

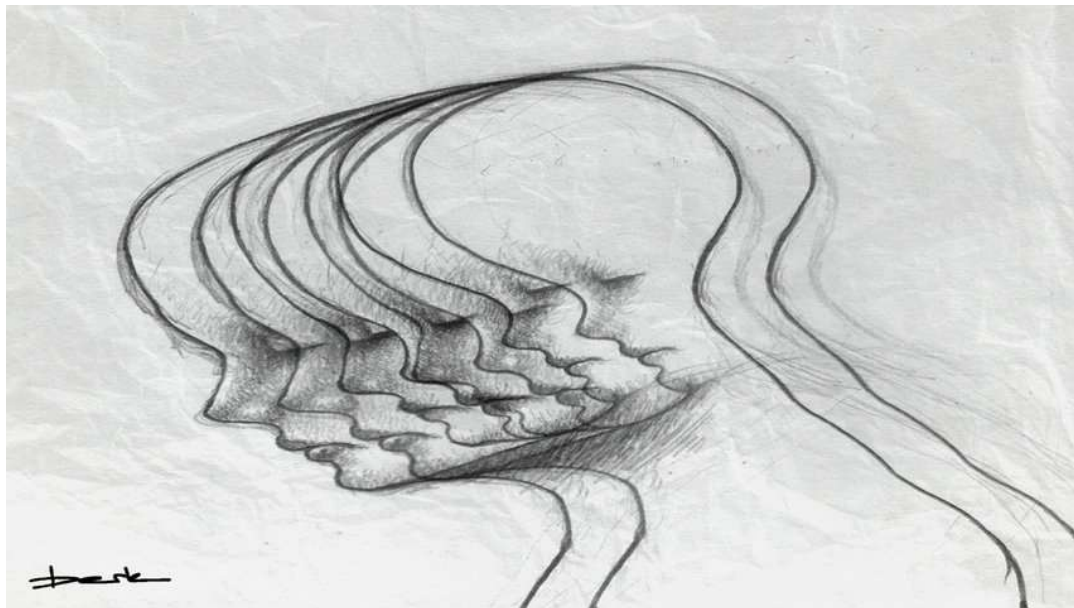


ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

“PERSONALITY DISORDERS AND NEW DATA”



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:
ΣΟΥΡΛΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ, 2020

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τη διδάσκουσα μου Σαμαρτζή Κυριακή για την καθοδήγηση και την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπό μου. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους υπόλοιπους διδάσκοντες του Τμήματος Νοσηλευτικής που αφοσιώθηκαν στο έργο τους και με βοήθησαν να εξελιχθώ.

Επέλεξα να ασχοληθώ με το συγκεκριμένο θέμα, καθώς με ενδιαφέρει ιδιαίτερα η ειδικότητα της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής. Θεωρώ πως είναι μια ειδικότητα λίγο διαφορετική και ανεξερεύνητη σε σχέση με τις υπόλοιπες, στην οποία ο νοσηλευτής πρέπει να καλλιεργήσει το αίσθημα της ενσυναίθησης προς τους ασθενείς. Τέλος, τα ζητήματα ψυχικής υγείας λόγω ελλιπούς ή λανθασμένης ενημέρωσης, αποτελούν μέχρι και σήμερα ένα ταμπού για την Ελληνική κοινωνία. Η ευθύνη για την καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής νόσου είναι τόσο ατομική όσο και κοινωνική.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Ψυχιατρική αποτελεί μια ειδικότητα της Ιατρικής που στοχεύει στην έρευνα, τη θεραπεία και την αποτροπή μιας σειράς διαταραχών που επηρεάζουν τον νου. Αυτές περιλαμβάνουν ποικιλόμορφες ανωμαλίες, οι οποίες συνδέονται άμεσα με την αντίληψη του ατόμου, τη διάνοηση, το συναίσθημα, αλλά και τον τρόπο που αντιδρά και συμπεριφέρεται σε καταστάσεις.

Συμπεριφορές οι οποίες παρεκκλίνουν από τις κοινωνικές προσδοκίες και παρουσιάζουν ακραίες και άκαμπτες αλλαγές, διαμορφώνουν μια προσωπικότητα από δύσκαμπτα χαρακτηριστικά. Τέτοιες συμπεριφορές και αλλαγές που προκαλούν σημαντική ενόχληση στην κοινωνική και επαγγελματική περιοχή της λειτουργικότητας, αποτελούν κύρια χαρακτηριστικά των Διαταραχών Προσωπικότητας.

Οι Διαταραχές Προσωπικότητας έχουν χωριστεί σε τρεις ομάδες. Αυτή η κατηγοριοποίηση γίνεται βάση κάποιων χαρακτηριστικών συμπεριφοράς. Η πρώτη ομάδα διαταραχών εμπεριέχει την Παρανοειδή, την Σχιζοειδή και την Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας. Διαταραχές που έχουν ως βασικό χαρακτηριστικό την εκκεντρικότητα. Στην δεύτερη ομάδα ανήκουν η Αντικοινωνική, η Μεταιχμιακή/Οριακή, η Οιστριονική και η Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας. Τύποι Διαταραχών που έχουν ως κύριο χαρακτηριστικό την δραματικότητα και χαρακτηρίζονται από ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις. Ενώ τέλος στην τρίτη ομάδα ανήκουν διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος αλλά και τον φόβο, άτομα που πάσχουν δηλαδή από Αποφευκτική, Εξαρτητική και Ιδεοψυχαναγκαστική -Καταναγκαστική Διαταραχή.

Σαν περίοδο έναρξης έχουν την περίοδο της εφηβείας ή της πρώιμης ενήλικης ζωής, η διάγνωση ωστόσο δίνεται μετά την ενηλικίωση και εφόσον τα συμπτώματα έχουν μια σταθερότητα στον χρόνο. Δεν υπάρχουν οριστικά αποδεδειγμένα αίτια, παρόλα αυτά ενοχοποιούνται τόσο οι γενετικοί όσο και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Όσον αφορά την θεραπεία, προτιμάται η ψυχοθεραπεία ενώ η φαρμακευτική αγωγή χορηγείται σε περιπτώσεις που υπάρχει σοβαρή συμπτωματολογία και συννοσηρότητα.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι, η ανασκόπηση των Διαταραχών Προσωπικότητας, των συμπτωμάτων, της πορείας και της θεραπείας αυτών, καθώς και της φροντίδας που πρέπει να παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό για την βελτίωση λειτουργικότητας αυτών των ασθενών.

Η **μεθοδολογία** της ανασκόπησης περιλαμβάνει, αναζήτηση βιβλιογραφίας σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar καθώς βιβλία και άλλες πλατφόρμες αναζήτησης, ενώ οι πληροφορίες συλλέχθηκαν από το έτος 2010 και μετά.

Τα **αποτελέσματα** της ανασκόπησης επιβεβαιώνουν πως ο νοσηλευτής κατέχει σημαντικό ρόλο στην ευημερία του ασθενούς, καθώς και της οικογένειας και κατ' επέκταση της κοινωνίας. Μέσω της εκπαίδευσης, της συμβουλευτικής και της ψυχολογικής υποστήριξης μπορεί να βελτιώσει τη λειτουργικότητα και τις κοινωνικές δεξιότητες του ασθενούς, αλλά και να συμβάλλει ουσιαστικά στην κοινωνική του ένταξη.

Λέξεις – Κλειδιά: Διαταραχές Προσωπικότητας, Ψυχική Υγεία, Ψυχική Νόσος, Νοσηλευτική, Ψυχοθεραπεία

ABSTRACT

Psychiatry is a specialty of Medicine that aims to research, treat, and prevent a series of disorders that affect the mind. These include a variety of abnormalities, which are directly related to one's perception, intellect, emotion, and the way he or she reacts and behaves in situations.

Behaviors that deviate from social expectations and exhibit extreme and rigid changes, shape a personality of rigid characteristics. Such behaviors and changes that cause significant discomfort in the social and occupational domain of functionality are key features of Personality Disorders.

Personality Disorders are divided into three groups. This categorization is based on some behavioral characteristics. The first group of disorders includes Paranoid, Schizoid and Schizoid Personality Disorder. Disorders that have the main characteristic of eccentricity. The second group includes Antisocial, Obstetric / Boundary, Estrionic and Narcissistic Personality Disorder. Types of disorders that are characterized by dramaticity and characterized by unstable interpersonal relationships. Finally, the third group includes anxiety-related and fear-related disorders, namely those suffering from Avoidance, Addiction, and Obsessive-Compulsive Disorder.

As an onset they have the period of adolescence or early adulthood, however, the diagnosis is given after adulthood and as long as the symptoms have a stability over time. There are no definitive proven causes, yet both genetic and environmental factors are involved. Regarding treatment, psychotherapy is preferred while medication is given in cases where there is severe symptomatology and co-morbidity.

The **purpose** of this thesis is to review the Personality Disorders, their symptoms, their course and treatment, as well as the care that the nursing staff must provide to improve the functionality of these patients.

The review **methodology** includes searching bibliographies on PubMed and Google Scholar databases as well as books and other search platforms, and the information was collected from 2010 onwards.

The **results** of the review confirm that the nurse plays an important role in the well-being of the patient as well as the family and thus society. Through education, counseling and psychological support, it can improve the functionality and social skills of the patient, as well as contribute substantially to their social integration.

Keywords: Personality Disorders, Mental Health, Mental Illness, Nursing, Psychotherapy

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	9
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	9
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	10
1.2 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	10
1.3 ΓΕΝΙΚΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ DSM-V.....	11
1.4 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ DSM-V.....	12
1.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	14
ΟΜΑΔΑ Α «ΕΚΚΕΝΤΡΙΚΕΣ» ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	14
2.1 ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	15
2.1.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	16
2.1.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	17
2.1.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	17
2.2 ΣΧΙΖΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	18
2.2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	19
2.2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	20
2.2.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	20
2.3 ΣΧΙΖΟΤΥΠΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	21
2.3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	22
2.3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	22

2.3.3	ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο		25
ΟΜΑΔΑ Β	«ΔΡΑΜΑΤΙΚΕΣ» ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	25
3.1	ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	26
3.1.1	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	26
3.1.2	ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	27
3.1.3	ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	28
3.2	ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	29
3.2.1	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	30
3.2.2	ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	30
3.2.3	ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	31
3.3	ΟΙΣΡΙΟΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	32
3.3.1	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	33
3.3.2	ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	34
3.3.3	ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	34
3.4	ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	36
3.4.1	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	36
3.4.2	ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	37
3.4.3	ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο		39
ΟΜΑΔΑ Γ	«ΑΓΧΩΔΕΙΣ» ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	39
4.1	ΑΠΟΦΕΥΚΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	40
4.1.1	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	40
4.1.2	ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	41
4.1.3	ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	41
4.2	ΕΞΑΡΤΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	42
4.2.1	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	43
4.2.2	ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	43
4.2.3	ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	44

4.3	ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ – ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	45
4.3.1	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	45
4.3.2	ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	46
4.3.3	ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	47
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°.....	48
	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	48
5.1	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	49
5.2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....	50
5.3	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	51
5.4	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	56
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°.....	58
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	58
6.1	ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	59
6.2	ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α.....	59
6.3	ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β.....	62
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	65
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	66

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας αν και δεν αποτελεί είδηση η επίσκεψη ενός ατόμου στον Ψυχίατρο ή στον Ψυχολόγο, η ύπαρξη ψυχικής ασθένειας φέρει μέχρι και σήμερα το στίγμα και διαιωνίζεται από διάφορους ανακριβείς «μύθους». Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης αποτελούν σημαντική πηγή πληροφοριών για την ψυχική ασθένεια και είναι αυτά που παραπλανούν εύκολα το κοινό και του καλλιεργούν αυτές τις αρνητικές πεποιθήσεις. Η τρέχουσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται να αναλύσει μια κατηγορία Ψυχικών Διαταραχών, τις Διαταραχές Προσωπικότητας.

Αρχικά, στο πρώτο κεφάλαιο της πτυχιακής εργασίας αναλύεται ο όρος των Διαταραχών Προσωπικότητας και τα γενικά χαρακτηριστικά των ατόμων που πάσχουν από αυτές. Αναφέρονται οι ομάδες που κατηγοριοποιούνται οι διαταραχές με βάση κάποιο βασικό χαρακτηριστικό και ο επιπολασμός αυτών, ενώ παράλληλα σημειώνεται κάποια στοιχεία σχετικά με τα διαγνωστικά κριτήρια και την θεραπεία.

Στην συνέχεια στο δεύτερο, τρίτο και τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η κάθε διαταραχή ξεχωριστά. Αναφέρονται τα χαρακτηριστικά αυτής και το προφίλ των ασθενών που πάσχουν από αυτή, τα επιδημιολογικά στοιχεία και τα αίτια που συμβάλλουν ή οδηγούν στην ανάπτυξη της ασθένειας. Ακόμα παρουσιάζονται τα διαγνωστικά κριτήρια με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V), η πορεία της κάθε διαταραχής και η θεραπεία που ακολουθείται.

Στα τελευταία δύο κεφάλαια προσδιορίζεται η σημαντικότητα του ρόλου του νοσηλευτή ψυχικής υγείας. Σημειώνονται κάποιες από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς που πάσχουν από ψυχική ασθένεια, ενώ παράλληλα αναφέρεται και ένα γενικό πλαίσιο που οφείλει να ακολουθήσει ο νοσηλευτής για την εκπαίδευση της οικογένειας του ασθενούς. Παρακάτω, καταγράφεται η ιδανικότερη προσέγγιση του ασθενή από τον νοσηλευτή ψυχικής υγείας με βάση την Διαταραχή Προσωπικότητας από την οποία πάσχει και παρουσιάζονται κάποιες παρεμβάσεις για την πρόληψη και την διαχείριση των ασθενών με αυτοκτονικό ιδεασμό. Τέλος, παρουσιάζεται ο ορισμός και τα βήματα της νοσηλευτικής διεργασίας και δυο περιστατικά που την εφαρμόζουν.

Επιπλέον, στόχος της πτυχιακής εργασίας, είναι η παρουσίαση των Διαταραχών Προσωπικότητας και κάποιων χαρακτηριστικών γνωρισμάτων τους, προκειμένου το κοινό να ενημερωθεί, να αποκτήσει μια ολιστική εικόνα και να επαναπροσδιορίσει τις εσφαλμένες του γνώσεις και απόψεις. Ταυτόχρονα, στοχεύει να ευαισθητοποιηθεί και να προβληματιστεί το κοινό και το οικογενειακό περιβάλλον, των ατόμων που πάσχουν από αυτές, έτσι ώστε να συμβάλλει στην ένταξη αυτών των ασθενών στο κοινωνικό σύνολο. Σημαντική είναι επίσης η ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την διαχείριση και την βελτίωση της ευημερίας των ασθενών που πάσχουν από Διαταραχές Προσωπικότητας και γενικότερα από κάποια ψυχική νόσο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η Διαταραχή Προσωπικότητας μπορεί να οριστεί ως ένας επίμονος και μακρόχρονος τύπος εσωτερικού βιώματος και συμπεριφοράς, που αποκλίνει σημαντικά από τις κοινωνικές προσδοκίες. Είναι διάχυτος και ανελαστικός και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την σημαντική έλλειψη λειτουργικότητας σε βασικούς τομείς της ζωής του ατόμου.¹

1.2 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η ταυτότητα του «εγώ» αποτελεί μέρος της φυσιολογικής ανάπτυξης μιας προσωπικότητας. Ξεκινάει στην βρεφική ηλικία όταν το παιδί αρχίζει να διακρίνει τον εαυτό του από την μητέρα ή τον φροντιστή του. Όμως στις Διαταραχές Προσωπικότητας η έννοια της ταυτότητας δεν είναι επαρκώς συσχετισμένη με άτομα που πάσχουν από αυτές. Η αίσθηση του εαυτού ή της ταυτότητας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο για την ύπαρξη στοχοκατευθυνόμενης συμπεριφοράς και ικανοποιητικών διαπροσωπικών σκέψεων, δύο χαρακτηριστικά που απουσιάζουν από τα πάσχοντα άτομα.³⁶

Ο διαταραγμένος *τρόπος σκέψης* είναι η πιο κοινή και βασική πτυχή των ατόμων που πάσχουν από διαταραχές προσωπικότητας και σχετίζεται άμεσα με την αδυναμία του να δημιουργήσει και να διατηρήσει υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις. Στην καθημερινή κλινική πράξη τα άτομα που πάσχουν από διαταραχή προσωπικότητας σκέπτονται και συμπεριφέρονται διαφορετικά από τον μέσο άνθρωπο. Έτσι, αυτή η απόκλιση από τον κανόνα είναι ένα κεντρικό χαρακτηριστικό σε όλες τις διαταραχές προσωπικότητας, που δυσκολεύει την προσαρμογή του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο.

Το *συναίσθημα* είναι επίσης επηρεασμένο όσον αναφορά την ένταση και την ποιότητα. Τα άτομα αυτά αισθάνονται και αντιδρούν πολύ διαφορετικά από το αναμενόμενο, αφού έχουν αμβλυμμένες ή διαταραγμένες συναισθηματικές εμπειρίες οι οποίες τείνουν συνήθως να είναι αρνητικές.²

Τα άτομα που έχουν διαγνωσθεί με διαταραχή προσωπικότητας τις περισσότερες φορές δεν αντιλαμβάνονται ότι η προσωπικότητα και η συμπεριφορά τους δεν είναι φυσιολογική ή αρεστή και κατανοητή από τους γύρω τους, θεωρούν πως είναι σωστή και έχουν δίκιο. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν επίμονα και καταληκτικά συμπτώματα και αναζητούν πολύ σπάνια την θεραπεία, καθώς θεωρούν εξωγενή τα αίτια της δυσφορίας και της

δυσλειτουργικότητας τους. Συνήθως η θεραπεία ζητείται από άτομα του οικείου περιβάλλοντος ή από κοινωνικές υπηρεσίες, λόγω ανάρμοστης συμπεριφοράς του ατόμου και δημιουργίας προβλημάτων στο γύρω περιβάλλον. Έτσι καταλήγουμε πως το άτομο τείνει να έχει περισσότερα προβλήματα στην διαβίωση, παρά κλινικά συμπτώματα.

Τέλος τα άτομα που πάσχουν από διαταραχές προσωπικότητας είναι συνηθισμένοι να νοσούν ταυτόχρονα και από άλλες ψυχικές ή σωματικές ασθένειες και σοβαρούς ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες. Συνήθως παρουσιάζουν χαμηλότερο βιοψυχικό επίπεδο και σοβαρή κοινωνική δυσλειτουργία, καθιστώντας τους έτσι δυσκολότερους ως ασθενείς στην νοσηλευτική πράξη. Εμφανίζοντας επίσης πρόωγη θνησιμότητα και αυτοκτονικές τάσεις.^{5,11}

1.3 ΓΕΝΙΚΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ DSM-V

Οι διαταραχές προσωπικότητας έχουν σαν περίοδο έναρξης την εφηβεία και τα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής, παρ' όλ' αυτά η διάγνωση μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο μετά την ενηλικίωση και όταν :

A. Τα συμπτώματα των Διαταραχών Προσωπικότητας είναι επίμονα, ακολουθούν μια σταθερότητα στο πέρασμα του χρόνου και δεν περιορίζονται σε επεισόδια ασθένειας.

