



Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
(*πρ. Τ.Ε.Ι. Πάτρας & πρ. Τ.Ε.Ι. Μεσολογγίου*)

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

ΤΣΑΜΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**

ΠΑΤΡΑ, 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	7
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	7
Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	8
1.1 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	11
ΟΜΑΔΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	11
2.1 ΟΜΑΔΑ Α	12
2.1.1 ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	12
2.1.2 ΣΧΙΖΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	13
2.1.3 ΣΧΙΖΟΤΥΠΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	13
2.2 ΟΜΑΔΑ Β.....	14
2.2.1 ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	14
2.2.2 ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	14
2.2.3 ΔΡΑΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	15
2.2.4 ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	16
2.3 ΟΜΑΔΑ Γ.....	17
2.3.1 ΑΠΟΦΕΥΚΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	17
2.3.2 ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	17
2.3.3 ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	19
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	19
3.1 ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	20
3.2 ΣΧΙΖΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	20

3.3 ΣΧΙΖΟΤΥΠΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	21
3.4 ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	22
3.5 ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	23
3.6 ΔΡΑΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	24
3.7 ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	24
3.8 ΑΠΟΦΕΥΚΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	25
3.9 ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	26
3.10 ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	27
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	27
4.1 ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	28
4.2 ΣΧΙΖΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	28
4.3 ΣΧΙΖΟΤΥΠΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	29
4.4 ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	30
4.5 ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	30
4.6 ΔΡΑΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	31
4.7 ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	32
4.8 ΑΠΟΦΕΥΚΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	33
4.9 ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	33
4.10 ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	35
ΠΡΟΓΝΩΣΗ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	35
5.1 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	36
5.2 ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	37
5.3 ΣΧΙΖΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	38
5.4 ΣΧΙΖΟΤΥΠΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	40
5.5 ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	41

5.6 ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	42
5.7 ΔΡΑΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	44
5.8 ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	45
5.9 ΑΠΟΦΕΥΚΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	46
5.10 ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	47
5.11 ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	50
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	50
6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	51
6.2 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	52
6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	55
6.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	59
6.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	65
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	65
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	74
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	76
ΑΒSTRACT.....	77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	78

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχιατρική, αποτελεί μια ειδικότητα η οποία ως οντότητα τους τελευταίους δύο αιώνες καταβάλλει προσπάθειες κατανόησης και ερμηνείας της ανθρώπινης συμπεριφοράς και της προσωπικότητας του. Αποτελεί αναμφισβήτητο γεγονός ότι οι ψυχικές ασθένειες ήταν και είναι δύσκολες τόσο στη διάγνωση όσο και στη θεραπεία τους.

Η προσωπικότητα του ατόμου αποτελεί μια έννοια η οποία είναι δύσκολο να ερμηνευθεί. Αυτό συμβαίνει διότι από τη μια πλευρά παρουσιάζεται με πληθώρα χαρακτηριστικών στο κάθε άτομο και από την άλλη πλευρά χρησιμοποιείται με διαφορετικές έννοιες. Η επιστημονική κοινότητα ασχολείται με τον όρο προσωπικότητα ερευνώντας και αναλύοντας τον άνθρωπο ως ολότητα.

Η προσωπικότητα διαφέρει από άτομο σε άτομο. Δεν έχουν όλοι οι άνθρωποι την ίδια προσωπικότητα. Αυτό σημαίνει ότι ο τρόπος με τον οποίο λειτουργεί, συμπεριφέρεται, εκφράζεται το κάθε άτομο είναι διαφορετικός. Οι διαταραχές της προσωπικότητας παρουσιάζονται όταν παρατηρηθούν ακραίες και άκαμπτες αλλαγές στη συμπεριφορά ενός ατόμου τόσο σε κοινωνικό όσο και σε εργασιακό επίπεδο.

Οι Διαταραχές της Προσωπικότητας χωρίζονται σε τρεις Ομάδες. Η κάθε Ομάδα αποτελείται από κάποιους τύπους Διαταραχών Προσωπικότητας ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς. Στην πρώτη ομάδα περιλαμβάνονται οι τύποι διαταραχών προσωπικότητας με κύριο χαρακτηριστικό την εκκεντρικότητα. Η δεύτερη ομάδα αποτελείται από τέσσερις τύπους διαταραχών προσωπικότητας με κύριο χαρακτηριστικό τις συναισθηματικές διαταραχές ενώ η τρίτη Ομάδα αποτελείται από τους τύπους διαταραχών προσωπικότητας με κύριο χαρακτηριστικό το φόβο και το άγχος.

Υπολογίζεται ότι οι Διαταραχές Προσωπικότητας αποτελούν ένα ποσοστό της τάξεως του 10% με 20% του γενικού πληθυσμού ενώ το ποσοστό αυτό αυξάνεται για τον πληθυσμό που νοσηλεύεται σε κάποια ψυχιατρική μονάδα. Παράλληλα, αξίζει να σημειωθεί ότι κάποιες Διαταραχές Προσωπικότητας επηρεάζουν περισσότερο τους άνδρες από ότι τις γυναίκες και αντίστροφα ενώ κάποιες δύναται να εμφανιστούν στην παιδική ηλικία και να διαρκέσουν για όλο το υπόλοιπο της ζωής. Ωστόσο με την κατάλληλη θεραπεία υπάρχει μεγάλη βελτίωση και τα παθολογικά χαρακτηριστικά μειώνονται όσο το ο ασθενής μεγαλώνει.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Οι διαταραχές της προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από τρόπους αντίληψης, αντίδρασης και συσχέτισης που είναι ριζωμένοι, άκαμπτοι και κοινωνικά δυσπροσαρμοστικοί σε μία ποικιλία περιπτώσεων. Κάθε άνθρωπος έχει έναν δικό του τρόπο να αντιλαμβάνεται και να τοποθετείται απέναντι στους άλλους ανθρώπους και τα γεγονότα (στοιχεία της προσωπικότητας).

Για παράδειγμα, μερικά άτομα αντιδρούν πάντοτε σε μία ενοχλητική κατάσταση αναζητώντας τη βοήθεια κάποιου άλλου. Άλλοι θεωρούν ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα ολομόναχοι. Μερικοί άνθρωποι ελαχιστοποιούν τα προβλήματά τους, ενώ άλλοι τα μεγαλοποιούν.¹

Αντίθετα, οι άνθρωποι με διαταραχές της προσωπικότητας είναι τόσο δύσκαμπτοι που δεν μπορούν να προσαρμοστούν στην πραγματικότητα και αυτό τους καταστρέφει την ικανότητα να λειτουργήσουν. Αυτό γίνεται εμφανές από την αρχή της ενηλικίωσης, συχνά νωρίτερα, και συνήθως διατηρείται εφ' όρου ζωής. Μερικές φορές έχουν προβλήματά στις κοινωνικές και διαπροσωπικές τους σχέσεις και στην εργασία τους.

Τα άτομα με διαταραχές της προσωπικότητας συνήθως δεν αντιλαμβάνονται ότι η συμπεριφορά τους ή ο τρόπος σκέψης τους δεν είναι κατάλληλα αλλά αντίθετα, συχνά πιστεύουν ότι οι τρόποι τους είναι σωστοί και ότι έχουν δίκιο. Συχνά, οι οικείοι ή οι κοινωνικές υπηρεσίες τους στέλνουν για ψυχιατρική βοήθεια, επειδή η ανάρμοστη συμπεριφορά τους δημιουργεί προβλήματά σε άλλους.²

Η διαταραχή της προσωπικότητας είναι μια χρόνια διαταραχή, η οποία συμβαίνει στο 10-20% του γενικού πληθυσμού και περιλαμβάνει διάφορους τύπους σύμφωνα με την κατάταξη κατά DSM -5 όπως:

- ü Παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας
- ü Σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας
- ü Σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας
- ü Αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας
- ü Μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας
- ü Δραματική διαταραχή της προσωπικότητας
- ü Ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας
- ü Αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας

ü Εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας

ü Ψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας

Για να διαγνωσθεί μια διαταραχή προσωπικότητας πρέπει ο ασθενής να είναι μεγαλύτερος από 18 ετών και τα χαρακτηριστικά της διαταραχής να είναι σταθερά και να προκαλούν σε κάποιο βαθμό έκπτωση στην λειτουργικότητα του ασθενούς στην κοινωνική, επαγγελματική ή προσωπική του ζωή. Τα συμπτώματα είναι παρόντα για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα και δεν οφείλονται σε αλκοόλ, φάρμακα ή σε κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή. Μπορεί να οφείλονται σε γενετικούς, περιβαλλοντικούς ή πολιτισμικούς παράγοντες.¹

Παρ' ολο που οι διαταραχές είναι ψυχωτικού τύπου (παραλήρημα, απώλεια επαφής με την πραγματικότητα), τα υποκείμενα τα οποία τις εκδηλώνουν δεν είναι απαραίτητως ψυχωτικά. Καθώς πρόκειται για μεταβατικές διαταραχές, με επαναφορά στην προηγούμενη κατάσταση ανάμεσα στα επεισόδια, αλλά καθώς και η έρευνα ανέδειξε στη βάση αρκετών από αυτές βιοχημικούς και γενετικούς-μηχανισμούς, η ιδέα περί ψυχογένεσης είναι πλέον δύσκολο να υποστηριχθεί.³

1.1 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Όπως προαναφέρθηκε η διαταραχή προσωπικότητας υφίσταται όταν τα χαρακτηριστικά, στοιχεία ή γνωρίσματα της προσωπικότητας ενός ατόμου είναι δύσκαμπτα και δυσπροσαρμοστικά και προκαλούν είτε έντονη υποκειμενική ενόχληση είτε σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι, επειδή συνήθως τα περισσότερα συμπτώματα των διαταραχών προσωπικότητας είναι αποδεκτά από τον εαυτό και οδηγούν το άτομο να μεταβάλλει και να προσαρμόζει το εξωτερικό του περιβάλλον (υπέρ των συμπτωμάτων του), οι άνθρωποι που πάσχουν από διαταραχή της προσωπικότητάς τους δεν αισθάνονται άγχος για την συμπεριφορά τους –παρά το γεγονός ότι αυτή είναι δυσπροσαρμοστική.²

Το γεγονός ότι, συνήθως, τα άτομα με διαταραχή προσωπικότητας δεν έχουν ιδιαίτερα ισχυρό κίνητρο για την αντιμετώπιση του προβλήματός τους αποτελεί έναν από τους κύριους λόγους για τους οποίους πολλές φορές αρνούνται το πρόβλημά τους και δεν δέχονται να προσέλθουν σε θεραπεία της διαταραχής τους.

Οι ασθενείς με τις διαταραχές προσωπικότητας είναι συχνά οι δυσκολότεροι ασθενείς στην κλινική πράξη. Παρουσιάζουν μια ποικιλομορφία χαρακτηριστικών από διάφορες διαταραχές προσωπικότητας. Η διαταραχή προσωπικότητας είναι πολύ συχνά συννοσηρή με άλλες ψυχολογικές διαταραχές, σωματικές διαταραχές, καθώς και σοβαρούς ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες, και παρουσιάζουν επίσης σημαντική σε πολλά επίπεδα έκπτωση της λειτουργικότητάς τους.⁴

Ως συνέπεια της συχνά συγκεχυμένης, σύνθετης, και δύσκολο να προσδιορισθεί κλινικής εικόνας, αυτά τα άτομα μπορεί να είναι δύσκολο να θεραπευτούν. Αν και απαιτούν κατά κανόνα περισσότερο χρόνο στη θεραπεία, και περισσότερη ενέργεια και χρόνο από το θεραπευτή, παρουσιάζουν συχνά μεγάλη δυσκολία στην πρόοδο της θεραπείας, ή δεν σημειώνουν καμία πρόοδο.⁴

Είναι πιθανό επίσης να βάζουν ιδιαίτερες απαιτήσεις στον θεραπευτή, τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο. Τα προβλήματά τους είναι επίμονα, εκτεταμένα, με συνέπειες που ποικίλουν από ήπιες έως σοβαρές, και με το ιστορικό των συμπεριφορικών, συναισθηματικών, γνωστικών, και συστημικών δυσκολιών τους να ξεκινά από την παιδική τους ηλικία.

Συχνά αυτοί οι ασθενείς βλέπουν τα προβλήματά τους ως εξωτερικά, δηλαδή τα προβλήματα είναι του κόσμου και όχι των πράξεων τους ή δική τους ευθύνη. Δεδομένου ότι "στέλνονται" στη θεραπεία από την οικογένεια ή το ποινικό δικαστικό σύστημα, μπορεί να εμφανίζουν ελάχιστη κινητοποίηση για να μείνουν στη θεραπεία, για να αλληλεπιδράσουν με το θεραπευτή ή για να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους.⁵

Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχει ένα ευρύ πεδίο διαταραχών της προσωπικότητας. Όλες αυτές οι διαταραχές εμπεριέχουν ένα διεισδυτικό πρότυπο συμπεριφοράς, που σημαίνει ότι οι χαρακτηριστικές συμπεριφορές και σκέψεις είναι έκδηλες σε όλες σχεδόν τις πλευρές της ζωής του ατόμου. Υπάρχουν τρεις ομάδες διαταραχών προσωπικότητας: οι ιδιόρρυθμες ή εκκεντρικές διαταραχές, οι δραματικές συναισθηματικές ή ασταθείς διαταραχές και οι αγχώδεις ή έντρομες διαταραχές. Στην κάθε μία από αυτές τις ομάδες διακρίνονται και οι τύποι των διαταραχών προσωπικότητας οι οποίοι θα αναλυθούν στη συνέχεια.



2.1 ΟΜΑΔΑ Α

2.1.1 ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης διαταραχής είναι η έντονη δυσπιστία και η καχυποψία απέναντι στους άλλους ανθρώπους. Αυτό σημαίνει ότι τα κίνητρα των πράξεων τους ερμηνεύονται ως κακόβουλα. Οι άνθρωποι με παρανοϊκή προσωπικότητα προεκτείνουν τις δικές τους συγκρούσεις και εχθρότητες στους άλλους.

Τις περισσότερες φορές διακρίνονται από την ψυχρότητα τους και από την κλειστή συμπεριφορά τους απέναντι στους άλλους ανθρώπους. Συνήθως είναι απόμακροι και έχουν την τάση να ανακαλύπτουν εχθρικές και μοχθηρές προθέσεις πίσω από συνήθειες, αθώες ή ακόμα και θετικές πράξεις των άλλων και αντιδρούν με καχυποψία στις μεταβολές των καταστάσεων.⁶

Συχνά, η καχυποψία οδηγεί σε επιθετική συμπεριφορά ή σε απόρριψη από τους άλλους. Οι άνθρωποι με παρανοϊκή προσωπικότητα συχνά έχουν δικαστικές διαμάχες με άλλους, ειδικά όταν αγανακτούν δικαιολογημένα. Είναι ανίκανοι να διακρίνουν το ρόλο τους σε μία διαμάχη. Στο χώρο εργασίας τους συνήθως είναι απομονωμένοι. Ωστόσο είναι παραγωγικοί και διακρίνονται από ευσυνειδησία.

Τα άτομα με αυτού του είδους τη διαταραχή βρίσκονται συνέχεια σε επαγρύπνηση και προσπαθούν να προστατευτούν από τις απειλές. Το γεγονός ότι συνήθως είναι πολύ παρατηρητικοί τους οδηγεί στο να προσπαθούν να βρουν συνέχεια στοιχεία τα οποία να αποδεικνύουν τις υποτιθέμενες απειλές που δέχονται ενώ όσα στοιχεία δεν αποδεικνύουν κάτι τέτοιο τα παραβλέπουν.⁷

Άλλο ένα χαρακτηριστικό τους είναι η υπερευαισθησία τους και για αυτό το λόγο λειτουργούν προβλέποντας ότι ο άλλος θα τους κάνει κακό. Σε επιμέρους χαρακτηριστικά τους περιλαμβάνονται η επιφυλακτικότητα, η μυστικοπάθεια ενώ ταυτόχρονα δεν εκφράζουν τα συναισθήματά τους, δεν συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες (εκτός αν είναι αρχηγοί) και δεν δέχονται τη κριτική των άλλων ανθρώπων.

Η συγκεκριμένη μορφή διαταραχής, σε ορισμένες περιπτώσεις δύναται να αποτελεί την προνοσηρή περίοδο της Παραληρητικής διαταραχής ή της Σχιζοφρένειας ενώ τα άτομα που έχουν νοσήσει από αυτή τη διαταραχή δύναται να παρουσιάσουν Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή ή Αγοραφοβία. Τέλος οι

διαταραχές προσωπικότητας που μπορεί να συνυπάρξουν με αυτή τη διαταραχή είναι η Σχιζότυπη, η Σχιζοειδής, η Ναρκισσιστική, η Αποφευκτική και η Μετ αιχμιακή.⁷

2.1.2 ΣΧΙΖΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Το κυριότερο χαρακτηριστικό του συγκεκριμένου είδους διαταραχής είναι η αποστασιοποίηση του ατόμου από τις κοινωνικές σχέσεις σε συνδυασμό με την έντονα μειωμένη έκφραση συναισθημάτων. Χαρακτηρίζονται από μοναχικότητα, δίχως φιλικές σχέσεις ενώ είναι απόμακροι και εσωστρεφείς. Τον περισσότερο χρόνο είναι απορροφημένοι από τις ιδέες και τα αισθήματά τους και δεν μιλούν σχεδόν καθόλου.

Άλλο ένα από τα χαρακτηριστικά των ατόμων αυτών είναι η έλλειψη του χιούμορ και συνήθως προτιμούν να εργάζονται σε εργασίες όπου δεν έρχονται σε επαφή με κόσμο όπως είναι οι νυχτοφύλακες. Συνήθως νιώθουν αμήχανα όταν συναναστρέφονται με τους άλλους ενώ δεν κοιτάνε τον άλλο στα μάτια και είτε εκφράζουν σε πολύ μικρό βαθμό τα συναισθήματά τους είτε δεν τα εκφράζουν καθόλου. Επίσης, σε περιπτώσεις όπου βιώσουν έντονο στρες δύναται να παρουσιάσουν βραχεία ψυχωτικά επεισόδια.

Το συγκεκριμένο είδος διαταραχής δύναται να είναι προνοσηρό προηγούμενο της Σχιζοφρένειας ή της Παραληρητικής διαταραχής ενώ μπορεί να συνυπάρξει με τη Σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας, την Παρανοειδή και την Αποφευκτική.⁶

2.1.3 ΣΧΙΖΟΤΥΠΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Το κυριότερο χαρακτηριστικό σε αυτό το είδος της διαταραχής είναι η απομόνωση σε κοινωνικό αλλά και σε συναισθηματικό επίπεδο. Τα άτομα συνήθως παρουσιάζουν εκκεντρικότητα στη σκέψη τους, στη συμπεριφορά τους, στην αντίληψη τους και στην εμφάνιση τους.

Επίσης, τα άτομα που παρουσιάζουν αυτό το είδος της διαταραχής όταν πιεστούν πάρα πολύ και νιώσουν έντονο στρες εκδηλώνουν σοβαρά ψυχωτικά συμπτώματα. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι συνήθως η θεραπεία της συγκεκριμένης διαταραχής αφορά το άγχος και την κατάθλιψη και όχι τόσο τα δυσπροσαρμοστικά χαρακτηριστικά που παρουσιάζονται στην προσωπικότητα τους.

Παρόλο που αυτές οι εκκεντρικότητες είναι όμοιες με εκείνες των ατόμων που έχουν σχιζοφρένεια ή και παρόλο που η σχιζότυπη προσωπικότητα μερικές φορές συναντάται σε άτομα με σχιζοφρένεια, πριν αυτά αρρωστήσουν, οι περισσότεροι ενήλικοι με σχιζότυπη προσωπικότητα δεν αναπτύσσουν σχιζοφρένεια.⁶

2.2 ΟΜΑΔΑ Β

2.2.1 ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Το κυριότερο χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης διαταραχής είναι η παραβατική συμπεριφορά και αδιαφορία για τους νόμους και τους κανόνες. Συνήθως παρουσιάζεται από την ηλικία των 15 ετών. Προκειμένου όμως να διαγνωστεί θα πρέπει το άτομο να είναι ηλικίας 18 ετών.

Στα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης διαταραχής περιλαμβάνεται η καταθλιπτική διάθεση, η ανευθυνότητα, η μη ενοχική συμπεριφορά, η εξαπάτηση των άλλων και εκμετάλλευση των άλλων για προσωπικό όφελος. Τα άτομα αυτά βρίσκονται συνεχώς στην αναζήτηση καινούριων εμπειριών και ζουν ριψοκίνδυνα. Δεν είναι σε θέση να σταθεροποιηθούν στον επαγγελματικό τομέα και αδιαφορούν για την σωματική ακεραιότητα των άλλων ανθρώπων. Επίσης η κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών αποτελεί άλλο ένα χαρακτηριστικό των ατόμων αυτών.

