

**Α.Τ.Ε.Ι ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ



**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΒΛΑΣΣΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ-
ΜΑΡΙΑ**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Κα ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ

ΕΤΟΣ 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

- 1.1 Εισαγωγή
- 1.2 Ψυχολογία και Κλινική Ψυχολογία
- 1.3 Διάκριση Φυσιολογικής και Παθολογικής Συμπεριφοράς
- 1.4 Παθολογική και Φυσιολογική Συμπεριφορά
- 1.5 Οι διαφορές προσέγγισης των παθολογικών συμπεριφορών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

- 2.1 Η φύση των συναισθηματικών διαταραχών - Γενικά χαρακτηριστικά
- 2.2 Συστήματα ταξινόμησης
- 2.3 Ταξινόμηση των συναισθηματικών διαταραχών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

- 3.1 Μονοπολική διαταραχή - ορισμός
- 3.2 Αιτιολογία
- 3.3 Διαγνωστικά κριτήρια
- 3.4 Επιδημιολογία
- 3.5 Πρόληψη
- 3.6 Πρόγνωση
- 3.7 Θεραπεία
- 3.8 Κλινικό παράδειγμα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

- 4.1 Διπολική διαταραχή Γενικά - Ιστορικό
- 4.2 Αιτιολογία
- 4.3 Διαγνωστικά κριτήρια
- 4.4 Επιδημιολογία
- 4.5 Πρόληψη
- 4.6 Πρόγνωση
- 4.7 Διαφορική διάγνωση
- 4.8 Θεραπεία
- 4.9 Χαρακτηριστικά που ξεχωρίζουν τη μονοπολική συναισθηματική διαταραχή από την διπολική συναισθηματική διαταραχή
- 4.10 Κλινικό παράδειγμα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

- 5.1 Μανική διαταραχή - Ορισμός
- 5.2 Αιτιολογία

- 5.3 Διαγνωστικά κριτήρια
- 5.4 Πορεία της νόσου
- 5.5 Κλινικές και αιτιολογικές μορφές μανίας
- 5.6 Πρόγνωση
- 5.7 Θεραπεία
- 5.8 Κλινικές διαφορές μεταξύ κατάθλιψης και μανίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

- 6.1 Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής
- 6.2 Νοσηλευτική διεργασία
- 6.3 Εκτίμηση
- 6.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην κατάθλιψη
- 6.5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην μανία
- 6.6 Νοσηλευτική φροντίδα στην κατάθλιψη
- 6.7 Νοσηλευτική φροντίδα στη μανία
- 6.8 Νοσηλευτική αξιολόγηση των συναισθηματικών διαταραχών
- 6.9 Η Κ.Ψ Νοσηλεύτρια και η οικογένεια

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Νέα Δεδομένα

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όπως το σώμα, έτσι και η ψυχή του ανθρώπου συχνά ασθενεί. Η κατάσταση του σώματος επηρεάζει την υγεία της ψυχής, όπως η ψυχική υγεία επιδρά επάνω στη σωματική οντότητα. Γι' αυτό αισθάνεται κανείς ενοχλήσεις σωματικές, χωρίς να υπάρχει οργανική βλάβη. Πρόκειται στην περίπτωση αυτή για ψυχική νόσο. (Κωστάρα, 1979)

Στον όρο ψυχοσωματικές διαταραχές περιλαμβάνονται μια σειρά εκδηλώσεων, λειτουργικών διαταραχών, και ασθενειών με οργανική βλάβη, που σε σημαντικό βαθμό προκαλούνται από τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου, και την επίδραση του περιβάλλοντος. (Χρυσή Υγεία της 3^{ης} χιλιετίας)

Στην ψυχοπαθολογία των ενηλίκων, οι διαταραχές της διάθεσης αναφέρονται σε ένα ευρύ φάσμα διαταραχών, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται η κατάθλιψη, η δυσθυμική διαταραχή και η διπολική διαταραχή, λεγόμενη και ως μανιοκατάθλιψη. (Κακούρος & Μανιάδης, 2003)

Οι διπολικές διαταραχές, ή αλλιώς γνωστές ως μανιοκαταθλιπτικές παθήσεις, είναι εγκεφαλικές διαταραχές, οι οποίες προκαλούν ασυνήθιστες αλλαγές στη διάθεση, στην ενέργεια και στην ικανότητα του ατόμου για συγκέντρωση.

Σε αντίθεση με τις αλλαγές διάθεσης που συμβαίνουν στο άτομο, τα συμπτώματα των διπολικών διαταραχών είναι σοβαρά. Μπορούν να καταλήξουν σε κατεστραμμένες σχέσεις, μειωμένη εργασία, μειωμένη συμμετοχή σε σχολικές δραστηριότητες, ακόμα και σε αυτοκτονία.

(Χριστιανόπουλος Κρ.)

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Ψυχολογία ως επιστήμη, ορίζεται εκείνη που ερευνά τις ψυχικές λειτουργίες, τον ανθρώπινο ψυχισμό. Είναι δηλαδή ο κλάδος εκείνος που στόχο του έχει να ερευνήσει τον εσωτερικό κόσμο του ανθρώπου, και να κατανοήσει την ανθρώπινη συμπεριφορά μέσα στο κοινωνικό γίγνεσθαι και τις γενεσιουργές αιτίες της. Η ψυχολογία μελετάει τη γένεση, την εξέλιξη και την αλληλεξάρτηση των εκφάνσεων αυτών του ψυχικού βίου. Ειδικότερα, η μελέτη των ψυχικών φαινομένων περιλαμβάνει πέντε επιμέρους σκοπούς: 1) περιγραφή, 2) ταξινόμηση, 3)ερμηνεία, 4)πρόβλεψη και 5)τροποποίησή τους.

Η κλινική ψυχολογία, είναι ο κλάδος που μελετά σε ατομικό επίπεδο τις ψυχολογικές διαταραχές της συμπεριφοράς, τις εκφράσεις δηλαδή εκείνες της συμπεριφοράς που θεωρούνται " παθολογικές". Αντικείμενό της, είναι η διάγνωση των διαταραχών αυτών, ο εντοπισμός των αιτιών τους, και η θεραπεία τους. Η κλινική ψυχολογία ασχολείται με ένα μόνο είδος ψυχικών εκδηλώσεων : τις παθολογικές. Σε κάθε τομέα ψυχικών φαινομένων – κινητικό, αντιληπτικό, νοητικό, γλωσσικό, συναισθηματικό, διαπροσωπικό, κοινωνικό- εστιάζει το ενδιαφέρον της και μελετάει τις μορφές εκείνες που χαρακτηρίζονται ως παθολογικές αποκλίσεις.

ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Ο Kretschmer, εξέφρασε την άποψη της ύπαρξης αντιστοιχίας μεταξύ της μορφολογίας του σώματος και της ψυχικής δομής (ο ασθενικός, λεπτόσωμος, σχιζοθυμικός τύπος, αντιδιαστέλλεται με τον πυκνικό, κυκλοθυμικό τύπο), και υποστήριξε ότι μεταξύ ομαλότητας και ψυχώσεων, δεν υπάρχουν παρά ποσοτικές διαβαθμίσεις σύμφωνα με την αλληλουχία: φυσιολογική προσωπικότητα – παθολογική προσωπικότητα – ψυχωσική προσωπικότητα (σχιζοθυμικός– σχιζοειδής– σχιζοφρενής, κυκλοθυμικός – κυκλοειδής – μανιοκαταθλιπτικός). (T. Lempriere & A. Feline & συνεργάτες, 1995)

Ο μυθιστοριογράφος Herman Melville, ο οποίος υπέφερε από επαναλαμβανόμενα και σοβαρά επεισόδια κατάθλιψης, διατυπώνει μεταφορικά στον ναύτη Billy Budd, το πρόβλημα διάκρισης ανάμεσα σε φυσιολογική και παθολογική διάθεση.

« Ποιός μπορεί να ζωγραφίσει στο ουράνιο τόξο τη γραμμή στην οποία τελειώνει η απόχρωση του ιώδους, και ξεκινάει η απόχρωση του πορτοκαλί; Βλέπουμε καθαρά τη διαφορά των χρωμάτων, αλλά πού ακριβώς αναμειγνύεται το πρώτο με το δεύτερο; Το ίδιο συμβαίνει με τη λογική και την παραφροσύνη».

Παρόλο που τα όρια είναι ασαφή, οι διαταραχές της διάθεσης συνήθως διακρίνονται εύκολα από τις φυσιολογικές διακυμάνσεις της διάθεσης . Λάβετε υπόψη σας την προσωπική εμπειρία κατάθλιψης που περιέγραψε η ποιήτρια Sylvia Plath στο 'Όμορφο Λαινι.

<< Δεν είχα κοιμηθεί επί επτά νύχτες... Ο λόγος για τον οποίο δεν είχα πλύνει τα ρούχα μου ή τα μαλλιά μου ήταν επειδή μου φαινόταν τόσο ανόητο. Έβλεπα τις μέρες του χρόνου να απλώνονται μπροστά όπως μία σειρά φωτεινά, λευκά κουτιά που το ένα απ' το άλλο τα χώριζε ο ύπνος, σαν μια σκοτεινή σκιά.

Μόνο για μένα, η μακριά όψη των σκιών που αναδεικνυε το ένα κουτί από το άλλο, ξαφνικά εξαφανιζόταν στην στιγμή, και μπορούσα να δω μέρα με τη μέρα να ακτινοβολεί μπροστά μου όπως μία λευκή φαρδιά, υπέρμετρα άδεια λεωφόρος. Μου φαινόταν ανόητο να πλένομαι σήμερα, εφόσον θα έπρεπε να πλυθώ ξανά την επομένη. Με κούραζε ακόμη και να το σκέφτομαι. Ήθελα να κάνω οτιδήποτε μια φορά που να διαρκεί για πάντα και να βρίσκομαι συνεχώς κοντά του.>>

Αυτά που περιγράφει η Plath είναι κλασσικά συνοδευτικά συμπτώματα σοβαρής κατάθλιψης: επίμονη αϋπνία, αδιαφορία για περιποίηση, το αίσθημα ότι τίποτα δεν υπάρχει που να αξίζει τον κόπο. Υπάρχουν ασθενείς με ακριβώς αντίθετη συμπεριφορά, δηλαδή με πολύ ενέργεια, υπερσεξουαλικοί, μεγαλομανείς κ.α. (Barondes & Καστελλάκης, 1997)

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Τί είναι παθολογική και τί φυσιολογική συμπεριφορά, ορίζεται κυρίως με δύο είδη κριτηρίων: α) τα στατιστικά και β) τα λειτουργικά κριτήρια.

α) Τα στατιστικά κριτήρια, εντοπίζουν τη διαφορά μεταξύ παθολογικού και φυσιολογικού, στη συχνότητα εμφάνισης της κάθε συμπεριφοράς στο γενικό πληθυσμό, και κατά συνέπεια στο βαθμό απόκλισης της κάθε μορφής συμπεριφοράς από το σύνηθες, το μέσο. Έτσι, κάθε μορφή συμπεριφοράς που απαντά σε μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, και που δε διαφέρει σημαντικά από τη μέση, την τυπική συμπεριφορά, θεωρείται φυσιολογική. (Παρασκευόπουλος, 1988)

Η αναγωγή του φυσιολογικού σε κάποιο συλλογικό ιδεώδες, θα μας οδηγούσε στο να θεωρήσουμε «φυσιολογικά» τα άτομα που

υπακούουν στους ισχύοντες ηθικούς κανόνες και στους θεσμούς, ενώ αυτά που δε συμμορφώνονται θα θεωρούνταν «παθολογικά». (Lempriere & Feline & συνεργάτες, 1995)

Αντίθετα, οι μορφές συμπεριφοράς που είναι ασυνήθεις και που παρουσιάζουν σημαντική απόκλιση από το μέσο, το κοινό, θεωρούνται παθολογικές. (Παρασκευόπουλος, 1988)

Αυτές οι διαταραχές, δε χαρακτηρίζονται όπως οι νευρωσικές και οι ψυχωσικές καταστάσεις, από την παρουσία ψυχικών συμπτωμάτων, αλλά από τρόπους συμπεριφοράς που θεωρούνται παθολογικοί. Τα ψυχικά συμπτώματα, αν υπάρχουν, είναι παροδικά ή έχουν δευτερεύουσα σημασία. (Lempriere & Feline & συνεργάτες, 1995)

β) Τα λειτουργικά κριτήρια, εντοπίζουν τη διαφορά μεταξύ ομαλής και παθολογικής συμπεριφοράς, όχι στη συχνότητα εμφάνισης, και κατά συνέπεια στο βαθμό απόκλισης από το μέσο, αλλά στις επιπτώσεις που έχει κάθε μορφή συμπεριφοράς στην προσαρμογή του ατόμου.

(Παρασκευόπουλος, 1988)

Κατά τη σύγχρονη εποχή, υπάρχει η τάση να μην ορίζεται η φυσιολογικότητα σύμφωνα με τα ιδεώδη ή με τα πρότυπα των άλλων, αλλά σε συνάρτηση με ένα λειτουργικό κριτήριο : την «καλή εσωτερική λειτουργία του ατόμου», την καλύτερη δυνατή λειτουργία, λαμβανομένων υπόψη των ιδιαίτερων ψυχολογικών χαρακτηριστικών του. Με αυτή την έννοια, η παθολογική διαταραχή αντιστοιχεί σε μια ανατροπή της ισορροπίας χωρίς αλλαγή της βασικής δομής. Σε αυτά τα κριτήρια της ομαλότητας, αναφέρεται ο Kurt Schneider, όταν θεωρεί ότι «οι ποσοτικές ανωμαλίες της προσωπικότητας, δε γίνονται παθολογικές, παρά μόνο όταν κάνουν το άτομο ή την κοινωνία να υποφέρει από αυτές». (Lempriere & Feline & συνεργάτες, 1995)

ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΩΝ

Η καταγωγή του όρου που χαρακτηρίζει μια δεδομένη παθολογική προσωπικότητα, προέρχεται είτε από την πάθηση της οποίας υποτίθεται ότι αποτελεί υπόστρωμα (υστερική, σχιζοειδής, κυκλοειδής, παρανοϊκή προσωπικότητα), είτε από την πάθηση, τα συμπτώματα της οποίας αναπαράγονται σε ελαφρότερη ένταση από την παθολογική προσωπικότητα (ψυχαναγκαστική ή φοβική προσωπικότητα), είτε τέλος, από τα στάδια της ανάπτυξης στα οποία έγινε η καθήλωση (στοματική, πρωκτική, φαλλική προσωπικότητα). Στην πράξη, όταν μιλάμε για «υστερικό» ή για «ψυχαναγκαστικό άτομο», είναι σημαντικό να γνωρίζουμε αν πρόκειται για υστερική ή ψυχαναγκαστική προσωπικότητα ή για υστερική ψυχαναγκαστική νεύρωση, δηλαδή αν πρόκειται για ασθενή που υποφέρει από μεμονωμένες διαταραχές του χαρακτήρα (παθολογική προσωπικότητα) ή για ασθενή που παρουσιάζει διάφορα ψυχικά συμπτώματα (νεύρωση). (Lempriere & Feline & συνεργάτες, 1995)

Οι πιο συνήθεις μορφές νευρώσεων είναι:

- Αγχώδης νεύρωση
- Υστερική νεύρωση
- Ιδεοληπτική ψυχαναγκαστική νεύρωση
- Φοβίες
- Υποχονδρίαση
- Νευρωσική κατάθλιψη
- Ψυχοσωματικές νευρώσεις

Οι ψυχώσεις, είναι οι πιο βαριές μορφές ψυχικών διαταραχών. Κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι το άτομο έχει χάσει τη επαφή με την πραγματικότητα, διεγείρεται περισσότερο από εσωτερικές καταστάσεις, υπακούει σε μια εξωπραγματική λογική, και ζει στον δικό του κόσμο.

Οι συνηθέστερες μορφές ψυχώσεων είναι:

- Σχιζοφρένεια
- Παράνοια
- Μανία
- Μελαγχολία
- Ψυχοπαθητική προσωπικότητα. (Grant & Mericle)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΦΥΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

α) ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Καταστάσεις που χαρακτηρίζονται κυρίως από ένα ανώμαλο συναίσθημα μάλλον, παρά από μια διαταραχή σκέψης ή συμπεριφοράς, συνιστούν τις λεγόμενες συναισθηματικές διαταραχές. Αλλά τί είναι εκείνο που κάνει ένα συναίσθημα ανώμαλο; Αισθανόμαστε λύπη, χαρά, φόβο, γιατί υπάρχει κάποιος λόγος που δικαιολογεί τέτοια συναισθήματα. Μας λυπεί ένα θλιβερό γεγονός, όπως μια αποτυχία ή μια απώλεια. Μας χαροποιεί ένα ευχάριστο γεγονός, όπως μια επιτυχία ή συνάντηση με ένα πρόσωπο αγαπημένο. Φοβόμαστε ή αισθανόμαστε άγχος όταν κάτι μας απειλεί, ο κίνδυνος μιας αποτυχίας, μιας απώλειας, μιας καταστροφής. Δεν υπάρχει τίποτα το παθολογικό στα συναισθήματα αυτά, έστω και αν εκφράζονται με τρόπο υπερβολικό ή ανάρμοστο. Οι συναισθηματικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από συναισθήματα που δεν έχουν λόγο να υπάρχουν, που δεν έχουν λογική δικαιολογία. Το άτομο που το αισθάνεται μπορεί να τα δικαιολογεί, αλλά η δικαιολογία που δίνει δεν πείθει. Φυσικά υπάρχει κάποιος λόγος, αλλά δεν είναι αυτός που δίνει ο άρρωστος.

Κάτι άλλο που χαρακτηρίζει τις συναισθηματικές διαταραχές είναι η διάρκειά τους. Και όταν ακόμα υπάρχει κάτι το συγκεκριμένο που τις προκαλεί, δεν πρόκειται για αντιδράσεις που έρχονται και φεύγουν με το ερέθισμα. Όπως όλες άλλωστε οι ψυχιατρικές διαταραχές, πρόκειται για καταστάσεις που διαρκούν ή επαναλαμβάνονται με έναν τρόπο που δε δικαιολογείται από τη λογική των πραγμάτων, από τις συνθήκες που χαρακτηρίζουν την πραγματικότητα του αρρώστου. (Χαρτοκόλλης, 1991)

β) ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ

Σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης που δημοσιεύτηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ICD-10, η κατάθλιψη υπάγεται στις διαταραχές της διάθεσης. (Κλεφτάρας, 1992) Το ICD-10, αναφέρεται στο μανιακό επεισόδιο και την υπομανία, όροι που προσδιορίζουν ένα μεμονωμένο επεισόδιο. Το επεισόδιο αυτό, μπορεί να έχει πολλές μορφές χωρίς ή με ψυχωτικά συμπτώματα (σε συμφωνία ή μή με τη διάθεση, μανιακή εμβροντησία). Εφόσον υπάρξουν πολλαπλές κρίσεις, αναφερόμαστε σε διπολική συναισθηματική διαταραχή. Επίσης, το ICD-10, προσδιορίζει την κατηγορία διπολική συναισθηματική διαταραχή, προκειμένου να καθορίσει την παρουσία δύο ή περισσότερων επεισοδίων, κατά τη διάρκεια των οποίων η διάθεση και η δραστηριότητα είναι διαταραγμένες, υπό την έννοια της ανύψωσης ή της πτώσης. Οι υποκατηγορίες διακρίνουν τους πιθανούς συνδυασμούς. (J. L. Pardinielli, G. Gimenez, P. Bertagne, G. Pirlot)

Οι διαταραχές της διάθεσης , ταξινομούνται με τους κωδικούς F30-F39, και περιλαμβάνουν τις παρακάτω κατηγορίες:

F30 Μανιακό επεισόδιο

F31 Διπολική συναισθηματική διαταραχή

F32 Καταθλιπτικό επεισόδιο

F33 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή

F34 Επίμονες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

F38 Άλλες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)

F39 Μή καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης. (Κλεφτάρας, 1998)

Το διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM), το οποίο αναπτύχθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες, αποτελεί ένα κατηγορικό σύστημα ταξινόμησης που χρησιμοποιείται ευρύτατα σε όλο τον κόσμο. Στην πρώτη έκδοση του DSM, περιλαμβάνονται δύο κατηγορίες ψυχικών διαταραχών για παιδιά: η αντίδραση

προσαρμογής και η παιδική σχιζοφρένεια. Στη δεύτερη έκδοση του DSM, προστέθηκε στις δύο προηγούμενες κατηγορίες και μία τρίτη, η οποία περιελάμβανε τις διαταραχές συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων. (Κακούρος & Μανιάδη, 2003)

Στην έκδοση του DSM-II, η αντιδραστική κατάθλιψη περιγραφόταν ως καταθλιπτική νεύρωση. Λόγω της απουσίας του αιτιολογικού παράγοντα, η διάγνωση της ψυχωσικής καταθλιπτικής αντίδρασης, γινόταν όταν εμφανιζόταν ένα απλό επεισόδιο, και η διάγνωση της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης έμπαινε όταν υπήρχαν υποτροπιάζοντα καταθλιπτικά επεισόδια, άσχετα αν ο ασθενής πληρούσε ή όχι τα κριτήρια της ψύχωσης ή της μανίας. Η εναλλαγή κατάθλιψης και υπερθυμίας ονομαζόταν κυκλοθυμία, η οποία ανήκε στις διαταραχές της προσωπικότητας, επειδή ήταν χρόνια και δεν προκαλούνταν από μια ειδική κατάσταση.

Τη δεκαετία του 1980 καθιερώθηκε το DSM-III, το οποίο βάσιζε τη διάγνωση των διαταραχών της διάθεσης, περισσότερο στα συμπτώματα παρά στην ύπαρξη ή όχι προσδιορίσιμου αιτιολογικού παράγοντα. Το DSM-III, διακρίνει τις συναισθηματικές διαταραχές α) στις μείζονες, κάτω από τις οποίες βάζει μανιακά και μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια β) στη διπολική διαταραχή, μεικτή, μανιακή και καταθλιπτική γ) στη μείζονα κατάθλιψη δ) σε άλλες ειδικές συναισθηματικές διαταραχές, όπως η κυκλοθυμική διαταραχή και η δυσθυμική διαταραχή ή καταθλιπτική νεύρωση, και ε) σε άτυπες συναισθηματικές διαταραχές. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Στο DSM-IV, ο όρος «συναισθηματικές διαταραχές», ο οποίος είχε χρησιμοποιηθεί στο DSM-III, αντικαταστάθηκε από τον όρο «διαταραχές της διάθεσης».

Ο όρος συναίσθημα, αναφέρεται συνήθως στις εξωτερικές μεταβλητές εκδηλώσεις του συναισθηματικού τόνου ενός ατόμου, ενώ ο όρος διάθεση, είναι ο ισχυρός συναισθηματικός προσανατολισμός που χρωματίζει την ψυχολογία του κάθε ατόμου. Ωστόσο, η αντικατάσταση που έγινε στο DSM-IV δε συνεπάγεται τη

διαμόρφωση αυτών που αρχικά περιελάμβαναν αυτές τις διαταραχές, όπως για παράδειγμα αποδιοργάνωση της διάθεσης ή αποδιοργάνωση του συναισθήματος.

Στην πολυαξονική ταξινόμηση του DSM-IV, περιλαμβάνονται οι παρακάτω πέντε άξονες:

ΑΞΟΝΑΣ I : Κλινικές διαταραχές

Άλλες καταστάσεις οι οποίες μπορεί να αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής.

ΑΞΟΝΑΣ II : Διαταραχές προσωπικότητας

Νοητική καθυστέρηση

ΑΞΟΝΑΣ III : Γενική σωματική κατάσταση

ΑΞΟΝΑΣ IV : Ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα

ΑΞΟΝΑΣ V : Συνολική εκτίμηση της λειτουργικότητας.

Η χρήση του πολυαξονικού συστήματος διευκολύνει την πλήρη και συστηματική αξιολόγηση, και προσφέρει ταυτόχρονα ένα εύχρηστο σχήμα οργάνωσης και επικοινωνίας κλινικών πληροφοριών και περιγραφής της ετερογένειας ατόμων που φέρουν την ίδια διάγνωση.

(Κακούρος & Μανιάδη, 2003)

ΤΑΞΙΝΟΜΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η κατάταξη της ασθένειας είναι χρήσιμη στο να ταξινομούμε ιδέες για τη φύση της διαταραχής, πράγμα που συντελεί στη σωστή θεραπεία. Το πρώτο βήμα στην κατάταξη είναι η λεπτομερής περιγραφή των συμπτωμάτων τόσο στη δεδομένη στιγμή, όσο και σε ολόκληρη την πορεία τους. Αυτή η περιγραφική μορφή της κατάταξης γνωστοποιεί τη φύση και την εντόπιση του συμπτώματος και βοηθάει στην ανεύρεση της αιτίας. (Γιαννοπούλου, 1992)

Από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας, έχουν γίνει αμέτρητες προσπάθειες να ταξινομηθούν οι συναισθηματικές διαταραχές, και συνήθως ταξινομούνται με έναν διχοτομικό τρόπο: ενδογενείς και εξωγενείς ή αντιδραστικές, ψυχωτικές και νευρωτικές, διεγερτικές και κατατονικές, διπολικές και μονοπολικές, καταθλιπτικές και μανιακές. Κατά μία άλλη πρόσφατη εναλλακτική ταξινόμηση, οι συναισθηματικές διαταραχές διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς, ανάλογα με το αν εμφανίζονται πριν ή έπειτα από άλλες ψυχικές ή σωματικές διαταραχές. Οι πρωτοπαθείς, διακρίνονται σε διπολικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από καταθλιπτικά ή μανιακά ή απλώς μανιακά επεισόδια, και σε μονοπολικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από ένα ή περισσότερα καταθλιπτικά ή μανιακά επεισόδια.

Οι συναισθηματικές διαταραχές είναι βασικά δύο: η μελαγχολία ή κατάθλιψη, και η μανία. Κι όταν συμβαίνει να διαδέχονται η μια την άλλη, να εναλλάσσονται, έχουμε τη μανιοκαταθλιπτική ή διπολική διαταραχή. Όταν δεν δικαιολογούνται από τη λογική των πραγμάτων, τις κατατάσσουμε με τις ψυχωτικές διαταραχές. (Χαρτοκόλλης, 1991)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΜΟΝΟΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ – ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Η κατάθλιψη, είναι μια ψυχολογική κατάσταση που επηρεάζει τη βασική συναισθηματική διάθεση ενός ατόμου, και ρυθμίζει τον τρόπο ζωής και την αντίληψη του εαυτού του και του περιβάλλοντός του.

Δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένο χρόνο και χώρο, γιατί αποτελεί βασική αντίδραση στην ένταση. Η κατάθλιψη λοιπόν, είναι μια διάθεση που μπορεί να παρουσιαστεί οποτεδήποτε και οποιονδήποτε. Ένας λόγος για τον οποίο τόσοι άνθρωποι αδυνατούν να αναγνωρίσουν την κατάθλιψη, είναι γιατί η έννοια αυτή συχνά συγχύζεται με τη δυστυχία. (Flach & Frederic, 1992)

Μπορεί να εκδηλωθεί ως αντίδραση σε κάποιο σαφή στρεσογόνο παράγοντα ή σε αντίξοες καταστάσεις, όπως συνήθως σε απώλεια προσώπου από θάνατο (αντίδραση πένθους), διαζύγιο, οικονομικά προβλήματα (κρίση), ή απώλεια ενός καθορισμένου ρόλου. Ο θυμός, συχνά σχετίζεται με την απώλεια, και με τη σειρά του προκαλεί αίσθημα ενοχής.

