**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΣΧΟΛΗ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**<<Διεπιστημονική Διαχείριση των Χρόνιων Νοσημάτων , Αναπηρίας και Γήρανσης>>**

**ΤΙΤΛΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

# <<Αυτοκτονία και Οικογένεια: Μια ποιοτική μελέτη απόψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας>>

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:Δρ.Μουδάτσου Μαρία

Συνεπιβλέποντες:Δρ.Κουκούλη Σοφία

Δρ.Σταυροπούλου Αρετή

Φοιτήτρια:Μελπομένη Βασσάλου

Αριθμός Μητρώου:ΜΥΧ67

Ακαδημαϊκό έτος:2024-2025

Ηράκλειο,Ιούνιος 2026

**Δήλωση Πνευματικής Ιδιοκτησίας**

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Μεταπτυχιακης Διπλωματικής Εργασίας αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της συγγραφέως Βασσάλου Μελπομένης,της επιβλέπουσας καθηγήτριας Δρ.Μουδάτσου Μαρίας και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας,ΕΛΜΕΠΑ και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας(Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

**Δήλωση τήρησης της ακαδημαϊκής δεοντολογίας:**

Η Βασσάλου Μελπομένη υπογράφουσα φοιτήτρια του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού<<Διεπιστημονική Διαχείριση των Χρόνιων Νοσημάτων,της Αναπηρίας και της Γήρανσης-MSc in Interdisciplinary Management of Chronic Diseases,Disability and Ageing>>του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία με τίτλο:<<Αυτοκτονία και Οικογένεια:Μια ποιοτική μελέτη απόψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας>>είναι στο σύνολο της προϊόν δικής μου δουλειάς και ότι όλες οι πηγές που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως.Επίσης,δηλώνω ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε άλλο Ίδρυμα ή Οργανισμό προς αξιολόγηση,ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος αυτής ή στο σύνολο της.

Ονοματεπώνυμο

Βασσάλου Μελπομένη

**Περίληψη**

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των αντιδράσεων των οικογενειών μετά την αυτοκτονία ενός μέλους, μέσα από τις απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Η αυτοκτονία αποτελεί ένα ιδιαίτερα σύνθετο κοινωνικό και ψυχολογικό φαινόμενο, το οποίο επηρεάζει βαθιά όχι μόνο το άτομο αλλά και το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με ποιοτική μεθοδολογία και βασίστηκε στη διεξαγωγή ημιδομημένων συνεντεύξεων στις οποίες συμμετέχουν επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από δεκαπέντε επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων(ψυχολόγοι,ψυχίατροι και κοινωνικοί λειτουργοί).Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης, σύμφωνα με την προσέγγιση των Virginia Braun και Victoria Clarke.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι οικογένειες που βιώνουν την αυτοκτονία ενός μέλους αντιμετωπίζουν έντονα και σύνθετα συναισθήματα, όπως βαθύ πόνο,θλίψη, ενοχή και σύγχυση.Επιπλέον,το πένθος μετά από αυτοκτονία παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και συχνά συνοδεύεται από αναπάντητα ερωτήματα σχετικά με τα αίτια της πράξης. Παράλληλα, αναδείχθηκε ο ρόλος του κοινωνικού στίγματος, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε απομόνωση των οικογενειών και σε δυσκολία έκφρασης των συναισθημάτων τους.Η αυτοκτονία επηρεάζει επίσης τις οικογενειακές σχέσεις και τη δυναμική της οικογένειας,ενώ σημαντικός αναδεικνύεται ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην παροχή υποστήριξης προς τις οικογένειες.

Τα ευρήματα της μελέτης αυτής υπογραμμίζουν την ανάγκη ανάπτυξης κατάλληλων παρεμβάσεων και υπηρεσιών υποστήριξης για τις οικογένειες που βιώνουν την αυτοκτονία ενός μέλους, καθώς και τη σημασία της ευαισθητοποίησης της κοινωνίας σχετικά με το φαινόμενο της αυτοκτονίας και τις συνέπειες του.

**Λέξεις-κλειδιά:** αυτοκτονία, οικογένεια, πένθος, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, θεματική ανάλυση.

**Abstract**

The aim of the present study was to investigate the reactions of families following the suicide of a member, through the perspectives of mental health professionals. Suicide constitutes a highly complex social and psychological phenomenon, which profoundly affects not only the individual but also their family and social environment.

The research was conducted using a qualitative methodology and was based on semi-structured interviews in which mental health professionals participated. The sample of the study consisted of fifteen mental health professionals from different specialties (psychologists, psychiatrists, and social workers).Data analysis was carried out using thematic analysis, in accordance with the approach of Braun and Clarke.

The findings of the study indicated that families experiencing the suicide of a member face intense and complex emotions, such as deep pain, grief, guilt, and confusion. Furthermore, bereavement following suicide presents particular characteristics and is often accompanied by unanswered questions regarding the causes of the act. At the same time, the role of social stigma was highlighted, as it may lead to the isolation of families and difficulties in expressing their emotions. Suicide also affects family relationships and family dynamics, while the role of mental health professionals in providing support to families is considered significant.

The findings of this study underline the need for the development of appropriate interventions and support services for families experiencing the suicide of a member, as well as the importance of raising social awareness regarding the phenomenon of suicide and its consequences.

**Keywords:** suicide, family, bereavement, mental health professionals, thematic analysis

**Ευχαριστίες**

Η παρούσα διπλωματική εργασία με τίτλο «Αυτοκτονία και οικογένεια:Μια ποιοτική μελέτη απόψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας» εκπονήθηκε στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου.

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες προς την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου,Δρ.Μουδάτσου Μαρία,για την πολύτιμη καθοδήγηση, την επιστημονική υποστήριξη και τις ουσιαστικές παρατηρήσεις της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας.Η συμβολή της υπήρξε ιδιαίτερα σημαντική για την ολοκλήρωση της ερευνητικής διαδικασίας.

Παράλληλα,θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τις συνεπιβλέπουσες καθηγήτριες, Δρ.Κουκούλη Σοφία και Δρ.Αρετή Σταυροπούλου,για τις πολύτιμες συμβουλές,τις παρατηρήσεις και τη συμβολή τους στην επιστημονική υποστήριξη της εργασίας.

Τέλος,θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου προς την οικογένεια και τους οικείους μου για τη διαρκή υποστήριξη,την κατανόηση και την ενθάρρυνση που μου παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

## Περιεχόμενα

**Μέρος Α:Θεωρητικό-Βιβλιογραφική Ανασκόπηση**

**Κεφάλαιο 1:Εισαγωγή**

1.1 Σκοπός του θεωρητικού Κεφαλαίου.....9

1.2 Δομή και Περιεχόμενο.....9

**Κεφάλαιο 2 :Αυτοκτονία ως φαινόμενο**

2.1 Ορισμός και Βασικές Έννοιες.....10

2.2 Θεωρητικές Προσεγγίσεις.....12

2.2.1 Κοινωνιολογικές Θεωρήσεις.....14

2.2.2 Ψυχοδυναμικές Προσεγγίσεις.....15

2.2.3 Γνωσιακές-Συμπεριφορικές Θεωρίες.....17

2.2.4 Βιολογικοί και νευρο- ψυχολογικοί παράγοντες.....19

2.3 Παράγοντες κινδύνου και Προστατευτικοί Παράγοντες.....20

2.4 Στατιστικά Δεδομένα για την αυτοκτονία.....21

**Κεφάλαιο 3: Ο ρόλος της οικογένειας**

3.1 Η οικογένεια ως σύστημα.....23

3.2 Η οικογένεια ως προστατευτικός παράγοντας.....24

3.3 Συνέπειες της αυτοκτονίας στην οικογένεια.....28

3.4 Πένθος και ψυχολογικός αντίκτυπος.....36

3.4.1 Στίγμα και Κοινωνικές Διαστάσεις.....37

3.4.2 Αυτοκτονία και Τρίτη ηλικία.....39

**Κεφάλαιο 4: Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και η αυτοκτονία**

4.1 Ο ρόλος των επαγγελματιών στην πρόληψη και παρέμβαση.....40

4.2 Δυσκολίες και προκλήσεις στην κλινική πρακτική.....41

**Κεφάλαιο 5: Σύνδεση με την παρούσα έρευνα**

5.1 Επισκόπηση κενών στην βιβλιογραφία.....42

5.2 Αναγκαιότητα της μελέτης.....44

5.3 Συμβολή της Ποιοτικής Διερεύνησης .....44

**Μέρος Β:Μεθοδολογία Έρευνας**

**Ερευνητικά Ερωτήματα**.....45

**Μεθοδολογία**.....46

**Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα Έρευνας**

Αναλυση και Κυριότερες Θεματικές Ενότητες……..….47

6.1Συναισθηματικές Αντιδράσεις της οικογένειας .....48

6.2Διαχείριση Πένθους και Οικογένεια.....….....50

6.3 Κοινωνικό Στίγμα.....…..…...51

6.4 Οικογενειακές Δυναμικές…….....52

6.5 Ρόλος της επαγγελματικής υποστήριξης…….....….54

**Κεφάλαιο 7: Συζήτηση**.....….....56

**Κεφάλαιο 8: Συμπεράσματα**.....57

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....58

Βιβλιογραφία.....…...61

Παραρτήματα.....64

## 1.Εισαγωγή

### 1.1 Σκοπός του θεωρητικού κεφαλαίου

Ο σκοπός του θεωρητικού κεφαλαίου στην διπλωματική έρευνα με θέμα την αυτοκτονία και την οικογένεια,στο πλαίσιο μιας ποιοτικής μελέτης των απόψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, είναι να θεμελιώσει επιστημονικά τη μελέτη, να οριοθετήσει εννοιολογικά το ερευνητικό πεδίο και να προσφέρει το απαραίτητο πλαίσιο κατανόησης και ερμηνείας των εμπειριών και αντιλήψεων που θα αναδυθούν από τα ερευνητικά δεδομένα.Μέσα από την ανασκόπηση και την σύνθεση της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας,το θεωρητικό πλαίσιο αποσαφηνίζει βασικές έννοιες όπως η αυτοκτονική συμπεριφορά,ο ρόλος της οικογένειας,οι δυναμικές του οικογενειακού συστήματος και η επαγγελματική πρακτική στην ψυχική υγεία, αναδεικνύοντας ταυτόχρονα τις κοινωνικές,ψυχολογικές και συστημικές διαστάσεις του φαινομένου.Επιπλέον,λειτουργεί ως γέφυρα μεταξύ θεωρίας και έρευνας, καθοδηγώντας τη διαμόρφωση των ερευνητικών ερωτημάτων και προσφέροντας ένα ερμηνευτικό υπόβαθρο για την ανάλυση των αφηγήσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Με αυτόν τον τρόπο,το θεωρητικό πλαίσιο δεν περιορίζεται στην περιγραφική παράθεση γνώσεων,αλλά συμβάλλει ουσιαστικά στην κριτική κατανόηση του ρόλου της οικογένειας στην πρόληψη,την εκδήλωση και τη διαχείριση της αυτοκτονικότητας,όπως αυτή βιώνεται και νοηματοδοτείται από τους ίδιους τους επαγγελματίες που εργάζονται στο πεδίο.

### 1.2 Δομή και Περιεχόμενο

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται το θεωρητικό υπόβαθρο που αφορά το φαινόμενο της αυτοκτονίας και τη σύνδεσή του με την οικογένεια.Αρχικά,αναλύονται οι βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις και τα ερευνητικά δεδομένα που έχουν αναπτυχθεί γύρω από την αυτοκτονία,με στόχο την κατανόηση των παραγόντων που οδηγούν ή αποτρέπουν την εκδήλωσή της.Στη συνέχεια,εξετάζεται ο ρόλος της οικογένειας τόσο ως προστατευτικού παράγοντα όσο και ως δυνητικής πηγής δυσκολιών, ενώ αναδεικνύονται οι συνέπειες που επιφέρει η αυτοκτονία σε οικογενειακό επίπεδο.Επιπλέον,γίνεται αναφορά στον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν το ζήτημα,καθώς και τις προκλήσεις που ανακύπτουν στη συνεργασία τους με τις οικογένειες.Τέλος,επιχειρείται η σύνδεση όλων των παραπάνω με το ερευνητικό ερώτημα της παρούσας μελέτης, προκειμένου να αναδειχθεί η συμβολή της στη σχετική βιβλιογραφία.

## 2.Η Αυτοκτονία ως φαινόμενο

### 2.1 Ορισμός και Βασικές Έννοιες για την Αυτοκτονία

Η αυτοκτονία αποτελεί ένα σύνθετο και πολυδιάστατο φαινόμενο που επηρεάζει όχι μόνο το άτομο,αλλά και τις οικογένειες,τις κοινότητες και τα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο.Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας,η αυτοκτονία ορίζεται ως «θάνατος που προκαλείται από αυτοκατευθυνόμενη συμπεριφορά,με πρόθεση την πρόκληση θανάτου» (World Health Organization,2025).

Η αυτοκτονία δεν αφορά αποκλειστικά ψυχιατρικές διαταραχές,αλλά θεωρείται πλέον σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας.Οι σύγχρονες προσεγγίσεις υποστηρίζουν ότι για την κατανόηση και αντιμετώπιση του φαινομένου απαιτείται διεπιστημονική προσέγγιση,η οποία λαμβάνει υπόψη ψυχολογικούς,κοινωνικούς,πολιτισμικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Eliogu et al., 2024).Το μοντέλο του Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας «LIVE LIFE» ενσωματώνει στρατηγικές πρόληψης που περιλαμβάνουν τη μείωση της πρόσβασης σε μέσα αυτοκτονίας,την ευαισθητοποίηση μέσω των ΜΜΕ,την ενίσχυση της ψυχικής υγείας και την εκπαίδευση στην αναγνώριση κινδύνου (WHO,2025).Η αποτελεσματική κατανόηση και πρόληψή της, απαιτεί μια διεπιστημονική προσέγγιση που να ενσωματώνει τα ατομικά, κοινωνικά, πολιτισμικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά του ατόμου και του πλαισίου μέσα στο οποίο αυτό ζει και αλληλεπιδρά (WHO,2021).

Οι βιοψυχοκοινωνικοί παράγοντες που συνδέονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά είναι πολλαπλοί.Σε ατομικό επίπεδο,οι ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές και η χρήση ουσιών αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου. Επιπλέον,χαρακτηριστικά όπως η απελπισία, η παρορμητικότητα και η επιθετικότητα αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (Mitra et al., 2021).

Σε κοινωνικό επίπεδο,η ανεργία,η φτώχεια,οι οικογενειακές συγκρούσεις,η απομόνωση και η απώλεια στενών προσώπων είναι καθοριστικά στοιχεία που επιβαρύνουν το άτομο (Eliogu et al., 2024).Το στίγμα απέναντι στην ψυχική ασθένεια αποτελεί επιπλέον εμπόδιο στην αναζήτηση βοήθειας, συντηρώντας έναν φαύλο κύκλο περιθωριοποίησης και σιωπής (Corrigan et al., 2014).

Η κλινική αναγνώριση και αξιολόγηση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς έχει ενισχυθεί με τη νεότερη αναθεώρηση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου για τις Ψυχικές Διαταραχές (DSM-5-TR),το οποίο εισήγαγε την Διαταραχή της Αυτοκτονικής Συμπεριφοράς ως ειδική κατηγορία υπό μελέτη (American Psychiatric Association, 2022). Παρά το γεγονός ότι η συγκεκριμένη διαταραχή δεν έχει ακόμη ενσωματωθεί πλήρως ως διάγνωση,αναγνωρίζεται η ανάγκη για πρώιμη διάγνωση,παρακολούθηση και θεραπευτική παρέμβαση,ιδίως σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου (Eliogu et al., 2024).

Από θεωρητική σκοπιά,η «Διαπροσωπική Θεωρία της Αυτοκτονίας»του Joiner (2005) εξακολουθεί να έχει εφαρμογή στη σύγχρονη βιβλιογραφία,αναδεικνύοντας τρεις βασικούς παράγοντες:την αίσθηση ότι κάποιος αποτελεί βάρος,την κοινωνική αποσύνδεση και την επίκτητη ικανότητα να πραγματοποιήσει την αυτοκτονία.Παράλληλα,νεότερα διαγνωστικά και θεωρητικά μοντέλα,όπως το Σύνδρομο Κρίσης Αυτοκτονίας και Οξεία Αυτοκτονική Συναισθηματική Διαταραχή(ASAD),εστιάζουν στις ψυχολογικές μεταπτώσεις που προηγούνται μιας απόπειρας,τονίζοντας την ανάγκη για επείγουσα παρέμβαση(Galynker, 2022).

Η πανδημία COVID-19 έφερε επιπλέον προκλήσεις στην ψυχική υγεία.Μελέτες από το 2021 και μετά δείχνουν αύξηση στον αυτοκτονικό ιδεασμό,ιδιαίτερα σε άτομα με προϋπάρχουσες διαταραχές,λόγω κοινωνικής απομόνωσης,οικονομικών πιέσεων και μειωμένης πρόσβασης σε υποστηρικτικές δομές (Mitra et al., 2021).
Η Μελέτη για το Παγκόσμιο Φορτίο Νόσου **(**Global Burden of Disease – GBD**)** εκτίμησε ότι η αυτοκτονία ήταν η 15η κύρια αιτία απωλειών ετών ζωής το 2019,ανεβαίνοντας από την 18η θέση που κατείχε το 2010 (Vos et al.,2020).Η αυτοκτονία αποτελεί μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο,με σχεδόν 800**.**000 θανάτους ετησίως παγκοσμίως (Vigo et al., 2016).Επηρεάζει ανθρώπους σε όλο το φάσμα της ζωής από παιδιά, εφήβους αλλά και ηλικιωμένους.Από το σύνολο των θανάτων λόγω αυτοκτονίας,το 58% συμβαίνει μεταξύ των ηλικιών 15–49 ετών,γεγονός που αναδεικνύει το μέγεθος των δυνητικά παραγωγικών ετών ζωής που χάνονται (Vos et al., 2020).

Στην τρίτη ηλικία,σημαντικά γεγονότα ζωής και σύνθετες μεταβάσεις μπορεί να λειτουργήσουν ως παράγοντες που οδηγούν στην αυτοκτονία.Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Παγκόσμιου Φορτίο Νόσου 2019,τα ποσοστά θνησιμότητας από αυτοκτονία είναι πολύ υψηλότερα στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες σε σύγκριση με τις νεότερες (24,53 ανά 100.000 άτομα για ηλικίες άνω των 70 ετών και 14,25 ανά 100.000 για ηλικίες 50 έως 69 ετών έναντι 11,19 ανά 100.000 για ηλικίες 15 έως 49 ετών).

Υπάρχουν,επίσης, διαφορές ως προς τα ποσοστά αυτοκτονίας ανά φύλο,με τον δείκτη θνησιμότητας από αυτοκτονία στους άνδρες να είναι σταθερά υψηλότερος σε σχέση με εκείνου των γυναικών διαχρονικά (13,5 ανά 100.000 στους άνδρες έναντι 6,1 στις γυναίκες το 2019) (Vos et al., 2020).Σε παγκόσμιο επίπεδο,η Ινδία και η Κίνα συνεχίζουν να καταγράφουν τον

μεγαλύτερο αριθμό θανάτων από αυτοκτονία,με κυρίαρχες μεθόδους αυτοχειρίας όπως η δηλητηρίαση, ο απαγχονισμός και ο αυτοπυρπολισμός (James et al., 2018).Αυτό υποδεικνύει τη συνεχιζόμενη ανάγκη διερεύνησης των υποκείμενων παραγόντων κινδύνου και τον εντοπισμό πιθανών στόχων για παρεμβάσεις πρόληψης της αυτοκτονίας στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα.

## 2.2 Ιστορική Αναδρομή και θεωρητικές προσεγγίσεις

Η αυτοκτονία αποτελεί ένα διαχρονικό ανθρώπινο φαινόμενο,το οποίο έχει ερμηνευτεί διαφορετικά ανάλογα με το ιστορικό, κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο κάθε εποχής.Οι πρώτες αναφορές σε αυτοκτονικές πράξεις εντοπίζονται ήδη στην αρχαιότητα,τόσο σε ιστορικά κείμενα όσο και σε φιλοσοφικά και θρησκευτικά συστήματα σκέψης.Στις πρώιμες κοινωνίες,η αυτοκτονία δεν αντιμετωπιζόταν ενιαία ως παθολογική συμπεριφορά,αλλά συχνά συνδεόταν με έννοιες όπως η τιμή,η αυτοθυσία ή η κοινωνική υποχρέωση (Minois, 1999).

Στην αρχαία Ελλάδα,οι στάσεις απέναντι στην αυτοκτονία δεν ήταν ενιαίες,αλλά διαμορφώνεται μέσα από διαφορετικά φιλοσοφικά πλαίσια. Ο Πλάτων καταδικάζει γενικά την αυτοκτονία ως πράξη αντίθετη προς το κοινωνικό και ηθικό καθήκον, επιτρέποντάς την μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όπως η ακραία ατιμία ή η ανίατη ασθένεια (Πλάτων, *Νόμοι*, 873c–d). Αντίστοιχα,ο Αριστοτέλης θεωρούσε την αυτοκτονία πράξη αδικίας απέναντι στην πόλη,καθώς στερούσε την κοινωνία από ένα ενεργό μέλος (Αριστοτέλης, *Ηθικά Νικομάχεια*, 1138a).Αντιθέτως,οι Στωικοί φιλόσοφοι,όπως ο Σενέκας, υποστήριζαν ότι ο εθελούσιος θάνατος μπορεί να αποτελεί λογική επιλογή όταν οι συνθήκες ζωής υπονομεύουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια (Seneca, 2007).Οι διαφορετικές αυτές προσεγγίσεις καταδεικνύουν ότι ήδη από την αρχαιότητα το φαινόμενο ερμηνεύεται κυρίως μέσα από ηθικά και φιλοσοφικά σχήματα.

Κατά τον Μεσαίωνα,η κυρίαρχη χριστιανική θεολογία στη Δύση διαμόρφωσε μια έντονα αρνητική στάση απέναντι στην αυτοκτονία.Ο Αυγουστίνος την αντιμετώπισε ως σοβαρή ηθική παράβαση,ενώ ο Θωμάς Ακινάτης την κατέταξε στα θανάσιμα αμαρτήματα, υποστηρίζοντας ότι παραβιάζει τη θεϊκή κυριαρχία επί της ζωής και του θανάτου (Aquinas, 1981).Ως αποτέλεσμα,η αυτοκτονία όχι μόνο καταδικάστηκε ηθικά αλλά και ποινικοποιήθηκε κοινωνικά,με τις οικογένειες των αυτόχειρων να υφίστανται στιγματισμό και κυρώσεις

(Minois, 1999).Η προσέγγιση αυτή συνέβαλε στη διαμόρφωση ενός ισχυρού ταμπού που επηρέασε βαθιά τις κοινωνικές αντιλήψεις για αιώνες.

Κατά τον 20ό αιώνα,η μελέτη της αυτοκτονίας μετατοπίστηκε προς επιστημονικά και εμπειρικά πλαίσια,εντασσόμενη σε πεδία όπως η ψυχιατρική, η ψυχολογία και η επιδημιολογία.Ιδιαίτερα σημαντική υπήρξε η συμβολή του Émile Durkheim,ο οποίος ανέδειξε τον ρόλο των κοινωνικών παραγόντων και της κοινωνικής συνοχής στην εκδήλωση του φαινομένου (Durkheim,1897).Στη σύγχρονη επιστημονική βιβλιογραφία,η αυτοκτονία συνδέεται συχνά με ψυχικές διαταραχές,όπως η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές, χωρίς ωστόσο να αποδίδεται σε ένα μόνο αίτιο (Hawton et al., 2001).Αντιθέτως, αναγνωρίζεται η πολυπαραγοντική της φύση,όπου βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν δυναμικά (Tishler et al.,2009).

Συνολικά,η εξέλιξη των αντιλήψεων γύρω από την αυτοκτονία αποτυπώνει τη μετάβαση από ηθικο-φιλοσοφικές και θεολογικές ερμηνείες σε σύνθετα επιστημονικά μοντέλα, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για διεπιστημονική προσέγγιση του φαινομένου.