Τέλος, τα άτομα που νοσούν από αυτή τη διαταραχή έχουν πολλές πιθανότητες να παρουσιάσουν Μείζονα κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές κ.α ενώ δύναται να συνυπάρξουν και η ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας, η μεταιχμιακή και η οιστριονική.²

2.2.2 ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Αρχικά, ο όρος χρησιμοποιήθηκε για ασθενείς, που βρίσκονταν στο μεταίχμιο μεταξύ Νεύρωσης και Σχιζοφρένειας, ήταν δηλαδή ασθενείς πολύ ευαίσθητοι για να αντιμετωπιστούν μέσω κλασσικών ψυχαναλυτικών τεχνικών ψυχοθεραπείας, αλλά και που τα συμπτώματά τους δεν ήταν τέτοια ώστε να δικαιολογούν την διάγνωση της Σχιζοφρένειας. Οι ασθενείς αυτοί παρουσίαζαν, κάτω από την επίδραση αγχογόνων και στρεσογόνων συνθηκών, την τάση για παλινδρόμηση και αποδιοργάνωση, ενώ κάποιοι από αυτούς εμφάνιζαν και ψυχωτικά συμπτώματα.

Οι άνθρωποι με μεταιχμιακή προσωπικότητα, κυρίως γυναίκες, είναι ασταθείς στην εικόνα του εαυτού τους, στην ψυχική διάθεση, στη συμπεριφορά και στις διαπροσωπικές σχέσεις (οι οποίες συχνά είναι θυελλώδεις και έντονες). Η μεταιχμιακή προσωπικότητα γίνεται εμφανής στην αρχή της ενήλικης ζωής, αλλά ελαττώνεται με την πάροδο της ηλικίας. Τα άτομα με μεταιχμιακή προσωπικότητα συχνά έχουν στερηθεί τις κατάλληλες φροντίδες στην παιδική ηλικία και κατά συνέπεια, αισθάνονται κενό, θυμό και έλλειψη στοργής.¹

Όταν τα άτομα με μεταιχμιακή προσωπικότητα αισθάνονται ότι τα φροντίζουν προσκολλούνται και εξιδανικεύουν το άτομο το οποίο τους φροντίζει. Ωστόσο αυτή η κατάσταση μπορεί να αλλάξει και από την εξιδανίκευση περνάνε στην υποτίμηση του ατόμου που τα φροντίζει θεωρώντας ότι δεν νοιάζεται και δεν τα φροντίζει αρκετά. Επίσης, παρουσιάζονται μοναχικά και εγκαταλειμμένα ενώ συχνά χρειάζονται βοήθεια για την αντιμετώπιση προβλημάτων όπως είναι κατάθλιψη, χρήση ναρκωτικών, διαταραχές στη λήψη της τροφής και παλαιά κακομεταχείριση. Ωστόσο, όταν αισθάνονται ότι έχουν εγκαταλειφθεί από το πρόσωπο που τα φροντίζει, η ψυχική τους διάθεση αλλάζει δραματικά.

Η συμπεριφορά τους είναι παρορμητική και απρόβλεπτη ενώ χαρακτηρίζονται για την αυτοκαταστροφική τους τάση. Σε πολλές περιπτώσεις οδηγούνται σε απόπειρες αυτοκτονίας ενώ σε συνθήκες έντονης πίεσης και στρες αντιδρούν με ευερεθιστότητα, άγχος, θυμό, πανικό και απελπισία.

Η συγκεκριμένη μορφή διαταραχής προσωπικότητας δύναται να συνυπάρξει με τις Διαταραχές Διάθεσης, Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής και με άλλες διαταραχές προσωπικότητας.⁸

2.2.3 ΔΡΑΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Το κυριότερο χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης διαταραχής είναι η έντονη συναισθηματικότητα και η επιζήτηση προσοχής. Τα άτομα με δραματική (υστερική) προσωπικότητα επιδιώκουν με προκλητικό τρόπο την προσοχή και ενεργούν θεατρικά. Με τον πολύ εκφραστικό τρόπο που έχουν, κάνουν εύκολες αλλά πολλές φορές επιφανειακές σχέσεις.²

Τα συναισθήματα τους μερικές φορές φαίνονται υπερβολικά, ανόητα και προσποιητά, για να αποσπάσουν τη συμπάθεια ή προσοχή (συχνά με ερωτικό ή

σεξουαλικό περιεχόμενο) των άλλων. Έχουν την τάση να επιδεικνύουν σεξουαλικά προκλητική συμπεριφορά ή να δίνουν σεξουαλικό περιεχόμενο σε μη ερωτικές σχέσεις. Στην πραγματικότητα μπορεί να μη θέλουν σεξουαλικές σχέσεις και μάλλον, η σαγηνευτική τους συμπεριφορά συχνά συγκαλύπτει την επιθυμία τους για εξάρτηση και προστασία. Μερικοί άνθρωποι με δραματική προσωπικότητα είναι επίσης υποχόνδριοι και υπερτονίζουν τα φυσικά τους προβλήματα για να αποσπάσουν την προσοχή που χρειάζονται. Με ζωντάνια προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή πάνω τους και στην αρχή ο ενθουσιασμός τους, και η διάθεση τους για φλερτ γοητεύουν τους άλλους. Γρήγορα όμως, οι ιδιότητες αυτές χάνουν τη σημασία τους, καθώς απαιτούν την προσοχή και γίνονται κουραστικοί και επίμονοι.

Τα άτομα αυτά έχουν αυξημένες πιθανότητες να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας ενώ δύναται να συνυπάρξουν με τη Μεταιχμιακή, τη ναρκισσιστική, την Αντικοινωνική και την Εξαρτημένη Διαταραχή Προσωπικότητας.¹

2.2.4 ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ο Freud, χρησιμοποίησε τον όρο «ναρκισσισμός», τον οποίο είχε πρώτος αναφέρει ο Havelock Ellis, προκειμένου να περιγράψει ένα σύνολο ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, που προκύπτουν ως αποτέλεσμα της υπερ-επένδυσης στον εαυτό σε αντιδιαστολή με την επένδυση στο αντικείμενο.

Ο όρος χρησιμοποιείται και σήμερα για να περιγράψει έναν ιδιαίτερο τύπο προσωπικότητας των ατόμων, ο οποίος χαρακτηρίζεται από μεγάλες φιλοδοξίες, «μεγαλομανιακή» ιδέα του εαυτού τους, έλλειψη ενσυναίσθησης, αίσθημα ανικανοποίητου, αισθήματα φθόνου και υπέρμετρη ανάγκη να αισθάνονται τον θαυμασμό των άλλων.

Τα άτομα με ναρκισσιστική προσωπικότητα έχουν ένα αίσθημα ανωτερότητας και μία υπερβολική εντύπωση για την αξία ή τη σημασία τους. Οι άνθρωποι με αυτή την προσωπικότητα είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι στην αποτυχία, την ήττα ή την κριτική και, όταν δεν κατορθώνουν να ικανοποιήσουν τη μεγάλη ιδέα που έχουν για τον εαυτό τους, εξοργίζονται ή παθαίνουν βαθιά κατάθλιψη.⁷

Επειδή πιστεύουν στην ανωτερότητα τους στις σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους, περιμένουν να τους θαυμάζουν και συχνά υποπτεύονται ότι οι άλλοι τους ζηλεύουν. Η συμπεριφορά τους συχνά είναι επιθετική εναντίον των άλλων και θεωρούνται εγωκεντρικοί, αλαζόνες και εγωιστές.

Παράλληλα δείχνουν παντελή αδιαφορία για τα προβλήματα και τα συναισθήματα των άλλων και γι αυτό το λόγο οι άλλοι τους αντιλαμβάνονται συναισθηματικά και κοινωνικά ψυχρούς.

Στην ναρκισσιστική διαταραχή δύναται να συνυπάρξουν και άλλες διαταραχές προσωπικότητας όπως είναι η Δραματική, η Μεταιχμιακή, η Αντικοινωνική και η Παρανοειδής.⁷

2.3 ΟΜΑΔΑ Γ

2.3.1 ΑΠΟΦΕΥΚΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για να περιγράψει ασθενείς, που εμφανίζουν έντονα στοιχεία κοινωνικής αναστολής, δηλαδή ασθενείς αποσυρμένους από τις κοινωνικές σχέσεις. Οι συμπεριφορές αυτές, που οδηγούν το άτομο στην κοινωνική απομόνωση, είναι σταθερές στο πέρασμα του χρόνου. Συνήθως συνοδεύονται από έντονα συναισθήματα άγχους, όταν τα άτομα αυτά βρεθούν εκτεθειμένα μέσα σε μια διαπροσωπική σχέση. Ο ασθενής διακατέχεται από αισθήματα αναξιοσύνης, ανεπάρκειας, ντροπής και υπερευαισθησίας στην αρνητική κριτική των άλλων.²

Επίσης, έχουν έντονη επιθυμία για στοργή και αποδοχή και είναι εμφανώς στενοχωρημένα από τη μοναξιά τους και την αδυναμία τους να συναναστρέφονται άνετα με τους άλλους. Νιώθουν ανεπαρκή, είναι ντροπαλά, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση και φοβούνται να μιλήσουν για να μην τα κοροϊδέψουν. Η διαταραχή της αποφευκτικής προσωπικότητας είναι όμοια με την κοινωνική φοβία.

Συνοδές διαταραχές στην αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας δύναται να είναι οι Διαταραχές Διάθεσης και οι Αγχώδεις Διαταραχές ενώ δύναται να συνυπάρξουν με τη Μεταιχμιακή, την Παρανοειδή και τη Σχιζότυπη Διαταραχής Προσωπικότητας.⁷

2.3.2 ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα άτομα με εξαρτημένη προσωπικότητα εναποθέτουν τις μεγάλες αποφάσεις και τις ευθύνες στους άλλους και επιτρέπουν τις ανάγκες αυτών από τους οποίους είναι εξαρτημένα να υπερισχύουν των δικών τους. Στερούνται αυτοπεποίθησης και αισθάνονται μεγάλη ανασφάλεια σχετικά με την ικανότητα τους να φροντίσουν τον εαυτό τους.⁸

Συχνά διαμαρτύρονται ότι δεν μπορούν να πάρουν αποφάσεις και δεν ξέρουν τι να κάνουν και πώς να το κάνουν. Είναι απρόθυμοι να εκφέρουν γνώμες, ακόμα κι όταν έχουν, από φόβο μην προσβάλουν άτομα που τα έχουν ανάγκη. Εύκολα νιώθουν πληγωμένα από την κριτική των γύρω τους. Επίσης κατακλύζονται από αισθήματα δυσφορίας και ανημπόριας κάθε φορά που μένουν μόνοι τους, έστω και αν αυτό συμβαίνει για μικρές χρονικές περιόδους. Παράλληλα, χαρακτηρίζονται από απαισιοδοξία και μειονεκτικότητα καθώς επίσης και δεν μπορούν να λειτουργήσουν σε επαγγελματικό και σε κοινωνικό επίπεδο.

Δύναται να παρουσιάσουν Διαταραχές Διάθεσης και αγχώδεις διαταραχές ενώ η συγκεκριμένη διαταραχή μπορεί να συνυπάρξει με την Αποφευκτική, τη Μεταιχμιακή και τη Δραματική Διαταραχή της Προσωπικότητας.⁶

2.3.3 ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα άτομα με ψυχαναγκαστική προσωπικότητα είναι τελειοθηρικά, υπεύθυνα, αξιόπιστα, τακτικά και μεθοδικά, αλλά συχνά δεν μπορούν να προσαρμοστούν στις αλλαγές. Είναι υπερβολικά ευσυνείδητα, προσεκτικά και αναλύουν όλες τις πλευρές ενός προβλήματος, πράγμα που δυσχεραίνει τη λήψη αποφάσεων.

Μολονότι αυτά τα χαρακτηριστικά εμπίπτουν στα πρότυπα του Δυτικού πολιτισμού, τα άτομα με ψυχαναγκαστική προσωπικότητα αναλαμβάνουν τόσο σοβαρά τις ευθύνες τους που δεν ανέχονται τα λάθη και δίνουν τόσο μεγάλη σημασία στη λεπτομέρεια που δεν ολοκληρώνουν το έργο τους. Συνεπώς, αυτά τα άτομα μπορεί να “κολλήσουν” στον τρόπο επίτευξης μιας εργασίας και να ξεχάσουν το σκοπό της. Η ευθυνοφοβία τους προκαλεί άγχος και σπάνια αισθάνονται ικανοποίηση από τα επιτεύγματά τους. Έχουν την τάση να θυμώνουν εύκολα σε καταστάσεις που δεν μπορούν να έχουν τον έλεγχο κάτι οποίο δεν το εκφράζουν άμεσα.

Τα άτομα με ψυχαναγκαστική προσωπικότητα συχνά είναι πολύ επιτυχημένα, ειδικά στον τομέα των επιστημών και σε άλλα απαιτητικά πεδία, στα οποία η τάξη και η προσοχή στη λεπτομέρεια είναι απαραίτητα. Ωστόσο, δεν κάνουν εύκολα σχέσεις και αισθάνονται άβολα με τις καταστάσεις που δεν μπορούν να ελέγξουν, με τα γεγονότα που είναι απρόβλεπτα ή όταν πρέπει να βασιστούν σε άλλους. Είναι συχνότερη στους άντρες από τις γυναίκες. Τέλος, οι Διαταραχές Διάθεσης και οι αγχώδεις διαταραχές δύναται να συνοδεύουν το συγκεκριμένο είδος διαταραχής της προσωπικότητας.⁹



3.1 ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Το συγκεκριμένο είδος διαταραχής φαίνεται να παρατηρείται συχνότερα στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα για την επικράτησή της στο γενικό πληθυσμό. Ωστόσο θεωρείται από τις πιο συχνές διαταραχές.

Σύμφωνα με έρευνες παρατηρείται ότι:

- 0,5% έως 2.5% είναι το ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής στο γενικό πληθυσμό
- 2% έως 10% είναι το ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής ανάμεσα σε όσους ακολουθούν θεραπεία και ζουν μέσα στην κοινωνία
- 10 έως 30% είναι το ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής ανάμεσα σε όσους είναι εγκλεισμένοι σε κλινικές και παρακολουθούνται από ειδικούς.

Όσον αφορά την αιτιοπαθογένεια φαίνεται ότι οι γενετικοί παράγοντες έχουν έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο. Φαίνεται, επίσης, ότι η οικογενειακή-γενετική σύνδεση της διαταραχής αυτής με την Παραληρητική Διαταραχή είναι πιο ισχυρή από ότι η γενετική σύνδεσή της με την Σχιζοφρένεια.¹⁰

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, στη διαμόρφωση της εμπειρίας του ασθενούς με Παρανοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας έχουν συμμετοχή αμυντικοί μηχανισμοί, όπως η προβολή και η διάσπαση. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, ο ασθενής, προκειμένου να επιβιώσει ψυχικά, θα διασπάσει την κακή από την καλή εσωτερική ψυχική εμπειρία και θα προβάλλει την επιθετικότητα σε εξωτερικά πρόσωπα. Έτσι ο ασθενής βιώνει τον εαυτό του μονίμως ως θύμα των εξωτερικών επιθέσεων και διώξεων.

Για ορισμένες περιπτώσεις διατυπώνεται και η υπόθεση ότι υπάρχουν και άλλοι αμυντικοί μηχανισμοί που μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη των παρανοειδών χαρακτηριστικών όπως η απώθηση, η μεταστροφή στο αντίθετο και η προβολή παθητικών ομοφυλοφιλικών επιθυμιών.

3.2 ΣΧΙΖΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Σύμφωνα με τις λίγες επιδημιολογικές μελέτες που υπάρχουν, ο επιπολασμός της Σχιζοειδούς Διαταραχής Προσωπικότητας στο γενικό πληθυσμό είναι λιγότερο από 1% και πιο συγκεκριμένα κυμαίνεται από 0,5%-7,5%. Θα πρέπει όμως να υπάρξει μια επιφύλαξη ως προς αυτά τα ποσοστά καθώς έχει διαπιστωθεί ότι

σπανιότατα άτομα με τη διαταραχή αυτή θα καταφύγουν σε ειδικό ζητώντας θεραπευτική βοήθεια.

Η Σχιζοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας είναι ελάχιστα πιο συνηθισμένη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα η αναλογία ανδρών προς γυναικών εκτιμάται περίπου σε 2:1. Άτομα με Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας απαντώνται συχνότερα μεταξύ συγγενών σχιζοφρενικών ατόμων ή ατόμων με Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας.⁷

Όσον αφορά τη αιτιοπαθογένεια δεν έχουν διευκρινιστεί ακόμα οι αιτίες που οδηγούν στη εκδήλωση αυτής της διαταραχής. Έχουν διατυπωθεί υποθέσεις τόσο για τον πιθανό ρόλο γενετικών παραγόντων αλλά και της «συναισθηματικής στέρησης» κατά την παιδική ηλικία.

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, στην αναζήτηση των αιτιών της διαταραχής κανείς θα πρέπει να εστιάσει στην αδυναμία του ατόμου να δώσει και να δεχθεί αγάπη. Αυτή η αδυναμία θεωρείται ως αμυντικός μηχανισμός του ατόμου, που αναπτύχθηκε πρώιμα, και αντανακλά την ανεπαρκή σχέση μητέρας-παιδιού.

3.3 ΣΧΙΖΟΤΥΠΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η επικράτηση της Σχιζότυπης Διαταραχής της Προσωπικότητας είναι περίπου 3% για το γενικό πληθυσμό, με διακύμανση μεταξύ 0,6%-5,6%. Η διαταραχή αυτή, επίσης, φαίνεται να είναι πιο συχνή ανάμεσα στον ανδρικό πληθυσμό σε σύγκριση με τον γυναικείο.¹¹

Σχετικά με τη αιτιοπαθογένεια δεν έχει μέχρι στιγμής εξακριβωθεί. Υπάρχουν στοιχεία από έρευνες, που υποστηρίζουν ότι υπάρχει κάποια σχέση τουλάχιστον σε γενετικό-βιολογικό επίπεδο μεταξύ της Σχιζότυπης Διαταραχής Προσωπικότητας και της Σχιζοφρένειας. Το γεγονός αυτό δεν προκαλεί έκπληξη από τη στιγμή που τα διαγνωστικά κριτήρια της Σχιζότυπης Διαταραχής Προσωπικότητας προέκυψαν από παρατηρήσεις συγγενών πρώτου βαθμού ατόμων που έπασχαν από Σχιζοφρένεια.⁷

Από τη μία πλευρά, όπως προκύπτει από τις έρευνες, οι συγγενείς των ατόμων, που εμφανίζουν αυτή τη διαταραχή, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό να εμφανίσουν Σχιζοφρενικές ή άλλες Ψυχωσικές Διαταραχές. Από την άλλη, η Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας εμφανίζεται συχνότερα μεταξύ των συγγενών πρώτου βαθμού των πασχόντων από Σχιζοφρένεια.¹¹

Επιπρόσθετα, για τα μέλη των οικογενειών ατόμων, που πάσχουν από Σχιζοφρένεια, τα οποία (μέλη) έχουν λάβει διάγνωση Σχιζότυπης Διαταραχής

Προσωπικότητας, φαίνεται να έχουν και μια γενετική προδιάθεση να αναπτύξουν και οι ίδιοι Σχιζοφρένεια. Επίσης, είναι πιθανότερο για αυτούς να 26 υποφέρουν από Σχιζοφρένεια παρά από οποιαδήποτε άλλη διαταραχή. Διάφορα συμπτώματα εκκεντρισμού είναι παρόντα σε αυτή τη διαταραχή, τα οποία μπορεί να μην είναι αρκετά σοβαρά για να διαγνωστεί το άτομο ως πάσχον από Σχιζοφρένεια, αλλά υποστηρίζεται ότι είναι προειδοποιητικά σημάδια για μια πιθανώς επερχόμενη εμφάνιση Σχιζοφρένειας.¹²

3.4 ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα επιδημιολογικά στοιχεία αυτής της διαταραχής υπολογίζεται ότι είναι στο 2,5% του γενικού πληθυσμού. Στους άνδρες παρατηρείται ότι εμφανίζεται σε ποσοστό 3% έναντι των γυναικών που παρουσιάζεται με ποσοστό 1%. Τα ποσοστά αυξάνονται αντιστρόφως ανάλογα με την ηλικία, καθώς στις μικρότερες ηλικίες των ενηλίκων τα ποσοστά είναι υψηλότερα.

