



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



Φοιτήτρια: Μαρία Παρδαλού (Α.Μ. 18625 / 935)

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μαίρη Γκούβα
Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών**

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2021

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	5
Abstract.....	6
Πρόλογος.....	7
Εισαγωγή.....	8
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ – ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	9
1. Ιστορική αναδρομή.....	10
2. Επιδημιολογία της νόσου.....	12
3. Ορισμός της νόσου.....	13
3.1. Μανιακό επεισόδιο.....	13
3.2. Υπομανιακό επεισόδιο.....	14
3.3. Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.....	15
3.4. Κατάθλιψη.....	15
4. Αιτιολογία της νόσου.....	16
4.1. Γενετικοί παράγοντες.....	16
4.2. Βιοχημικοί παράγοντες.....	16
4.3. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.....	17
4.4. Άλλοι παράγοντες.....	17
5. Διάγνωση.....	18
5.1. Διάγνωση της διπολικής διαταραχής.....	18
5.2. Κλινική αξιολόγηση του ασθενούς με διπολική διαταραχή.....	19
6. Θεραπεία της νόσου.....	21
6.1. Αξιολόγηση του ασθενούς.....	21
6.2. Φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική αγωγή.....	21
6.2.1. Φαρμακευτική αγωγή.....	21
6.2.2. Ψυχοθεραπευτική αγωγή.....	22
6.3. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.....	24
ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ...25	
1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην διάγνωση της διπολικής διαταραχής.....	26
1.1. Διάγνωση.....	26
1.1.1. Διάκριση ασθενών που μπορεί να πάσχουν από διπολική διαταραχή.....	27
2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπεία της διπολικής διαταραχής.....	28
2.1. Φαρμακευτική θεραπεία επεισοδίων.....	29
2.1.1. Μανιακό επεισόδιο.....	29
2.1.2. Υπομανιακό επεισόδιο.....	29
2.1.3. Καταθλιπτικό επεισόδιο.....	29

2.2. Εκπαίδευση του ασθενή.....	30
3. Διατροφή ασθενούς και ρόλος του νοσηλευτή.....	31
ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ – ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	32
Ποιοτική έρευνα- μελέτη περίπτωσης.....	33
1. Ερευνητικό ερώτημα και σκοπός της παρούσας μελέτης.....	33
2. Μεθοδολογική προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος.....	33
3. Παρουσίαση του ιστορικού των συμπτωμάτων.....	34
4. Παρουσίαση του κοινωνικού ιστορικού.....	34
5. Αναπαράσταση για τα αίτια της νόσου.....	35
6. Στόχοι φροντίδας.....	35
7. Συμπεράσματα- Προτάσεις.....	36
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	37

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διπολική διαταραχή είναι μια από τις σοβαρότερες ψυχικές νόσους στις μέρες μας. Η διπολική διαταραχή ή μανιοκαταθλιπτική νόσος ανήκει στις διαταραχές διάθεσης και είναι μια χρόνια νόσος του εγκεφάλου που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες και έντονες μεταπτώσεις στη συναισθηματική διάθεση, τη σκέψη, τη συμπεριφορά και την κινητική δραστηριότητα. Εναλλάσσεται από περιόδους νορμοθυμίας (φυσιολογικής διάθεσης) σε περιόδους μανίας , υπομανίας ή κατάθλιψης.

Σκοπός : Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι να διερευνήσει και να τεκμηριώσει τα δεδομένα σχετικά με τη συγκεκριμένη ασθένεια με βάση μελέτες, έρευνες και άρθρα που δημοσιεύθηκαν σε έγκυρα ιατρικά και νοσηλευτικά περιοδικά στο Διαδίκτυο.

Υλικό και Μέθοδος : Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στην ηλεκτρονική βάση Google scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία τριετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν διπολική διαταραχή, μανιοκατάθλιψη, μανία, υπομανία, φαρμακευτική θεραπεία, ψυχοθεραπεία, ψυχικές διαταραχές, διπολικότητα.

Αποτελέσματα : Η διπολική διαταραχή αποτελεί μια διαταραχή που οφείλεται σε πολλαπλά αίτια. Η νόσος εκδηλώνεται με επεισόδια κατάθλιψης κατά κύριο λόγο σε συνδυασμό με επεισόδια μανίας ή υπομανίας αναλόγως τον τύπο της διπολικής διαταραχής. Η νόσος επηρεάζει την καθημερινότητα του ατόμου, συνδέεται με άλλες ψυχιατρικές και μη νοσηρότητες και με την αυτοκτονία. Η θεραπεία της νόσου είναι περίπλοκη και μακροχρόνια, επειδή απαιτεί ένα συνδυασμό φαρμάκων και ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων.

Συμπεράσματα : Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών αυτών είναι σημαντική για την βελτίωση των συμπτωμάτων και ελέγχου της νόσου.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ : Διπολικότητα, διπολική διαταραχή, μανιακή κατάθλιψη, ψυχικές διαταραχές, μανία, υπομανία, φαρμακευτική θεραπεία, ψυχοθεραπεία.

Abstract

Bipolar disorder is one of the most serious mental illnesses today. Bipolar disorder or manic-depressive disorder is a disorder of the brain and is a chronic disease of the brain characterized by recurrent and intense transitions in emotional mood, thinking, behavior and motor activity. It alternates from periods of normalcy (normal mood) to periods of mania, hypomania or depression.

AIM: The purpose of this work is to investigate and document the data on the specific disease based on studies, research and articles published in valid medical and nursing magazines on the Internet.

MATERIALS AND METHODS: A review of the international bibliography in the Google Scholar electronic database has been reviewed. The study material consisted of selected articles published predominantly in the last 2 years and the material was collected following a detailed study of the relevant literature. Words used in combinations during the search were: bipolar disorder, manic depression, mania, hypomania, medication therapy, psychotherapy, mental disorders, bipolarity.

RESULTS: Bipolar disorder is a disorder that has multiple causes. The disease manifests itself with episodes of depression mainly in combination with episodes of mania or hypomania depending on the type of bipolar disorder. The disease affects the daily life of the individual, is associated with other psychiatric and non-morbidities and with suicide. The treatment of the disease is complicated and long-term, because it requires a combination of drugs and psychotherapeutic interventions.

CONCLUSIONS: The nursing care of these patients is a significant improvement in the symptoms and the control of the disease.

KEY WORDS: Bipolarity, bipolar disorder, manic depression, mental disorders, mania, hypomania, medication therapy, psychotherapy.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι νοσηλευτές που εργάζονται στον ψυχιατρικό τομέα είναι ειδικοί νοσηλευτές που έχουν σαν αντικείμενο τη διαχείριση ασθενών σε κατάσταση οξείας ψυχιατρικής κατάστασης, την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας, τη φαρμακευτική αγωγή, τη θεραπεία και την γενικότερη υποστήριξη του ψυχικά ασθενούς. Ακόμα η ψυχική νοσηλευτική βασίζεται ολοκληρωτικά στην επικοινωνία και στην καλή ανάπτυξη σχέσεων μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή. Οι νοσηλευτές από την μεριά τους μαθαίνουν τις καθημερινές συνήθειες, τα συμπτώματα και τις θεραπείες των ασθενών και δημιουργούν εξατομικευμένα σχέδια φροντίδας (Santhini, 2019).

Στους ασθενείς που πάσχουν από διπολική διαταραχή όλα τα παραπάνω απαιτούνται στο μέγιστο βαθμό. Οι ασθενείς αυτοί συνεχίζουν να αποτελούν ενεργά μέλη της κοινωνίας, μπορεί να είναι παραγωγικοί, να έχουν οικογένεια και κοινωνικές σχέσεις, με μια βασική προϋπόθεση: να έχουν την κατάλληλη παρακολούθηση και φροντίδα.

Για τον παραπάνω λόγο γίνεται η συγκεκριμένη εργασία, έτσι ώστε να αναδειχθεί η σημαντικότητα των οργανωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αυτές οι υπηρεσίες όταν παρέχονται με σωστό τρόπο, περιορίζουν τις παρενέργειες της ψυχικής υγείας, τον κοινωνικό στιγματισμό.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διπολική διαταραχή ή αλλιώς γνωστή ως μανιοκατάθλιψη είναι μια επαναλαμβανόμενη διαταραχή που επηρεάζει περισσότερο από το 1% του παγκόσμιου πληθυσμού και συνήθως έχει την έναρξή της κατά τη διάρκεια της νεανικής ηλικίας. Η χρόνια πορεία της σχετίζεται με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας, καθιστώντας τη διπολική διαταραχή μία από τις κύριες αιτίες αναπηρίας μεταξύ των νέων και των εργαζομένων (Vieta et al. 2018).

Η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται από ακραίες αλλαγές στη διάθεση, από μανία έως κατάθλιψη. Μεταξύ αυτών των επεισοδίων διάθεσης, ένα άτομο με διπολική διαταραχή μπορεί να έχει φυσιολογική διάθεση. Η μανία περιγράφει μία ολοένα και πιο ανήσυχη, ενεργητική, ομιλητική, απερίσκεπτη, ισχυρή, ευφορική περίοδο. Ακόμη, το άτομο που βρίσκεται σε ένα μανιακό επεισόδιο, μπορεί να έχει σεξουαλικές ορμές σε μεγαλύτερο βαθμό από πριν, θυμό και να νιώθει ότι είναι παγιδευμένος. Το καταθλιπτικό επεισόδιο περιγράφει την αντίθετη διάθεση. Δηλαδή το άτομο νιώθει θλίψη, αίσθηση αναξιολόγησης, απώλεια ενέργειας, απώλεια ευχαρίστησης, προβλήματα στον ύπνο και να νιώθει ότι θέλει να κλάψει (Bhandari , 2020).

Η διπολική διαταραχή, που οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην χρόνια και επαναλαμβανόμενη πορεία της, αποτελεί σημαντικό βάρος για τον ασθενή, την οικογένεια και την κοινωνία και η θεραπεία της είναι απαραίτητη για την πρόληψη των κύριων επιπλοκών της νόσου. Στις ανεπτυγμένες χώρες, η διπολική διαταραχή κατατάσσεται στις 10 πρώτες αιτίες της αναπηρίας. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι η πιο σοβαρή επιπλοκή της διπολικής διαταραχής είναι η αυτοκτονία. Άλλες σημαντικές επιβαρύνσεις που συνδέονται με τη διπολική διαταραχή είναι η αυξημένη θνησιμότητα από ιατρικά αίτια, η κατάχρηση ουσιών (κυρίως αλκοολισμός), η συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές όπως το άγχος, η συμπεριφορά και οι διατροφικές διαταραχές και τα χρόνια συναισθηματικά συμπτώματα (Novick et al., 2010). Ακόμη πρέπει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς με διπολική διαταραχή έχουν τεράστια οικονομική επιβάρυνση λόγω αυτής της διαταραχής, υπολογίζεται στις ΗΠΑ ότι είναι περίπου 31 δισεκατομμύρια δολάρια σε άμεσο κόστος και 120 δις δολάρια σε έμμεσες δαπάνες (Dilsaver, 2011).

