



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ  
ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ»**



**ΣΤΕΦΑΝΗ ΕΥΛΟΞΙ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΗΓΟΥΜΕΝΙΔΗΣ ΜΙΧΑΗΛ**

**ΠΑΤΡΑ , 2018**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον εποπτεύοντα καθηγητή μου κύριο Ηγουμενίδη Μιχαήλ για την πολύτιμη βοήθεια και την καθοδήγηση του στην υλοποίηση της πτυχιακής μου εργασίας.

## **ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

Ο τομέας της ψυχολογίας αποτελεί διαχρονικά έναν νευραλγικό τομέα λόγω της ιδιαιτερότητας των στοιχείων που προσδιορίζουν την ψυχολογία του κάθε ατόμου.

Ως μελλοντικοί επαγγελματίες νοσηλευτές θα πρέπει να λαμβάνουμε γνώση για την εξέλιξη της ψυχολογίας ώστε να μπορούμε να προσφέρουμε άριστη ποιότητα υπηρεσιών στο γενικότερο χώρο της υγείας.

Για το λόγο αυτό η βιβλιογραφική ανασκόπηση διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας μπορεί να θεωρηθεί ως εξαιρετική πηγή γνώσης και αντίληψης στο συγκεκριμένο θέμα.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία έχει σαν σκοπό τη διερεύνηση της κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά πασχόντων μέσα από την λεπτομερή μελέτη της διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο προσδιορισμός της ψυχικής υγείας και της ψυχικής νόσου. Στο δεύτερο κεφάλαιο προσδιορίζονται οι διπολικές διαταραχές. Στο τρίτο κεφάλαιο προσδιορίζεται η έννοια και τα είδη της κατάθλιψης ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι συνήθεις ψυχικές διαταραχές. Στο πέμπτο κεφάλαιο αναπτύσσεται το πλαίσιο της κοινωνικής επανένταξης του ψυχικά πάσχοντος και στο έκτο κεφάλαιο ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχική υγεία καθώς και στην αποκατάσταση των ασθενών.

Τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζονται ατ περιστατικά της νοσηλευτικής διεργασίας.

**Λέξεις κλειδιά:** ψυχική υγείας, ψυχική νόσος, κοινωνική επανένταξη, ψυχικά πάσχον, νοσηλευτή

## **ABSTRACT**

This paper aims to investigate the social reintegration of mental sufferers through the detailed study of international and domestic literature.

The first chapter presents the identification of mental health and mental illness. The second chapter determines the bipolar disorders. The third chapter identifies the concepts and types of depression while the fourth chapter presents the usual mental disorders. The fifth chapter develops the framework of the social rehabilitation of the mentally ill and in the sixth chapter the role of the nurse in the mental health as well as the rehabilitation of the patients.

Finally, the seventh chapter presents the incidents of the nursing process.

**Key words:** mental health, mental illness, social rehabilitation, mental illness

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ΑΒSTRACT.....	5
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	9
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ.....	9
1.1 ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ .....	9
1.2 ΟΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ .....	9
1.3 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	12
ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ .....	12
2.1 ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ - ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ...	12
2.2 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ Ι.....	12
2.2.1 ΜΑΝΙΑΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ .....	12
2.2.2 ΥΠΟΜΑΝΙΑΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ .....	13
2.2.3 ΜΕΓΑΛΟ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ .....	13
2.3 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	14
2.3.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ .....	14
2.3.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ.....	14
2.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΙΙ.....	15
2.4.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	16
2.5 ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ .....	16
2.5.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	18
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ .....	18
3.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ - ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ .....	18
3.1.1 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ .....	19
3.1.2 Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ Η ΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ .....	19
3.1.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	20

3.1.4	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	20
3.1.5	ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	22
3.2	ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (PERIPARTUM) .....	23
3.2.1	ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	25
3.2.2	ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ.....	26
	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....</b>	<b>28</b>
	<b>ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ .....</b>	<b>28</b>
4.1	ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (SAD).....	28
4.1.1	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....	29
4.1.2	ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	29
4.2	ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (OCD) .....	30
4.2.1	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ .....	31
4.3	ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΓΧΟΥΣ (PTSD).....	32
4.3.1	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....	33
4.4	ΟΞΕΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ .....	34
	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΓΧΟΥΣ.....	35
	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ .....	36
	ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	36
	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....</b>	<b>37</b>
	<b>ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ .....</b>	<b>37</b>
5.1	ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ .....	37
5.2	ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ .....	38
5.3	ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ- ΔΙΕΘΝΗ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	38
5.4	Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	41
	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 .....</b>	<b>43</b>
	<b>Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....</b>	<b>43</b>
6.1	Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ .....	43
6.2	ΣΤΕΓΑΣΗ .....	44
6.3	ΔΟΥΛΕΙΑ .....	45
6.4	ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΣΧΕΣΕΩΝ.....	46
6.5	ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΣΧΕΣΕΩΝ .....	47
6.6	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ ΜΕ ΠΛΗΡΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ .....	48

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7</b> .....	<b>50</b>
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ</b> .....	<b>50</b>
<b>7.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>50</b>
<b>7.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1</b> .....	<b>51</b>
<b>7.3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2</b> .....	<b>57</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>62</b>
<b>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b> .....	<b>62</b>
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b> .....	<b>63</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	<b>64</b>



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

### **ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ**

#### **1.1 ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ**

Η ψυχική ασθένεια αποτελεί μια κατάσταση που επηρεάζει τη σκέψη, το συναίσθημα ή τη διάθεση ενός ατόμου. Τέτοιες συνθήκες μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα ενός ατόμου να συσχετίζεται με άλλους και να λειτουργεί αυτόνομα και ορθά κάθε μέρα. Οι ψυχικές διαταραχές περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων, με διαφορετικά συμπτώματα. Ωστόσο, γενικά χαρακτηρίζονται από κάποιον συνδυασμό ανώμαλων σκέψεων, συναισθημάτων, συμπεριφοράς και σχέσεων με άλλους ανθρώπους (Klingberg, 2014).

Μια ψυχική νόσος δεν είναι αποτέλεσμα ενός γεγονότος. Η διεθνής έρευνα προτείνει πολλαπλές αιτίες σύνδεσης. Η γενετική, το περιβάλλον και ο τρόπος ζωής επηρεάζουν αν κάποιος άτομο θα αναπτύξει μια κατάσταση ψυχικής νόσου. Μια αγχωτική δουλειά ή η ζωή στο σπίτι κάνει μερικούς ανθρώπους πιο ευαίσθητους, όπως και τα τραυματικά γεγονότα της ζωής. Οι βιοχημικές διεργασίες και τα κυκλώματα όπως και η βασική δομή του εγκεφάλου μπορούν επίσης να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη ανάπτυξη μιας ψυχικής νόσου (Test et.al. 1985).

#### **1.2 ΟΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Οι ψυχικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι στο μυαλό και τη διάθεσή τους. Δεν είναι απόλυτα κατανοητές από την άποψη των αιτιών τους, αλλά τα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας είναι επιστημονικά έγκυρα και αποτελούν συνεχές αντικείμενο μελέτης. Η θεραπεία - που συνήθως περιλαμβάνει τόσο ψυχοθεραπεία όσο και φαρμακευτική αγωγή - για τις περισσότερες ψυχικές ασθένειες και προβλήματα ψυχικής υγείας είναι άμεσα διαθέσιμη και, τελικά, αποτελεσματική για τους περισσότερους ανθρώπους (Davidson et.al. 1995).

Τα συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής συνοψίζονται από τα τρέχοντα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται συχνότερα στις Ηνωμένες Πολιτείες από

επαγγελματίες ψυχικής υγείας (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5η έκδοση). Οι ψυχικές διαταραχές χωρίζονται σε τρεις ευρείες κατηγορίες:

- διαταραχές ενηλίκου
- παιδικής ηλικίας και
- προσωπικότητας.(ορισμένες διαταραχές ενδέχεται να εμπίπτουν σε περισσότερες από μία κατηγορίες).

Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι ψυχικών διαταραχών.

- Διαταραχές άγχους, συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής πανικού, ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, διαταραχής μετα-τραυματικού στρες και φοβίες
- Κατάθλιψη , διπολική διαταραχή και άλλες διαταραχές της διάθεσης
- Διατροφικές διαταραχές
- Διαταραχές προσωπικότητας
- Ψυχολογικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της σχιζοφρένειας(Bergin et.al. 2015)

### **1.3 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Σύμφωνα με την αμερικανική ψυχιατρική εταιρία τα συμπτώματα που σχετίζονται άμεσα με την ψυχική νόσο είναι τα εξής:

- ο Απόσυρση - Πρόσφατη κοινωνική απόσυρση και απώλεια ενδιαφέροντος προς τους άλλους
- ο Πτώση στη λειτουργία - Μια ασυνήθιστη πτώση στις κοινωνικές δραστηριότητες, όπως η διακοπή του αθλητισμού, η αποτυχία στο σχολείο ή η δυσκολία εκτέλεσης οικείων καθηκόντων
- ο Προβλήματα σκέψης - Προβλήματα στη συγκέντρωση, τη μνήμη ή τη λογική σκέψη και ομιλία που είναι δύσκολο να εξηγηθούν
- ο Αυξημένη ευαισθησία - Αυξημένη ευαισθησία στην θέα αξιοθέατων, ήχων, μυρωδιών ή επαφών. Αποφυγή υπερβολικών διεγερτικών καταστάσεων
- ο Απάθεια - Απώλεια πρωτοβουλίας ή επιθυμία συμμετοχής σε οποιαδήποτε δραστηριότητα
- ο Αίσθημα αποσύνδεσης - Ασαφής αίσθημα αποσύνδεσης από τον εαυτό ή το περιβάλλον του ατόμου.

- ο Ψυχολογική σκέψη - Ασυνήθιστες ή υπερβολικές πεποιθήσεις σχετικά με τις προσωπικές δυνάμεις (παράλογη ή "μαγική" σκέψη τυπικής παιδικής ηλικίας σε ενήλικα)
- ο Νευρικότητα - Φόβος ή καχυποψία προς άλλους ή έντονο νευρικό συναίσθημα
- ο Ασυνήθιστη συμπεριφορά - περίεργη, μη χαρακτηριστική, ιδιόμορφη
- ο Αλλαγές στον ύπνο ή στην όρεξη - Δραματικές αλλαγές ύπνου και όρεξης ή μείωση της προσωπικής φροντίδας
- ο Μεταβολές της διάθεσης - Ταχείες ή δραματικές μετατοπίσεις των συναισθημάτων(Test et.al. 1985)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

#### **2.1 ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ - ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ**

Οι διπολικές διαταραχές είναι διαταραχές του εγκεφάλου που προκαλούν αλλαγές στη διάθεση, την ενέργεια και την ικανότητα του ατόμου να λειτουργήσει. Η διπολική διαταραχή είναι μια κατηγορία που περιλαμβάνει τρεις διαφορετικές καταστάσεις - διπολική διαταραχή I, διπολική II και κυκλοθυμική διαταραχή (WHO 2008).

#### **2.2 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ I**

Η διπολική διαταραχή I μπορεί να προκαλέσει δραματικές αλλαγές της διάθεσης. Κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου, τα άτομα με διπολική διαταραχή I μπορεί να αισθάνονται πάνω από τον κόσμο, ή άβολα ευερέθιστα και "αναζωπυρωμένα". Κατά τη διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου μπορεί να αισθάνονται λυπημένα και απελπισμένα. Υπάρχουν συχνά περίοδοι κανονικής διάθεσης μεταξύ αυτών των επεισοδίων. Η διπολική διαταραχή I διαγιγνώσκεται όταν ένα άτομο έχει μανιακό επεισόδιο (WHO,2008).

##### **2.2.1 ΜΑΝΙΑΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

Ένα μανιακό επεισόδιο είναι μία περίοδος τουλάχιστον μιας εβδομάδας, όπου ένα άτομο παρουσιάζεται με πολύ υψηλό πνευματικό ή ευερέθιστο και ακραίο τρόπο κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας για τις περισσότερες μέρες, έχει περισσότερη ενέργεια από το συνηθισμένο και έχει τουλάχιστον τρεις από τις ακόλουθες εμπειρίες:

- Υπερβολική αυτοεκτίμηση
- Λιγότερη ανάγκη για ύπνο

- ο Μιλά περισσότερο από το συνηθισμένο, δυνατά και γρήγορα
- ο Κάνει πολλές δραστηριότητες ταυτόχρονα, προγραμματίζοντας περισσότερα γεγονότα σε μια ημέρα από ό, τι μπορεί να επιτεύξει
- ο Αυξημένη επικίνδυνη συμπεριφορά (π.χ., απερίσκεπτη οδήγηση)
- ο Ανεξέλεγκτες αγωνιστικές σκέψεις ή γρήγορα μεταβαλλόμενες ιδέες ή θέματα

Οι αλλαγές είναι σημαντικές και σαφείς για τους φίλους και την οικογένεια. Τα συμπτώματα είναι αρκετά σοβαρά και δύναται να προκαλέσουν δυσλειτουργία και προβλήματα εργασίας, οικογενειακής ή κοινωνικής δραστηριότητας και ευθυνών. Τα συμπτώματα ενός μανιακού επεισοδίου μπορεί να απαιτούν από ένα άτομο να λάβει νοσοκομειακή περίθαλψη για να παραμείνει ασφαλές. Η μέση ηλικία για ένα πρώτο μανιακό επεισόδιο είναι τα 18 έτη, αλλά μπορεί να ξεκινήσει ανά πάσα στιγμή από την πρώιμη παιδική ηλικία μέχρι την ενηλικίωση. (Bergin et.al. 2015)

### **2.2.2 ΥΠΟΜΑΝΙΑΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

Ένα υπομανιακό επεισόδιο είναι παρόμοιο με ένα μανιακό επεισόδιο, αλλά τα συμπτώματα είναι λιγότερο σοβαρά. Τα υπομανιακά συμπτώματα δεν οδηγούν στα μεγάλα προβλήματα που συχνά προκαλεί η μανία και το άτομο είναι ακόμα σε θέση να λειτουργήσει (Tarasenko et.al. 2013).

### **2.2.3 ΜΕΓΑΛΟ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

Ένα μεγάλο καταθλιπτικό επεισόδιο είναι μια περίοδος δύο εβδομάδων κατά την οποία ένα άτομο έχει τουλάχιστον πέντε από τα ακόλουθα (συμπεριλαμβανομένου ενός από τα δύο πρώτα):

- ο Έντονη θλίψη ή απελπισία, το άτομο αισθάνεται αβοήθητο, απελπισμένο ή ότι δεν έχει καμία αξία
- ο Απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που απολάμβαναν κάποτε
- ο Αίσθημα απελπισίας ή ενοχής
- ο Προβλήματα ύπνου - κοιμάται πολύ λίγο ή πάρα πολύ
- ο Αίσθημα ανησυχίας ή επιβράδυνση της ομιλίας ή των κινήσεων
- ο Αλλαγές στην όρεξη (αύξηση ή μείωση)

- ο Απώλεια ενέργειας, κόπωση
- ο Δυσκολία συγκέντρωσης, αδυναμία για τη λήψη αποφάσεων
- ο Συχνές σκέψεις για θάνατο ή αυτοκτονία(Li et.al. 2002)

## **2.3 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Η διπολική διαταραχή μπορεί να διαταράξει τη ζωή ενός ατόμου και τις σχέσεις του με άλλους, ιδίως με τους συζύγους και τα μέλη της οικογένειας, και να προκαλέσει δυσκολίες στην εργασία ή στο σχολείο. Τα άτομα με διπολική διαταραχή έχουν συχνά άλλες διανοητικές διαταραχές όπως διαταραχή έλλειψης προσοχής / υπερκινητικότητας (ADHD), διαταραχή άγχους ή διαταραχή χρήσης ουσιών. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι σημαντικά υψηλότερος μεταξύ των ατόμων με διπολική διαταραχή σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό(Tarasenko et.al. 2013).