Πιο συγκεκριμένα, η ηλικιακή ομάδα 25-44 ετών φαίνεται να παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά της συγκεκριμένης διαταραχής. Τα ποσοστά της διαταραχής φαίνεται να είναι υψηλότερα σε ασθενείς ψυχιατρικών κλινικών και κυμαίνονται από 3%-30% ανάλογα με τον υπό μελέτη πληθυσμό.

Επίσης, υψηλότερα ποσοστά της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας σημειώνονται σε πληθυσμούς έγκλειστων σε σωφρονιστικά ιδρύματα, όπου το ποσοστό αγγίζει το 40%, και σε άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Σχετικά με τα αίτια της εμφάνισης της διαταραχής αυτής, πολλοί είναι οι παράγοντες που φαίνεται να εμπλέκονται, όπως οι βιολογικοί και κληρονομικοί παράγοντες, ο ρόλος της οικογένειας και ειδικότερα μιας διαταραγμένης οικογενειακής ζωής κ.α.⁶

Σε ότι αφορά τους γενετικούς παράγοντες, όπως προκύπτει από τις μελέτες διδύμων, διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας. Μελέτες δείχνουν ότι οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης σε σχέση με τους μονοζυγωτικούς. Επίσης, οι βιολογικοί συγγενείς πρώτου βαθμού των πασχόντων από Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας είναι εκείνοι που έχουν τις μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν την ασθένεια και οι ίδιοι.

Επίσης, από τη στιγμή που σε αυτό το είδος διαταραχής καταπατούνται οι κοινωνικές νόρμες, είναι αναμενόμενο οι ερευνητές αναζητώντας τις αιτίες της

διαταραχής να επικεντρωθούν στην οικογένεια μέσα από την οποία ξεκινά η κοινωνικοποίηση του ατόμου. Φαίνεται ότι τα παιδιά, που βίωσαν την αδιαφορία, την παραμέληση, την κακοποίηση και την εγκατάλειψη από τους γονείς τους, αναπτύσσουν και την τάση να εκδικηθούν για ότι τους συνέβη και πολλές φορές η τάση τους αυτή να εκδικηθούν στρέφεται ενάντια στην κοινωνία. Πράγματι, η έλλειψη τρυφερότητας και η εκτεταμένα απορριπτική συμπεριφορά θεωρούνται οι βασικότερες αιτίες εμφάνισης.

3.5 ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Το συγκεκριμένο είδος διαταραχής παρουσιάζει αρκετά υψηλά ποσοστά εμφάνισης. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με στοιχεία:

- Ø 2% είναι το ποσοστό για το γενικό πληθυσμό,
- Ø 15% είναι το ποσοστό για τα άτομα που νοσηλεύονται, για τους εσωτερικούς ψυχιατρικούς ασθενείς
- Ø 8% είναι το ποσοστό για τα άτομα που δεν νοσηλεύονται, εξωτερικών ψυχιατρικών ασθενών
- Ø 27% για τα άτομα που δεν νοσηλεύονται με Διαταραχή Προσωπικότητας
- Ø 30%-60% είναι το ποσοστό για τους εσωτερικούς ψυχιατρικούς ασθενείς που νοσηλεύονται.¹³

Επίσης, φαίνεται ότι εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες από ότι στους άντρες.

Σχετικά με την αιτιοπαθογένεια, η Ψυχαναλυτική Θεωρία υποστηρίζει ότι η αιτιολογία της εν λόγω διαταραχής επικεντρώνεται στην βρεφική και νηπιακή ηλικία όπου υπήρξε μια δυσλειτουργία στο οικογενειακό περιβάλλον. αυτή η δυσλειτουργία επικεντρώνεται στις σχέσεις ανάμεσα στο παιδί και τους γονείς και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το παιδί να γίνεται ευάλωτο στον αποχωρισμό.

Αυτό ενισχύεται και από το γεγονός ότι πολλά άτομα που έχουν εκδηλώσει τη συγκεκριμένη διαταραχή έχουν κακοποιηθεί σωματικά ή σεξουαλικά ή έχουν νιώσει την απώλεια κάποιου γονιού ή έχουν παραμεληθεί ή δεν έχουν νιώσει τη γονεϊκή φροντίδα.

Τέλος, υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν τη σημασία των γενετικών παραγόντων στην πιθανότητα εμφάνισης της διαταραχής. Έχει υποστηριχτεί ότι η διαταραχή αυτή απαντάται συχνά σε μέλη της ίδιας οικογένειας και μάλιστα η διάγνωση είναι 5 φορές πιο συχνή σε πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών.¹³

3.6 ΔΡΑΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Σε αυτό το είδος διαταραχής το ποσοστό εμφάνισης της κυμαίνεται στο γενικό πληθυσμό ανάμεσα στο 2% με 3%. Σε ότι αφορά στον πληθυσμό των ατόμων, που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Προσωπικότητας, η συγκεκριμένη διαταραχή αντιπροσωπεύει περισσότερο από το 10% των περιπτώσεων. Ακόμα, σε ότι αφορά τους ασθενείς, που δεν νοσηλεύονται, το ποσοστό αυτής της διαταραχής φαίνεται να κυμαίνεται μεταξύ 10%-15%.

Η διαταραχή αυτή φαίνεται να είναι συχνότερη ανάμεσα στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες. Επίσης, είναι περισσότερο συχνή αυτή η διαταραχή ανάμεσα σε διαζευγμένους ή άτομα που έχουν χωρίσει από μακροχρόνιες σχέσεις, και αυτό γιατί η διαταραχή αυτή είναι συνδεδεμένη με υψηλά ποσοστά Κατάθλιψης και κακής κατάστασης της υγείας.⁴

Η συμβολή γενετικών προδιαθεσικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια της Δραματικής Διαταραχής Προσωπικότητας δεν έχει επιβεβαιωθεί από έρευνες. Σε ότι αφορά στην ψυχαναλυτική προσέγγιση, θεωρείται η διαταραχή αυτή σαν αποτέλεσμα αναπτυξιακών ψυχικών συγκρούσεων.

Σύμφωνα με την θεωρητική αυτή προσέγγιση, αναφορικά με τη συναισθηματικότητα και την τάση των ατόμων αυτών να αποπλανούν τους άλλους, θα πρέπει να ανατρέξει κανείς στις σχέσεις με τους γονείς. Η ψυχαναλυτική θεωρία προτείνει την υπόθεση της άλυτης και έντονα βιωμένης Οιδιποδειακής ψυχοσύγκρουσης ως αιτιοπαθογενετικού παράγοντα.

Γενικότερα, διατυπώνεται η υπόθεση ότι οι ασθενείς έχουν μεγαλώσει σε ένα οικογενειακό περιβάλλον, στο οποίο οι συζητήσεις για το σεξ άφησαν υπονοούμενα ότι πρόκειται για κάτι πρόστυχο και βρώμικο, αλλά ταυτόχρονα οι γονείς συμπεριφέρονταν σαν να είναι κάτι επιθυμητό και ευχάριστο. Αυτός ο τρόπος ανατροφής δικαιολογεί την ενασχόληση με το σεξ και τον φόβο να συμπεριφερθούν σεξουαλικά στην ουσία. Οι υπερβολικές εκφράσεις συναισθήματος φαίνεται να αντανakλούν τέτοιου είδους εσωτερικές συγκρούσεις.⁴

3.7 ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Έχει παρατηρηθεί ότι τις τελευταίες δεκαετίες ο αριθμός των ασθενών, που διαγιγνώσκονται με Нарκισσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας, αυξάνεται συνεχώς. Στον γενικό πληθυσμό η επικράτηση υπολογίζεται ότι είναι λίγο μικρότερη από το 1%. Το ποσοστό αυτό για τον πληθυσμό των ατόμων, που νοσηλεύονται σε

κάποιο ψυχιατρικό τμήμα, κυμαίνεται μεταξύ 2% και 16%. Η διαταραχή αυτή φαίνεται να είναι συχνότερη ανάμεσα στους άνδρες, καθώς από τα άτομα που ήδη έχουν λάβει την διάγνωση της διαταραχής το 50%-75% αυτών είναι άνδρες.

Δεν έχουν υπάρξει ενδείξεις για τη συμμετοχή γενετικών προδιαθεσικών παραγόντων. Αντίθετα, σε ότι αφορά στο ρόλο των κοινωνικοπολιτισμικών επιδράσεων, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι οι αξίες που προβάλλει η σύγχρονη κοινωνία και η υπέρμετρη έμφαση στο άτομο και στην επιτυχία, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση των ναρκισσιστικών χαρακτηριστικών στην προσωπικότητα.⁸

Στην ψυχαναλυτική προσέγγιση υποστηρίζεται ότι η αποτυχία να αναπτύξει το άτομο μια υγιή αυτοεκτίμηση παρουσιάζεται σε περιπτώσεις που τα παιδιά επιδεικνύουν τις ικανότητές τους και οι γονείς δεν ανταποκρίνονται με εκφράσεις αποδοχής, με σεβασμό, ζεστασιά και εμπάθεια, και δεν παρέχουν στο παιδί μια φυσιολογική αίσθηση αυτοαξίας και αυτοεκτίμησης. Όταν οι γονείς προάγουν τις δικές τους ανάγκες αντί να εγκρίνουν και να επιδοκιμάζουν τα παιδιά τους τότε το αποτέλεσμα μπορεί να είναι μια ναρκισσιστική προσωπικότητα.

Το παιδί δεν αξιολογείται για τη δική του αυτοαξία, αλλά χρησιμοποιείται ως μέσο για να προαχθεί η αυτοεκτίμηση των γονέων. Τα παιδιά που παραμελούνται με αυτόν τον τρόπο δεν αναπτύσσουν έναν εσωτερικοποιημένο υγιή αυτοσεβασμό και αυτοεκτίμηση και κατά συνέπεια αντιμετωπίζουν δυσκολία στο να ξεπεράσουν τυχόν αποτυχίες τους. Αναπτύσσουν ναρκισσιστικές προσωπικότητες, και αγωνίζονται να στηρίξουν την αίσθηση εαυτού μέσω ατελείωτων αναζητήσεων για αγάπη και αποδοχή από τους άλλους.⁸

3.8 ΑΠΟΦΕΥΚΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η εμφάνιση αυτής της διαταραχής της προσωπικότητας φαίνεται να κυμαίνεται περίπου στο 1% του γενικού πληθυσμού. Η συχνότητα φαίνεται να είναι η ίδια σε άνδρες και γυναίκες. Αποτελεί περίπου το 10% του συνόλου των Διαταραχών Προσωπικότητας. Επίσης, σε ότι αφορά στα άτομα που υποφέρουν από κάποια ψυχική νόσο, αλλά δεν νοσηλεύονται σε κάποιο ψυχιατρικό νοσοκομείο, 10% από αυτούς έχουν διαγνωστεί ότι πάσχουν από αυτή την διαταραχή.

Όσον αφορά την αιτιοπαθογένεια στην ουσία παραμένουν άγνωστοι οι λόγοι. Πιθανολογείται ότι δύναται να συμβάλλουν στην εμφάνιση της γενετικοί παράγοντες αλλά και βιώματα παιδικής ηλικίας.⁸

3.9 ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ο επιπολασμός αυτής της Διαταραχής της Προσωπικότητας υπολογίζεται σε ποσοστό λίγο μεγαλύτερο από 1,5%, και πιο συγκεκριμένα στις περισσότερες επιδημιολογικές έρευνες κυμαίνεται μεταξύ 1,6% - 6,7%. Η διαταραχή αυτή απαντάται συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες, και αυτό πιθανότατα οφείλεται στις διαφορετικές διεργασίες και εμπειρίες κοινωνικοποίησης ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια.

Οι αιτίες εμφάνισης της διαταραχής μπορεί να διαφέρουν ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες. Επίσης, είναι μια διαταραχή που απαντάται συχνότερα σε άτομα που έχουν ιστορικό χρόνιας σωματικής νόσου κατά την παιδική ηλικία. Γενικότερα, η Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας θεωρείται από τις πιο συχνές διαγνώσεις ψυχικών διαταραχών.

Στα αίτια εμφάνισης της εξαρτημένης διαταραχής της προσωπικότητας δύναται να συμβάλλουν γενετικοί παράγοντες αλλά κυρίως αποδίδεται σε βιώματα παιδικής ηλικίας. Η ψυχαναλυτική θεωρία αναζητώντας τα αίτια εκδήλωσης εστιάζει σε καθηλώσεις ή παλινδρόμηση στο στοματικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης.⁷

3.10 ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ο επιπολασμός της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής Προσωπικότητας υπολογίζεται στο 1,5% του γενικού πληθυσμού. Η διαταραχή είναι πιο συχνή στους άνδρες (σε αναλογία 2:1). Σε ότι αφορά στα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, το ποσοστό που εμφανίζει Ψυχαναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας κυμαίνεται από 3%-10%.

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση εστιάζει στη συμβολή αμυντικών μηχανισμών όπως η μόνωση, ο σχηματισμός εξ' αντιδράσεως και η ακύρωση στη διαμόρφωση της ψυχικής δομής του ψυχαναγκαστικού ασθενούς. Οι τρεις αυτοί αμυντικοί μηχανισμοί αποσκοπούν στην εξουδετέρωση του ενοχικού άγχους που κατακλύζει τον ασθενή εξαιτίας των έντονων επιθετικών ή σαδιστικών ενορμήσεών του.⁷



4.1 ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Πακέτο ψυχικών παθήσεων της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας και πιο συγκεκριμένα το DSM 5 στα διαγνωστικά κριτήρια της Παρανοειδής Διαταραχής Προσωπικότητας περιλαμβάνονται:

- Ø Μη αιτιολογημένη καχυποψία: Δεν υπάρχει κάποια βάση σε όσα πιστεύουν και πολλές φορές οι ισχυρισμοί τους δεν έχουν και αντίκρισμα στην πραγματικότητα. Υποπτεύονται ότι οι άλλοι γύρω τους θα τους φερθούν άσχημα, θα τους εκμεταλλευτούν, θα τους βλάψουν, θα τους εξαπατήσουν και θα τους κάνουν κακό.
- Ø Ασχολούνται επίμονα με αδικαιολόγητες και ανυπόστατες αμφιβολίες για την πίστη ή την αξιοπιστία φίλων ή συνεργατών
- Ø Δεν εμπιστεύεται προσωπικά θέματά του στους άλλους, από αδικαιολόγητο φόβο ότι οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν κακόβουλα εναντίον του
- Ø Έχουν την τάση να εξάγουν συμπεράσματα διαβάζοντας κρυμμένα μειωτικά ή απειλητικά μηνύματα σε καλοήθεις παρατηρήσεις ή γεγονότα
- Ø Κρατούν επίμονα κακία, δηλ. δεν συγχωρούν προσβολές, τραυματισμούς ή υποτιμήσεις
- Ø Διακατέχονται από εχθρικότητα και αντιδρούν πολύ επιθετικά σε κινήσεις ή λόγια, που οι ίδιοι εκλαμβάνουν ως προσβολές
- Ø Πραγματοποιούν σκηνές ζηλοτυπίας, χωρίς λόγο, σχετικά με την πίστη του (της) συζύγου ή του σεξουαλικού συντρόφου¹⁴

4.2 ΣΧΙΖΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Σύμφωνα με το DSM 5 στα διαγνωστικά κριτήρια της Σχιζοειδής διαταραχής Προσωπικότητας περιλαμβάνονται:

- Ø Επιλέγει μοναχικές δραστηριότητες: το άτομο που πάσχει από Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας επιλέγει σχεδόν πάντα δραστηριότητες που δεν απαιτούν την συμμετοχή άλλων ατόμων και είναι πιθανότερο να απασχολείται και επαγγελματικά σε μια εργασία που δεν απαιτεί κοινωνική συναναστροφή

- Ø Το άτομο δεν αντλεί ευχαρίστηση από στενές σχέσεις συμπεριλαμβανομένης και της οικογένειας
- Ø Ενδιαφέρεται λίγο, αν όχι καθόλου, να έχει σεξουαλικές εμπειρίες με κάποιο άλλο άτομο. Τις περισσότερες φορές τα άτομα αυτά μένουν ανύπαντρα
- Ø Απολαμβάνει πολύ λίγες έως καθόλου δραστηριότητες
- Ø Στερείται στενών ή έμπιστων φίλων εκτός από συγγενείς πρώτου βαθμού
- Ø Παρουσιάζεται αδιάφορο στον έπαινο ή την κριτική των άλλων
- Ø Δείχνει συναισθηματική ψυχρότητα, είναι απόμακρο ή έχει άμβλυνση του συναισθήματος.¹⁴

4.3 ΣΧΙΖΟΤΥΠΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Σύμφωνα με το DSM 5 στα διαγνωστικά κριτήρια της Σχιζότυπης διαταραχής Προσωπικότητας περιλαμβάνονται:

- Ø Συμπεριφορά και εμφάνιση αλλόκοτη, εκκεντρική, ιδιόρρυθμη: η περιέργη αυτή συμπεριφορά και εμφάνιση μπορεί να βρίσκει έκφραση σε ενέργειες όπως το να μιλούν στον εαυτό τους, να φορούν βρώμικα ή σκισμένα ρούχα.
- Ø Αλλόκοτη σκέψη και παράδοξος λόγος: πρόκειται για ένα τρόπο σκέψης και έκφρασης περίεργο, με λόγο ασαφή, μεταφορικό, υπερβολικά διεξοδικό ή στερεοτυπικό.
- Ø παράδοξες πεποιθήσεις ή μαγική σκέψη που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και που είναι ασύμβατες με τις πολιτισμικές σταθερές (π.χ. δεισιδαιμονία, πίστη σε μαντική ικανότητα, τηλεπάθεια ή «έκτη αίσθηση» σε παιδιά και εφήβους, αλλόκοτες φα- ντασιώσεις ή αλλόκοτες επίμονες ενασχολήσεις)
- Ø ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες συμπεριλαμβανόμενων και σωματικών παραισθήσεων
- Ø καχυποψία ή παρανοειδή ιδεασμός
- Ø μη κατάλληλο ή συρρικνωμένο συναίσθημα
- Ø έλλειψη στενών ή έμπιστων φίλων εκτός από τους συγγενείς πρώτου βαθμού
- Ø υπερβολικό κοινωνικό άγχος που δεν ελαττώνεται με την οικειότητα και τείνει να συνδέεται με παρανοειδείς φόβους παρά με αρνητική εκτίμηση για τον εαυτό του
- Ø Ιδέες συσχέτισης (όχι παραληρητικές ιδέες συσχέτισης): οι ιδέες αυτές είναι πολύ κοινές και αφορούν την εντύπωση του ατόμου ότι τα γεγονότα, που συμβαίνουν στον εξωτερικό κόσμο, έχουν κάποια ιδιαίτερη σημασία για τον

ίδιο και αποτελούν κατά κάποιο τρόπο ένα μήνυμα, το οποίο μόνο εκείνος είναι σε θέση να καταλάβει και να αποκρυπτογραφήσει.¹⁴

4.4 ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Σύμφωνα με το DSM 5 στα διαγνωστικά κριτήρια της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας περιλαμβάνονται:

- Ø αδυναμία συμμόρφωσης με τις κοινωνικές σταθερές αναφορικά με τη σύννομη συμπεριφορά, όπως φαίνεται από επαναλαμβανόμενες πράξεις που αποτελούν αιτίες σύλληψης
- Ø εξαπάτηση, όπως φαίνεται από επανειλημμένα ψέματα, χρήση πλαστών ονομάτων ή εξαπάτηση άλλων ατόμων για προσωπικό κέρδος ή ευχαρίστηση
- Ø παρορμητικότητα ή αδυναμία να πραγματοποιεί σχέδια από πριν
- Ø ευερεθιστότητα και επιθετικότητα, όπως φαίνεται από τις επανειλημμένες επιθέσεις και τους καυγάδες
- Ø απερίσκεπτη περιφρόνηση της ασφάλειας του εαυτού ή των άλλων
- Ø σταθερή ασυνέπεια, όπως φαίνεται από επανειλημμένη αδυναμία να διατηρήσει σταθερή εργασιακή συμπεριφορά ή να εκπληρώσει οικονομικές υποχρεώσεις
- Ø έλλειψη τύψεων, όπως φαίνεται από το ότι το άτομο είναι αδιάφορο ή εκλογικεύει το ότι πλήγωσε, κακομεταχειρίστηκε ή έκλεψε από κάποιον άλλον¹⁴

4.5 ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Για να δοθεί η διάγνωση της Μεταιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 5 από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά σύμφωνα με το DSM 5:

