



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΑΡΙΝΟ ΕΞΑΜΗΝΟ 2022

**«Αυτοκτονία και οικογένεια: Ποιες είναι απόψεις των
Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας.»**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: 1)ΞΥΛΟΥΡΗ ΜΑΡΙΑ ΥΚ5681

2)ΣΑΒΒΑ ΜΑΡΙΝΑ ΥΚ5807

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ.ΜΟΥΔΑΤΣΟΥ ΜΑΡΙΑ

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ:.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	8
1.1) Ιστορική Αναδρομή	8
1.2) Ορισμός Αυτοκτονίας.....	10
1.2.1) Αυτοκτονικός Ιδεασμός.....	10
1.3) Είδη Αυτοκτονίας	11
1.4) Παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονία.....	12
1.4.1) Παράγοντες κίνδυνου για απόπειρα	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ/ ΣΥΝΕΠΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΟ	17
2.1) Αιτίες που σχετίζονται με την αυτοχειρία	17
2.2) Συνέπειες	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ/ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ/ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	21
3.1) Οικογένεια και Αυτοκτονία.....	21
3.2) Οικογένεια και Αυτοκτονία –Συνέπειες	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο ΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....	25
4.1)Υπηρεσίες Ψυχικής υγείας για το άτομο και την οικογένεια	25
4.2) Υπηρεσίες για την πρόληψη και την διαχείριση της αυτοκτονίας	30
4.3) Ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην πρόληψη και διαχείριση της αυτοκτονίας....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο ΈΡΕΥΝΑ	38
5.1) Σκοπός μελέτης.....	38
5.2) Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων ή υποθέσεων.....	38
5.3) Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας	38
5.4) Συμμετέχοντες:	39
5.5) Ερωτηματολόγια - Συνεντεύξεις:	40
5.6) Ανάλυση αποτελεσμάτων:.....	41
5.7) Αποτελέσματα ποιοτικής έρευνας	42
5.8) Συζήτηση	60
5.9)Περιορισμοί	63
5.10)Γενικά συμπεράσματα	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	66

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέποντα καθηγήτρια κα. Μουδάτσου Μαρία, για την εμπιστοσύνη και την καθοδήγηση που μας πρόσφερε και το χρόνο που διάθεσε δίνοντας μας χρήσιμες συμβουλές και οδηγίες για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας. Στο ίδιο πλαίσιο ευγνωμοσύνης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους καθηγητές του τμήματος Κοινωνική Εργασία και τους επόπτες μας στα πλαίσια πρακτικής μας για τις γνώσεις που μας μετέδωσαν και μας έκαναν καλύτερους ανθρώπους και επαγγελματίες.

Οφείλουμε επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους εκείνους που συνέβαλαν είτε πρακτικά είτε ψυχικά στην ολοκλήρωση της εργασίας μας.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειες μας για την υποστήριξη τους, δίνοντας μας κουράγιο να προχωράμε και να περνάμε κάθε εμπόδιο για να φτάσουμε στο στόχο μας, καθώς και τους συγγενείς και τους φίλους για την ηθική υποστήριξη σε όλο το διάστημα των σπουδών μας.

Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη στις οικογένειες μας και ιδιαίτερα στην μνήμη του πατέρα μου, Ξυλούρη Αθανάσιο ο οποίος έφυγε νωρίς.

Περίληψη:

Αυτοκτονία θεωρείται κάθε θάνατος που είναι το άμεσο ή έμμεσο αποτέλεσμα μιας θετικής ή αρνητικής πράξης που πραγματοποιείται από το ίδιο το θύμα. Η αυτοκτονία σαν πρόθεση ή σαν πράξη είναι μια από τις σοβαρότερες και πιο συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις. Η αυτοκτονία είναι σύνθετο φαινόμενο και υπάρχουν πολλοί αιτιολογικοί παράγοντες (σωματικοί, ψυχικοί, κοινωνικοί) που μπορεί κάποιος να προσπαθήσει να δώσει τέλος στην ζωή του. Το πως έχει μεγαλώσει ένα παιδί, επηρεάζει σημαντικά το άτομο. Ο ρόλος της οικογένειας είναι πολύ σπουδαίος γι' αυτό και πρέπει να εξεταστεί. Επίσης η οικογένεια είναι εκείνη που μπορεί ουσιαστικά να προλάβει τέτοιες καταστάσεις και σε συνεργασία με τους Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας να βοηθήσουν τον ασθενή. Επιπλέον η οικογένεια έχει τραγικές συνέπειες από την αυτοκτονία και εκτός τις συναισθηματικές διαταραχές που βιώνει μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των μελών της. Γι' αυτό ακριβώς τον λόγο οι οικογένειες που πλήττονται από την αυτοκτονία χρειάζονται στήριξη τόσο από το άμεσο όσο και το ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τις απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για το φαινόμενο της αυτοκτονίας, τους αιτιολογικούς παράγοντες για τους οποίους κάποιος μπορεί να δώσει τέλος στην ζωή του, τις επιπτώσεις και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια μετά το συμβάν, αλλά και τον ρόλο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στο πολυσύνθετο αυτό φαινόμενο. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή για την αυτοκτονία. Ακολουθούν οι ορισμοί της αυτοκτονίας και του αυτοκτονικού ιδεασμού. Έπειτα γίνεται αναφορά τόσο στα είδη της αυτοκτονίας όσο και στους παράγοντες που σχετίζονται με αυτήν. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρονται τόσο οι αιτίες όσο και οι συνέπειες της αυτοκτονίας, για το άτομο. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η σχέση της οικογένειας και αυτοκτονίας, ο ρόλος της οικογένειας και οι συνέπειες που δημιουργούνται μετά την απώλεια ενός ατόμου με αυτόν τον τρόπο. Στο τέταρτο κεφάλαιο αρχικά γίνεται μια αναφορά για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για το άτομο και την οικογένεια. Έπειτα

ακολουθεί αναφορά τόσο στις υπηρεσίες που είναι υπεύθυνες για την πρόληψη και την διαχείριση της αυτοκτονίας όσο και στο ρόλο των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας στη πρόληψη και την διαχείριση αυτής. Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο είναι η έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε μορφή συνέντευξης και ακολουθούν τα σχόλια και τα συμπεράσματα που εξήχθησαν.

Abstract:

Suicide is considered any death that is the direct or indirect result of a positive or negative act carried out by the victim himself. Suicide as an intention or as an act is one of the most serious and emotionally charged situations. Suicide is a complex phenomenon and there are many causative factors (physical, mental, social) that one can try to end his life. How a child has grown up significantly affects the individual. The role of the family is very important and therefore needs to be considered. It is also the family that can effectively prevent such situations and in cooperation with Mental Health Professionals to help the patient. In addition, the family has tragic consequences from suicide and besides the emotional disorders it experiences can have long-term effects on the mental health of its members. This is why families affected by suicide need support from both their immediate and wider social environment. The purpose of this study is to investigate the views of mental health professionals on the phenomenon of suicide, the causative factors for which someone can end their life, the effects and problems faced by the family after the event, but also the role of mental health professionals in this complex phenomenon. The first chapter gives a brief historical overview of suicide. Here are the definitions of suicide and suicidal ideation. Then reference is made to both the types of suicide and the factors associated with it. The second chapter discusses both the causes and the consequences of auticitionia for the individual. In the third chapter, the relationship between family and suicide, the role of the family and the consequences created after the loss of a person in this way are analyzed. The fourth chapter first makes a reference to mental health services for the individual and the family. Then follows a reference to both the services responsible for the prevention and management of suicide and the role of Mental Health Professionals in its prevention and management. Finally, in the fifth chapter is the research carried out in the form of an interview, followed by the comments and conclusions drawn.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Σύμφωνα με την ψυχιατρική η απόπειρα αυτοκτονίας είναι ίσως η πιο παράδοξη ανθρώπινη επιλογή και συμπεριφορά. Πρόκειται για μια πράξη η οποία θεωρείται προϊόν πολύπλοκων νοητικών και συναισθηματικών διεργασιών και αποτελεί αντικείμενο μελέτης πολλαπλών επιστημονικών, και όχι μόνο, πεδίων, όπως η ιατρική, η ψυχολογία, η κοινωνιολογία, η νομική, η θεολογία και η φιλοσοφία. Η αυτοκτονικότητα είναι επίσης ένα φαινόμενο διαχρονικό και παγκόσμιο, αν και επιμέρους στοιχεία μπορεί να διαφοροποιούνται από εποχή σε εποχή και από πολιτισμό σε πολιτισμό.

Η αυτοκτονικότητα είναι στενά συνδεδεμένη με την ψυχική νόσο. Μελέτες που έχουν διεξαχθεί με τη μέθοδο της ψυχολογικής αυτοψίας έχουν δείξει ότι οι αυτόχειρες πάσχουν από μία τουλάχιστον ψυχιατρική διαταραχή κατά τη χρονική περίοδο της αυτοκτονίας, σε ποσοστό που αγγίζει το 90%. Η ψυχιατρική διαταραχή που κυρίως συσχετίζεται με την αυτοκτονικότητα είναι η κατάθλιψη. Υπολογίζεται ότι το 50% των ατόμων που αυτοκτονούν πάσχουν από κατάθλιψη και ότι το 15% των καταθλιπτικών ασθενών αυτοκτονούν. Επιπλέον εκτιμάται ότι η θνησιμότητα από αυτοκτονία κατά τη διάρκεια της ζωής, σε άτομα με ιστορικό νοσηλείας σε ψυχιατρική μονάδα, είναι περίπου 20% για τους ασθενείς με διπολική διαταραχή, 15% για τους ασθενείς με οριακή ή αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και 10% για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Η εξάρτηση από το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς, ιδίως όταν συνυπάρχει κατάθλιψη, ενώ το ποσοστό αυτοκτονιών στους χρήστες ναρκωτικών ουσιών (κυρίως ηρωίνης) είναι 20 φορές υψηλότερο, σε σχέση με εκείνο του γενικού πληθυσμού (Σταυριανάκος, -).

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. Σύμφωνα με μαρτυρίες πολλών ατόμων που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας, η διάθεσή τους ήταν αμφιθυμική (Μπελεγγρίνος, 2019)

Στα αίτια της αυτοκτονίας αναφέρθηκαν διάφορες ψυχικές διαταραχές όπως νευρώσεις, κατάθλιψη, διάφορες ψυχώσεις, αλκοολισμός, τοξικομανία. Μια άλλη σοβαρή αιτία αυτοκτονίας παιδιών και εφήβων θεωρήθηκε το διαταραγμένο εξωτερικά ή εσωτερικά οικογενειακό περιβάλλον. 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. (Μπελεγγρίνος, 2019).

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 είχαν παραφορτωμένους επαγγελματικά γονείς, όπου απουσίαζαν από το σπίτι σχεδόν όλη την ημέρα και κατά κανόνα προέρχονταν από χαμηλά κοινωνικό - οικονομικά στρώματα. Επίσης, 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 (Μπελεγγρίνος, 2019).

Πόσο σημαντικό είναι το κομμάτι της στήριξης για να προληφθεί μια αυτοκτονία; Ο κ. Κατσαδώρας, (2022) ψυχίατρος και Επιστημονικός Διευθυντής της ΚΛΙΜΑΚΑ & του Κέντρου για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας εξηγεί ότι:

«Το 95% των αυτοκτονιών θα μπορούσε να προληφθεί. Η ενεργοποίηση των οικείων, συγγενών και φίλων του εν δυνάμει αυτόχειρα μπορεί πραγματικά να αποβεί σωτήρια και η γνώση και αναγνώριση των προειδοποιητικών σημείων και συμπτωμάτων μπορεί να σώσει ζωές. Ωστόσο, η πρόληψη της αυτοκτονίας και των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών απαιτούν την ανάληψη στρατηγικών πρωτοβουλιών. Συνεπώς η ανάγκη θεμελίωσης μιας

εθνικής στρατηγικής πρόληψης της αυτοκτονίας που θα αντανάκλα τις νέες ανάγκες και βασικές προτεραιότητες του πληθυσμού, συνιστά μείζον ζήτημα προστασίας της ανθρώπινης ζωής και προάσπισης του δικαιώματος της υπόστασής της σε ένα πλαίσιο ψυχικής υγείας. Άλλωστε, μία στρατηγική για την πρόληψη της αυτοκτονίας είναι αυτονομία, αναπόσπαστο τμήμα μίας συνεκτικής και ολοκληρωμένης πολιτικής για την ψυχική υγεία στη χώρα.»

Τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Κύπρο υπάρχουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας έχουν ως κύριο στόχο την δωρεάν, δημόσια παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Τα ΚΨΥ ανάλογα με την δομή τους, παρέχουν ψυχιατρικές, ψυχολογικές ή ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες στην κοινωνία και την περιοχή μέσα στην οποία δραστηριοποιούνται. Μπορεί να παρέχουν υπηρεσίες σε ενήλικες, οικογένειες ή παιδιά (Αρναούτογλου, Χ).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

1.1) Ιστορική Αναδρομή

Η λέξη αυτοκτονία προέρχεται από τις λέξεις αυτο- + -κτόνος και αναφέρεται σε μία πράξη κατά την οποία κάποιος βάζει τέρμα στη ζωή του. Η αυτοκτονία αποτελεί πράξη απελπισίας ενός ανθρώπου που, τη δεδομένη στιγμή, την θεωρεί ως τη μοναδική λύση στον ψυχικό πόνο που βιώνει. Περιστατικά αυτοκτονίας αναφέρονται και γίνονται αντιληπτά σε όλες της ανθρώπινες κοινωνίες, σε όλη τη διάρκεια της ιστορικής εξέλιξης του ανθρώπου. Υπάρχει πληθώρα ειδών πράξεων αυτοκτονίας. Ορισμένες φορές η αυτοκτονία μπορεί να κριθεί ως πράξη ηρωισμού, όπως για παράδειγμα, όταν ένας στρατιώτης σε κατάσταση πολέμου προτιμήσει να πέσει πάνω στην χειροβομβίδα του ώστε να σώσει τους συμπολεμιστές. Άλλες φορές μπορεί να θεωρηθεί ως μία κίνηση απελπισίας, για παράδειγμα όταν μία μαθήτρια αυτοκτονήσει γιατί απέτυχε σε μία γραπτή δοκιμασία στο σχολείο. Η αυτοκτονία είναι ένα σύνθετο πρόβλημα και περιγράφεται με προσοχή ως ‘μια συνειδητή πράξη αυτοκαταστροφικής εξόντωσης, καλύτερα κατανοητή ως μια πολυδιάστατη αδιαθεσία σε ένα άτομο με ανάγκες που θεωρεί ότι για ένα ζήτημα η αυτοκτονία θεωρείται η καλύτερη ‘λύση’ (Klonsky & May,2015).

Στις πρωτόγονες κοινωνίες η αυτοκτονία ήταν γνωστή ως μια έκφραση θυμού ή εκδίκησης και συνδεόταν άμεσα με την μαγεία, ενώ στις πιο πολιτισμένες υπεισέρχεται η θρησκεία που της δίνει την μορφή ηθικού αμαρτήματος. Στην αρχαία Ελλάδα η στάση της κοινωνίας απέναντι στην αυτοκτονία ήταν γενικά αρνητική αν και όχι απαραίτητως καταδικαστική (Aquinas, 1947).

Η αυτοκτονία αποτελούσε λύση για τη διαφυγή από τον έντονο ψυχικό πόνο, σε όλες τις ανθρώπινες κοινωνίες και από την αρχαία κιόλας Ελλάδα. Όταν οι άνθρωποι ανέμεναν περαιτέρω βάσανα , ή δυσφήμιση, η αυτοκτονία αποτελούσε μια λύση προσωπικής ελευθερίας όπου το άτομο θα μπορούσε να διατηρήσει την εντιμότητα του. Μάλιστα στην αρχαία Ελλάδα η αυτοκτονία μπορεί να σήμαινε αυτοθυσία για τους Έλληνες όταν αυτή γινόταν προκειμένου να διατηρηθούν τα ιδεώδη και οι αξίες των ανθρώπων. Συμπεραίνεται λοιπόν ότι, η αυτοκτονία ανάλογα με τους λόγους για τους οποίους μπορεί να συνέβαινε αποτελούσε τότε πράξη δειλίας τότε ηρωική πράξη για την κοινωνία (Μπελεργίνο και Συν, 2014).

Η έλευση του Χριστιανισμού, με την αντίληψη ότι η επίγεια ζωή έχει μικρή αξία, θα έλεγε κανείς ότι ευνοούσε την τάση για αυτοκτονία, που την ενίσχυε το παράδειγμα των μαρτύρων της εκκλησίας, που προτιμούσαν τον θάνατο από το να αποκηρύξουν την πίστη τους (Aquinas, 1947).

Το 13ο αιώνα, ο Thomas Aquinas καταδικάζει την αυτοκτονία ως «θανάσιμο αμάρτημα», επειδή εκείνος που το κάνει δεν μπορεί να μετανοήσει για αυτό (Aquinas, 1947).

Ο 18ος αιώνας και η περίοδος του Διαφωτισμού φέρνει ακόμα μεγαλύτερη αλλαγή στη θεώρηση της αυτοκτονίας. Ο Γάλλος φιλόσοφος Jean Jacques Rousseau (1761), υποστηρίζει ότι η κοινωνία είναι αυτή που έχει την ευθύνη όταν ένα άτομο καταστρέφει τον εαυτό του. Την ίδια χρονική περίοδο η Merian (1763) βλέπει το πρόβλημα από ιατρική άποψη, διαχωρίζοντας το, από την ηθική και τη θρησκεία, θεωρούσε πως η αυτοκτονία δεν είναι αδίκημα αλλά μια συναισθηματική αρρώστια. Μια ουσιαστική αλλαγή στην αντίληψη του κόσμου εμφανίζεται τον 19ο αιώνα, καθώς πλέον η αυτοκτονία αποτελεί ντροπή για την οικογένεια του ατόχου και παίρνει την μορφή μια απόκρυφης πράξης. Αλλά, αν η ιδέα της αυτοκτονίας αρχίζει να γίνεται αποδεκτή στον κύκλο των διανοούμενων της Ευρώπης, η εκκλησία και η πολιτεία παραμένουν ανένδοτες έως τις μέρες μας (Esquirol, 1965).

Στα τέλη του 19ου αιώνα οι τάσεις αυτοκτονίας και αυτοκτονικές συμπεριφορές άρχισαν να γίνονται αντικείμενο μελέτης από την κοινωνιολογία. Αυτός που θεμελίωσε την επιστημονική έρευνα για την αυτοκτονία ήταν ο Γάλλος κοινωνιολόγος Durkheim (1887), ο οποίος θεωρούσε πως οι αυτοκτονικές τάσεις σχετίζονται αποκλειστικά με την κοινωνική οργάνωση. Η ιατρική θεώρηση, που αποτελεί μια από τις προσεγγίσεις του φαινομένου, αρχίζει από την υπόθεση πως ενέργειες που στρέφονται κατά του βασικού ενστίκτου της επιβίωσης πρέπει να προέρχονται από κάποια ψυχική διαταραχή. (Παππάς, 1998).

1.2) Ορισμός Αυτοκτονίας

Η έννοια της αυτοκτονίας προσδιορίζει μια πράξη κατά την οποία ένα άτομο θέτει τέρμα στη ζωή του, καθώς θεωρεί ότι η συγκεκριμένη πράξη είναι η μοναδική λύση στην αντιμετώπιση του ψυχικού πόνου που βιώνει. Η λέξη αυτοκτονία είναι σύνθετη και προέρχεται από τις λέξεις αυτο- + -κτόνος. Η αυτοκτονία αποτελεί μια εκούσια ενέργεια του ατόμου, εναντίον του ίδιου του εαυτού. (Χρόνης, 2016)

Η έννοια της αυτοκτονίας συνδέεται με τις έννοιες του αυτοκτονικού ιδεασμού και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Και οι δύο έννοιες αποτελούν τις βασικές υποκατηγορίες της αυτοκτονικότητας σύμφωνα με το διαγνωστικό εργαλείο ψυχικών διαταραχών DSM- IV. (Χρόνης, 2016).

1.2.1) Αυτοκτονικός Ιδεασμός

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός ξεκινά από την στιγμή που ένα άτομο βιώνει κάποιο έντονο πόνο, ο οποίος έχει σαν αποτέλεσμα να μειώνεται η επιθυμία του να ζήσει. Ο πόνος αυτός, μπορεί να οφείλεται είτε σε σωματικό είτε σε ψυχολογικό πόνο (Klonsky et all, 2016). Ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να σχετίζεται με τις σκέψεις που κάνει ένα άτομο για να θέσει τέλος στην ζωή του , οι οποίες αναφέρονται τόσο στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, όσο και στο σχεδιασμό πράξεων. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να συνδυάζεται με ή χωρίς πρόθεση για θάνατο. Από την άλλη πλευρά η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ορίζεται ως μια κατάσταση όπου το άτομο έχει ως σκοπό να δώσει τέλος στη ζωή του. Στην αυτοκτονική συμπεριφορά περιλαμβάνονται αποτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίας , αλλά και αυτοκτονίες , οι οποίες ολοκληρώνουν το στόχο του. Στο σημείο αυτό να σημειώσουμε ότι, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά συγγέεται με τον αυτοτραυματισμό. Ωστόσο, πρόκειται για διαφορετικές πράξεις , καθώς ο αυτοτραυματισμός δεν έχει στόχο να τερματίσει την ζωή ενός ατόμου, αλλά να ανακουφίσει από δυσάρεστα συναισθήματα. Παρόλα αυτά, έχει διαπιστωθεί ότι, οι αυτοτραυματισμοί αποτελούν πρόδρομο των αυτοκτονικών συμπεριφορών (Χρόνης, 2016).

Έχουν περιγραφεί 3 κατηγορίες αυτοκτονικής συμπεριφοράς:

A. Παρά- αυτοκτονικές συμπεριφορές:

Η παρά-αυτοκτονική συμπεριφορά έχει οριστεί 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. Η συμπεριφορά

αυτή 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 «παράαυτοκτονία» συνήθως χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη συμπεριφορά ασθενών που αυτοακρωτηριάζονται ή αυτοτραυματίζονται, χωρίς να υπάρχει πάντα πρόθεση θανάτου (Jenkins&Singh, 2000).

B. 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 (δηλ. την επιθυμία του ατόμου να πεθάνει). Ενδεικτική της πρόθεσης θανάτου είναι η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε, όπως επίσης και ο βαθμός σωματικής βλάβης μετά την απόπειρα. Κάθε απόπειρα 33 αυτοκτονίας πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη, ακόμα κι αν δεν είναι θανατηφόρα, δεν σημαίνει ότι ο κίνδυνος έχει περάσει. Οι άνθρωποι που αποπειράθηκαν κάποτε να αυτοκτονήσουν διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να το ξανακάνουν, ειδικά τον πρώτο χρόνο μετά την απόπειρα (Μπεκιάρη&Κατσαδώρας, Χ.Χ).

Γ. Αυτοκτονία

Βλέπε παραπάνω

1.3) Είδη Αυτοκτονίας

Μέσα από την εξέταση του βαθμού συνοχής της κοινωνικής ομάδας και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου, ο προσδιορισμός της σημασίας παραγόντων, όπως οι θρησκευτικές δοξασίες, η οικογενειακή κατάσταση των ατόμων, η αλτρουιστική ή εγωιστική συμπεριφορά, ο Durkheim διέκρινε τρία είδη αυτοκτονιών: (Craib,2012)

Εγωιστική αυτοκτονία: προέρχεται από τον υπέρμετρο ατομισμό, που αποτελεί μια εκτροπή, καθώς το άτομο απομακρύνεται από τη συλλογικότητα, από τη συλλογική προσωπικότητα, διαφοροποιεί τον εαυτό του από τη συλλογική συνείδηση και θέτει σε προτεραιότητα τους δικούς του στόχους. Ουσιαστικά, το άτομο αποσπάται από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο θα έπρεπε να είναι συνεκτικά και ομαλά ενταγμένο, έτσι η κοινωνική συνοχή απορρυθμίζεται και διαταράσσεται. Η εγωιστική αυτοκτονία αποδίδεται είτε στην απομάκρυνση του ατόμου από τη συλλογικότητα είτε από την έλλειψη αποτελεσματικής

αφομοίωσης από την κοινωνία ή τις κοινωνικές ομάδες. Είναι δηλαδή αποτέλεσμα της αδυναμίας του κοινωνικού οργανισμού να λειτουργήσει συνεκτικά ως προς τα άτομα που τον απαρτίζουν. Ο Durkheim θεωρεί ιδιαίτερα σημαντική τη συνεκτική λειτουργία της οικογένειας. Στο συγκεκριμένο είδος αυτοκτονίας ο εγωισμός θεωρείται η γενεσιουργός αιτία της αυτοκτονίας(Αντωνοπούλου,2008).

Αλτρουιστική αυτοκτονία: πρόκειται για ένα είδος αυτοκτονίας που εμφανίζεται κυρίως σε κοινωνίες με υψηλό βαθμό αφομοίωσης του ατόμου στη συλλογική ζωή, με υψηλό βαθμό κοινωνικής συνοχής, καθώς και σε συνθήκες συμπαγούς και αδιαφοροποίητης συλλογικής συνείδησης. Το άτομο ταυτίζεται με την κοινωνία και επιλέγει την αυτοκτονία λόγω ηθικών δεσμεύσεων ή θρησκευτικών δοξασιών, στις οποίες υποτάσσεται με αυτόματο τρόπο. Το άτομο φτάνει στην αυτοκτονία θεωρώντας ότι είναι καθήκον του, ενώ η άρνηση της αυτοκτονίας επιφέρει κυρώσεις. Πιστεύει ότι οδηγείται στη θυσία και αυτό είναι υποχρεωτικό. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αλτρουιστικής αυτοκτονίας είναι όταν οι γυναίκες ακολουθούν στον θάνατο τον άνδρα τους ή όταν οι ακόλουθοι ή δούλοι των βασιλέων θανατώνονται ή ακολουθούν τους κυρίους τους όταν αυτοί πεθαίνουν(Craib,2012).

Στα δύο παραπάνω είδη αυτοκτονίας την κύρια ευθύνη την έχει η κοινωνία, η οποία στην πρώτη περίπτωση επιτρέπει στο άτομο να την αποφύγει, καθώς δεν είναι επαρκώς ολοκληρωμένη, ενώ στη δεύτερη περίπτωση κρατά το άτομο σε μια πολύ στενή σχέση μαζί της. Η αλτρουιστική αυτοκτονία συναντάται κυρίως στις πρωτόγονες κοινωνίες (Craib,2012).

