

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**« Η ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ
ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»**



ΡΑΓΚΑΒΑ ΕΥΓΕΝΙΑ

ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΑΡΝΕΡΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 2015

Περίληψη

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται την έννοια της διπολικής διαταραχής καθώς επίσης και τον ρόλο του νοσηλευτή. Ειδικότερα:

Στο πρώτο κεφάλαιο προσδιορίζονται οι ορισμοί, ψυχική υγεία, ψυχική ασθένεια και διπολική διαταραχή. παράλληλα αναφέρονται τα αίτια και τα συμπτώματα της συγκεκριμένης ασθένειας καθώς επίσης και διάφορες μορφές ψυχικών διαταραχών

στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρονται επιδημιολογικά στοιχεία της διπολικής διαταραχής και η πρόγνωση.

Στο τρίτο κεφάλαιο προσδιορίζεται η κλινική εικόνα του μανιακού και του καταθλιπτικού επεισοδίου ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύονται τα διαγνωστικά κριτήρια των επεισοδίων της διπολικής διαταραχής σύμφωνα με το DSM-5.

στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύονται οι τρόποι αντιμετώπισης της συγκεκριμένης ψυχικής ασθένειας και ειδικότερα η φαρμακευτική αντιμετώπιση, η μέθοδος της ηλεκτροσπασμοθεραπείας, η θεραπεία με την χορήγηση λιθίου και η ψυχοθεραπεία.

Στο έκτο κεφάλαιο δίνεται ιδιαίτερη βάση στο ρόλο του νοσηλευτή. Πιο συγκεκριμένα προσδιορίζεται η έννοια της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, η σχέση του νοσηλευτή με τον ασθενή, ο ρόλος του νοσηλευτή στον ασθενή με αυτοκτονικό ιδεασμό και ο ρόλος του νοσηλευτή σε όλες τις εκφάνσεις της νόσου. Στο ίδιο κεφάλαιο ακολουθούν οι κλινικές περιπτώσεις.

Τέλος ακολουθούν τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την παρούσα πτυχιακή εργασία και η ελληνική και ξένη βιβλιογραφία και οι διαδικτυακές πηγές.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι μέσα από επιστημονικά τεκμηριωμένες μελέτες και βιβλιογραφίες να μελετηθεί και να αναλυθεί σε βάθος η ψυχική ασθένεια διπολική διαταραχή και ο ρόλος του νοσηλευτή.

Abstract

This thesis deals with the concept of bipolar disorder as well as the role of the nurse. Specifically:

The first chapter identifies the definitions, mental health, mental illness and bipolar disorder. While indicating the causes and symptoms of the disease as well as different forms of mental disorders

The second chapter anaferontain epidemiological evidence of bipolar disorder and the prognosis.

The third chapter is determined by the clinical picture of manic and depressive episode while the fourth chapter analyzes the diagnostic criteria for bipolar disorder episodes according to DSM-5.

The fifth chapter analyzes the responses to specific mental illness and particularly the pharmaceutical treatment, the method of electroconvulsive therapy, treatment with the administration of lithium and psychotherapy.

In the sixth chapter emphasis is based on the role of the nurse. More specifically, the concept of mental health nursing is determined, the relationship of the nurse with the patient, the role of the nurse in the patient with suicidal ideation and the role of the nurse in all aspects of the disease. In the same chapter the following clinical situations.

Finally follow the conclusions drawn from this thesis and the Greek and foreign bibliography and online resources.

Purpose: The purpose of this thesis is documented through scientific studies and bibliographies be studied and analyzed in depth mental illness bipolar disorder and the role of the nurse.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	3
Abstract.....	4
Κεφάλαιο 1.....	7
Διπολική διαταραχή.....	8
1.1 Η έννοια της ψυχικής υγείας.....	8
1.2 Η έννοια της ψυχικής ασθένειας.....	9
1.3 Ορισμός διπολικής διαταραχής.....	11
1.4 Αίτια διπολικής διαταραχής.....	11
1.5 Συμπτώματα της μανίας.....	12
1.6 Η διπολική διαταραχή, κυκλοθυμία και δυσθυμία.....	13
1.7 Μορφές ψυχικής διαταραχής.....	15
1.8 Διαταραχές της διάθεσης.....	17
1.9 Αγχώδης διαταραχή.....	18
Κεφάλαιο 2.....	20
Επιδημιολογία και πρόγνωση διπολικής διαταραχής.....	21
Κλινική εικόνα.....	27
3.1 Κλινική εικόνα κατάθλιψης.....	27
3.2 Κλινική εικόνα μανίας.....	28
Κεφάλαιο 4.....	31
Διάγνωση διπολικής διαταραχής.....	32
4.1 Διαγνωστικά κριτήρια κλινικών επεισοδίων.....	32
4.1.1 Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.....	32
4.1.2 Μανιακό/υπομανιακό επεισόδιο.....	33
4.1.3 Μεικτό επεισόδιο.....	34
4.2 Διαγνωστικά κριτήρια διπολικής διαταραχής I και II.....	34
4.3 Διαφορική διάγνωση διπολικής διαταραχής.....	35
Κεφάλαιο 5.....	38
Θεραπευτική αντιμετώπιση διπολικής διαταραχής.....	39
5.1 Ψυχοθεραπεία.....	39
5.2 Ψυχοφαρμακολογία.....	41
5.3 Αντικαταθλιπτικά φάρμακα.....	42

5.4 Λίθιο	44
5.5 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ect)	45
Κεφάλαιο 6.....	48
6.1 Νοσηλευτική ψυχικής υγείας.....	49
6.2 Σχέση νοσηλευτή ψυχικής υγείας-θεραπευμένου.....	51
6.3 Αυτοκτονικός ιδεασμός και ο ρόλος του νοσηλευτή.....	53
6.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διπολική διαταραχή.....	58
6.4.1 Νοσηλευτική φροντίδα καταθλιπτικού επεισοδίου	60
6.4.2 Νοσηλευτική φροντίδα μανιακού επεισοδίου.....	64
6.4.3 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την αποκατάσταση του ασθενούς με διπολική διαταραχή	66
6.5 Νοσηλευτική διεργασία	68
6.5.1 Κλινική περίπτωση Α΄	68
6.5.2 Κλινική περίπτωση Β΄	72
6.5.3 Κλινική περίπτωση Γ΄	76
6.5.4 Κλινική περίπτωση Δ΄	79
Συμπεράσματα.....	82
Βιβλιογραφία	84

Κεφάλαιο 1



Διπολική διαταραχή

1.1 Η έννοια της ψυχικής υγείας

Η έννοια της ψυχικής υγείας δεν ταυτίζεται πλέον με την απουσία κάποιας ασθένειας ή την αδυναμία, αλλά νοείται περισσότερο ως μια κατάσταση όπου συνυπάρχουν η φυσική, η κοινωνική και η ψυχική ευεξία. Σχηματίζει άτομα που χαρακτηρίζονται από ζωντάνια και είναι δραστήρια στη ζωή τους, έχουν στόχους, αλληλεπιδρούν κοινωνικά και έχουν νόημα και έλεγχο στη ζωή τους.¹

Πολλές προσπάθειες έχουν γίνει από την επιστήμη να διατυπωθούν αντικειμενικά και αξιόπιστα κριτήρια για την ψυχική υγεία και ασθένεια. Ωστόσο, αν και υπάρχει συμφωνία ως προς τα χαρακτηριστικά που διέπουν την ψυχική υγεία και την ψυχική ασθένεια, δυσκολίες εμφανίζονται στην κατάταξη των ενδιάμεσων καταστάσεων που δεν χαρακτηρίζονται από απόλυτη ψυχική ζωή ή ασθένεια αντίστοιχα. Είναι δύσκολο λοιπόν να υπάρξει μια διακριτή διαχωριστική γραμμή. Είναι λοιπόν σημαντικό να καθοριστούν τρεις βασικές καταστάσεις που συνδέονται με την ποιότητα της ψυχικής λειτουργίας. Οι τρεις αυτές καταστάσεις αφορούν α) την ικανοποιητική παραγωγή των ψυχικών λειτουργιών που υφίσταται στα άτομα με ψυχική υγεία β) η ενδιάμεση κατάσταση που αλληλοκαλύπτει τις περιοχές της ψυχικής υγείας και της ψυχικής ασθένειας και γ) η σαφής επισήμανση της ψυχικής ασθένειας με τις ανάλογες συνέπειες που επιφέρει στις ψυχικές λειτουργίες και τη συμπεριφορά του ατόμου.²

Τελικά οι έννοιες ψυχική υγεία και ψυχική ασθένεια θεωρούνται δύο πόλοι του ίδιου συνεχούς. Οι ειδικοί δεν συμφωνούν απόλυτα μεταξύ τους αναφορικά με την κατηγοριοποίηση, την αιτιολογία και την θεραπεία των ψυχικών διαταραχών⁴. Στους ορισμούς αυτών των δύο εννοιών διεισδύουν δύο ειδών έννοιες, η στατιστική και η

κανονιστική. Η στατιστική έννοια αφορά τον βαθμό εκείνο όπου τα συναισθήματα, οι σκέψεις και οι συμπεριφορές παρεκκλίνουν από το φυσιολογικό. Από την άλλη η κανονιστική έννοια αναφέρεται στον τρόπο που τα παραπάνω αξιολογούνται σε ένα συγκεκριμένο πολιτιστικό πλαίσιο.¹

1.2 Η έννοια της ψυχικής ασθένειας

Στην προσπάθεια να οριστεί η ψυχική ασθένεια αυτή θεωρείται ότι είναι μια κατάσταση όπου το άτομο που πάσχει από αυτή χαρακτηρίζεται από δυσλειτουργία στη σκέψη, τη διάθεση, την αντίληψη και τη μνήμη. Χαρακτηρίζεται ως μια αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού με στόχο την ανατροπή της υπάρχουσας ψυχικής και σωματικής ισορροπίας. Πιο συγκεκριμένα αναφέρεται σε μια διαδικασία που προξενείτε από την επενέργεια έκτακτων ερεθισμάτων που μπορεί να είναι βιολογικά, φυσικά, κοινωνικά ή χημικά και που οδηγούν στη διαταραχή της υγείας του ατόμου και στην δημιουργία αμυντικών αντιδράσεων. Ειδικότερα τα κλινικά χαρακτηριστικά που αντιπροσωπεύουν την παρουσία ψυχικής ασθένειας στο άτομο είναι η έντονη ψυχική πτώση, η κακή προσαρμογή, η ακατανόητη και συχνά απρόβλεπτη συμπεριφορά του, η δυσφορία και η παραβίαση ηθικών κανόνων.³

