

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΑΣΧΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΑΡΣΟΥΝΑ
ΕΛΕΝΗ ΜΑΛΛΟΥΔΗ**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΟΥΚΟΥΡΙΚΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2018

ΔΙΑΣΧΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Κουκουρίκος Κωνσταντίνος, Καθηγητής Εφαρμογών (Επιβλέπων)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κεφάλαιο 1. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

- 1.1. Η ψυχική νόσος
- 1.2. Η ψυχιατρική διάγνωση- Κώδικας DSM
- 1.3. Συχνότητα ψυχικών νόσων- Επιδημιολογία νόσου
- 1.4. Σύνοψη κεφαλαίου

Κεφάλαιο 2. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

- 2.1. Αγχώδης διαταραχή
- 2.2. Ψυρώσεις
- 2.3. Κατάθλιψη
- 2.4. Σύνοψη κεφαλαίου

Κεφάλαιο 3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- 3.1. Είδη ψυχοθεραπειών
 - 3.1.1. Ψυχανάλυση
 - 3.1.2. Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία
- 3.2. Φαρμακοθεραπεία
- 3.4. Σύνοψη κεφαλαίου

Κεφάλαιο 4. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

- 4.1. Η οικογένεια
- 4.2. Ψυχική διαταραχή- Ποιότητα ζωής
- 4.3. Σύνοψη κεφαλαίου

Κεφάλαιο 5. ΔΙΑΣΤΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

- 5.1. Αποσυνδετικές διαταραχές
- 5.2. Διαταραχές ταυτότητας
 - 5.2.1. Διπολική διαταραχή
 - 5.2.2. Σχιζοφρένεια
- 5.3. Ασθενής με σύνδρομο πολλαπλής προσωπικότητας
 - 5.3.1. Ορισμός
 - 5.3.2. Συμπτώματα
 - 5.3.3. Αιτιολογία

5.3.4. Θεραπευτική προσέγγιση

5.4. Αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της νόσου

5.7. Σύνοψη κεφαλαίου

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ/ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

Η ψυχική νόσος

Η ψυχική ασθένεια είναι ένα όρος ριζωμένος στην ιστορία και αναφέρεται συλλογικά προς όλες τις διαγνωσμένες ψυχικές διαταραχές. Οι ψυχικές νόσοι χαρακτηρίζονται από ανωμαλία στη γνωστική λειτουργία, το συναίσθημα ή τη διάθεση, ή στις μέγιστες εσωτερικές πτυχές, τη συμπεριφορά, όπως στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις ή τη σχεδίαση των μελλοντικών δραστηριοτήτων. Αυτές οι διανοητικές λειτουργίες γίνονται με μεσολαβητή τον εγκέφαλο. Είναι στην ουσία ένας κεντρικός πυρήνας της μοντέρνας επιστήμης όπου η συμπεριφορά μας και η υποκειμενική διανοητική ζωή αντικατοπτρίζουν τις συνολικές διεργασίες του εγκέφαλου. Έτσι, συμπτώματα που σχετίζονται με την η συμπεριφορά ή με την διανοητική ζωή, κατοπτρίζουν παραλλαγές ή ανωμαλίες στις εγκεφαλικές λειτουργίες. Επί την περισσότερο δύσκολη πλευρά βρίσκονται οι όροι διαταραχή, πάθηση, ή ασθένεια. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια είναι σοβαρά άρρωστο, αλλά από άλλες διαταραχές όπως η κατάθλιψη ή έλλειψη προσοχής / υπερδραστηριότητα, τα σημάδια και τα συμπτώματα υπάρχουν συνέχεια και δεν υπάρχει κάποια φωτεινή γραμμή που να διαχωρίζει την υγεία από την ασθένεια, τη δυσφορία από τη νόσο. Εξάλλου, οι εκδηλώσεις της ψυχικής διαταραχής ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία, το γένος, τη φυλή και τη κουλτούρα. Τα κατώτατα όρια της ψυχικής ασθένειας ή διαταραχής έχουν, πράγματι, οριστεί από τη σύνοδο, αλλά γεγονός είναι ότι αυτή η γκριζα ζώνη δεν είναι διαφορετική από κανέναν άλλο κλάδο της ιατρικής. Δέκα χρόνια πριν ένας μέσος όρος χοληστερίνης 200mg/dL θεωρούνταν φυσιολογικός. Σήμερα, αυτός ο ίδιος αριθμός μπορεί να θορυβήσει μερικούς γιατρούς και ενδέχεται να οδηγήσει σε χορήγηση θεραπείας. Πολύ πιθανά κάθε ενήλικας στις Ηνωμένες Πολιτείες να έχει αθηροσκλήρωση, αλλά σε ποιο σημείο αυτή η κατάσταση παύει από απλή καθημερινότητα και μετατρέπεται από κάτι φυσιολογικό στα όρια νόσου. Ουσιαστικά, η διαχωριστική γραμμή έχει να κάνει με την σοβαρότητα των συμπτωμάτων, τη διάρκεια και τη λειτουργική βλάβη.

Παρά την ύπαρξη μιας γκριζας ζώνης μεταξύ υγείας και ασθένειας, η επιστήμη μπορεί να μελετήσει τους μηχανισμούς με τους οποίους ξεκινάει η ασθένεια. Πράγματι, η κατανόηση του τρόπου λειτουργίας και οι ανωμαλίες του, για παράδειγμα, η εκπόρευση του ανεξάρτητα από οποιαδήποτε σειρά κλινικών διαγνωστικών κριτηρίων. Οικογενειακές μελέτες, ερευνητικές στρατηγικές των μορίων των κυττάρων, η επιδημιολογία και τα αποτελέσματα των κλινικών ερευνών

κατευθυνόμενες προς ειδικούς πληθυσμούς χρησιμοποιούνται για την έρευνα των μηχανισμών έκλυσης των ψυχικών νόσων.

Η ψυχιατρική διάγνωση- Κώδικας DSM

Η «Βίβλος» των Διαγνώσεων, το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, γνωστή ως DSM, δημοσιευμένη από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία χρησιμοποιείται εκτενώς από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και τους περισσότερους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στις ΗΠΑ, στον Καναδά και στο εξωτερικό, για να παρέχουν μια κοινή ονοματολογία για διαγνωστικούς σκοπούς και για την επικοινωνία σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές.

Στην Ευρώπη, η Διεθνής Ταξινόμηση των Νοσημάτων (ICD-10), που εκδόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, χρησιμοποιείται ευρύτερα. Το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ προχωρά προς την διεύρυνση της χρήσης των κωδικών ICD-10 με αποτέλεσμα τη συμβατότητα των δύο προγραμμάτων. Το DSM παρέχει μια κοινή γλώσσα για ασθένειες συναισθηματικής και ψυχολογικής προέλευσης. Η επιτυχία και η ευρεία αποδοχή της αντανακλώνται στη μετάφραση της σε πάνω από είκοσι γλώσσες, συμπεριλαμβανομένων των ιαπωνικών, των γαλλικών, των τουρκικών, των ελληνικών και των αραβικών. Η πρώτη έκδοση, το DSM-I, εμφανίστηκε το 1952. Το DSM-I αντικαταστάθηκε το 1968 από το DSM-II, το οποίο με τη σειρά του αντικαταστάθηκε από το DSM-III το 1974, το DSM-IV εμφανίστηκε το 1994, -IV-TR το 2000. Το DSM-V προγραμματίστηκε να αντικαταστήσει το DSM-IV-TR το 2010.

Αρχικά, απαριθμήθηκαν περίπου 60 διαφορετικές διαταραχές με μικρή διάκριση μεταξύ φυσιολογικών και μη φυσιολογικών, καθώς οι διαταραχές υπήρχαν κατά μήκος ενός συνεχούς και θεωρήθηκαν αντιδράσεις σε περιβαλλοντικούς παράγοντες πίεσης. Η κύρια διάκριση ήταν μεταξύ της ψύχωσης - μιας σοβαρής ψυχικής κατάστασης που περιλαμβάνει αποκοπή από την πραγματικότητα - και την νευρώση - μια διαταραχή που συνήθως περιλαμβάνει άγχος και κατάθλιψη. Κάποιος που εφαρμόζει τις πρώιμες διαγνώσεις DSM μπορεί να έχει διαπιστώσει ότι κανείς δεν είναι απόλυτα φυσιολογικός. Όταν δημοσιεύθηκε το DSM-III, υπήρξε μια μετατόπιση από αυτή τη δυαδική ταξινόμηση στον χαρακτηρισμό των συμπεριφορών. Οι ψυχικές διαταραχές σήμερα θεωρούνται ως συμπεριφορικά ή ψυχολογικά σύνδρομα που συμβαίνουν σε ένα άτομο ως απάντηση στη δυσφορία, την αναπηρία ή την ταλαιπωρία και όχι η προσδοκώμενη ή συνήθης απάντηση σε ένα συγκεκριμένο

γεγονός. Οι διαταραχές περιγράφονται σε περιγραφικούς και συμπεριφορικούς όρους και δεν αντανakλούν μια συγκεκριμένη θεωρία ή πειθαρχία. Επιπλέον, μια ψυχική διαταραχή θεωρείται ότι δεν είναι μια διακριτή οντότητα. Άνθρωποι που έχουν την ίδια διαταραχή μπορεί να μην είναι ίδιοι αν και πληρούν με τον ίδιο τρόπο τα καθοριστικά χαρακτηριστικά της ίδιας συναισθηματικής ασθένειας.

Το DSM-IV-TR, όταν χρησιμοποιηθεί σωστά, προσφέρει πολυαξονική διάγνωση. Ο άξονας-I επιτρέπει τη διάγνωση μεγάλων διανοητικών διαταραχών, όπως η μανιοκαταθλιπτική ασθένεια, η σχιζοφρένεια, η κατάχρηση ουσιών, το μετατραυματικό άγχος και η οργανική ψυχική ασθένεια. Ο άξονας-II είναι αποκλειστικά για την προσωπικότητα και τις αναπτυξιακές διαταραχές. Μια διαταραχή της προσωπικότητας διαγιγνώσκεται όταν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας γίνονται δυσλειτουργικά και δυσανεξαρτώμενα προκαλώντας βλάβη στη λειτουργία του ατόμου. Συχνά, οι διαταραχές της προσωπικότητας μπορεί να είναι αρκετά σοβαρές και εξουθενωτικές. Ο άξονας-III χρησιμοποιείται για την ένδειξη της παρουσίας φυσικών συνθηκών που ενδέχεται να επηρεάσουν την ψυχολογική λειτουργία. Ο άξονας-IV αξιολογεί τη σοβαρότητα των ψυχοκοινωνικών πιέσεων που μπορεί να συνέβαλαν στην ανάπτυξη ή την επιδείνωση ή επανεμφάνιση μιας ψυχικής διαταραχής. Ο άξονας-V επιτρέπει την αξιολόγηση του συνολικού επιπέδου ψυχολογικής, κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργίας του ατόμου. Όταν χρησιμοποιείται σωστά, το DSM-IV-TR μας βοηθά να κατανοήσουμε το άτομο στο πλαίσιο και να επιτρέψουμε την εύκολη επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Επιπλέον, εξυπηρετεί περαιτέρω την άμεση θεραπεία συμπεριλαμβανομένης της χρήσης φαρμάκων.

Το DSM δεν είναι χωρίς προβλήματα ή αμφισβήτηση. Ένα σημαντικό ζήτημα είναι η διαφορά στην περιγραφή της διάγνωσης μεταξύ του DSM-IV-TR και του ICD-10. Οι κλινικοί γιατροί που περιγράφουν έναν ασθενή πρέπει να διαβάσουν από το ίδιο "playbook" εάν θέλουν να εξυπηρετήσουν σωστά τον ασθενή τους. Ένα άλλο ζήτημα είναι ότι κάθε δεκαετία, το DSM αναθεωρείται οπότε μπορούν να τροποποιηθούν οι διαγνωστικές περιγραφές, να προστεθούν νέες διαγνώσεις και να διαγραφούν οι παρωχημένες ιδέες που δεν υπάρχουν. Στο DSM-II, η ομοφυλοφιλία καταγράφηκε ως διαταραχή και απουσίαζε η διαταραχή μετατραυματικού άγχους. Μπορεί το DSM να επιτραπεί στους κλινικούς ιατρούς να χαρακτηρίσουν τις ψυχικές καταστάσεις, η επίδραση του "στιγματισμού" ενός ατόμου μπορεί να παρακωλύσει τον ψυχολόγο να αναγνωρίσει άλλους παράγοντες που επηρεάζουν τον ασθενή ή να προκαλέσει τον

κλινικό ιατρό να αντιληφθεί όλη τη συμπεριφορά του πελάτη από ένα χαρακτηριστικό. Παρόλα αυτά, η σωστή διάγνωση, ακόμα και αν δεν είναι πλήρης αλλά αντίθετα είναι ατελής, ενθαρρύνει την αποτελεσματική θεραπεία που βοηθά καλύτερα όσους έχουν ανάγκη.

Οι εναλλακτικές λύσεις για το DSM-IV-TR, εκτός από το ICD-10, περιλαμβάνουν τη Διαγνωστική Ταξινόμηση Ψυχικής Υγείας και Αναπτυξιακές Διαταραχές της Βρεφικής και της Πρώιμης Παιδικής Ηλικίας (DC: 03-R) , το Ψυχοδυναμικό Διαγνωστικό Εγχειρίδιο (PDM, 2006) που εκδίδεται από τη Συμμαχία Ψυχαναλυτικών Οργανώσεων, το οποίο βασίζεται στη νευροεπιστήμη, στις μελέτες των αποτελεσμάτων της θεραπείας και στην ψυχαναλυτική σκέψη.

Συχνότητα ψυχικών νόσων- Επιδημιολογία νόσου

Επιδημιολογία της Ψυχικής Ασθένειας

Λίγες οικογένειες δεν επηρεάζονται από ψυχικές ασθένειες. Ο καθορισμός ακριβώς του αριθμού των ατόμων που έχουν ψυχική ασθένεια είναι ένας από τους πολλούς σκοπούς του τομέα της επιδημιολογίας. Η επιδημιολογία είναι η μελέτη των μορφών νόσου στον πληθυσμό. Μεταξύ των βασικών όρων αυτού του κλάδου, που απαντώνται σε ολόκληρη την παρούσα έκθεση, είναι η επίπτωση, η οποία αναφέρεται σε νέες περιπτώσεις μιας κατάστασης που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια συγκεκριμένης χρονικής περιόδου, και επικράτησης, η οποία αναφέρεται σε περιπτώσεις (δηλαδή νέων και υφιστάμενων) κατάσταση που παρατηρείται σε ένα χρονικό σημείο ή σε μια χρονική περίοδο. Σύμφωνα με τις τρέχουσες επιδημιολογικές εκτιμήσεις, τουλάχιστον ένα στους πέντε ανθρώπους έχει διαγνωστική διανοητική διαταραχή κατά τη διάρκεια ενός έτους (δηλαδή, επιπολασμός ενός έτους). Οι επιδημιολογικές εκτιμήσεις έχουν μεταβληθεί με την πάροδο του χρόνου εξαιτίας των αλλαγών στους ορισμούς και τη διάγνωση της ψυχικής υγείας και των ψυχικών ασθενειών. Στις αρχές της δεκαετίας του 1950, τα ποσοστά ψυχικών ασθενειών που εκτιμούν οι επιδημιολόγοι ήταν πολύ υψηλότερα από αυτά του σήμερα. Μια μελέτη, για παράδειγμα, διαπίστωσε ότι το 81,5% του πληθυσμού του Μανχάταν της Νέας Υόρκης είχε σημάδια και συμπτώματα ψυχικής δυσφορίας όπως παρατίθεται στο άρθρο που αναφέρει ο Stole, 1962. Αυτό οδήγησε τους συντάκτες της μελέτης να καταλήξουν στο συμπέρασμα ότι η ψυχική ασθένεια ήταν ευρέως διαδεδομένη. Ωστόσο, άλλες μελέτες άρχισαν να βρίσκουν χαμηλότερα ποσοστά όταν χρησιμοποιούσαν πιο περιοριστικούς ορισμούς που αντανάκλυσαν περισσότερες

σύγχρονες απόψεις για την ψυχική ασθένεια. Αντί να ταξινομούν καθέναν με σημεία και συμπτώματα ως ψυχικά άρρωστο, αυτή η πιο πρόσφατη σειρά επιδημιολογικών ερευνών αναγνώρισε μόνο ως ψυχικά ασθενείς ανθρώπους που είχαν ένα σύμπλεγμα σημείων και συμπτωμάτων που, όλα μαζί, εξασθενούσαν την ικανότητα των ανθρώπων να λειτουργούν όπως διαπίστωσαν οι Pasamanick , 1959 και Weissman et al., 1978

Το 1978 η President's Commission, για την ψυχική υγεία (1978), όπως παραθέτει ο συντάκτης, κατέληξε συντηρητικά στο συμπέρασμα ότι η ετήσια επικράτηση συγκεκριμένων ψυχικών διαταραχών στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν περίπου 15%. Ο αριθμός αυτός συσχετίζεται με εκτιμήσεις της έκτασης της ψυχικής ασθένειας στον πληθυσμό. Ακόμη και αν ο αριθμός αυτός έχει γίνει πιο οξύς, οι παλαιότερες και μεγαλύτερες εκτιμήσεις υπογράμιζαν το μέγεθος της ψυχικής δυσφορίας που αναφέρεται στην παρούσα έκθεση ως "προβλήματα ψυχικής υγείας"

Ενήλικες

Η εκτίμηση του επιπολασμού ήταν ότι περίπου το 20% του πληθυσμού των ΗΠΑ επηρεαζόταν από ψυχικές διαταραχές κατά τη διάρκεια ενός δεδομένου έτους. Η εκτίμηση αυτή προερχόταν από δύο επιδημιολογικές έρευνες: τη μελέτη της ECA στις αρχές της δεκαετίας του 1980 και την NCS στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Αυτές οι έρευνες ορίζουν ψυχικές ασθένειες σύμφωνα με τις επικρατούσες εκδόσεις του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (δηλ. DSM-III και DSM-III-R). Οι έρευνες εκτιμούν ότι κατά τη διάρκεια ενός έτους το 22-23% του ενήλικου πληθυσμού των ΗΠΑ - ή 44 εκατομμύρια άνθρωποι - θα έχουν διαγνωστικές ψυχικές διαταραχές, σύμφωνα με τα αξιόπιστα, καθιερωμένα κριτήρια. Γενικά, το 19% του ενήλικου πληθυσμού των ΗΠΑ έχει μόνο μία ψυχική διαταραχή (σε ένα χρόνο). Το 3% έχει ψυχικές και εθιστικές διαταραχές και 6% έχουν μόνο εθιστικές διαταραχές. Συνεπώς, περίπου το 28-30% του πληθυσμού έχει είτε διανοητική είτε εθιστική διαταραχή βάσει όσων επισημαίνει ο συντάκτης κατά τα αποτελέσματα της έρευνας των Regier et al., 1993b, και Kessler et al., 1994. Τα άτομα με συνυπάρχουσες διαταραχές (περίπου το 3% του πληθυσμού σε 1 χρόνο) έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν μια χρονική πορεία και να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες από ό, τι αυτοί με έναν οποιοδήποτε τύπο διαταραχής μόνο. Οι κλινικοί γιατροί, προγραμματιστές του προγράμματος, καθώς και φορείς χάραξης πολιτικής πρέπει να γνωρίζουν αυτά τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας, περίπου 15%, των ατόμων με ψυχική διαταραχή σε έναν χρόνο σύμφωνα με τα

δεδομένα της έρευνας των Regier et al, 1993a και Kessler et al, 1996 που παρουσίασε ο συντάκτης του κειμένου. Με βάση τα δεδομένα σχετικά με τη λειτουργική εξασθένηση, εκτιμάται ότι το 9% όλων των ενηλίκων των Η.Π.Α. έχει τις ψυχικές διαταραχές και παρουσιάζουν κάποια σημαντική λειτουργική ανεπάρκεια.

«Αν και οι διαταραχές εθισμού συμπεριλαμβάνονται ως ψυχικές διαταραχές στο σύστημα ταξινόμησης DSM, το ECA και το NCS διακρίνονται μεταξύ εθιστικών διαταραχών και (όλων των άλλων) ψυχικών διαταραχών. Τα επιδημιολογικά δεδομένα στην παρούσα έκθεση ακολουθούν αυτή τη σύμβαση», βάσει των στοιχείων τις έρευνας του National Advisory Mental Health Council [NAMHC], 1993 που επισημαίνει ο αρθρογράφος. Οι περισσότεροι (7% των ενηλίκων) έχουν διαταραχές που παραμένουν τουλάχιστον για 1 χρόνο κατά την έρευνα των Regier et al., 1993b που παρατίθεται στο κείμενο. Ένας υποπληθυσμός -5,4% των ενηλίκων- θεωρείται ότι έχει μια «σοβαρή» ψυχική ασθένεια (SMI) σύμφωνα με όσα επισύναψε ο συγγραφέας του άρθρου από την έρευνα των Kessler et al., 1996. Σοβαρές ασθένειες είναι ένας όρος που ορίζεται από τους ομοσπονδιακούς κανονισμούς που ισχύει γενικά για ψυχικές διαταραχές που παρεμβαίνουν σε κάποια περιοχή της κοινωνικής λειτουργίας. Περίπου τα μισά από τα άτομα με SMI (ή 2,6% του συνόλου των ενηλίκων) ταυτοποιήθηκαν ως ακόμη πιο σοβαρά, επηρεάζονται δηλαδή, περισσότερο από την «σοβαρή και επίμονη» ψυχική ασθένεια (SPMI) συνωδά με τους NAMHC, 1993. και Kessler et al, 1996 από αυτά που παρέταξε ο συντάκτης του κειμένου.

Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει την σχιζοφρένεια, την διπολική διαταραχή, άλλες σοβαρές μορφές κατάθλιψης, την διαταραχή πανικού και την ψυχαναγκαστική διαταραχή. Αυτές οι διαταραχές και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτοί οι ειδικοί πληθυσμοί με SMI και SPMI περιγράφονται περαιτέρω σε επόμενα κεφάλαια. Μεταξύ των ατόμων με ειδικές ανάγκες είναι περίπου το 0,5% του πληθυσμού που λαμβάνει παροχές αναπηρίας για λόγους ψυχικής υγείας από την Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης όπως παραπέμπει ο αρθρογράφος στα στοιχεία του NAMHC, 1993.

Παιδιά και έφηβοι

Ο ετήσιος επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών στα παιδιά και τους εφήβους δεν είναι τόσο καλά καταγεγραμμένος όσο αυτός των ενηλίκων. Περί το 20% των παιδιών εκτιμάται ότι έχουν κάποια ψυχική διαταραχή με τουλάχιστον ήπια λειτουργική βλάβη. Οι ομοσπονδιακοί κανονισμοί ορίζουν επίσης έναν υποπληθυσμό

παιδιών και εφήβων με πιο αυστηρούς λειτουργικούς περιορισμούς, γνωστό ως «σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές» (SED). Το ποσοστό των παιδιών και των εφήβων με SED είναι περίπου 5-9% και είναι ηλικίας 9-17 ετών όπως διαφαίνεται από την έρευνα των Friedman et al. 1996b που αναφέρει ο κειμενογράφος

Οι ψυχικές διαταραχές που εντοπίζονται κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία δε διαφαίνεται να ακολουθούν έως την ενηλικίωση, παρόλο που ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών στα παιδιά και τους εφήβους είναι περίπου ο ίδιος με αυτόν των ενηλίκων (δηλαδή περίπου 20% του πληθυσμού κάθε ηλικίας). Ενώ ορισμένες διαταραχές συνεχίζονται μέχρι την ενηλικίωση, ένα σημαντικό κλάσμα των παιδιών και των εφήβων ανακάμπτει από μια διαταραχή, ενώ ένα σημαντικό κλάσμα ανθρώπων αναπτύσσει ψυχικές διαταραχές κατά την ενηλικίωση. Εν ολίγοις, η φύση των ψυχικών διαταραχών και η κατανομή τους στους νέους είναι κάπως διαφορετική από εκείνες των ενηλίκων.

Μελλοντικές κατευθύνσεις για την επιδημιολογία

Η επιδημιολογία των ψυχικών διαταραχών καθυστερεί κάπως από τη δυσκολία εντοπισμού μιας «υπόθεσης» μιας ψυχικής διαταραχής. "Περίπτωση" είναι ένας επιδημιολογικός όρος για κάποιον που πληροί τα κριτήρια για μια ασθένεια ή διαταραχή. Δεν είναι πάντα εύκολο να θεσπιστεί ένα κατώτατο όριο για μια ψυχική διαταραχή, ιδιαίτερα υπό το πρίσμα των συνηθισμένων συμπτωμάτων της ψυχικής δυσφορίας και της έλλειψης αντικειμενικών, σωματικών συμπτωμάτων. Μερικές φορές είναι δύσκολο να προσδιοριστεί τότε ένα σύνολο συμπτωμάτων ανεβαίνει στο επίπεδο μίας ψυχικής διαταραχής, ένα πρόβλημα που επηρεάζει άλλους τομείς υγείας (π.χ. κριτήρια για ορισμένα σύνδρομα πόνου). Σε πολλές περιπτώσεις, τα συμπτώματα δεν έχουν επαρκή ένταση ή διάρκεια για να πληρούν τα κριτήρια για μια διαταραχή και το κατώφλι μπορεί να ποικίλει από καλλιέργεια σε καλλιέργεια. Η διάγνωση των ψυχικών διαταραχών γίνεται με βάση μια πολυδιάστατη αξιολόγηση που λαμβάνει υπόψη παρατηρήσιμα σημεία και συμπτώματα της ασθένειας, την πορεία και τη διάρκεια της ασθένειας, την ανταπόκριση και βαθμό λειτουργικής εξασθένησης. ένα πρόβλημα ήταν ότι δεν υπάρχει σαφές, εύφλεκτο όριο για λειτουργικές βλάβες. Οι προσπάθειες που καταβάλλονται επί του παρόντος στην επιδημιολογία των ψυχικών διαταραχών για τη δημιουργία ενός κατώτατου ορίου ή συμφωνημένου ελάχιστου επιπέδου λειτουργικού περιορισμού που θα έπρεπε να απαιτείται για την καθιέρωση μιας «υπόθεσης» (δηλ. Μιας κλινικά σημαντικής

κατάστασης). Η επιδημιολογία που αντικατοπτρίζει την κατάσταση της ψυχιατρικής νοσολογίας κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών έχει επικεντρωθεί κατά κύριο λόγο σε συσπειρώματα συμπτώματος και δεν έχει καταγράψει ομοιόμορφα - ή, μερικές φορές, μετράται - το επίπεδο της λειτουργίας. Οι συνεχιζόμενες αναλύσεις των υφισταμένων επιδημιολογικών δεδομένων αναμένεται να οδηγήσουν σε καλύτερη κατανόηση των ποσοστών ψυχικής διαταραχής και δυσλειτουργίας στον πληθυσμό. Ένας άλλος περιορισμός της σύγχρονης γνώσης για την ψυχική υγεία είναι η έλλειψη τυποποιημένων μέτρων "ανάγκης για θεραπεία", ιδιαίτερα εκείνων που είναι κατάλληλα πολιτιστικά. Αυτά τα μέτρα βρίσκονται στο επίκεντρο της προσέγγισης της δημόσιας υγείας για την ψυχική υγεία. Συνεπώς, οι τρέχουσες επιδημιολογικές εκτιμήσεις δεν μπορούν να προσδιορίσουν οριστικά όσους χρειάζονται θεραπεία. Άλλες εκτιμήσεις δείχνουν ότι μερικά άτομα με ψυχικές διαταραχές βρίσκονται σε θεραπεία και άλλες όχι. Μερικοί εμφανίζονται σε χώρους πρωτοβάθμιας φροντίδας και άλλοι σε ειδικούς. Επειδή δεν υπάρχουν έγκυρα μέτρα για τη μείωση των διαταραχών που εκτιμώνται στις επιδημιολογικές έρευνες, χρησιμεύει ως ατελής εξάρτηση για την ανάγκη περίθαλψης και θεραπείας κατά τους Regier et al. που εκθέτει ο κείμενογράφος. Τα επόμενα τμήματα αυτής της έκθεσης αποκαλύπτουν τη βάση του πληθυσμού για την κατανόηση της ψυχικής υγείας. Όπου ενδείκνυται, η έκθεση εξετάζει την ψυχική υγεία και την ασθένεια σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Σε άλλες περιπτώσεις, εστιάζεται στη φροντίδα σε εξειδικευμένες εγκαταστάσεις ψυχικής υγείας, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στα σχολεία, στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης και ακόμη και στους δρόμους. Μια γενική προοπτική για τη δημόσια υγεία και τον πληθυσμό απαιτεί μια τόσο ευρεία θεώρηση της ψυχικής υγείας και της ψυχικής ασθένειας.

Σύνοψη κεφαλαίου

Αυτό το κεφάλαιο, ως η αρχή αυτής της έκθεσης, μας εισάγει στην έννοια του κεντρικού θέματος. Πριν εμβαθύνουμε σε ότι έχει σχέση με την διασχιστική διαταραχή ταυτότητας πρέπει να οικειοποιηθούμε τις έννοιες και τους ορισμούς που περικλείουν τον βασικό μας άξονα.

Κύριο και πρώτιστο μέλημα είναι η κατανόηση του ορισμού της ψυχικής νόσου. Αυτή τη λεπτή γραμμή που ξεχωρίζει την υγεία και την ασθένεια, αυτή τη γκρίζα ζώνη που ελέγχει τα πάντα.

Δευτερευόντως, αφικνείται η διάγνωση. Με ποια κριτήρια διαχωρίζονται οι υγιείς από τους ασθενείς; Πώς ομαδοποιούνται τα σημεία της νόσου; Ποιο είναι το βασικότερο κριτήριο για την κατηγοριοποίηση των ασθενών;

Τέλος, θα πρέπει να γνωρίσουμε και κάποια στατιστικά σχετικά με τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών. Ποια ηλικιακή ομάδα έχει αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών; Υπάρχουν περιπτώσεις “ίασης” από κάποια νόσο; Η συννοσηρότητα βαραίνει την εξέλιξη της νόσου, βάσει των κριτηρίων διάγνωσης;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Αγχώδης διαταραχή

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι μια ομάδα ψυχικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από συναισθήματα αγωνίας και πανικού . Το άγχος είναι μια ανησυχία για τα γεγονότα που επρόκειτο να συμβούν στο μέλλον , ενώ ο φόβος είναι μια αντίδραση στα τρέχοντα γεγονότα. Επίσης το άγχος έχει πολλές διαφορετικές μορφές , όπως κρίσεις πανικού, φοβίες και στρες.

Το άγχος είναι ένα φυσιολογικό ανθρώπινο συναίσθημα που ο καθένας βιώνει κατά καιρούς. Πολλοί άνθρωποι αισθάνονται ανήσυχoi, ή νευρικοί, όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με ένα πρόβλημα στο χώρο εργασίας, ή πριν από ένας τεστ/εξέταση ικανοτήτων, ή όταν καλούνται να πάρουν μια σημαντική απόφαση.

Οι αγχώδεις διαταραχές, όμως, είναι διαφορετικές. Μπορούν να προκαλέσουν τόσο μεγάλη αγωνία στο άτομο, ώστε επηρεάζεται η ικανότητά του να ζήσει μια φυσιολογική ζωή. Μια αγχώδης διαταραχή είναι μια σοβαρή ψυχική ασθένεια. Για τα άτομα με διαταραχές άγχους, η ανησυχία και ο φόβος είναι σταθερά συναισθήματα στην καθημερινότητά τους και μπορεί να αποβούν καταστροφικά για εκείνους.

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν ένα από τα πιο συχνά προβλήματα διαταραχής της ψυχικής υγείας. Τα έντονα συμπτώματα άγχους αλλά και η κατάθλιψη αποτελούν μορφές ψυχικών διαταραχών που εμφανίζονται σε περισσότερους από τα δύο τρίτα των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν διαταραχή της ψυχικής τους υγείας .

Περίπου το 5-30% των ανθρώπων επηρεάζονται από μια διαταραχή άγχους σε κάποιο στάδιο της ζωής τους.

Οι γυναίκες προσβάλλονται περίπου δύο φορές πιο συχνά από ότι οι άνδρες, ενώ τα συμπτώματα εκδηλώνονται συνήθως πριν από την ηλικία των 25 ετών και φθίνουν με την πάροδο της ηλικίας.

Αίτια

Γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Ποίο συγκεκριμένα , η αιτιολογία των διαταραχών άγχους είναι ένας συνδυασμός γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Βασικοί παράγοντες κινδύνου είναι η παιδική κακοποίηση, η παρουσία ψυχικών διαταραχών στο οικογενειακό ιστορικό, καθώς και η φτώχεια.

Πιο συγκεκριμένα, οι αγχώδεις διαταραχές μπορούν να προκύψουν ως απάντηση σε πιεστικές συνθήκες της ζωής, όπως είναι οι οικονομικές ανησυχίες, η χρόνια σωματική νόσος, το πένθος ή το διαζύγιο.

Επίσης, το άγχος είναι αρκετά διαδεδομένο μεταξύ των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων, επειδή αυτές οι ηλικιακές ομάδες, βιώνουν συνεχιζόμενες τάσεις κοινωνικής αλληλεπίδρασης και σύγκρισης.

Στην επιστημονική βιβλιογραφία, η υπερβολική κατανάλωση καφεΐνης, αλκοόλ και βενζοδιαζεπινών έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη και την επιδείνωση των συμπτωμάτων άγχους και των κρίσεων πανικού.

Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί, ότι οι αγχώδεις διαταραχές μπορούν να προκύψουν ως αποτέλεσμα των παρενεργειών μίας ενδοκρινικής ασθένειας, που προκαλεί υπέρ κινητικότητα του νευρικού συστήματος, όπως είναι ο υπερθυρεοειδισμός.

Συμπτώματα

Τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής άγχους, αλλά γενικά περιλαμβάνουν:

- Συναισθήματα πανικού, φόβου και ανησυχίας
- Προβλήματα ύπνου
- Κρύα ή ιδρωμένα χέρια ή/και πόδια
- Δύσπνοια
- Ταχυπαλμία
- Αδυναμία να παραμείνει το άτομο ακίνητο και να ηρεμήσει
- Ξηροστομία
- Μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στα χέρια ή τα πόδια
- Ναυτία
- Μυϊκή ένταση
- Ζάλη
- Εφίδρωση

Αντιμετώπιση

- Μείωση κατανάλωσης του καφέ
- Διακοπή καπνίσματος
- Θετικό περιβάλλον

Η αγχώδης διαταραχή έχει διάφορες μορφές και εκδηλώνονται με διαφορετικά συμπτώματα σε κάθε άνθρωπο. Έτσι οι αγχώδεις διαταραχές κατηγοριοποιούνται ως εξής :

1. Γενικευμένη διαταραχή άγχους
2. Διαταραχή πανικού
3. Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή
4. Διαταραχή κοινωνικού άγχους
5. Συγκεκριμένες Φοβίες
6. Μετά-τραυματικό στρες

Είδη και συμπτώματα

Γενικευμένη Διαταραχή άγχους

Είναι μια συχνή διαταραχή άγχους με λιγότερο θορυβώδη συμπτωματολογία συγκριτικά με άλλες διαταραχές . Πρόκειται για μια χρόνια αγχώδη κατάσταση που χαρακτηρίζεται από συχνές και επίμονες ανησυχίες για πολλαπλά θέματα της ζωής. Η υπέρμετρη ανησυχία αφορά πραγματικές καταστάσεις, γεγονότα ή συγκρούσεις. Αυτά συνήθως αφορούν στην εργασία, στη σχολική- φοιτητική απόδοση και στην οικογενειακή ζωή. Το ίδιο της διαταραχής αυτής είναι ότι το άγχος δεν αναδύεται μόνο κάτω από ορισμένες συνθήκες ούτε βελτιώνεται κάτω από ορισμένες περιστάσεις, αλλά είναι διάχυτο και αποτελεί διαρκώς βίωμα. Το άτομο αισθάνεται ότι δεν μπορεί να ελέγξει και να περιορίσει την ανησυχία του η οποία διαρκεί τουλάχιστον 6 μήνες και προκαλεί σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα του. Η διαταραχή συναντάται συχνότερα στις γυναίκες σε αναλογία 2/1 έως 3/1. Επομένως , στην προκειμένη περίπτωση, το άτομο αισθάνεται υπερβολική ανησυχία για την οποία δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος ή ακόμη και υπαρκτός λόγος.

Λόγω της διαρκούς υπέρ εγρήγορσης και της μυϊκής έντασης, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή συνοδεύεται από χρόνια και έντονα συμπτώματα:

1. Ανησυχία
2. Αϋπνία
3. Μείωση συγκέντρωσης
4. Τρόμος
5. Μυϊκή ένταση
6. Κινητική ανησυχία

Θεραπεία

Λόγω της ήπιας συμπτωματολογίας της διαταραχής, πολλοί ασθενείς αναζητούν θεραπεία μετά από πολυετή παρουσία των συμπτωμάτων. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση συνίσταται στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία, αποσκοπώντας στον έλεγχο των συμπτωμάτων, παρουσιάζει καλά αποτελέσματα, εφόσον όμως, γίνεται καθολικός χειρισμός του θεραπευμένου και όχι απλή εκμάθηση τεχνικών, όπως συμβαίνει σε άλλες αγχώδεις διαταραχές (πχ. διαταραχή πανικού, ειδικές φοβίες).

Διαταραχή Πανικού

Είναι η παρουσία επανειλημμένων κρίσεων πανικού, που χαρακτηριστικά συνοδεύονται από ανησυχία του ασθενούς ότι θα τις ξανά πάθει και ότι κατά την διάρκεια των κρίσεων θα πεθάνει, ανησυχία που συχνά είναι βασανιστικότερη από τις ίδιες τις κρίσεις. Ως κρίση πανικού ορίζεται ο υπερθετικός βαθμός των συμπτωμάτων του άγχους. Δηλαδή άτομα με αυτή την πάθηση βιώνουν αισθήματα τρόμου που εκδηλώνονται ξαφνικά και επανειλημμένα χωρίς προειδοποίηση. Μια κρίση πανικού χαρακτηρίζεται από εφίδρωση, πόνο στο στήθος, ταχυπαλμία και ένα αίσθημα "πνιγμού", που μπορεί να κάνει το άτομο να αισθάνεται σαν να παθαίνει καρδιακή προσβολή ή να "τρελαίνεται". Η διάρκεια τους κυμαίνεται από μερικά λεπτά έως αρκετές ώρες. Ο φόβος της επανάληψης τους, πολλές φορές κάνει το άτομο να αποφεύγει τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και να αναπτύσσει κοινωνική φοβία ή και αγοραφοβία, δηλαδή από το άγχος του ατόμου να βρεθεί σε μέρη ή καταστάσεις απ' όπου σε περίπτωση εκδήλωσης μιας κρίσης πανικού η διαφυγή θα ήταν δύσκολη ή θα προκαλούσε ντροπή στον ασθενή, ή δεν θα υπήρχε κάποιο κοντινό του άτομο να του προσφέρει βοήθεια. Τα άτομα αυτά χαρακτηριστικά αποφεύγουν να βγουν απ' το σπίτι χωρίς συντροφιά, ή όταν το κάνουν, νιώθουν εξαιρετικά άσχημα. Από την περιγραφή αυτή είναι προφανές ότι η διαταραχή πανικού παραβιάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Θεραπεία

Η θεραπεία της συνίσταται σε ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις (κυρίως γνωσιακού-συμπεριφορικού τύπου) και φαρμακοθεραπεία με αντικαταθλιπτικά.

Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

Η Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι μια σοβαρή αγχώδης διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ιδεοληψίες (έμμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες, τις οποίες ο

ασθενείς γνωρίζει ότι είναι δημιουργήματα του μυαλού του και προσπαθεί να τις απωθήσει, όμως αυτές κυριαρχούν στη σκέψη του) και ψυχαναγκασμούς, δηλαδή επαναλαμβανόμενες πράξεις ή νοητικές διεργασίες [π.χ. πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση αντικειμένων, απαγγελία], τις οποίες ο ασθενής νιώθει την ακατανίκητη ανάγκη να εκτελέσει, υποκινούμενος από τις ιδεοληψίες του, σε μια προσπάθεια να εκφορτίσει ή να προλάβει το άγχος που του προκαλούν οι ιδεοληψίες ή τις δυνητικά καταστροφικές συνέπειες των σκέψεών του. Φανταστείτε την κατάσταση αυτή ως τον υπερθετικό βαθμό των απλών κινήσεων που κάνετε όταν έχετε αγωνία για κάτι- μπορεί να τρώτε τα νύχια σας, να βηματίζετε ανυπόμονα ή να τακτοποιείτε τα ήδη τακτοποιημένα πράγματα στο δωμάτιό σας.

Οι μισές περιπτώσεις ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής αφορούν σε ιδέες επιμόλυνσης από μικρόβια που προκαλούν επανειλημμένο και τελετουργικό πλύσιμο των χεριών ή σχολαστική καθαριότητα (επανειλημμένα έχουν υπάρξει περιπτώσεις ασθενών με έκζεμα χεριών από τις πολλαπλές πλύσεις και τα καθαριστικά που χρησιμοποιούν) ή παθολογικής ανησυχίας ότι κάτι πάει στραβά, γεγονός που τους οδηγεί σε επανειλημμένους ελέγχους π.χ. των ματιών της κουζίνας, του θερμοσίφωνα ή του ηλεκτρικού. Η διαταραχή αυτή μπορεί να πάρει ουσιαστικά οποιαδήποτε μορφή της προσδώσει το αχανές περιεχόμενο των ιδεοληπτικών σκέψεων (ερωτικό, φοβικό, παρανοϊκό, δυσμορφικό, ενοχικό κ.ά.). Οι ασθενείς αυτοί συχνά ανησυχούν ότι θα χάσουν τον έλεγχο των πραγμάτων και οδηγούμενοι από τις ιδεοληψίες τους θα προβούν σε εγκληματικές ή απαξιωτικές πράξεις, γεγονός που συχνά τους ωθεί σε δευτερογενείς καταθλίψεις.

