



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διπολική Διαταραχή και Νοσηλευτικές Διεργασίες

ΤΩΝ

Αλκέτα Μπρακάι (αμ.: 15333)

Ελσόνα Τσέλα (αμ.: 15332)

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: **Μαίρη Γκούβα**

Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας

Ιωάννινα, Οκτώβρης του 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	2-4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΑΓΓΛΙΚΗ	6
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8-9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	
1. 1.1 Συναισθητικές διαταραχές.....	10
1.1.2 Ειδή συναισθηματικών διαταραχών.....	11-12
1.1.3 Ορισμός της διπολικής διαταραχής.....	13
1.1.4 Τύποι της διπολικής διαταραχής	14
1.1.5 Τι είναι κατάθλιψη.....	15
1.1.6 Τι είναι μανία.....	16-18
1.2 Ιστορική Αναδρομή.....	19-20
1.2.1 Επιδημιολογία.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο	
2.1 Αιτιολογία.....	22-25
2.2 Κλινική εικόνα διπολικής διαταραχής και συμπτώματα μανίας	26
2.3 Συμπτώματα της κατάθλιψης.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο	
3.1 Δυσκολίες στη διάγνωση της νόσου.....	28-29

3.2 Διαγνωστικά κριτήρια.....	30
3.3 Που πρέπει να απευθυνθεί κάποιος για βοήθεια	31
3.4 Ο κύκλος της νόσου.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	
4.1 Στόχοι της θεραπευτικής αντιμετώπισης της διπολικής διαταραχής.....	33
4.2 Θεραπεία.....	34
4.3 Ψυχοθεραπεία.....	35
4.4 Ψυχοφαρμακολογία.....	36
4.5 Λίθιο.....	37
4.6 Ηλεκτροσασμοθεραπεία.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο	
5.1 Κατάθλιψη στην παιδική ηλικία	39
5.2 Η κατάθλιψη στην εφηβεία.....	40
5.3 Κατάθλιψη και Τρίτη ηλικία.....	41-42
5.4 Κατάθλιψη της λοχείας.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ο	
6.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής.....	44-52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο	
Ανάλυση περίπτωσης.....	54-57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο

Νέα ερευνητικά δεδομένα.....58-63

Συμπεράσματα.....64

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....65-68

Περίληψη

Η νόσος της διπολικής διαταραχής, αποτελεί αναμφισβήτητα σημαντικό κοινωνικό πολιτισμικό και οικονομικό πρόβλημα της σύγχρονης πραγματικότητας. Τόσο ως «μέλος» της γενικότερης ομάδας των συναισθηματικών διαταραχών, όσο και ως αυτόνομη διαδικασία, έχει αρνητικές συνέπειες τόσο για το άτομο που νοσεί, όσο και για το περιβάλλον του. Η ίδια η φύση της διπολικής διαταραχής συνεπάγει δυσκολίες στη διάγνωση της νόσου, καθιστώντας την παρακολούθηση μιας αναγκαίας διαδικασίας, για την αποφυγή πιθανώς λανθασμένης κατηγοριοποίησης του ασθενούς σε άλλο είδος συναισθηματικής διαταραχής. Πρόκειται μεν για μια χρονοβόρα διαδικασία, αλλά μόνο στην περίπτωση που γίνεται διακριτός ο κύκλος της νόσου, επιτυγχάνεται ασφαλής διάγνωση. Αφού διαπιστωθεί η ύπαρξη της ασθένειας, επιλέγεται κάθε φορά ο καταλληλότερος θεραπευτικός «δρόμος» ανάλογα με το είδος και την ένταση του επεισοδίου. Ξεχωριστή θέση στην θεραπεία κατέχει το λίθιο, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί και στις δύο περιπτώσεις (επεισόδια μανίας και κατάθλιψης). Σημαντική θέση στην διπολική διαταραχή κατέχει επίσης και ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση και θεραπεία της.

Σκοπός: Της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθούν και να απαντηθούν ερωτήματα σχετικά με τον τρόπο που εμφανίζεται, την ορθή διάγνωση, την αντιμετώπιση και την θεραπεία της διπολικής διαταραχής.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, google scholar, Heal link. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Η διπολική διαταραχή είναι πλέον ευρέως αναγνωρισμένη ως μια ψυχική νόσος που χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση. Ειδικότερα, ο θεραπευτικός σχεδιασμός θα πρέπει να είναι συνεχής και αποτελεσματικός, όσο και η φαρμακευτική αγωγή, που είναι από τα βασικά στοιχεία της θεραπείας.

Συμπεράσματα: Μπορούμε να πούμε ότι στο μέλλον απαιτούνται να γίνουν σημαντικοί τομείς στο χώρο της ψυχικής υγείας, αφού η εξέλιξη και η προαγωγή αφορά το μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, οι μελλοντικές κατευθύνσεις, όσο αφορά την διπολική διαταραχή, μπορούν να εστιάσουν σε τρία σημεία: στην έρευνα, στην δημιουργία φαρμάκων με νέους μηχανισμούς δράσης, και στην εκπαίδευση.

Λέξεις ευρητηρίου: Διπολική διαταραχή, μανία, κατάθλιψη, ψυχικές διαταραχές, τύποι της διπολικής διαταραχής, νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Abstract

The disease of bipolar disorder, is undoubtedly an important social, cultural and economic problems of modern reality. Both as a 'member' of the broader group of affective disorders and as an autonomous process, has negative consequences for the person who is sick and for the environment. The very nature of bipolar disorder entails difficulty in diagnosis, making the monitoring of a procedure necessary to avoid possibly erroneous classification of the patient to another kind of emotional disturbance. This is indeed a time consuming process, but only if it is distinct cycle of the disease, safe diagnosis is achieved. After establishing the existence of the disease, selected each time the most appropriate therapeutic "way" according to the type and intensity of the episode. A special place in the treatment possesses lithium, which can be used in both cases (episodes of mania and depression). Semantics position in bipolar disorder and also holds the role of the nurse in the treatment and correction.

Purpose: of this study is to investigate and answer questions about how you see the proper diagnosis, control and treatment of bipolar disorder.

Material and Method: Carried international literature review in electronic databases PubMed, google scholar, Heal link. The material of the study where selected articles published mainly in the last decade in the English and Greek language.

Results: Bipolar disorder is now widely recognized as a mental illness that needs immediate attention. In particular, the therapeutic planning should be

continuous and effective as the medication is one of the key elements of treatment.

Conclusions: We can say that in the future needed to be important areas in the mental health field since the development and the promotion to the bigger part of the population. Specifically, future directions, as the bipolar disorder can focus on three areas: research, creation of new medicines and education and training mechanisms.

Key words: Bipolar disorder, mania, depression, mental disorders, types of bipolar disorder, nursing interventions.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η σχέση με έναν άνθρωπο που πάσχει από διπολική διαταραχή, θυμίζει βόλτα με τρενάκι του λούνα Παρκ, που χαρακτηρίζεται από εναλλαγές χαράς, ευερεθιστότητας και μελαγχολίας χωρίς προφανής αιτία. Πιθανών να αναρωτηθείτε αν έχει φταίξει κάπου και αλλάζει απότομα η συμπεριφορά του, όμως η απάντηση στο ερώτημά σας έχει πιο βαθιά αίτια, πέρα από την δική σας συμπεριφορά απέναντι σε έναν άνθρωπο. Η πρόσφατη επαφή μου με ασθενή που πάσχει από διπολική διαταραχή καθώς βρισκόμασταν στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού νοσοκομείο Ιωαννίνων κατά την διάρκεια της πρακτικής άσκησης, μας ευαισθητοποίησε και μας παρακίνησε στην επιλογή να ασχοληθούμε με αυτή την διαταραχή της διάθεσης και το ρόλο που παίζει ο νοσηλευτής στην αντιμετώπιση της.

Αν κάποιος από την οικογένεια μας έπασχε από διπολική διαταραχή τότε η πρόκληση μας θα ήτανε μεγαλύτερη? Για να χτυπήσει την δικιά μας πόρτα το ψυχικό νόσημα δεν απαιτεί και μεγάλη προσπάθεια: Εάν συνέβαινε σε ένα αγαπημένο πρόσωπο θα χρησιμοποιούσαμε λέξεις του τύπου «μην του δίνεις σημασία είναι τρελός», να τον περιγελούμε και να τον αποφεύγουμε δίνοντας του την αίσθηση στιγματισμού? ή αντιθέτως να τους δώσουμε αγάπη προσπαθώντας να τους δώσουμε κίνητρα για να συνεχίσουν?

Ο λόγος που επιλέξαμε να ασχοληθούμε στην πτυχιακή εργασία με την ψυχική νόσο διπολική διαταραχή ήτανε ένα πρόσφατο γεγονός που συνέβη σε μια φίλη μας, η οποία εδώ και πάρα πολύ καιρό παρουσίαζε τα συμπτώματα της

διπολικής διαταραχής και αναρωτιόμασταν τον λόγο που εμφάνιζε εναλλαγές στην διάθεση της μας κίνησε το ενδιαφέρον για περαιτέρω εκμάθηση.

Τέλος επιθυμούμε να ευχαριστήσουμε την υπεύθυνη της πτυχιακής εργασίας Γκούβα Μαίρη' για την αμέριστη υποστήριξη, την άμεση συνεργασία, την εμπιστοσύνη και τον πολύτιμο χρόνο που μας αφιέρωσε. Ευχαριστούμε ακόμη τους φίλους και μέλη της οικογένειά μας που μας επέδειξαν μεγάλη υπομονή, κατανόηση και ηθική συμπαράσταση καθ' όλη την διάρκεια της εκπόνησης αυτής της. Όμως πάνω από όλα αξίζει να ευχαριστήσουμε και να στηρίξουμε αυτούς τους ανθρώπους που πάσχουν από κάποιο ψυχικό νόσημα και δίνουν μάχη κάθε μέρα με τις εναλλαγές της διάθεσης.

Εισαγωγή

Στα τελευταία 15 χρόνια, η επιστήμη έχει κάνει τεράστια πρόοδο σε θέματα γνώσης για τη λειτουργία του εγκεφάλου. Παρόλα αυτά, πολλές πτυχές της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου εξακολουθούν να είναι άγνωστες. Η διπολική διαταραχή αποτελεί μία ψυχωσική διαταραχή, η οποία σε κάποια απ' τις μορφές της εμφανίζεται κατά προσέγγιση στο 3% - 6% του ενήλικου πληθυσμού. Όποιον τύπο και αν έχει η διπολική διαταραχή οι συνέπειες τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειές τους είναι συνήθως σοβαρές. Το είδος των συμπτωμάτων και η σοβαρότητά τους ποικίλουν από ασθενή σε ασθενή. Η συμπεριφορά στη φάση της μανίας μπορεί να αφήσει ανεξίτηλα σημάδια στον κοινωνικό τους περίγυρο, ενώ τα βαριά καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να αφήσουν βαριά σημάδια στην κοινωνική λειτουργικότητα του ίδιου του ατόμου. Σχετικά με το πόσες μέρες περνά ο ασθενής στην κάθε φάση, τα άτομα με διπολική διαταραχή περνούν περισσότερο καιρό, στην καταθλιπτική σε σχέση με τη μανιακή φάση. Στην παρούσα εργασία επιχειρείται να αναλυθεί η διπολική διαταραχή και να απαντηθούν ερωτήματα για τον τρόπο που εμφανίζεται, την ορθή διάγνωση, την αντιμετώπιση και θεραπεία της. Αρχικά, δίνονται οι ορισμοί των διαταραχών διάθεσης, αναφέρεται ο τρόπος που εισβάλουν στο άτομο καθώς και ποιοι παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την ανάπτυξή τους. Στη συνέχεια, περιγράφεται η κλινική εικόνα των διαταραχών αυτών και παρουσιάζονται σημαντικά στοιχεία της επιδημιολογίας τους.

Επίσης περιγράφονται τα βασικά στοιχεία και τι περιλαμβάνει η διαφορική διάγνωση της μανίας και της κατάθλιψης. Η διαγνωστική προσέγγιση χρησιμοποιεί ορισμένα διαγνωστικά κριτήρια τα οποία αναλύονται διεξοδικά. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην αντιμετώπιση και στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής. Τόσο ο σωστός θεραπευτικός σχεδιασμός που πρέπει να είναι συνεχής και αποτελεσματικός όσο και η φαρμακευτική αγωγή είναι από τα βασικά στοιχεία της θεραπείας. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι στόχοι του νοσηλευτικού προσωπικού στη νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων με κατάθλιψη και με μανία. Τέλος παρουσιάζεται ο τρόπος που επηρεάζει το στίγμα την ψυχική υγεία. Μπορούμε να πούμε ότι στο μέλλον απαιτούνται να γίνουν σημαντικές τομές στο χώρο της ψυχικής υγείας, αφού η εξέλιξη και η προαγωγή της αφορά το μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα οι μελλοντικές κατευθύνσεις όσων αφορά την διπολική διαταραχή, μπορούν να εστιάσουν σε τρία σημεία : στην έρευνα, στην δημιουργία φαρμάκων με νέους μηχανισμούς δράσης και στην εκπαίδευση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

1.1 Ορισμοί

1.1.1 Συναισθηματικές διαταραχές

Οι διαταραχές της διάθεσης είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές τις συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό. Παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, έξαρση και ο θυμός. Διακρίνουμε την συναισθηματική διάθεση από το συναίσθημα που αποτελεί την εξωτερική έκφραση της. Η εξωτερική έκφραση ενός καταθλιπτικού ή μανιακού ασθενή δεν είναι πάντα καταθλιπτική ή ευφορική (Bennett, 2010). Η έννοια του συναισθήματος εξαιτίας της μεγάλης ποικιλίας των συναισθηματικών διαταραχών καθώς και της ίδιας της πολύπλοκης φύσης των ανθρώπινων συναισθημάτων έχει ιδιαίτερη σημασία να περιγράψουμε με σαφήνεια την έννοια της διπολικής διαταραχής, έτσι ώστε να αποφύγουμε ενδεχόμενα σύγχυσης, προσεγγίζοντας ταυτόχρονα το σύνολο των συναισθηματικών διαταραχών, μέσα από το οποίο θα αναδειχθεί το επιμέρους αντικείμενο της παρούσας εργασίας.

Ας δούμε όμως τι είναι αυτό το οποίο ονομάζουμε συναίσθημα, για να αντιληφθούμε παράλληλα την ομαλή και τη διαταραγμένη κατάσταση κάθε ανθρώπου που το βιώνει (Barlow & Durand, 2001).

1.1.2 Είδη συναισθηματικών διαταραχών

- Μονοπολική (ή μείζων) κατάθλιψη: 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.
- Δυσθυμική διαταραχή (ή καταθλιπτική νεύρωση): Αποτελεί μια μακροχρόνια (διάρκειας άνω των δύο ετών), χαμηλού βαθμού κατάθλιψη, που μπορεί να διαρκέσει πολλά χρόνια ή και όλη τη ζωή ενός ανθρώπου (αν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα).
- Μανιοκατάθλιψη (ή διπολική διαταραχή): Στη διαταραχή αυτή, η μείζων κατάθλιψη εναλλάσσεται σε μανία η οποία μπορεί να διαρκεί μέρες ή εβδομάδες. Το μανιοκαταθλιπτικό άτομο κυμαίνεται από τον ένα πόλο της διαταραχής (κατάθλιψη), στον άλλο (μανία), με γρήγορες και απρόβλεπτες εναλλαγές.
- Εποχιακή συναισθηματική διαταραχή: Εμφανίζεται κατά τη διάρκεια του χειμώνα και γι' αυτό φαίνεται ότι σχετίζεται με τη μείωση της διάρκειας της ημέρας.
- Επιλόχεια κατάθλιψη: Εμφανίζεται μετά τον τοκετό σε μια από τις δέκα γυναίκες που βιώνουν την «επιλόχεια κακοδιαθεσία» (φαινόμενο που

εμφανίζεται σε 50% έως 75% των λεχώνων) εξαιτίας διαταραχής ορμονικών συστημάτων.

- Άτυπη κατάθλιψη: Η διαταραχή αυτή εμφανίζει συμπτώματα που μοιάζουν αντίθετα με αυτά της κατάθλιψης. Δηλαδή, το άτομο, αντί να κοιμάται λιγότερο, κοιμάται περισσότερο. Αντί να έχει μειωμένη ενεργητικότητα, έχει υπερκινητικότητα, αντί να έχει λιγότερη όρεξη για σεξ, έχει περισσότερη κτλ.
- Μεικτά επεισόδια συναισθηματικής διαταραχής: Μικρός αριθμός ασθενών παρουσιάζουν κατά το ίδιο επεισόδιο της ασθένειάς τους ένα μείγμα από μανιακά και καταθλιπτικά συμπτώματα.
- Κυκλοθυμική διαταραχή: Βασικό χαρακτηριστικό της είναι η μικρής βαρύτητας χρόνια εναλλαγή και διακύμανση της διάθεσης, μεταξύ χαμηλού βαθμού κατάθλιψης και υπομανίας
- Υπομανία: Χαρακτηρίζεται από συμπτώματα μανίας ελαφράς μορφής, χωρίς παραληρηματικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις.
- Διαταραχή της διάθεσης προκαλούμενη από ουσίες ή γενική ιατρική κατάσταση: Οι δύο αυτές μορφές αφορούν διαταραχές που εμφανίζονται λόγω χρήσης ουσιών ή λόγω κάποιου σωματικού - οργανικού προβλήματος (Μαδιανός, 2005).

1.1.3 Ορισμός της διπολικής διαταραχής

Οι διπολικές διαταραχές ή αλλιώς γνωστές ως μανιοκαταθλιπτικές παθήσεις είναι εγκεφαλικές διαταραχές οι οποίες προκαλούν ασυνήθιστες αλλαγές στην διάθεση, στην ενέργεια και στην ικανότητα του ατόμου για συγκέντρωση. Σε αντίθεση με τις αλλαγές στην διάθεση που συμβαίνουν στο άτομο, τα συμπτώματα των διπολικών διαταραχών είναι σοβαρά. Μπορούν να καταλήξουν σε κατεστραμμένες σχέσεις, μειωμένη εργασία, μειωμένες συμμετοχές σε σχολικές δραστηριότητες ακόμα και σε αυτοκτονία. Ο όρος διπολικός αναφέρεται στο ότι η διάθεση του ατόμου παρουσιάζει διακύμανση μεταξύ δυο συναισθηματικών πόλων: της μανίας και της κατάθλιψης. Τα άτομα με διπολική διαταραχή η οποία αποκαλείται και μανιοκαταθλιπτική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη έχουν εκδηλώσει τουλάχιστον ένα επεισόδιο μανίας ή ένα μεικτό επεισόδιο (με ταχεία εναλλαγή κατάθλιψης και μανίας την ίδια μέρα). Επεισόδια μανίας και κατάθλιψης επαναλαμβάνονται σε όλη την διάρκεια της ζωής του ασθενή (Barlow & Durand, 2001).

Είναι τυπική κλινική εκδήλωση χαρακτηριστική της διαταραχής του συναισθήματος καθώς επίσης είναι από τις πιο συχνές διαταραχές στην ιατρική αν και προκαλούν σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα συνήθως υποδιαγνώσκονται και υποθεραπεύονται και έτσι τα άτομα μπορούν να ζήσουν μια γεμάτη και παραγωγική ζωή.

Η διπολική διαταραχή είναι μια ψυχική νόσος και αναφέρεται ως μια διαταραχή της εγκεφαλικής λειτουργίας που παρουσιάζει την ιδιαιτερότητα της εναλλαγής μεταξύ δύο καταστάσεων, γεγονός που την καθιστά ξεχωριστής σημασίας (Χριστοδούλου και συν, 2004).

Είναι μια ασταθής συγκινησιακή κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από κύκλους παθολογικής, επίμονης υψηλής διάθεσης μανίας και χαμηλή διάθεση

κατάθλιψης. Τα μανιακά επεισόδια προηγούνται άμεσα σε περίπου 2/3 των ασθενών, ή έπονται άμεσα των καταθλιπτικών επεισοδίων. Η καταθλιπτική φάση της διπολικής διαταραχής είναι συχνά αδιαχώριστη από την μείζονα κατάθλιψη, αντιθέτως στην φάση της μανίας η οποία πρέπει να διαρκέσει τουλάχιστον μια εβδομάδα για να πληρεί τα κριτήρια του DSM, η διάθεση μπορεί να είναι ανεβασμένη διαχυτική ή ευερέθιστη (Barlow & Durand, 2001).