Όλη η ιστορία της ιατρικής και της ψυχολογίας χαρακτηρίζεται από προσπάθειες να υπάρξει κάποια ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών. Ωστόσο, υπήρξαν πολλές και διαφορετικές απόψεις μεταξύ των επιστημόνων αναφορικά με τις διαταραχές που θα πρέπει να περιλαμβάνονται σε μια τέτοια ταξινόμηση καθώς και στον τρόπο που αυτές μπορούν να ταξινομηθούν. Δύο αποτελούν τα ευρέως διαδεδομένα και αποδεκτά συστήματα ταξινόμησης και αυτά είναι το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ταξινόμησης των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ή DSM) της *Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας* και η Διεθνής Ταξινόμηση Νόσων (International Classification of Diseases ή ICD) της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Από την πρώτη τους εμφάνιση έως σήμερα έχουν υπάρξει πολλές αναθεωρήσεις ενώ τα σύγχρονα συστήματα ταξινόμησης είναι πολυαξονικά και συνεκτιμούν τους διάφορους ψυχολογικούς, βιολογικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην αποκλίνουσα συμπεριφορά.⁴

Θα αναφέρουμε ενδεικτικά τρεις μεγάλες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών και τα χαρακτηριστικά που τις διέπουν. Οι ψυχώσεις ορίζονται ως μείζονες διαταραχές

όπου το άτομο που πάσχει από αυτές χαρακτηρίζεται από βαριά διατάραξη της σκέψης, του συναισθήματος, της επικοινωνίας και της συμπεριφοράς του. Συνέπεια αυτού είναι να διαταράσσεται σημαντικά η ικανότητα του να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Συχνά το ψυχωτικό άτομο εμφανίζει ψευδαισθήσεις, παραληρηματικές ιδέες, απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα και έλλειψη επίγνωσης ότι νοσεί.⁴

Η δεύτερη μεγάλη κατηγορία αφορά τις νευρώσεις που δεν προκαλούν όλες αυτές την πτώση και τη δυσλειτουργία σε πολλά επίπεδα όπως οι ψυχώσεις, προκαλούν όμως πολλά ενοχλητικά συμπτώματα όπως υπερβολικό άγχος ή/και κατάθλιψη και τα οποία είναι δυσπροσαρμοστικά για το άτομο. Στην περίπτωση των νευρώσεων υπάρχει επίγνωση της πραγματικότητας και της ύπαρξης προβλήματος και το άτομο μπορεί να είναι κατά τα άλλα λειτουργικό σε σημαντικούς τομείς της καθημερινότητάς του όπως εργασία, διαπροσωπικές σχέσεις κλπ .

Η τρίτη κατηγορία ψυχικών νοσημάτων αναφέρεται στις διαταραχές της προσωπικότητας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από άκαμπτες και δυσλειτουργικές αντιδράσεις του ατόμου, ειδικά κάτω από συνθήκες στρες οι οποίες επηρεάζουν ιδιαίτερα τις διαπροσωπικές του σχέσεις π.χ. εργασία, οικογένεια, κ.λπ. Οι παραπάνω διαταραχές της συμπεριφοράς είναι εναρμονισμένες με το εγώ του ατόμου και, γι' αυτό το λόγο, το άτομο δεν θεωρεί υπεύθυνο για τα ψυχολογικά προβλήματά του, τον εαυτό του, αλλά ενοχοποιεί την κοινωνία, άλλα άτομα κλπ.⁵



1.3 Ορισμός διπολικής διαταραχής

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η Διπολική Διαταραχή, αποτελεί μια χρόνια ψυχική ασθένεια η οποία παρουσιάζει συχνές υποτροπές και έχει σαν κύριο χαρακτηριστικό τις συναισθηματικές διαταραχές. Αξίζει να αναφερθεί ότι στα παλαιότερα χρόνια η συγκεκριμένη ασθένεια ήταν γνωστή με την ονομασία «μανιοκατάθλιψη».²

Ο τρόπος που εκδηλώνεται είναι κατά κύριο λόγο με ακραίες εναλλαγές στη συμπεριφορά και στη διάθεση προκαλώντας διαταραχές στη σκέψη και στις δραστηριότητες. Το βασικότερο χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης νόσου είναι η εναλλαγή φάσεων μανίας με φάσεις κατάθλιψης, ανάμεσα στις οποίες υπάρχουν χρονικά διαστήματα τα οποία παρουσιάζουν φυσιολογική διάθεση. Το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα είναι γνωστό με την ονομασία «νορμοθυμία».⁶

Αποτελεί αναμφισβήτητο γεγονός ότι οι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ζωής τους παρουσιάζουν εναλλαγές στη συμπεριφορά και στη διάθεση τους οι οποίες προκαλούνται κατά κύριο λόγο από τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος τους. Αυτές οι εναλλαγές θεωρούνται φυσιολογικές και τα συναισθήματα τα οποία παρουσιάζονται ανάλογα με την περίσταση είναι χαράς και λύπης.³

Συγκρίνοντας τις προαναφερθέντες φυσιολογικές εναλλαγές με τις εναλλαγές που παρουσιάζονται στη συγκεκριμένη νόσο θα πρέπει να αναφερθεί ότι παρουσιάζουν ακραία χαρακτηριστικά και επίσης διαφορετικότητα και στην ένταση αλλά και στη διάρκεια. Αυτό σημαίνει ότι στα συναισθήματα χαράς υπάρχουν μεταβολές σε συμπτώματα μανίας και από τα συναισθήματα της θλίψης υπάρχουν μεταβολές σε συμπτώματα κατάθλιψης.

Παρόλα αυτά, η σύγχρονη ιατρική έχει παρουσιάσει πολύ σημαντικά βήματα το οποίο έχει σαν αποτέλεσμα η συγκεκριμένη νόσος να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά και το άτομο να είναι σε θέση να ζήσει φυσιολογικά και δημιουργικά.⁷

1.4 Αίτια διπολικής διαταραχής

Όσον αφορά τα αίτια αυτής της νόσου, μέχρι και σήμερα δεν έχει διαπιστωθεί ένας συγκεκριμένος παράγοντας που να επηρεάζει την εκδήλωση της. Στον αντίποδα, θεωρείται ότι στην εκδήλωση της ασθένειας συμβάλλει ένας συνδυασμός αιτιολογικών παραγόντων. Ένας από αυτούς τους παράγοντες φαίνεται να είναι η

κληρονομικότητα καθώς εκδηλώνεται σε ορισμένες οικογένειες σε μεγάλο βαθμό συχνότητας. Επίσης, πιθανολογείται ότι ο παράγοντας γονίδια συμβάλλει στην εκδήλωση της νόσου. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν ορισμένα άτομα που έχουν γονίδια προδιάθεσης και αυτό τα καθιστά και πιο ευάλωτα στα ερεθίσματα του εξωτερικού περιβάλλοντος.⁸

Ακόμη, ένας χαρακτηριστικός αιτιολογικός παράγοντας στην εκδήλωση της νόσου είναι τα γεγονότα που προκαλούν στρες και άγχος στο άτομο σε συνδυασμό με τους παράγοντες του περιβάλλοντος οι οποίοι το πιέζουν ψυχολογικά και το οδηγούν σε ακραίες εναλλαγές.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ιατρική επιστήμη δεν μπορεί να θεωρήσει τον παράγοντα γονίδια ως τον κύριο παράγοντα εκδήλωσης της νόσου. Αυτό σημαίνει ότι δεν μπορεί να προσδιοριστεί εάν κάποιος θα εκδηλώσει την ασθένεια λαμβάνοντας υπόψη μόνο τον παράγοντα γονίδια.⁸

1.5 Συμπτώματα της μανίας

Όσον αφορά τα συμπτώματα της μανίας χαρακτηριστικά είναι η υπεδραστηριότητα σε συνδυασμό με την υπερκινητικότητα. Επίσης, ένα ακόμη από τα βασικότερα συμπτώματα είναι η υψηλή αυτοπεποίθηση και η υπερεκτίμηση των ικανοτήτων του ατόμου τα οποία σε μεγάλο βαθμό οδηγούν σε εναλλαγές της διάθεσης και της συμπεριφοράς με αποτέλεσμα τις παραληρηματικές ιδέες και τις ψευδαισθήσεις.⁹

Παράδειγμα σε αυτό είναι όταν οι ασθενείς θεωρώντας ότι έχουν υπερφυσικές δυνάμεις νομίζουν ότι μπορούν να σώσουν τον κόσμο ή έχουν ακουστικές ψευδαισθήσεις οι οποίες του λένε φράσεις, όπως «είσαι Θεός».

Πιο συγκεκριμένα τα συμπτώματα είναι:

- ✓ Υπερδραστηριότητα και υπερκινητικότητα.
- ✓ Υπερβολική ευφορία, ενθουσιασμός και υπεραισιοδοξία.
- ✓ Αύξημένη αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση.
- ✓ Παραληρηματικές ιδέες και ψευδαισθήσεις.
- ✓ Ευερεθιστότητα και επιθετική συμπεριφορά.
- ✓ Αύξηση της σεξουαλικής διάθεσης.
- ✓ Μείωση της ανάγκης για ύπνο.

✓ Μειωμένος έλεγχος ενορμήσεων με αποτέλεσμα ανάρμοστες κοινωνικές ή σεξουαλικές πράξεις.

✓ Ιδεοφυγή. Αυτό σημαίνει ότι οι ιδέες του ατόμου καλπάζουν και εναλλάσσονται ταχύτατα.