Στη σύγχρονη εποχή,η αυτοκτονία αναγνωρίζεται ως σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας.Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επισημαίνει ότι η κατανόηση της ιστορικής και κοινωνικής διάστασης της αυτοκτονίας είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης (World Health Organization,2014).Πρόσφατες ιστορικές ανασκοπήσεις τονίζουν ότι οι κοινωνικές κρίσεις,οι οικονομικές ανισότητες και οι πολιτισμικές αντιλήψεις συνεχίζουν να επηρεάζουν τα πρότυπα αυτοκτονικότητας στον σύγχρονο κόσμο (Tucker et al.,2021).Έτσι,η ιστορική εξέλιξη της αυτοκτονίας καταδεικνύει ότι πρόκειται για ένα φαινόμενο στενά συνδεδεμένο με την κοινωνική οργάνωση και τις αξίες κάθε εποχής, και όχι απλώς για ατομική πράξη απελπισίας.

### 2.2.1 Κοινωνιολογικές Θεωρήσεις

Η κοινωνιολογική μελέτη της αυτοκτονίας θεμελιώνεται στη συμβολή του Émile Durkheim, ο οποίος ήδη από το 1897 υποστήριξε ότι το φαινόμενο δεν μπορεί να εξηγηθεί αποκλειστικά με ατομικούς ή ψυχοπαθολογικούς όρους, αλλά συνδέεται στενά με τα επίπεδα κοινωνικής ένταξης και κοινωνικής ρύθμισης (Durkheim,1897).Στη βάση αυτή, η αυτοκτονία μπορεί να

λάβει διαφορετικές μορφές (εγωιστική, αλτρουιστική, ανατομική, μοιρολατρική), ανάλογα με τον τρόπο που οι κοινωνικοί δεσμοί επηρεάζουν το άτομο.Παρότι το έργο του Durkheim έχει δεχθεί κριτική, παραμένει το κλασικό σημείο αναφοράς για κάθε κοινωνιολογική προσέγγιση στο φαινόμενο (Stack, 2021).

Σύγχρονες έρευνες,ενισχύουν την άποψη ότι η κοινωνική ένταξη λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας,ενώ η κοινωνική απομόνωση και ο αποκλεισμός αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Motillon et al.,2022).Παράλληλα, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες,όπως η ανεργία, η οικονομική ανασφάλεια και οι κοινωνικές ανισότητες, έχουν αποδειχθεί καθοριστικοί.Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η αύξηση των αυτοκτονιών κατά την περίοδο της ελληνικής οικονομικής κρίσης,όπου η ανεργία και η κοινωνική αποστέρηση λειτούργησαν ως καταλύτες (Rachiotis et al., 2015).Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι η αυτοκτονία δεν είναι απλώς ατομικό ζήτημα,αλλά κοινωνικό φαινόμενο με μακρο-δομικές ρίζες.

Η κοινωνιολογική θεώρηση συμπληρώνεται από ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις,όπως η Διεθνής Θεωρία Ψυχολογίας του Joiner (2005),η οποία τονίζει ότι η μειωμένη αίσθηση κοινωνικής συμμετοχής και η αντιληπτή επιβάρυνση προς τους άλλους είναι κεντρικοί μηχανισμοί που οδηγούν σε αυτοκτονικό ιδεασμό.Οι μηχανισμοί αυτοί συναντώνται συχνά σε κοινωνικά περιβάλλοντα που χαρακτηρίζονται από περιθωριοποίηση ή κοινωνική απομόνωση,επιβεβαιώνοντας τη διαχρονική αξία της κοινωνιολογικής προσέγγισης (Chu et al.,2017).

Τέλος,οι σύγχρονες συνθήκες έχουν εισάγει νέες παραμέτρους,όπως ο ρόλος των μέσων κοινωνικής δικτύωσης.Πρόσφατες ανασκοπήσεις δείχνουν ότι η διαδικτυακή έκθεση σε περιεχόμενο σχετικό με αυτοκτονία μπορεί να λειτουργήσει είτε ως παράγοντας μετάδοσης,είτε ως προστατευτικός μηχανισμός όταν παρέχεται ενημερωτικό και υποστηρικτικό υλικό(Robinson et al., 2024).Αυτό καταδεικνύει ότι η κοινωνιολογική ερμηνεία του φαινομένου πρέπει πλέον να λαμβάνει υπόψη και τις δυναμικές του ψηφιακού περιβάλλοντος.

Σε παγκόσμιο επίπεδο,ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει ότι το 2021 περισσότεροι από 700.000 άνθρωποι αυτοκτόνησαν,καθιστώντας την αυτοκτονία μια από τις κύριες αιτίες θανάτου σε νεαρούς ενήλικες(WHO, 2025). Η επισήμανση αυτή ενισχύει τη σημασία των κοινωνιολογικών θεωρήσεων, οι οποίες μπορούν να προσφέρουν ένα συνεκτικό πλαίσιο για

την κατανόηση και πρόληψη ενός φαινομένου με βαριές κοινωνικές και υγειονομικές συνέπειες.

### 2.2.2 Ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις

Οι ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις θεώρησαν από νωρίς την αυτοκτονία όχι ως απλή συνέπεια συμπεριφορικών ή βιολογικών αιτίων, αλλά ως έκφραση εσωτερικών ψυχικών δομών, ενδοψυχικών συγκρούσεων και εσωτερικευμένων διαπροσωπικών σχέσεων.Στο επίκεντρο αυτών των θεωρήσεων βρίσκεται η υπόθεση ότι η συμπεριφορά προς τον εαυτό αντικατοπτρίζει ασυνείδητες δυναμικές,άλυτα συναισθήματα και νοηματοδοτήσεις που έχουν διαμορφωθεί μέσα στις πρώιμες σχέσεις προσκόλλησης και τις σημαντικές εμπειρίες απώλειας ή ματαίωσης (Gabbard, 2014).

Στο κλασικό έργο Πένθος και Μελαγχολία,ο Sigmund Freud (2005) πρότεινε ότι η μελαγχολία προκύπτει όταν η απώλεια ενός σημαντικού αντικειμένου δεν βιώνεται συνειδητά, αλλά εσωτερικεύεται στο εγώ.Σε αυτή την περίπτωση,η επιθετικότητα και η οργή που αρχικά στρέφονταν προς το χαμένο αντικείμενο στρέφονται προς τον ίδιο τον εαυτό, οδηγώντας σε έντονη αυτομομφή, υποτίμηση του εαυτού και βαθιά απελπισία.Η αυτοκτονία, σε αυτό το πλαίσιο, νοείται ως ακραία έκφραση αυτής της ενδοστρεφούς επιθετικότητας.

Η ιδέα της «στροφής της επιθετικότητας προς το εγώ» αποτελεί θεμελιώδη έννοια στην ψυχοδυναμική κατανόηση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.Σύγχρονες ψυχαναλυτικές θεωρήσεις έχουν επεκτείνει αυτή την ιδέα,τονίζοντας ότι η αυτοκαταστροφή μπορεί να λειτουργεί ως ασυνείδητη αυτοτιμωρία ή ως προσπάθεια ρύθμισης αφόρητου ψυχικού πόνου, όταν άλλοι τρόποι συμβολικής επεξεργασίας αποτυγχάνουν (Busch, 2009).

Ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στον ρόλο της ντροπής και των επιρροών στην αυτοεκτίμηση. Οι ψυχοδυναμικές και ναρκισσιστικές προσεγγίσεις υποστηρίζουν ότι σοβαρά τραύματα στην αίσθηση αξίας του εαυτού όπως δημόσια ταπείνωση,απώλεια κοινωνικού ρόλου ή σημαντικών σχέσεων μπορεί να προκαλέσουν έντονη ναρκισσιστική κατάρρευση.Σε άτομα με ευάλωτο ναρκισσιστικό πυρήνα, αυτά τα βιώματα συνοδεύονται από αίσθημα αδιεξόδου και «μη επιστροφής»,αυξάνοντας τον κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς(Pincus et al., 2020).

Ένα ακόμη βασικό στοιχείο της ψυχοδυναμικής σκέψης αφορά την ικανότητα του εγώ να αντέχει και να επεξεργάζεται έντονα συναισθήματα.Όταν το εγώ είναι ψυχικά «εύθραυστο» και δεν διαθέτει επαρκείς μηχανισμούς νοηματοδότησης και συναισθηματικής ρύθμισης, ο

ψυχικός πόνος βιώνεται ως αβάσταχτος.Σε αυτές τις περιπτώσεις,η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μπορεί να λειτουργήσει ως ύστατη προσπάθεια ανακούφισης ή διακοπής του πόνου (Fonagy et al.,2015).

Οι ψυχοδυναμικές θεωρήσεις δεν έρχονται σε αντίθεση με σύγχρονα δια-προσωπικά ή γνωστικά μοντέλα,αλλά συχνά λειτουργούν συμπληρωματικά.Για παράδειγμα,η Διαπροσωπική-Ψυχολογική Θεωρία της Αυτοκτονίας του Joiner (2005) υπογραμμίζει τον ρόλο της αντιλαμβανόμενης επιβάρυνσης και της ματαίωσης της κοινωνικής ένταξης. Αυτές οι έννοιες μπορούν να ερμηνευθούν ψυχοδυναμικά ως εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις σχέσεων και ως έκφραση ενός αρνητικού εσωτερικού αντικειμένου, ενισχύοντας την ολιστική κατανόηση του κινδύνου.

Σε επίπεδο θεραπευτικής αποτελεσματικότητας, υπάρχει αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον για τις ψυχοδυναμικές και ψυχαναλυτικές παρεμβάσεις στην αυτοκτονικότητα.Μετα-αναλύσεις και συστηματικές ανασκοπήσεις δείχνουν ότι ψυχοδυναμικές θεραπείες μπορούν να συμβάλλουν στη μείωση επαναλαμβανόμενων αυτοτραυματικών συμπεριφορών και απόπειρων αυτοκτονίας, ιδιαίτερα όταν εφαρμόζονται σε μακροχρόνιο πλαίσιο και σε συνδυασμό με δομημένες παρεμβάσεις (Briggs et al., 2019).Ωστόσο,οι συγγραφείς τονίζουν την ανάγκη για περισσότερες τυχαιοποιημένες μελέτες υψηλής ποιότητας.

Στην κλινική πράξη,η ψυχοδυναμική προσέγγιση δίνει έμφαση στη διερεύνηση του νοήματος της αυτοκαταστροφής για το άτομο, στη μελέτη των μεταβιβαστικών και αντιμεταβιβαστικών διεργασιών και στην ενίσχυση της ικανότητας συναισθηματικής ρύθμισης.Συχνά προτείνεται ο συνδυασμός της με πιο δομημένες παρεμβάσεις, όπως η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία ή η Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία,ιδιαίτερα σε περιόδους οξείας επικινδυνότητας(Stanley et al., 2012).Η σύγχρονη βιβλιογραφία υποστηρίζει την ενοποίηση θεωρητικών μοντέλων ως τον πλέον υποσχόμενο δρόμο για αποτελεσματική και εξατομικευμένη θεραπεία της αυτοκτονικότητας.

### 2.2.3 Γνωσιακές και συμπεριφορικές θεωρήσεις

Οι γνωσιακές και οι συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις εξετάζουν την αυτοκτονία ως αποτέλεσμα προβληματικών γνωστικών διεργασιών(σκέψεις,πεποιθήσεις,γνωστικά σχήματα) και μάλλον μαθημένων συμπεριφορών που προσομοιώνονται και διατηρούνται μέσω της ενίσχυσης.Στόχος τους είναι να περιγράψουν πώς το άτομο φτάνει σε αυτοκαταστροφικές

σκέψεις και ποιες συμπεριφορές τις υποστηρίζουν,ώστε να επινοηθούν στοχευμένες παρεμβάσεις(Beck et al.,2020).

**Θεωρία της απελπισίας**

Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν,αποδείχθηκε ότι ο κεντρικός γνωστικός προγνωστικός παράγοντας για σοβαρή αυτοκτονική σκέψη είναι η απελπισία.Πιο συγκεκριμένα,η απελπισία θεωρείται η σταθερή πεποίθηση ότι το μελλοντικό αποτέλεσμα θα είναι αρνητικό και ότι δεν υπάρχουν λύσεις.Η απελπισία σχετίζεται ισχυρά με αυτοκτονικές ιδέες και αποτελεί βασική στόχευση της γνωστικής θεραπείας(Ribeiro et al.,2018).Η γνωσιακή θεώρηση επισημαίνει συγκεκριμένες στρεβλώσεις (π.χ. καταστροφολογία,σκέψεις άσπρο-μαύρο, υπερ απλουστευτικές αποδόσεις νοήματος) και αυτο-καταστροφικά σχήματα που κάνουν το ψυχικό πόνο να φαίνεται«μη-διορθωμένο».Επιπλέον,η έλλειψη αποτελεσματικών κοινωνικών προβλημάτων και η κακή αξιολόγηση των διαθέσιμων λύσεων αυξάνουν την πιθανότητα ότι κάποιος θα επιλέξει ριψοκίνδυνη λύση(Kleiman et al.,2021).

Από τη συμπεριφοριστική σκοπιά,η αυτοκτονική συμπεριφορά ή οι αυτοτραυματικές ενέργειες μπορούν να κατανοηθούν ως αποτέλεσμα μάθησης.Δηλαδή,οι συμπεριφορές που μειώνουν άμεσα τον ψυχικό πόνο (αποφυγή) ή που προσελκύουν προσοχή είναι πιθανό να επαναληφθούν.Η συμπεριφοριστική ανάλυση βοηθά να αναγνωριστούν οι ενισχύσεις που διατηρούν επικίνδυνες συμπεριφορές και να αντικατασταθούν με ασφαλείς τρόπους διαχείρισης(Chu et al.,2021).

Σύγχρονα πλαίσια όπως το Ολοκληρωμένο μοντέλο κινήτρου-βουλητικής περιγράφουν τρεις φάσεις:Αρχικά,οι προ καθοριστικοί παράγοντες και ευαλωτότητα.Έπειτα,το στάδιο της δημιουργίας επιθυμίας/ιδεών (π.χ. απελπισία, κοινωνική αποστέρηση).Τέλος,είναι η φάση που μετατρέπει την ιδέα σε πράξη(πρόσβαση σε μέσα, ικανότητα, προβλεπόμενη απόδοση).Τα γνωστικά μοτίβα και οι συμπεριφοριστικοί μηχανισμοί τοποθετούνται σαφώς μέσα σε αυτό το πλαίσιο（Bentley et al.,2021）.

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι γνωστικοί δείκτες (όπως η απελπισία)προβλέπουν ιδέες αυτοκτονίας,ενώ άλλοι παράγοντες (όπως η απόκτηση «ικανότητας» για αυτοτραυματισμό) παίζουν ρόλο στο αν η ιδέα θα μετατραπεί σε προσπάθεια.Επίσης,μετα-αναλύσεις και συστηματικές ανασκοπήσεις υποστηρίζουν ότι στοχευμένες γνωσιακές-συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις μειώνουν την ένταση ιδεών αυτοκτονίας και τις επαναλαμβανόμενες απόπειρες σε ορισμένα δείγματα.Ωστόσο,υπάρχει συζήτηση για το ποιες μεταβλητές διαφοροποιούν τους απλούς στοχασμούς από τις προσπάθειες(O'Connor et al.,2021).Από πλευράς παρέμβασης,υπάρχουν στοχευμένα πρωτόκολλα όπως το Γνωσιακή Θεραπεία για την

Πρόληψη της Αυτοκτονίας και πιο πρόσφατες βραχείες μορφές Γνωσιοσυμπεριφορική θεωρία για την αυτοκτονία που δίνουν έμφαση σε: αναγνώριση αυτόματων σκέψεων, επαλήθευση στοιχείων,ενίσχυση δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων και διαχείρισης κρίσεων,καθώς και σε ασκήσεις που μειώνουν την απελπισία(Stanley et al.,2021). Τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες δείχνουν μείωση στις απόπειρες σε ομάδες που έλαβαν τέτοιες θεραπείες(Nuij et al., 2021). Η Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία αναπτυγμένη συνδυάζει συμπεριφοριστικά στοιχεία με δεξιότητες ρύθμισης συναισθημάτων,αντοχής στην κρίση και βελτίωσης διαπροσωπικών δεξιοτήτων.Οι συστηματικές μελέτες δείχνουν ότι η Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία μειώνει την επαναλαμβανόμενη αυτοτραυματική συμπεριφορά και τις επαναλαμβανόμενες απόπειρες,ειδικά σε άτομα με οριακή διαταραχή προσωπικότητας και σε ευάλωτους εφήβους.Η Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία περιλαμβάνει επίσης τεχνικές συνεχούς αξιολόγησης κινδύνου και στρατηγικές πρόληψης κρίσεων(Kothgassner et al., 2021).

Οι Γνωσιακές-συμπεριφορικές θεωρίες προσφέρουν σαφείς, μετρήσιμους στόχους για αξιολόγηση και θεραπεία (όπως η απελπισία, προβλήματα επίλυσης, ενισχυτικοί μηχανισμοί).Η έρευνα δείχνει ότι Γνωσιακές-Συμπεριφορικές Θεωρίες και Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεωρία είναι αποτελεσματικές σε πολλές περιπτώσεις, αλλά δεν εξηγούν από μόνα τους κάθε περίπτωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς.Συχνά,χρειάζεται πολυπαραγοντική αξιολόγηση (βιολογικοί, κοινωνικοί, ψυχοδυναμικοί παράγοντες).Στην κλινική εφαρμογή προτείνεται συνδυασμός θεραπειών,συνεχής παρακολούθηση κινδύνου και εξατομικευμένο σχέδιο ασφάλειας(Turecki et al.,2019).

### 2.2.4 Βιολογικές και νευροψυχολογικοί παράγοντες

Η έρευνα των τελευταίων δεκαετιών δείχνει ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά δεν μπορεί να ερμηνευθεί αποκλειστικά μέσα από ψυχολογικούς ή κοινωνικούς παράγοντες.Υπάρχουν σαφείς βιολογικές και νευροψυχολογικές συνιστώσες,οι οποίες επηρεάζουν την ευαλωτότητα του ατόμου και τη μετάβαση από τη σκέψη στην πράξη.Ο εντοπισμός αυτών των παραγόντων βοηθά τόσο στην κατανόηση των μηχανισμών όσο και στη στοχευμένη πρόληψη(Turecki et al.,2019).

Η πιο σταθερά επιβεβαιωμένη βιολογική συσχέτιση αφορά δυσλειτουργίες στο σεροτονινεργικό σύστημα.Τα χαμηλά επίπεδα του μεταβολίτη της σεροτονίνης (5-HIAA) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς,

πιθανόν επειδή σχετίζονται με μειωμένο έλεγχο παρορμήσεων και αυξημένη επιθετικότητα προς τον εαυτό(Bachmann, 2018).

Η δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου–υπόφυσης–επινεφριδίων (HPA axis) έχει αναδειχθεί σε πολλές μελέτες.Άτομα με αυξημένη ή δυσρυθμισμένη έκκριση κορτιζόλης παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευαλωτότητα,γεγονός που συνδέεται με χρόνια υπερδιέγερση στο στρες και εξασθένιση της ικανότητας προσαρμογής(O'Connor et al., 2021).

Μελέτες οικογενειών και διδύμων δείχνουν ότι υπάρχει κληρονομικότητα σε προδιάθεση για αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, ανεξάρτητα από την ύπαρξη διαταραχής διάθεσης.Αυτό δεν σημαίνει ότι υπάρχει «γονίδιο της αυτοκτονίας»,αλλά ότι γενετικές παραλλαγές σε γονίδια που ρυθμίζουν τη σεροτονίνη, τον μεταβολισμό του στρες ή τον νευρωνικό πλαστικότητα αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης συμπεριφοράς σε συνθήκες ψυχοκοινωνικής πίεσης(Sokolowski et al., 2023).

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι άτομα με ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς παρουσιάζουν διαταραχές στη λήψη αποφάσεων, στην αναστολή παρορμήσεων και στην ευελιξία σκέψης.Αυτές οι γνωστικές δυσκολίες συνδέονται με δυσλειτουργία περιοχών του προμετωπιαίου φλοιού, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τον έλεγχο συμπεριφοράς και τη ρύθμιση συναισθημάτων(Auerbach et al., 2021).

Μελέτες με την Λειτουργική Μαγνητική Τομογραφία (fMRI) και την Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων (PET) έχουν καταδείξει μεταβολές στη δραστηριότητα του προμετωπιαίου φλοιού, του πρόσθιου προσαγωγίου και της αμυγδαλής.Οι περιοχές αυτές εμπλέκονται στη συναισθηματική επεξεργασία και την αναστολή παρορμήσεων,γεγονός που εξηγεί γιατί η βιολογική δυσλειτουργία οδηγεί σε δυσκολία διαχείρισης αρνητικών συναισθημάτων(Schmaal et al., 2020).

Πρόσφατη έρευνα δείχνει ότι αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (π.χ. κυτοκίνες) και μειωμένα επίπεδα BDNF (νευροτροφικός παράγοντας εγκεφάλου) σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο.Η φλεγμονή επηρεάζει νευρωνικά κυκλώματα διάθεσης και γνωστικής επεξεργασίας,ενώ η μείωση του BDNF συνδέεται με χαμηλότερη νευροπλαστικότητα και μειωμένη ικανότητα προσαρμογής σε στρες(Ducasse et al., 2022).

Κανένας βιολογικός δείκτης από μόνος του δεν επαρκεί για να «προβλέψει» αυτοκτονική συμπεριφορά.Αντίθετα,οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν με ψυχοκοινωνικά

χαρακτηριστικά(τραύμα, απώλειες, κοινωνική στήριξη) και ψυχολογικούς μηχανισμούς (γνωστικές στρεβλώσεις, συναισθηματική δυσφορία).Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο είναι ο πιο πλήρης τρόπος κατανόησης(Turecki et al., 2019).

### 2.3 Προστατευτικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου

Η αυτοκτονία αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που δεν μπορεί να εξηγηθεί μέσα από έναν και μόνο παράγοντα.Η κατανόηση τόσο των παραγόντων κινδύνου όσο και των προστατευτικών παραγόντων είναι θεμελιώδης για την έγκαιρη αναγνώριση της ευαλωτότητας και την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων πρόληψης.

**Παράγοντες κινδύνου**:

Σε βιολογικό επίπεδο, έχουν τεκμηριωθεί διαταραχές στη ρύθμιση νευροδιαβιβαστών (π.χ. σεροτονίνης),γενετικές ευαλωτότητες και δυσλειτουργίες στον άξονα HPA (υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων),οι οποίες συνδέονται με μειωμένη ικανότητα διαχείρισης του στρες (O'Connor et al.,2021).Σε ψυχολογικό επίπεδο, ισχυροί παράγοντες κινδύνου είναι η παρουσία ψυχικών διαταραχών,ιδίως καταθλιπτικών και αγχωδών, η παρορμητικότητα και οι γνωσιακές στρεβλώσεις (π.χ. απόλυτη σκέψη, απελπισία)(Klonsky et al.,2021).Σε κοινωνικό επίπεδο,η απουσία κοινωνικής υποστήριξης,οι έντονες διαπροσωπικές συγκρούσεις,οι διακρίσεις, καθώς και η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα αποτελούν κρίσιμες μεταβλητές που αυξάνουν τον κίνδυνο.Τέλος,η εύκολη πρόσβαση σε μέσα αυτοκαταστροφής αναγνωρίζεται διεθνώς ως σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας(Van Orden et al., 2018).

**Προστατατευτικοί Παράγοντες**

Η ύπαρξη κοινωνικής στήριξης,ισχυρών οικογενειακών δεσμών και δικτύων φίλων λειτουργούν προστατευτικά μειώνουν την αίσθηση απομόνωσης και ενισχύουν την αίσθηση του ανήκειν.Σε αρκετές μελέτες,η θρησκευτική ή η πνευματική δέσμευση συνδέεται με χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονικής συμπεριφοράς,πιθανόν λόγω της ύπαρξης κοινοτικής συνοχής και αξιακών πλαισίων που προσδίδουν νόημα(Lawrence et al., 2016). Επίσης,η πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας,η καλή σχέση με θεραπευτές,η ικανότητα αναζήτησης βοήθειας,καθώς και οι δεξιότητες συναισθηματικής ρύθμισης και επίλυσης προβλημάτων,θεωρούνται προστατευτικοί μηχανισμοί(Stanley et al.,2018).Σε εφηβικούς πληθυσμούς,η σχολική σύνδεση και η συμμετοχή σε θετικές δραστηριότητες έχει αναδειχθεί ως ιδιαίτερα σημαντική(Marraccini et al., 2017).