Όλα τα παραπάνω στοιχεία γέννησαν τα σχετικά ερεθίσματα και μου έδωσαν το κίνητρο να ασχοληθώ με το συγκεκριμένο κείμενο. Μέσα από την κριτική ανάλυση και την παράθεση των στοιχείων της νοσηλευτικής επιστήμης, επιδιώκω να παρουσιάσω το θέμα από τη θέση της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, με την ανάδειξη νέων στοιχείων και προσεγγίσεων για τη νόσο.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ
ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

1. Ιστορική αναδρομή

Οι πρώτες αναφορές της διπολικής διαταραχής στην ιατρική βιβλιογραφία χρονολογούνται από τον Ιπποκράτη (460-370 π.Χ.), στην αρχαία Ελλάδα που συχνά αναφέρεται ως «ο πατέρας της ιατρικής». Ήταν ο πρώτος που κατέγραψε δύο ακραίες διαθέσεις: αίσθημα πολύ χαμηλής διάθεσης (αυτό που τώρα λέμε κατάθλιψη) και αίσθημα υπερβολικής ενέργειας ή ενθουσιασμού (μανία) (Bhandari, 2020).

Ο Αρεταίος της Καππαδοκίας ξεκίνησε τη διαδικασία αναλύσεων των συμπτωμάτων στον ιατρικό τομέα ήδη από τον 1ο αιώνα στην Ελλάδα. Οι σημειώσεις του για τη σχέση μεταξύ μανίας και κατάθλιψης πέρασαν σε μεγάλο βαθμό απαρατήρητες για πολλούς αιώνες (Krans, 2019).

Ο Πλάτωνας (428-348 π.Χ.), ένας Αθηναίος φιλόσοφος, ερεύνησε την έννοια της μανίας και περιέγραψε δύο τύπους στα γραπτά του: «Ένα που περιλαμβάνει μια ψυχική πίεση που προκύπτει από μια σωματική αιτία προέλευσης, η άλλη θεϊκή ή εμπνευσμένη». Ο Ιπποκράτης και ο Αρεταίος μπόρεσαν να κάνουν διάκριση μεταξύ των δύο, και ο καθένας εργάστηκε για να αποδείξει ότι η μελαγχολία και η μανία ήταν βιολογικές συνθήκες και όχι μόνο ψυχολογικές αντιδράσεις σε μια κατάσταση (Bhandari, 2020).

Τον 17ο αιώνα ο Theophilus Bonet δημοσίευσε ένα σπουδαίο έργο με τίτλο «Serpuchretum», ένα κείμενο που αντλούσε από την εμπειρία του κάνοντας 3.000 αυτοψίες. Σε αυτό, συνέδεσε τη μανία και την μελαγχολία σε μια κατάσταση που ονομάζεται «μανιο-μελαγχολία». Αυτό ήταν ένα σημαντικό βήμα για την διάγνωση της διαταραχής, επειδή η μανία και η κατάθλιψη θεωρούνταν συχνά ξεχωριστές διαταραχές (Krans, 2019).

Το 1851 ο Γάλλος ψυχίατρος Falret δημοσίευσε ένα άρθρο που περιγράφει αυτό που ονόμασε «la folie circulaire» το οποίο μεταφράζεται σε κυκλική τρέλα, δηλαδή μία κατάσταση στην οποία το άτομο είχε έναν συνεχή κύκλο κατάθλιψης, μανίας και διάφορα χρονικά διαστήματα μεταξύ τους. Το άρθρο θεωρείται η πρώτη τεκμηριωμένη διάγνωση διπολικής διαταραχής. Εκτός από την πρώτη διάγνωση, που έκανε ο Falret βρήκε επίσης τη γενετική σύνδεση στη διπολική διαταραχή, κάτι που οι επαγγελματίες του ιατρικού τομέα υποστηρίζουν ακόμη και σήμερα (Krans 2019). Την ίδια περίοδο, ένας άλλος Γάλλος ψυχίατρος και νευρολόγος, ο Baillarger, περιέγραψε μια κατάσταση που ονόμαζε «folie à double forme». Ο ορισμός του επέτρεπε περιόδους μανίας και κατάθλιψης, αλλά χωρίς διαστήματα μεταξύ τους. Με την πάροδο του χρόνου, είπε, το ένα άκρο απλά θα μετατρέποταν στο άλλο. Εν τω μεταξύ, ένας Γερμανός ψυχίατρος, ο Kahlbaum (1828-1899), ομαδοποίησε τις

ψυχικές διαταραχές σε δύο κατηγορίες : αυτές που προκαλούν περιορισμένη διαταραχή του νου και εκείνες που προκαλούν πλήρη διαταραχή (Bhandari, 2020).

Η ιστορία της διπολικής διαταραχής άλλαξε με τον Kraepelin, έναν Γερμανό ψυχίατρο. Ο Kraepelin αναγνώρισε τις βιολογικές αιτίες ψυχικών ασθενειών. Πιστεύεται ότι είναι το πρώτο άτομο που μελέτησε σοβαρά τις ψυχικές ασθένειες. Το βιβλίο του Kraepelin "Manic Depressive Insanity and Paranoia" που εκδόθηκε το 1921 αναφέρει λεπτομερώς τη διαφορά μεταξύ μανιο-κατάθλιψης και της σχιζοφρένειας. Η κατάταξή του για ψυχικές διαταραχές παραμένει η βάση που χρησιμοποιούν οι επαγγελματικές ενώσεις σήμερα (Krans, 2019).

2.Επιδημιολογία της νόσου

Η διπολική διαταραχή επηρεάζει περίπου 29.5 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως κατά το έτος 2004 (Miller et al., 2014). Το 2004, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) κατατάσσει τις διπολικές διαταραχές συλλογικά ως τη 12^η πιο κοινή κατάσταση αναπηρίας στον κόσμο για κάθε ηλικιακή ομάδα, με επικράτηση του 4% στις Ηνωμένες Πολιτείες ενώ το 2010 έφτασε στις 10 πρώτες αιτίες της αναπηρίας. Η διπολική διαταραχή παρά με το γεγονός ότι μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, οι διπολικές διαταραχές είναι πιο συχνές σε άτομα ηλικίας κάτω των 25 ετών. Η μέση ηλικία κατά την έναρξη των συμπτωμάτων είναι τα 18 έτη στη διπολική διαταραχή I και 22 χρόνια στη διπολική διαταραχή τύπου II (Merikangas et al., 2007).

Πολλές μελέτες έδειξαν ότι οι ασθενείς με διπολική διαταραχή παρουσιάζουν συννοσηρότητα. Συγκεκριμένα, ως 75% των ασθενών με διπολική διαταραχή παρουσιάζει διαταραχές άγχους, κατάχρηση ουσιών, και κατάχρηση οινόπνευματος. Το 38% των διπολικών ασθενών με συννοσηρότητα είχε στο ιστορικό του απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με μόνο το 21% των ασθενών χωρίς συννοσηρότητα (Fajutrao et al., 2009).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο επιπολασμός της διπολικής διαταραχής κυμαίνεται από 0,3-1,5%. Η ηλικία εμφάνισης της διπολικής διαταραχής ποικίλλει σημαντικά. Και για τους δυο τύπους διπολικής διαταραχής, το εύρος ηλικίας είναι από την παιδική ηλικία ως τα 50 έτη, με μέση ηλικία περίπου τα 20 έτη. Οι περισσότερες περιπτώσεις διπολικής διαταραχής αρχίζουν όταν τα άτομα είναι ηλικίας 15-19 ετών. Το δεύτερο πιο συχνό εύρος ηλικίας εμφάνισης είναι 20-24 χρόνια. Η διπολική διαταραχή εμφανίζεται εξίσου και στα δύο φύλα. Ωστόσο, η διπολική διαταραχή με πολλαπλά επεισόδια (≥ 4 επεισόδια / έτος) είναι συχνότερη στις γυναίκες παρά σε άνδρες (Patel et al., 2015).

3.Ορισμός της νόσου

Η διπολική διαταραχή ανήκει στις διαταραχές διάθεσης και χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια μανίας, υπομανίας και κατάθλιψης, που συνοδεύονται από αλλαγές στη δραστηριότητα ή την ενέργεια του ατόμου (Anderson et al., 2012). Η διπολική διαταραχή περιλαμβάνει έναν αριθμό υποτύπων όπως η διπολική διαταραχή I, η διπολική διαταραχή II και το διπολικό φάσμα. Η διαφοροποίηση μεταξύ αυτών των υποτύπων βασίζεται ουσιαστικά στη σοβαρότητα των παθολογικών αυξήσεων της διάθεσης, με τη μανία να είναι μοναδική για τη διπολική διαταραχή I και την υπομανία χαρακτηριστική της διπολικής διαταραχής II και του διπολικού φάσματος, αν και πλήρη μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια δεν εμφανίζονται στο διπολικό φάσμα (Young et al. 2011).

Σύμφωνα με την American Psychiatric Association (2013) καταγράφονται τέσσερις κύριοι υπότυποι της διπολικής διαταραχής:

1. διπολική διαταραχή τύπου I επηρεάζει και τα δύο φύλα και χαρακτηρίζεται από επεισόδια κατάθλιψης και τουλάχιστον ένα επεισόδιο μανίας πλήρους εμφάνισης. Τα επεισόδια αυτά επαναλαμβάνονται συνεχώς για μήνες ή χρόνια.
2. διπολική διαταραχή τύπου II εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες και χαρακτηρίζεται από μερικά παρατεταμένα επεισόδια κατάθλιψης και τουλάχιστον ένα υπομανιακό επεισόδιο αλλά όχι μανιακά επεισόδια. Ο ασθενής με διαταραχή τύπου II βρίσκεται ήπια υπομανιακή φάση και χαρακτηρίζεται από ευφορία, φτωχή κρίση και τα υπόλοιπα συμπτώματα της μανίας σε ήπια μορφή.
3. κυκλοθυμική διαταραχή χαρακτηρίζεται από πολλές περιόδους υπομανιακών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, στις οποίες τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια για καταθλιπτικά επεισόδια.
4. διπολική διαταραχή που δεν ορίζεται διαφορετικά χαρακτηρίζεται από καταθλιπτικά και υπομανιακά συμπτώματα και επεισόδια που μπορεί να εναλλάσσονται ταχέως, αλλά δεν πληρούν τα πλήρη διαγνωστικά κριτήρια για οποιαδήποτε από τις προαναφερθείσες καταστάσεις.

3.1. Μανιακό επεισόδιο

Ένα μανιακό επεισόδιο χαρακτηρίζεται από μια παρατεταμένη περίοδο ασυνήθιστα ανυψωμένης ή ευερέθιστης διάθεσης, έντονης ενέργειας και άλλων ακραίων και υπερβολικών συμπεριφορών. Οι άνθρωποι μπορεί επίσης να εμφανίσουν ψύχωση, συμπεριλαμβανομένων παραισθήσεων και παραληρημάτων, που υποδηλώνουν έναν χωρισμό από την πραγματικότητα (Waters et al., 2014).

Σύμφωνα με τους Dailey et al., (2020) η μανία ή μία μανιακή φάση είναι μία περίοδος η οποία μπορεί να διαρκεί 1 εβδομάδα ή και περισσότερο, κατά την οποία ένα άτομο βιώνει μια αλλαγή στη φυσιολογική συμπεριφορά του που επηρεάζει δραστικά τη λειτουργία του.

Η συγκεκριμένη διαταραχή της διάθεσης πρέπει να συνοδεύεται από τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα συμπτώματα, τα οποία αντιπροσωπεύουν μια αξιοσημείωτη αλλαγή από τη συνήθη συμπεριφορά:

- Αυξημένη αυτοεκτίμηση ή μεγαλοπρέπεια
- Μειωμένη ανάγκη για ύπνο
- Ασυνήθιστη ευερεθιστότητα
- Μη ρεαλιστική πίστη στις ικανότητες και δυνάμεις κάποιου
- Προκλητική ή επιθετική κοινωνική συμπεριφορά
- Αυξημένη και γρήγορη ομιλία
- Καλπάζουσες σκέψεις (American Psychiatric Association, 2013).

