



Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
« Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ »



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ: ΤΣΙΟΠΤΣΙΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΛΑΛΑΓΙΑΝΝΗ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΠΑΤΡΑ, 2016

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σκοπός της παρούσης εργασίας, είναι να μελετηθούν οι τρόποι πρόληψης και έγκαιρης θεραπευτικής αντιμετώπισης καθώς και οι ανάγκες της ψυχολογικής στήριξης των εφήβων με κατάθλιψη προκειμένου να αποφευχθούν οι τάσεις για απόπειρες αυτοκτονίας και να δοθούν λύσεις και προτάσεις τόσο στα ίδια τα παιδιά όσο και στις οικογένειές τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ένα παγκόσμιο φαινόμενο που έχει λάβει ανησυχητικές διαστάσεις και στη χώρα μας είναι οι απόπειρες αυτοκτονίας των εφήβων. Τα οικογενειακά και προσωπικά προβλήματα οδηγούν μεγάλο αριθμό νέων στο θάνατο. Οι σύγχρονοι έφηβοι, τονίζουν οι ειδικοί, αντιμετωπίζουν μια πολύ ζοφερή και επικίνδυνη πραγματικότητα από αυτήν που αντιμετώπιζαν οι παλαιότερες γενιές. Στις μέρες μας, ένα στα τέσσερα παιδιά προβλέπεται ότι θα αντιμετωπίσει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στην εφηβεία.

Η αυτοκτονία είναι η τρίτη κυριότερη αιτία θανάτου μεταξύ των εφήβων, που παραμένει ένα ελάχιστο κατανοητό φαινόμενο. Η δυσκολία αυτού του φαινομένου όπου οι έφηβοι έχουν ολοκληρώσει επιτυχώς την αυτοκτονία, σε συνδυασμό με τα χαμηλά ποσοστά επιτυχούς αυτοκτονίας και τις περιορισμένες πληροφορίες, απαιτείται να διεξαχθούν συμπεράσματα για τους παράγοντες που συνδέονται με αυτήν.

Υλικό και μέθοδος: Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων “Pub med”, “Med line”, χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά αυτοκτονία, εφηβεία, κατάθλιψη, ο ρόλος του Νοσηλευτή, οικογένεια, πρόληψη, θεραπεία, συμπτώματα.

Αποτελέσματα: Η αυτοκτονία ή οι απόπειρες αυτοκτονίας μπορεί να εκδηλωθούν σε άτομα οποιουδήποτε κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Ακόμη είναι λάθος η εντύπωση ότι άτομα που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν ή αυτοκτονούν έχουν απαραίτητα σοβαρό ψυχιατρικό νόσημα. Είναι δυνατόν να έχουν αισθανθεί έντονα απόγνωση, απελπισία και έλλειψη διεξόδων στη ζωή τους

Συμπεράσματα: Τέλος, θα πρέπει στο μέλλον να ενημερώνονται τα παιδιά από μικρά για τους τρόπους αποφυγής των δυσκολιών της καθημερινής τους ζωής και όχι να έχουν ως λύση την απόπειρα αυτοκτονίας. Δεν θεωρείται λύση παρά μια πράξη πάνω στην απόγνωσή τους. Επίσης θα πρέπει να ενημερώνονται οι γονείς με διάφορα μέσα, όπως σεμινάρια, τηλεοπτικές συζητήσεις και διάφορα ενημερωτικά έντυπα για τα συμπτώματα των τάσεων αυτοκτονίας. Ακόμη υπάρχουν διάφοροι επιστήμονες όπου και οι έφηβοι και οι γονείς μπορούν να απευθύνονται για την καλύτερη και σωστή ενημέρωσή τους. Τέτοιοι είναι κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, ψυχαναλυτές και ψυχίατροι.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΕΛΙΔΕΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ «ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ»	8
1.2 Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	8
1.2.1 Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	9
1.3 ΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	17
1.4 ΠΡΟΘΕΣΗ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΡΑ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	18
1.5 ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	19
1.6 Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ	22
1.7 ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΓΙΑ

ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

2.1 ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ....	28
2.1.1 Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	28
2.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	28
2.3 ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	29
2.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΦΑΣΗ ΜΑΝΙΑΣ.....	34
2.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΦΑΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

3.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	38
3.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΠΡΟΛΗΨΗ

4.1 Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	42
4.2 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	44
4.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	47
4.4 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΜΑΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	48
4.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	48
4.5.1 ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ	49
4.5.2 ΤΡΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	50
4.5.3. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	51
4.5.4 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	52
4.6 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ	52
4.6.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.....	52
4.6.2 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΩΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ .	54
4.6.3 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΩΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ.....	55
4.6.4 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΩΣ ΔΑΣΚΑΛΟΣ.....	55
4.6.5 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΩΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟ ΜΗΤΕΡΑΣ.....	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	57
5.2 ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΒΑΣΙΚΩΝ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΩΝ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	58

5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ.....	58
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	60
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	62

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία, μελετά βιβλιογραφικά την αυτοκτονία στην εφηβική ηλικία. Το βιβλιογραφικό κομμάτι χωρίζεται σε τέσσερα κεφάλαια . Στο πρώτο κεφάλαιο, αναφέρονται: Η έννοια της αυτοκτονίας, τι είναι η αυτοκτονία, καθώς και οι τύποι της, η πρόθεση και τα κίνητρα, οι αιτίες ανάπτυξης της αυτοκτονίας στην εφηβεία, η αυτοκτονία ως κοινωνικό φαινόμενο και τα συμπτώματα .

Στο δεύτερο κεφάλαιο, μελετάτε η ψυχολογική προσέγγιση των εφήβων και γενικότερα οι παράγοντες που τους οδηγούν στην αυτοκτονία .Ειδικότερα η κατάθλιψη τα συναισθήματα των εφήβων σε αυτή την περίοδο, οι μορφές της κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία, καθώς και η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς σε φάση μανίας και κατάθλιψης.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρονται: Οι αντιδράσεις και οι συμπεριφορές των γονέων για τις απόπειρες αυτοκτονιών καθώς και ο ρόλος της οικογένειας στην εφηβική κατάθλιψη.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρονται : Η πρόληψη στην εφηβική αυτοκτονία, την θεραπεία αυτοκτονίας, την νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με τάσεις αυτοκτονίας, στη θεραπεία της μανίας και την κατάθλιψης, στο ρόλο και στην νοσηλευτική διεργασία του νοσηλευτή και τέλος γίνεται αναφορά στην νοσηλευτική διεργασία προσωπικής εμπειρίας.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

1.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Η αυτοκτονία σαν πρόθεση ή σαν πράξη είναι μια από τις σοβαρότερες και πιο συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις τόσο για τα ίδια τα άτομα που κάνουν τις απόπειρες, όσο για τις οικογένειές τους και τους ειδικούς που ασχολούνται με το θέμα.

Αυτοκτονία αποκαλείται κάθε περίπτωση θανάτου που προκύπτει άμεσα ή έμμεσα από μια θετική ή αρνητική πράξη του ίδιου του θύματος που γνωρίζει ότι θα επιφέρει το αποτέλεσμα αυτό. Απόπειρα είναι μια πράξη που προσδιορίστηκε έτσι αλλά υστερεί από τον πραγματικό θάνατο. (Durkheim E., 1978)

Αναμφίβολα, σε κοινούς όρους, η αυτοκτονία είναι κυρίως η πράξη απελπισίας ενός, που δεν ενδιαφέρεται να ζήσει. Η αυθεντική επιθυμία του ατόμου να πεθάνει μπορεί να συνυπάρχει με το στόχο να επιδράσει στους οικείους του ή μπορεί να μείνει κρυφή από τη συνείδησή του κατά τη διάρκεια της πράξης ή δευτερευόντως μπορεί ακόμα και να την αρνηθεί. (Chabrol H., 1987)

Ένας ενδιαφέρον ορισμός που έχει διατυπωθεί για την αυτοκτονία είναι εκείνος που ορίζει την αυτοκτονία σαν το θάνατο ο οποίος προκαλείται από μια εκούσια ενέργεια του ατόμου εναντίον του ίδιου του εαυτού. Η απόπειρα αυτοκτονίας είναι μια ανώμαλη επικοινωνία και υποδηλώνει την παθολογία της σχέσεως. Η αυτοκτονία είναι η τελική κοινή οδός η οποία ενοποιεί ποικίλους κοινωνικούς, μορφωτικούς, οικογενειακούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες και όταν η απόφαση εμπεριέχει κάποια θυσία της ζωής. (Durkheim E., 1978).

Ένας καταθλιπτικός δεν μπορεί να προσβλέπει στο μέλλον θετικά και ενεργά. Η απώλεια ελπίδας, η ανικανότητα για προσδοκία και για θετική προβολή στο μέλλον, μπορούν να οδηγήσουν σε μια απόπειρα αυτοκτονίας, παρορμητική στη διάρκεια ενός αγχώδους παροξυσμού ή προγραμματισμένη και εκτελεσμένη εν ψυχρώ. (Henry L, & Thierry G., 1997. σελ.18-19.)

Όταν είναι εναρκτήρια ένδειξη, το πέρασμα στην πράξη της αυτοκτονίας μπορεί να προκαλέσει μεγάλη έκπληξη στο περιβάλλον. Τις πιο πολλές φορές θίγετε από το άτομο με τρόπο υπαινικτικό ή σαφή: «Η έλξη προς τον θάνατο είναι σχεδόν μια σταθερά του καταθλιπτικού αστερισμού». Οι ιδέες αυτοκτονίας είναι παρούσες στο 80% των καταθλιπτικών κάποια στιγμή της εξέλιξης της αρρώστιας. Είναι δύσκολη η αξιολόγηση του κινδύνου αυτοκτονίας, κυρίως

όταν το άτομο κρύβει τις προθέσεις του: μερικοί ασθενείς μοιάζουν να το έχουν πάρει απόφαση και προβάλλουν επιδεικτικά ένα χαμόγελο που δεν ξεγελά πάντα, άλλοι, για να προστατευτούν από την διορατικότητα του γιατρού, αρνούνται κάθε σχέδιο αυτοκτονίας, επικαλούμενοι το θρησκευτικό τους συναίσθημα ή την αγάπη τους για τα παιδιά τους.(Henry L, & Thierry G, 1997. σελ. 19.)

Η κάθαρση ως συνέπεια μιας απόπειρας αυτοκτονίας μπορεί να μειώσει προσωρινά την ψυχολογική ένταση και να φέρει ένα φευγαλέο συναίσθημα γαληνέματος του αγχώδους υποκειμένου. Κάτι τέτοιο, στην πραγματικότητα, είναι κακό προγνωστικό: είναι πιθανό να εισαγάγει μια θετική ενίσχυση τέτοιου είδους συμπεριφοράς. Υπάρχουν ακριβή εργαλεία αξιολόγησης του κινδύνου αυτοκτονίας (κλίμακες αξιολόγησης), αλλά κάθε ποσόστωση είναι βέβαιη, γιατί η βαρύτητα της αρρώστιας δεν είναι σταθερή, μερικές φορές μάλιστα αλλάζει από την μια στιγμή στην άλλη. (Henry L, & Thierry G., 1997. σελ. 19).

1.2. Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

1.2.1 Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ο προσδιορισμός της συχνότητας μίας αρρώστιας στο πληθυσμό και η ανάδειξη των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνισή της, για την διατύπωση πιθανών μέτρων πρόληψης, συνιστούν τους κύριους στόχους της επιδημιολογίας. Η επιστήμη αυτή έχει κάνει σημαντικές προόδους στην ψυχιατρική: η βελτίωση των μεθόδων αξιολόγησης επέτρεψε την λεπτομερέστερη εκτίμηση του αριθμού των καταθλιπτικών στον πληθυσμό σε χώρες της βορείου Ευρώπης.

Σύμφωνα με έρευνες , οι δείκτες των αυτοκτονιών σε χώρες της βορείου Ευρώπης είναι υψηλότεροι, ενώ σε χώρες της νότιο-δυτικής Ευρώπης και Λατινικής Αμερικής οι δείκτες είναι χαμηλότεροι .

Αυτοκτονικοί δείκτες απ' όλο τον κόσμο για κάθε 100 .000 κατοίκους ετησίως, WHO (2005)

Χώρα	Έτος	Ανδρών	Γυναικών	Συνολικός
Λιθουανία	2003	74.3	13.9	42.1
Ρωσία	2002	69.3	11.9	38.7
Σλοβενία	2003	45.0	12.0	28.1

Ουγγαρία	2003	44.9	12.0	27.7
Εσθονία	2002	47.7	9.8	27.3
Ουκρανία	2002	46.7	8.4	26.1
Ιαπωνία	2002	35.2	12.8	23.8
Φινλανδία	2003	31.9	9.8	20.6
Κροατία	2003	31.4	8.4	19.5
Ελβετία	2001	26.5	10.6	18.4
Αυστρία	2003	27.1	9.3	17.9
Γαλλία	2001	26.6	9.1	17.6
Πολωνία	2002	26.6	5.0	15.5
Βουλγαρία	2003	21.0	7.3	14
Δανία	2000	20.2	7.2	13.6
Γερμανία	2001	20.4	7.0	13.5

Χώρα	Έτος	Ανδρών	Γυναικών	Συνολικός
Σουηδία	2001	18.9	8.1	13.4
Αυστραλία	2001	20.1	5.3	12.7
Ιρλανδία	2001	21.4	4.1	12.7
Καναδάς	2001	18.7	5.2	11.9
Νέα Ζηλανδία	2000	19.8	4.2	11.9
Πορτογαλία	2002	18.9	4.9	11.7
Λουξεμβούργο	2003	18.5	3.5	10.9
Νορβηγία	2002	16.1	5.8	10.9
ΗΠΑ	2001	17.6	4.1	10.7
Ολλανδία	2003	12.7	5.9	9.2
Ισπανία	2002	12.6	3.9	8.2
Ιταλία	2001	11.1	3.3	7.1
Ηνωμένο Βασίλειο	2002	10.8	3.1	6.9
Αργεντινή	1996	9.9	3.0	6.4

Ελλάδα	2002	4.7	1.2	2.9
Αρμενία	2003	3.2	1.8	0.5

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ Πειραιάς, 27 Οκτωβρίου 2015

Όπως προκύπτει από την WHO κι' άλλες μελέτες , η συχνότητα των αυτοκτονιών στην Ελλάδα είναι πολύ χαμηλή σε σύγκριση με τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες.

Η πρώτη μελέτη στην Ελλάδα έγινε για τα έτη 1928-1937 και ανακοινώθηκε το 19 γι' αυτήν την περίοδο, η ετήσια αυτοκτονική αναλογία ήταν 4.8/100 000 κατοίκους στην Πελοπόννησο και 5.3/100 000 κατοίκους σε ολόκληρη την χώρα . Η Ελλάδα έχει χαμηλό δείκτη αυτοκτονίας και πιθανή εξήγηση γι' αυτό όπως και για άλλες χώρες με χαμηλό δείκτη είναι ότι υπάρχουν ανασταλτικοί παράγοντες, όπως το ζεστό οικογενειακό περιβάλλον και οι ισχυροί συναισθηματικοί δεσμοί μεταξύ των μελών της οικογένεια.

Η επιδημιολογία διαφέρει όσον αφορά τους δύο πληθυσμούς με ολοκληρωμένη αυτοκτονία και με απόπειρα αυτοκτονίας. Σε αντίθεση με τις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες που παραμένουν σταθερές, οι απόπειρες αυτοκτονίας έχουν αυξηθεί. Έρευνες που αφορούν ολόκληρο τον πληθυσμό της Ελλάδας, αναφέρονται στη σχέση κατάθλιψης και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Τα στοιχεία αυτοκτονιών της ΕΛΣΤΑΤ δεν απέχουν πολύ από τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στις ετήσιες εκδόσεις της «Στατιστικής Επετηρίδας της Ελληνικής Αστυνομίας» Στις περισσότερες περιπτώσεις στα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ ο αριθμός αυτοκτονιών είναι ατυχής μεγαλύτερος από εκείνον της Ελληνικής Αστυνομίας, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

Ο αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες, όπως αυτές χαρακτηρίστηκαν από τις Ιατροδικαστικές και Ανακριτικές αρχές, ανήλθε **σε 508 το 2012**, έναντι 477 το 2011 (**αύξηση 7%**). Σημειώνεται ότι ενδεχόμενες αποκλίσεις από στοιχεία άλλων φορέων μπορεί να οφείλονται σε διαφορετική μεθοδολογία ή άλλους παράγοντες όπως ανάγκη χρονοβόρου έρευνας από πλευράς ιατροδικαστικών αρχών για τις συνθήκες θανάτου, θάνατοι συνεπεία όψιμων αποτελεσμάτων απόπειρας αυτοκτονίας κ.α.

Στοιχεία αυτοκτονιών ΕΛΣΤΑΤ και ΕΛΑΣ		
Ετος	ΕΛΣΤΑΤ	ΕΛΑΣ
2008	373	365
2009	391	352

2010	377	388
2011	477	353
2012	508	415
2013	533	566

Πρόκειται για μια γενικότερη αύξηση στον αριθμό των αυτοκτονιών που καταγράφεται σε όλη τη χώρα, μιας και συγκριτικά με το 2000 παρατηρείται αύξηση κατά 33% στα αντίστοιχα θλιβερά περιστατικά. Πανελλαδικά, το 2012 σημειώθηκαν 508 αυτοκτονίες, ενώ το 2000 είχαν καταγραφεί 382.

Στο σύνολό τους τα περιστατικά αποδίδονται σε κακή ψυχολογική κατάσταση των θανόντων, η οποία και τους οδηγεί στο απονενομημένο διάβημα, ενώ από τη σχετική ειδησεογραφία προκύπτει πως στο σύνολό τους επέλεξαν τη μέθοδο του απαγχονισμού. Την επίδραση της οικονομικής κρίσης στους θανάτους από αυτοκτονίες και τους παράγοντες που σχετίζονται με αυτές μελέτησαν οι επιστήμονες του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας κκ. Ιωάννης Κυριόπουλος (επιστημονικός υπεύθυνος), Αναστάσης Σκρουμπέλος και Δημήτρης Ζάβρας.

Η έρευνα, η οποία ολοκληρώθηκε τον Σεπτέμβριο του 2013, έδειξε μεταξύ άλλων ότι οι αυτοκτονίες των ανδρών αυξάνονται με την κρίση ενώ των γυναικών μειώνονται. Το τελευταίο αυτό στοιχείο πιθανόν να οφείλεται στα ιδιαίτερα κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά της ελληνικής οικογένειας. Ο πρώτος παράγοντας που σχετίζεται με την αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών είναι η ανεργία. Ακολουθεί - ειδικά στους άνδρες - η καθυστέρηση αποπληρωμής των δόσεων των δανείων.

Ερευνητικά δεδομένα από την Ελλάδα και το εξωτερικό

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).

