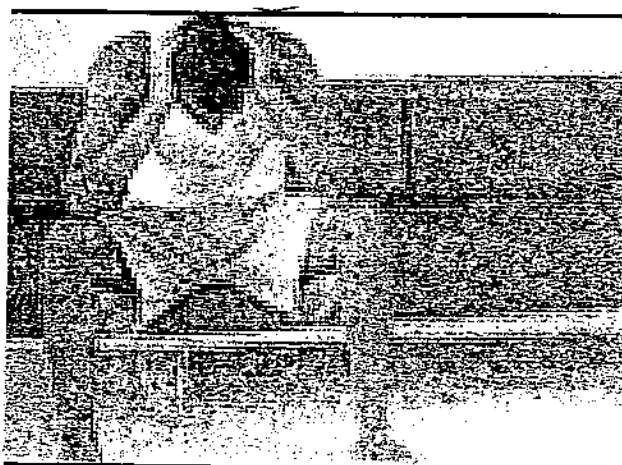


**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Πτυχιακή Εργασία
με θέμα:
*«Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας και
Ασθενείς με τάσεις αυτοκτονίας»*



Σπουδαστές:

Ζαφειρόπουλος Παναγιώτης

Κωνσταντινόπουλος Σπυρίδων



Υπεύθυνος Καθηγητής:
Ιωάννης Δετοράκης

A. T.E.I. ΠΑΤΡΩΝ 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΜΕΡΟΣ Α΄	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	10
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	24
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	24
ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	26
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ	28
ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	29
ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο	35
ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	35
ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	37
ΗΘΙΚΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	41
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	45
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	45
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	47
ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	51
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	52
ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ- ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	56
ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	62
ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	62
ΜΕΡΟΣ Β΄	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	67
ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	71
ΕΙΔΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	71
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	74
ΠΟΙΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΟΥΝ- ΓΙΑΤΙ	84
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ (ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ)	88
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	90
ΤΡΟΠΟΙ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	93

ΣΧΕΣΗ ΑΠΟΠΕΙΡΩΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	95
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	99
ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	99
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	103
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΤΑΣΗ	105
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.....	106
ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	108
ΓΕΝΙΚΑ ΣΧΟΛΙΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	110
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	112
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	114

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Όταν γίνονται αναφορές για την υγεία του ανθρώπου, διάφοροι ορισμοί έρχονται να προσδιορίσουν τι είναι υγιές, τι νοσηρό, τότε ένα άτομο νοσεί και τότε όχι.

Όταν όμως οι αναφορές περιορίζονται αποκλειστικά στην ψυχική υγεία, τότε οι απόψεις αρχίζουν να περιπλέκονται. Θέτονται κεντρικά ερωτήματα, όπως: ποιος είναι υγιής, τότε μια συμπεριφορά είναι νοσηρή και ποια πλαίσια την καθορίζουν; Ποιοι κανόνες κρίνουν την συμπεριφορά ενός ατόμου μη κανονική;

Ανεξάρτητα όμως από αυτού του είδους τα ερωτήματα, η ψυχική υγεία είναι ένας πολυδιάστατος τομέας, που δεν είναι δυνατό να αποσπαστεί από τη σωματική υγεία του ανθρώπου, αλλά είναι η αρμονική λειτουργία της ψυχοσωματικής ενότητας της ανθρώπινης προσωπικότητας.

Ένα ώριμο και ψυχικά υγιές άτομο έχει μια ρεαλιστική εικόνα για τον εαυτό του, για τις ικανότητες, τις αδυναμίες, τα προτερήματά του. υπερέχει στο περιβάλλον του, διαμορφώνει το ίδιο τη συμπεριφορά του, ελέγχει την συμπεριφορά του και προσαρμόζεται ενεργητικά στην πραγματικότητα. Αναπτύσσει την προσωπικότητά του συνεχώς και μπορεί να αντλεί εσωτερική ικανοποίηση.

Σε αντίθεση, η ψυχική νόσος είναι μια σύνθετη κατάσταση με πολλές ιδιαιτερότητες που απαιτεί επισταμένη και πολύπλευρη μελέτη. Κατά την ιατρική θεώρηση η ψυχική αρρώστια είναι ενδοψυχική δυσλειτουργία με εξωτερικά συμπτώματα.

Όταν ένα άτομο νοσεί ψυχικά η συμπεριφορά του ξεφεύγει από το μέσο όρο του φυσιολογικού. Το ερώτημα όμως του τι ακριβώς θεωρείται

φυσιολογικό, πως «οφείλει» να συμπεριφέρεται και να αισθάνεται ο «φυσιολογικός» άνθρωπος, παραμένει.

Παρόλα αυτά, είναι παραδεκτό ότι η ψυχική αρρώστια είναι η διαταραχή των ψυχικών λειτουργιών και η παρέκκλιση της συμπεριφοράς από τα κοινωνικά σταθμά.

Υπάρχουν κάποια βασικά κριτήρια για το χαρακτηρισμό ενός ψυχικά ασθενή. Οι διαταραχές στο συναίσθημα, στη σκέψη, στην κρίση, στην αντίληψη, στον προσανατολισμό στο χώρο και στο χρόνο, στην επικοινωνία. Επίσης, η ανεπάρκεια ή η αδυναμία για διαπροσωπικές σχέσεις, για προσαρμογή στον οικογενειακό και επαγγελματικό χώρο. Ή ακόμα, αρκετές φορές, είναι εμφανής και η απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα.

Η κατανόηση του ψυχικά ασθενή είναι πολύπλοκη υπόθεση. Είναι δεκάδες οι παράγοντες, που αλληλοσυσχετιζόμενοι, πρέπει να μελετηθούν προσεκτικά ώστε να γίνει μια σωστή και με προϋποθέσεις, προσέγγιση του ατόμου που υποφέρει από την ψυχική αρρώστια.

Ο ψυχικά ασθενής έχει έναν τελείως προσωπικό και συχνά παράδοξο τρόπο να βιώνει και να εκφράζει την ασθένειά του. Είναι ο ασθενής που πέρα από τις διαταραχές στο συναίσθημα, στη βούληση, στη σκέψη, στην αντίληψη και εκτός από τις αλληλοσυγκρουόμενες εξωπραγματικές ιδέες για τον εαυτό του και για τους γύρω του, παρουσιάζει και ένα άλλο πρόσωπο. Είναι ο μοναχικός και ανασφαλής, ο φοβισμένος και ανυπεράσπιστος τύπος, που δεν είναι σε θέση να γνωρίζει τα δικαιώματά του και δεν διεκδικεί ποτέ τίποτα.

Με τον στιγματισμό μιας ολοφάνερης ψυχοπαθολογικής συμπτωματολογίας, η παραμέληση, η αδικία, η λαθεμένη αντιμετώπιση γίνονται καθημερινά βιώματά του.

Ο ψυχικά άρρωστος είναι ένα άτομο που δεν έφτασε ποτέ στην ωριμότητα ή είναι αυτός που ο χρόνος τον γύρισε πίσω. Ωστόσο, διαθέτει μια ευαίσθητη καρδιά που κατανοεί και ψυχολογεί, που ποθεί την υγεία και πάνω απ'όλα υποφέρει.

Όλα αυτά λοιπόν, είναι που ευαισθητοποιούν όσους έρχονται σε επαφή με τέτοιους ασθενείς και τους κάνουν να συνειδητοποιούν ότι δεν έχουν να αντιμετωπίσουν μια οποιαδήποτε ασθένεια, αλλά μια ολόκληρη προσωπικότητα που νοσεί.

Ο ψυχικά ασθενής δεν είναι μια «περίπτωση», ένα «αντικείμενο» που αλλοτριώνεται συνεχώς και δεν αποτελεί μια «χαμένη υπόθεση». Αλλά είναι μια προσωπικότητα ξεχωριστή, μια ολότητα, μια ύπαρξη. Με κάποιες ιδιαιτερότητες ίσως, αλλά με αγάπη για τη ζωή και φυσική τάση για ανάρρωση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ υπολογίζεται ότι το 2000 περίπου 1.000.000 άνθρωποι αυτοκτόνησαν και 10 με 20 φορές περισσότεροι άνθρωποι αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν παγκοσμίως. Αυτό αντιπροσωπεύει ένα θάνατο κάθε 40 δευτερόλεπτα ή μια προσπάθεια κάθε 3 δευτερόλεπτα κατά μέσο όρο.

Αυτό επίσης δείχνει ότι οι περισσότεροι άνθρωποι αυτοκτονούν απ' ότι αυτοί που χάνουν την ζωή τους στις ένοπλες συγκρούσεις παγκοσμίως και πολλά μέρη περίπου λιγότεροι απ' αυτούς πεθαίνουν σε τροχαία.

Σε όλες τις χώρες η αυτοκτονία είναι τώρα μία από τις 3 κύριες αιτίες θανάτου μεταξύ ατόμων ηλικίας 15-34 ετών.

Μέχρι πρόσφατα η αυτοκτονία υπερίσχυε κυρίως ανάμεσα στους ηλικιωμένους αλλά τώρα η αυτοκτονία επικρατεί σε νεότερα άτομα.

Η αυτοκτονία είναι ένα τεράστιο αλλά εύκολο στο να αποτραπεί πρόβλημα δημόσιας υγείας, προκαλώντας κυρίως τους μισούς από όλους τους βίαιους θανάτους και καταλήγοντας σχεδόν σε 1.000.000 θανάτους κάθε χρόνο με οικονομικό κόστος δισεκατομμύρια δολάρια, αναφέρει ο ΠΟΥ.

Εκτιμάται ότι οι αυτοκτονίες θα αυξηθούν σε 1,5 εκατομμύριο θανάτους μέχρι το 2020. μετά την επιτυχία που είχε την προηγούμενη χρονιά η προβολή της παγκόσμιας ημέρας αποτροπής της αυτοκτονίας, μια συνεργασία ανάμεσα στον ΠΟΥ και στο Διεθνή Οργανισμό για την πρόληψη της αυτοκτονίας, θα διεξαχθεί στις 10 του Σεπτεμβρη, εστιάζοντας την προσοχή και αναζητώντας κοινή δράση. Κάποια μέλη

του Π.Ο.Υ είχαν αναφερθεί σε κάποιες αιτίες θανάτου από ιδρύσεως του Π.Ο.Υ.

Για αρκετές χώρες οι πληροφορίες είναι διαθέσιμες από το 1950 και μετά, ενώ άλλες άρχισαν να στέλνουν αυτήν την πληροφορία πολύ αργότερα. Αν και οι πληροφορίες μιας χώρας είναι διαθέσιμες σχεδόν πάντα σε ετήσια βάση, μια επιλογή ανακαλύφθηκε για να παρουσιάσει τις πληροφορίες σε ένα χρονικό διάστημα 5 ετών γιατί ήταν γενικότερη η αίσθηση ότι αυτό το χρονικό διάστημα θα παρείχε μια λογική, γενικότερη εικόνα.

Όταν στοιχεία της αυτοκτονίας παρουσιάζονται ή συζητούνται υπάρχει κάποιος που αμφισβητεί την αξιοπιστία τους, επιμένοντας ότι σε πολλές περιοχές και σύμφωνα με αρκετούς λόγους, η αυτοκτονία καλύπτεται και ότι οι πραγματικοί λόγοι πρέπει να είναι περισσότεροι. Αυτό το σημείο είναι άγνωστο, το οποίο δυναμώνει την βαρύτητα του τι παρουσιάζεται εδώ.

Ένα άλλο ερώτημα το οποίο συχνά εγείρεται, αναφέρεται στην συγκρισιμότητα των πληροφοριών ανάμεσα στις χώρες. Η πληροφορία στην οποία τα γραφήματα στηρίζονται αντανακλούν τα επίσημα στοιχεία που είναι διαθέσιμα στον Π.Ο.Υ από τα διεθνή μέλη του ή από τους εθνικούς φορείς υπεύθυνους για την πρόληψη της αυτοκτονίας. Αυτά είναι βασισμένα πάνω σε πραγματικά πιστοποιητικά θανάτου υπογεγραμμένα από νόμιμο εξουσιοδοτημένο προσωπικό, συνήθως γιατρούς και σε μικρότερη έκταση, αστυνομικούς.

Η μείωση της θνητότητας και θνησιμότητας σε συνδυασμό με τις αυτοκτονικές τάσεις είναι από τους πρώτους στόχους του Π.Ο.Υ.

Μέρος Α'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Γυρίζοντας πίσω στο χρόνο, στα βάθη της ανθρώπινης ιστορίας, τα στοιχεία που έρχονται στο φως, όσον αφορά την ψυχική νόσο, παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Κατά καιρούς προκαλούν έκπληξη με την απλοϊκότητά τους ή θαυμασμό με την απρόσμενη αντικειμενικότητά τους, αλλά και ανατριχίλα όταν αγγίζουν τα όρια της τραγικότητας. Με δέος στέκεται ο ερευνητής μπροστά στα στάδια της εξέλιξης της ψυχικής υγείας. Μιας ψυχικής υγείας που πέρασε από έναν κυκεώνα απόψεων και θεωριών, πολλές φορές καταστροφικών, για να καταλήξει σήμερα σ'ένα ανθρώπινο επίπεδο αντιμετώπισης των ψυχικά νοσούντων, με επιστημονικές βάσεις.

ΠΡΩΤΟΓΟΝΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΕΣ

Είναι προφανές ότι η ψυχιατρική έχει τις ρίζες της σ'ένα μαγικοθρησκευτικό σύστημα με το οποίο οι πρωτόγονοι προσπάθησαν να εξηγήσουν την εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών. Τέτοιες διαταραχές της θεωρούσαν σαν την έκφραση, είτε των κακοποιών πνευμάτων είτε των προγόνων που έκαναν αισθητή την παρουσία τους, με την αλλόκοτη συμπεριφορά του ψυχικά ασθενή.

Η εξήγηση της παθολογικής συμπτωματολογίας αφηνόταν στο μάγο, που την ερμήνευε ενώ όλη η φυλή έπεφτε προοδευτικά σε μία κατάσταση έκστασης. Τέλος, μέσα σ'ένα τελετουργικό κλίμα ο μάγος προσπαθούσε να εκφράσει το νόημα των διαφόρων συμπτωμάτων.

Ο ψυχικά ασθενής μπορούσε να κυκλοφορεί ελεύθερα μέσα στο χώρο της φυλής. Ερμηνεύονται τα όνειρά του, μελετούνται οι κινήσεις

του για να βγουν οι καλοί οιωνοί για όλη την φυλή. Όταν ο ασθενής είναι βίαιος και επιθετικός αφήνεται το ίδιο ελεύθερος, παρόλο που προκαλεί τον τρόμο. Γίνεται το σύμβολο των τυφλών δυνάμεων της φύσης και του κόσμου των δαιμόνων που βρίσκονται πέρα και πάνω από την ανθρώπινη ικανότητα αντίληψης, που πρέπει να εξορκιστούν.

Μετά το θάνατό του γίνεται ο τρυπανισμός του κρανίου του για να απελευθερωθούν τα πνεύματα που ήταν φυλακισμένα εκεί.

ΜΕΣΟΠΟΤΑΜΙΑ ΚΑΙ ΑΡΧΑΙΑ ΑΙΓΥΠΤΟΣ

Στον αρχαίο πολιτισμό της Μεσοποταμίας και τον αιγυπτιακό, η εικόνα του ψυχικά ασθενή παρουσιάζει ένα διπλό τρόπο ερμηνείας. Από τη μια πλευρά αντιπροσωπεύει το ενδιάμεσο με τον υπερφυσικό κόσμο, αλλά και από την άλλη είναι και η έκφραση μιας σοβαρής διαταραχής της φυσικής τάξης.

Ο μόνος τρόπος ερμηνείας της συμπεριφοράς του ψυχικά ασθενή είναι εκείνος του ονείρου, που εξηγείται με τρεις διαφορετικούς τρόπους:

- το όνειρο σαν αποκάλυψη της θεότητας. Διαμέσου του ψυχικά ασθενή ο θεός αποκαλύπτεται στους ιερείς και εκφράζει την θέλησή του.
- το όνειρο σαν αντανάκλαση της κατάστασης στην οποία βρίσκεται η ψυχή του ονειρευόμενου. Έτσι, ο «γιατρός» θα καταλάβει τις τάσεις που υπάρχουν στο υποσυνείδητο (όπως θα λέγαμε σήμερα) του ασθενή.
- το όνειρο σαν εκδήλωση του μέλλοντος. Το όνειρο του ψυχικά ασθενή χρησιμοποιείται σαν προφητεία για τη ζωή και το μέλλον της κοινωνίας που ανήκει.

ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ

Η διανοητική πάθηση αρχίζει να χάνει τις μαγικοθρησκευτικές ερμηνείες της για να καταλήξει να ερμηνευτεί σαν μια καθ'αυτή διαταραχή του οργανισμού. Πρώτοι ο Ιπποκράτης και αργότερα ο Πλάτωνας, είναι αυτοί που αναπτύσσουν θεωρίες για την ψυχική διαταραχή. Στην ελληνική κοινωνία η θεραπεία αυτών των ασθενών παρουσίαζε σημαντικές διαφοροποιήσεις. Ξεκινούσε δηλαδή, από μια πλήρη αδιαφορία εξαιτίας της οποίας ο ασθενής πρακτικά αγνοούνταν τελείως ή γελοιοποιούνταν, έως την εξορία του σαν ένοχος μη πίστης στους θεούς.

Η ιατρική θεραπεία ήταν πιο σύνθετη. Είχε τρεις φάσεις:

- την τελετουργική κάθαρση που γινόταν στο ναό μας
- την ερμηνεία των ονείρων, όπου ο γιατρός ή ο ιερέας προσπαθούσαν να εξηγήσουν τους λόγους που έσπρωχναν το άτομο στην «τρέλα».
- την απελευθέρωση των παθών, δηλαδή την καθαρτική λειτουργία στην οποία ο καθένας εκδήλωνε τα καταπιεσμένα του ένστικτα και έφτανε έτσι σε μια μορφή ψυχολογικής ισορροπίας (παρόμοιο τρόπο θα χρησιμοποιήσει στην αρχή των ερευνών του ο Φρόυντ).

ΡΩΜΑΪΚΟΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ

Για πρώτη φορά ο ψυχικά ασθενής αντιμετωπίζεται από το δίκαιο και καθορίζονται οι αστικές ευθύνες. Ο Γαληνός θεωρεί την «τρέλα» σαν συνέπεια μιας μεταβολής της υπάρχουσας σχέσης μεταξύ λογικού, παραλόγου και σεξουαλικότητας. Ο Σωρανός (2^{ος} αι.μ.Χ) δημιουργεί μια νέα μορφή θεραπείας. Στηρίζεται στην νοσηλεία των ασθενών σε ήσυχα μέρη, μακριά από την εκμετάλλευση που υφίσταται από τους συγγενείς τους, οι οποίοι μπορούν να τους βλέπουν μόνο για σύντομα διαστήματα.

Η θεραπεία περιλαμβάνει μουσική, μασάζ, μπάνιο, μακρές συζητήσεις με το γιατρό (πρόδρομος της ψυχοθεραπείας) και παρουσίαση θεατρικών έργων από τους ίδιους τους ασθενείς.

ΜΕΣΑΙΩΝΑΣ – ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ

Κατά την πρώτη περίοδο του Μεσαίωνα, οι ψυχικά ασθενείς θεωρούνται μόνο σαν μια ειδική έκφραση της φυσικής τάξης που εξαρτάται από τη θέληση του Θεού. Η «τρέλα» θεραπεύεται με τη μεσολάβηση των αγίων. Ο ασθενής δεν υφίσταται διωγμούς ή ειδική μεταχείριση.

Σ' αυτήν την περίοδο, η αραβική ιατρική είναι αυτή που κάνει αληθινά επαναστατικά βήματα. Πραγματικά οι ασθενείς νοσηλεύονται σε ειδικά κατασκευασμένες κλινικές με κατάλληλες δίαιτες, μπάνια, φάρμακα, αρώματα, μουσική. Σύμφωνα με τις αραβικές θεωρίες, οι ασθενείς εξέφραζαν την θέληση του Θεού και επομένως ήταν ελεύθεροι να εκφράσουν τους εαυτούς τους, ακόμα και τις επιθετικές ή σεξουαλικές παρορμήσεις τους.

Από το 1400 κι ύστερα, έντονα μαζικά φαινόμενα αποκαλύπτουν την ύπαρξη ψυχικών και κοινωνικών εντάσεων. Η Δυτική Ευρώπη αναστατώνεται από θρησκευτικές αιρέσεις διαφόρων τύπων. Μόνο η άγνοια και η προκατάληψη δικαιολογεί ένα τέτοιο κλίμα. Και ένα τέτοιο πρόσφορο έδαφος ευνόησε να γεννηθεί η μαγεία και το κυνήγι των μαγισσών. Σ' ένα τέτοιο κύμα προκατάληψης και άγνοιας συμπαρασύρονται και οι ψυχικά ασθενείς και οι επιληπτικοί, οι οποίοι θεωρούνται ότι κατέχονται από δαιμόνια και οδηγούνται στην πυρά χωρίς οίκτο, σ' όλες τις πλατείες της Ευρώπης. Όταν δεν καίγονται, κλείνονται από τους συγγενείς σε κρυψώνες που στην πραγματικότητα

δεν είναι τίποτα άλλο από φυλακές. Το 1409 κατασκευάζεται στην Valenza το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο.

16^{ος} ΑΙΩΝΑΣ

Όπως και στο Μεσαίωνα, ο ασθενής φυλακίζεται ή νοσηλεύεται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, που στην πραγματικότητα είναι φυλακές, στις οποίες σβήνει μετά από χρόνια ταπεινώσεων και βασανισμών. Το 1563 ο Johann Weyer, ο πρώτος ψυχίατρος στην ιστορία της ιατρικής, προσπαθεί για πρώτη φορά, να εξηγήσει πάνω σε ιατρικές βάσεις πολλά συμπτώματα που πρώτα θεωρούνταν σαν υπερφυσικές εκδηλώσεις, όπως: οι τοξικές ψυχώσεις, η επιληψία, η γεροντική ψύχωση, οι εφιάλτες, η υστερία, η παράνοια, τα μανιοκαταθλιπτικά σύνδρομα. Όλες όμως οι θεραπείες και έρευνές του αγνοήθηκαν τελείως από τους γιατρούς, θεολόγους και φιλοσόφους της εποχής, που συνέχισαν να θεωρούν τον ψυχικά ασθενή σαν δαιμονισμένο.

17^{ος} και 18^{ος} ΑΙΩΝΑΣ

Είναι η εποχή της μετάβασης από μια θεώρηση ακόμα με τις μεσαιωνικές προλήψεις και το μύθο της μαγείας σε μια πιο επιστημονικά ειδικευμένη. Στην αρχή του 1700, η εξύψωση των δυνατοτήτων της ανθρώπινης λογικής σχηματίζει μια έντονη αντίθεση με την αποστροφή και την ωμότητα με την οποία συμπεριφέρονται στους ψυχικά ασθενείς.

Ακολουθεί όμως η «επιστημονικοποίηση» των ψυχικών παθήσεων π.χ. ο Richard Burton ξεκαθαρίζει τις αιτίες της «τρέλας» (ζήλια, μοναξιά, άγχος, φτώχεια, αγάπη χωρίς ανταπόκριση, υπερβολική θρησκευτικότητα). Ο τονισμός των συναισθηματικών παραγόντων, και η άρνηση των θρησκευτικών και των πρακτικών του μυστικισμού,

αναπτύσσουν μια νέα φάση στη μελέτη και αντίληψη της ψυχικής πάθησης.

18^{ος} ΑΙΩΝΑΣ

Είναι η πιο γόνιμη περίοδος για την ανάπτυξη της ψυχιατρικής. Κυριαρχούν μεγάλες μορφές που θέτουν τις θεωρητικές και πρακτικές βάσεις για τη θεραπεία των ψυχικά ασθενών. Για να καταλήξει τελικά η ψυχιατρική στο 2^ο μισό του 19^{ου} αιώνα να γίνει καθαρά οργανιστική. Η ψυχική πάθηση θεωρείται απόλυτα φυσιολογικής προέλευσης και ανεξάρτητη από προσωπικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία γίνονται «άσυλα» και παίρνουν όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις.

Γίνεται καλύτερα κατανοητή η προέλευση ορισμένων ψυχώσεων, αν και για αρκετό καιρό, θεωρήθηκαν εσφαλμένα αθεράπευτες.

Πέρα από άλλες θεραπείες εφαρμόζεται το ινσουλινικό σοκ και το ηλεκτροσόκ. Η θεραπεία των ψυχώσεων αρχίζει να βελτιώνεται Δ.Λούκτσα (1990), Γ. Μαδιανός (1980).

20^{ος} ΑΙΩΝΑΣ –(ΤΟ ΣΗΜΕΡΑ)

Στη δεκαετία του 50 η θεωρία και η πρακτική της ψυχιατρικής αναστατώνονται ριζικά, με την εισαγωγή των ψυχοφαρμάκων. Η ψυχιατρική παίρνει διάφορες κατευθύνσεις (οργανική, κλινική, κοινωνική, νοσοκομειακή, ορθοψυχιατρική κτλ). Η πιο σημαντική συνέπεια αυτών των θεωρητικών και πρακτικών κινήσεων, ήταν η κατάργηση των παλιών ψυχιατρικών «ασύλων» και ο σχηματισμός νέων νοσοκομείων και με ανοιχτά τμήματα.

Ένα παραπέρα βήμα ήταν η δημιουργία ημερησίων νοσοκομείων, όπου ο ασθενής μπορεί να νοσηλευτεί στη διάρκεια της μέρας και να

επιστρέψει στο σπίτι του το βράδυ, ώστε να επωφεληθεί και από τα δύο πλεονεκτήματα: θεραπευτική αγωγή και οικογενειακή ζεστασιά.

Η κατάργηση των παραδοσιακών ψυχιατρικών θεσμών οδήγησε και στη δημιουργία των Κέντρων Βοήθειας, στα οποία ο ασθενής ζει μια φυσιολογική ζωή σε διαμερίσματα που βρίσκονται σε συγκροτήματα κατοικιών. Η θεραπεία βασίζεται σε ομαδική ψυχανάλυση, ψυχοθεραπεία, εργασιοθεραπεία και κατά περιπτώσεις και σε φαρμακοθεραπεία.

Παρ' όλα τα ελπιδοφόρα βήματα εξέλιξης, η ψυχιατρική είναι ένας τομέας που αφήνει ακόμα πολλά περιθώρια για μελέτη. Είναι πολλά τα άγνωστα σημεία που πρέπει να ερευνηθούν.

Το θετικό είναι πως η επιστημονική βάση θέτει τα γερά θεμέλια για την περαιτέρω πορεία, ώστε να ελπίζουν οι ψυχικά ασθενείς σ' ένα πιο ευοίωνο μέλλον. Δ.Λούκτσα (1991), Γ.Μαδιανός (1980).

ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Είναι σύνηθες να συνυπάρχουν δύο ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές σ' ένα άτομο. Αυτό προσομοιάζει στις σωματικές διαταραχές, όπου επίσης η συχνότητα συνύπαρξης περισσότερων διαταραχών είναι μεγαλύτερη από την τυχαίως αναμενόμενη. Στις προχωρημένες ηλικίες είναι ακόμα συνηθέστερο, οπότε ένας αριθμός σωματικών και ψυχικών διαταραχών συνυπάρχουν. Τα προβλήματα σωματικής υγείας δεν συμβαδίζουν απλώς με ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, αλλά μπορεί να συσχετίζονται με την έναρξη και επιμονή της κατάθλιψης. (Geerlings et al.2000).

Μια από τις μεθοδολογικά έγκυρες μελέτες που έγινε στις ΗΠΑ (Kessler et al. 1994) σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού της

χώρας, έδειξε ότι υπήρχε συννοσηρότητα στο 79% των πασχόντων. Με άλλα λόγια, μόνο το 21% των ασθενών είχε μια και μόνη ψυχική διαταραχή. Περισσότερες από τις μισές διαταραχές κατά τη διάρκεια της ζωής, αφορούσαν το 14% μόνο του πληθυσμού. Παρόμοια ευρήματα υπάρχουν σε μελέτες για άλλες χώρες, αν και δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία για τις αναπτυσσόμενες χώρες.

Το άγχος και οι καταθλιπτικές διαταραχές συχνά συνυπάρχουν. Αυτή η συννοσηρότητα ανευρίσκεται σε πάνω από τα μισά άτομα που έχουν αυτές τις διαταραχές (Zimmerman et al.2000). Μια άλλη κοινή κατάσταση, είναι η παρουσία ψυχικών διαταραχών που σχετίζονται με χρήση ουσιών και την εξάρτηση. Μεταξύ αυτών που καταφεύγουν στις υπηρεσίες λόγω χρήσης οινοπνεύματος και ναρκωτικών, το 30% έως το 90% έχουν διπλή διαταραχή (Gossop et al. 1998). Το ποσοστό διαταραχών λόγω χρήσης οινοπνεύματος είναι επίσης υψηλό μεταξύ αυτών που προσφεύγουν στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι διαταραχές λόγω χρήσης οινοπνεύματος είναι επίσης συνήθεις (12-50%) μεταξύ ατόμων με σχιζοφρένεια.

Η ύπαρξη σημαντικής συννοσηρότητας έχει σοβαρά επακόλουθα όσον αφορά την διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση των πασχόντων. Αυξάνει επίσης αναλόγως ο βαθμός ανικανότητας των πασχόντων ατόμων και οι επιπτώσεις στην οικογένεια.

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η αυτοκτονία είναι το αποτέλεσμα μιας εκούσιας αυτοκαταστροφικής πράξης που την εκτελεί ένα άτομο το οποίο συνειδητοποιεί και γνωρίζει πλήρως την θανάσιμη κατάληξή της. Η αυτοκτονία είναι τώρα ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Στον μέσο όρο 53 χωρών, για τις οποίες έχουμε πλήρη δεδομένα, ο

προτυπωμένος κατά ηλικία δείκτης αυτοκτονιών ήταν 15,1 ανά 100.000 το 1996. Ο δείκτης στους άντρες ήταν 24,0 ανά 100.000 και στις γυναίκες 6,8 ανά 100.000. οι αυτοκτονικοί δείκτες είναι σχεδόν παντού υψηλότεροι μεταξύ αντρών σε σύγκριση με τις γυναίκες, κατά μια συνολική σχέση 3,5 προς 1.

Τα τελευταία 30 έτη, σε 39 χώρες απ' όπου έχουμε πλήρη στοιχεία για την περίοδο 1970-1996, τα ποσοστά φαίνεται να έχουν παραμείνει αρκετά σταθερά, αλλά τα σημερινά συνολικά ποσοστά κρύβουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τα φύλα, τις ηλικιακές ομάδες, τη γεωγραφική κατανομή και τις μακροπρόθεσμες τάσεις.

Γεωγραφικά, οι μεταβολές των δεικτών αυτοκτονίας ποικίλλουν σημαντικά. Οι τάσεις στις πολυπληθείς χώρες του κόσμου- με πληθυσμό άνω των 100 εκατομμυρίων- είναι πιθανότερο να δίνουν έγκυρα στοιχεία για την θνησιμότητα από αυτοκτονία. Υπάρχουν στοιχεία για επτά από τις έντεκα αυτές χώρες, για τα τελευταία 15 έτη. Οι τάσεις κυμαίνονται από σχεδόν 62% αύξηση στο Μεξικό μέχρι 17% μείωση στην Κίνα, και με τις ΗΠΑ και τη Ρωσική Ομοσπονδία να κινούνται αντίθετα με 5,3% η κάθε μια, όπως βλέπουμε στο σχήμα 2.4. Δύο σχόλια είναι αναγκαία: πρώτον, μόνο το μέγεθος των πληθυσμών τους, τοποθετεί αυτές τις χώρες στην ίδια κατηγορία, αφού κατά τα άλλα διαφέρουν πολύ. Δεύτερον, το μέγεθος των αλλαγών δεν αντικατοπτρίζει το πραγματικό μέγεθος των ποσοστών σε αυτές τις χώρες. Τα ποσοστά για το πιο πρόσφατο έτος που έχουμε δεδομένα κυμαίνονται από 3,4 ανά 100.000 στο Μεξικό στο 14,0 ανά 100.000 στην Κίνα και 34,0 ανά 100.000 στη Ρωσική Ομοσπονδία.

Είναι πολύ δύσκολο, αν όχι αδύνατο, να βρεθεί κοινή εξήγηση γι' αυτές τις αποκλίσεις. Οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές (προς

οποιαδήποτε κατεύθυνση), συχνά προτείνονται ως παράγων που συμβάλλει στην αύξηση των αυτοκτονιών. Αυτό έχει επανειλημμένωςδειχθεί, όμως έχουν παρατηρηθεί αυξήσεις σε περιόδους σταθερότητας, όπως και σταθερά ποσοστά σε περιόδους μεγάλων κοινωνικοοικονομικών αλλαγών. Εντούτοις, αυτά τα συνολικά νούμερα μπορεί να κρύβουν σημαντικές διαφορές ως προς τμήματα του πληθυσμού. Για παράδειγμα, αναλλοίωτα ποσοστά μπορεί να κρύβουν αύξηση ποσοστού στους άντρες και αντίστοιχη μείωση στις γυναίκες (όπως συνέβη π.χ. στην Αυστραλία, Χιλή, Κούβα, Ιαπωνία και Ισπανία). Το ίδιο μπορεί να συμβεί και σε διαμετρικά αντίθετες ηλικιακές ομάδες, όπως οι έφηβοι και οι ηλικιωμένοι (π.χ. στην Νέα Ζηλανδία). Έχειδειχθεί ότι μια αύξηση στα ποσοστά ανεργίας συνήθως, αλλά όχι πάντα, συνοδεύεται από μείωση στα ποσοστά αυτοκτονιών του γενικού πληθυσμού (π.χ. στην Φινλανδία), αλλά από αύξηση στους ηλικιωμένους και στους συνταξιούχους (π.χ. στην Ελβετία).

Η κατανάλωση του οινοπνεύματος (π.χ. στα Βαλτικά κράτη και στη Ρωσική Ομοσπονδία) και η εύκολη πρόσβαση σε μερικές τοξικές ουσίες (π.χ. στην Κίνα, Ινδία και Σρι Λάνκα) και πυροβόλα όπλα (π.χ. στο Ελ Σαλβαντόρ και στις ΗΠΑ) φαίνεται να σχετίζεται θετικά με τα ποσοστά αυτοκτονιών σε όλες τις χώρες- εκβιομηχανισμένες και αναπτυσσόμενες- που έχουν ως τώρα μελετηθεί. Και πάλι, να σημειωθεί ότι τα συνολικά ποσοστά μπορεί να κρύβουν μείζονες διαφορές μεταξύ, ας πούμε, αγροτικών και αστικών περιοχών (π.χ. στην Κίνα και στο Ιράν).

Η αυτοκτονία είναι ένα από τα κύρια αίτια θανάτου μεταξύ των νεαρών ενηλίκων. Συγκαταλέγεται μεταξύ των τριών κυρίων αιτιών θανάτου στον πληθυσμό ηλικίας 15-34. Όπως απεικονίζεται σε δύο

παραδείγματα στο Σχήμα 2.5, η αυτοκτονία επικρατεί στην ηλικιακή ομάδα 15-34 όπου είναι η πρώτη ή δεύτερη αιτία θανάτου και για τα δύο φύλα. Αυτό αντιπροσωπεύει για την κοινωνία μαζική απώλεια νέων ανθρώπων στην παραγωγική τους ηλικία. Δεδομένα για τις απόπειρες αυτοκτονίας είναι διαθέσιμα από λίγες χώρες. Δείχνουν ότι οι απόπειρες φτάνουν να είναι έως 20 φορές περισσότερες από τις αυτοκτονίες.

Σε αυτοτραυματισμούς, συμπεριλαμβανομένων των αυτοκτονιών, οφείλονται 814.000 θάνατοι το 2000. Ευθύνονταν για το 1,3 όλων των DALYs σύμφωνα με την GBD 2000.

Η πιο κοινή ψυχική διαταραχή που οδηγεί σε αυτοκτονία είναι η κατάθλιψη, αν και τα ποσοστά είναι υψηλά και στη σχιζοφρένεια. Επιπλέον, η αυτοκτονία συχνά σχετίζεται με χρήση ουσιών –είτε από το πρόσωπο που αυτοκτονεί είτε από την οικογένειά του. το μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών σε μερικές χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης έχει πρόσφατα αποδοθεί στην κατανάλωση οινοπνεύματος (Rossow 2000).

Είναι ευρέως γνωστό, ότι η διαθεσιμότητα των μέσων για να αυτοκτονήσει κανείς, έχει μεγάλη σχέση με τον αριθμό των αυτοκτονιών. Αυτό το γεγονός έχει μελετηθεί καλύτερα ως προς την διαθεσιμότητα πυροβόλων όπλων, και το εύρημα είναι, ότι υπάρχει μεγάλη θνησιμότητα λόγω αυτοκτονίας μεταξύ εκείνων που αγόρασαν όπλα και σε μικρό χρονικό διάστημα από την αγορά τους (Wintemute et al.1999). Το 54% των θανάτων από τραύμα πυροβόλων όπλων στις ΗΠΑ το 1997 οφειλόταν σε αυτοκτονία. (Rosenberg et al.1999).

Η ακριβής εξήγηση της διαφοροποίησης των ποσοστών αυτοκτονιών, πρέπει πάντοτε να διερευνάται ως προς τις τοπικές παραμέτρους. Υπάρχει επιτακτική ανάγκη επιδημιολογικής

παρακολούθησης και κατάλληλης τοπικής έρευνας, για την καλύτερη κατανόηση αυτού του μείζονος προβλήματος της δημόσιας υγείας και για την βελτίωση της πρόληψης.

Συγγραφείς:

•Geerlings S.W, Beekman A.T.F, Deeg D.I.H, Van Tilburg W. (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine* 30 (2): 369-380

•Kessler R.C, McGonagle K.A, Zhao S., Nelson C.B, Hughes M., Eshleman S., Wittchen H.V, Kendler K.S (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results .. the National Comorbidity Survey.

