



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ**
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΡΩΓΗ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΥΓΚΕΡΤΑ ΒΡΕΚΑΙ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

Πάτρα - 2020

Ευχαριστίες

Με το πέρας εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Σαμαρτζή Κυριακή για την υποστήριξη και την καθοδήγηση της καθώς επίσης και την οικογένεια μου που είχαν την υπομονή και με στήριξαν οικονομικά και ψυχολογικά κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι διαταραχές της προσωπικότητας είναι συνηθισμένες χρόνιες διανοητικές διαταραχές που συνήθως σχετίζονται με προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις και ποικίλες κοινωνικές δυσλειτουργίες. Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, ο επιπολασμός διαταραχών προσωπικότητας είναι το 4 - 15% κατά γενικό πληθυσμό, με ένα κάπως υψηλότερο επιπολασμό στα αγόρια σε σύγκριση με τα κορίτσια.

Σκοπός: σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετηθούν η έννοια των διαταραχών προσωπικότητας και ειδικότερα η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας και η συμβολή του νοσηλευτή.

Μεθοδολογία: στην παρούσα πτυχιακή εργασία χρησιμοποιήθηκαν άρθρα τα οποία αντλήθηκαν από Pubmed, το Google Scholar. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν personality disorders, borderline disorder, nursing interventions.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με οριακή διαταραχή της προσωπικότητας έχουν τώρα πολύ περισσότερες θεραπευτικές επιλογές από ό, τι πριν από δύο δεκαετίες. Ωστόσο, η διαθεσιμότητα εξειδικευμένων τεχνικών ψυχοθεραπείας παραμένει περιορισμένη. Απαιτούνται πρωτογενείς και δευτερογενείς στρατηγικές πρόληψης για τη μείωση των ατομικών και κοινωνικών βαρών από τις διαταραχές της προσωπικότητας στην κοινότητα.

Λέξεις-Κλειδιά: διαταραχές προσωπικότητας, μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας, νοσηλευτικές παρεμβάσεις

ABSTRACT

Introduction: Personality disorders are common chronic mental disorders that are usually associated with problematic interpersonal relationships and various social dysfunctions. According to epidemiological studies, the prevalence of personality disorders is 4 - 15% in the general population, with a slightly higher prevalence in boys compared to girls.

Purpose: The purpose of the present study is to study the concept of personality disorders and in particular postural personality disorder and the contribution of the nurse.

Methodology: This thesis used articles abstracted from Pubmed, Google Scholar. The keywords used were personality disorders, borderline disorder, nursing interventions.

Conclusions: Patients with borderline personality disorder now have far more treatment options than they did two decades ago. However, the availability of specialized psychotherapy techniques remains limited. Primary and secondary prevention strategies are needed to reduce individual and social burdens from personality disorders in the community.

Keywords: personality disorders, borderline personality disorder, nursing interventions

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	8
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	8
1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	9
1.3 ΑΙΤΙΑ.....	10
1.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ.....	12
1.5 ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	15
1.6 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	20
ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ (ΟΡΙΑΚΗ) ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	20
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	20
2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	21
2.3 ΑΙΤΙΑ.....	22
2.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	23
2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ	24
2.6 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	28
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	28
3.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	28
3.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	34
3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	35

3.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	42
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	42
4.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α'	42
4.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β'	49
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	57

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην καθημερινή κλινική πράξη τα άτομα που σκέπτονται, αισθάνονται, συμπεριφέρονται ή σχετίζονται με άλλους διαφορετικά από τον μέσο άνθρωπο εντοπίζονται. Αυτή η απόκλιση από τον κανόνα είναι ένα κεντρικό χαρακτηριστικό σε όλες τις διαταραχές προσωπικότητας (PD). Οι PD είναι πιθανό να έχουν έναρξη κατά την εφηβεία ή την πρώιμη ενηλικίωση, φαίνεται να είναι σταθερά με την πάροδο του χρόνου και να οδηγούν σε εξασθένηση ή δυσφορία. Οι διαταραχές της προσωπικότητας επηρεάζουν μια σημαντική μειονότητα ατόμων και μπορούν να επηρεάσουν τη συνολική κλινική διαχείριση, είτε σε ψυχιατρικές είτε σε πρωτοβάθμια περίθαλψη (Sulzer, 2015).

Οι διαταραχές της προσωπικότητας είναι συνηθισμένες χρόνιες διανοητικές διαταραχές που συνήθως σχετίζονται με προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις και ποικίλες κοινωνικές δυσλειτουργίες. Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, ο επιπολασμός διαταραχών προσωπικότητας είναι το 4 - 15% κατά γενικό πληθυσμό, με ένα κάπως υψηλότερο επιπολασμό στα αγόρια σε σύγκριση με τα κορίτσια (Huang et al., 2017)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Οι διαταραχές της προσωπικότητας (PD) είναι μια κατηγορία ψυχικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαρκή ακατάλληλα πρότυπα συμπεριφοράς, γνώσης και εσωτερικής εμπειρίας, που παρουσιάζονται σε πολλά πλαίσια και αποκλίνουν από εκείνα που γίνονται αποδεκτά από την κουλτούρα του ατόμου. Αυτά τα πρότυπα αναπτύσσονται νωρίς, είναι άκαμπτα και συνδέονται με σημαντική δυσφορία ή αναπηρία. Τα επίσημα κριτήρια για τη διάγνωση διαταραχών προσωπικότητας παρατίθενται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM) και στο πέμπτο κεφάλαιο της Διεθνούς Ταξινόμησης των Ασθενειών (ICD) (American Psychiatric Association, 2013).

Η προσωπικότητα, αποτελεί το σύνολο των διαρκών συμπεριφορικών και ψυχικών χαρακτηριστικών που διακρίνουν τους μεμονωμένους ανθρώπους. Ως εκ τούτου, οι διαταραχές της προσωπικότητας καθορίζονται από εμπειρίες και συμπεριφορές που διαφέρουν από τους κοινωνικούς κανόνες και τις προσδοκίες. Εκείνοι που διαγιγνώσκονται με μια διαταραχή της προσωπικότητας μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στη γνωστική λειτουργία, την συναισθηματικότητα, τη διαπροσωπική λειτουργία ή τον έλεγχο των παρορμήσεων. Σε γενικές γραμμές, οι διαταραχές της προσωπικότητας διαγιγνώσκονται στο 40-60% των ψυχιατρικών ασθενών, γεγονός που τις καθιστά τις συχνότερες ψυχιατρικές διαγνώσεις (Huang et al., 2017)

Οι διαταραχές της προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από μια διαρκή συλλογή συμπεριφορών που συχνά συνδέονται με σημαντική προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική αναστάτωση. Οι διαταραχές της προσωπικότητας είναι επίσης άκαμπτες και διάχυτες σε πολλές καταστάσεις, σε μεγάλο βαθμό εξαιτίας του

γεγονότος ότι μια τέτοια συμπεριφορά μπορεί να είναι συνθετική του εγώ (δηλ. Τα πρότυπα συμφωνούν με την ακεραιότητα του ατόμου) και επομένως θεωρούνται κατάλληλα από το συγκεκριμένο άτομο. Αυτή η συμπεριφορά μπορεί να οδηγήσει σε ακατάλληλες δεξιότητες αντιμετώπισης και μπορεί να οδηγήσει σε προσωπικά προβλήματα που προκαλούν έντονο άγχος, αγωνία ή κατάθλιψη. Αυτά τα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς αναγνωρίζονται συνήθως στην εφηβεία, την αρχή της ενηλικίωσης ή μερικές φορές ακόμη και από την παιδική ηλικία και έχουν συχνά διαδεδομένη αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής (Sulzer, 2015).

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οι κοινοτικές μελέτες που διεξήχθησαν κατά την τελευταία δεκαετία έχουν αυξήσει σημαντικά τις γνώσεις για την επιδημιολογία των διαταραχών της προσωπικότητας. Υπολογίζεται ότι 6-10% των ατόμων στην κοινότητα έχουν διαταραχή της προσωπικότητας. Ο επιπολασμός των διαταραχών της προσωπικότητας ποικίλλει μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών ομάδων, είναι υψηλότερο, για παράδειγμα, σε εκείνους που είναι χωρισμένοι ή διαζευγμένοι και εκείνοι που έχουν αποχωρήσει από το γυμνάσιο. Οι διαταραχές της προσωπικότητας συνδέονται στενά με τις διαταραχές του άξονα I στην κοινότητα, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών της διάθεσης, των διαταραχών άγχους και των διαταραχών της χρήσης οινοπνεύματος και άλλων ουσιών, καθώς και με λειτουργικές διαταραχές (Huang et al., 2017)

Οι διαταραχές της προσωπικότητας συνδέονται επίσης με τη χρήση ιατρικών υπηρεσιών και την ιατρική νοσηρότητα και θνησιμότητα, ειδικά σε σχέση με καρδιαγγειακές παθήσεις. Τα άτομα στην κοινότητα με διαταραχές προσωπικότητας έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν ιστορικό ποινικής σύλληψης, διαπροσωπικής βίας και αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Οι αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας, ιδιαίτερα η κακοποίηση και η παραμέληση, αποτελούν πιθανούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχών της προσωπικότητας. Απαιτούνται επιπλέον προοπτικές μελέτες για την αποσαφήνιση των πιθανών πρόδρομων παραγόντων και των επιπτώσεων των διαταραχών της προσωπικότητας (Sulzer, 2015).

1.3 ΑΙΤΙΑ

Μερικοί ειδικοί πιστεύουν ότι τα γεγονότα που συμβαίνουν στην πρώιμη παιδική ηλικία ασκούν ισχυρή επιρροή στη συμπεριφορά αργότερα στη ζωή. Άλλοι δείχνουν ότι οι άνθρωποι είναι γενετικά προδιατεθειμένοι σε διαταραχές της προσωπικότητας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ωστόσο, τα περιβαλλοντικά γεγονότα μπορεί να προκαλέσουν σε ένα άτομο που είναι ήδη γενετικά ευάλωτο να αναπτύξει μια διαταραχή της προσωπικότητας (Bjorkenstam et al., 2015).

Δεν υπάρχουν οριστικά αποδεδειγμένα αίτια για διαταραχές προσωπικότητας. Ωστόσο, υπάρχουν πολλές πιθανές αιτίες και γνωστοί παράγοντες κινδύνου που υποστηρίζονται από την επιστημονική έρευνα που ποικίλλει ανάλογα με τη διαταραχή, το άτομο και την περίσταση. Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι η γενετική διάθεση και οι εμπειρίες της ζωής, όπως το τραύμα και η κακοποίηση, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη διαταραχών προσωπικότητας (Crocq, 2013).

Η κακοποίηση και η παραμέληση παιδιών εμφανίζονται σταθερά ως παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχών προσωπικότητας κατά την ενηλικίωση. Μελέτη εξέτασε τις αναδρομικές αναφορές κατάχρησης των συμμετεχόντων που είχαν επιδείξει ψυχοπαθολογία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους και αργότερα διαπιστώθηκε ότι είχαν προηγούμενη εμπειρία με κατάχρηση. Σε μια μελέτη 793 μητέρων και παιδιών, οι ερευνητές ρώτησαν τις μητέρες αν είχαν φωνάξει στα παιδιά τους και τους είπαν ότι δεν τους άρεσαν ή απειλούσαν να τους στείλουν μακριά.

Τα παιδιά που είχαν βιώσει τέτοια λεκτική κατάχρηση ήταν τριπλάσια από τα άλλα παιδιά (που δεν είχαν τέτοια λεκτική κατάχρηση) να έχουν οριακές, ναρκισσιστικές, ιδεοψυχαναγκαστικές ή παρανοϊκές διαταραχές προσωπικότητας κατά την ενηλικίωση. Η σεξουαλικά κακοποιημένη ομάδα έδειξε τα πιο σταθερά υψηλά πρότυπα ψυχοπαθολογίας. Η επίσημα εξακριβωμένη σωματική κακοποίηση έδειξε μια εξαιρετικά ισχυρή συσχέτιση με την ανάπτυξη αντικοινωνικής και παρορμητικής συμπεριφοράς. Από την άλλη, οι περιπτώσεις κατάχρησης του

παραμελημένου τύπου που δημιούργησε παιδική παθολογία βρέθηκαν να υπόκεινται σε μερική ύφεση κατά την ενηλικίωση (Sulzer, 2015, Cohen et al., 2001).

