

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ. Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ
ΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΒΓΕΝΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ – 2013

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ.Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ
ΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	
1.1 Ορισμοί.....	8
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	11
1.3 Δημογραφικά στοιχεία.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	
2.1 Παράγοντες κινδύνου διαταραχών διάθεσης και αυτοκτονικής τάσης στην ενήλικη ζωή.....	16
2.2 Τραυματικές εμπειρίες ενηλίκων.....	18
2.3 Γεγονότα ευρύτερης εμβέλειας.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	
3.1 Αναγνώριση του προβλήματος.....	25
3.2 Πρόληψη.....	27
3.3 Η ψυχολογική αυτοψία ως μέθοδος πρόληψης της αυτοκτονίας.....	30
3.3.1 Ευθανασία και υποβοηθούμενη από το γιατρό αυτοκτονία.....	31
3.4 Παρεμβάσεις και ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις.....	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Αντιμετώπιση.....	34
4.2 Θεραπευτικές παρεμβάσεις.....	36
4.3 Σύγχρονες θεραπευτικές παρεμβάσεις.....	39
4.3.1 Τα θεραπευτικά προγράμματα στην Ελλάδα.....	41
4.4 Εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας.....	43
4.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	46
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	48
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ.....	48
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	54
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	56
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	61

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Βασικός προβληματισμός, που οδήγησε στην επιλογή του θέματος, αποτέλεσε το γεγονός ότι παρατηρούνται ανησυχητικά αυξητικές τάσεις ψυχοπαθολογίας και επιθετικότητας, ανοδική αύξηση εκδήλωσης χρόνιων σωματικών ασθενειών, όπως ο καρκίνος, και γεγονότων ευρύτερης εμβέλειας, επίκαιρο παράδειγμα η οικονομική κρίση σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς και άλλων γεγονότων, τα οποία μπορεί να αποτελέσουν τραυματικά γεγονότα, τα οποία και οδηγούν στην εκδήλωση μετατραυματικών διαταραχών στον άνθρωπο και έχουν επιπτώσεις στο ευρύτερο περιβάλλον του. Θεωρούμε ότι οι αρνητικές εμπειρίες της πρώιμης ηλικίας, στα χρόνια της εφηβείας, αλλά και αργότερα, στην ενήλικη ζωή μπορούν να χαρακτηριστούν ως τραύματα, αν τα αποτελέσματα τους δημιουργούν δυσλειτουργία στη ζωή του ατόμου (π.χ. φοβίες, κατάθλιψη κ.α.).

Νέες τάσεις, στην ψυχιατρική και στην ψυχολογία (θεωρητικά και πρακτικά), έχουν αναπτυχθεί πρόσφατα στη χώρα μας ως αποτέλεσμα του συνεχώς αυξανόμενου ενδιαφέροντος και της ευαισθητοποίησης του πληθυσμού για θέματα ψυχικής υγιεινής, αλλά και ποιότητας ζωής, γενικότερα. Θα παρουσιάσουμε, λοιπόν, σε αυτή την πτυχιακή εργασία την άμεση και έμμεση σχέση των τραυματικών εμπειριών με τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και ισορροπία ενός ανθρώπου.

Κάθε άνθρωπος, σε κάποια στιγμή της ζωής του, θα έρθει αντιμέτωπος με μία τραυματική εμπειρία. Οι τραυματικές εμπειρίες είναι διαφορετικές για τον καθένα από εμάς, επηρεάζουν άλλους λιγότερο και άλλους περισσότερο. Ο κάθε άνθρωπος μπορεί να βιώσει ως τραυματική εμπειρία οποιοδήποτε γεγονός τον κάνει να νιώσει πως απειλείται η ζωή του.

Υπάρχουν τραυματικές εμπειρίες που βιώνονται από το κάθε άτομο ξεχωριστά, όπως η σεξουαλική και σωματική κακοποίηση, η απώλεια αγαπημένων προσώπων, μια χρόνια και θανατηφόρα ασθένεια. Πολλές τραυματικές εμπειρίες όπως είναι ένας σεισμός, μια πυρκαγιά ή ένα δυστύχημα, πλήττουν πολλά άτομα ταυτόχρονα και έτσι οι εμπειρίες αυτές βιώνονται ομαδικά.

Συνεπακόλουθα, η αυτοκτονική συμπεριφορά ορίζεται ως η συμπεριφορά, κατά την οποία το άτομο προσπαθεί να κάνει κακό στον εαυτό του, με σκοπό να τερματίσει τη ζωή του. Περιλαμβάνει τις απόπειρες αυτοκτονίας κατά τις οποίες το άτομο δεν επιτυγχάνει την ολοκλήρωση του στόχου της αυτοκαταστροφής του και τις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες κατά τις οποίες επιτυγχάνεται ο στόχος αυτοκαταστροφής.

Αυτοκτονική συμπεριφορά έχει παρατηρηθεί σχεδόν σε όλες τις ομάδες ηλικιών. Η εφηβική περίοδος ανάπτυξης της προσωπικότητας, η οποία χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια του ατόμου για αποχωρισμό και ανεξαρτητοποίηση από την οικογένεια, είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στην εμφάνιση σκέψεων αυτοκτονίας, αλλά και αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Στην εφηβεία παρατηρούνται δυσκολίες προσαρμογής που συνοδεύονται από έντονο άγχος, ακραίες και απρόβλεπτες αλλαγές διάθεσης, οι οποίες φαίνεται να συνδέονται με τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα, στον ψυχισμό, στις εξωτερικές συνθήκες ζωής και στις απαιτήσεις για ωριμότερη λειτουργία και αυξημένη απόδοση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθούν οι ανάγκες της ψυχολογικής στήριξης των ατόμων με κατάθλιψη προκειμένου να αποφευχθούν οι τάσεις για απόπειρες αυτοκτονίας και να δοθούν λύσεις και προτάσεις τόσο στα ίδια τα άτομα όσο και στις οικογένειές τους.

Στο πρώτο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά στην ιστορική αναδρομή, στους ορισμούς, σε στατιστικά και δημογραφικά στοιχεία.

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα αναλυθούν οι παράγοντες κινδύνου διαταραχών διάθεσης και αυτοκτονικής τάσης στην ενήλικη ζωή, στις τραυματικές εμπειρίες ενηλίκων και η επιρροή τους στην μετέπειτα ενήλικη ζωή, γεγονότα ευρύτερης εμβέλειας και τα συμπτώματα της αυτοκτονικής τάσης.

Ακολουθεί το τρίτο κεφάλαιο όπου αναφέρετε η αναγνώριση του προβλήματος, η διάγνωση, η πρόληψη και οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο θα γίνει προσπάθεια να αναφερθούν: η αντιμετώπιση της αυτοκτονικής τάσης, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις και ο ρόλος του νοσηλευτή.

Τέλος, παρατίθενται συμπεράσματα τα οποία προέκυψαν από την βιβλιογραφική έρευνα την οποία απαιτούσε η ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to explore the psychological support needs of people with depression to avoid tendencies for suicide attempts and provide solutions and suggestions to both the individuals themselves and their families.

The first chapter will refer to the historical background, the definitions in statistics and demographics. The second chapter will analyze the risk factors for mood disorders and suicidal tendency in adulthood, the traumatic experiences of adults and their influence in later adulthood, bigger events and symptoms of suicidal tendency.

Then comes the third chapter stating the problem identification, diagnosis, prevention and psychotherapeutic approaches. In the fourth and final chapter will attempt to mention: dealing with a suicidal tendency, therapeutic interventions and the role of the nurse.

Finally, given conclusions which emerged from the literature review which require the completion of this thesis

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα παγκόσμιο φαινόμενο που έχει λάβει ανησυχητικές διαστάσεις και στη χώρα μας είναι οι απόπειρες αυτοκτονίας. Τα οικογενειακά και προσωπικά προβλήματα οδηγούν μεγάλο αριθμό ατόμων στο θάνατο. Οι σύγχρονοι άνθρωποι, τονίζουν οι ειδικοί, αντιμετωπίζουν μια πολύ ζοφερή και επικίνδυνη πραγματικότητα από αυτήν που αντιμετωπίζαν οι παλαιότερες γενιές. Στις μέρες μας, ένας στους τέσσερις ανθρώπους προβλέπεται ότι θα αντιμετωπίσει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα κάποια άμεση ή έμμεση περίοδο της ζωής του.

Οι άνθρωποι που σκέφτονται την αυτοκτονία την θεωρούν ως τη μόνη τους λύση και διέξοδο στον αφόρητο ψυχικό πόνο που βιώνουν. Το 70% όλων των ατόμων που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας δίνουν κάποια ένδειξη των σκοπών τους πριν αποπειραθούν. Γενικά οι προτάσεις που φανερώνουν συναισθήματα κατάθλιψης, μεγάλης μοναξιάς, απελπισίας μαρτυρούν αυτοκτονικές σκέψεις.

Εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο νοσούν από κατάθλιψη. Σύμφωνα με ιστορικές πηγές, ιατρικά κείμενα (για παράδειγμα κείμενα του Ιπποκράτη), τα έπη του Ομήρου, τη Βίβλο και άλλα αρχαία κείμενα, διαπιστώνουμε ότι η κατάθλιψη ακολούθησε την ανθρωπότητα από τα αρχικά στάδια της ύπαρξής της μέχρι σήμερα.

Η σημασία της κατάθλιψης δεν έχει να κάνει μόνο με τον αριθμό των ανθρώπων που υποφέρουν, αφορά και τον κίνδυνο της αυτοκαταστροφής, τις δυσκολίες για τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων και επαγγελματικών δραστηριοτήτων και τις επιπτώσεις στην οικογένεια και ιδιαίτερα στους έφηβους.

Ωστόσο, όσο σοβαρές κι αν είναι οι οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις στο άτομο, δε συγκρίνονται με αυτό που βιώνει, διότι ο ψυχικός πόνος που προκαλεί η κατάθλιψη, συχνά ξεπερνά τα ανθρώπινα μέτρα και τα όρια αντοχής. Γι' αυτό το λόγο η πάθηση αυτή οδηγεί συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη πάθηση σε αυτοκτονία. Οι ψυχικές διαταραχές σε ένα μεγάλο ποσοστό -ιδιαίτερα η κατάθλιψη και η κατάχρηση ουσιών- συνδέονται με το φαινόμενο της αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Η αυτοκτονική επίσης συμπεριφορά σχετίζεται από πολλούς σύνθετους κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες και είναι πιθανότερο να εμφανιστεί, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια περιόδων κοινωνικοοικονομικών και οικογενειακών κρίσεων καθώς και μεμονωμένων καταστάσεων (απώλεια αγαπημένου προσώπου και εργασίας).

Ο ψυχολογικός, κοινωνικός και οικονομικός αντίκτυπος της αυτοκτονίας στην οικογένεια και την κοινότητα είναι ανυπολόγιστος. Αν και παραδοσιακά τα ποσοστά αυτοκτονίας ήταν υψηλότερα μεταξύ των ηλικιωμένων ανδρών, τα ποσοστά μεταξύ των νέων έχουν αυξηθεί σε τέτοιο βαθμό ώστε τώρα να είναι η ομάδα με τον υψηλότερο κίνδυνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1.1 Ορισμοί

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, σαν “ψυχική υγεία” θεωρείται η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση στην κοινότητα, καθώς και να ικανοποιείται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και επιτεύγματά του. Μπορεί επίσης να ορισθεί ως η ανάπτυξη της υγιούς άποψης του ατόμου για τον εαυτό του και το περιβάλλον στο οποίο ζει, για να μπορεί να πραγματοποιήσει το μέγιστο βαθμό της αυτοπλήρωσής του.

Η ψυχική υγεία είναι ένα δυναμικό φαινόμενο και όχι στατικό. Ουσιαστικά, δε μπορεί κανένας ορισμός να αποδώσει το νόημά της, επειδή την ίδια στιγμή κάθε ορισμός την περιορίζει. Η αδυναμία αυτή των ορισμών, οφείλεται στη φύση της ψυχικής υγείας, που δεν είναι ένα γεγονός, αλλά μια πραγματικότητα που πρέπει να κερδίζεται σε καθημερινή βάση, μέσα από διαφορετικές καταστάσεις. Ο αγώνας για την ψυχική υγεία δε γίνεται αυτόνομα από τον αγώνα της ζωής, για αυτό και οι συνθήκες ζωής του ατόμου, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του και το πολιτισμικό του υπόβαθρο αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την ψυχική υγεία.

Μια ψυχή υποταγμένη στα προσωπικά της πάθη, δε μπορεί ποτέ να είναι υγιής. Ψυχικά υγιής είναι εκείνος που είναι άξιος να νικά την καθημερινότητα, να βρίσκει τη δύναμη να ξαναχτίζει μέσα από τα ερείπια, να τοποθετεί τις αξίες του και τα ιδανικά του πάνω από την καλοπέραση και την ευημερία. Από την άλλη μεριά στο χριστιανισμό, η ψυχική υγεία δεν είναι απλά και μόνο κάποιες ψυχολογικές ισορροπίες, αλλά πληρότητα ζωής, κοινωνία με το Θεό, αγιότητα δηλαδή η ιδιότητα του Θεού και των Αγίων.

Κατά καιρούς λοιπόν, γίνονται, προσπάθειες για να καθοριστούν οι προϋποθέσεις εκείνες που η ολοκλήρωσή τους θα διασφάλιζε την κατάσταση αυτή της ψυχικής υγείας. Είναι κάποια χαρακτηριστικά μερικές έννοιες δηλαδή που είναι στενά συνδεδεμένες με την ψυχική υγεία του ατόμου:

1. Οι απόψεις του ατόμου για τον εαυτό του.
2. Η δυνατότητα του ατόμου να διασκεδάζει και να αγαπάει.
3. Η κυριαρχία του ατόμου στο περιβάλλον του (το εξουσιάζει ή εξουσιάζεται από αυτό).
4. Ο τρόπος και ο βαθμός της ανάπτυξης του ατόμου.
5. Η προσωπικότητα του ατόμου και η δυνατότητά του για αυτοδυναμία.
6. Η επάρκεια με την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα και η ικανότητά του να δίνει λύσεις στα προβλήματά του.
7. Ο βαθμός της ανεξαρτητοποίησης του ατόμου από κοινωνικές επιδράσεις.
8. Η ικανότητά του για αντίσταση σε καταπιεστικές συνθήκες.



Σύμφωνα λοιπόν με αυτά τα χαρακτηριστικά, μπορούμε να πούμε ότι το ψυχικά υγιές άτομο έχει επίγνωση για την ταυτότητά του, ρεαλιστική άποψη για τις δυνατότητές και τις ικανότητές του και εμπιστοσύνη στον εαυτό του. Η προσωπικότητά του είναι ολοκληρωμένη και έχει καταφέρει να δημιουργήσει μια ικανοποιητική ισορροπία μεταξύ των συνειδητών και ασυνείδητων δυνάμεων που το παρακινούν να κάνει κάτι. Έχει πετύχει ένα βαθμό ανεξαρτητοποίησης και η συμπεριφορά του, δεν επηρεάζεται από εξωτερικά γεγονότα, αλλά από εσωτερική διευθέτηση των αναγκών, των αντιλήψεων και των επιθυμητών σκοπών.

Παράλληλα, στην καθημερινότητά μας, συχνά χαρακτηρίζουμε κάποιες καταστάσεις σχιζοφρενικές ή τα άτομα ως υστερικά, ενώ στην πραγματικότητα δεν αντιλαμβανόμαστε τις έννοιες αυτές. Από την άλλη πλευρά, εκείνων δηλαδή που “αρνούνται” τα ψυχικά νοσήματα, θεωρούν όλα τα άτομα φυσιολογικά, ενώ χαρακτηρίζουν την κοινωνία ως “ψυχικά άρρωστη”. Είναι αρκετά δύσκολο λοιπόν, να ορίσουμε το τί είναι “φυσιολογικό” και τί όχι, για αυτό το λόγο και η έννοια της ψυχικής νόσου έχει μια πολυμορφία.

Η πολυμορφία των ψυχικών νοσημάτων, αλλά και η δυνατότητα πολύπλευρης προσέγγισης ευνοούν τις παραπάνω συνειδητές ή μη συγχύσεις. Αρχικά λοιπόν, θα λέγαμε ότι ψυχική ασθένεια, θεωρείται μια λειτουργική ατέλεια που εκφράζεται στους ψυχικούς μηχανισμούς και διαφέρει από τις απαιτήσεις και το τί πιστεύει η ευρύτερη κοινωνία.

Σήμερα, η ψυχική νόσος προσεγγίζεται βάσει τριών μορφών. Αρχικά, είναι η ιατρική προσέγγιση σύμφωνα με την οποία, αναζητούνται τα αίτια της ψυχικής νόσου σε οργανικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα η ανατομία του νευρικού συστήματος, η γενετική και βιοχημική σύσταση του οργανισμού. Στη συνέχεια, υπάρχει η ψυχογενετική προσέγγιση, βάση της οποίας οι ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε ενδοψυχικά αίτια.

Το συναίσθημα της κατάθλιψης είναι δυνατόν να εμφανισθεί ξεκινώντας από μια απλή δυσφορία και να καταλήξει σε βαθιά μελαγχολία. Χαρακτηριστικό είναι το συναίσθημα της εύκολης κόπωσης και της σωματοψυχικής αδυναμίας. Επίσης, η κατάθλιψη μειώνει την ταχύτητα της σκέψης και διαταράσσει ζωτικά συναισθήματα. Το άτομο με κατάθλιψη, χάνει την αυτοπεποίθησή του και κάθε ζωτικό ενδιαφέρον.

Ιδιαίτερα συχνή είναι η ανικανότητα να λάβει αποφάσεις και να εκπληρώσει καθημερινές υποχρεώσεις που αφορούν είτε επαγγελματικές, είτε οικιακές εργασίες. Ωστόσο κατανοεί το γεγονός ότι χρειάζεται βοήθεια. Στη βαθιά μελαγχολία, το άτομο κατακλύζεται από καταθλιπτικές παραληρητικές ιδέες, οι οποίες σχετίζονται με ατομική ανικανότητα, οικονομική καταστροφή, υποχονδρία και άλλες ιδέες. Μέσα στο παραλήρημα, ωστόσο, εμφανίζονται παραισθητικές ή ψευδαισθητικές διαταραχές, που έχουν να κάνουν με την αυτοπεποίθηση του ατόμου. Στη φάση της μελαγχολίας, είναι δυνατόν να εμφανισθούν ψυχοσωματικά συμπτώματα, τα οποία καλύπτουν την συναισθηματική διαταραχή και αντιμετωπίζονται λανθασμένα ως σωματικές ασθένειες.

Ο ορισμός με βάση την ένταση της επιθυμίας θανάτου βλέπει την αξία του να περιορίζεται από τις συχνές διαστρεβλώσεις της έννοιας του θανάτου, η οποία χάνει μέρος από την πραγματικότητά της. Με λίγα λόγια, η έννοια της πρόθεσης του ατόμου να πεθάνει δεν καλύπτει πλήρως το πρόβλημα της αυτοκτονίας.

Επίσης και η προσποιητή απόπειρα αυτοκτονίας είναι ένας βαθιά παθολογικός μηχανισμός προσαρμογής. Η ομολογία της προσποίησης, δηλαδή της προμελετημένης πρόθεσης απομίμησης της αυτοκτονίας, δεν μπορεί να αποτελέσει την απόδειξη ότι δεν υπάρχει ψυχική αλλοτρίωση. Αντίθετα έχει την έννοια της προσφυγής στο φυσιολογικό, η οποία εντάσσεται σε ένα σύστημα άμυνας (Chabrol 1987).

Ορισμένοι βίαιοι θάνατοι, από ανθρωποκτονία ή ατύχημα, αποτελούν ισοδύναμα αυτοκτονίας. Παράλληλα η συχνότητα των αυτοκτονιών, των ατυχημάτων και των ανθρωποκτονιών ποικίλει στον έφηβο. Τα ατυχήματα μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της εσκεμμένης αναζήτησης του θανάτου.

Ωστόσο δημιουργείται η εντύπωση μιας επιθυμίας θανάτου που εκφράζεται εν αγνοία του υποκειμένου. Αλλά η αυτοκτονία και τα ισοδύναμά της δεν περιορίζονται μόνο σε αυτές τις οξείες εκδηλώσεις η αυτοκαταστροφή μπορεί να εξυπηρετείται από συμπεριφορές που διαρκούν και για τις οποίες ο Menninger πρότεινε τον όρο της χρόνιας αυτοκτονίας. Έτσι είναι γενικά πολύ αποδεκτή η αυτοκτονική διάσταση των τοξικομανών. Ορισμένες διαταραχές της συμπεριφοράς έχουν σαν συνέπεια, αλλά και σαν σκοπό, την απομόνωση, την αποτυχία της κοινωνικής ζωής.

Ο Menninger ορίζει μια ομάδα ατόμων τα οποία χαρακτηρίζονται από αντικοινωνικές τάσεις και επιτυγχάνουν πάντα να αποτυγχάνουν. Η αδέξια παρανομία τους, η αστάθειά τους στις προσωπικές σχέσεις που συνεπάγονται δικαστικές κυρώσεις και κοινωνικό εξοστρακισμό, μοιάζουν να είναι η μετάφραση μιας επιθυμίας αυτοκαταστροφής.

Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να πάρει την έννοια της άρνησης της ζωής. Ορισμένοι έφηβοι μέσα από καταθλιπτικές συμπεριφορές, μοιάζουν να αποφεύγουν κάθε ευχαρίστηση, κάθε ευκαιρία επιτυχίας, κάθε δυνατότητα ικανοποιητικής σχέσης. Ο συγκινησιακός και κοινωνικός θάνατος, αποτελεί τον δικό του τρόπο ζωής (Chabrol 1987).