Archives of General Psychiatry, 51: 8-19

•Zimmerman M., Mc Dermunt W., Mattia J.I. (2000).

Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder.

American Journal of Psychiatry, 157: 1337-1340.

•Gossop M., Stewart M.S., Lehman P., Edwards C., Wilson A., Segar G. (1998).

Substance use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies.

British Journal of Psychiatry, 173: 166-171.

•Rossow I. (2000). Suicide, violence and child abuse: a review of the impact of alcohol consumption n social problems. *Contemporary Drug Problems* 27(3): 397-334.

•Wintemute G.I, Parham C.A., Beaumont J.J, Wright M., Drake C. (1999).

Mortality among recent purchasers of handguns. New England Journal of Medicine 341: 1583-1589

•Rosenberg M.L, Mercy J.A, Potter L.B (1999). Firearms and suicide. New England Journal of Medicine 341: 1609-1611

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Αν και είναι δύσκολο να βάλει κανείς την ψυχική υγεία στα πλαίσια ενός συγκεκριμένου ορισμού, οι σύγχρονοι επιστήμονες είναι σε θέση να αναπτύσσουν όλο και πιο τεκμηριωμένες θεωρίες σχετικά με τα χαρακτηριστικά που τη συνθέτουν.

Αρχικά θεωρήθηκε νοσηρό κάθε τι πέρα του «φυσιολογικού», πράγμα που αμφισβητήθηκε έντονα μια και ο ίδιος ο όρος «φυσιολογικό» είναι από μόνος του απροσδιόριστος. Αλλά και να ληφθεί η ψυχική υγεία σαν μια κατάσταση ευεξίας, πάλι δεν θεωρήθηκε ικανοποιητικό.

Αποδείχθηκε λοιπόν ότι χρειάζεται ένας ευρύς ορισμός που να καλύπτει το πλήθος των στοιχείων εκείνων που μπορούν να συνθέτουν μια προσωπικότητα, ώστε να λειτουργεί μέσα στα όρια του κοινά αποδεκτού.

Σύμφωνα με την Dr.M.Jahoda υπάρχουν έξι έννοιες που συνδέονται στενά με την ψυχική υγεία του ατόμου:

1. Οι απόψεις του ατόμου απέναντι στον ίδιο τον εαυτό του.
2. Ο τρόπος και ο βαθμός της ανάπτυξεως του ατόμου.
3. Η προσωπικότητα του ατόμου.
4. Ο βαθμός ανεξαρτητοποιήσεως του ατόμου από κοινωνικές επιδράσεις.
5. Η επάρκεια με την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα.

6. Η κυριαρχία του ατόμου στο περιβάλλον του (το εξουσιάζει ή εξουσιάζεται από αυτό). Α.Γιαννοπούλου (1992).

Ο καθηγητής Στεφανής (1979) πάλι, θεωρεί απαραίτητο για την αξιολόγηση και τον καθορισμό της ψυχικής υγείας, την εφαρμογή βασικών και συμπληρωματικών κριτηρίων.

Ως βασικά κριτήρια αναφέρει:

α) Το κριτήριο της μέσης συμπεριφοράς: Βάση αυτού, σαν μη υγιής θεωρείται αυτός που η συμπεριφορά του αποκλίνει από τη μέση συμπεριφορά της πλειοψηφίας των μελών μιας κοινωνίας.

β) Το κριτήριο απουσίας ψυχικής νόσου κλινικά διαπιστωμένης: Βασίζεται στην απουσία ψυχικής νόσου και στην παρουσία των θετικών χαρακτηριστικών της ψυχικής υγείας. Είναι το πιο ασφαλές κριτήριο για τον Κ.Στεφανή, γιατί μπορεί να περιλάβει ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών.

γ) Το κριτήριο κοινωνικής αποδοχής: Δίνει έμφαση στο πως δέχεται η κοινωνία τη συμπεριφορά ενός ατόμου, αγνοεί όμως τις υποκειμενικές ψυχολογικές αιτίες αυτής της συμπεριφοράς.

δ) Τέλος, το κριτήριο της υποκειμενικής δυσφορίας: το οποίο είναι ενδεικτικό ενδοψυχικού προβλήματος.

Σαν συμπληρωματικά κριτήρια θεωρούνται διάφορα ατομικά χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής του ατόμου σε δεδομένο κοινωνικό χώρο και χρόνο. Όπως:

α) Η ικανότητα ενεργούς προσαρμογής στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.

β) Η επίγνωση προσωπικής ταυτότητας.

γ) Η επίγνωση ενός στόχου και σκοπού στη ζωή κ.α.

Με κύρια βάση αυτές τις έννοιες, τα χαρακτηριστικά που συνθέτουν το ψυχικά υγιές άτομο γίνονται πιο σαφή. Όπως ήδη αναφέρθηκε, διαθέτει μια ισορροπημένη προσωπικότητα. Είναι σε θέση να αντιπαρέρχεται στους στρεσογόνους παράγοντες, να αναπτύσσει και να καλλιεργεί το χαρακτήρα του. Το ψυχικά υγιές άτομο μπορεί να αισθάνεται και να διεκδικεί, να ανακτά την ψυχική του ισορροπία αν κάποια στιγμή αυτή κλονιστεί. Είναι αυτοκατευθυνόμενο, κοινωνικό και επιβάλλεται στον εαυτό του.

ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Δεν υπάρχει ίσως πιο παρεξηγημένη έννοια από αυτή της ψυχικής νόσου. Είναι εύκολο για τον καθένα να χαρακτηρίζει καταστάσεις της καθημερινότητας σαν «υστερικές» ή να στιγματίζει συμπεριφορές σαν «άρρωστες» ή «μη φυσιολογικές». Από την άλλη πλευρά υπάρχουν και οι αρνητές των ψυχικών νοσημάτων που θεωρούν όλα τα άτομα φυσιολογικά, ακόμα και τους ψυχικά ασθενείς («παραλλαγές του φυσιολογικού»). Η πολυμορφία αλλά και η ιδιαιτερότητα των ψυχικών νοσημάτων ευνοούν τέτοιου είδους συνειδητές ή ασυνείδητες συγχύσεις.

Πέρα όμως από όλα αυτά, σαν ψυχική ασθένεια θεωρείται εξ' αρχής μια λειτουργική ατέλεια, η οποία αντανακλάται κυρίως στους ψυχικούς μηχανισμούς και αποκλίνει σαφώς από τις αντιλήψεις και απαιτήσεις της ευρύτερης κοινωνικής, πολιτιστικής ομάδας.

Σήμερα, στο χώρο της ψυχιατρικής έχουν επικρατήσει τρία πρότυπα προσέγγισης της ψυχικής νόσου:

1. Ιατρικό πρότυπο: Ψάχνει για την αιτία της ψυχικής νόσου σε οργανικούς παράγοντες, όπως: η ανατομία του Νευρικού Συστήματος, η νευροφυσιολογία, η γενετική και βιοχημική σύσταση του οργανισμού.
2. Ψυχογενετικό πρότυπο: Υποστηρίζει ότι οι ψυχοπαθολογικές διαταραχές οφείλονται σε ενδοψυχικά αίτια. Η ψυχική νόσος δημιουργείται από τη σχέση ενδοψυχικών στοιχείων και παραγόντων π.χ. πρώιμες τραυματικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια της ψυχοκινητικής ανάπτυξης, ανωμαλίες στη συναισθηματική- σεξουαλική ανάπτυξη του ατόμου κ.α.
3. Κοινωνιογενετικό πρότυπο: Βάση αυτού, η ψυχική ασθένεια οφείλεται σε περιβαντολλογικούς παράγοντες. Το πρότυπο αυτό θεωρεί τον οργανισμό σαν μια κοινωνιοψυχοσωματική ενότητα που διαμορφώνεται κυρίως από το περιβάλλον. Ε.Παπαγεωργίου (1991).

Συμπερασματικά λοιπόν, διαπιστώνεται ότι η ψυχική νοσηρότητα κάνει την εμφάνισή της με την αποτυχία του ατόμου να προσαρμοστεί ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της κοινωνίας που ζει.

Βέβαια, πολλές φορές, η κατάσταση του ψυχικά ασθενή παίρνει μια πιο πολύπλοκη, πιο δραματική ίσως μορφή, μια και η κοινωνικοποίησή του είναι όχι απλώς δύσκολη αλλά συχνά ανέφικτη. Η ψυχική νόσος γίνεται στίγμα. Αιτία προς αποφυγή. Η κατάληξη μπορεί να είναι αποθαρρυντική. Τα άτομα αυτά καταδικάζονται στην μοναξιά, στη φθορά. Νιώθουν τον εαυτό τους να αλλοτριώνεται και δεν μπορούν να κάνουν τίποτα. Ζουν το δράμα, γιατί αν και η ψυχή τους νοσεί είναι σε θέση να αισθάνονται και να αντιλαμβάνονται τι γίνεται γύρω τους.

Και εδώ είναι το σημείο που επεμβαίνει η επιστήμη και το υγειονομικό προσωπικό. Με σκοπό πολλές φορές να προλάβουν μια

τέτοια κατάσταση ή έστω να την αντιμετωπίσουν σωστά, ψάχνουν στη ρίζα για τους παράγοντες που οδηγούν το άτομο σε νοσηρή συμπεριφορά.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι οι παράγοντες που συντελούν ώστε να εμφανιστεί και να εξελιχθεί μια ψυχική νόσος μπορεί να είναι:

- κληρονομικοί
- οργανικοί (ενδοκρινικοί, μεταβολικοί, βιοχημικοί)
- ενδοπροσωπικοί
- διαπροσωπικοί- οικογενειακοί (ψυχογεννητική άποψη)
- κοινωνικοί
- πολιτιστικοί
- πολυπαραγοντική άποψη (θεωρείται η επικρατέστερη και συμπεριλαμβάνει όλους τους παραπάνω παράγοντες).

Η πλειοψηφία των ανθρώπων διατηρούν με τους μηχανισμούς άμυνας, λεπτή ισορροπία μεταξύ των δυνάμεων που ασκούν οι παραπάνω παράγοντες, έτσι ώστε να τους επιτρέπει σχετικά σταθερή ζωή. Όταν αυτή η ισορροπία διαταραχθεί, έχουμε σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Τότε το άτομο έχει την ανάγκη ειδικής φροντίδας και σε βαρύτερες περιπτώσεις νοσοκομειακής περίθαλψης.

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Στην ψυχιατρική ισχύει περισσότερο από κάθε άλλη ιατρική ειδικότητα ότι δεν υπάρχουν «ασθένειες», αλλά «ασθενείς». Αυτό σημαίνει, ότι παρόλη τη διαγνωστική ταξινόμηση που υπάρχει και παρόλη την αναφορά σε «συγκεκριμένες» κλινικές εικόνες πρέπει να παίρνεται σαν δεδομένο ότι ο κάθε ασθενής αντιπροσωπεύει μια διαφορετική εξατομικευμένη περίπτωση.

Ωστόσο, μια μορφή ταξινόμησης θεωρείται απαραίτητη γιατί βοηθά να εντοπιστεί η φύση της διαταραχής, πράγμα που συντελεί στη σωστή θεραπεία. Πιστεύεται ότι η πιο έγκυρη ταξινόμηση έχει δοθεί από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία. Σύμφωνα με αυτήν, οι ψυχικές διαταραχές χωρίζονται σε:

1) Ολιγοφρένειες και άνοιες

Οι πρώτες είναι συγγενείς ή επίκτητες περιπτώσεις διανοητικής ανεπάρκειας που εμφανίζονται στα παιδιά. Οι δεύτερες αποτελούν την προοδευτική έκπτωση της διάνοιας σε ώριμα πια άτομα.

2) Οργανοψυχικές νόσοι

Σ'αυτές, κάποιες διαταραχές ποικίλης αιτιολογίας, δημιουργούν ψυχοδιανοητικές διαταραχές π.χ.:

- * Λοιμώξεις (εγκεφαλίτιδες, οστρακιά κ.α.) με έντονες ψυχικές διαταραχές
- * Τοξικές ουσίες (ναρκωτικά, δηλητήρια κ.α.)
- * Χωροκατακτητικές επεξεργασίες (όγκοι, αιματώματα)
- * Μεταβολικά αίτια (έλλειψη βιταμινών, ορμονών κ.α.)
- * Αγγειακά (αρτηριοσκλήρυνση)

3) Νευρώσεις

Είναι οι παθολογικές αντιδράσεις της προσωπικότητας ανώριμων ατόμων, δεν έχουν οργανική βάση και οφείλονται σε ασυνείδητα αίτια. Ο ασθενής έχει αντίληψη της νοσηρότητας και της πραγματικότητας. Σ' αυτά τα άτομα παρουσιάζονται ψυχοσυγκρούσεις, όταν κληθούν να αντιμετωπίσουν διάφορα προβλήματα της ζωής (π.χ. επαγγελματικά, κοινωνικά, σεξουαλικά, κ.α.). Εδώ ανήκουν:

- * Η αγχώδης νεύρωση
- * Η φοβική νεύρωση
- * Η καταθλιπτική νεύρωση
- * Η ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση
- * Η υστερία

4) Ψυχώσεις

Χαρακτηρίζονται από τέλεια αποδιοργάνωση του «εγώ», που σε βαριές μορφές μπορεί να καταλήξει σε πλήρη αποσύνθεσή του. Εδώ ανήκουν:

- * Η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση
- * Η σχιζοφρένειας
- * Η παράνοια

5) Ψυχανωμαλίες

Είναι ενδιάμεσες καταστάσεις μεταξύ ψυχώσεων και νευρώσεων. Τα άτομα αυτά αστοχούν στην εκτέλεση καθηκόντων της ζωής.

6) Ψυχοσωματικές διαταραχές

Εδώ περιλαμβάνονται όλες εκείνες οι περιπτώσεις που, επώδυνα ψυχικά βιώματα μετατρέπονται σε σωματικά ενοχλήματα. Σ' αυτές ανήκουν:

* Η ψυχογενής ανορεξία

* Ο καρδιόσπασμος

* Η ημικρανία- κεφαλαλγία

* Το βροχικό άσθμα

* Οι ψυχογενείς έμμετοι

* Η σπαστική κολίτιδα κ.τ.λ Α. Γιαννοπούλου (1991)

ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η νοσηλευτική της ψυχικής υγείας στις μέρες μας έχει βγει πια από τον ανύπαρκτο ρόλο της. Έχει προχωρήσει πολύ πιο πέρα από τις λιγοστές φροντίδες που πρόσφερε στους ασθενείς, που στην ουσία ήθελε το νοσηλευτή «φύλακα» και τον ψυχικά άρρωστο εγκλωβισμένο στον κόσμο του και δέσμιο της ασθένειάς του.

Σήμερα, στην ψυχιατρική νοσηλευτική χρησιμοποιούνται διάφορα θεωρητικά πλαίσια για την κατανόηση των ψυχικών διαταραχών και την επιλογή της κατάλληλης νοσηλευτικής και θεραπευτικής αγωγής.

α) Βιολογικό πλαίσιο –μοντέλο

Βασίζεται στη θεωρία του Kraepelin, ο οποίος ταυτίζει την ψυχική με την σωματική αρρώστια και ψάχνει για την αιτιολογία, τα σημεία και συμπτώματα, την παθογένεση. Προσπαθεί να κάνει την διαφορική διάγνωση, τη θεραπεία αλλά και την πρόγνωση. Το δικό του πλαίσιο

ήταν αυτό που έδωσε την αρχική ταξινόμηση. Αλλά αυτό ήταν και το μοντέλο –πλαίσιο που έθεσε τις βάσεις για:

1. Την Παρασκευή των ψυχοτρόπων φαρμάκων
2. Τις μελέτες της γενετικής μεταβίβασης της ψυχικής ασθένειας
3. Τις μεταβολικές μελέτες των ψυχικών ασθενειών, ιδιαίτερα των διαφόρων τύπων της μελαγχολίας.

β) Ψυχολογικό πλαίσιο –μοντέλο

Προκύπτει από τις θεωρίες και έρευνες των Freud, Sullivan, Fromm, Erikson κ.α. που ψάχνουν και αναλύουν τα ψυχικά εκείνα γεγονότα που προκαλούν ή απλά ωθούν σε μια ψυχική διαταραχή π.χ. διαταραγμένες σχέσεις μεταξύ γονιών και παιδιού ή στέρηση της μητέρας στη πρώτη παιδική ηλικία. Εδώ προτείνεται η ψυχοθεραπεία και ο νοσηλευτικός διάλογος νοσηλευτή –αρρώστου.

γ) Πλαίσιο –μοντέλο συμπεριφοράς

Υποστηρικτές και δημιουργοί του οι Pavlov, Watson και Gurthie, οι οποίοι θεωρούν τις ψυχολογικές διαταραχές σαν εκδηλώσεις παθολογικής συμπεριφοράς που το άτομο τις έμαθε σαν αποτέλεσμα δυσάρεστων γεγονότων. Επομένως, αυτό που πρέπει να θεραπευτεί είναι η παθολογικά εξαρτημένη συμπεριφορά του ατόμου.

Η θεραπεία συμπεριφοράς που εφαρμόζεται σε αυτό το πλαίσιο χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις σύντομης θεραπείας και σε αρρώστους με ποικιλία ψυχικών διαταραχών. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι μεγαλύτερο, όταν διδάσκεται και η οικογένεια πώς να ενισχύει την υγιή συμπεριφορά και να μην υποθάλπει την παθολογική.

δ) Κοινωνικό πλαίσιο- μοντέλο

Οι Tuke, Meyer και Sullivan αποδίδουν τα ψυχικά συμπτώματα όχι σε εσωτερικές συγκρούσεις, ούτε στις εκδηλώσεις της ψυχικής αρρώστιας, αλλά στις σχέσεις του ατόμου με τον τρόπο λειτουργίας του στις κοινωνικές περιστάσεις.

Σε αυτό το πλαίσιο- μοντέλο κρίνεται απαραίτητο να μην χωρίζεται ο ασθενής από το κοινωνικό του περιβάλλον. Έτσι αναπτύσσεται η οικογενειακή και ομαδική ψυχοθεραπεία και οργανώνονται τα ψυχιατρεία ημέρας, τα εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία, τα κέντρα ψυχικής υγείας κ.τ.λ.

Ο άρρωστος βοηθείται να καταλάβει ότι σχετίζεται με το κοινωνικό περιβάλλον και πως μπορεί να ικανοποιεί τις ψυχολογικές του ανάγκες καλύτερα μέσα σ' αυτό. μπορεί να πραγματοποιηθεί οικογενειακή ψυχοθεραπεία, αν κριθεί ως θεραπευτική ανάγκη να ανοικοδομηθεί το στενό κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου. Burgess A.W/ Lozare A. (1976).

Ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια, γνωρίζουν τα θεωρητικά πλαίσια- μοντέλα που επικρατούν στη σύγχρονη ψυχιατρική για να τα χρησιμοποιούν μεμονωμένα ή συνθετικά στις διάφορες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Η νοσηλευτική επιλογή του ανάλογου πλαισίου σε μια συγκεκριμένη περίπτωση εξαρτάται από: την εκπαίδευση και την κλινική πείρα του νοσηλευτή, τη διάγνωση της διαταραχής του αρρώστου, την εφαρμοζόμενη ψυχιατρική θεραπεία, την ψυχολογική συγκρότηση και λειτουργικότητα του αρρώστου αλλά και τη διαθεσιμότητα και προσιτότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και τις αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας στο συγκεκριμένο ψυχιατρικό τμήμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι δύσκολο να τυποποιηθεί και να μπει σε πλαίσια το ευρύ έργο του νοσηλευτή. Μια εικόνα του τι μπορεί να περιλαμβάνει, δίνεται παρακάτω. Αναφέρονται όλες οι ενέργειες που πραγματοποιεί ένας νοσηλευτής κατά την άσκηση του έργου του.

1. Φροντίζει τον άρρωστο ξεκινώντας από μια υπεύθυνη νοσηλευτική αξιολόγηση. Προγραμματίζει και εκτελεί ή διδάσκει και επιβλέπει την εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα αλλά εκτιμά και τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών εφαρμογών.
2. Ελαττώνει, όσο είναι δυνατόν, τα στρεσογόνα ερεθίσματα. Υποστηρίζει και διαθέτει χρόνο για τον άρρωστο.
3. Αναπτύσσει και διατηρεί ψυχοθεραπευτικό διάλογο με τον άρρωστο ή με την οικογένειά του.
4. Διαθέτει χρόνο για ακρόαση και διατηρεί την επικοινωνία.
5. Δημιουργεί αισθητηριακά ερεθίσματα για τον ασθενή με σκοπό να προλάβει τυχόν απόσυρση, κοινωνική απομόνωση ή καταφυγή σε αυτιστική φαντασία και εξωπραγματικά βιώματα του αρρώστου.
6. Οργανώνει και διατηρεί θεραπευτικό περιβάλλον.
7. Προωθεί την επαφή του αρρώστου με την πραγματικότητα βοηθώντας τον να αντιμετωπίζει καθημερινά, απλά προβλήματα
8. Ενθαρρύνει τον άρρωστο να συμμετέχει υπεύθυνα στη φροντίδα του εαυτού του.

9. Διδάσκει αρχές και πρακτικές εφαρμογές ψυχικής υγείας στην προσωπική και οικογενειακή ζωή, δεξιότητες χειρισμού δυσκολιών και επίλυση προβλημάτων.
10. Αποδέχεται την προσωρινή εκπλήρωση υποκατάστατου γονεϊκού ρόλου, όταν ο ασθενής παρουσιάζει σωματική, νοητική και συναισθηματική ανικανότητα. Κάτι τέτοιο περιλαμβάνει λήψη αποφάσεων και ανάληψη ευθυνών για την καθημερινή υγιεινή φροντίδα.
11. Ενθαρρύνει τον άρρωστο σε θετική συμπεριφορά.
12. Αναλαμβάνει το έργο της κοινωνικοποίησης με βελτίωση των ικανοτήτων του στις διαπροσωπικές και επαγγελματικές του σχέσεις.
13. Καθοδηγεί τον άρρωστο να αποφεύγει, να υπερνικά ή να παρακάμπτει του παράγοντες που απειλούν την ψυχική του ισορροπία.
14. Ενσωματώνει την ενεργητική συμβολή του αρρώστου στα σχέδια της προετοιμασίας της εξόδου του από το νοσοκομείο και της κοινωνικής επανένταξής του.
15. Συνεννοείται με τον άρρωστο και την οικογένειά του για τυχόν απαραίτητες αλλαγές στον τρόπο ζωής ή στο περιβάλλον του σπιτιού του.
16. Συμμετέχει στη θεραπευτική ομάδα με νοσηλευτικές κλινικές παρατηρήσεις και προτάσεις για την θεραπευτική προσέγγιση κάθε ατόμου.

17. Υπερασπίζεται τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και πληροφορεί τους ίδιους και τις οικογένειές τους γι'αυτά, όπως και για τις υποχρεώσεις τους.

Όλα αυτά λοιπόν, είναι πράξεις που ανήκουν στα πλαίσια της ψυχικής υγείας. Δεν είναι όμως καθόλου ξεκομμένες από τις γενικές νοσηλευτικές πράξεις, που κάθε νοσηλευτής είναι γνώστης τους και που εξυπακούεται ότι εφαρμόζονται και σε αυτό τον τομέα, όταν κρίνεται απαραίτητο.

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας καλείται να αναλάβει ένα ρόλο, που διαφέρει ουσιαστικά από εκείνον του νοσηλευτή που εφαρμόζει τη νοσηλευτική επιστήμη σέναν άλλον τομέα υγείας. Και αυτό γιατί νοσηλεύει ψυχικά διαταραγμένους αρρώστους με εκδηλώσεις περίεργης, απροσάρμοστης, παθολογικής ή και κοινωνικά απαράδεκτης συμπεριφοράς.

Η εκπλήρωση του επαγγελματικού του ρόλου δυσκολεύει, αν σκεφτεί κανείς ότι καλείται να κάνει θεραπευτική χρήση όχι οργάνων ή μηχανημάτων ή τυποποιημένων τεχνικών αλλά του εαυτού του, της ίδιας της προσωπικότητάς του.

Απαραίτητη προϋπόθεση για να ασκήσει νοσηλευτική ψυχικής υγείας με αξιώσεις είναι, πέρα βέβαια από τις σύγχρονες επιστημονικές γνώσεις, η ποιότητα του χαρακτήρα του νοσηλευτή. Γιατί δεν είναι ο απλός ειδικευμένος επιστήμονας που έρχεται σε επαφή με τους ασθενείς αλλά ο ίδιος ως άτομο.

Επομένως, η προσωπικότητά του είναι σπουδαίας σημασίας αφού το έργο του επηρεάζεται απ' αυτή, από την πείρα της ζωής του, τις ιδέες, τις πεποιθήσεις, τα συναισθήματα, τα προβλήματα, τα ιδανικά, τον πνευματικό του προσανατολισμό, δηλαδή από ολόκληρο το είναι του.

Η επιτυχία στη νοσηλεία του αρρώστου απαιτεί από τον νοσηλευτή μια ακέραια, ώριμη, καλλιεργημένη, υγιή και δημιουργική προσωπικότητα. Απαιτεί μια ιδιαίτερη ευαισθησία, αφού το έργο του είναι κατεξοχήν έργο καρδιάς. Μιας καρδιάς που είναι ικανή να συμπάσχει, να συμμερίζεται, να προνοεί, να αγρυπνεί, να υπομένει, να ελπίζει και να αντέχει στον κόπο και στις αντιξοότητες.

Συμπερασματικά λοιπόν, για να έχει αποτέλεσμα το έργο του νοσηλευτή ο ίδιος έχει καθήκον:

- Να διαθέτει χρόνο και να ακούει με προσοχή οτιδήποτε έχουν να πουν οι ασθενείς
- Να μην τους αμφισβητεί όταν υποστηρίζουν ότι υποφέρουν, ότι αισθάνονται άχρηστοι και απελπισμένοι
- Να προστατεύει την αξιοπρέπειά τους κατά τις σωματικές εξετάσεις
- Να ελαχιστοποιεί τις περιστάσεις που ταπεινώνουν τους αρρώστους και ισοπεδώνουν την ταυτότητά τους.
- Να τους δίνει ερεθίσματα να κάνουν δικές τους επιλογές και να ρυθμίζουν υποθέσεις τους.
- Να συζητά με ειλικρίνεια μαζί τους για την φαρμακευτική θεραπεία ή τους περιορισμούς, τη διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο κ.α.

- Να είναι πάντα διαθέσιμος και έτοιμος για βοήθεια οποιαδήποτε ώρα, ώστε να διατηρεί το περιβάλλον θεραπευτικό.
- Να συμπεριφέρεται με φυσικότητα, χωρίς προσποίηση, ούτε ψυχρότητα και ακαμψία.
- Να είναι αισιόδοξος και να ελπίζει ότι ο κάθε ψυχικά ασθενής έχει ένα έμφυτο δυναμικό για ανάπτυξη και βελτίωση ύστερα από συστηματική νοσηλευτική βοήθεια.
- Να αποδέχεται τους αρρώστους όπως είναι, χωρίς κριτική και απόρριψη της συμπεριφοράς τους, ούτε υπαγορεύσεις τι πρέπει να κάνουν, να λένε ή να αισθάνονται.
- Να δείχνει ευαισθησία και θερμό ενδιαφέρον, προσωπική μέριμνα και συμμετοχή στη συναισθηματική κατάσταση του αρρώστου, χωρίς ταύτιση ή οίκτο ούτε απαραίτητη συμφωνία αλλά με διατήρηση πλήρους αυτοσυνειδησίας και με αντικειμενικότητα.
- Τέλος να εργάζεται με υπευθυνότητα.

Η ανάγκη επαγγελματικής ακεραιότητας και προσωπικής ευθύνης είναι μεγαλύτερη στην άσκηση της ψυχικής υγείας, επειδή οι ψυχικά ασθενείς είναι πιο αδύναμοι, ανυπεράσπιστοι και με μια ιδιαίτερη ευαισθησία από άλλους ασθενείς.

Δεν είναι εύκολο όμως να ασχοληθεί κάποιος με τους ψυχικά ασθενείς. Παρόλο που η νοσηλευτική ψυχικής υγείας διδάσκεται, απαιτούνται και κάποια προσόντα που αν ο νοσηλευτής δεν τα έχει, μάλλον θα πρέπει να τα' αποκτήσει όταν αποφασίσει να ασκήσει το έργο της νοσηλευτικής στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Επιγραμματικά αναφέρονται:

- Αγάπη άνευ όρων για τον ψυχικά ασθενή
- Θερμό ενδιαφέρον και ευαισθησία
- Συμπόνια και αντικειμενικότητα
- Υπομονή και κατανοούσα ακρόαση
- Ανοχή απογοητεύσεων
- Αυτοκατανόηση- αυτοσυνειδησία
- Αίσθημα ψυχικής ασφάλειας και δύναμης
- Σεβασμός στον ψυχικά άρρωστο
- Θετική χρήση της προσωπικότητάς του
- Ικανότητα δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή
- Αποδοχή, δεκτικότητα, όχι κριτική στάση
- Διατήρηση θεραπευτικού περιβάλλοντος
- Ευγένεια- αξιοπρέπεια
- Εχεμύθεια- προσιτότητα
- Ψυχική υγεία- συναισθηματική σταθερότητα
- Αίσθημα ευθύνης –συναίσθηση χρέους A.Ραγιά (1993), Hickey P.W. (1990).

Το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας μπορεί να χρησιμοποιείται μέσα στο ψυχιατρείο, στο κέντρο ψυχικής υγείας και σε άλλες υπηρεσίες που μπορεί να απευθυνθεί για βοήθεια, ο ψυχικά ασθενής. Η εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος φροντίδας περιλαμβάνει μια ποικιλία

νοσηλευτικών παρεμβάσεων, που αποσκοπεί στην επιτυχία της αποκατάστασης του αρρώστου.

Ο νοσηλευτής επιστρατεύει διαπροσωπικές, κλινικές και διανοητικές δεξιότητες, ώστε να κάνει εφικτή την επικοινωνία με τον ασθενή και να παίρνει νοσηλευτικές αποφάσεις σε συνεργασία μαζί του, όταν αυτό είναι δυνατόν. Χρησιμοποιεί το πρόγραμμα νοσηλείας του αρρώστου για να εφαρμόσει την εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, αντιμετωπίζοντας τον ασθενή σαν αδιαίρετη βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα.

ΗΘΙΚΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι νοσηλευτές, σαν λειτουργοί της υγείας, βαρύνονται από σημαντικά ηθικά καθήκοντα. Στον τομέα της ψυχικής υγείας, εξαιτίας βέβαια και της ιδιομορφίας που την χαρακτηρίζει, τα καθήκοντα μπαίνουν σε διαφορετικά πλαίσια, αφού οι ψυχικά ασθενείς συχνά δεν είναι σε θέση να υπερασπιστούν τον εαυτό τους, τα δικαιώματά τους ή να αξιολογήσουν την φροντίδα που τους παρέχεται. Το γεγονός αυτό, απαιτεί από τους νοσηλευτές ιδιαίτερη ευαισθησία και υπευθυνότητα αλλά και ευσυνείδητη τήρηση των ηθικών τους καθηκόντων, τα οποία έχουν καθοριστεί από νοσηλευτικούς συνδέσμους διαφόρων χωρών.

Περίληπτικά τα καθήκοντα αυτά περιλαμβάνουν:

- Προαγωγή της ψυχικής υγείας
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ενημέρωση για την αύξηση των επιστημονικών και πρακτικών δεξιοτήτων.
- Σεβασμός στον ασθενή με ανιδιοτελές ενδιαφέρον και χωρίς καμιά διάκριση (φυλετική, οικονομική κλπ).

- Η συνειδητή τήρηση του νοσηλευτικού απόρρητου. Μοναδική εξαίρεση ο κίνδυνος αυτοκτονίας ή βλάβης τρίτων.
- Αξιοποίηση των ψυχοθεραπευτικών ικανοτήτων για παροχή άριστης φροντίδας στον ασθενή
- Συνεργασία με την θεραπευτική ομάδα και ενθάρρυνση του ασθενή και της οικογένειάς του για συμμετοχή στη θεραπευτική αγωγή
- Υπεράσπιση των δικαιωμάτων του αρρώστου

Βέβαια, είναι αυτονόητο, ότι τα ηθικά καθήκοντα των νοσηλευτών δεν είναι αποκομμένα και ανεξάρτητα από τα καθήκοντα των υπόλοιπων μελών της θεραπευτικής ομάδας (ψυχίατροι, ψυχολόγοι κλπ), αλλά βρίσκονται σε αρμονία και σε παραλληλισμό με κοινό στόχο.

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Όπως ήδη έχει αναφερθεί ο ψυχικά ασθενής δεν είναι σε θέση να απαιτήσει, αλλά και να υπερασπίσει τα δικαιώματά του και πολλές φορές, η τήρησή τους εξαρτάται από την ευαισθησία, την ευσυνειδησία ή και την ανθρωπιά των λειτουργών ψυχικής υγείας.

Ο φόβος λοιπόν της εκμετάλλευσης των ψυχικά ασθενών, αλλά και η διαπίστωση ότι δεν απολαμβάνουν την φροντίδα που αξίζουν, οδήγησαν το 1980 το Αμερικανικό Κοινοβούλιο, ύστερα από πολλές μελέτες να νομοθετήσει τα παρακάτω δικαιώματα, τα οποία έγιναν δεκτά από τα συστήματα υγείας πολλών χωρών.

1. Κατάλληλη θεραπεία σε όσο δυνατόν ελεύθερο περιβάλλον
2. Εξατομικευμένη φροντίδα με συνεχή έλεγχο και επανεκτίμησή της

3. Έκούσια συγκατάθεση του αρρώστου, όπου είναι δυνατόν και σε περίπτωση ανικανότητάς του, η συγκατάθεση ενός κηδεμόνα. Εξαιρείται η κατάσταση επείγουσας ανάγκης.
4. Συμμετοχή στη θεραπεία με συζήτηση και ενημέρωση
5. Δικαίωμα να μην υποβληθεί σε πειραματικές έρευνες.
6. Σχετική ελευθερία στα πλαίσια του θεραπευτικού προγράμματος.
7. Αξιοπρεπή φροντίδα σε ανθρώπινο περιβάλλον.
8. Εχεμύθεια όσον αφορά την περίπτωσή του
9. Πλήρη ενημέρωση για την περίπτωσή του, εκτός αν κριθεί βλαπτικό από δύο τουλάχιστον επιστήμονες.
10. Ελεύθερη άσκηση των πολιτικών του δικαιωμάτων όσο είναι δυνατό να ανήκει κάπου και να εκφράζεται.
11. Ενημέρωση και πληροφόρηση γραπτώς ή προφορικώς, για τα δικαιώματά του όσο το δυνατόν πιο κατανοητά.
12. Ελεύθερη έκφραση παραπόνων και δικαίωμα πρόσβασης στο δικαστήριο.
13. Δικαίωμα να εξασφαλίσει βοήθεια δικηγόρου
14. Δυνατότητα να παραπονεθεί για τις συνθήκες ή να κριτικάρει τις υπηρεσίες περίθαλψης, χωρίς συνέπειες.
15. Δυνατότητα να απευθυνθεί και σε κάποια άλλη υπηρεσία, προκειμένου να συμπληρωθεί το σχέδιο εξόδου του από το νοσοκομείο. Λούκτσα Δ. (1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ο νοσηλευτής για να είναι σε θέση να εκτιμήσει τον άρρωστο και να προγραμματίσει τη νοσηλευτική φροντίδα, οφείλει να εξετάσει την σωματική και ψυχική υγεία του αρρώστου. Κατόπιν η διάγνωση και τα δεδομένα προσδιορίζουν το τι πρέπει να γίνει και με ποια σειρά, αλλά και ποιο θα είναι το χρονικό πλαίσιο και ο κύριος υπεύθυνος για την εκπλήρωση του προγράμματος φροντίδας.

Ένας καλός προγραμματισμός διευκολύνεται πάρα πολύ από τη συνεργασία του ασθενή στο βαθμό που μπορεί, αλλά και της οικογένειάς του. Ουσιαστικό είναι να συμμετέχει όλη η θεραπευτική ομάδα με σωστή ταξινόμηση και χρήση των πληροφοριών που λαμβάνονται.

Το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας καλό είναι να κατατίθεται γραπτό, έτσι ώστε να σταθεροποιεί τις επιλογές και να κρατά τη φροντίδα στη σωστή πορεία. Ένα σωστά οργανωμένο πρόγραμμα περιλαμβάνει:

- Διατύπωση βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων σκοπών
- Εντοπισμό των προβλημάτων και καθορισμό προτεραιοτήτων
- Ταξινόμηση των προβλημάτων και παραπομπή στον κατάλληλο ειδικό για την αντιμετώπισή τους (γιατρό, νοσηλευτή, άρρωστο, οικογένεια κλπ.)
- Προσδιορισμό των νοσηλευτικών πράξεων για την εκπλήρωση των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στόχων.

- Καταγράφονται ανάγκες και προβλήματα των ασθενών, όπως και τα αναμενόμενα αποτελέσματα στο δελτίο νοσηλείας του αρρώστου. Όπως επίσης πότε πρέπει να γίνει η κάθε νοσηλευτική πράξη και με ποιόν τρόπο.

Η βάση του προγράμματος φροντίδας ενός ψυχικά ασθενή στηρίζεται στον καθορισμό βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων σκοπών. Οι βραχυπρόθεσμοι σκοποί στοχεύουν στην αντιμετώπιση προβλημάτων και αναγκών που προέρχονται από τη διάγνωση και μπορούν να εκπληρωθούν σε σύντομο χρονικό διάστημα 1 έως 10 ημερών. Ωθούν τον άρρωστο στο χειρισμό των προσωπικών εντάσεων από τον ίδιο.