Η σύγχρονη έρευνα τονίζει ότι η παρουσία παραγόντων κινδύνου δεν σημαίνει αναγκαστικά εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς.Αντίθετα,η αλληλεπίδρασή τους με προστατευτικούς παράγοντες είναι αυτή που καθορίζει την τελική ευαλωτότητα ή ανθεκτικότητα του ατόμου. Η ενίσχυση προστατευτικών παραμέτρων (π.χ.ψυχολογική στήριξη, ανάπτυξη δεξιοτήτων ζωής,ενδυνάμωση κοινοτήτων) αποτελεί κομβικό σημείο στην πρόληψη(Connor et al., 2018).

Συμπερασματικά,η πολυεπίπεδη κατανόηση των παραγόντων κινδύνου και προστασίας καθιστά εφικτή την ανάπτυξη στοχευμένων στρατηγικών πρόληψης, βασισμένων όχι μόνο στην αναγνώριση της ευαλωτότητας αλλά και στην ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής ανθεκτικότητας(Turecki et al., 2019).

## 2.4 Στατιστικά

Η αυτοκτονία συνιστά μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization – WHO), εκτιμάται ότι περισσότεροι από 720.000 άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους λόγω αυτοκτονίας κάθε χρόνο παγκοσμίως, αριθμός που αντιστοιχεί περίπου στο 1,1% του συνόλου των θανάτων (WHO, 2023).Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι στην ηλικιακή ομάδα 15–29 ετών,η αυτοκτονία συγκαταλέγεται στις κυριότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως,καταδεικνύοντας τη σοβαρή επίδρασή της σε νεότερους πληθυσμούς(WHO, 2023).

Ένα ακόμη κρίσιμο εύρημα είναι ότι περίπου το 73% των αυτοκτονιών παγκοσμίως καταγράφεται σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, γεγονός που αναδεικνύει τη στενή σύνδεση του φαινομένου με κοινωνικοοικονομικούς και διαρθρωτικες παράγοντες, καθώς και με την περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας (WHO, 2023).

Σε εθνικό επίπεδο, τα δεδομένα δείχνουν ότι, αν και η Ελλάδα καταγράφει διαχρονικά χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, το φαινόμενο παρουσιάζει ανησυχητικές αυξητικές τάσεις τα τελευταία χρόνια. Σύμφωνα με το Παρατηρητήριο Αυτοκτονιών της επιστημονικής οργάνωσης «Κλίμακα», το έτος 2024 καταγράφηκαν 469 θάνατοι από αυτοκτονία στην Ελλάδα, αριθμός αυξημένος σε σύγκριση με το 2023, όπου είχαν καταγραφεί 451 περιστατικά (Κλίμακα, 2025).

Η κατανομή των περιστατικών ανά φύλο εμφανίζει έντονη ανισορροπία, καθώς οι άνδρες αντιπροσωπεύουν περίπου το 86% των καταγεγραμμένων αυτοκτονιών, ενώ οι γυναίκες το

14%, εύρημα που συνάδει με τη διεθνή βιβλιογραφία και υποδεικνύει διαφοροποιήσεις τόσο στη συμπεριφορά όσο και στην επιλογή μεθόδων (Turecki et al., 2019).

Όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή, η ομάδα 50–54 ετών παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συγκέντρωση περιστατικών (περίπου 13,2%),ενώ αξιοσημείωτη είναι και η παρουσία αυτοκτονιών σε νεότερες ηλικίες, με την ομάδα 20–24 ετών να αντιπροσωπεύει περίπου το 8,3% των καταγεγραμμένων θανάτων (Κλίμακα, 2025). Παράλληλα, παλαιότερες αναλύσεις δείχνουν ότι οι αυτοκτονίες στην Ελλάδα αυξήθηκαν κατά περίπου 25% την περίοδο 2020–2022, γεγονός που έχει συσχετιστεί με τις κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της πανδημίας και της οικονομικής αβεβαιότητας(Κλίμακα,2022).

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα συγκριτικά στοιχεία της Eurostat, η Ελλάδα εξακολουθεί να καταγράφει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με περίπου 4,6 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους.Ωστόσο,οι ειδικοί επισημαίνουν ότι οι απόλυτοι αριθμοί και οι τάσεις αύξησης είναι εξίσου σημαντικοί με τους σχετικούς δείκτες, ιδίως όταν εξετάζονται συγκεκριμένες ηλικιακές και κοινωνικές ομάδες (Eurostat, 2023).

Η υπο καταγραφή των αυτοκτονιών και των απόπειρων αποτελεί σημαντικό πρόβλημα. Κοινωνικοί, πολιτισμικοί και θρησκευτικοί παράγοντες, καθώς και ζητήματα ταξινόμησης των αιτιών θανάτου, οδηγούν συχνά σε υποεκτίμηση της πραγματικής έκτασης του φαινομένου (WHO, 2023).Ως εκ τούτου,τα διαθέσιμα στατιστικά δεδομένα θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή.

Παρότι η Ελλάδα εμφανίζει συγκριτικά χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η σταδιακή αύξηση των περιστατικών, η σαφής διαφοροποίηση ανά φύλο και ηλικία, καθώς και το ενδεχόμενο υποκαταγραφής, καθιστούν το ζήτημα ιδιαίτερα σημαντικό για τη δημόσια υγεία.Τα δεδομένα υπογραμμίζουν την ανάγκη για συστηματική επιδημιολογική παρακολούθηση, ενίσχυση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ανάπτυξη στοχευμένων στρατηγικών πρόληψης,προσαρμοσμένων στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ελληνικού πληθυσμού (Turecki et al., 2019).

## 3. Ο ρόλος της οικογένειας

### 3.1 Η οικογένεια ως σύστημα

Η οικογένεια προσεγγίζεται στη σύγχρονη ψυχολογία και κοινωνική επιστήμη ως ένα δυναμικό σύστημα αλληλεπιδρώντων μελών, στο οποίο η συμπεριφορά και η ψυχική κατάσταση κάθε ατόμου επηρεάζονται άμεσα από τις σχέσεις, τους ρόλους και τα μοτίβα επικοινωνίας που αναπτύσσονται εντός του οικογενειακού πλαισίου.Η συστημική θεώρηση υποστηρίζει ότι το σύνολο της οικογένειας δεν μπορεί να αναχθεί απλώς στο άθροισμα των μερών του, αλλά εμφανίζει ιδιότητες που αναδύονται από τις μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις (Goldenberg et al.,2021).

Σύμφωνα με τη σύγχρονη οικογενειακή συστημική θεωρία,βασικές διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργικότητας περιλαμβάνουν τη συνοχή,την ευελιξία, την επικοινωνία και τη σαφήνεια των ορίων μεταξύ των μελών(Olson,2011).Πρόσφατες εμπειρικές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι οικογένειες με υψηλότερα επίπεδα συνοχής και προσαρμοστικότητας συνδέονται με καλύτερη ψυχική υγεία και μεγαλύτερη ανθεκτικότητα των μελών τους απέναντι σε στρεσογόνους παράγοντες(Wade et al.,2020).Αντίθετα,η οικογενειακή δυσλειτουργία έχει συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα άγχους,κατάθλιψης και δυσκολιών ρύθμισης συναισθήματος τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες(Shek et al.,2023).

Η θεωρία των οικογενειακών συστημάτων του Bowen εξακολουθεί να αποτελεί κεντρικό θεωρητικό πλαίσιο στη σύγχρονη βιβλιογραφία,ιδίως όσον αφορά έννοιες όπως η διαφοροποίηση του εαυτού, η συναισθηματική συγχώνευση και οι διαγενεακές μεταβιβάσεις προτύπων συμπεριφοράς (Bowen, 1978).Πρόσφατες θεωρητικές και κλινικές αναθεωρήσεις υπογραμμίζουν ότι χαμηλά επίπεδα διαφοροποίησης σχετίζονται με αυξημένη ευαλωτότητα σε συναισθηματική δυσφορία και δυσλειτουργικές οικογενειακές αντιδράσεις σε περιόδους κρίσης (Brown et al.,2024).

Σημαντικά ευρήματα προκύπτουν και από πρόσφατες μελέτες που διερεύνησαν τη λειτουργία της οικογένειας σε περιόδους συλλογικών κρίσεων.Έρευνες μετά την πανδημία COVID-19 έδειξαν ότι η οικογένεια λειτούργησε είτε ως προστατευτικός παράγοντας είτε ως παράγοντας επιβάρυνσης, ανάλογα με την ποιότητα των σχέσεων και των μηχανισμών αντιμετώπισης που διαθέτει το οικογενειακό σύστημα (Walsh, 2020).Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν τη συστημική άποψη ότι οι εξωτερικοί στρεσογόνοι παράγοντες δεν επηρεάζουν τα άτομα μεμονωμένα,αλλά διαμεσολαβούνται από τη δομή και τη λειτουργία της οικογένειας(Chung et al., 2024).

Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται επίσης στη διαμεσολαβητική λειτουργία της οικογένειας ανάμεσα σε ατομικά χαρακτηριστικά και ψυχολογικά αποτελέσματα.Πρόσφατη μελέτη έδειξε

ότι η οικογενειακή λειτουργικότητα μεσολαβεί στη σχέση μεταξύ προσωπικών δεξιοτήτων αντιμετώπισης και συναισθηματικής εξουθένωσης σε εφήβους, επιβεβαιώνοντας τον κεντρικό ρόλο του οικογενειακού συστήματος στη συναισθηματική ρύθμιση (Zhang et al.,2024).

Τέλος,η σύγχρονη βιβλιογραφία τονίζει την ανάγκη για έγκυρα και πολιτισμικά ευαίσθητα εργαλεία αξιολόγησης της οικογενειακής λειτουργίας.Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες επιβεβαιώνεται η χρησιμότητά του σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια,επιτρέποντας συγκρίσιμη και εφαρμοσμένη έρευνα στην οικογενειακή δυναμική,η θεώρηση της οικογένειας ως σύστημα παραμένει θεμελιώδης για την κατανόηση της ψυχικής υγείας και την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο (Miller et al., 2025).

## 3.2 Οικογενειακοί Παράγοντες και Αυτοκτονικός Ιδεασμός

Οι οικογενειακές σχέσεις και λειτουργίες αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες στην εμφάνιση αυτοκτονικών σκέψεων ιδιαίτερα στην εφηβική ηλικία.Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε φαίνεται πως παράγοντες όπως η συνοχή μεταξύ των μελών, η ευελιξία της οικογένειας ,η επικοινωνία, η συναισθηματική υποστήριξη και η αντίληψη για αποδοχή ή απόρριψη από τους γονείς σχετίζονται σημαντικά με το κατά πόσο ένα άτομο θα αναπτύξει αυτοκτονικές σκέψεις (Yang et al., 2022).Στη μελέτη βρέθηκε ότι η καλύτερη λειτουργία της οικογένειας σχετίζεται αρνητικά με αυτοκτονικό ιδεασμό, και ότι η αίσθηση «ήττας» μεσολαβεί σημαντικά στη σχέση μεταξύ οικογενειακής λειτουργίας και ιδεασμού ,ενώ η έννοια του «νοήματος στη ζωή» λειτουργεί ως μέτρο που μειώνει την αρνητική επίδραση της κακής οικογενειακής λειτουργίας μέσω της ήττας(Yang et al., 2022).

Παράλληλα, άλλες μελέτες ανέδειξαν ότι όταν η οικογένεια χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό σύγκρουσης, ψυχολογικού ελέγχου των γονέων, έλλειψης επικοινωνίας ή «ψυχρής» σχέσης,τότε οι έφηβοι παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα αυτοκτονικών ιδεών και συμπεριφορών (όπως η οικογενειακή σύγκρουση,η χαμηλή σύνδεση με γονείς)σε σύγκριση με εκείνους που αναφέρουν πιο λειτουργικές οικογενειακές συνθήκες(Restrepo et al.,2020）

Ένας σημαντικός μηχανισμός που προκύπτει από τη βιβλιογραφία είναι ότι η αντίληψη του εφήβου ως προς τη λειτουργία της οικογένειας.Δηλαδή το πόσο ο έφηβος νιώθει ότι η οικογένεια τον αποδέχεται,τον στηρίζει, ότι υπάρχει επικοινωνία έχει μεγαλύτερη συσχέτιση με τον αυτοκτονικό ιδεασμό από ότι αντικειμενικά αξιολογημένες συνθήκες από τρίτους ή γονείς. Για παράδειγμα, σε πρόσφατη μελέτη παρατηρήθηκε ότι οι έφηβοι έδιναν χειρότερες

αξιολογήσεις της οικογενειακής λειτουργίας από ό,τι οι γονείς, και αυτές οι υποκειμενικές αξιολογήσεις ήταν στατιστικά σημαντικές ως προς τον αυτοκτονικό ιδεασμό, ακόμη και όταν ελεγχόταν το αρνητικό συναίσθημα(De Ville et al.,2020).

Επιπλέον,μελέτες εξετάζουν μεσολαβητές και τροποποιητές αυτής της σχέσης.Τα στοιχεία όπως ο πόνος,η αίσθηση παγίδευσης,η αυτοεκτίμηση,καθώς και η αντίληψη της υποστήριξης μέσα στην οικογένεια,εμφανίζονται ως παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες για αυτοκτονικό ιδεασμό.Ο αυτοκτονικός ιδεασμός αναφέρεται στο φάσμα σκέψεων που σχετίζονται με την επιθυμία ή την ιδέα του θανάτου ή της αυτοκτονίας,χωρίς απαραίτητα την ύπαρξη άμεσης πρόθεσης ή πράξης(Beck et al.,1985).Αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προγνωστικούς δείκτες για μελλοντική αυτοκτονική συμπεριφορά και γι' αυτό κατέχει κεντρική θέση στην κλινική αξιολόγηση κινδύνου (Turecki et al.,2016).

Η γνωσιακή θεωρία υποστηρίζει ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός συνδέεται στενά με την απελπισία, δηλαδή τη σταθερή πεποίθηση ότι το μέλλον θα είναι αρνητικό και ότι δεν υπάρχουν διαθέσιμες λύσεις για την ανακούφιση του ψυχικού πόνου (Beck et al.,1985).Η απελπισία έχει βρεθεί να προβλέπει τον αυτοκτονικό ιδεασμό ακόμη και ισχυρότερα από την καταθλιπτική συμπτωματολογία,γεγονός που αναδεικνύει τον κεντρικό της ρόλο στη διαδικασία ανάπτυξης αυτοκαταστροφικών σκέψεων(Ribeiro et al.,2016).

Σύγχρονες θεωρίες,όπως η Διαπροσωπική-Ψυχολογική Θεωρία της Αυτοκτονίας,τονίζουν ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός αναπτύσσεται όταν συνυπάρχουν δύο βασικές εμπειρίες.Πιο συγκεκριμένα, η αντιλαμβανόμενη επιβάρυνση προς τους άλλους και η ματαιωμένη αίσθηση του ανήκειν,δηλαδή η βαθιά αίσθηση κοινωνικής απομόνωσης(Joiner, 2005).Η θεωρία αυτή υποστηρίζεται από εμπειρικά δεδομένα που δείχνουν ότι η μοναξιά και η κοινωνική αποσύνδεση σχετίζονται ισχυρά με αυξημένα επίπεδα αυτοκτονικών σκέψεων (Santini et al., 2020).

Παράλληλα, το Ολοκληρωμένο Μοντέλο Κινήτρου-Βούλησης προτείνει ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός αναδύεται στο «κινητοποιητικό στάδιο», μέσα από την αλληλεπίδραση παραγόντων όπως η απελπισία, η ήττα και η αίσθηση παγίδευσης,ενώ η μετάβαση από τον ιδεασμό στην πράξη εξαρτάται από πρόσθετους παράγοντες (O'Connor, 2011).Το μοντέλο αυτό έχει υποστηριχθεί από πλήθος ερευνητικών δεδομένων σε εφήβους και ενήλικες (O'Connor et al.,2018).

Σε επίπεδο επιδημιολογίας,μετα-αναλύσεις δείχνουν ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα με καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές, ιστορικό τραύματος και αυξημένο ψυχοκοινωνικό στρες (Franklin et al., 2017).Ιδιαίτερα στους εφήβους,η κακή οικογενειακή λειτουργία,η έλλειψη συναισθηματικής υποστήριξης και οι διαπροσωπικές συγκρούσεις έχουν συσχετιστεί σημαντικά με αυξημένο ιδεασμό (Yang et al., 2022).

Πρόσφατες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι σε περιόδους κοινωνικής κρίσης, όπως η πανδημία COVID-19, παρατηρήθηκε αύξηση των αυτοκτονικών σκέψεων, ιδίως σε νεαρούς ενήλικες, άτομα με προϋπάρχουσες ψυχικές δυσκολίες και μειωμένη κοινωνική στήριξη (Czeisler et al., 2020).

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός αναφέρεται στο φάσμα σκέψεων, επιθυμιών ή φαντασιώσεων που σχετίζονται με τον θάνατο ή την αυτοκτονία, χωρίς απαραίτητα να συνοδεύονται από άμεση πρόθεση ή πράξη.Πιο συγκεκριμένα,μπορεί να  από παθητικές σκέψεις,όπως η επιθυμία να «μην υπάρχει κανείς», έως ενεργές σκέψεις που περιλαμβάνουν σχέδιο και πρόθεση αυτοκτονίας (Turecki et al., 2016).Ο αυτοκτονικός ιδεασμός αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προγνωστικούς δείκτες για μελλοντική αυτοκτονική συμπεριφορά και, για τον λόγο αυτό, η αναγνώρισή του είναι κομβικής σημασίας στην κλινική αξιολόγηση και πρόληψη (WHO, 2023).

Η διεθνής βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι πολυπαραγοντικό φαινόμενο, το οποίο διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση ψυχολογικών, κοινωνικών και βιολογικών παραγόντων.Σε ψυχολογικό επίπεδο, ισχυρά συνδεδεμένοι παράγοντες είναι η κατάθλιψη, το άγχος, το αίσθημα απελπισίας και οι γνωσιακές στρεβλώσεις, όπως η απόλυτη σκέψη και η αρνητική πρόβλεψη του μέλλοντος.Η απελπισία, ειδικότερα, έχει αναγνωριστεί ως ένας από τους πιο σταθερούς γνωστικούς προγνωστικούς δείκτες αυτοκτονικού ιδεασμού ( Ribeiro et al.,2016).Σε κοινωνικό επίπεδο, η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη υποστήριξης, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις, οι τραυματικές εμπειρίες και το κοινωνικό στίγμα γύρω από την ψυχική υγεία αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης αυτοκτονικών σκέψεων. Μετα-αναλυτικά δεδομένα δείχνουν ότι η αντιλαμβανόμενη κοινωνική αποσύνδεση και η μοναξιά συνδέονται ισχυρά με αυξημένο αυτοκτονικό ιδεασμό, ανεξάρτητα από την παρουσία ψυχικής διαταραχής (Santini et al.,2020).

Οι βιολογικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του αυτοκτονικού ιδεασμού.Ειδικότερα,η γενετική προδιάθεση φαίνεται να συμβάλλει,καθώς μελέτες δείχνουν

αυξημένο κίνδυνο σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Gustavo Turecki et al., 2016).Παράλληλα,οι νευροβιολογικές έρευνες έχουν αναδείξει τη δυσλειτουργία του σεροτονινεργικού συστήματος ως έναν από τους βασικούς μηχανισμούς που σχετίζονται με την παρορμητικότητα και τη ρύθμιση της διάθεσης, οι οποίες συνδέονται με αυξημένο αυτοκτονικό κίνδυνο (Mann, 2003).Επιπλέον, διαταραχές στη λειτουργία του άξονα υποθαλάμου–υπόφυσης–επινεφριδίων (HPA axis),ο οποίος ρυθμίζει την αντίδραση στο στρες, έχουν συσχετιστεί με αυξημένη ευαλωτότητα σε αυτοκτονικό ιδεασμό, ιδιαίτερα σε άτομα με ιστορικό χρόνιου στρες ή τραυματικών εμπειριών(John Mann,2003).Τέλος, σύγχρονες μελέτες επισημαίνουν τον ρόλο επιγενετικών μηχανισμών, μέσω των οποίων περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την έκφραση γονιδίων που σχετίζονται με τη ρύθμιση της διάθεσης και της συμπεριφοράς (Turecki et al., 2016).

Σύγχρονα θεωρητικά μοντέλα,όπως το Ολοκληρωμένο Μοντέλο Κινήτρου–Βούλησης, υποστηρίζουν ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός αναπτύσσεται αρχικά στο πλαίσιο παρατεταμένης ψυχοκοινωνικής πίεσης, αισθήματος ήττας και παγίδευσης,ενώ η μετάβαση από τη σκέψη στην πράξη επηρεάζεται από πρόσθετους βουλητικούς παράγοντες,όπως η πρόσβαση σε μέσα και η μειωμένη αναστολή φόβου (O'Connor et.al, 2018).

Επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι ιδιαίτερα συχνός σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες.Σύμφωνα με συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις, τα ποσοστά αυτοκτονικών σκέψεων στους νέους είναι αυξημένα,ιδίως σε περιόδους κοινωνικής κρίσης, όπως η πανδημία COVID-19,με σημαντικές συσχετίσεις με την ψυχική δυσφορία, τη μοναξιά και τις οικογενειακές δυσκολίες (Franklin et al.,2017).

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός συχνά παραμένει αδήλωτος. Πολλοί άνθρωποι αποφεύγουν να μιλήσουν για τις σκέψεις τους λόγω φόβου στιγματισμού, ντροπής ή ανησυχίας ότι δεν θα γίνουν κατανοητοί.Η σιωπή αυτή δυσχεραίνει την έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση, αυξάνοντας τον κίνδυνο επιδείνωσης της ψυχικής κατάστασης (WHO, 2023).Ο αυτοκτονικός ιδεασμός δεν αποτελεί απλώς σύμπτωμα ψυχικής διαταραχής, αλλά έναν σύνθετο δείκτη ψυχικής και κοινωνικής ευαλωτότητας.Η κατανόησή του απαιτεί ολιστική προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη τόσο τους παράγοντες κινδύνου όσο και τους προστατευτικούς μηχανισμούς,όπως η κοινωνική στήριξη,το νόημα στη ζωή και η πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.Η ενίσχυση αυτών των παραγόντων αποτελεί βασικό πυλώνα στην πρόληψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Turecki et al., 2016).

Συμπερασματικά,η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, το οποίο προκύπτει από τη δυναμική αλληλεπίδραση γνωσιακών, συναισθηματικών και κοινωνικών παραγόντων.Η έγκαιρη αναγνώρισή του και η στοχευμένη παρέμβαση αποτελούν βασικούς άξονες πρόληψης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς,όπως επισημαίνεται και από διεθνείς οργανισμούς δημόσιας υγείας (WHO, 2023).

## 3.3 Συνέπειες της Αυτοκτονίας στην Οικογένεια

Η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι οι βιολογικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του αυτοκτονικού ιδεασμού. Ειδικότερα, η γενετική προδιάθεση φαίνεται να συμβάλλει ουσιαστικά, καθώς μελέτες διδύμων και οικογενειών δείχνουν αυξημένο κίνδυνο σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Gustavo Turecki & Brent, 2016).Παράλληλα, νευροβιολογικές έρευνες έχουν αναδείξει τη δυσλειτουργία του σεροτονινεργικού συστήματος ως έναν από τους βασικούς μηχανισμούς που σχετίζονται με την παρορμητικότητα και τη ρύθμιση της διάθεσης, οι οποίες συνδέονται με αυξημένο αυτοκτονικό κίνδυνο (Mann, 2003).Επιπλέον,διαταραχές στη λειτουργία του άξονα υποθαλάμου–υπόφυσης–επινεφριδίων (HPA axis),ο οποίος ρυθμίζει την αντίδραση στο στρες, έχουν συσχετιστεί με αυξημένη ευαλωτότητα σε αυτοκτονικό ιδεασμό, ιδιαίτερα σε άτομα με ιστορικό χρόνιου στρες ή τραυματικών εμπειριών (John Mann,2003).Τέλος, σύγχρονες μελέτες επισημαίνουν τον ρόλο επιγενετικών μηχανισμών,μέσω των οποίων περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την έκφραση γονιδίων που σχετίζονται με τη ρύθμιση της διάθεσης και της συμπεριφοράς (Turecki et al., 2016).