1.1.4 ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR αναφέρονται τρεις τύποι διπολικής διαταραχής:

➤ Διπολική διαταραχή I: περιλαμβάνει ένα μοναδικό μανιακό επεισόδιο ή ένα μοναδικό μικτό επεισόδιο στην διάρκεια της ζωής του ατόμου, καθένα από τα οποία διαρκεί εβδομάδες ή μήνες. Υπάρχουν άτομα τα οποία μπορεί να ταλαντεύονται μεταξύ κατάθλιψης και μανίας μέσα σε μια μέρα. Πάνω από το 50% των ατόμων με διπολική διαταραχή I παρουσιάζει τέσσερα ή και περισσότερα επεισόδια (Bennett, 2010).

➤ Διπολική διαταραχή II: Είναι μία ήπια μορφή διπολικής διαταραχής. Κυρίαρχος ρόλος σε αυτόν τον τύπο είναι τα καταθλιπτικά επεισόδια. Για να διαγνωστεί το άτομο με διπολική διαταραχή II, πρέπει να κινείται μεταξύ υπομανιακών επεισοδίων και βαριάς κατάθλιψης. Αξίζει να τονισθεί ότι το άτομο δεν θα εμφανίσει ποτέ μανιακό επεισόδιο (Kring et al, 2010).

➤ Διπολική διαταραχή III: Περιγράφεται από υποτροπιάζουσες καταθλίψεις χωρίς υπομανία, αλλά στις περισσότερες φορές με υπερθυμική ιδιοσυγκρασία και ιστορικό διπολικής διαταραχής στην οικογένεια (Αγγελόπουλος, 2009).

Τέλος αναφέρεται ότι ποσοστό 1% με 2% του ελληνικού πληθυσμού θα εμφανίσει κάποια στιγμή διπολική διαταραχή με περισσότερο προεξάρχοντα τον πρώτο τύπο (Bebbington & Ramana, 1995). Καθώς επίσης οι γυναίκες φαίνεται ότι έχουν περισσότερα καταθλιπτικά και λιγότερα μανιακά επεισόδια από ότι οι άνδρες (APA, 2000).

Ωστόσο σε αυτό το σημείο αξίζει να τονίσουμε ότι οι άνθρωποι με την διπολική διαταραχή βιώνουν περιόδους τόσο κατάθλιψης όσο και μανίας.

1.1.5 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή. Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μια αύξηση του ενδιαφέροντος για τις διαταραχές της διάθεσης και ιδιαίτερα για την κατάθλιψη. Η κατάθλιψη δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένο χώρο και χρόνο γιατί αποτελεί σημαντική αντίδραση στην ένταση. Επομένως η κατάθλιψη είναι μια διάθεση που μπορεί να παρουσιαστεί οποτεδήποτε και σε οποιονδήποτε (Κλεφταράς, 2000).

Μια κατάθλιψη μπορεί να πυροδοτηθεί από διάφορους παράγοντες: από γενετική προδιάθεση από μια σημαντική απώλεια από την τραυματική παιδική ηλικία από ένα πένθος που παρατείνεται από άγχος, από μια σοβαρή αρρώστια, κακές σχέσεις και από οικονομικές δυσκολίες (Brown, 2010). Επομένως στην περίπτωση της κατάθλιψης το άτομο αισθάνεται φοβισμένο, μελαγχολικό, αβοήθητο και απελπισμένο. Οι καταθλιπτικοί είναι γενικά αδρανείς και όταν κάνουν κάτι, αυτό δεν είναι αποδοτικό, π.χ. βηματίζουν πάνω-κάτω ή σφίγγουν αμήχανα τα χέρια τους, λένε ότι αισθάνονται δυστυχισμένοι και οι εκφράσεις του προσώπου τους δείχνουν δυστυχία (Φιλιπποπούλου, 1980).

Βέβαια σχεδόν ο καθένας μας έχει αισθανθεί περιστασιακά για σύντομο χρονικό διάστημα λύπη και απαισιοδοξία. Όταν όμως οι ψυχολόγοι και οι ψυχίατροι μιλάνε για κατάθλιψη αναφέρονται σε ένα επεισόδιο που διαταράσσει σοβαρά τη ζωή ενός ατόμου για εβδομάδες, μήνες, ακόμη και χρόνια. Ασφαλώς η κατάθλιψη μπορεί να υπάρξει και ως μονοπολική διαταραχή, έχοντας να κάνει μόνο με τον ένα πόλο (άκρο) του συναισθήματος (Χριστοδούλου και συν, 2004).

1.1.6 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΜΑΝΙΑ

Αντιθέτως η μανία είναι μία κατάσταση έντονης ευφορίας και ευερεθιστότητας η οποία συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα που παρουσιάζονται στα διαγνωστικά κριτήρια. Η ευφορία, που είναι χαρακτηριστικό συναίσθημα στην φάση της μανίας, ξεπερνά τα όρια του φυσιολογικού και γίνεται παθολογική. Η μανία ορίζεται όταν εμφανίζονται παθολογικά συμπτώματα στους τομείς του συναισθήματος των γνωστικών λειτουργιών, των σωματικών λειτουργιών και της συμπεριφοράς και ταυτόχρονα συνοδεύονται από ανεβασμένη ή ευερέθιστη διάθεση (Brown, 2010). Σε κατάσταση μανίας τα άτομα κινούνται με ταχύτητα και μιλούν γρήγορα και δυνατά, καθώς κάνουν ένα ακατάπαυστο χείμαρρο από σχόλια που μερικές φορές είναι γεμάτα λογοπαίγνια, αστεία, παρεμβολές που σχετίζονται με ερεθίσματα στο άμεσο περιβάλλον. Η διογκωμένη αυτοεκτίμηση, οι ιδέες μεγαλείου και υπεραισιοδοξίας ενδέχεται να οδηγήσουν τον ασθενή σε απaráδεκτα αφελής ή ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, στην απώλεια ελέγχου σε ζητήματα διαχείρισης των χρημάτων του, για τις οποίες μετανιώνουν όταν βρεθούν σε λιγότερη μανιακή φάση. Ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι πολλοί πάσχοντες φαίνονται εξαιρετικά ευτυχισμένοι κατά την διάρκεια του μανιακού επεισοδίου κάτι το οποίο δεν είναι πάντα αληθές. Όλες αυτές τις καταστάσεις οι άνθρωποι τα βιώνουν σε σοβαρά μανιακά επεισόδια (Αγγελόπουλος, 2009). Ενώ στην διάρκεια ελαφρών μανιακών επεισοδίων το άτομο είναι δραστήριο, ενθουσιώδες και γεμάτο αυτοπεποίθηση, μιλά συνεχώς, σπεύδει από μια δραστηριότητα στην άλλη έχει ελάχιστη ανάγκη ύπνου και κάνει μεγαλόπνοα σχέδια χωρίς να τον απασχολεί αν είναι πρακτικά εφικτά (Bennett, 2010). Μανιακά επεισόδια μπορούν να εκδηλωθούν χωρίς κατάθλιψη αλλά αυτό είναι πολύ σπάνιο όταν το άτομο βιώνει μανιακά επεισόδια συνήθως κάποια στιγμή θα ακολουθήσει και ένα καταθλιπτικό επεισόδιο (Atkinson et al, 2004). Μερικά χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής είναι:

- Η διπολική διαταραχή, όπως και η Σχιζοφρένεια, θεωρείται ψυχωσική διαταραχή με μακροχρόνια και σοβαρή πορεία.
- Η αιτιολογία της έχει σαφώς γενετικό υπόβαθρο.
- Δύσκολες και στρεσογόνες κοινωνικές καταστάσεις και γεγονότα επιβαρύνουν την εξέλιξη της διαταραχής.
- Προσβάλλονται περίπου 1 στα 100 άτομα, σε ίδια αναλογία άντρες και γυναίκες.
- Τα καταθλιπτικά επεισόδια που εμφανίζονται στη διπολική διαταραχή είναι συνήθως σοβαρά.
- Σε κάποιους ασθενείς τα επεισόδια εναλλάσσονται με μεγάλη ταχύτητα.
- Στο ενδιάμεσο των επεισοδίων το άτομο μπορεί να είναι εντελώς καλά.
- Είναι δυνατόν κάποιοι ασθενείς να εμφανίζουν σοβαρά επεισόδια μόνο κατάθλιψης, ενώ τα χαρακτηριστικά της ευφορία και υπερδραστηριότητας να είναι πολύ ήπια (υπομανία), χωρίς να δημιουργούν πρόβλημα. Τότε μιλάμε για διπολική διαταραχή τύπου II. Άλλοι μπορούν να εμφανίζουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια μόνο μανίας ή τα περισσότερα από τα επεισόδια να είναι μανιακά (Διπολική διαταραχή τύπου I) (Αγγελόπουλος, 2009).
- Διαταραχές της συναισθηματικής διάθεσης με τη μορφή ευφορίας ή ευερεθιστότητας και απρόσφορου γέλιου. Συχνά όμως κατά τη διάρκεια της ευφορίας εμφανίζεται παροδική κατάθλιψη, δηλαδή η διάθεση εναλλάσσεται και είναι ασταθής.
- Εύκολη διάσπαση της προσοχής.
- Πίεση λόγου, δηλαδή ο λόγος είναι γρήγορος και κάτω από την πίεση των σκέψεων που παράγονται ταχέως, μεταπηδά από το ένα θέμα στο άλλο (ιδεοφυγή).
- Ιδέες διογκωμένης αυτοεκτίμησης (ιδέες μεγαλείου, μεγάλη ιδέα για τον εαυτό του).
- Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, δηλαδή ο ασθενής κοιμάται λίγο, αλλά δεν αισθάνεται κουρασμένος.
- Αυξημένη δραστηριότητα-υπερκινητικότητα. Ο ασθενής εμφανίζει κινητική ανησυχία και υπερβολική εμπλοκή σε εργασιακές, κοινωνικές και σεξουαλικές δραστηριότητες. Μπορεί να αρχίσει ταυτόχρονα πολλά σχέδια, να κάνει πολλές δουλειές, όλα την ίδια μέρα, χωρίς όμως να καταφέρνει να ολοκληρώσει κανένα. Η εμπλοκή αυτή δείχνει έλλειψη κριτικής ικανότητας.

- Συχνά μάλιστα η συμπεριφορά του γίνεται επικίνδυνη και κοινωνικά ανεπίτρεπτη. Ο μανιακός ασθενής μπορεί να ξοδέψει σε λίγο χρόνο όλη του την περιουσία, αγοράζοντας άσκοπα πράγματα ή να οδηγεί απρόσεκτα και επικίνδυνα, ή να έχει αχαρακτήριστη σεξουαλική συμπεριφορά. Επίσης μπορεί να ντύνεται χτυπητά ή προκλητικά, να βιάζεται έντονα ή απρόσεκτα (γυναίκες) και να δείχνει ενοχλητική διαχυτικότητα. Τέλος, πιθανές είναι και οι πράξεις βίας, συνήθως προς το οικογενειακό περιβάλλον ή τον ίδιο τους τον εαυτό (αυτοκτονία).
- Η όρεξη παραμένει καλή, ωστόσο η αυξημένη δραστηριότητα οδηγεί σε απώλεια βάρους.
- Μπορεί να συνυπάρχουν ψυχωσικά συμπτώματα (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις) (Bennett, 2010).

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που συνοδεύει τον άνθρωπο από την αρχή της ιστορίας του. Ο Ιπποκράτης (460-370 π.χ.) ήταν ο πρώτος χρησιμοποίησε τους όρους μελαγχολία και μανία. Περιγραφές της κατάθλιψης βρέθηκαν σε σουμερικά και αιγυπτιακά κείμενα. Επεισόδια καταθλιπτικά περιγράφονται στην Παλαιά Διαθήκη όπως η ιστορία από τη Βίβλο περιγράφει πως ο Βασιλιά Σαούλ έσκισε τα ρούχα του δημόσια, πέρασε εναλλασσόμενες κρίσεις έξαρσης και βαθιάς κατάθλιψης και τελικά αυτοκτόνησε. Η ιστορία αποδίδει την συμπεριφορά του στα κακά πνεύματα, οι ψυχολόγοι θα μπορούσαν να αποδώσουν μια διπολική διαταραχή. Καθώς και στην Ιλιάδα του Ομήρου περιγράφονται επεισόδια καταθλιπτικά «αυτοκτονία του Αίαντα»(Τσιάντης, 1994).

Συγκεκριμένα, η λέξη μελαγχολία προέρχεται από το μέλας, που σημαίνει «μαύρο» και χόλος που σημαίνει «χολή». Καθώς όμως οι γλωσσικές ρίζες της λέξης μανία δεν είναι ακριβής, αφού ο Ρωμαίος ιατρός, Αυρηλιανός συμπεριελάμβανε την αρχαία ελληνική λέξη «ανία», που σημαίνει «να παράγει μεγάλη ψυχική οδύνη» και «μάνος» η οποία ερμηνεύεται ως «χαλαρός» και προσεγγίζει την υπερβολική χαλάρωση του νου και της ψυχής. Τονίζεται επίσης πως υπάρχουν τουλάχιστον πέντε ακόμα ετυμολογίες που περιβάλλουν την ακριβή ετυμολογία της λέξης «μανία». Ο Ιπποκράτης υποστήριζε ότι η μελαγχολία είναι κατά βάση μια νόσος του εγκεφάλου που αφορούσε τη φύση των χυμών του εγκεφάλου, μια συνέπεια της περίσσειας μαύρης χολής (Χριστοδούλου και συν, 2004).

Γάλλοι ψυχίατροι (Falret, Bellarger) μέχρι το τέλος του 19^{ου} αιώνα χρησιμοποιούσε τον όρο «κυκλική ψύχωση». Ο πρώτος που έκανε τον διαχωρισμό ανάμεσα στην σχιζοφρένεια και την μανιοκαταθλιπτική ασθένεια ήταν ο Γερμανός ψυχολόγος Emil Kraepelin στα τέλη του 19^{ου} αιώνα καθώς επίσης έδωσε την ονομασία μανιοκαταθλιπτική ψύχωση (Χριστοδούλου και συν, 2004).

Ο Γάλλος ψυχίατρος Jean- Etienne Dominique έκανε την πρώτη προσέγγιση σε ότι ήταν να εξελιχθεί η σύγχρονη κατάθλιψη και η «συναισθηματική μονομανία» στις αρχές τις δεκαετίας του 1800. Ωστόσο όμως η βάση της τρέχουσας σύλληψης της μανιοκατάθλιψης εντοπίστηκε στις 31 Ιανουαρίου του 1854 όταν ο Γάλλος Jules

Baillarger περιέγραψε μία διφασική ψυχική ασθένεια στην Γαλλική αυτοκρατορική ακαδημία ιατρικής η οποία προκαλούσε ταλαντώσεις μεταξύ της κατάθλιψης και της μανίας την οποία την ονόμασε "διπλής μορφής παραφροσύνη". Στην συνέχεια παρουσίασε στην ακαδημία ο Jean -Pierre Falret μια άλλη περιγραφή όσο αναφορά το τι είναι η διαταραχή την οποία όρισε ως «κυκλική ψύχωση» στις 14 Φεβρουαρίου του 1879.

Τέλος ο Γερμανός ψυχίατρος πρότεινε τους υπό-τύπους της διπολικής διαταραχής και το 1957 για πρώτη φορά εισήγαγε τον όρο διπολικός για άτομα με μανία και μονοπολικός για άτομα με καταθλιπτικά επεισόδια (Φιλιπποπούλου, 1980).

1.2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Παρατηρείται 1-3% περίπου του πληθυσμού. Είναι μια πάθηση που σπάνια εμφανίζεται πριν από την έναρξη της ήβης και συνήθως παρατηρείται στο ηλικιακό φάσμα μεταξύ 25-35 ετών ή και αργότερα αλλά η διαταραχές αυτές παρουσιάζονται όλο και συχνότερα σε παιδιά και εφήβους (Kessler et al, 2005) και εμφανίζονται παγκοσμίως. Σύμφωνα με την WHD, η διπολική διαταραχή τοποθετείται στην 14^η θέση στις αιτίες πρόκλησης φορτίου στις χώρες με υψηλό εισόδημα και στην 19^η θέση στις χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες. Πιο αναλυτικά στις αναπτυγμένες χώρες φαίνεται πως υπάρχουν 9 με 15 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 ατόμων ανά έτος. Παρόλο που τα ποσοστά επικράτησης δεν διαφέρουν μεταξύ ανδρών και γυναικών ίσως η διπολική διαταραχή είναι ελαφρώς συχνότερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες, υπάρχουν όμως και μελέτες που αναφέρουν ότι η κατανομή μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι περίπου ίδια (Kring et al, 2010).

Επίσης αναφέρεται πως στις γυναίκες το πρώτο επεισόδιο είναι πιο συχνά καταθλιπτικό ενώ στους άνδρες μανιακό, καθώς επίσης οι γυναίκες και οι άνδρες διαφέρουν στο ότι στους άνδρες τα μανιακά επεισόδια εμφανίζονται στην ίδια συχνότητα ή και σε μεγαλύτερη από τα καταθλιπτικά επεισόδια. Σε κάποιες μελέτες βρέθηκε τόσο στους ασθενείς με διπολική διαταραχή όσο και στους συγγενείς τους με αυξημένη ενασχόληση με επαγγέλματα και δραστηριότητες υψηλής δημιουργικότητας, κυρίως καλλιτεχνικής (Αγγελόπουλος, 2009). Οι Grant και συνεργάτες το 2005 βρήκαν ότι το συνολικό ποσοστό επικράτησης της διπολικής διαταραχής στον πληθυσμό των ΗΠΑ αγγίζει το 2% ωστόσο τα ποσοστά επικράτησης ήταν όμως υψηλότερα των αυτοχθόνων Αμερικανών, των ατόμων που διέμεναν μόνα τους μετά από διαζύγιο ή χηρεία, των νεαρών ενηλίκων, καθώς επίσης και των ατόμων που ανήκαν σε χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Στα άτομα αστικής και ισπανικής καταγωγής τα ποσοστά επικράτησης ήταν χαμηλότερα. Τέλος οι συγγραφείς εκτίμησαν ότι η παγκόσμια επίπτωση της διπολικής νόσου είναι

0,82 ανά 100 άτομα, δηλαδή 82% μετά από τον έλεγχο των πολλών προβλημάτων που βρέθηκαν στις επιδημιολογικές μελέτες. Η διπολική διαταραχή I έχει ίση κατανομή στα δύο φύλα (APA, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°:

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ 2.1 Παθογένεια διπολικής διαταραχής

Εφόσον όταν αναφερόμαστε στη διπολική διαταραχή αναφερόμαστε σε μια διαταραχή του ανθρώπινου συναισθήματος με τη γενικότερη έννοιά του, είναι λογικό να έχουμε να κάνουμε με μια πολύπλοκη διαδικασία, η οποία δε μπορεί να αποδοθεί σε μια μόνο αιτία, αλλά σε ένα συνδυασμό παραγόντων, με διάφορους μάλιστα βαθμούς συμμετοχής του καθενός (Getzfeld, 2009).

