιστεί η προστασία του ασθενή από την τάση του για αυτοκτονία, η προσοχή θα στραφεί στη θεραπεία της υποκείμενης νόσου, που μπορεί να υπάρχει. Έτσι, θα δοθεί αντιψυχωτική αγωγή στο άτομο που έχει σχιζοφρένεια, αντικαταθλιπτική αγωγή ή ηλεκτροσπασμοθεραπεία στο άτομο με σοβαρή θλίψη, λίθιο και αντιψυχωτική αγωγή θα προστεθεί στο άτομο με διπολική διαταραχή και στο άτομο με ψυχωτική κατάθλιψη. αντικαταθλιπτική αγωγή μπορεί να προστεθεί στην αντιψυχωτική αγωγή σε άτομο με καταθλιπτική σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ή και ακόμα και σε άτομο με σχιζοφρένεια που έχει κατάθλιψη.⁴

Αν οι ασθενείς που θεωρούνται οξέως αυτοκτονικοί, μπορεί να εμφανίζουν καλή πρόγνωση, οι θεωρούμενοι χρόνιοι αυτοκτονικοί είναι δύσκολο να αντιμετωπισθούν και προκαλούν εξάντληση στους γιατρούς και το προσωπικό που τους φροντίζουν. Η συνεχής επιτήρηση, η χρήση της απομόνωσης ή και καθήλωσης στο κρεβάτι μπορεί να απαιτηθούν για την πρόληψη της αυτοκτονίας σε ασθενείς που φαίνονται αποφασισμένοι να αφαιρέσουν τη ζωή τους. Μπορεί να είναι απαραίτητη η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) σε ασθενείς με βαριά κατάθλιψη, αλλά και πολλές διαφορετικές θεραπευτικές προσπάθειες.³

Κατά την παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο, θα πρέπει να ληφθούν μέτρα προφύλαξης του από άλλη απόπειρα. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι ειδικά επιλεγμένο και εκπαιδευμένο.

Η επιτήρηση του ασθενή πρέπει να είναι διακριτική αλλά αποτελεσματική. μπορεί να κυμαίνεται από τη συνεχή παρουσία νοσηλευτικού προσωπικού και συνεχή παραμονή του ασθενή στο κρεβάτι του, μέχρι τον περιοδικό, κάθε 20΄ με 30΄ έλεγχο των δραστηριοτήτων του.

Οι εντολές προς το προσωπικό πρέπει να είναι πάντα γραπτές, σαφείς και συγκεκριμένες. Ο θάλαμος του ασθενή πρέπει να είναι σε ισόγειο, ασφαλής και με περισσότερα του ενός κρεβάτια. ακόμα, να απομακρύνονται από το θάλαμο του ασθενή όλα τα επικίνδυνα αντικείμενα , όπως ξυριστικές λεπίδες, σουγιάδες, γραβάτες κ.λ.π. Να έχουν ληφθεί μέτρα αποφυγής ηλεκτροπληξίας (ειδικές ασφάλειες). Όλοι οι χώροι του νοσοκομείου να είναι ασφαλισμένοι και κλειδωμένοι. Να ζητείται τέλος και η γνώμη άλλων συνάδερφων για την καλύτερη αντιμετώπιση του όλου προβλήματος.

Η εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση πρέπει να αποφασίζεται σε περιπτώσεις όπου η επιθυμία του ατόμου για θάνατο έχει θεωρηθεί μικρή, και οι τυχόν επανειλημμένες απόπειρες δεν ήταν σοβαρές.

Το θεραπευτικό πρόγραμμα πρέπει να σχεδιάζεται για τον συγκεκριμένο ασθενή και να καλύπτει τόσο κοινωνικά όσο και ιατρικά προβλήματα. Θα πρέπει να υπάρχει τακτική εβδομαδιαία τηλεφωνική επικοινωνία για διάστημα δυο ετών, ιδιαίτερα με άτομα που δεν έχουν ή δεν ζουν σε υποστηρικτικό περιβάλλον.¹⁵

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και θεραπεία συμπεριφοράς μπορεί να συμβάλει στη μερική ανακούφιση του ασθενούς.³

Ο Eysenck σ'ένα του άρθρο το 1959 αντιπαραθέτει τα κύρια χαρακτηριστικά θεραπειών συμπεριφοράς με τα αντίστοιχα των ψυχοθεραπειών που έχουν ψυχαναλυτική προέλευση:¹¹

Θεραπείες συμπεριφοράς.

1. Βασίζεται σε συνεχή σωστά διατυπωμένη θεωρία που οδηγεί σε ελεγχόμενα συμπεράσματα.
2. Έχουν την προέλευση τους στις πειραματικές μελέτες που έχουν ειδικά σχεδιασθεί να ελέγξουν τη θεωρία και τα εξ αυτής συμπεράσματα.