### Ψυχολογικές και Συναισθηματικές Επιπτώσεις

Πολλές μελέτες αναφέρουν ότι τα μέλη της οικογένειας βιώνουν σοκ, βαθιά λύπη,ενοχή και αίσθηση προσωπικής ευθύνης.Συχνά,τα μέλη αναρωτιούνται τι θα μπορούσαν να είχαν κάνει διαφορετικά(Creuzé et al.,2022).Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε οι συμμετέχοντες περιέγραψαν τον εαυτό τους ως «θύματα της δικής τους αποτυχίας»,γεγονός που υπογραμμίζει την ένταση της αυτομομφής και της εσωτερικευμένης ευθύνης που χαρακτηρίζει το πένθος μετά από αυτοκτονία (Creuzé et al.,2022).

Η βιβλιογραφία δείχνει επίσης ότι οι συγγενείς διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης περίπλοκου πένθους,το οποίο χαρακτηρίζεται από παρατεταμένη δυσφορία,δυσκολία αποδοχής της απώλειας και επίμονη συναισθηματική οδύνη (Pitman et al.,2014).

Ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι τα άτομα που έχουν χάσει συγγενή από αυτοκτονία εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης,άγχους και συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες σε σύγκριση με άτομα που έχουν βιώσει άλλες μορφές απώλειας (Pitman et al.,2014). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κίνα σε οικογένειες ηλικιωμένων που αυτοκτόνησαν, οι συγγενείς ανέφεραν σοβαρά και επίμονα συμπτώματα κατάθλιψης, διαταραχές ύπνου και αυξημένα επίπεδα άγχους, ακόμη και αρκετά χρόνια μετά το γεγονός.Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι η αυτοκτονία μπορεί να λειτουργήσει ως χρόνιος ψυχοπιεστικός παράγοντας, επηρεάζοντας τη μακροχρόνια ψυχική υγεία των επιζώντων συγγενών.(Zhang et al.,2021).

Σημαντικές είναι και οι επιπτώσεις στο επίπεδο της οικογενειακής λειτουργίας και επικοινωνίας. Σύμφωνα με τους Creuzé et al. (2022), τα μέλη της οικογένειας συχνά αποφεύγουν να μιλούν για το γεγονός, είτε για να προστατεύσουν τους άλλους είτε λόγω φόβου έντονων συναισθηματικών αντιδράσεων.Η σιωπή αυτή μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματική απόσταση, παρεξηγήσεις και ρήξεις στις οικογενειακές σχέσεις.Παράλληλα, το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει την αυτοκτονία εντείνει την απομόνωση της οικογένειας, μειώνοντας την πιθανότητα αναζήτησης κοινωνικής ή επαγγελματικής βοήθειας (WHO, 2021).

Ένα ακόμη κρίσιμο εύρημα της βιβλιογραφίας είναι ότι τα άτομα που έχουν χάσει συγγενή από αυτοκτονία παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για αυτοκτονικό ιδεασμό ή συμπεριφορά, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν προϋπάρχουσες ψυχικές δυσκολίες ή χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης (Pitman et al.,2014).Το γεγονός αυτό αναδεικνύει την ανάγκη για έγκαιρη ψυχολογική παρακολούθηση και παρεμβάσεις υποστήριξης των οικογενειών μετά από μια αυτοκτονία.

**Διαπροσωπικές και Οικογενειακές Αλλαγές**

Η αυτοκτονική απώλεια δεν επηρεάζει μόνο το άτομο που απεβίωσε, αλλά επιφέρει βαθιές και πολυεπίπεδες αλλαγές στη λειτουργία της οικογένειας, επηρεάζοντας τη δομή, την επικοινωνία και τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των μελών της.Η ιδιαιτερότητα της αυτοκτονίας ως

μορφής απώλειας, η οποία συχνά χαρακτηρίζεται από αιφνιδιασμό, βίαιο χαρακτήρα και έντονο κοινωνικό στίγμα,δημιουργεί αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση στους επιζώντες (Jordan et al., 2011).Σε επίπεδο οικογενειακής δυναμικής, η απώλεια αυτή συχνά οδηγεί σε διαταραχή των ρόλων και των ισορροπιών,καθώς τα μέλη της οικογένειας καλούνται να αναπροσαρμόσουν τις ευθύνες και τις σχέσεις τους υπό συνθήκες έντονου πένθους (Walsh et al., 2004).

Επιπλέον,η επικοινωνία εντός της οικογένειας συχνά επιβαρύνεται, καθώς συναισθήματα όπως ενοχή, ντροπή, θυμός και αμφιθυμία μπορεί να παραμένουν μη εκφρασμένα, ενισχύοντας τη συναισθηματική απόσταση μεταξύ των μελών(Jordan et al.,2011).Το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει την αυτοκτονία μπορεί να οδηγήσει σε απομόνωση της οικογένειας από το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο, περιορίζοντας την κοινωνική υποστήριξη και εντείνοντας το αίσθημα μοναξιάς (Feigelman et al.,2009).Παράλληλα, έχει διαπιστωθεί ότι τα μέλη της οικογένειας ενδέχεται να εμφανίσουν αυξημένα επίπεδα ψυχοπαθολογίας, όπως κατάθλιψη, άγχος και μετατραυματικό στρες, γεγονός που επηρεάζει περαιτέρω τη μεταξύ τους αλληλεπίδραση (Brent et al., 2009).

Τέλος, η διαδικασία νοηματοδότησης της απώλειας αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την προσαρμογή της οικογένειας.Η δυσκολία κατανόησης των αιτιών της αυτοκτονίας μπορεί να οδηγήσει σε επίμονη αναζήτηση εξηγήσεων και σε ενδοοικογενειακές εντάσεις,ενώ αντίθετα η σταδιακή οικοδόμηση ενός κοινού αφηγήματος μπορεί να συμβάλει στην αποκατάσταση της συνοχής και της επικοινωνίας (Neimeyer, 2016).

**Δυσκολία στην επικοινωνία και η «σιωπή» ως ταμπού**

Η εμπειρία της αυτοκτονίας συχνά συνοδεύεται από μια δυσκολία να συζητηθεί το γεγονός ανοιχτά, ακόμη και μεταξύ στενών μελών της οικογένειας.Η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι, μετά από αυτοκτονία, πολλά οικογενειακά συστήματα υιοθετούν μια μορφή «σιωπής» γύρω από το γεγονός:τα μέλη αποφεύγουν να αναφερθούν στον τρόπο θανάτου, είτε για να προστατεύσουν τους άλλους από περαιτέρω συναισθηματικό πόνο,είτε λόγω ντροπής,ενοχής ή φόβου συναισθηματικής έκθεσης (Pitman et al.,2014).

Αυτή η επικοινωνιακή αποστέρηση λειτουργεί ως εσωτερικό ταμπού, όπου οι οικογένειες αποφεύγουν να εκφράσουν βασικά συναισθήματα όπως ο θυμός,η θλίψη ή ο φόβος,με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η επεξεργασία του πένθους και η συναισθηματική υποστήριξη μεταξύ των μελών (Cerel et al.,2019).Σε μια έρευνα,τα μέλη περιέγραψαν την αποφυγή του θέματος ως μια πρακτική που εντείνει την απομόνωση και δυσχεραίνει την ανταλλαγή ψυχολογικής στήριξης εντός του οικογενειακού πλαισίου (Creuzé et al.,2022).

Επιπλέον,οι οικογενειακές κουλτούρες που στιγματίζουν την αυτοκτονία καθιστούν ακόμη πιο δύσκολη την ανοιχτή συζήτηση για τα συναισθήματα,με αποτέλεσμα οι συγγενείς να βιώνουν μια διπλή απώλεια.Πιο συγκεκριμένα,απο την μια είναι η απώλεια του αγαπημένου προσώπου και από την άλλη η απώλεια της επικοινωνίας για την ίδια την απώλεια.Η έλλειψη λόγου και νοήματος γύρω από το γεγονός μπορεί να επεκτείνει τον ψυχικό πόνο,να οδηγήσει σε δυσλειτουργικό πένθος ή και σε μακροχρόνια ψυχοπαθολογία (Hagström, 2019).

**Ρήξη δεσμών και αλλαγές στους ρόλους**

Η αυτοκτονία μπορεί να προκαλέσει εντυπωσιακές αλλαγές στους ρόλους μέσα στην οικογένεια. Σε πολλούς περιπτώσεις, συγγενείς που μένουν πίσω καλούνται να αναλάβουν νέα καθήκοντα ή να προσαρμοστούν σε ρόλους που δεν είχαν στο παρελθόν.Έρευνες δείχνουν ότι ο ένας γονιός μπορεί να αναγκαστεί να υποκαταστήσει τον ρόλο του άλλου, τόσο πρακτικά (π.χ. στα οικονομικά ή στην καθημερινή φροντίδα)όσο και συναισθηματικά (π.χ. στο ρόλο του «σταθερού προσανατολισμού» για τα παιδιά)μετά από την απώλεια (Pitman et al.,2014).

Τα παιδιά μπορεί να αισθάνονται ότι πρέπει να «γεμίσουν το κενό» που άφησε ο αποθανών, αναλαμβάνοντας πρόωρα ευθύνες που υπερβαίνουν την ηλικία τους, ή να προσπαθούν να είναι «πιο ώριμα» για να στηρίξουν τον γονιό που έμεινε πίσω, με συνέπεια να επωμίζονται ένα μη ρεαλιστικό βάρος (Feigelman et al.,2017).

Αυτές οι αλλαγές ρόλων μπορούν να αποσταθεροποιήσουν την οικογενειακή ισορροπία και να οδηγήσουν σε αίσθημα υπερβολικής ευθύνης ή «αντικατάστασης» του αποθανόντα,το οποίο επιβαρύνει την ψυχική κατάσταση του ατόμου που αναλαμβάνει τον νέο ρόλο.Επίσης,οδηγούν σε ανατροπή της δομής εξουσίας και εξαρτήσεων στο οικογενειακό σύστημα,με πιθανά αποτελέσματα την εμφάνιση σύγχυσης ρόλων και συγκρούσεων (Worden, 2018).

**Συναισθηματική απομάκρυνση και απομόνωση**

Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου λόγω αυτοκτονίας έχει ιδιαίτερα βαθιά και πολυεπίπεδη επίδραση στην ψυχική υγεία των συγγενών, που διαφέρει από άλλα είδη θανάτου.Η επιστημονική βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι πολλοί συγγενείς βιώνουν χρόνιο ή περίπλοκο πένθος,μια μορφή πένθους που δεν ακολουθεί τις «τυπικές» διαδρομές και χαρακτηρίζεται από επίμονη ένταση θλίψης, αίσθημα κενού και δυσκολία προσαρμογής στην απώλεια, που μπορεί να διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα και να επηρεάζει την καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου.Αυτό το είδος πένθους έχει πλέον αναγνωριστεί ως Διαταραχή Παρατεταμένου Πένθους,η οποία περιλαμβάνει έντονο πόθο για τον αποθανόντα και δυσκολία να συνεχίσει κανείς την καθημερινότητα μετά από μήνες ή χρόνια από την απώλεια (Mayo Clinic, 2023).

Έρευνες δείχνουν ότι οι επιζώντες από αυτοκτονικές απώλειες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για σοβαρές ψυχολογικές αντιδράσεις σε σύγκριση με άτομα που έχουν βιώσει άλλες μορφές απώλειας.Συγκεκριμένα,υπάρχει αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης κατάθλιψης,άγχους, διαταραχών ύπνου και συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες,τα οποία μπορεί να διατηρηθούν για χρόνια μετά το γεγονός(Wagner, Hofmann et al.,2021).Η παρουσία συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες,όπως επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις ή έντονη συναισθηματική διέγερση σε σχέση με τον θάνατο,έχει συσχετιστεί με την έκβαση του πένθους, καθιστώντας την προσαρμογή στον θάνατο πιο δύσκολη για όλη την οικογένεια (Wagner et al.,2021).

Επιπλέον, μελέτες δείχνουν ότι συναισθήματα όπως η ενοχή, η ντροπή και η αυτοκατηγορία είναι ισχυρά συνδεδεμένα με την πορεία του πένθους μετά από αυτοκτονία.Μια μελέτη αποδεικνύει ότι η ενοχή που σχετίζεται με την απώλεια από αυτοκτονία σχετίζεται όχι μόνο με παρατεταμένο πένθος αλλά και με συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, υπενθυμίζοντας την ανάγκη για εξειδικευμένη ψυχοκοινωνική υποστήριξη(Wagner et al., 2021).

Επίσης, οι συγγενείς που έχουν χάσει κάποιον από αυτοκτονία διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για αυτοκτονικό ιδεασμό και συμπεριφορά, ιδιαίτερα όταν αντιμετωπίζουν κοινωνική απομόνωση, έλλειψη υποστήριξης και στιγματισμό.Σύμφωνα με έρευνες,η έκθεση σε αυτοκτονία αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης ιδεών αυτοκτονίας και έχει αναφερθεί ότι πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ψυχιατρική αξιολόγηση και παρέμβαση (WHO,2023).

Η συνύπαρξη παρατεταμένου πένθους με άλλα ψυχικά συμπτώματα(όπως η κατάθλιψη,το άγχος)έχει τεκμηριωθεί σε συστηματικές μελέτες,οι οποίες υπογραμμίζουν ότι αυτές οι καταστάσεις συνήθως συνυπάρχουν και επιδεινώνουν η μία την άλλη, επιδεινώνοντας τη

συνολική ποιότητα ζωής των επιζώντων.Τέλος,η εμπειρία αυτοκτονικής απώλειας συχνά συνοδεύεται από στιγματισμό και δυσκολία πρόσβασης σε υποστηρικτικές δομές,γεγονός που επιτείνει την ψυχική δυσφορία και μειώνει την πιθανότητα αναζήτησης βοήθειας ή συμμετοχής σε ομάδες υποστήριξης,με αποτέλεσμα πολλοί συγγενείς να βιώνουν το πένθος αποκλειστικά και ιδιωτικά (Bonanno et al.,2021).

**Οικονομικές Συνέπειες**

Η αυτοκτονία δεν προκαλεί μόνο ψυχολογικό πόνο στα μέλη της οικογένειας,αλλά έχει και σημαντικές πρακτικές και οικονομικές επιπτώσεις που επηρεάζουν την καθημερινή ζωή και τη μακροπρόθεσμη οικονομική σταθερότητα των επιζώντων.Όταν ένα άτομο αυτοκτονεί, οι οικογένειες πρέπει συχνά να καλύψουν άμεσα έξοδα,τα οποία περιλαμβάνουν την οργάνωση και χρηματοδότηση της κηδείας και των τελετών καθώς και ιατροδικαστικές και διοικητικές διαδικασίες.Σε μια πρόσφατη ανάλυση για το Ηνωμένο Βασίλειο,η οργάνωση μιας μόνο κηδείας και οι κρίσιμες σχετικές δαπάνες συμμετέχουν στο συνολικό κόστος που συνδέεται με κάθε αυτοκτονία, το οποίο εκτιμάται κατά μέσο όρο σε περίπου 1,6 εκατομμύρια ευρώ για κάθε θάνατο, συμπεριλαμβανομένων των άμεσων και έμμεσων οικογενειακών επιπτώσεων όπως απώλεια παραγωγικότητας, έξοδα υγείας και κοινωνικό κόστος συνολικά (Samaritans, 2022).

Η έρευνα δείχνει ότι ο συνολικός οικονομικός αντίκτυπος της αυτοκτονίας στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν τουλάχιστον 9,58 δισεκατομμύρια το 2022, ποσό που περιλαμβάνει έξοδα για υπηρεσίες υγείας, απώλεια παραγωγικότητας, νομικά κόστη και οικογενειακά κόστη όπως η διαχείριση των πρακτικών υποχρεώσεων του αποθανόντος (Samaritans, 2022)

Σε πολλές οικογένειες, το άτομο που αυτοκτονεί μπορεί να είναι ο κύριος οικονομικός συντηρητής.Η απώλεια του εισοδήματος αυτού μπορεί να έχει μακροχρόνιες συνέπειες, ειδικά εάν δεν υπάρχουν επαρκείς ασφάλειες, αποταμιεύσεις ή κοινωνικά δίκτυα υποστήριξης.Το ίδιο το οικονομικό κόστος της αυτοκτονίας περιλαμβάνει και την απώλεια παραγωγικότητας από τα χρόνια εργασίας που χάνονται όταν ένα άτομο πεθαίνει πρόωρα, κάτι που επιβαρύνει τον οικογενειακό προϋπολογισμό και την οικονομική ευημερία (Samaritans,2022)

Μετά από αυτοκτονική απώλεια, πολλά μέλη οικογενειών χρειάζονται επαγγελματική ψυχολογική υποστήριξη, συμβουλευτική ή θεραπεία,κάτι που συνεπάγεται επιπλέον έξοδα εάν η πρόσβαση σε δημόσια ή ασφαλιστική κάλυψη είναι περιορισμένη.Η ανάγκη για υποστήριξη

μπορεί να είναι επαναλαμβανόμενη σε βάθος χρόνου, αυξάνοντας το οικονομικό βάρος για την οικογένεια,ιδιαίτερα όταν η πρόσβαση σε ενσωματωμένα συστήματα ψυχικής υγείας είναι ανεπαρκής ή μη επαρκώς χρηματοδοτούμενη(Samaritans, 2022)

Η αυτοκτονία φέρνει στην επιφάνεια μια σειρά πρακτικών υποχρεώσεων που πρέπει να αντιμετωπιστούν σύντομα μετά το γεγονός.Οι υποχρεώσεις αυτές είναι η εκκαθάριση των οικονομικών υποχρεώσεων του αποθανόντος(π.χ. λογαριασμοί, δάνεια, φορολογικές υποχρεώσεις).Επίσης,η διαχείριση τραπεζικών,ασφαλιστικών και συνταξιοδοτικών διαδικασιών που απαιτούν χρόνο και ενέργεια.Άλλη υποχρέωση είναι η οργάνωση της κηδείας και των τυπικών διαδικασιών,οι οποίες μπορεί να ζητήσουν άμεσα διαθέσιμα κεφάλαια.Αυτές οι υποχρεώσεις μπορεί να προκαλέσουν οικονομική πίεση και άγχος στην οικογένεια,ιδίως εάν η οικονομική κατάσταση πριν την απώλεια ήταν ήδη επισφαλής(Samaritans, 2022).

Σε αγροτικές,υποβαθμισμένες ή οικονομικά ασθενέστερες περιοχές,οι οικογένειες έχουν συχνά λιγότερη πρόσβαση σε υποστηρικτικές δομές και κοινωνικά δίκτυα βοήθειας, εντείνοντας τις οικονομικές επιπτώσεις της αυτοκτονίας.Η έλλειψη επαγγελματικών υπηρεσιών υποστήριξης,χρηματοοικονομικής βοήθειας ή δημόσιας πρόνοιας σε τέτοια περιβάλλοντα μπορεί να καταστήσει δυσανάλογα πιο δύσκολη τη διαχείριση πρακτικών και οικονομικών ζητημάτων για τις οικογένειες που ήδη αντιμετωπίζουν δυσκολίες (Samaritans, 2022).

Πέρα από τις άμεσες οικογενειακές δαπάνες,η αυτοκτονία έχει ευρύτερο κοινωνικό και οικονομικό κόστος για την κοινωνία συνολικά, επηρεάζοντας υπηρεσίες υγείας, ασφάλειας, δικαιοσύνης και κοινωνικής πρόνοιας, γεγονός που αναδεικνύει τη σημασία της πρόληψης και της υποστήριξης των οικογενειών ως κομβικό παράγοντα κοινωνικής πολιτικής (Samaritans, 2022)

Οι συνέπειες της αυτοκτονικής απώλειας δεν είναι στατικές, αλλά μεταβάλλονται δυναμικά στον χρόνο, αντανακλώντας τη σύνθετη και εξατομικευμένη φύση του πένθους.Σύμφωνα με τη σύγχρονη βιβλιογραφία,ορισμένα μέλη της οικογένειας καταφέρνουν σταδιακά να αναπτύξουν προσαρμοστικούς μηχανισμούς,αξιοποιώντας πηγές υποστήριξης και ενισχύοντας την ψυχική τους ανθεκτικότητα,γεγονός που μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε διαδικασίες προσωπικής ανάπτυξης μετά την απώλεια (Robert A. Neimeyer, 2016).Ωστόσο, σε άλλες περιπτώσεις,οι επιπτώσεις της απώλειας παραμένουν έντονες και μακροχρόνιες, επηρεάζοντας την καθημερινή λειτουργικότητα,τις διαπροσωπικές σχέσεις,καθώς και βασικές

διαστάσεις της ψυχοκοινωνικής εμπειρίας,όπως η εμπιστοσύνη και η αίσθηση ασφάλειας (Katherine Shear, 2012).

Η πορεία προσαρμογής επηρεάζεται σημαντικά από την ύπαρξη ή μη υποστηρικτικών πλαισίων.Η οικογενειακή συνοχή και η ανοιχτή επικοινωνία μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά,διευκολύνοντας την επεξεργασία του πένθους,ενώ η πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο επιπλοκών,όπως η παρατεταμένη διαταραχή πένθους ή η κατάθλιψη (Jordan et al., 2011).Αντίθετα, η έλλειψη υποστήριξης και η κοινωνική απομόνωση μπορούν να επιδεινώσουν τη μακροχρόνια προσαρμογή των επιζώντων (Feigelman et al., 2009).

Παράλληλα,οι πολιτισμικές και κοινωνικές αντιλήψεις γύρω από την αυτοκτονία διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο βιώνεται η απώλεια.Σε κοινωνικά πλαίσια όπου η αυτοκτονία στιγματίζεται έντονα,τα μέλη της οικογένειας ενδέχεται να βιώσουν ντροπή,ενοχή και κοινωνική απόσυρση, γεγονός που δυσχεραίνει την αναζήτηση βοήθειας και την επεξεργασία του τραύματος.Αντιθέτως,σε πολιτισμικά περιβάλλοντα με μεγαλύτερη αποδοχή και κατανόηση των ψυχικών δυσκολιών, διευκολύνεται η έκφραση του πένθους και η πρόσβαση σε υποστηρικτικά δίκτυα(Jordan et al.,2011).

## 3.4 Πένθος και Ψυχολογικός αντίκτυπος

Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου λόγω αυτοκτονίας προκαλεί έντονο πένθος, το οποίο συχνά είναι διαφορετικό σε φύση και διάρκεια από το πένθος που συνοδεύει άλλες μορφές απώλειας.Οι άνθρωποι που βιώνουν πένθος μετά από αυτοκτονία αναφέρονται συχνά σε υψηλότερα επίπεδα ενοχής, ντροπής,αμφιβολίας και κοινωνικού στίγματος.Αυτοί οι παράγοντες συνδυαστικά συμβάλλουν στο να εξελιχθεί το πένθος σε πιο πολύπλοκη και μακροχρόνια μορφή,το λεγόμενο περίπλοκο πένθος ή παρατεταμένη διαταραχή πένθους(Levi-Belz, 2023).

Η σύγχρονη έρευνα αποδεικνύει ότι η απώλεια αγαπημένου προσώπου από αυτοκτονία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης περίπλοκης θλίψης και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας,με τη διαπροσωπική δυναμική να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην πορεία προσαρμογής των πενθούντων(Li et al.,2021).Σε πρόσφατη διαχρονική μελέτη διαπιστώθηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη και η δυνατότητα αυτοαποκάλυψης σχετίζονται με σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα περίπλοκου πένθους και κατάθλιψης έως και έξι έτη μετά την

απώλεια,ενώ η ενοχή και η ντροπή που σχετίζονται με την αυτοκτονία λειτουργούν ως βασικοί διαμεσολαβητικοί μηχανισμοί που ενισχύουν την ψυχολογική επιβάρυνση (Pitman et al., 2014).