✓ Αποδιοργανωμένος και ακατανόητος λόγος.²

1.6 Η διπολική διαταραχή, κυκλοθυμία και δυσθυμία

Η διπολική διαταραχή περιγράφεται σαν την παρουσία ενός ή περισσότερων επεισοδίων μανίας (στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής τύπου I) ή υπομανίας (στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής τύπου II), με ή χωρίς μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Με άλλα λόγια, ή μονοπολική μανία αποτελείται μόνο από μανία χωρίς καμία μείζονα κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή τύπου I αποτελείται από μανία με μείζονα κατάθλιψη και η διπολική διαταραχή τύπου II αποτελείται από υπομανία με μείζονα κατάθλιψη. Εντούτοις, η μονοπολική μανία συμβαίνει πολύ σπάνια.

Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα που συνδέονται με τη διπολική διαταραχή είναι σημαντικές. Για παράδειγμα, μια γυναίκα που έχει ηλικία έναρξης της διπολικής διαταραχής τα 25 έτη, σε περίπτωση που δε λάβει θεραπεία, θα χάσει συνολικά 9.2 χρόνια ζωής και 14.2 χρόνια σημαντικής κοινωνικής δραστηριότητας.¹⁰

Το 10-15% των διπολικών ασθενών αυτοκτονούν. Η βία, όπως, π.χ. η κακοποίηση συζύγων και παιδιών, είναι συχνό φαινόμενο κατά τη διάρκεια μανιακών και υπομανιακών επεισοδίων. Επίσης, με αυτή σχετίζεται η εγκατάλειψη του σχολείου, η σχολική αποτυχία και η αντικοινωνική συμπεριφορά. Στο επίπεδο των ψυχικών διαταραχών η διπολική διαταραχή συνδέεται με διαταραχές της σίτισης, διαταραχή ελαττωμένης προσοχής και υπερκινητικότητας και διαταραχές σχετιζόμενες με χρήση ουσιών.¹¹

Ο επιπολασμός της διπολικής διαταραχής I για όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου είναι 1.2% και της διπολική διαταραχή II είναι 0.5 %. Η διπολική διαταραχή I αποτελεί σχεδόν το 20% των μειζόνων διαταραχών της διάθεσης. Η ηλικία έναρξης της διπολικής διαταραχής κορυφώνεται στα 18 έτη για τους άντρες και στα 20 για τις γυναίκες. Το να πρωτοεμφανίζεται η μανία στην τρίτη ηλικία δεν είναι σπάνιο αλλά συνδέεται γενικά με κάποια οργανική αιτιολογία. Η διπολική διαταραχή δεν εμφανίζεται περισσότερο σε κάποιο από τα δύο φύλα, εκτός από την

περίπτωση του ταχέως κύκλου (δηλαδή 4 ή περισσότερα μανιακά ή υπομανιακά επεισόδια το χρόνο) όπου οι γυναίκες υπερεκπροσωπούνται.¹²

Η διπολική διαταραχή είναι υποτροπιάζουσα. Πάνω από το 90% των ασθενών με μεμονωμένο επεισόδιο μανίας υποτροπιάζουν στο μέλλον. Τα μανιακά και τα υπομανιακά επεισόδια συνήθως προηγούνται ή έπονται ενός καταθλιπτικού επεισοδίου και ακολουθούν ένα ατομικό μοντέλο επανάληψης για κάθε ασθενή. Το διάστημα μεταξύ επεισοδίων τείνει να μικραίνει με την ηλικία. Οι περισσότεροι διπολικοί ασθενείς μετά από ένα μανιακό / υπομανιακό επεισόδιο επιστρέφουν στην προηγούμενη ομαλή συναισθηματική τους κατάσταση. Εντούτοις, 15%-30% των ασθενών παρουσιάζουν μόνο μερική υποχώρηση και έχουν συμπτώματα και μεταξύ των επεισοδίων. Η ατελής επιστροφή στην προηγούμενη ομαλή συναισθηματική κατάσταση συμβαίνει συνηθέστερα στους ασθενείς με συνυπάρχοντα ψυχωτικά συμπτώματα κατά τη μανία. Μεταξύ 10% και 15% των εφήβων με υποτροπιάζοντα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια αναπτύσσουν διπολική διαταραχή. Τα μικτά επεισόδια μανιακών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων τείνουν να είναι συχνότερα στους έφηβους και τους νέους ενήλικες από ότι στους μεγαλύτερους ενήλικες. Οι γυναίκες με διπολική διαταραχή βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης επιλόχειων επεισοδίων, τα οποία συχνά είναι ψυχωτικά.¹²

Η κυκλοθυμία είναι μια χρόνια αναστάτωση της διακύμανσης του συναισθήματος που εκφράζεται με πολυάριθμα υπομανιακά επεισόδια και συμπτώματα κατάθλιψης που δεν πληρούν τα κριτήρια για μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια για διάστημα τουλάχιστον 2 ετών, ή 1 έτους σε παιδιά και εφήβους. Οι διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση και τον ύπνο μπορεί να σχετίζονται με την κυκλοθυμία. Η κυκλοθυμία δεν εμφανίζεται περισσότερο σε κάποιο από τα δύο φύλα και τείνει να έχει μικρή ηλικία έναρξης. Ο επιπολασμός της κυκλοθυμίας για όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου είναι 1%. Ο κίνδυνος για έναν ασθενή με κυκλοθυμία να αναπτύξει διπολική διαταραχή είναι 15% με 50%.

Δυσθυμία είναι η παρουσία μιας χρόνιας καταθλιπτικής διάθεσης που διαρκεί για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια (1 χρόνο για παιδιά και εφήβους). Επίσης, στη δυσθυμία είναι παρόντα τουλάχιστον 2 από τα συμπτώματα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (αλλαγή στην όρεξη και στις συνήθειες του ύπνου, χαμηλή ενεργητικότητα, χαμηλή αυτοπεποίθηση, μικρή δυνατότητα συγκέντρωσης, απελπισία).¹¹

Η δυσθυμία έχει ετήσιο επιπολασμό 6% και προσβάλλει τις γυναίκες 1.5 έως 3 φορές περισσότερο από ότι τους άντρες. Η έναρξη της δυσθυμίας συνήθως είναι ύπουλη και γίνεται σε νεαρή ηλικία. Η δυσθυμία σπάνια συναντάται μόνη. Σε περισσότερα από τα τρία τέταρτα των ασθενών συνυπάρχει μια ακόμα διαταραχή, συνήθως κατάθλιψη (δίνοντας γένεση στη λεγόμενη «διπλή κατάθλιψη»). Άλλες συνυπάρχουσες διαταραχές μπορεί να είναι η διαταραχή άγχους, η χρήση ουσιών, η διαταραχή προσωπικότητας, η διαταραχή διαγωγής, η διαταραχή ελαττωμένης προσοχής και υπερκινητικότητας, οι διαταραχές μάθησης και η νοητική καθυστέρηση.¹¹

1.7 Μορφές ψυχικής διαταραχής

Ø Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή:

Τα βασικά χαρακτηριστικά είναι τα ίδια με την Σχιζοφρένεια (όσον αφορά τα συμπτώματα) με δύο διαφορές: α) την ολική διάρκεια της διαταραχής (συμπεριλαμβανομένης της ενεργού, πρόδρομης και υπολειμματικής φάσης) που είναι τουλάχιστον ένας μήνας, αλλά λιγότερο από έξι (αν και κάποιες φορές μπορεί να συμβεί), β) δεν απαιτείται κοινωνική και επαγγελματική έκπτωση. Επίσης απουσιάζει το απρόσφορο ή αμβλύ συναίσθημα. Η διαφορά της από την σχιζοφρένεια ή από την βραχεία ψυχωτική διαταραχή, βασίζεται κυρίως στην διάρκεια της διαταραχής (περισσότερο από έξι μήνες στην πρώτη, λιγότερο από ένα μήνα στην δεύτερη).¹³

Ø Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή:

Σε κάποια χρονική στιγμή εκτός από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας εμφανίζεται καταθλιπτικό ή μανιακό ή μεικτό επεισόδιο. Θα πρέπει να υπάρχουν, από την μία μεριά, παραλληλητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για δύο εβδομάδες με απουσία έντονων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης και από την άλλη τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης να είναι παρόντα για σημαντικό μέρος της όλης διάρκειας της διαταραχής. Επίσης πρέπει να αποκλειστούν οργανικές αιτίες και γενικές ιατρικές καταστάσεις. Η ελάχιστη διάρκεια είναι ένας μήνας. Ο τύπος αυτής της διαταραχής μπορεί να είναι: α) *διπολικός*, αν η διαταραχή περιλαμβάνει μανιακό ή μεικτό επεισόδιο, β) *καταθλιπτικός*, εάν η διαταραχή περιλαμβάνει μόνο μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια.⁷

∅ Παραληρητική Διαταραχή:

Η κατηγορία αυτή χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών διαφόρων τύπων, όπως ζηλοτυπίας, ερωτομανίας, σωματικών, μεγαλείου κ.τ.λ. γι' αυτό στο DSM-V χρησιμοποιείται αυτός ο όρος σε αντίθεση με τον όρο παρανοϊκή διαταραχή που υπήρχε παλιότερα, ο οποίος υπονοούσε την ύπαρξη μόνο παρανοϊκών ιδεών. Χαρακτηριστικό των ιδεών αυτών είναι ότι δεν είναι αλλόκοτες, αλλά τις συναντάμε στην πραγματικότητα. Μπορεί να υπάρχουν οπτικές και οσφρητικές παραισθήσεις και η γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου δεν είναι παράξενη. Αν υπάρχουν συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης, αυτά είναι βραχείας διάρκειας σε σχέση με την διάρκεια των παραληρητικών ιδεών που πρέπει να είναι ενός μηνός για να μπει η διάγνωση.⁸

∅ Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή:

Χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι η αιφνίδια έναρξη ενός ψυχωτικού επεισοδίου που διαρκεί τουλάχιστον μία ημέρα και λιγότερο από ένα μήνα, με επάνοδο στο προνοσηρό επίπεδο. Τα ψυχωτικά συμπτώματα μπορεί να είναι ασυναρτησία, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, κατατονική εμβροντησία ή διέγερση, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και γενικά η εικόνα έντονης αναστάτωσης με σύγχυση, αμηχανία και γρήγορη εναλλαγή συναισθημάτων. Περισσότερο επιρρεπή είναι άτομα με παρανοειδή, ναρκισσιστική, σχιζότυπη ή μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας, όταν βρίσκονται σε συνθήκες πίεσης και έντονου άγχους.