Μερικά άλλα χαρακτηριστικά είναι η αυξημένη διάθεση, αστάθεια διάθεσης, παρορμητικότητα, ευερεθιστότητα και μεγαλοπρέπεια. Εάν το άτομο που βιώνει αυτά τα συμπτώματα απαιτεί νοσηλεία, τότε η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται αυτόματα ως αληθινή μανία και όχι υπομανία ακόμα και όταν τα συμπτώματα είναι παρόντα για λιγότερο από μία εβδομάδα (Dailey et al., 2020).

3.2. Υπομανιακό επεισόδιο

Ένα υπομανιακό επεισόδιο διαφέρει από ένα μανιακό επεισόδιο στο διάστημα που διαρκεί. Σε σχέση με ένα μανιακό επεισόδιο το υπομανιακό επεισόδιο διαρκεί μόνο τέσσερις μέρες. Άλλη μία διαφορά με το μανιακό επεισόδιο είναι ότι το υπομανιακό επεισόδιο δεν είναι αρκετά σοβαρό, για να προκαλέσει σημαντική φθορά στην κοινωνική ή επαγγελματική ζωή του ατόμου. Για να γίνει η διάγνωση του υπομανιακού επεισοδίου θα πρέπει να υπάρχουν τρία τουλάχιστον από τα παρακάτω συμπτώματα:

- Διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου
- Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο
- Αποσπάται εύκολα η προσοχή του ατόμου
- Φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις του καλπάζουν
- Αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας, δηλαδή το άτομο είναι υπερβολικά δραστήριο
- Υπερβολική εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που έχουν πιθανότητα για οδυνηρές συνέπειες (American Psychiatric Association, 2013).

3.3. Μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο

Το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο είναι μια διαταραχή της διάθεσης, που χαρακτηρίζεται από μια περίοδο τουλάχιστον 2 εβδομάδων καταθλιπτικής διάθεσης ή απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες. Στα παιδιά και του εφήβους, η διάθεση μπορεί να είναι ευερέθιστη, παρά θλιμμένη. Ο καθορισμός της διάγνωσης απαιτεί την παρουσία το λιγότερο τεσσάρων από τα παρακάτω:

- αλλαγές στην όρεξη, το βάρος, τον ύπνο και την ψυχοκινητική δραστηριότητα
- μειωμένη ενέργεια
- αισθήματα ενοχής
- δυσκολία στη σκέψη, τη συγκέντρωση ή τη λήψη αποφάσεων
- υποτροπιάζουσες ιδέες θανάτου ή σχέδια για ή απόπειρες για αυτοκτονία.

Τα συμπτώματα πρέπει να επιμένουν για το μεγαλύτερο τμήμα της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, για τουλάχιστον 2 διαδοχικές εβδομάδες. Επίσης, η διαταραχή δεν πρέπει να οφείλεται σε σύνδρομο στέρησης, φάρμακα, αλκοόλ ή στην άμεση δράση μιας νόσου, όπως ο υποθυρεοειδισμός (American Psychiatric Association, 2013).

3.4. Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη θεωρείται μια συχνή και πολύπλοκη κατάσταση. Τα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι η παρουσία θλιμμένης ή ευερέθιστης διάθεσης, που συνοδεύεται από σωματικές και γνωστικές αλλαγές που επηρεάζουν σημαντικά την ικανότητα του ατόμου να λειτουργήσει. Συνολικά, η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από ένα γενικό αίσθημα θλίψης, αναισθησίας, απώλειας αξίας και απελπισίας. Υπάρχουν επίσης γνωστικά και νευροεγκεφαλικά συμπτώματα, όπως δυσκολία συγκέντρωσης, αλλοιώσεις της μνήμης, ανορεξία και διαταραχές του ύπνου (Ribeiro, 2018).

4. Αιτιολογία της νόσου

Σύμφωνα με τους Australia (2020) η ακριβής αιτία της διπολικής διαταραχής δεν είναι πλήρως κατανοητή. Ωστόσο, οι ειδικοί πιστεύουν ότι ένας συνδυασμός φυσικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικών παραγόντων (συμπεριλαμβανομένου του ψυχικού στρες) μπορεί να κάνει κάποιον πιο πιθανό να αναπτύξει την πάθηση.

4.1.Γενετικοί παράγοντες

Διάφορες μελέτες έδειξαν ότι η διπολική διαταραχή παρουσιάζει υψηλό κίνδυνο γενετικής μετάδοσης. Μελέτες δείχνουν ότι 4 στα 5 άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή οφείλεται σε γενετικό παράγοντα. Εάν ένας γονέας έχει διπολική διαταραχή, υπάρχει 1 στις 10 πιθανότητες το παιδί του να αναπτύξει επίσης την κατάσταση. Εάν και οι δύο γονείς έχουν διπολική διαταραχή, η πιθανότητα αυξάνεται στα 4 στα 10. Η έρευνα είναι σε εξέλιξη για την καλύτερη κατανόηση των γενετικών παραγόντων πίσω από τους οποίους μερικοί άνθρωποι βιώνουν διπολική διαταραχή, ενώ άλλοι όχι (Australia, 2020).

4.2.Βιοχημικοί παράγοντες

Η διπολική διαταραχή πιστεύεται ότι συμβαίνει όταν το σώμα αγωνίζεται να παράγει και να διαλύσει ορισμένες χημικές ουσίες του εγκεφάλου (νευροδιαβιβαστές), όπως αδρεναλίνη, ντοπαμίνη, ακετυλοχολίνη, σεροτονίνη και GABA (γάμμα-αμινοβουτυρικό οξύ), καθώς και ορισμένες ορμόνες. Μελέτες απεικόνισης εγκεφάλου δείχνουν ότι οι δομικές αλλαγές μπορούν να παρατηρηθούν στον εγκέφαλο των ατόμων με διπολική διαταραχή (Australia, 2020).

Με δεδομένο το ρόλο της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης στην κατάθλιψη, θα ήταν λογικό να υποθεθεί ότι οι χημικές ουσίες παίζουν κάποιο ρόλο και στη μανία. Τα υψηλά επίπεδα νορεπινεφρίνης συνδέονται με ανεβασμένη διάθεση και μανία, ενώ τα χαμηλά επίπεδα οδηγούν σε καταθλιπτική διάθεση. Δεν έχει όμως βρεθεί αντίστοιχη σχέση για τα επίπεδα της σεροτονίνης. Τα χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης συνδυαζόμενα με χαμηλά επίπεδα νορεπινεφρίνης οδηγούν στην κατάθλιψη, ενώ συνδυαζόμενα με υψηλά επίπεδα νορεπινεφρίνης οδηγούν στη μανία (Benett, 2010).

Ένας δεύτερος παράγοντας για τη διπολική διαταραχή απομακρύνεται από τη μελέτη των νευροδιαβιβαστών και εξετάζει την ηλεκτρική αγωγιμότητα των νευρώνων. Είναι δύο διεργασίες που παίζουν ρόλο : πρώτον, η διατάραξη στη δραστηριότητα των φωσφοϊνοσιτιδίων, που προκαλούν την πυροδότηση των νευρώνων και δεύτερον, η μεταβολή της δραστηριότητας του νατρίου και του καλίου στους ίδιους τους νευρώνες (Benett, 2010).

Ένας τρίτος παράγοντας που μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση διπολικής διαταραχής είναι μια βλάβη στους νευρώνες. Σύμφωνα με μελέτες που διέπραξε ο Bennett (2010), έδειξαν ως πιθανότητα μία ελλιπή ανάπτυξη των δένδριτικών και των συνοπτικών συνδέσεων να συμβάλλει στην εμφάνιση διπολικής διαταραχής. Η βλάβη σε αυτούς τους νευρώνες φαίνεται να προκαλεί γνωστικά ελλείματα σε άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή.

4.3. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Σε μερικούς ανθρώπους ευάλωτους σε διπολική διαταραχή, μια αγχωτική κατάσταση ή εμπειρία μπορεί να προκαλέσει επεισόδιο μανίας ή κατάθλιψης. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει σωματική, σεξουαλική ή συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία, οικογενειακές συγκρούσεις ή άλλα σημαντικά γεγονότα που αλλάζουν τη ζωή. Η κακή χρήση ορισμένων ουσιών όπως τα ψυχαγωγικά φάρμακα συνδέεται επίσης με διπολική διαταραχή (Australia, 2020). Έτσι η παιδική κακοποίηση, μπορεί να λειτουργήσει ως προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη τη διαταραχής (NCCMH, 2014).

Η σχέση μεταξύ των αγχωδών γεγονότων της ζωής και της εμφάνισης της διπολικής διαταραχής φαίνεται να εξαρτάται από την ηλικία και την πορεία της ανάπτυξης του ατόμου. Η κακοποίηση και η παραμέληση στην παιδική ηλικία έχουν θεωρηθεί ότι επηρεάζουν τα ενδοκρινικά συστήματα οδηγώντας σε συστηματικές και νευρολογικές συνέπειες παραδείγματος χάρη δυσλειτουργία του προμετωπιαίου φλοιού, των ορμονών των γεννητικών οργάνων και του ανοσοποιητικού συστήματος (Brietzke et al., 2012).

4.4. Άλλοι παράγοντες

Κάπνισμα κατά την κύηση. Το κάπνισμα κατά την κύηση μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για κάποια ψυχική ασθένεια. Οι Ekblad et al. (2010) σε μία μελέτη που έκαναν βρήκαν μία σχέση ανάμεσα στην δόση των τσιγάρων που θα έπρεπε να καπνίσει μία μητέρα για να προκαλέσει κάποιο πρόβλημα στο έμβρυο.

5. Διάγνωση

5.1. Διάγνωση της διπολικής διαταραχής

Η ψυχιατρική διάγνωση βασίζεται παραδοσιακά στην αναδρομική αξιολόγηση του ιστορικού. Στη διπολική διαταραχή η διάγνωση έχει επικεντρωθεί στον εντοπισμό των «επεισοδίων». Αυτές οι προσεγγίσεις είναι ιδιαίτερα προβληματικές στη διπολική διαταραχή, όπου η διάθεση μπορεί να κυμαίνεται σημαντικά, προς οποιαδήποτε κατεύθυνση, κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε χρονικής περιόδου (Phillips & Kupfer, 2013).

Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή περνούν περίπου το ήμισυ της ζωής τους συμπτωματικά και το μεγαλύτερο μέρος αυτού του χρόνου υποφέρουν από συμπτώματα κατάθλιψης, γεγονός που περιπλέκει την ακριβή διάγνωση της διπολικής διαταραχής (Hirschfeld, 2014). Η υπο-διάγνωση της διπολικής διαταραχής είναι συχνή και στην πραγματικότητα, η διπολική διαταραχή συχνά δεν διαγιγνώσκεται καθόλου ή διαγιγνώσκεται ψευδώς ως μείζονος καταθλιπτική διαταραχή (De Fruyt et al., 2007).