Παράλληλα, ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι το πένθος μετά από αυτοκτονία δεν αποτελεί μόνο συνέπεια της απώλειας, αλλά μπορεί να συνδεθεί άμεσα με αυξημένο αυτοκτονικό ιδεασμό στους επιζώντες.Σε μελέτη βρέθηκε ότι το πένθος λόγω αυτοκτονίας σχετίζεται άμεσα με ιδέες αυτοκτονίας και ότι η παρουσία περίπλοκου πένθους ενισχύει σημαντικά αυτή τη σχέση,λειτουργώντας ως «γέφυρα» μεταξύ της απώλειας και της ανάπτυξης πιο επικίνδυνων ψυχολογικών καταστάσεων (Zhou et al.,2023).

Η διαχρονική πορεία του πένθους μετά από αυτοκτονία αποτυπώνεται και σε ποιοτικές μελέτες. Χαρακτηριστικά,μια ποιοτική έρευνα κατέδειξε ότι, παρότι με την πάροδο του χρόνου παρατηρείται κάποιος βαθμός προσαρμογής,το πένθος παραμένει βαθύ και διαρκές, με εναλλασσόμενες περιόδους έντονου ψυχικού πόνου, κρίσεων νοήματος και δυσκολιών αποδοχής της απώλειας κατά τους πρώτους 18 μήνες μετά το γεγονός (Liu et al., 2023).Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με προηγούμενες ανασκοπήσεις που τονίζουν ότι το πένθος αυτοκτονίας συχνά διαφέρει ποιοτικά από άλλες μορφές πένθους,λόγω του αιφνίδιου χαρακτήρα,του κοινωνικού στίγματος και των έντονων συναισθημάτων ενοχής και «γιατί» (Jordan et al.,2011).

Σημαντικό προστατευτικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν οι ομάδες υποστήριξης ομοτίμων.Μια μελέτη έδειξε ότι οι συμμετέχοντες βιώνουν τις ομάδες αυτές ως ασφαλείς χώρους έκφρασης,κατανόησης και μείωσης της απομόνωσης,με θετικές επιπτώσεις στη ψυχική υγεία,όπως μείωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και βελτίωση της υποκειμενικής ευημερίας,παρότι επισημαίνεται ο περιορισμός μικρών και μη αντιπροσωπευτικών δειγμάτων (Andriessen et al.,2022).

Τέλος,μελέτη στην Ισπανία που διερεύνησε παράγοντες πρόβλεψης παρατεταμένου πένθους σε ενήλικες που έχασαν συγγενή από αυτοκτονία κατέδειξε ως κρίσιμους παράγοντες την κοινωνική αποδοχή ή ακύρωση του πένθους ,την αίσθηση νοήματος στη ζωή,τον χρόνο που έχει παρέλθει από την απώλεια και τον βαθμό συγγένειας με τον θανόντα (π.χ. γονέας ή σύντροφος),επιβεβαιώνοντας τον πολυπαραγοντικό χαρακτήρα της προσαρμογής μετά την απώλεια (García et al., 2023).

### 3.4.1 Στίγμα και Κοινωνικές Διαστάσεις

Το στίγμα που σχετίζεται με την αυτοκτονία αποτελεί ένα σύνθετο κοινωνικό φαινόμενο με πολλαπλές διαστάσεις,συμπεριλαμβανομένου του δημόσιου στίγματος,του αντιλαμβανόμενου στίγματος,του αυτο-στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού.Οι μορφές αυτές του στίγματος επιβαρύνουν σημαντικά την ψυχική υγεία τόσο των ατόμων με αυτοκτονικό ιδεασμό όσο και των επιζώντων μετά από απώλεια λόγω αυτοκτονίας( Sheehan et al.,2017).

Σύμφωνα με πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση, το στίγμα που σχετίζεται με την αυτοκτονία συνδέεται συστηματικά με αυξημένα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, υψηλότερο αυτοκτονικό ιδεασμό, μειωμένη αναζήτηση βοήθειας και δυσκολίες στην επεξεργασία του πένθους .Το στίγμα λειτουργεί αποτρεπτικά ως προς τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ενισχύοντας την απομόνωση και τη σιωπή γύρω από την εμπειρία της αυτοκτονίας(Wyllie et al., 2025).

Ποιοτικές και μικτές μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα που θρηνούν απώλεια από αυτοκτονία συχνά βιώνουν μη υποστηρικτικές κοινωνικές αντιδράσεις.Ενδεικτικά, πρόσφατη μελέτη στη Γερμανία ανέδειξε ότι η ουσιαστική υποστήριξη προέρχεται κυρίως από άτομα με παρόμοιες εμπειρίες ή από στενούς φίλους και συγγενείς που είναι πρόθυμοι να μιλήσουν ανοιχτά για την αυτοκτονία.Αντίθετα,εμπειρίες αποφυγής, κριτικής, αδιάκριτων ερωτήσεων ή επιφανειακής συμπόνιας ενισχύουν το αίσθημα αποξένωσης και στιγματισμού (Keller et al., 2024).

Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται και από μεγάλη διατομεακή μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο με δείγμα 3.432 πενθούντες ενήλικες, η οποία έδειξε ότι τα άτομα που έχασαν κάποιον από αυτοκτονία ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενου στίγματος, ντροπής, ενοχής και αίσθησης προσωπικής ευθύνης σε σύγκριση με όσους βίωσαν άλλες μορφές αιφνίδιου θανάτου (Pitman et al.,2016).

Το στίγμα δεν περιορίζεται στις κοινωνικές αντιδράσεις, αλλά εσωτερικεύεται, επηρεάζοντας την αυτοαντίληψη και την αίσθηση προσωπικής αξίας.Η εσωτερίκευση του στίγματος και η προσδοκία αρνητικής κρίσης από το κοινωνικό περιβάλλον συνδέονται με αυξημένο αυτοκτονικό ιδεασμό και μειωμένη αναζήτηση βοήθειας,ακόμη και όταν υπάρχουν διαθέσιμες υπηρεσίες (Corrigan et al.,2014).

Επιπλέον,το στίγμα συχνά οδηγεί σε μυστικότητα και αποφυγή συζήτησης γύρω από τον θάνατο ή τις αυτοκτονικές σκέψεις.Η επιλογή της σιωπής είτε για αυτοπροστασία είτε λόγω εσωτερικευμένης ντροπής αποδυναμώνει τα κοινωνικά δίκτυα στήριξης και επιτείνει τον ψυχικό πόνο, αυξάνοντας τον κίνδυνο περίπλοκου πένθους,κατάθλιψης και άγχους (Andriessen et al.,2017).

Πολιτισμικοί και θρησκευτικοί παράγοντες ενισχύουν συχνά το στίγμα, ιδιαίτερα σε κοινωνίες όπου η αυτοκτονία θεωρείται ταμπού ή ηθικά καταδικαστέα.Σε τέτοια πλαίσια, οι οικογένειες μπορεί να βιώνουν κοινωνική ακύρωση,απομόνωση ή ακόμη και ανοιχτή απόρριψη, γεγονός που επιβαρύνει τη διαδικασία πένθους και αυξάνει τη μακροχρόνια ψυχική δυσφορία (García-Haro et al.,2023).

### 3.4.2 Αυτοκτονία και Τρίτη ηλικία

Η αυτοκτονία στην τρίτη ηλικία αποτελεί ένα σύνθετο και σοβαρό ζήτημα δημόσιας υγείας, το οποίο συχνά υποεκτιμάται τόσο από την κοινωνία όσο και από τα συστήματα υγείας. Σύμφωνα με πρόσφατα διεθνή δεδομένα,τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω παρουσιάζουν από τα υψηλότερα ποσοστά ολοκληρωμένης αυτοκτονίας,ιδιαίτερα οι άνδρες, γεγονός που αποδίδεται σε συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων (Tishler et al., 2022).Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού καθιστά το φαινόμενο ιδιαίτερα επίκαιρο, καθώς αυξάνεται το ποσοστό των ηλικιωμένων που βιώνουν απώλειες,λειτουργικούς περιορισμούς και κοινωνική απομόνωση.

Η κατάθλιψη αποτελεί τον σημαντικότερο κλινικό παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά στην τρίτη ηλικία, ωστόσο συχνά παραμένει αδιάγνωστη ή υποδιαγνωσμένη, καθώς τα συμπτώματά της συγχέονται με «φυσιολογικές» συνέπειες της γήρανσης ή σωματικών παθήσεων (Conejero et al., 2021).Παράλληλα,χρόνιες νόσοι,χρόνιος πόνος και απώλεια αυτονομίας έχουν συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα ψυχικής επιβάρυνσης και αισθήματα απελπισίας στους ηλικιωμένους(Fässberg et al.,2022).Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν επίσης ψυχοκοινωνικοί παράγοντες,όπως η μοναξιά,η κοινωνική απομόνωση, η απώλεια συζύγου ή φίλων και η μειωμένη κοινωνική υποστήριξη,οι οποίοι έχουν βρεθεί να σχετίζονται ισχυρά με αυτοκτονικό ιδεασμό σε αυτή την ηλικιακή ομάδα(Santini et al., 2020).

Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν μικρότερη συχνότητα μη θανατηφόρων αυτοκτονικών συμπεριφορών,αλλά υψηλότερη αναλογία ολοκληρωμένων

αυτοκτονιών,γεγονός που υποδηλώνει αυξημένη αποφασιστικότητα και μειωμένη πιθανότητα έγκαιρης παρέμβασης(DeLeo et al., 2021).Επιπλέον,κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες,όπως η φτώχεια,η οικονομική ανασφάλεια και η περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας,εντείνουν την ευαλωτότητα των ηλικιωμένων,ιδιαίτερα σε περιόδους κοινωνικών ή υγειονομικών κρίσεων (Hawton et al.,2023).

Η πρόληψη της αυτοκτονίας στην τρίτη ηλικία απαιτεί ολιστική και πολυεπίπεδη προσέγγιση, με έμφαση στην έγκαιρη αναγνώριση της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στην ενίσχυση της κοινωνικής διασύνδεσης και στη μείωση του στίγματος γύρω από τα ψυχικά προβλήματα στους ηλικιωμένους(WHO,2023).Παρεμβάσεις που προάγουν την κοινωνική συμμετοχή,την αίσθηση σκοπού ζωής και την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη μείωση του κινδύνου αυτοκτονίας σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα.Συνολικά,η αυτοκτονία στην τρίτη ηλικία δεν αποτελεί αναπόφευκτη συνέπεια της γήρανσης, αλλά ένα φαινόμενο που μπορεί να προληφθεί μέσω στοχευμένων κοινωνικών, κλινικών και πολιτικών παρεμβάσεων(Lapierre et al.,2021).

## 4 .Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και η αυτοκτονία

### 4.1 Ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην πρόληψη και παρέμβαση

Η πρόληψη της αυτοκτονίας αποτελεί πολυεπίπεδη πρόκληση δημόσιας υγείας,στην οποία οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο.Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προτείνει τη στρατηγική LIVE LIFE,η οποία περιλαμβάνει περιορισμό πρόσβασης σε θανατηφόρα μέσα,υπεύθυνη δημοσιογραφία,ενίσχυση δεξιοτήτων ζωής και έγκαιρη παροχή φροντίδας (WHO, 2021).

Η πρώιμη ανίχνευση έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην αύξηση της αναγνώρισης κινδύνου,αν και η βιβλιογραφία υπογραμμίζει την ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση και εποπτεία( Hawgood et al.,2016).

Ιδιαίτερα τεκμηριωμένη είναι η αποτελεσματικότητα της Παρέμβασης Σχεδιασμού Ασφάλειας (SPI),μιας σύντομης,συνεργατικής παρέμβασης που μειώνει τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις απόπειρες,ειδικά όταν συνδυάζεται με συστηματική παρακολούθηση.Παράλληλα,η

συμβουλευτική για τον περιορισμό πρόσβασης σε θανατηφόρα μέσα έχει συνδεθεί με αυξημένη ασφαλή φύλαξη και μείωση βραχυπρόθεσμου κινδύνου(Nuij et al.,2021).

Σε θεραπευτικό επίπεδο, ισχυρά εμπειρικά δεδομένα υποστηρίζουν παρεμβάσεις όπως η Γνωσιακή -Συμπεριφορική Θεραπεία και η Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία (DBT),οι οποίες μειώνουν τόσο τον ιδεασμό όσο και την επαναλαμβανόμενη αυτοτραυματική συμπεριφορά(Linehan et al.,2015).Τέλος,η μεταγενέστερη θεραπεία,δηλαδή η δομημένη υποστήριξη των επιζώντων μετά από αυτοκτονική απώλεια,αναγνωρίζεται ως βασικός πυλώνας πρόληψης,καθώς μειώνει τον κίνδυνο περίπλοκου πένθους και δευτερογενούς αυτοκτονικότητας (Andriessen et al.,2017).

## 4.2 Προκλήσεις και δυσκολίες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην πρόληψη της αυτοκτονίας

Παρά τη σημαντική πρόοδο στη διεθνή βιβλιογραφία και την ανάπτυξη τεκμηριωμένων παρεμβάσεων για την πρόληψη της αυτοκτονίας,οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν ουσιαστικές προκλήσεις στην καθημερινή κλινική πρακτική (Tishler et al., 2019).

Μία από τις βασικότερες δυσκολίες αφορά τη διάγνωση και αξιολόγηση του αυτοκτονικού κινδύνου.Ο αυτοκτονικός ιδεασμός χαρακτηρίζεται από δυναμικότητα και μεταβλητότητα, ενώ πολλοί ασθενείς αποφεύγουν να αποκαλύψουν τις σκέψεις τους λόγω ντροπής,φόβου στιγματισμού ή δυσπιστίας προς τις υπηρεσίες υγείας (Hom et al., 2017).Ως αποτέλεσμα,η προβλεπτική εγκυρότητα των εργαλείων αξιολόγησης παραμένει περιορισμένη, καθιστώντας αναγκαία τη συνδυαστική χρήση κλινικής κρίσης, συνεχούς παρακολούθησης και διεπιστημονικής συνεργασίας (Franklin et al.,2017).

Σημαντικό εμπόδιο αποτελεί επίσης το στίγμα γύρω από την αυτοκτονία και την ψυχική υγεία, το οποίο λειτουργεί αποτρεπτικά τόσο για την αναζήτηση βοήθειας από τους ασθενείς όσο και για την ενεργή διερεύνηση της αυτοκτονικότητας από τους επαγγελματίες.Έρευνες δείχνουν ότι ορισμένοι κλινικοί διστάζουν να θέσουν άμεσες ερωτήσεις σχετικά με αυτοκτονικές σκέψεις,είτε λόγω ελλιπούς εκπαίδευσης είτε λόγω του εσφαλμένου φόβου ότι η συζήτηση μπορεί να ενισχύσει τον ιδεασμό(Hawgood et al., 2016).Ωστόσο,η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι η ανοιχτή και άμεση διερεύνηση δεν αυξάνει τον κίνδυνο,αλλά αντίθετα ενισχύει την ασφάλεια και τη θεραπευτική συμμαχία (Milner et al.,2015).

Μια ακόμη κρίσιμη πρόκληση αφορά την πρόσβαση και τη συνέχεια των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.Σε πολλές χώρες,ιδιαίτερα σε αγροτικές ή κοινωνικά υπο- εξυπηρετούμενες περιοχές, παρατηρείται έλλειψη εξειδικευμένων επαγγελματιών,μεγάλες λίστες αναμονής και ανισότητες στη φροντίδα,γεγονός που καθυστερεί την έγκαιρη παρέμβαση(OECD, 2020). Ακόμη και σε ανεπτυγμένα συστήματα υγείας,η μετάβαση από την επείγουσα αντιμετώπιση σε μακροχρόνια,συνεχή θεραπεία συχνά εμφανίζεται αποσπασματική,αυξάνοντας τον κίνδυνο υποτροπής(Stanley et al.,2018).

Παράλληλα,οι ίδιοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εκτίθενται σε υψηλό ψυχολογικό φορτίο. Η συχνή επαφή με κρίσεις,η συναισθηματική εμπλοκή και, ιδιαίτερα,η απώλεια θεραπευόμενου μέσω αυτοκτονίας συνδέονται με αυξημένα επίπεδα άγχους, ενοχής, επαγγελματικής αμφισβήτησης και burnout (Gibbons et al., 2019).Η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει την ανάγκη για συστηματική κλινική εποπτεία, υποστήριξη και μέτρα πρόληψης επαγγελματικής εξουθένωσης,ώστε να διασφαλίζεται τόσο η ψυχική υγεία των επαγγελματιών όσο και η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Morse et al., 2012).

Τέλος,αναδύονται νέες προκλήσεις που σχετίζονται με τις ψηφιακές παρεμβάσεις και την τηλεψυχιατρική.Αν και οι ψηφιακές εφαρμογές και οι εξ αποστάσεως υπηρεσίες βελτιώνουν την πρόσβαση στη φροντίδα, ιδίως για απομονωμένους πληθυσμούς, εγείρουν ζητήματα που αφορούν την ασφάλεια, την προστασία προσωπικών δεδομένων, την κλινική ευθύνη και την επιστημονική αξιοπιστία.Η απουσία τυποποιημένων πρωτοκόλλων αξιολόγησης και πιστοποίησης των ψηφιακών εργαλείων παραμένει σημαντικό κενό στη σύγχρονη πρακτική(Torous et al., 2020).

## 5. Επισκόπηση κενών στη βιβλιογραφία: Απόψεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τη διαχείριση της αυτοκτονίας εντός της οικογένειας

Παρά τη σημαντική πρόοδο στη μελέτη των ψυχοκοινωνικών συνεπειών της αυτοκτονίας στις οικογένειες, η διεθνής βιβλιογραφία παρουσιάζει αξιοσημείωτα κενά αναφορικά με τις απόψεις, τις κλινικές εμπειρίες και τις εκτιμήσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με το πώς οι οικογένειες διαχειρίζονται την απώλεια ενός μέλους από αυτοκτονία.Η πλειονότητα των ερευνών επικεντρώνεται κυρίως στις εμπειρίες των θρηνούντων,αφήνοντας λιγότερο διερευνώμενη τη συστηματική καταγραφή της επαγγελματικής οπτικής όσων καλούνται να υποστηρίξουν θεραπευτικά αυτές τις οικογένειες(Maple et al.,2019).

Ένα βασικό κενό αφορά την περιορισμένη ποιοτική διερεύνηση των κλινικών παρατηρήσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με τις ενδοοικογενειακές διεργασίες μετά την αυτοκτονία.Αν και μελέτες αναγνωρίζουν ότι οι οικογένειες συχνά βιώνουν αποδιοργάνωση ρόλων,διακοπή επικοινωνίας και αυξημένες συγκρούσεις,αυτές οι διαπιστώσεις προκύπτουν κυρίως από αυτοαναφορές των μελών και όχι από συγκριτική ανάλυση με τις αξιολογήσεις των επαγγελματιών.Ως αποτέλεσμα, παραμένει ασαφές πώς οι κλινικοί αντιλαμβάνονται τη δυναμική μεταξύ πένθους, σιωπής, ενοχής και οικογενειακής λειτουργικότητας(Spillane et al., 2019).

Επιπλέον,η βιβλιογραφία εμφανίζει έλλειμμα ερευνών που να εξετάζουν πώς οι επαγγελματίες αξιολογούν τη διαφοροποίηση των αντιδράσεων εντός της ίδιας οικογένειας. Παρόλο που είναι γνωστό ότι τα μέλη μιας οικογένειας μπορεί να θρηνούν με διαφορετικούς ρυθμούς και τρόπους,υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα για το πώς οι επαγγελματίες διαχειρίζονται κλινικά αυτές τις ασυμμετρίες και πώς τις ερμηνεύουν σε σχέση με τον κίνδυνο περίπλοκου πένθους ή περαιτέρω ψυχοπαθολογίας(Titlestad et al.,2020).

Ένα ακόμη σημαντικό κενό αφορά την πολιτισμική διάσταση.Οι περισσότερες μελέτες για την αυτοκτονία και το οικογενειακό πένθος προέρχονται από δυτικές χώρες,ενώ οι απόψεις επαγγελματιών που εργάζονται σε πολιτισμικά ή θρησκευτικά πλαίσια με έντονο στίγμα παραμένουν υποεκπροσωπημένες.Αυτό περιορίζει την κατανόηση του πώς οι επαγγελματίες αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν φαινόμενα όπως η μυστικότητα,η κοινωνική απόσυρση και η «σιωπηρή συμφωνία» εντός της οικογένειας για αποφυγή του θέματος της αυτοκτονίας (Krysinska et al.,2020).

Παράλληλα,η βιβλιογραφία σπανίως εξετάζει τις αντιλήψεις των επαγγελματιών σχετικά με τα όρια και τις δυσκολίες της παρέμβασής τους.Μελέτες έχουν δείξει ότι οι ίδιοι οι κλινικοί συχνά βιώνουν αβεβαιότητα,συναισθηματική επιβάρυνση και φόβο πρόκλησης περαιτέρω βλάβης όταν εργάζονται με οικογένειες μετά από αυτοκτονία,ωστόσο αυτά τα ζητήματα συνήθως αναφέρονται περιφερειακά και όχι ως κύριο ερευνητικό αντικείμενο(Sandford et al., 2021).

Τέλος,παρατηρείται έλλειψη ερευνών που να συνδέουν τις απόψεις των επαγγελματιών με την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων.Παρόλο, που διεθνείς οδηγίες υπογραμμίζουν τη σημασία της οικογενειακής υποστήριξης μετά από αυτοκτονία,υπάρχουν περιορισμένα εμπειρικά δεδομένα για το πώς οι επαγγελματίες αξιολογούν τη συμμόρφωση,

την ανθεκτικότητα και τη μακροπρόθεσμη προσαρμογή των οικογενειών που λαμβάνουν παρέμβαση.Συνολικά, η υπάρχουσα βιβλιογραφία αναδεικνύει την ανάγκη για περισσότερες ποιοτικές και μικτές μελέτες που να εστιάζουν ρητά στις απόψεις και τις κλινικές εμπειρίες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.Η ενσωμάτωση αυτής της οπτικής μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην κατανόηση της οικογενειακής διαχείρισης της αυτοκτονίας,στη βελτίωση των παρεμβάσεων και στη διαμόρφωση πιο ευαίσθητων και αποτελεσματικών κλινικών πρακτικών(Andriessen,2021).

## 5.1 Αναγκαιότητα της Μελέτης

Η παρούσα μελέτη κρίνεται αναγκαία, καθώς παρά τον αυξανόμενο αριθμό ερευνών για τις συνέπειες της αυτοκτονίας στις οικογένειες,παραμένει περιορισμένη η συστηματική διερεύνηση των απόψεων και των κλινικών εμπειριών των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που καλούνται να υποστηρίξουν αυτές τις οικογένειες.Οι επαγγελματίες βρίσκονται σε καίρια θέση ώστε να παρατηρούν τις ενδοοικογενειακές διεργασίες, τις μορφές πένθους, τις δυσκολίες επικοινωνίας και τους παράγοντες κινδύνου ή ανθεκτικότητας που αναδύονται μετά την αυτοκτονία ενός μέλους, ωστόσο η γνώση αυτή δεν αποτυπώνεται επαρκώς στη βιβλιογραφία. Η καταγραφή και ανάλυση της επαγγελματικής οπτικής μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση των παρεμβάσεων,στη διαμόρφωση πιο στοχευμένων θεραπευτικών πρακτικών και στην ενίσχυση της εκπαίδευσης και υποστήριξης των ίδιων των επαγγελματιών, καλύπτοντας έτσι ένα ουσιαστικό ερευνητικό και κλινικό κενό.

