



ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

DEPARTMENT OF OCCUPATIONAL THERAPY
FACULTY OF HEALTH AND CARING SCIENCES

Πτυχιακή Εργασία

Γηροψυχιατρικοί ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές.

Ο ρόλος της Εργοθεραπείας.

Thesis

Elderly psychiatric patients with psychotic disorders.

The role of Occupational Therapy.

Βασιλική Γιαννίκα (AM: 17110)

Vasiliki Giannika (ID: 17110)

Επιβλέπουσα: Αθανασία Παπαδοπούλου, Ψυχίατρος, MD, PhD

Supervisor: Athanasia Papadopoulou, Psychiatrist, MD, PhD

Αθήνα, 2021

Επιτροπή Εξέτασης

1. Παπαδοπούλου Αθανασία

2. Βλοτινού Πηνελόπη

3. Τριανταφυλλίδου Σοφία

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ/ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Βασιλική Γιαννίκα του Μιχαήλ, με αριθμό μητρώου 17110 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

Βασιλική Γιαννίκα

26-05-2021

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κα. Αθανασία Παπαδοπούλου για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση που μου παρείχε κατά την εκπόνηση αυτής της εργασίας. Ακόμη, ευχαριστώ τους καθηγητές που με τον τρόπο τους ενέπνευσαν αυτή μου την προσπάθεια. Ιδιαίτερα ευχαριστώ όσους ήταν δίπλα μου και με στήριξαν από την αρχή των ακαδημαϊκών σπουδών μου μέχρι και σήμερα. Αφιερώνω την πτυχιακή εργασία σε αυτούς, τους ανθρώπους της οικογένειάς μου.

26-05-2021

Βασιλική Γιαννίκα

Περίληψη

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία γίνεται μια προσπάθεια κατανόησης του ρόλου της Εργοθεραπείας στην αντιμετώπιση των ψυχωσικών διαταραχών σε γηροψυχιατρικούς ασθενείς. Για το σκοπό αυτό αναζητήθηκαν απαντήσεις σε επιμέρους ερωτήματα, μέσω της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας του πεδίου της Εργοθεραπείας και της Γηροψυχιατρικής. Συγκεκριμένα, διερευνήθηκε η προσέγγιση της εργοθεραπευτικής παρέμβασης σε ασθενείς τρίτης ηλικίας με ψύχωση, οι ανάγκες και τα ζητήματα εκτέλεσης έργου στα οποία συμβάλλει η Εργοθεραπεία και οι τύποι των εργοθεραπευτικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στην κάλυψη αυτών των αναγκών. Τα βιβλιογραφικά και ερευνητικά δεδομένα που μελετήθηκαν αποδεικνύουν την καθοριστική συμβολή της ολιστικής εργοθεραπευτικής προσέγγισης και υποστήριξης των γηροψυχιατρικών ασθενών και της οικογένειας στη διαδικασία ανάρρωσης. Σε όλα τα στάδια αποκατάστασης διακρίνονται πέντε κύριοι τομείς εργοθεραπευτικής παρέμβασης, που αφορούν τη διαχείριση των συμπτωμάτων, την αντιμετώπιση των συννοσηρών παθολογικών καταστάσεων και των αισθητηριακών/κινητικών ελλειμμάτων, την εκτέλεση και συμμετοχή στους τομείς έργου και την αντιμετώπιση του στίγματος και της ανισορροπίας-αποξένωσης έργου. Καθώς τα περισσότερα εργοθεραπευτικά προγράμματα που εντοπίστηκαν και μελετήθηκαν εφαρμόζονται και σε νεότερες ηλικιακές ομάδες πέρα από τους γηροψυχιατρικούς ασθενείς, προτείνεται η διενέργεια περισσότερων ερευνών εστιασμένων στους ασθενείς τρίτης ηλικίας με ψύχωση.

Λέξεις Κλειδιά: γηροψυχιατρικοί ασθενείς; ψύχωση στην τρίτη ηλικία; ψυχωσικές διαταραχές; σχιζοφρένεια; Εργοθεραπεία; τομείς παρέμβασης; ανάρρωση

Abstract

In the present thesis an attempt is made to understand the role of Occupational Therapy in the treatment of psychotic disorders in geriatric psychiatric patients. For this purpose, answers to individual questions were sought, through the review of the literature in the field of Occupational Therapy and Geriatric Psychiatry. Specifically, the approach of occupational therapy intervention in elderly patients with psychosis, the needs and issues of occupational performance to which the Occupational Therapy contributes and the types of occupational therapy interventions aimed at meeting these needs were investigated. The literature and research data studied prove the decisive contribution of the holistic occupational therapy approach and support of geriatric psychiatric patients and the family in the recovery process. At all stages of rehabilitation, there are five main areas of occupational therapy intervention, which concern the management of symptoms, the treatment of comorbid conditions and sensory/motor deficits, the execution and participation in the areas of occupation and the treatment of stigma and occupational imbalance-alienation. As most of the occupational therapy programs identified and studied apply to younger age groups in addition to geriatric psychiatric patients, It is recommended that more research be conducted in elderly patients with psychosis.

Keywords: geriatric psychiatric patients; psychosis in old age; psychotic disorders; schizophrenia; Occupational therapy; areas of intervention; recovery

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες	iv
Περίληψη	v
Abstract	vi
Πίνακας περιεχομένων	viii
Εισαγωγή	1
Κεφάλαιο 1. Ψυχωσικές διαταραχές στην τρίτη ηλικία	2
1.1 Ψυχωσικές διαταραχές	2
1.1.1 Ορισμός	2
1.1.2 Ταξινόμηση και διαγνωστικά κριτήρια	4
1.2 Γηροψυχιατρικοί ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές	6
1.2.1 Επιδημιολογία	7
1.2.2 Αιτιοπαθογένεια	9
1.2.3 Κλινική εικόνα	10
1.3 Θεραπευτικές προσεγγίσεις	15
Κεφάλαιο 2. Ηλικιωμένοι και δέσμευση σε έργα	20
2.1 Αλλαγές κατά τη γήρανση	20
2.2 Θεωρίες γήρανσης	21
2.3 Δέσμευση σε έργα	24
2.4 Έργα και ηλικιωμένοι με ψυχωσικές διαταραχές	25
2.5 Φιλοσοφία εργοθεραπευτικών προγραμμάτων	26
Κεφάλαιο 3. Εργοθεραπεία και γηροψυχιατρικοί ασθενείς με ψύχωση	27
3.1 Προσέγγιση ψυχοκοινωνικής Εργοθεραπείας	27

3.2	Ανάγκες και ζητήματα εκτέλεσης έργου	29
3.3	Θεωρητικά μοντέλα και πλαίσια αναφοράς	33
3.4	Εργοθεραπευτική αξιολόγηση	35
Κεφάλαιο 4. Παρεμβάσεις Εργοθεραπείας σε ηλικιωμένους ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές		39
4.1	Διαχείριση συμπτωμάτων ψυχωσικών διαταραχών	39
4.2	Αντιμετώπιση αισθητηριακών και κινητικών ελλειμμάτων	44
4.3	Συννοσηρές παθολογικές καταστάσεις	45
4.4	Εκτέλεση και συμμετοχή σε έργα	47
4.4.1	Τομέας των Δ.Κ.Ζ.	48
4.4.2	Τομέας των σ.Δ.Κ.Ζ.	49
4.4.3	Τομέας διαχείρισης υγείας	51
4.4.4	Ανάπαυση και ύπνος	52
4.4.5	Εκπαίδευση και εργασία	52
4.4.6	Ελεύθερος χρόνος και κοινωνική συμμετοχή	54
4.5	Αντιμετώπιση στίγματος και ανισορροπίας έργων	55
Συζήτηση-Συμπεράσματα		57
Επίλογος		60
Βιβλιογραφικές αναφορές		61
Παράρτημα		76

Εισαγωγή

Οι ψυχωσικές διαταραχές αποτελούν ένα ετερογενές σύνολο ψυχιατρικών καταστάσεων, με συνήθη έναρξη στην νεαρή και ενήλικη ζωή και στις περισσότερες περιπτώσεις χρόνια διάρκεια (Iglewicz, Meeks & Jeste, 2011). Τα πρώτα συμπτώματα των ψυχωσικών διαταραχών μπορεί να εκδηλωθούν και κατά το στάδιο της γήρανσης, πέρα από τη νεαρή και ενήλικη ηλικία (O'Driscoll, Free, Attard, Carter, Mason & Shaikh, 2019). Σύμφωνα με την αγγλική βιβλιογραφία, οι διαταραχές του φάσματος σχιζοφρένειας και η παραληρητική διαταραχή παρουσιάζουν συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό εμφάνισης στην τρίτη ηλικία, προκαλώντας σοβαρές επιπτώσεις στη γενικότερη υγεία, ευημερία, λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων (Karim & Harrison, 2016; Nebhinani, Pareek & Grover, 2014).

Τα ψυχωσικά συμπτώματα, η γνωστική έκπτωση και τα συνοδά αισθητηριακά και κινητικά προβλήματα δημιουργούν ελλείμματα στις δεξιότητες εκτέλεσης και κατ' επέκταση στη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων. Το υψηλό ποσοστό των συννοσηρών παθολογικών ασθενειών είναι άλλο ένα χαρακτηριστικό της ψύχωσης στην τρίτη ηλικία, το οποίο έχει ως αποτέλεσμα το χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής σε αυτούς τους ασθενείς. Τα παραπάνω κλινικά χαρακτηριστικά σε συνδυασμό με τις συνέπειες του ψυχικού πόνου, λόγω του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού, οδηγούν στην αποξένωση των ηλικιωμένων από σημαντικά έργα. Οι ανάγκες και τα ζητήματα εκτέλεσης έργου που σχετίζονται με τις προαναφερόμενες διαταραχές απαιτούν την παρέμβαση της Εργοθεραπείας, έτσι ώστε να διευκολυνθεί και να επιτευχθεί η διαδικασία ανάρρωσης με την ανεμπόδιστη συμμετοχή σε έργα με νόημα και την υιοθέτηση ενός ποιοτικού τρόπου ζωής (Beukes, 2014; Stoffel, Lee & Schwartz, 2015).

Κεφάλαιο 1.

Ψυχωσικές διαταραχές στην τρίτη ηλικία

1.1 Ψυχωσικές διαταραχές

1.1.1 Ορισμός

Ο όρος «ψύχωση» χαρακτηρίζει ένα ευρύ φάσμα αντιληπτικών και γνωστικών διαταραχών, που επιδρούν στην *επαφή με την πραγματικότητα, στη λειτουργικότητα και στην προσαρμοστική συμπεριφορά του ατόμου* (World Health Organization [WHO], 2010). Πρόκειται για μια ψυχιατρική κατάσταση που εκδηλώνεται με ορισμένα ετερογενή συμπτώματα, γι' αυτό πολλές φορές αποκαλείται και «ψυχωσικό σύνδρομο» (Karim & Harrison, 2016). Κύρια συμπτώματα της ψύχωσης θεωρούνται οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες, που σχεδόν πάντα συνοδεύονται από τις δευτερεύουσες διαταραχές της σκέψης, της συμπεριφοράς και της ψυχοκινητικότητας (Iglewicz et al., 2011; Karim & Harrison, 2016).

Πιο συγκεκριμένα, στην **5^η Αναθεώρηση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5)**, της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (2013), ως κύρια συμπτώματα των ψυχωσικών διαταραχών ορίζονται οι *παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις, η αποδιοργανωμένη σκέψη (ομιλία), η κατάφωρα αποδιοργανωμένη ή μη φυσιολογική κινητική συμπεριφορά και τα αρνητικά συμπτώματα*.

Αναλυτικότερα, οι **παραληρητικές ιδέες** αφορούν *αβάσιμες, συχνά περίεργες πεποιθήσεις του ατόμου που δεν αναιρούνται έναντι λογικών επιχειρημάτων και διακρίνονται ανάλογα με το περιεχόμενό τους σε διωκτικές, αναφοράς ή συσχέτισης, μεγαλείου, ερωτομανιακές, κοσμογονικές-μηδενιστικές, σωματικές και απώλειας ελέγχου του νου ή του σώματος (εισαγωγής σκέψης, απόσυρσης σκέψης, εξωτερικού ελέγχου/χειραγώγησης)*. Οι **ψευδαισθήσεις** ορίζονται ως *αντιληπτικές εμπειρίες σε*

απουσία πραγματικού ερεθίσματος και αφορούν όλες τις αισθήσεις, με πιο συχνές τις ακουστικές. Συνήθως γίνονται αντιληπτές ως φωνές που σχολιάζουν, συνομιλούν μεταξύ τους ή δίνουν εντολές, με περιεχόμενο κυρίως απειλητικό και υβριστικό προς το άτομο (American Psychiatric Association, 2013).

Η **αποδιοργανωμένη σκέψη** στην ψύχωση αποτελεί μια τυπική διαταραχή σκέψης, που αντικατοπτρίζεται στην ομιλία του ατόμου ως έλλειψη συνεκτικότητας και νοήματος (εκτροχιασμός σκέψης ή χάλαση συνειρμών), μη σχετική με το θέμα λεκτική απόκριση (κατεφαπτομένη λόγος) ή πλήρης ασάφεια λόγου. Από την άλλη, η **εξαιρετικά αποδιοργανωμένη ή μη φυσιολογική κινητική συμπεριφορά** περιγράφει διαταραχές στη βούληση και την ψυχοκινητικότητα, οι οποίες επηρεάζουν την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Εκδηλώνονται ως κατατονική συμπεριφορά (αρνητισμός, ενθουσιασμός, αλαλία, εμβροντησία), στερεοτυπίες, μορφασμοί και ηχολαλία. Τέλος, **αρνητικά συμπτώματα** αποτελούν η μειωμένη συναισθηματική έκφραση, η αβουλία, η αλογία, η ανηδονία και η μειωμένη κοινωνικότητα, τα οποία είναι περισσότερο εμφανή στη σχιζοφρένεια (American Psychiatric Association, 2013).

Εκτός από τα προαναφερθέντα πρωταρχικά συμπτώματα, σε μια ψυχωσική διαταραχή μπορεί να αναδυθούν και συνοδά χαρακτηριστικά, όπως συμπτώματα διάθεσης (κατάθλιψη, μανίας) (American Psychiatric Association, 2013), κάποιες φυτικές αλλαγές, όπως απώλεια ενέργειας, ύπνου και όρεξης και νευρογνωστικές διαταραχές (WHO, 2010). Παράλληλα, έχει καθιερωθεί η διάκριση των συμπτωμάτων σε **θετικά** (ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες) και **αρνητικά** (όπως περιγράφονται παραπάνω) (World Health Organization [WHO], 1992).

Γενικότερα, τα ψυχωσικά συμπτώματα χαρακτηρίζονται ως συμπεριφορές που παρεκκλίνουν από τους εκάστοτε τυπικούς πολιτισμικούς και κοινωνικούς κανόνες,

έχουν επαρκή ένταση, διάρκεια και συχνότητα εμφάνισης, που μπορεί να μεταβάλλεται ανάλογα με το είδος και τη φάση της ψυχωσικής ασθένειας, ενώ δε μπορούν να αποδωθούν σε άλλη ψυχική, συμπεριφορική ή ιατρική διαταραχή (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.2 Ταξινόμηση και διαγνωστικά κριτήρια

Η ταξινόμηση και ο προσδιορισμός των διαγνωστικών κριτηρίων για ψύχωση αφορά τις **διαταραχές του φάσματος σχιζοφρένειας, τις παραληρητικές διαταραχές και άλλες ψυχωσικές διαταραχές** (American Psychiatric Association, 2013; WHO, 1992). Ο τρόπος ταξινόμησης στο **DSM-5**, της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (2013) διαφέρει σε ορισμένα σημεία σε σύγκριση με την προγενέστερη ταξινόμηση στη **10^η Αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10)**, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1992). Η ευρεία ταξινόμηση των ψυχωσικών διαταραχών στα ταξινομικά συστήματα παρουσιάζεται στον **Πίνακα 1** (Παράρτημα).

Πιο αναλυτικά, στο DSM-5 η **σχιζοφρένεια** ορίζεται ως ένα ετερογενές σύνδρομο γνωστικών, συμπεριφορικών και συναισθηματικών δυσλειτουργιών, που προκαλεί μείωση σχεδόν σε όλους τους τομείς λειτουργικότητας του ατόμου. Εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα συμπτώματα του διαγνωστικού κριτηρίου A (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένη ομιλία, έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, αρνητικά συμπτώματα) – με απαραίτητη την παρουσία είτε ενός θετικού συμπτώματος είτε αποδιοργανωμένης ομιλίας – για χρονικό διάστημα τουλάχιστον ενός μήνα. Τα συμπτώματα διαρκούν για μια χρονική περίοδο το λιγότερο έξι μηνών, η οποία περιλαμβάνει τις τρεις φάσεις εξέλιξης της διαταραχής (πρόδρομη, ενεργός και υπολειμματική φάση) (American Psychiatric Association, 2013).

Κατά τη διάγνωση πρέπει να αποκλείονται διαταραχές διάθεσης, διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών, άλλες ιατρικές καταστάσεις, καθώς και πιθανό ιστορικό αναπτυξιακής διαταραχής. Σε αντίθεση με το *ICD-10*, στο οποίο διακρίνονται *υποτύποι της σχιζοφρένειας* (παρανοϊκή, ηβηφρενική, κατατονική, αδιαφοροποίητη), το *DSM-5* αναπτύσσει μόνο *προσδιοριστές* της εξέλιξης και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων, καθώς και τον προσδιοριστή της σχιζοφρένειας με κατατονία (American Psychiatric Association, 2013; WHO, 1992).

Διαταραχές που ανήκουν στο **φάσμα της σχιζοφρένειας** είναι η σχιζότυπη, η σχιζοφρενικόμορφη και η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Κύριο χαρακτηριστικό της **σχιζότυπης διαταραχής** είναι η εκκεντρική συμπεριφορά, που μπορεί να συνοδεύεται από κοινωνική απόσυρση, καθώς εμπίπτει και στη *διαγνωστική κατηγορία της διαταραχής προσωπικότητας* (American Psychiatric Association, 2013; WHO, 1992). Η **σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή** εκδηλώνεται με σχιζοφρενικά συμπτώματα που διάρκειν λιγότερο από 6 μήνες, ενώ δεν προκαλεί έκπτωση της λειτουργικότητας. Ακόμη, η **σχιζοσυναισθηματική διαταραχή** εμφανίζει συμπτώματα σχιζοφρένειας *ταυτόχρονα* με ένα μείζον επεισόδιο διάθεσης (καταθλιπτικό ή μανιακό) (American Psychiatric Association, 2013).

Στο *DSM-5*, η **παραληρητική διαταραχή** αποτελεί *ανεξάρτητη διαγνωστική κατηγορία* (American Psychiatric Association, 2013), σε αντίθεση με το *ICD-10* που αποτελεί μέρος της ομάδας των **επίμονων παραληρητικών διαταραχών** (WHO, 1992). Χαρακτηρίζεται από την παρουσία αποκλειστικά παραληρητικών ιδεών, για τουλάχιστον ένα μήνα. Δεν εντοπίζεται κανένα άλλο ψυχωσικό σύμπτωμα, ενώ δεν παρατηρούνται σοβαρές διαταραχές όσον αφορά τη λειτουργικότητα και τη συμπεριφορά του ατόμου. Σε αντίθεση με το *ICD-10*, το *DSM-5* διακρίνει *πέντε υποτύπους* της διαταραχής που δηλώνουν το *περιεχόμενο των κυρίαρχων ιδεών*

(ερωτομανιακός, μεγαλείου, ζηλότυπος, διωκτικός, σωματικός) (American Psychiatric Association, 2013). Ακόμη, η **προκαλούμενη παραληρητική διαταραχή** υφίσταται όταν ένα άτομο με ψυχωσική διαταραχή προκαλεί παραληρητικές ιδέες σε άτομα που συνδέονται στενά συναισθηματικά μαζί του (WHO, 1992).

Άλλες ψυχωσικές διαταραχές διαρκούν από μία ημέρα μέχρι ένα μήνα, με πλήρη αποκατάσταση της λειτουργικότητας μετά το πέρας των συμπτωμάτων, όπως η **βραχεία ψυχωσική διαταραχή** (American Psychiatric Association, 2013) και οι **οξείες και παροδικές ψυχωσικές διαταραχές** (WHO, 1992). Τέλος, υπάρχουν ψυχωσικές διαταραχές που προκαλούνται από άλλες ανιχνεύσιμες καταστάσεις, όπως η **ψυχωσική διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες ή φάρμακα** και η **ψυχωσική διαταραχή οφειλόμενη σε άλλη ιατρική κατάσταση** και ψυχωσικές καταστάσεις που δεν πληρούν τα κριτήρια για κάποια από τις παραπάνω (American Psychiatric Association, 2013).

1.2 Γηροψυχιατρικοί ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές

Τα ταξινομικά συστήματα κωδικοποιούν τις ψυχωσικές διαταραχές με βάση την κλινική εικόνα και την πορεία εξέλιξής τους, ενώ ισχύουν τα ίδια διαγνωστικά κριτήρια ανεξάρτητα από την ηλικία έναρξης της διαταραχής (Karim & Harrison, 2016). Παράλληλα, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας και οι ερευνητικές μελέτες επικεντρώνονται κυρίως στους νεαρούς ενήλικες με ψυχωσική διαταραχή (de Mendonça Lima, Lopes & Kalasic, 2019; O'Driscoll et al., 2019). Ωστόσο, ψυχωσικά συμπτώματα εκδηλώνονται και σε μεγαλύτερες ηλικίες, πέρα από την ύστερη εφηβεία και την ενήλικη ζωή όπου εντοπίζεται το μεγαλύτερο ποσοστό έναρξης ψυχωσικών διαταραχών (American Psychiatric Association, 2013; Nebhinani et al., 2014; O'Driscoll et al., 2019).

Στην αγγλική βιβλιογραφία συναντούμε τον όρο “*late-life psychosis*”, ο οποίος περιγράφει την ψύχωση στην τρίτη ηλικία. Η ψύχωση στους ηλικιωμένους διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία έναρξης και τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής (Waserman & Saperson, 2018). Έτσι διακρίνουμε:

- τη **γήρανση με σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης** (έναρξη πριν τα 40 έτη),
- τη **σχιζοφρένεια καθυστερημένης έναρξης** (μεταξύ 40 και 60 ετών),
- τη **σχιζοφρένεια πολύ καθυστερημένης έναρξης** (μετά τα 60 έτη) και
- την **καθυστερημένη έναρξη ή γήρανση με άλλες διαταραχές στο φάσμα της σχιζοφρένειας ή με παραληρητική διαταραχή** (de Mendonça Lima et al., 2019; Iglewicz et al., 2011; Karim & Harrison, 2016; Nebhinani et al., 2014; Waserman & Saperson, 2018).

Καθώς ο πληθυσμός των ηλικιωμένων συνεχώς μεγαλώνει, λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής, η κατηγορία της *γήρανσης με ψυχωσική διαταραχή* αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο ποσοστό των γηροψυχιατρικών ασθενών με ψύχωση (Karim & Harrison, 2016). Ο ακριβής επιπολασμός των ψυχωσικών διαταραχών στους γηροψυχιατρικούς ασθενείς παρουσιάζεται στην υποενότητα που ακολουθεί.

