



**ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**DEPARTMENT OF OCCUPATIONAL THERAPY  
FACULTY OF HEALTH AND CARING SCIENCES**

**Πτυχιακή Εργασία**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ  
ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ**

**Thesis**

**THE ROLE OF OCCUPATIONAL THERAPY IN THE  
PREVENTION OF SUICIDALITY**

**ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ (AM: 61916064)**

**AIKATERINI KALOGEROPOULOU (ID: 61916064)**

**Επιβλέπουσα: Αθανασία Παπαδοπούλου, Ψυχίατρος, MD, PhD**

**Supervisor: Athanasia Papadopoulou, Psychiatrist, MD, PhD**

**Αθήνα, 2021**

# Επιτροπή Εξέτασης

1. Ονοματεπώνυμο: Αθανασία Παπαδοπούλου

ATHANASIA PAPADOPOULOU

ATHANASIA PAPADOPOULOU  
Jul 21 2021 9:34 AM

2. Ονοματεπώνυμο: Μαρία Παπαδημητρίου

3. Ονοματεπώνυμο: Χριστίνα Αθανασοπούλου

Christina  
Athanasopoulou

Digitally signed by  
Christina Athanasopoulou  
Date: 2021.07.26 17:29:19  
+03'00'


## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ/ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αικατερίνη Καλογεροπούλου του Ιωάννη, με αριθμό μητρώου 61916064 φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Τμήματος Εργοθεραπείας, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της πτυχιακής/διπλωματικής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα

  
ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ  
ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ  
11/05/2021

## Ευχαριστίες

Για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τη καθηγήτρια και επιβλέπουσα μου για τη καθοδήγηση, τη στήριξη και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε κατά τη διάρκεια της υλοποίησής της. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την ομάδα καθηγητών του τμήματος Εργοθεραπείας, των οποίων η καθοδήγηση εμφύσησε το ενδιαφέρον μου για αυτή την επιστήμη. Τέλος, θα ήθελα να πω ευχαριστώ σε όλους όσους συνέβαλαν στη διεκπεραίωση αυτής της εργασίας.

8/4/2021

Αικατερίνη Καλογεροπούλου

## Περίληψη

Η Εργοθεραπεία αποτελεί μία επιστήμη με ραγδαία εξέλιξη τα τελευταία έτη βρίσκοντας εφαρμογή σε ένα ευρύ φάσμα κλάδων αποκατάστασης μεταξύ των οποίων και η αποκατάσταση της ψυχικής υγείας. Με τον τομέα της ψυχικής υγείας η εργοθεραπεία εμφανίζει μια αξιοσημείωτη διασύνδεση από το παρελθόν, ωστόσο τα περιθώρια εξέλιξης και θέσπισης σύγχρονων παρεμβατικών μεθόδων με σκοπό την επίτευξη θεμιτών θεραπευτικών αποτελεσμάτων παραμένουν πολύ μεγάλα. Επομένως, η έρευνα και ο σχεδιασμός καινοτόμων παρεμβατικών δράσεων και σε νέες διαγνωστικές κατηγορίες, κρίνεται επιβεβλημένη.

Μία τέτοια κατηγορία είναι η πρόληψη της αυτοκτονικότητας. Η πρόληψη στον τομέα της υγείας κρίνεται εξόχως σημαντική και διαχωρίζεται σε πέντε (5) τομείς: την πρωταρχική, την πρωτογενή, την δευτερογενή, την τριτογενή και την τεταρτογενή. Αντιστοίχως, και οι παρεμβατικές δράσεις της εργοθεραπείας συσχετίζονται ανάλογα με τον τομέα της πρόληψης. Η αυτοκτονία είναι ένα ζήτημα που υφίσταται στην ανθρωπότητα από πολύ παλιά, με μερικά παραδείγματα ανθρώπων που αποφάσισαν να δώσουν τέλος στη ζωή τους να είναι χαρακτηριστικά (π.χ ο Σωκράτης, φιλόσοφος στην αρχαία Ελλάδα, η Μέριλιν Μονρόε, γνωστή αμερικανίδα ηθοποιός και ο Κερτ Κομπέιν, γνωστός μουσικός).

Γενικότερα, τα τελευταία χρόνια η εργοθεραπεία αυξάνει τις γνώσεις της στο πεδίο πρόληψης της αυτοκτονικότητας. Πιο συγκεκριμένα, η παρέμβαση των εργοθεραπευτών στη πρόληψη της αυτοκτονίας δύναται να αποβεί ιδιαίτερα κρίσιμη για τα άτομα που διατρέχουν κίνδυνο. Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας παρατίθενται προτάσεις καινοτόμων προληπτικών εργοθεραπευτικών παρεμβάσεων, διαχωρισμένες ανάλογα με τον τομέα πρόληψης στον οποίο κατατάσσονται. Καταγράφονται επίσης ορισμένες εφαρμογές που έχουν πραγματοποιηθεί σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, οι οποίες όμως, όπως σημειώθηκε ανωτέρω, είναι λίγες και αρκετά περιορισμένες. Υπάρχει συνεπώς η ανάγκη για περαιτέρω εξέλιξη και έρευνα σε αυτόν τον τομέα.

**Λέξεις Κλειδιά:** Πρόληψη, Ψυχική Υγεία, Αυτοκτονικότητα, Αυτοκτονική Συμπεριφορά, Εργοθεραπεία

# Abstract

Occupational therapy comprises a scientific field of studies with a rapid growth over the last years being applied to a wide range of rehabilitation domains including the rehabilitation of mental health. The domain of mental health has been closely related to this of occupational therapy throughout the years, however, there is room for improvement regarding the establishment of modern intervening methods aiming to the achievement of legitimate therapeutic results. Therefore, the research and creation of innovative interventions are considered to be crucial concerning their expansion to new diagnostic categories.

Such a category is the prevention of suicidality. The prevention, as regards the health sector, is essential and can be distinguished in five (5) categories: (1) primordial prevention, (2) primary prevention, (3) secondary prevention, (4) tertiary prevention and (5) quaternary prevention. Accordingly, the occupational therapy and the relevant intervening actions are divided depending on the prevention category. Humanity deals with suicide throughout the years, and some cases of suicide have been characteristic (e.g. Socrates, philosophe in ancient Greece, Marilyn Monroe, famous American actress and Curt Cobain, famous musician).

In general, over the past years occupational therapy has been strongly affecting the sector of the prevention of suicidality more and more. Specifically, the intervention of occupational therapists in the prevention of suicidality is highly likely to be of high importance for the people being vulnerable. Within the framework of the present thesis, suggestions of innovative, preventional and occupational therapeutic interventions are presented, divided according to the prevention sector classified into. Additionally, some occupational therapy treatments being conducted to specific population groups are recorded which, however, as it is aforementioned, are limited. Consequently, there is a need for further research and progress to this direction.

**Keywords:** Prevention, Suicidality, Suicidal Behavior, Occupational Therapy, Mental Health

## Πίνακας περιεχομένων

Επιτροπή Εξέτασης.....	II
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ/ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ .....	III
Ευχαριστίες.....	IV
Περίληψη .....	V
Abstract.....	VI
Πίνακας περιεχομένων .....	VII
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
2. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ .....	3
2.1 ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ .....	4
2.2 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ .....	4
2.3 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ .....	5
2.4 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ .....	5
2.5 ΤΕΤΑΡΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ .....	6
2.6 ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	6
2.6.1 Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	9
3. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ .....	11
3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟΙ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	11
3.2 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ .....	13
3.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ.....	14
3.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ .....	16
3.4.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ .....	16
3.4.2 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	20
3.4.3 ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΗΜΑΔΙΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	25
3.5.4 Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΟΥ COVID-19 .....	26
3.5 ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ .....	28
3.6 ΟΠΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΙΜΗΣ ΕΡΓΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ .....	31
3.7 Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ .....	35
4. ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	38
4.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ .....	39
4.2 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ.....	46
4.3 ΤΥΠΟΙ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ .....	48

4.4	Η ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	54
4.4.1	ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	56
5.	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ .....	61
5.1	ΓΙΑΤΙ Η ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΣΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	61
5.2	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ .....	63
5.3	ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	68
5.3.1	ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ .....	68
5.3.2	ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΤΟΜΕΑΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.....	69
5.3.2.1	Παρέμβαση σε Σχολεία και Χώρους Εργασίας.....	70
5.3.2.2	Παρέμβαση μέσω Τηλεφωνικών Γραμμών Υποστήριξης.....	71
5.3.3	ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΤΟΜΕΑΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.....	72
5.3.3.1	Ομάδες Αυτοβοήθειας.....	73
5.3.3.2	Εκπαίδευση Ομότιμων .....	74
5.3.4	ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΤΟΜΕΑΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.....	75
5.3.4.1	Στόχοι Εργοθεραπευτικής Παρέμβασης .....	75
5.3.4.2	Σχεδιασμός Παρέμβασης.....	76
5.4	Η ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ .....	78
5.4.1	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	78
5.4.1.1	Συννοσηρότητα Κατάθλιψης και Αυτοκτονικότητας.....	80
5.4.2	ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ .....	81
5.4.2.1	Παιδιά και Έφηβοι.....	82
5.4.2.2	Ηλικιωμένοι.....	83
6.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	85
6.1	ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	85
6.2	ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	86
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	87





# 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος προπτυχιακών σπουδών του τμήματος Εργοθεραπείας, της σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, του Πανεπιστήμιου Δυτικής Αττικής και το θέμα της είναι «Ο ρόλος της Εργοθεραπείας στη πρόληψη της αυτοκτονικότητας». Η αυτοκτονικότητα αποτελεί ένα διαχρονικό ζήτημα που έχει απασχολήσει πολλούς ανθρώπους μεμονωμένα, και διάφορες επιστήμες ανά τα χρόνια. Ως αποτέλεσμα, ο όρος και το θεωρητικό υπόβαθρο που σηματοδοτεί είναι ιδιαίτερα εκτενές. Ωστόσο, υπάρχουν επιστήμες, οι οποίες παρά το γεγονός ότι σχετίζονται άμεσα με αυτή, ακόμα και σήμερα, δεν έχουν επιδοθεί στη μελέτη του φαινομένου. Μία από αυτές είναι η επιστήμη της Εργοθεραπείας, η οποία ασχολείται με τη προώθηση της υγείας και της ευεξίας μέσα από τα έργα. Η συγκεκριμένη εργασία στοχεύει στη μελέτη των τρόπων εργοθεραπευτικής παρέμβασης στους τομείς πρόληψης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Παράλληλα, σκοπεύει να συνδέσει τις δύο αυτές έννοιες προκειμένου να γίνει αντιληπτή η αναγκαιότητα εφαρμογής της εργοθεραπευτικής παρέμβασης σε κατηγορίες ατόμων που διαγιγνώσκονται με αυτή.

Η εργασία οργανώθηκε σε τέσσερα κεφάλαια. Καθένα από αυτά πραγματεύεται τα ακόλουθα:

Το **2<sup>ο</sup> Κεφάλαιο** επικεντρώνεται στη πρόληψη. Ειδικότερα, επεξηγείται ο όρος και παρουσιάζονται οι τομείς πρόληψης. Στη συνέχεια παρατίθενται τα επικρατέστερα μοντέλα πρόληψης της υγείας και της ψυχικής υγείας.

Το **3<sup>ο</sup> Κεφάλαιο** αφορά την αυτοκτονικότητα. Αφού παρουσιάζεται η ιστορική αναδρομή του όρου, παρατίθενται σημαντικοί ορισμοί, ταξινομούνται οι αυτοκτονικές συμπεριφορές και διακρίνονται οι παράγοντες κινδύνου που ωθούν στην αυτοκτονική

πράξη. Έπειτα, αναφέρονται ορισμένα στοιχεία σχετικά με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19 και γίνεται μια προσπάθεια κατανόησης του φαινομένου μέσα από την οπτική της επιστήμης έργου.

Το **4<sup>ο</sup> Κεφάλαιο** παρουσιάζει την Εργοθεραπεία μέσω μιας ιστορικής αναδρομής του επαγγέλματος, του πεδίου δράσης του και των τύπων παρέμβασης που εφαρμόζει. Επίσης παρουσιάζεται η Εργοθεραπεία στη ψυχική υγεία και μερικά από τα θεωρητικά μοντέλα που εφαρμόζει.

Το **5<sup>ο</sup> Κεφάλαιο** πραγματεύεται το ρόλο της Εργοθεραπείας στη πρόληψη της αυτοκτονικότητας. Αφού παρουσιαστεί η αναγκαιότητα της παρέμβασης σε άτομα με αυτοκτονική συμπεριφορά, παρουσιάζονται πληροφορίες για την αξιολόγηση του πάσχοντος και τη παρέμβαση, εστιάζοντας σε κάθε τομέα πρόληψης ξεχωριστά. Ξεχωριστά αναλύεται η παρέμβαση σε άτομα που υπάγονται σε κατηγορίες πληθυσμού με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.

## 2. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η γήρανση του πληθυσμού και το συνεχώς διογκούμενο φορτίο χρόνιων, μη μεταδοτικών ασθενειών που υφίσταται τη σύγχρονη εποχή, έχει ως αποτέλεσμα την αυξανόμενη πίεση του οικονομικού προϋπολογισμού στο τομέα της υγείας. Για να αντιμετωπίσουν αυτό το ζήτημα, πολλές χώρες μεταβάλλουν το σύστημα υγείας τους ώστε να εστιάσει στη πρόληψη των ασθενειών και τη προαγωγή της υγείας (World Health Organization-WHO, 2013).

Η έννοια της πρόληψης της υγείας παρουσιάζει μια εξελικτική πορεία με το πέρασμα του χρόνου με αποτέλεσμα να εμπλουτίζεται όλο και περισσότερο (Westefeld, 2020). Το 1966, οι Kasl & Cobb μελετούν τις συμπεριφορές υγείας ορίζοντας τη προληπτική για την υγεία συμπεριφορά ως κάθε ενέργεια που πραγματοποιεί ένα άτομο, το οποίο θεωρεί πως είναι υγιές, με στόχο την πρόληψη μια ασθένειας σε ασυμπτωματικό στάδιο. Δύο χρόνια αργότερα, το 1968, οι Jordaan et al συνοψίζουν τη σημασία της πρόληψης λέγοντας πως είναι στρατηγικές σχεδιασμένες για να εμποδίσουν προβλήματα πριν να εμφανιστούν πιθανές αρνητικές επιπτώσεις από αυτά. Συνεπώς, γίνεται αντιληπτό πως η πρόληψη οδηγεί σε έναν μελλοντικό προσανατολισμό για τη ζωή του ατόμου. Δεσμεύοντας τα άτομα σε προληπτικές δράσεις, γίνεται προσπάθεια να επηρεαστεί η πιθανότητα εμφάνισης ενός προβλήματος υγείας, καθυστερώντας την ανάπτυξη ή μειώνοντας τη σοβαρότητά του, όταν αυτό έχει εμφανιστεί (Butler et al, 2011).

Το 1977, ο Clark αναφέρει πως ο όρος πρόληψη αποδίδεται στη λήψη όλων των μέτρων που είναι απαραίτητα για την αποφυγή ανάπτυξης μιας παθολογικής κατάστασης, σε οποιοδήποτε στάδιο της εξέλιξής της και αν βρίσκεται. Έτσι, οι παρεμβάσεις διαχωρίστηκαν σε αυτές που πραγματοποιούνται πριν εμφανιστεί η νόσος και υπάγονται στη πρωτογενή πρόληψη και σε αυτές μετά την εμφάνισή της οι οποίες υπάγονται στη δευτερογενή πρόληψη (Clark, 1977). Το διαχωρισμό αυτό εμπλουτίζουν οι Nightengale

και οι συνεργάτες του (1978) προσδιορίζοντας τη τριτογενή πρόληψη ως την αναχαίτιση της εξέλιξης μιας νόσου ή τη καθυστέρησή της. Το 2000, οι Gofrit et al εισάγουν την έννοια της τεταρτογενούς πρόληψης και την ορίζουν ως την αποτίμηση των προαναφερθέντων σταδίων πρόληψης και τη λήψη μέτρων για τη διατήρηση και διασφάλιση των κεκτημένων αποτελεσμάτων. Τελευταία προσθήκη στις στρατηγικές πρόληψης αποτελεί η πρωταρχική, η οποία παρουσιάστηκε στο ευρύ κοινό το 1978 (Kisling & Das, 2020). Σήμερα, αποτελεί γεγονός πως μια εφαρμογή προληπτικής φροντίδας υγείας αναμένεται να αλλάξει τη μελλοντική πορεία ζωής ενός ατόμου (Butler et al, 2011).

## **2.1 ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Προστέθηκε στις στρατηγικές πρόληψης το 1978 και αποτελεί τη πιο πρόσφατη προσθήκη (Kisling & Das, 2020). Ενώ η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στην αποτροπή εμφάνισης της ασθένειας σε άτομα που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο, η πρωταρχική πρόληψη εστιάζει στη λήψη μέτρων για την αποφυγή ανάπτυξης των παραγόντων κινδύνου (Claas & Arnett, 2016). Η πρωταρχική πρόληψη συμβαίνει στο επίπεδο της κοινότητας και επικεντρώνεται σε ένα εύρος καθοριστικών παραγόντων για την υγεία. Ένα παράδειγμα, αποτελεί η ψήφιση νόμων για την απαγόρευση του καπνίσματος σε πολυκατοικίες η οποία στοχεύει στη δημιουργία καθαρότερου αέρα σε όλη την πολυκατοικία για όλους τους κατοίκους, τους υπαλλήλους και τους επισκέπτες (Etzel, 2016).

## **2.2 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η πρωτογενής πρόληψη χαρακτηρίζεται από την ανάληψη δραστηριοτήτων και την υιοθέτηση συμπεριφορών από ανθρώπους, οι οποίοι φαινομενικά δε νοσούν. Σκοπός αυτού, είναι να επιτύχουν το μεγαλύτερο δυνατό επίπεδο ευεξίας που θα μπορούσαν και να αποφύγουν παράγοντες κινδύνου οι οποίοι ενδεχομένως να οδηγούσαν στην εμφάνιση

κάποιας νόσου (Elias & Murphy, 1986). Συνεπώς εφαρμόζεται σε υγιή άτομα ή μια ευάλωτη πληθυσμιακή και στοχεύει στη καταπολέμηση μιας ασθένειας πριν καν εμφανιστεί (Kisling & Das, 2020). Ένα παράδειγμα πρωτογενούς πρόληψης για τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελεί η τακτική ενασχόληση ενός υγιούς ατόμου με το βάδην προκειμένου να διατηρηθεί σε καλή φυσική κατάσταση (DiMatteo & Martin, 2011). Για τη ψυχική υγεία, οι προληπτικές παρεμβάσεις στοχεύουν στους παράγοντες κινδύνου και προάγουν τη ψυχική υγεία των ατόμων χωρίς να έχουν διαγνωσθεί με κάποια ψυχική διαταραχή (Arango et al, 2018).

### **2.3 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η δευτερογενής πρόληψη αποσκοπεί στο να διαγνώσει μια ασθένεια σε ασυμπτωματικό στάδιο και έτσι να αποτραπεί η εκδήλωση των συμπτωμάτων της. Παράλληλα εφαρμόζεται για την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων μιας ασθένειας ή ενός τραυματισμού που έχει ήδη συμβεί ("Secondary prevention", 2020). Για παράδειγμα, η δευτερογενής πρόληψη σε ένα εγκεφαλικό επεισόδιο υποστηρίζει και βελτιώνει μακροπρόθεσμα την υγεία και την ευεξία στη καθημερινότητα του ατόμου, ενώ μειώνει το ρίσκο για μελλοντικά εγκεφαλικά επεισόδια εφαρμόζοντας θεωρητικές παρεμβάσεις και στρατηγικές εκπαίδευσης (Lawrence et al, 2019).

### **2.4 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η τριτογενής πρόληψη αποσκοπεί στη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου που πάσχει από κάποια ασθένεια μειώνοντας τη δυσλειτουργία του ατόμου, το πόνο που έχει και αυξάνοντας το προσδόκιμο και τη ποιότητα ζωής του ατόμου. Στην ομάδα αποκατάστασης μπορούν να περιλαμβάνονται πολλές ειδικότητες συμπεριλαμβανομένων των ιατρών, των ψυχολόγων, των εργοθεραπευτών και των φυσικοθεραπευτών ("Tertiary Prevention", 2016). Ενώ η δευτερογενής πρόληψη επικεντρώνεται στην αποτροπή ανάδυσης της ασθένειας, η τριτογενής πρόληψη στοχεύει στη μείωση των επιδράσεων

αυτής όταν έχουν εμφανιστεί στο άτομο. Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει προγράμματα αποκατάστασης (Kisling & Das, 2020). Ένα παράδειγμα τριτογενούς πρόληψης αποτελεί ο έλεγχος ενός ασθενή διαγνωσμένου με τον ιό HIV, για την προσβολή του από ευκαιριακές λοιμώξεις όπως και οι παρακολούθηση προγραμμάτων εργοθεραπείας από ασθενείς που έχουν υποστεί κάποιο εγκεφαλικό επεισόδιο για την ανάκτηση της λειτουργικότητάς τους (Heggenhougen & Quah, 2008).

## **2.5 ΤΕΤΑΡΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Ο σύγχρονος ορισμός της τεταρτογενούς πρόληψης αναφέρεται στις πράξεις που πραγματοποιούνται για τον εντοπισμό ασθενών που βρίσκονται σε κίνδυνο λόγω υπεριατρικοποίησης, δηλαδή κλινικές παρεμβάσεις που δεν είναι απαραίτητες και οι οποίες εμπεριέχουν κινδύνους για την υγεία (Kaczmarek, 2019· Martins, Godycki-Cwirko, Heleno & Brodersen, 2018). Πραγματοποιείται λοιπόν για τη προφύλαξη των ασθενών από παρεμβατικές ιατρικές παρεμβάσεις καθώς και για να προτείνουν στον ασθενή εναλλακτικούς τρόπους φροντίδας, που είναι ηθικά αποδεκτοί (Martins et al, 2018). Με λίγα λόγια προλαμβάνονται οι ιατρογενής βλάβες. Επικεντρώνεται λοιπόν σε όλες τις κλινικές δραστηριότητες και δραστηριότητες για την υγεία, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που αφορούν τα υπόλοιπα είδη πρόληψης. Περιλαμβάνει ακόμα αξιολόγηση σε γιατρούς, επαγγελματίες υγείας και διοικητικά στελέχη των συστημάτων υγείας για τους ίδιους αλλά και το επαγγελματικό τους έργο συμπεριλαμβανομένης της αμφισβήτησης των πρακτικών και ηθικών τους ορίων και την αναγνώριση επιρροών που επηρεάζουν αποφάσεις τους (Tesser, 2017).

## **2.6 ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση παρέχει αρκετές πληροφορίες σχετικά με τη πληθώρα των θεωρητικών μοντέλων και των στρατηγικών που εφαρμόζονται σήμερα για τη πρόληψη της υγείας. Στη πρόληψη αυτή, ουσιαστικό ρόλο διαδραματίζει ο τύπος της

προσωπικότητας του ατόμου. Αποδεδειγμένα, η προσωπικότητα συνδέεται με ποικίλους τρόπους με τα αποτελέσματα για την υγεία του ατόμου (Nolan, McCrory & Moore, 2019).

Τα τελευταία χρόνια, χάρη στην αξιοσημείωτη τεχνολογική πρόοδο, αξιοποιείται η γενετική ανάλυση ως μέσο πρόληψης της υγείας. Η γενετική ανάλυση εντάσσεται στο πρωτογενή τομέα πρόληψης και χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο λόγω γενετικών παραγόντων (Mikat-Stevens, Larson & Tarini, 2014). Η χρησιμότητα των γενετικών τεστ για τη πρόληψη ασθενειών, δεν μπορεί να αξιολογηθεί πλήρως δίχως να ληφθούν υπόψη περιβαλλοντικοί παράγοντες. Αυτοί είναι καθοριστικοί για την εξέλιξη της υγείας του ατόμου λόγω της επιρροής που ασκούν στους παράγοντες κινδύνου και έτσι, με τις κατάλληλες προσαρμογές, μπορούν να συνεισφέρουν στη μείωση του κινδύνου για την υγεία του ατόμου (Chatterjee, Shi & García-Closas, 2016).

Ένα από τα θεωρητικά μοντέλα που στηρίζουν την αλληλεπίδραση αυτή είναι η γνωστική Θεωρία Παρακίνησης της Προστασίας (Protection Motivation Theory - PMT) η οποία επικεντρώνεται στις γνωστικές διεργασίες που κάνει το άτομο για να αλλάξει τη συμπεριφορά του (Rogers, 1983). Το μοντέλο αυτό προτάθηκε από τον Rogers το 1975 και αναδομήθηκε από τον ίδιο το 1984 (Prentice-Dunn & Rogers, 1986). Σκοπός του μοντέλου αυτού είναι να περιγράψει τις αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά του ατόμου όταν αυτό έρχεται αντιμέτωπο με μια απειλή για την υγεία του (Mirkarimi et al, 2015). Οι αλλαγές που κάνει το άτομο για να προστατέψει τον εαυτό του, εξαρτώνται από τέσσερις παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί είναι η εκτίμηση του ατόμου για τη σοβαρότητα της κατάστασής του, η εκτίμησή του για τις πιθανότητες που υπάρχουν να εκδηλωθεί κάποια ασθένεια, η αποτελεσματικότητα της συνολικής προληπτικής συμπεριφοράς υγείας και η αντιλαμβανόμενη αυτοαποτελεσματικότητα της συμπεριφοράς αυτής (Tunner & Crask, 1989). Στο μοντέλο αυτό, περιβαλλοντικές ή διαπροσωπικές πηγές πληροφοριών σχετικά



με μια απειλή για την υγεία δίνουν το έναυσμα για την εκκίνηση δύο νοητικών διαδικασιών, της εκτίμησης της απειλής και την εκτίμησης της αντιμετώπισης (Prentice-Dunn & Rogers, 1986). Επίσης, η απαρχή του μοντέλου εντοπίζεται στη θεωρία προσδοκίας –αξίας και έχει δομηθεί έτσι ώστε να περιλαμβάνει στοιχεία αμοιβής και αυτοαποτελεσματικότητας όπως προαναφέρθηκε (Floyd, Prentice-Dunn & Rogers, 2000).

Η Θεωρία PMT παρουσιάζει σημαντικές ομοιότητες με το Μοντέλο Πεπειθήσεων για την Υγεία (Health Belief Model - HBM), ένα από τα πιο γνωστά μοντέλα πρόβλεψης της συμπεριφοράς υγείας (Prentice-Dunn & Rogers, 1986). Το HBM δημιουργήθηκε για να ερμηνεύσει και να προβλέψει συμπεριφορές του ατόμου σχετικά με την υγεία του, μέσω της ανάλυσης τεσσάρων δομικών παραγόντων. Οι παράγοντες αυτοί είναι η αντιλαμβανόμενη ευπάθεια, η αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα, το αντιληπτό όφελος ή η επάρκεια, και το αντιλαμβανόμενο κόστος ή εμπόδια (Rosenstock, 1974). Τελευταία προσθήκη στο μοντέλο αυτό αποτελεί η αυτοαποτελεσματικότητα, η οποία ορίζεται ως η αντιληπτή ικανότητα ενός ατόμου να πραγματοποιεί προληπτικές δράσεις (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988). Η υποκειμενική αίσθηση ευπάθειας του ατόμου και η διαφορά οφέλους και εμποδίων, θα δώσει στο άτομο τα ερεθίσματα για δράση (Skinner, Tiro & Champion, 2015). Με τα χρόνια, το μοντέλο αυτό έχει παρουσιάσει αρκετούς περιορισμούς, ωστόσο, έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς ως ένα εννοιολογικό πλαίσιο για την έρευνα της συμπεριφοράς της υγείας τόσο για το σχεδιασμό παρεμβάσεων όσο και για την πρόβλεψη αλλαγών στις συμπεριφορές υγείας (Sulat et al, 2018).

Η επιστήμη της κλινικής ψυχολογίας, θέλοντας να οργανώσει πιο ολοκληρωμένα μοντέλα πρόληψης της συμπεριφοράς υγείας, έχει ενσωματώσει στα γνωστικά αυτά μοντέλα κοινωνικά χαρακτηριστικά (Χαριστού, 2014). Μια προσέγγιση, δομημένη σε τέτοια βάση, είναι η Διαδικασίας Δράσης για την Υγεία (Health Action Approach – HAPA), βάση της οποίας έχει διεξαχθεί ένας σημαντικός αριθμός μελετών (Schwarzer,

2016). Η HAPA αποτελεί ένα κοινωνικό-γνωστικό μοντέλο το οποίο εστιάζει στη παρακίνηση και τη βούληση ενός ατόμου, για τη δόμηση μιας συμπεριφοράς υγείας (Zhang, Zhang, Schwarzer & Hagger, 2019). Στη HAPA, αυτοί οι δύο παράγοντες διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο για την υιοθέτηση, την έναρξη και τη διατήρηση συμπεριφορών σε θέματα ατομικής υγείας (Schwarzer & Fuchs, 1996). Οι παρεμβάσεις που στηρίζονται σε αυτή τη προσέγγιση, δεν είναι οι ίδιες για όλους τους λήπτες, καθώς τα στάδια παρέμβασης αλλάζουν ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου και γίνονται πιο εξατομικευμένα (Schwarzer, 2016).

### **2.6.1 Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

Σήμερα, οι προληπτικές παρεμβάσεις για τη ψυχική υγεία ταξινομούνται σε παγκόσμιες παρεμβάσεις, επιλεκτικές παρεμβάσεις και σε προληπτικές παρεμβάσεις. Οι παγκόσμιες παρεμβάσεις απευθύνονται σε ολόκληρο τον πληθυσμό, οι επιλεκτικές παρεμβάσεις απευθύνονται σε άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη μιας ψυχικής διαταραχής, και οι προληπτικές παρεμβάσεις, οι οποίες απευθύνονται σε άτομα που αντιμετωπίζουν κλινικά συμπτώματα μιας διαταραχής όμως δε πληρούν ακόμη τα κριτήρια για τη διάγνωσή της (Ebert, Cuijpers, Muñoz & Baumeister, 2017). Τα προγράμματα πρόληψης των ψυχικών διαταραχών που αξιοποιούνται σήμερα, ως επί το πλείστον, περιλαμβάνουν ένα συνδυασμό στρατηγικών με στόχο τη μείωση της έκθεσης των ατόμων σε παράγοντες κινδύνου, την ενδυνάμωση προστατευτικών παραγόντων και την επιστράτευση γενικότερων νοητικών μηχανισμών όπως είναι τα γνωστικά σχήματα (Arango et al, 2018).

Τα τελευταία χρόνια, υπάρχει αύξηση του ενδιαφέροντος της επιστημονικής κοινότητας σχετικά με τη χρήση του διαδικτύου στη προώθηση και τις παρεμβάσεις για τη ψυχική υγεία (Clarke, Kuosmanen & Barry, 2014). Παρεμβάσεις που στηρίζονται στη χρήση του διαδικτύου και των κινητών τηλεφώνων, έχουν τη δυνατότητα να ξεπεράσουν

περιορισμούς που αφορούν τα παραδοσιακά προγράμματα πρόληψης (Ebert et al, 2017). Υπάρχουν πολλές έρευνες σχετικά με γνωστικές συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις σε θέματα ψυχικής υγείας ενηλίκων, όπως αυτές για συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης στις οποίες σημειώνουν από μικρή έως μεσαία βελτίωση στα αποτελέσματά τους (Clarke, Kuosmanen & Barry, 2014). Οι παρεμβάσεις αυτές ενσωματώνουν γνωστικές, συμπεριφοριστικές και διαπροσωπικές τεχνικές με προσεγγίσεις όπως μέθοδοι που στηρίζονται στην ενσυνειδητότητα, την αποδοχή, τη δέσμευση στη θεραπεία ή και ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις (Ebert et al, 2017).

### **3. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ**

#### **3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟΙ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Η αυτοκτονία αποτελεί μια έννοια οι οποία έχει απασχολήσει αρκετά τους θεωρητικούς, από πολύ παλιά. Η πρώτη επίσημη ερμηνεία που δόθηκε στον όρο ‘αυτοκτονία’ ήταν μια εκούσια πράξη ή εθελοντική αφαίρεση της ζωής του ατόμου (Douglas, 2016). Ο ορισμός αυτός αξιοποιούνταν έως το 1897 όπου ο Durkheim παρουσίασε τη δική του θεωρία για την αυτοκτονία και απέδωσε σε αυτή έναν καινούριο ορισμό. Σύμφωνα με αυτόν, ο όρος περιλαμβάνει όλους του θανάτους οι οποίοι έμμεσα ή άμεσα είναι το αποτέλεσμα μιας θετικής ή αρνητικής συμπεριφοράς του ίδιου του ατόμου, το οποίο γνώριζε ότι θα περιέλθει θάνατος (Durkheim, 1897). Στη διατύπωση αυτή στηρίχθηκαν πολλές επιστημονικές μελέτες και προσεγγίσεις. Μία εξ αυτών, δημοσιεύτηκε το 1933 παρουσιάζοντας μια ψυχαναλυτική διερεύνηση της αυτοκτονικής πράξης. Εκεί, αντιμετωπίζεται όχι μόνο ως μια αυτοκαταστροφική εκδήλωση, αλλά ως το απότοκο σύνθετων ψυχαναλυτικών παραγόντων (Menninger, 1933).

Η δουλειά του Durkheim αποτέλεσε χρόνια αργότερα αντικείμενο μελέτης, είτε αντιμετωπίζοντας την άσκηση κριτικής, είτε λαμβάνοντας την αποδοχή της επιστημονικής κοινότητας (Pope, 1976). Επηρέασε επίσης αρκετούς επιστήμονες όπως ο Baechler (Baechler, 1980). Το 1985, ο Shneidman όρισε την αυτοκτονία ως τη συνειδητή, αυτοπροκαλούμενη ενέργεια αφανισμού, αντιλαμβανόμενη ως διέξοδο από μια πολυεπίπεδη δυσπραγία ενός ατόμου που βρίσκεται σε ανάγκη και την αντιλαμβάνεται ως την καλύτερη λύση για τα προβλήματά του. Ο Shneidman θεωρείται ως ένας από τους πατέρες της σύγχρονης αυτοκτονικότητας λόγω του συγγραφικού του έργου και των καινοτομιών που έχει εισάγει σε αυτό τον επιστημονικό κλάδο (Leenaars, 2010).

Μετάπειτα προσεγγίσεις πάνω στο θέμα στηρίχθηκαν στη δουλειά του Shneidman. Δύο χρόνια μετά τη δημοσίευση αυτή, οι Rosenberg και συνεργάτες αναφέρουν πως η

αυτοκτονία είναι μια πολυεπίπεδη και αυτοεπιβαλλόμενη ενέργεια, με στόχο το άτομο να τερματίσει τη ζωή του και να προκληθεί ο θάνατος (Rosenberg et al, 1988). Αργότερα, ο Ivanoff συνοψίζει τον παραπάνω ορισμό, υπογραμμίζοντας την προσωπική πρωτοβουλία η οποία έχει ως στόχο το θάνατο (Ivanoff, 1989). Ο Silverman, έχοντας μελετήσει την αυτοκτονικότητα, υπογράμμισε την ανάγκη που υπήρχε για πρόληψη, κατονομάζοντας τα βιβλιογραφικά κενά της εποχής του (Silverman & Felner, 1995).