- Ø Ασταθείς και έντονες διαπροσωπικές σχέσεις: Οι διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου, που πάσχει από Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας, χαρακτηρίζονται ως ασταθείς, έντονες, καταγιστικές, περιστασιακές και χαρακτηριστικές σε ότι αφορά στα εναλλασσόμενα συναισθήματα εξιδανίκευσης και υποτίμησης.
- Ø Παρορμητική συμπεριφορά: Η παρορμητικότητα των ασθενών αυτών εντοπίζεται σε τουλάχιστον δύο τομείς που είναι δυνατό να αποβούν

αυτοκαταστροφικοί. Παραδείγματα τέτοιων παρορμητικών συμπεριφορών είναι η αλόγιστη δαπάνη χρημάτων, η ασύδοτη σεξουαλική δραστηριότητα

- Ø Συναισθηματική αστάθεια: Η συναισθηματική αστάθεια στους ασθενείς αυτούς χαρακτηρίζεται από σημαντικές μεταβολές της διάθεσης και έρχεται σαν αποτέλεσμα της αξιοσημείωτης και ευδιάκριτης αντιδραστικότητας στην διάθεσή τους.
- Ø Διαταραχή της ταυτότητας: Ο ασθενής, που πάσχει από τη διαταραχή αυτή, εμφανίζει αξιοσημείωτη, ευδιάκριτη και επίμονα ασταθή αυτοεικόνα.
- Ø Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά: Στους ασθενείς, που πάσχουν από Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας, είναι συχνή και επανεμφανιζόμενη η τάση για αυτοκτονία, απειλές, απόπειρες και συμπεριφορές αυτοτραυματισμού.
- Ø Δυσκολία ελέγχου του θυμού: Στους ασθενείς αυτούς παρατηρείται ανάρμοστος, συνεχής, απρόσφορος και μεγάλης έντασης θυμός ή σημαντική δυσκολία να ελέγξουν το θυμό τους
- Ø Χρόνιο αίσθημα κενού: Τα άτομα, που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή, βιώνουν χρόνια συναισθήματα κατάθλιψης. Αισθάνονται κενοί, ότι δεν έχουν στόχο, σκοπό και λόγο ύπαρξης.
- Ø Παροδικός, συνδεδεμένος με stress παρανοειδής ιδεασμός: Σε περιόδους μεγάλου άγχους και στρες οι ασθενείς αυτοί είναι πιθανό να εκδηλώσουν παροδικό παρανοειδή ιδεασμό.¹⁴

4.6 ΔΡΑΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Σύμφωνα με το DSM 5 τα διαγνωστικά κριτήρια αυτής της διαταραχής της προσωπικότητας είναι:

- Ø το άτομο δεν νιώθει άνετα σε καταστάσεις όπου δεν είναι το κέντρο της προσοχής
- Ø η επαφή με τους άλλους συχνά χαρακτηρίζεται από ακατάλληλη σεξουαλικά σαηνευτική ή προκλητική συμπεριφορά
- Ø επιδεικνύει ταχέως μεταβαλλόμενη και ρηχή έκφραση συναισθημάτων

- Ø συστηματικά χρησιμοποιεί την εξωτερική εμφάνιση για να προσελκύσει την προσοχή στον εαυτό του
- Ø έχει ένα τρόπο ομιλίας ο οποίος στερείται λεπτομερειών
- Ø εμφανίζεται δραματικό, θεατρικό και με υπερβολική έκφραση συναισθημάτων
- Ø επηρεάζεται εύκολα από άλλους ή τις περιστάσεις
- Ø θεωρεί τις σχέσεις με τους άλλους περισσότερο στενές από ότι είναι στην πραγματικότητα¹⁴

4.7 ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Σύμφωνα με τα κριτήρια DSM 5 ένα άτομο με ναρκισσιστική διαταραχή πρέπει να πληρεί πέντε ή περισσότερα από τα παρακάτω κριτήρια:

- Ø Έχει μία μεγαλειώδη αίσθηση σπουδαιότητας για τον εαυτό του (π.χ. διογκώνει τα επιτεύγματα και τα ταλέντα του, περιμένει να αναγνωρισθεί σαν ανώτερο χωρίς να παρουσιάζει ανάλογες επιτυχίες)
- Ø έχει έντονη ενασχόληση με φαντασιώσεις απεριόριστης επιτυχίας, δύναμης, εξυπνάδας, ομορφιάς ή ιδανικής αγάπης
- Ø πιστεύει ότι είναι ξεχωριστό και μοναδικό και μπορούν να το καταλάβουν μόνο ή πρέπει να συναναστρέφεται μόνο με άλλα μοναδικά άτομα υψηλού κύρους (ή θεσμούς)
- Ø απαιτεί υπερβολικό θαυμασμό
- Ø έχει μία αίσθηση ιδιαίτερων δικαιωμάτων, δηλ. μη λογικές προσδοκίες για ιδιαίτερα ευνοϊκή μεταχείριση ή αυτόματη συμμόρφωση των άλλων με τις προσδοκίες του
- Ø εκμεταλλεύεται διαπροσωπικά, δηλ. εκμεταλλεύεται τους άλλους για να πετύχει τους σκοπούς του
- Ø του λείπει η «εμπάθεια»: είναι απρόθυμο να αναγνωρίσει ή να ταυτοποιηθεί με τα αισθήματα και τις ανάγκες των άλλων
- Ø συχνά φθονεί τους άλλους ή πιστεύει ότι το φθονούν
- Ø εμφανίζει αλαζονική, υπεροπτική συμπεριφορά ή στάση¹⁴

4.8 ΑΠΟΦΕΥΚΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Σύμφωνα με το DSM-5 ο ασθενής με αυτή τη διαταραχή πρέπει να έχει τέσσερα ή περισσότερα από τα παρακάτω κριτήρια:

- Ø το άτομο αποφεύγει επαγγελματικές δραστηριότητες που περιλαμβάνουν σημαντική διαπροσωπική επαφή, εξαιτίας φόβων κριτικής, αποδοκιμασίας ή απόρριψης
- Ø είναι απρόθυμο να εμπλακεί με ανθρώπους εκτός αν είναι βέβαιο ότι θα γίνει αρεστό εμφανίζει περιορισμούς μέσα στις στενές σχέσεις εξαιτίας του φόβου μήπως ντροπιαστεί η γελοιοποιηθεί
- Ø έχει υπερβολική ενασχόληση με το μήπως το κριτικάρουν ή το απορρίψουν στις κοινωνικές καταστάσεις
- Ø είναι ανεσταλμένο σε νέες διαπροσωπικές καταστάσεις εξαιτίας αισθημάτων ανεπάρκειας
- Ø θεωρεί τον εαυτό του κοινωνικά αδέξιο, προσωπικά μη ελκυστικό ή κατώτερο από τους άλλους
- Ø είναι συνήθως απρόθυμο να διακινδυνέψει προσωπικά ή να εμπλακεί σε νέες δραστηριότητες, διότι αυτές μπορεί να αποδειχθεί ότι το φέρνουν σε δύσκολη θέση¹⁴

4.9 ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Σύμφωνα με το DSM-5 ο ασθενής με αυτή τη διαταραχή πρέπει να παρουσιάζει πέντε ή περισσότερα από τα παρακάτω κριτήρια:

- Ø Ανάγκη να αναλαμβάνουν οι άλλοι την ευθύνη σημαντικών πλευρών της ζωής του ασθενούς: Τα άτομα αυτά χρειάζονται άλλους για να αναλάβουν την ευθύνη της λήψης των σημαντικότερων αποφάσεων της ζωής τους.
- Ø το άτομο έχει δυσκολία να λαμβάνει καθημερινές αποφάσεις χωρίς συμβουλές και διαβεβαίωση από τους άλλους σε υπερβολικό βαθμό
- Ø δυσκολεύεται να εκφράζει διαφωνία με τους άλλους, επειδή φοβάται ότι θα χάσει την υποστήριξη ή την αποδοχή τους, χωρίς να συμπεριλαμβάνονται ρεαλιστικούς φόβοι ανταπόδοσης.
- Ø έχει δυσκολία να ξεκινά σχέδια και προγράμματα ή να κάνει πράγματα μόνο του (εξαιτίας έλλειψης αυτοπεποίθησης για την κρίση ή τις ικανότητες του, παρά από έλλειψη κινητοποίησης ή ενεργητικότητας)

- Ø φτάνει στα άκρα ώστε να πάρει φροντίδα και υποστήριξη από τους άλλους, μέχρι το σημείο να προσφέρεται να κάνει εθελοντικά πράγματα που του είναι δυσάρεστα
- Ø αισθάνεται ανήμπορος όταν είναι μόνος του, εξαιτίας υπερβολικών φόβων ότι είναι ανίκανο να φροντίσει τον εαυτό του
- Ø αναζητά επειγόντως μια άλλη σχέση ως πηγή φροντίδας όταν μία στενή σχέση τελειώνει
- Ø ασχολείται μη λογικά με φόβους ότι θα το εγκαταλείψουν οι άλλοι να φροντίζει (μόνο του) τον εαυτό του¹⁴

4.10 ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα κριτήρια τα οποία παρουσιάζει ένας ασθενής με ψυχαναγκαστική διαταραχή κατά DSM-5 είναι τα εξής:

- Ø το άτομο έχει έντονη ενασχόληση με λεπτομέρειες, κανόνες, λίστες, την τάξη, την οργάνωση ή τα προγράμματα, σε βαθμό που το κύριο σημείο της δραστηριότητας χάνεται
- Ø εμφανίζει τελειοθηρία που παρεμποδίζει την ολοκλήρωση μιας εργασίας (π.χ. το άτομο είναι ανίκανο να ολοκληρώσει μία προγραμματισμένη δουλειά επειδή δεν πληρούνται οι δικές του πολύ αυστηρές απαιτήσεις)
- Ø είναι υπερβολικά αφοσιωμένο στην εργασία και την παραγωγικότητα με αποκλεισμό των του ελεύθερου χρόνου και των φιλικών σχέσεων (που δεν εξηγείται από φανερή οικονομική ανάγκη)
- Ø είναι υπερβολικά ευσυνείδητο, και άκαμπτο σε θέματα ηθικής, ηθών ή αξιών (που δεν εξηγείται από την πολιτισμική ή θρησκευτική ταυτοποίηση του)
- Ø είναι ανίκανο να πετάξει χωρίς αξία αντικείμενα ακόμα και όταν δεν έχουν συναισθηματική αξία
- Ø είναι απρόθυμο να κάνει καταμερισμό καθηκόντων ή να δουλέψει με άλλους, εκτός εάν αυτοί υποταχθούν στον ακριβή δικό του τρόπο που κάνει τα διάφορα πράγματα
- Ø υιοθετεί ένα πολύ αυστηρό τρόπο στο ξόδεμα των χρημάτων, τόσο για τον εαυτό του, όσο και για τους άλλους τα χρήματα θεωρούνται σαν κάτι που πρέπει να φυλαχθεί για μελλοντικές ανάγκες
- Ø παρουσιάζει ακαμψία και ισχυρογνωμοσύνη¹⁴



5.1 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πλην της φαρμακευτικής αγωγής μεγίστης σημασίας θεωρείται η αντιμετώπιση των διαταραχών προσωπικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας.

Η ψυχοδυναμική θεραπεία και η ψυχοδυναμική θεωρία, που ξεκίνησε από το S.Freud, εξακολουθεί να έχει ιδιαίτερη θέση σε σχέση με τις άλλες ψυχοθεραπείες. Αυτό οφείλεται:

- ∅ στο ότι η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία αποτέλεσε τη βάση για πολλές άλλες ψυχοθεραπείες
- ∅ στο ότι εξακολουθεί να είναι η πιο κοινά χρησιμοποιούμενη ψυχοθεραπεία
- ∅ στο ότι η γνώση των ψυχοδυναμικών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε θεραπευτή που έρχεται σε σχέση με ασθενείς.

Κι αυτό γιατί η ψυχοδυναμική θεωρία έδωσε μία αντίληψη και κατανόηση του ανθρώπου και των σχέσεων, που εξακολουθεί να είναι πρωταρχική, αν όχι αξεπέραστη. Οι ψυχοθεραπείες ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης ενδέχεται να έχουν κάποιο αποτέλεσμα και να ωφελήσουν το υποκείμενο. Ομοίως, και οι άλλες μορφές ψυχοθεραπειών (ανθρωπιστικές, υποστηρικτικές, συστημικές) προσφέρουν βοήθεια σε υποκείμενα με μεγάλες δυσκολίες, χωρίς ωστόσο να επιβεβαιώνεται εύκολα η πραγματική τους συμβολή στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, της δομής ή των συστημάτων άμυνας.³

Οι συμπεριφοριστικές θεραπείες προτείνουν μεθόδους οι οποίες φαίνεται να έχουν θετικά αποτελέσματα σε ορισμένους ασθενείς. Πρόκειται για συμπτωμικές θεραπείες οι οποίες μπορούν να ωφελήσουν ασθενείς που υποφέρουν από τελετουργικές συμπεριφορές και εμμονές, αν και η πλειονότητα των συγγραφέων παραδέχεται τη μικρή αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών αυτών τεχνικών. Κάποιες μέθοδοι αποσκοπούν στη μείωση του άγχους, χρησιμοποιώντας διάφορες μορφές χαλάρωσης. Πρόκειται για απόκτηση συνείδησης του σώματος η οποία οδηγεί σε συστολή και αίσθηση εσωτερικής ηρεμίας.³

Οι γνωστικές θεραπείες συστήνονται σε διάφορα επίπεδα:

- ∅ στην εκμάθηση των ασθενών να παρατηρούν τα ψυχικά τους φαινόμενα και να διακρίνουν τις παρεισφρητικές και τις ουδετεροποιητικές σκέψεις
- ∅ στην ανάδειξη των παρεισφρητικών σκέψεων και των παράλογων συλλογισμών

Ø στη στήριξη του υποκειμένου ως προς την παρεμπόδιση των αυτοματοποιημένων σκέψεων και τον προβληματισμό του αναφορικά με το παράλογο σύστημα σκέψης του.³

Οι τεχνικές αυτές έχουν ως σκοπό:

Ø να απομονώσουν την παρεισφρητική σκέψη και να αναδείξουν τη σειρά των αρνητικών συνεπειών τις οποίες φαντάζεται ο ασθενής

Ø να απομονώσουν και να προκαλέσουν συζήτηση για τους παράλογους συλλογισμούς

Ø να απομονώσουν και να προκαλέσουν συζήτηση για τις αυτόματες σκέψεις και τη σχέση τους με τις τελετουργικές συμπεριφορές

Ø να επαναπροσδιορίσουν την ενοχή (να περιορίσουν τη γενικευμένη ένοχη του υποκειμένου)

Ø να δημιουργήσουν συνθήκες έκθεσης με προκαθορισμένες απαντήσεις.³

Στη συνέχεια του παρόντος κεφαλαίου παρουσιάζονται οι ανά είδος διαταραχής θεραπείες.

5.2 ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Από τα ήδη υπάρχοντα στοιχεία φαίνεται ότι αυτή η διαταραχή εμφανίζεται νωρίς στην εφηβική ζωή του ατόμου και οι εκδηλώσεις της είναι εμφανείς σε μεγάλο μέρος των δραστηριοτήτων του. Είναι πιθανό όμως να εμφανιστεί και πριν την εφηβεία, στην παιδική ακόμα ηλικία με τη μορφή κοινωνικής απομόνωσης, υπερευαισθησίας, επιφυλακτικότητας, κοινωνικού άγχους, χαμηλής απόδοσης στο σχολείο και περίεργων σκέψεων και φαντασιώσεων. Όσον αφορά στην ενήλικη ζωή, χαρακτηρίζεται κυρίως από τα χαμηλά επίπεδα προσαρμογής του ατόμου, ιδίως όσον αφορά τις διαπροσωπικές του σχέσεις.

Σε ότι αφορά στην φαρμακοθεραπεία, τα αντιψυχωσικά (όπως η θειοριδαζίνη) σε μικρές συνήθως δόσεις μπορούν να συμβάλλουν στην μείωση του άγχους και τον περιορισμό της παρανοειδούς ετοιμότητας του ασθενούς, ενώ παράλληλα διατηρούν ένα υποβοηθητικό ρόλο στην εξέλιξη της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας.¹⁵

Τα άτομα που υποφέρουν από αυτή τη διαταραχή χρειάζονται θεραπεία για τα στοιχεία αυτά της προσωπικότητάς τους που δημιουργούν διαταραχές και προβλήματα στις σχέσεις τους. Ο μόνος τύπος ψυχοθεραπείας που μπορεί να

εφαρμοστεί και να λειτουργήσει αποτελεσματικά στην διαταραχή αυτή είναι η ατομική ψυχοθεραπεία, υποστηρικτικού τύπου.

Εξαιτίας του τρόπου σκέψης των ασθενών αυτών, τα προβλήματα δεν περιορίζονται μόνο στο να προσέλθει ο ασθενής για θεραπεία, αλλά και στην πορεία της ψυχοθεραπείας, η οποία αναμένεται να είναι δύσκολη εξαιτίας της επιφυλακτικότητας και επιθετικότητας, που μεταβιβάζει ο ασθενής στη θεραπευτική σχέση.¹⁶

Η επιφυλακτική στάση τους απέναντι στο θεραπευτή, το γεγονός ότι αρνούνται να παραδεχθούν το πρόβλημά τους, το ότι απορρίπτουν την προσφερόμενη βοήθεια, και κυρίως το γεγονός ότι μπορεί να φθάσουν στο σημείο να θεωρήσουν την διάγνωση ως προσβολή και να ζητήσουν δεύτερη και τρίτη γνώμη από άλλους ειδικούς, είναι συμπεριφορές και στάσεις, που κάθε άλλο παρά προάγουν την εξέλιξη και την θετική έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας.

Αντιλαμβάνεται κανείς ότι η κατάσταση αναμένεται να είναι ακόμα πιο δύσκολη στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν έχει προσέλθει οικιοθελώς για θεραπεία, και αυτή είναι και η πιο πιθανή εκδοχή.

Γενικότερα, η διαδικασία πρέπει να είναι αργή και τα βήματα να γίνονται σταδιακά, γιατί βιαστικά βήματα μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Η θέση του θεραπευτή πρέπει να είναι ουδέτερη και να δείχνει την αποδοχή του για τον ασθενή.

Σε ότι αφορά στην ομαδική θεραπεία, στην περίπτωση των ασθενών που πάσχουν από Παρανοειδή Διαταραχή της Προσωπικότητας αντενδείκνυται, κυρίως γιατί η καχυποψία και η επιφυλακτικότητα του ασθενούς θα σταθεί εμπόδιο σε τέτοιου είδους θεραπεία.

5.3 ΣΧΙΖΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Όπως συμβαίνει με όλες τις Διαταραχές της Προσωπικότητας, μπορεί να διαρκέσει καθόλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου ενώ οι εκδηλώσεις της είναι εμφανείς σε πολλές πτυχές της ζωής του πάσχοντος ατόμου.

Στην παιδική ηλικία τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή είναι απομονωμένα, παραγκωνισμένα, μη αποδεκτά από τον κύκλο των συμμαθητών τους και σε ορισμένες περιπτώσεις εξοστρακισμένα από τον ευρύτερο κύκλο των

συνομηλίκων τους. Στην ενήλικη ζωή τους έχουν πολύ λίγες φίλιες και πολλοί από αυτούς δεν είναι παντρεμένοι.⁷

Οι σχέσεις τους διαλύονται και αυτό γιατί, όπως είναι αναμενόμενο, το πρόσωπο, με το οποίο συνδέονται, έχει ανάγκη από τρυφερότητα, ενδιαφέρον, ζεστασιά, συναισθηματική στήριξη και συμπαράσταση, πράγματα δηλαδή που ο ασθενής δεν μπορεί να προσφέρει.

Οι πάσχοντες αυτοί μπορούν να έχουν υψηλές επιδόσεις στο επάγγελμά τους, με την προϋπόθεση ότι αυτό δεν απαιτεί την στενή και συχνή κοινωνική επαφή με άλλα άτομα, μια και οι ίδιοι θα επέλεγαν ένα επάγγελμα που θα τους επέτρεπε να απομονώνονται. Αν τελικά παντρευτούν και κάνουν παιδιά αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες στο να εκφράσουν στα παιδιά τους ζεστασιά και συναισθηματική στήριξη και παρουσιάζονται αμελείς, αδιάφοροι και απόμακροι.