Τέτοιοι παράγοντες είναι :

Γενετικοί παράγοντες: Είναι ιατρικά αποδεκτό πως η ασθένεια σχετίζεται με θετικό οικογενειακό ιστορικό. Μελέτες σε οικογένειες έχουν δείξει ότι η συχνότητα της διαταραχής είναι πιο συχνή σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό (περίπου 1,5-3 φορές). Περίπου το 10-20% των γονέων και των αδελφών των διπολικών ασθενών υποφέρουν από την ίδια διαταραχή (Bennett, 2010). Επιπλέον, τα υιοθετημένα παιδιά που εμφανίζουν διπολική διαταραχή, έχουν κατά μέσο όρο, περισσότερους βιολογικούς συγγενείς με την ίδια διαταραχή από ό,τι θετούς. Γεγονός που φανερώνει τη σημασία της γενετικής προδιάθεσης, αφού τα παιδιά που έχουν υιοθετηθεί ζουν και μεγαλώνουν μακριά από τους βιολογικούς τους γονείς, σε ένα περιβάλλον σύμφωνο με τις συνήθειες και τους ρυθμούς που καθορίζουν οι θετοί τους πια γονείς. Εντούτοις, το γενετικό ίχνος που κουβαλούν είναι ικανό να τους οδηγήσει στην ασθένεια, ακόμα και στην περίπτωση που τίποτα από το νέο τους περιβάλλον δεν προδιαθέτει για κάτι τέτοιο. Ενώ μπορεί να υπάρχουν ορισμένα γονίδια, τα οποία σε μεγάλο βαθμό καθορίζουν την προδιάθεση για τη διπολική διαταραχή, άλλα γονίδια δρουν κατά τρόπο που θα μπορούσε να οδηγήσει σε οποιαδήποτε από τις διάφορες ψυχικές διαταραχές. Για παράδειγμα, το να έχει κάποιο άτομο έναν κοντινό συγγενή με κατάθλιψη αυξάνει τόσο την πιθανότητα να εμφανιστεί διπολική διαταραχή, όσο και την πιθανότητα να κάνει χρήση οινοπνεύματος ή άλλων εθιστικών ουσιών ή να

εμφανίσει κάποια αγχώδη διαταραχή. Οι προσπάθειες των μελετητών αφορούν την αποτροπή της χημικής δράσης του βλαπτικού γονιδίου. Για την πραγμάτωση αυτού του στόχου, πολλοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να προσδιορίσουν το γονίδιο ή τα γονίδια που είναι υπεύθυνα για τη διαταραχή. Μέχρι τώρα η πρόοδος είναι αδιόρατη. Σύμφωνα με μία έρευνα στην Παλαιά Κοινότητα των Amish της Πενσυλβανίας οι συγγενείς που εκδήλωσαν διπολική διαταραχή έμοιαζαν μεταξύ τους και ως προς ορισμένα γονίδια, που είναι γνωστό ότι βρίσκονται στο χρωμόσωμα 11. Ωστόσο μία επόμενη μελέτη σε μεγαλύτερο δείγμα του πληθυσμού και δύο μελέτες σε άλλους πληθυσμούς δεν βρήκαν απόδειξη σύνδεσης της διπολικής διαταραχής με το χρωμόσωμα 11 (Kring et al, 2010).

Κοινωνικοί παράγοντες: Μια συναισθηματική διαταραχή μπορεί να προκληθεί από διάφορους παράγοντες όπως μια σημαντική απώλεια, τραυματική παιδική ηλικία, παρατεταμένο πένθος, άγχος οποιασδήποτε αιτιολογίας, σοβαρή σωματική ασθένεια, οικονομικές δυσκολίες, κακές διαπροσωπικές σχέσεις και άλλα στρεσογόνα γεγονότα της καθημερινής ζωής. Ένα άτομο μπορεί να έχει ένα φυσιολογικό ή ίσως ελαφρώς καταθλιπτικό συναίσθημα για λίγες εβδομάδες ή μήνες και μετά να εισέλθει σε περίοδο σοβαρότερης κατάθλιψης. Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, η κατάθλιψη αίρεται και το άτομο αισθάνεται σχεδόν φυσιολογικά, μέχρι να εμφανιστεί το επόμενο καταθλιπτικό επεισόδιο, το οποίο μπορεί να προκληθεί από όλα εκείνα τα γεγονότα που προαναφέραμε (Kring et al, 2010). Τα γεγονότα αυτά δε χαρακτηρίζονται απαραίτητα ως «αίτια» της κατάθλιψης αλλά μάλλον αλλάζουν το χρόνο εμφάνισης και την ένταση των καταθλιπτικών επεισοδίων, μοιάζουν με τη σκόνη που προκαλεί φτέρνισμα σε ένα ασθματικό άτομο. Η σκόνη δεν αποτελεί την αιτία του άσθματος, απλώς είναι το έναυσμα για την εκδήλωση ενός επεισοδίου. Οι ορμονικές αλλαγές είναι ένα παράδειγμα γεγονότος που μπορεί να προκαλέσει καταθλιπτικό επεισόδιο. Για παράδειγμα, τέτοια επεισόδια εμφανίζουν γυναίκες αμέσως μετά τη γέννηση ενός παιδιού τους ενώ περισσότερες γυναίκες βιώνουν θλίψη για μία ή δύο μέρες μετά τον τοκετό εξαιτίας του πόνου, της συναισθηματικής αναστάτωσης, και των αλλαγών που προκαλούνται κατά την περίοδο αυτή. Ωστόσο μία γυναίκα που εμφανίζει σοβαρή και διαρκή επιλόχειο κατάθλιψη γενικώς είχε ήδη την προδιάθεση για κατάθλιψη και μπορεί να είχε εκδηλωθεί προηγουμένως με διάφορα καταθλιπτικά επεισόδια, άσχετα με τη γέννηση του παιδιού. Με λίγα λόγια η

γέννηση ενός παιδιού μπορεί να προκαλέσει ένα καταθλιπτικό επεισόδιο αλλά δεν αποτελεί τη βαθύτερη αιτία της κατάθλιψης. Οι αλλεργικές αντιδράσεις μπορούν επίσης να προκαλέσουν καταθλιπτικά επεισόδια σε ορισμένους ανθρώπους εξαιτίας της νοσοκομειακής φροντίδας (Bennett, 2010).

Νευροβιολογικοί παράγοντες: Η επίδραση νευροβιολογικών παραγόντων στη διπολική διαταραχή σχετίζεται κυρίως με τα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο. Η μείωση των επιπέδων ορισμένων νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο (κυρίως της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης), θεωρείται υπεύθυνη για την κατάθλιψη, ενώ η υπερβολική αύξηση αυτών προκαλεί την εμφάνιση της μανίας. Φαίνεται λοιπόν ότι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που τροφοδοτεί τη διαταραχή. οι αρνητικές σκέψεις και η αρνητική συμπεριφορά προκαλούν μείωση των νευροδιαβιβαστών, ενώ από την άλλη η μείωση των νευροδιαβιβαστών μπορεί να προκαλέσει αρνητικές σκέψεις και αρνητική συμπεριφορά. Οι αυξομειώσεις αυτές αφορούν εκτός από τα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών και αντίστοιχες αυξομειώσεις σε λειτουργίες όπως η νευροφυσιολογική λειτουργία του ύπνου, η νευροενδοκρινική λειτουργία και η λειτουργία νευροαπεικόνισης του εγκεφάλου. Μια τέτοια δυσλειτουργία που συνδέεται με την εγκεφαλική δραστηριότητα, είναι ο ρυθμός μεταβολισμού της γλυκόζης, ένας αξιόπιστος δείκτης της συνολικής εγκεφαλικής δραστηριότητας, ο οποίος μεταβάλλεται σε συνάρτηση με τη μανία και την κατάθλιψη. Κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου, η δραστηριότητα είναι υψηλότερη από το φυσιολογικά επίπεδα, ενώ κατά τη διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου, είναι χαμηλότερη, ειδικότερα στον αριστερό μετωπιαίο λοβό. Σε τμήματα των κροταφικών και των βρεγματικών λοβών, διάφορα άλλα δεδομένα υποδεικνύουν πως οι περισσότεροι πάσχοντες από κατάθλιψη έχουν μειωμένη δραστηριότητα στο αριστερό ημισφαίριο, ειδικότερα στον αριστερό μετωπιαίο φλοιό (Αγγελόπουλος, 2009). Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) και άλλες μετρήσεις δείχνουν μεγαλύτερη δραστηριότητα στο δεξιό ημισφαίριο από ό,τι στο αριστερό. Όταν αντιδρούν σε ένα διεγερτικό ερέθισμα, οι καταθλιπτικοί ασθενείς έχουν μικρότερη από τη φυσιολογική αύξηση στην ηλεκτρική αγωγιμότητα του δέρματος στο αριστερό χέρι. Όταν ασχολούνται με ένα γνωσιακό πρόβλημα, τα μάτια τους στρέφονται προς τα αριστερά, όχι προς τα δεξιά, όπως συμβαίνει στους περισσότερους ανθρώπους. Πολλοί άνθρωποι με βλάβη στο αριστερό ημισφαίριο εκδηλώνουν σοβαρής μορφής κατάθλιψη, ενώ λιγότεροι εκδηλώνουν τη διαταραχή με βλάβη στο δεξιό ημισφαίριο. Σε σπάνιες

περιπτώσεις, οι άνθρωποι με βλάβη στο δεξιό ημισφαίριο γίνονται μανιακοί. Σχεδόν όλοι όσοι αναπτύσσουν μανία μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, είχαν κάποια προδιάθεση για εκδήλωση μανίας, μάλλον εξαιτίας κάποιας προηγούμενης υποφλοιώδους εγκεφαλικής βλάβης ή εξαιτίας οικογενειακού ιστορικού ψυχικών διαταραχών. Ανάλογα με την ακριβή θέση της βλάβης, πολλοί άνθρωποι με βλάβη στο δεξιό ημισφαίριο αντιδρούν σε συναισθηματικού περιεχομένου ερεθίσματα, ενώ έχουν ακόμα δυσκολία στο να αποφασίσουν αν πρόσωπα δείχνουν τις ίδιες ή διαφορετικές συναισθηματικές εκφράσεις (Μαδιανός, 2005).

Ψυχολογικοί παράγοντες: Αν θεωρήσουμε ότι η κατάθλιψη προέρχεται από την απώλεια αγαπημένου αντικειμένου ή προσώπου, η μανία αποτελεί άμυνα ενάντια στην απώλεια αυτή. Επίσης μια συστηματική αρνητική ερμηνεία (αρνητικές σκέψεις - διαστρεβλωμένες αντιλήψεις) του εαυτού και της ζωής γενικότερα δημιουργεί πρόσφορο έδαφος για την εμφάνιση κατάθλιψης (Bennett, 2006).

Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες: Όπως με το θέμα του γάμου έτσι και το θέμα της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης σε σχέση με την διπολική διαταραχή είναι σύνθετο. Οι ασθενείς με διπολική I διαταραχή ανήκουν συνήθως σε κατώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις όπως προκύπτει από μελέτες τόσο στην κοινότητα όσο και από εκείνες σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, κατώτερο μορφωτικό επίπεδο, μικρότερο εισόδημα, μεγαλύτερη ανεργία και φτωχικές συνθήκες διαβίωσης, χαρακτηρίζουν τους ασθενείς. Αντιθέτως οι ασθενείς με διπολική II διαταραχή και οι συγγενείς τους πρώτου βαθμού, ανήκουν σε ανώτερες τάξεις και έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο (Αγγελόπουλος, 2009).

2.2 Κλινική εικόνα διπολικής διαταραχής

Όπως είδαμε παραπάνω, όσον αφορά στη νόσο της διπολικής διαταραχής έχουμε να κάνουμε με δύο διαφορετικές, αντίθετες μάλιστα καταστάσεις, οι οποίες εμφανίζουν απολύτως λογικά, συμπτώματα των δύο άκρων. Έτσι έχουμε **ως συμπτώματα της μανίας:**

- Υπερβολική ευφορία, ιλαρότητα, ενθουσιασμός και υπεραισιοδοξία (συχνά το άτομο που νοσεί γελά χωρίς λόγο).
- Υπερδραστηριότητα και υπερκινητικότητα (ο πάσχοντας δε μπορεί να «κάτσει» σε ένα σημείο ή να ασχοληθεί με ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή εργασία για μεγάλο χρονικό διάστημα).
- Εξωπραγματική υπερεκτίμηση των ικανοτήτων και της σπουδαιότητας του ατόμου, που νομίζει πως μπορεί να καταφέρει τα πάντα και πως υπερέχει έναντι των πάντων - Αύξηση της όρεξης για εργασία, της σεξουαλικής διάθεσης και μείωση της ανάγκης για ύπνο (φυσικά επακόλουθα της υπερδραστηριότητας που παρουσιάζουν οι πάσχοντες).
- Επιθετική συμπεριφορά του ατόμου το οποίο γίνεται εύθικτο και εύκολα μπορεί να εμπλακεί σε διαμάχες ή συμπλοκές.
- Ανάρμοστη συμπεριφορά λόγω μειωμένου ελέγχου και αδυναμίας εκτίμησης της ηθικής και κοινωνικά καθιερωμένης τάξης των πραγμάτων.
- Ιδεοφυγή (οι ιδέες του ατόμου εναλλάσσονται ταχύτατα και διαδέχονται η μία την άλλη χωρίς λογική σειρά και συνέχεια).
- Ακατανόητος λόγος, που δεν παρουσιάζει ούτε ειρμό αλλά ούτε και νόημα
- Ψευδαισθήσεις και παραληρήματα (Αγγελόπουλος, 2009 & Bennett, 2006).

2.3 Συμπτώματα της κατάθλιψης:

Η κατάθλιψη εκδηλώνεται με συμπτώματα τόσο σε συναισθηματικό νοητικό επίπεδο, όσο και σε σωματικό επίπεδο. Τα κυριότερα συμπτώματα της κατάθλιψης σε συναισθηματικό νοητικό επίπεδο είναι τα ακόλουθα (Σκαπινάκης Π., 2003).

- Αίσθημα κόπωσης (το άτομο αισθάνεται ιδιαίτερα κουρασμένο, ακόμα και αν η δραστηριότητά του δε δικαιολογεί κάτι τέτοιο).
- Ανηδονία (ο πάσχοντας δεν αισθάνεται ευχάριστα με οποιαδήποτε δραστηριότητά του, ακόμα και αν αυτή η δραστηριότητα παλιότερα του προκαλούσε ευχαρίστηση).
- Απελπισία (το άτομο που νοσεί παρουσιάζεται να έχει χάσει τις ελπίδες του για οποιοδήποτε ζήτημα τον απασχολεί).
- Διαταραχές του ύπνου (όλοι σχεδόν οι καταθλιπτικοί έχουν προβλήματα ύπνου. Κατά μέσο όρο, χρειάζονται περισσότερο χρόνο από τους περισσότερους ανθρώπους για να αποκοιμηθούν).
- Διαταραχές της όρεξης για φαγητό και σεξ. Επομένως, κατά τη διάρκεια της ημέρας αισθάνονται υπνηλία).
- Δυσκολία στη συγκέντρωση, στη μνήμη, στη λήψη αποφάσεων, αδυναμία συνεργασίας, αφηρημάδα και μειωμένη παραγωγικότητα.
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση (σκέψη, λόγος και κινήσεις σώματος).
- Σωματικές ενοχλήσεις (σωματική αδυναμία, πονοκέφαλοι, ναυτία).
- Ψευδαισθήσεις και παραληρήματα.
- Αλκοολισμός και κατάχρηση φαρμάκων (Barondes, 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο 3.1 Δυσκολίες στη διάγνωση της νόσου

Η διάγνωση της νόσου είναι μια διαδικασία που χρήζει ιδιαίτερης σημασίας και προσοχής, έτσι ώστε να μη θεωρηθεί λανθασμένα ότι πρόκειται για διπολική διαταραχή, πόσο μάλλον όταν ο «ασθενής» έχει κάτι πολύ πιο απλό που δεν απαιτεί ιατρική φροντίδα και παρακολούθηση. Έτσι αν κάποιος αισθάνεται λυπημένος και μελαγχολικός αυτό δε σημαίνει αυτόματα ότι υποφέρει από μία ψυχική διαταραχή ή ότι υπάρχει κάποια μεταβολική δυσλειτουργία στον εγκέφαλο, και θα πρέπει άμεσα να καταφύγει σε ένα θεραπευτή. Το πιθανότερο είναι πως κάτι τέτοιο δε συμβαίνει, αλλά φαντάζει πιο συνηθισμένο το φαινόμενο το άτομο να έχει κάποιους σοβαρούς λόγους να μην αισθάνεται καλά για μερικές μέρες και να αρχίσει να αισθάνεται καλύτερα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Το στοιχείο που έχει ιδιαίτερη σημασία στο σημείο αυτό, είναι ότι ένας κλινικός θα θεωρούσε κάποιο άτομο καταθλιπτικό μόνο εάν η θλίψη του ήταν επίμονη και επηρέαζε σοβαρά την καθημερινή του ζωή για μεγάλο χρονικό διάστημα (το διάστημα αυτό συνήθως υπολογίζεται σε εβδομάδες ή μήνες). Ακόμη και σε αυτή την περίπτωση, η κατάθλιψη μπορεί να μην είναι το κύριο ή το μοναδικό πρόβλημα (Barondes, 1997).

Μια μελέτη με ασθενείς στο Ίδρυμα Ψυχικής Υγείας της Καλιφόρνιας, βρήκε ότι πάνω από το 1/3 από αυτούς είχε σοβαρές, μη διαγνωσμένες σωματικές ασθένειες, που θα μπορούσαν να προκαλέσουν ψυχική καταπόνηση ή τουλάχιστον να επιδεινώσουν την ήδη υπάρχουσα. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι είχαμε λανθασμένη διάγνωση στο 1/3 των περιστατικών που παρουσίασαν καταθλιπτικό επεισόδιο αρχικά στην εξέλιξη της νόσου, μέχρι να αποδειχθεί τελικά ότι πρόκειται για διπολική διαταραχή. Ένα γεγονός, φυσικό επακόλουθο της ομοιότητας των συμπτωμάτων της νόσου της διπολικής διαταραχής με άλλες συναισθηματικές διαταραχές (ιδιαίτερα με τη μονοπολική), τουλάχιστον σε κάποιο από τα στάδια της εξέλιξής της. Στην ιδανική περίπτωση, ένας θεραπευτής, πριν αποφασίσει ότι τελικά πρόκειται για διπολική διαταραχή και

προχωρήσει σε καθιερωμένες μεθόδους θεραπείας, θα πρέπει να αποδώσει τη δέουσα σημασία σε τυχόν γεγονότα ή καταστάσεις του ασθενούς που μπορεί να οδήγησαν στην εμφάνιση συμπτωμάτων αντίστοιχων με αυτά που παρουσιάζονται κατά τη διπολική διαταραχή. Στο συγκεκριμένο σημείο έγκειται η σημασία της παρακολούθησης. Σύμφωνα με συγκεκριμένη μελέτη, το ποσοστό επιτυχημένης διάγνωσης αυξήθηκε από 22% σε 40% μέσω της συστηματικής παρακολούθησης του ασθενούς. Η επιτυχία της διάγνωσης αποτελεί ασφαλώς την απόλυτη επιθυμία τόσο του ιατρού όσο και του ασθενούς και συνδέεται άμεσα με την αντίστοιχη επιτυχία της φαρμακευτικής αγωγής (Αγγελόπουλος, 2009).

3.2 Διαγνωστικά κριτήρια

- Διαπίστωση ότι για περίπου μία εβδομάδα η διάθεση του ασθενούς είναι ανεξήγητα

«ανεβασμένη» ή σε πολύ χαμηλά επίπεδα, σύμφωνα με το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision εκτός και αν ο ασθενής νοσηλεύεται οπότε ο χρόνος είναι μικρότερος.

- Τρία ή περισσότερα από τα συμπτώματα εντοπίζονται σε σημαντικό βαθμό (αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι αν στον εξεταζόμενο εντοπιστεί κάποιο από αυτά τα συμπτώματα, αυτός δε χρήζει περαιτέρω εξετάσεων και αναλύσεων).
- Εξασφάλιση ότι τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άμεση σωματική παρενέργεια μίας ουσίας (π.χ. ναρκωτικά ή φαρμακοθεραπεία) ή σε γενική ιατρική κατάσταση (Barondes, 1997).

3.3 ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΘΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΓΙΑ ΒΟΗΘΕΙΑ

Η διπολική νόσος είναι μία σύνθετη νόσος που δεν μπορεί να θεραπευτεί. Όπως στο διαβήτη, π.χ. τα συμπτώματα μπορούν να αντιμετωπιστούν και συχνά ελέγχονται στο βαθμό που τα άτομα μπορούν να ζήσουν μία πλήρης και ουσιαστική ζωή. Ωστόσο, επειδή η διπολική διαταραχή είναι μία χρόνια νόσος, εμφανίζεται με τη μορφή επεισοδίων, απαιτεί πολλές μορφές παρέμβασης και μπορεί γρήγορα να αλλάξει, είναι καλύτερα να αντιμετωπίζεται από μία ομάδα ψυχικής υγείας. Είναι πολύ χρήσιμο για τους ασθενείς, εάν η ιατρική, εκπαιδευτική, κοινωνική, νομική και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση γίνεται από μία ομάδα ειδικών που συνεργάζονται μεταξύ τους. Παρόλα αυτά η θεραπεία χωρίς τα κατάλληλα φάρμακα είναι καταδικασμένη. Όχι απλώς θα αποτύχει, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις θα οδηγήσει σε αύξηση των συμπτωμάτων του ασθενούς. Ως ελάχιστη προσέγγιση, η θεραπεία απαιτεί τα άτομα να έχουν, καθώς και η οικογένειά τους, μια συνεχή θετική σχέση με έναν ψυχίατρο, ο οποίος μπορεί να αντιμετωπίσει ιατρικά την αλλαγή και τη μεταβολή των διπολικών συμπτωμάτων. Τα άλλα μέρη του θεραπευτικού σχήματος, όπως η εκπαίδευση, η κοινωνική υποστήριξη, οι συνεδρίες επίλυσης των οικογενειακών προβλημάτων και η κατάλληλη ψυχοθεραπεία μπορούν να γίνουν από οποιοδήποτε ειδικό ψυχικής υγείας, που γνωρίζει διπολικές διαταραχές και έχει εμπειρία στις απαιτούμενες θεραπευτικές υπηρεσίες. Μερικοί ειδικοί που είναι εκπαιδευόμενοι στην παροχή διαγνωστικής εκτίμησης, στην παρακολούθηση και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, εκτός των φαρμάκων, είναι οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι και οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές. Συχνά, ειδική και υψηλού βαθμού βοήθεια αποκατάστασης προσφέρουν οι δημιουργικοί θεραπευτές, οι κινησιολόγοι και οι λογοθεραπευτές. Το κλειδί της θεραπείας βρίσκεται στους ψυχιάτρους και σε άλλους ειδικούς της ψυχικής υγείας, οι οποίοι έχουν αντιμετωπίσει και μελετήσει τη διπολική νόσο (Schultz & Schultz, 2008).