B. Ο επίμονος τύπος εσωτερικού βιώματος δεν αποτελεί φυσιολογική δράση κάποιας ουσίας (π.χ. χρήση ουσιών, κάποιο φάρμακο).

Γ. Ο διαρκής αυτός τύπος δεν οφείλεται σε κάποια ιατρική κατάσταση (π.χ. τραύμα κεφαλής).

Δ. Όταν τα συμπτώματα δεν μπορούν να αποδοθούν ως επακόλουθο κάποιας άλλης ψυχικής ασθένειας. (π.χ. σχιζοφρένεια)

Ε. Όταν τα συμπτώματα επηρεάζουν την επικοινωνία του ατόμου σε προσωπικό, κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο.

ΣΤ. Τέλος, όταν τα συμπτώματα οδηγούν σε εξασθένηση ή δυσφορία του ατόμου, λειτουργική βλάβη στην καθημερινή ζωή του και ταυτόχρονα επηρεάζουν και δύο ή περισσότερους από τους παρακάτω τομείς :

- Τις συμπεριφορικές εκδηλώσεις (π.χ. έλεγχος των παρορμήσεων)
- Την συναισθηματική εκδήλωση (δηλαδή το εύρος, την ένταση, την ευ μεταβλητότητα και την καταλληλότητα της συναισθηματικής απόκρισης)

- Την γνωστική λειτουργία (π.χ. τρόπος αντίληψης του εαυτού του αλλά και των γύρω του.
- Τις διαπροσωπικές σχέσεις.^{3,47}

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ DSM-V

Οι διαταραχές προσωπικότητας κατηγοριοποιούνται σε τρεις ομάδες, με κάθε ομάδα να περιλαμβάνει φαινομενολογικά παρόμοιες διαταραχές ή διαταραχές προσωπικότητας των οποίων τα κριτήρια συμπίπτουν.

Ομάδα Α: *«Εκκεντρικές διαταραχές»*, δηλαδή διαταραχές που χαρακτηρίζονται από ένα εκτεταμένο πρότυπο διαταραχών της σκέψης (π.χ. καχυποψία), της έκφρασης (π.χ. αυτοπροβολή) και της αλληλεπίδρασης με τους γύρω (π.χ. αποστασιοποίηση, μοναχικές δραστηριότητες). Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι εξής Διαταραχές Προσωπικότητας :

- Παρανοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας
- Σχιζοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας
- Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας

Ομάδα Β: *«Δραματικές Διαταραχές»*, που χαρακτηρίζονται από παραβατικές, παρορμητικές και υπερβολικές εκφράσεις συναισθημάτων, αισθήματα μεγαλείου, θεατρικότητα αλλά και συναισθηματικές εκτονώσεις, όπως εκρήξεις θυμού και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν:

- Αντικοινωνική Διαταραχή
- Μεταιχμιακή/Οριακή Διαταραχή
- Οιστριονική Διαταραχή
- Ναρκισσιστική Διαταραχή

Ομάδα Γ: *«Αγχώδεις Διαταραχές»*, δηλαδή Διαταραχές Προσωπικότητας που έχουν ως κύριο γνώρισμα τον παθολογικό φόβο στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου (π.χ. αδυναμία αποχωρισμού, άσκηση ελέγχου). Οι Διαταραχές που ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία είναι:

- Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας
- Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας

- Ιδεοψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας

Τέλος, προς τις 10 κατηγορίες Διαταραχών Προσωπικότητας που περιγράφονται από το DSM-V, υπάρχει μια υπολειπόμενη κατηγορία για ασθενείς με μικτά ή ακανόνιστα χαρακτηριστικά, που δεν μπορούν να συμπεριληφθούν σε κάποια από τις προαναφερόμενες κατηγορίες.⁴

Ο επιπολασμός για οποιαδήποτε Διαταραχή Προσωπικότητας ανέρχεται στο 6,1% του γενικού πληθυσμού. Αναλυτικότερα, για την πρώτη ομάδα διαταραχών ο επιπολασμός ανέρχεται στο 3,6% για την δεύτερη ομάδα στο 1,5% ενώ για την τρίτη 2,7% . Επιπλέον έχουν παρατηρηθεί υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού στις χώρες υψηλού εισοδήματος σε σύγκριση με χώρες χαμηλού ή μεσαίου εισοδήματος. Τέλος, να σημειωθεί ότι κάποιες από τις Διαταραχές Προσωπικότητας επηρεάζουν περισσότερο το γυναικείο φύλλο από το ανδρικό αλλά και το αντίστροφο.¹

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας μπορεί να διακριθεί στις εξής παρεμβάσεις :

- Φαρμακολογικές παρεμβάσεις
- Ψυχολογικές παρεμβάσεις

Η πιο αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση θεωρείται κυρίως η ψυχοθεραπευτική. Σύμφωνα με τις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει σημειωθεί, σε στατιστικό επίπεδο, καλύτερη έκβαση της νόσου σε σχέση με την φυσική πορεία της και τις αυτόματες βελτιώσεις. Βέβαια με εξαίρεση κάποιες διαταραχές που δεν έχουν καλή πρόγνωση όπως για παράδειγμα την Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας. Σε ασθενείς με ήπιας ή μέτριας βαρύτητας ψυχοπαθολογία συνιστάται ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία.³⁷

Η Ψυχοθεραπεία που μπορεί να ακολουθήσουν οι ασθενείς που πάσχουν από Διαταραχές Προσωπικότητας είναι τόσο η ομαδική όσο και η ατομική. Αυτό εξαρτάται από την κατάσταση του ασθενούς, την διαταραχή και το επίπεδο της λειτουργικότητας του. Υπάρχουν περιστατικά στα οποία ενδείκνυται η χρήση αμφοτέρων. Σημειώνεται πως η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε περιπτώσεις που ο ασθενείς χρειάζεται να ενισχύσει την αυτογνωσία του και να μάθει να διαχειρίζεται τα προβλήματα της καθημερινής ζωής.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΟΜΑΔΑ Α – «ΕΚΚΕΝΤΡΙΚΕΣ» ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

2.1 ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Είναι μια διαταραχή προσωπικότητας που διακρίνεται από ένα μοντέλο ύποπτων, αδιάκριτων και θρυμματισμένων χαρακτηριστικών. Πιο συγκεκριμένα η συμπεριφορά του ατόμου χαρακτηρίζεται από καχύποπτες σκέψεις, έλλειψη εμπιστοσύνης και μυστικοπάθειας προς το περιβάλλον του. Χαρακτηριστικά συμπεριφοράς που το άτομο μπορεί να εκδηλώσει μέσω εχθρικού, φανατικού και επεκτατικού τρόπου, οδηγώντας έτσι στην κοινωνική του απόσυρση.⁷

Όπως προαναφέρθηκε εκτός από τις παραπάνω εκδηλώσεις συμπεριφοράς ακολουθούν και κάποιες κοινωνικό-πολιτισμικές συμπεριφορές. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι το άτομο επιλέγει να διατηρεί μια απόμακρη και ψυχρή στάση προς τον περίγυρο του, προκειμένου να αποφευχθεί η κάθε οικειότητα με αυτόν. Ενώ παράλληλα άτομα που πάσχουν από παρανοειδή διαταραχή προσωπικότητας αμφιβάλλουν και αμφισβητούν την αξιοπιστία της οικογένειας αλλά και των φίλων τους, θεωρώντας πως αυτοί είναι ικανοί να τους βλάψουν ή να τους εκμεταλλευτούν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να διατηρεί μια επικριτική στάση προς το περιβάλλον του και να αναζητά ύποπτα και απειλητικά μηνύματα στα σχόλια και στις πράξεις των άλλων. Πολλές φορές ο φόβος, η δειλία και η ασάφεια που τους διακατέχει μπορεί να τους οδηγήσει και σε ενδεχόμενη παθολογική ζήλια για κάποιο άλλο άτομο, όπως για παράδειγμα για τον σύντροφο τους, χωρίς όμως κάποια συγκεκριμένη και εμπειριστατωμένη αιτιολόγηση.⁵

Η εκδήλωση των παραπάνω συμπεριφορών πολλές φορές συνοδεύονται από επιθετική συμπεριφορά, ανταγωνιστικότητα και έντονη μνησικακία, ενώ άλλες φορές το άτομο αποφεύγει να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα του λόγω υπερβολικής αυτονομίας και ανάγκης για εξουσία που τον διακατέχει. Παρόλα αυτά το άτομο που πάσχει από παρανοειδή διαταραχή προσωπικότητας δεν είναι σπάνιο να παρουσιάσει υπερευαίσθησία. Αυτή η υπερευαίσθησία οδηγεί το άτομο να αντιδρά άμεσα στα γεγονότα και τις καταστάσεις με τις οποίες δεν συμφωνεί καθιστώντας το έτσι αδύναμο να παραμείνει ψύχραιμο, υπομονετικό και να πραγματοποιήσει διάλογο με διπλωματία και επιχειρήματα.¹²

Η πορεία της διαταραχής είναι χρόνια και είναι πιθανόν να συνυπάρχει με άλλες διαταραχές προσωπικότητας όπως η Οριακή, η Σχιζοειδής και η Αποφευκτική Διαταραχή αλλά και με Διαταραχές του Συναισθήματος. Ενώ από κλινική άποψη, η διαταραχή συνδέεται στενά με τη Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας και τη Σχιζοφρένεια. Όλα τα παραπάνω την

καθιστούν δυσκολότερη στη διαχείριση της και αυτή η συννοσηρότητα μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς τη θεραπεία και την πρόγνωση των άλλων διαταραχών.^{12,13,14}

2.1.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Όπως έχει παρατηρηθεί η συγκεκριμένη διαταραχή προσωπικότητας εμφανίζεται συχνότερα στο ανδρικό φύλλο. Όσον αφορά τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της παρανοειδής διαταραχής προσωπικότητας δείχνουν να έχει επικράτηση 2,4% στο γενικό πληθυσμό.¹⁶

Θεωρείται μια από τις πιο συχνές διαταραχές προσωπικότητας και μέσα από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει παρατηρηθεί επίσης ότι:

- Από 10 έως 30% είναι το ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής ανάμεσα σε όσους ψυχιατρικά ασθενείς νοσηλεύονται σε κάποια κλινική και παρακολουθούνται από επαγγελματίες υγείας.
- Από 2 έως 10% είναι το ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής ανάμεσα σε ασθενείς που δεν νοσηλεύονται σε κάποια κλινική αλλά ακολουθούν κάποιου είδους θεραπεία.
- Επίσης ο επιπολασμός είναι υψηλότερος στα μέλη των μειονοτήτων, τους μετανάστες και τους κωφούς.

Όσον αφορά την αιτιοπαθογένεια της συγκεκριμένης διαταραχής είναι πολυπαραγοντική. Ενοχοποιούνται τόσο περιβαλλοντικοί όσο και βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες. Με τους γενετικούς παράγοντες να έχουν σημαντικό ρόλο, καθώς γενετικά υπάρχουν αποδείξεις για αυξημένη συχνότητα παρανοειδούς διαταραχής προσωπικότητας σε συγγενείς ατόμων που πάσχουν από Σχιζοφρένεια ή Παραληρητικές Διαταραχές.¹⁵

Καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η παιδική ηλικία, οι πρώιμες εμπειρίες ζωής και πώς το άτομο βίωσε αυτές. Για παράδειγμα, η ύπαρξη συναισθηματικού τραύματος πιστεύεται ότι προκαλεί δυσκολία ανάπτυξης εμπιστοσύνης και οικειότητας του ατόμου με το γύρω περιβάλλον του. Επίσης η ύπαρξη περισιγμένης συναισθηματικότητας στην οικογένεια, αλλά και η άσκηση βίας ή η εξωτερίκευση οργής των γονέων προς το παιδί φαίνεται να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της διαταραχής.¹⁷

Δυστυχώς, λίγες είναι οι νευροβιολογικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί αποκλειστικά για την παρανοειδή διαταραχή προσωπικότητας. Τα περισσότερα ευρήματα αφορούν κυρίως την τη παράνοια και προέρχονται από συμμετέχοντες με διαταραχές φάσματος

Σχιζοφρένειας, οι οποίες περιλαμβάνουν την Σχιζοτυπική ή την Σχιζοειδή Διαταραχή της Προσωπικότητας.¹⁶

2.1.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας για να διαγνωστεί ένα άτομο ότι πάσχει από Παρανοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας θα πρέπει να εμφανίζει τουλάχιστον τέσσερα από τα ακόλουθα κριτήρια :

- Το άτομο εκδηλώνει καχυποψία προς τους γύρω του, τους θεωρεί "εχθρούς" και πιστεύει πως θέλουν να τον βλάψουν και να τον εκμεταλλευτούν. Οι ισχυρισμοί αυτοί δεν βασίζονται στην πραγματικότητα και δεν ακολουθούν κάποιον λογικό ειρμό.
- Δυσκολεύονται να μοιραστούν σκέψεις και να εκμυστηρευτούν προσωπικά τους θέματα, λόγω φόβου ότι μελλοντικά αυτές οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν εναντίον τους.
- Αναζητάει απειλητικά και κακόβουλα μηνύματα στα λόγια και τις παρατηρήσεις των άλλων.
- Ασχολείται επίμονα με αδικαιολόγητες αμφιβολίες όσα αναφορά την αξιοπιστία φίλων και συνεργατών.
- Ενώ επίσης, αμφισβητούν και περί πίστης του/της συντρόφου τους , πραγματοποιώντας σκηνές ζηλοτυπίας.
- Αντιδρούν επιθετικά και φανατικά σε καταστάσεις και κινήσεις που εκλαμβάνουν ως προσβολή.
- Δείχνουν έντονη μνησικακία και δεν συγχωρούν σχόλια και συμπεριφορές που τους πρόσβαλλαν και τους πλήγωσαν.¹⁷

2.1.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Με βάση τα υπάρχοντα στοιχεία οι ασθενείς που πάσχουν από παρανοειδή διαταραχή προσωπικότητας εμφανίζουν τα παραπάνω χαρακτηριστικά προοδευτικά στα πρώτα χρόνια

της ενήλικης ζωής τους και τα εξωτερικεύουν σε μια ποικιλία πλαισίων. Σε ορισμένους ασθενείς η διαταραχή είναι ισόβια ενώ σε κάποιους άλλους προμηνύει Σχιζοφρένεια.

Στην συγκεκριμένη διαταραχή προσωπικότητας τα φάρμακα είναι σημαντικά για την καταπολέμηση του άγχους και της διέγερσης. Υπάρχουν φορές που αγχολυτικοί παράγοντες όπως η διαζεπάμη ή η κλοναζεπάμη είναι αρκετοί, σε άλλες περιπτώσεις όμως χρήζει η χορήγηση αντιψυχωτικού, όπως η ολανζαπίνη ή η αλοπεριδόλη σε μικρές δόσεις και για σύντομη χρονική περίοδο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αντιμετώπιση της διέγερσης και των παραληρητικών σκέψεων. Επίσης έχει διαπιστωθεί ότι σε κάποιους ασθενείς το αντιψυχωτικό φάρμακο πιμοζίδη αντιμετωπίζει με επιτυχία τον παρανοειδή ιδεασμό.

Πλην της φαρμακευτικής αγωγής μέγιστη θεωρείται και η αντιμετώπιση των διαταραχών προσωπικότητας μέσω της ψυχοθεραπείας. Σε ότι αφορά την ψυχοθεραπεία είναι η θεραπεία εκλογής. Οι θεραπευτές θα πρέπει να θυμούνται ότι οι ασθενείς που πάσχουν από Παρανοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας δεν μπορούν να εμπιστευτούν εύκολα και η ανοχή της συμβίωσης είναι δύσκολη για αυτούς, για αυτό το λόγο θα πρέπει να είναι ευθείες. Ο τύπος ψυχοθεραπείας που μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά στα άτομα αυτά είναι η ατομική ψυχοθεραπεία, υποστηρικτικού τύπου. Η διαδικασία της θεραπείας θα πρέπει να είναι αργή και σταθερή με τον θεραπευτή να διατηρεί μια ουδέτερη στάση, ειδικά σε περιπτώσεις που ο ασθενής δεν έχει αναζητήσει μόνος της την θεραπεία.