Ανομική αυτοκτονία: γενεσιουργός αιτία της ανομικής αυτοκτονίας θεωρείται η απορρύθμιση της κοινωνίας, η διατάραξη της κοινωνικής ισορροπίας. Προκαλείται δηλαδή από την απορρύθμιση της ικανότητας της ισορροπίας τις προσδοκίες, τις ανάγκες και τις απολαβές των ατόμων. Ανομία είναι η κατάσταση που χαρακτηρίζεται από χαλάρωση των ρυθμιστικών κανόνων που διέπουν την κοινωνική ζωή. Πρόκειται δηλαδή για μια κατάσταση που αφορά το εσωτερικό περιβάλλον της κοινωνίας και εμφανίζεται κυρίως στο χώρο της οικονομίας, της βιομηχανίας και του εμπορίου (Craib,2012).

1.4) Παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονία

Σύμφωνα με την APA (2003), το 13,5% του γενικού πληθυσμού είχε αυτοκτονικό ιδεασμό κάποια στιγμή στη ζωή του. Οι ολοκληρωμένες αυτοκτονίες είναι συχνότερες στους άνδρες, αλλά οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι συχνότερες στις γυναίκες (APA, 2003).

Έχουν διεξαχθεί πολλές μελέτες για το πώς μπορεί να μειωθεί ο αριθμός των ατόμων που αυτοκτονούν, προκειμένου να προσδιοριστεί μέσω της επιστημονικής μεθόδου ποιοι είναι οι παράγοντες που καθορίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να φθάσουν στην αυτοκτονία. Αυτοί οι παράγοντες έχουν συνήθως ένα πρόσθετο αποτέλεσμα, αν και μερικές φορές αλληλεπιδρούν συνεργιστικά. Οι παράγοντες κατανέμονται σε τέσσερις υποομάδες: ψυχιατρικές διαταραχές, προηγούμενες προσπάθειες, γενετικούς παράγοντες και άλλους παράγοντες (APA, 2003).

Οι ψυχικές διαταραχές συνδέονται με περισσότερο από το 90% των ολοκληρωμένων περιπτώσεων αυτοκτονίας. Εντός της ομάδας ατόμων που διαπράττουν αυτοκτονία, το 80-85% έχει κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών ή σχιζοφρένεια. Ορισμένες ψυχιατρικές διαταραχές σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Μεταξύ αυτών, ξεχωρίζουν: η κατάθλιψη, Τα άτομα με κατάθλιψη έχουν 20 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα κινδύνου αυτοκτονίας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Ακολούθως, η κατάχρηση ουσιών ή εξάρτηση όπου υπάρχει κίνδυνος αυτοκτονίας 15 φορές υψηλότερος. Επίσης, η σχιζοφρένεια, εντός αυτής της ομάδας παρουσιάζουν μια πιθανότητα έως και 9 φορές μεγαλύτερη από το τέλος της δικής σας ζωής. Εάν το άτομο με σχιζοφρένεια έχει επίσης κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά και παρουσιάζει αρνητική στάση απέναντι στη θεραπεία, ο κίνδυνος αυξάνεται. Η Διπολική διαταραχή εφόσον όσοι έχουν διαγνωστεί με αυτή τη διαταραχή έχουν 15 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Τέλος, η Αντικοινωνική συμπεριφορά. Σε αυτές τις περιπτώσεις, αν σχετίζονται με κατάχρηση ουσιών και έχουν κάποια συναισθηματική διαταραχή (κακή συναισθηματική ρύθμιση), είναι πιο επικίνδυνο να αυτοκτονήσουν. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνεται ακόμη περισσότερο εάν υπάρχει συννοσηρότητα μεταξύ δύο διαταραχών των προαναφερθέντων (APA, 2003).

Ο πιο ισχυρός παράγοντας που σχετίζεται με την αυτοκτονία από όλους είναι οι προηγούμενες προσπάθειες του ατόμου. Όσες φορές έχετε δοκιμάσει, τόσο πιο πιθανό είναι ότι στο μέλλον μπορείτε να δοκιμάσετε ξανά. Επιπλέον, ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος εάν ληφθεί υπόψη σειρά πρόσθετων μεταβλητών (APA, 2003): Εάν οι προηγούμενες προσπάθειες ήταν σοβαρές, εάν υπήρξε έντονη επιθυμία να πεθάνει, αν το άτομο προσπάθησε να αποφύγει την ανακάλυψή του (π.χ., σιγουρεύοντας ότι εκείνη τη στιγμή κανείς δεν θα πήγαινε σπίτι) και τέλος εάν έχουν χρησιμοποιηθεί ειδικά θανατηφόρες μέθοδοι που προκάλεσε σημαντικές υλικές ζημιές (APA, 2003).

Ακολούθως, σε μερικές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι φαίνεται να υπάρχει ένας γενετικός παράγοντας για αυτοκτονία, αν και πολλά πρέπει να διερευνηθούν σε αυτόν τον τομέα. Υπάρχει μεγαλύτερη αντιστοιχία για απόπειρες αυτοκτονίας και αυτοκτονίας μεταξύ διδύμων univitelline (APA, 2003). Επιπλέον, φαίνεται ότι υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος αυτοκτονίας μεταξύ βιολογικών συγγενών από ό, τι σε οικογένειες με υιοθετημένα παιδιά που παρουσιάζουν αυτοκτονική συμπεριφορά. Είναι πολύ σημαντικό για τον επαγγελματία υγείας να αξιολογήσει προσεκτικά το οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό (APA, 2003).

Τέλος, μερικά εξίσου σημαντικά στοιχεία που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας είναι η οικογενειακή κατάσταση (άγαμος/διαζευγμένος) και η απώλεια της εργασίας. Επιπρόσθετα, οι λίγοι οικονομικοί πόροι του ατόμου ή της οικογένειας όπως και το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο. Σημαντικός παράγοντας είναι ο σεξουαλικός προσανατολισμός του ατόμου, ημετανάστευση με ξεριζωμό, η θρησκεία και τέλος μικρή κοινωνική στήριξη και κοινωνική απομόνωση (Α΄ ψυχιατρική κλινική, 2020 & APA, 2003).

1.4.1) Παράγοντες κινδύνου για απόπειρα

Ο εντοπισμός και η ανάλυση των παραγόντων κινδύνου αποτέλεσε κρίσιμο στοιχείο της έρευνας για την αυτοκτονία. Ο WHO (2012) έχει σημειώσει: <<Ο προσδιορισμός των παραγόντων κινδύνου και προστασίας είναι ένα βασικό στοιχείο μιας εθνικής στρατηγικής πρόληψης για την αυτοκτονία και μπορεί να συμβάλει στον προσδιορισμό της φύσης των απαιτούμενων παρεμβάσεων. Οι παράγοντες κινδύνου, σε αυτό το πλαίσιο, είναι ενδεικτικοί του εάν ένα άτομο, μια κοινότητα ή ένας πληθυσμός είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στην αυτοκτονία>> (WHO 2012, σελ. 13).

Στους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας συγκαταλέγονται οι κάτωθι:

A. Κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες

Οι παράγοντες αυτοί θα πρέπει να διακριθούν σε κοινωνικούς, που αφορούν το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον, και σε εκείνους που σχετίζονται με την κοινωνική ομάδα η οποία περιβάλλει το άτομο (οικογένεια, ομάδα υποστήριξης κ.λπ.). Ο Durkheim (1997) θεώρησε την αυτοκτονία διαταραχή της σχέσης του ατόμου με την κοινωνία και υποστήριξε ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά καθορίζεται από δύο κυρίως παράγοντες, το βαθμό ενότητας-συνοχής της κοινωνικής ομάδος και το βαθμό του κοινωνικού ελέγχου και ρυθμίσεων που η κοινωνική ομάδα επιβάλλει στα μέλη της.

Κατά τον Durkheim (1997) , υψηλός βαθμός συνοχής συνοδεύεται από χαμηλά ποσοστά αυτοκτονίας των ατόμων, αλλά συγχρόνως στις κοινωνίες αυτές παρατηρούνται οι αποκαλούμενες «αλτρουιστικές» αυτοκτονίες, δηλαδή η διάθεση των ατόμων να «θυσιαστούν» για την ομάδα. Αντιθέτως, σε κοινωνίες με χαμηλό βαθμό συνοχής, όπου το άτομο χάνει την αίσθηση ότι ανήκει στην κοινωνική ομάδα, έχουμε υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας, τις οποίες χαρακτηρίζει ως «εγωιστικές». Σε κοινωνίες, τέλος, με λίγες καθοδηγητικές ρυθμίσεις παρατηρούνται οι «ανομικές» αυτοκτονίες ως αποτέλεσμα διαταραχής της ισορροπίας μεταξύ ατόμων και κοινωνίας.

Ο Diekstra (-) ερμηνεύει τα αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας στην Ευρώπη ως αποτέλεσμα των σημαντικών πολιτικών και κοινωνικών αλλαγών. Θεωρεί επίσης ότι η μετανάστευση θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά, γιατί αποτελεί σημαντική ανατροπή των δεδομένων ζωής, η οποία συχνά οδηγεί σε συσσώρευση ψυχολογικών πιέσεων και σε ψυχολογική καταπόνηση. Στους παράγοντες που συσχετίζονται με το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον, η πρώιμη (κατά την παιδική ηλικία) έκθεση σε βία καθώς και το ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς στο οικογενειακό περιβάλλον συνδέονται με αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας (Kom, etal. 2002).

Τέλος, η προβολή από τα ΜΜΕ γεγονότων αυτοκτονιών ή ταινιών με θέμα την αυτοκτονία έχει διαπιστωθεί ότι αυξάνει τους θανάτους από αυτοκτονία στα νεαρά άτομα το χρονικό διάστημα αμέσως μετά την προβολή του αντίστοιχου υλικού (Gould, Shaffer, 1986).

B. Δημογραφικοί παράγοντες

Φύλο: Οι άνδρες οδηγούνται σε επιτυχημένη αυτοκτονία πιο συχνά από τις γυναίκες, οι οποίες αποπειρώνται συχνότερα. Ο υψηλότερος δείκτης αυτοκτονιών στους άνδρες σχετίζεται με τις μεθόδους που χρησιμοποιούν. Οι άνδρες χρησιμοποιούν πυροβόλα όπλα, απαγχονισμό ή πτώσεις ενώ οι γυναίκες τείνουν να χρησιμοποιούν πιο συχνά μεγάλες δόσεις ψυχοφαρμάκων ή δηλητήρια, αν και αρχίζουν και αυτές να χρησιμοποιούν όπλα πιο συχνά. Η εύκολη πρόσβαση σε τέτοια μέσα δρα επιβαρυντικά (Κατιρτζόγλου, 2022).

Ηλικία: Γενικά με την αύξηση της ηλικίας αυξάνουν και δείκτες. Τα ηλικιωμένα άτομα αποπειρώνται με μικρότερη συχνότητα αλλά επιτυγχάνουν πιο συχνά. Μεταξύ των ανδρών οι αυτοκτονίες κορυφώνονται μετά την ηλικία των 45 ετών και κυρίως μετά τα 75 έτη. Για τις γυναίκες τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στις ηλικίες 45-55 ετών (Κατιρτζόγλου, 2022).

Οικογενειακή κατάσταση: Ο γάμος σε συνδυασμό με την ύπαρξη παιδιών φαίνεται ότι μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο αυτοκτονίας, κάτι που αντιστρέφεται σε περίπτωση διαζυγίου ή χηρείας. Απασχόληση: Γενικά η εργασία προστατεύει από τον κίνδυνο αυτοκτονίας, ο οποίος αυξάνεται σε περίπτωση ανεργίας, πρόσφατης αποτυχίας ή απώλειας κοινωνικής θέσης. Φυλή: Ο δείκτης αυτοκτονιών στους καυκάσιους είναι σχεδόν διπλάσιος από αυτόν στις υπόλοιπες φυλές. Εύκολη πρόσβαση σε πυροβόλα όπλα: αποτελεί έναν πρόσθετο παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία, κυρίως για νεαρά άτομα ηλικίας 18 με 30 ετών, τα οποία δρουν πιο παρορμητικά (Νηματούδης, 2011).

Γ. Οικογενειακοί παράγοντες και γεγονότα ζωής

Οι μελέτες των αυτοκτονιών και των σοβαρών αποπειρών τεκμηριώνουν επαρκώς ότι το οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων με αυτοκτονική συμπεριφορά είναι σημαντικά επιβαρημένο. Η απώλεια των γονέων, όπως θάνατος, χωρισμός ή διαζύγιο, κυρίως της μητέρας, τόσο κατά την πρώιμη όσο και στην μετέπειτα παιδική ηλικία, θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία. Συγχρόνως η οικογενειακή αστάθεια, η αυστηρή ή απορριπτική οικογένεια, η υπερπροστατευτική οικογένεια, η έλλειψη συναισθηματικών δεσμών μεταξύ των μελών της οικογένειας θεωρούνται επίσης παράγοντες αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Στο ιστορικό των ατόμων που αυτοκτονούν ή πραγματοποιούν σοβαρή απόπειρα διαπιστώνονται συνήθως όχι μόνο σημαντικές απώλειες κατά την παιδική ηλικία, αλλά και σημαντικά στρεσογόνα γεγονότα κατά τη διάρκεια των μηνών (6 έως 12) που προηγούνται της αυτοκτονίας, όπως: απώλεια αγαπημένων προσώπων, αλλαγή κατοικίας, σοβαρή σωματική αρρώστια, εργασιακές δυσκολίες ή απόρριψη και κυρίως ψυχική νόσος.

Δ. Ψυχική νόσος

Η παρουσία ψυχικής νόσου αποτελεί τον πλέον σημαντικό παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία. Σωματική υγεία: Η ύπαρξη χρόνιας ή θανατηφόρου σωματικής ασθένειας πιστεύεται ότι είναι σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στο 11-51% όλων των αυτοκτονιών. Ο κίνδυνος αυξάνει με την ηλικία. Ψυχική υγεία: Έχει βρεθεί ότι σε ποσοστό άνω του 90% των ατόμων που αυτοκτονούν έχει τεθεί κάποια ψυχιατρική διάγνωση, όπως συναισθηματικές διαταραχές (κυρίως μείζων κατάθλιψη, μονοπολική ή διπολική και κατάθλιψη με ψυχωτικά στοιχεία), αγχώδεις διαταραχές, σχιζοφρένεια, διαταραχές προσωπικότητας, κατάχρηση αλκοόλ ή/και άλλων ουσιών, οργανικό ψυχοσύνδρομο) ακόμη και φαντασιώσεις ότι θα ξανασμίξει με πρόσωπα που έχουν πεθάνει. Ωστόσο, η ύπαρξη ψυχιατρικής πάθησης δεν πρέπει να θεωρείται πάντα δεδομένη (Κατιρτζόγλου, 2022, Πίσχος

2017, Α' ψυχιατρική κλινική, 2020). Ιστορικό αυτοκτονιών σε μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος ή προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας από το ίδιο το άτομο(Κατιρτζόγλου, 2022).

E. 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, με μικρές ή χωρίς πιθανότητες θεραπείας) αυξάνουν τον κίνδυνο. Οι αναπηρίες και τα κινητικά προβλήματα μπορούν επίσης να αυξήσουν τον κίνδυνο (Κατιρτζόγλου, 2022).

Σωματικές νόσοι που έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας είναι οι νευρολογικές παθήσεις (π.χ. η σκλήρυνση κατά πλάκας, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, κάποιες παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος (π.χ. η νεφρική ανεπάρκεια που χρειάζεται αιμοκάθαρση), ο καρκίνος, οι μυοσκελετικές παθήσεις (ειδικά όταν οδηγούν σε αναπηρίες και παραμορφώσεις) (Κατιρτζόγλου, 2022).

Εν κατακλείδι, η αυτοκτονία αποτελεί ένα πολύπλοκο φαινόμενο. Συνήθως αναδύεται σε μια προβληματική κατάσταση ή κρίση που χαρακτηρίζεται από ψυχολογική κακουχία, αίσθημα απελπισίας, αβοηθητότητας, απόγνωσης και αβάσταχτου πόνου. Ο υποκειμενικός σκοπός στην αυτοκτονία είναι η αναζήτηση λύσης η οποία θα επιτευχθεί με την παύση της επώδυνης εμπειρίας. Σημαντικό στοιχείο αποτελεί και η ύπαρξη σε άλλοτε άλλο βαθμό παρορμητικών στοιχείων προσωπικότητας, διαχρονικών δυσκολιών του ατόμου να αντιμετωπίσει δύσκολες καταστάσεις και να αντέξει τη ματαίωση των αναγκών του, πεποίθησης ότι η αυτοκτονία αποτελεί τη μοναδική έξοδο από την αντιξοότητα, που αποκαλύπτει έναν άκαμπτο ή πολωμένο τρόπο σκέψης με χαρακτηριστικά «άσπρο ή μαύρο». Ωστόσο, συχνά υπάρχει ένα αμφιθυμικό στοιχείο σχετικά με την επιτέλεση της πράξης, που μπορεί να οδηγήσει και σε καλυμμένη έκφραση της αυτοκτονικής πρόθεσης (Κατιρτζόγλου, 2022).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ/ ΣΥΝΕΠΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΟ

2.1) Αιτίες που σχετίζονται με την αυτοχειρία

Σύμφωνα με την κλινική εμπειρία, η αυτοκτονία και πολύ περισσότερο η απόπειρα αυτοκτονίας σε σπάνιες περιπτώσεις είναι προϊόντα ώριμης σκέψης και απόφασης ισολογιστικής. Στις περισσότερες περιπτώσεις επιθυμία και σκοπός του ατόχειρα δεν είναι ο

θάνατος του, αλλά η αλλαγή της οδυνηρής και ανυπόφορης κατάστασης. Έχει δηλαδή χαρακτήρα επίκλησης και διαμαρτυρίας. 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.(Μπελεγγρίνος και συν.2014)

Στα αίτια της αυτοκτονίας αναφέρθηκαν και διάφορες ψυχικές διαταραχές όπως νευρώσεις, κατάθλιψη, διάφορες ψυχώσεις, αλκοολισμός, τοξικομανία, ομοφυλοφιλία. Η αυτοκτονία στα νοητικά καθυστερημένα είναι σπάνια. Μια άλλη σοβαρή αιτία αυτοκτονίας παιδιών και εφήβων θεωρήθηκε το διαταραγμένο εξωτερικά ή εσωτερικά οικογενειακό περιβάλλον. 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 ατόμου και κυρίως η αδυναμία του για σύναψη σχέσεων, που οδηγεί στην απομόνωση. 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, 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. Επιπλέον, πιθανών να μεγάλωσαν σε ελλείψεις ή διαταραγμένες συναισθηματικά οικογένειες ή να είχαν παραφορτωμένους επαγγελματικά γονείς, όπου απουσίαζαν από το σπίτι σχεδόν όλη την ημέρα και κατά κανόνα προέρχονταν από χαμηλά κοινωνικό - οικονομικά στρώματα (Κατιρτζόγλου, 2022).

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. 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(Μπελεγρίνος και συν. 2014).

Υπάρχουν πολλές έρευνες σχετικές με τα κίνητρα και τις αφορμές που οδήγησαν στην αυτοκτονία, τα οποία είναι: Αρχικάτο συναίσθημα του ατόμου που βρίσκεται σε αδιέξοδο. Ακολούθως,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. Η ερωτική απογοήτευση και οι συζυγικές φιλονικίες,το συναίσθημα μοναξιάς και απομόνωσης. Ο βίαιος χωρισμός από τη μητέρα ή από τα αγαπημένα πρόσωπα. (Πιάνος 2000).

Επιπρόσθετα, 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. Το σήμα επίκλησης για προσοχή και για βοήθεια από το περιβάλλον, σαν εκβιασμός στην απειλή απώλειας αγαπημένου προσώπου, εδώ η απόπειρα γίνεται π.χ. για να μη χωριστούν οι γονείς ή για να μη φύγει το αγαπημένο πρόσωπο. (Πιάνος 2000).

Επιπλέον, η ανίατη σωματική ασθένεια η αποτυχία ή ο φόβος αποτυχίας στο σχολείο, στο επάγγελμα (ανεργία) στον έρωτα ή στο γάμο και 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 2000).

Όταν μελετούμε τις αυτοκτονίες ανακαλύπτουμε ότι το πιο κοινό στοιχείο ανάμεσα τους είναι η ύπαρξη ψυχικών διαταραχών. Ειδικότερα, αυτές των συναισθηματικών διαταραχών (κατάθλιψη, διπολική διαταραχή), σχιζοφρένειας, μεθοριακή και αντι-κοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, αλκοολισμός και κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών. Επανελημμένες έρευνες σε διάφορες χώρες συνηγορούν ότι το 90 με 95% αυτών που αυτοκτονούν πάσχουν από διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή. Υψηλά ποσοστά ψυχικών διαταραχών εντοπίζονται και σε άτομα τα οποία προβαίνουν σε σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας (Σερμπεζης, 2015).

2.2) Συνέπειες

Ανά τον κόσμο, σημειώνεται ένας θάνατος από αυτοκτονία κάθε 40 δευτερόλεπτα, ενώ η αυτοχειρία αποτελεί τη δεύτερη πιο συνήθη αιτία θανάτου για τους νέους ηλικίας 15-29 ετών. Σύμφωνα με τα τελευταία επίσημα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ. που αφορούν το έτος 2017, ο καταγεγραμμένος αριθμός των αυτοκτονιών στην Ελλάδα ανήλθε στους 523 θανάτους ετησίως, ενώ οι μη θανατηφόρες απόπειρες αυτοκτονίας εκτιμάται ότι είναι σχεδόν 25 φορές περισσότερες από τις καταγεγραμμένες αυτοκτονίες.

Στα πιο πρόσφατα στοιχεία που παραθέτει το Παρατηρητήριο Αυτοκτονιών του Κέντρου για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας της ΚΛΙΜΑΚΑ, τον Νοέμβριο του 2021, καταγράφηκαν οι περισσότερες αυτοκτονίες σε σχέση με τα στοιχεία του Παρατηρητηρίου για τον ίδιο μήνα, εδώ και 7 συνεχόμενα έτη. Η αύξηση που παρατηρείται, χωρίς να μπορούμε να γνωρίζουμε τα ακριβή αίτια, φαίνεται πως σχετίζεται και με τον αντίκτυπο της κρίσης δημόσιας υγείας που διανύει η χώρα μας τα τελευταία δύο χρόνια εξαιτίας της Covid-19. Τα υψηλότερα μάλιστα ποσοστά αυτοκτονιών στις περιφέρειες, παρουσιάζονται στην Θεσσαλία, την Κεντρική Μακεδονία και την Κρήτη. Η πλειοψηφία των αυτοχειρών ήταν άντρες (79%) ενώ το ποσοστό των γυναικών ανήλθε στο 21% (Κλίμακα, 2021).

Παρόλα αυτά, το άτομο μετά από κάθε αποτυχημένη απόπειρα αυτοκτονίας, πιθανών να χρειαστεί μέτρα έκτακτης ανάγκης, πρώτες βοήθειες, καρδιοαναπνευστική ανάνηψη ή ανάνηψη από το στόμα. Συχνά απαιτείται νοσηλεία για να αντιμετωπιστεί μια απόπειρα αυτοκτονίας και να αποφευχθούν μελλοντικές προσπάθειες αυτοχειρίας. Οι παρεμβάσεις για την ψυχική υγεία αποτελούν μία από τις σημαντικότερες πτυχές της θεραπείας. Μετά την αντιμετώπιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, θα πρέπει να αντιμετωπιστούν οι άλλες διαταραχές οι οποίες πιθανών να εμφανιστούν μετά την απόπειρα ως συνέπειες (όπως η μείζων κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή ή η εξάρτηση από το αλκοόλ).

Πρέπει ο κάθε ένας να δείχνει σεβασμό και να αναγνωρίζει τα συναισθήματα του ατόμου που αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει. Παρόλο που κάποιος ο οποίος είναι αυτοκτονικός δεν σκέφτεται λογικά, τα συναισθήματά του δεν παύουν να είναι αληθινά. Επομένως, δεν πρέπει να είσαι συγκαταβατικός ή επικριτικός. Υπάρχουν λανθάνουσες εκφράσεις οι οποίες δεν πρέπει να εισακουστούν μπροστά σε κάποιον ο οποίος αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει, όπως «Τα πράγματα θα μπορούσαν να είναι χειρότερα» ή «Έχεις τα πάντα στη ζωή σου». Αντ' αυτού, πρέπει να γίνονται ερωτήσεις όπως, «Τι σε κάνει να αισθάνεσαι τόσο άσχημα;», «Τι θα σε έκανε να νιώσεις καλύτερα;» ή «Πώς μπορώ να βοηθήσω;».

Επιπλέον, προτού μείνει μόνος του ο άνθρωπος αυτός, πρέπει να βεβαιωθείς ότι δέχτηκε βοήθεια από ειδικό ψυχικής υγείας ή ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας έχει περάσει. Δεν μπορείς να τον αφήσεις έως ότου περάσει ο κίνδυνος ή έως ότου μπει σε θεραπεία. Ένας άνθρωπος με αυτοκτονικό ιδεασμό είναι σε κίνδυνο κάθε στιγμή. (Σολομών, 2022)

Οι έφηβοι ενδέχεται να μην αναζητήσουν βοήθεια για τις σκέψεις αυτοκτονίας που τους κυριεύουν διότι πιστεύουν ότι τίποτα δεν θα βοηθήσει. Επίσης τους κυριαρχεί άρνηση να αποκαλύψουν σε οποιονδήποτε ότι έχουν προβλήματα και θεωρούν ότι αποτελεί ένδειξη αδυναμίας να αναζητήσουν βοήθεια. Οι περισσότεροι έφηβοι δεν ξέρουν πού να απευθυνθούν για βοήθεια και επομένως, αυτό έχει ως επακόλουθο την διάπραξη της αυτοχειρίας (Iatronet, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ/ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ/ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

3.1) Οικογένεια και Αυτοκτονία

Η αυτοκτονία σαν πράξη δεν αφορά μόνο το άτομο που τη διαπράττει, αλλά και τον περίγυρο του, όπως είναι η οικογένεια, οι φίλοι και οι συγγενείς. Η αυτοκτονία μπορεί να έχει βαριές ψυχολογικές επιπτώσεις και σε αυτά τα άτομα. Γι αυτό τον λόγο η αυτοκτονία αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο το οποίο χρήζει αντιμετώπισης και πρόληψης (Γκατζέλια, 2012).

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. (Κατσούφη, 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 κοινωνικό - 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, 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 (Πιάνος, 2000).

Η στάση και η συμπεριφορά των ατόμων που βρίσκονται πιο κοντά στον ασθενή δίνει χρήσιμη πληροφόρηση για τις δυνατότητες θεραπείας. Σημαντικά για το άτομο πρόσωπα που νοιάζονται αλλά δεν πανικοβάλλονται και που αναγνωρίζουν τόσο τη σοβαρότητα της κατάστασης όσο και την αναγκαιότητα της θεραπείας, μπορούν να συμβάλουν πάρα πολύ και να τον βοηθήσουν να περάσει την κρίση της αυτοκτονίας (Μάνου, 2008).

