



Κλίμακα

Φορέας Ανάπτυξης Ανθρώπινου & Κοινωνικού Κεφαλαίου

Οδηγός για την

Αναγνώριση του Αυτοκαταστροφικού Ασθενή

για γιατρούς
& άλλους εργαζόμενους
στην πρωτοβάθμια
φροντίδα υγείας

Ελένη Η. Μπεκιάρη
Κυριάκος Β. Κατσαδώρας

Οδηγός για την
Αναγνώριση
του Αυτοκαταστροφικού
Ασθενή

*Ένας οδηγός για γιατρούς
και άλλους εργαζόμενους
στην πρωτοβάθμια
φροντίδα υγείας*

Πρόλογος

Η «ΚΛΙΜΑΚΑ» είναι ένας Μ.Κ.Ο. που δραστηριοποιείται στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην υλοποίηση προγραμμάτων κοινωνικής ενσωμάτωσης αποκλεισμένων πληθυσμών τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό. Οι δράσεις της «ΚΛΙΜΑΚΑ» απευθύνονται σε ανθρώπους και πληθυσμιακές ομάδες που στερούνται βασικών αγαθών και βιώνουν τα προβλήματα του κοινωνικού αποκλεισμού: άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, άτομα με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, άστεγοι, ανήλικοι παραβάτες και αποφυλακισμένοι, διακινούμενες γυναίκες, πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο, θύματα κακοποίησης, θύματα πολέμων και φυσικών καταστροφών, άτομα με σοβαρά κοινωνικά προβλήματα κ.α.

Παράλληλα προσφέρει ευκαιρίες επιμόρφωσης και δυνατότητα πρακτικής άσκησης σε επαγγελματίες και φοιτητές της ψυχικής υγείας και των κοινωνικών επιστημών στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Δημιουργεί ερευνητικά πρωτόκολλα και επιστημονικές εργασίες με θέματα που αφορούν τις ομάδες στόχου. Αναπτύσσει δίκτυα και συνεργασίες με φορείς της πολιτείας και φορείς με συναφείς στόχους και δράσεις στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Το ανθρώπινο δυναμικό του φορέα αριθμεί 160 άτομα εκ των οποίων το 95% είναι γυναίκες και σε ποσοστό περίπου 20% είναι άτομα από κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες.

Στο πλαίσιο υλοποίησης των στόχων της η «ΚΛΙΜΑΚΑ» πραγματοποιεί καινοτόμες δράσεις και εφαρμόζει πρωτοποριακά προγράμματα. Το 2001

εγκαινίασε το πρώτο πρόγραμμα τηλεψυχιατρικής στην Ελλάδα το οποίο εφάρμοσε και σε χώρες του εξωτερικού (Αφγανιστάν, Ιράκ). Επίσης ο φορέας εφαρμόζει την τηλεδιάσκεψη για την παροχή εκπαιδευτικού έργου (τηλ-εκπαίδευση) και στην καθημερινή λειτουργία των δομών του (τηλεδιοίκηση, ομάδες προσωπικού, εποπτεία κλπ.).

Η «ΚΛΙΜΑΚΑ», παρέχοντας υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα, έχει αντιμετωπίσει επανειλημμένα περιπτώσεις αυτοκτονιών στην Αθήνα και την περιφέρεια. Λόγω της συχνότητας και της σοβαρότητας του προβλήματος, ο φορέας ξεκίνησε μια προσπάθεια ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και παρέμβασης. Στο πλαίσιο αυτής της προσπάθειας λειτουργεί Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία, με την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και με το νούμερο 801 801 99 99.

Επιπλέον, η ψυχιατρική υπηρεσία του φορέα προχώρησε στη συγγραφή οδηγιών που απευθύνονται σε ειδικές επαγγελματικές ομάδες που μπορούν να παίξουν ενεργό ρόλο στην πρόληψη αναγνώριση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και στην αντιμετώπισή της.

Αυτός ο οδηγός απευθύνεται στους γιατρούς, τους νοσηλευτές και τους υπόλοιπους εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Πιστεύουμε ότι θα μπορούσε να φανεί χρήσιμος σε οποιονδήποτε επαγγελματία υγείας ενδιαφέρεται να μάθει περισσότερα σχετικά με την αυτοκτονία και την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

Περιεχόμενα

1. Εισαγωγή	σελ.7-10
2. Ο στόχος του οδηγού	σελ.11-12
3. Ορίζοντας την αυτοκαταστροφικότητα	σελ.13-16
4. Παράγοντες κινδύνου	σελ.17-37
5. Νευροβιολογικοί παράγοντες	σελ. 38
6. Γενετικοί παράγοντες	σελ. 39
7. Το μοντέλο stress-diathesis	σελ. 40
8. Ο τρόπος σκέψης του αυτοκαταστροφικού ασθενούς	σελ. 41-42
9. Η αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενούς	σελ. 43-48
10. Χειρισμοί που πρέπει να γίνουν	σελ. 49-52
11. Προτεινόμενο μοντέλο παρέμβασης στην περιφέρεια	σελ. 53-55
12. Δράσεις Πρόληψης	σελ. 56-59
13. Ευθανασία και υποβοηθούμενη από το γιατρό αυτοκτονία	σελ. 60-63

14. Παραρτήματα

Παράρτημα Α: Ψυχιατρικές Κλίμακες Μέτρησης	σελ. 63-65
Παράρτημα Β: Φάρμακα που προκαλούν κατάθλιψη	σελ. 66-67
Παράρτημα Γ: Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία	σελ. 68
<i>Βιβλιογραφία</i>	σελ. 69-73

1. Εισαγωγή

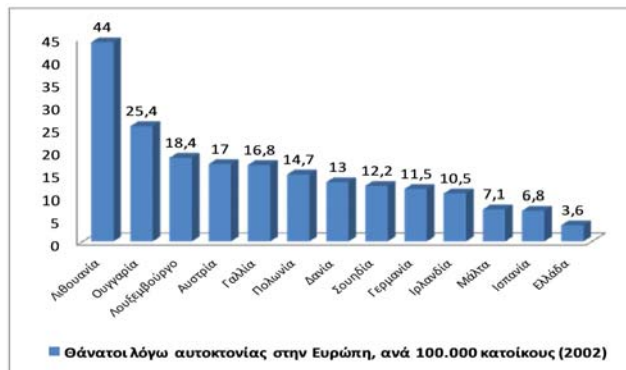
Η αυτοκτονία είναι ο αυτοπροκαλούμενος θάνατος ενός ανθρώπου, με σκοπό την έξοδο από ένα πρόβλημα ή μια κατάσταση που του προκαλεί μεγάλο πόνο. Δεν είναι μια τυχαία πράξη, αλλά αντίθετα είναι μια επιλογή ενός ανθρώπου που αισθάνεται απελπισμένος, αβοήθητος κι ανήμπορος να διαχειριστεί τα προβλήματά του.

Η αυτοκτονία δεν είναι μια σπάνια κατάσταση. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αυτοκτονούν δύο άνθρωποι κάθε λεπτό, ποσοστό που αντιστοιχεί σε ένα εκατομμύριο θανάτους το χρόνο σε όλο τον κόσμο. Υπολογίζεται ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι 20 φορές συχνότερες.

Τα ποσοστά αυτοκτονιών σε όλο τον κόσμο έχουν αυξηθεί κατά 60% τα τελευταία 45 χρόνια, κυρίως στις μικρότερες ηλικίες. Η αυτοκτονία είναι πλέον μία από τις τρεις κύριες αιτίες θανάτου στις ηλικίες 15-45 ετών, τόσο για τους άντρες όσο και για τις γυναίκες. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης εκτιμάται ότι οι θάνατοι λόγω αυτοκτονίας είναι περισσότεροι από τα τροχαία ατυχήματα, τις δολοφονίες και τους θανάτους από HIV/AIDS.



Τα ποσοστά αυτοκτονίας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κυμαίνονται από 3,6 στους 100.000 στην Ελλάδα έως 44 στους 100.000 στη Λιθουανία, που είναι το υψηλότερο ποσοστό στον κόσμο.



Σύμφωνα με τον Π. Ο. Υ., στην Ελλάδα το 2006 αυτοκτόνησαν 394 άνθρωποι. Στον πίνακα που ακολουθεί απεικονίζεται η κατανομή των αυτοκτονιών κατά φύλο και ηλικία. Επισημαίνεται ότι σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία την ίδια χρονιά στην Ελλάδα σημειώθηκαν 402 αυτοκτονίες.

Αυτοκτονίες στην Ελλάδα το 2006 (Πηγή: Π.Ο.Υ.)

Ηλικία (έτη)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Σύνολο
Άντρες	0	21	47	56	59	47	36	60	326
Γυναίκες	1	4	12	8	17	14	3	9	68
Σύνολο	1	25	59	64	76	61	39	69	394

Εκτιμάται ότι τα πραγματικά ποσοστά είναι ακόμη μεγαλύτερα. Πολλές αυτοκτονίες δεν καταγράφονται ως τέτοιες, με αποτέλεσμα τα στατιστικά στοιχεία που υπάρχουν να είναι ελλιπή. Ένας λόγος είναι ότι κάποιες φορές είναι δύσκολο να εξακριβωθεί αν ένας θάνατος είναι σκόπιμος ή ακούσιος, π.χ. σε περίπτωση ατυχήματος, πνιγμού ή πτώσης.

Επιπλέον, η αυτοκτονία και η απόπειρα αυτοκτονίας είναι έντονα στιγματισμένες πράξεις. Γι' αυτό και συχνά ο θάνατος ή ο τραυματισμός αποδίδονται σε άλλη αιτία κι όλοι συναινούν με την οικογένεια του θύματος για την απόκρυψη των πραγματικών γεγονότων.

Η αυτοκτονία είναι συχνότερη στους άντρες, αν κι οι γυναίκες πραγματοποιούν περισσότερες απόπειρες. Μια πιθανή εξήγηση γι' αυτή την αντίφαση είναι ότι οι άντρες χρησιμοποιούν πιο βίαιες μεθόδους, όπως είναι ο απαγχονισμός, τα πυροβόλα όπλα κλπ, ενώ αντίθετα οι γυναίκες συνήθως χρησιμοποιούν μεθόδους με μικρότερη θανατηφόρο δυνατότητα, όπως είναι η λήψη φαρμάκων.