1.2 Ιστορική αναδρομή

Ιστορικά, η μελέτη και προσπάθεια κατανόησης του φαινομένου της «αυτοκτονικότητας» των νέων κινείται σε όλο το φάσμα των λεγόμενων «επιστημών του ανθρώπου», αντανακλώντας τις κατά καιρούς επικρατούσες τάσεις, φιλοσοφικές, κοινωνιολογικές, ψυχιατρικές, ψυχαναλυτικές. Αξίζει να θυμηθούμε τα λόγια του Jeammet, ότι εάν γενικά το φαινόμενο της αυτοκτονίας στον άνθρωπο αποτελεί «αίνιγμα», στην περίπτωση των εφήβων αποτελεί «σκάνδαλο» (Leammet et Birot, 1994).

Αυτό, με την έννοια της εκδήλωσης συμπεριφοράς που αποσκοπεί στο θάνατο, σε μια ηλικία που σημαίνει «άνθισμα» και άνοιγμα προς τη ζωή, μέσα από τις διεργασίες μετάβασης από την παιδική ηλικία προς την ενηλικίωση. Από αυτήν την άποψη, η αυτοκτονία ή η απόπειρα για αυτήν θεωρούνται από ορισμένους συγγραφείς ως αποτυχία ή αδιέξοδο της αναπτυξιακής διαδικασίας αυτής της φάσης της ζωής (Ladame 1987, Laufer, 1995).



Τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί κατά πολύ οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας που αναδεικνύονται σε χαρακτηριστική συμπεριφορά εφηβείας. Οι απόπειρες αυτοκτονίας σηματοδοτούν την αποτυχία της μετάβασης από την κρίση της εφηβείας και αποτελούν σημαντικό τρόπο συμπεριφοράς και μέσο προσέλκυσης της προσοχής των άλλων.

Στην εφηβεία επίσης, όπως έχει ήδη αναφερθεί συναντώνται με αυξημένη συχνότητα τα αυτοκτονικά ισοδύναμα, συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή ή τη σωματική ακεραιότητα χωρίς να υπάρχει συνειδητή επιθυμία θανάτου (π.χ., επικίνδυνη οδήγηση μηχανής). Το φαινόμενο της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, εμφανίζεται σπάνια στην εφηβική ηλικία. Στον εφηβικό πληθυσμό, η αυτοκτονία, μαζί με τα κακοήθη νοσήματα και τα

ατυχήματα, αποτελούν τις τρεις συχνότερες αιτίες θανάτου. Ωστόσο, η συχνότητα αυτοκτονιών είναι μικρότερη στην εφηβική ηλικία και στους νέους μέχρι 25 ετών, σε σύγκριση με άλλες ηλικιακές κατηγορίες (WHO, 2002).

Αντίθετα, πολύ συχνότερες στους νέους είναι οι ιδέες αυτοκτονίας και οι απόπειρες. Στις χώρες του λεγόμενου «δυτικού πολιτισμού» η αυτοκτονία αφορά κυρίως στους άνδρες, ενώ στις απόπειρες αριθμητικά τα κορίτσια. Η διαφορά αυτή μεταξύ των δύο φύλων μειώνεται πολύ όταν εξετάζονται οι «ιατρικά σοβαρές απόπειρες» (Beautrais et al, 1996, Gould et al. 2003).

Άλλο σημαντικό ζήτημα είναι οι αυξομειωτικές τάσεις της συχνότητας των αυτοκτονιών. Στην πρόσφατη ανασκόπηση των Gould et al. (2003) αναφέρεται ότι, ενώ στη διάρκεια των δεκαετιών '60 με '80 υπήρξε μια αύξηση (σχεδόν τριπλασιασμός) των αυτοκτονιών μεταξύ των νέων, προς το τέλος της δεκαετίας του '90 παρατηρήθηκε μια τάση μείωσης, τόσο στις Η.Π.Α., όσο και σε άλλες δυτικές χώρες. Το φαινόμενο αυτό δεν εξηγείται ακόμα επαρκώς από τις υπάρχουσες μελέτες και σίγουρα αποτελεί μια παράκληση για περαιτέρω διερεύνηση. (Lester, 1998).

Η ύπαρξη ψυχικών διαταραχών στην οικογένεια ανέρχεται σε ποσοστό 31,2%, όπου αν προστεθεί το 10,4%, περιπτώσεων εξάρτησης από αλκοόλ ή ναρκωτικά, έχουμε μια σημαντική ψυχιατρική επιβάρυνση. Απόπειρα αυτοκτονίας σε άλλα μέλη της οικογένειας καταγράφηκε στο 3,2%. Σωματικά νοσήματα και / ή αναπηρίες γονέων καταγράφηκαν στο 21,6% και σε αδέρφια ή άλλα μέλη της οικογένειας σε ποσοστό 9,6%. Τέλος, απώλειες λόγω θανάτου υπήρχαν στο 14,4% των οικογενειών.

Σημαντικά πρόσφατα γεγονότα ζωής που αναφέρθηκαν ως εκλυτικοί παράγοντες και από τους ίδιους τους εφήβους, είναι κυρίως συγκρούσεις και δυσλειτουργία ή ανεπάρκεια που χαρακτηρίζουν το οικογενειακό πλαίσιο, καθώς και η απογοήτευση από ερωτικές και φιλικές σχέσεις ή η δυσκολία ένταξης στον κόσμο των συνομηλίκων.

Παρόλο που στη συγκεκριμένη μελέτη δεν περιλαμβάνονταν η διερεύνηση των κλινικών χαρακτηριστικών των περιστατικών, ωστόσο, αναφέρεται ότι σε ποσοστό 68% πρόκειται για πρώτη απόπειρα και στο 25,6% για επανάληψη , ενώ στη μεγάλη πλειονότητα (84%) η μέθοδος είναι η κλασσική της λήψης φαρμάκων.

Στο 73,6% η απόπειρα αναφέρεται να έχει γίνει στο σπίτι και στις υπόλοιπες των περιπτώσεων σε διάφορους τόπους και χώρους εκτός σπιτιού. Τέλος, μολονότι δεν γίνεται αναφορά στην ψυχοπαθολογία, σημειώνουμε ότι σε ένα ποσοστό (46,3%) των εφήβων του δείγματος μας προϋπήρχε (της στιγμής της απόπειρας) άλλοτε άλλης σοβαρότητας ψυχοπαθολογία.

1.3 Δημογραφικά στοιχεία

Διαστάσεις επιδημίας έχουν πάρει οι αυτοκτονίες στη χώρα μας. Μόνο την 3ετία (2004-2007) αυξήθηκαν κατά 15%, σύμφωνα με ευρωπαϊκή μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με θέμα «Αυτοκτονικές τάσεις στην Ευρώπη», στην οποία εκ μέρους της Ελλάδας συμμετείχε το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ).

Βεβαίως στην Ελλάδα ο αριθμός των αυτοκτονιών δεν καταγράφεται επίσημα κι αυτό γιατί απλώς δηλώνονται ως «αιφνίδιοι θάνατοι». Υπολογίζονται, ωστόσο, σε λίγες εκατοντάδες. Στην ίδια μελέτη οι απόπειρες καταγράφονται σε είκοσι φορές περισσότερες από τις αυτοκτονίες αυξημένος είναι και ο αριθμός των νευροψυχολογικών παθήσεων.

Πιο συγκεκριμένα, ένας στους τέσσερις Έλληνες πάσχει από κατάθλιψη. Οι ειδικοί υποστηρίζουν πως οι ψυχικές ασθένειες αποτελούν τον αθέατο δολοφόνο της Ευρώπης. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο πεθαίνουν περισσότεροι από ένα εκατομμύριο άνθρωποι, όχι εξαιτίας κάποιας αρρώστιας ή κάποιο ατύχημα, αλλά από το «δικό τους χέρι». Ο αριθμός των αυτοχειρών ετησίως μπορεί να αυξηθεί μέχρι το 2020 στο 1,5 εκατομμύριο.

Η συχνότητα αυτοκτονιών σε Έλληνες εφήβους είναι από τις χαμηλότερες διεθνώς. Λόγοι για αυτή τη χαμηλή συχνότητα έχουν θεωρηθεί οι στενοί οικογενειακοί δεσμοί και το ζεστό οικογενειακό περιβάλλον, που ακόμη εξακολουθούν να ισχύουν εν πολλοίς για την Ελληνική οικογένεια, η τάση των Ελλήνων να δείχνουν το θυμό τους προς τα έξω και να μην τον κρατάνε μέσα τους και η διαθεσιμότητα πολλών να βοηθήσουν σε καταστάσεις κρίσης.

Ανάλογοι παράγοντες έχουν θεωρηθεί υπεύθυνοι για τη χαμηλή συχνότητα αυτοκτονιών και σε άλλες χώρες. Μελέτη στους έλληνες έφηβους που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν έδειξε ότι συχνό αίτιο ήταν ο ακραίος περιορισμός της προσωπικής ελευθερίας του παιδιού από τους γονείς. Οι γονείς του παιδιού το είχαν υπό συνεχή επιτήρηση φοβούμενοι ότι οποιαδήποτε αυτονομία θα οδηγούσε σε σεξουαλική παραπνοματικότητα και χρήση ναρκωτικών ουσιών. Οι φόβοι αυτοί των γονέων δεν βασίζονταν σε πραγματικά στοιχεία από τη συμπεριφορά του παιδιού αλλά φαίνεται να οφείλονταν στην υπερβολική ανησυχία τους για την ανεξαρτητοποίηση του παιδιού και την εντύπωση που είχαν ότι θα χάσουν τον έλεγχο.

Άλλοι παράγοντες που ενοχοποιήθηκαν στην αυτοκτονική συμπεριφορά των Ελλήνων εφήβων ήταν συγκρούσεις και δυσκολίες με τους γονείς και η ύπαρξη κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής, κυρίως κατάθλιψης. Στη μελέτη των αποπειρών αυτοκτονίας τα κορίτσια ήταν πολύ περισσότερα από τα αγόρια. Μελέτη ελλήνων εφήβων που αυτοκτόνησαν έδειξε ότι οι αυτοκτονίες των αγοριών ήταν περισσότερες στην Αθήνα και στις άλλες αστικές περιοχές, ενώ των κοριτσιών ήταν περισσότερες στις αγροτικές περιοχές.

Γενικά οι αυτοκτονίες ήταν περισσότερες στις αγροτικές περιοχές και λιγότερες στην περιοχή των Αθηνών. Αυτή η διαφορά φαίνεται να αντανακλά διαφορές σε επίπεδο πολιτιστικό και λειτουργίας της οικογένειας. Οι έφηβοι στις αγροτικές περιοχές παρουσιάζονται περισσότερο καταπιεσμένοι και χωρίς δυνατότητες για διεξόδους και εναλλακτικές λύσεις στη ζωή τους.

Παράγοντες που φαίνεται να ενέχονται στις αυτοκτονίες των Ελλήνων εφήβων είναι η ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής, προβλήματα με την οικογένεια, συναισθηματικές απογοητεύσεις και αισθήματα αποτυχίας. Στις γυναίκες έχουμε πολύ περισσότερες απόπειρες

αυτοκτονίας που εν τέλει, όμως, έχουν αίσιο τέλος. Στη χώρα μας η πιο συχνή μέθοδος αυτοκτονίας στις γυναίκες είναι τα χάπια.



- Το 1% εκείνων που κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας θα κάνουν «πετυχημένη» προσπάθεια μέσα σε ένα χρόνο, ενώ το 10% θα αυτοκτονήσει μέσα σε δέκα χρόνια
- 16-20 απόπειρες αυτοκτονίας περίπου προηγούνται κάθε «πετυχημένης»
- 500 φορές περισσότερες πιθανότητες έχουν οι καταθλιπτικοί να αυτοκτονήσουν απ' ότι οι μη καταθλιπτικοί, παρόλο που η στατιστική λέει ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν ποσοστό αυτοκτονίας 25 φορές ανώτερο από τον μέσο όρο.
- Η ημέρα που προτιμούν οι αυτόχειρες είναι η Δευτέρα. Οι αυτοκτονίες γίνονται συχνότερα από αργά το πρωί μέχρι το μεσημέρι
- Άνοιξη και φθινόπωρο είναι οι προτιμώμενες εποχές για τις αυτοκτονίες
- Η αυτοκτονία εκτρέφει την αυτοκτονία και μέσα στις κοινωνικές ομάδες.

Η μεταδοτικότητα της αυτοκτονίας είναι αναπόδραστη. Εάν ένα άτομο αυτοκτονήσει, συχνά συμβαίνει να το ακολουθήσουν κάποιοι από τους φίλους και τους συνομηλικούς του. Ο δείκτης αυτοκτονιών για τους άντρες είναι υψηλότερος από των γυναικών. Μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών οι υψηλότεροι δείκτες παρατηρούνται σε εκείνες της Βόρειας και Κεντρικής Ευρώπης, ενώ αντίθετα στις χώρες Νότιας Ευρώπης είναι χαμηλοί.

Στην Ασία, τη Λατινική Αμερική και σε πολλά ισλαμικά κράτη για παράδειγμα ο αριθμός αυτοκτονιών είναι σχετικά χαμηλός. Αντίθετα στην Ανατολική Ευρώπη έχουμε τους περισσότερους αυτόχειρες. Μετά τη διάλυση της Σοβιετικής Ένωσης και των συστημάτων που υπήρχαν εκεί, ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού, κυρίως άνδρες, έπεσαν σε κατάθλιψη, έχοντας χάσει τον προσανατολισμό τους στη ζωή.

Μία ματιά στον παγκόσμιο χάρτη μας οδηγεί γρήγορα στο συμπέρασμα ότι μία σειρά από παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν, αλλά και να αποτρέψουν, μια αυτοκτονία. Η φτώχεια μπορεί για παράδειγμα να θεωρείται ένας υψηλός παράγοντας κινδύνου, ωστόσο σε πολλά φτωχά ισλαμικά κράτη οι αυτοκτονίες είναι παρόλα αυτά περιορισμένες.

Στα παραδείγματα της Γερμανίας, της Ελβετίας και της Φινλανδίας μπορούμε να δούμε ότι ο αριθμός μπορεί να είναι σχετικά μεγάλος, παρά τη σχετικά υψηλή οικονομική ευμάρεια των πολιτών. Στη Γερμανία και την Ελβετία, η αυτοκτονία αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου στους νέους. Λόγοι που αναφέρονται συνήθως είναι τα ψυχολογικά προβλήματα, προβλήματα ένταξης στην κοινωνία που συνοδεύονται από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

2.1 Παράγοντες κινδύνου διαταραχών διάθεσης και αυτοκτονικής τάσης στην ενήλικη ζωή

Η «αυτοκτονικότητα» συζητείται κυρίως σε σχέση με την κατάθλιψη (Lester-Παπαματθαϊάκη 1988, Hollis, 1996), αλλά επίσης και με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, τις διαταραχές συμπεριφοράς και τις ψυχώσεις. Ωστόσο, η ψυχοδυναμική προσέγγιση μελετά το φαινόμενο όχι με όρους τυπικών νοσολογικών οντοτήτων της ψυχιατρικής του ενήλικου, αλλά σε σχέση με τις ιδιαιτερότητες της ψυχοπαθολογίας της εφηβείας. (Ladame 1987, Jeammet et Birot 1994, Laufer 1995). Οι κύριοι παράγοντες που ερευνώνται συνήθως αφορούν δημογραφικά, προσωπικά, οικογενειακά και κοινωνικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την πιθανότητα ανάπτυξης αυτοκτονικών σκέψεων και συμπεριφορών.



∅ Συγκεκριμένα οι παράγοντες που αφορούν τις απόπειρες αυτοκτονίας είναι:

A) Παράγοντες που αφορούν το άτομο. Στους παράγοντες αυτούς είναι η ύπαρξη κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής, κατά κύριο λόγο κατάθλιψης. Όμως και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές φαίνεται να εμπλέκονται, όπως προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας, σοβαρά προβλήματα προσωπικότητας, χρήση ναρκωτικών ουσιών ή η παρουσία σχιζοφρενικής διαταραχής. Επίσης έχει ενοχοποιηθεί η ύπαρξη χρόνιας σωματικής ασθένειας.

Όλες αυτές οι καταστάσεις δημιουργούν ψυχολογικές αντιδράσεις, που μπορεί να συνοδεύονται από συναισθήματα απόγνωσης, τα οποία είναι δυνατόν να οδηγήσουν το άτομο σε απόπειρα αυτοκτονίας. Τα συναισθήματα και η εντύπωση έλλειψης οποιασδήποτε διεξόδου είναι δυνατόν να οδηγήσουν το νεαρό άτομο σε σκέψεις ή σε απόπειρα αυτοκτονίας χωρίς απαραίτητα να υπάρχει σοβαρή ψυχιατρική νόσος.

Β) Παράγοντες που αφορούν την οικογένεια. Στους παράγοντες αυτούς είναι η κακοποίηση του παιδιού από μέλη της οικογένειας ή η έντονη παραμέληση, η ύπαρξη ατόμων στην οικογένεια που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας ή έχουν αυτοκτονήσει και η ύπαρξη ψυχιατρικής νόσου στους γονείς κυρίως κατάθλιψης ή αλκοολισμού.

Άλλοι παράγοντες είναι η μεγάλη αποδιοργάνωση και συγκρούσεις στην οικογένεια, απώλεια ενός γονέως λόγω θανάτου, αποχωρισμού ή διαζυγίου, έλλειψη οικογενειακής θαλπωρής, και εχθρική απορριπτική στάση προς το άτομο. Οι ανωμαλίες αυτές εμφανίζουν σημαντική συχνότητα, τόσο στις γαλλικές όσο και στις αγγλοσαξονικές μελέτες.

Γ) Παράγοντες που αφορούν το περιβάλλον. Παράγοντες που δημιουργούν δυσλειτουργία στην οικογένεια όπως οικονομικές δυσκολίες, έλλειψη εργασίας, συγκρούσεις, μετανάστευση, αποχωρισμοί δυνατόν να δράσουν ως στρεσογόνοι παράγοντες και να αυξήσουν την πιθανότητα για απόπειρα αυτοκτονίας,

Από τους σημαντικότερους στρεσογόνους παράγοντες μέχρι και την ηλικία των 60 ετών είναι τα συναισθήματα που δημιουργούνται από αποχωρισμό και απόρριψη από πρόσωπα σημαντικά. Από κει και πέρα φαίνεται ότι η ύπαρξη σωματικής ασθένειας γίνεται εξίσου σημαντικός στρεσογόνος παράγοντες.

Ανάλογοι παράγοντες έχουν θεωρηθεί υπεύθυνοι για τη χαμηλή συχνότητα αυτοκτονιών και σε άλλες χώρες. Γενικά οι αυτοκτονίες ήταν περισσότερες στις αγροτικές περιοχές και λιγότερες στην περιοχή των Αθηνών. Αυτή η διαφορά φαίνεται να αντανακλά διαφορές σε επίπεδο πολιτιστικό και λειτουργίας της οικογένειας.



2.2 Τραυματικές Εμπειρίες Ενηλίκων

Οι ενήλικες είναι πιθανό να υποφέρουν από τραυματικές εμπειρίες, τις οποίες κουβαλούν από τα παιδικά ή εφηβικά τους χρόνια, ή αποκτούν τραυματικές εμπειρίες στην μετέπειτα ζωή. Στην κατηγορία των τραυματικών εμπειριών ανήκουν, κυρίως, η βία, η κακοποίηση (σεξουαλική, σωματική, ψυχολογική), η ενδοοικογενειακή βία. Τα θύματα βίαιης συμπεριφοράς ή κακοποίησης διακατέχονται από πολύ έντονα συναισθήματα φόβου, θυμού κι αβοηθησίας, που επηρεάζουν αρνητικά την ικανότητά τους να ζήσουν μια ευχάριστη και λειτουργική ζωή. Οι απώλειες των γονέων επηρεάζουν ακόμη και τους ενήλικες, όμως, στην ενήλικη ζωή υπάρχει και η εμπειρία της απώλειας ενός παιδιού, η οποία τραυματίζει όλη την οικογένεια. Σημαντικό ρόλο, τέλος, διαδραματίζουν και τα διαζύγια, τα οποία πλήττουν τους περισσότερους ενήλικες και προκαλούν δυσάρεστες συνέπειες.

Ως βία ορίζεται η εσκεμμένη απόπειρα, ενός ατόμου, να χρησιμοποιήσει τη δύναμη του για να προκαλέσει πόνο ή τραυματισμό. «Με τον όρο βία εννοούμε τη χρήση από ένα μέλος της οικογένειας (δράστης) δύναμης ή εξουσίας προς ένα άλλο μέλος της (θύμα), προκαλώντας έτσι επιβλαβείς συνέπειες» (Σπινέλλη, 1991:238). «Ο όρος βία έχει πολλές, διαφορετικές μορφές. Η βία συμπεριλαμβάνει όλες τις παρακάτω μορφές: σωματική βία, ψυχολογική βία, απομόνωση, συναισθηματική βία, λεκτική βία, απειλές, εκφοβισμοί, εκβιασμοί» (Βαρδάκου, 2007:26).