Συχνά τα άτομα που βρίσκονται κοντά στον ασθενή κατακλύζονται από πανικό, σύγχυση ή θυμό, οπότε μπορεί να μην είναι σε θέση να προσφέρουν συνεχή υποστήριξη και βοήθεια. Είναι ακόμη πιο επικίνδυνα τα πράγματα για τον ασθενή, όταν οι φίλοι και η οικογένεια είναι αδιάφοροι στην κρίση που περνάει. Γιατί, τότε, μπορεί να ελαχιστοποιήσουν τον κίνδυνο της κατάστασης και να αποθαρρύνουν τον ασθενή από το να ζητήσει βοήθεια από ειδικό. Ο μεγαλύτερος, ίσως, κίνδυνος θανάτου αφορά τις περιπτώσεις εκείνες όπου τα άτομα που βρίσκονται γύρω από τον ασθενή τον ενθαρρύνουν με τον τρόπο τους να αυτοκτονήσει (Μάνου, 2008).

3.2) Οικογένεια και Αυτοκτονία –Συνέπειες

Το άτομο στα πρόθυρα της αυτοκτονίας είναι χαμένο σε μια δύνη μαύρων σκέψεων για την ζωή και το μέλλον του. Αν έχει οικογένεια, συνήθως πιστεύει ότι τους είναι βάρος, ότι θα είναι καλύτερα χωρίς αυτόν. Η πραγματικότητα είναι ακριβώς αντίθετη. Οι συνέπειες της αυτοκτονίας για την οικογένεια που μένει πίσω είναι τραγικές. Τα οδυνηρά συναισθήματα για την απώλεια του αγαπημένου εντείνονται και περιπλέκονται από το γεγονός ότι διάλεξε ο ίδιος να βάλει τέλος στη ζωή του. Ο πόνος της απώλειας συμβαδίζει συχνά με θυμό για τον αγαπημένο που τους ‘εγκατέλειψε’. Το σοκ ακολουθεί η σύγχυση για τους λόγους που οδήγησαν σ’ αυτήν την ενέργεια. Βασανιστικά ερωτήματα για το αν ευθύνονται οι ίδιοι ή αν θα μπορούσαν να το είχαν αποτρέψει κατακλύζουν το μυαλό τους.

Και βεβαίως το στίγμα της αυτοκτονίας για την οικογένεια είναι βαρύ. Η ελληνική κοινωνία αντιμετωπίζει με προκατάληψη την ψυχική διαταραχή, πόσο άλλωστε περισσότερο όταν αυτή οδηγεί το άτομο στην αυτοκτονία (Μεσσάρη, 2013).

Πέρα από τις άμεσες συναισθηματικές αντιδράσεις η αυτοκτονία μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας. Διεθνείς έρευνες επανειλημμένα έχουν δείξει ότι ένα επεισόδιο αυτοκτονίας στην οικογένεια αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση στο μέλλον ενός νέου κρούσματος αυτοκτονίας στους κόλπους της. Με άλλα λόγια συναντάμε υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών σε παιδιά ή άλλους συγγενείς ατόμων που αυτοκτόνησαν σε σχέση με το τι συμβαίνει στον γενικό πληθυσμό (Μεσσάρη, 2013).

Το ταξίδι ενός επιζώντα αυτοκτονίας, μετά την απώλεια ενός σημαντικού, αγαπημένου προσώπου, μπορεί να είναι βασανιστικά επίπονο, καταστροφικό και τραυματικό. Το στίγμα, τα πολιτισμικά, θρησκευτικά και κοινωνικά ταμπού που συνδέονται με την αυτοκτονία κάνουν αυτό το ταξίδι ακόμα πιο δύσκολο. Δυστυχώς, σύμφωνα με τις εμπειρίες πολλών επιζώντων, και η ελληνική γραφειοκρατία επιβαρύνει τις συνολικές επιπτώσεις της αυτοκτονίας στους επιζώντες (Κατσαδώρας & Ζαφειροπούλου, Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, 2021).

Η κατανόηση και η γνώση των σχετιζόμενων με την αυτοκτονία παραγόντων θα βοηθήσουν τον επιζώντα στο δρόμο της αποκατάστασης και θα καταστήσουν την εμπειρία λιγότερο αποδιοργανωτική και τρομακτική. Παράλληλα, η πρακτική υποστήριξη, πέραν την ψυχολογικής και συναισθηματικής θα διευκολύνει την αντιμετώπιση του περιστατικού(Κατσαδώρας & Ζαφειροπούλου, Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, 2021).

Πολλοί από τους θανάτους μπορεί να ήταν αναμενόμενοι, αλλά οι περισσότεροι επιζώντες αντιμετωπίζουν ένα θάνατο απρόσμενο και συχνά βίαιο. Ο αντίκτυπος του θανάτου ενός αυτόχειρα έχει πολλαπλασιαστικές επιπτώσεις. Αν και όλοι όσοι είχαν σχέση με το άτομο θα βιώσουν την απώλεια, η φροντίδα των άμεσων οικείων συχνά επισκιάζει τις ανάγκες άλλων κοντινών προσώπων (Κατσαδώρας & Ζαφειροπούλου, Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, 2021).

Αν η οικογένεια και οι φίλοι μπορούν να συσπειρωθούν για να μοιραστούν τα συναισθήματά τους και να αλληλοϋποστηρίχτούν κατά τη διάρκεια του πένθους, η προσαρμογή στην κατάσταση μετά την αυτοκτονία θα είναι ευκολότερη (Κατσαδώρας & Ζαφειροπούλου, Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, 2021).

Ενώ το πένθος είναι μία «φυσιολογική» διαδικασία για τα άτομα, ο θάνατος αγαπημένου προσώπου από αυτοκτονία, γενικά δε βιώνεται ως «φυσιολογικό», παρόλο που η αυτοκτονία είναι μία κοινή αιτία θανάτου. Οι ανάγκες των πενθούντων αυτοχειρών είναι πολλές και μπορεί να είναι ιδιαίτερες πολύπλοκες. Η αυτοκτονία, όπως η ανθρωποκτονία και ο θάνατος από ατύχημα, γενικά θεωρούνται ως μη φυσικός θάνατος, και μπορεί να είναι τρομακτική. Επίσης, λόγω του ότι η αυτοκτονία συχνά λαμβάνει χώρα στο σπίτι, ο επιζών μπορεί να έχει βρει το πτώμα του αγαπημένου προσώπου. Η ψυχική οδύνη, οι αναβιώσεις (flashbacks) και ψευδαισθήσεις, σαν αποτέλεσμα της μεθόδου που διάλεξε ο αυτόχειρας, θα συνοδεύουν συχνά τον επιζώντα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η επαγγελματική βοήθεια είναι συχνά απαραίτητη, αλλά και η συνολική υποστήριξη σε μία σειρά πρακτικών ζητημάτων (Κατσαδώρας&Ζαφειροπούλου, Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, 2021).

Όλοι είμαστε «ερασιτέχνες» στην απώλεια, στο θάνατο και δεν υπάρχει ο «ενδεδειγμένος» τρόπος πένθους. Δεν είναι όλες οι αντιδράσεις και τα συναισθήματα των ανθρώπων τα ίδια, αλλά μπορεί να βιώνει τα παρακάτω: Αρχικά μπορεί να νιώθει θλιμμένος-η, μουνδιασμένος-η, θυμωμένος/-η, ανακουφισμένος/-η, ένοχος/-η, μόνος/-η, φοβισμένος/-η ή αβοήθητος/-η. Αυτά τα συναισθήματα έρχονται και φεύγουν και δεν έχουν κάποια συγκεκριμένη ακολουθία. Επίσης μπορεί να αισθάνεται περισσότερο κουρασμένος/-η απ' ότι συνήθως, ωστόσο να μην μπορεί να κοιμηθεί. Μπορεί να έχει, επίσης, πολύ «ζωντανά» όνειρα. Πιθανώς έχει αλλάξει η όρεξη του για φαγητό και έχει μειωμένη ενεργητικότητα. Ενδεχομένως δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί και το μυαλό του είναι «αλλού» (Κατσαδώρας&Ζαφειροπούλου, Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, 2021).

Ακόμη πιθανώς σκέφτεται πολύ συχνά την απώλεια και τα γεγονότα που οδήγησαν σ' αυτή. Είναι φυσιολογικό να αναρωτιέται τι θα μπορούσε να είχε γίνει διαφορετικά. Παρά το ότι γνωρίζει ότι το αγαπημένο του πρόσωπο πέθανε, μπορεί να το «ξεχνά» για λίγο, ίσως συχνότερα όταν ξυπνά. Ίσως φαντάζεται ότι τον/την είδε ή ότι έχει κάποια είδους επικοινωνία μαζί του/της. Αυτές οι σκέψεις μπορεί να είναι δυσβάσταχτες ή ακόμη και τρομακτικές μερικές φορές. Τα συναισθήματα και τα σωματικά συμπτώματα του πένθους είναι πιθανό να κάνουν να αναρωτιέται αν πενθεί με το «σωστό» τρόπο ή ακόμα και αν έχει τρελαθεί. Επιπρόσθετα ίσως χρειάζεται περισσότερο χρόνο μόνος/-η ή αντίθετα να έχει την ανάγκη να μιλά για την απώλεια του συνέχεια. Ίσως ψάχνει ανθρώπους που μπορούν να καταλάβουν και αποστασιοποιείται από άτομα που δε βοηθούν. Ίσως απογοητευθεί ή

εκπλαγεί από το ποιος/-α τελικά μπορεί να τον υποστηρίξει και ποιος όχι. Πιθανώς τον βασανίζουν ερωτήματα σχετικά με το νόημα της ζωής, τη σχέση σου με τη θρησκεία και τις πεποιθήσεις του σχετικά με τη ζωή μετά το θάνατο (Κατσαδώρος&Ζαφειροπούλου, Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, 2021).

Ακόμα και αν σου φαίνεται αδιανόητο, κατά το αρχικό χρονικό διάστημα του πένθους, όσο περνάει ο καιρός θα βρει δυνάμεις και δυνατότητες μέσα σου που δεν ήξερε καν ότι έχει. Ακόμα και όταν παλεύουμε με το πένθος, μπορούμε να μάθουμε πώς εξελισσόμαστε μαζί με αυτό (Κατσαδώρος&Ζαφειροπούλου, Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ΟΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

4.1)Υπηρεσίες Ψυχικής υγείας για το άτομο και την οικογένεια

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας για την ψυχική υγεία που να καλύπτει, πέραν από την θεραπεία και την αποκατάσταση, τους τομείς της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών και των τοξικό-εξαρτήσεων, καθώς και τον τομέα της προαγωγής της ψυχικής υγείας και υγιών διαπροσωπικών σχέσεων. Η οργάνωση της φροντίδας αυτής θα πρέπει να γίνεται ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου και της οικογένειάς του, σε συνεργασία με άλλες εμπλεκόμενες υπηρεσίες και φορείς(κρατικούς, κοινοτικούς, εθελοντικούς κ.α.)

Κατηγοριοποίηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας:

1. Ενσωματωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο γενικό σύστημα υγείας, ομαδοποιούνται σ αυτές που εντάσσονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στις αντίστοιχες των γενικών νοσοκομείων (Ζαχαριάς, 2003).

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιλαμβάνουν θεραπευτικές υπηρεσίες καθώς και δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας και παρέχονται από επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι υπηρεσίες που παρέχονται από γενικούς ιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας που έχουν ως βάση τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Η παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας μέσω της πρωτοβάθμιας περίθαλψης προαπαιτεί σημαντική επένδυση στην εκπαίδευση των αντίστοιχων επαγγελματιών, ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν τις ψυχικές διαταραχές (Ζαχαριάς,2003).

Οι Υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία περιλαμβάνουν συγκεκριμένες υπηρεσίες που προέρχονται από περιφερικά, πανεπιστημιακά ή κεντρικά γενικά νοσοκομεία,

που αποτελούν μέρος του γενικού συστήματος υγείας. Περιλαμβάνουν ψυχιατρικά τμήματα ενδο-νοσοκομειακής νοσηλείας, ψυχιατρικές κλίνες σε παθολογικές κλινικές, τμήματα επειγόντων και εξωτερικά ιατρεία. Μπορεί ακόμη να περιλαμβάνουν και μερικές εξειδικευμένες υπηρεσίες, όπως για παιδιά, εφήβους και ηλικιωμένους. Αυτές οι υπηρεσίες παρέχονται από εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας όπως ψυχίατροι, ψυχιατρικοί νοσηλευτές, ψυχιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και γιατροί που έχουν εκπαιδευτεί στην ψυχιατρική. Αυτές οι υπηρεσίες προαπαιτούν επαρκές εξειδικευμένο προσωπικό, καθώς και σχετικές εκπαιδευτικές διευκολύνσεις (Ζαχαριάς,2003).

2. Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας κατηγοριοποιούνται σε θεσμοθετημένες και στις άτυπες (Ζαχαριάς,2003).

Οι θεσμοθετημένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν κοινοτικές υπηρεσίες αποκατάστασης, προγράμματα αντιμετώπισης περιστατικών εκτός νοσοκομείου, κινητές μονάδες αντιμετώπισης κρίσεων, θεραπευτικές, κλειστού τύπου εποπτευόμενες υπηρεσίες, υπηρεσίες για ειδικές πληθυσμιακές ομάδες, όπως τα θύματα τραυματικών εμπειριών, τα παιδιά, οι έφηβοι και οι ηλικιωμένοι. Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν έχουν έδρα στα νοσοκομεία, παρά το γεγονός ότι είναι απαραίτητο να έχουν στενή συνεργασία τόσο με τα γενικά, όσο και με τα ψυχιατρικά νοσοκομεία (Ζαχαριάς,2003).

Οι άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται από μέλη τοπικών κοινοτήτων που δεν ανήκουν στα επαγγέλματα υγείας. Αν και συνήθως δεν αποτελούν τον πυρήνα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και οι χώρες που βασίζονται αποκλειστικά στις υπηρεσίες τους αναλαμβάνουν τους σχετικούς κινδύνους, αυτά τα άτομα μπορούν να αποτελέσουν ένα χρήσιμο συμπλήρωμα στις θεσμοθετημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, υποβοηθώντας στην καλύτερη έκβαση των διαταραχών (Ζαχαριάς,2003).

Οι εξειδικευμένες ιδρυματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν εξειδικευμένες υπηρεσίες και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Κύριο χαρακτηριστικό τους είναι η ανεξαρτησία και η αυτονομία στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών τους, αμ και μπορεί να διατηρούν κάποια μορφή συνεργασίας με το γενικότερο σύστημα υγείας (Ζαχαριάς,2003).

Οι εξειδικευμένες ιδρυματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται κυρίως δημόσια ή και ιδιωτικά νοσοκομειακά πλαίσια, με τον τύπο της κλειστής νοσηλείας αλλά και των εξωτερικών ιατρείων. Στις υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνονται μονάδες οξέων και μονάδες υψηλής ασφάλειας, μονάδες παιδιών και ηλικιωμένων και ιατροδικαστικές ψυχιατρικές

μονάδες. Καλύπτουν πολύ συγκεκριμένες ανάγκες, απαιτούν ιδρυματικά πλαίσια και ικανό αριθμό εξειδικευμένου προσωπικού (Ζαχαριάς, 2003).

Τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία παρέχουν κυρίως υπηρεσίες μακροχρόνιας φύλαξης. Σε πολλά μέρη του κόσμου αποτελούν είτε τις μόνες, ή ένα ουσιαστικό στοιχείο των σχετικών υπηρεσιών (Ζαχαριάς, 2003).

Στην ευρύτερη κατηγορία των ενσωματωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο γενικό σύστημα υγείας διακρίνονται σε υποκατηγορίες.

-οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα

-οι υπηρεσίες ψυχικής στα γενικά νοσοκομεία

Παραδείγματα παροχής υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα:

Α)γενικοί γιατροί , νοσηλευτές και άλλες ειδικότητες επαγγελματιών του τομέα υγείας, που εργάζονται σε πλαίσια πρωτοβάθμιας φροντίδας , παρέχουν διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες , καθώς και υπηρεσίες διασύνδεσης για ψυχικές διαταραχές.

Β)γενικοί γιατροί , νοσηλευτές και άλλες ειδικότητες , πραγματοποιούν επισκέψεις κατ οίκον για τη διαχείριση ψυχικών διαταραχών.

Γ) μη ιατρικό προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας που παρέχει βασικές υπηρεσίες υγείας σε αγροτικές περιοχές.

Δ) μη ιατρικό προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας που παρέχει εμπλέκεται σε δράσεις προαγωγής και πρόληψης , όπως η λειτουργία προγραμμάτων για εκπαίδευση στην ψυχική υγεία και η εξέταση για ψυχικές διαταραχές στα σχολεία.

Ε) εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα και βοηθοί τους που παρέχουν πληροφόρηση, εκπαίδευση, καθοδήγηση καθώς και θεραπευτικές παρεμβάσεις σε θύματα φυσικών καταστροφών και πράξεων βίας (Ζαχαριάς, 2003).

Υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται στα γενικά νοσοκομεία:

- Ενδονοσοκομειακή φροντίδα για οξεία περιστατικά
- Φροντίδα για σταθεροποίηση κρίσεων
- Ημερήσια ή νυχτερινά νοσοκομειακά προγράμματα
- Συμβουλευτικές / διασυνδεδετικές υπηρεσίες για γενικούς ασθενείς
- Εντατικά προγράμματα για εξωτερικούς ασθενείς
- Φροντίδα ανακούφισης

- Εξειδικευμένη συμβουλευτική /υποστήριξη /εκπαίδευση για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας
- Πολυκλαδικές ψυχιατρικές ομάδες που διασυνδέονται με άλλους τοπικούς και περιφερικούς τομείς (σχολεία, εργοδότες, σωφρονιστικές υπηρεσίες , υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας) και μη κυβερνητικές οργανώσεις σε διατομεακές πρωτοβουλίες πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας
- Ειδικευμένες μονάδες / τμήματα για άτομα με συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές και για συναφή προγράμματα αποκατάστασης(Ζαχαριάς,2003).

Κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας: Υποδιαιρούνται σε θεσμοθετημένες και άτυπες

Παραδείγματα θεσμοθετημένων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Υπηρεσίες αποκατάστασης :

- Κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας/ εξωτερικά ιατρεία
- Κοινοτικές λέσχες
- Κέντρα ημέρας
- Ανοιχτά κέντρα
- Ομάδες υποστήριξης
- Επαγγελματικά εργαστήρια , εργαστήρια αποκατάστασης
- Προστατευόμενα εργαστήρια
- Εποπτευόμενες θέσεις απασχόλησης
- Συνεταιριστικά εργασιακά σχήματα
- Προγράμματα υποστηριζόμενης απασχόλησης (Ζαχαριάς, 2003).

Προγράμματα αντιμετώπισης περιστατικών εκτός νοσοκομείου και κινητές μονάδες παρέμβασης στην κρίση

- Κινητές μονάδες διάγνωσης και αντιμετώπισης κρίσεων (προσφέρουν υπηρεσίες και απογευματινές ώρες, καθώς και Σαββατοκύριακα) που λειτουργούν από κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας ή εξωτερικά ιατρεία.

Υπηρεσίες αντιμετώπισης κρίσεων

- Σπίτια στις γειτονιές όπου παρέχεται 24ωρη φροντίδα από επαγγελματίες ψυχικής υγείας
- Ειδικευμένο προσωπικό υποστήριξης που μπορεί να διανυκτερεύσει στο σπίτι του ασθενούς, σε περιόδους κρίσεων
- Κέντρα αντιμετώπισης κρίσεων

Θεραπευτικές και εποπτευόμενες στεγαστικές υπηρεσίες

- Διαμερίσματα για πρώην ασθενείς(χωρίς εποπτεία)
- Διαμερίσματα για 2-3 ενοίκους (χωρίς εποπτεία)
- Σπίτια ομαδικής διαβίωσης (με ή χωρίς προσωπικό)

- Ξενώνες
- Σπίτια ημιδιαμονής
- Αγροτικά χωριά ψυχιατρικής αποκατάστασης
- Συνήθης στέγαση

Υπηρεσίες κατ οίκον

- Διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση και διαχείριση που συντονίζονται από επαγγελματίες του κοινοτικού κέντρου ψυχικής υγείας
- Ατομική αντιμετώπιση περιστατικού και εντατικοποιημένη κοινοτική θεραπεία
- Κέντρα υποστήριξης υπηρεσιών κατ οίκον

Λοιπές υπηρεσίες

- Κλινικές υπηρεσίες σε εκπαιδευτικά, εργασιακά και σωφρονιστικά πλαίσια
- Τηλεφωνικές γραμμές άμεσης βοήθειας
- Προγράμματα αντιμετώπισης τραυματικών εμπειριών σε στρατόπεδα προσφύγων, ή σε κοινοτικά πλαίσια (Ζαχαριάς, 2003).

Άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Παραδείγματα παροχών άτυπων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας

- Παραδοσιακοί θεραπευτές
- Εργαζόμενοι σε κοινοτικά προγράμματα
- Μέλη των οικογενειών
- Ομάδες αυτοβοήθειας και ομάδες χρηστών και υπηρεσιών
- Υπηρεσίες συνηγορίας
- Εθελοντές που παρέχουν επιμόρφωση σε γονείς και νέους για θέματα ψυχικής υγείας και θέματα πρόληψης των ψυχικών διαταραχών (συμπεριλαμβανομένων των αυτοκτονικών διαθέσεων), σε σχολεία και κλινικές.
- Θρησκευτικοί ηγέτες που παρέχουν πληροφορίες σχετικές με την αντιμετώπιση τραυματικών καταστάσεων και άλλων έκτατων γεγονότων
- Υπηρεσίες που , παρέχονται , σε ημερήσια βάση , από συγγενείς , γείτονες ή συνταξιούχους των τοπικών κοινοτήτων
- Εθελοντές ανθρωπιστικής βοήθειας σε έκτατες συνθήκες (Ζαχαριάς,2003).

Ιδρυματικές υπηρεσίες σε ψυχιατρικά νοσοκομεία : Εξειδικευμένες ιδρυματικές υπηρεσίες και ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία

Παραδείγματα ειδικευμένων ιδρυματικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

- Ειδικευμένη ενδονοσοκομειακή φροντίδα
Μονάδες μέσης ασφάλειας
Μονάδες υψηλής ασφάλειας
- Ειδικευμένες μονάδες/ κέντρα για τη θεραπεία συγκεκριμένων διαταραχών και αντίστοιχων προγραμμάτων αποκατάστασης , όπως μονάδες διαταραχών της διατροφής

- Εξειδικευμένες κλινικές ή μονάδες συγκεκριμένων ψυχικών διαταραχών παιδιών και εφήβων
- Υπηρεσίες αποκατάστασης συγκεκριμένων διαταραχών παιδιών και εφήβων, όπως ο αυτισμός και οι ψυχωσικές διαταραχές
- Φροντίδα ανακούφισης
- Εξειδικευμένες κλινικές ή μονάδες για συγκεκριμένες διαταραχές των ηλικιωμένων , όπως η νόσος Alzheimer (Ζαχαριάς, 2003).

4.2) Υπηρεσίες για την πρόληψη και την διαχείριση της αυτοκτονίας

Η πρόληψη της αυτοκτονίας είναι μια ιδιαίτερα δύσκολη υπόθεση. Ένας λόγος που συμβαίνει αυτό είναι ότι τα άτομα που σκέφτονται να διαπράξουν αυτοκτονία, δε μπορούν να συνειδητοποιήσουν ότι εκείνη τη στιγμή η σκέψη τους είναι περιορισμένη και σκέφτονται παράλογα, ούτε επίσης ότι χρειάζονται βοήθεια. Λιγότερο από το ένα τρίτο των ατόμων αυτών επιδιώκει οικειοθελή ψυχολογική υποστήριξη. Υπάρχουν και οι περιπτώσεις, βέβαια, όπου η οικογένεια ή οι φίλοι φέρνουν αυτά τα άτομα σε κέντρα ψυχικής υγείας, επειδή παρουσιάζουν σημάδια κατάθλιψης ή απειλούν ότι θα αυτοκτονήσουν. Οι περισσότεροι που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν, στην πραγματικότητα δεν επιθυμούν να πεθάνουν και δίνουν συχνά σημάδια προειδοποίησης των προθέσεων τους. Εάν λοιπόν, αυτή η «κραυγή» βοήθειας γίνει εγκαίρως αντιληπτή, τότε είναι πιθανό να υπάρξει παρέμβαση με επιτυχία (Carson&Butcher, 1992).

Καταρχάς θα πρέπει να σημειωθεί ότι όταν ένας άνθρωπος είναι πραγματικά αποφασισμένος να αυτοκτονήσει, η πρόβλεψη ή η αποτροπή της απόπειρας είναι από εξαιρετικά δύσκολη έως σχεδόν αδύνατη. Στις περισσότερες ωστόσο περιπτώσεις ο αυτοκτονικός ιδεασμός συνοδεύεται από αμφιθυμία (το άτομο θέλει και δεν θέλει να αυτοκτονήσει, έχει λόγους για να πεθάνει αλλά και λόγους για να ζήσει) με συνέπεια η αυτοκτονική πρόθεση να παρουσιάζει “κενά” που δημιουργούν περιθώρια επιτυχούς παρέμβασης. Η αξιολόγηση της αυτοκτονικότητας απαιτεί γνώσεις, εμπειρία και επιδεξιότητα και πρέπει να γίνεται από καλά καταρτισμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Η αντιμετώπιση συνίσταται:

- Στη διαρκή και έγκυρη εκτίμηση του αυτοκτονικού ιδεασμού.
- Στη δημιουργία συνθηκών ασφαλείας για τον ασθενή (ακόμα και αν αυτό σημαίνει συνεχής κατ’ οίκον επιτήρηση ή νοσηλεία).
- Στη θεραπεία της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας.

- Στην “αποδυνάμωση” των παραγόντων κινδύνου για εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς.
- Στην “ενδυνάμωση” των παραγόντων που προστατεύουν από την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς.
- Στην εκπαίδευση του ασθενούς και των κοντινών του προσώπων στην αναγνώριση του αυτοκτονικού ιδεασμού και στην άμεση αντιμετώπισή του σε κατάσταση “κρίσης”.(Κέντρο Ψυχικής Υγείας, χ.χ)

Υπάρχουν ποικίλες Υπηρεσίες Πρόληψης και διαχείριση της αυτοκτονίας.