Η μέθοδος αυτοκτονίας που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα του συγκεκριμένου μέσου και από τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτό. Π.χ. στις ΗΠΑ το ποσοστό των εφήβων αγοριών που αυτοκτονούν με πυροβόλα όπλα είναι 66%, ενώ στη Μεγάλη Βρετανία το αντίστοιχο ποσοστό είναι 6%.

Το κόστος της αυτοκτονίας και γενικά της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς είναι τεράστιο. Εκτός από την απώλεια ανθρώπινων ζωών, υπάρχουν σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις για την οικογένεια

και τους φίλους και οικονομικές επιπτώσεις για την κοινωνία.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., κάθε αυτοκτονία έχει άμεσο αντίκτυπο σε τουλάχιστον 6 ανθρώπους (φίλους ή συγγενείς του αυτόχειρα). Αν αυτή συμβεί σε δημόσιο χώρο (π.χ. σχολείο, εργασιακό περιβάλλον), τότε επηρεάζονται δεκάδες ή και εκατοντάδες άνθρωποι.

Το κόστος μιας νόσου μπορεί να υπολογιστεί με βάση τα χρόνια ζωής με αναπηρία (DALY-disability adjusted life years). Σύμφωνα με αυτό το δείκτη, το 2002 η αυτοκτονία ευθυνόταν για το 2,3% του συνολικού κόστους λόγω ασθενειών στην Ευρώπη.

2. Ο στόχος του οδηγού

Ο οδηγός απευθύνεται στους γιατρούς και τους υπόλοιπους εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, στα κέντρα υγείας και τα αγροτικά ιατρεία της περιφέρειας, στα ιατρεία των ασφαλιστικών φορέων κλπ). Στόχος του οδηγού είναι να κατατοπίσει τους εργαζόμενους σχετικά με το πρόβλημα της αυτοκτονίας και να υποδείξει τρόπους αναγνώρισης και χειρισμού του αυτοκαταστροφικού ασθενή.

Πολλοί επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι η αντιμετώπιση του αυτοκαταστροφικού ασθενή αφορά αποκλειστικά την ψυχιατρική ειδικότητα. Ωστόσο, τις περισσότερες φορές οι αυτοκαταστροφικοί ασθενείς απευθύνονται σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, προβάλλοντας μια ποικιλία σωματικών ενοχλημάτων που απορρέουν από την υποκείμενη ψυχική πάθηση που έχουν.

Περίπου 40-60% των ανθρώπων που αυτοκτονούν έχουν δει κάποιο γιατρό ένα μήνα πριν την αυτοκτονία, τις περισσότερες φορές γιατρό άλλης ειδικότητας και όχι ψυχίατρο. Επιπλέον το 30% των ασθενών που αναζητούν ιατρική βοήθεια (ανεξαρτήτως ιατρικής ειδικότητας) υποφέρει από κατάθλιψη.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η εκπαίδευση των εργαζομένων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ώστε να μπορούν να αναγνωρίσουν έγκαιρα τον αυτοκαταστροφικό ασθενή και να παρέμβουν, είναι ένα από τα αποτελεσματικότερα μέτρα πρόληψης της αυτοκτονίας.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι ένας ζωτικός κρίκος μεταξύ του συστήματος υγείας και της κοινότητας. Ειδικά στην επαρχία, οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι σε θέση να προσφέρουν ένα συνεχές φροντίδας, ενώ η επαφή τους με την τοπική κοινωνία τους επιτρέπει να αναζητήσουν βοήθεια από την οικογένεια και τους φίλους του ασθενούς.

Για τους λόγους αυτούς μπορούν να παίξουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Η εκπαίδευσή τους πάνω σε θέματα αναγνώρισης και χειρισμού του αυτοκαταστροφικού ασθενή είναι επομένως μια προτεραιότητα.



3. Ορίζοντας την αυτοκαταστροφικότητα

Αυτοκαταστροφικός δεν είναι μόνο ο άνθρωπος που αυτοκτονεί ή που αποπειράται ν' αυτοκτονήσει. Η αυτοκαταστροφικότητα μπορεί να εκδηλωθεί με ένα ευρύ φάσμα σκέψεων, πράξεων και συμπεριφορών που στρέφονται κατά της σωματικής ακεραιότητας και της ζωής του ατόμου που τις πραγματοποιεί.

Παραδείγματα αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών είναι:

- Οι συμπεριφορές υψηλού κινδύνου
 - ◊ Άμεσες (π.χ. επικίνδυνη οδήγηση)
 - ◊ Έμμεσες (π.χ. ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά)
- Οι «χρόνιες αυτοκτονίες»
 - ◊ Θάνατος από αλκοολισμό
 - ◊ Θάνατος από χρήση ουσιών
 - ◊ Θάνατος από συνειδητή μη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή σε χρόνιες παθήσεις (σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση κλπ)
- Ο αυτοκτονικός ιδεασμός
- Οι αυτοκαταστροφικές πράξεις
 - ◊ Παρα-αυτοκτονικές συμπεριφορές
 - ◊ Απόπειρα αυτοκτονίας
 - ◊ Αυτοκτονία

Αυτοκτονικός ιδεασμός

Ο όρος «αυτοκτονικός ιδεασμός» αναφέρεται σε σκέψεις του ασθενούς που αφορούν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Αυτές οι σκέψεις μπορεί να είναι ασαφείς και ακαθόριστες και να αφορούν το θάνατο σε κάποιο μελλοντικό χρόνο ή να παίρνουν τη μορφή συγκεκριμένου σχεδίου αυτοκτονίας.

Το σχέδιο μπορεί να περιλαμβάνει τον τόπο και το χρόνο της αυτοκτονίας και το μέσο που θα χρησιμοποιηθεί. Η ύπαρξη σχεδίου αυξάνει τη σοβαρότητα του ιδεασμού και τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να είναι χρόνιος και επίμονος, σε ανθρώπους με σοβαρή ψυχοπαθολογία, ή να είναι παροδικός και να πυροδοτείται από αντίξοα γεγονότα της ζωής.

Παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά

Η παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά έχει οριστεί από τον Π.Ο.Υ. ως:

«μια πράξη χωρίς θανατηφόρο αποτέλεσμα, κατά την οποία το άτομο εμφανίζει μία μη συνήθη συμπεριφορά χωρίς την παρέμβαση άλλων, η οποία προκαλεί αυτοτραυματισμό ή χαρακτηρίζεται από τη λήψη φαρμακευτικής ουσίας σε πολύ μεγαλύτερη από τη θεραπευτική δόση και η οποία συμπεριφορά έχει ως στόχο την επίτευξη αλλαγών που το άτομο επιθυμεί μέσω των πραγματικών ή των αναμενόμενων σωματικών επιπτώσεων-βλαβών».

Ο παραπάνω ορισμός συμπεριλαμβάνει και την απόπειρα αυτοκτονίας. Ωστόσο, ο όρος «παρα-αυτοκτονία» συνήθως χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη συμπεριφορά ασθενών που αυτοακρωτηριάζονται ή αυτοτραυματίζονται, χωρίς να υπάρχει πάντα πρόθεση θανάτου. Αυτή η συμπεριφορά είναι συχνότερη στις μικρές ηλικίες (στην εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή). Είναι τρεις φορές συχνότερη στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες.

Οι άνθρωποι που αυτοτραυματίζονται έρχονται στα εξωτερικά ιατρεία με αμυχές, εκδορές, ή βαθύτερα τραύματα που έχουν προκαλέσει οι ίδιοι με μαχαίρι, ξυράφι, σπασμένο γυαλί κλπ. Συνήθως οι τραυματισμοί εντοπίζονται στα μπράτσα, τους καρπούς, τους μηρούς και τις κνήμες (πιο σπάνιες εντοπίσεις είναι το πρόσωπο, το στήθος και η κοιλιά).

Ο αυτοτραυματισμός είναι ένας τρόπος για να ανακουφιστούν από την ένταση που νιώθουν ή να εκτονώσουν το θυμό που νιώθουν για τον εαυτό τους ή τους άλλους. Σε κάποιες περιπτώσεις είναι ένας τρόπος να εκδηλώσουν την επιθυμία τους να πεθάνουν. Αυτού του είδους η συμπεριφορά είναι 50 φορές συχνότερη στους ανθρώπους που έχουν κάποια ψυχική πάθηση σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς που αυτοτραυματίζονται έχουν κάποια διαταραχή προσωπικότητας.

Απόπειρα αυτοκτονίας

Ο όρος «απόπειρα αυτοκτονίας» αναφέρεται σε μια οξεία, βλαπτική για το άτομο αυτενέργεια (π.χ. λήψη υπερβολικής δόσης φαρμάκων, πτώση από ύψος κλπ). Οι απόπειρες αυτοκτονίας διαφέρουν μεταξύ τους ως προς :

- Την ύπαρξη σχεδίου

Μπορεί να είναι προσχεδιασμένες ή παρορμητικές. Η δεύτερη περίπτωση είναι συχνή στην εφηβεία.

- Την πρόθεση θανάτου

Ενδεικτική της πρόθεσης θανάτου (δηλαδή της επιθυμίας του ατόμου να πεθάνει) είναι η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε όπως επίσης και ο βαθμός σωματικής βλάβης μετά την απόπειρα.

Ανεξάρτητα από τα χαρακτηριστικά της, κάθε απόπειρα αυτοκτονίας πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη.

4. Παράγοντες κινδύνου

Η αυτοκτονία είναι μια πολυπαραγοντική διαταραχή που εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης βιολογικών, γενετικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και άλλων παραγόντων. Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας είναι:

A. Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες

Φύλο

Οι άντρες αυτοκτονούν τρεις φορές συχνότερα απ' ό,τι οι γυναίκες, ωστόσο οι γυναίκες κάνουν τέσσερις φορές περισσότερες απόπειρες.

Ηλικία

Στους άντρες, ο αριθμός των θανατηφόρων απόπειρών αυξάνει μετά τα 45 έτη και στις γυναίκες μετά τα 55 έτη. Τα ηλικιωμένα άτομα αποπειρώνται πιο σπάνια από τα νεότερα, αλλά οδηγούνται συχνότερα στο θάνατο. Σε γενικές γραμμές, οι άντρες και οι ηλικιωμένοι έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πραγματοποιήσουν απόπειρες με θανατηφόρα έκβαση.