### **2.3.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Η διπολική διαταραχή σχετίζεται αρκετά με την έννοια της κληρονομικότητας . Στην πραγματικότητα, το 80-90% των ατόμων με διπολική διαταραχή έχουν συγγενή είτε με κατάθλιψη είτε με διπολική διαταραχή. Ωστόσο, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν επίσης να συμβάλουν στη διπολική διαταραχή - το ακραίο στρες, η διακοπή του ύπνου, τα ναρκωτικά και το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσουν επεισόδια σε ευάλωτους ασθενείς(Morgan et.al. 2014).

### **2.3.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ**

Η διπολική διαταραχή αποτελεί μια ψυχική νόσο η οποία θεραπεύεται. Μόνο η φαρμακευτική αγωγή ή ένας συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμάκων χρησιμοποιούνται συχνά για τη διαχείριση της διαταραχής με την πάροδο του χρόνου. Κάθε άτομο είναι διαφορετικό και κάθε παρέμβαση είναι εξατομικευμένη. Διαφορετικοί άνθρωποι ανταποκρίνονται στη θεραπεία με διαφορετικούς τρόπους. Τα φάρμακα που είναι γνωστά ως "σταθεροποιητές της

διάθεσης" είναι οι πιο συχνά προδιαγεγραμμένοι τύποι φαρμάκου για τη διπολική διαταραχή. Επίσης, μερικές φορές χρησιμοποιούνται αντισπασμωδικά φάρμακα. Στην ψυχοθεραπεία, το άτομο μπορεί να συνεργαστεί με έναν ψυχίατρο ή άλλο επαγγελματία ψυχικής υγείας για να επεξεργαστεί προβλήματα, να κατανοήσει καλύτερα την ασθένεια και να επανορθώσει τις σχέσεις. Ένας ψυχίατρος είναι επίσης σε θέση να συνταγογραφήσει φάρμακα ως μέρος ενός σχεδίου θεραπείας. Επειδή η διπολική διαταραχή είναι μια υποτροπιάζουσα ασθένεια, που σημαίνει ότι μπορεί να επανέλθει, συνιστάται συνεχής προληπτική θεραπεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η διπολική διαταραχή ελέγχεται πολύ καλύτερα εάν η θεραπεία είναι συνεχής(Kazdin et.al. 2017).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν η φαρμακευτική αγωγή και η ψυχοθεραπεία δεν έχουν βοηθήσει, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια θεραπεία γνωστή ως ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT). Η ECT χρησιμοποιεί ένα σύντομο ηλεκτρικό ρεύμα που εφαρμόζεται στο τριχωτό της κεφαλής ενώ ο ασθενής είναι υπό αναισθησία. Η διαδικασία διαρκεί περίπου 10-15 λεπτά και οι ασθενείς λαμβάνουν συνήθως ECT δύο έως τρεις φορές την εβδομάδα για συνολικά έξι έως δώδεκα θεραπείες(Bergin et.al. 2015).

Δεδομένου ότι η διπολική διαταραχή μπορεί να προκαλέσει σοβαρές διαταραχές και να δημιουργήσει μια έντονα αγχωτική οικογενειακή κατάσταση, τα μέλη της οικογένειας μπορούν επίσης να επωφεληθούν από επαγγελματικούς πόρους, ιδίως από ομάδες υποστήριξης της ψυχικής υγείας και υποστήριξης. Από αυτές τις πηγές, οι οικογένειες μπορούν να μάθουν στρατηγικές για να τους βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν, να αποτελέσουν ενεργό μέρος της θεραπείας και να αποκτήσουν στήριξη για τον εαυτό τους. (Bergin et.al. 2015)

## **2.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ II**

Η διπολική διαταραχή II περιλαμβάνει ένα άτομο που έχει τουλάχιστον ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και τουλάχιστον ένα υπομανιακό επεισόδιο. Οι άνθρωποι επιστρέφουν στη συνήθη λειτουργία μεταξύ των επεισοδίων. Τα άτομα με διπολική διαταραχή II συχνά αναζητούν πρώτα θεραπεία λόγω καταθλιπτικών συμπτωμάτων, τα οποία μπορεί να είναι σοβαρά.

Τα άτομα με διπολική διαταραχή II έχουν συχνά άλλες συνυπάρχουσες ψυχικές ασθένειες, όπως διαταραχή άγχους ή διαταραχή χρήσης ουσιών(Li et.al. 2014).

### **2.4.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Οι θεραπείες για τη διπολική II είναι παρόμοιες με εκείνες για τη διπολική I και περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται πιο συχνά είναι σταθεροποιητές της διάθεσης και αντικαταθλιπτικά, ανάλογα με τα συμπτώματα. Εάν τα συμπτώματα κατάθλιψης είναι σοβαρά και η φαρμακευτική αγωγή δεν λειτουργεί, μπορεί να χρησιμοποιηθούν εκ νέου ισχυρότερα φάρμακα. Κάθε άτομο είναι διαφορετικό και κάθε παρέμβαση είναι εξατομικευμένη(Wang et.al. 2002).

## **2.5 ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Η κυκλοθυμική (ή κυτταροθυμική) διαταραχή είναι μια ηπιότερη μορφή διπολικής διαταραχής που συνεπάγεται σε πολλές μεταβολές της διάθεσης, με υπομανία και καταθλιπτικά συμπτώματα που εμφανίζονται συχνά και αρκετά σταθερά. Τα άτομα με κυκλοθυμία παρουσιάζουν συναισθηματικά σκαμπανεβάσματα, αλλά με λιγότερο σοβαρά συμπτώματα από τα διπολικά I ή II άτομα.

Τα συμπτώματα κυτταροθυμικής διαταραχής περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- ο Για τουλάχιστον δύο χρόνια, πολλές περιόδους υπομανιακών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια για υπομανικό ή καταθλιπτικό επεισόδιο.
- ο Κατά τη διάρκεια της διετούς περιόδου, τα συμπτώματα (διακυμάνσεις της διάθεσης) διαρκούν τουλάχιστον το ήμισυ του χρόνου και δεν έχουν σταματήσει για περισσότερο από δύο μήνες (Morgan et.al. 2014)



### **2.5.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η θεραπεία για κυκλοθυμική διαταραχή μπορεί να περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και θεραπεία ομιλίας. Για πολλούς ανθρώπους, η θεραπεία ομιλίας μπορεί να βοηθήσει με πιέσεις των συνεχιζόμενων υψηλών και χαμηλών διαθέσεων. Τα άτομα με κυκλοθυμία μπορεί να ξεκινήσουν και να σταματήσουν τη θεραπεία με την πάροδο του χρόνου(Kazdin et.al. 2017).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

#### 3.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ - ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ

Η κατάθλιψη (μείζων καταθλιπτική διαταραχή) είναι μια κοινή και σοβαρή ασθένεια που επηρεάζει αρνητικά τον τρόπο που ένα άτομο αισθάνεται, τον τρόπο που σκέφτεται και το πώς ενεργεί. Η κατάθλιψη προκαλεί θλίψη ή / και απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που το άτομο απολάμβανε κάποτε. Μπορεί να οδηγήσει σε μια ποικιλία από συναισθηματικά και σωματικά προβλήματα και μπορεί να μειώσει την ικανότητα ενός ατόμου να λειτουργεί στην εργασία και στο σπίτι(Wang et.al. 2002).

Τα συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να ποικίλουν από ήπια έως σοβαρά και μπορεί να περιλαμβάνουν:

- ο Αίσθημα θλίψης
- ο Απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστηση σε δραστηριότητες που το άτομο απολάμβανε κάποτε
- ο Αλλαγές στην όρεξη - απώλεια βάρους
- ο Προβλήματα στον ύπνο
- ο Απώλεια ενέργειας ή αυξημένη κόπωση
- ο Αύξηση της άσκοπης σωματικής δραστηριότητας (π.χ. χτύπημα στο χέρι) ή επιβραδυνόμενων κινήσεων και ομιλίας (πράξεις παρατηρούμενες από άλλους)
- ο Αίσθημα άνευ αξίας ή ένοχης
- ο Δυσκολία σκέψης, συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων
- ο Σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας(Bergin et.al. 2015)

Τα συμπτώματα πρέπει να διαρκούν τουλάχιστον δύο εβδομάδες για τη διάγνωση της κατάθλιψης.

Επίσης, οι ιατρικές παθήσεις (π.χ. προβλήματα θυρεοειδούς, όγκος στον εγκέφαλο ή έλλειψη βιταμινών) μπορούν να μιμηθούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης, οπότε είναι σημαντικό να αποκλειστούν τα γενικά ιατρικά αίτια (Roessler et.al. 2006).

### **3.1.1 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ**

Η κατάθλιψη επηρεάζει ένα εκτιμώμενο ποσοστό 6.7% των ενήλικων κάθε έτος. Ένας στους έξι ανθρώπους (16,6%) θα βιώσει κατάθλιψη κάποια στιγμή στη ζωή τους. Η κατάθλιψη μπορεί να χτυπήσει ανά πάσα στιγμή, αλλά κατά μέσο όρο εμφανίζεται για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια των τελευταίων εφηβικών ετών έως τα μέσα της τρίτης δεκαετίας της ζωής του ατόμου. Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό από τους άνδρες να υποφέρουν από κατάθλιψη. Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι το ένα τρίτο των γυναικών θα παρουσιάσουν ένα μεγάλο καταθλιπτικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Kazdin et.al. 2017).

### **3.1.2 Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ Η ΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ**

Ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η απώλεια εργασίας ή η λήξη μιας σχέσης αποτελούν δύσκολη εμπειρία για ένα άτομο. Είναι φυσιολογικό να αναπτύσσονται τα συναισθήματα θλίψης σαν απάντηση σε τέτοιες καταστάσεις. Εκείνοι που βιώνουν απώλεια συχνά περιγράφουν τον εαυτό τους ως "καταθλιπτικό".

Η διαδικασία θλίψης είναι φυσική και μοναδική για κάθε άτομο και μοιράζεται μερικά από τα ίδια χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. Και η θλίψη και η κατάθλιψη μπορεί να περιλαμβάνουν έντονη θλίψη και απόσυρση από τις συνήθειες δραστηριότητες. Διαφέρουν επίσης με σημαντικούς τρόπους:

- ο Με τη θλίψη, οδυνηρά συναισθήματα έρχονται στο άτομο και συχνά αναμειγνύονται με θετικές αναμνήσεις του αποθανόντος. Στην κατάθλιψη, η διάθεση και / ή το ενδιαφέρον (ευχαρίστηση) μειώνονται για περισσότερες από δύο εβδομάδες.
- ο Με τη θλίψη, συνήθως διατηρείται η αυτοεκτίμηση. Σε μεγάλη κατάθλιψη, τα συναισθήματα της άνευ αξίας είναι έντονα.

- Για μερικούς ανθρώπους, ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου μπορεί να επιφέρει σημαντική κατάθλιψη. Η απώλεια εργασίας ή η σωματική ή κάποια άλλη μεγάλη καταστροφή μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη για μερικούς ανθρώπους. Όταν η θλίψη και η κατάθλιψη συνυπάρχουν, η θλίψη είναι πιο σοβαρή και διαρκεί περισσότερο από τη θλίψη χωρίς κατάθλιψη. Παρά την επικάλυψη μεταξύ θλίψης και κατάθλιψης, είναι διαφορετικές. Η διάκριση μεταξύ αυτών μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους να λάβουν τη βοήθεια, υποστήριξη ή θεραπεία που χρειάζονται. (De Hert et.al. 2010)

### **3.1.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει οποιονδήποτε - ακόμα και ένα άτομο που φαίνεται να ζει σε σχετικά ιδανικές συνθήκες.

- Βιοχημεία: Οι διαφορές σε ορισμένες χημικές ουσίες στον εγκέφαλο μπορεί να συμβάλλουν σε συμπτώματα κατάθλιψης.
- Γενετική: Η κατάθλιψη μπορεί να σχετίζεται με παλαιότερο ιατρικό ιστορικό της οικογένειας. Για παράδειγμα, εάν ένα πανομοιότυπο δίδυμο έχει κατάθλιψη, το άλλο έχει 70% πιθανότητα να έχει την ασθένεια κάποια στιγμή στη ζωή του.
- Προσωπικότητα: Οι άνθρωποι με χαμηλή αυτοεκτίμηση, οι οποίοι έχουν μεγάλα ποσοστά άγχους ή που είναι γενικά απαισιόδοξοι φαίνεται να είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη.
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες: Η συνεχής έκθεση σε βία, παραμέληση, κακοποίηση ή φτώχεια μπορεί να κάνει τους ανθρώπους πιο ευάλωτους στην κατάθλιψη(Wang et.al. 2002).

### **3.1.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Η κατάθλιψη είναι από τις ψυχικές διαταραχές με το μεγαλύτερο ποσοστό ίασης. Το 80% και 90% των ατόμων με κατάθλιψη τελικά ανταποκρίνονται καλά στη θεραπεία. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς αποκομίζουν κάποια ανακούφιση από τα συμπτώματά τους.

Πριν από τη διάγνωση ή τη θεραπεία, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να διεξάγει διεξοδική διαγνωστική αξιολόγηση, συμπεριλαμβανομένης μιας συνέντευξης και ενδεχομένως μιας φυσικής εξέτασης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να γίνει εξέταση αίματος για να βεβαιωθεί ότι η κατάθλιψη δεν οφείλεται σε ιατρική κατάσταση όπως το πρόβλημα του θυρεοειδούς. Η αξιολόγηση γίνεται για να εντοπιστούν συγκεκριμένα συμπτώματα, ιατρικό και οικογενειακό ιστορικό, πολιτιστικοί παράγοντες και περιβαλλοντικοί παράγοντες για να καταλήξουν σε μια διάγνωση και να σχεδιαστεί μια πορεία δράσης(De Hert et.al. 2010).

Φάρμακα: Η χημεία του εγκεφάλου μπορεί να συμβάλει στην κατάθλιψη ενός ατόμου και μπορεί να επηρεάσει τη θεραπεία του. Για το λόγο αυτό, τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να συνταγογραφηθούν για να βοηθήσουν στην τροποποίηση της χημείας του εγκεφάλου. Αυτά τα φάρμακα δεν είναι ηρεμιστικά. Γενικά, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν έχουν διεγερτική δράση. (Bergin et.al. 2015)

Τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να παράγουν κάποια βελτίωση μέσα στην πρώτη χρήση. Τα πλήρη οφέλη μπορεί να μην φαίνονται για δύο έως τρεις μήνες. Εάν ένας ασθενής αισθάνεται ελάχιστη ή καθόλου βελτίωση μετά από μερικές εβδομάδες, ο ψυχίατρος του μπορεί να αλλάξει τη δόση του φαρμάκου ή να προσθέσει ή να αντικαταστήσει κάποιο άλλο αντικαταθλιπτικό. Σε ορισμένες περιπτώσεις, άλλα ψυχοτρόπα φάρμακα μπορεί να είναι χρήσιμα.