Η ενδοοικογενειακή βία αποτελούσε κοινωνική κατάσταση πολύ πριν αναγνωριστεί ως κοινωνικό πρόβλημα. Η ενδοοικογενειακή βία, πέρα από τις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις, έχει και κοινωνικές. Τα αποτελέσματα της ενδοοικογενειακής βίας δεν είναι μόνο σωματικά τραύματα αλλά, συνήθως, ψυχολογικά και συναισθηματικά τραύματα. «Κακοποιημένο, θεωρείται ένα άτομο που υφίσταται, κατ' εξακολούθηση, σωματική ή ψυχολογική βία από τον σύντροφο, και εξαναγκάζεται να ακολουθεί τις επιθυμίες του θύτη, χωρίς να μπορεί να ανακτήσει τα δικαιώματά του» (Ψωμά, 2001:10) .

Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν μεγαλώσει με την ιδέα ότι η οικογένεια και το σπίτι είναι ένα ήρεμο μέρος, ένα ασφαλές λιμάνι ή ένα καταφύγιο. Και ότι μέσα εκεί κανείς και τίποτα δεν μπορεί να τους βλάψει. Αυτές οι αντιλήψεις είναι βαθιά ριζωμένες στους περισσότερους από εμάς καθώς συνήθως μεταφέρονται από γενιά σε γενιά από την παιδική ηλικία. Οι εικόνες και οι αντιλήψεις αυτές είναι όμορφες και θετικές. Χτίζουν στην καρδιά και το μυαλό μας ένα καλό οικοδόμημα, ένα καλό πρότυπο για την εξέλιξη της προσωπικότητάς μας, των σχέσεων και της ζωής μας γενικότερα. Υπάρχουν στιγμές και περιπτώσεις που κάτι τέτοιο δεν ισχύει τόσο. Και ίσως δεν είναι και ρεαλιστικό να πιστεύει κανείς ότι μπορεί ή πρέπει πάντα να ισχύει.

Στην οικογένεια, όπως και στις περισσότερες - αν όχι σε όλες - τις ομάδες ανθρώπων, βιώνονται πολλά και ανάμεικτα συναισθήματα που εκφράζονται με πολλούς και διάφορους τρόπους και συμπεριφορές. Όταν, όμως, αυτές οι συμπεριφορές και τα συναισθήματα εκφράζονται με τρόπους ακραίους, βίαιους, ζημιογόνους, που βλάπτουν ή απειλούν τη σωματική, συναισθηματική, διανοητική, πνευματική υγεία και ευεξία τότε πρέπει να αντιμετωπίζονται δραστικά.

Η ενδοοικογενειακή βία συμβαίνει όταν ένα μέλος της οικογένειας επιχειρεί με τις πράξεις και τη συμπεριφορά του να επιβληθεί ή και να βλάψει ένα άλλο μέλος της

οικογένειας σωματικά ή και ψυχολογικά. Η βία στο οικογενειακό περιβάλλον υποστηρίζεται από όλες τις κουλτούρες, τις εθνικότητες, τις θρησκείες, σε όλα τα κοινωνικά και οικονομικά επίπεδα. Μπορεί να προκαλείται και από τα δύο φύλα μαζί ή και μεμονωμένα, σε σχέσεις μεταξύ του αντίθετου φύλου και σε σχέσεις μεταξύ του ίδιου φύλου. Ακόμη, μπορεί να προκαλείται και στη σχέση γονέα προς παιδί όπως επίσης και σε σχέση παιδιού (κυρίοτατα έφηβου και ενήλικα) προς γονέα (Αντωνίου, 2009).

Ψυχολογική κακοποίηση προκύπτει όταν ένα άτομο (θύτης), προσπαθεί να προσβάλλει συνεχώς ένα δεύτερο άτομο (θύμα), προσπαθεί να το ελέγξει χρησιμοποιώντας τον εκφοβισμό, ή συμπεριφέρεται προς το θύμα με τρόπο αλλοπρόσαλλο και αντιφατικό, καταστρέφει προσωπικά αντικείμενα και εμποδίζει το θύμα να κινείται και να συναναστρέφεται τους γνωστούς του ελεύθερα.

Σε αυτήν την περίπτωση, αν και δεν απειλείται άμεσα η σωματική ακεραιότητα του θύματος όπως στην περίπτωση της σωματικής βίας, εν τούτοις βιώνει μέσα του ταραχή, σύγχυση, τρόμο, αναστάτωση. Η ψυχολογική βία μπορεί να περιλαμβάνει τον εξευτελισμό, τον εκφοβισμό, τις απειλές για σωματική κακοποίηση ή ακόμη και απειλές εναντίον άλλων ατόμων, σημαντικών για το θύμα (Ψωμά, 2001).

Η σωματική βία είναι και η πιο εμφανής μορφή βίας. Κάθε μορφής βία που ασκείται σε κάποιο ενήλικο άτομο ενδέχεται να προκαλέσει «διάβρωση» στον χαρακτήρα του. «Το φαινόμενο αυτό, κοινωνικά εκδηλώνεται πρωτίστως σε βάρος των γυναικών, παραβιάζοντας ευθέως την αναγνωρισμένη από το ελληνικό Σύνταγμα, αρχή της ισότητας των δύο φύλων (άρθρο 4 παρ. 1 του Συντάγματος), με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται καθοριστικά και σε κάθε περίπτωση αρνητικά, η ελεύθερη ανάπτυξη της γυναικείας προσωπικότητας» (Γάτσας, 2008:12).

Τα άτομα που έχουν υποστεί οποιασδήποτε μορφής κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία (σωματική, σεξουαλική ή συναισθηματική) συχνά αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στην ενήλικη ζωή τους. Τέτοια προβλήματα είναι η χαμηλή αυτοπεποίθηση, οι δυσκολίες στις σχέσεις τους, η υπερβολική αυτοκριτική, η κοινωνική απομόνωση, που παρεμβαίνουν στην καθημερινή λειτουργία και ψυχική υγεία του ατόμου (Γεωργίου, 2009).

Η απώλεια αγαπημένων προσώπων επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό και τους ενήλικες. Το γεγονός πως με την ενηλικίωση τους έχουν ωριμάσει, δεν αναιρεί το γεγονός πως η απώλεια είναι οδυνηρή σε όλες τις ηλικίες. Κάθε σημαντική απώλεια μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ψυχική καταπόνηση και αλλαγή σε ένα άτομο, αλλά η απώλεια ενός γονιού έχει μια ιδιαίτερη ικανότητα στο να σημαδέψει μια καμπή στην ενήλικη ζωή, που μπορεί να προωθήσει σημαντικές αλλαγές σε αυτή.

Οι γονείς παίζουν ισχυρό ρόλο στη δημιουργία του ιστορικού της ζωής του ενήλικα, ως παιδί, και στη δημιουργία της βάσης από την οποία βιώνει τον κόσμο και αναπτύσσει άλλες σχέσεις. «Οι προσωπικές αλλαγές που ακολουθούν το θάνατο ενός γονιού, κινητοποιούνται από μια ανάγκη να μειωθούν τα αισθήματα της απώλειας και της ταραχής που προκαλεί αυτός ο θάνατος. Οι κοινωνικές περιστάσεις του ενηλίκου που βιώνει την απώλεια, καθώς και μια ολόκληρη ζωή συνδιαλλαγής με το γονιό, διαμορφώνουν το βαθμό και την κατεύθυνση της προσωπικής μεταμόρφωσης» (Umberson, 2005:80-81).

Για τους ενήλικες, όταν είναι γονείς, σημαντικότερη απώλεια θεωρείται ο θάνατος ενός παιδιού. Το γεγονός αυτό δημιουργεί ένα ανυπόφορο αίσθημα αδικίας. Η απώλεια του

μέλλοντος του παιδιού, τα ανεκπλήρωτα όνειρα και το παράλογο της συμφοράς, καθιστούν το χαμό ενός παιδιού από τις πλέον οδυνηρές ανθρώπινες εμπειρίες. Οι γονείς μπορεί να αισθάνονται υπεύθυνοι για το θάνατο του παιδιού όσο παράλογο και εάν αυτό φαίνεται, παράλληλα νιώθουν ότι έχουν χάσει ένα σημαντικό μέρος του ίδιου του εαυτού τους.

Ο όρος διαζύγιο σημαίνει τη λύση της έγγαμης σχέσης με δικαστική απόφαση. Αυτός είναι ένας καθαρά νομικός ορισμός. Σε ευρύτερη κοινωνικό-ψυχολογική θεώρηση, το διαζύγιο είναι η παύση της έγγαμης συμβίωσης συζύγων και παιδιών, το κλείσιμο μιας πορείας ταραγμένων συζυγικών σχέσεων, το τέλος μιας κρίσης μέσα στην οικογένεια. Αυτή είναι και η ουσία του διαζυγίου, το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό που διαφοροποιεί την οικογένεια που προκύπτει μετά από διαζύγιο, από τις άλλες μονογονεϊκές οικογένειες, όπως την οικογένεια μετά από θάνατο, την οικογένεια της άγαμης μητέρας κτλ. (Νικολοπούλου - Ζάχου, 2009).

Χωρίς αμφιβολία, ένα διαζύγιο δημιουργεί προβλήματα και συνιστά μια σοβαρή συλλογική και ατομική, κοινωνική και προσωπική δοκιμασία. Είναι μια καμπή και μια κρίση, για των οποίων την αντιμετώπιση δεν υπάρχει ούτε θεσμική αλλά ούτε και προσωπική προετοιμασία. «Η έλλειψη της προετοιμασίας αυτής – δηλαδή η έλλειψη ετοιμότητας διαχείρισης – τόσο των μεταβολών στον κοινωνικό και ατομικό βίο, όσο και των θεσμικών και προσωπικών προβλημάτων που δημιουργεί το διαζύγιο καθεαυτό, εντείνει τα προβλήματα» (Μουσούρου, 2005:153-154).

Το διαζύγιο είναι, ψυχικά, μια τραυματική εμπειρία για αυτούς που χωρίζουν, οι συνθήκες δεν είναι εύκολες για κανένα και κανείς δεν βγαίνει ικανοποιημένος από ένα διαζύγιο. Οι κυριότερες ψυχολογικές αντιδράσεις είναι συνήθως λύπη, θυμός, κατάθλιψη, αλλαγές στην αυτοεκτίμηση, παλινδρόμηση, στρες, άγχος, συναισθηματική προσκόλληση του ενός συζύγου στον άλλο. Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι εμφανίζονται προβλήματα σωματικής υγείας, ψυχικής υγείας, αλκοολισμού, θανάτων, αυτοκτονιών, καθώς και τροχαίων ατυχημάτων ιδιαίτερα κατά την περίοδο των έξι μηνών πριν από το χωρισμό και των έξι μηνών μετά το χωρισμό (Kitson & Raschke, 1981).

2.3 Γεγονότα Ευρύτερης Εμβέλειας

Υπάρχουν γεγονότα που χαρακτηρίζονται ιδιαίτερα τραυματικά και έχουν μεγάλο εύρος επίδρασης, καθώς επηρεάζουν έντονα την κοινωνική ομάδα, λόγω των μαζικών απωλειών σε έμψυχο και άψυχο υλικό. Αυτά τα πυρετογόνα γεγονότα που είναι καθοριστικά για την πορεία της σωματικής και ψυχικής υγείας των ανθρώπων θα μελετήσουμε παρακάτω.

Μορφές φυσικών μαζικών καταστροφών, όπως σεισμοί, πλημμύρες, θύελλες/κυκλώνες, χιονοστιβάδες, κατολισθήσεις, παρατεταμένη ξηρασία, έκρηξη ηφαιστείου, λιμός, πυρκαγιές, καθώς και ο πόλεμος και οι τρομοκρατικές ενέργειες, θεωρούνται τραυματικά γεγονότα με ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις στη ζωή και την ψυχολογία του ατόμου, ιδιαίτερα στην περίπτωση ενός παιδιού.

Η Μανιάτακη (2006) προσθέτει ότι τα παιδιά που βίωσαν ένα τέτοιο γεγονός ή έγιναν αυτόπτες μάρτυρες ή έμαθαν για το τραυματικό γεγονός που έζησαν άλλοι μπορεί να παρουσιάσουν Διαταραχή Τραυματικού Άγχους. Έτσι, είναι χαρακτηριστικό σ' αυτές τις περιπτώσεις, το επίμονο άγχος και η κατάθλιψη, ως επακόλουθο.

Ø Συγκεκριμένα κάποιες γενικές ψυχολογικές επιπτώσεις του ψυχολογικού τραύματος που προκαλείται από τέτοια γεγονότα είναι:

- § Κατάθλιψη
- § Αυτοκτονική τάση
- § Κατάχρηση ουσιών
- § Άγχος
- § Σωματοποίηση
- § Διαταραχή διαπροσωπικών σχέσεων (απόσυρση, επιθετικότητα, βίαιες πράξεις)
- § Προβλήματα στην εργασία (απουσίες, μειωμένη συγκέντρωση).
- § Αύξηση στη χρήση καπνού, αλκοόλ.

Ωστόσο, δεν παθαίνουν Διαταραχή Μετατραυματικού Άγχους όλοι όσοι βίωσαν τραυματικό γεγονός, ή τουλάχιστον με έντονα συμπτώματα που επιφέρουν σημαντική δυσλειτουργία. Η ηλικία του ατόμου (τα παιδιά είναι πιο ευάλωτα), η προσωπικότητα, το ιστορικό προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής, οι παιδικές εμπειρίες, τα κοινωνικά στηρίγματα και κυρίως, η βαρύτητα, η διάρκεια του τραυματικού γεγονότος και η εγγύτητα με το γεγονός αυτό επηρεάζουν την εκδήλωση της διαταραχής.

Πόλεμος

Ο πόλεμος συνιστά μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μαζικές απώλειες και συσσώρευση στρεσογόνων συνθηκών, τόσο για όσους υπηρετούν στις εμπλεκόμενες στρατιωτικές δυνάμεις, όσο και για πολλές ομάδες που επηρεάζονται έμμεσα, όπως οι πρόσφυγες, οι άνθρωποι που συγκεντρώνουν τα πτώματα μετά από τη σύρραξη, οι διασώστες και γενικότερα οι άνθρωποι της πρώτης γραμμής που συμμετέχουν αναγκαστικά, τα μέλη των οικογενειών όλων των παραπάνω, οι δημοσιογράφοι που καλύπτουν τα γεγονότα. (Karam, 2003).

Οι μετακινήσεις πληθυσμών και η κατάρρευση των κοινωνικών ελέγχων, εξαιτίας των ενόπλων συρράξεων, ενθαρρύνουν το βιασμό και την πορνεία, όπως επίσης τη σεξουαλική δουλειά σε στρατιώτες. Οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και η εξάπλωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών, ιδιαίτερα του AIDS/HIV, είναι οι συνεπακόλουθες φυσικές επιπτώσεις αυτής της ανθρώπινης υποβάθμισης (LaGreca, 1996). Παράδειγμα των τραγικών συνεπειών του πολέμου είναι ο λαός της Γιουγκοσλαβίας στον οποίο σύμφωνα με τη Μάτσα (1988) η απελπισία κινδυνεύει να φωλιάσει.

Η Πόποβιτς (1999), καθηγήτρια Ψυχιατρικής του Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας του Βελιγραδίου, αναφέρει ότι στα πρόσωπα των ανθρώπων στο δρόμο, δεν υπάρχει χαρά, αντίθετα παρουσιάζεται αύξηση της εγκληματικότητας, ιδιαίτερα στους νέους, αύξηση των αυτοκτονιών και των ψυχικών παθήσεων.

Η Κρυσταλία Πατούλη (2008) προσθέτει ότι στρατιώτες του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου που υπέστησαν ψυχικό τραύμα δείχνουν να πάσχουν από χρόνια διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Αυτό συμβαίνει διότι, ύστερα από ένα τραυματικό γεγονός, το ανθρώπινο σύστημα αυτοάμυνας φαίνεται να βρίσκεται σε διαρκή συναγερμό, σαν να πρόκειται ο κίνδυνος να επέλθει οποιαδήποτε στιγμή.

Πυρκαγιές

Βάσει στοιχείων της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος, οι πιθανές αντιδράσεις μετά από μια καταστροφική εμπειρία πυρκαγιάς είναι το τετράπτυχο: απειλή κατά της ζωής – ανημποριά – αδυναμία φυγής – αίσθηση αβοήθητου, και είναι ικανό να προκαλέσει άμεσες ή μακροπρόθεσμες μετατραυματικές αντιδράσεις έως και διαταραχές. Σημειώνονται αντιδράσεις, όπως συμπτώματα υπερδιέγερσης (υπέρταση, ταχυκαρδία, επιτάχυνση αναπνοής, δυσκολία στον ύπνο), αποφευκτική συμπεριφορά, αποσύνδεση (όταν ένα άτομο, την ώρα του κινδύνου, δεν είναι σε θέση να αμυνθεί ή να φύγει).

Σεισμοί

Στην χώρα μας, οι σεισμοί αποτελούν συχνά φυσικά γεγονότα, και αυτό γιατί στην Ελλάδα διαδραματίζονται πάνω από το 40% των σεισμών της Ευρώπης. Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος, κατά την περίοδο 1980-1999, 168 άτομα έχασαν τη ζωή τους σε σεισμούς. Στο σεισμό του 1999, σύμφωνα με μελέτη της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών (Χριστοδούλου & Συν., 2005), το 85% των ατόμων που ζήτησε ψυχολογική βοήθεια από το νοσοκομείο, το 25% παρουσίαζε οξεία αντίδραση στρες και το 43% πρώιμη μετατραυματική διαταραχή στρες (PTSD).

Πλημμύρες

Παρά το ήπιο κλίμα της χώρας μας, 12 άτομα πέθαναν εξαιτίας πλημμύρας στο διάστημα 1980-1999 (ΕΣΥΕ). Οι θάνατοι από πλημμύρες αποτελούν τη δεύτερη αιτία θανάτου από μαζικές καταστροφές στη χώρα μας.

Οικονομική Κρίση

Τα οικονομικά προβλήματα και οι δυσχέρειες που αντιμετωπίζουμε τον καιρό αυτό, όπως είναι φυσικό, προκαλούν έντονο άγχος, που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρότερα ψυχολογικά ζητήματα και σε αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό.

Σύμφωνα με έρευνα του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης, την οποία δημοσίευσαν οι Financial Times, η ανεργία (σε ποσοστό 25%) συνδέεται τόσο με τη νοσηρότητα όσο και με τη θνησιμότητα των πληθυσμών που πλήττονται από οικονομικά προβλήματα και αναδεικνύει ότι η οικονομική κρίση, σε 26 χώρες της Ευρώπης από το 1970 έως και το 2007, συνδέεται με τη σημαντική αύξηση των ψυχικών διαταραχών και του αλκοολισμού.

Υπολογίζεται πως στο έτος 2010, λόγω της οικονομικής κρίσης, υπήρξε μια αύξηση των κρουσμάτων αγχωδών διαταραχών (γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, κρίσεις πανικού, φοβίες) της τάξεως του 15%, όπου πολλοί άνθρωποι δυσκολεύονται να λειτουργήσουν στην καθημερινότητα τους, φοβούμενοι πως δεν θα μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στην οικονομική κρίση. Παρουσιάζονται, επιπλέον, σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική διάθεση, νευρώσεις και επιπτώσεις οργανικές και σωματοποιημένες (πονοκέφαλοι, έλκος, κολίτιδες κ.ά.) καθώς και υψηλά ποσοστά κατάθλιψης και απόσυρσης.

Στην περίπτωση της οικονομικής κρίσης που απειλεί με καταστροφή, είναι έντονη η αίσθηση της απώλειας. Οι νέες συνθήκες φέρουν και νέα, άγνωστα δεδομένα στη ζωή μας, κάτι που προκαλεί ανασφάλεια αλλά και μια αίσθηση περιορισμού των δυνατοτήτων μας. Αγανάκτηση, ματαιώση, μοναξιά και φόβος είναι τα κυρίως συναισθήματα που βιώνει κάποιος με σοβαρά οικονομικά προβλήματα (Ξανθάκη, 2010).

Ένα άτομο που ζει την οικονομική κρίση και νιώθει ανίκανο να αντιδράσει, συσσωρεύει μέσα του ένα παρατεταμένο και οξύ άγχος, το οποίο καθώς δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί, σιγά – σιγά το οδηγεί σε «απόσυρση» από την πάλη για επιβίωση και παθητικότητα του. Μπορεί ακόμη και να οδηγήσει το άτομο αυτό σε μελαγχολία, δυσθυμία, κατάθλιψη και ψυχοσωματικά προβλήματα (Βακόνδιος, 2011).

Τρομοκρατικές ενέργειες

Ο Boyle (2003), χαρακτηρίζει τις τρομοκρατικές ενέργειες ως βίαιες ενέργειες που στοχεύουν στην επιρροή της λήψης αποφάσεων και πραγματοποιούνται για να προκαλέσουν φόβο και κοινωνική αποθάρρυνση, οδηγώντας έτσι την πολιτική σε επιθυμητές, για τους υποστηρικτές της τρομοκρατικής ομάδας, «αλλαγές», ενώ ο Hess (2003) οριοθετεί τον όρο τρομοκρατία στο πλαίσιο μιας μη κρατικής, ανεπίσημης χρήσης βίας, υπό την έννοια ότι προέρχεται από μια κοινωνική υποομάδα, που διασπείρει τον τρόμο, έλκει την προσοχή, και επιχειρεί να επικοινωνήσει ένα μήνυμα. Η Held (1997:22) θεωρεί ότι, βία είναι «η καταναγκαστική και, συνήθως ξαφνική πρόκληση τραυματισμού σ' έναν άνθρωπο, η οποία καλείται πολιτική όταν η άσκηση της εμπεριέχει πολιτικούς στόχους».