Η ομαδική θεραπεία στους ασθενείς που πάσχουν από την συγκεκριμένη διαταραχή δεν αποτελεί μέθοδο επιλογής. Όμως αναδεικνύεται σε κάποιες περιπτώσεις, έτσι ώστε να μειωθεί η καχυποψία και η επιφυλακτικότητα του ατόμου, άλλα και να βελτιωθούν οι κοινωνικές του δεξιότητες.¹⁸

2.2 ΣΧΙΖΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) ορίζεται ως Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας ένα διαδομένο πρότυπο απόσχισης από τις κοινωνικές σχέσεις και ένα περιορισμένο εύρος εκφράσεων των συναισθημάτων σε διαπροσωπικό πλαίσιο. Το κυριότερο χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης διαταραχής είναι η βαθιά μοναξιά που διακατέχει τα άτομα που πάσχουν από αυτή. Παρουσιάζουν ένα έντονο έλλειμμα ως αναφορά την ανάπτυξη προσωπικών σχέσεων και επιδιώκουν να απασχολούνται

με μοναχικές δραστηριότητες. Επίσης σημαντικό έλλειμμα τις Σχιζοειδείς Διαταραχής είναι η εγγενής ανικανότητα του ατόμου να βιώσει τις ευχάριστες πτυχές της ζωής. Ενώ συχνά η συμπεριφορά τους μπορεί να χαρακτηριστεί και ως εκκεντρική.²³

Τέλος, πολλές είναι οι φορές που παρουσιάζει κοινά χαρακτηριστικά με άλλες διαταραχές προσωπικότητας. Πιο συγκεκριμένα, χαρακτηριστικά γνώρισμα όπως η έλλειψη συμπάθειας και η απόσυρση, που συναντάτε στην Нарκисσιστική και τη Αντικοινωνική συμπεριφορά.¹⁹

2.2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Σύμφωνα με τις επιδημιολογικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί εκτιμάται πως η Σχιζοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας εμφανίζεται σε λιγότερο από 1% του γενικού πληθυσμού. Η επίπτωση δείχνει να είναι μεγαλύτερη στο ανδρικό φύλο, με πιθανή αναλογία ανδρών προς γυναικών σε 2:1. Επιπροσθέτως, η επίπτωση είναι αυξημένη σε άτομο που έχουν οικογενειακό ιστορικό Σχιζοφρένειας και Σχιζότυπης Διαταραχής προσωπικότητας. Πιο συγκεκριμένα ο επιπολασμός της διαταραχής κυμαίνεται από 0,5 έως 7% στο γενικό πληθυσμό, με το 14% αυτών είναι άστεγοι.²²

Οι αιτιολογικοί παράγοντες δεν έχουν διευκρινιστεί πλήρως, πιθανοί είναι τόσο οι γενετικοί ή οι νευρολογικοί όσο και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, κανένας όμως από αυτούς δεν αποτελεί πρωτογενή. Αναλυτικότερα ως αναφορά τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, μια παιδική ηλικία από την οποία απουσίαζε η στοργή, η συναισθηματική ασφάλεια και η ουσιαστική επικοινωνία μπορεί να αναπτύξει την διαταραχή. Γονείς και φροντιστές που παραμελούσαν το παιδί αλλά και που παρουσίαζαν υπερδιέγερση, αποτελούν κάποιες από τις αιτίες.^{20,24}

Για παράδειγμα η μητέρα ενός ατόμου που πάσχει από Σχιζοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας θα μπορούσε να έχει το προφίλ μιας γυναίκας που είναι ψυχρή και δυσκολεύεται να δείξει αυθόρμητα την αγάπη της. Μπορεί να στερείται ζεστασιάς ακόμα και αν στην επιφάνεια δείχνει να είναι ζεστή. Συνήθως είναι ένα άτομο συναισθηματικά ανώριμο που δείχνει να τον απασχολούν τα δικά το ζητήματα. Όλα τα παραπάνω αποτελούν και ένα βασικό αίτιο για το ότι τα άτομα που πάσχουν από την συγκεκριμένη διαταραχή δυσκολεύεται να δώσουν και να δεχτούν αγάπη. Η στάση αυτή αποτελεί έναν αμυντικό

μηχανισμό που έχει αναπτύξει το άτομο και αντιστακτά στην σχέση του παιδιού με τον γονέα.²⁶

2.2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) για να διαγνωστεί ένα άτομο ότι πάσχει από Σχιζοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας θα πρέπει να εμφανίζει τέσσερα ή περισσότερα από τα ακόλουθα κριτήρια:

- Το άτομο δεν επιδιώκει και δεν επιθυμεί στενές σχέσεις με τους γύρω του, συμπεριλαμβανομένης και της οικογένειάς του.
- Προτιμάει να καταπιάνεται με μοναχικές δραστηριότητες. Ακόμα και στον εργασιακό τομέα θα προτιμήσει κάποιο επάγγελμα που δεν θα απαιτεί συχνές διαπροσωπικές επαφές.
- Το άτομο δεν παρουσιάζει επιθυμία για σεξουαλικές εμπειρίες με κάποιο άλλο άτομο, και αν παρουσιάζει είναι ελάχιστη.
- Οι δραστηριότητες που τον ευχαριστούν είναι ελάχιστες έως και καμία.
- Δεν έχει στενούς φίλους ή άτομα εμπιστοσύνης, πέρα από τους συγγενείς πρώτου βαθμού.
- Το άτομο παρουσιάζει συναισθηματική επιπέδωση και ψυχρότητα
- Δείχνει αδιαφορία τόσο στον έπαινο όσο και στη κριτική των άλλων.²²

2.2.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η συμπτωματολογία αυτής της διαταραχής αρχίζει στην πρώιμη παιδική ηλικία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Οι ασθενείς που πάσχουν από αυτήν ως παιδιά έχουν μια περιορισμένη αλληλεπίδραση με τους γύρω τους. Προτιμάνε να παίζουν μόνοι τους, να απομονώνονται και λόγω περιορισμένων χειρονομιών και οπτικής επαφής να δυσκολεύονται στην επικοινωνία. Αργότερα ως ενήλικοι, έχουν ελάχιστους ή και καθόλου φίλους και αποφεύγουν επαγγέλματα που θα τους αναγκάσουν να έχουν συχνή κοινωνική επαφή.

Σε ασθενείς που έχουν διαγνωστεί από την διαταραχή έχει προταθεί πως η υπερδιέγερση ή υποδιέγερση που τους χαρακτηρίζει μπορεί να οδηγήσει σε συνυπάρχουσα διαταραχή όπως μια Διαταραχή Άγχους. Επίσης έχει σημειωθεί ότι η διαταραχή είναι φαινομενολογικά παρόμοια με τις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος, ιδιαίτερα τη διαταραχή του Asperger.²⁷

Όσον αναφορά την ψυχοθεραπεία είναι σημαντικό ο θεραπευτής να αναπτύξει εξ αρχής μια στέρεη θεραπευτική σχέση με τον ασθενή που πάσχει από Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας. Το άτομο θα παρουσιάσει αντίσταση, θα διατηρήσει μια απόμακρη και πολλές φορές παθητική στάση, αφού δυσκολεύεται να εκφραστεί και να αναπτύξει συναισθηματική επαφή.²⁵

Ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι προσεκτικός, να προσεγγίσει τον ασθενή με απόλυτα επαγγελματικό τρόπο και κατά το αρχικό στάδιο της θεραπείας να αποφεύγει κάθε είδους αντιπαράθεση με τον αυτόν. Κάποιοι ασθενείς με περισσότερη ανοχή ίσως να είναι σε θέση να δεχτούν κάποια αντιπαράθεση, όμως μόνο όταν η θεραπεία έχει εξελιχθεί και έχει δημιουργηθεί μια σταθερή σχέση ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο.

Σε ότι αφορά την φαρμακοθεραπεία τα αντιψυχωτικά ή τα αγχολυτικά φάρμακα μπορεί να είναι αποτελεσματικά, όμως σε κάποιες περιπτώσεις και για να στοχεύσουν στην καταπολέμηση συγκεκριμένων συμπτωμάτων της ασθένειας.²⁶

2.3 ΣΧΙΖΟΤΥΠΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από κοινωνικά και διαπροσωπικά ελλείματα. Το άτομο τείνει να παρουσιάζει εκκεντρικότητα τόσο στον τρόπο που συμπεριφέρεται και μιλάει όσο και στον τρόπο που σκέφτεται. Αυτά τα ελλείματα συχνά συνοδεύονται από ασυνήθιστες αντιληπτές εμπειρίες (ψευδαισθήσεις) και γνωστικές στρεβλώσεις (ιδέες αναφοράς, περίεργες πεποιθήσεις ή μαγική σκέψη). Τα παραπάνω χαρακτηριστικά είναι παρόμοια με αυτά της Σχιζοφρένειας, όμως πιο ήπια και λιγότερο σοβαρά. Επιπροσθέτως, τα άτομα που πάσχουν από Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας φαίνονται λιγότερο ευάλωτα στην ψύχωση.²⁸

Είναι μια διαταραχή που αντιπροσωπεύει ένα πρότυπο παράδοξης συμπεριφοράς, η οποία έχει συνδεθεί τόσο με τις διαταραχές της προσωπικότητας όσο και με τις διαταραχές του

φάσματος της Σχιζοφρένειας. Επίσης, χαρακτηριστικά της σχιζοτύπου προσωπικότητας έχουν συσχετιστεί με αυτιστικά και ιδεοψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά, συμπτώματα κατάθλιψης και συμπτώματα άγχους . Παρ' όλα αυτά, μέχρι σήμερα, έχει διατεθεί ελάχιστη προσπάθεια για την ανάπτυξη προσεγγίσεων ψυχοκοινωνικής θεραπείας για την αντιμετώπισή της.^{29,34}

2.3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ο επιπολασμός της συγκεκριμένης διαταραχής ανέρχεται στο 3% του γενικού πληθυσμού, με ελαφρώς υψηλότερα ποσοστά στο ανδρικό φύλο. Έχει περιγράψει επίσης ότι κυμαίνεται από 0,6% έως 4,6%.^{31,35}

Σχετικά με την αιτιολογία έρευνες έχουν δείξει ότι η Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας καθορίζεται τόσο από γενετικούς όσο και από μοναδικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες (δηλαδή παράγοντες που δεν μοιράζονται μεταξύ όλων των αδελφών). Πιο αναλυτικά διάφορες μορφές ψυχολογικού τραύματος και χρόνιας καταπόνησης έχουν συσχετιστεί με την συγκεκριμένη διαταραχή. Ωστόσο, η επίδραση του τραύματος στην ανάπτυξη σχιζοτυπικών συμπτωμάτων φαίνεται να εξαρτάται κυρίως από το γενετικό υπόβαθρο. Για παράδειγμα, το αυτοαναφερόμενο τραύμα συσχετίστηκε με σχιζοτυπικό σύμπτωμα.³³

Τέλος, παρόμοια με τα ευρήματα της Σχιζοφρένειας έχουν βρεθεί και για την Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας. Προγεννητικές προσβολές, όπως η έκθεση στην γρίπη κατά τη διάρκεια του 6ου μήνα της κύησης (συγκεκριμένα την εβδομάδα 23), έχουν συσχετιστεί με υψηλότερα ποσοστά σχιζοτυπικών χαρακτηριστικών σε έναν ενήλικο αρσενικό πληθυσμό.³²

2.3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) για να διαγνωστεί ένα άτομο ότι πάσχει από Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας θα πρέπει να εμφανίζει πέντε ή περισσότερα από τα ακόλουθα κριτήρια:

- Παρουσιάζει ιδέες αναφοράς (εξαιρουμένων των παραληρητικών ιδεών αναφοράς). Ιδέες δηλαδή που δίνουν την αίσθηση στο άτομο ότι αποτελεί το επίκεντρο των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων που αποκτούν ιδιαίτερη σημασία.
- Το άτομο έχει περίεργο τρόπο σκέψεις και πεποιθήσεις που δεν συμβαδίζουν με τα πρότυπα της πολιτισμικής υποομάδας που ανήκει. (π.χ. πίστη σε μαντική ικανότητα, στην τηλεπάθεια)
- Επικοινωνεί με ασαφή και παράδοξο λόγο χρησιμοποιώντας μεταφορικό, υπερβολικά διεξοδικό ή στερεοτυπικό τρόπο
- Έλλειψη στενών ή έμπιστων φίλων εκτός των συγγενών του πρώτου βαθμού
- Παρουσιάζει παρανοειδή ιδεασμό ή καχυποψία
- Εκκεντρική, αλλόκοτη ή παράδοξη εμφάνιση και συμπεριφορά
- Ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες συμπεριλαμβανομένων και των σωματικών παραισθήσεων
- Απρόσφορο ή περισφιγμένο συναίσθημα
- Υπερβολικό κοινωνικό άγχος που δεν ελαττώνεται με την οικειότητα και τείνει να συνδέεται με παρανοειδείς φόβους παρά με αρνητική εκτίμηση για τον εαυτό του.³⁰

2.3.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας δείχνει σταθερότητα στην πάροδο του χρόνου και τα συμπτώματα δεν δείχνουν να υποχωρούν. Το πιο πιθανό είναι ότι άτομο ως παιδί ήταν ιδιαίτερα απομονωμένο και ξεχώριζε από το γενικό σύνολο. Κοινές καταγγελίες ασθενών δείχνουν ότι το άτομο που πάσχουν από την διαταραχή σταδιακά εμφάνιζαν χαρακτηριστικά που σχετίζονται με προβλήματα προσοχής, γνωστικής λειτουργίας, κοινωνικό άγχος και δυσκολία «σύνδεσης» με άλλους.

Η συννόσηση με διαταραχές διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές συνδεόμενες με την χρήση ουσιών είναι συχνή. Για το λόγο αυτό θέλει προσοχή διότι η εστίαση στη διαταραχή μπορεί να επιδεινώσει τη θεραπεία άλλων κλινικών συνδρόμων που μπορεί να είναι η κύρια περιοχή εστίασης.

Η φαρμακοθεραπεία μπορεί να διαδραματίσει πρωταρχικό ή συμπληρωματικό ρόλο στη θεραπεία ασθενών με Σχιζότυπη Διαταραχή προσωπικότητας ή σχιζοτυπικά χαρακτηριστικά.

Τα αντιψυχωτικά πρέπει να χρησιμοποιούνται με σύνεση στους ασθενείς, ειδικά επειδή αυτά τα συμπτώματα δεν είναι αναγκαστικά τα πιο ενοχλητικά για τους ασθενείς, ούτε είναι αναγκαστικά τα πιο προβληματικά. Τα αντιψυχωτικά διαδραματίζουν σίγουρα σημαντικό ρόλο όταν οι ασθενείς αναπτύσσουν σύντομα ψυχωτικά επεισόδια, σε περιόδους αυξημένου ψυχοκοινωνικού στρες.³²

Σχετικά με την ψυχοθεραπεία σε αυτούς τους ασθενείς φαίνεται να είναι αποτελεσματικές θεραπείες εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες, και όχι η συμμετοχή αυτών σε ομαδικές θεραπείες.³⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΟΜΑΔΑ Β – «ΔΡΑΜΑΤΙΚΕΣ» ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

3.1 ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από μια σταθερή δομή συμπεριφοράς εκμετάλλευσης, παρόρμησης και έλλειψης υπευθυνότητας, αλλά και περιφρόνηση για τους κοινωνικούς θεσμούς η οποία δεν συνοδεύεται από τύψεις. Τα άτομα πάσχουν από την διαταραχή δίνουν την αρχική εντύπωση ότι είναι εξωστρεφής χαρακτήρες, γοητευτικοί και με κοινωνικές δεξιότητες. Ωστόσο, η πραγματική εικόνα του ατόμου είναι αυτή ενός εγωιστικού και σκληρού χαρακτήρα που συνηθίζει να εκμεταλλεύεται τους γύρω του προς όφελος του.

Είναι ένα άτομο που δεν σέβεται τους κοινωνικούς κανόνες και τις ηθικές αξίες, που προβαίνει σε παραβατικές συμπεριφορές έχοντας ελάχιστες ή και καθόλου τύψεις. Επίσης, το άτομο δεν διαθέτει το αίσθημα της ευθύνης, αντιδράει παρορμητικά και συνηθίζει να εμπλέκεται σε διαπληκτισμούς και συγκρούσεις. Αυτά τα άτομα ακόμα και να τιμωρηθούν βαριά δεν δείχνουν μεταμέλεια και συμμόρφωση.⁵⁶

Στο εργασιακό τους περιβάλλον επίσης συνηθίζουν να δημιουργούν εντάσεις, ενώ δεν μπορούν συνήθως να κρατήσουν την δουλειά τους λόγω ανευθυνότητας και αδυναμίας ανταπόκρισης στις υποχρεώσεις. Είναι επιρρεπής στο αλκοόλ και τις ουσίες και ως σύζυγοι είναι ασταθείς. Η συναισθηματική ή η σωματική κακοποίηση του/της συντρόφου είναι συχνή, όπως και συχνά είναι τα διαζύγια και οι διαστάσεις.⁵⁷

3.1.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Όπως έχει καταγραφεί το ποσοστό επιπολασμού κυμαίνεται μεταξύ 2 με 4% στους άνδρες, και από 0,5 έως 1% στις γυναίκες. Ενώ τα ποσοστά στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και τα σωφρονιστικά ιδρύματα είναι ακόμα υψηλότερα. Επίσης ηλικιακή ομάδα 25-44 ετών φαίνεται να παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά όσον αναφορά την συγκεκριμένη διαταραχή.⁵⁸

Σχετικά με τα αίτια της διαταραχής, όπως φαίνεται εμπλέκονται πολλοί παράγοντες και πιο συγκεκριμένα είναι ένας συνδυασμός βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων. Αναλυτικότερα, τα προβλήματα συμπεριφοράς, η σκληρότητα και η αναζήτηση ερεθισμάτων είναι αντικοινωνικά χαρακτηριστικά που έχουν σημαντική κληρονομικότητα. Επίσης

οικογενειακό ιστορικό με ύπαρξη Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας αυξάνει τις πιθανότητες κληρονομικότητας σε συγγενείς πρώτου βαθμού.

Σαφές είναι όμως ότι η πρώιμη οικογενειακή ζωή είναι αυτή που διαδραματίζει έναν από τους πιο σημαντικούς ρόλους. Για παράδειγμα ένας ασυνεπής ή καταχρηστικός γονέας , που απουσιάζει ή παραμελεί το παιδί , που το κακοποιεί ή ακόμα και το εγκαταλείπει συμβάλλει στην ανάπτυξη της διαταραχής. Το παιδί που δεν μπορεί να διαχειριστεί τον θυμό που τον κατακλύζει δείχνει την ανάγκη του για εκδίκηση, και τείνει να στρέφει αυτή την εκδίκηση απέναντι στην κοινωνία.²⁰

3.1.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) για να διαγνωστεί ένα άτομο ότι πάσχει από Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας θα πρέπει από την ηλικία των 15 να εμφανίζει τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα κριτήρια:

- Αδυναμία συμμόρφωσης με τα κοινωνικά πρότυπα όσον αφορά τις νόμιμες συμπεριφορές, όπως φαίνεται από επαναλαμβανόμενες πράξεις που αποτελούν αιτίες σύλληψης
- Εξαπάτηση, όπως υποδεικνύεται από επανειλημμένα ψέματα, τη χρήση ψευδώνυμων ή την εξαπάτηση άλλων ατόμων για προσωπικό κέρδος ή ευχαρίστηση
- Παρορμητικότητα ή αδυναμία προγραμματισμού σχεδίων από πριν
- Ευερεθιστότητα και επιθετικότητα, όπως φαίνεται από επαναλαμβανόμενες διαμάχες και επιθέσεις.
- Απερίσκεπτη αδιαφορία για την ασφάλεια του εαυτού ή των άλλων
- Συνεπής ανευθυνότητα, όπως υποδεικνύεται από την επανειλημμένη αδυναμία διατήρησης συνεπούς συμπεριφοράς στην εργασία ή την τήρηση των οικονομικών υποχρεώσεων του
- Έλλειψη τύψεων, όπως φαίνεται από το ότι το άτομο είναι αδιάφορο ή εκλογικεύει το ότι πλήγωσε, κακομεταχειρίστηκε ή έκλεψε από κάποιον άλλον⁶⁰

3.1.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η διαταραχή αρχίζει να εμφανίζεται νωρίς στα πρώτα χρόνια της ζωής, συνήθως κατά την ηλικία των 8 ετών. Φαίνεται πως το 80% περίπου των ατόμων ανέπτυξαν το πρώτο τους σύμπτωμα κατά την ηλικία των 11 ετών. Επίσης, τα αγόρια αναπτύσσουν συμπτώματα νωρίτερα από ότι τα κορίτσια που μπορεί να μην αναπτύξουν και κανένα σύμπτωμα μέχρι την εφηβεία. Ως παιδί λοιπόν παρουσιάζει μια ιδιαίτερος ανησυχητική συμπεριφορά απέναντι προς τους συνομήλικους του και στον τρόπο που αντιδράει. Ενδιαφέρεται για τις δικές τους επιθυμίες και ανάγκες χωρίς να αναλογίζονται τους υπόλοιπους.

Διαγνωσμένη ως διαταραχή της διαγωγής στην παιδική ηλικία, η διάγνωση μετατρέπεται σε αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας στην ηλικία των 18 ετών αν οι αντικοινωνικές συμπεριφορές παραμένουν. Ενώ είναι χρόνια και δια βίου για τους περισσότερους ασθενείς, η διαταραχή τείνει να βελτιώνεται με την πάροδο των χρόνων. Άλλοι παράγοντες μετριασμού της περιλαμβάνουν τον γάμο, την επαγγελματική απασχόληση, τον έγκαιρο εγκλεισμό και τον βαθμό κοινωνικοποίησης.