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση έχει επίσης αντιμετωπιστεί ως πιθανή αιτία για διαταραχές της προσωπικότητας. Υπάρχει ισχυρή συνάφεια με τη χαμηλή γονική / γειτονική κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τα συμπτώματα διαταραχής της προσωπικότητας (Soeteman et al., 2008).

Σε μια πρόσφατη μελέτη που συνέκρινε τη γονική κοινωνικοοικονομική κατάσταση και την προσωπικότητα του παιδιού, διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά που προέρχονταν από υψηλότερα κοινωνικοοικονομικά υπόβαθρα ήταν πιο αλτρουιστικά, λιγότερο επιδιώκοντας τον κίνδυνο και είχαν συνολικά υψηλότερο IQ . Αυτά τα χαρακτηριστικά συσχετίζονται με χαμηλό κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχών προσωπικότητας αργότερα στη ζωή. Σε μια μελέτη που εξετάζει τα παιδιά γυναικών που κρατούνται για πειθαρχικές ενέργειες διαπιστώθηκε ότι τα ψυχολογικά προβλήματα συνδέονται περισσότερο αρνητικά με κοινωνικοοικονομικά προβλήματα. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι η κοινωνική αποδιοργάνωση συσχετίζεται αντιστρόφως με συμπτώματα διαταραχής της προσωπικότητας (Bjorkenstam et al., 2015).

Τα αποδεικτικά στοιχεία δείχνουν ότι οι διαταραχές της προσωπικότητας μπορεί να ξεκινήσουν με θέματα γονικής προσωπικότητας. Αυτά προκαλούν στον γονέα τις δικές του δυσκολίες στην ενηλικίωση, όπως οι δυσκολίες στην επίτευξη ανώτερης εκπαίδευσης, η απόκτηση θέσεων εργασίας και η εξασφάλιση αξιόπιστων σχέσεων. Με μηχανισμούς γενετικής ή μοντελοποίησης, τα παιδιά μπορούν να πάρουν αυτά τα χαρακτηριστικά. Επιπλέον, η φτώχη γονική μέριμνα φαίνεται να έχει συμπτώματα που αυξάνουν τις επιπτώσεις στις διαταραχές της προσωπικότητας (Bjorkenstam et al., 2015).

1.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Τα δύο σχετικά σημαντικά συστήματα ταξινόμησης είναι

- τη Διεθνή Ταξινόμηση των Νοσημάτων (11η αναθεώρηση, ICD-11) που δημοσιεύθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας
- το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (πέμπτη έκδοση, DSM-5) από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (American Psychiatric Association, 2013).

Το σύστημα ICD είναι μια συλλογή αριθμητικών κωδικών που έχουν ανατεθεί σε όλες τις γνωστές κλινικές παθήσεις ασθενειών, η οποία παρέχει ομοιόμορφη ορολογία για ιατρικούς φακέλους, χρεώσεις και ερευνητικούς σκοπούς. Το DSM ορίζει τις ψυχιατρικές διαγνώσεις με βάση την έρευνα και την συνειδητή συναίνεση, και το περιεχόμενό του ενημερώνει τις ταξινομήσεις του ICD-10. Και οι δύο έχουν συνειδητά συγχωνεύσει τις διαγνώσεις τους σε κάποιο βαθμό, αλλά μερικές διαφορές παραμένουν (American Psychiatric Association, 2013).

Για παράδειγμα, το ICD-10 δεν περιλαμβάνει τη διαταραχή της ναρκισσιστικής προσωπικότητας ως ξεχωριστή κατηγορία, ενώ το DSM-5 δεν περιλαμβάνει διαρκή αλλαγή προσωπικότητας μετά από καταστροφική εμπειρία ή μετά από ψυχιατρική ασθένεια. Το ICD-10 ταξινομεί τη σχιζοτυπική διαταραχή της προσωπικότητας DSM-5 ως μορφή σχιζοφρένειας και όχι ως διαταραχή της προσωπικότητας. Υπάρχουν αποδεκτά διαγνωστικά θέματα και διαμάχες όσον αφορά τη διάκριση συγκεκριμένων κατηγοριών διαταραχής της προσωπικότητας μεταξύ τους (American Psychiatric Association, 2013).

Και τα δύο διαγνωστικά συστήματα παρέχουν έναν ορισμό και έξι κριτήρια για μια γενική διαταραχή της προσωπικότητας. Αυτά τα κριτήρια πρέπει να πληρούνται από όλες τις περιπτώσεις διαταραχής της προσωπικότητας πριν γίνει μια πιο συγκεκριμένη διάγνωση.

Το ICD-10 απαριθμεί τα γενικά αυτά κατευθυντήρια κριτήρια:

- Σοβαρά δυσαρμονικές συμπεριφορές που γενικά αφορούν διάφορους τομείς λειτουργίας, π.χ. ευερεθιστότητα, διέγερση, έλεγχος παρορμήσεων, τρόποι αντίληψης και σκέψης, και ύφος συσχετισμού με άλλους.
- Το μη φυσιολογικό πρότυπο συμπεριφοράς είναι διαρκές, μακροχρόνιο και δεν περιορίζεται σε επεισόδια ψυχικής ασθένειας.
- Το μη φυσιολογικό μοντέλο συμπεριφοράς είναι διαδεδομένο και σαφώς ακατάλληλο για ένα ευρύ φάσμα προσωπικών και κοινωνικών καταστάσεων (American Psychiatric Association, 2013).
- Οι παραπάνω εκδηλώσεις εμφανίζονται πάντα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή της εφηβείας και συνεχίζονται στην ενηλικίωση.
- Η διαταραχή οδηγεί σε σημαντική προσωπική δυστυχία, αλλά αυτό μπορεί να γίνει εμφανές μόνο αργά στην πορεία της.
- Η διαταραχή είναι συνήθως, αλλά όχι πάντα, που συνδέεται με σημαντικά προβλήματα στην επαγγελματική και κοινωνική απόδοση (American Psychiatric Association, 2013).

Στο DSM-5 , οποιαδήποτε διάγνωση διαταραχής της προσωπικότητας πρέπει να πληροί τα ακόλουθα κριτήρια:

- Ένα διαρκές πρότυπο εσωτερικής εμπειρίας και συμπεριφοράς που αποκλίνει αισθητά από τις προσδοκίες της κουλτούρας του ατόμου. Αυτό το μοτίβο εκδηλώνεται σε δύο (ή περισσότερες) από τις ακόλουθες περιοχές:
 1. Γνώση (δηλαδή τρόποι αντίληψης και ερμηνείας του εαυτού, άλλων ανθρώπων και γεγονότων).
 2. Ευαισθησία (δηλαδή, εύρος, ένταση, αστάθεια και καταλληλότητα της συναισθηματικής απόκρισης).
 3. Διαπροσωπική λειτουργία.
 4. Έλεγχος παρορμήσεων.

- Το διαρκές πρότυπο είναι άκαμπτο και διαδεδομένο σε ένα ευρύ φάσμα προσωπικών και κοινωνικών καταστάσεων.
- Το διαρκές πρότυπο οδηγεί σε κλινικά σημαντική αγωνία ή βλάβη σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργίας.
- Το μοτίβο είναι σταθερό και μακράς διάρκειας και η εμφάνισή του μπορεί να ανιχνευθεί τουλάχιστον μέχρι την εφηβεία ή την πρώιμη ενηλικίωση.
- Το διαρκές πρότυπο δεν εξηγείται καλύτερα ως εκδήλωση ή συνέπεια κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής (American Psychiatric Association, 2013).
- Το μοντέλο διαρκείας δεν οφείλεται στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ. ένα φάρμακο κατάχρησης, ένα φάρμακο) ή σε μια άλλη ιατρική κατάσταση (π.χ. τραύμα της κεφαλής).

Η πιο πρόσφατη πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών υπογραμμίζει ότι μια διαταραχή της προσωπικότητας είναι ένα διαρκές και άκαμπτο πρότυπο μακράς διάρκειας που οδηγεί σε σημαντική αγωνία ή βλάβη και δεν οφείλεται στη χρήση ουσιών ή άλλης ιατρικής κατάστασης. Το DSM-5 αναφέρει τις διαταραχές της προσωπικότητας με τον ίδιο τρόπο όπως και άλλες ψυχικές διαταραχές, παρά σε ξεχωριστό «άξονα», όπως και προηγουμένως (American Psychiatric Association, 2013).

Το DSM-5 απαριθμεί δέκα ειδικές διαταραχές προσωπικότητας: παρανοϊκή, σχιζοειδή, σχιζοτυπική, αντικοινωνική, οριακή (μεταιχμιακή), ιστορική, ναρκισσιστική, αποφευκτική, εξαρτημένη και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας (American Psychiatric Association, 2013).

1.5 ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Διαταραχή της σχιζοειδούς προσωπικότητας: Οι σχιζοειδείς προσωπικότητες είναι εσωστρεφείς, αποσυρθέντες, μοναχικές, συναισθηματικά κρύες και απομακρυσμένες. Συχνά απορροφούνται με τις δικές τους σκέψεις και συναισθήματα και φοβούνται την εγγύτητα και την οικειότητα με τους άλλους (Piedmont et al., 2012).

Παρανοϊκή Διαταραχή Προσωπικότητας: Το βασικό χαρακτηριστικό αυτού του τύπου διαταραχής προσωπικότητας είναι η ερμηνεία των ενεργειών των άλλων ως σκόπιμα απειλητικές ή υποτιμητικές. Οι άνθρωποι με παρανοϊκή διαταραχή προσωπικότητας είναι αδιάφοροι, αδιάφοροι και επιρρεπείς σε οργισμένες ή επιθετικές εκρήξεις χωρίς δικαιολογία επειδή αντιλαμβάνονται τους άλλους ως άπιστοι, άπιστοι, συγκαταβατικοί ή εξαπατημένοι. Αυτός ο τύπος προσώπου μπορεί επίσης να ζηλεύει, να φυλάσσεται, να είναι μυστικοπαθής και να σκεφτόμαστε, και μπορεί να φαίνεται να είναι συναισθηματικά "κρύος" ή υπερβολικά σοβαρός (Piedmont et al., 2012).

Σχιζοτυπική Διαταραχή της προσωπικότητας: Ένα πρότυπο των ιδιομορφιών περιγράφει καλύτερα εκείνα με σχιζοτυπική διαταραχή προσωπικότητας. Οι άνθρωποι μπορεί να έχουν περίεργους ή εκκεντρικούς τρόπους μιλώντας ή ντύνοντας. Παράξενες, εξωφρενικές ή παρανοϊκές πεποιθήσεις και σκέψεις είναι κοινές. Τα άτομα με σχιζοτυπική διαταραχή προσωπικότητας δυσκολεύονται να σχηματίσουν σχέσεις και να βιώσουν ακραία αγωνία σε κοινωνικές καταστάσεις. Μπορούν να αντιδρούν ακατάλληλα ή να μην αντιδρούν καθόλου κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας ή να μιλούν στον εαυτό τους. Εμφανίζουν επίσης σημάδια "μαγικής σκέψης" λέγοντας ότι μπορούν να δουν στο μέλλον ή να διαβάσουν τα μυαλά των άλλων ανθρώπων (Tyger et al., 2015).

Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας: Τα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας ενεργούν συστηματικά τις συγκρούσεις τους και αγνοούν τους συνήθεις κανόνες κοινωνικής συμπεριφοράς. Αυτά τα άτομα είναι παρορμητικά, ανεύθυνα και σκληρά. Συνήθως, η αντικοινωνική προσωπικότητα έχει ιστορία νομικών δυσκολιών, πολεμοχαρής και ανεύθυνης συμπεριφοράς, επιθετικών και

ακόμη και βίαιων σχέσεων. Δεν δείχνουν σεβασμό προς τους άλλους ανθρώπους και δεν αισθάνονται καμία τύψη για τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους σε άλλους. Αυτοί οι άνθρωποι διατρέχουν υψηλό κίνδυνο κατάχρησης ουσιών, ιδίως αλκοολισμού, καθώς τους βοηθούν να ανακουφίσουν την ένταση, την ευερεθιστότητα και την πλήξη (Piedmont et al., 2012).