Σε ότι αφορά στην φαρμακοθεραπεία, τα αντιψυχωσικά φάρμακα είναι συνήθως αποτελεσματικά. Οι ασθενείς, που εμφανίζουν την Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας, σπάνια αναζητούν θεραπεία, μιας και η απομόνωση και η μοναχικότητα είναι στοιχεία σύντονα με το Εγώ του ατόμου.⁸

Σε ορισμένες περιπτώσεις, όμως, η ψυχοθεραπεία μπορεί να αποβεί βοηθητική, παρά το γεγονός ότι οι ασθενείς αυτοί αποφεύγουν τις διαπροσωπικές σχέσεις και παραμένουν για μακρά διαστήματα σιωπηλοί και παθητικοί.

Η ψυχοθεραπεία θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στα χαρακτηριστικά, τους περιορισμούς, τα συμπτώματα και τα όρια της διαταραχής τους. Ένας χαρισματικός, συναισθηματικός ψυχοθεραπευτής, που θα επιχειρήσει να πλησιάσει τον ασθενή, είναι ο πλέον κατάλληλος για αυτές τις περιπτώσεις ασθενών.

Η πιο σωστή και ενδεχομένως και η πιο αποτελεσματική προσέγγιση είναι η αντιμετώπιση του ασθενούς με επαγγελματικό τρόπο. Είναι πιθανό ο ψυχοθεραπευτής να μην κατορθώσει να αναπτύξει ενσυναίσθηση σε αυτές τις περιπτώσεις και γενικά είναι εξαιρετικά δύσκολο να δείξει κατανόηση στον ασθενή αυτό, ιδιαίτερα όταν ο τελευταίος του εκμυστηρευτεί φαντασιώσεις εχθρικού περιεχομένου, που εμπρικλείουν περιγραφές έντονων συναισθημάτων θυμού ή και επιθετικότητας.²

5.4 ΣΧΙΖΟΤΥΠΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η συμπτωματολογία των ατόμων με Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας, κατά κανόνα, παραμένει σταθερή στην προοπτική του χρόνου. Οι ασθενείς σαν παιδιά είναι πολύ πιθανό να είναι απομονωμένοι, ίσως γιατί για τους συνομηλίκους τους ήταν πολύ περίεργοι.

Έτσι, αποτελούν συχνά το αντικείμενο για πειράγματα ή και για αποξένωση από την υπόλοιπη ομάδα. Σαν ενήλικοι είναι πιθανό να είναι μέλη σε περίεργες, ομάδες κλειστού κυκλώματος, που τα μέλη τους μοιράζονται ένα κοινό τρόπο σκέψης και κατανόησης, συνήθως ομάδες που ασχολούνται με τις υποτιθέμενες παραφυσικές δυνάμεις ατόμων.¹³

Τα συμπτώματα πάντως δεν φαίνεται να εξασθενούν με την πάροδο της ηλικίας, αλλά η πορεία της διαταραχής δείχνει να είναι μάλλον σταθερή στη διάρκεια της ζωής του ατόμου, με τα άτομα αυτά να απασχολούνται περιοδικά σε κάποιες εργασίες, να είναι αποτραβηγμένα από την κοινωνία και περιθωριοποιημένα σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους.

Η αντιμετώπιση ατόμων με Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας διαφέρει σημαντικά από αυτή των ατόμων με Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας. Σε ότι αφορά στην φαρμακοθεραπεία, τα αντιψυχωσικά φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν άτομα με παρανοϊκό ιδεασμό (κυρίως στις περιόδους έξαρσης της συμπτωματολογίας).

Πιο συγκεκριμένα, μικρές δόσεις νευρολεπτικών φαρμάκων (θειοθιξίνη) έχουν δείξει κάποια 36 αποτελεσματικότητα στην θεραπεία των συμπτωμάτων, ιδιαίτερα της παρέκκλισης των αντιλήψεων και του κοινωνικού άγχους.

Η ψυχοθεραπευτική βοήθεια (κυρίως ατομική, υποστηρικτικού τύπου) μπορεί να βελτιώσει τις δυνατότητες του ατόμου για κοινωνικές σχέσεις και ακόμη την ικανότητά του στο χειρισμό και την επίλυση προβλημάτων.

Επίσης η ομαδική ψυχοθεραπεία έχει αποδειχθεί να έχει θετική επίδραση, με την προϋπόθεση ότι η ομάδα είναι καλά δομημένη και προσφέρει μεγάλη υποστήριξη στα μέλη. Η συναισθηματική ένταση και η οικειότητα, που αναπτύσσονται σε μη δομημένες ομάδες ψυχοθεραπείας, θεωρούνται αγχώδεις για τους συγκεκριμένους ασθενείς. Παρόλα αυτά, οι ασθενείς εκείνοι που παρουσιάζουν παρανοϊδή συμπτώματα είναι πιθανό να παρουσιάσουν δυσκολία να λειτουργήσουν μέσα σε δομημένες ομάδες.

5.5 ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Στην παιδική ηλικία, η Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας έχει τη μορφή της Διαταραχής της Διαγωγής, και μάλιστα η τελευταία, ειδικά όταν εμφανίζεται πριν την ηλικία των 15 χρόνων, συμπεριλαμβάνεται ανάμεσα στα διαγνωστικά κριτήρια. Οι πιθανότητες να διαγνωστεί κάποιο άτομο με αυτή τη διαταραχή αυξάνουν αν το άτομο έχει παρουσιάσει Διαταραχή Διαγωγής μέχρι την ηλικία των 10 ετών, καθώς και διάγνωση Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα.¹³

Επιπρόσθετα, η επίμονη παρουσία των συμπτωμάτων στην ενήλικη ζωή είναι πολύ πιθανό ενδεχόμενο όταν πλήθος παραβιάσεων, έστω και λιγότερο σημαντικών, έχει παρατηρηθεί σε ηλικίες ακόμα και μικρότερες των 10 ετών.

Τα άτομα με Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας, σπάνια μαθαίνουν να αναλογίζονται οποιαδήποτε άλλη επιθυμία ή ανάγκη εκτός από τη δική τους. Συνεπώς, η συμπεριφορά τους από μικρή ηλικία κατευθύνεται αποκλειστικά από τις δικές τους ανάγκες και επιθυμίες. Βέβαια η αντικοινωνική συμπεριφορά στην παιδική και εφηβική ηλικία μπορεί να οφείλεται σε μια σειρά από αιτίες, όπως η συμμετοχή σε εγκληματικές σπείρες, η εγκληματική υποκουλτούρα, η ανάγκη να βρεθούν στο επίκεντρο της προσοχής ή να αποκτήσουν status, η έλλειψη επαφής με το περιβάλλον και η ανικανότητά τους να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους. Τα συμπτώματα τείνουν να περιορίζονται σε ένταση και συχνότητα με την πάροδο των ετών, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 40 ετών.⁹

Η Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας θεωρείται η πιο δύσκολη διαταραχή όσον αφορά στη θεραπεία της. Είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που οι πάσχοντες αυτοί αναζητούν τη βοήθεια ειδικού με τη βούλησή τους. Γενικά, οι ασθενείς αυτοί αποτελούν δύσκολες ψυχιατρικές περιπτώσεις, λόγω του ότι συχνά στη θεραπεία ο γιατρός βρίσκεται αντιμέτωπος με ψυχιατρο-δικαστικά θέματα (συλλήψεις, επικινδυνότητα, καταλογισμός ή μη κ.α.).

Το κίνητρο για θεραπεία έρχεται συνήθως από εξωτερικούς παράγοντες όπως είναι μια δικαστική εντολή για εγκλεισμό σε ψυχιατρική κλινική, ή η απαίτηση ενός εργοδότη ή κάποιου συγγενή, ή η επιμονή κάποιου γιατρού να τον παραπέμψει για ψυχοθεραπεία, στις περιπτώσεις που η ριψοκίνδυνη συμπεριφορά τους καταλήγει επανειλημμένα σε σοβαρά ατυχήματα. Έτσι το άτομο αυτό θα έχει κίνητρο για θεραπεία μόνο για το διάστημα εκείνο, που θα ασκούνται οι εξωτερικές πιέσεις. Οι ασθενείς αυτοί δεν έχουν θέληση και δεν δεσμεύονται να αλλάξουν.

Συνεπώς, είναι μάλλον απίθανο να προσέλθουν για θεραπεία των συμπτωμάτων τους με δική τους πρωτοβουλία και αυτό θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη όπως και το ενδεχόμενο πολλοί από αυτούς να δεχθούν να ακολουθήσουν ψυχοθεραπεία προκειμένου να μην έχουν την εμπειρία της φυλάκισης. Επειδή ακριβώς η διαταραχή αυτή είναι ίσως η πιο δύσκολη διαταραχή όσον αφορά στη θεραπεία της, είναι αναγκαίο να αξιολογείται στη διάγνωση η σοβαρότητα της κάθε περίπτωσης.

Σπάνια σημειώνονται επιτυχίες στην ψυχοθεραπεία όταν δεν προβλέπεται σε αυτήν ο εγκλεισμός του ασθενούς. Η νοσηλεία μπορεί να είναι μια θεραπευτική πρόταση, με την προϋπόθεση ότι γίνεται σε ένα ειδικό νοσοκομειακό τμήμα και, στις βαρύτερες περιπτώσεις, μέσα στη φυλακή.⁶

Παρόλα αυτά όμως και στις περιπτώσεις εγκλεισμού, οι ασθενείς με Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας τείνουν να κακοποιούν, να εκμεταλλεύονται και να χρησιμοποιούν τόσο τους υπόλοιπους ασθενείς όσο και το προσωπικό της κλινικής.

5.6 ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα άτομα, που πάσχουν από Μετايχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας, συνήθως ταλαιπωρούνται από τη διαταραχή για πολλά χρόνια, κατά την διάρκεια των οποίων μπορεί να σημειωθούν παρεμβολές επεισοδίων Συναισθηματικής Διαταραχής και παρεμβολές επεισοδίων, που χαρακτηρίζονται από έντονα 19 παρορμητική συμπεριφορά.

Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα αυτοί οι ασθενείς να αναπτύξουν Διαταραχές Καταθλιπτικές, σχετικές με τη Χρήση Ουσιών, Βουλμικές, και Διαταραχή Μετατραυματικού Stress. Για τους ασθενείς που πάσχουν από Μετايχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας, ο κίνδυνος να γίνουν αυτόχειρες είναι μεγαλύτερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού.⁶

Σε ότι αφορά στην φαρμακοθεραπεία του ασθενούς με Μετايχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας, ποικίλει και εξαρτάται κυρίως από κυρίαρχα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής και μπορεί να συμπεριλαμβάνουν άγχος, παραισθήσεις, 20 παραληρητικές ιδέες, κατάθλιψη και διασχίσεις.

Η φαρμακευτική αγωγή, λοιπόν, θα στοχεύσει σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Στην περίπτωση, που επικρατούν συναισθηματικής τάξης συμπτώματα, χορηγούνται αναστολείς της

μονοαμινοξειδάσης, αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης ή τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.

Ωστόσο, κάποιοι αναφέρουν ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν έχουν δείξει ιδιαίτερα αποτελέσματα στην θεραπεία της διαταραχής. Στην περίπτωση, που επικρατεί η παρορμητική συμπεριφορά, ο θυμός, και η επιθετικότητα χρησιμοποιούνται καβαμαζεπίνη, άλατα λιθίου ή αντιψυχωσικά (σε μικρές δόσεις).

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα έχουν δείξει κάποια αποτελεσματικότητα όσον αφορά στο άγχος, στις τάσεις αυτοκτονίας και στα ψυχωσικά συμπτώματα. Στην περίπτωση, που υπάρχουν αγχώδεις εκδηλώσεις, χορηγούνται βουσπιρόνη ή ελάσσονα ηρεμιστικά (κυρίως αλπραζολάμη), ενώ σε περιόδους έξαρσης του παρανοϊκού ιδεασμού η χορήγηση αντιψυχωσικών βοηθά σημαντικά.

Η θεραπεία της Μεταιχμιακής Διαταραχής της Προσωπικότητας αποτελεί μεγάλη πρόκληση για τους θεραπευτές. Όλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς αυτοί στις σχέσεις τους με τους άλλους μεταφέρονται και μέσα στη θεραπευτική διαδικασία. Έτσι, οι δυσκολίες στο να αναπτύξουν και να διατηρήσουν σχέσεις εμπιστοσύνης αντικατοπτρίζονται και στη σχέση με το θεραπευτή και αυτό κάνει τη θεραπεία εξαιρετικά δύσκολη. Πιο συγκεκριμένα, τη μια στιγμή οι ασθενείς μπορεί να είναι συγκαταβατικοί, συνεργάσιμοι και να ανταποκρίνονται στη θεραπεία με τρόπο ιδανικό. Αντιθέτως, την επόμενη στιγμή μπορεί να παρουσιάζονται θυμωμένοι, να κατηγορούν τον θεραπευτή τους και να δείχνουν συναισθήματα απαξίωσης, υποτίμησης και περιφρόνησης στο πρόσωπό του.²

Μια από τις σημαντικότερες δυσκολίες στη θεραπεία της Μεταιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας είναι η πιθανότητα αυτοκτονίας, η οποία είναι πάντα παρούσα ως ένα πολύ σοβαρό ενδεχόμενο αλλά και μια κατάσταση εξαιρετικά δύσκολη στην αντιμετώπισή της από το θεραπευτή.

Πολλές φορές κρίνεται αναγκαίος ο εγκλεισμός του ασθενούς σε κλινική είτε γιατί η κατάσταση είναι πλέον ανεξέλεγκτη, είτε γιατί οι πιθανότητες απόπειρας αυτοκτονίας είναι μεγάλες κατά την διαδρομή ενός καταθλιπτικού επεισοδίου με αισθητή την παρουσία αυτοκαταστροφικών τάσεων και συμπεριφορών. Το κλινικό περιβάλλον είναι ο καταλληλότερος χώρος για να μπορεί να βρίσκεται ο ασθενής κάτω από στενή παρακολούθηση.⁸

Άλλες περιπτώσεις, που κρίνεται αναγκαία η νοσηλεία σε ψυχιατρικό τμήμα ή σε νοσοκομείο ημέρας, είναι αυτές στις οποίες ο ασθενής βρίσκεται σε συνθήκες έντονου stress και διατρέχει κίνδυνο ψυχωσικής αποδιοργάνωσης ή σε περιόδους

έξαρσης της παρορμητικής/επιθετικής συμπεριφοράς του, κατά τις οποίες γίνεται επικίνδυνος όχι μόνο για τον εαυτό του αλλά και για τους άλλους.

Σε ότι αφορά στις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, η ψυχαναλυτικού προσανατολισμού θεραπεία (ατομική ή ομαδική) σε συνδυασμό με την φαρμακοθεραπεία θεωρείται ως θεραπεία εκλογής για την Μετ αιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας.⁵

5.7 ΔΡΑΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η συμπεριφορά των ασθενών φαίνεται να διαιωνίζεται κυρίως εξαιτίας παραγόντων όπως η υπερβολική χρήση του αμυντικού μηχανισμού της παλινδρόμησης και οι επιφανειακές κοινωνικές σχέσεις. Ωστόσο, η σοβαρότητα και η ένταση των συμπτωμάτων είναι πιθανό να μειωθούν με το πέρασμα των χρόνων. Οι ασθενείς σαν έφηβοι είναι άτομα αξιοπρόσεχτα και ελκυστικά, που τους αρέσει να φλερτάρουν και αναζητούν την προσοχή των άλλων. Σαν ενήλικες δημιουργούν εύκολα σχέσεις, αλλά δυσκολεύονται να τις διατηρήσουν.⁷

Μπορεί να εκδηλώσουν Κατάθλιψη, συνήθως με τη μορφή της Δυσθυμικής Διαταραχής, ή και Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας, ειδικά κατά την διάρκεια περιόδων που έχουν έρθει αντιμέτωποι με ένα χωρισμό από μια σχέση.

Σε ότι αφορά στην φαρμακοθεραπεία, αν υπάρχει σοβαρού βαθμού Κατάθλιψη, θέση έχουν τα αντικαταθλιπτικά, αλλά ως συμπληρωματική θεραπεία. Τα αντικαταθλιπτικά επίσης μπορεί να βοηθήσουν στις περιπτώσεις που ο ασθενής παρουσιάζει συναισθηματική αντιδραστικότητα, υπερυπνία και την ευαισθησία στην απόρριψη.

Οι ασθενείς αυτοί δεν αναζητούν εύκολα την βοήθεια ειδικού, παρά μόνο όταν θα βρεθούν αντιμέτωποι με κοινωνική απομόνωση και παραγκωνισμό. Η θεραπευτική διαδικασία μπορεί να παρουσιάσει προβλήματα όταν η ασθενής επιχειρήσει να αποπλανήσει τον θεραπευτή και αρχίσει να καταφεύγει σε ανάρμοστες συμπεριφορές, που συμπεριλαμβάνουν και σωματική επαφή.

Η ψυχαναλυτικού τύπου ατομική ψυχοθεραπεία έχει θετικά αποτελέσματα και βοηθά σημαντικά στην τροποποίηση της συμπεριφοράς του ασθενούς. Πολλοί ψυχίατροι προτείνουν, όμως, και την επιλογή των ψυχοθεραπευτικών ομάδων για την αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής.

Είναι εύκολο για τους ασθενείς αυτούς να λειτουργήσουν μέσα σε μια ομάδα, η οποία όμως θα τους βοηθήσει να διερευνήσουν την τάση τους να αναζητούν διαρκώς

την προσοχή και την επιβεβαίωση από τους άλλους, να χρησιμοποιούν τους ανθρώπους γύρω τους και να επηρεάζονται από αυτούς. Επίσης, θα τους βοηθήσει να βρουν τρόπους να αναπτύξουν πιο ουσιαστικές και διαρκείς σχέσεις.⁷

5.8 ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Παρότι τα ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά πιθανόν να είναι πολύ κοινά στην εφηβεία, η ύπαρξη αυτών των χαρακτηριστικών δεν προκαθορίζει με βεβαιότητα ότι το άτομο θα αναπτύξει Ναρκισσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας ως ενήλικος. Υποθετικά λοιπόν, υποστηρίζεται ότι σαν έφηβοι οι ασθενείς αυτοί πιθανόν να είναι εγωκεντρικοί, με έντονη προσωπικότητα και αυτοπεποίθηση, κοινωνικοί, υπεροπτικοί και με εμφανή την τάση να διαδραματίζουν σημαντικό ή και ηγετικό ρόλο, να διατάζουν, να ελέγχουν και να επιβάλλονται στους άλλους.²

Σαν ενήλικοι είναι άνθρωποι επιτυχημένοι, με υψηλά επίπεδα κατακτήσεων κυρίως στον επαγγελματικό τομέα. Η υπερβολική αυτοπεποίθηση μπορεί στην ουσία να συμβάλλει στην επιτυχία του ατόμου σε πολλούς επαγγελματικούς τομείς, καθώς τα ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά συναντώνται συχνά σε άτομα πολύ επιτυχημένα.

Σε ότι αφορά την φαρμακοθεραπεία, δεν υπάρχει κάποια φαρμακευτική αγωγή που να έχει γίνει αποδεκτή ως αποτελεσματική στην διαταραχή αυτή. Η ατομική ψυχοθεραπεία, ψυχαναλυτικού τύπου, θα στηριχθεί σε δύο βασικές αρχές. Αρχικά, ο θεραπευτής θα πρέπει να αποδεχθεί και να συναισθανθεί την «τραυματισμένη» πλευρά αυτών των ασθενών. Σε μεταγενέστερη φάση της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας ο θεραπευτής θα πρέπει να προβεί σε ερμηνείες, οι οποίες θα αναδείξουν τις επιθετικές, αμυντικές και μη επικοινωνιακές, δυσλειτουργικές πλευρές του ασθενούς.

Γενικότερα, είναι εξαιρετικά δύσκολο για αυτούς τους ασθενείς ακόμα και να αποδεχτούν ότι έχουν κάποια ψυχική διαταραχή ή ότι χρειάζονται βοήθεια ειδικού, γιατί μια τέτοια παραδοχή θα συνιστούσε πλήγμα για τον εγωισμό και την αυτοεκτίμησή τους.⁷

Σε ότι αφορά στην ομαδική ψυχοθεραπεία, έχει ορισμένα πλεονεκτήματα για τους ασθενείς με Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας. Στην θεραπευτική ομάδα είναι πιθανό ο ασθενής να αντιμετωπίσει άλλα άτομα και να αναγνωρίσει τις δικές τους ανάγκες, να εισπράξει θετική αλλά και αρνητική κριτική από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, και να ωφεληθεί από την διάχυση των αρνητικών συναισθημάτων,

όπως ο φθόνος και η υποτίμηση μέσα στην ομάδα. Είναι δηλαδή δυνατό οι πάσχοντες από Нарκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας να συνειδητοποιήσουν τις ιδέες μεγαλείου, την έλλειψη εμπάθειας και την τάση του να υποτιμούν την αξία των άλλων.¹⁷

5.9 ΑΠΟΦΕΥΚΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η διαταραχή ξεκινά νωρίς στην ενήλικη ζωή του ατόμου και είναι έκδηλη σε κάθε πτυχή της δραστηριότητάς του. Τα συμπτώματα της διαταραχής τείνουν όμως να εξασθενούν καθώς το άτομο μεγαλώνει.