3.4 Ο κύκλος της νόσου

Η εμφάνιση των διαφόρων συμπτωμάτων παρουσιάζει μια συγκεκριμένη εξέλιξη και διαδοχή. Αναλυτικά τα στάδια που περνάει ο ασθενής έχουν ως εξής:

I. Ο ασθενής βρίσκεται σε ευφορία, ενώ παρουσιάζει σημάδια υπερδιέγερσης μέσω της γρήγορης ομιλίας του.

II. Η υπερδιέγερση του ασθενούς μεγεθύνεται, αισθάνεται ανησυχία, μιλά όχι μόνο γρήγορα αλλά και πολύ, ενώ παρουσιάζει διαταραχές στον ύπνο.

III. Η υπερδιέγερση του ασθενούς κορυφώνεται και αυτός αισθάνεται πια ευερέθιστος, μπερδεμένος, θυμωμένος, ανίκανος να κάνει μια δραστηριότητα απόλυτα ολοκληρωμένη, ενώ δυσκολεύεται πολύ να κοιμηθεί.

IV. Ο ασθενής παρουσιάζει ηπιότερα συμπτώματα υπερδιέγερσης, θυμού και μοιάζει λιγότερο αποδιοργανωμένος, ενώ μπορεί και δίνει σημασία στο συνομιλητή του, και η σχέση του με τον ύπνο έχει βελτιωθεί.

V. Ο ασθενής μπορεί πια να συνεργαστεί για να ολοκληρώσει μια δραστηριότητα, οι ώρες του ύπνου του έχουν επανέλθει στο φυσιολογικό και αποτελεί μια φυσιολογική μονάδα ενός λειτουργικού συνόλου.

Στο τέλος του 5ου σταδίου ο κύκλος του μανιακού επεισοδίου έχει κλείσει, ενώ ακολουθεί ο κύκλος της κατάθλιψης, με το φαινόμενο να παρουσιάζει περιοδικότητα, της οποίας ασφαλώς η συχνότητα ποικίλει ανάλογα με την ένταση του φαινομένου και την ιδιοσυγκρασία του ασθενούς. Ένας κύκλος μετάπτωσης από κατάθλιψη σε μανία και από μανία σε κατάθλιψη μπορεί να διαρκέσει ένα χρόνο ή μόνο λίγες μέρες. Μερικοί ασθενείς ακολουθούν έναν τόσο ομαλό κύκλο, ώστε να είναι δυνατή η πρόβλεψη των μανιακών και των καταθλιπτικών επεισοδίων πολύ νωρίτερα (Σμιντ – Κιτσίκη, 2005).

Κατά μέσο όρο οι ασθενείς βιώνουν 4 «κύκλους» τα πρώτα 10 χρόνια της ασθένειας και είναι δυνατή η παρέλευση ετών μέχρι να εμφανιστεί το επόμενο επεισόδιο. Με τον καιρό, ο αριθμός των κύκλων αυξάνει γεωμετρικά και μπορεί να φτάσει τους 4 ανά έτος.

Η έναρξη του κύκλου βέβαια μπορεί να γίνει και από το στάδιο της κατάθλιψης και όχι απαραίτητα από το στάδιο της μανίας, αφού εκείνο που μας ενδιαφέρει στη συγκεκριμένη διαταραχή είναι η ύπαρξη εναλλαγής (Αγγελόπουλος, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4° 4.1 Στόχοι της θεραπευτικής αντιμετώπισης της διπολικής διαταραχής

είναι:

1) Η αντιμετώπιση της οξείας φάσης των επεισοδίων.

Καταθλιπτικό επεισόδιο: αντιμετωπίζεται όπως και στην καταθλιπτική διαταραχή με αντικαταθλιπτικά φάρμακα και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

Μανιακό επεισόδιο: Συνήθως απαιτείται ενδονοσοκομειακή νοσηλεία με φαρμακευτική αγωγή, δηλαδή αντιψυχωσικά φάρμακα, όπως στη σχιζοφρένεια.

2) Η παρεμπόδιση των υποτροπών.

Μετά από μια επιτυχημένη θεραπεία ενός επεισοδίου τα συμπτώματα μπορεί να υποχωρήσουν. Οποσδήποτε όμως η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να συνεχισθεί για αρκετούς μήνες ώστε να αποφευχθεί η υποτροπή. Ταυτόχρονα βοήθεια προσφέρουν και άλλου είδους παρεμβάσεις, όπως η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.

3) Η μακροχρόνια πρόληψη των επεισοδίων (θεραπεία συντήρησης).

Η θεραπεία συντήρησης διαρκεί πολλά χρόνια (μπορεί και σε όλη τη ζωή του ασθενή). Αρχίζει από τη φάση πρόληψης των υποτροπών και στηρίζεται κυρίως στα λεγόμενα φάρμακα που σταθεροποιούν τη διάθεση. Το κυριότερο είναι το λίθιο. Επίσης γι' αυτό το σκοπό χρησιμοποιούνται τα νεώτερα Αντιεπιληπτικά φάρμακα. Το αντιμανιακό φάρμακο επιλογής είναι το ανθρακικό λίθιο. 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 στον μεταβολισμό του νατρίου μέσα στα νεύρα και τους μυς (Kring et al, 2010).

4.2 Θεραπεία

Η αντιμετώπιση της ασθένειας αφορά στην αντιμετώπιση των δύο «πόλων» της ασθένειας ταυτόχρονα, ενώ απαιτείται συνδυασμός ψυχοθεραπείας και σωματικής θεραπείας έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί με επιτυχία η νόσος. Οι σωματικές θεραπείες αφορούν κυρίως στην χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα οποία αποκαθιστούν τα φυσιολογικά επίπεδα των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, ενώ για την αντιμετώπιση της μανίας χρησιμοποιείται το λίθιο, τα μείζονα ηρεμιστικά, βενζοδιαζεπίνες και άλλα αντιμανιακά φάρμακα (Barondes, 1997).

Όλα τα ερευνητικά αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα του συνδυασμού της ατομικής ή/και οικογενειακής ή ομαδικής θεραπείας με την κατάλληλη φαρμακοθεραπεία, όταν αυτή ενδείκνυται, για την αντιμετώπιση των συναισθηματικών διαταραχών. Επείγουσες καταστάσεις, όπως ιδέες αυτοκτονίας ή άρνηση λήψης τροφής, που συνοδεύουν σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές, πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα με φαρμακευτική αγωγή και νοσηλεία. Είναι πολύ σημαντικό να αναλύσουμε όλες αυτές τις θεραπευτικές μεθόδους έτσι ώστε να διερευνήσουμε στη συνέχεια το συσχετισμό τους με τις διάφορες τεχνολογίες παρακολούθησης και να εξάγουμε τα κατάλληλα συμπεράσματα για την επιτυχία της θεραπείας και την πορεία του ασθενούς. Εκείνο που πρέπει να γίνει αντιληπτό είναι ότι η θεραπεία της νόσου δεν είναι μια διαδικασία on -off αλλά μια χρονοβόρα και πολύπλοκη διαδικασία που απαιτεί προσεκτική διαχείριση (Χριστοδούλου και συν, 2004).

4.3 Ψυχοθεραπεία

Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης συνήθως επιτυγχάνεται γρήγορα και αποτελεσματικά, με διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας. Ακόμη και η βραχυπρόθεσμη ψυχοθεραπεία θεωρείται πολύ αποτελεσματική για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης (π.χ. ψυχοθεραπεία με έμφαση στην εκπαίδευση, διαπροσωπική ψυχοθεραπεία κτλ). Η ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση έχει να κάνει με την εκπαίδευση του ίδιου του ασθενούς σχετικά με τη νόσο και τον τρόπο διαχείρισής της. Ο ρόλος του ασθενούς είναι καταλυτικός στην προκειμένη περίπτωση και σχετικές μελέτες έχουν δείξει πως μια τέτοια προσέγγιση (σε συνδυασμό πάντα με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή) οδηγεί στη μείωση της πιθανότητας υποτροπής. Η γνωσιακή θεραπεία βασίζεται στην αναγνώριση και στη διόρθωση των αρνητικών νοητικών σχημάτων που χρησιμοποιεί το άτομο, τα οποία του προκαλούν την κατάθλιψη. Στο μοντέλο αυτό, οι αρνητικές σκέψεις προκαλούν τα αρνητικά συναισθήματα. Είναι δυνατό όμως και τα αρνητικά συναισθήματα να δημιουργούν αρνητικές σκέψεις. Όσο για τη θεραπεία συμπεριφοράς, θεωρείται ότι η αλλαγή της αρνητικής συμπεριφοράς του ατόμου είναι ο αποτελεσματικότερος τρόπος θεραπείας της κατάθλιψης. Αντίθετα, ο στόχος των ψυχοδυναμικών θεωριών δεν είναι απλά η ανακούφιση των συμπτωμάτων, αλλά η αλλαγή της δομής της προσωπικότητας του ατόμου. Τέλος, η συνθετική ψυχοθεραπεία συνδυάζει όλα τα προαναφερθέντα μοντέλα ψυχοθεραπείας (Getzfeld, 2009).

Ακόμα υπάρχουν τα μοντέλα της οικογενειακής θεραπείας που στηρίζεται στην αγωγή του ασθενούς εντός του οικογενειακού του περιβάλλοντος, καθώς αυτό της θεραπείας διαπροσωπικού-κοινωνικού ρυθμού, η οποία συνδυάζει τη θεραπεία συμπεριφοράς με τεχνικές διαπροσωπικών σχέσεων του ασθενούς με μέλη κοινωνικών ομάδων στις οποίες αυτός συμμετέχει και δρα. Για να επιφέρουν αποτελέσματα οι δύο αυτές θεραπείες (αποφυγή επιστροφής του ασθενούς στο νοσοκομείο ή μείωση κινδύνου αυτοκτονίας στο ελάχιστο) χρειάζονται περίπου 2 χρόνια (Heiden & Hersen, 2011).

4.4 Ψυχοφαρμακολογία

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 τις ελάχιστες δυνατές δόσεις των απαιτούμενων φαρμάκων.
- Η θεραπεία πρέπει να έχει στοχοποιήσει συμπτώματα έτσι ώστε να είναι δυνατή ή 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.
- Η διακοπή των φαρμάκων πρέπει να γίνεται με αργό ρυθμό και μεγάλη προσοχή έτσι ώστε να αποφευχθεί τυχόν υποτροπή ή σύνδρομο στέρησης του ασθενούς. - Αν είναι δυνατό, 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.

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. Η φαρμακολογική θεραπεία της διπολικής διαταραχής, σύμφωνα με την American Psychiatric Association (2002) ακολουθεί μια συγκεκριμένη «πορεία» (APA, 2002).

4.5 Λίθιο

Το λίθιο μαζί με την καρβαμαζεπίνη και τη λαμοτριγίνη συνιστούν εκείνη την ομάδα των φαρμάκων που τα χαρακτηρίζουμε ως σταθεροποιητές διάθεσης.

Το χαρακτηριστικό τους είναι ότι «δρουν από πάνω» δηλαδή επαναφέρουν τη διάθεση στα φυσιολογικά της επίπεδα όταν αυτή έχει εξάρσεις, όπως συμβαίνει στα μανιακά επεισόδια, για αυτό το λόγο άλλωστε χρησιμοποιούνται ευρέως για την αντιμετώπιση της μανίας. Στη συνέχεια, θα επιμείνουμε στο λίθιο, γιατί είναι εκείνο που χρησιμοποιείται περισσότερο αλλά και γιατί μπορεί να συνδυαστεί σε κάθε περίπτωση, ακόμα και για την αντιμετώπιση καταθλιπτικού επεισοδίου. Η θεραπευτική αξία του λιθίου ανακαλύφθηκε το 1949 από τον Cade, που παρατήρησε την κατευναστική επίδρασή του στα ζώα (Bennett, 2010). Στη συνέχεια ο ερευνητής αυτός δοκίμασε το λίθιο σε ασθενείς με διεγερτικές ψυχώσεις και βρήκε ότι και τα 10 άτομα με μανία που τους χορηγήθηκε λίθιο παρουσίασαν βελτίωση. Έρευνες στην Ευρώπη έχουν αποδείξει πέρα από κάθε αμφιβολία την αποτελεσματικότητά του ως μέσου θεραπείας της μανίας. Η απέκκριση του λιθίου από τον οργανισμό είναι κυρίως νεφρική και παρουσιάζει τις μέγιστες τιμές της κατά τις πρώτες λίγες ώρες μετά την επίτευξη των μέγιστων συγκεντρώσεών του στον ορό και μετά συνεχίζεται με αργό ρυθμό για μερικές ημέρες. Στους ενήλικους ο χρόνος ημίσειας ζωής για την εξαφάνισή του είναι περίπου 24 ± 8 ώρες. Στους ηλικιωμένους με ελαττωμένο ρυθμό σπειραματικής διήθησης ο χρόνος αυτός μπορεί να είναι σημαντικά μεγαλύτερος, μια διαφορά που μεγαλώνει σε περίπτωση νεφρικής δυσλειτουργίας. Η θεραπεία με λίθιο πρέπει να παρακολουθείται με μετρήσεις των συγκεντρώσεών του στον ορό. Τόσο οι θεραπευτικές όσο και οι τοξικές του επιδράσεις έχουν στενή σχέση με τη συγκέντρωσή του στον ορό παρά με την από στόματος δόση του. Οι συγκεντρώσεις προσδιορίζονται με μεθόδους φλογοφωτομέτρησης ή ατομικής απορρόφησης, ίδιες με εκείνες που χρησιμοποιούνται για την αντίστοιχη μέτρηση του νατρίου και του καλίου. Το λίθιο κατανέμεται σε ολόκληρη την ποσότητα του σωματικού ύδατος αν και οι συγκεντρώσεις του στους νευρώνες μπορεί να είναι κάπως μικρότερες από εκείνες που προσδιορίζονται στον ορό. Οι παρενέργειες του λιθίου μπορεί να είναι λήθαργος, αίσθημα κόπωσης και καταβολή δυνάμεων, αίσθημα του τρόμου, ναυτία, διάρροια, κοιλιακός πόνος, νεφρικά προβλήματα, οίδημα των κάτω άκρων ή του προσώπου, ηλεκτροεγκεφαλογραφικές αλλοιώσεις, διαταραχή μνήμης, βραδύτητα σκέψης, δερματολογικές αντιδράσεις, αύξηση σωματικού βάρους και τοξικότητα σε περιπτώσεις μεγάλης συγκέντρωσής του, γεγονός που καθιστά επίσης αναγκαία τη συνεχή παρακολούθηση του ασθενούς (Kring et al, 2010).

4.6 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η χρήση της ξεκίνησε με την παρατήρηση ότι μεταξύ ορισμένων ανθρώπων που υπέφεραν και από επιληψία και από σχιζοφρένεια, η αύξηση στα συμπτώματα της μιας διαταραχής συχνά σχετιζόταν με τη μείωση στα συμπτώματα της άλλης. 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. Το ινσουλινικό κώμα, ωστόσο, είναι μία τρομερή εμπειρία και είναι πολύ δύσκολο να τεθεί υπό έλεγχο. Ένας Ιταλός γιατρός, ο Ugo Cerletti μετά από χρόνια πειραμάτων σε ζώα ανέπτυξε μία μέθοδο πρόκλησης επιληπτικών κρίσεων με τη χορήγηση ηλεκτρικού ρεύματος στην κεφαλή. 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 πρακτικές μίας παλαιότερης εποχής, εφαρμόζεται με μυοχαλαρωτικά ή αναισθητικά, για να μειωθεί η δυσφορία και μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο αν ο ασθενής δώσει τη συγκατάθεσή του (Barlow & Durgal, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5° 5.1 Κατάθλιψη στην Παιδική Ηλικία

Η κατάθλιψη πριν την ηλικία των 12 ετών περιγράφηκε σαν ένα είδος ψυχονευρωτικής πάθησης που εκδηλώνεται με διαταραχές στο φαγητό και τον ύπνο ή υπερδραστηριότητα. Ως επακόλουθο μιας συμβολικής απώλειας, η κατάθλιψη σύμφωνα με τον Weinet μπορεί να εκδηλωθεί με μείωση της αυτοεκτίμησης, ενοχή και δυσθυμία, καθώς επίσης είναι συνδεδεμένη με συμπτώματα όπως επιθετικότητας, αποτυχίας στο σχολείο, άγχος αντικοινωνικές συμπεριφορές και αδύναμες σχέσεις τα οποία κάνουν την διάγνωση της διπολικής νόσου ακόμη πιο δύσκολη. Είναι γνωστό πως η κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να εμφανιστεί στην εφηβεία παρά στην παιδική ηλικία και συμβαίνει πιο συχνά στο γυναικείο φύλο παρά στο ανδρικό.

Όμως το ερώτημα είναι για ποιο λόγο τα παιδιά πάσχουν από κατάθλιψη : Κατά καιρούς έχουν προταθεί βιολογικοί, γενετικοί, γνωστικοί και περιβαλλοντικοί λόγοι. Χαρακτηριστική είναι η αναπτυξιακή θεωρία του Bowlby, η γνωστική θεωρία του Beck και η θεωρία μάθησης μείωσης της απελπισίας του Seligman. Σύμφωνα λοιπόν με την θεωρία του Bowlby, οι πρόωρες εμπειρίες, ειδικά εκείνες που περιλαμβάνουν απώλεια, δημιουργούν ένα σκηνικό το οποίο με την πάροδο του χρόνου μπορεί να επηρεάσει και να παρερμηνεύσει τις μετέπειτα εμπειρίες, όταν αυτές οι εμπειρίες περιλαμβάνουν και αυτές απώλεια σε μεγάλο βαθμό, η απώλεια αυτή οδηγεί στην κατάθλιψη. Μία άλλη θεωρία όπως προαναφέρθηκε είναι αυτή του Aaron Beck. Ο Beck υποστηρίζει ότι τα άτομα γίνονται καταθλιπτικά, γιατί κατά τη διάρκεια της πρώιμης ανάπτυξης τους έχουν νιώσει αυτό-υποβάθμιση και έλλειψη εμπιστοσύνης για το μέλλον. Τα καταθλιπτικά παιδιά κατηγορούν τους εαυτούς τους περισσότερο από ότι θα έπρεπε να βιώνουν συνέχεια αρνητικές εμπειρίες (Girand, 1995).

5.2 Η κατάθλιψη στην εφηβεία.