Η Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή που συνυπάρχει συχνά με άλλες παθήσεις όπως η κατάθλιψη και η νευρογενής ανορεξία, είναι ανθεκτική στη θεραπεία. Σε αυτό που μπορούμε να ελπίζουμε σήμερα είναι μια παροδική ύφεση των συμπτωμάτων και ενδεχομένως σε μια δραστική μείωση της συχνότητας των υποτροπών, πάντα με συνδυασμό φαρμακευτικών και ψυχοθεραπευτικών μεθόδων.

Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους

Κοινωνική αγχώδης διαταραχή (κοινωνική φοβία): Πρόκειται για τον επίμονο φόβο του ατόμου μήπως δεχθεί κριτική, ταπεινωθεί ή νιώσει αμηχανία μπροστά σε μία δημόσια κοινωνική αλληλεπίδραση. Αυτός ο φόβος, μπορεί να είναι εστιασμένος (π.χ., δημόσια ομιλία) ή να γενικεύεται σε όλες τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις του ατόμου (π.χ., καφετέρια, μετρό). Συνήθως, η κοινωνική φοβία συνοδεύεται και από έντονα σωματικά συμπτώματα (π.χ. κοκκίνισμα, εφίδρωση, δυσκολία στην άρθρωση)

Φοβίες

Ειδική φοβία και κοινωνική φοβία: Ως ειδική φοβία ορίζεται ο υπερβολικός και παράλογος έντονος φόβος που εκλύεται από την παρουσία ή τη σκέψη ενός συγκεκριμένου και σταθερού κάθε φορά αντικειμένου ή κατάστασης. Ο ασθενής αναγνωρίζει το φόβο του ως υπερβολικό και παράλογο, όμως, κάθε φορά που έρχεται σε επαφή με το φοβικό ερέθισμα, αναπτύσσει μια αγχώδη αντίδραση που συχνά φτάνει στο βαθμό της κρίσης πανικού. Η διαφορά με την διαταραχή πανικού είναι ότι στις ειδικές φοβίες ο ασθενής γνωρίζει το αίτιο που εκλύει τα συμπτώματά του και συνειδητοποιεί τη φύση τους. Τέτοια φοβικά αντικείμενα ή καταστάσεις μπορεί να είναι συγκεκριμένα ζώα ή έντομα (οι φοβίες αυτές ξεκινούν από την παιδική ηλικία), το ύψος, το νερό, τα βάθη της θάλασσας, οι καταιγίδες, οι ενέσεις, οι βελόνες ή το αίμα, οι γέφυρες, τα τούνελ, τα αεροπλάνα, τα αυτοκίνητα, τα ασανσέρ κ.ά.

Ως κοινωνική φοβία ορίζεται η φοβία που αφορά σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις, όπως οι ομιλίες σε κοινό, η χρήση δημόσιων ουρητηρίων ή ο επονομαζόμενος "φόβος της σκηνής". Οι δύο αυτές καταστάσεις είναι εξαιρετικά συχνές (10-15% του γενικού πληθυσμού) και παρ' ότι δεν υπάρχουν ιδιαίτερα επιτυχημένες θεραπείες, οι ασθενείς, τελικά, μαθαίνουν να αποφεύγουν ή να ανέχονται με μικρή δυσφορία το αντικείμενο που υποκινεί τη φοβία τους, γεγονός σχετικά εύκολο, αν ληφθεί υπ' όψιν η συγκεκριμένη φύση του εκλυτικού αιτίου.

Μετατραυματικό στρες

Η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή αναπτύσσεται σε άτομα που έχουν εκτεθεί σε τραυματικά και απειλητικά για τη ζωή, τη δική τους ή αγαπημένων τους προσώπων, γεγονότα (π.χ. πόλεμος, τρομοκρατικές επιθέσεις, κοκ.) και αντέδρασαν με φόβο, τρόμο και απελπισία.

Η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή ορίζεται ως η μετά από άλλο κάθε φορά χρονικό διάστημα και με διαφορετική κάθε φορά συχνότητα ακούσια αναβίωση από τον ασθενή των τραυματικών γεγονότων και των συναισθημάτων που αυτά προκάλεσαν, με τη μορφή εικόνων, εφιαλτών, ψευδαισθήσεων ή παραισθήσεων, που ενίοτε παίρνουν και παραληρητική μορφή. Τα συμπτώματα αυτά συνοδεύονται από διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και προκαλούν έντονη δυσφορία στον πάσχοντα, ο οποίος συχνά καταβάλλει αγωνιώδεις προσπάθειες να αποφύγει την έκλυση των συμπτωμάτων, τα οποία παραβιάζουν σημαντικά την προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική ζωή του.

Η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή περιγράφηκε εκτενώς για πρώτη φορά κατά τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο, όταν ονομάστηκε "φόβος των χαρακωμάτων", όμως η

ουσιαστική της μελέτη έγινε στις ΗΠΑ σε βετεράνους του πολέμου του Βιετνάμ. Με αφορμή τον πόλεμο του Βιετνάμ, η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή έγινε ευρύτερα γνωστή, αποτελώντας τη θεματολογία αρκετών λογοτεχνικών έργων και κινηματογραφικών ταινιών. Είναι εξαιρετικά συχνή σε θύματα βασανιστηρίων, απαγωγών, σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης. Η φαρμακοθεραπεία δεν έχει προσφέρει σημαντικά αποτελέσματα στη διαταραχή αυτή. Λίγο καλύτερα αποτελέσματα έχουν επιτευχθεί με τις γνωσιακές- συμπεριφορικές ή ψυχαναλυτικές ψυχοθεραπείες. Οι ασθενείς αυτοί κατά ένα ποσοστό 33-50% μεταπίπτουν στη χρονιότητα, ενώ εμφανίζουν και σημαντικό ποσοστό αυτοκτονιών.

Ψύχωση

Η ψύχωση είναι μία πολύ σοβαρή ψυχική πάθηση που περιγράφει νοητική κατάσταση συνοφασμένη επί μακρόν με παραισθήσεις, αυταπάτες και συνεχή νοητική έκπτωση. Η ψύχωση είναι μία πολύ σοβαρή ψυχική πάθηση και όρος ομπρέλα για μία σειρά ψυχικών διαταραχών των οποίων βασικό χαρακτηριστικό είναι μια άκρως διαταραγμένη αντίληψη πραγματικότητας. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα μιας ψύχωσης είναι: διαταραχές σκέψης, ψευδαισθήσεις, παραλήρημα και γενική σύγχυση. Το άτομο που παρουσιάζει ένα ή περισσότερα από αυτά τα συμπτώματα θεωρείται πως έχει ψύχωση. Μία ψύχωση μπορεί να εμφανιστεί ξαφνικά αλλά η συνήθης πορεία της είναι σταδιακή. Το διάστημα που διαρκεί η νόσος ποικίλει. Ορισμένοι την εμφανίζουν μία και μοναδική φορά, ενώ σε κάποιους άλλους επανέρχεται περισσότερες φορές. Ένα άτομο μπορεί να εμφανίσει ψύχωση για πολλούς λόγους. Συχνά, η νόσος αποτελεί σύμπτωμα κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής, όπως, για παράδειγμα, της διπολικής διαταραχής ή της μαιχμακικής διαταραχής προσωπικότητας. Η εμφάνιση μιας ψύχωσης μπορεί να προκληθεί και από άλλους παράγοντες, όπως το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά. Αυτού του είδους οι ψυχώσεις, όμως, είναι συχνά αποτέλεσμα καταχρήσεων και χρήσης σκληρών ναρκωτικών ουσιών. Τα περισσότερα άτομα που εμφανίζουν ψύχωση είναι ηλικίας 18-40 ετών, χωρίς αυτό να σημαίνει πως η νόσος δεν μπορεί να εμφανισθεί οποτεδήποτε στη διάρκεια της ζωής.

Αιτιολογία

Δεν υπάρχει μία και μοναδική σαφής εξήγηση για την εμφάνιση των ψυχώσεων. Πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου και οι περισσότεροι ερευνητές θεωρούν πλέον πως οι ψυχώσεις αποτελούν έκφραση κάποιας μορφής γενετικής και ψυχολογικής ευαλωτότητας.

Ο κάθε άνθρωπος έχει διαφορετική ευαλωτότητα και, ως εκ τούτου, διαφορετικές πιθανότητες να εμφανίσει κάποια μορφή ψύχωσης εξαιτίας μιας ξαφνικής ή πιο μακρόχρονης αγχογόνου κατάστασης.

Ο κληρονομικός παράγοντας έχει διαφορετικής βαρύτητας ρόλο στις διάφορες μορφές ψύχωσης και χρειάζεται συνηθέστατα, αν όχι πάντα, και η συνέργεια διαφόρων περιβαλλοντικών παραγόντων για να εκδηλωθεί η νόσος, όπως, για παράδειγμα, διάφορες τραυματικές συναισθηματικά καταστάσεις, η χρήση ναρκωτικών ουσιών, η διαβίωση σε μεγαλούπολη, η ελλιπής κοινωνική ένταξη κ.ά.

Η ιδιοσυστασιακή ευαλωτότητα και το ταμπεραμέντο με τα οποία γεννιέται κάποιο παιδί μπορεί να προκαλέσουν μια σειρά από επιβαρυντικές συναισθηματικά καταστάσεις (π.χ. δυσκολίες στις σχέσεις με φίλους και συμμαθητές, μαθησιακές δυσκολίες κ.ά.) που να πυροδοτήσουν αργότερα στη ζωή μια ψύχωση. Για κάποιους άλλους, δεν υπάρχουν ιδιαίτερες δυσκολίες από την αρχή αλλά δημιουργούνται πολύ αργότερα.

Οι δύσκολες συνθήκες ζωής μπορεί να επιταχύνουν την εκδήλωση μιας ψύχωσης και, αντίστροφα, ένα ασφαλές και προστατευτικό περιβάλλον μπορεί να επιβραδύνει την εμφάνιση της νόσου ή/και να συμβάλει στο να έχει πιο ήπια μορφή.

Είδη ψύχωσης

α) Σχιζοφρένεια:

Μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου για 6, τουλάχιστον, μήνες και ύπαρξη ψυχωσικών συμπτωμάτων για ένα, τουλάχιστον, μήνα. που σημαίνει πως το άτομο έχει πολύ μεγάλες δυσκολίες να λειτουργήσει στην καθημερινή του ζωή.

β) Συναισθηματικές ψυχώσεις :

Η συναισθηματική ψύχωση έχει ως κύριο σύμπτωμα τις ακραίες διακυμάνσεις διάθεσης και μια ανεξέλεγκτη συναισθηματική ζωή.

γ) Παρανοειδής ψύχωση:

Είναι μια πολύ σοβαρότερη μορφή ψύχωσης που μπορεί να διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο ασθενείς μπορεί να γίνει βίαιος και να επιτεθεί.

δ) Αντιδραστική ψύχωση:

Είναι μια καλοήθης μορφή ψύχωσης και προκαλείται συνήθως από μια παροδική αγχογόνο κατάσταση ή από σωματική εξουθένωση. Αρκετές φορές, η αντιδραστική ψύχωση εμφανίζεται σε σχέση με κάποιο θάνατο ή άλλη σοβαρή κρίση ζωής. Αυτή η μορφή ψύχωσης θεωρείται καλοήθης εξαιτίας της καλής της πρόγνωσης.

Διαταραχές, οι οποίες έχουν επίσης ψυχωτικά συμπτώματα, είναι:

- α) Σχιζοφρένεια
- β) Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και άλλοι υποτύποι της σχιζοφρένειας
- γ) Οξείες και παροδικές ψυχωσικές διαταραχές
- δ) Διπολική διαταραχή (παλαιότερα γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη)
- ε) Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή με ψυχωσικά χαρακτηριστικά
- στ) Ψύχωση μετά τον τοκετό - μια σοβαρή μορφή της επιλόχειας κατάθλιψης
- ζ) Ψύχωση που προκαλείται από ουσίες (όπως το αλκοόλ, ορισμένα παράνομα ναρκωτικά και κάποια συνταγογραφούμενα φάρμακα, συμπεριλαμβανομένων των στεροειδών και των διεγερτικών).

Οξεία ψύχωση

Μία οξεία ψύχωση μπορεί να είναι πρόσκαιρη και δεν είναι απαραίτητο να αποτελεί μέρος μιας παραμορφωτικής για την προσωπικότητα ασθένειας. Αντίθετα, μπορεί να οφείλεται π.χ. σε κάποιας μορφής λοίμωξη ή σε λήψη ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ (delirium).

Μία οξεία ψύχωση μπορεί, επίσης, να οφείλεται σε έντονο στρες ή σε κάποιου είδους συναισθηματικό σοκ. Μια έντονη συναισθηματική φόρτιση, π.χ. εξαιτίας του θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου, μπορεί να πυροδοτήσει μια ψύχωση. Αυτού του είδους η ψύχωση χαρακτηρίζεται συχνά ως καλοήθης γιατί οι πιθανότητες πλήρους αποκατάστασής της είναι μεγάλες.

Αίτια

1. Γενετική προδιάθεση: Η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή μπορεί να οφείλονται σε μια κοινή γενετική αιτία.
2. Αλλαγές στον εγκέφαλο. Παθολογικές αλλαγές στη δομή και τη χημεία του εγκεφάλου με συνεπακόλουθες βλάβες στην εγκεφαλική λειτουργία (οργανικά).
3. Ορμόνες/ύπνος: Η επιλόχεια ψύχωση εμφανίζεται πολύ σύντομα μετά τον τοκετό (συνήθως μέσα σε 2 εβδομάδες). Κατάχρηση ουσιών μπορεί να προκαλέσει ψύχωση.

Συμπτώματα

Ανάλογα με την αιτία, η ψύχωση μπορεί να εξελιχθεί γρήγορα ή αργά. Η αργή έναρξη της σχιζοφρένειας (ονομάζεται επίσης η πρόδρομη φάση) συχνά δεν αναγνωρίζεται από τον ασθενή, ή την οικογένεια και τους φίλους του.

Έτσι τα κλασικά συμπτώματα είναι:

- Ψευδαισθήσεις (το άτομο ακούει, βλέπει, ή αισθάνεται πράγματα που δεν υπάρχουν)

- Αυταπάτες (ψευδείς πεποιθήσεις, που βασίζονται στον φόβο, ή στην καχυποψία για πράγματα που δεν είναι αληθινά)
- Ψυχωσικά συμπτώματα σε άλλες διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, μπορεί να περιλαμβάνουν:
- Αποδιοργανωμένη σκέψη, ομιλία, ή συμπεριφορά
- Διαταραγμένη σκέψη (άλματα “λογικής” μεταξύ ασχέτων θεμάτων, περίεργες συνδέσεις μεταξύ άσχετων σκέψεων)
- Κατατονία – απάθεια

Τα πιο ήπια –αρχικά- συμπτώματα

- Αισθήματα καχυποψίας
- Διαστρεβλωμένες αντιλήψεις
- Κατάθλιψη και τάσεις αυτοκτονίας
- Έμμονες σκέψεις

Διάγνωση:

Οι ηπιότερες μορφές ψύχωσης μπορεί να οδηγήσουν σε σχιζοφρένεια, η οποία μένει αδιάγνωστη ακόμα και για 2 χρόνια. Η πλήρης ψύχωση μπορεί να διαρκέσει αρκετά χρόνια προτού εγείρει την ανησυχία συγγενών και φίλων του ασθενούς.

Το άτομο αποσύρεται ολοένα και περισσότερο από κοινωνικές σχέσεις και δράσεις. Έχει σταθερή πτώση για μια παρατεταμένη χρονική περίοδο στην απόδοσή του στο σχολείο, ή την εργασία μοιάζει ολοένα και πιο στενοχωρημένο, ή ταραγμένο, χωρίς να είναι σε θέση να εξηγήσει το γιατί νιώθει έτσι.

Θεραπεία:

Η πιο κοινή θεραπεία για την ψύχωση είναι τα αντιψυχωσικά φάρμακα. Τα αντιψυχωσικά είναι αποτελεσματικά στην μείωση των συμπτωμάτων ψύχωσης σε ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, αλλά δεν αντιμετωπίζουν και δεν θεραπεύουν τις υποκείμενες ψυχωτικές ασθένειες.

Κατάθλιψη

Με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε μια κατάσταση θλίψης και μελαγχολίας, αυτό συνήθως είναι παροδικό και μάλλον οφείλεται σε κάτι σχετικά ασήμαντο και επουσιώδες. Η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που επηρεάζει περισσότερο από το 10% του παγκόσμιου πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, 350 εκατομμύρια άτομα έρχονται αντιμέτωπα με κάποια μορφή της. Είναι η πιο σημαντική αιτία αναπηρίας στον κόσμο και μπορεί να επηρεάσει

ανθρώπους κάθε ηλικίας και φύλου. Από κατάθλιψη μπορεί να υποφέρουν παιδιά, έφηβοι, ενήλικες και ηλικιωμένοι, άνδρες και γυναίκες. Πιο ειδικά, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να πάθουν κατάθλιψη μετά την εφηβεία, κατά τους κύκλους της εμμηνου ρύσεως τους και μετά την εγκυμοσύνη. Σύμφωνα με μια άλλη θεωρία, το γεγονός ότι, οι γυναίκες έχουν λιγότερη εξουσία και έλεγχο στη ζωή τους, τις καθιστά πιο ευάλωτες σε περιστατικά βίας ή κακοποίησης, με αποτέλεσμα να έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης της συγκεκριμένης διαταραχής .

Η κατάθλιψη είναι πολύ πιο περίπλοκη σε σχέση με μια απλή συναισθηματική πτώση ή με εναλλαγές της διάθεσης. Θεωρείται μια σοβαρή ασθένεια και σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε αυτοκτονία. Αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου των νέων μετά τα τροχαία ατυχήματα. Όταν κάποιος έχει κατάθλιψη συνήθως περιγράφει τον εαυτό του ως λυπημένο, απεγνωσμένο, αποθαρρυσμένο και απογοητευμένο.

Προκειμένου να θεωρηθεί ένα άτομο καταθλιπτικό θα πρέπει να αισθάνεται ασυνήθιστα λυπημένο και απελπισμένο, για ένα διάστημα τουλάχιστον δύο εβδομάδων και σε συνεχόμενη βάση. Η κατάθλιψη αποτελεί μια διαταραχή της ψυχικής υγείας η οποία μπορεί να επηρεάσει την απόδοση ενός ατόμου, τόσο στο σπίτι, όσο και στην εργασία του ή το σχολείο, αλλά ακόμη και στις διαπροσωπικές του σχέσεις.

Μορφές κατάθλιψης

- Μείζων κατάθλιψη: συνοδεύεται από έντονα συμπτώματα και ενδείξεις και διαρκεί περίπου 6 μήνες.
- Άτυπη κατάθλιψη: χαρακτηρίζεται από πιο σπάνια και λιγότερο ορατά συμπτώματα.
- Δυσθυμία: διακρίνεται από επαναλαμβανόμενες εναλλαγές διάθεσης. Δεν γίνεται πάντα εύκολα αντιληπτή, αλλά μπορεί να επαναληφθεί για αρκετά χρόνια.
- Εποχιακή κατάθλιψη: επηρεάζει περίπου το 2% του πληθυσμού και οφείλεται στην αλλαγή της θερμοκρασίας και τη μειωμένη ηλιοφάνεια.

Αίτια της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες που ενεργούν μόνοι τους ή και συντονισμένα.

1. Γενετικά αίτια: ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης αυξάνεται αν κοντινά μέλη της οικογένειάς σου πάσχουν από εναλλαγές διάθεσης ή από κατάθλιψη.
2. Διαταραχές ύπνου: μερικές φορές η έλλειψη ύπνου προκαλεί κατάθλιψη λόγω της κακής διάθεσης που προκαλεί.

3. Σοβαρή ασθένεια: ορισμένες παθήσεις συνοδεύονται από πολύ πόνο και άγχος και έχουν αρνητικές συνέπειες στην ψυχική κατάσταση ενός ατόμου.
4. Κακοποίηση: άνθρωποι που έχουν παραμεληθεί ή κακοποιηθεί ή έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία στο παρελθόν εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο μείζονος κατάθλιψης.
5. Φύλο: οι γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους από ότι ένας άνδρας και ότι χρειάζονται θεραπεία συχνότερα. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό, οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στην κατάθλιψη.
6. Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης: οι πιο κοινές αιτίες της κατάθλιψης είναι η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη φίλων ή οι υποστηρικτικές σχέσεις.
7. Κατάχρηση ουσιών: τα ναρκωτικά και το αλκοόλ αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης.
8. Οι μεγάλες απώλειες που συμβαίνουν στους ανθρώπους αποτελούν ένα παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχή κατάθλιψης για ορισμένους από αυτούς (Ballon, 2003).