Ενώ οι μακροπρόθεσμοι σκοποί προσανατολίζονται στο μέλλον, για την αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενή που διαρκούν.

Το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας μπορεί να χρησιμοποιείται μέσα στο ψυχιατρείο, στο κέντρο ψυχικής υγείας και σε άλλες υπηρεσίες που μπορεί να απευθυνθεί για βοήθεια ο ψυχικά ασθενής. Η εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος φροντίδας περιλαμβάνει μια ποικιλία νοσηλευτικών παρεμβάσεων που αποσκοπεί στην επιτυχία της αποκατάστασης του αρρώστου.

Ο νοσηλευτής επιστρατεύει διαπροσωπικές και κλινικές δεξιότητες, ώστε να κάνει εφικτή την επικοινωνία με τον ασθενή και να παίρνουν νοσηλευτικές αποφάσεις σε συνεργασία μαζί του, όταν αυτό είναι δυνατό. Χρησιμοποιούν το πρόγραμμα νοσηλείας του αρρώστου για να εφαρμόσουν την εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα

αντιμετωπίζοντας τον ασθενή σαν αδιαίρετη βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα.

Πάνω απ'όλα όμως προέχει η παρέμβαση του νοσηλευτή να επιλέγεται από το σκεπτικό του «τι είναι καλύτερο για τον ασθενή». Έτσι αν ο ασθενής είναι σε θέση να αποφασίζει για το άτομό του και να ενεργεί όπως ο ίδιος επιθυμεί, χωρίς η συμπεριφορά του να γίνεται απειλητική για τον ίδιο ή τους γύρω του, τότε ενθαρρύνεται να ενεργεί ελεύθερα, πάντα όμως υπό την επίβλεψη του νοσηλευτή.

Είναι προφανές λοιπόν, ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να προάγει την προστασία του αρρώστου και τη φροντίδα της ψυχικής υγείας του στα πλαίσια των καθηκόντων του στον κλάδο της ψυχιατρικής νοσηλευτικής.

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ζωτικής σημασίας είναι η προσέγγιση του ασθενή από το νοσηλευτή και από την θεραπευτική ομάδα γενικότερα. Γι'αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να αφήνει τα περιθώρια αλλά και να δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη μιας διαπροσωπικής σχέσης με τον άρρωστο, με σκοπό την αντιμετώπιση των ιδιαίτερων φόβων του, των συμπτωμάτων και των διαπροσωπικών προβλημάτων του.

Εδώ βέβαια γίνεται λόγος για θεραπευτική επικοινωνία, που προτρέπει και κατευθύνει τον ασθενή να δοκιμάσει νέους τρόπους συμπεριφοράς και επικοινωνίας που ελαττώνουν την ψυχική ένταση και τις συγκρούσεις με τους άλλους.

Και αυτή ακριβώς η θεραπευτική νοσηλευτική επικοινωνία είναι ένα από τα ισχυρότερα μέσα που χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας για την φροντίδα ασθενών με ψυχικές διαταραχές.

Το να πλησιάσει όμως ο νοσηλευτής τον ασθενή πολλές φορές αποβαίνει ιδιαίτερα δύσκολο. Γιατί έχει να κάνει με άτομα που χαρακτηρίζονται από κάποιες ιδιαιτερότητες, οι οποίες στέκονται εμπόδια στην επικοινωνία τους. Εξάλλου δεν είναι μόνο ο νοσηλευτής που παρατηρεί και αξιολογεί τον ασθενή, αλλά και ο ίδιος ο ασθενής με την σειρά του παρατηρεί το νοσηλευτή, ακούει τι λέει, πως το λέει και με ποιόν τρόπο φωνής, παρακολουθεί τις εκφράσεις του προσώπου, τους μορφασμούς, τις χειρονομίες, τη γενική εμφάνιση ή ακόμα και τις αντιδράσεις του. Καταλαβαίνει αν βαριέται να εργαστεί, αν δέχεται προσοχή, αν βιάζεται ή αν τον απορρίπτει.

Μέχρις ότου ο άρρωστος να αισθανθεί εμπιστοσύνη για το νοσηλευτή μπορεί να χρησιμοποιεί εχθρική, εξαρτημένη και γενικά αρνητική συμπεριφορά, που θέτει σε δοκιμασία την υπομονή και το χαρακτήρα του νοσηλευτή. Μπορεί να του προκαλεί θυμό, απελπισία, κόπωση ή αδυναμία. Εξάλλου, ο νοσηλευτής, αν δεν προσέξει μπορεί να αντιδρά με τρόπο που να προκαλεί παρόμοια αισθήματα στον άρρωστο ή να ενισχύει τα αισθήματα που προκάλεσαν την αρχική του συμπεριφορά. (Αυτά τα φαινόμενα καλούνται μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση).

Ποια λοιπόν είναι τα στοιχεία εκείνα που θα κάνουν την θεραπευτική επικοινωνία καρποφόρα και αποτελεσματική;

Καταρχήν αποδοχή του αρρώστου ως προσώπου με αξία και με το δικαίωμα μιας σωστής φροντίδας της υγείας του, από άτομα σωστά καταρτισμένα, που πραγματικά ενδιαφέρονται. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής γίνεται αποδεκτός χωρίς όρους και προϋποθέσεις, χωρίς να κρίνεται η συμπεριφορά, οι αρνητικές ή οι θετικές διαθέσεις του στη δεδομένη στιγμή και ανεξάρτητα από την κατάστασή του.

Έτσι ο ίδιος δεν φοβάται μήπως κατακριθεί ή αποδοκιμασθεί και δημιουργείται ένα άνετο, έμπιστο και ασφαλές διαπροσωπικό κλίμα που βοηθά τον ασθενή να αισθανθεί ελεύθερος και να εκφραστεί. Το αποτέλεσμα είναι μια ζεστή ατμόσφαιρα που συμβάλλει στη μείωση ή και στη διάλυση του φόβου, του άγχους και της αμυντικής στάσης.

Χρειάζεται όμως προσοχή από τον νοσηλευτή ώστε να μην γίνει σύγχυση της θεραπευτικής αποδοχής, με την αδιάκριτη και απρογραμμάτιστη επιείκεια, γιατί τότε τα αποτελέσματα θα είναι ανεξέλεγκτα και πολύ μακριά από τον αρχικό στόχο της «αποδοχής» σαν θεραπευτικής στάσης. Να βοηθήσει δηλαδή, τον ασθενή να αλλάξει τους παθολογικούς τρόπους συμπεριφοράς και να συμβάλλει στην αρμονική συμβίωση του με τους γύρω του.

Υστερα η θεραπευτική επικοινωνία απαιτεί θερμό ενδιαφέρον για τον ασθενή αλλά και για τους προσωπικούς τρόπους με τους οποίους φαίνεται να βιώνει την αρρώστια του.

Ο νοσηλευτής, αλλά και η θεραπευτική ομάδα, μπορεί να εκφράσει το ενδιαφέρον της σαν ειλικρινή φροντίδα, σαν καλοσύνη και ανθρώπινη θαλπωρή, σαν ετοιμότητα για εξυπηρέτηση και υποστήριξη αλλά και σαν αγάπη.

Έτσι βοηθείται ο ασθενής να αυξήσει την αυτοπεποίθησή του και την αγάπη για τον εαυτό του, να τονώσει την ελπίδα του για βελτίωση, αλλά και την τόλμη του στις διαπροσωπικές σχέσεις. Perlaυ H.E (1952).

Εκείνο όμως που πρέπει να γίνει ιδιαίτερα αισθητό στον ασθενή είναι ο σεβασμός στο άτομό του σαν μοναδική και αδιαίρετη βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Ο νοσηλευτής αποδεικνύει έμπρακτα το σεβασμό του, με το να ακούει προσεκτικά και χωρίς κριτική διάθεση

τον ασθενή, με το να ζητά τη συγκατάθεση και την συνεργασία του στην επιδίωξη κοινών σκοπών, αλλά και με τη συνέπεια και την τήρηση των υποσχέσεων του.

Τέλος, σωστή θεραπευτική επικοινωνία σημαίνει και ετοιμότητα για παροχή βοήθειας. Η παρουσία και η διάθεση του νοσηλευτή να βοηθήσει γίνεται αισθητή με την έμπρακτη συμμετοχή του στη ψυχολογική ανάπτυξη και βελτίωση του ασθενή. Του μεταβιβάζει το αίσθημα ότι του επιτρέπεται να δοκιμάσει νέους τρόπους συμπεριφοράς, για να υιοθετήσει τους πιο αποτελεσματικούς στις συναλλαγές του με τους άλλους. Σημασία έχει να βεβαιώνει τον ασθενή ότι στην προσπάθειά του αυτή θα έχει την προστασία και την ασφάλεια του θεραπευτικού περιβάλλοντος, αλλά και την αμέριστη συμπαράσταση του ίδιου. Robinson L. (1972), Ruesch J. (1973).

Επειδή το να επιτευχθεί η θεραπευτική επικοινωνία στον τομέα της ψυχικής υγείας δεν είναι πάντοτε εύκολο, φαίνεται εκ των πραγμάτων η αναγκαιότητα εφαρμογής κάποιων ιδιαίτερων χειρισμών, που πολλές φορές παίρνουν τη μορφή πιο εξειδικευμένων τεχνικών, ανάλογα με τις απαιτήσεις του κάθε περιστατικού.

Εν συντομία αναφέρονται:

- Η χρήση της σιωπής του νοσηλευτή, η δεκτικότητά του, αλλά και η διάθεσή του για σωστή ακρόαση. Η ενθάρρυνση του αρρώστου να διευθύνει ο ίδιος τη συζήτηση, να περιγράψει τα προβλήματα και τη συμπεριφορά του.
- Η έκφραση αμφιβολίας στις ψευδαισθήσεις που τυχόν παρουσιάζει ο ασθενής, χωρίς κριτική διάθεση και αποδοκιμασία.

- Τα ανοικτά, με λογική σειρά ερωτήματα ώστε να επικεντρώνεται η προσοχή του ασθενή σε ένα θέμα και να απαντά ελεύθερα.
- Η πρόταση συνεργασίας στον ασθενή με παράλληλη πληροφόρηση για την νοσηλεία και τη θεραπεία του, αλλά και με συμβουλευτική βοήθεια.

Συμπερασματικά λοιπόν, θα λέγαμε ότι η σωστή- αποτελεσματική θεραπευτική επικοινωνία είναι ο άξονας γύρω από τον οποίο περιστρέφεται όλη η νοσηλευτική αγωγή του ψυχικά ασθενή. Είναι η βάση που θα στηρίξει ασθενή και νοσηλευτή στην προσπάθεια να ανοικοδομηθεί μια προσωπικότητα, να διαμορφωθεί μια συμπεριφορά.

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Απαραίτητη προϋπόθεση για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και για την επιτυχία της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος.

Ένα τέτοιο περιβάλλον δίνει άνεση και ελευθερία στον άρρωστο να εκφράσει τα συναισθήματα και τις επιθυμίες του και τον βοηθά στην ανάπτυξη υγιών τρόπων συμπεριφοράς.

Ο νοσηλευτής, για να συντελέσει στη δημιουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος, πρέπει να έχει υπόψη του τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1. Ο άρρωστος να νιώθει άνετα και να μην φοβάται μέσα στο περιβάλλον αυτό.
2. Το περιβάλλον να είναι καθαρό
3. Να παρέχει στον άρρωστο μεγαλύτερη δυνατή ασφάλεια για τυχόν τραυματισμό, είτε από δικές του παρορμήσεις είτε από συμπεριφορά άλλων.

4. Να ικανοποιούνται οι άμεσες σημαντικές ανάγκες του αρρώστου.
5. Ο άρρωστος να είναι εξοικειωμένος με το περιβάλλον και να ξέρει τι απαιτείται απ' αυτόν, ποιες δηλαδή είναι οι υποχρεώσεις και οι ευθύνες του προς το συγκεκριμένο περιβάλλον.

Απώτερος σκοπός της δημιουργία και διατήρησης ενός τέτοιου περιβάλλοντος, είναι η θεραπευτική επίδραση που θα έχει στον ασθενή, αλλά και η υποστήριξη που θα βρει μέσα σ' αυτό για την παραπέρα ψυχολογική του ανάπτυξη.

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η φύση της ψυχικής ασθένειας είναι τέτοια που αναγκάζει και θα αναγκάζει κάποιους συνανθρώπους μας να παραμένουν για κάποιο χρονικό διάστημα σε ελεγχόμενο θεραπευτικό περιβάλλον. Σίγουρα η ολοκλήρωση της θεραπείας δεν μπορεί να γίνει «μέσα από τους τοίχους», όσο ευχάριστα χρώματα και αν τους έχουν δοθεί. Σε αυτό το χώρο όμως του νοσοκομείου, θα αρχίσει η θεραπευτική προσπάθεια, θα αρχίσει η ψυχοθεραπεία με την ενεργό συμμετοχή όλης της θεραπευτικής ομάδας.

Έχοντας μια γενική εικόνα του ρόλου που καλείται να παίξει ο νοσηλευτής στην ψυχοθεραπεία, διαπιστώνει κανείς ότι συχνά βρίσκεται αντιμέτωπος με πολύπλοκες και λεπτές καταστάσεις που απαιτούν ιδιαίτερους και μελετημένους χειρισμούς. Άλλωστε και η ψυχοθεραπεία είναι από μόνη της ευαίσθητη υπόθεση και είναι έτσι, γιατί απευθύνεται στην προσωπικότητα, στην ψυχή του ασθενή.

Κάθε ασθενής που ακολουθεί συστηματική ψυχοθεραπεία ανακαλύπτει κατά καιρούς ότι πρόκειται για μια πολύ ενοχλητική διαδικασία. Μπορεί λοιπόν να αποκτήσει μια αρνητική στάση απέναντι

στον ψυχοθεραπευτή, στο νοσηλευτή, στα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, απέναντι στους γονείς ή σε άλλα άτομα του περιβάλλοντός του. επειδή οι μηχανισμοί άμυνάς τους έχουν αλλοιωθεί σε κάποιο βαθμό, σχεδόν πάντα, νιώθουν ότι πρέπει να απαιτήσουν περισσότερη αγάπη, ζεστασιά και υποστήριξη από τον γιατρό τους, τους νοσηλευτές ή από τα άτομα που βρίσκονται πιο συχνά κοντά τους, -ίσως και περισσότερη απ'ότι είναι σε θέση να τους προσφέρουν.

Είναι γνωστό, ότι εξαιτίας προβλημάτων που ο ασθενής αντιμετώπιζε στο παρελθόν με τους γονείς ή με υποκατάστατα γόνεων, βλέπει τον ψυχίατρο και τους νοσηλευτές, συχνά σαν σκληρούς και απορριπτικούς και τους κάνει αποδέκτες όλων των εχθρικών και καταπιεσμένων συναισθημάτων που βίωσε στο παρελθόν. Όλα αυτά τα ισχυρά συναισθήματα δεν υποχωρούν στο τέλος του κύκλου θεραπείας και αναπόφευκτα εκφράζονται καθημερινά στη ζωή του ασθενή, έχοντας σημαντικό αντίκτυπο στη συμπεριφορά και στα αισθήματά του για όλα τα μέλη του προσωπικού.

Ορισμένες φορές φαίνεται να προσπαθεί να οδηγήσει το προσωπικό σε κάποια πράξη τιμωρίας προς αυτόν, κάτι που χρειάζεται ασυνείδητα ώστε να μειωθεί το αίσθημα της ενοχής του. συχνά προσπαθεί να στρέψει το ένα άτομο εναντίον του άλλου. Με πλάγιο και αξιοπρόσεκτα ευφυή τρόπο, ίσως προσπαθήσει να δημιουργήσει μνησικακία μεταξύ του ψυχιάτρου και του προσωπικού. Μπορεί ακόμα ο ασθενής να προσπαθεί να ανακαλύψει τα συναισθήματα των νοσηλευτών απέναντί του, αρπάζοντας και την παραμικρή δήλωσή τους που θα μπορούσε να θεωρηθεί κρίσιμη. Μια τέτοια συμπεριφορά μπορεί να περιοριστεί, αλλά και να προληφθούν οι συνέπειές της, αν τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας διατηρούν μια ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ τους.

Συχνά ο ασθενής μετά τις συναντήσεις με τον γιατρό ή τον ψυχοθεραπευτή του βρίσκεται σε μια κατάσταση έντασης και απογοήτευσης. Τότε ίσως θελήσει να συνεχίσει την θεραπευτική σχέση με κάποιο νοσηλευτή και αν τον βρει αρκετά φιλικό, ίσως προσπαθήσει να τον παρασύρει, ώστε να παίξει γι' αυτόν έναν πραγματικά ανταγωνιστικό, ψυχοθεραπευτικό ρόλο. Στην ουσία αυτό θα το κάνει σαν «αντίποινα», για τις συναντήσεις με τον ψυχοθεραπευτή οι οποίες ίσως του φαίνονται οδυνηρές ή απειλητικές. Αυτή η «παραίσθηση της μεταβίβασης των συναισθημάτων», όπως αποκαλείται η παρά πάνω τακτική, είναι ένας εύκολα αναγνωρίσιμος τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς προσπαθούν να αποφύγουν την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων. Με πολλά προσχήματα προσπαθεί να πείσει το νοσηλευτή για να υποστηρίξει τις δικές του αρρωστημένες άμυνες και να προστατευτεί από την πραγματική κατανόηση και αντιμετώπιση του ίδιου του εαυτού του.

Μερικές φορές μπορεί ο ασθενής να αποκαλύψει στον νοσηλευτή εμπιστευτικές πληροφορίες, που θα ήθελε να αποκρύψει από τον θεραπευτή του. Η σωστή αντίδραση του νοσηλευτή είναι να προσπαθήσει να μεταπείσει τον ασθενή και να τον πείσει να συζητήσει το συγκεκριμένο θέμα με τον γιατρό του ή σε κάποια άλλη περίπτωση του ζητά την άδεια να το συζητήσει ο ίδιος μαζί του.

Παρόλα αυτά είναι απολύτως αναγκαίο, ο νοσηλευτής να μοιράζεται με τους συναδέλφους του πληροφορίες που αφορούν τον ασθενή (εκτός αν συνεπάγονται πραγματικό κίνδυνο για τον ίδιο ή για άλλους), ώστε να συντείνει στην πρόοδο των θεραπευτικών σχέσεων.

Οι νοσηλευτές λοιπόν, γίνονται αποδέκτες ισχυρών πολύπλοκων συναισθημάτων των ασθενών είτε το θέλουν είτε όχι. Και είναι

σημαντικό να αναγνωρίσουν τη σπουδαιότητα της μεταβίβασης των συναισθημάτων, για να είναι σε θέση να αποφύγουν τις παγίδες, όπως την εξιδανίκευσή τους από τους ασθενείς, πράγμα που θα ήταν καταστροφικό για την συμπεριφορά τους αν αντιληφθούν ότι ο νοσηλευτής δεν εκφράζει αυτό που πιστεύουν. Πρόβλημα επίσης παρουσιάζεται, αν ο νοσηλευτής αποτύχει να αντιληφθεί ότι μερικά παρόμοια συναισθήματα προς αυτόν έχουν παρόμοια μεταβατική βάση.

Ένα από τα πιο δύσκολα καθήκοντα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι να δώσει στους ασθενείς να καταλάβουν ότι δέχεται τα εχθρικά όπως κατά τα θετικά συναισθήματα. Ότι μπορούν δηλαδή να εκφράσουν θυμό απέναντί του χωρίς να σταματήσει να ενδιαφέρεται γι'αυτούς. Εξάλλου αυτή η καταπιεσμένη εχθρότητα δεν απευθύνεται στο άτομο του στην πραγματικότητα, αλλά τη δέχεται εξ' αιτίας της παροντικής του θέσης στα μεταβατικά αισθήματα του ασθενή. Η γνώση αυτής της βασικής αρχής της ανθρώπινης συμπεριφοράς θα κάνει πιο κατανοητές στον ίδιο τις πολλές από τις φαινομενικά μυστηριώδεις αντιδράσεις του ασθενή, στην προσπάθειά του να τον βοηθήσει.

Οι νοσηλευτές δεν είναι τα πλέον κατάλληλα άτομα να ασκήσουν ψυχοθεραπεία, μια και η εκπαίδευσή τους δεν τους παρέχει ειδικές ψυχοθεραπευτικές γνώσεις. Αλλά παρόλα αυτά, όλοι οι νοσηλευτές θα ανακαλύψουν ότι οι σχέσεις τους με τους ασθενείς συμπεριλαμβάνουν μεθόδους ψυχοθεραπείας. Πολλές φορές ίσως αναγκαστούν να αναμειχθούν σε περίπλοκα ζητήματα και ο τρόπος που θα χειριστούν την κατάσταση θα είναι αρκετά σημαντικός για τον ασθενή και ίσως να έχει βαθιές επιδράσεις στην εξέλιξη της πάθησής του.

Άρα οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι πάντα καλά ενημερωμένοι για να μπορούν να χειριστούν σημαντικά περιστατικά, είτε με παθητική ακρόαση είτε υιοθετώντας έναν καθαρά ανεκτικό ρόλο.

Σημαντική προϋπόθεση για την σωστή στάση του νοσηλευτή στην ψυχοθεραπεία, είναι να ελέγχει τα δικά του αισθήματα, που πολλές φορές βρίσκοντας αφορμή στην αρνητική συμπεριφορά ασθενών, έχουν την τάση συνειδητά ή ασυνείδητα να εκδηλωθούν. Κάτι τέτοιο βέβαια θα είχε καταστροφικές συνέπειες για τον ασθενή.

Η ψυχοθεραπεία λοιπόν, πολλές φορές, μπορεί να είναι η βάση για την βελτίωση του ασθενή, αλλά έχει τη σκληρή απαίτηση από τα άτομα που την εφαρμόζουν να είναι άρτια καταρτισμένα, έμπειρα, αλλά κυρίως να κατέχονται από αγάπη και ενδιαφέρον για τα άτομα που τη δέχονται. Maddison D.Kellehead J.K (1982).

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ- ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η διδασκαλία προς τον άρρωστο. Πόσο μάλλον όταν αναφέρεται σ'έναν ψυχικά ασθενή. Ο ασθενής αυτός είναι ένα παιδί. Η ατημέλητη συνήθως εμφάνισή του, η άρνησή του να συμβιβαστεί ακόμα και με τους στοιχειώδεις κανόνες καθημερινής υγιεινής, επιβάλλουν την ανάγκη να μάθει πάλι από την αρχή να ντύνεται, να επιλέγει τα ρούχα του, να πλένεται και να περιποιείται τον εαυτό του.

Διδάσκεται και πάλι από την αρχή να τρώει με κοινά παραδεκτούς τρόπους, να ικανοποιεί τις φυσικές του ανάγκες ώστε να γίνεται αποδεκτός από τους άλλους, αλλά και πώς να αναλάβει σιγά σιγά την ευθύνη του εαυτού του και τις υποχρεώσεις του προς το υπόλοιπο περιβάλλον.

Έτσι, ο νοσηλευτής με αγάπη, στοργή, υπομονή και κατανόηση γίνεται δάσκαλος και βάζει τον ασθενή σ'ένα θεραπευτικό πρόγραμμα βελτίωσης της συμπεριφοράς του, της στάσης του, της επικοινωνίας αλλά και της έκφρασης και της εμφάνισής του.

Ο νοσηλευτής από την άλλη, αποτελεί πρότυπο για τον άρρωστο και επομένως πρέπει και ο ίδιος να φροντίζει για την καλή του εμφάνιση και συμπεριφορά αλλά και την ομιλία και τον τρόπο έκφρασής του όταν έρχεται σε επαφή με τον ασθενή, όπως και αν βρίσκεται στο θεραπευτικό περιβάλλον.

Για την θεραπεία όμως του ασθενή σημαντικό ρόλο αν όχι καθοριστικό, παίζει η οικογένειά του. Δυστυχώς, είναι γεγονός ότι οι περισσότερες οικογένειες απορρίπτουν τον άρρωστο εγκαταλείποντάς τον σε διάφορα ιδρύματα ή μένουν κοντά του με συγκεχυμένα όμως αισθήματα αγάπης, ντροπής, θυμού, ενοχής, τα οποία μεταφέρονται στον άρρωστο δημιουργώντας του ανασφάλειες και οδηγώντας τον σε αρνητικές συμπεριφορές που δυσχεραίνουν την θεραπεία.

Ο νοσηλευτής οφείλει να επικεντρώνει τις προσπάθειές του ώστε να κρατήσει την οικογένεια κοντά στον άρρωστο.

Αυτό όμως σημαίνει ότι η οικογένεια θα έχει έναν λειτουργικό ρόλο για τον ασθενή. Έτσι, ενημερώνει τα μέλη της οικογένειας για τη σημασία που παίζει η επαφή της στη θεραπεία του αρρώστου. Τη βοηθά να ξεπεράσει ενοχές και προκαταλήψεις, να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά της ώστε να αποφύγει τη συναισθηματική φόρτιση των μελών της. Διδάσκει στην οικογένεια τεχνικές που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των συμπεριφορών του αρρώστου όταν επιστρέψει και θα ενσωματωθεί ξανά σ'αυτήν.

Πολλές φορές οι συγγενείς φέρνουν αντιρρήσεις για ένα είδος θεραπείας ή επιζητούν ένα άλλο. Ο ασθενής επηρεάζεται από την οικογένειά του και τα ερεθίσματα που παίρνει από αυτήν και μπορεί να αντιδρά στην θεραπεία. Ο νοσηλευτής λοιπόν, συζητά με την οικογένεια τις τυχόν αντιρρήσεις και εξηγεί τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της θεραπείας.

Εξηγεί στην οικογένεια με πόση προσοχή και με ποιο τρόπο θα πρέπει να γίνεται η θεραπευτική αγωγή, τη σημασία που έχει η σωστή λήψη των καθορισμένων φαρμάκων από τον άρρωστο στη θεραπεία και τη συμπεριφορά του.

Τέλος, τονίζει στην οικογένεια ότι αυτή αποτελεί ένα πρότυπο εργαστήριο, όχι μόνο για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, αλλά και για την προαγωγή και διατήρηση της ψυχικής υγείας.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Σήμερα δίδεται μεγάλη έμφαση στην πρόληψη των ψυχικών νοσημάτων όπως άλλωστε και κάθε άλλη διαταραχή της υγείας. Η πρόληψη μελετάται και επιδιώκεται και στην ψυχιατρική νοσηλευτική σε τρία επίπεδα:

1. Πρωτογενής πρόληψη:

Περιλαμβάνει τις ενέργειες που βοηθούν στη μείωση του αριθμού νέων περιστατικών σ'ένα συγκεκριμένο πληθυσμό.

Αυτό γίνεται:

α) με την μελέτη των συνθηκών ζωής και την ανακάλυψη των στρεσογόνων παραγόντων που συντείνουν στην διατάραξη της ψυχικής

ισορροπίας και αυξάνουν επικίνδυνα την πιθανότητα για ψυχική νόσηση.

β) με την προώθηση μέτρων βοήθειας ώστε άτομα επιρρεπή σε ψυχικές διαταραχές να γίνουν ανθεκτικά σε έντονα βλαπτικές και στρεσογόνες επιδράσεις.

Η νοσηλευτική απλώνει τις αρμοδιότητες της ευρύτερα και καλύπτει:

- Την αγωγή ψυχικής υγείας σε άτομα όλων των ηλικιών
- Την πληροφόρηση του κοινού για την φύση της ψυχικής αρρώστιας
- Τις ψυχιατρικές θεραπείες
- Τις τεχνικές πρόληψης, παράκαμψης ή υπερνίκησης του στρες
- Την ενημέρωση για τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας

2) Δευτερογενής πρόληψη:

Στόχος της είναι η έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία της ψυχικής διαταραχής ώστε αν είναι δυνατόν να ελαχιστοποιηθεί η διάρκειά της, να προληφθούν οι παθολογικές επιπτώσεις της αλλά και η εγκατάσταση της ψυχικής αναπηρίας στους αρρώστους. Ενεργεί καθαρά θεραπευτικά και με την κατάλληλη αντιμετώπιση, καθοδήγηση και παραπομπή για θεραπεία όταν χρειάζεται, υποστηρίζει το άτομο και προσπαθεί να προλάβει την μεγαλύτερη ψυχική του αποδιοργάνωση.

3) Τριτογενής πρόληψη: Εδώ περιλαμβάνονται τα προγράμματα ψυχικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης των ασθενών.

Δραστηριοποιείται με σκοπό να βοηθήσει τους ψυχικά ασθενείς να επανενταχθούν στην κοινωνία όσο το δυνατό πιο σύντομα.

Προλαμβάνεται έτσι η καταστροφική ιδρυματοποίησή τους, η μακροχρόνια ή ισόβια αποκοπή τους από την οικογένεια και το περιβάλλον τους και η εγκατάσταση της μόνιμης ψυχικής ανικανότητας.

Για τον σκοπό αυτό δημιουργούνται τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ξενώνες, τα προστατευόμενα εργαστήρια, οι σταθμοί ψυχιατρικών πρώτων βοηθειών με ανοιχτή τηλεφωνική γραμμή όλο το εικοσιτετράωρο κ.α. Α.Ραγιά (1993).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το μέλλον της ψυχικής υγείας φαίνεται να είναι άμεσα συνδεδεμένο με το μέλλον και την εξέλιξη της ψυχιατρικής. Η επιστήμη της ψυχιατρικής, είναι αυτή που θα θέσει τις βάσεις αλλά και θα ανοίξει τους δρόμους, ώστε η ψυχική υγεία να ξεφύγει, ν'απεγκλωβιστεί από τα στενά πλαίσια που την περιορίζουν ασφυκτικά. Είτε αυτά παίρνουν τη μορφή της κοινωνικής προκατάληψης, είτε της αδυναμίας παροχής υπηρεσιών, είτε ακόμα την έλλειψη ειδικών ατόμων, γνώσεων, χώρων και οργάνωσης.

Η ψυχιατρική σαν επιστήμη με συνεχείς έρευνες, αλλά και βασιζόμενη σε όσα ήδη έχει πετύχει, θα εδραιώσει την επιστημονική αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων.

Πέρα όμως από αυτό, τα προβλήματα στο συγκεκριμένο χώρο εξακολουθούν να υπάρχουν και πολλές φορές φαντάζουν τραγικά. Η αναφορά γίνεται σε εικόνες της καθημερινής πραγματικότητας και την ίδια στιγμή, που η ψυχιατρική περηφανεύεται για τις προόδους της στον τομέα της ψυχικής υγείας, πολλοί από τους νοσούντες ζουν το δράμα.

Είναι εκείνοι που δεν έχουν την ψυχολογική και οικονομική δυνατότητα να ζήσουν μόνοι τους και ανεξάρτητοι, που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον ή και αν το έχουν είτε είναι ακατάλληλο ή τους απορρίπτει.

Ποιο είναι λοιπόν το αποτέλεσμα; Χωρίς επαρκή προγράμματα στέγασης και συντήρησης τα άτομα αυτά, αρκετά συχνά δυστυχώς, παραμένουν στο ψυχιατρείο με τη μορφή της αναγκαστικής νοσηλείας, όχι γιατί έχουν ανάγκη ψυχιατρικής περίθαλψης, αλλά στέγης και

τροφής. Η μήπως δεν είναι τραγικό σε άλλες περιπτώσεις, οι άνθρωποι αυτοί να κοιμούνται στα παγκάκια και στις οικοδομές και να συντηρούνται ζητιανεύοντας, ζώντας κάτω από συνθήκες εξαθλίωσης;

Τι πιο λογικό γι' αυτούς τους ανθρώπους από το να γυρνούν πάλι πίσω; Απ' το να αφεθούν πλήρως στην αλλοτρίωση και την φθορά της ψυχής τους; Και με τι δύναμη και ποια βοήθεια άραγε ν'αντισταθούν; Ποιο λοιπόν είναι το μέλλον της ψυχικής υγείας;

Η ουσία είναι και κανείς δεν μπορεί να το αμφισβητήσει, πως η ψυχική υγεία στις μέρες μας έχει καταφέρει να ξεπεράσει πολλά εμπόδια και πως η ψυχιατρική ακολουθεί ένα δύσκολο εξελικτικό δρόμο. Οι ψυχικές νόσοι δεν προκαλούν πια δέος. Αντιμετωπίζονται. Όχι πάντα πλήρως ικανοποιητικά, ωστόσο δέχονται κάποια παρέμβαση και η ποιότητα ζωής των ασθενών βελτιώνεται αισθητά.

Αυτό που λείπει είναι η σωστή υποδομή και οργάνωση, τα κατάλληλα εκπαιδευμένα άτομα, αλλά και η ενημέρωση του κοινού. Η ψυχική νόσος δεν είναι στίγμα. Είναι μια πάθηση με κάποιες ιδιαιτερότητες.

Γίνονται τα πρώτα δειλά βήματα για την αποσυμφόρηση των μεγάλων ψυχιατρικών κέντρων. Νοσοκομεία ημέρας, κέντρα ψυχικής υγιεινής, κάποιοι ξενώνες, κάποιες υπηρεσίες πρόνοιας που φροντίζουν για την αποκατάσταση των ασθενών. Όμως ο δρόμος είναι μακρύς και είναι τόσα πολλά αυτά που πρέπει να γίνουν για να είναι σε θέση η ψυχιατρική και η νοσηλευτική ψυχικής υγείας σε θέση, να μιλούν για ολοκληρωμένη φροντίδα.

Το μέλλον της ψυχικής υγείας θα είναι πραγματικά ευοίωνο αν όλες οι αρμόδιες υπηρεσίες ενώσουν τις δυνάμεις τους και οργανωθούν

σωστά απλώνοντας ένα χέρι βοήθειας σ' αυτούς τους ασθενείς. Στους συνανθρώπους μας, που τελικά ίσως δεν χρειάζονται και τόσα πολλά, πέρα από μια ανθρώπινη αντιμετώπιση με ζεστασιά, μετά την παρέμβαση της επιστήμης.

Μέρος Β'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Η αυτοκτονία αποτελεί φαινόμενο που παρατηρείται σε όλους τους πολιτισμούς και σε όλη την ιστορική περίοδο της ανθρωπότητας. Η πρώτη καταγραμμένη περίπτωση αυτοκτονίας συναντάται σε αιγυπτιακό πάπυρο, ενώ αργότερα αναφέρονται αυτοκτονίες και στη Βίβλο, που κυρίως σχετίζονται με πολεμική ήττα του αυτόχειρα.

Επιστήμονες, ερευνητές διαφόρων κατευθύνσεων (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι, φιλόσοφοι κ.α.) επιχειρούν να προσεγγίσουν το φαινόμενο και να επεισέλθουν στις βαθύτερες αιτίες και πλευρές που το προσδιορίζουν (Χριστοδούλου Γ. και συν. 1994).

Σύμφωνα με κάποιες ψυχοδυναμικές θεωρήσεις παράλληλα με το ένστικτο της ζωής συνυπάρχει και αυτό του θανάτου. Αρκεί όμως απλά η ισχυροποίηση του ενστίκτου του θανάτου ή η αποδυνάμωση του ενστίκτου της ζωής να αιτιολογήσει μια πράξη αυτοκτονίας; Η πράξη της αυτοκτονίας μπορεί να είναι απλά πράξη προαίρεσης ή πράξη παρόρμησης ή τέλος ίσως και πράξη συνήθειας, εφ' όσον βέβαια έχουν προηγηθεί και άλλες απόπειρες.

Έτσι, στην ξαφνική ισχυροποίηση και απελευθέρωση του ενστίκτου του θανάτου μπορούν, παρακινδυνευμένα ίσως, να αποδοθούν μόνο οι αυτοκτονίες εκείνες που πραγματοποιήθηκαν αιφνίδια, παρορμητικά και χωρίς να προμελετηθούν.

Οι περισσότερες όμως αυτοκτονίες –όπως δείχνουν άλλωστε και οι στατιστικές –είναι πράξεις ενσυνείδητες και προμελετημένες. Ο επίδοξος μάλιστα αυτόχειρας δίνει συχνά αρκετές προειδοποιήσεις και σε υψηλή αναλογία, 50-80% ανακοινώνει τις προθέσεις του πριν

αυτοκτονήσει. Σ' αυτές λοιπόν τις αυτοκτονίες «εκ προαίρεσης» τα πράγματα οπωσδήποτε είναι περισσότερο σύνθετα και δεν αρκεί η απλή υπόθεση της απελευθέρωσης του ενστίκτου για να τις δικαιολογήσει. (Βαχτσεβάνος Π. και συν. 1988).

Οι Ey, Bernard και Brisset θεωρούν την αυτοκτονία σαν την πιο συχνή αντικειμενική εκδήλωση της ψυχικής παθολογίας. Γι' αυτό, γράφουν, μιλάμε συχνά στην ψυχιατρική για «ιδέες αυτοκτονίας». Πολλοί υποστηρίζουν, ότι οι ιδέες αυτές αποτελούν την έκφραση μιας ενστικτο-συναισθηματικής διαταραχής πολύ βαθιάς, όπου το άγχος και το παραλήρημα φαίνεται να έχουν τον κυρίαρχο ρόλο.

Άλλοι όμως δέχονται και τη «λογική αυτοκτονία», δηλαδή την αυτοκτονία των φυσιολογικών εκείνων ατόμων, που χωρίς εμφανή παθολογική αιτία, βρίσκουν στην αυτοκτονία μια λογική λύση για τα συμφέροντά τους, τα προβλήματα τα δικά τους ή του περιβάλλοντός τους ή ακόμα και τη λύτρωση από την ψυχολογική και συναισθηματική πίεση που πολλές φορές τους είναι αφόρητη.