Πρωτίστως, το κέντρο Ημέρας “Κλίμακα” όπου λειτουργεί από το 2007 την μοναδική στην Ελλάδα τηλεφωνική Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία με το νούμερο 1018 (για άνω των 18 ετών) και το νούμερο 1056 (για κάτω των 18 ετών) η οποίες στελεχώνεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. Η Γραμμή λειτουργεί σε εικοσιτετράωρη βάση. Οι κλήσεις είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές, ενώ οι καλούντες έχουν τη δυνατότητα για άμεση συνάντηση με ειδικό μέσα σε 24 ώρες. Στόχος της Γραμμής είναι η διαχείριση της αυτοκαταστροφικής κρίσης, έτσι ώστε να αποφευχθεί ο βραχυπρόθεσμος κίνδυνος αλλά και να διασφαλιστεί όσο το δυνατό πιο άμεσα και αποτελεσματικά η παροχή ψυχιατρικής και ψυχολογικής στήριξης στον καλούντα και στην οικογένειά του. Σε περιπτώσεις όπου κρίνεται απαραίτητο, επιδιώκεται η συνέχιση της επικοινωνίας με τους καλούντες και η παρακολούθησή τους από το επιστημονικό προσωπικό του φορέα. (Αρναούτογλου, χ.χ)

Επιπλέον, στην Ελλάδα υπάρχει το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» όπου οι δράσεις του προγράμματος αφορούν άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας επικεντρώνονται στην προληπτική παρέμβαση υψηλού κινδύνου, ειδικά για άτομα με αυτοκτονική συμπεριφορά, μέσω φορέων υλοποίησης που συνεργάζονται με τις ελληνικές διοικητικές περιφέρειες. Οι υπηρεσίες παρέχονται από επαγγελματίες (Χάσικου, 2021).

Στην Κύπρο, δεν υπάρχουν συγκεκριμένα προγράμματα ή γραμμές βοήθειας που να απευθύνονται συγκεκριμένα στον αυτοκτονικό ιδεασμό και στην πρόληψη της αυτοκτονίας. Λειτουργούν Ανοικτές Τηλεφωνικές Γραμμές που παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη, πληροφόρηση, καθοδήγηση ή / και συμβουλευτική υποστήριξη σε άτομα που χρήζουν βοήθειας, δωρεάν και ανώνυμα. Παράλληλα παρέχουν τη δυνατότητα παραπομπής του ατόμου ή της οικογένειας σε υπηρεσίες, δομές και προγράμματα στα οποία μπορούν να απευθυνθούν για εξειδικευμένη βοήθεια. Η τηλεφωνική γραμμή είναι το 1410 στον

Οργανισμός Νεολαίας Κύπρου και το 1456 στο Κέντρο Συμβουλευτικής Εφήβων και Οικογένειας “ΠΕΡΣΕΑΣ” (Υπουργείο Άμυνας, 2019).

Υπάρχουν ποικίλα προειδοποιητικά σημάδια αυτοκτονίας όπως, όταν το άτομο, μιλάει συνεχώς για την αυτοκτονία: χρησιμοποιεί φράσεις όπως «μακάρι να μην είχα γεννηθεί», «θα είναι καλύτερα αν πεθάνω», καθώς αναζητά διάφορες φονικές μεθόδους: ψάχνει να βρει πρόσβαση σε όπλα, χάπια, μαχαίρια κτλ. Το άτομο επίσης έχει εμμονή με το θάνατο: ασυνήθιστη εστίαση στον θάνατο και τη βία. Ενδεχομένως να υμνεί τον θάνατο μέσω ποιημάτων ή ζωγραφιών. Το άτομο έχει συνεχώς μια αίσθηση απελπισίας για το μέλλον: συναισθήματα ανικανότητας και εγκλωβισμού. Πεποίθηση ότι δεν θα αλλάξει τίποτα, και απέχθεια για τον εαυτό του: αισθήματα αναξιότητας, ενοχής, ντροπής και βάρους (Πίσχος, 2017).

Επιπλέον, κάνει προγραμματισμό για το μέλλον: ρυθμίζει τις υποθέσεις του με την οικογένεια ή το στενό του περιβάλλον σαν να μην υπάρχει μέλλον, κάνει αποχαιρετισμό, δηλαδή απρόσμενες επισκέψεις ή τηλεφωνήματα σε συγγενείς και φίλους, αποχαιρετώντας τους σαν να πρόκειται να μην τους ξαναδεί ποτέ. Το άτομο αποσύρεται από την κοινωνία, αποσύρεται από συγγενείς και φίλους και αυξάνει την κοινωνική του απομόνωση. Έχει αυτοκαταστροφική συμπεριφορά όπως, αυξημένη χρήση αλκοόλ, ναρκωτικών, απρόσεκτη οδήγηση κτλ. Ζει με έναν τρόπο σαν να εύχεται να πεθάνει. Τέλος, αισθάνεται μια ξαφνική αίσθηση ηρεμίας ή ευτυχίας μετά από έντονες περιόδους κατάθλιψης, μπορεί να σημαίνει ότι έχει αποφασίσει να αυτοκτονήσει (Πίσχος, 2017).

4.3) Ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην πρόληψη και διαχείριση της αυτοκτονίας.

Η πολυπλοκότητα και η ρευστότητα της σύγχρονης κοινωνικής πραγματικότητας καθρεφτίζεται στην εμβέλεια και τις διαφοροποιήσεις που χαρακτηρίζουν το ρόλο των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας. Καθώς άτομα, οικογένειες και ευρύτερες κοινωνικές ομάδες καλούνται να διαχειριστούν πρωτόγνωρες καταστάσεις, αναζητούν όλο και περισσότερο τη βοήθεια των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Κατάκη, 2019).

Η αναζήτηση ψυχιατρικής επαγγελματικής βοήθειας αποτελεί τον πιο σίγουρο τρόπο αντιμετώπισης συμπεριφορών που ενδέχεται να καταλήξουν στην αυτοκτονία (και μάλιστα την ολοκληρωμένη αυτοκτονία). Ο βασικότερος λόγος για τον οποίο εξακολουθούν να διατηρούνται οι αριθμοί των ανθρώπων που έβαλαν τέλος στη ζωή τους, έχει να κάνει με το

θέμα της ενημέρωσης διότι ο κόσμος είτε δε μπορεί είτε δε θέλει να συνειδητοποιήσει ότι χρειάζεται βοήθεια.

Το γεγονός ότι μέχρι και σήμερα η ψυχική ασθένεια θεωρείται στίγμα, όπως και η επίσκεψη σε κάποιον ειδικό επαγγελματία ψυχικής υγείας θεωρείται ξανά το ίδιο, έχει ως αποτέλεσμα να μη λύνονται τα ψυχικά προβλήματα που αντιμετωπίζει πολύς κόσμος.

Άτομο:

Η παρέμβαση έχει συμβουλευτικό και υποστηρικτικό χαρακτήρα, όπου αποσκοπεί στη πρόληψη των ψυχιατρικών διαταραχών και εφαρμόζεται από ειδικό ή ειδικούς ψυχικής υγείας (ψυχολόγο, ψυχίατρο) στους χώρους παροχής φροντίδας υγείας, σε ατομικό αλλά κυρίως σε ομαδικό επίπεδο, μέσω συναντήσεων. Πιο συγκεκριμένα, στις ατομικές συναντήσεις, συζητάνε θέματα σχετικά με την οικογένεια τους, τα προβλήματα που έχουν στο χώρο εργασίας τους, με τη ζωή τους και τις δυσκολίες που αυτή μπορεί να ενέχει, όπως επίσης σενάρια και σχέδια που κάνουν για το μέλλον. Στις ομαδικές συναντήσεις, συζητάνε θέματα που αφορούν στη προσωπική και επαγγελματική τους ζωή, στις πιθανές προσωπικές και επαγγελματικές τους επιλογές και στις διάφορες καθημερινές δυσκολίες και πως αυτές επηρεάζουν τον ψυχικό τους κόσμο (Κοινής, 2014).

Γενικά ο ρόλος του ειδικού ψυχικής υγείας όπως και του κοινωνικού λειτουργού είναι να ανιχνεύσει, να προσδιορίσει τη δυσκολία αλλά και την ανάγκη υποστήριξης τους, εφόσον βέβαια αυτή υπάρχει. Η συμβουλευτική προσέγγιση αποσκοπεί στην προαγωγή της ψυχικής υγείας του ατόμου. Επίσης, ο ειδικός ψυχικής υγείας/ κοινωνικός λειτουργός, προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο να βελτιώσει την ψυχολογική του κατάσταση, να ανακαλύψει ή να αλλάξει τρόπους χειρισμού προβληματικών καταστάσεων, και να γενικεύσει την ικανότητα – απόκτηση δεξιοτήτων’ επίλυσης προβλημάτων(Κοινής, 2014).

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας / κοινωνικοί λειτουργοί θέτουν στόχους ώστε να έχουν άμεση επικοινωνία και σύνδεση με τον εξυπηρετούμενο. Πρωτίστως, Στόχος των πλείστων επαγγελματιών είναι η ενσυναίσθηση, να ακούνε ουσιαστικά τον ασθενή και να νιώθει την κατανόηση. Είναι σημαντικό οι άνθρωποι με αυτοκτονικό ιδεασμό να αισθάνονται και να γνωρίζουν ότι δεν είναι τρελοί, ή κακοί για αυτό που τους συμβαίνει. Ένας δεύτερος στόχος είναι η παροχή βοήθειας ώστε να ανακαλύψουν την ελπίδα και να την κρατήσουν σφιχτά στα χέρια τους. Αυτό προκύπτει μέσα από τη βαθιά ακρόαση, την αποδοχή και μέσω της υπογράμμισης των δυνατοτήτων τους που ακόμα αρνούνται να αποδεχτούν. Ένας τρίτος στόχος για όλους όσους έχουν στο περιβάλλον τους ανθρώπους με

αυτοκτονικό ιδεασμό, είναι να ενημερώνετε τους ανθρώπους αυτούς με λέξεις και με πράξεις ότι είναι πραγματικά σημαντικοί για εσάς (Edelstein, χ.χ).

Οι ειδικοί που ασχολούνται με την ψυχική υγεία συχνά καλούνται να δουν ασθενείς που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο κλινικός θα πρέπει να κρίνει αν υπάρχει κίνδυνος για άλλη απόπειρα στο άμεσο μέλλον. Αυτό, φυσικά, σημαίνει προσεκτική εκτίμηση αυτής καθαυτής της απόπειρας του ασθενή, γιατί το πόσο κοντά έφθασε στο θάνατο το άτομο αποτελεί σημαντικό προγνωστικό στοιχείο για αυτοκαταστροφική συμπεριφορά αργότερα. Κανένα άτομο που έκανε απόπειρα δεν πρέπει να επιστρέψει σπίτι του πριν γίνει ψυχιατρική εκτίμηση (Μάνου, 2008).

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

- Διαπροσωπική – κοινωνική κατάσταση
- Επάγγελμα
- Ψυχιατρικό ιστορικό
- Ιστορικό χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και αλκοόλ
- Ιατρικό ιστορικό
- Εξέταση των ψυχικών λειτουργιών (Μάνου, 2008)

Ο κλινικός θα πρέπει να χρησιμοποιήσει την κρίση του για να εκτιμήσει το συνεχιζόμενο κίνδυνο αυτοκτονίας και τις διαθέσιμες πηγές βοήθειας που υπάρχουν, ώστε αποφασίσει τον τρόπο παρέμβασης του. Γι αυτό, θα χρειαστεί τα στοιχεία που θα συγκεντρώσει μιλώντας με το άτομο, όσο και με την οικογένεια, τους φίλους του και οποιοδήποτε άλλα άτομα μπορούν να συμβάλουν (γιατρούς, θεραπευτές, ιερείς κλπ) (Μάνου, 2008).

Γενικά ο κλινικός θα πρέπει να διαλέξει ανάμεσα σε τρεις τρόπους παρέμβασης:

- Το άτομο να πάει σπίτι του
- Εκούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο

- Ακούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο (Μάνου, 2008)

Οικογένεια:

Οι οικογένειες που πλήττονται από την αυτοκτονία χρειάζονται στήριξη από το άμεσο και ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον. Αντί για προκατάληψη αξίζει να τους προσφέρουμε κατανόηση και αν χρειαστεί πρακτική βοήθεια. Ο πόνος της αυτοκτονίας του αγαπημένου ίσως δεν ξεπερνιέται ποτέ. Όμως οι αρνητικές του επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των μελών, και ιδιαίτερα των παιδιών, μπορεί να μετριαστούν σημαντικά, αν η οικογένεια κρατήσει μια ανοιχτή στάση που υποστηρίζει τον προβληματισμό για τα αίτια αλλά και τις συνέπειες της αυτοκτονίας για όλους και παρέχει ένα ασφαλές υποστηρικτικό πλαίσιο για την έκφραση ακόμη και των πιο δύσκολων συναισθημάτων. Βέβαια η πρόληψη είναι η καλύτερη λύση. (Μεσσάρη, 2013)

Το 1969 η ψυχιάτρος Kübler-Ross εισήγαγε για πρώτη φορά «τα 5 στάδια του πένθους». Τα στάδια αυτά αποτελούν τις υγιείς ψυχικές αντιδράσεις που έρχονται στην επιφάνεια, καθώς το άτομο προσπαθεί να νοηματοδοτήσει την απώλεια. Το σημαντικότερο μέρος όλης της θεραπευτικής διαδικασίας αποτελεί η βίωση και η αποδοχή όλων των συναισθημάτων που δημιουργεί η απώλεια. Ακολουθούν τα στάδια:

Άρνηση, μούδιασμα και σοκ: «Δε μπορεί να συμβαίνει αυτό σε εμένα». Το πρώτο στάδιο του πένθους βοηθά το άτομο να μειώσει την ένταση της απώλειας. Στο στάδιο αυτό, η ζωή δεν έχει κανένα νόημα και το άτομο είναι μούδιασμένο. Αναρωτιέται αν και με ποιο τρόπο μπορεί να προχωρήσει τη ζωή του. Η άρνηση βοηθά το άτομο να διαχειριστεί μόνο τόσες πληροφορίες, όσες αντέχει. Καθώς αποδέχεται την πραγματικότητα της απώλειας, αρχίζει να μπαίνει στη θεραπευτική διαδικασία. Ο άνθρωπος δυναμώνει ψυχικά και η άρνηση εξαφανίζεται.

Θυμός: «Γιατί συμβαίνει αυτό σε εμένα;». Ο θυμός αποτελεί απαραίτητο στάδιο της θεραπευτικής διαδικασίας. Το άτομο νιώθει εγκαταλελειμμένο και αδύναμο. Μπορεί να στρέψει το θυμό του όχι μόνο απέναντι στην οικογένεια, τους φίλους, το γιατρό, το πρόσωπο που χάθηκε αλλά και σε ανώτερες δυνάμεις, όπως είναι ο Θεός. Ο θυμός κρύβει πόνο που οφείλεται στην απώλεια και δείχνει την ένταση της αγάπης.

Διαπραγμάτευση: «Κάνε να μη συμβεί αυτό και σε αντάλλαγμα εγώ...». Το στάδιο αυτό περιλαμβάνει επίμονες σκέψεις που κάνει το άτομο για όλα αυτά που θα μπορούσαν να γίνουν με διαφορετικό τρόπο για να αποφευχθεί η απώλεια. Θέλει πίσω τη ζωή που είχε

προτού συμβεί η απώλεια. Οι σκέψεις αυτές δημιουργούν τύψεις και ενοχές στο άτομο για αυτά που θα μπορούσε να κάνει διαφορετικά στο παρελθόν και δεν έκανε.

Κατάθλιψη: «Δεν έχω όρεξη να κάνω τίποτα». Το στάδιο αυτό επέρχεται όταν το άτομο συνειδητοποιήσει το πραγματικό μέγεθος της απώλειας. Αποσύρεται από αγαπημένες δραστηριότητες, είναι λυπημένο, έχει προβλήματα στον ύπνο (αϋπνία ή υπερυπνία), διαταραχές της όρεξης και προβλήματα συγκέντρωσης και μνήμης. Η κατάθλιψη αποτελεί φυσιολογική αντίδραση στη συνειδητοποίηση ότι το αντικείμενο της απώλειας χάθηκε οριστικά.

Αποδοχή: «Έχω αποδεχτεί αυτό που συνέβη». Το στάδιο αυτό αφορά στην αποδοχή της νέας πραγματικότητας. Το άτομο μαθαίνει να ζει χωρίς το αντικείμενο της απώλειας και αντιλαμβάνεται ότι πρέπει να συνεχίσει τη ζωή του. Να φτιάξει καινούριες φιλίες και να επενδύσει σε νέες σχέσεις. Πολλές φορές νιώθει πως προδίδει το άτομο που χάθηκε απολαμβάνοντας τη ζωή. Το παρελθόν δε μπορεί να αλλάξει, μπορεί όμως να αλλάξει το μέλλον. Αρχίζει να ζει ξανά με αισιοδοξία και όρεξη για ζωή (Kubler-Rosw, 2019).

Σε επίπεδο οικογένειας ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να παρέχει υποστήριξη για όσους «μένουν πίσω», τις οικογένειες και τους φίλους του ατόμου, τους ανθρώπους που εξαρτώνται από αυτούς, όπως τα παιδιά τους & άλλους που φροντίζουν για αυτούς. Καθώς και η διασύνδεση της οικογένειας με επαγγελματίες ψυχικής υγείας, και οργανώσεις για καταπολέμηση του φαινομένου και τη σωστή διαχείριση των ευάλωτων ατόμων (Παπαδάκη, 2016).

Κοινότητα:

Παρ' όλο που δεν υπάρχει ειδικό σχέδιο δράσης σε επίπεδο κοινότητας για την αντιμετώπιση του προβλήματος της αυτοκτονίας, διάφορες οργανώσεις αναλαμβάνουν ποικίλες δράσεις όπως η "Κλίμακα": Κοινωνικός φορέας, αναγνωρισμένος μη κυβερνητικός οργανισμός, που ιδρύθηκε το 2000. Οι δραστηριότητές/δράσεις του στοχεύουν τόσο στη διάθεση υπηρεσιών ψυχικής υγείας όσο και στην υλοποίηση προγραμμάτων κοινωνικής ενσωμάτωσης ευάλωτων ομάδων πληθυσμού. Με κύριο άξονα την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας και των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, σχεδιάζει και υλοποιεί δράσεις - προγράμματα για την αντιμετώπιση των γενεσιουργών αιτιών και των αποτελεσμάτων του κοινωνικού αποκλεισμού. Σε αυτά τα πλαίσια η "Κλίμακα" λειτουργεί από το 2007 τη Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία με τον αριθμό 1018 (Χάσικου, 2021).

Η Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία εντάσσεται από τον Απρίλιο του 2012 στο πλαίσιο του Κέντρου Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, το οποίο τέθηκε σε λειτουργία από την ΚΛΙΜΑΚΑ, με την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας. Στο Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας ειδικά εκπαιδευμένοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αναλαμβάνουν τη θεραπευτική αντιμετώπιση ατόμων που έχουν εκδηλώσει αυτοκτονική συμπεριφορά. Στο πλαίσιο του ανωτέρω έργου η ΚΛΙΜΑΚΑ αναπτύσσει ένα σύνολο δράσεων εκπαίδευσης, ενημέρωσης – ευαισθητοποίησης, καθώς και ερευνητικό έργο, ενώ συμμετέχει, ως οργανωτικό μέλος και εθνικός αντιπρόσωπος φορέας, στη Διεθνή Ένωση για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας (International Association for Suicide Prevention - IASP), φορέας ο οποίος αποτελεί το ανώτερο όργανο για την κατάρτιση στρατηγικών στον τομέα της πρόληψης, αλλά και των ερευνητικών διαδικασιών σε καθεστώς συνηγορίας με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Χάσικου, 2021).

Επιπλέον, το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» όπου οι δράσεις του προγράμματος αφορούν άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας επικεντρώνονται στην προληπτική παρέμβαση υψηλού κινδύνου, ειδικά για άτομα με αυτοκτονική συμπεριφορά, μέσω φορέων υλοποίησης που συνεργάζονται με τις ελληνικές διοικητικές περιφέρειες. Οι υπηρεσίες παρέχονται από επαγγελματίες (Χάσικου, 2021).

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε επίπεδο κοινότητας είναι πρωτίστως η ευαισθητοποίηση της κοινότητας με έγκαιρη συζήτηση /εκπαίδευση σε παιδιά και νέους, εστιάζοντας όχι μόνο στην ενημέρωση για την πρόληψη της αυτοκτονίας, αλλά και στη συναισθηματική νοημοσύνη και την ψυχική τους ανθεκτικότητα. Επίσης, ο συμβουλευτικός και ενημερωτικός ρόλος είναι απόλυτα σημαντικός στην αντιμετώπιση του φαινομένου της αυτοκτονίας καθώς η ενημέρωση της κοινότητας μέσω προγραμμάτων, εσπερίδων κτλ για τους παράγοντες κινδύνου της αυτοκτονίας αλλά και για τα προειδοποιητικά σημάδια αυτοκτονίας μπορεί να αποτρέψει ένα σημαντικό αριθμό ατόμων με αυτοκτονική τάση(Παπαδάκη, 2016).

Η ομάδα εργασίας για την ψυχική υγεία των παιδιών και των νέων, διαδραματίζει βασικό ρόλο στη συνένωση βασικών ζητημάτων που αφορούν την εργασία που σχετίζεται με την ψυχική υγεία των παιδιών και των νέων. Σε κάθε κοινότητα πρέπει να γίνονται ποικίλες προσπάθειες αντιμετώπισης του φαινομένου της αυτοκτονίας τόσο σε ατομικό όσο και στο οικογενειακό επίπεδο. Επομένως, κάθε τοπική αρχή πρέπει να δεσμεύεται ότι θα προσφέρει κατάρτιση για τους δασκάλους στις πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας χρησιμοποιώντας ένα

μοντέλο «εκπαίδευσης του εκπαιδευτή» ώστε να καταστεί δυνατή η διάδοση του σε όλα τα σχολεία. Όπως και η μορφοποίηση ενός σύγχρονου μοντέλου παρέμβασης, που θα απαντά σε πρακτικά ζητήματα ανταποκρινόμενο στις πραγματικές ανησυχίες των γονέων και του κοινού (Κακούλας, 2019).

Τέλος, η ζήτηση για υποστήριξη σε επίπεδο ψυχικής υγείας αυξάνεται και οι υπηρεσίες που ικανοποιούν αυτή τη ζήτηση πρέπει να είναι ευέλικτες και να συνεργάζονται με φορείς και να δικτυώνονται στην κοινότητα (Κακούλας, 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΈΡΕΥΝΑ

5.1) Σκοπός μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τις απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για το φαινόμενο της αυτοκτονίας, τους αιτιολογικούς παράγοντες για τους οποίους κάποιος μπορεί να δώσει τέλος στην ζωή του, τις επιπτώσεις και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια μετά το συμβάν, αλλά και τον ρόλο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στο πολυσύνθετο αυτό φαινόμενο.

5.2) Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων ή υποθέσεων

Τα ερευνητικά ερωτήματα που διερευνηθούν προκύπτουν μέσα τις εξής θεματικές ενότητες

- Αίτια της αυτοκτονίας
- Οικογένεια και αυτοκτονία
- Συνέπειες της αυτοκτονίας στην οικογένεια: πως βιώνει η οικογένεια την αυτοκτονία του μέλους της
- Αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για την πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκτονίας
- Προτάσεις για το μέλλον

5.3) Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας

Είναι μια ποιοτική έρευνα, που έγινε στα πλαίσια διερεύνησης του φαινομένου της αυτοκτονίας και η σχέση της με την οικογένεια και των απόψεων των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας για το φαινόμενο της αυτό. Η ποιοτική έρευνα είναι ένας τύπος έρευνας, που πραγματοποιούν οι κοινωνιολόγοι, κοινωνικοί επιστήμονες, για να κατανοήσουν και για να απαντήσουν με επιστημονικά θεμελιωμένο τρόπο σε ερωτήματα, που αφορούν την κοινωνική πραγματικότητα. Μια προσπάθεια δηλαδή αναπαράστασης (περιγραφής, κατανόησης της κοινωνικής πραγματικότητας με την εφαρμογή συστηματικών μεθόδων

συλλογής και ανάλυσης εμπειρικών στοιχείων (Τσιώλης, 2015). Οι Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας θα είναι τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Κύπρο. Η έρευνα τηρεί όλες τις προϋποθέσεις ερευνητικής δεοντολογίας του ΕΛΜΕΠΑ και είχε πάρει έγκριση από τους ΕΨΥ.

5.4) Συμμετέχοντες:

Στην παρούσα μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε με την μορφή συνέντευξης, έλαβαν μέρος δέκα επαγγελματίες ψυχικής υγείας ηλικίας 25 με 45. Ερωτήθηκαν οκτώ Ψυχολόγοι, ένας Κοινωνικός Λειτουργός και ένας Ψυχίατρος. Αξίζει να σημειωθεί ότι όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας προέρχονται από τον ιδιωτικό τομέα.

Η ομάδα πληθυσμού που επιλέχθηκε για την έρευνα είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στον ιδιωτικό τομέα του Νομού Ηρακλείου και στη Κύπρο. Συγκεκριμένα η έρευνα επικεντρώθηκε στην αυτοκτονία και την οικογένεια και τις απόψεις των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας. Τα κριτήρια της επιλογής των συμμετεχόντων έγινε με βάση την εμπειρία και τον βαθμό γνώσης στο υπό μελέτη θέμα (πχ. τουλάχιστον 2 με 5 χρόνια εμπειρία στο υπό μελέτη θέμα). Η δειγματοληψία με προκαθορισμένα ποσοστά είναι ουσιαστικά μια επέκταση της σκόπιμης δειγματοληψίας στην οποία αφ' ενός καθορίζονται ορισμένα χαρακτηριστικά που πρέπει να έχουν οι υποψήφιοι συμμετέχοντες και αφ' ετέρου καθορίζονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων με τα εν λόγω χαρακτηριστικά. Με τον τρόπο αυτόν, οι ερευνητές στοχεύουν στο να συμπεριλάβουν στη μελέτη άτομα με διάφορα χαρακτηριστικά σε ικανοποιητικά ποσοστά για την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων (Galanis, 2017). Επιπλέον, οι συνεντευξιαζόμενοι επιθυμούν να παραμείνουν ανώνυμοι και να γνωστοποιηθούν μόνο οι απαραίτητες πληροφορίες για την έρευνα. Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων, αναλύθηκαν και συγκρίθηκαν τόσο μεταξύ τους, όσο και με την ανάλογη βιβλιογραφία ώστε να εξαχθούν αντικειμενικά συμπεράσματα.

Η τελική επιλογή του δείγματος έγινε έπειτα από την προθυμία συνεργασίας των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας καθώς επίσης, με κριτήριο την εμπειρία τους στην ψυχική ασθένεια.