∅ Επινεμόμενη Ψυχωτική Διαταραχή:

Η διαταραχή αυτή είναι σπάνια και συχνότερη στις γυναίκες. Μία παραληρητική ιδέα αναπτύσσεται σε ένα άτομο στο πλαίσιο μιας σχέσης με ένα άλλο άτομο που έχει ήδη εγκατεστημένη παραληρητική ιδέα. Αυτή η ιδέα είναι παρόμοια στο περιεχόμενο με αυτήν του ατόμου που ήδη έχει την εγκατεστημένη παραληρητική ιδέα και δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχωτική διαταραχή.

13

∅ Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση:

Στην διαταραχή αυτή κυριαρχούν παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις, οι οποίες αποδεικνύονται από το ιστορικό, την φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι η διαταραχή είναι άμεση φυσιολογική συνέπεια μίας γενικής ιατρικής κατάστασης και δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή.¹⁴

Ø Ψυχωτική Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες:

Το βασικό χαρακτηριστικό είναι οι ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες, που προκαλούνται από κάποια ουσία κατάχρησης ή τοξίνη και που το άτομο δεν αναγνωρίζει, ότι προέρχονται από την ουσία. Αν το άτομο αναγνωρίζει όμως από πού προέρχονται, τότε η διάγνωση είναι Στερητική Διαταραχή από Ουσίες, με διαταραχές στην αντίληψη.

Ø Ψυχωτική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς:

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει την ψυχωτική συμπτωματολογία, για την οποία όμως υπάρχει ανεπαρκής πληροφόρηση, για να μπει μία συγκεκριμένη διάγνωση ή η πληροφόρηση είναι αντιφατική ή δεν πληρούνται τα κριτήρια ταξινόμησης σε μια συγκεκριμένη ψυχωτική διαταραχή. Για παράδειγμα η επιλόχειος ψύχωση, η οποία δεν πληροί τα κριτήρια για διαταραχή της διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία, βραχεία ψυχωτική διαταραχή, οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση και προκαλούμενη από ουσίες.¹⁴

1.8 Διαταραχές της διάθεσης

Η συναισθηματική κατάσταση του ανθρώπου μεταβάλλεται μεταξύ διαφόρων ακραίων βαθμών, από την χαρά και την ευθυμία μέχρι την βαθιά λύπη. Τα φυσιολογικά άτομα αναγνωρίζουν τις αιτίες των μεταβολών αυτών και έχουν την αίσθηση ότι μπορούν να ελέγξουν τις μεταπτώσεις. Αντίθετα στην κατάθλιψη και την μανία, το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει τα συναισθήματά του, με αποτέλεσμα να υποφέρει τόσο το ίδιο από διάφορα συμπτώματα, όσο και να επηρεάζονται σοβαρά οι σχέσεις του με τους γύρω του στο οικογενειακό, εργασιακό ή ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.¹⁵

Περίληπτικά οι διαταραχές της διάθεσης κατά το ICD-10 είναι οι εξής:

- ο F30 Μανιακό επεισόδιο: Υπομανία, μανία με ή όχι ψυχωσικά συμπτώματα
- ο F31 Διπολική συναισθηματική διαταραχή: Επεισόδιο υπομανιακό ή μανιακό, επεισόδιο κατάθλιψης με ή χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα.
- ο F32 Καταθλιπτικό επεισόδιο: Ήπιο, μέτριας βαρύτητας, βαρύ με ή χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα.
- ο F33 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή
- ο F34 Επίμονες διαταραχές της διάθεσης: Κυκλοθυμία, δυσθυμία.
- ο F38 Άλλες διαταραχές της διάθεσης

· F39 Μη καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης.

Καταθλιπτικό επεισόδιο: Επικρατεί η απώλεια ενδιαφέροντος για οτιδήποτε καθώς και η έλλειψη ευχαρίστησης για οτιδήποτε. Συνήθως τα άτομα έχουν αρνητική άποψη για τον κόσμο και τον εαυτό τους. Η σκέψη τους περιστρέφεται γύρω από θέμα απώλειας, ενοχής, αυτοκτονίας και θανάτου. Οι αυτοκτονίες συνήθως αποπειρώνται στην έναρξη ή στην αποδρομή του επεισοδίου της κατάθλιψης, επειδή τότε οι άρρωστοι έχουν την δυνατότητα να πάρουν κάποια απόφαση και να την πραγματοποιήσουν.

Χαρακτηριστική επίσης είναι η μείωση της ενεργητικότητας. Ο ύπνος διαταράσσεται σημαντικά, επίσης μειώνεται η όρεξη και έχουν αργή και φτωχή ομιλία. Το επίπεδο της συνείδησης δεν φαίνεται να επηρεάζεται ακόμα και σε βαριές περιπτώσεις. Οι διαταραχές της μνήμης, οφείλονται στην αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής, καθώς αυτή στρέφεται αποκλειστικά στα ενοχλήματα του αρρώστου.¹⁷

Μανιακό επεισόδιο: Χαρακτηριστικό στοιχείο είναι η υπερβολική αύξηση της συναισθηματικής διάθεσης, δυσανάλογη με τις ειδικές συνθήκες που αντιμετωπίζει το άτομο. Η υπερθυμία μπορεί να ποικίλει από απερίσκεπτη ευθυμία μέχρι την ανεξέλεγκτη διέγερση. Συνοδεύεται από αυξημένη ενεργητικότητα που οδηγεί σε υπερδραστηριότητα με ανάγκη για διαρκή ομιλία και λίγο ύπνο. Συχνά παρατηρείται διάσπαση της προσοχής. Η αυτοεκτίμηση διογκώνεται και εκφράζονται ελεύθερα ιδέες μεγαλείου.

Μείζων κατάθλιψη: Χαρακτηριστικό είναι ότι μισοί περίπου από τους αρρώστους με μείζονα κατάθλιψη, παρουσιάζουν καταθλιπτικές διαταραχές πριν από το βαρύ επεισόδιο. Το πρώτο επεισόδιο εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 40 ετών. Ένα επεισόδιο κατάθλιψης χωρίς θεραπεία διαρκεί 6-13 μήνες, ενώ με την θεραπεία περίπου 3 μήνες.

Διπολική Διαταραχή: Αρχίζει κατά κανόνα με καταθλιπτικό επεισόδιο και υποτροπιάζει. Συνήθως οι άρρωστοι παρουσιάζουν τόσο καταθλιπτικό όσο και μανιακό επεισόδιο και ένα ποσοστό 10-20% παρουσιάζουν μόνο μανιακά επεισόδια.¹⁶

1.9 Αγχώδης διαταραχή

Συνήθως στον όρο άγχος υπάρχουν δύο έννοιες το ευστρές και το δυστρές. Σύμφωνα με το πρώτο ο άνθρωπος είναι γεμάτος από επιθυμία και κινητοποίηση για

να προσπαθήσει να πραγματοποιήσει κάτι που θέλει. Στην περίπτωση αυτή το άγχος έχει την έννοια της αυξημένης εγρήγορσης. Το δεύτερο έχει να κάνει με μία γενική αναστάτωση και αβεβαιότητα που νιώθει ο άνθρωπος, το οποίο συχνά τον μετατρέπει σε παθητικό.¹⁰

Το άγχος επηρεάζει την σκέψη, την αντίληψη και την μάθηση. Μπορεί να προκαλέσει σύγχυση και διαταραχή της αντίληψης, της έννοιας του τόπου και του χρόνου, αλλά και της αναγνώρισης των ανθρώπων και του νοήματος των γεγονότων. Οι αγχώδεις διαταραχές παίρνουν διάφορες μορφές, όπως:

1) Διαταραχές φοβικού άγχους:

- ∅ Αγοραφοβία
- ∅ Κοινωνικές φοβίες
- ∅ Ε ιδικές μεμονωμένες φοβίες

2) Άλλες αγχώδεις εκδηλώσεις:

- ∅ Διαταραχή πανικού
- ∅ Διαταραχή γενικευμένου άγχους

3) Ιδιοψυχαναγκαστική νεύρωση

4) Αντίδραση σε έντονο στρες και διαταραχές προσαρμογής

5) Διαταραχές αποσυνδεδετικού τύπου (π.χ. αισθητικές, κινητικές διαταραχές, αμνησία αποσυνδεδετικού τύπου, φυγή και εμβροντησία αποσυνδεδετικού τύπου).

Σωματόμορφες Διαταραχές (π.χ. υποχονδριακή διαταραχή, σύνδρομο αποπροσωποποίησης).¹¹

Κεφάλαιο 2



Επιδημιολογία και πρόγνωση διπολικής διαταραχής

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας καθώς επίσης και από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία τα τελευταία χρόνια προκύπτουν ορισμένα ενδιαφέροντα στοιχεία σχετικά με τον κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου, το φύλο, την ηλικία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και την κληρονομικότητα. Πιο συγκεκριμένα:

Κίνδυνος εκδήλωσης της νόσου

Η πιθανότητα εκδήλωσης διπολικής διαταραχής σε όλη τη διάρκεια ζωής του γενικού πληθυσμού παρουσιάζεται σε ποσοστό ανάμεσα στο 0,3% και το 1,5%. Όσον αφορά τον τύπο διπολικής διαταραχής II παρουσιάζεται σε ορισμένες έρευνες μεγαλύτερος κίνδυνος εκδήλωσης με το ποσοστό αυτό να φτάνει μέχρι και 5% ενώ σε άλλες μικρότερος με το ποσοστό αυτό να αγγίζει περίπου το 0,3%. Αξίζει να αναφερθεί ότι στην Ελλάδα πιθανολογείται ότι νοσούν από διπολική διαταραχή περίπου 10.000 άτομα.