Σε ότι αφορά στη φαρμακοθεραπεία, πολλοί ασθενείς ανταποκρίνονται θετικά στην χορήγηση ελασσόνων ηρεμιστικών (αγχολυτικών), αλλά και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και ειδικότερα σε αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης. Η φαρμακευτική θεραπεία έχει θέση όταν το άγχος είναι έντονο, ενώ κρίνεται απαραίτητη σε περιπτώσεις που είναι αναγκαίο για τον ασθενή να ξεπεράσει αρχικά τα αισθήματα έντονου κοινωνικού άγχους, τα οποία επηρεάζουν αρνητικά και περιορίζουν σε μεγάλο βαθμό τις καθημερινές του δραστηριότητες (π.χ. την ικανότητά του να εργαστεί, να συναναστραφεί με συναδέλφους, να παρουσιάσει τη δουλειά του σε κοινό κ.α.)¹⁷

Σε ότι αφορά στις Ψυχοθεραπευτικές Προσεγγίσεις, τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται συχνά η Γνωσιακή- Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία, η οποία εστιάζει στην εκπαίδευση στην απόκτηση παρηυσίας.⁸

Χρήσιμη έχει αποδειχθεί και η Ψυχαναλυτικού Τύπου Ψυχοθεραπεία καθώς συνδυάζει τόσο την υποστηρικτική όσο και την εκφραστική-ερμηνευτική διάσταση, οι οποίες για τους πάσχοντες από Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας είναι απαραίτητες για την ομαλή ψυχοθεραπευτική εξέλιξη.

Η Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία στοχεύει στο να διδάξει στον ασθενή να αντιδρά με λιγότερο φόβο σε καταστάσεις κατά τις μέχρι πρότινος ένιωθε να απορρίπτεται ή που ελάμβανε ως εμπειρίες τραυματικές.

Επίσης, οι ασθενείς βρίσκουν συχνά τη θεραπεία ομάδας ιδιαίτερα βοηθητική και ενημερωτική. Οι ομάδες υποστήριξης βοηθούν το άτομο να ανακαλύψει τις βαθύτερες αιτίες και τη φύση της συμπεριφοράς του.⁵

Εξαιρετικά χρήσιμες στη θεραπεία έχουν αποδειχθεί οι τεχνικές εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων, συστηματικής απευαισθητοποίησης, η ιεραρχία των φοβογόνων κοινωνικών καταστάσεων και η έκθεση στην πραγματικότητα. Είναι

όμως εξαιρετικά εποικοδομητικό να συμπεριλάβει ο ψυχοθεραπευτής στην διαδικασία της θεραπείας και συζητήσεις για τις υπολανθάνουσες ανασφάλειες και τους φόβους σχετικά με την ελκυστικότητα, την απόρριψη και την οικειότητα.¹⁷

5.10 ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Είναι μια διαταραχή που εκδηλώνεται νωρίς στην ενήλικη ζωή του ατόμου και είναι έκδηλη σε διαφορετικές πτυχές της ζωής του. Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή σαν παιδιά και σαν έφηβοι είναι υπερβολικά υποτακτικά. Πολλοί από αυτούς αντιμετωπίζουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή στην διάρκεια της παιδικής ηλικίας αντιμετώπισαν Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού.

Η κοινωνικολειτουργική εξέλιξη του ατόμου θα εξαρτηθεί σε γενικές γραμμές από την ύπαρξη σχέσεων ελεγχόμενης εξάρτησης και υποστήριξης, οι οποίες θα μπορούσαν να έχουν και θετική επίδραση στη ζωή του ασθενούς.

Σε ότι αφορά στη φαρμακοθεραπεία, στις περιπτώσεις που η Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας συνοδεύεται από Αγχώδεις Διαταραχές, συνίσταται η χορήγηση ελασσόνων ηρεμιστικών. Στην περίπτωση συνοσηρότητας με καταθλιπτικές εκδηλώσεις, συνίσταται η χορήγηση αντικαταθλιπτικών. Αναφορικά με τα ηρεμιστικά προτείνεται η χορήγηση φαρμάκων με μικρή ή και καθόλου εξαρτησιογόνο δράση, όπως η βουσπιρόνη.¹⁸

Σε ότι αφορά όμως σε αυτή καθεαυτή τη συμπτωματολογία της Εξαρτητικής Διαταραχής Προσωπικότητας, μέχρι στιγμής δεν υπάρχει κάποιο φάρμακο που να βοηθά τη θεραπεία με την έννοια της καταστολής των συμπτωμάτων.

Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, ατομικές ή ομαδικές, ψυχαναλυτικής ή συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης, αποδεικνύονται σε πολλές περιπτώσεις αποτελεσματικές καθώς συμβάλλουν στο να αποκτήσει το άτομο αυτοπεποίθηση, ενισχύουν την αυτοεκτίμησή του και το καθοδηγούν προς ένα περισσότερο αυτοδύναμο και ανεξάρτητο τρόπο λειτουργίας.

Οι Γνωστικές–Συμπεριφοριστικές τεχνικές ψυχοθεραπείας είναι χρήσιμες στην αντιμετώπιση των συναισθημάτων της ανικανότητας, της ανημπόριας και της ακαταλληλότητας. Επίσης, η εκπαίδευση στις κοινωνικές τους δεξιότητες, στην ικανότητα επίλυσης προβλημάτων της καθημερινότητάς τους, όπως και στην ικανότητά τους για τη λήψη πρωτοβουλιών είναι ακόμα κάποια στοιχεία, που μπορούν να βοηθήσουν στη θεραπεία.⁶

Σημαντική επίσης μπορεί να είναι και η επίδραση της ψυχοθεραπευτικής ομάδας, καθώς μια υποστηρικτική ομάδα μπορεί να βοηθήσει το άτομο να διασκορπίσει τα συναισθήματα εξάρτησης σε πολλά πρόσωπα, αντί για ένα πρόσωπο, που επικεντρωνόταν ως τώρα.

Επίσης η ψυχοθεραπευτική ομάδα μπορεί να βοηθήσει στην ανάδραση και επανατροφοδότηση όσον αφορά στα θέματα της συμπεριφοράς του ατόμου, και να χρησιμεύσει και στο να προσφέρει παραδείγματα προς μίμηση ή και εξάσκηση στην απόκτηση αυτονομίας και της ικανότητας να παίρνει πρωτοβουλίες.⁶

5.11 ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Σαν παιδιά οι ασθενείς αυτοί είναι πιθανό να ήταν υπεύθυνοι, ευσυνείδητοι, αλλά και σοβαροί, αυστηροί και περιορισμένοι. Σαν ενήλικοι είναι πιθανό να έχουν αξιοθαύμαστη πορεία στην επαγγελματική τους δραστηριότητα. Όσον αφορά στις σχέσεις τους με τον/την σύζυγο και τα παιδιά τους, είναι πολύ πιθανό να είναι τεταμένες.

Γενικότερα όμως τα παθολογικά στοιχεία προσωπικότητας παραμένουν σταθερά στη διάρκεια της ζωής τους, ενώ δεν είναι σπάνια η επίτασή τους. Όταν βρεθούν κάτω από συνθήκες έντονων ψυχοπιεστικών καταστάσεων, μπορεί να αναπτύξουν μια Καταθλιπτική Διαταραχή και, σπανιότερα, Ψυχωσικό Επεισόδιο. Η διαταραχή αυτή έχει σχετιστεί επίσης με την Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας καθώς και με Αγχώδεις Διαταραχές.¹⁹

Σπάνια οι ασθενείς αναζητούν θεραπεία για τα συμπτώματα της διαταραχής αυτής. Συνήθως απευθύνονται σε ψυχοθεραπευτή για άλλα συμπτώματα δευτερευούσης σημασίας, όπως οι σχέσεις με τον/την σύζυγο και τους συνεργάτες, η δυσλειτουργία της οικογένειας, συμπτώματα Αγχωδών Διαταραχών, ή προβλήματα υγείας, όπως καρδιακές παθήσεις

Οι Γνωσιακές-Συμπεριφοριστικές Θεραπείες, που επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση της παράλογης και υπερβολικής ευσυνειδησίας, της ηθικής, της τελειομανίας και της αφοσίωσης στη δουλειά μπορούν να αποβούν εξαιρετικά αποτελεσματικές και είναι πιθανό οι ασθενείς να εκτιμήσουν την βασισμένη στη λογική προσέγγιση αυτής της θεραπείας. Μπορεί ακόμα να υπάρξει και ένας συνδυασμός με συμπεριφορικές θεραπευτικές τεχνικές όπως το παίξιμο ρόλου, η συστηματική απευαισθητοποίηση κ.α.⁵

Τα άτομα αυτά μπορούν να αποδειχθούν δυσλειτουργικά μέσα σε ομάδες θεραπείας, κυρίως εξαιτίας της τάσης τους να επιβάλλουν τον δικό τους τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς στους άλλους και να ασκούν αυστηρή κριτική στους άλλους.

Δεν έχει αποδειχθεί ότι κάποια φαρμακευτική αγωγή μπορεί να έχει αποτέλεσμα στην θεραπεία της διαταραχής αυτής. Μερικοί ασθενείς δείχνουν δείγματα βελτίωσης μετά τη λήψη αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων αλλά το γεγονός αυτό υποδηλώνει την παρουσία συμπτωμάτων άλλων διαταραχών και φαίνεται να επηρεάζονται τα βασικά συμπτώματα της συγκεκριμένης διαταραχής.(10) Η ατομική ψυχοθεραπεία, ψυχαναλυτικού τύπου, αποτελεί μια από τις συχνότερα εφαρμοζόμενες θεραπείες στην Ψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας. Ο ασθενής προχωρά αργά και σταδιακά σε διαδικασίες επίγνωσης αλλά και ψυχικής αλλαγής. Οι αντιστάσεις του, έτσι όπως αυτές εκφράζονται με τη χρήση αμυντικών μηχανισμών, είναι πιθανό να δυσχεράνουν την ψυχοθεραπευτική διεργασία.¹⁹



6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι υπηρεσίες υγείας έχουν σαν αντικείμενο την ολόπλευρη φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές με συμμετέχοντες περισσότερους από έναν επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μέσα από τη συνεργασία και την προσπάθεια που καταβάλλουν στοχεύουν στην βελτίωση της κατάστασης των ατόμων που έχουν νοσήσει.

Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας επικεντρώνεται στην πρόληψη η οποία αποτελείται από τρία στάδια:

- Το πρώτο στάδιο αναφέρεται στην πρωτοβάθμια πρόληψη που αφορά την προαγωγή και διατήρηση της υγείας.
- Το δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει τη δευτεροβάθμια πρόληψη η οποία αφορά την παροχή φροντίδας και τη θεραπεία.
- Το τρίτο στάδιο αφορά την τριτοβάθμια πρόληψη η οποία αφορά την αποκατάσταση.²⁰

Το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Έχει αποκτήσει διαφορετικά καθήκοντα, πιο υπεύθυνα καθώς εκπαιδεύεται και εξειδικεύεται ώστε να παρέχει περισσότερη υποστήριξη και φροντίδα στους ασθενείς.

Οι αρχές οι οποίες πρεσβεύουν την νοσηλευτική της ψυχικής υγείας, η οποία αποτελεί μια σημαντική επιστήμη που στηρίζεται στην έρευνα και στην κλινική άσκηση, είναι:

- Η προσέγγιση του ατόμου υγιούς και μη ως μια μοναδική και ξεχωριστή οντότητα.
- Η προσκόλληση στα προσωπικά ιδεώδη μέσα από το πρίσμα της υγείας και της ζωής του.
- Η παροχή φροντίδας του ατόμου σε όλους τους τομείς με σεβασμό και ενδιαφέρον.²¹

Για την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας θα πρέπει εκτός από την υιοθέτηση των προαναφερθέντων αρχών να εφαρμόζονται οι επιστημονικές γνώσεις αλλά και να χρησιμοποιείται η κλινική πείρα του εξειδικευμένου προσωπικού.²²

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας συμβάλλει στην εξατομικευμένη φροντίδα των ατόμων και εντός αλλά και εκτός νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στις οποίες παρέχεται φροντίδα είναι:

- Το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο
- Ο ψυχιατρικός τομέας γενικού νοσοκομείου
- Τα κέντρα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής
- Τα εξωτερικά ιατρεία,
- Οι ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί
- Οι διασυνδεδεμένες υπηρεσίες
- Οι μονάδες μερικής νοσηλείας (νοσοκομείο ημέρας ή νύκτας)
- Η κινητή μονάδα ψυχικής υγείας
- Οι μονάδες στέγασης (ξενώνες βραχείας/μακράς παραμονής, προστατευμένα διαμερίσματα)
- Οι μονάδες αποκατάστασης
- Οι ανάδοχες οικογένειες²²

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι όταν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας λειτουργούν με σωστό σχεδιασμό και σαφήνεια τότε γίνεται πιο αποτελεσματική η φροντίδα των ασθενών. Οι ασθενείς δεν θα πρέπει να ταραζονται από τις απότομες προσαρμογές ή να κατακλύζονται από το φόβο απρόβλεπτων καταστάσεων αλλά θα πρέπει να παρακινούνται ώστε να διαθέτουν την ψυχική τους ενέργεια και προσοχή για να μαθαίνουν διαπροσωπικές δεξιότητες και τρόπους λύσης προβλημάτων της ζωής τους. Γι αυτό το λόγο ο νοσηλευτής διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο, όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια, λειτουργώντας υπεύθυνα και φροντίζοντας ώστε οι ασθενείς να καταλαβαίνουν ότι συμβαίνει και γιατί συμβαίνει σε κάθε στιγμή και περίπτωση.²³

6.2 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Τα χρόνια που προηγήθηκαν η φροντίδα της ψυχικής υγείας εξελίχθηκε στο πλαίσιο της κοινότητας. Αυτή η εξέλιξη στηρίχθηκε από τη μία στον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και από την άλλη στη χρήση σύγχρονων παρεμβάσεων και τεχνικών. Αυτό μεταφράστηκε σε

μια υπεύθυνη προσπάθεια και πορεία αποιδρυματοποίησης που στηρίχθηκε στους επαγγελματίες που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας, στους ασθενείς, στα μέλη της οικογένειάς τους και σε άλλες προοδευτικές ομάδες μέσα στην κοινότητα.

Η ιδέα της φροντίδας της ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο, είναι μια καθολική παρέμβαση, παρά μια οργανωτική λύση. Η φροντίδα σε κοινοτική βάση σημαίνει ότι η πλειοψηφία των ασθενών που την χρειάζεται, θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να περιθάλπεται σε αυτό το επίπεδο.²¹

Η περίθαλψη δεν πρέπει απλώς να είναι τοπική και προσβάσιμη, αλλά και να απαντά στις πολλές και διαφορετικές ανάγκες των ατόμων. Θα πρέπει να στοχεύει στη χρήση αποτελεσματικών θεραπευτικών τεχνικών, να ενδυναμώνονται οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές και να μπορούν να αυτοβοηθούνται, αντλώντας από το καθημερινό περιβάλλον τους όπως και από συγκροτημένους υποστηρικτικούς μηχανισμούς. Η φροντίδα σε κοινοτικό επίπεδο μπορεί να βρίσκει δυνάμεις υποστήριξης και να δημιουργεί συμμαχίες που αλλιώς θα παρέμεναν καλυμμένες και ανενεργές, δηλαδή πράγματα που δεν θα μπορούσαν να γίνουν στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας ο ψυχιατρικός νοσηλευτής στην κοινότητα θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από ικανότητα συνεργασίας με στόχο τη στήριξη του ψυχικά ασθενή στον οποιοδήποτε θεραπευτικό χώρο. Η δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος προϋποθέτει και τη συνεργασία με την οικογένεια.²⁴

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας αφορά την ειδικότητα εκείνη της Νοσηλευτικής που παρέχει φροντίδα σε κάθε άτομο που πάσχει από κάποιο ψυχικό νόσημα και βοηθά στη γρήγορη αποκατάστασή του. Η παρέμβαση του νοσηλευτή ψυχικής υγείας αναφέρεται στην αντιμετώπιση των σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών αναγκών νοσηλείας καθώς και των προβλημάτων του ασθενή και της οικογενείας του που συνυπάρχουν. Επιπρόσθετα η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών και φροντίδας περιέχει την ολοκληρωμένη, πλήρη και εξατομικευμένη φροντίδα του ατόμου που πάσχει από ψυχική διαταραχή, προσεγγίζοντάς τον ως μια ξεχωριστή και μοναδική οντότητα σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα που περιλαμβάνει την ομάδα ψυχικής υγείας, τον ασθενή και την οικογένειά του.^{21,24}

Η προσφορά της νοσηλευτικής φροντίδας μέσα από διάφορες ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις είναι η μείωση των συνεπειών από την ύπαρξη μιας ψυχικής ασθένειας, η προαγωγή της υγείας και ευημερίας των ατόμων και η βελτίωση της δημόσιας

υγείας. Ως γενικότερος σκοπός της αναφέρεται η βελτίωση του συνολικού επιπέδου υγείας των ατόμων που πάσχουν, των οικογενειών τους και της κοινότητας γενικότερα.²⁵

Ο νοσηλευτής της ψυχικής υγείας που έχει εκπαιδευτεί στην συγκεκριμένη ειδικότητα είναι σε θέση να αναλάβει πολλαπλούς ρόλους και αρμοδιότητες. Οι βασικότερες διαστάσεις του ρόλου αυτού πιο αναλυτικά αφορούν:

Στην εφαρμογή πρωτοβάθμιας κοινοτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, που στόχο έχει την πρωτογενή πρόληψη κυρίως αλλά και κάθε άλλους είδους πρόληψη και την παρακολούθηση της πορείας που έχουν οι ψυχικά ασθενείς στην κοινότητα.²⁰

Στην οργάνωση, τον προγραμματισμό και το συντονισμό όλων των αρμοδιοτήτων που άπτονται της νοσηλευτικής φροντίδας, για την κάλυψη των βιολογικών, ψυχικών και κοινωνικών αναγκών των ψυχικά νοσούντων.

- Στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ψυχικά ασθενείς και στην υποστήριξη των οικογενειών τους.
- Στην εφαρμογή ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης με επιπλέον εξειδίκευση κατοχυρωμένη νομικά.
- Στην αγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας στους νοσηλευμένους, τους εκπαιδευόμενους, τις οικογένειες και το κοινό.
- Στη συνεργασία με όλη τη διεπιστημονική ομάδα στο χώρο της ψυχικής υγείας, με κοινοτικούς φορείς και με το υπόλοιπο προσωπικό.
- Στην προφύλαξη των ψυχικά νοσούντων από πιθανή παραμέληση, εκμετάλλευση ή προσβολή της αξιοπρέπειάς τους.
- Στην αξιολόγηση των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών από την σκοπιά της ποιότητας και της αποτελεσματικότητάς τους.
- Στη μελέτη και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Στην άσκηση συμβουλευτικής ψυχιατρικής νοσηλευτικής στο γενικό νοσοκομείο.
- Στην έρευνα και στις δημοσιεύσεις με θέματα που αφορούν τη νοσηλευτική της ψυχικής υγείας.
- Στην εκπαίδευση νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτή σε όλες τις βαθμίδες.

- Στην εκπαίδευση νοσηλευτών στις νοσηλευτικές ειδικότητες της τριτοβάθμιας πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.
- Στη διαρκή και δια βίου επιμόρφωση στα νέα δεδομένα και στην εφαρμογή τους στην κλινική πρακτική.¹⁰

Απαραίτητη προϋπόθεση για μια ποιοτική και πιο αποτελεσματική φροντίδα υγείας είναι η συμμετοχή του ίδιου του ασθενούς και της οικογένειάς του σ' όλες τις φάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας. Στις αρμοδιότητες και τις ευθύνες του κοινοτικού νοσηλευτή ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO 1985) προσθέτει:

- Την παρότρυνση της συμμετοχής της κοινότητας
- Τη συνεργασία με άτομα, οικογένειες και την κοινότητα
- Την ενίσχυση ατόμων, οικογενειών και της κοινότητας
- Την καθοδήγηση και την υποστήριξη άλλων εργαζόμενων στην Π.Φ.Υ.
- Τον συντονισμό και την ανάπτυξη δραστηριοτήτων της κοινότητας που αφορούν την υγεία, σε συνεργασία με αυτούς που είναι υπεύθυνοι για την οικονομική και κοινωνική διάσταση των προγραμμάτων.