Η διαταραχή σχετίζεται με άλλες συνυπάρχουσες διαταραχές ψυχικής υγείας όπως την Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, την Διπολική Διαταραχή, τις Διαταραχές Άγχους και τις Σεξουαλικές Διαταραχές, αλλά και διαταραχές εθισμού όπως αυτή του αλκοόλ και της χρήσης ουσιών. Επιπλέον, οι πάσχοντες βρίσκονται σε κίνδυνο τραυματισμών, απόπειρών αυτοκτονίας, λοιμώξεων από ηπατίτιδα C και ιού ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας.⁵⁸

Όσον αναφορά την θεραπεία υπάρχουν ελάχιστες ενδείξεις ότι η διαταραχή αυτή μπορεί να αντιμετωπιστεί επιτυχώς με τις συνήθεις ψυχιατρικές παρεμβάσεις. Σχετικά με την φαρμακοθεραπεία, υπάρχουν φαρμακευτικές παρεμβάσεις που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές. Ένα παράδειγμα αποτελεί το λίθιο, που όπως φάνηκε μειώνει τον αριθμό των παρορμητικών επιθετικών επεισοδίων. Ακόμα, τα SSRI έχουν και αυτά προταθεί ως τρόπος ελέγχου της παρορμητικής επιθετικότητας, αλλά μέχρι τώρα δεν έχει εξεταστεί πλήρως η αποτελεσματικότητά τους. Ενώ, ψυχοθεραπευτικά, οι γνωσιακές – συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις, επιδιώκουν στην εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων.

Όπως, έχει γίνει αντιληπτό τα «σωφρονιστικά ιδρύματα», η φυλάκιση και ο εγκλεισμός δεν αποτελούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις, αφού οι ασθενείς έτειναν να κακοποιούν και να χρησιμοποιούν το ανθρώπινο δυναμικό του κάθε φορέα. Η πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις φαίνεται να είναι αυτές που στρέφονται στην οικογένεια. Αυτές έχουν ως στόχο να

βελτιώσουν τις γονεϊκές δεξιότητες, να ενθαρρύνουν τους γονείς να υποστηρίζουν τα παιδιά τους και να μειώσουν τα επίπεδα του γονεϊκού στρες στο σπίτι.³⁶

3.2 ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η Μετايχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας γνωστή και ως Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας χαρακτηρίζει άτομα που εμφανίζουν εξαιρετικά αρνητική συναισθηματικότητα και αδυναμία ρύθμισης των συναισθημάτων τους. Είναι άτομα που τείνουν να είναι αυτοκαταστροφικά, παρορμητικά, που έχουν συνεχώς ένα αίσθημα κενού και που συχνά απειλούν ότι θα αυτοκτονήσουν. Παρουσιάζουν έντονες μεταβολές, από έντονο θυμό σε υπερβολικό άγχος και πανικό και η αστάθεια συναισθημάτων είναι κάτι που τους χαρακτηρίζει.⁵⁷

Όταν νιώσουν πως κάποιους τους φροντίζει, εξιδανικεύουν αυτό το άτομο και έχουν την τάση να προσκολλούνται σε αυτό. Οι σχέσεις τους όμως είναι έντονες και θυελλώδεις, και αυτή η κατάσταση μπορεί να αλλάξει ολοκληρωτικά, το άτομο να αρχίσει να νιώθει ότι η φροντίδα που δέχεται δεν είναι αρκετή και έτσι υποτιμάει το άτομο. Αν νιώσουν πως οι σχέσεις τους διαλύονται, από τον φόβο τους για την απόρριψη και την μοναξιά, σε μια προσπάθεια να τις διατηρήσουν, θα επιδοθούν σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.

Γενικότερα, οι αυτοτραυματισμοί όπως για παράδειγμα το κόψιμο των χεριών, το κάψιμο και άλλες ενέργειες ακρωτηριασμού είναι συνηθισμένες σε αυτούς τους ασθενείς. Αυτές οι συμπεριφορές συνήθως είναι αποτέλεσμα βίωσης αρνητικών συναισθημάτων και είτε αντανακλούν τις προσπάθειες του ατόμου να εμποδίσει επώδυνες αναμνήσεις είτε αποτελούν μια κραυγή βοήθειας για να μειώσουν το στρες τους. Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, αυτός ίσως είναι και ένας χειριστικός τρόπος για να ελέγχουν τις σχέσεις και τις συμπεριφορές των ανθρώπων του περιβάλλοντος του.

Η Μετايχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας δύναται να συνυπάρξει με Διαταραχές Διάθεσης, Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής και με άλλες Διαταραχές Προσωπικότητας, όπως την Σχιζότυπη, την Οιστριονική και την Αντικοινωνική.³⁶

3.2.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Τα επιδημιολογικά στοιχεία αυτής της διαταραχής υπολογίζονται ότι είναι μεταξύ του 1 με 1,6% του γενικού πληθυσμού, με πιο συχνή εμφάνιση της διαταραχής στο γυναικείο φύλλο. Παράλληλα, τα άτομα που πάσχουν από αυτή την διαταραχή αποτελούν περίπου το 15-28% των νοσηλευόμενων ασθενών, επίσης αποτελούν ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων που αναζητούν βοήθεια για ψυχολογικά προβλήματα σε γενικές εγκαταστάσεις υγείας²¹

Σχετικά με την αιτιολογία της συγκεκριμένης διαταραχής όπως φαίνεται είναι ένα αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεων μεταξύ βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Αναλυτικότερα, αναφέρονται βιολογικά βασισμένες ευαισθησίες της ιδιοσυγκρασίας και δυσμενείς και τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία. Σχετικά με τους βιολογικούς παράγοντες, κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι η κληρονομικότητα και τα γονίδια διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής στο 42% του πληθυσμού. Τα γονίδια επηρεάζουν την εμφάνιση της παρορμητικότητας και συναισθηματικής αστάθειας.^{13,16}

Όσον αναφορά τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, παιδιά που έχουν υποστεί σωματική, λεκτική και ιδίως σεξουαλική κακοποίηση είναι λογικό να δείχνουν ανικανότητα στο πώς να κατανοούν, να επισημαίνουν, να ρυθμίζουν ή να ανέχονται συναισθηματικές αποκρίσεις. Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι η διάγνωση της διαταραχής σχετίζεται με την κακοποίηση παιδιών και την παραμέληση από γονείς ή φροντιστές περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη διαταραχή προσωπικότητας.¹⁶

Επιπλέον, άτομα με Μετ αιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας, είναι πιο πιθανόν, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, κατά την παιδική τους ηλικία να είχαν πολλά και διαφορετικά άτομα που αναλάμβαναν την φροντίδα τους, να βίωσαν το διαζύγιο των γονέων τους ή να βίωσαν την απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου.³⁶

3.2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) για να διαγνωστεί ένα άτομο ότι πάσχει από Μετ αιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας θα πρέπει να εμφανίζει πέντε ή περισσότερα από τα ακόλουθα κριτήρια :

- Ασταθείς και έντονες διαπροσωπικές σχέσεις που χαρακτηρίζονται ως έντονες, καταγιγιστικές, περιστασιακές και χαρακτηριστικές σε ότι αφορά τα εναλλασσόμενα συναισθήματα εξιδανίκευσης και υποτίμησης
- Παρορμητική συμπεριφορά σε τουλάχιστον δύο τομείς που είναι δυνητικά αυτοκαταστροφικοί. Τέτοια παραδείγματα είναι η σπατάλη χρημάτων, η σεξουαλική δραστηριότητα, η χρήση ουσιών, η ρισκοκίνδυνη οδήγηση
- Συναισθηματική αστάθεια που χαρακτηρίζεται από σημαντικές μεταβολές της διάθεσης και έρχεται σαν αποτέλεσμα της αξιοσημείωτης και ευδιάκριτης αντιδραστικότητας στην διάθεση τους
- Διαταραχή της ταυτότητας: ο ασθενής παρουσιάζει έντονα ασταθής αυτό-εικόνα ή αίσθηση του εαυτού
- Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ή απόπειρες/απειλές αυτοκτονίας
- Δυσκολία ελέγχου του θυμού: παρατηρείται ανάρμοστος, συνεχής, απρόσφορος και μεγάλης έντασης θυμός ή σημαντική δυσκολία ελέγχου του θυμού
- Χρόνιο αίσθημα κενού: το άτομο που πάσχει από την διαταραχή βιώνει χρόνια συναισθήματα κατάθλιψης και αισθάνεται ότι δεν έχει σκοπό και λόγο ύπαρξης
- Παροδικός παρανοϊκός ιδεασμός που είναι συνδεδεμένος με το στρες, για παράδειγμα σε περιόδους άγχους το άτομο είναι πιθανό να εκδηλώσει παροδικό παρανοϊκό ιδεασμό³⁶

3.2.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας η εμφάνιση των συμπτωμάτων συμβαίνει συνήθως κατά τη διάρκεια της εφηβείας ή στις αρχές της ενηλικίωσης. Πολλά από τα συμπτώματα μετά την ηλικία των 40 ετών δείχνουν να υποχωρούν, ενώ οι περισσότεροι ασθενείς δεν φαίνεται πια να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής. Επίσης, από τους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία και παρουσιάζουν βελτίωση μόλις το 6% από αυτούς φαίνεται να υποτροπιάζει.¹³

Η θεραπεία των ατόμων με οριακή διαταραχή δεν είναι εύκολη και μέχρι σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί πολλές μελέτες οι οποίες εξετάζουν την αποτελεσματικότητά της. Όσον αφορά την φαρμακοθεραπεία έχει αποδειχτεί ότι είναι αποτελεσματική για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης διαταραχής. Οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις αφορούν

κυρίως τον έλεγχο του θυμού και της επιθετικότητας. Επιπλέον, οι βενζοδιαζεπίνες φαίνεται να είναι αποτελεσματικές για την καταπολέμηση του άγχους, ενώ τα αντιψυχωτικά μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των αντιληπτικών διαστρεβλώσεων και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Είναι σημαντικό, καθώς οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι συχνές στους ασθενείς, οι ιατροί να είναι προσεκτικοί στην συνταγογράφηση φαρμάκων που είναι δυνητικά επικίνδυνα σε υπερδοσολογία.

Ψυχοθεραπευτικά, στα περισσότερα προγράμματα χρησιμοποιούνται γνωστικές – συμπεριφορικές τεχνικές, έτσι ώστε ο ασθενής να βοηθηθεί και να διορθώσει δυσπροσαρμοστικές σκέψεις και συμπεριφορές που συνοδεύουν αυτήν την διαταραχή. Έως τώρα η καλύτερα γνωστή θεραπεία είναι η Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία. Μέσω αυτής της θεραπείας οι ασθενείς μαθαίνουν νέες δεξιότητες για να διαχειρίζονται την συμπεριφορά, τα συναισθήματα και την παρορμητικότητά τους. Ο κυριότερος στόχος σε αυτή τη θεραπεία είναι η μείωση του αυτό-ακρωτηριασμού και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Να σημειωθεί ότι η θεραπεία πραγματοποιείται και σε ατομικές, αλλά και σε ομαδικές συνεδρίες.^{13,16}

3.3 ΟΙΣΤΡΙΟΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η Οιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας γνωστή και ως Δραματική Διαταραχή Προσωπικότητας διακρίνεται από ένα πρότυπο υπερβολικής και δραματικής συναισθηματικότητας και συμπεριφοράς που επιδιώκει την προσοχή. Τα άτομα που πάσχουν από την διαταραχή είναι συνήθως άτομα με έντονο ερωτισμό, ελκυστικά και σαγηνευτικά. Η αρχική εντύπωση ενός τέτοιου ατόμου είναι αυτή ενός ψυχαγωγικού και ζωντανού προσώπου που συχνά είναι δελεαστικό και δίνει μεγάλη έμφαση στη εμφάνιση και την σωματική του ελκυστικότητα.⁴

Τα άτομα έχουν την τάση να γίνονται χειριστικοί ώστε να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους και τους ευχαριστεί ιδιαίτερα να αποτελούν το κέντρο της προσοχής, ενώ όταν εισπράξουν το αντίθετο νιώθουν υποτιμημένα και αγνοούμενα. Πέρα από του τρόπου συμπεριφοράς το άτομο αναζητά και την προσοχή μέσω του ντυσίματος, για παράδειγμα με πολύχρωμα και αποκαλυπτικά ενδύματα.

Συνηθίζουν να μιλούν με έναν αόριστο τρόπο που στερείται λεπτομέρειας και τείνουν να προωθούν έναν δυναμικό και εξωστρεφή χαρακτήρα, αφήνοντας αρχικά την αίσθηση ενός ατόμου με αυτοπεποίθηση και ταυτότητα. Ωστόσο, με το πέρασμα του χρόνου γίνεται εμφανές ότι αυτό το διαπροσωπικό στυλ είναι μια επιφανειακή πρόσοψη. Λόγω την δραματικότητας και της συναισθηματικότητας μέσα από την οποία εκφράζονται μπορεί να γίνονται κουραστικοί και ενοχλητικοί φίλοι και οικογένεια, ειδικά σε δημόσιες εκδηλώσεις.

Τέλος τα άτομα με Οιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας μπορεί να είναι ευαίσθητα, αφελή και να επηρεάζονται εύκολα, ειδικά από τους ανθρώπους που θαυμάζουν. Επιπλέον, τείνουν να παρουσιάζουν τις σχέσεις (φιλικές ή ερωτικές) τους πιο στενές από ότι στην πραγματικότητα είναι, ακόμα και με άτομα που γνωρίζουν ελάχιστα και να υπερεκτιμούν την οικειότητα τους.⁵²

3.3.1 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Στην Οιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας ο επιπολασμός του γενικού πληθυσμού κυμαίνεται μεταξύ 2 με 3%. Ενώ, από τους ασθενείς που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Προσωπικότητας και ακολουθούν θεραπεία φαίνεται να αποτελούν το 10 με 15%. Η διαταραχή είναι πιο συχνή στις γυναίκες οι οποίες έχουν τέσσερις φορές υψηλότερες πιθανότητες απ' ότι οι άνδρες. Παρόλα αυτά όπως φαίνεται η διαταραχή δεν διαγιγνώσκεται πάντα στους άνδρες και αυτό λόγω της σεξουαλικότητας που είναι λιγότερο κοινωνικά αποδεκτή από τις γυναίκες.¹⁸

Αν και δεν είναι απόλυτα γνωστό τι προκαλεί την Οιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας, όπως φαίνεται είναι μια διαταραχή που είναι πολυπαραγοντική στην προέλευσή της. Μια υπόθεση είναι ότι μπορεί να αναπτυχθεί ως αποτέλεσμα ενός τραύματος που βίωσε το παιδί κατά την παιδική ηλικία.

Επίσης, οικογενειακό υπόβαθρο απόμακρου και αυστηρού πατέρα και σαγηνευτικής μητέρας ή πιθανότερα γονείς που αποτελούν ένα δραματικό και ασταθές πρότυπο με ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά θέτουν τα παιδιά τους σε υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη αυτής της διαταραχής. Επειδή η Οιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας τείνει να εμφανίζεται σε οικογένειες, υπάρχει η σκέψη ότι μπορεί να υπάρχει γενετική ευαισθησία για αυτή τη διαταραχή, η οποία μπορεί να κληρονομηθεί. Όπως και με όλες τις ψυχιατρικές διαταραχές,

το οικογενειακό ιστορικό διαταραχών προσωπικότητας, οι ψυχιατρικές ασθένειες ή η χρήση ουσιών αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη της διαταραχής.⁵³

3.3.2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) για να διαγνωστεί ένα άτομο ότι πάσχει από Οιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας θα πρέπει να εμφανίζει πέντε ή περισσότερα από τα ακόλουθα κριτήρια :

- Το άτομο δεν νιώθει άνετα σε καταστάσεις όπου δεν είναι το επίκεντρο της προσοχής
- Η συναναστροφή των ατόμων με τους άλλους συχνά χαρακτηρίζεται από ακατάλληλη σεξουαλικά σαγηνευτική ή προκλητική συμπεριφορά.
- Επιδεικνύει ταχέως μεταβαλλόμενη και ρηχή έκφραση συναισθημάτων
- Χρησιμοποιεί συστηματικά την εξωτερική εμφάνιση ώστε να προσελκύσει την προσοχή στον εαυτό του
- Ο τρόπος ομιλίας του στερείται λεπτομέρειών και επαρκής επιχειρηματολογίας
- Το άτομο εμφανίζεται δραματικό, θεατρικό και με υπερβολική έκφραση των συναισθημάτων του.
- Επηρεάζεται εύκολα από τους άλλους ή τις καταστάσεις γενικότερα
- Θεωρεί τις σχέσεις του με τρίτους πιο στενές απ' ότι είναι στην πραγματικότητα⁵⁴

3.3.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ως έφηβοι τα άτομα που πάσχουν από την διαταραχή είναι ελκυστικά, τους αρέσει να φλερτάρουν και να τραβούν όλα τα βλέμματα επάνω τους. Ως ενήλικοι επισυνάπτουν με εύκολα σχέσεις, που όμως δυσκολεύονται να διατηρήσουν. Όπως φαίνεται η πορεία της συγκεκριμένης διαταραχής ποικίλλει. Το πιο πιθανόν είναι τα συμπτώματα της διαταραχής να μειώνονται με την πάροδο του χρόνου. Ωστόσο, λόγω της έλλειψης της ενεργητικότητας των προηγούμενων ετών, η ύφεση των συμπτωμάτων μπορεί να είναι περισσότερο φαινομενική παρά πραγματική.^{54,18}

Ενώ πιθανές επιπλοκές της Οιστριονικής Διαταραχής Προσωπικότητας είναι οι διαταραχές μετατροπής, οι αποσυνδεδετικές διαταραχές, η διαταραχή σωματοποίησης, οι σεξουαλικές διαταραχές, οι διαταραχές διάθεσης και η κατάχρηση αλκοόλ.