Φύλο

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η διπολική διαταραχή δεν διαχωρίζει το φύλο αλλά παρουσιάζεται συχνά και στο γυναικείο αλλά και στον ανδρικό πληθυσμό.¹²

Το πρώτο επεισόδιο που εκδηλώνεται στο γυναικείο φύλο φαίνεται να είναι το μείζον καταθλιπτικό με μεγάλο βαθμό επιρροής την προεμμηνορρησιακή περίοδο ή την επιλόχεια περίοδο. Επίσης, έχουν περισσότερες πιθανότητες στη συνέχεια να εκδηλώσουν ψυχωτικά επεισόδια. Στον ανδρικό πληθυσμό φαίνεται ότι το πρώτο

επεισόδιο που παρουσιάζεται στα άτομα που νοσούν από διπολική διαταραχή είναι το μανιακό.⁸

Ηλικία

Όσον αφορά τον παράγοντα ηλικία, παρατηρείται σε πολλές περιπτώσεις η εκδήλωση της νόσου στις νεαρές ηλικίες κάτω των 25 ετών ενώ δύναται να παρουσιαστούν τα πρώτα συμπτώματα κατά τη διάρκεια των παιδικών χρόνων. Σε σπάνιες περιπτώσεις η νόσος εκδηλώνεται σε άτομα άνω των 50 ετών όπου τις περισσότερες φορές οφείλεται σε κάποια οργανική αιτία όπως είναι για παράδειγμα η χρήση ουσιών.

Στη συνέχεια, αξίζει να αναφερθεί ότι ένα ποσοστό των εφήβων της τάξεως του 10% που παρουσιάζουν μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια θα εκδηλώσουν διπολική διαταραχή τύπου I. Όσον αφορά τα μανιακά επεισόδια εκδηλώνονται κατά κύριο λόγο στις εφηβικές ηλικίες παρουσιάζοντας προβλήματα στη συμπεριφορά τα οποία δύναται να συνυπάρχουν με τη χρήση ουσιών ή την κακή επίδοση στο σχολείο. Τέλος, τα μεικτά επεισόδια παρουσιάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό στις ηλικίες άνω των 50 ετών.⁸

Κοινωνικοοικονομική κατάσταση

Σχετικά με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, χωρίς να υπάρχουν σαφή στοιχεία, πιθανολογείται ότι υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος νοσηρότητας στα άτομα που ανήκουν σε υψηλότερα κοινωνικά στρώματα και είναι οικονομικά ευκατάστατα.

Ιστορικό οικογένειας

Όσον αφορά το οικογενειακό ιστορικό, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου τα άτομα των οποίων οι συγγενείς πρώτου βαθμού έχουν παρουσιάσει διπολική διαταραχή τύπου I με τα ποσοστά αυτά να αγγίζουν το 20%. Επίσης, μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε διδύμους παρουσιάζουν μια γενετική επίδραση στη διπολική διαταραχή I.⁸

Όσον αφορά την πρόγνωση της συγκεκριμένης ασθένειας, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα επεισόδια καταθλιπτικών και μανιακών επεισοδίων εναλλάσσονται σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Κατά τη διάρκεια αυτών των εναλλαγών υπάρχουν και η περίοδος νορμοθυμίας κατά τις οποίες το άτομο παρουσιάζει υποχώρηση των συμπτωμάτων. Είναι πάρα πολύ λίγες οι περιπτώσεις όπου το άτομο θα παρουσιάζει μόνο μια φάση καταθλιπτικού ή μανιακού επεισοδίου και στη συνέχεια θα εμφανίσει νορμοθυμία επ άοριστον. Κατά τη διάρκεια της νορμοθυμίας

το άτομο επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα τόσο γνωστικά όσο και συναισθηματικά.

Σε αρκετούς ασθενείς, ιδιαίτερα πριν από την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων θεραπείας της συγκεκριμένης ασθένειας, παρουσιάζεται μείωση των γνωστικών ικανοτήτων τους σε συνδυασμό με την μειωμένη λειτουργικότητα σε όλους τους τομείς της ζωής του (επαγγελματικό, κοινωνικό κλπ.).⁷

Αξίζει να σημειωθεί ότι πριν από την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων για την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής αρκετοί ασθενείς «κατέληγαν» ενώ εμφάνιζαν κάποιο επεισόδιο και βρίσκονταν εντός νοσοκομείου. Γι αυτό το λόγο, κρίνεται απαραίτητη η κατάλληλη θεραπεία ώστε τα άτομα να έχουν μια υψηλή ποιότητα ζωής, αγγίζοντας τα φυσιολογικά επίπεδα, μειώνοντας σε μεγάλο βαθμό και τη συχνότητα των επεισοδίων αλλά και τα συμπτώματά τους.²

Όπως προαναφέρθηκε, η συγκεκριμένη ασθένεια δύναται να παρουσιαστεί και στους εφήβους αλλά και στα παιδιά. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος νοσηρότητας παρουσιάζεται στα παιδιά των οποίων ο ένας από τους γονείς τους εμφανίζει διπολική διαταραχή.

Πιο συγκεκριμένα, τα στοιχεία που παρουσιάζονται σε άρθρο του επιστημονικού περιοδικού Archives of General Psychiatry δείχνουν ότι έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν διπολική διαταραχή τα παιδιά των γονέων που παρουσιάζουν τη συγκεκριμένη ασθένεια.¹³



Επίσης, σύμφωνα με έρευνα του Ιατρικού Κέντρου του Πανεπιστημίου του Πίτσμπουργκ που δημοσιεύτηκε στο επιστημονικό περιοδικό Archives of General Psychiatry παρατηρείται ότι διατρέχουν έως και 10 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν διπολική διαταραχή τα παιδιά των γονέων που έχουν εκδηλώσει τη

συγκεκριμένη ασθένεια σε σχέση τα παιδιά των οποίων οι γονείς δεν έχουν εμφανίσει τη συγκεκριμένη διαταραχή.¹⁴

Ταυτόχρονα, στην ίδια έρευνα παρατηρείται ότι στις υψηλά κοινωνικά και οικονομικά ευκατάστατες οικογένειες όπου οι γονείς παρουσιάζουν διπολική διαταραχή, τα παιδιά έχουν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν κάποια διαταραχή διάθεσης σε σχέση με τα παιδιά των γονέων που δεν έχουν νοσήσει από διπολική διαταραχή.



Περισσότερα από τα τρία τέταρτα των παιδιών που εκδήλωσαν διπολική διαταραχή είχαν το πρώτο επεισόδιο πριν την ηλικία των 12 ετών.

Σε αντίθεση με τους ενήλικες, οι οποίοι εκδηλώνουν διακριτές περιόδους μανίας ή κατάθλιψης, τα παιδιά και οι νεαροί έφηβοι παρουσιάζουν συνήθως ταχείες εναλλαγές της διάθεσης, ακόμα και στο διάστημα μιας ημέρας. Στα παιδιά η μανία εκδηλώνεται περισσότερο με ευερεθιστότητα και ξεσπάσματα παρά με ευφορική διάθεση. Στους εφήβους η νόσος εκδηλώνεται συνήθως με μεικτή συμπτωματολογία, ενώ οι μεγαλύτερης ηλικίας έφηβοι εκδηλώνουν περισσότερο την τυπική μορφή της νόσου, όπως αυτή απαντάται στους ενήλικες.

Η διάγνωση της διπολικής διαταραχής σε παιδιά και εφήβους ενέχει ορισμένες δυσκολίες και γι' αυτό χρειάζεται προσεκτική εκτίμηση από παιδοψυχίατρο, καθώς η συμπτωματολογία που παρουσιάζεται μπορεί να «μιμείται» αυτή άλλων διαταραχών, που εκδηλώνονται στο ίδιο ηλικιακό φάσμα (πχ. διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής / υπερκινητικότητας).¹⁴

Επίσης, στην περίπτωση που ένα παιδί ή έφηβος εκφράζει αυτοκτονικό ιδεασμό ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, αυτό θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη και να ζητηθεί άμεσα η βοήθεια ενός ειδικού.

Τα μανιακά επεισόδια έχουν συνήθως απότομη έναρξη και η διάρκειά τους είναι 2 εβδομάδων και 4-5μηνών (μέση διάρκεια περίπου 4 μηνών). Οι καταθλίψεις συνήθως διαρκούν περισσότερο (μέση διάρκεια περίπου 6 μηνών), αν και σπανίως υπερβαίνουν το έτος, με εξαίρεση τους ηλικιωμένους.

Τα επεισόδια και των δυο τύπων είναι συχνά επακόλουθα ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής ή άλλων ψυχικών τραυμάτων, αλλά η παρουσία τέτοιων ψυχοπιεστικών παραγόντων δεν είναι ουσιαστική προϋπόθεση για τη διάγνωση. Το πρώτο επεισόδιο είναι δυνατόν να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία, από την παιδική μέχρι τη γεροντική.¹⁵

Κεφάλαιο 3



Κλινική εικόνα

3.1 Κλινική εικόνα κατάθλιψης

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα επεισόδια που παρουσιάζονται στις διπολικές διαταραχές και γι αυτό το λόγο έχει ιδιαίτερη σημασία η κλινική εικόνα της. Τις περισσότερες φορές το καταθλιπτικό επεισόδιο εμφανίζεται ύστερα από ένα διάστημα τα χαρακτηριστικά του οποίου είναι: η ατονία, το αίσθημα κόπωσης, η απώλεια όρεξης, η αϋπνία και η μη συμμετοχή σε καθημερινές δραστηριότητες.¹¹

Το καταθλιπτικό επεισόδιο χαρακτηρίζεται από δυσάρεστα συναισθήματα όπως είναι η λύπη και η απογοήτευση. Ταυτόχρονα το άτομο δεν επιθυμεί να συμμετάσχει σε δραστηριότητες που σχετίζονται με την καθημερινότητα του και δεν έχει ενδιαφέρον γενικότερα για τη ζωή.¹⁶

Η «λίμναση της σκέψης» αποτελεί ένα ακόμη μέρος της κλινικής εικόνας της κατάθλιψης η οποία συνδέεται άμεσα με τη θλίψη. Σε περιπτώσεις βαριάς μορφής οι ιδέες του ατόμου μπορεί να είναι και παραληρητικές με αυτοκαταστροφικές τάσεις.