3. Θεωρούν τα συμπτώματα σαν μη προσαρμοστικές εξαρτημένες απαντήσεις.
4. Θεωρούν τα συμπτώματα σαν ένδειξη εσφαλμένης μαθήσεως.
5. Πιστεύουν ότι η συμπτωματολογία καθορίζεται από ατομικές διαφορές στην εξαρτοποίησης και στη νευροφυτική ετοιμότητα καθώς και από τυχαίες περιβαλλοντικές συνθήκες.
6. Η θεραπεία των νευρωσικών διαταραχών απευθύνεται στις υπάρχουσες έξεις και δεν ενδιαφέρεται για το παρελθόν τους.
7. Η οριστική θεραπεία εξασφαλίζεται με την αντιμετώπιση του συμπτώματος, δηλ. με την απόσβεση των μη προσαρμοστικών και την εγκατάσταση των επιθυμητών εξ.ερεθ. Οι ερμηνείες ακόμα και αν είναι απόλυτα υποκειμενικές, θεωρούνται άσχετες.
8. Η συμπτωματική με την απόσβεση θεραπεία οδηγεί σε μόνιμη ίαση. Οι προσωπικές σχέσεις αν και ενδεχομένως χρήσιμες δεν είναι ουσιώδεις για το αποτέλεσμα.¹¹

Ψυχοθεραπείες

1. Βασίζονται σε αντιφατικό θεωρητικό υπόστρωμα που δεν διατυπώθηκε ποτέ σε σωστό σύστημα υποθέσεων.
2. Έχουν την προέλευση τους σε κλινικές παρατηρήσεις που δεν έχουν υποστεί τη δοκιμασία του συγκριτικού έλεγχου και του πειραματισμού.

3. Θεωρούν τα συμπτώματα σαν τις έκδηλες προεξοχές αιτιών που βρίσκονται στο ασυνείδητο («Ψυχοσυμπλέγματα»).
4. Θεωρούν τα συμπτώματα σαν ένδειξη της απωθήσεως.
5. Πιστεύουν ότι η συμπτωματολογία καθορίζεται από τους μηχανισμούς άμυνας.
6. Η θεραπεία των νευρωσικών διαταραχών πρέπει να καθορίζεται από την διερεύνηση του παρελθόντος.
7. Οριστική θεραπεία εξασφαλίζεται με το χειρισμό των υποκείμενων (στο ασυνείδητο) δυναμικών και όχι στην αγωγή που απευθύνεται στο σύμπτωμα.
8. Η ερμηνεία των συμπτωμάτων, ονείρων κ.λ.π. αποτελεί ουσιαστικό μέρος της θεραπείας.
9. Η συμπτωματολογική αγωγή οδηγεί στη δημιουργία νέων συμπτωμάτων.
10. Η μεταβιβαστική σχέση είναι απαραίτητο στοιχείο για τη θεραπεία των νευρωσικών διαταραχών.¹¹

ΜΕΡΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

➤ Η επίφαση υγείας. Ορισμένα άτομα φαίνονται υγιέστατα μετά την απόπειρα αυτοκτονίας, όταν η απόπειρα αυτή έχει κινητοποιήσει την

υποστήριξη των φίλων και των συγγενικών προσώπων. Τα άτομα αυτά που δίνουν λογικότερες εξηγήσεις για τις απόπειρες τους (π.χ. το έκαναν για να κερδίσουν τη συμπάθεια ή την προσοχή) πείθουν εύκολα κάποιον ότι βρίσκεται εκτός κίνδυνου. Παρόλα αυτά θα πρέπει να γίνει οπωσδήποτε μια ψυχιατρική εκτίμηση που να συνοδεύεται από συμφωνία για παρακολούθηση για κάποιο διάστημα. Η πιθανότητα για μια επόμενη πιο σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας είναι πολύ μεγάλη, αν οι προβληματικές συνθήκες της ζωής του ασθενή παραμένουν αμετάβλητες.

➤ Υπαρξιακές αμφιβολίες. Ο κλινικός μπορεί να εμπλακεί σε αμφισβήτηση για το ποια είναι τα υπέρ και τα κατά της αυτοκτονίας. Θα πρέπει να έχει υπόψη του ότι σχεδόν όλοι οι αυτοκαταστροφικοί ασθενείς είναι αμφιθυμικοί για το να πεθάνουν και κατά πάσα πιθανότητα θα θέλουν να ζήσουν μόλις περάσει η κρίση. Υπαρξιακές συζητήσεις και επιχειρηματολογίες σπάνια βοηθούν στη διάρκεια της κρίσης.