1.2.1 Επιδημιολογία

Συγκριτικά με τους νεότερους ενήλικες, ο επιπολασμός των ψυχωσικών διαταραχών θεωρείται *χαμηλότερος στους ηλικιωμένους*. Κάτι τέτοιο συμπεραίνεται από τα στατιστικά δεδομένα για τη συχνότητα της σχιζοφρένειας στον γεροντολογικό πληθυσμό, τα οποία δείχνουν *επικράτηση 0,5%* έναντι της επικράτησης 1% της διαταραχής στον νεότερο πληθυσμό (de Mendonça Lima et al., 2019; Karim & Harrison, 2016; Meesters et al., 2012; Waserman & Saperson, 2018). Αυτή η πτώση του επιπολασμού αποδίδεται στην ανάρρωση και στην υψηλή θνησιμότητα των ηλικιωμένων με σχιζοφρένεια (Meesters et al., 2012).

Από την άλλη, δε φαίνεται να ισχύει το ίδιο για την *παραληρητική διαταραχή*, καθώς η επικράτησή της κατά την ενήλικη ζωή είναι περίπου 0,18%, ενώ κατά την *τρίτη ηλικία αυξάνεται στο 1%* (de Mendonça Lima et al., 2019; Karim & Harrison, 2016; Waserman & Saperson, 2018). Είναι ενδεικτικό ότι οι εσωτερικοί ασθενείς με παραληρητική διαταραχή αποτελούν το 1-4% των εισαγωγών σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ηλικιωμένων (Nebhinani et al., 2014). Επιπλέον, *όσον αφορά το φύλο δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη συνολική συχνότητα εμφάνισης της παραληρητικής διαταραχής* (American Psychiatric Association, 2013; Waserman & Saperson, 2018).

Το ποσοστό των ηλικιωμένων με ψύχωση που εμφανίζουν *παρανοϊκή σχιζοφρένεια και παραληρητική διαταραχή είναι 60% και 30% αντίστοιχα*, ενώ όσοι εμφανίζουν *άλλης μορφής ψύχωση αντιπροσωπεύουν το 10%* (de Mendonça Lima et al., 2019; Karim & Harrison, 2016). Όσον αφορά την ηλικία έναρξης, το 23,5% των γηροψυχιατρικών ασθενών με σχιζοφρένεια είχε έναρξη της διαταραχής μετά τα 40 έτη. Με βάση επιδημιολογικές μελέτες, η **συχνότητα της σχιζοφρένειας καθυστερημένης έναρξης (45-65 έτη)** είναι 1% και της **σχιζοφρένειας πολύ καθυστερημένης έναρξης (65 και άνω)** είναι 0,3% (Nebhinani et al., 2014; Waserman & Saperson, 2018). Η αναλογία 5:1 ανάμεσα στα δύο φύλα, δείχνει μια γυναικεία υπεροχή, που ίσως οφείλεται στην καθυστερημένη εμφάνιση της σχιζοφρένειας στις ηλικιωμένες γυναίκες (American Psychiatric Association, 2013; de Mendonça Lima et al., 2019; Karim & Harrison, 2016; Nebhinani et al., 2014).

Το ποσοστό εκδήλωσης πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου στους γηριατρικούς ασθενείς (το 30% των εισαγωγών στην τριτοβάθμια φροντίδα) και η αύξηση του ετήσιου επιπολασμού της σχιζοφρένειας στους ηλικιωμένους κατά 11% ανά πενταετία, οδηγούν στην *υπόθεση ενός μελλοντικού διπλασιασμού των ασθενών με*

σχιζοφρένεια, δεδομένης και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής (de Mendonça Lima et al., 2019; Meesters et al., 2012; Smart, Brown, Palmier-Claus, Raphael & Berry, 2020). Οι αιτιοπαθολογικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εκδήλωση ψυχωσικών διαταραχών σε αυτή την ηλικία περιγράφονται στην επόμενη υποενότητα.

1.2.2 Αιτιοπαθογένεια

Η εκδήλωση **σχιζοφρένειας καθυστερημένης έναρξης** συνδέεται με περιβαλλοντικούς (εποχή γέννησης, αστικό περιβάλλον, εθνοτικές ομάδες μειονοτήτων) και γενετικούς παράγοντες (πιθανή δράση αλληλόμορφων γονιδίων, μεγαλύτερη ηλικία πατέρα, προγεννητικοί και περιγεννητικοί παράγοντες), οι οποίοι αφορούν και τη **σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης** (American Psychiatric Association, 2013; Nebhinani et al., 2014; Waserman & Saperson, 2018). Η κακή παιδική προσαρμοστικότητα εμφανίζεται και στις δύο ομάδες έναρξης σε μεγαλύτερα επίπεδα από τον γενικό πληθυσμό, γι' αυτό θεωρείται ισχυρός παράγοντας κινδύνου (Nebhinani et al., 2014). Επιπλέον, η γυναικεία υπεροχή που παρατηρείται πιθανότατα οφείλεται στις ορμονολογικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά την εμμηνόπαυση (Nebhinani et al., 2014; Waserman & Saperson, 2018).

Για τη **σχιζοφρένεια πολύ καθυστερημένης έναρξης** ενοχοποιούνται κυρίως οι *εντοπισμένες ανωμαλίες στη δομή του εγκεφάλου και η γνωστική έκπτωση* (Nebhinani et al., 2014; Waserman & Saperson, 2018), ενώ εντοπίζεται μεγαλύτερη συχνότητα στο γυναικείο φύλο και σε πληθυσμούς μεταναστών, λόγω της επίδρασης ορισμένων ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Nebhinani et al., 2014). Παράλληλα, η αιτιοπαθογένεια της **παραληρητικής διαταραχής** περιλαμβάνει το οικογενειακό ή προσωπικό ιστορικό σχιζοφρένειας, τη συννοσηρή διαταραχή προσωπικότητας ή αισθητηριακή διαταραχή, που μπορεί να προκαλέσει την κοινωνική απόσυρση του

ατόμου. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου είναι η μετανάστευση και η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Nebhinani et al., 2014; Waserman & Saperson, 2018).

Από τους παράγοντες κινδύνου για τις διαταραχές του φάσματος σχιζοφρένειας και τις παραληρητικές διαταραχές, που ερευνώνται στις περισσότερες μελέτες αιτιοπαθογένειας, ελάχιστοι διαθέτουν ισχυρά τεκμήρια πραγματικής συσχέτισης με αυτές (Oliver et al., 2020; Radua et al., 2018). Ευρήματα σχετικής ανασκόπησης υποστηρίζουν *υψηλά ενδεικτική συσχέτιση* ορισμένων περιγεννητικών (παρεκκλίσεις στην εμβρυϊκή ανάπτυξη, επιπλοκές κατά τον τοκετό) και μεταγεννητικών παραγόντων (παιδικό τραύμα, κοινωνική απόσυρση στην παιδική ηλικία, χαρακτηριστικά ανηδονίας), καθώς και *σημαντικότητα και ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης* των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που διαμορφώνονται σε καθεστώς αστικότητας και εθνοτικής μειονότητας. Επίσης, επισημαίνεται η ανάγκη διερεύνησης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων μετανάστευσης και χρήσης ουσιών (όπως βαριά χρήση κάνναβης) (Radua et al., 2018).

Ισχυρή συσχέτιση φανερώνει και η κατάσταση *εξαιρετικά υψηλού κινδύνου για ψύχωση*, η οποία απαιτεί προσοχή κυρίως όσον αφορά τον εντοπισμό στοιχείων που προοικονομούν την αύξηση του κινδύνου μετάβασης σε ψύχωση (σοβαρά θετικά συμπτώματα, χαμηλή λειτουργικότητα, σοβαρά αρνητικά συμπτώματα) (Oliver et al., 2020; Radua et al., 2018). Στην επόμενη υποενότητα παρουσιάζεται η κλινική εικόνα των ψυχωσικών διαταραχών στους γηροψυχιατρικούς ασθενείς.

1.2.3 Κλινική εικόνα

Στη *γήρανση με σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης* παρατηρούνται βελτιωμένα θετικά και σοβαρότερα αρνητικά συμπτώματα, ιδιαίτερα σε ασθενείς που ζουν υπό το καθεστώς χρόνιας ιδρυματοποίησης. Η γνωστική λειτουργικότητα είναι σταθερή, με

ελλείμματα στους τομείς της μάθησης, της προσοχής, της αφαιρετικής ικανότητας, της μνήμης εργασίας και της γνωστικής ευελιξίας. Τα παραπάνω επιφέρουν πνευματική εξασθένηση και φτωχότερη λειτουργική ικανότητα και ποιότητα ζωής, τα οποία ίσως συνδέονται με ελάχιστες εγκεφαλικές ανωμαλίες και πρώιμες ψυχοκοινωνικές διαταραχές που εντοπίζονται σε άτομα με τη διαταραχή (Iglewicz et al., 2011; Karim & Harrison, 2016; Nebhinani et al., 2014).

Όσον αφορά τη **σχιζοφρένεια καθυστερημένης έναρξης**, ακολουθεί μια *νευροαναπτυξιακή εξελικτική πορεία*, με θετικά συμπτώματα που περιλαμβάνουν καλά οργανωμένες διωκτικές παραληρητικές ιδέες και σπάνιες ήπιες ακουστικές ψευδαισθήσεις, με υποτιμητικό και σχολιαστικό χαρακτήρα (Iglewicz et al., 2011; Nebhinani et al., 2014; Waserman & Saperson, 2018). Τα αρνητικά συμπτώματα είναι λιγότερα και ηπιότερης έντασης σε σύγκριση με την ομάδα πρώιμης έναρξης (Iglewicz et al., 2011; Karim & Harrison, 2016; Nebhinani et al., 2014), πιθανόν λόγω της παρατηρούμενης καλύτερης ανταπόκρισης των γηροψυχιατρικών ασθενών στην αντιψυχωσική αγωγή (Karim & Harrison, 2016). Τα γνωστικά ελλείμματα παρουσιάζονται μειωμένα και λιγότερο σοβαρά, ενώ η εξασθένηση της λειτουργικής ικανότητας επηρεάζει αρνητικά τις κοινωνικές και επαγγελματικές δεξιότητες των ασθενών (Iglewicz et al., 2011; Karim & Harrison, 2016; Nebhinani et al., 2014). Οι ελάχιστες εγκεφαλικές ανωμαλίες και οι πρώιμες ψυχοκοινωνικές αδυναμίες που παρατηρούνται, πιθανόν επιδρούν αρνητικά στη διαμόρφωση της εκτελεστικής δυσλειτουργίας (Karim & Harrison, 2016).

Η **πολύ καθυστερημένης έναρξης σχιζοφρένεια** είναι μια διαγνωστικά δύσκολη κλινική κατάσταση, *δεδομένης της νευροεκφυλιστικής εξελικτικής πορείας της* που αποδεικνύεται από την εντόπιση σοβαρής εγκεφαλικής ατροφίας στις νευροαπεικονίσεις ασθενών (Iglewicz et al., 2011; Nebhinani et al., 2014). Θεωρείται

ότι εκδηλώνεται με λιγότερα και ηπιότερα ψυχωσικά συμπτώματα (διαταραχή σκέψης, αρνητικά συμπτώματα) (Nebhinani et al., 2014; Waserman & Saperson, 2018). Ωστόσο, πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν την ομοιότητα των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων στις δύο καταστάσεις σχιζοφρένειας (καθυστερημένης και πολύ καθυστερημένης έναρξης) (Waserman & Saperson, 2018). Η ποιότητα των γνωστικών ελλειμμάτων είναι ίδια με της φυσιολογικής γήρανσης, ενώ η μνήμη παρουσιάζει μείωση λόγω φτωχής οργάνωσης και καταγραφής των πληροφοριών. Ακόμη, σε εξωτερικούς ασθενείς παρατηρείται πιο σταθερή καθημερινή λειτουργικότητα, με μερική εξασθένηση της εκτελεστικής λειτουργικότητας και υψηλό κίνδυνο όψιμης δυσκινησίας (Iglewicz et al., 2011; Nebhinani et al., 2014).

Γενικότερα, *σε οποιαδήποτε κατάσταση σχιζοφρένειας στους γηροψυχιατρικούς ασθενείς*, εμφανίζονται προβλήματα στην εκτελεστική και ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, με αποτέλεσμα συχνές *αδυναμίες εκτέλεσης ή συμμετοχής σε καθημερινές δραστηριότητες*. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η δυσκολία διαχείρισης άσχετων πληροφοριών, η εύκολη απόσπαση προσοχής, η δυσκολία/δυσφορία σε νέες ή άγνωστες καταστάσεις και η δημιουργία άκαμπτων ρουτίνων (Stoffel et al., 2015; Vizzotto, Buchain, Netto & Elkis, 2015). Επιπρόσθετα, η *εξασθένηση της εναισθησίας της διαταραχής* προκαλεί προβλήματα συμμόρφωσης στη θεραπεία και ανεπιθύμητα κλινικά αποτελέσματα. Η ελλειμματική ή μειωμένη εναισθησία αποτελεί *κοινό χαρακτηριστικό μεταξύ των ατόμων με σχιζοφρένεια*, με ερευνητικά δεδομένα να υποστηρίζουν την επιδείνωσή της κατά τη διάρκεια ψυχωσικών επεισοδίων, όπως και κατά την περίοδο της τρίτης ηλικίας, πιθανόν λόγω της πρόωρης γήρανσης των ατόμων με σχιζοφρένεια (Gerretsen, Plitman, Rajji & Graff-Guerrero, 2014).

Το υψηλό ποσοστό πρόωρης θνησιμότητας είναι άλλο ένα κοινό χαρακτηριστικό των ασθενών με ψύχωση. Αποδίδεται είτε στην υψηλή συννοσηρότητα με σωματικά παθολογικά προβλήματα, είτε σε αυτοκτονικές ενέργειες (Iglewicz et al., 2011; Schmitt et al., 2018; Talaslahti, Alanen, Hakko, Isohanni, Häkkinen & Leinonen, 2012). Συγκεκριμένα, ο επιπολασμός του μεταβολικού συνδρόμου και των καρδιαγγειακών παθήσεων είναι υψηλός στους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Η μεγάλης διάρκειας θεραπεία με αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς ενοχοποιείται για την εμφάνιση του μεταβολικού συνδρόμου, που προκαλεί ένα σύνολο παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου, όπως παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αρτηριακή υπέρταση και δυσλιπιδαιμία. Από τα κριτήρια του συνδρόμου, η περίμετρος της μέσης και τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων θεωρούνται τα πιο αντιπροσωπευτικά για την πρόγνωση του κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Επιπλέον, ο καθιστικός τρόπος ζωής, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, οι ανθυγιεινές συνήθειες (κάπνισμα, διατροφή υψηλή σε κορεσμένα λίπη), η γνωστική εξασθένηση και η μεγαλύτερη ηλικία ενισχύουν τον κίνδυνο για καρδιαγγειακές νόσους και κατ' επέκταση καρδιακή θνησιμότητα (Schmitt et al., 2018; Conn, Bourke, James & Haracz, 2019).

Από την άλλη πλευρά, ο κίνδυνος θνησιμότητας από αυτοκτονία, κυρίως μέσω αυτοτραυματισμού ή δηλητηρίασης, φαίνεται να είναι υψηλότερος σε σχέση με τις φυσικές αιτίες θανάτου. Αποτελέσματα έρευνας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια έδειξαν ότι ο υψηλός αυτοκτονικός κίνδυνος συνδέεται με συννοσηρή κατάθλιψη, σωματική συννοσηρότητα, θετικά και γνωστικά συμπτώματα της ασθένειας, ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας και κακή τήρηση της θεραπείας (Schmitt et al., 2018). Μεγάλη συχνότητα αποπειρών αυτοκτονίας παρατηρείται και σε γηροψυχιατρικούς ασθενείς με σοβαρή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, κυρίως καταθλιπτικού τύπου, όταν μάλιστα υπάρχει μεγαλύτερη αντίσταση στη θεραπεία (Tampi, Young, Hoq, Resnick & Tampi, 2019).

Ειδικότερα για τους γηροψυχιατρικούς ασθενείς με ψύχωση, *παράγοντες κινδύνου που ευνοούν την αυτοκτονικότητα* είναι η συννοσηρή κατάθλιψη, οι έντονες ψευδαισθήσεις με επιβλητική-προτρεπτική φύση και οι σωματικές παραληρητικές ιδέες (Iglewicz et al., 2011; Schmitt et al., 2018; Talaslahti et al., 2012).

Επιπλέον, η σχιζοφρένεια έχει *αρνητική πρόγνωση* αν η πρόδρομη ψυχοκοινωνική και συνολική λειτουργικότητα του ατόμου ήταν φτωχή, η έναρξη των ψυχωσικών συμπτωμάτων ήταν βαθμιαία και στα δύο πρώτα χρόνια της ασθένειας εκδηλώθηκαν πρώιμα σοβαρά συμπτώματα, με προεξέχοντα τα αρνητικά (Iglewicz et al., 2011; Nebhinani et al., 2014).

Όσον αφορά την *παραληρητική διαταραχή* σε γηροψυχιατρικούς ασθενείς, εκδηλώνεται με μη αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες, κυρίως διωκτικού και συνωμοτικού περιεχομένου, που ερμηνεύονται από τους άλλους ως καχυποψία. Ιδιαίτερα συχνή στις ηλικιωμένες γυναίκες είναι η *υποκατηγορία της παραληρητικής παρασίτωσης*, που αφορά ιδέες μόλυνσης του δέρματος από μικρά έντομα (παράσιτα) (Nebhinani et al., 2014; Waserman & Saperson, 2018). Οι ψευδαισθήσεις είναι σπάνιες, όπως και οι δυσκολίες στις κοινωνικές δεξιότητες και την εκτελεστική λειτουργικότητα του ατόμου (Tampri et al., 2019; Waserman & Saperson, 2018).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, γίνεται φανερό η ανάγκη προσδιορισμού των ψυχωσικών διαταραχών με *σωστή διαφορική διάγνωση* (αποκλεισμός αναστρέψιμων παραγόντων όπως φαρμακευτική αγωγή, ουσίες, άλλη ιατρική ή νευρολογική κατάσταση), *βαθιά κατανόηση των κλινικών εκδηλώσεων και της αιτιολογίας τους*, καθώς και της *αντίληψης του ίδιου του ατόμου* για την κατάσταση της υγείας του (American Psychiatric Association, 2013; Waserman & Saperson, 2018). Αυτά είναι τα στοιχεία μιας σωστής διαδικασίας αξιολόγησης που προσανατολίζουν την μετέπειτα πρακτική των κλινικών και την συμμετοχή των γηροψυχιατρικών ασθενών

στη θεραπευτική διαδικασία (Tampi et al., 2019). Οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν αναπτυχθεί παρουσιάζονται στην επόμενη ενότητα.

1.3 Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Ένας κοινός τρόπος διαχείρισης των ψυχωσικών συμπτωμάτων είναι η **αντιψυχωσική αγωγή**. Όπως προκύπτει από μελέτες φαρμακολογικής θεραπείας, η χρήση των *άτυπων αντιψυχωσικών (δεύτερη γενιά φαρμάκων)* προτιμάται έναντι των *τυπικών (πρώτη γενιά φαρμάκων)*, λόγω αποδεδειγμένων ηπιότερων παρενεργειών που εκδηλώνονται με την χρήση των πρώτων. Αναλυτικότερα, τα *τυπικά αντιψυχωσικά* συμβάλλουν σχεδόν στην πλήρη ύφεση των ψυχωσικών συμπτωμάτων, ωστόσο πολύ συχνά προκαλούν σοβαρές εξωπυραμιδικές και αντιχολινεργικές παρενέργειες, γνωστική εξασθένηση, καταστολή, όψιμη δυσκινησία (μεγαλύτερος αθροιστικός κίνδυνος στους ηλικιωμένους) και νάρκωση (σε υπερβολική δόση). Αντίθετα, τα *άτυπα αντιψυχωσικά* ενοχοποιούνται για την συχνή εμφάνιση μεταβολικού συνδρόμου, εγκεφαλοαγγειακών και καρδιαγγειακών διαταραχών στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, ενώ σε μεγαλύτερη δόση μπορεί να προκαλέσουν νάρκωση και εξωπυραμιδικές παρενέργειες (Karim & Harrison, 2016; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014; Nebhinani et al., 2014; Schmitt et al., 2018; Stoffel et al., 2015).

Η αναγκαιότητα αποφυγής των παραπάνω παραγόντων κινδύνου διαμόρφωσε τις αρχές *συνταγογράφησης* αντιψυχωσικής αγωγής σε *γηροψυχιατρικούς ασθενείς*, που αφορούν τις *ερευνητικές αξιολογήσεις* συννοσηρών ιατρικών καταστάσεων και ιστορικού φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και την *πρόβλεψη* αλληλεπιδράσεων φαρμάκων, φαρμακοκινητικών και φαρμακοδυναμικών αλλαγών. Επιπλέον, η παρακολούθηση του *διατροφικού επιπέδου*, της *σωματικής δραστηριότητας*, των *ζωτικών σημείων* και των *συνηθειών ζωής* (κάπνισμα, χρήση άλλων ουσιών) είναι

απαραίτητη πριν και κατά τη λήψη της αγωγής (de Mendonça Lima et al., 2019; Karim & Harrison, 2016; NICE, 2014; WHO, 2010).

Σε περίπτωση ανάγκης χορήγησης αντιψυχωσικής αγωγής ακολουθείται η αρχή “*start low, go slow*”, με χαμηλή δόση έναρξης και προοδευτική αύξηση στη χαμηλότερη αποτελεσματική δοσολογία, η οποία ρυθμίζεται σε δοκιμαστικό διάστημα 4-6 εβδομάδων, ανάλογα με το εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας κάθε ασθενή (Karim & Harrison, 2016; NICE, 2014; Nebhinani et al., 2014; WHO, 2010). Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα προτείνουν την έναρξη αντιψυχωσικής αγωγής εφόσον τα ψυχωσικά συμπτώματα *είναι επικίνδυνα* για τον ίδιο τον ασθενή και το περιβάλλον του και έχουν προηγηθεί αποτυχημένες εφαρμογές άλλων μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων (Waserman & Saperson, 2018). Ωστόσο, σχεδόν πάντα συνιστάται η *συνδυαστική εφαρμογή φαρμακευτικής και ψυχολογικής-ψυχοκοινωνικής παρέμβασης*, για μια αποτελεσματικότερη θεραπεία της ψύχωσης (de Mendonça Lima et al., 2019; Lutgens, Garipey & Malla, 2017; Rigby & Wilson, 2017; Vizzotto et al., 2015).