Ορισμένα χαρακτηριστικά των τρομοκρατικών ενεργειών είναι ότι δεν περιορίζονται σε συγκεκριμένο τόπο και χρόνο, λαμβάνουν χώρα ξαφνικά και απροειδοποίητα συνήθως, δε, συνεπάγονται σοβαρούς τραυματισμούς ή/και θανάτους και ανεξίτηλα ψυχικά τραύματα. Ο βαθμός έκθεσης σε μια τρομοκρατική ενέργεια ποικίλει, συχνά δε αποτελεί προγνωστικό παράγοντα ή διαγνωστικό κριτήριο ορισμένων ψυχικών διαταραχών (Kleiman et al., 2003).

Η έκθεση των ανθρώπων σε ένα στρεσογόνο γεγονός του τύπου μιας σφοδρής τρομοκρατικής επίθεσης, καθώς επίσης και η πληροφόρησή τους, επηρεάζεται καταλυτικά από τη διαμεσολάβηση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης. Οι εικόνες από την καταστροφή της 11^{ης} Σεπτεμβρίου του 2001, έκαναν ακαριαία το γύρο του κόσμου και συνέχισαν να προβάλλονται για πολλές εβδομάδες, κάνοντάς μας όλους μάρτυρες μιας τραγωδίας. Οι εκτιμήσεις, για την επικράτηση της Διαταραχής Μετατραυματικού Άγχους το πρώτο έτος μετά από έκθεση σε τρομοκρατική ενέργεια, κυμαίνονται σε εύρος 7,5% έως και 50% (Vergar, 2004).

Εκτός της Διαταραχής Μετατραυματικού Άγχους, τα εκτεθειμένα άτομα βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο σε σχέση με τα μη εκτεθειμένα για:

- § Διαταραχή μετά από οξύ στρες (Acute Stress Disorder – ΔΜΟΣ)
- § Μείζονα κατάθλιψη
- § Διαταραχή πανικού
- § Γενικευμένη αγχώδη διαταραχή
- § Διαταραχή προσαρμογής
- § Ψυχιατρική συμπτωματολογία οργανικής αιτιολογίας λόγω τραυματισμού, έκθεσης σε τοξικές ουσίες, άλλες ασθένειες (Fullerton et al., 2003).

Ü Οι ενήλικες ενδέχεται να εμφανίσουν σωματικά συμπτώματα και νόσους, ιδιαίτερα υπέρταση, άσθμα και σύνδρομο χρόνιου πόνου και κόπωσης.

Φυσικές καταστροφές

«Εξαρτόμαστε από το φυσικό περιβάλλον πολύ περισσότερο απ' όσο αντιλαμβανόμαστε και παραδεχόμαστε σ' αυτή την εποχή της φαινομενικής παντοδυναμίας της επιστήμης και της τεχνολογικής ανάπτυξης. Με τις σύγχρονες περιβαλλοντολογικές συνθήκες (αλλαγές στο κλίμα, περιβαλλοντολογικές καταστροφές λόγω της ανθρώπινης δραστηριότητας, ρύπανση, κ.λπ.) και τις μεγάλες αλλαγές στη Φύση, που μας επιφυλάσσει απροσδόκητα φαινόμενα, η ανάγκη κατανόησης της σχέσης μας αυτής είναι όλο και πιο έντονα απαραίτητη» (Παπαδόπουλος, 2000:57).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Αναγνώριση του προβλήματος

Η αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή βασίζεται στη λήψη ενός καλού ιστορικού. Για να γίνει η λήψη του ιστορικού, ο γιατρός κι ο ασθενής πρέπει να βρίσκονται σ' έναν ήσυχο χώρο, όπου ο ασθενής θα μπορεί να μιλήσει εμπιστευτικά για προσωπικά του θέματα. Ο γιατρός θα αντλήσει πληροφορίες τόσο από τη λεκτική όσο και από την εξωλεκτική επικοινωνία με τον ασθενή. Σημάδια όπως η επιβράδυνση στην κίνηση ή την ομιλία, η ψυχοκινητική ανησυχία, η παραμέληση της προσωπικής υγιεινής, η αποφυγή της βλεμματικής επαφής, το άγχος κ.α., μπορεί να υποδηλώνουν την ύπαρξη κατάθλιψης, άλλης ψυχικής νόσου ή πρόθεσης αυτοκαταστροφής.

Ø Οι ασθενείς που έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν αυτοκαταστροφικοί είναι:

- οι πάσχοντες από ψυχική νόσο
- οι πάσχοντες από σοβαρή σωματική νόσο
- οι ασθενείς με ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας
- οι ασθενείς με ιστορικό αλκοολισμού ή χρήσης ουσιών
- οι ασθενείς που βίωσαν μια σημαντική απώλεια, (π.χ. διάλυση μιας σημαντικής σχέσης, θάνατο οικείου προσώπου)
- οι ασθενείς που ζουν μόνοι, χωρίς υποστηρικτικό δίκτυο

Ø Επίσης οποιοσδήποτε εμφανίζει ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω:

- Απόσυρση, απομόνωση
- Δυσκολία στις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους
- Απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που πριν τον ευχαριστούσαν
- Αλλαγή στη συμπεριφορά (απαισιοδοξία, ευερεθιστότητα, απάθεια ή οποιαδήποτε ξαφνική αλλαγή στη συμπεριφορά)
- Έντονη θλίψη, έντονη ανησυχία ή πανικό
- Επαναλαμβανόμενη αναφορά στο θάνατο ή την αυτοκτονία
- Αλλαγή στις συνήθειες διατροφής ή ύπνου
- Αισθήματα ενοχής, ντροπής, αναξιότητας

- Ξαφνική επιθυμία να τακτοποιηθούν προσωπικές υποθέσεις (π.χ. γράψιμο διαθήκης)

Αξίζει να σημειωθεί ότι ακόμα κι αν ο ασθενής δεν είναι αυτοκτονικός, τα παραπάνω σημάδια μπορεί να σημαίνουν ότι πάσχει από κάποια ψυχική νόσο, που χρειάζεται διερεύνηση και αντιμετώπιση. Σε κάθε περίπτωση, καλό είναι να παραπεμφθεί σε ψυχίατρο. Εάν κάποια από αυτά τα σημάδια είναι παρόντα, ο γιατρός θα διερευνήσει την πιθανότητα ύπαρξης αυτοκτονικού ιδεασμού. Αν ο ασθενής σκέφτεται να κάνει κακό στον εαυτό του, ο γιατρός θα εκτιμήσει τη σοβαρότητα του ιδεασμού και τον κίνδυνο που διατρέχει και θα τον παραπέμψει σε ψυχίατρο.

Για να εκτιμήσει τον κίνδυνο, ο γιατρός θα θέσει στον ασθενή άμεσες και συγκεκριμένες ερωτήσεις. Είναι καλό οι ερωτήσεις να γίνουν με ευαισθησία και προσοχή, στο πλαίσιο της συζήτησης, και αφού έχει δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης που θα επιτρέψει στον ασθενή να «ανοιχτεί» και να μιλήσει στο γιατρό για προσωπικά του θέματα. Είναι σημαντικό να νιώθει ο ασθενής ότι τον καταλαβαίνουν και τον υποστηρίζουν και όχι ότι τον ανακρίνουν ή τον κατηγορούν. Για να γίνει αυτό, ο γιατρός πρέπει να αφιερώσει χρόνο στον ασθενή, ακόμα κι αν υπάρχει φόρτος εργασίας και πίεση χρόνου. Όταν ο ασθενής αρχίζει να ανοίγεται και να μιλά για τα συναισθήματά του, ο γιατρός μπορεί να θέσει άμεσες ερωτήσεις για να εκτιμήσει τον κίνδυνο.

Αν ο ασθενής αποκαλύψει ότι κάνει σκέψεις αυτοκαταστροφής, ο γιατρός θα προσπαθήσει να εξακριβώσει αν υπάρχει ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου, χρήσης ουσιών και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Σε περίπτωση που έχει προσπαθήσει ν' αυτοκτονήσει στο παρελθόν ο κίνδυνος να το επιχειρήσει ξανά αυξάνει. Ο γιατρός θα προσπαθήσει να διαπιστώσει αν υπάρχουν κάποιοι λόγοι που εμποδίζουν τον ασθενή να πραγματοποιήσει την απόπειρα και θα ενισχύσει αυτούς τους λόγους.

Επίσης, θα εκτιμήσει τη σοβαρότητα του αυτοκτονικού ιδεασμού. Για να το κάνει αυτό πρέπει να μάθει αν υπάρχει συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας, καθώς και πόσο καλά οργανωμένο είναι το σχέδιο. Οι απαντήσεις του ασθενούς μπορεί να κινητοποιήσουν συναισθηματικά το γιατρό και να προκαλέσουν τη θλίψη ή το φόβο του.

Είναι σημαντικό να διατηρήσει την ψυχραιμία του και να μη φανεί τρομαγμένος ή σοκαρισμένος. Το καλύτερο που μπορεί να κάνει είναι να ακούσει προσεκτικά τον ασθενή χωρίς να υποτιμά τα προβλήματα που αντιμετωπίζει.

Η κατανόηση και η αποδοχή είναι ο ασφαλέστερος τρόπος για να κερδίσει την εμπιστοσύνη του. Αν ο ασθενής αρνηθεί ότι κάνει σκέψεις αυτοκαταστροφής αυτό δε σημαίνει απαραίτητα ότι όντως δεν τις κάνει! Οι ασθενείς με σοβαρό αυτοκτονικό ιδεασμό πολλές φορές αρνούνται να το παραδεχτούν. Αν για οποιοδήποτε λόγο ο γιατρός δεν είναι σίγουρος για τον κίνδυνο που διατρέχει ο ασθενής, πρέπει να τον παραπέμψει αμέσως σε ψυχίατρο. Πολλοί γιατροί χορηγούν αγχολυτικά ή αντικαταθλιπτικά φάρμακα σε ασθενείς με αγχώδη ή καταθλιπτικά συμπτώματα. Ωστόσο, είναι προτιμότερο αυτά τα φάρμακα να χορηγούνται μόνο από τους ψυχιάτρους, που είναι εξειδικευμένοι στη διάγνωση και την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου. Ειδικά τα αγχολυτικά πρέπει να αποφεύγονται λόγω των εθιστικών τους ιδιοτήτων.

3.2 Πρόληψη

Είναι γενικά παραδεκτό ότι η έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και η συνεχιζόμενη φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική υποστήριξη μειώνουν τη διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου και προφυλάσσουν από τις υποτροπές. Η πρόβλεψη και η πρόληψη της αυτοκτονίας είναι μια δύσκολη υπόθεση. Ορισμένες ασυνήθιστες αλλαγές της συμπεριφοράς που είναι εκτός των φυσιολογικών ορίων ενός ατόμου, δυνατόν να αποτελέσουν τα πρώτα προειδοποιητικά σημεία.

Ø Μερικά προειδοποιητικά σημεία είναι τα ακόλουθα:

- απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που πρωτύτερα προκαλούσαν ευχαρίστηση
- ο ασθενής αρχίζει να δίδει στους άλλους δικά του αντικείμενα τα οποία αγαπούσε ιδιαίτερα
- απώλεια ενδιαφέροντος για το ντύσιμο και την εμφάνιση όπως επίσης μια απότομη αλλαγή στο βάρος
- ξαφνικές και χτυπητές αλλαγές στην προσωπικότητα
- ο ασθενής αποφεύγει τους φίλους του και τις κοινωνικές δραστηριότητες
- ο ασθενής έχει τεθεί να παθαίνει περισσότερα ατυχήματα και παρατηρείται συμπεριφορά αυτοτραυματισμού

Περίπου 80% των ατόμων που αυτοκτόνησαν, έχουν πει σε κάποιον ότι είχαν την πρόθεση να αυτοκτονήσουν. Το στρες μπορεί να συμβάλει στην αυτοκτονία. Ένας νέος μπορεί να υποβληθεί σε μια κατάσταση άμεσου στρες το οποίο υπερβαίνει τις δυνάμεις του ή ακόμη να υποβάλλεται σε μια κατάσταση μακροχρόνιου στρες που τον καταβάλλει. Τα γεγονότα που συνοδεύονται από έντονο στρες μπορούν να δώσουν το έναυσμα για μια αυτοκτονία.

Ø Τέτοια γεγονότα είναι τα ακόλουθα:

- απώλεια κάποιου σημαντικού προσώπου για τον ασθενή είτε λόγω διαζυγίου είτε λόγω θανάτου
- η αιμομιξία ή η κακοποίηση στην παιδική ηλικία
- το αίσθημα αποτυχίας στην καριέρα
- το αίσθημα αποτυχίας στις διαπροσωπικές σχέσεις
- η διακοπή ενός δεσμού

- η πρόσφατη αυτοκτονία κάποιου φίλου ή συγγενή ή ακόμη η επέτειος αυτοκτονίας κάποιου ατόμου του στενού περιβάλλοντος.

Η καλύτερη θεραπευτική παρέμβαση είναι η πρόληψη, υπό την έννοια ότι όταν διαπιστώνεται η ύπαρξη καταστάσεων, οι οποίες λειτουργούν ως παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς, πρέπει να παρεμβαίνουμε ώστε να τις εξομαλύνουμε. Π. χ. όταν υπάρχει δυσλειτουργία στην οικογένεια θα πρέπει να ζητείται η βοήθεια του ειδικού ψυχικής υγείας, ώστε να βρεθεί ένας καλύτερος τρόπος λειτουργίας και επικοινωνίας, που όχι μόνο θα βελτιώσει την παρουσία κατάσταση αλλά θα είναι και παρακαταθήκη για το μέλλον.

Στις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχουν σκέψεις αυτοκτονίας ή απόπειρα είναι απαραίτητο να ζητηθεί η βοήθεια του ειδικού. Οι σκέψεις αυτοκτονίας και πολύ περισσότερο η απόπειρα αυτοκτονίας δηλώνουν ότι το άτομο βρίσκεται σε αδιέξοδο και η απόπειρα είναι επίκληση για βοήθεια.

Η νοσηλεία απαιτείται σπάνια, κυρίως όταν υπάρχει έντονος αυτοκτονικός ιδεασμός ή και όταν το οικογενειακό περιβάλλον αδυνατεί να φροντίσει για τη θεραπεία του εφήβου ή και όταν υπάρχουν διαγνωστικές αμφιβολίες. Είναι ιδιαίτερης σημασίας, λοιπόν, η έγκαιρη παρέμβαση και η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης από ειδικό επαγγελματία. Η κατάθλιψη είναι σοβαρή ασθένεια και εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία, τότε μπορεί να επιδεινωθεί σε τέτοιο βαθμό που να είναι απειλητική για τη ζωή του ατόμου.

Αναμφισβήτητα, ο αποτελεσματικότερος τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος της αυτοκτονίας είναι η πρόληψη. Η πρόληψη της αυτοκτονίας μπορεί να είναι πρωτογενής, δευτερογενής ή τριτογενής. Παρακάτω αναφέρονται κάποια από τα κυριότερα μέτρα πρόληψης της αυτοκτονίας.

◇ Πρωτογενής Πρόληψη

Στόχος της πρωτογενούς πρόληψης είναι η μείωση του αριθμού των αυτοκαταστροφικών ασθενών. Ίσως το κυριότερο μέτρο πρωτογενούς πρόληψης είναι η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, ειδικά της κατάθλιψης. Δυστυχώς οι ψυχικές παθήσεις είναι έντονα στιγματισμένες, με αποτέλεσμα πολλοί άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας να διστάζουν να απευθυνθούν σε ψυχίατρο ή ψυχολόγο.

Οι δράσεις καταπολέμησης του στίγματος είναι σημαντικό μέτρο πρόληψης της αυτοκτονίας. Ένα ακόμη προληπτικό μέτρο είναι η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση τόσο του ευρύτερου κοινού όσο και ειδικών επαγγελματιών ομάδων που μπορούν να παίξουν ενεργό ρόλο στην έγκαιρη αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ατόμου (π.χ. εκπαιδευτικοί, εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια περίθαλψη).

Άλλα μέτρα αφορούν τη μείωση της επίδρασης των παραγόντων κινδύνου. Δράσεις προς αυτή την κατεύθυνση είναι η λήψη μέτρων για την καταπολέμηση της ανεργίας, την προώθηση της κοινωνικής συνοχής κλπ.

◇ Δευτερογενής πρόληψη

Στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι η μείωση του κινδύνου αυτοκτονίας στους αυτοκαταστροφικούς ασθενείς. Ο αποτελεσματικός χειρισμός του αυτοκαταστροφικού ασθενή προϋποθέτει την αντιμετώπιση της υποκείμενης ψυχικής νόσου, την εκτίμηση του κινδύνου για αυτοκτονία, τον περιορισμό της πρόσβασης σε δυνητικά θανατηφόρα μέσα κλπ.

◇ Τριτογενής Πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη εστιάζει στην αντιμετώπιση των συνεπειών της αυτοκτονίας σε περίπτωση που έχει πραγματοποιηθεί, έτσι ώστε να έχουν το μικρότερο δυνατό αντίκτυπο. Ένα σημαντικό μέτρο τριτογενούς πρόληψης είναι η υποστήριξη της οικογένειας του ατόχου και των ατόμων του περιβάλλοντός του. Ειδικά στην περίπτωση της αυτοκτονίας παιδιών και εφήβων, τα μέτρα τριτογενούς πρόληψης αποκτούν ιδιαίτερη σημασία. Σε αυτές τις ηλικίες οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές μπορούν πολύ εύκολα να βρουν μιμητές και να πυροδοτήσουν αλυσίδα αυτοκτονιών.

3.3. Η ψυχολογική αυτοψία ως μέθοδος πρόληψης της αυτοκτονίας

Κάποιες χώρες, όπως η Φινλανδία κι ο Καναδάς, έχουν εντάξει στα μέτρα πρόληψης της αυτοκτονίας μία μέθοδο γνωστή ως «ψυχολογική αυτοψία». Η μέθοδος χρησιμοποιείται ήδη από τις αρχές του προηγούμενου αιώνα με σκοπό να εξακριβωθεί αν ένας θάνατος οφείλεται σε αυτοκτονία, σε δολοφονία ή σε ατύχημα (π.χ. σε περίπτωση πτώσης, πνιγμού, λήψης υπερβολικής ποσότητας φαρμάκων κλπ). Ωστόσο, η ψυχολογική αυτοψία αποτελεί σημαντικό μέτρο πρωτογενούς πρόληψης, δεδομένου ότι παρέχει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

Για να πραγματοποιηθεί μια ψυχολογική αυτοψία, ειδικοί της ψυχικής υγείας έρχονται σε επαφή με το περιβάλλον του ατόχου, προσπαθώντας να διερευνήσουν τα αίτια της αυτοκτονίας. Οι ειδικοί συνομιλούν με τα μέλη της οικογένειάς του, τους φίλους και συνεργάτες του, τους γιατρούς που τον παρακολουθούσαν, προσπαθώντας να συγκεντρώσουν στοιχεία που αφορούν την προσωπικότητά του, τον τρόπο ζωής του, τα προβλήματα που αντιμετώπιζε.

Συλλέγουν στοιχεία που αφορούν την ψυχική και σωματική υγεία του θύματος, τη χρήση αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, το οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου ή αυτοκτονίας. Διερευνούν αστυνομικά και ιατρικά αρχεία (όταν υπάρχουν), σημειώματα αυτοκτονίας και πιστοποιητικά θανάτου για να αντλήσουν πληροφορίες που αφορούν τον τόπο, τον τρόπο, τις συνθήκες θανάτου κλπ.

Στόχος τους είναι να σχηματίσουν μια ολοκληρωμένη άποψη σχετικά με την κατάσταση της ψυχικής υγείας του θύματος, την πρόθεση του να πεθάνει, τους παράγοντες που τον οδήγησαν στην αυτοκτονία. Η ψυχολογική αυτοψία μπορεί να χρησιμεύσει και ως μέτρο τριτογενούς πρόληψης. Έρευνες έχουν δείξει ότι έχει μια υποστηρικτική επίδραση στους οικείους του θύματος, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να μιλήσουν με ειδικούς της ψυχικής υγείας για τη σημαντική απώλεια που υπέστησαν.

Για να επιτευχθεί αυτό, είναι σημαντικό να μην πραγματοποιηθεί αμέσως μετά την αυτοκτονία. Ειδικά την πρώτη περίοδο μετά το γεγονός, η οικογένεια και οι φίλοι του ατόχου βιώνουν αφόρητο πόνο. Είναι προτιμότερο να γίνει κάποιους μήνες μετά το θάνατο, έτσι ώστε αφενός να υποστηριχθούν οι οικείοι του θύματος, αφετέρου να είναι σε θέση να απαντήσουν λεπτομερώς σε ερωτήσεις σχετικά με το αγαπημένο τους πρόσωπο και τον τρόπο θανάτου του.

3.3.1 Ευθανασία και υποβοηθούμενη από το γιατρό αυτοκτονία

Ο όρος «ευθανασία», με την κυριολεκτική του έννοια, σημαίνει «καλός θάνατος». Ο «καλός θάνατος» μπορεί να έχει διαφορετική σημασία για τον καθένα, όπως ακριβώς συμβαίνει και με την «καλή ζωή». Ωστόσο, για τους περισσότερους ένας καλός θάνατος είναι ένας γρήγορος κι ανώδυνος θάνατος. Με τη λογική αυτή, η έννοια της ευθανασίας περικλείει την επιλογή της στιγμής του θανάτου με σκοπό τη λύτρωση από τον πόνο και τη διατήρηση της αξιοπρέπειας.