Η φαρμακοθεραπεία σε αυτήν την διαταραχή μπορεί να είναι επικουρική όταν στοχεύονται συγκεκριμένα συμπτώματα. Αναλυτικότερα, για την καταπολέμηση του άγχους οι αγχολυτικοί παράγοντες είναι χρήσιμοι. Ακόμα, τα αντιψυχωτικά είναι αποτελεσματικά σε περιπτώσεις με ύπαρξη παραισθήσεων. Ενώ παράλληλα μπορούν να χρησιμοποιηθούν αντικαταθλιπτικά για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και των σωματικών ενοχλημάτων.¹⁸

Όσον αναφορά την ψυχοθεραπεία η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία αποτελεί μια μέθοδο θεραπείας στους ασθενείς που πάσχουν από αυτή την διαταραχή, καθώς αυτή η προσέγγιση θεωρείται ενθαρρυντική και καθησυχαστική. Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία στοχεύει στη μείωση της συναισθηματικής δυσφορίας, στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης και στην ενίσχυση των ικανοτήτων αντιμετώπισης του ασθενούς, μέσω προσεκτικής και συμπαθητικής ακρόασης. Παράλληλα, η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία είναι επίσης αποτελεσματική, αφού βοηθάει το άτομο να αντιμετωπίσει τις γνωστικές διαστρεβλώσεις, όπως για παράδειγμα την εξωραϊσμένη εικόνα εαυτού που έχει.⁵⁵

Σχετικά με την ομαδική και οικογενειακή θεραπεία, δεν είναι τυπικά η συνιστώμενη μέθοδος πρώτης γραμμής στη θεραπεία της διαταραχής. Τα άτομα που πάσχουν από Οιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας τείνουν να επιθυμούν να είναι το επίκεντρο της προσοχής, το οποίο μπορεί να αποσπά την προσοχή από τους θεραπευτικούς στόχους σε μια ομαδική ρύθμιση. Επιπλέον, τα άτομα με αυτή τη διαταραχή μπορεί να παρουσιάζουν ρηχά συναισθήματα που εμφανίζονται ανυπόστατα σε εκείνες τις ομάδες ή τα μέλη της οικογένειας που συμμετέχουν στη θεραπεία ταυτόχρονα. Βέβαια, μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη σε κάποιες περιπτώσεις, αφού σε ασθενείς που ενδέχεται να μην έχουν επίγνωση της ενοχλητικής τους συμπεριφοράς, ίσως να υπάρξουν άλλα άτομα που θα τους την καταδείξουν.

Τέλος να σημειωθεί ότι οι ασθενείς που πάσχουν από αυτή την διαταραχή θα αναζητήσουν δύσκολα την θεραπεία, και αν την αναζητήσουν θα είναι παρά μόνο επειδή έχουν βρεθεί σε αδιέξοδο και είναι κοινωνικά παραγκωνισμένοι. Επίσης, αυτοί οι ασθενείς μπορεί να είναι άσκοπα σεξουαλικοί με τους θεραπευτές τους. Ως εκ τούτου, είναι κρίσιμο να καθοριστούν από την αρχή σταθερά όρια με τους ασθενείς.^{53,55}

3.4 ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η Ναρκισσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από ένα επίμονο αίσθημα μεγαλείου, φαντασιώσεις απεριόριστης ισχύος ή σημασίας και την ανάγκη για θαυμασμό. Πιο συγκεκριμένα τα άτομα που πάσχουν από αυτήν την διαταραχή χαρακτηρίζονται από μια εγωκεντρική και αλαζονική συμπεριφορά που καταλήγει να γίνεται ενοχλητική και δύστροπη. Αυτά τα άτομα έχουν την τάση να προβάλλουν τον εαυτό τους και να μεγαλοποιούν τα επιτεύγματα τους. Έχουν έλλειψη ενσυναϊψησης, αίσθημα ανικανοποίητου και προκειμένου να ικανοποιήσουν τους στόχους τους εκμεταλλεύονται τα άτομα που έχουν γύρω τους.

Ως άτομα συνήθως είναι γοητευτικά, επιτυχημένα στον επαγγελματικό τους τομέα, αλλά και στις κοινωνικές τους δραστηριότητες, παρ' όλα αυτά το αίσθημα της μοναξιάς και της μειονεκτικότητας τους καταυλίζει. Οι σχέσεις που επισυνάπτουν τείνουν να είναι επιφανειακές και ψυχρές, το ίδιο το ναρκισσιστικό άτομο όμως θεωρεί πως δεν έχει εγωισμό και πως φροντίζει εξαιρετικά τους άλλους, θεωρώντας πως γι' αυτό τον λόγο αξίζει ειδική μεταχείριση. Ταυτόχρονα κάποιες φορές θεωρούν πως οι γύρω τους, τους ζηλεύουν.^{4,64}

Η μεγαλομανία του νάρκισσου ατόμου, είναι η άμεση συνέπεια της μεγαλοποίησης του εγώ. Για αυτό τον λόγο, ένα δυσάρεστο γεγονός, μία απογοήτευση ή μία ήττα σε ένα ναρκισσιστικό άτομο, θα διαταράξει σοβαρά το συναίσθημα της αυτοεκτίμησης, μπορεί να αφαιρέσει την ενέργεια του και να παραλύσει το ενδιαφέρον του ακόμα και για τη ζωή, με αποτέλεσμα να του προκληθεί μια βαθιά κατάθλιψη.⁶⁴

Η διαταραχή είναι συχνά συνυφασμένη με άλλες διαταραχές, όπως για παράδειγμα τις διαταραχές χρήσης ουσιών, τη Διπολική Διαταραχή, άλλες Διαταραχές της Προσωπικότητας και τις Συναισθηματικές Διαταραχές. Οι Συναισθηματικές Διαταραχές μάλιστα είναι συχνά αυτές που φέρνουν πρώτα τα άτομα με ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας στην κλινική προσοχή. Τέλος, όπως αναφέρεται η συννοσηρότητα της με την Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας έχει τις πιο βαθιές και αρνητικές επιπτώσεις στην πρόγνωση.⁶¹

3.4.1 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ο επιπολασμός της Ναρκισσιστικής Διαταραχής Προσωπικότητας παραμένει ελάχιστα καθορισμένος, γεγονός που αντικατοπτρίζει την έλλειψη σαφήνειας γύρω από τη διάγνωση.

Οι αναφερόμενες εκτιμήσεις επικράτησης κυμαίνονται από 0% έως 5,3% στον γενικό πληθυσμό. Ενώ ο επιπολασμός των ασθενών που νοσηλεύονται σε κάποιο ψυχιατρικό τμήμα έχει αναφερθεί ότι κυμαίνεται από 1% έως 17%. Επίσης, η διαταραχή φαίνεται πως είναι συχνότερη στο ανδρικό φύλο.⁶⁰

Σε αυτή την διαταραχή δεν υπάρχουν ενδείξεις για γενετικούς παράγοντες. Όπως φαίνεται η σύγχρονη κοινωνία που εστιάζει στην επιτυχία και προωθεί την έμφαση στο άτομο, αποτελεί αιτία εκδήλωσης τέτοιων προσωπικοτήτων. Για άλλη μια φορά τον πιο σημαντικό ρόλο τον διαδραματίζει το οικογενειακό περιβάλλον. Αναλυτικότερα, όταν οι γονείς προάγουν τις δικές τους ανάγκες, όταν δεν ανταποκρίνονται με εκφράσεις αποδοχής προς το παιδί τους αλλά αντίθετα το μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον από το οποίο απουσιάζει ο σεβασμός και η στοργή, προδιαθέτουν το παιδί να αναπτύξει μια ναρκισσιστική προσωπικότητα.

Επιπλέον, η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, αλλά προπάντων τα ψυχικά τραύματα κατά την ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη, μια απόρριψη ή ακόμα και κακοποίηση κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία, αποτελούν παράγοντες ανάπτυξης τέτοιων προσωπικοτήτων.⁶¹

3.4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) για να διαγνωστεί ένα άτομο ότι πάσχει από Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας θα πρέπει να εμφανίζει πέντε ή περισσότερα από τα ακόλουθα κριτήρια:

- Έχει μια μεγαλειώδη αίσθηση για τη σημαντικότητα του εαυτού του (π.χ., υπερβάλλει τα επιτεύγματα και τα ταλέντα του, προσδοκά να αναγνωρίζεται ως ανώτερος χωρίς ανάλογες επιτυχίες)
- Το άτομο είναι απασχολημένο με φαντασιώσεις απεριόριστης επιτυχίας, δύναμης, λάμψης, ομορφιάς, ή ιδανικής αγάπης.
- Πιστεύει ότι είναι «ξεχωριστός» και μοναδικός και μπορεί να τον καταλάβουν ή να σχετιστεί μόνο με άλλα «ιδιαίτερα» ή υψηλού κύρους άτομα
- Απαιτεί υπερβολικό θαυμασμό.
- Έχει μια αίσθηση ότι δικαιούται απολαβές ιδιαιτέρων προνομίων, π.χ. ιδιαίτερα ευνοϊκή μεταχείριση ή αυτόματη συμμόρφωση των άλλων με τις προσδοκίες του
- Εκμεταλλεύεται τους άλλους για να επιτύχει τους δικούς του σκοπούς.

- Του λείπει η εμπάθεια: είναι απρόθυμος να αναγνωρίσει ή να ταυτοποιήσει τα συναισθήματα και τις ανάγκες των άλλων
- Συχνά φθονεί τους άλλους ή πιστεύει ότι οι άλλοι τον φθονούν
- Δείχνει αλαζονικός, με υπεροπτική συμπεριφορά ή στάση¹⁸

3.4.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ως παιδί το άτομο που πάσχει από αυτήν την διαταραχή πιθανώς θα έχει μια έντονη προσωπικότητα, κοινωνική, με πολλά εγωκεντρικά στοιχεία, που της αρέσει να ηγείται και να ελέγχει τις καταστάσεις και τους άλλους. Ενώ σαν ενήλικοι διατηρούν τα ίδια και παραπάνω από αυτά τα συμπτώματα, και μάλιστα και μεγαλύτερα σε ένταση. Όπως φαίνεται όμως τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής συνδέονται με κακή πρόγνωση όσον αφορά την θεραπεία. Παρατηρείται αργή πρόοδος στην αλλαγή συμπεριφοράς του ατόμου και υπάρχουν πιθανότητες για πρόωρο τερματισμό θεραπείας από την μεριά του ασθενούς.⁶³

Σχετικά με την φαρμακοθεραπεία, δεν υπάρχει κάποια φαρμακευτική αγωγή που να μπορεί να γίνει δεκτή και να θεωρείται αποτελεσματική. Η θεραπεία για την αντιμετώπιση του ναρκισσισμού, πραγματοποιείται είτε με ψυχανάλυση είτε με ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία.⁶⁴

Οι ασθενείς με ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας εμφανίζουν συνήθως σημαντικά εμπόδια στην έναρξη της θεραπείας και στην πλήρη συμμετοχή στη θεραπεία. Όταν αναζητήσουν την θεραπεία δεν θα το κάνουν λόγω επίγνωσης της κατάστασης τους, αλλά πιθανόν λόγω θυμού ή κατάθλιψης που νιώθουν όταν στερηθούν κάτι, για παράδειγμα μια προαγωγή.⁴

Σε ότι αφορά τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις όπως προαναφέρθηκε η Γνωσιακή – Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία και η Ψυχαναλυτικού Τύπου Ψυχοθεραπεία έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές. Ο θεραπευτής θα ήταν χρήσιμο να επικεντρωθεί στα προβλήματα σχετικά με την ρύθμιση της αυτοεκτίμησης του ασθενούς, την έλλειψη ικανοποίησης του στη διαπροσωπική ζωή και την υποκειμενική δυσφορία και / ή στις λειτουργικές βλάβες, που τον οδήγησαν στην θεραπεία. Επιπλέον, μια κλινική προσέγγιση που εστιάζει σε συγκεκριμένους θεραπευτικούς στόχους και παρακολουθεί τις εσωτερικές αντιδράσεις του ατόμου, μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής θεραπείας.^{61,62}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΟΜΑΔΑ Γ – «ΑΓΧΩΔΕΙΣ» ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

4.1 ΑΠΟΦΕΥΚΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα άτομα που πάσχουν από Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας συνήθως είναι συνεσταλμένα και εσωστρεφή. Παρουσιάζουν ένα γενικευμένο πρότυπο κοινωνικής αναστολής, υπερευαίσθησία στην απόρριψη και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αυτός είναι ένας λόγος που αυτά τα άτομα είναι αποσυρμένα από κοινωνικές σχέσεις. Για παράδειγμα αποφεύγουν επαγγελματικές δραστηριότητες που απαιτούν διαπροσωπική επαφή, εκτός και αν είναι βέβαιοι ότι θα γίνουν αποδεκτοί. Θεωρούν πως δεν είναι ελκυστικοί, νιώθουν υποδεέστερο έναντι των άλλων και κρίνουν πολύ αυστηρά τον εαυτό τους.³⁸

Η αποφυγή που τους διακατέχει συνδέεται άμεσα με τον φόβο του να μην αποκαλυφθούν οι αδυναμίες τους. Φοβούνται να νιώσουν αμηχανία ή ντροπή και πιστεύουν πως αν οι υπόλοιποι καταλάβουν τις ανεπάρκειες τους θα είναι πιο ευάλωτοι. Αυτό πολλές φορές οφείλεται σε παραμέληση και απόρριψη που έχουν δεχτεί τα πρώτα χρόνια της ζωής τους, από φροντιστές ή γονείς.

Τα συμπτώματα της διαταραχής δεν μπορούν να διακριθούν ευχερώς από την κοινωνική φοβία και συχνά οι δύο διαταραχές επικαλύπτονται. Αυτή η φοβία θεωρείται πως έχει πιο πρόωμη έναρξη στην παιδική ηλικία παρά στην εφηβεία.³⁷

4.1.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Σε αυτό το είδος διαταραχής το ποσοστό εμφάνισης στον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται περίπου στο 1 με 2%, με παρόμοια ποσοστά εμφάνισης και στα δύο φύλα. Ενώ αποτελεί το 10 με 20% του συνόλου των Διαταραχών Προσωπικότητας.³⁸

Ως αιτίες της διαταραχής ενοχοποιούνται οι γενετικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα μια επικριτική γονική φιγούρα ή περιβάλλον, που αμφισβητεί την αίσθηση της αξίας του εαυτού του παιδιού μπορούν να αποτελούν περιβαλλοντικό παράγοντα. Επίσης, η παραμέληση ή η κακοποίηση του παιδιού μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της διαταραχής. Έτσι διαμορφώνεται σταδιακά ένας ευάλωτος χαρακτήρας, ένα άτομο χωρίς αυτοεκτίμηση, το οποίο αποφεύγει την κοινωνικοποίηση και δημιουργεί την δικιά του «ασπίδα προστασίας».³⁹

4.1.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) για να διαγνωστεί ένα άτομο ότι πάσχει από Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας θα πρέπει να εμφανίζει τέσσερα ή περισσότερα από τα ακόλουθα κριτήρια:

- Το άτομο αποφεύγει επαγγελματικές δραστηριότητες που απαιτούν σημαντική διαπροσωπική επαφή, εξαιτίας του φόβου ότι θα δεχτεί απόρριψη, αποδοκιμασία και κριτική.
- Το άτομο είναι απρόθυμο να εμπλακεί με ανθρώπους, εκτός και αν είναι βέβαιος ότι θα γίνει αρεστός, και αν εμπλακεί εμφανίζει περιορισμούς εξαιτίας του φόβου του να μην ντροπιαστεί.
- Ασχολείται έντονα με το ότι θα υποστεί κριτική ή απόρριψη σε κοινωνικές καταστάσεις.
- Λόγω αισθημάτων ανεπάρκειας, το άτομο είναι ανεσταλμένο σε νέες διαπροσωπικές καταστάσεις.
- Θεωρεί τον εαυτό του μη ελκυστικό, κοινωνικά αδέξιο και υποδεέστερο έναντι των άλλων.
- Το άτομο είναι συνήθως απρόθυμο να διακινδυνέψει προσωπικά ή να εμπλακεί σε νέες δραστηριότητες, διότι αυτές μπορεί να αποδειχθεί ότι το φέρνουν σε δύσκολη θέση.⁴⁰

4.1.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά την νηπιακή ηλικία το παιδί αρχίζει να εμφανίζει τα πρώτα συμπτώματα συστολής και απομόνωσης. Με την πάροδο του χρόνου οι κοινωνικές επαφές του ατόμου δεν βελτιώνονται, αλλά αντιθέτως τα συμπτώματα γίνονται όλο και πιο εμφανή και σοβαρότερα για να υποδεικνύουν μια διάγνωση. Αυτά τα συμπτώματα θα αρχίσουν να δείχνουν βελτίωση σταδιακά στην ενήλικη ζωή του ατόμου, όμως γενικότερα η διαταραχή δείχνει να είναι σταθερή στον χρόνο.

Όσον αφορά την φαρμακοθεραπεία, για τα αντιψυχωτικά ή τους σταθεροποιητές διάθεσης δεύτερης γενιάς δεν υπάρχουν δημοσιεύσεις με την αποτελεσματικότητά τους. Τα αντικαταθλιπτικά και ειδικότερα οι αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης είναι φάρμακα τα οποία οι ασθενείς δείχνουν να ανταποκρίνονται θετικά. Η φαρμακευτική θεραπεία

διαδραματίζει σημαντικότερο ρόλο στην καταπολέμηση του άγχους και συστήνεται όταν αυτό αποτελεί βασικό εμπόδιο στις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου.⁴¹

Στην περίπτωση αυτής της διαταραχής και η ατομική και η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορούν να αποβούν αποτελεσματικές. Σχετικά με την ομαδική ψυχοθεραπεία το άτομο μπορεί να αρχίσει να αναπτύσσει εμπιστοσύνη στις διαπροσωπικές του σχέσεις και να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση του. Επίσης, μια υποστηρικτική ομάδα είναι ικανή να βοηθήσει το άτομο να υπερβεί το κοινωνικό άγχος που τον κατακλύζει. Παράλληλα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η γνωστική θεραπεία μπορεί να είναι επίσης μια αποτελεσματική θεραπεία για αυτήν την διαταραχή, αφού μπορεί να βοηθήσει στην διόρθωση των δυσλειτουργικών στάσεων. Τέλος, τεχνικές εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων και συναισθηματικής απευαισθητοποίησης μπορεί να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των αγχωδών συμπτωμάτων και της υπερβολικής εσωστρέφειας.⁴²

4.2 ΕΞΑΡΤΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα άτομα που πάσχουν από την διαταραχή χαρακτηρίζονται από μια επαναλαμβανόμενη μορφή προσπαθειών που στοχεύουν στη διατήρηση στενών σχέσεων, οι οποίες μπορεί να παρουσιαστούν ως έλλειψη βεβαιότητας και ως δυσκολία λήψης ρουτίνας αποφάσεων. Είναι άτομα που παρουσιάζουν συνεχή και γενικευμένη ανάγκη να τα φροντίζουν, προσκολλώνται στους άλλους και βιώνουν μη ρεαλιστικό φόβο ότι θα εγκαταλειφθούν.⁴³

Επίσης, όπως προαναφέρθηκε το άτομο που πάσχει από την διαταραχή δυσκολεύεται να πάρει αποφάσεις χωρίς την βοήθεια και το πλήθος συμβουλών των γύρω του και θέλει οι άλλοι να αναλαμβάνουν την ευθύνη για τα σημαντικά πεδία της ζωής του, ενώ ο ίδιος αποφεύγει να εκφράσει την σκέψη και την γνώμη του. Παράλληλα όταν το άτομο καταφέρει κάτι θεωρεί πως η επιτυχία του δεν εξαρτάται από τον ίδιο.^{37,44}

Προκειμένου να εξασφαλίσει την φροντίδα και την υποστήριξη των άλλων μπορεί να προβεί σε δυσάρεστα μέχρι και για τον ίδιο πράγματα. Τέλος δεν αντέχει την μοναξιά, καθώς βιώνοντας την νιώθει αβοήθητος και ανίκανος να φροντίσει τον εαυτό του. Χαρακτηριστικές φράσεις ενός ατόμου που πάσχει από την διαταραχή μπορεί να είναι το «αν με εγκαταλείψει θα πεθάνω» ή «χρειάζομαι δίπλα μου ισχυρά άτομα για να επιβιώσω». Εάν όντως

εγκαταλειφθεί το άτομο μπορεί να βυθιστεί στην κατάθλιψη ,από την άλλη πλευρά όμως όταν ικανοποιούνται οι επιθυμίες τους νιώθουν ικανοποίηση και ευφορία.⁴⁶

Συνοδές διαταραχές της Εξαρτητικής Διαταραχής δύναται να είναι οι Αγχώδεις Διαταραχές. Επίσης ,το ποσοστό συννοσηρότητα της με την Αποφευκτική, την Ιδεοψυχαναγκαστική ή την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας ανέρχεται πάνω από 50%.^{43,47}

4.2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η επικράτηση της συγκεκριμένης διαταραχής στον γενικό πληθυσμό φαίνεται πως κυμαίνεται μεταξύ 1,6 και 6,7%. Μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείτε στο γυναικείο φύλο, επομένως είναι πιθανόν οι προσδοκίες σχετικά με τον ρόλο των φύλων να συμβάλουν σε κάποιο βαθμό.