Οι ψυχίατροι συνήθως συνιστούν στους ασθενείς να συνεχίζουν να παίρνουν φάρμακα για έξι ή περισσότερους μήνες μετά την βελτίωση των συμπτωμάτων. Μπορεί να προταθεί μακροπρόθεσμη θεραπεία συντήρησης για τη μείωση του κινδύνου μελλοντικών επεισοδίων για ορισμένα άτομα υψηλού κινδύνου(Kazdin et.al. 2017).

Ψυχοθεραπεία: Η ψυχοθεραπεία, ή "θεραπεία ομιλίας", μερικές φορές χρησιμοποιείται μόνη της για τη θεραπεία της ήπιας κατάθλιψης. Για μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη, η ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται συχνά μαζί με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) έχει βρεθεί ότι είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της κατάθλιψης. Το CBT είναι μια μορφή θεραπείας επικεντρωμένη στην επίλυση προβλημάτων. Το CBT βοηθά ένα άτομο να

αναγνωρίσει τη διαστρεβλωμένη σκέψη και στη συνέχεια να αλλάξει τις συμπεριφορές και τη σκέψη. (Phutane 2012)

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει μόνο το άτομο, αλλά μπορεί να περιλαμβάνει και άλλους. Για παράδειγμα, η θεραπεία οικογενειών ή ζευγαριών μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση ζητημάτων μέσα σε αυτές τις στενές σχέσεις. Η ομαδική θεραπεία περιλαμβάνει άτομα με παρόμοιες ασθένειες (Bergin et.al. 2015).

Ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης, η θεραπεία μπορεί να διαρκέσει μερικές εβδομάδες ή πολύ περισσότερο. Σε πολλές περιπτώσεις, σημαντική βελτίωση μπορεί να γίνει σε 10 έως 15 συνεδρίες (Phutane 2012).

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) είναι ιατρική θεραπεία που χρησιμοποιείται συχνότερα σε ασθενείς με σοβαρή μείζονα κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή που δεν έχουν ανταποκριθεί σε άλλες θεραπείες. Περιλαμβάνει μια σύντομη ηλεκτρική διέγερση του εγκεφάλου ενώ ο ασθενής είναι υπό αναισθησία. Ένας ασθενής συνήθως λαμβάνει ECT δύο έως τρεις φορές την εβδομάδα για συνολικά έξι έως δώδεκα θεραπείες. Η ECT έχει χρησιμοποιηθεί από τη δεκαετία του 1940 και πολλά χρόνια έρευνας έχουν οδηγήσει σε σημαντικές βελτιώσεις (De Hert et.al. 2010).

### **3.1.5 ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορούν να κάνουν οι άνθρωποι για να μειώσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Για πολλούς ανθρώπους, η τακτική άσκηση βοηθά στη δημιουργία θετικής αίσθησης και στη βελτίωση της διάθεσης. Η επίτευξη επαρκούς ποιότητας ύπνου σε τακτική βάση, η κατανάλωση υγιεινής διατροφής και η αποφυγή του αλκοόλ μπορούν επίσης να βοηθήσουν στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Η κατάθλιψη είναι μια πραγματική ασθένεια και η βοήθεια είναι διαθέσιμη. Με τη σωστή διάγνωση και θεραπεία, η πλειοψηφία των ατόμων με κατάθλιψη θα την ξεπεράσουν. (Bergin et.al. 2015)

### 3.2 ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (PERIPARTUM)

Για τις γυναίκες μετά τον τοκετό, ή επιλόχεια κατάθλιψη, μπορεί να γίνει πολύ ενοχλητική και δύσκολη. Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό είναι μια σοβαρή αλλά θεραπεύσιμη ασθένεια που περιλαμβάνει συναισθήματα ακραίας θλίψης, αδιαφορίας και άγχους, καθώς και αλλαγές στην ενέργεια, τον ύπνο και την όρεξη. Διακινεί κινδύνους για τη μητέρα και το παιδί(Phutane VH, (2012).

Οι γυναίκες μπορούν επίσης να παρουσιάσουν κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η κατάθλιψη του peripartum αναφέρεται στην κατάθλιψη που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή μετά τον τοκετό. Η χρήση του όρου peripartum αναγνωρίζει ότι η κατάθλιψη που σχετίζεται με το να έχεις ένα μωρό αρχίζει συχνά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης(Bergin et.al. 2015).

Μία στις επτά γυναίκες βιώνει κατάθλιψη peripartum.

Η εγκυμοσύνη και η περίοδος μετά μπορεί να είναι ένας ιδιαίτερα ευάλωτος χρόνος για τις γυναίκες. Οι μητέρες συχνά βιώνουν τεράστιες βιολογικές, συναισθηματικές, οικονομικές και κοινωνικές αλλαγές κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Ορισμένες γυναίκες μπορεί να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας, ιδίως κατάθλιψης και άγχους (Bergin et.al. 2015).

Μέχρι το 70 τοις εκατό όλων των νέων μητέρων βιώνουν το "baby blues", μια βραχυχρόνια κατάσταση που δεν παρεμβαίνει στις καθημερινές δραστηριότητες και δεν απαιτεί ιατρική φροντίδα. Τα συμπτώματα αυτής της συναισθηματικής κατάστασης μπορεί να περιλαμβάνουν το κλάμα χωρίς λόγο, ευερεθιστότητα, ανησυχία και άγχος. Αυτά τα συμπτώματα διαρκούν μια εβδομάδα ή δύο και γενικά επιλύονται μόνοι τους χωρίς θεραπεία.

Η κατάθλιψη του Peripartum είναι διαφορετική από την " baby blues " στο ότι είναι συναισθηματικά και σωματικά εξασθενητική και μπορεί να συνεχιστεί για μήνες ή και περισσότερο. Η θεραπεία είναι σημαντική τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί. (Wang et.al. 2002)

Η ανεπεξέργαστη κατάθλιψη του peripartum δεν είναι μόνο ένα πρόβλημα για την υγεία και την ποιότητα της ζωής της μητέρας, αλλά μπορεί να επηρεάσει την ευημερία του μωρού που μπορεί να γεννηθεί πρόωρα, με χαμηλό βάρος γέννησης. Η

κατάθλιψη του Peripartum μπορεί να προκαλέσει προβλήματα συγκόλλησης με το μωρό και μπορεί να συμβάλει σε προβλήματα ύπνου και σίτισης του. Μακροπρόθεσμα, τα παιδιά μητέρων με κατάθλιψη διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για γνωστικά, συναισθηματικά, αναπτυξιακά και λεκτικά ελλείμματα και για εξασθενημένες κοινωνικές δεξιότητες. (Kazdin et.al. 2017)

#### Συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης

- ο Χαλαρότητα, κόπωση
- ο Αίσθημα θλίψης, απελπισίας,
- ο Δυσκολία ύπνου
- ο Αλλαγές στην όρεξη
- ο Δυσκολία συγκέντρωσης
- ο Έλλειψη ενδιαφέροντος για το μωρό
- ο Τα συναισθήματα ότι είναι κακή μητέρα
- ο Ο φόβος να βλάψει το μωρό
- ο Μία απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης

Μια γυναίκα που πάσχει από κατάθλιψη συνήθως έχει αρκετά από αυτά τα συμπτώματα και η σοβαρότητά τους μπορεί να αλλάξει. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να προκαλέσουν στις νέες μητέρες να αισθάνονται απομονωμένες, ένοχες ή ντροπιασμένες. Για να διαγνωσθεί η κατάθλιψη, τα συμπτώματα πρέπει να ξεκινήσουν μέσα σε τέσσερις εβδομάδες μετά την γέννα. Ωστόσο, συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να εμφανιστούν ανά πάσα στιγμή.

Πολλές γυναίκες με κατάθλιψη peripartum εμφανίζουν επίσης συμπτώματα άγχους. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι σχεδόν τα δύο τρίτα των γυναικών με κατάθλιψη peripartum είχαν επίσης μια διαταραχή άγχους. (Kazdin et.al. 2017)

Ενώ δεν υπάρχει συγκεκριμένη διαγνωστική εξέταση για την κατάθλιψη του peripartum, είναι μια πραγματική ασθένεια που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη. Κάθε έγκυος ή νέα μητέρα που βιώνει τα συμπτώματα της κατάθλιψης peripartum και πρέπει να επιδιώξει την αξιολόγηση από έναν ιατρό, ο οποίος μπορεί να κάνει παραπομπές σε ψυχίατρο ή άλλο επαγγελματία ψυχικής υγείας. Η αξιολόγηση θα πρέπει να περιλαμβάνει μια ψυχιατρική αξιολόγηση και μια ιατρική αξιολόγηση για να αποκλείσει φυσικά προβλήματα που μπορεί να έχουν συμπτώματα



παρόμοια με την κατάθλιψη (όπως προβλήματα θυρεοειδούς ή ανεπάρκειες των βιταμινών). (Roessler et.al. 2006)

### **3.2.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Όπως και άλλοι τύποι κατάθλιψης, η κατάθλιψη του peripartum μπορεί να αντιμετωπιστεί με ψυχοθεραπεία (θεραπεία ομιλίας), φαρμακευτική αγωγή, αλλαγές στον τρόπο ζωής και υποστήριξη ή συνδυασμό αυτών. Οι γυναίκες που είναι έγκυες ή θηλάζουν θα πρέπει να συζητούν τους κινδύνους και τα οφέλη της φαρμακευτικής αγωγής με τους γιατρούς τους. Γενικά, ο κίνδυνος γενετικών ανωμαλιών στο έμβρυο είναι χαμηλό και η απόφαση πρέπει να βασίζεται στους πιθανούς κινδύνους και οφέλη. (Golba et.al. 2015)

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της APA για τη θεραπεία των γυναικών με σοβαρή κατάθλιψη που είναι έγκυες ή θηλάζουν συνιστούν ψυχοθεραπεία χωρίς φαρμακευτική αγωγή ως θεραπεία πρώτης γραμμής όταν η κατάθλιψη ή το άγχος είναι ήπια. Για τις γυναίκες με μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη ή άγχος, το αντικαταθλιπτικό φάρμακο πρέπει να θεωρείται πρωτογενής θεραπεία, σύμφωνα με τις οδηγίες.

Επιλογές αντικαταθλιπτικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης:

- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs).
- Οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης (SNRIs)
- Βουπροπιόνη (Wellbutrin)
- Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs)

Με την κατάλληλη θεραπεία, οι περισσότερες νέες μητέρες βρίσκουν ανακούφιση από τα συμπτώματά τους. Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία για κατάθλιψη πρέπει να συνεχίσουν τη θεραπεία ακόμα και μετά την αίσθηση ότι είναι καλύτερα. Εάν η θεραπεία διακοπεί πολύ σύντομα, τα συμπτώματα μπορεί να επαναληφθούν (WHO, 2012).

### 3.2.2 ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Άγχος του Peripartum - Αν και οι εκτιμήσεις ποικίλλουν, πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε ότι περίπου το 16% των γυναικών εμφανίζουν διαταραχή άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και περίπου 17% μετά τον τοκετό. Μετά τη γέννα, ορισμένες γυναίκες αναπτύσσουν έντονο άγχος, με ταχεία καρδιακή συχνότητα, αίσθηση επικείμενης καταστροφής και παράλογους φόβους και εμμονές. Αίσθημα ενοχής και αίσθημα πανικού χωρίς κανένα καλό λόγο.

Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία, μόνη ή σε συνδυασμό.

Διπολική διαταραχή του peripartum - Η διπολική διαταραχή έχει δύο φάσεις, τη φάση της κατάθλιψης (τα «χαμηλά») και τη μανιακή φάση (τα «υψηλά»). Όταν τα «χαμηλά» και τα «υψηλά» συμβαίνουν ταυτόχρονα, θεωρείται ένα «μικτό» επεισόδιο. Διπολική ασθένεια μπορεί να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή της μετά τον τοκετό περιόδου. Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν μια προηγούμενη διαταραχή της διάθεσης και το οικογενειακό ιστορικό διαταραχών της διάθεσης.

Συμπτώματα κατάθλιψης και μανίας:

- ο Σοβαρή θλίψη και ευερεθιστότητα
- ο Ανυπωμένη διάθεση
- ο Γρήγορη ομιλία και σκέψεις
- ο Μικρός ή καθόλου ύπνος και υψηλή ενέργεια
- ο Οι παρορμητικές αποφάσεις και η κακή κρίση
- ο Παραληρητικές ιδέες που μπορεί να είναι μεγαλοπρεπείς ή παρανοϊκές
- ο Ψευδαισθήσεις - βλέποντας ή ακούγοντας πράγματα που δεν υπάρχουν

Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει σταθεροποιητές της διάθεσης και αντιψυχωτικά φάρμακα μαζί με τη θεραπεία. (Golba et.al. 2015)

Ψυχοπάθεια μετά τον τοκετό - Η ψύχωση μετά τον τοκετό είναι μια εξαιρετικά σπάνια αλλά σοβαρή κατάσταση - συμβαίνει μόνο σε μία ή δύο στις 1.000 περιπτώσεις. Τα συμπτώματα της μετά τον τοκετό ψύχωσης είναι ακραίες και μπορεί να περιλαμβάνουν αϋπνία, υπερβολική ενέργεια, διέγερση, φωνές ακοής και ακραία παράνοια ή ύποπτη συμπεριφορά. Πολλές γυναίκες με ψύχωση μετά τον τοκετό

έχουν προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής. Τα συμπτώματα της ψύχωσης μετά τον τοκετό μπορεί να είναι σοβαρή ιατρική κατάσταση και απαιτούν άμεση προσοχή (Phutane, 2012).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

#### **4.1 ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (SAD)**

Η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή είναι μια μορφή κατάθλιψης που είναι επίσης γνωστή ως SAD, εποχιακή κατάθλιψη ή χειμερινή κατάθλιψη. Τα άτομα με εμπειρία SAD έχουν αλλαγές στη διάθεση και συμπτώματα παρόμοια με την κατάθλιψη. Τα συμπτώματα συμβαίνουν συνήθως κατά τη διάρκεια των χειμερινών μηνών, όταν υπάρχει λιγότερος ηλιακός φωτισμός και συνήθως βελτιώνονται με την άφιξη της άνοιξης. Οι δυσκολότεροι μήνες για τους ανθρώπους με εποχιακή συναισθηματική διαταραχή στις ΗΠΑ τείνουν να είναι Ιανουάριος και Φεβρουάριος. Ενώ είναι πολύ λιγότερο κοινό, μερικοί άνθρωποι βιώνουν το SAD το καλοκαίρι (Wang et.al. 2002).

Τα συμπτώματα μπορεί να είναι τρομακτικά και συντριπτικά και μπορούν να επηρεάσουν την καθημερινή λειτουργία του ατόμου. Ωστόσο, μπορεί να αντιμετωπιστεί η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή. Περίπου το 5 τοις εκατό των ενηλίκων βιώνουν εποχιακή συναισθηματική διαταραχή και συνήθως διαρκεί περίπου το 40 τοις εκατό του έτους. Είναι πιο συχνή στις γυναίκες απ' ό, τι στους άνδρες (Bergin et.al. 2015).