Συμπτώματα

Τα συμπτώματα και οι ενδείξεις της κατάθλιψης μπορεί να είναι είτε σωματικά είτε στη διάθεση και συνήθως διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Η κατάθλιψη δεν βιώνεται με τον ίδιο τρόπο από όλους. Μπορεί να προέρχονται είτε από την επαγγελματική είτε από την προσωπική ζωή σου :

- πτώση στο ηθικό
- απώλεια ενδιαφέροντος για σημαντικά πράγματα
- αλλαγή στην όρεξη
- αίσθημα αχρηστίας ή ακόμα και ενοχής
- πολύ ή ελάχιστο ύπνο
- προβλήματα συγκέντρωσης
- υπερκινητικότητα ή βραδύτητα
- απώλεια ενέργειας
- ακόμη και επαναλαμβανόμενες σκέψεις αυτοκτονίας

Θεραπείες κατάθλιψης

1. Αντικαταθλιπτικά Φάρμακα : όπως αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης , αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης (MAOIs), τρίκυκλα.
2. Ψυχοθεραπεία : Γνωσιακή - συμπεριφορική ψυχοθεραπεία
3. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)

4. Επαναληπτικός διακρινιακός μαγνητικός ερεθισμός : Ο επαναληπτικός διακρανιακός μαγνητικός ερεθισμός είναι μία θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στη φαρμακευτική αγωγή ή υπάρχουν αντενδείξεις στη λήψη φαρμάκων.
5. Χοροθεραπεία (ταγκό)

Επίσης σημαντικό ρόλο στη θεραπεία της κατάθλιψης παίζει η άσκηση και η διατροφή .
Άσκηση:

Η άσκηση αποτελεί ένα καθοριστικό παράγοντα στην ψυχική υγεία του ανθρώπου. Οι έντονοι ρυθμοί ζωής και η ψυχολογική πίεση που χαρακτηρίζει τις σύγχρονες κοινωνίες καθιστά αναγκαία την συμμετοχή των ανθρώπων σε διάφορες αθλητικές δραστηριότητες με στόχο την ενίσχυση της σωματικής και ψυχικής τους υγείας. Η συστηματική συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και φυσικές δραστηριότητες, μειώνουν τα επίπεδα της κατάθλιψης και είναι τόσο αποτελεσματικό όσο και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Η συμμετοχή σε σπορ και προγράμματα άσκησης και ανεβάζει τη διάθεση και οδηγεί στη μείωση των επιπέδων της κατάθλιψης. Τέλος, σημειώνεται ότι, μέσω της άσκησης το άτομο αποκτά υγιεινές συνήθειες, αποφεύγοντας τις καταχρήσεις και τις εξαρτήσεις, οι οποίες αποτελούν αιτιολογικούς παράγοντες διαταραχών της ψυχικής υγείας.

Τέτοιες ασκήσεις θα πρέπει να είναι:

1. Δραστηριότητες οι οποίες δεν έχουν ανταγωνιστικό χαρακτήρα, έτσι ώστε να δίνεται η δυνατότητα ελέγχου της έντασης και του ρυθμού της άσκησης.
2. Οι ασκήσεις που θα επιλέγονται θα πρέπει να προκαλούν την ευχαρίστηση του ατόμου και να σχετίζονται με θετικές αλλαγές στην διάθεση.
3. Προτείνονται ασκήσεις όπως, το περπάτημα, το τρέξιμο και η άσκηση σε γυμναστήρια. Στον αντίποδα, θα πρέπει να αποφεύγονται ασκήσεις που έχουν μεγάλη διάρκεια, έντονο ρυθμό, υψηλό ρίσκο, ή είναι ανταγωνιστικές (Θεοδωράκης, Ζουρμπάνος, Χατζηγεωργιάδης, Δημητρακόπουλος & Κρομμύδας, χ.η.)

Διατροφή:

Οι καταθλιπτικοί έχουν έλλειψη από πολλών ειδών βιταμίνες (λόγω πολλών στρεσογόνων ορμονών που τις καταστρέφουν), και κυρίως διατροφή με υψηλά σάκχαρα ,με πολλούς καφέδες (λόγω της καφεΐνης), τα άτομα που καταναλώνουν πολλά γαλακτοκομικά και με υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Υπάρχουν ακόμα αρκετά βότανα όπου έχουν δείξει ότι έχουν αντικαταθλιπτική δράση .Έτσι μείωση της ζάχαρης και του αλκοόλ και αύξηση ωμέγα 3 λιπαρά (ψάρια ,ξηρούς καρπούς) .

Σύνοψη κεφαλαίου

Γενικά η διαταραχή από μόνη της είναι η κατάσταση κατά την οποία η κανονική λειτουργία και η τάξη έχουν απορρυθμιστεί. Η ψυχική διαταραχή μπορεί να προσβάλλει άτομα κάθε ηλικίας, παιδιά εφήβους ενήλικους και ηλικιωμένους και μπορεί να παρουσιαστεί σε κάθε οικογένεια, μικρή ή μεγάλη, πλούσια ή φτωχή. Μπορεί να αναφέρεται σε καταστάσεις πολύ διαφορετικές μεταξύ τους από την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές ή τις φοβίες μέχρι και τις πιο σοβαρές διαταραχές όπως τη σχιζοφρένεια. Μια ψυχική διαταραχή μπορεί να είναι αποτέλεσμα σωματικής ασθένειας ή να εκδηλώνεται με σωματική συμπτωματολογία. Οι διάφορες ψυχικές διαταραχές εκδηλώνονται με μια ποικιλία συμπτωμάτων όπως είναι η ψυχική ένταση, η συναισθηματική αστάθεια, η διαταραγμένη συμπεριφορά, η έκπτωση της μνήμης, η μειωμένη επίγνωση της πραγματικότητας, οι ψευδαισθήσεις ή οι παραληρητικές ιδέες. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται ξαφνικά ή γίνονται έντονα μετά από μια περίοδο φυσιολογικής ζωής.

Η ψυχική ασθένεια χωρίζεται σε δύο ευρείες κατηγορίες, στις οργανικές και στις λειτουργικές διαταραχές· και οι δύο κατηγορίες μπορούν να έχουν τα ίδια συμπτώματα, όπως είναι οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες, η ασθενής κρίση και άλλες συμπεριφοριστικές διαταραχές, αλλά διαφέρουν ως προς τη θεμελιώδη αιτία τους. Η οργανική διαταραχή προκαλείται από βλάβες τους εγκεφάλου, οι οποίες μπορεί να οφείλονται σε κάποιον όγκο, στον εκφυλισμό που προκαλεί το γήρας, στην κατάχρηση ναρκωτικών ή σε κάποια άλλη οξεία σωματική βλάβη. Η λειτουργική διαταραχή, από τη μεριά της, θεωρείται ότι απορρέει από ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, όπως είναι οι δυσάρεστες εμπειρίες του ατόμου κατά τη παιδική ηλικία, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις και το κοινωνικό άγχος. Η λειτουργική διαταραχή αποτελεί μια πιο ευρέως διαδεδομένη κατηγορία από ότι η οργανική διαταραχή. Ασχολούνται με αυτή ψυχίατροι, ψυχολόγοι και κοινωνιολόγοι. (Alex Thio,2008)

Επίσης, αυτό που κινεί το ενδιαφέρον να παρατηρήσουμε είναι ότι αν αρρωστήσουμε από κάποια γρίπη θα ειδοποιήσουμε τον εργοδότη μας ότι λόγω ασθένειας δε θα πάμε στη δουλειά. Αλλά αν αισθανόμαστε πολύ μελαγχολικοί για να πάμε στη δουλειά μας, η οικογένεια μας θα φοβάται να πει στον εργοδότη μας ότι είμαστε ψυχικά άρρωστοι.(Alex Thio,2008)

Η κοινή γνώμη ταυτίζει τη ψυχική ασθένεια μόνο με τις βαριές μορφές της ψυχικής διαταραχής. Οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές που προσβάλλουν το άτομο κάθε ημέρα δεν ανήκουν σε αυτή τη κατηγορία. Πιο ουσιαστικά αποτελούν προβλήματα της καθημερινής βάσης όπου το άτομο να αισθάνεται άγχος, θλίψη, εκνευρισμό, να είναι

αντικοινωνικό ή εξαρτημένο από ουσίες ή ακόμη και να έχει κακή επίδοση ως μαθητής. Όλα αυτά ορίζονται ως ψυχικές ασθένειες, αλλά όχι κι εμείς να συνδέουμε τη ψυχική ασθένεια μόνο με τις σοβαρές τις μορφές. (Alex Thio,2008).

Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν λανθασμένες απόψεις για τους ψυχικά άρρωστους. Κάποιοι πιστεύουν ότι είναι σοβαρά διαταραγμένοι και αλλόκοτοι. Στη πραγματικότητα όμως ψυχικά ασθενείς απέχουν πολύ από το να είναι σοβαρά διαταραγμένοι. Ακόμη και μεταξύ των σχιζοφρενών οι οποίοι είναι πιο σοβαρά ψυχικά ασθενείς. Στην πραγματικότητα οι περισσότεροι ασθενείς είναι σαν κι εμάς, περισσότερο απλοί άνθρωποι παρά κάτι διαφορετικό. (Zimmerman,2003· Boffey,1986).

Συμπληρωματικά μια ακόμη λαϊκή πεποίθηση είναι ότι οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς είναι βίαιοι ή αλλόφρονες και κατά βάση επικίνδυνοι. Η πραγματικότητα όμως είναι τελείως διαφορετική. Οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς δε ρέπουν προς την εγκληματικότητα και τη βία. Είναι πιο πιθανό η συμπεριφορά τους να είναι επιβλαβείς για τους ίδιους παρά για τους άλλους. (Cuvelier,2002· Monahan,1992)

Οι απόψεις ότι οι ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε αδυναμία χαρακτήρα. Ότι είναι αποτέλεσμα κακής διαπαιδαγώγησης. Καθώς ότι προκαλούνται από πνεύματα, λόγω έλλειψης θρησκευτικής πίστης, κατάρτες και τιμωρία του θεού για παραπτώματα. Επίσης ότι μπορεί να αντιμετωπιστεί από το ίδιο το άτομο κι ότι η επίσκεψη σε επαγγελματίες είναι δείγμα ψυχικής αδυναμίας και προσωπικής αποτυχίας. Ότι το άτομο δε πάσχει μόνο ψυχικά αλλά έχει και νοητική καθυστέρηση ή ότι η ψυχική ασθένεια είναι μεταδοτική. Είναι κάτι το λανθασμένο και δεν ισχύει. Αντίθετα κάθε ψυχική διαταραχή δε πρέπει να αγνοείται, ούτε να αντιμετωπίζεται με αναμονή και υπομονή στο χρόνο. Για την αντιμετώπιση της απαιτείται τις περισσότερες φορές ένας συνδυασμός θεραπευτικών παρεμβάσεων, όπως φαρμακοθεραπεία, ψυχοθεραπεία, συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική εκπαίδευση. (Μαρία Κυριακίδου, 2011)

Η λειτουργική διαταραχή μπορεί να χωριστεί σε τρεις μεγάλες κατηγορίες. Στην ψύχωση, που γενικά χαρακτηρίζεται από απώλεια επαφής του ατόμου με τη πραγματικότητα, δεν αναγνωρίζουν ότι είναι ψυχικά ασθενείς και κατά συνέπεια δεν επιθυμούν να αναζητήσουν θεραπεία. Στην νεύρωση που χαρακτηρίζεται από την ανικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα, γνωρίζουν τι γίνεται αισθάνονται έντονα το πόνο τους, θέλουν να γίνουν καλά. Αλλά τους περιβάλλει μια παράλογη ανησυχία, ένας φόβος και μια εμμονή. Στην διαταραχή της προσωπικότητας το άτομο που πάσχει από αυτό ως κυριότερο χαρακτηριστικό της είναι η κραυγαλέα περιφρόνηση των κοινωνικών κανόνων. Το άτομο είναι απορροφημένο στον εαυτό του, μοναχικό ή αντικοινωνικό.

Πιο γενικά υπάρχουν πολλών ειδών ψυχικές διαταραχές όπως είναι οι αγχώδεις διαταραχές, όπως η διαταραχή πανικού, η φοβία, η ψυχαναγκαστική διαταραχή. Επιπλέον υπάρχουν οι συναισθηματικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, η δυσθυμία, η διπολική διαταραχή γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη, η σχιζοφρένια. Ακόμη οι οργανικές διαταραχές όπως η ανία, οι διαταραχές από την κατάχρηση αλκοόλ και διάφορων τοξικών ουσιών. Υπάρχουν διαταραχές της προσωπικότητας, οι αναπτυξιακές διαταραχές όπως ο αυτισμός, Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, όπως η ανορεξία και η βουλιμία. και οι σεξουαλικές διαταραχές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 . ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ψυχοθεραπεία είναι μια θεραπεία που σημαίνει απλά μια συζήτηση με φίλο ή γνωστό που έχει ορισμένες ιδιότητες (γνώση ,δύναμη ,φρόνηση ή κοινωνική ακτινοβολία) οι οποίες μπορούν να του φανούν χρήσιμες στην αντιμετώπιση προβλημάτων . Επίσης είναι η επιδίωξη αλλαγής μιας ψυχικής κατάστασης μέσω δραστηριοτήτων ,όπως για παράδειγμα , ένα ταξίδι , ενασχόληση με ένα χόμπι ή μια τέχνη.

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι ατομική, ομαδική, οικογενειακή ή ζεύγους.

Η ψυχοθεραπεία είναι, στην ουσία, μία συνεργασία ανάμεσα σε δύο μέρη, δηλαδή, τον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο. Και τα δύο μέρη συμμετέχουν ενεργά στην προσπάθεια αυτή αλλά το κύριο πρόσωπο είναι ο θεραπευόμενος καθώς η όλη θεραπευτική προσπάθεια αφορά στη δική του ζωή.

Είδη ψυχοθεραπειών

Έχουν καταγραφεί περισσότερο από 200 είδη διαφορετικών ψυχοθεραπειών και διακρίνονται όσον αφορά στον τρόπο με τον οποίο μπορεί να αλλάξει η συμπεριφορά του ανθρώπου. Έτσι υπάρχουν οι ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες, οι ψυχοθεραπείες συμπεριφοριστικού ή και γνωστικού τύπου, οι ανθρωπιστικές ψυχοθεραπείες, οι μορφολογικές, οι συστηματικές κι άλλες.

Υπάρχουν διάφορες στρατηγικές θεραπείας, η καταλληλότητα της οποίας εξαρτάται από το άτομο και τη διαταραχή. Σε μια μειοψηφία ατόμων η θεραπεία μπορεί να τους επιβάλλεται χωρίς τη θέλησή τους, το οποίο μπορεί να προκαλέσει προβλήματα, ανάλογα με το πώς πραγματοποιείται και πώς αντιλαμβάνεται από τους ψυχικά ασθενείς ή την κοινή γνώμη.

Πιο συγκεκριμένα, η ψυχοθεραπεία μπορεί να φανεί χρήσιμη σε πολλούς ανθρώπους και για πολλά και διάφορα είδη αιτημάτων και δυσκολιών. Μπορεί να αφορά στην προσωπική αυτογνωσία και εξέλιξη κάποιου ατόμου. Μπορεί να αφορά σε μία κρίση ζωής, για παράδειγμα, ένα χωρισμό ή θάνατο, μία τραυματική εμπειρία, για την οποία το άτομο χρειάζεται βοήθεια ώστε να μπορέσει να την ξεπεράσει.

Μπορεί να αφορά σε μια αίσθηση αδιέξοδου στη ζωή, πως ο χρόνος περνά και χάνεται χωρίς τίποτα το σημαντικό να συμβαίνει, σε κάποιο έντονο αίσθημα άγχους, θλίψης, μοναξιάς, πανικού, έλλειψης ευχαρίστησης και ανησυχίας, σε διάφορες φοβίες, ψυχοσωματικά προβλήματα, βουλιμία ή/και ανορεξία.

Επίσης, μπορεί να αφορά σε προβλήματα στον εργασιακό χώρο, στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην οικογένεια ή στην ερωτική ζωή που να λιμνάζουν ή να αναζωπυρώνονται επανειλημμένα.

Βασική προϋπόθεση, για μια επιτυχή θεραπευτική έκβαση, αποτελεί η δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης και ασφάλειας ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευμένου.

Ψυχανάλυση

Η ψυχανάλυση είναι τομέας της ψυχολογίας που εστιάζει στη μελέτη της ψυχικής κατάστασης του ατόμου, βασιζόμενη σε ερεθίσματα που λαμβάνει κατά τη διάρκεια της ζωής του, από την παιδική ηλικία και έπειτα.

Να διευκρινίσουμε τους εξής ορισμούς :

Ο ψυχοθεραπευτής είναι ένας επαγγελματίας του χώρου της ψυχικής υγείας που έχει την απαραίτητη εκείνη εκπαίδευση που του δίνει το δικαίωμα άσκησης αυτού του επαγγέλματος. Ένας ψυχοθεραπευτής που είναι μέλος ενός επίσημα αναγνωρισμένου οργάνου ψυχοθεραπευτών σημαίνει πως έχει την απαραίτητη εκείνη ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση δηλαδή, προσωπική ψυχοθεραπεία, εποπτεία, πρακτική και θεωρητική

κατάρτιση- που εγγυάται την ασφαλή δυνατότητα ανταπόκρισής του στις απαιτήσεις του επαγγέλματος αυτού.

Ο ψυχίατρος είναι ένας ιατρός με ειδικευση στην ψυχιατρική και έχει το δικαίωμα χορήγησης ψυχοφαρμάκων. Από μόνη της η ειδικευση στην ψυχιατρική δεν δίνει το δικαίωμα άσκησης ψυχοθεραπείας. Για κάτι τέτοιο, απαιτείται η ανάλογη εκπαίδευση που ένας ψυχίατρος μπορεί να έχει -αν το επιθυμεί- από έναν επίσημα αναγνωρισμένο φορέα παροχής ψυχοθεραπευτικής εκπαίδευσης.

Ο ψυχολόγος που είναι απλά κάτοχος του πτυχίου της βασικής πανεπιστημιακής εκπαίδευσης- δεν έχει, επίσης, το δικαίωμα άσκησης ψυχοθεραπείας. Όπως, όμως, και ένας ψυχίατρος, μπορεί -αν το επιθυμεί- να εκπαιδευθεί στην ψυχοθεραπεία, μετά το πέρας των σπουδών του, σε έναν επίσημα αναγνωρισμένο φορέα παροχής ψυχοθεραπευτικής εκπαίδευσης.

Ο ψυχαναλυτής είναι ένας ψυχοθεραπευτής που έχει εκπαιδευθεί σε μία ειδική μορφή ψυχοθεραπείας, δηλαδή την ψυχανάλυση, η οποία, όπως και η ψυχοθεραπεία, έχει διάφορες θεωρητικές κατευθύνσεις και σχολές

Στόχος

Ο κύριος στόχος της ψυχαναλυτικής θεραπείας (ψυχανάλυση ή απλά ανάλυση) είναι να βοηθήσει το άτομο να συνειδητοποιήσει τις ασυνείδητες αυτές συγκρούσεις . Η ψυχανάλυση δεν αποβλέπει άμεσα στην τροποποίηση της συμπεριφοράς , αλλά δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην αυτογνωσία , με απώτερο σκοπό την ανασυγκρότηση όλης της προσωπικότητας και την ενδυνάμωση του ΕΓΩ . Έτσι σκοπός της θεραπείας δεν είναι η εξάλειψη ενός συμπτώματος ή μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς , αλλά η κατανόηση τους ,καθώς προέρχονται από μια σύγκρουση ανάμεσα στις ασυνείδητες επιθυμίες και φόβους του ατόμου , την οποία προσπαθεί να ελέγξει μέσω των αμυντικών μηχανισμών . Για παράδειγμα , στο άτομο που πλένει διαρκώς τα χέρια του , το σύμπτωμα του καταναγκαστικού πλυσίματος μπορεί να εκφράζει τόσο την ασυνείδητη επιθυμία να μείνει βρόμικο ή να κάνει <<βρόμικα ,>> πράγματα όσο και την ασυνείδητη άμυνα απέναντι στις επιθυμίες αυτές , άμυνα την οποία εκδηλώνει μέσω της υπερβολικής εμμονής σε θέματα καθαριότητας .

Ο ψυχαναλυτής σε συνάντηση με τον ασθενή προσπαθεί να διερευνήσει το ασυνείδητό του, χρησιμοποιώντας την ελευθερία των σκέψεων του ατόμου• επιτρέπει, δηλαδή, στον ασθενή να εκφράζει αυτά τα οποία σκέφτεται (όσο τυχαία και αν είναι), χωρίς να τον λογοκρίνει και να του τοποθετεί φραγμούς. Έτσι ο θεραπευτής επιδιώκει να βοηθήσει το θεραπευμένο να αναγνωρίσει τις αντιστάσεις που χρησιμοποιεί ώστε να διατηρήσει στο ασυνείδητο

οδυνηρές εμπειρίες , σκέψεις ή συγκρούσεις . Στη συνέχεια τον βοηθάει να κατανοήσει , να επεξεργαστεί και να αποδεχτεί τις εσωτερικές συγκρούσεις που έχει απωθήσει. Ο ρόλος του ψυχαναλυτή δεν περιορίζεται μόνο στο να ακούει , αλλά και στο να συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία ερμηνείας και ανάλυσης των εσωτερικών συγκρούσεων του ατόμου. Οι συνεδρίες μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου γίνονται σε συχνότητα τριών ως τεσσάρων φόρων την εβδομάδα και διαρκούν περίπου 45 λεπτά για αρκετά χρόνια.