Από τις **ψυχολογικές-ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις** που εφαρμόζονται για *γνωστική και κοινωνική αποκατάσταση* και κατ’ επέκταση λειτουργική ανεξαρτησία των ασθενών και φροντιστών, η **γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT)** συγκαταλέγεται στις παρεμβάσεις με τα ισχυρότερα τεκμήρια για εφαρμογή στην ψύχωση (Karim & Harrison, 2016; Rigby & Wilson, 2017; Stoffel et al., 2015; Vizzotto et al., 2015;). Στοχεύει στην ενίσχυση της *αυτοδιαχείρισης των συμπτωμάτων της ασθένειας* και των *προσωπικών προβλημάτων* και στη *βελτίωση της λειτουργικότητας*, μέσω μιας σειράς τεχνικών ορθολογισμού της σκέψης για τον επαναπροσδιορισμό της αντίληψης πραγματικότητας του ατόμου (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013; de Mendonça Lima et al., 2019).

Η εφαρμογή της προτείνεται για την πρόληψη και διαχείριση της ψύχωσης στους ηλικιωμένους (de Mendonça Lima et al., 2019), καθώς υπάρχουν τεκμήρια αποτελεσματικότητας για συμμόρφωση στη θεραπεία (Waserman & Saperson, 2018) και μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων και των υποτροπών σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και σε εσωτερικούς ασθενείς με οξεία ψύχωση που συμμετείχαν σε ομαδικό πρόγραμμα CBT (Chien et al., 2013; Jacobsen, Hodkinson, Peters & Chadwick, 2018). Λόγω της μειωμένης επίδρασής της στα θετικά συμπτώματα και στην κοινωνική λειτουργικότητα των ηλικιωμένων (Chien et al., 2013; Smart et al., 2020), προτείνεται η συνδυαστική εφαρμογή της με άλλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (Nebhinani et al., 2014; Stoffel et al., 2015).

Η **γνωστική αποκατάσταση**, θεωρείται ότι ενισχύει τα αποτελέσματα της CBT, αντισταθμίζοντας τα νευροψυχολογικά και γνωστικά ελλείμματα και βελτιώνοντας την εκτελεστική λειτουργικότητα, μέσω γνωστικών τεχνικών και εκπαίδευσης που ανταποκρίνεται στο κίνητρο και τις ανάγκες καθημερινής ζωής του ατόμου (Burton, Vella, Littlefield & Twamley, 2015; Chien et al., 2013; Nebhinani et al., 2014; Waserman & Saperson, 2018). Αντίστοιχα, η **εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων**, διευκολύνει τη συνδυαστική χρήση διαπροσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, επιδιώκοντας την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση (Chien et al., 2013; Nebhinani et al., 2014; Stoffel et al., 2015; Vizzotto et al., 2015). Μέσω κοινών εκπαιδευτικών στρατηγικών, βελτιώνονται σημαντικά τα αρνητικά συμπτώματα και η κοινωνική λειτουργικότητα των ηλικιωμένων με ψυχωσικές διαταραχές (Chien et al., 2013; Lutgens et al., 2017; Smart et al., 2020; Waserman & Saperson, 2018).

Παράλληλα, τα **ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα** αποσκοπούν στην ενίσχυση της λειτουργικότητας, την κοινωνική επανένταξη και την πρόληψη των υποτροπών. Παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα, τις διαθέσιμες κοινωνικές δομές

και εκπαιδεύουν σε νέους τρόπους διαχείρισης των συμπτωμάτων και επίλυσης διαπροσωπικών συγκρούσεων, ώστε να πραγματοποιηθεί η ευημερία ασθενών και φροντιστών (Chien et al., 2013; Hale & Cowls, 2009; Lee & Chan, 2015; Stoffel et al., 2015; WHO, 2010). Η ενίσχυση τήρησης της θεραπείας και πρόληψης των υποτροπών, οφείλεται κυρίως στην *θεραπευτική ομαδική αλληλεπίδραση* και την *εφαρμογή της νέας γνώσης σε σχέση με την αγωγή*, τόσο σε κοινωνικό όσο και σε ενδονοσοκομειακό πλαίσιο (Chien et al., 2013; Hale & Cowls, 2009; Yanagida, Uchino & Uchimura, 2016).

Ακόμη, οι **οικογενειακές παρεμβάσεις** εστιάζουν στις σχέσεις μεταξύ μελών οικογένειας και ασθενή και στην επιβάρυνση των φροντιστών (Chien et al., 2013; Stoffel et al., 2015; Vizzotto et al., 2015). Προτείνονται για τη *διαχείριση της ψύχωσης πρώιμης και καθυστερημένης έναρξης* (de Mendonça Lima et al., 2019), καθώς βελτιώνουν την *οικογενειακή λειτουργικότητα και μειώνουν τις υποτροπές* (Chien et al., 2013; Karim & Harrison, 2016), παρόλο που ευρήματα υποστηρίζουν την *ελάχιστη επίδρασή τους στα αρνητικά συμπτώματα* (Lutgens et al., 2017).

Άλλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, όπως η **επαγγελματική αποκατάσταση** (Burton et al., 2015; Vizzotto et al., 2015) και η **ψυχοθεραπεία** δεν έχουν μελετηθεί και δεν εφαρμόζονται συχνά στον γηροψυχιατρικό πληθυσμό (de Mendonça Lima et al., 2019; Waserman & Saperson, 2018). Αντίθετα, οι **κοινωνικές προσεγγίσεις υποστήριξης**, όπως το μοντέλο *Assertive Community Treatment*, οι **μέθοδοι σωματικής άσκησης** και οι **θεραπείες μέσω τέχνης**, όπως η *μουσικοθεραπεία*, εφαρμόζονται για την *υποστήριξη στην κοινότητα δυσκολότερων περιπτώσεων*, τη *βελτίωση του μεταβολικού συνδρόμου και της καρδιοαναπνευστικής ικανότητας* και τη *δημιουργική έκφραση* ατόμων με ψυχωσικές διαταραχές καθυστερημένης έναρξης

αντίστοιχα (Chien et al., 2013; Karim & Harrison, 2016; Lutgens et al., 2017; Schmitt et al., 2018; Wasserman & Saperson, 2018).

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις *ατομικές προοπτικές* των ασθενών και της οικογένειας, ακολουθώντας πιστά τις *αρχές και τον σκοπό του μοντέλου Recovery* (Chien et al., 2013; Jackman, 2016). Κρίνεται επίσης απαραίτητη, η *μεταγενέστερη και τακτική παρακολούθηση (follow up)* των ασθενών για τη διατήρηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων και την αντιμετώπιση πιθανής κατάστασης στιγματισμού (de Mendonça Lima et al., 2019; WHO, 2010).

Καθώς η *ψύχωση στους ηλικιωμένους δεν έχει μελεθεί εκτενώς*, δεν έχουν αναπτυχθεί νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις σε αυτόν τον πληθυσμό (de Mendonça Lima et al., 2019; Nebhinani et al., 2014). Επομένως, θεωρείται απαραίτητη η διενέργεια πρόσθετων ερευνών για την *ψυχοπαθολογική κατανόηση της ψύχωσης* σε αυτή την ηλικία, ώστε να είναι δυνατός ο *επανασχεδιασμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας* με βάση τις διαφορετικές και επιπρόσθετες ανάγκες φροντίδας των ηλικιωμένων και των φροντιστών τους. Η *εκπαίδευση του επιστημονικού προσωπικού* είναι σημαντική για την *προσαρμογή των παρεχόμενων υπηρεσιών* στις ανάγκες των ηλικιωμένων ασθενών, όπως επίσης και η *ανάπτυξη εθνικών πολιτικών* για την εξάλειψη των διακρίσεων (de Mendonça Lima et al., 2019; O'Driscoll et al., 2019).

Παρ' όλα αυτά, για την αντιμετώπιση των ασθενών με ψύχωση συνιστάται η *διεπιστημονική προσέγγιση*, με εφαρμογή και *εργοθεραπευτικής παρέμβασης* σε συνδυασμό με τις παραπάνω περιγραφόμενες προσεγγίσεις (de Mendonça Lima et al., 2019; Vizzotto et al., 2015). Στα επόμενα κεφάλαια περιγράφεται η *εργοθεραπευτική προσέγγιση* για τη διαχείριση των ψυχωσικών διαταραχών σε γηροψυχιατρικούς ασθενείς.

Κεφάλαιο 2.

Ηλικιωμένοι και δέσμευση σε έργα

Οι γηροψυχιατρικοί ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές έρχονται αντιμέτωποι με την ανάγκη διαχείρισης των συμπτωμάτων και των προκλήσεων που απορρέουν από την ψυχοπαθολογία της ψύχωσης. Ταυτόχρονα, *ως ηλικιωμένοι*, βιώνουν μια σειρά από αλλαγές που αποδίδονται στο φυσιολογικό στάδιο της γήρανσης. Για την καλύτερη κατανόηση της διαδικασίας γήρανσης, κρίνεται σκόπιμη μια σύντομη αναφορά σε αυτές.

2.1 Αλλαγές κατά τη γήρανση

Η γήρανση θεωρείται ως ένα φυσικό στάδιο στη συνέχεια της ανάπτυξης ενός ατόμου. Όπως όλα τα στάδια ανάπτυξης, η γήρανση επιφέρει αλλαγές στη βιολογική και ψυχολογική διάσταση του ατόμου, οι οποίες επηρεάζουν είτε θετικά είτε αρνητικά τη ζωή του (Σηφάκη, 2001). Η Τζονιχάκη (2019, σ. 19-28) διακρίνει τις *φυσιολογικές αλλαγές* της γήρανσης σε αλλαγές που αφορούν την εξωτερική εμφάνιση, τη λειτουργία σωματικών συστημάτων, την αισθητικο-αντιληπτικότητα, την προσοχή και τη μνήμη. Όσον αφορά τις *ψυχολογικές αλλαγές*, διάφορα γεγονότα και καταστάσεις ζωής (Segal, 2014) καθώς και κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την προσωπικότητα και τον συναισθηματικό κόσμο του ηλικιωμένου, τις νοητικές ικανότητες ή τον τρόπο σκέψης του (Τζονιχάκη, 2019, σ. 15).

Οι αλλαγές που σχετίζονται με τα γηρατειά ακολουθούν τους νόμους της φύσης, ωστόσο κάθε άτομο γεράζει με μοναδικό τρόπο. Οι βιολογικοί και ψυχοσυναισθηματικοί παράγοντες γήρανσης αλληλεπιδρούν με διαφορετικό τρόπο τόσο μεταξύ τους, όσο και με τις αξίες και πεποιθήσεις του ατόμου και το κοινωνικο-πολιτιστικό πλαίσιο στο οποίο ζει. Το κοινωνικο-πολιτιστικό πλαίσιο μάλιστα ορίζει τα

δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ηλικιωμένων, διαμορφώνοντας έτσι νέους ρόλους (διακοπή εργασίας και συνταξιοδότηση) και πρότυπα εκτέλεσης έργων (Κουλουμπή, 2017, σ.107; Τζονιχάκη, 2019, σ. 13-15).

Οι μεταβολές στη φυσική κατάσταση, ψυχική ισορροπία και κοινωνική ταυτότητα των ηλικιωμένων μπορεί να έχουν θετικό ή αρνητικό αντίκτυπο στη λειτουργική ικανότητά τους, δηλαδή στην επάρκεια των δεξιοτήτων εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων. Με άλλα λόγια, ίσως επηρεάσουν το επίπεδο δέσμευσης και συμμετοχής σε έργα που εξασφαλίζουν την αυτονομία και την υγεία (Τζονιχάκη, 2019, σ. 16). Μάλιστα, η συνύπαρξη ασθενειών, περιοριστικών προσωπικών γνωρισμάτων (εθνικότητας, πολιτισμικής νόρμας, φύλου, οικονομικής κατάστασης) και περιβαλλοντικών συνθηκών (τεχνητών, φυσικών και κοινωνικών) αυξάνει τον κίνδυνο περιορισμού συμμετοχής σε έργα (Annear, Keeling, Wilkinson, Cushman, Gidlow & Hopkins, 2014). Η Κουλουμπή (2017, σ. 106) αναφέρει την αποξένωση στο επίπεδο των έργων ως αποτέλεσμα των αλλαγών γήρανσης που επιφέρουν κοινωνική απομόνωση και απώλεια της αυτοεκτίμησης και του νοήματος ζωής.

Οι ηλικιωμένοι καλούνται να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση ζωής που δημιουργούν οι τυπικές αλλαγές της γήρανσης, μέσω της διαχείρισης των απωλειών που βιώνουν και της διαμόρφωσης νέων μοτίβων έργων που θα ενταχθούν σε έναν νέο τρόπο ζωής. Ωστόσο, η επίτευξη της ανεξαρτησίας και της ικανοποίησης στα γηρατειά εξαρτάται σημαντικά και από τις προσωπικές εμπειρίες και προσδοκίες του ατόμου, που διαμορφώνουν και την υποκειμενική του αντίληψη προς τη διαδικασία της γήρανσης (Κουλουμπή, 2017, σ. 106).

2.2 Θεωρίες γήρανσης

Η άποψη ενός ατόμου για την γήρανση καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο με τον οποίο θα γεράσει. Αυτό αντικατοπτρίζεται σε αρκετές θεωρίες γήρανσης που

επικεντρώνονται στις αντιλήψεις και εμπειρίες των ηλικιωμένων σχετικά με τις αλλαγές κατά τη γήρανση, στον τρόπο διαχείρισης των αλλαγών και στο επίπεδο δέσμευσης των ηλικιωμένων σε έργα ζωής (Dionigi, 2015; Marhánková, 2011; Stevens-Ratchford, 2011; Troutman-Jordan & Staples, 2014).

Η θεωρία «**επιτυχημένης γήρανσης**» (*successful aging*) περιγράφει μια κατάσταση ικανοποιητικής προσαρμογής σε περιορισμούς στους τομείς έργων των ηλικιωμένων, που επιτυγχάνεται μέσα από την *ανάπτυξη βασικών μηχανισμών αντιμετώπισης* και την *ενίσχυση θετικών ενδοψυχικών παραγόντων* που συμβάλλουν στην υπέρβαση των προβλημάτων. Εστιάζοντας στις *εμπειρίες γήρανσης και τη διαχείριση του εαυτού και των καταστάσεων ζωής*, υποστηρίζει την ικανότητα προσαρμογής της λειτουργικής εκτέλεσης, για ενεργή συμμετοχή στα αναπτυξιακά καθήκοντα/έργα της τρίτης ηλικίας. Η καλύτερη εφαρμογή των μηχανισμών προσαρμογής και ολοκλήρωση των αναπτυξιακών καθηκόντων δημιουργεί μια *ωριμότερη και υπαρξιακή αντίληψη για τη ζωή*, που αντιστοιχεί στην κατάσταση της *γηρο-υπέρβασης*. Η **γηρο-υπέρβαση** (*gero-transcendence*) οδηγεί στην *επιτυχημένη γήρανση* και τελικά στην *υγεία και ευημερία του ατόμου* (Stevens-Ratchford, 2005; Troutman-Jordan & Staples, 2014).

Η ποιοτική ανάλυση των Troutman-Jordan και Staples (2014) αποκάλυψε 8 *παράγοντες επιτυχημένης γήρανσης*, από τους οποίους η *θετική αντιμετώπιση της γήρανσης* και η *αυτάρκεια και ενεργή συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες με νόημα* είχαν τις μεγαλύτερες συχνότητες εμφάνισης στις απόψεις των ηλικιωμένων. Ευρήματα σχετικών μελετών υποστηρίζουν τη σημασία της *δέσμευσης σε σημαντικά αναπτυξιακά καθήκοντα/έργα, έργα στο σπίτι και έργα με νόημα και συνέχεια συμμετοχής στο χρόνο*, για την προώθηση της υγείας και της επιτυχημένης γήρανσης (Stevens-Ratchford & Diaz, 2003; Stevens-Ratchford, 2005, 2011).

Σημαντικό ρόλο στην ποιότητα γήρανσης κατέχουν και τα **στερεότυπα γήρανσης**, με βάση ορισμένες **θεωρίες επίδρασης**, όπως η **εσωτερίκευση/ενσωμάτωση στερεοτύπου**, η **στερεοτυπική απειλή** και η **στερεοτυπική ώθηση**. Σύμφωνα με αυτές, τα αρνητικά και θετικά στερεότυπα (με σιωπηρό ή ρητό έναυσμα) επηρεάζουν την εικόνα για τον εαυτό και τους άλλους ομηλικούς, τις ικανότητες εκτέλεσης, την ανάρρωση, τις συμπεριφορές υγείας, τις κοινωνικές πεποιθήσεις και συνολικά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (Dionigi, 2015). Η ανάγκη μετάβασης από τα αρνητικά στερεότυπα-αναπαραστάσεις γήρανσης σε μία κοινωνία πρόνοιας, που μεριμνά για την ενεργητική εμπλοκή των ηλικιωμένων, οδήγησε στην ανάπτυξη της **θεωρίας «ενεργού γήρανσης» (active aging)** του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Marhánková, 2011; World Health Organization, 2002).

Σε επίπεδο κοινωνικής πολιτικής, η **ενεργός γήρανση** λειτουργεί ως **στρατηγική (εργαλείο) αντιμετώπισης της γήρανσης του πληθυσμού**. Η αργότερη συνταξιοδότηση παρατείνει τη δέσμευση των ηλικιωμένων στην εργασία, η οποία λειτουργεί θεραπευτικά για το άτομο. Επιπλέον, η ενεργός συμμετοχή στην κοινότητα μετά τη συνταξιοδότηση, με εθελοντική εργασία και παρακολούθηση προγραμμάτων δια βίου μάθησης, και η προώθηση τεχνικών διαχείρισης προβλημάτων υγείας μειώνουν τις δαπάνες για την υγεία και βελτιώνουν την συνολική κρατική οικονομία. Η **συμμετοχή σε δραστηριότητες** είναι άλλο ένα **συστατικό στοιχείο της ενεργού γήρανσης**, το οποίο θεωρείται **ατομική ευθύνη του ηλικιωμένου** (Marhánková, 2011).

Η αξία της δραστηριότητας διαφαίνεται και σε άλλες **ψυχοκοινωνικές θεωρίες** που έχουν αναπτυχθεί στη γεροντολογία, όπως στη **θεωρία της δραστηριότητας (activity theory)** των Neugarten, Havighurst και Tobin, τη **θεωρία της αποδέσμευσης (disengagement theory)** των Cumming και Henry και τη **θεωρία της συνέχειας (continuity theory)** του Atchley. Ακόμη, η **αναπτυξιακή θεωρία του**

Erikson υπογραμμίζει ότι η ολοκλήρωση του «εγώ» και το αίσθημα ικανοποίησης και πληρότητας επέρχεται μόνο όταν το άτομο έχει ζήσει τα στάδια της ζωής του δεσμευόμενο σε έργα με νόημα, τα οποία συνέβαλαν στην εκπλήρωση των προσωπικών του στόχων (Κουλουμπή, 2017, σ. 106-108; Τζονιχάκη, 2019, σ. 29).

2.3 Δέσμευση σε έργα

Όπως προκύπτει από τις θεωρίες γήρανσης, η *δέσμευση σε έργα με νόημα* είναι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό των επιτυχημένων γηρατειών. Το *νόημα*, η προσωπική και κοινωνική αξία που δίνει το άτομο στα έργα του, αποτελεί κινητήριο δύναμη για την εμπλοκή στη ζωή (Stevens-Ratchford, 2005). Μία διάσταση του νοήματος είναι η *συνέχεια στο χρόνο* (Stevens-Ratchford, 2011; Wright-St Clair, 2012), την οποία εντοπίζουμε σε έργα των ηλικιωμένων που σχετίζονται με την εργασία ή τον εθελοντισμό, τον ελεύθερο χρόνο, την κοινωνική συμμετοχή, την πνευματικότητα, το σπίτι και τον χώρο διαβίωσης και γενικότερα τα αναπτυξιακά καθήκοντα/δραστηριότητες (Ghiglieri, McAndrew, Baum & Taff, 2020; Marhánková, 2011; Stav, Hallenen, Lane & Arbesman, 2012; Stevens-Ratchford & Diaz, 2003).

Τα έργα με νόημα που έχουν μια συνέχεια στη ζωή του ηλικιωμένου, του προσδίδουν μια *αίσθηση ταυτότητας και σταθερότητας*, που τον *συνδέει με το παρελθόν του, τον κινητοποιεί στο παρόν και γεννά ελπίδες για το μέλλον* (Wright-St Clair, 2012). Οι δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και κοινωνικής συμμετοχής *επαναδομούν την καθημερινότητα*, με αποτέλεσμα την *αύξηση της αυτονομίας και της αυτοεκτίμησης, την ενίσχυση της ατομικής και ομαδικής ταυτότητας* και την *παροχή κινήτρων για κοινωνική συμμετοχή και ενασχόληση με τον εαυτό* (Marhánková, 2011; Stav et al., 2012).

Παράλληλα, τα αναπτυξιακά καθήκοντα των ηλικιωμένων λειτουργούν ως *φυσικά κίνητρα*, που *επανασχεδιάζουν ή μεταμορφώνουν τη ζωή*, παρέχοντας ένα αίσθημα

ασφάλειας και συνοχής του εαυτού (Stevens-Ratchford, 2005). Τα έργα στο χώρο διαβίωσης ανήκουν σε αυτά τα καθήκοντα. Χαρακτηρίζονται από *τις διαστάσεις της ταυτότητας*, που ακολουθούν τον ηλικιωμένο σε όλη τη ζωή του, *την πολιτική συμμετοχή*, που ενισχύει το αίσθημα ικανοποίησης και αυτάρκειας εφόσον οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν κοινωνική υποστήριξη και αποδοχή και *τη φιλοσοφική οπτική του αλτρουϊσμού*, που είναι απαραίτητη για την συνεχή κοινωνική εμπλοκή (Ghiglieri et al., 2020).

Επομένως, η «*γήρανση στο σπίτι*», στο πλαίσιο μιας κοινότητας οικείας για το άτομο, δίνει πολλές *ευκαιρίες δέσμευσης σε ωφέλιμα έργα*, που σχετίζονται με την αυτοφροντίδα, τη διαχείριση του σπιτιού, την οικογένεια, τις κοινωνικές σχέσεις και την ψυχαγωγία. Καθώς διαμορφώνουν ένα *πεδίο ασφάλειας*, που απορρέει από τις καθημερινές συνήθειες, ρουτίνες και έθιμα, προκαλούν την *αίσθηση χρησιμότητας και σκοπού* που έχουν ανάγκη οι ηλικιωμένοι, ώστε να προσαρμοστούν στις δυσκολίες και προκλήσεις που αντιμετωπίζουν. Η επιτυχημένη προσαρμογή συνεπάγεται την *προσωπική εξέλιξη του ηλικιωμένου*, η οποία απαιτείται για την κατάκτηση της αυτονομίας, της ευημερίας και της ικανοποίησης κατά τη γήρανση (Stevens-Ratchford & Diaz, 2003).