Βέβαια καθένας που αυτοκτονεί δεν είναι και ψυχοπαθής. Ο Courbon γράφει: «Μεταξύ της παθολογικής και της μη παθολογικής αυτοκτονίας υπάρχουν όλες οι διαβαθμίσεις». Θα μπορούσε όμως να πει κανείς πως υπάρχουν πολλοί που χαρακτηρίζονται μετά την αυτοκτονία ως ψυχοπαθείς (νευρασθενικοί κλπ). Στην πραγματικότητα όμως πρόκειται για καταπονημένα και απελπισμένα άτομα, για άνεργους χωρίς διέξοδο με βαριές οικονομικές υποχρεώσεις, για λιγότερο ή περισσότερο ευαίσθητα άτομα που πλήττονται ιδιαίτερα από τη δυσμενή εξέλιξη της πραγματικότητας. Εύκολα καταλαμβάνονται από άγχος και μάλιστα τόσο έντονο, ώστε να καταφύγουν στην αυτοκτονία για να λυτρωθούν από τον ασφυκτικό κλοιό του αγχογόνου περιβάλλοντος.

Μπορεί να ισχυριστεί κανείς ότι το φαινόμενο αυτό είναι καθαρά παθολογικό; Όχι. Όμως, από την άλλη πλευρά, μια τέτοια διέξοδος προς την αυτοκτονία δεν μπορεί να θεωρηθεί και σαν τελείως φυσιολογική εκδήλωση. Το βέβαιο πάντως είναι, ότι το νοσηρό άγχος που διακατέχει αυτά τα άτομα σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, αποτελεί παθολογική εκδήλωση, όταν σε συνάρτηση με δυσμενείς εξωτερικούς παράγοντες (οικονομικοί, κοινωνικοί, συναισθηματικοί κλπ) οδηγεί στην αυτοκτονία.

Ο L.Michaux γράφει ότι η παθολογική αυτοκτονία, συνδεδεμένη με την φυσιολογική και με όλες τις ενδιάμεσες μορφές της, εξελίσσεται μέσα σε μια νοσηρή ψυχολογία. Γ.Παπαδημητρίου 1973.

Άρα λοιπόν, η επιστήμη είναι αυτή που καλείται να πάρει υπεύθυνη θέση απέναντι σε τέτοιες περιπτώσεις. Το σπουδαιότερο ίσως καθήκον ενός ψυχίατρου και όλης της θεραπευτικής ομάδας, όταν έχει να κάνει με ασθενείς με τέτοιου είδους διαταραχές, είναι να επισημάνουν τον ελλοχεύοντα κίνδυνο αυτοκτονίας. Το έργο όμως αυτό, δυστυχώς ακόμα και σήμερα γίνεται περισσότερο διαισθητικά και λιγότερο επιστημονικά. Και αυτό γιατί δεν υπάρχουν ρητά παθογνωμικά σημεία της επικείμενης αυτοκτονίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΙΔΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Κατά τον 20^ο αιώνα η μελέτη της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς σημασιοδοτείται από τον Γάλλο Κοινωνιολόγο Durkheim, που μελετά την αυτοκτονία και σαν κοινωνικό φαινόμενο και προτείνει τέσσερις βασικούς τύπους:

- Την αλτρουιστική
- Την εγωιστική
- Την ανομική
- Την μοιρολατρική

Ο ίδιος, προσεγγίζοντας ψυχιατρικά το φαινόμενο της αυτοκτονίας, κατατάσσει τις αυτοκτονίες σε τέσσερις τύπους, που έγιναν κοινά αποδεκτές από την πλειοψηφία των ψυχιάτρων.

1) Μανιακή Αυτοκτονία: Αυτή οφείλεται σε παραισθήσεις ή σε παραληρηματικές συλλήψεις. Ο άρρωστος αυτοκτονεί για να δραπετεύσει από ένα φανταστικό κίνδυνο ή μια ντροπή ή για να πειθαρχήσει σε μια μυστηριώδη δύναμη που του επιβάλλεται κλπ.

Αλλά τα κίνητρα μιας τέτοιας αυτοκτονίας και ο τρόπος της εξέλιξής της αντανακλούν τα γενικά χαρακτηριστικά της αρρώστιας από όπου προέρχεται, δηλαδή την μανία. Αυτό που διακρίνει αυτή την κατάσταση είναι η ακραία ευκινησία. Οι πιο ποικίλες και συγκρουόμενες ιδέες και αισθήματα διαδέχονται το ένα το άλλο με ένταση και ταχύτητα στην συνείδηση του μανιακού. Μια κατάσταση της συνείδησης αντικαθίσταται στιγμιαία από μια άλλη. Τα κίνητρα της

μανιακής αυτοκτονίας γεννούνται, αφανίζονται ή μεταβάλλονται με μια συναρπαστική ταχύτητα.

Η αυτοκτονία συμβαίνει ξαφνικά και αποδεικνύεται από μια παραίσθηση ή παραλήρημα, ακολουθεί η απόπειρα, τότε μεταβάλλεται στιγμιαία η σκηνή και αν η απόπειρα αποτύχει δεν επαναλαμβάνεται τουλάχιστον για εκείνη την στιγμή. Αν επαναληφθεί θα οφείλεται σε ένα άλλο κίνητρο. Γι'αυτούς τους ασθενείς ακόμα και το πιο ασήμαντο περιστατικό μπορεί να οδηγήσει στις απότομες αυτές μεταμορφώσεις.

2) Έμμομη αυτοκτονία: Στην περίπτωση αυτή, η αυτοκτονία δεν προκαλείται από κανένα κίνητρο, ούτε πραγματικό, ούτε φανταστικό, αλλά μόνο από την έμμομη ιδέα του θανάτου, που χωρίς αντιπροσωπευτική αιτία, κυριάρχησε απόλυτα στο πνεύμα του αρρώστου. Τον κατέχει η επιθυμία να σκοτωθεί αν και γνωρίζει πολύ καλά ότι δεν έχει λογικά κίνητρα για να το πράξει. Είναι μια ενστικτώδης ανάγκη να κλέψει, να σκοτώσει, να προκαλέσει εμπρησμό, που υποτίθεται ότι αποτελούν άλλες εκδηλώσεις μονομανίας. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται το άτοπο της επιθυμίας του και δοκιμάζει στην αρχή να αντισταθεί. Στην διάρκεια όμως αυτής της αντίστασης είναι λυπημένος, αισθάνεται καταπίεση με μια διαρκώς αυξανόμενη αγωνία, που προκαλεί και οργανικές διαταραχές. Γι'αυτό και το είδος αυτό της αυτοκτονίας αποκαλείται μερικές φορές αυτοκτονία αγωνίας.

3) Αυθόρμητη Αυτοκτονία: Όπως και οι προηγούμενες στερείται από κίνητρα, δεν έχει αιτία ούτε στην πραγματικότητα, ούτε στην φαντασία του ασθενούς. Αντί να προέρχεται από μια έμμομη ιδέα που καταδιώκει το πνεύμα για ένα σύντομο ή μακρύ χρονικό διάστημα, προκύπτει από μια απότομη και άμεσα ακατανίκητη ορμή.

Η ξαφνική τάση για αυτοκτονία υπενθυμίζει αυτό που αναφέρθηκε πιο πάνω σχετικά με την μανιακή αυτοκτονία, η οποία όμως φαίνεται να έχει πάντα κάποιο λόγο, οπωσδήποτε παράλογο που συνδέεται με τις παραληρηματικές συλλήψεις του ασθενούς. Εδώ αντίθετα, η τάση για αυτοκτονία εμφανίζεται με έναν αληθινά αυτόματο τρόπο, χωρίς να έχει προηγηθεί καμία ανάλογη σκέψη. Η θέα ενός μαχαιριού, ένας περίπατος στην άκρη κάποιου γκρεμού κλπ. γεννούν στιγμιαία την ιδέα της αυτοκτονίας.

Υπάρχει όμως και ένα μικρό ποσοστό ασθενών, οι οποίοι νιώθουν την ορμή να γεννάται μέσα τους και κατορθώνουν να δραπετεύσουν από την γοητεία του θανάσιμου οργάνου απομακρυνόμενοι αμέσως από αυτό.

4) Μελαγχολική αυτοκτονία: Είναι συνδεδεμένη με μια γενική κατάσταση ακραίας καταπίεσης και υπερβολικής θλίψης που κάνει τον άνθρωπο να μην αντιλαμβάνεται πια με πνευματική υγεία τους δεσμούς που τον συνδέουν με τους ανθρώπους και τα πράγματα που τον περιβάλλουν. Τα βλέπει όλα απαισιόδοξα και οι ηδονές δεν τον ελκύουν πια. Η ζωή του φαίνεται βαρετή ή οδυνηρή. Όπως διαρκούν αυτές οι διαθέσεις του έτσι διαρκούν και οι ιδέες της αυτοκτονίας, γι' αυτό κι αν αναβληθεί μια απόπειρα συνήθως επανέρχεται δριμύτερη η απόφαση για μια νέα απόπειρα.

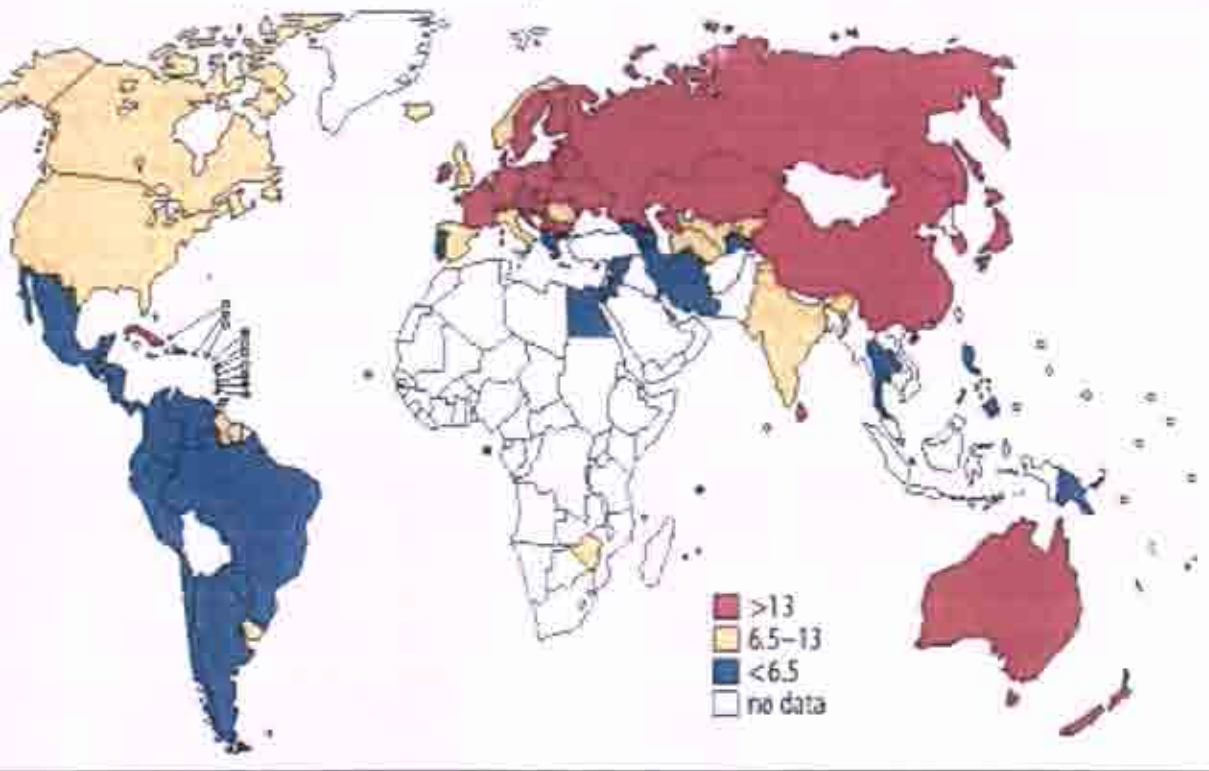
Οι παραισθήσεις και παραληρηματικές σκέψεις μολιάζονται συχνά από τη γενική αυτή απελπισία και οδηγούν στην αυτοκτονία κατά τρόπο ευθύ. Όμως δεν είναι τόσο ευκίνητες όσο εκείνες που εμφανίζουν οι μανιακοί. Αντιθέτως, είναι σταθεροποιημένες όπως και η γενική κατάσταση απ' όπου προήλθαν. Ο φόβος που κυριεύει τον άρρωστο, οι αυτομορφές, ο καημός που νιώθει, είναι πάντοτε ίδιοι. Οι άρρωστοι της

κατηγορίας αυτής προετοιμάζουν τα μέσα της αυτοκαταστροφής ήσυχα, επιδεικνύουν ακόμα απίστευτη επιμονή στην επιδίωξη των σκοπών τους και κατά καιρούς εξυπνάδα.

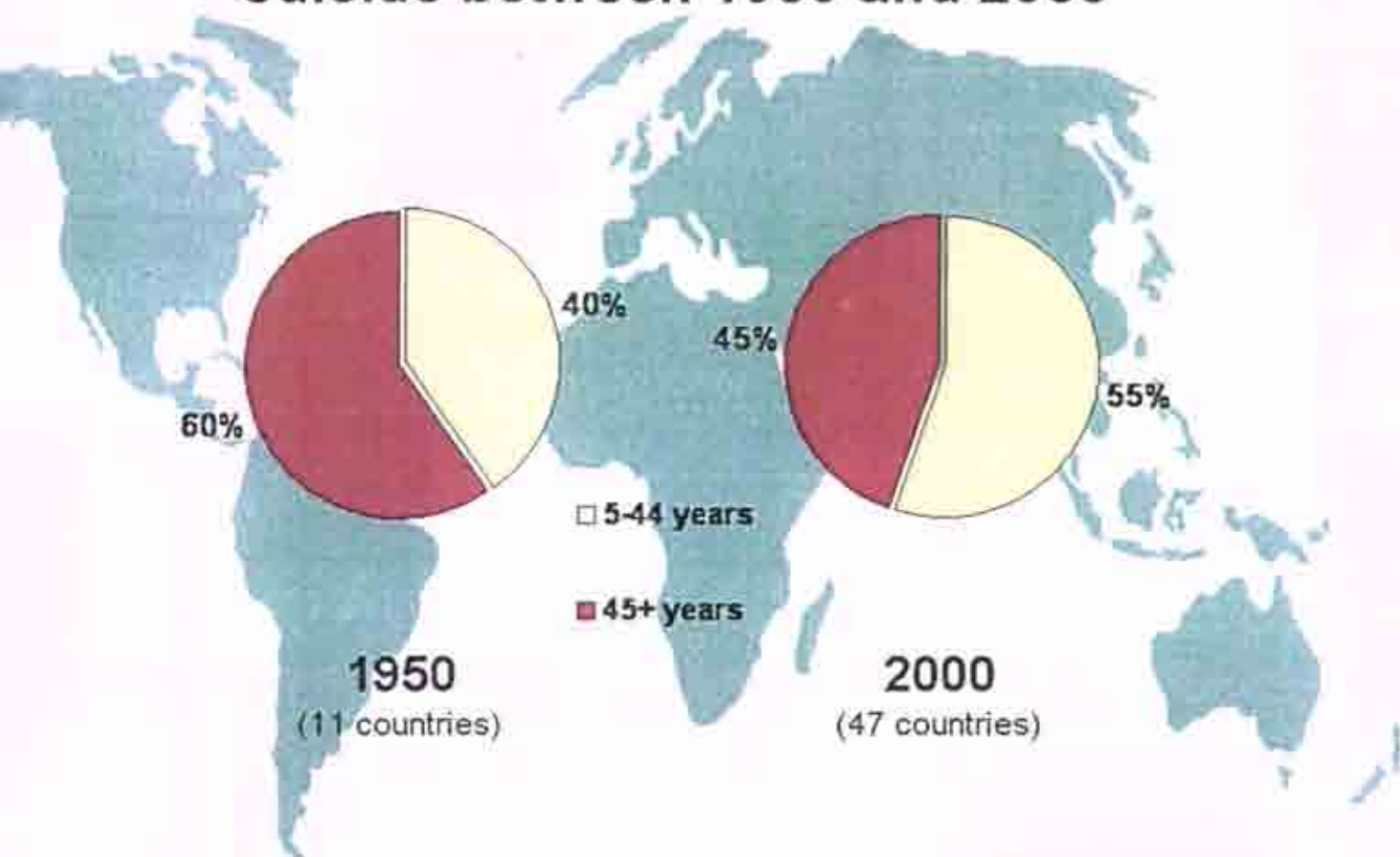
Συμπερασματικά, όλες οι αυτοκτονίες των ψυχασθενών ή στερούνται οποιουδήποτε κινήτρου, είτε προσδιορίζονται από καθαρά φανταστικά κίνητρα. Από όλες τις αυτοκτονίες που προαναφέρθηκαν εκείνη που είναι δυσκολότερο να διακριθεί από τις αυτοκτονίες υγιών ψυχικά ανθρώπων, είναι η αυτοκτονία της μελαγχολίας. Γιατί πολύ συχνά όπως ο μελαγχολικός ασθενής έτσι και ένα φυσιολογικό άτομο μπορεί να βρίσκεται σε μια κατάσταση κατήφειας και κατάθλιψης. Η ουσιαστική διαφορά που υπάρχει πάντα μεταξύ τους, είναι ότι η κατάσταση του πρώτου και η πράξη του είναι απολύτως άσχετες από τις εξωτερικές συνθήκες, ενώ στην δεύτερη περίπτωση (φυσιολογικά άτομα) υπάρχει συγκεκριμένα αντικειμενική αιτία που οδηγεί στην πράξη αυτοκτονίας. E. Durkheim (1951).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

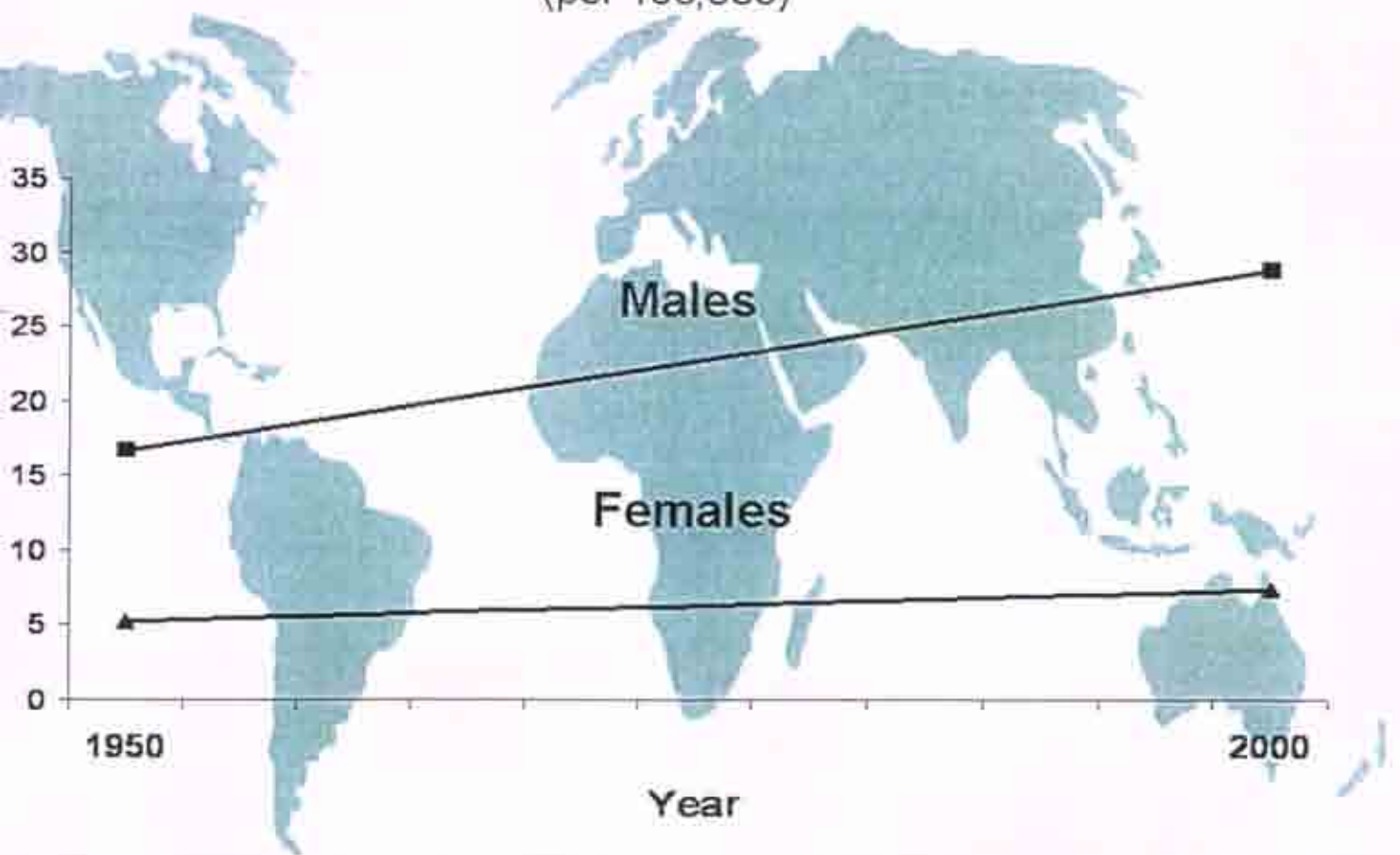
Map of suicide rates
(per 100 000; most recent year available as of March 2002)



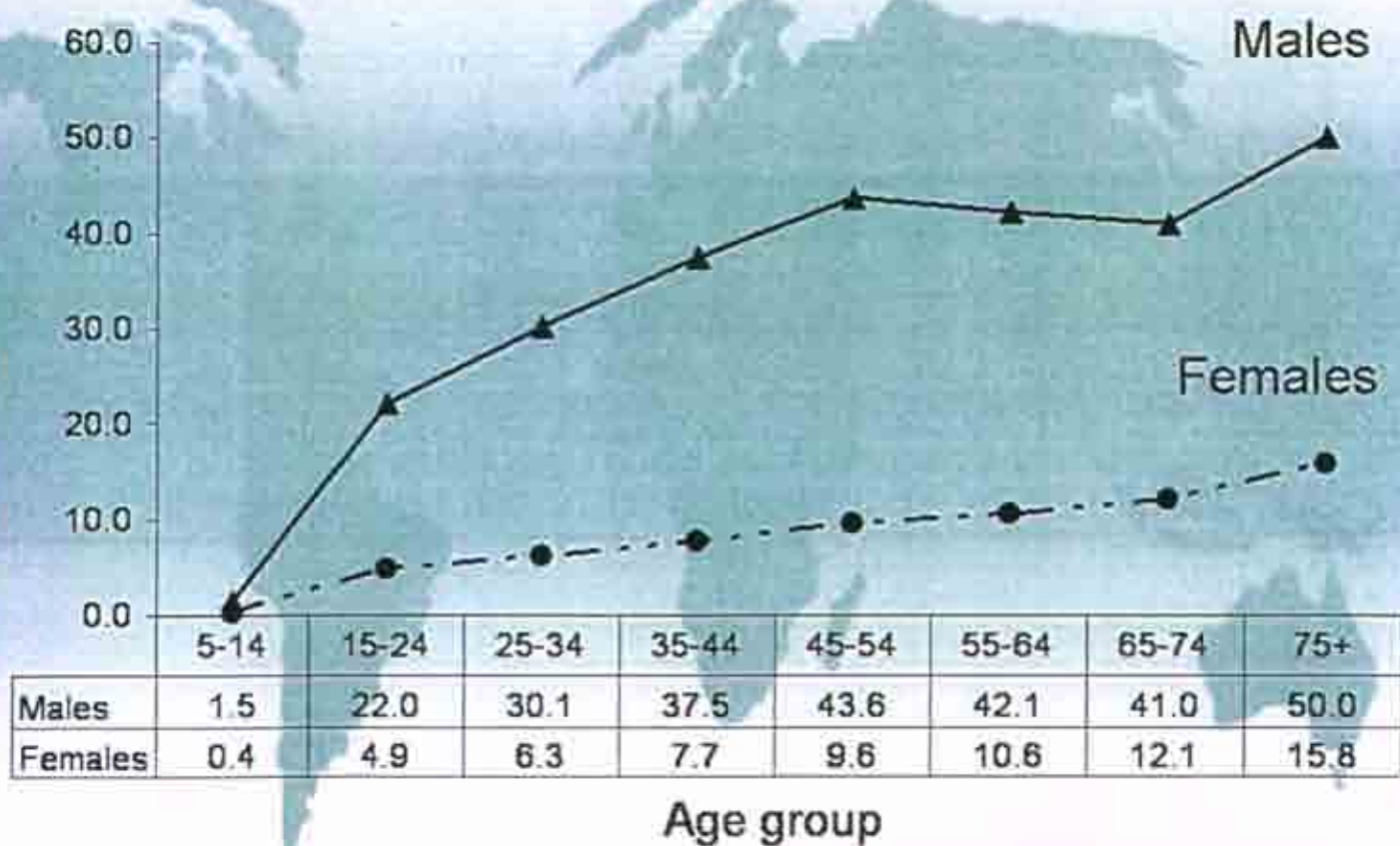
Changes in the age distribution of cases of suicide between 1950 and 2000



Evolution of global suicide rates 1950-2000 (per 100,000)



Distribution of suicide rates (per 100,000) by gender and age, 2000

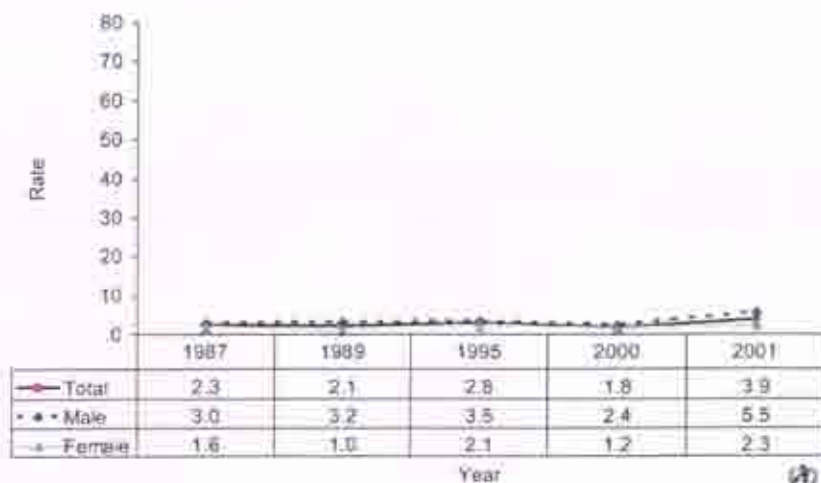


Suicide Rates (per 100,000), by country, year, and sex.
Most recent year available. As of June 2004

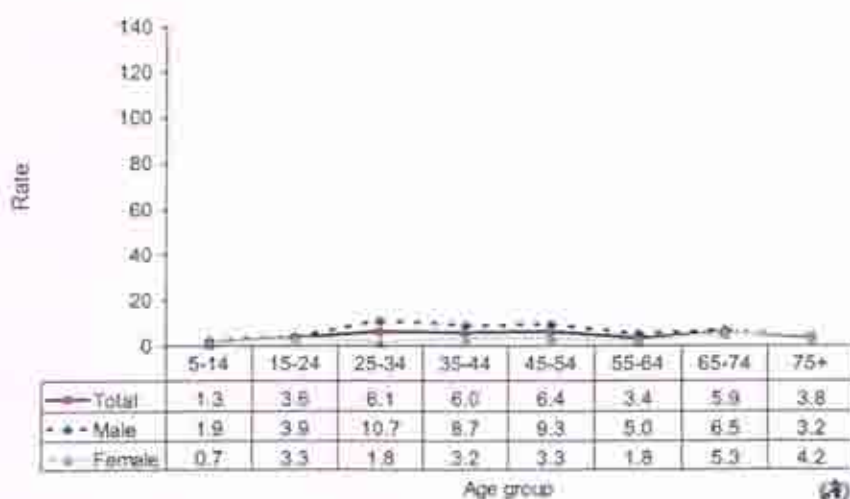
Country	Year	Males	Females
ALBANIA	01	5.5	2.3
ANTIGUA AND BARBUDA	95	0.0	0.0
ARGENTINA	96	9.9	3.0
ARMENIA	02	4.0	0.7
AUSTRALIA	01	20.1	5.3
AUSTRIA	02	30.5	8.7
AZERBAIJAN	02	1.8	0.5
BAHAMAS	95	2.2	0.0
BAHRAIN	88	4.9	0.5
BARBADOS	95	9.6	3.7
BELARUS	01	60.3	9.3
BELGIUM	97	31.2	11.4
BELIZE	95	12.1	0.9
BOSNIA AND HERZEGOVINA	91	20.3	3.3
BRAZIL	95	6.6	1.8
BULGARIA	02	25.6	8.3
CANADA	00	18.4	5.2
CHILE	94	10.2	1.4
CHINA (Selected rural & urban areas)	99	13.0	14.8
CHINA (Hong Kong SAR)	99	16.7	9.8
COLOMBIA	94	5.5	1.5
COSTA RICA	95	9.7	2.1
CROATIA	02	30.2	10.0
CUBA	96	24.5	12.0
CZECH REPUBLIC	01	26.0	6.3
DENMARK	99	21.4	7.4
DOMINICAN REPUBLIC	94	0.0	0.0
ECUADOR	95	6.4	3.2
EGYPT	87	0.1	0.0
EL SALVADOR	93	10.4	5.5
ESTONIA	02	47.7	9.8
FINLAND	02	32.3	10.2
FRANCE	99	26.1	9.4
GEORGIA	00	4.8	1.2
GERMANY	01	20.4	7.0
GREECE	99	5.7	1.6
GUATEMALA	84	0.9	0.1
GUYANA	94	14.6	6.5
HONDURAS	78	0.0	0.0
HUNGARY	02	45.5	12.2
ICÉLAND	99	17.3	5.1
INDIA	98	12.2	9.1
IRAN	91	0.3	0.1
IRELAND	00	20.3	4.3
ISRAEL	99	9.8	2.3
ITALY	00	10.9	3.5
JAMAICA	85	0.5	0.2
JAPAN	00	35.2	13.4
JORDAN	79	0.0	0.0
KAZAKHSTAN	02	50.2	8.8
KUWAIT	01	1.9	0.9
KYRGYZSTAN	02	19.1	4.0
LATVIA	02	48.4	11.8

Country	Year	Males	Females
LITHUANIA	02	80.7	13.1
LUXEMBOURG	02	28.6	10.2
MALTA	02	5.6	4.0
MAURITIUS	00	18.8	5.2
MEXICO	95	5.4	1.0
NETHERLANDS	00	12.7	6.2
NEW ZEALAND	00	19.8	4.2
NICARAGUA	94	4.7	2.2
NORWAY	01	18.4	6.0
PANAMA	87	5.6	1.9
PARAGUAY	94	3.4	1.2
PERU	89	0.6	0.4
PHILIPPINES	93	2.5	1.7
POLAND	01	26.7	4.3
PORTUGAL	00	8.5	2.0
PUERTO RICO	92	16.0	1.9
REPUBLIC OF KOREA	01	20.3	8.6
REPUBLIC OF MOLDOVA	02	27.9	5.2
ROMANIA	02	23.9	4.7
RUSSIAN FEDERATION	02	69.3	11.9
SAINT KITTS AND NEVIS	95	0.0	0.0
SAINT LUCIA	88	9.3	5.8
SAINT VINCENT AND THE GRENADINES	86	0.0	0.0
SAO TOME AND PRINCIPE	87	0.0	1.8
SEYCHELLES	87	9.1	0.0
SINGAPORE	01	11.5	6.9
SLOVAKIA	01	22.2	4.0
SLOVENIA	02	44.4	10.5
SPAIN	00	13.1	4.0
SRI LANKA	91	44.6	16.8
SURINAME	92	16.6	7.2
SWEDEN	01	18.9	8.1
SWITZERLAND	00	27.8	10.6
SYRIAN ARAB REPUBLIC	85	0.2	0.0
TAJIKISTAN	99	4.2	1.6
THAILAND	94	5.6	2.4
TFYR MACEDONIA	00	10.3	4.5
TRINIDAD AND TOBAGO	94	17.4	5.0
TURKMENISTAN	98	13.8	3.5
UKRAINE	00	52.1	10.0
UNITED KINGDOM	99	11.8	3.3
UNITED STATES OF AMERICA	00	17.1	4.0
URUGUAY	90	16.8	4.2
UZBEKISTAN	00	11.8	3.8
VENEZUELA	94	8.3	1.9
ZIMBABWE	90	10.6	5.2

Suicide rates (per 100,000), by gender, Albania, 1987-2001.



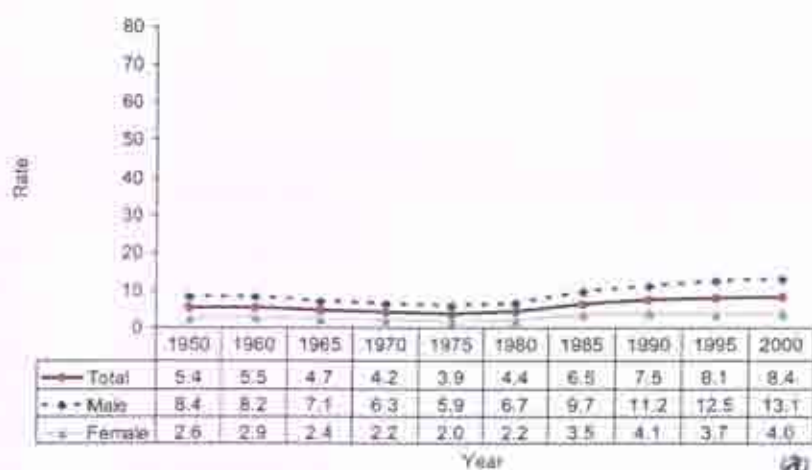
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Albania, 2001.



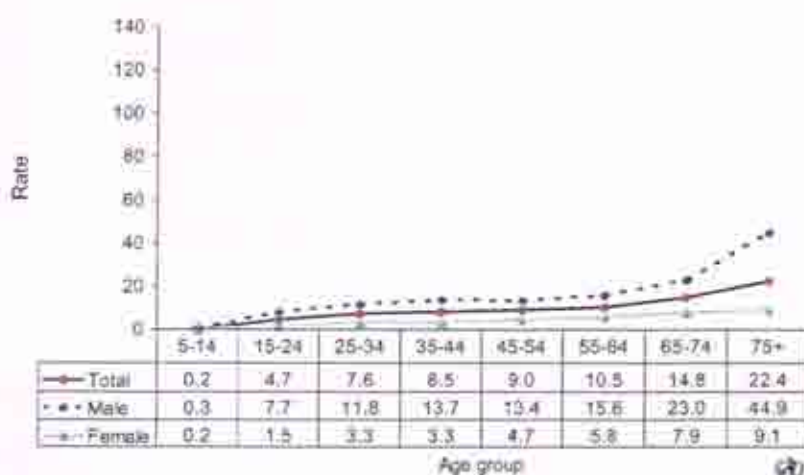
Number of suicides by age group and gender. ALBANIA, 2001.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	6	10	22	19	15	6	5	1	84
Females	2	9	4	7	5	2	4	2	35
Total	8	19	26	26	20	8	9	3	119

Suicide rates (per 100,000), by gender, Spain, 1950-2000.



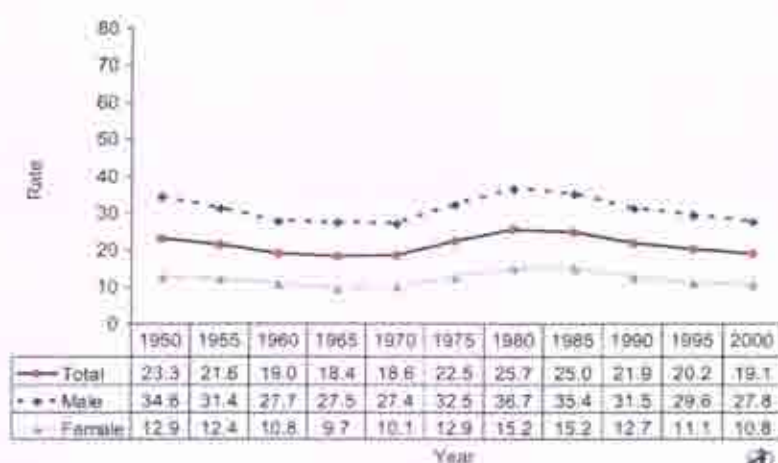
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Spain, 2000.



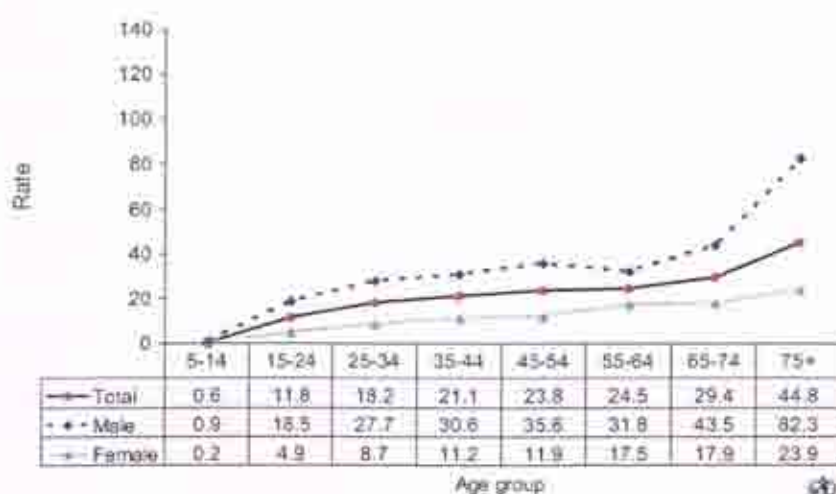
Number of suicides by age group and gender. SPAIN, 2000.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	6	229	400	414	328	304	406	487	2574
Females	3	43	107	100	116	120	165	165	819
Total	9	272	507	514	444	424	571	652	3393

Suicide rates (per 100,000), by gender, Switzerland, 1950-2000.