Έχει παρατηρηθεί ότι η συχνότητα των αυτοκτονιών αυξάνεται σε μεγάλο βαθμό κατά τη μετάβαση από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα τροχαία. Οι απόπειρες αυτοκτονίας διπλασιάζονται στην εφηβεία (18 % στο γενικό πληθυσμό, 35 % στους εφήβους), ενώ ως προς το φύλο στις απόπειρες υπερτερούν τα κορίτσια και στις επιτυχείς αυτοκτονίες τα αγόρια. Σημαντικό είναι επίσης ότι σε ένα μεγάλο ποσοστό (30-50 %) ακολουθεί επανάληψη της απόπειρας σε διάστημα μικρότερο των έξι μηνών. Αυτό μας δείχνει τη μεγάλη απελπισία που νιώθει ο έφηβος και ότι κάθε απόπειρα, όσο και αν φαίνεται πειστική ως προς το περιβάλλον και απευθύνεται κυρίως στους γονείς, πρέπει να αντιμετωπίζεται σοβαρά.

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).

Οι αυτοκτονίες σε άτομα νεαρής ηλικίας έχουν αυξηθεί σημαντικά. Σε αναπτυγμένες χώρες υπολογίζεται ότι η αυτοκτονία αποτελεί την τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου σε άτομα ηλικίας από 15 έως 24 ετών. Αποτελεί επίσης την έκτη συχνότερη αιτία θανάτου για τα παιδιά ηλικίας από 5 έως 14 ετών.

Οι έφηβοι βρίσκονται σε μια πολύ ευαίσθητη περίοδο της ζωής τους. Ενώ μεγαλώνουν μπορούν να νοιώθουν έντονο αίσθημα στρες, σύγχυση, αμφιβολίες για τον εαυτό τους , πίεση για να επιτύχουν , οικονομική αβεβαιότητα και άλλες φοβίες.

Για ορισμένους έφηβους, το διαζύγιο, η δημιουργία μιας νέας οικογένειας με τούς γονείς και θετά αδέρφια ή ακόμα η μετακόμιση σε μια καινούρια κοινότητα μπορούν να είναι ένας αποσταθεροποιητικός παράγοντας ο οποίος κάνει εντονότερα τα αισθήματα αμφιβολίας που

έχουν για τον εαυτό τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις η αυτοκτονία εμφανίζεται σαν μια «λύση» για τον έφηβο, διαστάσεις επιδημίας έχουν πάρει οι αυτοκτονίες στη χώρα μας. Μόνο την τελευταία 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 (ΕΠΨΥ).

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 στην Ελλήνων εφήβων 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 αντανakλά 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, όσο και η στατιστική που λέει ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν ποσοστό αυτοκτονίας 25 φορές ανώτερο από τον μέσο όρο.
- Η μέρα 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 συνομηλίκους του. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους εφήβους.

Σύμφωνα με την μελέτη των Παπαγερίδη και συνεργατών της (2003) σε ελληνικό δείγμα 125 εφήβων που εκδήλωσαν αυτοκτονική συμπεριφορά στην περιοχή της Θεσσαλονίκης περιελάμβανε 84,8 % τα οποία ήταν κορίτσια και το 15,2 % (αναλογία 5,6 : 1). Τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίστηκαν στις ηλικίες 13-17.Όσον αφορά τον τόπο κατοικίας, η μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων (70,4%) προέρχονταν από την πόλη της Θεσσαλονίκης, ένα ποσοστό 23,2% από τα χωριά και 6,4 % από τα επαρχιακά κέντρα γειτονικών νομών.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση στο 94,4% των περιπτώσεων και οι δύο φυσικοί γονείς βρίσκονταν εν ζωή, η παρουσία και των δύο στην τρέχουσα σύνθεση της οικογένειας καταγράφεται σε ποσοστό 68,8%, ενώ τη στιγμή της απόπειρας, για διάφορους λόγους, και με τους δύο γονείς ζούσε το 62,4%, των εφήβων. Χωρισμός ή διαζύγιο καταγράφηκαν σε ποσοστό 22,4%. (Παπαγερίδου και οι συνεργάτες της 2003).

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.

Τα συμπεράσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι, η αυτοκτονική συμπεριφορά στην εφηβεία αποτελεί αναμφίβολα ένα φαινόμενο πολυπαραγοντική αιτιολογία, με κεντρικό άξονα τις ψυχικές διεργασίες αυτής της αναπτυξιακής περιόδου. Εντούτοις, η ίδια η φύση της εφηβείας, επιβάλλει τη συνεχή μελέτη της θέσης και του ρόλου των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο κοινωνικό περιβάλλον.

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 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 .

1.3. ΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Μολονότι τα επιδημιολογικά στοιχεία υπογραμμίζουν την αυξανόμενη και ευρεία συχνότητα του φαινομένου και τις σοβαρές συνέπειές του τόσο βραχυπρόθεσμα, όσο και μακροπρόθεσμα για το ίδιο το άτομο και την οικογένειά του, η αυτοκτονική συμπεριφορά δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο προσοχής ή ταξινόμησης από τα επίσημα ταξινομικά συστήματα διαγνωστικών κριτηρίων ψυχιατρικών διαταραχών όπως το DSM-IV, το οποίο το αναφέρει μόνο ως σύμπτωμα του Μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και της Οριακής Μετ αιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας. Σύμφωνα, με τον R. King, προτείνει ότι στην αυτοκτονία περιλαμβάνονται οι εξής υποκατηγορίες:

- Αυτοκτονικός ιδεασμός.
- Αυτοκτονική συμπεριφορά, (King,R.A., Pfeffer, C., Gammon, GD., Cohen, D. 1992)

Αυτοκτονικός Ιδεασμός (χωρίς αυτοκτονικές πράξεις)

Σημαντική ενασχόληση που αφορά τη λεκτική έκφραση ή το σχεδιασμό πράξεων, οι οποίες θα βάλουν σε κίνδυνο τη σωματική του ακεραιότητα ή και τη ζωή του όπως οι επαναλαμβανόμενες σκέψεις ή και εικόνες αυτοκτονίας, λεκτική έκφραση ή σχεδιασμός μεθόδων αυτοκτονίας ή σοβαρού σωματικού αυτοτραυματισμού , περιστασιακές ή μόνιμες απειλές του παιδιού ότι θα αφαιρέσει τη ζωή του , τα αποχαιρετιστήρια σημειώματα ή άλλα μηνύματα που αναφέρονται στην πιθανότητα αυτοκτονίας και οι πράξεις προετοιμασίας ή αναζήτηση μεθόδου για την πραγματοποίηση του αυτοκτονικού σχεδίου (King,R.A., Pfeffer, C., Gammon, GD., Cohen, D. 1992)

Αυτοκτονική Πράξη ή Συμπεριφορά

Είναι η συμπεριφορά όπου το άτομο στοχεύει να αφαιρέσει τη ζωή του όπως την εκτέλεση πράξης η οποία έχει ως αποτέλεσμα το σοβαρό σωματικό τραυματισμό ή το θάνατο του ίδιου του ατόμου και ο πρωταρχικός σκοπός της πράξης αυτής είναι ο θάνατος ή η πρόκληση σοβαρής σωματικής βλάβης. (King,R.A., Pfeffer, C., Gammon, GD., Cohen, D. 1992)

Παρότι η αυτοκτονική συμπεριφορά φαίνεται να μην έχει αποκτήσει μια αυτόνομη ταυτότητα μέσα στα πλαίσια της φαινομενολογικής ταξινόμησης, όπως είναι τα επίσημα ταξινομικά συστήματα, έχει πολύ ιδιαίτερη σημασία και ταυτότητα για τα ίδια τα άτομα που την επιχειρούν, για τα άτομα του περιβάλλοντος τους καθώς και για τους ειδικούς της ψυχικής υγείας. Βέβαια η αυτοκτονική συμπεριφορά μπορεί να διαρκεί μέσα στο χρόνο για μεγάλο διάστημα και για αυτό χρησιμοποιείται και ο όρος χρόνια αυτοκτονία. Παραδείγματα τέτοιων συμπεριφορών είναι το κάπνισμα, ο αλκοολισμός, η κατάχρηση ουσιών και η νευρική ανορεξία. (King,R.A., Pfeffer, C., Gammon, GD., Cohen, D. 1992).

1.4. ΠΡΟΘΕΣΗ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΡΑ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Σχολικός εκφοβισμός

Και ο δράστης και το θύμα του εκφοβισμού είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο για αυτοκτονία σε σχέση με τους συνομηλίκους τους. Και τα θύματα, και οι δράστες, είναι πιο πιθανό να είναι καταθλιπτικοί συγκριτικά με παιδιά που δεν εμπλέκονται στον εκφοβισμό.

Ο εκφοβισμός, και ειδικά ο χρόνιος, έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες στην ψυχική υγεία που μπορεί να παραμείνει στην ενήλικη. (Arseneault, L., Bowes, L., & Shakoor, S). (2010).

Διαταραχές διάθεσης

Οι διαταραχές της διάθεσης συμβάλλουν στην ολοκλήρωση και την επιτυχία μιας αυτοκτονίας και για τα δύο φύλα. Κάποιος/α με διπολική διαταραχή, ιδιαίτερα σε μια μικτή κατάσταση, κινδυνεύει περισσότερο, καθώς οι αυτοκτονίες ολοκληρώνονται επιτυχώς, όπως έδειξαν ορισμένες μελέτες. Επίσης, η κατάθλιψη είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία. (Arseneault, L., Bowes, L., & Shakoor, S). (2010).

Θύματα της ηλεκτρονικής παρενόχλησης

Τα θύματα ηλεκτρονικής παρενόχλησης είναι επίσης σε κίνδυνο για κατάθλιψη. Μια ανασκόπηση των ερευνών ανέφερε ότι υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που αυξάνουν τον κίνδυνο ενός παιδιού που το πειράζουν να κάνει απόπειρα αυτοκτονίας.

Αυτά τα προσωπικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

· προβλήματα εσωτερίκευσης (συμπεριλαμβανομένης της απόσυρσης και το άγχος / κατάθλιψη)
· Χαμηλή αυτοεκτίμηση
· Χαμηλή αυτοπεποίθηση
· Επιθετικότητα στην πρώιμη παιδική ηλικία (η οποία μπορεί να οδηγήσει σε απόρριψη από τους συμμαθητές και την κοινωνική απομόνωση). (Arseneault, L., Bowes, L., & Shakoor, S). (2010).

Οικογενειακό περιβάλλον

Η οικογένεια, συμπεριλαμβανομένης της κακοποίησης των παιδιών, της ενδοοικογενειακής βίας, και της γονικής κατάθλιψης, ένα κλίμα που χαρακτηρίζεται από σύγκρουση και την έλλειψη συνεκτικής και αποτελεσματικής πειθαρχίας, συμβάλλουν στη δημιουργία σκέψεων για αυτοκτονία. (Arseneault, L., Bowes, L., & Shakoor, S). (2010).

1.5. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η αυτοκτονία συνήθως συνοδεύεται από μια καταθλιπτική αντίδραση , της οποίας τα δυναμικά συνδέονται με ιδέες αυτοκτονίας. Μπορούμε να πούμε ότι συνυπάρχει η μείωση της αυτοεκτίμησης , ένα έντονο αίσθημα αποτυχίας για την επίτευξη στόχων, που ίσως τις περισσότερες φορές, όπως ήδη σημειώθηκε, δεν είναι του εφήβου, αλλά των γονιών ή των καθηγητών. Επίσης , ψυχολογικές διαταραχές και συγκρούσεις του παιδιού πριν από την αυτοκτονία τις περισσότερες φορές, όπως προαναφέρθηκε, δε γίνονται αντιληπτές από το οικογενειακό περιβάλλον. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι στην πλειοψηφία τους οι έφηβοι πριν διαπράξουν το απονενοημένο διάβημα δε μιλούν σε κανέναν για τα προβλήματά τους και κατά συνέπεια δεν έχουν παρακολουθηθεί από κανένα γιατρό ή ψυχολόγο. (Νομικού Χαρά Γ. , 2004)

Σύμφωνα με την κλινική εμπειρία, η αυτοκτονία και πολύ περισσότερο η απόπειρα αυτοκτονίας σε σπάνιες περιπτώσεις είναι προϊόντα ώριμης σκέψης κι απόφασης ισολογιστικής. Στις περισσότερες περιπτώσεις επιθυμία και σκοπός του αυτόχειρα δεν είναι ο θάνατος του, αλλά η αλλαγή της οδυνηρής και ανυπόφορης κατάστασης. Έχει δηλαδή χαρακτήρα επίκλησης και διαμαρτυρίας. (Κατσούφη Αγγ., 1991)

Σύμφωνα με μαρτυρίες πολλών ατόμων που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας, η διάθεσή τους ήταν αμφιθυμική. Δεν είναι τυχαίο, ότι τα 2/3 περίπου των ατόμων που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν το ανακοινώνουν με κάποιο τρόπο. Στα αίτια της αυτοκτονίας αναφέρθηκαν και διάφορες ψυχικές διαταραχές όπως νευρώσεις, κατάθλιψη, διάφορες ψυχώσεις, αλκοολισμός, τοξικομανία, ομοφυλοφιλία. Η αυτοκτονία στα άτομα με νοητική υστέρηση είναι σπάνια. Μια άλλη σοβαρή αιτία αυτοκτονίας παιδιών και εφήβων θεωρήθηκε το διαταραγμένο εξωτερικά ή εσωτερικά οικογενειακό περιβάλλον. (Κατσούφη Αγγ., 1991)

Συχνά αναφέρονται οι διαταραγμένες σχέσεις των γονέων μεταξύ τους, οι σχέσεις των γονέων προς το παιδί, το διαζύγιο, η υπερβολική αυταρχικότητα, η παραμέληση, η υπερβολική ενασχόληση και ο αλκοολισμός του ενός τουλάχιστον από τους δύο γονείς. Πολύ συχνά στα αίτια αναφέρθηκαν και προβλήματα, που σχετίζονται με μια υπερβολική απαίτηση για καλή σχολική επίδοση η οποία δημιουργεί και επιφέρει υπερβολικό φόβο τιμωρίας.

Στις περιπτώσεις αυτές οι γονείς είναι υπερβολικά φιλόδοξοι χωρίς να έχουν παράλληλα καλές σχέσεις με τα παιδιά τους. Δε θα πρέπει επίσης να υποτιμηθεί ο ρόλος και η προσωπικότητα του αυτόχειρα και κυρίως η αδυναμία του για σύναψη σχέσεων, που οδηγεί στην απομόνωση. (Κατσούφη Αγγ., 1991)

Το γεγονός ότι το 1/3 περίπου των κοριτσιών που έκανε απόπειρα αυτοκτονίας είχε κακοποιηθεί σεξουαλικά από τον πατέρα δείχνει καθαρά και μια άλλη παράμετρο των δυσμενών οικογενειακών συνθηκών. (Κατσούφη Αγγ., 1991)

Σε άλλες περιπτώσεις διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας είχαν μια δύσκολη παιδική ηλικία ή δεν είχαν νιώσει την αγάπη, τη στοργή και την ασφάλεια ή μεγάλωσαν σε ελλειπείς ή διαταραγμένες συναισθηματικά οικογένειες ή είχαν παραφορτωμένους επαγγελματικά γονείς, όπου απουσίαζαν από το σπίτι σχεδόν όλη την ημέρα και κατά κανόνα προέρχονταν από χαμηλά κοινωνικο – οικονομικά στρώματα. Η ύπαρξη κληρονομικής προδιάθεσης για απόπειρα αυτοκτονίας δεν διαπιστώθηκε σε έρευνες, παρόλα αυτά θα μπορούσε κανείς να αποδώσει την περίπτωση εμφάνισης πάνω από μία αυτοκτονία σε ορισμένες οικογένειες στο δυσμενές οικογενειακό περιβάλλον ή και στη μίμηση. (Πιάνος Χ.Κ., 2000)

Μπορούμε όμως να αναφέρουμε κι ένα άλλο παράδειγμα: τη μανιοκαταθλιπτική ψύχωση που έχει κληρονομικό χαρακτήρα, όπου υπάρχει και υψηλό ποσοστό κινδύνου για αυτοκτονία. Γιατί, όχι μόνο σε περιόδους αναταραχών και κρίσης αλλά και σε περιόδους ειρήνης, κάποιοι νέοι δείχνουν περισσότερη αδιαφορία για τη ζωή τους και τη συνθέτουν σε κινδύνους με τα ναρκωτικά, τη γρήγορη οδήγηση μοτοσικλετών ή αυτοκινήτων και γενικά με πράξεις που

δύσκολα ξεχωρίζονται από την άπειρη αυτοκτονία. Υπάρχουν πολλές έρευνες σχετικές με τα κίνητρα και τις αφορμές που οδήγησαν στην αυτοκτονία, τα οποία είναι:

<ul style="list-style-type: none">· Το συναίσθημα του ατόμου που βρίσκεται σε αδιέξοδο.
<ul style="list-style-type: none">· Ο θάνατος αγαπημένου προσώπου και επιθυμία συνάντησής τους στον άλλο κόσμο. Μια ένδειξη για αυτό αποτελεί το γεγονός, ότι πολλές αυτοκτονίες επιχειρούνται την ημέρα του θανάτου ή της ονομαστικής γιορτής ή των γενεθλίων του αγαπημένου προσώπου.
<ul style="list-style-type: none">· Η ερωτική απογοήτευση.
<ul style="list-style-type: none">· Οι συζυγικές φιλονικίες.
<ul style="list-style-type: none">· Το συναίσθημα μοναξιάς και απομόνωσης.
<ul style="list-style-type: none">· Ο βίαιος χωρισμός από τη μητέρα ή από τα αγαπημένα πρόσωπα.
<ul style="list-style-type: none">· Τα αισθήματα εχθρότητας και επιθετικότητας που στρέφονται κατά του εαυτού του (αντεπιθετικότητα), με πρόθεση να πληγωθεί το πρόσωπο με το οποίο είχαν ταυτιστεί και το οποίο μισούν.
<ul style="list-style-type: none">· Το σήμα επίκλησης για προσοχή και για βοήθεια από το περιβάλλον.
<ul style="list-style-type: none">· Σαν εκβιασμός στην απειλή απώλειας αγαπημένου προσώπου. Η απόπειρα γίνεται π.χ. για να μη χωριστούν οι γονείς ή για να μη φύγει το αγαπημένο πρόσωπο.
<ul style="list-style-type: none">· Η ανίατη σωματική ασθένεια.
<ul style="list-style-type: none">· Η αποτυχία ή ο φόβος αποτυχίας στο σχολείο, στο επάγγελμα (ανεργία) στον έρωτα ή στο γάμο. Δεν είναι λίγες επίσης οι περιπτώσεις, που οι νέοι οδηγούνται στην απόπειρα αυτοκτονίας ή την αυτοκτονία κάτω από την επήρεια του αλκοόλ ή των ναρκωτικών ή έλλειψη τέλος ευχάριστων συναισθημάτων προσωπικών σχέσεων. (Πιάνος Χ.Κ., 2000)