Όλοι αυτοί οι διαφορετικοί ορισμοί, δημιούργησαν την ανάγκη για την ύπαρξη ενός κοινού, τυποποιημένου ταξινομητικού συστήματος για την επιστημονική μελέτη της αυτοκτονίας. Έτσι, μερικά χρόνια αργότερα, συστάθηκε μια ομάδα εργασίας από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας και την Αμερικανική Εταιρεία Αυτοκτονιολογίας (O'Carroll et al, 1996). Η ομάδα αυτή αποφάνθηκε μιας κοινής ονοματολογίας σύμφωνα με την οποία ο διαχωρισμός των αυτοκτονικών συμπεριφορών γίνεται με βάση τρία χαρακτηριστικά, την πρόθεση θανάτου, τις ενδείξεις αυτοτραυματισμού και το αποτέλεσμα (τραυματισμός, μη-αυτοτραυματισμός, θάνατος). Η ονοματολογία αυτή απέτυχε να αποσπάσει την αποδοχή της ευρύτερης επιστημονικής κοινότητας και για αυτό το λόγο, αναθεωρήθηκε σε μικρό χρονικό διάστημα από την ίδια ομάδα επιστημόνων (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007). Σύμφωνα με την αναθεωρημένη έκδοση, οι αυτοτραυματικές σκέψεις και συμπεριφορές χωρίζονται στις ριψοκίνδυνες σκέψεις και συμπεριφορές, με άμεσο ή αμυδρό ρίσκο-κίνδυνο και στις αυτοκτονικές σκέψεις και συμπεριφορές οι οποίες περιλαμβάνουν τις αυτοκτονικές ιδέες (αυτοκτονικό ιδεασμό), την αυτοκτονική επικοινωνία και τις συμπεριφορές σχετιζόμενες με αυτοκτονία (O'Carroll et al, 1996).

Σήμερα, οι ορισμοί της αναθεωρημένης αυτή έκδοσης αξιοποιούνται σε διεθνές επίπεδο. Ο ορισμός της αυτοκτονικής συμπεριφοράς στο Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders στη πέμπτη έκδοσή του (DSM-V), στη παράγραφο III βασίζεται σε

αυτόν που προτάθηκε από τον O'Carroll και τους συνεργάτες του το 1996, και υποστηρίχθηκε από το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine) το 2002 (American Psychiatric Association, 2013). Τον ίδιο ορισμό χρησιμοποιούν στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής τα «Centers for Disease Control» και η «Food and Drug Administration», βασιζόμενοι στην «Columbia Classification Algorithm for Suicide Attempts (C-CASA)». Υπάρχουν αρκετές πηγές οι οποίες στηρίζουν την αξιοπιστία αυτού του ταξινομητικού συστήματος. Για παράδειγμα, δεδομένα που συλλέχτηκαν από την Columbia Suicide History Form δείχνουν πως η αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών ανέρχεται στο 0.97. Οι ίδιοι ορισμοί χρησιμοποιούνται και από το αξιολογητικό εργαλείο Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) η εγκυρότητα της οποίας έχει επιβεβαιωθεί (Oquendo & Baca-Garcia, 2014).

### **3.2 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ**

Γενικότερα, πολλοί όροι σχετικοί με την αυτοκτονία απασχολούν τους επιστήμονες ακόμα και σήμερα. Δύο από αυτούς είναι η παρααυτοκτονία και η απόπειρα αυτοκτονίας. Η σύγχρονη βιβλιογραφία αναφέρεται αρκετά συχνά στη διαφορά της παρααυτοκτονίας (parasuicide) από την απόπειρα αυτοκτονίας (Yusop, Abdullah & Mohamad, 2018). Και οι δύο όροι αναφέρονται στον αυτοτραυματισμό με τη διαφορά πως στο πρώτο, το άτομο δεν έχει πρόθεση να πεθάνει ενώ στη δεύτερη ναι (Yusop, Abdullah & Mohamad, 2018· "suicide and parasuicide - a comparison - General Practice Notebook", 2018). Επίσης, στη πρώτη περίπτωση αξίζει να σημειωθεί πως το άτομο γνωρίζει πως η συμπεριφορά του ίσως προκαλέσει σοβαρό τραυματισμό, χωρίς όμως να απειλείται η ζωή του ("suicide and parasuicide - a comparison - General Practice Notebook", 2018).

Όπως προαναφέρθηκε, οι O'Carroll και οι συνεργάτες τους, στον ορισμό τους χρησιμοποίησαν τους όρους αυτοκτονικές ιδέες - ιδεασμοί και τις συμπεριφορές σχετιζόμενες με αυτοκτονία ή αυτοκτονική συμπεριφορά (O'Carroll et al, 1996). Είναι

πολύ σημαντικό να υπάρχει γνώση σχετικά με το περιεχόμενο των όρων αυτών. Η αυτοκτονική συμπεριφορά αποτελεί έναν γενικό όρο και περιλαμβάνει την αυτοκτονία, τις προσπάθειες αυτοκτονίας, άλλες συμπεριφορές και προπαρασκευαστικές αυτοκτονικές πράξεις (Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services, 2013). Ο αυτοκτονικός ιδεασμός διαχωρίζεται σε παθητικό αυτοκτονικό ιδεασμό και σε ενεργητικό αυτοκτονικό ιδεασμό. Στον παθητικό αυτοκτονικό ιδεασμό το άτομο έχει σκέψεις σχετικά με την επιθυμία του να πεθάνει ή να μην είναι ζωντανό πια, ενώ στον ενεργητικό αυτοκτονικό ιδεασμό, το άτομο μπαίνει στη διαδικασία να σκεφτεί το θάνατό του έχοντας ή όχι τη μέθοδο, το πλάνο ή/και τη πρόθεση να τον πραγματοποιήσει (Jobes & Joiner, 2019). Είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας αυτοκτονίας, που οδηγεί σε αρνητικές συνέπειες για το άτομο όπως απώλεια ελευθερίας, τραυματισμό και νοσηλεία (Zhuo et al, 2020). Μια ‘ματαιωμένη απόπειρα αυτοκτονίας’ περιλαμβάνει τη προπαρασκευαστική συμπεριφορά η οποία αναφέρεται σε πράξεις προετοιμασίας που συνοδεύουν μια απόπειρα αυτοκτονίας, πριν η πιθανή φθορά στο άτομο ξεκινήσει. Αυτή μπορεί να περιλαμβάνει οτιδήποτε πέρα από λέξεις ή σκέψεις, όπως η επιλογή μιας μεθόδου ή η προετοιμασία για θάνατο (Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services, 2013).

### **3.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ**

Η ανάγκη ταξινόμησης των αυτοκαταστροφικών τάσεων και συμπεριφορών έχει υποστηριχθεί από πολλούς ερευνητές λόγω της έλλειψης σαφών ορισμών (Oquendo & Baca-Garcia, 2014· Κονταξάκης, Χαβάκη-Κονταξάκη & Λύκουρας, 2013). Το διαγνωστικό εργαλείο DSM-V περιλαμβάνει τις μη αυτοκτονικές, αυτοκαταστροφικές τάσεις και συμπεριφορές όχι μόνο σα σύμπτωμα αλλά και σα ξεχωριστή διαγνωστική ταξινομητική κατηγορία (Zetterqvist, 2015). Το διεθνές ταξινομητικό εργαλείο International Classification of Diseases στην ενδέκατη έκδοσή του (ICD-11) προσδίδει στη

διάγνωση του αυτοτραυματισμού τους διαγνωστικούς κωδικούς PB80-PD3Z. Αυτοί αναφέρονται στο τρόπο με τον οποίο το άτομο αυτοτραυματίζεται (World Health Organization, 2019). Το ίδιο διαγνωστικό εργαλείο, στη δέκατη έκδοσή του, περιλαμβάνει 24 κωδικούς σχετικά με τον εκούσιο αυτοτραυματισμό. Οι διαγνώσεις αντιστοιχούν στους κωδικούς από X60 έως X84 και καθένας από αυτούς αντιπροσωπεύει έναν διαφορετικό τρόπο εκούσιου αυτοτραυματισμού, που ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα την αυτοκτονία, όπως και στο ICD-11 (WHO, 2004).

Ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο σταθμισμένο αξιολογητικό και ταξινομητικό σύστημα ορισμού των αυτοκτονικών τάσεων και συμπεριφορών, αποτελεί το Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment (C-CASA). Το σύστημα αυτό συστάθηκε με πρωτοβουλία του Food & Drug Administration και στηρίζεται στους κλασικούς ορισμούς των O'Carroll και των συνεργατών του. Προτείνει οκτώ κατηγορίες διαφοροποιημένων αυτοκτονικών από μη αυτοκτονικά γεγονότα και τα απροσδιόριστα ή δυνητικά αυτοκτονικά γεγονότα ("C-CASA", 2018). Το C-CASA αντικαθιστά τον όρο αυτοκτονικότητα με τον όρο αυτοκτονικός ιδεασμός και αυτοκτονική συμπεριφορά. Συγκεκριμένα προτείνονται πέντε υπότυποι για το καθένα καθώς και μια ακόμα κατηγορία η οποία αναφέρεται ως συμπεριφορά αυτοτραυματισμού χωρίς αυτοκτονική πρόθεση. Οι πέντε υπότυποι αυτοκτονικού ιδεασμού είναι ο παθητικός (υπότυπος 1), ο ενεργητικός, όχι συγκεκριμένος, δίχως μέθοδο, πρόθεση ή πλάνο (υπότυπος 2), ο ενεργητικός με μέθοδο χωρίς πρόθεση ή πλάνο (υπότυπος 3), ο ενεργητικός με μέθοδο και πρόθεση αλλά χωρίς πλάνο (υπότυπος 4) και τέλος ο ενεργητικός με μέθοδο, πρόθεση και πλάνο (υπότυπος 5). Η αυτοκτονική συμπεριφορά διαχωρίζεται σε ολοκληρωμένη αυτοκτονία (υπότυπος 1), απόπειρα αυτοκτονίας (υπότυπος 2), προσπάθεια για αυτοκτονία η οποία έχει διακοπεί (υπότυπος 3), ματαιωμένη απόπειρα (υπότυπος 4) και προπαρασκευαστικές ενέργειες για επικείμενες αυτοκτονικές συμπεριφορές (υπότυπος 5) (Posner et al, 2007).



### **3.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Οι παράγοντες κινδύνου αποτελούν τα χαρακτηριστικά εκείνα που θα κάνουν σε ένα άτομο πιο θεμιτή τη σκέψη ή την απόπειρα θανάτου από αυτοκτονία (APA, 2018). Χαρακτηριστικά, ψυχοπιεστικές, αρνητικές καταστάσεις ζωής δύναται να πυροδοτήσουν αυτοκτονική συμπεριφορά (Overholser, Braden & Dieter, 2012). Οι παράγοντες κινδύνου χρησιμοποιούνται συχνά για να διαχωρίσουν το πληθυσμό σε ομάδες υψηλού και χαμηλού κινδύνου (Franklin et al, 2017).

#### **3.4.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες, σημαντικό ρόλο για την ύπαρξη αυτοκτονικής συμπεριφοράς διαδραματίζουν πολλά από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Τέτοια χαρακτηριστικά μπορεί να είναι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, η ατομική μόρφωση και το εισόδημα (Eriksson, Glader, Norrving & Asplund, 2015). Τα οικονομικά προβλήματα λόγω απώλειας εργασίας και τα αισθήματα απόρριψης ή εγκατάλειψης σε συνδυασμό με μια φτωχή κοινωνική υποστήριξη έχουν τη δύναμη να ωθήσουν το άτομο σε αυτή τη πράξη (Overholser et al, 2012).

Ένας πολύ γνωστός παράγοντας κινδύνου είναι το φύλο. Στην ευρύτερη βιβλιογραφία, παρουσιάζεται το φαινόμενο «Gender Paradox» σύμφωνα με το οποίο η διαφορά στον αριθμό αυτοκτονιών μεταξύ των δύο φύλων δείχνει πως οι άντρες είναι πιο επιρρεπείς σε θανατηφόρες ενέργειες (De Leo & Kølves, 2017). Οι περισσότερες γυναίκες που επιτυγχάνουν να αυτοκτονήσουν έχουν ήδη επιχειρήσει προηγούμενη απόπειρα, ενώ όσον αφορά τους άνδρες, μόνο το 40% αυτών που αυτοκτονούν έχουν απόπειρα στο ιστορικό τους (Augusto da Silva Meleiro & Correa, 2020).

Επίσης, έχει αποδειχθεί πως οι άνθρωποι τείνουν να υιοθετούν την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά που είναι σύμφωνη με την εικόνα φύλου του πολιτισμού τους. Αυτό σημαίνει πως είναι απαραίτητο να διερευνηθούν σε κάθε κοινωνία οι

αυτοκτονικές συμπεριφορές που εκδηλώνονται, ξεχωριστά για του άντρες και τις γυναίκες (McKay, Milner, & Maple, 2013). Ωστόσο, ο παράγοντας του φύλου τα τελευταία χρόνια έχει αμφισβητηθεί αρκετά (Wang & Feng, 2017).

Ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας είναι η οικογενειακή κατάσταση και η ηλικία του ατόμου. Όταν το άτομο είναι ανύπαντρο φαίνεται να έχει περισσότερες πιθανότητες να επιχειρήσει μια αυτοκτονία όπως και όταν είναι μεγάλο σε ηλικία. Άλλη κατάσταση που ωθεί έναν άνθρωπο σε αυτοκτονία είναι ο θάνατος του συντρόφου του, ένα διαζύγιο ή ένας μόνιμος αποχωρισμός (Overholser, Braden & Dieter, 2012).

Πολλές έρευνες έχουν εντοπίσει έναν πολύ ισχυρή σύνδεση μεταξύ του ιστορικού αυτοτραυματικής συμπεριφοράς και την αυτοκτονία (Bilsen, 2018). Οι απόπειρες αυτοκτονίας περιλαμβάνονται στον ευρύτερο ορισμό του αυτοτραυματισμού, δηλαδή την αυτοκατευθυνόμενη σωματική βλάβη με ή χωρίς πρόθεση το άτομο να πεθάνει (Bachmann, 2018). Ο πιο ισχυρός παράγοντας κινδύνου για μια απόπειρα αυτοκτονίας είναι μια προηγούμενη απόπειρα (APA, 2018). Σημειώνεται επίσης πως ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι υψηλός το πρώτο χρόνο μετά την απόπειρα και ιδιαίτερα τους πρώτους έξι μήνες. Έχει βρεθεί πως άνθρωποι που αυτοκτονούν και έχουν κάνει προηγούμενη απόπειρα, επιλέγουν να γίνει με τον ίδιο τρόπο που έγινε η πρώτη (Hawton et al, 2015).

Πολλοί διαφορετικοί παράγοντες κινδύνου πρέπει να συνεκτιμηθούν προκειμένου να αξιολογηθεί ο κίνδυνος για αυτοκτονία (Overholser et al, 2012). Το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονιών αναγνωρίζεται ως ένας βιολογικός και ψυχολογικός παράγοντας κινδύνου για τη εμφάνιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε άλλα μέλη της οικογένειας, ιδιαίτερα όταν υπάρχει συγγένεια πρώτου ή δεύτερου βαθμού (Rajalin et al, 2017· Rihmer et al, 2013). Επιπρόσθετα , ο κίνδυνος φαίνεται να σχετίζεται με διαδικασίες μάθησης που λαμβάνει χώρα μετά την έκθεση του ατόμου στο γεγονός αυτό. Υπολογίζεται ότι άτομα που ανήκουν σε αυτές τις οικογένειες είναι περίπου τρεις φορές πιο πιθανό σε σύγκριση με

τους υπόλοιπους να αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν ανεξάρτητα από την ύπαρξη κάποιας ψυχικής διαταραχής (Rodante et al, 2017). Η οικογένεια και οι φίλοι των αυτοκτονούντων, μετά το γεγονός, περιγράφουν στάδια προσαρμογής, θρήνου και θλίψης τα οποία έχουν σοβαρές συνέπειες για την υγεία και τη κοινωνικότητά τους. Ακολούθως, οι άνθρωποι αυτοί έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν κάποια ψυχική ασθένεια ή ακόμη και αυτοκτονικές σκέψεις (Eng et al, 2019).

Η αυτοκτονία είναι έξι φορές πιο συχνή σε άτομα που είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ ή/και τα ναρκωτικά (Dragisic, Dickon, Dickon & Mijatonic, 2015). Άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ έχουν δέκα φορές περισσότερες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, ενώ όσοι κάνουν χρήση ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών δεκατέσσερις. Όταν τα άτομα που εξαρτώνται από ουσίες εισέρχονται σε ένα πρόγραμμα απεξάρτησης βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να διαπράξουν αυτοκτονία. Συχνά εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα και πολλούς σοβαρούς στρεσογόνους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για αυτοκτονία (Bilsen, 2018). Οι ψυχοδραστικές ουσίες προκαλούν επίσης διαστρέβλωση της κρίσης του ατόμου, μειώνουν τις αναστολές του, ενώ μειώνουν και τον έλεγχο της παρόρμησής του, χαρακτηριστικά που αποδεδειγμένα αυξάνουν την αυτοκτονική συμπεριφορά (Wang & Yen, 2017).

Η κατάχρηση αλκοόλ αποτελεί αποδεδειγμένα έναν ισχυρό παράγοντα κινδύνου για την αυτοκτονικότητα. Για παράδειγμα, στη Σλοβενία που υπάρχει αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, ο αλκοολισμός μαζί με τις ψυχικές διαταραχές αποτελούν το καλύτερο προγνωστικό παράγοντα για τις αυτοκτονίες (Politakis, Pregelj, Paska & Zupanc, 2017). Στην αυτοκτονική συμπεριφορά των ατόμων που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή υφίστανται δηλητηρίαση από το αλκοόλ συνεισφέρουν και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου καθώς και πιθανές άλλες υπάρχουσες ψυχικές διαταραχές. Επίσης, το άτομο

μπορεί να μην είναι υπό την επήρειά του όταν εμφανίσει αυτοκτονική συμπεριφορά (Norström & Rossow, 2016).

Οι σχέσεις γονέων και παιδιών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Γεγονότα όπως ένα διαζύγιο ή ο θάνατος ενός ή και των δύο γονέων φαίνεται να αυξάνει τις πιθανότητες για μια αυτοκτονία, ιδιαίτερα όταν το άτομο βρίσκεται σε νεαρή ηλικία (Serafini et al, 2015). Άλλες συμπεριφορές που αποδεδειγμένα συμβάλουν στην εμφάνιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι η γονική παραμέληση και η παιδική σωματική, σεξουαλική ή συναισθηματική κακοποίηση (Turecki & Brent, 2016). Ο όρος κακοποίηση αποτελεί έναν όρο 'ομπρέλα' περιλαμβάνοντας έννοιες όπως η σεξουαλική, σωματική και συναισθηματική κακοποίηση, και η παραμέληση (Wong, Kuo, Sobolewski, Bhatia & Ip, 2020).

Από τη παιδική ως την εφηβική ηλικία, άτομα που έχουν υποστεί κάποιο είδος κακοποίησης, συνήθως, αναπτύσσουν ψυχιατρικές διαταραχές, οι οποίες συμβάλουν στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Altun, 2018). Τα υψηλότερα ποσοστά απόπειρας σημειώνονται από άτομα που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση καθώς, σύμφωνα με έρευνες, το ποσοστό των ατόμων αυτών αντιστοιχεί στο 15% (Wong et al, 2020· Turecki & Brent, 2016· Turner, Finkelhor, Shattuck & Hamby, 2012). Στις περιπτώσεις αυτές, οι απόπειρες αυτοκτονίας περιγράφονται και ως ένα μέσο διαφυγής από τα προβλήματα στο σπίτι (Hartman, Mandich, Magalhães & Miller Polgar, 2016). Ωστόσο, υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες που υποβόσκουν και προκαλούν την ανάπτυξη των αυτοκτονικών συμπεριφορών, οι οποίοι είναι ακόμα ασαφείς (Wong et al, 2020).

Άλλος ένας παράγοντας κινδύνου που έχει εντοπιστεί σε σχέση με την αυτοκτονική συμπεριφορά ενός ατόμου είναι το ιστορικό συχνής μετακίνησης (Webb, Pedersen & Mok, 2016). Σε αυτή τη περίπτωση εντάσσονται οι μετανάστες. Με την εγκατάστασή τους σε μια ξένη χώρα, εκούσια ή ακούσια προκαλούνται φαινόμενα όπως η αποκοπή από τη χώρα

καταγωγής τους, η απώλεια της κοινωνικής ταυτότητας και του κοινωνικού τους δικτύου και συναισθήματα αποκλεισμού. Αυτά ενδέχεται να επιφέρουν απώλεια ενδιαφέροντος για τη σύναψη σχέσεων με άλλους και να πυροδοτήσουν διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, το άγχος, η μετατραυματική διαταραχή του στρες, ο εθισμός στο αλκοόλ και τα ναρκωτικά, που οδηγούν σε αυτοκτονικές συμπεριφορές. Τη πιο ευάλωτη ομάδα μεταναστών αποτελούν οι πρόσφυγες (Ratkowska & De Leo, 2013).

Μια ακόμα περίπτωση που εντάσσεται σε αυτή τη κατηγορία είναι η συχνή μετακίνηση της κατοικίας κατά την παιδική ηλικία (Webb, Pedersen & Mok, 2016). Η συχνή μετακίνηση κατά τη παιδική ηλικία έχει συσχετιστεί με ψυχικά συμπτώματα σε παιδιά, καθώς και με τη κατάθλιψη, προβλήματα συμπεριφοράς, τη χρήση ουσιών και απόπειρες αυτοκτονίας (Paksarian, Eaton, Mortensen & Pedersen, 2014).

### **3.4.2 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Η συγκεκριμένη εργασία, για τις ακόλουθες διαγνώσεις, στηρίζεται τους ορισμούς των διαγνώσεων, όπως ορίζονται από το International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) στη δέκατη έκδοσή του.

Σήμερα, είναι γνωστό πως συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου μπορεί να οδηγήσουν στην αυτοκτονία (Yuodelis-Flores & Ries, 2015). Άτομα που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν παρουσιάζουν μεγάλη παρορμητικότητα και φτωχή ικανότητα επίλυσης προβλημάτων (Bilsen, 2018· Yuodelis-Flores & Ries, 2015). Παρότι η αυτοκτονία αποτελεί μια διαδικασία που χρειάζεται εβδομάδες, μήνες, ίσως και χρόνια για να πραγματοποιηθεί, η μοιραία μετάβαση από τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την απόπειρα αυτοκτονίας σε μια αυτοκτονία πολύ συχνά είναι ακαριαία, απρόσμενη και παρορμητική. Για την επίλυση προβλημάτων, τις περισσότερες φορές τα άτομα μπορεί να παρουσιάζουν μια παθητική συμπεριφορά, περιμένοντας από άλλους να λύσουν τα δικά τους προβλήματα είτε αυτά είναι απλά είτε είναι πιο σύνθετα (Bilsen, 2018).

Η κυκλοθυμία και η επιθετικότητα αποτελούν πολύ συχνά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων που αυτοκτονούν (Rihmer et al, 2013· Yuodelis-Flores & Ries, 2015). Έχει φανεί πως γρήγορες εναλλαγές μεταξύ ορμής και αυτοσυγκράτησης, παρέχουν το κίνητρο και την ώθηση για την αυτοκτονική πράξη. Όσοι αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν και έχουν κυκλοθυμικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας αναφέρουν πολλές φορές ιστορικό σωματικής ή/και σεξουαλικής κακοποίησης κατά τη παιδική τους ηλικία. Η παρορμητικότητα και οι κυκλοθυμικές ή ευερέθιστες ιδιοσυγκρασίες είναι το απότοκο μεταξύ αυτών των πρώιμων ανεπιθύμητων συμβάντων ζωής και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς στην ενήλικη ζωή (Rihmer et al, 2013). Άλλωστε, μέσα από πολλές έρευνες έχει αποδειχθεί πως τα άτομα με αυτοκτονικό ιδεασμό παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα νευρικότητας και άρνηση να συμμετέχουν σε νέες εμπειρίες ενώ εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα εξωστρέφειας (DeShong, Tucker & O’Keefe, 2015).

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας αποτελούν το πιο κοινό και καλύτερα διερευνημένο παράγοντα κινδύνου που σχετίζεται με αυτοκτονικές ιδέες, απόπειρες αυτοκτονίας και την αυτοκτονία (Dragisic et al, 2015). Περισσότεροι από το 90% των ατόμων που έχουν αυτοκτονική συμπεριφορά πάσχουν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή την περίοδο της απόπειρας (Augusto da Silva Meleiro & Correa, 2020). Οι πιθανότητες για αυτοκτονία παρουσιάζονται αρκετά αυξημένες το πρώτο χρόνο που ακολουθεί το εξιτήριο από μια νοσηλεία και ιδιαίτερα το πρώτο εξάμηνο (Hawton et al., 2015). Επίσης, στους περισσότερους ασθενείς, η εισαγωγή σε ένα νοσοκομείο αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου αυτοκτονίας τόσο για τους εσωτερικούς όσο και για τους εξωτερικούς ασθενείς (Sher & Kahn, 2019). Σε περισσότερες από τις μισές αυτοκτονίες, η διαταραχή με την οποία έχουν διαγνωσθεί οι ασθενείς είναι η μείζον κατάθλιψη (Augusto da Silva Meleiro & Correa, 2020). Μια ακόμα συναισθηματική διαταραχή στην οποία εμφανίζεται έντονη η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι η διπολική διαταραχή (Dragisic et al, 2015· Isometsä,

2014). Αξίζει να σημειωθεί πως παρότι οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν προγνωστικό παράγοντα για μια αυτοκτονία, οι επιστήμονες αδυνατούν να διαχωρίσουν όσους ασθενείς είναι ικανοί μόνο για αυτοκτονικό ιδεασμό και όχι για απόπειρα αυτοκτονίας (Klonsky, Saffer & Bryan, 2018).

Άλλη μια ομάδα ψυχιατρικών διαγνώσεων που συνδέονται με τις αυτοκτονικές συμπεριφορές είναι οι διαταραχές της προσωπικότητας. Οι ασθενείς αυτοί αντιπροσωπεύουν το 45% του πληθυσμού των διαγνωσμένων ψυχικά ασθενών (Paris, 2019). Από αυτούς, το 3-9% αυτοκτονεί (Bachmann, 2018). Στα συμπτώματα των διαταραχών αυτών περιλαμβάνονται τα μη τυπικά μοτίβα εσωτερικευμένης συμπεριφοράς και εμπειρίας. Επηρεάζεται λοιπόν εκτός από άλλα, η γνωστική λειτουργία, το συναίσθημα, η λειτουργικότητα του ατόμου και ο έλεγχος της παρόρμησής του (Paris, 2019). Είναι αρκετά σύνηθες στη συγκεκριμένη διάγνωση, οι απόπειρες αυτοκτονίες να ξεκινούν από νεαρή ηλικία λόγω της παρορμητικότητας, όπως χαρακτηριστικά συμβαίνει σε ασθενείς με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Ωστόσο ο μεγαλύτερος κίνδυνος εντοπίζεται στους νεαρούς ενήλικες (Szücs, Szanto, Aubry & Dombrovski, 2018). Κατά συνέπεια, οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν χρόνια αυτοκτονικότητα, η οποία αποτελεί ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα για τους θεραπευτές τους (Bachmann, 2018).

Είναι αποδεδειγμένο πως οι διαταραχές του άγχους σχετίζονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά. Πιο συγκεκριμένα, όταν ενυπάρχουν σε έναν ασθενή η διαταραχή πανικού και η διαταραχή μετατραυματικού στρες υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες για αυτοκτονική συμπεριφορά (Neron, Belik, Bolton & Sareen, 2010). Η συσχέτιση αυτή αυξάνεται περισσότερο με την ύπαρξη κάποιας άλλης ψυχιατρικής διάγνωσης (συννοσηρότητα) (Bachmann, 2018· Neron, Belik, Bolton & Sareen, 2010). Αυτό πιθανολογείται λοιπόν ότι λόγω της αντίληψης που υπάρχει από το άτομο ότι απειλείται συνεχώς είναι πιθανόν να αναδυθούν ισχυρά συναισθήματα ήττας και παγίδευσης. Αυτά

με τη σειρά τους, προκαλούν αυξημένη ευαισθησία στο άγχος ή το φόβο δημιουργώντας στον ασθενή την αντίστοιχη σωματική και ψυχολογική αίσθηση (Selaman, Chartrand, Bolton & Sareen, 2014).

Τα αισθήματα ήττας και το συναίσθημα ότι το άτομο είναι παγιδευμένο ταυτίζονται με αυτά που δημιουργούνται στη διαταραχή μετατραυματικού στρες (Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013). Η τρομοκρατία, οι πόλεμοι, η μετανάστευση και άλλα παρόμοια γεγονότα εντείνουν αυτά τα αισθήματα. Ο βαθμός αυτοκτονικότητας δείχνει να είναι υπαρκτός τουλάχιστον στο 20% του πληθυσμού αυτού, η πλειοψηφία των οποίων είναι έφηβοι (Bachmann, 2018).

Η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι 20-50 φορές πιο συχνή στη σχιζοφρένεια σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Τα υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών σε αυτό το πληθυσμό αποκαλύπτουν την ανάγκη που υπάρχει για αξιολόγηση του αυτοκτονικού ιδεασμού και τον εντοπισμό όσων βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο (Aydin κ.ά., 2019). Οι ασθενείς με τον παρανοϊκό υπότυπο σχιζοφρένειας είναι οκτώ φορές πιο πιθανό να αυτοκτονήσουν σε σχέση με όσους διαγιγνώσκονται με κάποιον άλλο υπότυπο. Αυτό οφείλεται στις παραισθήσεις που έχουν, αλλά και στην συννοσηρότητα με καταθλιπτική συμπτωματολογία (Sher & Kahn, 2019). Ωστόσο, τόσο το γεγονός της πολύπλοκης φύσης της αυτοκτονίας, όσο και της ετερογένειας των κλινικών εκδηλώσεων της σχιζοφρένειας, κάνει τον εντοπισμό τους ιδιαίτερα δύσκολο (Aydin κ.ά., 2019). Κατά τη διάρκεια της πρώτης δεκαετίας της διαταραχής τους, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για αυτοκτονία. Ο κίνδυνος αυτός συνεχίζεται κατά τη διάρκεια της ζωής τους, αν και με την πάροδο των χρόνων είτε επιδεινώνεται είτε ελαττώνεται. Σε ένα πρώιμο στάδιο της ασθένειας, η επίγνωση των συμπτωμάτων, ο έλεγχος της σκέψης, η παράνοια, οι παράξενες εμπειρίες και οι ακουστικές ψευδαισθήσεις σε άτομα με ψύχωση



συσχετίστηκαν σημαντικά με υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού και αποπειρών αυτοκτονίας (Sher & Kahn, 2019· Ventriglio et al, 2016).

Οι σωματοδυσμορφικές διαταραχές συμπεριλαμβάνονται στις ψυχικές διαταραχές και χαρακτηρίζονται από μια σειρά συμπτωμάτων που σχετίζονται με την εικόνα σώματος, όπως επαναλαμβανόμενες σκέψεις για αντιληπτές παραμορφώσεις ή ελαττώματα στην εξωτερική του εμφάνιση, καθώς και καταθλιπτική διάθεση (Angelakis, Gooding & Panagioti, 2016· Eskander, Limbana & Khan, 2020). Άτομα που παρουσιάζουν αυτή τη διαταραχή είναι τέσσερις φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν αυτοκτονικό ιδεασμό και 2.6% πιο πιθανό να αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν σε σύγκριση με άτομα χωρίς αυτή τη διάγνωση (Eskander et al, 2020). Συχνά, οι έφηβοι με υψηλό βαθμό αυτοκτονικότητας που έχουν διαγνωσθεί με σωματοδυσμορφική διαταραχή, διαθέτουν χαμηλό βαθμό ικανοποίησης για την εικόνα σώματός τους (Δημητροπούλου & Γιαννοπούλου, 2016).

Νευρολογικές καταστάσεις όπως είναι ένα εγκεφαλικό, η επιληψία, μια εγκεφαλική κάκωση ή νόσος, μπορεί να σχετίζονται με αυτοκτονική συμπεριφορά (Sher & Khan, 2019). Ασθενείς που έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν αυτοκτονική συμπεριφορά, ιδίως όταν πριν ή μετά το εγκεφαλικό εμφανιστεί κατάθλιψη. Πριν το εγκεφαλικό, μια υπάρχουσα διαταραχή διάθεσης αυξάνει την αυτοκτονική διάθεση εφόσον αυτό επέλθει. Μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, η υπαρκτή δυσφορία του ατόμου μπορεί να είναι εμφανής και να προστίθεται στις επιδράσεις του εγκεφαλικού, προκαλώντας κατάθλιψη (Eriksson, Glader, Norrving & Asplund, 2015).

Ένα σημαντικό ζήτημα για τις χρόνιες, σωματικές ασθένειες αποτελεί η αναπηρία, η οποία οδηγεί σε αύξηση της αυτοκτονικότητας. Παραδείγματα τέτοιων καταστάσεων αποτελούν οι εγκεφαλικές κακώσεις και οι κακώσεις της σπονδυλικής στήλης, και τα ελλείμματα του ατόμου μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο (Bachmann, 2018). Στις

εγκεφαλικές κακώσεις υπάρχει μεγάλο ρίσκο για αυτοκτονία, είτε το άτομο έχει υποστεί διάσειση είτε όχι. Σε αυτό, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν η κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών ή η ύπαρξη κάποιας ψυχικής ασθένειας πριν ή ταυτόχρονα με τη διάσειση ή στοιχεία επιθετικότητας στην προσωπικότητα του ατόμου (Simpson & Tate, 2007).

Άλλα άτομα που ενδέχεται να εμφανίσουν αυτοκτονική συμπεριφορά είναι οι ασθενείς που βιώνουν χρόνιο πόνο. Σε ένα μεγάλο βαθμό, ο χρόνιος πόνος συνυπάρχει με τη κατάθλιψη (Bachmann, 2018). Η κατάθλιψη πολύ συχνά συνυπάρχει και στη Σκλήρυνση Κατά Πλάκας, η σοβαρότητά της οποίας αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες συσχέτισης με τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Mesa et al, 2012).

Οι διαταραχές της συμπεριφοράς χαρακτηρίζονται από έλλειψη ελέγχου της συμπεριφοράς με αποτέλεσμα την επαναλαμβανόμενη παράβαση των κανόνων και συνεχείς επιθετικές πράξεις (Wei et al, 2016). Όπως ειπώθηκε παραπάνω, τα χαρακτηριστικά αυτά παραπέμπουν στην αυτοκτονικότητα (Rihmer et al, 2013· Yuodelis-Flores & Ries, 2015). Έρευνες έχουν δείξει πως μεταξύ της αυτοκτονίας και των διαταραχών της διαγωγής μεσολαβεί η κατάθλιψη και τα συμπτώματα των διαταραχών της διάθεσης (Wei et al, 2016). Μάλιστα, λόγω της μη επαρκούς αξιολόγησης των διαταραχών διάθεσης, συνήθως εκλαμβάνονται ως διαταραχή διαγωγής (Linker, Gillespie, Maes, Eaves & Silberg, 2012). Πολλοί έφηβοι με διαταραχή συμπεριφοράς που προσπάθησαν να αυτοκτονήσουν σε μικρότερη ηλικία παρουσίασαν, εκτός από διαταραχή διαγωγής, μεγάλη συννοσηρότητα και με άλλες ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο το εύρημα αυτό δεν πρέπει να γενικεύεται σε όλες τις περιπτώσεις (Wei et al, 2016).

### **3.4.3 ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΗΜΑΔΙΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Τα σημάδια κινδύνου προειδοποιούν για την ύπαρξη άμεσου κινδύνου για τη πραγματοποίηση μιας αυτοκτονίας (APA, 2018). Σημάδια που παραπέμπουν στην αυτοκτονική πράξη είναι όταν κάποιος σκέφτεται να αυτοκτονήσει, έχει δυσκολίες στη

σίτισή του και τον ύπνο του, παρουσιάζει μεταπτώσεις στη συμπεριφορά του, απομονώνεται από φίλους και κοινωνικές δραστηριότητες. Επίσης, προειδοποιητικά σημάδια κινδύνου είναι όταν κάποιος χάνει το ενδιαφέρον του για το σχολείο τη δουλειά ή τα ενδιαφέροντά του, προετοιμάζεται για το θάνατό του γράφοντας τις επιθυμίες του και κάνοντας τελικές διευθετήσεις καθώς και όταν δίνει πολύτιμα αντικείμενα που έχει στη κατοχή του (APA, 2019). Σημαντική επίσης σήμανση είναι όταν το άτομο έχει ήδη κάποια απόπειρα στο ιστορικό του, παίρνει διάφορα ρίσκα χωρίς να είναι απαραίτητο, έχει βιώσει κάποια σημαντική απώλεια στο πρόσφατο παρελθόν και δείχνει απασχολημένο με θέματα που αφορούν το θάνατο και τις διαδικασίες θανάτου (Office of the Surgeon General [US] & National Action Alliance for Suicide Prevention [US], 2012). Τέλος, η αμέλεια της εξωτερικής εμφάνισης και η αύξηση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ αποτελούν παράγοντες οι οποίοι ειδοποιούν το περίγυρο για τον επερχόμενο κίνδυνο (APA, 2019).