Καθώς οι νέες ευθύνες της ενηλικίωσης που πλησιάζει και οι δυσκολίες της σεξουαλικής ζωής γίνονται ολοφάνερες, τα συνηθισμένα συναισθήματα της δυστυχίας και της εσωτερικής αναστάτωσης εξελίσσονται για μερικούς έφηβους σε πιο σοβαρές καταθλιπτικές διαθέσεις. Ο έφηβος καταλαμβάνεται από μια αίσθηση ανικανότητας και αδυναμίας απέναντι σε γεγονότα που είναι έξω, πάνω και πέρα από τον έλεγχό του. Η ηπιότερη μορφή κατάθλιψης μπορεί να φανεί ως μια έλλειψη ψυχικής ενέργειας και ευεξίας. Στις πιο σοβαρές εκδηλώσεις της, οι έφηβοι τείνουν να είναι ευέξαπτοι και κακοδιάθετοι. Όταν η κατάθλιψη βρίσκεται στη χειρότερη μορφή της, 50 κοιμούνται λίγο, χάνουν την όρεξη τους και είναι συνέχεια απαθείς, κατηφείς και χωρίς ζωντάνια. Μερικοί έφηβοι μάλιστα επιχειρούν να αυτοκτονήσουν. Η κατάθλιψη μπορεί να καλύπτεται στην εφηβεία και να μην γίνει εύκολα αντιληπτή. Ένα άλλο πρόβλημα, κυρίως για τον γονιό που επαγρυπνεί, είναι ότι κάθε σύμπτωμα από τα παραπάνω μπορεί να εμφανιστεί φυσιολογικά στην εφηβεία χωρίς να υποδηλώνει μια καταθλιπτική διαταραχή. Οι φυσικές αλλαγές της ήβης αντιπροσωπεύουν μια δραματική μεταβολή για το παιδί και μπορεί να υπάρξει μια έξαρση των αισθημάτων λύπης. Καμιά μεταβολή δεν γίνεται χωρίς ένταση. Σε ορισμένες περιπτώσεις αυτό μπορεί να είναι η αρχή για πιο σοβαρές διαθέσεις κατάθλιψης. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να γίνει έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εφηβικής κατάθλιψης (Schultz & Schultz, 2008).

5.3 Κατάθλιψη και τρίτη ηλικία

Αν και τα ακριβή ποσοστά της κατάθλιψης και του άγχους στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας δεν είναι ακόμη γνωστά, πιστεύεται ότι μεταξύ του 10 % και του 15 % των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας παθαίνουν κατάθλιψη και περίπου το 10 % περνούν άγχος. Τα ποσοστά κατάθλιψης μεταξύ των ανθρώπων που ζουν σε οικιακές εγκαταστάσεις μέριμνας ηλικιωμένων πιστεύεται ότι είναι πολύ υψηλότερα, και κυμαίνονται από 34% μέχρι 45 %.

Η έγκαιρη διάγνωση της καταθλιψεως παραμελείται, επειδή τα συμπτώματα της συνδέονται με το γήρας ή συγχέονται με εκδηλώσεις σωματικών νόσων. Ακόμα και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι όταν νιώσουν κάποιο αίσθημα δυσαρέσκειας ή απογοητεύσεως εύκολα το συνδέουν με το γήρας. Έτσι όσο η κατάθλιψη παραμελείται τόσο πιο σύνθετη γίνεται, με αποτέλεσμα να λειτουργεί ως υπόστρωμα για την ανάπτυξη νέων προβλημάτων και επιπλοκών σε χρόνια νοσήματα και να δημιουργεί ειδικές καταστάσεις που δυσκολεύουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς (Αγγελόπουλος, 2009). Στους ηλικιωμένους ασθενείς τα σημεία και τα συμπτώματα της καταθλιψεως δύσκολα διαφοροποιούνται από εκείνα του φυσιολογικού γήρατος. Επιπλέον εκλυτικοί παράγοντες αλλά και οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς συντελούν στην ανάπτυξη αισθημάτων δυσαρέσκειας, μοναξιάς και απογοητεύσεως.

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι το πρώτο σύμπτωμα σοβαρής σωματικής νόσου ή και πρόδρομος εκδηλώσεων καταθλιπτικών συμπτωμάτων από φάρμακα που συνήθως χρησιμοποιούν οι ηλικιωμένοι. Πολύ συχνά συμβαίνει να συνυπάρχει η κατάθλιψη με κάποια σωματική νόσο. Ορισμένες φορές μπορεί σε ηλικιωμένο ασθενή με σωματική νόσο να παραβλεφθεί η κατάθλιψη και σε διαγνωσμένο καταθλιπτικό άτομο το υπάρχον σωματικό πρόβλημα να μην αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά. Τελικά η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι ιάσιμη αν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αρχίσουν ενωρίς. Αντίθετα, αν παραμεληθεί, τότε μεταπίπτει σε χρονιότητα.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στη φροντίδα του ηλικιωμένου καταθλιπτικού είναι σημαντικός, επειδή στοχεύει στην ανασυγκρότηση και στο ξαναζωντάνεμα της ζωής του. Σήμερα ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας καταθλιπτικού ηλικιωμένου ατόμου επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση αναγκών ανώτερου επιπέδου. Η φιλοσοφία αυτή βασίζεται στην ιεράρχηση των αναγκών κατά Maslow, στην οποία η αυτοεκτίμηση τοποθετείται στο υψηλότερο επίπεδο συνέχειας των ανθρώπινων αναγκών. Όταν οι νοσηλευτές κατορθώνουν να αναπτύξουν κατάλληλες διαπροσωπικές δεξιότητες, τότε είναι δυνατό να ενθαρρύνουν τον ηλικιωμένο να αποκτήσει περισσότερη αυτονομία, εμπιστοσύνη και αμοιβαιότητα στις σχέσεις του, προϋποθέσεις που είναι απαραίτητες

για την ανάπτυξη θεραπευτικού διαλόγου. Πρέπει να τονιστεί ότι για να διατηρηθεί ο ηλικιωμένος καταθλιπτικός σε επιθυμητό επίπεδο λειτουργίας θα πρέπει η ευγένεια, η καλοσύνη και η συμπάθεια να κυριαρχούν στη σχέση νοσηλεύτη – ηλικιωμένου (Πλατή, 2006).

5.4 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Η κατάθλιψη της λοχείας διαρκεί περισσότερο από μερικές ημέρες ή εβδομάδες, μπορεί να εμφανιστεί οποιαδήποτε στιγμή στη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής του παιδιού, συχνά προκαλεί πιο σοβαρά συμπτώματα και είναι λιγότερο πιθανό να υποχωρήσει με το χρόνο. Σήμερα, οι ερευνητές διαφωνούν εάν η κατάθλιψη της λοχείας μπορεί να εμφανιστεί πολύ καιρό μετά τη γέννηση. Συχνά οι άνθρωποι εκπλήσσονται όταν ανακαλύπτουν ότι δεν είναι σπάνια ψυχιατρική διαταραχή. Περίπου μία στις δέκα και μέχρι και 34 το 15% των γυναικών που γεννούν παρουσιάζουν ήπια έως σοβαρή κατάθλιψη της λοχείας. Ένας μεγάλος αριθμός επεισοδίων της λοχείας εμφανίζονται τουλάχιστον μερικώς, επειδή πολλές γυναίκες που γεννούν πάσχουν από αδιάγνωστη ή αθεράπευτη κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή. Μία μελέτη, στην οποία χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες αυτοβαθμολόγησης, σε 3.472 έγκυες γυναίκες, βρήκε ότι το 20% βαθμολογήθηκαν πάνω από το οριακό κλινικό σημείο για την κατάθλιψη. Αυτό σημαίνει ότι, με το συγκεκριμένο εξεταστικό εργαλείο βρέθηκε ότι περίπου 694 γυναίκες δικαιούνταν πλήρη εκτίμηση για κατάθλιψη.

Επίσης, μόνο το 14% εκείνων που αναγνωρίστηκαν ότι πιθανόν να έχουν κατάθλιψη πήρε θεραπεία. Οι συγκεκριμένες διαταραχές βάζουν τις μητέρες σε μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης της λοχείας και εμποδίζουν τους ιατρούς να προσφέρουν προληπτική θεραπεία και υποστήριξη (Bennett, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6° 6.1 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 εύθραυστες 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. Σε αυτό το κεφάλαιο θα εξεταστεί ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με την διπολική διαταραχή, δηλαδή η νοσηλευτική φροντίδα που αφορά ασθενείς στη φάση της κατάθλιψης αλλά και σε αυτούς που είναι στην μανιακή τους φάση (Kneisl & Trigoboff, 2009).

i. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με κατάθλιψη:

Αρχικά ο νοσηλευτής θα πρέπει να αξιολογήσει τα συμπτώματα του καταθλιπτικού ασθενή και άσχετα με τη μορφή κατάθλιψης από την οποία πάσχει, να τον αντιμετωπίσει με μια ολική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, καθώς είναι οι τρεις κύριοι παράγοντες (βιολογικοί - ψυχολογικοί - κοινωνικοπεριβαλλοντικοί) οι οποίοι ευθύνονται για την ψυχιατρική του ασθένεια. Όταν οι ασθενείς έχουν εισαχθεί σε ψυχιατρική κλινική, ακολουθείται μια μέθοδος η οποία ονομάζεται «νοσηλευτική διεργασία» και στοχεύει στην εξατομικευμένη φροντίδα του ασθενή. Η νοσηλευτική διεργασία κινείται σε τρεις βασικούς άξονες οι οποίοι κατηγοριοποιούν τις ανάγκες του πάσχοντος, και είναι :

- Οι άμεσες και επομένως επείγουσες ανάγκες του, οι οποίες σχετίζονται με την επιβίωση και την διατήρηση της σωματικής του ακεραιότητας για παράδειγμα η αποτροπή μια πιθανής απόπειρας αυτοκτονίας.
- Οι βραχυπρόθεσμες ανάγκες του οι οποίες αφορούν στην νοσηλεία, την θεραπεία και την προετοιμασία του για την απομάκρυνση και την ομαλή επανένταξη του στο κοινωνικό σύνολο.
- Οι μακροπρόθεσμες ανάγκες που στοχεύουν στην εκμάθηση της αναγνώρισης των πρώιμων συμπτωμάτων της κατάθλιψης από τους ασθενείς και τις οικογένειες τους ώστε να γίνεται έγκυρη αντιμετώπιση και συνεπώς να ελαχιστοποιείται ο χρόνος νόσησης (Wilson & Trigoboff, 2009).

Οι ανάγκες αυτές μπορούν να καλυφθούν μέσω της εκπαίδευσης που πρέπει να προσφέρει ο νοσηλευτής στους άμεσα ενδιαφερόμενους. Για να καλυφθούν επαρκώς οι ανάγκες αυτές, θα πρέπει να έχει προηγηθεί το στάδιο της «νοσηλευτικής διάγνωσης», θα πρέπει δηλαδή ο νοσηλευτής να αναγνωρίσει τα συμπτώματα του κάθε πάσχοντα

ατομικά, ώστε να μπορέσει να θέσει τους στόχους που πρέπει να επιτύχει (πχ την εξάλειψη ή ανακούφιση των συμπτωμάτων), ώστε να μπορέσει ευκολότερα να οργανώσει τις νοσηλευτικές του παρεμβάσεις οι οποίες είναι απόρροια του νοσηλευτικού σχεδιασμού. Ορισμένες νοσηλευτικές διαγνώσεις για την μείζονα κατάθλιψη ως μοναδικό επεισόδιο, την μείζονα κατάθλιψη ως υποτροπιάζων επεισόδιο και την δυσθυμία, είναι οι παρακάτω :

- Απελπισία
- Αίσθημα αδυναμίας
- Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας
- Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση ατομικών προβλημάτων
- Ανεπαρκής αυτοφροντίδα
- Κίνδυνος αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών

Ο κίνδυνος εμφάνισης αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών είναι μεγάλος και αποτελεί συνήθως την σοβαρότερη νοσηλευτική διάγνωση σε ένα καταθλιπτικό ασθενή. Θα παρουσιαστούν λοιπόν, όλα τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας που πρέπει ο νοσηλευτής να ακολουθήσει στην περίπτωση της διάγνωσης αυτοκτονικού ιδεασμού και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών ώστε να επιτύχει να την ανατρέψει. Παράδειγμα : άρρωστος με αυτοκτονικό ιδεασμό που απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει και προχωρά σε μια απόπειρα.

Παράγοντες που σχετίζονται με την συμπεριφορά αυτή :

- Ιστορικό σχετιζόμενο με προσπάθειες αυτοκτονίας σε καταθλιπτική φάση
- Προφορική έκφραση του αυτοκτονικού ιδεασμού ή του σχεδιασμού του
- Αυτοκαταστροφικές τάσεις και φανερές προσπάθειες
- Εκδηλώσεις λύπης, απόγνωσης, απελπισίας
- Απώλεια ευχαρίστησης και σκοπού στη ζωή
- Άρνηση φαγητού, φαρμάκων, φροντίδας
- Βαθμιαία απόσυρση από το κοινωνικό σύνολο
- Αίσθημα αναξιοδότηας, απώλεια αυτοεκτίμησης
- Συναισθηματική αστάθεια

Στόχοι του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο ασθενής πρέπει:

- Να παραιτηθεί από κάθε προσπάθεια και σκέψη αυτοκτονίας, εκφράζοντας επιθυμία για ζωή
- Να παρουσιάζει έκδηλη αισιοδοξία και ελπίδα για το μέλλον, κάνοντας σχέδια που περιλαμβάνουν δραστηριότητες

- Να είναι χαμογελαστός και να αντιδρά ανάλογα σε κάθε συζήτηση ή περίπτωση • Να φτάσει σε σημείο να δέχεται την ιατρική παρακολούθηση παρουσιάζοντας ταυτόχρονα συμμόρφωση στην φαρμακοθεραπεία (Mericle & Royes, 2001).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι το σύνολο των προσχεδιασμένων ενεργειών του νοσηλευτικού προσωπικού οι οποίες στοχεύουν στην επίτευξη των νοσηλευτικών σκοπών. Έτσι, στην περίπτωση ενός αυτοκτονικού ασθενή, ο νοσηλευτής πρέπει :

- Να παρατηρεί την συμπεριφορά του αρρώστου (κινήσεις, συμπεριφορά, απειλές, μοίρασμα προσωπικών αντικειμένων, εμφάνιση ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών) για να προχωρήσει στην εκτίμηση του βαθμού επικινδυνότητας για αυτοκτονία, βασιζόμενος και στο προηγούμενο ιστορικό του ασθενή (παρουσία ή όχι προηγούμενης απόπειρας). Είναι πολύ σημαντική αυτού του είδους η αξιολόγηση καθώς ο βαθμός απελπισίας του ασθενή υποδεικνύει την βαρύτητα της κατάθλιψης και τον κίνδυνο για αυτοκτονία. Το 80% αυτών που δηλώνουν ότι θα αυτοκτονήσουν, το πραγματοποιούν ενώ αυτοί που έχουν σχεδιάσει και τον τρόπο είναι πιθανότερο να βρίσκονται σε αυτό το ποσοστό. Οι πιθανότητες αυτοκτονίας αυξάνονται εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό απόπειρας ή αυτοκτονίας με συνυπάρχουσα κατάθλιψη. Οι ψυχωτικοί ασθενείς με ακουστικές ψευδαισθήσεις που τους παρακινούν για αυτοκαταστροφή, μπορεί να αυτοκτονήσουν χωρίς να δώσουν κάποια προειδοποιητικά σημάδια (Grant & Royes, 2001).
- Να επανεκτιμά την πιθανότητα αυτοκτονίας συχνά, ιδιαίτερα εάν παρατηρηθεί αλλαγή της διάθεσης, έντονη απόσυρση, αϋπνία ή υπερυπνία. Τον πρώτο μήνα της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος ενώ το 50% των αυτοκτονιών των νοσηλευόμενων ασθενών συμβαίνουν έξω από το νοσοκομείο, συνήθως στην άδεια τους. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας όμως αυξάνεται κατά πολύ εάν ο ασθενής έχει αυτοκτονικούς ιδεασμούς και την ενεργητικότητα να πραγματοποιήσει μια απόπειρα.
- Να εκφράζει στον άρρωστο το ενδιαφέρον του για την ασφάλεια του και να το αποδεικνύει εμπράκτως ώστε ο ασθενής να γίνεται δέκτης της νοσηλευτικής φροντίδας και να νιώθει αίσθημα προστασίας.
- Να παρακολουθεί στενά τον ασθενή ανάλογα με τον βαθμό επικινδυνότητας και εάν ενδείκνυται, να τον τοποθετήσει σε ένα μη απομονωμένο δωμάτιο κοντά στην στάση του νοσηλευτικού προσωπικού και να τον συνοδεύει στις μετακινήσεις του. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να προληφθεί ή έστω να διακοπεί η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

- Να αφαιρέσει αντικείμενα που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο ασθενής για μια απόπειρα αυτοκτονίας όπως ξυραφάκια, ψαλίδια, ζώνες, κορδόνια, μαντήλια, μαχαίρια και άλλα αιχμηρά αντικείμενα.
- Να ελέγξει όλα τα ατομικά είδη που έφερε ο ασθενής στο νοσοκομείο και να ενημερώσει την οικογένεια του ποια είδη θεωρούνται επικίνδυνα ώστε να μην του τα φέρνει. Αυτή είναι μια τυπική διαδικασία που ακολουθεί το νοσοκομείο και ο άρρωστος πρέπει να το γνωρίζει.
- Να παρατηρεί τον ασθενή κατά τη διάρκεια της χορήγησης των φαρμάκων ώστε να είναι βέβαιος ότι τα έχει πάρει. Ορισμένοι ασθενείς κρύβουν τα φάρμακα που τους χορηγούνται για να τα χρησιμοποιήσουν σε μια απόπειρα αυτοκτονίας ή δεν τα παίρνουν καθόλου και τα πετάνε.
- Να ενημερώνει τον ασθενή ότι θα τον παρακολουθεί ακόμη και όταν βρίσκεται στους βοηθητικούς χώρους, καθώς έχουν συμβεί και εκεί αυτοκτονίες.
- Να πραγματοποιεί συχνά «νοσηλευτικούς γύρους» στους θαλάμους και ιδιαίτερα σε ώρες που το προσωπικό προβλέπεται πως θα είναι πολύ απασχολημένο όπως και τη νύχτα , τα ξημερώματα και στις αλλαγές βάρδιας αλλά και όταν το προσωπικό είναι λιγότερο. Με αυτό τον τρόπο δεν μπορεί ο ασθενής να προβλέψει πότε θα περάσει ο νοσηλευτής από τον θάλαμο, αλλά και ο νοσηλευτής μπορεί να γνωρίζει ανά πάσα στιγμή που είναι ο ασθενής.
- Να ελέγχει συστηματικά τους χώρους όπου βρίσκονται και κινούνται οι ασθενείς για τυχόν επικίνδυνα σημεία , όπως ανοιχτές πόρτες ή παράθυρα, εύκολη πρόσβαση προς τη σκάλα ή την ταράτσα ή εκτεθειμένα απορρυπαντικά και άλλα σκευάσματα που μπορεί να τα χρησιμοποιήσει για απόπειρα αυτοκτονίας. Απαιτείται επίσης από τον νοσηλευτή συνεχής προσπάθεια και προσοχή για την ελαχιστοποίηση των ευκαιριών αυτοκαταστροφής του ασθενή.
- Να έρθει σε συμφωνία με τον ασθενή για το τι θα κάνει ο ίδιος αλλά και τι ο άρρωστος για την ασφάλεια του δεύτερου. Η συμφωνία αυτή πρέπει να γίνεται και εγγράφως για να την έχει ο ασθενής στα χέρια του καθώς και ένα αντίγραφο της πρέπει να επισυναφθεί στο φύλλο νοσηλείας του ασθενή και να είναι υπογεγραμμένο από τον ίδιο και από τον αρμόδιο νοσηλευτή. Η συμφωνία αυτή ουσιαστικά τεκμηριώνει τα μέτρα που θα ληφθούν σε περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας , ανάλογα με τον ασθενή και προωθεί την επικοινωνία, ιδιαίτερα ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον ασθενή και δίνει στον δεύτερο ευκαιρία να αξιολογήσει μόνος του τη νοσηλεία του.
- Να ενθαρρύνει τον ασθενή και την οικογένεια του να εκφράσουν τυχόν απορίες για την φαρμακευτική αγωγή ή άλλη προγραμματισμένη θεραπεία αλλά και τα

συναισθήματα τους. Είναι επίσης επιφορτισμένος με το καθήκον να τους λύνει τις απορίες αυτές και να τους στηρίζει.