Σε αρκετές χώρες του κόσμου συζητείται η νομιμοποίηση της ευθανασίας. Οι υποστηρικτές αυτής της άποψης προτάσσουν τον οίκτο προς τον άνθρωπο που πάσχει, την εξασφάλιση ενός ανώδυνου και αξιοπρεπούς θανάτου και τη θέληση του ίδιου του ασθενούς. Στον αντίποδα βρίσκεται η τοποθέτηση ότι κανείς δεν έχει το δικαίωμα να τερματίσει μια ανθρώπινη ζωή. Επιπλέον η σύγχρονη ιατρική παρέχει δυνατότητες ανακούφισης από τον πόνο, ακόμα και σε ασθενείς τελικού σταδίου.

Σε τι όμως αναφερόμαστε όταν μιλάμε για ευθανασία; Σύμφωνα με την EAPC (European Association of Palliative Care), θα μπορούσαμε να ορίσουμε την ευθανασία ως μια πράξη θανάτωσης κατ' επίκληση κατά την οποία «ένας γιατρός εκ προθέσεως επιφέρει το θάνατο ενός ατόμου με τη χορήγηση φαρμάκων, μετά από ηθελημένη και ικανή απαίτηση αυτού του ατόμου».

Συναφής είναι ο ορισμός της υποβοηθούμενης από το γιατρό αυτοκτονίας, κατά την οποία «ένας γιατρός εκ προθέσεως βοηθά ένα άτομο να αυτοκτονήσει, παρέχοντάς του φάρμακα τα οποία μπορεί να χορηγήσει το άτομο στον εαυτό του, μετά από ηθελημένη και ικανή απαίτηση αυτού του ατόμου».

Ø Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό, ευθανασία δεν είναι:

- Η απόσυρση μάταιης θεραπευτικής αγωγής
- Η χρήση κατασταλτικής αγωγής για την ανακούφιση του ασθενούς κατά τις τελευταίες μέρες της ζωής («καταστολή τελικού σταδίου»).

Τόσο η ευθανασία όσο και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία προϋποθέτουν τη συγκατάθεση του ασθενούς. Οποιαδήποτε πράξη που μπορεί να οδηγήσει έναν ασθενή στο θάνατο και γίνεται χωρίς τη θέλησή του, δεν θεωρείται ευθανασία αλλά δολοφονία.

Πολλές φορές οι κλινικοί γιατροί έρχονται αντιμέτωποι με το δίλημμα της επίσπευσης του θανάτου ενός ασθενούς, ειδικά στην περίπτωση ασθενών με χρόνιες νόσους και μικρό προσδόκιμο επιβίωσης που υποφέρουν από χρόνιους πόνους, έντονη δύσπνοια και άλλα συμπτώματα που προκαλούν έντονη δυσφορία. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο ασθενής ή οι συγγενείς του μπορεί να ζητήσουν από το γιατρό να επισπεύσει το θάνατο.

Ωστόσο, τα αιτήματα για ευθανασία συχνά μεταβάλλονται μετά τη χορήγηση ολοκληρωμένης παρηγορητικής φροντίδας. Ο Π.Ο.Υ. ορίζει την παρηγορητική φροντίδα ως:

«μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα της ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους που αντιμετωπίζουν προβλήματα τα οποία σχετίζονται με μια απειλητική για τη ζωή νόσο, μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης του “υποφέρειν” δια της πρόωμης αναγνώρισης και άρτιας εκτίμησης του άλγους και των άλλων προβλημάτων, σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών».

Στόχος της παρηγορητικής φροντίδας είναι η ανακούφιση του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων που προκαλούν δυσφορία στον ασθενή. Δεν αποσκοπεί ούτε στην επίσπευση ούτε στην αναβολή του θανάτου, αλλά προσπαθεί να υποστηρίξει τους ασθενείς για να ζήσουν όσο γίνεται πιο ενεργητικά μέχρι το θάνατο. Η παρηγορητική φροντίδα μπορεί να εφαρμοστεί από τα αρχικά στάδια της νόσου, σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες που έχουν σαν στόχο να παρατείνουν τη ζωή, όπως η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία.

Έμφαση πρέπει να δοθεί στην παροχή ψυχιατρικής και ψυχολογικής στήριξης τόσο στους ασθενείς όσο και στους οικείους τους. Η επιθυμία ενός ασθενούς να πεθάνει, ακόμα κι αν βρίσκεται στο τελικό στάδιο της νόσου του, μπορεί να είναι αποτέλεσμα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας που εμφανίζει. Η αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε συνδυασμό με την αντιμετώπιση του πόνου, βελτιώνουν τις συνθήκες ζωής του ασθενούς και ενισχύουν την επιθυμία του να ζήσει. Η μελαγχολία και η παραίτηση δεν πρέπει να θεωρούνται «αναμενόμενες» ή «φυσιολογικές» αντιδράσεις για κανέναν ασθενή.

3.4 Παρεμβάσεις και ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις

Ο Παπαγεωργίου (2004) εξηγεί ότι πολλές διαταραχές που προκαλούνται σε ένα άτομο ύστερα από τη βίωση ενός τραυματικού γεγονότος απαιτούν δραστικές ιατρικές θεραπείες, μερικές φορές πολύ εξειδικευμένες, παράλληλα με την ψυχοθεραπεία. Η ψυχοσωματική γνώση εντάσσει τις διαταραχές στην ψυχική οικονομία του ασθενούς.

Ως εκ τούτου διαμορφώνεται μια ταξινόμηση διπλής εισόδου: οι διαταραχές κατατάσσονται αφενός σύμφωνα με τη φύση της σωματικής ασθένειας και αφετέρου σύμφωνα με τη συναισθηματική δομή του ασθενούς, η οποία αξιολογείται κυρίως σε σχέση με το είδος των ψυχικών αμυνών ως προς τη σωματοποίηση.

Η ψυχοθεραπεία αντιμετωπίζει το τραύμα ως ένα φυσικό κομμάτι της ζωής και όχι ως ένα άθος ή μια ασθένεια. Η ψυχοθεραπεία κρατάει την στάση ότι η ψυχοσωματική μας λειτουργία είναι σχεδιασμένη ώστε να θεραπεύει έντονες και ακραίες εμπειρίες. Επίσης, εστιάζει στην ενδυνάμωση, στη γνώση, στην επέκταση των επιλογών, στον αυτοπροσδιορισμό και στην αποφασιστικότητα του ατόμου.

Στόχος είναι η αποφόρτιση και επαναρίθμηση του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος και του ψυχισμού, με αποτέλεσμα ο ψυχοσωματικός οργανισμός να βρει διέξοδο και να διακόψει τον κύκλο που δημιουργήθηκε από την αντίληψη του κινδύνου και τη συνοδευόμενη διέγερση, για να ανακτήσει την ισορροπία του (Levine, αναφ. στο Αλεξάνδρου, 2009).

Η ψυχοθεραπεία αποσκοπεί στην επίτευξη της καλύτερης δυνατής ισορροπίας σχετικά με τα διάφορα επίπεδα δραστηριοτήτων και ψυχικής λειτουργίας, έτσι ώστε να μειωθούν οι μεταγενέστεροι κίνδυνοι σωματοποίησης. Στην ψυχοθεραπεία συμπεριφορικής κατεύθυνσης, επιχειρείται η απευαισθητοποίηση του ασθενούς και η δημιουργία μιας νέας συμπεριφοράς απέναντι στο φοβόγνο αντικείμενο.

Στη γνωσιακή ψυχοθεραπεία επιχειρείται η αλλαγή της αντίληψης και η επεξεργασία των αγχογόνων ερεθισμάτων. Οι ψυχαναλυτές, από την πλευρά τους, προσπαθούν την αναδιοργάνωση του ψυχισμού του ασθενούς μέσα από την αποκάλυψη της συμβολικής ισχύος των φόβων του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Αντιμετώπιση

Ø Σε περίπτωση που ο γιατρός διαπιστώσει ότι ο ασθενής είναι αυτοκαταστροφικός, θα χρειαστεί να κάνει τα εξής:

- Να εξακριβώσει αν υπάρχει υποστηρικτικό περιβάλλον (συγγενείς ή φίλοι που μπορούν να τον στηρίξουν).
- Να ενημερώσει την οικογένειά του και να τους εξηγήσει ότι θα χρειαστεί ψυχιατρική παρακολούθηση.
- Να κλείσει ένα επόμενο ραντεβού με τον ασθενή και να τον διαβεβαιώσει ότι η συνεργασία τους θα συνεχιστεί.
- Να τον παραπέμψει σε ψυχίατρο.

Ο γιατρός θα ζητήσει τη συγκατάθεση του ασθενούς πριν ενημερώσει την οικογένειά του. Ακόμα όμως κι αν ο ασθενής δεν είναι σύμφωνος, ο γιατρός πρέπει να ενημερώσει τους οικείους του για τις προθέσεις του. Η παραπομπή σε ψυχίατρο είναι απαραίτητη. Δεν αρκεί απλά να ενημερωθεί ο ασθενής ότι χρειάζεται να τον δει ψυχίατρος, γιατί μπορεί να αναστατωθεί και να μην το κάνει. Ο γιατρός πρέπει να αφιερώσει χρόνο για να εξηγήσει στον ασθενή το λόγο της παραπομπής και να συζητήσει τους φόβους που μπορεί να έχει σχετικά με την ψυχιατρική παρακολούθηση. Πολλοί άνθρωποι αποφεύγουν να απευθυνθούν στον ψυχίατρο λόγω του στίγματος της ψυχικής νόσου.

Πρέπει να γίνει ξεκάθαρο στον ασθενή ότι ο μόνος τρόπος να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του είναι να συνεργαστεί με τον ειδικό γιατρό. Εάν είναι εφικτό, ο γιατρός θα ζητήσει άμεση ψυχιατρική εκτίμηση του ασθενούς, π.χ. σε περίπτωση που βρίσκεται στα εξωτερικά ιατρεία κλινικής με ψυχιατρικό τμήμα. Σε άλλη περίπτωση, ο γιατρός θα κλείσει ένα ραντεβού για τον ασθενή σε κάποια ψυχιατρική υπηρεσία (π.χ. εξωτερικά ιατρεία ψυχιατρικού νοσοκομείου, κινητή μονάδα ψυχικής υγείας) ενημερώνοντας τους συναδέλφους για το περιστατικό και για το λόγο της παραπομπής. Μπορεί επίσης να απευθυνθεί στη Γραμμή Άμεσης Παρέμβασης.

Η συνάντηση με τους ειδικούς πρέπει να γίνει το συντομότερο δυνατόν. Θα χρειαστεί επίσης να κανονίσει ένα νέο ραντεβού με τον ασθενή, μετά τη συνάντησή του με τον ψυχίατρο. Έτσι θα εξασφαλιστεί ένα συνεχές παρακολούθησης που θα βοηθήσει να edραιωθεί μια καλή σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Επιπλέον με τον τρόπο αυτό δε θα νιώσει ο ασθενής ότι ο γιατρός τον απορρίπτει. Η δεύτερη συνάντηση θα έχει υποστηρικτικό χαρακτήρα. Ο γιατρός μπορεί να διατηρήσει μια περιοδική επαφή με τον ασθενή (π.χ. μία φορά το μήνα) παράλληλα με την ψυχιατρική παρακολούθηση μέχρις ότου το πρόβλημα ξεπεραστεί πλήρως.

Εάν ο κίνδυνος που διατρέχει ο ασθενής είναι μεγάλος, ο γιατρός θα ζητήσει την άμεση νοσηλεία του σε ψυχιατρική κλινική. Αυτό μπορεί να χρειαστεί σε περίπτωση που:

- Κάνει επίμονες σκέψεις αυτοκτονίας
- Είναι πολύ θλιμμένος ή ταραγμένος
- Είναι διεγερτικός κι επιθετικός
- Έχει ψυχωσική συμπτωματολογία
- Σκέφτεται να αυτοκτονήσει με βίαιο τρόπο
- Σκέφτεται να αυτοκτονήσει στο άμεσο μέλλον (τις επόμενες ώρες ή μέρες)

Σε αυτή την περίπτωση ο γιατρός δεν πρέπει να αφήσει τον ασθενή μόνο του. Θα χρειαστεί να επικοινωνήσει αμέσως με την οικογένειά του και να εξασφαλίσει ότι θα μεταφερθεί γρήγορα και με ασφάλεια σε ψυχιατρικό νοσοκομείο (με ασθενοφόρο ή με αστυνομική συνοδεία μετά από εισαγγελική εντολή). Παράλληλα θα ενημερώσει τους ψυχιάτρους για το ιστορικό του ασθενούς και το λόγο της παραπομπής.

4.2 Θεραπευτικές παρεμβάσεις

Σύμφωνα με τον Levine (1997:38-39): «Αντίθετα με την κοινή πεποίθηση, το τραύμα μπορεί να θεραπευτεί. Όχι μόνο μπορεί να θεραπευτεί αλλά, σε πολλές περιπτώσεις μπορεί, χωρίς πολλές ώρες θεραπείας, δίχως την οδυνηρή αναβίωση των αναμνήσεων και χωρίς τη συνεχή εξάρτηση της φαρμακευτικής αγωγής. Πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι δεν είναι ούτε αναγκαίο ούτε δυνατό να αλλάξουμε τα γεγονότα του παρελθόντος. Το παρελθόν δεν έχει σημασία όταν μαθαίνουμε να ζούμε στο παρόν, κάθε στιγμή γίνεται καινούρια και δημιουργική. Πρέπει να θεραπεύσουμε τα τωρινά μας συμπτώματα και να εξελισσόμαστε.»

Έχουν αναπτυχθεί αρκετές αποτελεσματικές ψυχαναλυτικές, ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, οι περισσότερες εκ των οποίων είναι γνωσιακής/συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης και οι οποίες στοχεύουν στην αντιμετώπιση των μηχανισμών γέννησης και διατήρησης των προβλημάτων. Επίσης, υπάρχουν στοιχεία, σύμφωνα με τον Rief (2004), που αποδεικνύουν ότι η φαρμακοθεραπεία, κυρίως η χρήση αντικαταθλιπτικών, μπορεί να αποδειχθεί επαρκής σε αρκετές καταστάσεις.

Τα φάρμακα αντιμετωπίζουν συμπτώματα με βιολογικό υπόβαθρο και η ψυχοθεραπεία στόχο θέτει να κάνει το άτομο λιγότερο ευάλωτο σε εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα, που μπορούν να κινητοποιήσουν μια υποτροπή της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασής του (Rief, 2004, αναφ. στο Καραδήμας, 2005).

Η φαρμακοθεραπεία αποσκοπεί στην ταχεία ανακούφιση από τα συμπτώματα που προέκυψαν απ' την εκδήλωση της στρεσογόνου κατάστασης, ώστε να μειωθεί η αποφυγή των αντικειμένων που προκαλούν στρες. Αυτού του είδους η θεραπεία ενδείκνυται στις περιπτώσεις που κάποιος έχει τραυματισθεί στο βαθμό που απαιτείται επαγγελματική βοήθεια από ειδικό θεράποντα ιατρό-ψυχίατρο (Levine, 1997) και προέχουν τα σωματικά συμπτώματα. Επίσης, σύμφωνα με τον Gilbert (1999) η λήψη φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται κατόπιν συνάντησης με τον ψυχίατρο και σε περιπτώσεις βαθιάς κατάθλιψης ή που το άτομο νιώθει εξάντληση από την έλλειψη ύπνου, όταν παρατηρείται ολοκληρωτική απόσυρση ή απώλεια ενδιαφέροντος για τα πάντα.

Έτσι, χορηγούνται αντικαταθλιπτικά φάρμακα, καθώς και αγχολυτικά και υπνωτικά, για βραχείες περιόδους, όταν συνυπάρχει άγχος ή αϋπνία (Παπαγεωργίου, 2004). Η δράση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, σύμφωνα με τον Gilbert (1999) είναι πολύ διαφορετική από τη δράση των αγχολυτικών, όπως η διαζεπάμη (Valium). Η φαρμακοθεραπεία των ψυχικών διαταραχών βασίζεται στα ψυχοτρόπα φάρμακα.

Τα φάρμακα αυτά είναι χημικοί παράγοντες που επιδρούν στον εγκέφαλο και επηρεάζουν τις ψυχικές λειτουργίες ή τη συμπεριφορά του ατόμου. Έχουν αποτελέσματα τόσο στην ανακούφιση των οξέων ψυχωτικών συμπτωμάτων, αλλά είναι και χρήσιμα στην σταθεροποίηση της λειτουργίας των ασθενών για μεγάλες χρονικές περιόδους (Κοτανίδης, 2011).

Η φαρμακευτική θεραπεία, κατά τον Χριστοδούλου, περιλαμβάνει αντικαταθλιπτικά, αντισπασμικά (π.χ. καρβαζεπίνη, βαλπροϊκό νάτριο), κλονδίνη, β-αναστολείς και βενζοδιαζεπίνες (που πρέπει να καταναλώνονται με προσοχή λόγω του ενδεχομένου κατάχρησης).

Τα αντικαταθλιπτικά χρειάζονται δύο με έξι εβδομάδες για να επιδράσουν στη διάθεση του ατόμου, αν και μπορούν να προσφέρουν ανακούφιση από άλλα συμπτώματα, όπως οι διαταραχές στον ύπνο, νωρίτερα (Gilbert, 1999). Εφόσον παρέλθουν τέσσερις με έξι εβδομάδες, χωρίς αξιόλογη θεραπευτική απάντηση, τότε συστήνεται η επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό με σκοπό την τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής. Η χορήγηση της αγωγής συστήνεται, για τουλάχιστον έξι μήνες, μετά τη βελτίωση της κλινικής εικόνας. Σε κάθε περίπτωση, η χρονική διάρκεια εξατομικεύεται ανάλογα με το ιστορικό του ασθενή (Egoideal, 2010).

Ο Παπαγεωργίου (2004) σημειώνει ότι, η πρόγνωση είναι ευνοϊκή, αφού οι διαταραχές συνήθως υποχωρούν σε εβδομάδες ή μήνες, αν και υπάρχουν περιπτώσεις με μακρά διάρκεια, όταν η στρεσογόνος κατάσταση παρατείνεται, όπως π.χ. στην περίπτωση που προκαλείται από αλκοολισμό του συζύγου. Τα φάρμακα που συνταγογραφούνται από τον ψυχίατρο, σε κάθε περίπτωση, παρουσιάζονται παρακάτω και είναι ταξινομημένα ανάλογα την πάθηση που καλούνται κάθε φορά να αντιμετωπίσουν (Παπαγεωργίου, 2004).

Παρακάτω, παρουσιάζονται οι κυριότερες κατηγορίες φαρμάκων, με παραδείγματα, καθώς και η δράση τους:

∅ Αντικαταθλιπτικά

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, όπως επισημαίνει ο Παπαγεωργίου (2004) συνιστώνται στις περιπτώσεις ατόμων που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες με αποτέλεσμα εμφάνιση κατάθλιψης με ψυχοκινητική καταστολή. Παραδείγματα αντικαταθλιπτικών είναι το Tofranil, το Insidon και το Saroten.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χωρίζονται σε τέσσερις βασικές υποκατηγορίες:

- § τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα οποία και χρησιμοποιούνται στην περίπτωση κατάθλιψης με ψυχοκινητική καταστολή.
- § τα τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά, που χρησιμοποιούνται σε κύριες αγχώδεις καταστάσεις με ψυχοκινητική διέγερση και ψυχοσωματική συμπτωματολογία.
- § τα νευροληπτικά – θυμοληπτικά. Αυτού του είδους τα φάρμακα, έχουν έντονη αντικαταθλιπτική δράση, κυρίως κατασταλτική.
- § οι νεώτερες γενιές αντικαταθλιπτικών, στις οποίες ανήκουν οι Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης (ΕΑΕΣ) και οι Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης και Νορεπινεφρίνης. Αυτά τα φαρμακευτικά σκευάσματα, έχουν ενδείξεις και στις διαταραχές πανικού, τις αγχωτικές κρίσεις, την κοινωνική φοβία και τις ιδεοψυχαναγκαστικές νευρώσεις.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να προσθέσουμε ότι σύμφωνα με τον Biederman (1993) η φαρμακευτική αγωγή, αν και έχει παρουσιάσει πολύ καλά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε ενήλικες, έχει εξαιρετικά περιορισμένη αποτελεσματικότητα στα παιδιά. Επίσης, η χρήση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών ενδέχεται να είναι ακόμη και επικίνδυνη για τα παιδιά (Biederman et al., 1993, αναφ. στο Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006:218). Συμπερασματικά η χρήση τους σε παιδιά αντενδείκνυται, ακόμα και στην περίπτωση των νεότερων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, όπως το Prozac (Pellegrino, 1996, αναφ. στο Κάκουρος - Μανιαδάκη, 2006: 218).

Ø Νευροληπτικά

Παραδείγματα νευροληπτικών ψυχοφαρμάκων αναφέρει ο Παπαγεωργίου (2004): το Neurocil, το Dipiperon και το Sparine, τα οποία έχουν απλή ηρεμιστική δράση. Η χρήση των κλασικών νευροληπτικών έχει αντικατασταθεί σε μεγάλο βαθμό τα τελευταία χρόνια, με τα χαρακτηριζόμενα σαν «άτυπα» νευροληπτικά, τα οποία γενικά εμφανίζουν μία πιο εκλεκτική δράση με λιγότερες παρενέργειες. Έχουν έντονη αντικαταθλιπτική δράση, κυρίως κατασταλτική.

Ø Ηρεμιστικά – Αγχολυτικά

Η γενική τους δράση, σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου (2004) είναι κατασταλτική σε ψυχοσωματικές εντάσεις, αγχολυτική, υπνωτική ή υπναγωγή και μυοχαλαρωτική. Στις παρενέργειες ανήκει ο εθισμός και η κατ' ακολουθία εξάρτηση. Παραδείγματα ηρεμιστικών-αγχολυτικών είναι το Lexotanil, το Tavor, το Valium, το Atarax, κ.ά.