Το άτομο το οποίο παρουσιάζει επεισόδια κατάθλιψης δεν είναι σε θέση να πάρει πρωτοβουλίες καθώς δεν χαρακτηρίζεται από επιθυμίες ενώ η ψυχοκινητική του δραστηριότητα παρουσιάζεται μειωμένη. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι όταν σε αυτά τα επεισόδια συνυπάρχει το έντονο άγχος η ψυχοκινητική δραστηριότητα παρουσιάζεται αυξημένη. Το συγκεκριμένο συναντάται κυρίως στις μεγαλύτερες ηλικίες και όχι στις νεότερες.

Συνειδησιακά, το άτομο βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα ακόμα και αν παρουσιάζει την πιο βαριά μορφή κατάθλιψης. Οι διαταραχές μνήμης καθώς επίσης

και η απώλεια προσανατολισμού παρατηρείται κυρίως στους ηλικιωμένους και αποτελούν κατά κύριο λόγο οργανικά συμπτώματα τα οποία επιδεινώνονται με την εκδήλωση της κατάθλιψης.¹⁶

Στην περίπτωση που παρουσιάζονται στο καταθλιπτικό επεισόδιο διαταραχές στη συνείδηση καθώς επίσης και στην αντίληψη του ατόμου ενώ ταυτόχρονα διακρίνονται ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες τότε πρόκειται για ψυχωσική διαταραχή.

Συνεχίζοντας με την κλινική εικόνα της κατάθλιψης αξίζει να αναφερθούν και ορισμένα άλλα χαρακτηριστικά όπως είναι η αδυναμία συγκέντρωσης και η απουσία ενεργητικότητας. Το άτομο αισθάνεται ότι είναι αδύναμο, δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, θεωρεί τον εαυτό του μη αποτελεσματικό με αποτέλεσμα να απελπίζεται και να παραιτείται από τη ζωή.¹⁷

Όλα τα παραπάνω λειτουργούν καταλυτικά στο να προβεί το άτομο σε απόπειρα αυτοκτονίας. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι ένα ποσοστό των ατόμων που παρουσιάζουν καταθλιπτικά επεισόδια μέτριας ή βαριάς μορφής της τάξεως του 50% οδηγούνται στην απόπειρα αυτοκτονίας ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 70% το σκέφτεται να αυτοκτονήσει.

Πολύ σημαντικό θεωρείται το γεγονός ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας πραγματοποιούνται είτε όταν το άτομο βρίσκεται στο πρώτο στάδιο του καταθλιπτικού επεισοδίου είτε όταν παρουσιάζει σημάδια βελτίωσης. Αυτό συμβαίνει διότι είναι περισσότερο διαυγής και μπορεί να σχεδιάσει και να εκτελέσει την πράξη αυτή.¹⁷

Τέλος, στην κλινική εικόνα του καταθλιπτικού επεισοδίου συνυπάρχουν η αϋπνία, η απώλεια όρεξης καθώς επίσης και οι σωματικοί πόνοι όπως είναι η χρόνια κεφαλαλγία.¹⁸

3.2 Κλινική εικόνα μανίας

Όπως προαναφέρθηκε, στη διπολική διαταραχή παρουσιάζονται καταθλιπτικά επεισόδια και επεισόδια μανίας τα οποία είτε εναλλάσσονται είτε εκδηλώνονται ταυτόχρονα. Γι αυτό το λόγο περιγράφεται η κλινική εικόνα της μανίας εκτενέστερα καθώς συμβάλλει στην διάγνωση της διπολικής διαταραχής.¹⁸



Αρχικά, στην κλινική εικόνα της μανίας βασικό χαρακτηριστικό είναι η διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο έχει αισθήματα ευφορίας σε έντονο βαθμό τα οποία δύναται να οδηγήσουν σε επιθετική συμπεριφορά. Διακρίνεται από έναν αυξημένο ενθουσιασμό που «κάνει» μεγάλη εντύπωση στον περίγυρο του καθώς δεν είναι του χαρακτήρα του. Στην περίπτωση που δεν υπάρξει η απαραίτητη προσοχή τότε το άτομο αμέσως υποτροπιάζει και τα συναισθήματα ευφορίας αντικαθίστώνται από βίαιη και επιθετική συμπεριφορά ιδιαίτερα όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με την πραγματικότητα. Επίσης, σε κάποιες περιπτώσεις δεν συναντώνται συναισθήματα ευφορίας αλλά μόνο επιθετική συμπεριφορά, οργή και βία.¹⁹

Στη συνέχεια, ακόμη ένα χαρακτηριστικό είναι η αυξημένη αυτοεκτίμηση. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο πλανάται ότι έχει υπερβολικές ικανότητες και μπορεί να κάνει τα πάντα. Στην ουσία απουσιάζει το στοιχείο της αυτοκριτικής με αποτέλεσμα να εμφανίζονται παραληρητικές ιδέες όπως είναι η υπερθυμία.

Στα μανιακά επεισόδια θα πρέπει να προστεθεί και η μειωμένη ανάγκη για ύπνο. Αυτό συμβαίνει διότι το άτομο είναι υπερκινητικό, με αυξημένη ενέργεια, θέλει συνεχώς να βρίσκεται σε κίνηση πράγμα που σημαίνει ότι χάνεται η επιθυμία για ξεκούραση. Το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό δύναται να διαρκέσει για πολλές μέρες.¹⁹

Άλλο ένα χαρακτηριστικό της κλινικής εικόνας της μανίας είναι η «ιδεοφυγή». Αυτό σημαίνει ότι το άτομο παρουσιάζει διαταραχές στο λόγο του. Μιλάει ακατάπαυστα, περνάει από το ένα θέμα στο άλλο απότομα και δημιουργεί

λογοπαίγνια. στην περίπτωση που το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό είναι σε αυξημένο βαθμό τότε ο λόγος δεν έχει καμία ροή και είναι ακατανόητος.¹⁶

Όπως αναφέρθηκε η υπερκινητικότητα και η ανησυχία αποτελεί μέρος του μανιακού επεισοδίου. Το άτομο μπορεί να προβεί σε δραστηριότητες όλων των ειδών την ίδια ημέρα χωρίς να έχει συναίσθηση των ικανοτήτων του, θεωρώντας ότι μπορεί να τα κάνει όλα σε μία μέρα. Το συγκεκριμένο, δύναται να έχει αρνητικές συνέπειες για τη ζωή του καθώς η έλλειψη αυτοκριτικής και η υπερεκτίμηση του μπορεί να το οδηγήσουν σε δραστηριότητες που θα έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην καθημερινότητα του όπως για παράδειγμα η απρόσεκτη και επικίνδυνη οδήγηση επιθυμώντας να γυρίσουν τον κόσμο.

Τέλος, το άτομο με μανιακό επεισόδιο είναι συναισθηματικά ασταθές καθώς το συναίσθημα ευφορίας μπορεί να αλλάξει απότομα σε επιθετική συμπεριφορά ενώ δημιουργούνται ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες δηλαδή δύναται να νομίζει είτε ότι το καταδιώκουν είτε ότι του έχει ανατεθεί κάποια ειδική αποστολή.²⁰

Κεφάλαιο 4



Διάγνωση διπολικής διαταραχής

4.1 Διαγνωστικά κριτήρια κλινικών επεισοδίων

Για την ορθότερη διάγνωση των διαταραχών η αμερικανική ψυχιατρική εταιρεία πραγματοποίησε μια ομαδοποίηση διαγνωστικών κριτηρίων βασισμένη στα συμπτώματα και την πρόγνωση.

4.1.1 Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο

διαγνωστικά κριτήρια DSM-V για το συγκεκριμένο επεισόδιο είναι:

A. Η ύπαρξη πέντε ή περισσότερων από τα ακόλουθα συμπτώματα σε διάρκεια δύο εβδομάδων, αντιπροσωπεύει μια αλλαγή από την προηγούμενη λειτουργικότητα. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι καταθλιπτική διάθεση, είτε απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης. Καταθλιπτική διάθεση σχεδόν καθημερινά στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας που αποκαλύπτεται είτε από υποκειμενική αναφορά (αισθήματα κενού), ή από παρατηρήσεις τρίτων.¹⁴

Σημαντική ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σχεδόν καθημερινά στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας για (σχεδόν) όλες τις δραστηριότητες.

- Ø Αϋπνία ή υπερυπνία, σχεδόν καθημερινά.
- Ø Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά.
- Ø Σημαντική απώλεια ή αύξηση του βάρους ή και της όρεξης.
- Ø Έλλειψη ενεργητικότητας ή κόπωση σχεδόν καθημερινά.
- Ø Αίσθημα ματαιότητας ή αδικαιολόγητης ενοχής ή υπερβολής σχεδόν καθημερινά.

∅ Έκπτωση της ικανότητας σκέψης ή συγκέντρωσης καθώς και αναποφασιστικότητα σχεδόν καθημερινά.

∅ Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο εκτέλεσης αυτοκτονίας.¹³

∅ Β. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντικό άγχος ή μείωση της κοινωνικής επαγγελματικής ή άλλης σημαντικής λειτουργίας.¹³

∅ Γ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε παθολογική κατάσταση (π.χ. υποθυρεοειδισμό) ή σε άμεση φυσιολογική αντίδραση κάποιας ουσίας (π.χ. φαρμακευτική).

Δ. Τα συμπτώματα έπειτα από την απώλεια προσφιλούς προσώπου παραμένουν για περισσότερο από δύο μήνες, χαρακτηρίζονται από σημαντική λειτουργική έκπτωση ή παθολογική προκατάληψη με αίσθημα μαιαιότητας, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωσικά συμπτώματα ή ψυχοκοινωνική επιβράδυνση.¹⁵

4.1.2 Μανιακό/υπομανιακό επεισόδιο

Αρχικά θα πρέπει να αναφερθεί ότι το υπομανιακό επεισόδιο αποτελεί μανία μέτριας μορφής και η διάγνωση του περιλαμβάνει τα κριτήρια Α και Β και όχι Γ. Σημειώνεται ότι τα συμπτώματα ενός μανιακού ή υπομανιακού επεισοδίου δεν οφείλονται σε κάποια παθολογική κατάσταση όπως είναι ο υπερθυρεοειδισμός ή σε παρενέργεια κάποιας φαρμακευτικής ουσίας.⁸

Τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-V για το μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο είναι:

A Μια περίπτωση, σαφώς ορισμένη, η οποία χαρακτηρίζεται από σταθερή αύξηση λογόρροιας ή ευερέθιστης διάθεσης διάρκειας τουλάχιστον μιας εβδομάδας ή οποιασδήποτε διάρκειας.