Οι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν ένα άτομο στη ψυχανάλυση είναι :

- Ψυχολογικά συμπτώματα ,οξείας ή χρόνιας μορφής (άγχος, κατάθλιψη, φοβίες)
- Χρονιές δυσλειτουργίες που οδηγούν σε απογοήτευση και αίσθημα αποτυχίας
- Επαναλαμβανόμενες δυσλειτουργικές συμπεριφορές
- Εκπαιδευτικοί λόγοι

Τα κριτήρια για να κριθεί ένα άτομο κατάλληλο για ψυχανάλυση είναι :

1. Τα προσωπικά κίνητρα αυτογνωσίας και αλλαγής
2. Η διάθεση του ατόμου να δεχθεί βοήθεια από κάποιον
3. Η ικανότητα του να αντέξει την επώδυνη διαδικασία της ανάκλησης οδυνηρών απωθημένων πρώιμων εμπειριών

Ακατάλληλα για ψυχανάλυση κρίνονται τα άτομα που παρουσιάζουν διαταραχές σκέψης ή δυσκολίες στη αναγνώριση της πραγματικότητας .

Θεραπευτικές μέθοδοι –τεχνικές:

Οι βασικότερες τεχνικές είναι:

1. Ελεύθεροι συνειρμοί
2. Η ανάλυση των ονείρων
3. Η ανάλυση παραπραξιών
4. Η ερμηνεία των αντιστάσεων
5. Η ανάλυση της μεταβίβασης

1. Ελεύθεροι συνειρμοί:

Ο θεραπευόμενος καλείται να εκφράσει οποιαδήποτε σκέψη , εικόνα , ανάμνηση του περνά από το μυαλό τους χωρίς να επιδιώκει να αποδώσει λογική σειρά . Έπειτα ο αναλυτής χρησιμοποιεί το υλικό που αναδεικνύεται για να κάνει συσχετίσεις . Έτσι ο θεραπευόμενος γίνεται από παθητικός ομιλητής σε ενεργός παρατηρητής .

2. Παραπραξίες :

Αφορούν σε φαινόμενα της καθημερινής ζωής . Αποτελούν έκφρασης του ασυνείδητου . Για παράδειγμα , όταν <<ξεχνά>> κάποιος το ραντεβού με τον οδοντίατρο του , εκφράζει μέσω αυτής της αμνησίας του την επιθυμία να αποφύγει μια οδυνηρή πραγματικότητα.

3. Ανάλυση ονείρων :

Ο θεραπευτής βοηθά το άτομο να κατανοήσει το περιεχόμενο του ονείρου του που εμφανίζεται παράλογο ενώ στη πραγματικότητα αποτελεί έκφραση των απωθημένων παρορμήσεων και συγκρούσεων που μεταφέρονται μέσα από σύμβολα και εικόνες . Σύμφωνα με το Freud τα όνειρα λειτουργούν ως εκπληρωτές επιθυμιών .

4. Ανάλυση μεταβίβασης:

Ο θεραπευόμενος μεταφέρει τις ασυνείδητες επιθυμίες και συναισθήματα στο πρόσωπο του αναλυτή . Αντανεκλά την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων που αναπτύσσει το άτομο στη προσωπική ζωή .

5. Η κυριότερη φάση στην ψυχανάλυση είναι η μεταβίβαση κατά την οποία ο ασθενής αντιδρά ως προς τον αναλυτή του σαν να ήταν ένα σημαντικό πρόσωπο από το παρελθόν. Η εξωτερίκευση αυτή προκαλεί σημαντική ανακούφιση διότι ο ασθενής λαμβάνει από τον θεραπευτή κατανόηση και υποστήριξη.

Τέλος , η επιτυχία της Ψυχανάλυσης έγκειται σε διάφορους παράγοντες με την εχεμύθεια μεταξύ ασθενή-γιατρού να καταλαμβάνει την πρωταρχική θέση. Ένας δεύτερος παράγοντας είναι η απόλυτη εμπιστοσύνη του ασθενούς στον γιατρό αλλά και η ικανότητα του δεύτερου να δεχτεί, να επεξεργαστεί και να εξάγει τα σωστά συμπεράσματα.

Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία

Η Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία (Γ/Σ Ψ) είναι μια "θεραπεία μέσω του λόγου" σε περιπτώσεις τέτοιες στις οποίες το άτομο δυσλειτουργεί. Όπως άλλωστε και σε όλες τις αντίστοιχες παρεμβάσεις που είναι επιστημονικά ηλεγμένες και τεκμηριωμένες βασίζεται και αυτή η μορφή ψυχοθεραπείας σε ένα θεωρητικό υπόβαθρο. Μια πάρα πολύ σύντομη και αδρή σκιαγράφηση της πορείας μέσα στο χρόνο του θεωρητικού πλαισίου στο οποίο κινείται και εξελίσσεται η Γ/Σ Ψ θεωρείται απαραίτητη τόσο για τη κατανόηση της σημερινής μορφής των μεθόδων και τεχνικών της όσο και για την ενημέρωση του μη-ειδικού κοινού.

Η Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία αποτελείται από μια σειρά πειραματικών ψυχολογικών μεθόδων με τη βοήθεια των οποίων μπορούν να μειωθούν ή να εξαλειφθούν αποκλίσεις της συμπεριφοράς (ή ψυχολογικά προβλήματα). Η γνωσιακή θεραπεία ξεκινά με την εγκαθίδρυση μιας ισχυρής θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ θεραπευτή και θεραπευμένου , η οποία βασίζεται σε αμοιβαία αισθήματα ειλικρίνειας , εμπιστοσύνης , κατανόησης και ενδιαφέροντος με το θεραπευτή να κατέχει ενεργητικό ρόλο στη θεραπευτική σχέση .Ο βασικός πυρήνας της Γ/Σ Ψ αποτελείται από τρεις βασικές αρχές:

1. η γνωσιακή λειτουργία επηρεάζει τη συμπεριφορά,
2. η γνωσιακή λειτουργία μπορεί να ελεγχθεί και να μεταβληθεί και
3. οι επιθυμητές αλλαγές στη συμπεριφορά μπορούν να επηρεαστούν από γνωσιακές αλλαγές.

Τα γενικά χαρακτηριστικά της Γ/Σ ψυχοθεραπείας μπορούν να συνοψισθούν ως εξής:

1. Ο θεραπευτής καλείται να καταλάβει με ποιο τρόπο ο πελάτης δομεί τον κόσμο μέσα του και πως αυτό μπορεί να τον επηρεάζει συναισθηματικά ή να έχει επιπτώσεις στη συμπεριφορά του. Με την αναγνώριση των διεργασιικών λαθών στο τρόπο σκέψης του πελάτη ξεκινά και η διαδικασία της παρέμβασης. Είναι αυτονόητο ότι όσο πιο περιορισμένες είναι οι δυνατότητες του πελάτη, π.χ. πελάτης με νοητική καθυστέρηση ή το πολύ μικρό παιδί, τόσο αυξάνει η κατευθυντική δράση του θεραπευτή.
2. Η συνεργασία μεταξύ θεραπευτή και πελάτη διέπεται από την αρχή "εσύ κι εγώ θα συνεργαστούμε για να αντιμετωπίσουμε το πρόβλημά σου" αντί "εγώ θα σε θεραπεύσω".
3. Η επιλογή των θεραπευτικών στόχων γίνεται από κοινού (θεραπευτής και πελάτης).
4. Γίνονται συνεχείς μετρήσεις ώστε και ο πελάτης να είναι ενήμερος για την πορεία της θεραπείας.
5. Δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στο πώς σκέφτεται, συμπεριφέρεται και αισθάνεται ο πελάτης έξω από το χώρο των θεραπευτικών συνεδριών και όλα συσχετίζονται με την αναπτυξιακή διάσταση των διεργασιών σε κάθε επίπεδο.

Η αρχική εκτίμηση του θεραπευμένου περιλαμβάνει :

1. Τον προσδιορισμό του παρόντος προβλήματος
2. Το είδος και την ένταση των υποκειμένων συμπτωμάτων
3. Το ιστορικό του
4. Τους στόχους και προσδοκίες που έχει από τη θεραπεία

Σε όλη την πορεία της θεραπείας αξιολογούνται οι γνωσιακές και συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου , ενώ παράλληλα διερευνώνται οι γνωσιακές αναπαραστάσεις και γνωσιακές διαστρεβλώσεις σε σχέση με το πρόβλημα που το απασχολεί .

Ανάλογα με τον στόχο της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης οι τεχνικές της γνωσιακής προσέγγισης μπορούν να ομαδοποιηθούν σε **έξι κατηγορίες**:

- α) Τεχνικές επικεντρωμένες στις αυτόματες σκέψεις
 - Καθοδηγούμενη ανακάλυψη
 - Εξέταση των αποδείξεων
 - Αμφισβήτηση των απόλυτων εκφράσεων
 - Λεκτική εξωτερίκευση αρνητικών αυτόματων σκέψεων

β) Τεχνικές εξάλειψης των γνωσιακών διαστρεβλώσεων

- Αναίρεση της καταστροφολογίας
- Αμφισβήτηση της διχότομης σκέψης

γ) Τεχνικές για την αλλαγή των γνωσιακών αναπαραστάσεων

- Όλες οι τεχνικές χειρισμού των αυτόματων σκέψεων
- Καταγραφή εναλλακτικών υποθέσεων

δ) Τεχνικές για το χειρισμό των νοητικών εικόνων

- Νοητική πρόβα

ε) τεχνικές για τον έλεγχο των επαναλαμβανόμενων σκέψεων

- Διακοπή σκέψης
- Αλλαγή προσανατολισμού σκέψης
- Απόσταση της προσοχής

στ) τεχνικές για την αλλαγή και τον έλεγχο της συμπεριφοράς

- Εξάσκηση στην αυτό καθοδήγηση

Άλλες συμπεριφορικού-γνωσιακού τύπου τεχνικές :

- Προγραμματισμός δραστηριοτήτων
- Παιχνίδια ρόλων
- Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες
- Διαβάθμιση καθηκόντων
- Τεχνικές διαχείρισης του στρες
- Εξοικείωση
- Ασκήσεις <<εφαρμοσμένης>> νευρομυϊκής χαλάρωσης

Πως γίνεται η γνωσιακή – συμπεριφορική ψυχοθεραπεία

Οι γνωσιακές τεχνικές αποσκοπούν περισσότερο στην αμφισβήτηση των δυσλειτουργικών σκέψεων και πεποιθήσεων, ενώ οι συμπεριφορικές τεχνικές στη διαχείριση της συμπεριφοράς αποφυγής ορισμένων καταστάσεων. Αυτό επιτυγχάνεται με την σταδιακή επαναδραστηριοποίηση του πάσχοντα στις δραστηριότητες που απέφευγε. Σε περιπτώσεις όπου το άτομο παραμένει για πολύ καιρό μη λειτουργικό συστήνεται η επίσκεψη σε Ψυχίατρο και εφόσον το κρίνει ο ίδιος να λάβει συνταγογραφούμενη αγωγή από τον ίδιο. Ο συνδυασμός ψυχοφαρμακευτικής αγωγής μαζί με Ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει άτομα με έντονη αποφευκτική συμπεριφορά να επαναδραστηριοποιηθούν και να επανέλθουν στην αρχική τους ψυχική ισορροπία.

Πόσο διαρκεί η γνωσιακή – συμπεριφορική ψυχοθεραπεία

Η γνωσιακή- Συμπεριφορική θεραπεία είναι σύντομης διάρκειας (π.χ. 3 μήνες) και εστιάζει την προσοχή της στα τωρινά προβλήματα και όχι τόσο στο παρελθόν. Βασίζεται στην στενή συνεργασία του θεραπευτή και του θεραπευόμενου και βασίζεται το αποτέλεσμα της περισσότερο στην δουλειά που θα κάνει ο θεραπευόμενος μεταξύ των συνεδριών στο σπίτι του και όχι τόσο κατά τη διάρκεια των συνεδριών.

Φαρμακοθεραπεία

Αρχικά φάρμακο γενικά ονομάζεται κάθε χημική ουσία ικανή να επηρεάσει την λειτουργία του οργανισμού κάθε έμβιου όντος ή μικροοργανισμού όταν εισέλθει σε αυτόν.

Απλούστερα χαρακτηρίζεται κάθε ουσία ή παρασκεύασμα που ανακουφίζει, είτε θεραπεύει, από ασθένειες ή πόνους του ανθρώπινου οργανισμού και γενικότερα αποκαθιστά την ανθρώπινη υγεία.

Μία κύρια λύση για τη διαχείριση των ψυχικά πασχόντων είναι η φαρμακευτική θεραπεία. Υπάρχουν αρκετές ομάδες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για αυτό το σκοπό.

Τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της κλινικής κατάθλιψης, όπως επίσης και για τη διαχείριση του άγχους καθώς και σε πολλές άλλες διαταραχές. Τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται όμως και για την αντιμετώπιση άλλων καταστάσεων όπως οι αγχώδεις διαταραχές (διαταραχή κρίσεων πανικού, Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή), οι διαταραχές διατροφής (νευρική ανορεξία, βουλιμία), τα σύνδρομα χρόνιου πόνου, η νυχτερινή ενούρηση, η διακοπή του καπνίσματος, ο αλκοολισμός κ.ά. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης δεν είναι απλή ούτε μικρής διάρκειας, καθώς στόχος, εκτός από την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, είναι και η αποφυγή της υποτροπής, που είναι συχνή. Επιπλέον, επειδή κάθε άτομο πάσχει κατά κάποιον τρόπο από την "δική" του κατάθλιψη, η εξεύρεση του κατάλληλου γι' αυτό φάρμακο μπορεί να αποδειχθεί όχι και τόσο απλή διαδικασία.

Τα αγχολυτικά χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του άγχους και για τα σχετιζόμενα με αυτό προβλήματα, όπως είναι η αϋπνία. Οι σταθεροποιητές του συναισθήματος χρησιμοποιούνται κυρίως στη διπολική διαταραχή. Η συχνότερα χρησιμοποιούμενη οικογένεια με αγχολυτικά φάρμακα, είναι οι βενζοδιαζεπίνες. Όλες οι βενζοδιαζεπίνες έχουν παρόμοιες φαρμακολογικές ιδιότητες και διαφοροποιούνται μόνο ως προς την κατασταλτική τους επίδραση, την ισχύ και τη φαρμακοκινητική.

Γενικά οι βενζοδιαζεπίνες δρουν:

1. ως αγχολυτικά, (ηρεμιστικά) όταν χορηγούνται σε μικρές δόσεις στη διάρκεια της ημέρας και
2. ως υπνωτικά, σε μεγαλύτερη δόση το βράδυ (δείτε και το αναλυτικό άρθρο μας για τα υπνωτικά).
3. ως μυοχαλαρωτικά, αντιεπιληπτικά και αντισπασμωδικά (ορισμένες μόνο βενζοδιαζεπίνες)

Τα αντιψυχωσικά χρησιμοποιούνται στις ψυχώσεις, κυρίως για τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας καθώς και σε πολλές άλλες διαταραχές. Τα ψυχοδιεγερτικά χρησιμοποιούνται ευρέως στην ΔΕΠΥ. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας, των οργανικών εγκεφαλικών ψυχώσεων, της ψυχωτικής καταθλίψεως, της μανίας και άλλων ψυχώσεων. Μπορεί επίσης να είναι αποτελεσματικά στην κατάχρηση ψυχεδελικών, την ψύχωση που προκαλείται από αμφεταμίνη και σε επιλεγμένες περιπτώσεις παραληρήματος. Γρήγορα ελαττώνουν το επίπεδο της εγρηγόρσεως (δραστηριότητας) και έμμεσα πιθανώς βελτιώνουν βαθμιαία την κοινωνικότητα και τη σκέψη. Οι συνδυασμοί δεν είναι περισσότερο αποτελεσματικοί από τα απλά φάρμακα, χρησιμοποιούνται όμως στις περιπτώσεις που οι παρενέργειες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη.

Σύνοψη κεφαλαίου

Η ψυχική υγεία αποτελεί την κατάσταση που αποτυπώνει την ποιότητα ζωής ενός ατόμου και την γενικότερη ευημερία του . Η ψυχική υγεία περιλαμβάνει την συναισθηματική, ψυχολογική και κοινωνική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ένα άτομο . Επιπλέον , η ψυχική υγεία είναι αυτή που καθορίζει τις σκέψεις του ανθρώπου , αλλά και το πώς θα διαχειριστεί διάφορες καταστάσεις πίεσης και άγχους .

Μεταξύ των διαταραχών που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των ανθρώπων , εντάσσονται , οι διαταραχές άγχους , οι διαταραχές ελλειμματικής προσοχής και η υπέρ κινητικότητα , η διπολική διαταραχή , οι διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς , η κατάθλιψη , η διαταραχές τροφής και χρήσης ουσιών , καθώς και η σχιζοφρένεια .

Όσον αφορά την κλινική διάγνωση των ψυχικών διαταραχών , να σημειώσουμε ότι πρόκειται για μια διαδικασία η οποία περιλαμβάνει την λήψη ψυχολογικού και παθολογικού ιστορικού , την εξέταση της πνευματικής κατάστασης , την σωματική εξέταση και σε ορισμένες περιπτώσεις την χρησιμοποίηση διανοητικών τεστ και τεστ νοημοσύνης , ή και νευροαπεικονιστικές μετρήσεις . Σημειώνεται επίσης ότι , για την κλινική διάγνωση ορισμένων διαταραχών ενδέχεται να χρειαστεί και τομογραφία του εγκεφάλου .

Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών διακρίνεται σε τρεις επιμέρους βαθμίδες, την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη. Η πρωτοβάθμια πρόληψη αποσκοπεί στο να παρεμποδίσει την εμφάνιση κάποιας ψυχικής διαταραχής σε άτομα που έχουν καλή ψυχική υγεία και δεν φέρουν ιστορικό ψυχικών διαταραχών. Η πρωτοβάθμια πρόληψη επιτυγχάνεται κυρίως μέσω των κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας, τα οποία επιδιώκουν την κάλυψη των αναγκών των ασθενών σε τοπικό επίπεδο, καθώς και την ενεργό επανένταξη των ατόμων στην κοινωνία. Η δευτεροβάθμια πρόληψη λαμβάνει χώρα ύστερα από την εκδήλωση κάποιας ψυχικής διαταραχής και αποσκοπεί στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή της. Τέλος, στην τριτοβάθμια πρόληψη πραγματοποιείται υποστήριξη των ασθενών, αλλά και των οικείων τους, καθώς υπάρχουν έντονα αισθήματα δυσφορίας, δυσλειτουργικότητας, καθώς και χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής.

Αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση στην αντιμετώπιση και αποκατάσταση των ψυχικών διαταραχών, σε αυτή περιλαμβάνονται τόσο η χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, όσο και ένα σύνολο από παράγοντες, οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους ώστε να επιτευχθεί η ευεξία και βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου, αλλά και των συγγενών τους. Στους παράγοντες αυτούς εντάσσονται τα ολοκληρωμένα προγράμματα αποκατάστασης της ψυχικής υγείας, η τόνωση της αυτοπεποίθησης των ατόμων, η δημιουργία κοινωνικών σχέσεων, αλλά και η σημασία συμβολής της ίδιας της οικογένειας στην προαγωγή της ευεξίας του ατόμου.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών εστιάζεται στην γρήγορη αποκατάσταση των ψυχικών διαταραχών, την πρόληψη των επιπτώσεων μιας ψυχικής διαταραχής για τον ίδιο τον άνθρωπο αλλά και το περιβάλλον του, την προαγωγή της ευημερίας, την συμβουλευτική υποστήριξη στον ίδιο τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειάς του, καθώς και την βελτίωση της δημόσιας υγείας. Σημαντικό ρόλο στην θεραπευτική προσέγγιση της ψυχικής υγείας διαδραματίζει και το διαδίκτυο. Η χρήση του μπορεί να προσδώσει μεγάλο όγκο πληροφοριών προς τους χρήστες για θέματα διαχείρισης ψυχικών διαταραχών.

Εν κατακλείδι η ψυχοθεραπεία μπορεί να φανεί χρήσιμη σε πολλούς ανθρώπους και για πολλά και διάφορα είδη αιτημάτων και δυσκολιών. Μπορεί να αφορά στην προσωπική αυτογνωσία και εξέλιξη κάποιου ατόμου. Μπορεί να αφορά σε μία κρίση ζωής, για παράδειγμα, ένα χωρισμό ή θάνατο, μία τραυματική εμπειρία κ.τ.λ., για την οποία το άτομο χρειάζεται βοήθεια ώστε να μπορέσει να την ξεπεράσει.

Μπορεί ακόμα να αφορά σε μια αίσθηση αδιέξοδου στη ζωή, πως ο χρόνος περνά και χάνεται χωρίς τίποτα το σημαντικό να συμβαίνει, σε κάποιο έντονο αίσθημα άγχους,

θλίψης, μοναξιάς, πανικού, έλλειψης ευχαρίστησης και ανησυχίας, σε διάφορες φοβίες, ψυχοσωματικά προβλήματα, βουλιμία ή/και ανορεξία κ.ά.

Επίσης, μπορεί να αφορά σε προβλήματα στον εργασιακό χώρο, στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην οικογένεια ή στην ερωτική ζωή που να λιμνάζουν ή να αναζωπυρώνονται επανειλημμένα.