Το 2001 και 2002 οι Ghaemi et al. πρότειναν μια προσέγγιση στην έννοια του φάσματος που εστιάζει στον τρόπο διάκρισης της διπολικής διαταραχής από την κατάθλιψη. Πρότειναν ότι τα ακόλουθα 11 χαρακτηριστικά μπορεί να προβλέψουν τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής σε ασθενείς με καταθλιπτικά συμπτώματα και πρότεινε ότι ο ορισμός της διαταραχής του διπολικού φάσματος είναι ένα πιθανό σημάδι διπολικότητας:

1. οικογενειακό ιστορικό της διπολικής διαταραχής σε συγγενείς πρώτου βαθμού
2. μανία ή υπομανία που προκαλείται από αντικαταθλιπτικά
3. υπερθυμική προσωπικότητα
4. επαναλαμβανόμενα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια (περισσότερα από 3)
5. σύντομα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια (διαρκούν κατά μέσο όρο λιγότερο από 3 μήνες)
6. άτυπα καταθλιπτικά συμπτώματα
7. ψυχωτικά μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια
8. πρώιμη ηλικία έναρξης σοβαρών καταθλιπτικών επεισοδίων (μικρότερη των 25 ετών)
9. επιλόχεια κατάθλιψη
10. αντικαταθλιπτική «φθορά» (wear-off)
11. αντοχή στη θεραπεία (έλλειψη ανταπόκρισης σε περισσότερες από 3 δοκιμές αντικαταθλιπτικής θεραπείας).

Ως συνηθισμένα συμπτώματα αναφέρονται η ευερεθιστότητα, οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις. Οι αλλαγές στην όρεξη για φαγητό παρατηρούνται σχεδόν σε όλους τους ασθενείς, με το ένα τέταρτο αυτών να εκδηλώνει τάσεις για υπερκατανάλωση τροφής και το ένα τέταρτο να παρουσιάζει σημαντική απώλεια βάρους. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς που πάσχουν από διπολική διαταραχή έχουν κάποιο πρόβλημα με τον ύπνο. Τέλος, περίπου τα δύο τρίτα των διπολικών καταθλιπτικών ασθενών παρουσιάζουν πολλαπλά σωματικά συμπτώματα όπως για παράδειγμα πονοκεφάλους (Fountoulakis et al., 2017).

Η εσφαλμένη διάγνωση και η υποδιάγνωση της διπολικής διαταραχής οφείλονται εν μέρει στα «μαλακά» συμπτώματα διπολικότητας που χαρακτηρίζουν τους ασθενείς με μη κλασική διπολική διαταραχή (Katzow et al., 2003).

5.2.Κλινική αξιολόγηση του ασθενούς με διπολική διαταραχή

Η κλινική αξιολόγηση του ασθενούς, εκτός από τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής, αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό στοιχείο στον προγραμματισμό της θεραπείας, βοηθώντας στην επιλογή των κατάλληλων φαρμάκων (Price & Marzani-Nissen, 2012). Για το λόγο αυτό, όλοι οι ασθενείς που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα θα πρέπει να αξιολογούνται για ένα ιστορικό μανιακών ή υπομανιακών συμπτωμάτων (Cerimele et al., 2013).

Ένα βασικό μέρος της αξιολόγησης της διπολικής διαταραχής είναι ο καθορισμός του χρόνου που είχαν οι ασθενείς συμπτώματα και τη σοβαρότητα αυτών, έτσι ώστε να μπορεί να γίνει ακριβής διάγνωση. Ο μέσος όρος των ηλικιών έναρξης της διπολικής διαταραχής είναι συνήθως προς το τέλος της εφηβείας ή στην αρχή της ενηλικίωσης. Τα άτομα μπορούν να εμφανίσουν συμπτώματα νωρίτερα ή αργότερα στη ζωή τους (National Institute of Mental Health, 2020). Η σωστή αξιολόγηση της διπολικής διαταραχής έχει τέσσερα βασικά συστατικά: πρέπει να είναι διεξοδική, σωστά δομημένη, πολυτροπική και να επανεξετάζεται καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας (Johnson, 2020).

Η κλινική συνέντευξη θα πρέπει να αποσκοπεί στη διαπίστωση των εξής (Price & Marzani-Nissen, 2012):

- στην παρουσία προηγούμενων ή τρεχόντων συμπτωμάτων κατάθλιψης και μανίας. Κάποια στοιχεία υποψίας είναι η μειωμένη ανάγκη για ύπνο για μερικές μέρες χωρίς το άτομο να νιώθει κουρασμένο, άτυπη κατάθλιψη, παρορμητικότητα και διακυμάνσεις της διάθεσης.
- στη διάρκεια και την σοβαρότητα αυτών των επεισοδίων, συμπεριλαμβανομένων της παρουσίας αυτοκτονικού ιδεασμού
- στις επιπτώσεις των επεισοδίων διάθεσης στη λειτουργία του ατόμου τόσο στο εργασιακό όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον

- στο ιστορικό των θεραπειών που εφαρμόστηκαν και στην ανταπόκριση σε αυτές τις θεραπείες
- στο οικογενειακό ιστορικό

Σύμφωνα με την έρευνα των Stiles et al. (2019) η απόδοση μιας κατάλληλης διάγνωσης είναι το κλειδί. Η ζωή πολλών ατόμων βελτιώθηκε σημαντικά όταν έγινε διάγνωση της ασθένειας και ξεκίνησαν τη θεραπεία για τη διπολική διαταραχή. Από τα αποτελέσματα της έρευνάς τους πρόσφεραν στους κλινικούς ιατρούς και στους ερευνητές νέους τρόπους να σκεφτούν την πολυπλοκότητα της διάγνωσης της διπολικής διαταραχής.

6. Θεραπεία της νόσου

6.1. Αξιολόγηση του ασθενούς

Η αξιολόγηση αναφέρεται στο ιστορικό του ατόμου, όσον αφορά τον αριθμό των προηγούμενων επεισοδίων, τον τύπο των επεισοδίων, τη διάρκεια και τη σοβαρότητα των επεισοδίων, την παρουσία ή την απουσία αυτοκτονικής συμπεριφοράς ή την παρουσία βίας (Shah et al., 2017).

Μια σωστή αξιολόγηση περιλαμβάνει την αξιολόγηση των ψυχιατρικών και ιατρικών συνθηκών (Shah et al., 2017). Η διαχείριση της διπολικής διαταραχής θα εξαρτηθεί από τη φάση της ασθένειας δηλαδή σε τι επεισόδιο βρίσκεται ο ασθενής. Εκτός από την φάση που βρίσκεται η ασθένεια, άλλοι παράγοντες που μπορούν να βοηθήσουν στη λήψη αποφάσεων για την φαρμακευτική αγωγή που θα ακολουθήσει ο ασθενής είναι, το ιστορικό της ασθένειας, ιστορικό προηγούμενης θεραπείας, κλινική πορεία και συννοσηρότητα (Fountoulakis et al., 2017). Συνήθως η συννοσηρότητα δεν είναι εμφανής κατά τη διάρκεια του οξέος επεισοδίου της ασθένειας αλλά όταν ο ασθενής έχει βγει από το οξύ επεισόδιο (Shah et al., 2017).

Σε περίπτωση που ο ασθενής έχει λάβει θεραπεία στο παρελθόν, τότε είναι σημαντικό να καταγραφεί ο τύπος των φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν, η ανταπόκριση στη θεραπεία, η διάρκεια χρήσης της θεραπείας, οι παρενέργειες που εμφανίστηκαν και οι λόγοι διακοπής της θεραπείας (Shah et al., 2017).

6.2. Φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική αγωγή

Η θεραπεία των ασθενών που πάσχουν από διπολική διαταραχή γίνεται κατά κύριο λόγο με φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία. Η αποτελεσματική θεραπεία της οξείας μανίας παρέχεται από τα σύγχρονα αντιψυχωσικά (π.χ. λουρασιδόνη ολανζαπίνη και φλουοξετίνη), ορισμένα αντισπασμωδικά (π.χ. λαμοτριγίνη) και τα άλατα λιθίου. Η θεραπεία της κατάθλιψης στην διπολική διαταραχή παραμένει μη ικανοποιητική. Η αξία και η ασφάλεια των αντικαταθλιπτικών παραμένει αμφιλεγόμενη (Baldessarini, 2019).

6.2.1. Φαρμακευτική αγωγή

Το λίθιο είναι το παλαιότερο και το πιο αποτελεσματικό φάρμακο για τη θεραπεία της νόσου. Τα άλατα λιθίου (ανθρακικό λίθιο και κιτρικό λίθιο) έχουν χρησιμοποιηθεί εδώ και 70 χρόνια για τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής. Ενώ η αποτελεσματικότητά του λιθίου είναι δεδομένη, η δημοτικότητά του έχει μειωθεί πρόσφατα. Επειδή το λίθιο είναι μια φυσική ουσία, δεν μπορεί να κατοχυρωθεί με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας από φαρμακευτικές εταιρίες και για αυτό το λόγο το λίθιο έχει περιθωριοποιηθεί (Bauer, 2018).

Το ανθρακικό λίθιο χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1949 από τον John Cade για τη θεραπεία της μανίας αλλά η κύρια χρήση του για την θεραπεία της διπολικής διαταραχής έγινε το 1968. Πιστεύεται ότι ο βασικός μηχανισμός δράσης του είναι η αναστολή της μονοφωσφορικής ινοσιτόλης και η επακόλουθη μείωση της ινοσιτόλης στους νευρώνες. Ακόμα άλλη μία δημοφιλής θεωρία είναι ότι το λίθιο δρα μέσω της αναστολής της κινάσης συνθετάσης γλυκόζης 3 (Kato, 2019).

Το λίθιο σχετίζεται με μια ποικιλία παρενεργειών όπως τρόμος, ναυτία, κόπωση, αυξημένη όρεξη, αυξημένος αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων, πολυδιψία και πολουουρία. Μερικές από αυτές τις παρενέργειες (δίψα και τρόμος) τείνουν να υποχωρήσουν τις πρώτες εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας (Tondo et al. 2019). Ακόμα, το λίθιο μπορεί να επιδράσει στη φυσιολογία του θυρεοειδούς αδένου. Η πιο σημαντική επίδραση είναι η αναστολή της σύνθεσης και της απελευθέρωσης των θυρεοειδικών ορμόνων, δηλαδή της τρι-ιωδοθυρονίνης (T3) και της θυροξίνης (T4), με συνέπεια την αύξηση των θυρεοειδικών κυττάρων και την πρόκληση βρογχοκήλης. Ωστόσο, η θεραπεία με λεβοθυροξίνη είναι αποτελεσματική και ο υποθυρεοειδισμός δεν αποτελεί απόλυτη αντένδειξη στη χορήγηση λιθίου (Kibirige et al., 2013).

Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι η κύρια χρήση του λιθίου σήμερα είναι η μακροπρόθεσμη πρόληψη των υποτροπών στη διπολική διαταραχή. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως συμπληρωματική θεραπεία στη μανία, όταν τα αντιψυχωσικά φάρμακα έχουν αποτύχει να ελέγξουν επαρκώς τα συμπτώματα (Tondo et al. 2019)

Εκτός από το λίθιο, στην φαρμακευτική αγωγή χορηγούνται και κάποια αντιψυχωσικά. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα πιστεύεται ότι είναι αποτελεσματικά στη διαχείριση της μανίας, δρώντας ως ανταγωνιστές δράσης της ντοπαμίνης (Seeman, 2004). Τα πιο γνωστά είναι η ρισπεριδόνη (Risperdal), η παλιπεριδόνη (Invega), η κλοζαπίνη (Leronex), η κουετιαπίνη (Seroquel), η ολανζαπίνη (Zyprexa), η ζιπρασιδόνη (Geodon), η αμισουληρίδη (Solian), η σουλπριρίδη (Dogmatyl). Όλα τα εγκεκριμένα άτυπα αντιψυχωσικά έχουν αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία μανιακών επεισοδίων διπολικής διαταραχής (Derry & Moore, 2007).

Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι τα άτυπα αντιψυχωσικά επιδρούν αρνητικά στον μεταβολισμό των ασθενών (Reynolds & Kirk 2010).