B. Κατά τη διάρκεια της διαταραχής της διάθεσης τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα έχουν παραμείνει και έχουν εμφανιστεί σε σημαντικό βαθμό:

∅ Έντονη αυτοεκτίμηση ή ιδέες μεγαλείου

∅ Μειωμένη ανάγκη για ύπνο (λιγότερο από τρεις ώρες). Ο πάσχων κατακλύζεται από ενεργητικότητα.

∅ Εξαναγκασμός για συνέχιση της ομιλίας.

∅ Εύκολη διάσπαση της προσοχής σε ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα.

∅ Ιδεοφυγή ή υποκείμενο αίσθημα ότι οι σκέψεις τρέχουν

∅ Ψυχοκοινωνική διέγερση ή αυξημένη δραστηριότητα προς κάποιο στόχο (κοινωνικό ή σεξουαλικό ή επαγγελματικό ή σχολικό).

∅ Έντονη απασχόληση με ευχάριστες (προς τον ασθενή) δραστηριότητες με αυξημένες πιθανότητες επώδυνων συνεπειών όπως: επιπόλαιες επιχειρηματικές επενδύσεις, ασυγκράτητα αγοραστικά όργια.¹³

∅ Γ. Οι συνέπειες της διαταραχής της διάθεσης μπορούν να προκαλέσουν: έκπτωση της επαγγελματικής λειτουργικότητας ή των κοινωνικών δραστηριοτήτων ή σχέσεων με τους άλλους ή να χρειαστεί εισαγωγή σε νοσοκομείο ώστε να προληφθεί η ζημιά προς τον εαυτό του η προς τους άλλους ή ύπαρξη ψυχωτικών χαρακτηριστικών.⁸

4.1.3 Μεικτό επεισόδιο

Ο όρος «μεικτό επεισόδιο» αποτελεί την ταυτόχρονη εμφάνιση ενός καταθλιπτικού και ενός μανιακού επεισοδίου. Σημειώνεται ότι τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε κάποια παθολογική κατάσταση ή σε παρενέργεια κάποιας φαρμακευτικής ουσίας. Στα διαγνωστικά κριτήρια DSM- V περιλαμβάνονται: Α. Η συνύπαρξη των κριτηρίων του Μανιακού και του Μείζονος Καταθλιπτικού επεισοδίου σε καθημερινή βάση για τουλάχιστον μια εβδομάδα.

Β. Σοβαρή διαταραχή της διάθεσης που προκαλεί μειωμένη επαγγελματική λειτουργικότητα ή μη συμμετοχή στις καθημερινές δραστηριότητες ή απουσία διαπροσωπικών σχέσεων ή εισαγωγή στο νοσοκομείο ώστε να μην υπάρξουν αρνητικές συνέπειες στον εαυτό του ή στους άλλους.⁸

4.2 Διαγνωστικά κριτήρια διπολικής διαταραχής I και II

Διπολική Διαταραχή I

Σύμφωνα με το DSM-V τα διαγνωστικά κριτήρια της διπολικής διαταραχής I είναι:

Α. Η ύπαρξη ενός μόνο Μανιακού Επεισοδίου και όχι Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια στο παρελθόν.

Β. Η ύπαρξη στο παρελθόν ενός Μείζον Καταθλιπτικού Επεισοδίου.

Γ. Η ύπαρξη ενός Μεικτού Επεισοδίου αφού έχει προηγηθεί ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο ή ένα Μανιακό Επεισόδιο.

Δ. Τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή σε άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Ε. Τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης δεν οφείλονται σε κάποια παθολογική κατάσταση ή στην επίδραση κάποιας ουσίας.⁸

Διπολική Διαταραχή II

Τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-V της διπολικής διαταραχής II είναι:

A. Η ύπαρξη ενός ή περισσότερων επεισοδίων μείζονος κατάθλιψης ή ιστορικό.

B. Η ύπαρξη ενός υπομανιακού επεισοδίου ή ιστορικό.

Γ. Η απουσία μανιακού ή μεικτού επεισοδίου.

Δ. Τα συμπτώματα της διαταραχής της διάθεσης των κριτηρίων A και B δεν οφείλονται σε Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωσική Διαταραχή ΜΠΑ.

Ε. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική μείωση στη λειτουργικότητα των επαγγελματικών, κοινωνικών ή άλλων δραστηριοτήτων.⁸

4.3 Διαφορική διάγνωση διπολικής διαταραχής

Η διάγνωση της διπολικής διαταραχής, καθώς και των συναισθηματικών διαταραχών, σε θεωρητικό πλαίσιο μπορεί να φαίνεται εύκολη, ιδιαίτερα όταν παρουσιάζεται σε οξεία μορφή. Στην πράξη όμως απαιτείται πολύ προσεκτική ψυχιατρική εξέταση.

Η λήψη ενός καλού ιστορικού όπου θα διαγνωστεί η συναισθηματική διαταραχή θα βοηθήσει καταλυτικά στη θεραπεία. Αναφορικά με το οικογενειακό ιστορικό εάν διαγνωστεί παρόμοια διαταραχή στην οικογένεια μπορεί να συμβάλει θετικά, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς με μανιοκατάθλιψη ανταποκρίνονται ευνοϊκά στα ίδια φάρμακα που βοηθούν τους συγγενείς τους.²¹

Διαφορική διάγνωση κατάθλιψης

Η διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης περιλαμβάνει:

∅ Οργανικές ψυχικές διαταραχές: Λοιμώδη, μεταβολικά και ενδοκρινικά νοσήματα (μονοπυρήνωση, γρίπη, πνευμονία, ηπατίτιδα, βλάβη

στην υπόφυση, σακχαρώδης διαβήτης κλπ), σύνδρομα από ψυχοδραστικές ουσίες (στερητικά αμφεταμινών, κοκαΐνης, ψευδαισθησιογόνων, φάρμακα, αλκοολικά) και (προ)γεροντικές άνοιες με κατάθλιψη.

∅ Συμπτώματα που συνοδεύουν την κατάθλιψη στα διάφορα στάδια της ζωής: για παράδειγμα στην προεφηβική ηλικία η κατάθλιψη συνοδεύεται από φόβους ακόμη και άρνηση της παρακολούθησης του σχολείου), στους εφήβους παρατηρούνται αντιθετικές ή και επιθετικές συμπεριφορές, στους ενήλικες παρατηρούνται εξάψεις και ιδρώτες, παραληρητικές ιδέες, τάσεις αυτοκτονίας, κεφαλαλγίες και στους ηλικιωμένους παρατηρούνται οι διαταραχές του προσανατολισμού, της μνήμης καθώς και της συνείδησης.

∅ Το πένθος στο οποίο δημιουργούνται ενοχικές ιδέες.

∅ Το άγχος που παρατηρείται μετά από την απουσία αγαπημένου προσώπου.

∅ Δυσθυμία ή καταθλιπτική νεύρωση

∅ Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή

∅ Κυκλοθυμική διαταραχή

∅ Κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών

∅ Σχιζοφρένεια .²²

Διαφορική διάγνωση μανίας

Η διαφορική διάγνωση της μανίας περιλαμβάνει:

∅ Οργανικές ψυχικές διαταραχές από χρόνια σύνδρομα: οι εγκεφαλικοί όγκοι, τα ατροφικά και τα αγγειακά σύνδρομα, η σκλήρυνση κατά πλάκας, οι γεροντικές και οι αλκοολικές άνοιες καθώς και οι χρόνιες εγκεφαλικές λοιμώξεις από ιούς ή παράσιτα.²¹

∅ Τα οξέα οργανικά ψυχοσύνδρομα: λοιμώξεις (εγκεφαλίτιδες, μηνιγγίτιδες), τοξικές από ουσίες και φάρμακα (στεροειδή, αμφεταμίνες, κοκαΐνη) ή κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.

∅ Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή

∅ Κυκλοθυμική διαταραχή

∅ Παθολογικές καταστάσεις: υπερθυρεοειδισμός, αλλεργικές αντιδράσεις κλπ

Ø Σχιζοφρένεια: Οι διαφορές που σημειώνονται ανάμεσα στο σύνδρομο της μανίας και στη σχιζοφρένεια είναι ότι στη μανία οι διαταραχές που παρουσιάζονται είναι σύντονες με το συναίσθημα, μεταβάλλεται το περιεχόμενο τους και είναι ευμετάβλητες ενώ στη σχιζοφρένεια οι παραληρητικές ιδέες που παρουσιάζονται είναι σταθερές, δεν αλλάζουν και επιμένουν.²²



Κεφάλαιο 5



Θεραπευτική αντιμετώπιση διπολικής διαταραχής

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής σχετίζεται με την αντιμετώπιση των δύο επεισοδίων που παρουσιάζονται στην εκδήλωση της. Αυτ'ο σημαίνει ότι θα πρέπει να πραγματοποιείται συνδυασμός ψυχοθεραπείας και σωματικής θεραπείας προκειμένου να υπάρξει επιτυχημένη αντιμετώπιση.