Το SAD έχει συνδεθεί με μια βιοχημική ανισορροπία στον εγκέφαλο που προκαλείται από τις βραδύτερες ώρες, το χειμώνα και λιγότερο ηλιακό φως. Καθώς οι εποχές αλλάζουν, οι άνθρωποι βιώνουν μια μετατόπιση στο βιολογικό εσωτερικό ρολόι τους ή στον κερκαδικό ρυθμό που μπορεί να τους κάνει να μην ακολουθούν το καθημερινό τους χρονοδιάγραμμα. Το SAD είναι πιο συνηθισμένο σε άτομα που ζουν μακριά από τον ισημερινό, όπου οι χειμερινές ώρες είναι λιγότερες (Wig et.al. 1981).

#### **4.1.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Τα συνηθισμένα συμπτώματα του SAD περιλαμβάνουν κόπωση, ακόμη και με υπερβολικό ύπνο και αύξηση βάρους που σχετίζεται με την υπερκατανάλωση και την επιθυμία για υδατάνθρακες. Τα συμπτώματα SAD μπορεί να ποικίλουν από ήπια έως σοβαρά και μπορεί να περιλαμβάνουν πολλά συμπτώματα παρόμοια με τη μείζονα κατάθλιψη, όπως:

- Αίσθημα θλίψης ή καταθλιπτική διάθεση
- Χαρακτηρισμένη απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που απολάμβαναν κάποτε
- Αλλαγές στην όρεξη; Συνήθως το άτομο τρώει περισσότερο και λαχτάρα υδατάνθρακες
- Αλλαγή στον ύπνο. Συνήθως κοιμάται πάρα πολύ
- Απώλεια ενέργειας ή αυξημένη κόπωση παρά τις αυξημένες ώρες ύπνου
- Αύξηση της ανήσυχης δραστηριότητας ή επιβραδύνει στις κινήσεις και την ομιλία
- Αίσθημα άνευ αξίας ή ενοχής
- Πρόβλημα συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων
- Σκέψεις για θάνατο ή αυτοκτονία ή προσπάθειες αυτοκτονίας

Το SAD μπορεί να ξεκινήσει σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά τυπικά ξεκινά όταν ένα άτομο είναι μεταξύ 18 και 30 ετών(Phutane et.al. 2012).

#### **4.1.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Το SAD μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά με διάφορους τρόπους, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας με φως, των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, της ομιλίας ή κάποιου συνδυασμού αυτών. Ενώ τα συμπτώματα θα βελτιωθούν γενικά

μόνα τους με την αλλαγή της εποχής, τα συμπτώματα μπορούν να βελτιωθούν πιο γρήγορα με τη θεραπεία(Bergin et.al. 2015).

Η φωτοθεραπεία περιλαμβάνει τοποθέτηση του ασθενούς σε καθιστή θέση μπροστά από κουτί θεραπείας φωτός που εκπέμπει πολύ έντονο φως (και φιλτράρει τις επιβλαβείς υπεριώδεις ακτίνες). Απαιτεί συνήθως 20 λεπτά την ημέρα, συνήθως το πρωί, κατά τη διάρκεια του χειμώνα. Οι περισσότεροι άνθρωποι βλέπουν κάποιες βελτιώσεις από τη θεραπεία με φως μέσα σε μία ή δύο εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας. Για να διατηρηθούν τα οφέλη και να αποφευχθεί η υποτροπή, η θεραπεία συνεχίζεται όλο το χειμώνα. Λόγω της αναμενόμενης επιστροφής των συμπτωμάτων στα τέλη του φθινοπώρου, μερικοί άνθρωποι μπορούν να αρχίσουν θεραπεία φωτός στις αρχές του φθινοπώρου για την πρόληψη συμπτωμάτων(Phutane et.al. 2012).

Η θεραπεία ομιλίας, ιδιαίτερα η γνωστική θεραπεία συμπεριφοράς, μπορεί να θεραπεύσει αποτελεσματικά το SAD. Οι επιλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) είναι ο τύπος αντικαταθλιπτικού που χρησιμοποιείται συχνότερα για τη θεραπεία του SAD.

Για μερικούς ανθρώπους, η αυξημένη έκθεση στο ηλιακό φως μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση των συμπτωμάτων του SAD. Για παράδειγμα, τα άτομα αφιερώνουν χρόνο έξω ή οργανώνουν το σπίτι ή το γραφείο τους έτσι ώστε να εκτίθεται σε παράθυρο κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η φροντίδα της γενικής υγείας και της ευεξίας μπορεί επίσης να βοηθήσει - κανονική άσκηση, υγιεινή διατροφή, όπως και ο εθελοντισμός, η συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες και η συνεργασία με τους φίλους και την οικογένεια μπορούν να βοηθήσουν(Phutane et.al. 2012).

## **4.2 ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (OCD)**

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD) είναι μια διαταραχή άγχους στην οποία οι άνθρωποι έχουν επαναλαμβανόμενες, ανεπιθύμητες σκέψεις, ιδέες ή αισθήσεις (εμμονές) που τους κάνουν να αισθάνονται ότι έχουν την τάση να κάνουν κάτι επαναλαμβανόμενο (καταναγκασμούς). Οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, όπως το πλύσιμο των χεριών, ο έλεγχος των πραγμάτων ή ο καθαρισμός, μπορούν να

επηρεάσουν σημαντικά τις καθημερινές δραστηριότητες και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις ενός ατόμου (Rangaswamy et.al. 2012).

Πολλοί άνθρωποι έχουν επικεντρωμένες σκέψεις ή επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές. Για τα άτομα με OCD, οι σκέψεις είναι επίμονες και οι ανεπιθύμητες ρουτίνες και συμπεριφορές είναι δύσκαμπτες και δεν τους προκαλούν μεγάλες δυσκολίες. Πολλοί άνθρωποι με OCD γνωρίζουν ή υποψιάζονται ότι οι εμμονές τους δεν είναι αλήθεια. Άλλοι μπορεί να πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να είναι αληθινοί (γνωστοί ως κακή γνώση). Ακόμα κι αν γνωρίζουν ότι οι εμμονές τους δεν είναι αληθινές, οι άνθρωποι με OCD έχουν έναν δύσκολο χρόνο να κρατήσουν την προσοχή τους μακριά από τις εμμονές ή να σταματήσουν τις καταναγκαστικές ενέργειες. (Rangaswamy et.al. 2012)

Η διάγνωση του OCD απαιτεί την ύπαρξη εμμονής και / ή καταναγκασμών που χρονοβόρα (περισσότερο από μία ώρα την ημέρα) προκαλούν μεγάλη δυσφορία και βλάπτουν την εργασία, την κοινωνική ή άλλη σημαντική λειτουργία. Περίπου 1,2 τοις εκατό των Αμερικανών έχουν OCD και μεταξύ των ενηλίκων ελαφρώς περισσότερες γυναίκες. Η OCD συχνά ξεκινά από την παιδική ηλικία, την εφηβεία ή την πρώιμη ενηλικίωση. Τα μέση ηλικιακά συμπτώματα εμφανίζονται σε ηλικία 19 ετών. (Tarasenko et.al. 2013)

#### **4.2.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Οι καταναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή ψυχικές πράξεις που ένα άτομο αισθάνεται ότι οδηγείται να εκτελέσει ως απάντηση σε μια εμμονή. Οι συμπεριφορές αποσκοπούν στην αποτροπή ή τη μείωση της δυσφορίας ή μιας φοβισμένης κατάστασης. Στις πιο σοβαρές περιπτώσεις, μια συνεχής επανάληψη των τελετουργιών μπορεί να γεμίσει την ημέρα, κάνοντας μια κανονική ρουτίνα αδύνατη. Συνδυάζοντας την αγωνία που προκαλούν αυτά τα τελετουργικά είναι η γνώση ότι οι καταναγκασμοί είναι παράλογοι. Αν και ο καταναγκασμός μπορεί να φέρει κάποια ανακούφιση από την ανησυχία, η εμμονή επιστρέφει και ο κύκλος επαναλαμβάνεται ξανά και ξανά. (Bergin et.al. 2015)

Μερικά παραδείγματα καταναγκασμών:

- Ο καθαρισμός για να μειωθεί ο φόβος ότι τα μικρόβια, η βρωμιά ή οι χημικές ουσίες θα "μολύνουν" τα άτομα, μερικοί περνούν πολλές ώρες πλυσίματος ή καθαρίζοντας το περιβάλλον τους.
- Επαναλαμβάνοντας εργασίες για να διαλύθει το άγχος. Μερικοί άνθρωποι εκφωνούν ένα όνομα ή φράση ή επαναλαμβάνουν μια συμπεριφορά αρκετές φορές. Ξέρουν ότι αυτές οι επαναλήψεις δεν θα προστατεύσουν πραγματικά από τον τραυματισμό, αλλά ο φόβος βλάβης θα συμβεί εάν οι επαναλήψεις δεν γίνουν.
- Έλεγχος για να μειωθεί ο φόβος να βλάψει τον εαυτό του ή άλλους, για παράδειγμα, ξεχνώντας να κλειδώσει την πόρτα ή να σβήσει τη σόμπα αερίου, μερικοί άνθρωποι αναπτύσσουν τελετουργίες ελέγχου. Μερικοί άνθρωποι επαναλαμβάνουν επανειλημμένα τις διαδρομές οδήγησης για να βεβαιωθούν ότι δεν έχουν χτυπήσει κανέναν.
- Τακτοποίηση για τη μείωση της δυσφορίας. Μερικοί άνθρωποι επιθυμούν να τοποθετούν αντικείμενα, όπως βιβλία με συγκεκριμένη σειρά, ή να οργανώνουν οικιακά αντικείμενα "ακριβώς έτσι" ή με συμμετρικό τρόπο.
- Οι ψυχικοί καταναγκασμοί για την ανταπόκριση στις παρεμβατικές ιδεοληπτικές σκέψεις, μερικοί άνθρωποι προσεύχονται σιωπηλά ή λένε φράσεις για να μειώσουν το άγχος ή να αποτρέψουν ένα φοβερό μελλοντικό γεγονός. (Bergin et.al. 2015)

### **4.3 ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΓΧΟΥΣ (PTSD)**

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) είναι μια διαταραχή που μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα που έχουν βιώσει ή έχουν παρακολουθήσει ένα τραυματικό συμβάν, όπως φυσική καταστροφή, σοβαρό ατύχημα, τρομοκρατική ενέργεια, πόλεμο / μάχη, βιασμό ή άλλη βίαιη προσωπική επίθεση. (Tarasenko et.al. 2013)

Το PTSD είναι γνωστό με πολλά ονόματα στο παρελθόν, όπως το «σοκ κέλυφος» κατά τα χρόνια του Α' Παγκοσμίου Πολέμου και η «κόπωση κατά τη μάχη» μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Το PTSD μπορεί να εμφανιστεί σε όλους τους ανθρώπους, σε άτομα οποιασδήποτε εθνικότητας, ή πολιτισμού και σε οποιαδήποτε



ηλικία. Το PTSD επηρεάζει περίπου το 3,5% των ενηλίκων των ΗΠΑ και εκτιμάται ότι ένας στους 11 ανθρώπους θα διαγνωστεί με PTSD κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Οι γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να έχουν PTSD από τους άνδρες.

Τα άτομα με PTSD έχουν έντονες, ενοχλητικές σκέψεις και συναισθήματα που σχετίζονται με την εμπειρία τους που διαρκεί πολύ καιρό μετά το τέλος του τραυματικού γεγονότος. Μπορούν να ξαναζήσουν το συμβάν μέσω flashbacks ή σε εφιάλτες. Μπορεί να αισθάνονται θλίψη, φόβο ή θυμό. και μπορεί να αισθάνονται αποσπασμένοι ή αποξενωμένοι από άλλους ανθρώπους. Τα άτομα με PTSD μπορεί να αποφύγουν καταστάσεις ή άτομα που τους υπενθυμίζουν το τραυματικό συμβάν και μπορεί να έχουν ισχυρές αρνητικές αντιδράσεις σε κάτι τόσο συνηθισμένο όσο ένας δυνατός θόρυβος ή μια τυχαία επαφή. (Tarasenko et.al. 2013)

Η διάγνωση της PTSD απαιτεί έκθεση σε ένα ενοχλητικό τραυματικό συμβάν. Ωστόσο, η έκθεση μπορεί να είναι έμμεση. Για παράδειγμα, η PTSD θα μπορούσε να συμβεί στο άκουσμα για τον βίαιο θάνατο μιας στενής οικογενειακής φίλης. Μπορεί επίσης να εμφανιστεί ως αποτέλεσμα της επανειλημμένης έκθεσης σε τρομερές λεπτομέρειες τραυματισμού, όπως οι αστυνομικοί που εκτίθενται σε λεπτομέρειες σχετικά με περιπτώσεις κακοποίησης παιδιών. (Bergin et.al. 2015)

#### **4.3.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Τα συμπτώματα της PTSD εμπίπτουν σε τέσσερις κατηγορίες. Τα συγκεκριμένα συμπτώματα μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με τη σοβαρότητα.

1. Διεσδυτικές σκέψεις όπως επαναλαμβανόμενες, ακούσιες αναμνήσεις, δυσάρεστα όνειρα ή αναδρομή στο τραυματικό συμβάν. Οι αναδρομές μπορεί να είναι τόσο έντονες ώστε οι άνθρωποι να αισθάνονται ότι ξαναζούν την τραυματική εμπειρία.
2. Η αποφυγή υπενθυμίσεων για το τραυματικό συμβάν μπορεί να περιλαμβάνει την αποφυγή ατόμων, θέσεων, δραστηριοτήτων, αντικειμένων και καταστάσεων που προκαλούν θλιβερές αναμνήσεις. Οι άνθρωποι μπορεί να προσπαθήσουν να αποφύγουν να θυμηθούν ή να σκεφτούν το τραυματικό

συμβάν. Μπορούν να αντισταθούν στην ομιλία για το τι συνέβη ή για το πώς αισθάνονται γι 'αυτό.