Βασική προϋπόθεση, για μια επιτυχή θεραπευτική έκβαση, αποτελεί η δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης και ασφάλειας ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευμένο.

Συνοψίζοντας, η θεραπεία και η υποστήριξη των ψυχικά πασχόντων παρέχεται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, κλινικές ή σε κοινωνικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Έχουν δημιουργηθεί αρκετά επαγγέλματα για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και στα οποία περιλαμβάνονται η ιατρική ειδικότητα της ψυχιατρικής ο τομέας της ψυχολογίας που λέγεται κλινική ψυχολογία καθώς και άτομα που είναι γνωστά ως κοινωνικοί λειτουργοί .Υπάρχουν επίσης ψυχοθεραπευτές εξειδικευμένοι στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, σύμβουλοι και επαγγελματίες της δημόσιας υγείας.

Η οικογένεια

Οι περισσότεροι άνθρωποι πιστεύουν ότι οι ψυχικές νόσοι/διαταραχές είναι σπάνιες και ότι αυτό «Θα συμβεί σε κάποιον άλλο».

Στην πραγματικότητα, οι ψυχικές διαταραχές είναι συχνές και διευρυμένες. Υπολογίζεται ότι περίπου 54 εκατομμύρια Αμερικάνοι υποφέρουν από κάποια ψυχική διαταραχή, μέσα σε χρονικό διάστημα ενός έτους.

Οι περισσότερες οικογένειες δεν είναι προετοιμασμένες να διαχειριστούν το γεγονός ότι κάποιο αγαπημένο τους πρόσωπο νοσεί από κάποια ψυχική ασθένεια. Μπορεί να προσπαθούν σωματικά και ψυχικά αλλά μπορεί να υποπέσουν στις γνώμες και την κατάκριση των υπολοίπων μελών της κοινωνίας. Το στίγμα θα είναι πάντα το κακό σημείο όλων.

Διαχείριση ψυχικής νόσου από την οικογένεια

1)Αποδοχή των συναισθημάτων

Ασχέτως των διαφορετικών συμπτωμάτων και των τύπων ψυχικών νοσημάτων, πολλές οικογένειες με ασθενείς με ψυχικό νόσημα, μοιράζονται παρόμοιες ιστορίες.

Ίσως κάποιοι να προσπαθούν να αποφύγουν την παραδοχή των προειδοποιητικών συμπτωμάτων, ή μπορεί να αγχώνονται για την κοινωνική κατακραυγή (στιγματισμός), είτε να αναρωτιούνται για το εκλυτικό αίτιο που οδήγησε το αγαπημένο τους πρόσωπο στην ασθένεια.

Βασική προϋπόθεση για την διαχείριση της ψυχικής νόσου εντός της οικογένειας είναι η αποδοχή αυτών των συναισθημάτων (και κάθε άλλου πιθανού) ως φυσιολογικά.

2)Διαχείριση ακατάλληλης συμπεριφοράς

Τα εξωτερικά σημεία της ψυχικής νόσου είναι συνήθως συμπεριφορικά. Το άτομο μπορεί να είναι εξαιρετικά ήσυχο ή υπερβολικά εξωστρεφές. Γενικά, μπορεί να βάλει τα κλάματα, να πάθει κρίση πανικού ή να έχει ξεσπάσματα θυμού.

Ακόμα και κατά την περίοδο θεραπείας, κάποιοι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν αντικοινωνικές συμπεριφορές. Δημόσια, αυτού του είδους οι εκδηλώσεις, μπορεί να φανούν αμήχανες και να είναι μη αποδεκτές. Δυστυχώς αυτού του είδους τα συμπτώματα μπορεί να είναι εξίσου ανυπόφορα και για τον ασθενή.

Κατά την επόμενη συνεδρία (από το επεισόδιο κρίσης) με τον επαγγελματία υγείας ενδείκνυται η διευκρίνιση της κατάστασης και η δημιουργία ενός πλάνου δράσης για την διαχείριση του κάθε προβλήματος.

3) Ίδρυση υποστηρικτικού δικτύου

Η παροχή στήριξης και βοήθειας από τα μέλη της οικογένειας είναι πολύ σημαντική. Αν δεν υπάρχει δυνατότητα συστήνεται η στροφή προς τις ομάδες υποστήριξης για παροχή πληροφοριών και πιθανών λύσεων.

4) Επιδίωξη περισσότερων συνεδριών

Η θεραπεία μπορεί να αποβεί αποδοτική τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για ολόκληρη την οικογένεια. Ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να συστήσει σωστούς τρόπους διαχείρισης του νοσήματος. Μέσα από αυτή την διαδικασία η οικογένεια μαθαίνει, πέρα από την κατάλληλη αντιμετώπιση, πληροφορίες σχετικά με τους λόγους που πιθανά οδήγησαν στην ασθένεια, συνδέεται και έτσι καταλαβαίνει καλύτερα τις ανάγκες του αγαπημένου της προσώπου.

5) Προσωπικός χρόνος

Είναι κοινώς παραδεκτό ότι ο ψυχικά ασθενής γίνεται το “κέντρο” του σπιτιού. Όταν συμβαίνει αυτό, άλλα μέλη της οικογένειας μπορεί να νιώσουν παραμελημένα. Κάποιοι μπορεί να δυσκολευτούν με το να ασχοληθούν με τα ενδιαφέροντα τους.

Ο φροντιστής κυρίως χρειάζεται, ανά κάποια διαστήματα, προσωπικό χρόνο. Η οργάνωση του πρέπει να γίνεται κατά τέτοιο τρόπο που θα ωφελεί τον φροντιστή και έτσι θα αποφεύγονται συναισθήματα πλήξης και θυμού. Τα πάντα κρατιούνται σε ισορροπία και επικρατεί η κατανόηση και η υπομονή.

Ψυχική διαταραχή- Ποιότητα ζωής

Ο συντάκτης του κειμένου ξεκινάει την παράθεση των δεδομένων του δίδοντας αρχικά, πλαγίως, δυο ερωτήματα, προσπαθώντας να εξερευνήσει το βασικό θέμα και ερώτημα του.

Αν υποθέσουμε ότι η ψυχική νόσος επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών τα βασικά θέματα που προκύπτουν είναι:

- Ποιους τομείς επηρεάζει περισσότερο;
- Οι ασθενείς που παρουσιάζουν διαφορετικά σχήματα ποιότητας ζωής και προφίλ συμπεριφοράς, ανάλογα τον τομέα που επηρεάζει η ψυχική νόσος;

Έτσι γεννιέται εξ’ αρχής η ανάγκη για τον ακριβή καθορισμό των περιοχών/τομέων που επηρεάζονται από την ψυχική νόσο και επιπλέον η εστίαση στους τομείς που μπορούν να βελτιωθούν μέσω της θεραπείας. Η βελτίωση αυτή διαφαίνεται μέσα από την αξιολόγηση των κοινωνικών και συναισθηματικών λειτουργιών των ασθενών.

Οι περισσότεροι από τους ασθενείς, σύμφωνα με όσα παραθέτει ο κειμενογράφος, εμφανίζουν συννοσηρότητα, κατάσταση που δυσκολεύει ακόμα περισσότερο την ποιότητα ζωής τους. Το πιθανότερο αποτέλεσμα σε ασθενή με πολλές ψυχικές διαταραχές είναι η ανικανότητα. Παράδειγμα μπορεί να αποτελέσει η αγχώδης διαταραχή. Ο ασθενής, πέρα από τα σημεία της νόσου του, εμφανίζει και καταθλιπτικά συμπτώματα, κάτι που επηρεάζει κατά πολύ την καθημερινότητα του και χειροτερεύει την ποιότητα της ζωής του.

Βασικό σημείο όλων αποτελεί ο διαχωρισμός της διαφοράς μεταξύ της αναπηρίας που προκύπτει από τις ψυχικές διαταραχές και της αναπηρίας που μπορεί να προκύψει από κάποια σωματική διαταραχή/νόσημα.

Μια μελέτη του τμήματος Μελέτης Ιατρικών Αποτελεσμάτων (MOS) σε ασθενείς με κατάθλιψη, απέδειξε ότι υπήρχε μεγάλος βαθμός δυσλειτουργίας στους τομείς όπου σχετίζονται με την ψυχική νόσο, αν αναλογικά με χρόνιους ασθενείς. Δυστυχώς η μελέτη δεν θεωρείται ιδιαίτερα βάσιμη, διότι υπάρχει περιορισμός, αναπτύχθηκε μονάχα η κατάθλιψη.

Έρευνα του Π.Ο.Υ σε 15 χώρες υπέδειξε σοβαρή αναπηρία στη λειτουργικότητα των ασθενών με ψυχικές διαταραχές. Σημαντικός παράγοντας υπήρξε η συννοσηρότητα.

Μια συστηματική μελέτη, όπως υπέδειξαν τα στοιχεία που ανέδειξε ο αρθρογράφος, η μελέτη PRIME-MD 1000 (Prime Care Evolution of Mental Disorders) είχε ως αποτέλεσμα ότι διαφορετικοί ψυχιατρικοί ασθενείς, είχαν ξεχωριστά, διαφορετικά, προφίλ ζωής και σχήματα αναπηρίας. Μεγαλύτερη συσχέτιση εμφανίζουν οι συναισθηματικές διαταραχές ενώ αντίθετα οι διαταραχές της σωματικής λειτουργίας εμφανίζουν μικρότερη έως ελάχιστη συσχέτιση.

Οι συναισθηματικές διαταραχές εμφανίζουν δυσκολία και στην αξιολόγηση. Οι ασθενείς με ψυχική διαταραχή αξιολογούν την κατάσταση τους πολύ χειρότερα (αυτοαξιολόγηση) σε σχέση με έναν ασθενή σε φάση μανίας ή κάποιον εξωτερικό παρατηρητή (αντικειμενική αξιολόγηση).

Παρά την αύξηση των μελετών, στο κομμάτι της ψυχικής υγείας, το θέμα της ποιότητας ζωής των ασθενών παραμένει ακόμη ανεξερευνήτο, βάσει αυτών που αναφέρει ο συντάκτης του κειμένου.

Οι αγχώδεις διαταραχές υποβαθμίζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής και τις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες των ασθενών σε πολλούς τομείς βασικότεροι εκ των οποίων είναι

- ο κοινωνικός τομέας
- ο λειτουργικός τομέας ή τομέας των ρόλων

και ως αποτέλεσμα αυξάνεται η ανικανότητα. Η φύση της ανεπάρκειας εξαρτάται ανάλογα με την διαταραχή (ευρύ φάσμα).

Η φαρμακοθεραπεία ή η ψυχοθεραπεία μπορούν να βελτιώσουν κατά πολύ την ποιότητα ζωής ασθενών με διαταραχή πανικού ή με κοινωνική φοβία. Κάτι τέτοιο, δυστυχώς δεν έχει παρατηρηθεί στις υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές.

Τέλος, παράδοξο διαφαίνεται το γεγονός ότι οι εξαρτώμενοι από το αλκοόλ ή από διάφορες ουσίες δεν παρουσιάζουν σημαντική υποβάθμιση στην ποιότητα ζωής τους, χρησιμοποιούν ισχυρούς μηχανισμούς προστασίας αρνούμενοι το πρόβλημα τους.

Σύνοψη κεφαλαίου

Το κεφάλαιο αυτό αναλύει ένα δύσκολο κομμάτι της ψυχικής νόσου. Το πως βλέπουν «οι άλλοι» τον ψυχικά ασθενή. Είτε αυτοί είναι οι οικογένεια, είτε οι φίλοι, ακόμα και άγνωστοι στον δρόμο, ο τρόπος που αντιδρά κάποιος στον άνθρωπο με διαταραχή είναι το ισχυρότερο κομμάτι. Δυστυχώς, ακόμη και στις μέρες, υπάρχει ελλιπής ενημέρωση για αυτά τα νοσήματα. Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν γνωρίζουν τίποτα σχετικά με την αντιμετώπιση/ διαχείριση τέτοιων καταστάσεων με άσχημες συνέπειες. Η συνηθέστερη όλων είναι ο στιγματισμός και συνεπακόλουθα ο κοινωνικός αποκλεισμός.

Ένα δεύτερο σημείο είναι η ποιότητα ζωής των ψυχικά νοσούντων. Υπάρχει, ατυχώς, πολύ μεγάλη δυσκολία σε αυτό το θέμα. Ακόμη και αν το κοινωνικό στίγμα επέλθει και ο ασθενής γίνει κοινωνικά αποδεκτός, δεν υπάρχει κάτι που θα εγγυείται την ποιότητα για την ζωή αυτών των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΔΙΑΣΤΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

Αποσυνδεδετικές διαταραχές

Οι διασχιστικές/αποσυνδεδετικές διαταραχές εμφανίζονται όταν ο εγκέφαλος προσπαθεί να βάλει απόσταση ανάμεσα στο εγώ και τραυματικά συναισθήματα ή εμπειρίες. Είναι μία μορφή ψυχολογικής άμυνας προκειμένου να αντιμετωπιστούν επώδυνα συναισθήματα μετά από κάποιο τραυματικό γεγονός.

Η συχνότερη μορφή διασχιστικής διαταραχής είναι η αμνησία και σπανιότερη οι εμφάνιση πολλαπλών προσωπικοτήτων.

Κλινικές μορφές

Αμνησιακές καταστάσεις

1. Αποσυνδεδετική/ διασχιστική αμνησία (απώλεια μνήμης λόγω ψυχολογικών αιτιών)
2. Αποσυνδεδετική/ διασχιστική φυγή (αμνησία και υιοθέτηση μιας νέας ταυτότητας που μπορεί να συνοδεύεται από ένα απροσδόκητο ταξίδι του ατόμου μακριά από το σπίτι ή την εργασία)
3. Αποσυνδεδετική/ διασχιστική διαταραχή της ταυτότητας (πρώην διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας) (παρουσία 2 ή περισσότερων διακριτών ταυτοτήτων ή προσωπικοτήτων)
4. Διαταραχή αποπροσωποποίησης (αίσθημα αποξένωσης από τον εαυτό ή το περιβάλλον) .

Θεραπεία

Η φαρμακευτική αγωγή στοχεύει μόνον στην ανακούφιση κάποιων συμπτωμάτων, όπως η αμνησία, και η αντιμετώπιση γίνεται κυρίως ψυχοθεραπευτικά.

Η αποσύνδεση ή διάσχιση αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό των διασχιστικών διαταραχών. Είναι ένας μηχανισμός διαχείρισης που χρησιμοποιεί ένα άτομο για να αποσυνδεθεί από μια στρεσογόνα ή τραυματική κατάσταση ή για να διαχωρίσει τραυματικές αναμνήσεις από την «κανονική» επίγνωση. Είναι ένας τρόπος για να σπάσει ένα άτομο τη σύνδεση μεταξύ του εαυτού του και του εξωτερικού κόσμου, καθώς και για να αποστασιοποιηθεί από την

επίγνωση του τι συμβαίνει. Η αποσύνδεση μπορεί να χρησιμεύσει ως ένας μηχανισμός άμυνας κατά του σωματικού και συναισθηματικού πόνου ενός τραυματικού ή στρεσογόνου βιώματος. Αποσυνδέοντας οδυνηρές αναμνήσεις από την καθημερινή διαδικασία της σκέψης, ένα άτομο μπορεί να χρησιμοποιήσει την αποσύνδεση για να διατηρήσει ένα σχετικά υγιές επίπεδο λειτουργικότητας, σα να μην είχε συμβεί το τραύμα. Η διάσχιση/αποσύνδεση μπορεί να περιγραφεί ως μια προσωρινή νοητική διαφυγή (παρόμοια με την αυτο-ύπνωση) από το φόβο και τον πόνο του τραύματος. Ακόμη και αν το τραύμα αποτελεί πλέον μακρινό παρελθόν, το εναπομείναν μοτίβο αποσύνδεσης -διαφυγής από στρεσογόνες καταστάσεις- συνεχίζεται. Όταν η αποσύνδεση γίνεται επανειλημμένα -όπως στην περίπτωση της παρατεταμένης κακοποίησης- αυτές οι αποσυνδεδεμένες ψυχικές/διανοητικές καταστάσεις μπορεί να αποκτήσουν ξεχωριστές δικές τους ταυτότητες. Η διαταραχή μπορεί να ξεκινήσει σε οποιαδήποτε ηλικία, από την παιδική ηλικία έως την όψιμη ζωή.

Διπολική διαταραχή

Η διπολική διαταραχή είναι γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη. Πρόκειται για μία ψυχική νόσο με δύο πόλους και χαρακτηρίζεται από συμπτώματα κατάθλιψης και συμπτώματα μανίας ή υπομανίας . Αυτά τα επεισόδια μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στην ικανότητα του ανθρώπου να λειτουργήσει φυσιολογικά στην καθημερινότητα του. Σχεδόν το 4% των ανθρώπων παγκοσμίως έχουν διπολική διαταραχή, είναι το ίδιο συχνή σε άνδρες και γυναίκες και εμφανίζεται συνήθως σε νεαρή ηλικία.

Αίτια

Τα αίτια της διπολικής διαταραχής δεν είναι σαφώς καθορισμένα, ωστόσο έχει παρατηρηθεί κληρονομικότητα της νόσου. οι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες θεωρείται πως παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της διαταραχής. Το γεγονός αυτό βεβαίως δε σημαίνει ότι απαραίτητως το παιδί ενός ασθενή θα παρουσιάσει κι εκείνο διπολική διαταραχή. Η νόσος καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό και από άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Συμπτώματα

Ο ασθενής μπορεί να βιώνει εναλλάξ περιόδους (ή αλλιώς επεισόδια) κατάθλιψης, μανίας ή υπομανίας για τουλάχιστον μερικές μέρες. Οι περίοδοι ανάμεσα στα επεισόδια που ο ασθενής είναι καλά και δεν παρουσιάζει συμπτώματα λέγεται νορμοθυμία.

Η μανία είναι κυρίαρχο χαρακτηριστικό της διπολικής διαταραχής, και μπορεί να συμβεί με διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας. Σε ηπιότερα επεισόδια μανίας, γνωστά ως υπομανία, τα

άτομα εμφανίζονται ενεργητικά, ευερέθιστα, και μπορεί να είναι πολύ παραγωγικά. Όταν η μανία γίνεται πιο σοβαρή, τα άτομα αρχίζουν να συμπεριφέρονται αλλοπρόσαλλα και παρορμητικά, παίρνοντας συχνά λανθασμένες αποφάσεις και έχουν μη ρεαλιστικές ιδέες για το μέλλον, ενώ η ανάγκη για ύπνο μειώνεται σημαντικά. Σε πολύ σοβαρά επεισόδια μανίας, τα άτομα μπορεί να βιώσουν πολύ διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις για τον κόσμο και την πραγματικότητα, αυτό είναι γνωστό και ως ψύχωση.

Ένα ακόμη σύμπτωμα της διπολικής διαταραχής είναι η κατάθλιψη περιλαμβάνουν αίσθημα θλίψης, άγχους, ενοχής, θυμό, απομόνωση και απελπισία καθώς και διαταραχές στον ύπνο και την όρεξη. Κόπωση και απώλεια ενδιαφέροντος σε συνήθως ευχάριστες δραστηριότητες, προβλήματα συγκέντρωσης, μοναξιά, απέχθεια προς τον εαυτό, απάθεια ή αδιαφορία, αποπροσωποποίηση, απώλεια ενδιαφέροντος για σεξουαλική δραστηριότητα, κοινωνικό άγχος, ευερεθιστότητα, χρόνιας πόνος (με ή χωρίς γνωστή αιτία), έλλειψη κινήτρων και σκέψεις αυτοκτονίας επίσης εμφανίζονται. Σε σοβαρές περιπτώσεις, το άτομο μπορεί να γίνει ψυχωτικό, μια κατάσταση γνωστή ως διπολική κατάθλιψη με ψυχωσικά χαρακτηριστικά. Αυτά τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ψευδαισθήσεις ή, λιγότερο συχνά, παραισθήσεις, συνήθως δυσάρεστες. Ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο διαρκεί για τουλάχιστον δύο εβδομάδες, και μπορεί να συνεχιστεί για πάνω από έξι μήνες, αν αφεθεί χωρίς θεραπεία.

Επιπρόσθετα, είναι τα μικτά επεισόδια μια μικτή κατάσταση είναι μια κατάσταση κατά την οποία τα συμπτώματα της μανίας και της κατάθλιψης συμβαίνουν ταυτόχρονα. Τυπικά παραδείγματα περιλαμβάνουν κλάμα κατά τη διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου ή ταχείες σκέψεις κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου. Τα άτομα μπορούν επίσης να αισθάνονται έντονη απογοήτευση σε αυτή την κατάσταση, για παράδειγμα, κάποιος μπορεί να έχει σκέψεις «μεγαλείου» ενώ ταυτόχρονα να αισθάνεται αποτυχημένος. Τα μικτά επεισόδια είναι συχνά η πιο επικίνδυνη περίοδος της διπολικής διαταραχής, κατά την οποία οι κίνδυνοι της κατάχρησης ουσιών, διαταραχής πανικού, απόπειρες αυτοκτονίας, και άλλες επιπλοκές αυξάνονται σημαντικά.