➤ Προσωπικές αντιδράσεις. Ο κλινικός μπορεί να νιώσει ιδιαίτερα ενοχλημένος από την απελπισία και την απόγνωση του ασθενή ή από τη χειραγώγηση του. Ή μπορεί να νιώσει οργή ή τρόμο μπροστά στο άτομο που θέλει να πεθάνει. Ή μπορεί να αρνηθεί τον κίνδυνο και να θεωρήσει το άτομο πολύ πιο υγιές απ'ότι πραγματικά είναι.⁴

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Τα προβλήματα που συνεπάγονται οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές είναι σύνθετα και σε πολλαπλά επίπεδα.

Σε οικονομικό επίπεδο, αλλά και γενικότερα σε επίπεδο ενεργού δυναμικού μιας χώρας, η αυτοκτονία (ιδιαίτερα όταν αφορά νέα άτομα) αποτελεί μεγάλο κοινωνικοοικονομικό πλήγμα.

Οι αυξητικές τάσεις αυτοκτονιών σε πολλές χώρες του κόσμου που ήδη παρατηρούνται, και οι αυξήσεις των αυτοκτονιών που αναμένονται σε αναπτυσσόμενες χώρες και χώρες της Νότιας Ευρώπης (για λόγους κοινωνικό-οικονομικούς) θα κορυφώσουν τα προσεχή χρόνια τα προβλήματα που συνεπάγονται οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.

Έμφαση πρέπει να δοθεί στην διερεύνηση πλευρών και παραμέτρων που προσδιορίζουν το φαινόμενο της αυτοκαταστροφής. Η εγκυρότητα και η πληρότητα των στοιχείων που καταγράφονται σε σχέση με τις απώλειες ή τις επιτυχίες αυτοκτονίες είναι μια πρώτη φροντίδα.

Η διερεύνηση και η εντόπιση ατόμων υψηλών κίνδυνου αυτοκτονίας τόσο στο γενικό πληθυσμό Όσο και σε συγκεκριμένες ομάδες (ενδονοσοκομειακοί ψυχίατροι ασθενείς, συγκεκριμένες διαγνωστικές

κατηγορίες άρρωστων, έφηβοι, ηλικιωμένοι κ.λ.π.) θα βοηθήσει στην χάραξη στρατηγικών πολιτικών παρεμβάσεων.

Η οργάνωση υπηρεσιών με εξειδικευμένο προσωπικό, για άτομα που αποπειράθηκαν αυτοκτονία είναι απαραίτητη.

Ακόμη παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του προβλήματος είναι οι παρακάτω:

A. Εκπαίδευση των μη-ψυχιάτρων ιατρών και μη-ψυχιάτρων επαγγελματιών ψυχικής υγείας (κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτών κ.α.) στην αναγνώριση της κατάθλιψης και των αυτοκτονικών τάσεων.

B. Οργάνωση υπηρεσιών «παρέμβαση σε κρίση» (Μονάδες Τηλεφωνικής Βοηθείας, Κινητές Μονάδες κ.λ.π.)

Γ. Έγκαιρη παραπομπή σε ψυχιατρικές υπηρεσίες ατόμων με αυτοκαταστροφικό ιδεασμό και τάσεις.

Δ. Αποκάλυψη και μέτρηση του βαθμού της αυτοκτονικής πρόθεσης (suicidal intent) σε αποπειραθέντες αυτοκτονία.

Ε. Συστηματική παρακολούθηση (follow up) των αποπειραθέντων αυτοκτονία.

Ζ. Σύνδεση μεταξύ υπηρεσιών ψυχικής υγείας της κοινότητας και σχολείων (Έγκαιρη εντόπιση έφηβων υψηλού κίνδυνου στο σχολείο).

Η. φροντίδα και υποστήριξη σε ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους ή πρόσφατα έχασαν τον σύντροφο τους.

Θ. Ψυχοκοινωνική υποστήριξη και έγκαιρη επισήμανση κατάθλιψης και αυτοκτονικών τάσεων σε άτομα με χρόνια, επώδυνα ή/και τερματικά νοσήματα.

I. Ενημέρωση του ευρέως κοινού για την συμπτωματολογία της κατάθλιψης και τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος της απόπειρας αυτοκτονίας.

K. Σωστή χρήση των μέσων μαζικής ενημέρωσης από τους επαγγελματίες σε σχέση με θέματα αυτοκαταστροφής. Σωστότερο θα ήταν να συζητηθεί με ειδικό ο τρόπος παρουσίασης ενός θέματος αυτοκτονίας, πριν δει το φως της δημοσιότητας.¹⁵

ΠΡΟΛΗΨΗ

Αν και σήμερα αντιλαμβανόμαστε καλύτερα το πρόβλημα της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, η πρόβλεψη είναι δύσκολη. Ενώ είμαστε σε θέση να εκτιμήσουμε τον κίνδυνο αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς συγκεκριμένων κατηγοριών ατόμων, αδυνατούμε να προβλέψουμε ποιο συγκεκριμένο άτομο θα καταλήξει στην απόπειρα ή την αυτοκτονία και ειδικότερα ποτέ και πως θα προσπαθήσει να θέσει τέρμα στη ζωή του.