4.3 Σύγχρονες θεραπευτικές παρεμβάσεις

✓ Η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης

Η πολυπαραγοντική φύση της διαταραχής της εξάρτησης επιβάλλει την επιλογή της καταλληλότερης θεραπευτικής προσέγγισης ανάλογα με τις ειδικές συνθήκες –προσωπικές και κοινωνικές– κάθε ατόμου. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την εξάρτηση είναι βιολογικοί, ψυχολογικοί, ψυχοκοινωνικοί και συμπεριφορικοί. Αντίστοιχοι θα πρέπει να είναι και οι τομείς με τους οποίους θα ασχοληθεί η θεραπεία.

Η καταγραφή της θεραπείας της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη καθώς και η αναφορά των εμπειριών από βέλτιστες πρακτικές αποτελεί σπουδαία ενέργεια, αφού παρέχει στοιχεία σχετικά με την κατάσταση που επικρατεί στις επιστημονικά τεκμηριωμένες θεραπευτικές πρακτικές και συμβάλλει έτσι στην ανάπτυξή τους, καθώς διευκολύνει επίσης την ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ των θεραπευτικών προγραμμάτων και μεταξύ των χωρών - μελών.

Σύμφωνα με τη σχετική Έκθεση του Ινστιτούτου Ουσιοεξαρτήσεων (ZIS) του Πανεπιστημίου του Αμβούργου για λογαριασμό της ΕΕ (EU - Report, 2008), στην Ευρώπη υπάρχουν αρκετές αποτελεσματικές φαρμακευτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις για την απεξάρτηση από οπιοειδή. Όλες λαμβάνουν υπόψη τον τρόπο χρήσης, την κατάσταση υγείας του χρήστη και την πορεία της χρήσης του.

Η χορήγηση μεθαδόνης και βουπρενορφίνης είναι αποτελεσματικές στην αποτοξίνωση της εξάρτησης από οπιοειδή. Η μεθαδόνη είναι η συχνότερα χορηγούμενη ουσία στην Ευρώπη και θεωρείται ο πλέον αποτελεσματικός αγωνιστής οπιοειδών καθώς οδηγεί στη μείωση των στερητικών συμπτωμάτων και στην αύξηση του αριθμού των χρηστών που ολοκληρώνουν επιτυχώς τη θεραπεία. Η μεθαδόνη είναι, επίσης, η πλέον αποτελεσματική και διαδεδομένη ουσία που χρησιμοποιείται στα προγράμματα συντήρησης. Η αποτελεσματικότητά της εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη δοσολογία χορήγησης.

Η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη είναι σχεδόν ισοδύναμες ως προς την αποτελεσματικότητά τους στη μείωση της χρήσης οπιοειδών και στη διατήρηση του χρήστη στη θεραπεία, όμως η χορήγηση βουπρενορφίνης, συγκριτικά με τη χορήγηση μεθαδόνης στη θεραπεία συντήρησης, παρέχει μεγαλύτερη ασφάλεια στις υψηλότερες δόσεις, μειωμένα περιθώρια κατάχρησης καθώς και τη δυνατότητα για μη καθημερινή χορήγηση.

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στη μείωση της χρήσης, στη διατήρηση της αποχής και στη βελτίωση της διατήρησης του χρήστη στη θεραπεία. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι ιδιαίτερα χρήσιμες σε περιπτώσεις που δεν είναι διαθέσιμα φαρμακολογικά θεραπευτικά προγράμματα (π.χ. υποκατάσταση). Για τη θεραπεία της εξάρτησης από ηρωίνη, οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις ενισχύουν την επιτυχία της θεραπείας, σε συνδυασμό πάντοτε με τη θεραπεία συντήρησης.

Η αποτελεσματικότητα των διαφόρων ψυχοκοινωνικών προσεγγίσεων ποικίλλει ανάλογα με την ομάδα - στόχο κάθε παρέμβασης. Οι γνωσιακές - συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις έχουν μια μάλλον μακροπρόθεσμη επίδραση στη διατήρηση του χρήστη στη θεραπεία, καθώς και στην αποχή ή στη μείωση της χρήσης, ιδιαίτερα σε χρήστες κοκαΐνης.

Οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην κινητοποιητική συνέντευξη βελτιώνουν το κίνητρο ως προς τον περιορισμό της χρήσης, ιδιαίτερα σε χρήστες που εμφανίζουν αρχικά χαμηλό κίνητρο. Η θεραπεία οικογένειας αποδεικνύεται αποτελεσματική κυρίως για νεαρούς χρήστες κάνναβης. Οι διάφορες προσεγγίσεις συμβουλευτικής εμφανίζουν μείωση της χρήσης, κυρίως σε χρήστες κοκαΐνης και σε χρήστες με παράλληλη χρήση οπιοειδών στη θεραπεία συντήρησης.

4.3.1 Τα θεραπευτικά προγράμματα στην Ελλάδα

Οι μέχρι σήμερα επίσημα αναγνωρισμένοι φορείς που παρέχουν θεραπεία σε εξαρτημένα άτομα στη χώρα μας είναι οι εξής: ο ΟΚΑΝΑ, το ΚΕΘΕΑ, η Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ – Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ), το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ), η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικά Δημόσια Νοσοκομεία του ΕΣΥ στην ελληνική περιφέρεια (σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ), το σωματείο ΘΗΣΕΑΣ – Δήμος Καλλιθέας, το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών και το Υπουργείο Δικαιοσύνης (φυλακές Ελαιώνα - Θηβών).

Τα θεραπευτικά προγράμματα που λειτουργούν σήμερα στη χώρα είναι συνολικά 66 και διακρίνονται στους ακόλουθους τύπους (ΕΚΤΕΠΝ, 2009):

- 24 θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης, από τις οποίες επτά (7) μονάδες με κύρια ουσία χορήγησης τη μεθαδόνη και δεκαεπτά (17) μονάδες υποκατάστασης βουπρενορφίνης.
- 35 «στεγνά» προγράμματα, εκ των οποίων δέκα (10) προγράμματα εσωτερικής διαμονής ενηλίκων, δεκατέσσερα (14) εξωτερικής παραμονής ενηλίκων και έντεκα (11) εξωτερικής παραμονής εφήβων.

Η συνολική δυναμικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων σε θέσεις ανέρχεται στα 5.756 άτομα. Τον μεγαλύτερο αριθμό σε προσφερόμενες θέσεις θεραπείας διαθέτουν οι μονάδες υποκατάστασης (83,46%), έναντι των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων (16,54%). Συνολικά, το 2008, παρακολούθησαν την κυρίως φάση των προγραμμάτων 7.193 άτομα. Σημειωτέον ότι για το ίδιο έτος, η εκτίμηση του συνολικού αριθμού προβληματικών χρηστών ηλικίας 15-64 ετών με κύρια ουσία την ηρωίνη ανέρχεται περίπου στα 20.181 άτομα (ΕΚΤΕΠΝ, 2009).

Ως προς τη δημιουργία καινοτόμων θεραπευτικών προσεγγίσεων, το θεραπευτικό πρόγραμμα 18 ΑΝΩ ίδρυσε το νέο «Τμήμα Διατροφικών Διαταραχών», ένα εξειδικευμένο Κέντρο Υποδοχής και αντιμετώπισης περιστατικών που παρουσιάζουν συνύπαρξη τοξικομανίας και διατροφικών διαταραχών.

Πιο συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες του αφορούν άτομα εξαρτημένα και μη από ουσίες που είχαν ή έχουν στο ιστορικό τους οποιουδήποτε τύπου διατροφική διαταραχή, και είναι οιασδήποτε ηλικίας.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι:

- α. ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία,
- β. ομάδες τέχνης και σωματικής έκφρασης και
- γ. εναλλακτικές ομάδες ψυχοεκπαιδευτικού χαρακτήρα.

Επίσης ιδρύθηκε το «Τμήμα Παθολογικής Χρήσης Διαδικτύου», ένα Κέντρο Υποδοχής και αντιμετώπισης περιστατικών που παρουσιάζουν συνύπαρξη τοξικομανίας και παθολογικής χρήσης του διαδικτύου. Οι υπηρεσίες του αφορούν ενήλικα άτομα εξαρτημένα ή μη από ουσίες, τα οποία είχαν ή έχουν στο ιστορικό τους οποιουδήποτε τύπου διαταρακτική επαφή με το ίντερνετ.

Παράλληλα, το τμήμα έχει εντάξει στις δραστηριότητές του το «networking» και την «ηλεκτρονική διασυνδετική». Το «networking», κατ' αναλογία με το streetworking της ουσιοεξάρτησης, αφορά τη θεραπευτική παρουσία σε διαδικτυακούς τόπους υψηλής επισκεψιμότητας, με στόχο την ευαισθητοποίηση των χρηστών. Στο πλαίσιο αυτό έχει ήδη συγκροτηθεί ένα group συζήτησης στον ιστότοπο κοινωνικής δικτύωσης Facebook, με τίτλο «Εξαρτημένοι ενήλικες από το διαδίκτυο στην Ελλάδα».

Η ηλεκτρονική διασυνδετική αφορά την παρουσία κόμβων που οδηγούν στη σελίδα και το ιστολόγιο του τμήματος, σε ιστοσελίδες άλλων φορέων και το αντίστροφο. Στόχος είναι η ταχύτερη πρόσβαση των ενδιαφερομένων στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Στο πλαίσιο της ηλεκτρονικής διασυνδετικής έχει ήδη δημιουργηθεί κόμβος διασύνδεσης στην ιστοσελίδα της «Ομάδας δράσης για την Ψηφιακή Ασφάλεια» DART (Digital Awareness & Response to Threats).

Συνοψίζοντας, παρατηρείται ότι τα τελευταία χρόνια αυξάνεται σταθερά ο αριθμός των θέσεων θεραπείας στη χώρα μας, ως αποτέλεσμα της αύξησης των δομών θεραπείας στη διάρκεια των ετών. Αντίστοιχα, διαπιστώνεται αύξηση στο σύνολο των ατόμων που παρακολούθησαν θεραπευτικά προγράμματα ανά έτος, όπως αυτό προκύπτει από το άθροισμα των ατόμων που βρίσκονται ήδη σε θεραπεία και των εισαγωγών (το 2002 ήταν 3.745 άτομα, ενώ το 2008 7.193 άτομα). Η αύξηση αυτή αφορά σχεδόν αποκλειστικά το Πρόγραμμα Υποκατάστασης, αφού στα «στεγνά» προγράμματα εμφανίζεται μείωση των εισαγωγών (ΕΚΤΕΠΝ, 2009).

4.4 Εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας

Υπάρχουν, πέρα από τις κύριες μεθόδους που αναλύσαμε παραπάνω, κι άλλες μέθοδοι, οι οποίες χρησιμοποιούνται για την θεραπεία των ψυχικών τραυμάτων.

Παρακάτω αναφέρονται συνοπτικά κάποιες από αυτές, σύμφωνα με το Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχιατρικών όρων του Μάνου (1987):

α) Σωματική Θεραπεία (Body Therapy)

Στην ψυχιατρική πρόκειται για τη βιολογική θεραπεία των ψυχικών διαταραχών με ηλεκτροσόκ, φάρμακα, κ.ά. σε αντιπαραβολή με την ψυχοθεραπεία. Βιοενεργητική (Bioenergetics): είδος θεραπείας που αποβλέπει στην αποκατάσταση της ψυχοσωματικής ισορροπίας του ατόμου, βοηθώντας το να απελευθερώσει τη ζωτική του ενέργεια.

β) Βελονισμός

Οι Haag και Breadon (2008) ορίζουν το βελονισμό ως ένα σύστημα διάγνωσης και θεραπείας που εφαρμόζεται εδώ και 3000 χρόνια. Έχει ολιστική προσέγγιση, καθώς αντιμετωπίζει το άτομο, και τα συμπτώματα που αυτό παρουσιάζει, ως σύνολο. Ο βελονισμός χρησιμοποιείται για να βοηθήσει συγκεκριμένα φυσικά, ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα, όπως άγχος, κατάθλιψη, προβλήματα ύπνου, αγοραφοβία, κρίσεις πανικού, πένθος και εξαρτήσεις. Η μέθοδος αυτή λειτουργεί με βάση την αρχή ότι η υγεία εξαρτάται από τη ροή της ζωτικής ενέργειας που διακινείται μέσα από το σώμα. Όταν το σώμα και το μυαλό είναι σε ισορροπία και η ενέργεια ρέει ομαλά, τότε η φυσική και συναισθηματική υγεία διατηρείται.

Ο βελονισμός εφαρμόζεται με την είσοδο λεπτών βελόνων σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος με αποτέλεσμα να επιτρέπει τη ροή της ενέργειας που πρέπει να αποδεσμευτεί. Από τη δυτική ιατρική άποψη, ο βελονισμός θεωρείται ότι δρα, διεγείροντας το νευρικό σύστημα να απελευθερώσει χημικές ουσίες, όπως η ενδορφίνη και η σεροτονίνη, που βοηθούν το άτομο να αλλάξει την εμπειρία των αρνητικών συναισθημάτων (πόνος, άγχος, θλίψη, κ.λπ.).

γ) Η πρωταρχική θεραπεία (Primal Therapy)

Πρόκειται για ένα σύστημα ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας, όπου ο ασθενής ενθαρρύνεται να βιώσει μια σειρά πρωταρχικών συμβάντων, βιώνοντας έτσι εκ νέου τραυματικά γεγονότα που διαμόρφωσαν αρχικά το ψυχικό του πρόβλημα και δημιούργησαν τη νεύρωσή του. Ο ασθενής ξεκινά τη θεραπεία του με μία σύντομη περίοδο απομόνωσης,

την οποία ακολουθεί διάστημα εντατικής ομαδικής θεραπείας με άλλους ασθενείς που έχουν κι αυτοί ολοκληρώσει την αρχική φάση της θεραπείας τους.

δ) Επικεντρωμένη Θεραπεία (Focusing)

Ο Eugene Gendlin και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι κάθε ψυχολογική διαδικασία (λήψη αποφάσεων/ συγκρούσεων κ.λπ.) συνοδεύεται από μια σωματική διαδικασία που είτε την παραβλέπουμε είτε δεν την συνειδητοποιούμε. Για το λόγο αυτό προτρέπει τον ασθενή να μάθει να «ακούει» τους πόνους του και τα συμπτώματα, ώστε να έρθει σε επαφή με τη σωματική γνώση. Σε καμία περίπτωση η θεραπεία αυτή δεν αντικαθιστά τη νοητική και συναισθηματική γνώση, αλλά τις συμπληρώνει και τις υποστηρίζει.

ε) EFT (Emotional Freedom Techniques)

Ο Βαρελάς (2011) επισημαίνει ότι η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας για την υποστήριξη οποιουδήποτε ατόμου, σε συναισθηματικά τραυματικές καταστάσεις/εμπειρίες ή δυσκολίες προσαρμογής. Το EFT είναι ιδιαίτερα χρήσιμο όταν τα σωματικά συμπτώματα συνδέονται με συναισθήματα, όπως στρες και άγχος. Το EFT είναι μία μέθοδος ήπια και με σχετικά σύντομα αποτελέσματα.

Μερικές από τις εφαρμογές του είναι οι παρακάτω:

- ∅ Φοβίες όπως κλειστοφοβία, υψοφοβία, αγοραφοβία, πετοφοβία, μικροβιοφοβία, νοσοφοβία, ζωοφοβία, εντομοφοβία, υδροφοβία, κοινωνική φοβία, φόβος εγκατάλειψης, φόβος για το μέλλον, φόβος για τους άλλους, φόβος για το άγνωστο, φόβος για το θάνατο κ.ά.
- ∅ Στρεσογόνα συναισθήματα όπως ανησυχία, αγωνία, νευρικότητα, θυμός, μίσος, θλίψη, ενοχή, ντροπή, έντονη απογοήτευση κ.ά.
- ∅ Γενικευμένα αρνητικά συναισθήματα όπως άγχος, κατάθλιψη, ανασφάλεια, αίσθημα ανικανότητας, καταπίεση, αδυναμία συγκέντρωσης κ.ά.

δ) Δυσάρεστες ή και τραυματικές αναμνήσεις όπως απόρριψη, αποτυχία, εγκατάλειψη, ατύχημα, κακοποίηση, ερωτική απογοήτευση κ.ά.

ε) Ψυχοσωματικά ζητήματα όπως πονοκέφαλοι, στομαχόπονοι, πόνοι στη μέση, πόνοι στον αυχένα, ταχυπαλμία, σεξουαλικά προβλήματα (ψυχογενές), βουλιμία, νευρική ανορεξία, πολυφαγία, εθισμός σε ουσία κ.ά.

στ) Προβληματικές συμπεριφορές που έχουν ψυχογενή/συναισθηματική προέλευση ή συνιστώσα, όπως αναβλητικότητα, έλλειψη αυτοπεποίθησης ή αυτοεκτίμηση, προβλήματα σχέσεων, προβλήματα απόδοσης στην εργασία, κ.ά

Οι τεχνικές αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν συμπληρωματικά στις συνεδρίες ψυχοθεραπείας, συμβουλευτικής ή υποστήριξης για την αποφόρτιση και ανακούφιση συναισθηματικών φορτίσεων και τραυματικών εμπειριών με τρόπο αρκετά ανώδυνο. Πρέπει να σημειωθεί, βέβαια ότι δεν έχει αναγνωριστεί ως ιατρική/ψυχοθεραπευτική μέθοδος, έχει όμως διεξαχθεί ή βρίσκεται υπό εξέλιξη πλήθος ερευνών. Οι πιο πρόσφατες έρευνες για την αντιμετώπιση των μετατραυματικών διαταραχών καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι συνδυασμένες θεραπείες, δηλαδή, ψυχοθεραπεία μαζί με φαρμακοθεραπεία, ειδικά στην αρχική φάση της θεραπείας του ατόμου, δίνουν τα καλύτερα και σε βάθος χρόνου αποτελέσματα.

4.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Οι περισσότεροι άνθρωποι αν ερωτηθούν να καθορίσουν τον ρόλο του νοσηλευτή, θα απαντήσουν “περιποιείται τους ασθενείς”, “φροντίζει τους ασθενείς” ή κάτι παρόμοιο. Οι ορισμοί είναι σωστοί αλλά έχουν την τάση να τονίζουν τον παθητικό ρόλο του ασθενούς. Ο ασθενής αντιμετωπίζεται σαν κάποιος που δέχεται φροντίδα, περιποίηση και θεραπεία χωρίς καμία προσπάθεια από μέρους του. Το μόνο που κάνει είναι να ακολουθεί τις οδηγίες χωρίς να τις συζητά. Η βασική θέση για το ρόλο των νοσηλευτών έχει σχέση με το σκοπό της νοσηλευτικής δραστηριότητας.

Μολονότι το επίκεντρο στη νοσηλευτική φροντίδα ποικίλει, φαίνεται να υπάρχει μια ευρύτερη συναίνεση στο ότι ο βασικός σκοπός αφορά την ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου. Η ανάπτυξη αυτή έχει σχέση με την σωματική, τη συναισθηματική, τη διανοητική και την κοινωνική εξέλιξη των νεαρών ατόμων. Οι νοσηλευτές πιστεύουν πως ο σκοπός της δράσης τους σε αυτούς τους τομείς είναι η ενίσχυση της υγιούς ανάπτυξης. Σχετικά με το έργο μιας μονάδας νοσηλευτικής θεραπείας, οι νοσηλευτές έρχονται σε συνεργασία με τους άλλους ειδικούς.

Η σύγχρονη ψυχιατρική νοσηλευτική δίνει έμφαση στην ιδέα ότι ο ασθενής παίζει έναν ενεργό ρόλο στη θεραπεία που μπορεί πραγματικά να καθυστερήσει, αν ο νοσηλευτής αυξήσει το βαθμό εξάρτησης του ασθενούς. Προκειμένου ένας νοσηλευτής να μπορέσει να ανταποκριθεί στη σύγχρονη αντίληψη της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, πρέπει να έχει προσόντα τα οποία να βασίζονται σε μια σωστή θεωρητική γνώση, αν θέλουμε να αναπτυχθούν και να χρησιμοποιηθούν με πλήρη επιτυχία. Οι τομείς, στους οποίους θα φανούν τα προσόντα των νοσηλευτών είναι α) η παρατήρηση, β) ο τρόπος νοσηλείας, γ) η ψυχοθεραπεία, δ) η φροντίδα και η προστασία του ασθενούς

Ένας από τους λόγους που επιβάλλουν την εισαγωγή των ασθενών στις ψυχιατρικές κλινικές είναι η παρατήρηση. Ο νοσηλευτής ο οποίος είναι κοντά τους τον περισσότερο χρόνο είναι ο πιο κατάλληλος για αυτό το έργο. Βέβαια για να το κάνει σωστά θα πρέπει να καταλάβει το λόγο της παρατήρησης, να ξέρει τι να προσέξει, να το αναγνωρίζει και να είναι σε θέση να καταγράφει τις παρατηρήσεις του με ακρίβεια και επιστημονικότητα.

Η αξία του νοσηλευτή ως παρατηρητή, εξαρτάται τόσο από την εκπαίδευσή του, όσο και από την έμφυτη ικανότητά του. Γιατί με την εκπαίδευσή του θα φτάσει στο σημείο να αναγνωρίζει τις ανεπαίσθητες αλλαγές συμπεριφοράς, που δείχνουν ιδιαίτερες ψυχικές καταστάσεις. Ο νοσηλευτής θα κάνει πιο ακριβείς και πιο πολύτιμες παρατηρήσεις, αν έχει ικανοποιητικές θεωρητικές γνώσεις αλλά και αν διατηρεί τη διάνοιά του ανεπηρέαστη σχετικά με τη διάγνωση του ασθενούς.