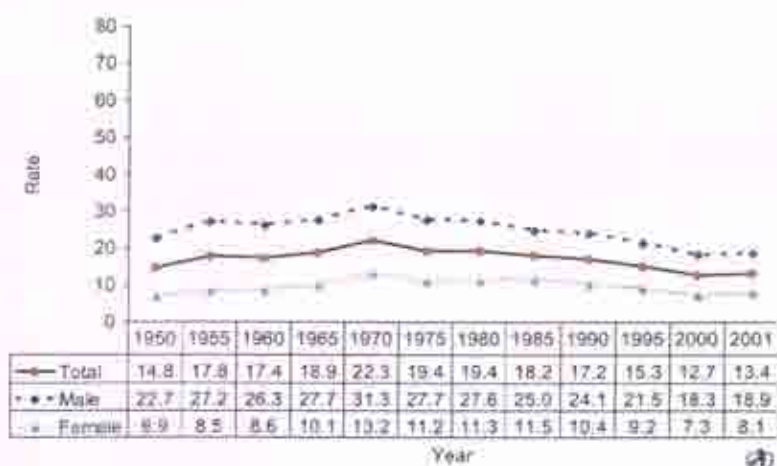
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Switzerland, 2000.



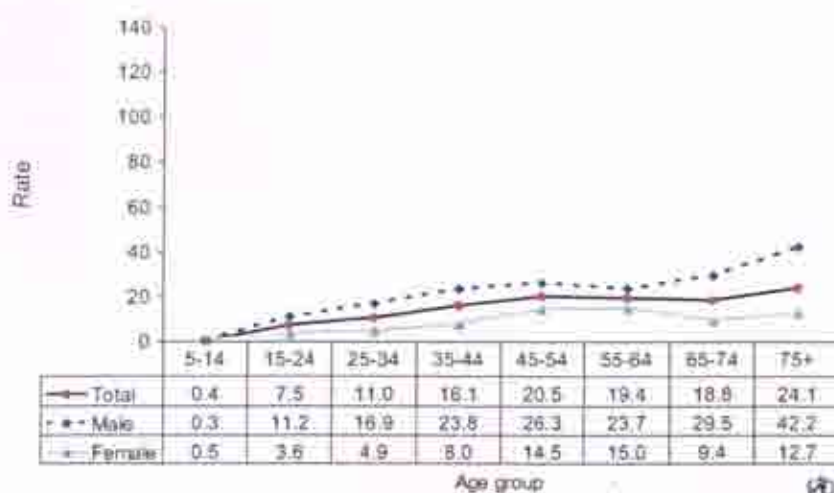
Number of suicides by age group and gender, SWITZERLAND, 2000.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	4	79	147	182	178	123	114	152	979
Females	1	20	47	65	59	70	58	79	399
Total	5	99	194	247	237	193	172	231	1378

Suicide rates (per 100,000), by gender, Sweden, 1950-2001.



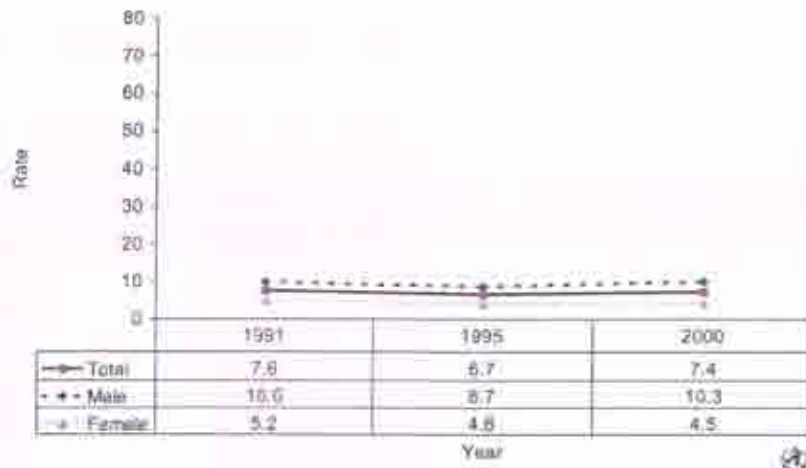
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Sweden, 2001.



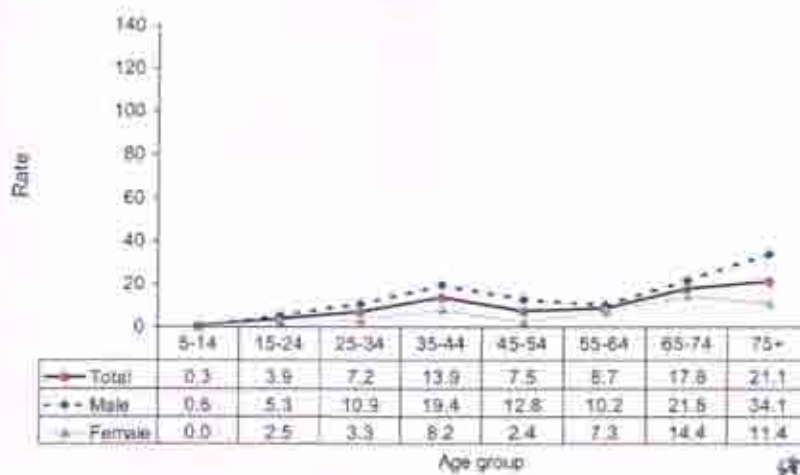
Number of suicides by age group and gender: SWEDEN, 2001.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	2	59	104	149	162	126	102	129	833
Females	3	18	29	48	87	79	37	62	363
Total	5	77	133	197	249	205	139	191	1196

Suicide rates (per 100,000), by gender, Macedonia FYR, 1991-2000.



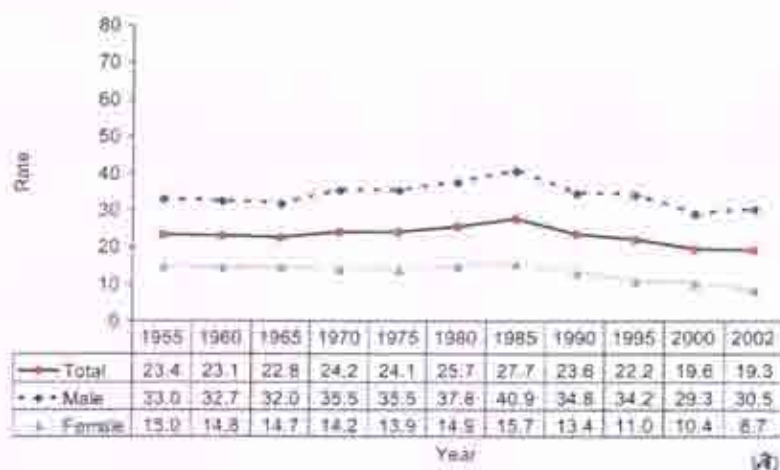
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Macedonia FYR, 2000.



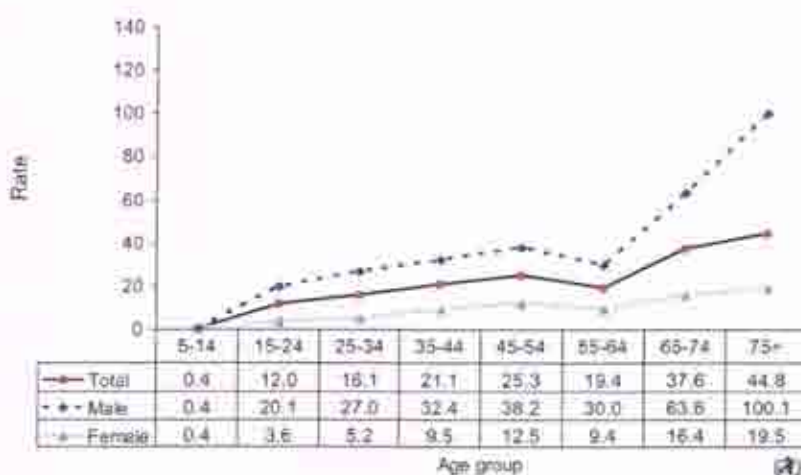
Number of suicides by age group and gender, MACEDONIA FYR, 2000.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	1	9	17	29	16	9	14	9	104
Females	0	4	5	12	3	7	11	4	46
Total	1	13	22	41	19	16	25	13	150

Suicide rates (per 100,000), by gender, Austria, 1955-2002.



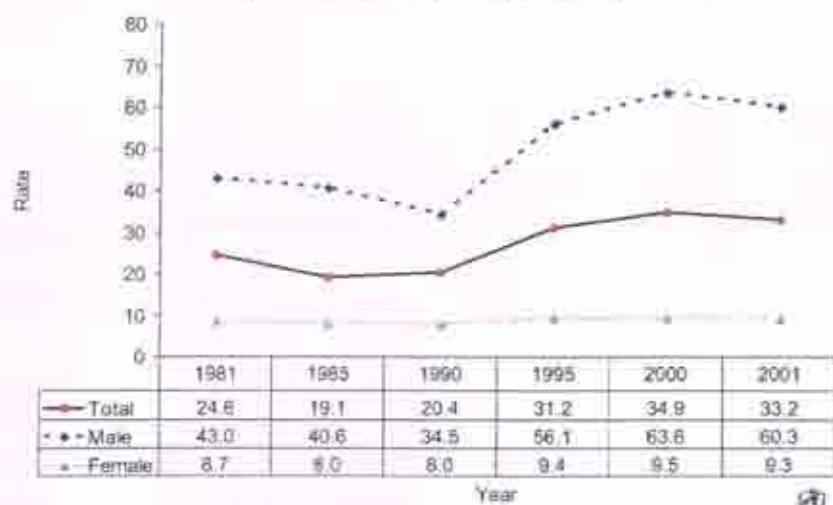
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Austria, 2002.



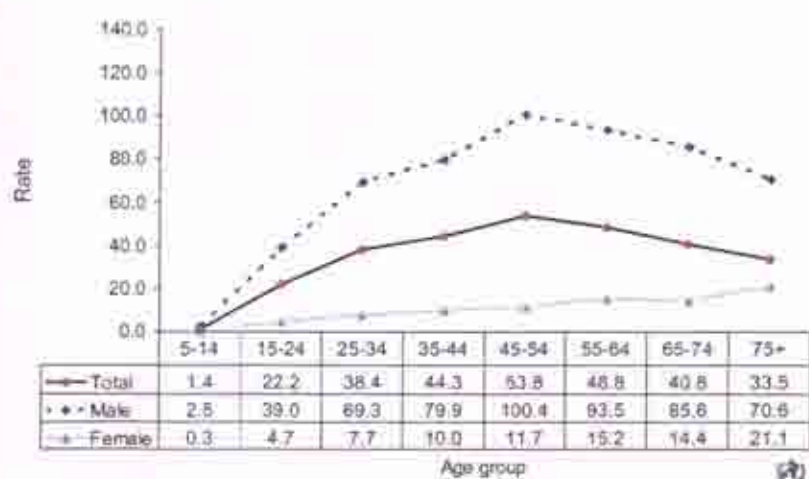
Number of suicides by age group and gender. AUSTRIA, 2002.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	2	99	157	222	200	136	186	187	1189
Females	2	17	30	63	66	45	59	80	362
Total	4	116	187	285	266	181	245	267	1551

Suicide rates (per 100,000), by gender, Belarus, 1981-2001.



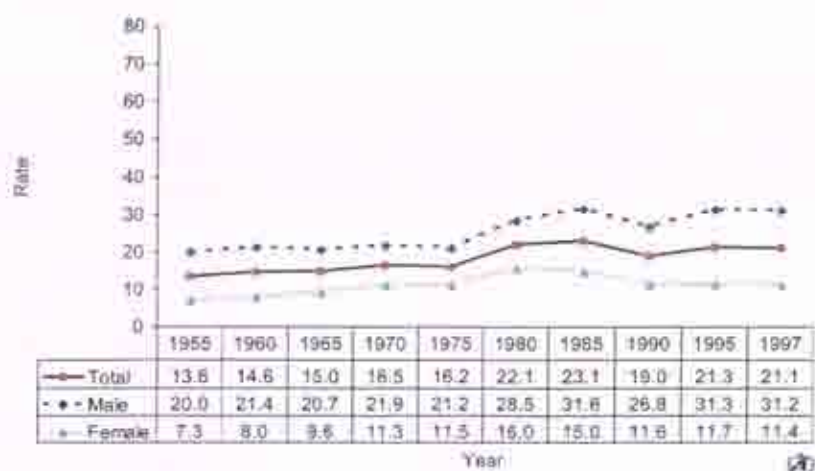
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Belarus, 2001.



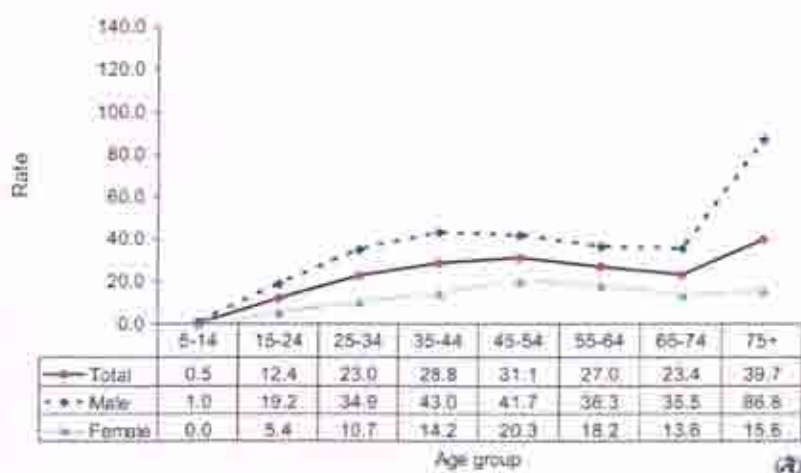
Number of suicides by age group and gender. BELARUS, 2001.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	17	313	477	634	632	373	285	82	2822
Females	2	36	53	82	82	81	81	73	492
Total	19	349	530	716	714	454	366	155	3314

Suicide rates (per 100,000), by gender, Belgium, 1955-1997.



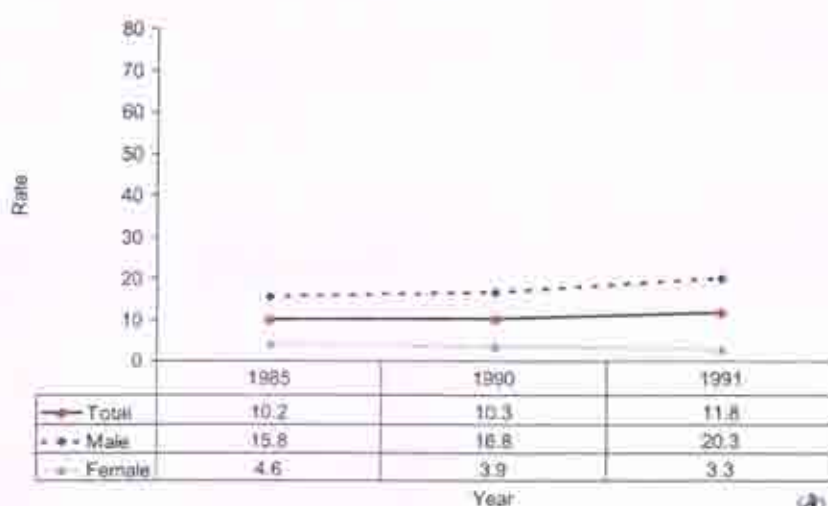
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Belgium, 1997.



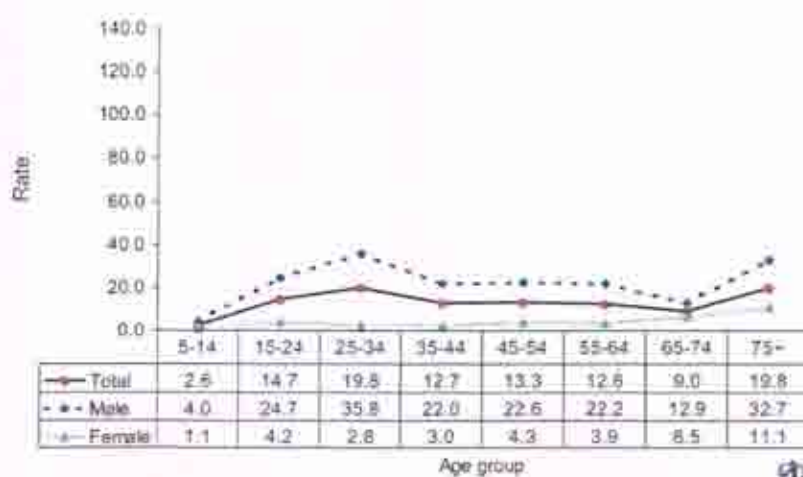
Number of suicides by age group and gender. BELGIUM, 1997.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	6	124	273	336	272	187	156	197	1551
Females	0	34	81	108	130	99	74	69	595
Total	6	158	354	444	402	286	230	266	2146

Suicide rates (per 100,000), by gender, Bosnia and Herzegovina, 1985-1991.



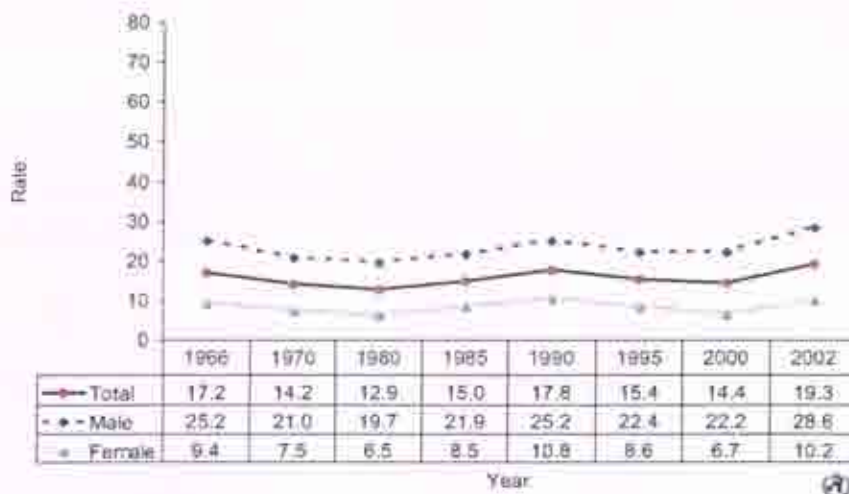
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Bosnia and Herzegovina, 1991.



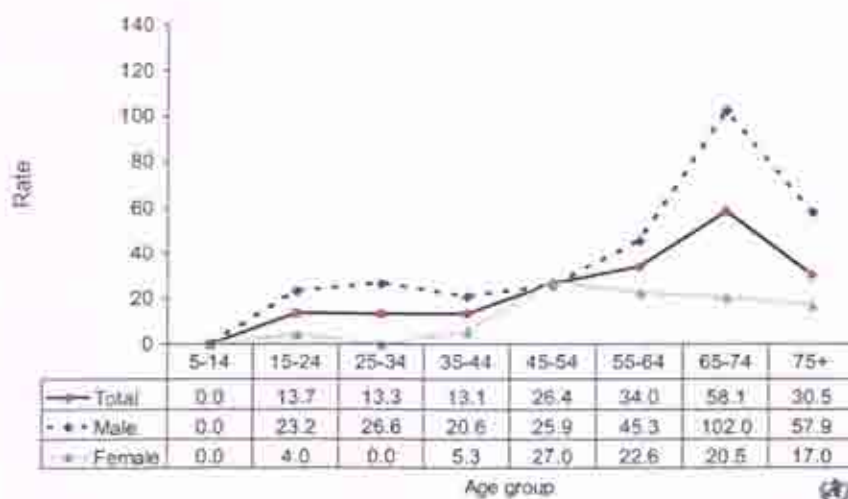
Number of suicides by age group and gender. BOSNIA AND HERZEGOVINA, 1991.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	15	98	151	69	55	46	9	14	457
Females	4	16	11	9	11	9	7	7	74
Total	19	114	162	78	66	55	16	21	531

Suicide rates (per 100,000), by gender, Luxembourg, 1966-2002.



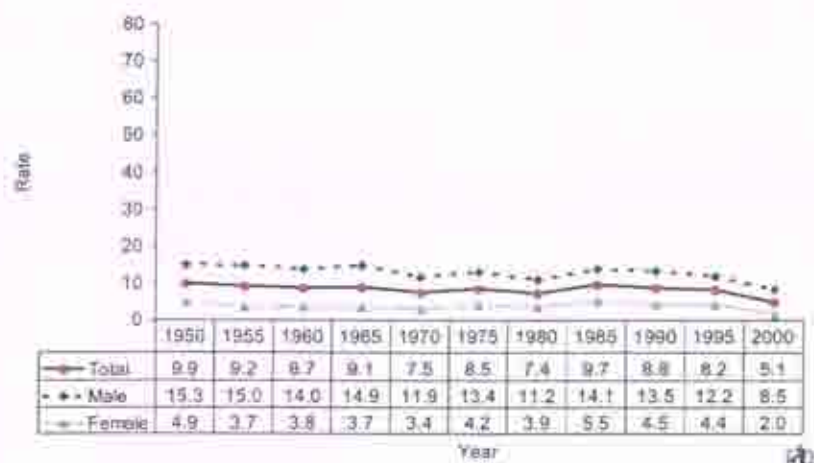
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Luxembourg, 2002.



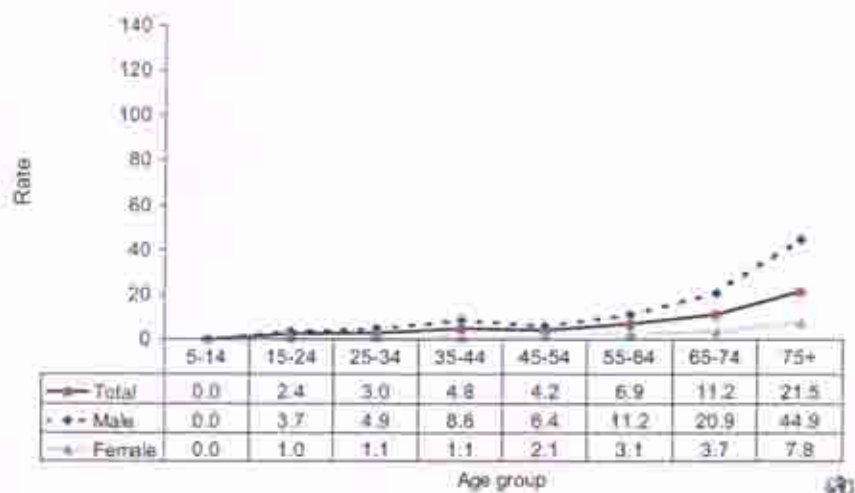
Number of suicides by age group and gender. LUXEMBOURG, 2002.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	0	6	9	8	8	10	17	5	63
Females	0	1	0	2	8	5	4	3	23
Total	0	7	9	10	16	15	21	8	86

Suicide rates (per 100,000), by gender, Portugal, 1950-2000.



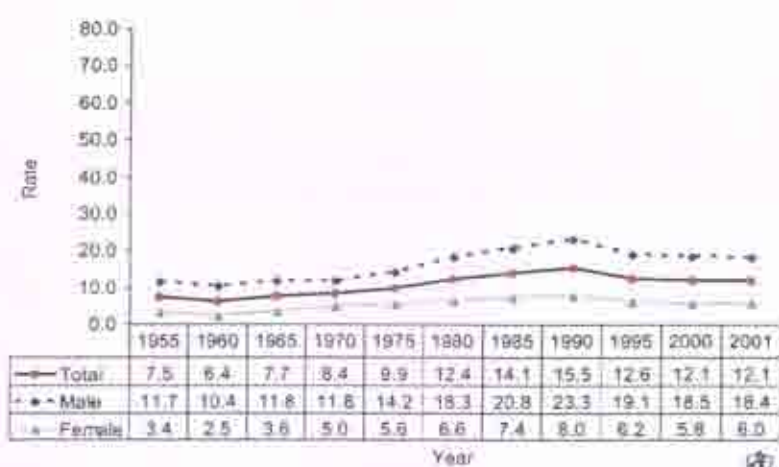
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Portugal, 2000.



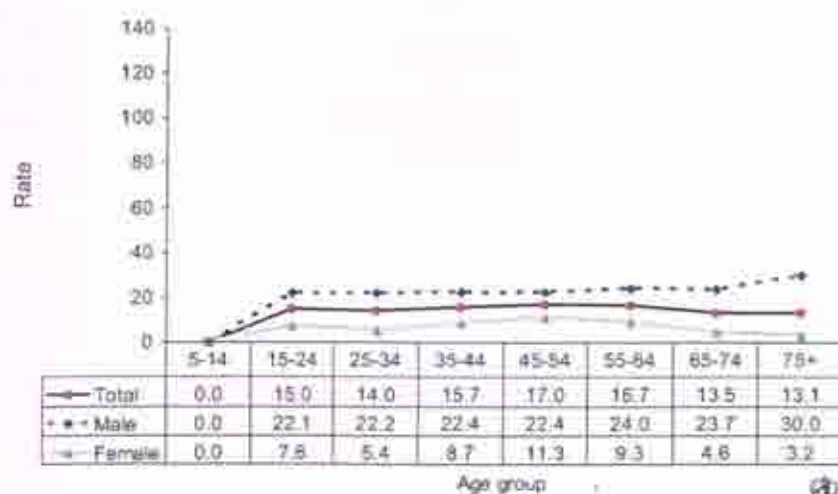
Number of suicides by age group and gender. PORTUGAL, 2000.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	0	28	40	61	40	57	86	105	417
Females	0	7	9	8	14	18	20	31	107
Total	0	35	49	69	54	75	106	136	524

Suicide rates (per 100,000), by gender, Norway, 1955-2001.



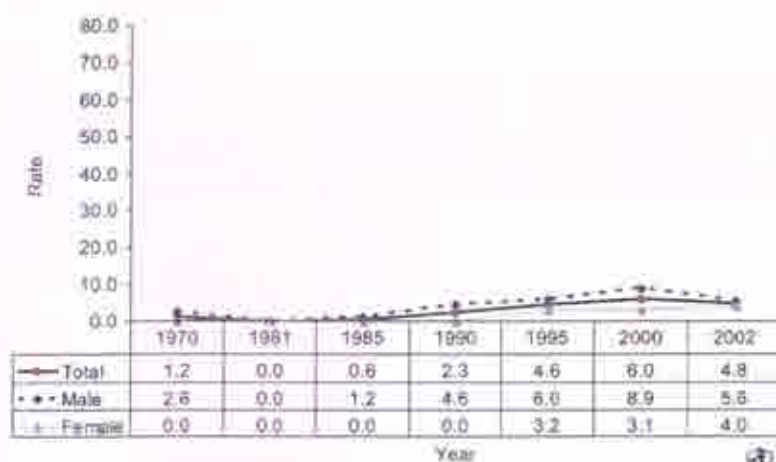
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Norway, 2001.



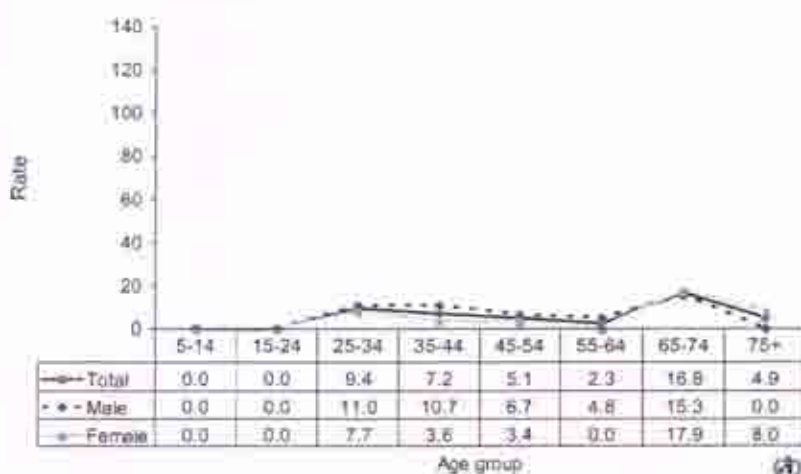
Number of suicides by age group and gender. NORWAY, 2001.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	0	61	76	75	70	54	36	39	411
Females	0	20	18	28	34	21	8	7	136
Total	0	81	94	103	104	75	44	46	547

Suicide rates (per 100,000), by gender, Malta, 1970-2002.



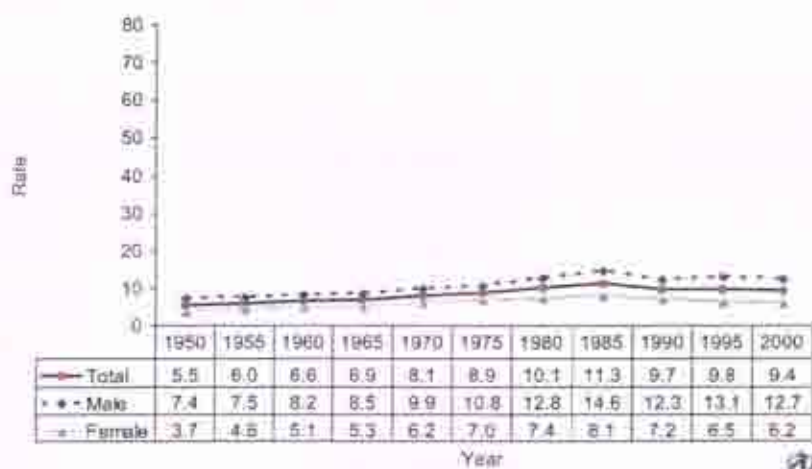
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Malta, 2002.



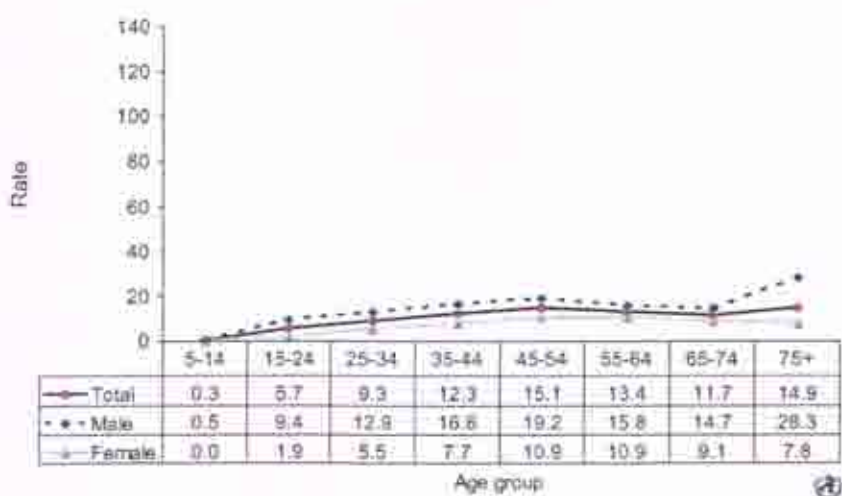
Number of suicides by age group and gender. MALTA, 2002.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	0	0	3	3	2	1	2	0	11
Females	0	0	2	1	1	0	3	1	8
Total	0	0	5	4	3	1	5	1	19

Suicide rates (per 100,000), by gender, Netherlands, 1950-2000.



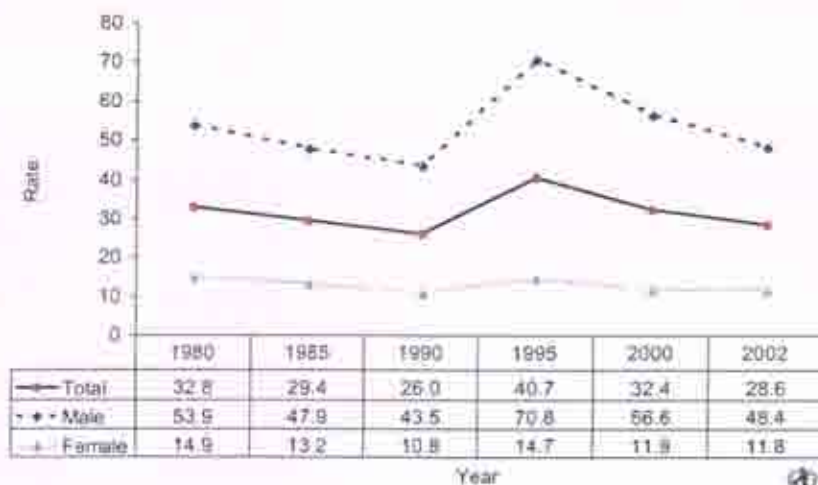
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Netherlands, 2000.



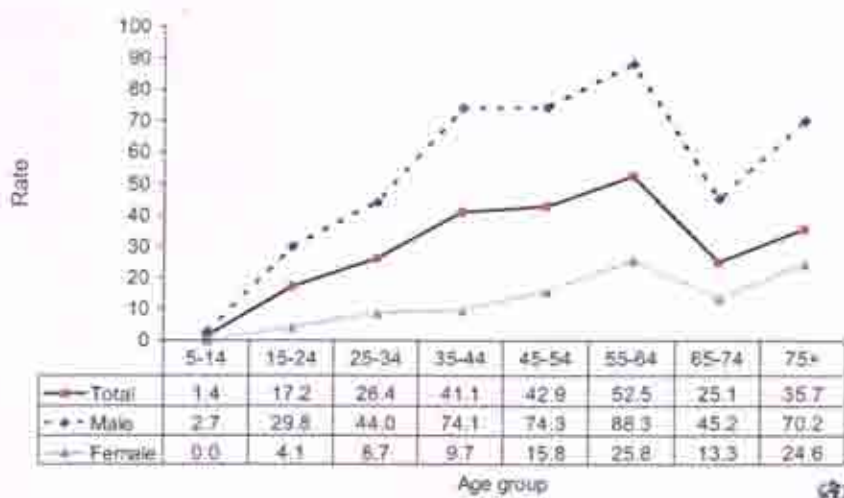
Number of suicides by age group and gender: NETHERLANDS, 2000.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	5	90	162	215	224	127	81	95	999
Females	0	18	67	97	124	87	59	49	501
Total	5	108	229	312	348	214	140	144	1500

Suicide rates (per 100,000), by gender, Latvia, 1980-2002.



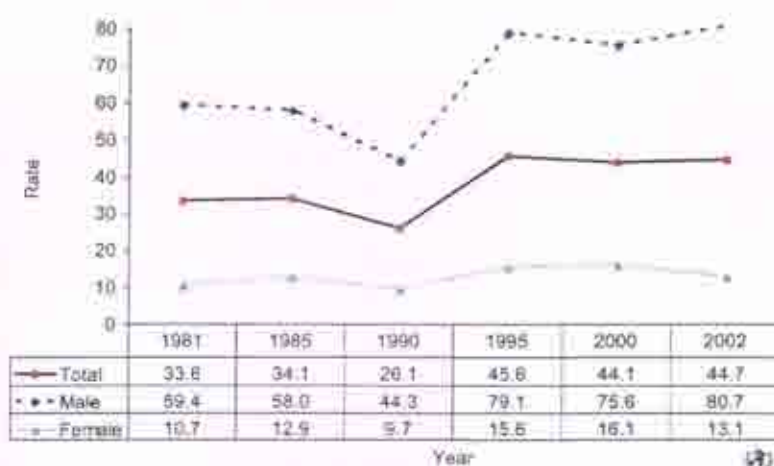
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Latvia, 2002.



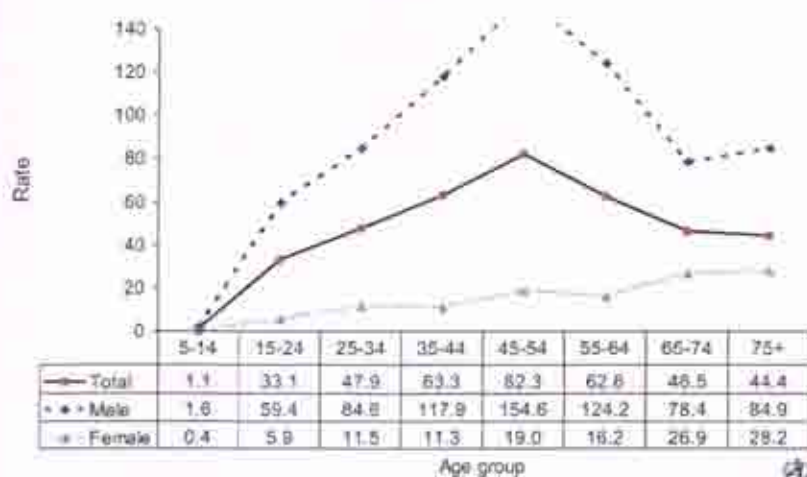
Number of suicides by age group and gender. LATVIA, 2002.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	4	53	71	123	106	102	38	24	521
Females	0	7	14	17	26	40	19	26	149
Total	4	60	85	140	132	142	57	50	670

Suicide rates (per 100,000), by gender, Lithuania, 1981-2002.



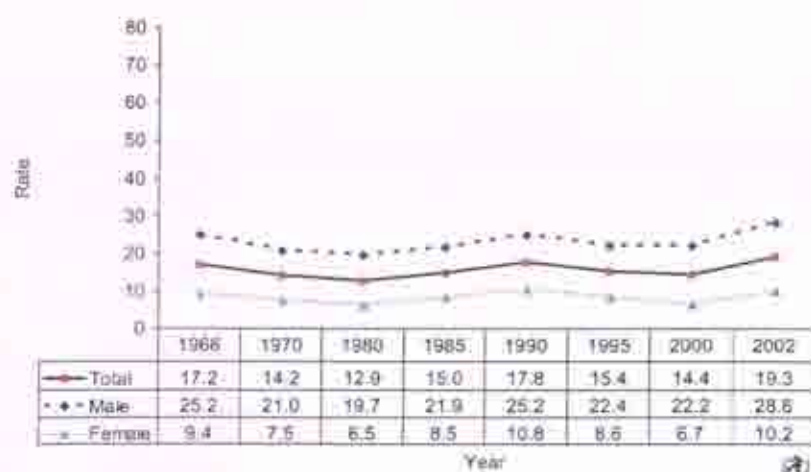
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Lithuania, 2002.