Ειδικά για τους ηλικιωμένους, εκτιμάται ότι σε μεγάλο ποσοστό προσχεδιάζουν προσεκτικά την απόπειρα και δίνουν λιγότερα προειδοποιητικά σημάδια από τους νεότερους. Δεδομένου ότι έχουν συνήθως παθολογικά προβλήματα για τα οποία ζητούν ιατρική βοήθεια, είναι πολύ σημαντικό να αντιληφθεί ο γιατρός την πρόθεση αυτοκαταστροφής.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των αυτοκτονιών στην εφηβεία και την πρώιμη ενήλικη ζωή. Στις ΗΠΑ, η αυτοκτονία είναι η τρίτη αιτία θανάτου στις ηλικίες 15-24 ετών, μετά τα ατυχήματα και τις ανθρωποκτονίες. Η αυτοκτονία στην εφηβεία είναι συχνά μια παρορμητική πράξη. Πολλές φορές οι απόπειρες των εφήβων είναι μια κραυγή για βοήθεια και μια προσπάθεια να προσελκύσουν το ενδιαφέρον του περιβάλλοντός τους. Ωστόσο, αυτό δεν αποκλείει το ενδεχόμενο να τραυματιστούν σοβαρά ή να πεθάνουν. Στην έφηβες κοπέλες και στις νέες γυναίκες είναι πολύ συχνές οι παρααυτοκτονικές συμπεριφορές.

Οικογενειακή κατάσταση

Ο γάμος και τα παιδιά μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Αντίθετα, η μοναχική διαβίωση και η κοινωνική απομόνωση αυξάνουν τον κίνδυνο.

Εργασία

Η εργασία ασκεί προστατευτική επίδραση, ενώ η ανεργία αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Αυτό ενδεχομένως οφείλεται στα συνοδά προβλήματα της ανεργίας, όπως φτώχεια, κοινωνικά προβλήματα, οικογενειακά προβλήματα, απελπισία κλπ. Επιπλέον, οι άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να μείνουν άνεργοι.

Παρακάτω γίνεται μια σύντομη αναφορά στην εργασιακή εξουθένωση (burnout), που ενοχοποιείται για τα αυξημένα ποσοστά αυτοκτονιών που παρατηρούνται σε συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες.

Εργασιακή Εξουθένωση (burnout)

Κάποιοι επαγγελματίες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, όπως οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι οδοντίατροι, οι δικηγόροι κα. Μεταξύ των γιατρών, εκτιμάται ότι οι ψυχίατροι, οι χειρουργοί, οι αναισθησιολόγοι κινδυνεύουν περισσότερο αν και τα ποσοστά τείνουν να εξισωθούν για όλες τις ιατρικές ειδικότητες.

Τα αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας αυτών των επαγγελματιών αποδίδονται στη μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθουν κατάθλιψη και εργασιακή εξουθένωση (burnout). Θα μπορούσαμε να ορίσουμε το burnout ως την εξάντληση των σωματικών και συναισθηματικών δυνάμεων που προκύπτει λόγω παρατεταμένου εργασιακού stress. Με τον όρο εργασιακό stress εννοούμε τις δυσκολίες και τις πιέσεις που αντιμετωπίζει ο επαγγελματίας στο χώρο εργασίας του.

Το burnout χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, δηλαδή από ένα αίσθημα ψυχικής κόπωσης που πηγάζει από τον εργασιακό χώρο και καθιστά τον εργαζόμενο ανίκανο να ανταποκριθεί στα καθήκοντά του. Για τους εργαζόμενους που έχουν πάθει burnout, η εργασία έχει χάσει το νόημά της, έχει απομυθοποιηθεί. Αισθάνονται δυσαρεστημένοι και δεν αντλούν ικανοποίηση από αυτή.

Καταβάλλουν ελάχιστη προσπάθεια ή καθόλου προσπάθεια. Έχουν έντονο άγχος, αισθάνονται ότι κάνουν πολλά λάθη και ότι δεν μπορούν να συγκεντρωθούν. Η συμπεριφορά τους αλλάζει. Μπορεί να γίνουν απαθείς και αδιάφοροι ή κυνικοί, σκληροί κι

απότομοι. Το επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχουν πέφτει.

Μπορεί να εμφανιστούν σωματικά συμπτώματα όπως:

- Αίσθημα κόπωσης
- Μυαλγίες
- Πονοκέφαλος
- Αϋπνία
- Συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα
- Συμπτώματα από το πεπτικό σύστημα
- Υπέρταση κ.α.

Για να αντιμετωπιστεί το burnout, χρειάζεται να ληφθούν μέτρα που αφορούν τις συνθήκες εργασίας (π.χ. ανασχεδιασμός της εργασίας, υιοθέτηση ευέλικτων ωραρίων, προώθηση της επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων κ.α). Οι εργαζόμενοι που εμφανίζουν συμπτώματα burnout χρειάζονται βοήθεια από ψυχολόγο ή ψυχίατρο. Αν το burnout δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη, την ουσιοεξάρτηση, ακόμη και την αυτοκτονία.

B. Ψυχική Νόσος

Το 90-95% των ανθρώπων που αυτοκτονούν ή αποπειρώνται ν' αυτοκτονήσουν έχουν κάποια ψυχική διαταραχή. Σε ποσοστό περίπου 80% πάσχουν από κατάθλιψη ή άλλη διαταραχή του συναισθήματος. Οι περισσότεροι έχουν κάποια καταθλιπτικά συμπτώματα, ακόμα κι αν δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης.

Άλλες συχνές διαγνώσεις είναι η σχιζοφρένεια, η χρήση ουσιών, ο αλκοολισμός, οι διαταραχές προσωπικότητας (ιδίως η αντικοινωνική και η μεθοριακή), η διαταραχή πανικού κα. Αυξημένο κίνδυνο διατρέχουν οι άνθρωποι με ιστορικό βίαιης και παρορμητικής συμπεριφοράς, καθώς και όσοι έχουν ιστορικό νοσηλείας σε ψυχιατρικό νοσοκομείο (διατρέχουν 5 με 10 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με τους ψυχικά ασθενείς που δεν έχουν νοσηλευτεί, οι οποίοι ωστόσο έχουν 3 με 4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό).

Ωστόσο, η αυτοκτονία δεν είναι απαραίτητα η εκδήλωση μιας ψυχικής νόσου, ούτε όλοι οι ασθενείς με ψυχικές νόσους εκδηλώνουν αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Οι περισσότεροι δεν το επιχειρούν ποτέ στη ζωή τους. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., ο κίνδυνος αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια της ζωής ανθρώπων με συναισθηματικές διαταραχές (κυρίως κατάθλιψη) είναι 6-15%. Το αντίστοιχο ποσοστό για τον αλκοολισμό είναι 7-15% και για τη σχιζοφρένεια 4-10%.

Διαταραχές του συναισθήματος

Όλες οι διαταραχές του συναισθήματος έχουν συνδεθεί με τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή διαταραχή μεταξύ των ανθρώπων που αυτοκτονούν. Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν οι ασθενείς που έχουν κατάθλιψη με ψυχωσικά στοιχεία και οι ασθενείς με διπολική διαταραχή που βρίσκονται στην καταθλιπτική φάση της νόσου τους. Ο κίνδυνος αυξάνει όταν συνυπάρχει αλκοολισμός.

Η κατάθλιψη είναι πάθηση και ως τέτοια πρέπει να αντιμετωπίζεται. Δυστυχώς πολλοί γιατροί τη συγχέουν με το φυσιολογικό αίσθημα της θλίψης που όλοι βιώνουμε κατά καιρούς, με αποτέλεσμα να διαφεύγει της προσοχής τους.

Από την άλλη πλευρά, πολλοί ασθενείς θεωρούν τα συμπτώματά τους ως «ένδειξη αδυναμίας» και διστάζουν να μιλήσουν γι' αυτά ή φοβούνται να παραδεχτούν ότι έχουν προβλήματα ψυχολογικής φύσης λόγω του στίγματος της ψυχικής νόσου. Μπορεί επίσης να αποδίδουν τα συμπτώματά τους σε κάποια παθολογική νόσο που ενδεχομένως έχουν με αποτέλεσμα να επισκέπτονται επανειλημμένα γιατρούς διάφορων ειδικοτήτων και να υποβάλλονται σε άσκοπες ιατρικές εξετάσεις.

Κατάθλιψη

Τα κύρια συμπτώματα της κατάθλιψης είναι τα εξής:

- Καταθλιπτική διάθεση, κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε μέρα
- Μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε μέρα
- Απώλεια βάρους και απώλεια της όρεξης για φαγητό, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και το αντίθετο (αύξηση της όρεξης και του σωματικού βάρους)
- Δυσκολία στον ύπνο, η οποία μπορεί να έχει πολλές μορφές (δυσκολία στην επέλευση του ύπνου, αφυπνίσεις στη μέση της νύχτας, αφύπνιση πολύ νωρίς το πρωί ή αντίθετα υπνηλία)
- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση
- Κόπωση
- Αισθήματα ενοχής και αναξιότητας
- Ελαττωμένη ικανότητα να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί ή αναποφασιστικότητα
- Σκέψεις θανάτου ή ιδέες αυτοκτονίας

Για να τεθεί η διάγνωση της κατάθλιψης αρκεί να υπάρχουν πέντε ή περισσότερα συμπτώματα για μια περίοδο δύο εβδομάδων, το ένα από τα οποία πρέπει να είναι η καταθλιπτική διάθεση ή η απώλεια της ευχαρίστησης.

Αυτά τα συμπτώματα δεν είναι πάντα παρόντα. Σε πολλές περιπτώσεις, η κατάθλιψη είναι συγκαλυμμένη και οι ασθενείς εμφανίζουν άτυπα συμπτώματα, με αποτέλεσμα ο γιατρός να δυσκολεύεται να αναγνωρίσει την ψυχική διάσταση των προβλημάτων του ασθενούς.

Τέτοια συμπτώματα είναι:

- Κόπωση
 - Δυσκολία συγκέντρωσης
 - Άγχος
 - Ευερεθιστότητα
 - Πόνοι σε διάφορα μέρη του σώματος
 - Σεξουαλική δυσλειτουργία
- κ.α.