2.4 Έργα και ηλικιωμένοι με ψυχωσικές διαταραχές

Οι ηλικιωμένοι με ψύχωση είναι δυνατό να *προσαρμοστούν* στις νέες συνθήκες ζωής που φέρουν η γήρανση και η διαταραχή *μέσω της δέσμευσης σε έργα με νόημα*. Αυτά τα έργα δημιουργούν μια βάση κινητοποίησης, στην οποία ο ηλικιωμένος μπορεί να στηριχτεί για να επαναπροσδιορίσει τη ζωή του. Το *προφίλ έργων και ρόλων* και η *ενσωμάτωση του παρελθόντος στο παρόν (με ανάδυση επιτυχημένων στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων)* ενισχύουν τα αισθήματα αυτάρκειας, σταθερότητας και συνοχής του εαυτού στο χρόνο και βοηθούν το άτομο να

αναγνωρίσει και να αποδεχθεί τις δυσκολίες και να πορευτεί με αυτές στη ζωή του (Stevens-Ratchford, 2005).

Η *συνέχιση έργων* που ευνοούν τη *διατήρηση ρόλων*, στην πρωτότυπη ή σε προσαρμοσμένη μορφή τους για τις ανάγκες του ατόμου (Τζονιχάκη, 2019, σ. 29) και *ή ομαλή ένταξη έργων με νόημα* σε έναν νέο τρόπο ζωής (Κουλουμπή, 2017, σ. 107) μπορεί να συνδράμει στην αντιμετώπιση της κοινωνικής απομόνωσης και στιγματισμού που βιώνει ο ηλικιωμένος με ψύχωση (Stevens-Ratchford, 2011). Ακόμη, η *εκπαίδευση σε τεχνικές αντιμετώπισης προβλημάτων* και η *παροχή ευκαιριών δέσμευσης σε έργα στο πλαίσιο της ομάδας και της κοινότητας* δύνανται να μειώσουν τους περιβαλλοντικούς, κοινωνικούς ή προσωπικούς περιορισμούς (Annear et al., 2014; Stevens-Ratchford, 2005). Συνεπώς, η φιλοσοφία των εργοθεραπευτικών προγραμμάτων που εφαρμόζονται είναι καθοριστικής σημασίας για *την προσαρμογή, την αυτονομία και την κοινωνική ένταξη και συμμετοχή των ηλικιωμένων με ψυχωσικές διαταραχές*.

2.5 Φιλοσοφία εργοθεραπευτικών προγραμμάτων

Τα εργοθεραπευτικά προγράμματα οφείλουν να στοχεύουν στην «*ενεργό γήρανση*» των ηλικιωμένων με ψυχωσικές διαταραχές, ενσωματώνοντας *παράγοντες επιτυχημένης γήρανσης* (Troutman-Jordan & Staples, 2014) και *παραμέτρους που ενισχύουν τη συμμετοχή* των ηλικιωμένων σε έργα ωφέλιμα για την υγεία (Ghiglieri et al., 2020; Stav et al., 2012). Η Εργοθεραπεία στην κοινότητα, με προληπτικά προγράμματα προσαρμογής του τρόπου ζωής και παροχή ευκαιριών δέσμευσης σε έργα, μπορεί να *εξισώσει τις ευκαιρίες συμμετοχής* για ηλικιωμένους που στερούνται τα δικαιώματα σε έργα. Η άρση των εμποδίων δέσμευσης λόγω της διαταραχής μπορεί να οδηγήσει στην ενίσχυση της ποιότητας ζωής και της υγείας (Clark et al., 2012; Durocher, Gibson & Rappolt, 2014; Hammell, 2017).

Κεφάλαιο 3.

Εργοθεραπεία και γηροψυχιατρικοί ασθενείς με ψύχωση

Η εργοθεραπευτική πρακτική για τη διαχείριση των ψυχωσικών διαταραχών στους ηλικιωμένους ακολουθεί τις αρχές της *ολιστικής προσέγγισης*, οι οποίες εφαρμόζονται στον τομέα της γηροψυχιατρικής και στην αποκατάσταση ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Η **ψυχοκοινωνική Εργοθεραπεία** συμβάλλει σε όλα τα στάδια αποκατάστασης και σε όλες τις ηλικίες, συνδυάζοντας θεωρίες και μοντέλα για την κάλυψη των αναγκών των ατόμων (Beukes, 2014; Chen, Krupa, & Edgelow, 2015; Swarbrick & Noyes, 2018; Synovec, 2015). Παρακάτω περιγράφεται η προσέγγιση της πρακτικής, για την καλύτερη κατανόηση του ρόλου της Εργοθεραπείας.

3.1 Προσέγγιση ψυχοκοινωνικής Εργοθεραπείας

Η ψυχοκοινωνική Εργοθεραπεία έχει *ατομοκεντρικό χαρακτήρα*, που συμβαδίζει με τις *αρχές του μοντέλου Recovery*, το οποίο αντιπροσωπεύει τη μετάβαση προς την κοινοτική φροντίδα ψυχικής υγείας. Το **μοντέλο Recovery** εστιάζει στη προσωπική διαδικασία ανάρρωσης, η οποία επέρχεται μέσα από την αποδοχή της ασθένειας ως ένα κομμάτι του εαυτού και την επαναδιαμόρφωση μιας ζωής με νόημα, σκοπό και αίσθηση υγιούς συνοχής. Λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών, εμπλέκοντάς τους στη διαδικασία διαχείρισης της υγείας τους, ώστε να πετύχουν μια ανεξάρτητη και ισορροπημένη ζωή με ή χωρίς τα συμπτώματα της ασθένειας (Anderson Clarke & Warner, 2016; Höhl, Moll, & Pfeiffer, 2017; Jackman, 2016; Sarsak, 2018; Swarbrick & Noyes, 2018; Synovec, 2015).

Οι *αρχές του μοντέλου* σχετίζονται με τη θεωρία της Επιστήμης Έργου και της Εργοθεραπείας, καθώς αναγνωρίζουν την εγγενή ανάγκη του ανθρώπου να συμμετέχει σε έργα (*occupational being*) και υποστηρίζουν τις ανάγκες έργου (*occupational needs*) του κάθε ατόμου κατά τη διαδικασία της ανάρρωσης. Η στενή

σχέση Εργοθεραπείας και μοντέλου Recovery επιβεβαιώνεται και από μια ποιοτική μελέτη, όπου οι ασθενείς διέκριναν τα 6 πιο ωφέλιμα στοιχεία για την ανάρρωσή τους από μια εργοθεραπευτική παρέμβαση σχεδιασμού εξιτηρίου, τα οποία συμφωνούν με τα 10 στοιχεία του Recovery (Jackman, 2016; Synovec, 2015).

Τα **10 στοιχεία του Recovery** (πρόγραμμα ολιστικό, μη γραμμικό, εξατομικευμένο, ανθρωποκεντρικό, βασισμένο στις δυνατότητες του ατόμου, προάγει την αυτοκατεύθυνση, την υποστήριξη από ομοτίμους, τον σεβασμό, την υπευθυνότητα και την ελπίδα) ενσωματώνονται στην εργοθεραπευτική προσέγγιση και συνθέτουν μια τεκμηριωμένη πρακτική, κατάλληλη για πλαίσια εσωτερικής και εξωτερικής φροντίδας υγείας. Με γνώμονα τη *λειτουργική ανάρρωση*, δηλαδή την ανεξάρτητη επιτυχή συμμετοχή στους τομείς δραστηριοτήτων, η Εργοθεραπεία χρησιμοποιεί τη *σκόπιμη δραστηριότητα*, σε μια **πρακτική με επίκεντρο το έργο**, για να ενισχύσει τη *δέσμευση σε έργα με νόημα* που προάγουν την υγεία και την ευημερία των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (Halperin & Falk-Kessler, 2020; Höhl et al., 2017; Jackman, 2016; Sarsak, 2018; Swarbrick & Noyes, 2018; Synovec, 2015).

Η διευκόλυνση της δέσμευσης σε προσωπικά και κοινωνικά μοτίβα έργων με νόημα και η εκπαίδευση διαχείρισης του χρόνου για διατήρηση μιας «*ισορροπίας έργων*», είναι απαραίτητες πρακτικές κατά τη διαδικασία ανάρρωσης (Chen et al., 2015; Halperin & Falk-Kessler, 2020; Höhl et al., 2017). Ταυτόχρονα, με την ενίσχυση της συμμετοχής σε έργα αντιμετωπίζονται οι *ανάγκες και τα ζητήματα εκτέλεσης έργου* των ενηλίκων με ψυχωσικές διαταραχές, καθώς *διατηρούνται και/ή αποκαθίστανται οι δεξιότητες εκτέλεσης* που διαταράσσονται λόγω των συμπτωμάτων της ψύχωσης και των συννοσηρών ιατρικών ασθενειών (Bryant, 2015; Swarbrick & Noyes, 2018). Ειδικότερα, στους *γηροψυχιατρικούς ασθενείς*, η ικανότητα εκτέλεσης έργου μελετάται από την οπτική του **Βιοψυχοκοινωνικού**

μοντέλου, σύμφωνα με το οποίο οι αλληλεπιδράσεις των βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων συνθέτουν την εκτέλεση των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής (Beukes, 2014).

Άλλο ένα χαρακτηριστικό της ψυχοκοινωνικής Εργοθεραπείας, η **τριαδική σχέση μεταξύ θεραπευτή, ασθενή και δραστηριότητας**, συνεισφέρει στη βελτίωση της λειτουργικότητας και την κοινωνική ένταξη. Το **ασφαλές περιβάλλον** της θεραπευτικής σχέσης παρέχει στο άτομο τη δυνατότητα μάθησης και εφαρμογής νέων τρόπων διαχείρισης της παθολογίας (Foruzandeh & Parvin, 2013). Έτσι γίνεται εφικτή η *διαχείριση των περιοριστικών παραγόντων* που συχνά οδηγούν στην «*αποξένωση έργου*», θέτοντας εμπόδια στην επιλογή και στο δικαίωμα δέσμευσης σε έργα εξαιτίας του φαινομένου του *στιγματισμού* και των *ζητημάτων ασφαλείας και διαχείρισης κινδύνων* κατά τις κρίσιμες φάσεις μιας ψυχωσικής διαταραχής (Bryant, 2015; Swarbrick & Noyes, 2018).

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά συνθέτουν τη *φιλοσοφία της ψυχοκοινωνικής Εργοθεραπείας*, η οποία φαίνεται ότι συμβαδίζει με τις παραμέτρους των παρεμβάσεων για τη *διαχείριση της ψύχωσης* και την «*επιτυχημένη γήρανση*» των *γηροψυχιατρικών ασθενών*, όπως περιγράφονται στο προηγούμενο κεφάλαιο. Στην ενότητα που ακολουθεί αναλύονται οι ανάγκες και τα ζητήματα εκτέλεσης έργου αυτών των ασθενών.

3.2 Ανάγκες και ζητήματα εκτέλεσης έργου

Με βάση τη βιβλιογραφία, εργοθεραπευτικά προγράμματα εφαρμόζονται για τη *βελτίωση και διαχείριση των συμπτωμάτων της ψύχωσης* και την *αντιμετώπιση των συννοσηρών σωματικών παθολογικών προβλημάτων*, δεδομένου ότι προκαλούν μείωση της λειτουργικής ικανότητας, της ποιότητας ζωής και αύξηση του κινδύνου πρόωρης θνησιμότητας (Foruzandeh & Parvin, 2013; Höhl et al., 2017; Lutgens et

al., 2017; Swarbrick & Noyes, 2018; Tanaka et al., 2014; Vizzotto et al., 2015). Η γνωστική εξασθένηση σε ασθενείς με σχιζοφρένεια αντιμετωπίζεται με εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής και εκτελεστικής λειτουργικότητας και στην ενίσχυση της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης (Chen et al., 2016; Smart et al., 2020; Vizzotto et al., 2015).

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η εξέταση της *ταυτόχρονης εκτέλεσης γνωστικών και κινητικών ενεργειών (dual tasking)* κατά την αξιολόγηση της καθημερινής λειτουργικότητας. Αποτελέσματα έρευνας φανερώνουν *χειρότερη επιδεξιότητα χεριού στην ομάδα σχιζοφρένειας* σε συνθήκες διπλής ενέργειας, στις οποίες η προσθήκη γνωστικής ενέργειας δημιουργεί αμοιβαίες παρεμβολές (αύξηση των απαιτήσεων προσοχής σε κάθε ενέργεια) και τελικά χαμηλότερη λειτουργική απόδοση. Η εκπαίδευση στις διπλές ενέργειες μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με σχιζοφρένεια στην εκτέλεση Δραστηριοτήτων Καθημερινής Ζωής (Δ.Κ.Ζ.) (Lin et al., 2015).

Οι δυσκολίες στην επιδεξιότητα, τον κινητικό έλεγχο και συντονισμό και την οπτικοκινητικότητα μπορεί να σχετίζονται με τα *ελλείμματα κινητικής μάθησης και εκτέλεσης* που παρατηρούνται συχνά σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Αυτά μπορεί να εμφανίζονται ως πρώιμες ήπιες διαταραχές και να λειτουργούν ως προγνωστικοί παράγοντες ή μπορεί να είναι αποτέλεσμα της αντιψυχωσικής αγωγής. Μάλιστα, συνδέονται συχνά με την υψηλή συχνότητα εμφάνισης ήπιων νευρολογικών σημείων και αισθητηριακών διαταραχών στους ασθενείς με σχιζοφρένεια (Dimitropoulou & Westover, 2020; Halperin & Falk-Kessler, 2020).

Όσον αφορά τα *αισθητηριακά ελλείμματα*, η σύνδεση των ψυχωσικών διαταραχών με την άτυπη νευροαισθητηριακή δραστηριότητα υποστηρίζεται από ελάχιστη βιβλιογραφία. Ωστόσο, αξιόπιστα νευροεπιστημονικά τεκμήρια αναδεικνύουν *ζητήματα αισθητηριακής επεξεργασίας (δυσκολίες πρόσληψης ή καταγραφής,*

υπερευαισθησία, υπο-ανταπόκριση) σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, τα οποία επηρεάζουν τη δέσμευση σε έργα. Η *κατανόηση των κινητικών και/ή των αισθητηριακών ελλειμμάτων και η εντόπιση των μοτίβων αισθητηριακής επεξεργασίας, των κατώτερων νευρολογικών ορίων και των στρατηγικών αισθητηριακής αυτορρύθμισης* των ασθενών είναι μέρος μιας ολοκληρωμένης εργοθεραπευτικής αξιολόγησης (Andersson, Sutton, Bejerholm & Argentzell, 2020; Bailliard & Whigham, 2017; Halperin & Falk-Kessler, 2020).

Άλλα ζητήματα εκτέλεσης έργου προκύπτουν από *διαταραχές στην αντίληψη/εκτίμηση του χρόνου (διακοπή ροής χρόνου, αποπροσανατολισμός ηλικίας, χαμηλή κρίση χρονικής σειράς, déjà vu)*, που συχνά αποδίδονται σε *διαταραγμένη κοινωνική γνώση* (προσαρμογή στο κοινωνικό πλαίσιο), *δυσκολίες στη προφορική μνήμη εργασίας* (προβλήματα στην εκτέλεση διπλών ενεργειών) και *μειωμένη ικανότητα γενίκευσης της εμπειρίας*. Η αξιολόγηση της χρονικής αντίληψης των Δ.Κ.Ζ. θεωρείται σημαντική στη σχιζοφρένεια, καθώς φαίνεται ότι επιδρά στη διαδικασία ανάρρωσης και στη δέσμευση σε έργα (Hoshino et al., 2020).

Το *χαμηλό επίπεδο δέσμευσης σε έργα* σχετίζεται με τη δράση διάφορων παραγόντων σε άτομα με σχιζοφρένεια. Η *δυσκολία αντίληψης της πραγματικότητας* μειώνει την αίσθηση του εαυτού, ενώ η *δυσκολία κατανόησης και ερμηνείας της εμπειρίας* αποσπά τα άτομα από το έργο, καθιστώντας αδύνατο τον *αναστοχασμό της εκτέλεσης*, που απαιτείται για την αίσθηση νοήματος και ικανοποίησης από τη δέσμευση. Σοβαρή είναι η επιρροή *κοινωνικών παραγόντων*, όπως η έλλειψη κοινωνικής σύνδεσης και το στίγμα. Από την άλλη, *τα αρνητικά συμπτώματα* έχει αποδειχθεί ότι επιδρούν περισσότερο από όλους τους ψυχοπαθολογικούς παράγοντες στο επίπεδο δέσμευσης στα καθημερινά έργα (Bejerholm, 2010; Bejerholm & Eklund, 2007; Höhl et al., 2017).

Οι διαταραχές στη δέσμευση είναι δυνατό να επηρεάσουν *τα motiva και την ισορροπία των έργων*. Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι τα άτομα με ψυχωσικές διαταραχές αφιερώνουν περισσότερο χρόνο σε *παθητικές δραστηριότητες*, οι οποίες χαρακτηρίζονται από *στασιμότητα, έλλειψη οργάνωσης, δομής και χρονικού πλαισίου, ελλιπή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον (παρατήρηση ή απόδραση από την πραγματικότητα) και μοναχικότητα* (Bejerholm & Eklund, 2004; Chen et al., 2015; Höhl et al., 2017). Το άτομο μπορεί να επιλέξει *συνειδητά* μία παθητική δραστηριότητα όπου θα έχει ένα *λιγότερο ενεργό κοινωνικό ρόλο*, προκειμένου να αποκτήσει μια αίσθηση ελέγχου της κατάστασης. Ωστόσο, τις περισσότερες φορές, η *αποδέσμευση* οφείλεται σε *διαταρακτικούς παράγοντες* που σχετίζονται με το περιβάλλον (διακρίσεις, αποκλεισμός, έλλειψη εναυσιμάτων και ευκαιριών), το άτομο (απώλεια κινήτρου, ανηδονία, αβουλία) και το έργο (μειωμένη ικανοποίηση και νόημα) (Bejerholm & Eklund, 2004; Chen et al., 2015).

Η *ανισορροπία έργων* παρουσιάζεται ως *αδυναμία ολοκλήρωσης αναπτυξιακών έργων και ρόλων και μη ισορροπία καθημερινού ρυθμού* μεταξύ δραστηριοτήτων παραγωγικότητας και ξεκούρασης. Στα άτομα με σχιζοφρένεια, τα σοβαρά αρνητικά συμπτώματα και τα μειωμένα περιβαλλοντικά ερεθίσματα μπορεί να οδηγήσουν σε *υπο-απασχόληση*, ενώ η υπερβολική διέγερση, οι ενοχλητικές κοινωνικές σχέσεις ή η έντονη θεραπεία μπορεί να προκαλέσουν *υπερ-απασχόληση, η οποία ελλοχεύει τον κίνδυνο εκδήλωσης υποτροπών* (Bejerholm, 2010; Bejerholm & Eklund, 2004). Αποτελέσματα έρευνας δείχνουν ότι τα ψυχωσικά και γενικά ψυχιατρικά συμπτώματα σχετίζονται με *ελάχιστη απασχόληση με δραστηριότητες αυτοφροντίδας, εργασίας και εκπαίδευσης και μεγάλες περιόδους ύπνου*. Από την άλλη, η *μεγαλύτερη ηλικία και η διαβίωση με παιδιά* λειτουργούν ως παράγοντες διατήρησης ενός ισορροπημένου καθημερινού ρυθμού δραστηριοτήτων (Leufstadius & Eklund, 2014).

Όλες οι παραπάνω διαταραχές εκτέλεσης, που αφορούν και τους γηροψυχιατρικούς ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές, προκαλούν δυσλειτουργία σε πολλούς τομείς έργου. Η *ψυχοκοινωνική Εργοθεραπεία* αξιολογεί την αλληλεπίδραση των διαταραχών και τις συνέπειες που φέρουν στον τρόπο εκτέλεσης των δραστηριοτήτων. Με βάση τα αποτελέσματα της αξιολόγησης, σχεδιάζει το κατάλληλο πρόγραμμα εργοθεραπευτικής παρέμβασης με γνώμονα τη *δημιουργία ευκαιριών* για εμπλοκή σε *εμπειρίες και έργα αληθινών γεγονότων*, που μπορούν να προσφέρουν ικανοποίηση και να ενισχύσουν την ποιότητα ζωής (Bejerholm, 2010; Chen et al., 2015; Tan, Lim, Xie, Li & Lee, 2020).

3.3 Θεωρητικά μοντέλα και πλαίσια αναφοράς

Η εργοθεραπευτική αξιολόγηση και παρέμβαση βασίζονται σε τεκμηριωμένα θεωρητικά μοντέλα και πλαίσια αναφοράς, που εφαρμόζονται είτε μεμονωμένα είτε συνδυαστικά ανάλογα με τη φιλοσοφία του πλαισίου παροχής υπηρεσιών, τις ανάγκες και το επίκεντρο της παρέμβασης (D'Amico, Jaffe & Gardner, 2018; Ikiugu & Nissen, 2016; Ikiugu, Nissen, Bellar, Maassen & Van Peurse, 2017; Sarsak, 2018).

Όπως προκύπτει από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, το *Μοντέλο της Εκτέλεσης Έργου* του *Αμερικάνικου Συλλόγου Εργοθεραπευτών (2014)* εμφανίζει μια από τις μεγαλύτερες συχνότητες εφαρμογής, καθώς υποστηρίζει την *πρακτική με επίκεντρο το έργο* τόσο σε τμήματα οξείας νοσηλείας όσο και σε κοινοτικές δομές (D'Amico et al., 2018; Jackman, 2016; Sarsak, 2018; Swarbrick & Noyes, 2018). Καθοδηγεί τη διαδικασία αξιολόγησης στους γηροψυχιατρικούς ασθενείς, που περιλαμβάνει τη σύνθεση ενός ολοκληρωμένου *προφίλ έργου* και την *εκτίμηση της εκτέλεσης έργου* (Beukes, 2014; Padilla, 2019; Roberts, Robinson, Furniss & Metzler, 2020; Samuel, Thomas & Jacob, 2018; Stoffel et al., 2015).

Η εργοθεραπευτική διαδικασία μπορεί να ενσωματώσει στοιχεία ή να ακολουθεί συνδυαστικά ή αποκλειστικά και άλλα μοντέλα. Σύμφωνα με μελέτες και μετα-αναλύσεις, το *Μοντέλο του Ανθρώπινου Έργου (ΜΟΗΟ)* εμφανίζει μεγάλη συχνότητα και αποτελεσματικότητα εφαρμογής σε ενήλικες με σχιζοφρένεια (Ikiugu & Nissen, 2016; Ikiugu et al., 2017; Sarsak, 2018). Εστιάζοντας στην αλληλεπίδραση ατόμου και περιβάλλοντος, εξετάζει παράγοντες όπως η ταυτότητα, η ικανότητα και η προσαρμογή έργου, μέσω της χρήσης σταθμισμένων αξιολογητικών εργαλείων (Jackman, 2016; Tan et al., 2020).