Μετ αιχμιακή (οριακή) Διαταραχή της προσωπικότητας: Τα άτομα με οριακή διαταραχή προσωπικότητας είναι ασταθή σε διάφορους τομείς, συμπεριλαμβανομένων των διαπροσωπικών σχέσεων, της συμπεριφοράς, της διάθεσης και της εικόνας του εαυτού. Οι απότομες και ακραίες αλλαγές στη διάθεση, οι θυελλώδεις διαπροσωπικές σχέσεις, η ασταθής και κυμαινόμενη εικόνα του εαυτού, οι απρόβλεπτες και αυτοκαταστροφικές ενέργειες χαρακτηρίζουν το άτομο με οριακή διαταραχή της προσωπικότητας. Αυτά τα άτομα έχουν γενικά μεγάλη δυσκολία με τη δική τους αίσθηση ταυτότητας. Συχνά βιώνουν τον κόσμο στα άκρα, βλέποντας τους άλλους είτε ως "όλα καλά" είτε ως "όλα κακά". Ένα πρόσωπο με οριακή προσωπικότητα μπορεί να σχηματίσει μια έντονη προσωπική προσκόλληση με κάποιον μόνο για να το διαλύσει σύντομα σε μια ελαφριά αντίληψη. Οι φόβοι της εγκατάλειψης μπορεί να οδηγήσουν σε υπερβολική εξάρτηση από άλλους. Οι αυτοπολλαπλασιασμοί ή οι επαναλαμβανόμενες αυτοκτονικές χειρονομίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να προσελκύσουν την προσοχή ή να χειραγωγήσουν τους άλλους (Tyrrer et al., 2015).

Ναρκιστική Διαταραχή Προσωπικότητας: Οι άνθρωποι με ναρκισσιστική προσωπικότητα έχουν υπερβολική αίσθηση αυτονομίας, απορροφώνται από φαντασιώσεις απεριόριστης επιτυχίας και αναζητούν συνεχή προσοχή. Η ναρκισσιστική προσωπικότητα είναι υπερευαισθησία στην αποτυχία και συχνά παραπονιέται για πολλαπλά σωματικά συμπτώματα. Έχοντας επιρρεπείς σε ακραίες διακυμάνσεις της διάθεσης μεταξύ αυτο-θαυμασμού και ανασφάλειας, αυτοί οι άνθρωποι τείνουν να εκμεταλλεύονται διαπροσωπικές σχέσεις (Piedmont et al., 2012).

Αποφευχθείσα Διαταραχή Προσωπικότητας: Οι αποφεύγοντες προσωπικότητες συχνά παρουσιάζουν υπερευαισθησία στην απόρριψη και δεν επιθυμούν να εμπλακούν με τους άλλους εκτός εάν είναι σίγουροι ότι τους αρέσουν. Η υπερβολική κοινωνική δυσφορία, η δειλία, ο φόβος της κριτικής, η αποφυγή κοινωνικών ή

εργασιακών δραστηριοτήτων που περιλαμβάνουν διαπροσωπικές επαφές είναι χαρακτηριστικές της αποφεύγοντας προσωπικότητας. Φοβούνται να λένε κάτι που θεωρείται ανόητο από τους άλλους. ανησυχείτε ότι θα κοκκινίσουν ή θα κλάψουν μπροστά από τους άλλους, και είναι πολύ κακό από οποιαδήποτε αποδοκιμασία από άλλους. Τα άτομα με αποφευχθείσα διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να μην έχουν στενές σχέσεις εκτός του οικογενειακού κύκλου τους, παρόλο που θα ήθελαν και είναι αναστατωμένοι από την ανικανότητά τους να συσχετίζονται καλά με άλλους (Tyreer et al., 2015).

Εξαρτημένη διαταραχή προσωπικότητας: Τα άτομα με εξαρτημένη διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να παρουσιάσουν ένα μοτίβο εξαρτημένης και υποτακτικής συμπεριφοράς, στηριζόμενοι σε άλλους για να λάβουν αποφάσεις για 'αυτούς. Απαιτούν υπερβολική διαβεβαίωση και συμβουλές και εύκολα τραυματίζονται από κριτική ή απόρριψη. Αισθάνονται ανήσυχτοι και αβοήθητοι αν είναι μόνοι και μπορούν να καταστραφούν όταν τελειώσει μια στενή σχέση. Έχουν έντονο φόβο για απόρριψη. Τυπικά, η έλλειψη αυτοπεποίθησης, η εξαρτώμενη προσωπικότητα σπάνια εκκινεί έργα ή κάνει τα πράγματα ανεξάρτητα. Αυτή η διαταραχή αρχίζει συνήθως από την πρώιμη ενηλικίωση και διαγιγνώσκεται συχνότερα στις γυναίκες από ό, τι οι άνδρες (Piedmont et al., 2012).

Ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας: Οι ψυχαναγκαστικές προσωπικότητες είναι ευσυνειδητές και έχουν υψηλά επίπεδα αναρρόφησης, αλλά επιδιώκουν επίσης την τελειότητα. Ποτέ μη ικανοποιημένοι με τα επιτεύγματά τους, τα άτομα με ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας αναλαμβάνουν ολοένα και περισσότερες ευθύνες. Είναι αξιόπιστα, αξιόπιστα, εύρυθμα και μεθοδικά, αλλά η ακαταστασία τους συχνά τους καθιστά ανίκανα να προσαρμοστούν στις μεταβαλλόμενες συνθήκες. Τα άτομα με ψυχαναγκαστική προσωπικότητα είναι πολύ προσεκτικοί, ζυγίζουν όλες τις πτυχές ενός προβλήματος και δίνουν προσοχή σε κάθε λεπτομέρεια, καθιστώντας δύσκολη την λήψη αποφάσεων και την ολοκλήρωση των καθηκόντων τους. Όταν τα συναισθήματά τους δεν υπόκεινται σε αυστηρό έλεγχο, τα γεγονότα είναι απρόβλεπτα ή πρέπει να βασίζονται σε άλλους, οι ψυχαναγκαστικές προσωπικότητες συχνά αισθάνονται την αίσθηση της απομόνωσης και της αδυναμίας (Tyreer et al., 2015).

1.6 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Οι περισσότερες διαταραχές προσωπικότητας είναι σταθερές και αμείλικτες και είναι πολύ δύσκολο να θεραπευτούν. Ωστόσο, η θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στην ανακούφιση ορισμένων από τα ενοχλητικά συμπτώματα πολλών τύπων διαταραχών προσωπικότητας (Emma, Geoffrey, 2019).

Η θεραπεία ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής, αλλά η ψυχοθεραπεία (ένας τύπος συμβουλευτικής) είναι η κύρια μορφή θεραπείας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία ακραίων ή απενεργοποιημένων συμπτωμάτων που μπορεί να εμφανιστούν. Τα φάρμακα που μπορεί να χρησιμοποιηθούν περιλαμβάνουν αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωτικά φάρμακα, φάρμακα κατά του άγχους και φάρμακα που σταθεροποιούν παλμούς (D'Avanzo et al., 2017).

Η ψυχοθεραπεία επικεντρώνεται στην αξιολόγηση των ελαττωματικών μοντέλων σκέψης και στη διδασκαλία νέων μοντέλων σκέψης και συμπεριφοράς. Η θεραπεία στοχεύει επίσης στη βελτίωση των δεξιοτήτων αντιμετώπισης και διαπροσωπικών προβλημάτων. Η ψυχοθεραπεία είναι η πιο αποτελεσματική επιλογή μακροχρόνιας θεραπείας για διαταραχές προσωπικότητας. Ψυχοθεραπεία είναι όταν ένας ψυχολόγος ή ψυχίατρος βοηθά τους ανθρώπους να κατανοήσουν τις σκέψεις, τα κίνητρά τους και τα συναισθήματά τους. Αυτές οι πληροφορίες μπορούν να βοηθήσουν τους ανθρώπους να διαχειριστούν τα συμπτώματά τους, να αναπτύξουν ικανοποιητικές σχέσεις και να κάνουν θετικές αλλαγές συμπεριφοράς (Emma, Geoffrey, 2019).

Οι μέθοδοι περιλαμβάνουν:

- θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς (CBT)
- συμπεριφορική θεραπεία (DBT)
- ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία
- ψυχοεκπαίδευση.

Δεν υπάρχει συγκεκριμένο φάρμακο για τη θεραπεία διαταραχών της προσωπικότητας. Ωστόσο, αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία σχετικών παθήσεων όπως άγχος και κατάθλιψη ή για να βοηθήσουν τους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματά τους. Λιγότερο συχνά, μπορούν να συνταγογραφηθούν άλλα είδη φαρμάκων, όπως τα αντιψυχωσικά ή οι σταθεροποιητές της διάθεσης (D'Avanzo et al., 2017).

Μπορεί να είναι δύσκολο για κάποιον με διαταραχή της προσωπικότητας να μάθει να εμπιστεύεται έναν γιατρό ή έναν θεραπευτή. Ωστόσο, η εδραίωση μιας θετικής σχέσης με έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα σημαντικό βήμα προς την ανάκαμψη. Η θεραπεία μπορεί να ποικίλει, ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής της προσωπικότητας και τυχόν άλλες συνθήκες που μπορεί να υπάρχουν (Emma, Geoffrey, 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ (ΟΡΙΑΚΗ) ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από έντονες, ταχέως μεταβαλλόμενες διαθέσεις σε συνδυασμό με παρορμητικότητα και διαπροσωπικές δυσκολίες. Αποτελεί μια χρόνια ψυχιατρική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από έντονη παρορμητικότητα, αστάθεια της διάθεσης και διαπροσωπικές σχέσεις και αυτοκτονική συμπεριφορά που μπορεί να περιπλέξει την ιατρική περίθαλψη. Ο προσδιορισμός αυτής της διάγνωσης είναι σημαντικός για τον προγραμματισμό της θεραπείας. Αν και η αιτία της οριακής διαταραχής προσωπικότητας είναι αβέβαιη, οι περισσότεροι ασθενείς βελτιώνονται με το χρόνο. Υπάρχει μια βάση τεκμηρίωσης για τη θεραπεία με ψυχοθεραπεία και ψυχοφαρμακολογία. Η κλινική πρόκληση επικεντρώνεται στη διαχείριση της χρόνιας αυτοκτονίας (D'Avanzo et al., 2017).

Η πορεία της οριακής διαταραχής της προσωπικότητας είναι πολύ μεταβλητή. Οι περισσότεροι άνθρωποι εμφανίζουν συμπτώματα στην ύστερη εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή, αν και μερικοί ενδέχεται να μην φτάσουν στην προσοχή των ψυχιατρικών υπηρεσιών μέχρι πολύ αργότερα. Το αποτέλεσμα, τουλάχιστον σε εκείνους που έλαβαν θεραπεία ή επίσημη ψυχιατρική αξιολόγηση, είναι πολύ καλύτερο από ό, τι είχε αρχικά θεωρηθεί, με τουλάχιστον το 50% των ατόμων να βελτιώνονται επαρκώς ώστε να μην πληρούν τα κριτήρια για διαταραχή προσωπικότητας 5-10 χρόνια μετά την πρώτη διάγνωση. Δεν είναι γνωστό σε ποιο βαθμό αυτό είναι συνέπεια της θεραπείας - τα στοιχεία δείχνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό βελτίωσης είναι αυθόρμητο και συνοδεύεται από μεγαλύτερη ωριμότητα και αυτοανανέωση. (Yang et al., 2010).

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η επιδημιολογία της οριακής διαταραχής προσωπικότητας (BPD) έχει μελετηθεί σε διάφορες μεγάλες έρευνες βασισμένες στον ενήλικο πληθυσμό, κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες. Αυτές οι μελέτες έχουν δείξει ότι τα ποσοστά επικράτησης για την BPD κυμαίνονται μεταξύ 0,5% και 1,4% του συνολικού πληθυσμού. Δύο μελέτες, βασισμένες σε στοιχεία από την Εθνική Επιδημιολογική Έρευνα για το Αλκοόλ και τις Σχετικές Συνθήκες, βρήκαν υψηλότερα ποσοστά, 2,7% και 5,9% αντίστοιχα, ανάλογα με το πόσο αυστηρά εφαρμόζονται οι διαγνωστικοί κανόνες. Μια συνετή υπόθεση φαίνεται να είναι ότι, γενικά, το ποσοστό του πληθυσμού της BPD είναι περίπου 1% (De Graaf et al., 2013).