6.2.2. Ψυχοθεραπευτική αγωγή

Σύμφωνα με τους Altman (2006), η προσθήκη ψυχοθεραπείας στην υπάρχουσα φαρμακευτική αγωγή μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των ποσοστών υποτροπής κατά το ήμισυ ή και περισσότερο. Η ψυχοθεραπεία καλύπτει θεραπευτικές πτυχές που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τα φάρμακα. Τέτοιες πτυχές μπορεί να είναι η έλλειψη υποστήριξης, η έλλειψη αποδοχής της διάγνωσης και της θεραπείας, η κατανόηση

της ασθένειας και της διαχείρισης της, η βελτιστοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής, η διαχείριση άλλων τύπων άγχους και ο εντοπισμός πρώιμων συμπτωμάτων επεισοδίων υπότροπης.

Σύμφωνα με τους Bobo (2017), οι ψυχοθεραπείες έχουν σαν σκοπό να ενθαρρύνουν τον ασθενή να συζητήσει σχετικά θέματα, να διερευνήσει όλες τις πτυχές και τα αποτελέσματα της ασθένειας και να προσπαθήσει να επιλύσει κρίσιμα προσωπικά, εργασιακά, κοινωνικά και άλλα προβλήματα. Πολλές εντατικές ψυχοθεραπείες έχουν αναπτυχθεί για ασθενείς με διπολική διαταραχή, όπως :

1. η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, η οποία αποτελεί μια μη φαρμακολογική παρέμβαση, συχνά ως συμπληρωματική της φαρμακευτικής θεραπείας, με σκοπό την ανακούφιση των συμπτωμάτων, την πρόληψη υποτροπών και την ενισχυμένη στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία έχει σαν σκοπό να βοηθήσει τους ασθενείς με διπολική διαταραχή να μειώσουν την πιθανότητα να εμπλακεί ένας ασθενής σε μανιακά και υπομανιακά επεισόδια. (Ye et al., 2016).
2. Η ατομική ψυχοεκπαίδευση, η οποία αποτελείται συνήθως από 6-21 δομημένες συνεδρίες που εστιάζουν στην παροχή πληροφοριών σχετικά με την αιτιολογία της ασθένειας, τις διαθέσιμες θεραπείες, την πορεία της νόσου και τα αποτελέσματα, τις στρατηγικές για τον εντοπισμό προδρόμων σημείων υποτροπής και τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ασθένειας (de Barros Pellegrinelli et al., 2013).
3. η οικογενειακή θεραπεία η οποία έχει σκοπό να διατηρήσει τη συνοχή της οικογένειας και να βοηθήσει να αναπτυχθούν εσωτερικός έλεγχος και στρατηγικές συναισθηματικής αυτορρύθμισης. Επίσης η οικογενειακή θεραπεία έχει σαν σκοπό την ενίσχυση της συμμόρφωσης των ασθενών στη φαρμακοθεραπεία και στη πρόληψη ή μείωση των υποτροπών. Η οικογενειακή θεραπεία αφορά όλα τα μέλη της οικογένειας (γονείς, παιδιά, συζύγους, αδέρφια και άλλους σημαντικούς συγγενείς ή φροντιστές στη ζωή ενός ατόμου) (Morris et al., 2007)
4. η διαπροσωπική κοινωνική θεραπείας η οποία έχει σαν στόχο να βοηθήσει ασθενείς με διπολική διαταραχή να αντιμετωπίσουν διαπροσωπικά προβλήματα και να ρυθμίσουν τους κοινωνικούς τους ρυθμούς (Frank, 2005).

6.3. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (Electroconvulsive therapy ECT) έχει μια μοναδική θέση στο θεραπευτικό οπλοστάσιο για τη διπολική διαταραχή. Έχει αποδειχθεί χρήσιμη για την οξεία θεραπεία σοβαρών καταθλιπτικών, μανιακών και μικτών καταστάσεων, σε ασθενείς με εκδήλωση αυτοκτονικών τάσεων ή αποπειρών αυτοκτονίας, σε ασθενείς με κατατονία και σε ασθενείς με ανθεκτικότητα σε φάρμακα. Αν και είναι χρήσιμη σαν θεραπεία σε άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) θα πρέπει να εφαρμόζεται μόνο σε άτομα που είναι ανθεκτικά σε φαρμακοθεραπεία ή πολύ σοβαρές περιπτώσεις (Perugi et al., 2017). Οι περιπτώσεις αυτές είναι άτομα που έχουν αυτοκτονικό ιδεασμό και συμπεριφορά, σοβαρή απώλεια βάρους, υποσιτισμό, αφυδάτωση και εξάντληση, σε ένα παρατεταμένο καταθλιπτικό ή μανιακό επεισόδιο (Jahangard et al., 2012).

Η κατατονία είναι ένα νευροψυχιατρικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από κινητική δυσλειτουργία, που σχετίζεται με ανωμαλίες σκέψης, διάθεσης και κινητοποίησης. Η ακινησία, η βουβαμάρα, η ακαμψία είναι τα πιο τυπικά συμπτώματα (Fink et al., 2016).

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) είναι χρήσιμη σε πολλές περιπτώσεις σε ασθενείς με διπολική διαταραχή ή μανιοκαταθλιπτική ασθένεια, όπως οι ακόλουθες:

- Όταν απαιτείται γρήγορη, οριστική ιατρική / ψυχιατρική θεραπεία
- Όταν οι κίνδυνοι της ECT είναι μικρότεροι από εκείνους άλλων θεραπειών
- Όταν η διπολική διαταραχή είναι ανθεκτική σε άλλες θεραπείες
- Όταν ο ασθενής προτιμά αυτή τη μέθοδο θεραπείας (Soreff, 2018).

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην διάγνωση της διπολικής διαταραχής

1.1. Διάγνωση

Η επιτυχής αξιολόγηση και θεραπεία από την υγειονομική ομάδα περίθαλψης απαιτεί γνώση της επεισοδιακής φύσης της διπολικής διαταραχής (Cerimele et al. 2013). Η παρουσία μανιακών ή υπομανιακών επεισοδίων είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα της διάγνωσης της διπολικής διαταραχής καθώς και διαχωρίζει τη διπολική διαταραχή από τη μονοπολική κατάθλιψη. Για αυτό το λόγο μια σωστή διάγνωση της διπολικής διαταραχής αρχίζει από τη διερεύνηση του ιστορικού για μανιακά και υπομανιακά συμπτώματα ή επεισόδια (Bobo, 2017). Η κύρια διάκριση μεταξύ μανίας και υπομανίας είναι η σοβαρότητα των μανιακών συμπτωμάτων. Η μανία οδηγεί σε σοβαρή λειτουργική βλάβη, μπορεί να εκδηλωθεί ως ψυχωτικά συμπτώματα και συχνά απαιτεί νοσηλεία. Η υπομανία δεν πληροί αυτά τα κριτήρια (American Psychiatric Association, 2013).

Η χρήση του ερωτηματολογίου Mood Disorder βοηθάει στη διάγνωση ενός ατόμου. Το ερωτηματολόγιο Mood Disorder και η Σύνθετη Διεθνής Διαγνωστική Συνέντευξη έκδοση 3.0 (Composite International Diagnostic Interview 3.0 (CIDI 3.0)) χρησιμοποιούνται συνήθως ως εργαλεία διαλογής στα οποία πάνω από συγκεκριμένες τιμές εγείρει την υποψία για διπολική διαταραχή (Hirschfeld et al., 2000; Kessler & Ustun, 2004). Ακόμα άλλος ένα τρόπος για να διευκρινίσουμε αν κάποιος μπορεί να πάσχει από διπολική διαταραχή είναι και η κλινική συνέντευξη.

Η προσπάθεια δημιουργίας ενός κλίματος διαλόγου μεταξύ του νοσηλευτή ψυχικής υγείας και του ασθενούς είναι ένα βασικό στοιχείο των συνεντεύξεων των ασθενών (Krishnan, 2005). Ακόμα μέσα από την κλινική συνέντευξη θα μπορέσουμε να αναζητήσουμε ψυχιατρικές διαταραχές, που υπάρχει περίπτωση να μιμούνται τα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διάγνωση (Manning, 2010).

Η κλινική συνέντευξη θα πρέπει να στοχεύει στο να καθορίσει τα ακόλουθα (Manning, 2010; Price & Marzani-Nissen, 2012):

1. Τη παρουσία προηγούμενων ή τρεχόντων επεισοδίων μανίας ή κατάθλιψης
2. Τη διάρκεια και τη σοβαρότητα των επεισοδίων αυτών, συμπεριλαμβανομένης της παρουσίας αυτοκτονικού ιδεασμού
3. Ο αντίκτυπος των επεισοδίων στη λειτουργία του ατόμου στη εργασία, στο ρόλο του στη κοινωνία και στην οικογένεια.
4. Το ιστορικό των θεραπειών που χορηγήθηκαν και η ανταπόκρισή του ατόμου στις θεραπείες
5. Το οικογενειακό ιστορικό
6. η ηλικία στην οποία άρχισαν τα επεισόδια διάθεσης

1.1.1. Διάκριση ασθενών που μπορεί να πάσχουν από διπολική διαταραχή

Η διάκριση των ασθενών με υποψία διπολικής διαταραχής βασίζεται στο ιατρικό ιστορικό και στην αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης (Bobo, 2017). Στη διερεύνηση του μανιακού επεισοδίου διερευνώνται μια σειρά συμπτωμάτων τα οποία είναι:

- Υπερβολική αυτοεκτίμηση. Οι ασθενείς αισθάνονται παντοδύναμοι και μπορεί να αισθάνονται ότι έχουν μια ειδική αποστολή στη ζωή τους (McIntyre et al., 2016).
- Λιγότερη ανάγκη για ύπνο. Οι ασθενείς νιώθουν ξεκούραση μετά από λίγες ώρες ύπνου ή μπορεί και να μην κοιμούνται καθόλου για μερικές μέρες (McIntyre et al., 2016).
- Αυξημένη ομιλία. Οι ασθενείς μπορεί να μιλούν πολύ γρήγορα, πολύ δυνατά και περισσότερο από το συνηθισμένο. Ακόμα μπορεί να αλλάζουν συνέχεια το θέμα της συζήτησης (Goes, 2016).
- Κακή κρίση . Οι ασθενείς μπορεί να μην είναι σε θέση να ελέγξουν τη δράση τους. Μπορεί να συμμετέχουν σε επικίνδυνες δραστηριότητες χωρίς να το συνειδητοποιούν. Ακόμα μπορεί να αυξήσουν τη σεξουαλική δραστηριότητά τους και να προσέχουν λιγότερο με αποτέλεσμα να υπάρξουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κ.α. (Taylor et al., 2014).
- Ψυχωτικά συμπτώματα. Οι ασθενείς μπορεί να έχουν ψευδαισθήσεις όπως για παράδειγμα να ακούν φωνές ή να βλέπουν πράγματα που δεν υπάρχουν (McIntyre et al., 2016).
- Υπερφαγία ή μειωμένη όρεξη. Οι ασθενείς μπορεί να τρώνε περισσότερο από το φυσιολογικό τους αλλά υπάρχει και η πιθανότητα να μην έχουν την ίδια όρεξη που είχαν πριν νοσηλευτούν (McIntyre et al., 2016)
- Άτυπα συμπτώματα κατάθλιψης. Αυτά μπορεί να είναι : καταθλιπτική διάθεση, σημαντική απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, απάθεια ή διέγερση, απώλεια ενέργειας, αδυναμία συγκέντρωσης και σκέψεις αυτοκτονίας (Taylor et al., 2014).
- Θετικό οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής (Cerimele et al., 2013)

Σύμφωνα με τους Judd (2002), κατά την οριστικοποίηση της διπολικής διαταραχής ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει τα μέλη της οικογένειας ή τους στενούς φίλους. Αυτή είναι μία ευκαιρία για την αξιολόγηση της οικογένειας σχετικά με τις σχέσεις της με τον ασθενή.