3. Οι αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα μπορεί να περιλαμβάνουν συνεχείς και παραμορφωμένες πεποιθήσεις για τον ίδιο ή για άλλους (π.χ. "είμαι κακός", "κανείς δεν μπορεί να με εμπιστευτεί"). Συνεχιζόμενο φόβο, τρόμο, θυμό, ενοχή ή ντροπή πολύ λιγότερο ενδιαφέρον για τις δραστηριότητες που απολάμβαναν προηγουμένως ή συναίσθημα αποσπασμένο ή αποξενωμένο από τους άλλους.
4. Η διέγερση και τα αντιδραστικά συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν τα άτομα να είναι ευερέθιστα και να έχουν θυμωμένες εκρήξεις ή με αυτοκαταστροφικό τρόπο ή να αντιμετωπίζουν προβλήματα συγκέντρωσης ή ύπνου. (Bergin et.al. 2015)

Πολλοί άνθρωποι που εκτίθενται σε ένα τραυματικό συμβάν παρουσιάζουν συμπτώματα όπως αυτά που περιγράφονται παραπάνω τις ημέρες που ακολουθούν το συμβάν. Ωστόσο, για ένα άτομο που διαγιγνώσκεται με PTSD, τα συμπτώματα διαρκούν περισσότερο από ένα μήνα και συχνά παραμένουν για μήνες και μερικές φορές για χρόνια. Πολλά άτομα αναπτύσσουν συμπτώματα εντός τριών μηνών από το τραύμα, αλλά τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν αργότερα. Για τα άτομα που πάσχουν από PTSD, τα συμπτώματα προκαλούν σημαντική αγωνία ή προβλήματα. Το PTSD συμβαίνει συχνά με άλλες σχετικές καταστάσεις, όπως κατάθλιψη, χρήση ουσιών, προβλήματα μνήμης και άλλα προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας. (Poon et.al. 2017)

#### **4.4 ΟΞΕΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ**

Η οξεία διαταραχή του στρες συμβαίνει σε αντίδραση σε ένα τραυματικό συμβάν, ακριβώς όπως το PTSD και τα συμπτώματα είναι παρόμοια. Ωστόσο, τα συμπτώματα εμφανίζονται μεταξύ τριών ημερών και ενός μηνός μετά το συμβάν. Τα άτομα με οξεία διαταραχή άγχους μπορεί να ξαναζήσουν το τραύμα, να έχουν αναταραχές ή εφιάλτες και να αισθάνονται αποσπασμένα. Αυτά τα συμπτώματα προκαλούν μεγάλη

δυσφορία και προκαλούν προβλήματα στην καθημερινή τους ζωή. Περίπου τα μισά άτομα με οξεία διαταραχή άγχους συνεχίζουν να έχουν PTSD(Bergin et.al. 2015).

Υπολογίζεται ότι 13 έως 21 τοις εκατό επιζώντων τροχαίων ατυχημάτων αναπτύσσουν οξεία διαταραχή άγχους και το 20 με 50 τοις εκατό των επιζώντων επίθεσης, βιασμού ή μαζικών πυροβολισμών.

Η ψυχοθεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της νοητικής συμπεριφοριστικής θεραπείας, μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο των συμπτωμάτων και να βοηθήσει να αποφευχθεί η επιδείνωσή τους και η ανάπτυξή τους σε PTSD. Τα φάρμακα, όπως τα αντικαταθλιπτικά SSRI, μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση των συμπτωμάτων(Poon et.al. 2017).

## **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΓΧΟΥΣ**

Το άγχος είναι μια φυσιολογική αντίδραση στο στρες και μπορεί να είναι επωφελής σε ορισμένες περιπτώσεις. Μπορεί να ειδοποιήσει για τους κινδύνους και να βοηθήσει το άτομο να προετοιμαστεί και να δώσει προσοχή σε ορισμένες αντιδράσεις του. Οι διαταραχές άγχους διαφέρουν από τα συνήθη συναισθήματα νευρικότητας ή αγωνίας και συνεπάγονται υπερβολικό φόβο ή στρες. Οι διαταραχές άγχους είναι οι πιο συχνές ψυχικές διαταραχές και επηρεάζουν σχεδόν το 30% των ενηλίκων σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Ωστόσο, οι διαταραχές άγχους είναι θεραπεύσιμες και υπάρχουν πολλές αποτελεσματικές θεραπείες. Η θεραπεία βοηθά τους περισσότερους ανθρώπους να οδηγηθούν σε κανονική παραγωγική ζωή(Klingberg et.al. 2014).

Το άγχος αναφέρεται στην πρόβλεψη μιας μελλοντικής ανησυχίας και συνδέεται περισσότερο με τη συμπεριφορά της αποφυγής.

Οι διαταραχές άγχους μπορούν να κάνουν τους ανθρώπους να προσπαθούν να αποφύγουν καταστάσεις που προκαλούν ή επιδεινώνουν τα συμπτώματά τους. Μπορεί να επηρεασεί την απόδοση της εργασίας, τη σχολική εργασία και τις προσωπικές σχέσεις.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι διαταραχών άγχους, όπως η γενικευμένη διαταραχή άγχους, η διαταραχή πανικού, οι συγκεκριμένες φοβίες, η αγοραφοβία, η διαταραχή κοινωνικού άγχους και η διαταραχή ανησυχίας διαχωρισμού(Bergin et.al. 2015).

## **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Οι αιτίες των διαταραχών άγχους είναι επί του παρόντος άγνωστες, αλλά πιθανόν περιλαμβάνουν έναν συνδυασμό παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων γενετικών, περιβαλλοντικών, ψυχολογικών και αναπτυξιακών. Οι διαταραχές άγχους μπορούν να λειτουργήσουν σε οικογένειες, γεγονός που υποδηλώνει ότι ένας συνδυασμός γονιδίων και περιβαλλοντικών πιέσεων μπορεί να προκαλέσει τις διαταραχές. (Bergin et.al. 2015)

## **ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Αν και κάθε διαταραχή άγχους έχει μοναδικά χαρακτηριστικά, οι περισσότεροι ανταποκρίνονται καλά σε δύο τύπους θεραπείας: ψυχοθεραπεία, ή "θεραπεία ομιλίας" και φάρμακα. Αυτές οι θεραπείες μπορούν να χορηγηθούν μόνες ή σε συνδυασμό. Η γνωστική θεραπεία συμπεριφοράς (CBT), μπορεί να βοηθήσει ένα άτομο να μάθει έναν διαφορετικό τρόπο σκέψης, αντίδρασης και συμπεριφοράς για να βοηθήσει να αισθανθεί λιγότερο άγχος. Τα φάρμακα δεν θεραπεύουν τις διαταραχές άγχους, αλλά μπορούν να δώσουν σημαντική ανακούφιση από τα συμπτώματα. Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα φάρμακα είναι φάρμακα κατά του άγχους (που συνήθως χορηγούνται μόνο για μικρό χρονικό διάστημα) και αντικαταθλιπτικά. Οι βήτα-αναστολείς, που χρησιμοποιούνται για καρδιακές παθήσεις, μερικές φορές χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο των σωματικών συμπτωμάτων του άγχους(Klingberg et.al. 2014).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ

#### 5.1 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει υπηρεσίες που στοχεύουν στην αποκατάσταση της ικανότητας του ασθενούς ώστε να ενταχθεί στην κοινότητα. Δεν περιλαμβάνει μόνο την ιατρική και την ψυχοκοινωνική θεραπεία αλλά περιλαμβάνει επίσης τρόπους για την προώθηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, την προώθηση της ανεξάρτητης διαβίωσης και την ενθάρρυνση της επαγγελματικής απόδοσης. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1995) ορίζει την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ως: *«ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια ολοκληρωμένη διαδικασία που προσφέρει την ευκαιρία σε άτομα που έχουν υποστεί βλάβη, άτομα με αναπηρία ή άτομα με αναπηρία από μια ψυχική διαταραχή για να φθάσουν στο βέλτιστο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα»* (Bergin et.al. 2015)

Βασικός στόχος της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι η μείωση της καταστροφικής επίδρασης της ψυχικής διαταραχής στην κοινωνικο-επαγγελματική λειτουργία και τις δεξιότητες ζωής των πασχόντων.

Μια υπηρεσία αποκατάστασης ψυχικής υγείας παρέχει εξειδικευμένη αξιολόγηση, θεραπεία, παρεμβάσεις και υποστήριξη που θα επιτρέψουν στο άτομο την ανάκαμψη. Αυτές οι υπηρεσίες στοχεύουν να συνεργαστούν με ανθρώπους για να τους βοηθήσουν να αποκτήσουν ή να ανακτήσουν τις δεξιότητες και την εμπιστοσύνη για να ζήσουν στην κοινότητα. Επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση ελαχιστοποιώντας τα λειτουργικά προβλήματα που μπορεί να έχει κάποιο άτομο δίνοντας έμφαση στην αυτονομία και την ανεξαρτησία. (Golban et.al. 2015)

Αυτό περιλαμβάνει τη βέλτιστη διαχείριση των συμπτωμάτων, την προώθηση των δραστηριοτήτων του στην καθημερινή διαβίωση και την απασχόληση. Οι υπηρεσίες αποκατάστασης υιοθετούν μια προσέγγιση που αξιολογεί τους χρήστες υπηρεσιών ως συνεργάτες σε μια συνεργατική σχέση ώστε το προσωπικό να εντοπίσει και να

εργαστεί με εξατομικευμένους στόχους. Η έννοια της ανάκαμψης περιλαμβάνει τις αξίες της ελπίδας, της ευκαιρίας και ένταξης σε θέματα που συντονίζονται καλά με τους στόχους της ψυχικής αποκατάστασης της υγείας. (Bergin et.al. 2015)

## **5.2 ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

Οι υπηρεσίες αποκατάστασης λειτουργούν ως ολόκληρο σύστημα που περιλαμβάνει μια σειρά των ενδονοσοκομειακών και κοινοτικών υπηρεσιών, υποστηριζόμενα καταλύματα και επαγγελματικές υπηρεσίες αποκατάστασης που παρέχονται από την ανεξάρτητες και εθελοντικές οργανώσεις(Bergin et.al. 2015).

Οι χρήστες υπηρεσιών αποκατάστασης συχνά έχουν συν-νοσηρά προβλήματα σωματικής υγείας και στενή επαφή με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και, κατά περίπτωση, δευτεροβάθμιες και οι ιατρικές υπηρεσίες φροντίδας αποτελούν βασικό ρόλο για αυτούς. (Golba et.al. 2015)

## **5.3 ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ-ΔΙΕΘΝΗ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Η ψυχιατρική αποκατάσταση αποτελεί σημαντικό μέρος μιας υπηρεσίας ψυχικής υγείας. Προωθεί την ανάκαμψη, την ενσωμάτωση στην κοινότητα και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών που έχουν διαγνωσθεί με οποιαδήποτε κατάσταση ψυχικής υγείας που εμποδίζει σοβαρά την ικανότητά τους να κοινωνικοποιηθούν. Εάν οι ασθενείς έλαβαν αποκατάσταση, θα βελτιωθεί η κοινωνική τους λειτουργία, γεγονός που με τη σειρά τους θα μειώσει το βάρος των φροντιστών. Οι υπηρεσίες αποκατάστασης επικεντρώνονται στην παροχή βοήθειας στους ασθενείς ώστε να αναπτύξουν δεξιότητες και να αποκτήσουν πρόσβαση σε πόρους που απαιτούνται για να αυξήσουν την ικανότητά τους να είναι επιτυχείς και ικανοποιημένοι στο περιβάλλον διαβίωσης, εργασίας, εκμάθησης και κοινωνικής επιλογής. Συσχετίζονται ιδιαίτερα με τη βελτίωση της λειτουργίας και της ποιότητας ζωής. Επιπρόσθετα, η ψυχιατρική αποκατάσταση στοχεύει στην επανένταξη των

ασθενών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές στην κοινωνία. Ψυχιατρικές υπηρεσίες αποκατάστασης περιλαμβάνουν τη σωματική προαγωγή της υγείας, ψυχολογικές παρεμβάσεις, όπως η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία και παρεμβάσεις στην οικογένειά, εργοθεραπεία, και υποστηριζόμενη απασχόληση. (Bergin et.al. 2015)

Η σημασία της δεν έχει αναγνωριστεί σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες και η πρακτική της εξακολουθεί να είναι σπάνια σε σύγκριση με τη χρήση φαρμάκων για τη θεραπεία ασθενών. Παρόλο που η ψυχική υγεία αποτελεί μέρος του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πολύ λίγη ενεργή ψυχιατρική θεραπεία ή ψυχιατρική αποκατάσταση γίνεται ιδιαίτερα στις περισσότερες χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Προφανώς, μπορεί να υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών όσον αφορά τη διαθεσιμότητα και την οργάνωση των υπηρεσιών αποκατάστασης. Δεν υπάρχουν πολλά άρθρα όσον αφορά την τεκμηρίωση των δραστηριοτήτων τους και υπάρχει περιορισμένη έρευνα σχετικά με τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών ψυχιατρικής αποκατάστασης στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Σύμφωνα με μελέτες, το 40% των ασθενών με σχιζοφρένεια δεν είχαν καμία επαγγελματική ή εκπαιδευτική προοπτική στην απόρριψη από το νοσοκομείο στο Βέλγιο. Οι μελέτες που έγιναν στο Ισραήλ έδειξαν μόνο περίπου το 15-20% του εκτιμώμενου αριθμού των επιλέξιμων πληθυσμών έλαβαν την υπηρεσία αποκατάστασης. Η έκθεση του Νεπάλ έδειξε ότι το 1-20% των ατόμων με ψυχωσικές διαταραχές στις εγκαταστάσεις εξωτερικών ασθενών έλαβαν υπηρεσίες ψυχιατρικής αποκατάστασης. (Poon et.al. 2017)

Ο ΠΟΥ δήλωσε ότι παραμένει μια ομάδα ασθενών με ψυχωσικές διαταραχές που δεν αναρρώνουν επαρκώς για να παραπεμφθούν στο σπίτι μετά από αποτελεσματικές ψυχιατρικές υπηρεσίες. Η έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας υπάρχει επίσης στις πλουσιότερες χώρες. Στις ΗΠΑ, λιγότερο από το 5% των ατόμων με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές μπορούν να έχουν πρόσβαση σε ψυχιατρική αποκατάσταση υψηλής ποιότητας. Εκτιμάται ότι περίπου το 1% των ανθρώπων στην Αγγλία που πάσχουν από σχιζοφρένεια έλαβαν αποκατάσταση. Έδειξε ότι οι υπηρεσίες αποκατάστασης δεν είναι γενικά διαθέσιμες. Μια μελέτη στην Κίνα ανέφερε ότι ο ρυθμός χρησιμοποίησης των υπηρεσιών ψυχιατρικής αποκατάστασης από ασθενείς με σχιζοφρένεια ήταν μόλις 1,4% και οι περισσότεροι ασθενείς δεν συνέχισαν ποτέ με την υπηρεσία όταν επέστρεφαν στην κοινότητα. Μια άλλη μελέτη

στη Σαγκάη ανέφερε ότι το 9,2% των ασθενών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές έλαβε ψυχιατρική αποκατάσταση. (Bergin et.al. 2015)

Πολύ λίγες έρευνες έπουν χουν διεξαχθεί προσπαθούν να κατανοήσουν την κατάσταση των υπηρεσιών αποκατάστασης έτσι, λίγες πληροφορίες είναι διαθέσιμες στους προγνωστικούς παράγοντες των εν λόγω υπηρεσιών, ιδιαίτερα με βάση την κοινότητα. Μια μελέτη ανέφερε ότι οι προσδοκίες της οικογένειας και τα αρνητικά συμπτώματα του ασθενούς συσχετίζονται σημαντικά με τις ανάγκες αποκατάστασης και τη χρήση. Δύο άλλες μελέτες διαπίστωσαν ότι η ηλικία, η οικογενειακή διάρθρωση, η ντροπή της νόσου και η αυτοσυνείδηση συνδέονται με τη χρήση της ψυχιατρικής αποκατάστασης, ενώ η έλλειψη πόρων και προσωπικού της αποκατάστασης των περιφερειών επηρεάζει την παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών αποκατάστασης. (Bergin et.al. 2015)

Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν λαμβάνουν την κατάλληλη φροντίδα. Είναι επομένως ζωτικής σημασίας να διατυπωθούν ακριβείς πολιτικές για την ψυχική υγεία σε όλες τις χώρες για να καθοδηγηθούν οι πρακτικές για την αντιμετώπιση αυτών των πιεστικών ζητημάτων. Βάσει του σημείου αυτού, το εθνικό σχέδιο εργασίας για την ψυχική υγεία της (2015-2020) της ΕΕ δηλώνει ότι απαιτούνται προσπάθειες για τη βελτίωση των υπηρεσιών ψυχιατρικής αποκατάστασης. Κάθε χώρα πρέπει να καθιερώσει και να αναπτύξει κοινοτικά προγράμματα αποκατάστασης για ασθενείς με ψυχική νόσο. Το σχέδιο απαιτεί τουλάχιστον ένα κέντρο εξυπηρέτησης ψυχικής υγείας να είναι χτισμένο σε κάθε περιφέρεια των χωρών. Ως σημαντικό μέρος του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι εθνικές λειτουργίες του νοσοκομείου ψυχικής υγείας πρέπει να καλύπτουν την παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών αποκατάστασης. Οι ανησυχίες σχετικά με τα επίπεδα της υπηρεσίας αποκατάστασης που λαμβάνουν όσοι έχουν σοβαρές ψυχικές ασθένειες αυξάνονται ως αποτέλεσμα των πρόσφατων αλλαγών στην πολιτική κοινωνικής πρόνοιας και στα συστήματα παροχής ψυχικής υγείας. Η αξιολόγηση της χρήσης αποτελεί μια σημαντική συνιστώσα στο σχεδιασμό των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Ο προσδιορισμός του σημερινού ποσοστού χρήσης ψυχιατρικής αποκατάστασης και των σχετικών φραγμών αποτελεί ένα κρίσιμο πρώτο βήμα στον σχεδιασμό, την ανάπτυξη και τη στοχοθέτηση παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των αναδυόμενων αναγκών ατόμων με ψυχικές διαταραχές και τη βελτίωση της



καταλληλότητας της ψυχιατρικής υπηρεσίας αποκατάστασης και των αποτελεσμάτων της υγείας των ατόμων με σοβαρή ψυχική ασθένεια. (Rangaswamy et.al. 2012)

## **5.4 Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Η συνολική φιλοσοφία της ψυχιατρικής αποκατάστασης στις ψυχικές διαταραχές περιλαμβάνει δύο στρατηγικές παρέμβασης. Η πρώτη στρατηγική είναι ατομική και στοχεύει στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων του ασθενούς στην αλληλεπίδραση με ένα αγχωτικό περιβάλλον. Η δεύτερη στρατηγική είναι οικολογική και κατευθύνεται προς την ανάπτυξη περιβαλλοντικών πόρων για τη μείωση των πιθανοτήτων στρες. Τα περισσότερα άτομα με διαταραχές χρειάζονται έναν συνδυασμό και των δύο προσεγγίσεων. (Killaspy et.al. 2014)

Η ψυχιατρική αποκατάσταση είναι μια σειρά από πρακτικές που βασίζονται σε αξίες και αποδεικτικά στοιχεία που χρησιμοποιούνται από διάφορα επαγγέλματα, όπως η επαγγελματική θεραπεία και η νοσηλευτική, που βοηθά τα άτομα με ψυχικές ασθένειες να ενισχύουν και να διατηρούν προσαρμοστικές δεξιότητες και υποστηρίξεις, όπως επαγγελματικές δεξιότητες και κοινωνικές υποστηρίξεις. Ο στόχος είναι να τους βοηθήσουν να είναι ικανοποιημένοι και επιτυχείς, δηλαδή να έχουν προσωπικό νόημα και σε κοινωνικό επίπεδο, σε περιβάλλοντα επιλογής - οικιστικά, εκπαιδευτικά, επαγγελματικά, κοινωνικά και άλλα. Οι πιο παραδοσιακές ψυχιατρικές προσεγγίσεις τείνουν να επικεντρώνονται κυρίως στην ανακούφιση των συμπτωμάτων. Ωστόσο, η αποκατάσταση επικεντρώνεται αρχικά στους στόχους των χρηστών υπηρεσιών και όχι στα προβλήματά τους. Αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για την προσωπική ανάκαμψη, ενώ ταυτόχρονα είναι και ηθικά υγιές, καθώς ο καθορισμός των στόχων του ατόμου κατ'αρχήν (με εξαιρέσεις, όπως για παράδειγμα για την προστασία του κοινού εάν χρειαστεί) υποστηρίζει την αυτοδιάθεση. Η αυτοδιάθεση, η οποία περιλαμβάνει προσωπική επιλογή, αποτελεί θεμελιώδη αρχή της σύγχρονης δεοντολογίας της υγείας. (Bergin et.al. 2015)

Η ψυχιατρική αποκατάσταση έχει ρίζες στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες απελευθερώθηκαν από τις φυλακές και τα φτωχά σπίτια και νοσηλεύονταν στα άσυλα. Αυτά τα άσυλα έγιναν γρήγορα μεγάλα στεγαστικά ιδρύματα. Από τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα, τα άτομα με ψυχική ασθένεια ενσωματώθηκαν στην κοινότητα. (Kazdin et.al. 2017)

Μία από τις πρώτες επίσημα αναγνωρισμένες παρεμβάσεις ψυχιατρικής αποκατάστασης ήταν η κατάρτιση των κοινωνικών δεξιοτήτων. Αυτό άρχισε στη δεκαετία του 1960 και εξακολουθεί να χρησιμοποιείται και αποδείχθηκε αποτελεσματική. (Phutane et.al. 2012)

Μια άλλη πρόμη παρέμβαση που σχετίζεται με την ψυχιατρική αποκατάσταση είναι η δομή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Στο πρώιμο στάδιο της αποϊδρυματοποίησης, όταν δεν υπήρχαν αρκετές υπηρεσίες στην κοινότητα, τα άτομα με ψυχικές ασθένειες αυτο-οργανώθηκαν στη Νέα Υόρκη για να ιδρύσουν το πρώτο clubhouse-Fountain House. Η λέσχη αυτή προσέφερε κοινωνική αποκατάσταση, και στη συνέχεια εξασφάλισε αποτελεσματική ψυχιατρική αποκατάσταση. (Kay et.al. 1987)

Υπάρχουν πλέον πολλές πιο αποτελεσματικές πρακτικές ψυχιατρικής αποκατάστασης. Κυμαίνονται στη διαχείριση ασθενειών και την αποκατάσταση, μέσω της υποστηριζόμενης εκπαίδευσης, της υποστήριξης της απασχόλησης και άλλων. (Bergin et.al. 2015)

Πρόσφατα, η αποτελεσματικότητα της ψυχιατρικής αποκατάστασης ενισχύθηκε με την ενσωμάτωση νέων πρακτικών της. Για παράδειγμα, η υποστηριζόμενη απασχόληση συνδυάστηκε με την υποστηριζόμενη μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση για την εξασφάλιση εξειδικευμένης εργασίας για άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Η επαγγελματική αποκατάσταση συνδυάστηκε με τη γνωστική αποκατάσταση, μια σειρά ψυχολογικών πρακτικών με ασκήσεις υπολογιστών που βοηθούν τους ανθρώπους να ξεπεράσουν γνωστικές δυσκολίες όπως προβλήματα προσοχής και μνήμης. Αυτός ο τελευταίος συνδυασμός βελτιώνει τη γνωστική ικανότητα και την επιτυχία στην εύρεση, την εξασφάλιση και τη διατήρηση της εργασίας. Και η ψυχιατρική αποκατάσταση συνδυάστηκε επίσης με την ηλεκτρονική τεχνολογία για να υποστηρίξει την αποτελεσματική λειτουργία σε ανεξάρτητες ρυθμίσεις στέγασης, όπως με τη χρήση ενός προσομοιωμένου διαδραστικού διαμερίσματος για να βοηθήσει τους ανθρώπους να μαγειρεύουν και να καθαρίζουν σε ένα διαμέρισμα. (Wang et.al. 2002)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

#### 6.1 Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Το σημείο εκκίνησης για την επαρκή κατανόηση της αποκατάστασης είναι ότι αφορά το άτομο στο πλαίσιο του ιδιαίτερου περιβάλλοντος του. Η ψυχιατρική αποκατάσταση πραγματοποιείται τακτικά υπό συνθήκες πραγματικής ζωής. Έτσι, οι νοσηλευτές πρέπει να λάβουν υπόψη τις ρεαλιστικές συνθήκες ζωής που μπορεί να αντιμετωπίσει ο ενδιαφερόμενος στην καθημερινή του ζωή. (Bergin et.al. 2015)

Ένα απαραίτητο δεύτερο βήμα είναι οι νοσηλευτές να βοηθήσουν τα άτομα να εντοπίσουν τους προσωπικούς τους στόχους. Αυτή δεν είναι μια διαδικασία όπου τα άτομα αυτά καταγράφουν απλώς τις ανάγκες τους. Οι διερευνητικές συνεντεύξεις παρέχουν μια πιο εξελιγμένη προσέγγιση για τον προσδιορισμό του προσωπικού κόστους και των οφελών των ατόμων που σχετίζονται με τις αναφερόμενες ανάγκες. Αυτό καθιστά επίσης απαραίτητη την αξιολόγηση της ετοιμότητας των ατόμων για αλλαγή. (Wig et.al. 1981)

Στη συνέχεια η διαδικασία αποκαταστατικού σχεδιασμού επικεντρώνεται στις δυνάμεις του ασθενούς. Ανεξάρτητα από τον βαθμό της ψυχοπαθολογίας ενός συγκεκριμένου ασθενούς, ο ασκούμενος πρέπει να δουλέψει με το "καλά μέρος του εγώ" στο οποίο μπορούν να κατευθύνονται οι προσπάθειες θεραπείας και αποκατάστασης". Αυτό οδηγεί σε μια στενά συνδεδεμένη έννοια: ο στόχος της αποκατάστασης της ελπίδας σε ανθρώπους που υπέστησαν σημαντικές αποτυχίες στην αυτοεκτίμηση εξαιτίας της ασθένειάς τους. Όπως δηλώνει ο Bachrach, *"είναι το είδος της ελπίδας που έρχεται με την εκμάθηση να δεχτεί το γεγονός της ασθένειας και των περιορισμών κάποιου και να προχωρήσει"*. (Li et.al. 2014)

Η ψυχιατρική αποκατάσταση δεν μπορεί να επιβληθεί. Αντίθετα, η αποκατάσταση επικεντρώνεται στα δικαιώματα του ατόμου και υποστηρίζει τη συμμετοχή και την αυτοδιάθεση του σε όλες τις πτυχές της διαδικασίας θεραπείας και αποκατάστασης. Εντός της έννοιας της ανάκτησης, η θεραπευτική συμμαχία διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην εμπλοκή του ασθενούς στον δικό του σχεδιασμό περίθαλψης. Είναι βασικό για το νοσηλευτή να μπορεί ο ασθενής να βασίζεται στην

κατανόηση και την εμπιστοσύνη, καθώς οι περισσότεροι από τους χρόνιους ψυχικά ασθενείς χάνουν στενές, στενές και σταθερές σχέσεις κατά τη διάρκεια της νόσου. Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι η κοινωνική στήριξη συνδέεται με την ανάκαμψη από χρόνιες ασθένειες, μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή και αυξημένη ικανότητα αντιμετώπισης των στρεσογόνων παραγόντων της ζωής. Οι Corrigan et al έχουν βρει ότι ο σημαντικότερος παράγοντας που διευκολύνει την αποκατάσταση είναι η υποστήριξη των συνομηλίκων. Ως εκ τούτου, η ψυχιατρική αποκατάσταση αποτελεί επίσης μια άσκηση στην οικοδόμηση δικτύων επαφής.

Τέλος, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και οι φροντιστές τους προτιμούν να θεωρούν τους εαυτούς τους ως καταναλωτές υπηρεσιών ψυχικής υγείας με ενεργό ενδιαφέρον να μάθουν για ψυχικές διαταραχές και να επιλέγουν τις αντίστοιχες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Ο καταναλωτισμός επιτρέπει την ανάληψη της προοπτικής των προσβεβλημένων ατόμων και τη σοβαρή εξέταση των σχετικών με αυτά τρόπων δράσης. Σε αυτό το πλαίσιο, οι νοσηλευτές θα πρέπει επίσης να αναγνωρίσουν ότι η διαφωνία σχετικά με την ασθένεια μεταξύ τους και του ασθενούς δεν είναι πάντα το αποτέλεσμα της ασθένειας. (Jenkins et.al. 2001)

Κατά γενικό κανόνα, τα άτομα με ψυχιατρικές αναπηρίες τείνουν να έχουν τις ίδιες φιλοδοξίες ζωής με τους ανθρώπους χωρίς αναπηρία στην κοινωνία ή τον πολιτισμό τους. Θέλουν να γίνονται σεβαστά ως αυτόνομα άτομα και να οδηγούν μια όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική ζωή. Ως εκ τούτου, επιθυμούν ως επί το πλείστον: α) τη στέγαση τους, β) την κατάλληλη εκπαίδευση και την ουσιαστική επαγγελματική σταδιοδρομία, γ) την ικανοποίηση κοινωνικών και οικείων σχέσεων και δ) τη συμμετοχή στην κοινωνική ζωή με πλήρη δικαιώματα. (Klinkenberg et.al. 2006)

## **6.2 ΣΤΕΓΑΣΗ**

Ο στόχος των ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων από τα μέσα της δεκαετίας του 1950 είναι να επανεγκατασταθούν οι χρόνια ψυχικά ασθενείς από μεγάλα στεγαστικά ιδρύματα σε κοινοτικούς χώρους. Η παροχή προστατευόμενης κατοικίας στην κοινότητα για τους μακροχρόνιους ασθενείς ήταν ένα από τα πρώτα βήματα στη διαδικασία αποϊδρυματοποίησης. Οι περισσότεροι ασθενείς μακράς διάρκειας

μπορούν να εγκαταλείψουν με επιτυχία ψυχιατρικά νοσοκομεία και να ζήσουν σε κοινοτικό περιβάλλον (De Hert et.al. 2010).