Η χρήση των δημογραφικών δεικτών έχει αναμφίβολη αξία. Επειδή η αυτοκτονία δεν είναι συχνό γεγονός, ο κλινικός αντιμετωπίζει το

πρόβλημα των «λανθασμένων αρνητικών» (false negative) περιστατικών. Επίσης, οι μέχρι σήμερα γνώσεις σχετικά με το θέμα, δεν είναι δυνατό να μας οδηγήσουν στην επινόηση μιας κατάλληλης για την περίπτωση διαγνωστικής τεχνικής. Γι' αυτό και ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να βασιστεί στην κλινική του πείρα και στις πληροφορίες που αφορούν το συγκεκριμένο ασθενή, για να αναγνωρίσει τους μέλλοντες αυτόχειρες. Πάντως, αν λάβουμε υπόψη μας ότι τα 2/3 αυτών που αυτοκτόνησαν είχαν επισκεφτεί τον προηγούμενο μήνα γιατρό και τις περισσότερες φορές ψυχίατρο, καθώς και το γεγονός ότι όλες οι αυτοκτονίες είναι προμελετημένες, υπάρχει αρκετός χώρος για έναν καλά πληροφορημένο γιατρό να ανιχνεύσει τους μέλλοντες αυτόχειρες.¹⁵

Το πρώτο βήμα στην πρόληψη των αυτοκτονιών συνίσταται στο να αναγνωρίσουμε αυτές τις πρώιμες ενδείξεις. Κατά δεύτερο λόγο την περίοδο της οξείας αυτοκτονικής κρίσης πρέπει να βοηθήσουμε το άτομο στις συγκρούσεις του προλαμβάνοντας περαιτέρω αυτοκτονικές πράξεις.

Μια σειρά από προληπτικά μέτρα θα μπορούσαν να αναφερθούν όπως:

A. πρόβλεψη πιθανής αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε κάθε έφηβο αγχώδη ή απαιτητικό.

B. Αποσαφήνιση στον έφηβο ότι είναι ελεύθερος να μιλήσει για τα αισθήματα του χωρίς το φόβο αποδοκιμασίας.

Γ. Εγκαθίδρυση μιας αποδεκτής σχέσης με τον έφηβο στον οποίο υποψιαζόμαστε αυτοκτονικές σκέψεις.

Δ. Διατήρηση οδών επικοινωνίας, πάντα ανοιχτών, για κάθε βοήθεια.

Ε. Ενημέρωση συγγενών αν τα αυτοκτονικά σημεία γίνουν απειλητικά.

Ζ. Φαρμακοθεραπεία – ψυχοθεραπεία – νοσηλεία αν χρειαστεί.¹⁴

Σύμφωνα με τον Schneidman, ο κλινικός γιατρός έχει στη διάθεση του αρκετά πρακτικά προληπτικά μέτρα για να αντιμετωπίσει τον αυτοκτονικό ασθενή:

1. με το να μειώσει τον ψυχικό πόνο, τροποποιώντας το στρεσογόνα περιβάλλον, χρησιμοποιώντας τη βοήθεια του (της) συζύγου, του εργοδότη ή ενός καλού φίλου,
2. συμβάλλοντας στη δημιουργία μιας ρεαλιστικής υποστηρικτικής προσπάθειας, λαμβάνοντας υπόψη ότι το άτομο μπορεί να έχει ένα νόμιμο παράπονο και
3. προσφέροντας εναλλακτικές λύσεις εκτός από την αυτοκτονία.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η περιβαλλοντική θεραπεία είναι μια εξέλιξη αυτής της κατάστασης η οποία αναγνωρίζει ότι το περιβάλλον (άμεσο ή γενικότερο) επηρεάζει

τα αισθήματα του ανθρώπου και προς τον εαυτό του και προς τους άλλους και επομένως είναι δυνατόν να επιδράσουμε πάνω σε αυτά μέσω του περιβάλλοντος του. Έτσι, κάνοντας μια προσπάθεια προς αυτή την κατεύθυνση, δημιουργούμε την κατάλληλη ατμόσφαιρα μέσα στην οποία ο άρρωστος μας μπορεί να αναπτύξει μια κοινωνική δραστηριότητα, πρώτα μέσα στην μικρή κοινωνία της οικογένειας.¹³