Όπως και στις περισσότερες διαταραχές έτσι και στην Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας δύναται να συμβάλλουν γενετικοί παράγοντες που αλληλοεπιδρούν με τους ψυχολογικούς. Αναλυτικότερα, θεωρείται πως η αυταρχικότητα και η υπερπροστατευτικότητα των γονέων μπορούν να προκαλέσουν εξάρτηση, αφού τέτοια χαρακτηριστικά γονικής μέριμνας μπορούν να περιορίσουν την ανάπτυξη αίσθησης αυτονομίας του παιδιού. Επιπλέον, προδιαθεσικούς παράγοντες μπορούν να αποτελούν μια χρόνια σωματική νόσος ή η απώλεια των γονέων σε παιδική ηλικία.⁴⁸

Ενώ σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία αυτή η εξάρτηση συνδέεται με την καθήλωση στο στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης, που εστιάζει στην βιολογική ικανοποίηση που προκύπτει από την λήψη τροφής.⁴

4.2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) για να διαγνωστεί ένα άτομο ότι πάσχει από Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας θα πρέπει να εμφανίζει πέντε ή περισσότερα από τα ακόλουθα κριτήρια:

- Δυσκολεύεται στην λήψη αποφάσεων και έχει την ανάγκη να αναλαμβάνουν άλλοι την ευθύνη των σημαντικών πλευρών της ζωής του.
- Δυσκολεύεται να λαμβάνει καθημερινές αποφάσεις χωρίς τις συμβουλές και την διαβεβαίωση των άλλων σε υπερβολικό βαθμό

- Δυσκολεύεται να διαφωνήσει αφού φοβάται πως έτσι θα χάσει την αποδοχή και την υποστήριξη των υπολοίπων
- Δυσκολεύεται να ξεκινήσει προγράμματα ή να κάνει σχέδια μόνος του (εξαιτίας της έλλειψης εμπιστοσύνης στην κρίση ή στις ικανότητες του παρά λόγω απουσίας κινήτρου ή ενεργητικότητας)
- Όταν το άτομο είναι μόνο του αισθάνεται ανήμπορο, λόγω των φόβων του ότι είναι ανίκανο να φροντίσει τον εαυτό του
- Όταν μια στενή σχέση τελειώσει αναζητάει επειγόντως μια άλλη ως πηγή φροντίδας
- Ασχολείται με επίμονο και μη ρεαλιστικό τρόπο με το ενδεχόμενο ότι θα εγκαταλειφθεί και θα χρειαστεί να φροντίζει μόνο του τον εαυτό του
- Προκειμένου να πάρει φροντίδα και υποστήριξη φτάνει στα άκρα και προσφέρεται να κάνει εθελοντικά πράγματα που του είναι δυσάρεστα⁴⁰

4.3.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πορεία της Εξαρτητικής Διαταραχής Προσωπικότητας ποικίλλει. Για παράδειγμα, αν χαθεί μια στενή σχέση είναι πιθανές οι καταθλιπτικές επιπλοκές. Με την κατάλληλη θεραπεία η πρόγνωση μπορεί να είναι ευνοϊκή, υπάρχουν όμως περιπτώσεις που ο ασθενής να μην μπορεί να δεχτεί θεραπευτικά «υγιή» βήματα, όπως η εγκατάλειψη μίας σχέσης που τον κακομεταχειρίζεται.

Η φαρμακευτική θεραπεία χρησιμοποιείται κυρίως για την διαχείριση συγκεκριμένων συμπτωμάτων όπως το άγχος και την κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα, οι βενζοδιαζεπίνες και οι σεροτονινεργικοί έχουν χρησιμοποιηθεί με επιτυχία. Επίσης, σε ασθενείς που βιώνουν προσβολές πανικού έχει αποδεχτεί αποτελεσματική η αλπραζολάμη. Ενώ κάποιοι ασθενείς με κατάθλιψη ή συμπτώματα απόσυρσης έδειξαν να ανταποκρίνονται σε ψυχοδιεγερτικούς παράγοντες.

Η ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, ατομικές η ομαδικές, βοηθούν τον ασθενή να κατανοήσει όσα έχουν προκαλέσει την συμπεριφορά του, δίνοντας του έτσι την δυνατότητα να γίνει πιο δυναμικός και ανεξάρτητος. Η συμπεριφοριστική θεραπεία, η εκπαίδευση στην δυναμικότητα, η οικογενειακή και ομαδική θεραπεία έχουν αποδειχθεί επιτυχημένες.¹⁸

4.3 ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ - ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα άτομα που πάσχουν από την συγκεκριμένη διαταραχή χαρακτηρίζονται από τελειομανία, φιλαργυρία και ισχυρογνωμοσύνη. Είναι υπεύθυνα και μεθοδικά άτομο, που δυσκολεύονται όμως να προσαρμοστούν σε νέες αλλαγές και δεδομένα. Οι λέξεις «έλεγχος» και «πρέπει» τους χαρακτηρίζουν απόλυτα. Θεωρούν πως για να πετύχουν κάτι θα πρέπει να εξαρτώνται μόνο από τον εαυτό τους, όταν μάλιστα δεν το πετύχουν έχουν την τάση να θυμώνουν. Γι' αυτό τον λόγο, προκειμένου να επιτύχουν τους στόχους τους θα προσπαθήσουν να ασκήσουν τον μέγιστο έλεγχο τόσο στην συμπεριφορά τους όσο και σε εκείνη των άλλων που εμπλέκονται με την επίτευξη του στόχου. Ταυτόχρονα, πολλές φορές νιώθουν τους εαυτούς τους υπεύθυνους και για τους άλλους. Ενώ θεωρούν τους υπόλοιπους περιστασιακούς, ανεύθυνους ή ανίκανους.^{4,68}

Τα άτομα με Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας είναι συχνά επιτυχημένα άτομα, ειδικά στον τομέα των επιστήμων. Όταν καταπιαστούν με μια δραστηριότητα, θα προσπαθήσουν να την τελειοποιήσουν δίνοντας έμφαση στην λεπτομέρεια, με αποτέλεσμα να μην καταφέρνουν να την ολοκληρώσουν και να παρεκκλίνουν από τον στόχο τους. Ενώ ακόμα και η θετικές σκέψεις τους θα εμπεριέχουν κρισιμότητα, για παράδειγμα « γιατί δεν μπορώ να το κάνω σωστά; ».

Λόγω των προτύπων και των κανόνων που τους περιστρέφουν αυτά τα άτομα είναι πιο επιρρεπή στο να βιώνουν άγχος, λύπη, απογοήτευση αλλά και οργή, είτε προς τον εαυτό τους είτε προς τους άλλους. Η διαταραχή φαίνεται να συνυπάρχει συχνά με Αγχώδεις Διαταραχές και Διαταραχές Διαθέσεις.⁴⁶

4.3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Όσον αναφορά τον επιπολασμό της διαταραχής ανέρχεται στο 1 με 2% του γενικού πληθυσμού και στο 10% των εξωτερικών ασθενών. Συνήθως θεωρείται ότι είναι πιο συνηθισμένο στους άνδρες από ότι στις γυναίκες, αλλά οι μεγαλύτερες επιδημιολογικές μελέτες δεν έχουν βρει καμία διαφορά φύλου στον επιπολασμό τους. Αυτό που σημειώνεται είναι ότι η διαταραχή είναι συχνότερη σε άτομα με υψηλότερο μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο.^{49,}

Ενώ σε ότι αφορά τα αίτια, τα περισσότερα εμπειρικά στοιχεία παρέχουν υποστήριξη για διαταραγμένη προσκόλληση. Αναλυτικότερα, έκδηλη γονική υποτίμηση, υπερπροστασία και φοβικά χαρακτηριστικά των γονέων αποτελούν κάποια από τα παραδείγματα. Από την άλλη πλευρά η ψυχαναλυτική θεωρία ισχυρίζεται πως αυτή η διαταραχή αντιπροσωπεύει μια καθήλωση στο πρωκτικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης.⁴

4.3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) για να διαγνωστεί ένα άτομο ότι πάσχει από Ιδεοψυχαναγκαστική - Καταναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας θα πρέπει να εμφανίζει τέσσερα ή περισσότερα από τα ακόλουθα κριτήρια:

- Το άτομο είναι άκαμπτο και παρουσιάζει ισχυρογνωμοσύνη.
- Το άτομο έχει ιδιαίτερη ενασχόληση με οργάνωση, λεπτομέρειες, κανόνες, λίστες και προγράμματα σε βαθμό που να χάνει το κύριο σημείο της δραστηριότητας.
- Η τελειοθηρία που τον χαρακτηρίζει δεν τον αφήνει να ολοκληρώσει τις εργασίες του (π.χ. διότι δεν πληρούν με βάση τα δικά του αυστηρά κριτήρια τις προδιαγραφές).
- Το άτομο είναι υπερβολικά αφοσιωμένο στην εργασία και την παραγωγικότητα του με αποτέλεσμα να αποκλείει τον ελεύθερο χρόνο και τις φιλικές του σχέσεις.
- Υπερβολική ευσυνειδησία και ακαμψία σε θέματα ηθικής, ηθών και αξιών (που δεν εξηγείται από πολιτισμική ή θρησκευτική ταυτοποίηση του).
- Αδυναμία του ατόμου να αποχωριστεί παλιά ή φθαρμένα αντικείμενα ακόμα και όταν δεν έχουν συναισθηματική αξία.
- Το άτομο είναι απρόθυμο να κάνει καταμερισμό καθηκόντων ή να δουλέψει με άλλους, εκτός και αν αυτοί υποταχτούν στον ακριβή δικό του τρόπο που κάνει τα πράγματα.
- Υιοθετεί ένα αυστηρό τρόπο στο ξόδεμα των χρημάτων του αλλά και των άλλων, και θεωρεί πως θα πρέπει να φυλάσσονται για μελλοντικές ανάγκες.⁴⁰

4.3.3. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην Ιδεοψυχαναγκαστική - Καταναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας τα συμπτώματα αρχίζουν να εμφανίζονται από την παιδική ηλικία. Είναι πιθανό οι ασθενείς ως παιδιά να είναι υπεύθυνοι, αυστηροί και περιορισμένοι και σταδιακά να διαμορφώνουν έναν ανελαστικό χαρακτήρα που λειτουργεί μέσα από κανονισμούς και φραγμούς.

Όσον αφορά τα συμπτώματα, μπορούν να προκαλέσουν διαφορετικό επίπεδο δυσφορίας και για διαφορετικό χρονικό διάστημα, για παράδειγμα παροδικά, οξεία και χρόνια. Επίσης, τα περισσότερα συμπτώματα επηρεάζουν διάφορους τομείς της καθημερινής ζωής του ατόμου. Ο εργασιακός και ο κοινωνικός τομέας είναι δυο από τους βασικούς, ενώ παράλληλα το άτομο συνήθως παρουσιάζει και τεταμένες σχέσεις με τον/την σύζυγο και τα παιδιά του.

Σε συνθήκες έντονων ψυχοπιεστικών καταστάσεων τα άτομα μπορεί να αναπτύξουν μια Καταθλιπτική Διαταραχή. Αυτό μπορεί να επιφέρει ακόμα χειρότερες επιπτώσεις, με την αυτοκτονία να αποτελεί έναν κίνδυνο. Γι' αυτό τον λόγο οι Διαταραχές Προσωπικότητας πολλές φορές μπορούν να προκαλέσουν περισσότερα προβλήματα στη λειτουργία από ότι ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.⁴⁹

Σχετικά με την φαρμακοθεραπεία της διαταραχής, οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης φαίνεται να είναι αποτελεσματικοί και να βοηθούν στην μείωση της ανάγκης για τελειοθηρία και στις περιττές καταναγκαστικές τελετουργίες που ενίοτε αναπτύσσονται.^{4,49}

Ψυχοθεραπευτικά, μέχρι στιγμής η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία είναι η καλύτερη επικυρωμένη θεραπεία για την συγκεκριμένη διαταραχή, αφού βοηθάει τα άτομα στην αντιμετώπιση της τελειομανίας και της παράλογης και υπερβολικής ευσυνειδησίας. Πρέπει να σημειωθεί ότι η ατομική ψυχοθεραπεία, ψυχαναλυτικού τύπου αποτελεί την συχνότερη εφαρμοσμένη θεραπεία στην συγκεκριμένη διαταραχή. Ο ασθενής με τη καθοδήγηση του θεραπευτή προχωρά αργά και σταδιακά σε ψυχικές αλλαγές και διαδικασίες επίγνωσης.^{50,51}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι υπηρεσίες υγείας έχουν σαν βασικό στόχο την φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από Διαταραχές Προσωπικότητας. Αυτό επιτυγχάνεται με την συμμετοχή πολλών επαγγελματιών ψυχικής υγείας που συνεργάζονται αρμονικά και καταβάλλουν προσπάθεια για τη βελτίωση της υγείας των ασθενών αυτών. Σε αυτή την προσπάθεια οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας καθορίζουν σημαντικό ρόλο. Εκτός από την ευημερία των ασθενών θα πρέπει να φροντίζουν και για την ευημερία τόσο της οικογένειας όσο και της κοινότητας. Ασκούν μια μεγάλη ποικιλία εργασιών η οποία μπορεί να περιλαμβάνει την διατύπωση νοσηλευτικών διαγνώσεων και σχεδίων φροντίδας, την εφαρμογή παρεμβάσεων και την επαναξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας.

Αναλυτικότερα ένας νοσηλευτής ψυχικής υγείας διενεργεί παρεμβάσεις που αφορούν στην :

- Προαγωγή και διατήρηση της υγείας.
- Αξιολόγηση και επαναξιολόγηση.
- Διαχείριση περίπτωσης.
- Σχεδίαση θεραπευτικού περιβάλλοντος.
- Εκπαίδευση των ατόμων όσον αναφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία και ασθένεια.
- Ανάπτυξη της αυτοφροντίδας και της αυτοάμυνας.
- Υλοποίηση και παρακολούθηση της πορείας των ψυχοβιολογικών θεραπευτικών αγωγών.
- Παρέμβαση σε περιπτώσεις που χρήζουν ανάγκης και συμβουλευτική.
- Βοήθεια και συμμετοχή στις προσπάθειες της κοινωνίας και της κοινότητας για την ανάπτυξη του τομέα της ψυχικής υγείας.

Η παροχή φροντίδας από τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας προς τους ασθενείς πραγματοποιείται και εντός και εκτός του νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα οι υπηρεσίες που μπορεί να παρέχεται φροντίδα είναι :

- Το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο
- Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- Ο ψυχιατρικός τομέας γενικού νοσοκομείου
- Εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες
- Κοινοτικές υπηρεσίες υγείας

- Κέντρα ημέρας
- Κέντρα αποκατάστασης
- Σχολεία
- Σωφρονιστικά ιδρύματα
- Κέντρα άμεσης βοήθειας και κέντρα παρέμβασης σε περιπτώσεις κρίσης
- Οργανισμούς διατήρησης της υγείας

Όταν οι παραπάνω υπηρεσίες ψυχικής υγείας λειτουργούν οργανωμένα και με σχεδιασμό, τότε η φροντίδα των ασθενών γίνεται πιο αποτελεσματική. Από την πλευρά του ο νοσηλευτής για να διαχειριστεί αυτούς τους ασθενείς θα πρέπει να διαθέτει κατανόηση, υπομονή και να διαμορφώνει ένα υποστηρικτικό περιβάλλον μέσω της επικοινωνίας. Η εδραίωση μιας θεραπευτικής σχέσης είναι μια από τις σημαντικότερες ικανότητες που πρέπει να διαθέτει ο ασθενείς για την επιτυχία των παρεμβάσεων σε ασθενείς με ψυχική νόσο.^{5,8}

5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Οι αποφάσεις υγειονομικής φροντίδας λαμβάνονται μέσα από την οικογένεια, την βασική μονάδα της κοινωνίας, οι οποίες αποτελούν και το μεγαλύτερο κομμάτι της κοινότητας. Το οικογενειακό περιβάλλον έχει ευθύνη για την παροχή, την ενίσχυση και την διαχείριση της φροντίδας των οικογενειακών μελών. Ταυτόχρονα όμως ο νοσηλευτής είναι αρμόδιος να αλληλοεπιδράει με την οικογένεια για την ενίσχυση αυτής της φροντίδας, ιδιαίτερα σε ασθενείς που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο και απαιτούν μια πιο προσεκτική και πολύπλοκη προσέγγιση.

Αναλυτικότερα, σε ένα πιο γενικό πλαίσιο ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για :

- Να στηρίζει και να βοηθάει την οικογένεια να προφυλάσσει την υγεία της.
- Να εντοπίζει τις ανάγκες υγείας του ασθενούς, αλλά και ταυτόχρονα της υπόλοιπης οικογένειας.
- Να αντιμετωπίζει τα προβλήματα υγείας μέσα στο πλαίσιο της υπάρχουσας οικογενειακής δομής και των κοινοτικών πόρων.
- Να συμβουλεύει και να συνεργάζεται με την οικογένεια για την ανάπτυξη χρήσιμων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων.

Είναι σημαντικό λοιπόν ο νοσηλευτής να είναι έμπειρος στις οικογενειακές δομές, στις λειτουργίες, στις διαδικασίες και τους ρόλους. Ταυτόχρονα, η σωστή προσέγγιση της οικογένειας απαιτεί εκτός από έναν επαγγελματία υγείας και ένα άτομο με αυτογνωσία που γνωρίζει τις σκέψεις και τις αξίες του και είναι ανοιχτός σε διαφορετικές οικογενειακές δομές και κουλτούρες. Πιο συγκεκριμένα για τον νοσηλευτή ψυχικής υγείας, η ευθύνη για συνειδητή προσωπική συμπεριφορά αυξάνεται.