Ανεξάρτητα από τις διαφορές στα ποσοστά επικράτησης, υπάρχουν συνεπείς ενδείξεις για υψηλή συννοσηρότητα της BPD με κοινές διανοητικές διαταραχές, όπως διάθεση, άγχος και διαταραχές της χρήσης ουσιών. Ωστόσο, παραμένει ασαφές εάν, μετά από προσαρμογή για συννοσηρότητα με κοινές ψυχικές διαταραχές, η BPD στο γενικό πληθυσμό συνδέεται επίσης με την ψυχική αναπηρία και τη χρήση υπηρεσιών για προβλήματα ψυχικής υγείας. Υπάρχουν ελάχιστες διαθέσιμες έρευνες σχετικά με αυτό το θέμα και οι υπάρχουσες μελέτες δείχνουν μικτά ευρήματα (Cuijpers et al., 2011).

Τα τελευταία χρόνια αυξήθηκε η συνειδητοποίηση ότι οι ψυχικές διαταραχές μπορούν να θεωρηθούν τόσο ως κατηγορηματική κατασκευή (δηλαδή παρουσία ή απουσία κάποιας διαταραχής) όσο και ως δομή διαστάσεων (δηλαδή μια διάσταση βαρύτητας, που κυμαίνεται από την κανονικότητα με σχεδόν καθόλου συμπτώματα σε ένα πλήρης διαταραχή, όταν κάποιος εμφανίζει ένα ελάχιστο αριθμό συμπτωμάτων και πάσχει από σχετική αναπηρία) (De Graaf et al., 2013).

Στους χώρους ψυχικής υγείας, ο επιπολασμός όλων των υποτύπων διαταραχής της προσωπικότητας είναι υψηλός, με πολλές μελέτες να αναφέρουν ποσοστό που υπερβαίνει το 50% του πληθυσμού του δείγματος. Η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας είναι γενικά η πιο διαδεδομένη κατηγορία διαταραχής της προσωπικότητας σε μη εγκληματολογικές εγκαταστάσεις ψυχικής υγείας. Σε

κοινοτικά δείγματα ο επιπολασμός της διαταραχής είναι κατά προσέγγιση ίσος μεταξύ ανδρών και γυναικών, ενώ στις υπηρεσίες υπάρχει σαφής υπεροχή των γυναικών, οι οποίες είναι πιθανότερο να αναζητήσουν θεραπεία. Συνεπώς, η πλειοψηφία των ανθρώπων που διαγνώστηκαν με διαταραχή της προσωπικότητας, οι περισσότεροι από τους οποίους θα έχουν οριακή διαταραχή της προσωπικότητας, θα είναι γυναίκες (Cuijpers et al., 2011).

Η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας είναι ιδιαίτερα συχνή μεταξύ των ανθρώπων που εξαρτώνται από τα ναρκωτικά ή / και τα οιοπνευματώδη, και στο πλαίσιο των υπηρεσιών για τα ναρκωτικά και τα οιοπνευματώδη θα υπάρχουν περισσότεροι άνδρες με διάγνωση οριακής διαταραχής της προσωπικότητας από ότι οι γυναίκες. Η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας είναι επίσης συχνότερη σε άτομα με διατροφική διαταραχή, καθώς και μεταξύ ατόμων που παρουσιάζουν χρόνια αυτοτραυματική συμπεριφορά (Moffitt et al., 2010).

2.3 ΑΙΤΙΑ

Τα αίτια της οριακής διαταραχής της προσωπικότητας είναι περίπλοκα και παραμένουν αβέβια. Δεν έχει αναπτυχθεί προηγούμενο μοντέλο που να μπορεί να ενσωματώσει όλα τα διαθέσιμα στοιχεία. Όλα τα παρακάτω μπορούν να συνεισφέρουν: η γενετική και τα συνταγματικά τρωτά σημεία. νευροφυσιολογικές και νευροβιολογικές δυσλειτουργίες της συναισθηματικής ρύθμισης και του στρες. ψυχοκοινωνικές ιστορίες παιδικής κακοποίησης και κακοποίησης · και την αποδιοργάνωση των πτυχών του συνηθισμένου συστήματος συμπεριφοράς, ειδικότερα του συστήματος προσκόλλησης (Paris, 2010).

Πρόσφατες ενδείξεις υποδεικνύουν ότι η γενετική επίδραση στη διαταραχή της προσωπικότητας γενικά, και όχι συγκεκριμένα στην οριακή διαταραχή της προσωπικότητας, δρα τόσο μεμονωμένα όσο και σε συνδυασμό με ανώμαλους περιβαλλοντικούς παράγοντες (Zanarini et al., 2010).

Η ρύθμιση των συναισθηματικών καταστάσεων είναι ένα βασικό πρόβλημα στην οριακή διαταραχή της προσωπικότητας. Οι νευροδιαβιβαστές έχουν εμπλακεί στη ρύθμιση των παρορμήσεων, της επιθετικότητας και του επηρεασμού. Η σεροτονίνη έχει μελετηθεί πιο εκτενώς από αυτά και έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει

αντίστροφη σχέση μεταξύ των επιπέδων σεροτονίνης και των επιπέδων επιθετικότητας. Η μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα μπορεί να αναστείλει την ικανότητα ενός ατόμου να διαμορφώνει ή να ελέγχει τις καταστροφικές πιέσεις, αν και η αιτιολογική οδός παραμένει ασαφής (Paris, 2010).

Μελέτες έχουν εντοπίσει πολλούς παράγοντες που μπορεί να είναι σημαντικοί για την ανάπτυξη οριακής διαταραχής της προσωπικότητας, όπως για παράδειγμα ιστορικό διαταραχών της διάθεσης και κατάχρηση ουσιών σε άλλα μέλη της οικογένειας. Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν επίσης ότι η αμέλεια, συμπεριλαμβανομένης της παραμέλησης της εποπτείας, και η συναισθηματική υπονόμηση από τους φροντιστές είναι σημαντικές. Οι προοπτικές μελέτες σε παιδιά έχουν δείξει ότι η συναισθηματική υπονόμηση των γονέων συμβάλλει στις δυσκολίες του παιδιού στην κοινωνικοποίηση και ίσως σε κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας (Zanarini et al., 2010, Weinberg et al., 2011).

2.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η συγκεκριμένη διαταραχή της προσωπικότητας συνδέεται με σημαντική εξασθένιση, ιδιαίτερα σε σχέση με την ικανότητα να διατηρούνται σταθερές σχέσεις ως αποτέλεσμα προσωπικής και συναισθηματικής αστάθειας. Για πολλούς η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και συμπεριφορών που χαρακτηρίζουν τη διαταραχή της προσωπικότητας του περιγράμματος συσχετίζεται με τη σοβαρότητα των προσωπικών, κοινωνικών και επαγγελματικών βλαβών. Ωστόσο, αυτό δεν συμβαίνει πάντοτε, και μερικοί άνθρωποι με αυτό που φαίνεται να είναι, με άλλους τρόπους, χαρακτηρίζονται από οριακή διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να λειτουργούν σε πολύ υψηλά επίπεδα στην καριέρα τους (Carter et al., 2010, American Psychiatric Association, 2013).

Πολλοί, αλλά όχι όλοι, άνθρωποι με οριακή διαταραχή προσωπικότητας βλάπτουν επανειλημμένα τον εαυτό τους, συνήθως για να παρέχουν ανακούφιση από ανυπόφορη δυσφορία, η οποία για πολλούς μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική σωματική βλάβη και αναπηρία. Επιπλέον, η αυτοκτονία εξακολουθεί να είναι συχνή σε άτομα με οριακή διαταραχή προσωπικότητας και μπορεί να εμφανιστεί αρκετά χρόνια μετά την πρώτη εμφάνιση συμπτωμάτων (Amad et al., 2014).

Η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας είναι μια ετερογενής κατάσταση και τα συμπτώματα της αλληλεπικαλύπτονται σημαντικά με καταθλιπτικές, σχιζοφρενικές, παρορμητικές διαταραχές και διαταραχές ταυτότητας. Αυτή η αλληλεπικάλυψη συνδέεται επίσης με τη συννοσηρότητα και στην κλινική πρακτική είναι μερικές φορές δύσκολο να προσδιοριστεί εάν τα συμπτώματα που παρουσιάζουν είναι αυτά της οριακής διαταραχής της προσωπικότητας ή μιας συναφούς συνυπάρχουσας κατάστασης (Barrachina et al., 2011, American Psychiatric Association, 2013).

Οι κύριες διαφορές μεταξύ των βασικών συμπτωμάτων της οριακής διαταραχής προσωπικότητας και άλλων συνθηκών είναι ότι τα συμπτώματα της οριακής διαταραχής προσωπικότητας υφίστανται μεγαλύτερη διακύμανση και μεταβλητότητα: τα ψυχωτικά και παρανοειδή συμπτώματα είναι παροδικά, τα καταθλιπτικά συμπτώματα αλλάζουν δραματικά σε σύντομο χρονικό διάστημα, οι ιδέες αυτοκτονίας μπορεί να είναι έντονες και ανυπόφορη αλλά μόνο για ένα μικρό χρονικό διάστημα, μπορεί να προκύψουν αμφιβολίες για την ταυτότητα αλλά είναι βραχύβια, και οι διαταραχές στη συνέχεια των αυτο-εμπειριών είναι ασταθείς (Whalley et al., 2015).

2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας είναι ένας από τους πιο αμφιλεγόμενους από όλους τους υποτύπους της διαταραχής της προσωπικότητας. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των διαγνωστικών κριτηρίων έχει κριθεί και η χρησιμότητα του ίδιου του κατασκευάσματος έχει αμφισβητηθεί. Επιπλέον, δεν είναι σαφές πόσο ικανοποιητικά οι κλινικές ή ερευνητικές διαγνώσεις καταγράφουν πραγματικά τις εμπειρίες των ανθρώπων που χαρακτηρίζονται ως διαταραγμένη προσωπικότητα. Η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας επικαλύπτεται σημαντικά με άλλες κατηγορίες διαταραχής της προσωπικότητας, με «καθαρή» οριακή διαταραχή προσωπικότητας που παρατηρείται μόνο στο 3 έως 10% των περιπτώσεων. Η έκταση της επικάλυψης σε ερευνητικές μελέτες είναι ιδιαίτερα μεγάλη σε σχέση με άλλες αποκαλούμενες διαταραχές προσωπικότητας (συστολικής, ναρκισσιστικής και

αντικοινωνικής). Επιπλέον, υπάρχει σημαντική αλληλεπικάλυψη μεταξύ της οριακής διαταραχής της προσωπικότητας και των διαταραχών διάθεσης και άγχους (American Psychiatric Association, 2013).

Η αξιοπιστία της διαγνωστικής αξιολόγησης για τη διαταραχή της προσωπικότητας έχει βελτιωθεί σημαντικά με την εισαγωγή τυποποιημένων προγραμμάτων συνεντεύξεων (American Psychiatric Association, 2013).

2.6 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας εμφανίζονται συχνά αρχικά στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, συχνά λόγω αυτοτραυματισμών, αυτοκτονικών σκέψεων ή απόπειρας αυτοκτονίας. Αυτά τα επεισόδια συμβαίνουν συχνά μετά από οξύ ψυχοκοινωνικό άγχος. Η πρώτη και πιο πιεστική ερώτηση που πρέπει να εξεταστεί είναι κατά πόσον απαιτείται εισαγωγή στο νοσοκομείο. Πολλοί ειδικοί υποδεικνύουν ότι η αποδοχή είναι συχνά μη παραγωγική ή ακόμα και αντιπαραγωγική και πρέπει να αποφεύγεται. Σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας και οξεία ψυχωσικά συμπτώματα μπορεί να δικαιολογήσουν την εισαγωγή, αλλά η κλινική εμπειρία υποδηλώνει ότι προτιμώνται σύντομες διαμονές (Crowell et al., 2009).

Οι ασθενείς δεν πρέπει να γίνονται δεκτοί στο νοσοκομείο επειδή η εισαγωγή τους μπορεί να οδηγήσει σε παλινδρόμηση σε ανθυγιεινή συμπεριφορά, όπως παθητικότητα, κατάχρηση ή κατάχρηση ναρκωτικών ή αλκοόλ, ή διαταραχή συμπεριφοράς όπως αυτοτραυματισμός, βία και παραβίαση κανόνων. Μια ταχεία ψυχιατρική παρέμβαση εξωτερικού ασθενούς ή μια ρύθμιση ημερήσιας νοσοκομειακής περίθαλψης είναι καλύτερες επιλογές και αποτρέπεται η απώλεια δυνητικά σταθεροποιητικών κοινωνικών επαφών και απασχόλησης (Grant et al., 2012).