### **6.3 ΔΟΥΛΕΙΑ**

Οι ευεργετικές συνέπειες της εργασίας για την ψυχική υγεία είναι γνωστές εδώ και αιώνες. Ως εκ τούτου, η επαγγελματική αποκατάσταση αποτελεί βασικό στοιχείο της ψυχιατρικής αποκατάστασης από την αρχή της. Η επαγγελματική αποκατάσταση βασίζεται στην υπόθεση ότι η εργασία όχι μόνο βελτιώνει τη δραστηριότητα, τις κοινωνικές επαφές κ.λπ., αλλά μπορεί επίσης να προωθήσει κέρδη σε συναφείς τομείς όπως η αυτοεκτίμηση και η ποιότητα ζωής, καθώς η εργασία και η απασχόληση είναι ένα βήμα μακριά από την εξάρτηση και βήμα προς την ένταξη στην κοινωνία. Η ενισχυμένη αυτοεκτίμηση με τη σειρά της βελτιώνει την προσήλωση στην αποκατάσταση των ατόμων με διαταραχή. (Kazdin et.al. 2017)

Η επαγγελματική αποκατάσταση προέρχεται από ψυχιατρικά ιδρύματα, όπου η έλλειψη δραστηριότητας και η διέγερση οδήγησαν σε απάθεια και απομάκρυνση εσωτερικών ασθενών. Πολύ πριν από την εισαγωγή του φαρμάκου, η επαγγελματική και εργασιακή θεραπεία συνέβαλε στη βιώσιμη βελτίωση των νοσηλευόμενων ασθενών μακράς διάρκειας. Σήμερα, η επαγγελματική και εργασιακή θεραπεία δεν είναι πλέον βασισμένη στο νοσοκομείο, αλλά αποτελεί την αφετηρία μιας ευρείας ποικιλίας τεχνικών αποκατάστασης που διδάσκουν επαγγελματικές δεξιότητες. (Killaspy et.al. 2014)

Τα προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης στην κοινότητα παρέχουν μια σειρά βαθμίδων για την προώθηση της εισόδου εργασίας ή της επανένταξης. Κατά τη μεταβατική απασχόληση, παρέχεται προσωρινό εργασιακό περιβάλλον για τη διδασκαλία των επαγγελματικών δεξιοτήτων, το οποίο θα επιτρέψει στο άτομο που θα επηρεαστεί να προχωρήσει σε ανταγωνιστική απασχόληση. Όμως, πολύ συχνά το χάσμα μεταξύ της μεταβατικής και της ανταγωνιστικής απασχόλησης είναι τόσο ευρύ που τα άτομα παραμένουν σε προσωρινό εργασιακό περιβάλλον. Τα προστατευόμενα εργαστήρια που παρέχουν προ-επαγγελματική κατάρτιση συχνά αποδεικνύονται αδιέξοδο για τα άτομα με αναπηρία. (Roessler et.al. 2006)

Μία συνέπεια των δυσκολιών ενσωμάτωσης των ατόμων στην κοινή αγορά εργασίας ήταν η σταθερή ανάπτυξη συνεταιρισμών που λειτουργούν εμπορικά με προσωπικό

με αναπηρίες και άτομα χωρίς αναπηρία που εργάζονται μαζί με ισότιμους όρους και με τη διαχείριση. Οι νοσηλευτές εργάζονται στο βάθος αυτών των δομών, παρέχοντας υποστήριξη και εμπειρογνωμοσύνη. (Morgan et.al. 2014)

Σήμερα, το πιο ελπιδοφόρο μοντέλο επαγγελματικής αποκατάστασης υποστηρίζεται από την απασχόληση. Στο "ατομικό μοντέλο τοποθέτησης", τα άτομα τοποθετούνται σε ανταγωνιστική απασχόληση σύμφωνα με τις επιλογές τους το συντομότερο δυνατόν και λαμβάνουν όλη την υποστήριξη που απαιτείται για τη διατήρηση της θέσης τους. Η υποστήριξη που παρέχεται συνεχίζεται επ'αόριστον. Η συμμετοχή στα προγράμματα ακολουθείται από αύξηση της ικανότητας ανεύρεσης και διατήρησης της απασχόλησης. Διαπιστώθηκαν επίσης σχέσεις μεταξύ της απασχόλησης και των μη επαγγελματικών αποτελεσμάτων, όπως η βελτιωμένη αυτοεκτίμηση, η κοινωνική ένταξη, οι σχέσεις και ο έλεγχος της κατάχρησης.

Πολλά άτομα στην ΕΕ αποκτούν μη εξειδικευμένες θέσεις μερικής απασχόλησης. Δεδομένου ότι οι περισσότερες μελέτες αξιολόγησαν μόνο βραχείες (12-18 μήνες) περιόδους παρακολούθησης, οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις παραμένουν ασαφείς. Εξάλλου, πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι η ένταξη στην αγορά εργασίας δεν εξαρτάται μόνο από την ικανότητα των προσώπων που επηρεάζονται να εκπληρώσουν έναν ρόλο εργασίας και από την παροχή προηγμένων τεχνικών επαγγελματικής κατάρτισης και υποστήριξης, αλλά και από την προθυμία κοινωνία να ενσωματώσει τα πλέον αναπηρικά μέλη της. (Rangaswamy et.al. 2012)

## **6.4 ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΣΧΕΣΕΩΝ**

Τα τελευταία χρόνια, η κατάρτιση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην ψυχιατρική αποκατάσταση έγινε πολύ δημοφιλής και έχει ευρέως διακηρυχθεί. Ο σημαντικότερος υποστηρικτής της κατάρτισης στις δεξιότητες είναι ο Robert Liberman, ο οποίος έχει σχεδιάσει συστηματική και δομημένη κατάρτιση δεξιοτήτων από τα μέσα της δεκαετίας του 1970. Ο Liberman και οι συνάδελφοί του συνέδεσαν την κατάρτιση δεξιοτήτων με τη μορφή ενοτήτων με διαφορετικά θέματα. Οι ενότητες εστιάζονται στη διαχείριση φαρμάκων, τη διαχείριση συμπτωμάτων, τη διαχείριση ουσιών κατάχρησης ουσιών, τις βασικές ικανότητες συζήτησης, τη διαπροσωπική επίλυση προβλημάτων, τη φιλία και την οικειότητα, την αναψυχή και τον ελεύθερο χρόνο, τις

βασικές αρχές του χώρου εργασίας, την επανεισδοχή και την οικογενειακή συμμετοχή. Κάθε ενότητα αποτελείται από περιοχές δεξιοτήτων. Οι τομείς δεξιοτήτων διδάσκονται σε ασκήσεις με βίντεο επίδειξης, ασκήσεις παιχνιδιού ρόλων και επίλυσης προβλημάτων και in vivo και εργασίες στο σπίτι. (Poon et.al. 2017)

Τα αποτελέσματα πολλών ελεγχόμενων μελετών υποδεικνύουν ότι άτομα μπορούν να διδάσκονται ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών δεξιοτήτων. Η κοινωνική και κοινοτική λειτουργία βελτιώνεται όταν οι εκπαιδευμένες δεξιότητες σχετίζονται με την καθημερινή ζωή του ασθενούς και το περιβάλλον αντιλαμβάνεται και ενισχύει την αλλαγή συμπεριφοράς. Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής, τα οφέλη από την κατάρτιση δεξιοτήτων συμβαίνουν αργά. Επιπλέον, πρέπει να παρέχεται μακροχρόνια κατάρτιση για θετικά αποτελέσματα. Συνολικά, η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην απόκτηση και διατήρηση των δεξιοτήτων και στη μεταφορά τους στην κοινωνική ζωή (Changhui et.al. 1998).

## **6.5 ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΣΧΕΣΕΩΝ**

Ως συνέπεια της αποϊδρυματοποίησης, το βάρος της φροντίδας μειώνεται όλο και περισσότερο στους συγγενείς των ψυχικά ασθενών. Η ανεπίσημη φροντίδα συμβάλλει σημαντικά στην υγειονομική περίθαλψη και την αποκατάσταση. 50-60 τοις εκατό των ατόμων με ψυχική νόσο ζουν με τους συγγενείς τους μετά από οξεία ψυχιατρική θεραπεία. Αυτό πολλές οικογένειες δεν το επιλέγουν οικειοθελώς. Η φροντίδα επιβαρύνει σημαντικά τις οικογένειες. Εκείνοι που παρέχουν άτυπη φροντίδα αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία, συμπεριλαμβανομένων υψηλότερων επιπέδων στρες και κατάθλιψης, και χαμηλότερα επίπεδα υποκειμενικής ευεξίας, σωματικής υγείας και αυτοεκτίμησης. Επιπλέον, δεν είναι όλες οι οικογένειες εξίσου ικανές να παρέχουν πλήρη υποστήριξη στο μέλος με ψυχική νόσο και είναι πρόθυμες να αντικαταστήσουν ανεπαρκή συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Οι φροντιστές αντιμετωπίζουν τακτικά υψηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης όταν έχουν κακές ικανότητες αντιμετώπισης και μειωμένη κοινωνική στήριξη. Ωστόσο, οι οικογένειες αντιπροσωπεύουν επίσης συστήματα υποστήριξης, το οποίο παρέχει φυσικές ρυθμίσεις για τη μάθηση που εξαρτάται από το περιβάλλον

και είναι σημαντική για την αποκατάσταση της λειτουργίας. Ως εκ τούτου, έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον να βοηθηθούν οι οικογένειες που πλήττονται από την έναρξη των μεταρρυθμίσεων περίθαλψης. (WHO et.al. 2008)

Ένας τομέας ενδιαφέροντος ασχολείται με τις προσδοκίες των συγγενών όσον αφορά την παροχή φροντίδας. Συγγενείς αρκετά συχνά δεν λαμβάνονται σοβαρά υπόψη και επίσης αισθάνονται ανεπαρκώς ενημερωμένοι από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας. Μπορούν επίσης να αισθάνονται ότι η συμβολή τους στη φροντίδα δεν εκτιμάται ή ότι θα κατηγορηθούν για τυχόν προβλήματα ασθενών. Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι υπάρχει μεγάλη απογοήτευση και δυσαρέσκεια μεταξύ των συγγενών, λαμβάνοντας υπόψη το σωματικό, οικονομικό και συναισθηματικό οικογενειακό βάρος. (Golba et.al. 2015)

Τα προγράμματα οικογενειακής παρέμβασης παρήγαγαν πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στη μείωση του ποσοστού υποτροπής αλλά και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων, π.χ. ψυχοκοινωνική λειτουργία. Ενδεχομένως, οι οικογενειακές παρεμβάσεις μπορούν να μειώσουν το οικογενειακό βάρος. Αλλά πρέπει επίσης να εκτιμήσουμε ότι δεν είναι σαφές ποια είναι τα αποτελεσματικά συστατικά των διαφορετικών μοντέλων. Επιπλέον, οι οικογενειακές παρεμβάσεις διαφέρουν ως προς τη συχνότητα και τη διάρκεια της θεραπείας. Δεν υπάρχουν επίσης κριτήρια για την ελάχιστη απαιτούμενη θεραπεία. (Tarasenko et.al. 2013)

Τέλος, πρέπει να γνωρίζουμε ότι οι περισσότερες οικογενειακές παρεμβάσεις αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο των δυτικών κοινωνιών κατά την αποϊδρυματοποίηση. Η φροντίδα της οικογένειας μπορεί να είναι αρκετά διαφορετική σε διαφορετικό πολιτισμικό πλαίσιο. Αυτό αναφέρεται σε άλλους πολιτισμούς συνολικά καθώς και σε μειονοτικές ομάδες στις δυτικές κοινωνίες. (Fisher et.al. 2009)

## **6.6 ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ ΜΕ ΠΛΗΡΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν συχνά τις βλαπτικές επιπτώσεις του στιγματισμού και των διακρίσεων στη ζωή των ανθρώπων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες. Πολυάριθμες



μελέτες έχουν εξετάσει τι στιγματίζει τη στάση απέναντι στους ανθρώπους με ψυχικές ασθένειες. Τα τελευταία χρόνια, το επιστημονικό ενδιαφέρον με την προοπτική του επισημασμένου ατόμου έχει επίσης αυξηθεί. Υπάρχουν εκτεταμένες εμπειρικές ενδείξεις για τις αρνητικές συνέπειες της επισήμανσης και του αντιληπτού στιγματισμού. Αυτές περιλαμβάνουν την αποδυνάμωση, τη χαμηλή ποιότητα ζωής, την ανεργία και τα μειωμένα κοινωνικά δίκτυα. Αφού αποδίδεται η ετικέτα "ψυχική ασθένεια" και έχοντας επίγνωση των σχετικών αρνητικών στερεοτύπων, τα προσβεβλημένα άτομα αναμένουν να απορριφθούν, να υποτιμηθούν ή να γίνουν διακρίσεις. Αυτός ο φαύλος κύκλος μειώνει την πιθανότητα ανάκτησης και κανονικής ζωής. (Bergin et.al. 2015)

Από την άλλη πλευρά, τα καλά ενσωματωμένα άτομα με ψυχικές ασθένειες παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά την ψυχοπαθολογία και την ποιότητα ζωής. Η σημασία της κοινωνικής ενσωμάτωσης υπογραμμίζεται ακόμα περισσότερο όταν εξετάζεται η υποκειμενική διαθεσιμότητα υποστήριξης: η αντιληπτή κοινωνική στήριξη προβλέπει αποτελέσματα όσον αφορά την ανάκαμψη από οξεία επεισόδια ψυχικής νόσου, την κοινωνική ένταξη και την ποιότητα ζωής. (Silverstein et.al. 2009)

Με βάση τη διεξοδική έρευνα στον τομέα αυτόν την τελευταία δεκαετία, αναπτύχθηκαν διάφορες στρατηγικές για την καταπολέμηση του στιγματισμού και των διακρίσεων που υφίστανται όσοι έχουν ψυχικές ασθένειες. Τα άτομα που έρχονται σε επαφή με ψυχικά άρρωστα άτομα έχουν συχνά μια πιο θετική στάση. Η επαφή με τους ψυχικά ασθενείς επίσης μειώνει την κοινωνική απόσταση, γεγονός που αποτελεί ισχυρό επιχείρημα υπέρ της κοινοτικής ψυχιατρικής νοσηλευτικής. Άλλες πρωτοβουλίες έχουν ως στόχο το στίγμα μέσω πιο ολοκληρωμένων προγραμμάτων. Το WPA ξεκίνησε ένα από τα διεθνώς γνωστά προγράμματα το 1996. Όλες αυτές οι πρωτοβουλίες καθιστούν σαφές ότι οι προσπάθειες για την επανένταξη ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες στην κοινωνική ζωή πρέπει να συνοδεύονται από μέτρα σε κοινωνικό επίπεδο. (Bergin et.al. 2015)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ**

#### **7.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η κοινωνική επανένταξη του ψυχικά πάσχοντος σχετίζεται με την δυνατότητα προσαρμογής του στο κοινωνικό πλαίσιο η οποία περιλαμβάνει την ολική αποδοχή του από τον κοινωνικό περίγυρο. Η προσαρμογή αυτή με βάση το πρόγραμμα ψυχικής αποκατάστασης «Ψυχαργός» περιλαμβάνει την μετάβαση από την αποϊδρυματοποίηση της κοινωνική συμμετοχή και την ισότητα.

Για το λόγο αυτό η κοινωνική επανένταξη επιβάλλει την προσπάθεια επαγγελματικής, οικογενειακής και προσωπικής επανένταξης. Συνεπώς η διεργασίες που αφορούν την κοινωνική επανένταξη προσανατολίζονται στην καθολική διαπραγμάτευση της κοινωνικής αποδοχής και της συνοχής στους κόλπους της κοινωνίας όλων των ψυχικά πασχόντων.

## 7.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1

Άνδρας ηλικίας 38 ετών νοσηλεύεται στην ψυχιατρική κλινική του ΠΓΝΠ παρουσιάζοντας ακουστικές παρακρούσεις και αυτοκτονικές τάσεις. Στο ατομικό του ιστορικό καταγράφονται 2 εισαγωγές στην κλινική κατά το χρονικό διάστημα 2015-2018. Ο ασθενής πάσχει από διπολική διαταραχή. κατά τις περιόδους που λάμβανε την φαρμακευτική του αγωγή δεν παρουσίαζε κανένα πρόβλημα. Οι οικείοι του αναφέρουν ότι κατά την τελευταία περίοδο ο ασθενής σταμάτησε την αγωγή μετά από δική του επιλογή.