### **3.5.4 Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΟΥ COVID-19**

Η πανδημία Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) αποτελεί μια πρωτοφανή παγκόσμια πρόκληση όχι μόνο για την ιατρική των μολυσματικών ασθενειών αλλά και για τη φροντίδα στη ψυχική υγεία (Job, Steptoe & Fancourt, 2020). Οι κλινικές εκδηλώσεις της ασθένειας ποικίλουν, από τους ασυμπτωματικούς ασθενείς έως στις πιο σοβαρές κλινικές καταστάσεις οι οποίες συνήθως χαρακτηρίζονται από αναπνευστική δυσλειτουργία, σήψη, σηπτική καταπληξία και άλλα σύνδρομα που προκαλούνται από δυσλειτουργία οργάνων. Είναι κατανοητό ότι οι ιατροί και οι ειδικοί της δημόσιας υγείας επικεντρώνονται στη φροντίδα ατόμων που είναι πολύ άρρωστα, περιορίζοντας έτσι την εξάπλωση του COVID-19 στον γενικό πληθυσμό (Sher, 2020).

Ωστόσο υπάρχουν αρκετές ανησυχίες σχετικά με το ψυχολογικό, κοινωνικό και νευρολογικό αντίκτυπο που έχουν επιφέρει οι κοινωνικοί περιορισμοί της ασθένειας.

Αυτό, γίνεται φανερό από διάφορα ερευνητικά δεδομένα που παρουσιάζονται για ψυχική υγεία, όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη (Iob et al, 2020). Ορισμένοι παράγοντες, όπως η κοινωνική απομόνωση, το άγχος, ο φόβος μετάδοσης, η αβεβαιότητα, το χρόνιο στρες και οι οικονομικές δυσκολίες είναι πιθανόν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη ή την επιδείνωση διαταραχών που σχετίζονται με το στρες και την αυτοκτονικότητα σε ευάλωτους πληθυσμούς (Sher, 2020· Papadopoulou et al, 2021). Στους ευάλωτους πληθυσμούς συμπεριλαμβάνονται άτομα με προϋπάρχουσες ψυχικές διαταραχές, με χαμηλή ψυχική ανθεκτικότητα, που διαμένουν σε περιοχές με υψηλό αριθμό ανθρώπων που έχουν μολυνθεί από τον ιό και σε άτομα που έχουν μέλος της οικογένειάς τους ή φίλο που πέθανε από τον COVID-19 (Sher, 2020).

Μέχρι στιγμής, δεν υπάρχει άμεση απόδειξη του αντίκτυπου της πανδημίας στην εμφάνιση αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Niederkrötenhaler et al., 2020). Δεκαετίες ερευνών και αμέτρητες προσπάθειες πρόληψης της αυτοκτονικότητας έχουν αποτύχει να επιτύχουν τη πρόβλεψη ή τη μείωση των αυτοκτονιών (Klonsky et al, 2018). Εν τω μεταξύ, υπάρχουν πολλές προβλέψεις ειδικών και έρευνες που αναφέρουν πως η κοινωνική απομόνωση που έχει επιφέρει ο αναγκαστικός εγκλεισμός, η οικονομική αβεβαιότητα, το άγχος που υπάρχει και ενισχύεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και ο φόβος για το άγνωστο αναμένεται να αυξήσουν τα ποσοστά της αυτοκτονικότητας στο κοντινό μέλλον (Sher, 2020· Wand, Zhong, Chiu, Draper, & De Leo, 2020· Iob et al, 2020).

Ήδη σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας χρησιμοποιώντας την ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης και ελέγχοντας τους παράγοντες κινδύνου έγιναν γνωστά ορισμένα δεδομένα. Σύμφωνα με αυτή, σε δείγμα γενικού πληθυσμού κατά την διάρκεια του πρώτου κύματος της πανδημίας ο αυτοκτονικός ιδεασμός συσχετίστηκε με ορισμένους παράγοντες, όπως το να είναι κανείς άγαμος ή διαζευγμένος, να έχει

διαγνωσθεί με κάποια ψυχιατρική διαταραχή και να διαθέτει υψηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης. Επίσης, φάνηκε μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν αυτοκτονικό ιδεασμό άτομα με πτωχή αντιληπτή ποιότητα υγείας και άτομα με οικογενειακά προβλήματα. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες στην μελέτη που είχαν υψηλότερα επίπεδα ανθεκτικότητας, καθώς και εκείνοι που διέθεταν θετικά συναισθήματα για τα μέτρα περιορισμού, καλύτερες φιλικές επαφές και τέλος πίστη σε ένα Ανώτατο Όν, παρουσίασαν χαμηλότερη πιθανότητα εμφάνισης αυτοκτονικού ιδεασμού κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος της πανδημίας (Paradouroulou et al, 2021).

### **3.5 ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ**

Γενικότερα, υπάρχει ένας αρκετά μεγάλος αριθμός ερευνών για τους προστατευτικούς παράγοντες και τους παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονία. Υπάρχουν πολλές τόσο ψυχοκοινωνικές θεωρίες, όσο και νευροβιολογικοί παράγοντες (Schönfelder et al, 2020). Παρά τις διαφορές τους, όλες συμφωνούν στο ότι αρχικά η ανάπτυξη του αυτοκτονικού ιδεασμού, και έπειτα η επιθυμία για τη πραγματοποίηση απόπειρας αυτοκτονίας αποτελούν δύο ξεχωριστές διαδικασίες και κάθε μια έχει τη δική της, μοναδική εξήγηση (Klonsky et al, 2018).

Το μοντέλο «Stress Diathesis Model» του Mann (2003) αποτελεί μια από τις επικρατέστερες νευροβιολογικές θεωρίες για την αυτοκτονία. Σύμφωνα με αυτή, η ολοκλήρωση μιας αυτοκτονίας εξαρτάται από την αλληλεπίδραση μεταξύ ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων και της βιολογικής ευαλωτότητας του ατόμου (Baharikhooob & Kolla, 2020). Τα δύο αυτά χαρακτηριστικά απαιτείται να συνυπάρχουν για την εμφάνιση αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Lengvenyte, Conejero, Courtet, & Olié, 2019). Στοιχεία της ευαλωτότητας αυτής αποτελεί η γενετική προδιάθεση του ατόμου για την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, καθώς και χαρακτηριστικά (traits) όπως

είναι η παρορμητικότητα, η απελπισία, η απαισιοδοξία. Το πιο σημαντικό δείγμα ευαλωτότητας αποτελεί μια παρελθούσα απόπειρα αυτοκτονίας (Mann, 2003).

Η προδιάθεση ή ευαλωτότητα στην αυτοκτονική συμπεριφορά είναι συνδεδεμένη με συγκεκριμένη βιολογία του εγκεφάλου. Η βιολογία αυτή, έγκειται μερικώς στα κέντρα που οφείλονται για τα στοιχεία που αναφέρθηκαν παραπάνω. Πιο συγκεκριμένα, το σεροτονινεργικό σύστημα φαίνεται να σχετίζεται με τις απόπειρες αυτοκτονίας. Η σεροτονίνη παίζει σημαντικό ρόλο στην επιθετικότητα που εκδηλώνει το άτομο, τη παρορμητικότητά του καθώς και τον τρόπο εκδήλωσης της πρόθεσής του. Άλλος προγνωστικός παράγοντας είναι τα μειωμένα επίπεδα νορεπινεφρίνης, η οποία σχετίζεται με το αίσθημα απελπισίας. Αποδεδειγμένα, οι αυτόχειρες εμφανίζουν διαταραχές σε αυτά τα εγκεφαλικά συστήματα (Mann, 2003). Επίσης, ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων έχει συσχετιστεί αρκετά με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά λόγω του ρόλου που διαδραματίζει στη διαδικασία απάντησης του οργανισμού στο στρες. Τέλος, διαταραχές στα επίπεδα της κυτοκινών (ανοσολογική θεώρηση της αυτοκτονικότητας) στο αίμα και στην μικρογλοία φαίνεται να σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα (Salloum, 2017).

Μια άλλη θεωρητική προσέγγιση που χρησιμοποιείται για την ερμηνεία του φαινομένου της αυτοκτονίας αποτελεί η Διαπροσωπική θεωρία της αυτοκτονίας (Interpersonal theory of suicide). Προτάθηκε αρχικά από τον Joiner (2005) και στη συνέχεια επεκτάθηκε και εξελίχθηκε σε αυτό που σήμερα ονομάζεται θεωρητικό πλαίσιο από τον ιδεασμό στη πράξη, εγκαινιάζοντας έτσι μια νέα γενιά θεωριών για την αυτοκτονία (Chu et al, 2017· Klonsky & May, 2015). Η διαφορά της θεωρίας αυτής σε σχέση με τις υπόλοιπες είναι η παροχή μια εξήγησης του γιατί η συντριπτική πλειονότητα των ατόμων που σκέφτονται να αυτοκτονήσουν δεν προχωρούν στην απόπειρα. Επίσης

θέτει διαφορετικές βάσεις για την ανάπτυξη των αυτοκτονικών συμπεριφορών (Chu et al, 2017).

Η Διαπροσωπική θεωρία της αυτοκτονίας στηρίζεται σε δύο υποθέσεις. Η πρώτη είναι η αποτυχία πλήρωσης του «ανήκειν» του ατόμου και η αντιληπτή επιβάρυνση από αυτό, που όταν θεωρηθεί ως μια αμετάβλητη κατάσταση οδηγεί στον αυτοκτονικό ιδεασμό. Η δεύτερη είναι η ικανότητα του ατόμου να αυτοεπιβάλλεται σε αυτοτραυματισμό λόγω της έκθεσής του σε επώδυνα και προκλητικά γεγονότα, δημιουργώντας έτσι αυξημένη ανοχή στον σωματικό πόνο (Grossman, Park & Russell, 2016). Μάλιστα, οι δύο αυτοί παράγοντες υποστηρίζεται πως κρύβονται πίσω από τους περισσότερους παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Buckner, Lemke, Jeffries & Shah, 2017).

Μια άλλη ψυχοκοινωνική προσέγγιση είναι η θεωρία «The Integrated Motivational–Volitional model» που παρουσιάστηκε από τους O'Connor & Kirtley το 2018 και αποτελεί μια ανανεωμένη δημοσίευση του μοντέλου που παρουσιάστηκε το 2011 για την ερμηνεία της αυτοκτονικής πράξης. Αυτή προτείνει ένα μοντέλο που απαρτίζεται από τρία σκέλη, τα οποία περιγράφουν το βιοψυχοκοινωνικό υπόβαθρο από το οποίο ενδέχεται να προκύψει ο αυτοκτονικός ιδεασμός, η συμπεριφορά και οι παράγοντες που διέπουν τη μετάβαση από τον ιδεασμό στο στάδιο της απόπειρας ή του θανάτου (O'Connor & Kirtley, 2018). Το μοντέλο αυτό προτείνει ότι το κλειδί για την κατανόηση της αυτοκτονίας είναι το ότι δεν υπάρχει διαφυγή από την εμπειρία της ήττας/ταπείνωσης (O'Connor & Portzky, 2018). Όπως παρουσιάζεται, η αυτοκτονική συμπεριφορά αποτελεί τη προσπάθεια του ατόμου να δώσει τέλος στο πόνο του ή τις υποκειμενικά αφόρητες καταστάσεις ζωής που βιώνει (O'Connor & Portzky, 2018). Διαχωρίζει επίσης τους παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν το κίνητρο για αυτοκτονία και συνεισφέρουν στην εμφάνιση του αυτοκτονικού

ιδεασμού από αυτούς που μεγεθύνουν την επιθυμία του ατόμου για την ηθελημένη πραγματοποίηση της απόπειρας αυτοκτονίας (Hagan & Muehlenkamp, 2019).

### **3.6 ΟΠΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΙΜΗΣ ΕΡΓΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ**

Η Επιστήμη Έργου αποτελεί μια συστηματική έρευνα των πραγμάτων που κάνουν οι άνθρωποι, δηλαδή των έργων τους. Τα έργα, εν συντομία, είναι ότι κάνουν οι άνθρωποι για να απασχοληθούν (Hocking, 2013). Η Επιστήμη Έργου είναι αρμόδια για την ανάπτυξη της μορφής, της λειτουργίας και του νοήματος του ανθρώπινου έργου. Το πεδίο ενδιαφέροντός της επεκτείνεται τόσο τρόπο εκτέλεσης, και όσο σκοπό των έργων. Η ευρύτητα των έργων στη ζωή των ανθρώπων δημιουργεί αλληλοεπικάλυψη πολλών επιστημών, στις οποίες η Επιστήμη Έργου ανατρέχει με σκοπό τη προαγωγή της γνώσης (Πολίτης, 2009). Σύμφωνα με τους επιστήμονες έργου, κάθε άνθρωπος είναι ένα εργο-ον. Αυτό σημαίνει πως η συμμετοχή του σε έργα αποτελεί κομμάτι της ανθρώπινης φύσης του (Hocking, 2013).

Κάθε έργο που πραγματοποιείται έχει μια ιστορία που κρύβεται από πίσω και συμβαίνει έχοντας ως βάση δεδομένες κοινωνικές καταστάσεις και, όπως αναφέρθηκε, συγκεκριμένους ψυχοβιολογικούς παράγοντες (Humphry & Womack, 2014· Mann, 2003). Η σύνδεση μεταξύ έργων, υγείας και επιβίωσης αναγνωρίστηκε πρώτα από την Wilcock το 1993, η οποία θεωρούσε πως το έργο είναι απαραίτητο για τη διατήρηση και την ανάπτυξη των ανθρώπων. Αναγνώρισε, λοιπόν, εν αρχή τρεις παράγοντες κινδύνου έργου που έχουν επίδραση στην υγεία και την ευεξία των ανθρώπων. Αυτοί είναι η ανισορροπία έργων, η στέρηση έργων και η αποξένωση από τα έργα (Wilcock, 1993). Με τα χρόνια, προστέθηκαν άλλοι δύο παράγοντες, η περιθωριοποίηση από τα έργα και ο φυλετικός διαχωρισμός των έργων (Whalley Hammell & Beagan, 2017).

Η ανισορροπία έργων μπορεί να παρουσιαστεί ως η εμπλοκή του ατόμου σε έργα που θεωρεί πως είναι ανεπαρκή τόσο σε αριθμό, όσο και σε ποικιλία (Eklund, Brunt &



Argentzell, 2020). Χαρακτηριστικό παράδειγμα υπεραπασχόλησης με έργα αποτελεί η υπερκόπωση (Håkansson & Ahlborg, 2018). Μια άλλη ομάδα ατόμων που παρουσιάζουν μεγάλη ευπάθεια στην υπεραπασχόληση ή στην υποαπασχόληση με έργα είναι τα άτομα με σχιζοφρένεια. Σε αυτή την ασθένεια, η υπεραπασχόληση με έργα οφείλεται συνήθως σε ένα παρεμβατικό περιβάλλον με πολλά ερεθίσματα, ενώ η υποαπασχόληση οφείλεται κυρίως σε λίγες ευκαιρίες για έργα και ένα κοινωνικό περιβάλλον με ελάχιστα ερεθίσματα (Bejerholm, 2010). Έρευνες έχουν δείξει πως η υποαπασχόληση αποτελεί ένα γενικότερο πρόβλημα για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές (Wagman, Hjärthag, Håkansson, Hedin & Gunnarsson, 2019).

Είναι γνωστό σήμερα πως η ευημερία των ψυχικά ασθενών, σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με έργα της καθημερινότητάς τους και ιδιαίτερα με τον τρόπο που αντιλαμβάνονται το νόημα, την αξία και την ικανοποίηση που λαμβάνουν από αυτά. Οι άνθρωποι που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή αποτελούν μη προνομιούχες ομάδες πληθυσμού σε διάφορα κομμάτια της ζωής, συμπεριλαμβανομένων της υγείας, της οικονομίας, ακόμα και της στέγασης (Eklund & Argentzell, 2016). Επίσης, τις περισσότερες φορές διαθέτουν περιορισμένες δυνατότητες συμμετοχής σε έργα στη κοινότητα (Eklund, Brunt & Argentzell, 2020). Ένα παράδειγμα ομάδας ατόμων που βιώνει τους παραπάνω περιορισμούς είναι τα άτομα που εμφανίζουν διαταραχές του στρες. Οι άνθρωποι αυτοί αντιμετωπίζουν τη πρόκληση της ανισορροπίας έργων. Αυτό συμβαίνει λόγω της αδυναμίας τους να διαχειριστούν το χρόνο και τη μειωμένη ικανοποίηση που αντλούν από τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες και ρουτίνες τους καθημερινής τους ζωής, εξαιτίας της ασθένειάς τους (Fox, Erlandsson & Shiel, 2019).

Την ίδια κατάσταση αντιμετωπίζουν και άνθρωποι που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές και κατάθλιψη. Οι πληθυσμοί αυτοί αναφέρουν αρκετά χαμηλά επίπεδα της ποιότητας ζωής του (Wagman et al, 2019). Παράλληλα, η κατάθλιψη όταν συνυπάρχει με

χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής, αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την αυτοκτονία (Odom, 2016). Με βάση αυτά και τη σημασία που έχει για την υγεία η εμπλοκή σε έργα, η ισορροπία στα έργα των ψυχικά ασθενών αποτελεί έναν παράγοντα που πρέπει να διερευνηθεί εκτενώς (Wagman et al, 2019· Eklund & Argentzell, 2016).

Μια άλλη διάσταση της ισορροπίας έργων είναι η έμφαση στην αντίληψη ότι εάν οι άνθρωποι διεξάγουν τις καθημερινές και εβδομαδιαίες ρουτίνες τους με τέτοιο τρόπο ώστε να υπάρχει ισορροπία μεταξύ της ανάπαυσης, της εργασίας και του ελεύθερου χρόνου, θα ζουν με ικανοποίηση, μειωμένο στρες και θα απολαμβάνουν μια ζωή με καλή υγεία και ευεξία (Håkansson & Matuska, 2015). Η ανισορροπία έργων πολλές φορές προκαλεί την αποξένωση από τα έργα (Bryant, 2014). Ως αποξένωση έργων ορίζεται η αίσθηση απομόνωσης, αδυναμίας και απογοήτευσης, λόγω απώλειας ελέγχου και αποξένωσης από τη κοινότητα ή τον εαυτό του ατόμου. Επακόλουθα, το άτομο δεσμεύεται σε έργα που δεν ικανοποιούν τις εσωτερικές του ανάγκες (Wilcock, 1998). Δηλαδή, οι απαιτήσεις της καθημερινότητας πολλές φορές ωθούν τους ανθρώπους στην απώλεια του προσωπικού νοήματος για ότι κάνουν. Όταν αυτό συμβαίνει, ενυπάρχουν τρία χαρακτηριστικά στοιχεία. Αυτά είναι η απώλεια προσωπικού νοήματος για το άτομο, η απώλεια ευκαιριών για να είναι το άτομο δημιουργικό και να ελέγχει έργα και δραστηριότητες με νόημα, και τέλος την κοινωνική απομόνωση ή αποξένωση που παρουσιάζεται όταν πραγματοποιούνται επαναλαμβανόμενα έργα και δραστηριότητες που στερούνται νοήματος (Bryant, 2014).

Ως στέρηση έργου, ορίζεται η κατάσταση αποκλεισμού του ατόμου από την εμπλοκή σε έργα ανάγκης ή/και σε έργα που έχουν νόημα για αυτό, λόγω παραγόντων που δεν υπάγονται στον άμεσο έλεγχο του ατόμου (Whiteford, 2000). Μέσω ενός περιορισμένου αριθμού μελετών που έχουν διεξαχθεί, έχει βρεθεί πως η στέρηση έργου αποτελεί έκφραση της έλλειψης νοήματος εκ μέρους του ατόμου (Κουλουμπή, 2017). Ένα παράδειγμα

πληθυσμιακής ομάδας που υφίσταται κατά κύριο λόγο στέρηση έργων αποτελούν όσοι αιτούνται άσυλο. Η ταλαιπωρία χαρακτηρίζει τις εμπειρίες αυτών των ανθρώπων, οι οποίοι πνιγμένοι από την ανία και την αγωνία που τους δημιουργείται μέσω της κατάστασης που βιώνουν, οδηγούνται στην αυτοκτονία και σε αυτοτραυματικές συμπεριφορές (Crawford, Turpin, Nayar, Steel & Durand, 2016). Παράλληλα, τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο στέρησης έργου καθώς τις περισσότερες φορές είναι άτομα άνεργα, φτωχά και περιθωριοποιημένα στις σύγχρονες κοινωνίες (Bejerholm & Eklund, 2006).

Η περιθωριοποίηση από έργα συγγέεται αρκετά με τη στέρηση έργων και το φυλετικό διαχωρισμό των έργων (Whalley Hammell & Beagan, 2017). Ως περιθωριοποίηση από έργα ορίζεται η αποτροπή από συμμετοχή σε έργα που βασίζονται σε ‘αόρατες’ νόρμες και προσδοκίες σχετικά με το ποιος πρέπει να συμμετέχει σε ποια έργα, με ποιο τρόπο, πότε, πού και γιατί (Durocher, Gibson & Rappolt, 2014). Όπως γίνεται φανερό, η διαφορά μεταξύ περιθωριοποίησης και στέρησης από έργα είναι αρκετά λεπτή. Η περιθωριοποίηση από τα έργα από πολλούς παρουσιάζεται ως η χειρότερη μορφή φυλετικού διαχωρισμού των έργων. Ο φυλετικός διαχωρισμός των έργων αναφέρεται στο συστηματικό διαχωρισμό της ευκαιρίας για έργα που συμβαίνει μέσω του περιορισμού ή της άρνησης πρόσβασης σε αξιοπρεπή και ουσιαστική συμμετοχή σε έργα καθημερινής ζωής λόγω της φυλής, του χρώματος, κάποιας αναπηρίας, της εθνικής καταγωγής, της ηλικίας, του φύλου, της σεξουαλικής προτίμησης ή άλλων χαρακτηριστικών (Whalley Hammell & Beagan, 2017). Ωστόσο η άποψη αυτή δεν έχει γίνει επίσημα αποδεκτή (Durocher et al, 2014).

### 3.7 Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των ατόμων που αυτοκτονούν κάθε χρόνο, δημιουργεί την επιτακτική ανάγκη για την ανάδειξη νέων προσεγγίσεων όσον αφορά τη πρόληψη της αυτοκτονικότητας (Cramer & Karusta, 2017). Ακριβώς επειδή η αυτοκτονία δεν έχει μια συγκεκριμένη αιτία, δεν υπάρχει μία συγκεκριμένη γραμμή πρόληψης που θα την αποτρέψει. Για είναι επιτυχείς οι προσπάθειες πρόληψης πρέπει να είναι ολοκληρωμένες και συντονισμένες μεταξύ οργανισμών και συστημάτων σε εθνικό, πολιτειακό / εδαφικό, φυλετικό και τοπικό επίπεδο. Όπως και με άλλες προσπάθειες προώθησης της υγείας, τα προγράμματα πρόληψης της αυτοκτονίας πρέπει να είναι πολιτισμικά προσαρμοσμένα και τοπικά συναφή (Office of the Surgeon General (US) & National Action Alliance for Suicide Prevention (US), 2012).

Σε απάντηση σε αυτό το τεράστιο ζήτημα δημόσιας υγείας και λόγω των σύνθετων απαιτήσεων, το 2010 ιδρύθηκε η Εθνική Συμμαχία Δράσης για τη Πρόληψη της Αυτοκτονίας (National Action Alliance for Suicide Prevention - NAASP). Η NAASP έχει εστιάσει στην υγειονομική περίθαλψη, θεωρώντας τους χώρους αυτούς ως ιδιαίτερα κρίσιμους για την πρόληψη αυτοκτονιών. Αυτό επειδή συχνά οι ασθενείς που αυτοκτονούν λαμβάνουν υπηρεσίες κατά την περίοδο που οδήγησε στην απόπειρα ή τον θάνατό τους, παρέχοντας έτσι μια ευκαιρία για ταυτοποίηση και σύνδεση με τη θεραπεία (Labouliere et al, 2018).

Η Εθνική Στρατηγική για την Πρόληψη των Αυτοκτονιών των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής αποτελεί τη πιο διαδεδομένη στρατηγική πρόληψης της αυτοκτονικότητας. Η πρόληψη της αυτοκτονίας απαιτεί ένα συνδυασμό καθολικών, επιλεκτικών και εντοπισμένων στρατηγικών. Οι καθολικές στρατηγικές στοχεύουν στο γενικότερο πληθυσμό. Οι επιλεκτικές στρατηγικές είναι κατάλληλες για υποομάδες για τις οποίες υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης αυτοκτονικών συμπεριφορών. Οι εντοπισμένες

στρατηγικές είναι σχεδιασμένες για άτομα που αναγνωρίζεται πως βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης αυτοκτονικών συμπεριφορών, συμπεριλαμβανομένου κάποιου που έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας (Office of the Surgeon General [US] & National Action Alliance for Suicide Prevention [US], 2012). Αυτή αποτελείται από τέσσερις κατευθύνσεις. Πρώτη είναι η υγεία και ενδυνάμωση των ατόμων, οικογενειών και κοινωνιών, η δεύτερη είναι οι υπηρεσίες κλινικής και κοινοτικής πρόληψης, η τρίτη η θεραπεία και οι υπηρεσίες υποστήριξης και η τέταρτη είναι η επιτήρηση, η έρευνα και η αξιολόγηση (Labouliere et al, 2018).

Στα πλαίσια του μοντέλου αυτού, οργανώθηκε και το μοντέλο «Αυτοκτονία Μηδέν», το οποίο αποτελεί μια συλλογή δεδομένων από παρεμβάσεις σε διάφορα επίπεδα, οι οποίες συνδυάζονται και έτσι δημιουργούν μια τεράστια προοπτική για τη μείωση των αυτοκτονιών (Office of the Surgeon General [US] & National Action Alliance for Suicide Prevention [US], 2012). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, τα πρωτόκολλα πρέπει να συμπεριλάβουν συνεχή έλεγχο και αξιολόγηση των κινδύνων, σχεδιασμό της ασφάλειας με διεπιστημονική συνεργασία, πρόσβαση σε φροντίδα ειδικά σχεδιασμένη για την αυτοκτονία, εστιασμένη στη μείωση της πρόσβασης σε θανατηφόρα μέσα και επίμονες προσπάθειες εμπλοκής και υποστήριξης κατά τη διάρκεια περιόδων υψηλού κινδύνου (Brodsky, Spruch-Feiner & Stanley, 2018). Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις που στηρίζει το συγκεκριμένο μοντέλο εστιάζουν στη Γνωστική Συμπεριφορική θεραπεία και τη Διαλεκτική Συμπεριφορική θεραπεία, οι οποίες είναι αρκετά αποτελεσματικές ενάντια στους παράγοντες που προκαλούν την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Συγκεκριμένα συμβάλουν στη μείωση του αυτοκτονικού ιδεασμού, αποτρέποντας απόπειρες αυτοκτονίες μετά τη θεραπεία και μειώνοντας έτσι το ρίσκο για μελλοντική νοσηλεία (Hogan & Grumet, 2016).

Για την κατευθυντήρια πρόληψη ενάντια στην αυτοκτονικότητα, έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως το Κοινωνικό-Οικολογικό πλαίσιο. Το πλαίσιο αυτό προτάθηκε από το Centers for Disease Control and Prevention και στηρίχθηκε στην υπόθεση πως για οποιοδήποτε ζήτημα υγείας ή ασθένειας απαιτούνται ολοκληρωμένες πολυεπίπεδες προσπάθειες. Το Κοινωνικό-Οικολογικό μοντέλο (Social-Ecological Model, SEM) αποτελεί ένα πλαίσιο τεσσάρων επιπέδων για την οργάνωση κινδύνων και προστατευτικών παραγόντων, οι οποίοι τροφοδοτούν στρατηγικές πρόληψης (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Ξεκινά από ένα ευρύ επίπεδο και καταλήγει σε ένα πιο εξειδικευμένο. Τα τέσσερα στρώματα που αποτελούν αυτό το εύρος είναι το κοινωνικό, το κοινοτικό, το σχεσιακό και το ατομικό (Cramer & Karusta, 2017). Οι κοινωνικοί παράγοντες αφορούν ζητήματα μεγαλύτερης κλίμακας όπως οι κοινωνικοί και πολιτιστικοί κανόνες, και οι νόμοι. Οι επιρροές σε επίπεδο κοινότητας είναι αυτές που περιορίζονται σε μια συγκεκριμένη περιοχή, όπως οι γειτονιές, τα σχολεία, οι χώροι εργασίας και τα κέντρα παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Οι παράγοντες των σχέσεων είναι αυτοί που ορίζονται από την άμεση αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων, όπως είναι η κοινωνική υποστήριξη ή η κοινωνική απόσυρση, οι συνομήλικοι και η οικογένεια. Τέλος, ο ατομικός παράγοντας σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά του ατόμου όπως δημογραφικά χαρακτηριστικά του, οι πεποιθήσεις του, η κατάσταση της υγείας του και άλλα (McCormack, Thomas, Lewis, & Rudd, 2017). Το SEM έχει εφαρμοστεί σε μια σειρά από θέματα σχετικά με την υγεία και προγράμματα πρόληψης όπως η επιμόρφωση για θέματα υγείας και η χρήση εμβολίων. Όπως φαίνεται λοιπόν παρέχει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο για την οργάνωση της γνώσης των κινδύνων και των προστατευτικών παραγόντων της αυτοκτονίας (Cramer & Karusta, 2017).

## 4. ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Εργοθεραπεία αποτελεί ένα ανθρωποκεντρικό επάγγελμα που ασχολείται με τη προώθηση της υγείας και της ευεξίας μέσα από τα έργα. Ο πρωταρχικός της στόχος είναι να καταστήσει ικανά τα άτομα ώστε να συμμετέχουν στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής. Οι εργοθεραπευτές το επιτυγχάνουν αυτό δουλεύοντας με ανθρώπους και κοινότητες προωθώντας την ικανότητά τους να δεσμευτούν σε έργα που θέλουν, το έχουν ανάγκη ή αναμένεται από αυτούς να κάνουν, ή τροποποιώντας τα έργα αυτά ή το περιβάλλον ώστε να μπορεί να υποστηρίξει καλύτερα την εμπλοκή τους σε αυτά (World Federation of Occupational Therapy [WFOT], 2012). Η Εργοθεραπεία αποτελεί το μοναδικό επάγγελμα που βοηθά τους ανθρώπους, κατά τη διάρκεια της ζωής τους να κάνουν τα πράγματα που θέλουν και χρειάζεται να κάνουν, μέσω της θεραπευτικής χρήσης των έργων (ΑΟΤΑ, 2020).

Ως έργα, ορίζονται «όλες εκείνες οι δραστηριότητες καθημερινής ζωής που κάνουν τα άτομα είτε μόνα τους, είτε μαζί με άλλους, οι οποίες γεμίζουν το χρόνο τους, δίνουν σκοπό και νόημα στη ζωή τους και αντανakλούν τη ταυτότητά τους» (WFOT, 2012). Συνεπώς, προϋπόθεση για να γίνουν αντιληπτές οι διαστάσεις του έργου είναι να κατανοηθούν πρώτα το άτομο και το πλαίσιο που λαμβάνει χώρα η εκτέλεσή του (Κουλουμπή, 2016).

Ενώ η υγεία στο πλαίσιο της αυτοδιαχείρισης δε συμβαδίζει με τα παραδοσιακά παραδείγματα ιατρικής φροντίδας, είναι συμβατή με την εργοθεραπευτική οπτική. Η οπτική της εργοθεραπείας για την υγεία δε προϋποθέτει την απουσία οργανικότητας. Αντιμετωπίζοντας το άτομο με ρεαλισμό, το επάγγελμα εστιάζει στην ικανότητά του ατόμου να προσαρμόζεται. Σύμφωνα με αυτό το σκεπτικό, οι περιορισμοί στην υγεία καθορίζονται από τα προβλήματα διαβίωσης και την επιδείνωση των βλαβερών συνηθειών. Παράλληλα, θεωρείται αναγκαία η ενεργή συμμετοχή του ατόμου στο έργο

και η νοηματοδοτούμενη αξιοποίηση του χρόνου του. Αυτά αποτελούν στοιχεία αυτοδιαχείρισης και αξιοποιούνται προκειμένου το άτομο να είναι υγιές (Stern, 2018).

Η θεμελιώδης φιλοσοφία της εργοθεραπείας έγκειται στο ότι το «κάνω» και το «αλλάζω» είναι αδιαχώριστα. Το «κάνω» σημαίνει ότι εμπλέκομαι σε έργα και το «αλλάζω» αναφέρεται στη πράξη ή τη διαδικασία μέσω της οποίας κάτι γίνεται διαφορετικό. Ένα δεύτερο βασικό χαρακτηριστικό του επαγγέλματος είναι ότι το «κάνω» είναι απαραίτητο να έχει σκοπό. Αυτός ο σκοπός μπορεί να προέλθει από τη σημασία και τη σχέση που υπάρχει με τις ανάγκες του ατόμου ή και τις απαιτήσεις του περιβάλλοντός του (Pentland, Kantartzis, Clausen & Witemyre, 2018). Με άλλα λόγια, ο σκοπός ή νόημα για το άτομο μπορεί να αποκτηθεί όταν οι ενέργειες και οι δραστηριότητές του μπαίνουν σε ένα πλαίσιο έργου (Μοροζίνη, 2014).

#### **4.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**

Η φιλοσοφία του επαγγέλματος της εργοθεραπείας έχει τις ρίζες της στα αρχαία χρόνια. Πρώτος ο Ασκληπιάδης, ένας Έλληνας γιατρός στη Ρώμη, συνταγογραφούσε στους ασθενείς του ως θεραπευτική αγωγή δημιουργικές και ευχάριστες μεθόδους θεραπείας, όπως μασάζ, θαλάσσια λουτρά και υδροθεραπεία. Αυτή η θεραπευτική προσέγγιση, έχει θεωρηθεί από πολλούς ως μία από τις πρώτες παρεμβάσεις εργοθεραπείας. Ωστόσο, ο Κλαύδιος Γαληνός, ένας από τους σπουδαιότερους Έλληνες ιατρούς της Αρχαιότητας υπήρξε επικριτής του, υποστηρίζοντας πως ο Ασκληπιάδης δεν είχε ανατομικές γνώσεις και δε σέβονταν τις Ιπποκρατικές αρχές. Ωστόσο, αναγνώριζε αυτές τις πρώτες παρεμβάσεις ως συμπλήρωμα στην ιατρική επιστήμη (Carroll & Lawson, 2014).