Η κατάθλιψη είναι μια συχνή νόσος. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, περίπου το 10-20% των γυναικών και ελαφρώς μικρότερο ποσοστό αντρών θα πάθουν κατάθλιψη κάποια στιγμή στη ζωή τους.

Η κατάθλιψη μπορεί να θεραπευθεί! Η θεραπεία στηρίζεται στο συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχουν πολύ καλά αποτελέσματα και μειώνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας, εφόσον χορηγηθούν στις σωστές δόσεις για επαρκές χρονικό διάστημα. Η επιλογή και η ρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής είναι έργο ψυχιάτρου.

Ενδεικτικά αναφέρουμε τα εξής:

- Η δράση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων εκδηλώνεται περίπου δύο βδομάδες μετά την έναρξη της χορήγησής τους.
- Η αγωγή πρέπει να χορηγείται για μακρύ χρονικό διάστημα. Πολλοί ασθενείς διακόπτουν τα φάρμακα λίγες βδομάδες μετά τη χορήγησή τους, όταν τα συμπτώματα έχουν υποχωρήσει. Αυτή η τακτική αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής.

Αλκοολισμός

Εκτιμάται ότι περίπου το 15% των εξαρτημένων από το αλκοόλ αποπειρώνται ν' αυτοκτονήσουν. Σε μεγάλο ποσοστό είναι άντρες, μεσήλικες, άγαμοι και κοινωνικά απομονωμένοι.

Περίπου το 50% έχει υποστεί μια σημαντική απώλεια κατά τη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου. Η απώλεια μπορεί να αφορά κάποιο αγαπημένο πρόσωπο (π.χ. διαζύγιο, θάνατος κλπ). Σε γενικές γραμμές, όλα τα αντίξοα γεγονότα ζωής μπορούν πυροδοτήσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, η οποία είναι παρούσα σ' ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών την περίοδο πριν την απόπειρα. Ο κίνδυνος αυξάνει όταν συνυπάρχει αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας.

Συνοπτικά, οι παράγοντες κινδύνου γι' αυτήν την ομάδα ασθενών είναι:

- Έναρξη της κατανάλωσης αλκοόλ σε μικρή ηλικία
- Μακροχρόνια χρήση αλκοόλ
- Κακή σωματική υγεία
- Καταθλιπτικά συμπτώματα
- Πρόσφατη διάλυση ή απώλεια διαπροσωπικής σχέσης
- Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας

Ουσιοεξάρτηση

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος στους χρήστες ουσιών. Εκτιμάται ότι το ποσοστό αυτοκτονιών μεταξύ των ανθρώπων που είναι εξαρτημένοι από την ηρωίνη είναι 20 φορές μεγαλύτερο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Κάποιοι παράγοντες κινδύνου για τους χρήστες ουσιών είναι:

- η διαθεσιμότητα θανατηφόρου δόσης της ουσίας
- η ενδοφλέβια χρήση
- η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας
- ο χαστικός τρόπος ζωής
- η παρορμητικότητα

Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια ψυχική νόσος που οδηγεί σε σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας και αναπηρία. Η έναρξη της νόσου γίνεται συνήθως σε ηλικία 15-25 ετών για τους άντρες και 25-35 ετών για τις γυναίκες. Τα κύρια συμπτώματα που εμφανίζουν οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι:

- Οι ψευδαισθήσεις. Πρόκειται για διαταραγμένες αντιλήψεις της πραγματικότητας. Μπορεί να είναι ακουστικές, οπτικές κλπ. (π.χ. ο ασθενής ακούει φωνές ή βλέπει πράγματα που δεν υπάρχουν).
- Οι παραληρητικές ιδέες. Είναι επίμονες λανθασμένες πεποιθήσεις του ασθενούς που δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα (π.χ. μπορεί να πιστεύει ότι τον κατασκοπεύουν, ότι προσπαθούν να τον δηλητηριάσουν, ότι μπορούν να διαβάσουν τη σκέψη του κλπ). Ο ασθενής είναι απόλυτα βέβαιος γι' αυτά που πιστεύει και δεν δέχεται να τα συζητήσει ή να αναθεωρήσει ακόμη κι όταν οι άλλοι προβάλλουν λογικά επιχειρήματα.
- Η αποδιοργάνωση της σκέψης. Η σχιζοφρένεια επηρεάζει την ικανότητα του ανθρώπου να σκέφτεται λογικά. Οι σκέψεις των σχιζοφρενών μπορεί να μην έχουν καμία λογική σειρά. Η διαταραχή της σκέψης αντανάκλαται στην ομιλία του ασθενούς που γίνεται αποσπασματική και δυσνόητη.

Άλλα συμπτώματα είναι η έλλειψη βούλησης και πρωτοβουλίας, η κοινωνική απόσυρση και η απομόνωση, η παραμέληση της προσωπικής υγιεινής, η απάθεια, η έκφραση απρόσφορων συναισθημάτων (π.χ. μπορεί να γελά λέγοντας κάτι υπερβολικά δυσάρεστο ή το αντίστροφο).

Η αυτοκτονία είναι η κυριότερη αιτία πρόωρου θανάτου για τους σχιζοφρενείς. Σχεδόν το 10% των σχιζοφρενών πεθαίνουν αυτοκτονώντας. Οι περισσότεροι ασθενείς που προσπαθούν ν' αυτοκτονήσουν το κάνουν τα πρώτα χρόνια μετά την εκδήλωση της νόσου. Μια κρίσιμη περίοδος είναι το πρώτο διάστημα μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Περίπου το 50% των αυτοκτονιών συμβαίνουν αυτή την περίοδο.

Στις περισσότερες περιπτώσεις συνυπάρχει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ένα μικρότερο ποσοστό ασθενών αυτοκτονούν λόγω των ψευδαισθήσεων που έχουν (π.χ. ακούν φωνές που τους λένε ν' αυτοκτονήσουν) ή προσπαθώντας να ξεφύγουν από το διωκτικό τους παραλήρημα. Συνοπτικά, κάποιοι παράγοντες κινδύνου γι' αυτή την ομάδα ασθενών είναι:

- η νεαρή ηλικία
- το άρρεν φύλο
- η μοναχική διαβίωση
- η ανεργία
- η καταθλιπτική συμπτωματολογία
- η πρόσφατη έξοδος από το νοσοκομείο
- η ενεργός φάση της νόσου
- οι συχνές υποτροπές

- ο φόβος έκπτωσης και απώλειας της λειτουργικότητας (ειδικά σε ασθενείς με υψηλή νοημοσύνη και καλό μορφωτικό επίπεδο)
- τα θετικά συμπτώματα της νόσου (ψευδαισθήσεις, παρανοϊκός ιδεασμός)
- οι προηγούμενες απόπειρες

Διαταραχές προσωπικότητας

Σε πολλές περιπτώσεις, πίσω από την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά κρύβεται κάποια διαταραχή προσωπικότητας. Οι διαταραχές προσωπικότητας:

- δημιουργούν δυσκολίες στις σχέσεις και στην κοινωνική προσαρμογή
- οδηγούν το άτομο σε συγκρούσεις με τους γύρω του (οικογένεια, φίλοι, θεράποντες γιατροί κλπ)
- μειώνουν την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες της ζωής
- προδιαθέτουν το άτομο να πάθει κατάθλιψη
- προδιαθέτουν το άτομο να κάνει χρήση αλκοόλ ή ουσιών

Οι διαταραχές προσωπικότητας που σχετίζονται συχνότερα με την αυτοκτονία είναι η οριακή και η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Η ιστριονική και η ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας έχουν επίσης συσχετιστεί με την αυτοκτονία. Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, όπως η παρορμητικότητα και η επιθετικότητα, αυξάνουν τον κίνδυνο.

Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας

Αδιαφορία ή παραβίαση των δικαιωμάτων των άλλων, ήδη από την εφηβική ηλικία, που εμφανίζεται με τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω:

- Αποτυχία συμμόρφωσης με τα κοινωνικά πρότυπα, παραβάσεις του νόμου
- Εξαπάτηση και χρησιμοποίηση των άλλων για προσωπικό όφελος
- Παρορμητικότητα και αποτυχία μακροπρόθεσμου προγραμματισμού ή πρόβλεψης συνεπειών των πράξεων
- Ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, συχνή εμπλοκή σε καυγάδες
- Απερισκεψία και αδιαφορία για τη δική του ασφάλεια ή την ασφάλεια των άλλων
- Ανευθυνότητα που υποδεικνύεται από επανειλημμένη αποτυχία να διατηρήσει μια σταθερή εργασία ή να εκπληρώσει οικονομικές υποχρεώσεις
- Έλλειψη μεταμέλειας, που εκδηλώνεται μέσω αδιαφορίας ή εκλογίκευσης των συνεπειών που οι πράξεις του μπορεί να έχουν στους άλλους

Οριακή Διαταραχή προσωπικότητας

Διάχυτο πρότυπο αστάθειας στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην εικόνα του εαυτού, στα συναισθήματα και έκδηλη παρορμητικότητα που αρχίζει στην πρώιμη ενήλικη ζωή και εκδηλώνεται σε μια ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται σε 5 ή περισσότερα από τα παρακάτω:

- Απεγνωσμένες προσπάθειες αποφυγής πραγματικής ή φαντασιωσικής εγκατάλειψης
- Ένα πρότυπο ασταθών κι έντονων διαπροσωπικών σχέσεων που χαρακτηρίζονται από εναλλαγή ανάμεσα σε ακραία εξιδανίκευση κι ακραία υποτίμηση
- Διαταραχή της ταυτότητας: καταφανώς και επίμονα ασταθής εικόνα ή αίσθηση του εαυτού
- Παρορμητικότητα σε τουλάχιστον δύο περιοχές, η οποία είναι δυνητικά αυτοβλαπτική (π.χ. έξοδα, σεξ, κατάχρηση ουσιών, επικίνδυνη οδήγηση, επεισόδια υπερφαγίας)
- Υποτροπιάζουσα αυτοκτονική συμπεριφορά, χειρονομίες ή απειλές ή αυτοακρωτηριαστική συμπεριφορά

- Συναισθηματική αστάθεια που οφείλεται σε έκδηλη αντιδραστικότητα της διάθεσης (π.χ. έντονα επεισόδια δυσφορίας, ευερεθιστότητας ή άγχους που διαρκούν λίγες ώρες και μόνο σπάνια περισσότερο από λίγες μέρες)
- Χρόνια αισθήματα κενού
- Απρόσφορος, έντονος θυμός ή δυσκολία ελέγχου του θυμού (π.χ. συχνές εκδηλώσεις οργής, συνεχής θυμός, επανειλημμένοι διαπληκτισμοί)
- Παροδικός, συνδεδεμένος με stress παρανοειδής ιδεασμός ή βαριά διχαστικά συμπτώματα

Αγχώδεις διαταραχές

Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν οι ασθενείς με διαταραχή πανικού. Η διαταραχή πανικού εκδηλώνεται με επανειλημμένες κρίσεις πανικού που οδηγούν τους ασθενείς στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, με συμπτώματα που υποδύονται σωματική νόσο.