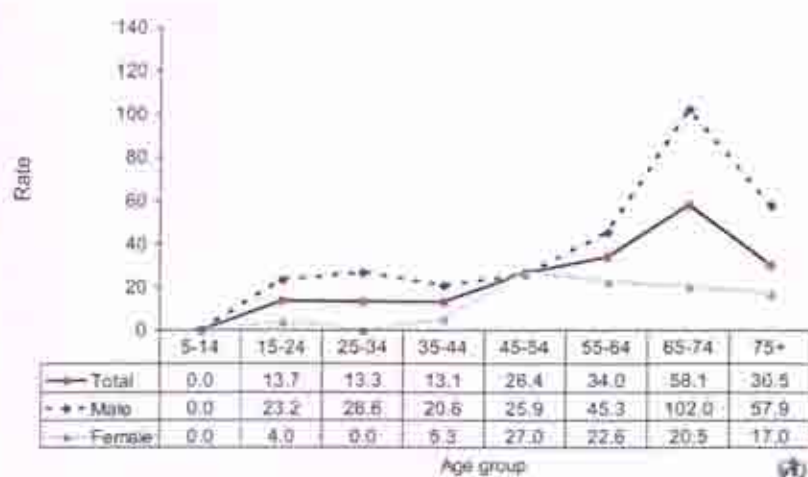
Number of suicides by age group and gender: LITHUANIA, 2002.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	4	156	204	307	306	191	93	47	1308
Females	1	15	28	31	43	33	52	39	243
Total	5	171	232	338	349	224	145	86	1551

Suicide rates (per 100,000), by gender, Luxembourg, 1966-2002.



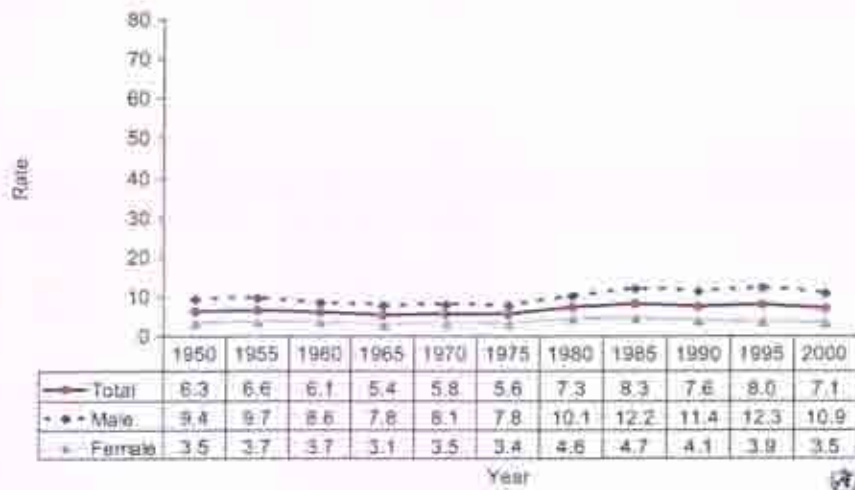
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Luxembourg, 2002.



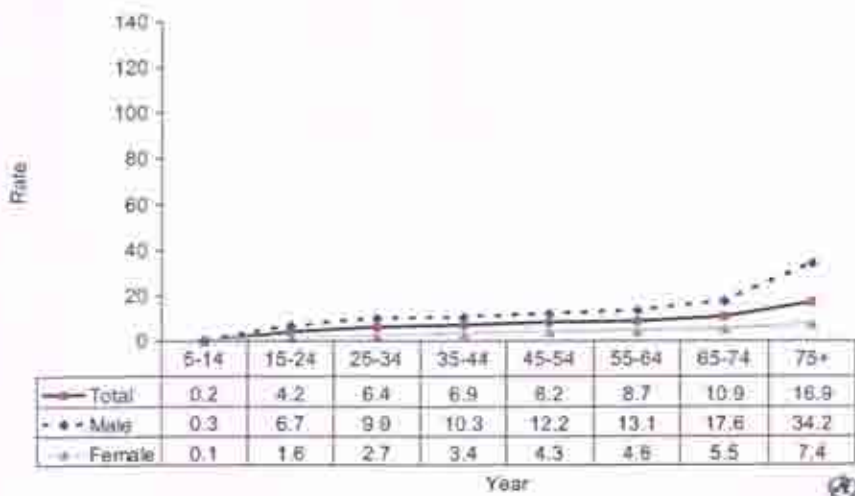
Number of suicides by age group and gender, LUXEMBOURG, 2002.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	0	6	9	8	8	10	17	5	63
Females	0	1	0	2	8	5	4	3	23
Total	0	7	9	10	16	15	21	8	86

Suicide rates (per 100,000), by gender, Italy, 1950-2000.



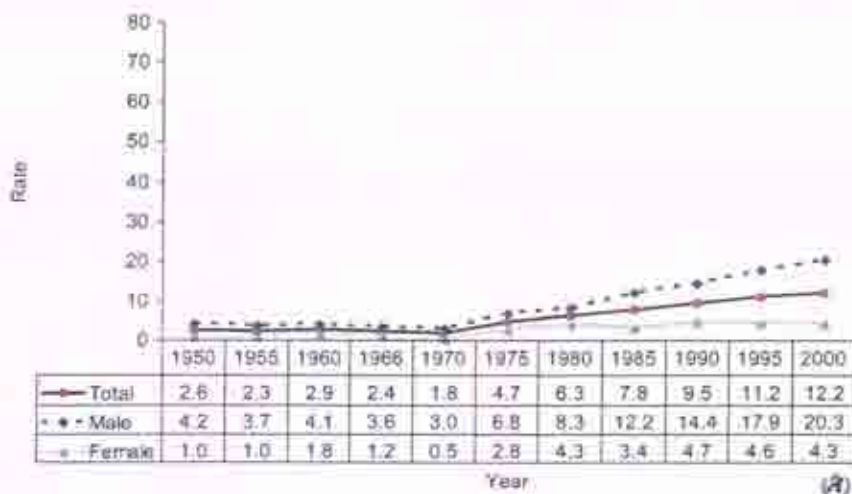
Suicide rates (per 100,000), by gender, Italy, 2000.



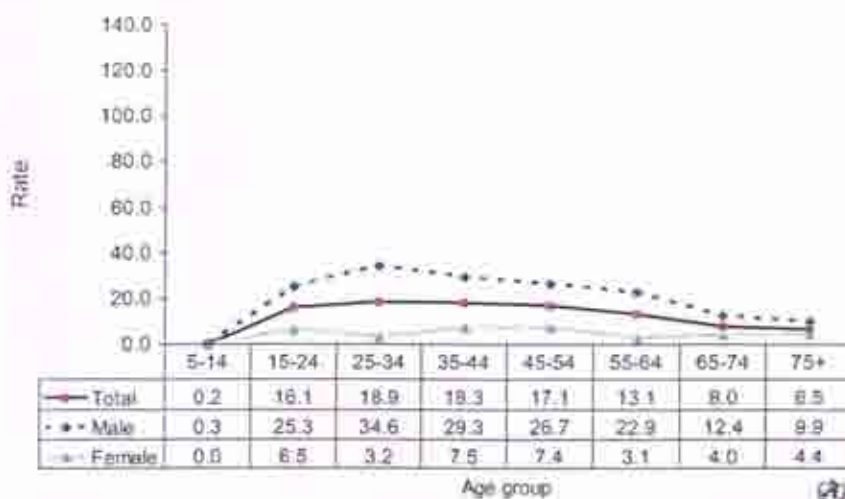
Number of suicides by age group and gender. ITALY, 2000.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	9	230	459	451	463	428	465	557	3062
Females	2	51	124	145	168	161	178	217	1046
Total	11	281	583	596	631	589	643	774	4108

Suicide rates (per 100,000), by gender, Ireland, 1950-2000.



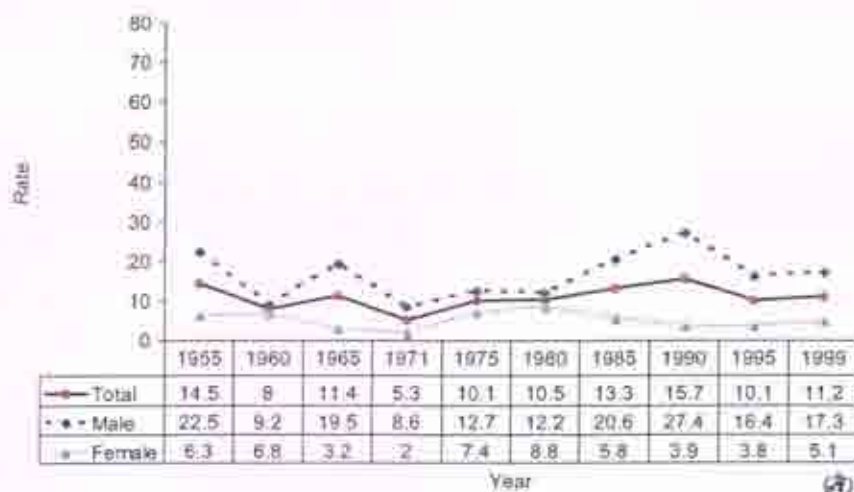
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Ireland, 2000.



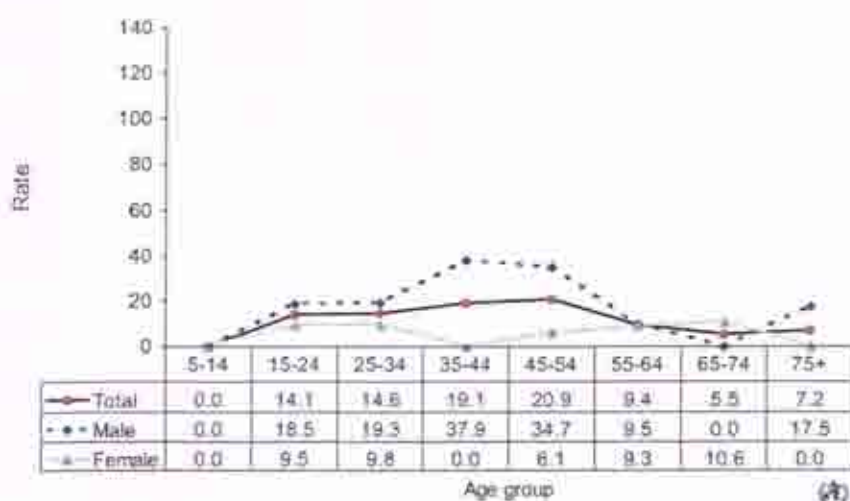
Number of suicides by age group and gender. IRELAND, 2000.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	1	85	99	76	62	37	14	7	381
Females	0	21	9	20	17	5	5	5	82
Total	1	106	108	96	79	42	19	12	463

Suicide rates (per 100,000), by gender, Iceland, 1955-1999.



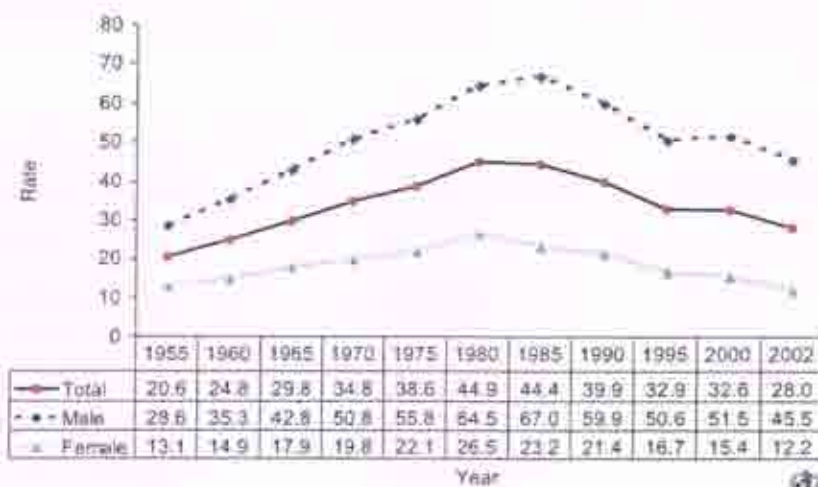
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Iceland, 1999.



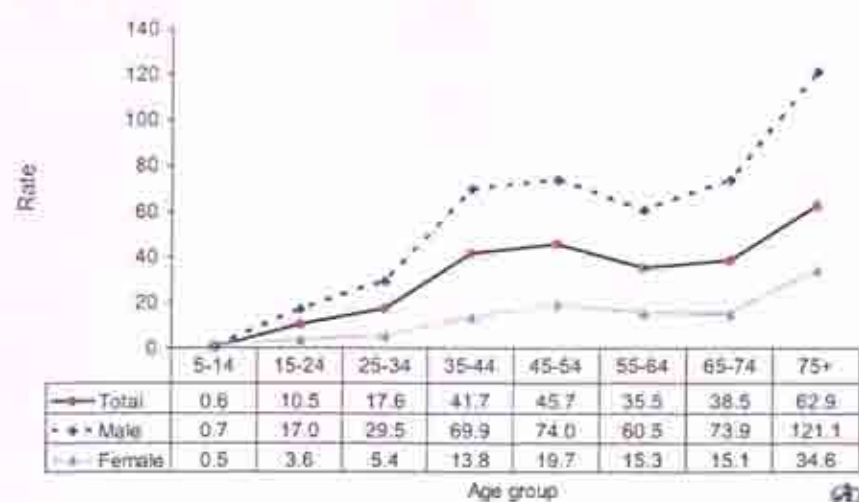
Number of suicides by age group and gender. ICELAND, 1999.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	0	4	4	8	6	1	0	1	24
Females	0	2	2	0	1	1	1	0	7
Total	0	6	6	8	7	2	1	1	31

Suicide rates (per 100,000), by gender, Hungary, 1955-2002.



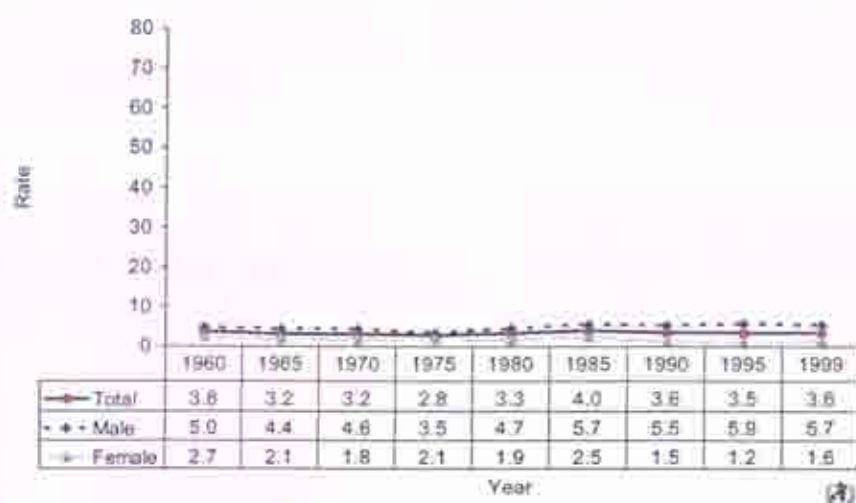
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Hungary, 2002.



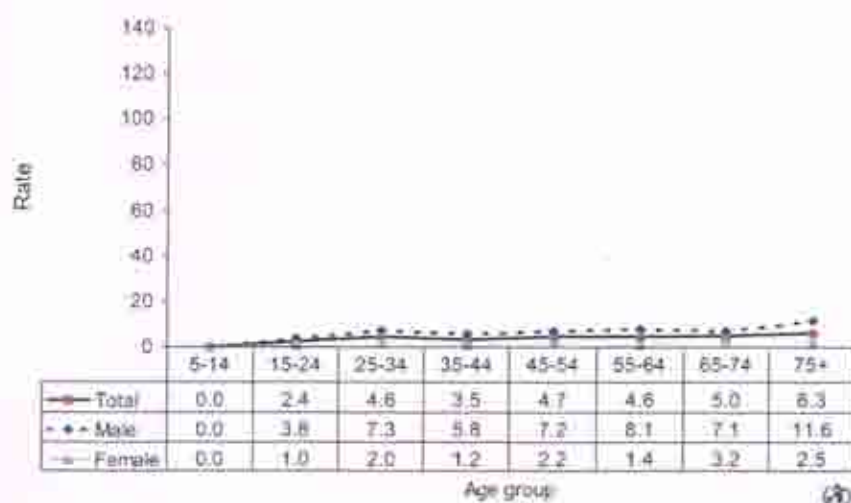
Number of suicides by age group and gender. HUNGARY, 2002.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	4	123	232	444	553	313	269	254	2195
Females	3	25	41	89	159	98	83	149	648
Total	7	148	273	533	712	411	352	403	2843

Suicide rates (per 100,000), by gender, Greece, 1960-1999.



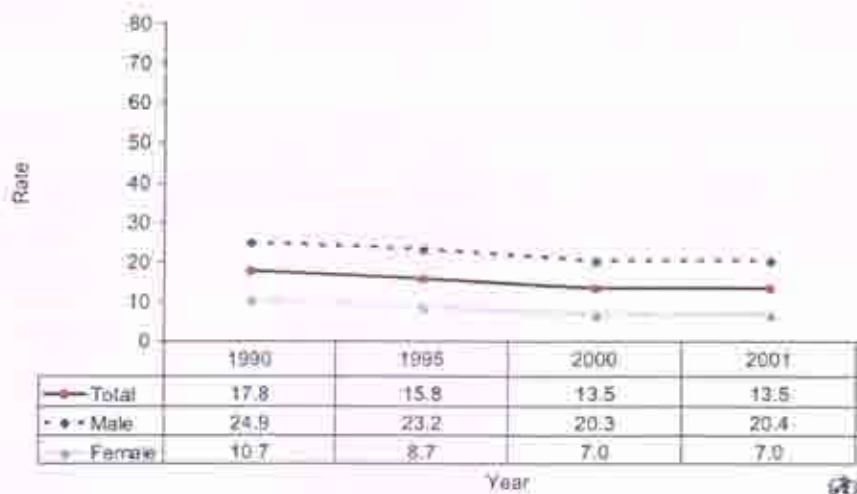
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Greece, 1999.



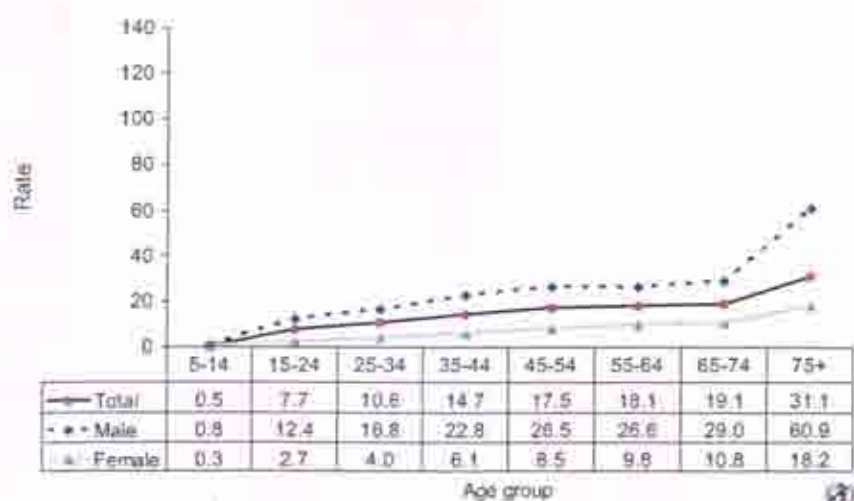
Number of suicides by age group and gender, GREECE, 1999.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	0	29	59	43	48	47	36	34	296
Females	0	7	16	9	15	9	19	10	85
Total	0	36	75	52	63	56	55	44	381

Suicide rates (per 100,000), by gender, Germany, 1990-2001.



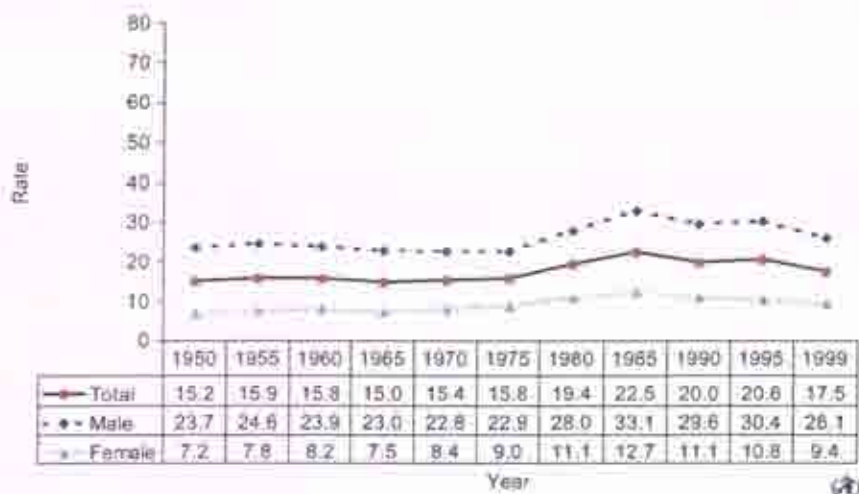
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Germany, 2001.



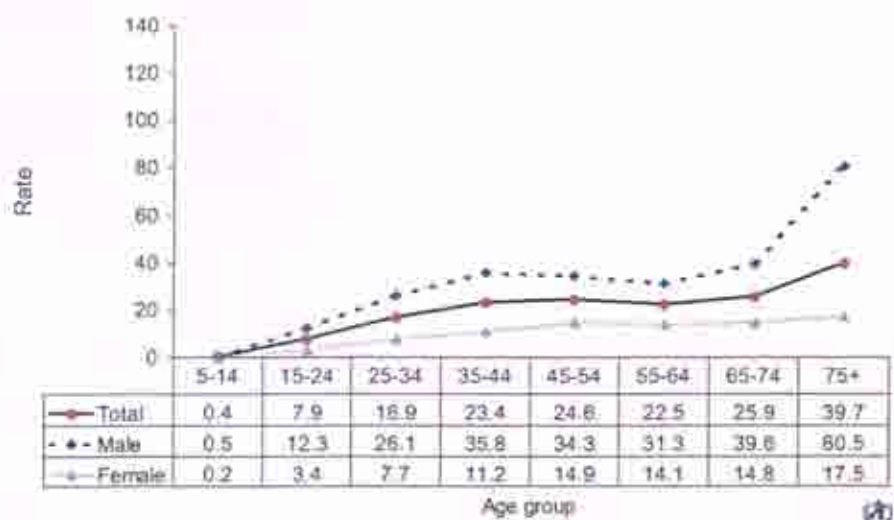
Number of suicides by age group and gender. GERMANY, 2001.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	37	593	983	1610	1448	1374	1039	1104	8188
Females	11	124	221	410	456	519	463	764	2968
Total	48	717	1204	2020	1904	1893	1502	1868	11156

Suicide rates (per 100,000), by gender, France, 1950-1999.



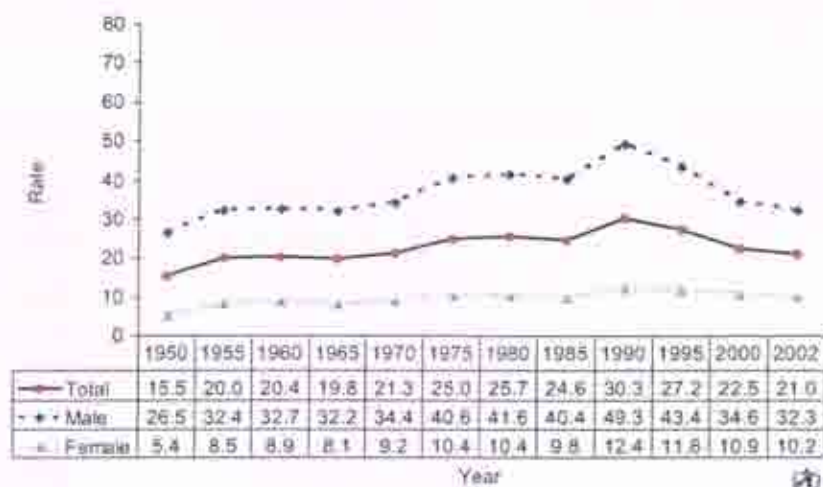
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, France, 1999.



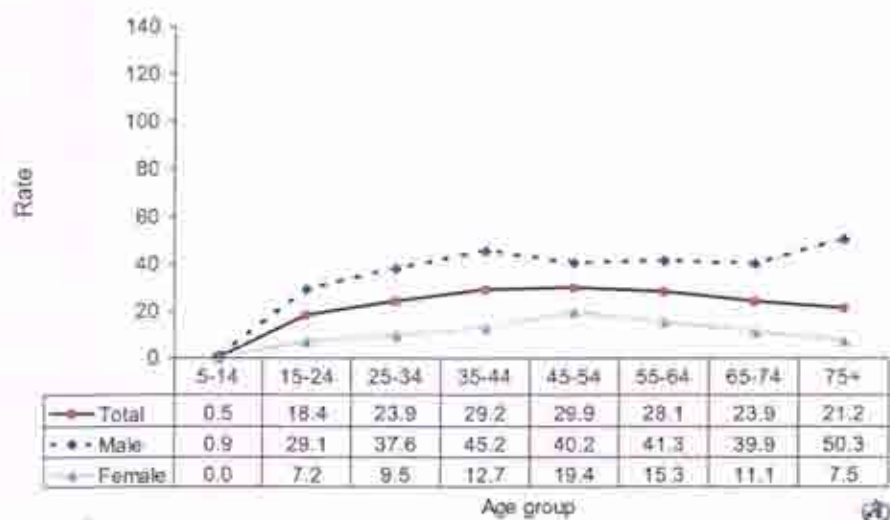
Number of suicides by age group and gender. FRANCE, 1999.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	21	477	1103	1514	1379	831	913	1189	7427
Females	9	127	325	486	604	394	424	472	2841
Total	30	604	1428	2000	1983	1225	1337	1661	10268

Suicide rates (per 100,000), by gender, Finland, 1950-2002.



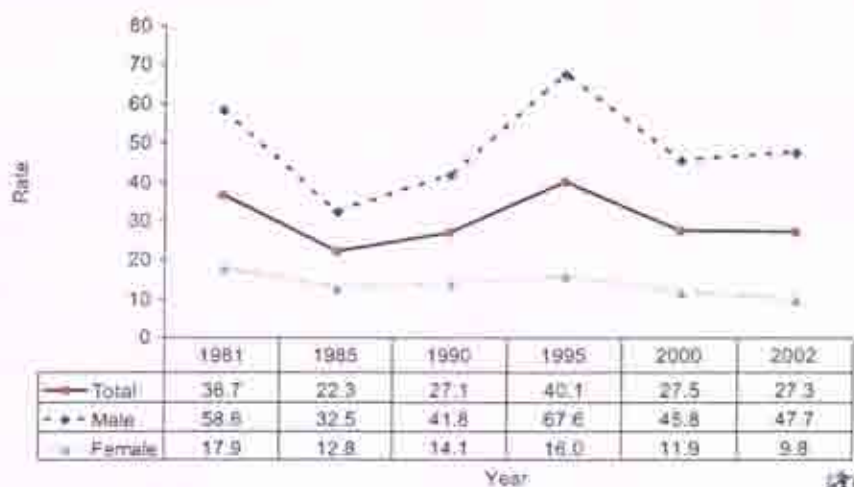
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Finland, 2002.



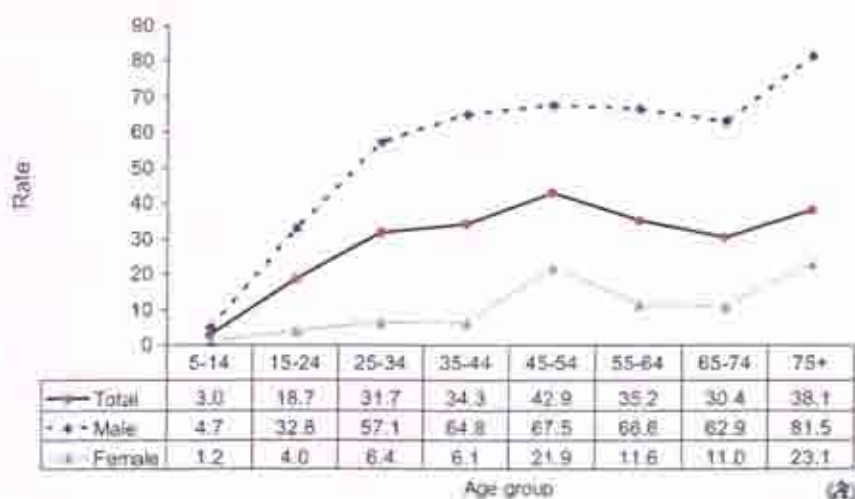
Number of suicides by age group and gender. FINLAND, 2002.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	3	97	124	173	165	125	78	57	822
Females	0	23	30	47	78	48	27	18	271
Total	3	120	154	220	243	173	105	75	1093

Suicide rates (per 100,000), by gender, Estonia, 1981-2002.



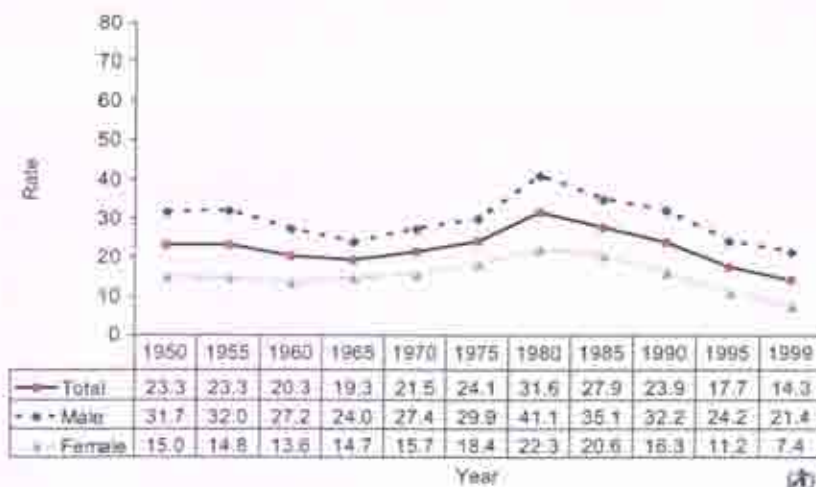
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Estonia, 2002.



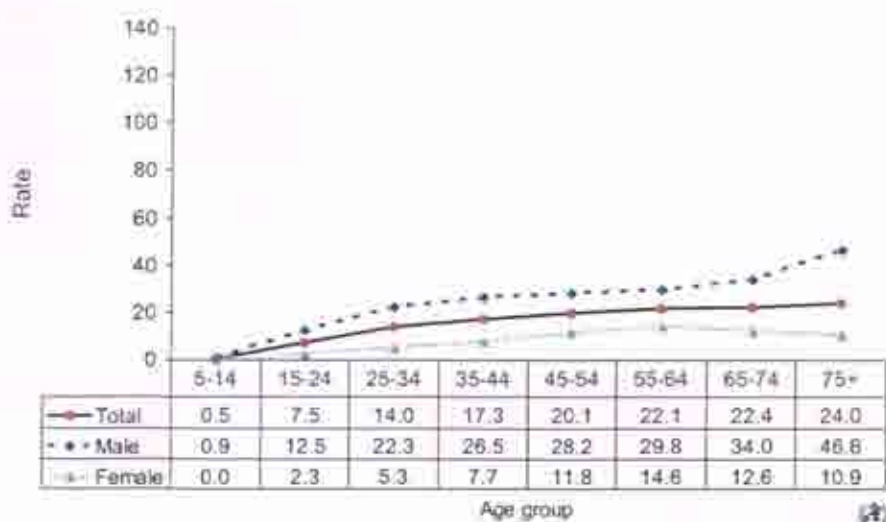
Number of suicides by age group and gender. ESTONIA, 2002.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	4	34	53	59	58	43	31	17	299
Females	1	4	6	6	22	10	9	14	72
Total	5	38	59	65	80	53	40	31	371

Suicide rates (per 100,000), by gender, Denmark, 1950-1999.



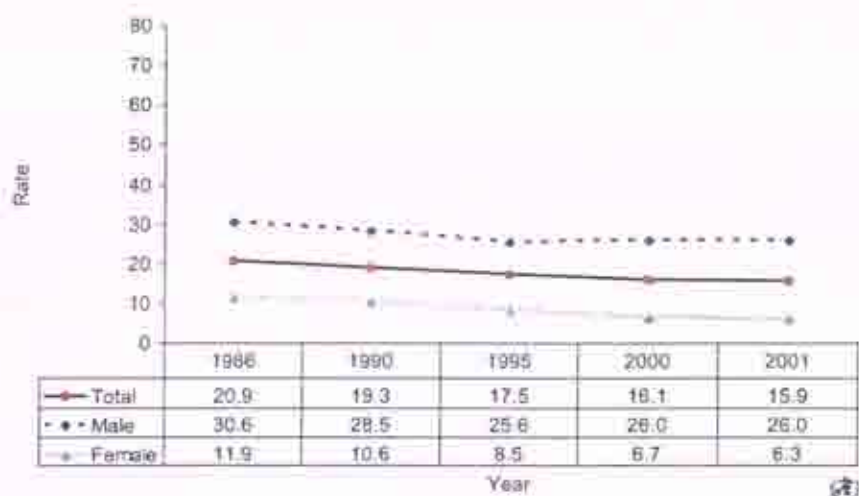
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Denmark, 1999.



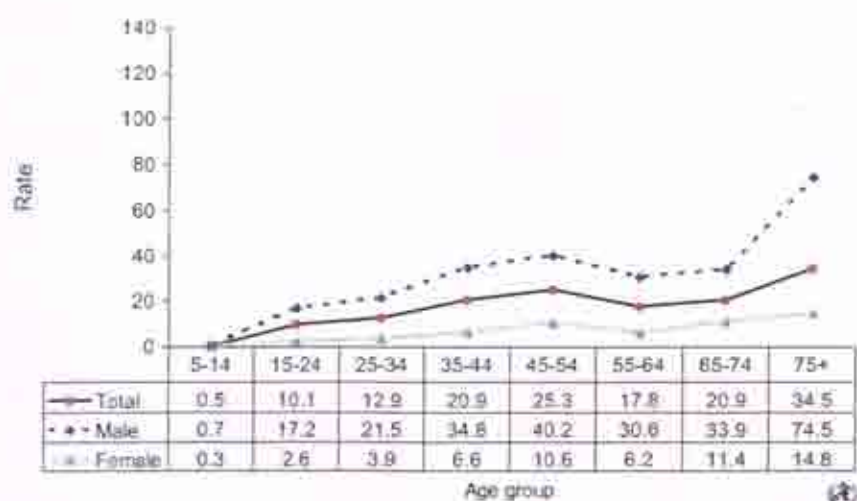
Number of suicides by age group and gender, DENMARK, 1999.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	3	40	91	104	110	86	65	64	563
Females	0	7	21	29	45	43	28	26	199
Total	3	47	112	133	155	129	93	90	762

Suicide rates (per 100,000), by gender, Czech Republic, 1986-2001.



Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Czech Republic, 2001.



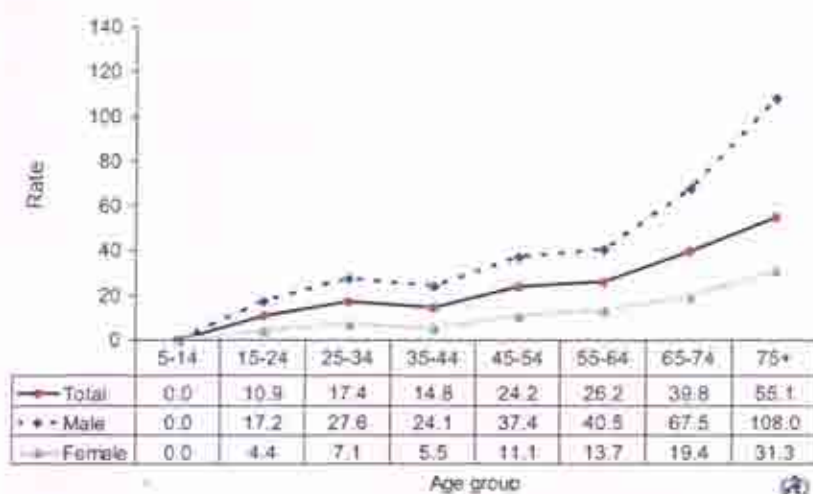
Number of suicides by age group and gender. CZECH REPUBLIC, 2001.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	4	133	172	240	318	165	120	142	1294
Females	2	19	30	44	85	37	55	57	329
Total	6	152	202	284	403	202	175	199	1623

Suicide rates (per 100,000), by gender, Croatia, 1985-2002.



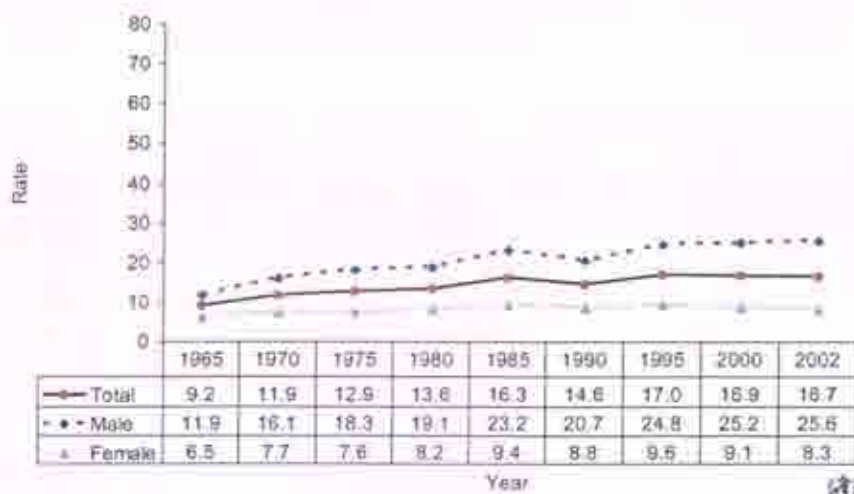
Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Croatia, 2002.