Η ενδογενής μονοπολική κατάθλιψη, περιλαμβάνει ένα τουλάχιστον σοβαρό επεισόδιο καταθλιπτικής διάθεσης, που παρατηρείται σε οποιαδήποτε φάση της ζωής του ατόμου. (L. Tierney & S.J. McPhee & M. Papadakis, 2001)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Μια κατάθλιψη μπορεί να πυροδοτηθεί, δηλαδή να ξεκινήσει από διάφορους παράγοντες: από γενετική προδιάθεση, από μια σημαντική απώλεια, μια τραυματική παιδική ηλικία, από ένα πένθος που παρατείνεται, από άγχος, από μια σοβαρή αρρώστια, από οικονομικές δυσκολίες, κακές σχέσεις κλπ. (Bloomfield & McWilliams, 1997). Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, η κατάθλιψη είναι πολύ πιο συχνή σε δίδυμα αδέρφια και σε παιδιά καταθλιπτικών ατόμων, σε σχέση με το σύνολο του πληθυσμού, πράγμα που μας επιτρέπει να υποθέσουμε την ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης για τη νόσο αυτή που μεταδίδεται κληρονομικά. Μελέτες με διδύμους και οικογένειες διδύμων ή ατόμων που έχουν υιοθετηθεί σε μια πολύ νεαρή ηλικία από οικογένειες εγκατεστημένες σε διαφορετικούς τόπους, έχουν διαπιστώσει ένα ποσοστό ομοιομορφίας ως προς την αρρώστια, για μεν τους μονοζυγωτικούς διδύμους περίπου 69%, για δε τους διζυγωτικούς διδύμους περίπου 13%.

Έχει βρεθεί ότι σε συγγενείς πρώτου βαθμού, το ενδεχόμενο να εμφανιστεί μια συναισθηματική διαταραχή (νοσηρός παράγοντας) είναι για τους άντρες 6 έως 18%, για τις γυναίκες 7 έως 32%. Κατά μια παλαιότερη μελέτη του Κάλμαν που αναφέρεται και σε στοιχεία από άλλες ανάλογες μελέτες, ο βαθμός της κληρονομικότητας για συναισθηματικές διαταραχές, κυμαίνεται για μεν τα μονοζυγωτικά δίδυμα από 66 έως 96%, για δε τα διζυγωτικά δίδυμα κι άλλα αδέρφια από 20 έως 25%.

Παλαιά ψυχικά τραύματα, προπάντων μια πραγματική ή φανταστική απώλεια κατά τη δεύτερη στοματική (σαδιστική) ή την πρωκτική φάση της ψυχοσεξουαλικής αναπτύξεως που συνδέονται με προσπάθειες ελέγχου των επιθετικών ενορμήσεων, προδιαθέτουν το άτομο για μια καταθλιπτική αντίδραση, νευρωτική ή ψυχωτική. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Άλλος σημαντικός παράγοντας προδιάθεσης, που πιθανά επάγεται από τις γενετικές διαταραχές που αναφέρθηκαν προηγουμένως, είναι η μείωση της ποσότητας κι ενεργότητας μιας σειράς νευροδιαβιβαστών ή χημικών διαμεσολαβητών, υπεύθυνων για τη μετάδοση των νευρικών ερεθισμάτων. Συγκεκριμένα, έχει αποδειχθεί ότι η μείωση της συγκέντρωσης και ενεργότητας της ντοπαμίνης, της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης σε συγκεκριμένες περιοχές του κεντρικού νευρικού συστήματος, έχει καταθλιπτικό αποτέλεσμα στην ψυχική κατάσταση. (Χρυσή Υγεία 3^{ης} Χιλιετίας)

Στο ένα τέταρτο των περιπτώσεων η εμφάνιση της μελαγχολικής κρίσης, φαίνεται να ευνοείται από ψυχολογικά αίτια (πένθος, συνταξιοδότηση, οικονομικές δυσχέρειες), και σπανιότερα από οργανικά (λοιμώδης νόσος, χειρουργική επέμβαση, λοχεία) ή τοξικά αίτια (αγωγή με παράγωγα ρεζερπίνης, κορτιζόνη, Rimifon). (T. Lemperiere & A. Feline & συνεργάτες, 1995)

Τα αίτια μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

- Γενετικές και Βιολογικές θεωρίες
- Γνωσιακές Θεωρίες
- Θεωρίες διαπροσωπικών σχέσεων
- Περιβαλλοντικές Θεωρίες
- Αναπτυξιακό μοντέλο. (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2003)

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η κατάθλιψη εμφανίζεται σε ποσοστό μικρότερο του 1% σε παιδιά προσχολικής ηλικίας , αυξάνεται στο 2-3% στα παιδιά σχολικής ηλικίας, ενώ κυμαίνεται μεταξύ 3-8% στους εφήβους όταν αναφέρεται σε μια συγκεκριμένη διαταραχή στην οποία τα συμπτώματα είναι αυξημένα σε ένταση, επιμένουν στο χρόνο και έχουν συγκεκριμένη αιτιολογία, πορεία και έκβαση.

Ο κίνδυνος εμφάνισης Καταθλιπτικής Διαταραχής σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (επιπολασμός ζωής), είναι 10%-25% για τις γυναίκες και 5%-12% για τους άντρες, δηλαδή είναι διπλάσιος για τις γυναίκες. Ο επιπολασμός (σημείου) της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, είναι 5%-9% για τις γυναίκες και 2%-3% για τους άντρες. Τα ποσοστά αυτά δεν φαίνεται να επηρεάζονται από την εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση ή από το αν το άτομο είναι ανύπαντρο, παντρεμένο ή σε χηρεία.

Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί ν'αρχίσει σε οποιαδήποτε ηλικία. Η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα 25. Είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες απ'ότι σε έφηβους και ενήλικες άντρες, αλλά είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στην προεφηβική ηλικία. Η υψηλότερη συχνότητα και για άντρες και για γυναίκες, είναι μεταξύ 25-44 ετών, ενώ ελαττώνει και για τους δύο μετά τα 65. (Μάνος Ν., 1997)

Όσον αφορά τον πληθυσμό φοιτητών-ηλικιωμένων, δεν φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ αντρών-γυναικών ως προς τη συχνότητα της κατάθλιψης. Το 75% των ασθενών που θα πάθουν κατάθλιψη, δεν θα πάει ποτέ στο γιατρό και δεν θα μπορέσει να έχει την κατάλληλη θεραπεία.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ (ΚΛΙΚΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ)

Τα συμπτώματα προσβάλλουν διάφορα στοιχεία της λειτουργίας του νευρικού συστήματος, των συναισθημάτων, της σκέψης και της συμπεριφοράς. Μεταξύ των συναισθηματικών διαταραχών, η σημαντικότερη είναι η αίσθηση μιας υπερβολικά βαθιάς κι επίμονης θλίψης που ακριβώς γι' αυτό το λόγο αποκαλείται παθολογική κατάθλιψη. (Χρυσή Υγεία της 3^{ης} Χιλιετίας).

Ο ασθενής, βιώνει μια έντονη στενοχώρια είτε με αφορμή πραγματικά γεγονότα της καθημερινότητας, είτε «έτσι» χωρίς ειδική αφορμή. Κάθεται στο σπίτι του και αποσύρεται από τις δουλειές του, συχνά κλαίει όταν είναι μόνος του, νιώθει το σώμα και την ψυχή του «βαριά», πιστεύει ότι είναι «ανάξιος», ένα τίποτα. Είναι άτομο με χαμηλή αυτοεκτίμηση. Δεν έχει κουράγιο για τίποτε και συχνά κατακλύζεται από άγχος. (Παπανικολάου, 2003)

Ο μελαγχολικός, περιγράφεται σε συνάρτηση με την απώλεια της ευχαρίστησης για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες, με την απουσία αντίδρασης σε συνήθως ευχάριστα ερεθίσματα, με τις υπερβολικές ή ανάρμοστες ενοχές, με την ανορεξία ή την απώλεια σωματικού βάρους, με την αξιοσημείωτη διεγερτικότητα ή την ψυχοκινητική επιβράδυνση, με τα πρωινά ξυπνήματα, με τα καταθλιπτικά συναισθήματα που είναι πιο έντονα το πρωί με μια καταθλιπτική διάθεση διαφορετική από την απλή θλίψη. (J-Louis Pardinielli & G. Gimezes & P. Bertagne & G. Pirlot, 2008)

Οι αυθόρμητες κινήσεις του μειώνονται στο ελάχιστο και οι χειρονομίες του είναι αργές, ανολοκλήρωτες, σαν να προκαλούν πόνο. Είναι δυνατό να μείνει καθισμένος για ώρες, ακίνητος, με το κεφάλι σκυφτό σε στάση οδυνηρής περισυλλογής. Η αυθόρμητη ομιλία είναι πολύ περιορισμένη. Όταν του απευθύνουμε το λόγο, απαντάει με βραδύτητα και προφέρει αδύναμα μονοσύλλαβες απαντήσεις με ύφος μονότονο. Τα λόγια του διακόπτονται από αναστεναγμούς και γογγυσμούς. Συχνά, ο μελαγχολικός είναι

επιφυλακτικός και προσπαθεί να συγκαλύψει τα συμπτώματά του ή να τα ελαχιστοποιήσει (χαμογελαστή κατάθλιψη).

Μερικές φορές, όταν πρόκειται για αγχώδη μελαγχολία, προεξάρχουν ανησυχία και "διέγερση". (T. Lempriere & A. Feline & συνεργάτες, 1995)

Χαρακτηριστικές και επικίνδυνες είναι οι ιδέες της αυτοκτονίας που μπορεί να έχει ο καταθλιπτικός άρρωστος. Συνοδεύονται και τροφοδοτούνται από συναισθήματα αναξιοτήτας ή ενοχής ή από έμμονες ιδέες κάποιας τερματικής αρρώστιας ή επικείμενης καταστροφής, που μπορεί να φτάσει ως το παραλήρημα, και όχι σπάνια, τις ψευδαισθήσεις. Νιώθει ότι φταίει για όσα του συμβαίνουν αλλά και για εκείνα που συμβαίνουν γύρω του. Του φαίνονται όλα «μαύρα», νιώθει αβοήθητος, απελπισμένος και απαισιόδοξος. (Χαρτοκόλλης,1986)

Επιπλέον εκφράζει ανεξήγητους πόνους, έχει ανωμαλίες στον ύπνο (αϋπνία), πρόωρο ξύπνημα ή μεγάλη υπνηλία, έχει ανωμαλία στην όρεξη, αλκοολισμό και κατάχρηση φαρμάκων, καθώς επίσης και υπερβολική σεξουαλικότητα ή καθόλου σεξουαλική επιθυμία. (Bloomfield & McWilliams, 1997)

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η ανακάλυψη και η εφαρμογή αποτελεσματικών φαρμακευτικών θεραπειών από τη δεκαετία του '50 και ψυχοθεραπειών, επιτρέπει την περιπατητική θεραπεία και την έγκαιρη παρέμβαση για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών, η κατάθλιψη δεν αναγνωρίζεται έγκαιρα γιατί παρουσιάζεται με σωματικά συμπτώματα, και διότι συνδέεται με σωματικές νόσους.

(Κονταξάκης & Χαβακή-Κονταξάκη & Χριστοδούλου, 2005)

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς, συνήθως, δεν ξέρουν ή δεν παραδέχονται ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και αυτών των συμπτωμάτων, τα οποία ερμηνεύουν σαν μια έκφραση μιας σοβαρής ασθένειας που υποβόσκει. (Χρυσή Υγεία της 3^{ης} Χιλιετίας)

Οι κατηγορίες ασθενών με μειωμένη ή αυξημένη αναγνώριση της κατάθλιψής τους, είναι οι ακόλουθες:

Μειωμένη αναγνώριση

- Παιδιά – έφηβοι
- Ηλικιωμένοι
- Σωματικά πάσχοντες
- Εκδήλωση με σωματικά ενοχλήματα
- Απροθυμία να αποδεχτεί το άτομο την ύπαρξη ψυχιατρικού

προβλήματος

Αυξημένη αναγνώριση

- Γυναίκες
- Άτομα μέσης ηλικίας
- Άνεργοι
- Πενθούντες ή χωρισμένοι
- Εκδήλωση με γνήσια καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Η εκδήλωση με σωματικά συμπτώματα, αποτελεί συχνή αιτία έγκαιρης αναγνώρισης της κατάθλιψης.

Οι ασθενείς με σωματοποιημένη κατάθλιψη

- Αποδίδουν τα συμπτώματά τους σε σωματικά αίτια
- Δεν αναφέρουν ψυχολογικά συμπτώματα όπως αίσθημα θλίψης, απόγνωση, μείωση των ενδιαφερόντων κα.
- Δεν αναφέρουν στην εξέταση συμπτώματα που να δικαιολογούν ψυχιατρική διάγνωση
- Αναφέρουν σωματικά συμπτώματα που φαίνονται αναστρέψιμα ή υποχωρούν με ψυχιατρική θεραπεία.

Η προβολή από τον ασθενή των σωματικών ενοχλημάτων του, συγκαλύπτει τα ψυχολογικά προβλήματα, ενώ δεν γίνεται αναφορά άλλων συμπτωμάτων που εμπεριέχονται στα διαγνωστικά κριτήρια του καταθλιπτικού επεισοδίου, σύμφωνα με την DSM-IV ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών.

Δεδομένου ότι η κατάθλιψη είναι θεραπεύσιμη διαταραχή σε υψηλό ποσοστό, η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση υποβολή σε θεραπεία, θα βραχύνει τη διάρκεια της νόσου από 6-12 μήνες σε 3-4 εβδομάδες, θα απαλλάξει τον ασθενή από τα δυσάρεστα συμπτώματα, θα μειώσει δραστικά τις ψυχοκοινωνικές και οικογενειακές συνέπειες, καθώς και τον κίνδυνο αυτοκτονίας, κι έτσι, θα εκπληρώσει τους στόχους της δευτεροβάθμιας πρόληψης. Για την επίτευξη των στόχων, απαιτείται:

- Να ενημερωθεί το κοινό για την κατάθλιψη και τη διαθεσιμότητα θεραπειών, ώστε να ενθαρρύνεται να ζητεί έγκαιρα θεραπεία
 - Να εκπαιδευτούν οι γενικοί γιατροί και οι επαγγελματίες υγείας για την έγκαιρη αναγνώριση και την ανάγκη εφαρμογής θεραπείας
 - Να μειωθεί το στίγμα που συνδέεται με την κατάθλιψη.
- (Κονταξάκης & Χαβακή-Κονταξάκη & Χριστοδούλου, 2005)

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση της νόσου είναι καλή, αρκεί ο ασθενής και το περιβάλλον του να αντιληφθούν έγκαιρα τα συμπτώματα, και να απευθυνθούν σε ειδικό γιατρό. Οι επιπτώσεις από την παραμέληση της σωστής και της έγκαιρης θεραπείας της κατάθλιψης, μπορεί να είναι πολύ σοβαρές, επώδυνες κι επικίνδυνες. Σε αυτές, περιλαμβάνονται οι αυτοκτονίες (ένα μεγάλο μέρος όσων κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας πάσχουν από κατάθλιψη), ή ο σοβαρός τραυματισμός εξαιτίας κάποιας αποτυχημένης απόπειρας αυτοκτονίας, και η μετάπτωση σε χρόνια κατάθλιψη. Τέλος, η δυσθυμία αποτελεί την παγίωση των συναισθημάτων της κατάθλιψης σε μια χρόνια κατάσταση κακής διάθεσης, μειωμένης ενεργητικότητας, άγχους, αϋπνίας και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Όλα αυτά μαζί οδηγούν το άτομο σε μείωση της κοινωνικής του δραστηριότητας και λειτουργικότητας. (Παπανικολάου, 2003)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης, εξαρτάται από τη φύση και από τη σοβαρότητα των προβλημάτων. Στις σοβαρές περιπτώσεις, απαιτούνται ειδικές και μακροχρόνιες μορφές θεραπείας. Γενικά, οι ψυχολογικές παρεμβάσεις εστιάζονται στον έλεγχο των ψυχοπρωτοδικών καταστάσεων, και στη βελτίωση της επικοινωνίας. (Παπαγεωργίου, 2005)

Η θεραπεία συνίσταται βασικά στη χορήγηση ειδικών φαρμάκων με αντικαταθλιπτική δράση, και στην εφαρμογή ψυχοθεραπείας, που πρέπει να προσαρμοσθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενούς. Στις ψυχοθεραπείες ανήκουν:

- Η γνωσιακή θεραπεία όπου γίνονται συνολικά 15-25 συνεδρίες μια φορά τη βδομάδα
- Η συμπεριφορική θεραπεία η οποία είναι βραχυπρόθεσμη θεραπεία.

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, είναι η μέθοδος που έχει δείξει τα περισσότερα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι το 70% των παιδιών και των εφήβων με κατάθλιψη, ανταποκρίνονται θετικά σε αυτήν. Στα πλαίσια αυτής της μεθόδου, το παιδί μαθαίνει να εντοπίζει και να τροποποιεί δυσλειτουργικές του αντιλήψεις, να αξιολογεί αντικειμενικά τις προσπάθειες και τα επιτεύγματά του, να θέτει ρεαλιστικούς στόχους και να αυτοενισχύεται. Ταυτόχρονα, τεχνικές όπως η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, βοηθούν το παιδί να επικοινωνεί με τους άλλους με πιο λειτουργικό τρόπο, έτσι ώστε να αυξάνεται η συχνότητα των θετικών κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Επίσης, ένα τέτοιο πρόγραμμα περιλαμβάνει και τα άλλα μέλη της οικογένειας, ώστε να βελτιώνεται η ενδοοικογενειακή σχέση και η επικοινωνία γονέων-παιδιού. (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2003)

Είναι πολύ σημαντικό, ο ασθενής να τηρήσει σχολαστικά τις υποδείξεις του ειδικού, καθώς η οποιαδήποτε τροποποίηση του είδους του φαρμάκου, της δόσης ή του χρόνου χορήγησης που επιλέχθηκε, μπορεί να μειώσει αποτελεσματικά την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής. Πρέπει να επισημάνουμε ότι τ'αποτελέσματα αυτών των φαρμάκων εμφανίζονται σε διάστημα δύο έως τεσσάρων εβδομάδων από την έναρξη της θεραπείας, γι'αυτό και κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, χορηγούνται συνήθως και ηρεμιστικά.

Από την άλλη μεριά, στις σοβαρότερες περιπτώσεις, όπως συμβαίνει για παράδειγμα όταν υπάρχει πιθανότητα αυτοκτονίας, συνιστάται η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο μέχρις ότου σταθεροποιηθεί περισσότερο συναισθηματικά. (Χρυσή Υγεία της 3^{ης} χιλιετίας)

Ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας, έχει ως αποτέλεσμα την πλήρη ίαση σε ποσοστά που ξεπερνούν το 85% των περιπτώσεων. Σε σπάνιες περιπτώσεις, χρησιμοποιείται και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, όπου γίνονται τουλάχιστον 12 συνεδρίες (μονόπλευρη εφαρμογή των ηλεκτροδίων) με τουλάχιστον 6 αμφοτερόπλευρα, για διάρκεια 6 εβδομάδων. (Μαδιανός, 2005)

ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Μία από τις πιο αποτελεσματικές κατηγορίες ψυχοφαρμάκων, είναι τα λεγόμενα αντικαταθλιπτικά, με ειδική ενέργεια πάνω στις συναισθηματικές διαταραχές και συγκεκριμένα στην κατάθλιψη.

α) Τρικυκλικά: οι ουσίες αυτές με κυριότερους εκπροσώπους τους την αμιτρυπτιλίνη και την ημιπραμίνη, συγγενεύουν χημικά με τις φαινοθειαζίνες. Χρησιμοποιήθηκαν αρχικά για τις αντιισταμινικές τους ιδιότητες. (Χαρτοκόλλης, 1991)

β) Αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης: φλουοξετίνη, παροξετίνη, σιταλοπράμη

γ) Λίθιο, Επίπεδα πλάσματος: σετραλίνη

δ) Άλλα νεότερα αντικαταθλιπτικά: μιπραζαπίνη, βεγλαφαξίνη. (Χριστοδούλου & συνεργάτες, 2004)

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ο Λεό, εξήντα ετών, δεν θέλει πλέον ούτε να φάει ούτε να πιεί, και υποφέρει από αϋπνία εδώ και τέσσερις μέρες· έκανε μία απόπειρα αυτοκτονίας προσπαθώντας να απαγχονιστεί. Δεν μιλάει σχεδόν καθόλου παρά μόνο μурμουρίζει «είμαι απελπισμένος». Το πρόσωπό του είναι χλωμό, το βλέμμα του κολλημένο και η όψη του ανήσυχη. Μοιάζει πολύ αργοκίνητος, εμφανίζει διαταραχές στο λόγο, στην κίνηση, στη σκέψη και στη συγκέντρωση (επιβράδυνση). Περιμένει ακίνητος με τους ώμους κυρτούς και το κεφάλι γερμένο.

Η συνομιλία είναι δύσκολη γι' αυτόν, κοιτάζει στο κενό δίνοντας την εντύπωση ότι υποφέρει βαθιά, σαν να πρόκειται να κλάψει με αναφιλητά. Το να μιλήσει, του φαίνεται ότι απαιτεί πολύ μεγάλη προσπάθεια, και καταλήγει να σχηματίζει μικρές και μονοσύλλαβες λέξεις, παραμένοντας έτσι αποκλεισμένος, εξαντλημένος, αργοκίνητος. Λέει: «αγόρασα ένα πλοίο...δεν είχα τον τρόπο...είναι η μεγαλύτερη βλακεία που έχω κάνει...έχω διαπράξει ένα τεράστιο λάθος...για μένα όλα έχουν τελειώσει, δεν μπορεί να γίνει τίποτα πλέον...είναι αδύνατο να ζήσω στο σπίτι, δεν έχουμε πλέον τον τρόπο...είναι πολύ...δεν υπάρχουν άλλα χρήματα...άφησα να χαθούν όλα...τα κατέστρεψα όλα...είναι η μεγαλύτερη βλακεία που θα μπορούσα να κάνω...είναι μάταιο...ήταν πολύ μεγάλο λάθος που δεν το σκέφτηκα από πριν. Δεν μπορούν να κάνουν τίποτα με μένα...είμαι καταδικασμένος...παρόλα αυτά δεν είμαι ικανός να αντιδράσω, δεν με νοιάζει...θέλω να εξαφανιστώ.»

Ο Λεό ωστόσο, έχει την οικονομική δυνατότητα να αντέξει την αγορά αυτή που είχε σχεδιάσει εδώ και καιρό. Ήταν πολύ ευτυχισμένος με τη γέννηση της μικρής του κόρης (ένα μήνα νωρίτερα), και ήθελε να δώσει στο πλοίο το όνομα του παιδιού. (J. Louis-Pedinielli, G.Gimenez, P. Bertagne, G. Pirlot, 2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ – ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

ΓΕΝΙΚΑ

Η περιοδική αυτή πάθηση που εκτυλίσσεται σε επιμέρους φάσεις, χαρακτηρίζεται από τη διαδοχή μανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων, μεταξύ των οποίων παρεμβάλλονται «ελεύθερα διαστήματα» (επιστροφή στο φυσιολογικό). (J. Louis Pedinelli, G. Gimenez, P. Bertagne, G. Pirlot, 2008)

Διακρίνουμε δύο ειδών διπολικές συναισθηματικές διαταραχές:

- τη διπολική διαταραχή τύπου I, στην οποία ο ασθενής αναφέρει ένα τουλάχιστον σαφές μανιακό επεισόδιο
- τη διπολική διαταραχή τύπου II, στην οποία ο ασθενής αναφέρει ένα τουλάχιστον μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, ένα τουλάχιστον υπομανιακό επεισόδιο, αλλά ουδέποτε την παρουσία σαφούς μανιακού επεισοδίου. (Παπανικολάου, 2003)

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η μανία και η μελαγχολία είχαν περιγραφεί από την αρχαιότητα, αλλά οι στενοί δεσμοί που τις συνενώνουν σε μία πάθηση, δεν αναγνωρίστηκαν παρά στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα. Το 1899, ο Kraepelin συμπεριέλαβε σε μία πάθηση που την ονόμασε μανιοκαταθλιπτική τρέλα, όλες τις συναισθηματικές ψυχώσεις που είχαν περιγραφεί από τους προγενέστερους συγγραφείς (τρέλα εναλλασσόμενη, διαλείπουσα, κυκλική, με διπλή μορφή), Σύμφωνα με τον Kraepelin, η μανιοκαταθλιπτική τρέλα καθορίζεται από την προδιάθεση (ιδιοσυγκρασία, κληρονομικότητα), και από ευνοϊκή

πρόγνωση παρά την τάση επανάληψης των κρίσεων. (T. Lempriere & A. Feline & συνεργάτες, 1995)

Αυξανόμενες επιστημονικές μαρτυρίες κατά τα τελευταία χρόνια, υποστηρίζουν ότι οι διπολικές διαταραχές είναι συχνές, και από τις πιο σοβαρές μορφές ψυχοπαθολογίας στα παιδιά και στους εφήβους. Η διάγνωση και η αντιμετώπιση, παρουσιάζουν σημαντικές δυσκολίες και απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή λόγω της ποικιλομορφίας των συμπτωμάτων και της υψηλής νοσηρότητας με άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις. Ωστόσο, η προσεκτική προσέγγιση μπορεί να διασφαλίσει τη σωστή διάγνωση και την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση. (Παπαγεωργίου, 2005)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι γενετικοί παράγοντες ευθύνονται για την διαλυτότητα στη διπολική διαταραχή στο 50% των περιπτώσεων. Ο κίνδυνος αυξάνει σημαντικά στα παιδιά γονέων με διπολική διαταραχή. Κατά την παιδική ηλικία, ο ρόλος των γενετικών παραγόντων θεωρείται ότι είναι ο πιο σημαντικός. Μελέτες οικογενειών έδειξαν ότι ο κίνδυνος εκδήλωσης της διαταραχής στα παιδιά κυμαίνεται από 10% έως 20% όταν υπάρχει ιστορικό σε συγγενείς 1^{ου} βαθμού, σε σύγκριση με 1% στο γενικό πληθυσμό. Στις περιπτώσεις παιδιών με ιστορικό διπολικής διαταραχής και στις δύο οικογένειες προέλευσης του παιδιού, ο κίνδυνος εκδήλωσης της διαταραχής ανέρχεται σε 70%. Ο Kraepelin υποστήριξε ότι πριν από την εκδήλωση του 1^{ου} επεισοδίου μανίας ή κατάθλιψης, προηγούνται συχνά ψυχοπαιστικές καταστάσεις, αλλά σταδιακά με την πάροδο του χρόνου, τα επεισόδια εκδηλώνονται αυτόματα. Νεότερα δεδομένα, υποστηρίζουν

την άποψη σχετικά με το ρόλο των πρώιμων ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής στην εκδήλωση της διαταραχής. Στρεσογόνοι παράγοντες νωρίς στη ζωή, μπορεί να αυξάνουν την ευαισθησία σε επόμενες στρεσογόνες καταστάσεις. Οργανικοί παράγοντες, όπως λοιμώξεις και μεταβολικές διαταραχές, κυρίως εκείνες που επηρεάζουν τους νευροδιαβιβαστές των μονοαμινών και το μεταβολισμό της κορτιζόλης, συμβάλλουν στην εκδήλωση της διαταραχής. (Παπαγεωργίου, 2005)

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση, χαρακτηρίζεται από την επέλευση περιοδικών διαταραχών του θυμικού με μορφή μανιακών ή και καταθλιπτικών κρίσεων. Ο ασθενής επανέρχεται στη φυσιολογική του κατάσταση κατά τα μεσοδιαστήματα μεταξύ των κρίσεων.

Όταν η μανιακή κρίση αποτελεί την πρώτη εκδήλωση της νόσου, η έναρξή της μπορεί να είναι αιφνίδια ή προοδευτική. Το άτομο κατακλύζεται από συναίσθημα ευφορίας, αίσθηση ευχέρειας και νιώθει μια συνεχώς αυξανόμενη ανάγκη να μιλάει και παρεμβαίνει στα πάντα. Μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα η διέγερση επιτείνεται. Η διάρκεια του νυχτερινού ύπνου βραχύνεται και ο άρρωστος επιδίδεται από τις πρώτες πρωινές ώρες σε δραστηριότητες που γίνονται κάθε μέρα όλο και πιο ασυνάρτητες. Σε κάθε νέα κρίση εμφανίζονται πανομοιότυπες διαταραχές της συμπεριφοράς, οι οποίες προειδοποιούν το περιβάλλον για υποτροπή: αλόγιστες σπατάλες, αστόχαστες ενέργειες. Η ευερεθιστότητα και η άρση των αναστολών (σεξουαλική υπερδραστηριότητα, υπερβολική κατανάλωση οινόπνευματων) σε

συνδυασμό με τη διέγερση, καταλήγουν σε συχνά επεισόδια διαταραχής της κοινής ησυχίας, προσβολή της δημόσιας αιδούς και σκάνδαλα σε δημόσιους χώρους. (T. Lemperiere & A. Feline & συνεργάτες, 1995)

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Υπολογίζεται ότι ένα πέμπτο περίπου των ανθρώπων, εμφανίζουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο μελαγχολίας κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής τους, και απ'αυτούς 10% (ποσοστό 1 με 2% στο συνολικό πληθυσμό) μια μανιοκαταθλιπτική ψύχωση. Ο επιπολασμός της μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής σε όλο τον κόσμο, υπολογίζεται σε 3 με 4% του πληθυσμού. Διπολικές διαταραχές παρουσιάζονται σε κάπως νεαρότερη ηλικία, έχουν συχνότερα αλλά βραχύτερα επεισόδια, και υπάρχουν ανάμεσα σε πρωτοβάθμιους συγγενείς πιο συχνά, παρά σε περιπτώσεις μονοπολικής διαταραχής.