- Να χορηγεί στους ασθενείς με συνέπεια και υπευθυνότητα τα αντικαταθλιπτικά που έχει παραγγείλει ο θεράπων ιατρός αλλά και να εξασφαλίζει την συμμόρφωση τους στη θεραπεία. Η δράση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων ως διορθωτικά της διάθεσης αρχίζει μετά τις τρεις εβδομάδες περίπου από την αρχή της χορήγησής τους. Για τον λόγο αυτό, στην περίπτωση ενός αυτοκτονικού ασθενή το διάστημα από την αρχή της χορήγησης των αντικαταθλιπτικών μέχρι την αρχή της δράσης τους μπορεί να χρειαστούν κάποιες άλλες μορφές θεραπείας για την προστασία του ασθενή. Σε περίπτωση που τα φάρμακα δεν δράσουν και ο ασθενής συνεχίζει να εκδηλώνει αυτοκτονικούς ιδεασμούς, να έχει αϋπνίες να μην τρώει και να μην πίνει υγρά μια θεραπεία εκλογής μπορεί να είναι και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Ο ασθενής μπορεί να εκφράσει μεγάλο φόβο για την θεραπεία αυτή, ο νοσηλευτής όμως θα πρέπει να κατανοήσει την αντίδραση του αυτή και να του εξηγήσει πως η κατάσταση της ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μια εναλλακτική θεραπεία η οποία θα πραγματοποιηθεί για την προαγωγή της υγείας του, και την ανακούφιση των ανεπιθύμητων συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Δεν πρέπει ο νοσηλευτής να έχει αρνητική στάση προς την ηλεκτροσπασμοθεραπεία μεταδίδοντας έτσι στον ασθενή περισσότερο φόβο και τελικά να τότε θα δημιουργήσει σύγχυση και άρνηση της θεραπείας (Eby & Brown, 2009).
- Να βοηθήσει τον ασθενή να ανατρέψει το αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό σύστημα θεώρησης της ζωής του, του εαυτού του και του κόσμου γενικότερα σε θετικό και ρεαλιστικό. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να επιτευχθεί η μείωση του αισθήματος αναξιότητας και αδυναμίας που νιώθει ένας καταθλιπτικός ασθενής και να αυξηθεί ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμηση του (γνωστική θεραπεία).
- Να στηρίζει και να ενισχύει τον ασθενή στην προσπάθεια του για διατύπωση κατορθωτών στόχων γιατί οι κατορθωτοί στόχοι είναι πιθανότερο να επιτευχθούν, αποφέροντας έτσι ταχύτερα ικανοποιητικές αμοιβές.
- Να παροτρύνει τον ασθενή να ασχολείται σχολαστικά με την προσωπική του υγιεινή, την καλή του εμφάνιση και την σωστή διατροφή του. Η επαρκής αυτοφροντίδα στοχεύει στην προαγωγή της υγείας και στην ανύψωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και της αυτοεκτίμησης του.
- Να ενημερώσει τον ασθενή για την προοπτική της ανάρρωσης από την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό και ότι ο ίδιος καθώς και το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό θα τον στηρίξουν και θα τον βοηθούν στον δρόμο προς την ίαση.

- Να επαινεί τον άρρωστο για κάθε θετική προσπάθεια αυτοαξιολόγησης, αυτοελέγχου και διαμόρφωσης ρεαλιστικών στόχων από μέρους του. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να τονωθεί το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και να αναζωπυρωθεί η ελπίδα για ανατροπή της άσχημης ψυχολογικής του.
- Να συνεργαστεί με τον ασθενή και την οικογένειά του το διάστημα πριν την έξοδο του από το νοσοκομείο, αποσκοπώντας στην κατανόηση και την αντιμετώπιση των διαπροσωπικών τους εντάσεων. Σύμφωνα με μια νοσηλευτική έρευνα, η ενσωμάτωση της οικογένειας στον προγραμματισμό της μετανοσοκομειακής φροντίδας του καταθλιπτικού ασθενή, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ικανοποίησης της οικογένειας λόγω της συνεργασίας του ασθενή, μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα του ασθενή στην καθημερινότητα και την αύξηση της χρησιμοποίησης των κοινοτικών υπηρεσιών υγείας από τον ασθενή, όταν αυτό ήταν απαραίτητο (Eby & Brown, 2010).

ii. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με μανία

Στα πλαίσια της φροντίδας ενός ασθενή με μανία, ο νοσηλευτής θα πρέπει να θέσει αρχικά ορισμένες προτεραιότητες, κάποιες από τις οποίες είναι και οι παρακάτω :

- Η προστασία της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του ασθενή και των ανθρώπων του περιβάλλοντός του, από τις συνέπειες τις υπερκινητικής του συμπεριφοράς.
- Η εκπλήρωση των καθημερινών βασικών αναγκών όπως η σωστή διατροφή, η επαρκής ανάπαυση και η τήρηση των κανόνων της προσωπικής και μη υγιεινής.
- Η ενίσχυση της προσπάθειας για αυτονομία και υπευθυνότητα και η σωστή καθοδήγηση του ασθενή για προσανατολισμό στην πραγματικότητα και σε ρεαλιστικές λύσεις των προβλημάτων του.
- Η παρακίνηση του ασθενή και της οικογένειάς του για συμμετοχή στην μετανοσοκομειακή παρακολούθηση και φροντίδα στα πλαίσια της κοινότητας. Ο νοσηλευτής κατά την επικοινωνία του με έναν μανιακό ασθενή, θα πρέπει να τηρεί κάποιες αρχές. Να χρησιμοποιεί μια σταθερή και ήρεμη προσέγγιση ώστε να παρέχει στον ασθενή που είναι εκτός ελέγχου, οργάνωση και έλεγχο και να του εμπνέει το αίσθημα της σιγουριάς.

□ Να εκφράζεται με σύντομες και περιεκτικές φράσεις, έτσι ώστε ο ασθενής να περιορίζει την προσοχή του σε αυτές τις σύντομες φράσεις και να τον κατανοεί καλύτερα.

- Να κρατάει ουδέτερη στάση, αποφεύγοντας κάθε είδους αντιπαραθέσεις ασκώντας κριτική και κάνοντας επίδειξη δύναμης. Τα κριτικά σχόλια και οι ασυνέπειες μπορεί να χρησιμοποιηθούν από τον άρρωστο ως δικαιολογία για λογομαχίες και δημιουργία εντάσεων με επακόλουθη κλιμάκωση της μανίας.

- Εάν το νοσηλευτικό προσωπικό οριοθετήσει εξαρχής την σχέση με τον ασθενή συγκεκριμενοποιώντας τις προσδοκίες που έχει από αυτόν και κρατάει σταθερά αυτά τα όρια, ελαχιστοποιείται η πιθανότητα χειρισμού και εκμετάλλευσης του προσωπικού από τον ασθενή.
- Να διατηρεί ουδέτερη στάση και να δημιουργεί περιβάλλον ηρεμίας στις συζητήσεις τους αποφεύγοντας ειρωνικά σχόλια, αστειύσμούς και ετυμολογίες. Με αυτόν τον τρόπο ελαχιστοποιείται η μανιακή ένταση ενώ τα γέλια με τον μανιακό ασθενή δηλώνουν έλλειψη σεβασμού προς τον ίδιο και τις ανάγκες του.
- Να πραγματοποιούνται συχνές συναντήσεις όλως των μελών του προσωπικού με στόχο τον προγραμματισμό της κοινής και σταθερής στάσης που πρέπει να κρατούν απέναντι στους ασθενείς και την τοποθέτηση σαφών ορίων στη σχέση τους. Είναι πολύ σημαντική η συνέπεια στην τήρηση των ορίων από την πλευρά των μελών του προσωπικού ώστε να ελαχιστοποιείται ο χειρισμός τους από τον ασθενή.
- Οι αποφάσεις που θα παίρνονται στις συναντήσεις των μελών του προσωπικού θα πρέπει να ανακοινώνονται στους ασθενείς μαζί με τις συνέπειες που πρόκειται να υποστούν σε περίπτωση που δεν τις τηρούν. Η ανακοίνωση αυτή θα πρέπει να περιέχει σαφείς και απλές προτάσεις ώστε ο ασθενής να κατανοήσει τους λόγους της λήψης των φαρμάκων και τυχόν περιοριστικά μέτρα που μπορεί να παρθούν εάν δεν μπορεί ο ίδιος να ελέγξει την συμπεριφορά του, αλλά και να αισθάνεται έναν συνεχή εξωτερικό έλεγχο (Grant & Royes, 2001).
- Εάν ο ασθενής εκφράζει σε μόνιμη βάση παράπονα, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να τα ακούει αλλά και να προχωράει στις κατάλληλες ενέργειες και στην λήψη μέτρων για την εξάλειψή τους. Ο ασθενής έτσι νιώθει λιγότερη αδυναμία και αυξάνεται η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμηση.
- Σε περίπτωση άσεμνης και ανεύθυνης συμπεριφοράς από την πλευρά του ασθενή, το προσωπικό θα πρέπει να αντιδρά με ηρεμία και να αποδέχεται την συμπεριφορά αυτή. Με αυτή τη στάση του προσωπικού υγείας αντικρούεται η ασυνείδητη προσπάθεια του ασθενή να προκαλέσει θυμό στον νοσηλευτή και να τον οδηγήσει σε παράλογη συμπεριφορά με αποτέλεσμα την διατήρηση της μανιακής συμπεριφοράς.
- Να καταβάλλεται προσπάθεια διοχέτευσης της υπερβολικής ενεργητικότητας του ασθενή σε πιο δημιουργικές και εποικοδομητικές ασχολίες. Η προσοχή του μανιακού ασθενή αποσπάται πολύ εύκολα, έτσι ο νοσηλευτής έχει στα χέρια του ένα αποτελεσματικό εργαλείο για να πραγματοποιήσει την θεραπευτική του παρέμβαση (Rana & Upton, 2010).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι οι ακόλουθες :

- Η συστηματική χορήγηση των παραγγελθέντων φαρμάκων σε συνδυασμό με μια υπεύθυνη παρακολούθηση της διαδικασίας της λήψης τους και η συνεργασία με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα για τυχόν αλλαγές στο θεραπευτικό σχήμα.
- Η επιδοκίμασία των προσπαθειών του ασθενή για χειρισμό των στρεσογόνων περιστατικών χωρίς επιθετικότητα και άσκηση βίας. Ο έπαινος μπορεί να αυξήσει το αίσθημα της επιτυχίας και ίσως οδηγήσει τον ασθενή στον να επαναλάβει την συγκεκριμένη συμπεριφορά.
- Η ομαδική συζήτηση όλων των μελών του προσωπικού του τμήματος με θέμα την επιθετική συμπεριφορά κάποιων ασθενών και η ανάλυση των περιστατικών επιθετικής συμπεριφοράς που έλαβαν χώρα μπορεί να οδηγήσουν στην διαπίστωση των ερεθισμάτων που προηγήθηκαν, των παραγόντων που τα προκάλεσαν και των πρώιμων ενδεικτικών σημείων μιας ανερχόμενης διέγερσης. Η ενημέρωση της κλινικής εικόνας του ασθενή είναι σημαντική, καθώς με αυτό τον τρόπο μπορεί το προσωπικό να παρεμβαίνει εξατομικευμένα και έγκαιρα με σκοπό την πρόληψη της έκρηξης ή της επιθετικότητας του ασθενή (Doenges, 1989)
- Η συζήτηση με τον ασθενή με σκοπό την επισήμανση από τον ίδιο, τον προηγθέντων της διέγερσης γεγονότων αλλά και την ανεύρεση των πιθανών αιτιών της. Οι συζητήσεις αυτές πρέπει να γίνονται σε ώρες που ο ασθενής είναι ήρεμος. Η έγκαιρη αναγνώριση της επικείμενης διέγερσης και από τον ίδιο τον ασθενή είναι αρκετά σημαντική, καθώς τον βοηθάει να αποφεύγει τις βίαιες συμπεριφορές σχεδιάζοντας εναλλακτικές αντιδράσεις.
- Η αποφυγή της καθυστέρησης της εκπλήρωσης των αιτημάτων του ασθενή είναι αρκετά βοηθητική, συνδυασμένη με την σύσταση εναλλακτικών μεθόδων αντιμετώπισής τους. Ένας μανιακός ασθενής είναι συνήθως και υπερκινητικός πράγμα το οποίο σημαίνει ότι δεν έχει υπομονή, δεν μπορεί να περιμένει και η αδικαιολόγητες καθυστερήσεις του προκαλούν επιθετική συμπεριφορά. Σε περίπτωση που πρέπει ο νοσηλευτής να αρνηθεί να εκπληρώσει κάποια επιθυμία του, μπορεί να του ελαττώσει το στρες που θα του προκαλέσει η κατάσταση αυτή, αποσπώντας του την προσοχή σε κάτι άλλο.
- Η αποφυγή λογομαχίας με τον ασθενή όταν αυτός εξωπραγματικές ιδέες και ιδέες μεγαλείου, αποφεύγοντας έτσι και την επικείμενη διέγερση.
- Όταν ο νοσηλευτής αναγνωρίσει τα σημάδια μιας ανερχόμενης διέγερσης ή και όταν αυτή είναι στα αρχικά στάδια της ανάπτυξής της, η παρέμβαση του είναι

απαραίτητη και αρκετά βοηθητική στο να επανακτήσει ο ασθενής τον αυτοέλεγχό του, να προληφθεί η κλιμάκωση της διέγερσης προτού φτάσει στην βίαιη συμπεριφορά και η θεραπεία που εφαρμόζεται να έχει όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικό χαρακτήρα. Η παρέμβαση αυτή μπορεί να είναι κάποια λεκτική καθοδήγηση προς την κατεύθυνση μιας πιο παραδεκτής συμπεριφοράς, η απομάκρυνση του ασθενή από το σημείο της έντασης, η τοποθέτηση του σε ένα πιο ήσυχο δωμάτιο με την έγκριση του ίδιου ή η εφαρμογή ενδεδειγμένων περιοριστικών μέτρων σύμφωνα με το ειδικό πρωτόκολλο του τμήματος. Όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ότι μορφή και να έχουν θα πρέπει πάντοτε να συνοδεύονται από τις απαραίτητες εξηγήσεις προς τον ασθενή.

- Κατά την διάρκεια της αντιμετώπισης των προβλημάτων που μπορεί να εκδηλώσει ο μανιακός ασθενής, ο νοσηλευτής δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να ξεχνά ότι ο ψυχικά πάσχων άνθρωπος στον οποίο αναφέρεται, είναι μοναδικός και ιδιαίτερος και πρέπει να τον βοηθά να διατηρεί αυτά τα χαρακτηριστικά (Mericle & Royes, 2001).

Συμπερασματικά στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με κατάθλιψη οι στόχοι του νοσηλευτικού προσωπικού επιτυγχάνονται όταν ο ασθενής: Διακατέχεται με το αίσθημα επιθυμίας για ζωή και παραιτείται από κάθε σκέψη αυτοκτονίας. Παρουσιάζει έκδηλη αισιοδοξία και ελπίδα για το μέλλον. Είναι χαμογελαστός και αντιδρά ανάλογα σε κάθε συζήτηση. Δέχεται την ιατρική παρακολούθηση και συμμορφώνεται στην φαρμακοθεραπεία. Στη νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με μανία οι στόχοι του νοσηλευτικού προσωπικού επιτυγχάνονται όταν ο ασθενής: Εξωτερικεύει το θυμό και τα υπόλοιπα αρνητικά του συναισθήματα με τρόπο κοινωνικά αποδεκτό. Αντικαθιστά την επιθετική συμπεριφορά, τις απειλές και τους εκφοβισμούς με άλλες τεχνικές λύσεις των προβλημάτων του, τις οποίες διδάσκεται από τον νοσηλευτή. Εκδηλώνει αυξημένη αυτοεκτίμηση. Δείχνει ότι έχει αυτοέλεγχο, με ταυτόχρονη σταδιακή μείωση της υπερκινητικότητας του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα που απορρέουν από τα παραπάνω, αλλά και από το σύνολο αυτής της εργασίας, είναι πως πρέπει στο μέλλον να γίνουν σημαντικές τομές στο χώρο της ψυχικής υγείας, αφού η εξέλιξη και η προαγωγή της αφορά το μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα οι μμελλοντικές κατευθύνσεις όσων αφορά την διπολική διαταραχή μπορούν να εστιάσουν σε τρία σημεία : στην έρευνα, στην δημιουργία φαρμάκων με νέους μηχανισμούς δράσης και στην εκπαίδευση. Οι έρευνες για την κατανόηση των νευρωνικών κυκλωμάτων και γενικότερα των εγκεφαλικών λειτουργιών σε διπολικούς ασθενείς σε σύγκριση με μη πάσχοντες, οι οποίες βασίζονται στην λειτουργική απεικόνιση του εγκεφάλου αλλά και στην μοριακή βιολογία, μπορούν να προσφέρουν περαιτέρω αποσαφήνιση της παθογένεσης και της κληρονομικότητας της νόσου. Η ανάγκη για παραγωγή νέου τύπου φαρμάκων υποδηλώνεται από το γεγονός ότι διαθέσιμες θεραπείες δεν καλύπτουν τις ανάγκες όλου του φάσματος των ασθενών αλλά και ότι σε αρκετά φάρμακα καταγράφονται υψηλά ποσοστά ανεπιθύμητων ενεργειών. Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές φορές η ρίζα των προβλημάτων προέρχεται μέσα από την ίδια την οικογένεια οπότε εκεί μπορούν να βρεθούν και οι λύσεις τους. Θα πρέπει να σημειωθούν σημαντικές ενέργειες για την απομάκρυνση του στίγματος. Προς αυτή την κατεύθυνση βαδίζει η ενημέρωση και η εκπαίδευση ενός ευρύτερου κοινού η οποία υπολείπεται των προσπαθειών που γίνονται για άλλα σωματικά νοσήματα. Η σωστή επένδυση δημοσίου χρήματος για την δημιουργία προγραμμάτων ενημέρωσης και εκπαίδευσης για την διπολική διαταραχή, μπορεί να μειώσει τις προκαταλήψεις που υπάρχουν κατά των ασθενών αυτών , μπορεί ακόμα και να ελαχιστοποιήσει το γενικότερο χρηματικό κόστος της διπολικής διαταραχής που προέρχεται από τις εισαγωγές των ασθενών αλλά και από την αλόγιστη χρήση φαρμάκων, και είναι προς το παρόν αρκετά υψηλό. Τέλος, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προτείνει λύσεις με αφορμή τον έλεγχο και την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας όπως επίσης εκτίμηση και καταγραφή της ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

ΑΝΑΛΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ Ελένη:

Ευχάριστη, Έξυπνη και Απελπισμένη

Η κ. Ελένη είναι σύζυγος ενός γνωστού γιατρού παθολόγου και μητέρα 3 παιδιών. Οι οικογένεια ζει σε ένα παραδοσιακό μεγάλο σπίτι σε ένα χωριό των Ιωννίνων. Η κ. Ελένη είναι σχεδόν 50 ετών, τα μεγαλύτερα παιδιά δεν μένουν πια στο σπίτι και ο μικρότερος γιός, ο δεκαπεντάχρονος Θανάσης, αντιμετώπιζε προβλήματα στο σχολείο και φαινότανε πολύ αγχωμένος. Η κ. Ελένη μαζί με τον δεκαεξάχρονο Θανάση επισκεφτήκανε τον ψυχολόγο τον κ. Μιχάλη για να ανακαλύψει τις αιτίες αυτών των προβλημάτων.

Καθώς έμπαιναν στο γραφείο του ψυχολόγου ο κ. Μιχάλης παρατήρησε ότι η κ. Ελένη ήταν καλοντυμένη, κεφάτη, απλή και ευπαρουσίαστη. Άρχισε να μιλάει για την υπέροχη και ευτυχισμένη οικογένεια της πριν ακόμα εκείνη και ο Θανάσης καθίσουν στις καρέκλες. Ο Θανάσης αντίθετα ήταν ένας πολύ ήσυχος και συγκρατημένο παιδί. Φαινόταν ανακουφισμένος που δεν χρειαζόταν να μιλήσει πολύ κατά την διάρκεια της συνάντησης. Προτού καθίσει η κ. Ελένη είχε αναφερθεί στις προσωπικές αρετές και τα επιτεύγματα του άνδρα της και στην ευφυΐα και την ομορφιά ενός από τα παιδιά της ενώ ήταν έτοιμη να περιγράψει και το δεύτερο παιδί. Όμως πριν τελειώσει παρατήρησε ένα βιβλίο για τις συναισθηματικές διαταραχές και έχοντας διαβάσει πάρα πολλά για αυτό το θέμα, άρχισε να αναφέρει διάφορα προβλήματα που σχετιζόταν με το άγχος και τα οποία μπορεί να βασάνιζαν τον Θανάση.

Εν τω μεταξύ ο Θανάσης καθόταν σε μια γωνιά με μία έκφραση που φαινόταν να κρύβει έντονη ενόχληση και αβεβαιότητα για το τι άλλο θα μπορούσε να κάνει η μητέρα του. Ο ψυχολόγος μας ενημέρωσε ότι έγινε ξεκάθαρο καθώς η συζήτηση προχωρούσε κατάλαβε ότι ο Θανάσης υπέφερε από ψυχαναγκαστική- καταναγκαστική διαταραχή, η οποία εμπόδιζε την αυτοσυγκέντρωσή του μέσα και έξω από το σχολείο: αποτύχανε σε όλα του τα μαθήματα.