Ειδικότερα, η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε από τους επαγγελματίες που έχουν εμπειρία στην ψυχική ασθένεια και ασχολούνται σαν ιδιώτες ΕΨΥ (Επισυνάπτεται μία λίστα με όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα, με την ιδιότητα τους)

Τα προσωπικά- κοινωνικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων που παρουσιάζονται στον Πίνακα 1 διακρίνονται ως εξής: Και οι δέκα Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας είναι ιδιώτες.

Πίνακας 1 Κοινωνικά χαρακτηριστικά των συνεντευξιζόμενων:

Εργασία	Ψυχολόγοι	Ψυχίατροι	Κοινωνικοί επιστήμονες/ψυχοθεραπευτές	Σύνολο
N(%)	8(80%)	1(10%)	1(10%)	10
Ηλικιακή ομάδα	20-30	40-50	50-60	
N(%)	4(40%)	3(30%)	3(30%)	10
Φύλο	Γυναίκα	Άντρας		
N(%)	10(100%)			10
Οικ. Κατάσταση	Έγγαμος/η	Άγαμος/η	Διαζευγμένος/η	
N(%)	6(60%)	3(30%)	1(10%)	10
Σπουδές	Ψυχολογία	Ψυχιατρική	Κοινωνική εργασία/ ψυχοθεραπεία	
N(%)	8(80%)	1(10%)	1(10%)	10
Τομέας	Ιδιώτης	Υπηρεσία		
N(%)	10(100%)			10
Μόνιμοι/Κάτοικοι:	Πόλη	Χωριό		
N(%)	7(70%)	3(30%)		10

Η προσβασιμότητα στους ερευνώμενους στην Κύπρο εξασφαλίστηκε μέσω της βοήθειας που προσέφεραν οι υπάλληλοι του γραφείου ευημερίας Λεμεσού ενώ στην Ελλάδα εξασφαλίστηκε μέσω της βοήθειας που προσέφεραν οι υπάλληλοι δήμου Φαιστού. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν από την αρχή για το σκοπό της έρευνας και τη διατήρηση του απορρήτου των απαντήσεών τους. Οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν, με την σύμφωνη γνώμη των ερευνώμενων. Οι ίδιες οι ερευνήτριες πραγματοποίησαν, με συστηματικό τρόπο, όλες τις συνεντεύξεις οι οποίες έγιναν την χρονική περίοδο από Σεπτέμβριο έως Οκτώβριο 2022. Κάθε συνέντευξη διήρκεσε περίπου 45 λεπτά και έγιναν στον επαγγελματικό χώρο των συμμετεχόντων.

5.5) Ερωτηματολόγια - Συνεντεύξεις:

Οι συνεντεύξεις έγιναν με ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Το είδος της συνέντευξης είναι η ημι- δομημένη συνέντευξη στην οποία οι ερωτήσεις είναι προκαθορισμένες, αλλά η διάταξη τους μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα με την αντίληψη του συνεντευκτή σχετικά με

τι του φαίνεται καταλληλότερο. Η διατύπωση της ερώτησης μπορεί να αλλάξει και να δοθούν εξηγήσεις, συγκεκριμένες ερωτήσεις που φαίνονται ακατάλληλες για συγκεκριμένο ερωτώμενο, μπορούν να παραληφθούν, να περιαφθούν πρόσθετες ερωτήσεις (ColinRobson, 2010).

Η παρούσα μελέτη, είναι μια «επαγωγική προσέγγιση» (Kiefer, 2007) η οποία χρησιμοποιεί ημιδομημένες ερωτήσεις για να παρουσιάσει το φαινόμενο της αυτοκτονίας και τις απόψεις των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας. Είναι η σχέση της αυτοκτονίας και της οικογένειας, οι αιτιολογικοί παράγοντες για τους οποίους κάποιος μπορεί να δώσει τέλος στην ζωή του, οι επιπτώσεις και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια μετά το συμβάν, αλλά και τον ρόλο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στο πολυσύνθετο αυτό φαινόμενο όπως την αντιλαμβάνονται και την έχουν «βιώσει» οι επαγγελματίες από την εμπειρία τους.

Ένας ημιδομημένος οδηγός ερωτήσεων (Παράρτημα 1) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διασφαλιστεί η συνοχή κατά την διάρκεια όλων των συνεντεύξεων. Τα κυριότερα θέματα που διερευνήθηκαν είναι τα εξής: τα αίτια της αυτοκτονίας, η σχέση της οικογένειας με την αυτοκτονία, οι συνέπειες στην οικογένεια, η αξιολόγηση των υπηρεσιών και οι προτάσεις που γίνονται για το μέλλον

5.6) Ανάλυση αποτελεσμάτων:

Όλες οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν από τις φοιτήτριες και η απομαγνητοφώνησή τους έγινε από τις ίδιες. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με την ανάλυση πλαισίου, «framework analysis» (Gale και συν. 2013, Ritchie&Spencer, 1994). Το πρώτο στάδιο ήταν «εξοικείωση» με τα αποτελέσματα της έρευνας, με τη μελέτη όλων των συνεντεύξεων. Έπειτα, η πληροφορία άρχισε να κατανέμεται στις κυριότερες ενότητες, οι οποίες προέκυψαν τόσο από την μελέτη και ερμηνεία όλων των συνεντεύξεων όσο και σε σχέση με τον ημιδομημένο οδηγό ερωτήσεων. Σε κάθε συνέντευξη, πραγματοποιήθηκε ένας πρώτος διαχωρισμός της πληροφορίας, στις εξής ενότητες: τα αίτια της αυτοκτονίας, η σχέση της οικογένειας με την αυτοκτονία, οι συνέπειες στην οικογένεια, η αξιολόγηση των υπηρεσιών και οι προτάσεις που γίνονται για το μέλλον

Ακολούθως, χαρτογραφήθηκαν οι θεματικές ενότητες που προέκυψαν από όλες τις συνεντεύξεις και αντιστοιχήθηκε σε κάθε μία η ανάλογη πληροφορία. Μετά την εξέταση του εύρους εμφάνισης των εμπειριών και των αντιλήψεων που προκύπτουν από το σύνολο των

συνεντεύξεων, για την κάθε θεματική ενότητα, έγινε η αντιστοίχιση της πληροφορίας στην κάθε θεματική ενότητα.

Συγκεκριμένα, η κάθε θεματική ενότητα είναι αποτέλεσμα της σύνθεσης και της ερμηνείας μικρότερων θεματικών υπο-ενοτήτων, η κωδικοποίηση των οποίων έγινε με την αντιστοίχιση σε κάθε μια από αυτές της σχετικής πληροφορίας. Αφότου εξετάστηκε η συχνότητα και η ποικιλία εμφάνισης των αντίστοιχων απόψεων, σκέψεων, ιδεών και συναισθημάτων, έγινε ο χωρισμός σε θεματικές υπό-ενότητες.

Σε κάθε συνέντευξη, εξετάστηκε η συνοχή της, κάνοντας συγκρίσεις στα διαφορετικά μέρη της. Μετά κάναμε συγκρίσεις ανάμεσα στις συνεντεύξεις της ίδιας επαγγελματικής ομάδας, όπως ψυχολόγοι και ψυχίατροι οι οποίοι μοιράζονταν την ίδια πληροφορία, προκειμένου να διασφαλίσουμε ότι για την ίδια εμπειρία, άποψη ή συναίσθημα έχει δοθεί ο ίδιος κωδικός.

5.7) Αποτελέσματα ποιοτικής έρευνας

Οι κυριότερες θεματικές ενότητες, που προέκυψαν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της ποιοτικής έρευνας σχετικά με τις απόψεις των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας για τη αυτοκτονία και οικογένεια , είναι οι εξής:

A) Αίτια της αυτοκτονίας

B) Οικογένεια και αυτοκτονία

Γ) Συνέπειες της αυτοκτονίας στην οικογένεια

Δ) Αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για την πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκτονίας

E) Προτάσεις για το μέλλον

A) Αίτια αυτοκτονίας

Όσον αφορά την πρώτη θεματική ενότητα , η παρούσα έρευνα υποστηρίζει ως κυριότερη αιτία αυτοκτονίας τις ψυχικές διαταραχές. Οι άνθρωποι που φτάνουν στην αυτοκτονία πάσχουν και από μια ψυχική διαταραχή. Αυτή μπορεί να είναι κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, σχιζοφρένεια ή οποιαδήποτε άλλη διαταραχή. Συγκεκριμένα ένας ερωτώμενος αναφέρει:

«Η αυτοκτονικότητα είναι η πρώτη αναγνωρισμένη, θανατηφόρα ασ πούμε ψυχιατρική νόσος. Το 90 με 95% των ανθρώπων αν δεν κάνω λάθος που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας έχουν κάποια ψυχική διαταραχή. Αυτό μπορεί να είναι κατάθλιψη, διαταραχή του συναισθήματος κ.α. »

(Ερωτώμενος Νο9)

Ένας άλλος ερωτώμενος που συμφωνεί και προσθέτει:

«Πάντα μια αυτοκτονία σημαίνει ότι υπάρχει ψυχοπαθολογία. Ποτέ κανένας ψυχικά υγιής άνθρωπος δεν πάει από το πουθενά να αυτοκτονήσει. Έστω και στιγμιαία εμφανίζει κάποια συμπτώματα όπως απόγνωση , ματαίωση κτλ. Συνήθως διαγιγνώσκον αίτιο για μια αυτοκτονία μπορεί να είναι η κατάθλιψη και η διπολική διαταραχή, που είναι συχνό και αυτό δυστυχώς. Αυτές είναι 2 κύριες αιτίες »

(Ερωτώμενος Νο10)

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων ανέφεραν ότι η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή που μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην αυτοχειρία. Ένας ερωτώμενος υποστηρίζει:

«Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων που φτάνουν στην αυτοχειρία έχουν κατάθλιψη. Άλλοι πάσχουν από σχιζοφρένια και οδηγούνται εκεί αλλά κυρίως είναι άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή».

(Ερωτώμενος Νο7)

Επίσης ένα από τα άτομα που ερωτήθηκαν επισημαίνει:

«Συχνά το βλέπουμε σε πληθυσμούς που έχουν διάγνωση κατάθλιψης, οπότε συνήθως είναι πιο αυξημένος ο αριθμός σε άτομα που έχουν διαγνωστεί ή βιώνουν την συμπτωματολογία κατάθλιψης, ακόμη κι αν δεν έχουν λάβει διάγνωση γιατί πιθανόν να μην έχουν επισκεφτεί κάποιον επαγγελματία ώστε να γίνει διάγνωση. Εάν έχουμε καταθλιπτική συμπτωματολογία το άτομο είναι πιο ευάλωτο σε αυτοκτονικό ιδεασμό άρα και πιο πιθανό να φτάσει στην αυτοχειρία, η αβοηθησία που μπορεί να νιώσει, οι σκέψεις απελπισίας, οπότε αυτά σε συνδυασμό μπορούν να οδηγήσουν ένα άτομο σε αυτοχειρία.»

(Ερωτώμενος Νο5)

Εκτός τις ψυχικές διαταραχές οι περισσότεροι ερωτώμενοι ανέφεραν ότι τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζει κάποιος στην ζωή του μπορούν να αποτελέσουν αιτιολογικό παράγοντα για την αυτοκτονία. Χαρακτηριστικά αναφέρει ένας από τους ερωτώμενους:

«Η εργασία μπορεί να παίζει ένα προστατευτικό ρόλο ενώ αντίθετα ένας μακροχρόνια άνεργος άνθρωπος έχει περισσότερο κίνδυνο αυτοκτονίας και αυτό φυσικά οφείλεται στα συνόντα προβλήματα που έχει η ανεργία όπως η φτώχεια, ο κοινωνικό αποκλεισμός, τα οικογενειακά προβλήματα κ.α.»

(Ερωτώμενος Νο9)

Επίσης κάποιοι ερωτώμενοι που συμφωνούν προσθέτουν:

«Επιπλέον, οι αυτοκτονικές συμπεριφορές μπορεί να ενεργοποιηθούν από μια κατάσταση ή ένα γεγονός που το άτομο θεωρεί αφόρητο, όπως είναι η ανεργία ή τα οικονομικά προβλήματα.»

(Ερωτώμενος Νο2)

«Σημαντικός παράγοντας που παρατηρούμε επίσης τα τελευταία χρόνια είναι τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζει κάποιος και επειδή θεωρεί ότι δεν μπορεί να ανταπεξέλθει και να επιβιώσει οδηγείτε στην αυτοχειρία»

(Ερωτώμενος Νο8)

Μια εξάρτηση μπορεί να αποτελέσει αίτια αυτοκτονικότητας. Το άτομο πολλές φορές είτε επειδή το επιθυμεί ο ίδιος είτε δεν αντιλαμβάνεται τι κάνει, πολλές φορές φτάνει στην αυτοκτονία. Χαρακτηριστικά μία ερωτώμενη αναφέρει:

«Επίσης ο αλκοολισμός και η χρήση ουσιών είναι αιτίες που μπορούν να οδηγήσουν κάποιο στη αυτοκτονία. Πολλές φορές επειδή βρίσκονται και σε να κόσμο που δεν αντιλαμβάνονται αυτοκτονούν χωρίς και να κατανοούν αυτό που κάνουν.»

(Ερωτώμενος Νο9)

Επίσης κάποιοι από αυτούς που ρωτήθηκαν προσθέτουν:

«Η εξάρτηση με οποιαδήποτε ουσία όπως το αλκοόλ, το φαί, οι ναρκωτικές ουσίες κ.α., μια μακροχρόνια ασθένεια ή ένα τραυματικό γεγονός μπορεί να αποτελέσουν αίτια για την αυτοχειρία.»

(Ερωτώμενος Νο9)

Η χρήση ουσιών επίσης είναι κάτι που μπορεί να επηρεάσει πολύ τις σχέσεις(με την οικογένεια), ο αλκοολισμός και γενικά οι εξαρτήσεις.

(Ερωτώμενος Ν10)

Μια μακροχρόνια ασθένεια είναι παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει κάποιον στην αυτοχειρία. Άτομα που πάσχουν από μια μακροχρόνια ή επίπονη ασθένεια πολλές φορές επειδή έχουν κουραστεί σωματικά ή ψυχικά οδηγούνται σε αυτή την διέξοδο. Κάποιοι από τους ερωτώμενους αναφέρουν:

«Σε κάποιες περιπτώσεις όταν έχουμε άτομα με χρόνιες ασθένειες μπορούμε να το δούμε, όμως και πάλι είναι πιθανόν να υπάρχει συνοσηρότητα με καταθλιπτική συμπτωματολογία. Συνήθως η αβοηθησία που βιώνουν αυτά τα άτομα, ειδικά όταν βιώνουν κάποια ασθένεια που δεν υπάρχει θεραπεία ή είναι αρκετά επίπονη θεραπεία, ή όταν υπάρχει και επαναλαμβανόμενη, δηλαδή στην περίπτωση του καρκίνου μπορεί να βίωσαν μια φορά καρκίνο να ακολουθήσαν τις θεραπείες, να υπήρξε ύφεση και μετά να επανεμφανίζεται ο καρκίνος πιθανόν και σε πιο επιθετική μορφή, οπότε σε έτσι περίπτωση και λόγω της έντονης αβοηθησίας, της έντονης απελπισίας μπορεί να δούμε και πάλι σκέψεις για αυτοκτονικό ιδεασμό»

(Ερωτώμενος Νο5)

«Επίσης μια αιτία που κάποιο μπορεί να οδηγηθεί στην αυτοχειρία είναι οι μακροχρόνιες αρρώστιες που ταλαιπωρούν τους ασθενείς και επειδή έχουν κουραστεί σωματικά ή ψυχικά οδηγούνται σε αυτή την διέξοδο. Ακόμη μπορεί να γνωρίζουν ότι το τέλος είναι κοντά οπότε επιλέγουν να το επιταχύνουν σαν μοναδική λύση.»

(Ερωτώμενος Νο8)

Οι πλειοψηφία των ερωτώμενων συμφωνεί ότι ένα τραυματικό γεγονός στην ζωή ενός άτομο μπορεί να αποτελέσει παράγοντα αυτοκτονικότητας. Ένα άτομο που έχει βιώσει πολύ

δύσκολα και τραυματικά γεγονότα στην ζωή του μπορούν να τον οδηγήσουν στην αυτοκτονία. γι αυτό καλό είναι άτομα που έχουν βιώσει τόσο δύσκολες καταστάσεις στη ζωή τους είναι πολύ σημαντικό να ζητήσουν βοήθεια από κάποιο ειδικό. Μια ερωτώμενη αναφέρει:

«Βέβαια παίζει ρόλο και η προσωπικότητα του ανθρώπου, ο χαρακτήρας αλλά και το πώς έχει μεγαλώσει, οι εμπειρίες του, το αν έχει κάποιες τραυματικές εμπειρίες στο παρελθόν.....»

(Ερωτώμενος Νο6)

Όλοι οι ερωτώμενοι παραδεχτήκαν ότι η οικογένεια έχει πολύ σημαντικό ρόλο στην αυτοχειρία. Κάποιοι από αυτούς επισήμαναν ότι γενετικοί παράγοντες, δηλαδή η κληρονομικότητα είναι αιτία που κάποιος μπορεί να οδηγηθεί στην αυτοκτονία. Συγκεκριμένα ένας ερωτώμενος αναφέρει:

«Βλέπουμε ότι σε άτομα που υπάρχει οικογενειακό ιστορικό να είναι πιο ευάλωτα σε σκέψεις αυτοκτονίας, οπότε και εμείς σαν ψυχολόγοι όταν κάνουμε ψυχολογικές αξιολογήσεις δίνουμε αρκετή βάση στο ιστορικό της οικογένειας»

(Ερωτώμενος Νο5)

Επιπλέον οι ερωτώμενοι προσθέτουν:

«Η κληρονομικότητα και οι γενετικοί παράγοντες γενικότερα στην ψυχοπαθολογία υπάρχουν. Υπάρχουν περιπτώσεις που μέσα στην οικογένεια έχουν γίνει κάποιες αυτοκτονίες και πρόσφατα και στις ειδήσεις είχε ένα τέτοιο περιστατικό. Μπορεί να υπάρξει και αυτό, δηλαδή ένα άτομο να έχει στο οικείο του περιβάλλον ένα άλλο άτομο που έχει αυτοκτονήσει ή προσπάθησε να αυτοκτονήσει θα μπορούσε να συνδεθεί με τους γενετικούς παράγοντες»

(Ερωτώμενος Νο4)

«Ένας σημαντικός παράγοντας είναι κάποιος να έχει το γενετικό που μπορεί να τον οδηγήσει σε αυτό. Πολλές φορές είναι και η κληρονομικότητα που οδηγεί κάποιον στην αυτοχειρία αλλά και αυτό εξαρτάται από την προσωπικότητα και τον χαρακτήρα του ατόμου.»

(Ερωτώμενος Νο8)

Από την άλλη κάποιοι ερωτώμενοι υποστηρίζουν ότι αν μέσα στην οικογένεια υπάρχει μια προηγούμενη αυτοκτονία, τα υπόλοιπα μέλη είναι πιθανό να αναπτύξουν ένα μιμητικό πρότυπο. Όπως χαρακτηριστικά οι ερωτώμενοι αναφέρουν:

«Όταν στην οικογένεια υπάρχει κάποιος μέλος ο οποίος σε προηγούμενα χρόνια έχει αυτοκτονήσει μπορεί να τον επηρεάσει. Είναι τα «πρότυπα» που περνούν, έχει μια μιμητική επιρροή.»

(Ερωτώμενος Νο8)

«Εκτός αν υπάρχει πρότυπο, μια εμπειρία που είχε μέσα στην οικογένεια έτσι ώστε να είναι η έσχατη λύση αυτό. Το άτομο δηλαδή να δράσει μιμητικά ή να υπάρχει κληρονομικότητα.»

(Ερωτώμενος Νο6)

Η οικογένεια μπορεί να δράσει προληπτικά αλλά μπορεί να είναι και εκείνη η οποία μπορεί να οδηγήσει κάποιον στην αυτοκτονία. Ένας ερωτώμενος υποστηρίζει:

«Ναι η οικογένεια μπορεί να λειτουργήσει και ως παράγοντας κινδύνου, δηλαδή από μόνη της να μπορεί να λειτουργήσει ως αιτία που μπορεί να προκαλέσει την αυτοκτονία, αλλά και ως παράγοντας προστασίας, δηλαδή ο ρόλος της οικογένειας είναι να επηρεάσει το άτομο ώστε να αποφευχθεί από την αυτοκτονία.»

(Ερωτώμενος Νο1)

Επιπλέον κάποιοι ερωτώμενοι προσθέτουν:

«Η οικογένεια μπορεί να λειτουργήσει αρκετά υποστηρικτικά σε ένα άτομο έτσι ώστε να προλάβουμε την αυτοκτονία ή και να την ανιχνεύσουμε, δηλαδή αν υπάρχουν κάποια σημάδια που να παραπέμπουν σε σκέψεις για αυτοκτονία, τα άτομα που είναι πιο κοντά στο άτομο να τους είναι πιο εύκολο να το αντιληφθούν»

(Ερωτώμενος Νο5)

«.....ίσως η πίεση που ασκεί η οικογένεια, η βία που ακούμε συχνά μέσα στην οικογένεια μπορεί να φέρει αυτό το αποτέλεσμα...»

(Ερωτώμενος Νο2)

«Εγώ θα διευρύνω την έννοια της οικογένειας θα πω ότι παίζει σημαντικό ρόλο στο κομμάτι των προβλημάτων, στις διαπροσωπικές σχέσεις. Για παράδειγμα οι κακές σχέσεις με την οικογένεια, η έλλειψη μιας υγιούς επικοινωνίας, η κακή σχέση με τους φίλους, τον ερωτικό σύντροφο, η απομόνωση ίσως από την οικογένεια και η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος και άλλα γεγονότα φυσικά που μπορούν να συμβούν στην οικογένεια όπως πένθος, ένας χωρισμός, η απώλεια του ρόλου ενός ανθρώπου μέσα στην οικογένεια.»

(Ερωτώμενος Νο9)

B) Οικογένεια και αυτοκτονία

Όσον αφορά την σχέση οικογένειας και αυτοκτονίας, η παρούσα έρευνα αναφέρει ότι η σχέση μεταξύ της αυτοκτονίας και της οικογένειας είναι πολύ σημαντική και επισημάνει

τόσο τον προληπτικό όσο και τον επιβαρυντικό ρόλο της οικογένειας. Χαρακτηριστικά ένας ερωτώμενος αναφέρει:

«Η οικογένεια έχει πού σημαντικό ρόλο στην αυτοχειρία ενός ανθρώπου. Το περιβάλλον που μεγαλώνει ένα παιδί παίζει σημαντικό ρόλο. Όταν σε αυτήν την οικογένεια υπάρχει η αμεσότητα στην οικογένεια δηλαδή να μπορούν τα μέλη να επικοινωνούν όσο πιο άνετα μεταξύ τους γίνετε και χωρίς να φοβούνται ας πούμε να εκφράσουν αυτό που θέλουν, να τρομάζουν με τις συνέπειες το τι θα πουν είναι πιο δύσκολα τα πράγματα. Ένα κακοποιητικό περιβάλλον, το πολύ άκαμπτο πλαίσιο το πολύ αδιάφορο πλαίσιο γιατί πλέον έχουμε φτάσει και σε αυτό το σημείο, να μην ασχολούνται είτε οι γονείς με τα παιδιά είτε τα αδέρφια μεταξύ τους να απομακρύνονται.»

(Ερωτώμενος Νο10)

Επιπλέον κάποια από τα άτομα που συμμετείχαν προσθέτουν:

«Πάντα υπάρχει σχέση γιατί η συμπεριφορά διαμορφώνεται μέσα σε μια οικογένεια. Επομένως είναι το πώς επιδρά η οικογένεια στο άτομο, και το άτομο πως αναπτύχθηκε, πως δημιούργησε τον χαρακτήρα του κτλ έρχεται από την οικογένεια, επομένως σίγουρα επηρεάζει το άτομο.»

(Ερωτώμενος Νο3)

«Μία υγιής σχέση ή μια τοξική και κακοποιητική σχέση με την οικογένεια σίγουρα παίζει πολύ σημαντικό ρόλο. Επίσης στην πρόληψη ο ρόλος της οικογένειας είναι πολύ σημαντικός. Η οικογένεια είναι εκείνη που μπορεί να δει σημάδια και αλλαγές που μπορεί να έχει το μέλος της οικογένειας του και να το βοηθήσει και τελικά να αποφευχθεί μια αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.»

(Ερωτώμενος Νο9)

Ένας άλλος ερωτώμενος επισημάνει:

«Θεωρώ υπάρχει σχέση μεταξύ οικογένειας και αυτοκτονίας αλλά θα ξανά πω ότι εξαρτάται από το άτομο και το πώς διαχειρίζεται τα γεγονότα στην ζωή του. Ένα υποστηρικτικό περιβάλλον παίζει πολύ σημαντικό ρόλο για τον ασθενή αλλά και το αν θα αντιληφθεί και θα προλάβει μια τέτοια κατάσταση.»

(Ερωτώμενος Νο8)

Υπάρχουν ενδείξεις και συμπτώματα που μπορεί η οικογένεια να προλάβει την απόπειρα. Η οικογένεια λοιπόν έχει ένα πολύ σπουδαίο και προστατευτικό ρόλο. Οι περισσότεροι

ερωτώμενοι συμφωνούν ότι οποιαδήποτε αλλαγή παρατηρηθεί στην συμπεριφορά του ατόμου, κάποια δήλωση, μια προηγούμενη απόπειρα, εξαρτήσεις ή μια μακροχρόνια ασθένεια είναι σημάδια που μπορεί εν δυνάμει να θεωρηθούν επικίνδυνα. Χαρακτηριστικά ένας ερωτώμενος αναφέρει:

«Έχει πολύ σπουδαίο ρόλο, ειδικά στο να το προλάβει ουσιαστικά. Καλό είναι όταν η οικογένεια παρατηρεί σημεία ανησυχητικά όπως είναι η απομόνωση, όπως είναι η μεγάλη αλλαγή συμπεριφοράς, η δήλωση πολλές φορές, δηλαδή καμιά φορά το λένε οι ασθενείς ότι θα αυτοκτονήσω και η οικογένεια το υποτιμάει ως πούμε, ή λέει εντάξει μωρέ έτσι το είπε. Πολλές φορές δηλαδή εκ των υστέρων μαθαίνουμε είτε ότι το περιβάλλον δεν αντέδρασε πρόωρα είτε δεν παρατήρησε κάτι. Η ζαφνική απομόνωση του μέλους της οικογένειας μπορεί να αποτελέσει κάποια ένδειξη. Μπορεί να μην πηγαίνει στη δουλειά, να μην θέλει να μιλήσει με τους δικούς του, να σταματήσει να τρώει, να έχει πολλά νεύρα, να μην κοιμάται. Όλα αυτά είναι σημεία που εν δυνάμει μπορούν να γίνουν επικίνδυνα.»