Η εκπαίδευση της οικογένειας αποτελεί επίσης βασικό παράγοντα για την πορεία και εκδήλωση των ασθενών που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο. Η επαρκής και η αποτελεσματική εκπαίδευση των οικογενειακών μελών είναι ικανή να επιτρέψει :

- Την έκφραση των μελών όσον αναφορά της ευθύνης τους έναντι τους ασθενούς, της φροντίδας και της θεραπείας του.
- Την ανοικτή περιγραφή των σκέψεων και των συναισθημάτων τους σχετικά με την ευθύνη τους για τον ασθενή στο θεραπευτικό περιβάλλον που έχει δημιουργηθεί από τα ίδια τα μέλη.
- Την εκδήλωση βελτιωμένων δεξιοτήτων επικοινωνίας, επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων στις μεταξύ τους σχέσεις και με το προσωπικό της φροντίδας του ασθενούς.
- Την χρήση αποτελεσματικών στρατηγικών χειρισμού της φροντίδας του ασθενούς και της νόσου του.⁶

5.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η φροντίδα των ασθενών με Διαταραχές Προσωπικότητας αποτελεί μια διαδικασία απαιτητική και πολλές φορές κουραστική για τον νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας εκτός από την γνώση διαχείρισης τέτοιων ασθενών απαιτεί να διαθέτει υπομονή και δεξιοτεχνία. Για να εργαστεί επιτυχώς με αυτούς τους ασθενείς είναι απαραίτητο να προσαρμόσει τη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς στις ιδιαίτερες ανάγκες του ασθενούς. Θα πρέπει να θυμάται πως τα άτομα που πάσχουν από Διαταραχές Προσωπικότητας είναι ευαίσθητα στις αντιδράσεις και τα κίνητρα των άλλων, γι' αυτό τον λόγο θα πρέπει ως νοσηλευτής να προσεγγίζει τέτοιους με καθαρά επαγγελματικό ύφος και χωρίς να επιδιώκει την διαμόρφωση ενός φιλικού περιβάλλοντος. Επιπλέον, ο νοσηλευτής θα πρέπει να

προσαρμόζει την συμπεριφορά του και τον τρόπο του διαφορετικά σε κάθε Διαταραχή Προσωπικότητας, πιο συγκεκριμένα :

Παρανοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας σε ασθενείς που πάσχουν από αυτή την διαταραχή δεν μπορεί απλά να σχεδιάσει παρεμβάσεις, να τις εφαρμόσει και να αλλάξει την συμπεριφορά του ατόμου. Οφείλει να βοηθήσει τον ασθενεί να αποκτήσει ρεαλιστικές βραχυπρόθεσμες εκβάσεις. Αυτές οι εκβάσεις μπορούν να αφορούν μικρές αλλαγές, για παράδειγμα αλλαγές στον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς. Σημαντικές εκβάσεις στο αρχικό στάδιο θα ήταν η ρεαλιστική ερμηνεία των γεγονότων, η λήψη των φαρμάκων και η συνεργασία του ασθενούς στην θεραπεία.

Ως μακροπρόθεσμος στόχος για τους ασθενείς που πάσχουν από Παρανοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας θα μπορούσε να τεθεί η επίδειξη ευελιξίας και η εμπιστοσύνης προς τους άλλους. Σε ασθενείς με παράνοια ενδείκνυται μια επαγγελματική και προσγειωμένη προσέγγιση.

Οι ασθενείς αυτοί αν και μπορεί να φαίνονται επιθετικού, τα εσωτερικά τους συναισθήματα είναι συνήθως ο φόβος και η ανασφάλεια. Γι'αυτό τον λόγο είναι σημαντική η διαβεβαίωση ότι βρίσκονται σε ένα ασφαλές περιβάλλον. Τέλος, λόγω του ότι δίνουν μεγάλη σημασία στους συσχετισμούς ισχύος, η αντίδραση τους είναι καλύτερη όταν λαμβάνουν τις πληροφορίες από τους γιατρούς.

Σχιζοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας

Χαρακτηριστικό αυτών των ασθενών είναι ότι αποφεύγουν τις διαπροσωπικές σχέσεις και την επαφή με τους γύρω τους, γι'αυτό τον λόγο οι στόχοι της φροντίδας δεν μπορούν εμπεριέχουν την κοινωνική δραστηριοποίηση του ατόμου. Οι διαπροσωπικές επαφές θα πρέπει να υπάρχουν σε ένα πραγματικό πλαίσιο, δεν θα πρέπει όμως να ξεπερνάνε τα όρια του ασθενούς και να του προκαλούν αναίτιο στρες. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να καθησυχάζει τον ασθενή και τον βοηθήσει στην διαχείριση και την μείωση του άγχους και το πως αυτός μπορεί να λειτουργήσει με τους υπόλοιπους. Ο σχεδιασμός και εύρεση μοναχικών

δραστηριοτήτων που προσφέρουν ευχαρίστηση στο άτομο θα μπορούσαν να αποτελούν ίσως έναν αποτελεσματικότερο θεραπευτικό στόχο.

Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας

Τα άτομα που πάσχουν από την συγκεκριμένη διαταραχή συνήθως δεν αναζητούν την θεραπεία, κι αν την αναζητήσουν συνήθως το κάνουν εξαιτίας των συνοδών συμπτωμάτων, όπως το άγχος και την κατάθλιψη.

Λόγω του στρες που νιώθουν, κάτω από ορισμένες συνθήκες μπορεί να παρουσιάσουν παραληρητικές ιδέες ή αλλοιωμένη αντίληψη. Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι να ενισχύει την αντίληψη της πραγματικότητας, αποφεύγοντας όμως να διαφωνήσει με τον ασθενή σχετικά με αυτές τις παραληρηματικές ιδέες του. Παράλληλα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να τηρεί ένα επαγγελματικό ύφος για να αποσπάσει τον σεβασμό από τέτοιους ασθενείς και να επιδιώκει περισσότερο διαλόγους σύντομους και «πεζούς» σχετικά με τις τρέχουσες εμπειρίες του. Το φιλικό περιβάλλον, η οικειότητα και τα αστεία μπορούν να θεωρηθούν δείγμα αναξιοπιστίας.

Η εκκεντρικότητα-ιδιορρυθμία που πολλές φορές τους χαρακτηρίζει μπορεί να αποτελούν εμπόδιο στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Μέσω της εκπαίδευσης του ασθενούς από τον νοσηλευτή σχετικά με τις κοινωνικές δεξιότητες, ο ασθενείς μπορεί να μάθει να συμπεριφέρεται με πιο αποδεκτούς κοινωνικούς τρόπους και έτσι να καταφέρει να συναναστραφεί ευκολότερα με την κοινότητα.

Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας

Ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα των ατόμων που πάσχουν από την διαταραχή είναι η επιθετική συμπεριφορά. Τα άτομα αυτά πολλές φορές ασκούν λεκτική ή σωματική βία και χειραγωγούν συναισθηματικά τους άλλους. Έτσι ένας βραχυπρόθεσμος στόχος που πρέπει να θέτει ο νοσηλευτής είναι η εξασφάλιση ασφάλειας και των άλλων. Αυτό θα επιτευχθεί με την εκπαίδευση και την υποστήριξη το ατόμου να διαχειρίζεται τον θυμό του, να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες και να βλέπει τα πράγματα από την σκοπιά των άλλων. Ο νοσηλευτής σε

ασθενείς με αυτήν την διαταραχή πρέπει να είναι ευθείς, ειλικρινής και να εξηγεί στον ασθενή τις συνέπειες που θα επακολουθήσουν λόγο της συμπεριφοράς του.

Οι ασθενείς αυτοί όπως προαναφέρθηκε τείνουν να χειραγωγούν τους γύρω τους και αυτό θα επιδιώξουν να κάνουν και με το προσωπικό. Θα προσπαθήσουν να δημιουργήσουν μια εικόνα συμπάθειας και έτσι θα καταφέρουν να κάνουν το προσωπικό να παραβλέψει κανόνες. Ο νοσηλευτής πρέπει εξαρχής να οριοθετεί τον ασθενή, ενημερώνοντας τον για τους κανονισμούς της κλινικής που ισχύουν τόσο για αυτόν όσο και για τους υπόλοιπους ασθενείς.

Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας

Σημαντικός θεραπευτικός στόχος σε αυτήν την διαταραχή είναι η αποφυγή του τραυματισμού και η αντιμετώπιση άλλων ζητημάτων όπως τα προβλήματα διάθεσης. Οι θεραπευτικοί στόχοι σε αυτή την διαταραχή θα πρέπει να προσδίδουν αξία στον ασθενή και να στοχεύουν στην εκπαίδευση του σε δεξιότητες και στον έλεγχο της συμπεριφοράς του. Ο νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει σε αυτό με την βοήθεια μιας ομάδας επαγγελματιών υγείας όπως ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς.

Οιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας

Τα άτομα που πάσχουν από Οιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας συνήθως δεν αναζητούν την θεραπεία. Θα αναζητήσουν την θεραπεία όταν βιώσουν την απόρριψη ή σε μια περίοδο χωρίς ικανοποιητικές σχέσεις. Οι ασθενείς έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και θεωρούν πως είναι ανίκανοι να διαχειριστούν την ζωή τους μόνοι τους. Ο νοσηλευτής σε αυτές τις περιπτώσεις οφείλει να υπενθυμίζει στον ασθενή ότι είναι ικανός και ότι πρέπει να βασίζεται στις δυνάμεις του για να καλύψει τις ανάγκες του.

Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας

Οι ασθενείς αυτοί συνήθως νοσηλεύονται στην κλινική για κάποια άλλη διαταραχή. Η υπεροψία τους και οι πτωχές κοινωνικές τους δεξιότητες τους καθιστούν «δύσκολους» ασθενείς και οι νοσηλευτές προβληματίζονται να τους φροντίζουν. Ως νοσηλευτής εκτός από κατανόηση προς τον ασθενή, το άτομο θα πρέπει πρώτα να διαθέτει αυτογνωσία για να

μπορεί να διαχωρίζει ποιες συμπεριφορές του προκαλούν άγχος. Με την κατανόηση του εαυτού του θα είναι σε θέση να αντιμετωπίσει το άγχος του χωρίς να μεταδίδει.

Ο νοσηλευτής απαιτείται να δημιουργήσει μια σταθερή επικοινωνία, με ευθύτητα και σαφή όρια. Ο σημαντικότερος θεραπευτικός στόχος είναι το άτομο να αναπτύξει δεξιότητες αντιμετώπισης των δυσκολιών χωρίς να χειραγωγεί και να εκμεταλλεύεται τους άλλους για να επιλύσει τα προβλήματα του.

Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας

Στην Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας ο σημαντικότερος θεραπευτικός στόχος του νοσηλευτή είναι η τόνωση της αυτοεκτίμησης του ασθενούς. Απαιτείτε η δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος και μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς. Μέσα από αυτή την σχέση θα γίνεται η προσπάθεια για ανάπτυξη προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης των δυσκολιών και για βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων του ασθενούς.

Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας

Τα άτομα που πάσχουν από την συγκεκριμένη συνήθως νοσηλεύονται στην κλινική για κάποια άλλη ενόχληση. Αυτοί οι ασθενείς δυσκολεύονται να πάρουν αποφάσεις, γι' αυτό τον λόγο θα θελήσουν οι νοσηλευτές να πάρουν τις αποφάσεις για αυτούς. Ο νοσηλευτής από την μεριά του θα πρέπει να δημιουργήσει ένα περιβάλλον υποστηρικτικό που όμως αφήνει στο άτομο το περιθώριο να ενεργεί και να αποφασίζει μόνο του.

Επειδή, η μακροχρόνια ψυχοθεραπεία είναι η πιο αποτελεσματική θεραπεία, ο νοσηλευτής θα πρέπει να υπενθυμίζει στον ασθενή συνεχώς την χρησιμότητα της και το πόσο αποτελεσματική μπορεί να είναι ακόμα και μετά την έξοδο του. Με την βοήθεια των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας ο νοσηλευτής μπορεί να κατευθύνει και να παραπέμψει τον ασθενή στον κατάλληλο ψυχοθεραπευτή.

Όπως και στην Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας, έτσι και σε αυτή την διαταραχή ο πιο αποτελεσματικός θεραπευτικός στόχος είναι η ψυχοθεραπεία. Ο νοσηλευτής οφείλει να υποστηρίξει και να συμβουλευεί τον ασθενή σχετικά με την αναγκαιότητα της και να κατευνάζει συμπτώματα που μπορεί να συνοδεύουν την διαταραχή του, όπως για παράδειγμα το άγχος.³⁶

5.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Τόσο οι Διαταραχές Προσωπικότητας όσο και άλλες συνοδές ψυχικές διαταραχές όπως η Σχιζοφρένεια, οι Αγχώδεις Διαταραχές και η Κατάθλιψη σχετίζονται με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και απόπειρες αυτοκτονίας. Η πρόληψη των αυτοκτονιών πρέπει να στοχεύει σε ατομικό, οικογενειακό, κοινοτικό και παγκόσμιο επίπεδο. Οι επαγγελματίες υγείας είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τον κίνδυνο αυτό μέσα από σημεία και συμπτώματα που παρουσιάζει ένας ασθενής, αλλά και μέσω την καλής επικοινωνίας και συνεργασίας με την οικογένεια. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής από την πλευρά του εκτός από το ενδιαφέρον του για την παρεμπόδιση της πράξης της αυτοκτονίας να αποβλέπει στη διερεύνηση όσο είναι δυνατό του ορίζοντα της ζωής και στη βελτίωση της ποιότητας αυτής.

Η νοσηλευτική εκτίμηση ενός αυτοκτονικού ασθενούς θα πρέπει να γίνεται προσεκτικά και να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση σε περιπτώσεις που ο ασθενείς :

- Μιλάει για τον θάνατο, εύχεται να είχε πεθάνει και βυθίζεται σε σκέψεις.
- Φαίνεται καταθλιπτικός και κλαίει συχνά.
- Έχει εκφράσει την επιθυμία του να δραπετεύσει από μια κατάσταση ή λόγο αφόρητης αγωνίας.
- Δείχνει την απελπισία τους στους άλλους.
- Θέτει ερωτήσεις που δείχνουν σκέψεις ή σχέδια αυτοκτονίας, για παράδειγμα « Πόσα από αυτά τα χάπια θα μπορούσαν να με σκοτώσουν; »
- Συλλέγει αντικείμενα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης.
- Έχει εκφράσει την επιθυμία του να λάβει βοήθεια.

Για την άμεση κινητοποίηση και πρόληψη της αυτοκτονίας, ο νοσηλευτής οφείλει να έχει εκπαιδεύσει την οικογένεια να αναγνωρίζει και να αποκωδικοποιεί μηνύματα και ύποπτες συμπεριφορές όπως οι παραπάνω. Από πλευράς του, ο ίδιος με την βοήθεια και των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας απαιτείται να σχεδιάσει και να προγραμματίσει ένα πλάνο φροντίδας η οποία θα επικεντρώνεται :

- Στην προστασία του αρρώστου. Για παράδειγμα απομάκρυνση αιχμηρών ή άλλων αντικειμένων που μπορεί να του προκαλέσουν βλάβη, δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος και στενή παρατήρηση του ασθενούς.
- Στην αύξηση της αυτοεκτίμησης, μέσω υποστηρικτικών συζητήσεων, με ενδιαφέρον και χωρίς κατάκριση του ασθενούς.
- Στην ενίσχυση των προσαρμοστικών μηχανισμών.
- Στην αναγνώριση του υποκειμένου προβλήματος και στην αναζήτηση τρόπου επίλυσης αυτού.
- Στην ενεργοποίηση του περιβάλλοντος.
- Στην εκπαίδευση του ασθενούς.⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

6.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η νοσηλευτική διεργασία θα μπορούσε να οριστεί ως μια συστηματική και δυναμική διαδικασία ή ένα σύνολο ενεργειών το οποίο επικεντρώνεται σε στόχους και δραστηριότητες η οποίες είναι αλληλένδετες. Ο νοσηλευτής μέσω αυτής αποκτά την δυνατότητα να καθορίζει, να προλαμβάνει και να αντιμετωπίζει πραγματικά και δυνητικά προβλήματα υγείας.

Τα βασικά στάδια αυτής είναι :

1. Η αξιολόγηση των αναγκών του ατόμου και των πόρων για την νοσηλευτική διεργασία
2. Η νοσηλευτική διάγνωση
3. Ο προγραμματισμός για την ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς
4. Η εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας
5. Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων¹⁰

6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α

Ατομικό ιστορικό ασθενούς

Γυναίκα ασθενής Κ.Μ., διαζευγμένη, ηλικίας 32 ετών, εισήχθη στις 01/11/2019 στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Παναγία η Βοήθεια» με διάγνωση Μετ αιχμακής Διαταραχής Προσωπικότητας. Η ασθενής αναφέρει έλλειψη ικανοποίησης από τις διαπροσωπικές σχέσεις, ενώ κατά διαστήματα παρουσιάζει έντονο θυμό και επιθετικότητα.

Κατά την λήψη του ιστορικού, αναφέρει ότι στο παρελθόν είχε νοσηλευτεί στην κλινική λόγω δύο (2) αποπειρών αυτοκτονίας σε διάστημα δύο (2) ετών (2015-2016). Οι παρούσες απόπειρες αιτιολογήθηκαν ως συναισθηματική φόρτιση και απόγνωση κατά την περίοδο του διαζυγίου της. Η ίδια αναφέρει πως κατά διαστήματα έντονου στρες έχει τέτοιες σκέψεις τις οποίες όμως δεν υλοποιεί.