Οι περισσότεροι ερευνητές, έχουν διαπιστώσει ότι οι πρωτογενείς συναισθηματικές διαταραχές παρατηρούνται πιο συχνά στις γυναίκες παρά στους άντρες. Η αναλογία που είναι περίπου δύο γυναίκες προς έναν άντρα, αφορά κυρίως τη νεαρή ηλικία. Σε πιο προχωρημένες ηλικίες, συγκεκριμένα ύστερα από τα 50, η αναλογία αντιστρέφεται και για τα δύο είδη διαταραχών. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Μετά από τον έλεγχο των πολλών προβλημάτων που βρέθηκαν στις επιδημιολογικές μελέτες, οι συγγραφείς εκτίμησαν ότι η παγκόσμια επίπτωση της διπολικής νόσου είναι 0,82 ανά 100 άτομα(82%). Λόγω των αυστηρών διαγνωστικών κριτηρίων που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες, τα ποσοστά είναι χαμηλότερα από αυτά που παρατηρούνται συχνά στην έρευνα και στις κλινικές

δημοσιεύσεις. Αντίθετα με τη μονοπολική και δυσθυμία, η διπολική διαταραχή I έχει ίση κατανομή και στα δύο φύλα.

Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή δεν αποτελεί επίσημα μέρος της διπολικής διαταραχής, αλλά προκαλεί εναλλαγές της διάθεσης σε συνδυασμό με συμπτώματα σχιζοφρένειας. Ένα άτομο με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, πληρεί όλα τα διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας και μιας μείζονος διαταραχής της διάθεσης.

Οι ερευνητές πιστεύουν ότι εμφανίζεται σε λιγότερο από 1% του γενικού πληθυσμού, αλλά αυτό το ποσοστό μπορεί να είναι μεγαλύτερο σε πληθυσμό ασθενών. Η νόσος εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες παρά στους άντρες. (Taylor & Francis Group)

ΠΡΟΛΗΨΗ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται από επεισόδια κατάθλιψης και μανίας. Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν τόσο μανικά όσο και καταθλιπτικά επεισόδια, ενώ λίγοι εμφανίζουν μόνο μανιακά επεισόδια. (Κονταξάκης & Χαβακή – Κονταξάκη & Χριστοδούλου, 2005)

Η έναρξη του μανιακού επεισοδίου μπορεί να είναι απότομη ή να προηγείται μια περίοδος με υπερθυμία, υπεραπασχόληση, υπερδραστηριότητα και αϋπνία (υπομανία) ή δυσθυμία, καταβολή, υποδραστηριότητα και διαταραχές του ύπνου. Χωρίς θεραπεία, η μανιακή φάση υποχωρεί πλήρως σε 5-6 μήνες κατά μέσο όρο. (T. Lempriere & A. Feline & συνεργάτες, 1995)

Περίπου 50% των ασθενών θα εμφανίσουν νέο επεισόδιο, ενώ το 20-30% θα παρουσιάσουν συχνά επεισόδια. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, θα βραχύνει τη διάρκεια της νόσου και θα καταστήσει την έκβαση ευνοϊκότερη, ενώ η προφυλακτική αγωγή με λίθιο ή

αντισπασμικά, θα σταθεροποιήσει τον ασθενή στο 60% περίπου των περιπτώσεων.

Η ψυχοεκπαίδευση του ασθενή, του οικογενειακού περιβάλλοντος και των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας, είναι απαραίτητα για την έγκαιρη επισήμανση συμπτωμάτων υποτροπής, και άμεση εφαρμογή θεραπείας, καθόσον η συνεργασιμότητα του ασθενούς στη θεραπεία, μειώνεται προοδευτικά με την εξελικτική συμπτωματολογία στα αρχικά στάδια της νόσου. (Κονταξάκης & Χαβακή-Κονταξάκη & Χριστοδούλου, 2005)

Οι επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν, είναι η αυτοκτονία, η εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς απέναντι σε άλλους, και η μετάπτωση σε χρονιότητα, οπότε και τα ελεύθερα συμπτώματα μεσοδιαστήματα μικραίνουν, και φάσεις της νόσου σχεδόν αλληλοδιαδέχονται η μια την άλλη. (Παπανικολάου, 2003)

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Από τα περιορισμένα ερευνητικά δεδομένα, φαίνεται ότι η διπολική διαταραχή στους εφήβους χαρακτηρίζεται από πρόδρομη φάση διάρκειας σε σύγκριση με τους άλλους ενήλικες, και μειωμένη ανταπόκριση στη θεραπεία. Η μακροχρόνια πρόγνωση της διαταραχής πρώιμης έναρξης, είναι παρόμοια με εκείνη των ενηλίκων με πολλαπλά επεισόδια, η συχνότητα των οποίων αυξάνει με την πάροδο του χρόνου, και η διάρκεια σταθεροποιείται μετά από το 4ο ή 5ο επεισόδιο. Ποσοστό 5% περίπου των εφήβων, παρουσιάζει σημαντική έκπτωση λειτουργικότητας σε σχέση με την προνοσηρή κατάσταση η οποία επηρεάζει σημαντικά την έκβαση. (Παπαγεωργίου, 2005)

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση των συναισθηματικών διαταραχών στην οξεία τους μορφή ακούγεται εύκολη. Στην πράξη όμως, η μια περίπτωση διαφέρει από την άλλη σε σημαντικά σημεία, έτσι ώστε να χρειάζεται μια πολύ προσεκτική ψυχιατρική εξέταση, καθόλου εύκολη με αρρώστους που πάσχουν από κατάθλιψη ή μανία. Ένα καλό ιστορικό θα δείξει εάν υπάρχει μια παρόμοια διαταραχή στην οικογένεια, κάτι που ενισχύει τη διάγνωση της συναισθηματικής διαταραχής και μπορεί να βοηθήσει στη θεραπεία, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι μανιοκαταθλιπτικοί άρρωστοι ανταποκρίνονται ευνοϊκά στα ίδια φάρμακα που βοηθούν συγγενικά τους πρόσωπα. Σε αμφίβολες περιπτώσεις, διαγνωστικά χρήσιμη είναι και η δοκιμασία της δεξαμεθαζόνης, συνθετικού γλυκοκορτικοειδούς, που κανονικά προκαλεί μια καταστολή της κορτιζόλης στο πλάσμα του αίματος, μα όχι σε άτομα που πάσχουν από ενδογενή κατάθλιψη.

Μια σχιζοφρένεια μπορεί ν'αρχίσει σαν μανιοκαταθλιπτική διαταραχή, ιδίως ο σχιζοσυναισθηματικός της τύπος. Συνήθως όμως οι διαπροσωπικές σχέσεις του μανιοκαταθλιπτικού αρρώστου είναι καλύτερες, και η λογική του λιγότερο εξωπραγματική από του σχιζοφρενικού. Εξάλλου, μια καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να έχει πολλά από τα χαρακτηριστικά του ψυχαναγκαστικού νευρωτικού ατόμου. Η διαφορική διάγνωση περικλείει τα οργανικά εγκεφαλικά σύνδρομα, που αρκετά συχνά συνοδεύονται από συμπτώματα καταθλίψεως. Μια σωματική διαταραχή που ίσως δεν έχει διαγνωστεί, μπορεί να εκδηλωθεί με σοβαρά συμπτώματα καταθλίψεως, και το αντίθετο, μια κατάθλιψη να εμφανιστεί σαν μια σωματική διαταραχή. Καταθλιπτικά ή μανιακά συμπτώματα, συγκαταλέγονται στις πιθανές παρενέργειες ορισμένων φαρμάκων, όπως της ρεζερπίνης που χρησιμοποιείται για την υπέρταση, και του αντιπαρκινσονικού ελ-ντόπα. (Χαρτοκόλλης, 1991)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΕΙΔΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής απαιτεί πολύπλευρη προσέγγιση και συνδυασμό διαφορετικών παρεμβάσεων, όπως φαρμακοθεραπεία και ψυχολογικές θεραπείες για τη βελτίωση των συμπτωμάτων, την πρόληψη της υποτροπής, τη μείωση των μακροχρόνιων επιπτώσεων και την προώθηση της ανάπτυξης. (Παπαγεωργίου, 2005)

Η αποτελεσματική θεραπεία των καταθλιπτικών, των μανιακών και των μικτών επεισοδίων που προκαλούνται από τη διπολική διαταραχή I και II, καθώς και η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, απαιτεί τη χορήγηση και επίβλεψη ψυχοτρόπων φαρμάκων από ειδικούς. Η αποκατάσταση ξεκινά όταν ο ασθενής κατανοήσει ότι τα συμπτώματα δεν είναι ψυχολογικές αυταπάτες που κρύβουν βαθιά, τραγικά μυστικά αυτοπροκαλούμενων συναισθηματικών τραυμάτων, αλλά ενδείξεις μιας σοβαρής και πραγματικής νόσου, η οποία χωρίς φάρμακα δεν θα βελτιωθεί.

Αν και τα φάρμακα είναι το πρώτο βήμα της θεραπείας, ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό σχέδιο περιλαμβάνει:

- 1) Εκπαίδευση για τα φάρμακα
- 2) Εκπαίδευση των ασθενών, των οικογενειών και των σημαντικών ανθρώπων για τις διπολικές διαταραχές
- 3) Εκμάθηση αναγνώρισης των πρώιμων προειδοποιητικών σημείων και της διαφοράς μεταξύ των φυσιολογικών της διάθεσης και των διπολικών διαταραχών.
- 4) Κατάλληλη ψυχοθεραπεία
- 5) Υποστήριξη προς τους ασθενείς και τις οικογένειάς τους. (Melissa Srearing, 2007)

ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Τα νευροδιαβιβαστικά συστήματα του εγκεφάλου θεωρούνται ως το βιοχημικό υπόστρωμα τόσο των αγχωδών διαταραχών, όσο και της κατάθλιψης. Συνεπώς, τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών, επηρεάζουν κυρίως τα τρία μείζονα νευροδιαβιβαστικά συστήματα: το σεροτονικό, το νοροεπινεφρινεργικό και το σύστημα γαμμα-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA). Τα φάρμακα αυτά όμως μπορεί να επηρεάσουν και άλλους νευροδιαβιβαστές, όπως την ακετυλοχολίνη και την ισταμίνη. Οι υποδοχείς και τα νευροδιαβιβαστικά συστήματα που επηρεάζει το κάθε φάρμακο, προσδιορίζουν το προφίλ των ανεπιθύμητων ενεργειών του συγκεκριμένου φαρμάκου. (Eric Hollander MD & Cheryl M. Wong)

Η αντιμετώπιση της ασθένειας, αφορά στην αντιμετώπιση των δύο "πόλων" της ασθένειας ταυτόχρονα, ενώ απαιτείται συνδυασμός ψυχοθεραπείας και σωματικής θεραπείας, έτσι ώστε να επιτευχθεί με επιτυχία η νόσος. Οι σωματικές θεραπείες αφορούν κυρίως στη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα οποία αντικαθιστούν τα φυσιολογικά επίπεδα των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, ενώ για την αντιμετώπιση της μανίας χρησιμοποιείται το λίθιο, τα μείζονα ηρεμιστικά, βενζοδιαζεπίνες και άλλα αντιμανιακά φάρμακα. Σε σπάνιες περιπτώσεις στις οποίες αποτυγχάνουν όλες οι προηγούμενες θεραπείες, εφαρμόζεται η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ηλεκτροσόκ). (G.W. Arana & M.D. Stern & E. Hyman, 2003)

1) ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η λέξη ψυχοθεραπεία σημαίνει βασικά θεραπεία ψυχής, μια θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων ενός ορισμένου ατόμου, τη θεραπεία μιας ψυχικής διαταραχής. Ειδικότερα όμως αναφέρεται σε μια θεραπευτική αγωγή που γίνεται με ψυχολογικά μέσα, σε μια σχέση ψυχοθεραπευτή-ψυχοθεραπευόμενου που αναπτύσσεται με τη βοήθεια του προφορικού λόγου, της συνομιλίας. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Εάν ο ασθενής δεν παρουσιάζει βαριά κατάθλιψη, ο χρόνος είναι συχνά κατάλληλος για έναρξη έντονης ψυχοθεραπευτικής προσπάθειας, καθότι οι περίοδοι διακυμάνσεων είναι καλοί χρόνοι επέλευσης μεταβολής. Η κάθαρση του κατεσταλμένου θυμού και της ενοχής, μπορεί να είναι ευεργετική. Η ψυχοθεραπεία κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά την οξεία φάση, μπορεί να εστιαστεί σε τεχνικές αντιμετώπισης των προβλημάτων της ζωής, με κάποιου βαθμού εξάσκηση στις εναλλακτικές επιλογές. Όταν η έλλειψη αυτοπεποίθησης και τα προβλήματα ταυτότητας είναι παράγοντες που χαρακτηρίζουν την κατάθλιψη, η ατομική ψυχοθεραπεία μπορεί να εστιαστεί σε τρόπους βελτίωσης του αυτοσεβασμού, αύξησης της αυτοπεποίθησης και ελάττωσης της εξάρτησης.

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία απευθύνεται στους τύπους αρνητικής σκέψης που καλούνται γνωσιακές διαστρεβλώσεις, και οδηγούν σε αισθήματα κατάθλιψης και άγχους. Η θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει ανάθεση "εργασίας στο σπίτι", όπως τήρηση ενός ημερολογίου γνωσιακών διαστρεβλώσεων και θετικών ανταποκρίσεων σε αυτές.

Πολυάριθμες μελέτες έδειξαν ότι ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και γνωσιακής ψυχοθεραπείας, είναι περισσότερο αποτελεσματικός από οποιαδήποτε από τις δύο μεθόδους ξεχωριστά. Συχνά, είναι επωφελής η συμμετοχή του συντρόφου ή άλλων σημαντικών μελών της οικογένειας από τα αρχικά στάδια της θεραπείας.

Η ευέλικτη χρήση των κατάλληλων κοινωνικών υπηρεσιών μπορεί να είναι μείζονος σημασίας στη θεραπεία της κατάθλιψης. Η δομή των καθημερινών δραστηριοτήτων κατά τη διάρκεια της σοβαρής κατάθλιψης είναι αρκετά δύσκολη για τον ασθενή, και η μοναξιά είναι συχνά σημαντικός παράγοντας. Η βοήθεια της οικογένειας, του εργοδότη ή των άλλων, είναι συχνά απαραίτητη για την κινητοποίηση του ασθενούς που δεν αντλεί ευχαρίστηση από τις καθημερινές δραστηριότητες και τείνει να παραμένει αμέτοχος και να επιδεινώνεται. Σε μερικές σοβαρές περιπτώσεις, ενδείκνυται η χρήση κέντρων καθημερινής θεραπείας ή ομάδων υποστήριξης συγκεκριμένου τύπου (π.χ. ομάδες μαστεκτομηθέντων).

Όταν η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα ψυχολογικών τεχνικών αυτο-ηττοπάθειας όπως η παθητικότητα, η προσέγγιση της εξάσκησης ρόλου μπορεί να είναι χρήσιμη. Οι συμπεριφορικές τεχνικές, συμπεριλαμβανομένης της απευαισθητοποίησης, μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε προβλήματα όπως οι φοβίες, των οποίων η κατάθλιψη είναι υποπροϊόν. Όταν η κατάθλιψη είναι όμως συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος διαπροσωπικής επαφής, η συμπεριφορική συμβουλευτική των μελών της οικογένειας ή άλλων, μπορεί να βοηθήσει στην εξάλειψη αυτής της συμπεριφοράς του ασθενούς. (L. Tierney & S.J. McPhee & M. Papadakis, 2001)

2) ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ

Η φαρμακευτική αγωγή στηρίζεται στη λεπτομερή ψυχιατρική εξέταση και στον καθορισμό των συμπτωμάτων, που αποτελούν στόχο της θεραπείας. Ο λεπτομερής οργανικός έλεγχος είναι απαραίτητος. Η διάρκεια χορήγησης ενός φαρμάκου ανέρχεται τουλάχιστον σε 4-6 εβδομάδες. Οι αλλαγές φαρμάκων και δοσολογίας αποφεύγονται, κατά το δυνατόν, επειδή αλλοιώνουν την κλινική εικόνα και δεν βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα. Φάρμακο εκλογής για την αντιμετώπιση των οξέων μανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων, για τη σταθεροποίηση του συναισθήματος και την πρόληψη της υποτροπής στους ενήλικες είναι το λίθιο. Απαιτείται σταθερός έλεγχος των επιπέδων του λιθίου στο αίμα, αιματολογικός έλεγχος, έλεγχος ούρων, της νεφρικής λειτουργίας και του θυρεοειδούς ανά εξάμηνο. (Παπαγεωργίου, 2005)

Η χρήση ψυχιατρικών φαρμάκων, πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή, και χωρίς να ακυρώνει τις όποιες μεθόδους ψυχοθεραπείας που απαιτούνται κάθε φορά ανάλογα με το περιστατικό που πρέπει να αντιμετωπιστεί. Κάθε φορά η φαρμακοθεραπεία πρέπει να διέπεται από τις παρακάτω αρχές:

- Ο ιατρός θα πρέπει πριν από τη χορήγηση ψυχοτρόπων σκευασμάτων, να γνωρίζει τυχόν αλληλεπιδράσεις και παρενέργειές τους, και χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών από τον ασθενή.
- Να υπάρχει βεβαιότητα για τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής. Σε διαφορετική περίπτωση, θα πρέπει ο ασθενής να παρακολουθείται και να λαμβάνει ελάχιστες δυνατές δόσεις των απαιτούμενων φαρμάκων.
- Η θεραπεία θα πρέπει να έχει στοχοποιήσει συμπτώματα, έτσι ώστε να είναι δυνατή η ανίχνευση της επιτυχίας της, και η έγκαιρη διόρθωσή της (στην κατεύθυνση αυτή, είναι ιδιαίτερα χρήσιμο ένα ερωτηματολόγιο συμπτωμάτων, το οποίο συμπληρώνεται είτε από την οικογένεια του ασθενούς, είτε από νοσηλευτικό προσωπικό).

- Πρέπει να εξασφαλίζεται η επάρκεια στη δοσολογία και το χρόνο της φαρμακευτικής αγωγής, έτσι ώστε τυχόν αποτυχία της θεραπείας, να αποκλείει τη χρήση του ίδιου φαρμάκου ή συνδυασμού φαρμάκων στο μέλλον.
- Αν είναι δυνατόν, θα πρέπει να εξασφαλίζεται η εκούσια συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική του αγωγή, ενώ τυχόν ανικανότητά του, θα πρέπει να υποκαθίσταται από άδεια της οικογένειάς του, ή κάποιο σχετικό νομικό μηχανισμό.
- Η διακοπή των φαρμάκων, πρέπει να γίνεται με αργό ρυθμό και μεγάλη προσοχή, έτσι ώστε να αποφευχθεί τυχόν υποτροπή ή σύνδρομο στέρησης του ασθενή.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθούμε στις έννοιες δραστικότητα και ισχύς του φαρμάκου, έτσι ώστε να αποφευχθεί τυχόν σύγχυσή τους. Με τον όρο δραστικότητα, εννοούμε το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα που μπορεί να επιτευχθεί από ένα φάρμακο, ενώ με τον όρο ισχύς, εννοούμε εκείνη την ποσότητα του φαρμάκου που απαιτείται για να επιτευχθεί αυτό το μέγιστο αποτέλεσμα. (George W.Arana & M.D Steven & E. Hyman M.D, 2003)

3) ΗΛΕΚΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χρήση της ξεκίνησε με την παρατήρηση ότι μεταξύ ορισμένων ανθρώπων που υπέφεραν και από επιληψία και από σχιζοφρένεια, η αύξηση στα συμπτώματα της μίας διαταραχής, συχνά σχετιζόταν με τη μείωση στα συμπτώματα της άλλης. (Trimble M.R & Thompon P.J., 1986)

Στη δεκαετία του 1930, ένας Ούγγρος γιατρός, ο Ladisla Meduna, προκάλεσε σκόπιμα επιληπτική κρίση σε σχιζοφρενείς ασθενείς, για να δει κατά πόσον αυτό θα μετρίαζε τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, άλλοι γιατροί έκαναν το ίδιο, προκαλώντας συνήθως τις επιληπτικές κρίσεις με μεγάλη δόση ινσουλίνης. Ένας Ιταλός γιατρός, ο Ugo Cerletti, μετά από χρόνια πειραμάτων σε ζώα, ανέπτυξε μια μέθοδο πρόκλησης επιληπτικών κρίσεων με τη χορήγηση ηλεκτρικού ρεύματος στην κεφαλή.(Cerletti U. & Binil, 1938).

Η ECT, ήταν πιο γρήγορη από την πρόκληση κρίσεων με την ινσουλίνη, και το σημαντικότερο ήταν ότι οι περισσότεροι ασθενείς ξυπνούσαν από αυτήν ήρεμοι, και δεν είχαν ανάμνηση της εμπειρίας. Αν και η μέθοδος αυτή αποδείχθηκε ότι έχει περιορισμένο όφελος στη θεραπεία της σχιζοφρένειας, οι ψυχίατροι ανακάλυψαν ότι βοηθούσε στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων πολλών ανθρώπων που έπασχαν από μείζονα κατάθλιψη.

Η υπερβολική και άσκοπη πολλές φορές χρήση της, δυσφήμησε τη μέθοδο, ενώ σήμερα σε αντίθεση με τις άλλες πρακτικές μιας παλαιότερης εποχής, εφαρμόζεται με μυοχαλαρωτικά ή αναισθητικά, για να μειωθεί η δυσφορία, και μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο αν ο ασθενής δώσει τη συγκατάθεσή του. Η περίοδος της εφαρμογής της είναι συνήθως ημέρα παρά ημέρα επί δύο εβδομάδες. Χρησιμοποιείται γενικά σε τρεις περιπτώσεις:

- αδυναμία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων
- ασθενείς με τάσεις αυτοκτονίας (ώστε να έχουμε άμεσο θεραπευτικό αποτέλεσμα)

- καταθλιπτικούς ασθενείς που υποφέρουν από παραισθήσεις.

Επειδή η κατάθλιψη σχετίζεται με μειωμένη δραστηριότητα του αριστερού ημισφαιρίου, η ECT στο δεξιό ημισφαίριο, μπορεί να εξισορροπήσει τη δραστηριότητα των δύο ημισφαιρίων, ή να αυξήσει κάπως τη δραστηριότητα στο αριστερό ημισφαίριο, ενώ ελαχιστοποιεί την πιθανότητα για πρόβλημα μνήμης ως παρενέργεια. (Janicak & P.G. Davis & J.M. Gibbons & R.D. Erickson & S. Chang & P. Gallanger, 1985)

Ωστόσο, τα οφέλη της δεν είναι μόνιμα και πολλοί ασθενείς υποτροπιάζουν, εκτός και αν ακολουθήσουν άλλες θεραπείες για να αποτραπεί η υποτροπή. (James W. Kalat, 2003)

Οι μόνες απόλυτες αντενδείξεις για ηλεκτροθεραπεία, είναι οι χαρακτηριστικές εξεργασίες του εγκεφάλου, και η αυξημένη ενδοκράνια πίεση που μπορεί να προκαλέσουν εγκολλασμό του στελέχους και αιμορραγία.

4) ΨΥΧΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοχειρουργική, ενδείκνυται συνήθως σε ανθιστάμενες στη θεραπεία περιπτώσεις αγχωδών διαταραχών ή κατάθλιψης – ιδιαίτερα μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Οι ασθενείς, θα πρέπει να μην έχουν απαντήσει σε πολλαπλές κλασικές θεραπείες πριν παραπεμφθούν για νευροχειρουργική αντιμετώπιση. Τα κριτήρια επιλογής είναι αυστηρά, αλλά μόνο 30-60% αυτών που τα πληρούν, μπορούν να μένουν βελτίωση στα συμπτώματα, ενώ λιγότερα από 3% των ασθενών που αντιμετωπίζονται με αυτή τη μέθοδο παρουσιάζουν επιδείνωση. Οι σύγχρονες τεχνικές, είναι λιγότερο παρεμβατικές και περισσότερο εστιασμένες, με αποτέλεσμα ο κίνδυνος αλλαγών στη γνωσιακή ικανότητα και την προσωπικότητα, να είναι μειωμένος, όπως επίσης και η νοσηρότητα και θνησιμότητα.

5) ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ινσουλινοθεραπεία, είναι μια θεραπευτική μέθοδος που τα τελευταία χρόνια παρεκτοπίστηκε από τα νευροληπτικά φάρμακα. Συνίσταται στη δημιουργία προκωματώδους ή κωματώδους κατάστασης στον ασθενή, μετά από χορήγηση ινσουλίνης. Η εφαρμογή της έχει σήμερα θέση μόνο σε περιπτώσεις που η συστηματική εφαρμογή όλων των άλλων θεραπευτικών μέσων έχει αποχρήσει.

Ενδείξεις:

- Επιλέγονται άτομα με καλή σωματική υγεία.
- Ασθενείς 20-25 ετών, αποτελούν την καλύτερη ηλικία εφαρμογής.
- Ασθενείς με μακροχρόνια ψύχωση που είναι ανθεκτικοί σε άλλες θεραπευτικές μεθόδους.
- Ασθενείς με ψύχωση που κάνουν συχνές υποτροπές.

Αντενδείξεις:

- Άτομα πάνω από 50 ετών.
- Παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος.
- Ανοικτή φυματίωση πνευμόνων.
- Νόσοι νεφρών, ήπατος, παγκρέατος, θυρεοειδούς και επινεφριδίων.
- Σακχαρώδης διαβήτης.
- Κύηση

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΥ ΞΕΧΩΡΙΖΟΥΝ ΤΗ ΜΟΝΟΠΟΛΙΚΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

ΜΟΝΟΠΟΛΙΚΗ Ή ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Στην περίπτωση της συγκεκριμένης διαταραχής, έχουμε σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο με διακριτά στάδια εξέλιξης (αρχικό, μέσο και τελευταίο). Στις βαρύτερες μορφές, παρουσιάζει και ψυχωσικά στοιχεία (παραληρηματικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις), των οποίων το περιεχόμενο εναρμονίζεται με την καταθλιπτική διάθεση. Συχνά, διαρκεί πολλούς μήνες και αν δεν αντιμετωπιστεί ξαναεμφανίζεται.

ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ Ή ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Στη διαταραχή αυτή, η μείζον κατάθλιψη εναλλάσσεται με μανία, η οποία μπορεί να διαρκεί μέρες ή και εβδομάδες. Το μανιοκαταθλιπτικό άτομο κυμαίνεται από τον ένα πόλο της

διαταραχής (κατάθλιψη) στον άλλο (μανία) με γρήγορες και απρόβλεπτες εναλλαγές.