## 5.2 Η συμβολή της ποιοτικής διερεύνησης των απόψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας

Η ποιοτική διερεύνηση των απόψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας προσφέρει ουσιαστική συμβολή στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι οικογένειες διαχειρίζονται την αυτοκτονία ενός μέλους,καθώς αναδεικνύει εμπειρίες,νοήματα και κλινικές παρατηρήσεις που δύσκολα αποτυπώνονται μέσω ποσοτικών μεθόδων.Μέσα από αφηγήσεις, παραδείγματα πρακτικής και αναστοχασμό,οι επαγγελματίες μπορούν να φωτίσουν σύνθετες διεργασίες όπως η σιωπή,το στίγμα,οι μεταβολές στους οικογενειακούς ρόλους,οι διαφορετικοί τρόποι πένθους και οι δυσκολίες πρόσβασης σε υποστήριξη.Επιπλέον,η ποιοτική προσέγγιση επιτρέπει την ανάδειξη καλών πρακτικών, κλινικών διλημμάτων και αναγκών εκπαίδευσης ή

εποπτείας των επαγγελματιών,συμβάλλοντας στη βελτίωση των παρεμβάσεων.Με τον τρόπο αυτό,η έρευνα δεν περιορίζεται στην περιγραφή των επιπτώσεων της αυτοκτονίας,αλλά συμβάλλει στη διαμόρφωση πιο ευαίσθητων,ολιστικών και πολιτισμικά κατάλληλων παρεμβάσεων για τις οικογένειες και τους επαγγελματίες που τις υποστηρίζουν.

## Μέρος Β:Μεθοδολογία Έρευνας

### Σκοπός της Έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων, εμπειριών και εκτιμήσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας(ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί) που εργάζονται στην Περιφέρεια της Κρήτης σε δημόσιους ή/και ιδιωτικούς φορείς για τον τρόπο που η οικογένεια διαχειρίζεται την αυτοκτονία του μέλους της.

Οι επιμέρους στόχοι που επιδιώκουμε μέσα από την έρευνα είναι οι εξής:

1)Να καταγραφούν οι αντιλήψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με τις συναισθηματικές, ψυχολογικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις της οικογένειας μετά την αυτοκτονία ενός μέλους της.Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στην αυτοκτονία των ηλικιωμένων μελών μιας οικογένειας.

2)Να διερευνηθούν οι δυσκολίες και οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει η οικογένεια κατά τη διαχείριση του πένθους και της απώλειας.

3)Να κατανοηθεί πώς το στίγμα της αυτοκτονίας επηρεάζει τη διαχείριση της απώλειας από την οικογένεια, σύμφωνα με την εμπειρία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

4)Να αναδειχθούν οι μορφές υποστήριξης που υπάρχουν και αν καλύπτονται οι ανάγκες υποστήριξης της οικογένειας από τις υπάρχουσες δομές.

### Ερευνητικά ερωτήματα

1)Πως περιγράφουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας τις αντιδράσεις των οικογενειών μετά από την αυτοκτονία;

2)Ποιες μορφές υποστήριξης θεωρούν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πιο αποτελεσματικές για την οικογένεια που βιώνει την απώλεια από αυτοκτονία;

3)Ποια είναι η θέση του κοινωνικού στίγματος στην διαδικασία του πένθους;

4) Ποιες δυσκολίες και προκλήσεις συναντούν οι οικογένειες στη διαδικασία πένθους μετά την αυτοκτονία;

5)Ποιοι παράγοντες (κοινωνικοί,πολιτισμικοί,θρησκευτικοί,οικονομικοί)φαίνεται να επηρεάζουν τον τρόπο που η οικογένεια αντιμετωπίζει την αυτοκτονία;

**Είδος έρευνας**

Η μεθοδολογία της έρευνας που θα επιλέξουμε είναι η ποιοτική. Η ποιοτική έρευνα αποτελεί θεμελιώδες εργαλείο στις κοινωνικές και ανθρωπιστικές επιστήμες,καθώς επιτρέπει τη σε βάθος κατανόηση πολύπλοκων φαινομένων,τα οποία δεν μπορούν να αποτυπωθούν επαρκώς με αριθμητικά δεδομένα (Silverman, 2016). Ιδιαίτερα σε θέματα όπως η διαχείριση της αυτοκτονίας από την οικογένεια, όπου εμπλέκονται συναισθήματα, αξίες, πολιτισμικά στοιχεία και κοινωνικά στερεότυπα,η ποιοτική προσέγγιση δίνει τη δυνατότητα να αναδειχθούν οι προσωπικές εμπειρίες,οι υποκειμενικές αντιλήψεις και οι κοινωνικές διεργασίες που τις διαμορφώνουν (Creswell & Poth, 2018).

Η συλλογή δεδομένων στην ποιοτική έρευνα εστιάζει στη βαθιά και αναλυτική διερεύνηση εμπειριών, στάσεων, αντιλήψεων και νοημάτων που αποδίδουν τα άτομα σε συγκεκριμένα φαινόμενα.(Creswell et al.,2018).
Η διαδικασία χαρακτηρίζεται από ευελιξία, διαδραστικότητα και προσαρμογή στο εκάστοτε κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο (Patton, 2015).Οι κύριες μέθοδοι συλλογής είναι οι εξής:ομάδες εστίασης(focus group),παρατήρηση(συμμετοχική ή μη),ανάλυση κειμένων και τεκμηρίων και οι συνεντεύξεις.Οι συνεντεύξεις διακρίνονται σε δομημένες ,μη δομημένες και ημιδομημένες.Σε αυτή την περίπτωση για την έρευνα μας θα χρησιμοποιήσουμε την ημιδομημένη ,μη τυχαιοποιημένη συνέντευξη με την οποία δίνεται η δυνατότητα στον ερευνητή να προσαρμόζει τις ερωτήσεις, να ζητά διευκρινίσεις προσθέτοντας ερωτήσεις και να εμβαθύνει στα θέματα που ανακύπτουν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης (Patton, 2015).

**Πληθυσμός Έρευνας**

Ο πληθυσμός της έρευνας μας,είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με την ειδικότητα των ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, ψυχιάτρων που εργάζονται σε δημόσιους ή/ και ιδιωτικούς φορείς στην Περιφέρεια Κρήτης.Επιδιώκουμε να έρθουμε σε επαφή με 15 έως 20 επαγγελματίες ψυχικής υγείας.Το δείγμα που συλλέξαμε για την διεξαγωγή της μελέτης το αναζητήσαμε σε χώρους που εργάζονται τα εν λόγω άτομα.Ο χρόνος διεξαγωγής και

υλοποίησης των συνεντεύξεων,πραγματοποιήθηκε το διάστημα από τον Νοέμβριο του 2025 έως τον Δεκέμβριο του  2025.Τα κριτήρια επιλογής των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι :

1)Επαγγελματική ιδιότητα (ψυχολόγος, ψυχίατρος, κοινωνικός λειτουργός).

2)Κλινική εμπειρία τουλάχιστον τριών (3) ετών στον τομέα της ψυχικής υγείας.

3)Άμεση εμπλοκή με τουλάχιστον μία οικογένεια που έχει βιώσει αυτοκτονία μέλους.

**Ηθικά Διλήμματα**

Η διεξαγωγή ποιοτικής έρευνας με αντικείμενο την αυτοκτονία εμπεριέχει σημαντικές ηθικές προκλήσεις, καθώς πρόκειται για ένα εξαιρετικά ευαίσθητο και δυνητικά τραυματικό θέμα. Οι συμμετέχοντες ενδέχεται να εκτεθούν σε επώδυνες αναμνήσεις ή να ενεργοποιηθούν ψυχοσυναισθηματικά κατά τη διάρκεια της συζήτησης.Για τον λόγο αυτό,κατέστη απαραίτητη η σχολαστική τήρηση των θεμελιωδών αρχών της ερευνητικής δεοντολογίας, όπως αυτές ορίζονται από διεθνή και εθνικά πλαίσια (ESRC,2015).

Πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας, υποβλήθηκε σχετική αίτηση άδειας και ελήφθη έγκριση από την Επιτροπή Δεοντολογίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, προκειμένου να διασφαλιστούν η εγκυρότητα και η νομιμότητα της διαδικασίας.Επιπλέον,ζητήθηκε άδεια από τους δημόσιους ή/και ιδιωτικούς φορείς στους οποίους εργάζονταν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα.Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως για τον σκοπό, το περιεχόμενο και τη διάρκεια της έρευνας, καθώς και για το δικαίωμά τους να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια.Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και συλλέχθηκε γραπτή ενημερωμένη συγκατάθεση πριν από την έναρξη των συνεντεύξεων.

Ιδιαίτερη μέριμνα δόθηκε στην προστασία της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων.Όλα τα προσωπικά στοιχεία αποκρύφθηκαν,ενώ τα απομαγνητοφωνημένα αρχεία και τα δεδομένα της έρευνας φυλάχθηκαν με ασφαλή τρόπο (π.χ.σε κωδικοποιημένα αρχεία). Οι ηχογραφήσεις διαγράφηκαν αμέσως μετά την απομαγνητοφώνηση.

Παρόλο που οι συμμετέχοντες ήταν επαγγελματίες ψυχικής υγείας και όχι άτομα που είχαν βιώσει προσωπικά την απώλεια, η φύση του θέματος ενδέχεται να προκαλέσει δευτερογενές τραύμα ή συναισθηματική δυσφορία (Dickson-Swift et al., 2007). Για τον λόγο αυτό, δόθηκε έμφαση στη δημιουργία ενός ασφαλούς ερευνητικού πλαισίου, στο οποίο οι συμμετέχοντες

ένιωθαν ότι μπορούσαν να εκφράσουν ελεύθερα τις εμπειρίες και τις απόψεις τους, χωρίς πίεση ή κριτική.

**Μεθοδολογία συλλογής δεδομένων, ερευνητικά εργαλεία συλλογής δεδομένων και πρωτόκολλα μετρήσεων.**

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων, οι οποίες επιτρέπουν την εξερεύνηση θεμάτων προκαθορισμένων αλλά και αυθόρμητων, βάσει των εμπειριών των συμμετεχόντων (Kvale, 1996).Οι συνεντεύξεις διήρκησαν περίπου [π.χ. 45–60 λεπτά] και διεξήχθησαν είτε δια ζώσης είτε μέσω τηλεδιάσκεψης.

Όλες οι συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν,κατόπιν γραπτής συγκατάθεσης των συμμετεχόντων και απομαγνητοφωνήθηκαν αυτούσια.Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με βάση τη μεθοδολογική προσέγγιση της θεματικής ανάλυσης.Η Braun και η Clarke (2022),οι οποίες έχουν συμβάλλει καθοριστικά στη θεωρητικοποίηση της μεθόδου,ορίζουν τη Θεματική Ανάλυση ως μια «μέθοδο για την αναγνώριση και ερμηνεία προτύπων νοήματος (θεμάτων) μέσα από τα ποιοτικά δεδομένα,με σκοπό την κατανόηση των εμπειριών, των απόψεων και των κοινωνικών δομών που αντικατοπτριζονται σε αυτά».

Η Θεματική Ανάλυση είναι μια ευέλικτη και ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδος ποιοτικής ανάλυσης δεδομένων, η οποία εστιάζει στην αναγνώριση, ανάλυση και ερμηνεία θεμάτων μέσα από ένα σύνολο δεδομένων.Θέματα είναι τα μοτίβα νοήματος που αναδεικνύονται μέσα από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων και σχετίζονται άμεσα με το ερευνητικό ερώτημα (Braun et al.,2022).Σύμφωνα με τη σύγχρονη θεώρηση, η Θεματική Ανάλυση δεν αποτελεί απλώς μια τεχνική κωδικοποίησης, αλλά μια ενεργή διαδικασία εννοιολογικής κατανόησης, η οποία επηρεάζεται από τη θεωρητική τοποθέτηση του ερευνητή. Η μέθοδος μπορεί να εφαρμοστεί τόσο σε επαγωγικά όσο και σε απαγωγικά πλαίσια, ανάλογα με το αν τα θέματα προκύπτουν από τα ίδια τα δεδομένα ή βασίζονται σε προϋπάρχουσα θεωρία (Terry et al., 2023). Στην παρούσα μελέτη υιοθετήθηκε επαγωγική προσέγγιση, καθώς τα θέματα αναδύθηκαν μέσα από τα ίδια τα δεδομένα των συνεντεύξεων,χωρίς την επιβολή προκαθορισμένων κατηγοριών ή θεωρητικών σχημάτων.

| Συμμετέχων | Φύλο | Ηλικία | Ειδικότητα | Έτη εμπειρίας | Φορέας |
|---|---|---|---|---|---|
| Σ1 | Γυναίκα | 34 | Ψυχολόγος | 25 | Ιδιωτικός |
| Σ2 | Άνδρας | 45 | Ψυχίατρος | 10 | Δημόσιος |
| Σ3 | Γυναίκα | 38 | Κοινωνικός Λειτουργός | 12 | Δημόσιος |
| Σ4 | Γυναίκα | 30 | Ψυχολόγος | 5 | Ιδιωτικός |
| Σ5 | Άνδρας | 50 | Ψυχίατρος | 20 | Ιδιωτικός |
| Σ6 | Γυναίκα | 41 | Ψυχολόγος | 13 | Δημόσιος |
| Σ7 | Γυναίκα | 36 | Κοινωνικός Λειτουργός | 16 | Ιδιωτικός |
| Σ8 | Άνδρας | 47 | Ψυχολόγος | 8 | Δημόσιος |
| Σ9 | Γυναίκα | 33 | Ψυχολόγος | 7 | Ιδιωτικός |
| Σ10 | Γυναίκα | 39 | Κοινωνικός Λειτουργός | 9 | Δημόσιος |
| Σ11 | Άνδρας | 44 | Ψυχολόγος | 11 | Ιδιωτικός |
| Σ12 | Γυναίκα | 37 | Ψυχολόγος | 8 | Ιδιωτικός |
| Σ13 | Γυναίκα | 50 | Κοινωνικός Λειτουργός | 18 | Δημόσιος |
| Σ14 | Άνδρας | 42 | Ψυχολόγος | 10 | Ιδιωτικός |
| Σ15 | Γυναίκα | 31 | Ψυχολόγος | 5 | Ιδιωτικός |

📊 **Πίνακας: Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων**

## Αποτελέσματα Έρευνας

### Ανάλυση Δεδομένων και Κύριες Θεματικές Ενότητες

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης, σύμφωνα με την προσέγγιση των Braun και Clarke, 2022. Αρχικά έγινε επαναλαμβανόμενη ανάγνωση των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων,ώστε να εξοικειωθώ με το περιεχόμενο των δεδομένων. Στη συνέχεια εντοπίστηκαν αρχικοί κώδικες, οι οποίοι ομαδοποιήθηκαν και οργανώθηκαν σε ευρύτερες θεματικές ενότητες και αντίστοιχες υποθεματικές, με στόχο την πιο αναλυτική αποτύπωση των ευρημάτων.

Προκειμένου να διασφαλίσουμε την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων μας χρησιμοποιήσαμε την τεχνική της τριγωνοποίησης. Δύο μέλη της ερευνητικής ομάδας (η επιβλέπουσα της διπλωματικής εργασίας και ένα μέλος της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής) εξέτασαν, κωδικοποίησαν, ερμήνευσαν και ανέλυσαν,ξεχωριστά η καθεμία,τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Αυτά τα δεδομένα ήταν όμοια με εκείνα που προέκυψαν από την αρχική κωδικοποίηση και ανάλυση (Moser & Korstjens, 2017).

Συγκεκριμένα,αναδείχθηκαν ως κυρίαρχες θεματικές οι σύνθετες συναισθηματικές αντιδράσεις που εκδηλώνονται μετά την απώλεια,με υποθεματικές το σοκ και τη δυσπιστία,τη θλίψη, τον θυμό και την ανάγκη κατανόησης της εμπειρίας,καθώς και η ιδιαίτερη φύση του πένθους που ακολουθεί την αυτοκτονία, με υποθεματικές τη δυσκολία αποδοχής.Έπειτα,η ανάλυση ανέδειξε τη παρατεταμένη επεξεργασία της απώλειας και την αναζήτηση νοήματος μέσω των «αναπάντητων γιατί».Επίσης,αναδείχθηκε η έντονη εμπειρία ενοχής και αυτοκατηγορίας των συγγενών, με υποθεματικές την αναδρομή στο παρελθόν,την επαναξιολόγηση γεγονότων και την αναζήτηση ευθυνών.Παράλληλα, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει την αυτοκτονία, με υποθεματικές τη ντροπή, την κοινωνική απομόνωση και τον φόβο κοινωνικής κριτικής, και στις επιπτώσεις του τόσο στην κοινωνική θέση της οικογένειας όσο και στην εσωτερική της λειτουργία.

Επιπλέον,τα ευρήματα έδειξαν σημαντικές μεταβολές στις οικογενειακές δυναμικές,με υποθεματικές την αναδιαμόρφωση των ρόλων,τις εντάσεις και συγκρούσεις μεταξύ των μελών, καθώς και την ενίσχυση ή την αποδυνάμωση των οικογενειακών δεσμών.Τέλος,κεντρική θεματική αποτελεί ο ρόλος της επαγγελματικής υποστήριξης και η

ανάγκη για ανάπτυξη εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας,με υποθεματικές την πρόσβαση στις υπηρεσίες, τους περιορισμένους διαθέσιμους πόρους και την ανάγκη για άμεσες και εξειδικευμένες παρεμβάσεις κρίσης,οι οποίες θα μπορούν να ανταποκριθούν στις ιδιαίτερες ανάγκες των οικογενειών που έχουν βιώσει αυτοκτονία.

Οι παραπάνω θεματικές ενότητες αποτέλεσαν το πλαίσιο οργάνωσης και παρουσίασης των αποτελεσμάτων που ακολουθούν.

### 6.1 Συναισθηματικές αντιδράσεις της οικογένειας μετά την αυτοκτονία

Από την ανάλυση των δεδομένων της συνέντευξης προέκυψε ότι η αυτοκτονία ενός μέλους της οικογένειας προκαλεί ένα ευρύ φάσμα έντονων συναισθηματικών αντιδράσεων.Οι αντιδράσεις αυτές εμφανίζονται ήδη από τις πρώτες στιγμές μετά το γεγονός και επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη της οικογένειας βιώνουν και διαχειρίζονται την απώλεια.

Μία από τις πιο συχνές αντιδράσεις που αναδείχθηκαν είναι το έντονο σοκ και η δυσπιστία απέναντι στο γεγονός της αυτοκτονίας.Πολλές οικογένειες δυσκολεύονται αρχικά να αποδεχτούν ότι το περιστατικό έχει πραγματικά συμβεί, ιδιαίτερα όταν ο θάνατος είναι απρόσμενος.Όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά στη συνέντευξη:«Στην αρχή υπάρχει ένα σοκ, μια δυσπιστία… λένε “δεν μπορεί να έχει συμβεί κάτι τέτοιο”.»

Το αρχικό σοκ συχνά συνοδεύεται από μια προσπάθεια ψυχολογικής άμυνας, κατά την οποία τα μέλη της οικογένειας αποφεύγουν να αντιμετωπίσουν άμεσα την πραγματικότητα του γεγονότος.Ιδιαίτερα έντονη φαίνεται να είναι αυτή η αντίδραση σε περιπτώσεις όπου η αυτοκτονία έχει συμβεί με βίαιο τρόπο ή όταν κάποιο μέλος της οικογένειας έρχεται σε άμεση επαφή με το περιστατικό.Όπως αναφέρεται από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας:«Το σοκ είναι μεγαλύτερο όταν η οικογένεια δει το σώμα ή όταν η αυτοκτονία έχει γίνει με βίαιο τρόπο.»

Παράλληλα με το σοκ, αναδύεται έντονα το συναίσθημα της βαθιάς θλίψης και του ψυχικού πόνου.Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου δημιουργεί έντονα συναισθήματα κενού και συναισθηματικής επιβάρυνσης,καθώς τα μέλη της οικογένειας καλούνται να αντιμετωπίσουν μια ιδιαίτερα τραυματική εμπειρία.Η θλίψη αυτή συχνά συνοδεύεται από αίσθημα εγκατάλειψης και δυσκολία προσαρμογής στη νέα πραγματικότητα.

Ένα ακόμη συναίσθημα που εμφανίζεται συχνά είναι ο θυμός.Ο θυμός μπορεί να κατευθύνεται προς διαφορετικές κατευθύνσεις, όπως προς τον ίδιο τον αυτόχειρα, προς τον εαυτό των μελών της οικογένειας ή ακόμη και προς άλλους ανθρώπους που θεωρείται ότι θα μπορούσαν να είχαν βοηθήσει.Όπως επισημαίνεται στη συνέντευξη:«Υπάρχει συχνά θυμός… είτε προς τον ίδιο τον άνθρωπο που αυτοκτόνησε είτε προς τον εαυτό τους, γιατί νιώθουν ότι δεν κατάλαβαν τι περνούσε.»

Επιπλέον, ένα ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο που αναδείχθηκε είναι η έντονη ανάγκη κατανόησης των αιτιών της αυτοκτονίας.Τα μέλη της οικογένειας συχνά προσπαθούν να εξηγήσουν το γεγονός,επανεξετάζοντας γεγονότα και συμπεριφορές που μπορεί να είχαν προηγηθεί.Η προσπάθεια αυτή εκφράζεται συχνά μέσα από ερωτήματα και αναζήτηση πιθανών αιτιών,όπως περιγράφεται χαρακτηριστικά:«Οι συγγενείς ψάχνουν να βρουν το γιατί… προσπαθούν να καταλάβουν τι συνέβη και αν υπήρχαν σημάδια που δεν είδαν.»

Η αναζήτηση αυτή αποτελεί μια προσπάθεια νοηματοδότησης της απώλειας,η οποία μπορεί να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας να επεξεργαστούν το γεγονός,αλλά ταυτόχρονα μπορεί να παρατείνει τη συναισθηματική τους επιβάρυνση.

Συνολικά, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι οι συναισθηματικές αντιδράσεις των οικογενειών μετά από μια αυτοκτονία είναι ιδιαίτερα σύνθετες και πολυδιάστατες.Τα συναισθήματα σοκ, θλίψης, θυμού και ανάγκης κατανόησης συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους,επηρεάζοντας τη διαδικασία πένθους και τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη της οικογένειας προσπαθούν να προσαρμοστούν στη νέα πραγματικότητα.

### 6.2 Οικογένεια και διαχείριση του πένθους μετά από αυτοκτονία

Η ανάλυση των δεδομένων ανέδειξε ότι η αυτοκτονία ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζει βαθιά και πολυδιάστατα τη διαδικασία πένθους των συγγενών.Σε αντίθεση με άλλες μορφές απώλειας, το πένθος που ακολουθεί χαρακτηρίζεται από έντονα και σύνθετα συναισθήματα, όπως σοκ, θλίψη, θυμός, ενοχή και σύγχυση,τα οποία αλληλεπιδρούν και δυσχεραίνουν την ψυχολογική προσαρμογή.

Στο αρχικό στάδιο, τα μέλη της οικογένειας βιώνουν έντονο σοκ και άρνηση, ως μηχανισμό ψυχολογικής προστασίας απέναντι στο τραυματικό γεγονός, γεγονός που αποτυπώνεται και στις αναφορές των συμμετεχόντων, οι οποίοι επισημαίνουν ότι «στην αρχή υπάρχει ένα σοκ… δεν μπορούν να το πιστέψουν ότι έχει συμβεί».Καθώς περνά ο χρόνος,η απώλεια γίνεται πιο

αισθητή και αναδύονται έντονα συναισθήματα θλίψης και ψυχικού πόνου,ενώ η καθημερινότητα επηρεάζεται σημαντικά από την απουσία του αγαπημένου προσώπου.

Παράλληλα, ιδιαίτερα έντονα εμφανίζονται συναισθήματα ενοχής και αυτοκατηγορίας.Τα μέλη της οικογένειας συχνά επανεξετάζουν γεγονότα και συμπεριφορές του παρελθόντος.Αναρωτιούνται αν θα μπορούσαν να είχαν αποτρέψει το γεγονός, όπως αποτυπώνεται χαρακτηριστικά στη φράση ότι «οι συγγενείς νιώθουν ότι ίσως θα μπορούσαν να είχαν κάνει κάτι διαφορετικό».Η διαδικασία αυτή συνοδεύεται από έντονη αυτοκριτική και συμβάλλει στην ψυχολογική επιβάρυνση.