<u>1^ο ΣΤΑΔΙΟ</u> <i>Ανάγκες- Προβλήματα Ασθενούς</i>	<u>2^ο ΣΤΑΔΙΟ</u> <i>Αντικειμενικοί Σκοποί</i>	<u>3^ο ΣΤΑΔΙΟ</u> <i>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<u>4^ο ΣΤΑΔΙΟ</u> <i>Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<u>5^ο ΣΤΑΔΙΟ</u> <i>Εκτίμηση</i>
<i>Έλλειψη ικανοποίησης από τις διαπροσωπικές σχέσεις.</i>	<i>Ψυχολογική υποστήριξη και ενίσχυση της ορθής αντίληψης του εαυτού της</i>	<i>Καθοδήγηση και ενθάρρυνση της ασθενούς να συναναστραφεί και να συμμετάσχει σε ασχολίες που προάγουν την κοινωνική ανάπτυξη</i>	<i>Παραπομπή της ασθενούς για ψυχοθεραπεία (γνωστική- συμπεριφοριστική) για την αντιμετώπιση των δυσπροσαρμοστικ ών σκέψεων</i>	<i>Μερική ικανοποίηση του ασθενούς και ανάπτυξη κοινωνικών επαφών και δεξιοτήτων.</i>
<i>Έντονος θυμός/ Επιθετικότητα</i>	<i>Μείωση της ευερεθιστικότητας και των παραγόντων που την δημιουργούν και διατήρηση ηρεμίας της ασθενούς</i>	<i>Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων κατόπιν ιατρικής οδηγίας</i>	<i>Προσέγγιση ασθενούς με ήρεμο τρόπο και χαμηλό τόνο φωνής για την χορήγηση του φαρμάκου</i>	<i>Η ασθενής δείχνει πιο ήρεμη και λιγότερο επιθετική</i>
<i>Αυτοκτονικός ιδεασμός</i>	<i>Δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης βασισμένης στην εμπιστοσύνη</i>	<i>Διαμόρφωση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος με μειωμένους κινδύνους και ερεθίσματα που</i>	<i>Τακτικός έλεγχος των προσωπικών αντικειμένων της ασθενούς και απομάκρυνση</i>	<i>Η ασθενής είναι συνεργάσιμη ,φαίνεται ήρεμη και δεν</i>

		<p>θα μπορούσαν να συμβάλλουν σε μια τέτοια πράξη</p>	<p>αυτών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μια τέτοια πράξη (π.χ. κορδόνια παπουτσιών, καθρέφτες)</p> <p>Τοποθέτηση της ασθενούς σε δωμάτιο με συγκάτοικο έτσι ώστε να μην γίνεται εύκολη η επιχείρηση για τυχόν απόπειρα.</p> <p>Ενθάρρυνση της ασθενούς να εκφράζει τα συναισθήματα της</p>	<p>έχει εκφράσει ξανά τέτοια σκέψη και φόβο. Επίσης, δεν φέρει στα πράγματα της επικίνδυνα αντικείμενα.</p>
--	--	---	--	---

6.3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β

Ατομικό ιστορικό ασθενούς

Άνδρας ασθενής Α.Ρ., άγαμος, ηλικίας 27 ετών, εισήχθη στις 10/01/2020 στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γεώργιος Γεννηματάς", ύστερα από εκδήλωση έντονου άγχους, καταθλιπτικής διάθεσης και απώλειας βάρους. Ο ασθενής προσήλθε εκούσια συνοδευόμενος από την μητέρα του.

Κατά την λήψη του ιστορικού του, το άτομο αναφέρει πως αναζήτησε θεραπεία γιατί νιώθει ανίκανο να βοηθήσει τον εαυτό του. Επίσης αναφέρει πως δεν έχει νοσηλευτεί στο παρελθόν σε νοσοκομειακή μονάδα για παρεμφερή συμπτώματα και πως δεν φέρει προδιάθεση για την εκδήλωση κάποιας ψυχικής νόσου. Κατά την διάρκεια της λήψης, η μητέρα ήταν έντονα παρεμβατική και υπερπροστατευτική, ενώ και ο ίδιος ο ασθενής την αναζητούσε προκειμένου να απαντήσει σε απλές ερωτήσεις του ιστορικού.

<u>1^ο ΣΤΑΔΙΟ</u> <i>Ανάγκες- Προβλήματα Ασθενούς</i>	<u>2^ο ΣΤΑΔΙΟ</u> <i>Αντικειμενικοί Σκοποί</i>	<u>3^ο ΣΤΑΔΙΟ</u> <i>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<u>4^ο ΣΤΑΔΙΟ</u> <i>Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<u>5^ο ΣΤΑΔΙΟ</u> <i>Εκτίμηση</i>
<i>Έντονο άγχος</i>	Μείωση των εξωτερικών παραγόντων που προκαλούν άγχος και προσπάθεια μείωσης του καθημερινού άγχους	Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και εξασφάλιση ενός ήρεμου περιβάλλοντος Χορήγηση αγχολυτικής φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας	Προσέγγιση του ατόμου με προσοχή και αποφυγή εξωτερικών παραγόντων που θα του προκαλέσουν τυχόν άγχος	Ψυχική αποκατάσταση ασθενούς αφού τα αγχωτικά συμπτώματα δείχνουν να υποχωρούν
<i>Καταθλιπτική διάθεση</i>	Μείωση των αρνητικών συναισθημάτων	Χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας	Ψυχολογική υποστήριξη και καθησυχασμός	Βελτίωση της διάθεσης και συναισθήματα αισιοδοξίας
<i>Απώλεια βάρους</i>	Αύξηση του βάρους	IV χορήγηση θρεπτικών στοιχείων Διαμόρφωση διατροφολόγου, πλούσιου σε θρεπτικά συστατικά	Έναρξη διατροφής πλούσια σε βιταμίνες, πρωτεΐνες και λιπαρά οξέα	Ο ασθενής πλέον λαμβάνει την τροφή και παρουσιάζει σταθερή αύξηση βάρους

<p><i>Αδύναμος / Αβοήθητος</i></p>	<p>Ενθάρρυνση του ατόμου ώστε να αποκτήσει αυτοεκτίμηση</p>	<p>Ψυχολογική υποστήριξη</p>	<p>Παραπομπή του ασθενούς για ψυχοθεραπεία (γνωστική- συμπεριφοριστική) για την ανάπτυξη της αποτελεσματικής λήψης αποφάσεων και της αυτονόμησης</p>	<p>Το άτομο αρχίζει να αποκτάει αυτοπεποίθηση και πίστη στις δυνάμεις του</p>
--	---	----------------------------------	---	---

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι Διαταραχές Προσωπικότητας αποτελούν μια ασθένεια που δεν επηρεάζει μόνο τον ασθενή, αλλά και τον περίγυρο του. Μπορούν να προκαλέσουν τεράστια προβλήματα στα άτομα και στην κοινωνία και συνδέονται με έκπτωση της προσαρμογής στον κοινωνικό και διαπροσωπικό τομέα. Παράλληλα, σε ατομικό επίπεδο, η οικογενειακή ζωή και η επαγγελματική επίδοση πλήττονται.

Οι διαταραχές εμφανίζουν ποικιλομορφία, αν και κάθε ομάδα φαινομενολογικά αποτελείται από παρόμοιες διαταραχές. Λόγω της ποικιλομορφίας τους οι γενικεύσεις δεν βοηθούν στην αποτελεσματική έρευνα τους. Ακόμα και ασθενείς με την ίδια Διαταραχή Προσωπικότητας μπορεί να διαφέρουν πολύ μεταξύ τους.

Τα άτομα που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο είναι τα ηλικιακά νεότερα, ενώ η συχνότητα διαφέρει ανάμεσα στα δύο φύλλα. Επίσης, αυτές οι διαταραχές τείνουν να έχουν έναρξη στην εφηβεία και όπως φαίνεται τα παιδικά βιώματα όπως για παράδειγμα η σεξουαλική κακοποίηση, πυροδοτούν στην εμφάνιση τους.

Η διάγνωση τους χρειάζεται την λήψη ενός λεπτομερούς ατομικού και κοινωνικού ιστορικού και απαιτεί μια μακροχρόνια παρατήρηση. Ενώ, θα πρέπει να δίνεται προσοχή στο να διαχωρίζεται η έννοια της διαταραχής από έναν φυσιολογικό χαρακτήρα ο οποίος έχει τις δικές του ιδιορρυθμίες.

Θεραπευτικά δεν έχουν πραγματοποιηθεί ακόμα επαρκείς μελέτες για την αποτελεσματικότερη θεραπεία τους, δύναται να βασίζεται κυρίως στην κλινική εμπειρία. Παρόλα αυτά φαίνεται πως η θεραπεία προσφέρει θετικά αποτελέσματα στον ασθενή σε σημαντικό βαθμό.

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενείς με Διαταραχές Προσωπικότητας απαιτεί έναν ιδιαίτερο χειρισμό. Η δημιουργία σχέσεις με αυτούς τους ασθενείς είναι δύσκολη και απαιτεί κατανόηση και υπομονή. Μέσω του σεβασμού, της ευθύτητας και της σταθερότητας, μπορεί να δημιουργηθεί μια θεραπευτική σχέση με βάσεις. Το φιλικό κλίμα, το οποίο όμως δεν ξεπερνά τα όρια και δεν εμπεριέχει οικειότητα είναι ικανό μαζί με τα παραπάνω να οριοθετήσει την σχέση νοσηλευτή-ασθενούς. Το σημαντικότερο όλων είναι ο νοσηλευτής να αποδεχτεί τον ασθενή, αποφεύγοντας κάθε είδους κριτικής. Μέσω της συμβουλευτικής και της καλής ακρόασης ο νοσηλευτής δεν αποδέχεται κάθε ανάρμοστη συμπεριφορά του ατόμου, αλλά αποδέχεται την αξία του και τον ίδιο ως άνθρωπο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Guorong M., Hongying F., Chanchan S., Wang W., Genetic and Neuroimaging Features of Personality Disorders: State of the Art, *Neuroscience Bulletin*, (2016) , 32, pp.286-306
2. Ekselius L., Personality disorder: a disease in disguise, *Journal of Medical Sciences*, (2018), 123(4), pp.194-204
3. Iatronet, Ποιες είναι οι πιο συχνές διαταραχές προσωπικότητας, (2016), <https://www.iatronet.gr/yegeia/psychiki-yegeia/article/36251/poies-einai-oi-pio-syxnes-diataraxes-proswpikotitas.html>
Τελευταία προσπέλαση 03/09/2019
4. Black D., Andreasen N., *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού, Αθήνα, (2015)
5. Hogan M. A., *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ανασκοπήσεις και Αιτιολογήσεις*. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, (2012)
6. Ράνια Α., *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισσιανός , Αθήνα, (2009)
7. Royce L., Mistrustful and Misunderstood: A Review of Paranoid Personality Disorder, *Current Behavioral Neuroscience Reports* 4, (2017), pp.151-167
8. Stanhope M., Lancaster J., *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, (2016)
9. Sines D., Saunders M., Forbes-Burford J., *Εφαρμοσμένη Κοινωνική Νοσηλευτική*. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, (2011)
10. Βιβιλάκη Β., Γιαννακοπούλου Μ., Γκοβίνα Ο. συν, *Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη και την Φροντίδα Υγείας*. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, (2015)
11. Tyrer P., Reed G., Crawford M., Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder, *Lancet* , (2015), 385(9969), pp.717-726

12. Carroll A., Are you looking at me? Understanding and managing paranoid personality disorder, *Advances in Psychiatric Treatment*, (2009), 15 (1), pp.40-48
13. Iatronet, Οριακή διαταραχή προσωπικότητας: Πώς την αναγνωρίζω, (2016), <https://www.iatronet.gr/yegeia/psychiki-yegeia/article/34278/oriaki-diataraxi-proswpikotitas-pws-tin-anagnwrizw.html>
Τελευταία προσπέλαση 17/11/2019
14. Fahy T., Personality disorders, *Personality disorders, Medicine*, (2012), 40(11), pp.613-618
15. Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α., *Ψυχική Υγεία Και Νοσηλευτική Επιστήμη, Σύγχρονες τάσεις*. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, (2012)
16. Cattane N, Rossi R, Lanfredi M, Cattaneo A., Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*, (2017), 17(1), pp.221
17. American Psychiatric Association, *Διαγνωστικά Κριτήρια από DSM-5*. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, (2015)
18. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, (2015)
19. Martens W., Schizoid personality disorder linked to unbearable and inescapable loneliness, *The European Journal of Psychiatry*, (2010), 24(1)
20. Skodol A., Gunderson J., *Essentials of Psychiatry*, American Psychiatric Publishing, Arlington, (2011), pp.293-307
21. Gunderson J., Herpertz S., Skodol A., Torgersen S., Zanarini M., Borderline personality disorder *Nature Reviews Disease Primers*, (2018), 4(18029)
22. Angstman K., Rasmussen N., Personality disorders: review and clinical application in daily practice, *Am Fam Physician*, (2011) 84(11), pp.1253-1260
23. Hollins-Martin C., *Personality disorder and mental health in the perinatal period*. Published by M & K Update, Keswick, (2012)

24. Lenzenweger M., A source, a cascade, a schizoid: A heuristic proposal from The Longitudinal Study of Personality Disorders, Published by Cambridge University Press, (2010), 22(4), pp.867-881
25. Kramer U., Meystre C., Assimilation process in a psychotherapy with a client presenting schizoid personality disorder, Institute of Psychotherapy, Prilly-Lausanne, Switzerland, (2010), 161(4), pp.128–34
26. Wheeler Z., Treatment of schizoid personality: *An analytic psychotherapy handbook*. Published by ProQuest LLC, California, (2013)
27. Esterberg M., Goulding S., Walker E., Cluster A Personality Disorders: Schizotypal, Schizoid and Paranoid Personality Disorders in Childhood and Adolescence, J Psychopathol Behav Assess, (2010), 32(4), pp.515-528
28. Arciniegas D., Psychosis, Continuum : Lifelong Learning in Neurology, (2015), pp.715-736
29. Cheli S., Lysaker P., Dimaggio G., Metacognitively oriented psychotherapy for schizotypal personality disorder: A two-case series, Personal Ment Health, (2019), 13(3), pp. 155-167
30. Widiger T., The Oxford Handbook of Personality Disorders, Published by Oxford University Press, Oxford, (2013), pp.441-443
31. Manoudi F., Asri F., Boutabia S., Haida I, Tazi I., Schizotypal personality in academia, Encephale, (2010), 36(6), pp.478-483
32. Rosell D., Futterman S., McMaster A., Sieve L., Schizotypal Personality Disorder: A Current Review, Current psychiatry reports, (2014), 16(7)
33. Lentz V., Robinson J., Bolton J., Childhood adversity, mental disorder comorbidity, and suicidal behavior in schizotypal personality disorder, The Journal of Nervous and Mental Disease, (2010), 198(11), pp. 795-801
34. Zhang R., Zhou H., Wang Y., Yang Z., Wang Y., So Sh., et., Network analysis of schizotypal personality traits and their association with other subclinical psychiatric features, Asian Journal of Psychiatry, (2019), 44, pp.209-216

35. Kirchner S., Roeh, Nolden J., Alkomiet H. , Diagnosis and treatment of schizotypal personality disorder: evidence from a systematic review, *npj Schizophrenia*, (2018), 4(20),
36. Eby L., Brown N., *Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία*. Εκδόσεις Λάγος Δημήτριος, Αθήνα, (2009)
37. Παπαδημητρίου Γ.Ν., Λιάππας Ι.Α., Λύκουρας Ε., *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, (2015)
38. Charles A. Sanislow, Ellen E. Bartolini, Emma C. Zoloth, Avoidant Personality Disorder, Academic Press, San Diego, (2012), pp.257-266
39. Lampe L., Avoidant personality disorder as a social anxiety phenotype: risk factors, associations and treatment, *Current opinion in Psychiatry*, (2016), 29(1), pp.64-9
40. Bennett P., *Κλινική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία*. Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα, (2010),
41. Drago A., Marogna C., Søggaard H., A Review of Characteristics and Treatments of the Avoidant Personality Disorder. Could the DBT be an Option?, *International Journal of Psychology and Psychoanalysis*, (2016), 2(1)
42. Rees C., Pritchard R., Brief cognitive therapy for avoidant personality disorder, *Psychotherapy (Chic)*, (2015), 52(1), pp.45-55
43. Maccaferri G., Dunker-Scheuner D., De Roten Y., Despland J., Sachse R., Kramer U., *Psychiatry, Psychotherapy of Dependent Personality Disorder: The Relationship of Patient-Therapist Interactions to Outcome*, (2019), 15, pp.1-16
44. Mroczkowski M., Goes F., Riddle M., Grados M., Bienvenu O., Greenberg B., et., Dependent personality, separation anxiety disorder and other anxiety disorders in OCD, (2016), 10(1), pp.22-8
45. Loas G., Cormier J., Perez-Diaz F., Dependent personality disorder and physical abuse, *Psychiatry Research*, (2011), 185(1-2), pp.167-170
46. Beck A., Davis D., Freeman A., *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Third Edition, The Guilford Press, New York, (2015), pp.49-50
47. Diedrich A., Voderholzer U., Obsessive-compulsive personality disorder: a current review, *Current Psychiatry Reports*, (2015), 17(2)

48. Simonelli A., Parolin M., Dependent Personality Disorder, *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, Springer, (2017), pp.1-11
49. Thamby A., Khanna S., The role of personality disorders in obsessive-compulsive disorder, *Indian Journal of Psychiatry*, (2019), 61(1),pp.114-118
50. Diedrich A., Voderholzer U., Obsessive-compulsive personality disorder: a current review, *Current Psychiatry Reports*, (2015), 17(2)
51. Λυκούρας Ε., *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, (2013)
52. Dorfman W., *Histrionic Personality Disorder*, Irving B. Weiner, W. Edward Craighead, *The Corsini Encyclopedia of Psychology (4o Edition)*. Published by Wiley, New York, (2010)
53. French J., Shrestha S., *Histrionic Personality Disorder*, StatPearls Publishing, (2019)
54. Iatronet, Οιστριονική ή δραματική διαταραχή της προσωπικότητας: Ποια είναι τα χαρακτηριστικά της, (2016),
<https://www.iatronet.gr/yegeia/psychikiyegeia/article/35031/oistrioniki-i-dramatiki-diataraxi-tis-proswpikotitas-poia-einai-ta-xarakteristika-tis.html>
- Τελευταία προσπέλαση 10/01/2020
55. Novais F., Araújo A., Godinho P., Historical roots of histrionic personality disorder, *Front Psychol*, (2015), 6
56. Smith B., *Ψυχολογία, Επιστήμη και Κατανόηση*. Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε., Αθήνα, (2017)
57. Wade C., Tavris C., *Ψυχολογία*. Εκδόσεις Τζιόλια, Αθήνα, (2018)
58. Black D., The Natural History of Antisocial Personality Disorder, *The Canadian Journal of Psychiatry*, (2015), 60(7), pp.309-14
59. Campbell K., Miller J., *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments*. Published by Wiley, New Jersey, (2011)
60. Reid Meloy J., Yakeley J., Antisocial Personality Disorder, Glen O. Gabbard, *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders (5o Edition)*. Published by American Psychiatric Association Publishing, VA, United States, (2014), pp.1015-1034

61. Caligor E., Levy K.,Yeomans F., Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic and Clinical Challenges, *The American Journal of Psychiatry*, (2015), 172(5), pp.415-422
62. Ronningstam E., Weinberg I., Narcissistic Personality Disorder: Progress in Recognition and Treatment, *Focus the Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, (2013), pp.166-177
63. Kacel E., Ennis N., Pereira D., Narcissistic Personality Disorder in Clinical Health Psychology Practice: Case Studies of Comorbid Psychological Distress and Life-Limiting Illness, *Behav Med.*, (2017), 43(3), pp.156–164
64. Iatronet, Ναρκισσισμός: Ποια είναι τα χαρακτηριστικά της ωραιοπαθούς διαταραχής, (2014), <https://www.iatronet.gr/ygeia/psychikiygeia/article/27244/narkissismos-poiainai-ta-xarakteristika-tiswraiopathoys-diataraxis.html>

Τελευταία προσπέλαση 20/12/2019