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Κατερίνα Ξ., 68 χρονών, αγρότισσα. Παραπονιέται για μια «ανησυχία» στο αριστερό κάτω μέρος της κοιλίας της, που κάνει το πόδι της να μουδιάζει. Αισθάνεται αδύνατη και δεν θέλει να βγαίνει από το σπίτι. Της έχει κοπεί η όρεξη και υποφέρει από αϋπνία. Δίνει το ακόλουθο ιστορικό:

Πριν από 25 χρόνια (γύρω στην εμμηνόπαυση), αρρώστησε με πονοκεφάλους. Μετά από ένα χρόνο την έπιασε κατάθλιψη που κράτησε έξι ή επτά μήνες. Αργότερα, αντί να επιστρέψει στο κανονικό της, έγινε «μανιακή». Της έκαναν ηλεκτροθεραπεία, αλλά χωρίς αποτέλεσμα. Συνήλθε τελείως με φαρμακοθεραπεία και ήταν καλά για 15 περίπου χρόνια. Τότε πέθανε ο άντρας της, και σε λίγο την έπιασε πάλι κατάθλιψη (αϋπνία, ανορεξία, σωματικά ενοχλήματα, αδυναμία), για να υποχωρήσει με τα ψυχοφάρμακα και αμέσως έπειτα να ακολουθήσει μια υπομανιακή κατάσταση (ευδιαθεσία, ομιλητικότητα, υπερενεργητικότητα, εριστική διάθεση, καυγάδες με τους γείτονες). Από τότε, κάθε φθινόπωρο, την επέττειο του θανάτου του άντρα της, ξαναρρωσταίνει, περνώντας από μια καταθλιπτική σε μία υπομανιακή φάση, που διαρκούν περίπου, δύο ή τρεις μήνες, και υποχωρούν με τη βοήθεια ψυχοφαρμάκων. (Χαρτοκόλλης, 1991)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΜΑΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος «μανία» εμφανίζεται σε αρχαία ελληνικά κείμενα με την έννοια της τρέλας, γενικά της «φρενοβλάβειας», όπως θα λέγαμε σήμερα. Περιγράφει βαριές ψυχωτικές διαταραχές με κινητική υπερδιέγερση, ψευδαισθήσεις και παραληρήματα. Ειδικότερα, η μανιακή διαταραχή χαρακτηρίζεται από την ακόλουθη κλασική τριάδα συμπτωμάτων: μια ενθουσιώδη αλλά ευμετάβλητη διάθεση, μια ακατάσχετη ομιλητικότητα και μια αυξημένη κινητικότητα.

(Χαρτοκόλλης, 1986)

Η πάθηση αυτή θεωρείται ως η αντίθετη της μελαγχολίας χαρακτηρίζεται από «ανεβασμένη» διάθεση (ευφορία), αυξημένη ενέργεια και δραστηριότητα. Ο όρος μανία, είναι ένας από τους πιο αμφίσημους στην ιστορία της ψυχιατρικής, διότι έχει χρησιμοποιηθεί τόσο υπό την ενεστώσα του σημασία, αλλά και για να προσδιορίσει το παραλήρημα (για παράδειγμα μανία καταδίωξης). Παρόλο που ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός γνώριζαν τη μανία υπό τη μορφή στην οποία αναφερόμαστε, στην αρχή του 19ου αιώνα, ο όρος ήταν συνώνυμος του γενικού παραληρήματος με διέγερση, οξυθυμία και αϋπνία. Στη δεκαετία του 1850, ο Φαλρέ και ο Μπαϊγιαρζέ, αναγνώρισαν στο πλαίσιο της κυκλικής τρέλας, τη διαδοχή μανιακών και μελαγχολικών επεισοδίων.(J. Louis Pardinielli & G. Gimenez & P. Bertagne & G. Pirlot)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

- α) Γενετική Υπόθεση
- β) Ιδιοπαθής Υπόθεση
- γ) Βιολογική Θεωρία
- δ) Ψυχολογικές Θεωρίες
- ε) Ψυχαναλυτική Άποψη
- στ) Ναρκισσισμός και Μελαγχολία
- ζ) Ερμηνεία της Μανιακής Ψυχώσεως. (Χαρτοκόλλης, 1991)

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Η μανία αποτελεί μία κρίση ψυχικής και σωματικής διέγερσης που χαρακτηρίζεται από αϋπνία, υπερδραστηριότητα, ευφορία, λογόρροια, έλλειψη αναστολών (απώλεια ελέγχου του εαυτού), σπατάλη (τάση προσφοράς), αισιοδοξία, μεγαλομανία. Η έναρξή της είναι αιφνίδια, ενώ συνήθως προηγείται ένα συγκεκριμένο σύμπτωμα (προειδοποιητικό σύμπτωμα) που εμφανίζεται ακριβώς πριν τη μανιακή κρίση· το σύμπτωμα αυτό είναι χαρακτηριστικό του κάθε ασθενούς, του οποίου διακόπτει τις συνήθειες. Η ψυχική διέγερση εκφράζεται με επιτάχυνση των νοητικών διεργασιών (φυγή ιδεών, λόγος χωρίς ροή, χάλαση συνειρμών, διαταραχές της προσοχής και της συγκέντρωσης). Η κινητική διέγερση, εκδηλώνεται με υπερδραστηριότητα, διαταραχές στην κοινωνική συμπεριφορά, επιπόλαιες πράξεις, νυχτερινές περιπλανήσεις. Η διαταραχή συνοδεύεται και από εκτεταμένη υπερθυμία (παθολογική ευφορία, αίσθηση έκστασης, αίσθημα παντοδυναμίας, λογοπαίγνια και ακραία θυμική ευμεταβλητότητα – πέρασμα από γέλιο σε κλάματα). Συναντούμε επίσης διαταραχές της ενορμητικής ζώνης (αϋπνία χωρίς αίσθηση κούρασης, περιορισμός της όρεξης, υπερσεξουαλικότητα),

καθώς και διαταραχές της συμπεριφοράς (σπατάλη, ατημέλητη εμφάνιση, υπερβολικοί μιμητισμοί, ιλαρότητα, ευθυμία, θεατρικές χειρονομίες, απερίσκεπτα έξοδα, έλλειψη αναστολών). Επίσης, μεγαλομανιακό ιδεασμό, μεγαλεπήβολα σχέδια, υπερεκτίμηση του εαυτού, της οικονομικής κατάστασης, υπερβολική σιγουριά, σεξουαλική υπερενασχόληση. Η κρίση, όταν ο ασθενής δεν απευθύνεται σε ειδικό, διαρκεί από έξι έως οκτώ μήνες, και στη συνέχεια υποχωρεί. (J.L. Pardinielli & G. Gimenez & P. Bertagne & G. Pirlot)

ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η μανιακή διαταραχή ή φάση της μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να αρχίσει ξαφνικά ως μία παραληρητική μανία. Ο άρρωστος είναι υπερκινητικός και ασυνάρτητος, έχει ψευδαισθήσεις και χάνει κάθε επαφή με την πραγματικότητα. Αλλά συνήθως εμφανίζεται βαθμιαία ως μία υπομανιακή κατάσταση. Σ'ένα πρώτο στάδιο, ο άρρωστος που δεν καταλαβαίνει ότι του συμβαίνει κάτι ανώμαλο, είναι δοτικός, θερμός, επιδεικτικός, του αρέσει να αστειεύεται και να είναι γενικά ευχάριστος· αλλά γρήγορα καταντάει ενοχλητικός, οπότε γίνεται επίσης φανερό ότι είναι ανυπόμονος και παράλογος, αν όχι παρανοϊκός. Σε μίαν οξεία φάση της διαταραχής όλα τα προηγούμενα συμπτώματα γίνονται πιο έντονα και φανερά.

Η μανιακή διαταραχή έχει την τάση να επαναλαμβάνεται. Συχνά, μανιακές και καταθλιπτικές περιόδους διαδέχονται η μια την άλλη, καμιά φορά χωρίς ένα διάλειμμα κάποιας διάρκειας. Γ' αυτό και θεωρείται ως μια ενιαία μανιοκαταθλιπτική διαταραχή. (Χαρτοκόλλης, 1991)

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΜΑΝΙΕΣ

Τις μορφές της νόσου μπορούμε να τις διακρίνουμε τόσο από κλινικής όσο και από αιτιολογικής άποψης. Η μανική κρίση αποτελεί ένα επεισόδιο, μια κρίση, μια φάση η οποία μπορεί να προηγείται είτε και να ακολουθεί άλλες μανικές ή μελαγχολικές κρίσεις ή φάσεις. Οι μορφές της μανικής κρίσης είναι δυνατόν, σπανίως όμως, να είναι πολύ βραχείες. Συνήθως η πάθηση διαρκούσε κατά την προνευροληπτική περίοδο 2-6 μήνες. Υπάρχουν επίσης και παρατεταμένες μορφές που διαρκούν μέχρι και δυο έτη, όπως επίσης και χρόνιες μορφές που διαρκούν ακόμη περισσότερο και είναι δυνατό να προκύψει ίαση μετά από πολλά έτη, ή την μανική κρίση να διαδεχτεί μια καταθλιπτική. (Παπαδημητρίου, 1974)

Διακρίνουμε τις εξής *κλινικές μορφές*:

- Μικτό επεισόδιο: κατηγορία στην οποία συνδυάζονται μελαγχολικά με μανιακά συμπτώματα, όπως κατάθλιψη με διέγερση, μανιακή εμβροντησία, καταθλιπτική μανία, μη παραγωγική μανία, α-κινητική μανία, κατάθλιψη με αποφυγή ιδεών.
- Υπομανία (υπολειμματική μορφή μανίας): εμφανίζονται τα ίδια κλινικά σημεία με μικρότερη όμως ένταση: σωματική και νοητική υπερδραστηριότητα, διαταραχές ύπνου, έξαψη ιδεών, ευθυμία.
- Παραληρηματική μανία: πρόκειται για μια σταθερή παραληρηματική κατάσταση στην οποία εμμένει ο ασθενής, ενώ η συμπεριφορά του διέπεται από παραληρηματικές ιδέες. Το παραλήρημα είναι πολυδιάστατο (πολλαπλά θέματα και μηχανισμοί), ενώ οι μηχανισμοί είναι κυρίως διαισθητικοί και φανταστικοί, συνήθως ερμηνευτικοί, και πιο σπάνια ψευδαισθητικοί. Το περιεχόμενο του παραληρήματος είναι μεγαλομανιακής φύσεως (ως προς τον σεξουαλικό τομέα, τον θρησκευτικό, και τον τομέα των επαφών), σε άμεση συνάρτηση με τη διάθεση.

- Μανιακή παραφορά: χαρακτηρίζεται από μια κατάσταση επιθετικής και βίαιης διέγερσης. Σε περιπτώσεις μή θεραπείας, ελλοχεύει ο κίνδυνος θανάτου.
- Συγχυτική μανία: εμφανίζεται κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα, με χαρακτηριστικό τη διέγερση και τον χωροχρονικό αποπροσανατολισμό.
- Άτυπη μανία: παραπέμπει σε σχιζοφρένεια.(J.L. Pardinielli & G. Gimenez & P. Bertagne & G. Pirlot)

Αιτιολογικές μορφές:

- Μανικές κρίσεις τοξικής, λοιμώδους ή μεταλοιμώδους προελεύσεως.
- Μανικές κρίσεις από οργανικές παθήσεις του εγκεφάλου και του κρανίου.
- Μανικές κρίσεις λόγω ενδοκρινικών διαταραχών.
- Γεροντικές και προγεροντικές κρίσεις.
- Σχιζομανικές κρίσεις.
- Τέλος, είναι δυνατόν να υπάρχουν και μανιακές κρίσεις όχι σωματογενούς, αλλά ψυχογενούς προελεύσεως.

(Παπαδημητρίου, 1974)

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Χωρίς θεραπευτική επέμβαση, ένα καταθλιπτικό επεισόδιο διαρκεί κατά μέσο όρο 6 μήνες, ένα (υπο)μανιακό επεισόδιο 3 μήνες. Ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων καταλήγει σε μια χρόνια νοσηρή κατάσταση. Πολλοί άρρωστοι παρουσιάζουν μόνο ένα επεισόδιο συναισθηματικής διαταραχής – καταθλιπτικής ή μανιακής χωρίς υποτροπή μεταξύ επεισοδίων. Η διάρκεια της διαταραχής διαφέρει από επεισόδιο σε επεισόδιο, ποικίλλοντας από μερικές μέρες ως κάμποσα χρόνια. Η ενδογενής κατάθλιψη, έχει γενικά καλύτερη πρόγνωση από την εξωγενή, και η νευρωτική καλύτερη από την ψυχωτική. (Χαρτοκόλλης, 1991)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Ηλεκτροσπασμοθεραπεία
- Ψυχοφάρμακα
- Ψυχοθεραπεία
- Νοσηλεία
- Θεραπεία Μανιακής Διαταραχής. (Παπαδημητρίου, 1974)

Το λίθιο, η καρβαμαζεπίνη και το βαλπροϊκό οξύ, είναι εξίσου αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της οξείας μανίας.

ΑΝΘΡΑΚΙΚΟ ΛΙΘΙΟ

Ο ακριβής μηχανισμός δράσης του είναι άγνωστος. Επικρατεί ωστόσο η άποψη ότι το ανθρακικό λίθιο προωθεί την επαναπρόσληψη των βιογενών αμινών στον εγκέφαλο, με αποτέλεσμα την ελάττωση των επιπέδων τους στον οργανισμό.

Άλλη θεωρία, συσχετίζει την αποτελεσματικότητα του λιθίου με μια αλλαγή στο μεταβολισμό του νατρίου μέσα στα νεύρα και τους μύς.

Ενδείξεις: Το ανθρακικό λίθιο, χρησιμοποιείται στην πρόληψη και θεραπεία της μανίας, υπομανίας, και γενικά των διπολικών διαταραχών. Από την έναρξη της θεραπείας με λίθιο, μέχρι την υποχώρηση των συμπτωμάτων της μανίας, μεσολαβούν 1-2 εβδομάδες. Σ'αυτό το διάστημα, χορηγούνται αντιψυχωτικά π.χ. Chlorpromazine (thorazine) ή haloperidol για την ελάττωση του επιπέδου της υπερκινητικότητας.

Αντενδείξεις: Λίθιο δεν πρέπει να χορηγείται σε άτομα με καρδιαγγειακό ή νεφρικό νόσημα, αφυδάτωση, σύγχρονη λήψη διουρητικών, εγκυμοσύνη, καθώς και σε παιδιά κάτω των 12 ετών.

Παρενέργειες:

- Ξηροστομία, δίψα
- Γαστρεντερικές διαταραχές, ναυτία
- Λεπτός τρόμος χεριών
- Καρδιακές αρρυθμίες
- Πολυουρία
- Τοξικότητα

ΚΑΡΒΑΜΑΖΕΠΙΝΗ

Η καρβαμαζεπίνη είναι ένα αντιεπιληπτικό φάρμακο, το οποίο σταθεροποιεί τη δραστηριότητα των κυτταρικών μεμβρανών, έχει χρησιμοποιηθεί με αυξανόμενη συχνότητα στη θεραπεία των διπολικών ασθενών, των οποίων η πορεία δεν είναι ικανοποιητική με το λίθιο (δεν εμφανίζουν επαρκή θεραπευτική ανταπόκριση, παρουσιάζουν σοβαρές παρενέργειες ή ταχείες εναλλαγές φάσεων). Είναι συχνά αποτελεσματική σε δόση 800-1600mg/ημέρα από το στόμα. Επίσης έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη θεραπεία

ανθεκτικών καταθλίψεων, απόσυρσης από αλκοόλ και ψευδαισθήσεων (σε συνδυασμό με νευροληπτικά), και σε ασθενείς με δυσχέρεια διατήρησης του ελέγχου της συμπεριφοράς, ή κρίσεις πανικού.

Οι δοσοεξαρτώμενες παρενέργειες περιλαμβάνουν καταστολή και αταξία. Τα δερματικά εξανθήματα και μια ήπια μείωση των λευκών, είναι συχνά φαινόμενα. Σύνδρομο απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης, συμβαίνει σπάνια. Η καρβαμαζεπίνη, μπορεί να είναι αποτελεσματική σε συνδυασμό με λίθιο, αν και έχουν αναφερθεί περιπτώσεις αναστρέψιμης νευροτοξικότητας κατά τη χορήγηση του συνδυασμού αυτού.

Σε ασθενείς που λαμβάνουν καρβαμαζεπίνη,θα πρέπει να γίνονται εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας και γενικές αίματος.

ΒΑΛΠΡΟΪΚΟ ΟΞΥ

Το βαλπροϊκό οξύ (διβαλπροϊκό), είναι ένα αντιεπιληπτικό φάρμακο του οποίου η δραστηριότητα σχετίζεται τουλάχιστον εν μέρει με τη νευροδιαβίβαση του GABA. Κερδίζει έδαφος ως θεραπεία πρώτης γραμμής για τη μανία, γιατί έχει ευρύτερο δείκτη ασφάλειας από το λίθιο.

Η θεραπεία συχνά ξεκινά σε δόση 750mg/ημέρα από το στόμα σε διαιρεμένες δόσεις, και στη συνέχεια η δοσολογία τιτλοποιείται για να επιτευχθούν θεραπευτικά επίπεδα. Οι κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι συμπτώματα από το γαστρεντερικό. Θα πρέπει να γίνονται εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας και γενικές αίματος. Η τερατογένεση είναι μία υπαρκτή πιθανότητα. (Tierney L. & McPhee S.J. & Papadakis, 2001)

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΜΑΝΙΑΣ

Το συναίσθημα στο καταθλιπτικό σύνδρομο είναι καταθλιπτικό, ευερέθιστο, αγχώδες, μεταβαλλόμενο (πρωινή δυσφορία) και έχουμε κλάματα. Αντίθετα, στην μανία το συναίσθημα είναι ανεβασμένο, ευερέθιστο ή επιθετικό. Έχουμε στιγμιαίο κλάμα ως μέρος της μεικτής κατάστασης.

Η σκέψη στο καταθλιπτικό σύνδρομο: έχουμε περιεχόμενο καταθλιπτικό ιδεασμό, υποεκτίμηση εαυτού, αυτοκαταστροφικές σκέψεις, απελπισία, και η ροή του λόγου έχει αργό ρυθμό. Στη μανία έχουμε μανιακό ιδεασμό, αυξημένη αυτοεκτίμηση και η ροή του λόγου έχει ταχύ ρυθμό, έχουμε λογόρροια και ιδεοφυγή.

Στο καταθλιπτικό επεισόδιο έχουμε ψευδαισθήσεις με καταθλιπτικό περιεχόμενο (ακουστικές), ενώ στη μανία με μανιακό περιεχόμενο (ακουστικές, οπτικές).

Η βούλησή μας είναι αρνητική, έχουμε υποβουλίσια, απώλεια όρεξης-βάρους και μειωμένη libido κατά το καταθλιπτικό σύνδρομο, αντιθέτως στη μανία, έχουμε υπερκινητικότητα. Πιθανή απώλεια βάρους, αυξημένη libido και εμπλοκή ταυτόχρονα σε δραστηριότητες.

Και στα δυο έχουμε μειωμένη προσοχή κατά τη γνωσιακή λειτουργία. Κατά την κατάθλιψη έχουμε αϋπνία ή υπερυπνία, ενώ στη μανία μείωση ανάγκης για ύπνο.

Τέλος, στην κατάθλιψη έχουμε σωματικά συμπτώματα από το ουρογεννητικό ή το γαστρεντερικό, αμηνόρροια και ευκολία στην κόπωση, ενώ στη μανία δεν έχουμε καμία κόπωση. (Μαδιανός, 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας, είναι ένας πολύ υπεύθυνος και σημαντικός ρόλος είτε είναι κύριος είτε δευτερεύων, και ο ίδιος ο νοσηλευτής πάντα αποτελεί ενεργό μέλος σε όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Η φύση της ειδικότητας αυτής είναι αρκετά απαιτητική, καθώς ο νοσηλευτής επιβάλλεται να διατηρεί λεπτές και εύθραστες ισορροπίες στη σχέση του με τους ασθενείς. Είναι επιφορτισμένος με το καθήκον της φροντίδας των ψυχικά ασθενών, οφείλει όμως παράλληλα να προστατεύσει και τον ίδιο. (Rogers, 1985)

Ο νοσηλευτής, μπορεί να συζητά με τον ασθενή χρησιμοποιώντας τον για να ταξινομήσει μερικές από τις μπερδεμένες σκέψεις του, ιδέες και αισθήματα, κάνοντας έτσι ευκολότερο γι'αυτόν να συλλέξει τα πιο σπουδαία γεγονότα για τη θεραπευτική συνέντευξη με το γιατρό. (Γιαννοπούλου, 2004)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος «Νοσηλευτική Διεργασία» είναι σχετικά μια νέα προσέγγιση της νοσηλείας των ασθενών, και έχει πολλές έννοιες και ερμηνείες δοσμένες από νοσηλευτές και άλλο νοσηλευτικό προσωπικό. Η νοσηλευτική φροντίδα για τους ασθενείς και τα καθήκοντα του νοσηλευτή ήταν και είναι κυρίως κατευθυνόμενα. Οι νοσηλευτές εκτελούν διάφορες εργασίες ή νοσηλευτικές ενέργειες σχετικές με τη θεραπεία, ή με φανερές ιδιαίτερες ανάγκες του ασθενούς. Παραδείγματα αυτών των «κατευθυνόμενων καθηκόντων» είναι οι ενέσεις, η παροχή φαρμάκων, αλλαγές τραυμάτων, η θεραπεία κατακλίσεων, το τάϊσμα του αρρώστου. Επίσης η θερμομέτρηση σε ορισμένες ώρες, η παροχή φαρμάκων σε ορισμένες ώρες, η αποστολή των ασθενών στο θάλαμο εργασιοθεραπείας σε συμφωνημένη ώρα, οι σημειώσεις και αναφορές σε ορισμένες ώρες.

Η νοσηλευτική διεργασία ενδιαφέρεται κυρίως για τον ασθενή σαν άτομο, και τα καθημερινά προβλήματά του. Πρέπει να τονιστεί ότι η νοσηλευτική διεργασία, σκοπό έχει να φροντίζει ώστε οι ιατρικές και οι νοσηλευτικές φιλοσοφίες να λειτουργούν παράλληλα για το μεγαλύτερο συμφέρον του ασθενούς σαν άτομο.

Η νοσηλευτική διεργασία πρέπει να καλύπτει μια οργανωμένη συστηματική και εξατομικευμένη προσέγγιση στη φροντίδα του ασθενή. Περιλαμβάνει τα παρακάτω στάδια:

- Την εκτίμηση του ασθενούς
- Τον προγραμματισμό της φροντίδας
- Την παροχή της φροντίδας
- Την εκτίμηση της παρεχόμενης φροντίδας και το πρόγραμμα της φροντίδας. (Γιαννοπούλου, 1992)

Η νοσηλευτική διεργασία, κινείται σε 3 βασικούς άξονες οι οποίοι κατηγοριοποιούν τις ανάγκες του πάσχοντος, και είναι:

- α) Οι άμεσες και επομένως επείγουσες ανάγκες του, οι οποίες σχετίζονται με την επιβίωση και τη διατήρηση της σωματικής του ακεραιότητας, για π.χ η αποτροπή μιας πιθανής απόπειρας αυτοκτονίας.
- β) Οι βραχυπρόθεσμες ανάγκες του, οι οποίες αφορούν στη νοσηλεία, τη θεραπεία και την προετοιμασία του για την απομάκρυνση και την ομαλή επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο.
- γ) Οι μακροπρόθεσμες ανάγκες που στοχεύουν στην εκμάθηση της αναγνώρισης των πρώιμων συμπτωμάτων της κατάθλιψης από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, ώστε να γίνεται έγκαιρη αντιμετώπιση, και συνεπώς να ελαχιστοποιείται ο χρόνος νόσησης. Οι ανάγκες αυτές, μπορούν να καλυφθούν μέσω της εκπαίδευσης που πρέπει να προσφέρει ο νοσηλευτής στους άμεσα ενδιαφερόμενους. (Maurer,1986)

ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η εκτίμηση του ασθενούς είναι το πρώτο βήμα στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας. Απαιτούνται γι'αυτό η συγκέντρωση και η καταγραφή των πληροφοριών για τον ασθενή και την παρούσα κατάστασή του. (Γιαννοπούλου, 1992)

Απαραίτητο στοιχείο της προσφοράς του Ν.Φ. είναι η σωστή εκτίμηση των μοναδικών προβλημάτων ενός μοναδικού ατόμου, της οικογένειάς του και του τρόπου ζωής του.

Αντίθετα με την ιατρική διάγνωση, ο Κ.Ψ. Νοσηλευτής θα προσπαθεί να δει τα προβλήματα και όχι μια τελεσίδικη ιατρική διαπίστωση. Για να επιτευχθεί όμως και να ολοκληρωθεί το στάδιο της εκτιμήσεως, απαραίτητο είναι να αναπτυχθούν σχέσεις

εμπιστοσύνης μεταξύ Κ.Ψ. νοσηλευτή- ασθενούς. Στη φάση της εκτίμησης, ένα σημείο πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα. Να μην συγχέουμε την ολιστική θεώρηση του ασθενούς ως ανθρώπου, με μια τάση να μάθουμε τα πάντα γύρω απ' αυτόν. Σκοπός της εκτίμησης, δεν είναι παρά η παραγωγή της φροντίδας. (Γιαννοπούλου, 2004)

Όταν λοιπόν καθοριστούν τα προβλήματα του ασθενούς, πρέπει να καταγράφονται με κάποια σειρά προτεραιότητας. Αυτό γίνεται πιο εύκολο με ειδικά δελτία νοσηλείας. (Γιαννοπούλου, 1992)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Μετά την ολοκλήρωση της εκτίμησης ο Κ.Ψ. Νοσηλευτής πρέπει να αποφασίσει ποιο είναι το κατάλληλο είδος της θεραπείας στο οποίο πρέπει να υποβληθεί ασθενής και να τον παραπέμψει ανάλογα. (Γιαννοπούλου, 2004)

Αρχικά, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αξιολογήσει τα συμπτώματα του καταθλιπτικού ασθενή, και άσχετα με τη μορφή κατάθλιψης από την οποία πάσχει, να τον αντιπετωπίσει με μια ολική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση καθώς είναι οι τρεις κύριοι παράγοντες (βιολογικοί-ψυχολογικοί-κοινωνικοπεριβαλλοντικοί), οι οποίοι ευθύνονται για την ψυχιατρική του ασθένεια. (Ragers, 1985)

1) Εκτίμηση του βαθμού επικινδυνότητας – δυνατότητας για αυτοκτονία παρατηρώντας τη συμπεριφορά του ασθενή, δηλαδή κινήσεις, απειλές, μοίρασμα ατομικών πραγμάτων, παρουσία ψευδαισθήσεων ή παραλυτικών ιδεών και ιστορικό προηγούμενης απόπειρας.

2) Επανεκτίμηση της δυνατότητας αυτοκτονίας περιοδικά, ιδιαιτέρως σε περιπτώσεις αλλαγής της διάθεσης, αύξηση της απόσυρσης ετοιμασίας εξόδου πριν να προγραμματιστεί.

3) Ενθάρρυνση του αρρώστου και της οικογένειάς του να ρωτήσουν ό,τι θέλουν, και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους για τη φαρμακοθεραπεία, την τυχόν ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), και αν προγραμματίστηκε και για άλλες θεραπείες.

4) Βοήθεια του ατόμου να μετακινηθεί από αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό, σε ρεαλιστικό θετικό σύστημα θεώρησης του εαυτού του, της ζωής του και του κόσμου. Έτσι, θα μειωθούν τα αισθήματα αναξιοτήτας και αδυναμίας, και θα αυξηθούν ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμησή του (γνωστική θεραπεία).