Ο 18<sup>ος</sup> και 19<sup>ος</sup> αιώνας ξεχωρίζουν στην ανθρώπινη ιστορία λόγω της εμφάνισης ιδεών και της δημιουργίας κινήματων, τα οποία έθεσαν τα θεμέλια για την οικοδόμηση των σύγχρονων κοινωνιών. Ο Διαφωτισμός ενστάλαξε νέες ιδέες, οι οποίες



καλλιιεργήθηκαν επιφέροντας πρόοδο σε πολλούς τομείς της ανθρωπότητας (Μοροζίνη, 2014). Στο τομέα της υγείας, η εμφάνιση του κινήματος των Κουακέρων στην Αγγλία και το Κίνημα Ηθικής Θεραπείας (Moral Treatment Movement) στη Γαλλία έφεραν νέα δεδομένα στο προσκήνιο (O'Brien & Hussey, 2018). Ο Γάλλος Πινέλ ανέπτυξε τη φιλοσοφία αυτής της θεραπείας, η οποία αντανακλά μια ψυχοκοινωνική θεραπεία για άτομα με ψυχικές ασθένειες (Carroll & Lawson, 2014). Η πρακτική της εργοθεραπείας δημιουργήθηκε τελικά μέσω των πρακτικών που εφαρμόζονταν στους τρόφιμους σε άσυλα, οι οποίες αξιοποιούσαν δομημένες δραστηριότητες, προσομοιώνοντας μια φυσιολογική ζωή (O'Brien & Hussey, 2018).

Στην ίδια χρονική περίοδο περιλαμβάνεται και το κίνημα των Τεχνών και Χειροτεχνιών (The Arts and Crafts Movement) με ιδρυτή τον William Morris. Το κίνημα αυτό προωθούσε την επιστροφή σε ένα πιο απλό τρόπο ζωής, στον οποίο η δημιουργικότητα και η ομορφιά ήταν σημαντικά, σε αντίθεση με το μηχανοποιημένο και ρουτινιασμένο τρόπο ζωής που σηματοδοτούσαν τα μεγάλα εργοστάσια και οι γραμμές παραγωγής. Επίσης προωθούσε την ιδέα πως οι τέχνες και οι χειροτεχνίες μπορούν να επηρεάσουν θετικά την υγεία. Το κίνημα Arts and Crafts μαζί με το Moral Treatment Movement αποτέλεσαν τα θεμέλια για την ανάπτυξη της εργοθεραπείας (Molineux, 2017).

Τη περίοδο από το 1900 έως το 1919 συντελέστηκε η αρχή του επαγγέλματος της εργοθεραπείας (Μοροζίνη, 2014). Οι προσπάθειες αποκατάστασης την εποχή εκείνη περιλάμβαναν θεραπευτικά έργα και εργασίες δίπλα στο κρεβάτι, όπως ύφανση καλαθιών, κατασκευή επίπλων, εργασίες με μέταλλο ή δέρμα και πλέξιμο. Αυτή η πρόιμη μορφή εργοθεραπείας, ανεξάρτητα από το πόσο σημαντικές ή ασήμαντες ήταν οι δραστηριότητες που χρησιμοποιούσε, αποδείχθηκε ότι μείωνε, ανέβαλλε ή ακόμα απέτρεπε τη ψυχική και σωματική επιδείνωση της ασθένειας. Οι ασθενείς ήταν επίσης λιγότερο ανήσυχοι όταν

λάμβαναν αυτές τις υπηρεσίες και η συνολική ανάκαμψή τους ήταν ταχεία (Carroll & Lawson, 2014).

Επαγγελματίες λοιπόν από διάφορες ειδικότητες, συγκεντρώθηκαν στις 15 Μαρτίου 1917 στο λεγόμενο «Σπίτι της Παρηγοριάς», ή αλλιώς το σανατόριο του Clifton Springs και ίδρυσαν το επάγγελμα της Εργοθεραπείας. Οι επαγγελματίες αυτοί ήταν ο William Rush Dunton, η Isabel Newton, ο Thomas Bessell Kidner, η Susan Cox Johnson, ο George Edward Barton και η Eleanor Clarke Slagle (<http://www.otcentennial.org/photo/the-founders-in-1917>). Το «Σπίτι της Παρηγοριάς» αποτελούσε ένα πρώιμο πρωτότυπο ενός κέντρου αποκατάστασης και το όνομά του προήλθε από της προσωπικές ανησυχίες του αρχιτέκτονα George Edward Barton. Ο ίδιος, όντας ασθενής, μέσω της θεραπείας του πείστηκε για τη σημασία των έργων στη θεραπευτική διαδικασία και έτσι ίδρυσε το σπίτι αυτό χρησιμοποιώντας το έργο ως κύρια θεραπεία των ασθενών. Ήταν αυτός που πραγματοποίησε τη πρώτη ιδρυτική συνάντηση. Σε εκείνη τη συνάντηση παρευρέθηκε και η μέλλουσα γυναίκα του Isabel Gladwin (Newton) Barton, η οποία διατέλεσε χρέη γραμματέως (Bing, 1981). Φίλος του Barton ήταν ο Thomas Bessell Kidner, επίσης αρχιτέκτονας. Έχοντας πλούσια εμπειρία από την ανέγερση σημαντικών οικοδομημάτων, κατά τη διάρκεια του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου ήταν υπεύθυνος για την επαγγελματική αποκατάσταση βετεράνων πολέμου (Friedland & Silva, 2008).

Η Susan Tracy ήταν καθηγήτρια νοσηλευτικής σε ένα άσυλο στη Βοστώνη, όπου και ξεκίνησε ένα πρόγραμμα για τη θεραπευτική χρήση των τεχνών και χειροτεχνιών. Το πρόγραμμα αυτό ήταν το πρώτο στις Ηνωμένες Πολιτείες που είχε ως στόχο να προετοιμάσει φροντιστές υγείας, συγκεκριμένα νοσηλεύτριες, για την αξιοποίηση δραστηριοτήτων σε ασθενείς που είχαν κάποια μειονεξία (Peloquin, 1991). Ο ψυχίατρος William Rush Dunton Jr., ο οποίος θεωρείται ο πατέρας του επαγγέλματος της εργοθεραπείας, αφιέρωσε τη καριέρα του στη θεραπεία των ψυχικά ασθενών. Από τις

αρχές της επαγγελματικής του πορείας ασχολούνταν με τη χρήση θεραπευτικών έργων και δραστηριοτήτων τόσο ως ασκούμενος, όσο και ως θεωρητικός και φιλόσοφος (Busuttill, 1992). Η Eleanor Clarke Slagle ήταν μια κοινωνική λειτουργός η οποία με το πέρας των σπουδών της, παρακολούθησε ένα από τα πρώτα ειδικά μαθήματα σχετικά με τα θεραπευτικά έργα και την αναψυχή στο Chicago School of Civics and Philanthropy (Bing, 1981). Στη συνέχεια, επέστρεψε ομάδες ψυχικά ασθενών ατόμων οι οποίοι ασχολούνταν με δραστηριότητες καλαθοπλεκτικής, υφαντικής, βιβλιοδεσίας, εργασιών με μέταλλο και δέρμα (Μοροζίνη, 2014). Χειροτεχνίες αξιοποιούσε και η Susan Cox Johnson, η οποία ήταν θερμή υπέρμαχος της αξιοποίησή τους κατά τη θεραπευτική διαδικασία (<http://www.otcentennial.org/the-100-people/johnson>).

Συγχρόνως με αυτά τα γεγονότα, η ανθρωπότητα ήλθε αντιμέτωπη με τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο (1914-1918). Ο όρος Εργοθεραπεία έγινε αρκετά γνωστός τότε καθώς η εργασία που προσέφεραν τα άτομα και τα έργα, διαδραμάτισαν καθοριστικό ρόλο για την αποκατάσταση των ασθενών. Οι πληγωμένοι στρατιώτες ήταν απαραίτητο να επιστρέψουν άμεσα στο μέτωπο του πολέμου και η εργοθεραπεία, ως συμπλήρωμα στην ιατρική θεραπεία αξιοποιήθηκε εκτενώς για την επίτευξη αυτού του στόχου (Carroll & Lawson, 2014). Καθώς η πολιτική ηγεσία ήταν επιφυλακτική απέναντι σε αυτή τη μορφή θεραπείας, άτυπα τοποθετήθηκαν στα νοσοκομεία εθελοντικές θεραπευτικές ομάδες γυναικών βοηθών αποκατάστασης, οι οποίες αποκαλούνταν «reconstruction aides». Αυτές οι ομάδες ενέπλεκαν τους ασθενείς με δραστηριότητες, ως μέρος της θεραπευτικής τους αποκατάστασης. Τελικά, βλέποντας τη βελτίωση της αποκατάστασής τους λόγω της ύπαρξης αυτών των ομάδων, η άδεια χορηγήθηκε και το πρόγραμμα αυτό επεκτάθηκε (Gutman, 1997).

Μετά τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο, εκπαιδευμένοι και αμειβόμενοι βοηθοί, ή επαγγελματίες θεραπευτές, μετακινήθηκαν σε εγκαταστάσεις ψυχικής υγείας, σανατόρια

φυματίωσης και εργαστήρια της κοινότητας στην Αμερικάνικη Ήπειρο και το Ηνωμένο Βασίλειο (Liu, 2018). Οι ιδρυτές του επαγγέλματος βοήθησαν πολύ στη προώθησή του εκείνη τη περίοδο, γνωστοποιώντας ιδέες και απόψεις σχετικά με την εργοθεραπεία, θέτοντας προϋποθέσεις για την άσκησή της, αντιπροσωπεύοντας τους επαγγελματίες τόσο μέσω της «Εθνικής Εταιρείας Προώθησης της Εργοθεραπείας» αλλά και μέσω των ατομικών δράσεων των μελών (Carroll & Lawson, 2014· Liu, 2018· Gutman, 1997· Friedland & Silva, 2008). Το 1921, η «Εθνική Εταιρεία Προώθηση της Εργοθεραπείας» μετονομάστηκε σε «Αμερικάνικο Σύλλογο Εργοθεραπείας», ο οποίος υφίσταται μέχρι σήμερα. Μέσω αυτού εκδόθηκε και το πρώτο περιοδικό εργοθεραπείας (Carroll & Lawson, 2014· Μοροζίνη, 2014).

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1930 με 1940, η εργοθεραπεία εστίαζε περισσότερο στην αποκατάσταση της ψυχικής υγείας παρά στη σωματική αποκατάσταση. Μέχρι το 1931, η εργοθεραπεία είχε μετατραπεί σε ένα επάγγελμα του οποίου η πρακτική πιστοποιούνταν από τον Αμερικάνικο Ιατρικό Σύλλογο (American Medical Association). Εκείνη την εποχή, το επάγγελμα επικεντρώνονταν περισσότερο στις ψυχολογικές συνιστώσες της θεραπείας και την ανάπτυξη νέων τεχνών και χειροτεχνιών (Friedland, 1998· Carroll & Lawson, 2014). Ένας μεγάλος αριθμός εργοθεραπευτών συμμετείχε σε προγράμματα αποκατάστασης της ψυχικής υγείας (Friedland, 1998).

Ωστόσο, ο Β' Παγκόσμιος Πόλεμος (1939–1945) επανάφερε το επίκεντρο του ενδιαφέροντος στην αναδόμηση και την αποκατάσταση της σωματικής λειτουργίας (Carroll & Lawson, 2014). Η εργοθεραπεία που ως τότε χρησιμοποιούσε το έργο ως μέσο ανάπτυξης και διατήρησης της υγείας, στράφηκε στη χρήση του έργου ως μέσο ενίσχυσης των ιατρικών αποτελεσμάτων. Η αλλαγή αυτή εδραιώθηκε με την ανάπτυξη της νέας ειδικότητας των «φυσιάτρων» και την επακόλουθη ανάπτυξη τμημάτων φυσικής ιατρικής

και αποκατάστασης. Ως αποτέλεσμα, ο ρόλος του επαγγέλματος ως κεντρικός για τη διατήρηση της υγείας και της ευημερίας άρχισε να διαβρώνεται (Friedland, 1998) .

Η πίεση για τους εργοθεραπευτές να είναι μέλος της ομάδας αποκατάστασης με τον τρόπο που είχε καθοριστεί από τον ιατρικό κόσμο ήταν αρκετά μεγάλη (Friedland, 1998). Κατά συνέπεια, για πολλά χρόνια οι εργοθεραπευτές αφιέρωναν ένα μεγάλο μέρος της ενέργειάς τους προκειμένου να ενσωματωθούν στο ιατρικό μοντέλο. Αντιμετώπιζαν επομένως τον άνθρωπο ως μια μηχανή που αποτελούνταν από κομμάτια και όχι ως ένα «όλον», γεγονός που απειλούσε τη μοναδικότητα της φιλοσοφίας του επαγγέλματος (West, 1984). Μολαταύτα, το ιατρικό μοντέλο, με τις στολές και την ορολογία, έδωσε στους εργοθεραπευτές μεγαλύτερο επαγγελματικό κύρος. Η συμμετοχή τους στην ομάδα αποκατάστασης, τους απέδωσε περισσότερο σεβασμό και κατέστησε τη προσέγγισή τους καλύτερα κατανοητή, εν αντιθέσει με την εργοθεραπεία που εστίαζε στο έργο, πετυχαίνοντας έτσι την ευρύτερη αποδοχή του κόσμου (Friedland, 1998).

Μετά το πέρας του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, οι εργοθεραπευτές απηύθυναν στους στρατιώτες που επέστρεφαν μυοσκελετικές, νευρολογικές και ενδοψυχικές υπηρεσίες, συμπληρωματικές στην ιατρική θεραπεία που ακολουθούσαν (Liu, 2018· Κουλουμπή, 2016). Στη δεκαετία του 1950, αυξημένος αριθμός ασθενών με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, κακώσεις νωτιαίου μυελού και εγκεφαλική παράλυση οδήγησε στην επανεξέταση και αναδιαμόρφωση των γνώσεων ανατομίας που περιείχε το πρόγραμμα σπουδών των εργοθεραπευτών. Το 1952 ιδρύθηκε η Παγκόσμια Οργάνωση Εργοθεραπείας (World Federation of Occupational Therapists -WFOT), η οποία συνέβαλε σημαντικά στο καθορισμό σε παγκόσμιο επίπεδο των ελάχιστων απαιτήσεων για την άσκηση του επαγγέλματος, όπως οι βασικές ικανότητες που πρέπει να διαθέτει ο θεραπευτής (Carroll & Lawson, 2014). Δύο δεκαετίες περίπου μετά την ίδρυσή της, οι

εργοθεραπευτές που από το τέλος του Β' Παγκόσμιου Πολέμου έπαιρναν το ίδιο δίπλωμα με τους φυσικοθεραπευτές, διαχώρισαν τα διπλώματά τους (Liu, 2018).

Μεταξύ του 1967 και του 1990 η εργοθεραπευτική πρακτική αρχίζει να βασίζεται σε τεκμήρια (Liu, 2018). Ωστόσο, δεν είχε ακόμα μια καθολική εννοιολογική βάση για να διαμορφώνει τη ταυτότητα του επαγγέλματος και να καθοδηγεί τη πρακτική της. Είχαν προταθεί λοιπόν, διάφορα πλαίσια αναφοράς για τη δημιουργία ενός ενοποιητικού εννοιολογικού πυρήνα. Αυτός ο ανταγωνισμός μεταξύ των υποστηρικτών εναλλακτικών πλαισίων αναφοράς έχει αναγνωριστεί ως μια περίοδος κρίσης (Kielhofner, 1980). Η κρίση αυτή βοήθησε το επάγγελμα της εργοθεραπείας να ενωθεί υπό ένα κοινό εργασιακό παράδειγμα, το «Σύγχρονο παράδειγμα» (Kielhofner, 1980· Liu, 2018).

Το «Σύγχρονο παράδειγμα» παρέχει στο επάγγελμα μια κοινή άποψη σχετικά με την πρακτική της εργοθεραπείας (Joosten, 2015). Αποτελεί το αποτέλεσμα της σύνθεσης των δύο προηγούμενων κατευθύνσεων του επαγγέλματος και ενέχει στοιχεία από μελέτες σχετικά με την αναπηρία και τη θεωρία των συστημάτων (Κουλουμπή, 2016). Τρία εννοιολογικά θεμέλια αποτελούν τη βάση για αυτό. Αυτά είναι η σημασία του έργου για την υγεία και την ευημερία, η αναγνώριση προβλημάτων / προκλήσεων εκτέλεσης έργου ως επίκεντρο της εργοθεραπείας, και ο πυρήνας της πρακτικής της είναι η χρήση του έργου για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας (Joosten, 2015). Σε αυτό το μοντέλο ενσωματώνονται οι φιλοσοφικές αρχές που έθεσαν οι ιδρυτές του επαγγέλματος σχετικά με τη σημασία της δραστηριότητας και καθορίζεται πως η φύση του προβλήματος έγκειται στο ότι η εγγενής ανάγκη του ατόμου να συμμετέχει σε έργα, εμποδίζεται από την ασθένεια ή την αναπηρία. Η κοινωνική ένταξη, η παραγωγικότητα, το νόημα και η αξιοπρέπεια στη ζωή είναι αποτελέσματα της αποκατάστασης που συνάδουν με τις βασικές αξίες της εργοθεραπείας. Η γνώση σχετικά με το πώς να καταστήσουν τα άτομα με αναπηρίες ικανά για την επίτευξη αυτών των αποτελεσμάτων είναι οι ιδιαίτερες

γνώσεις και δεξιότητες που, από κοινωνιολογικής άποψης, καθιστούν την εργοθεραπεία επάγγελμα (Friedland, 1998).

## **4.2 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ**

Σύμφωνα με το Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process στη τρίτη έκδοσή του, που δημοσιοποίησε ο Αμερικάνικος Σύλλογος Εργοθεραπείας το 2014, το πεδίο της εργοθεραπείας αναγνωρίζει πέντε γενικές κατευθύνσεις για την εργοθεραπευτική παρέμβαση (approaches to intervention). Αυτές είναι η προώθηση της υγείας, η ανάπτυξη ή αποκατάσταση, η διατήρηση, η τροποποίηση και η πρόληψη.

Η προώθηση της υγείας (health promotion) αποτελεί μια παρέμβαση η οποία για να εφαρμοστεί δε χρειάζεται απαραίτητα να υπάρχει κάποια αναπηρία ή κάποιο ζήτημα εκτέλεσης έργου. Αυτή η προσέγγιση σχεδιάστηκε για να παρέχει εμπλουτισμένα περιβάλλοντα και πλούσιες εμπειρίες δραστηριοτήτων, οι οποίες θα διευκολύνουν την εκτέλεση έργου των ατόμων που συμμετέχουν στο φυσικό περιβάλλον στο οποίο πραγματοποιείται η παρέμβαση (ΑΟΤΑ, 2014· Μοροζίνη, 2014). Στην εργοθεραπεία συγκεκριμένα, δίνεται έμφαση στη μεγέθυνση των ευκαιριών εξέλιξης των συστημάτων υγείας πέρα από μοντέλα επικεντρωμένα στην αποκατάσταση των δυσκολιών του ατόμου, για την προώθηση της υγείας μέσω του έργου (Stern, 2018). Ένα παράδειγμα αυτής της προσέγγισης είναι η δημιουργία μιας τάξης ενηλίκων που έγιναν για πρώτη φορά γονείς, προκειμένου να βοηθήσουν τα παιδιά τους να εμπλακούν σε κατάλληλο αναπτυξιακά παιχνίδι (ΑΟΤΑ, 2014).

Η προσέγγιση της ανάπτυξης ή αποκατάστασης (Establish or restore) εφαρμόζεται στη μεταβλητή του ατόμου, δηλαδή στις δεξιότητες, τις σωματικές λειτουργίες ή τις δομές που έχει, αναπτύσσοντας μια δεξιότητα που δεν έχει αναπτυχθεί ακόμα ή εξελίσσοντας μια δεξιότητα που έχει διαταραχθεί (ΑΟΤΑ, 2014). Ένα παράδειγμα είναι η αύξηση του εύρους κίνησης προκειμένου το άτομο να μπορέσει να εκτελέσει δραστηριότητες

φροντίδας εαυτού, ενώ ένα άλλο είναι όταν ο εργοθεραπευτής μαθαίνει στο άτομο να χρησιμοποιεί φούρνο μικροκυμάτων για να προετοιμάζει τα γεύματά του (Brown, 2014).

Η διατήρηση (maintain) αποτελεί μια προσέγγιση κατά την οποία ο εργοθεραπευτής παρέχει στο θεραπευόμενο την αναγκαία υποστήριξη για τη διατήρηση των δεξιοτήτων ή σωματικών λειτουργιών του, που έχουν ανακτηθεί μετά από απώλεια και συνεχίζουν να πληρούν τις ανάγκες εκτέλεσης των έργων του. Με αυτό τον τρόπο ενισχύεται θετικά η υγεία η ευημερία και η ποιότητα ζωής του ατόμου. Αν η συνεχής παρέμβαση της διατήρησης παραλείπονταν από τα θεραπευτικά προγράμματα, η εκτέλεση έργου του ατόμου θα ατροφούσε και έτσι δε θα ικανοποιούνταν οι ανάγκες έργου του (ΑΟΤΑ, 2014· Μοροζίνη, 2014).

Η προσέγγιση της τροποποίησης (modification) παρεμβαίνει στο περιβάλλον ή τη δραστηριότητα για να βελτιώσει το επίπεδο εκτέλεσης του ατόμου, ανεξάρτητα από τις δεξιότητες ή τις λειτουργίες του (Boyt Schell et al, 2014). Με άλλα λόγια εξερευνά το περιβάλλον ή τη δραστηριότητα και κάνει αλλαγές, ώστε η εκτέλεση του έργου ή της δραστηριότητας να υποστηρίζεται από το φυσικό περιβάλλον του ατόμου (ΑΟΤΑ, 2014). Στις τεχνικές που χρησιμοποιούνται συμπεριλαμβάνονται και αντισταθμιστικές τεχνικές όπως για παραδείγματα η αφαίρεση αντικειμένων από το γραφείο ενός παιδιού για τη μείωση του επιπέδου διάσπασής του (ΑΟΤΑ, 2014· Μοροζίνη, 2014).

Κατά τη πρόληψη (prevention), η παρέμβαση στοχεύει στη κάλυψη των αναγκών των ατόμων που ενδέχεται να αναπτύξουν προβλήματα στην εκτέλεση έργου. Οι παρεμβάσεις αυτού του τύπου μπορεί να απευθύνονται στο άτομο, στο πλαίσιο, στη δραστηριότητα ή στις μεταβλητές της δραστηριότητας (Boyt Schell et al, 2014· ΑΟΤΑ, 2014· Μοροζίνη, 2014). Ένα παράδειγμα είναι η αποτροπή της κοινωνικής απομόνωσης των υπαλλήλων προωθώντας τη συμμετοχή σε δραστηριότητες μετά τη δουλειά (ΑΟΤΑ, 2014· Μοροζίνη, 2014). Για την ισχυροποίηση των εργοθεραπευτικών προγραμμάτων



πρόληψης είναι απαραίτητο να επιστημονικά τεκμήρια, τα οποία θα συνδέουν σαφώς το έργο και τη συμμετοχή του ατόμου με την υγεία, την ευεξία και τη ποιότητα ζωής των ατόμων, των κοινοτήτων και του πληθυσμού (evidence-based practice) (Pizzi & Richards, 2017).

### **4.3 ΤΥΠΟΙ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ**

Οι τύποι εργοθεραπευτικής παρέμβασης αποσκοπούν στη διευκόλυνση της δέσμευσης σε έργα, η οποία με τη σειρά της ενισχύει την υγεία και τη συμμετοχή του ατόμου σε αυτά. Οι εργοθεραπευτές παρεμβαίνουν χρησιμοποιώντας κυρίως έργα και δραστηριότητες, μεθόδους και δράσεις προετοιμασίας, την εκπαίδευση και την εξάσκηση, την εκπροσώπηση και ομαδικές παρεμβάσεις (ΑΟΤΑ, 2014). Ωστόσο, δεν υπάρχει κάποιος που να περιορίζει τον εργοθεραπευτή ώστε να παρέμβει στο άτομο επιλέγοντας κάποιον από αυτούς τους τύπους (Μοροζίνη, 2014).

Κατά την εργοθεραπευτική παρέμβαση, ο πιο χαρακτηριστικός τρόπος παρέμβασης είναι τα έργα και οι δραστηριότητες (occupations and activities). Τα έργα και οι δραστηριότητες που χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική παρέμβαση αποτελούν εξατομικευμένες παρεμβάσεις σχεδιασμένες για να πληρούν τους θεραπευτικούς στόχους και να αντιμετωπίζουν τις υποβόσκουσες νοητικές σωματικές και πνευματικές ανάγκες του ατόμου. Για τη θεραπευτική τους χρήση, ο εργοθεραπευτής εξετάζει τις απαιτήσεις της δραστηριότητας και το παράγοντα ατόμου, σε συνάρτηση με τους στόχους, το υπόβαθρο και το περιβάλλον του (ΑΟΤΑ, 2014).

Τα έργα στην εργοθεραπεία, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, αποτελούν δραστηριότητες της καθημερινής ζωής που κάνουν οι άνθρωποι ατομικά ή μαζί με άλλους, γεμίζουν το χρόνο τους και δίνουν στη ζωή τους νόημα και σκοπό, αντανακλώντας τη ταυτότητά τους. Στα έργα περιλαμβάνονται πράγματα που πρέπει να κάνουν, θέλουν να κάνουν και αναμένεται από αυτούς να κάνουν (WFOT, 2012· Κουλουμπή, 2016).

Παραδείγματα έργων αποτελούν για ένα άτομο η ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων υγιεινής και ένδυσης το πρωί με τη χρήση βοηθητικών συσκευών και τα παιχνίδια στη παιδική χαρά με παιδιά ή ενήλικες (ΑΟΤΑ, 2014).

Οι δραστηριότητες, αντιθέτως, δεν αποτελούν κεντρικά στοιχεία της προσωπικότητας ενός ατόμου (Κουλουμπή, 2016). Συγκεκριμένα, αποτελούν δράσεις σχεδιασμένες και επιλεγμένες για να υποστηρίξουν την ανάπτυξη δεξιοτήτων και την ευόδωση προτύπων για την ενίσχυση της δέσμευσης σε έργα. Οι δραστηριότητες αποτελούν συστατικά στοιχεία των έργων (ΑΟΤΑ, 2014). Τις περισσότερες φορές έχουν σκοπό και νόημα και επιφέρουν ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα (Κουλουμπή, 2016). Στην επιστήμη της εργοθεραπείας, το άτομο αποτελεί τον «συντάκτη» της δραστηριότητας που θα έχει επίδραση στην υγεία του. Ο ρόλος λοιπόν του εργοθεραπευτή συνίσταται στο να δώσει ευκαιρίες για έργο στο άτομο και όχι συνταγές για τη πραγματοποίησή τους (Stern, 2018).

Στη παρέμβαση αυτού του τύπου, μπορούν να αξιοποιηθούν οι διαδικασίες της προσαρμογής και της διαβάθμισης (grading) με σκοπό την ενίσχυση της συμμετοχής ή της εκτέλεσης του ατόμου στη δραστηριότητα ή το έργο. Κατά τη προσαρμογή, μεταβάλλεται ένα στοιχείο μιας δραστηριότητας ή του περιβάλλοντος με στόχο τη πιο επιτυχημένη εκτέλεσή της από το άτομο (Μοροζίνη, 2014). Πράγματα που μπορούν να μεταβληθούν κατά για να επιτευχθεί η προσαρμογή, συλλογιζόμενοι πάντα την ευελιξία που διαθέτει το άτομο για να πραγματοποιηθεί διαφορετικά το έργο ή η δραστηριότητα, είναι οι μεταβλητές του ατόμου και του εξωτερικού πλαισίου (Κουλουμπή, 2016).

Κατά τη διαβάθμιση, η δραστηριότητα ή το έργο μεταβάλλεται και γίνεται είτε πιο εύκολο είτε πιο δύσκολο για το άτομο, αλλάζοντας τις απαιτήσεις (Μοροζίνη, 2014). Οι αλλαγές αφορούν το ίδιο το άτομο ή είναι εξωτερικές. Ένα παράδειγμα είναι η χρήση

ελαστικών κορδονιών στα παπούτσια, τα οποία δεν είναι απαραίτητο να λύνονται. Αυτά θα κάνουν το έργο της ένδυσης πιο εύκολο για ένα άτομο (Κουλουμπή, 2016).

Ένας διαφορετικός τύπος παρέμβασης είναι οι μέθοδοι και οι δράσεις προετοιμασίας (preparatory method and tasks). Πρόκειται για μεθόδους και δραστηριότητες που προετοιμάζουν το θεραπευόμενο για την εκτέλεση έργου. Χρησιμοποιούνται ως μέρος μιας θεραπευτικής συνεδρίας μαζί με έργα και δραστηριότητες ή για να προετοιμάσει το άτομο για αυτά ή παρέχονται στο θεραπευόμενο σαν θεραπεία στο σπίτι για να στηρίξει την εκτέλεση έργων της καθημερινότητας (ΑΟΤΑ, 2014). Για να είναι αποτελεσματική η παρέμβαση αυτού του τύπου πρέπει να αποδειχθεί ότι είναι έγκυρη η συσχέτιση που έχει γίνει και έχει εκτιμήσει ορθώς τις δυνατότητες εκτέλεσης έργου της καθημερινότητας του ατόμου για να πραγματοποιηθεί η πρόβλεψη (Crist, 2015).

Στη παρέμβαση αυτού του τύπου περιλαμβάνονται οι μέθοδοι προετοιμασίας, οι νάρθηκες, η βοηθητική ή υποστηρικτική τεχνολογία και οι τροποποιήσεις του περιβάλλοντος, τα τροχήλατα βοηθήματα βάρδισης καθώς και οι ενέργειες προετοιμασίας. Οι μέθοδοι προετοιμασίας αναφέρονται σε τρόπους, συσκευές και τεχνικές που προετοιμάζουν το άτομο για την εκτέλεση έργου. Συχνά οι μέθοδοι προετοιμασίας αποτελούν παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται στο άτομο, χωρίς την ενεργητική εμπλοκή του σε αυτές. Ένα παράδειγμα είναι όταν ο θεραπευτής κάνει μαλάξεις στο θεραπευόμενο (ΑΟΤΑ, 2014). Αντίθετα, οι ενέργειες προετοιμασίας είναι ενέργειες που πραγματοποιούνται με την ενεργό συμμετοχή του θεραπευόμενου, χωρίς απαραίτητα να έχουν νόημα για αυτόν. Αποτελούν λοιπόν παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν ενέργειες που απευθύνονται σε συγκεκριμένες δομές και λειτουργίες του σώματος ή εκτελεστικές δεξιότητες, όπως είναι η θεραπευτική άσκηση. (Masselink, 2018· ΑΟΤΑ, 2014· Μοροζίνη, 2014).

Οι νάρθηκες ορίζονται ως μια εξωτερικά εφαρμοζόμενη συσκευή που προστίθεται στο σώμα ενός ατόμου για να υποστηρίξει, να ευθυγραμμίζει, να αποτρέψει, να ακινητοποιήσει ή να διορθώσει παραμορφώσεις, να υποβοηθήσει αδύναμους μυς, ή να βελτιώσει τη λειτουργικότητά τους (Radomski & Latham, 2014). Λειτουργούν εφαρμόζοντας πίεση και στις δυο πλευρές ενός συνδέσμου αναδιανεμόντας έτσι τις δυνάμεις που ενεργούν στην άρθρωση ενώ ελέγχονται ανώμαλες κινήσεις ενός ή περισσότερων τμημάτων του σώματος γύρω από την άρθρωση αποτρέποντας ανεπιθύμητες κινήσεις και θέσεις. Η χρήση των νάρθκων είναι ευρέως αξιοποιούμενη μεταξύ των εργοθεραπευτών, για τη θεραπεία δυσλειτουργιών του κεντρικού νευρικού συστήματος εξαιτίας τις ιδιότητας που έχουν να μειώνουν τη σπαστικότητα, να προλαμβάνουν ή να μειώνουν συσπάσεις, τοποθετώντας το άκρο στη κατάλληλη θέση που θα του δώσει το βιομηχανικό πλεονέκτημα για τη κίνηση, θα προστατέψει την ακεραιότητα της άρθρωσης και θα μειώσει το πόνο (Jiang, 2019).

Ως υποστηρικτική τεχνολογία χαρακτηρίζονται όλα τα συστήματα, οι υπηρεσίες, οι συσκευές, ο εξοπλισμός, τα εργαλεία και τα λογισμικά που μπορούν να εφαρμοστούν προκειμένου να καταστήσουν ένα άτομο που έχει μειωμένη λειτουργικότητα ικανό να συμμετέχει σε σκόπιμες και παραγωγικές δραστηριότητες και να το οδηγήσουν σε μια καλύτερη ποιοτικά ζωή (Lim, Kim, Yoo & Kim, 2020). Οι εργοθεραπευτές εργάζονται επιμελώς προκειμένου να βοηθήσουν το θεραπευόμενο να αποκτήσει τη κατάλληλη συσκευή υποστηρικτικής τεχνολογίας για τη κάλυψη των αναγκών του και να μάθει να χρησιμοποιεί. Όταν εξετάζεται η χρήση μια συσκευής σε συγκεκριμένο περιβάλλον, οι θεραπευτές πρέπει να λάβουν υπόψη τα πιθανά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν και την πιθανότητα ο ασθενής να εγκαταλείψει την τεχνολογία που του χορήγησε (Cruz, Emmel, Manzini & Mendes, 2016).

Σε όλη αυτή τη διαδικασία, οι προσαρμογές που γίνονται στο περιβάλλον είναι υψίστης σημασίας (Masselink, 2018). Οι αλλαγές στο περιβάλλον ή σε κάποια δραστηριότητα που εκτελεί το άτομο είναι απαραίτητο να γίνονται με στόχο την ενίσχυση της εμπλοκής του ατόμου σε έργα. Στις μεθόδους αυτές εντάσσονται και τα τροχήλατα βοηθήματα βάδισης. Όπως υποδηλώνει και το όνομά τους, διευκολύνουν το άτομο να μετακινηθεί στο χώρο, καθώς και να καθίσει, και να τοποθετήσει το σώμα του σε αυτόν. Έτσι υποβοηθάτε η συμμετοχή του σε δραστηριότητας της καθημερινότητας και μειώνεται το ρίσκο για την εμφάνιση επιπλοκών όπως είναι οι πτώσεις, οι κατακλίσεις και οι συγκάμψεις άκρων (ΑΟΤΑ, 2014· Μοροζίνη, 2014).

Ένας άλλος τύπος εργοθεραπευτικής παρέμβασης είναι η εκπαίδευση και η εξάσκηση (education and training). Ως εκπαίδευση χαρακτηρίζεται η μεταφορά γνώσεων και πληροφοριών στο άτομο σχετικά με την υγεία, την ευημερία και τη συμμετοχή του. Αυτές θα του επιτρέψουν να αποκτήσει συμπεριφορές, συνήθειες και ρουτίνες τις οποίες ενδεχομένως θα χρειαστεί να εφαρμόσει κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Ως εξάσκηση ορίζεται η διευκόλυνση της κατάκτησης συγκεκριμένων δεξιοτήτων για την επίτευξη στόχων σε μια κατάσταση της πραγματικής ζωής. Σε αυτή τη περίπτωση, οι δεξιότητες αναφέρονται σε μετρήσιμα στοιχεία της λειτουργικότητας που επιτρέπουν επιδεξιότητα. Η εκπαίδευση διαφοροποιείται από την εξάσκηση λόγω του στόχου που θέτει, να βελτιώσει την απόδοση σε αντίθεση με το στόχο βελτίωσης της κατανόησης, αν και οι στόχοι αυτοί συχνά συμπίπτουν. Η περίπτωση αυτή καθρεπτίζεται όταν οι γονείς και οι δάσκαλοι εκπαιδεύονται ώστε να μάθουν να εστιάζουν στα θετικά στοιχεία ενός παιδιού, ενθαρρύνοντας θετικές συμπεριφορές (ΑΟΤΑ, 2014· Μοροζίνη, 2014).