1.6. Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ

Με βάση τα προλεγόμενα αντιλαμβανόμαστε πως η αυτοκτονία είναι ένα σύνθετο φαινόμενο και υπάρχουν πολλοί αιτιολογικοί παράγοντες για τους οποίους κάποιος μπορεί να προσπαθήσει να δώσει τέλος στη ζωή του. Καθώς λοιπόν πολλοί παράγοντες (σωματικοί, ψυχικοί και κοινωνικοί) μπορούν να οδηγήσουν σ' αυτή τη πράξη και συνδετικός κρίκος μεταξύ αυτών είναι η αίσθηση της απομόνωσης από το κοινωνικό σύνολο που νιώθει ο αυτόχειρας. Η αίσθηση του ότι είναι μόνος του στο κόσμο είναι ικανή να οδηγήσει κάποιον σε μια τέτοια πράξη. (Hassan R. 1996)

Η αυτοκτονία λοιπόν είναι ένα σύμπτωμα κοινωνικής ασθένειας. Για αυτό θεωρείται ότι συνυπεύθυνη είναι και η κοινωνία. Το φαινόμενο είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό αν σκεφτεί κανείς ότι σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες διεκδικεί τη δεύτερη θέση σε αριθμό θανάτων μετά τα τροχαία δυστυχήματα. Βάση διαφόρων ερευνών ο αριθμός των αυτοκτονιών γενικά παραμένει τα τελευταία χρόνια σταθερός. Αυξήθηκε όμως ο αριθμός των αποπειρών αυτοκτονιών. Η αναλογία δε μεταξύ εκείνων που κάνουν απόπειρα αυτοκτονιών βρίσκεται στο 10/1 περίπου στην πραγματικότητα όμως αν λάβει κανείς υπόψη του το πλήθος των περιπτώσεων, που δεν ήλθαν στο φως της δημοσιότητας πιστεύεται, ότι είναι πολύ υψηλότερο. (Κονταξάκης Β.Π., 1995)

Στις απόπειρες αυτοκτονίας ο αριθμός των γυναικών είναι πολύ υψηλότερος από εκείνων των ανδρών, ενώ στις αυτοκτονίες ο αριθμός των αρρένων είναι υψηλότερος. Στο νεανικό αντίθετα πληθυσμό τα τελευταία 30 χρόνια παρατηρείται μια αύξηση τόσο της αυτοκτονίας, όσο και της απόπειρας αυτοκτονίας μέχρι και 5 φορές μεγαλύτερη. Οι αυτοκτονίες πάντως στα παιδιά σε σχέση με τους έφηβους και νέους είναι σπανιότερες. Ο μεγαλύτερος αριθμός αυτοκτονιών παρατηρείται στις ηλικίες από 15 μέχρι και 25 ετών. Ο αριθμός αυτοκτονιών των αρρένων εφήβων και νέων είναι τετραπλάσιος σε σχέση με εκείνο των θηλέων. (Πιάνος Χ.Κ., 2000)

Στις απόπειρες όμως και πάλι πρώτη θέση έχει ο θηλυκός πληθυσμός. Διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών παρατηρείται και ως προς τα μέσα που χρησιμοποιούν για την αυτοκτονία ή την απόπειρα αυτοκτονίας. (Πιάνος Χ.Κ., 2000)

Το ασθενές φύλο προτιμά υπνωτικά χάπια ή διάφορα δηλητήρια, ενώ το ισχυρό φύλο χρησιμοποιεί κατά σειρά προτίμησης και σύμφωνα με έρευνα τον απαγχονισμό, πήδημα από μεγάλο ύψος, χρήση όπλου, υπνωτικός δηλητηριασμός κ.α. Ίσως η χρήση των μέσων αυτών που προϋποθέτει κι οριστική απόφαση για αυτοκτονία δίνει κάποια εξήγηση γιατί οι απόπειρες αυτοκτονιών είναι περισσότερες στο ασθενές φύλο από τις αυτοκτονίες στο ισχυρό φύλο. (Πιάνος Χ.Κ., 2000)

Η χρήση βέβαια των μέσων δεν εξαρτάται μόνο από το φύλο αλλά κι από άλλους παράγοντες. Όπως π.χ το περιβάλλον και τα αίτια που οδήγησαν στην αυτοκτονία. Διαφορετικά είναι στο χωριό, διαφορετικά αυτός που η αυτοκτονία αποτελεί πράξη σχεδιασμού και διαφορετικά όταν το άτομο έχει διαλέξει το πρώτο μέσο που θα βρεθεί μπροστά του. Οι απόπειρες αυτοκτονίας έχουν συνήθως σε ποσοστό 96% ένα χαρακτήρα επίκλησης για βοήθεια σε μια δύσκολη κατάσταση και διαμαρτυρίας. Αυτό δε σημαίνει ότι θα πρέπει να αδιαφορήσει κανείς γιατί από λάθος μπορούν να καταλήξουν σε αυτοκτονία. Εκτός αυτού υπάρχει, ο κίνδυνος της επανάληψης σε ποσοστό 50% των περιπτώσεων. Σε έρευνες διαπιστώθηκε, ότι το ποσοστό 60% περίπου των ατόμων που αυτοκτόνησαν είχαν προηγουμένως κάνει και κάποια άλλη απόπειρα . (Πιάνος Χ.Κ., 2000)

Με τη πάροδο των χρόνων έχουν διεξαχθεί πολλές μελέτες που πραγματεύονται την αυτοκτονία προσπαθώντας να κατανοήσουν διάφορους κοινωνικούς και δημογραφικούς παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με το φαινόμενο αυτό.

Συμπερασματικά μπορεί να λεχθεί πως η αυτοκτονία σχετίζεται με πολλές κοινωνικές παραμέτρους όπως είναι το εισόδημα, η εργασία, οι οικογενειακοί δεσμοί και οι διαπροσωπικές σχέσεις, ο τόπος κατοικίας ακόμη και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και η προβολή που δίνουν σε αυτά τα θέματα φαίνεται να ασκούν επιρροή στους αυτόχειρες. (Milner A, Hjelmeland H, Arensman E, De Leo D. 2013)

1.7. ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Προειδοποιητικά σημάδια των εφήβων που μπορεί να προσπαθήσουν να αυτοκτονήσουν είναι τα εξής :

1. αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες και στον ύπνο
2. απόσυρση από τους φίλους, την οικογένεια, και από τις τακτικές δραστηριότητες
3. βίαιες ενέργειες και επαναστατική συμπεριφορά
4. χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ
5. ασυνήθιστη παραμέληση της προσωπικής εμφάνισης
6. έντονη αλλαγή προσωπικότητας
7. μόνιμη πλήξη και δυσκολία συγκέντρωσης

8. συχνά παράπονα για σωματικά συμπτώματα, που συχνά σχετίζονται με πόνους, όπως στομαχόπονους, πονοκεφάλους, κόπωση κ.λ.π.

9. απώλεια ενδιαφέροντος για ευχάριστες δραστηριότητες

10. δεν ανέχονται τον έπαινο ή τις ανταμοιβές. (Gini, G., & Pozzoli, T. 2009).

Ένας έφηβος ο οποίος σχεδιάζει να αυτοκτονήσει μπορεί επίσης:

Παραπονιέται ότι είναι κακός άνθρωπος ή και κάνει δηλώσεις, όπως: ‘Εγώ είμαι πρόβλημα για εσάς’ ή ‘Δεν έχω καμία αξία’. Εάν το παιδί σας λέει: ‘Θέλω να αυτοκτονήσω’ είναι εξαιρετικά σημαντικό να ληφθεί σοβαρά υπόψη και να αναλάβετε άμεση δράση, καλώντας τον γιατρό σας, έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας όπως ψυχίατρο ή ψυχολόγο ή να το πάτε στο κοντινότερο εφημερεύον νοσοκομείο, διατηρώντας άγρυπνο μάτι για το παιδί σας. (Miller, D. N. & Eckert, T. L. 2009)

Μερικές φορές οι άνθρωποι αισθάνονται άβολα συζητώντας για θέματα αυτοκτονίας με το παιδί τους. Ίσως νομίζετε ότι απλά φέρνοντας το θέμα αυτό θα οδηγήσει το παιδί σας να διαπράξει αυτοκτονία. Σε γενικές γραμμές, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας συμφωνούν ότι δεν είναι αλήθεια. (Miller, D. N. & Eckert, T. L. 2009).

Στην πραγματικότητα, το αντίθετο ισχύει. Συζητώντας με το παιδί σας, αν έχει κατάθλιψη ή σκέψεις για αυτοκτονία, είναι χρήσιμο. Μια τέτοια συζήτηση θα παράσχει τη διαβεβαίωση ότι κάποιος νοιάζεται και θα δώσει στο νεαρό άτομο την ευκαιρία να μιλήσει για τα προβλήματά του. (Miller, D. N. & Eckert, T. L. 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

2.1. ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Ένα ψυχοπαιστικό γεγονός μπορεί να προκαλέσει αυτοκαταστροφική διάθεση και συμπεριφορά σε παιδιά που έχουν κάποια ψυχική διαταραχή, όπως η κατάθλιψη. Τα παιδιά που διατρέχουν κίνδυνο αυτοκτονικού ιδεασμού μπορεί να είναι σε κατάθλιψη ή να διακατέχονται από άγχος, απέχουν από συνήθειες δραστηριότητες, μπορεί να μιλούν για θέματα που σχετίζονται με το θάνατο, ή ξαφνικά αλλάζουν τη συμπεριφορά τους. Τα μέλη της οικογένειας και φίλοι θα πρέπει να λαμβάνουν όλες τις απειλές αυτοκτονίας ή απόπειρες σοβαρά. (Πολυζόπουλος Ε., 2013)

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορούν να καθορίσουν πόσο σοβαρός είναι ο κίνδυνος αυτοκτονίας. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει νοσηλεία, αν ο κίνδυνος είναι υψηλός, φάρμακα για τη θεραπεία άλλων διαταραχών της ψυχικής υγείας, και ατομική και οικογενειακή συμβουλευτική. (Πολυζόπουλος Ε., 2013)

Παράγοντες Κινδύνου

Διάφοροι παράγοντες αλληλεπιδρούν συνήθως πριν από τις αυτοκτονικές σκέψεις και πριν αυτές εξελιχθούν σε αυτοκτονική συμπεριφορά. Πολύ συχνά, υπάρχει μια υποκείμενη διαταραχή της ψυχικής υγείας και ένα ψυχοπαιστικό γεγονός που προκαλεί τη συμπεριφορά. Στα στρεσογόνα γεγονότα περιλαμβάνονται:

- Ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου.
-Μια αυτοκτονία στο σχολείο.
-Απώλεια ενός φίλου ή φίλης.
- Μια έντονη παρενόχληση από το γνώριμο περιβάλλον (όπως οικογένεια, σχολείο ή τη γειτονιά) ή φίλους
- Ταπείνωση, υποτίμηση από τα μέλη της οικογένειας ή από φίλους.
- Θύμα εκφοβισμού στο σχολείο
- Η αποτυχία στο σχολείο

- Πρόβλημα με το Νόμο

Ωστόσο, και παρόλο που ψυχοπιεστικά γεγονότα είναι αρκετά συχνά στην ζωή των παιδιών, αυτά σπάνια οδηγούν σε αυτοκτονική συμπεριφορά εάν δεν υπάρχουν άλλα υποκείμενα προβλήματα. (Πολυζόπουλος Ε., 2013)

Τα πιο κοινά υποκρυπτόμενα προβλήματα είναι τα ακόλουθα:

- Κατάθλιψη: Οι έφηβοι που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν συναισθήματα απόγνωσης και αδυναμίας, που περιορίζουν την ικανότητα τους να εξετάσουν εναλλακτικές λύσεις στα άμεσα προβλήματα τους.

- Αλκοόλ ή ναρκωτικά: Η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών μειώνει τις αναστολές στις επικίνδυνες συμπεριφορές και μειώνει την επίγνωση των συνεπειών.

- Κακός έλεγχος των παρορμήσεων.

- Παιδιά και έφηβοι που επιχειρούν απόπειρα αυτοκτονίας είναι συχνά θυμωμένοι με τα μέλη της οικογένειας τους ή φίλους, δεν είναι σε θέση να επεξεργαστούν την οργή τους, και τελικά την μετατρέπουν σε οργή ενάντια στον εαυτό τους. Μπορεί να επιθυμούν να χειραγωγήσουν ή να τιμωρήσουν τους άλλους ανθρώπους ("Θα το μετανιώσετε μετά που θα με δείτε νεκρό"). (Πολυζόπουλος Ε., 2013)

Η κατάθλιψη στους εφήβους είναι ένα σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα και ο κυριότερος παράγων πρόκλησης αυτοκτονίας συμπεριφοράς. Παρ' όλα αυτά δεν διαγιγνώσκεται εύκολα, γιατί στην εφηβεία δεν εμφανίζεται με την κλασική μορφή των ενηλίκων.

Η κατάθλιψη στους εφήβους εμφανίζεται με συμπτώματα όπως ανησυχία, ανία, υπερκινητικότητα, τεμπελιά, προβλήματα συμπεριφοράς, επιθετικότητα, φυγές από το σπίτι, κ.λ.π. Πολλές φορές οι απόπειρες των εφήβων είναι επιθετικές εναντίον των γονέων, άλλοτε παριστούν μια δραματική προσπάθεια να προκαλέσουν προσοχή στα προβλήματά τους με την ελπίδα ότι θα τύχουν βοήθειας. (Frend A., 1966).

Επίσης, η απόπειρα μπορεί να εκφράζει

- 1) Μια επιθυμία να βρουν την ηρεμία μέσα στην ανυπαρξία,
- 2) Επιθυμία να συναντήσουν ένα γονέα,
- 3) Μια αντίδραση σε κάποια ψευδαισθητική παρότρυνση.

Είναι γεγονός ότι οι σκέψεις ή οι απειλές των εφήβων για αυτοκτονία πολλές φορές δεν τυγχάνουν της δέουσας προσοχής. Γι' αυτό ποτέ δεν πρέπει να αδιαφορούμε όταν ένα έφηβος εκφράζει ιδέες αυτοκτονίας, αλλά θα πρέπει αν τον ρωτάμε λεπτομέρειες για τις ιδέες του και να εξετάζουμε το σύνολο της συμπεριφοράς του. (Friend , A., 1966).

Το φαινόμενο της αυτοκτονίας είναι πράγματι από πολλές απόψεις σκοτεινό. Η ψυχανάλυση προσπάθησε να δώσει κάποιες εξηγήσεις που αφορούν την κατάθλιψη και της εξ' αυτής προκαλούμενες αυτοκτονίες. (Friend, S. 1915)

Σύμφωνα με την ψυχανάλυση οι εκλυτικές αιτίες της μελαγχολίας ή κατάθλιψης ξεπερνούν γενικά την περίπτωση όλες τις καταστάσεις που συνεπάγονται προσβολή, εγκατάλειψη ή απογοήτευση, καταστάσεις που μπορούν να εισάγουν στην σχέση μια αντίθεση αγάπης και μίσους μπορεί να οφείλεται άλλοτε στην πραγματικότητα και άλλοτε σε ιδιοσυστασιακούς παράγοντες (Friend, S. 1915).

Η αγάπη για το αντικείμενο, δηλαδή η αγάπη για το αγαπημένο πρόσωπο δεν εγκαταλείπεται από το μελαγχολικό, ενώ το αγαπημένο πρόσωπο εγκαταλείπεται όταν τον απογοητεύσει. Για να μην χαθεί η αγάπη, ο μελαγχολικός καταφεύγει στην ναρκισσιστική τακτοποίηση με το αντικείμενο. Έτσι, το μίσος στρέφεται ενάντια σ' αυτό το υποκατάστατο αντικείμενο, δηλαδή στο Εγώ του μελαγχολικού. (Garber, J., Kriss, M., Kovich, M., 1988, σελ.49-51)

Δηλαδή ένα μέρος του Εγώ του μελαγχολικού στρέφεται εναντίον του άλλου μέρους του Εγώ, το προσβάλλει, το ταπεινώνει και τα βασανίζει αντλώντας από αυτή την οδύνη μια σαδιστική ικανοποίηση. Το μαρτύριο που επιβάλλει στον εαυτό του ο μελαγχολικός και του παρέχει αναμφίβολα ευχαρίστηση, αντιπροσωπεύει την ικανοποίηση που επιτυγχάνουν οι σαδιστικές ροπές και οι ροπές μίσους, οι οποίες έχοντας για στόχο κάποιο αντικείμενο, έχουν στραφεί με τον τρόπο που αναφέραμε πάρα πάνω, ενάντια στο ίδιο το υποκείμενο. (Garber, J., Kriss, M., Kovich, M., 1988, σελ.49-54)

Οι μελαγχολικοί κατορθώνουν με αυτόν τον τρόπο να εκδικούνται και να βασανίζουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα, καταφεύγοντας δηλαδή στη νόσο, ώστε να μην είναι υποχρεωμένοι να τους εκδηλώνουν άμεσα την εχθρότητά τους. (Ladame F., OTTINO J. 1993, σελ.125-129)

Ο σαδισμός αυτός έρχεται να λύσει το αίνιγμα της τάσης της αυτοκτονίας που καθιστά την μελαγχολία τόσο ενδιαφέρουσα και τόσο επικίνδυνη. Κατόπιν των ανωτέρω στοιχείων μπορούμε να καταλάβουμε γιατί οι έφηβοι με την έντονη συναισθηματική αστάθεια που τους διακρίνει, ένεκα της οποίας εύκολα υφίστανται συναισθηματικές απογοητεύσεις, καταφεύγουν με κάποια σχετική ευκολία στην κατάθλιψη και στην χειρότερη περίπτωση στην απόπειρα αυτοκτονίας. (Ladame F., OTTINO J. 1993, σελ.129-136)

2.1.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Οι πρώτες περιγραφές της κατάθλιψης χρονολογούνται στην εποχή του «Πατέρα της Ιατρικής» Ιπποκράτη, τον 4^ο αιώνα π.Χ. Ο Ιπποκράτης πίστευε πως η ψυχική ασθένεια οφείλεται σε φυσικές αιτίες και όχι σε υπερφυσικές δυνάμεις. Θεώρησε πως η μελαγχολία ήταν υποπροϊόν της υπερβολικής έκκρισης μαύρης χολής από τη σπλήνα. Για να ξεπεράσει κανείς την κατάθλιψη, ο Ιπποκράτης σύστηνε ισορρόπηση των συστημάτων του σώματος μέσω της χαλάρωσης και του υγιούς τρόπου ζωής, πράγματα που χρησιμοποιούνται ακόμα και σήμερα ως μέρος μιας θεραπείας. (Mayo C. 2001, σελ. 14)

Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει οποιονδήποτε, ανεξάρτητα από την ηλικία, τη φυλή, την εθνικότητα, το επάγγελμα, το εισόδημα ή το φύλο. (Mayo C. 2001, σελ. 16)

Ωστόσο, οι γυναίκες έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη από ότι οι άντρες. Αυτή η διαφορά μπορεί εν μέρει να οφείλεται σε βιολογικά αίτια. Μεγάλο ρόλο παίζουν οι προηγούμενες εμπειρίες, όπως οι σεξουαλική ή η γενική κακοποίηση. Η κακοποίηση φυσικά δεν συμβαίνει αποκλειστικά στις γυναίκες, ωστόσο είναι πιο ευάλωτη ομάδα από τους άντρες. (Mayo C. 2001, σελ. 17)

Η πρώτη εμπειρία κατάθλιψης σε ένα άτομο συμβαίνει συνήθως στις ηλικίες 25-44 ετών. Ωστόσο η ασθένεια επηρεάζει και τα παιδιά, τους εφήβους αλλά και τους ηλικιωμένους. (Mayo C. 2001, σελ. 17)

2.2. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη συνήθως εμφανίζεται με τέσσερις τρόπους. Οι οποίοι είναι οι εξής:

Αλλαγές στη διάθεση

Χαρακτηριστικό σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι η κακή διάθεση. Ο ασθενής νιώθει λυπημένος, αβοήθητος και απελπισμένος και ξεσπά σε έντονα κλάματα. Κατά την περίοδο της κατάθλιψης συχνό φαινόμενο είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση. Πολλά άτομα με κατάθλιψη υποφέρουν από ενοχές ή νιώθουν άχρηστα.