Η ψυχοθεραπεία είναι το πιο σημαντικό συστατικό στη θεραπεία της οριακής διαταραχής της προσωπικότητας, οδηγώντας σε μεγάλες μειώσεις των συμπτωμάτων που επιμένουν με την πάροδο του χρόνου. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, πολλές μορφές ψυχοθεραπείας έχουν αναπτυχθεί ειδικά για τη θεραπεία αυτής της διαταραχής. Οι καλύτερες μέσα από μελέτες είναι η διαλεκτική συμπεριφοριστική

θεραπεία, η θεραπεία με νοημοσύνη, η ψυχοθεραπεία που βασίζεται στην μεταφορά και η εκπαίδευση των συστημάτων για συναισθηματική προβλεψιμότητα και επίλυση προβλημάτων (Ellison et al.,2018).

Η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία είναι η ψυχοθεραπεία που φαίνεται ότι είναι αποτελεσματική ειδικά στη θεραπεία της οριακής διαταραχής της προσωπικότητας. Συνδυάζει γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία με ανατολική φιλοσοφία και τις παραδόσεις. Έχει μια αυστηρή ιεραρχία των στόχων θεραπείας, με απειλητικές για τη ζωή συμπεριφορές στην κορυφή της λίστας. Μια από τις βασικές διαλεκτικές στη θεραπεία είναι η ισορροπία που πρέπει να επιτύχει ο θεραπευτής στην επικύρωση των εμπειριών και συμπεριφορών του ασθενούς, προωθώντας ταυτόχρονα την αλλαγή. Η θεραπεία περιλαμβάνει εβδομαδιαίες ατομικές συνεδρίες και εβδομαδιαίες συνεδρίες ομάδων ζωής που ικανοποιούν τις δεξιότητες σε 4 τομείς: ευαισθησία, ανεκτικότητα σε κινδύνους, ρύθμιση των συναισθημάτων και διαπροσωπική αποτελεσματικότητα (Foxhall et al.,2019).

Ο ρόλος της φαρμακοθεραπείας στη θεραπεία της οριακής διαταραχής προσωπικότητας είναι περιορισμένος. Η αποτελεσματικότητα διαφόρων φαρμάκων έχει μελετηθεί, αλλά η μεθοδολογία της έρευνας περιορίζει την εφαρμογή των αποτελεσμάτων στην κλινική πρακτική, για 5 κύριους λόγους. Πρώτον, πολλές από τις δοκιμές φαρμακοθεραπείας ήταν σύντομες, που συχνά διαρκούν μεταξύ 6 και 12 εβδομάδων. Επειδή η κατάσταση είναι, εξ ορισμού, μια μακροχρόνια διαταραχή, δεν είναι σαφές εάν οι μεταβολές που συνέβησαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας επέμειναν με την πάροδο του χρόνου. Δεύτερον, τα μεγέθη δείγματος ήταν μικρά στις περισσότερες από τις δοκιμές. Αυτό επιδεινώθηκε από τα υψηλά ποσοστά εγκατάλειψης. Ο τρίτος περιορισμός είναι η επιλογή των μέτρων έκβασης. Πολλές μελέτες ανέφεραν αλλαγές στην αυτοαναφερόμενη αξιολόγηση της κατάθλιψης, του άγχους ή των γενικών ψυχιατρικών συμπτωμάτων, αλλά αυτά τα μέτρα δεν αποσκοπούν στην εκτίμηση των αλλαγών στα συμπτώματα της οριακής διαταραχής της προσωπικότητας (Ellison et al.,2018).

Η χρήση των επικυρωμένων μέτρων για την αξιολόγηση της επίδρασης της θεραπείας σε συγκεκριμένα συμπτώματα της διαταραχής της προσωπικότητας οριακά, όπως αυτοτραυματισμού, αυτοκτονικότητα ή παρορμητικότητα θα ήταν

χρήσιμη. Ο τέταρτος περιορισμός είναι ο αριθμός των κριτηρίων αποκλεισμού. Οι περισσότεροι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας εμφανίζουν συχνά αυτοκτονία και συχνά έχουν πολλαπλές συννοσηρότητες (Foxhall et al.,2019).

Η φαρμακοθεραπεία για την οριακή διαταραχή της προσωπικότητας πρέπει να βασίζεται στα συμπτώματα και να προσφέρεται με ταυτόχρονη ψυχοθεραπεία. Ο κίνδυνος της υπερβολικής δόσης και την επιβάρυνση των αρνητικών επιπτώσεων των πολλών από αυτά τα φάρμακα μπορεί να είναι σημαντικές, με την αύξηση του σωματικού βάρους και του μεταβολισμού αλλάζει underrecognized ανησυχία, επειδή πολλές από τις μελέτες που μπορεί να είναι πολύ μικρή για να δείξει αυτά τα προβλήματα. Στην πράξη, κατά την επιλογή φαρμάκων, οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να εξισορροπήσουν το πιθανό μακροπρόθεσμο βάρος των ανεπιθύμητων ενεργειών με τη γνώση των βραχυπρόθεσμων οφελών και να αναλάβουν τον κίνδυνο υπερδοσολογίας (Ellison et al.,2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

3.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι υπηρεσίες υγείας έχουν σαν αντικείμενο την ολόπλευρη φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές με συμμετέχοντες περισσότερους από έναν επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μέσα από τη συνεργασία και την προσπάθεια που καταβάλλουν στοχεύουν στην βελτίωση της κατάστασης των ατόμων που έχουν νοσήσει (Ellison et al.,2018).

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

- Το πρώτο στάδιο αναφέρεται στην πρωτοβάθμια πρόληψη που αφορά την προαγωγή και διατήρηση της υγείας.
- Το δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει τη δευτεροβάθμια πρόληψη η οποία αφορά την παροχή φροντίδας και τη θεραπεία.
- Το τρίτο στάδιο αφορά την τριτοβάθμια πρόληψη η οποία αφορά την αποκατάσταση (Μαδιανός, 2006).

Το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Έχει αποκτήσει διαφορετικά καθήκοντα, πιο υπεύθυνα καθώς εκπαιδεύεται και εξειδικεύεται ώστε να παρέχει περισσότερη υποστήριξη και φροντίδα στους ασθενείς (Ραγιά, 2009).

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

- Η προσέγγιση του ατόμου υγιούς και μη ως μια μοναδική και ξεχωριστή οντότητα.

- Η προσκόλληση στα προσωπικά ιδεώδη μέσα από το πρίσμα της υγείας και της ζωής του.
- Η παροχή φροντίδας του ατόμου σε όλους τους τομείς με σεβασμό και ενδιαφέρον (Μαδιανός, 2006).

Για την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας θα πρέπει εκτός από την υιοθέτηση των προαναφερθέντων αρχών να εφαρμόζονται οι επιστημονικές γνώσεις αλλά και να χρησιμοποιείται η κλινική πείρα του εξειδικευμένου προσωπικού (Ραγιά, 2009).

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

- Το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο
- Ο ψυχιατρικός τομέας γενικού νοσοκομείου
- Τα κέντρα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής
- Τα εξωτερικά ιατρεία,
- Οι ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί
- Οι διασυνδεδεμένες υπηρεσίες
- Οι μονάδες μερικής νοσηλείας (νοσοκομείο ημέρας ή νύκτας)
- Η κινητή μονάδα ψυχικής υγείας
- Οι μονάδες στέγασης (ξενώνες βραχείας/μακράς παραμονής, προστατευμένα διαμερίσματα)
- Οι μονάδες αποκατάστασης
- Οι ανάδοχες οικογένειες (Κούκια, 2015).

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι όταν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας λειτουργούν με σωστό σχεδιασμό και σαφήνεια τότε γίνεται πιο αποτελεσματική η φροντίδα των ασθενών. Οι ασθενείς δεν θα πρέπει να ταραζούνται από τις απότομες

προσαρμογές ή να κατακλύζονται από το φόβο απρόβλεπτων καταστάσεων αλλά θα πρέπει να παρακινούνται ώστε να διαθέτουν την ψυχική τους ενέργεια και προσοχή για να μαθαίνουν διαπροσωπικές δεξιότητες και τρόπους λύσης προβλημάτων της ζωής τους. Γι αυτό το λόγο ο νοσηλευτής διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο, όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια, λειτουργώντας υπεύθυνα και φροντίζοντας ώστε οι ασθενείς να καταλαβαίνουν ότι συμβαίνει και γιατί συμβαίνει σε κάθε στιγμή και περίπτωση. (McWilliams, 2012)

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας αφορά την ειδικότητα εκείνη της Νοσηλευτικής που παρέχει φροντίδα σε κάθε άτομο που πάσχει από κάποιο ψυχικό νόσημα και βοηθά στη γρήγορη αποκατάστασή του. Η παρέμβαση του νοσηλευτή ψυχικής υγείας αναφέρεται στην αντιμετώπιση των σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών αναγκών νοσηλείας καθώς και των προβλημάτων του ασθενή και της οικογενείας του που συνυπάρχουν. Επιπρόσθετα η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών και φροντίδας περιέχει την ολοκληρωμένη, πλήρη και εξατομικευμένη φροντίδα του ατόμου που πάσχει από ψυχική διαταραχή, προσεγγίζοντάς τον ως μια ξεχωριστή και μοναδική οντότητα σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα που περιλαμβάνει την ομάδα ψυχικής υγείας, τον ασθενή και την οικογένειά του (Κούκια, 2015).

Η προσφορά της νοσηλευτικής φροντίδας μέσα από διάφορες ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις είναι η μείωση των συνεπειών από την ύπαρξη μιας ψυχικής ασθένειας, η προαγωγή της υγείας και ευημερίας των ατόμων και η βελτίωση της δημόσιας υγείας. Ως γενικότερος σκοπός της αναφέρεται η βελτίωση του συνολικού επιπέδου υγείας των ατόμων που πάσχουν, των οικογενειών τους και της κοινότητας γενικότερα (Παπαδημητρίου και συν., 2013). Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας ειδικεύονται μέσω προγραμμάτων μεταπτυχιακών σπουδών, που τους δίνουν τη δυνατότητα να αναπτύσσουν τις δραστηριότητές τους σε ποικίλους τομείς όπως:

Θεραπευτικός. Σημαντική είναι η συμμετοχή του ψυχιατρικού νοσηλευτή στη θεραπεία του ψυχικά αρρώστου. Η παρουσία του έχει χαρακτήρα «θεραπευτικό», με την έννοια ότι, μέσω της διαπροσωπικής σχέσης που εγκαθιστά, υποστηρίζει και ενισχύει τον άρρωστο κατά την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής. (McWilliams, 2012)

Οργανωτικός- διοικητικός. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας με τρόπο καταλυτικό για τη λειτουργία της μονάδας, οργανώνει το χώρο και συντονίζει τον χρόνο, τα μέσα και τις

διαδικασίες που άπτονται της αρμοδιότητας του. Συμμετέχει στην κωδικοποίηση και εφαρμογή των αποφάσεων και των αποτελεσμάτων της ομάδας αλλά και στην αξιολόγηση και επαναξιολόγηση της θεραπευτικής στάσης και γενικότερης οργάνωσης της μονάδας, τόσο ως αυτόνομου φορέα περίθαλψης όσο και σε σχέση με άλλους φορείς. (McWilliams, 2012)

Εκπαιδευτικός. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας οργανώνει και πραγματοποιεί εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται σε συναδέλφους ή άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σε φοιτητές και σε κοινοτικές δομές. Κύριο μέλημα του νοσηλευτή αποτελεί η εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους, ατομικά ή σε ομάδες, σε θέματα υγείας (Παπαδημητρίου και συν., 2013)

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

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

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

1. Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος. Το έργο του είναι προσανατολισμένο στην έννοια του θεραπευτικού περιβάλλοντος, με σκοπό την άσκηση της θεραπευτικής επίδρασης στον άρρωστο και στην από μέρους μεγιστοποίηση του δυναμικού της υγείας του. Δημιουργεί και συντηρεί σε συνεργασία με τον ασθενή και τους άλλους επαγγελματίες υγείας «θεραπευτικό περιβάλλον» προσαρμοσμένο στο φυσικό. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον οι νοσηλευτές: (Παπαδημητρίου και συν., 2013)

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

Επειδή προϋπόθεση για τη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι η ειλικρινής διαπροσωπική επικοινωνία, θεωρείται απαραίτητο ο ασθενής να πληροφορείται τα νομικά δικαιώματά του, καθώς και τους λόγους και τους όρους που είναι απαραίτητοι για τη χρήση πιθανόν περιοριστικών μέτρων. (McWilliams, 2012).