(Ερωτώμενος Νο10)

Η οικογένεια είναι εκείνη που μπορεί να αναγνωρίσει τέτοιες συμπεριφορές. Κάποια από τα άτομα που ρωτήθηκαν προσθέτουν:

«Ναι υπάρχουν κάποια σημάδια που μπορεί να αναγνωρίσει η οικογένεια όπως πρωτίστως η συμπεριφορά του ατόμου, εάν κλείνεται στον εαυτό του, δεν εκφράζεται, ίσως κάνουν κάποιο αποχαιρετισμό, ή ακόμη και κάποιες αποτυχημένες προσπάθειες που έγιναν στο παρελθόν.»

(Ερωτώμενος Νο3)

«Ναι θεωρώ ότι το άτομο παρουσιάζει κάποια σημάδια τα οποία η οικογένεια εάν έχει κάποιο ενεργό ρόλο στη ζωή του ατόμου, μπορεί να τα αναγνωρίσει όπως η απώλεια ενδιαφέροντος για τη ζωή, το άτομο δεν έχει όρεξη να κάνει τίποτα, παρουσιάζει δυσλειτουργικότητα, κλείνεται στον εαυτό του ή αντίθετα μιλά για αυτό το θέμα.»

(Ερωτώμενος Νο1)

«Επίσης σημαντικό σημάδι είναι οποιαδήποτε αλλαγή μπορεί να παρατηρήσουμε στο άτομο. Άτομα που ζαφνικά κλείνονται στον εαυτό τους, που απομονώνονται, που έχουν πολλά νεύρα, που χάνουν την όρεξη να πηγαίνουν στην εργασία τους αλλά και να συναναστρέφονται με άλλους είναι σημεία που μπορούν να βοηθήσουν κάποιον και ειδικά την οικογένεια όπως είπαμε και προηγουμένως να καταλάβει ότι κάτι συμβαίνει και να βοηθήσει το άνθρωπο του.»

(Ερωτώμενος Νο9)

Οι πιθανές δηλώσεις που κάνει ένα άτομο ή μια προηγούμενη απόπειρα είναι σημάδια που πρέπει η οικογένεια να πάρει στα σοβαρά και να υποστηρίξει το άτομο. Συγκεκριμένα ένα ερωτώμενος απάντησε:

«Σίγουρα μια προηγούμενη απόπειρα αποτελεί σημαντικό προειδοποιητικό σημάδι ότι το άτομο χρειάζεται βοήθεια και σκέπτεται το θάνατο. Σημαντικό σημάδι επίσης είναι οι πιθανές δηλώσεις που μπορεί να κάνει κάποιος ή συγγραφή μιας διαθήκης αποτελούν σημάδια που πρέπει οπωσδήποτε να ερευνηθούν και για κανένα λόγο να μην υποβαθμιστούν. Πολλές φορές βλέπουμε ανθρώπους να δηλώνουν ότι θέλουν να πεθάνουν, ότι θα αυτοκτονήσουν αλλά δεν το σπουδαιολογούμε και αυτό το τελικά να γίνεται πραγματικότητα.»

(Ερωτώμενος Νο9)

Επιπρόσθετα ένα από τα άτομα που ερωτήθηκαν, αναφέρει:

«Αρκετά συχνά βλέπουμε να γίνονται αναφορές από το άτομο, μπορεί να μην είναι τόσο ξεκάθαρα αλλά έμμεσα γίνονται θεωρώ. Ακόμη και φράσεις του τύπου ‘‘πως θα ήταν αν δεν ήμουν εγώ στη ζωή σας’’ και έτσι κάποιες μικρές ερωτήσεις ή σχόλια.»

(Ερωτώμενος Νο5)

Η χρήση ουσιών αποτελεί προειδοποιητικό παράγοντα για την αυτοκτονία. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν κάποιοι από τους ερωτώμενους:

«Προειδοποιητικά σημάδια επίσης είναι και οποιοσδήποτε εθισμός που μπορεί να έχει κάποιος όπως το αλκοόλ, το φαγητό, ουσίες κ.α.»

(Ερωτώμενος Νο9)

«Αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, όπως η κατανάλωση οινοπνεύματος, η χρήση σκληρών ναρκωτικών ουσιών ή ο αυτοτραυματισμός.»

(Ερωτώμενος Νο2)

Και τέλος οι περισσότεροι ερωτώμενοι συμφώνησαν ότι κάποιο τραυματικό γεγονός στην ζωή ενός ανθρώπου ή μια μακροχρόνια ασθένεια μπορεί να θεωρηθεί σημάδι για την αυτοκτονία. Συγκεκριμένα μια ερωτώμενη αναφέρει:

«Ακόμη τραυματικά γεγονότα που έχει κάποιος στην ζωή του ή κάποια μακροχρόνια ασθένεια μπορεί να αποτελέσουν ενδείξεις που μπορεί η οικογένεια να προλάβει μια αυτοχειρία.»

(Ερωτώμενος Νο9)

Γ) Συνέπειες της αυτοκτονίας στην οικογένεια

Σε σχέση με τις συνέπειες της αυτοκτονίας στην οικογένεια και το πώς βιώνει η οικογένεια την απώλεια ενός μέλους της, οι πλείστοι ερωτώμενοι απάντησαν τις τύψεις και τις ενοχές ως κύρια συνέπεια. Μία ερωτώμενη ανέφερε:

«Το πιο συχνό είναι οι τύψεις, οι ενοχές και το ΑΝ. δηλαδή αν αντιλαμβανόμουν ότι συνέβαινε αυτό πως θα μπορούσα να το προλάβω τι θα μπορούσα να κάνω, μου είπε κάτι και δεν το έλαβα στα σοβαρά ή δεν κατάλαβα ότι εννοούσε αυτό κτλ, οπότε αν θα έλεγα το πιο έντονο θα έλεγα ότι είναι οι τύψεις και οι ενοχές.»

(Ερωτώμενος Νο5)

Το βαρύ πένθος είναι παράγοντας ο οποίος καλείτε να αντιμετωπίσει η οικογένεια μετά την απώλεια ενός μέλους. Ένα από τα άτομα που ερωτήθηκαν ανέφερε:

«Γνωρίζουμε ότι σε κάθε απώλεια υπάρχει η διαδικασία πένθους μετά αλλά από μελέτες έχει αποδειχθεί τι οι άνθρωποι που χάνουν κάποιο αγαπημένο πρόσωπο τους με αυτόν τον τρόπο φέρουν μεγάλο βάρος και η διαδικασία πένθους κρατάει περισσότερο.»

(Ερωτώμενος Νο9)

Επιπλέον, ο στιγματισμός είναι ένα θέμα όπου σήμερα δεν είναι εύκολα κοινωνικά αποδεκτό. Ένας ερωτώμενος υποστήριξε:

«Νομίζω πέρα από την απώλεια και το πένθος που πρέπει να διαχειριστούν, η αυτοκτονία συνδέεται πάρα πολύ με τον στιγματισμό, επομένως είναι ένα θέμα που δεν είναι εύκολα κοινωνικά αποδεκτό ώστε η οικογένεια να μπορέσει να το μιλήσει και να το εκφράσει όταν περνά κάτι τέτοιο, άρα θεωρώ ότι το πιο δύσκολο που έχει να διαχειριστεί η οικογένεια είναι ο στιγματισμός.»

(Ερωτώμενος Νο1)

Οι περισσότεροι από όσους ρωτήθηκαν υποστήριξαν ότι υπάρχει διαφορά ανάλογα την ηλικία του αυτόχειρα δηλαδή όσο μικρότερος είναι ο αυτόχειρας τόσο μεγαλύτερος ο πόνος. Μάλιστα ένας ερευνώμενος υποστήριξε:

«Υπάρχει διαφορά. Όταν είναι νέος, δηλαδή όταν είναι παιδί οικογένειας το πένθος είναι χρόνιο και αβάσταχτο ειδικά για τις μανάδες και για τους πατεράδες αλλά οι μανάδες που πάντα έχουν έτσι ένα πιο μητρικό ρόλο, πιο φροντιστικό ρόλο το πένθος είναι αβάσταχτο. Πάντα δεν υπάρχει περίπτωση αυτή η μαμά μα μην ζητήσει τελικά βοήθεια. Όσο πιο μικρή ηλικία τόσο πιο δύσκολο.»

(Ερωτώμενος Νο10)

Ένας άλλος ερευνώμενος με την ίδια άποψη ανέφερε:

«Σίγουρα ένα μέλος μικρότερης ηλικίας προκαλεί και περισσότερο πόνο. Η ευθύνη, η φροντίδα του ανηλίκου την έχουν οι γονείς οπότε νιώθουν πολλές ενοχές και πόνος είναι μεγάλος. Σκάφτονται ότι δεν κατάφεραν να καταλάβουν τι έχει το παιδί τους και να το βοηθήσουν.»

(Ερωτώμενος Νο8)

Απεναντίας, αρκετοί συνεντευξιζόμενοι ισχυρίζονται ότι δεν υπάρχει καμία διαφορά ανάλογα με την ηλικία του αυτόχειρα, ο πόνος είναι ο ίδιος. Μερικοί ερευνώμενοι είπαν:

«Όχι, πιστεύω ότι η οικογένεια θα νιώσει τον πόνο με τον ίδιο τρόπο, παρόλα αυτά όταν είναι σε μικρή ηλικία ο αυτόχειρας είναι το συναίσθημα του γιατί, τι θα μπορούσα να κάνω και δεν έκανα.»

(Ερωτώμενος Νο3)

«Όχι νομίζω είναι ο ίδιος πόνος σε όλες τις ηλικίες. Εντάξει απλά αν είναι νεαρός μπορεί να το θεωρούν πιο παράδοξο, το ότι ένας νέος που είναι στο άνθος της ηλικίας του επέλεξε αυτό το πράγμα. Μπορεί να είναι πιο παράδοξο σε σχέση με το αν είναι κάποιος μεγάλος σε ηλικία και έχει διάφορα θέματα υγείας ή με την οικογένεια του ή με την δουλεία του αλλά και πάλι θεωρώ ότι ο πόνος είναι ο ίδιος.»

(Ερωτώμενος Νο4)

Όλοι οι ερωτώμενοι υποστηρίζουν ότι μια οικογένεια στιγματίζεται σημαντικά από το κοινωνικό περίγυρο, αναφέροντας:

«Μπορεί να ερμηνευτεί έτσι σαν στίγμα, και από την ίδια την οικογένεια αλλά και από την συμπεριφορά του κοινωνικού συνόλου προς την οικογένεια, δηλαδή κάποιες φορές μπορεί ο κόσμος να είναι επικριτικός για το γεγονός ότι κάποιο άτομο της οικογένειας κατέληξε στην αυτοκτονία χωρίς καν να γνωρίζουν τους λόγους πίσω από αυτό.»

(Ερωτώμενος Νο5)

«Ναι, έρχονται αντιμέτωποι με τις κοινωνικές προκαταλήψεις και τις αρνητικές στάσεις των γύρω τους για το πώς θα έπρεπε να χειριστούν τα προβλήματα των αγαπημένων τους όσο ήταν εν ζωή. Οι ενοχές και η ντροπή, παρεμβαίνουν στη διαδικασία πένθους τους, αφήνοντας τους στιγματισμένους και αδύναμους να εκφράσουν τον πόνο τους και να βιώσουν το πένθος τους.»

(Ερωτώμενος Νο2)

Στις μικρότερες κοινωνίες το στίγμα είναι συχνότερο διότι οι πολίτες γνωρίζονται μεταξύ τους και κρίνουν πολύ γρήγορα με αποτέλεσμα να στιγματίζουν την οικογένεια.

«Είναι πολύ δύσκολο. Ειδικά σε μικρές κοινωνίες το κοινωνικό περιβάλλον είναι πιο σκληρό και κρίνει χωρίς να γνωρίζει το τι πραγματικά συμβαίνει.»

(Ερωτώμενος Νο7)

«Ναι το στίγμα δημιουργείτε και στις μικροαστικές περιοχές αλλά και στις πόλεις. Δεν το διαχειρίζονται με τον καλύτερο τρόπο επειδή δεν γνωρίζουν πώς να το διαχειριστούν.»

(Ερωτώμενος Νο3)

Παρόλα αυτά ο καλύτερος τρόπος διαχείρισης του στίγματος είναι η στήριξη και η συμβουλευτική τόσο από επαγγελματίες ψυχικής υγείας όσο και από την ίδια την οικογένεια και την αλληλοϋποστήριξη. Μερικές απόψεις που αναφέρθηκαν είναι:

«Καλό θα ήταν η επικοινωνία και η στήριξη από επαγγελματίες ψυχικής υγείας για στήριξη αλλά και από φορείς για την πρόληψη της αυτοκτονία.»

(Ερωτώμενος Νο2)

«Με αρκετή στήριξη. Πάμε πίσω στο πόσο υποστηρικτικό είναι το περιβάλλον της οικογένειας. Δηλαδή εάν έχουμε ένα στενό οικογενειακό σύστημα και γενικότερα φίλοι γνωστοί που παρέχουν στήριξη στην οικογένεια θεωρώ ότι θα μπορούν να το διαχειριστούν όσο πιο 'εύκολα' σίγουρα δεν είναι η σωστή λέξη αλλά όποτε υπάρχει ένας θάνατος στην οικογένεια είναι αρκετά σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας και σίγουρα με την στήριξη επαγγελματιών εάν υπάρχει ανάγκη, επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Αναλόγως και με των ατόμων στην οικογένεια.»

(Ερωτώμενος Νο5)

Δ) Αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για την πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκτονίας.

Σε σχέση με της υπηρεσίες που προλαμβάνουν την αυτοκτονία στη Ελλάδα, η παρούσα έρευνα υποστηρίζει ότι τα νοσοκομεία είναι εκείνα που μπορούν να δράσουν προληπτικά. Χαρακτηριστικά μια ερωτώμενη αναφέρει:

«Κοιτάζτε εντελώς εξειδικευμένες, τα μόνα που είναι, είναι τα εφημερεύοντα νοσοκομεία. Δεν υπάρχει άλλη δομή»

(Ερωτώμενος Νο10)

Επίσης οι περισσότεροι ερωτώμενοι ανέφεραν την τηλεφωνική γραμμή 1018, η Κλίμακα και το Κέντρο Ημέρας Πρόληψης της αυτοκτονίας. Μια από τις ερωτώμενες λέει:

«Υπηρεσίες για την πρόληψη συγκεκριμένα για την αυτοχειρία νομίζω δεν υπάρχουν. Εκτός μια τηλεφωνική γραμμή, το 1018, η «Κλίμακα» η οποία απευθύνεται σε ανθρώπους που σκέφτονται να αυτοκτονήσουν, σε ανθρώπους που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν στο παρελθόν και σε ανθρώπους με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Μέσω της «Κλίμακας» λειτουργεί και το Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της αυτοκτονίας στο οποίο παρέχονται υπηρεσίες όπως: Ψυχιατρική και ψυχοκοινωνική αξιολόγηση, διάγνωση και θεραπευτική προσέγγιση ψυχιατρικών διαταραχών, ατομικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, ομαδικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, παρέμβαση σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού και διαχείριση κρίσης, ψυχολογική αυτοψία, ψυχοεκπαίδευση. Επίσης ίσως τα εφημερεύοντα νοσοκομεία λειτουργούν και προληπτικά. Κάποια άλλη υπηρεσία που να δρα προληπτικά δεν γνωρίζω.»

(Ερωτώμενος Νο9)

Επίσης ένα από τα άτομα που ρωτήθηκαν, προσθέτει:

«Η γραμμή αυτή αν θυμάμαι καλά απευθύνεται σε ανθρώπους που σκέφτονται να αυτοκτονήσουν, σε ανθρώπους που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν στο παρελθόν και σε

ανθρώπους με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, άρα μπορούμε να πούμε ότι έχει ένα προληπτικό χαρακτήρα. Μια δομή σε όλη την Ελλάδα»

(Ερωτώμενος Νο6)

Όσον αφορά την τέταρτη θεματική ενότητα οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας για την πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκτονίας στην Κύπρο είναι σχεδόν ανύπαρκτες. Οι πλείστοι ερωτώμενοι ανέφεραν:

«Δεν υπάρχουν ούτε γραμμή στήριξης ούτε γραμμή πρόληψης. Γνωρίζω για την Ελλάδα ότι υπάρχει γραμμή πρόληψης αλλά στην Κύπρο δεν υπάρχει νομίζω για την αυτοκτονία.»

(Ερωτώμενος Νο1)

«Κάτι συγκεκριμένο δεν υπάρχει κάποιος οργανισμός ή υπηρεσία από όσα γνωρίζω που να αφιερώνετε εξολοκλήρου στη διαχείριση της απόπειρας ή την πρόληψη της αυτοκτονίας.»

(Ερωτώμενος Νο5)

«Για την Κύπρο όχι. Εννοείτε κάποιος μπορεί να επικοινωνήσει με το 100 (έκτακτη ανάγκη) ή με διάφορους ψυχολόγους αλλά συγκεκριμένα για την αυτοκτονία δεν έχει.»

(Ερωτώμενος Νο2)

Αντ'αυτού, ο οργανισμός 'Hope for children' ο οποίος παρέχει συμβουλευτική σε ανήλικα άτομα, ίσως να ήταν ένας οργανισμός ο οποίος να προλαμβάνει την αυτοκτονία εάν το άτομο απευθυνθεί κοντά τους. Ένας ερωτώμενος αναφέρει:

«Σαν οργανισμός το "Hope for children" έχει για τα παιδιά ένα hotline για παροχή καθοδήγηση και συμβουλευτική, οπότε θα μπορούσε ένας ανήλικος να απευθυνθεί κοντά μας για να γίνει παραπομπή για λήψη ψυχολογικής υποστήριξης.»

(Ερωτώμενος Νο5)

Μιλώντας για την Κύπρο, σε περίπτωση που το άτομο αποπειραθεί ανεπιτυχώς να αυτοκτονήσει, πρωτίστως θα ενταχθεί στο νοσοκομείο για αξιολόγηση και στήριξη από ψυχολόγο. Ένα από τα άτομα που έλαβε μέρος στην έρευνα αναφέρει:

«Ναι υπάρχουν υπηρεσίες, στην Κύπρο η διαδικασία είναι όταν γίνει μια αποτυχημένη απόπειρα το παιδί πάει για αρχικά για αξιολόγηση μέσω του νοσοκομείου όπου κάποιος ψυχίατρος με την βοήθεια του κλινικού ψυχολόγου θα κρίνει εάν χρήζει νοσηλείας και μετά θα διασυνδεθεί το άτομο με κάποιο ΕΨΥ εκτός του νοσοκομείου ώστε να λάβει την στήριξη που χρειάζεται τόσο το ίδιο το άτομο όσο και η οικογένεια.»

(Ερωτώμενος Νο3)

«Το άτομο που έκανε μια ανεπιτυχή απόπειρα τότε θα ενταχθεί στο νοσοκομείο και θα έχει την στήριξη από κάποιο ψυχολόγο που του παρέχεται μέσω του νοσοκομείου ή της ψυχιατρικής κλινικής μέχρι να καταφέρει να ξεπεράσει το γεγονός αυτό. Με την έξοδο του από το Νοσοκομείο, υπάρχουν δημόσιες δομές που

προσφέρουν ψυχοθεραπεία, όπως το κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας, η μητρόπολη, το πολυδύναμο κέντρο Λευκωσίας, το "hope for children" για παιδιά και έφηβους.»

(Ερωτώμενος Νο2)

Συμπληρωματικά, το πρόγραμμα υγείας στην Κύπρο, ονόματι "ΓΕΣΥ" με τις υπηρεσίες του παρέχει πιο εύκολη και άμεση πρόσβαση στο κοινό ώστε να διασυνδεθεί με οποιοδήποτε επαγγελματία ψυχικής υγείας. Οι παρακάτω αναφερόμενοι επισημαίνουν:

«Αν γίνει κάποια απόπειρα δηλαδή εάν το άτομο φτάσει να εκφράσει κάποια σημάδια θεωρώ ότι υπάρχουν υπηρεσίες που να μπορούν να στηρίζουν το άτομο. Για παράδειγμα οι ΥΨΥ παιδιών και εφήβων, οι κλινικοί ψυχολόγοι μέσω του ΓΕΣΥ επίσης που μπορεί να αποταθεί κάποιος πιο εύκολα από ότι προηγουμένως που έπρεπε ιδιωτικά κάποιος να πληρώσει για να πάει σε ψυχολόγο.»

(Ερωτώμενος Νο1)

«Εάν μιλάμε για εισαγωγή για τες ψυχιατρικές κλινικές που είναι στο νοσοκομείο Λεμεσού και Λευκωσίας και στην Αθαλλάσα. Πέραν αυτού μπορεί να γίνει ατομική ψυχοθεραπεία που υπάρχουν διάφοροι οργανισμοί που παρέχουν και μέσω του ΓΕΣΥ που ισχύει φαντάζομαι και για παιδιά και ενήλικες που μπορεί να γίνει παραπομπή από τον προσωπικό γιατρό για λήψη ψυχολογικής στήριξης.»

(Ερωτώμενος Νο5)

Όσον αφορά την Ελλάδα οι υπηρεσίες που μπορεί να απευθυνθεί κάποιος που έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας αλλά και η οικογένεια του είμαι υπηρεσίες τόσο του Δημοσίου όσο και του Ιδιωτικού τομέα. Όλοι σχεδόν οι ερωτώμενοι συμφωνούν ότι όλες οι δημόσιες υπηρεσίες που παρέχουν υποστήριξη ψυχικής υγείας μπορούν να υποστηρίξουν τόσο το άτομο όσο και η οικογένεια του. Συγκεκριμένα οι ερωτώμενοι αναφέρουν:

«.....στις μικρότερες καλούνται να επωμιστούν το βάρος ότι δημόσια δομή υπάρχει, υπηρεσία όπως είναι το νοσοκομείο, οι κινητές ψυχιατρικές μονάδες, τα κέντρα ψυχικής υγείας δηλαδή θα πρέπει να απευθυνθεί η οικογένεια αν δεν βρει δημόσια δομή σε ένα ιδιώτη. Αλλά γενικά επειδή είναι πολύ υπό στελεχωμένες οι δημόσιες δομές πολλές φορές το βλέπουμε ότι απευθύνονται σε ιδιώτες προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες τους είτε σε ατομικό είτε σε οικογενειακό πλαίσιο.»

(Ερωτώμενος Νο10)

«Ακόμη όλες δημόσιες υπηρεσίες όπως τα νοσοκομεία, η κοινωνική υπηρεσία Του Δήμου, τα κέντρα υγείας, οι ψυχιατρικές κινητές μονάδες, τα κέντρα ψυχικής υγείας είναι υπηρεσίες που μπορούν να υποστηρίξουν τόσο το άτομο όσο και την οικογένεια του. Επίσης εκτός τις δημόσιες υπηρεσίες που ανέφερα υπάρχουν και ιδιωτικές υπηρεσίες που μπορεί να απευθυνθεί ο ασθενής αλλά και η οικογένεια του. Αυτοί μπορεί να είναι ιδιώτες ΕΨΥ ή και ιδιωτικές κλινικές.»

(Ερωτώμενος Νο9)

Επίσης μια ερωτώμενη επισημαίνει:

«Εκτός όμως τις δημόσιες δομές υπάρχει και ιδιωτικός τομέας, είτε κλινικές που το κόστος είναι πάρα πολύ μεγάλο και πρέπει να έχεις κάποια ευκολία για να μπορέσεις να ανταπεξέλθεις, είτε σε ιδιώτες ΕΨΥ που μπορεί να απευθυνθεί ο ασθενής αλλά και η οικογένεια του. Σημαντικό είναι ότι από το 2019 συνταγογραφονται οι συνεδρίες για παιδιά έως 18χρονων και οι γονείς παίρνουν 15ευρώ ανά συνεδρία με τον επαγγελματία. Πριν ισχύσει αυτό οι γονείς για κάθε συνεδρία δικαιούνταν 2,6κατι για κάθε συνεδρία ,πράγμα που δεν βοηθούσε ουσιαστικά. Αυτό είναι πολύ σημαντικό γιατί έτσι βοηθάει την οικογένεια να ανταπεξέλθει στις ανάγκες. Τέλος θέλω να επισημάνω ότι συνήθως τα άτομα εκείνα που ζητούν βοήθεια και κάποιες φορές νοσηλεύονται(όταν χρειάζεται) το μεγαλύτερο ποσοστό τελικά καταφέρνει και θεραπεύεται.»

(Ερωτώμενος Νο8)

Τέλος οι περισσότερες ερωτώμενες τονίζουν την υποστηρικτική γραμμή της κλίμακας, 1018 που απευθύνεται σε άτομα που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν αλλά και στις οικογένειες αυτών. Χαρακτηριστικά αναφέρουν:

«Υπάρχει μια γραμμή αν θυμάμαι καλά το 1018, η «Κλίμακα» που μπορεί κάποιος να απευθυνθεί και να υποστηριχτεί είτε είναι το άτομο είτε η οικογένεια. Η γραμμή αυτή αν θυμάμαι καλά απευθύνεται σε ανθρώπους που σκέφτονται να αυτοκτονήσουν, σε ανθρώπους που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν στο παρελθόν και σε ανθρώπους με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, άρα μπορούμε να πούμε ότι έχει ένα προληπτικό χαρακτήρα.»

(Ερωτώμενος Νο6)

«Υπάρχει μια εξειδικευμένη γραμμή στην Αθήνα η « Κλίμακα» που είναι υπεύθυνη για την πρόληψη και την υποστήριξη τόσο του ατόμου όσο και της οικογένειας»

(Ερωτώμενος Νο10)

Για να καλυφτούν οι ανάγκες τις οικογένειας που έχασε ένα μέλος από αυτοκτονία, πρέπει η οικογένεια να λάβει ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική ώστε να καταφέρει όσο το δυνατό περισσότερο να ξεπεράσει την απώλεια και το βαρύ πένθος. Ένας από τους ανθρώπους που ρωτήθηκαν είπε:

«Ως επαγγελματίες πρέπει να βοηθήσουμε τα άτομα να περάσουν τα στάδια του πένθους γιατί πενθούν, να έρθει η συγχώρηση στον ίδιο τους τον εαυτό, ή να συνειδητοποιήσουν ότι όντως δεν μπορούσαν να κάνουν κάτι για να το αποτρέψουν. Ακολούθως, πρέπει να υπάρξει στήριξη ώστε να εκφράσουν τα συναισθήματα τους με πιο λειτουργικούς τρόπους.»