Ωστόσο, δεν έχουν κακή διάθεση όλα τα άτομα με κατάθλιψη. Άλλα συναισθήματα μπορεί να είναι πιο εμφανή. Μπορεί να νιώθουν ταραγμένοι. Ίσως θυμώνουν εύκολα και ίσως είναι ευερέθιστοι. Μπορεί ακόμα και να βαριούνται εύκολα και να νομίζουν ότι τίποτα δεν τους ευχαριστεί πια. Ακόμα και κάποιες δραστηριότητες που απολάμβαναν κάποτε τώρα δεν τους ευχαριστεί τίποτα. (Clinic, 2001, σελ. 18-19)

Μείωση της πνευματικής απόδοσης

Η κατάθλιψη πολλές φορές επηρεάζει τη μνήμη και τη διαδικασία της σκέψης. Μπορεί να δυσκολεύετε να συγκεντρωθεί ή να πάρει μια απόφαση. Ακόμα και οι πιο απλές αποφάσεις, όπως το τι ρούχα θα φορέσει ή τι φαγητό θα μαγειρέψει, μοιάζουν πολύπλοκες και χρονοβόρες. Ως αποτέλεσμα, δυσκολεύετε να τηρήσει το καθημερινό του πρόγραμμα.

(Clinic, 2001, σελ. 18-19)

Σωματικά συμπτώματα

Η κατάθλιψη επηρεάζει πολλές σωματικές λειτουργίες. Για παράδειγμα, μπορεί να διαταράξει σε μεγάλο βαθμό τον ύπνο και τις διατροφικές συνήθειες. Μπορεί να ξυπνάει τα ξημερώματα και να μην μπορεί να ξανακοιμηθεί, ή να αισθάνεται νυσταγμένος όλη μέρα και να περνάει τις περισσότερες ώρες στο κρεβάτι. (Clinic, 2001, σελ. 18-19)

Μπορεί να τον πιάσει βουλιμία και να πάρει βάρος ή να χάσει εντελώς την όρεξή του και να αδυνατήσει επικίνδυνα. Ακόμη και η ερωτική επιθυμία μπορεί να μειωθεί ή και να εξαλείφει. Η κατάθλιψη μπορεί να απορροφήσει όλη την ενεργητικότητά του. Τα καταθλιπτικά άτομα συχνά αισθάνονται κουρασμένα ή εξασθενημένα. Το να σηκωθούν από το κρεβάτι το πρωί ή το να μαγειρέψουν και να φάνε μπορεί να μοιάζει ακατόρθωτος άθλος. Η κατάθλιψη συνδέεται επίσης με πολλούς σωματικούς πόνους, όπως ο πονοκέφαλος, πόνοι στη μέση, πονόκοιλος και πόνοι χωρίς προφανή λόγο. (Clinic, 2001, σελ. 18-19)

Αλλαγές στη συμπεριφορά

Η κατάθλιψη προκαλεί ποικίλες αλλαγές στη συμπεριφορά παρόλο που συνήθως περιποιείται τον εαυτό του, μπορεί να αρχίσει να παραμελεί την εμφάνιση του. Παρόλο που πάντα είναι συνεπής στην πληρωμή των λογαριασμών, ίσως σταματήσει να τους παρακολουθεί. Μπορεί να απομονωθεί από τους γύρω του και να προτιμάει να μένει μόνος στο σπίτι. (Clinic, 2001, σελ. 18-19)

2.3. ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η κατάθλιψη έχει πολλές μορφές. Αυτό που διαφοροποιεί την κάθε της μορφή είναι τα συμπτώματα και οι περιστάσεις που σχετίζονται με την κάθε μια, καθώς και η διάρκεια και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Ωστόσο, συνήθως οι διάφορες μορφές της κατάθλιψης δε διαχωρίζονται σαφώς. Συχνά μοιράζονται ίδια χαρακτηριστικά. Είναι επίσης πιθανό κάποιος να έχει πάνω από μία μορφή διαταραχής της διάθεσης. (Clinic, 2001, σελ: 59)

Οι μορφές της κατάθλιψης είναι οι εξής:

- Η Χρόνια Κατάθλιψη. Η υποτροπή και η μετάπτωση στη χρονιότητα είναι η πιθανότερη εξέλιξη σε ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο . Μετά από το πρώτο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, ο κίνδυνος για δεύτερο επεισόδιο είναι περίπου 50%. Μετά το τρίτο επεισόδιο, ο κίνδυνος για τέταρτο επεισόδιο είναι περίπου 90% (Thase 1990). Το 10% περίπου των ασθενών μετά από ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, δεν αναρρώνουν μετά από 5 χρόνια της νόσου. Το 7% δεν ανάρρωσαν μετά από 10 χρόνια. Αυτές είναι οι στατιστικές της δεκαετίας που πέρασε. Αλλά τα τελευταία χρόνια έχουν εμφανιστεί νεότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, και έτσι ελπίζουμε σε καλύτερα αποτελέσματα στο άμεσο μέλλον. (Δασκαλόπουλος , 2006)
 - Κάθε νέο επεισόδιο έχει την τάση να εμφανίζεται συχνότερα και τα νέα επεισόδια συχνά έχουν τα ίδια ή πιο σοβαρά συμπτώματα με τα προηγούμενα. Η τάση χρονικής επιδείνωσης αφορά όλες της διαταραχές της διάθεσης. Οι χρόνιες μορφές της κατάθλιψης υπολογίζονται περίπου στο 10%-30% των καταθλιπτικών διαταραχών. Ακόμη και μετά την ύφεση των συγκεκριμένων καταθλιπτικών συμπτωμάτων ενός επεισοδίου, πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να αισθάνονται ότι δεν μπορούν να λειτουργήσουν όπως πριν στην οικογένεια ή στην εργασία τους. Εάν η χρόνια κατάθλιψη ορίζεται εν μέρει από μειωμένη λειτουργικότητα, μερικοί από αυτούς τους ασθενείς μπορεί να θεωρηθούν χρόνια καταθλιπτικοί ακόμη και όταν δεν υπάρχουν συγκεκριμένα καταθλιπτικά συμπτώματα. (Δασκαλόπουλος, 2006)
 - Για την αποφυγή μετάπτωσης στη χρονιότητα, πολύ μεγάλη σημασία έχει η δραστική, γρήγορη και παρατεταμένη θεραπεία, ήδη από το πρώτο επεισόδιο. Με τη σωστή αγωγή, μειώνεται η πιθανότητα υποτροπής της νόσου και η βαρύτητα των επεισοδίων. (Δασκαλόπουλος, 2006)
 - Η Παραληρητική Κατάθλιψη, (βαρύτερη μορφή που μπορεί να απαιτήσει νοσηλεία, αλλά ευτυχώς σπανιότερη) όπου ο ασθενής εισέρχεται για τα καλά στο χώρο της ψύχωσης (ψυχωσική κατάθλιψη). Εκτός από τα συνηθισμένα συμπτώματα που προκαλεί η μείζον κατάθλιψη, εμφανίζονται επιπλέον ψευδαισθήσεις. (Δασκαλόπουλος, 2006)
- 1) ο ασθενής πιθανά να "ακούει" πένθιμες φωνές, κλάματα, βογγητά, κλπ. που δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα στο περιβάλλον
 - 2) ο ασθενής πιθανά να "βλέπει" πένθιμα σύμβολα ή σύμβολα θανάτου, να αιωρούνται κάπου στον αέρα κοντά του, ενώ φυσικά δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα. Μεγάλη εντύπωση για παράδειγμα, μας προκάλεσε προ ετών μια ασθενής μας, η οποία έβλεπε σταυρούς,

φέρετρα και τάφους να "κολυμπάνε" στο δωμάτιό της, ενώ από τους τοίχους κυλούσε αίμα! Χρειάστηκαν ισχυρές δόσεις αντιψυχωσικών φαρμάκων, μαζί με τα αντικαταθλιπτικά, για να υποχωρήσουν οι ψευδαισθήσεις.

3) ο ασθενής πιθανά να αναπτύξει ψευδείς πεποιθήσεις αναξιότητας και ενοχής, που δεν στηρίζονται σε κανένα πραγματικό γεγονός π.χ. ο ασθενής μπορεί να είναι εντελώς πεπεισμένος ότι είναι ένοχος για πράξεις που έκανε στο παρελθόν και γι' αυτό αξίζει και να τιμωρηθεί ακόμη και με θάνατο). (Δασκαλόπουλος , 2006)

- Η Δυσθυμία είναι μια μέτρια σε βαρύτητα μορφή χρόνιας κατάθλιψης, η οποία όμως διαρκεί πολύ και δημιουργεί στον ασθενή την αίσθηση, ότι είναι "ανάξιος". Ο ασθενής με δυσθυμία ανταπεξέρχεται μεν στις καθημερινές του δραστηριότητες αλλά βασανίζεται από ένα λιγότερο ή περισσότερο μόνιμο συναίσθημα "ανικανοποίητου". Η δυσθυμία δεν είναι χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (όπως πίστευαν παλαιότερα), αλλά μια μορφή κλινικής κατάθλιψης. (Clinic, 2001, σελ: 60)
- Η Εποχιακή κατάθλιψη, μια πάθηση συχνότερη στις βόρειες χώρες από ότι στην Ελλάδα, που συνδέεται με την μειωμένη ηλιοφάνεια. Μοιάζει σαν αταβιστικό κατάλοιπο (χαρακτηριστικά συμπεριφοράς ή και ανατομίας προηγούμενων εξελικτικά ειδών): ένα μεγάλο τμήμα του ζωικού βασιλείου πέφτει σε χειμερία νάρκη, όλο το χειμώνα. Είπαμε ήδη στην αρχή ότι ο Ιπποκράτης πρώτος κατέγραψε την συσχέτιση έναρξης της κατάθλιψης το φθινόπωρο. Παραμένει και σήμερα σωστό και μάλιστα όλοι οι ψυχίατροι καταγράφουν κάθε Οκτώβριο, σημαντική αύξηση των περιστατικών κατάθλιψης που τους επισκέπτονται. Δεν αποτελεί λοιπόν έκπληξη το γεγονός ότι αυτοί οι ασθενείς ωφελούνται από την φωτοθεραπεία (δόσεις 2500-10000 Lux για περίπου 30' την ημέρα, κυρίως τις πρωινές ώρες). Η δική εμπειρία μας στην εποχιακή κατάθλιψη, συνηγορεί στο ίδιο συμπέρασμα. (Δασκαλόπουλος , 2006).
- Η Άτυπη κατάθλιψη, αφορά την περίπτωση όπου συμπτώματα όπως: βουλιμία, υπερφαγία, λαχτάρα για υδατάνθρακες (δείτε και το άρθρο μας "Σεροτονίνη, Κατάθλιψη και Άγχος "), υποχονδριακές ενασχολήσεις, αδικαιολόγητες απουσίες από τη δουλειά, μειωμένη σχολική απόδοση, κοινωνική απόσυρση, απώλεια της αίσθησης του χιούμορ, έλλειψη κινητικότητας, ή υπερυπνία, κρύβουν μια κλινική κατάθλιψη. (Clinic, 2001, σελ: 66)
- Η δευτεροπαθής κατάθλιψη, δημιουργείται στα πλαίσια ενός άλλου σωματικού ή ψυχικού νοσήματος π.χ. υποθυρεοειδισμός, σκλήρυνση κατά πλάκας, νόσος του

Πάρκινσον, αγοραφοβία κλπ. Πολλά φάρμακα επίσης προκαλούν κατάθλιψη. (Clinic, 2001, σελ: 67)

- Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό (Επιλόχεια Κατάθλιψη). Εμφανίζεται στο 10% περίπου των μητέρων και συνήθως δεν υποχωρεί χωρίς θεραπεία. Οι παράγοντες που ευθύνονται για την κατάθλιψη μετά τον τοκετό μπορεί να είναι οι μεγάλες ορμονικές αλλαγές μετά τον τοκετό και στην περίοδο της λοχείας, το ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό διαταραχών του συναισθήματος, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, οικονομικά αίτια (ανεργία), η κακή σχέση των γονέων, η ανεπαρκής κοινωνική μέριμνα, οι νέες ευθύνες και οι αλλαγές στις συνήθειες της μητέρας. Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό μπορεί να προκαλέσει κατάχρηση αλκοόλ ή και άλλων ουσιών. Περισσότερα μπορείτε να δείτε στο ειδικό αφιέρωμα: κατάθλιψη πριν και μετά τον τοκετό. (Δασκαλόπουλος, 2006)
- Η καταθλιπτική ψευδοάνοια. Μερικοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν την εικόνα της υποφλοιώδους άνοιας, που ίσως να μην μπορεί να διαφοροδιαγνωστεί από την πρωτοπαθή άνοια. Σε ηλικιωμένους ασθενείς και σε ασθενείς με προϋπάρχουσα άνοια, η κατάθλιψη μπορεί να εκφράζεται κυρίως ως γνωσιακή δυσλειτουργία και η διαταραχή της διάθεσης να καλύπτεται. Το ανοϊκό σύνδρομο κατάθλιψης μπορεί να διαγνωστεί μόνο με ενδελεχείς ερωτήσεις, στις οποίες διαπιστώνονται μεταβολές της ενεργητικότητας, της όρεξης, του ύπνου, το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης. Μια μέθοδος για να επιβεβαιωθεί ότι η κατάθλιψη είναι η αιτία της εκδήλωσης της άνοιας, είναι να παρατηρήσει κανείς την απόκριση του ασθενούς στα αντικαταθλιπτικά. (Δασκαλόπουλος, 2006)
- Ωστόσο είναι πιθανό, μια καταθλιπτική άνοια με μερική ή πλήρη ύφεση ύστερα από αντικαταθλιπτική θεραπεία, να αναπτύξει πρωτοπαθή άνοια, που δεν απαντά πλέον στα αντικαταθλιπτικά. Η πρόωρη άνοια, η γεροντική άνοια και η κατάθλιψη, μπορούν να δυσκολέψουν σοβαρά έναν ψυχίατρο, και αρκετές φορές μόνον ο χρόνος δίνει την οριστική απάντηση. (Δασκαλόπουλος, 2006)
- Η διπολική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη. Ορισμένα άτομα με κατάθλιψη παρουσιάζουν έναν επαναλαμβανόμενο κύκλο κατάθλιψης και ευφορίας(μανίας) αυτή η ασθένεια, που περιλαμβάνει συναισθήματα των δύο άκρων (πόλων), είναι γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη ή μανιοκαταθλιπτική διαταραχή. Αντίθετα με την κατάθλιψη, στη διάρκεια μιας μανιακής φάσης ο ασθενής νιώθει γεμάτος ενεργητικότητα και είναι αεικίνητος. Ξοδεύει αλόγιστα τα χρήματά του ή παίρνει αλόγιστες αποφάσεις. Του έρχονται μεγαλειώδης ιδέες που τα αποτελέσματά τους ποικίλλουν από κακή

επαγγελματική συμφωνία μέχρι επιτόλεια συμπεριφορά . Στη διάρκεια μιας μανιακής φάσης έχει ξεσπάσει σε αυξημένη δημιουργικότητα. (Clinic, 2001, σελ: 62-64)

Τα σημάδια και τα συμπτώματα της μανίας είναι τα εξής:

• Αφύσικη ή υπερβολική αγαλλίαση λόγω επιτυχίας
• Αξιοπρόσεχτα αυξημένη ενεργητικότητα
• Μειωμένη ανάγκη για ύπνο
• Ασυνήθιστη ευερεθιστότητα
• Μη ρεαλιστική πίστη στις ικανότητες και δυνάμεις κάποιου
• Αυξημένη ομιλητικότητα
• Πολλές και γρήγορες σκέψεις
• Κακή κρίση
• Αυξημένη ερωτική επιθυμία
• Προκλητική ή επιθετική κοινωνική συμπεριφορά
• Κατάχρηση αλκοόλ ή φαρμάκων και ναρκωτικών

- Η διπολική διαταραχή δεν είναι τόσο συνηθισμένη όσο η μείζον κατάθλιψη ή η δυσθυμία. Σύμφωνα με έρευνα από τα 18 εκατομμύρια Αμερικανούς με κατάθλιψη διπολική διαταραχή έχουν τα 2-3 εκατομμύρια. Οι γυναίκες διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο με τους άντρες παρουσιάζεται συνήθως στην εφηβεία ή νωρίς κατά την ενηλικίωση και συνεχίζει να εμφανίζεται περιοδικά σε όλη τη ζωή. Έχει την τάση επίσης να είναι κληρονομική. Στην πραγματικότητα το 80-90 % των ατόμων που έχουν διπολική διαταραχή έχουν και ένα στενό συγγενή με κάποια μορφή κατάθλιψη. (Clinic, 2001, σελ: 62-64)
- Τα σημάδια και τα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής επιδεινώνονται με το χρόνο. Μπορεί να ξεκινήσουν με επεισόδια κατάθλιψης, μανίας ή συμπτώματα μανιοκατάθλιψης, και να μεσολαβούν περίοδοι χωρίς καθόλου συμπτώματα. Με τον καιρό, τα διπολικά επεισόδια γίνονται συχνότερα με μικρότερες φυσιολογικούς περιόδους. Η σοβαρή κατάθλιψη ή η ευφορία μπορεί να συνοδεύεται από ψύχωση, καθώς και από παραισθήσεις ή αυταπάτες. Όπως και σε άλλες μορφές κατάθλιψης είναι σημαντικό ο ασθενής να ακολουθήσει την κατάλληλη θεραπεία για τη διπολική

διαταραχή , ώστε να προλάβει την επιδείνωση της ασθένειας και να μειώσει τον κίνδυνο αυτοκτονίας . (Clinic, 2001, σελ: 62-64)