2. Αξιοποίηση πληροφοριών – εκτίμηση- Νοσηλευτική διάγνωση. Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής συμβάλλει στην εκτίμηση του ασθενούς, συγκεντρώνει πληροφορίες για τον ίδιο και το ευρύτερο περιβάλλον του, αξιοποιώντας το νοσηλευτικό θεραπευτικό συνεχές. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της παρατήρησης της συμπεριφοράς του ασθενούς και του περιβάλλοντος του, με τη νοσηλευτική συνέντευξη και τη διαπροσωπική επικοινωνία. (Παπαδημητρίου και συν., 2013)

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

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

ασθενή για την προαγωγή της υγείας του.

- Τις πνευματικές ικανότητες και τις ηθικές του αξίες. (McWilliams, 2012)

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

3. Παρεμβάσεις. Η μορφή των παρεμβάσεων προσαρμόζεται ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς, τις νοητικές του δυνατότητες, την πολιτισμική ιδιαιτερότητα, την εκπαίδευση, το φύλο,, το σεξουαλικό προσανατολισμό και την αξιολόγηση του υλικού εκτίμησης. (McWilliams, 2012)

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

- Την προώθηση της αυτοφροντίδας του ασθενούς, την ενίσχυση της προσωπικής υπευθυνότητας για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, τη διατήρηση και προαγωγή της γενικής λειτουργικότητας, με στόχο την ανεξαρτητοποίηση και αποκατάστασή του.
- Τον προγραμματισμό, το συντονισμό και την υλοποίηση διαγνωστικών διαδικασιών, που προτείνονται από άλλες ειδικότητες.
- Την εφαρμογή βιολογικών θεραπειών με ταυτόχρονη ενίσχυση θετικής στάσης έναντι αυτών. Επιδιώκεται η ανακούφιση από ανεπιθύμητες ενέργειες και η συνεχής αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας στη θεραπεία (McWilliams, 2012).
- Την οργάνωση ενισχυτικών παρεμβάσεων με στόχο τη συνεργασία και τη συμμετοχή του αρρώστου σε δραστηριότητες επανακοινωνικοποίησής του.
- Την άσκηση συμβουλευτικής στον ασθενή και την οικογένειά του.
- Τη διασύνδεση του ασθενούς με άλλους χώρους θεραπευτικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης.
- Την εφαρμογή ψυχολογικών, υποστηρικτικών παρεμβάσεων με στόχους:
- Την εγκατάσταση συνεχούς εμπιστοσύνης με τον ασθενή

- Τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης του
- Την εδραίωση της θεραπευτικής επικοινωνίας. (McWilliams, 2012)

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής κατέχει ένα ρόλο εκπαιδευτικό και συμβουλευτικό προς την ασθενή και είναι εξασκημένος στην αντιμετώπιση των ειδικών προβλημάτων του μέσω της νοσηλευτικής διεργασίας. Η Ψυχιατρική νοσηλευτική ως εξειδικευμένη «περιοχή» της νοσηλευτικής, ανταποκρίθηκε στην πρόκληση για ανάπτυξη προτύπων και κριτηρίων ανάλογων με τις ανάγκες του ειδικού πληθυσμού που νοσηλεύει. (Παπαδημητρίου και συν., 2013)

3.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Οι πελάτες με διαταραχή προσωπικότητας συχνά συμμετέχουν στη μακροχρόνια ψυχοθεραπεία για την αντιμετώπιση προβλημάτων οικογενειακής δυσλειτουργίας και κακοποίησης. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να ενεργεί ως εξής: (Shaikh et al., 2017)

- **Προώθηση της ασφάλειας του ασθενή:** Η νοσηλεύτρια πρέπει πάντα να σκεφτεί σοβαρά τον αυτοκτονικό ιδεασμό με την παρουσία ενός σχεδίου, την πρόσβαση στα μέσα για την εφαρμογή του σχεδίου και τις συμπεριφορές αυτοτραυματισμού καθώς επίσης και την ανάληψη κατάλληλων παρεμβάσεων.
- **Προώθηση θεραπευτικών σχέσεων:** Ανεξάρτητα από την κλινική ρύθμιση, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να παρέχει δομή και οριοθέτηση στη θεραπευτική σχέση.
- **Καθιέρωση ορίων στις σχέσεις.** Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι απολύτως σαφής σχετικά με τον καθορισμό των ορίων της θεραπευτικής σχέσης για να διασφαλίσει ότι δεν παραβιάζονται ούτε τα όρια του ασθενούς ούτε του νοσηλευτή.

- **Διδασκαλία αποτελεσματικών δεξιοτήτων επικοινωνίας:** Είναι σημαντικό ο ασθενής να εκπαιδευτεί σε βασικές δεξιότητες επικοινωνίας όπως η επαφή με τα μάτια, η ενεργή ακρόαση, η αλλαγή της ομιλίας.
- **Αντιμετώπιση και έλεγχος συναισθημάτων των ασθενών:** ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να εντοπίσουν τα συναισθήματά τους και να τους βοηθήσει να αποκτήσουν συνείδηση των συναισθημάτων τους.
- **Αναδιαμορφώνοντας τον τρόπο σκέψης:** Η γνωστική αναδιάρθρωση είναι μια τεχνική χρήσιμη στην αλλαγή των τρόπων σκέψης, βοηθώντας τους ασθενείς να αναγνωρίσουν αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα και να τα αντικαταστήσουν με θετικά πρότυπα σκέψης.
- **Διάρθρωση των καθημερινών δραστηριοτήτων του ασθενούς.** Η ελαχιστοποίηση του μη δομημένου χρόνου από τις δραστηριότητες προγραμματισμού μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να διαχειριστούν μόνοι τους το χρόνο (Shaikh et al., 2017).

3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Οι ασθενείς με διαταραχή προσωπικότητας δυσκολεύονται να είναι μόνοι τους, και οι διαταραχές των σχέσεων επιδεινώνουν το άγχος και την αγωνία τους. Οι διακυμάνσεις της διάθεσης είναι συχνές, με αποτέλεσμα την υψηλή κατάσταση διέγερσης ή ευερεθιστότητα 1 λεπτό και αργότερα μια δυσφορική ή καταθλιπτική διάθεση. Οι προσκολλημένες ή ενοχλητικές συμπεριφορές τους τείνουν να δημιουργούν διάφορα αισθήματα σε νοσηλευτές. Κατά τη διάρκεια αυτών των περιόδων, ο νοσηλευτής πρέπει να μεταφέρει την ενσυναίσθηση, να διατηρεί σαφή όρια και να εξηγεί όλες τις διαδικασίες και να συνεργάζεται με άλλους παρόχους προκειμένου να διατηρεί συνεπή και σταθερή ρύθμιση ορίων (Shaikh et al., 2017).

Η καθιέρωση μιας θεραπευτικής σχέσης συνεπάγεται τη μεταφορά της συμπάθειας και της ανησυχίας, διατηρώντας παράλληλα σαφή όρια. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναγνωρίσει τα προσωπικά όρια μεταξύ αυτού και των ασθενών. Οι νοσηλευτές πρέπει να ορίσουν τον ρόλο τους σαφώς ως πάροχο υγειονομικής περίθαλψης (Koeckkoek et al., 2010).

Μια άλλη σημαντική πτυχή της διαδικασίας αξιολόγησης είναι η πραγματοποίηση διαφορικής διάγνωσης των ιατρικών καταστάσεων, των συνθηκών που σχετίζονται με την ουσία ή των ψυχιατρικών συνθηκών και η διεξαγωγή εξέτασης διανοητικής κατάστασης. Κύρια στοιχεία μιας εξέτασης διανοητικής κατάστασης περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Λόγοι για την αναζήτηση θεραπείας
- Γενική εμφάνιση, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου άφιξης, της συνεργασίας και της επαφής με τα μάτια
- Διάθεση
- Ομιλία
- Σκέψη περιεχομένου και διαδικασιών
- Επίπεδο κινδύνου για τον εαυτό και τους άλλους
- Ιστορικό κατάχρησης ουσιών, θεραπεία και ιστορικό (Koeckkoek et al., 2010).

Η αυτοκτονική αξιολόγηση περιλαμβάνει ερωτήματα σχετικά με τις παρούσες σκέψεις, το σχέδιο, τα μέσα, την πρόθεση και την επικείμενη δράση στις σκέψεις. προηγούμενες προσπάθειες αυτοκτονίας · και άλλες αυτοτραυματιστικές συμπεριφορές (π.χ. κοπή του καρπού). Οι λειτουργίες των αυτοτραυματικών συμπεριφορών ποικίλλουν, αλλά οι περισσότερες έρευνες δείχνουν την απουσία πόνου κατά τη διάρκεια του επεισοδίου και φαίνεται ότι δρουν ως διασταυρούμενη υπεράσπιση (δηλαδή αποπροσωποποίηση και αντιληπτικές παραμορφώσεις) ή απελευθέρωση ενδογενών οπιοειδών (φυσικής ουσίας) κράτη μέλη (Zanarini et al., 2010).

Τα παραπάνω δεδομένα πρέπει να τεκμηριώνονται και να συζητούνται με διάφορα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Τα βασικά χαρακτηριστικά του ασθενούς με διαταραχή προσωπικότητας περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Ένα πρότυπο έντονων χαοτικών ή ασταθών διαπροσωπικών σχέσεων
- Χαρακτηρισμένη συναισθηματική αγωνία και αστάθεια
- Έντονοι φόβοι εγκατάλειψης
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Σημαντικές διαταραχές ταυτότητας

- Υπερευαίσθησία στην απώλεια αντικειμένων
- Χρόνια δυσφορία (έντονη θλίψη)
- Έντονη οργή
- Χρόνιο ιστορικό παρορμητικότητας και αστάθειας της διάθεσης
- Χρόνια αισθήματα κενού
- Επαναλαμβανόμενες αρνητικές αντιδράσεις αντιμετώπισης, συμπεριλαμβανομένων των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών
- Μεταβατική σύντομη αντιδραστική ψύχωση (Koekkoek et al., 2010).

Είναι επιτακτική ανάγκη ο νοσηλευτής να αναγνωρίσει τη διαταραχή της προσωπικότητας και να αναγνωρίσει την υψηλή συννοσηρότητα της κατάθλιψης, των διαταραχών άγχους και των διαταραχών που σχετίζονται με αυτή. Η μη αποτίμηση των συνθηκών αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας και άλλων αυτοτραυματικών συμπεριφορών (Zanarini et al., 2010).

Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και σε άλλες πρακτικές ρυθμίσεις, ο ασθενής μπορεί να πάει από έναν πάροχο σε άλλο με διάφορα σωματικές και ψυχιατρικές καταστάσεις, προκαλώντας χάος ή «σχίσσιμο του προσωπικού», με αποτέλεσμα οργή και απογοήτευση και αδυναμία να αντιμετωπίσει τις ανησυχίες του ασθενούς κατάλληλα (Zanarini et al., 2010).

Οι νοσηλευτές πρέπει να διατηρούν μια ενσυναίσθητη και αποδεκτή συμπεριφορά και να θέτουν σταθερά και συνεπή όρια με τον απαιτητικό ασθενή. Παρά την τάση να εστιάζουν σε σωματικές διαταραχές, αυτά τα συμπτώματα απαιτούν λεπτομερή φυσική αξιολόγηση. Λόγω των αναγκών έντονης εξάρτησης των ασθενών και της εχθρότητας προς το προσωπικό, όταν το προσωπικό τους δεν ανταποκρίνεται έγκαιρα, οι νοσοκόμες πρέπει να προβλέπουν έντονη οργή και θυμό και να ανταποκρίνονται κατάλληλα και δυναμικά (Shaikh et al., 2017).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό αξιολόγησης και διάγνωσης είναι η αυτοκτονία και άλλες αυτοτραυματιστικές συμπεριφορές. Οι νοσηλευτές σε διάφορα περιβάλλοντα ψυχικής υγείας πρέπει να αποδεχθούν αυτά τα συμπτώματα και να επικεντρώσουν τον προγραμματισμό της θεραπείας στην αντιμετώπιση των υποκείμενων αιτιών. Είναι επιτακτική ανάγκη ο νοσηλευτής να ανταποκρίνεται και να εκτιμά τον επικείμενο κίνδυνο του ασθενούς για κίνδυνο για τον εαυτό του ή για άλλους. Όταν

ένας ασθενής επιχειρεί να αυτοκτονήσει, είναι επιτακτική ανάγκη να αποφευχθεί η ενίσχυση αυτής της συμπεριφοράς, αλλά μάλλον να ενισχυθούν οι προσαρμοστικές συμπεριφορές αντιμετώπισης. Το επίπεδο φροντίδας που απαιτείται μετά από μια προσπάθεια παραλληλίζει τη σοβαρότητα ή τη θνησιμότητα της προσπάθειας. Συχνά ο ασθενής απειλεί με αυτοκτονία ή άλλες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και ο ασθενής πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη και να αξιολογηθεί και να αντιμετωπιστεί κατάλληλα (Zanarini et al., 2010).