Έγινε επίσης σαφές ότι η κ. Ελένη βίωνε ένα επεισόδιο υπό μανίας, γεγονός που ήταν έκδηλο στο αχαλίνωτο ενθουσιασμό της, στις ιδέες μεγαλείου στην αδιάκοπη ομιλία της. Επίσης ανέφερε ότι χρειαζόταν πολύ λίγο ύπνο τον τελευταίο καιρό. Η προσοχή της αποσπόταν πολύ εύκολα γεγονός που έγινε φανερό όταν ενώ συζητούσε για τα παιδιά της ξαφνικά άρχισε να μιλά για το βιβλίο που είδε πάνω στο γραφείο όταν ρωτήθηκε

για την δική της ψυχολογική κατάσταση η κ. Ελένη παραδέχτηκε με ειλικρίνεια ότι ήταν μανιοκαταθλιπτική (η παλιά ονομασία της διπολικής διαταραχής) και ότι είχε ταχείες και συνεχές αλλαγές στην διάθεση: την μια στιγμή αισθανότανε ότι μπορούσε να κάνει τα πάντα ενώ την άλλη ένιωθε φοβερή κατάθλιψη. Ανέφερε ότι ακολουθούσε φαρμακευτική αγωγή για αυτή την κατάσταση. Αμέσως αναρωτήθηκε ο ψυχολόγος εάν η ψυχαναγκασμοί του Θανάση είχαν κάποια σχέση με την κατάσταση της μητέρας.

Ο Θανάσης ακολούθησε εντατική θεραπεία για τους ψυχαναγκασμούς και τους καταναγκασμούς του, χωρίς να κάνει μεγάλη πρόοδο. Μας είπε ότι η ζωή στο σπίτι του γινότανε πολύ δύσκολη όταν η μητέρα του είχε κατάθλιψη. Μερικές φορές η κ. Ελένη έμενε ξαπλωμένη στο κρεβάτι της για τρεις εβδομάδες. Κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου έμοιαζε να βρίσκεται σε νάρκη, και ουσιαστικά ήταν ανίκανη να μετακινηθεί για μέρες. Τα παιδιά αναλάμβαναν να φροντίζουν τον εαυτό τους και την μητέρα τους. Και καθώς τα μεγαλύτερα παιδιά είχαν φύγει από το σπίτι το βάρος έπεφτε στον Θανάση. Η κατάθλιψη της Ελένης μειωνότανε μετά από τρεις εβδομάδες και αμέσως περνούσε σε μια κατάσταση υπομανίας που κρατούσε αρκετούς μήνες. Κατά την διάρκεια της υπομανίας η Ελένη ήτανε κατά το μεγαλύτερο μέρος ευχάριστη και διασκεδαστική. Στην συνεδρία που είχε ο ψυχολόγος με τον ψυχοθεραπευτή της αποκαλύφθηκε ότι η κ. Ελένη είχε πάρει ισχυρή φαρμακευτική αγωγή που δεν είχε καταφέρει να ελέγξει τις αλλαγές στην διάθεσή της. Η κ. Ελένη υπέφερε από διπολική διαταραχή τύπου ΙΙ στο πλαίσιο της οποίας η μείζον κατάθλιψη εναλλάσσεται με επεισόδια υπομανίας και όχι με επεισόδια πλήρους μανίας. Όπως αναφερθήκαμε παραπάνω τα επεισόδια υπομανίας είναι λιγότερο σοβαρά. Αν και ήτανε σημαντικό <<ανεβασμένη>> η κ. Ελένη λειτουργούσε αρκετά καλά όταν βρισκότανε σε αυτή την κατάσταση. Τα συμπτώματα που αποτελούν τα κριτήρια για την διάγνωση της διπολικής διαταραχής Ι είναι τα ίδια εκτός από το γεγονός ότι το άτομο βιώνει επεισόδια πλήρους μανίας. Όπως και την περίπτωση της καταθλιπτικής διαταραχής για να διακρίνονται τα επεισόδια της μανίας μεταξύ τους πρέπει να υπάρχει ένα ανενεργό διάστημα τουλάχιστον δύο μηνών ανάμεσα στο ένα και στο άλλο. Αλλιώς ένα επεισόδιο θεωρείται ως μια συνέχεια του προηγούμενου.

Σύμφωνα με την αφήγηση του ψυχοθεραπευτή του κ. Μιχάλη όσον αφορά την περίπτωση της κ. Ελένης, οι ψυχοθεραπευτές συνέχιζαν να παρακολουθούν τον γιό της Θανάση για αρκετούς μήνες. Η πρόοδος που έκανε μέχρι το τέλος της σχολικής χρονιάς ήταν πολύ μικρή. Επειδή η απόδοση του Θανάση στο σχολείο δεν ήταν καθόλου καλή, ο διευθυντής του σχολείου πληροφόρησε τους γονείς του ότι δεν θα τον δεχόταν την επόμενη χρονιά. Ο Θανάσης και οι γονείς του αποφάσισαν ότι θα ήταν καλή ιδέα εάν

έφευγε από το σπίτι και ασχολιόταν με κάτι διαφορετικό και έτσι άρχισε να δουλεύει και να ζει μόνος του. Αρκετούς μήνες αργότερα ο πατέρας του Θανάση πληροφόρησε τους ψυχοθεραπευτές ότι η ψυχαναγκασμοί και καταναγκασμοί του Θανάση είχαν εξαφανιστεί τελείως από τότε που έφυγε από το σπίτι. Ο πατέρας του σκέφτηκε ότι θα ήταν καλύτερα ο Θανάσης να συνεχίσει να ζει μόνος του και να συνεχίσει το σχολείο. Σύμφωνα με την προηγούμενη εκτίμηση των ψυχοθεραπευτών η κατάσταση του Θανάση ίσως επηρεαζόταν από την σχέση του με την μητέρα του. Κλείνοντας ο ψυχοθεραπευτής μας ενημέρωσε ότι αρκετά χρόνια αργότερα έμαθαν ότι η κ. Ελένη κατά την διάρκεια ενός επεισοδίου μείζον κατάθλιψης αυτοκτόνησε, ένα τραγικό αποτέλεσμα της διπολικής διαταραχής.

Ιωάννης:

Ο καλύτερος σε όλα

Η παρακάτω περίπτωση περιγράφει ένα επεισόδιο πλήρους μανίας όπου το άτομο αντιμετώπισε αυτήν την κατάσταση όταν εισήλθε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων.

Πριν ο Ιωάννης να φτάσει στην πτέρυγα του νοσοκομείου μπορούσε κανείς να τον ακούσει να γελά. Ακουγόταν σαν να διασκεδάζε. Καθώς η νοσοκόμα οδήγησε τον Ιωάννη στον διάδρομο για να τον συστήσει στο προσωπικό το βλέμμα του έπεσε στο τραπέζι του πινγκ- πονγκ. Ο Ιωάννης φώναξε δυνατά "πινγκ- πονγκ!". Τρελαίνομαι για πινγκ – πονγκ! Έχω παίξει μόνο δυο φορές αλλά να τι θα κάνω όσο είμαι εδώ. Θα γίνω ο καλύτερος παίχτης του κόσμου! Και αυτό το τραπέζι είναι φοβερό! Θα αρχίσω αμέσως να του φτιάχνω και θα το κάνω το καλύτερο τραπέζι πινγκ- πονγκ του κόσμου. Θα το διαλύσω σε κομμάτια και θα το ξανά φτιάξω μέχρι να γίνει τέλειο!.

Σύντομα ο Ιωάννης άρχισε να μιλά για κάτι άλλο που του απόσπασε την προσοχή του. Την προηγούμενη εβδομάδα είχε πάρει όλα τα χρήματα από τον τραπεζικό του λογαριασμό, τις πιστοποιητικές κάρτες του και εκείνες των γονιών του με τους οποίους έμενε μαζί και αγόρασε όλα τα μέρη ενός στερεοφωνικού συγκροτήματος που μπορούσε να βρει. Σκέφτηκε ότι θα έφτιαχνε το καλύτερο στούντιο στην πόλη και ότι θα έβγαζε εκατομμύρια ευρώ νοικιάζοντας το στους ανθρώπους που θα ερχόταν από μακριά. Το επεισόδιο αυτό ήταν η αιτία που ο Ιωάννης εισήρθε στο νοσοκομείο. Συμπεραίνουμε λοιπόν πως κατά την διάρκεια των φάσεων της μανίας ή της υπομανίας οι ασθενείς συχνά αρνιούνται να αντιμετωπίσουν ένα πρόβλημα γεγονός που ήταν χαρακτηριστικό στην περίπτωση του Ιωάννη. Ακόμα και αφού ξοδέψουνε μεγάλα χρηματικά ποσά ή

πάρουνε ανόητες επαγγελματικές αποφάσεις τα άτομα αυτά ιδιαίτερα εάν το επεισόδιο της μανίας τους βρίσκεται σε εξέλιξη απορροφούνται από τον ενθουσιασμό τους και την διαχυτικότητα τους σε σημείο που η συμπεριφορά τους στα ίδια φαίνεται απόλυτα λογική. Η εφορία που αισθάνονται κατά την διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου είναι τόσο ευχάριστη ώστε τα άτομα σταματούν την φαρμακευτική αγωγή που ακολουθούν κατά την διάρκεια της κατάθλιψης, προσπαθώντας με αυτόν τον τρόπο να προκαλέσουν την εμφάνιση μιας ακόμα μανιακής κατάστασης. Το γεγονός αυτό αποτελεί μια σοβαρή πρόκληση για τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9°

Νέα Ερευνητικά Δεδομένα

Εισαγωγή

Ο όρος διπολικός αναφέρεται στο ότι η διάθεση του ατόμου παρουσιάζει διακύμανση μεταξύ δυο συναισθηματικών πόλων: της μανίας και της κατάθλιψης. Τα άτομα με διπολική διαταραχή, η οποία αποκαλείται και μανιοκαταθλιπτική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη, έχουν εκδηλώσεις ένα τουλάχιστον επεισόδιο μανίας ή ένα μεικτό επεισόδιο (με ταχεία εναλλαγή κατάθλιψης και μανίας την ίδια μέρα). Επεισόδια μανίας και κατάθλιψης επαναλαμβάνονται σε όλη την διάρκεια της ζωής του ασθενή. **Σκοπός** Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης ήταν η διερεύνηση των νέων μεθόδων θεραπείας στην διπολική διαταραχή καθώς και η ανάλυση των νέων νοσηλευτικών δεδομένων και στο πως οι νοσηλευτές συμβάλλουν σημαντικά στην βελτίωση ποιότητας ζωής των ασθενών με ψυχικές διαταραχές. Τέλος διαπραγματευτικέ η περιγραφή της ερευνητικής εφαρμογής σε όλα τα στάδια ανάπτυξης καθώς και οι επιπτώσεις που ενοχοποιούνται.

Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, google scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία, το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην αγγλική και ελληνική γλώσσα. Λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν «διπολική διαταραχή» (bipolar disorder), «διπολική διαταραχή και αιτιολογία» (bipolar disorder and rationale), «διπολική διαταραχή και θεραπεία» (bipolar disorder and therapy), «διπολική διαταραχή και παιδιά» (bipolar disorder and children), «διπολική διαταραχή και έφηβοι» (bipolar disorder and teens), «διπολική διαταραχή και καλλιτέχνες» (bipolar disorder and artist), «διπολική διαταραχή και ηλικιωμένους» (bipolar disorder and elderly), «διπολική διαταραχή και ποιότητα ζωής» (bipolar disorder and quality of life).

Νέα Ερευνητικά Δεδομένα

Η διπολική διαταραχή είναι μια σοβαρή και άκρως κληρονομική νευροψυχιατρική διαταραχή. Μοριακές γενετικές μελέτες έχουν εντοπίσει τα πρώτα γονίδια ευαισθησίας

(ΔΔ). Ωστόσο, οι οδοί της νόσου παραμένουν σε μεγάλο βαθμό άγνωστες. Συσσωρευμένα στοιχεία δείχνουν ότι η *microRNAs*, μια κατηγορία μικρά RNA μη κωδικεύουσας, συμβάλλουν στους βασικούς μηχανισμούς του εγκεφάλου υποκειμένου να συμβάλλουν στην ανάπτυξη και την πλαστικότητα, γεγονός που υποδηλώνει πιθανή εμπλοκή τους στην παθογένεση πολλών ψυχιατρικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένης της BD. Στην παρούσα μελέτη, οι αναλύσεις που βασίζονται σε γονιδιακή διεξήχθησαν για όλους τους γνωστούς *microRNAs* αυτοσωματικό χρησιμοποιώντας το μεγαλύτερο γονιδιακό κλίμακα (Cuthbert & Insel, 2010). Λειτουργικές αναλύσεις των miR-499 και του miR-708 πραγματοποιήθηκαν σε ιπποκάμπου επίμυος νευρώνες. Τα πρώτα αποτελέσματα των λειτουργικών αναλύσεων σε νευρώνες του ιπποκάμπου αρουραίου ούτε αποκάλυψε ούτε να αποκλειστεί σημαντική συμβολή του miR-499 ή miR-708 σε δένδριτικά μορφογένεση της σπονδυλικής στήλης. Τα παρόντα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η έρευνα είναι αναγκαία για να διευκρινιστεί η ακριβής συμμετοχή των *microRNAs* και κατανομή σε οδούς τους σε BD (Forstner et al, 2015).

Αντιθέτως σε μία άλλη μελέτη ο στόχος ήταν να βρει τους συνδυασμούς των γενετικών παραλλαγών που σημαντικά σχετίζονται με την διπολική διαταραχή, καθώς οι συνδυασμοί των τριών μονά πολυμορφισμός νουκλεοτιδίου (SNP), και τέσσερις συστάδες των συνδυασμών βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη διπολική αταξία (Mackinnon et al, 2004). Στην παρούσα μελέτη, οι συνδυασμοί των τεσσάρων γονοτύπων SNP που λαμβάνονται από το ίδιο 803 SNPs αναλύθηκαν, και ένα σύμπλεγμα των συνδυασμών βρέθηκε να είναι σημαντικά σχετίζονται με διπολική διαταραχή. Συνδυασμοί από το νέο σύμπλεγμα και από τα τέσσερα προηγούμενα συστάδες εντοπίστηκαν στα γονιδιώματα 209 των 607 ασθενών στη μελέτη (Mellerup et al, 2015).

Σύμφωνα με μια μελέτη στις ΗΠΑ το ένα τρίτο των ατόμων με διπολική διαταραχή λαμβάνει λιγότερο από το 30 τοις εκατό των φαρμάκων τους με συνέπεια την συχνή εισαγωγή στα νοσοκομεία και την συμπεριφορική τάση στην αυτοκτονία, σκοπός της μελέτης ήταν η αναζήτηση για τον εντοπισμό και για την ενίσχυση της θεραπείας μεταξύ των ατόμων με διπολική διαταραχή (Martinez et al, 2004). Αν και η βιβλιογραφία σχετικά με την ενίσχυση της μεταχείριση των ατόμων με διπολική διαταραχή είναι περιορισμένη, τα υπάρχοντα δεδομένα είναι ενθαρρυντικά και αποδεικνύουν διαχρονική εξέλιξη στην κατανόηση του πώς να διαχειριστεί καλύτερα αυτή η ασθένεια (Jonsson, Ingela, Wijk & Danielson, 2011). Παρεμβάσεις που έχουν αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικές περιλαμβάνουν θεραπεία σε διαπροσωπικές ομάδες η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, ομαδικές συνεδρίες για τους συνεργάτες των ατόμων με

διπολική διαταραχή, και τον ασθενή και ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας (Tondo et al, 2003). Αποτελεσματικές θεραπείες συμβαίνουν στο πλαίσιο τις μακροπρόθεσμης διαχείρισης της ασθένειας που ενσωματώνει μια καλή κατανόηση των φαρμάκων και τους κινδύνους και τα οφέλη καθώς και της εκπαίδευσης για την ευαισθητοποίηση ασθένειας και αυτο-διαχείρισης. Η πλειοψηφία των αποτελεσματικών θεραπειών διαθέτουν διαδραστική συνιστώσα μεταξύ των ασθενών και τους παρόχους υγειονομικής ή θεραπευτές. Συμπερασματικά η προσκόλληση στη θεραπεία για τη διπολική διαταραχή μπορεί να ενισχυθεί με παρεμβάσεις που απευθύνονται σε θέματα κατάλληλα να παίρνουν φάρμακα για να διαχειριστούν την ασθένεια (Sajatovic, Davies & Hrouda, 2004).

Είναι γνωστό ότι σε ασθενείς με διπολική διαταραχή τα καταθλιπτικά επεισόδια διαρκούν περισσότερο από τα μανιακά ή υπομανιακά επεισόδια και υπάρχουν αναφορές για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζονται για την θεραπεία της. Η θεραπεία της χρόνιας κατάθλιψης στην διπολική διαταραχή δεν έχει μελετηθεί τόσο όσο η θεραπεία της χρόνιας κατάθλιψης στην μονοπολική διαταραχή. Για τον λόγο αυτό πραγματοποιήθηκε μια μελέτη για την θεραπεία με αριπιπραζόλη σε ανθεκτική μορφή διπολικής διαταραχής. Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε σε δύο ασθενής εκ των οποίων ο πρώτος ασθενής είχε διαγνωσθή με διπολική διαταραχή με πολλαπλά καταθλιπτικά επεισόδια και σκλήρυνση κατά πλάκα και ο δεύτερος ο ασθενής με διπολική διαταραχή χωρίς συνυπάρχουσα νόσο χορηγήθηκε αριπιπραζόλη και χρησιμοποιώντας την κλίμακα Hamilton. Το συμπέρασμα ήταν ότι και οι δύο ασθενής ανταποκρίθηκαν στην θεραπεία με την αύξηση αριπιπραζόλη, επομένως η επίδραση αριπιπραζόλης στην διπολική κατάθλιψη χρειάζεται να αξιολογηθεί περαιτέρω σε ελεγχόμενες μελέτες (Karadag, Tan & Unal, 2011).

Η θεραπεία της καταθλιπτικής φάσεις της διπολικής συναισθηματικής διαταραχής είναι ιδιαίτερα δύσκολη και πολύ ασθενείς πετυχαίνουν ελλιπείς όφελος, ακόμη και με πολύπλοκες ψυχοφαρμακολογικές στρατηγικές. Τα τελευταία χρόνια πολλές νέες φαρμακολογικές επιλογές έχουν γίνει διαθέσιμες για την θεραπεία της διπολικής κατάθλιψης και το πεδίο έχει δει σημαντική πρόοδο διότι πολύ ασθενείς πριν την εφαρμογή της θεραπείας εμφάνιζαν σοβαρή απελπισία και αυτοκτονικό ιδεασμό καθώς η διαταραχή συνδέεται με ένα από τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από όλες τις ψυχιατρικές διαταραχές (Munner, 2013).

Το κλασικό σταθεροποιητικό της διάθεσης που απαντάται στη φύση είναι το λίθιο, το οποίο αποτελεί την κύρια θεραπεία για την αντιμετώπιση της οξείας μανίας καθώς και την μακροχρόνια προφύλαξη από τις υποτροπές. Τα συμπτώματα της διπολικής κατάθλιψης είναι ίδια με εκείνα της μείζονος κατάθλιψης (Jung & Newton, 2009).

Αποτελεσματική θεραπεία για τη μείωση του κινδύνου αυτοκτονίας και των θανάτων από οποιαδήποτε αιτία σε άτομα που πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης αποτελεί το λίθιο, ένα εικονικό φάρμακο, το οποίο μπορεί να επιφέρει αντι-αυτοκτονικά αποτελέσματα σχετικά με την μείωση της υποτροπής της διαταραχής της διάθεσης. Όταν το λίθιο συγκρίθηκε με κάθε δραστική ατομική θεραπεία μια στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μόνο με την καρβαμαζεπίνη για τον σκόπιμο βλάβη αυτοτραυματισμό με αποτέλεσμα το λίθιο να είναι γενικά καλύτερο από τους άλλους δραστικούς συγκριτές με μικρή στατιστική απόκλιση μεταξύ των αποτελεσμάτων (Singh, Chen & Canuso, 2012). Επιδράσεις με λίθιο σε μακροχρόνιες θεραπείες σε καταθλιπτικές και μανιακές φάσεις, σε ασθενείς με τύπου I και τύπου II διπολικής διαταραχής το λίθιο είχε ανώτερα οφέλη σε ασθενείς τύπου II, με σημαντικά μεγαλύτερη μείωση των επεισοδίων ανά έτος και σημαντική μείωση του ποσοστού του χρόνου ο ασθενής να είναι άρρωστος. Μείωση των καταθλιπτικών επεισοδίων ήταν εξίσου ισχυρή και στους δύο διαγνωστικούς τύπους. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οι ασθενείς με τύπο της διπολικής διαταραχής II είχαν διπλάσιες πιθανότητες ως τύπου I ασθενείς να μην έχουν νέα επεισόδια (Wilson & Crowe, 2009).