Οικογένεια και φίλοι. Η στάση και η συμπεριφορά των ατόμων που βρίσκονται κοντά στον ασθενή δίνει χρήσιμη πληροφόρηση για τις δυνατότητα θεραπείας. Σημαντικά για το άτομο πρόσωπα που νοιάζονται αλλά δεν πανικοβάλλονται και που αναγνωρίζουν τόσο τη σοβαρότητα της κατάστασης όσο και την αναγκαιότητα της θεραπείας, μπορούν να συμβάλλουν θετικά στην ασφάλεια και την ανάνηψη του ατόμου. Αν αυτά τα άτομα είναι διατεθειμένα να μείνουν με τον ασθενή, μπορούν να συμβάλουν παρά πολύ και να τον βοηθήσουν να ξεπεράσει την κρίση της αυτοκτονίας. Στην άλλη μεριά του φάσματος, βέβαια, βρίσκεται το άτομο που δεν έχει κανέναν κοντά του και που κινδυνεύει παρά πολύ, γιατί το να αφήσει τον χώρο του νοσοκομείου σημαίνει να επιστρέψει σ'ένα αφιλόξενο κόσμο.

Συχνά τα άτομα που βρίσκονται κοντά στον ασθενή κατακλύζονται από πανικό, σύγχυση ή θυμό, όποτε μπορεί να μην είναι σε θέση να προσφέρουν συνεχή υποστήριξη και βοήθεια. Είναι ακόμη πιο επικίνδυνα τα πράγματα για τον ασθενή όταν οι φίλοι και η οικογένεια

είναι αδιάφοροι για την κρίση που περνάει. Γιατί, τότε, μπορεί να ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο της κατάστασης και να αποθαρρύνουν τον ασθενή από το να ζητήσει βοήθεια από τον ειδικό. Ο μεγαλύτερος, ίσως, κίνδυνος θανάτου αφορά στις περιπτώσεις εκείνες όπου τα άτομα που βρίσκονται γύρω από τον ασθενή τον ενθαρρύνουν με τον τρόπο τους ν' αυτοκτονήσει. Ο σύζυγος που αδιαφορεί στις απειλές της καταθλιπτικής γυναίκας του για αυτοκτονία ή που αφήνει σε εμφανές μέρος τα ηρεμιστικά στο σπίτι του, ίσως συνειδητά ή ασυνείδητα επιθυμεί το θάνατο της γυναίκας του. Αν το ιστορικό δείχνει κάτι τέτοιο, θα πρέπει ο ασθενής να βγει από το περιβάλλον αυτό, έως ότου αποφασιστεί το θα γίνει παρακάτω.

Άλλα άτομα. Άλλα σημαντικά άτομα που μπορούν να βοηθήσουν είναι οι ψυχοθεραπευτές, οι οικογενειακοί γιατροί και οι ιερείς. Άτομα που έπαιξαν σπουδαίο ρόλο στη ζωή του ασθενή πρέπει επίσης ν' αναζητηθούν για πιθανή παροχή βοήθειας, ειδικά όταν σχεδιάζεται η θεραπευτική αντιμετώπιση να γίνει εξωνοσοκομειακά. Κατά κανόνα, κάθε γιατρός ή θεραπευτής που πρόσφατα θεράπευσε τον ασθενή θα πρέπει να ειδοποιηθεί ενώ γίνεται η εκτίμηση του ασθενή.⁴

Καλλιέργεια κίνητρου (motivation)

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν διεθνώς οι πάσης φύσεως νοσηλευτές είναι η κινητοποίηση των

άρρωστων, όσον αφορά στη συμμόρφωση τους (compliance) στην προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή. Κατά γενική ομολογία υπάρχει διαδεδομένη η αντίληψη ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα αλκοολισμού, τοξικομανίας ή άλλων ψυχολογικών ή ψυχοπαθολογικών αρχών είναι και τα πλέον ανεπίδεκτα κινητοποίησης. Γιατί άραγε να συμβαίνει αυτό;

Δυο είναι οι κυρίως λόγοι:

A) Πρόκειται για χρονιές διαταραχές βιο-ψυχο-κοινωνικού χαρακτήρα, με εξάρσεις και υφέσεις, που απαιτούν πολύ-εστιασμένη θεραπεία, που είναι συγχρόνως αρκετά εύκαμπτη ώστε να έχει δυνατότητα τροποποίησης κατά την εφαρμογή της.

B) Συνήθως η πλειοψηφία των θεραπειών δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει τα προβλήματα αυτά σαν ασθένειες που απαιτούν ειδική αγωγή, διότι υπερισχύουν οι προσωπικές πεποιθήσεις, που τα αξιολογούν με ηθικά και κοινωνικά κριτήρια.