- Ενδογενής κατάθλιψη, αντιδραστική κατάθλιψη, υποστροφική κατάθλιψη, νευρωτική καταθλιπτική συνδρομή, υστερικόμορφη δυσφορία και πολλοί ακόμα όροι έχουν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν από την Ψυχιατρική ανάλογα με τη χώρα, την εποχή και την επικρατούσα αντίληψη για τον πιθανό ψυχοκοινωνικό αιτιολογικό παράγοντα. (Δασκαλόπουλος , 2006)

2.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΦΑΣΗ ΜΑΝΙΑΣ

Η υγεία του ασθενούς που πάσχει από μανία μπορεί να κινδυνεύει αρκετά και σοβαρά, γιατί η επίμονη υπερδραστηριότητα του δεν είναι μόνο εξαντλητική αυτή καθ' εαυτή, αλλά και τον εμποδίζει να κοιμηθεί ακόμα και να πάρει αρκετή τροφή και υγρά, με αποτέλεσμα να καταπέσει σωματικά και ίσως και να χάσει τη ζωή του. Ακόμη μπορεί να προσβληθεί από μια μολυσματική ασθένεια λόγω ελάττωσης της- αντίστασης του οργανισμού του. Γι' αυτό πρέπει να τον βοηθάμε με ηρεμιστικά και στη συνέχεια να φροντίσουμε για μια ήσυχη ατμόσφαιρα, με όσο το δυνατόν λιγότερα ερεθίσματα.(Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 199)

Ο ασθενής με μανία συχνά παρουσιάζει ένα δύσκολο πρόβλημα νοσηλείας. Για μικρά χρονικά διαστήματα η συντροφιά του μπορεί να είναι ευχάριστη και ζωντανή, αλλά η αδιάκοπη δραστηριότητα του, η ανάμιξη στις δουλειές των άλλων, η ασταμάτητη φλυαρία του γρήγορα κουράζουν τρομερά. Επί πλέον η ευχάριστη διάθεση του μπορεί γρήγορα να μεταβληθεί σε ερεθιστικότητα και επιθετικότητα, αν τον εμποδίσουμε στα σχέδιά του.(Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 199)

Ο νοσηλευτής πρέπει να βρει κατάλληλη εκτόνωση για την υπερβολική του δραστηριότητα και να δεχθεί το γεγονός ότι το ενδιαφέρον του γρήγορα χάνεται και πρέπει να βρεθούν νέες δραστηριότητες για να απασχοληθεί. Πρέπει να ασκείται σωματικά όσο είναι δυνατόν, αλλά να αποφεύγονται οι ανταγωνιστικές καταστάσεις.(Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 199)

Κάποτε οι μονότονες ασχολίες είναι πιο ηρεμιστικές από εκείνες που απαιτούν συγκέντρωση. Ο μανιακός χρειάζεται αρκετά σταθερή μεταχείριση και δεν ωφελεί να τον αγριεύουμε. Όσο πιο πολύ τον πιέζουμε προς μια κατεύθυνση, τόσο πιο επίμονα κινείται προς άλλη.(Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 199)

2.5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΦΑΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Έχει τονιστεί ότι πολλοί ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη δεν παρουσιάζουν τα κλασσικά χαρακτηριστικά της κατάστασής τους. Έτσι μπορεί να μη γίνει η διάγνωση, εκτός αν σημειωθούν κάποιες ενδείξεις και αναγνωρισθούν από το νοσηλευτικό προσωπικό που είναι σε στενή επικοινωνία με τον ασθενή για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Τα χαρακτηριστικά που παραθέτουμε παρακάτω να παρατηρούνται και συζητούνται σε ασθενείς που αρχικά δεν διαγνώστηκε κατάθλιψη. Η παρουσία των παρακάτω χαρακτηριστικών πρέπει να οδηγήσει σε επανεξέταση της διάγνωσης του ασθενούς: (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 200)

- Επεισόδια με κλάματα που δεν έχουν καμία σχέση με την άμεση κατάσταση του, ιδίως αν ο ασθενής νομίζει ότι κανένας δεν τον βλέπει.
- Άρνηση ή αποφυγή τροφής η αιτία αυτής της άρνησης πρέπει να σημειώνεται.
- Η δυσκολία να πάρει καθημερινές απλές αποφάσεις ένα άτομο, που φυσιολογικά είναι αποφασιστικό.
- Ανησυχία στον ύπνο, βασισμένη όχι στα λεγόμενα του ασθενούς αλλά σε προσεκτική παρατήρηση.
- Απώλεια βάρους χωρίς φανερό αιτία.
- Ιδέες αυτοκτονίας που εκφράστηκαν στο νοσηλευτή ή σε άλλα άτομα.
- Απόπειρες αυτοκτονίας ή προετοιμασία γι' αυτήν μαζεύοντας χάπια, ζητώντας από άλλους ασπιρίνες, ή προσπαθώντας να βρει αιχμηρά εργαλεία.
- Προσπάθεια να αποφεύγει την παρακολούθηση, πηγαίνοντας σε άδειο δωμάτιο, ντουλάπια και τέτοια.

Οι παρατηρήσεις, που έχουν ως σκοπό την εκτίμηση της προόδου του ασθενούς, δεν πρέπει να περιλαμβάνουν μόνο τις φανερές αλλαγές διάθεσης, αλλά και τα πιο λεπτά σημεία που αφορούν στην ικανότητά του να ενδιαφέρεται για το περιβάλλον του, τις σχέσεις του με τους άλλους και τη συμμετοχή του στις δραστηριότητές τους.(Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 200- 201)

Επίσης πρέπει να σημειώνονται προσεκτικά οι οργανικές αλλαγές, όπως η αύξηση της όρεξής του, η αύξηση του βάρους του και η ομαλή λειτουργία του εντέρου του. Η παρακολούθηση του ασθενούς αμέσως μετά από το E.G.T. είναι ιδιαίτερα σημαντική, γιατί στα πρώτα στάδια της θεραπείας μπορεί να προκύψει μια ικανοποιητική βελτίωση, που σημαίνει ότι αξίζει τον κόπο να συνεχισθεί η θεραπεία, αν και λίγες ώρες αργότερα ο ασθενής δεν φαίνεται να είναι καλύτερα.(Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 201)

Η εξέλιξη μιας ασθένειας εξαρτάται σε μεγάλο ποσοστό από την προηγούμενη προσωπικότητα του ασθενούς και ένα μεγάλο μέρος της θεραπείας πρέπει να έχει ως σκοπό να δυναμώσει αυτές τις πλευρές της προσωπικότητας του, που θα βοηθήσουν στη θεραπεία του και την μετέπειτα υγεία του.(Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 201)

Για να γίνει ένα τέτοιο θεραπευτικό πρόγραμμα, χρειάζεται μια λεπτομερής γνώση της προσωπικότητας του ασθενούς και αυτό εξαρτάται από τις λεπτομερείς παρατηρήσεις των αντιδράσεων του σε διάφορες περιπτώσεις. Ο νοσηλευτής πρέπει να σημειώνει τη συμπεριφορά του ασθενούς στους συγγενείς του και τις αντιδράσεις τους σ' αυτόν. Η γενική συμπεριφορά στο προσωπικό και στους άλλους ασθενείς πρέπει να περιγράφεται χωρίς τυπικές λέξεις, όπως «συνεργάσιμος» που σημαίνει οτιδήποτε, από τέλεια εξάρτηση μέχρι ενεργό συμμετοχή στις δραστηριότητες του θαλάμου. Ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται να περιγράφει τις δραστηριότητες που εύρισκε πριν ενδιαφέρουσες, καθώς και εκείνες που τις θεωρούσε ανιαρές. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 201)

Θα πρέπει να γίνει μια προσπάθεια για να μάθουμε με ποιούς τρόπους αντιμετώπισε ο ασθενής το Stress στη διάρκεια της ζωής του. Είναι σημαντικό λοιπόν να μάθουμε μερικές λεπτομέρειες της παιδικής του ηλικίας, της σχολικής, της εργασίας του, του γάμου του και τις σχέσεις του με τη γυναίκα του, τα παιδιά του, τους συνεργάτες του. Και ενώ ο ψυχίατρος θα προσπαθήσει να πληροφορηθεί πολλά απ' αυτά, ο νοσηλευτής μπορεί να τα συμπληρώσει, λόγω της μεγαλύτερης του επικοινωνίας με τον ασθενή και τις ευκαιρίες που έχει για απλή συζήτηση και παρατήρηση.(Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 201)

Ο νοσηλευτής δεν πρέπει να προσπαθεί να μάθει πέρα από αυτά που ο ασθενής είναι έτοιμος να συζητήσει. Πρέπει να περιμένει, μέχρις ότου ο ασθενής αισθανθεί ότι είναι έτοιμος και ικανός να συζητήσει τα παραπέρα. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 202)

Ο βαθμός της νοσηλευτικής φροντίδας που χρειάζεται εξαρτάται από τη σοβαρότητα της κατάθλιψης. Ο ασθενής που βρίσκεται σε απάθεια ή ο καθυστερημένος, σε σημείο να μην είναι ικανός να φροντίζει τον εαυτό του, πρέπει να νοσηλεύεται στο κρεβάτι, τουλάχιστον μέχρι, με τη θεραπεία, να βελτιωθεί η κατάθλιψη του. Σ' αυτή τη φάση πρέπει να είναι σε κατάλληλη διαίτα, να παίρνει την ορισμένη ποσότητα υγρών, να προλαμβάνονται οι κατακλίσεις και οι άλλες επιπλοκές των κατακεκλειμένων. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 202)

Οι λιγότερο καθυστερημένοι ασθενείς μπορεί να ζητάνε βοήθεια για να φάνε, να ντυθούν και για την τουαλέτα, αλλά πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια να τους ενθαρρύνουμε να κάνουν όλες αυτές τις δουλειές μόνοι τους. Χρειάζεται περισσότερη ικανότητα και υπομονή να βοηθήσεις τον ασθενή να τα καταφέρει μόνος του, παρά να του τα κάνεις όλα εσύ. Αν θέλουμε να αποφύγουμε την ιδρυματοποίηση, πρέπει να αναπτύξουμε την ικανότητα του ασθενούς. Είναι

πολύ σημαντικό να ζητούμε από τον ασθενή με κατάθλιψη να κάνει μόνο λίγο περισσότερο από ότι αισθάνεται ότι είναι ικανός να κάνει, γιατί αν του ζητήσουμε πολλά, θα αποτύχει και η αποτυχία θα αυξήσει την κατάθλιψη του. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 202).

Είναι ίσως δύσκολο να πεισθούν οι ασθενείς με κατάθλιψη να παίρνουν την κατάλληλη διαίτα. Όταν ένας ασθενής αρνείται να φάει, πρέπει να προσπαθήσουμε να ανακαλύψουμε την αιτία της άρνησής του. Μπορεί να οφείλεται σε μια απατηλή έμμονη ιδέα ή σε έλλειψη όρεξης. Στη δεύτερη περίπτωση πρέπει να προσπαθήσουμε να του προσφέρουμε ελκυστικά φαγητά, εκείνα που στο παρελθόν ήταν τα αγαπημένα του πιάτα. Θα χρειασθεί ίσως να συμπληρωθεί η διαίτα του με βιταμίνες. Ο ασθενής πρέπει να ζυγίζεται τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 202)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

3.1. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Οι γονείς αντιδρούν στις απόπειρες αυτοκτονίας με ποικίλους τρόπους συναισθηματικά : νιώθουν θυμό, ενοχές, έκπληξη, θλίψη, άγχος, απελπισία, απογοήτευση. Με τη συμπεριφορά τους άλλοι υπερπροστατεύουν, ενώ άλλοι το παίρνουν αφήφιστα με τη δικαιολογία ότι η απόπειρα ήταν ψεύτικη και είχε στόχο να περάσει ο έφηβος το δικό του. Ένα ποσοστό 39,1% αντιδρά με πανικό και κατάπληξη και ένα 28,3% με ξυλοδαρμό και αυτό γιατί θεωρούν ότι ο/η έφηβος τους εκθέτει ως κακούς γονείς. (Νομικού, 2004, σελ. 375)

Για κάθε γονιό, το να σκέφτεται την πιθανότητα ότι ο έφηβος γιός ή η έφηβη κόρη του θα μπορούσε να διαπράξει αυτοκτονία είναι πάρα πολύ δύσκολο. Αναφέρεται ότι το 10% όλων των εφήβων σκέφτεται την αυτοκτονία σε κάποια στιγμή της ζωής του και ενάμισι εκατομμύριο έφηβοι αυτοκτονούν κάθε χρόνο. (Arseneault, L., Bowes, L., & Shakoor, S). (2010).

Ο σημαντικότερος παράγοντας αυτοκτονίας των εφήβων είναι η οικογένεια και τα προβλήματα που υπάρχουν μέσα σε αυτή. Το διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον είτε υπάρχει χωρισμός είτε όχι, παίζει σημαντικό ρόλο στην απόπειρα αυτοκτονίας του εφήβου. Οι συγκρούσεις των γονέων, η προσφυγή στην σωματική και ψυχολογική βία., ο αλκοολισμός των γονέων, η αδιαφορία ενός εκ των γονέων προς το πρόσωπό του, η έλλειψη ωριμότητας της μητέρας, η έλλειψη επικοινωνίας, έλλειψη συναισθηματικού δεσίματος, η απόρριψη, και η εγκατάλειψη, αποτελούν παράγοντες που μπορούν να κάνουν την απόπειρα αυτοκτονίας μια πραγματικότητα. (Κερεντζής, Λ.2011)

Η εφηβεία είναι μια πορεία προς την αυτονομία. Είναι μια προσπάθεια αποδοχής του εαυτού μέσω της αποδοχής των άλλων. Άρα η οικογένεια καλείται να περιβάλλει αυτή την πορεία και να βοηθήσει τον έφηβο να ανοίξει το δρόμο του. (Κερεντζής, Λ.2011)

Σε αυτή την περίπτωση έχουμε παρατηρήσει ότι μπορούν να συμβούν δύο διαφορετικές καταστάσεις : α) Από την μια οι γονείς μπορεί να μην πριμοδοτούν αυτή την πορεία και τις προσπάθειες αυτονόμησης του εφήβου, αλλά αντιθέτως να τον εξουσιάζουν και να τον ελέγχουν και το σπουδαιότερο να δίνουν δικιά τους ερμηνεία σε ότι και αν κάνει ή λέει, αποδυναμώνοντας και αποπροσανατολίζοντας την προσπάθεια του να “σταθεί στα πόδια του” β) από την άλλη με το να μην δίνουν καμία σημασία στην παρουσία του και να στέκονται αδιάφοροι και μακρινοί σε ότι του συμβαίνει και αισθάνεται. Αυτές οι δύο καταστάσεις μπορούν να δημιουργήσουν σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα με βασικό τους παρανομαστή την απόρριψη, την αδιαφορία και την αίσθηση ότι δεν είναι αυτό που οι γονείς του περίμεναν, άρα δεν έχει και λόγο ύπαρξης. (Κερεντζής, Λ.2011)

Αν οι γονείς λοιπόν, δεν είναι υποστηρικτικοί αλλά κρατάνε μια στάση απορριπτική βάζοντας σε πρώτη γραμμή τις δικές τους δυσκολίες και προσδοκίες και αντιμετωπίζουν τον προβληματισμό και την αναβλητικότητα της εφηβείας με αρνητισμό, τότε μεγαλώνουν την αρνητική αίσθηση του εαυτού, και τονώνουν τις άσχημες ιδέες που μπορεί να καταλαμβάνουν τον έφηβο. Σε αυτή την περίπτωση η αυτοκτονία μπορεί να πάρει την μορφή ενός διεξόδου, μια φυγής η οποία φαντάζει σαν απόφαση προκλητική και γενναία. Ο έφηβος στην προσπάθεια να αποφύγει την ανεπάρκεια που νιώθει αναλαμβάνει αυτό το ρίσκο με διάφορους τρόπους, προκαλώντας τον θάνατο με στόχο την στερνή επιβεβαίωση των ικανοτήτων του, το να μπορέσει να ελέγξει την ζωή του θέτοντας της ένα τέρμα. (Κερεντζής, Λ.2011)

3.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη δεν επηρεάζει μόνο τον πάσχοντα αλλά και όλους όσους νοιάζονται για αυτόν – την οικογένεια και τους φίλους. (Mayo C., 2001, σελ.179)

Η κατάθλιψη έχει περισσότερες πιθανότητες να εμφανιστεί σε εφήβους που μπορεί: να βιώνουν έντονο στρες, να έχουν ζήσει μία απώλεια στη ζωή τους, να έχουν ζήσει το χωρισμό των γονέων τους, να έχουν διάφορα προβλήματα μαθησιακά ή συμπεριφοράς και άλλα. Επίσης, οι έφηβοι που προέρχονται από οικογένειες με ιστορικό κατάθλιψης έχουν αυξημένο κίνδυνο να την παρουσιάσουν και οι ίδιοι. Οι γονείς είναι καλό να βρίσκονται κοντά στον έφηβο, να μπορούν να αφουγκραστούν αυτά που τον αγχώνουν και να τα συζητάνε μαζί του. (Τοπτσόγλου P. 2015)

Πολλοί έφηβοι παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα όπως κατάθλιψη ή άγχος. Μιλάνε για μαύρες σκέψεις και απομονώνονται. Η απομόνωση ενός εφήβου, όπως είπαμε, είτε είναι αναγκαστική, είτε ηθελημένη αποτελεί ένα ρίσκο. Για να μπορέσουν να προλάβουν οι γονείς τέτοιες καταστάσεις πρέπει να είναι έτοιμοι να ακούσουν την εφηβεία, να αφιερώσουν χρόνο για αυτή, διότι ένα έφηβος δεν μιλάει αν δεν τον ακούν, αν δεν δίνουν προσοχή στην παρουσία του και στους προβληματισμούς του. Αυτή η στάση των γονέων εμπεριέχει την αποδοχή για την οποία τόσο πολύ προσπαθεί ο έφηβος. Η αποδοχή σημαίνει να ακούσουμε τον έφηβο ακόμα και σε τέτοιου είδους προβληματισμούς όπως είναι ο θάνατος, ή η αυτοκτονία. (Κερεντζής Λ., 2011)

Στην ουσία την αυτοκτονία όλοι οι άνθρωποι την έχουν σκεφτεί ο καθένας με τον δικό του τρόπο. Παρόλα αυτά οι άνθρωποι αποφεύγουν να μιλήσουν για αυτήν προσπαθώντας να την αποφύγουν δημιουργώντας όμως ένα συναίσθημα ενοχής και ντροπής, τονίζοντας την αίσθηση

της αναξιότητας και ανεπάρκειας που νιώθει ο έφηβος ο οποίος καταλαμβάνεται από αυτοκτονικές σκέψεις.