Φαίνεται λοιπόν ότι ο κυριότερος σκοπός της Κοινοτικής Νοσηλευτικής στην υγεία και κατ' επέκταση στην ψυχική υγεία, θα πρέπει να είναι η ενδυνάμωση των ατόμων, οικογενειών και ομάδων ώστε να είναι ικανοί να αναγνωρίζουν τις ανάγκες τους και να αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη υπευθυνότητα την επίλυση προβλημάτων που σχετίζονται με την υγεία τους. Είναι ανάγκη λοιπόν, η Νοσηλευτική να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων για την υγεία σε όλα τα επίπεδα, με σκοπό την καταλληλότερη και πιο αποτελεσματική πλήρωση των αναγκών υγείας του πληθυσμού.²⁵

6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τις τελευταίες δεκαετίες, η ταυτότητα του νοσηλευτή που ασχολείται με ψυχιατρικούς ασθενείς έχει σημαντικά διαφοροποιηθεί. Έτσι, από τον παραδοσιακό ρόλο του «φύλακα ασθενών» και του «απλού εκτελεστή» των ιατρικών οδηγιών, έφθασε, μέσω της εκπαίδευσης και της ειδίκευσης, στην ανάληψη πιο ενεργητικού ρόλου στη θεραπευτική ομάδα.²¹

Ο Αμερικάνικος Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) ορίζει ως Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας «έναν ειδικό τομέα νοσηλευτικής άσκησης, που ως επιστήμη επικεντρώνεται σε θεωρίες ανθρώπινης συμπεριφοράς και ως κλινική πρακτική στη δυναμική χρήση του εαυτού κάθε ατόμου». Σύμφωνα με τους θεωρητικούς της νοσηλευτικής Replau, Rogers και Roy, ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας προϋποθέτει την ολιστική θεώρηση και προσέγγιση των ασθενών, ανεξάρτητα από την τρέχουσα νόσο.²⁶

Η αρχή της Βασικής Νοσηλευτικής για ολιστική, εξατομικευμένη και συνεχή παροχή φροντίδας προσφέρει στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας το πλαίσιο για την ανάπτυξή της.²³

Η ανάπτυξη του έργου του ψυχιατρικού νοσηλευτή συντελείται ενδονοσοκομειακά σε όλες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας: 1) ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο, 2) ψυχιατρικό τομέα γενικού νοσοκομείου, 3) κέντρα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής, 4) εξωτερικά ιατρεία 5) ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, 6) διασυνδετικές υπηρεσίες, 7) κινητή μονάδα ψυχικής υγείας, 8) μονάδες μερικής νοσηλείας, 9) μονάδες στέγασης, 10) μονάδες αποκατάστασης και 11) ανάδοχες οικογένειες.

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας ειδικεύονται μέσω προγραμμάτων μεταπτυχιακών σπουδών, που τους δίνουν τη δυνατότητα να αναπτύσσουν τις δραστηριότητες τους σε ποικίλους τομείς όπως:

Θεραπευτικός. Σημαντική είναι η συμμετοχή του ψυχιατρικού νοσηλευτή στη θεραπεία του ψυχικά αρρώστου. Η παρουσία του έχει χαρακτήρα «θεραπευτικό», με την έννοια ότι, μέσω της διαπροσωπικής σχέσης που εγκαθιστά, υποστηρίζει και ενισχύει τον άρρωστο κατά την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής.

Οργανωτικός- διοικητικός. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας με τρόπο καταλυτικό για τη λειτουργία της μονάδας, οργανώνει το χώρο και συντονίζει τον χρόνο, τα μέσα και τις διαδικασίες που άπτονται της αρμοδιότητας του. Συμμετέχει στην κωδικοποίηση και εφαρμογή των αποφάσεων και των αποτελεσμάτων της ομάδας αλλά και στην αξιολόγηση και επαναξιολόγηση της θεραπευτικής στάσης και γενικότερης οργάνωσης της μονάδας, τόσο ως αυτόνομου φορέα περίθαλψης όσο και σε σχέση με άλλους φορείς.

Εκπαιδευτικός. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας οργανώνει και πραγματοποιεί εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται σε συναδέλφους ή άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σε φοιτητές και σε κοινοτικές δομές. Κύριο μέλημα

του νοσηλευτή αποτελεί η εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους, ατομικά ή σε ομάδες, σε θέματα υγείας.

Συμβουλευτικός. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας παρέχει συμβουλευτική σε ασθενείς και στις οικογένειές τους, σε συναδέλφους-συνεργάτες, σε κοινοτικές δομές και οργανισμούς.

Ερευνητικός. Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής σχεδιάζει, οργανώνει, προγραμματίζει και συμμετέχει στη διενέργεια ερευνητικών προγραμμάτων.²⁴

Ο χαρακτήρας του νοσηλευτή ψυχικής υγείας έχει πολλές διαστάσεις και αυτό φαίνεται σε όλες τις δραστηριότητες που έχει αναλάβει οι οποίες είναι:

1. Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος. Το έργο του είναι προσανατολισμένο στην έννοια του θεραπευτικού περιβάλλοντος, με σκοπό την άσκηση της θεραπευτικής επίδρασης στον άρρωστο και στην από μέρους μεγιστοποίηση του δυναμικού της υγείας του. Δημιουργεί και συντηρεί σε συνεργασία με τον ασθενή και τους άλλους επαγγελματίες υγείας «θεραπευτικό περιβάλλον» προσαρμοσμένο στο φυσικό. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον οι νοσηλευτές:

- Διατηρούν την κατάλληλη ατμόσφαιρα, που διευκολύνει την επικοινωνία και την έκφραση συναισθημάτων από πλευράς ασθενών.
- Μεριμνούν ώστε σε όλη τη διάρκεια του θεραπευτικού χρόνου οι ασθενείς να νιώθουν ασφαλείς, να εισπράττουν αποδοχή και σεβασμό και να διασφαλίζεται η αξιοπρέπεια τους.

Επειδή προϋπόθεση για τη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι η ειλικρινής διαπροσωπική επικοινωνία, θεωρείται απαραίτητο ο ασθενής να πληροφορείται τα νομικά δικαιώματά του, καθώς και τους λόγους και τους όρους που είναι απαραίτητοι για τη χρήση πιθανόν περιοριστικών μέτρων.²³

2. Αξιοποίηση πληροφοριών – εκτίμηση- Νοσηλευτική διάγνωση. Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής συμβάλλει στην εκτίμηση του ασθενούς, συγκεντρώνει πληροφορίες για τον ίδιο και το ευρύτερο περιβάλλον του, αξιοποιώντας το νοσηλευτικό θεραπευτικό συνεχές. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της παρατήρησης της συμπεριφοράς του ασθενούς και του περιβάλλοντος του, με τη νοσηλευτική συνέντευξη και τη διαπροσωπική επικοινωνία.

Ο νοσηλευτής αποτελεί, με αυτόν τον τρόπο, το συνδετικό κρίκο μεταξύ του ασθενούς και της υπόλοιπης θεραπευτικής ομάδας. Η εκτίμηση του ασθενούς αφορά πολλές πλευρές, όπως:

- Τη δυνατότητα να προστατεύει , ώστε να μην αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του και τους άλλους.
- Την αξιολόγηση ουσιαστικών παραπόνων, ενοχλημάτων ή άλλων παρατηρήσεων που επισημαίνει ο ίδιος.
- Το επίπεδο λειτουργικότητας τους ασθενούς, που αφορά στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και τους κοινωνικούς ρόλους, συμπεριλαμβανομένης και της δυνατότητας εργασίας.
- Τη συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες.
- Τις διαπροσωπικές σχέσεις και την ικανότητα επικοινωνίας.
- Την ύπαρξη και την ποιότητα των υποστηρικτικών συστημάτων.
- Το επίπεδο υγείας.
- Τα κίνητρα και τις δυνατότητες, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον ασθενή για την προαγωγή της υγείας του.
- Τις πνευματικές ικανότητες και τις ηθικές του αξίες.²⁴

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής αξιοποιεί το υλικό εκτίμησης, επισημαίνει τα πραγματικά και προβλέπει τα πιθανά προβλήματα του ασθενούς και προγραμματίζει τις ανάλογες παρεμβάσεις.

3. Παρεμβάσεις. Η μορφή των παρεμβάσεων προσαρμόζεται ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς, τις νοητικές του δυνατότητες, την πολιτισμική ιδιαιτερότητα, την εκπαίδευση, το φύλο,, το σεξουαλικό προσανατολισμό και την αξιολόγηση του υλικού εκτίμησης.²¹

Στην κλινική πρακτική εφαρμόζεται ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων, που περιλαμβάνει:

- Την προώθηση της αυτοφροντίδας του ασθενούς, την ενίσχυση της προσωπικής υπευθυνότητας για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, τη διατήρηση και προαγωγή της γενικής λειτουργικότητας, με στόχο την ανεξαρτητοποίηση και αποκατάστασή του.
- Τον προγραμματισμό, το συντονισμό και την υλοποίηση διαγνωστικών διαδικασιών, που προτείνονται από άλλες ειδικότητες.
- Την εφαρμογή βιολογικών θεραπειών με ταυτόχρονη ενίσχυση θετικής στάσης έναντι αυτών. Επιδιώκεται η ανακούφιση από ανεπιθύμητες ενέργειες και η συνεχής αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας στη θεραπεία.

- Την οργάνωση ενισχυτικών παρεμβάσεων με στόχο τη συνεργασία και τη συμμετοχή του αρρώστου σε δραστηριότητες επανακοινωνικοποίησής του.
- Την άσκηση συμβουλευτικής στον ασθενή και την οικογένεια του.
- Τη διασύνδεση του ασθενούς με άλλους χώρους θεραπευτικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης.
- Την εφαρμογή ψυχολογικών, υποστηρικτικών παρεμβάσεων με στόχους:
- Την εγκατάσταση συνεχής εμπιστοσύνης με τον ασθενή
- Τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης του
- Την εδραίωση της θεραπευτικής επικοινωνίας.²⁶

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής κατέχει ένα ρόλο εκπαιδευτικό και συμβουλευτικό προς την ασθενή και είναι εξασκημένος στην αντιμετώπιση των ειδικών προβλημάτων του μέσω της νοσηλευτικής διεργασίας.

Η Ψυχιατρική νοσηλευτική ως εξειδικευμένη «περιοχή» της νοσηλευτικής, ανταποκρίθηκε στην πρόκληση για ανάπτυξη προτύπων και κριτηρίων ανάλογων με τις ανάγκες του ειδικού πληθυσμού που νοσηλεύει.

6.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή/-τριας στα άτομα που παρουσιάζουν ψυχωτικές διαταραχές είναι να παρέχουν φροντίδα στις εξής κατηγορίες:

- **Û** Αρρώστους με οξύ ή χρόνιο ψυχικό ή ψυχιατρικό πρόβλημα.
- **Û** Υγιείς ανθρώπους σε κρίση ή που αντιμετωπίζουν πρόβλημα στην καθημερινή τους ζωή.
- **Û** Ανθρώπους που επέζησαν από μια κρίσιμη κατάσταση ή που αντιμετωπίζουν μια απειλητική για την ζωή τους αρρώστια.

Η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την αποκατάσταση της υγείας του ασθενή, την καλλιέργεια και ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων, την εφαρμογή και την δημιουργία νέων θεραπευτικών προϋποθέσεων, καθώς και την πρόληψη και αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και των παραγόντων που συντελούν στην δημιουργία της.²⁴

Τα στάδια της νοσηλευτικής προσέγγισης περιλαμβάνουν:

A. Εκτίμηση του ασθενούς

- **Ø** Συγκέντρωση και καταγραφή πληροφοριών σχετικά με τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές ανάγκες του ασθενή.

- Ø Σκοπός: ο καθορισμός των προβλημάτων του ασθενούς που μπορούν τροποποιηθούν με ειδικές ενέργειες.

B. Προγραμματισμός της φροντίδας

- Ø Συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας
- Ø Οι σκοποί να είναι πραγματοποιήσιμοι και κατανοητοί
- Ø Βραχυπρόθεσμοι στόχοι που επεκτείνονται σε μακροπρόθεσμοι

Γ. Παροχή της φροντίδας

- Ø Πράξεις που απαιτούνται για να πραγματοποιηθούν οι σκοποί
- Ø Επιλογή του κατάλληλου νοσηλευτή ανάλογα με τον ασθενή για την εφαρμογή της εξατομικευμένης ειδικής φροντίδας

Δ. Αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας-Σκοπός:

- Ø Αναγνώριση αντικειμενικών σκοπών που επιτεύχθηκαν
- Ø Σύγκριση της αποτελεσματικότητας των μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν
- Ø Υπολογισμό των αναγκών των ασθενών καθώς προοδεύει η θεραπεία
- Ø Τροποποίηση του προγράμματος^{20,27}

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν ενέργειες και διαδικασίες, όπως χαρακτηριστικά περιγράφονται στην συνέχεια:

- σχεδιασμός νοσηλευτικού θεραπευτικού πλάνου
- δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή
- προσφορά φροντίδας στις καθημερινές ανάγκες του ασθενή
- ευθύνη για την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, την αναγνώριση των παρενεργειών και της άμεσης παρέμβασης
- εφαρμογή έκτατων μέτρων, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την απομόνωση ή τον περιορισμό του ασθενή σε περίπτωση κρίσης
- εκτίμηση άλλων γενικότερων σωματικών αναγκών του ασθενή όπως για παράδειγμα χρόνια νοσήματα
- ευθύνη για την κλήση προσωπικού άλλων ειδικοτήτων εφόσον κριθεί αναγκαίο
- προσφορά υποστήριξης και διδασκαλίας στην οικογένεια του ασθενή

- προετοιμασία για την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο

Ολοκληρώνοντας, ο ρόλος του νοσηλευτή και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στις διαταραχές προσωπικότητας θα πρέπει να έγκειται στα εξής:

§ να νοσηλεύσουν τον ψυχικά άρρωστο στη βιολογική και ψυχολογική του διάσταση

§ να τον προστατεύσουν από εκμετάλλευση, παραμέληση και προσβολή της αξιοπρεπείας του μέσα στη δομή

§ να προωθήσουν την ψυχική του υγεία, ενισχύοντας την ταυτότητά του και την αυτοπεποίθησή του

§ να ενισχύσουν τις υπάρχουσες δυνατότητες και δεξιότητες του ψυχικά αρρώστου και να αναπτύξουν όσες έχουν απολεσθεί λόγω ψυχικής ασθένειας, να συμβάλλουν στην κοινωνική αποκατάσταση.²¹

Η προσωπικότητα και οι δεξιότητες του νοσηλευτή είναι τα σημαντικότερα στοιχεία αυτής της θεραπευτικής σχέσης. Οι δεξιότητες μπορούν να διδαχθούν στο νοσηλευτή και η σωστή ανάπτυξή τους μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στη θεραπεία του ασθενή. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν ζεστασιά, θέρμη και θετική στάση απέναντι στον ασθενή. Αυτή η ζεστασιά μεταβιβάζεται στον ασθενή και τον βοηθά. Επίσης, οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν ενσυναίσθηση ώστε να αντιλαμβάνονται πως αισθάνεται ο ασθενής. Τέλος, πρέπει να είναι αυθεντικοί και να δείχνουν γνήσιο ενδιαφέρον απέναντι στον ασθενή.

Σημαντική είναι και η ολιστική νοσηλευτική προσέγγιση. Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς που πάσχουν από κάποιον τύπο Διαταραχής Προσωπικότητας με το να τους ακούν. Η θεραπευτική σχέση και η κατανόηση επέρχεται σταδιακά με τη συχνή συναναστροφή του νοσηλευτή με τον ασθενή.

Η νοσηλευτική προσέγγιση πρέπει να είναι φιλική. Παράλληλα ο ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνεται να εκφράζει τα συναισθήματά του ώστε να νιώσει ανακούφιση. Η νοσηλευτική ολική προσέγγιση περιλαμβάνει την παροχή φροντίδας που οδηγεί σε αλλαγές στον τρόπο σκέψης του ασθενή, στην καθημερινότητά του, στις δραστηριότητες και δεξιότητες που αναπτύσσει,

Η νοσηλευτική αξιολόγηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Ο νοσηλευτής παίζει βασικό ρόλο στην αναγνώριση και την πρόληψη κάποιας ασθένειας και στην έγκαιρη διάγνωσή της. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα του ασθενούς δεν είναι τόσο εύκολος. Είναι δύσκολο για ένα άτομο με κάποιον τύπο Διαταραχής Προσωπικότητας να σηκωθεί και να ζητήσει βοήθεια. Μπορεί να είναι

δύσκολο να βρεθεί κάποιος που θα κάνει τη σωστή διάγνωση. Είναι πολύ σημαντικό, οι διαταραχές προσωπικότητας να αναγνωρίζονται και να θεραπεύονται.

Το νοσηλευτικό προσωπικό με την υποστήριξη, τις συμβουλές και την γενικότερη στάση του μπορεί να διευκολύνει τους ασθενείς που πάσχουν από κάποιον τύπο Διαταραχής προσωπικότητας και τις οικογένειες τους να υιοθετήσουν τρόπους για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που συνεπάγεται η ασθένεια. Συνεπώς, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός στις Διαταραχές προσωπικότητας ασθένεια.

Πέραν των όσων αναφερθήκαν οι ορίζοντες στοχασμού και προβληματισμού των νοσηλευτών ξεπερνούν κατά πολύ τα σύνορα ενός περιχαρακωμένου ψυχιατρικού πεδίου και επεκτείνονται στην επανεκτίμηση του συνόλου των κοινωνικοπολιτικών δομών.²⁰

Επηρεασμένοι από την υπαρξιακή φαινομενολογία οι νοσηλευτές θα ακολουθήσουν την προτεινόμενη από το γιατρό αντιμετώπιση του ασθενούς, όμως θα πρέπει να λάβουν υπόψη ότι υπερισχύει η παραδοχή της εμπειρίας του και η ανάγκη σεβασμού της μοναδικότητάς του. Θεραπευτικό στόχο θέτουν την αποκατάστασή του όχι μόνο στην κοινωνία, αλλά και στον ίδιο του τον εαυτό.^{28,20}

Μια ακόμα συμβολή της νοσηλευτικής θα πρέπει να είναι η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης γύρω από το πρόβλημα της ψυχικής ασθένειας που θα επέλθει μέσα από την κοινωνικοποίηση του ασθενούς.

Η επιρροή της ψυχολογίας τονίζει την καθοριστική σημασία συναισθηματικών παραγόντων στη διαμόρφωση κάθε εκδήλωσης της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Συνεπώς ο νοσηλευτής θα πρέπει να διακατέχεται από γνώσεις ψυχολογίας ώστε να μπορεί να επιτύχει την καλύτερη προσέγγιση του ασθενούς.²²

6.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η θεραπεία στο οικογενειακό πλαίσιο συνίσταται στην αναδιοργάνωση της σχέσης του αρρώστου με το οικογενειακό του περιβάλλον ή στην αναδιοργάνωση του οικογενειακού συστήματος.²⁹

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας αισθάνεται ευθύνη να ελέγχει συνειδητά την προσωπική του συμπεριφορά, να βελτιώνει συνεχώς την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στους ψυχικά ασθενείς, να εκσυγχρονίζει τις γνώσεις του με ισόβια

επιμόρφωση και να προστατεύει τα δικαιώματα των ασθενών και των οικογενειών τους.³⁰

Οι νοσηλευτές γνωρίζουν τα θεωρητικά πλαίσια-μοντέλα που επικρατούν στη σύγχρονη ψυχιατρική, για να τα χρησιμοποιούν μεμονωμένα ή συνθετικά στις διάφορες νοσηλευτικές περιστάσεις εντός της οικογένειας. Η νοσηλευτική επιλογή του ανάλογου πλαισίου σε μια συγκεκριμένη περίπτωση, εξαρτάται από την εκπαίδευση, την κλινική πείρα του νοσηλευτή, τη διάγνωση της διαταραχής του ασθενούς, την εφαρμοζόμενη ψυχιατρική θεραπεία, την ψυχολογική συγκρότηση και λειτουργικότητα του ασθενούς, τη διαθεσιμότητα και προσιτότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην περιοχή καθώς και τις αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας στο συγκεκριμένο ψυχιατρικό τμήμα.