2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής

Η θεραπεία της διπολικής διαταραχής σχετίζεται άμεσα με τη φάση του επεισοδίου (δηλαδή κατάθλιψη ή μανία) και τη σοβαρότητα αυτής της φάσης. Για παράδειγμα, ένα άτομο που είναι εξαιρετικά καταθλιπτικό και παρουσιάζει αυτοκτονική συμπεριφορά απαιτεί νοσοκομειακή θεραπεία. Αντίθετα, ένα άτομο με μέτρια κατάθλιψη, μπορεί ακόμη να αντιμετωπίζεται ως εξωτερικός ασθενής. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας αξιολογεί αν τα τρέχοντα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν μανιακό, υπομανιακό ή μικτό μανιακό επεισόδιο. Σε αυτή την περίπτωση γίνεται διακοπή των φαρμακευτικών παραγόντων που συνδέονται με επεισόδια μανίας ή υπομανίας (Fagiolini, 2008).

Σε περιπτώσεις οξέος επεισοδίου, οι ασθενείς με διπολική διαταραχή μπορεί να εμφανιστούν με σοβαρή διέγερση, βίαιες συμπεριφορές και ψύχωση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο στόχος της θεραπείας είναι ο έλεγχος της επικίνδυνης συμπεριφοράς με την χορήγηση φαρμάκων όπως βενζοδιαζεπίνες ή αντιψυχωσικά φάρμακα από το στόμα (Zeller & Citrome, 2016). Ακόμα οι ασθενείς αυτοί, θα πρέπει να οδηγούνται για επείγουσα νοσηλεία σε δομή ψυχικής υγείας όταν έχουν κάποιο από τα ακόλουθα συμπτώματα :

- Όταν υπάρχει κίνδυνος για τον εαυτό τους και για άλλους
- Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε παραλήρημα
- Όταν εμφανίζει ψυχωτικά συμπτώματα
- Όταν κάνει χρήση ουσιών
- Όταν παρουσιάζουν σοβαρές ψευδαισθήσεις, σύγχυση, κατατονική συμπεριφορά και ακραία αρνητικότητα (Soreff, 2018).

Ένας ασθενής που πάσχει από διπολική διαταραχή όταν βρίσκεται σε καταθλιπτικό επεισόδιο και ειδικά στα αρχικά στάδια, μπορεί να παρουσιάσει σημαντικό κίνδυνο για αυτοκτονία (Soreff, 2018). Οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να έχουν συνεχή παρακολούθηση και προληπτική προστασία για το λόγο αυτό θα πρέπει να εισαχθούν σε μία ψυχιατρική κλινική (Staudt Hansen, 2019).

Όταν οι ασθενείς που διαγιγνώσκονται με διπολική διαταραχή πάσχουν από οξεία μανία, συχνά απαιτείται νοσηλεία. Οι ασθενείς συχνά είναι αρκετά αποδιοργανωτικοί, γεγονός που καθιστά δύσκολη τη ρύθμιση της συμπεριφοράς τους και τη διαχείρισή τους (J J Goossens, 2020). Η νοσηλευτική πρακτική σε αυτόν τον τομέα φαίνεται να βασίζεται κυρίως στην αίσθηση της ασφάλειας. Η αίσθηση της ασφάλειας είναι ζωτικής σημασίας για την ανάρρωση αυτών των ασθενών. Το συναίσθημα της ασφάλειας σχετίζεται με τη σαφή και ήρεμη επικοινωνία, το σεβασμό, την αναγνωρισιμότητα των νοσηλευτών/-τριών, την καθημερινή δομή και

η σαφής επικοινωνία σχετικά με τους στόχους της θεραπείας είναι σημαντική (E van Lankeren, 2020).

2.1. Φαρμακευτική θεραπεία επεισοδίων

Η φαρμακευτική θεραπεία είναι θεμελιώδης για την επιτυχή διαχείριση ασθενών με διπολική διαταραχή. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής περιλαμβάνουν σταθεροποιητές της διάθεσης (π.χ. λίθιο, βαλπροϊκό, λαμοτριγίνη και καρβαμαζεπίνη), άτυπα αντιψυχωσικά και συμβατικά καταθλιπτικά (Geddes & Miklowitz, 2013; Hirschfeld et al., 2002).

2.1.1 Μανιακό επεισόδιο

Κατά το μανιακό επεισόδιο ο ασθενής δημιουργεί ένα επικίνδυνο περιβάλλον τόσο για τον ίδιο όσο και για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Η φαρμακευτική του αγωγή γίνεται κυρίως από το στόμα αλλά σε ορισμένους ασθενείς, οι οποίοι αρνούνται τη θεραπεία από το στόμα, πραγματοποιούνται ενδομυϊκές ενέσεις. Οι ουσίες που μπορούν να χορηγηθούν ενδομυϊκά είναι η ολανζαπίνη, η ζιπρασιδόνη, η αριπιπραζόλη ή συνδυασμός ενδομυϊκής αλοπεριδόλης και βενζοδιαζεπίνης (Fountoulakis et al., 2012).

Γενικά ουσίες όπως το λίθιο, η καρβαμαζεπίνη, το βαλπροϊκό, η αλοπεριδόλη και άτυπα αντιψυχωσικά έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά κατά της μανίας (Smith et al., 2007).

2.1.2. Υπομανιακά επεισόδια

Η υπομανία μπορεί να είναι το προοίμιο της μανίας σε ορισμένους ασθενείς, οπότε η θεραπεία θα πρέπει να είναι παρόμοια με τη μανία. Η θεραπεία είτε με βαλπροϊκό είτε με άτυπο αντιψυχωσικό μπορεί να είναι η καλύτερη επιλογή, καθώς και οι δύο έχουν καλό προφίλ ασφάλειας και σχετικά γρήγορη έναρξη δράσης, ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο υποτροπής της υπομανίας σε μανία (Fountoulakis et al., 2012).

2.1.3. Καταθλιπτικό επεισόδιο

Η καταθλιπτική φάση της διπολικής διαταραχής είναι συχνό φαινόμενο σε πολλούς ασθενείς που πάσχουν. Για τον λόγο αυτό η θεραπεία της κατάθλιψης είναι μείζονος σημασίας. Οι αυτοκτονικές πράξεις συνιστούν μια μεγάλη ανησυχία σε ασθενείς με διπολική διαταραχή και σχετίζονται με σοβαρές καταθλιπτικές φάσεις. Ωστόσο, η θεραπεία της διπολικής κατάθλιψης αποτελεί μείζονα πρόκληση, με λίγες θεραπείες να έχουν αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα (Geddes & Miklowitz, 2013).

2.2. Εκπαίδευση του ασθενή

Για να μπορέσει όμως η φαρμακευτική θεραπεία να πετύχει θα πρέπει να υπάρχει μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτικού προσωπικού μία θεραπευτική συμμαχία. Σύμφωνα με τους Stubbe (2018) η θεραπευτική συμμαχία αναφέρεται στη συνεργατική και συναισθηματική οικειότητα μεταξύ ενός θεραπευτή και του ασθενούς του και μπορεί να επηρεάσει τη στάση του ασθενούς στη θεραπεία. Η θεραπευτική συμμαχία αποτελείται από τρία στοιχεία : συμφωνία στόχου, συμφωνία εργασίας και συναισθηματικός δεσμός.

Η εκπαίδευση επιδιώκει τους παρακάτω στόχους:

1. Βελτίωση της τήρησης της θεραπείας. Η τήρηση της θεραπείας είναι συχνά ελλιπής, ιδιαίτερα σε νεότερους ασθενείς στην αρχή της ασθένειας.
2. Προώθηση της ευαισθητοποίησης για την αντιμετώπιση του στρες, των διαταραχών του ύπνου, των σημείων υποτροπής και του προγραμματισμού της δραστηριότητας. Σε κάθε περίπτωση προωθούνται τακτικά πρότυπα καθημερινών δραστηριοτήτων. Ο νοσηλευτής πρέπει να προσπαθήσει να τροποποιήσει ακανόνιστα μοτίβα δραστηριότητας, τα οποία είναι συχνά σε ασθενείς με διπολική διαταραχή. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση ημερολογίων ή εφαρμογών για αυτό-παρακολούθηση της διάθεσης ή των δραστηριοτήτων.
3. Αξιολόγηση και διαχείριση λειτουργικών βλαβών. Ο νοσηλευτής συμβουλεύει τον ασθενή σε έναν ήπιο προγραμματισμό των δραστηριοτήτων, στην μείωση των ευθυνών στο διάστημα των 12 εβδομάδων, στην αποθάρρυνση για λήψη σημαντικών αποφάσεων, όταν βρίσκεται σε καταθλιπτική ή μανιακή κατάσταση.
4. Αξιολόγηση της υγείας. Οι διπολικοί ασθενείς έχουν πρόωρη θνησιμότητα, εν μέρει λόγω καρδιαγγειακών παθήσεων αλλά και αυτοκτονιών. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις προκαλούνται σε μεγάλο βαθμό από την αύξηση του σωματικού βάρους. Έτσι το σωματικό βάρος και οι άλλοι σχετικοί παράγοντες κινδύνου πρέπει να παρακολουθούνται τουλάχιστον ετησίως και να παρέχεται η κατάλληλη θεραπεία.

3. Διατροφή ασθενούς και ρόλος του νοσηλευτή

Όπως έχουμε αναφέρει προηγουμένως, ένα από τα συμπτώματα για τα άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή είναι η αύξηση ή μείωση του βάρους τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να έχουν έλλειψη θρεπτικών συστατικών. Έτσι ο ασθενής χαρακτηρίζεται από μειωμένο μυϊκό όγκο, αμηνόρροια, κακή επιδερμίδα δέρματος, αναιμία, ανισορροπία ηλεκτρολυτών (Townsend, 2015). Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε αυτό τον τομέα συνοψίζονται παρακάτω :

- Ο νοσηλευτής σε συνεργασία με τον διαιτολόγο, καθορίζει τον αριθμό θερμίδων που απαιτούνται για την παροχή επαρκούς διατροφικής υποστήριξης
- Ο νοσηλευτής παρέχει στον ασθενή τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες και υψηλή περιεκτικότητα σε θερμίδες.
- Ο νοσηλευτής ζυγίζει καθημερινά τον ασθενή. Η αύξηση ή μείωση του βάρους παίζει καθοριστικό ρόλο για την θεραπεία.
- Ο νοσηλευτής φροντίζει ο ασθενής να παίρνει τα συμπληρώματα βιταμινών σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες του ιατρού
- Ο νοσηλευτής εξηγεί τη σημασία της επαρκούς διατροφής και της πρόσληψης υγρών (Townsend, 2015).

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ – ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κεντρικό ζήτημα για την διεξαγωγή μιας ποιοτικής έρευνας αποτελεί η επιλογή του ερευνητικού ερωτήματος. Πρόκειται για μια επιλογή που καθορίζεται τόσο από το προσωπικό ενδιαφέρον, τις εμπειρίες και το σύστημα αξιών του ερευνητή όσο και από περισσότερο «αντικειμενικούς» παράγοντες όπως η επικαιρότητα, η σημασία του υπό διερεύνηση ζητήματος καθώς και η ύπαρξη προηγούμενης επιστημονικής γνώσης γύρω από το θέμα, ο τρόπος δηλαδή με τον οποίο αυτό έχει προσεγγισθεί ή οι πλευρές που δεν έχουν τυχόν ερευνηθεί.