Διαφορετικά θα έχει ασυναίσθητα την τάση να τονίσει τις ενδείξεις που ταιριάζουν με την γνώμη που είχε προσχηματίσει, ενώ θα παραβλέπει τελείως εκείνες που δεν ταιριάζουν. Κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας του, ο νοσηλευτής πρέπει να εκτελέσει ορισμένες διεργασίες που έχουν σχέση με τη φροντίδα του ασθενούς. Ο νοσηλευτής πρέπει πάντα να θυμάται πως μια τεχνική, που είναι συνηθισμένη για αυτόν, μπορεί να είναι μια μοναδική και ανησυχητική εμπειρία για τον ασθενή.

Το πρώτο και κύριο βήμα του νοσηλευτή είναι να διευκρινίσει στον ασθενή το λόγο για τον οποίο γίνεται αυτή η εργασία και τον τρόπο που θα γίνει. Ο ασθενής, που καταλαβαίνει

τι θα γίνει και γιατί, έχει περισσότερες πιθανότητες να συνεργασθεί. Η εξήγηση φυσικά πρέπει να ταιριάζει στην προσωπικότητα του ασθενούς.

Στις μέρες μας, χάρη στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, οι άνθρωποι γνωρίζουν αρκετά πράγματα για την ιατρική και με μια καλή επικοινωνία μπορεί να κατανοήσει αρκετά καλά αυτά που θέλει να του εξηγήσει ο νοσηλευτής. Επιπλέον ο σωστός νοσηλευτής πρέπει να είναι ειλικρινής. Πολλές τεχνικές είναι οδυνηρές για τον ασθενή. Για αυτό πρέπει ο νοσηλευτής, να ειδοποιήσει τον ασθενή, όταν φτάσει στη φάση που ίσως πονέσει και να υποσχεθεί ότι θα προσπαθήσει να τον κάνει να πονέσει όσο το δυνατόν λιγότερο. Είναι ευθύνη του νοσηλευτή να επιδειξεί τη δεξιοτεχνία που χρειάζεται για να κρατήσει το λόγο που έδωσε. Για να έχει καλή αποδοτικότητα ο νοσηλευτής πρέπει να καταλάβει το σκοπό του τρόπου ενέργειας και το λόγο που γίνεται το κάθε βήμα. Η κατάλληλη εκμετάλλευση αυτή της ευκαιρίας από το νοσηλευτή μπορεί να έχει θεραπευτική αξία, ενώ, το αντίθετο μπορεί να απομακρύνει για πάντα τον ασθενή από αυτό.

Ο επόμενος τομέας που δείχνει ο νοσηλευτής τα προσόντα του είναι η ψυχοθεραπεία. Ο κάθε άνθρωπος αισθάνεται την ανάγκη μιας στενής και ικανοποιητικής σχέσης με έναν άλλο άνθρωπο. Όμως ορισμένα άτομα, λόγω των εμπειριών τους από την πρώτη περίοδο της ζωής τους, δυσκολεύονται πολύ ή αδυνατούν να δημιουργήσουν τέτοιες σχέσεις. Αλλά χωρίς αυτές τις σχέσεις είναι δύσκολο να εξακολουθούν να δρουν με ένα φυσιολογικό τρόπο μέσα στην κοινωνία, με αποτέλεσμα αυτά τα άτομα να μην μπορούν να φύγουν από το νοσοκομείο ή να φύγουν, να παθαίνουν νευρικό κλονισμό και να ξαναγυρίζουν πίσω. Για να μάθει ο ασθενής πώς να δημιουργήσει τέτοιες σχέσεις, πρέπει να τους δοθεί η ευκαιρία για αυτή την εμπειρία και να ενθαρρυνθεί σε αυτό. Αυτός είναι ο θεραπευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Ορισμένοι το καταφέρνουν καλά και άλλοι πολύ άσχημα. Όλοι μπορούν να γίνουν καλύτεροι εάν μάθουν τη φύση των ενστικτωδών τους πράξεών τους, ώστε να αναπτύξουν αυτές που είναι χρήσιμες και να αποφύγουν τις άλλες.

Τέλος είναι η φροντίδα και η προστασία του ασθενούς που είναι υπεύθυνο το νοσηλευτικό προσωπικό. Αν και ο κηδεμονευτικός ρόλος του νοσηλευτή ελαττώνεται, υπάρχουν ακόμη περιπτώσεις, όπου οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στο νοσοκομείο παρά τη θέλησή τους για τη προσωπική τους ασφάλεια αλλά και για την ασφάλεια της κοινωνίας.

Οι νοσηλευτές είναι συνήθως προετοιμασμένοι να πάρουν τα μέτρα που απαιτούνται, σε περιπτώσεις όπου οι ασθενείς δεν ακολουθούν την τυπική οδό εισαγωγής στην κλινική. Αν ο νοσηλευτής κρίνει ότι ο ασθενής μπορεί να βλάψει τον εαυτό του ή κάποιον άλλο, είναι υποχρεωμένος να τον κρατήσει μέχρι να τον δει ο γιατρός που τον παρακολουθεί. Πολλές φορές αρκεί ο νοσηλευτής να του πει με ευγένεια να περιμένει τον γιατρό του. Αν ο νοσηλευτής αφήσει τέτοιους ασθενείς να φύγουν, χωρίς να τους εμποδίσει, παραβαίνει το καθήκον του.

Τέλος, με λιγότερο δραματικούς τρόπους ο νοσηλευτής έχει επίσης να φροντίσει τους ασθενείς, οι οποίοι δεν είναι σε θέση να φροντίσουν τον εαυτό τους. Και ενώ πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια να ενθαρρύνεται ο ασθενής να φροντίζει μόνος του τον εαυτό του, πολλές φορές χρειάζεται ειδική βοήθεια.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια συστηματική, επιστημονική αντιμετώπιση των αναγκών για την επίλυση των προβλημάτων που προσαρμόζονται στις καταστάσεις της ανθρώπινης ζωής και εφαρμόζεται σε άτομα που έχουν ανάγκη από νοσηλευτική φροντίδα. Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου, προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας και αξιολόγηση της φροντίδας. Σύμφωνα με τη νοσηλευτική διεργασία, η πρώτη μας ευθύνη είναι η αξιολόγηση του πάσχοντα.

Το καλό ιστορικό και οι σωματικές εξετάσεις συχνά χρειάζονται για να προσφέρουμε τις απαραίτητες πληροφορίες προκειμένου να αποκλεισθεί η πιθανότητα κληρονομικότητας της τάσης.

Στην νοσηλευτική εκτίμηση διεξάγεται έλεγχος στα σημεία και στα συμπτώματα της αυτοκτονικής τάσης. Κάνουμε μια πλήρη εκτίμηση των υποκειμενικών και των αντικειμενικών στοιχείων.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Προσωπικά στοιχεία:

Ο κύριος X ηλικία 67 ετών, τελειόφοιτος ΟΑΕΔ μηχανικός αυτοκινήτων, έγγαμος με δύο παιδιά μια κόρη (35) και ένα γιο (37) καθώς και εγγόνια σε ηλικίες (4,6,8). Από φτωχική οικογένεια έως τα 22 του χρόνια, αυστηρός και πιεστικός σαν γονιός και σύζυγος. Παράλληλα είχε εξωσυζυγική σχέση δύο χρόνια και χώρισε επειδή ήθελε να αφοσιωθεί στην οικογένειά του. Είχε καθαριστήριο, οικογενειακή επιχείρηση και το πούλησε λόγω συνταξιοδότησης έκτοτε ζούσε με τη σύζυγό του, η μόνη του ασχολία τα αδέςποτα σκυλιά που φρόντιζε συνεχώς. Κυνηγός με άδεια κατοχής όπλων караμπίνας και περίστροφου.

Εισαγωγή 9-7-2012 : Εκούσια εισαγωγή στην ψυχιατρική του ΠΓΝΠ με συνοδεία της κόρης και της συζύγου του.

Συμπτώματα:

- Απόπειρα αυτοκαταστροφής με όπλο,
- καταθλιπτική διάθεση,
- μειωμένη ενεργητικότητα,
- αηδονία,
- κλινοφιλία,
- απώλεια ενδιαφέροντος για ευχάριστες δραστηριότητες, διαταραχές ύπνου
- και απώλεια βάρους.

Αίτια : «έχω απομονωθεί, δεν έχω διάθεση, θέλησα να κάνω απόπειρα με όπλο, έχω καραμπίνα. Φοβόμουν μην κάνω κακό στο εγγονάκι μου μην το πνίξω από την πολλή αγάπη.»

Βασική αιτία : αυτοκτονική απόπειρα (σκέψεις που τον βασανίζουν).

Παρούσα κατάσταση:

Μετρίου αναστήματος, φυσιολογικός σωματότυπος, ενδυμασία σύμφωνα με την ηλικία του, ήπια ψυχοκινητική αντίδραση, συνεργάσιμος, καταθλιπτική διάθεση, λόγος λιτός αργός, σκέψη χωρίς διαταραχές, όχι παραλήρημα, σωστή μνήμη, ευφυής, καλή κρίση και συναίσθημα.

Ασθένειες :

1. προϋπήρχε καταθλιπτική διαταραχή, βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο, χωρίς ψυχωτικά συμπτώματα – αυτοκτονικές τάσεις.
2. Καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογία – αυτοκτονικός ιδεασμός.
3. Σαρκοείδωση.

Εξετάσεις :

- καρδιογράφημα,
- αιματολογικός,
- βιοχημικός,
- ανοσολογικός έλεγχος,
- αξονική τομογραφία εγκεφάλου,
- ραδιοανοσομετρήσεις,
- εξετάσεις πήξεως.

Αγωγή : venleflexine 150mg , azepin 30mg, entact 20mg, lexotanil 3mg

Κατά την παραμονή του στην ψ/κ του ΠΓΝΠ :

- Ø 9-7-12 : νοσηλεύτηκε εκουσίως .
- Ø 10-7-12 : αναφέρεται καταθλιπτικού τύπου συμπτώματα από 4μήνου με αηδονία, καταθλιπτική διάθεση, αϋπνία, σταδιακή επιδείνωση από εκλυτικούς παράγοντες (έκλεισε το μαγαζί του), αναφέρει ευχές θανάτου, σκέψεις που τον βασανίζουν.

- Ø 11-7-12 : αναφέρει δυσκοιλιότητα έναρξη duphalac 20cc x2 και μείωση entact 20mg 1/2x2 για 5 ημέρες και μετά venlafexine 75mg 1x1.
- Ø 16-7-12 : επίμονη δυσκοιλιότητα κάνει χρήση φύλλων Αλεξανδρείας.
- Ø 18-7-12 : caps laprazol 1x1
- Ø 20-7-12: αύξηση venlafexine 150mg 1x1, βελτίωση, όχι ιδέες αυτοκαταστροφής, βελτίωση διάθεσης, δεν μπορεί να εξηγήσει γιατί είχε τέτοιες ιδέες στο μυαλό του.
- Ø 30-7-12 : μείωση azerin 30mg 1x1 ενώ το venlafexin 150mg x2.
- Ø 8-8-12 : αιμοδιές στη στοματική κοιλότητα, χορήγηση φαρμάκων.
- Ø 10-8-12: έξοδος από ψ/κ με επιτήρηση, συμπεριφοράς και φαρμακευτική αγωγή, χάπια → venlafexin/efexor 150mg 1x2, azerin30mg 1x1, lexotanil 3mg 1/2x1.

Ιστορικό:

- Ü Σαρκοειδωση το 1982 σε ηλικία 38 ετών η οποία υποχώρησε με φαρμακευτική αγωγή μετά από 2-3 χρόνια, νοσηλεία στο Αιγινήτιο.
- Ü 1^η φορά το 1987 δυσθιμική διαταραχή, παρανοϊκή διαταραχή προσωπικότητας (δευτεροπαθούς) , φαρμακευτική δηλητηρίαση. Εκούσια νοσηλεία στον Άγιο Ανδρέα, αγωγή → tranxene 10mg 1x3, hipnosedon 5mg 1x1, notine 1/2x1, akineton 100mg 1/3x1, soraten 7mg 1x1.
- Ü 2^η φορά το 1983 ύστερα από απόπειρα αυτοκτονίας με λήψη δισκίων minitron καθώς εμφανίζε διαταραχές ύπνου και ζηλοτυπικό παραλήρημα για τη σύζυγό του και διαταραχές προσωπικότητας νοσηλεύτηκε στην ψ/κ του Αγίου Ανδρέα.
- Ü 3^η φορά το 1988 αυτοκαταστροφικές τάσεις, απόπειρα αυτοκτονίας λόγω του ότι έκλεισε το μαγαζί του και της εξωσυζυγικής του σχέσης, λήψη lexotanil νοσηλεύτηκε στην ψ/κ του Αγίου Ανδρέα.
- Ü 4^η φορά το 1994 απόπειρα αυτοκτονίας με περίστροφο, επιδείνωση καταθλιπτικού τύπου, αϋπνίες, απώλεια ενδιαφέροντος για ευχάριστες δραστηριότητες, κοινωνική απομόνωση. Πήγε σε ψυχίατρο και έλαβε minitron, δεν υποχώρησαν τα συμπτώματα και πήγε σε άλλον όπου έγινε έναρξη entect 20mg 1x1, και azerin 30 mg 1x1. Εισαγωγή στην ψ/κ Αγίου Ανδρέα με αγωγή → seroxat 20mg 1x1, lexotanil 3mg 1x1.
- Ü 5^η φορά το 2012 καταθλιπτική διαταραχή, βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο, χωρίς ψυχωτικά συμπτώματα, απόπειρα αυτοκτονίας με κυνηγετική καραμπίνα όπου και έκανε εισαγωγή στα ΤΕΠ της ψ/κ του ΠΓΝΠ, αγωγή → venlafexine 150mg 1x2, azarin 30mg 1x1, lexotanil 3mg 1/2x1.

Νοσηλευτική Εκτίμηση

Κατά τη νοσηλευτική εκτίμηση διερευνώνται τα υποκειμενικά και αντικειμενικά δεδομένα, σχετικά με τα παρακάτω:

- α) Το επίπεδο του της τάσης στην παρούσα κατάσταση που εκδηλώνει ο άρρωστος.
- β) Προσαρμοστικές ή δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις συμπεριφοράς προς την τάση.

Στρεσογόνες ή απειλητικές επιδράσεις στα παρακάτω:

- Σύστημα αξιών, ιδανικών και πεποιθήσεων.
- Προσωπικότητα.
- Αυτοεκτίμηση.
- Προσωπική ασφάλεια.
- Σημαντικές για το άτομο διαπροσωπικές σχέσεις.
- Σταθερότητα του περιβάλλοντος.
- Εκπλήρωση ατομικών ρόλων και ευθυνών.
- Περιβάλλον του τμήματος ή διαπροσωπικό επίπεδο άγχους που περιβάλλει τον άρρωστο.
- Αλλαγές στη συμπεριφορά ή τη σωματική κατάσταση, ενδεικτικές της αυτοκτονικής τάσης.
- Επίπεδο του άγχους. Σωματικά και ψυχολογικά σημεία και συμπτώματα.
- Διαθέσιμες πηγές βοήθειας και ικανότητες του αρρώστου για να αντιμετωπίσει την τάση.

Στις θετικές δυνάμεις του αρρώστου αναζητούνται ιδιαίτερα τα εξής:

1. Ζητά υποστήριξη από τους άλλους;
2. Εκτονώνεται; Με ποιους τρόπους;
3. Ζητά πληροφορίες για τρόπους λύσης των προβλημάτων του;
4. Χρησιμοποιεί τεχνικές λογικής και θετικής σκέψης;
5. Θέτει ρεαλιστικούς σκοπούς προς επίδιωξη ανάλογα με τις δυνάμεις του;
6. Διατηρεί κοινωνικές επαφές και δραστηριότητες;
7. Προγραμματίζει περιόδους ανάπαυσης και χαλάρωσης;

Νοσηλευτικοί σκοποί / Κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

Ο άρρωστος φθάνει στο σημείο ώστε:

- Εκφράζει ότι αισθάνεται ήρεμος, χαλαρωμένος χωρίς μυϊκή ένταση.

- Δείχνει σημαντική ελάττωση στα σωματικά, νοητικά, συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της επιθετικότητας.
- Περιγράφει τα πρώιμα προειδοποιητικά σημεία επιθετικότητας (αυξημένος εκνευρισμός, γαστρεντερική αναστάτωση, αύξηση σφυγμών).
- Διακρίνει τα επίπεδα του άγχους (ελαφρό, μέτριο, έντονο, πανικός).
- Χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τεχνικές χαλάρωσης που έμαθε.
- Αναγνωρίζει τις περιστάσεις που του προκαλούν επιθετικότητα.
- Χρησιμοποιεί λειτουργικούς τρόπους αντιμετώπισης και ανακούφισης του άγχους και της μελαγχολίας.
- Δείχνει απουσία συμπεριφορών αποφυγής επαφών με άλλους.
- Εκδηλώνει ικανότητα λήψης αποφάσεων και λύσης προβλημάτων.
- Εκφράζει αισιόδοξα σχέδια για το μέλλον.
- Ζητά υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους του, από το νοσηλευτή και τον γιατρό, όταν χρειάζεται.
- Συμμορφώνεται με τη νοσηλεία και τη λήψη φαρμάκων όταν παραγγέλλονται και περιγράφει το θεραπευτικό σκοπό και τα καλά αποτελέσματά τους στον ίδιο (νοσηλευτή ή γιατρό).
- Μεταβιβάζει κατανόηση της ανάγκης να ζει κανείς με ελαφρά επίπεδα άγχους και μελαγχολίας.
- Διατυπώνει λεκτικά τη σπουδαιότητα διακοπής ουσιών διεγερτικών του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Αναγνώριση της εκδήλωσης ανακουφιστικών συμπεριφορών ως δεικτών επιθετικότητας. Η έγκαιρη αναγνώριση της επιθετικότητας χρειάζεται για την πρόληψη της κλιμάκωσης των συμπτωμάτων και της απώλειας του ελέγχου.

Παρατήρηση της τυχόν συμπεριφοράς φυγής από το περιβάλλον. Αυτό δείχνει ότι το περιβάλλον δημιουργεί στρες σε βαθμό που ξεπερνά την ικανότητα χειρισμού του από τον άρρωστο.

Ήρεμη προσέγγιση του αρρώστου και βοήθεια να περιγράψει τι αισθάνεται, να αναγνωρίσει το άγχος του και να εκτιμήσει το επίπεδό του όπως το αντιλαμβάνεται. Αυτό βοηθάει τον άρρωστο να αρχίσει να το αντιμετωπίζει.

Περίπατος με τον άρρωστο ενώ συζητιέται η επιθετικότητα. Η σωματική άσκηση του βαδίσματος ελαττώνει την ένταση που συνδέεται με το άγχος. Η παραμονή του νοσηλευτή κοντά στον άρρωστο τον ενθαρρύνει να εξωτερικευτεί και να ηρεμήσει και του εμπνέει ασφάλεια.

Βοήθεια του αρρώστου να συσχετίζει τα αισθήματα της επιθετικότητας με ενδεχόμενη περίπτωση ανεκπλήρωτων αναγκών και προσδοκιών και να δοκιμάζει εναλλακτικούς τρόπους επιτυχίας επιθυμητών αποτελεσμάτων. Π.χ. περιμένει να εξέλθει από το νοσοκομείο

το πρωί, αλλά η ακριβής ώρα δεν έχει καθορισθεί. Μήπως μπορεί να ρωτήσει απευθείας τον θεράποντα ιατρό του τότε περίπου θα εξέλθει.

Η κατανόηση του αρρώστου ότι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες και προσδοκίες μπορούν να αυξήσουν την επιθετικότητα και η ατομική προσπάθεια εκπλήρωσης ή περιορισμού αναγκών μπορεί να ελαττώσει την επιθετικότητα, συντελούν στην αύξηση της αυτοπεποίθησης, της αυτοεκτίμησης και της αισιοδοξίας του.

Ελάττωση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος (θορύβων, έντονου φωτισμού, υπερβολικής κλήσης και συνομιλίας άλλων ατόμων). Τα αυξημένα ερεθίσματα τείνουν να αυξάνουν την επιθετικότητα ενώ τα ελαττωμένα την μειώνουν.

Επιμέλεια συστηματικής χορήγησης των αγχολυτικών ή και άλλων φαρμάκων που παραγγέλθηκαν. Τα φάρμακα μπορεί να αποδειχθούν ως τα πιο θεραπευτικά και λιγότερο περιοριστικά μέτρα για την ελάττωση της αυτοκτονικής τάσης ή του πανικού.