Η ανάγκη κατανόησης των αιτίων της αυτοκτονίας και η αναζήτηση ευθύνης, είτε προς τον εαυτό είτε προς άλλους, αποτελούν επίσης βασικά στοιχεία της εμπειρίας των συγγενών, καθώς «υπάρχει συχνά η ανάγκη να βρεθεί κάποιος υπεύθυνος».Οι διαφορετικές ερμηνείες για το γεγονός ενδέχεται να οδηγήσουν σε εντάσεις και συγκρούσεις στο εσωτερικό της οικογένειας, ενώ τα αναπάντητα ερωτήματα δυσχεραίνουν τη νοηματοδότηση της απώλειας.

Τα συναισθήματα ενοχής και θυμού μπορεί να επιβραδύνουν ή να παρεμποδίσουν τη φυσιολογική εξέλιξη του πένθους, καθώς τα άτομα παραμένουν εγκλωβισμένα στην προσπάθεια κατανόησης του γεγονότος, με τους συμμετέχοντες να σημειώνουν ότι «το πένθος γίνεται πιο δύσκολο γιατί υπάρχουν πολλά “γιατί” που μένουν αναπάντητα». Ωστόσο, με την πάροδο του χρόνου, ορισμένες οικογένειες καταφέρνουν να προσαρμοστούν σταδιακά στη νέα πραγματικότητα, βρίσκοντας τρόπους να συνεχίσουν τη ζωή τους διατηρώντας τη μνήμη του αγαπημένου προσώπου.

Η πορεία του πένθους επηρεάζεται από παράγοντες όπως η σχέση με το άτομο που χάθηκε, οι κοινωνικές αντιλήψεις για την αυτοκτονία και το επίπεδο υποστήριξης από το κοινωνικό περιβάλλον. Η ύπαρξη υποστηρικτικών σχέσεων και η πρόσβαση σε επαγγελματική βοήθεια μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στη διευκόλυνση της επεξεργασίας της απώλειας και στην προσαρμογή των μελών της οικογένειας.

### 6.3 Κοινωνικό Στίγμα και Οικογένεια

Η αυτοκτονία ενός μέλους μιας οικογένειας έχει σοβαρές και πολυδιάστατες επιπτώσεις τόσο στο εσωτερικό της οικογένειας όσο και στην ευρύτερη κοινωνία.Τα μέλη της βιώνουν έντονα συναισθήματα ενοχής, ντροπής και θλίψης, καθώς συχνά αισθάνονται ότι δεν έκαναν αρκετά

για να καταλάβουν ή να προστατεύσουν το άτομο.Αυτές οι ενοχές ενισχύονται από το κοινωνικό περιβάλλον, ιδιαίτερα σε μικρές και κλειστές κοινότητες, όπου η αυτοκτονία συνοδεύεται συχνά από κουτσομπολιό και αρνητικές κρίσεις.Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει την οικογένεια στην απομόνωση, στην απόκρυψη του γεγονότος και στην αποφυγή αναζήτησης βοήθειας,λόγω του φόβου του στιγματισμού.

Το κοινωνικό στίγμα που συνδέεται με την αυτοκτονία δεν επηρεάζει μόνο την παρούσα γενιά,αλλά μπορεί να αποκτήσει διαγενεακή διάσταση, αφήνοντας ένα τραύμα που επηρεάζει τη δυναμική και την ταυτότητα της οικογένειας μακροπρόθεσμα.Στο εσωτερικό της οικογένειας,η αυτοκτονία μπορεί να προκαλέσει συγκρούσεις,αλληλοκατηγορίες και συναισθηματική απόσταση μεταξύ των μελών, ιδίως όταν το γεγονός παραμένει κρυφό ή σιωπηλό. Η δυσκολία ανοιχτής επικοινωνίας και η ενδεχόμενη απομόνωση εμποδίζουν την επεξεργασία του πένθους και την αποκατάσταση της ψυχικής ισορροπίας των μελών.

Η εμπειρία δείχνει ότι το κοινωνικό στίγμα αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στην υποστήριξη της οικογένειας, καθιστώντας αναγκαία την ανάπτυξη παρεμβάσεων που θα στοχεύουν στη μείωση του, όπως η διακριτική παρουσία επαγγελματιών ψυχικής υγείας και η προώθηση ανοιχτής επικοινωνίας εντός της οικογένειας και της κοινότητας. Η έγκαιρη στήριξη και η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας μπορούν να μειώσουν την αίσθηση ντροπής και ενοχής και να βοηθήσουν την οικογένεια να διαχειριστεί τον πόνο και το πένθος με μεγαλύτερη ασφάλεια και υποστήριξη.

### 6.4 Οικογενειακές δυναμικές μετά την αυτοκτονία

Η ανάλυση των δεδομένων ανέδειξε ότι η αυτοκτονία ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργία και τη δυναμική του οικογενειακού συστήματος.Το γεγονός αυτό δεν αφορά μόνο την απώλεια του συγκεκριμένου ατόμου,αλλά οδηγεί συχνά σε αλλαγές στους ρόλους, στις σχέσεις και στον τρόπο επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Ένα από τα βασικά στοιχεία που προέκυψαν είναι η αναδιοργάνωση των οικογενειακών ρόλων μετά το περιστατικό.Η απώλεια ενός μέλους της οικογένειας δημιουργεί ένα κενό, το οποίο συχνά καλούνται να καλύψουν άλλα μέλη.Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα άτομα αναλαμβάνουν νέες ευθύνες ή ρόλους προκειμένου να διατηρηθεί η λειτουργικότητα της οικογένειας. Όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά στη συνέντευξη:«Μετά από ένα τέτοιο γεγονός αλλάζουν συχνά

οι ρόλοι μέσα στην οικογένεια,γιατί κάποιος πρέπει να αναλάβει ευθύνες που πριν είχε το άτομο που χάθηκε.»

Παράλληλα,η αυτοκτονία μπορεί να επηρεάσει σημαντικά και τις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας.Σε ορισμένες περιπτώσεις,η κοινή εμπειρία της απώλειας οδηγεί σε μεγαλύτερη συναισθηματική εγγύτητα και ενίσχυση των δεσμών μεταξύ των συγγενών.Η αμοιβαία υποστήριξη μπορεί να λειτουργήσει ως προστατευτικός παράγοντας κατά τη διάρκεια της διαδικασίας πένθους.

Ωστόσο, σε άλλες περιπτώσεις η απώλεια μπορεί να οδηγήσει σε εντάσεις ή συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια.Τα διαφορετικά συναισθήματα και οι διαφορετικοί τρόποι διαχείρισης του πένθους μπορεί να δημιουργήσουν παρεξηγήσεις ή συγκρούσεις μεταξύ των μελών. Όπως επισημαίνεται στη συνέντευξη:«Μερικές φορές η οικογένεια έρχεται πιο κοντά, αλλά άλλες φορές μπορεί να υπάρξουν εντάσεις γιατί ο καθένας το βιώνει διαφορετικά.»

Επιπλέον,η εμπειρία της αυτοκτονίας μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη της οικογένειας επικοινωνούν μεταξύ τους.Σε ορισμένες περιπτώσεις,παρατηρείται δυσκολία στην έκφραση συναισθημάτων ή αποφυγή συζήτησης γύρω από το γεγονός,ιδιαίτερα όταν η αυτοκτονία συνοδεύεται από έντονο κοινωνικό στίγμα.

Ένα ακόμη στοιχείο που αναδείχθηκε είναι η πιθανότητα εμφάνισης κοινωνικής απομόνωσης της οικογένειας.Ο φόβος κοινωνικής κριτικής ή η αμηχανία του κοινωνικού περιβάλλοντος μπορεί να περιορίσει τις κοινωνικές επαφές των συγγενών,ενισχύοντας το αίσθημα μοναξιάς.

### 6.5 Ρόλος της επαγγελματικής υποστήριξης

Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι η επαγγελματική υποστήριξη αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα για τη διαχείριση των ψυχολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων που ακολουθούν την αυτοκτονία ενός μέλους της οικογένειας.Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας,όπως οι ψυχολόγοι,οι ψυχίατροι και οι κοινωνικοί λειτουργοί,μπορούν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στην υποστήριξη των συγγενών κατά τη διάρκεια της διαδικασίας πένθους.

Ένα βασικό στοιχείο που αναδείχθηκε είναι η σημασία της θεραπευτικής σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ των επαγγελματιών και των μελών της οικογένειας.Η σχέση αυτή βασίζεται στην εμπιστοσύνη,την κατανόηση και την αποδοχή,στοιχεία που επιτρέπουν στα

άτομα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και να επεξεργαστούν την απώλεια.Όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά στη συνέντευξη:«Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει μια σχέση εμπιστοσύνης με τον επαγγελματία,ώστε η οικογένεια να μπορέσει να μιλήσει ανοιχτά για αυτό που συνέβη».

Από τα αποσπάσματα των συνεντεύξεων προκύπτει ότι οι υπάρχουσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας,παρότι σημαντικές, δεν επαρκούν πλήρως για την κάλυψη των αναγκών των οικογενειών μετά από αυτοκτονία ή σοβαρή ψυχική κρίση.Από τη μία πλευρά, αναγνωρίζεται ότι υπάρχουν οργανωμένες δομές και κινητές μονάδες που προσφέρουν φροντίδα και παρακολούθηση ακόμη και εκτός αστικού ιστού:«Υπάρχει κινητή μονάδα που βγαίνει έξω από την πόλη… και πάει εκεί ψυχίατρος μαζί με κοινωνικός λειτουργός»

Παρά την ύπαρξη αυτών των υπηρεσιών,τονίζεται ότι το διαθέσιμο ανθρώπινο δυναμικό είναι ανεπαρκές σε σχέση με τον αριθμό των περιστατικών, γεγονός που περιορίζει την αποτελεσματικότητα της υποστήριξης:«Παρακολουθούμε 194 ασθενείς μόνο μέσα στην πόλη… είναι πάρα πολύ μεγάλος όγκος δουλειάς»

Επιπλέον, αναδεικνύεται σημαντικό κενό στην άμεση υποστήριξη των οικογενειών μετά από ένα αιφνίδιο τραυματικό γεγονός, καθώς δεν υπάρχει επαρκής μηχανισμός βραχείας παρέμβασης:«Νομίζω θα έχει νόημα να υπάρχει ένα κέντρο βραχείας παρέμβασης που θα μπορεί κανείς άμεσα να υποστηριχθεί».

Παράλληλα, επισημαίνεται ότι η πρόσβαση στις υπάρχουσες υπηρεσίες δεν είναι πάντα άμεση, καθώς πολλές οικογένειες απευθύνονται σε αυτές καθυστερημένα, συχνά λόγω στίγματος ή άρνησης:«Δεν πας εύκολα στην ψυχιατρική, πας μόνο όταν φτάσουν τα πράγματα στα άκρα».Τα αποσπάσματα δείχνουν ότι,αν και υπάρχει ένα βασικό δίκτυο ψυχικής υγείας (κινητές μονάδες, κοινοτικές υπηρεσίες, ψυχιατρική παρακολούθηση), αυτό χαρακτηρίζεται από περιορισμένους πόρους, υψηλό φόρτο εργασίας και έλλειψη άμεσων παρεμβάσεων κρίσης. Επομένως,οι υπηρεσίες κρίνονται μερικώς επαρκείς, αλλά όχι επαρκώς ανεπτυγμένες ώστε να καλύψουν ολοκληρωμένα τις ανάγκες πρόληψης και υποστήριξης των οικογενειών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι,,αναδείχθηκε η ανάγκη για εξειδικευμένη γνώση και εκπαίδευση των επαγγελματιών που καλούνται να διαχειριστούν τέτοιες περιπτώσεις.Η αυτοκτονία αποτελεί ένα ιδιαίτερα σύνθετο και ευαίσθητο ζήτημα,το οποίο απαιτεί κατάλληλη προετοιμασία και εμπειρία από την πλευρά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.Όπως περιγράφεται στη

συνέντευξη:«Οι επαγγελματίες χρειάζεται να έχουν εκπαίδευση και εμπειρία για να μπορούν να στηρίξουν σωστά τις οικογένειες σε τέτοιες περιπτώσεις.»

Η επαγγελματική παρέμβαση μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, όπως ατομική ψυχοθεραπεία, οικογενειακή συμβουλευτική ή ψυχιατρική υποστήριξη.Μέσω αυτών των παρεμβάσεων,τα μέλη της οικογένειας έχουν τη δυνατότητα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους,να επεξεργαστούν την εμπειρία της απώλειας και να αναπτύξουν στρατηγικές αντιμετώπισης.

Επιπλέον,η επαγγελματική υποστήριξη μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη περαιτέρω ψυχολογικών δυσκολιών, καθώς οι συγγενείς των αυτόχειρων ενδέχεται να εμφανίσουν αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης ή άλλων ψυχολογικών προβλημάτων.Η έγκαιρη παρέμβαση των επαγγελματιών μπορεί να μειώσει την ένταση αυτών των δυσκολιών και να βοηθήσει τα άτομα να προσαρμοστούν σταδιακά στη νέα πραγματικότητα.

Σημαντικό ρόλο μπορεί επίσης να διαδραματίσει και η διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών,όπως κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων και ιατρών.Η συνεργασία αυτή επιτρέπει μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση της υποστήριξης των οικογενειών,λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις ψυχολογικές όσο και τις κοινωνικές διαστάσεις της απώλειας.

## Κεφάλαιο 7: Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα είχε ως σκοπό τη διερεύνηση των αντιδράσεων των οικογενειών μετά την αυτοκτονία ενός μέλους, μέσα από τις απόψεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας.Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης σύμφωνα με την προσέγγιση των Braun και Clarke, και ανέδειξε βασικές θεματικές που σχετίζονται με τα συναισθήματα των συγγενών, τη διαδικασία πένθους, το κοινωνικό στίγμα, τις οικογενειακές δυναμικές και τον ρόλο της επαγγελματικής υποστήριξης.

Παράλληλα, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το πένθος μετά από αυτοκτονία παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, διαφοροποιημένο από άλλες μορφές απώλειας. Συγκεκριμένα, χαρακτηρίζεται από αυξημένη πολυπλοκότητα, μεγαλύτερη διάρκεια και έντονη παρουσία αναπάντητων ερωτημάτων.Η ανάγκη κατανόησης των αιτίων της αυτοκτονίας οδηγεί τα μέλη της οικογένειας σε μια επίμονη αναζήτηση νοήματος, η οποία, αν και μπορεί να συμβάλει στην επεξεργασία της απώλειας, συχνά παρατείνει τη συναισθηματική επιβάρυνση. Το εύρημα αυτό

επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφία, όπου τονίζεται η σημασία της νοηματοδότησης στην προσαρμογή στο πένθος (Neimeyer, 2016).

Ιδιαίτερα σημαντικός αναδεικνύεται ο ρόλος του κοινωνικού στίγματος, το οποίο εξακολουθεί να περιβάλλει την αυτοκτονία.Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι οικογένειες συχνά βιώνουν αισθήματα ντροπής και φόβου κοινωνικής κριτικής, με αποτέλεσμα να αποφεύγουν την ανοιχτή συζήτηση για το γεγονός και την αναζήτηση βοήθειας. Το στοιχείο αυτό συνάδει με προηγούμενες μελέτες που αναδεικνύουν το στίγμα ως βασικό παράγοντα κοινωνικής απομόνωσης των επιζώντων (Feigelman et al., 2009). Επιπλέον, το στίγμα φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τόσο την ψυχολογική κατάσταση των συγγενών όσο και τη συνολική λειτουργία της οικογένειας.

Σε επίπεδο οικογενειακής δυναμικής, η αυτοκτονία φαίνεται να επιφέρει σημαντικές αλλαγές στους ρόλους και στις σχέσεις μεταξύ των μελών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η κοινή εμπειρία της απώλειας οδηγεί σε ενίσχυση της συνοχής και της αλληλοϋποστήριξης, λειτουργώντας ως προστατευτικός παράγοντας.Ωστόσο, σε άλλες περιπτώσεις παρατηρούνται συγκρούσεις, συναισθηματική απομάκρυνση και δυσκολίες στην επικοινωνία, γεγονός που σχετίζεται με τους διαφορετικούς τρόπους διαχείρισης του πένθους από τα μέλη της οικογένειας (Walsh et al., 2004).

Ο ρόλος της επαγγελματικής υποστήριξης αναδεικνύεται ως καθοριστικός για τη διαχείριση της απώλειας.Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στη διευκόλυνση της έκφρασης των συναισθημάτων, στην κατανόηση της εμπειρίας και στην ενίσχυση της προσαρμογής των οικογενειών.Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τη βιβλιογραφία, η οποία υπογραμμίζει τη σημασία της έγκαιρης και εξειδικευμένης παρέμβασης για την πρόληψη επιπλοκών στο πένθος (Shear, 2012). Ωστόσο, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι, παρά την ύπαρξη βασικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αυτές δεν επαρκούν πλήρως για την κάλυψη των αναγκών των οικογενειών. Η έλλειψη προσωπικού, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η απουσία άμεσων δομών παρέμβασης κρίσης περιορίζουν την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας, όπως έχει επισημανθεί και σε διεθνές επίπεδο (WHO,2021).

Συνολικά,τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν την πολυπλοκότητα της εμπειρίας των οικογενειών μετά από αυτοκτονία και υπογραμμίζουν την ανάγκη για ενίσχυση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.Παράλληλα,καθίσταται αναγκαία η ανάπτυξη δράσεων ευαισθητοποίησης της κοινωνίας, με στόχο τη μείωση του στίγματος και τη διευκόλυνση της

αναζήτησης βοήθειας.Η ενίσχυση τόσο των δομών υποστήριξης όσο και της κοινωνικής κατανόησης μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της φροντίδας και της ποιότητας ζωής των οικογενειών που βιώνουν μια τόσο τραυματική εμπειρία.

**Περιορισμοί της έρευνας**

Παρά τη συμβολή της παρούσας μελέτης στην κατανόηση των αντιδράσεων των οικογενειών μετά την αυτοκτονία ενός μέλους, ανακύπτουν ορισμένοι περιορισμοί που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των ευρημάτων.

Αρχικά,το δείγμα της έρευνας ήταν σχετικά μικρό και περιορίστηκε αποκλειστικά σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας.Ως εκ τούτου,τα ευρήματα δεν μπορούν να γενικευθούν στον ευρύτερο πληθυσμό, αλλά αντανακλούν συγκεκριμένες επαγγελματικές οπτικές και εμπειρίες.Επιπλέον,η επιλογή δείγματος από συγκεκριμένο επαγγελματικό πεδίο ενδέχεται να επηρεάζει τον τρόπο κατανόησης και ερμηνείας του φαινομένου της αυτοκτονίας, καθώς οι συμμετέχοντες διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις και ενδέχεται να προσεγγίζουν το ζήτημα μέσα από συγκεκριμένα θεωρητικά και κλινικά πλαίσια.

Ένας ακόμη σημαντικός περιορισμός αφορά το γεγονός ότι η μελέτη βασίστηκε στις αντιλήψεις των επαγγελματιών και όχι στις άμεσες εμπειρίες των ίδιων των οικογενειών που έχουν βιώσει την απώλεια. Συνεπώς, τα ευρήματα αποτυπώνουν μια έμμεση προσέγγιση του φαινομένου,η οποία, αν και ιδιαίτερα χρήσιμη, ενδέχεται να μην αποδίδει πλήρως τη βιωματική διάσταση και την πολυπλοκότητα των συναισθημάτων των οικογενειών.

Επιπρόσθετα, η φύση του θέματος, ως ιδιαίτερα ευαίσθητου και κοινωνικά στιγματισμένου, ενδέχεται να επηρέασε τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.Οι επαγγελματίες μπορεί να υιοθέτησαν πιο προσεκτικές ή κοινωνικά αποδεκτές διατυπώσεις, γεγονός που ενδέχεται να περιόρισε την αυθόρμητη έκφραση προσωπικών απόψεων ή εμπειριών.

Τέλος, η ποιοτική μεθοδολογία, αν και επιτρέπει εις βάθος κατανόηση του φαινομένου, δεν στοχεύει στη στατιστική γενίκευση των αποτελεσμάτων,αλλά στην ερμηνευτική προσέγγιση και την ανάδειξη νοημάτων.Ως εκ τούτου, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης θα πρέπει να

αξιοποιούνται με προσοχή και να εξετάζονται στο πλαίσιο των συγκεκριμένων συνθηκών υπό τις οποίες συλλέχθηκαν.

## Κεφάλαιο 8: Συμπεράσματα-Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

### Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο τη διερεύνηση των αντιδράσεων των οικογενειών μετά την αυτοκτονία ενός μέλους,μέσα από τις απόψεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας,αξιοποιώντας ποιοτική μεθοδολογία και τη θεματική ανάλυση σύμφωνα με την προσέγγιση των Virginia Braun και Victoria Clarke.

Τα ευρήματα ανέδειξαν ότι η αυτοκτονική απώλεια συνιστά μια ιδιαίτερα σύνθετη και πολυδιάστατη εμπειρία, με σημαντικές επιπτώσεις σε ψυχολογικό, κοινωνικό και οικογενειακό επίπεδο.Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι τα μέλη των οικογενειών βιώνουν έντονα και συχνά αντιφατικά συναισθήματα, όπως θλίψη, ενοχή και σύγχυση, τα οποία δυσχεραίνουν τη διαδικασία πένθους και την προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα.

Επίσης,το πένθος μετά από αυτοκτονία φαίνεται να διαφοροποιείται από άλλες μορφές απώλειας,καθώς χαρακτηρίζεται από την παρουσία αναπάντητων ερωτημάτων και την έντονη ανάγκη κατανόησης των αιτιών της πράξης, γεγονός που εντείνει την πολυπλοκότητα της εμπειρίας.Η αυτοκτονία ενός ατόμου δημιουργεί όχι μόνο έντονο προσωπικό και οικογενειακό πόνο αλλά και κοινωνικό στίγμα, που μπορεί να επηρεάσει μακροπρόθεσμα την οικογένεια.Η υποστήριξη από επαγγελματίες ψυχικής υγείας και η προώθηση ανοιχτής επικοινωνίας είναι καθοριστική για την ελαχιστοποίηση των αρνητικών επιπτώσεων και τη διαχείριση του πένθους.Ιδιαίτερη σημασία αναδείχθηκε στον ρόλο του κοινωνικού στίγματος, το οποίο εξακολουθεί να επηρεάζει αρνητικά τις οικογένειες, ενισχύοντας συναισθήματα ντροπής και οδηγώντας σε κοινωνική απομόνωση.

Παράλληλα,η αυτοκτονική απώλεια επιδρά ουσιαστικά στη δυναμική της οικογένειας,οδηγώντας είτε σε ενίσχυση της συνοχής και της αλληλοϋποστήριξης είτε,αντίθετα,σε συγκρούσεις και συναισθηματική απομάκρυνση μεταξύ των μελών.Τα ευρήματα αποδεικνύουν ότι οι υπάρχουσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχουν σημαντική, αλλά όχι επαρκή υποστήριξη στις οικογένειες μετά από αυτοκτονία.

Η ανάγκη ενίσχυσης του ανθρώπινου δυναμικού και ανάπτυξης άμεσων δομών παρέμβασης κρίσης κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας.Παράλληλα,αναδεικνύεται η καθοριστική σημασία της υποστήριξης από επαγγελματίες ψυχικής υγείας και της ανάπτυξης εξειδικευμένων υπηρεσιών.Τέλος, η προώθηση δράσεων ευαισθητοποίησης της κοινωνίας είναι απαραίτητη για τη μείωση του στίγματος και τη διευκόλυνση της πρόσβασης των οικογενειών σε κατάλληλη υποστήριξη.

**Προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Με βάση τα ευρήματα και τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης, προκύπτουν ορισμένες προτάσεις για μελλοντική έρευνα στον τομέα της αυτοκτονίας και των επιπτώσεών της στην οικογένεια.

Αρχικά, κρίνεται σκόπιμη η διεξαγωγή ερευνών που να εστιάζουν άμεσα στις εμπειρίες των ίδιων των οικογενειών που έχουν βιώσει την απώλεια μέλους λόγω αυτοκτονίας.Η προσέγγιση αυτή θα μπορούσε να συμβάλει στην εις βάθος κατανόηση της βιωματικής διάστασης του πένθους και των ιδιαίτερων αναγκών υποστήριξης των οικογενειών.