Διάγνωση

Ο αρμόδιος γιατρός για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής είναι ο ψυχίατρος. Η διάγνωση βασίζεται σε κλινική εξέταση που περιλαμβάνει καταγραφή του ιστορικού του πάσχοντος (τι νιώθει, τι σκέπτεται, πώς συμπεριφέρεται).

Θεραπεία

Η νόσος αντιμετωπίζεται κυρίως με φαρμακευτική αγωγή, την οποία θα χρειαστεί να λάβει για όλο το χρονικό διάστημα που θα του ορίσει ο γιατρός του. Δεν πρέπει να σταματήσει να λαμβάνει απότομα τα φάρμακα και πριν αποφασίσει να τα σταματήσει θα πρέπει να έχει ενημερωθεί ο γιατρός του. Επίσης, παράλληλα με τη φαρμακευτική αγωγή ο ασθενής θα χρειαστεί να κάνει ψυχοθεραπεία. Σημαντικό ρόλο στη θεραπεία του ασθενούς παίζει η ψυχολογική υποστήριξη από το οικογενειακό του περιβάλλον. Η οικογένειά του καλό είναι να συμβουλευθεί έναν ειδικό για να ενημερωθεί για το πώς πρέπει να συμπεριφερθεί στον ασθενή στις περιόδους εξάρσεων της ασθένειας.

Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μια αυστηρή διαταραχή του εγκεφάλου στην οποία οι άνθρωποι ερμηνεύουν την πραγματικότητα ανώμαλα. Η σχιζοφρένεια μπορεί να οδηγήσει σε κάποιο συνδυασμό παραισθήσεων, αυταπατών, και σε εξαιρετικά διαταραγμένες σκέψεις και συμπεριφορές. Σε αντίθεση με τη κοινή γνώμη, σχιζοφρένεια δεν είναι μια ξεχωριστή προσωπικότητα ή πολλαπλή προσωπικότητα. Η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια ασθένεια, που απαιτεί ισόβια θεραπεία.

Για την σχιζοφρένεια έχει δοθεί ορισμός και από τον Παγκόσμιο οργανισμό Υγείας ως μια σοβαρή ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από βαθιές διαταραχές στον τρόπο σκέψης, που επηρεάζουν τη γλώσσα, την αντίληψη και την αίσθηση της εικόνας του εαυτού. Συχνά περιλαμβάνει ψυχωτικές εμπειρίες, όπως οι φωνές ακρόασης ή οι αυταπάτες. Μπορεί να επηρεάσει την λειτουργικότητα όταν δεν υπάρχει ικανότητα να εξασφαλίσει ο ασθενής τα προς το ζην ή την διακοπή σπουδών.

Στην σχιζοφρένεια, το όργανο το οποίο επηρεάζεται και δεν λειτουργεί σωστά είναι ο εγκέφαλος. Παρά το γεγονός ότι δεν έχει βρεθεί η πλήρης αιτιολογία της συγκεκριμένης διαταραχής, έχει διαπιστωθεί μέσα από έρευνες ειδικών, ότι θα πρέπει να παρουσιάζεται μια σειρά από παράγοντες που θα συμβάλλουν στην εκδήλωση της σχιζοφρένειας. Η σχιζοφρένεια θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως το σύνδρομο κατά το οποίο η εσωτερική και εξωτερική αντίληψη της πραγματικότητας ενός ατόμου παρουσιάζει χαρακτηριστικά έντονης αλλοίωσης, με αποτέλεσμα το ίδιο το άτομο να απαντά σε αυτά τα ερεθίσματα με τρόπους οι οποίοι μπορεί να είναι πολύ επιβλαβείς ακόμη και για την ίδια την ζωή του. Με τις έννοιες της εσωτερικής και εξωτερικής αντίληψης της πραγματικότητας εννοούνται διαταραχές, οι οποίες συσχετίζονται άμεσα με την αντίληψη, τη σκέψη, το συναίσθημα, την ομιλία και την ψυχοκινητικότητα του ατόμου (Βαρτζόπουλος, Διαλλινά, Μαλλαγάρης, κ.α., 2002).

Η έναρξη της σχιζοφρένειας ποικίλει από άτομο σε άτομο. Συνήθως η σχιζοφρένεια εκδηλώνεται στην αρχή της ενήλικης ζωής του ατόμου. Μεταξύ του γυναικείου και του αντρικού φύλου, οι άντρες συνήθως τείνουν να έχουν πρόωμη έναρξη της νόσου 51 με ποσοστά κινδύνου να κυμαίνονται στο 30% - 40% 52, 53 σε ηλικία 15-24 ετών ενώ οι γυναίκες σε ηλικία 55-64 ετών. Η σχιζοφρένεια είναι 1,4% φορές πιο συχνή στους άνδρες παρά στις γυναίκες 16 . Η ηλικία έναρξης είναι συνήθως τα τέλη της εφηβείας ή η πρόωμη ενήλικη ζωή. Στις γυναίκες, τείνει να εξελιχθεί αργότερα στη ζωή 16,60 και με πιο ήπια μορφή σε σύγκριση με τους άντρες.

Η σχιζοφρένεια διακρίνεται σε επιμέρους κατηγορίες σύμφωνα με ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που μπορεί να παρουσιάσουν οι ασθενείς. Ωστόσο, σε γενικές γραμμές θα μπορούσε να ισχυριστεί ότι, ανεξαρτήτως τύπου οι σχιζοφρενείς ασθενείς παρουσιάζουν ορισμένα κοινά συμπτώματα όπως είναι, οι εμμονές, το άγχος, η κατάθλιψη, η επιθετική συμπεριφορά, το παραλήρημα, κ.λπ. (Καγεγλάρης, 2003). Αναφορικά με τους επιμέρους τύπους της συγκεκριμένης ψυχωτικής διαταραχής, αυτοί είναι οι ακόλουθοι:

1. Παρανοϊκός τύπος: Θεωρείται ευρέως ως ο πιο κοινός τύπος της σχιζοφρένειας. Οι άνθρωποι που διαγιγνώσκονται με παρανοϊκό υπότυπο συνήθως δεν δίνουν την εντύπωση ότι είναι ασυνήθιστοι ή λειτουργικά μη φυσιολογικοί γι αυτό δεν μπορούν εύκολα να συζητήσουν τα συμπτώματα της ασθένειάς τους. Χαρακτηρίζεται από παραληρητικές ιδέες, ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις. Στις τυπικές περιπτώσεις, οι παρανοϊκοί σχιζοφρενείς είναι τεταμένοι, καχύποπτοι και επιφυλακτικοί, ενώ είναι πιθανό να είναι εχθρικοί ή επιθετικοί απέναντι σε άλλους .

2. Αποδιοργανωμένος τύπος: γνωστή και ως ηβηφρενία στην συγκεκριμένη μορφή σχιζοφρένειας εμφανίζονται συμπτώματα όπως, αποδιοργανωμένος λόγος και συμπεριφορά, καθώς και επίπεδο συναίσθημα. Ο συγκεκριμένος τύπος σχιζοφρένειας μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα μικρότερης ηλικίας, ενδεχομένως και πριν την συμπλήρωση του 25ου έτους της ηλικίας τους.

3. Κατατονικός τύπος: πρόκειται για έναν πλέον σπάνιο τύπο σχιζοφρένειας. Στην κλινική εικόνα του κατατονικού τύπου σχιζοφρένειας περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων, συμπτώματα όπως: κινητική ακαμψία, υπέρμετρη κινητικότητα, υπερβολικά αρνητική διάθεση, έλλειψη κινήτρων και αλλόκοτες στάσεις , ηχολαλία ή ηχοπραξία .

4. Αδιαφοροποίητος τύπος: Όταν τα άτομα διαγιγνώσκονται με τον αδιαφοροποίητο υπότυπο εμφανίζουν γενικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, αλλά δεν πληρούν συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια για ένα άλλο υπότυπο. Υπάρχει πιθανότητα να διαθέτουν συμπτώματα που εμπίπτουν σε πολλές κατηγορίες άλλων υποτύπων. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να έχει αποδιοργάνωση της σκέψης, παράνοια, παραισθήσεις, χαμηλή ενέργεια, και γνωστικά ελλείμματα 123 . Επιπλέον έχει διαπιστωθεί ότι τα συμπτώματα αδιαφοροποίητου υποτύπου σχιζοφρένειας διαρκούν για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Δηλαδή οι πάσχοντες μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα που ταιριάζουν με το παρανοϊκό υπότυπο για λίγο, στη συνέχεια, μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα που ταιριάζουν καλύτερα με τον αποδιοργανωμένο υπότυπο για ένα χρονικό διάστημα. Όταν λοιπόν το σύνολο των συμπτωμάτων είναι δύσκολο να καταταχθεί σε έναν υπότυπο , συνήθως διαγιγνώσκεται ως "αδιαφοροποίητος" 130 . Μερικοί έχουν χρησιμοποιήσει τον όρο "μικτό κλινικό σύνδρομο" για να περιγράψουν αυτή τη διάγνωση επειδή υπάρχει ουσιαστικά ένα "μίγμα" των συμπτωμάτων. Πρόκειται για έναν συνδυασμό των συμπτωμάτων του παρανοϊκού και αποδιοργανωμένου τύπου.

5. Υπολειμματικός τύπος: το κυρίαρχο σύμπτωμα στην προκειμένη περίπτωση είναι τα αρνητικά συναισθήματα, ενώ απουσιάζουν οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις και ο αποδιοργανωμένος λόγος και συμπεριφορά που εμφανίζονται σε άλλους τύπους σχιζοφρένειας (Kaplan, Sadock & Grebb, 2000).

Αίτια

Όσον αφορά τα αίτια πρόκλησης της σχιζοφρένειας, οι παράγοντες που μπορεί να οφείλονται στην εκδήλωση κάποιας ψύχωσης ανήκουν σε διάφορες κατηγορίες, όπως:

- α) γενετικοί παράγοντες και ειδικότερα η κληρονομικότητα,
- β) βιοχημικοί παράγοντες,
- γ) περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως, οι καταστάσεις άγχους, αλλά και οι συνθήκες διαβίωσης των ατόμων,
- δ) η κατάχρηση ουσιών και
- ε), προγεννητικοί παράγοντες, όπως χαρακτηριστικά είναι το κάπνισμα της μητέρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, η κακή της διατροφή, το άγχος, κάποια μόλυνση της μητέρας, ή ακόμη και κάποια ιογενής λοίμωξη κατά την παιδική ηλικία.

Διάγνωση

1. Αιματολογικές Εξετάσεις
2. TEST Θυρεοειδούς

- θυρεοειδής ορμόνης (TSH)
- τριωδοθυρονίνη (T3)
- λεβοθυροξίνη (T4)
- συνολική (T3)
- συνολική (T4)
- αντιθυρεοειδικά αντισώματα
- χοληστερόλης που βρίσκεται στον ορό
- προλακτίνη

Test IQ για σχιζοφρένεια

Σήμερα μια απλή δοκιμή δείκτη νοημοσύνης θα είναι σε θέση να ανιχνεύσει πιθανή εξέλιξη σχιζοφρένειας μέχρι τρία έτη εκ των προτέρων. Οι ερευνητές του πανεπιστήμιου στο Εδιμβούργου θεωρούν ότι η δοκιμή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να λάβει μέτρα ενάντια στην ασθένεια που χτυπά χαρακτηριστικά τα άτομα ηλικίας μεταξύ 17 και 30, από το να προκληθεί. Κατά τη διάρκεια μιας δεκαετίας οι ερευνητές εξέτασαν 163 ανθρώπους με ένα οικογενειακό ιστορικό της σχιζοφρένειας εφαρμόζοντας απεικονιστικές εξετάσεις εγκεφάλου ηλικίας 16-24. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με μια ομάδα που δεν είχε κανένα οικογενειακό ιστορικό της ασθένειας. Ενώ 45% της υψηλού κινδύνου ομάδας παρουσίασε συμπτώματα της σχιζοφρένειας, μόνο το 12% νόσησε.

Απεικονιστικές εξετάσεις

1. Μαγνητική τομογραφία
2. Αξονική τομογραφία
3. Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα

Ολοκληρώνοντας , η σχιζοφρένεια διαθέτει ποικίλες εκδηλώσεις γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητο το νοσηλευτικό προσωπικό να είναι εξειδικευμένο και έμπειρο ως προς την εφαρμογή αξιολόγησης και διάγνωσης.

Το πρώτο βήμα αποτελεί την αναγνώριση της συγκεκριμένης νοητικής διαταραχής σημειώνοντας τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας (π.χ πενία λόγου, κοινωνική απόσυρση, σαλάτα λέξεων). Στην συνέχεια ο νοσηλευτής προσπαθεί να εδραιώσει μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή εντός χρονικών περιόδων εξηγώντας του τον σκοπό των προσωπικών τους συναντήσεων. Αργότερα αξιολογεί την ικανότητα του ασθενούς να ασκεί τις καθημερινές του δραστηριότητες και δεξιότητες.

Όσον αφορά τα θετικά συμπτώματα και τα αρνητικά συμπτώματα ο νοσηλευτής από την μια πλευρά αξιολογεί τις πεποιθήσεις του ασθενή σχετικά με τις παραισθήσεις δηλαδή κατά πόσο απέχουν από την πραγματικότητα ενώ από την άλλη πλευρά εκτιμά την διάχυτη καχυποψία του ασθενή για όλους και για τις ενέργειές τους.

Ταυτόχρονα αξιολογεί αν ο ασθενής λαμβάνει την φαρμακευτική του αγωγή καθώς και αν τηρεί τις θεραπείες του. Τέλος η αξιολόγηση διαθέσιμου κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου και η ενημέρωση της οικογενείας για την διάρκεια και τις εξάρσεις της νόσου είναι απαραίτητη.

Ασθενής με σύνδρομο πολλαπλής προσωπικότητας

Ορισμός

Η διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας (ΔΠΠ) ή διασπαστική διαταραχή ταυτότητας είναι μια ψυχιατρική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη μίας τουλάχιστον «άλλης» προσωπικότητας που ελέγχει τη συμπεριφορά. Η διασπαστική διαταραχή ταυτότητας, χαρακτηρίζεται από μία ή περισσότερες διακριτές ταυτότητες με τις οποίες το άτομο πιστεύει ότι συνυπάρχει. Αυτές οι ταυτότητες μπορούν να μιλήσουν στο άτομο και το άτομο μπορεί να απαντήσει πίσω. Οι ταυτότητες συχνά σχηματίζονται για να βοηθήσουν κάποιον να αντιμετωπίσει διάφορες πτυχές της ζωής του και φαίνεται να έχουν διακριτές προσωπικότητες οι οποίες είναι μοναδικές και διαφορετικές από το πυρήνα της προσωπικότητας του κάθε ατόμου.

Οι «άλλες» αυτές προσωπικότητες λέγεται ότι προκύπτουν αυθόρμητα και ακούσια, και λειτουργούν λίγο-πολύ ανεξάρτητα μεταξύ τους. Λέγεται ότι στη διαταραχή αυτή, δεν υπάρχει η έννοια της συνείδησης, με βάση την οποία αναγνωρίζουμε τον εαυτό μας. Το 1994, ο Αμερικάνικος Ψυχιατρικός Σύνδεσμος DSM - IV αντικατέστησε την ονομασία “Διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας” με τον όρο (διασχιστική διαταραχή της ταυτότητας) .

Λέγεται ότι στη διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας, η μνήμη και άλλες πλευρές της συνείδησης χωρίζονται μεταξύ των «alters» (σ.τ.μφ.: δηλαδή κάθε διαφορετική προσωπικότητα ονομάζεται alter). Ο αριθμός των «alters» που έχει αναγνωριστεί από τους διάφορους γιατρούς ποικίλει από δεκάδες σε εκατοντάδες. Υπάρχουν ακόμα και αναφορές αρκετών χιλιάδων ταυτοτήτων να κατοικούν μέσα στον ίδιο άνθρωπο. Οι γιατροί δεν φαίνεται να συμφωνούν για το τι είναι ένας «alter». Ωστόσο, είναι κοινώς αποδεκτό ότι η διαταραχή οφείλεται σε καταπιεσμένες αναμνήσεις παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Οι

αποδείξεις αυτού του ισχυρισμού έχουν, ωστόσο, αμφισβητηθεί και είναι πολύ λίγες οι αναφορές για την εμφάνιση της διαταραχής σε παιδιά.

Εάν πρόκειται για συνύπαρξη δύο προσωπικοτήτων η μια δεν έχει επίγνωση της άλλης, ενώ σε περιπτώσεις όπου συνυπάρχουν παραπάνω από δύο προσωπικότητες, καθεμιά έχει επίγνωση για την ύπαρξη των άλλων. Καθεμιά από τις καινούργιες προσωπικότητες έχει τα δικά της χαρακτηριστικά, που τείνουν συνήθως να είναι εντελώς αντίθετα από εκείνα των άλλων, γεγονός που συνεπάγεται ότι οι πολλαπλές προσωπικότητες αντιπροσωπεύουν ουσιαστικά άλυτες συγκρούσεις αυτο-περιορισμού και αυτο-ικανοποίησης. Επιπλέον, καθεμιά από αυτές τις προσωπικότητες έχει τον δικό της ιδιαίτερο τρόπο αντίληψης, συμπεριφοράς, σχέσεων με το περιβάλλον, τύπο αναμνήσεων κτλ. Επίσης, κάθε μια κυριαρχεί και ελέγχει τη συμπεριφορά του ατόμου σε διαφορετικές περιόδους. Οι ξεχωριστές αυτές προσωπικότητες εκφράζουν διαφορετικές μη συντεθειμένες πλευρές της ταυτότητας (αλλά και της μνήμης και της συνείδησης) του ατόμου. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να έχει μια ντροπαλή και με αναστολές προσωπικότητα (ο πιο συνηθισμένος πρωτογενής τύπος προσωπικότητας), μια άλλη που είναι ζωηρή και ελευθεριάζουσα, μια τρίτη που είναι εχθρική και καχύποπτη κοκ. Άτομα με τη διαταραχή αυτή βιώνουν συχνά κενά της μνήμης που αντιστοιχούν στην κατάληψη του εαυτού από κάποια άλλη προσωπικότητα. Μια προσωπικότητα που θέλει να πάρει τον έλεγχο του εαυτού μπορεί να μπει στη συνείδηση του ατόμου παράγοντας ψευδαισθήσεις (π.χ. ακουστικές ψευδαισθήσεις που δίνουν εντολές). Οι προσωπικότητες δίνουν διαφορετικά ονόματα στον εαυτό τους και μπορεί να αναφέρουν διαφορετικές ηλικίες (συνήθως μικρότερες από την πραγματική), διαφορετικό φύλο ή μία από την άλλη, διαφορετική καταγωγή κτλ. Όταν πρόκειται για τη συνύπαρξη δύο προσωπικοτήτων η μια δε γνωρίζει την ύπαρξη της άλλης, μπορεί, όμως, να γνωρίζει στοιχεία ή λεπτομέρειες της άλλης προσωπικότητας, να ακούει ή να βλέπει τι κάνει και να έρχεται σε σύγκρουση με αυτήν.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η μετάβαση από τη μια προσωπικότητα στην άλλη συχνά είναι ξαφνική και απότομη και συχνά συνδέεται με κάποιο ψυχοκοινωνικό στρες (Μάνος, 1997).

Συμπτώματα

- Νιώθει ότι έχει μέσα του δυο ή περισσότερες οντότητες
- Μεταβαλλόμενα επίπεδα λειτουργικότητας, από ιδιαίτερα αποτελεσματική έως ανικανότητας
- Σοβαροί πονοκέφαλοι ή πόνοι σε άλλα μέρη του σώματος.

- Αποπροσωποποίηση (επεισόδια με αίσθημα αποσύνδεσης ή αποστασιοποίησης από το σώμα και τις σκέψεις σου).
- Αποπραγματοποίηση (αντίληψη του εξωτερικού περιβάλλοντος ως εξωπραγματικού).
- Κατάθλιψη ή εναλλαγές της διάθεσης.
- Ανεξήγητες αλλαγές στις συνήθειες διατροφής και ύπνου.
- Άγχος, νευρικότητα ή κρίσεις πανικού.
- Προβλήματα στη σεξουαλική λειτουργία.
- Απόπειρες αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμού.
- Κατάχρηση ουσιών.
- Αμνησία (απώλεια μνήμης) ή μια αίσθηση «χαμένου χρόνου».
- Ψευδαισθήσεις (αισθητηριακές εμπειρίες που δεν είναι πραγματικές, όπως το να ακούς φωνές).

Αιτιολογία

Τα αίτια του συνδρόμου αυτού είναι :

- η χρόνια κακοποίηση ,
- τα βιώματα πολέμου ή μεγάλων φυσικών καταστροφών
- ή άλλες σοβαρές ψυχικές (πολλές φορές σεξουαλικές) συγκρούσεις.

Η διαταραχή είναι πιο συχνή στις γυναίκες (τρεις ως εννιά φορές περισσότερο συχνή από ότι στους άνδρες) κι επίσης οι γυναίκες που νοσούν έχουν περισσότερες προσωπικότητες από τους άνδρες. Η έναρξη της διαταραχής αυτής είναι στην παιδική ηλικία, σπάνια όμως, διαγιγνώσκεται πριν την εφηβεία. Η πορεία της είναι χρόνια με πολλές διακυμάνσεις (Μάνος, 1997).