- 5) Ενίσχυση του αρρώστου στη διατύπωση κατορθωτών στόχων για τη ζωή του, διότι οι κατορθωτοί στόχοι, είναι πιο πιθανό να εκπληρωθούν και να φέρουν ταχύτερες ικανοποιητικές αμοιβές.
- 6) Παρότρυνση του αρρώστου να φροντίζει την επαρκή διατροφή, την ατομική υγιεινή και την καλή του εμφάνιση, σκοπό την διατήρηση της υγείας, την πρόληψη νόσησης, την ανύψωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και αυτοεκτίμησης.
- 7) Βεβαίωση του αρρώστου ότι υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει από την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό, κι ότι οι νοσηλευτές θα τον συντροφεύσουν και θα τον βοηθήσουν στην πορεία αυτή.
- 8) Έπαινος του αρρώστου για προσπάθειες θετικής αυτοαξιολόγησης, αυτοελέγχου και διαμόρφωσης ρεαλιστικών σκοπών, ώστε να τονώνεται το αίσθημα της προσωπικής του αξίας, και της ελπίδας ότι μπορεί ν'αλλάξει η δυσάρεστη διάθεσή του.
- 9) Χορήγηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με συνέπεια και υπευθυνότητα, καθώς και με εξασφάλιση της θεληματικής συμμόρφωσης του αρρώστου.
- 10) Συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένειά του πριν την έξοδό του από το νοσοκομείο, με σκοπό να κατανοήσουν τις διαπροσωπικές εντάσεις και πώς να τις αντιμετωπίζουν.
- 11) Συνέπεια του νοσηλευτή στην ώρα της συνάντησης, και παραμονή κοντά στον άρρωστο, καθώς η σταθερότητα και η αξιοπιστία θεμελιώνει την εμπιστοσύνη.
- 12) Χρήση συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής, δυσκολεύουν την κατανόηση.
- 13) Διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Τα συναισθήματα που συναντούν κατανόηση, μπορούν να βοηθήσουν στην ελάττωση της μοναξιάς και απομόνωσης, και διευκολύνουν την παραπέρα εξωτερίκευση πιο οδυνηρών συναισθημάτων για να εκτελεσθεί η θεραπεία.

14) Αποφυγή εκδηλώσεων όπως είναι τα γέλια, τα αστεία και η υπερβολική ευθυμία. Η εύθυμη στάση του νοσηλευτή, αυξάνει τα αισθήματα αποξένωσης και απομόνωσης του αρρώστου με τη σύγκριση των αντιθέσεων πόσο χαρούμενος είναι ο νοσηλευτής, και πόσο λυπημένος είναι ο ίδιος.

15) Αποφυγή εκφράσεων όπως: τα πράγματα θα διορθωθούν...ο καθένας μας μελαγχολεί κάποτε-κάποτε. Αυτά, τείνουν να ελαχιστοποιούν τη σοβαρότητα του καταθλιπτικού συναισθήματος του αρρώστου, και μπορεί να αυξήσουν μέσα του την ενοχή και αναξιότητα, αφού δεν είναι σε θέση ο ίδιος να βγει από την κατάσταση που βρίσκεται. (Buckwalter, 1987)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΜΑΝΙΑ

- 1) Ολοκληρώστε τα μέτρα προφύλαξης κατά των ατυχημάτων ή των καταστροφικών επεισοδίων.
- 2) Διατηρήστε ένα σταθερό και καλά δομημένο πρόγραμμα φροντίδας.
- 3) Διασφαλίστε ότι ο ασθενής είναι σε θέση να ικανοποιεί τις βασικές σωματικές του ανάγκες, όπως η διατροφή, ο ύπνος και η υγιεινή.
- 4) Αποφύγετε τις ομαδικές δραστηριότητες σε εξαιρετικά μανιακούς ασθενείς, και κυρίως τις δραστηριότητες που περιλαμβάνουν ανταγωνισμό.
- 5) Δώστε σαφείς οδηγίες.
- 6) Αναγνωρίστε αν ο ασθενής μπορεί να συμμετέχει σε συμπεριφορά διαχείρισης και πιθανόν να αντισταθεί στη θεραπεία, όμως εξακολουθήστε να είστε ήρεμοι και σταθεροί στις θέσεις σας.
- 7) Ελέγξτε τη λήψη και την αποβολή, κυρίως των υγρών και του νατρίου.
- 8) Εξετάστε τις επιπτώσεις της συμπεριφοράς του ασθενούς στο νοσηλευτικό προσωπικό, όπως τυχόν συναισθήματα σύγκρουσης, πικρίας και άμυνας. (Γιαννοπούλου, 1992)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Έχει τονιστεί ότι πολλοί ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη δεν παρουσιάζουν τα κλασικά χαρακτηριστικά της κατάστασής τους. Έτσι μπορεί να μην γίνει διάγνωση, εκτός αν σημειωθούν κάποιες ενδείξεις και αναγνωριστούν από το νοσηλευτικό προσωπικό που είναι σε στενή επικοινωνία με τον ασθενή για μεγάλα χρονικά διαστήματα. (Γιαννοπούλου, 1992)

Η παρουσία των παρακάτω χαρακτηριστικών πρέπει να οδηγήσει σε επανεξέταση της διάγνωσης του ασθενούς:

- 1) Επεισόδια με κλάματα.
- 2) Άρνηση ή αποφυγή τροφής.
- 3) Δυσκολία να πάρει καθημερινές απλές αποφάσεις ένα άτομο, που φυσιολογικά είναι αποφασιστικό.
- 4) Ανησυχία στον ύπνο.
- 5) Απώλεια βάρους χωρίς αίτια.
- 6) Ιδέες αυτοκτονίας που εκφράζονται στον νοσηλευτή ή σε άλλα άτομα.
- 7) Απόπειρες αυτοκτονίας ή προετοιμασία γι'αυτήν.
- 8) Προσπάθεια να αποφύγει την παρακολούθηση, πηγαίνοντας σε άδειο δωμάτιο, ντουλάπια κ.α. (Γιαννοπούλου, 2004)

Οι παρατηρήσεις, που έχουν σκοπό την εκτίμηση της προόδου του ασθενούς, δεν πρέπει να περιλαμβάνουν μόνο τις φανερές αλλαγές διάθεσης, αλλά και τα πιο λεπτά σημεία που αφορούν την ικανότητα του να ενδιαφέρεται για το περιβάλλον του, τις σχέσεις του με τους άλλους και τη συμμετοχή του στις δραστηριότητες. Επίσης, πρέπει να σημειώνονται προσεκτικά και οι οργανικές ανάγκες, όπως η αύξηση όρεξής του, η αύξηση του βάρους του και η ομαλή λειτουργία του εντέρου του.

Η εξέλιξη μιας ασθένειας, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την προηγούμενη προσωπικότητα του ασθενούς, και ένα μεγάλο μέρος

της θεραπείας πρέπει να έχει σκοπό να δυναμώσει αυτές τις πλευρές που θα βοηθήσουν στη θεραπεία του και την μετέπειτα υγεία του.

Για να γίνει ένα τέτοιο θεραπευτικό πρόγραμμα, χρειάζεται μια λεπτομερής γνώση της προσωπικότητας του ασθενούς, και αυτό εξαρτάται από τις λεπτομερείς παρατηρήσεις των αντιδράσεων σε διάφορες περιπτώσεις. Ο νοσηλευτής πρέπει να σημειώνει τη συμπεριφορά του ασθενούς στους συγγενείς του, και τις αντιδράσεις του σε αυτόν. Ο ασθενής, πρέπει να ενθαρρύνεται να περιγράφει τις δραστηριότητες που έβρισκε πριν ενδιαφέρουσες, καθώς και εκείνες που τις θεωρούσε ανιαρές.

Είναι σημαντικό λοιπόν να μάθουμε μερικές λεπτομέρειες της παιδικής του ηλικίας, της σχολικής, της εργασίας του, του γάμου του και τις σχέσεις του με τη γυναίκα του, τα παιδιά του, τους συνεργάτες του. Και ενώ ο ψυχίατρος θα προσπαθεί να πληροφορηθεί, πολλά από αυτά η νοσηλεύτρια μπορεί να τα συμπληρώσει, λόγω της μεγαλύτερης της επαφής με τον ασθενή, και τις ευκαιρίες που έχει για απλή συζήτηση και παρατήρηση. Ο νοσηλευτής δεν πρέπει να προσπαθεί να μάθει πέρα από αυτά που ο ασθενής είναι έτοιμος να συζητήσει. Πρέπει να περιμένει μέχρις ότου ο ασθενής είναι έτοιμος και ικανός να συζητήσει παραπέρα. (Γιαννοπούλου, 2004)

Ο βαθμός της νοσηλευτικής φροντίδας που χρειάζεται εξαρτάται από τη σοβαρότητα της κατάθλιψης. Ο ασθενής που βρίσκεται σε απάθεια ή καθυστερημένος, σε σημείο να μην είναι ικανός να φροντίζει τον εαυτό του, πρέπει να νοσηλεύεται στο κρεβάτι, τουλάχιστον μέχρι με τη θεραπεία να βελτιωθεί η κατάθλιψή του. Σε αυτή τη φάση θα πρέπει να είναι σε κατάλληλη διαίτα, να παίρνει την ορισμένη ποσότητα υγρών, να προλαμβάνονται οι κατακλύσεις και οι άλλες επιπλοκές των κατακεκλεισμένων.

Οι λιγότερο καθυστερημένοι ασθενείς, μπορεί να ζητάνε βοήθεια για να φάνε, να ντυθούν, και για την τουαλέτα, αλλά θα πρέπει να

γίνεται κάθε προσπάθεια να τους ενθαρρύνουμε να κάνουν όλες αυτές τις δουλειές μόνοι τους. Είναι πολύ σημαντικό να ζητάμε από τον ασθενή με κατάθλιψη να κάνει μόνο λίγο περισσότερο από ότι αισθάνεται ότι είναι ικανός να κάνει, γιατί αν του ζητήσουμε πολλά, θα αποτύχει και η αποτυχία θα αυξήσει την κατάθλιψή του.

Είναι ίσως δύσκολο να πειστούν οι ασθενείς με κατάθλιψη να παίρνουν την κατάλληλη διαίτα. Όταν ένας ασθενής αρνείται να φάει, πρέπει να προσπαθήσουμε να ανακαλύψουμε την αιτία της άρνησής του. Μπορεί να οφείλεται σε μια απατηλή έμμονη ιδέα ή σε έλλειψη ορέξεως. Στη δεύτερη περίπτωση, πρέπει να προσπαθήσουμε να του προσφέρουμε ελκυστικά φαγητά ή εκείνα που στο παρελθόν ήταν τα αγαπημένα του πιάτα. Θα χρειαστεί ίσως να συμπληρωθεί η διαίτά του με βιταμίνες. Ο ασθενής πρέπει να ζυγίζεται τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. (Γιαννοπούλου, 1992)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΜΑΝΙΑ

Η υγεία του ασθενούς που πάσχει από μανία μπορεί να κινδυνεύει αρκετά και σοβαρά, γιατί η επίμονη υπερδραστηριότητά του, δεν είναι μόνο εξαντλητική αυτή καθαυτή, αλλά και τον εμποδίζει να κινηθεί, ακόμα και να πάρει αρκετή τροφή και υγρά, με αποτέλεσμα να καταπέσει σωματικά και ίσως να χάσει τη ζωή του. Ακόμη, μπορεί να προσβληθεί από μια μολυσματική ασθένεια λόγω ελαττώσεως της αντίστασης του οργανισμού του. Γι'αυτό, πρέπει να βοηθάμε με ηρεμιστικά και στη συνέχεια να φροντίσουμε για μια ήσυχη ατμόσφαιρα με όσο το δυνατό λιγότερα ερεθίσματα.

Ο ασθενής με μανία, παρουσιάζει συχνά ένα δύσκολο πρόβλημα νοσηλείας. Σε μικρές δόσεις, η συντροφιά του μπορεί να είναι ευχάριστη και ζωντανή, αλλά η αδιάκοπη δραστηριότητά του, η ανάμιξη στις δουλειές των άλλων και η ασταμάτητη φλυαρία του γρήγορα κουράζουν τρομερά. Επιπλέον, η ευχάριστη διάθεσή του μπορεί γρήγορα να μεταβληθεί σε ερεθιστικότητα και επιθετικότητα αν τον εμποδίσουμε στα σχέδιά του.

Η νοσηλεύτρια, πρέπει να βρει κατάλληλη εκτόνωση για την υπερβολική του δραστηριότητα και να δεχθεί το γεγονός ότι το ενδιαφέρον του γρήγορα χάνεται και πρέπει να βρεθούν νέες δραστηριότητες για να απασχοληθεί. Πρέπει να ασκείται σωματικά όσο είναι δυνατόν, αλλά να αποφεύγονται οι ανταγωνιστικές καταστάσεις.

Κάποτε οι μονότονες ασχολίες είναι πιο ηρεμιστικές από εκείνες που απαιτούν συγκέντρωση. Ο μανιακός χρειάζεται αρκετά σταθερή μεταχείριση, αλλά δεν οφείλει να τον αγριεύουμε. Όσο πιο πολύ τον πιέζουμε προς μια κατεύθυνση, τόσο πιο επίμονα κινείται προς την άλλη. (Γιαννοπούλου, 2004)

Επαναλάβετε ή επανεξετάστε τους στόχους, κι εκτιμήστε την πρόοδο.

- Ο ασθενής επιδεικνύει μείωση ή εξάλειψη των τάσεων αυτοκτονίας και των σκέψεων εχθρότητας.
- Ο ασθενής επιδεικνύει βελτιωμένη αυτοφροντίδα. Ο ασθενής αναλαμβάνει κάποιες κοινωνικές δραστηριότητες.
- Η αυτοεκτίμηση του ασθενούς αυξάνεται.
- Ο ασθενής και η οικογένειά του κατανοούν τις οδηγίες σχετικά με την χρήση των φαρμάκων, καθώς και τις παρενέργειες ή την περίπτωση της υπερδοσολογίας.
- Αν οι στόχοι δεν επιτευχθούν επανεξετάστε τους
- Ήταν οι στόχοι ρεαλιστικοί;
- Εντοπίστηκαν σωστά προβλήματα;
- Δόθηκε στον ασθενή σωστός χρόνος ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι;

Επανεξετάστε τους στόχους και το θεραπευτικό πρόγραμμα σύμφωνα με τις ανάγκες. (Γιαννοπούλου, 1992)

Η Κ.Ψ. ΝΟΣΗΚΕΥΤΡΙΑ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η ύπαρξη ατόμου με ψυχική ασθένεια εντός του οικογενειακού κύκλου, επηρεάζει αναμφισβήτητα και την ζωή των άλλων μελών της οικογένειας. Η έρευνα έδειξε ότι πολλές φορές τα άλλα μέλη απομονώνονται, δεν κάνουν κοινωνικές επαφές, δεν πηγαίνουν διακοπές. Σε περίπτωση που τα άλλα μέλη του οικογενειακού κύκλου, είναι στενοί συγγενείς, αποδέχονται αυτό τον τρόπο ζωής σαν συνέπεια που απορρέει από την συγγένεια. Όταν όμως οι συγγενείς που πλαισιώνουν τον ασθενή δεν είναι στενού οικογενειακού περιβάλλοντος, τότε τον βλέπουν σαν βάρος και δυσανασχετούν για την μοίρα τους. Πώς θα μπορέσει η Κ.Ψ. Νοσηλεύτρια να βοηθήσει και στις δύο περιπτώσεις την οικογένεια του ασθενούς;

Οι περισσότεροι συγγενείς, έχουν συνηθίσει να τους ζητούν πληροφορίες σχετικά με τους ασθενείς, κανείς όμως να μην ασχολείται με αυτούς και με τα προβλήματά τους. Το κενό αυτό καλείται να αναπληρώσει η Κ.Ψ. Νοσηλεύτρια, προσφέροντας υποστήριξη στα μέλη της οικογένειας. Οι δυνάμεις που αποδεσμεύονται εντός του οικογενειακού πλαισίου είναι αμφίδρομες. Κινούνται από τον ασθενή προς την οικογένεια, επηρεάζοντας τη ζωή της, αλλά και από την οικογένεια προς τον ασθενή, επηρεάζοντας θετικά ή αρνητικά την κατάστασή του. Ο έντονος αυτός συναισθηματικός φορτισμός της οικογενειακής ατμόσφαιρας, έχει σαν αποτέλεσμα ο ασθενής να υποτροπιάσει. Η Κ.Ψ. Νοσηλεύτρια έπρεπε επιτακτικά να μειώσει τον έντονο συναισθηματισμό. Σαν μέσα προτάθηκαν: ενημέρωση των μελών της οικογένειας σχετικά με τη φύση της ασθένειας, προετοιμασία ώστε να δεχτούν αναμενόμενες αντιδράσεις του ασθενούς, συμμετοχή της οικογένειας στην κατάρτιση σχεδίου της φροντίδας του ασθενούς, και οργάνωση συναντήσεων οικογενειών στις οποίες υπήρχαν ασθενείς με ψυχικά προβλήματα.

Στις συναντήσεις αυτές διαπιστώθηκε ότι οι συγγενείς δέχονταν περισσότερο και αφομοίωναν συμβουλές από τις άλλες οικογένειες, παρά από το ειδικό επιστημονικό προσωπικό. Για να επιτύχει η μείωση του έντονου οικογενειακού περιβάλλοντος, πρέπει οπωσδήποτε να μειωθούν οι ώρες επαφής του ασθενούς με τα άλλα μέλη της οικογένειάς του. Αν και ο ασθενής συνηθίζει να απομονώνεται από τα άλλα μέλη, να ζει στο δικό του κόσμο, να ζει τη δική του ζωή, με το να κλείνεται στο δωμάτιό του για ώρες ή για μέρες, να κοιμάται στη διάρκεια της μέρας και να περιφέρεται άγρυπνος τη νύχτα, η Κ.Ψ. Νοσηλεύτρια πρέπει να χρησιμοποιήσει και η ίδια μια μέθοδο για να περιορίσει τις επαφές. Καλύτερη θεωρείται η απασχόληση τους ασθενούς έξω από το σπίτι, είτε με μορφή εργασίας, είτε με μορφή παρακολούθησης σε νοσοκομείο ημέρας. Η μέθοδος αυτή ενδείκνυται κυρίως για νέους ή άγαμους που μένουν συνήθως με τους γονείς τους, κι όπου ο κίνδυνος έντονου συναισθήματος είναι ιδιαίτερα αυξημένος. (Γιαννοπούλου, 1992)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7⁰

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Arch Gen Psychiatry. 2011 Mar;68(3):241-51.

Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative.

National Institute of Mental Health, Genetic Epidemiology Research Branch.

ABSTRACT

CONTEXT: There is limited information on the prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in international population-based studies using common methods.

OBJECTIVES: To describe the prevalence, impact, patterns of comorbidity, and patterns of service utilization for bipolar spectrum disorder (BPS) in the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative.

PARTICIPANTS: Cross-sectional, face-to-face, household surveys of 61 392 community adults in 11 countries in the Americas, Europe, and Asia assessed with the World Mental Health version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview, version 3.0, a fully structured, lay-administered psychiatric diagnostic interview.

MAIN OUTCOME MEASURES: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition) disorders, severity, and treatment.

RESULTS: The aggregate lifetime prevalences were 0.6% for bipolar type I disorder (BP-I), 0.4% for BP-II, 1.4% for subthreshold BP, and 2.4% for BPS. Twelve-month prevalences were 0.4% for BP-I, 0.3% for BP-II, 0.8% for subthreshold BP, and 1.5% for BPS. Severity of both manic and depressive symptoms as well as suicidal behavior increased monotonically from subthreshold BP to BP-I. By contrast, role impairment was similar across BP subtypes. Symptom severity was greater for depressive episodes than manic episodes, with approximately 74.0% of respondents with depression and 50.9% of respondents with mania reporting severe role impairment. Three-quarters of those with BPS met criteria for at least 1 other disorder, with anxiety disorders (particularly panic attacks) being the most common comorbid condition. Less than half of those with lifetime BPS received mental health treatment, particularly in low-income countries, where only 25.2% reported contact with the mental health system.

CONCLUSIONS: Despite cross-site variation in the prevalence rates of BPS, the severity, impact, and patterns of comorbidity were remarkably similar internationally. The uniform increases in clinical correlates, suicidal behavior, and comorbidity across each diagnostic category provide evidence for the validity of the concept of BPS. Treatment needs for BPS are often unmet, particularly in low-income countries.

Arch Gen Psychiatry. 2011 Mar;68(3):241-51.

Η επικράτηση και τα συστατικά του φάσματος της διπολικής διαταραχής στην παγκόσμια πρωτοβουλία έρευνας της διανοητικής υγείας.

National Institute of Mental Health, Genetic Epidemiology Research Branch.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

ΠΛΑΙΣΙΟ: Υπάρχουν περιορισμένες πληροφορίες για την επικράτηση και συσχέτιση του φάσματος της διπολικής διαταραχής στις διεθνείς βασισμένες στον πληθυσμό μελέτες που χρησιμοποιούν τις κοινές μεθόδους.

ΣΤΟΧΟΙ: Να περιγράψει την επικράτηση, τον αντίκτυπο, τα σχέδια της νοσηρότητας και τα σχέδια της χρησιμοποίησης υπηρεσιών για το φάσμα της διπολικής διαταραχής (BPS) στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας Παγκόσμια Πρωτοβουλία Έρευνας Διανοητικής Υγείας.

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ: Διατομικές, πρόσωπο με πρόσωπο, οικιακές έρευνες για 61 392 κοινοτικούς ενήλικους σε 11 χώρες στην Αμερική, την Ευρώπη και την Ασία, που αξιολογείται με την έκδοση της Παγκόσμιας Διανοητικής Υγείας της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας Σύνθετης Διεθνούς Διαγνωστικής Συνέντευξης, έκδοση 0.3, μια πλήρως δομημένη, λαϊκός διεξαχθείσα ψυχιατρική διαγνωστική συνέντευξη.

ΚΥΡΙΑ ΜΕΤΡΑ ΕΚΒΑΣΗΣ: Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των διαταραχών, της δριμύτητας και της επεξεργασίας διανοητικών διαταραχών (τέταρτη έκδοση)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα επικρατέστερα αθροίσματα με διάρκεια ζωής, ήταν 0.6% για το διπολικό τύπο διαταραχής I (BPI), 0.4% για το subthreshold BP, και 2.4% για τα BPS. Τα αθροίσματα δωδεκαμήνου

ήταν 0.4% για το BPI, 0.3% για BPII, 0.8% για το subthreshold BP, και 1.5% για τα BPS. Η δριμύτητα και των μανιακών και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, καθώς επίσης και η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά αυξήθηκαν μονότονα από το subthreshold BP στο BPI. Σε αντίθεση, η εξασθένιση ρόλου ήταν παρόμοια στις υποκατηγορίες BP. Η δριμύτητα συμπτώματος ήταν μεγαλύτερη για τα καταθλιπτικά επεισόδια από τα μανιακά επεισόδια, με περίπου 74.0% των εναγομένων με την κατάθλιψη, και 50.9% των εναγομένων με την μανία, που εκθέτουν την αυστηρή εξασθένιση ρόλου.

Τα τρία τέταρτα των ατόμων με BPS, ικανοποίησαν τα κριτήρια για τουλάχιστον μια άλλη διαταραχή, με τις αγχώδεις διαταραχές (ιδιαίτερα επιθέσεις πανικού) που είναι η πιο κοινή συνυπάρχουσα πάθηση.

Λιγότεροι από τους μισούς από εκείνους με διάρκεια ζωής BPS, έλαβαν τη θεραπεία διανοητικής υγείας, ιδιαίτερα στις χαμηλού εισοδήματος χώρες, όπου μόνο 25.2% εξέθεσε την επαφή με το σύστημα διανοητικής υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά την παραλλαγή στα ποσοστά επικράτησης των BPS, η δριμύτητα, ο αντίκτυπος και τα σχέδια νοσηρότητας, ήταν εντυπωσιακά παρόμοια διεθνώς. Οι ομοιόμορφες αυξήσεις στα κλινικά συστατικά, την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και τη νοσηρότητα πέρα από κάθε διαγνωστική κατηγορία, παρέχουν τα στοιχεία για την ισχύ της έννοιας BPS. Οι θεραπευτικές ανάγκες για τα BPS είναι συχνά μή ικανοποιητικές, ιδιαίτερα στις χαμηλού εισοδήματος χώρες.

Cereb Cortex. 2011 Mar 7.

Mapping Corpus Callosum Morphology in Twin Pairs Discordant for Bipolar Disorder.

Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences.

ABSTRACT

Callosal volume reduction has been observed in patients with bipolar disorder, but whether these deficits reflect genetic vulnerability to the illness remains unresolved. Here, we used computational methods to map corpus callosum abnormalities in a population-based sample of twin pairs discordant for bipolar disorder. Twenty-one probands with bipolar I disorder (mean age 44.4 ± 7.5 years; 48% female), 19 of their non-bipolar co-twins, and 34 demographically matched control twin individuals underwent magnetic resonance imaging. Three-dimensional callosal surface models were created to visualize its morphologic variability and to localize group differences. Neurocognitive correlates of callosal area differences were additionally investigated in a subsample of study participants. Bipolar (BPI) probands, but not their co-twins, showed significant callosal thinning and area reduction, most pronounced in the genu and splenium, relative to healthy twins. Altered callosal curvature was additionally observed in BPI probands. In bipolar probands and co-twins, genu and splenium midsagittal areas were significantly correlated with verbal processing speed and response inhibition. These findings suggest that aberrant connections between cortical regions-possibly reflecting decreased myelination of white matter tracts-may be involved in bipolar pathophysiology. However, findings of callosal thinning appear to be disease related, rather than reflecting genetic vulnerability to bipolar illness.

Cereb Cortex. 2011 Mar 7.

Μορφολογία Μεσολόβιων Σωμάτων ανά Δίδυμα Ζευγάρια Ασύμβατων για Διπολική Διαταραχή.

Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Μεσολόβια μείωση όγκου έχει παρατηρηθεί στους ασθενείς με διπολική διαταραχή, αλλά εάν αυτά τα ελλείμματα απεικονίζουν τη γενετική ευπάθεια στην ασθένεια, παραμένει εκκρεμές. Εδώ, χρησιμοποιήσαμε τις υπολογιστικές μεθόδους για να χαρτογραφήσουμε τις ανωμαλίες του μεσολοβίου, σε ένα βασισμένο στον πληθυσμό δείγμα δίδυμων ζευγαριών, ασύμβατων με τη διπολική διαταραχή. Είκοσι ένα δείγματα με διπολική διαταραχή I (μέση ηλικία 44.4 ± 7.5 έτη, το θηλυκό 48%), 19 των μη διπολικών ομο-διδύμων τους, και 34 δημογραφικά αντιστοιχημένα δίδυμα άτομα ελέγχου, υποβλήθηκαν στην απεικόνιση μαγνητικής τομογραφίας. Τα τρισδιάστατα μεσολόβια πρότυπα επιφάνειας, δημιουργήθηκαν για να απεικονίσουν τη μορφολογική μεταβλητότητά τους, και για να εντοπίσουν τις διαφορές ομάδας. Τα νευρογνωστικά στοιχεία των διαφορών της μεσολόβιας περιοχής, ερευνήθηκαν επιπλέον σε ένα επιμέρους δείγμα των συμμετεχόντων της μελέτης. Διπολικά (BPS) δείγματα, αλλά όχι τα ομο-δίδυμά τους, παρουσίασαν σημαντικές μεσολόβιες εκλεπτύνσεις και μείωση περιοχής, που προφέρθηκαν στο γόνυ και το σπληνίο, σχετικά με τα υγιή δίδυμα. Αλλαγμένη μεσολόβια κυρτότητα παρατηρήθηκε πρόσθετα στο BPI δείγμα. Στα διπολικά δείγματα και τα ομοδίδυμα, το γόνυ και το σπληνίο των μεσολοβιαίων περιοχών, συσχετίστηκαν σημαντικά με την ταχύτητα λεκτικής επεξεργασίας και την παρεμπόδιση απάντησης.

Αυτά τα συμπεράσματα προτείνουν ότι οι παρεκκλίνουσες συνδέσεις μεταξύ της φλοιώδους περιοχής - ενδεχομένως απεικονίζει μειωμένη μυελίνωση της λευκής ουσίας- μπορούν να περιληφθούν στη διπολική παθοφυσιολογία. Εντούτοις, τα συμπεράσματα της μεσολόβιας εκλέπτυνσης, εμφανίζονται να είναι σχετιζόμενα με ασθένεια, παρά με την απεικόνιση μιας γενετικής ευπάθειας με τη διπολική ασθένεια.

J Clin Psychiatry. 2011 Feb;72(2):e06.

Long-term treatment of bipolar disorder in adults.

From the Departments of Psychiatry and Pharmacology, University of Toronto, and the Mood Disorders Psychopharmacology Unit, University Health Network, Toronto, Ontario, Canada.