Δυστυχώς μια τέτοια τακτική μεγαλώνει τους μύθους και τις κακές συνήθειες εμποδίζοντας τους εφήβους να μιλήσουν ανοιχτά για τον ψυχικό τους πόνο και με αυτό τον τρόπο να μπορέσουν να βοηθηθούν. (Κερεντζής Λ., 2011)

Για αυτό το λόγο οι γονείς πρέπει να είναι δίπλα τους και να μπορούν να “αρπάζουν” τα μηνύματα που οι έφηβοι, σε τέτοιες καταστάσεις, αφήνουν στο περιβάλλον τους. Μηνύματα λεκτικά όπως, “ξέρω τι πρέπει να κάνω” “αυτό δεν θα κρατήσει για πολύ”, ή συμπεριφοριστικά μηνύματα όπως έλλειψη ενδιαφέροντος ή η απομόνωση, ή ενασχόληση του με μαχαίρια, ή με άλλα επικίνδυνα αντικείμενα, ή η παρατεταμένη προσκόλληση σε μουσικές και ταινίες με θέμα τον θάνατο. Ακόμα οι γονείς πρέπει να προβληματιστούν και για την συμπεριφορά τους και τον τρόπο που προσεγγίζουν το παιδί τους. (Κερεντζής Λ., 2011)

Έτσι, όπως είπαμε παραπάνω, η αυτοκτονία θα μπορούσε να είναι ένα θέμα συζήτησης. Το να μιλήσουν οι γονείς για την αυτοκτονία ήρεμα και χωρίς να κάνουν κριτική βοηθάει στην προσέγγιση του εφήβου. Δεν μπορεί, όπως πιστεύουν οι περισσότεροι γονείς, μια τέτοια συζήτηση, να δυναμώσει την επιθυμία του εφήβου που θέλει να αυτοκτονήσει, αντιθέτως μπορεί να του δώσει την ευκαιρία να εκθέσει τον ψυχικό του πόνο ενώ συγχρόνως να νιώσει το ενδιαφέρον και την παρουσία του γονέα με τέτοιο τρόπο ώστε να μειωθούν οι σκέψεις της αυτοκτονίας που το κατακλύζουν. (Κερεντζής Λ., 2011)

Κατ' αρχάς αυτό προϋποθέτει ότι οι γονείς, όπως είπαμε, θα αλλάξουν στάση απέναντι στο παιδί τους, ότι θα είναι πιο εύκαιροι, πιο προσεκτικοί, θα πάψουν να κριτικάρουν, να αξιολογούν, να ενοχοποιούν, και να δείχνουν το “καλό δρόμο” τον οποίον τις περισσότερες φορές δεν μπόρεσαν ούτε αυτοί να ακολουθήσουν. (Κερεντζής Λ., 2011)

Συγχρόνως πρέπει να σταματήσουν να υποτιμούν την κατάσταση που περνάει το παιδί τους, διότι με αυτό τον τρόπο είναι σαν συνεχίζουν την υποτίμηση του. Με αυτή την στάση μπορούν να ελέγξουν αν οι ιδέες της αυτοκτονίας είναι συνεχής, εάν το παιδί τους έχει βρει τρόπους για να το πετύχει (και εδώ μπαίνει το ίντερνετ) και αν έχει οριστεί ο χώρος και ο χρόνος. Σε ένα δεύτερο χρόνο πρέπει να ηρεμήσουν τον έφηβο, να τον βοηθήσουν να αναβάλει την πράξη του, και να απευθυνθούν απαραίτητα σε ένα ειδικό. (Κερεντζής Λ., 2011)

Ακόμα και στην περίπτωση κατά την οποία ο έφηβος δεν δέχεται να μιλήσει με κανένα, πρέπει να επιμείνουν. Πρέπει οι ίδιοι να απευθυνθούν σε ένα ειδικό δείχνοντας ότι το πρόβλημα δεν ανήκει μόνο στον έφηβο, αλλά ότι είναι και δικό τους πρόβλημα, πράγμα που στην ουσία αληθεύει. (Κερεντζής Λ., 2011)

Με αυτό τον τρόπο μπορούν να αποφύγουν την στοχοποίηση του εφήβου σαν “αρρώστου” που σημαίνει ακόμα μια δικαιολογία για να περάσει στην πράξη και να πετύχουν σαν πρώτο βήμα την από-ενοχοποίηση του με την δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης και προσοχής. (Κερεντζής , Λ., 2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η κατάθλιψη στην εφηβεία μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, αν γίνει έγκαιρα αντιληπτή. Ωστόσο, από έρευνες έχει φανεί ότι μόνο ένας στους πέντε έφηβους με κατάθλιψη λαμβάνει τη βοήθεια που χρειάζεται, καθώς εξαρτάται από τους μεγαλύτερους να το αντιληφθούν και να τον παραπέμψουν κάπου για βοήθεια. Έτσι, είναι καλό μόλις οι γονείς υποψιαστούν ότι το παιδί τους παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης, να απευθυνθούν αμέσως σε έναν ειδικό. (Τοπτσόγλου, Ράνια, 2015)

Σύμφωνα με τους ερευνητές , περίπου τα 9 στα 10 άτομα που αυτοκτονούν έχουν μια ή περισσότερες ψυχικές ασθένειες , συνήθως κατάθλιψη. Μια στατιστική δείχνει ότι το 15% των ατόμων με κατάθλιψη αυτοκτονούν. Οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι το ποσοστό αυτοκτονιών των ατόμων που ακολουθούν θεραπεία για την κατάθλιψη κυμαίνεται από 2-9%. Τα άτομα της υψηλής ομάδας κινδύνου ήταν αυτά που είχαν πρόσφατα νοσηλευτεί για απόπειρα αυτοκτονίας. Τα άτομα στη χαμηλότερη ομάδα κινδύνου ήταν εξωτερικοί ασθενείς. Άλλες μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα που δεν ακολουθούν θεραπεία για την κατάθλιψη παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών από τα άτομα που ακολουθούν θεραπεία. (Mayo C. 2001. σελ. 171)

Η καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος της αυτοκτονίας του παιδιού και του εφήβου είναι η πρόληψη. Κάποιες από τις ενέργειες που μπορούν να γίνουν για να προληφθεί η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι:

- Η εκπαίδευση του σχολικού προσωπικού πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας. Η πληροφόρηση πάνω σε αυτά τα θέματα θα αφυπνίσει τους εκπαιδευτικούς και θα αυξήσει τις δεξιότητές τους πάνω στην αναγνώριση και το χειρισμό των πιο «δύσκολων» μαθητών.
- Η ενδυνάμωση των εκπαιδευτικών και του υπόλοιπου σχολικού προσωπικού. Η ψυχολογική στήριξη των εκπαιδευτικών που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα.
- Η ευαισθητοποίηση των γονέων πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας (με ομιλίες, ημερίδες κλπ).(κλίμακα, 2001)
- Η παροχή πληροφοριών για υπηρεσίες ψυχικής υγείας στους γονείς και τους μαθητές.
- Η καταπολέμηση του bullying και της βίας στο χώρο του σχολείου.

- Η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης των μαθητών. Το σχολείο πρέπει να δίνει στο παιδί τη δυνατότητα να ανακαλύψει τις δεξιότητές του, να καλλιεργήσει τα ταλέντα του και να αποκτήσει εμπιστοσύνη στις ικανότητές του.
- Η προώθηση της επικοινωνίας και της συναισθηματικής έκφρασης. Τα παιδιά μπορούν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους είτε μέσα από καλλιτεχνικές δραστηριότητες (μουσική, ζωγραφική κλπ) είτε μέσω της συζήτησης με το δάσκαλο ή τον καθηγητή. Η συζήτηση είτε με όλα τα παιδιά μαζί μέσα στην τάξη είτε με κάθε παιδί ξεχωριστά, μπορεί να οδηγήσει σε μια ισχυρή θετική σχέση μεταξύ των παιδιών και του εκπαιδευτικού. (κλίμακα, 2001)

Σύμφωνα με το Συμβούλιο της Ευρώπης, ένα ακόμη προληπτικό μέτρο που μπορεί να εφαρμοστεί είναι η ενημέρωση των εφήβων σχετικά με την αυτοκτονία. Ο σκοπός του προγράμματος ενημέρωσης των εφήβων δεν είναι μόνο να παροτρύνει τους αυτοκαταστροφικούς εφήβους να αναζητήσουν βοήθεια, αλλά και να ευαισθητοποιήσει τους φίλους και τους συμμαθητές τους.

Οι έφηβοι εμπιστεύονται ευκολότερα τους συνομηλίκους τους παρά τους ενήλικους. Σε περίπτωση που σκέφτονται να αυτοκτονήσουν είναι πιθανότερο να αποκαλύψουν τις σκέψεις τους στους φίλους ή τους συμμαθητές τους παρά στους γονείς ή τους καθηγητές. Ωστόσο, τα περισσότερα παιδιά δεν αποκαλύπτουν στους γονείς ή τους εκπαιδευτικούς ότι ένας φίλος τους σκέφτεται να αυτοκτονήσει. Μπορεί να μη θέλουν να προδώσουν την εμπιστοσύνη του, να υποτιμούν τον κίνδυνο και να πιστεύουν ότι δεν πρόκειται να το κάνει ή να φοβούνται ότι οι ενήλικοι δεν θα καταλάβουν και δεν θα μπορέσουν να βοηθήσουν. (κλίμακα, 2001)

Μέσω του προγράμματος ενημέρωσης δίνεται στους εφήβους η δυνατότητα:

ü Να κατανοήσουν ότι η αυτοκτονία δεν είναι μια «ηρωική» πράξη ούτε μια «φυσιολογική» αντίδραση στις δυσκολίες της ζωής, αλλά ένα πρόβλημα που μπορεί να αντιμετωπιστεί.

ü Να μάθουν πώς να αναγνωρίζουν τα προειδοποιητικά σημάδια που δίνει στο περιβάλλον του ένας άνθρωπος που σκοπεύει να αυτοκτονήσει

ü Να μάθουν πώς πρέπει να αντιδράσουν και που μπορούν να απευθυνθούν αν χρειαστούν βοήθεια οι ίδιοι ή κάποιος φίλος ή συγγενής τους. **(κλίμακα, 2001)**

4.2. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

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. **(οδηγός, γιατροί, αυτοκτονία , κλίμακα, 2003)**

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. **(οδηγός, γιατροί, αυτοκτονία , κλίμακα, 2003)**

<u>Οι ασθενείς που έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν αυτοκαταστροφικοί είναι:</u>
• 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. (οδηγός, γιατροί, αυτοκτονία κλίμακα, 2003)
<u>Επίσης οποιοσδήποτε εμφανίζει ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω:</u>
• 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) (οδηγός, γιατροί, αυτοκτονία, κλίμακα, 2003)

Αξιίζει 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. **(οδηγός, γιατροί, αυτοκτονία, κλίμακα, 2003)**

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. **(οδηγός, γιατροί, αυτοκτονία, κλίμακα, 2003)**

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.

Στην αρχή της συζήτησης είναι καλό να αποφύγει τις κλειστού τύπου ερωτήσεις και να κάνει πιο ανοιχτές ερωτήσεις, όπως:

- Μου δίνετε την εντύπωση ότι είστε πολύ πιεσμένος.

Πως θα μπορούσα να σας βοηθήσω;

- Φαίνεστε στενοχωρημένος. Θα θέλατε να μου πείτε περισσότερα;

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.

Παραδείγματα ερωτήσεων που μπορεί να κάνει ο γιατρός είναι:

- Νιώθετε ότι δεν μπορείτε να αντιμετωπίσετε την καθημερινότητα.

- Νιώθετε ότι η ζωή είναι ένα βάρος;

Σε περίπτωση που ο ασθενής απαντήσει καταφατικά, θα ακολουθήσουν πιο συγκεκριμένες ερωτήσεις:

- Σκεφτήκατε ποτέ ότι θα ήταν προτιμότερο να μη ζούσατε;
- Σκεφτήκατε ποτέ να κάνετε κακό στον εαυτό σας;
- Σκεφτήκατε ποτέ να βάλετε τέλος στη ζωή σας; (οδηγός, γιατροί, αυτοκτονία , κλίμακα, 2003)

\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.

Τα ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν είναι:

- Έχει αποπειραθεί να αυτοκτονήσει στο παρελθόν;
- Αν ναι, με ποιο τρόπο; Χρειάστηκε νοσηλεία μετά την απόπειρα
- Για ποιο λόγο έκανε την προηγούμενη απόπειρα;
- Για ποιο λόγο θέλει να αυτοκτονήσει τώρα. Είναι ο ίδιος που τον οδήγησε στην προηγούμενη απόπειρα;
- Νιώθει απελπισμένος, αβοήθητος ή θυμωμένος;
- Έχει γράψει κάποιο σημείωμα αυτοκτονίας; Αν ναι, τι περιλαμβάνει αυτό; (οδηγός, γιατροί, αυτοκτονία , κλίμακα, 2003)

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.

Παραδείγματα ερωτήσεων που μπορεί να κάνει είναι:

- Έχετε σκεφτεί με ποιο τρόπο θα αυτοκτονήσετε;
- Έχετε σκεφτεί πότε και που θα το κάνετε;
- Έχετε στο σπίτι όπλα, χάπια ή άλλα μέσα

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. (οδηγός, γιατροί, αυτοκτονία , κλίμακα, 2003)

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. (οδηγός, γιατροί, αυτοκτονία , κλίμακα, 2003)

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. (οδηγός, γιατροί, αυτοκτονία , κλίμακα, 2003)

4. 3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Οι κατατονικοί ασθενείς είναι επιρρεπείς στις αυτοκτονίες, για αυτό και είναι πολύ βασικό ο νοσηλευτής να είναι κατάλληλα ειδικευμένος, ώστε να μπορεί να διακρίνει τις αλλαγές διάθεσης του ασθενούς. Οι ασθενείς συνήθως παρουσιάζουν τα πρώτα συμπτώματα αυτοκτονίας συζητώντας για τον θάνατο, ή κρύβοντας διάφορα αντικείμενα με τα οποία σχεδιάζουν να κάνουν την απόπειρα, π.χ. κάποιο κομμάτι γυαλί. Υπάρχουν όμως και άλλοι που κρύβουν προσεκτικά τις σκέψεις τους και εάν μάλιστα είχαν κάνει προηγουμένως απόπειρα και σώθηκαν, τώρα είναι περισσότερο προσεκτικοί και προσπαθούν να ξεγελάσουν έχοντας χαρούμενο παρουσιαστικό, λαμβάνοντας περισσότερη τροφή κτλ. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 192)

Όταν ο νοσηλευτής καταλάβει ότι ο ασθενής έχει τάσεις αυτοκτονίας πρέπει να ενημερώσει όλα τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας. Ο ασθενής με τις τάσεις αυτές έχει ανάγκη από ιδιαίτερη συναισθηματική βοήθεια και κατανόηση. Πρέπει να του δίνετε η ευκαιρία να συμμετέχει σε δραστηριότητες που θα τον ευχαριστούν. Χρειάζεται στενή παρακολούθηση μέχρι να παρέλθει αυτή η κατάσταση. Η παρακολούθηση όμως πρέπει να γίνεται με προσοχή γιατί, αν ο ασθενής το αντιληφθεί, είναι δυνατόν να επέλθει το αντίθετο αποτέλεσμα. Είναι πολύ δύσκολο να βρεθεί τρόπος μέσα σε ένα νοσοκομείο, ώστε ο ασθενής να παρακολουθείται στενά, να είναι ασφαλής, αλλά και να μην του στερηθεί η ελευθερία του. Σε περίπτωση που η απόπειρα γίνει, παρά την όλη προσπάθεια του νοσηλευτού και του λοιπού προσωπικού ο νοσηλευτής και το προσωπικό δεν θα πρέπει να αισθάνεται ενοχή. β(Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 192-193)

4.4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΜΑΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Σε Μανία .

- Μείζονα ηρεμιστικά
- Ηλεκτροσόκ (σε στάδιο εμβρυονησίας)
- Άλατα λιθίου* χορηγούνται και για προφύλαξη από νέα υποτροπή.

Σε Κατάθλιψη .

- Αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τρικυκλικά ή αναστολείς της ΜΑΟ.
- Ηλεκτροσόκ· δίνει καλά και γρήγορα αποτελέσματα.
- Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία· βοηθάει αρκετά.(Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 198-199)

4. 5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Αν ερωτηθούν να καθορίσουν το ρόλο του νοσηλευτού, οι περισσότεροι άνθρωποι θα απαντήσουν «περιποιείται τους ασθενείς», «φροντίζει τους ασθενείς», ή κάτι παρόμοιο. Οι ορισμοί είναι βασικά σωστοί, αλλά έχουν 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 σύγχρονη ψυχιατρική νοσηλευτική δίνει έμφαση στην ιδέα ότι ο ασθενής παίζει ένα ενεργό ρόλο στη θεραπεία, που μπορεί πραγματικά να καθυστερήσει, αν ο νοσηλευτής αυξήσει το βαθμό εξάρτησης του ασθενούς. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 75)

Μπορούμε να υπογραμμίσουμε τα προσόντα που πρέπει να έχει ο νοσηλευτής προκειμένου να ανταποκριθεί στη σύγχρονη αντίληψη της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής· τα προσόντα αυτά πρέπει να βασίζονται σε μια σωστή θεωρητική γνώση, αν θέλουμε να αναπτυχθούν και να χρησιμοποιηθούν με πλήρη επιτυχία.

Οι τομείς του έργου του νοσηλευτού όπου θα φανούν τα προσόντα του είναι:

- 1 Παρατήρηση
- 2 Τρόποι νοσηλείας
- 3 Ψυχοθεραπεία
- 4 Φροντίδα και προστασία του ασθενούς (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 75)

4.5.1 Παρατήρηση (παρακολούθηση)

Ένας από τους λόγους που επιβάλλουν την εισαγωγή των ασθενών στις ψυχιατρικές κλινικές είναι η «παρακολούθηση». Ο νοσηλευτής, που είναι κοντά τους τον περισσότερο χρόνο, είναι ο πιο κατάλληλος γι' αυτό το έργο. Για να το κάνει σωστά, πρέπει να καταλάβει το λόγο της παρακολούθησης - παρατήρησης, να ξέρει τι να προσέξει, να το αναγνωρίζει, όταν το δει, και να είναι σε θέση να καταγράψει τις παρατηρήσεις του με ακρίβεια και επιστημονικότητα. Οι λόγοι για τους οποίους γίνεται η παρατήρηση των ασθενών συνοψίζονται στους εξής:

1. Επιβεβαίωση ενδείξεων και συμπτωμάτων, για να γίνει η διάγνωση.
2. Σημείωση της βελτίωσης ή της χειροτέρευσης του ασθενούς από τη θεραπεία, καθώς και των παρενεργειών των φαρμάκων ή των μεταβολών στο περιβάλλον του.
3. Αντίληψη κάθε νέας σωματικής ή ψυχικής ασθένειας που εμφανίζεται.
4. Αναγνώριση συμπτωμάτων που σημαίνουν ότι η συμπεριφορά του ασθενούς θα είναι ίσως επικίνδυνη για τον εαυτό του ή για τους άλλους.
5. Εκτίμηση των παραγόντων εκείνων στην προσωπικότητα του ασθενούς που θα βοηθήσουν στη θεραπεία του. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 76)

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 φθάσει στο σημείο να αναγνωρίζει τις ανεπαίσθητες αλλαγές συμπεριφοράς, που δείχνουν ιδιαίτερες ψυχικές καταστάσεις. Να θυμίσουμε όμως ότι, σε σχέση με την παρατήρηση, υπάρχουν τα εξής γνωμικά:

«Αναγνωρίζουμε μόνο εκείνο, που γνωρίζουμε».