Τεκμήρια αποτελεσματικότητας εμφανίζουν και οι παρεμβάσεις που ακολουθούν *ατομοκεντρικά μοντέλα* (Foruzandeh & Parvin, 2013; Ikiugu & Nissen, 2016). Το *Καναδέζικο Μοντέλο Εκτέλεσης και Συμμετοχής σε Έργα (CMOP-E)* εισάγει την *υποκειμενική αξιολόγηση*, με αναγνώριση και ιεράρχηση των αναγκών έργου από το άτομο μέσω του εργαλείου *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* (Jackman, 2016; Rigby & Wilson, 2017; Stoffel et al., 2015; Swarbrick & Noyes, 2018). Με παρόμοια προσέγγιση, το μοντέλο *Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP)* καθοδηγεί την εργοθεραπευτική παρέμβαση και επικεντρώνεται στα *προσωπικά ζητήματα και περιβαλλοντικά εμπόδια* εκτέλεσης και στην παροχή της “*ακριβώς κατάλληλης πρόκλησης*” για τη διευκόλυνση της εκτέλεσης και συμμετοχής σε έργα που προάγουν την υγεία (Conn et al., 2019).

Παράλληλα, το μοντέλο *Person-Environment-Occupation (PEO)*, αναδεικνύει τις προβληματικές περιοχές εκτέλεσης ως αποτέλεσμα *δυναμικής αλληλεπίδρασης των τομέων ατόμου-περιβάλλοντος-έργου*, καθοδηγώντας την εργοθεραπευτική αξιολόγηση και παρέμβαση στους τομείς της *οδήγησης, της φροντίδας και της ασφάλειας στο σπίτι* σε ενήλικες και ηλικιωμένους με ψυχωσικές διαταραχές (Désormeaux-Moreau, Larivière & Aubin, 2018).

Η χρήση άλλων θεωρητικών μοντέλων, όπως της *Γνωστικής Δυσλειτουργίας* και της *Προσαρμογής μέσα από το Έργο* προτείνεται για παρέμβαση σε άτομα με σχιζοφρένεια, καθώς στοιχεία μελετών τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητά τους σε αυτόν τον πληθυσμό (Ikiugu & Nissen, 2016; Padilla, 2019; Swarbrick & Noyes, 2018; Tan et al., 2020). Επιπλέον, το μοντέλο *Kawa* μπορεί να εξετάσει από μια ολιστική οπτική το επίπεδο συμμετοχής και τους περιορισμούς δραστηριοτήτων στα άτομα με σχιζοφρένεια που ζουν στην κοινότητα (Yeh, Huang & Wu, 2016). Στους γηροψυχιατρικούς ασθενείς μάλιστα, εφαρμόζεται συχνά το *Model of Occupational Role Performance*, καθώς αναγνωρίζει τη σημασία των αλλαγών ή της απώλειας ρόλων στους ηλικιωμένους και υποστηρίζει την εκτέλεση έργων που δημιουργούν ευκαιρίες για εκπλήρωση νέων ρόλων (Beukes, 2014).

Σχετικά με τα πλαίσια αναφοράς, το Συμπεριφορικό και το Γνωστικό-Συμπεριφορικό πλαίσιο καθοδηγούν συχνότερα τις εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις στην οξεία φάση φροντίδας (Ikiugu & Nissen, 2016). Εργοθεραπευτικές στρατηγικές βασίζονται, επίσης, στο Αποκαταστασιακό και Ψυχοδυναμικό πλαίσιο αναφοράς (Ikiugu & Nissen, 2016; Sarsak, 2018; Tan et al., 2020), ενώ οι αισθητηριακές παρεμβάσεις βασίζονται στο Μοντέλο Αισθητηριακής Επεξεργασίας (Andersson et al., 2020) και σε αισθητηριακές θεωρίες (Bailliard & Whigham, 2017; Halperin & Falk-Kessler, 2020). Τέλος, το πλαίσιο αναφοράς "*Do-Live-Well*" λειτουργεί ως ένα νέο πλαίσιο προώθησης της υγείας σε ασθενείς με ψύχωση, δίνοντας έμφαση στην εμπειρία δέσμευσης για την κάλυψη πολλαπλών αναγκών έργου (Höhl et al., 2017).

3.4 Εργοθεραπευτική αξιολόγηση

Η εργοθεραπευτική αξιολόγηση είναι *δυναμική και συνεχής διαδικασία*, που απαιτεί την ύπαρξη μιας *συνεργατικής θεραπευτικής σχέσης* για την εντόπιση των ζητημάτων έργου και τον από κοινού σχεδιασμό της θεραπείας (Hale & Cowls, 2009; Vizzotto et

al., 2015). Η εξατομικευμένη εκτίμηση αναγκών των ασθενών με ψύχωση ξεκινά από τη βραχεία νοσηλεία, με διάφορες μεθόδους αξιολόγησης που στηρίζουν τον καθορισμό στόχων για το μετέπειτα θεραπευτικό πρόγραμμα (Crouch, 2014).

Η αυτοαντίληψη των αναγκών και των ζητημάτων εκτέλεσης έργου, τα ενδιαφέροντα, ο τρόπος ζωής και οι προσδοκίες του ασθενούς για το μέλλον είναι στοιχεία που συνθέτουν το *εξατομικευμένο προφίλ έργου*, το οποίο διαμορφώνεται με τη χρήση *τεκμηριωμένων εργαλείων αυτοαναφοράς και συνεντεύξεων*. Το *Occupational Self Assessment* χρησιμοποιείται συχνά σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, για αναγνώριση της ταυτότητας και του νοήματος 21 τομέων έργου (Tan et al., 2020). Η ημιδομημένη συνέντευξη του *COPM* εφαρμόζεται για τον καθορισμό στόχων κατά το σχεδιασμό εξιτηρίου και την κοινωνική επανένταξη, καθώς απαιτεί καλό επίπεδο αυτεπίγνωσης και διορατικότητας (Jackman, 2016; Swarbrick & Noyes, 2018), ενώ τα *Occupational Circumstances Assessment and Interview Rating Scale* (Stoffel et al., 2015) και *Occupational Profile Template* (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2020) εκτιμούν τους τομείς έργου, τις συνήθειες, αξίες και ρόλους των γηροψυχιατρικών ασθενών (Roberts et al., 2020; Stoffel et al., 2015).

Μέσω του προφίλ έργου αναγνωρίζονται *οι δυνατότητες, οι αδυναμίες και οι διαταραχές δεξιοτήτων* που επηρεάζουν τη συμμετοχή σε έργα. Η *εκτενής αξιολόγηση της εκτέλεσης έργου* που ακολουθεί, εστιάζει σε συγκεκριμένους τομείς εκτέλεσης, στο επίπεδο λειτουργικότητας σε τομείς έργου και στους υποκειμενικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που εμποδίζουν την εκτέλεση (Foruzandeh & Parvin, 2013). Τα *σταθμισμένα αξιολογητικά εργαλεία* για τη λειτουργική αξιολόγηση των άτομων με ψύχωση, περιλαμβάνουν *δοκιμασίες ελέγχου των γνωστικών, αισθητικοκινητικών και ψυχοκοινωνικών λειτουργιών, εργαλεία παρατήρησης της*

εκτέλεσης έργου και *μέτρα εξέτασης* παραγόντων που υποστηρίζουν ή εμποδίζουν την εκτέλεση (AOTA, 2014; Rogers & Holm, 2016; Stoffel et al., 2015).

Με βάση τη βιβλιογραφία, τα ψυχωσικά συμπτώματα και η γνωστική έκπτωση, καθώς και η επίδρασή τους στη λειτουργικότητα αξιολογούνται κυρίως με τα *Brief Psychiatric Rating Scale* και *Bay Area Functional Performance Evaluation*, αντίστοιχα (Bejerholm, 2010; Halperin & Falk-Kessler, 2020; Jackman, 2016; Tanaka et al., 2014). Τα κινητικά και αισθητηριακά ελλείμματα και οι στρατηγικές αυτορρύθμισης που επηρεάζουν την εκτέλεση και συμμετοχή σε έργα εκτιμούνται σε μια συστηματική εργοθεραπευτική αξιολόγηση μέσω των *Adult Sensory Processing Scale* (Andersson et al., 2020) και *Assessment of Motor and Process Skills* (Halperin & Falk-Kessler, 2020; Jackman, 2016). Επιπλέον, ο προσδιορισμός των δυνατοτήτων και των αδυναμιών στη συμπεριφορά εκτέλεσης γίνεται με το αξιόπιστο μέτρο παρατήρησης *Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale* (Chiu, Lee, Lai & Gu, 2020), ενώ ο εντοπισμός των ελλειμμάτων αναγνώρισης βασικών συναισθημάτων, που επηρεάζουν την κοινωνική λειτουργικότητα των ατόμων με σχιζοφρένεια, επιτυγχάνεται με το πρόσφατα ανεπτυγμένο *Computerized Adaptive Test of Facial Emotion Recognition* (Lee, Lin, Liu, Chiu & Hsieh, 2021).

Για την αξιολόγηση της ικανότητας ολοκλήρωσης συγκεκριμένων έργων, συχνή είναι η χρήση των *Kohlman Evaluation of Living Skills* και *Executive Function Performance Test*, που εκτιμούν τις δεξιότητες εκτέλεσης και το επίπεδο ανεξάρτητης διαβίωσης των ηλικιωμένων με ψύχωση (Stoffel et al., 2015). Παρομοίως, το αξιόπιστο εργαλείο *Lawton Instrumental Activities of Daily Living* αξιολογεί τη λειτουργικότητα στις σύνθετες Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (σ.Δ.Κ.Ζ.) (Huang, Lu, Lee, Wang, Lee & Hsieh, 2018; Samuel et al., 2018; Swarbrick & Noyes, 2018).

Όσον αφορά τη συμμετοχή σε έργα, το *Profile of Occupational Engagement in people with Schizophrenia* χρησιμοποιείται ευρέως για την εκτίμηση της ισορροπίας και δέσμευσης σε δραστηριότητες (Bejerholm, 2010; Bejerholm & Eklund, 2004, 2007), ενώ η εξέταση του υποκειμενικού παράγοντα της ικανοποίησης από καθημερινά έργα γίνεται με το *Satisfaction with Daily Occupations* (Eklund, Gunnarsson, Sandlund & Leufstadius, 2014). Η αξιολόγηση και άλλων παραγόντων του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος του ατόμου καλύπτεται από τις ψυχοκοινωνικές αξιολογήσεις του χώρου κατοικίας, της εργασίας και των δικτύων κοινωνικής υποστήριξης και συμμετοχής (Swarbrick & Noyes, 2018).

Επιπρόσθετα, τα τεχνολογικά επιτεύγματα διευκολύνουν την εργοθεραπευτική αξιολόγηση, τόσο ως προς τη συλλογή και ερμηνεία των δεδομένων αυτοαναφορών και συνεντεύξεων όσο και στην παρατήρηση-μέτρηση της εκτέλεσης έργου. Η εικονική πραγματικότητα δημιουργεί συνθήκες πραγματικού περιβάλλοντος, αυξάνοντας έτσι την οικολογική εγκυρότητα της αξιολόγησης. Αντίστοιχα, οι προσομοιωτές οδήγησης συμπεριλαμβάνουν όλες τις κοινές αλλά και κρίσιμες οδικές καταστάσεις, παρέχοντας έτσι έγκυρη αξιολόγηση της οδηγικής συμπεριφοράς σε άτομα με ψυχωσικές διαταραχές (Chiu, Law & Cheng, 2019; Rogers & Holm, 2016). Τέλος, οι νέες τεχνολογίες και το διαδίκτυο υποστηρίζουν τις μεθόδους αξιολόγησης σε προγράμματα τηλε-υγείας για άτομα με ψύχωση (Rogers & Holm, 2016).

Ο συνδυασμός διάφορων αξιολογητικών μεθόδων κάνει δυνατή τη διασταύρωση των αποτελεσμάτων. Αυτή οδηγεί στην αναγνώριση των παραγόντων που επιδρούν στην εγκυρότητα των δεδομένων και την όσο το δυνατόν αμερόληπτη ερμηνεία τους, για τον σχεδιασμό της κατάλληλης εργοθεραπευτικής παρέμβασης που θα καλύπτει τις ανάγκες των ηλικιωμένων με ψύχωση (Jackman, 2016; Kaneko & Okamura, 2019).

Κεφάλαιο 4.

Παρεμβάσεις Εργοθεραπείας σε ηλικιωμένους ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές

Από την ανασκόπηση της αγγλικής βιβλιογραφίας φαίνεται ότι η *Εργοθεραπεία έχει σημαντικό ρόλο* στη διεπιστημονική αντιμετώπιση των ψυχωσικών διαταραχών. Οι διάφορες προσεγγίσεις παρέμβασης συνήθως εφαρμόζονται σε ασθενείς όλων των ηλικιών, από την εφηβεία ως την τρίτη ηλικία, με κύριο στόχο την ανάρρωση και επίτευξη μιας ανεξάρτητης ζωής με νόημα στο πλαίσιο της κοινότητας (D'Amico et al., 2018; Sarsak, 2018; Synovec, 2015). Σε αυτό το κεφάλαιο περιγράφονται οι παρεμβάσεις Εργοθεραπείας στους γηροψυχιατρικούς ασθενείς, για τη διαχείριση των ψυχωσικών διαταραχών και των ζητημάτων εκτέλεσης έργου, όπως συναντώνται στη βιβλιογραφία του πεδίου της Εργοθεραπείας.

4.1 Διαχείριση συμπτωμάτων ψυχωσικών διαταραχών

Η ψυχοκοινωνική Εργοθεραπεία εφαρμόζει προγράμματα παρέμβασης που *αποσκοπούν στην άμεση βελτίωση, διαχείριση ή αντιστάθμιση* των ψυχωσικών συμπτωμάτων. Σε ενδονοσοκομειακά πλαίσια, τα **βραχυπρόθεσμα εργοθεραπευτικά προγράμματα** στοχεύουν στην ανακούφιση των συμπτωμάτων των οξέων επεισοδίων σχιζοφρένειας, με την ακολούθηση *ειδικών αρχών χειρισμού* για την επαφή του ασθενούς με την πραγματικότητα και την ελαχιστοποίηση της μακροχρόνιας αναπηρίας. *Οι στοχοκατευθυνόμενες ενέργειες με βάση τις Δ.Κ.Ζ., οι δραστηριότητες αναψυχής και άσκησης και η εκφραστική τέχνη* λειτουργούν ως μέσα χειρισμού της ψυχωσικής συμπεριφοράς (Crouch, 2014; Synovec, 2015).

Στο στάδιο αποκατάστασης λίγο μετά την εισαγωγή ή σε διάστημα τουλάχιστον 1 μήνα, η **πρώιμη εργοθεραπευτική παρέμβαση** θεωρείται η πλέον κατάλληλη ατομική και μη λεκτική προσέγγιση, η οποία μέσω της χρήσης *απλών δομημένων*

δραστηριοτήτων και ασκήσεων συνεισφέρει στη βελτίωση των ψυχωσικών συμπτωμάτων, της γνωστικής αποδιοργάνωσης, της παρορμητικότητας και εν τέλει της λειτουργικότητας των ασθενών με οξεία σχιζοφρένεια ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Η πρώιμη Εργοθεραπεία δείχνει να ενισχύει την αποτελεσματικότητα της **συμβατικής εργοθεραπευτικής παρέμβασης**, που ξεκινά συνήθως 1 μήνα μετά την εισαγωγή, όσον αφορά τη λειτουργική ανεξαρτησία και την κοινωνική συμμετοχή των ασθενών (Swarbrick & Noyes, 2018; Tanaka et al., 2014).

Η *συμβατική ψυχοκοινωνική Εργοθεραπεία* ενσωματώνει διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις και τεχνικές για τη βελτίωση των συμπτωμάτων. Αποτελέσματα ερευνών αποδεικνύουν τη βελτίωση των αρνητικών συμπτωμάτων της ψύχωσης μέσω **εργοθεραπευτικών παρεμβάσεων CBT και εκπαίδευσης δεξιοτήτων**. Η ατομική και ομαδική εφαρμογή τους είναι εξίσου αποτελεσματική κατά τη βραχεία και μακρά νοσηλεία και τη φροντίδα υγείας στην κοινότητα (Lutgens et al., 2017; Sarsak, 2018; Swarbrick & Noyes, 2018). Στη βελτίωση των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων συμβάλλουν επίσης τα ομαδικά προγράμματα **εκφραστικής τέχνης και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων-χειροτεχνιών** κατά τη μακρά νοσηλεία, όπως και η **επαγγελματική αποκατάσταση** σε ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια, η οποία επιπλέον μειώνει τον παρανοϊκό ιδεασμό και τον εκτροχιασμό της σκέψης (Foruzandeh & Parvin, 2013; Swarbrick & Noyes, 2018).

Πέρα από τη βελτίωση των συμπτωμάτων, η Εργοθεραπεία στοχεύει στην *εκπαίδευση των ασθενών σε δεξιότητες διαχείρισης της ασθένειας*. **Εργοθεραπευτικά ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα**, όπως το *Prelapse Programme* (Crouch, 2014) και το *Transforming Relapse and Instilling Prosperity* εφαρμόζονται στην μακροπρόθεσμη και οξεία νοσοκομειακή φροντίδα αντίστοιχα, σε ασθενείς από 18

εώς 65 ετών, με στόχο τη βελτίωση της εναισθησίας, την πρόληψη της υποτροπής και τη διδασκαλία στρατηγικών διαχείρισης της ασθένειας (Lee & Chan, 2015).

Σε ασθενείς τρίτης ηλικίας με ψύχωση, *η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί μέρος της εργοθεραπευτικής παρέμβασης σχεδιασμού εξιτηρίου και αποκατάστασης στην κοινότητα*. Καθώς παρέχει πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια και εκπαιδεύει σε δεξιότητες διαβίωσης και αντιμετώπισης των ψυχωσικών συμπτωμάτων (Hale & Cowls, 2009; Rigby & Wilson, 2017; Sarsak, 2018), φέρει θετικά αποτελέσματα στην αυτοδιαχείριση και αντιστάθμιση των συμπτωμάτων, την ικανότητα διατήρησης της υγείας, τη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, τη μείωση της νοσηλείας και των υποτροπών και τη λειτουργική και ψυχοκοινωνική αυτάρκεια (Crouch, 2014; D'Amico et al., 2018; Lee & Chan, 2015; Swarbrick & Noyes, 2018; Synovec, 2015).

Οι ομάδες ψυχοεκπαίδευσης φέρουν μεγαλύτερα οφέλη σε σύγκριση με την ατομική πρακτική. Το ασφαλές και υποστηρικτικό ομαδικό περιβάλλον ενσταλάζει την ελπίδα και δημιουργεί κίνητρα στους ηλικιωμένους ασθενείς για ενεργητική εμπλοκή, ενώ η ενσωμάτωση των δραστηριοτήτων και η σύνδεση με την εκτέλεση έργου ενισχύουν τη βιωματική μάθηση και γενίκευση των κατακτημένων δεξιοτήτων. Τεκμήρια ερευνών φανερώνουν μεγαλύτερη βελτίωση των δεξιοτήτων στους τομείς αυτοφροντίδας, παραγωγικότητας και ελεύθερου χρόνου έπειτα από τη συμμετοχή των ασθενών σε ομάδες δραστηριοτήτων και τη χρήση μαθησιακών τεχνικών κατά την παρέμβαση (Hale & Cowls, 2009; Lee & Chan, 2015). *Μέσω του έργου και της μαθησιακής και γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης κατά την ψυχοεκπαίδευση, ενισχύεται η αυτοπεποίθηση για τη διαχείριση της ασθένειας και υποστηρίζονται οι στόχοι των ατόμων και της οικογένειας, η εκπλήρωση των οποίων οδηγεί σε έναν ασφαλέστερο τρόπο ζωής* (Crouch, 2014; Hale & Cowls, 2009; Lee & Chan, 2015; Rigby & Wilson, 2017; Stoffel et al., 2015; Swarbrick & Noyes, 2018).

Οι γνωστικές διαταραχές ωστόσο, που συχνά εντοπίζονται στη γήρανση με σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης και στη σχιζοφρένεια καθυστερημένης και πολύ καθυστερημένης έναρξης, προκαλούν πνευματική εξασθένηση στους ηλικιωμένους ασθενείς μειώνοντας την ικανότητά τους για διαχείριση της ασθένειας. Γι' αυτό η Εργοθεραπεία στοχεύει και στη βελτίωση ή αντιστάθμιση των γνωστικών ελλειμμάτων, με παρεμβάσεις που βασίζονται στη **γνωστική αποκατάσταση**. Μέσω αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης βελτιώνονται οι γνωστικές και διαπροσωπικές διαταραχές που επιδρούν στη γνωστική εκτελεστική λειτουργικότητα, ενισχύεται η ικανότητα διαχείρισης της ασθένειας και κατ' επέκταση η λειτουργικότητα των έργων και η κοινωνική συμμετοχή (Swarbrick & Noyes, 2018; Vizzotto et al., 2015).

Παράλληλα, το **μοντέλο παρέμβασης με στόχο το έργο** βασίζεται στη μεταγνωστική εκπαίδευση και τη διδασκαλία στρατηγικών για τη βελτίωση της εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων/έργων. Η αξιολόγηση και η διαπραγμάτευση των στόχων είναι συνεχής, ενώ οι δραστηριότητες που χρησιμοποιούνται βελτιώνουν τα αρνητικά συμπτώματα, τη γνωστική ευελιξία, τη συγκέντρωση, τη μνήμη εργασίας, την ικανότητα σχεδιασμού και την εκτελεστική και ψυχοκοινωνική λειτουργία (Swarbrick & Noyes, 2018; Vizzotto et al., 2015).

Άλλες παρεμβάσεις με βάση το έργο, όπως τα **προγράμματα σωματικής και αερόβιας άσκησης** με περπάτημα και ποδηλασία, επιδρούν θετικά στα ψυχωσικά συμπτώματα, τη βραχυπρόθεσμη μνήμη, τη μνήμη εργασίας, την ταχύτητα επεξεργασίας, την οπτική μάθηση, την εγρήγορση και την προσοχή. Επιπλέον, **εργοθεραπευτική παρέμβαση αερόβιου χορού** αποδεικνύεται αποτελεσματική για τη βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών σε ηλικιωμένους ασθενείς με σχιζοφρένεια και μεταβολικό σύνδρομο και για την ταυτόχρονη ενίσχυση του κινήτρου συμμετοχής στην άσκηση και της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης (Chen et al., 2016).

Η ενδυνάμωση της ικανότητας ελέγχου των ψυχωσικών συμπτωμάτων και των γνωστικών δυσλειτουργιών σε ηλικιωμένους ασθενείς με ψύχωση επιτυγχάνεται, επίσης, με *εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις υποστηρικτικής τεχνολογίας*. Η χρήση συσκευών χαμηλής και υψηλής τεχνολογίας σε διάφορα πλαίσια αποκατάστασης συνεισφέρει στην εξάλειψη των εμποδίων που δημιουργεί η γνωστική εξασθένηση και στην ενεργοποίηση νέων στρατηγικών αυτοδιαχείρισης (D'Amico et al., 2018; Devlin, Nolan & Turner, 2019; Swarbrick & Noyes, 2018).