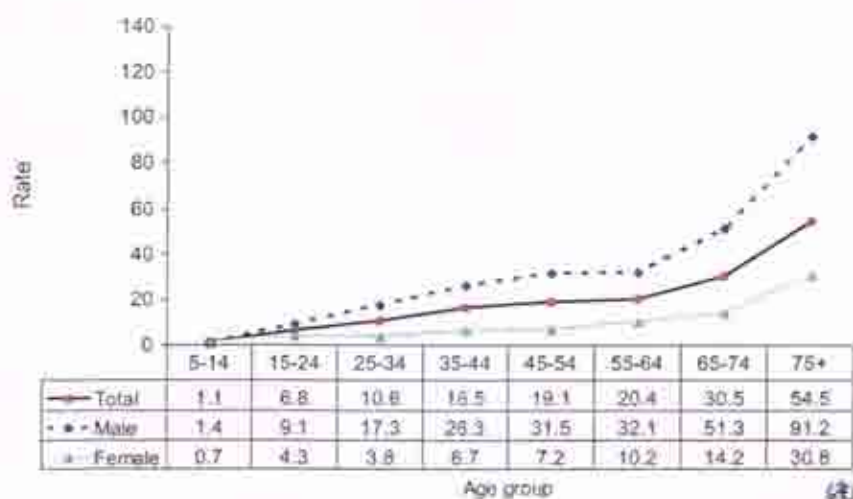
Number of suicides by age group and gender, CROATIA, 2002.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	0	53	82	78	121	93	133	84	645
Females	0	13	21	18	36	36	52	54	230
Total	0	66	103	96	157	129	185	138	875

Suicide rates (per 100,000), by gender, Bulgaria, 1965-2002.



Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Bulgaria, 2002.



Number of suicides by age group and gender. BULGARIA, 2002.

Age (years)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
Males	6	51	100	139	176	141	187	181	981
Females	3	23	21	35	42	51	66	95	336
Total	9	74	121	174	218	192	253	276	1317

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Δείκτες αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους σε 62 χώρες (1980/86)

1	Ουγγαρία	45.3	33	Β.Ιρλανδία	9.3
2	Ανατ.Γερμανία	43.1	34	Πορτογαλία	9.2
3	Σρι- Λάνκα	29.0	35	Αγγλία – Ουαλία	8.9
4	Αυστρία	28.3	36	Τρινιδάντ-Τομπάκο	8.6
5	Δανία	27.8	37	Γκουαδελούπη	7.9
6	Φιλανδία	26.6	38	Ιρλανδία	7.8
7	Βέλγιο	23.8	39	Ιταλία	7.6
8	Ελβετία	22.8	40	Ταϊλάνδη	6.6
9	Γαλλία	22.7	41	Αργεντινή	6.3
10	Σουρινάμ	21.6	42	Χιλή	6.2
11	Ιαπωνία	21.2	43	Ισπανία	4.9
12	Δυτ. Γερμανία	19.0	44	Βενεζουέλα	4.8
13	Τσεχοσλοβακία	18.9	45	Κόστα Ρίκα	4.5
14	Σουηδία	18.5	46	Εκουαντόρ	4.3
15	Κούβα	17.7	47	Ελλάδα	4.1
16	Βουλγαρία	16.3	48	Μαρτινίκα	3.7
17	Γιουγκοσλαβία	16.1	49	Κολομβία	2.9
18	Νορβηγία	14.1	50	Μαυρίκιος	2.8
19	Λουξεμβούργο	13.9	51	Αγ.Δομίνικος	2.4
20	Ισλανδία	13.3	52	Μεξικό	1.6
21	Πολωνία	13.0	53	Παναμάς	1.4
22	Καναδάς	12.9	54	Περού	1.4
23	Σιγκαπούρη	12.7	55	Φιλιππίνες	0.5
24	Η.Π.Α	12.3	56	Γουατεμάλα	0.5
25	Χονγκ- Κόνγκ	12.2	57	Μάλτα	0.3
26	Αυστραλία	11.6	58	Νικαράγουα	0.2
27	Σκωτία	11.6	59	Παπούα- Νέα Γουϊνέα	0.2
28	Ολλανδία	11.6	60	Τζαμάικα	0.1
29	Ελ Σαλβαντόρ	10.8	61	Αίγυπτος	0.1
30	Νέα Ζηλανδία	10.3	62	Αντίγκουα	0
31	Πουέρτο Ρίκο	9.8			
32	Ουρουγουάη	9.6			

WHO Data Bank Diekstra, 1989

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Δείκτες αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους (1960/86)

	1960			1986	
1	Ανατολική Γερμανία	37.0	1	Ουγγαρία	45.3
2	Ουγγαρία	25.0	2	Ανατολική Γερμανία	43.1
3	Αυστρία	23.1	3	Σρι- Λάνκα	29.0
4	Τσεχοσλοβακία	22.3	4	Αυστρία	28.3
5	Ιαπωνία	21.6	5	Δανία	27.3
6	Φινλανδία	20.5	6	Φιλανδία	26.6
7	Δανία	20.3	7	Βέλγιο	23.8
8	Ελβετία	19.2	8	Ελβετία	22.8
9	Δυτ.Γερμανία	18.6	9	Γαλλία	22.7
10	Σουηδία	17.4	10	Σουρινάμ	21.6

WHO Data Bank Kiekstra, 1989

Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας και Ασθενείς με Τάσεις Αυτοκτονίας

Suicide Rates (per 100.000), by country, year, and sex.

Most recent year available. As of June 2004.

Country	Year	Males	Females
ALBANIA	01	5.5	2.3
ANTIGUA AND BARBUDA	95	0.0	0.0
ARGENTINA	96	9.9	3.0
ARMENIA	02	4.0	0.7
AUSTRALIA	01	20.1	5.3
AUSTRIA	02	30.5	8.7
AZERBAIJAN	02	1.8	0.5
BAHAMAS	95	2.2	0.0
BAHRAIN	88	4.9	0.5
BARBADOS	95	9.6	3.7
BELARUS	01	60.3	9.3
BELGIUM	97	31.2	11.4
BELIZE	95	12.1	0.9
BOSNIA AND HERZEGOVINA	91	20.3	3.3
BRAZIL	95	6.6	1.8
BULGARIA	02	25.6	8.3
CANADA	00	18.4	5.2
CHILE	94	10.2	1.4
CHINA (Selected rural & urban areas)	99	13.0	14.8

Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας και Ασθενείς με Τάσεις Αυτοκτονίας

CHINA (Hong Kong SAR)	99	16.7	9.8
COLOMBIA	94	5.5	1.5
COSTA RICA	95	9.7	2.1
CROATIA	02	30.2	10.0
CUBA	96	24.5	12.0
CZECH REPUBLIC	01	26.0	6.3
DENMARK	99	21.4	7.4
DOMINICAN REPUBLIC	94	0.0	0.0
ECUADOR	95	6.4	3.2
EGYPT	87	0.1	0.0
EL SALVADOR	93	10.4	5.5
ESTONIA	02	47.7	9.8
FINLAND	02	32.3	10.2
FRANCE	99	26.1	9.4
GEORGIA	00	4.8	1.2
GERMANY	01	20.4	7.0
GREECE	99	5.7	1.6
GUATEMALA	84	0.9	0.1
GUYANA	94	14.6	6.5
HONDURAS	78	0.0	0.0
HUNGARY	02	45.5	12.2

Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας και Ασθενείς με Τάσεις Αυτοκτονίας

ICELAND	99	17.3	5.1
INDIA	98	12.2	9.1
IRAN	91	0.3	0.1
IRELAND	00	20.3	4.3
ISRAEL	99	9.8	2.3
ITALY	00	10.9	3.5
JAMAICA	85	0.5	0.2
JAPAN	00	35.2	13.4
JORDAN	79	0.0	0.0
KAZAKHSTAN	02	50.2	8.8
KUWAIT	01	1.9	0.9
KYRGYZ STAN	02	19.1	4.0
LATVIA	02	48.4	11.8
LITHUANIA	02	80.7	13.1
LUXEMBOURG	02	28.6	10.2
MALTA	02	5.6	4.0
MAURITIUS	00	18.8	5.2
MEXICO	95	5.4	1.0
NETHERLANDS	00	12.7	6.2
NEW ZEALAND	00	19.8	4.2
NICARAGUA	94	4.7	2.2

Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας και Ασθενείς με Τάσεις Αυτοκτονίας

NORWAY	01	18.4	6.0
PANAMA	87	5.6	1.9
PARAGUAY	94	3.4	1.2
PERU	89	0.6	0.4
PHILIPPINES	93	2.5	1.7
POLAND	01	26.7	4.3
PORTUGAL	00	8.5	2.0
PUERTO RICO	92	16.0	1.9
REPUBLIC OF KOREA	01	20.3	8.6
REPUBLIC OF MOLDOVA	02	27.9	5.2
ROMANIA	02	23.9	4.7
RUSSIAN FEDERATION	02	69.3	11.9
SAINT KITTS AND NEVIS	95	0.0	0.0
SAINT LUCIA	88	9.3	5.8
SAINT VINCENT AND THE GRENADINES	86	0.0	0.0
SAO TOME AND PRINCIPE	87	0.0	1.8
SEYCHELLES	87	9.1	0.0
SINGAPORE	01	11.5	6.9
SLOVAKIA	01	22.2	4.0
SLOVENIA	02	44.4	10.5
SPAIN	00	13.1	4.0

Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας και Ασθενείς με Τάσεις Αυτοκτονίας

SRI LANKA	91	44.6	16.8
SURINAME	92	16.6	7.2
SWEDEN	01	18.9	8.1
SWITZERLAND	00	27.8	10.8
SYRIAN ARAB REPUBLIC	85	0.2	0.0
TAJKISTAN	99	4.2	1.6
THAILAND	94	5.6	2.4
TFYR MACEDONIA	00	10.3	4.5
TRINIDAD AND TOBAGO	94	17.4	5.0
TURKMENISTAN	98	13.8	3.5
UKRAINE	00	52.1	10.0
UNITED KINGDOM	99	11.8	3.3
UNITED STATES OF AMERICA	00	17.1	4.0
URUGUAY	90	16.6	4.2
UZBEKISTAN	00	11.8	3.8
VENEZUELA	94	8.3	1.9
ZIMBABWE	90	10.6	5.2

Σε όλη την Ευρώπη η αυτοκτονία έχει πρόσφατα αυξηθεί στις ομάδες νεότερης ηλικίας (ανήκει στις τέσσερις πιο συχνές αιτίες θανάτου στις ηλικίες 15-34) ιδιαίτερα μεταξύ των ανδρών. Η αύξηση στις γυναίκες, από την άλλη πλευρά, είναι περισσότερο εμφανής στη μέση και μεγαλύτερη ηλικία. Έτσι το ποσοστό αυτοκτονίας στις γυναίκες, ηλικίας 65-74, αυξήθηκε στις 16 από τις 18 ευρωπαϊκές χώρες στη δεκαετία 1963-73. Η Αγγλία και η Ελλάδα είναι οι μόνες εξαιρέσεις. Peter Sainsbury (1985).

ΠΟΙΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΟΥΝ- ΓΙΑΤΙ

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι όλοι οι ψυχικά ασθενείς μπορούν να προβούν σε αυτοκτονία. Στην πράξη όμως, πιο συχνά αυτοκτονούν δύο κατηγορίες ασθενών: οι καταθλιπτικοί, που λόγω της αλλοίωσης της προσωπικότητάς τους σκέπτονται σοβαρά την αυτοκτονία και οι σχιζοφρενείς με καταθλιπτικά στοιχεία ή οι σχιζοσυναισθηματικοί.

Καταθλιπτικοί: Γι'αυτούς η ιδέα της αυτοκτονίας είναι κάτι σαν φυσική αντίδραση. Επιχειρούν αυτοκτονία συχνότερα είτε στην αρχή της νόσου είτε στην αρχή της ανάρρωσης. Γι'αυτό το λόγο χρειάζονται συνεχή προσοχή και διακριτική επιτήρηση, γιατί, όχι σπάνια, αποπειρώνται αυτοκτονία τη στιγμή που φαίνονται πολύ βελτιωμένοι, αν όχι θεραπευμένοι. Μια σοβαρή αιτία γι'αυτό είναι ότι τα μέτρα επίβλεψης αντί να ενταθούν, χαλαρώνουν όπως συμβαίνει συνήθως.

Ο κίνδυνος για αυτοκτονία αυξάνεται όταν το άγχος, η διστακτικότητα, το σχέδιο αυτοκτονίας παραχωρήσουν τη θέση τους σε μια σταθερή απόφαση, οπότε ο ασθενής διακατέχεται από μια ηρεμία.

Η αυτοκτονία είναι συχνότερη τις πρωινές ώρες και συνήθως ύστερα από μια αϋπνία. Η αντίδραση του μελαγχολικού προς την

αυτοκτονία μοιάζει να είναι αποτέλεσμα ενός πολύ ανυπόφορου ηθικού πόνου. Αλλά μπορεί να είναι και μια ιδέα για λυτρωση ή μια τάση να υποβάλλει τον εαυτό του σε βασανισμούς. Ή ακόμα επιδιώκει την αυτοκαταστροφή σαν μέσο για να πληρώσει έτσι για κάποια «λάθη» του.

Συχνά ή ιδέα της αυτοκτονίας αναγνωρίζεται και ομολογείται, είναι όμως και φορές που αποκρύπτεται προσεκτικά από τους ασθενείς π.χ. ο μελαγχολικός που εκδήλωσε την ιδέα της αυτοκτονίας (οι μελαγχολικοί συχνά λένε: «θέλω να πεθάνω») δεν αργεί να την κρύψει μόλις αντιληφθεί ότι τον επιβλέπουν, έτσι ώστε να παρεμποδίζεται στην πραγματοποίηση της ιδέας του. δεν ξαναφανερώνει την ιδέα της αυτοκτονίας, αλλά δεν παραιτείται από την πρόθεση και αναβάλλει την πράξη του αναζητώντας την κατάλληλη στιγμή να την εκτελέσει. Γ.Παπαδημητρίου (1973).

Υπάρχουν μελαγχολικοί που παρόλο που θέλουν πολύ να πεθάνουν, είναι ανίκανοι να κάνουν την παραμικρή σοβαρή προσπάθεια ή να θέσουν σ'εφαρμογή το σχέδιο της αυτοκαταστροφής τους. Θα προτιμούσαν να τους ερχόταν ο θάνατος από μόνος του. έτσι σε πολλές περιπτώσεις οι απόπειρές τους είναι ατελείς και γελοίες. Για παράδειγμα έχουν αναφερθεί περιστατικά όπου τέτοιοι ασθενείς περιορίζονται στο να μπήξουν καρφίτσες στο δέρμα τους ή να καταπιούν αβλαβή ξένα σώματα. Άλλοι τυλίγουν στο λαιμό τους ένα κορδόνι ή ένα μαντήλι και το αφήνουν γιατί δεν έχουν την δύναμη να το σφίξουν. Άλλοι πάλι, επαναλαμβάνουν συχνά πως θα αυτοκτονήσουν μα δεν παίρνουν ούτε το όπλο ούτε το δηλητήριο που διαλέγουν. Έτσι οι απόπειρες αυτοκτονίας καταλήγουν σε κάποιες εκδηλώσεις εξασθενημένης θέλησης ή σε

άρνηση τροφής. Υπάρχει όμως περίπτωση να συμβεί και το αντίθετο, δηλαδή να καταληφθεί ο μελαγχολικός από αληθινή μανία αυτοκτονίας.

Σχιζοφρενείς: Η αυτοκτονία των σχιζοφρενών είναι δυνατόν να γίνει σε οποιοδήποτε στάδιο της ασθένειάς τους λόγω παρερμηνειών παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθησιακών «εντολών» ή λόγω παρορμήσεων, χωρίς να έχουν δείξει προηγουμένως κάποιο ιδιαίτερο χαρακτηριστικό προειδοποιητικό στοιχείο. Αλλά κατά το αρχικό στάδιο ο κίνδυνος αυτός είναι μεγαλύτερος. Οι λόγοι δεν είναι πάντα κατανοητοί. Πολλοί από τους αυτοκτονούντες αυτούς, κατά ανεξήγητο τρόπο είναι νεαρά άτομα, που αντί να απευθυνθούν σε κάποιο γιατρό ή να μιλήσουν στους δικούς τους, αυτοκτονούν προς μεγάλη κατάπληξη του περιβάλλοντός τους. Ίσως γιατί αντιλαμβάνονται κατά κάποιον τρόπο ότι κάτι σοβαρό άρχισε να συμβαίνει στο μυαλό τους, ότι κάποιος ύπουλος και αδυσώπητος κίνδυνος απειλεί ή άρχισε ήδη να καταστρέφει την προσωπικότητά τους. Γ. Παπαδημητρίου (1974).

Ποιοι άλλοι αυτοκτονούν;

α) οι επιληπτικοί: Μερικές φορές αυτοκτονούν από συνειδητή παρόρμηση, δηλαδή ιδεοληπτική παρόρμηση.

β) οι διωκόμενοι (με παραλήρημα καταδιώξεως): Ωθούνται στην αυτοκτονία σε μια προσπάθεια να αποφύγουν τους «διώκτες» τους.

γ) οι ψευδαισθητικοί: Υπακούουν στις «φωνές» τους δηλαδή στις ευδαισθητικές εντολές που ακούν να τους δίνονται.

δ) οι ιδεοληπτικοί: Αυτοκτονούν είτε για να αποφύγουν το μαρτύριο της ασθένειάς τους είτε για να μην οδηγηθούν στην ανθρωποκτονία στην οποία τους ωθεί η ιδεοληψία τους. Οι ιδεοληπτικοί ζουν μια τραγική ψυχική κατάσταση. Από τη μια πλευρά ωθούνται από

μια ακατανίκητη εσωτερική παρόρμηση να σκοτώσουν (συχνά αγαπημένα πρόσωπα) και από την άλλη να σκέπτονται πως μια τέτοια πράξη και σαν ιδέα ακόμα, είναι ανίκουστη και απεχθής.

Γιατί αυτοκτονούν;

Οι αιτίες που οδηγούν στην αυτοκτονία των ασθενών είναι πολλές:

1. Μπορεί απλά να πρόκειται για υποβολή, μίμηση ή αταβισμό.
2. Είναι πιθανό να συμβεί ασυνείδητα από αμέλεια, πλάνη κ.α. Π.χ Ένας επιληπτικός ενώ ήξερε την ασθένειά του, δεν απόφευγε να εκτίθεται σε επικίνδυνα μέρη. Ή ένας ανοϊκός έβαλε ασυνείδητα φωτιά και κάηκε.
3. Στην αυτοκτονία μπορεί να οδηγηθεί και ένας ασθενής κάτω από την επίδραση μιας παραληρητικής ιδέας ή μιας ψευδαισθήσεως που τον «διατάσει» να πεθάνει για να εξαγνιστεί από τα σφάλματά του.
4. Τέλος, στην αυτοκτονία οδηγεί και η παρόρμηση. Ο L.Michaux γράφει ότι η αυτοκτονία από παρόρμηση μπορεί να είναι α) αυτόματη και ασυνείδητη (σχεδόν πάντα στους επιληπτικούς) β) αυτόματη και συνειδητή, γιατί το άτομο ενεργεί «παρά τη θέλησή του» (παραλήρημα και νευρωσικές καταστάσεις) γ) συγκινησιακή, όταν άσχετα από την αιτία το ευαίσθητο άτομο από υπερβολική συγκίνηση χάνει κάθε έλεγχο δ) παθητική, γιατί συχνά πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια ενός παροξυσμού και καμιά φορά μετά από ανθρωποκτονία, ε) λογική, όταν αντιστοιχεί στην εσωτερική, δηλαδή στην παραληρητική λογική ενός ασθενή παραληρητικού ή ψευδιασθητικού, (σχιζοφρενούς ή

μελαγχολικού) στ) από ιδεοληψία όπως ήδη έχει αναφερθεί. Παπαδημητρίου (1973).

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ (ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ)

Όλες οι σχετικές μελέτες και οι έρευνες που έχουν γίνει, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι προθέσεις και τα κίνητρα για αυτοκαταστροφή είναι ενδεικτικά ψυχοπαθολογίας.

Υπάρχει όμως και η πιθανότητα, οι συνθήκες κάτω από τις οποίες παίρνεται η απόφαση για αυτοκτονία να δημιουργούν αρκετά μεγάλη ψυχική ένταση, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με συμπτώματα ψυχοπάθειας. Μ'άλλα λόγια υπάρχει πιθανότητα ορισμένες αυτοκτονίες να έχουν σχέση με ψυχοπάθεια, όχι επειδή αυτοκτονία και ψυχοπάθεια είναι αλληλοεξαρτόμενες, αλλά επειδή οι συνθήκες για να παρθεί η απόφαση δημιουργούν συμπτώματα ψυχικής ασθένειας.

Πολλά άτομα στα πρόθυρα της αυτοκτονίας έχουν την διάθεση να συμβουλευθούν κάποιον ειδικό. Τα άτομα αυτά είναι τρομαγμένα, αγχωμένα, εκδηλώνουν διφορούμενη συμπεριφορά και κυριαρχούνται από μεγάλη αναστάτωση. Αυτά τα άτομα δεν είναι σε θέση να σκεφτούν λογικά και να εντοπίσουν το πρόβλημά τους.

Ένα άτομο που σχεδιάζει την αυτοκτονία και συμβουλευτεί κάποιον ειδικό δεν είναι σίγουρο για την απόφασή του ακόμα, αμφιταλαντεύεται και εύχεται να βρεθεί κάποια άλλη λύση. Αυτό το γεγονός το οδηγεί να ζητήσει βοήθεια, όχι βέβαια ηθικές και νομικές απαγορεύσεις. Συχνά δέχεται ευχάριστα τη νοσοκομειακή περίθαλψη σαν αναβολή, που του δίνει την ευκαιρία να αναθεωρήσει τα σχέδια και τις αποφάσεις του. Από την άλλη πλευρά, ένα άτομο που έχει σκεφτεί

«σοβαρά» και έχει αποφασίσει σαν μόνη λύση την αυτοκτονία, δεν έχει ανάγκη τη γνώμη των ειδικών και είναι πολύ πιθανό να μην συμφωνήσει με τις συμβουλές του. Σ' αυτό το στάδιο δεν είναι δυνατό να επηρεαστεί από τις ηθικές απαγορεύσεις και τους κανόνες ή τη γνώμη της ψυχιατρικής ή ακόμα και της κοινωνίας για την αυτοκτονία. Weksein Louis.

Συγκεντρωτικές μελέτες εντοπίζουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά ψυχικής νοσηρότητας (80-95%) σε άτομα που αυτοκτόνησαν, με προεξέχουσα την καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογία (30-45%). Υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών, σε σχέση πάντα με το γενικό πληθυσμό, αναφέρονται κυρίως σε ψυχιατρικές διαταραχές όπως: έντονες συναισθηματικές διαταραχές, σχιζοφρένεια, αλκοολισμός, κατάχρηση ουσιών.

Εκτιμάται ότι περίπου 15% που πάσχουν από συναισθηματικές διαταραχές και 10% των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια θα καταλήξουν αυτοκτονώντας. Sanisbury P. (1986), Miles C. (1977). Εξάλλου, ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά θανάτων από αυτοκτονία εντοπίζονται σε αλκοολικούς (11-15%). Η σχέση βέβαια μεταξύ κατάθλιψης και αλκοολισμού είναι τεκμηριωμένη. Έχει παρατηρηθεί ότι η πλειοψηφία των αλκοολικών που αυτοκτονούν είναι ταυτόχρονα και καταθλιπτικοί.

Ο κίνδυνος θανάτου από αυτοκτονία μεταξύ ατόμων που κάνουν κατάχρηση ουσιών είναι αξιοσημείωτα υψηλός. Εκτιμάται ότι ο κίνδυνος μεταξύ ανδρών ηρωινομανών είναι 20 φορές μεγαλύτερος απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό. Murphy G.E (1988).

Όσον αφορά την σχέση των αποπειρών αυτοκτονίας με την ψυχική νοσηρότητα, παρατηρείται, πως σε αντίθεση με τα άτομα που

αυτοκτονούν, οι αποπειραθέντες εμφανίζουν συνήθως ελάσσονα ψυχοπαθολογία όπως: αντιδραστική κατάθλιψη, νευρωσικές εκδηλώσεις, διαταραχή προσωπικότητας (κυρίως κοινωνικού τύπου) κ.α.

Ένας μικρός αριθμός αποπειραθέντων δεν παρουσιάζει ψυχιατρική νοσηρότητα. Τα άτομα αυτά συνήθως βρίσκονται κάτω από συνθήκες έντονου στρες και ψυχολογικής «κρίσης».

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Οι παράγοντες κινδύνου που ωθούν σε αυτοκτονική συμπεριφορά ταξινομούνται σε πέντε μεγάλες κατηγορίες:

1. Ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής και προηγούμενων αποπειρών.
2. Περιγραφή ορισμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας
3. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και χρόνιες σωματικές αρρώστιες
4. Γενετικοί και οικογενειακοί παράγοντες
5. Νευροχημικοί και βιοχημικοί παράγοντες

Μια προσεκτική ανάλυση των παραπάνω παραγόντων καθενός ξεχωριστά, επιτρέπει τη διάκριση κάποιων βασικών στοιχείων.

- **Ψυχιατρικές διαταραχές:** Οι συναισθηματικές διαταραχές και ο αλκοολισμός είναι αυτές, που κατ'εξοχήν, συνδέονται με επιτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίας. Από τους ψυχικά διαταραγμένους ασθενείς μεγαλύτερο κίνδυνο έχουν αυτοί που υποφέρουν από υπομανία ή μανία, καθώς και αυτοί που παρουσιάζουν εναλλαγές κατάθλιψης και μανίας, ιδιαίτερα κατά το χρόνο της εναλλαγής. Υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας έχουν επίσης οι ασθενείς με ψυχωτική κατάθλιψη, όπως και αυτοί που συνδυάζουν συναισθηματικές και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (κυρίως αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και χρήση ουσιών). Η

κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά. Ο κίνδυνος για έναν αλκοολικό να αυτοκτονήσει κατά τη διάρκεια της ζωής του υπολογίζεται σε 15%.

Άλλη ψυχιατρική διαταραχή είναι η σχιζοφρένεια. Ένα 10% των σχιζοφρενών τελειώνουν τη ζωή τους με αυτοκτονία. Στα άτομα αυτά, επιμέρους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο είναι: το να είναι άνδρας, νέος, μόνος, να έχει νοσήσει στο παρελθόν από κατάθλιψη, να έχει στο παρόν καταθλιπτική διάθεση, να έχει νοσηλευθεί με συναίσθημα ανεπάρκειας, απαισιοδοξίας και ιδέες αυτοκτονίας και τέλος να έχει ιστορικό προηγούμενων απόπειρων.

- **Προηγούμενες απόπειρες:** Αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Κατά τον πρώτο χρόνο μετά την απόπειρα, ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι 1% και εξακολουθεί να παραμένει σημαντικός – αν και μειώνεται- για τα επόμενα 8 χρόνια. Τα άτομα που έχουν στο ιστορικό τους κάποια απόπειρα, συγκεντρώνουν κάποιους παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα αυτοκτονίας:

- α) Είναι άνδρες ηλικίας 45 ετών και πάνω
- β) Είναι άνεργοι ή συνταξιούχοι, χωρισμένοι ή χήροι που μένουν μόνοι.
- γ) Έχουν κακή σωματική υγεία
- δ) Είχαν κάποια ιατρική θεραπεία τους προηγούμενους 6 μήνες
- ε) Έχουν ψυχιατρική διαταραχή
- στ) Χρησιμοποίησαν βίαιη μέθοδο αυτοκτονίας
- ζ) Άφησαν σημείωμα για την απόπειρα
- η) Είχαν άλλες προηγούμενες απόπειρες.

- **Στοιχείο προσωπικότητας και χαρακτήρα:** Με αυτοκτονική συμπεριφορά κατεξοχήν συνδέονται διαταραχές προσωπικότητας που χαρακτηρίζονται σαν αντικοινωνικές ή οριακές. Όταν αυτές οι διαταραχές συνυπάρχουν με κατάθλιψη, ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνεται βαθμιαία. Ακόμη ορισμένα στοιχεία του χαρακτήρα όπως: επιθετικότητα, παρορμητικότητα, κοινωνική απόσυρση, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, απαισιοδοξία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αρνητισμός, όπως και εμπλοκή σε επικίνδυνες συμπεριφορές ευνοούν τη ροπή προς αυτοκτονική συμπεριφορά.

- **Ψυχοκοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες:** Οι ψυχοκοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες δεν είναι ανεξάρτητοι από μια αυτοκτονική συμπεριφορά. Συνήθως τέτοιοι στρεσογόνοι παράγοντες, είναι η απώλεια αγαπημένου προσώπου λόγω θανάτου ή άλλων παραγόντων και καταστάσεις που μειώνουν την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Για τα άτομα αυτά η «λύση» της αυτοκτονίας είναι το αποτέλεσμα της μη προσαρμογής και ευκαμψίας τους απέναντι στους στρεσογόνους παράγοντες και η απώλεια του ελέγχου τους.

- **Οικογενειακοί και γενετικοί παράγοντες:** Ένδειξη αυξημένου κινδύνου για αυτοκτονία είναι η ύπαρξη άλλων μελών στην οικογένεια με αυτοκτονική συμπεριφορά. Πιθανόν εδώ να παίζουν ρόλο η ταύτιση και η μίμηση καθώς και γενετικοί και κληρονομικοί παράγοντες.

- **Βιολογικοί παράγοντες:** Υπάρχουν βιοχημικές έρευνες που έχουν συνδέσει την αυτοκτονική συμπεριφορά με την ύπαρξη ανεπάρκειας σεροτονίνης. Αυτό διαπιστώνεται με τη μέτρηση ενός προϊόντος μεταβολισμού της σεροτονίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, του 5- ΗΙΑΑ και της δέσμευσης σεροτονίνης και ιμιπραμίνης στον εγκέφαλο. Blumenthal S.J (1988). Εάν διευκρινισθεί καλύτερα η σχέση μεταξύ της

σεροτονίνης και της αυτοκαταστροφικής – επιθετικής συμπεριφοράς και αν το επίπεδο της σεροτονίνης στον εγκέφαλο μπορούσε να προσδιορισθεί (παρακάμπτοντας βέβαια σημαντικές τεχνικές δυσκολίες), τότε ίσως ήταν δυνατή η χρησιμοποίηση ενός βιολογικού δείκτη στην πρόληψη της αυτοκτονίας. Μπεράτη Δημητρίου (1994).

ΤΡΟΠΟΙ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Η πράξη της αυτοκτονίας δεν είναι απλά η απόφαση κάποιου να θέσει τέλος στη ζωή του. Προϋποθέτει πολύπλοκες εσωτερικές διαδικασίες με σύνθετες ιδιαιτερότητες.

Για να επιθυμεί κάποιος την επιθυμία πρέπει, πέρα από την τάση του να αποδεσμευτεί από τη ζωή, να έχει και την εντύπωση ή την παράσταση της αυτοκτονίας του. Θα πρέπει δηλαδή, η συνείδησή του ενεργητικά να ανασύρει από τη μνήμη του στοιχεία και λεπτομέρειες μέσων και τρόπων αυτοκτονίας, που θα τα ανασυγκροτήσει η φαντασία του ώστε να φτιάξει τη δική του εικόνα και να οργανώσει το σχέδιο δράσης του.

Αλλά παράλληλα, έχει να ξεπεράσει δύο σοβαρά εμπόδια, την φανταστική ανάμνηση του πόνου και την φανταστική ανάμνηση των κοινωνικών συνεπειών της αυτοκτονίας. Ο πόνος, ακόμα και στην φανταστική –πλασματική του υπόσταση, φαίνεται ότι αποτελεί χρήσιμο φύλακα της ζωής και σταθερό προστάτη από τις μεταβολές των διαθέσεων. Άρα λοιπόν η φανταστική εμπειρία του πόνου, όσο και η φανταστική ανάμνηση των κοινωνικών συνεπειών της αυτοκτονίας θα εκφραστούν σαν μια σύνθετη συγκίνηση δειλίας που προξενεί, άλλοτε σε άλλο βαθμό, αναδίπλωση της βούλησης και ίσως ενδεχόμενη αναστολή ή αστοχία της πράξης. Η ενσυνείδητη λοιπόν αυτοκτονία δεν

είναι εύκολη υπόθεση και ίσως γι' αυτό (όπως σε πολλές μελέτες καταδειχνεται) η προπαρασκευή της είναι μακρόχρονη, αλλά και ένα μικρό μόνο ποσοστό 1-2% στο σύνολο των αποπειρώμενων αυτοκτονιών έχουν επιτυχή κατάληξη.

Όσον αφορά την αυτοκτονία ατόμων με ψυχικές διαταραχές τα πράγματα παίρνουν μια διαφορετική υπόσταση. Βαχτσεβάνος και συν. (1989).

Το να εμποδιστεί ένας ψυχασθενής να αυτοκτονήσει είναι πραγματικά δύσκολη υπόθεση. Η άποψη του Esquirol, χωρίς να είναι απόλυτα αποδεκτή, είναι χαρακτηριστική: «Κάθε ψυχοπαθής που πραγματικά θέλει να αυτοκτονήσει θα το πετύχει παρόλες τις μεγάλες προφυλάξεις μας».

Όλα τα μέσα είναι κατάλληλα για έναν τέτοιο σκοπό. Σπάνια ο ασθενής εκλέγει και είναι ικανός να χρησιμοποιήσει ότι τον διευκολύνει την στιγμή της παρορμήσεώς του. Τα μέσα για αυτοκτονία θα μπορούσαν να είναι όσα και οι αυτόχειρες.

Τα πιο συχνά μέσα που χρησιμοποιούνται είναι τα ακόλουθα:

- Ασφυξία
- Πνιγμός
- Απαγχονισμός
- Τραύματα από όπλα, κοφτερά αντικείμενα
- Πτώση
- Δηλητηρίαση
- Σύνθλιψη
- Αποχή τροφής, νερού

▪ Έμπρησμός

Κατά τον Deshaies, στη Γαλλία, οι απαγχονισμοί αποτελούν το 1/3, οι πνιγμοί το 1/4 και τα πυροβόλα όπλα το 1/5. Αυτά καταλαμβάνουν το μισό περίπου των περιπτώσεων, το άλλο μισό είναι διάφορα άλλα πρότυπα μέσα, συχνά σκληρά και δυστυχώς συνθέτουν έναν κατάλογο ανησυχητικά τελειοποιήσιμο. Και ενώ όπως αναφέρθηκε ήδη, οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι πολλές φορές γελοίες, άλλες φορές οι αυτόχειρες καταφεύγουν σε επώδυνες μεθόδους που συνήθως σχετίζονται με ανάλογη παραληρητική κατάσταση π.χ. καταφεύγουν σε ακρωτηριασμούς (των γεννητικών τους οργάνων, της γλώσσας, των χεριών κτλ) πριν προκάλεσουν τον επακόλουθο θάνατο.

Είναι πάρα πολλά τα περιστατικά που αναφέρονται σχετικά. Για παράδειγμα κάποιος ασθενής αποκεφαλίστηκε με μια καρμανιόλα που είχε φτιάξει ο ίδιος. Μερικοί ακρωτηριασμοί και αυτοκτονίες είναι τόσο άγριοι και βίαιοι που μόνο η ηθική και σωματική αναισθησία μπορούν να τους εξηγήσουν. Γ. Παπαδημητρίου (1973).

ΣΧΕΣΗ ΑΠΟΠΕΙΡΩΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Από παλιά είχε επισημανθεί ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας και οι αυτοκτονίες αντιπροσωπεύουν διαφορετικής ποιότητας γεγονότα. Υπολογίζεται ότι μόνο το 1-2 % από αυτούς που αποπειρώνται, αυτοκτονούν. Όμως από όσους τελικά αυτοκτόνησαν, οι περισσότεροι από αυτούς είχαν αποπειραθεί πάλι στο παρελθόν. Εξάλλου η απόπειρα αυτοκτονίας παίρνει χαρακτήρα επαναλαμβανόμενης πράξης, αφού η πρώτη της εκδήλωση αυξάνει την πιθανότητα επανάληψής τους 5-6 φορές εντός του πρώτου τριμήνου.

Έτσι, αν και η απόπειρα δεν φαίνεται να αποτελεί πάντοτε προάγγελο αυτοκτονίας, εντούτοις από το πλήθος αυτών που την επιχειρούν, μια ομάδα θα έχει πιθανόν μοιραία κατάληξη. Βαχτσεβάνος και συν. (1988).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη πως τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων που αυτοκτονούν (άνδρες, ώριμης ηλικίας, με μείζωνα ψυχοπαθολογία, που χρησιμοποιούν συνήθως βίαιους τρόπους) διαφέρουν σημαντικά από τα χαρακτηριστικά εκείνων που αποπειράθηκαν αυτοκτονία (γυναίκες νεαρής ηλικίας, με ελάχιστο ψυχοπαθολογία, που χρησιμοποιούν συνήθως μη βίαιους τρόπους). Παρόλα αυτά η σχέση αυτοκτονιών με απόπειρες δεν φαίνεται να είναι μόνο «εξ'ορισμού».

Ο Kreitman (1983) συγκρίνοντας, σε κοινωνικές και ψυχολογικές παραμέτρους, αποπειραθέντες με άτομα που αυτοκτόνησαν, εντοπίζει σημαντικές διαφορές σε σχέση με: το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τη σωματική νοσηρότητα, την ψυχιατρική νοσηρότητα, την εποχιακή διακύμανση. Παρατηρεί ωστόσο και κάποιες ομοιότητες όπως: αστική διαμονή, ανεργία, διαλυμένη οικογένεια στην παιδική ηλικία.