Πως ορίσαμε το κίνητρο: κατ' αρχήν σε μια θεραπευτική σχέση, που αναπτύσσεται μεταξύ των δυο συμβαλλόμενων και για τις επακόλουθες προοπτικές της, δεν πρέπει να παραγνωρίζουμε και το κίνητρο του θεραπευτή που είναι η ανάπτυξη ρεαλιστικών προσδοκιών για τη βελτίωση του συγκεκριμένου άρρωστου. Παράλληλα κίνητρο για τον άρρωστο θεωρείται η ειλικρινής και σταθερή επιθυμία του να θεραπευθεί.⁹

Θεραπεία μέσω τέχνης και δημιουργίας

Οι άνθρωποι έχουν αντιληφθεί πόσο σημαντικό είναι για άτομα που παγιδεύονται μέσα στην σύγχυση μιας ψυχικής αρρώστιας, που κινδυνεύουν να χάσουν την επαφή με την πραγματικότητα, η δημιουργία κάποιου έργου. Αυτού του είδους οι δημιουργίες πάνω σε κομμάτια χαρτί, τοίχους ή καμβάδες άρχισαν να τραβούν την προσοχή των επαγγελματιών θεραπευτών ήδη από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Τότε ορισμένοι ψυχίατροι άρχισαν να συγκεντρώνουν τα σχέδια, τις ζωγραφιές, τα γλυπτά, τα κεντήματα που έφτιαχναν αυθόρμητα οι ασθενείς τους. Μολονότι οι περισσότεροι γιατροί τα θεωρούσαν «απλώς αξιοπερίεργα», υπήρξαν αρκετές εξαιρέσεις γιατρών που δημοσίευσαν σοβαρές μελέτες σχεδίων ψυχασθενών.

Ένας από αυτούς ήταν ο γάλλος Paul-Max Simon (1876). Τον ακολούθησε ο Cesarre Lobroso (1887), ο οποίος υποστήριξε ότι η ιδιοφυΐα ισούται με την παράνοια, άποψη που σήμερα, παρότι δεν είναι διαδεδομένη, διαφαίνεται στη θεώρηση εκείνων που ταυτίζουν τη δημιουργία με κάποιο είδος τρέλας. Οι δυο αυτοί πρωτοπόροι αντελήφθησαν, πολύ πριν την εμφάνιση της ψυχολογίας του βάθους, ότι οι δημιουργίες των ασθενών είχαν άμεση σχέση με τις συγκρούσεις τους, ότι οι δημιουργίες των ασθενών, όση και συγκεχυμένες κι αν ήταν, μερικές φορές είχαν ένα είδος «ψυχολογικής σημασίας».

Το γεγονός ότι άτομα με ψυχολογικές δυσκολίες διαλέγουν τόσο συχνά να εκφραστούν μέσω της τέχνης, βοήθησε τους ψυχιάτρους να εκτιμήσουν με αυτό τον «αλλιότιμο» τρόπο επικοινωνίας, καθώς και την αισθητική δύναμη του. Ο ολοένα αυξανόμενος αριθμός βιβλίων και άρθρων σχετικά με τη θεραπεία μέσω της εικαστικής έκφρασης δείχνει τη γοργή ανάπτυξη του τομέα αυτού, ως ξεχωριστής πλέον θεραπευτικής προσέγγισης.⁷

Απασχολησιοθεραπεία

Η άξια της εργασίας σαν μέσο κοινωνικής διέγερσης φάνηκε σε πειραματική εργασία των Wing και Freudenberg (1961). Η κοινωνική συμπεριφορά των σοβαρά ανάπηρων, χρόνια σχιζοφρενικών ασθενών στα νοσοκομεία βελτιώθηκαν αποφασιστικά σε ένα νοσοκομειακό εργαστήριο όπου είχαν την κατάλληλη εποπτεία. Αν και η κοινωνική τους συμπεριφορά δεν έδειχνε σημαντικές αλλαγές, αυτό οφείλεται προφανώς στη μικρή διάρκεια δοκιμής (6 εβδομάδες). Σε μια τετραετή μελέτη που η εργασία ήταν αναπόσπαστο συστατικό του προγράμματος αποκατάστασης όμοιας ομάδας ασθενών, η συμπεριφορά βελτιώθηκε και υπήρξε σημαντική μείωση κοινωνικής απόσυρσης και κοινωνικά ακατάλληλης συμπεριφοράς (Ekdawi, 1966). Κλινικές έρευνες 8 ετών σε τρία μεγάλα νοσοκομεία έδειξαν ότι η επιδείνωση των χρόνια

σχιζοφρενικών ασθενών συνδέονταν άμεσα με την έλλειψη απασχόλησης (Wing and Brown, 1970).⁷

Η εργασιακή αποκατάσταση δεν πρέπει να θεωρείται μόνο ως μελλοντική απασχόληση, αλλά και σαν διαδικασία κοινωνικής επανένταξης. Έχει αποδειχθεί ότι οι ασθενείς που εργάστηκαν σε νοσοκομειακά εργαστήρια μπόρεσαν να δημιουργήσουν φίλιες ακόμα και με τους επιτηρητές με κοινωνικά αποδεκτό τρόπο⁹ (Miles, 1971). Όταν ο άρρωστος είναι ένα μέλος μιας ομάδας, που έχει αναλάβει μια αλυσιδωτή εργασία, γρήγορα μαθαίνει όχι μόνο την δουλεία που έχει σ' αυτόν ανατεθεί και για την οποία πληρώνεται, αλλά και το πώς να προσαρμόζεται αποτελεσματικά με την υπόλοιπη ομάδα. Έτσι συμμετέχει σε μια συλλογική προσπάθεια στην οποία η συνεισφορά του είναι πολύτιμη όχι μόνο ατομικά σ' αυτόν αλλά και στην ομάδα σαν σύνολο.¹³