Διάφοροι τύποι συσκευών *λειτουργούν υποστηρικτικά στις Δ.Κ.Ζ.*, όπως τα εργαλεία διαχείρισης φαρμάκων που χρησιμοποιούνται συχνά σε γηροψυχιατρικούς ασθενείς με ψύχωση και συννοσηρές διαταραχές. Ειδικά λογισμικά προγράμματα και το διαδίκτυο χρησιμεύουν επίσης για την υποστήριξη των ασθενών με σχιζοφρένεια. Συγκεκριμένα, σύγχρονες συσκευές όπως τα smartphone και οι προσωπικοί υπολογιστές *διευκολύνουν τη διαχείριση της καθημερινής ρουτίνας* των ασθενών, ενώ η αποστολή γραπτών μηνυμάτων λειτουργεί *ως υπενθύμιση των ραντεβού, της λήψης φαρμάκων* αλλά και *ως μέσο επικοινωνίας* με τον επαγγελματία υγείας. Τέλος, η "mHealth" ή κινητή υγεία μπορεί να *ανιχνεύει προειδοποιητικά σημάδια υποτροπής* και έτσι ενισχύει την ικανότητα αυτοδιαχείρισης της ψυχωσικής διαταραχής (Devlin et al., 2019; Lynn, Dininno, Choate, Luce & Flecky, 2011).

Όσον αφορά τη *διαχείριση του άγχους και των συναισθηματικών αντιδράσεων*, η Εργοθεραπεία αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης που ήδη εφαρμόζονται από το άτομο και καταγράφει τις στρεσογόνες καταστάσεις που σχετίζονται με αυτές. Με κατάλληλες θεραπευτικές μεθόδους *τροποποιεί ή αναπτύσσει νέες στρατηγικές αντιμετώπισης*, οι οποίες εφαρμόζονται δοκιμαστικά και τακτικά από το άτομο ώστε να επιτευχθεί η *γενίκευση*. Παρόμοια φιλοσοφία υιοθετεί και η **οικογενειακή γνωστική συμπεριφορική παρέμβαση**, στόχος της οποίας είναι

η εντόπιση και αντιμετώπιση των στρεσογόνων και διαταρακτικών εμπειριών στις οικογένειες των ασθενών με σχιζοφρένεια (Rigby & Wilson, 2017). Η *εκπαίδευση των ασθενών σε θέματα διαχείρισης άγχους* μπορεί να γίνει και στο **θεραπευτικό πλαίσιο μιας ομάδας** κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (Crouch, 2014).

4.2 Αντιμετώπιση αισθητηριακών και κινητικών ελλειμμάτων

Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με ψύχωση δεν επηρεάζεται μόνο από τα ψυχωσικά συμπτώματα, τις γνωστικές διαταραχές και το άγχος. Τα *αισθητηριακά και κινητικά ελλείμματα*, που μπορεί να είναι αποτέλεσμα της ψυχωσικής διαταραχής, των αντιψυχωσικών φαρμάκων και/ή της φυσιολογικής γήρανσης, επιδρούν εξίσου σοβαρά στα έργα καθημερινής ζωής και στην ικανότητα συμμετοχής στην κοινότητα (Andersson et al., 2020; Halperin & Falk-Kessler, 2020).

Για την αντιμετώπισή τους η *Εργοθεραπεία διενεργεί ενδονοσοκομειακή αισθητικοκινητική αξιολόγηση*, ώστε να εντοπίσει τα ελλείμματα σε δεξιότητες κίνησης και επεξεργασίας, τις δυσλειτουργίες στα αισθητηριακά μοτίβα, την ύπαρξη συσχέτισης με τα ψυχιατρικά συμπτώματα καθώς και τις δυσκολίες που προκαλούν στις δεξιότητες και τις στοχοκατευθυνόμενες συμπεριφορές των καθημερινών έργων (Halperin & Falk-Kessler, 2020; Jackman, 2016). Κατά την οξεία φάση αποκατάστασης, ορισμένοι τύποι **πρώιμης εργοθεραπευτικής παρέμβασης** δε φέρουν σημαντικές βελτιώσεις στις κινητικές δυσλειτουργίες των ασθενών, σε αντίθεση με τα **αισθητηριακά δωμάτια** (*sensory rooms*) που αποδεικνύονται αποτελεσματικά για τη βελτίωση των αισθητηριακών διαταραχών επεξεργασίας (Bailliard & Whigham, 2017; Tanaka et al., 2014).

Η αισθητηριακή ρύθμιση των ασθενών με χρόνια σχιζοφρένεια επιτυγχάνεται μέσα από **ομάδες αισθητηριακής ολοκλήρωσης**, που εφαρμόζονται συχνά σε μακροπρόθεσμα νοσοκομεία (Crouch, 2014). Παράλληλα, η *αντιστάθμιση των*

αισθητηριακών δυσλειτουργιών γίνεται με την ανάπτυξη αισθητηριακών στρατηγικών και τρόπων που υποστηρίζουν και βοηθούν τους ηλικιωμένους ασθενείς με ψύχωση να διαχειρίζονται τα επίπεδα διέγερσής τους, ώστε να μπορούν να συμμετέχουν σε έργα με νόημα. Επιπλέον, οι **παρεμβάσεις αισθητηριακής τροποποίησης** και η **χορήγηση συσκευών υποστηρικτικής τεχνολογίας** ενισχύουν τις αισθητηριακές και κινητικές λειτουργίες των γηροψυχιατρικών ασθενών, που εκτός από τις συνέπειες της ψύχωσης βιώνουν και τις αλλαγές της φυσιολογικής γήρανσης (Andersson et al., 2020; Jackman, 2016; Lynn et al., 2011).

4.3 Συννοσηρές παθολογικές καταστάσεις

Η Εργοθεραπεία στους ηλικιωμένους με ψυχωσικές διαταραχές εστιάζει και στην αντιμετώπιση των σωματικών παθολογικών προβλημάτων, η υψηλή συννοσηρότητα των οποίων προκαλεί συχνά ζητήματα λειτουργικότητας και συμμετοχής σε έργα και υψηλά ποσοστά πρόωρης θνησιμότητας. Το έργο και η αλλαγή του τρόπου ζωής βρίσκονται στο επίκεντρο της εργοθεραπευτικής παρέμβασης για τη βελτίωση της σωματικής υγείας των ασθενών (Conn et al., 2019; Swarbrick & Noyes, 2018).

Η εργοθεραπευτική πρακτική είναι ατομοκεντρική και βασίζεται στο έργο για την ενίσχυση της ικανότητας εκτέλεσης και συμμετοχής σε δραστηριότητες με νόημα που ελέγχουν ή περιορίζουν τις συννοσηρές παθολογικές καταστάσεις. Η αναγνώριση των παθολογικών προτύπων συμπεριφοράς και των παραγόντων που ενισχύουν αυτές τις καταστάσεις γίνεται κατά τη διαδικασία αξιολόγησης και στοχοθεσίας μέσω του **COPM**, η διαδεδομένη χρήση του οποίου βελτιώνει την αυτοεκτίμηση και προωθεί την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών στους ασθενείς (Chen et al., 2016; Conn et al., 2019; Swarbrick & Noyes, 2018).

Με βάση τη βιβλιογραφία, η εργοθεραπευτική παρέμβαση τρόπου ζωής αντιμετωπίζει τους προσωπικούς παράγοντες του ατόμου που επηρεάζουν τις

συννοσηρές καταστάσεις. Οι **τεχνικές συμπεριφορικής αλλαγής** και η **υποστήριξη ομοτίμων** ενσωματώνονται στην παρέμβαση για να ενθαρρύνουν και να κινητοποιήσουν τους ασθενείς. Τα **ψυχοεκπαιδευτικά ομαδικά προγράμματα** κατά την αποκατάσταση στην κοινότητα εκπαιδεύουν σε θέματα σωστής διατροφής και φυσικής δραστηριότητας, ενώ ταυτόχρονα η **ανάπτυξη των δεξιοτήτων διαχείρισης της υγιεινής διατροφής** επιτυγχάνεται με **πρακτική εφαρμογή των γνώσεων και εξάσκηση** στην αγορά τροφίμων, το σχεδιασμό, προετοιμασία και μαγείρεμα γεύματος, την αξιοποίηση περίσσειου φαγητού, τη λήψη αποφάσεων και την επίλυση προβλημάτων (Crouch, 2014; Conn et al., 2019).

Η **αντιμετώπιση των γνωστικών διαταραχών** και η **ανάπτυξη στρατηγικών** για την υιοθέτηση και διατήρηση υγιεινών ρουτίνων είναι πρακτικές που χρησιμοποιούνται συχνά σε **παρεμβάσεις απώλειας βάρους**, για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, του διαβήτη τύπου 2 και των καρδιαγγειακών ασθενειών σε ασθενείς με ψύχωση (Höhl et al., 2017; Swarbrick & Noyes, 2018). Ακόμη, η **αντιμετώπιση των περιβαλλοντικών παραγόντων** που εμποδίζουν την υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών και η **διαβάθμιση και τροποποίηση των δραστηριοτήτων** με βάση τις αλλαγές που προσδοκούνται από το άτομο είναι στοιχεία που ολοκληρώνουν τις **παρεμβάσεις τρόπου ζωής** για την προαγωγή της σωματικής υγείας σε ηλικιωμένους ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές (Clark et al., 2012; Conn et al., 2019).

Η μείωση των κινδύνων που ελλοχεύουν από τις συννοσηρές παθολογικές καταστάσεις επιτυγχάνεται με τη **βελτίωση της φυσικής κατάστασης** και τη **μείωση βάρους**. Τα **προγράμματα Εργοθεραπείας** που εντάσσουν τη **σωματική άσκηση** και τον **αθλητισμό**, συνήθως με τη μορφή ομάδων περιπάτων, βόλει και απλής άσκησης, στις καθημερινές συνήθειες και ρόλους των ασθενών αποδεικνύονται αποτελεσματικά ως προς αυτούς τους στόχους. Παρόμοια, το **πρόγραμμα "In**

SHAPE" που υποστηρίζει την εβδομαδιαία συμμετοχή των ασθενών σε δημόσιο γυμναστήριο, φέρει θετικά αποτελέσματα σχετικά με τη φυσική κατάσταση και τη μείωση του βάρους (Crouch, 2014; Höhl et al., 2017). *Η αποφυγή ανθυγιεινών συνηθειών*, όπως το κάπνισμα και η κατάχρηση αλκοόλ είναι άλλος ένας στόχος των παρεμβάσεων Εργοθεραπείας σε ηλικιωμένους με ψύχωση, για την πρόληψη της εμφάνισης ή επιδείνωσης των συννοσηρών ασθενειών (Stoffel et al., 2015).

Αποτελέσματα έρευνας τεκμηριώνουν την *αποτελεσματικότητα και των παρεμβάσεων αερόβιου χορού* για την αντιμετώπιση των κινδύνων που σχετίζονται με το μεταβολικό σύνδρομο σε ηλικιωμένους ασθενείς με ψύχωση (Chen et al., 2016). Τέλος, συχνή είναι η σύσταση συσκευών *υποστηρικτικής τεχνολογίας* σε πλαίσια γηροψυχιατρικών ασθενών, για την *αντιστάθμιση των προβλημάτων κινητικότητας, εκτελεστικής λειτουργίας και συμμετοχής σε έργα* που προκαλούν ορισμένες συννοσηρές ασθένειες σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω με ψυχωσικές διαταραχές (Devlin et al., 2019; Lynn et al., 2011).

4.4 Εκτέλεση και συμμετοχή σε έργα

Η ανάρρωση των ασθενών τρίτης ηλικίας από τη ψύχωση δεν περιορίζεται στη βελτίωση ή διαχείριση των κλινικών παραγόντων. Η ολοκλήρωσή της απαιτεί την επίτευξη και των *λειτουργικών και κοινωνικών παραγόντων*, με εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις που διατηρούν ή ενισχύουν την εκτέλεση και συμμετοχή σε έργα με νόημα, για τον επαναπροσδιορισμό της ζωής και ταυτότητας των ασθενών και την αντιμετώπιση των *κοινωνικών συνεπειών της ψυχωσικής διαταραχής* (Blank, Harries & Reynolds, 2015; Bryant, 2015; Samuel et al., 2018; Tan et al., 2020).

Οι ασθενείς εντοπίζουν το προσωπικό νόημα ανάρρωσης στα αναπτυξιακά επιτεύγματα/έργα και στους ρόλους που ικανοποιούν τις επιθυμίες, τις ανάγκες, τις αξίες και τις πεποιθήσεις τους. Κάθως τα έργα με νόημα ευνοούν τη διαδικασία

ανάρρωσης από μια ψυχωσική διαταραχή, λειτουργούν ως κύρια *θεραπευτικά μέσα* αλλά και ως *αυτοσκοπός* των εργοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε γηροψυχιατρικούς ασθενείς με ψύχωση (Anderson Clarke & Warner, 2016; D'Amico et al., 2018; Eklund et al., 2014; Eklund & Leufstadius, 2016; Tan et al., 2020).

4.4.1 Τομέας των Δ.Κ.Ζ

Η αυτονομία στα βασικά έργα επιβίωσης και ευημερίας του τομέα των Δ.Κ.Ζ. (ΑΟΤΑ, 2020) είναι ένας από τους πρωταρχικούς στόχους ανάρρωσης. *Η αποκατάσταση των δεξιοτήτων ανεξάρτητης διαβίωσης* για την επιτυχή εκτέλεση και συμμετοχή σε δραστηριότητες μπάνιου/ντους, υγιεινής τουαλέτας, σίτισης, ένδυσης και προσωπικής περιποίησης ξεκινά κατά τη νοσηλεία και το σχεδιασμό του εξιτηρίου, με *παραμβάσεις βασισμένες στο έργο και στις δεξιότητες εκτέλεσης* (D'Amico et al., 2018; Jackman, 2016; Roberts et al., 2020; Sarsak, 2018; Swarbrick & Noyes, 2018). Αντίστοιχα, *οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις ψυχοεκπαίδευσης* μέσω ομάδων δραστηριοτήτων διατηρούν και ολοκληρώνουν με τη βιωματική μάθηση και τη γενίκευση τις λειτουργικές δεξιότητες που χρησιμοποιούνται στον *τομέα αυτοφροντίδας* (Crouch, 2014; Hale & Cowls, 2009).

Άλλες προσεγγίσεις παρέμβασης σε νοσοκομειακά και κοινοτικά πλαίσια *εκπαιδεύουν σε δεξιότητες αυτοϋπηρέτησης* και ενθαρρύνουν την *καθημερινή εξάσκηση τους* ωσότου ενταχθούν στις συνήθειες και ρουτίνες της προσωπικής φροντίδας των ασθενών (D'Amico et al., 2018; Swarbrick & Noyes, 2018). Πολύ συχνά, μάλιστα, τα *έργα αυτοφροντίδας προσαρμόζονται* στις ικανότητες και τα ενδιαφέροντα των γηροψυχιατρικών ασθενών με ψύχωση, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις απαιτείται *περιβαλλοντική υποστήριξη* για την ενίσχυση της ασφάλειας και της ποιότητας συμμετοχής σε ασθενείς με δυσφαγία και αυξημένο κίνδυνο πτώσης (Jackman, 2016; Roberts et al., 2020).

Σε παρόμοιες περιπτώσεις *συννοσηρών σωματικών δυσλειτουργιών* και *περιβαλλοντικών παραγόντων* που περιορίζουν την εκτέλεση και δέσμευση σε Δ.Κ.Ζ. εφαρμόζονται *συσκευές υποστηρικτικής τεχνολογίας*, όπως βοηθήματα σίτισης, είδη ασφαλείας μπάνιου, μαξιλάρια και βοηθήματα λειτουργικής κινητικότητας καθώς και ειδικές προσαρμογές στο περιβάλλον για άνετη και ασφαλή εκτέλεση των έργων αυτοφροντίδας στους χώρους διαβίωσης (Devlin et al., 2019; Lynn et al., 2011).

4.4.2 Τομέας των σ.Δ.Κ.Ζ.

Αντίστοιχες στρατηγικές παρέμβασης εφαρμόζονται για τη *βελτίωση ή διατήρηση της λειτουργικότητας σε σ.Δ.Κ.Ζ.* Καθώς οι γηροψυχιατρικοί ασθενείς με ψύχωση *δυσκολεύονται συχνά σε πολύπλοκες και βασισμένες στην κοινότητα δραστηριότητες*, η Εργοθεραπεία σχεδιάζει ειδικά προγράμματα για την ενίσχυση της εκτέλεσης και συμμετοχής σε αυτές. Εκτός από τις παρεμβάσεις *εκπαίδευσης δεξιοτήτων* και *συμμετοχής σε έργο*, η **οικογενειακή ψυχοεκπαίδευση** και οι **υπηρεσίες υποστήριξης συνομηλίκων** αποδεικνύονται αποτελεσματικές στην *εκπαίδευση της οικογένειας* για την καλύτερη στήριξη των ασθενών και στην ενίσχυση της αυτονομίας και των κοινωνικών ρόλων, αντίστοιχα (D'Amico et al., 2018; Samuel et al., 2018; Stoffel et al., 2015; Swarbrick & Noyes, 2018).

Η πρόληψη των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο και η επανένταξη στην κοινότητα υποστηρίζεται από προγράμματα παρέμβασης που αντιμετωπίζουν τους *ελλειμματικούς παράγοντες δέσμευσης* και βελτιώνουν τις *ψυχοκοινωνικές δεξιότητες* σχετικά με τις σ.Δ.Κ.Ζ., όπως το ***In Vivo Life Amplified Skills Training*** (Jackman, 2016; Roberts et al., 2020). Πιο συγκεκριμένα, τα ζητήματα σχετικά με τα **έργα φροντίδας άλλων και ανατροφής παιδιών**, που αποτελούν συχνά μέρος σημαντικών ρόλων για τους ηλικιωμένους με ψύχωση αντιμετωπίζονται με *ατομικές συνεδρίες Εργοθεραπείας*, κατά τον σχεδιασμό του εξιτηρίου και την παρακολούθηση

στην κοινότητα (Anderson Clarke & Warner, 2016; Crouch, 2014). Παρόμοια προσέγγιση ακολουθείται και για την *επίλυση δυσκολιών **διαχείρισης χρημάτων και άλλων οικονομικών ζητημάτων*** (Crouch, 2014; Sarsak, 2018).

Παράλληλα, η εφαρμογή παρεμβάσεων που εστιάζουν στα *στοιχεία του περιβάλλοντος, στις απαιτήσεις της δραστηριότητας και στους παράγοντες των ασθενών* είναι διαδεδομένη για τη βελτίωση της λειτουργικότητας και του επιπέδου δέσμευσης σε *οικιακά έργα, προετοιμασία του γεύματος και αγορές* (Arbesman & Logsdon, 2011; Sarsak, 2018). Ειδικά για τις αγορές και άλλες κοινωνικές δραστηριότητες, η Εργοθεραπεία εφαρμόζει *ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης δεξιοτήτων επικοινωνίας* και *παρεμβάσεις υποστηρικτικής τεχνολογίας* για τη βελτίωση των δεξιοτήτων και την εξοικείωση των ασθενών σε καταστάσεις και συσκευές *διαχείρισης επικοινωνίας* (Crouch, 2014; Lynn et al., 2011).

Σημαντικό ρόλο στη διαδικασία ανάρρωσης έχει, επίσης, η *ικανότητα οδήγησης αυτοκινήτου και κινητικότητας στην κοινότητα*. Η *ψυχοκινητική δυσλειτουργία, οι γνωστικές διαταραχές, οι παρενέργειες των φαρμάκων και οι αλλαγές γήρανσης* επιδρούν αρνητικά στην εκτέλεση της οδήγησης και στη χρήση των μέσων μεταφοράς στην κοινότητα. Η *εργοθεραπευτική αξιολόγηση, με δοκιμασίες για τον έλεγχο των σωματικών λειτουργιών και με προσομοιωτή οδικής αξιολόγησης* για εκτίμηση της οδηγικής συμπεριφοράς, της ψυχικής κατάστασης και των δεξιοτήτων εκτελεστικής λειτουργίας οδήγησης, εντοπίζει συχνά έντονη παρορμητικότητα και δυσκολίες λήψης αποφάσεων και εύρεσης λύσεων, που αποτελούν συχνά στοιχεία υψηλού κινδύνου για την πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων (Chiu et al., 2019).

Τα *εργοθεραπευτικά προγράμματα* για την οδήγηση παρέχουν *εκπαίδευση και συμβουλευτική* για αλλαγή της οδηγικής συμπεριφοράς και εφαρμογή *αντισταθμιστικών στρατηγικών* για ασφαλή οδήγηση και χρήση των μέσων

μεταφοράς. Ειδικότερα, στους *γηροψυχιατρικούς ασθενείς με ψύχωση*, η εκπαίδευση αφορά τους *κινδύνους και τις ατομικές ευθύνες* σχετικά με την οδήγηση, όπως την ευθύνη του ασθενή να αναφέρει την ψυχική του κατάσταση στην αρμόδια αρχή και να έχει πλήρη συναίσθηση της κατάστασης της υγείας του, ώστε να μπορεί να σταματά την οδήγηση σε περίπτωση υποτροπής των συμπτωμάτων. Το αίσθημα ελέγχου και ανεξαρτησίας των οδηγών με ψυχωσικές διαταραχές, που ενισχύεται μέσω αυτών των παρεμβάσεων, συμβάλλει σημαντικά στη διαδικασία ανάρρωσης αλλάζοντας τον τρόπο ζωής των ασθενών, εφόσον τους δίνει τη δυνατότητα συμμετοχής σε δραστηριότητες παραγωγικότητας και ελεύθερου χρόνου στην κοινότητα (Chiu et al., 2019; Dun, Swan, Hitch & Vlachou, 2020; Hellinger et al., 2019).

Τα ζητήματα διατήρησης ασφάλειας και αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών απασχολούν εξίσου την εργοθεραπευτική πρακτική κατά τον σχεδιασμό εξιτηρίου και την παρακολούθηση στην κοινότητα. Ιδιαίτερα *στις υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων στο σπίτι*, η αναγνώριση των ανησυχιών ασφάλειας και η αξιολόγηση των παραγόντων ασφάλειας σπιτιού καθοδηγούν τον σχεδιασμό στοχοκατευθυνόμενων παρεμβάσεων, για την ασφαλή εκτέλεση και συμμετοχή σε έργα που προάγουν την ανάρρωση (Désormeaux-Moreau et al., 2018; Roberts et al., 2020). Οι ***θρησκευτικές και πνευματικές δραστηριότητες***, επίσης, αποδεικνύονται ευεργετικές στην ανάρρωση από ψυχωσική διαταραχή. Η Εργοθεραπεία συχνά στοχεύει στην *πνευματική έμπνευση* των ηλικιωμένων με ψύχωση, παρέχοντας ευκαιρίες *ενσυνείδητης δέσμευσης* σε έργα και ενσωματώνοντας πνευματικές πρακτικές στη ρουτίνα έργων των ασθενών (Anderson Clarke & Warner, 2016; Jackman, 2016).

4.4.3 Τομέας διαχείρισης υγείας

Όπως περιγράφεται στην *ενότητα 4.1 και 4.3*, η ψυχοκοινωνική Εργοθεραπεία εφαρμόζει προγράμματα παρέμβασης για την *ανάπτυξη και διατήρηση ρουτίνων* που

συμβάλλουν στη **διαχείριση και βελτίωση της υγείας** των γηροψυχιατρικών ασθενών με ψύχωση. Η ενίσχυση της **δέσμευσης σε αυτές τις συνήθειες και ρουτίνες**, που συνθέτουν ένα ξεχωριστό τομέα έργου (ΑΟΤΑ, 2020), υποστηρίζει σε μεγάλο βαθμό τη διαδικασία ανάρρωσης και τη δυνατότητα συμμετοχής σε άλλα έργα (Devlin et al., 2019; Hoshino et al., 2020; Swarbrick & Noyes, 2018; Tanaka et al., 2014).