Η εκπροσώπηση (advocacy) αποτελεί μία από τις παλαιότερες αρμοδιότητες του εργοθεραπευτή. Ωστόσο, οι ορισμοί που υφίστανται σχετικά με τον όρο αυτό είναι αρκετά ευρείς και αντιφατικοί (Dhillon, Wilkins, Law, Stewart & Tremblay, 2010). Γενικότερα, ο

εκπρόσωπος αποτελεί ένα πρόσωπο το οποίο υποστηρίζει "ή επικαλείται" την αιτία ενός άλλου ατόμου. Ενέχει λοιπόν τις αρχές της ευεργεσίας, της δικαιοσύνης και της ειλικρίνειας (Stover, 2016). Για την εργοθεραπεία, σύμφωνα με τους περισσότερους ορισμούς, ο όρος εκπροσώπηση αναφέρεται σε πρωτοβουλίες που λαμβάνει ο εργοθεραπευτής εκ μέρους του θεραπευμένου, για να επιδιώξει μια αλλαγή στο περιβάλλον του ατόμου που θα έχει ως αποτέλεσμα τη προώθηση του έργου. Η μόνη τροποποίηση που έχει γίνει σε αυτό τον ορισμό είναι η αναγνώριση ότι η εκπροσώπηση μπορεί να συμβεί σε συνεργασία με τα άτομα με αναπηρία και όχι μόνο εκ μέρους τους (Dhillon, Wilkins, Stewart, & Law, 2016· Dhillon et al, 2010). Ένα παράδειγμα είναι ένας μαθητής με μαθησιακές δυσκολίες που ζητά και λαμβάνει κατάλληλες για τις δυσκολίες του υλικοτεχνικές υποδομές, όπως εγχειρίδια σε κασέτα (ΑΟΤΑ, 2014).

Τέλος, η ομαδική παρέμβαση (group intervention) αποτελεί μια ακόμα παρέμβαση που μπορεί να αξιοποιηθεί από εργοθεραπευτές. Η χρήση τους έγκειται στην αξιοποίηση διακριτών τεχνικών γνώσης και ηγεσίας για τη διευκόλυνση της μάθησης και της απόκτησης δεξιοτήτων σε όλη τη διάρκεια ζωής μέσω της δυναμικής της ομάδας και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Οι ομάδες μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν ως μέθοδος παροχής υπηρεσιών. Ο εργοθεραπευτής μπορεί να συντονίσει πολλών ειδών ομάδες, όπως είναι οι ομάδες μέσα σε σχολεία, ομάδες δραστηριοτήτων και ενίσχυσης της λειτουργικότητας. Πλεονεκτήματα ένταξης των θεραπευμένων σε ομαδικές παρεμβάσεις είναι η ανάπτυξη δεξιοτήτων συμμετοχής, βασικών δεξιοτήτων αλληλεπίδρασης, εργαλείων αυτορρύθμισης, καθορισμού στόχων και λήψης αποφάσεων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ομαδικής παρέμβασης αποτελεί μια κοινοτική ομάδα που αντιμετωπίζει θέματα αυτοαποτελεσματικότητας και αυτοεκτίμησης ως βάση για τη δημιουργία ανθεκτικότητας σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας που κινδυνεύουν να είναι γίνονται θύμα εκφοβισμού (ΑΟΤΑ, 2014).

Από τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό πως ο εργοθεραπευτής λαμβάνει ρόλο εκπαιδευτικού, παρακινήτη, συντονιστή φροντίδας του ατόμου, έμπιστού του και εκπροσώπου του. Δουλεύοντας σε όλους αυτούς τους διαφορετικούς ρόλους, οι εργοθεραπευτές αντιλαμβάνονται της αλληλοεπικάλυψη που υπάρχει μεταξύ των τομέων υγείας και του νομικού πεδίου, αλλά και στα πρότυπα φροντίδας υγείας μεταξύ των επαγγελματιών αλλά και τους περιορισμούς που επιβάλλονται από τη νομοθεσία ή τους κανόνες πληρωμών (Stover, 2016).

#### **4.4 Η ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

Η προέλευση της εργοθεραπείας εδράζει στο χώρο της ψυχικής υγείας (Castaneda, Olson & Cargill Radley, 2013). Πριν ακόμα υπάρξει ως επάγγελμα, τα έργα χρησιμοποιήθηκαν για την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών όπως ήδη αναλύθηκε (Peloquin, 1991). Όπως τότε έτσι και σήμερα, πολλοί άνθρωποι που έχουν διαγνωσθεί με σοβαρές ψυχικές ασθένειες αντιμετωπίζουν προσωπικά και κοινωνικά εμπόδια στην υγιή εμπλοκή τους σε έργα και δραστηριότητας καθώς και στην ουσιαστική συμμετοχή τους στη κοινότητα. Για παράδειγμα, μπορεί να θεωρηθεί πως τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, , παρεμβαίνουν στο κίνητρο των ασθενών και την απόλαυση κατά την εμπλοκή σε δραστηριότητες, ενώ το κοινωνικό στίγμα μπορεί να επηρεάσει την ένταξή του στο κοινωνικό σύνολο και τη κοινωνική αποδοχή (Höhl, Moll & Pfeiffer, 2017).

Σήμερα, οι υπηρεσίες για άτομα με ψυχικές ασθένειες έχουν μετατοπιστεί από το νοσοκομείο στην κοινότητα. Κατά ακολουθία, η πρακτική των εργοθεραπευτών συναντάται σε διάφορες δομές παγκοσμίως, τόσο σε νοσοκομεία, όσο και σε κοινοτικές δομές. Μερικές από αυτές είναι τα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας, τα καταφύγια αστέγων, τα εξωσχολικά προγράμματα, οι εταιρείες και οι εργασιακοί χώροι, σπίτια ιδιωτών και ποικίλες ψυχοκοινωνικές ομάδες (Castaneda et al, 2013).

Οι εργοθεραπευτές παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε άτομα όλων των ηλικιών που βιώνουν κάποια ψυχική ασθένεια η οποία οφείλεται είτε σε γενετική προδιάθεση, είτε σε στρεσογόνους παράγοντες. Η ψυχική υγεία των ατόμων που επιδέχονται θεραπεία κυμαίνεται από άτομα των οποίων η ψυχική υγεία ευδοκιμεί έως άτομα που έχουν διαγνωσθεί με οξείες ψυχικές ασθένειες. Ως ψυχική υγεία δεν θεωρείται μόνο η απουσία ψυχικής ασθένειας, αλλά η παρουσία ενός συνόλου χαρακτηριστικών του ατόμου μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται θετικά συναισθήματα, θετικές ψυχολογικές και κοινωνικές λειτουργίες και η ικανότητα να αλλάζει και να προσαρμόζεται στις αλλαγές παρουσιάζονται στη ζωή του. Λόγω της δυναμικής φύσης της ψυχικής υγείας και των ψυχικών διαταραχών οι εργοθεραπευτές απαιτείται να συντονίζονται και να αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις της ψυχικής υγείας όλων των θεραπευμένων, σε όλες τις δομές πρακτικής τους (ΑΟΤΑ, 2016).

Οι εργοθεραπευτές αντιμετωπίζουν εμπόδια που καθιστούν το άτομο ανίκανο να φτάσει στη μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας μέσω της αξιοποίησης ενός συνδυασμού των τύπων παρεμβάσεων που αναλύθηκαν παραπάνω. Εκτός όμως από τις παρεμβάσεις στο ίδιο το άτομο, υπάρχουν ορισμένα κοινοτικά εμπόδια που ο εργοθεραπευτής επιβάλλεται να συμπεριλάβει στη θεραπεία του, προκειμένου να είναι επιτυχημένη. Ένα από αυτά είναι το κοινωνικό στίγμα (Castaneda et al, 2013). Για την αντιμετώπισή του, ο εργοθεραπευτής ενισχύει την ατομική αποτελεσματικότητα και αυτοαποτελεσματικότητα καθώς και τη κοινωνική ενημέρωση που υπάρχει σε σχέση με το στίγμα, με σκοπό τη μείωσή του (Castaneda et al, 2013· Ma & Hsieh, 2020). Παρέχει λοιπόν ευκαιρίες στα άτομα για να εξασκήσουν και να κατακτήσουν τη δεξιότητα της εκπροσώπησης του εαυτού τους τόσο σε πεδία της κοινοτικής ζωής, όσο και στις ατομικές διαπροσωπικές τους σχέσεις. Μία άλλη πρόκληση είναι η ασφάλεια του ατόμου. Οι παρεμβάσεις για αυτή περιλαμβάνουν τη βελτίωση της αυτοφροντίδας, τη πρόσβαση σε



υπηρεσίες και υποστηρικτικές δομές και τη πρόληψη της θυματοποίησης του ατόμου μέσω της συμμετοχής του σε υγιείς καθημερινές δραστηριότητες με νόημα.

Παράλληλα, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση χρήζει παρέμβασης από τους εργοθεραπευτές. Σε αυτές, περιλαμβάνονται η ενίσχυση εκπαιδευτικών, προπαρασκευαστικών και εκτελεστικών λειτουργιών. Οι εργοθεραπευτές συνεργάζονται με τους θεραπευμένους, με εκπαιδευτικούς, με εργοδότες και άλλους φορείς, με στόχο να βοηθήσουν το άτομο να επιτύχει στον εργασιακό τομέα. Τέλος, η έλλειψη μακροπρόθεσμης στέγασης αποτελεί ένα ζήτημα το οποίο απαιτείται να διευθετήσει ο εργοθεραπευτής (Castaneda et al, 2013). Το ένα τρίτο του άστεγου πληθυσμού στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής πάσχει από κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια. Τα άτομα που είναι άστεγα συγκεντρώνουν αρκετούς παράγοντες κινδύνου που εντείνουν τη κατάστασή τους ζώντας σε έναν χώρο στέγασης αστέγων (Gutman et al, 2019). Ο εργοθεραπευτής, αναλύοντας τις δεξιότητες εκτέλεσης του ατόμου και τις ανάγκες διαβίωσής του στη κοινότητα, όπως είναι ο προσδιορισμός των πλεονεκτημάτων της υποστηριζόμενης στέγασης και η ανάπτυξη ρουτινών και συνηθειών ίσως καταφέρει να επιτύχει τη διατήρηση της αποτελεσματικότητας στο χώρο διαβίωσής του (Castaneda et al, 2013).

#### **4.4.1 ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

Τα μοντέλα της πρακτικής αποτελούν εργαλεία αναπαράστασης. Η χρησιμότητα ενός μοντέλου ως εργαλείο, εντοπίζεται στην ικανότητά του να προστάζει, να κατηγοριοποιεί και να απλοποιεί σύνθετα φαινόμενα. Η λειτουργία των μοντέλων να περιγράφουν τη δομή σχετικά με κάποια εμπειρικά φαινόμενα, και να αναγνωρίζουν εξωτερικά χαρακτηριστικά και σχέσεις που εφάπτονται σε ένα σύνολο φαινομένων (Keilhofner & Bruke, 1980). Οι θεραπευτές είναι απαραίτητο να εφαρμόζουν τα

θεωρητικά μοντέλα της πρακτικής καθώς η θεωρητική βάση είναι αυτή που διαχωρίζει το επάγγελμα από μια τεχνική εφαρμογή (Ikiugu, Smallfield & Condit, 2009)

Ένα από τα πρώτα μοντέλα εργοθεραπείας που δημοσιεύτηκαν και χρησιμοποιείται ευρέως μέχρι σήμερα στην εργοθεραπεία είναι το «Μοντέλο της Ανθρώπινης Λειτουργικής Ενασχόλησης» ή «Μοντέλο του Ανθρώπινου Έργου» ή με διεθνή ορολογία «The Model of Human Occupation» (ΜΟΗΟ) (Κανταρτζή, 2002· Keilhofner & Bruke, 1980). Το μοντέλο αναπτύχθηκε ακολούθως και σε απάντηση, σε μια περίοδο της ιστορίας της εργοθεραπείας όπου καθοδηγούνταν από την ιατρική επιστήμη. Οι πρώτες αντιλήψεις για το Μοντέλο δημοσιεύθηκαν στο American Journal of Occupational Therapy το 1980, με σκοπό την οργάνωση των ιδεών που θα μπορούσαν να καθοδηγήσουν τη πρακτική των εργοθεραπευτών, ώστε να είναι επικεντρωμένη στο έργο.

Μέχρι σήμερα έχουν δημοσιευτεί τρεις περαιτέρω αναθεωρήσεις, αντανακλώντας τη διεθνή ανάπτυξη και εξέλιξη της θεωρίας του μοντέλου, τη τεκμηριωμένη και πρακτική εφαρμογή του (Duncan, 2010). Σήμερα, το μοντέλο αυτό αποτελεί το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο μοντέλο εστιασμένο στο έργο διεθνές επίπεδο. Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζει θετικά την έμφαση της πρακτικής επικεντρωμένης στο έργο, που αποτελεί τον πυρήνα του επαγγέλματος τις τελευταίες δεκαετίες (Lee et al, 2012).

Συνοπτικά, αυτό το μοντέλο στηρίζεται σε δύο βασικές έννοιες, τη δυναμική φύση της εκτέλεσης έργου και τη ρόλο της εκτέλεσης έργου στη διατήρηση της οργάνωσης ενός συστήματος και την επίτευξη της αλλαγής (Kielhofner & Forsyth, 1997). Ασχολείται με το πώς εμπλέκονται οι άνθρωποι σε έργα της καθημερινότητας και πώς διαμορφώνεται η ικανότητα και η ταυτότητα και εξηγεί πώς μέσα από αυτά επιτυγχάνονται, επιλέγονται, διαμορφώνονται και εκτελούνται (Maciver et al, 2015).

Το ΜΟΗΟ περιλαμβάνει τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου, δηλαδή το βουλευτικό υποσύστημα, το υποσύστημα διαμόρφωσης συνηθειών και το εκτελεστικό

υποσύστημα, και το περιβάλλον. Το βουλευτικό υποσύστημα περιλαμβάνει τη προσωπική αιτιότητα, τις αξίες και τα ενδιαφέροντα του ατόμου. Το υποσύστημα διαμόρφωσης συνηθειών αποτελείται από τις συνήθειες που αποκτά το άτομο και τους ρόλους που αναλαμβάνει, ενώ το εκτελεστικό υποσύστημα αφορά τις προσωπικές υποκείμενες δεξιότητες του ατόμου, όπως είναι οι γνωστικές δεξιότητες (Park et al, 2019· Maciver et al, 2015). Το περιβάλλον είναι τόσο το φυσικό, όσο και το κοινωνικό. Τα αντικείμενα και οι χώροι αποτελούν το φυσικό περιβάλλον. Καθήκοντα, κοινωνικές ομάδες και πολιτιστικά-κοινωνικοπολιτικά περιβάλλοντα αποτελούν το κοινωνικό περιβάλλον (Maciver et al, 2015).

Ένα άλλο πολύ γνωστό θεωρητικό μοντέλο είναι το «Person-Environment-Occupation-Performance Model» (PEOP). Το μοντέλο PEOP εμφανίστηκε για πρώτη φορά το 1991 από τους Christiansen & Baum, οι οποίοι συνδύασαν περιβαλλοντικές και συμπεριφοριστικές θεωρίες, θεωρίες έργου και την ανθρωποκεντρική πρακτική. Το μοντέλο συνοψίζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο, το περιβάλλον του και τα έργα του αλληλοεπιδρούν δυναμικά κατά τη διάρκεια της ζωής του. Το μοντέλο αναπαρίσταται από τρεις αλληλεπικαλυπτόμενους κύκλους. Το σημείο της αλληλοεπικάλυψης και από τους τρεις, αναπαριστά την εκτέλεση έργου. Όσο μεγαλύτερη είναι η αλληλοεπικάλυψη, τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να είναι επιτυχημένη η εκτέλεση (Dancza & Rodger, 2018).

Το μοντέλο PEOP παρέχει ένα πλαίσιο πέντε διαστάσεων για τον παράγοντα ατόμου. Αυτοί είναι οι ψυχολογικοί, οι νευρολογικοί, οι πνευματικοί, οι σωματικοί και οι κινητικοί παράγοντες (Wong & Fisher, 2015). Αναλύοντας αυτούς τους παράγοντες, οι συγγραφείς Christiansen & Baum (2005) υπογραμμίζουν πώς οι θεραπευτές μπορούν να καθορίσουν τις δυνάμεις και τους περιορισμούς ενός ατόμου σε αυτές τις πέντε διαστάσεις. Το μοντέλο αυτό επεκτείνει την έννοια του περιβαλλοντικού παράγοντα πέρα

από τη συμβολική, τη προφορική και τη τυπική ύλη και το τεχνητό περιβάλλον για να συμπεριλάβει κι άλλους εξωγενείς παράγοντες. Αυτοί είναι η κοινωνική υποστήριξη, το κοινωνικό στίγμα και οι κοινωνικές τάσεις, το φυσικό και το τεχνητό περιβάλλον, οι πολιτιστικές αξίες και αρχές που είτε στηρίζουν ή περιορίζουν την εκτέλεση των έργων, των δραστηριοτήτων και των ενεργειών, και τους ρόλους του ατόμου, της οργάνωσης ή της κοινότητας στο οποίο απευθύνεται η παρέμβαση (Smith & Hudson, 2012). Η συμμετοχή στο έργο στο μοντέλο ΡΕΟΡ είναι ευρύτερη από την εκτέλεση έργου καθώς περιλαμβάνει την ικανότητα κάποιου να δρα σύμφωνα με έναν επιθυμητό τρόπο ζωής για συμμετοχή σε ουσιαστικούς και σκόπιμους ρόλους και δραστηριότητες (Wong & Fisher, 2015).

Το μοντέλο Kawa (Ιαπωνικά για ποτάμι), που αναπτύχθηκε από Ιάπωνες και Καναδούς επαγγελματίες αποκατάστασης, παρουσιάζει μια ουσιαστική καινοτόμα εναλλακτική επιλογή, σε σχέση με τα σύγχρονα «δυτικά» μοντέλα αποκατάστασης. Το μοντέλο, αντί να εστιάζει στο θεραπευόμενο μεμονωμένα, επικεντρώνεται σε «πλαίσια» που διαμορφώνουν και επηρεάζουν τη πραγματικότητα και τις προκλήσεις της καθημερινής του ζωής (Iwama, Thomson, & Macdonald, 2009). Αυτό το επιτυγχάνει χρησιμοποιώντας μια οικεία μεταφορά της φύσης ως ένα αποτελεσματικό μέσο για τη μετάφραση υποκειμενικών απόψεων για τον εαυτό, τη ζωή, την ευεξία και τη σημασία των έργων του ατόμου. Η εξοικείωση με τη μεταφορά, τόσο στους θεραπευτές όσο και στους θεραπευόμενους, και η ευκολία με την οποία το πλαίσιο αυτό μπορεί να κατανοηθεί και να εφαρμοστεί καθιστά το μοντέλο αποτελεσματικό και εξαιρετικά προσιτό πλαίσιο για την εξυπηρέτηση των θεραπευόμενων σε παγκόσμια κλίμακα (Paxton, Winston, Tobey, Johnson & Iwama, 2012).

Το μοντέλο Kawa χρησιμοποιεί μεταφορές. Το kawa σημαίνει ποτάμι στα Ιαπωνικά, μια κοινή μεταφορά για την προσωπική ζωή στους Ιαπωνικούς πολιτισμούς, για να

δημιουργηθεί η εικόνα των συνθηκών της ζωής κάποιου. Η χρήση της μεταφοράς επιτρέπει στο μοντέλο να μεταφέρει τις ιαπωνικές προοπτικές για την ευημερία του ατόμου. Η βέλτιστη κατάσταση ευημερίας στη ζωή κάποιου, μπορεί να απεικονιστεί μεταφορικά από μια εικόνα ισχυρής, βαθιάς και ανεμπόδιστης ροής στο ποτάμι (Wada, 2011). Με αυτό τον τρόπο, ενεργοποιεί τη δομή του πολιτισμού της εκάστοτε χώρας ως κοινές εμπειρίες και κοινές σφαίρες νοήματος, για να συμπεριλάβει τις συλλογικές κοινωνικές διαδικασίες με τις οποίες δημιουργούνται και συντηρούνται διακρίσεις, έννοιες και κατηγοριοποιήσεις αντικειμένων και φαινομένων. Στην ουσία, τα άτομα αναπτύσσουν την κοσμοθεωρία τους μέσα από ένα πλήθος δυναμικών παραγόντων όπως η εκχώρηση νοήματος σε αντικείμενα, η ανάπτυξη προκλήσεων εντός του περιβάλλοντος και η συσχέτιση εμπειριών με χρονικούς παράγοντες. Το νόημα ποικίλλει σε κάθε άτομο ανάλογα με την αλληλεπίδραση του εντός ενός καθιερωμένου περιβαλλοντικού κοινωνικού πλαισίου (Gregg, Howall, Quick, & Iwama, 2015).

Σύμφωνα με μια ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε εργοθεραπευτές που εκπαιδεύτηκαν για να χρησιμοποιήσουν το μοντέλο αυτό, βρέθηκε πως ενώ στην αρχή ανησυχούσαν για την επεξήγηση του στο θεραπευόμενο, στη συνέχεια η εφαρμογή του ήταν εύκολη. Το μοντέλο έφερε επιτυχημένα αποτελέσματα στη θεραπευτική διαδικασία διευκολύνοντας την αλληλεπίδραση μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευμένου, την αύξηση του ενθουσιασμού και της ενέργειας τόσο του θεραπευμένου, όσο και του εργοθεραπευτή. Επίσης, προκάλεσε τους εργοθεραπευτές να ωθήσουν τα όρια της θεραπευτικής πρακτικής, αναγνωρίζοντας το πλήθος των δυνατοτήτων που τους επέφερε η χρήση του μοντέλου (Paxson et al, 2012).

## **5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ**

### **5.1 ΓΙΑΤΙ Η ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΣΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Η θεραπεία και η πρόληψη εκδήλωσης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των ατόμων καθώς και όσων έχουν χάσει ένα προσφιλές πρόσωπο από αυτοκτονία χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερη πολυπλοκότητα. Για το λόγο αυτό, μια ολιστική προσέγγιση η οποία αναγνωρίζει τη πολύπλοκη υπόσταση ενός ατόμου, όπως είναι η προσέγγιση της εργοθεραπείας μπορεί να συμβάλει καθοριστικά (Novalis, 2017). Μάλιστα, οι εργοθεραπευτές, σε σχέση με άλλους επαγγελματίες υγείας, λόγω της φύσης του επαγγέλματος, διαθέτουν τις γνώσεις και την προαπαιτούμενη εκπαίδευση για να κατανοήσουν πότε η καθημερινή ζωή του ατόμου έχει διακοπεί από σκέψεις αυτοκτονίας (CAOT, 2014). Γιατί όμως η εργοθεραπεία είναι σημαντική για τη πρόληψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς;

Η απάντηση έγκειται στις βασικές αρχές του επαγγέλματος. Όπως ήδη αναφέρθηκε, η σύγχρονη εργοθεραπευτική πρακτική είναι εργοκεντρική (ΑΟΤΑ, 2014· Boyt Schell et al, 2014· Di Tommaso, Wicks, Scarvell & Isbel, 2019· Joosten, 2015· Kielhofner, 2009· Lui, 2018· Κουλουμπή, 2016· Μοροζίνη, 2014). Στόχος της εργοθεραπείας είναι να καταστήσει τα άτομα ικανά να εκτελούν και να συμμετέχουν σε έργα της καθημερινότητας, τα οποία έχουν ανάγκη, επιθυμούν ή και απαιτούνται από αυτά να κάνουν (ΑΟΤΑ, 2014). Τα έργα δίνουν σκοπό και νόημα στη ζωή των ατόμων (WFOT, 2012). Ο σκοπός και το νόημα στη ζωή των ανθρώπων ενισχύουν την επιθυμία τους για ζωή (CAOT, 2014). Σε άτομα που παρουσιάζουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, ενισχύοντας την επιθυμία για ζωή και παρέχοντας κατάλληλη υποστήριξη, μειώνεται ο κίνδυνος της αυτοκαταστροφής (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, n.d.).

Γενικότερα, σύμφωνα με το Καναδέζικο Σύλλογο Εργοθεραπευτών (CAOT), οι εργοθεραπευτές μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη πρόληψη της αυτοκτονικότητας. Πρώτα και κύρια, είναι εκπαιδευμένοι να εντοπίζουν τα έργα και τις δραστηριότητες που δίνουν νόημα στη ζωή του θεραπευόμενου (CAOT, n.d.). Αυτό συμβαίνει καθώς η σημερινή πρακτική της εργοθεραπείας ακολουθεί το σύγχρονο παράδειγμα εργοκεντρικής παρέμβασης (Di Tommaso, 2019). Οι θεμελιώδεις αρχές της εργοθεραπείας είναι συμβατές με την αυτοδιαχείριση που ενσωματώνει τόσο την έννοια του εαυτού του ατόμου, όσο και την υποστήριξη, η οποία του δίνει τη δυνατότητα να ασπαστεί προσωπικούς ορισμούς για την υγεία, αποδίδοντας έτσι εξατομίκευση στον όρο. Έχοντας ως βάση την ανθρωπιστική οπτική, το άτομο θεωρείται ως συντάκτης της δραστηριότητας που θα επηρεάσει την υγεία του (Stern, 2018).

Παράλληλα, είναι το αρμόδιο επάγγελμα για το καθορισμό μακροπρόθεσμων και βραχυπρόθεσμων στόχων διευκολύνοντας τη συμμετοχή του ατόμου σε επιθυμητά έργα (CAOT, n.d.). Μέσω της ανάλυσης έργου και της ανάλυσης δραστηριότητας, οι εργοθεραπευτές ορίζουν το πλάνο φροντίδας του θεραπευόμενου. Εκεί θέτουν τους στόχους, οι οποίοι θα ευοδώσουν τη πραγματοποίηση ενός επιθυμητού από το άτομο έργου (Sames, 2014). Επιπρόσθετα, δύναται να αναγνωρίσουν πότε ο θεραπευόμενός τους κινδυνεύει να αυτοκτονήσει, ενώ λόγω της ανθρωποκεντρικής πρακτικής τους έχουν τη δυνατότητα να εκμαιεύσουν τους παράγοντες που τον ωθούν σε αυτό το έργο (CAOT, n.d.). Άλλωστε, ενεργή εμπλοκή των εξυπηρετούμενων στη θεραπευτική διαδικασία δομή τη σύγχρονη εργοθεραπευτική παρέμβαση (Morrison & Smith, 2013· Palmodottir, 2006).

Με βάση τις γνώσεις τους για τις κοινωνικές υπηρεσίες, οι εργοθεραπευτές καθίστανται ικανοί να ειδοποιήσουν τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης εάν ο θεραπευόμενος είναι έντονα αυτοκτονικός. Παράλληλα, συνδέουν τους θεραπευόμενούς τους με ένα δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών που θα τους προσφέρει την αναγκαία στήριξη (CAOT, n.d.).

Τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες πολύ συχνά βιώνουν σημαντικές δυσκολίες που αφορούν την οικονομική τους κατάσταση, το κοινωνικό στίγμα, ή άλλες κοινωνικές προσαρμογές (Harper et al, 2015). Μέσα στο κοινωνικό χάος, ο εργοθεραπευτής ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας αποκατάστασης που στοχεύει στη μέγιστη λειτουργικότητα του ατόμου, δύναται να υιοθετήσει ένα ρόλο αρωγού για αυτά (WFOT, 2012).

Ένα διαφορετικός ρόλος που τους αποδίδεται, έγκειται στη βελτίωση ή ελαχιστοποίηση τον αυτοκτονικού ιδεασμού, παρεμβαίνοντας σε επίπεδο δεξιοτήτων (CAOT, n.d.). Για το σκοπό αυτό, επιστρατεύονται τόσο γνωστικές στρατηγικές, όσο και στρατηγικές παρέμβασης στις ψυχοκοινωνικές δεξιότητες και τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων (CAOT, n.d· Stone et al, 2017). Τέλος, η εργοθεραπεία βοηθά στη δομή και την οργάνωση των καθημερινών δραστηριοτήτων των ατόμων έτσι ώστε να μπορούν να εξισορροπήσουν ότι θέλουν, χρειάζονται ή αναμένεται να κάνουν (CAOT, n.d· WFOT, 2012).

## **5.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**

Η ανίχνευση και αξιολόγηση των ατόμων που παρουσιάζουν αυτοκτονική συμπεριφορά απαιτείται να είναι μια διαδικασία η οποία θα πραγματοποιείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, με τη συμβολή της διαρκούς εκτίμησης του θεραπευτή. Σύμφωνα με το μοντέλο «Zero Model», οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης που αποσκοπούν στη πρόληψη της αυτοκτονίας θα πρέπει να εξετάζουν συστηματικά, να αναγνωρίζουν και να αξιολογούν τον αυτοκτονικό κίνδυνο μεταξύ των ατόμων που λαμβάνουν τις υπηρεσίες τους. Η αποτυχία αξιολόγησης του κινδύνου αυτοκτονίας αποτελεί τη πιο κοινή αιτία αυτοκτονιών (Brodsky et al, 2018· Hogan & Grumet, 2016).

Αν και δεν υπάρχουν καθοριστικοί προγνωστικοί παράγοντες για μια αυτοκτονία, έχει αποδειχθεί πως η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου μέσω της λήψης ιστορικού, είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για τον εντοπισμό των ατόμων με αυτοκτονική



συμπεριφορά (Hogan, 2016). Η λήψη ιστορικού έχει ως στόχο να συμπληρώσει τις απαραίτητες πληροφορίες για τη καλύτερη κατανόηση της ιστορίας ζωής του λήπτη υπηρεσιών υγείας και το αντίκτυπο που αυτή έχει στη βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητά του. Η διάρκεια λήψης του ιστορικού είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί σε συγκεκριμένα χρονικά όρια. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης προέχει πάντοτε η ψυχική ευημερία του λήπτη υπηρεσιών υγείας. Το ιστορικό που λαμβάνεται χωρίζεται σε προσωπικό ιστορικό, ψυχιατρικό ιστορικό, οικογενειακό ιστορικό, κατάχρησης ουσιών και ιατρικό ιστορικό (Trenoweth & Moone, 2017). Οι πιο γνωστοί παράγοντες κινδύνου που πρέπει να πυροδοτήσουν τον έλεγχο για αυτοκτονία περιλαμβάνουν την ύπαρξη ψυχικής ασθένειας ή διάγνωση χρήσης ουσιών, ψυχοκοινωνικό τραύμα ή σύγκρουση, πρόσφατη απώλεια όπως η απώλεια εργασίας ή ο θάνατος μέλους της οικογένειας, το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονιών και το προσωπικό ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας (Hogan & Grumet, 2016).

Το ιστορικό αξιοποιείται πολύ συχνά από τη δημόσια υγεία ώστε να ταυτοποιούνται οι παράγοντες κινδύνου στους οποίους εκτίθεται το άτομο και στη συνέχεια, οι ειδικοί να μειώνουν την έκθεσή του ατόμου σε αυτούς. Ωστόσο, η πρακτική εφαρμογή αυτού έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας λίστας με παράγοντες κινδύνου αλλά περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με το ποιους να επιλέξουν οι ειδικοί για να παρέμβουν (Carter & Spittal, 2018).

Για την ορθή επιλογή των κατάλληλων παραγόντων παρέμβασης, ο εργοθεραπευτής καλείται να φτιάξει ένα προφίλ έργου για το άτομο, μετά τη λήψη ιστορικού. Το προφίλ έργου αποτελεί μια σύνοψη του ιστορικού έργων και των εμπειριών του ατόμου, της ομάδας ή του πληθυσμού, στην οποία περιλαμβάνονται τα μοτίβα της καθημερινής ζωής, τα ενδιαφέροντα, οι αξίες, οι ανάγκες και τα υπόλοιπα συναφή πλαίσια. Οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται σε αυτό λαμβάνονται μέσω της οπτικής του εκάστοτε λήπτη

υπηρεσιών εργοθεραπείας, με τη χρήση τόσο επίσημων όσο και άτυπων τεχνικών συνέντευξης και συνομιλίας. Οι πληροφορίες που λαμβάνονται μέσω του προφίλ έργου συμβάλουν σε μια ανθρωποκεντρική πρακτική προσέγγιση (ΑΟΤΑ, 2020<sup>2</sup>).

Το προφίλ έργου αποτελεί έναν τρόπο για να γίνουν γνωστά η ιστορία και η εμπειρίες έργου του ατόμου, τα μοτίβα της καθημερινής του ζωής, των ενδιαφερόντων, των αξιών και των αναγκών του. Επίσης, επισημαίνονται οι δυνατότητες και οι ανησυχίες του ατόμου ή του πληθυσμού σε σχέση με την εκτέλεση έργου και των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής, οι περιοχές στις οποίες πιθανό να έχουν διαταραχθεί τα έργα, τα εμπόδια και η στήριξη για την εκτέλεσή τους και τέλος οι προτεραιότητες έργου που θέτει το ίδιο το άτομο (ΑΟΤΑ, 2014). Με αυτό το τρόπο συμβάλει ουσιαστικά στην αξιολόγησή του, το σχεδιασμό και την υλοποίηση της παρέμβασης, και τα στάδια προγραμματισμού της λήξης θεραπείας (ΑΟΤΑ, 2020<sup>2</sup>). Στη συνέχεια, έπεται η ανάλυση της εκτέλεσης έργου, κατά την οποία πραγματοποιείται η εξειδικευμένη αναγνώριση των δυνατών σημείων του ατόμου αλλά και τα προβλήματα που ενδέχεται να αντιμετωπίσει (Μοροζίνη, 2014).

Ωστόσο, για την αναγνώριση των ατόμων που εμφανίζουν αυτοκτονική συμπεριφορά είναι θεμιτό να αξιοποιηθούν δομημένα αξιολογητικά εργαλεία, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για τη διεπιστημονική επικοινωνία. Ένα από αυτά είναι το Ask Suicide-Screening Questions (ASQ), το οποίο αποτελεί ένα γρήγορο και ψυχομετρικά έγκυρο ανιχνευτικό εργαλείο διαλογής ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο να αυτοκτονήσουν. Το εργαλείο αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις οι οποίες μπορούν να τεθούν είτε σε παιδιά είτε σε ενήλικες ασθενείς που βρίσκονται σε δομές έκτακτης ανάγκης, εσωτερικές μονάδες ασθενών και εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Εάν ο ασθενής απαντήσει «Όχι» σε όλες τις ερωτήσεις, δε χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Εάν ο ασθενής απαντήσει "Ναι" σε οποιαδήποτε από τις τέσσερις ερωτήσεις, το τεστ περιέχει

και μια πέμπτη ερώτηση η οποία απαιτείται να διενεργηθεί. Επίσης αν αρνείται να δώσει απάντηση σε κάποια ερώτηση, η απάντηση λαμβάνεται ως θετική. Ανάλογα με την απάντηση του ασθενούς στη πέμπτη ερώτηση, κρίνεται αν βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο ή όχι. Το εργαλείο αυτό δεν έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό (Horowitz κ.ά., 2020· National Institute of Mental Health [NIMH], 2020).

Ένα άλλο αξιολογητικό εργαλείο, είναι το Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). Αυτό αναπτύχθηκε με στόχο τη συστηματική αξιολόγηση του αυτοκτονικού ιδεασμού και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Interian et al, 2018). Ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η συμπεριφορά θεωρούνται μονοδιάστατοι όροι, οι οποίοι ωστόσο χαρακτηρίζονται από το παθητικό ιδεασμό, την ενεργό πρόθεση και τη συμπεριφορά που υφίσταται σε ένα συνεχές. Εντούτοις, το C-SSRS σχεδιάστηκε για να διακρίνει τους τομείς του αυτοκτονικού ιδεασμού και την αυτοκτονική συμπεριφορά.