Οργανώσεις στην Κοινότητα

Οι οργανώσεις μέσα στην κοινότητα φαίνεται να αντιμετωπίζουν λιγότερα προβλήματα σε σχέση με του ατομικούς θεραπευτές, με τη δεοντολογία και τους νόμους στην παροχή βοήθειας σε αυτοκτονικά άτομα. Κέντρα πρόληψης, μονάδες κρίσης, τηλεφωνικές επείγουσες γραμμές, αντιπροσωπεύουν προσπάθειες παρέμβασης και μείωσης απομόνωσης, της απόσυρσης και της μοναξιάς του αυτοκαταστροφικού

ασθενούς. Προγράμματα μέσα στην κοινότητα επιτρέπουν σε πολύ ευαίσθητοποιημένα άτομα να απαντούν στις κραυγές βοήθειας με άλλους τρόπους. Αλλά τέτοιες παρεμβάσεις, δεν καταφέρνουν να επηρεάσουν σημαντικά μια οξεία κρίση. Έντονα αυτοκτονικά άτομα κάνουν λιγότερο από 10% αυτών των τηλεφωνημάτων. Δυο μελέτες στις Η.Π.Α. απέτυχαν να δείξουν ότι τα κέντρα πρόληψης αυτοκτονιών επηρεάζουν τους δείκτες. Εντούτοις, τα κέντρα πρόληψης αποτελούν πηγές σημαντικής βοήθειας για άτομα σε μεγάλη ψυχολογική ανάγκη.³

Νομικά και δεοντολογικά θέματα

Ζητήματα νομικής ευθύνης που προκύπτουν από αυτοκτονίες ασθενών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, αναφέρονται σε ερωτήματα που έχουν σχέση με το βαθμό επιδείνωσης της κατάστασης του ασθενούς, την παρουσία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σημείων υψηλού κίνδυνου και τη γνώση του ψυχιάτρου και του προσωπικού, αλλά και την κινητοποίηση τους, όταν εμφανιστούν τέτοια σημεία.

Στο 50% των περιπτώσεων αυτοκτονίας νοσηλευόμενων ασθενών, επακολουθεί μήνυση. Αυτά που απαιτεί το δικαστήριο είναι αν πρόκειται ή όχι για αυτοκτονία, αν ο ασθενής ήταν σε περιοδικό έλεγχο, αν έγινε εκτίμηση σημείων αυτοκαταστροφικότητας, αν νοσηλευόταν κάτω από συνθήκες ασφάλειας και αν το προσωπικό ακολούθησε το θεραπευτικό πλάνο.

Προς το παρόν η αυτοκτονία και η απόπειρα αυτοκτονίας θεωρούνται ως κακούργημα και ως πταίσμα αντίστοιχα. Σε ορισμένες χώρες και οι δυο πράξεις δεν θεωρούνται εγκληματικές, αλλά παραβιάσεις του εθιμικού και κατεστημένου δικαίου. Η ύπαρξη υποκινητή ή και βοηθού στην αυτοκτονία προσθέτει μια άλλη διάσταση στη νομική περίπλοκη. Κάποιες αποφάσεις δικαστηρίων διακήρυξαν ότι, αν και ούτε η αυτοκτονία ούτε η απόπειρα αυτοκτονίας είναι κολάσιμες πράξεις, αυτός που βοήθα στην τέλεση της πράξης αυτής πρέπει να τιμωρείται.³

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η εκ πρότερον θεώρηση κάθε απόπειρας αυτοκτονίας ως επείγοντος ψυχιατρικού προβλήματος δημιουργεί συχνά συνθήκες πανικού και προσβλητικούς τρόπους με αντιθεραπευτικά αποτελέσματα. Συγχρόνως είναι ένας έλεγχος της ζωής μέσω θανάτου που διατηρεί κάτι από τις εκκλησιαστικές απαγορεύσεις της αυτοκτονίας. Η ψυχιατρική προσέγγιση δεν θα έπρεπε να χάνει πίσω από την «ψυχοδυναμική» ανάλυση το ειδικό βάρος των υπαρξιακών δραμάτων – η συσσώρευση των οποίων μερικές φορές δείχνει να ξεπερνά κάποια όρια.⁵