4.4.4 Ανάπαυση και ύπνος

Η αναγνώριση των διαταραχών **ανάπαυσης και ύπνου** αποτελεί μέρος μιας ολοκληρωμένης **εργοθεραπευτικής αξιολόγησης**. Τα εντοπισμένα προβλήματα δέσμευσης και εκτέλεσης του ύπνου σε **ενήλικες και ηλικιωμένους με ψύχωση** αντιμετωπίζονται, κυρίως, μέσω της **εκπαίδευσης σε στρατηγικές χαλάρωσης** και των **γνωστικών μεθόδων** παρέμβασης για βελτίωση της εκτέλεσης συναφών **ενεργειών προετοιμασίας ύπνου**. Οι πρακτικές που υποστηρίζουν την **υιοθέτηση νέων ρουτίνων, συνηθειών και μοτίβων ύπνου** από τους ασθενείς και την οικογένειά τους περιλαμβάνουν **ψυχοεκπαιδευτικές μεθόδους, προγράμματα σωματικής άσκησης και προσαρμογές στο περιβάλλον** του εσωτερικού πλαισίου νοσηλείας ή του σπιτιού που διαμένουν στην κοινότητα (Anderson Clarke & Warner, 2016; Chen et al., 2016; D'Amico et al., 2018; Jackman, 2016; Swarbrick & Noyes, 2018).

4.4.5 Εκπαίδευση και εργασία

Οι **ανάγκες και τα ενδιαφέροντα εκπαίδευσης και μάθησης** των γηροψυχιατρικών ασθενών μπορεί να λειτουργήσουν ευνοϊκά στη διαδικασία ανάρρωσης, όπως ακριβώς τα προσωπικά και σύνθετα καθημερινά έργα. Καθώς οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες παρέχουν **πρόσβαση σε νέους ρόλους με νόημα**, όπως στο ρόλο του μαθητή και **δημιουργούν ευκαιρίες δέσμευσης σε άλλα σημαντικά έργα**, όπως στην εργασιακή απασχόληση, ενσωματώνονται συχνά στην εργοθεραπευτική πρακτική ως **θεραπευτικό μέσο και ως στόχος της παρέμβασης**. Τα περισσότερα **υποστηριζόμενα**

εκπαιδευτικά προγράμματα συμβάλλουν στην έναρξη ή τη συνέχιση της μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και την περαιτέρω εκπαιδευτική και επαγγελματική αναζήτηση. Η εφαρμογή τους φαίνεται να αφορά τους ασθενείς 18-65 ετών με ψυχωσικές διαταραχές, καθώς τα βιβλιογραφικά τεκμήρια για μεγαλύτερους ασθενείς τρίτης ηλικίας είναι περιορισμένα (Arbesman & Logsdon, 2011; Eklund et al., 2014; Swarbrick & Noyes, 2018).

Οι επαγγελματικές δραστηριότητες χρησιμοποιούνται με την ίδια λογική, ως μέσο ανάρρωσης και ευεξίας. Τεκμήρια ερευνών σε ασθενείς με χρόνιες ψυχωσικές διαταραχές αποδεικνύουν τη θετική τους επίδραση στην ταυτότητα, το αίσθημα του “ανήκειν” και της κοινωνικής σύνδεσης. Αυτά τα οφέλη, σε συνδυασμό με την αύξηση της αυτοεκτίμησης, του εισοδήματος και της ποιότητας ζωής, συμβάλλουν στην εξάλειψη του στίγματος και στην διαχείριση των συμπτωμάτων και της αγωγής (Blank et al., 2015; Höhl et al., 2017; Jackman, 2016; Vizzotto et al., 2015).

Παράλληλα, το δικαίωμα στην εργασία και η επιθυμία των ασθενών να επιστρέψουν στη δουλειά τους υποστηρίζεται **εργοθεραπευτικά με ειδικά προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης**. Το μοντέλο παρέμβασης της **Υποστηριζόμενης Απασχόλησης** αποδεικνύεται αποτελεσματικό σε ενήλικες και ηλικιωμένους ασθενείς με ψύχωση, καθώς καθοδηγεί την εργασιακή αναζήτηση και υποστηρίζει τον ασθενή κατά τη διάρκεια της εργασίας του. Η ενσωμάτωση του μοντέλου σε κλινικές ομάδες και η συνδυαστική εκπαίδευση κοινωνικών και γνωστικών δεξιοτήτων αυξάνουν την αποτελεσματικότητά του και το καθιστούν ανώτερο του προγράμματος συμβατικής επαγγελματικής αποκατάστασης, το οποίο απαιτεί ειδική προετοιμασία ή εκπαίδευση πριν την εργασιακή τοποθέτηση. Από την άλλη, το πρόγραμμα **Ολοκληρωμένης Υποστηριζόμενης Απασχόλησης** φέρει, συγκριτικά με τα παραπάνω, μεγαλύτερα ποσοστά απασχόλησης και καλύτερη

εργασιακή απόδοση, εφόσον χρησιμοποιεί στρατηγικές για γενίκευση και ολοκλήρωση των κοινωνικών δεξιοτήτων. Τέλος, **τα προγράμματα απασχόλησης των κέντρων ημέρας** προσφέρουν ευκαιρίες προγραμματισμένης εργασίας στους ηλικιωμένους ασθενείς, ο χαρακτήρας των οποίων είναι κυρίως εθελοντικός (Arbesman & Logsdon, 2011; Blank et al., 2015; Burton et al., 2015; Eklund et al., 2014; Höhl et al., 2017; Sarsak, 2018; Swarbrick & Noyes, 2018; Zhang et al., 2017).

4.4.6 Ελεύθερος χρόνος και κοινωνική συμμετοχή

Η εκτέλεση και συμμετοχή σε έργα **ελεύθερου χρόνου και αναψυχής** είναι εξίσου σημαντική στην ψυχοκοινωνική Εργοθεραπεία. Αποτελέσματα μελετών υπογραμμίζουν ότι τα χόμπι, οι εκδρομές, οι έξοδοι και η κινητικότητα στην κοινότητα αποτελούν παράγοντες ανάρρωσης, προαγωγής της ευημερίας και αντιμετώπισης του στρες σε άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές (Anderson Clarke & Warner, 2016; Eklund et al., 2014; Jackman, 2016). Επιπλέον, η δέσμευση σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου αποτελεί εγγενή ανάγκη, για την κατάκτηση ενός ισορροπημένου και ποιοτικού τρόπου ζωής (Jackman, 2016).

Με βάση αυτά τα δεδομένα, **εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις με επίκεντρο τις δεξιότητες, τις δομημένες ενέργειες, την ψυχοεκπαίδευση και τις εκφραστικές δραστηριότητες** βελτιώνουν την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών με σχιζοφρένεια στον τομέα έργων του ελεύθερου χρόνου. **Οι ατομικές και ομαδικές παρεμβάσεις με στόχο το έργο**, κατά τη νοσηλεία και την παρακολούθηση στην κοινότητα, προωθούν το **σχέδιο δράσης** που περιλαμβάνει στρατηγικές για συμμετοχή σε επιθυμητές δραστηριότητες, τροποποιήσεις των δραστηριοτήτων και αντιστάθμιση των δυσκολιών εκτέλεσης. Σημαντικό ρόλο στην επίτευξη αυτών των αλλαγών **έχουν τα κέντρα ημέρας**, τα οποία ενσωματώνουν τα χόμπι και τις

ψυχαγωγικές δραστηριότητες των ηλικιωμένων ασθενών στα προγράμματά τους (D'Amico et al., 2018; Eklund et al., 2014; Hale & Cowls, 2009; Sarsak, 2018).

Όσον αφορά τη δέσμευση σε έργα **κοινωνικής συμμετοχής**, η Εργοθεραπεία εστιάζει στην *κοινωνική λειτουργία και στους παράγοντες* που παρεμποδίζουν την πρόσβαση σε δραστηριότητες με φίλους ή συνομηλίκους, στην κοινότητα και στην οικογένεια. **Η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων** είναι η επικρατέστερη μέθοδος για μείωση των διαπροσωπικών συγκρούσεων και ενίσχυση της κοινωνικοποίησης των ηλικιωμένων μετά το εξιτήριο (Burton et al., 2015; Smart et al., 2020; Synovec, 2015). *Οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες και οι σχετικοί παράγοντες δέσμευσης* αντιμετωπίζονται στις **παρεμβάσεις με βάση το έργο**, οι οποίες παράλληλα συμβάλλουν στη μείωση των επανεισόδων στο νοσοκομείο (Roberts et al., 2020).

Οι παρεμβάσεις ψυχοεκπαίδευσης, γνωστικής αποκατάστασης και υποστηρικτικής τεχνολογίας, αντίστοιχα, παρέχουν στρατηγικές και προσαρμογές για διευκόλυνση της κοινωνικής συμμετοχής, ενώ οι **ομάδες δραστηριοτήτων και αερόβιου χορού** παρέχουν ευκαιρίες κοινωνικής αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας (Beukes, 2014; Chen et al., 2016; D'Amico et al., 2018; Devlin et al., 2019; Swarbrick & Noyes, 2018; Vizzotto et al., 2015). Αντίθετα, *οι παρεμβάσεις CBT* δεν εφαρμόζονται συχνά στον γηροψυχιατρικό πληθυσμό για βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, καθώς τα ερευνητικά τεκμήρια αποτελεσματικής εφαρμογής της παρέμβασης είναι περιορισμένα (Smart et al., 2020).

4.5 Αντιμετώπιση στίγματος και ανισορροπίας έργων

Οι ασθενείς τρίτης ηλικίας με ψύχωση αντιμετωπίζουν συχνά *προβλήματα κατά την επανένταξη στην κοινότητα*, που απορρέουν από τις *διαταραχές στη δέσμευση και τα κοινωνικά εμπόδια* που προκαλούν το στίγμα και οι κοινωνικές διακρίσεις. **Η ανισορροπία** και η **αποξένωση έργου** είναι οι συχνότερες εκφράσεις αυτών των

προβλημάτων, τα οποία η Εργοθεραπεία προσπαθεί να αναγνωρίσει *εξετάζοντας τα αίτια, τα νοήματα και τα οφέλη της επιλογής* δέσμευσης σε συγκεκριμένα έργα (Bejerholm, 2010; Bejerholm & Eklund, 2007; Bryant, 2015; Stoffel et al., 2015).

Για την αντιμετώπιση των διαταραχών ισορροπίας και δέσμευσης εφαρμόζονται διάφορα *προγράμματα παρέμβασης* που αφορούν τις συνήθειες και τις ρουτίνες των ασθενών. Το μοντέλο **Action Over Inertia** χρησιμοποιείται ευρέως για την *τροποποίηση του χρόνου και των προτύπων εμπλοκής* σε δραστηριότητες, καθώς επιτυγχάνει την *ανακατανομή των έργων ανάπαυσης και ύπνου στο καθημερινό πρόγραμμα των ασθενών σε σχέση με τα παραγωγικά και κοινωνικά έργα*, λαμβάνοντας υπόψη τις ικανότητες, τις ανάγκες και τα περιβάλλοντα δράσης τους (Bejerholm, 2010; Chen et al., 2015; Höhl et al., 2017; Jackman, 2016). Η παροχή *ευκαιριών δέσμευσης δίνει τη δυνατότητα προσωπικής επιλογής για πρόσβαση σε τομείς έργου* που εκπληρώνουν σημαντικούς ρόλους και το *αίσθημα του “ανήκειν”* (Bryant, 2015; Jackman, 2016; Roberts et al., 2020; Sarsak, 2018).

Τα *κέντρα ημέρας* και οι *κοινοτικές δομές* παρέχουν υπηρεσίες **υποστήριξης συνομηλίκων** και **ομάδες ψυχοκοινωνικής θεραπείας** για την αντιμετώπιση της κοινωνικής απομόνωσης των γηροψυχιατρικών ασθενών. Το **μοντέλο εκπαίδευσης συνήθειας** και η **προσαρμογή του περιβάλλοντος** είναι αποτελεσματικές μέθοδοι για τη βελτίωση του επιπέδου συμμετοχής και τη συνέχιση των ρόλων των ασθενών μετά το εξιτήριο (Bejerholm & Eklund, 2004; Bryant, 2015; Synovec, 2015). Τέλος, η *έκφραση του εαυτού* είναι το ίδιο σημαντική για την κατανόηση και κατάκτηση της διαδικασίας ανάρρωσης. Η Εργοθεραπεία μέσω της **τέχνης** και των **ιστοριών έργου** ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων, ενισχύοντας την αυτοεκτίμηση και την ταυτότητα έργου για επιτυχημένη αντιμετώπιση των δυσκολιών και μια θετική εμπειρία ανάρρωσης (Anderson Clarke & Warner, 2016; Sarsak, 2018).

Συζήτηση - Συμπεράσματα

Οι γηροψυχιατρικοί ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές επωφελοούνται σημαντικά από την Εργοθεραπεία. Τα ατομοκεντρικά εργοθεραπευτικά προγράμματα, που λαμβάνουν υπόψη τους παράγοντες «επιτυχημένης γήρανσης» και συμβαδίζουν με τις αρχές του μοντέλου *Recovery* και του *Βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου*, δημιουργούν ευκαιρίες δέσμευσης και συμμετοχής σε έργα ωφέλιμα για την υγεία, συνεισφέροντας έτσι στην ανάρρωση και στην ενίσχυση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η εργοθεραπευτική διαδικασία προσεγγίζει ολιστικά τους γηροψυχιατρικούς ασθενείς με ψύχωση, ακολουθώντας θεωρητικά μοντέλα και αξιολογητικές μεθόδους για την κάλυψη όλων των αναγκών και ζητημάτων εκτέλεσης έργου, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της λειτουργικότητας και την επανένταξη στην κοινότητα (Beukes, 2014; Stoffel et al., 2015; Swarbrick & Noyes, 2018; Synovec, 2015).

Η εργοθεραπευτική παρέμβαση σχεδιάζεται με βάση τις εξατομικευμένες ανάγκες των ασθενών ή της οικογένειας, για την αντιμετώπιση των σοβαρών συνεπειών της ψυχωσικής διαταραχής. Όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι κύριοι τομείς στους οποίους εστιάζει είναι η διαχείριση των συμπτωμάτων, η αντιμετώπιση των αισθητηριακών και κινητικών ελλειμμάτων, καθώς και των συννοσηρών παθολογικών καταστάσεων, η εκτέλεση και συμμετοχή σε όλους τους τομείς έργου και η αντιμετώπιση του στίγματος και της ανισορροπίας-αποξένωσης έργου. Για την κάλυψη αυτών των τομέων, που αποτελούν παράγοντες της κλινικής, λειτουργικής και κοινωνικής διάστασης της ανάρρωσης, απαιτείται η εφαρμογή τεκμηριωμένων τύπων εργοθεραπευτικής παρέμβασης, κυρίως με βάση το έργο, την εκπαίδευση δεξιοτήτων, την ατομική ή ομαδική ψυχοεκπαίδευση, τη γνωστική/ συμπεριφορική αποκατάσταση και την υποστηρικτική τεχνολογία.

Η αποτελεσματικότητα των περισσότερων εργοθεραπευτικών παρεμβάσεων στην ανάρρωση των γηροψυχιατρικών ασθενών με ψύχωση αποδεικνύεται από βιβλιογραφία και έρευνες που βασίζονται σε ομάδες ασθενών μεγάλου ηλικιακού εύρους (από 18 έως 65-70 ετών). Η διαπίστωση αυτή φανερώνει ένα *κενό στη βιβλιογραφία* του πεδίου της Εργοθεραπείας όσον αφορά τις μεθόδους αξιολόγησης, τη στοχοθεσία, τον *σχεδιασμό και την εφαρμογή θεραπευτικών προγραμμάτων αποκλειστικά για γηροψυχιατρικούς ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές καθυστερημένης και πολύ καθυστερημένης έναρξης* (de Mendonça Lima et al., 2019; Nebhinani et al., 2014; O'Driscoll et al., 2019; Waserman & Saperson, 2018).

Αυτό το συμπέρασμα ενισχύεται από μια σειρά ερευνών που υποστηρίζουν ότι ορισμένα εργοθεραπευτικά προγράμματα *δεν ανταποκρίνονται πλήρως στις ανάγκες και προσδοκίες των ηλικιωμένων με ψύχωση*, διότι ο σχεδιασμός και η λειτουργία τους βασίζεται σε ένα μοντέλο παρέμβασης με επίκεντρο τους νέους (Golay et al., 2017; Greenfield et al., 2018). Παράλληλα, με βάση προηγούμενες έρευνες και ανασκοπήσεις, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχουν αρκετά τεκμήρια για την εφαρμογή και αποτελεσματικότητα εργοθεραπευτικών παρεμβάσεων σχετικά με τους τομείς εκπαίδευσης, εργασίας, ανάπαυσης/ύπνου και ελεύθερου χρόνου σε γηροψυχιατρικούς ασθενείς με ψύχωση πολύ καθυστερημένης έναρξης (Höhl et al., 2017; O'Driscoll et al., 2019; Stoffel et al., 2015; Waserman & Saperson, 2018).

Παρά τους περιορισμούς που μπορεί να αναδύονται λόγω αυτών των κενών στη βιβλιογραφία, τα στοιχεία της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης παρέχουν αξιόπιστα και έγκυρα τεκμήρια που ενημερώνουν την πρακτική της Εργοθεραπείας για την αντιμετώπιση των ψυχωσικών διαταραχών σε γηροψυχιατρικούς ασθενείς. *Η πρόταση ενσωμάτωσης παραγόντων «επιτυχημένης γήρανσης» στα προγράμματα Εργοθεραπείας φαίνεται να ολοκληρώνει την αποτελεσματικότητα των πρακτικών*

θεραπείας, ως προς την ικανότητα προσαρμογής και τις στρατηγικές διαχείρισης της υγείας στους ασθενείς με ψύχωση που ταυτόχρονα βιώνουν τις συνέπειες των αλλαγών γήρανσης. Επιπλέον, *η παρουσίαση προσεγγίσεων και μεθόδων παρέμβασης* για την αντιστάθμιση αισθητηριακών και κινητικών ελλειμμάτων, την τροποποίηση των προτύπων έργου και την αντιμετώπιση της κοινωνικής απομόνωσης παρέχει την ευκαιρία εμπλουτισμού της εργοθεραπευτικής διαδικασίας και αναδιαμόρφωσης των παρεμβάσεων σε ενδονοσοκομειακά και κοινοτικά πλαίσια φροντίδας ψυχικής υγείας.

Δεδομένου ότι η γήρανση με σχιζοφρένεια καθυστερημένης και πολύ καθυστερημένης έναρξης είναι ένα υπό έρευνα αντικείμενο, κρίνεται αναγκαία η διενέργεια περισσότερων ερευνών στο πεδίο της Εργοθεραπείας, για την καλύτερη κατανόηση των αναγκών έργου και ανάρρωσης των ασθενών και τη διαμόρφωση σύγχρονων αξιολογητικών μεθόδων, διαδικασιών στοχοθεσίας και αποκατάστασης αποκλειστικά για το συγκεκριμένο γηριατρικό πληθυσμό. Η πρόοδος της έρευνας σε αυτούς τους τομείς θα θέσει τις βάσεις για την αναδιάρθρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο πλαίσιο της ηλικιακής συμπερίληψης και την ανάπτυξη προτοκόλλων φροντίδας, τα οποία θα περιλαμβάνουν ειδικές εργοθεραπευτικές διαδικασίες αξιολόγησης και παρέμβασης ως αναπόσπαστο μέρος της διεπιστημονικής αντιμετώπισης της ψύχωσης στην τρίτη ηλικία (de Mendonça Lima et al., 2019; O'Driscoll et al., 2019).

Επίλογος

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματεύεται τις ψυχωσικές διαταραχές σε ασθενείς τρίτης ηλικίας και τον ρόλο της Εργοθεραπείας στη διαδικασία ανάρρωσης. Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας ορίζονται οι ψυχωσικές διαταραχές κατά τη γήρανση, με εκτενή περιγραφή της επιδημιολογίας, της αιτιοπαθογένειας και της κλινικής τους εικόνας, ενώ παρουσιάζονται συνοπτικά οι φαρμακευτικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται συχνότερα για την ψύχωση στους ηλικιωμένους. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά στις θεωρίες και στις τυπικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη γήρανση, καθώς και στο επίπεδο δέσμευσης και το νόημα της συμμετοχής σε σημαντικά έργα για την υγεία και ευημερία των ηλικιωμένων με ψύχωση. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται λεπτομερώς η προσέγγιση της ψυχοκοινωνικής Εργοθεραπείας και οι κύριες ανάγκες και διαταραχές έργου που καλείται να αντιμετωπίσει στους γηροψυχιατρικούς ασθενείς. Η παρουσίαση των θεωρητικών μοντέλων που καθοδηγούν την εργοθεραπευτική διαδικασία και η συνοπτική περιγραφή των τρόπων και εργαλείων αξιολόγησης ολοκληρώνουν την κατανόηση του ρόλου της εργοθεραπευτικής παρέμβασης στην ανάρρωση από ψύχωση σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις που βρίσκουν εφαρμογή σε γηροψυχιατρικούς ασθενείς με ψύχωση, οι οποίες επικεντρώνονται στη διαχείριση των ψυχωσικών συμπτωμάτων και των νοητικών διαταραχών, στην αντιμετώπιση των αισθητηριακών/κινητικών ελλειμμάτων και συννοσηρών παθολογικών προβλημάτων, στην εκτέλεση και συμμετοχή σε τομείς έργου με νόημα και στην αντιμετώπιση του κοινωνικού στιγματισμού και της αποξένωσης έργου. Τέλος, η ενότητα της συζήτησης περιλαμβάνει τα συμπεράσματα και τις προοπτικές εξέλιξης που προκύπτουν από τη μελέτη του παρόντος θέματος.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ξενόγλωσσες

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (5th ed.). Arlington, VA.

American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process, Fourth Edition. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74 (Suppl. 2).

Anderson Clarke, L. M. & Warner, B. (2016). Exploring Recovery Perspectives in Individuals Diagnosed with Mental Illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 32, (4), 400–418. doi: 10.1080/0164212X.2016.1201450

Andersson, H., Sutton, D., Bejerholm, U. & Argentzell, E. (2020). Experiences of sensory input in daily occupations for people with serious mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1–11. doi: 10.1080/11038128.2020.1778784

Annear, M., Keeling, S., Wilkinson, T., Cushman, G., Gidlow, B. & Hopkins, H. (2014). Environmental influences on healthy and active ageing: A systematic review. *Ageing and Society*, 34, (4), 590–622. doi: 10.1017/S0144686X1200116X

Arbesman, M. & Logsdon, D. W. (2011). Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, (6), 657-661. American Occupational Therapy Association. doi: 10.5014/ajot.2011.001289

Bailliard, A. L. & Whigham, S. C. (2017). Linking neuroscience, function, and intervention: A scoping review of sensory processing and mental illness.