Θεραπευτική προσέγγιση

Υποστηρικτική φροντίδα και φαρμακευτική αγωγή κατά περίπτωση για τα συνοδά συμπτώματα. Όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, δεν έχει βρεθεί μέχρι τώρα ειδική αγωγή για τη θεραπεία της διασχιστικής διαταραχής ταυτότητας. Τα αντικαταθλιπτικά χάπια ωστόσο, χρησιμοποιούνται συχνά και μπορεί να είναι αποτελεσματικά όταν με τη συγκεκριμένη διαταραχή συνυπάρχει κατάθλιψη, αν και ο ρόλος τους στη διασχιστική διαταραχή της ταυτότητας δεν έχει μελετηθεί συστηματικά. Φαρμακευτική αγωγή μπορεί να χορηγηθεί για να βοηθήσει στη διαχείριση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, του άγχους, παρορμητικότητας και κατάχρησης ουσιών αλλά δεν αποκαθιστούν αυτή καθ' αυτή την διάσχιση.

Η αγωγή για την επίτευξη ενσωμάτωσης των διαφορετικών ταυτοτήτων επικεντρώνεται στην ψυχοθεραπεία. Για τους ασθενείς που δεν μπορούν ή δεν θέλουν να προσπαθήσουν την ενσωμάτωση (ενδεχομένως επειδή οι διαφορετικές ταυτότητες τους βοηθούν να αντεπεξέρχονται στον πόνο), η θεραπεία έχει ως στόχο να διευκολύνει τη συνεργασία και τη σύμπραξη μεταξύ των ταυτοτήτων και να απαλύνει τα συμπτώματα.

Αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της νόσου

Ψυχοθεραπεία επικεντρωμένη σε μακροπρόθεσμη ενσωμάτωση των εναλλακτικών καταστάσεων προσωπικότητας (διαφορετικών ταυτοτήτων), ό, που είναι εφικτό. Η ψυχοθεραπεία βοηθάει τον ασθενή στην ανάκτηση της πραγματικής του ταυτότητας και στην ανακάλυψη και την κατανόηση των ενδοψυχικών και διαπροσωπικών στρεσογόνων παραγόντων που προκάλεσαν τη διαταραχή. Η μακρόχρονη ατομική δυναμική ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να συνθέσει τις διαφορετικές προσωπικότητες σ έναν ολοκληρωμένο εαυτό. Επιπλέον, η γνωστική θεραπεία χρησιμοποιείται ευρέως για την παροχή υποστήριξης του ασθενούς στη σύνθεση του εαυτού.

Η πρώτη προτεραιότητα της ψυχοθεραπείας είναι η σταθεροποίηση του ασθενή και η εδραίωση της ασφάλειας, πριν από την αξιολόγηση των τραυματικών εμπειριών και τη διερεύνηση των προβληματικών ταυτοτήτων και των αιτών της αποσύνδεσης. Η αίσθηση ασφάλειας είναι προϋπόθεση για να μπορέσει ο ασθενής να εκφράσει και να επεξεργαστεί οδυνηρές αναμνήσεις. Μερικοί ασθενείς ωφελούνται από νοσηλεία σε νοσοκομείο, κατά την οποία παρέχεται συνεχής υποστήριξη και παρακολούθηση καθώς γίνεται επεξεργασία των οδυνηρών αναμνήσεων.

Η κλινική ύπνωση είναι μια θεραπευτική τεχνική που χρησιμοποιεί τη βαθιά χαλάρωση, τη συγκέντρωση και εστιασμένη προσοχή για να επιτευχθεί μια διαφοροποιημένη κατάσταση συνειδητότητας ή επίγνωσης, επιτρέποντας στο θεραπευόμενο να διερευνήσει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις αναμνήσεις που μπορεί να είναι αποκομμένες από τη συνείδησή του (ασυνείδητες). Αυτή η τεχνική μπορεί να βοηθήσει για την πρόσβαση στις διαφορετικές ταυτότητες, διευκολύνοντας την επικοινωνία μεταξύ τους, καθώς και τη σταθεροποίηση και την ερμηνεία τους.

Ειδικές τεχνικές έκθεσης μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να απευαισθητοποιηθούν σταδιακά οι ασθενείς σε τραυματικές μνήμες, οι οποίες μερικές φορές είναι ανεκτές μόνο αποσπασματικά. Μία ακόμη αποτελεσματική προσέγγιση στη θεραπεία των αποσυνδεδετικών διαταραχών είναι το Comprehensive Resource Model (CRM) ή Resource Brainspotting.

Αφού γίνει η διερεύνηση και επεξεργασία των αιτών της αποσύνδεσης, η θεραπεία μπορεί να προχωρήσει προς την επανασύνδεση, την ενσωμάτωση και την αποκατάσταση των εναλλακτικών «εαυτών» του ασθενή σε μία ενιαία λειτουργική ταυτότητα. Ένα μέρος της ενσωμάτωσης συμβαίνει αυθόρμητα κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η ενσωμάτωση μπορεί να ενθαρρυνθεί περαιτέρω μέσω της διαπραγμάτευσης, της διευθέτησης και ενοποίησης των ταυτοτήτων ή μπορεί να διευκολυνθεί με τη χρήση υπνωτικής υποβολής και καθοδηγούμενης φαντασίας.

Άλλοι σημαντικοί στόχοι είναι η αποκατάσταση των σχέσεων, της κοινωνικής λειτουργικότητας και η ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων διαχείρισης της ζωής. Οι ασθενείς που έχουν τραυματιστεί, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, μπορεί να έχουν την προδιάθεση να «αναμένουν» περαιτέρω κακοποίηση κατά τη διάρκεια της θεραπείας και να αναπτύξουν πολύπλοκες μεταβιβαστικές αντιδράσεις προς το θεραπευτή τους. Η συζήτηση πάνω σε αυτά τα ευνόητα συναισθήματα είναι ένα σημαντικό συστατικό μιας αποτελεσματικής ψυχοθεραπείας.

Οι άνθρωποι με ΔΔΤ γενικά ανταποκρίνονται καλά στη θεραπεία. Ωστόσο, η θεραπεία μπορεί να είναι μια μακριά και επίπονη διαδικασία. Κάποιοι ασθενείς είναι απρόθυμοι να επανασυνδέσουν τις ξεχωριστές τους ταυτότητες, επειδή αισθάνονται ότι αυτές οι διαφορετικές ταυτότητες τους βοηθούν κατά κάποιον τρόπο να αντεπεξέρχονται στις αντιξοότητες. Ακόμη και σ' αυτή την περίπτωση ωστόσο, προκειμένου να βελτιωθεί η προοπτική του ατόμου, είναι σημαντικό να αντιμετωπιστούν οποιαδήποτε άλλα προβλήματα ή επιπλοκές, όπως η κατάθλιψη, το άγχος ή η κατάχρηση ουσιών.

Σύνοψη κεφαλαίου

Συνοψίζοντας, η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή κατά την οποία οι άνθρωποι δεν μπορούν να ξεχωρίσουν τι ανήκει στην πραγματικότητα και τι στην φαντασία. Τα επιδημιολογικά στοιχεία υποδεικνύουν ότι 5 στους 1000 πάσχουν από σχιζοφρένεια. Αποτελεί μια χρόνια κατάσταση που απαιτεί ισόβια θεραπεία. Γι' αυτό τον λόγο οι νοσηλευτές διαδραματίζουν ενεργό ρόλο στην αναγνώριση και την πρόληψη της αλλά και τον ρόλο του δασκάλου και του καθοδηγητή μέσα στην κοινωνία σε στενή συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας.

Επιπρόσθετα, τα άτομα με διπολική διαταραχή συχνά μπορούν να έχουν αρκετά "φυσιολογικές" ζωές, διατηρώντας μία κανονική ζωή, έχοντας μία χαρούμενη σχέση και οικογένεια, ακόμη και να είναι πολύ επιτυχημένοι στη καριέρα τους. Οι διπολικοί ασθενείς δεν ακούνε φωνές που δεν υπάρχουν και δεν έχουν πολλαπλές προσωπικότητες στα σώματα τους. Επίσης, αντιδρούν καλύτερα όταν εμμένουν σε μία φαρμακευτική αγωγή.

Ακόμη , αρκετά άτομα με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν συχνά δυσκολία λειτουργικότητας μέσα στη κοινωνία. Λόγω της φύσης της διαταραχής, παρουσιάζουν δυσκολία στο να παραμείνουν στη θεραπεία, στις οικογενειακές, φιλικές και κοινωνικές σχέσεις και στη δουλειά. Οντας ακόμη μία από τις πιο στιγματισμένες διαταραχές στη ψυχική υγεία, η βοήθεια σε πολλές κοινότητες μπορεί να είναι δύσκολο να βρεθεί και πολλοί σχιζοφρενείς καταλήγουν άστεγοι και ξεχασμένοι από την οικογένεια και τη κοινωνία.

Επίσης , τα άτομα με πολλαπλή διαταραχή προσωπικότητας, ή διασπαστική διαταραχή ταυτότητας μπορούν συχνά να έχουν επιτυχημένες, ``φυσιολογικές`` ζωές με υγιής και χαρούμενες σχέσεις με άλλους ανθρώπους. Ενώ, όπως και τα άτομα με σχιζοφρένεια, μπορεί να ακούνε φωνές στο κεφάλι τους, οι φωνές αναγνωρίζονται από το άτομο ως διαφορετικές ταυτότητες μέσα στον εαυτό τους (όχι ως εξωτερικές φωνές προερχόμενες έξω από τον εαυτό). Τέτοιες ταυτότητες μπορεί να βοηθούν στη λειτουργία του ατόμου στη ζωή και να του επιτρέπουν να ζήσει τη ζωή του χωρίς διακοπή. Αλλά άτομα με διασπαστική διαταραχή ταυτότητας έχουν μεγαλύτερη δυσκολία στη μέτρηση του χρόνου κατά τη διάρκεια της ημέρας, επειδή οι ταυτότητες αναλαμβάνουν κομμάτια της ζωής τους, γεγονός ιδιαίτερα προκλητικό και απογοητευτικό. Παρόλο που το άτομο με διασπαστική διαταραχή ταυτότητας μπορεί να παρουσιάσει καταθλιπτικά συμπτώματα, η κατάθλιψη θεωρείται δευτερεύον σύμπτωμα της διασπαστικής διαταραχής ταυτότητας (π.χ., το άτομο είναι καταθλιπτικό επειδή προσπαθεί να αντιμετωπίσει τη διασπαστική διαταραχή ταυτότητας).

Τέλος , Οι άνθρωποι φαίνεται συχνά να μπερδεύουν κάποιον που υποφέρει από σχιζοφρένεια με κάποιον που πάσχει από διασπαστική διαταραχή ταυτότητας. Ενώ και οι δύο διαταραχές είναι χρόνιες και σοβαρές ψυχικές διαταραχές, οι διαφορές μεταξύ των δύο διαταραχών είναι έντονες. Τα άτομα με σχιζοφρένεια ακούνε ή βλέπουνε πράγματα που δεν υπάρχουν και πιστεύουν πράγματα που δεν είναι αλήθεια, συχνά συνδεδεμένα σε ένα περίπλοκο και παράλογο σύστημα πεποιθήσεων. Δεν έχουν πολλαπλές ταυτότητες ή προσωπικότητες. Τα άτομα με διασπαστική διαταραχή ταυτότητας δεν έχουν παραληρηματικές πεποιθήσεις έξω από τις πολλαπλές προσωπικότητες ή ταυτότητές τους. Οι μοναδικές φωνές που ακούνε ή μιλάνε είναι αυτές οι ταυτότητες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

1. Δ. Παπαδάτου & Φ. Αναγνωστόπουλος (2010). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.
2. Μ. Γ. Μαδιανός (2002). *Εισαγωγή στη κοινωνική Ψυχιατρική*, Εκδόσεις Καστανιώτη.
3. Ν. Γ. Παπαδόπουλος (2005). *Λεξικό της Ψυχολογίας*, Εκδόσεις: Σύγχρονη Εκδοτική
4. Παπαδάτου Δ.,Μπελλάλη Θ.(2008) Βασικές γνώσεις ψυχολογίας για επαγγελματίες υγείας .

5. Θεοδωράκης, Ζουρμπάνος, Χατζηγεωργιάδης, Δημητρακόπουλος & Κρομμύδας, . Άσκηση και διατροφή στη ψυχική υγεία
6. Alex Thio (2008). *Παρεκκλίνουσα Συμπεριφορά*, επιμέλεια Χρήστος Τσουραμάνης, Εκδόσεις: ION
7. Καλαντζή-Αζίζι, Α. & Δέγλερης, Ν. (1992) τόμ.1, *Θέματα Ψυχοθεραπείας της Συμπεριφοράς*, Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Έρευνας της Συμπεριφοράς, Ινστιτούτο Έρευνας & Θεραπείας της Συμπεριφοράς.*
8. Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1998 Ε΄ έκδοση) *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
9. Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1997) *Εφαρμογές της Γνωστικής Ψυχολογίας στη Κλινική Πρακτική*, Ψυχολογία, 4 (2), 118-128
10. Καλαντζή-Αζίζι, Α. Γαλανάκη, Ε. (2001) *Η ψυχοθεραπεία ως σύστημα και η αναγκαιότητα ενός «ανοίγματος»*. Παραδείγματα της συστημικής οπτικής στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία, Ψυχολογία, Ειδικό τεύχος «Κλινική Ψυχολογία», 8 (2), 153 – 172.
11. Κουμπούρος, Ι. (2015). *Οι Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνιών στην Υγεία*. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και βοηθήματα. Εκδόσεις: Κάλλιπος.
12. Κυλούδης, Π., Τανακάκη, Μ. & Ρεκλείτη, Μ. (2012). *Η διαχείριση των ψυχικά ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. Στο: *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 4(1), σελ. 1-8.
13. Βαρτζόπουλος Ι., Διαλλινά Μ., Μαλλαγάρης Ε., κ.α. (2002). *Σχιζοφρένεια*. Φαινομενολογική και ψυχαναλυτική προσέγγιση. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
14. Καγγελάρης, Φ. (2003). *Η διαδικασία της αποπροσωποποίησης στη σχιζοφρένεια*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

15. Kaplan, H. Sadock, B. & Grebb, J. (2000). Ψυχιατρική. Έβδομη έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
16. Χριστοδούλου, Γ.Ν. & Συνεργάτες. (2000). Ψυχιατρική. Α΄ & Β΄ τόμος, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών: Εκδόσεις Βήτα.
17. Μ. Οικονόμου & Συνεργάτες. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία: Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18 (3), 239-253

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

1. Ballon, Diana. (2003). Challenges & choices. Finding Mental Health Services in Ontario. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health
2. Zimmerman, Jacqueline Noll. (2003) *people Like Ourselves: Portrayals of mental illness in the movies*. Lenham,, Md,: Scarecrow Press
 - a. .
3. Leahy, R. L. (2011). Αντιμετωπίζοντας την Αντίσταση στην Ψυχοθεραπεία. Ε. Χάιντς (επιστ. επιμ.). Θεσσαλονίκη: University Studio Press
4. Leahy, R. L. (2011). Αντιμετωπίζοντας την Αντίσταση στην Ψυχοθεραπεία. Ε. Χάιντς (επιστ. επιμ.). Θεσσαλονίκη: University Studio Press
5. Kaplan, Sadock & Grebb, 2000).
6. (Mental Health; A report of Surgeon General, Chapter 2; The fundamentals of Mental Health and illness, p. 39)
7. STEVEN N. SHAPSE, Ph.D. LICENSED PSYCHOLOGIST . (2008). THE DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS

Διαδικτυακές πηγες

1. www.ONMED.GR. Αναρτήθηκε από : <https://www.google.gr/amp/s/amp.onmed.gr/ygeia-psyhikh/story/323922/agxodeis-diataraxes-mathete-ta-symptomata-kai-tous-tyrous>
2. Βασίλης Γεωργαλάκης , Ψυχίατρος – Ψυχοθεραπευτής . Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή . Αναρτήθηκε από : www.georgalakis.gr
3. **Δ. Ζειμπέκης, Χρυσάνθη Καλαϊτζή, Χρήστος Χριστοδούλου.** Τι είναι οι αγχώδεις διαταραχές και πως αντιμετωπίζονται; Αναρτήθηκε από : www.cancer-society.gr
4. Δρ Θάνος Ασκητής, ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ . Αναρτήθηκε από : <http://healthnews.reporter.com.cy>
5. Πως εκδηλώνεται η αγχώδη διαταραχή και τι μπορείτε να κάνετε ? Αναρτήθηκε από : www.iatropedia.gr
6. Σάββας Ν. Σαλπιστής . Κλινικός Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπευτής . Αναρτήθηκε από : www.i-psyxologos.gr
7. Από τους γιατρούς του DOCTORANYTIME (2018).Κατάθλιψη . Αναρτήθηκε από : www.doctoranytime.gr
8. Εγκυκλοπαίδεια. Ψυχώσεις . Αναρτήθηκε από : <https://el.m.wikipedia.org/>
9. Μπακόλα Χριστίνα (7-11-2015) Ψυχική Διαταραχή : <https://antikleidi.com>
10. Αγγελική Μενεδιάτου , Ψυχολόγος , Μ.Α. Κλινικής Ψυχολογίας και Άγγελος Κουκλινός , Ψυχίατρος . Ελληνική Εταιρεία Διαταραχών Διάθεσης . Αναρτήθηκε από : <http://mazi.org.gr>

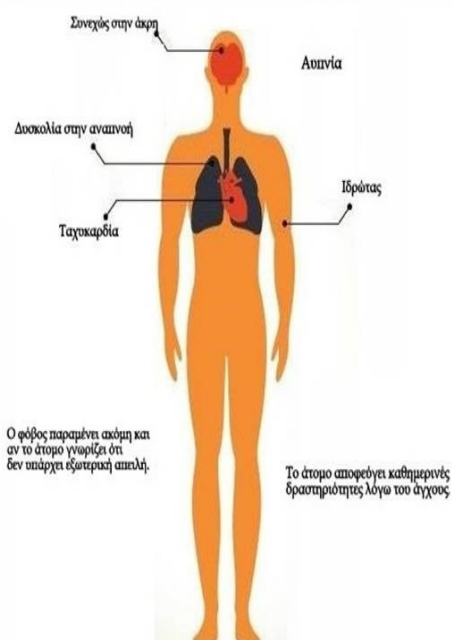
11. Θεωдорής Δασκαλόπουλος , Ψυχολόγος . Αναρτήθηκε από : <http://psi-gr.tripod.com>
12. : <http://www.psynet.gr>
13. Μιχάλης Πατεράκης , Ψυχολόγος . Ψυχώσεις . Αναρτήθηκε από : <http://www.psychotherapy.net.gr/psychoseis>
14. Από εγκυκλοπαίδεια . Κατάθλιψη . Αναρτήθηκε από : <https://el.m.wikipedia.org/wiki/Κατάθλιψη>
15. Σάββας Ν. Σαλπιστής (Ιούλιο 2013) . Ψυχολόγος . Ψυχοθεραπεία : Τι είναι η ψυχοθεραπεία . Αναρτήθηκε από : <http://www.i-psychologos.gr/psixotherapia/>
16. Δημήτρης Μπουκούρας . Κλινικός Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπευτής . Αναρτήθηκε από : <http://www.dimitrismpoukouras.gr/themata-psychologias/psychologia/ti-araitei-e-psychanalyse-apo-ton-asthene>
17. Η εγκυκλοπαίδεια της ψυχής Psychopedia . Αναρτήθηκε από : <https://psychopedia.gr/idi-therapias/>
18. Γιώργος Ευσταθίου . Ελληνικό Περιοδικό Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Έρευνας και Θεραπείας, (τομ. 1., τευχ. Ιαν-Σεπτ. 2014, εκδ. ΙΕΘΣ και ΕΕΕΣ). Αναρτήθηκε από <https://ibrt.gr/edu/node/69>
19. Mental Illness and the family: Recognizing warning signs and how to cope, Mental Health American (MHA)
<http://www.mentalhealthamerica.net/recognizing-warning-signs>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράρτημα Ι. Φωτογραφικό παράρτημα

Ποια είναι τα συμπτώματα της διαταραχής άγχους ;

Το 36% των ανθρώπων με κοινωνική διαταραχή άγχους βιώνουν συμπτώματα για 10 χρόνια πριν ζητήσουν βοήθεια. Ερωτηθέντες σε συνεντεύξεις θεωρούν τα συμπτώματα μιας διαταραχής άγχους ως φυσιολογικά, ενώ οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα ως μη φυσιολογικά.



6 ΒΑΣΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΑΓΧΩΔΟΥΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ



Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους

Μακροχρόνιο άγχος που δεν σχετίζεται με μια κατάσταση ή ένα αντικείμενο



Διαταραχή Πανικού

Αιφνίδια αίσθηση τρόμου που συχνά ακολουθείται από τρέμουλο και δυσκολία στην αναπνοή



Ίδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

Επαναλαμβανόμενες εμμονές και Καταναγκασμοί



Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους

Έντονος φόβος για κοινωνικές αλληλεπιδράσεις που χειρίζονται με αδιαφορία



Συγκεκριμένες Φοβίες

Φόβος μια συγκεκριμένης κατάστασης ή αντικειμένου



Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες

Άγχος από μια τραυματική εμπειρία