ABSTRACT

Bipolar disorder is a common, chronic, multidimensional syndrome that appears to be a progressive illness, in that each episode substantially increases the risk that another episode will occur and will be less responsive to treatment than previous episodes. The biphasic and episodic nature of bipolar disorder substantially contributes to its negative impact on patients' quality of life as well as their physical, social, and occupational functioning. Patients with bipolar disorder often have co-occurring conditions, particularly medical comorbidities, and, unfortunately, several psychotropic medications prescribed to treat bipolar disorder may increase the risk of developing certain medical illnesses. Although the recommendation in psychiatric care is to regularly assess patients' physical health, many clinicians are not yet implementing this strategy in their clinical practice. When making evidence-based medication choices, clinicians can select from several FDA-approved agents for the treatment of acute manic and depressive episodes as well as for maintenance therapy. Additionally, psychotherapies are effective when used in combination with pharmacotherapy.

J Clin Psychiatry. 2011 Feb;72(2):e06.

Μακροπρόθεσμη θεραπεία της διπολικής διαταραχής στους ενηλίκους.

From the Departments of Psychiatry and Pharmacology, University of Toronto, and the Mood Disorders Psychopharmacology Unit, University Health Network, Toronto, Ontario, Canada.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Η διπολική διαταραχή είναι ένα κοινό, χρόνιο, πολυδιάστατο σύνδρομο που εμφανίζεται να είναι μία προοδευτική ασθένεια, δεδομένου ότι κάθε επεισόδιο αυξάνει αισθητά τον κίνδυνο ότι ένα άλλο επεισόδιο θα εμφανιστεί και θα ανταποκριθεί λιγότερο στην επεξεργασία από τα προηγούμενα επεισόδια. Η διφασική και επεισοδιακή φύση της διπολικής διαταραχής, συμβάλλει ουσιαστικά στον αρνητικό αντίκτυπο της και στην ποιότητα ζωής των ασθενών, καθώς επίσης και της φυσικής, κοινωνικής κι επαγγελματικής λειτουργίας τους. Οι ασθενείς με τη διπολική διαταραχή, έχουν συχνά συνυπάρχουσες καταστάσεις, ιδιαίτερα ιατρικές νοσηρότητες, και δυστυχώς διάφορα ψυχοτροπικά φάρμακα που ορίζονται για να μεταχειριστούν τη διπολική διαταραχή, μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο σε ορισμένες ιατρικές ασθένειες. Αν και η σύσταση στην ψυχιατρική προσοχή, είναι να αξιολογείται τακτικά η φυσική υγεία των ασθενών, πολλοί νοσοκομειακοί γιατροί δεν εφαρμόζουν ακόμα αυτήν την στρατηγική στην κλινική πρακτική τους. Κατά την παραγωγή των στοιχειο-βασισμένων επιλογών φαρμάκων, οι νοσοκομειακοί γιατροί, μπορούν να επιλέξουν από διάφορους FDA-εγκεκριμένους παράγοντες για τη θεραπεία των οξέων μανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων, καθώς επίσης και για τη θεραπεία συντήρησης. Επιπλέον, οι ψυχοθεραπείες είναι αποτελεσματικές όταν χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή.

Obes Surg. 2011 Mar 6.

Bariatric Surgery: 1-Year Weight Loss Outcomes in Patients with Bipolar and Other Psychiatric Disorders.

Department of Internal Medicine, University of Missouri School of Medicine, Columbia, MO, USA.

ABSTRACT

BACKGROUND: Bariatric surgery is the most effective obesity treatment in terms of weight loss and resolution of comorbidities. Roux-en-Y bypass surgery achieves weight loss of 60% to 70% excess body weight in most morbidly obese individuals. Patients with psychological disorders are reported to have less optimal results and those with bipolar, possibly worse.

METHODS: A retrospective survey of Roux-en-Y bypass bariatric surgery patient clinical records to assess weight loss outcomes for morbidly obese patients, including those with bipolar disorders, other psychiatric conditions, and those without psychiatric diagnoses, was conducted.

RESULTS: For all three study subgroups, the baseline mean weight exceeded 300 lbs, and mean BMI was 50. At 6 months, mean values for weight, percent weight loss, BMI, and percent change in BMI for all three groups were not significantly different. At 1 year, overall mean weight was less than 200 lbs, percent weight loss exceeded 35%, and mean BMI was 32. These outcomes were remarkably similar and not significantly different for those with bipolar disorder, other psychological conditions, and those without. The percent reaching follow-up at 12 months also did not differ between the three psychiatric status subgroups.

CONCLUSION: In patients who undergo Roux-en-Y gastric bypass surgery, those with bipolar disorder have successful weight loss outcomes at 12 months that are not significantly different than those who have other psychiatric diagnoses and those with no psychiatric disorder. Despite practices that suggest the contrary, well-managed morbidly obese bipolar patients should be considered as suitable candidates for bariatric surgery using established criteria for risk assessment.

Obes Surg. 2011 Mar 6

Βαριατρική Χειρουργική Επέμβαση: Ενός Έτους Αποτελέσματα Απώλειας Βάρους σε Ασθενείς με Διπολική και Άλλες Ψυχιατρικές Διαταραχές.

Department of Internal Medicine, University of Missouri School of Medicine, Columbia, MO, USA.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

ΥΠΟΒΑΘΡΟ: Η χειρουργική Βαριατρική επέμβαση, είναι η αποτελεσματικότερη θεραπεία παχυσαρκίας όσον αφορά την απώλεια βάρους και την ανάλυση της νοσηρότητας. Η χειρουργική επέμβαση παράκαμψης Roux-en-Y, επιταχύνει την απώλεια βάρους 60%-70% στο υπερβολικό βάρος σωμάτων, στα περισσότερα νοσηρά παχύσαρκα άτομα. Οι ασθενείς με τις ψυχολογικές διαταραχές, αναφέρονται να έχουν λιγότερο βέλτιστα αποτελέσματα, και εκείνους με διπολικές, ενδεχομένως χειρότερα.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε μια αναδρομική έρευνα στα κλινικά αρχεία ασθενών βαριατρικών χειρουργικών επεμβάσεων παράκαμψης Roux-en-Y, για να αξιολογήσει τις εκβάσεις απώλειας βάρους για τους νοσηρά παχύσαρκους ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με τις διπολικές διαταραχές άλλων ψυχιατρικών καταστάσεων, και εκείνων χωρίς ψυχιατρικές διαγνώσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Και για τις τρεις υποομάδες μελέτης, η βασική γραμμή σημαίνει ότι το βάρος υπερέβη 300 λίβρες, και σημαίνει ότι το BMI ήταν 50. Σε 6 μήνες, οι μέσες τιμές για το βάρος, τα ποσοστά απώλειας βάρους, BMI, και ποσοστά αλλαγής BMI και για τις τρεις ομάδες, δεν ήταν σημαντικά διαφορετικές. Σε ένα έτος, το βάρος του γενικού μέσου όρου, ήταν λιγότερο από 200 λίβρες, τα ποσοστά απώλειας βάρους υπερέβησαν 35%, και σημαίνουν ότι το BMI ήταν

32. Αυτές οι εκβάσεις δεν ήταν εντυπωσιακά παρόμοιες και όχι σημαντικά διαφορετικές για εκείνους με τη διπολική διαταραχή, άλλες ψυχολογικές καταστάσεις, και εκείνους χωρίς. Τα ποσοστά που φθάνουν στη συνέχιση σε 12 μήνες, επίσης δε διάφεραν μεταξύ των τριών ψυχιατρικών υποομάδων θέσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στους ασθενείς που υποβάλλονται στη γαστρική χειρουργική επέμβαση παράκαμψης Roux-en-Y, εκείνοι με τη διπολική διαταραχή έχουν επιτυχείς εκβάσεις απώλειας βάρους σε 12 μήνες, που δεν είναι σημαντικά διαφορετικοί από εκείνους που έχουν άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις, και εκείνους χωρίς την ψυχιατρική διαταραχή. Παρά τις πρακτικές που προτείνουν το αντίθετο, οι καλά ρυθμισμένοι νοσηρά παχύσαρκοι διπολικοί ασθενείς, πρέπει να θεωρηθούν ως κατάλληλοι υποψήφιοι για τη βαριατρική χειρουργική επέμβαση, χρησιμοποιώντας τα καθιερωμένα κριτήρια για την αξιολόγηση του κινδύνου.

Compr Psychiatry. 2011 Mar 14.

Are screening scales for bipolar disorder good enough to be used in clinical practice;

ABSTRACT

Bipolar disorder is often underdiagnosed. Recommendations for improving the detection of bipolar disorder include the use of screening questionnaires. The most widely studied screening scale is the Mood Disorders Questionnaire (MDQ). Studies of the performance of the MDQ in heterogeneous samples of psychiatric outpatients presenting for treatment have raised concerns about the adequacy of the MDQ as a screening measure because of its relatively low sensitivity. The sensitivity of a scale is not an inherent property of the instrument but depends on the threshold used to identify positive cases. Prior studies used the scoring recommendations of the developers of the MDQ to examine its performance; none examined the performance of the scale across the range of cutoff scores to determine whether a lower threshold would be more appropriate for the purposes of screening. The goal of the present study was to examine the operating characteristics of the MDQ at all cutoff scores to determine the cutoff point that would be appropriate for the purpose of screening. Seven hundred fifty-two psychiatric outpatients were interviewed with the Structured Clinical Interview for DSM-IV, and completed the MDQ. When MDQ caseness was based only on symptom score without regard to level of impairment, the cutoff score associated with at least 90% sensitivity was 5. At this cutoff the specificity of the MDQ was 60.7%, and its positive predictive value was 22.1%. These findings indicate that when the cutoff to identify cases on the MDQ was set to achieve a desired level of sensitivity as a screening instrument

most cases screening positive on the scale did not have bipolar disorder. Low positive predictive value does not support the use of the MDQ or any bipolar disorder screening scale in psychiatric clinical practice.

Compr Psychiatry. 2011 Mar 14.

Είναι οι κλίμακες διαλογής για τη διπολική διαταραχή αρκετά καλές για να χρησιμοποιηθούν στην κλινική πρακτική;

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Η διπολική διαταραχή συχνά υποτιμάται κατά τη διάγνωσή της. Οι συστάσεις για τη βελτίωση της ανίχνευσης της διπολικής διαταραχής περιλαμβάνουν τη χρήση των ερωτηματολογίων διαλογής. Η ευρύτατα μελετημένη κλίμακα διαλογής, είναι το ερωτηματολόγιο αναταραχών διάθεσης (MDQ). Οι μελέτες της απόδοσης του MDQ στα ετερογενή δείγματα των ψυχιατρικών εξωτερικών ασθενών που παρουσιάζονται για θεραπεία έχουν προκαλέσει τις ανησυχίες για την επάρκεια του MDQ ως μέτρο διαλογής λόγω της σχετικά χαμηλής ευαισθησίας της. Η ευαισθησία μιας κλίμακας δεν είναι μια έμφυτη ιδιοκτησία του οργάνου, αλλά εξαρτάται από το κατώτερο όριο που χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει τις θετικές περιπτώσεις. Οι προγενέστερες μελέτες χρησιμοποίησαν τις συστάσεις σημείωσης των υπεύθυνων για την ανάπτυξη του MDQ για να εξετάσουν την απόδοσή της, κανένας δεν εξέτασε την απόδοση της κλίμακας πέρα από το εύρος των κατώτερων αποτελεσμάτων για να καθορίσει εάν ένα χαμηλότερο κατώτατο όριο θα ήταν πιο κατάλληλο για τους σκοπούς της διαλογής. Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να εξεταστούν τα λειτουργικά χαρακτηριστικά του MDQ σε όλα τα κατώτερα αποτελέσματα για να καθορίσει το κατώτερο σημείο που θα ήταν κατάλληλο για τη διαλογή. Επτακόσιοι πενήντα δύο ψυχιατρικοί εξωτερικοί ασθενείς πέρασαν από συνέντευξη με τη δεδομένη κλινική συνέντευξη για DSM-IV, και ολοκλήρωσαν το MDQ. Όταν η περίπτωση MDQ βασίστηκε μόνο στο αποτέλεσμα των συμπτωμάτων αδιαφορώντας για το επίπεδο εξασθένησης, το κατώτερο όριο που συνδέθηκε με τουλάχιστον 90% ευαισθησία ήταν 5. Σε αυτό το όριο, η ιδιαιτερότητα του MDQ ήταν 60.7%, και η

θετική προφητική αξία της ήταν 22.1%. Αυτά τα συμπεράσματα δείχνουν ότι το όταν το κατώτερο όριο αναγνώρισης περιπτώσεων στο MDQ τέθηκε για να επιτευχθεί το επιθυμητό επίπεδο ευαισθησίας ως όργανο διαλογής, οι περισσότερες περιπτώσεις που εμφανίζονταν θετικές στην κλίμακα, δεν είχαν διπολική διαταραχή. Η χαμηλή θετική προφητική αξία δεν υποστηρίζει τη χρήση του MDQ ή οποιασδήποτε κλίμακας διαλογής διπολικής διαταραχής στην ψυχιατρική κλινική πρακτική.

CNS Spectr. 2011 Jan 15. pii: Rakofsky.

Conceptualizing Treatment Nonadherence in Patients with Bipolar Disorder and PTSD.

Emory University Department of Psychiatry and Behavioral Sciences.

ABSTRACT

Treatment nonadherence is a concern among patients with bipolar disorder and posttraumatic stress disorder (PTSD). PTSD is common among patients with bipolar disorder and those with this comorbidity often have a more severe course of illness. While many factors have been associated with nonadherence in bipolar disorder patients and in PTSD patients, almost no research has focused on the factors associated with non-adherence in bipolar disorder patients with comorbid PTSD. Studies in primary bipolar disorder samples reveal patient, illness, drug and clinician characteristics associated with nonadherence while studies in primary PTSD samples reveal a significantly shorter list of patient, illness and drug characteristics. Shared risk factors between these two populations and the characteristics that predict noncompliance in only one population but often present in the other, suggest a high likelihood of nonadherence in the bipolar disorder-PTSD population. For bipolar disorder-PTSD patients with early childhood trauma, noncompliance may be related to the trauma-related meanings attributed to interactions with their physicians and their prescribed medications. Given the high side effect burden of bipolar disorder treatments and the importance of lifelong adherence, clinicians should vigilantly monitor for nonadherence in their bipolar disorder-PTSD patients and be particularly aware of patient-physician psychodynamics that might contribute to this behavior.

CNS Spectr. 2011 Jan 15. pii: Rakofsky.

Αντιλαμβάνοντας τη θεραπεία Nonadherence στους ασθενείς με διπολική διαταραχή και PTSD.

Emory University Department of Psychiatry and Behavioral Sciences.

Η nonadherence θεραπεία, είναι μια ανησυχία μεταξύ των ασθενών με διπολική διαταραχή και αυτών με διαταραχή μετα- τραυματικού stress (PTSD). PTSD είναι κοινό μεταξύ των ασθενών με τη διπολική διαταραχή και εκείνων με αυτή τη νοσηρότητα, οι οποίοι συχνά παρουσιάζουν μια πιο σοβαρή πορεία της ασθένειας. Ενώ πολλοί παράγοντες έχουν συνδεθεί με το nonadherence στους ασθενείς με διπολική διαταραχή και στους ασθενείς με PTSD, σχεδόν καμία έρευνα δεν έχει εστιάσει στους παράγοντες που συνδέονται με την μή-εμμογή στους ασθενείς με διπολική διαταραχή με το comorbid PTSD. Οι μελέτες στα αρχικά δείγματα διπολικής διαταραχής αποκαλύπτουν χαρακτηριστικά ασθενών, ασθένειας, φαρμάκων και νοσοκομειακών γιατρών που συνδέονται με το nonadherence ενώ οι μελέτες στα αρχικά δείγματα PTSD αποκαλύπτουν έναν σημαντικά μειωμένο κατάλογο χαρακτηριστικών ασθενών, ασθένειας και φαρμάκων. Οι κοινοί παράγοντες κινδύνου μεταξύ αυτών των δύο πληθυσμών και χαρακτηριστικών που προβλέπουν τη μη συμμόρφωση μόνο σε έναν πληθυσμό, αλλά συχνά παρουσιάζονται και στον άλλο, προτείνουν μια υψηλή πιθανότητα του nonadherence στον πληθυσμό διπολικής διαταραχής-PTSD. Για τους ασθενείς με διπολική διαταραχή-PTSD με πρόωρο τραύμα της παιδικής ηλικίας, η μη συμμόρφωση μπορεί να αφορά τις σχετικές με τραύμα έννοιες που αποδίδονται στις αλληλεπιδράσεις με τους παθολόγους τους και ορισμένα φάρμακά τους. Λαμβάνοντας υπόψη το υψηλό φορτίο παρενέργειας των θεραπειών διπολικής διαταραχής και τη σημασία της ισόβιας εμμογής, οι νοσοκομειακοί γιατροί πρέπει άγρυπνα να

ελέγξουν το nonadherence στους ασθενείς με διπολική διαταραχή-PTSD, και να γνωρίζουν ιδιαίτερα την ψυχοδυναμική ασθενή-παθολόγου που μπορεί να συμβάλλει σε αυτήν τη συμπεριφορά.

Actas Esp Psiquiatr. 2011 Mar;39(2):143-6. Epub 2011 Mar 1.

Chronic unipolar mania. A case report.

Unidad de Larga Estancia

ABSTRACT

Introduction. Bipolar disorder is a phasic mental disorder characterized by the presence of (hypo) maniac, depressive and/or mixed episodes during the course of the disease. Clinical case. A middle-age man, with no prior history of depressive episodes, began to suffer a picture of manic characteristics as an adolescent that has lasted for 18 years. Despite the numerous drug treatments prescribed, there has been no improvement, and the disorder has followed a torpid and chronic course. Conclusions. Chronic unipolar mania is a clinical entity appearing as a residual characteristic in the current psychiatric nosology. Its low prevalence makes it difficult to carry out research aimed at elucidating whether it has a subordinate or independent relationship with the bipolar disorder. A systematic assessment of the effectiveness of electroconvulsive therapy is needed in these patients. Keywords: Chronic unipolar mania, bipolar disorder, electroconvulsive therapy.

Actas Esp Psiquiatr. 2011 Mar;39(2):143-6. Epub 2011 Mar 1.

Χρόνια μονοπολική μανία. Μια έκθεση περίπτωσης.

Unidad de Larga Estancia

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ. Η διπολική διαταραχή είναι μια φασική διανοητική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από την παρουσία (υπο) μανιακών, καταθλιπτικών ή/και μικτών επεισοδίων κατά τη διάρκεια της ασθένειας. Κλινική περίπτωση. Ένα άτομο μέσης ηλικίας, χωρίς προγενέστερο ιστορικό καταθλιπτικών επεισοδίων, άρχισε να υφίσταται μια εικόνα των μανιακών χαρακτηριστικών ως έφηβος με διάρκεια 18 ετών. Παρά τις πολυάριθμες θεραπείες με φάρμακα που ορίζονται, δεν έχει υπάρξει καμία βελτίωση, και η διαταραχή έχει ακολουθήσει μια αδρανή και χρόνια πορεία. Συμπεράσματα. Η χρόνια μονοπολική μανία είναι μία κλινική οντότητα που εμφανίζεται ως υπόλοιπο χαρακτηριστικό στην τρέχουσα ψυχιατρική νοσολογία. Η χαμηλή επικράτησή της, καθιστά δύσκολη τη διεξαγωγή έρευνας που στοχεύει στη διευκρίνιση εάν έχει μια κατώτερη ή ανεξάρτητη σχέση με τη διπολική διαταραχή. Μια συστηματική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ηλεκτροθεραπείας απαιτείται σε αυτούς τους ασθενείς.

Expert Opin Pharmacother.2011 Apr;12(5):817-24. Epub 2011 Mar9.

Ziprasidone for maintenance treatment of bipolar I disorder in adults.

State University of New York at Buffalo, Department of Psychiatry, 462 Grider Street, Buffalo, NY 14215, USA.

ABSTRACT

Introduction: Antipsychotic drugs are increasingly used in the maintenance treatment of bipolar disorder. This review addresses the evidence supporting the use of one of these medications for this indication in order to place available data in perspective for the clinician. **Areas covered:** The approval of ziprasidone for maintenance treatment of bipolar I disorder was based on two open-label extensions of industry-sponsored 3-week monotherapy trials in mania, involving a total of 189 patients and an industry-sponsored study using sample enrichment of 584 outpatients who had either ziprasidone or a placebo added to lithium or valproate. Patients enrolled in maintenance studies did not have refractory mood disorders or comorbid conditions or risk of dangerousness, and they were able to give sustained consent. Ziprasidone is generally well tolerated, but should be taken with food. Primary interactions of concern are those with other serotonergic medications and other medications that prolong the QT interval. **Expert opinion:** Although antipsychotic drugs are used frequently for maintenance treatment, current guidelines recommend that an attempt be made to withdraw them after acute treatment. The use of these medications as part of a maintenance regimen is most appropriate in cases of persistent psychosis or failure to respond to standard mood stabilizer combinations.

Expert Opin Pharmacother.2011 Apr;12(5):817-24. Epub 2011 Mar9.

Η ζιπρασιδόνη για την συντηρητική θεραπεία της διπολικής διαταραχής I στους ενηλίκους.

State University of New York at Buffalo, Department of Psychiatry, 462 Grider Street, Buffalo, NY 14215, USA.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα αντιψυχωτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο στην συντηρητική θεραπεία της διπολικής διαταραχής. Αυτή η αναθεώρηση, εξετάζει τα στοιχεία που υποστηρίζουν τη χρήση ενός από αυτά τα φάρμακα γι'αυτήν την ένδειξη, προκειμένου να τοποθετηθούν τα διαθέσιμα στοιχεία στην προοπτική για τον νοσοκομειακό γιατρό. Περιοχές που καλύπτονται: Η έγκριση του ziprasidone για τη συντηρητική θεραπεία της διπολικής διαταραχής I, βασίστηκε σε δύο επεκτάσεις των βιομηχανικά υποστηριγμένων τριών εβδομάδων δοκιμών μονοθεραπείας στη μανία, που περιλαμβάνει συνολικά 189 ασθενείς, και μια βιομηχανικά-υποστηριγμένη μελέτη χρησιμοποιώντας τον εμπλουτισμό δειγμάτων 584 εξωτερικών ασθενών που πρόσθεσαν είτε τη ζιπρασιδόνη είτε ένα ψευδοφάρμακο στο λίθιο, είτε βαλπροϊκό. Οι ασθενείς που εγγράφηκαν στις μελέτες συντήρησης, δεν είχαν τις πυρίμαχες αναταραχές διάθεσης ή τον κίνδυνο επικινδυνότητας, και ήταν σε θέση να δώσουν συγκατάθεση. Η ζιπρασιδόνη γενικά είναι καλά ανεκτή, αλλά πρέπει να ληφθεί με τρόφιμα. Οι αρχικές ανησυχητικές αλληλεπιδράσεις, είναι εκείνες με άλλα σεροτονικά φάρμακα, και άλλα φάρμακα, που προτείνουν το QT διάστημα. Ειδική άποψη: Αν και τα αντιψυχωτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται συχνά για τη συντηρητική θεραπεία, οι τρέχουσες οδηγίες συστήνουν ότι μια προσπάθεια γίνεται για να τα αποσύρει μετά τη θεραπεία.

Η χρήση αυτών των φαρμάκων ως τμήμα μιας θεραπευτικής αγωγής συντήρησης, είναι η πιο κατάλληλη σε περιπτώσεις επίμονης ψύχωσης ή αποτυχίας να αποκριθεί στους τυποποιημένους συνδυασμούς σταθεροποιητών διάθεσης.

World Psychiatry. 2011 Feb;10(1):45-51.

Are atypical depression, borderline personality disorder and bipolar II disorder overlapping manifestations of a common cyclothymic diathesis?

ABSTRACT

The constructs of atypical depression, bipolar II disorder and borderline personality disorder (BPD) overlap. We explored the relationships between these constructs and their temperamental underpinnings. We examined 107 consecutive patients who met DSM-IV criteria for major depressive episode with atypical features. Those who also met the DSM-IV criteria for BPD (BPD+), compared with those who did not (BPD-), had a significantly higher lifetime comorbidity for body dysmorphic disorder, bulimia nervosa, narcissistic, dependent and avoidant personality disorders, and cyclothymia. BPD+ also scored higher on the Atypical Depression Diagnostic Scale items of mood reactivity, interpersonal sensitivity, functional impairment, avoidance of relationships, other rejection avoidance, and on the Hopkins Symptoms Check List obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, anxiety, anger-hostility, paranoid ideation and psychoticism factors. Logistic regression revealed that cyclothymic temperament accounted for much of the relationship between atypical depression and BPD, predicting 6 of 9 of the defining DSM-IV attributes of the latter. Trait mood lability (among BPD patients) and interpersonal sensitivity (among atypical depressive patients) appear to be related as part of an underlying cyclothymic temperamental matrix.

World Psychiatry. 2011 Feb;10(1):45-51.

Είναι η άτυπη κατάθλιψη η διαχωριστική γραμμή διαταραχής προσωπικότητας και η διπολική διαταραχή II επικαλυπτόμενες εκδηλώσεις μιας κοινής κυκλοθυμικής διάθεσης;

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Οι δομές της άτυπης κατάθλιψης, διπολικής διαταραχής II και διαταραχής προσωπικότητας διαχωριστικών γραμμών (BPD) επικαλύπτονται. Ερευνήσαμε τις σχέσεις μεταξύ αυτών των δομών και των ευμετάβλητων υποστηρίξεών τους. Εξετάσαμε 107 διαδοχικούς ασθενείς που ικανοποίησαν DSM-IV κριτήρια για σημαντικό καταθλιπτικό επεισόδιο με τα άτυπα χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Εκείνοι που ικανοποίησαν επίσης DSM-IV κριτήρια για BPD (BPD+), έναντι εκείνων που όχι (BPD-), είχαν έναν σημαντικά υψηλότερο συνοδό νοσηρότητας διάρκειας ζωής για τη δυσμορφική αναταραχή σωμάτων, της νευρικής βουλιμίας, τις ναρκισσιστικές και εξαρτώμενες διαταραχές προσωπικότητας, και της κυκλοθυμίας. BPD+, επίσης σημείωσαν υψηλότερο σκορ στη Διαγνωστική Κλίμακα Άτυπης Κατάθλιψης, στην ικανότητα άμεσου αντιδράσεως διάθεσης, διαπροσωπική ευαισθησία, λειτουργική εξασθένιση, αποφυγή των σχέσεων, άλλη αποφυγή απόρριψης, και στην ψυχαναγκαστική, διαπροσωπική ευαισθησία καταλόγων ελέγχου συμπτωμάτων Hopkins, την ανησυχία, θυμό-εχθρότητα, τον παρανοϊκό ιδεασμό, και ψυχωτικούς παράγοντες. Η λογιστική οπισθοδρόμηση αποκάλυψε ότι το κυκλοθυμικό ταπεραμέντο αποτέλεσε ένα μεγάλο μέρος της σχέσης μεταξύ της άτυπης κατάθλιψης και BPD, που προβλέπει 6 των 9 DSM-IV ιδιοτήτων καθορισμού των τελευταίων. Η αστάθεια διάθεσης γνωρίσματος (μεταξύ των ασθενών BPD) και η διαπροσωπική ευαισθησία (μεταξύ των άτυπων καταθλιπτικών ασθενών), εμφανίζονται να αφορούν ένα τμήμα ενός ελλοχεύοντος κυκλοθυμικού ευμετάβλητου υλικού.

The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: a randomized controlled study.

Institute of Psychiatry, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brazil.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Recent studies suggest that, when combined with pharmacotherapy, structured psychotherapy may modify the course of bipolar disorder. However, there are few studies that have examined the effects of cognitive behavioral group therapy on the course of this disorder. The aim of the present study was to evaluate the effectiveness of 14 sessions of cognitive behavioral group therapy, combined with pharmacotherapy, on the treatment of patients with bipolar disorder, and to compare our results against those from the use of pharmacotherapy alone.

METHOD: Forty-one patients with bipolar I and II disorder participated in the study and were randomly allocated to one of two treatment groups; thirty-seven patients remained in the study until its completion. Mood and anxiety symptoms were measured in all subjects. Statistical analysis was used to investigate if the groups differed with respect to demographic characteristics and the scores recorded in the pre- and post-treatment stages, as well as during treatment (intra/inter groups).

RESULTS: Patients showed statistically similar population characteristics. The association of cognitive behavioral group therapy and pharmacological treatment proved to be effective. Patients who had undergone cognitive behavioral group therapy presented fewer symptoms of mania, depression and anxiety, as well as fewer and shorter mood change episodes.