Συμπτώματα κρίσης πανικού

- Αίσθημα παλμών, καρδιά που «σφυροκοπά» ή ταχυκαρδία
- Εφίδρωση
- Τρεμούλα ή έντονος τρόμος
- Αίσθημα λαχανιάσματος ή ασφυξίας
- Αίσθημα πνιγμονής
- Πόνος ή δυσφορία στο στήθος
- Ναυτία ή κοιλιακή ενόχληση
- Ζάλη, αστάθεια ή τάση για λιποθυμία
- Αποπραγματοποίηση (αίσθημα μη πραγματικού) ή αποπροσωποποίηση (αίσθημα απόσπασης από τον εαυτό)
- Φόβος απώλειας του ελέγχου ή απώλειας της λογικής
- Φόβος θανάτου
- Παραισθησίες (μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα)
- Ρίγη ή εξάψεις

Ψυχογενής Ανορεξία

Η ψυχογενής ανορεξία είναι 10-20 φορές συχνότερη στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες. Υπολογίζεται ότι 0,5-1% των έφηβων κοριτσιών προσβάλλονται από ψυχογενή ανορεξία. Αυτό το ποσοστό αυξάνει διαρκώς στις χώρες του δυτικού κόσμου. Στο 85% των ασθενών η νόσος αρχίζει μεταξύ 13 και 20 ετών, με συχνότερη ηλικία έναρξης το μέσον της εφηβείας.

Τα ανορεκτικά κορίτσια έχουν έναν έντονο φόβο ότι θα παχύνουν, ακόμα κι όταν είναι εξαιρετικά αδύνατα. Μειώνουν κατά πολύ την πρόσληψη τροφής, παρόλο που σκέφτονται διαρκώς το φαγητό και νιώθουν πείνα. Μπορεί να έχουν επεισόδια υπερφαγίας, κατά τη διάρκεια των οποίων έχουν μια ακατάσχετη επιθυμία να καταναλώσουν μεγάλη ποσότητα τροφής. Αυτό γίνεται κρυφά από τους άλλους συνήθως κατά τη διάρκεια της νύχτας και ακολουθούν εμετοί που προκαλούνται με την τοποθέτηση του δακτύλου βαθιά στο φάρυγγα.

Οι ανορεκτικές κοπέλες μπορεί να παίρνουν διουρητικά ή υπακτικά χάπια ή να αθλούνται υπερβολικά. Είναι δυνατό να διακοπεί η έμμηνος ρύση και να εμφανιστούν διάφορα προβλήματα υγείας λόγω της ασιτίας. Πολύ συχνά έχουν κατάθλιψη, ενώ ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι 20 φορές μεγαλύτερος από αυτόν που διατρέχουν γενικά οι νέοι άνθρωποι.

Γ. Ιστορικό προηγούμενης απόπειρας

Το ιστορικό προηγούμενης απόπειρας είναι ο σημαντικότερος προβλεπτικός δείκτης μελλοντικής απόπειρας αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος νέας απόπειρας είναι ιδιαίτερα αυξημένος τους πρώτους τρεις μήνες μετά την πρώτη απόπειρα και παραμένει υψηλός εφόρου ζωής.

Επιπλέον, το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας αυξάνει τον κίνδυνο.

Δ. Στρεσογόνα γεγονότα ζωής

Ο άνθρωπος που προσπαθεί ν' αυτοκτονήσει συνήθως έχει ζήσει κάποια τραυματικά γεγονότα το διάστημα πριν την αυτοκτονία. Τέτοια γεγονότα είναι:

- Προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις. Κακές σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους, τον ερωτικό σύντροφο κλπ.
- Απομόνωση και έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος
- Σημαντικές απώλειες, π.χ. πένθος, απώλεια ρόλου (για παράδειγμα λόγω συνταξιοδότησης)
- Ανεργία και συνοδά προβλήματα (οικονομικές δυσκολίες, οικογενειακά προβλήματα κλπ)
- Ο φόβος ότι θα βρεθεί ένοχος για κάτι
- Ο δημόσιος διασυρμός, κα.

Ε. Σωματική Νόσος

Η σοβαρή σωματική νόσος αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, ειδικά στους ηλικιωμένους. Κάποια χαρακτηριστικά της σωματικής νόσου (χρόνια, επώδυνη, τελικού σταδίου, με μικρές ή χωρίς πιθανότητες θεραπείας) αυξάνουν τον κίνδυνο. Οι αναπηρίες και τα κινητικά προβλήματα μπορούν επίσης να αυξήσουν τον κίνδυνο. Σωματικές νόσοι που έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας είναι:

- Παθήσεις του νευρικού συστήματος
Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
Αγγειακές παθήσεις
Επιληψία
Νόσος Huntington
Σκλήρυνση κατά πλάκας
Άνοια
AIDS
- Καρδιαγγειακές παθήσεις
- Ενδοκρινικές Παθήσεις
(π.χ. νόσος Cushing)
- Παθήσεις του ουροποιητικού και του γεννητικού συστήματος
(π.χ. Νεφρική Ανεπάρκεια υπό αιμοκάθαρση)
- Κακοήθειες Νεοπλασίες
- Μυοσκελετικές Παθήσεις
(ειδικά όταν οδηγούν σε αναπηρίες και παραμορφώσεις)
- Ηπατικές και γαστρεντερολογικές παθήσεις
(π.χ. κίρρωση του ήπατος, πεπτικό έλκος)

ΣΤ . Φαρμακευτική αγωγή

Κάποια φάρμακα έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση κατάθλιψης και σπανιότερα με την αυτοκτονία (π.χ. η ρεσερπίνη, τα κορτικοειδή και κάποια αντικαρκινικά φάρμακα). Ο γιατρός πρέπει να είναι ενήμερος για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των σκευασμάτων που χορηγεί, ώστε να αναγνωρίσει έγκαιρα τα συμπτώματα της κατάθλιψης (βλ. Παράρτημα Β, Φάρμακα που προκαλούν κατάθλιψη).

Όταν δεν υπάρχει
ελπίδα
υπάρχει βοήθεια

Γραμμή Παρέμβασης
για την Αυτοκτονία

801 801 99 99

5. Νευροβιολογικοί παράγοντες

Έχει μελετηθεί η σχέση νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου (όπως είναι η σεροτονίνη, η νοραδρεναλίνη, η ντοπαμίνη) και του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια με την αυτοκτονία. Η εκτενής ανασκόπηση των σχετικών ευρημάτων ξεφεύγει από τους στόχους αυτού του οδηγού.

Αξίζει να αναφερθεί ότι ένα από τα κυριότερα ευρήματα είναι η μείωση της σεροτονινεργικής δραστηριότητας στον εγκέφαλο αυτόχειρων, τόσο στο στέλεχος όσο και στον προμετωπιαίο φλοιό. Επιπλέον, είναι χαμηλά τα επίπεδα του κύριου μεταβολίτη της σεροτονίνης (5-υδροξυ-ινδολοξικό οξύ, 5-HIA) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό.

Η μείωση της σεροτονινεργικής δραστηριότητας φαίνεται να σχετίζεται με πιο βίαιες, δυνητικά θανατηφόρες μεθόδους αυτοκτονίας. Αυτή η μεταβολή στη σεροτονινεργική δραστηριότητα έχει συσχετιστεί με την αυτοκτονία ανεξαρτήτως ψυχιατρικής διάγνωσης.

Επιπλέον, τα χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης ορού έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού, ενδεχομένως λόγω μειωμένης σύνθεσης σεροτονίνης στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

6. Γενετικοί παράγοντες

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά έχει οικογενή κατανομή. Μελέτες που έγιναν έδειξαν ότι οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι έχουν σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό συμφωνίας για την αυτοκτονία ή την απόπειρα αυτοκτονίας σε σχέση με τους διζυγωτικούς δίδυμους. Επιπλέον, σύμφωνα με μελέτες υιοθεσίας, οι αυτοκτονίες είναι συχνότερες στις βιολογικές οικογένειες υιοθετημένων παιδιών που κάνουν απόπειρα σε σχέση με τις βιολογικές οικογένειες υιοθετημένων παιδιών που δεν είναι αυτοκτονικά.

Με βάση τα παραπάνω ευρήματα, έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι υπάρχει γενετική προδιάθεση για την εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Πιστεύεται ότι η γενετική προδιάθεση καθορίζεται από τουλάχιστον δύο παράγοντες:

- Τη γενετική προδιάθεση για εμφάνιση ψυχικών παθήσεων
- Τη γενετική προδιάθεση για εμφάνιση παρορμητικής επιθετικότητας και άλλων χαρακτηριστικών προσωπικότητας

Η συνύπαρξη και των δύο προδιαθέσεων αυξάνει κατά πολύ τον κίνδυνο εμφάνισης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Γονίδια που έχουν συσχετιστεί με την αυτοκτονική συμπεριφορά είναι:

- Το γονίδιο που ελέγχει τη σύνθεση της υδροξυλάσης της τρυπτοφάνης
- Το γονίδιο που ελέγχει τη σύνθεση του υποδοχέα σεροτονίνης 5-HT_{2A} κα.

7. Το μοντέλο stress-diathesis

Σύμφωνα με το μοντέλο stress-diathesis, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά προκύπτει ως αποτέλεσμα της επίδρασης στρεσογόνων γεγονότων σε ένα ευάλωτο άτομο, δηλαδή ένα άτομο που έχει την προδιάθεση να γίνει αυτοκαταστροφικό. Η προδιάθεση αυτή καθορίζεται από γενετικούς, βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες.