«Βλέπουμε μόνο εκείνο, που θέλουμε να δούμε».

Ο νοσηλευτής θα κάνει πιο ακριβείς και 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 τη γνώμη που είχε προ- σχηματίσει, ενώ θα παραβλέπει τελείως εκείνες, που δεν ταιριάζουν. Ικανός παρατηρητής είναι εκείνος που μπορεί να ξεχωρίσει τις σημαντικές πλευρές της συμπεριφοράς, είτε συμφωνούν είτε αντιφάσκουν με την υποθετική διάγνωση. Οι παρατηρήσεις έχουν αξία μόνο αν τα αποτελέσματα μπορούν να δοθούν σε οποιονδήποτε ενδιαφέρεται για τη θεραπεία του ασθενούς. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ. 76-77)

Όταν σημειώνει ή όταν αναφέρει τις παρατηρήσεις του ο νοσηλευτής, πρέπει να προσέχει να ξεχωρίζει τις παρατηρήσεις του από τα συμπεράσματα που βγάζει από αυτές* πολύ συχνά π.χ. ο νοσηλευτής γράφει στο βιβλίο αναφορών του «ο κ. X έχει πολλές παραισθήσεις», γιατί πρόσεξε ότι σε αρκετές περιπτώσεις ο κ. X γελούσε χωρίς φανερά αιτία. Μπορεί το συμπέρασμά του να

είναι σωστό, όμως υπάρχουν και άλλες πιθανές εξηγήσεις, το συμπέρασμα θα έπρεπε να βγει μόνο κάτω από το φως άλλων πλευρών της συμπεριφοράς του. Ο νοσηλευτής πρέπει πάντα να σημειώνει τη συμπεριφορά και όχι απλώς μόνο την εξήγησή της. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.77)

Ένα άλλο συχνό λάθος στην αναφορά είναι η χρήση μιας ειδικής γλώσσας. Ορισμένες λέξεις και φράσεις στην ψυχιατρική έχουν μια ακριβώς καθορισμένη έννοια και καμία άλλη, ή έχουν μια ειδική έννοια στην ψυχιατρική που είναι διαφορετική από την έννοιά τους στην καθημερινή γλώσσα. Αυτές οι λέξεις πρέπει να χρησιμοποιούνται, μόνο αν ο νοσηλευτής είναι βέβαιος για την έννοια τους. Είναι προτιμότερο να περιγράφονται οι παρατηρήσεις στην καθημερινή γλώσσα, παρά να χρησιμοποιούνται λέξεις που δεν είναι σωστές. Γιατί η λανθασμένη χρήση λέξεων, όχι μόνο δείχνει άγνοια, αλλά μπορεί και να προκαλέσει σύγχυση. Η κατάσταση είναι ακόμη χειρότερη, όταν η ειδική αυτή γλώσσα γράφεται με ορθογραφικά λάθη. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.77)

Για να συνοψίσουμε, ο νοσηλευτής πρέπει να ξέρει τι να προσέξει, δεν πρέπει να κλείνει τα μάτια του σε παρατηρήσεις που δεν ταιριάζουν, που νομίζει ότι δεν έχουν σχέση και πρέπει να σημειώνει τις παρατηρήσεις του σε απλή γλώσσα. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.78)

4.5.2 Τρόποι νοσηλείας

Κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας του ο νοσηλευτής πρέπει να εκτελέσει ορισμένες εργασίες που αφορούν στη φροντίδα του ασθενούς, και μπορούν να εκτείνονται από την έρευνα και τη θεραπεία της ασθένειας μέχρι και την τακτοποίηση του θαλάμου. Ο νοσηλευτής πρέπει πάντα να θυμάται ότι μια τεχνική, που είναι συνηθισμένη γι' αυτόν, μπορεί να είναι μια μοναδική και ανησυχητική εμπειρία για τον ασθενή. Πρέπει να θυμηθεί τη δική του ανησυχία και τον φόβο του, όταν εξετέλεσε αυτή την εργασία για πρώτη φορά, και να σκεφτεί πόσο χειρότερα αισθάνεται το «θύμα». (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.78)

Το πρώτο βήμα του νοσηλευτή είναι να εξηγήσει 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 πρέπει να ταιριάζει στην προσωπικότητα του ασθενούς. Να μη μιλάει αφ' υψηλού στον ασθενή και να μη χρησιμοποιεί ακαταλαβίστικους τεχνικούς όρους. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.78)

Στις μέρες μας, χάρη στην τηλεόραση και το ραδιόφωνο, ο κόσμος γνωρίζει αρκετά πράγματα για την ιατρική και με μια καλή επικοινωνία μπορεί να κατανοήσει αρκετά καλά αυτά που θέλει να του εξηγήσει ο νοσηλευτής. Ταυτόχρονα όμως, ο νοσηλευτής να μη γελαστεί από τη

φαινομενική κατανόηση του ασθενούς, γιατί μπορεί να θέλει να κρύψει την άγνοιά του και να μη δείξει ότι δεν κατάλαβε. Ας τον ρωτήσει να του πει με δικά του λόγια τι κατάλαβε και να τον ενθαρρύνει να κάνει ερωτήσεις. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.78)

Να είναι ειλικρινής με τον ασθενή. Πολλές τεχνικές είναι οδυνηρές για τον ασθενή. Γι' αυτό πρέπει, ο νοσηλευτής, να ειδοποιήσει τον ασθενή, όταν φθάσει στη φάση που ίσως πονέσει και να υποσχεθεί ότι θα προσπαθήσει να τον κάνει να πονέσει όσο το δυνατόν λιγότερο. Είναι ευθύνη του νοσηλευτού να επιδείξει την δεξιοτεχνία που χρειάζεται για να κρατήσει το λόγο που έδωσε. Η διαβεβαίωση ότι «δε θα πονέσει», αν ακολουθηθεί από έντονο πόνο, προκαλεί στον ασθενή ένα αίσθημα δυσπιστίας, με αποτέλεσμα να φοβάται περισσότερο, ίσως να μη γίνει συνεργάσιμος και η αντίστασή του αυτή να κάνει το έργο ακόμη πιο οδυνηρό. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.78-79)

Για να είναι αποδοτικός ο νοσηλευτής πρέπει να καταλάβει το σκοπό του τρόπου ενέργειας και το λόγο που γίνεται το κάθε βήμα. Να θυμάται ότι κάθε τρόπος ενέργειας έχει για τον ασθενή ένα νόημα και ότι, με τον τρόπο ενέργειας αυτόν, δίνεται στο νοσηλευτή η ευκαιρία να δημιουργήσει μια φιλική σχέση με τον ασθενή. Η κατάλληλη εκμετάλλευση αυτής της ευκαιρίας από το νοσηλευτή μπορεί να έχει μεγάλη θεραπευτική αξία, ενώ, το αντίθετο μπορεί να απομακρύνει για πάντα τον ασθενή από αυτόν. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.79)

4.5.3.Ψυχοθεραπεία

Η σημερινή τάση είναι να τονίζεται αυτή η πλευρά του νοσηλευτικού ρόλου σε βάρος όλων των άλλων. Η βάση της θεωρίας είναι πολύ απλή. Ο κάθε άνθρωπος αισθάνεται την ανάγκη μιας στενής και ικανοποιητικής σχέσης με έναν άλλο άνθρωπο. Μερικά άτομα όμως, λόγω των εμπειριών τους από την πρώτη περίοδο της ζωής τους, δυσκολεύονται πολύ ή αδυνατούν να σχηματίσουν τέτοιες σχέσεις. Άλλοι χάνουν την ικανότητα αυτή, λόγω ασθένειας ή τραυματισμού. 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, αν φύγουν, να παθαίνουν γρήγορα νευρικό κλονισμό και να γυρίζουν πίσω. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.79)

Για να μάθει ο ασθενής πώς να δημιουργήσει τέτοιες σχέσεις, πρέπει να του δοθεί η ευκαιρία γι' αυτή την εμπειρία και να ενθαρρυνθεί σε αυτό. Αυτός είναι ο θεραπευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Πολλοί νοσηλευτές τον εκτελούν οδηγούμενοι από το ένστικτό τους. Μερικοί το καταφέρνουν καλά, άλλοι πολύ άσχημα όλοι μπορούν να γίνουν καλλίτεροι, αν μάθουν να

καταλαβαίνουν τη φύση των ενστικτωδών πράξεών τους, ώστε να αναπτύξουν αυτές που είναι χρήσιμες και να αποφύγουν τις άλλες. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.79)

4.5.4.Φροντίδα και προστασία του ασθενούς

Ενώ ο κηδεμονευτικός ρόλος του νοσηλευτού ελαττώνεται σταθερά, υπάρχουν ακόμη περιπτώσεις που οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στο νοσοκομείο, παρά τη θέληση τους, για τη δική τους την ασφάλεια και για την ασφάλεια της κοινωνίας. Πολλοί τέτοιοι ασθενείς κρατούνται τυπικά στα νοσοκομεία βάσει του νόμου, αλλά συχνά ένας ασθενής, που έχει εισαχθεί χωρίς τους τύπους, αποφασίζει να φύγει παρά την ιατρική συμβουλή. Οι νοσηλευτές είναι συνήθως προετοιμασμένοι να πάρουν τα μέτρα που απαιτούνται, για να κρατήσουν έναν ασθενή που ακολουθεί την τυπική οδό εισαγωγής, αλλά έχουν την τάση να πιστεύουν ότι δεν μπορούν να κάνουν τίποτα, για τον ασθενή που έχει εισαχθεί με τη βία.(Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.80)

Σε αυτές τις περιπτώσεις οδηγός του νοσηλευτή πρέπει να είναι το συμφέρον του ασθενούς. Αν ο νοσηλευτής κρίνει ότι ο ασθενής μπορεί να σκοτώσει, να τραυματίσει ή να βλάψει κάποιον, αν βγει από το νοσοκομείο, έχει καθήκον να τον κρατήσει, μέχρις ότου τον δει ο γιατρός και αποφασίσει τι πρέπει να γίνει. Πολλές φορές αρκεί ο νοσηλευτής να του πει ότι από ευγένεια πρέπει να περιμένει να δει το γιατρό. Αν μ' αυτό δεν πετύχει, θα πρέπει ο νοσηλευτής να μείνει μαζί του ή ακόμα να τον κλειδώσει σ' ένα δωμάτιο μέχρι να έλθει ο γιατρός. Αυτά τα μέτρα λαμβάνονται μόνο αν ο ασθενής είναι πραγματικός κίνδυνος για τον εαυτό του και για τους άλλους. Αν ο νοσηλευτής αφήσει τέτοιους ασθενείς να φύγουν, χωρίς να τους εμποδίσει, παραβαίνει το καθήκον του. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.80)

Με λιγότερο δραματικούς τρόπους ο νοσηλευτής έχει επίσης να φροντίσει και τους ασθενείς, που δεν είναι σε θέση να φροντίσουν απόλυτα τον εαυτό τους. Και ενώ πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια να ενθαρρύνεται ο ασθενής να φροντίζει όσο μπορεί τον εαυτό του, υπάρχουν φορές που χρειάζεται ειδική βοήθεια. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.80)

4.6. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ

Μια από τις πιο ενδιαφέρουσες πλευρές της εργασίας του νοσηλευτού ψυχικής υγείας είναι η δυνατότητα να ασχοληθεί με μια ποικιλία θεραπευτικών ρόλων παίρνοντας μέρος στη φροντίδα του ασθενούς. Ο νοσηλευτής εκπληρώνει το ρόλο του δημιουργού ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος, όταν δίνει στους ασθενείς ευκαιρίες να δοκιμάσουν την αποδοχή τους στις

κοινωνικές του σχέσεις, όταν βοηθάει το άτομο να προγραμματίσει και να πάρει μέρος σε δραστηριότητες και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις του νοσοκομείου και του τμήματος. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.93)

Ο νοσηλευτής επιβάλλεται να αναλάβει τον ρόλο του συμβούλου, στην περίπτωση που ο ασθενής χρειάζεται κάποιον να ακούσει με κατανόηση και συμπάθεια τα προβλήματα που τον απασχολούν. Ο καθαρά διδακτικός ρόλος, ο ρόλος του δασκάλου, που οφείλει να παίζει ο νοσηλευτής μερικές φορές, βοηθάει ουσιαστικά τον ασθενή να μάθει να ζει με περισσότερο κοινωνικά παραδεκτό τρόπο. Συχνά ο νοσηλευτής οφείλει να υποδυθεί το ρόλο του υποκατάστατου της μητέρας, να δείχνει κατανόηση, να συμπαρίσταται συναισθηματικά, να κάνει τις εργασίες της μητέρας (τάισμα). (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.93-94) Τέλος είναι αναγκαίο να υπογραμμιστεί το εξής: Ο νοσηλευτής ποτέ δεν υποδύεται απλώς και μόνο ένα ρόλο σε μια οποιαδήποτε χρονική περίοδο, αλλά συνήθως υποδύεται όλους τους ρόλους ή μερικούς από αυτούς συγχρόνως. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.94)

4.6.1 Θεραπευτικό περιβάλλον

Η λέξη «περιβάλλον» έχει πολύ πιο ευρεία έννοια από το μέρος που γίνεται η θεραπεία. Στην ευρύτερη έννοια του το περιβάλλον ορίζεται ως το σύνολο όλων αυτών που περιβάλλουν εξωτερικά τον ασθενή. Το περιβάλλον του ασθενούς μπορεί να είναι πρόσωπα ή αντικείμενα, τα οποία όταν διαφοροποιηθούν, μπορούν να τροποποιήσουν το όλο σύστημα. Η ζωή είναι γεμάτη από εμπειρίες που επιβεβαιώνουν το γεγονός ότι τα άτομα όλων των ηλικιών επηρεάζουν και επηρεάζονται από το περιβάλλον τους. Όταν ο ασθενής έρχεται σε επικοινωνία με τον νοσηλευτή είδη φέρνει μαζί του τις εμπειρίες του περιβάλλοντος, που έχει ζήσει μέχρι τώρα και με τη σειρά του επηρεάζεται από το νέο περιβάλλον. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.94)

Η θεραπευτική αγωγή βασίζεται στη συνειδητή εφαρμογή της γνώσης ότι κάθε τι που συμβαίνει στο περιβάλλον του ασθενούς έχει τη δυνατότητα να είναι θεραπευτικό ή αντιθεραπευτικό. Ένα περιβάλλον χαρακτηρίζεται θεραπευτικό, όταν πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις. Ο ασθενής :

- Είναι ασφαλής από φυσικό κίνδυνο και συναισθηματικό τραύμα.
- Είναι ελεύθερος να εκφράσει τα αισθήματά του και να κάνει αυτό με τρόπο που είναι παραδεκτός από τον εαυτό του και από τους άλλους στο περιβάλλον.
- Έχει την ευκαιρία να χρησιμοποιήσει τις δικές του ικανότητες για τη λύση προβλημάτων.

- Μπορεί να δοκιμάζει και να παρατηρεί αν του συμπεριφέρονται με σεβασμό και ακεραιότητα .
- Έχει το δικαίωμα της προσωπικής μεταχείρισης και θεραπείας. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.94-95)
- Ευκαιρίες για τους ασθενείς να αναλάβουν ευθύνη για τους εαυτούς τους, ερεθίσματα αντίληψης, δραστηριότητες για την αποφυγή οπισθοδρόμησης, αρκετή τροφή, ανάπαυση και άνεση καθώς επίσης και το πρόγραμμα επιστροφής στην κοινωνία είναι τα συστατικά ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος. Στο ψυχιατρείο, η φιλική και ζεστή ατμόσφαιρα αυξάνει στο μέγιστο βαθμό την εξατομίκευση της θεραπείας, εξασφαλίζει συνέχεια στη θεραπεία και αναπτύσσει το αίσθημα ασφάλειας, που είναι σημαντικά στην ανάρρωση του ασθενούς. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.95)

4.6.2. Ο νοσηλευτής ως δημιουργός θεραπευτικού περιβάλλοντος.

Η δημιουργία μιας ζεστής σπιτικής ατμόσφαιρας πλήρους αποδοχής από τον ασθενή είναι ένας από τους μεγαλύτερους θεραπευτικούς συντελεστές που μπορεί να δημιουργήσει ο νοσηλευτής. Η επιδεξιότητα του ψυχίατρου δεν μπορεί να είναι πλήρως αποτελεσματική, εάν ο ασθενής ζει σε μια παγωμένη και απρόσωπη ατμόσφαιρα. Είναι αναγκαίο λοιπόν να δίνονται ευκαιρίες για νέες και περισσότερο θετικές εμπειρίες επικοινωνίας με τους άλλους ανθρώπους. Έτσι ο ασθενής μπορεί να βοηθηθεί να συμπεριφέρεται με πιο ώριμο τρόπο. Παράλληλα με τις ευκαιρίες αυτές, είναι ανάγκη να υπάρχουν και μερικά άλλα στοιχεία στην όλη συναισθηματική ατμόσφαιρα. Αυτά είναι το ευγενές ενδιαφέρον και ο σεβασμός για τους ασθενείς από όλο το προσωπικό του νοσοκομείου. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.95)

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο πραγματικός σεβασμός για τους ασθενείς τους δημιουργεί περισσότερη υπευθυνότητα για να αποφασίσουν μόνοι τους και να θέσουν υπό έλεγχο τον εαυτό τους και την συμπεριφορά τους. Ένα δεύτερο στοιχείο, απαραίτητο για τη δημιουργία θεραπευτικού κλίματος, είναι το αίσθημα ασφάλειας. Όταν εμπνέεται ο ασθενής από το κλίμα της συναισθηματικής ασφάλειας, τότε τα αισθήματα αποδοχής, φιλίας και ζεστασιάς είναι φανερά. Πολλοί ψυχικά ασθενείς μπαίνουν στο νοσοκομείο επειδή είναι φοβισμένοι, έχουν άγχος ή αισθάνονται ανασφάλεια στις σχέσεις τους με τους άλλους ανθρώπους. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.95-96)

Το τρίτο στοιχείο είναι η άποψη ότι, για να είναι ένα κλίμα θεραπευτικό, πρέπει ο καθένας που εργάζεται με τους ασθενείς να ενθαρρύνει τη βελτίωση και τη θετική αλλαγή στη συμπεριφορά τους. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.96)

4.6.3. Ο νοσηλευτής ως σύμβουλος.