CONCLUSION: Cognitive behavioral group therapy sessions substantially contributed to the improvement of depression symptoms.

Η αποτελεσματικότητα της γνωστικής συμπεριφοριστικής θεραπείας ομάδας στη μεταχείριση της διπολικής διαταραχής: μια τυχαία ελεγχόμενη μελέτη.

Institute of Psychiatry, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brazil.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

ΣΤΟΧΟΣ: Οι πρόσφατες μελέτες προτείνουν ότι, όταν συνδυάζεται με φαρμακοθεραπεία, η δομημένη ψυχοθεραπεία μπορεί να τροποποιήσει την πορεία της διπολικής διαταραχής. Εντούτοις, υπάρχουν λίγες μελέτες που έχουν εξετάσει τα αποτελέσματα της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας ομάδας, στην πορεία αυτής της διαταραχής. Ο στόχος της παρούσας μελέτης, ήταν να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα 14 συνεδριών της ομάδας της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας, που συνδυάστηκαν με φαρμακοθεραπεία στη θεραπεία ασθενών με διπολική διαταραχή, και να συγκριθούν τα αποτελέσματά μας ενάντια σε εκείνα από τη χρήση φαρμακοθεραπείας μόνο.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Σαράντα ασθενείς με διπολική διαταραχή I και II, συμμετείχαν στη μελέτη και διατέθηκαν τυχαία στη μια από τις δύο ομάδες θεραπείας, τριάντα επτά ασθενείς παρέμειναν στη μελέτη μέχρι την ολοκλήρωσή της. Τα συμπτώματα διάθεσης και ανησυχίας μετρήθηκαν σε όλα τα θέματα. Η στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε για να ερευνηθεί εάν οι ομάδες διέφεραν όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, και τα αποτελέσματα που καταγράφηκαν στα προ και μετά τη θεραπεία στάδια, καθώς επίσης και κατά τη διάρκεια της θεραπείας (δια-/διά ομάδες).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς παρουσίασαν στατιστικά παρόμοια χαρακτηριστικά πληθυσμών. Η ένωση της ομάδας της γνωστικής

συμπεριφορικής θεραπείας και της φαρμακολογικής θεραπείας, αποδείχθηκε αποτελεσματική. Οι ασθενείς που είχαν υποβληθεί στην ομάδα γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας, παρουσίασαν λιγότερα συμπτώματα της μανίας, της κατάθλιψης και της ανησυχίας, καθώς επίσης και λιγότερων και πιο σύντομων επεισοδίων αλλαγής διάθεσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι γνωστικές συμπεριφορικές συνεδρίες θεραπείας, συνέβαλαν ουσιαστικά στη βελτίωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης.

J Anxiety Disord. 2011 Feb 21

The comorbidity of anxiety disorders in bipolar I and bipolar II patients among Turkish population

Mersin Tarsus State Hospital, Department of Psychiatry, Mersin, 33400, Turkey.

ABSTRACT

High rates of anxiety disorders have been reported in bipolar disorders. The study aimed to investigate prevalence of anxiety disorders in remitted bipolar subjects and their influence on the illness severity. Bipolar subjects with anxiety disorders were younger, had earlier age at onset of illness, and were overrepresented by female subjects and those with earlier onset illness compared to those without anxiety disorder. The study demonstrated that (1) anxiety disorders are highly prevalent in bipolar subjects, (2) individual anxiety disorders, particularly SP and PD seem to have an effect on illness severity, (3) bipolar subjects with comorbid anxiety tend to have a poorer course and are less responsive to treatment, and (4) anxiety tends to be associated with an earlier age at onset of bipolar disorder (BPD) and results in a more complicated and severe disease course.

J Anxiety Disord. 2011 Feb 21

Η νοσηρότητα των διαταραχών ανησυχίας στους διπολικούς I και διπολικούς II ασθενείς μεταξύ του τούρκικου πληθυσμού.

Mersin Tarsus State Hospital, Department of Psychiatry, Mersin, 33400, Turkey.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Υψηλά ποσοστά διαταραχών ανησυχίας, έχουν αναφερθεί στις διπολικές διαταραχές. Η μελέτη στόχευσε να ερευνήσει την επικράτηση των διαταραχών ανησυχίας στα διπολικά θέματα και την επιρροή τους στη δριμύτητα της ασθένειας. Τα διπολικά θέματα με τις διαταραχές ανησυχίας ήταν νεώτερα, είχαν την πιο νεαρή ηλικία στην αρχή της ασθένειας, και υπεραντιπροσωπεύτηκαν από τις γυναίκες, και εκείνους με την προηγούμενη έναρξη τη ασθένειας έναντι εκείνων χωρίς διαταραχή ανησυχίας. Η μελέτη κατέδειξε ότι 1) οι διαταραχές ανησυχίας είναι ιδιαίτερα επικρατούσες στα διπολικά θέματα, 2) μεμονωμένες διαταραχές ανησυχίας, ιδιαίτερα η SP και PD φαίνονται να έχουν μια επίδραση στη δριμύτητα της ασθένειας, 3) τα διπολικά θέματα με την ανησυχία τείνουν να έχουν μια φτωχότερη πορεία, και ανταποκρίνονται λιγότερο στη θεραπεία, και 4) η ανησυχία τείνει να συνδεθεί με μια πιο νεαρή ηλικία στην έναρξη της διπολικής διαταραχής (BPD) και οδηγεί σε μια πιο περίπλοκη και αυστηρή πορεία των ασθενών.

Psychiatr Genet. 2010 Jun;20(3):93-101.

Centre for Psychiatric Research, Aarhus University Hospital, Risskov, Denmark.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Linkage and association studies of bipolar affective disorder (BAD) point out chromosome 12q24 as a region of interest.

METHODS: To investigate this region further, we conducted an association study of 22 DNA markers within a 1.14 Mb region in a Danish sample of 166 patients with BAD and 311 control individuals. Two-hundred and four Danish patients with schizophrenia were also included in the study.

RESULTS: We observed highly significant allelic and genotypic association between BAD and two highly correlated markers. The risk allele of both markers considered separately conferred an odds ratio of 2 to an individual carrying one risk allele and an odds ratio of 4 for individuals carrying both risk alleles assuming an additive genetic model. These findings were supported by the haplotype analysis. In addition, we obtained a replication of four markers associated with BAD in an earlier UK study. The most significantly associated marker was also analyzed in a Scottish case-control sample and was earlier associated with BAD in the UK cohort. The association of that particular marker was strongly associated with BAD in a meta-analysis of the Danish, Scottish and UK sample ($P=0.0003$). The chromosome region confined by our most distant markers is gene-poor and harbours only a few predicted genes. This study implicates the Slynar locus. We confirmed one annotated Slynar transcript and identified a novel transcript in human brain cDNA.

CONCLUSION: This study confirms 12q24.3 as a region of functional importance in the pathogenesis of BAD and highlights the importance of focused genotyping.

Psychiatr Genet. 2010 Jun;20(3):93-101.

Centre for Psychiatric Research, Aarhus University Hospital, Risskov, Denmark.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Στόχος: Οι μελέτες σύνδεσης και συσχέτισης της διπολικής συναισθηματικής διαταραχής επισημαίνουν το χρωμόσωμα 12q24 ως περιοχή ενδιαφέροντος.

Μέθοδοι: Για την περαιτέρω διερεύνηση αυτής της περιοχής, θα διεξάγουμε μια μελέτη συσχέτισης των 22 δεικτών του DNA εντός μιας περιοχής 1.14 Mb σε ένα Δανέζικο δείγμα 166 ασθενών με διπολική συναισθηματική διαταραχή, και 311 ατόμων ελέγχου. Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν επίσης 204 Δανοί ασθενείς με σχιζοφρένεια .

Αποτελέσματα: Παρατηρήσαμε μια ιδιαίτερα σημαντική αλληλόμορφη και γονοτυπική σχέση μεταξύ της διπολικής συναισθηματικής διαταραχής και δύο δεικτών με υψηλό βαθμό συσχέτισης. Το αλληλόμορφο κινδύνου των δύο δεικτών που θεωρούνται ξεχωριστοί, παραχώρησε μια αναλογία πιθανοτήτων 2 προς ένα άτομο που φέρει ένα αλληλόμορφο κινδύνου, και μια αναλογία πιθανοτήτων 4 για άτομα που φέρουν και τα δύο αλληλόμορφα κινδύνου υποθέτοντας ένα πρόσθετο γενετικό μοντέλο. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίχθηκαν από την ανάλυση απλότυπου. Επιπλέον, αποκτήσαμε μια επιβεβαιωτική επανάληψη των τεσσάρων ευρημάτων που σχετίζονταν με διπολική συναισθηματική διαταραχή σε μια πρώιμη βρετανική μελέτη. Ο πιο σημαντικός συσχετιζόμενος δείκτης αναλύθηκε επίσης σε ένα σκοτσέζικο δείγμα ελέγχου, και συσχετίστηκε σχετικά νωρίς με τη διπολική συναισθηματική διαταραχή της βρετανικής ομάδας.

Η σχέση αυτού του συγκεκριμένου δείκτη συσχετίστηκε πολύ με τη διπολική συναισθηματική διαταραχή σε μια μετα-ανάλυση του δανέζικου, σκοτσέζικου και βρετανικού δείγματος ($P=0.0003$). Η περιοχή του χρωμοσώματος που περιορίστηκε από τους πιο απόμακρους δείκτες είναι γενετικά φτωχή και φιλοξενεί μόνο τα πιο προβλεπόμενα γονίδια. Αυτή η μελέτη εμπλέκει τη θέση Slynar. Επιβεβαιώσαμε μια Slynar μεταγραφή και ταυτοποιήσαμε μια καινοτόμα μεταγραφή στην ανθρώπινη αλυσίδα cDNA.

Συμπεράσματα: Αυτή η μελέτη επιβεβαιώνει το 12q24.3 ως μια περιοχή λειτουργικής σπουδαιότητας στην παθογένεση της διπολικής συναισθηματικής διαταραχής και φωτίζει τη σπουδαιότητα του επικεντρωμένου γονότυπου.

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010 Apr;49(4):397-405.

National Institute of Mental Health, Bethesda, MD, USA.

ABSTRACT

OBJECTIVE: An important question in pediatric bipolar research is whether marked nonepisodic irritability is a manifestation of bipolar disorder in youth. This study tests the hypothesis that youth with severe mood dysregulation (SMD), a category created for the purpose of studying children presenting with severe nonepisodic irritability, will be significantly less likely to develop (hypo-)manic or mixed episodes over time than will youth with bipolar disorder (BD). **METHOD:** Patients with SMD (N = 84) and narrowly defined BD (N = 93) at baseline were followed up in 6-monthly intervals using the relevant K-SADS modules to ascertain (hypo-)manic or mixed episodes. **RESULTS:** Only one of 84 SMD subjects (1/84 [1.2%]; 95% confidence interval CI = 0.0003 to 0.064) experienced a (hypo-)manic or mixed episode during the study (median follow-up = 28.7 months). The frequency of such episodes was more than 50 times higher in those with narrowly defined BD (58/93 [62.4%]; 95% CI 0.52 to 0.72). **CONCLUSIONS:** These data suggest that, over an approximately 2-year follow-up period, youth with SMD are unlikely to develop (hypo-)manic or mixed episodes.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Στόχος: Ένα σημαντικό ερώτημα στην παιδιατρική διπολική έρευνα, είναι αν η μή επεισοδιακή ευερεθιστότητα είναι μια εκδήλωση της διπολικής διαταραχής σε νεαρή ηλικία. Αυτή η μελέτη εξετάζει την υπόθεση ότι οι νέοι με σοβαρή δυσρύθμιση της διάθεσης, μια κατηγορία που έχει δημιουργηθεί για το σκοπό της μελέτης παιδιών τα οποία παρουσιάζουν σοβαρή μή επεισοδιακή ευερεθιστότητα, θα είναι λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν (υπο)μανιακά ή μεικτά επεισόδια κατά την πάροδο του χρόνου, απ' ό,τι οι νέοι με διπολική διαταραχή. Μέθοδος: Σε ασθενείς με σοβαρή δυσρύθμιση διάθεσης (N=84) και στενά καθορισμένη διπολική διαταραχή (N=93) στη βασική γραμμή, δόθηκε συνέχεια σε εξάμηνα διαστήματα κάνοντας χρήση των σχετικών K-SADS μονάδων, για να διαπιστώσουμε τα (υπο-) μανιακά ή μεικτά επεισόδια. Αποτελέσματα: Μόνο ένας από τους 84 ασθενείς με σοβαρή δυσρύθμιση διάθεσης βίωσε ένα (υπο-) μανιακό ή μεικτό επεισόδιο κατά τη μελέτη (συνέχεια κατά μέσο όρο=28.7 μήνες). Η συχνότητα τέτοιων επεισοδίων, ήταν πιο πολύ από 50 φορές υψηλότερη σε αυτούς με διπολική διαταραχή. Συμπεράσματα: Αυτά τα δεδομένα, υποδηλώνουν ότι σε μια περίοδο συνέχειας δύο χρόνων, οι νέοι με σοβαρή δυσρύθμιση διάθεσης είναι απίθανο να αναπτύξουν (υπο-)μανιακά ή μεικτά επεισόδια.

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010 Apr;49(4):388-96.

Sunnybrook Health Sciences Centre, University of Toronto Faculty of Medicine bWestern Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh School of Medicine.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Despite increased risk, most offspring of parents with bipolar disorder (BP) do not manifest BP. The identification of risk factors for BD among offspring could improve preventive and treatment strategies. We examined this topic in the Pittsburgh Bipolar Offspring Study (BIOS).

METHOD:: Subjects included 388 offspring, ages 7-17 years, of 233 parents with BP-I or BP-II (via the Structured Clinical Interview for DSM-IV). Offspring diagnoses were determined using the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children, Present and Lifetime version (KSADS-PL). Analyses focused on the 41 offspring who were diagnosed with BP-I (N = 9), BP-II (N = 5), or BP-NOS (N = 27).

RESULTS:: Offspring with BP had proband parents who were significantly younger at the time of their birth, were more likely to be female, and had lower socio-economic status, versus proband parents of offspring without BP. Parental clinical variables and obstetric variables were not significantly associated with BP among offspring. History of physical and/or sexual abuse, exposure to antidepressants, and exposure to stimulants was significantly greater among offspring with versus without BP.

There was significantly greater prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), anxiety disorders, oppositional defiant disorder/conduct disorder (ODD/CD), and exposure to stimulants and antidepressants among offspring with

versus without BP. Variables significantly associated with BP among offspring in regression analyses were as follows: older offspring age, younger parent age at birth, offspring anxiety disorders and ODD/CD, and biological coparent with BP. CONCLUSION:: History of anxiety and/or disruptive behavior disorders, as well as presence of bi-lineal parental BP, is associated with elevated risk of bipolar spectrum disorders among offspring. If replicated prospectively, these findings could have implications for the diagnosis and treatment of psychopathology among BP offspring.

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010 Apr;49(4):388-96.

Sunnybrook Health Sciences Centre, University of Toronto Faculty of Medicine bWestern Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh School of Medicine.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Στόχος: Παρά τον αυξημένο κίνδυνο, οι περισσότεροι απόγονοι των γονέων με διπολική διαταραχή δεν εκδηλώνουν διπολική διαταραχή. Ο προσδιορισμός των παραγόντων κινδύνου για διπολική διαταραχή μεταξύ των απογόνων, θα μπορούσε να βελτιώσει τις στρατηγικές πρόληψης και θεραπείας. Εξετάσαμε αυτό το θέμα στην Μελέτη Διπολικών Απογόνων του Πίτσμπουργκ. Μέθοδος: Τα υποκείμενα περιελάμβαναν 388 απογόνους, ηλικίας 7-17 χρονών, 233 γονέων με διπολική διαταραχή I και διπολική διαταραχή II. Οι διαγνώσεις των απογόνων καθορίστηκαν κάνοντας χρήση του Προγράμματος για Συναισθηματικές Διαταραχές και Σχιζοφρένεια για παιδιά σχολικής ηλικίας, της παρούσας εκδοχής και της εκδοχής για την διάρκεια ζωής. Οι αναλύσεις επικεντρώθηκαν σε 41 απογόνους που διαγνώστηκαν με διπολική διαταραχή I (9 άτομα), διπολική διαταραχή II (5 άτομα) και διπολική διαταραχή NOS (27 άτομα). Αποτελέσματα: Οι απόγονοι με διπολική διαταραχή είχαν γονείς δείκτες που ήταν σημαντικά πιο νέοι τη στιγμή της γέννησής τους, ήταν πιο πιθανόν να είναι γένους θηλυκού, και είχαν πιο χαμηλή κοινωνικο-οικονομική θέση, σε αντίθεση με τους γονείς δείκτες των απογόνων χωρίς διπολική διαταραχή. Οι γονικές κλινικές μεταβλητές και οι μαιευτικές μεταβλητές, δεν σχετίζονταν σημαντικά με τη διπολική διαταραχή μεταξύ των απογόνων. Ιστορικό σωματικής και /ή σεξουαλικής κακοποίησης, έκθεση σε αντικαταθλιπτικά, και η έκθεση σε διεγερτικά ήταν σημαντικά μεγαλύτερα στους απογόνους, σε αντίθεση με τους απογόνους χωρίς διπολική διαταραχή.

Υπήρξε σημαντικά μεγαλύτερη επικράτηση της διαταραχής έλλειψης προσοχής/υπερκινητικότητας, των διαταραχών άγχους, της εναντιωματικής-προκλητικής διαταραχής /της διαταραχής διαγωγής και έκθεσης σε διεγερτικά και αντικαταθλιπτικά μεταξύ απογόνων με διπολική διαταραχή, σε αντίθεση με αυτούς που δεν έχουν.

Οι μεταβλητές που σχετίζονταν σημαντικά με τη διπολική διαταραχή μεταξύ των απογόνων στις αναλύσεις παλινδρόμησης, ήταν οι ακόλουθες: μεγαλύτερη ηλικία των απογόνων, νεότερη ηλικία των γονέων κατά τη γέννηση, διαταραχές άγχους των απογόνων και εναντιωματική-προκλητική διαταραχή/διαταραχή διαγωγής, και βιολογικός γονέας με διπολική διαταραχή. Συμπέρασμα: Ιστορικό άγχους και/ή διαταραχών διασπαστικής συμπεριφοράς, όπως και η παρουσία διπλογραμμικής γονικής διπολικής διαταραχής, σχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο του φάσματος των διπολικών διαταραχών μεταξύ των απογόνων. Αν αντιγραφούν στο μέλλον, αυτά τα ευρήματα μπορούν να έχουν επιπτώσεις στη διάγνωση και στη θεραπεία της ψυχοπαθολογίας μεταξύ των απογόνων με διπολική διαταραχή.

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010 Apr;49(4):378-87.

Harvard Medical School bPsychiatric and Neurodevelopmental Genetics Unit in the Center for Human Genetics Research at Massachusetts General Hospital (MGH) cPediatric Psychopharmacology Unit at MGH dQueensland Institute of Medical Research eSUNY Upstate Medical University.

ABSTRACT

OBJECTIVE:: Several studies have documented a profile of elevated scores on the Attention Problems, Aggressive Behavior and Anxious/Depressed scales of the Child Behavior Checklist (CBCL) in youth with bipolar disorder. The sum of these scales, referred to as the CBCL Juvenile Bipolar Disorder (JBD) phenotype, has modest diagnostic utility, and high scores are associated with severity of psychopathology and poor outcome. Recently, a genomewide linkage scan of this measure in ADHD sibling pairs revealed a region of suggestive linkage on chromosome 2q21. The current study aimed to further identify quantitative trait loci that influence the CBCL-JBD phenotype by using a dense and thus, arguably, more powerful set of single-nucleotide polymorphism markers in a different ADHD sibling pair sample. **METHOD::** Subjects were 765 individuals from 154 families with CBCL data enrolled in a linkage study of ADHD. Linkage analyses were completed using a multipoint maximum likelihood variance components approach implemented using the statistical program SOLAR. **RESULTS::** Heritability of the CBCL-JBD phenotype was estimated at .71.

Although no regions of the genome surpassed empirically derived criteria for significant linkage ($p = .000038$), peaks on 1p21.1 ($p = .00037$; LOD = 2.76), 6p21.3 ($p = .00054$; LOD = 2.60), and 8q21.13 ($p = .00081$; LOD = 2.44) surpassed the

threshold for suggestive linkage ($p = .002$). These regions have been highlighted in genomewide scans of bipolar disorder in adults, schizophrenia, autism, and ADHD. CONCLUSIONS: Findings raise the possibility that genes in these regions influence variation on the CBCL-JBD scale and the emotional and behavioral dysregulation associated with severe psychopathology.

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010 Apr;49(4):378-87.

Harvard Medical School bPsychiatric and Neurodevelopmental Genetics Unit in the Center for Human Genetics Research at Massachusetts General Hospital (MGH) cPediatric Psychopharmacology Unit at MGH dQueensland Institute of Medical Research eSUNY Upstate Medical University.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Στόχος: Διάφορες μελέτες έχουν καταγράψει ένα προφίλ των αυξημένων σκορ στα προβλήματα προσοχής, της επιθετικής συμπεριφοράς και των κλιμάκων άγχους/κατάθλιψης του Καταλόγου Παιδικής Συμπεριφοράς σε νέους με διπολική διαταραχή. Το άθροισμα αυτών των κλιμάκων που αναφέρεται ως φαινότυπο της Νεανικής Διπολικής Διαταραχής, έχει μέτρια διαγνωστική χρησιμότητα, και η υψηλή βαθμολογία σχετίζεται με τη σοβαρότητα της ψυχοπαθολογίας και του φτωχού αποτελέσματος. Πρόσφατα, μια εξέταση σύνδεσης γονιδιώματος αυτής της μέτρησης σε ζευγάρια αδελφών με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας, αποκάλυψε μια περιοχή υποδηλωτικής σύνδεσης στο χρωμόσωμα 2q21. Η παρούσα μελέτη, στόχευε στο να ταυτοποιήσει περαιτέρω τα ποσοτικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν το φαινότυπο της νεανικής διπολικής διαταραχής, χρησιμοποιώντας ένα πυκνό και άρα πιο ισχυρό σύνολο δεικτών μονονουκλεοτιδικού πολυμορφισμού, σε ένα διαφορετικό δείγμα ζευγαριού αδελφών με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας. Μέθοδος: Τα υποκείμενα ήταν 765 άτομα από 154 οικογένειες, με τα δεδομένα να είναι εγγεγραμμένα σε μια μελέτη σύνδεσης της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας. Οι αναλύσεις σύνδεσης, ολοκληρώθηκαν χρησιμοποιώντας μια προσέγγιση των συνιστωσών με μεταβλητή μέγιστης πιθανότητας, η οποία συμπληρώθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος Solar.

Αποτελέσματα: Η κληρονομικότητα του φαινοτύπου της νεανικής διπολικής διαταραχής, εκτιμήθηκε στο .71. Αν και καμία περιοχή του γονιδιώματος που υπερέβη εμπειρικά δεν αποκόμισε κριτήρια για σημαντική σύνδεση ($p=.000038$), οι κορυφές σε 1p21.1 ($p=.00037$, LOD=2.76), 6p21.3 ($p=.00054$, LOD=2.60) και 8q21.13 ($p=.00081$, LOD=2.44), υπερέβησαν το κατώφλι για την υποδηλωτική σύνδεση ($p=.002$). Αυτές οι περιοχές, έχουν φωτιστεί στις εξετάσεις γονιδιώματος για διπολική διαταραχή σε ενήλικες, σχιζοφρένεια, αυτισμό και διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας. Συμπεράσματα: Τα ευρήματα αυξάνουν την πιθανότητα ότι τα γονίδια σε αυτές τις περιοχές επηρεάζουν τη μεταβολή στην κλίμακα της Νεανικής Διπολικής Διαταραχής, και η συναισθηματική και συμπεριφορική δυσρύθμιση σχετίζεται με σοβαρή ψυχοπαθολογία.

J Clin Pharmacol. 2010 Apr 21.

Basildon Hospital.

ABSTRACT

Severe mental illnesses, such as schizophrenia and bipolar affective disorder, are associated with excess cardiovascular morbidity and mortality. Cardiovascular risk in psychiatric disorders is partly related to antipsychotic therapy, especially second-generation or atypical antipsychotics. Some antipsychotic medications are associated with proatherogenic conditions including insulin resistance and dyslipidemia. In particular, olanzapine and clozapine have been consistently demonstrated to promote insulin resistance and dyslipidemia. Ziprasidone and amisulpiride may be associated with more favorable metabolic effects. Many of the published data relating to metabolic effects of anti-psychotics originate from retrospective studies. However, prospective randomized-controlled data are emerging, and the latest evidence is described here.

J Clin Pharmacol. 2010 Apr 21.

Basildon Hospital.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Σοβαρές ψυχικές ασθένειες, όπως η σχιζοφρένεια και η διπολική συναισθηματική διαταραχή, σχετίζονται με υπερβολική καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Ο καρδιαγγειακός κίνδυνος σε ψυχιατρικές διαταραχές, σχετίζεται εν μέρει με την αντιψυχωτική θεραπεία, ιδιαίτερα της δεύτερης γενιάς ή των ατυπικών αντιψυχωτικών. Μερικές αντιψυχωτικές αγωγές, σχετίζονται με προαθηρογόνες συνθήκες, συμπεριλαμβανομένων της αντίστασης στην ινσουλίνη και της δυσλιπιδαιμίας. Συγκεκριμένα, η ολανζαπίνη και η κλοζαπίνη έχουν αποδείξει ότι προωθούν την αντίσταση στην ινσουλίνη και την δυσλιπιδαιμία. Η ζιπρασιδόνη και η αμισουλπρίδη, μπορεί να σχετίζονται με πιο ευνοϊκές μεταβολικές επιπτώσεις. Πολλά από τα δημοσιευμένα δεδομένα που σχετίζονται με τις μεταβολικές επιπτώσεις των αντιψυχωτικών, προέρχονται από αναδρομικές μελέτες. Ωστόσο, ενδεχόμενα τυχαία-ελεγχόμενα δεδομένα αναδύονται, και η τελευταία απόδειξη περιγράφεται εδώ.

1Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard, Québec, Canada.

ABSTRACT

Objective: Memory deficits have been shown in patients affected by schizophrenia (SZ) and bipolar (BP)/mood disorder. We recently reported that young high-risk offspring of an affected parent were impaired in both verbal episodic memory (VEM) and visual episodic memory (VisEM). Understanding better the trajectory of memory impairments from childhood to adult clinical status in risk populations is crucial for early detection and prevention. In multigenerational families densely affected by SZ or BP, our aim was to compare the memory impairments observed in young nonaffected offspring with memory functioning in nonaffected adult relatives and patients. Methods: For 20 years, we followed up numerous kindreds in the Eastern Québec population. After having characterized the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders phenotypes, we assessed cognition (N = 381) in 3 subsamples in these kindreds and in controls: 60 young offspring of a parent affected by SZ or BP, and in the adult generations, 92 nonaffected adult relatives and 40 patients affected by SZ or BP. VEM was assessed with the California Verbal Learning Test and VisEM with the Rey figures.

Results: The VEM deficits observed in the offspring were also found in adult relatives and patients. In contrast, the VisEM impairments observed in the young offspring were present only in patients, not in the adult relatives. Conclusion: Implications for prevention and genetic mechanisms can be drawn from the observation that VEM and VisEM would show distinct generational trajectories and that the

trajectory associated with VisEM may offer a better potential than VEM to predict future risk of developing the disease.

Schizophr Bull. 2010 Apr 21.

1Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard, Québec, Canada.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Στόχος: Ελαττώματα στη μνήμη έχουν παρουσιαστεί σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και με διπολική διαταραχή/διαταραχή διάθεσης. Πρόσφατα, αναφέρανε ότι νέοι απόγονοι υψηλού κινδύνου ενός ασθενή γονέα, είχαν βλάβη και στη λεκτική επεισοδιακή μνήμη, και στην οπτική επεισοδιακή μνήμη. Η καλύτερη κατανόηση της τροχιάς των βλαβών της μνήμης, από την κλινική κατάσταση της παιδικής ηλικίας, μέχρι την ενήλικη ζωή σε πληθυσμούς κινδύνου, είναι κρίσιμη για την πρόωμη ανίχνευση και πρόληψη. Σε πολυγενεαλογικές οικογένειες με σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή, ο στόχος μας ήταν να συγκρίνουμε τις βλάβες μνήμης που παρατηρήθηκαν σε νέους μη πληγέντες απογόνους, με τη μνήμη που λειτουργεί σε μη πληγέντες ενήλικες συγγενείς και ασθενείς. Μέθοδοι: Για 20 χρόνια, κάναμε αναρίθμητες συγγένειες σε πληθυσμό ανατολικού Κεμπέκ. Αφού χαρακτηρίσαμε το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των φαινοτύπων των Ψυχικών Διαταραχών, αξιολογήσαμε την επίγνωση (N=381) σε 3 υποδείγματα, σε αυτά τους συγγενείς και στους υπό έλεγχο: 60 νέοι απόγονοι ενός γονέα που πλήττεται με σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή, και σε ενήλικους πληθυσμούς, 92 μη πληγέντες ενήλικες συγγενείς και 40 ασθενείς που πλήττονται από σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή. Η λεκτική επεισοδιακή μνήμη, αξιολογήθηκε με το Τεστ Λεκτικής Μάθησης της Καλιφόρνια, και η οπτική επεισοδιακή μνήμη με τα σχήματα Rey. Αποτελέσματα: Τα ελαττώματα της λεκτικής επεισοδιακής μνήμης που παρατηρήθηκαν σε απογόνους, βρέθηκαν επίσης σε ενήλικους συγγενείς και ασθενείς. Αντίθετα, οι βλάβες της οπτικής επεισοδιακής μνήμης που παρατηρήθηκαν σε

νέους απογόνους, ήταν παρούσες μόνο σε ασθενείς, όχι στους ενήλικες συγγενείς.

Συμπεράσματα: Υπαινιγμοί για πρόληψη και γενετικούς μηχανισμούς, μπορούν να προκύψουν από την παρατήρηση ότι η λεκτική επεισοδιακή μνήμη και η οπτική επεισοδιακή μνήμη, θα παρουσίαζαν αισθητές πολυγενεαλογικές τροχιές, και ότι η τροχιά που σχετίζεται με την οπτική επεισοδιακή μνήμη, μπορεί να προσφέρει μια καλύτερη δυναμική απ' ό,τι η λεκτική επεισοδιακή μνήμη, για να προβλεφθεί ο μελλοντικός κίνδυνος εκδήλωσης της ασθένειας.

J Clin Psychiatry. 2010 Apr;71(4):372-80.

Mood Disorders Program, Department of Psychiatry, Tufts Medical Center, 800 Washington St, Box 1007, Boston, MA 02111, USA.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess long-term effectiveness and safety of randomized antidepressant discontinuation after acute recovery from bipolar depression. **METHOD:** In the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) study, conducted between 2000 and 2007, 70 patients with DSM-IV-diagnosed bipolar disorder (72.5% non-rapid cycling, 70% type I) with acute major depression, initially responding to treatment with antidepressants plus mood stabilizers, and euthymic for 2 months, were openly randomly assigned to antidepressant continuation versus discontinuation for 1-3 years. Mood stabilizers were continued in both groups. **RESULTS:** The primary outcome was mean change on the depressive subscale of the STEP-BD Clinical Monitoring Form. Antidepressant continuation trended toward less severe depressive symptoms (mean difference in DSM-IV depression criteria = -1.84 [95% CI, -0.08 to 3.77]) and mildly delayed depressive episode relapse (HR = 2.13 [1.00-4.56]), without increased manic symptoms (mean difference in DSM-IV mania criteria = +0.23 [-0.73 to 1.20]). No benefits in prevalence or severity of new depressive or manic episodes, or overall time in remission, occurred. Type II bipolar disorder did not predict enhanced antidepressant response, but rapid-cycling course predicted 3 times more depressive episodes with antidepressant continuation (rapid cycling = 1.29 vs non-rapid cycling = 0.42 episodes/year, P = .04). **CONCLUSIONS:** This first randomized discontinuation study with modern antidepressants showed no statistically significant symptomatic benefit with those agents in the

long-term treatment of bipolar disorder, along with neither robust depressive episode prevention benefit nor enhanced remission rates. Trends toward mild benefits, however, were found in subjects who continued antidepressants. This study also found, similar to studies of tricyclic antidepressants, that rapid-cycling patients had worsened outcomes with modern antidepressant continuation. TRIAL REGISTRATION: clinicaltrials.gov Identifier: NCT00012558.

J Clin Psychiatry. 2010 Apr;71(4):372-80.

Mood Disorders Program, Department of Psychiatry, Tufts Medical Center, 800 Washington St, Box 1007, Boston, MA 02111, USA.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Στόχος: Για την αξιολόγηση της μακροπρόθεσμης απόδοσης και ασφάλειας της τυχαιοποιημένης αντιψυχωσικής εξάλειψης μετά από απότομη ανάκαμψη από διπολική κατάθλιψη. Μέθοδος: Στη μελέτη του προγράμματος ενίσχυσης της συστηματικής θεραπείας για την διπολική διαταραχή, που διεξήχθη μεταξύ του 2000 και του 2007, 70 ασθενείς με διάγνωση διπολικής διαταραχής με οξεία κατάθλιψη, που αρχικά ανταποκρίνονταν στη θεραπεία με αντιψυχωσικά συν σταθεροποιητές διάθεσης, και ευθυμικά για 2 μήνες, ήταν τυχαία επιφορτισμένοι με αντιψυχωσική συνέχιση έναντι εξάλειψης για 1-3 χρόνια. Οι σταθεροποιητές διάθεσης συνεχίστηκαν και στις 2 ομάδες. Αποτελέσματα: Το βασικό αποτέλεσμα ήταν η αλλαγή στην καταθλιπτική υποκλίμακα της κλινικής φόρμας παρακολούθησης του προγράμματος. Η αντιψυχωσική συνέχιση έτεινε προς λιγότερα σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα και ήπια καθυστερημένη υποτροπή καταθλιπτικού επεισοδίου, χωρίς αυξημένα μανιακά επεισόδια. Κανένα όφελος στη επικράτηση ή στη σοβαρότητα νέων καταθλιπτικών ή μανιακών επεισοδίων, ή στο συνολικό χρόνο σε ύφεση, δεν συνέβη. Η διπολική διαταραχή τύπου II δεν προέβλεψε αυξημένη αντιψυχωσική αντίδραση, αλλά η πορεία της ταχείας εναλλαγής φάσεων, προέβλεψε 3 φορές πιο πολλά καταθλιπτικά επεισόδια με την αντιψυχωσική συνέχιση. Συμπεράσματα: Αυτή η πρώτη μελέτη τυχαιοποιημένης διακοπής με σύγχρονα αντιψυχωσικά, δεν έδειξε στατιστικά σημαντικό συμπτωματικό όφελος με τους παράγοντες αυτούς στην μακροπρόθεσμη θεραπεία της διπολικής διαταραχής, μαζί με κανένα όφελος πρόληψης καταθλιπτικού επεισοδίου, ούτε αυξημένες τιμές υποτροπής.

Οι τάσεις προς ήπια οφέλη, ωστόσο, βρέθηκαν σε υποκείμενα που συνέχισαν τα αντιψυχωσικά. Αυτή η μελέτη βρήκε επίσης, παρομοίως με μελέτες τρικυκλικών αντιψυχωσικών, ότι οι ασθενείς με ταχεία εναλλαγή φάσεων, είχαν χειρότερα αποτελέσματα με την συνέχιση σύγχρονων αντιψυχωσικών.

J Sleep Res. 2010 Apr 7.

Department of Psychology, University of California, Berkeley, CA, USA.

ABSTRACT

Summary: This study was designed to clarify the association between inter-episode bipolar disorder (BD) and sleep architecture. Participants completed a baseline symptom and sleep assessment and, 3 months later, an assessment of symptoms and impairment. The effects of psychiatric medications on sleep architecture were also considered. Participants included 22 adults with BD I or II (inter-episode) and 22 non-psychiatric controls. The sleep assessment was conducted at the Sleep and Psychological Disorders Laboratory at the University of California, Berkeley. Follow-up assessments 3 months later were conducted over the phone. Results indicate that, at the sleep assessment, BD participants exhibited greater rapid eye movement sleep (REM) density than control participants with no other group differences in sleep architecture. Sleep architecture was not correlated with concurrent mood symptoms in either group. In the BD group, duration of the first REM period and slow-wave sleep (SWS) amount were positively correlated with manic symptoms and impairment at 3 months, while REM density was positively correlated with depressive symptoms and impairment at 3 months. The amount of Stage 2 sleep was negatively correlated with manic symptoms and impairment at 3 months. In contrast, for the control group, REM density was negatively correlated with impairment at 3 months. SWS and Stage 2 sleep were not correlated with symptoms or impairment.

Study findings suggest that inter-episode REM sleep, SWS and Stage 2 sleep are correlated with future manic and depressive

symptoms and impairment in BD. This is consistent with the proposition that sleep architecture may be a mechanism of illness maintenance in BD.

J Sleep Res. 2010 Apr 7.

Department of Psychology, University of California, Berkeley, CA, USA.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Περίληψη: Αυτή η μελέτη, σχεδιάστηκε για να αποσαφηνίσει τη σχέση μεταξύ της ενδο-επεισοδιακής διπολικής διαταραχής και της αρχιτεκτονικής του ύπνου. Οι συμμετέχοντες είχαν ένα σύμπτωμα βασικής γραμμής και μια αξιολόγηση ύπνου, και 3 μήνες μετά, μια αξιολόγηση των συμπτωμάτων και της βλάβης. Οι επιδράσεις των ψυχιατρικών φαρμάκων στην αρχιτεκτονική του ύπνου ελήφθησαν επίσης υπόψη. Η αξιολόγηση του ύπνου διεξήχθη στο Εργαστήριο Ψυχολογικών Διαταραχών και Διαταραχών Ύπνου στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια, στο Μπέρκλεϊ. Οι επακόλουθες αξιολογήσεις τρεις μήνες μετά διεξήχθησαν από το τηλέφωνο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στην αξιολόγηση του ύπνου οι συμμετέχοντες με διπολική διαταραχή, παρουσίασαν μεγαλύτερη γρήγορη κίνηση των ματιών (REM) απ' ότι οι συμμετέχοντες ελέγχου με καμία άλλη διαφορά στις ομάδες όσων αφορά την αρχιτεκτονική ύπνου. Η αρχιτεκτονική ύπνου δεν συσχετίστηκε με τα ταυτόχρονα συμπτώματα διάθεσης σε καμία ομάδα. Στην ομάδα με διπολική διαταραχή, η διάρκεια της πρώτης περιόδου REM, και η ποσότητα του ύπνου βραδέων κυμάτων (Slow-Wave Sleep, SWS) συσχετίστηκαν θετικά με τα μανιακά συμπτώματα και τη βλάβη σε τρεις μήνες, ενώ η πυκνότητα REM συσχετίστηκε θετικά με τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τη βλάβη σε τρεις μήνες. Η ποσότητα του ύπνου του Σταδίου 2 συσχετίστηκε αρνητικά με μανιακά συμπτώματα και την βλάβη σε τρεις μήνες. Σε αντίθεση για την ομάδα ελέγχου, η πυκνότητα REM συσχετίστηκε αρνητικά με τη βλάβη σε τρεις μήνες. Ο ύπνος βραδέων κυμάτων και ο ύπνος Σταδίου 2 δεν συσχετίστηκαν με συμπτώματα ή βλάβη.

Τα ευρήματα της μελέτης υποδεικνύουν ότι ο ενδο-επεισοδιακός ύπνος REM, ο SWS και ο ύπνος Σταδίου 2, συσχετίζονται με μελλοντικά μανιακά και καταθλιπτικά συμπτώματα και βλάβη στη διπολική διαταραχή. Κάτι τέτοιο είναι συνεπές με την πρόταση ότι η αρχιτεκτονική ύπνου, μπορεί να αποτελεί τον μηχανισμό διατήρησης της ασθένειας στη διπολική διαταραχή.

Appl Health Econ Health Policy. 2010;8(3):167-77.

Division of Pharmaceutical Outcomes and Policy, University of North Carolina School of Pharmacy, Chapel Hill, North Carolina, USA.

ABSTRACT

A large body of clinical studies have demonstrated the efficacy of atypical antipsychotic use in the treatment of bipolar disorder. Facing increasing budget pressure, third-party payers, such as state Medicaid programmes in the US, are demanding better understanding of the medical costs beyond atypical antipsychotic drug costs alone in treating bipolar disorder. To examine healthcare costs associated with the atypical antipsychotic treatments for bipolar disorder from a US third-party payer perspective. This was a retrospective cohort study using an intent-to-treat approach. Using the North Carolina Medicaid claims database (August 2000 to January 2005), 3328 patients with bipolar disorder were identified who were continuously eligible for 3 months pre-initiation and 12 months post-initiation of treatment with an atypical antipsychotic (AP2) or mood stabilizer (MS). Patients were classified into three groups based on the treatment types during the first 30 days after treatment initiation: AP2 monotherapy, AP2 + MS combination therapy, and MS monotherapy. Bipolar-related and total health-related costs were examined for the 12-month period. Propensity score matching was employed to balance baseline characteristics among the three comparison groups. Generalized linear models were further employed to estimate the average treatment effect on the cost outcomes. Compared with MS monotherapy, AP2 monotherapy and AP2 + MS combination therapy incurred higher medication costs during the 12-month treatment period. Patients receiving AP2 monotherapy had significantly lower bipolar-related medical costs (-\$US698; $p = 0.002$) [year 2004 values] than

patients receiving MS monotherapy. However, the inclusion of the medication cost produced no statistically significant difference in bipolar-related total cost ($p = 0.14$). Similar results were observed for all health-related costs. Patients receiving AP2 + MS therapy incurred significantly higher bipolar-related total costs (+\$US1659; $p < 0.0001$) and all health-related total costs (+\$US2115; $p < 0.0001$) than patients receiving MS monotherapy, which was attributable largely to the higher medication cost. From a third-party payer perspective, atypical antipsychotic monotherapy generated higher drug costs but lower medical care costs, resulting in equivalent total healthcare costs over a 1-year period.

Appl Health Econ Health Policy. 2010;8(3):167-77.

Division of Pharmaceutical Outcomes and Policy, University of North Carolina School of Pharmacy, Chapel Hill, North Carolina, USA.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Ένα μεγάλο σώμα κλινικών μελετών, έχει αποδείξει την αποτελεσματικότητα της ατυπικής αντιψυχωσικής χρήσης στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής. Αντιμετωπίζοντας την αυξανόμενη πίεση του προϋπολογισμού, οι τρίτοι πληρωτές, όπως είναι τα κρατικά προγράμματα Medicaid στις ΗΠΑ, απαιτούν καλύτερη κατανόηση των ιατρικών δαπανών, πέραν του κόστους των ατυπικών αντιψυχωτικών φαρμάκων για τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής. Να εξετάσουμε το κόστος περίθαλψης που σχετίζεται με τις ατυπικές αντιψυχωτικές θεραπείες για τη διπολική διαταραχή από την προοπτική του πληρωτή. Αυτή ήταν μια αναδρομική μελέτη που χρησιμοποίησε μια προσέγγιση intent-to-treat (πρόθεση για θεραπεία). Χρησιμοποιώντας τη βάση δεδομένων του Medicaid της Βόρειας Καρολίνας (από Αύγουστο 2000 έως Ιανουάριο 2005), 3328 ασθενείς με διπολική διαταραχή ταυτοποιήθηκαν, και ήταν συνεχώς επιλέξιμοι για 3 μήνες προ-έναρξης, και 12 μήνες μετα-έναρξης της θεραπείας με ένα ατυπικό αντιψυχωτικό (AP2) ή έναν σταθεροποιητή διάθεσης (MS). Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε τρεις ομάδες, βάσει των τύπων θεραπείας κατά τις πρώτες 30 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας: μονοθεραπεία με AP2, θεραπεία συνδυασμού AP2 και MS. Το κόστος που σχετιζόταν με τη διπολική διαταραχή και τη συνολική υγεία εξετάστηκε για μια περίοδο 12 μηνών. Χρησιμοποιήθηκε η βαθμολογία τάσης για να εξισορροπήσει τα χαρακτηριστικά της βασικής γραμμής μεταξύ των τριών ομάδων σύγκρισης. Σε σύγκριση με τη μονοθεραπεία MS, η μονοθεραπεία AP2 και η θεραπεία συνδυασμού AP2+MS, υφίστανται υψηλότερο κόστος φαρμακευτικής

αγωγής κατά τη 12μηνη περίοδο θεραπείας. Οι ασθενείς που λάμβαναν μονοθεραπεία AP2, είχαν σημαντικά χαμηλότερο ιατρικό κόστος σχετικά με τη διπολική διαταραχή απ' ότι οι ασθενείς που λάμβαναν μονοθεραπεία MS. Ωστόσο, η συμπερίληψη του κόστους φαρμακευτικής αγωγής δεν παρήγαγε καμία σημαντική διαφορά στατιστικά στο συνολικό κόστος που σχετίζεται με τη διπολική διαταραχή ($p=0.14$). Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν για το συνολικό κόστος της υγείας. Οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία AP2+MS υφίστανται σημαντικά υψηλό κόστος σε σχέση με τη διπολική διαταραχή ($p<0.0001$) και κόστος σε σχέση με την υγεία ($p<0.0001$) απ' ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν μονοθεραπεία MS, που αποδίδεται κυρίως στο υψηλότερο κόστος φαρμακευτικής αγωγής. Από την προοπτική ενός πληρωτή, η ατυπική αντιψυχωτική μονοθεραπεία, παρήγαγε υψηλότερο κόστος φαρμάκων, αλλά χαμηλότερο κόστος ιατρικής φροντίδας, καταλήγοντας σε ένα ισοδύναμο συνολικό κόστος περίθαλψης για μια περίοδο ενός χρόνου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γιαννοπούλου Χρ. Αθηνά (1992). Ψυχιατρική Νοσηλευτική. 2η έκδοση.
2. Γιαννοπούλου Χρ. Αθηνά (2004). Ψυχιατρική Νοσηλευτική. 5η έκδοση.
3. Κακούρος Ε. και Μανιάδης. (2003). Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων. Αναπτυξιακή προσέγγιση.
4. Κλεφτάρας Γ. (1998). Η κατάθλιψη σήμερα, Περιγραφή, διάγνωση, θεραπεία και ερευνητικά δεδομένα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
5. Κονταξάκης Β.Π. και Χριστοδούλου Γ.Ν. και Χαβακή Κονταξάκη Μ.Ι (2003). Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή. Εκδόσεις Βήτα.
6. Μαδιανός Γ. Μιχάλης (2005). Ψυχιατρική και Αποκατάσταση. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
7. Μάνος Ν. (1997). Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. University Studio Press. Θεσσαλονίκη.
8. Παπαγεωργίου Α.Β. (2005). Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων. Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών.
9. Παπαδημητρίου Ν.Γ (1974). Σύγχρονη Ψυχιατρική.

10. Παπανικολάου Π. (2003). Νευρολογία-Ψυχιατρική. Εκδόσεις ΟΕΔΒ.
11. Παρασκευόπουλος Ν.Ι. (1998). Κλινική Ψυχολογία. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
12. Χαρτοκόλλης Πέτρος (1991). Εισαγωγή στην Ψυχιατρική. 2η έκδοση. Εκδόσεις ΘΕΜΕΛΙΟ.
13. Χριστιανόπουλος Κρ. Βασική Παιδοψυχιατρική, Διπολική Διαταραχή σε Παιδιά και Εφήβους.
14. Χριστοδούλου Γ.Ν. και συνεργάτες (2004). Ψυχιατρική. 1ος τόμος. Εκδόσεις Βήτα.
15. Χριστοδούλου Γ.Ν. και συνεργάτες (2004). Ψυχιατρική. 2ος τόμος. Εκδόσεις Βήτα.
16. Barondes Samuel (1997). Στοιχεία Μοριακής Νευρολογίας και Βιολογικό Υπόστρωμα Ψυχικών Διαταραχών. Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
17. Bearden CE, van Erp TG, Dutton RA, Boyle C, Madsen S, Luders E, Kieseppa T, Tuulio-Henriksson A, Huttunen M, Partonen T, Kaprio J, Lönngqvist J, Thompson PM, Cannon TD.(2011). Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences. Cereb Cortex.
18. Bloomfield H. Hafold and McWilliams P. (1997). Θεραπεύοντας την Κατάθλιψη.
19. Buckwalter KC and Abraham I. (1987). Alleviating the discharge crisis: The effects of cognitive behavioral nursing . Inverention for depressed patients and their families .

20. Buttenchøn HN, Foldager L, Flint TJ, Olsen IM, Deleuran T, Nyegaard M, Hansen MM, Kallunki P, Christensen KV, Blackwood DH, Muir WJ, Straarup SE, Als TD, Nordentoft M, Børglum AD, Mors Q. (2010) Centre for Psychiatric Research, Aarhus University Hospital, Rissow, Denmark.

21. Cerletti U. and Binil Psychiatric Genet.;20(3):93-101. (1938). « Electroshock» Archivio Generale di Neurologia. Psichiatria e Psichanalisi.

22. Chaggar PS, Shaw SM, Williams SG. (2010) Basildon Hospital. J Clin Pharmacol.

23. Costa RT, Cheniaux E, Rosaes PA, Carvalho MR, Freire RC, Versiani M, Range BP, Nardi AE. (2011) Institute of Psychiatry, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brazil.

24. Doyle AE, Biederman J, Ferreira MA, Wong P, Smoller JW, Faraone SV. (2010) Harvard Medical School bPsychiatric and Neurodevelopmental Genetics Unit in the Center for Human Genetics Research at Massachusetts General Hospital (MGH) cPediatric Psychopharmacology Unit at MGH dQueensland Institute of Medical Research eSUNY Upstate Medical University. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. ;49(4):378-87

25. Dubovsky SL, Dubovsky AN. (2011) State of New York at Buffalo, Department of Psychiatry.

26. Eidelman P, Talbot LS, Gruber J, Hairston I, Harvey AG. (2010) Department of Psychology, University of California, Berkeley, CA, USA. J Sleep Res.

27. Flach F. and Federic M.D. (1992). Κατάθλιψη, η μουσική της δύναμη. Εκδόσεις Δίοδος.
28. Frías-Ibanez A, Garcia-Carrera B, Cervera-Elegino N, Romero-Cervera S. (2011) Unidad de Larga Estancia de Bétera Valencia.
29. Ghaemi SN, Ostacher MM, El-Mallakh RS, Borrelli D, Baldassano CF, Kelley ME, Filkowski MM, Hennen J, Sachs GS, Goodwin FK, Baldessarini RJ. (2010) Mood Disorders Program, Department of Psychiatry, Tufts Medical Center, 800 Washington St, Box 1007, Boston, MA 02111, USA. J Clin Psychiatry. ;71(4):372-80.
30. Goldstein BI, Shamseddeen W, Kalas C, Monk K, Brent DA, Kupfer DJ, Birmaher B. (2010) Sunnybrook Health Sciences Centre, University of Toronto Faculty of Medicine bWestern Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh School of Medicine. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. ;49 (4):388-96.
31. Grant A.C. and Mericle P.B. Ψυχιατρική Νοσηλευτική.
32. Hollander M.D Eric and M. Wong Cheryl. "Οι συχνότερες ψυχικές διαταραχές. Σύγχρονες τάσεις στη διάγνωση και αντιμετώπιση.
33. Ibiloglu AO, Caykoğlu A. (2011) Mersin Tarsus State Hospital of Psychiatry, Mersin, 33400, Turkey.
34. Janicak and P.G. Davis and J.M. Gibbons and R.D. Ericksen and S. Chang and Gallanger P. (1985). "Efficacy of ECT A meta-analysis". American Journal of Psychiatry.

35. Kalat W. James (2003). «Βιολογική Ψυχολογία». (επιμέλεια Α.Α Καστελάκης, Δ.Α Χρησιτίδης). β' τόμος. 5η έκδοση.

36. Lempriere T. and Feline A. και συνεργάτες (1995). "Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων. Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Εφαρμογές της στην Ελλάδα". (υπεύθυνος έκδοσης: Π. Σακελλαρόπουλος). Α' τόμος. 2η έκδοση. Εκδόσεις Παπαζήση.

37. Lempriere T. and Feline A. και συνεργάτες (1995). "Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων. Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Εφαρμογές της στην Ελλάδα". (υπεύθυνος έκδοσης : Π. Σακελλαρόπουλος). Β' τόμος. 2η έκδοση. Εκδόσεις Παπαζήση.

38. Maurer F.A (1986). Acute depression: Treatment and nursing strategies for this affective disorder.

39. Maziade M, Rouleau N, Mérette C, Cellard C, Battaglia M, Marino C, Jomphe V, Gilbert E, Achim A, Bouchard RH, Paccalet T, Paradis ME, Roy MA. (2010) 1Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard, Québec, Canada. Schizophr Bull.

40. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, Viana MC, Andrade LH, Hu C, Karam EG, Ladea M, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Sagar R, Wells JE, Zarkov Z. (2011). National Institute of Mental Health, Genetic Epidemiology Research Branch, Bldg 35, Room 1A201, 35 Convent Dr, MSC 3720, Bethesda, MD 20892. Arch Gen Psychiatry. ;68(3):241-51

41. McIntyre RS. (2011) From the Departments of Psychiatry and Pharmacology, University of Toronto, and the Mood Disorders Psychopharmacology Unit, University Health Network, Toronto, Ontario, Canada.

42. Parramone Edicione SA (2002). Χρυσή υγεία της 3ης χιλιετίας. Τόμος 4ος. (Επιμέλεια: Αποστολοπούλου - Χατζηδάκη Μαρία). (Μετάφραση: Αθανασοπούλου Γεωργία). Εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ, Γκούμας - Κωτσιόπουλος Ο.Ε.

43. Pedinielli Jean-Luis and Gimenez Guy and Bertagne Pascale and Gérard Pirlot (2008) . Κλινικές Δομές: Νευρώσεις, ψυχώσεις, διαστροφές. (Επιμέλεια-εισαγωγή: Νίκος Παπαχριστόπουλος). (Μετάφραση: Μαρία Σπυροπούλου). Πάτρα.

44. Perugi G, Fornaro M, Akiskal HS. (2011). World Psychiatry. ;10(1):45-51.

45. Qiu Y, Fu AZ, Liu GG, Christensen DB. (2010) Division of Pharmaceutical Outcomes and Policy, University of North Carolina School of Pharmacy, Chapel Hill, North Carolina, USA. Appl Health Econ Health Policy. ;8(3):167-77.

46. Rakofsky JJ, Levy ST, Dunlop BW. (2011) Emory University Department of Psychiatry and Behavioral Science.

47. Rogers CA (1985). Reconciling models of depression. IN: Rogers CA Unisafer - Van Lanen J. "Nursing interventions in depression". London.

48. Srearing Melissa (2007). "Bipolar Disorder".

49. Steinmann WC, Suttmoeller K, Chitima-Matsiga R, Nagam N, Suttmoeller NR, Halstenson NA.(2010). Bariatric Surgery:1-Year Weight Loss Outcomes in Patients with Bipolar and Other Psychiatric Disorders. Obes Surg.

50. Stringaris A, Baroni A, Haimm C, M, Lowe CH, Myers F, Rustgi E, Wheeler W, Kayser R, Towbin K, Leibenluft E. (2010) Mood and Anxiety Program, National Institute of Mental Health, Bethesda, MD bInstitute of Psychiatry, King's College London, United Kingdom.Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 49(4):397-405.

51. Taylor and Francis Group. "Άτλας διπολικών διαταραχών". Ιατρικές εκδόσεις Βαγιονάκης.

52. Tierney L. and McPhee S.J. and Papadakis M. (2001). Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού. Αθήνα.

53. Trimble M.R. and Thombon P. J (1986). "Neuropsychological and dehavioral sequelae of sportaneaus seizures". Annuals of New York Academy of sciences.

54. Varcarolis E.M (1990). Foundations of psychiatric mental health nursing. Philadelphia .

55. W. Arana George and MD Steven and E. Hyman MD (2003). "Ψυχοφαρμακολογία". (επιμέλεια: Ιωάννης Ν. Νέστορος). Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

56. Zimmerman M, Galione CJ, Ruggero CJ, Chelminski I, Dalrymple K, Young D. (2011)