(Ερωτώμενος Νο3)

Οι ενοχές και οι τύψεις είναι ένας εξίσου επιβαρυντικός παράγοντας για την οικογένεια του ατόχειρα. Ένας ερευνώμενος υποστήριξε:

«Καταρχήν να διαχειριστούν την απώλεια, και δεύτερο να λάβουν συμβουλευτική στο θέμα διαχείρισης του στίγματος και της ευθύνης που μπορεί να τους βαραίνει γιατί θεωρώ ότι μετά επιφορτώνονται μεγάλο βάρος ευθύνης αυτής της ενέργειας, που μπορεί και να μην υπάρχει τόσο μεγάλη ευθύνη, είναι οι ενοχές οι τύψεις, χρειάζονται μια συμβουλευτική ώστε να διαχειριστούν αυτά τα θέματα μαζί με την απώλεια.»

(Ερωτώμενος Νο1)

Στην Κύπρο οι υπηρεσίες για υποστήριξη της οικογένειας που έχασε ένα μέλος της από αυτοχειρία και για διαχείριση πένθους είναι αρκετά περιοσμένες έως και ανύπαρκτες. Μία συνεντευξιαζόμενη είπε:

«Αποκλειστικά για την αυτοκτονία δεν θεωρώ ότι υπάρχει στην Κύπρο. Φαντάζομαι όμως ότι στα νοσοκομεία και στις ψυχιατρικές κλινικές όπου υπάρχουν ψυχολόγοι και έχουμε τέτοιες περιπτώσεις γίνεται μια πρώτη επαφή μαζί τους ώστε να γίνει μια παρέμβαση στην κρίση.»

(Ερωτώμενος Νο5)

Στην Ελλάδα η οικογένεια που έχασε ένα μέλος της από αυτοκτονία μπορεί να απευθυνθεί σε κάποιες εξειδικευμένες υπηρεσίες όπως είναι η «Μέριμνα» η οποία είναι υπηρεσία διαχείρισης πένθους αλλά και στην τηλεφωνική γραμμή, 1018, «Κλίμακα. Χαρακτηριστικά οι ερωτώμενες αναφέρουν:

«Την υποστήριξη οικογένειας μπορεί να αναλάβει και η «Κλίμακα» που γενικά είναι μια υπηρεσία που έχει να κάνει τόσο με την πρόληψη της αυτοχειρίας όσο και με την διαχείριση αυτής όταν μια οικογένεια χάσει κάποιο μέλος της με αυτόν τον τρόπο. Επίσης γνωρίζω ότι υπάρχει η «Μέριμνα» που βοηθάει στην διαχείριση πένθους και νομίζω κάνει πολύ καλή δουλειά.»

(Ερωτώμενος Νο9)

«Υπάρχει μια εξειδικευμένη γραμμή στην Αθήνα η «Κλίμακα» και η «Μέριμνα» που είναι υπεύθυνες για την διαχείριση πένθους του ατόμου.»

(Ερωτώμενος Νο10)

Επίσης όλες οι ερωτώμενες συμφώνησαν ότι όλες οι ψυχικές δημόσιες ή ιδιωτικές υπηρεσίες στην Ελλάδα μπορούν να υποστηρίξουν την οικογένεια. Κάποιες από τις ερωτώμενες απαντούν:

«Την υποστήριξη μπορούν να αναλάβουν οι δημόσιες και ιδιωτικές δομές με ΕΨΥ που μπορούν να υποστηρίξουν την οικογένεια. Συγκεκριμένα όπως ανέφερα και πριν είναι τα νοσοκομεία, οι κινητές ψυχιατρικές μονάδες, τα κέντρα ψυχικής υγείας αλλά και οι κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων.»

(Ερωτώμενος Νο8)

Την υποστήριξη μπορούν να αναλάβουν οι δημόσιες δομές που υπάρχουν. Όπως είναι το νοσοκομείο, οι κινητές ψυχιατρικές μονάδες, τα κέντρα ψυχικής υγείας αλλά και οι κοινωνικές υπηρεσίες. Η οικογένεια θα πρέπει να απευθυνθεί, αν δεν βρει δημόσια δομή, σε ένα ιδιώτη. Αλλά γενικά επειδή είναι πολύ υπό στελεχωμένες οι δημόσιες δομές πολλές φορές το βλέπουμε ότι απευθύνονται σε ιδιώτες προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες τους.

(Ερωτώμενος Νο10)

Ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην πρόληψη και διαχείριση της αυτοκτονίας είναι πολύ καθοριστικός σε ατομικό επίπεδο καθώς βοηθούν το άτομο να επιστρατεύει τους δικούς του υγιείς μηχανισμούς αντιμετώπισης δυσκολιών αλλά και είναι αναγνωρίζουν τα σημάδια που εκδηλώνει το άτομο το οποίο έχει σκοπό να αυτοκτονήσει. Σύμφωνα με μερικούς ερωτώμενους:

«Θεωρώ ότι είναι πολύ καθοριστικός ο ρόλος των ΕΨΥ γιατί είναι οι αρμόδιοι να αναγνωρίσουν αυτά τα σημάδια, να δουν τα κίνητρα που έχει το άτομο και που μπορεί να οδηγηθεί εκεί.»

(Ερωτώμενος Νο3)

«Σαν επαγγελματίες θεωρώ ότι οφείλουμε να δίνουμε περισσότερες πληροφορίες προς τα έξω, επομένως σε ατομικό επίπεδο σαν επαγγελματίες οφείλουμε να προωθούμε τις γνώσεις προς τα έξω, να προωθούμε τρόπους πρόληψης και διαχείρισης της αυτοκτονίας και να γνωστοποιούμε τις γραμμές υποστήριξης και τις υπηρεσίες που μπορούν να απευθυνθεί το άτομο για στήριξη και βοήθεια.»

(Ερωτώμενος Νο2)

«Ο ρόλος τους είναι να βοηθήσουν το άτομο σιγά σιγά να επιστρατεύει τους δικούς του υγιείς μηχανισμούς αντιμετώπισης δυσκολιών είτε συναισθηματικών είτε πρακτικών δυσκολιών.»

(Ερωτώμενος Νο4)

Τόσο σε οικογενειακό επίπεδο όσο και σε κοινοτικό επίπεδο, οι ΕΨΥ έχουν ένα πιο ευρύ ρόλο για την πρόληψη της αυτοκτονίας. Οι ενημερώσεις, σεμινάρια, ημερίδες και διαλέξεις προς τους πολίτες είναι ένα δυνατό όπλο των ΕΨΥ για να προωθήσουν τρόπους πρόληψης και διαχείρισης της αυτοκτονίας αλλά και να γνωστοποιήσουν τις γραμμές υποστήριξης και τις υπηρεσίες. Μερικά από τα άτομα που ερωτήθηκαν υποστηρίζουν:

«Σε επίπεδο οικογένειας τώρα, όλοι οι επαγγελματίες πάντα έρχονται να συνεργαστούν με την οικογένεια, επομένως οφείλουμε πάντα να ενημερώνουμε την οικογένεια, ειδικά για τα άτομα τα οποία συμπεραίνουμε ότι όντως είναι πολύ κοντά στο να κάνουν κακό στον εαυτό τους. Η συνεργασία με την οικογένεια πρέπει να είναι άμωγη. Σε επίπεδο κοινότητας ο ρόλος μας είναι η ημερίδες ενημερώσεις, διοργάνωση διάφορων εκδηλώσεων καθαρά για ενημέρωση και πρόληψη.»

(Ερωτώμενος Νο3)

«Σίγουρα προληπτικά θα μπορούσαν να γίνουν ενημερωτικές συναντήσεις, καμπάνιες που να προωθήσουν περισσότερο το θέμα για το πώς μπορούν να αναγνωρίσουν κάποια σημάδια ο περίγυρος καθώς και πως μπορούν να στηρίξουν το άτομο και να το ενθαρρύνουν να ζητήσει βοήθεια. Αυτό μπορεί να γίνει και μέσα από τα σχολεία δηλαδή να αρχίσουν από νεαρή ηλικία, να μην είναι δηλαδή τόσο ταμπού θέμα συζητήσεις από την άποψη να μπορεί ένα άτομο να ζητήσει βοήθεια όταν το χρειάζεται παρά να παραμείνει σιωπηλό και να φτάσει στο σημείο της αυτοχειρίας. Επίσης να ενημερωθούν και για το ποιοι είναι οι λόγοι που είναι επιβαρυντικοί στη ζωή ενός ατόμου.»

(Ερωτώμενος Νο5)

«Εννοείτε να σταθεί επαγγελματικά δίπλα από την οικογένεια, να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη, να τους βοηθήσει να εξωτερικεύσουν το θυμό που νιώθουν, να ξεπεράσουν τα αισθήματα θυμού, θλίψης, μοναξιάς και τις τύψεις.»

(Ερωτώμενος Νο2)

Στις χώρες του εξωτερικού υπάρχουν ποιο ειδικευμένες υπηρεσίες για την πρόληψη και διαχείριση της αυτοκτονίας. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα υπάρχουν 24ωρες γραμμές υποστήριξης και πρόληψης καθώς και ο κάθε δήμος έχει κέντρα κοινότητας που είναι προσβάσιμα στους πολίτες. Οι ερωτώμενοι αναφέρουν:

«Δεν γνωρίζω συγκεκριμένα αλλά στην Ελλάδα γνωρίζω ότι υπάρχουν 24ωρες γραμμές υποστήριξης που μπορεί κάποιος να απευθυνθεί και να λάβει βοήθεια, αλλά γενικότερα θεωρώ ότι σε άλλες ψώρες υπάρχουν πιο ειδικευμένα κέντρα που μπορεί κάποιος να απευθυνθεί και λάβει βοήθεια.»

(Ερωτώμενος Νο1)

«Γνωρίζω ότι σε άλλες χώρες υπάρχουν hotline για τέτοιες περιπτώσεις. Τώρα δεν γνωρίζω εάν υπάρχουν συγκεκριμένοι οργανισμοί, φαντάζομαι σε κάποιες χώρες θα υπάρχουν που να ασχολούνται περισσότερο με αυτό το θέμα, δηλαδή να παρέχουν πέρα από το hotline και περισσότερη στήριξη ψυχολογική, καθοδήγηση αναλόγως ποιες είναι οι ανάγκες γιατί συνήθως πέρα από τον αυτοκτονικό ιδεασμό, δηλαδή για να φτάσουμε σε αυτό το σημείο υπάρχουν και άλλα θέματα που χρήζουν παρέμβαση.»

(Ερωτώμενος Νο5)

«Γνωρίζω για την Ελλάδα ότι ο κάθε δήμος έχει κέντρα κοινότητας που στο κομμάτι της ψυχικής υγείας έχουν κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο.»

(Ερωτώμενος Νο4)

Ε) Προτάσεις για το μέλλον

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης κάνουν προτάσεις για βελτιστοποίηση του συστήματος υγείας και πρόληψης σε Ελλάδα και Κύπρο. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων προτείνει τόσο για την πρόληψη όσο και για την υποστήριξη και τη διαχείριση του ατόμου και της οικογένειας, περισσότερες στελεχωμένες δημόσιες υπηρεσίες, hotlines ή οργανισμοί

όπου να υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό, και πιο συγκεκριμένα υπηρεσίες εξειδικευμένες για την αυτοκτονία. Ένας ερευνώμενος υποστηρίζει:

«Περισσότερες στελεχωμένες δημόσιες υπηρεσίες και τα κέντρα κοινότητας θα ήταν καλό να υπάρχουν στους δήμους για να γνωρίζει ο κόσμος ότι μπορεί δωρεάν να αποταθεί εκεί χωρίς να πληρώσει, επίσης το να υπήρχε μια διεπιστημονική ομάδα υποστήριξης της οικογένειας, μιας οικογένειας που αναφέρει στις ΥΨΥ ότι έχει άτομο την οικογένεια του που έχει αυτοκτονικό ιδεασμό ή μπορεί να έχει νοσηλευτεί κιόλας.»

(Ερωτώμενος Νο4)

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η οι ενημερώσεις, οι διαλέξεις, τα σεμινάρια και οι ημερίδες τόσο για τους πολίτες όσο και για τους ΕΨΥ είναι άκρως σημαντικός παράγοντας που πρέπει να εξελιχθεί στην κοινωνία μας ώστε να προωθούνται τρόποι αναγνώρισης και πρόληψης της αυτοκτονίας. Ένας ερωτώμενος είπε:

«Τα social media μπορούν να βοηθήσουν και να οργανωθούν διάφορα σεμινάρια και ημερίδες που θα αφορούν τέτοια περιστατικά και να ενημερώνουν τόσο τους ΕΨΥ όσο και τους όλους τους πολίτες. Πρέπει να μιλάμε για την αυτοκτονία και να ενημερωνόμαστε. Πρέπει στο σχολείο να έχουμε μόνιμο προσωπικό που να υποστηρίζει, να προλαμβάνει, να ενημερώνει και να θεραπεύει. Μέσα από δράσεις-δραστηριότητες που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τα παιδιά να κατανοήσουν κάποια πράγματα.»

(Ερωτώμενος Νο6)

Δεν θα μπορούσε να παραλειφθεί η άποψη αρκετών ερωτώμενων για τη στελέχωση μόνιμου προσωπικού στα σχολεία από Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας. Ένας ερωτώμενος υποστήριξε:

«Ένα άλλο σύνολο που θα μπορούσε να παίζει πολύ μεγάλο ρόλο στην πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση του φαινομένου είναι και τα σχολεία, θα μπορούσε μέσα στα σχολεία να γίνονται ομάδες που έχουν να κάνουν με την ενδυνάμωση της ψυχικής ανθεκτικότητας των παιδιών, τους υγιείς τρόπους επίλυσης προβλημάτων, το οποίο θα μπορούσε να γινόταν συστηματικά εάν υπήρχαν ψυχολόγοι σε σχολεία θα μπορούσαν να το κάνουν μέσα στο πλαίσιο του έργου τους.»

(Ερωτώμενος Νο4)

Η δημιουργία 24ώρων γραμμών εξυπηρέτησης σχετικά με θέματα πρόληψης και διαχείρισης της αυτοκτονίας στην Κύπρο θα είναι ένας αρκετά βοηθητικός παράγοντας. Ένα από τα άτομα της μελέτης υποστήριξε:

«Θεωρώ ότι θα ήταν πιο βοηθητικό εάν υπήρχαν άμεσα προσβάσιμες υπηρεσίες που να μπορεί το άτομο να απευθυνθεί την ώρα που θέλει να ζητήσει βοήθεια, την ώρα που θέλει να μιλήσει να είναι 24ωρες γραμμές. Οπότε αν υπήρχαν αυτές οι γραμμές να προλαμβάνουν στα αρχικά στάδια και να ενισχύουν και την οικογένεια ώστε να μπορεί να λειτουργήσει ως προστατευτικός παράγοντας παρά ως παράγοντας κινδύνου θα ήταν πιο σημαντικό.»

5.8) Συζήτηση

Από τις απαντήσεις των ερωτώμενων, φαίνεται ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι αλληλένδετες με την αυτοκτονία. Η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή, η συναισθητική διαταραχή, η τοξικομανία και διάφορες ψυχώσεις αναφέρθηκαν ως αιτία της αυτοκτονίας. Η αυτοκτονικότητα είναι στενά συνδεδεμένη με την ψυχική νόσο. Μελέτες που έχουν διεξαχθεί με τη μέθοδο της ψυχολογικής αυτοψίας έχουν δείξει ότι οι αυτόχειρες πάσχουν από μία τουλάχιστον ψυχιατρική διαταραχή κατά τη χρονική περίοδο της αυτοκτονίας, σε ποσοστό που αγγίζει το 90%. Η ψυχιατρική διαταραχή που κυρίως συσχετίζεται με την αυτοκτονικότητα είναι η κατάθλιψη. Υπολογίζεται ότι το 50% των ατόμων που αυτοκτονούν πάσχουν από κατάθλιψη και ότι το 15% των καταθλιπτικών ασθενών αυτοκτονούν. Επιπλέον εκτιμάται ότι η θνησιμότητα από αυτοκτονία κατά τη διάρκεια της ζωής, σε άτομα με ιστορικό νοσηλείας σε ψυχιατρική μονάδα, είναι περίπου 20% για τους ασθενείς με διπολική διαταραχή, 15% για τους ασθενείς με οριακή ή αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και 10% για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Η εξάρτηση από το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς, ιδίως όταν συνυπάρχει κατάθλιψη, ενώ το ποσοστό αυτοκτονιών στους χρήστες ναρκωτικών ουσιών (κυρίως ηρωίνης) είναι 20 φορές υψηλότερο, σε σχέση με εκείνο του γενικού πληθυσμού (Σταυριανάκος, 2015).

Φαίνεται τόσο από την βιβλιογραφία όσο και από τις συνεντεύξεις ότι ο ρόλος της οικογένειας είναι πολύ σημαντικός για τα αυτοκαταστροφικά άτομα. Η οικογένεια μπορεί να είναι ήταν επιβαρυντική διότι το περιβάλλον που μεγάλωσε να είναι αδιάφορο, άκαμπτο και κακοποιητικό με αποτέλεσμα να οδηγεί το άτομο στην αυτοκτονία. Από την άλλη η οικογένεια είναι εκείνη η οποία μπορεί να δράσει προληπτικά και άμεσα. Είναι εκείνη που μπορεί να αναγνωρίσει σημάδια και να συνεργαστεί με τους ειδικούς για την βοήθεια του ασθενούς. 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 κοινωνικό - οικονομικά στρώματα(Μπελεγγρίνος, 2019).

Στην παρούσα έρευνα φαίνεται ότι οι συνέπειες τις οικογένειας είναι οδυνηρές. Οι συναισθηματικές διαταραχές που βιώνει η οικογένεια, το βαρύ πένθος, οι ενοχές, η ντροπή, η θλίψη και το στίγμα είναι τόσο δυνατά που το άτομο χρειάζεται υποστήριξη. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησαν οι Ζαβρού και συν. 2016, συνολικά, φάνηκε ότι ο τρόπος με

τον οποίον αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν τα άτομα την αυτοκτονία μέλους της οικογένειάς τους είναι πολυδιάστατος. Ωστόσο, είναι εφικτό να διακριθούν τρεις βασικοί άξονες γύρω από τους οποίους περιστρέφονται οι εμπειρίες των συμμετεχόντων στις μελέτες που ανασκοπήθηκαν. Αυτοί οι άξονες αφορούσαν: (α) στη νοηματοδότηση των αιτιών της αυτοκτονίας, (β) στον αντίκτυπο της αυτοκτονίας στην καθημερινότητα και στις κοινωνικές σχέσεις των υπολοίπων μελών της οικογένειας, και (γ) στην υποστήριξη που λάμβαναν οι συμμετέχοντες μετά την αυτοκτονία.

Στην διερεύνηση της βιοματικής εμπειρίας των συγγενών ατόμων που αυτοκτόνησαν και του τρόπου που η απώλεια αυτή επηρεάζει τις οικογενειακές σχέσεις των υπολοίπων μελών φάνηκε ότι τα μέλη της οικογένειας κατηγορούν: (α) τους εαυτούς τους για την αυτοκτονία του συγγενή τους, (β) άλλους, και (γ) την ίδια την οικογένεια. Επιπλέον, οι επιπτώσεις που έχουν ως αποτέλεσμα στην οικογένεια είναι οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις/αποξένωση, η επιστροφή στον προ- της αυτοκτονίας ρυθμό ζωής μετά το συμβάν και η ισχυρή πολιτισμική πίεση προς τις οικογένειες αυτές. Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι οι κύριες επιπτώσεις που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας των αυτόχειρων είναι θλίψη, ενοχή, θυμός, ντροπή και κοινωνική απομόνωση λόγω του στιγματισμού που ακολουθεί την αυτοκτονία. Επιπρόσθετα, αναδείχθηκε η συνεχής προσπάθεια των πενθούντων να κατανοήσουν και να νοηματοδοτήσουν την πράξη και τους παράγοντες που συνέβαλαν στην απόφαση του αυτόχειρα να δώσει τέλος στη ζωή του. Συνολικά, συναισθήματα παρατεταμένης έντασης και βιώματα ψυχικού τραύματος φαίνεται να είναι οι κύριες επιπτώσεις της αυτοκτονίας στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας (Ζαβρού, 2016).

Επιπλέον στην παρούσα έρευνα φαίνεται ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, δημόσιες και ιδιωτικές, είναι υπεύθυνες τόσο για την πρόληψη όσο και για την διαχείριση της αυτοκτονίας. Τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Κύπρο υπάρχουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας που έχουν ως κύριο στόχο την δωρεάν, δημόσια παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Τα ΚΨΥ ανάλογα με την δομή τους, παρέχουν ψυχιατρικές, ψυχολογικές ή ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες στην κοινωνία και την περιοχή μέσα στην οποία δραστηριοποιούνται. Μπορεί να παρέχουν υπηρεσίες σε ενήλικες, οικογένειες ή παιδιά (Αρναούτογλου, Χ).

Επίσης στην Ελλάδα υπάρχει μια ειδικευμένη τηλεφωνική γραμμή, το 1018, η «Κλίμακα» η οποία απευθύνεται σε ανθρώπους που σκέφτονται να αυτοκτονήσουν, σε ανθρώπους που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν στο παρελθόν και σε ανθρώπους με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Μέσω της «Κλίμακας» λειτουργεί και το Κέντρο Ημέρας

για την Πρόληψη της αυτοκτονίας στο οποίο παρέχονται υπηρεσίες όπως: Ψυχιατρική και ψυχοκοινωνική αξιολόγηση, διάγνωση και θεραπευτική προσέγγιση ψυχιατρικών διαταραχών, ατομικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, ομαδικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, παρέμβαση σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού και διαχείριση κρίσης, ψυχολογική αυτοψία, ψυχοεκπαίδευση. Τέλος υπάρχει και η «Μέριμνα» η οποία είναι υπεύθυνη για την διαχείριση πένθους.

Τέλος από τις απαντήσεις των ερωτώμενων, φαίνεται ότι η πρόληψη έχει καθοριστικό ρόλο στην αυτοκτονία γι αυτό και υπάρχει ανάγκη για εξειδικευμένες δομές, μόνιμα στελεχωμένες, ενημερώσεις, ημερίδες και σεμινάρια τόσο στους ΕΨΥ όσο και στα σχολεία και τους ανθρώπους. Ο κ. Κατσαδώρας (2022), ψυχίατρος και Επιστημονικός Διευθυντής της ΚΛΙΜΑΚΑ & του Κέντρου για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας εξηγεί ότι: «Το 95% των αυτοκτονιών θα μπορούσε να προληφθεί. Η ενεργοποίηση των οικείων, συγγενών και φίλων του εν δυνάμει αυτόχειρα μπορεί πραγματικά να αποβεί σωτήρια και η γνώση και αναγνώριση των προειδοποιητικών σημείων και συμπτωμάτων μπορεί να σώσει ζωές.

Ωστόσο, η πρόληψη της αυτοκτονίας και των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών απαιτούν την ανάληψη στρατηγικών πρωτοβουλιών. Συνεπώς η ανάγκη θεμελίωσης μιας εθνικής στρατηγικής πρόληψης της αυτοκτονίας που θα αντανάκλα τις νέες ανάγκες και βασικές προτεραιότητες του πληθυσμού, συνιστά μείζον ζήτημα προστασίας της ανθρώπινης ζωής και προάσπισης του δικαιώματος της υπόστασής της σε ένα πλαίσιο ψυχικής υγείας. Άλλωστε, μία στρατηγική για την πρόληψη της αυτοκτονίας είναι αυτονότητα, αναπόσπαστο τμήμα μίας συνεκτικής και ολοκληρωμένης πολιτικής για την ψυχική υγεία στη χώρα.»

Ωστόσο, οι στρατηγικές για την πρόληψη της αυτοκτονίας μπορούν να διαιρεθούν σε δύο κατηγορίες: στην προσέγγιση της υγειονομικής περίθαλψης και στην προσέγγιση της δημόσιας υγείας. Η πρώτη προσέγγιση έχει ως στόχο τη βελτίωση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, την παρακολούθηση και αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών, αυτών που επιχειρούν αυτοκτονία, αλλά και γενικότερα των ατόμων με αυτοκτονικό ιδεασμό. Πρωταρχικός στόχος στο έργο της πρόληψης είναι η αύξηση της ευαισθητοποίησης του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης απέναντι στα άτομα που επιχειρούν αυτοκτονία και στην εξάλειψη των ταμπού που παρεμποδίζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Σωτηρόπουλου, 2014).

5.9)Περιορισμοί

Κατά την διάρκεια υλοποίησης της παρούσας πτυχιακής εργασίας υπήρξαν δυσκολίες και περιορισμοί. Πρωτίστως, η εύρεση διαθέσιμων συνεντευξιαζόμενων και η διευθέτηση ραντεβού ήταν ένας περιορισμός, εφόσον οι ερωτώμενοι είχαν αρκετά επιβαρυνμένο πρόγραμμα και περιορισμένο χρόνο. Έτσι, υπήρξε ένας επαγγελματίας που ενώ αποδέχτηκε την πρόσκληση για συμμετοχή στην έρευνα μας, και ενώ ήμασταν σε επικοινωνία μαζί του για τον προγραμματισμό ραντεβού, δεν ξανά ανταποκρίθηκε μαζί μας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να ψάχνουμε, τελευταία στιγμή, ένα νέο επαγγελματία ψυχικής υγείας, πράγμα που μας δημιούργησε άγχος και πίεση. Επιπρόσθετα, στην έρευνα υπάρχει μονό ένας ψυχίατρος πράγμα που σημαίνει ότι η άποψη των ψυχιάτρων δεν είναι επαρκής. Ένας άλλος περιορισμός είναι ότι η έρευνά μας είναι ποιοτική με αποτέλεσμα να μην έχουμε την δυνατότητα να γενικεύσουμε. Τέλος, η συλλογή του δείγματος περιορίζεται σε Ηράκλειο και Κύπρο, το δείγμα δηλαδή προέρχεται από δύο πόλεις, άρα δεν γνωρίζουμε αν η συμμετοχή στην έρευνά και άλλων συμμετεχόντων από άλλες γεωγραφικές περιοχές της Ελλάδας ή της Κύπρου θα μας έδινε και άλλα αποτελέσματα.

5.10)Γενικά συμπεράσματα

Από την παρούσα πτυχιακή εργασία, φαίνεται η οπτική που έχουν τρεις ειδικότητες στον τομέα της υγείας όσον αφορά την αυτοκτονία και οικογένεια. Και οι τρεις ειδικότητες, ψυχολόγοι, ψυχίατροι και κοινωνικοί λειτουργοί που ρωτήθηκαν για τους αιτιολογικούς παράγοντες της αυτοκτονίας, θεωρούν ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι η πρώτη και κυριότερη αιτία που οδηγείται κάποιος στην αυτοκτονία. Ειδικότερα η κατάθλιψη, οι συναισθηματικές διαταραχές, η διπολική διαταραχή, η σχιζοφρένεια και οποιαδήποτε άλλη ψυχική διαταραχή μπορεί να οδηγήσει κάποιος στην αυτοκτονία.