8. Ο τρόπος σκέψης του αυτοκαταστροφικού ασθενούς

Τα κύρια γνωρίσματα του τρόπου σκέψης του αυτοκαταστροφικού ασθενούς είναι:

«Λάθη» στη σκέψη

- Επιλεκτική αφαίρεση (επικέντρωση σε μία αρνητική λεπτομέρεια, αγνοώντας άλλα σημαντικά στοιχεία)
- Υπεργενίκευση (εξαγωγή γενικών αρνητικών συμπερασμάτων, από ένα μόνο, ίσως ασήμαντο γεγονός)
- Διχοτομική σκέψη (άσπρο-μαύρο)

Δύσκαμπτη σκέψη

Οι αυτοκαταστροφικοί άνθρωποι σκέφτονται με απόλυτο τρόπο. Τους είναι δύσκολο, ή και αδύνατο να βρουν εναλλακτικές λύσεις στα προβλήματά τους ή να δουν τη ζωή με άλλο τρόπο.

Προσκόλληση στο παρόν με δυσκολία προβολής μέσα στο χρόνο

Οι άνθρωποι που θέλουν να κάνουν κακό στον εαυτό τους είναι «εγκλωβισμένοι» στα προβλήματά τους. Δυσκολεύονται να θυμηθούν ευχάριστες στιγμές του παρελθόντος ή να φανταστούν ένα μέλλον χωρίς προβλήματα.

Αμφιθυμία

Οι περισσότεροι αυτοκαταστροφικοί άνθρωποι έχουν ανάμικτα συναισθήματα για την αυτοκτονία. Η επιθυμία για το θάνατο και η επιθυμία για τη ζωή συχνά συνυπάρχουν. Πολλοί από τους αυτοκαταστροφικούς ασθενείς δεν θέλουν πραγματικά να πεθάνουν, θέλουν να ξεφύγουν από τις δυσκολίες και τον πόνο της ζωής. Εάν δοθεί η κατάλληλη υποστήριξη και ενισχυθεί η επιθυμία για ζωή, μειώνεται ο κίνδυνος αυτοκαταστροφής.

**Γραμμή Παρέμβασης
για την
Αυτοκτονία**

801 801 99 99

**Για να είναι η ΖΩΗ η
μοναδική επιλογή**

9. Η αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή

Η αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή βασίζεται στη λήψη ενός καλού ιστορικού. Για να γίνει η λήψη του ιστορικού, ο γιατρός κι ο ασθενής πρέπει να βρίσκονται σ' έναν ήσυχο χώρο, όπου ο ασθενής θα μπορεί να μιλήσει εμπιστευτικά για προσωπικά του θέματα.

Ο γιατρός θα αντλήσει πληροφορίες τόσο από τη λεκτική όσο και από την εξωλεκτική επικοινωνία με τον ασθενή. Σημάδια όπως η επιβράδυνση στην κίνηση ή την ομιλία, η ψυχοκινητική ανησυχία, η παραμέληση της προσωπικής υγιεινής, η αποφυγή της βλεμματικής επαφής, το άγχος κ.α., μπορεί να υποδηλώνουν την ύπαρξη κατάθλιψης, άλλης ψυχικής νόσου ή πρόθεσης αυτοκαταστροφής.

Οι ασθενείς που έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν αυτοκαταστροφικοί είναι:

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

Επίσης οποιοσδήποτε εμφανίζει ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω:

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

Αξίζει να σημειωθεί ότι ακόμα κι αν ο ασθενής δεν είναι αυτοκτονικός, τα παραπάνω σημάδια μπορεί να σημαίνουν ότι πάσχει από κάποια ψυχική νόσο, που χρειάζεται διερεύνηση και αντιμετώπιση. Σε κάθε περίπτωση, καλό είναι να παραπεμφθεί σε ψυχίατρο.

Εάν κάποια από αυτά τα σημάδια είναι παρόντα, ο γιατρός θα διερευνήσει την πιθανότητα ύπαρξης αυτοκτονικού ιδεασμού. Αν ο ασθενής σκέφτεται να κάνει κακό στον εαυτό του, ο γιατρός θα εκτιμήσει τη σοβαρότητα του ιδεασμού και τον κίνδυνο που διατρέχει και θα τον παραπέμψει σε ψυχίατρο.

Για να εκτιμήσει τον κίνδυνο, ο γιατρός θα θέσει στον ασθενή άμεσες και συγκεκριμένες ερωτήσεις. Είναι καλό οι ερωτήσεις να γίνουν με ευαισθησία και προσοχή, στο πλαίσιο της συζήτησης, και αφού έχει δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης που θα επιτρέψει στον ασθενή να «ανοιχτεί» και να μιλήσει στο γιατρό για προσωπικά του θέματα. Είναι σημαντικό να νιώθει ο ασθενής ότι τον καταλαβαίνουν και τον υποστηρίζουν και όχι ότι τον ανακρίνουν ή τον κατηγορούν.

Για να γίνει αυτό, ο γιατρός πρέπει να αφιερώσει χρόνο στον ασθενή, ακόμα κι αν υπάρχει φόρτος εργασίας και πίεση χρόνου. 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;

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;

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.

Αν ο ασθενής αρνηθεί ότι κάνει σκέψεις αυτοκαταστροφής αυτό δε σημαίνει απαραίτητα ότι όντως δεν τις κάνει! Οι ασθενείς με σοβαρό αυτοκτονικό ιδεασμό πολλές φορές αρνούνται να το παραδεχτούν.

Αν για οποιοδήποτε λόγο ο γιατρός δεν είναι σίγουρος για τον κίνδυνο που διατρέχει ο ασθενής, πρέπει να τον παραπέμψει αμέσως σε ψυχίατρο.

Πολλοί γιατροί χορηγούν αγχολυτικά ή αντικαταθλιπτικά φάρμακα σε ασθενείς με αγχώδη ή καταθλιπτικά συμπτώματα. Ωστόσο, είναι προτιμότερο αυτά τα φάρμακα να χορηγούνται **μόνο** από τους ψυχιάτρους, που είναι εξειδικευμένοι στη διάγνωση και την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου. Ειδικά τα αγχολυτικά πρέπει να αποφεύγονται λόγω των εθιστικών τους ιδιοτήτων.

Τα αγχολυτικά φάρμακα πρέπει να αποφεύγονται

10. Χειρισμοί που πρέπει να γίνουν

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

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

Ο γιατρός θα ζητήσει τη συγκατάθεση του ασθενούς πριν ενημερώσει την οικογένειά του. Ακόμα όμως κι αν ο ασθενής δεν είναι σύμφωνος, ο γιατρός πρέπει να ενημερώσει τους οικείους του για τις προθέσεις του.

Η παραπομπή σε ψυχίατρο είναι απαραίτητη. Δεν αρκεί απλά να ενημερωθεί ο ασθενής ότι χρειάζεται να τον δει ψυχίατρος, γιατί μπορεί να αναστατωθεί και να μην το κάνει. Ο γιατρός πρέπει να αφιερώσει χρόνο για να εξηγήσει στον ασθενή το λόγο της παραπομπής και να συζητήσει τους φόβους που μπορεί να έχει σχετικά με την ψυχιατρική παρακολούθηση. Πολλοί άνθρωποι αποφεύγουν να απευθυνθούν στον ψυχίατρο λόγω του στίγματος της ψυχικής νόσου. Πρέπει να γίνει ξεκάθαρο στον ασθενή ότι ο μόνος τρόπος να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του είναι να συνεργαστεί με τον ειδικό γιατρό.

Εάν είναι εφικτό, ο γιατρός θα ζητήσει άμεση ψυχιατρική εκτίμηση του ασθενούς, π.χ. σε περίπτωση που βρίσκεται στα εξωτερικά ιατρεία κλινικής με ψυχιατρικό τμήμα. Σε άλλη περίπτωση, ο γιατρός θα κλείσει ένα ραντεβού για τον ασθενή σε κάποια ψυχιατρική υπηρεσία (π.χ. εξωτερικά ιατρεία ψυχιατρικού νοσοκομείου, κινητή μονάδα ψυχικής υγείας) ενημερώνοντας τους συναδέλφους για το περιστατικό και για το λόγο της παραπομπής. Μπορεί επίσης να απευθυνθεί στη Γραμμή Άμεσης Παρέμβασης (βλ. Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία, Παράρτημα Γ). Η συνάντηση με τους ειδικούς πρέπει να γίνει το συντομότερο δυνατόν.

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

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

- Κάνει επίμονες σκέψεις αυτοκτονίας
- Είναι πολύ θλιμμένος ή ταραγμένος
- Είναι διεγερτικός κι επιθετικός

- Έχει ψυχωσική συμπτωματολογία
- Σκέφτεται να αυτοκτονήσει με βίαιο τρόπο
- Σκέφτεται να αυτοκτονήσει στο άμεσο μέλλον (τις επόμενες ώρες ή μέρες)

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

Συνοπτικά οι κινήσεις που πρέπει να γίνουν είναι:

- *Αν ο ασθενής κάνει σκέψεις αυτοκαταστροφής με τη μορφή ευχών θανάτου (π.χ. «μακάρι να πέθαινα») χωρίς να έχει πρόθεση ή σχέδιο αυτοκτονίας:*
 - ◇ Παραπέμψτε σε ψυχίατρο
 - ◇ Συζητείστε μαζί του και υποστηρίξτε τον
 - ◇ Κανονίστε ένα νέο ραντεβού
- *Αν ο ασθενής σκέφτεται να αυτοκτονήσει χωρίς να έχει άμεση πρόθεση ή σχέδιο αυτοκτονίας:*
 - ◇ Παραπέμψτε σε ψυχίατρο
 - ◇ Ενημερώστε την οικογένειά του
 - ◇ Υποστηρίξτε τον ασθενή
 - ◇ Κανονίστε ένα νέο ραντεβού

- *Αν ο ασθενής σκέφτεται ν' αυτοκτονήσει, έχει συγκεκριμένο σχέδιο και σχεδιάζει να το κάνει άμεσα:*
 - ◊ Μην τον αφήνετε μόνο του!
 - ◊ Απομακρύνετε τα θανατηφόρα μέσα (αν τα έχει μαζί του και αν δεν εκθέτετε τη ζωή σας σε κίνδυνο, π.χ. αν έχει μαζί του χάπια)
 - ◊ Ενημερώστε την οικογένειά του και καθοδηγείστε τους να μην τον αφήνουν μόνο του και να απομακρύνουν τα θανατηφόρα μέσα που βρίσκονται στο σπίτι (όπλα, μαχαίρια, χάπια, φυτοφάρμακα κλπ)
 - ◊ Ρυθμίστε τη μεταφορά σε ψυχιατρικό νοσοκομείο

Θυμηθείτε ότι:

- Σε οποιαδήποτε περίπτωση οι παράγοντες κινδύνου που προαναφέρθηκαν (ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, ψυχική νόσος, αλκοόλ, χρήση ουσιών κα) αυξάνουν την πιθανότητα να αυτοκτονήσει ο ασθενής.
- Είναι προτιμότερο να εκτιμηθεί ο κίνδυνος ως μεγαλύτερος από ότι πραγματικά είναι από το να διαφύγει της προσοχής μας! Παραπέμψτε σε ψυχίατρο ή καλέστε τη Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία.