Επιπλέον, μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να βασιστούν σε μεγαλύτερα και πιο ετερογενή δείγματα, συμπεριλαμβάνοντας επαγγελματίες από διαφορετικά γεωγραφικά και κοινωνικοπολιτισμικά πλαίσια.Με τον τρόπο αυτό θα ενισχυθεί η δυνατότητα σύγκρισης των ευρημάτων και η κατανόηση των διαφοροποιήσεων που σχετίζονται με το πολιτισμικό και κοινωνικό περιβάλλον.

Παράλληλα, θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον η υιοθέτηση μικτών μεθοδολογικών προσεγγίσεων (ποιοτικών και ποσοτικών), ώστε να συνδυαστεί η εις βάθος κατανόηση του φαινομένου με τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων.

Ακόμη, προτείνεται η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας συγκεκριμένων παρεμβάσεων και προγραμμάτων υποστήριξης για οικογένειες που βιώνουν απώλεια λόγω αυτοκτονίας, καθώς

και ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη διαχείριση του πένθους και του κοινωνικού στίγματος.

Τέλος, μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να εξετάσει σε μεγαλύτερο βάθος το φαινόμενο του κοινωνικού στίγματος που συνοδεύει την αυτοκτονία, καθώς και τις επιπτώσεις του στην ψυχική υγεία και την κοινωνική λειτουργικότητα των οικογενειών, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη στοχευμένων δράσεων ευαισθητοποίησης και πρόληψης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ


American Psychiatric Association.(2013).Diagnostic and statistical manual of mental disorders(5th ed.).American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders(5th ed.,text rev.).American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Beck, A. T., Brown, G. K., Berwick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide:A replication with psychiatric outpatients. American Journal of Psychiatry, 147(2), 190–195. https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.190

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Braun, V., & Clarke, V. (2022). Thematic analysis: A practical guide. SAGE Publications.

Briggs, S., Lemma, A., & Crouch, W. (2019). Psychodynamic therapy and self-harm: A systematic review and meta-analysis.BJPsych Bulletin, 43(3),96–104. https://doi.org/10.1192/bjb.2019.9

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts:A randomized controlled trial. JAMA, 294(5), 563–570. https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563

Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide:A systematic review and meta-analysis. Psychological Bulletin, 143(12), 1313–1345.

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014).The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. Psychological Science in the Public Interest, 15(2), 37–70. https://doi.org/10.1177/1529100614531398

Courtet, P., Gottesman, I. I., Jollant, F., & Gould, T. D. (2011). The neuroscience of suicidal behaviors: What can we expect from endophenotype strategies? Translational Psychiatry, 1(11), e7. https://doi.org/10.1038/tp.2011.6

Creuzé, A., Berrouiguet, S., Desclaux, A., de la Vega, D., Demarbaix, S., & Walter, M. (2022). The lived experience of suicide bereavement within families: A qualitative study. BMC Psychiatry, 22, 695.

Dickson-Swift, V., James, E. L., Kippen, S., & Liamputtong, P. (2007). Doing sensitive research: What challenges do qualitative researchers face? Qualitative Research, 7(3), 327–353.

Durkheim, É. (2010). Suicide: A study in sociology (J. A. Spaulding & G. Simpson, Trans.). Free Press. (Original work published 1897)

Ferrari, A. J., Norman, R. E., Freedman, G., Baxter, A. J., Pirkis, J. E., Harris, M. G., & Whiteford, H. A. (2014). Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: A systematic review and meta-regression analysis. PLOS ONE, 9(1), e85533. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0085533

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. Psychological Bulletin, 143(2), 187–232.

Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. & Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 237–258). Hogarth Press. (Original work published 1917)

Galynker, I. (2022). The suicide crisis syndrome: A review of diagnostic models. Crisis, 43(2), 123–134. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000820

Hendin, H. (1991). Psychodynamics of suicide, with particular reference to the young. American Journal of Psychiatry, 148(9), 1150–1158. https://doi.org/10.1176/ajp.148.9.1150

Joiner, T. E. (2005). Why people die by suicide. Harvard University Press.

Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press.

Maple, M., Sanford, R., Pirkis, J., Reavley, N., Nicholas, A., & Spittal, M. J. (2022). Suicide bereavement and recovery among family members: A scoping review of qualitative studies. Death Studies, 46(4), 953–966.

Milner, A., Page, A., & LaMontagne, A. D. (2013). Long-term unemployment and suicide: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE, 8*(1), e51333. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051333

Moser, A., & Korstjens, I. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 1: Introduction. *European Journal of General Practice, 23*(1), 271–273. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375093

Motillon-Toudic, C., Toudic, M., & Desmidt, S. (2022). Social isolation and suicide risk: A review. *Journal of Affective Disorders, 306*, 174–183. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.009

Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. International Journal of Qualitative Methods, 16(1), 1–13.

O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 373(1754), Article 20170268. https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268

Pitman, A. L., Rantell, K., Moran, P., & Marston, L. (2020). Long-term effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk in family members. The Lancet Psychiatry, 7(3), 231–242.

Schomerus, G., & Angermeyer, M. C. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 17(1), 31–37.

Stack, S. (2021). Durkheim's theory of suicide after 125 years. Suicide and Life-Threatening Behavior, 51(3), 547–556. https://doi.org/10.1111/sltb.12722

Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. Behavior Modification, 32(1), 77–108.

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behavior. The Lancet, 387(10024), 1227–1239. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2

World Health Organization. (2021). Suicide worldwide in 2019: Global health estimates.

World Health Organization. (2025). Suicide worldwide in 2021: Global health estimates.

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA, 310(20), 2191–2194. https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

**Παράρτημα Ι**

**Οδηγός Ημιδομημένης Συνέντευξης**

Πως θα περιγράφατε τις αντιδράσεις των οικογενειών μετά την αυτοκτονία ενός μέλους;

Πως αντιλαμβάνεστε και πως περιγράφεται το πένθος των οικογενειων μετά από απώλεια λόγω αυτοκτονίας σε σχέση με άλλες μορφές απώλειας;

Ποιές οι αντιδράσεις των οικογενειών που βιώνουν την απώλεια λόγω της αυτοκτονίας ενός μέλους τους ανάλογα την ηλικία;

Ποιές οι αντιδράσεις των οικογενειών που βιώνουν την απώλεια λόγω της αυτοκτονίας ενός μέλους τους ανάλογα το φύλο του αποθανόντα;

Πως θα περιγράφατε τις αντιδράσεις της οικογένειας σε σχέση με τον τρόπο που γίνεται η αυτοκτονία;

Πως επηρεάζονται οι σχέσεις και οι ρόλοι μέσα στην οικογένεια μετά την αυτοκτονία ενός μέλους της;

Ποιο ρόλο παίζει το κοινωνικό στίγμα στη διαδικασία του πένθους και μετέπειτα της προσαρμογής;

Ποιοι παράγοντες θεωρείται ότι επηρεάζουν τον τρόπο που η οικογένεια αντιμετωπίζει την αυτοκτονία(κοινωνικοί,πολιτισμικοί,θρησκευτικοί,οικονομικοί);

Ποιές παρεμβάσεις /πρακτικές θεωρείτε πιο αποτελεσματικές στην υποστήριξη των οικογενειών;

10)Ποιές ηθικές ή συναισθηματικές προκλήσεις προκύπτουν για εσάς ως επαγγελματίας σε αυτές τις περιπτώσεις;

11)Με βάση την εμπειρία σας,τι θα μπορούσε να βελτιωθεί σε επίπεδο πρακτικής ή πολιτικής για την καλύτερη υποστήριξη των οικογενειών;

12)Υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να συμπληρώσετε και θεωρείτε σημαντικό να ειπωθεί σχετικά με το πως οι οικογένειες διαχειρίζονται την αυτοκτονία;

**Παράρτημα ΙΙ**

**1.Έντυπο πληροφόρησης συμμετεχόντων**

**Τίτλος**:<<Αυτοκτονία και Οικογένεια: Μια ποιοτική μελέτη απόψεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας>>
**Ερευνήτρια**: Βασσάλου Μελπομένη, μεταπτυχιακή φοιτήτρια Κοινωνικής Εργασίας στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών <<Διεπιστημονική Διαχείριση των Χρόνιων Νοσημάτων, της Αναπηρίας και της Γήρανσης>> του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου.
**Επιβλέπων/ουσα:** Δρ.Μουδάτσου Μαρία, Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Εργασίας, Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο.
**Συνεπιβλέποντες:**Δρ.Κουκούλη Σοφία και Δρ.Σταυροπούλου Αρετή

Έχετε προσκληθεί να συμμετέχετε, σε μία έρευνα που διεξάγεται από την Βασσάλου Μελπομένη, μεταπτυχιακή φοιτήτρια Κοινωνικής Εργασίας στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο <<Διεπιστημονική Διαχείριση των Χρόνιων Νοσημάτων της Αναπηρίας και της Γήρανσης>> του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου.

Το έντυπο που κρατάτε στα χέρια σας θα σας δώσει πληροφορίες για την έρευνα προκειμένου να μπορέσετε ενημερωμένα να αποφασίσετε για το αν θα συμμετέχετε ή όχι σε αυτή την έρευνα.

Το συγκεκριμένο έντυπο θα σας παρέχει αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με τη συγκεκριμένη ερευνητική διαδικασία, καθώς και να σας εξηγήσει για ποιο λόγο προσκληθήκατε να συμμετάσχετε. Μέσα από το έντυπο αυτό, θα ενημερωθείτε για το τι ακριβώς περιλαμβάνει η

συμμετοχή σας, ποιες ενέργειες ενδέχεται να σας ζητηθούν, καθώς και για οποιουσδήποτε πιθανούς κινδύνους, δυσκολίες ή αισθήματα δυσφορίας που θα μπορούσαν να προκύψουν. Σας παρακαλούμε να αφιερώσετε όσο χρόνο χρειαστεί ώστε να μελετήσετε προσεκτικά τις πληροφορίες, να τις αξιολογήσετε με ηρεμία και να απευθύνετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις ή απορίες, είτε τώρα είτε σε μεταγενέστερο στάδιο. Σε περίπτωση που αποφασίσετε να συμμετάσχετε, θα σας ζητηθεί να υπογράψετε το έντυπο συναίνεσης που ακολουθεί. Θα σας δοθεί επίσης ένα αντίγραφο για το προσωπικό σας αρχείο.

Ο χρόνος διεξαγωγής και υλοποίησης των συνεντεύξεων και της έρευνας, θα πραγματοποιηθεί στο χρονικό διάστημα που ξεκινάει, από αρχές Νοεμβρίου έως τέλη Δεκεμβρίου του έτους 2025 και τα δεδομένα που συλλέγονται, θα διατηρηθούν έως την ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας.

**1.Ποιος είναι ο σκοπός της έρευνας;**

Ο σκοπός της έρευνας είναι διερεύνηση των απόψεων, εμπειριών και εκτιμήσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας(ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί) που εργάζονται στην Περιφέρεια της Κρήτης σε δημόσιους ή /και ιδιωτικούς φορείς για τον τρόπο που διαχειρίζεται η οικογένεια την αυτοκτονία ενός μέλους της.

**2.Ποιος συμμετέχει στην έρευνα; Γιατί έχω προσκληθεί;**

Στην έρευνα αυτή έχουν προσκληθεί να συμμετέχουν επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δημόσιους ή/και ιδιωτικούς φορείς που εντάσσονται στην Περιφέρεια Κρήτης. Η συγκεκριμένη επιλογή έγινε καθώς οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις και εμπειρία όσον αφορά θέματα διαχείρισης πένθους και αυτοκτονίας και τα αποτελέσματα της έρευνας που θα προκύψουν, θα εμπλουτίσουν την υπάρχουσα βιβλιογραφία με νέες γνώσεις που μελλοντικά μπορούν να αξιοποιηθούν προς όφελος τόσο των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας όσο και των οικογενειών που μέλη τους έχουν διαπράξει την αυτοχειρία.

**3.Με ποιο τρόπο θα συμμετέχω στην έρευνα; Τι θα ζητηθεί να κάνω;**

Αν συμφωνείτε να λάβετε μέρος σε αυτή την έρευνα θα σας ζητηθεί να απαντήσετε σε μία σειρά από ερωτήσεις μέσα σε ένα κλίμα ισοτιμίας και ελεύθερης έκφρασης, δίνοντας σας την δυνατότητα να μιλήσετε με όποια σειρά θέλετε και στον χρόνο που χρειάζεται. Η μορφή της συνέντευξης που έχει επιλεγεί είναι η ημι-δομημένη, μη τυχαιοποιημένη συνέντευξη. Αυτός ο τύπος συνέντευξης θα σας δώσει την δυνατότητα να αναλύσετε τα επιμέρους θέματα με τον δικό σας τρόπο και να εστιάσετε όπου κρίνεται αναγκαίο .Η ημι-δομημένη συνέντευξη αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά την συλλογή κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στην έρευνα και το δεύτερο μέρος εστιάζει σε τέσσερις θεματικούς άξονες .Οι άξονες αυτοί είναι οι εξής:

1)Συναισθηματική και ψυχολογική αντίδραση της οικογένειας: Ποιες είναι οι τυπικές συναισθηματικές φάσεις που βιώνουν τα μέλη; Ποιες δυσκολίες αναφέρουν συχνότερα;

2)Ενδοοικογενειακή δυναμική και σχέσεις: Πως επηρεάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη; Εμφανίζονται συγκρούσεις, απομάκρυνση ή μεγαλύτερη συνοχή;

3)Κοινωνικό στίγμα και κοινωνική υποστήριξη: Ποιες είναι οι συνέπειες του κοινωνικού στίγματος για την οικογένεια; Τι ρόλο παίζει η στάση της κοινότητας και του ευρύτερου περιβάλλοντος;

4)Αναζήτηση και παροχή επαγγελματικής βοήθειας: Πότε και πώς ζητούν βοήθεια οι οικογένειες; Ποιες είναι οι ανάγκες τους και πώς αξιολογείται η επάρκεια της υποστήριξης από επαγγελματίες ψυχικής υγείας;

Κατά την διάρκεια της συνέντευξης έχετε τη δυνατότητα να παραλείψετε οποιαδήποτε ερώτηση , αν νιώθετε άβολα ή δεν επιθυμείτε να απαντήσετε .Η καταγραφή όλων των συνεντεύξεων θα πραγματοποιηθεί μέσα από την διαδικασία της απομαγνητοφώνησης ,αφού πρώτα δοθεί η άδεια χρήσης από συμμετέχοντες. Ο τόπος και ο χρόνος διεξαγωγής των συνεντεύξεων ,είναι ευέλικτος και θα αποφασιστεί από κοινού ,μεταξύ του συνεντευκτή και των συνεντευξιαζόμενων .Η διάρκεια των συνεντεύξεων ,δεν θα υπερβαίνει τα 50 λεπτά.

**4)Ποιος ωφελείται από την έρευνα ;Ή έχω κάποιο όφελος από την συμμετοχή μου στην έρευνα;**

Δεν υπάρχουν άμεσα κάποια οφέλη που θα κερδίσετε ,από τη συμμετοχή σας, στην έρευνα αυτή. Ωστόσο, η συμβολή σας είναι σημαντική γιατί ελπίζουμε, ότι μέσα από την κατάθεση των βιωματικών σας εμπειριών ,των εξειδικευμένων εκπαιδευτικών γνώσεων που κατέχετε ,καθώς και των προτάσεων αντιμετώπισης των δυσκολιών θα εμπλουτιστεί η υπάρχουσα βιβλιογραφία με νέες γνώσεις ,που μελλοντικά θα μπορούν να αξιοποιηθούν στην υιοθέτηση εναλλακτικών καλών πρακτικών, με γνώμονα πάντα, το συμφέρον και το όφελος του εξαρτημένου ,με εστίαση στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του, μέσα από την στήριξη της οικογένειας.

**5)Υπάρχουν κίνδυνοι(ή κόστος/επιβάρυνση)από τη συμμετοχή μου στην έρευνα ;**

Η συμμετοχή σας στην έρευνα, δεν συνεπάγεται με κάποιο κόστος ή επιβάρυνση για σας , εκτός από το χρόνο που θα διαθέσετε, για τη συμμετοχή σας σε αυτή και ίσως και το κόστος της μετακίνησης σας, προς τον τόπο της συνάντησης διεξαγωγής της έρευνας.

**6)Υποχρεούμαι να συμμετάσχω;**

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι απολύτως εθελοντική .Μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετάσχετε, χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία .Εάν όμως δεχτείτε να συμμετάσχετε, σας παρακαλούμε να διαβάσετε προσεκτικά το έντυπο που έχετε στα χέρια σας και να το κρατήσετε και να υπογράψετε το έντυπο συναίνεσης. Ακόμη και εάν δεχτείτε να συμμετάσχετε ,μπορείτε να αλλάξετε γνώμη ανα πάσα στιγμή και να αποχωρήσετε από την έρευνα, χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία και χωρίς καμία συνέπεια για εσάς. Σε αυτή την περίπτωση ,έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε να διαγραφούν όλα τα δεδομένα και οι πληροφορίες που έχουμε συλλέξει για εσάς. Τα προσωπικά σας δεδομένα μπορούν να διαγραφούν ανά πάσα στιγμή .Στην περίπτωση που επιθυμείτε να διαγραφούν τα προσωπικά σας δεδομένα ή οι πληροφορίες που μας δώσατε, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την επικεφαλή της έρευνας Βασσάλου Μελπομένη στο κινητό 6940077789 ή εναλλακτικά στο email:melpobassalou4@gmail.com

**7)Πως θα διαφυλαχθεί η ιδιωτικότητα μου;**

Στο πλαίσιο της έρευνας στην οποία καλείστε να λάβετε μέρος ,θα συγκεντρώσουμε τα παρακάτω δεδομένα που αφορούν το πρόσωπο σας(ονοματεπώνυμο ,στοιχεία επικοινωνίας, φορέας εργασίας ειδικότητα).Τα δεδομένα αυτά είναι απαραίτητα προκειμένου να εξασφαλιστεί ,η εγκυρότητα της έρευνας. Θα συλλέξουμε τις πληροφορίες που θα μας δώσετε με τη χρήση συνεντεύξεων και θα τις καταγράψουμε με την χρήση μαγνητοφώνου. Οι πληροφορίες που θα μας δώσετε θα κωδικοποιηθούν με τέτοιο τρόπο ώστε να μην είναι δυνατόν να αποκαλυφθεί η ταυτότητα σας σε τρίτους. Επίσης, η ταυτότητα σας δεν θα αποκαλυφθεί σε πιθανές δημοσιεύσεις, παρουσιάσεις ή επιστημονικές αναφορές που θα προκύψουν από τη συγκεκριμένη μελέτη.Τα μέλη της ερευνητικής ομάδας δεσμεύονται ότι θα τηρήσουν την εμπιστευτικότητα όλων των πληροφοριών που θα μας δώσετε. Αν και θα ζητήσουμε από τους συμμετέχοντες στην συνέντευξη να μην αποκαλύψουν πληροφορίες που θα έρθουν σε γνώση τους στο πλαίσιο της έρευνας.Όμως,δεν μπορούμε να εγγυηθούμε την τήρηση της εμπιστευτικότητας από όλους.

Ωστόσο, προκειμένου να διασφαλίσουμε κατά το δυνατόν την τήρηση της εμπιστευτικότητας εκ μέρους όλων εσάς, σας καλούμε να δεσμευτείτε: α)ότι δεν θα αποκαλύψετε, πληροφορίες που ήρθαν εις γνώση σας στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας,β)ακόμη κι αν κοινοποιήσετε ή χρησιμοποιήσετε πληροφορίες που ήρθαν εις γνώση σας, στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας,δεν θα αναφέρετε ούτε το όνομα,ούτε άλλα στοιχεία, της ταυτότητας των άλλων προσώπων που συμμετείχαν στην έρευνα και γ)δεν θα αναφέρετε, ότι λάβατε αυτές τις πληροφορίες, κατά τη συμμετοχή σας στην εν λόγω έρευνα.Τα αρχεία που περιλαμβάνουν τα δεδομένα σας θα φυλάσσονται σε κλειδωμένο συρτάρι στο γραφείο του επικεφαλή της έρευνας.

Όλα τα ηλεκτρονικά αρχεία (συμπεριλαμβανομένων όλων των τύπων ηλεκτρονικών αρχείων που χρησιμοποιούνται όπως βάσεις δεδομένων, υπολογιστικά φύλλα κ.λ.π),που περιέχουν αναγνωρισμένες πληροφορίες ,θα προστατεύονται με κωδικό πρόσβασης.Οποιοσδήποτε ηλεκτρονικός υπολογιστής, φιλοξενεί τέτοια αρχεία, θα έχει επίσης προστασία με κωδικό πρόσβασης, για να εμποδίσει την πρόσβαση από μη εξουσιοδοτημένους χρήστες.Μόνο,τα μέλη της ερευνητικής ομάδας, θα έχουν πρόσβαση στους κωδικούς πρόσβασης.Μετά το πέρας της έρευνας, τα αρχεία αυτά θα καταστραφούν.Αποτελέσματα αυτής της έρευνας, ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν σε επιστημονικές δημοσιεύσεις ,ανακοινώσεις και συνέδρια. Τα

αποτελέσματα, θα παρουσιαστούν σε συνοπτική μορφή και το όνομα ή η ταυτότητα σας δεν θα μπορούν να προσδιοριστούν σε καμία δημοσίευση ή συνεδριακή ανακοίνωση.

**8)Ποιος χρηματοδοτεί την έρευνα;**

Η έρευνα αυτή δεν λαμβάνει χρηματοδότηση από κανένα φορέα.

**9)Ποιος έχει εγκρίνει αυτή την έρευνα;**

Η έρευνα έχει λάβει έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου με Αρ. πράξης 6/17-07-2025

**10)Με ποιον μπορώ να επικοινωνήσω για περισσότερες πληροφορίες για την έρευνα;**

Για περισσότερες πληροφορίες, σχετικά με την έρευνα μπορείτε να επικοινωνήσετε με την επικεφαλή της έρευνας, Βασσάλου Μελπομένη στο κινητό 6940077789 ή εναλλακτικά στο email:melpobassalou4@gmail.com

**11)Που μπορώ να υποβάλλω παράπονα ή καταγγελίες;**

Για οποιαδήποτε παράπονα ή καταγγελίες σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας ,μπορείτε να προσφύγετε στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου,ehde@hmu.gr.

Για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με τη διαχείριση των προσωπικών σας δεδομένων, μπορείτε να απευθύνεστε στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων,του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου(dpo@hmu.gr) και σε κάθε περίπτωση στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (contact@dpa.gr).

**Παρακαλούμε συμπληρώστε τα αντίστοιχα τετραγωνίδια για να δηλώσετε συναίνεση**

| | | |
|---|---|---|
| Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει το περιεχόμενο του Εντύπου Πληροφόρησης | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
| Μου δόθηκε αρκετός χρόνος για να αποφασίσω αν θέλω να συμμετέχω σε αυτή τη συζήτηση | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
| Έχω λάβει ικανοποιητικές εξηγήσεις για τη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
| Καταλαβαίνω ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και μπορώ να αποχωρήσω οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να δώσω εξηγήσεις και χωρίς καμία συνέπεια. | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
| Κατανοώ ότι αν αποχωρήσω από την έρευνα τα δεδομένα μου θα καταστραφούν. | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
| Κατανοώ ότι μπορώ να ζητήσω να καταστραφούν οι πληροφορίες που έδωσα στο πλαίσιο της έρευνας | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
| Γνωρίζω με ποιόν μπορώ να επικοινωνήσω αν επιθυμώ περισσότερες πληροφορίες για την έρευνα | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
| Γνωρίζω σε ποιόν μπορώ να απευθυνθώ για παράπονα ή καταγγελίες | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
| Γνωρίζω σε ποιόν μπορώ να απευθυνθώ για να ασκήσω τα δικαιώματα μου | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |

| | | |
|---|---|---|
| **Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντος:** | | |
| **Υπογραφή** | **Ημερομηνία** | |
| **Ονοματεπώνυμο ερευνητή:** | | |
| **Υπογραφή** | **Ημερομηνία** | |