Σχετικά στατιστικά στοιχεία δείχνουν, πως ένας σημαντικός αριθμός των ατόμων που αυτοκτονούν (20-30%) έχει πραγματοποιήσει απόπειρα ή απόπειρες στο παρελθόν. Dorpat T, Ripley H.S (1960), Barraclough B. Bunch J. et al, (1974) ενώ ένα ποσοστό 2% των αποπειραθέντων πραγματοποιεί «επιτυχή» αυτοκτονία ένα χρόνο μετά την απόπειρα. Αξιοσημείωτο είναι, πως το ποσοστό αυξάνεται κατά 1% περίπου για κάθε ένα από τα επόμενα χρόνια φτάνοντας δέκα χρόνια αργότερα σε ποσοστό 10-15%.

Είναι φανερό πως υπάρχει μια αλληλοεπικάλυψη ανάμεσα στις δύο αυτές κατηγορίες της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Τα τελευταία χρόνια η έρευνα έχει επικεντρώσει το ενδιαφέρον της και τις προσπάθειές της στην συζήτηση ομάδων ατόμων υψηλότερου κινδύνου αυτοκτονίας μεταξύ των αποπειραθέντων. Υποστηρίζεται, ότι αυτά τα άτομα ανήκουν στην ομάδα των «ανεπιτυχών» αυτοκτονιών παρά των αποπειρών αυτοκτονίας. Ο όρος «ανεπιτυχής» αυτοκτονία υποδηλώνει προφανώς τον υψηλότερο βαθμό πρόθεσης. Χριστοδούλου, Κονταξάκης (1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Αν και σήμερα το φαινόμενο της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς έχει μελετηθεί πληρέστερα και έχει γίνει καλύτερα κατανοητό, η πρόβλεψή της είναι δύσκολη. Δηλαδή ενώ είναι δυνατόν να εκτιμηθεί ο κίνδυνος αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς συγκεκριμένων κατηγοριών ατόμων, είναι πολύ δύσκολο να προβλεφθεί πιο συγκεκριμένο άτομο θα καταλήξει στην απόπειρα ή στην αυτοκτονία και ειδικότερα πότε και πώς θα προσπαθήσει να θέσει τέλος στη ζωή του.

Οι μέχρι σήμερα γνώσεις σχετικά με το θέμα δεν έχουν καταφέρει να οδηγήσουν στην επινόηση μιας κατάλληλης διαγνωστικής τακτικής. Γι' αυτό και η θεραπευτική ομάδα είναι υποχρεωμένη να βασιστεί στην κλινική πείρα και στις πληροφορίες που αφορούν το συγκεκριμένο ασθενή, σε μια προσπάθεια ν' αναγνωρίσει τους μέλλοντες αυτόχειρες. Πάντως αν ληφθεί υπόψιν ότι τα 2/3 είχαν επισκεφθεί τον προηγούμενο μήνα κάποιον γιατρό και συνήθως ψυχίατρο, Kontaxakis, Christodoulou (1994) καθώς και το γεγονός ότι πολλές αυτοκτονίες είναι προμελετημένες, υπάρχει αρκετό έδαφος για έναν καλά πληροφορημένο ειδικό, να ανιχνεύσει τους μέλλοντες αυτόχειρες.

Η πρόληψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς λοιπόν, μπορεί να θεωρηθεί επιτυχημένη, όταν γίνεται έγκαιρη αναγνώριση των ενδεικτικών εκείνων σημείων που πιθανόν να εμφανίσει ο μέλλον αυτόχειρας. Σημαντικές προσπάθειες έχουν γίνει προκειμένου να εντοπισθούν αυτοί οι προγνωστικοί παράγοντες, οι οποίοι άλλοτε

μειώνουν και άλλοτε αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Ενδεικτικά αναφέρονται:

- α) Οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας αυξάνει την πιθανότητα θανάτου από αυτοκτονία.
- β) Διάφορα νοσήματα και διαταραχές όπως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, αλκοολισμός και σε μικρότερο βαθμό κατάχρηση ουσιών και διαταραχές προσωπικότητας, χαρακτηρίζονται από υψηλότερη αναλογία αυτοκτονιών.
- γ) Οι άνδρες αυτοκτονούν πιο συχνά από τις γυναίκες. Στην Ελλάδα η αναλογία ανδρών γυναικών είναι 2:1. Στους σχιζοφρενείς δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα.
- δ) Οι ηλικιωμένοι αυτοκτονούν πιο συχνά από τους νέους αλλά ο κίνδυνος αυτοκτονίας φαίνεται πως είναι αυξημένος και για τα άτομα της πρώιμης εφηβείας.
- ε) Κάτοικοι των αστικών περιοχών έχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας σε σύγκριση με τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών. Σε μερικές όμως χώρες παρατηρείται το αντίθετο. Για παράδειγμα στις Η.Π.Α και στην Ελλάδα.
- στ) Προηγούμενη απόπειρα αυξάνει την πιθανότητα μιας νέας. Άτομα που είχαν κάνει σοβαρή απόπειρα παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα να αυτοκτονήσουν κατά τους επόμενους τρεις μήνες ή τα επόμενα 2 με 4 χρόνια.
- ζ) Ο γάμος, η θρησκευτικότητα, η σταθερή εργασία, η καλή φυσική κατάσταση, θεωρείται ότι προστατεύουν το άτομο από την αυτοκτονία.

η) Τέλος, η εθνική εγρήγορση μειώνει την συχνότητα των αυτοκτονιών. Στην διάρκεια των μεγάλων πολέμων μειώθηκαν σημαντικά οι αυτοκτονίες. Δημητρίου Ε.Χ (1994).

Θα ήταν πολύ τολμηρό να ισχυριστεί κάποιος, ότι οι υπάρχουσες γνώσεις σχετικά με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι αρκετές για την πλήρη κατανόηση του θέματος.

Η πολυπλοκότητα του φαινομένου επιφορτίζεται και από κάποιες επιπλέον δυσκολίες που κάνουν την προσπάθεια του ψυχιάτρου και της νοσηλευτικής ομάδας, στο να εντοπίσουν τον ελοχεύοντα κίνδυνο, ακόμα πιο δύσκολη. Οι δυσκολίες αυτές είναι ποικίλης φύσεως όπως:

1. Τα γνωρίσματα που χαρακτηρίζουν τις ομάδες υψηλού κινδύνου δεν είναι εξ'ίσου χρήσιμα κατά την εκτίμηση ενός συγκεκριμένου ασθενή.
2. Στοιχεία, τα οποία αναφέρονται στον κίνδυνο αυτοκτονίας μακροπρόθεσμα δεν είναι εξ'ίσου χρήσιμα για βραχυπρόθεσμες ή άμεσες εκτιμήσεις.
3. Οι αλλαγές των συνθηκών ζωής είναι δυνατόν να μεταφέρουν κάποιον από ομάδα χαμηλού κινδύνου σε ομάδα υψηλού κινδύνου.
4. Η σημαντικότητα των στοιχείων διαφέρει ανάλογα με την συγκεκριμένη ομάδα.

Σημαντική προσπάθεια στην πρόληψη της αυτοκτονίας στην Ελλάδα είναι η δημιουργία από το Κέντρο Ιατρικής Βοήθειας Αθηνών (1987) του πρώτου κέντρου επέμβασης στην ψυχολογική κρίση δια μέσου τηλεφωνικής γραμμής. Η Μονάδα Τηλεφωνικής Γραμμής αποτελείται από ψυχολόγους, μόνιμους ψυχιάτρους και κοινωνικούς λειτουργούς και βασικός σκοπός της είναι η συναισθηματική

υποστήριξη με συμβουλές και αναφορές στους ανθρώπους που βρίσκονται σε ψυχολογική κρίση. Kontaxakis Christodoulou (1994).

Άλλες παρεμβάσεις που θα συντελέσουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του προβλήματος της αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι οι παρακάτω:

1. Εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (ψυχιάτρων, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών κα) στην αναγνώριση της κατάθλιψης και των αυτοκτονικών τάσεων.
2. Οργάνωση υπηρεσιών «παρέμβαση σε κρίση» (μονάδες τηλεφωνικής βοήθειας, κινητές μονάδες κτλ.)
3. Έγκαιρη παραπομπή σε ψυχιατρικές υπηρεσίες ατόμων με αυτοκαταστροφικές ιδέες και τάσεις.
4. Αποκάλυψη και μέτρηση του βαθμού της αυτοκτονικής πρόθεσης σε αποπειραθέντες αυτοκτονία
5. συστηματική παρακολούθηση των αποπειραθέντων αυτοκτονία
6. Σύνδεση μεταξύ υπηρεσιών ψυχικής υγείας της κοινότητας και σχολείων (έγκαιρη εντόπιση εφήβων υψηλού κινδύνου στο σχολείο).
7. Φροντίδα και υποστήριξη σε ηλικιωμένους που ζουν μόνοι ή έχασαν πρόσφατα το σύντροφό τους.
8. Ψυχοκοινωνική υποστήριξη και έγκαιρη επισήμανση κατάθλιψης και αυτοκτονικών τάσεων σε άτομα με χρόνια, επώδυνα ή και τερματικά νοσήματα.
9. Ενημέρωση του ευρύτερου κοινού για τη συμπτωματολογία της κατάθλιψης και τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος της απόπειρας αυτοκτονίας.

10. Σωστή χρήση των μέσων μαζικής ενημέρωσης από τους επαγγελματίες σε σχέση με θέματα αυτοκαταστροφής.

Σωστότερο θα ήταν να συζητηθεί με τους ανάλογους ειδικούς φορείς, ο τρόπος παρουσίασης ενός θέματος αυτοκτονίας, πριν δει το φως της δημοσιότητας.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Τα άτομα που εμφανίζουν ενδείξεις για ελοχεύοντα κίνδυνο αυτοκτονίας ή ήδη έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν συχνά είναι απαραίτητο να νοσηλευτούν.

Η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία θα πρέπει να αποφασιστεί με βάση τα εξής κριτήρια:

1. Ο ασθενής να έχει έντονη επιθυμία θανάτου με μεγάλη επικινδυνότητα να επιτελέσει «επιτυχημένη» απόπειρα.
2. Ο ασθενής εμφανίζει τάσεις με αμφίβολη επικινδυνότητα η οποία μπορεί να καθοριστεί από τον συνδυασμό των παρακάτω παραγόντων:
 - α) Έλλειψη συναισθηματικής υποστήριξης
 - β) Διακοπή συναισθηματικών δεσμών
 - γ) Ύπαρξη σοβαρής ψυχοπαθολογίας με αυξημένη επικινδυνότητα όπως: κατάθλιψη, αυτοκτονικές τάσεις που είναι αποτελέσματα παραληρητικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων, παθολογική ταύτιση με άτομα που έχουν αυτοκτονήσει.
 - δ) Ανάγκη για διαγνωστική εκτίμηση ή εφαρμογή ειδικών θεραπειών (ηλεκτροσπασμοθεραπεία, συνδυασμένη φαρμακευτική αγωγή)

ε) Έμπλοκή του ατόμου σε καταστάσεις που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αυτοκτονική συμπεριφορά (οικογενειακά προβλήματα κλπ).

στ) Πρόσφατη επίταση αυτοκαταστροφικών μορφών συμπεριφοράς.

ζ) Αδυναμία συμμετοχής του ατόμου σε συνεχιζόμενο θεραπευτικό πρόγραμμα

η) Αδυναμία του γιατρού να εκτιμήσει το βαθμό επικινδυνότητας

Η βραχεία νοσοκομειακή 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. Δημητρίου Ε.Χ (1994).

Κατά την παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο πρέπει να ληφθούν μέτρα προφύλαξης του από άλλη απόπειρα. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι ειδικά επιλεγμένο και εκπαιδευμένο. Άλλωστε αυτοκτονικές ιδέες, απειλές και πράξεις συναντά ο νοσηλευτής καθημερινά στην επικοινωνία του με ασθενείς ψυχιατρικών τμημάτων. Για να προβλέψει όμως ποιοι ασθενείς πραγματικά θα αυτοκτονήσουν, δεν υπάρχει ακριβής μέθοδος.

Για να γίνει σωστή εκτίμηση του ασθενή ο νοσηλευτής πρέπει να λάβει υπόψη του τους εξής παράγοντες:

- α) Την παρουσία όλων εκείνων των σημείων που υποδηλώνουν αυτοκτονική τάση

β) Τα μέσα και τους τρόπους με τα οποία ο ασθενής ίσως ζήτησε βοήθεια.

γ) Το πιθανό προηγούμενο αυτοκτονικό σχέδιο

δ) Την ψυχική κατάσταση

ε) Τα πρόσωπα που τυχόν τον υποστηρίζουν και το περιβάλλον του

στ) Τον τρόπο ζωής του.

Για τον σωστό προγραμματισμό της φροντίδας του ασθενή πρέπει να παίζει ενεργό ρόλο ο ίδιος, το προσωπικό του ψυχιατρικού τμήματος και τα σημαντικότερα πρόσωπα που ενδιαφέρονται.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΤΑΣΗ

Στη σωστή νοσηλευτική εκτίμηση βοηθά η γνώση των χαρακτηριστικών εκείνων στοιχείων που ευνοούν την αυτοκτονική διάθεση του ασθενή.

Δηλαδή ο νοσηλευτής εξετάζει αν ο άρρωστος:

- Έχει ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας
- Εκφράζει επιθυμία θανάτου και φαίνεται μελαγχολικός και σκεπτικός
- Κάνει σκέψεις και σχέδια αυτοκτονίας τα οποία εκδηλώνονται με ερωτήσεις που κάνει έμμεσα για να αποκτήσει πληροφορίες χρήσιμες για την εκπλήρωση του σχεδίου του
- Εκδηλώνει ανησυχία και φοβάται το σκοτάδι
- Αναζητά συχνά την απομόνωση
- Φαίνεται καταθλιπτικός, απελπισμένος και κλαίει συχνά

- Έχει έμμονες ιδέες για τον εαυτό του που θέτουν βάση για απόπειρα αυτοκτονίας
- Νιώθει ένοχος για πραγματική ή φανταστική του πράξη
- Εκφράζει ιδέες καταδίωξης, τιμωρίας
- Έχει ακουστικές παραισθήσεις που τον προτρέπουν να αυτοκτονήσει
- Μετά από περίοδο κατάθλιψης εμφανίζεται ξαφνικά ήρεμος και ευτυχής (ίσως η αμφιθυμία να αυτοκτονήσει ή όχι έδωσε τη θέση της στην απόφαση να το κάνει)
- Συλλέγει επικίνδυνα αντικείμενα
- Χαρίζει τα ατομικά του είδη

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥΣ

ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Αυτό που προέχει στη νοσηλευτική παρέμβαση είναι να καθοριστούν οι αρχές, οι οποίες συντείνουν στην επίτευξη του στόχου του νοσηλευτή, που είναι η πρόληψη της αυτοκτονίας.

Οι αρχές αυτές συνοψίζονται στις εξής:

- Παροχή προστασίας στον άρρωστο ώστε να μην βλάψει τον εαυτό του. αυτή περιλαμβάνει: Διακριτική στενή παρακολούθηση, απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων, δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος στο οποίο θα μπορεί να εκπληρώσει τις βασικές του ανάγκες. Επίσης δίνεται προσοχή ώστε ο θάλαμος του ασθενή να βρίσκεται στο ισόγειο με περισσότερα από ένα κρεβάτια και να έχουν ληφθεί μέτρα αποφυγής ηλεκτροπληξίας (ειδικές ασφάλειες).

- Αύξηση αυτοεκτίμησης του αρρώστου. Οι ασθενείς με αυτοκτονικές τάσεις συνήθως παρουσιάζουν κατάθλιψη, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και βιώνουν αισθήματα θυμού εναντίον του εαυτού τους. Ο νοσηλευτής οφείλει να εκτιμήσει τα θετικά χαρακτηριστικά του ασθενή, να τα παρουσιάσει στον ίδιο και να τον παροτρύνει σε δραστηριότητες που τον ενδιαφέρουν. Φροντίζει για την προώθηση υγιών διαπροσωπικών σχέσεων και ενθαρρύνει την ατομική υγιεινή του.
- Ενθάρρυνση για προσαρμογή στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Απαιτείται ενεργή συμμετοχή του νοσηλευτή ώστε να μπορέσει ο ασθενής να χειριστεί θετικά και αποτελεσματικά με ανάλογους μηχανισμούς το στρες και το άγχος του. Τον βοηθά να αναγνωρίσει τις νοσηρές αντιδράσεις του και να οδηγείται σε ορθούς τρόπους επίλυσης των προβλημάτων του. Ο νοσηλευτής επιδοκιμάζει κάθε θετική προσπάθεια.

Παράλληλα όμως με τον ασθενή, ο νοσηλευτής έχει καθήκοντα να φροντίσει και για την εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος, ώστε να έχουν ενεργή και αποτελεσματική συμμετοχή στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Δηλαδή τους εξηγεί τη χρήση των φαρμάκων, τους μιλά για την αντιμετώπιση των ειδικών αναγκών του ασθενή που πιθανόν να επισημάνθηκαν, για την ηθική υποστήριξη που μπορούν να του προσφέρουν και επιστά την προσοχή σε κάποια μέτρα προστασίας. Απαντά στις απορίες τους και είναι σε συνεχή διάλογο μαζί τους.

Τέλος, ο νοσηλευτής θέτει τις βάσεις για τη δημιουργία ενός ζεστού, φιλικού κοινωνικού περιβάλλοντος. Επειδή η κοινωνική απομόνωση οδηγεί σε κατάθλιψη και σε αισθήματα κατωτερότητας- καταστάσεις που ευνοούν την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά – παροτρύνονται τα

κοντινά πρόσωπα του ασθενή να συντηρούν μια θερμή επικοινωνητική σχέση. Επίσης εντοπίζονται οι σχετικές βοηθητικές κοινωνικές υπηρεσίες, στις οποίες μπορεί να απευθυνθεί ο ασθενής. Ραγιά Α. (1993).

ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.

Τα άτομα με αυτοκτονικές τάσεις ή αυτοί που ήδη έχουν επιχειρήσει να αυτοκτονήσουν αποτελούν, όπως προαναφέρθηκε, μια κατηγορία ασθενών με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που αποκτούν ειδική νοσηλευτική παρέμβαση και μάλιστα από εξειδικευμένο προσωπικό.

Η φροντίδα αυτών των ασθενών βασίζεται σε κάποιους κανόνες – προτάσεις που διευκολύνουν το έργο του νοσηλευτή και κάνουν αποτελεσματικότερη την παρέμβασή του.

- Η επιτήρηση του ασθενή γίνεται διακριτικά και αποτελεσματικά. Μπορεί να περιλαμβάνει τη συνεχή παρουσία νοσηλευτικού προσωπικού ή τη συνεχή παραμονή του ασθενή στο κρεβάτι ή τον περιοδικό κάθε 15' - 20' έλεγχο των δραστηριοτήτων του.
- Καμιά παρατήρηση ή απειλή του ασθενή για αυτοκτονία δεν αγνοείται αλλά αξιολογείται
- Το θέμα της αυτοκτονίας δεν αποφεύγεται αλλά συζητιέται ανοικτά αν το επιλέξει ο ίδιος.
- Γίνεται προσπάθεια για την ενίσχυση της αυτοεκτίμησής του ώστε να αποβάλλει την ντροπή και τις τυχόν ενοχές του
- Διακριτικά, αλλά συχνά, ελέγχεται η ασφάλεια του περιβάλλοντός του

- Προσέγγιση του ασθενή και διάλογος μαζί του με σκοπό την εντόπιση των προβλημάτων του έτσι ώστε να τεθούν οι βάσεις για την αντιμετώπισή τους.
- Αποφυγή από πλευράς του νοσηλευτή μη ρεαλιστικών υποσχέσεων που ελαττώνουν την αξιοπιστία του
- Η στάση του νοσηλευτή απέναντι στην οικογένεια και στους φίλους του ασθενή πρέπει να είναι ουδέτερη, χωρίς να κάνει υποθέσεις για τη συμπεριφορά τους. Αντίθετα ενθαρρύνει την ενεργή συμμετοχή τους στη θεραπεία του ασθενή.
- Είναι απαραίτητη η συμμετοχή όλων των μελών της ομάδας ψυχικής υγείας για τη σωστή, πλήρη εκτίμηση και φροντίδα του ασθενή.
- Συνεχής επαγρύπνηση του νοσηλευτή όσον αφορά την συμπεριφορά του ασθενή και δίνεται προσοχή ακόμα και στις πιο μικρές και απίθανες λεπτομέρειες, που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην αυτοκτονία.

Αν και το προσωπικό μπορεί να είναι άρτια καταρτισμένο και να έχει γνώση πολλών τεχνικών παρεμβάσεων, είναι δυνατόν να προβεί σε λαθεμένη αντιμετώπιση του αυτοκτονικού ασθενή. Είτε γιατί επηρεάζεται από προσωπικά αισθήματα και αξίες, είτε γιατί δεν έχει προσεγγίσει σωστά τον ασθενή.

Ο ασθενής έχει ανάγκη από μια ζεστή, φιλική προσέγγιση, χωρίς κατάκριση, οίκτο ή περιφρόνηση. Πολλές φορές η απομόνωση στην οποία οδηγείται δεν αφήνει πολλά περιθώρια για σωστή νοσηλευτική παρέμβαση. Σε τέτοιες περιπτώσεις η προσέγγισή του μπορεί να είναι εξαιρετικά δύσκολη και χρονοβόρα. Το θερμό ενδιαφέρον, η υπομονή, η

κατανόηση, η αγάπη και η επαγγελματική συνείδηση του νοσηλευτή είναι τα καλύτερα «όπλα» που διαθέτει για τη διεκπεραίωση του στόχου του.

ΓΕΝΙΚΑ ΣΧΟΛΙΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σχολιάζοντας γενικά το φαινόμενο της αυτοκτονίας, θα έλεγε κανείς, ότι το να απειλεί κάποιος να αυτοκτονήσει δεν είναι απλά τρόπος προσέλευσης της προσοχής, όπως πιθανά να συμβαίνει μερικές φορές, αλλά είναι μια συμπεριφορά που πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη, αφού δεν παύει να είναι μια κραυγή βοήθειας, έστω και ασυνείδητα.

Όταν ένα άτομο μιλά για τις αυτοκτονικές του σκέψεις η σωστότερη αντιμετώπιση θα ήταν η διεξοδική συζήτηση του θέματος και όχι η αποφυγή του. Είναι γεγονός, ότι τα περισσότερα άτομα που μιλούν για την αυτοκτονική τους πρόθεση κάποτε θα αποπειραθούν να την πραγματοποιήσουν. Αυτό συμπεραίνεται και από τις στατιστικές, πράγμα που διαψεύδει κατηγορηματικά την αντίληψη ότι τα άτομα που μιλούν για την αυτοκτονία δεν την επιχειρούν ποτέ.

Όπως επίσης γεγονός παραμένει, ότι δεν είναι μόνο τα ψυχωτικά άτομα που διαπράττουν αυτοκτονία. Η πραγματικότητα έχει να επιδείξει μεγάλο αριθμό αυτοκτονιών που διαπράττονται από άτομα που απλά βρίσκονται κάτω από ψυχολογική κρίση- πίεση και οι μηχανισμοί άμυνάς τους αδυνατούν να αντιμετωπίσουν τους στρεσογόνους παράγοντες.

Η οικονομική άνεση και ο ήσυχος τρόπος ζωής δεν αποτελούν παράγοντες που προστατεύουν από την αυτοκτονία. Υπάρχουν άτομα που αυτοκτόνησαν ενώ φαινόταν ότι ήταν στην πιο ευτυχισμένη περίοδο της ζωής τους.

Συχνά ένα άτομο που έχει αποπειραθεί αυτοκτονία στιγματίζεται σαν αυτοκτόνικό. Η αλήθεια όμως είναι ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας συχνά γίνονται κατά τη διάρκεια ιδιαίτερα στρεσογόνων περιόδων και αν το άτομο καταφέρει, με βοήθεια ή όχι, να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του η σκέψη της αυτοκτονίας μπορεί να μην ξαναεμφανισθεί.

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, υπάρχει στενή σχέση της αυτοκτονίας με το αλκοόλ και τις τοξικές ουσίες. Η συχνή χρήση αλκοόλ μπορεί να κάνει το άτομο καταθλιπτικό, παρορμητικό και αυτοκτονικό. Επίσης, η χρήση ναρκωτικών ουσιών προκαλούν στο άτομο συναισθηματικές διαταραχές και του αυξάνουν την παρορμητική συμπεριφορά. Σε μια τέτοια κατάσταση, όπως και όταν διακοπεί απότομα η χρήση αυτών των ουσιών, είναι επικίνδυνο πολλοί να αυτοκτονήσουν.

Τελειώνοντας, τονίζεται ότι η νοσηλευτική δεν ενδιαφέρεται μόνο για την παράταση της ζωής του ασθενή, παρεμποδίζοντας τον να αυτοκτονήσει, αλλά έχει σαν απότερο στόχο την καλύτερευση του επιπέδου ζωής του. ενισχύει ηθικά το άτομο να ξαναβρεί την ελπίδα, την πίστη του στη ζωή, να ανανεώσει τις αξίες και τους σκοπούς του αλλά και να αντιληφθεί ότι πάντα υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις που η απαισιοδοξία δεν αφήνει να φανούν.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κανείς δεν μπορεί να αρνηθεί ότι οι προλήψεις και οι προκαταλήψεις που επιβαρύνουν τις ψυχικές παθήσεις, έχουν στιγματίσει έντονα την έννοια της ψυχικής ασθένειας. Άλλωστε αυτό επιβεβαιώνει και η ιστορία της ψυχιατρικής.

Ο φόβος, η άγνοια, η κακή πληροφόρηση έχουν δώσει λαθεμένες διαστάσεις στο θέμα. Και οι ίδιοι οι ασθενείς δεν φαίνονται ανεπηρέαστοι από την τάση αυτή «της κοινωνικής απομόνωσης». Πλήρως παρεξηγημένοι στο παρελθόν, δύσκολα θα ισχυριζόταν κάποιος ότι είχαν την αντιμετώπιση που θα έπρεπε.

Ωστόσο, στις μέρες μας χαράζονται ευοίωνες προοπτικές. Η συνεχής εξέλιξη της ψυχιατρικής, τόσο στη θεωρητική της πλευρά, όσο και στις μεθόδους αντιμετώπισης, θέτει τέλος σε εκείνες τις απόψεις που θέλουν τους ψυχικά ασθενείς στο περιθώριο.

Τα εξειδικευμένα άτομα που θα έχουν τις γνώσεις της ψυχιατρικής και την ισχυρή θέληση να ασχοληθούν σε βάθος με την υγεία αυτών των ασθενών, θα είναι αυτοί που θα εδραιώσουν το «πιστεύω» ότι τα άτομα αυτά δεν πρέπει να στιγματίζονται ή να περιφρονούνται. Μια τέτοια στάση υποθάλπει απλά το πρόβλημα και το βοηθά να εξελιχθεί.

Σήμερα βέβαια είναι θετικό ότι μεγάλος αριθμός ατόμων σχετικός με την υγεία ή όχι, γνωρίζει ότι οι ψυχικές ασθένειες θεωρούνται σαν μια λειτουργική ατέλεια η οποία αντανακλάται κυρίως στους ψυχικούς μηχανισμούς και αποκλίνει σαφώς από τις απαιτήσεις και αντιλήψεις της ευρύτερης κοινωνικής και πολιτιστικής ομάδας.

Η πορεία λοιπόν έχει χαραχθεί. Ψυχίατροι, ειδικευμένοι νοσηλευτές και άλλες θεραπευτικές ομάδες, θα φροντίσουν για ότι καλύτερο στην

αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενών και των ατόμων που πάσχουν. Είτε πρόκειται για άτομα με πλήρη διαταραγμένη προσωπικότητα, είτε για κάποιους που απλά αντιμετωπίζουν μια ψυχολογική κρίση.

Το αποτέλεσμα θα είναι ιδιαίτερα ευοίωνο αν αυτή η προσπάθεια βρει θετική αντιμετώπιση και στην ευρύτερη κοινωνική ομάδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1)ΒΑΧΤΣΕΒΑΝΟΣ Π. και συν. (1988). Η αυτοκτονία στο Ψ.Ν.Α.
Τετράδια Ψυχιατρικής 23: 44-46
- 2)BARRAGLOUGH B., BUNCH J. et all (1974). A hund red cases of
suicide clinical aspects. Br J. Psychiatry 125: 363-378
- 3)BLUMENTAL S.J (1988). Suicide: A guide to risks factors
assessment and treatment of suicide patients. Med clin. North Am.
72:937-9
- 4)BURGESS A.W, LAZARE A.(1976). Psychiatric nursing in the
hospital and the community- 2nd ed. Englewood Cliffs N.Jersey: 28-40
- 5)ΓΑΒΡΙΗΛ Ι.- ΧΟΙΔΑΣ Σ. (1990). Η αυτοκτονία στη Νοτιοδυτική
Πελοπόννησο: Διερεύνηση ορισμένων δημογραφικών, κοινωνικών και
κλινικών παραμέτρων. Ψυχιατρική 1 (4) 295-296
- 6)ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Α. (1992). Ψυχιατρική Νοσηλευτική 7^η έκδοση.
Η Ταβιθά, Αθήνα: 25,27,28, 56-58
- 7)ΓΚΙΩΝΑΚΗΣ Ν.-ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Σ.(1990). Πρωτοβάθμια φροντίδα
υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Τετράδια Ψυχιατρικής
31: 7-12
- 8)ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ε. (1994). Η πρόληψη της αυτοκαταστροφικής
συμπεριφοράς. Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής. Κέντρο Ψυχικής
Υγιεινής Αθήνα: 236-286
- 9)DIEKSTRA W.R (1990). Suicide and para suicide : social correlate of
recent treds.Psychiatry : A world perspective VOLUME 1. Expecta
medica. Amsterdam N.York Oxford : 853-858

10)DIEKSTRA R.F.W (1989).Suicide and the attempted Suicide Acta Psychiar Scand 80: 1-24

11)DURKHEIM E. (1951). Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας. Αναγνωστίδης Γ. Αθήνα 40-44

12)GEERLINGS S.W. BEEKMAN A.T.F., DEEG D.J.H., VAN TILBURG W. (2000) Physical health and the onset and persistence of depression in older adults : an eight – wave prospective community – based study. Psychological Medicine, 30(2) : 369-380

13)GOSSOP M., STEWART M.S., LEHMAN P., EDWARDS C., WILSON A., SEGAR G., (1998) Substance use, health social problems of service users at 54 drug treatment agencies. British Journal of Psychiatry , 173:166-171.

14)HAWTON K. (1992). Suicide and attempted suicide. Handbook of Affective disorders 2nd ed. Churchill Livingstone London, Madrd, N.York, Tokyo: 635-646

15)HADFEALD JAMES (1991). Ψυχολογία και ψυχική υγεία. Τα ψυχικά προβλήματα και θεραπεία τους. Θυμάρι Αθήνα: 15-25,29

16)HICKEY P.W (1990). Nursing process handbook St.Louis, Mosby: 45-47

17)KESSLER R.C., Mc GONAGLE K.A., ZHAO S., NELSON C.B., HUGHES M., ESHLEMAN S., WITTCHEN H.V., HENDLER K.S. (1994), Lifetime and 12-month prevalence of DSM – III – R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 51: 8-19

18)KREITMAN N. (1983). Suicide and Parasuicide Churchill and Livingston Edinburg

19)ΚΟΝΤΑΧΑΚΙΣ- CHRISTODOULOU (1994). Topics in Preventive Psychiatry. Kontaxakis- Christodoulou Athens: 72-76

20)ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ Β., ΧΑΒΑΚΗ, ΚΟΝΤΑΞΑΚΗ Μ.(1994). Αυτοκτονίες στην Ελλάδα: Σύγκριση των περιόδων 1969- 1973 έναντι 1979-1983. Ανακοίνωση στο 5^ο Παγκρήτιο Ιατρικό Συνέδριο, Ρέθυμνο.

21)ΛΕΒΑΣ Σ.- ΜΠΑΛΛΙΑΣ Η. (1990). Κατάθλιψη και απώλεια διανοητικής όρασης. Τετράδια Ψυχιατρικής 32: 27-28

22)ΛΟΥΚΤΣΑ Δ. (1994). Ψυχική υγεία. Η θεωρία και η πράξη στο χώρο της άσκησης της ψυχικής υγείας: Η ανατομία ενός ηθικού διλήμματος. Τετράδια Ψυχιατρικής. Έκδοση Επιστημονικής Ένωσης Ψ.Ν.Α 46: 71.72-7

23)ΜΑΔΙΑΝΟΣ Γ. (1980). Κοινωνική Ψυχιατρική Ιστορική ανασκόπηση, ορισμός και ιδεολογία. Εγκέφαλος Αθήνα 17: 159-163

24)ΜΑΔΙΑΝΟΣ Γ. (1989). Κοινωνία και Ψυχική Υγεία. Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή. Καστανιώτη Αθήνα Τόμος Β'.

25)ΜΠΕΡΑΤΗ Σ. (1994). Παράγοντες κινδύνου και πρόληψη αυτοκτονίας. Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Αθήνα: 289-292

26)MADIANOS M.G, VLACHONICOLIS J., STEFANIS C. (1989). Who needs treatment? A case identification dilemma and metho

Excepta Medica, International Congress series. Athens 899:336

27)MADDISON D., KELLEHEAR K.J (1982). Psychiatric Nursing. Churchill Livingstone. Edinburg. London, Melbourne, N.York: 364-374

28)MILES C.(1977). Conditions predisposing to suicide. J.Nerv.Ment. Dis 164: 231:246

29)MURPHY G.E. (1988). Suicide and substance abuse. Arch Gen Psychiatry 45: 593-594

30)ΝΤΑΓΚΟΥΝΑΚΗ Ε. (1987). Κοινωνική αποκατάσταση-ένταξη ατόμων με ψυχιατρικές ασθένειες στην κοινότητα- προβληματισμοί. Τετράδια Ψυχιατρικής 14 και 15: 74-78

31)ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ. (1973). Σύγχρονη Ψυχιατρική, Γενική Ψυχιατρική Παρισιάνος Γ. Αθήνα τόμος 1: 130-137, 706-711

32)ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ. (1974): Σύγχρονη Ψυχιατρική. Ειδική Ψυχιατρική Νοσολογία- Θεραπευτική. Παρισιάνος, Αθήνα τόμος 2: 1589-1990

33)ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ. (1974): Σύγχρονη Ψυχιατρική. Ειδική Ψυχιατρική Νοσολογία- Θεραπευτική. Παρισιάνος, Αθήνα τόμος 3: 2015-2023

34)ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε. (1991). Ψυχιατρική Π.Χ. Πασχαλίδης: 26-28

35)PEPLAU H.E. (1952). International relations in nursing. New York: GP Putnam's Sons: 16.186

36)ΡΑΓΙΑ Α. (1990). Η εκπαίδευση της αδερφής νοσοκόμου στην κοινωνική Ψυχιατρική. Ελληνογαλλικό συμπόσιο κοινωνικής ψυχιατρικής. Καστανιώτη Αθήνα 2: 452-457

37)ΡΑΓΙΑ Α. (1993). Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Αθήνα: 55-59

38)ΡΑΓΙΑ Α. (1988). Το πρόβλημα της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 5: 383-384

39)ΡΑΓΙΑ Α. (1985). Η ψυχιατρική αδερφή. Η προσωπικότητα και τα ηθικά της προσόντα. Νοσηλευτική Αθήνα 25: 47-60

- 40)ROBINSON L. (1972). Psychiatric nursing as a human experience sounders. Philadelphia: 22
- 41)ROSEN-G.(1971). History in the study of suicide. Psychol Med-1: 267-285
- 42)ROSENBERG M.L.,MERCY J.A., POTTER L.B.,(1999). Firearms and suicide. New England Journal of Medicine, 341 : 1609-1611
- 43)ROSSOW I. (2000). Suicide, violence and child abuse : a review of the impact of alcohol consumption on social problems. Contemporary Drug Problems, 27(3):397-334
- 44)RUESCH J.(1973). Therapeutic communication W.W. Norton Co N.York: 7,460
- 45)ΣΑΚΚΑΣ Δ. (1986). Σκέψεις με αφορμή το πενταετές πρόγραμμα ψυχικής υγείας -ερωτηματικά. Τετράδια Ψυχιατρικής 9: 7-10
- 46)ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ. και Συν. (1979). Ψυχιατρική Έκδοση για φοιτητές της ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.
- 47)SAINSBURY P. (1985). Suicide: epidemiology and relationship to depression, Psychoses of uncertain aetiology. Handbook of psychiatry 3 Wing and wing: 134-140
- 48)SAISBURY P.(1986). Depression suicide and suicide prenent Williams and Wilkins. Baltimore
- 49)ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ.- ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ Β.(1994). Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά: Τάσεις και προβληματισμοί. Θέματα προληπτικής ψυχιατρικής. Κέντρο Ψυχικής Υγεινής Αθήνα 1: 267-272
- 50)WILKSON H.S, KNEISL CR. (1992). Psychiatric Nursing 4th ed. Addison -Wesley Redwood City C.A: 31, 35-37, 958

51) WİNTEMMTE G.L., PARHAM C.A., BEAUMONT J.J., WRIGHT M., DRAKE C. (1999). Mortality among recent purchasers of handguns. New England Journal of Medicine, 341:1583-1589.

52) WELKSTEIN L. Handbook of Suicidology. Principles problems and Practice. Brunner, Masel, N.York: 75-89

53) ZIMMERMAN M., Mc DERMUT W., MATTIA J.I. (2000). Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. American Journal of Psychiatry, 157:1337-1340