11. Προτεινόμενο μοντέλο παρέμβασης στην περιφέρεια

Ο χειρισμός του αυτοκαταστροφικού ασθενούς είναι ένα από τα πιο δύσκολα θέματα που έχει να αντιμετωπίσει ο κλινικός γιατρός. Η αντιμετώπιση προϋποθέτει την άμεση κινητοποίηση του γιατρού, τη συνεργασία του με τον ασθενή και την οικογένειά του και την άμεση επικοινωνία με ψυχίατρο. Αυτές οι συντονισμένες δράσεις δεν είναι πάντα εύκολο να γίνουν, συχνά λόγω της δυσκολίας των κλινικών γιατρών να αναγνωρίσουν το πρόβλημα και να παρέμβουν. Κάποιοι από τους λόγους που «εμποδίζουν» τους γιατρούς να διαγνώσουν το πρόβλημα είναι:

- Η ελλιπής πληροφόρηση σχετικά με τη διάγνωση και την αντιμετώπιση του προβλήματος
- Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας (π.χ. σε συνθήκες γενικής εφημερίας) που δυσκολεύει τη συζήτηση με τον ασθενή
- Το στίγμα της ψυχικής νόσου που προκαλεί την αντίδραση των ασθενών και των οικογενειών τους όταν χρειαστεί παραπομπή σε ψυχίατρο ή λήψη ψυχιατρικών φαρμάκων
- Η πεποίθηση των επαγγελματιών της υγείας ότι η αναγνώριση και ο χειρισμός του αυτοκαταστροφικού ασθενούς αφορά αποκλειστικά τους ψυχολόγους και τους ψυχιάτρους
- Η υποβάθμιση του προβλήματος και η πεποίθηση ότι ο ασθενής μπορεί να το ξεπεράσει μόνος του

Η παρέμβαση είναι ακόμη δυσκολότερο να γίνει στην επαρχία. Ένας λόγος είναι ότι οι περισσότερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας βρίσκονται συγκεντρωμένες στα αστικά κέντρα, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει δυνατότητα άμεσης παραπομπής του ασθενούς. Ένας δεύτερος λόγος είναι το στίγμα της ψυχικής νόσου που εντείνεται στις μικρές, κλειστές κοινωνίες.

Η αντιμετώπιση δυσχεραίνεται ακόμη περισσότερο σε περίπτωση που απαιτηθεί ακούσια νοσηλεία του ασθενούς (π.χ. σε οξύ ψυχωσικό επεισόδιο). Σε αυτή την περίπτωση, ο ασθενής πρέπει να μεταφερθεί στο πλησιέστερο αστικό κέντρο με ιατρική και αστυνομική συνοδεία, μετά από εισαγγελική εντολή. Αυτή η τακτική έχει αρνητικές συνέπειες για τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και την κοινότητα. Κάποιες από τις συνέπειες αυτές είναι:

- επιβάρυνση του ασθενούς και της οικογένειάς του (ψυχολογική, οικονομική κλπ)
- επιβάρυνση του συστήματος υγείας
- προώθηση του αισθήματος ανασφάλειας της κοινότητας
- αποδυνάμωση της εμπιστοσύνης στις τοπικές ιατρικές υπηρεσίες

Ένας αποτελεσματικότερος τρόπος αντιμετώπισης είναι η νοσηλεία των οξέων ψυχιατρικών περιστατικών στο γενικό νοσοκομείο της περιοχής. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ύπαρξη ειδικών ψυχικής υγείας στην περιοχή, ώστε να εξασφαλιστεί η παρακολούθηση από ψυχίατρο και ψυχολόγο σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, για όσο καιρό χρειαστεί.

Σε περίπτωση ακούσιας νοσηλείας, θα χρειαστεί συντονισμένη παρέμβαση και συνεργασία των γιατρών του νοσοκομείου, των ειδικών ψυχικής υγείας και της αστυνομίας.

Το παραπάνω μοντέλο έχει ήδη εφαρμοστεί με επιτυχία στις ΝΑ Κυκλάδες από την Κινητή Μονάδα της «ΚΛΙΜΑΚΑ» που παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην περιοχή. Συγκεκριμένα, το διάστημα 2004-2007, 24 ασθενείς εξετάστηκαν στην Κινητή Μονάδα κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας που αφορούσε αίτημα για ακούσια νοσηλεία. Οι διαγνώσεις αφορούσαν ψυχώσεις και συναισθηματικές διαταραχές.

Από αυτούς τους ασθενείς, μόνο οι 5 μεταφέρθηκαν και νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αττικής. Οι υπόλοιποι 19 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν στις ΝΑ Κυκλάδες. Οι επτά από αυτούς αντιμετωπίστηκαν ως εξωτερικοί ασθενείς με παρακολούθηση από τον ψυχολόγο της μονάδας ο οποίος βρισκόταν στην περιοχή και από ψυχίατρο μέσω τηλεδιάσκεψης. Σε 12 περιπτώσεις χρειάστηκε νοσηλεία στο γενικό νοσοκομείο. Υπήρξε εικοσιτετράωρη παρακολούθηση από το προσωπικό της μονάδας και το προσωπικό του νοσοκομείου και φύλαξη από όργανο της αστυνομίας.

Σε όλες τις περιπτώσεις υπήρξε έλεγχος της υποτροπής. Η ευαισθητοποίηση των τοπικών αρχών (Εισαγγελία, Αστυνομία, Νοσοκομείο-Κέντρο Υγείας κλπ) και η αρμονική συνεργασία με την Κινητή Μονάδα μας επέτρεψαν να αντιμετωπίσουμε τους ασθενείς στα νησιά στο πλαίσιο μιας συλλογικής προσπάθειας.

12. Δράσεις Πρόληψης

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

◇ Πρωτογενής Πρόληψη

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

Ένα ακόμη προληπτικό μέτρο είναι η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση τόσο του ευρύτερου κοινού όσο και ειδικών επαγγελματικών ομάδων που μπορούν να παίξουν ενεργό ρόλο στην έγκαιρη αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ατόμου (π.χ. εκπαιδευτικοί, εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια περίθαλψη).

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

◇ **Δευτερογενής πρόληψη**

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

◇ **Τριτογενής Πρόληψη**

Η τριτογενής πρόληψη εστιάζει στην αντιμετώπιση των συνεπειών της αυτοκτονίας σε περίπτωση που έχει πραγματοποιηθεί, έτσι ώστε να έχουν το μικρότερο δυνατό αντίκτυπο.

Ένα σημαντικό μέτρο τριτογενούς πρόληψης είναι η υποστήριξη της οικογένειας του αυτόχειρα και των ατόμων του περιβάλλοντός του. Ειδικά στην περίπτωση της αυτοκτονίας παιδιών και εφήβων, τα μέτρα τριτογενούς πρόληψης αποκτούν ιδιαίτερη σημασία. Σε αυτές τις ηλικίες οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές μπορούν πολύ εύκολα να βρουν μιμητές και να πυροδοτήσουν αλυσίδα αυτοκτονιών.

Η ψυχολογική αυτοψία ως μέθοδος πρόληψης της αυτοκτονίας

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

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

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

Στόχος τους είναι να σχηματίσουν μια ολοκληρωμένη άποψη σχετικά με την κατάσταση της ψυχικής υγείας του θύματος, την πρόθεση του να πεθάνει, τους παράγοντες που τον οδήγησαν στην αυτοκτονία.

Η ψυχολογική αυτοψία μπορεί να χρησιμεύσει και ως μέτρο τριτογενούς πρόληψης. Έρευνες έχουν δείξει ότι έχει μια υποστηρικτική επίδραση στους οικείους του θύματος, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να μιλήσουν με ειδικούς της ψυχικής υγείας για τη σημαντική απώλεια που υπέστησαν.

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

13. Ευθανασία και υποβοηθούμενη από το γιατρό αυτοκτονία

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

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

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

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

Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό, ευθανασία **δεν** είναι:

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

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

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

Ωστόσο, τα αιτήματα για ευθανασία συχνά μεταβάλλονται μετά τη χορήγηση ολοκληρωμένης

παρηγορητικής φροντίδας. Ο Π.Ο.Υ. ορίζει την παρηγορητική φροντίδα ως:

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

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

Έμφαση πρέπει να δοθεί στην παροχή ψυχιατρικής και ψυχολογικής στήριξης τόσο στους ασθενείς όσο και στους οικείους τους. Η επιθυμία ενός ασθενούς να πεθάνει, ακόμα κι αν βρίσκεται στο τελικό στάδιο της νόσου του, μπορεί να είναι αποτέλεσμα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας που εμφανίζει. Η αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε συνδυασμό με την αντιμετώπιση του πόνου, βελτιώνουν τις συνθήκες ζωής του ασθενούς και ενισχύουν την επιθυμία του να ζήσει.

Η μελαγχολία και η παραίτηση δεν πρέπει να θεωρούνται «αναμενόμενες» ή «φυσιολογικές» αντιδράσεις για κανέναν ασθενή!