Καθώς τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα έχουν ένα σημαντικό ρόλο στην οξεία και συντηρητική θεραπεία της διπολικής διαταραχής. Λίγα άτυπα αντιψυχωσικά έχουν αποτελεσματικότητα στη θεραπεία ή στην πρόληψη των καταθλιπτικών επεισοδίων. Η διερεύνηση των μοριακών μηχανισμών των αντιψυχωσικών βοήθησε στην υποκείμενη νευροβιολογία της διπολικής διαταραχής, δεδομένου ότι αυτά τα συστήματα σύνθετων στόχων είναι το κλειδί για την παθοφυσιολογία της διπολικής διαταραχής. Έχει αποδειχθεί ότι τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα εμφανίζουν ανθεκτικότητα σε νευροπροστατευτικές ιδιότητες που μεσολαβούν με τη ρύθμιση τροφικών και κυτταρικών παραγόντων (Farren, Hill & Weiss, 2012).

Υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για την κατανόηση του ρόλου των ψυχολογικών χαρακτηριστικών θετικών σχετικά με τα αποτελέσματα των ιατρικών ασθενειών. Δυστυχώς, αυτό το θέμα έχει μελετηθεί λιγότερο σε σχέση με την ψυχική υγεία, και σχεδόν εντελώς έχει παραμεληθεί σε σχέση με μία από τις πιο συχνές σοβαρές ψυχιατρικές ασθένειες, την διπολική διαταραχή. Ορισμένα ειδικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά, τα οποία είναι γενικά θεωρείται ως πολύτιμη και ευεργετική ηθικά ή κοινωνικά, μπορεί να αυξηθεί από την εμπειρία της ύπαρξης αυτής της συναισθηματικής διαταραχής (Maskill et al, 2010). Περιγράφουμε τις πηγές, την έρευνα και την επίδραση αυτών των θετικών ψυχολογικών χαρακτηριστικών στις ζωές των ατόμων με διπολική διαταραχή με βάση την δημοσιευμένη βιβλιογραφία. Αυτές περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται σε: πνευματικότητα, η ενσυναίσθηση, η δημιουργικότητα, ο ρεαλισμός,

και ελαστικότητα. Κλινική και ερευνητική προσοχή στη διατήρηση και ενισχύοντας αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα της διπολικής διαταραχής (Galvez et al, 2010 ; Victor, Johnson & Gotlib, 2011).

Όσο αφορά την κατάθλιψη στα παιδιά και στους εφήβους με διπολική διαταραχή παρατηρείται συχνά από ότι η μανία ή η υπομανία που έχει να κάνει με την λειτουργική ανικανότητα σε πολλαπλές περιβαλλοντικές σφαίρες. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι μια σύντομη επισκόπηση με της επιδημιολογίας και της κλινικής πορείας της παιδιατρικής διπολικής κατάθλιψης, ένα κλινικά προσανατολισμένο οδηγό για την τεκμηριωμένη ψυχοφαρμακολογική και ψυχοκοινωνική διαχείριση της διπολικής διαταραχής στη νεολαία καθώς και προτάσεις για τον καλύτερο τρόπο ενσωμάτωσης της φαρμακευτικής αγωγής και θεραπείας (Hamrin & Pachler, 2007).

Ωστόσο η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί μια ψυχιατρική διαταραχή, κατά την οποία ο τοκετός έχει σημαντική επίδραση στην εμφάνιση και την πορεία της διπολικής διαταραχής του συναισθήματος, και αν είναι αποδεδειγμένο ότι μπορεί να υπάρχει μια καθυστέρηση πολλών ετών πριν από την διάγνωση της διπολικής διαταραχής μετά το αρχικό επεισόδιο της ψυχιατρικής νόσου (Munk-Olsen et al, 2011). Η μελέτη αυτή αποσκοπεί ότι ο κίνδυνος υποτροπής είναι πολύ υψηλότερος μετά τον τοκετό από ότι κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης παρά την υψηλότερη αξιοποίηση των ψυχοτρόπων φαρμάκων κατά την περίοδο μετά τον τοκετό (Prasko et al, 2013). Η διπολική διαταραχή αναγνωρίζεται ως πιο συχνή σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, είναι μια επαναλαμβανόμενη χρόνια ψυχική ασθένεια που έχει μια βαθιά επίδραση στη ζωή των ασθενών και τον οικογενειών τους και μπορεί να απαιτεί εκτεταμένη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι νοσηλευτές που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας μπορούν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στην ενίσχυση της διάγνωσης και θεραπείας των ηλικιωμένων ενηλίκων με διπολική διαταραχή (Warren, 2007).

Σύμφωνα με μια μελέτη η συγχρονική και η διαχρονική συσχέτιση μεταξύ διπολικής διαταραχής και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών κατά την εφηβεία και την πρώιμη ενήλικη ζωή συνδέονται αποκλειστικά με έναν αυξημένο κίνδυνο για την πρώιμη ενήλικη ζωή της διπολική διαταραχή μετά την εφηβική διπολική διαταραχή η οποία έχει λογιστικοποιηθεί (Davies, Macbride & Sajatovic 2008). Συμπτώματα μανίας κατά την εφηβεία συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο για το άγχος και καταθλιπτικών διαταραχών κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής μετά την πρώιμη εφηβεία. Άγχος και καταθλιπτικές διαταραχές έχουν καταχωρηθεί. Έφηβοι με αγχώδεις διαταραχές μπορεί να διατρέχουν αυξημένο κινδύνου για τη διπολική διαταραχή ή κλινικά σημαντική μανιακά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της πρώιμης ενήλικης ζωής. Έφηβοι με μανιακά συμπτώματα μπορεί να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο άγχους και κατάθλιψης,

διαταραχές που συμβαίνουν κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή (Johnson, Gohen & Brook, 2000).

Στην Σουηδία έγιναν μελέτες για να διερευνηθούν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ των επιδόσεων των μαθητών και αργότερα διπολική διαταραχή, χρησιμοποιώντας τα στοιχεία προοπτική, σε μια μελέτη κοόρτης σε ολόκληρο τον πληθυσμό και τα αποτελέσματα ήταν πως τα άτομα με άριστη σχολική επίδοση είχε μια σχεδόν τετραπλάσια αύξηση του κινδύνου αργότερα διπολική διαταραχή σε σύγκριση με εκείνους με τους μέτριους βαθμούς . Αυτή η συσχέτιση φαίνεται να περιορίζεται με τους άνδρες. Οι μαθητές με τις φτωχότερες βαθμούς επίσης σε μέτρια αυξημένο κίνδυνο διπολικής διαταραχής (James et al, 2010).

Στην Ισλανδία δοκίμασαν αν πολυγονιδιακές βαθμολογίες κινδύνου για τη σχιζοφρένεια και τη διπολική διαταραχή θα μπορούσαν να προβλέψουν τη δημιουργικότητα. Υψηλότερες βαθμολογίες που συνδέονται με την καλλιτεχνική ιδιότητα του μέλους της κοινωνίας ή δημιουργικό επάγγελμα τόσο στην ισλανδική ($P = 5.2 \times 10^{-6}$) και $3,8 \times 10^{-6}$) για τη σχιζοφρένεια και τη διπολική διαταραχή σκορ, αντίστοιχα) και οι ομάδες αντιγραφής ($P = 0,0021$ και $0,00086$). (Bowie, 2010, Honng, Stewart & Golgacre, 2011). Αυτό δεν θα μπορούσε να εξηγηθεί από την αυξημένη συγγένεια μεταξύ των δημιουργικών ατόμων και των ατόμων με ψυχώσεις, υποδεικνύοντας ότι η δημιουργικότητα και το μερίδιο ψύχωση γενετικές ρίζες (Robert et al, 2015).

Διπολική διαταραχή είναι μια χρόνια ψυχιατρική ασθένεια που μειώνει την ποιότητα ζωής σε πολλούς τομείς της ζωής, ακόμα και αν τα συμπτώματα της διάθεσης δεν είναι παρόντες και χαρακτηρίζεται από αυξημένη παρορμητικότητα (Crowe et al, 2012). Λίγοι ασθενείς με διπολική διαταραχή βιώνουν μια απλή τροχιά στην ασθένεια τους με σαφή επεισόδια με την ανάκτηση συνήθως να συμβαίνει σε βάθος χρόνου. Το κεντρικό θέμα αυτής της μελέτης ήταν σχετικά με το πώς είχαν βιώσει αυτοί οι ασθενείς τις επιπτώσεις της διπολικής διαταραχής γεγονός που μόνο οι νοσηλευτές που εργάζονται στο τομέα της ψυχικής υγείας μπορούν να διευκολύνουν την αίσθηση προσωπικού ελέγχου για τα άτομα με διπολική διαταραχή λόγω τις στενής τους σχέσεις (Rybakowski & Klonowska, 2011: Van Der Voort, Goossen & Van DER Bijl, 2007).

Συμπεράσματα

Εν κατακλείδι θα λέγαμε πως η διπολική διαταραχή είναι μια πολυπαραγοντική νόσος με ισχυρή γενετική συνιστώσα. Η χειρότερη απόδοση παρατηρήθηκε σε όλες τις

διπολικές ομάδες όσον αφορά την εκτελεστική λειτουργία σε σχέση με τα υγιή άτομα. Περαιτέρω μελέτες θα πρέπει να επικεντρωθούν σε δοκιμές, για την βελτιστοποίηση και την προφυλακτική φαρμακευτική αγωγή και την ψυχοεκπαίδευση και αν οι ασθενείς με διπολική θα επωφεληθούν από νευροψυχολογική αποκατάσταση, προκειμένου να μειωθούν οι επιπτώσεις της νοητικής έκπτωσης στη συνολική λειτουργία τους. Το προσδόκιμο ζωής είναι πολύ μικρότερο σε άτομα με σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή από τη σε φυσιολογικά άτομα. Τέλος αξίζει να σημειώσουμε πως ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και θεραπεία της διπολικής διαταραχής είναι πολύ σημαντικός καθώς βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.

Βιβλιογραφία

American Psychiatric Association (APA) (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA.

- Barlow, D. & Durald, V.,** 2001. *Abnormal Psychology: An Integrative Approach*. 2th edition. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Μ. Μπαρπάτση. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
- Barondes, S.,** 1997. *Molecules and Mental Illness*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Α.Α. Κατσελλάκης, Γ.Θ. Παναγής. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
- Bebbington, P. & Ramana, R.** 1995. *The epidemiology of bipolar affective disorder: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, American.
- Bennett, P.,** 2010. *Abnormal and Clinical Psychology*. 2th edition έκδοση. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Λ. Κουσουλίδου. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Bowie, C., Depp, C., McGrath, J., Wolyniec, P., Mausbach, B., Thornquist, M., Luke, J., Patterson, T., Harvey, P. & Pulver, P.,** 2010. Prediction of Real – World Functional Disability in Chronic Mental Disorder : A Comparison of Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*. 167, p. 1116- 1124.
- Browden, C.L. & Calabress, J.,** 2003. The efficacy of Lamotrigine in rapid cycling and non-rapid cycling patients with bipolar disorders. *Biol Psychiatry*.
- Crowe, M., Inder, M., Carlyle, D., Wilson L., Whitehead, L., Panckhurst, A. & Joyce, P.,** 2011. Feeling out of control: a qualitative analysis of the impact of bipolar disorder. *Psychiatr Ment Health Nurs*. 15(33), p. 111
- Cuthbert , B.N. & Insei, T.B.,** 2010. Toward New Approaches to Psychotic Disorder : The NIMH Research Domain Criteria Project. *Schizophrenia Bulletin*. 36 (6), p. 1061- 1062.
- Eby, L. & Brown, N.G.,** 2010. *Mental health nursing care*. 2th edition. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Ε. Ευαγγέλου. Αθήνα: Εκδόσεις ΛΑΓΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ. **Farren, C.K., Hill, K.P. & Weiss, R.D.,** 2012. Bipolar disorder and alcohol use disorder: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 14(6), p.66.
- Forstner, A., Hofmann, A., Maaser, A., Summer, S., Khudayberdiev, S. & Lebers, M.,** 2015. Genome – wide analysis implicates microRNAs and their target genes in the development of bipolar disorder. *Translational Psychiatry*. 5 , p. 678.
- Getzfeld, A.,** 2009. *Essentials of Abnormal Psychology*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Β. Παπαχρονοπούλου. Αθήνα: Εκδόσεις GOTSIS.
- Girard, J.F.,** 1995. *Classification Internationale Des Troubles Mentaux Et Du Comportement Chapitre V De La Cim 10 – Oms*. Μεταφράστηκε από Γαλλικά από Ν. Ζηλίκη, Ε. Λαζαράτου. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών.
- Glaves, J., Thommi, S. & Ghaemi, N.,** 2010. Positive Aspect of Mental Illness : A Review in Bipolar Disorder. *Journal of Affective Disorders*. 128 (2011), p. 185- 190.

Grant, C.A., Mericle, B.P. & Royes, S.A., 2001. *Psychiatric Nursing*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Μ. Ταλαντοπούλου. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.

Hamrin, V. & Pachler, M., 2007. Pediatric Bipolar Disorder : Evidence – Based Psychopharmacologic al Treatments. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 20 (1), p. 40- 58.

Heiden, L.A. & Hersen, M., 2011. *Introduction to Clinical Psychology*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Γ. Γεωργουλέας. Αθήνα: Εκδόσεις ΠΕΔΙΟ.

Hoong , U., Stewart, R. & Goldarce, M., 2011. Mortality after hospital discharge for people with Schizophrenia or Bipolar Disorder : retrospective study of linked English hospital episode statistics, 1999- 2006. *BMJ*. 343,P. 1-13.

Johnson, J., Cohen , P. & Brook, J., 2005 . Associations Between Bipolar Disorder and other Psychiatric Disorders During Adolescence and Early Adulthood: A Community – Based Longitudinal Investigation. *Am J Psychiatry*.157, p.1679 – 1681.

Davies, M.A., McBride, M. & Sajatovic, M., 2008. The Collaborative Care Practice Model in the long- term Care Individvalls with Bipolar Disorder :Care Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15(8), p. 649- 653.

Jonsson ,P.D., Ingela, S., Wijk, H. & Danielson, E., 2011. Expreience of living with a family member with Bipolar Disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*. 20 (1), p. 29-37.

Joung, T. & Newton, R., 2009. Cochrane Reviews of non- medications – based Psychotherapeuticand other interventions for Schizophrenia, and Bipolar Disorder : a systematic literatvre review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 18 (4), p. 239- 249.

Karadag, F., Tan, D. & Unal, F., 2011. Aripiprazoleaugmentation treatme resistant bibolar depression : two patient reports. *Turk Psikiyatri Derg*, 10 (12), p. 269-72.

Kessler, L., 2004. *Dancing with Rose: A strangely beautiful encounter with Alzheimer patients provides insights that challenge the way we view the disease*. LA Times Magazine.

Kneisl, C.R., Wilson, H.S. & Trigoboff, E., 2009. *Contemporary Psychiatric – Mental Health Nursing*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Γ. Κρομμύδας. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.

Kring, A.M., Davision, G.C., Neale, J.M. & Johnson, S.L., 2010. *Abnormal Psychology*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Θ. Καραμπά. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

MacCabe , J.H., Lambe, M.P., Cattinggius, S., Sham, P., David, A., Reichenberg, A., Murray, R.M. & Hultman, C., 2010. Excellent School Performance at age 16 and Risk

about Bipolar Disorder : National Cohort Study. *The British Journal of Psychiatry*.196,p. 109- 115.

Mackinon, D., Jianfeng, X., Fransic, J ., Simpson, S., Stine, G., McInnis, M. & Depaulo ,R., 2003. Bipolar Disorder and Panic Disorder Families: An Andysis of Chromosome 18 Data. *Journal compilation*.155 (6), p. 830.

Maintenance Treatment of Depression and Mania in Bipolar I and Bipolar II Disorder. *Am J Psychiatry*.155 (5), p. 664.

Martinez –Aran, A., Vieta, E., Reinares, M., Colom, F., Torrent, C., Sanchez- Moreno, J., Benabarre, A., Goikolea, J.M., Comes, M. & Salamero, M.,

2004.Cognitive Function Across Manic or Hypomanic, Depresseo and Euthymic States in Bipolar Disorder .*Am J Psychiatry*.161, p. 262- 270.

Maskill, V., Crowe, M., Luty, S. & Joyce, P., 2010. Two sides of the same coin: caring for a person with bipolar disorder. *Psychiatr Ment Health Nursing* 9(10), p. 535-42.

Mellerup, E., Andereassen, O., Bennike, B., Dam, H., Djurovic, S., Hansen, T., Jorgensen, M.B., Kessing, L.V., Koefoed, P., Melle, I., Mars, O., Werge, T. & Moeller, G. M., 2015. Combinations of Genetic Data Present in Bipolar Patients, but Absent in Control Person. *PLOS ONE*.10 (37), p. 1-7.

Muneer, A., 2013. Treatment of the depressive phase of bipolar affective disorder: a review. *Department Psychiatry*. 63(6), p. 763- 9.

Munk-Olsen, F., Laursen, T., Meltzer-Brody, T.M., Mortensen, S. & Jones, I., 2011. Psychiatric Disorders With Postpartum Onset: Possible Early Manifestations of Bipolar Affective Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 5(3), p. 367.

Prasko, J. & Ociskova M., 2013. Bipolar affective disorder and psychoeducation. *Department of Psychiatry*. 34(2), p. 83.

Robert ,C ., Long, G., Brady, B., Dutriaux, C., Maio, M. & Mortier, L.,2015. Polygenic Risk Scores for Schizophrenia and Bipolar Disorder Predict Creativity. . *National Institoutes of Health*.18 (7) ,p. 953-5.

Rybakowski, J.k. & Klonowska,P., 2011.Bipolar Mood Disorder, Creativity and Schizotypy. An Expermenental stydy. *National Institoutes of Health*.44 (5), p. 296302.

Sajatovic, M., Davies, M. & Hrouda, D., 2004. Enhancement of Treatment Adherence Amony Patients with Bipolar Disorder. *PSYCHIATRIC SERVICES*.55 (3), p . 264.

Santrock, J., 2003. *Child development*. 2th edition. England: Εκδόσεις: Glencoe/McGraw-Hill post Secondary.

- Schultz, D. & Schultz, E.,** 2008. *Theories of Personality*. Εκδόσεις: Cengage Learning.
- Singh, J., Chen, G. & Canuso, C.M.,** 2012. Antipsychotics in the treatment of bipolar disorder. *Janssen Pharmaceutical Research and Development*. 11(8), p.187212.
- Τσιαντής, Γ.,** 1994. *Βασική Παιδοψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- VAN DER VOORT, T., Goossens, P.J.J. & VAN DER Bijl, J.J.,** 2007. Burden ,Coping and needs for Support of Caregivers for Patients with Bipolar Disorder : a systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 14 (7), p. 679- 687.
- Victor , S, Johnson, S. & Gotlib, I.,** 2011. Quality of life and impulsivity in
- Warren, B.,** 2007. Cultural Aspects of Bipolar Disorder Interpersonal Meaning for Clients & Psychiatric Nurses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Nursing*. 45 (7), p.32- 37.
- Wilson ,L. & Crowe, M.,** 2009. Parenting with a Diagnosis Bipolar Disorder. *Journal of Advanced Nursing*. 65 (4), p. 877- 884.
- Αγγελόπουλος, Ν.,** 2009. *Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία: Μια σύγχρονη ψυχιατρική*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Μαδιανός, Μ.,** 2005. *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*. Αθήνα: Εκδόσεις Κατσανιώτη.
- Πλατή, Χ.,** 2006. *Γεροντολογική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Ιδιωτική έκδοση.
- Σμιντ-Κιτσιίκη, Ε.,** 2005. *Pour introduire la psychologie clinique*. Μεταφράστηκε από Γαλλικά από Σ. Κανελλάκη. Αθήνα: Εκδόσεις Κατσανιώτη.
- Φιλιππούλου, Γ.,** 1980. *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Χριστοδούλου Γ. και συν.,** 2004. *Ψυχιατρική*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.