- American Journal of Occupational Therapy*, 71, (5). doi:
10.5014/ajot.2017.024497
- 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. (2004). Time Use and Occupational Performance among Persons with Schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health*, 20, (1), 27–47. doi: 10.1300/J004v20n01_02
- Bejerholm, U. & Eklund, M. (2007). Occupational engagement in persons with schizophrenia: Relationships to self-related variables, psychopathology, and quality of life. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, (1), 21–32. doi:
10.5014/ajot.61.1.21
- Beukes, S. (2014). Gerontology, Psychiatry and Occupational Therapy. Σε R. Crouch & V. Alers (Επιμ.), *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health - Fifth edition*. (5th ed., pp. 465–479). John Wiley & Sons, Ltd. doi:
10.1002/9781118913536
- Blank, A. A., Harries, P. & Reynolds, F. (2015). Without occupation you don't exist: Occupational engagement and mental illness. *Journal of Occupational Science*, 22, (2), 197–209. doi: 10.1080/14427591.2014.882250
- Bryant, W. (2015). Creating opportunities for participation within and beyond community mental health services. Σε I. Söderback (Επιμ.), *International Handbook of Occupational Therapy Interventions, Second Edition* (pp. 757–767). Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-08141-0_55
- Burton, C. Z., Vella, L., Littlefield, E. M. & Twamley, E. W. (2015). Supported employment for individuals with severe mental illness. Σε I. Söderback (Επιμ.),

- International Handbook of Occupational Therapy Interventions, Second Edition* (pp. 709–717). Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-08141-0_51
- Chen, M. De, Kuo, Y. H., Chang, Y. C., Hsu, S. T., Kuo, C. C. & Chang, J. J. (2016). Influences of Aerobic Dance on Cognitive Performance in Adults with Schizophrenia. *Occupational Therapy International*, 23, (4), 346–356. doi: 10.1002/oti.1436
- Chen, S.-P., Krupa, T. & Edgelow, M. (2015). Temporal adaptation for individuals living with serious mental illness in the community. Σε I. Söderback (Επιμ.), *International Handbook of Occupational Therapy Interventions, Second Edition* (pp. 381–392). Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-08141-0_25
- Chien, W. T., Leung, S. F., Yeung, F. K. K. & Wong, W. K. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: Psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1463-1481. doi: 10.2147/NDT.S49263
- Chiu, C. W., Law, C. K. & Cheng, A. S. (2019). Driver assessment service for people with mental illness. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 32, (2), 77–83. doi: 10.1177/1569186119886773
- Chiu, E.-C., Lee, S.-C., Lai, K.-Y. & Gu, F.-Y. (2020). Test–Retest Reliability and Minimal Detectable Change of the Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTES) in People With Schizophrenia. *American Journal of Occupational Therapy*, 74, (5). doi: 10.5014/ajot.2020.040154
- Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C. P., Cherry, B. J., Jordan-Marsh, M., ...

- Azen, S. P. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: Results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, (9), 782–790. doi: 10.1136/jech.2009.099754
- Conn, A., Bourke, N., James, C. & Haracz, K. (2019). Occupational therapy intervention addressing weight gain and obesity in people with severe mental illness: A scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66, (4), 446-457. doi: 10.1111/1440-1630.12575
- Crouch, R. (2014). The Occupational Therapy Approach to the Management of Schizophrenia. Σε R. Crouch & V. Alers (Επιμ.), *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health - Fifth edition*. (5th ed., pp. 435–445). John Wiley & Sons, Ltd. doi: 10.1002/9781118913536
- D'Amico, M. L., Jaffe, L. E. & Gardner, J. A. (2018). Evidence for interventions to improve and maintain occupational performance and participation for people with serious mental illness: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*. American Occupational Therapy Association, Inc. doi: 10.5014/ajot.2018.033332
- de Mendonça Lima, C. A., Lopes, E. S. T. & Kalasic, A. M. (2019). Psychosis in Older Adults. Σε G. Ivbijaro (Επιμ.), *Primary Care Mental Health in Older People* (pp. 211–227). Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-030-10814-4_18
- Désormeaux-Moreau, M., Larivière, N. & Aubin, G. (2018). Modelizing home safety as experienced by people with mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25, (3), 190–202. doi: 10.1080/11038128.2017.1335343
- Devlin, H., Nolan, C. & Turner, N. (2019). Assistive technology and schizophrenia.

- Irish Journal of Occupational Therapy*, 47, (2), 124–136. doi: 10.1108/IJOT-12-2018-0024
- Dimitropoulou, K. & Westover, L. (2020). Schizophrenia and Motor Learning: A Scoping Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 74, (4). doi: 10.5014/ajot.2020.74S1-RP203C
- Dionigi, R. A. (2015). Stereotypes of Aging: Their Effects on the Health of Older Adults. *Journal of Geriatrics*, 2015, 1–9. doi: 10.1155/2015/954027
- Dun, C., Swan, J., Hitch, D. & Vlachou, V. (2020). Occupational therapy driver assessments with mental health consumers: A mixed-methods study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 67, (4), 330–340. doi: 10.1111/1440-1630.12652
- Durocher, E., Gibson, B. E. & Rappolt, S. (2014). Occupational justice: A conceptual review. *Journal of Occupational Science*. 21, (4), 418-430. doi: 10.1080/14427591.2013.775692
- Eklund, M., Gunnarsson, A. B., Sandlund, M. & Leufstadius, C. (2014). Effectiveness of an intervention to improve day centre services for people with psychiatric disabilities. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61, (4), 268–275. doi: 10.1111/1440-1630.12120
- Eklund, M. & Leufstadius, C. (2016). Adding quality to day centre activities for people with psychiatric disabilities: Staff perceptions of an intervention. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23, (1), 13–22. doi: 10.3109/11038128.2015.1040452
- Foruzandeh, N. & Parvin, N. (2013). Occupational therapy for inpatients with chronic schizophrenia: A pilot randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 10, (1), 136–141. doi: 10.1111/j.1742-7924.2012.00211.x
- Gerretsen, P., Plitman, E., Rajji, T. K. & Graff-Guerrero, A. (2014). The effects of

- aging on insight into illness in schizophrenia: A review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, (11), 1145–1161. doi: 10.1002/gps.4154
- Ghiglieri, M., McAndrew, R., Baum, C. M. & Taff, S. D. (2020). Identity, civic engagement, and altruism: a phenomenological exploration of activity engagement in older adults. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. doi: 10.1080/11038128.2020.1735512
- Golay, P., Alameda, L., Mebdouhi, N., Baumann, P., Ferrari, C., Solida, A., ... Conus, P. (2017). Age at the time of onset of psychosis: A marker of specific needs rather than a determinant of outcome? *European Psychiatry*, 45, 20–26.
- Greenfield, P., Joshi, S., Christian, S., Lekkos, P., Gregorowicz, A., Fisher, H. L. & Johnson, S. (2018). First episode psychosis in the over 35 s: Is there a role for early intervention? *Early Intervention in Psychiatry*, 12, (3), 348–354.
- Hale, S. & Cowls, J. (2009). Psychoeducational groups. Σε I. Söderback (Επιμ.). *International Handbook of Occupational Therapy Interventions* (pp. 255–260). Springer New York. doi: 10.1007/978-0-387-75424-6_24
- Halperin, L. & Falk-Kessler, J. (2020). Schizophrenia Spectrum Disorders: Linking Motor and Process Skills, Sensory Patterns, and Psychiatric Symptoms. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 8, (1), 1–13. doi: 10.15453/2168-6408.1659
- Hammell, K. W. (2017). Opportunities for well-being: The right to occupational engagement. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84, (4–5), 209–222. doi: 10.1177/0008417417734831
- Hellinger, N., Lipskaya-Velikovsky, L., Weizman, A. & Ratzon, N. Z. (2019). Comparing executive functioning and clinical and sociodemographic characteristics of people with schizophrenia who hold a driver's license to those

- who do not. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 86, (1), 70–80. doi: 10.1177/0008417419831399
- Höhl, W., Moll, S. & Pfeiffer, A. (2017). Occupational therapy interventions in the treatment of people with severe mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins. doi: 10.1097/YCO.0000000000000339
- Hoshino, A., Asakura, T., Cho, K., Murata, N., Kogata, T., Kawamura, M., ... Kato, U. (2020). Preliminary study of time estimation of daily activities in patients with chronic schizophrenia by questionnaire survey. *British Journal of Occupational Therapy*, 1–9. doi: 10.1177/0308022620922420
- Iglewicz, A., Meeks, T. W. & Jeste, D. V. (2011). New Wine in Old Bottle: Late-life Psychosis. *Psychiatric Clinics of North America*, 34, (2), 295–318. doi: 10.1016/j.psc.2011.02.008
- Ikiugu, M. N. & Nissen, R. M. (2016). Intervention Strategies Used by Occupational Therapists Working in Mental Health and Their Theoretical Basis. *Occupational Therapy in Mental Health*, 32, (2), 109–129. doi: 10.1080/0164212X.2015.1127192
- Ikiugu, M. N., Nissen, R. M., Bellar, C., Maassen, A. & Van Peurse, K. (2017). Clinical Effectiveness of Occupational Therapy in Mental Health: A Meta-Analysis. *American Journal of Occupational Therapy*, 71, (5), 7105100020p1. doi: 10.5014/ajot.2017.024588
- Jackman, M. M. (2016). Occupational Therapy Services. Σε N.N. Singh et al. (Επιμ.). *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry, Evidence-Based Practices in Behavioral Health* (pp. 279–308). Springer International Publishing Switzerland. doi: 10.1007/978-3-319-40537-7_12
- Jacobsen, P., Hodkinson, K., Peters, E. & Chadwick, P. (2018). A systematic scoping

- review of psychological therapies for psychosis within acute psychiatric in-patient settings. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 213, (2), 490–497. doi: 10.1192/bjp.2018.106
- Kaneko, F. & Okamura, H. (2019). Discrepancies between Self- And Clinical Staff Members' Perception of Cognitive Functioning among Patients with Schizophrenia Undergoing Long-Term Hospitalization. *Occupational Therapy International*, 2019. doi: 10.1155/2019/6547096
- Karim, S. & Harrison, K. (2016). Psychosis in the Elderly. Σε C.A. Chew-Graham & M. Ray (Επιμ.). *Mental Health and Older People: A Guide for Primary Care Practitioners*. (pp. 181-194). Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-29492-6_15
- Lee, S. C., Lin, G. H., Liu, C. C., Chiu, E. C. & Hsieh, C. L. (2021). Development of the CAT-FER: A Computerized Adaptive Test of Facial Emotion Recognition for Adults With Schizophrenia. *The American Journal of Occupational Therapy*, 75, (1). doi: 10.5014/ajot.2020.043463
- Lee, S. W. K. & Chan, S. H. W. (2015). Illness management training: Transforming relapse and instilling prosperity (trip) in an acute psychiatric ward: A user's perspective. Σε I. Söderback (Επιμ.). *International Handbook of Occupational Therapy Interventions, Second Edition* (pp. 519–527). Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-08141-0_35
- Leufstadius, C. & Eklund, M. (2014). Time use among individuals with persistent mental illness: Identifying risk factors for imbalance in daily activities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21, (S1), 53–63. doi: 10.3109/11038128.2014.952905
- Lin, K. C., Wu, Y. F., Chen, I. C., Tsai Prof, P. L., Wu, C. Y. & Chen, C. L. (2015).

- Dual-task performance involving hand dexterity and cognitive tasks and daily functioning in people with schizophrenia: A pilot study. *American Journal of Occupational Therapy*, 69, (3), doi: 10.5014/ajot.2014.014738
- Lutgens, D., Garipey, G. & Malla, A. (2017). Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210, (5), 324-332. doi: 10.1192/bjp.bp.116.197103
- Lynn, G., Dinunno, D., Choate, L., Luce, R. A. & Flecky, K. (2011). The provision of assistive technology by occupational therapists who practice in mental health. *Occupational Therapy in Mental Health*, 27, (2), 178–190. doi: 10.1080/0164212X.2011.567352
- Marhánková, J. H. (2011). Leisure in old age: Disciplinary practices surrounding the discourse of active ageing. *International Journal of Ageing and Later Life*, 6, (1), 5–32. doi: 10.3384/ijal.1652-8670.11615
- Meesters, P. D., De Haan, L., Comijs, H. C., Stek, M. L., Smeets-Janssen, M. M. J., Weeda, M. R., ... Beekman, A. T. F. (2012). Schizophrenia spectrum disorders in later life: Prevalence and distribution of age at onset and sex in a dutch catchment area. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, (1), 18–28. doi: 10.1097/JGP.0b013e3182011b7f
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*. Nice. Ανακτήθηκε από www.nice.org.uk/guidance/cg178
- Nebhinani, N., Pareek, V. & Grover, S. (2014). Late-life psychosis: An overview. *Journal of Geriatric Mental Health*, 1, (2), 60-70. doi: 10.4103/2348-9995.152424
- O'Driscoll, C., Free, K., Attard, A., Carter, P., Mason, J. & Shaikh, M. (2019).

- Transitioning to age inclusive early intervention for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 15, (1), 1–7. doi: 10.1111/eip.12905
- Oliver, D., Reilly, T. J., Baccaredda Boy, O., Petros, N., Davies, C., Borgwardt, S., ... Fusar-Poli, P. (2020). What Causes the Onset of Psychosis in Individuals at Clinical High Risk? A Meta-analysis of Risk and Protective Factors. *Schizophrenia Bulletin*, 46, (1), 110–120. doi: 10.1093/schbul/sbz039
- Padilla, R. (2019). Occupational Therapy practice models. Σε H. L. Lohman, S. Byers-Connon & R. L. Padilla (Επιμ.), *Occupational Therapy with Elders: Strategies for the COTA* (4th ed., pp. 84–102). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Ανάκτηση 10 Μαρτίου 2021 από
https://books.google.gr/books?hl=en&lr=&id=5bZEDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA84&ots=Q_QFWoX6K1&sig=7_Q8aDq6L2Dp_pyAPhoPSCYfZx4&redir_esc=y#v=twopage&q&f=false
- Radua, J., Ramella-Cravaro, V., Ioannidis, J. P. A., Reichenberg, A., Phiphophthatsanee, N., Amir, T., ... Fusar-Poli, P. (2018). What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. *World Psychiatry*, 17, (1), 49–66. doi: 10.1002/wps.20490
- Rigby, L. & Wilson, I. (2017). Occupational Therapy Interventions for Someone Experiencing Severe and Enduring Mental Illness. Σε C. Long, J. Cronin-Davis & D. Cotterill (Επιμ.), *Occupational Therapy Evidence in Practice for Mental Health* (pp. 109–137). John Wiley & Sons Ltd. doi: 10.1002/9781119378785.ch6
- Roberts, P., Robinson, M., Furniss, J. & Metzler, C. (2020). Occupational therapy's value in provision of quality care to prevent readmissions. *American Journal of Occupational Therapy*, 74, (3), doi: 10.5014/ajot.2020.743002
- Rogers, J. C. & Holm, M. B. (2016). Functional assessment in mental health:

- Lessons from occupational therapy. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 18, (2), 145–154. Ανάκτηση 30 Σεπτεμβρίου 2020 από www.dialogues-cns.org
- Samuel, R., Thomas, E. & Jacob, K. S. (2018). Instrumental Activities of Daily Living Dysfunction among People with Schizophrenia. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40, (2), 134–138. doi: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_308_17
- Sarsak, H. I. (2018). Overview: occupational therapy for psychiatric disorders. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, 9, (5), 518–521. doi: 10.15406/jpcpy.2018.09.00582
- Schmitt, A., Maurus, I., Rossner, M. J., Röh, A., Lembeck, M., von Wilmsdorff, M., ... Falkai, P. (2018). Effects of aerobic exercise on metabolic syndrome, cardiorespiratory fitness, and symptoms in schizophrenia include decreased mortality. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 690. doi: 10.3389/fpsy.2018.00690
- Segal, R. (2014). Dimensions of occupation across the lifespan. Σε Hinojosa & M. L. Blount (Επιμ.), *The texture of life: Occupations and related activities* (4th ed., pp. 37-53). Bethesda, MD: AOTA Press.
- Smart, E. L., Brown, L., Palmier-Claus, J., Raphael, J. & Berry, K. (2020). A systematic review of the effects of psychosocial interventions on social functioning for middle-aged and older-aged adults with severe mental illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35, (5), 449-462. John Wiley and Sons Ltd. doi: 10.1002/gps.5264
- Stav, W. B., Hallenen, T., Lane, J. & Arbesman, M. (2012). Systematic review of occupational engagement and health outcomes among community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 66, (3), 301-310. doi: 10.5014/ajot.2012.003707
- Stevens-Ratchford, R. & Diaz, T. (2003). Promoting successful aging through

- occupation. An examination of engagement in life: A look at aging in place, occupation and successful aging. *Activities, Adaptation and Aging*, 27, (3–4), 19–37. doi: 10.1300/J016v27n03_02
- Stevens-Ratchford, R. G. (2005). Occupational engagement: Motivation for older adult participation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 21, (3), 171–181. doi: 10.1097/00013614-200507000-00003
- Stevens-Ratchford, R. G. (2011). Longstanding occupation: The relation of the continuity and meaning of productive occupation to life satisfaction and successful aging. *Activities, Adaptation and Aging*, 35, (2), 131–150. doi: 10.1080/01924788.2011.574255
- Stoffel, C. V., Lee, S. & Schwartz, K. J. (2015). Mental Health and Common Psychiatric Disorders Associated with Aging. Σε K. F. Barney & M. A. Perkinson (Επιμ.), *Occupational Therapy with Aging Adults: Promoting Quality of Life through Collaborative Practice* (pp. 266–288). Elsevier. doi: 10.1016/C2009-0-41286-8
- Swarbrick, M. & Noyes, S. (2018). Effectiveness of occupational therapy services in mental health practice. *American Journal of Occupational Therapy*. American Occupational Therapy Association, Inc. doi: 10.5014/ajot.2018.725001
- Synovec, C. E. (2015). Implementing recovery model principles as part of occupational therapy in inpatient psychiatric settings. *Occupational Therapy in Mental Health*, 31, (1), 50–61. doi: 10.1080/0164212X.2014.1001014
- Talasilahti, T., Alanen, H. M., Hakko, H., Isohanni, M., Häkkinen, U. & Leinonen, E. (2012). Mortality and causes of death in older patients with schizophrenia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, (11), 1131–1137. doi: 10.1002/gps.2833

- Tampi, R. R., Young, J., Hoq, R., Resnick, K. & Tampi, D. J. (2019). Psychotic disorders in late life: a narrative review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 9, 1-13. doi: 10.1177/2045125319882798
- Tan, B. L., Lim, M. W. Z., Xie, H., Li, Z. & Lee, J. (2020). Defining occupational competence and occupational identity in the context of recovery in schizophrenia. *American Journal of Occupational Therapy*, 74, (4). doi: 10.5014/ajot.2020.034843
- Tanaka, C., Yotsumoto, K., Tatsumi, E., Sasada, T., Taira, M., Tanaka, K., ... Hashimoto, T. (2014). Improvement of functional independence of patients with acute schizophrenia through early occupational therapy: A pilot quasi-experimental controlled study. *Clinical Rehabilitation*, 28, (8), 740–747. doi: 10.1177/0269215514521440
- Troutman-Jordan, M. & Staples, J. (2014). Successful aging from the viewpoint of older adults. *Research and Theory for Nursing Practice*, 28, (1), 87–104. doi: 10.1891/1541-6577.28.1.87
- Vizzotto, A. D. B., Buchain, P. C., Netto, J. H. & Elkis, H. (2015). Psychosocial intervention in schizophrenia. Σε I. Söderback (Επιμ.), *International Handbook of Occupational Therapy Interventions, Second Edition* (pp. 529–539). Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-08141-0_36
- Waserman, J. E. & Saperson, K. (2018). Late-Life Psychosis. Σε A. Hategan et al. (Επιμ.), *Geriatric Psychiatry* (pp. 305–318). Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-67555-8_15
- World Health Organisation. (1992). *ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organisation

- World Health Organisation. (2002). Active ageing: A policy framework. Ανακτήθηκε από: <http://www.who.int/hpr/ageing/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf>.
- World Health Organization. (2010). *MhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings: Mental Health Gap Action Programme (MhGAP)*, 1–121. Ανακτήθηκε 6 Δεκεμβρίου 2020 από <http://www.who.int>
- Wright-St Clair, V. (2012). Being occupied with what matters in advanced age. *Journal of Occupational Science*, 19, (1), 44–53. doi: 10.1080/14427591.2011.639135
- Yanagida, N., Uchino, T. & Uchimura, N. (2016). The effects of psychoeducation on long-term inpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Kurume Medical Journal*, 63, (3–4), 61–67. doi: 10.2739/kurumemedj.MS00011
- Yeh, E., Huang, L.-J. & Wu, C. (2016). Activity Participation and Restriction for Community Clients With Schizophrenia Through the Kawa Model Perspective. *American Journal of Occupational Therapy*, 70, (4). doi: 10.5014/ajot.2016.70s1-ro6113
- Zhang, G. F., Tsui, C. M., Lu, A. J. B., Yu, L. B., Tsang, H. W. H. & Li, D. (2017). Integrated Supported Employment for People With Schizophrenia in Mainland China: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Occupational Therapy*, 71, (6), doi: 10.5014/ajot.2017.024802

Ελληνόγλωσσες

- Κουλουμπή, Μ. (2017). *Έργο και δραστηριότητα: Η προσέγγιση της Εργοθεραπείας*. Αθήνα: Κωνσταντάρas Ιατρικές Εκδόσεις.
- Τζονιχάκη, Ι. (2019). *Η εργοθεραπεία στους ηλικιωμένους*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος.

Σηφάκη, Μ. (2001). *Ανάπτυξη στην Εργοθεραπεία* (μη δημοσιευμένες σημειώσεις).

Αθήνα: ΤΕΙ Αθήνας.

Παράρτημα

Πίνακας 1. Ταξινόμηση ψυχωσικών διαταραχών

Ταξινόμηση κατά DSM-5	Ταξινόμηση κατά ICD-10
Σχιζοφρένεια	Σχιζοφρένεια
Σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας	Σχιζότυπη διαταραχή
Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή	
Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή	Σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές
Παραληρητική διαταραχή	Επίμονες παραληρητικές διαταραχές
Βραχεία ψυχωσική διαταραχή	Οξείες και παροδικές ψυχωσικές διαταραχές
Ψυχωσική διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες	
Ψυχωσική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση	Προκαλούμενη παραληρητική διαταραχή
Άλλο καθορισμένο φάσμα σχιζοφρένειας και άλλη ψυχωσική διαταραχή	Άλλες μη οργανικές ψυχωσικές διαταραχές
Μη καθορισμένο φάσμα σχιζοφρένειας και άλλη ψυχωσική διαταραχή	Απροσδιόριστη μη οργανική ψυχωσική διαταραχή

Πηγές: American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

World Health Organisation. (1992). *ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*.