Η εξέλιξη είναι ένα γενικότερο βιολογικό φαινόμενο που παρατηρείται και στην ψυχική ζωή, τη συμπεριφορά του ανθρώπου. Είναι σύνθετο και πολύπλοκο φαινόμενο. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες που καθορίζουν την πορεία της εξέλιξης του ανθρώπου ως βιολογικής, ως ψυχοπνευματικής και ως κοινωνικοπολιτισμικής μονάδας.²

Οι παράγοντες που συντελούν στην ποικίλη και σύνθετη εξέλιξη είναι βασικά βιολογικοί (ενδογενείς) και ποικίλοι περιβαλλοντικοί (οικολογικοί και κοινωνικοπολιτικοί). Ενώ ο καθορισμός του ποσοστού επίδρασης ή συμμετοχής του καθενός παράγοντα στην εξέλιξη είναι δύσκολος και αποτελεί άλυτο ακόμη θέμα στην επιστήμη, δεν υπάρχει καμία αμφισβήτηση για την μεγάλη σημασία όλων αυτών των παραγόντων στην εξέλιξη του ανθρώπου.

Οι γενετικοί (ενδογενείς) παράγοντες αποτελούν βασική προϋπόθεση (αφετηρία) για την εξέλιξη, αλλά σημαντικότερο ρόλο για την εξέλιξη του ανθρώπου παίζουν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Εκτός από ιδιαίτερες παθολογικές περιπτώσεις των βιολογικών παραγόντων η θετική σύζευξη των παραγόντων αυτών και των ποικίλων περιβαλλοντικών έχει ως αποτέλεσμα για τον άνθρωπο την έντονη ενδοατομική δυνατότητα, ιδιαίτερο γνώρισμα της προσωπικότητας του. Σ' αυτή την ατομική δυναμικότητα ορισμένοι ερευνητές αποδίδουν ιδιαίτερη σημασία και κάνουν λόγο μάλιστα για τρίτο παράγοντα εξέλιξης πράγμα που αποδυναμώνει τα σημεία των περιβαλλοντικών επιδράσεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. «Υγεία» οδηγός Υγιεινής – Νευρικό Σύστημα – ψυχιατρική – Ψυχανάλυση, Εκδόσεις Δομική 1989
2. «Ψυχολογία», Νίκος Γ. Παπαδόπουλος 1993
3. «ψυχιατρική», Carlan and Sadock, τόμος Β', Εκδόσεις Λίτσας, 2000
4. Κλινική ψυχιατρική «βασικά στοιχεία», Νίκος Μάνου, Εκδόσεις University Studio Press 1997
5. «Άρνηση της ψυχής», M. Schott Peck M.D., Εκδόσεις Καστανιώτη 1992
6. Πτυχιακή εργασία: «Παρουσίαση φαινομένου αυτοκτονιών στον ελληνικό στρατό ξηράς σε συνδυασμό με την παρουσίαση στον τομέα πρόληψης και αντιμετώπισης ψυχικών παθήσεων στρατευμένων των ένοπλων δυνάμεων», Σταθοπούλου Ιωάννα και Σταματίου Ελένη, 1991
7. «Νέοι δρόμοι στην ψυχοθεραπεία – Θεραπεία μέσω τέχνης – Εικαστική προσέγγιση», Caroline Case, Joy Schaverien, Felicity Weir, Diana Halliday, Patricia Nowell Hall, Diane Waller, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1995
8. «ψυχιατρική Ιατρική. Τα όρια, οι ταυτότητες και οι σχέσεις», Γρηγόρης Αμπατζόγλου, Εκδόσεις Οδυσσέας 1991

9. «Ένας ψυχολόγος κοντά σου», Γιώργος Μπεροπουλος, Αθήνα
1993
10. «Θέματα ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο», Βιδάλης Α. –
Διδασκάλου Θ. – Τσιλίκας Σ., Σύγχρονες Εκδόσεις,
Θεσσαλονίκη 2001
11. «Μαθήματα ψυχιατρικής με στοιχεία ψυχολογίας», Κ. Στεφάνης
1993
12. «Ψυχολογικές διαταραχές παιδιών και έφηβων στην Ελλάδα»,
Ινστιτούτο υγείας παιδιού – Ερευνητικές μονογραφίες, 1982
13. «Σχιζοφρένεια και κοινωνία», Αλεξάντερ Μίτσελ, Εκδόσεις
Διάνα 1980
14. «Σύγχρονα θέματα ψυχιατρικής – Ψυχοπαθολογία», Επιμέλεια:
Γιάννης Τσιάντης – Σωτήρης Μανωλόπουλος, Εκδόσεις
Καστανιώτη 1988
15. «Θέματα προληπτικής ψυχιατρικής», Τόμος Α', Γ.Ν.
Χριστοδούλου – Β.Λ. Κονταξάκης, Κέντρο ψυχικής υγείας,
Αθήνα 1994