Για να το πετύχει αυτό, μετρά τέσσερις κατηγορίες ενδιαφέροντος. Το πρώτο είναι η σοβαρότητα του ιδεασμού, ή υποκλίμακα σοβαρότητας, η οποία διαβαθμίζεται σε πέντε κατηγορίες. Το δεύτερο είναι η ένταση του ιδεασμού ή υποκλίμακα έντασης του ιδεασμού, η οποία περιλαμβάνει την αξιολόγηση πέντε στοιχείων. Το τρίτο είναι η υποκλίμακα συμπεριφοράς, η οποία βαθμολογείται σε μια ονοματική κλίμακα που περιλαμβάνει πραγματικές, ματαιωμένες και διακοπείσες απόπειρες αυτοκτονίας, προπαρασκευαστική συμπεριφορά και μη αυτοκτονικές αυτοτραυματικές συμπεριφορές. Τέταρτη και τελευταία είναι η υποκλίμακα θνησιμότητας, η οποία αξιολογεί τις απόπειρες. Η πραγματική θνησιμότητα βαθμολογείται σε μια κλίμακα έξι τομέων, στην οποία εάν η πραγματική θνησιμότητα είναι μηδενική, οι πιθανές θανατηφόρες απόπειρες βαθμολογούνται σε μια άλλη κλίμακα 3 στοιχείων (Posner et al, 2011). Η ψυχομετρική μελέτη του C-SSRS έχει επιδείξει συμφωνία μεταξύ βαθμολογητών και εσωτερική εγκυρότητα, καθώς και την

ευαισθησία για την ανίχνευση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, την εσωτερική συνέπεια (για την ένταση του ιδεασμού), και την ευαισθησία στην αλλαγή (Interian κ.ά., 2018).

Η δοκιμασία Stroop στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά χρησιμοποιείται ως αξιολογητικό εργαλείο μέτρησης του κινδύνου αυτοκτονίας σε έφηβους και ενήλικες. Είναι ένα εργαλείο που δημιουργήθηκε από τη προσαρμογή του Emotional Stroop Task (EST), το οποίο μετρά το βαθμό στον οποίο συναισθηματικά ερεθίσματα παρεμβαίνουν στη προσπάθεια καταστολής ισχυρών συναισθηματικών αποκρίσεων.

Η αυξημένη καθυστέρηση απόκρισης που εμφανίζουν οι ασθενείς με αυτοκτονική συμπεριφορά αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως μεροληπτική διαχείριση της προσοχής (Wilson et al, 2019). Αυτή συνδέεται εννοιολογικά με ένα γνωστικό μοντέλο αυτοκτονίας, όπου άτομα με ενεργοποιημένο σχήμα αυτοκτονίας έχουν δυσκολία αποδέσμευσης από σκέψεις που σχετίζονται με αυτό και προσαρμόζουν προσεκτικά τις σχετικές πληροφορίες (Wenzel & Beck, 2008). Αξίζει να σημειωθεί πως η δοκιμασία αυτή έχει τη δυνατότητα να διακρίνει όσους δύναται να αποπειραθούν αυτοκτονίας από όσους δε δύναται (Lengvenyte et al, 2019).

Αξιόπιστα εργαλεία ελέγχου και αξιολόγησης είναι απαραίτητο να ενσωματωθούν στη κλινική πρακτική επειδή σε συνδυασμό με την κλινική κριτική ικανότητα είναι πιο ακριβής από την απλή χρήση της κριτικής ικανότητας. Επίσης, μια ολοκληρωμένη κλινική αξιολόγηση αναγράφει την εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας, αν το άτομο διατρέχει άμεσο κίνδυνο και προετοιμάζει για τις στρατηγικές θεραπείας (Hogan & Grumet, 2016). Τα παραπάνω εργαλεία χρησιμοποιούνται από διάφορες ειδικότητες ψυχικής υγείας. Για τον εξεταστή είναι προαπαιτούμενη η εξειδικευμένη εκπαίδευση στα συγκεκριμένα αξιολογητικά εργαλεία.

### **5.3 ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Ο ρόλος του εργοθεραπευτή στην αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας αποτελεί ένα βιβλιογραφικό κενό καθώς δεν υπάρχουν ακόμα κατευθυντήριες γραμμές οι οποίες να τον περιγράφουν (CAOT, 2014). Προσεγγίζοντας το ζήτημα αυτό από μια αισιόδοξη οπτική γωνία, γίνεται αντιληπτή η δυνατότητα των εργοθεραπευτών να σχεδιάσουν τη δική τους καινοτόμα κλινική πρακτική σε σχέση με την αυτοκτονικότητα. Βασικό χαρακτηριστικό που θα εδραιώσει τη θέση του εργοθεραπευτή στη διεπιστημονική ομάδα καταπολέμησης της αυτοκτονικότητας αποτελεί η διατήρηση της ολιστικής οπτικής του επαγγέλματος (CAOT, 2014· Novalis, 2017).

Η εργοθεραπευτική παρέμβαση που θα προταθεί στη συγκεκριμένη εργασία, χρησιμοποιεί ως θεωρητική βάση το «Stress Diathesis Model» του Mann. Όπως ήδη αναλύθηκε, το μοντέλο αυτό προτείνει πως η αυτοκτονία είναι το αποτέλεσμα συνδυασμού συγκεκριμένων γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Mann, 2003). Η πρόληψη της αυτοκτονικότητας μπορεί να πραγματοποιηθεί ελαττώνοντας τους παράγοντες κινδύνου που ωθούν το άτομο σε αυτή τη πράξη, ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται οι προστατευτικοί παράγοντες (CDC, 2020). Επομένως, η εργοθεραπευτικές προσεγγίσεις παρέμβασης θα αφορούν τη πρόληψη της αυτοκτονικότητας και τη προώθηση της υγείας του ατόμου ή της ομάδας παρέμβασης. Για το σκοπό αυτό, θα χρειαστεί η παρέμβαση να είναι πολυεπίπεδη και να εφαρμοστεί σε διάφορους τομείς πρόληψης της αυτοκτονικότητας (Brodsky et al, 2018· Cramer & Kapusta, 2017· Hegerl, 2016· Pisani et al, 2016· Stone et al, 2017· U.S. Surgeon General & the National Action Alliance for Suicide Prevention, 2012).

#### **5.3.1 ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η πρωταρχική πρόληψη στοχεύει στην πρόληψη της εμφάνισης παραγόντων κινδύνου για αυτοκτονία. Αυτό το επίπεδο πρόληψης είναι ουσιαστικά εκτός των

αρμοδιοτήτων των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει την καθιέρωση τις κοινωνικοοικονομικές και πολιτιστικές συνθήκες που προάγουν την ψυχική υγεία και την ευημερία ενός πληθυσμού (Pitman & Caine, 2012). Εμμέσως, οι εργοθεραπευτές θα μπορούσαν να συμβάλουν στη πρόληψη εκδήλωσης των παραγόντων κινδύνου μέσω της εκπροσώπησης. Επί του παρόντος, δεν υπάρχει κάποιο πλαίσιο για τη παρουσίαση του ρόλου του εργοθεραπευτή ως εκπροσώπου, ή έστω τη κατανόηση των αρμοδιοτήτων του (Dhillon et al, 2016).

Όπως αναλύθηκε και παραπάνω, το επάγγελμα της εργοθεραπείας διαθέτει μια ιδιαίτερα πολύπλευρη φύση. Δουλεύοντας σε διαφορετικούς ρόλους, όπως είναι ο εκπαιδευτικός, ο σύμβουλος, ο παρακινητής, οι εργοθεραπευτές αντιλαμβάνονται την αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των τομέων υγείας και του νομικού τομέα (Stover, 2016). Με αυτό τον τρόπο, ο εργοθεραπευτής θα μπορούσε να συμβάλει στη συνηγορία ιδιαίτερα περιθωριοποιημένων ομάδων, όπως άτομα που αντιμετωπίζουν ενδοοικογενειακή βία, ανεργία ή και έλλειψη στέγης (Dhillon et al, 2016). Με αυτό τον τρόπο μπορούν να συμμετέχουν έμμεσα στο έργο της κοινωνίας να προληφθεί η εμφάνιση διάφορων παραγόντων κινδύνου για την αυτοκτονία (Overholser et al, 2012, Turecki & Brent, 2016).

### **5.3.2 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΤΟΜΕΑΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ**

Όπως αναφέρθηκε, η πρωτογενής πρόληψη αφορά τη παρέμβαση πριν εμφανιστούν επιπτώσεις στην υγεία. Αφορά τη λήψη μέτρων όπως η μεταβολή επικίνδυνων συμπεριφορών για την υγεία και η απαγόρευση ουσιών που είναι γνωστό ότι σχετίζονται με ασθένειες ή κακή κατάσταση υγείας (CDC, 2017). Σε σχέση με την αυτοκτονικότητα, η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει παρεμβάσεις που αποτρέπουν την έναρξη του αυτοκτονικού ιδεασμού. Ένα παράδειγμα, αποτελεί η υποστήριξη των ατόμων μετά από σημαντικά συμβάντα ζωής, όπως η απώλεια εργασίας και οι καταστάσεις πένθους (Pitman & Caine, 2012). Είναι ακόμα σημαντικό να γίνει γνωστό πως οι επιζώντες από απόπειρα

αυτοκτονίας βιώνουν πολύ συχνά το κοινωνικό στίγμα, με αποτέλεσμα τη κοινωνική απομόνωση. Μάλιστα, ένα αρκετά συχνό φαινόμενο μετά από μια απόπειρα αυτοκτονίας είναι ο επιζών να χάνει κάποιον από τους ρόλους ζωής του όπως είναι ο ρόλος του συζύγου ή του γονέα (Novalis, 2017).

### **5.3.2.1 Παρέμβαση σε Σχολεία και Χώρους Εργασίας**

Από τα παραπάνω, γίνεται φανερή η ανάγκη δημιουργίας προγραμμάτων για την ευαισθητοποίηση της κοινότητας (Bachmann, 2018). Στο σχεδιασμό της συγκεκριμένης παρέμβασης μπορούν να τεθούν δύο βραχυπρόθεσμοι στόχοι. Αυτοί είναι η ενημέρωση της ευρύτερης κοινότητας σχετικά με θέματα που αφορούν την αυτοκτονικότητα και να δοθεί η ώθηση σε όσους έχουν αναγνωρίσει στον εαυτό τους ή κάποιο οικείο άτομο γνωρίσματα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, να ζητήσουν βοήθεια από κάποιον επαγγελματία υγείας. Ως μακροπρόθεσμο στόχο της παρέμβασης αυτής μπορούμε να θεωρήσουν τη μείωση του κοινωνικού στίγματος των ατόμων με αυτοκτονική συμπεριφορά και τη πρόληψη πιθανών μελλοντικών αυτοκτονιών (Ma & Hsieh, 2020). Οι παρεμβάσεις αυτές εντάσσονται στις κατευθύνσεις της προώθησης της υγείας και της πρόληψης (ΑΟΤΑ, 2014).

Το κοινωνικό στίγμα αποτελεί μια πτυχή της ασθένειας η οποία δε καταπολεμάται με φάρμακα (CAOT, 2014). Είναι υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας να στηρίζουν τους ασθενείς τους έναντι αυτού (Στυλιανίδης, 2015). Σε αυτό το πλαίσιο, υπάρχουν αρκετές δράσεις που μπορούν να προγραμματιστούν, τόσο από εργοθεραπευτές, όσο και από άλλες ειδικότητες υγείας. Μερικές από αυτές είναι οι τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας και οι ενημερωτικές δράσεις στη δημόσια εκπαίδευση, σε χώρους εργασίας και σχολεία (Bachmann, 2018).

Στις σχολικές μονάδες έχουν εφαρμοστεί διάφορα προγράμματα παρέμβασης καθώς οι αυτοκτονίες νέων ανθρώπων αποτελούν ένα πολύ σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας

(Schmidt, Iachini, George, Koller & Weist, 2014). Γενικά, τα σχολικά προγράμματα πρόληψης είναι είτε καθολικά, είτε ατομικά και κατά την εφαρμογή τους είναι απαραίτητο να έχουν ενσωματωθεί πλήρως στο σχολικό πρόγραμμα (Macleod, Nada-Raja, Beautrais, Shave, & Jordan, 2018· Schmidt et al, 2014). Στα καθολικά προγράμματα περιλαμβάνονται προγράμματα ευαισθητοποίησης στην αυτοκτονία. Σε αυτά, μαθητές και εκπαιδευτικοί υφίστανται μια σύντομη διδασκαλία σε δομή τάξης, σχεδιασμένη να παρέχει πληροφορίες στους μαθητές σχετικά με την αυτοκτονία, πώς να εντοπίζουν τον κίνδυνο στον εαυτό τους ή τους συνομηλίκους τους, και πώς να ζητούν βοήθεια.

Άλλα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης περιλαμβάνουν την ανάπτυξη δεξιοτήτων με στόχο να λειτουργήσουν ως προστατευτικοί παράγοντες (Macleod et al, 2018). Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι εργοθεραπευτές μπορούν να αξιοποιήσουν διάφορα θεωρητικά μοντέλα τα οποία θα τους προσφέρουν μια ολιστική εικόνα των ατόμων, όπως είναι το Καναδέζικο μοντέλο της Εκτέλεσης Έργου (Κανταρτζή, 2002). Κατά το σχεδιασμό της παρέμβασης, ενδείκνυται η αξιοποίηση έργων και δραστηριοτήτων, όπως και η εκπαίδευση και η εξάσκηση ως τύποι παρέμβασης (ΑΟΤΑ, 2014). Παραδείγματα βραχυπρόθεσμων στόχων παρέμβασης αποτελεί η ανάπτυξη δεξιοτήτων όπως είναι η επίλυση προβλήματος και άλλων γνωστικών δεξιοτήτων (Macleod et al, 2018).

### **5.3.2.2 Παρέμβαση μέσω Τηλεφωνικών Γραμμών Υποστήριξης**

Ένας ακόμα πρωτογενής τρόπος πρόληψης της αυτοκτονίας είναι οι τηλεφωνικές γραμμές. Οι εργοθεραπευτές ήδη τον αξιοποιούν σε άλλους τομείς της πρακτικής τους. Για παράδειγμα, εργοθεραπευτές συμμετέχουν σε τηλεφωνικές γραμμές που παρέχουν συμβουλές σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Brown et al, 2006· Palmer & El Miedany, 2011). Επίσης, το Birmingham, μια πόλη της Αγγλίας, διαθέτει μια τηλεφωνική γραμμή παροχής εργοθεραπευτικών συμβουλών. Η γραμμή αυτή είναι διαθέσιμη για οποιονδήποτε επιθυμεί να επικοινωνήσει προκειμένου να του δοθούν πρακτικές



συμβουλές, στρατηγικές και υποστήριξη σχετικά με τη λειτουργικότητα και την ανεξαρτησία ενός παιδιού (<https://www.bhamcommunity.nhs.uk/patients-public/children-and-young-people/services-parentportal/paediatric-occupational-therapy-service/ot-telephone-advice-line/>).

Στην Ελλάδα, η γραμμή παρέμβασης για την αυτοκτονία είναι το 1018. Το νούμερο αυτό λειτουργεί ο οργανισμός ΚΛΙΜΑΚΑ, με την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας και του Κέντρου Ημέρας για την πρόληψη της αυτοκτονίας. Είναι ανοιχτή είκοσι τέσσερις ώρες το εικοσιτετράωρο, επτά μέρες την εβδομάδα. Οι κλήσεις είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές και είναι η μοναδική εθνική γραμμή βοήθειας και υποστήριξης στο κομμάτι της αυτοκτονίας. Στη γραμμή αυτή, ειδικά εκπαιδευμένοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αναλαμβάνουν την αντιμετώπιση ατόμων που έχουν ανάγκη και βρίσκονται σε κίνδυνο (<http://suicide-help.gr/tetarti-exousia-pezis-ki-esy-rolo-stinprolipsi-tis-aftoktonias/>). Στη γραμμή αυτή μπορούν να συμμετάσχουν και οι εργοθεραπευτές που εργάζονται στη ψυχική υγεία. Ως ισότιμο μέλος της θεραπευτικής ομάδας, μπορούν να αξιοποιήσουν τις γνώσεις που ήδη έχουν και να εκπαιδευτούν περαιτέρω, προκειμένου να συμμετάσχουν συμβάλλοντας στη πρόληψη της αυτοκτονίας (CAOT, 2014· Novalis, 2017). Στη συγκεκριμένη μέθοδο παρέμβασης, ο εργοθεραπευτής μπορεί να αξιοποιήσει τη συμβουλευτική κάνοντας τροποποιήσεις, προληπτικές παρεμβάσεις στο περιβάλλον και ωθώντας τα άτομα να εκτελέσουν κατάλληλα έργα ή να τα παραπέμψουν στο κατάλληλο κοινοτικό φορέα με στόχο την αναζήτηση της αναγκαίας εξατομικευμένης βοήθειας (ΑΟΤΑ, 2014· CAOT, n.d.)

### **5.3.3 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΤΟΜΕΑΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ**

Η δευτερογενής πρόληψη ανιχνεύει τον πρώιμο αυτοκτονικό ιδεασμό ή τους παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονία μεταξύ των ατόμων που πάσχουν ή όχι από κάποια ψυχική ασθένεια. Μερικοί από τους αισθητούς παράγοντες κινδύνου, τόσο για το

άτομο όσο και για τον περίγυρό του είναι η απελπισία, η κατάχρηση ουσιών, ή κάποια σωματική ασθένεια (Pitman & Caine, 2012). Σε αυτό το πλαίσιο, οργανώνονται ομάδες αυτοβοήθειας και προγράμματα εκπαίδευσης συνομηλίκων (Bachmann, 2018).

### **5.3.3.1 Ομάδες Αυτοβοήθειας**

Οι ομάδες αυτοβοήθειας για άτομα των οποίων συγγενείς έχουν αυτοκτονήσει και για επιζώντες μετά από απόπειρα αυτοκτονίας αποτελούν μέρος της προληπτικής θεραπευτικής παρέμβασης δευτερογενούς τομέα πρόληψης (Bachmann, 2018). Οι ομάδες αυτοβοήθειας είναι άτυπες ομάδες ανθρώπων που ενώνονται για να αντιμετωπίσουν τα κοινά τους προβλήματα. Ενώ η αυτοβοήθεια μπορεί να σημαίνει εστίαση στο άτομο, ένα σημαντικό χαρακτηριστικό των ομάδων αυτοβοήθειας είναι η ιδέα της αμοιβαίας υποστήριξης. Οι ομάδες μπορούν να εξυπηρετήσουν πολλούς διαφορετικούς σκοπούς ανάλογα με την κατάσταση και την ανάγκη (World Health Organization., Unesco, & International Labour Organization, 2010).

Η συνεργασία της εργοθεραπευτικής πρακτικής με τις ομάδες αυτοβοήθειας είναι σύμφωνη τόσο με τις αρχές της ανθρωποκεντρικής πρακτικής, όσο και με τη προαγωγή της υγείας (Banks, Crossman, Poel & Stewart, 1997). Ένα από τα μοντέλα της ψυχικής υγείας που υποστηρίζει αυτού του είδους τις παρεμβάσεις σε δομές ψυχικής υγείας είναι το μοντέλο Recovery (Kumar et al, 2019).

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο, οι θεραπευόμενοι δρουν ως εμπειρογνώμονες της δικής τους ασθένειας (Στυλιανίδης, 2014). Στη θεραπεία τους ενσωματώνεται η ολιστική ματιά του ατόμου, η υποστήριξη από ομότιμους, η δημιουργία σχέσεων, και γενικότερα ο σεβασμός της ατομικότητας του θεραπευόμενου (Synoves, 2015· Στυλιανίδης, 2014). Στόχος της παρέμβασης δεν αποτελεί το άτομο να γίνει ‘φυσιολογικό’, αλλά η διαφορετικότητά του να γίνει κοινωνικά αποδεκτή (Στυλιανίδης, 2014). Το πλαίσιο πρακτικής της εργοθεραπείας μοιάζει σε αρκετά σημεία με τους

ορισμούς της ανάρρωσης του μοντέλου, δίνοντας έμφαση στην ολιστική και ανθρωποκεντρική πρακτική. Ωστόσο, στοιχεία για την αποτελεσματικότητα εφαρμογής του συγκεκριμένου μοντέλου από εργοθεραπευτές σε ψυχιατρικούς ασθενείς και δομές ψυχικής υγείας είναι περιορισμένα (Synovec, 2015).

### **5.3.3.2 Εκπαίδευση Ομότιμων**

Τα κοινά σχολικά προγράμματα πρόληψης της αυτοκτονίας περιλαμβάνουν διάφορα προγράμματα εκπαίδευσης. Μερικά από αυτά είναι η σύντομη εκπαίδευση ενηλίκων που εργάζονται με εφήβους, όπως δασκάλους και συμβούλους. Τα προγράμματα αυτά αφορούν ένα ή δύο εργαστηριακά μαθήματα, σχεδιασμένα για να τους διδάσκουν να αναγνωρίζουν μαθητές που διατρέχουν κίνδυνο, και να τους παρέχουν υποστήριξη, ή να τους παραπέμπουν σε ειδικούς. Άλλα προγράμματα αφορούν την εκπαίδευση μαθητών κατά την οποία συνομήλικοι τίθενται σε ηγετικούς ρόλους, και στη συνέχεια διδάσκονται πως να αναγνωρίζουν, να υποστηρίζουν και να αναφέρουν τους συνομηλίκους τους που κινδυνεύουν (Macleod et al, 2018). Μάλιστα, σε προγράμματα με επίκεντρο την εκπαίδευση, τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά. Δείχνουν ότι οι μαθητές συνεχίζουν να έχουν επαφές, διατηρώντας ένα δίκτυο υποστήριξης σύμφωνα με τις αρχές της ανάρρωσης και ανάκαμψης (recovery) (Kirsch et al, 2014). Και σε αυτή τη περίπτωση, το θεωρητικό μοντέλο Recovery μπορεί να υποστηρίξει τη θεωρητική υπόσταση της παρέμβασης, όπως αναλύθηκε και παραπάνω (Synovec, 2015· Στυλιανίδης, 2014).

Άλλωστε, οι εργοθεραπευτές είναι ειδικά εξοπλισμένοι από την εκπαίδευσή τους να οργανώνουν προγράμματα πρόληψης της αυτοκτονίας με επικεφαλής εποπτευόμενους συνομηλίκους. Η εργοθεραπεία μέσα από ένα τέτοιο πρόγραμμα μπορεί να απευθυνθεί σε διάφορα υπόβαθρα, ηλικιακές ομάδες και δεξιότητες δίνοντας έτσι μια μοναδική προοπτική για την αντιμετώπιση και τη πρόληψη των αυτοκτονιών. Μέσω του προσδιορισμού των έργων που έχουν νόημα για τα άτομα και της βοήθειας για να τα

εκτελέσουν, ενισχύουν την αυτοαποτελεσματικότητα, βοηθώντας στην αναγνώριση και αντιμετώπιση της αυτοκτονίας (Bjornstad & Kimery, 2018).

Τα πιο συνηθισμένα προγράμματα ατομικής πρόληψης αυτοκτονιών είναι τα προγράμματα διαλογής, στα οποία εκπαιδεύεται είτε το εκπαιδευτικό προσωπικό, είτε εξωτερικοί συνεργάτες, οι οποίοι χρησιμοποιούν ανιχνευτικά εργαλεία ή συνεντεύξεις με στόχο την αναγνώριση μαθητών σε κίνδυνο. Λόγου χάρη, μαθητές που εμφανίζουν αυτοκτονικό ιδεασμό, προβλήματα χρήσης ουσιών, ή κατάθλιψη. Στις περιπτώσεις αυτές, οι μαθητές παραπέμπονται στον αρμόδιο θεραπευτικό φορέα για μια εξατομικευμένη παρέμβαση (Macleod et al, 2018· Schmidt et al, 2014).

### **5.3.4 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΤΟΜΕΑΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ**

Η τριτοβάθμια πρόληψη της αυτοκτονικότητας συνεπάγεται την ελαχιστοποίηση του κινδύνου για άτομα με ιστορικό αυτοτραυματισμού και υψηλά επίπεδα αυτοκτονικής πρόθεσης. Αυτό περιλαμβάνει τη τροποποίηση συνεχιζόμενων παραγόντων κινδύνου όπως είναι η κατάχρηση ουσιών και η άμεση πρόσβαση σε μέσα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αυτοκτονία (Pitman & Caine, 2012). Όταν το άτομο με αυτοκτονική συμπεριφορά παρουσιάζει την ανάγκη παρέμβασης σε ένα τριτογενή τομέα πρόληψης, έχει ήδη εμφανίσει ορισμένες αλλοιώσεις. Αυτές αφορούν τη σωματική και ψυχολογική έκπτωση, η οποία επηρεάζει τη ψυχολογική και σωματική κατάσταση υγείας του, με αποτέλεσμα τη μείωση της ικανότητας εκτέλεσης έργων (Novalis, 2017). Εμφανίζει συνεπώς την ανάγκη μιας εξατομικευμένης παρέμβασης.

#### **5.3.4.1 Στόχοι Εργοθεραπευτικής Παρέμβασης**

Σε κάθε περίπτωση γενικό στόχο της παρέμβασης αποτελεί η διευκόλυνση της συμμετοχής του θεραπευόμενου σε έργα προωθώντας με αυτό τον τρόπο την υγεία και την ευημερία του (ΑΟΤΑ, 2014). Οι στόχοι παρέμβασης σε άτομα με αυτοκτονική συμπεριφορά συνοψίζονται στην ισορροπημένη δόμηση της καθημερινότητας του ατόμου,

στη βελτίωση συγκεκριμένων δεξιοτήτων, στη δημιουργία ενός δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση των ατόμων, σε τομείς όπως είναι η ανεύρεση εργασίας και η έγκαιρη παρέμβαση σε άτομα που είναι έντονα αυτοκτονικά. Παράλληλα, είναι απαραίτητο να θεσπιστούν στόχοι για την επίτευξη των έργων της καθημερινότητας και επιθυμητών έργων και έργων που θα του δίνουν σκοπό και νόημα (CAOT, n.d.). Εξίσου σημαντική είναι η στοχοθεσία της παρέμβασης σχετικά με την ακριβής λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής και τις αρμόδιες τροποποιήσεις του περιβάλλοντος (Interian et al, 2018· Stone et al, 2017).

#### **5.3.4.2 Σχεδιασμός Παρέμβασης**

Ένα θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο μπορούμε να ανάγουμε τη συγκεκριμένη παρέμβαση είναι το μοντέλο «Person-Environment-Occupation-Performance Model». Σύμφωνα με αυτό, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, υπάρχουν τέσσερις συνιστώσες στις οποίες επικεντρώνεται η εργοθεραπευτική παρέμβαση. Αυτές είναι το άτομο, το περιβάλλον του, τα έργα του και εκτέλεσή τους. Όλοι αυτοί οι παράγοντες διαμορφώνουν την εκτέλεση έργου και τη συμμετοχή του ατόμου (Dancza & Rodger, 2018).

Ένας τρόπος παρέμβασης στο περιβάλλον του ατόμου με στόχο τη πρόληψη της αυτοκτονίας είναι ο αποκλεισμός πρόσβασης των αυτοκτονικών ατόμων σε διάφορα μέσα όπως είναι το δηλητήριο, τα δυνητικά τοξικά φάρμακα σαν τη παρακεταμόλη, τα πυροβόλα όπλα και οι σιδηρόδρομοι . Ωστόσο, οι προσαρμογές αυτές δεν είναι αποτελεσματικές από μόνες τους, αλλά είναι συμπληρωματικές και έχουν την ανάγκη ύπαρξης άλλων μορφών θεραπείας (Bachmann, 2018). Όπως ήδη έγινε αντιληπτό, η τροποποίηση του περιβάλλοντος αποτελεί ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της πρακτικής των εργοθεραπευτών (ΑΟΤΑ, 2014· Boyt Schell et al, 2014). Μερικοί από τους τρόπους παρέμβασης στο περιβάλλον του ατόμου αναφέρθηκαν στους στόχους που τέθηκαν, ενώ

και το προσφιλές περιβάλλον του μπορεί να διευκολύνει τη θεραπευτική διαδικασία μέσω της συμμετοχής του σε αυτή.

Ο παράγοντας της γενετικής ευαλωτότητας θεωρείται πως μπορεί να περιοριστεί από τη καλλιέργεια συγκεκριμένων γνωστικών, ψυχολογικών και επιτελικών δεξιοτήτων του ατόμου (Lengvenyte, Conejero, Courtet & Olié, 2019). Σε ατομικό επίπεδο, σύμφωνα με αρκετές πηγές, υπάρχουν αρκετές γνωστικές, που χρήζουν παρέμβασης. Συγκεκριμένες δεξιότητες που υπάγονται στο πεδίο δράσεις των εργοθεραπευτών, σύμφωνα με τον Αμερικάνικο Σύλλογο Εργοθεραπευτών (2014) είναι η μακροπρόθεσμη μνήμη και η μνήμη εργασίας, η προσοχή, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, οι εκτελεστικές ή επιτελικές λειτουργίες, ο έλεγχος της παρόρμησης, η μεγαλύτερη ευαισθησία σε παρεμβάσεις από τρίτους, η αδυναμία λήψης αποφάσεων και η δύσκαμπτη σκέψη (Brokke, Landrø, & Haaland, 2020· Lengvenyte et al, 2019· Miranda, Valderrama, Tsypes, Gadol, & Gallagher, 2013· Shelef, Fruchter, Mann, & Yacobi, 2014).

Οι επιτελικές λειτουργίες συσχετίζονται αρκετά συχνά στη βιβλιογραφία με την αυτοκτονική συμπεριφορά. Μάλιστα, σύμφωνα με έρευνες, η εργαζόμενη μνήμη, η νοητική ευελιξία και η αναστολή που απαρτίζουν τις επιτελικές λειτουργίες έχουν προσβληθεί σε μεγάλο βαθμό στα άτομα που εμφανίζουν αυτοκτονική συμπεριφορά (Bredemeier & Miller, 2015· Burton, Vella, Weller, & Twamley, 2011· Richard-Devantoy, Berlim, & Jollant, 2015). Η γνωστική δυσκαμψία ή δύσκαμπτη σκέψη είναι ο αντίθετος όρος της γνωστικής ευελιξίας και ορίζεται ως η αδυναμία αλλαγής της λήψης αποφάσεων σε απάντηση της ανατροφοδότησης που λαμβάνει το άτομο από το περιβάλλον του. Αυτή αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις απόπειρες αυτοκτονίας, αν και το εύρημα αυτό δεν είναι επιβεβαιωμένο (Miranda et al, 2013). Από την άλλη, ο έλεγχος της παρόρμησης οφείλεται σε φτωχή ικανότητα αναστολής, η οποία επηρεάζει και την ικανότητα λήψης αποφάσεων. Η αναστολή αποτελεί τη πιο διαδεδομένη

γνωστική διαδικασία, η οποία συνδέεται με την αυτοκτονική συμπεριφορά (Lengvenyte et al, 2019).

## **5.4 Η ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ**

Οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις ποικίλουν τόσο ανάλογα με τα άτομα και τα προβλήματά τους, όσο και ανάλογα με το πλαίσιο παροχής υπηρεσιών εργοθεραπείας (ΑΟΤΑ, 2014). Παρακάτω, θα αναλυθούν συγκεκριμένες κατηγορίες πληθυσμού που εμφανίζουν αυτοκτονική συμπεριφορά και τα χαρακτηριστικά της παρέμβασης στην οποία ενδείκνυται να υποβληθούν.

### **5.4.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Όπως ήδη αναφέρθηκε στο μοντέλο του Mann (2003), η αυτοκτονικότητα σχετίζεται με συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία. η ύπαρξη κι άλλης ψυχικής διαταραχής, όπως είναι η κατάθλιψη, υποδηλώνει συννοσηρότητα. Ένα πολύ ευαίσθητο σημείο για την αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας αποτελούν οι καταστάσεις υψηλού κινδύνου όπως είναι τα επεισόδια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και τα μικτά επεισόδια σε άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή. Οι επαγγελματίες υγείας είναι απαραίτητο να δρουν έτσι ώστε να μειωθεί ο χρόνος που οι ασθενείς παρουσιάζουν οξεία ψυχοπαθολογία. Με αυτό τον τρόπο, μειώνεται και ο κίνδυνος για απόπειρες αυτοκτονίας (Isometsä, 2014).

Ένα από τα προγράμματα παρέμβασης που εστιάζει στα έργα και αφορά άτομα με ψυχικές διαταραχές, ενώ δύναται να ενδυναμώσει παράγοντες προστατευτικούς για την αυτοκτονία είναι το Redesigning Daily Occupations (ReDO) Program. Το πρόγραμμα

αυτό εφαρμόστηκε πρώτα σε γυναίκες οι οποίες είχαν διαγνωσθεί με διαταραχές του άγχους. Σύμφωνα με αυτό, ο ασθενής υποβάλλεται σε τρεις φάσεις αποκατάστασης. Η Φάση I εστιάζει στην ανάλυση των έργων του ατόμου. Η Φάση II επικεντρώνεται στον καθορισμό στόχων και στρατηγικών για την αλλαγή, και η Φάση III είναι ένα πρόγραμμα τοποθέτησης σε εργασία (Eklund & Erlandsson, 2011· Erlandsson, 2013). Η εφαρμογή του συγκεκριμένου προγράμματος σε γυναίκες με διαταραχές του άγχους, έδειξε πως βελτίωσε τόσο τη ποιότητα ζωής τους, όσο και την αυτοκυριαρχία τους (Eklund & Erlandsson, 2013).

Η σημασία των ουσιαστικών και παραγωγικών έργων, όπως είναι η εκπαίδευση και η εργασία, αποτελεί θεμελιώδη αξία της εργοθεραπείας. Τα προγράμματα υποστηριζόμενης απασχόλησης παρέχουν συνήθως μεμονωμένες τοποθετήσεις στον εργασιακό τομέα, χρησιμοποιώντας θέσεις εργασίας που πληρώνουν τουλάχιστον το κατώτατο μισθό, με βάση τις επιλογές και τις δυνατότητες των ασθενών. Η εργοθεραπεία παρέχει στους ασθενείς τοποθέτηση και υποστήριξη σε τέτοιες θέσεις. Υπάρχει ένα αυξανόμενο σύνολο αποδεικτικών στοιχείων που φανερώνουν την αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης παρέμβασης, βοηθώντας τα άτομα με ψυχικές ασθένειες να αποκτήσουν και να διατηρήσουν εργασία καθώς και να συνεχίσουν τη περαιτέρω εκπαίδευση και κατάρτισή τους (Kirsh, Martin, Hultqvist & Eklund, 2019).

Στη σχιζοφρένεια υποστηρίζεται πως η αυτοκτονικότητα συνδέεται με τη στοχοκατευθυνόμενη συμπεριφορά και την ενσυναίσθηση, η οποία απαιτεί καλές γνωστικές λειτουργίες (Verma, Srivastava, Singh, Bhatia, & Smita, 2016). Άλλες δεξιότητες που χρήσουν παρέμβασης για τη πρόληψη της αυτοκτονικότητας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι οι δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και οι δεξιότητες λήψης αποφάσεων. Αυτές μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες σε ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια, παρουσιάζουν κάποιον εθισμό και έχουν ιστορικό αποπειρών



αυτοκτονίας (Adan et al, 2017). Τέλος, η καταπολέμηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων τους θεωρείται ως ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό της παρέμβασης (Kasckow, Felmet, & Zisook, 2011).

Η αξιολόγηση των εκτελεστικών λειτουργιών και η γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία αποκατάστασης φαίνεται να φέρουν θετικά αποτελέσματα σε αυτό το πληθυσμό (Adan κ.ά., 2017). Η γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία (Cognitive-Behavior Therapy – CBT) αποτελεί μια θεραπευτική τεχνική η οποία βοηθά στη τροποποίηση ανεπιθύμητων σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών. Συνδυάζει δύο είδη θεραπειών, τη γνωστική και τη συμπεριφορική θεραπεία. Ο συνδυασμός αυτός ενισχύει τις υγιείς σκέψεις και συναισθήματα των ασθενών. Έχει ως στόχο να δημιουργήσει σαφείς συνδέσεις μεταξύ της σκέψης, των συναισθημάτων, της φυσιολογίας και της συμπεριφοράς με σεβασμό σε τρέχοντα ή παλαιότερα προβλήματα, κυρίως μέσω της βιωματικής εμπειρίας και της καθοδηγούμενης ανακάλυψης. Αποτελεί μια θεραπεία η οποία απαιτεί εξειδίκευση (Ganguly, Soliman & Moustafa, 2018).