Ο νοσηλευτής προωθεί την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των -ψυχικά ασθενών και συνηγορία υπέρ αυτών σε κάθε ευκαιρία και περίπτωση για κινητοποίηση του ενδιαφέροντος της τοπικής, εθνικής και διεθνούς πολιτικής για την ψυχική υγεία και την ψυχιατρική περίθαλψη. Επίσης πληροφόρηση των ψυχικά αρρώστων και των οικογενειών τους για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους.²⁹

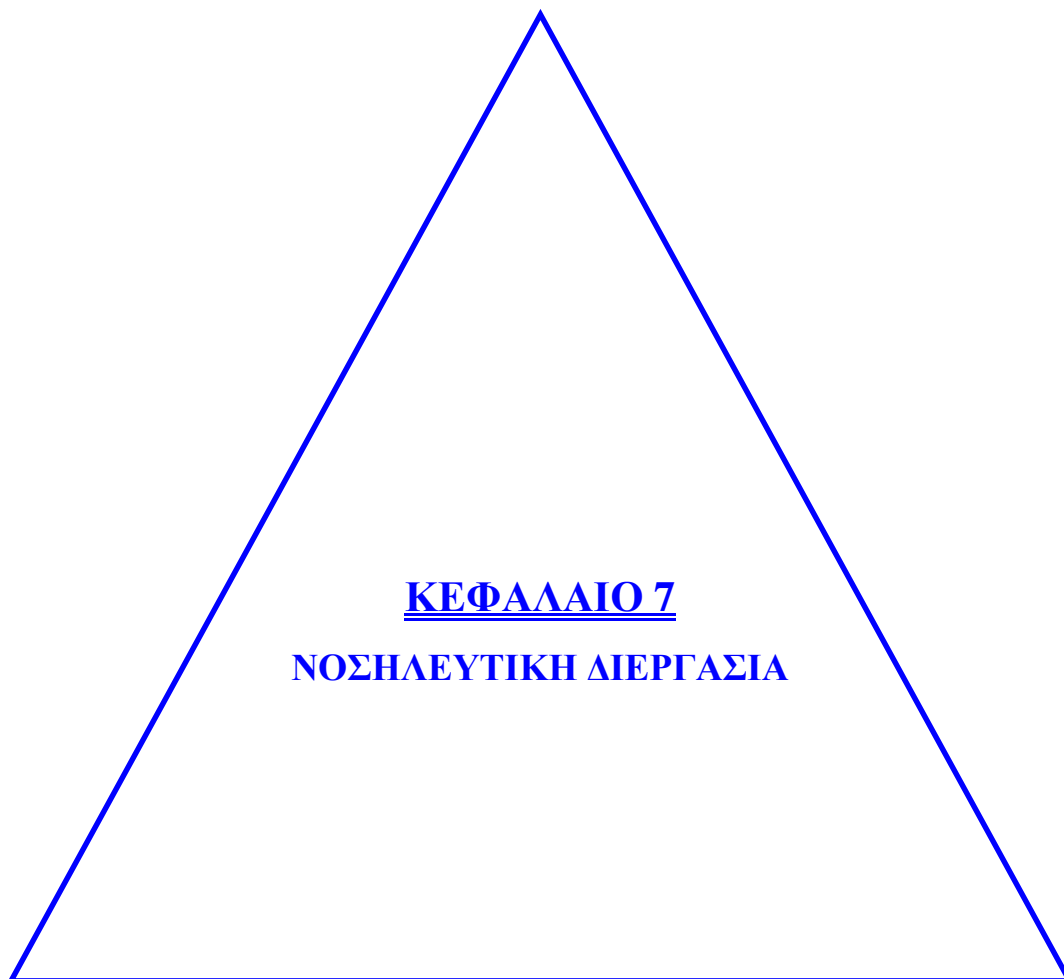
Η γενική συνδρομή του νοσηλευτή εντός του οικογενειακού πλαισίου έγκειται στα εξής:

- Ø Εκτιμά τυχόν προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και των οικογενειών τους και τους βοηθά πώς να αναπτύσσουν πιο αποτελεσματικές διαπροσωπικές δεξιότητες
- Ø Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας με εκπαίδευση στην ειδικότητα, κατά προτίμηση πανεπιστημιακή, μπορεί να αναλάβει διάφορους ρόλους και αρμοδιότητες. Ανάλογα βέβαια με την υπηρεσία υγείας όπου εργάζεται.
- Ø Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι υποστηρικτικές, προστατευτικές, παιδαγωγικές, θεραπευτικές

Η εκπαίδευση της οικογένειας από το νοσηλευτή έγκειται στο να μπορούν τα άτομα με ψυχική νόσο να φθάσουν στο σημείο να εκδηλώνονται ως εξής

- Ø Να εκφράζουν ρεαλιστική αντίληψη των ευθυνών τους έναντι του ασθενούς, της φροντίδας και θεραπείας του

- Ø Να περιγράφουν ανοικτά και συχνά τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους, σχετικά με την ευθύνη τους για τον ασθενή σε θεραπευτικό περιβάλλον δημιουργημένο γι' αυτούς
- Ø Να εκδηλώνουν βελτιωμένες δεξιότητες επικοινωνίας, λύσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων στις σχέσεις μεταξύ τους και με το προσωπικό της φροντίδας ψυχικής υγείας του ασθενούς
- Ø Να χρησιμοποιούν αποτελεσματικές στρατηγικές χειρισμού της φροντίδας του αρρώστου και της αρρώστιας του.^{30,24}



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

7.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1

Ανδρας ασθενής Η.Κ., άγαμος και άνεργος, ηλικίας 21 ετών, εισήχθη στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών, ύστερα από εκδήλωση παρανοειδούς διαταραχής της προσωπικότητας.

Συγκεκριμένα, ο ασθενής παρουσίαζε δυσφορία, έντονο άγχος, μειωμένο ενδιαφέρον, αίσθημα παθητικότητας και κοινωνική απομόνωση.

Ο ασθενής κατά την λήψη του ιστορικού ανέφερε ότι δεν έχει νοσηλευτεί στο παρελθόν σε νοσοκομειακή μονάδα λόγω κάποιου νοσήματος και η οικογένεια του δεν φέρει κληρονομική προδιάθεση για την εκδήλωση ασθένειας ψυχωτικού χαρακτήρα. Πριν έναν χρόνο ένιωθε την ανάγκη να επισκεφτεί ψυχολόγο καθώς παρουσίαζε έντονο άγχος και θλίψη αλλά η επιθυμία του δεν πραγματοποιήθηκε για οικονομικούς λόγους

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> · Δυσφορία/Έντονο άγχος 	<ul style="list-style-type: none"> · Εξάλειψη συμπτωμάτων <p>Πρόληψη υποτροπής</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Ενημέρωση ασθενούς – οικογένειας για το θεραπευτικό πλάνο · Ενθάρρυνση ασθενούς · Ψυχολογική υποστήριξη 	<ul style="list-style-type: none"> · Χορήγηση αντικαταθλιπτικών (κλομιπραμίνη) με ιατρική οδηγία • Προσέγγιση του ατόμου με προσοχή στα εξωλεκτικά μας μηνύματα καθώς μπορεί να εκληφθούν ως απειλητικά 	<ul style="list-style-type: none"> · Ψυχική αποκατάσταση ασθενούς · Πρόληψη υποτροπής

1. Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2. Αντικειμενικός Σκοπός	3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4. Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5. Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Μειωμένο ενδιαφέρον / Αίσθημα παθητικότητας / κοινωνική απομόνωση</p>	<p>Εξάλειψη συμπτωμάτων</p> <p>Ενθάρρυνση ασθενούς</p>	<p>Ψυχολογική υποστήριξη</p> <p>Πρόληψη εξαρτημένης συμπεριφοράς στα φάρμακα</p>	<p>Παραπομπή ασθενούς για ψυχοθεραπεία (συμπεριφοριστική για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων)</p> <p>Συνολική στήριξη ασθενούς/ συνεχής συνομιλία και ενθάρρυνση της αλληλεπίδρασης με άλλους</p>	<p>Πρόληψη υποτροπής</p> <p>Αποφυγή χορήγησης αντιψυχωτικών φαρμάκων</p> <p>Ψυχική αποκατάσταση ασθενούς - κοινωνικοποίηση</p>

7.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Γυναίκα ασθενής Α.Σ., άγαμη και άνεργη, ηλικίας 29 ετών, εισήχθη στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών, ύστερα από εκδήλωση άκαμπτης συμπεριφοράς, επιθετικότητας, αδυναμίας χαλάρωσης, τάσεις απομόνωσης, έμμονες ιδέες .

Κατά την λήψη του ατομικού ιστορικού, η ασθενής ανέφερε ότι πριν 4 χρόνια νοσηλεύτηκε στην παθολογική κλινική του ίδιου νοσοκομείου λόγω αναπνευστικής λοίμωξης.

Η παρουσία ασθενών στον ίδιο χώρο και η εικόνα των μολυσματικών αντικειμένων κατά τις νοσηλευτικές διενέργειες του προσωπικού της προκάλεσαν υπερβολικές ανησυχίες για μετάδοση μικροβίων στο σώμα της και εμφάνιζε αντισταθμιστική συμπεριφορά.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> · Ακαμπτη συμπεριφορά/Επιθετικότητα 	<ul style="list-style-type: none"> · Πρόληψη υποτροπής <p>Διατήρηση ηρεμίας ασθενούς</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Ψυχολογική υποστήριξη <ul style="list-style-type: none"> · Ενημέρωση για την ανάγκη τήρησης της θεραπευτικής αποκατάστασης 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενθάρρυνση του ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματά του προκειμένου να μειωθεί η ακαμψία και η ανάγκη για έλεγχο <ul style="list-style-type: none"> □ εκπαίδευση ατόμου να αναγνωρίζει κάθε έκπτωση ή δυσφορία που σχετίζεται με την ανάγκη του για έλεγχο 	<ul style="list-style-type: none"> · Αποφυγή υποτροπής <p>Ψυχική αποκατάσταση ασθενούς</p>

		Παρακολούθηση εξασθένησης συμπτωμάτων		
--	--	--	--	--

1. Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2. Αντικειμενικός Σκοπός	3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4. Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5. Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Τάσεις απομόνωσης / έμμονες ιδέες</p>	<p>Πρόληψη υποτροπής</p> <p>Διατήρηση ηρεμίας ασθενούς</p>	<p>Ενθάρρυνση ασθενούς</p> <p>Πλήρης εργαστηριακός έλεγχος</p> <p>Ο νοσηλευτής δεν εκφράζει προσωπική άποψη (συγκατάβαση ή άρνηση)</p>	<p>Πλήρης κατανόηση της ψυχοκινητικής κατάστασης του ασθενούς</p> <p>Ενίσχυση του ασθενούς να αποδεχτεί και να συζητήσει τα συναισθήματα ανεπάρκειας και το φόβο απόρριψης που βιώνει</p> <p>Παρότρυνση του ασθενούς να υποβληθεί σε ψυχοθεραπεία για την αντιμετώπιση των έμμονων ιδεών</p>	<p>Υποχώρηση των ψυχωτικών συμπτωμάτων</p> <p>Ψυχική αποκατάσταση ασθενούς</p>

□

**Άμεση ενημέρωση του
ψυχιάτρου για τα
συμπτώματα που
παρουσιάζει η ασθενής**

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

- Ø Κάθε άνθρωπος έχει έναν δικό του τρόπο να αντιλαμβάνεται και να τοποθετείται απέναντι στους άλλους ανθρώπους και τα γεγονότα. Στις διαταραχές προσωπικότητας οι τρόποι αντίληψης και συμπεριφοράς χαρακτηρίζονται ως δυσπροσαρμοστικοί και μη κοινωνικά αποδεκτοί.
- Ø Υπάρχουν αρκετοί τύποι διαταραχών προσωπικότητας και ανάλογα με το χαρακτηριστικό συμπεριφοράς χωρίζονται σε τρεις ομάδες. Στην Ομάδα Α περιλαμβάνονται οι παρανοειδής, σχιζοειδής, σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας. Η Ομάδα Β αποτελείται από την αντικοινωνική, τη μεταιχμιακή, τη δραματική και τη ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας ενώ η τρίτη Ομάδα αποτελείται από την αποφευκτική, την εξαρτημένη και την ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας.
- Ø Οι ασθενείς που έχουν νοσήσει από κάποια διαταραχή προσωπικότητας αποτελούν τις πιο δύσκολες περιπτώσεις ενώ θεωρείται δύσκολη τόσο η διάγνωση τους όσο και το θεραπευτικό μοντέλο που θα ακολουθηθεί.
- Ø Ο κάθε τύπος Διαταραχών προσωπικότητας αποτελείται από διαφορετικά διαγνωστικά στοιχεία ενώ παρατηρείται αυξημένο ποσοστό εμφάνισης διαταραχών προσωπικότητας σε άνδρες από ότι σε γυναίκες.
- Ø Δεν έχουν γίνει ευρέως γνωστοί οι λόγοι που προκαλούν την εμφάνιση διαταραχών προσωπικότητας. Ωστόσο, εμπειρίες και βιώματα ατόμων κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας όπως για παράδειγμα η σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση πυροδοτούν την εκδήλωση κάποιων διαταραχών προσωπικότητας.
- Ø Ο ρόλος του νοσηλευτή στους ασθενείς με κάποιον τύπο Διαταραχής Προσωπικότητας αποτελεί μια ολιστική νοσηλευτική προσέγγιση κατά την οποία εφαρμόζονται οι θεραπευτικές μέθοδοι, αντιμετωπίζεται η ψυχική διαταραχή και αποκαθίσταται η ψυχική υγεία του ασθενούς.
- Ø Επίσης, ο νοσηλευτής συμβάλλει στην πρόληψη εμφάνισης των Διαταραχών Προσωπικότητας ενώ προσπαθεί να διερευνήσει τους λόγους που οδηγούν σε αυτή.

- Ø Προκειμένου να υπάρξει μια επιτυχημένη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των Διαταραχών Προσωπικότητας θα πρέπει ο νοσηλευτής να έχει τις απαραίτητες δεξιότητες ώστε να δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσα σε αυτόν και τον ασθενή. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να έχει γνώσεις ψυχολογίας προκειμένου να προσεγγίσει καλύτερα τον ασθενή.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται της διαταραχές προσωπικότητας και τη νοσηλευτική παρέμβαση στις νόσους.

Στο πρώτο κεφάλαιο εισάγεται η έννοια των διαταραχών προσωπικότητας καθώς και τα γενικά χαρακτηριστικά τους.

Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται η ομαδοποίηση των διαταραχών σε τρεις πυλώνες ανάλωσα με τα γενικά χαρακτηριστικά κάθε διαταραχής.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η επιδημιολογία των διαταραχών καθώς και η αιτιολογία τους.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η διάγνωση των διαταραχών προσωπικότητας ανά περίπτωση.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η πρόγνωση και η θεραπεία των ανά περίπτωση διαταραχών.

Στο έκτο κεφάλαιο παρατίθεται ο ρόλος του νοσηλευτή σχετικά με την ψυχική υγεία και την κοινοτική νοσηλευτική. Στο ίδιο κεφάλαιο αναπτύσσεται η νοσηλευτική ψυχικής υγείας καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή στον πάσχοντα ασθενή και την οικογένεια του.

Στο έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα περιστατικά νοσηλευτικής διεργασίας που δημιουργήθηκαν μέσα από την μελέτη των διαθέσιμων πηγών.

Τέλος παρατίθενται τα συμπεράσματα και η εκτενής βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε κατά την εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

ABSTRACT

This thesis is dealing with personality disorders and nursing intervention in this diseases. The first chapter introduces the concept of personality disorders and their general characteristics.

In the second chapter is made an attempt to cluster the disorders in three pillars with the use of each disorder's the general characteristics.

The third chapter presents the epidemiology of the disorders and their justification.

The fourth chapter analyzes the diagnosis of personality disorders per case.

The fifth chapter presents the prognosis and treatment of disorders per case.

The sixth chapter sets out the role of the nurse on mental health and nursing. Also in the same chapter is described the mental health nursing and the role of the nurse to the patient and family suffering.

In the seventh chapter, are presented the nursing process incidents created through the study of the available sources.

Finally, the conclusions and the extensive literature used in the preparation of this thesis.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Χασάπης Γ. Ψυχολογία της Προσωπικότητας. Εκδόσεις Βασιλόπουλος, Αθήνα 1980, σελ 28-32
2. Σολδάτος Κ., Λυκούρας Α. Σύγγραμμα ψυχιατρικής. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2006, σελ 65-66
3. Pedinielli J. Bertange P. Gimenez G. Pirlot G. Κλινικές δομές , νευρώσεις ψυχώσεις διαστροφές. Επιμέλεια Νίκου Παπαχριστόπουλου. Εκδόσεις Orpportuna, Πάτρα 2010, σελ 81, 146-149, 179, 313, 314
4. Marmar, C.R. Personality Disorders. In H.H. Goldman, Review of General Psychiatry, Prentice- Hall International Inc. U.S.A 1995. σελ 124-136
5. Σίμος, Γ. Γνωστική – Συμπεριφορική Θεραπεία. Ένας οδηγός για την κλινική πράξη. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 2010. σελ 118-122
6. Χριστοδούλου Γ. Ψυχιατρική. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004. σελ 78-81
7. Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2008. σελ 32-38, 58-62, 79-84
8. Πιάνος Κ. Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπισή τους. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2003. σελ 15-17
9. Heiden, L. A., Hersen, M. (2009). Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
10. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου. Ψυχική υγεία και νοσηλευτική επιστήμη σύγχρονες τάσεις. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2012

11. Μαδιανός Μ. Σχιζοφρένεια, σχιζοτυπικές και παραληρητικές διαταραχές. Κλινική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα 2004
12. Χαρτοκόλλης Π. Εισαγωγή στην Ψυχιατρική. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1991
13. Kaplan H., Sadock B., Grebb J. Ψυχιατρική – Έβδομη έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000
14. DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, U.S.A 2013. σελ 12-31
15. McWilliams N. Ψυχαναλυτική Διάγνωση. Η κατανόηση της δομής της προσωπικότητας στα πλαίσια της κλινικής διαδικασίας Εκδόσεις Ινστιτούτο Ψυχολογίας και Υγείας, Αθήνα 2012. σελ 24-26
16. Ποταμιάνος, Γ. Θεωρίες Προσωπικότητας και κλινική πρακτική. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997. σελ 11-16
17. Lawrence A. Pervin, Oliver P. John. Θεωρίες Προσωπικότητας. Έρευνα και Εφαρμογές. Εκδόσεις Τυπωθήτω- Γ. Δαρδανός, Αθήνα, 2001. σελ 34-36
18. Χριστοδούλου Ν., Κοντοζάκης Π., Οικονόμου Π. Προληπτική Ψυχιατρική. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2002. σελ 49-51
19. Παπαδημητρίου Γ., Λιάππας Ι., Λυκούρας Ε. Σύγχρονη Ψυχιατρική. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2013. σελ 26-27
20. Κούκια Ε. Ψυχιατρική νοσηλευτική, Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 2015. σελ 24-26, 29-32, 39-41
21. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Σουρτζή, Π. Κοινωνική Νοσηλευτική. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 2005. σελ 98-99, 102-106

22. Coler M, Vincent K. Ψυχιατρική Νοσηλευτική Φροντίδα, Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 2001. σελ 24-25
23. Μαδιανός Μ. Κοινωνική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2006. σελ 49-52
24. Ραγιά Α. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος, Αθήνα 2009. σελ 78-79, 96-97-101-103
25. Ευθυμίου Κ., Μαυροειδή Αθ., Παυλάτου Ε. Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000. σελ 41-43
26. The NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). Antenatal and Postnatal Mental Health. The British Psychological Society & the Royal College of Psychiatrists. London 2007. σελ 64-68
27. Coryell W, Endicott J, Maser J, Keller M, Leon AC Akiskal HS. Long-term stability of polarity distinctions in the affective disorders. Am J Psychiatry, London 1995. σελ 52-55
28. George W. Arana, M.D Steven E. Hyman, M.D., Ψυχοφαρμακολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2003. σελ 43-46
29. Geldard K., Geldard D. Η συμβουλευτική ψυχολογία στα παιδιά Θεωρία – Εφαρμογές. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2011. σελ 24-27
30. Κοκκινάκη Φλ. Κοινωνική ψυχολογία, Εισαγωγή στη μελέτη της κοινωνικής συμπεριφοράς. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα 2005. σελ 15-17, 24-26, 49-52