Ακρόαση του αρρώστου που είναι ικανός να συζητήσει την υποκειμενική εμπειρία του άγχους και τρόπους πρόληψης ή ελάττωσής του. Η ακρόαση του αρρώστου με θερμό ενδιαφέρον και η αποδοχή του χωρίς όρους και προϋποθέσεις μεταβιβάζει σεβασμό, επαληθεύει την προσωπική αξία του αρρώστου, τον βεβαιώνει ότι οι ανησυχίες του θα ληφθούν σοβαρά υπόψη και παρέχει μια διέξοδο για εκτόνωση. Όλα αυτά ελαττώνουν την τάση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πράξη της αυτοκτονίας είναι ένα κοινωνικό γεγονός του οποίου οι πολλαπλές λειτουργίες αντιστοιχούν στην πολυπλοκότητα των παραγόντων που την καθορίζουν. Πρώτα από όλα αποτελεί συνέπεια των παθολογικών αλληλεπιδράσεων, μεταξύ εφήβου και περιβάλλοντος. Η πρόοδος της γνώσης, απαιτεί, σήμερα, τη διαπλοκή των διαφόρων τρόπων προσέγγισης του ατόμου. Η πράξη αυτοκτονίας, ενώ είναι μία μεγάλη απόπειρα φυγής από μία ανυπόφορη κατάσταση, αποτελεί επίσης μία ύστατη προσπάθεια τροποποίησής της. Η πράξη της αυτοκτονίας εγγράφεται στις διαδικασίες επικοινωνίας και επηρεάζει την ανάπτυξή τους. Θα πρέπει να τονιστεί πως εάν υπήρχε σωστή ενημέρωση στους εφήβους στα πλαίσια του σχολικού κύκλου και τα ενημέρωναν μέσα από διάφορες εκπομπές και ντοκιμαντέρ στην τηλεόραση τότε δεν θα επικρατούσε η απόπειρα αυτοκτονίας σε τόσο μεγάλο βαθμό.

Στο θέμα της αυτοκτονίας υπάρχουν ορισμένες αντιλήψεις που εσφαλμένα έχουν επικρατήσει. Είναι λάθος ότι τα άτομα με τάσεις αυτοκτονίας είναι αποφασισμένα να πεθάνουν. Το σωστό είναι ότι τα άτομα αυτά έχουν ανάμικτα συναισθήματα. Ορισμένες στιγμές επιθυμούν να πεθάνουν, αλλά και ορισμένες άλλες έχουν έντονη την επιθυμία να σωθούν και να παραμείνουν στη ζωή. Υπάρχουν περιστατικά όπου αμέσως μετά την απόπειρα το άτομο αλλάζει γνώμη και ζητάει βοήθεια. Είναι λάθος η εντύπωση ότι άτομα που μιλάνε για αυτοκτονία δεν αυτοκτονούν.

Η πραγματικότητα είναι ότι στους 10 ανθρώπους που αυτοκτονούν οι 8 έχουν προειδοποιήσει λεκτικά για την πρόθεσή τους. Το άτομο που πρόκειται να αυτοκτονήσει δίνει πολλές ενδείξεις της πρόθεσης για αυτοκτονία. Η άποψη ότι η αυτοκτονία είναι πολύ συχνότερη στους πλούσιους ή αντίθετα ότι συμβαίνει αποκλειστικά στους φτωχούς είναι λάθος. Η πραγματικότητα είναι ότι αυτοκτονία ή απόπειρες αυτοκτονίας μπορεί να εκδηλωθούν σε άτομα οποιουδήποτε κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Ακόμη είναι λάθος η εντύπωση ότι άτομα που κάνουν απόπειρα να αυτοκτονήσουν ή αυτοκτονούν έχουν απαραίτητα σοβαρό ψυχιατρικό νόσημα. Είναι δυνατόν να έχουν αισθανθεί έντονα απόγνωση, απελπισία και έλλειψη διεξόδων στη ζωή τους.

Δεν είναι πια δυνατό να περιορίσουμε την έννοια της αυτοκτονίας θεωρώντας την ως συνέπεια της κατάθλιψης και της επιθετικότητας, η οποία μη μπορώντας να εκφραστεί στον εξωτερικό κόσμο, εφαρμόζεται στο υποκείμενο. Αυτή η αντίληψη, ιστορικά η πρώτη, βρίσκεται σε αντίθεση με μια άλλη, σύμφωνα με την οποία η κατάθλιψη επιβάλλεται ως άμυνα ενάντια στην αυτοκτονία και κατά την οποία η αυτοκτονία σχετίζεται με την επιθετικότητα, που εκδηλώνεται στο περιβάλλον.

Οι απόπειρες αυτοκτονίας των εφήβων μπορεί να οφείλονται στις δυσκολίες προσαρμογής που συνοδεύονται από έντονο άγχος, και ακραίες και απρόβλεπτες αλλαγές διάθεσης, που συνδέονται με τις αλλαγές στο σώμα, στον ψυχισμό και στις εξωτερικές συνθήκες της ζωής. Έγινε προσπάθεια να βρεθεί η πηγή της ψυχολογικής ευθραυστότητας η οποία διευκολύνει την αυτοκτονική αντίδραση μέσα στις αρχαϊκές, ανασφαλείς και αβέβαιες σχέσεις. Μπορούμε να αναρωτηθούμε μήπως αποδίδοντας προνομιούχο θέση στο ρόλο της πρώτης παιδικής ηλικίας σε βάρος των μεταγενέστερων σταδίων τα οποία κατά συνέπεια εξαρτώνται από αυτή, αναθέτουμε στη θεραπευτική εξωπραγματικούς στόχους εξαρτώντας την επιτυχία της από την ψυχολογική επεξεργασία των προγενετικών σταδίων. Η αυτοκτονία λοιπόν είναι όντως λύση φυγής, σε συνθήκες τεράστιας πίεσης όπου ο άνθρωπος δεν βρίσκει διέξοδο. Διέξοδος όμως πάντα υπάρχει, αρκεί να έχει κάποιος την αντοχή για να την ψάξει.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο τρόπος σκέψης και αντιμετώπισης των καταστάσεων που αντιμετωπίζουμε καθημερινά, είναι καθοριστικό στοιχείο για τη γένεση της κατάθλιψης. Οι αρνητικές σκέψεις που μπορεί να έχει ένας άνθρωπος για τον εαυτό του, η ασταμάτητη αυστηρή αυτοκριτική και οι απαισιόδοξες προβλέψεις του για το μέλλον, επηρεάζουν την αντίληψη του για το πώς πραγματικά είναι η δική του ζωή.

Συχνά οι άνθρωποι με κατάθλιψη, λόγω ενός συγκεκριμένου τρόπου σκέψης, ενώ έχουν πετύχει κάτι πολύ σημαντικό, στην ουσία το βιώνουν ως μια αποτυχία ή ένα πισω-γύρισμα. Θεωρούν ένα εμπόδιο ή μια δυσκολία σαν μια προσωπική αποτυχία. Η απαισιόδοξη αυτή προσέγγιση, τους κάνει να τα βλέπουν όλα μαύρα και ανέλπιδα.

Έστω και εάν είναι επιτυχημένοι και έχουν αξιοζήλευτα αποτελέσματα στη ζωή, εντούτοις εγκλωβίζονται σε μια παγίδα αρνητικών σκέψεων που τους βασανίζει οδηγώντας τους στα αδιέξοδα της κατάθλιψης. Οι σκέψεις μας λοιπόν, έχουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της διάθεσης μας. Η τάση στο να βλέπουμε περισσότερο την αρνητική μεριά των πραγμάτων παρά τα υπόλοιπα, μπορεί να φτάσει στο σημείο που να απομακρύνει κάθε χαρά από τη ζωή μας.

Κλείνοντας θα πρέπει να αναφέρουμε το πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στην πρόληψη και θεραπεία-αποκατάσταση ατόμων με κατάθλιψη. Ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να έχει γνώση των βασικών θεωριών της ανάπτυξης (γνωστική ανάπτυξη - ψυχαναλυτικές θεωρίες της προσωπικότητας). Να έχει τη δυνατότητα να κατανοήσει τον εσωτερικό ψυχικό κόσμο του ατόμου και της οικογένειας καθώς και της αλληλεπίδρασης του με τον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο.

Και τέλος είναι καλό για τον νοσηλευτή να συμμετέχει σε ομάδες κοινοτήτων ώστε να αποκτά γνώσεις και εμπειρίες μέσα από τις συζητήσεις που θα τον βοηθήσουν στο να αντιμετωπίζει καλύτερα τους ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αναγνωστοπούλου, Ν., (1996). *Μάσκες της Ψυχής- Εικαστικά και Θέατρο στη Θεραπεία*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Αρτινοπούλου, Β., Μαγγανάς, Α., (1996). *Θυματολογία και Όψεις Θυματοποίησης*. Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη.

Αρτινοπούλου, Β., Φαρσεδάκης, Ι., (2003). Πρώτη Πανελλαδική Επιδημιολογική Έρευνα για την Ενδοοικογενειακή Βία Κατά των Γυναικών με Πρωτοβουλία του Κέντρου Ερευνών για Θέματα Ισότητας (Κ.Ε.Θ.Ι.), Αθήνα.

Αρτινοπούλου, Β. (2006). *Ενδοοικογενειακή Κακοποίηση Γυναικών*. Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη.

Βαββά, Β., (2005). *Μετατραυματική Συμπεριφορά Μετά Από Έκθεση Σε Τρομοκρατική Ενέργεια*. Αθήνα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών .

Baum, H., (2003). *Συναισθηματική Αγωγή*. Αθήνα, Θυμάρι.

Βεντουράτου, Δ., (2009). *Εισαγωγή στην Ψυχοτραυματολογία και στην Τραυματοθεραπεία EMDR*. Αθήνα, Πεδίο.

Βλάχου, Β., (2005). *Η Αντιμετώπιση της Σωματικής Βίας κατά των Γυναικών από το Σύστημα της Ποινικής Δικαιοσύνης*. Αθήνα, Έλλην.

Γάτσας, Β., (2008). *Σωματική Κακοποίηση Γυναικών από τον Σύντροφο τους και η Αντιμετώπιση του Φαινομένου από την Αστυνομία*. Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Gilbert, P., (1999). *Ξεπερνώντας την Κατάθλιψη*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Δαμίγος, Δ. και Συνεργάτες, (2003). *Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*. Αθήνα, Παπαζήση.

Ζαφείρης, Α., Ζαφείρη, Ε., Μουζακίτης, Χ., (1999). *Οικογενειακή Θεραπεία: Θεωρία και Πρακτικές Εφαρμογές*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Jennings, S. (2005). *Εισαγωγή στη Δραματοθεραπεία. Θεραπευτικό θέατρο. Ο Μίτος της Αριάδνης*. Αθήνα, Σαββάλας.

Hayes, N., (1998). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία, Τόμος Β*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Herman, J.L., (1996). *Η Βία-Επακόλουθα Ψυχικά Τραύματα*. Αθήνα, Θετίλη.

Hirigoyen, M.F., (μτφ: Γεωργιάδου, Μ.) (2000). *Η Ηθική Παρενόχληση: Η Κρυμμένη Βία στην Καθημερινή Ζωή*. Αθήνα, Πατάκης.

- Κάκκαλης, Π., Κουράκης, Ν., Μαγγανάς, Α., Φαρσεδάκης, Ι., (2000). *Ποινικός Κώδικας: Σχόλια-Νομολογία*, (επιμ. Ζημιανίτης Δ.). Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη.
- Καλαντζή - Αζίζι, (2002). *Αυτογνωσία και Αυτοδιαχείριση: Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Προσέγγιση*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Καραγιανόπουλος, Α., (2002). *Ποινικό Δίκαιο: Ειδικό Μέρος*. Αθήνα, Χ.Ε.
- Καραδήμας, Ε.Χ., (2005). *Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και Κλινική Πράξη*. Αθήνα, Τυπωθήτω.
- Κλεφταράς, Γ., (1998) *Η Κατάθλιψη Σήμερα*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Μαγγανάς, Α., (1996). *Η Αντιμετώπιση των Θυμάτων των Σεξουαλικών Αδικημάτων: Η Περίπτωση του Καναδικού Δικονομικού Δικαίου*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Μαγγανάς, Α., Λάζος, Γ., (1998). *Ο Ποινικός Κώδικας για τον Πολίτη. Μια Επιλογή Παραδειγμάτων*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Μαγγανάς, Α., (1999). *Θέματα Εγκληματολογικά και Ποινικού Δικαίου*. Αθήνα, Πάντειος Βιβλιοθήκη.
- Μαδιάνος, Μ.Γ., (2000). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*. Αθήνα, Καστανιώτη
- Μάκα, Ζ., Καφέτσιος, Κ., (2007). *Πρώιμες Τραυματικές Εμπειρίες, Διαπροσωπικές Σχέσεις και Συναίσθημα Ατόμων σε Πρόγραμμα Απεξάρτησης*. Αθήνα, Πάντειος Βιβλιοθήκη.
- Marti, J.F, Perez, G.L., Hilary, J.M, (μτφ: Οικονομοπούλου, Ν.) (2006). *Σύγχρονη Ψυχολογία*. Αθήνα, Ευρωεκδοτική
- Μηλιώνη, Φ., (2001). *Ενδοοικογενειακή Βία: Η Κακοποιημένη Γυναίκα – Η Νομική Διάσταση από την Οπτική του Φύλου*. Αθήνα, Αντεγκληματική Πολιτική.
- Miller, A., (2003). *Οι Φυλακές της Παιδικής μας Ηλικίας*. Αθήνα, Ροές.
- Νασιάκου, Μ., (1982). *Η Ψυχολογία και το Αντικείμενο της*. (στο: *Η Ψυχολογία Σήμερα: Γενική Ψυχολογία*). Αθήνα: Παπαζήση.
- Neimeyer, R., (2006). *Ν' αγαπάς και να Χάνεις: Αντιμετωπίζοντας την Απώλεια*. Αθήνα, Κριτική.
- Οικονομίδου, Ι., (2007). *Ψυχικό Τραύμα και Σωματική Αποδιοργάνωση*. Αθήνα, Πάντειος Βιβλιοθήκη
- Πανούσης, Γ., (1990). *Σύγχρονα Θέματα Εγκληματολογίας*. Αθήνα, Δανιάς.
- Παπαγεωργίου, Ε., (2004). *Ψυχιατρική*. Αθήνα, Παρισιάνου
- Παπαδάκη – Μιχαηλίδη, Ε., (1996). *Η Σιωπηλή Γλώσσα των Συναισθημάτων. Η Μη Λεκτική Επικοινωνία στις Διαπροσωπικές Σχέσεις*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

- Παπαδάτου, Δ., (2005). *Εισαγωγή στη Ψυχολογία*. Αθήνα, Σάκκουλας
- Παπαμιχαήλ, Σ., (2005). *Κοινωνικές Αναπαραστάσεις της Κακοποίησης των Γυναικών από τους Συζύγους – Συντρόφους τους*. Αθήνα- Κομοτηνή, Σάκκουλας.
- Κρυσταλία Πατούλη, (2008). *Το Ψυχικό τραύμα και η Μέθοδος EMDR (Απευαισθητοποίηση και Επανεπεξεργασία Μέσω Οφθαλμικών Κινήσεων)*. Μεταπτυχιακή Εργασία, Εργαστήριο Διερεύνησης Ανθρωπίνων Σχέσεων.
- Σταύρου Δ., (2006) *Ατομική Ψυχοθεραπεία Μέσω Δράματος. Ατομική Δραματοθεραπεία*. Αθήνα, Θυμάρι.
- Σταθόπουλος, Π. (2005). *Κοινωνική Πρόνοια: Ιστορική Εξέλιξη – Νέες Κατευθύνσεις*. Αθήνα, Παπαζήση.
- Τριλίβα, Σ., Ρούσση, Π., (2000). *Οι Διαστάσεις της Συναισθηματικής Νοημοσύνης*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Umberson, D., (2005). *Μετάβαση σε μια Ενήλικη Ταυτότητα*. Αθήνα, Μακρή.
- Φάρος, Φ., (1993). *Το Πένθος. Λαογραφική & Ψυχολογική Θεώρηση. Γ' Έκδοση*. Αθήνα, Ακρίτα.
- Frederique - Bacque, M., (1997). *Το Σοκ της Απώλειας. Οι Ψυχολογικές Επιπτώσεις. Η Αντιμετώπιση*. Αθήνα, Θυμάρι.
- Χριστοδούλου, Γ.Ν. και Συνεργάτες (2005). *Ψυχιατρική, Πρώτος Τόμος*. Αθήνα, Βήτα Medical Arts.
- Χωκ, Π., (2001). *Μάθε να Αγαπάς και να Αγαπιέσαι*. Αθήνα, Καστανιώτης
- Knight, S., (2004). *Oncology and Hematology*. In Camic, P., Knight, S., (Eds): *Clinical handbook of health psychology*. New York, Hogrefe & Huber.
- Sandler, J., (1989). *Dimensions of Psychoanalysis*. London, Karnack Books.
- Αγάθωνος - Γεωργοπούλου, Ε. (1990). *Η Βία στην Οικογένεια. Σύγχρονα Θέματα. Τετράδια Ψυχιατρικής*, Τεύχος 43, σ. 44.
- Αθανασόπουλος, Τ. (2011). *Καρκίνος, Ασθένεια της Ψυχής*. Εφημερίδα *Ελευθεροτυπία*, Τεύχος 10.664, σ.15.
- Βεντουράτου, Δ. (2004). *Γιατρεύεται το Ψυχικό Τραύμα; Εφημερίδα Ιατρικά Ελευθεροτυπίας*, Τεύχος 7.326, σ. 26.
- Βέργου, Ν., (2006). *40 Εκατομμύρια Αλκοολικοί στην Ευρώπη*. Εφημερίδα *Ελευθεροτυπία*, Τεύχος 8.500, σ. 36.
- Βογιατζή, Λ., (2008). *Όχι Στον Πανικό από Κρίσεις Πανικού*. Περιοδικό *Vita*, Τεύχος 136, σ. 36-37.

- Γιομπαζολιά, Τ., (2010). Συναισθηματική Κακοποίηση. Περιοδικό *Διάλογος*, Τεύχος 59, σ.23.
- Δασκαλόπουλος, Θ., (2011). Διαταραχή Πανικού (με ή χωρίς Αγοραφοβία). Περιοδικό *Prevention*, Τεύχος 98, σ.36.
- Δέδε, Μ. (2008). Το Ψυχικό Τραύμα Μας Ακολουθεί Από τη Βρεφική Ηλικία. Εφημερίδα *Ελευθεροτυπία*, Τεύχος 9.420, σ. 36.
- Δόβελος, Ι.Σ., (2010). Κλινική Ύπνωση. Περιοδικό *Prevention*, Τεύχος 80, σ. 26-29.
- Καλμπάρη, Ε. (2008). Μετατραυματικό Στρες. Εφημερίδα *Ελευθεροτυπία*, Τεύχος 9.836, σ. 39.
- Κολαΐτης, Γ., (2010). Αν Υπήρχε Μια Σαφής Πολιτική για την Ψυχική Υγεία. Εφημερίδα *Ελευθεροτυπία*, Τεύχος 10.156, σ. 45-47.
- Κομιανός, Ν., (2010). Η Υπνοσκόπηση μας Οδηγεί στην Πολυπόθητη Κάθαρση. Εφημερίδα *Ελευθερία*, Τεύχος 10.695, σ. 22.
- Κουντούρης, Δ., (2010). Κατάθλιψη και Νευρώσεις. Εφημερίδα *Βραδινή*, Τεύχος 3.867, σ. 35-37.
- Παπαδοκοτσώλη, Ε., (2008). Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους. Εφημερίδα *Ελευθεροτυπία*, Τεύχος 10.005, σ. 39.
- Παπακωνσταντίνου, Κ., (2009). Διφορούμενη Απώλεια: Η Παρούσα Απουσία και το Ανολοκλήρωτο Πένθος. Περιοδικό *Εγκέφαλος*, Τόμος 48, Τεύχος 3, σ. 102-105.
- Πομίνι, Β., (2007). Ψυχικές και Σωματικές Επιπλοκές. Εφημερίδα *Ελευθεροτυπία*, Τεύχος 9.056, σ. 39.
- Σκαπινάκης, Π., Μιχάλης, Γ., (2010). Ψυχικές Διαταραχές και Αυτοκτονία. Περιοδικό *Το Παιδί Μου κι Εγώ*, Τεύχος 134, σ. 45-47.
- Σπυρίδη, Σ., Ιακωβίδης, Α., Καπρίνης, Γ., (2008). Νεφρική Ανεπάρκεια: Βιολογικές και Ψυχοκοινωνικές Επιπτώσεις. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Τεύχος 19, σ. 30-32.
- Τσιβίκα, Ε., Πανάγου, Α., (2010). Εξαρτήσεις! Χωρίς εσένα δεν υπάρχω. Περιοδικό *Prevention*, Τεύχος 83, σ. 29.
- Folle - Αλέπη, Κ., (2011). Οι Φοβίες και η Αντιμετώπιση Τους. Εφημερίδα *Ελευθερία*, Τεύχος 10.589, σ.17
- Χαμουζάς, Α., (2010). Ψυχοσωματικά Προβλήματα. Περιοδικό *Το Παιδί Μου κι Εγώ*, Τεύχος 136, σ. 36-38.
- Χατζηδημητρίου, Α., (2010). Διατροφική Διαταραχή: Μια Ακραία Μορφή Συμπεριφοράς. Περιοδικό *Vita*, Τεύχος 295, σ. 35.

Bankier, B., (2002), Screening for DSM-IV Somatoform Disorders in Chronic Pain Patients. *American Journal of Psychopathology*. Issue 33 (3), pp.115-118.

Παράρτημα Α:

Γραμμή παρέμβασης για την αυτοκτονία

801 801 99 99

Η Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία είναι η μοναδική στην Ελλάδα Γραμμή Παρέμβασης και Υποστήριξης ανθρώπων που εκδηλώνουν αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Η Γραμμή λειτουργεί με την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Απευθύνεται σε όσους:

- σκέφτονται να αυτοκτονήσουν
- έχουν κάνει απόπειρα στο παρελθόν
- εκδηλώνουν οποιαδήποτε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
- έχουν χάσει κάποιο δικό τους άνθρωπο λόγω αυτοκτονίας
- ανησυχούν για κάποιο δικό τους άνθρωπο