Πράγματι, όλοι οι παραπάνω παράγοντες ώθησαν στην επιλογή διερεύνησης της συγκεκριμένης μελέτης περίπτωσης. Η προσωπική φοιτητική εμπλοκή σε νοσηλευτικές διεργασίες στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου έπαιξαν καταλυτικό ρόλο στη συγκεκριμένη επιλογή. Σε πρώτη φάση η προσοχή μου στράφηκε στην όλο και πιο συχνά εμφανιζόμενη περίπτωση της διπολικής διαταραχής. Στην πορεία και μέσα απ' την βιβλιογραφική ανασκόπηση και την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας διαπιστώθηκε ότι αν και υπάρχει πληθώρα επιστημονικού υλικού γύρω από θέματα που αφορούν την διπολική διαταραχή, δεν υπάρχουν πολλές ποιοτικές μελέτες που θα μπορούσαν να αναδεικνύουν με μεγαλύτερη σαφήνεια τα συναισθήματα αυτών των ατόμων αλλά και τους λόγους που οι ίδιοι επικαλούνται για αυτά τα συναισθήματα. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η εργασία μου να ενσωματώσει τα «λόγια του ασθενούς» σε αυτό το κεφάλαιο που αποτελεί και την ερευνητική προσπάθεια, στα πλαίσια πάντα της πτυχιακής μου εργασίας.

1. Ερευνητικό Ερώτημα και Σκοπός της Παρούσας Μελέτης:

Σκοπός, λοιπόν, της μελέτης ήταν να καταγράψουμε τα συμπτώματα με τον τρόπο που τα βίωσε ο συγκεκριμένος άνθρωπος, με τα δικά του λόγια δηλαδή και να προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε τους λόγους για τους οποίους ο ίδιος θεωρεί ότι αρρώστησε, αλλά και πως βλέπει το μέλλον του.

2. Μεθοδολογική Προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος:

Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε στις προσωπικές παρατηρήσεις και ερμηνείες του απέναντι στα θέματα της υγείας του ασθενούς, της αρρώστιας και της ποιότητας της ζωής του. Η επιλογή της ερευνητικής μεθόδου είναι αποτέλεσμα του είδους του ερευνητικού ερωτήματος (Ryman 2001). Έτσι, για τη μεθοδολογική προσέγγιση των παραπάνω ζητημάτων, όπως έχει ήδη αναφερθεί, επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα, η οποία επιτρέπει στον ερευνητή να επιχειρήσει τη βαθύτερη μελέτη και κατανόηση

του τρόπου με τον οποίο τα ίδια τα υποκείμενα αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και δίνουν νόημα στα υπό μελέτη κοινωνικά φαινόμενα (Den Denzin & Lincoln, 1998).

3. Παρουσίαση του Ιστορικού των συμπτωμάτων

Ο ασθενής περιγράφει:

« Στην παιδική μου ζωή ήμουν σαν τα υπόλοιπα παιδιά, έπαιζα με τους συνομήλικούς μου, είχα αρκετούς φίλους. Ασχολούμουν με το αθλητισμό και την μουσική για πολλά χρόνια αλλά μετά από ένα τραυματισμό στο πόδι μου σταμάτησα με τον αθλητισμό και μετά από λίγα χρόνια σταμάτησα και με την μουσική λόγω του σχολείου».

« Άρχισα να παρατηρώ αλλαγές στην διάθεσή μου στην ηλικία των 22 χρόνων. Από την μία δεν είχα όρεξη για τίποτα, δεν ήθελα να δω κανέναν και είχα πολλές κρίσεις πανικού. Αλλά από την άλλη υπήρχαν στιγμές που δεν με ένοιαζε τίποτα, ένιωθα ότι μπορούσα να κάνω τα πάντα, δεν με ενδιέφεραν οι επιπτώσεις. Το θέμα είναι ότι οι περιόδους που ένιωθα ανίκητος δεν μου φαινότουσαν περίεργες. Νόμιζα ότι ήταν το φυσιολογικό. Αυτό που με ανησυχούσε περισσότερο ήταν οι περίοδοι που δεν άντεχα άλλο και έφτανα σε σημείο να κάνω κακό στον εαυτό μου, είτε αυτό θα ήταν να αυτοτραυματίζομαι, είτε να χρησιμοποιώ ουσίες για να νιώσω καλύτερα. Οι περίοδοι αυτοί στην αρχή δεν κρατούσαν πολύ οπότε δεν τους έδινα πολλή σημασία γιατί έλεγα είναι φυσιολογικό δεν γίνεται κάθε μέρα να νιώθεις καλά. Όμως αυτό που με έκανε να ζητήσω βοήθεια είναι όταν χρειάστηκε να πάω νοσοκομείο από υπερβολική δόση. Μετά την απόπειρα μου είπαν ότι θα πρέπει να μιλήσω με κάποιον ειδικό για όλο το περιστατικό. Και έτσι και έγινε. Πήγα σε γιατρό η οποία μετά από πολλά τεστ μου είπε ότι πάσχω από διπολική διαταραχή. Στην αρχή ήμουν τρομοκρατημένος και φοβόμουν να πω στο κοντινό μου περιβάλλον ότι έχω την συγκεκριμένη ασθένεια γιατί φοβόμουν τις αντιδράσεις τους. Ευτυχώς οι γονείς μου ήταν υποστηρικτικοί και δεν με έκαναν να νιώσω περίεργα ή ότι είμαι διαφορετικός από τους άλλους».

«Αν και έχουν περάσει δέκα χρόνια από τότε πάντα με φοβίζει ότι θα ξαναέρθει η στιγμή που μπορεί να κάνω κακό στον εαυτό μου όσο βρίσκομαι σε καταθλιπτικό επεισόδιο».

4. Παρουσίαση του Κοινωνικού Ιστορικού

Ο ασθενής περιγράφει:

« Μέχρι και τα 22 χρόνια της ζωής μου μπορώ να πω ότι είχα μία, ας την πούμε, φυσιολογική ζωή. Μέχρι και την πρώτη μου καταθλιπτική φάση όλα κυλούσαν ήρεμα. Οι σχέσεις μου με τους γονείς και φίλους μου ήταν καλή, υπήρχαν βεβαίως οι

εντάσεις αλλά όχι κάτι το σοβαρό, όλα λυνόντουσαν χωρίς κάποιο σοβαρό πρόβλημα».

5. Αναπαράσταση για τα αίτια της νόσου

« Πλέον ξέρω ότι είναι κληρονομική η διπολική διαταραχή, αλλά το περίεργο είναι ότι κανείς από το κοντινό μου οικογενειακό περιβάλλον είχε διπολική διαταραχή. Οπότε δεν ξέρω ακόμα σίγουρα πώς και γιατί πάσχω».

6. Στόχοι φροντίδας

Σύμφωνα με τους Smith (2020), η επιτυχής διαχείριση της διπολικής διαταραχής συνήθως περιλαμβάνει άτομα που αναλαμβάνουν μια σύνθετη σειρά καθηκόντων αυτοδιαχείρισης (π.χ. λήψη φαρμάκων, παρακολούθηση συμπτωμάτων, ακολουθώντας μια τακτική ρουτίνα ύπνου). Πολλοί άνθρωποι με διπολική διαταραχή αμφιβάλλουν ότι μπορούν να αναλάβουν με επιτυχία αυτές τις εργασίες. Αυτή η χαμηλή αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας μπορεί να οδηγήσει στη διαιώνιση των συμπτωμάτων της διπολικής διαταραχής, στην κακή ποιότητα ζωής και στη χαμηλή συμμόρφωση στη θεραπεία. Η έρευνα για την αυτό-αποτελεσματικότητα στην διπολική διαταραχή έχει παρεμποδιστεί από την έλλειψη μιας σύντομης, αξιόπιστης και έγκυρης κλίμακας αυτοαναφοράς που να είναι πρακτική στη χρήση σε κλινικά και ερευνητικά περιβάλλοντα.

Σύμφωνα με τους Sahoo (2012), η κατανόηση των συμπτωμάτων και οι τρόποι ελέγχου τους με τη χρήση κατάλληλων φαρμάκων και ψυχοθεραπείες, έδωσε σε πολλούς ανθρώπους που διαγνώστηκαν με διπολική διαταραχή μια ευκαιρία για μια καλύτερη ζωή.

Τα προγράμματα αυτό φροντίδας αποσκοπούν στη διευκόλυνση της ανάκαμψης, βελτιώνοντας την ικανότητα του ατόμου στη διαχείριση των συμπτωμάτων στη θεραπεία, στις σωματικές και ψυχοκοινωνικές συνέπειες και στις αλλαγές στον τρόπο ζωής. Η αποτελεσματική αυτοδιαχείριση περιλαμβάνει την ικανότητα των ασθενών να παρακολουθούν την κατάστασή τους και να επηρεάζουν τις γνωστικές, συμπεριφορικές και συναισθηματικές αντιδράσεις, με στόχο μια ικανοποιητικής ποιότητας ζωής (Cyhlarova et al., 2015).

7. Συμπεράσματα – Προτάσεις

Σύμφωνα με τους Shah (2017), η θεραπευτική φροντίδα θα έχει καλύτερα αποτελέσματα αν υπάρχει μία σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στον θεραπευτή και τον ασθενή. Κάποια από τα βήματα που μπορούν να γίνουν για να αναπτυχθεί αυτή η σχέση είναι:

- Συζήτηση για τα συμπτώματα της κατάθλιψης, μανίας, υπομανίας και των μεικτών επεισοδίων.
- Παροχή πληροφοριών για τα αίτια της νόσου.
- Παροχή πληροφοριών σχετικά με τη σημασία της διαχείρισης του άγχους και της καθημερινότητας.
- Παροχή πληροφοριών σχετικά με τις διαθέσιμες επιλογές θεραπείας, την αποτελεσματικότητά του, παρενέργειες.
- Συζήτηση σχετικά με τη σημασία της φαρμακευτικής αγωγής και της συμμόρφωσης με τη θεραπεία.
- Εκπαίδευση του ασθενούς στην ανίχνευση των πρώιμων συμπτωμάτων υποτροπής.
- Εκπαίδευση στον τρόπο ζωής και τις διατροφικές συνήθειες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Dailey M . , Saadabadi A. (2020) Mania In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing
2. Vieta E., Salagre E., Grande I., Carvalho A, Fernandes B, Berk M., Birmaher B, Tohen M., Suppes T. (2018) Early Intervention in Bipolar Disorder: a review
3. Krans B. (2019) The History of Bipolar Disorder
4. Bhandari S., MD (2020) The History of Bipolar Disorder
5. Miller S., Dell’Osso B., Kettera T. (2014). The prevalence and burden of bipolar depression. *Journal of Affective Disorders*; 169: S1, S3–S11.
6. Merikangas, KR., Akiskal, HS., Angst, J. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 64(5):543-552.
7. Fajutrao L., Locklear J., Prialux J., Heyes A. (2009). A systematic review of the evidence of the burden of bipolar disorder in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*; 5:3.
8. Patel R., Shetty H., Jackson R., Broadbent M., Stewart R., Boydell J., McGuire P., Taylor M. (2015). Delays before Diagnosis and Initiation of Treatment in Patients Presenting to Mental Health Services with Bipolar Disorder. *PLoS One*; 10(5):e0126530.
9. Dilsaver S.C. (2011). An estimate of the minimum economic burden of bipolar I and II disorders in the United States. *J. Affect. Disord.*;129:79–83.
10. Anderson, I. M., Haddad, P. M., & Scott, J. (2012). Bipolar disorder. *BMJ*, 345(dec27 3), e8508–e8508.
11. H. Young A., Macpherson H. (2011). Detection of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2011 Jul;199(1):3-4.
12. Australia, H. (2020). Bipolar disorder.
13. Bennett P. (2010). Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία. Εκδόσεις Πεδίο.
14. Katzow J.J., Hsu D.J., Ghaemi S.N. (2003) The bipolar spectrum: a clinical perspective *Bipolar Disord.*, 5, pp. 436-442
15. De Fruyt J., Demyttenaere K. (2007) Bipolar (spectrum) disorder and mood stabilization: standing at the crossroads? *Psychother. Psychosomat.*, 76, pp. 77-88
16. Ghaemi S.N , Ko J.Y, Goodwin F.K. (2001) The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world *J. Psychiatr. Pract.*, 7 , pp. 287-297
17. Ghaemi S.N., Ko J.Y., Goodwin F.K. (2002) “Cade’s disease” and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder *Can. J. Psychiatry*, 47 , pp. 125-134