Οι οικονομικοί παράγοντες, ένα τραυματικό γεγονός, μια μακροχρόνια ασθένεια και η κατάχρηση ουσιών μπορούν να αποτελέσουν αιτιολογικούς παράγοντες που ο άνθρωπος μπορεί να θεωρεί ότι δεν μπορεί να ανταπεξέλθει και οδηγείτε στην αυτοχειρία.

Ο ρόλος της οικογένειας στην αυτοχειρία είναι πολύ σημαντικός. Οι γενετικοί παράγοντες και γενικά η κληρονομικότητα είναι μια αιτία που ενώνει μεταξύ τους την αυτοκτονία και την οικογένεια. Επίσης μια αυτοκτονία που έχει γίνει παλαιότερα στην οικογένεια μπορεί να δράσει σαν μιμητικό πρότυπο προς τα νέα μέλη της οικογένειας.

Το περιβάλλον που μεγαλώνει ένα παιδί παίζει σημαντικό ρόλο. Ένα κακοποιητικό περιβάλλον, ένα πολύ άκαμπτο και αδιάφορο πλαίσιο είναι παράγοντες που μπορούν να

επηρεάσουν το άτομο και αυτό να λειτουργήσει αυτοκαταστροφικά. Η οικογένεια από την άλλη είναι εκείνη η οποία μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά και να προλάβει την αυτοκτονία. Μπορεί να παρατηρήσει κάποια σημάδια που θα βοηθήσουν να καταλάβει ότι υπάρχει πρόβλημα. Έτσι μπορεί να ζητήσει βοήθεια και να συνεργαστεί με τους ειδικούς για το καλύτερο του ασθενή.

Μια οικογένεια που είναι η δίπλα στο άτομο μπορεί να προλάβει την αυτοκτονία αρκεί να παρατηρήσει κάποια σημάδια- συμπεριφορές του ατόμου. Καλό είναι όταν η οικογένεια παρατηρεί σημεία ανησυχητικά όπως είναι η απομόνωση, η μεγάλη αλλαγή συμπεριφοράς(ξαφνική απομόνωση του μέλους της οικογένειας μπορεί να αποτελέσει κάποια ένδειξη, να μην πηγαίνει στη δουλειά, να μην θέλει να μιλήσει με τους δικούς του, να σταματήσει να τρώει, να έχει πολλά νεύρα, να μην κοιμάται κ.α.), η δήλωση πολλές φορές ,μια προηγούμενη απόπειρα, μια μακροχρόνια ασθένεια, ένα τραυματικό γεγονός και η κατάχρηση ουσιών είναι σημεία που εν δυνάμει μπορούν να γίνουν επικίνδυνα

Τόσο το βαρύ πένθος όσο και η ενοχές/τύψεις είναι συνέπειες δύσκολα αντιμετωπίσιμες, όπου πυροδοτούν την οικογένεια του ατόμου μετά την αποτρόπαια πράξη. Δεν θα μπορούσε να παραλειφθεί το στίγμα που δημιουργείται στην οικογένεια. Οι κοινωνικές προκαταλήψεις και οι αρνητικές στάσεις της κοινωνίας τόσο στις μικροαστικές περιοχές αλλά και στις πόλεις στιγματίζουν την οικογένεια η οποία με την σωστή καθοδήγηση και στήριξη από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ίσως το αντιμετωπίσει.

Αναφορικά με την Κύπρο, οι εξειδικευμένες υπηρεσίες πρόληψης της αυτοκτονίας, είτε στον ιδιωτικό είτε στον δημόσιο τομέα είναι σχεδόν ανύπαρκτες. Παρόλα αυτά σε περίπτωση αποτυχημένης απόπειρας αυτοκτονίας τότε γίνεται άμεση εισαγωγή σε νοσοκομείο για αξιολόγηση και στήριξη από ψυχολόγο και ακολούθως γίνεται παραπομπή σε δημόσιες υπηρεσίες όπως το πολυδύναμο κέντρο Λευκωσίας και το hope for children για παιδιά και έφηβους. Εξίσου σημαντικό πρόγραμμα υγείας στην Κύπρο είναι το ‘‘ΓΕΣΥ’’ όπου με τις υπηρεσίες του παρέχει πιο εύκολη και άμεση πρόσβαση στο κοινό ώστε να διασυνδεθεί με οποιοδήποτε επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Όσον αφορά τις υπηρεσίες που μπορούν να δράσουν προληπτικά στην Ελλάδα είναι τα νοσοκομεία, η εξειδικευμένη τηλεφωνική γραμμή, 1018, «Κλίμακα» και το Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της αυτοκτονίας που δραστηριοποιείται στην Αθήνα. Επίσης σε περίπτωση αποτυχημένης απόπειρας το άτομο αλλά και η οικογένεια του μπορεί να απευθυνθεί στις ήδη προαναφερθέντες αλλά και σε όλες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας τόσο

του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα. Συγκεκριμένα : τα νοσοκομεία, η κοινωνική υπηρεσία Του Δήμου, τα κέντρα υγείας, οι ψυχιατρικές κινητές μονάδες, τα κέντρα ψυχικής υγείας είναι υπηρεσίες που μπορούν να υποστηρίξουν τόσο το άτομο όσο και την οικογένεια του. Επίσης εκτός τις δημόσιες υπηρεσίες υπάρχουν και ιδιωτικές υπηρεσίες που μπορεί να απευθυνθεί ο ασθενής αλλά και η οικογένεια του. Αυτοί μπορεί να είναι ιδιώτες ΕΨΥ ή και ιδιωτικές κλινικές.

Για την κάλυψη των αναγκών τις οικογένειας που έχασε ένα μέλος από αυτοκτονία, η ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική από επαγγελματίες του χώρου, είναι απαραίτητη ώστε να καταφέρει όσο το δυνατό περισσότερο να ξεπεράσει την απώλεια, το βαρύ πένθος και τις τύψεις/ενοχές. Η οικογένεια μπορεί να απευθυνθεί τόσο σε δημόσιες όσο και ιδιωτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Στην Ελλάδα υπάρχει η εξειδικευμένη τηλεφωνική γραμμή, 1018, η Κλίμακα, που υποστηρίζει την οικογένεια που έχασε κάποιο μέλος της από αυτοκτονία. Επίσης υπάρχει η «Μέριμνα» που είναι υπεύθυνη για την διαχείριση πένθους και η οικογένεια μπορεί να απευθυνθεί σε αυτή.

Ο ρόλος των Επαγγελματιών Ψυχικής υγείας στην πρόληψη και διαχείριση της αυτοκτονίας είναι πολύ καθοριστικός σε ατομικό επίπεδο καθώς βοηθούν το άτομο να επιστρατεύει τους δικούς του υγιείς μηχανισμούς αντιμετώπισης δυσκολιών αλλά και είναι αναγνωρίζουν τα σημάδια που εκδηλώνει το άτομο το οποίο έχει σκοπό να αυτοκτονήσει. Επιπλέον, τόσο σε οικογενειακό επίπεδο όσο και σε κοινοτικό επίπεδο, οι ΕΨΥ έχουν ένα πιο ευρύ ρόλο για την πρόληψη της αυτοκτονίας. Οι ενημερώσεις, σεμινάρια, ημερίδες και διαλέξεις προς τους πολίτες είναι ένα δυνατό όπλο για την προώθηση των τρόπων πρόληψης και διαχείρισης της αυτοκτονίας αλλά και για να γνωστοποιήσουν τις γραμμές υποστήριξης και τις εξειδικευμένες υπηρεσίες αυτοκτονίας.

Για καλύτερη πρόληψη, υποστήριξη και διαχείριση της αυτοκτονίας, είναι απαραίτητες περισσότερες στελεχωμένες δημόσιες υπηρεσίες, hotlines ή οργανισμοί όπου θα υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό, και πιο συγκεκριμένα υπηρεσίες εξειδικευμένες για την αυτοκτονία. Οι ενημερώσεις, οι διαλέξεις, τα σεμινάρια και οι ημερίδες τόσο για τους πολίτες όσο και για τους ΕΨΥ είναι άκρως σημαντικός παράγοντας που πρέπει να εξελιχθεί στην κοινωνία μας ώστε να προωθούνται τρόποι αναγνώρισης και πρόληψης της αυτοκτονίας. Δεν θα μπορούσε να παραλειφθεί η στελέχωση μόνιμου προσωπικού στα σχολεία από Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. Αντωνοπούλου, Μ.Ν. (2008). Οι Κλασσικοί της Κοινωνιολογίας. Κοινωνική Θεωρία και Νεότερη Κοινωνία. Αθήνα: Σαββάλας.
2. Αρναούτογλου Ν. (-) “ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΚΕΝΤΡΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ” ανακτήθηκε από: <https://www.psyhiatros.gr/%CF%84%CE%B7%CE%BB-%CE%B3%CF%81%CE%B1%CE%BC%CE%BC%CE%AD%CF%82-%CF%85%CF%80%CE%BF%CF%83%CF%84%CE%AE%CF%81%CE%B9%CE%BE%CE%B7%CF%82-%CE%AD%CE%B3%CE%BA%CE%B1%CE%B9%CF%81%CE%B7%CF%82-%CF%80%CE%B1%CF%81/> (Τελευταία προβολή: 11/08/2022)
3. Αφροδίτη Α Αβαγιανου, “Ευθάνατος θάνατος’:Το ‘καλώς θανείν’ στην αρχαία Ελλάδα,” Ελένη Γραμματικοπούλου, Ed. Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών (ΕΙΕ), 2000. 31-54.
4. Α’ ψυχιατρική κλινική πανεπιστημίου Αθηνών Αιγινήτειο Νοσοκομείο (2022) “Αυτοκτονικότητα” Ανακτήθηκε από:

<https://atticaspirit.gr/wpcontent/uploads/2020/11/Autoktonikotita.pdf> (Τελευταία προβολή: 06/08/2022)

5. Γκατζέλια, Ν. (2012). Ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η πρόληψη του. Ανακτήθηκε: <https://www.psychografimata.com/o-aftoktonikos-ideasmos-ke-i-prolipsi-tou/>
6. Ε. Σωτηρόπουλου (2014) “Κρίση και αυτοκτονίες στην Ευρώπη: Τάσεις και δεδομένα” ανακτήθηκε από: <https://www.naftemporiki.gr/story/730885/politikes-prolipsis-ton-autoktonion-stis-xores-tis-europis>(Τελευταία προβολή: 11/6/2022)
7. Ζαχαριάς, Β., Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πακέτο οδηγιών για την πολιτική και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Μετάφραση: Πασαντωνόπουλος Γ.
8. Ιatronet (2011) “ Αυτοκτονία και αυτοκτονική συμπεριφορά ” Ανακτήθηκε από: <https://www.iatronet.gr/symptom-checker/aftoktonia-kai-aftoktoniki-symperifora.html> (Τελευταία προβολή: 06/08/2022)
9. Κατάκη Χ. (2019) “ Ο πολυδιάστατος ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας: Εξελίξεις και προοπτικές” Ανακτήθηκε από: <https://www.psychologynow.gr/arthra-psyxikis-ygeias/psychotherapeia/apotelesmatikotita/7219-o-polydiastatos-rol-os-tou-eraggelmatia-psyxikis-ygeias.html> (Τελευταία προβολή: 13/08/2022)
10. Κατσαδώρος Κ. & Ζαφειροπούλου Δ. (2021) “Όταν κάποιος που αγαπάς αυτοκτονεί ”. Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας - Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία 1018: <http://suicide-help.gr/otan-karpoios-prou-agapas-autoktonei/>
11. Κατιρτζόγλου Ε. (2022) “Αυτοκτονία: Οι συμπεριφορές που δυνητικά θέτουν την υπόνοια αυτοκαταστροφικών σκέψεων” Ανακτήθηκε από: <https://www.aftodioikisi.gr/ygeia/aytoktonia-oi-symperifores-pou-dynitika-thetoyn-tin-yponoia-aytokatastrofikon-skepseon/> (Τελευταία προβολή: 06/08/2022)
12. Κατσούφη Α. (1991), «Η μη θεραπεύσιμη οικογένεια», Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 21, Αθήνα, σελ. 29-41.
13. Κακούλας Γ. (2019) “ Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας” ανακτήθηκε από: <https://prezi.com/p/pxt0y-ibixkk/presentation/> (Τελευταία προβολή: 01/10/2022)
14. Κέντρο Ψυχικής Υγείας (-) “ Πως αντιμετωπίζεται η αυτοκτονικότητα” Ανακτήθηκε από: <https://www.stavrianakos.gr/aytoktonikotita/> (Τελευταία προβολή: 06/08/2022)
15. Κλίμακα (-) “ Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας” Ανακτήθηκε από: <https://www.klimaka.org.gr/kentro-imeras-gia-tin-prolipsi-tis-autoktonias/> (Τελευταία προβολή: 11/08/2022)
16. Κλίμακα (2021) Εσύ ξέρεις τι θα κάνεις αν κάποιος εκδηλώσει αυτοκτονικές σκέψεις ή επιχειρήσει να αυτοκτονήσει; ανακτήθηκε από: <https://popaganda.gr/stories/prolipsi-aftoktonion/> (Τελευταία προβολή: 16/09/2022)
17. Κοινής Α. (2014) Διεπιστημονική Φροντίδα Υγεία, τόμος 6, τεύχος 1, σ. 8-17 ανακτήθηκε από: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/41017867/provlimata-psuxikis-ugeias-se-eraggelmaties-ugeias_el-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1660407384&Signature=IA5aFaZdGFLjPimWgBbuuSDI0b8vbXSeGYJU

xJTNgsMTx6xYXsTWtwZuKZAXV6jw0i~0NUWdpV2QTEJorPiDjxJKnmjeEltaFaGM1gWg9GcCdLm8wAoqVBo6M~BuUm~GbQ-pk7i-soWbl2BYXgYFZlIcak79y1u-Gq5RB2Egwc1jMNfh-7rz-BBdQps1sZXj1vrhoOvIywqWw8PdNOKGyKfMxRJM-g3FKIGkGDYXlOrlzASmQK~Oo8e9F7wzIO-H1XGTkqzouTlyVEOlzU8GygmQ-gM2AszK8KLtAcMSH~mHPXyF38gjq12e7TR8kHuMIQOqnFhxYrgB5NGkoFhSOA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA (Τελευταία προβολή: 13/08/2022)

18. Μάνου, Ν. (2008) Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: UniversityStudioPress. Ανατυπωμένη Έκδοση.
19. Μεσσάρη, Σ (2013). Αυτοκτονία: το τίμημα για οικογένεια. Κέντρο Ψυχολογικών Θεραπειών «Ψυχή τε και σώματι» Διαθέσιμο:<http://www.ptks.gr/scientific-material/%CE%B1%CF%85%CF%84%CE%BF%CE%BA%CF%84%CE%BF%CE%BD%CE%AF%CE%B1-%CF%84%CE%BF-%CF%84%CE%AF%CE%BC%CE%B7%CE%BC%CE%B1-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%B3%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1>
20. Μπεκιάρη, Ε., Κατσαδώρος, (χ.χ.). Οδηγός για την αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή, για γιατρούς και άλλους εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Κλίμακα. Φορέας Ανάπτυξης Ανθρωπίνου & Κοινωνικού Κεφαλαίου: Αθήνα.
21. Μπελεγρίνος, Θ., Ζαχάρης, Ε., & Φραδέλος, Ε. (2014). Η αυτοκτονία ως κοινωνικό και ψυχολογικό φαινόμενο. Επιστημονικά Χρονικά, 19(4), 370-379.
22. Ν. Αρναούτογλου (Χ) ‘Κέντρα Ψυχικής Υγείας’ ανακτήθηκε από: <https://www.psychiatros.gr/dimosies-domes-psyxikis-ygeias/> (Τελευταία προβολή: 28/6/2022)
23. Νηματούδης (2011) ‘Παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία και απόπειρα αυτοκτονίας’ Ανακτήθηκε από: <https://www.archaiologia.gr/wp-content/uploads/2011/07/101-3.pdf> (Τελευταία προβολή: 06/08/2022)
24. Παπαδάκη Π. (2016) ‘‘ Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας’’ ανακτήθηκε από: <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/3310> (Τελευταία προβολή: 20/10/2022)
25. Παππάς Η. (1998). Συμβολή στη διερεύνηση της αυτοκτονικής πρόθεσης και φονικότητας στις απόπειρες αυτοκτονίας. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Διαθέσιμο: <https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/11189#page/1/mode/1up>
26. Πιάνος Χ.Κ., 2000, «Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπισή τους», εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, σελ. 17-19, 119-122, 256-257, 258, 260-262, 264- 265, 266-270, 272-279, 284-293.
27. Πίσχος Χ. (2017) ‘‘ Αυτοκτονική τάση και τρόποι πρόληψης’’ Ανακτήθηκε από: <https://www.sinaisthisi.gr/articles/psixikes-diataraxes/54-aftoktoniki-tasi-kai-tropoi-prolipsis.html> (Τελευταία προβολή: 06/08/2022)
28. Πιάνος Χ.Κ (2000) ‘‘Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπισή τους’’, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, σελ. 17-19, 119-122, 256-257, 258, 260-262, 264- 265, 266-270, 272-279, 284-293.
29. Ρ. Ζαβρού, Μ. Καρανικόλα, Ε. Παπασταύρου (2016) ‘‘Διερεύνηση Βιοματικής Εμπειρίας Ατόμων που Έχασαν Κάποιο Μέλος της Οικογένειάς τους από Αυτοκτονία’’ ανακτήθηκε από:

<https://www.hjn.gr/index.php/el/2016/tomos-55-teyxos-4/258-2016409/viewdocument/258>
(Τελευταία προβολή: 11/6/2022)

30. Σ. Μπελεγρίνος, Θ. Ζάχαρης, Ε. Φραδέλος. (2019) *‘‘Η αυτοκτονία ως κοινωνικό και ψυχολογικό φαινόμενο’’* ανακτήθηκε από: https://www.researchgate.net/profile/Evangelos-Fradelos-2/publication/270381531_SUICIDE_AS_A_SOCIAL_AND_PSYCHOLOGICAL_PHENOMENON/links/54b565c40cf28ebe92e5bf2d/SUICIDE-AS-A-SOCIAL-AND-PSYCHOLOGICAL-PHENOMENON.pdf (Τελευταία προβολή: 11/6/2022)
31. Σερμπεζής Χ. (2015) *Αυτοκτονία και ψυχικές διαταραχές* ανακτήθηκε από: <https://www.christossermpezis.gr/el/dimosieyseis-ston-tyro/aftoktonia-kai-psyhikes-diataraxes> (Τελευταία προβολή: 16/09/2022)
32. Σταυριανός Κ. (2015) *‘‘Αυτοκτονικότητα- προειδοποιητικά σημάδια και παράγοντες κίνδυνου’’* Ανακτήθηκε από: <https://www.psychiatros.gr/%ce%b1%cf%85%cf%84%ce%bf%ce%ba%cf%84%ce%bf%ce%bd%ce%b9%ce%ba%ce%bf%cf%84%ce%b7%cf%84%ce%b1-%cf%80%cf%81%ce%bf%ce%b5%ce%b9%ce%b4%ce%bf%cf%80%ce%bf%ce%b9%ce%b7%cf%84%ce%b9%ce%ba%ce%b1-%cf%83%ce%b7/> (Τελευταία προβολή: 11/08/2022)
33. Σολομών Λ. (2022) *Εσύ ξέρεις τι θα κάνεις αν κάποιος εκδηλώσει αυτοκτονικές σκέψεις ή επιχειρήσει να αυτοκτονήσει;* ανακτήθηκε από: <https://propaganda.gr/stories/prolipsis-aftoktonion/> (Τελευταία προβολή: 16/09/2022)
34. Τσιώλης Γ. (2015) *‘‘Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων: διλήμματα, δυνατότητες, διαδικασίες.’’* Ανακτήθηκε από: https://www.researchgate.net/profile/Giorgos-Tsiolis-2/publication/296014223_Analyse_poiotikon_dedomenon_dilemmata_dynatotetes_diadikases/links/57336cc108aea45ee838f602/Analyse-poiotikon-dedomenon-dilemmata-dynatotetes-diadikases.pdf
35. Υπουργείο Άμυνας (2019) *‘‘Αρχή αντιμετώπισης εξαρτήσεων Κύπρου’’* ανακτήθηκε από: <https://mod.gov.cy/app/%CE%B1%CF%81%CF%87%CE%AE-%CE%B1%CE%BD%CF%84%CE%B9%CE%BC%CE%B5%CF%84%CF%8E%CF%80%CE%B9%CF%83%CE%B7%CF%82-%CE%B5%CE%BE%CE%B1%CF%81%CF%84%CE%AE%CF%83%CE%B5%CF%89%CE%BD-%CE%BA%CF%8D%CF%80%CF%81%CE%BF/> (Τελευταία προβολή: 20/10/2022)
36. Χάσικου Α. (2021) *‘‘Το πρόβλημα των αυτοκτονιών και οι τρόποι αντιμετώπισής του σε ευρωπαϊκές χώρες’’* ανακτήθηκε από: <http://www.parliament.cy/images/media/redirectfile/26%20%CE%95%CE%A1%CE%95%CE%A5%CE%9D%CE%91%20%CE%91%CE%A5%CE%A4%CE%9F%CE%9A%CE%A4%CE%9F%CE%9D%CE%99%CE%95%CE%A3.pdf> (Τελευταία προβολή: 01/10/2022)
37. Χρόνης, Τ. (2016). *Αυτοκτονικότητα και η διαχείριση της στην εκπαίδευση*. 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης και Ειδικής Αγωγής, 1486- 1503.
38. APA (2003) *Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας* ανακτήθηκε από: <https://el.sainte-anastasia.org/articles/psicologa-clnica/los-4-factores-que-hacen-aumentar-el-riesgo-de-suicidio.html> (Τελευταία προβολή: 16/09/2022)

Ξενόγλωσση

1. Aquinas, T.(1947) Summa Theologica, New York: Benziger Brothers.
2. Beratis S. (1986). Suicide in southwestern Greece 1979-1984. ActaPsychiatr Scand.
3. Carson R., Butcher J., (1992) “Abnormal psychology and modern life” 9η έκδοση, New York, Harper Collins
4. Craib I., (2012). Κλασική κοινωνική θεωρία, Παπαζήσης (Αθήνα). Μτφ: Καρασαρινης Μ., Λέκκας Ε., Παντελής
5. Diekstra (-) “Suicide and the attempted suicide: An international perspective” ό.π.
6. Durkheim, E., (1987). Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας. Μτφ.: Μαρκάκης Μ. Αθήνα: Γερ. Αναγνωστίδη.
7. Durkheim E. (1997) ‘‘Suicide, Free Press of Glencoe’’ , Paris και McMillan, New York 1987.
8. Edelstein B. (-) ‘‘ Για την αυτοκτονία... η «εμπειρία» ενός ψυχοθεραπευτή’’ Ανακτήθηκε από: <https://www.klimaka.org.gr/gia-tin-autoktonia-i-empeiria-enos-psuxotherapeuti/> (Τελευταία προβολή: 13/08/2022)
9. Esquirol, J.E.D.(1965). Mendal Maladies. A. Treatise on Insanity, (Translated by E.K. Hunt), Hefner, New York
10. Gale N, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi – Disciplinary health research. BMC. MedicalResearch Methodology. 13: 117.Doi: 10.1186/1471-2288-13-117.
11. Gould M.S. / D. Shaffer (1986) ‘‘The impact of suicide in television movies: evidence of imitation’’ The New England Journal of Medicine 315, σ. 690-694
12. Jenkins, R., & Singh, B. (2000). General population strategies of suicide prevention. In K. Hawton, & K. Van Heeringen (Eds). The international handbook of suicide and attempted suicide.
13. Kiefer WC. (2007). Doing health anthropology research methods for community assessment and change. Springer, New York.
14. Klonsky, D., May, A., &Saffer, B. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. Annual Review of Clinical Psychology, 12, 307-330.
15. Klonsky, E. D. and A. M. May (2015). "The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework." International Journal of Cognitive Therapy 8(2): 114-129.
16. Kom M. / A.J. Botsis / M. Kotler / R. Plutchikκ.ά. (2002) ‘‘ The suicide and aggression survey: a semistructured instrument for the measurement of suicidality and aggression’’ Comprehensive Psychiatry 33/6, σ. 359-365.
17. Kubler-Rosw, E., (2019). Πλησιάζοντας το θάνατο- Τα πέντε στάδια του πένθους. Μτφ: Προβιας Β. Αθήνα : Ίκαρος

18. Ritchie J, Spencer L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. In A Bryman, RC Burgess (Eds.), Analyzing Qualitative Data. London: Routledge
19. Shneidman, E. (1985). Definition of suicide. Northvale, NJ: JasonAronson
20. Suicide-help (-) ‘‘ Παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας’’ Ανακτήθηκε από: <http://suicide-help.gr/paragontes-kindynou/> (Τελευταία προβολή: 06/08/2022)
21. WHO Europe (2013). Mental Health, Resilience and Inequalities. Copenhagen, Denmark, WHO
(<http://repository.library.teimes.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/9143/%ce%91%ce%9d%ce%91%ce%a3%ce%9a%ce%9f%ce%a0%ce%97%ce%a3%ce%97%20%ce%91%ce%a5%ce%a4%ce%9f%ce%9a%ce%a4%ce%9f%ce%9d%ce%99%ce%a9%ce%9d%20%ce%a4%ce%91%20%ce%a4%ce%95%ce%9b%ce%95%ce%a5%ce%a4%ce%91%ce%99%ce%91%20%ce%a0%ce%95%ce%9d%ce%a4%ce%95%20%ce%95%ce%a4%ce%97.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)
22. World Health Organization (1974). Suicide and Attempted Suicide. Geneva: PublicHealthPapers.

Παράρτημα 1

Άξονες ερωτήσεων για συνέντευξη από Επαγγελματία ψυχικής Υγείας:

- **Δημογραφικά-κοινωνικά στοιχεία:**
 - Ονοματεπώνυμο
 - Φύλο
 - Ηλικία
 - Οικ.κατάσταση
 - Τόπος κατοικίας
 - Σπουδές
 - Εξειδίκευση
- **A) Αίτια της αυτοκτονίας**
- **B) Οικογένεια και αυτοκτονία**
- **Γ) Συνέπειες της αυτοκτονίας στην οικογένεια: πως βιώνει η οικογένεια την αυτοκτονία του μέλους της**
- **Δ) Αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για την πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκτονίας**

➤ ***E) Προτάσεις για το μέλλον***