Όταν φροντίζει για τον ασθενή που εκφράζει αυτοκτονική πρόθεση, η μη ορθή εκτίμηση του κινδύνου μπορεί να είναι τραγική. Μελέτες υποδεικνύουν ποσοστό αυτοκτονίας 8% έως 10% σε ασθενείς με BPD και επιπολασμό περισσότερο από 400 φορές υψηλότερο από ό, τι στο γενικό πληθυσμό και περισσότερο από 800 φορές υψηλότερο από ό, τι σε έφηβες (Shaikh et al., 2017).

Οι ασθενείς με διαταραχή προσωπικότητας είναι πιθανό να έχουν διαφορετική παρουσίαση όταν φτάνουν σε τμήματα επειγόντων περιστατικών σε κρίση παρά σε εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Κατά τη διάρκεια μιας ψυχιατρικής κρίσης, ο ασθενής, μπορεί να έχει κόψει έναν καρπό ή μπορεί να παρουσιάσει άλλες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές ή απειλές. Λόγω του υψηλού κινδύνου αυτοτραυματισμού, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ψάξει προσεκτικά για αιχμηρά αντικείμενα ή άλλα επιβλαβή αντικείμενα. Βασικοί στόχοι στο τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι η πρόληψη της βλάβης, η σταθεροποίηση και η αντιμετώπιση των συναισθηματικών και ψυχιατρικών αναγκών του ασθενούς (Zanarini et al., 2010).

Οι νοσηλευτές πρέπει να εκφράζουν ανησυχία και να παρέχουν συνεπή και σταθερή ρύθμιση ορίων κατά τη διάρκεια μιας ψυχιατρικής έκτακτης ανάγκης. Όταν ο ασθενής είναι ιατρικά καθαρισμένος, μπορούν να εφαρμοστούν ψυχιατρικές παρεμβάσεις. Οι πρόσθετες θεραπείες κατά τη διάρκεια μιας ψυχιατρικής έκτακτης ανάγκης περιλαμβάνουν λεκτική κλιμάκωση, φαρμακολογικές παρεμβάσεις και άλλες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Όταν οι συναισθηματικές και ψυχιατρικές συνθήκες του ασθενούς είναι σταθερές, ο νοσηλευτής και άλλα μέλη της ομάδας πρέπει να κάνουν την κατάλληλη παραπομπή και διάθεση. Μια σε βάθος συζήτηση για συγκεκριμένες φαρμακοθεραπευτικές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις ακολουθεί αργότερα (Shaikh et al., 2017).

Κανονικά ο ασθενής εμπλέκεται σε πρόγραμμα θεραπείας με ομάδα ή πρωτεύοντα θεραπευτή. Ο κεντρικός ρόλος του πρωτογενούς θεραπευτή είναι να επιβλέπει την ασφάλεια και τη σύμβαση για την ασφάλεια και τη νοσηλεία, όπως είναι απαραίτητο. Η επικοινωνία με τον θεραπευτή είναι χρήσιμη για την επικύρωση των πληροφοριών και την εξασφάλιση επαρκούς παρακολούθησης. Εάν ο ασθενής δεν βρίσκεται σε θεραπεία, η διαβούλευση με επαγγελματία ή κέντρο ψυχικής υγείας είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση της συνέχειας. Κατά τη διάρκεια μιας κατάστασης κρίσης είναι απαραίτητο να υπάρξει σύμβαση "χωρίς βλάβες" ή ασφάλεια, προκειμένου να υπάρξουν επιλογές για τον ασθενή και την οικογένεια σε περίπτωση επαναλαμβανόμενων αυτοκτονικών σκέψεων και αυτοτραυματισμών συμπεριφορών (Zanarini et al., 2010).

Η "σύμβαση για την ασφάλεια" περιλαμβάνει συχνά τα εξής:

- Ζητώντας από τον ασθενή να δώσει ρητή συγκατάθεσή του να μην βλάψει τον εαυτό του, μερικές φορές το θέτει γραπτώς (επικαλείται μια αρχή "λέξης τιμής" ως αποτρεπτικό παράγοντα για "ενεργώντας συμπεριφορές")
- Ενισχύοντας την ευθύνη της ασφάλειας στον ασθενή και όχι στον θεραπευτή για να συνεργαστεί με άλλους κατά τη διάρκεια μιας κατάστασης κρίσης
- Παροχή ενός καταλόγου των παρεμβάσεων ασφαλείας που περιλαμβάνουν τηλεφωνικές κλήσεις σε κέντρα ψυχικής υγείας και ανοικτές τηλεφωνικές γραμμές, σε οικογένειες και σε φίλους, σε υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης και τοπικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης (Shaikh et al., 2017).

Η λεπτομερής τεκμηρίωση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων είναι ζωτικής σημασίας. Παρόλο που μπορεί να ληφθεί υπόψη η νοσηλεία, ως αποτέλεσμα των κατευθυντήριων οδηγιών περίθαλψης, έχουν καθοριστεί ορισμένες παράμετροι που υποστηρίζουν τη νοσηλεία (δηλαδή άμεσο κίνδυνο για τον εαυτό ή τους άλλους, ασταθείς ψυχιατρικές ή ιατρικές καταστάσεις). Παρόλο που η νοσηλεία δεν αποδεικνύεται αποτελεσματική για την πρόληψη της αυτοκτονίας, έχει κάποιες περιορισμένες ενδείξεις (Zanarini et al., 2010).

Ειδικές ενδείξεις για οξεία ψυχιατρική νοσηλεία του ασθενούς περιλαμβάνουν σύντομη ψύχωση, απειλητικές για τη ζωή προσπάθειες αυτοκτονίας, απειλές και

αυτοτραυματιστικές συμπεριφορές. Μερικές φορές μια σύντομη νοσηλεία επιτρέπει στην ομάδα ψυχικής υγείας να αναθεωρήσει τον προγραμματισμό της θεραπείας και τη σταθεροποίηση της φαρμακευτικής αγωγής. Οι αρνητικές συνέπειες της νοσηλείας περιλαμβάνουν εξάρτηση και ενίσχυση των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών (Zanarini et al., 2010).

3.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Μετά την εισαγωγή των ασθενών, πραγματοποιείται συνέντευξη με τον ασθενή εάν μπορεί να απαντήσει στις ερωτήσεις. Τα μέλη της οικογένειας συμμετέχουν επίσης, γεγονός που καθιστά δυνατή την κάλυψη ενός μεγαλύτερου αριθμού πληροφοριών σχετικά με την καθημερινή ζωή του ασθενούς πριν από την άφιξή του στο νοσοκομείο και την πραγματοποίηση των απαραίτητων προσανατολισμών στα μέλη της οικογένειας (Dickens et al., 2016).

Στην πρακτική της φροντίδας, αμέσως μετά την αρχική συνέντευξη, ο νοσηλευτής παρουσιάζει τον φυσικό χώρο της μονάδας νοσηλείας, εξηγεί τη λειτουργία της υπηρεσίας όπως ώρες σίτισης, αναψυχής και ξεκούρασης. Αν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τις οδηγίες, μπορεί να γίνει για τα μέλη της οικογένειας του (Shaikh et al., 2017).

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας είναι απαραίτητη η καλή υποδοχή, δηλαδή η προσεκτική ακρόαση, η κατανόηση, η ηρεμία, η υπομονή και η στοργή, παρατηρώντας καθημερινά την εξέλιξή της, η οποία συνήθως έχει ξαφνικές αλλαγές στη διάθεση και τη συμπεριφορά (Dickens et al., 2016).

Σε αυτή την κατεύθυνση, παρατηρούνται δυσκολίες στην καθιέρωση της θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή. Σημειώνεται ότι απαιτείται ευελιξία και υπομονή για την αντιμετώπιση των διαφόρων καταστάσεων που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, δεδομένου ότι τα χαρακτηριστικά των ασθενών με διαταραχή προσωπικότητας είναι δύσκολο να δημιουργήσουν μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ τους και της ομάδας (Shaikh et al., 2017).

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να έχει διαλογική διάθεση με τους ασθενείς, να χρησιμοποιεί τον όρο φιλοξενούντες, καταδεικνύοντας εξοικείωση με τις πολιτικές εξανθρωπισμού της φροντίδας. Η νοσηλευτική, όταν φροντίζει άτομα με διαταραχή προσωπικότητας, έχει θεμελιώδη ρόλο στη θεραπευτική σχέση. Οι νοσηλευτές, που ενεργούν σε επαφή με τον ασθενή, δημιουργούν συνθήκες ευνοϊκές για την προσέγγιση τους, γεγονός που συμβάλλει στη σχέση ασφάλειας και αμοιβαίου σεβασμού (Dickens et al., 2016).

Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να μεταφέρει σε αυτούς τους ασθενείς μια στάση αποδοχής ώστε να αντιλαμβάνονται την αξία τους, επιτρέποντάς τους να εκφράσουν τα συναισθήματά τους. Είναι σημαντικό οι ασθενείς να παρακολουθούνται συνεχώς για τη δική τους ασφάλεια. Ο ρόλος του νοσηλευτή δεν περιορίζεται στις τεχνικές εκτέλεσης, αλλά στην πρόταση μιας συνολικής περίθαλψης, αναπτύσσοντας την ικανότητα επικοινωνίας, ως τεχνολογία για την πραγματοποίηση της υποδοχής και προσέγγισης του ασθενούς στον τομέα της ψυχικής υγείας. Έτσι, η σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς αποκτά σημασία στο φαινόμενο της φροντίδας (Shaikh et al., 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

4.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄

Η Μ. είναι 22 χρονών και έχει διαγνωστεί με Μετ αιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας στην ηλικία των 16 ετών. Στην ηλικία αυτή η Μ. παρουσίαζε προβλήματα στις διαπροσωπικές της σχέσεις νιώθοντας ένα κενό ενώ παράλληλα παρουσίαζε έντονο άγχος και ασταθείς συμπεριφορές. Ο θεράπων ιατρός της σε συνδυασμό με ψυχοθεραπευτική προσέγγιση συνέστησε και φαρμακευτική αγωγή για την καταπολέμηση του άγχους. Η ασθενής ενώ στην αρχή ακολουθούσε τις οδηγίες του ιατρού στην πορεία άρχισε να υποτροπιάζει, να μην παρακολουθεί συνεδρίες με αποτέλεσμα να παρουσιάζει επιθετική συμπεριφορά, πανικό, δυσφορία, έντονο άγχος και αυτοκτονικές τάσεις.

Εισήχθη στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών προκειμένου να εξαλείψει την παρουσία των δυσάρεστων συμπτωμάτων.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αυτοκτονικές τάσεις	Να παραμείνει ο ασθενής ασφαλής και να εξαλειφθεί το σύμπτωμα	<p>Να αξιολογηθεί ο βαθμός στον οποίο ο ασθενής παρουσιάζει το συγκεκριμένο σύμπτωμα</p> <p>Να διατηρηθεί ο χώρος ασφαλής</p> <p>Να διατηρηθεί η ηρεμία του ασθενούς</p>	<p>Παρακολούθηση του ασθενούς ανά τακτά χρονικά διαστήματα (κάθε 15 λεπτά)</p> <p>Να απομακρυνθούν τα αντικείμενα τα οποία μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στον ασθενή όπως κορδόνια, αιχμηρά αντικείμενα.</p> <p>Να ελεγχθεί το δωμάτιο του ασθενούς για επικίνδυνα σημεία όπως είναι τα</p>	Οι αυτοκτονικές τάσεις μετά από λίγες ημέρες εξαλείφθηκαν.