#### **5.4.1.1 Συννοσηρότητα Κατάθλιψης και Αυτοκτονικότητας**

Εκτός από τα αξιολογητικά μέσα που αναφέρθηκαν στη γενικότερη αξιολόγηση ενός αυτοκτονικού ασθενή, υπάρχουν κι άλλα διαγνωστικά εργαλεία, τα οποία είναι ευαίσθητα όχι μόνο στον εντοπισμό της κατάθλιψης, αλλά και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Ένα από αυτά είναι το Patient Health Questionnaire, το οποίο αποτελεί ένα διαγνωστικό εργαλείο της μείζον κατάθλιψης. Αυτό διαθέτει μια ενότητα, την Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), η οποία είναι ευαίσθητη στον εντοπισμό της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Bauer, Chan, Huang, Vannoy, & Unützer, 2012).

Είναι απαραίτητο να γίνει σαφές πως το συγκεκριμένο εργαλείο δε μπορεί να αξιοποιηθεί μόνο του ως διαγνωστικό εργαλείο για την αυτοκτονική συμπεριφορά όπως έχουν φανερώσει αρκετές έρευνες (Na et al, 2018· Razykov, Levis, & Thombs, 2012·

Razykov, Ziegelstein, Whooley, & Thombs, 2012· Viguera et al, 2015). Επίσης, το εργαλείο αυτό είναι ικανό να συμβάλει και στην αποτελεσματική πρόληψη της αυτοκτονίας σε μαθητές και φοιτητές με κατάθλιψη, εντοπίζοντας όσους βρίσκονται σε κίνδυνο. Για το σκοπό αυτό, απαιτείται να δοθεί έμφαση στα αντικείμενα 2, 4 και 5 του PHQ-9 (Sirisathitkul, Thanathamthee, & Aekwarangkoon, 2019).

Οι αυτοκτονικές σκέψεις πολύ συχνά εξαφανίζονται καθώς καταπολεμάται η κατάθλιψη. Συνεπώς, σε αυτές τις παρεμβάσεις, το επίκεντρο είναι η κατάθλιψη (Moller, 2003). Στο πλαίσιο αυτό, μια ακόμα συνιστώσα στην οποία είναι ανάγκη να εστιάσουν οι εργοθεραπευτές, είναι ο ελεύθερος χρόνος. Ο ελεύθερος χρόνος αποτελούσε ανέκαθεν έναν παράγοντα που δρα θετικά στη διάθεση και την ικανοποίηση των ανθρώπων. Με τη κατάθλιψη και τη φτωχή ποιότητα ζωής να αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για την αυτοκτονία, και ο ελεύθερος χρόνος να έχει θετική επίδραση σε αυτούς, είναι απαραίτητο να εξετασθεί και ο ρόλος του ελεύθερου χρόνου ως προστατευτικού παράγοντα για την αυτοκτονία. Η αξιοποίησή του, έχει τη δυνατότητα να εξισορροπήσει τα έργα του ατόμου και να προωθήσει μια θετική συμπεριφορά υγείας (Odom, 2016).

#### **5.4.2 ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ**

Η χρονολογική ηλικία είναι ένα μετρήσιμο μέγεθος το οποίο χαρακτηρίζει τα χρόνια που έχουν παρέλθει από τη γέννηση ενός ατόμου. Αποτελεί μια αντικειμενική μονάδα μέτρησης της ηλικίας (Τζονιχάκη, 2019). Παρά τη διαφορετικότητα της κάθε ηλικίας, οι εμπειρίες ενός ατόμου δε παρέρχονται. Μάλιστα, πολλά στοιχεία δείχνουν ότι οι συνέπειες ανεπιθύμητων εμπειριών στην παιδική ηλικία συμπεριλαμβανομένης της κακοποίησης και άλλων παραγόντων όπως είναι η οικογενειακή δυσλειτουργία και η γονική απώλεια, έχουν ως επίπτωση την εμφάνιση αυτοκτονικών συμπεριφορών σε μεγαλύτερη ηλικία. Υπάρχουν θεμελιώδεις αλλαγές στο αναπτυξιακή πορεία βιολογικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών διαδικασιών που προκύπτουν από αυτές και που ασκούν επιρροή κατά τη

διάρκεια ζωής. Διαφορετικοί παράγοντες ενδέχεται να επηρεάσουν την έκταση και τη φύση του συγκεκριμένου αποτελέσματος (Sachs-Ericsson, Rushing, Stanley, & Sheffler, 2016).

#### **5.4.2.1 Παιδιά και Έφηβοι**

Ένας τομέας παρέμβασης που δεν έχει διερευνηθεί ακόμη επαρκώς είναι η εργοθεραπευτική παρέμβαση για την προώθηση της ψυχικής υγείας και τη μείωση των συμπτωμάτων της κακής ψυχικής υγείας σε παιδιά και εφήβους. Η μοναδικότητα της συμβολής της εργοθεραπείας σε αυτό το τομέα, περιλαμβάνει τη μείωση των παραγόντων κινδύνου, μέσω της εμπλοκής σε έργα και της παροχής κατάρτισης για την ανάπτυξη δεξιοτήτων στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής και της εκπαίδευσης. Όλα αυτά με στόχο τη προσαρμογή του ατόμου σε αλλαγές του περιβάλλοντος και την αντιμετώπιση των δυσκολιών για τη προώθηση της ψυχικής του υγείας (Scaffa, Van Slyke, Brownson, & American Occupational Therapy Association Commission on Practice, 2008· Tokolahi, Hocking, Kersten, & Vandal, 2014).

Η εργοθεραπευτική παρέμβαση στοχεύει τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο ομάδας. Σύμφωνα με έρευνες, οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις παιδιών και εφήβων που απευθύνονται σε ομάδες πληθυσμού, εμφανίζουν ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα. Τις περισσότερες φορές, οι ομάδες αυτές συμπεριλαμβάνονται σε προγράμματα που εστιάζουν στη κοινωνική και συναισθηματική μάθηση, τη πρόληψη του σχολικού εκφοβισμού, τις δεξιότητες που απαιτούν εξωσχολικές δραστηριότητες και τη διαχείριση του άγχους. Κύριο εργαλείο των εργοθεραπευτών σε αυτές τις ομάδες αποτελούν τα έργα και οι δραστηριότητες (Arbesman, Bazyk, & Nochajski, 2013).

Ένα παράδειγμα αποτελεσματικότητας τέτοιου είδους παρεμβάσεων, αποτελεί μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη έρευνα που ολοκληρώθηκε σε ένα σχολείο, εκτός των Ηνωμένων Πολιτειών. Το πρόγραμμα παρέμβασης που σχεδιάστηκε είχε ως στόχο τη

δέσμευση σε αναπτυξιακά κατάλληλες δραστηριότητες, τη προώθηση της ψυχικής υγείας και ευεξίας, επιτρέποντας στους μαθητές να κατανοήσουν τη σχέση μεταξύ του, πως φέρονται και του πώς αισθάνονται ή σκέφτονται, να κατανοήσουν πώς οι δραστηριότητες όπου εμπλέκονται επηρεάζουν την ταυτότητά τους, την εικόνα εαυτού τους, την υγεία και την ευεξία τους. Άλλοι στόχοι ήταν να εξασκήσουν και να αναπτύξουν στρατηγικές για να υπερνικούν τις συναισθηματικές τους δυσκολίες και να εφαρμόζουν αυτές τις γνώσεις για το σχεδιασμό υγιών ρουτινών, συμπεριφορών και συνηθειών στη καθημερινή τους ζωή. Η ομάδα περιλάμβανε ενότητες διδακτικών δραστηριοτήτων όπως η ανάλυση έργου και τεχνικές χαλάρωσης, τη συνεργασία μεταξύ ομότιμων, σε δραστηριότητες όπως είναι το brainstorming, άμεσες εμπειρίες και προσωπική διερεύνηση. Η εργοθεραπευτική παρέμβαση ενσωματώθηκε στο σχολικό πρόγραμμα και αποδείχθηκε ιδιαίτερα αποτελεσματική στην προώθηση της συναισθηματικής ευημερίας του συνόλου των εφήβων, υποστηρίζοντας έτσι τη συνέχιση ενασχόλησης του επαγγέλματος με αυτό τον τομέα (Tokolahti et al, 2014)

#### **5.4.2.2 Ηλικιωμένοι**

Αξίζει να σημειωθεί πως πολλοί από τους ηλικιωμένους που αυτοκτονούν, έχουν έρθει σε επαφή με επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων και των τμημάτων έκτακτης ανάγκης. Περίπου 50 έως 70% των ατόμων είχαν συμβουλευτεί έναν επαγγελματία υγειονομικής περίθαλψης 30 ημέρες πριν από το θάνατό τους και πάνω από το 80% έξι μήνες πριν από το θάνατό τους. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει την ανάγκη για τις ειδικότητες που ασχολούνται με τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα για άμεση κατάρτιση στο συγκεκριμένο πεδίο ενδιαφέροντος (Bachmann, 2018· Costanza et al, 2020). Η εργοθεραπεία είναι ένα από τα επαγγέλματα που εργάζονται με τους ηλικιωμένους. Απευθύνεται στην ευεξία των ηλικιωμένων ατόμων, μειώνοντας το κίνδυνο στον οποίο εκτίθενται, ενώ ταυτόχρονα ενισχύουν τους

προστατευτικούς παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά (Cheung & Federick, 2017).

Η σωματική ασθένεια σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας στους ηλικιωμένους ανθρώπους. Λαμβάνοντας υπόψη και αξιολογώντας την παρουσία μιας σωματικής ασθένειας σε υπερήλικα άτομα, γίνεται αντιληπτό πως διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού και αυτοκτονικής συμπεριφοράς. (Costanza et al, 2020· Moon & Jung, 2020). Τον υψηλότερο κίνδυνο για αυτοκτονικό ιδεασμό παρουσιάζουν τα υπερήλικα άτομα με αρθρίτιδα. Μάλιστα, σύμφωνα με έρευνες, άτομα με αρθρίτιδα έχουν διπλάσιες πιθανότητες σε σχέση με το πληθυσμό χωρίς την ασθένεια να παρουσιάζουν αυτοκτονικό ιδεασμό (Moon & Jung, 2020).

## **6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

### **6.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η αυτοκτονικότητα στις σημερινές κοινωνίες έχει εξελιχθεί σε μια σύγχρονη μάστιγα. Στο κόσμο της ψυχιατρικής θεωρείται ως μια ψυχιατρική ασθένεια, παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει ακριβής διάγνωση που να τη περιγράφει στα διεθνή εγχειρίδια ICD και DSM. Ωστόσο, έχουν πραγματοποιηθεί εκτενείς προσπάθειες αναγνώρισης των παραγόντων κινδύνου που τη προκαλούν. Μια επιστήμη, η οποία είναι απαραίτητο να εστιάσει στην αυτοκτονία είναι η Επιστήμη Έργου, η προσφορά της οποίας, θεωρητικά, θα δώσει προοπτική στη βαθύτερη κατανόηση του θέματος και την επίλυση ζητημάτων που την αφορούν.

Η πρόληψη στο τομέα της υγείας αποτελεί μια αναπτυσσόμενη μορφή θεραπείας καθώς δύναται να αποφέρει σημαντικές απολαβές για τους ανθρώπους και τις κοινωνίες τους. Ειδικότερα, αποτελεί τη κύρια μορφή παρέμβασης για την αυτοκτονία μιας και έχει τη δύναμη να προλάβει καταστάσεις και γεγονότα. Ωστόσο, ο συνδυασμός εξειδικευμένων παρεμβάσεων των επαγγελματιών πάνω σε τομείς πρόληψης δεν έχει αναλυθεί επαρκώς και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Η εργοθεραπεία αποτελεί μια επιστήμη η οποία προασπίζεται αρχές και αξίες καθοριστικής σημασίας για τα γνωστά, ως τώρα δεδομένα που αφορούν την αυτοκτονία. Παρά τα οφέλη που προσφέρει η επιστήμη στους ασθενείς με αυτοκτονική συμπεριφορά, θεωρητικά, υπάρχει ένα τεράστιο βιβλιογραφικό κενό. Είναι, λοιπόν, θεμιτή η θεωρητική ανάπτυξη του επαγγέλματος προς τη συγκεκριμένη κατεύθυνση, εμβαθύνοντας και εστιάζοντας στην υγεία και την ευεξία των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν τόσο σημαντικές δυσκολίες.

## 6.2 ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συμπερασματικά, όπως αναλύθηκε παραπάνω, η Εργοθεραπεία αποτελεί ένα επάγγελμα που έχει εξελιχθεί με ραγδαίους ρυθμούς, σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα. Συγκεκριμένα, στο τομέα της ψυχιατρικής διαθέτει ένα τόσο αξιοσημείωτο παρελθόν, όσο αξιοσημείωτο προμηνύεται και το μέλλον της. Σε αντιδιαστολή με αυτή την εξέλιξη, διαθέτει ένα αρκετά περιορισμένο εύρος γνώσεων σχετικά με προληπτικές παρεμβάσεις.

Ένα από τα ψυχιατρικά προβλήματα που έχουν ανάγκη προληπτικής παρέμβασης είναι η αυτοκτονικότητα. Στη πρόληψη της αυτοκτονίας είναι πολύ σημαντική η παρέμβαση των εργοθεραπευτών, η οποία δύναται να αποβεί ιδιαίτερα κρίσιμη για τα άτομα που διατρέχουν κίνδυνο. Είναι λίγες και αρκετά περιορισμένες οι παρεμβάσεις αυτού του είδους που έχουν καταγραφεί. Υπάρχει συνεπώς η ανάγκη για περαιτέρω εξέλιξη και έρευνα σε αυτό το τομέα.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

**ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ** Adan, A., Capella, M. d. M., Prat, G., Forero, D. A., Lopez-Vera, S., &

Navarro, J. F. (2017). Executive Functioning in Men with Schizophrenia and Substance Use Disorders. Influence of Lifetime Suicide Attempts. *PLoS ONE*, 12(1), e0169943. doi:10.1371/journal.pone.0169943

Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. (2013). *Screening for Suicide Risk in Primary Care: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force*. Rockville, MD: AHRQ Publication No. 13-05188-EF-1.

Altun, H. (2018). Assessment of Depression Level, Suicidal Thoughts, and Suicide Attempts in Childhood Sexual Abuse. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 8(3), 111-117. doi: 10.5455/jmood.20171106073834

American Occupational Therapy Association (AOTA) (2016). *Occupational Therapy's Distinct Value: Mental health, promotion, and intervention. Across the Lifespan* [Fact sheet].

<https://www.aota.org/media/Corporate/Files/Practice/MentalHealth/Distinct-Value-Mental-Health.pdf>

American Occupational Therapy Association (AOTA) (2020<sup>1</sup>). *What is Occupational Therapy?. Occupational Therapy Month*. Ανακτήθηκε στις 1 Δεκεμβρίου 2020, από <https://www.aota.org/Conference-Events/OTMonth/what-is-OT.aspx>

American Occupational Therapy Association. (2020<sup>2</sup>). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (4th ed). *American Journal of Occupational Therapy*, 74 (Suppl. 2), 7412410010. doi: 10.5014/ajot2020.74S2001

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.



- American Psychiatric Association. (2018). *Suicide Prevention*. Ανακτήθηκε στις 10 Οκτωβρίου 2020, από <https://www.psychiatry.org/patients-families/suicide-prevention>
- American Psychiatric Association. (2019). *Suicide warning signs*. Ανακτήθηκε στις 30 Νοεμβρίου 2020, από <https://www.apa.org/topics/suicide/signs>
- Angelakis, I., Gooding, P. A., & Panagioti, M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clinical psychology review, 49*, 55–66. doi: 10.1016/j.cpr.2016.08.002
- Arango, C., Díaz-Caneja, C., McGorry, P., Rapoport, J., Sommer, I., & Vorstman, J.A., McDaid, D., Marín, O., Serrano-Drozdzowskyj, E., Freedman, R. & Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry, 5*(7), 591-604. doi: 10.1016/s2215-0366(18)30057-9
- Arbesman, M., Bazyk, S., & Nochajski, S. M. (2013). Systematic review of occupational therapy and mental health promotion, prevention, and intervention for children and youth. *American Journal of Occupational Therapy, 67*(6), 120–130. doi: 10.5014/ajot.2013.008359
- Augusto da Silva Meleiro, A.M., & Correa, H. (2020). Suicide and Suicidality in Women. Στο Rennó Jr., J., Valadares, G., Cantilino, A., Mendes-Ribeiro, J., Rocha, R., & Geraldo da Silva, A. (Eds.), *Women's Mental Health: A Clinical and Evidence-Based Guide* [Ebook] (pp. 221-225). Gewerbestrasse: Springer International Publishing.
- Aydın, M., İlhan, B. C., Tekdemir, R., Çokünlü, Y., Erbasan, V., & Altınbaş, K. (2019). Suicide attempts and related factors in schizophrenia patients. *Saudi medical journal, 40*(5), 475–482. doi: 10.15537/smj.2019.5.24153

- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 15(7), 14-25. doi: 10.3390/ijerph15071425
- Baechler, J. (1980). A strategic theory. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 10(2), 70-99. doi: 10.1111/j.1943-278X.1980.tb00768.x
- Baharikhooob, P. & Kolla, N.J. (2020). Microglial Dysregulation and Suicidality: A Stress-Diathesis Perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 781. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00781
- Banks, S., Crossman, D., Poel, D.H., & Stewart, M. (1997). Partnerships among Health Professionals and Self-Help Group Members. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 64, 259 - 269. doi: 10.1177/000841749706400317
- Bauer, A. M., Chan, Y. F., Huang, H., Vannoy, S., & Unützer, J. (2013). Characteristics, management, and depression outcomes of primary care patients who endorse thoughts of death or suicide on the PHQ-9. *Journal of general internal medicine*, 28(3), 363–369. doi: 10.1007/s11606-012-2194-2
- Baum, C. M., & Christiansen, C. H. (2005). *Person-environment-occupation-performance: An occupation-based framework for practice*. In C. H. Christiansen, C. M. Baum, and J. Bass-Haugen (Eds.), *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being* (3rd ed.). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Bejerholm, U. (2010). Occupational Balance in People With Schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(1), 1-17. doi: 10.1080/01642120802642197.
- Bejerholm, U., & Eklund, M. (2006). Engagement in occupations among men and women with schizophrenia. *Occupational therapy international*, 13(2), 100–121. doi:10.1002/oti.210

- Bilsen, J. (2018) Suicide and Youth: Risk Factors. *Frontiers in Psychiatry*, 9(540), 1-5.  
doi: 10.3389/fpsy.2018.00540
- Bing R. K. (1981). Eleanor Clarke Slagle Lectureship--1981. Occupational therapy revisited: a paraphrastic journey. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 35(8), 499–518. doi: 10.5014/ajot.35.8.499
- Bjornstad, M., & Kimery, K. (2018). *An Occupational Therapy Perspective of a School-Based Suicide Prevention Program with a Peer-Mentorship Emphasis*. Unpublished master's thesis, University of North Dakota, Grand Forks, North Dakota.
- Bredemeier, K., & Miller, I. W. (2015). Executive function and suicidality: A systematic qualitative review. *Clinical psychology review*, 40, 170–183. doi: 10.1016/j.cpr.2015.06.005
- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A., & Stanley, B. (2018). The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care. *Frontiers in psychiatry*, 9, 33. doi: 10.3389/fpsy.2018.00033
- Brokke, S. S., Landrø, N. I., & Haaland, V. Ø. (2020). Cognitive Control in Suicide Ideators and Suicide Attempters. *Frontiers in psychology*, 11, 595673. doi: 10.3389/fpsyg.2020.595673
- Brown, C. E. (2014). In B. Boyt Schell, G. Gillen, M. Scaffa, & E. Cohn (Eds.) *Willard & Spackman's occupational therapy* (12th ed.) (pp. 494-504). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Brown, S. J., McCabe, C. S., Hewlett, S., McDowell, J. A., Cushnaghan, J., Breslin, A. M., Stafford, S., & Carmichael, C. R. (2006). Rheumatology telephone helplines: patient and health professionals' requirements. *Musculoskeletal care*, 4(1), 24–37. doi: 10.1002/msc.20

- Bryant, W. (2014) Occupational, social and intrapersonal alienation explored in the community. In E.A. McKay, C. Craik, K.H. Lim & G. Richards (Eds) *Advancing Occupational Therapy in Mental Health Practice*. (p.89-102). UK: Blackwell Publishing.
- Buckner, J. D., Lemke, A. W., Jeffries, E. R., & Shah, S. M. (2017). Social anxiety and suicidal ideation: Test of the utility of the interpersonal-psychological theory of suicide. *Journal of anxiety disorders*, *45*, 60–63. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.11.010
- Burton, C. Z., Vella, L., Weller, J. A., & Twamley, E. W. (2011). Differential effects of executive functioning on suicide attempts. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, *23*(2), 173–179. doi: 10.1176/jnp.23.2.jnp173
- Busuttill, J. (1992). Psychosocial occupational therapy: From myth and misconception to multidisciplinary team member. *The British Journal of Occupational Therapy*, *55*(12), 457–461. doi: 10.1177/030802269205501205
- Butler, M., Talley, K.M.C., Burns, R., Ripley, A., Rothman, A., Johnson, P., Kane, R., Kane, R. (2011). *Values of older adults related to primary and secondary prevention*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Canadian Association of Occupational Therapy (CAOT). (2014). *Report of the Professional Issues Forum on Suicide Prevention and the Role of Occupational Therapy Fredericton, NB CAOT Conference May 2014*. Ανακτήθηκε στις 11 Ιανουαρίου 2021, από <https://caot.in1touch.org/document/3742/2014%20Suicide%20Prevention%20and%20the%20Role%20of%20OT.pdf>
- Canadian Occupational Therapy Association (CAOT) (n.d.). *Occupational Therapy and Suicide Prevention*. [Fact sheet]. [https://www.caot.ca/document/6124/SuicidePrevention\\_fact%20sheet.pdf](https://www.caot.ca/document/6124/SuicidePrevention_fact%20sheet.pdf)

- Carroll, M. A., & Lawson, K. (2014). The intermingled history of occupational therapy and anatomical education: A retrospective exploration. *Anatomical sciences education*, 7(6), 494–500. doi: 10.1002/ase.1451
- Castaneda, R., Olson, L. M. & Cargill Radley, L. (2013). Occupational Therapy’s Role in Community Mental Health. [Factsheet] American Occupational Therapy Association. Ανακτήθηκε στις 31 Δεκεμβρίου από <https://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/MH/Facts/Community-mental-health.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2020). *Preventing Suicide*. Ανακτήθηκε στις 27 Νοεμβρίου 2020 από <https://www.monmouth.edu/school-of-social-work/documents/2019/05/cdc-preventing-suicide.pdf/>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2017). *PREVENTION*. Ανακτήθηκε στις 29 Ιανουαρίου 2021, από [https://www.cdc.gov/pictureofamerica/pdfs/Picture\\_of\\_America\\_Prevention.pdf](https://www.cdc.gov/pictureofamerica/pdfs/Picture_of_America_Prevention.pdf)
- Centers for Disease Control Prevention (CDC) (2020). *The Social-Ecological Model: A Framework for Prevention*. Ανακτήθηκε στις 30 Νοεμβρίου 2020 από <https://www.cdc.gov/violenceprevention/publichealthissue/social-ecologicalmodel.html>
- Chatterjee, N., Shi, J., & García-Closas, M. (2016). Developing and evaluating polygenic risk prediction models for stratified disease prevention. *Nature Reviews Genetics*, 17(7), 392-406. doi: 10.1038/nrg.2016.27
- Cheung, G., & Sundram, F. (2017). Understanding the Progression from Physical Illness to Suicidal Behavior: A Case Study Based on a Newly Developed Conceptual Model. *Clinical gerontologist*, 40(2), 124–129. doi: 10.1080/07317115.2016.1217962

- Christiansen, C., & Baum, C. (1991). *Occupational Therapy: Overcoming Human Performance Deficits*. Thorofare, NJ: Slack Inc.
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological bulletin*, *143*(12), 1313–1345. doi:10.1037/bul0000123
- Claas, S., & Arnett, D. (2016). The Role of Healthy Lifestyle in the Primordial Prevention of Cardiovascular Disease. *Current Cardiology Reports*, *18*(6). doi: 10.1007/s11886-016-0728-7
- Clark, D.W., & MacMahon, B. (1967). *Preventive medicine*. Boston, MA: Little, Brown & Co
- Clarke, A., Kuosmanen, T., & Barry, M. (2014). A Systematic Review of Online Youth Mental Health Promotion and Prevention Interventions. *Journal Of Youth And Adolescence*, *44*(1), 90-113. doi: 10.1007/s10964-014-0165-0
- Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment (C-CASA). (2018, January). Ανακτήθηκε 6 Οκτωβρίου 2020 από <https://gpnotebook.com/simplepage.cfm?ID=x20161103164234439169>
- Costanza, A., Amerio, A., Radomska, M., Ambrosetti, J., Di Marco, S., Prelati, M., Aguglia, A., Serafini, G., Amore, M., Bondolfi, G., Michaud, L., & Pompili, M. (2020). Suicidality Assessment of the Elderly With Physical Illness in the Emergency Department. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 558974. doi: 10.3389/fpsy.2020.558974
- Crawford, E., Turpin, M., Nayar, S., Steel, E. & Durand, J.L. (2016) The structural-personal interaction: Occupational deprivation and asylum seekers in

Australia. *Journal of Occupational Science*, 23(3), 321-338. doi: 10.1080/14427591.2016.1153510

Crist, P. A. (2015). Framing Ecological Validity in Occupational Therapy Practice. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 3(3). doi: 10.15453/2168-6408.1181

Cruz, D.M., Emmel, M.L., Manzini, M.G., & Mendes, P.V. (2016). Assistive Technology Accessibility and Abandonment: Challenges for Occupational Therapists. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 4(1), 10. doi: 10.15453/2168-6408.1166

Dancza, K., & Rodger, S. (Eds.). (2018). *Implementing occupation-centred practice: A practical guide for occupational therapy practice learning*. Routledge.

De Leo, D., & Kőlves, K. (2017). Suicide at Very Advanced Age - The Extremes of the Gender Paradox. *Crisis*, 38(6), 363–366. doi: 10.1027/0227-5910/a000514

DeShong, H., Tucker, R., O’Keefe, V., Mullins-Sweatt, S., & Wingate, L. (2015). Five factor model traits as a predictor of suicide ideation and interpersonal suicide risk in a college sample. *Psychiatry Research*, 226(1), 1-7. doi : 10.1016/j.psychres.2015.01.002

Dhillon, S. K., Wilkins, S., Law, M. C., Stewart, D. A., & Tremblay, M. (2010). Advocacy in occupational therapy: exploring clinicians' reasons and experiences of advocacy. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie*, 77(4), 241–248. doi: 10.2182/cjot.2010.77.4.6

Dhillon, S., Wilkins, S., Stewart, D., & Law, M. (2016). Understanding advocacy in action: A qualitative study. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(6), 345–352. doi: 10.1177/0308022615583305

Di Tommaso, A., Wicks, A., Scarvell, J. & Isbel, S. (2019). Experiences of occupation-based practice: An Australian phenomenological study of recently graduated

occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*. 82. 030802261882365. 10.1177/0308022618823656.

Douglas, J. (2016). *Social meanings of suicide*. New Jersey: Princeton University Pres.

Dragisic, T., Dickov, A., Dickov, V., & Mijatovic, V. (2015). Drug Addiction as Risk for Suicide Attempts. *Materia Socio Medica*, 27(3), 188. doi: 10.5455/msm.2015.27.188-191

Duncan, E. (2010). The Model of Human Occupation: 30th Anniversary Special Edition. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(11), 497–497. doi: 10.4276/030802210X12892992239071

Durkheim, É. (1897). *Le suicide: étude de sociologie*. Paris: F. Alcan

Ebert, D., Cuijpers, P., Muñoz, R., & Baumeister, H. (2017). Prevention of Mental Health Disorders Using Internet- and Mobile-Based Interventions: A Narrative Review and Recommendations for Future Research. *Frontiers In Psychiatry*, 8. doi: 10.3389/fpsy.2017.00116

Eklund, M., & Argentzell, E. (2016). Perception of occupational balance by people with mental illness: A new methodology. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 23(4), 304–313. doi: 10.3109/11038128.2016.1143529

Eklund, M., & Erlandsson, L. K. (2013). Quality of life and client satisfaction as outcomes of the Redesigning Daily Occupations (ReDO) programme for women with stress-related disorders: a comparative study. *Work (Reading, Mass.)*, 46(1), 51–58. doi: 10.3233/WOR-121524

Eklund, Mona & Erlandsson, Lena-Karin. (2011). Return to Work Outcomes of the Redesigning Daily Occupations (ReDO) Program for Women with Stress-Related



Disorders—A Comparative Study. *Women & Health*, 51(7), 676-692. doi: 10.1080/03630242.2011.618215.

Elias, W., & Murphy, R. (1986). The Case for Health Promotion Programs Containing Health Care Costs: A Review of the Literature. *American Journal Of Occupational Therapy*, 40(11), 759-763. doi: 10.5014/ajot.40.11.759

Eng, J., Drabwell, L., Stevenson, F., King, M., Osborn, D., & Pitman, A. (2019). Use of Alcohol and Unprescribed Drugs after Suicide Bereavement: Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*, 16(21), 4093. doi: 10.3390/ijerph16214093

Eriksson, M., Glader, E., Norrving, B., & Asplund, K. (2015). Poststroke suicide attempts and completed suicides: A socioeconomic and nationwide perspective. *Neurology*, 84(17), 1732-1738. doi: 10.1212/wnl.0000000000001514

Erlandsson, L. K. (2013) The Redesigning Daily Occupations (ReDO)-Program: Supporting Women With Stress-Related Disorders to Return to Work—Knowledge Base, Structure, and Content, *Occupational Therapy in Mental Health*, 29(1), 85-101, doi: [10.1080/0164212X.2013.761451](https://doi.org/10.1080/0164212X.2013.761451)

Etzel, R. (2016). Children's Environmental Health—The Role of Primordial Prevention. *Current Problems In Pediatric And Adolescent Health Care*, 46(6), 202-204. doi: 10.1016/j.cppeds.2015.12.008

Floyd, D., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. (2000). A Meta-Analysis of Research on Protection Motivation Theory. *Journal Of Applied Social Psychology*, 30(2), 407-429. doi: 10.1111/j.1559-1816.2000.tb02323.x

Fox, J., Erlandsson, L.K. & Shiel, A. (2019). A systematic review and narrative synthesis of occupational therapy-led interventions for individuals with anxiety and stress-

related disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*. 35(3). 1-26. doi: 10.1080/0164212X.2018.1516172

Franklin, J., Ribeiro, J., Fox, K., Bentley, K., Kleiman, E., & Huang, X. et al. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232. doi: 10.1037/bul0000084

Friedland J. (1998). Occupational therapy and rehabilitation: an awkward alliance. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 52(5), 373–380. doi: 10.5014/ajot.52.5.373

Friedland, J., & Silva, J. (2008). Evolving identities: Thomas Bessell Kidner and occupational therapy in the United States. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 62(3), 349–360. doi: 10.5014/ajot.62.3.349

Ganguly, P., Soliman, A. and Moustafa, A. (2018). Ganguly, P., Soliman, A., & Moustafa, A. A. (2018). Holistic Management of Schizophrenia Symptoms Using Pharmacological and Non-pharmacological Treatment. *Frontiers in public health*, 6, 166. doi: 10.3389/fpubh.2018.00166

Gofrit, O.N., Shemer, J., & Leibovici, D. (2000). Quaternary prevention: a new look at an old challenge. *The Israel Medical Association journal*, 2, 498-500

Gregg, B.T., Howell, D.M., Quick, C.D. & Iwama, M.K. (2015). The Kawa River Model: Applying Theory to Develop Interventions for Combat and Operational Stress Control, *Occupational Therapy in Mental Health*, 31(4), 366-384. doi: 10.1080/0164212X.2015.1075453

Grossman, A. H., Park, J. Y., & Russell, S. T. (2016). Transgender Youth and Suicidal Behaviors: Applying the Interpersonal Psychological Theory of Suicide. *Journal of gay & lesbian mental health*, 20(4), 329–349. doi: 10.1080/19359705.2016.1207581

- Gutman, S. A. (1997). Occupational therapy's link to vocational reeducation, 1910–1925. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(10), 907-915.
- Gutman, S. A., Barnett, S., Fischman, L., Halpern, J., Hester, G., Kerrisk, C., McLaughlin, T., Ozel, E. & Wang, H. (2019). *Pilot Effectiveness of a Stress Management Program for Sheltered Homeless Adults With Mental Illness: A Two-Group Controlled Study*. *Occupational Therapy in Mental Health*, 35(1), 59–71. doi:10.1080/0164212x.2018.1538845
- Håkansson, C. & Matuska, K. (2010). How life balance is perceived by Swedish women recovering from a stress-related disorder: A validation of the life balance model. *Journal of Occupational Science*, 17(2), 112-119. doi:10.1080/14427591.2010.9686682.
- Håkansson, C., & Ahlberg, G. (2017). Occupational imbalance and the role of perceived stress in predicting stress-related disorders. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(4), 278–287. doi:10.1080/11038128.2017.1298666
- Harper, A., Clayton, A., Bailey, M., Foss-Kelly, L., Sernyak, M. J., & Rowe, M. (2015). Financial Health and Mental Health Among Clients of a Community Mental Health Center: Making the Connections. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 66(12), 1271–1276. doi: 10.1176/appi.ps.201400438
- Hartman, L., Mandich, A., Magalhães, L. & Miller Polgar, J. (2016). Young adults' experiences of parental divorce or separation during their adolescence: An occupational perspective. *Journal of Occupational Science*, 23(2), 234-244. doi: 10.1080/14427591.2015.1085430
- Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J., & Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-

- harm in England, 2000–2012. *Journal of Affective Disorders*, 175, 147–151. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.0620165-0327
- Hegerl U. (2016). Prevention of suicidal behavior. *Dialogues in clinical neuroscience*, 18(2), 183–190. doi: 10.31887/DCNS.2016.18.2/uhegerl
- Heggenhougen, K., & Quah, S. (2008). *International encyclopedia of public health*. Amsterdam: Elsevier/Academic Press.
- Hocking, C. (2013). Occupational Science. In: M.D. Gellman & J.R. Turner (Eds) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4419-1005-9\_903
- Hogan M. F. (2016). Better Suicide Screening and Prevention Are Possible. *JAMA psychiatry*, 73(11), 1111–1112. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.2411
- Hogan, M. F., & Grumet, J. G. (2016). Suicide Prevention: An Emerging Priority For Health Care. *Health affairs (Project Hope)*, 35(6), 1084–1090. doi: 10.1377/hlthaff.2015.1672
- Höhl, W., Moll, S., & Pfeiffer, A. (2017). Occupational therapy interventions in the treatment of people with severe mental illness. *Current opinion in psychiatry*, 30(4), 300–305. doi: 10.1097/YCO.0000000000000339
- Horowitz, L. M., Snyder, D. J., Boudreaux, E. D., He, J. P., Harrington, C. J., Cai, J., Claassen, C. A., Salhany, J. E., Dao, T., Chaves, J. F., Jobes, D. A., Merikangas, K. R., Bridge, J. A., & Pao, M. (2020). Validation of the Ask Suicide-Screening Questions for Adult Medical Inpatients: A Brief Tool for All Ages. *Psychosomatics*, 61(6), 713–722. doi: 10.1016/j.psych.2020.04.008
- Humphry, R. & Womack, J. (2014). Transformation of Occupations: A life course perspective. In: B.A.Boyt-Scell, M.Scaffa, & E.S.Cohn (Eds.) *Willard & Spackman's*

*Occupational Therapy*, (12<sup>th</sup> Ed.) (pp 60-71). Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ikiugu, M. N., Smallfield, S., & Condit, C. (2009). A framework for combining theoretical conceptual practice models in occupational therapy practice. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie*, 76(3), 162–170. doi: 10.1177/000841740907600305

Iob, E., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020). Abuse, self-harm and suicidal ideation in the UK during the COVID-19 pandemic. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 217(4), 543–546. doi: 10.1192/bjp.2020.130

Isometsä, E. (2014). Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When, and Why?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(3), 120–130.