14. Παραρτήματα

Παράρτημα Α: Ψυχιατρικές κλίμακες μέτρησης

Οι ψυχιατρικές κλίμακες είναι ένα πολύτιμο εργαλείο στα χέρια του ειδικού της ψυχικής υγείας. Χρησιμεύουν για την αξιολόγηση των ψυχικών λειτουργιών και της συμπεριφοράς του ασθενούς. Χορηγούνται μόνο από ειδικά εκπαιδευμένους ψυχολόγους. Ενδεικτικά παρατίθεται η Κλίμακα Μέτρησης Κατάθλιψης Hamilton.

Κλίμακα Μέτρησης Κατάθλιψης Hamilton

Η κλίμακα έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση της βαρύτητας της νόσου ασθενών οι οποίοι έχουν ήδη διαγνωστεί ως πάσχοντες από κατάθλιψη. Χρησιμοποιείται με τη μέθοδο μιας κλινικής συνέντευξης. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο σοβαρότερη είναι η κατάθλιψη.

	Θέμα	Κλίμακα	Βαθμολογία
1.	Καταθλιπτική Διάθεση	0-4	
2.	Αισθήματα Ενοχής	0-4	
3.	Τάση Αυτοκτονίας	0-4	
4.	Αρχική Αϋπνία	0-2	
5.	Μέση Αϋπνία	0-2	
6.	Πρώιμη αφύπνιση	0-2	
7.	Εργασία και ενδιαφέρον	0-4	
8.	Ψυχοκινητική Επιβράδυνση	0-4	
9.	Διέγερση	0-4	
10.	Ψυχικό Άγχος	0-4	
11.	Σωματικό Άγχος	0-4	

	Θέμα	Κλίμακα	Βαθμολογία
12.	Γαστρεντερικά Ενοχλήματα	0-2	
13.	Γενικά Σωματικά Συμπτώματα	0-2	
14.	Γεννητικά Συμπτώματα	0-2	
15.	Υποχονδριακά Συμπτώματα	0-4	
16.	Απώλεια Βάρους	0-3	
17.	Εναισθησία	0-2	
18.	Ημερήσια Διακύμανση	0-2	
19.	Αποπροσωπο- ποίηση	0-4	
20.	Παρανοειδή Συμπτώματα	0-3	
21.	Ιδεοληπτικά Συμπτώματα	0-2	
			Σύνολο:

Hedlung and Vieweg, The Hamilton Rating Scale for depression, Journal of Operational Psychiatry, 1979; 10(2):149-165

Παράρτημα Β: Φαρμακευτικές Ουσίες που προκαλούν κατάθλιψη

Πηγή: Εθνικό Συνταγολόγιο, 2003

Φάρμακα που προκαλούν κατάθλιψη	
Ευκίνητικα Πεπτικού Συστήματος	Μετοκλοπραμίδη
Κορτικοστεροειδή	
ΜΣΑΦ	Ινδομεθακίνη
	Ετοδολάκη
	Ναπροξένη
	Νατριούχος Δικλοφενάκη
Μυοχαλαρωτικά Σκελετικών Μυών	Βακλοφαίνη
	Καρισοπρόδολη
Αντιϋπερτασικά	Ινδαπαμίδη
	Προπρανολόλη Υδροχλωρική (β-αποκλειστές)
	Κλονιδίνη
	Μεθυλντόπα

Φάρμακα που προκαλούν κατάθλιψη

Αντιισταμινικά	Αστεμιζόλη
	Μιζολαστίνη
Αντιεπιληπτικά	Αιθοσουξιμίδη
	Οξυκαρβαζεπίνη
	Τιαγκαμπίνη
	Τοπιραμάτη
Αντιπαρκινσονικά	Λεβοντόπα
	Αμανταδίνη Υδροχλωρική
Αντιμικροβιακά	Κινολόνες
Αντιφυματικά	Κυκλοσερίνη
	Εθειοναμίδη
Αντιρετροϊκά	Λαμβουδίνη
Αντιπρωτοζωικά	Μεφλοκίνη
Ορμόνες	Γοσερελίνη Οξεϊκή
	Οιστρογόνα
	Προγεσταγόνα
	Αντισυλληπτικά
Αντινεοπλασματικά- Ανοσοκατασταλτικά	Πεντοστατίνη
	Τρετινοΐνη
	Φλουταμίδη
	Αλδεσλευκίνη
	Ιντερφερόνη

Παράρτημα Γ :

Γραμμή παρέμβασης για την αυτοκτονία

801 801 99 99

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

Απευθύνεται σε όσους:

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

Βιβλιογραφία

1. Ani C., Bazargan M., Hindman D., Bell D., Farooq M.A., Akhanjee L., Yemofio F., Baker R., Rodriguez M. (2008)
“Depression symptomatology and diagnosis: discordance between patients and physicians in primary care settings”
BMC Family Practice, 9:1
2. Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G.(2004)
“Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis”
BMC Psychiatry, 4:37
3. Bondy B., Buettner A., Zill P. (2006)
“Genetics of suicide”
Molecular Psychiatry, 11(4):336-351
4. Cheng, A.T.A., Chen, T.H.H., Chen, C.C., Jenkins, R. (2000)
“Psychosocial and Psychiatric Risks Factors for Suicide”
British Journal of Psychiatry, 177, 360-365
5. Conwell, Y., Duberstein, P.R., Caine, E. D.(2002)
“Risk Factors for Suicide in Later Life”
Biological Psychiatry, 52:193-204
6. Emanuel E.J., Fairclough D.L., Emanuel L.L. (2000)
“Attitudes and Desires Related to Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Terminally Ill Patients and Their Caregivers”
JAMA, 284:2460-2468

7. European Commission
Health and Consumer Protection
Directorate-General
"Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union"
Brussels, 14.10.2005
8. Feldman M.D., Franks P., Duberstein P.R., Vannoy S., Epstein R., Kravitz R.L. (2007)
"Let's Not Talk About It: Suicide Inquiry in Primary Care"
Annals of Family Medicine, 5:412-418
9. Felton, J.S. (1998)
"Burnout as a clinical entity - its importance in health care workers"
Occup. Med. Vol. 48, No. 4, pp. 237-250
10. Goertemiller Carrigan C., Lynch D.J. (2003)
"Managing Suicide Attempts: Guidelines for the Primary Care Physician"
Primary Care Companion
J Clin Psychiatry, 5(4):169-174
11. Gonda X., Fountoulakis K.N., Kaprinis G. and Rihmer Z. (2007)
"Prediction and prevention of suicide in patients with unipolar depression and anxiety"
Annals of General Psychiatry, 6:23
12. Guo B, Harstall C (2004)
"For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?"
Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report)

13. Hawton, K., Houston, K., Malmberg, A., Simkin, S. (2003)
“Psychological Autopsy Interviews in Suicide Research: The Reactions of Informants”
Archives of Suicide Research, 7:73-82
14. Heilä, H., Isometsä, E. T., Henriksson, M. M., Heikkinen, M.E., Marttunen, M.J., Lönnqvist, J.K.
“Suicide and Schizophrenia: A Nationwide Psychological Autopsy Study on Age- and Sex-Specific Clinical Characteristics of 92 Suicide Victims With Schizophrenia”
Am J Psychiatry, 154:1235–1242
15. Isometsa, E.T. (2001)
“Psychological autopsy studies – a review”
Eur Psychiatry; 16 : 379-85
16. Kaplan and Sadock' s
“Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry”
Ninth Edition (2003)
17. Luoma J.B., Martin C., Pearson J.L. (2002)
“Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence”
American Journal of Psychiatry, 159:909-916
18. Mann J.J. (2002)
“A current perspective of suicide and attempted suicide”
Annals of Internal Medicine, 136(4):302-311
19. Mann J.J. (2003)
“Neurobiology of suicidal behavior”
Nature Reviews Neuroscience, 4(10):819-828

20. Mann J.J., Apter A., Bertolote J., Beautrais A., Currier D., Haas A., Hegerl U., Lonnqvist J., Malone K., Marusic A., Mehlum L., Patton G., Phillips M., Rutz W., Rihmer Z., Schmidtke A., Shaffer D., Silverman M., Takahashi Y., Varnik A., Wasserman D., Yip P., Hendin H. (2005)
"Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review"
 JAMA, 294: 2064-2074

21. Materstvedt L.J., Clark D., Ellershaw J., Forde R., Boeck Gravgaard A.M., Muller-Busch H.C., Porta i Sales J. and Rapin C.H.(2003)
"Euthanasia and physician- assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task force"
 Palliative Medicine, 17:97-101

22. Maslach, C. and Goldberg, J. (1998)
"Prevention of burnout: New perspectives"
 Applied & Preventive Psychology, 7:63-74

23. Owens C., Lambert H., Donovan J. and Lloyd K. R. (2005)
"A qualitative study of help seeking and primary care consultation prior to suicide"
 British Journal of General Practice, 55(516): 503-509

24. Sher, L. (2004)
"Preventing Suicide"
 Q J Med 2004, 97:677-680

25. Spellman, A., Heyne, B. (1989)
"Suicide? Accident? Predictable? Avoidable? The psychological autopsy in jail studies"
 Psychiatric Quarterly, 60(2):173-183

24. Suominen, K., Isometsa, E., Heila, H., Lonnqvist, J., Henriksson, M. (2002)
“*General hospital suicides - a psychological autopsy study in Finland*”
General Hospital Psychiatry 24 : 412–416
25. Szanto K. , Kalmar S., Hendin H., Rihmer Z., Mann J.J. (2007)
“*A Suicide Prevention Program in a Region With a Very High Suicide Rate*”
Arch Gen Psychiatry, 64(8):914-920
26. Ζαχαροπούλου Χ., Μπεκιάρη Ε., Σκαρβέλης Κ., Κατσαδώρος Κ. (2008)
«*Ακούσια νοσηλεία και Τηλεψυχιατρική*»
20° Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής

Επιπλέον πληροφορίες αντλήθηκαν από:

- το Εθνικό Συνταγολόγιο (2003)
- το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της «ΚΛΙΜΑΚΑ» για την αυτοκτονία
- τις ιστοσελίδες:
 - ◇ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
<http://www.who.int/en/>
 - ◇ University of Massachusetts Medical School-
Department of Psychiatry
<http://healthnet.umassmed.edu/mhealth/HAMD.pdf>



**Φορέας Ανάπτυξης Ανθρώπινου
και Κοινωνικού Κεφαλαίου**

ΕΥΜΟΛΠΙΔΩΝ 30-32 , 11854 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ: 210 3417160-3, FAX: 2103417164

e-mail: central@klimaka.org.gr

www.klimaka.org.gr