			<p>παράθυρα, οι σκάλες.</p> <p>Να πραγματοποιηθεί ήρεμη συζήτηση με τον ασθενή για να εκφράσει τα συναισθήματά του.</p> <p>Να επιτρέπει στον ασθενή να μιλά για τις σκέψεις αυτοκτονίας και για τους λόγους που θέλει να αυτοκτονήσει</p> <p>Να ρωτά τον ασθενή τι σκέφτεται και πώς νιώθει</p>	
--	--	--	---	--

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Επιθετική συμπεριφορά	Να διατηρηθεί η ηρεμία του ασθενούς	<p>Συνομιλία με τον ψυχίατρο πλήρης ενημέρωση του για τα συμπτώματα</p> <p>Φροντίδα ασθενή για την εξάλειψη των επιθετικών τάσεων και την ανάπτυξη συναισθημάτων</p>	<p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν οδηγίας ιατρού</p> <p>Συζήτηση με τον ασθενή (ομιλία αργή και με ήρεμη φωνή)</p> <p>Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς (ενίσχυση να εκφράσει το θυμό του)</p> <p>Έλεγχος του περιβάλλοντος για την ασφάλεια του</p>	Εξάλειψη επιθετικής συμπεριφοράς

			ασθενούς Ενίσχυση αισθήματος ασφάλειας ασθενούς	
--	--	--	---	--

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Έντονο άγχος	Εξάλειψη του άγχους	Συζήτηση με τον ασθενή Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς	Έκφραση των συναισθημάτων του ασθενούς Ενημέρωση του ασθενούς για τη φύση της νόσου του και ενθάρρυνση να την αντιμετωπίσει.	Ο ασθενής ηρέμησε και το άγχος μειώθηκε

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Δυσφορία	Εξάλειψη συμπτώματος	<p>Συζήτηση με τον ασθενή με σκοπό την ψυχολογική ανάταση του.</p> <p>Φροντίδα ασθενούς όσον αφορά τις βιολογικές ανάγκες</p>	<p>Αναγνώριση και σεβασμός των συναισθημάτων.</p> <p>Ενίσχυση προσωπικής αξιοπρέπειας ασθενούς</p> <p>Ενθάρρυνση του ασθενούς να τρώει, να πίνει πολλά υγρά</p> <p>Εκπαίδευση ασθενούς με σκοπό την αυτοφροντίδα (να διατηρεί την σωματική του υγιεινή)</p>	Εξάλειψη δυσφορίας

4.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄

Ο Γ. εισήχθη στην Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών παρουσιάζοντας τα εξής συμπτώματα: απόπειρες αυτοτραυματισμού (χαράκωμα χεριών), ψυχολογική αστάθεια, έντονη κινητικότητα, θυμό, έντονα επεισόδια δυσφορίας, έντονο άγχος και παρανοειδή ιδεασμό.

Ο Γ. έχει διαγνωστεί με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Προέρχεται από ένα οικογενειακό περιβάλλον με πολύ αυστηρό και καταπιεστικό πατέρα. Παρακολούθησε συνεδρίες τον τελευταίο χρόνο τις οποίες τις έχει σταματήσει με αποτέλεσμα να υποτροπιάσει.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Απόπειρες αυτοτραυματισμού	Να εξαλειφθεί το σύμπτωμα και να παραμείνει ασφαλής ο ασθενής	Εκτίμηση της παρουσίας παραγόντων επικινδυνότητας Αξιολόγηση της πιθανότητας αυτοτραυματισμού	Παρατήρηση των κινήσεων του ασθενούς και της συμπεριφοράς του Απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων από το χώρο (ξυραφάκια) Συνεχής επιτήρηση του ασθενούς Τοποθέτηση του ασθενούς σε δωμάτιο που είναι	Οι απόπειρες αυτοτραυματισμού εξαλείφθηκαν

			<p>εύκολο για συνεχή παρατήρηση</p> <p>Ενθάρρυνση του ασθενούς να εκφράζει λεκτικά όταν έχει την τάση αυτοτραυματισμού</p> <p>Συζήτηση με τον ασθενή ότι ενδιαφέρεται για τον ίδιο και την ασφάλειά του</p>	
--	--	--	---	--

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
--	----------------------------------	---	--	-----------------------------------

Σύγχυση	Να ηρεμήσει ο ασθενής και να επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα	Δημιουργία κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος	<p>Ζεστή και φιλική ατμόσφαιρα στο δωμάτιο</p> <p>Διατήρηση ασφαλούς χώρου από κινδύνους</p> <p>Ενίσχυση αισθήματος ασφάλειας ασθενούς</p> <p>Συζήτηση με τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά του</p> <p>Συζήτηση με τον ασθενή για το χώρο που βρίσκεται και για την ασθένειά του</p>	Επαναφορά του ασθενούς σε ήρεμη κατάσταση
---------	---	--	---	---

--	--	--	--	--

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Παρανοειδής ιδεασμός	Εξάλειψη του συμπτώματος	<p>Εκτίμηση του περιεχομένου των λέξεων του ασθενούς</p> <p>Ενημέρωση του ψυχιάτρου για τα συμπτώματα του ασθενούς</p>	<p>Ενίσχυση της αίσθησης πραγματικότητας του ασθενούς</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν εντολής ιατρού.</p>	Εξάλειψη συμπτώματος

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από υπερευαισθησία στην απόρριψη και προκύπτουσα αστάθεια διαπροσωπικών σχέσεων, αυτοπροσωπογραφία, επηρεασμό και συμπεριφορά. Η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας προκαλεί σημαντική βλάβη και αγωνία και συνδέεται με πολλαπλές ιατρικές και ψυχιατρικές συννοσηρότητες. Οι έρευνες έχουν εκτιμήσει ότι ο επιπολασμός της οριακής διαταραχής της προσωπικότητας είναι 1,6% στον γενικό πληθυσμό και 20% στον πληθυσμό.

Η αντιμετώπιση της οριακής διαταραχής της προσωπικότητας είναι πρόκληση. Οι τελευταίες 2 δεκαετίες έχουν δει την ανάπτυξη εξειδικευμένων τεχνικών ψυχοθεραπείας που έχουν σχεδιαστεί για αυτόν τον πληθυσμό. Αυτές οι θεραπείες προσφέρουν αποτελεσματικές επιλογές που μπορούν να οδηγήσουν σε μειώσεις στην αυτοτραυματισμό, στην αυτοκτονία και στις εισαγωγές στο νοσοκομείο.

Ο ρόλος της φαρμακοθεραπείας παραμένει περιορισμένος στη μείωση των συμπτωμάτων, παρόλο που μερικά φάρμακα δείχνουν υπόσχεση που θα απαιτούσε περαιτέρω έρευνα για να επιβεβαιωθεί. Σε γενικές γραμμές, οι ασθενείς με οριακή διαταραχή της προσωπικότητας έχουν τώρα πολύ περισσότερες θεραπευτικές επιλογές από ό, τι πριν από δύο δεκαετίες. Ωστόσο, η διαθεσιμότητα εξειδικευμένων τεχνικών ψυχοθεραπείας παραμένει περιορισμένη.

Απαιτούνται πρωτογενείς και δευτερογενείς στρατηγικές πρόληψης για τη μείωση των ατομικών και κοινωνικών βαρών από τις διαταραχές της προσωπικότητας στην κοινότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Amad A, Ramoz N, Jardri R. et al. (2014). Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model. *Neurosci Biobehav Rev.* 40:6–19.

American Psychiatric Association (2013). Personality Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *World Psychiatry.* 14 (Fifth ed.). 645–84.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;. Schizophrenia and other psychotic disorders, 19(8):89–122.

Barrachina J, Pascual JC, Ferrer M. et al. (2011). Axis II comorbidity in borderline personality disorder is influenced by sex, age, and clinical severity. *Compr Psychiatry.* 52:725–30.

Bjorkenstam C, Bjorkenstam E, Gerdin B, Ekselius L. (2015). Excess cause-specific mortality in out-patients with personality disorder. *BJPsych Open.* 1:54–5.

Carter GL, Willcox CH, Lewin TJ, et al. (2010). Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* 44:162–73

Cohen, Patricia; Brown, Jocelyn; Smailes, Elizabeth (2001). Child Abuse and Neglect and the Development of Mental Disorders in the General Population. *Development and Psychopathology*. 13 (4): 981–99.

Crocq MA. (2013). Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 15:147–53.

Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull*. 135(3):495-510.

Cuijpers P, Smit F, Unger F, Stikkelbroek Y, ten Have M, de Graaf R. (2011). The disease burden of childhood adversities in adults: a population-based study. *Child Abuse Negl*. 35:937–45.

D'Avanzo A., Barton C., Kapadia F., Halkitis N.. (2017). Personality and its Relation to Mental and Psychosocial Health in Emerging Adult Sexual Minority Men: The P18 Cohort Study. *Behavioral Medicine*. 43:3, 191-199.

De Graaf R, van Dorsselaer S, Tuithof M, ten Have M. (2013). Sociodemographic and psychiatric predictors of attrition in a prospective psychiatric epidemiological study among the general population. Result of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Compr Psychiatry*. 54:1131–9.

Dickens GL, Lamont E, Gray S. (2016). Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. *J Clin Nurs*. 25(13-14):1848-75.

Ellison WD, Rosenstein LK, Morgan TA, (2018). Zimmerman M. Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.* 41(4):561-573.

Emma L, Geoffrey L. (2019). Mental health services, care provision, and professional support for people diagnosed with borderline personality disorder: systematic review of service-user, family, and carer perspectives. *Journal of Mental Health* 0:1-15.

Foxhall M, Hamilton-Giachritsis C, Button K. (2019) The link between rejection sensitivity and borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol*. 58(3):289-326.

Grant JE, Mooney ME, Kushner MG. (2012). Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Psychiatr Res*. 46(4):469-75.

Huang IC, Lee JL, Ketheeswaran P, Jones CM, Revicki DA, Wu AW. (2017). Does personality affect health-related quality of life? A systematic review. *PLoS One*. 12: 10-5

Koekkoek B, Meijel van B, Hutschemaekers G. (2010). Community mental health care for people with severe personality disorder: a narrative review. *The Psychiatrist.*, 34: 24-30.

McWilliams N. (2012). *Ψυχαναλυτική Διάγνωση. Η κατανόηση της δομής της προσωπικότητας στα πλαίσια της κλινικής διαδικασίας*. Αθήνα: Ινστιτούτο Ψυχολογίας και Υγείας, 24-26

Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Kokaua J, Polanczyk G, Poulton R. (2010). How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol Med.* 40:899–909.

Paris J. (2010) Estimating the prevalence of personality disorders in the community. *J Personal Disord.* 24:405–11

Piedmont, R. L., Sherman, M. F., Sherman, N. C. (2012). "Maladaptively High and Low Openness: The Case for Experiential Permeability". *Journal of Personality.* 80 (6): 1641–68.

Piedmont, R. L., Sherman, M. F., Sherman, N. C., Dy-Liacco, G. S., Williams, J. E. G. (2009). Using the Five-Factor Model to Identify a New Personality Disorder Domain: The Case for Experiential Permeability. *Journal of Personality and Social Psychology.* 96 (6): 1245–58.

Shaikh U, Qamar I, Jafry F, Hassan M, Shagufta S, Odhejo YI, et al. (2017). Patients with borderline personality disorder in emergency departments. *Front Psychiatry*. 8:136.

Soeteman DI, Hakkaart-van Roijen L, Verheul R, Busschbach JJ. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatry*. 69:259–65.

Sulzer SH. (2015). Does “difficult patient” status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder. *Soc Sci Med*. 142:82–9.

Tyrer, P., Geoffrey M; Crawford, J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*. 385 (9969): 717–26.

Weinberg I, Ronningstam E, Goldblatt MJ, et al. (2011). Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 13:60–8

Whalley HC, Nickson T, Pope M. et al. (2015). White matter integrity and its association with affective and interpersonal symptoms in borderline personality disorder. *Neuroimage Clin*. 7:476–81.

Yang M, Coid J, Tyrer P. (2010). Personality pathology recorded by severity: national survey. *Br J Psychiatry*. 197:193–9.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, et al. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: a 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*. 167:663–7

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*, 167: 663-667.

Κούκια Ε. (2015). Ψυχιατρική νοσηλευτική, Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Αθήνα: Βήτα, 24-26, 29-32.

Μαδιανός Μ. (2006). *Κοινωνική ψυχιατρική και κοινωνική ψυχική υγιεινή*. Αθήνα: Καστανιώτη, 49-52

Παπαδημητρίου Γ., Λιάππας Ι., Λυκούρας Ε. (2013). *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Αθήνα: Βήτα, 26-27

Ραγιά Α. (2009). *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Παρισιάνος, 78-79