Ivanoff, A. (1989). Identifying psychological correlates of suicidal behavior in jail and detention facilities. *Psychiatric Quarterly*, 60(1), 73–84. doi: 10.1007/BF01064364

Iwama, M. K., Thomson, N. A., & Macdonald, R. M. (2009). The Kawa model: the power of culturally responsive occupational therapy. *Disability and rehabilitation*, 31(14), 1125–1135. doi: 10.1080/09638280902773711

Jiang, Y. (2019). Occupational Therapists' Perceptions and Clinical Reasoning of Splints Used in Adults with Neurological Conditions. (Doctoral dissertation). Eastern Kentucky University, Kentucky.

Jobes, D., & Joiner, T. (2019). Reflections on Suicidal Ideation. *Crisis*, 40(4), 227-230. doi: 10.1027/0227-5910/a000615

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

- Joosten A. V. (2015). Contemporary occupational therapy: Our occupational therapy models are essential to occupation centred practice. *Australian occupational therapy journal*, 62(3), 219–222. doi: 10.1111/1440-1630.12186
- Jordaan, J. E., Myers, R. A., Layton, W. C., & Morgan, H. H. (1968) *The counseling psychologist*. American Psychological Association.
- Kaczmarek E. (2019). How to distinguish medicalization from over-medicalization?. *Medicine, health care, and philosophy*, 22(1), 119–128. doi: 10.1007/s11019-018-9850-1
- Kasckow, J., Felmet, K., & Zisook, S. (2011). Managing suicide risk in patients with schizophrenia. *CNS drugs*, 25(2), 129–143. doi: 10.2165/11586450-000000000-00000
- Kasl, S., & Cobb, S. (1966). Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior. *Archives Of Environmental Health: An International Journal*, 12(4), 531-541. doi: 10.1080/00039896.1966.10664421
- Kielhofner G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice* (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis
- Kielhofner, G., & Burke, J. P. (1980). A model of human occupation, part 1. Conceptual framework and content. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 34(9), 572–581. doi: 10.5014/ajot.34.9.572
- Kielhofner, G., & Burke, J. P. (1980). A model of human occupation, part 1. Conceptual framework and content. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 34(9), 572–581. doi: 10.5014/ajot.34.9.572

- Kielhofner, G., & Burke, J. P. (1980). A model of human occupation, part 1. Conceptual framework and content. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 34(9), 572–581. doi: 10.5014/ajot.34.9.572
- Kielhofner, G., & Forsyth, K. (1997). The Model of Human Occupation: An Overview of Current Concepts. *British Journal of Occupational Therapy*, 60(3), 103–110. doi: 10.1177/030802269706000302
- Kirsch, D. J., Pinder-Amaker, S. L., Morse, C., Ellison, M. L., Doerfler, L. A., & Riba, M. B. (2014). Population-based initiatives in college mental health: students helping students to overcome obstacles. *Current psychiatry reports*, 16(12), 525. doi: 10.1007/s11920-014-0525-1
- Kirsh, B., Martin, L., Hultqvist, J., & Eklund, M. (2019). Occupational Therapy Interventions in Mental Health: A Literature Review in Search of Evidence. *Occupational Therapy in Mental Health*, 35(2), 109 - 156. doi: 10.1080/0164212X.2019.1588832
- Kisling, L.A., Das, J.M. (2020) Prevention strategies. Ανακτήθηκε 1 Σεπτεμβρίου, 2020, από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. doi: 10.1521/ijct.2015.8.2.114
- Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., & Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current opinion in psychology*, 22, 38–43. doi:10.1016/j.copsyc.2017.07.020
- Kumar, A., Azevedo, K. J., Factor, A., Hailu, E., Ramirez, J., Lindley, S. E., & Jain, S. (2019). Peer support in an outpatient program for veterans with posttraumatic stress

disorder: Translating participant experiences into a recovery model. *Psychological Services, 16*(3), 415–424. doi: 10.1037/ser0000269

Labouliere, C. D., Vasan, P., Kramer, A., Brown, G., Green, K., Rahman, M., Kammer, J., Finnerty, M., & Stanley, B. (2018). "Zero Suicide" - A model for reducing suicide in United States behavioral healthcare. *Suicidologi, 23*(1), 22–30.

Labouliere, C. D., Vasan, P., Kramer, A., Brown, G., Green, K., Rahman, M., Kammer, J., Finnerty, M., & Stanley, B. (2018). "Zero Suicide" - A model for reducing suicide in United States behavioral healthcare. *Suicidologi, 23*(1), 22–30.

Lawrence, M., Asaba, E., Duncan, E., Elf, M., Eriksson, G., & Faulkner, J. et al. (2019). Stroke secondary prevention, a non-surgical and non-pharmacological consensus definition: results of a Delphi study. *BMC Research Notes, 12*(1). doi: 10.1186/s13104-019-4857-0

Lee, S. W., Kielhofner, G., Morley, M., Heasman, D., Garnham, M., Willis, S., Parkinson, S., Forsyth, K., Melton, J., & Taylor, R. R. (2012). Impact of using the Model of Human Occupation: a survey of occupational therapy mental health practitioners' perceptions. *Scandinavian journal of occupational therapy, 19*(5), 450–456. doi: 10.3109/11038128.2011.645553

Lengvenyte, A., Conejero, I., Courtet, P., & Olié, E. (2019). Biological bases of suicidal behaviours: A narrative review. *The European journal of neuroscience, 00*, 1-22. doi: 10.1111/ejn.14635

Lengvenyte, A., Conejero, I., Courtet, P., & Olié, E. (2019). Biological bases of suicidal behaviours: A narrative review. *The European journal of neuroscience*. doi: 10.1111/ejn.14635

Lim, Y. M., Kim, S. K., Yoo, D. H., & Kim, H. (2020). Effects of assistive technology-based occupational therapy on community-dwelling people recovering from



stroke. *Assistive technology : the official journal of RESNA*, 1–8. Advance online publication. doi: 10.1080/10400435.2020.1789900

Linker, J., Gillespie, N.A., Maes, H., Eaves, L. and Silberg, J.L. (2012). Suicidal Ideation, Depression, and Conduct Disorder in a Sample of Adolescent and Young Adult Twins. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(2), 426-436. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00101.x

Liu, L. (2018). Occupational therapy in the Fourth Industrial Revolution. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 85(4), 272–283. doi:

10.1177/0008417418815179Ma, H. I., & Hsieh, C. E. (2020). An Anti-Stigma Course for Occupational Therapy Students in Taiwan: Development and Pilot Testing. *International journal of environmental research and public health*, 17(15), 5599. doi: 10.3390/ijerph17155599

Ma, H. I., & Hsieh, C. E. (2020). An Anti-Stigma Course for Occupational Therapy Students in Taiwan: Development and Pilot Testing. *International journal of environmental research and public health*, 17(15), 5599.

doi:10.3390/ijerph17155599

Maciver, D., Morley, M., Forsyth, K., Bertram, N., Edwards, T., Heasman, D., Rennison, J., Rush, R., & Willis, S. (2015). Innovating With the Model of Human Occupation in Mental Health. *Occupational Therapy in Mental Health*, 31, 144 - 154. doi: 10.1080/0164212X.2015.1029603

Macleod, E., Nada-Raja, S., Beautrais, A., Shave, R., & Jordan, V. (2018). Primary prevention of suicide and suicidal behaviour for adolescents in school settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(12), CD007322. doi: 10.1002/14651858.CD007322.pub3

- Mann J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature reviews. Neuroscience*, 4(10), 819–828. doi:10.1038/nrn1220
- Martins, C., Godycki-Cwirko, M., Heleno, B., & Brodersen, J. (2018). Quaternary prevention: reviewing the concept. *European Journal Of General Practice*, 24(1), 106-111. doi: 10.1080/13814788.2017.1422177
- Masselink, C. E. (2018). Considering Technology in the Occupational Therapy Practice Framework. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 6(3). doi: 10.15453/2168-6408.1497
- McCormack, L., Thomas, V., Lewis, M. A., & Rudd, R. (2017). Improving low health literacy and patient engagement: A social ecological approach. *Patient education and counseling*, 100(1), 8–13. doi:10.1016/j.pec.2016.07.007
- McKay, K., Milner, A., & Maple, M. (2013). *Women and suicide: beyond the gender paradox. International Journal of Culture and Mental Health*, 7(2), 168–178.
- Menninger, K. A. (1933). Psycho-Analytic Aspects of Suicide. *The International Journal of Psycho-Analysis*. 14, 376-390.
- Mesa, A., Hoehn Anderson, K., Askey-Jones, S., Gray, R. & Silber, E. (2012). The Mental Health Needs of Individuals Living With Multiple Sclerosis: Implications for Occupational Therapy Practice and Research. *Mental health special interest section quarterly / American Occupational Therapy Association*. 35(2), 1-4.
- Mikat-Stevens, N., Larson, I., & Tarini, B. (2014). Primary-care providers' perceived barriers to integration of genetics services: a systematic review of the literature. *Genetics In Medicine*, 17(3), 169-176. doi: 10.1038/gim.2014.101
- Miranda, R., Valderrama, J., Tsypes, A., Gadol, E., & Gallagher, M. (2013). Cognitive inflexibility and suicidal ideation: mediating role of brooding and

hopelessness. *Psychiatry research*, 210(1), 174–181. doi:  
10.1016/j.psychres.2013.02.033

Mirkarimi, K., Mostafavi, F., Eshghinia, S., Vakili, M., Ozouni-Davaji, R., & Aryaie, M. (2015). Effect of Motivational Interviewing on a Weight Loss Program Based on the Protection Motivation Theory. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(6). doi: 10.5812/ircmj.23492v2

Molineux, M. (2017). *A dictionary of occupational science and occupational therapy*. Oxford: Oxford University Press. doi: 10.1093/acref/9780191773624.001.0001

Moller, H. J. (2003). Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(418), 73-80.

Moon, J. H., & Jung, J. H. (2020). Chronic diseases and others factors that affect suicidal ideation in elderly people. *Ethiopian Journal of Health Development*, 34(SI-3).

Morrison, T. L., & Smith, J. D. (2013). Working alliance development in occupational therapy: a cross-case analysis. *Australian occupational therapy journal*, 60(5), 326–333. doi :10.1111/1440-1630.12053

National Institute of Mental Health (NIMH) (2020). *Ask Suicide-Screening Questions*, Information Sheet. Ανακτήθηκε στις 20 Ιανουαρίου 2021, από [https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials/asq-tool/information\\_sheet\\_asq\\_nimh\\_toolkit\\_155866.pdf](https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials/asq-tool/information_sheet_asq_nimh_toolkit_155866.pdf)

Nepon, J., Belik, S.-L., Bolton, J., & Sareen, J. (2010). *The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. *Depression and Anxiety*, 27(9), 791–798. doi:10.1002/da.20674

- Niederkrotenthaler, T., Gunnell, D., Arensman, E., Pirkis, J., Appleby, L., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., Platt, S., & International COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration (2020). Suicide Research, Prevention, and COVID-19. *Crisis*, *41*(5), 321–330. doi: 10.1027/0227-5910/a000731
- Nightengale, E.O., Cureton, M., & Kalmar, V. (1978). *Perspectives on health promotion and disease prevention in the United States*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy of Sciences
- Nolan, A., McCrory, C., & Moore, P. (2019). Personality and preventive healthcare utilisation: Evidence from the Irish Longitudinal Study on Ageing. *Preventive Medicine*, *120*, 107-112. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.12.029
- Norström, T. & Rossow, I. (2016). Alcohol Consumption as a Risk Factor for Suicidal Behavior: A Systematic Review of Associations at the Individual and at the Population Level, *Archives of Suicide Research*, *20*(4), 489-506, doi: 10.1080/13811118.2016.1158678
- Novalis, S.D.. (2017). Suicide awareness and occupational therapy for suicide survivors. OT Practice. 22. CE1-CE7.
- O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L., & Silverman, M.M. (1996). Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *26*, 237-252.
- O'Brien, J.C. & Hussey, S. (2018). Introduction to Occupational Therapy (5th Ed.). St.Louis: Elsevier.
- O'Connor, R. C. and Portzky, G. (2018) The relationship between entrapment and suicidal behavior through the lens of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Current Opinion in Psychology*, *22*, 12-17.

- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 373(1754), 20170268. doi: 10.1098/rstb.2017.0268
- Odom, K. (2016). Combating the Suicide Epidemic: The Effects of Leisure Engagement on the Incidence of Depression and Poor Life Satisfaction in Soldiers. *Occupational Therapy in Mental Health*. 32(1). 70-85. doi:10.1080/0164212X.2015.1082172.
- Office of the Surgeon General (US), & National Action Alliance for Suicide Prevention (US). (2012). *2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action: A Report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention*. US Department of Health & Human Services (US).
- Oquendo, M., & Baca-Garcia, E. (2014). Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations. *World Psychiatry*, 13(2), 128-130. doi: 10.1002/wps.20116
- Overholser, J., Braden, A., & Dieter, L. (2012). Understanding suicide risk: identification of high-risk groups during high-risk times. *Journal Of Clinical Psychology*, 68(3), 349-361. doi: 10.1002/jclp.20859
- Paksarian, D., Eaton, W. W., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2015). Childhood residential mobility, schizophrenia, and bipolar disorder: a population-based study in Denmark. *Schizophrenia bulletin*, 41(2), 346–354. doi:10.1093/schbul/sbu074
- Palmadottir, G. (2006). Client-therapist relationships: Experiences of occupational therapy clients in rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(9), 394-401. doi: 10.1177/030802260606900902
- Palmer, D., & El Miedany, Y. (2011). *Rheumatology helpline: challenges in the biologic therapy era*. *British Journal of Nursing*, 20(12), 728–732. doi: 10.12968/bjon.2011.20.12.728

- Panagioti, M., Gooding, P., Taylor, P. J., & Tarrier, N. (2013). A model of suicidal behavior in posttraumatic stress disorder (PTSD): The mediating role of defeat and entrapment. *Psychiatry Research*, 209(1), 55–59. doi: 10.1016/j.psychres.2013.02.018
- Papadopoulou, A., Efstathiou, V., Yotsidi, V., Pomini, V., Michopoulos, I., Markopoulou, E., Papadopoulou, M., Tsigaropoulou, E., Kalemi, G., Tournikioti, K., Douzenis, A., & Gournellis, R. (2021). Suicidal Ideation during COVID-19 Lockdown in Greece: Prevalence in the Community, Risk and Protective Factors. *Psychiatry Research*. 297, 113713. doi: 10.1016/j.psychres.2021.113713.
- Park, J., Gross, D. P., Rayani, F., Norris, C. M., Roberts, M. R., James, C., Guptill, C., & Esmail, S. (2019). Model of Human Occupation as a framework for implementation of Motivational Interviewing in occupational rehabilitation. *Work (Reading, Mass.)*, 62(4), 629–641. doi: 10.3233/WOR-192895
- Paxson, D., Winston, K., Tobey, T., Johnston, S., & Iwama, M. (2012). The Kawa Model: Therapists' Experiences in Mental Health Practice. *Occupational Therapy in Mental Health*, 28(4), 340 - 355. doi: 10.1080/0164212X.2012.708586
- Peloquin, S.M. (1991). Occupational therapy service: individual and collective understandings of the founders, Part 1. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 45(4), 352–360. doi: 10.5014/ajot.45.4.352
- Pentland, D., Kantartzis, S., Giatsi Clausen, M. and Witemyre, K. (2018) Occupational therapy and complexity: defining and describing practice. London: Royal College of Occupational Therapists. Ανακτήθηκε στις 2 Δεκεμβρίου 2020, από <https://www.rcot.co.uk/sites/default/files/OT%20and%20complexity.pdf>

- Pisani, A. R., Murrie, D. C., & Silverman, M. M. (2016). Reformulating Suicide Risk Formulation: From Prediction to Prevention. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 40(4), 623–629. doi: 10.1007/s40596-015-0434-6
- Pitman, A., & Caine, E. (2012). The role of the high-risk approach in suicide prevention. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 201(3), 175–177. doi: 10.1192/bjp.bp.111.107805
- Pizzi, M. A., & Richards, L. G. (2017). Promoting Health, Well-Being, and Quality of Life in Occupational Therapy: A Commitment to a Paradigm Shift for the Next 100 Years. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 71(4), 7104170010p1–7104170010p5. doi: 10.5014/ajot.2017.028456
- Pope, W. (1976). *Durkheim's Suicide*. Chicago: University of Chicago Press.
- Posner K., Oquendo, M., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*. 164(7), 1035–1043. doi: 10.1176/appi.ajp.164.7.1035.
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American journal of psychiatry*, 168(12), 1266–1277. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704

- Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. (1986). Protection Motivation Theory and preventive health: beyond the Health Belief Model. *Health Education Research*, 1(3), 153-161. doi: 10.1093/her/1.3.153
- Radomski, M. V., & Trombly Latham, C. A. (Eds.). (2014). Occupational therapy for physical dysfunction (7th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins
- Rajalin, M., Hirvikoski, T., Salander Renberg, E., Åsberg, M., & Jokinen, J. (2017). Family history of suicide and interpersonal functioning in suicide attempters. *Psychiatry Research*, 247, 310-314. doi: 10.1016/j.psychres.2016.11.029
- Ratkowska, K., & De Leo, D. (2013). Suicide in Immigrants: An Overview. *Open Journal of Medical Psychology*, 2(3), 124-133. doi: 10.4236/ojmp.2013.23019
- Razykov, I., Levis, B. and Thombs, B.D. (2012), Screening for depression and risk of suicide in patients with arthritis: Comment on the article by Tektonidou et al. *Arthritis Care & Research*, 64(4), 623-624. doi: 10.1002/acr.21555
- Razykov, I., Ziegelstein, R. C., Whooley, M. A., & Thombs, B. D. (2012). The PHQ-9 versus the PHQ-8--is item 9 useful for assessing suicide risk in coronary artery disease patients? Data from the Heart and Soul Study. *Journal of psychosomatic research*, 73(3), 163–168. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.06.001
- Richard-Devantoy, S., Berlim, M. T., & Jollant, F. (2015). Suicidal behaviour and memory: A systematic review and meta-analysis. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 16(8), 544–566. doi: 10.3109/15622975.2014.925584
- Rihmer, Z., Gonda, X., Torzsa, P., Kalabay, L., Akiskal, H.S., & Eory A. (2013) Affective temperament, history of suicide attempt and family history of suicide in general



practice patients. *Journal Of Affective Disorders*, 149, 350-354. doi: 10.1016/j.jad.2013.02.010

Rodante, D., Rojas, S., Feldner, M., Dutton, C., Rebok, F., Teti, G.L., Grendas, L., Fogola, A., & Daray, F.M. (2016). Differences between female suicidal patients with family history of suicide attempt and family history of completed suicide. *Comprehensive Psychiatry*, 70, 25-31. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.06.006

Rogers, R.W. (1983). Cognitive and psychological process in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In: Cacioppo, J.T., & Petty, R.E. (Eds), *Social psychophysiology* (pp.153-176), New York, N.Y.: Guildford

Rosenberg, M., Davidson, L., Smith, J., Berman, A., Buzbee, H., Gantner, G., Gay, G., Moore-Lewis, B., Mills, D., Murray, D., O'Carroll, P., and Jobes, D., "Operational Criteria for the Determination of Suicide," *Journal of Forensic Sciences*, Vol. 33, No. 6, 0, pp. 1445-1456. doi: 10.1520/JFS12589J. ISSN 0022-1198

Rosenstock, I. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-386. doi: 10.1177/109019817400200405

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15, 175–183.

Sachs-Ericsson, N. J., Rushing, N. C., Stanley, I. H., & Sheffler, J. (2016). In my end is my beginning: developmental trajectories of adverse childhood experiences to late-life suicide. *Aging & mental health*, 20(2), 139–165. doi: 10.1080/13607863.2015.1063107

Salloum, N.C. (2017). Suicidal Behavior: A Distinct Psychobiology?. *American Journal of Psychiatry*, 12, 2-4.

- Sames, K. M. (2014). *Documentation in practice*. In B. Boyt Schell, G. Gillen, M. Scaffa, & E. Cohn (Eds.) *Willard & Spackman's occupational therapy* (12th ed.) (pp. 466-475). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins..
- Scaffa, M. E., Van Slyke, N., Brownson, C. A., & American Occupational Therapy Association Commission on Practice (2008). Occupational therapy services in the promotion of health and the prevention of disease and disability. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 62(6), 694–703. doi: 10.5014/ajot.62.6.694
- Schmidt, R., Iachini, A., George, M.R., Koller, J.R., & Weist, M. (2015). Integrating a Suicide Prevention Program into a School Mental Health System: A Case Example from a Rural School District. *Children & Schools*, 37, 18-26. doi: 10.1093/CS/CDU026
- Schönfelder, A., Rath, D., Forkmann, T., Paashaus, L., Stengler, K., Teismann, T., Juckel G. & Glaesmer, H. (2020). Is the relationship between child abuse and suicide attempts mediated by nonsuicidal self-injury and pain tolerance?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1-11. doi: 10.1002/cpp.2501
- Schwarzer, R. (2016). Health Action Process Approach (HAPA) as a Theoretical Framework to Understand Behavior Change. *Actualidades En Psicología*, 30(121), 119. doi: 10.15517/ap.v30i121.23458
- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1996). *Self-efficacy and health behaviours*. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (p. 163–196). Open University Press.
- "Secondary prevention". (2020). Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου 2020, από <https://www.imedpub.com/scholarly/secondary-prevention-journals-articles-ppts-list.php>

- Selaman, Z. M., Chartrand, H. K., Bolton, J. M., & Sareen, J. (2014). Which symptoms of post-traumatic stress disorder are associated with suicide attempts?. *Journal of anxiety disorders*, 28(2), 246–251. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.12.005
- Serafini, G., Muzio, C., Piccinini, G., Flouri, E., Ferrigno, G., & Pompili, M. et al. (2015). Life adversities and suicidal behavior in young individuals: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(12), 1423-1446. doi: 10.1007/s00787-015-0760-y
- Shelef, L., Fruchter, E., Mann, J. J., & Yacobi, A. (2014). Correlations between interpersonal and cognitive difficulties: relationship to suicidal ideation in military suicide attempters. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 29(8), 498–502. doi: 10.1016/j.eurpsy.2014.01.006
- Sher L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians*, 113(10), 707–712. doi:10.1093/qjmed/hcaa202
- Sher, L., & Kahn, R. S. (2019). Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(7), 361. <https://doi.org/10.3390/medicina55070361>
- Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. (pp. 202- 213.) New York: John Wiley & Sons.
- Shneidman, E. S. (2010) Edwin S. Shneidman on Suicide. *Suicidology Online*, 1, 5-18.
- Silverman, M. M., & Felner, R. D. (1955). Suicide Prevention Programs: Issues of Design, Implementation, Feasibility, and Developmental Appropriateness. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 25(1), 92-104.

- Silverman, M.M., Berman, A.L., Sanddal, N.D., O'Carroll, P.W., & Joiner, T.E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors: Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 248-263. doi: 10.1521/suli.2007.37.3.248
- Simpson, Grahame & Tate, Robyn. (2008). Suicidality in people surviving a traumatic brain injury: Prevalence, risk factors and implications for clinical management. *The Medical Journal of Australia*, 187(4), 229-232.
- Sirisathitkul, Y., Thanathamath, P., & Aekwarangkoon, S. (2019). Predictive Apriori Algorithm in Youth Suicide Prevention by Screening Depressive Symptoms from Patient Health Questionnaire-9. *TEM Journal*, 8(4), 1449-1455. doi: 10.18421/TEM84-49
- Skinner, C.S., Tiro, J., Champion, V.L. (2015). The Health Belief Model. In: Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. "V." (eds.). *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed.) (pp.75-92). San Francisco, C.A.: Jossey-Bass
- Smith, D., & Hudson, S. (2012). Using the Person-Environment-Occupational Performance conceptual model as an analyzing framework for health literacy. *Journal of Communication in Healthcare*, 5(1), 11 - 3. doi: 10.1179/1753807611Y.0000000021
- Stern, B. Z. (2018). Critical Reflections on Self-Management Support in Chronic Disease: The Value of Occupational Therapy in Health Promotion. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 6(4). doi: 10.15453/2168-6408.1461
- Stone, D.M., Holland, K.M., Bartholow, B., Crosby, A.E., Davis, S., & Wilkins, N. (2017). Preventing Suicide: A Technical Package of Policies, Programs, and Practices. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. doi: 10.15620/cdc.44275

- Stover, A. D. (2016). Health Policy Perspectives—Client-centered advocacy: Every occupational therapy practitioner’s responsibility to understand medical necessity. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(5), 7005090010. doi: 10.5014/ajot.2016.705003
- Suicide and parasuicide - a comparison - General Practice Notebook. (2018). Ανακτήθηκε στις 12 Οκτωβρίου 2020, από <https://gpnotebook.com/simplepage.cfm?ID=-328531967>
- Sulat, J. S., Prabandari, Y. S., Sanusi, R., Hapsari, E. D., & Santoso, B. (2018). The validity of health belief model variables in predicting behavioral change. *Health Education*, 118(6), 499–512. doi:10.1108/he-05-2018-0027
- Szücs, A., Szanto, K., Aubry, J. M., & Dombrowski, A. Y. (2018). Personality and Suicidal Behavior in Old Age: A Systematic Literature Review. *Frontiers in psychiatry*, 9, 128. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00128>
- Tanner, J. F., Day, E., & Crask, M. R. (1989). Protection motivation theory. *Journal of Business Research*, 19(4), 267–276. doi:10.1016/0148-2963(89)90008-8
- Tertiary Prevention | For Your Condition | Physical Activity | Home. (2016). Ανακτήθηκε στις 8 Σεπτεμβρίου 2020, από <https://www.healthlinkbc.ca/physical-activity/tertiary-prevention>
- Tesser, C. (2017). Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção?. *Revista De Saúde Pública*, 51, 116. doi: 10.11606/s1518-8787.2017051000041
- Tokolahi, E., Hocking, C., Kersten, P., & Vandal, A. C. (2014). Cluster-randomised controlled trial of an occupational therapy group intervention for children designed to promote emotional wellbeing: study protocol. *BMC psychology*, 2(1), 16. doi: 10.1186/2050-7283-2-16

- Trenoweth, S., & Moone, N. (2017). Theory and Practice of Psychosocial Assessment in Mental Health Care. In S. Trenoweth , & N. Moone (Eds.), *Psychosocial assessment in mental health* (pp.3-28). U.K.: SAGE Publications Ltd, doi: 10.4135/9781529714784
- Turecki, G., & Brent, D. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239. doi: 10.1016/s0140-6736(15)00234-2
- Turner, H., Finkelhor, D., Shattuck, A., & Hamby, S. (2012). Recent Victimization Exposure and Suicidal Ideation in Adolescents. *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166(12), 1149. doi: 10.1001/archpediatrics.2012.1549
- Ventriglio, A., Gentile, A., Bonfitto, I., Stella, E., Mari, M., Steardo, L., & Bellomo, A. (2016). Suicide in the Early Stage of Schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 7, 116. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00116>
- Verma, D., Srivastava, M. K., Singh, S. K., Bhatia, T., & Deshpande, S. N. (2016). Lifetime suicide intent, executive function and insight in schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophrenia Research*. 178(1-3), 12-16. doi: 10.1016/j.schres.2016.08.009
- Viguera, A. C., Milano, N., Laurel, R., Thompson, N. R., Griffith, S. D., Baldessarini, R. J., & Katzan, I. L. (2015). Comparison of Electronic Screening for Suicidal Risk With the Patient Health Questionnaire Item 9 and the Columbia Suicide Severity Rating Scale in an Outpatient Psychiatric Clinic. *Psychosomatics*, 56(5), 460–469. doi: 10.1016/j.psym.2015.04.005
- Wada, M. (2011). Strengthening the Kawa model: Japanese perspectives on person, occupation, and environment. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie*, 78(4), 230–236. doi: 10.2182/cjot.2011.78.4.4

- Wagman, P., Hjärthag, F., Håkansson, C., Hedin, K., & Gunnarsson, A. B. (2019). Factors associated with higher occupational balance in people with anxiety and/or depression who require occupational therapy treatment. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1–7. doi:10.1080/11038128.2019.1693626
- Wand, A., Zhong, B. L., Chiu, H., Draper, B., & De Leo, D. (2020). COVID-19: the implications for suicide in older adults. *International psychogeriatrics*, 32(10), 1225–1230. doi:10.1017/S1041610220000770
- Wang, P. W., & Yen, C. F. (2017). Adolescent substance use behavior and suicidal behavior for boys and girls: a cross-sectional study by latent analysis approach. *BMC psychiatry*, 17(1), 392. doi: 10.1186/s12888-017-1546-1
- Webb, R., Pedersen, C., & Mok, P. (2016). Adverse Outcomes to Early Middle Age Linked With Childhood Residential Mobility. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(3), 291–300. doi: 10.1016/j.amepre.2016.04.011
- Wei, H.-T., Lan, W.-H., Hsu, J.-W., Bai, Y.-M., Huang, K.-L., Su, T.-P., & Chen, M.-H. (2016). Risk of Suicide Attempt among Adolescents with Conduct Disorder: A Longitudinal Follow-up Study. *The Journal of Pediatrics*, 177, 292–296. doi:10.1016/j.jpeds.2016.06.057
- Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and preventive psychology*, 12(4), 189-201. doi: 10.1016/j.appsy.2008.05.001
- West, W. (1984). A reaffirmed philosophy and practice of occupational therapy for the 1980s. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 38 1, 15-23.
- Westefeld, J. (2020). Suicide Prevention: An Issue of Social Justice. *Journal of Prevention and Health Promotion*, 1, 58 - 79. doi: 10.1177/2632077020946419

- Whalley Hammell, K.-R. & Beagan, B. (2017). Occupational injustice: A critique. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84(1), 58-68. doi: 10.1177/0008417416638858
- Whiteford G. (2000). Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 200-204. doi: 10.1177/030802260006300503
- Wilcock A (1993) A theory of the human need for occupation. *Journal of Occupational Science*, 1(1), 17-24. doi: 10.1080/14427591.1993.9686375
- Wilcock A (1998) An occupational perspective of health. Thorofare, NJ: Slack, Inc.
- Wilson, K. M., Millner, A. J., Auerbach, R. P., Glenn, C. R., Kearns, J. C., Kirtley, O. J., Najmi, S., O'Connor, R. C., Stewart, J. G., & Cha, C. B. (2019). Investigating the psychometric properties of the Suicide Stroop Task. *Psychological assessment*, 31(8), 1052–1061. doi: 10.1037/pas0000723
- Wong, S. R., & Fisher, G. (2015). Comparing and Using Occupation-Focused Models. *Occupational therapy in health care*, 29(3), 297–315. doi: 10.3109/07380577.2015.1010130
- Wong, W., Kuo, W., Sobolewski, C., Bhatia, I., & Ip, P. (2020). The Association Between Child Abuse and Attempted Suicide. *Crisis*, 41(3), 196-204. doi: 10.1027/0227-5910/a000625
- World Federation of Occupational Therapy (WFOT). (2012). *About Occupational Therapy*. Ανακτήθηκε στις 20 Δεκεμβρίου 2020, από <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>
- World Health Organization (WHO). (2013). In: A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.



- World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- World Health Organization. (2004). ICD-10 : international statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision, 2nd ed. World Health Organization.
- World Health Organization., Unesco., & International Labour Organization. (2010). *Community-based rehabilitation: CBR guidelines*. Ανακτήθηκε στις 9 Φεβρουαρίου 2021, από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310940/>
- Yuodelis-Flores, C., & Ries, R.R. (2015). Addiction and Suicide: A Review. *The American Journal on Addictions*, 24(2), 1-7. doi: 10.1111/j.1521-0391.2015.12185.x
- Yusop, Y.M., Abdullah, M.R., & Mohamad, L.Z. (2018). CURRENT PATTERN OF PARASUICIDE IN OUR SOCIETY. *EPRA International Journal of Research and Development (IJRD)*, 3(11), 189-195.
- Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child And Adolescent Psychiatry And Mental Health*, 9(1). doi: 10.1186/s13034-015-0062-7
- Zhang, C., Zhang, R., Schwarzer, R., & Hagger, M. (2019). A meta-analysis of the health action process approach. *Health Psychology*, 38(7), 623-637. doi: 10.1037/hea0000728
- Zhuo, L., Yao, W., Yan, Z., Giron, M., Pei, J., & Wang, H. (2020). Impact of effort reward imbalance at work on suicidal ideation in ten European countries: The role of depressive symptoms. *Journal Of Affective Disorders*, 260, 214-221. doi: 10.1016/j.jad.2019.09.007

## ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

- DiMatteo, M.R., Martin, L.R. (2011). Η διατήρηση της υγείας. Στο Φ. Αναγνωστόπουλος & Γ. Ποταμιάνος (Επιμ.), *Εισαγωγή στη Ψυχολογία της Υγείας* (σσ. 275-277). Αθήνα: Πεδίο.
- Βάσου, Π. & Λαβράνος, Γ. (2017). Προαγωγή της αναπαραγωγικής υγείας σε εφήβους: Εφαρμογή του μοντέλου πεποιθήσεων για την υγεία. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*. 34(5) , 663-670.
- Δημητροπούλου, Ε., & Γιαννοπούλου, Ι. (2016). Σωματοδυσμορφική Διαταραχή σε Εφήβους: Σύγχρονα Δεδομένα και Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία. *Γνωσιακή - Συμπεριφορική Έρευνα & Θεραπεία*, 2(1), 19-28.
- Κανταρτζή, Σ. (2002). Σημειώσεις: ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΙΙΙ. Αθήνα: ΤΕΙ Αθήνας.
- Κονταξάκης, Β., Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ., & Λύκουρας, Λ. (2013). Αυτοκτονικότητα: Εισαγωγή, ορισμοί, επιδημιολογικά δεδομένα. *Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά* (σσ.3-18). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- Κουλουμπή, Μ. (2016). Διδακτικές Σημειώσεις: Η Δραστηριότητα στην Εργοθεραπεία. Αθήνα: ΤΕΙ Αθήνας.
- Μοροζίνη, Μ. (2014). Σημειώσεις: Βασικές αρχές Εργοθεραπείας. Αθήνα: ΤΕΙ Αθήνας.
- Μπεκιάρη, Ε., & Κατσαδώρος, Κ. (χ.η.). Οδηγός για την Αναγνώριση του Αυτοκαταστροφικού Ασθενή για γιατρούς & άλλους εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ανακτήθηκε στις 11 Ιανουαρίου 2021, από <http://suicide-help.gr/wordpress/wp-content/uploads/2017/11/%CE%9F%CE%94%CE%97%CE%93%CE%9F%CE%A3%CE%A0%CE%A1%CE%9F%CE%9B%CE%97%CE%A8%CE%97%CE%A3%CE%91%CE%98%CE%9C%CE%99%CE%91%CE%A6%CE%A1%CE%9F%CE%9>

[D%CE%A4%CE%99%CE%94%CE%91%CE%A5%CE%93%CE%95%CE%99%CE%91%CE%A3.pdf](#)

- Πολίτης, Ι. (2009). *Επιστήμη Έργου. Σημειώσεις: Επιστήμη Έργου*. Αθήνα: ΤΕΙ Αθήνας.
- Στυλιανίδης, Σ. (2014). *Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής: Για μία κριτική ανθρωποκεντρική ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις ΤΟΠΟΣ.
- Στυλιανίδης, Σ. (2015). *Ενδυνάμωση και συνηγορία: Για μια δημοκρατία της ψυχικής υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις ΤΟΠΟΣ.
- Τζονιχάκη, Ι. (2019). *Η εργοθεραπεία στους ηλικιωμένους*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος.
- Χαριστού, Ε. (2014). *Η Σημασία της Πρόληψης στον τομέα της Υγείας*. (Αδημοσίευτη Μεταπτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.