Η ακρόαση είναι μια άλλη σπουδαία πλευρά της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής. Ίσως δεν υπάρχει περισσότερο σπουδαία εργασία από το να ακούει κανείς τον ασθενή με συμπάθεια και με ένα θετικό και δυναμικό τρόπο, χωρίς όμως να δίνει συμβουλές, να εκφέρει γνώμη ή να κάνει υποδείξεις. Αυτός ο τύπος της ακρόασης ενθαρρύνει τον ασθενή να σκέπτεται δια μέσου των προβλημάτων του και να αποφασίζει, πράγμα χρήσιμο γι' αυτόν. Τον βοηθάει να αποβάλλει το άγχος και την ένταση. Του δίνει τη βεβαιότητα ότι ο νοσηλευτής πραγματικά φροντίζει γι' αυτόν. Αυτού του είδους η ακρόαση απαιτεί από μέρους του νοσηλευτού χρόνο και ψυχικές δυνάμεις. Ο ρόλος του νοσηλευτού είναι να βοηθήσει τον ασθενή στα προβλήματα που συνδέονται με την πραγματικότητα και που αφορούν την παρούσα για αυτόν κατάσταση. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.96)

Ο νοσηλευτής ζητάει την βοήθεια και την καθοδήγηση του ψυχιάτρου, όταν νομίζει ότι οι διαπροσωπικές του σχέσεις με τον ασθενή δεν είναι αρκετά ικανοποιητικές. Αναπτύσσοντας μια σχέση συνεργασίας με τον ψυχίατρο που ασχολείται με τον ασθενή, αυξάνει τη δυνατότητα του θεραπευτικού αποτελέσματος που θα έχει η όλη εμπειρία του ασθενούς στο νοσοκομείο. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.96-97)

4.6.4 Ο νοσηλευτής ως δάσκαλος.

Εάν η παραμονή στο νοσοκομείο μπορεί να δώσει στον ασθενή ευκαιρίες για να μάθει να ζει όμορφα και πιο πετυχημένα με τους άλλους ανθρώπους, αυτό θα συμβάλλει σημαντικά στη θεραπεία του ασθενούς. Εάν ο ασθενής απλώς ζει στο νοσοκομείο για την ασφάλεια της οικογένειάς του και της κοινωνίας και βασίζεται αποκλειστικά στη θεραπεία του γιατρού, διερωτάται κανείς για την αξία που μπορεί να έχει η εμπειρία αυτή στο νοσοκομείο. Τα προβλήματα συμπεριφοράς που εκδηλώνουν οι ψυχικά ασθενείς άνθρωποι είναι ποικίλα και διάφορα.

Οι ασθενείς χρειάζονται βοήθεια για:

- α. Να μάθουν να ντύνονται κατάλληλα στις διάφορες περιστάσεις.
- β. Να αναλάβουν υπευθυνότητα για την εργασία που τους ανατίθεται.
- γ. Να φροντίσουν για τις φυσικές τους ανάγκες, ώστε να γίνονται αποδεκτοί από τους άλλους
- δ. Να τρώνε με κοινωνικά παραδεκτούς τρόπους,
- ε. Να δέχονται την δικαιολογημένη αλλαγή του προγράμματος στο φαγητό, τον ύπνο, την καθαριότητα

στ. Να αποφεύγουν να πληγώνουν τους άλλους ανθρώπους.

ζ. Να συμβιβάζονται με πολλές άλλες πλευρές της ομαδικής συμβίωσης. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.96-97)

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας στο ρόλο του αυτό, ως δασκάλου, βοηθάει τον ασθενή να μάθει να παίρνει μέρος σε κοινωνικά παραδεκτές και ικανοποιητικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.97)

4.6.5 Ο νοσηλευτής ως υποκατάστατο μητέρας.

Ανέκαθεν ο νοσηλευτής θεωρείται ένα πρόσωπο εμπιστοσύνης που υπηρετεί τον ασθενή άνθρωπο. Πολλές από αυτές τις υπηρεσίες του μοιάζουν με της μητέρας. Αν και οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς είναι σε θέση να πλυθούν, να ντυθούν και να φάνε, υπάρχουν μερικοί οι οποίοι είναι πολύ ασθενείς για να διεκπεραιώσουν αυτά τα απλά καθήκοντα. Για μερικούς ασθενείς ο νοσηλευτής μπορεί να χρειάζεται να αναλάβει το ρόλο του προστάτη, του υποστηρικτή ή της μητέρας, όταν αναλαμβάνει τη φυσική φροντίδα του ασθενούς. Ο νοσηλευτής, όπως η μητέρα, θεωρεί ότι είναι σπουδαίο για τον ασθενή να αναλάβει υπευθυνότητα για τις δικές του φυσικές ανάγκες, όσο το δυνατόν γρηγορότερα. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.98)

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας δεν υποδύεται το ρόλο της μητέρας μόνον όσον αφορά στις φυσικές ανάγκες του ασθενούς, αλλά, όπως η μητέρα ασχολείται με τη διοίκηση του σπιτιού, έτσι αναλαμβάνει και την όλη διοίκηση του τμήματος στο νοσοκομείο. Μία από τις πλέον θεραπευτικές πλευρές αυτού του ρόλου του νοσηλευτού είναι να βοηθήσει το άτομο ή τις ομάδες των ασθενών να βάλουν όρια στη συμπεριφορά τους. Οι ασθενείς, ζώντας με άλλους ασθενείς στο νοσοκομείο, μπορεί να αντιδρούν μεταξύ τους, σαν να είναι μέλη της ίδιας οικογένειας. Ο νοσηλευτής στο ρόλο του αυτό έχει την ευκαιρία να τους δώσει μια υγιή εμπειρία στον τομέα των συναισθηματικών σχέσεων, που μπορεί να αποβεί πολύ σημαντική για την όλη θεραπευτική εμπειρία του ασθενούς. (Γιαννοπούλου. Χρ. Α. 2000. σελ.98)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

- Ø **Νοσηλευτική διάγνωση:** εκδήλωση επιθετικότητας ενάντιων εαυτού.
- Ø **Εκτίμηση του βαθμού επικινδυνότητας.** 8:10 λένε ότι θέλουν να αυτοκτονήσουν και το κάνουν, ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος κατά τον 1^ο μήνα της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και μάλιστα όταν το άτομο αισθάνεται καλύτερα
- Ø **Εξήγηση στον άρρωστο από το Νοσηλευτή ότι ενδιαφέρεται για την ασφάλειά του:**
 - Û Στενή και συνεχής παρακολούθηση από το νοσηλευτή, κάθε 15΄.
 - Û Όχι χρήση επικίνδυνων εργαλείων στην λήψη διατροφής και φροντίδας εαυτού.
 - Û Ενημέρωση της οικογένειας για τα μέτρα της προστασίας του ασθενή τους καθώς και εποπτεία για την εφαρμογή τους.
 - Û Εποπτεία στην πλήρη λήψη των φαρμάκων από τον ασθενή.
 - Û Εποπτεία του αρρώστου όταν χρησιμοποιεί βοηθητικούς χώρους σε αναλογία ένας προς έναν, από τον υπεύθυνο νοσηλευτή.
 - Û Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος του ασθενή για την ύπαρξη επικίνδυνων αντικειμένων για την ασφάλεια του ασθενή.
 - Û Διατύπωση πρωτοκόλλου συμφωνίας μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή, για την ασφάλεια του αρρώστου και εκπαίδευση των οικείων του.
- Ø **Νοσηλευτική διάγνωση:** Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας.
 - Û Συχνές συναντήσεις.
 - Û Προειδοποίηση του ασθενή για τις συνεδρίες, την ώρα και τη διάρκεια της συνάντησης.
 - Û Παραμονή δίπλα στον άρρωστο με σιωπή.
 - Û Αποφυγή εκδηλώσεων.
 - Û Αποφυγή εκφράσεων.

5.2 ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΒΑΣΙΚΩΝ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΩΝ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

- Û Παραμονή του ασθενή στο δωμάτιο με την πόρτα ανοιχτή.
- Û Εποπτεία κινήσεων κάθε 15 λεπτά.
- Û Τσεκάρισμα σε έντυπο κάθε ελέγχου ασφαλείας και υπογραφή από τον υπεύθυνο.
- Û Προσωπική εποπτεία όταν παίρνει τα φάρμακα.
- Û Έρευνα στα ατομικά πράγματα.
- Û Έλεγχος ειδών που φέρνουν οι επισκέπτες.
- Û Άδεια για να έχει κανονικό δίσκο φαγητού και έλεγχος αυτών.
- Û Χορήγηση άδειας να έρχονται οι επισκέπτες.
- Û Τήρηση πρωτοκόλλου.
- Û Πληροφόρηση αρρώστου και συγγενών για τους λόγους και τις λεπτομέρειες των προφυλακτικών μέτρων.
- Û Εκπαίδευση των συγγενών στις νέες τεχνικές ελέγχου

5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ

A)

Ένα άτομο εισήχθη σε μονάδα ψυχικής νοσηλείας. Το άτομο εκδηλώνει συμπτώματα μανιοκαταθλιψης, απουσία εκδήλωσης όρεξης για φαγητό, ευερεθιστότητα και αλλαγή στη διάθεσή του, από ευφορία σε ξέσπασμα του ατόμου σε κλάματα. Το άτομο δεν κοιμήθηκε και παραμένει ξύπνιο πηγαίνοντας πάνω – κάτω στο δωμάτιο.

Κατά τη λήψη ιστορικού και τη συνέντευξη διατυπώσα κάποιες ερωτήσεις που θα θέσω στο άτομο κατά την επικοινωνία μας .

Ενώ ξεκινά η κλινική αξιολόγηση του ατόμου, εκείνος σηκώνεται όρθιος και αρχίζει να περπατά γύρω- γύρω στο δωμάτιο φωνάζοντας: « Δεν μπορείς να μου το κάνεις αυτό ! Ξέρεις ποιος είμαι εγώ; Θέλω να φύγω από δω!!!» Η καταλληλότερη αντίδραση του νοσηλευτή τη δεδομένη στιγμή είναι να εστιάσει:

F Στη λήψη πληροφοριών που έχει προγραμματίσει να λάβει από τον ασθενή.

- F** Στην παροχή ενός ασφαλούς περιβάλλοντος τόσο στο θεραπευόμενο όσο και στον εαυτό του.
- F** Στη χορήγηση ενδομυϊκά νευροληπτικού φαρμάκου, ώστε να αποτραπεί η κλιμάκωση της συμπεριφοράς του ατόμου.

Ένα άτομο με συμπτώματα μανίας χαρακτηρίζεται από μειωμένη κριτική ικανότητα, παρατηρητικότητα και διατρέχει κίνδυνο να τραυματιστεί. Ο νοσηλευτής πριν προβεί σε άλλες ενέργειες πρέπει να λάβει μέτρα για την προάσπιση της ασφάλειας του ατόμου. Είναι πιθανόν να μην είναι σε θέση να συμμετέχει στις ενέργειες για την ασφάλειά του. Η πρώτη ενέργεια που πρέπει να επακολουθήσει είναι η παραμονή του ατόμου στο νοσοκομείο. Εάν το άτομο δεν μπορεί να ανταποκριθεί το επόμενο βήμα είναι ο νοσηλευτής να εξηγήσω στο άτομο τους όρους της εισαγωγής του στο νοσοκομείο.

B)

Πρόκειται για άνδρα 21 ετών, μέλος 7μελούς οικογένειας, φοιτητή ΤΕΙ, με φυσιολογική ανάπτυξη, του οποίου η έναρξη της ψυχοπαθολογίας τοποθετείται σε ηλικία 16 ετών, όταν ο ασθενής παρουσιάζει: πτώση της διάθεσης, άγχος, λεκτική αλλά και σωματική επιθετικότητα, καθώς και ιδεοληπτική ανάμνηση περιστατικού το οποίο συνέβη όταν, σε ηλικία 11 ετών και ενώ βρισκόταν στο κρεβάτι με την κατά δύο χρόνια μεγαλύτερη αδερφή του, προσποιήθηκαν σκηνές σεξουαλικής πράξης. Ταυτόχρονα, την περίοδο αυτή (2α Λυκείου) αποσύρεται κοινωνικά και η σχολική του απόδοση παρουσιάζει σοβαρή κάμψη σε σχέση με το παρελθόν. Επισκέπτεται ψυχίατρο και λαμβάνει αντι-καταθλιπτική αγωγή στην οποία αργότερα προστίθεται καρβαμαζεπίνη και κλοναζεπάμη. Μετά από περίοδο τριετούς μερικής ύφεσης, ο ασθενής, σε ηλικία πλέον 20 ετών, παρουσιάζει εκ νέου έντονο άγχος και ιδεοληπτική ενασχόληση με το συμβάν της παιδικής του ηλικίας, με την επιπλέον ιδέα ότι και η αδερφή του παρουσιάζει το ίδιο πρόβλημα με αυτόν, πράγμα που τον κάνει να επιμένει στο ότι θα πρέπει και εκείνη να αναζητήσει θεραπεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εφηβεία αποτελεί μία εξελικτική φάση με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, με έντονες και ραγδαίες αλλαγές και αναπτυξιακούς στόχους. Μιλώντας για την εφηβεία αυθόρμητα έρχονται οι λέξεις λύπη, διέγερση, θυμός. Πολλοί από τους εφήβους τους κατέχει το αίσθημα της ενοχής, της θλίψης, της απαισιοδοξίας και της χαμηλής αυτοεκτίμησης.

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 εφήβου.

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 αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν ή αυτοκτονούν έχουν απαραίτητα σοβαρό ψυχιατρικό νόσημα. Είναι δυνατόν να έχουν αισθανθεί έντονα απόγνωση, απελπισία και έλλειψη διεξόδων στη ζωή τους.

Τέλος, θα πρέπει στο μέλλον να ενημερώνουν τα παιδιά από μικρά για τους τρόπους αποφυγής των δυσκολιών της καθημερινής τους ζωής και όχι να έχουν ως λύση την απόπειρα αυτοκτονίας. Δεν θεωρείται λύση παρά μια πράξη πάνω στην απόγνωση τους. Επίσης θα πρέπει να

ενημερώνονται οι γονείς με διάφορα μέσα, όπως σεμινάρια, τηλεοπτικές συζητήσεις και διάφορα ενημερωτικά έντυπα για τα συμπτώματα των τάσεων αυτοκτονίας. Ακόμη υπάρχουν διάφοροι επιστήμονες όπου και οι έφηβοι και οι γονείς μπορούν να απευθύνονται για την καλύτερη και σωστή ενημέρωσή τους. Τέτοιοι είναι κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, ψυχαναλυτές και ψυχίατροι.

Τέλος η αγωγή πρέπει κυρίως να έχει ως άξονα το παρόν, γιατί πρέπει να στοχεύει στην τροποποίηση των ενεργών οικογενειακών σχέσεων, γνωρίζοντας ότι μία αποτελεσματική παρέμβαση, απαιτεί την θετική τροποποίηση των συνθηκών ζωής του εφήβου. Προκειμένου να πραγματοποιηθεί αυτός ο σκοπός, θα πρέπει να συνδυαστούν ατομικές και οικογενειακές αγωγές, μέσα από μία εξελικτική προοπτική, η οποία εναρμονίζει τις διάφορες διαθέσιμες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- Νταφογιάννη Χ., (2000), Η επικοινωνία των νοσηλευτών με τους ασθενείς τους, Α΄ Έκδοση, Εκδόσεις «ΣΙΡΡΙΣ», Αθήνα.
- Νταφογιάννη Χ., (2002), Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Ευαισθητοποίηση και υποδειγματικοί χειρισμοί ψυχικά ασθενών». Α΄ Έκδοση, Εκδόσεις ΙΩΝ, Αθήνα.
- Νταφογιάννη Χ., Νεστορίδου Α., (2003), Φροντίδα ασθενών με ειδικά προβλήματα υγείας, Α΄ Έκδοση, Εκδόσεις ΙΩΝ, Αθήνα.
- Beautrais et al, 1996, Gould et al. 2003 .
- Mary Ann Hogan, (2008,. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις και Αιτιολογήσεις, Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα.
- Thomas A. Widiger and Douglas B. Samuel, 2005. Diagnostic Categories or Dimensions? A Question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Fifth Edition. Journal and abnormal Psychology, vol. 114, no 5, 494-104.
- Freud Anna (1966) the Ego and the Mecanisms of Defence. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Freud Sigmund (1915). Δοκίμια μεταψυχολογίας. Αθήνα : Καστανιώτη.
- Garber, J., Kriss, M., Kovh, M., (1988) “Recurrpnt depression in adolescents”, A following study. Journal of the American Academy Childhood Adolescence Psychiatry.
- Henri L.- Thierry G. (1997) Η κατάθλιψη. Αθήνα. Π. Τραυλός.
- Ladame F., OTTINO J. 1993, Les paradoxes dn suicide. Adolescence (Paris).
- Mayo, Clinic, (2001). Κατάθλιψη , όλα όσα πρέπει να ξέρετε για την πρόληψη , τις επιλοκές και την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Αθήνα : Μοντέρνοι καιροί Α.Ε.Ε.
- Mayo, Clinic, (2001), Κατάθλιψη, βγείτε από την παγίδα. Αναγνωρίστε τα προειδοποιητικά σημάδια και αντιμετωπίστε τη νόσο. Αθήνα, Μοντέρνοι καιροί Α.Ε.Ε.
- Νομικού , Χαρά Γ., (2004). Εφηβεία . Η ηλικία της επανάστασης . Αθήνα, Α.Α. Λιβάνη.
- Γιαννοπούλου, Α.,Χρ.,(2000) Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Αθήνα: << Η ΤΑΒΙΘΑ>>Σ.Α.
- Arseneault, L., Bowes, L., & Shakoor, S. (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: ‘Much ado about nothing’? Psychological
- Medicine, Δασκαλόπουλος Θ.(2006) Κλινικές μορφές κατάθλιψης . Στο <http://psi-gr.tripod.com/depression2.html> . Πρόσβαση την 1η Σεπτεμβρίου 2015.

- Τοπτσόγλου, Ρ. (2015) Εφηβεία και κατάθλιψη: συμπτώματα - πρόληψη - αντιμετώπιση. Στο <http://www.ekpaideytikos.gr/index.php/psychologia/692-efiveia-kai-katathlipsi-symptomata-prolipsi-antimetopisi> . Πρόσβαση την 15η Σεπτεμβρίου 2015.
- Κερεντζής Λ. (2011), Οικογένεια και Οικογενειακές σχέσεις Ψυχολογία - Συμβουλευτική - Ψυχοθεραπεία. Στο <http://kerentzis.blogspot.gr/2011/04/7.html>. Πρόσβαση την 11η Οκτωβρίου 2015.
- Οδηγός για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας Παιδιών και Εφήβων (2001). Στο http://www.klimaka.org.gr/newsite/downloads/odigos_sxoleia_new_.pdf. Πρόσβαση την 5η Νοεμβρίου 2015
- Μπεκιάρη Η. Ε., Κατσαδώρας Β. Κ., (2003), Οδηγός για την αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή, http://eclass.teipat.gr/eclass/modules/document/file.php/641108/SOS%20odigos_giatroi_autoktonia_new%20%281%29.pdf . Πρόσβαση την 27^η Νοεμβρίου 2015.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή, (2015), Στοιχεία αυτοκτονιών ΕΛΣΤΑΤ Πειραιάς, 27 Οκτωβρίου. Στο <http://www.statistics.gr/documents/20181>