18. Santhini, DP. (2019). Psychiatric Nursing- A Booming Nursing Discipline. *Acta scientific medical sciences*, 3(5):1-2.
19. Bobo., VW. (2017). *The Diagnosis and Management of Bipolar I and II Disorders: Clinical Practice Update*. *Mayo Clin Proc*, 92(10), 1532–1551.
20. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
21. Hirschfeld, R. M., Williams, J. B., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck, P. E., Jr., Zajecka, J. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1873–1875.
22. Hirschfeld, R. M., Bowden, C. L., & Gitlin, M. J. (2002). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *American Psychiatric Association*. Retrieved from http://dbsanca.org/docs/APA_Bipolar_Guidelines.1783155.pdf
23. Cerimele, J. M., Chwastiak, L. A., Chan, Y. F., Harrison, D. A., & Unutzer, J. (2013). The presentation, recognition and management of bipolar depression in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 28, 1648–1656. doi:10.1007/s11606-013-2545-7.
24. Kessler, R. C., & Ustun, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13, 93–121.
25. Manning, J. S. (2010). Tools to improve differential diagnosis of bipolar disorder in primary care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 12(Suppl 1), 17–22. doi:10.4088/PCC.9064su1c.03.
26. Price, A. L., & Marzani-Nissen, G. R. (2012). Bipolar disorders: A review. *American Family Physician*, 85, 483–493. doi:d10089. Retrieved from PM:22534227
27. Geddes, J. R., & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *Lancet*, 381, 1672–1682. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60857-0.
28. Stubbe, D. (2018). The Therapeutic Alliance: The Fundamental Element of Psychotherapy. *Focus (Am Psychiatr Publ)*, 16(4): 402–403.
29. Zeller, SL., Citrome, L. (2016). Managing agitation associated with schizophrenia and bipolar disorder in the emergency setting. *West J Emerg Med.*, 17(2):165- 172.
30. Phillips, M.L., Kupfer D.J. (2013). *Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions*. *Lancet*, 381: 1663–1671.
31. Fountoulakis, KN., Yatham, L., Grunze, H., et al. (2017). The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) *Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), part 2: review, grading of the evidence, and a precise algorithm*. *Int J Neuropsychopharmacol.*, 20:121–179.

32. Price L., & Marzani-Nissen R. (2012). *Bipolar disorders: A review. American Family Physician*; 85, 483–493.
33. Waters F, Collerton D, Ffytche DH, et al. [Visual hallucinations in the psychosis spectrum and comparative information from neurodegenerative disorders and eye disease](#). *Schizophr Bull.* 2014;40 Suppl 4:S233-45. doi:10.1093/schbul/sbu036
34. Brietzke E., Mansur B., Soczynska J., Powell M., McIntyre S. (2012). A theoretical framework informing research about the role of stress in the pathophysiology of bipolar disorder. *Prog.Neuropsychopharmacol. Biol.Psychiatry*; 39(1), 1-8.
35. NCCMH. (2014). *Bipolar disorder: The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care, (updated edition)*. London: *The British Psychological Society*.
36. Shah N., Grover S., Rao GP. (2017). Clinical Practice Guidelines for Management of Bipolar Disorder. *Indian J Psychiatry*, 59:51-66.
37. Shah N., Grover S., Rao P. (2017). Clinical Practice Guidelines for Management of Bipolar Disorder. *Indian J Psychiatry*; 59(Suppl 1): S51–S66.
38. Ribeiro A., P. Ribeiro J., Doellinger O. (2018). Depression and psychodynamic psychotherapy. *Braz J Psychiatry.* ; 40(1): 105–109.
39. National Institute of Mental Health. (2020) *Bipolar disorder: overview*, www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml.
40. Johnson M., A. Fields S., Bluett E. (2020). Bipolar disorder: Managing the peaks and valleys. Review: *Int J Psychiatry Med.*;55(5):349-356.
41. M. Stiles B., F. Fish A., Vandermause R., Malik A. (2019). Identifying the Complexity of Diagnosing Bipolar Disorder: A Focused Ethnography. *Issues Ment Health Nurs* ;40(9):812-818.
42. J Baldessarini R., Tondo L., H Vázquez G. (2019). Pharmacological treatment of adult bipolar disorder. Review: *Mol Psychiatry*. 2019 Feb;24(2):198-217.
43. Bauer, M. (2018). 70 Years of Research and 50 Years of Lithium Clinics: From Serendipity to Gold Standard in Mood Disorders. *Pharmacopsychiatry*, 51:165
44. Kato, T. (2019). Current Understanding of Bipolar Disorder: Toward Integration of Biological Basis and Treatment Strategies. *Psychiatry Clin Neurosci.*, 73(9):526- 540.
45. Kibirige, D., Luzinda, K., Ssekitoleko, R. (2013). Spectrum of lithium induced thyroid abnormalities: A current perspective. *Thyroid Research*, 6(3):45-56.
46. Tondo, L., Alda, M., Bauer, M., Bergink, V., Grof, P., Hajek, T., et al., (2019). International Group for Studies of Lithium (IGSLi): *Clinical use of lithium*

- salts: Guide for users and prescribers. International Journal of Bipolar Disorders, 7:16.*
47. Morris CD., Miklowitz DJ., Waxmonsky JA.(2007). Family-focused treatment for bipolar disorder in adults and youth. *Journal of clinical psychology,63(5):433-45.*
 48. Derry S., Moore RA. (2007). Atypical antipsychotics in bipolar disorder: systematic review of randomised trials. *BMC Psychiatry; 7: 40*
 49. Altman S., Haeri S., Cohen LJ. (2006). Predictors of relapse in bipolar disorder: a review. *J Psychiatr Pract.;12(5): 269-282*
 50. Perugi G., Medda P., Toni C., Mariani M., Socci C., Mauria M. (2017). The Role of Electroconvulsive Therapy (ECT) in Bipolar Disorder: Effectiveness in 522 Patients with Bipolar Depression, Mixed-state, Mania and Catatonic Features. *Curr Neuropharmacol.; 15(3): 359–371.*
 51. Soreff S. (2018). Bipolar disorder. Available at <https://emedicine.medscape.com/article/286342-overview>
 52. Anderson, IM., Haddad, PM., Scott, J. (2012). Bipolar disorder. *BMJ, 345:e8508*
 53. de Barros Pellegrinelli, K., de O Costa, LF., Silval, KI., Dias, VV., Roso, MC., Bandeira, M., Colom, F., Moreno, RA. (2013). Efficacy of psychoeducation on symptomatic and functional recovery in bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand., 127:153–158.*
 54. Fink, M., Kellner, C.H., McCall, W.V. (2016). Optimizing ECT Technique in Treating Catatonia. *J. ECT, 32(3):149–150.*
 55. Jahangard, L., Haghghi, M., Bigdelou, G., Bajoghli, H., Brand, S. Comparing efficacy of ECT with and without concurrent sodium valproate therapy in manic patients. *J. ECT., 28(2):118–123.*
 56. Seeman, P. (2004). Atypical antipsychotics: mechanism of action. *Focus, 47:27- 58.*
 57. Goes, FS. (2016). Genetics of bipolar disorder: recent update and future directions. *Psychiatr Clin North Am., 39(1):139-155.*
 58. McIntyre, RS., Lee, Y., Mansur, RB. (2016). A pragmatic approach to the diagnosis and treatment of mixed features in adults with mood disorders. *CNS Spectr., 21(S1):25-33.*
 59. Taylor, DM., Cornelius, V., Smith, L., Young, AH. (2014). Comparative efficacy and acceptability of drug treatments for bipolar depression: a multiple-treatments meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand., 130(6):452-469.*
 60. E van Lankeren J., E Testerink A., H Daggenvoorde T., E Poslawsky I., J J Goossens P. (2020). Patient experiences with nursing care during

- hospitalization on a closed ward due to a manic episode: A qualitative study. *Multicenter Study Perspect Psychiatr Care.*;56(1):37-45.
61. Staudt Hansen P., Frahm Laursen M., Grontved S., Puggard Vogt Straszek S., Licht R.W., Nielsen R.E. (2019). Increasing mortality gap for patients diagnosed with bipolar disorder—A nationwide study with 20 years of follow-up. *Bipolar Disord.* ;21:270–275. doi: 10.1111/bdi.12684
 62. Cerimele M., Chwastiak A., Chan F., Harrison A., & Unutzer J.(2013). The presentation, recognition and management of bipolar depression in primary care. *Journal of General Internal Medicine*; 28, 1648–1656.
 63. Fountoulakis N., Kasper S., Andreassen O., Blier P., Okasha A., Severus E., Vieta E. (2012). Efficacy of pharmacotherapy in bipolar disorder: A report by the WPA section on pharmacopsychiatry. *Eur.Arch.Psychiatry Clin.Neurosci.*; 262 Suppl 1, 1-48.
 64. Fagiolini A. (2008). Medical monitoring in patients with bipolar disorder: a review of data. *J Clin Psychiatry*; 69(6):e16
 65. Judd LL., Akiskal HS., Schletter PJ., et al. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*;59:530–7.
 66. Smith A., Cornelius V., Warnock A., Bell A., Young A. H. (2007). Effectiveness of mood stabilizers and antipsychotics in the maintenance phase of bipolar disorder: A systematic review of randomized controlled trials. *Bipolar Disord.*; 9(4), 394-412.
 67. Townsend M. (2015). *Psychiatric Nursing Assessment, Care Plans, and Medications*. 9th edition. Philadelphia: F. A. Davis Company
 68. M Smith L., M Erceg-Hurn D., M McEvoy P., Lim L. (2020). Self-efficacy in bipolar disorder: Development and validation of a self-report scale *J Affect Disord* ;262:108-117.
 69. Denzin, N. & Lincoln, Y. (1998): « Strategies of Qualitative Inquiry». London: Sage Publications
 70. Hitchcock, G. & Hughes, D. (1989). «Research and the Teacher: A Qualitative Introduction to School-based Research», London, Routledge.
 71. Cyhlarova E., CrepazKeay D., Reeves R., Morgan K., Iemmi V., Knapp M. (2015). An evaluation of peerled selfmanagement training for people with severe psychiatric diagnoses, *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 10(1): 313-318.
 72. Sahoo MK., Chakrabarti S., Kulhara P. (2012). Detection of prodromal symptoms of relapse in mania and unipolar depression by relatives and patients. *The Indian Journal of Medical Research*, 135 (2): 177–83.
 - 73.