Μετά από νοσηλεία 3 εβδομάδων ο ασθενής εξέρχεται από την κλινική και λόγω της γενικότερης ευερεθιστότητας ακολουθεί η ένταξη του στον ξενώνα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της Πάτρας συγκριμένα, στον Ξενώνα Πάτρας Α' Αρόης. Ο ασθενής κατά την παραμονή του στον ξενώνα έδειξε δυσκολία στην προσαρμογή όμως δεχόταν θετικά την παραμονή του. λαμβάνοντας κανονικά την αγωγή του άρχισε να σχεδιάζει ξανά το μέλλον του και την κοινωνική και επαγγελματική του εξέλιξη. Τέλος ο ασθενής χρησιμοποιούσε τα χρήματα που του δινότουσαν για να αγοράσει αλκοολούχα ποτά τα οποία κατανάλωνε άμεσα και σε καθημερινή βάση

<b>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</b>	<b>2.Αντικειμενικός Σκοπός</b>	<b>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
<p>Δυσκολία στην προσαρμογή</p>	<p>Δημιουργία θετικού κλίματος στον ένοικο</p>	<p>Δυνατότητα έκφρασης συναισθημάτων</p> <p>Ανάπτυξη οικειότητας με τους άλλους ενοίκους</p>	<p>Συνομιλία με τον ένοικο για τους λόγους παραμονής του στη δομή</p> <p>Προσδιορισμός συναισθημάτων</p> <p>Ορθή γνωριμία με τη δομή και τις παροχές της</p>	<p>Ο ένοικος προσαρμόστηκε στη δομή.</p>

<b>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</b>	<b>2.Αντικειμενικός Σκοπός</b>	<b>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
Αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού	Κοινωνική επανένταξη	<p>Συμμετοχή ασθενούς σε κοινωνικά δρώμενα</p> <p>Διασφάλιση των δικαιωμάτων του ενοίκου</p> <p>Αντιμετώπιση του αυτόστιγματισμού.</p>	<p>Ενθάρρυνση του ενοίκου για τη συμμετοχή του σε κοινωνικά δρώμενα</p> <p>Προτροπή του ενοίκου να εξέρχεται της δομής καταλύοντας τον φόβο του</p> <p>Συνεργασία και δημιουργία αισθήματος ασφάλειας</p>	<p>Ο ένοικος ξεκίνησε την κοινωνικοποίηση του</p> <p>Ο ένοικος βγαίνει μόνος του στη γειτονιά της δομής και κάνει ψώνια</p> <p>Ο ένοικος συνομιλεί με τους καταστηματάρχες πλησίον της δομής</p>

<b>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</b>	<b>2.Αντικειμενικός Σκοπός</b>	<b>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
Επαγγελματική αποκατάσταση	Δημιουργία θετικού κλίματος επανένταξης	<p>Ενημέρωση ενοίκου για τις δυνατότητες του</p> <p>Ενθάρρυνση του ενοίκου στην επαγγελματική επανένταξη του</p> <p>Επαφές με εργασιακούς αποκαταστασιακούς φορείς</p>	<p>Διενέργεια δοκιμασιών νοημοσύνης και προσωπικότητας ( γραπτές δοκιμασίες εκτίμησης της αυτο-εικόνας σε ρόλο εργαζομένου)</p> <p>Μετρήσεις δεξιοτήτων εργασιακής προσαρμογής (ικανότητα του πάσχοντα να λειτουργεί συνεργατικά με άλλα άτομα)</p> <p>Ενημερώθηκαν οι φορείς για τις δυνατότητες του ενοίκου</p>	<p>Ξεκίνησε η διαδικασία επαγγελματικής επανένταξης</p> <p>Οι φορείς συμπεριέλαβαν τον ένοικο στη λίστα των επαρκώς ικανών ενοίκων προς επαγγελματική αποκατάσταση</p>

<b>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</b>	<b>2.Αντικειμενικός Σκοπός</b>	<b>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
Δυσκολία αποδοχής από την οικογένεια	Πλήρης αποδοχή ενοίκου την οικογένεια	Ενημέρωση οικογένειας  Επικοινωνία οικογένειας με δομές υποστήριξης	Προγραμματισμένες συνεδρίες νοσηλευτή και ψυχολόγου με την οικογένεια του ενοίκου  Συμβουλευτικές συναντήσεις με άλλες οικογένειες στο πλαίσιο ομαδικές συνεδρίας	Η οικογένεια αποδέχτηκε τον ένοικο  Συχνή επίσκεψη της οικογένειας στη δομή

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Διαχείριση χρημάτων</p>	<p>Εκπαίδευση ασθενούς στη διαχείριση χρημάτων και την αποφυγή αγοράς αλκοόλ</p>	<p>Καταγραφή αναγκών ασθενούς</p> <p>Ψυχολογική υποστήριξη</p>	<p>Ο ασθενής ενημερώθηκε για τη σωστή διαχείριση των χρημάτων του</p> <p>Μέσα από την καταγραφή αναγκών ταξινομήθηκαν οι ανάγκες ώστε να αντιληφθεί τη σημαντικότητα τους</p> <p>Στήριξη ασθενούς ώστε να αποφύγει την κατανάλωση αλκοόλ</p>	<p>Ο ασθενής αντιλήφθηκε τις ανάγκες του</p> <p>Ο ασθενής χρησιμοποιεί ποιοτικά τα χρήματα του και αποφεύγει το αλκοόλ</p>



## 7.3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Γυναίκα ηλικίας 35ετών εισήχθη στην ψυχιατρική κλινική του ΠΓΝΠ με το εξής ιστορικό. Η γυναίκα γέννησε πριν από 4 μήνες ένα κοριτσάκι μετά από φυσιολογικό τοκετό. Στο ιστορικό της καταγράφεται δύσκολη εγκυμοσύνη με συνεχής τάσεις εμετού, ζάλης και απώλεια ύπνου.

Μετά τον τοκετό παρουσίασε άρνηση να δει το παιδί ενώ μετά την έξοδο από τη μαιευτική κλινική αρνήθηκε να θηλάσει το παιδί και παρουσίασε εγκατάλειψη της προσωπικής υγιεινής καθώς και της υγιεινής του παιδιού.

Τις τελευταίες μέρες η γυναίκα δείχνει επιθετικές τάσεις προς το παιδί και δεν επιθυμεί πλέον να το δει καθόλου.

Μέσα από την εξέταση από το ψυχίατρο εξήχθη η διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης.

<b>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</b>	<b>2.Αντικειμενικός Σκοπός</b>	<b>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
<p>Δυσκολία στην προσαρμογή</p>	<p>Διαχείριση νέας τάξης πραγμάτων</p>	<p>Ηθική και ψυχολογική υποστήριξη</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής</p>	<p>Συνομιλία με την ασθενή για την υποδοχή χορήγησης της αγωγής</p> <p>Ενισχύουμε την ψυχολογία της ασθενούς για ένα μήνα</p> <p>Χορηγήθηκαν Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά Anafranil μετά από ιατρική εντολή</p>	<p>Η ασθενής αντιλήφθηκε τις αλλαγές που έχουν επέλθει στη ζωή της</p>

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αίσθημα άρνησης και επιθετικές τάσεις προς το παιδί	Μείωση επιθετικών τάσεων στο παιδί	Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς  Ενημέρωση κοινωνικού λειτουργού και ψυχολόγου	Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις για την αποδοχή του βρέφους  Προγραμματίστηκε καθημερινή επαφή με τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχολόγο  Διαρκής συνομιλία για τη μητρότητα	Η ασθενής άρχισε να νιώθει καλύτερα και να επιθυμεί να δει το παιδί  Οι επιθετικές τάσεις προς το παιδί εξαλείφθηκαν

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Άρνηση λήψης φαρμακευτικής αγωγής</p>	<p>Εκπαίδευση ασθενούς σχετικά με την αναγκαιότητα της αγωγής</p>	<p>Ανίχνευση παραγόντων κινδύνου της μη συμμόρφωσης με τη θεραπευτική αγωγή</p> <p>Αναγνώρισης του προβλήματος</p>	<p>Δημιουργία μιας καλής θεραπευτικής σχέσης</p> <p>Ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με την τον λόγο που πρέπει να λαμβάνει την αγωγή</p> <p>Ένταξη ασθενούς σε ομάδες υποστήριξης</p>	<p>Η ασθενής λαμβάνει κανονικά τη θεραπευτική αγωγή</p>

<b>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</b>	<b>2.Αντικειμενικός Σκοπός</b>	<b>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
Αίσθημα φόβου	Μείωση του φόβου	<p>Χορήγηση μυοχαλαρωτικών φαρμάκων</p> <p>Ψυχολογική ενδυνάμωση</p> <p>Συζήτηση με την οικογένεια της ασθενούς</p>	<p>Χορήγηση για μια 7 ημέρες για την μυϊκή χαλάρωση της ασθενούς.</p> <p>Συνεχής συζήτηση με την ασθενή και την οικογένεια της για το ρόλο του καθενός στη στήριξη της</p>	Μείωση του φόβου της ασθενούς

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Τα άτομα με ψυχικές νόσους έχουν ακραίες και έντονες συναισθηματικές καταστάσεις. Η θεραπεία, η μεγαλύτερη συνειδητοποίηση και η κατανόηση μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα σχετικά με τη διαχείριση των ψυχικά πασχόντων.

Η σύγχρονη προσέγγιση την ψυχικής ασθένειας καταλύει τον ιδρυματισμό και δημιουργεί ευνοϊκές συνθήκες τόσο για την κοινωνική όσο και για την επαγγελματική αποκατάσταση.

Σε κάθε περίπτωση η ψυχική νόσος θα πρέπει να μη θεωρείται ταμπού και η κοινωνική ενσωμάτωση να προωθείται για όλα τα άτομα. Σύμφωνα με τη διεθνή και εγχωρία βιβλιογραφία η επανένταξη των ατόμων αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της σύγχρονης κοινωνίας, η οποία θα πρέπει να εγκαταλείψει τα φαινόμενα στιγματισμού και απομόνωσης των ατόμων αυτών δίνοντας τους την ευκαιρία να ενωθούν πάλι στους κόλπους της να εργαστούν και να κοινωνικοποιηθούν.

## **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Για την ομαλή κοινωνική επανένταξη των ψυχικά πασχόντων θα πρέπει:

- Να κατασταλεί ο φόβος και ο στιγματισμός μέσα από προγράμματα ενημέρωσης στην κοινότητα
- Να προωθηθούν περισσότερο οι ξενώνες αυτόνομης διαβίωσης και τα προστατευόμενα διαμερίσματα
- Να προωθηθεί η απασχόληση των ατόμων αυτών μέσα από κοινοτικές δράσεις
- Να ενθαρρυνθεί η σύνδεση των δομών με την αγορά εργασίας.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η κοινωνική επανένταξη των ψυχικά πασχόντων αποτελεί μια ολόκληρη προσέγγιση συστημάτων αποκατάστασης που μεγιστοποιεί στο άτομο την ποιότητα της ζωής και την κοινωνική ενσωμάτωσης με την ενθάρρυνσή τους στις δεξιότητες, την προώθηση την ανεξαρτησίας και την αυτονομία.

Η πρακτική της ψυχιατρικής αποκατάστασης κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχει υποστεί σταδιακή βελτίωση, η οποία έχει οδηγήσει σε μια πληθώρα προγραμμάτων παρέμβασης. Ωστόσο, σε μεγάλο βαθμό, περιορίστηκε στις ανεπτυγμένες χώρες.

Η έλλειψη αξιοποίησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να οδηγήσει σε μη αναστρέψιμες συνθήκες. Ωστόσο, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην παρέχονται κυρίως από ψυχιατρικούς ειδικούς σε μεγάλα νοσοκομεία.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Bergin N. (2015) Cops increasingly the first call for mental health episodes. *Lincoln Journal Star* November 10

Changhui C, (1998) Epidemiology investigation for Schizophrenia in seven areas of China. *Chin J Psychiatry*. 31(2):72–74.

Davidson L, Strauss JS. (1995) Beyond the biopsychosocial model: integrating disorder, health, and recovery. *Psychiatry*. 58:44–55.

De Hert M, Detraux J, Peuskens J. (2010) Practice of and services for psychosocial rehabilitation of people with schizophrenia in Belgium. *Giorn Ital Psicopat*. 16:255–265.

Fisher WH, Geller JL, Pandiani JA. (2009) The changing role of the state psychiatric hospital. *Health Aff (Millwood)*. 28:676–684.

Golba KL. (2015) Services for people with serious mental illness: the impact of national, state and local policy and practice [dissertation]. Lincoln, NE: Psychology, University of Nebraska—Lincoln.

Jenkins R. (2001) Making psychiatric epidemiology useful: the contribution of epidemiology to government policy. *Acta Psychiatr Scand*. 103:2–14.

Kay SR, Fiszbein A, Opfer LA. (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 13(2):261.

Kazdin AE. (2017) Addressing the treatment gap: a key challenge for extending evidence-based psychosocial interventions. *Behav Res Ther*. 88:7–18

Killaspy H. (2014) Contemporary mental health rehabilitation. *East Asian Archives of Psychiatry*. 2014;24(3):89.



Klingberg S. (2014) Cognitive behavior therapy for positive symptoms. In: Schaub A, Falkai P, editors. , eds. *Cognitive Dysfunction in Schizophrenia: Origins and Cutting-Edge Innovative Treatments*. Munich, Germany.

Klinkenberg WD, Calsyn RJ (2006) . Predictors of receipt of aftercare and recidivism among persons with severe mental illness: a review. *Psychiatr Serv.* 47(5):487–496.

Li D, Tsui MC, Yuan GZ. (2014) (China's new Mental Health Law needs to tackle manpower imbalance of professionals in schizophrenia psychosocial rehabilitation. *Int J Soc Psychiatry.* 60(4):410–411.

Morgan C, Lappin J, Heslin M, Donoghue K, Lomas B, Reininghaus U, (2014). Reappraising the long-term course and outcome of psychotic disorders: the AESOP-10 study. *Psychol Med.* ;44:2713–2716.

Phutane VH, (2012) Barriers to discharge of patients from a government-run day-care psychiatric rehabilitation center in India. *Asian J Psychiatry.* 5(1):34–37.

Poon A, Joubert L, Mackinnon A, Harvey C. (2017) A longitudinal population-based study of carers of people with psychosis. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 26:265–275.

Rangaswamy T, Sujit J.(2012) Psychosocial rehabilitation in developing countries. *Int Rev Psychiatry.* 24(5):499–503.

Roessler W. (2006) Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World Psychiatry.* 5(3):151.

Silverstein SM, Spaulding WD, Menditto AA, (2009) Attention shaping: a reward-based learning method to enhance skills training outcomes in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 35:222–232.

Tarasenko M, Sullivan M, Ritchie AJ, Spaulding WD.(2013) Effects of eliminating psychiatric rehabilitation from the secure levels of a mental-health service system. *Psychol Serv.* 10:442–451

Test MA, Knoedler WH, Allness DJ. (1985) The long-term treatment of young schizophrenics in a community support program. *New Dir Ment Health Serv.* 17–27.

Wang PS, Demler O, Kessler RC. (2002) Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *Am J Public Health.*92(1):92–98.

WHO (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: World Health Organization.

WHO . (2012) Mental health. Geneva: World Health Organization; 2012.

Wig N, Srinivasmurthy R. (1981) An approach to organizing rural psychiatric services. A report from WHO project “Strategies for extending mental health care”. Geneva: World Health Organization.