Όσον αφορά τις σωματικές θεραπείες σχετίζονται με τη λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα οποία αποκαθιστούν τα φυσιολογικά επίπεδα των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι για την αντιμετώπιση του μανιακού επεισοδίου χορηγείται λίθιο, μείζονα ηρεμιστικά, βενζοδιαζεπίνες και άλλα αντιμανιακά φάρμακα. Τέλος, σπάνιες περιπτώσεις, στις οποίες αποτυγχάνουν όλες οι προηγούμενες θεραπείες, εφαρμόζεται η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ect) (ηλεκτροσόκ).²³

5.1 Ψυχοθεραπεία

Για την αντιμετώπιση διπολικής διαταραχής εφαρμόζονται διάφοροι τύποι ψυχοθεραπείας. Πιο συγκεκριμένα:

Οικογενειακή θεραπεία (FFT)

Αυτός ο τύπος θεραπείας αναγνωρίζει ότι η διπολική διαταραχή μπορεί να επηρεάσει ολόκληρη την οικογένεια, όχι μόνο τον πάσχοντα. Διδάσκονται στις οικογένειες τεχνικές που θα βοηθήσουν τα μέλη τους να επικοινωνούν καλύτερα, να

αντιμετωπίζουν δύσκολες καταστάσεις και να παρέχουν αμοιβαία υποστήριξη μεταξύ τους.

Στόχος είναι να μειωθούν τα επίπεδα στρες μέσα στην οικογένεια (κάτι που μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής) και να δομηθεί ένα υποστηρικτικό περιβάλλον που βοηθά στην ανάκαμψη του ασθενούς.²⁴

Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT)

Πρόκειται για δομημένη μορφή θεραπείας που έχει στόχο να βοηθήσει τον ασθενή να εντοπίσει και να αλλάξει τους μη υγιείς τρόπους σκέψης και συμπεριφοράς. Με αυτό τον τρόπο όχι μόνο πραγματοποιείται μείωση των συμπτωμάτων αλλά παρουσιάζονται μικρότερες πιθανότητες υποτροπής της νόσου.

Ο συγκεκριμένος τύπος θεραπείας χρησιμοποιείται με επιτυχία στην αντιμετώπιση του καταθλιπτικού επεισοδίου.

Θεραπεία διαπροσωπικού και κοινωνικού ρυθμού (IPSRT)

Η διπολική διαταραχή συχνά διαταράσσει τις συνήθειες του ύπνου και τις συνήθειες δραστηριότητας της καθημερινής ζωής. Αυτό, με τη σειρά του, μπορεί να επηρεάσει τις προσωπικές σχέσεις και να δυσχεράνει τον τρόπο ζωής. Η προσέγγιση αυτή στοχεύει στο να επανεδραιώσει αυτές τις συμπεριφορές και κατ' αυτόν τον τρόπο να βοηθήσει το άτομο στην καλύτερη διαχείριση της ζωής.²⁴



Η Ψυχοεκπαίδευση

Στη διπολική διαταραχή και στα πλαίσια της θεραπευτικής αντιμετώπισης, υψίστης σημασίας θεωρείται η εκπαίδευση του ασθενή. Στο συγκεκριμένο τύπο θεραπείας, το εξειδικευμένο επαγγελματικό προσωπικό έχει σαν στόχο να εκπαιδεύσει τον ασθενή σχετικά με την συγκεκριμένη ασθένεια και πιο συγκεκριμένα

σχετικά με τα συμπτώματα των επεισοδίων ώστε να είναι σε θέση να τα αναγνωρίζει και να μπορεί να τα ελέγχει και να τα μειώνει. Παράλληλα, το συγκεκριμένο μοντέλο μπορεί να συμβάλλει και στην πρόληψη υποτροπής των συμπτωμάτων των επεισοδίων. Τέλος, είναι βασικό σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης θεραπείας όπως και στις υπόλοιπες θεραπείες είτε πρόκειται για φαρμακευτική είτε για ψυχοκοινωνική θα πρέπει να τηρείται με ακρίβεια ο θεραπευτικός σχεδιασμός.

Περαιτέρω ψυχοθεραπείες

Υπάρχουν αρκετές ακόμη ψυχοθεραπείες ή θεραπείες μέσω του λόγου που χρησιμοποιούνται συχνά από άτομα με διπολική διαταραχή όπως για παράδειγμα η θεραπεία τέχνης και η μουσικοθεραπεία. Ορισμένες από αυτές πιθανόν να είναι πιο χρήσιμες από άλλες. Ορισμένες μπορεί μάλιστα να παρεμβαίνουν στην προσέγγιση που επέλεξε η ομάδα ψυχικής υγείας.²⁵

5.2 Ψυχοφαρμακολογία

Η χορήγηση ψυχιατρικών φαρμάκων απαιτεί μεγάλη προσοχή και θα πρέπει να πραγματοποιείται σε συνδυασμό με τύπους ψυχοθεραπείας ανάλογα με την περίπτωση.

Οι αρχές οι οποίες διέπουν την χορήγηση ψυχιατρικών φαρμάκων είναι:

- Ø Αρχικά πριν χορηγηθούν ψυχιατρικά φάρμακα θα πρέπει ο ιατρός να έχει γνώση για πιθανές αλληλεπιδράσεις και παρενέργειές τους καθώς επίσης και για το αν ο ασθενής κάνει χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών.
- Ø Θα πρέπει ο ασθενής να έχει διαγνωστεί με διπολική διαταραχή. Σε αντίθετη περίπτωση κρίνεται απαραίτητη η συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς και η χορήγηση μικρότερων δόσεων.
- Ø Θα πρέπει να έχουν προσδιοριστεί τα συμπτώματα επακριβώς προκειμένου να υπάρξει η αντίστοιχη χορήγηση ψυχιατρικών φαρμάκων για την επιτυχημένη αντιμετώπιση. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι ιδιαίτερα χρήσιμο είναι ένα ερωτηματολόγιο συμπτωμάτων το οποίο συμπληρώνεται είτε από την οικογένεια του ασθενούς είτε από νοσηλευτικό προσωπικό.
- Ø Θα 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

- Ø Θα πρέπει η διακοπή των φαρμάκων να γίνεται με αργό ρυθμό και μεγάλη προσοχή έτσι ώστε να αποφευχθεί τυχόν υποτροπή ή σύνδρομο στέρησης του ασθενούς
- Ø Θα πρέπει (όσο αυτό είναι εφικτό) 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.²⁶

5.3 Αντικαταθλιπτικά φάρμακα

Για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών επεισοδίων που παρουσιάζονται στη διπολική διαταραχή χορηγούνται αντικαταθλιπτικά φάρμακα και πιο συγκεκριμένα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά, αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) και νεότερα αντικαταθλιπτικά.

Στη συνέχεια θα παρουσιαστεί μια ανάλυση των εν λόγω φαρμάκων:

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

Η συγκεκριμένη κατηγορία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων δρα καταλυτικά στην αντιμετώπιση των επεισοδίων κατάθλιψης της διπολικής διαταραχής καθώς επιδρούν στη συγκέντρωση των νευροδιαβιβαστών νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στις συνάψεις του ΚΝΣ εμποδίζοντας την επαναπρόσληψή τους από τους προσυναπτικούς νευρώνες.¹⁵

Αποτελούν την πρώτη κατηγορία φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στη θεραπεία των συγκεκριμένων επεισοδίων ενώ η χορήγηση τους συμβάλλει ακόμα και στην αποφυγή υποτροπής αυτών.

Σε αυτή την κατηγορία φαρμάκων περιλαμβάνονται:

- Η Αμιτριπτυλίνη (Saroten, Maxivalet)
- Η Ιμιπραμίνη (Tofranil, Venefon)
- Η Νορτριπτυλίνη (Nortrilen)
- Η Δεσιπραμίνη (Pertofrane)
- Η Δοξεπίνη (Sinequan)
- Η Προτριπτυλίνη (Concordin)
- Η Χλωριμιπραμίνη (Anafranil)

Κατά τη διάρκεια της χορήγησης αυτών των φαρμάκων δύναται να παρουσιαστούν παρενέργειες όπως ταχυκαρδία, δυσκοιλιότητα, ξηροστομία κ.α.²⁶

Τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά

Αυτή η κατηγορία αντικαταθλιπτικών θεωρείται ότι δρα αποτελεσματικότερα στην θεραπεία των καταθλιπτικών επεισοδίων από ότι οι υπόλοιπες κατηγορίες ενώ παράλληλα δεν παρουσιάζουν πολλές παρενέργειες. Τα φάρμακα που περιλαμβάνονται στην συγκεκριμένη ομάδα είναι:

- Η Τραζοδόνη (Trittico)
- Η Μιανσερίνη (Tolvon)
- Η Μαπροτιλίνη (Retinyl, Ludiomil, Klimastress)²⁷

Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ)

Η συγκεκριμένη κατηγορία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων θεωρείται τελευταία επιλογή καθώς από τη μία πλευρά παρουσιάζει μειωμένη αποτελεσματική δράση από τις υπόλοιπες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών ενώ από την άλλη πλευρά παρουσιάζει πολλές παρενέργειες πράγμα το οποίο τα καθιστά επικίνδυνα. Στα συγκεκριμένα καταθλιπτικά φάρμακα περιλαμβάνονται:

- Η Ισοκαρβοξαζίδη (Marplan)
- Η Φενελζίνη (Nardil)
- Η Τρανυλκυπρομίνη (Parnate)

Όσον αφορά τις παρενέργειες, παρατηρείται ξηροστομία, πονοκέφαλος, θαμπή όραση ενώ δύναται να εμφανιστούν υπερτασικές κρίσεις όταν συνδυάζονται με τροφές που περιέχουν τυραμίνη.

Νεότερα αντικαταθλιπτικά

Η επίδραση των συγκεκριμένων φαρμάκων όπως και στα τρικυκλικά και τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι η συγκέντρωση των νευροδιαβιβαστών της σεροτονίνης, στις συνάψεις του ΚΝΣ εμποδίζοντας την επαναπρόσληψη τους από τους προσυναπτικούς νευρώνες.

Τα φάρμακα που χορηγούνται στα νεότερα αντικαταθλιπτικά είναι:

- Σερτραλίνη (Zoloft)
- Φλουοξετίνη (Ladose, Fluxadir)
- Παροξετίνη (Seroxat)
- Φλουβοξαμίνη (Dymyrox)
- Σιταλοπράμη (Seropram)

Κατά τη διάρκεια της χορήγησης αυτών των φαρμάκων δύναται να παρουσιαστούν παρενέργειες όπως εμετός, ναυτία κ.α.²⁸

5.4 Λίθιο

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.²⁸

Το ανθρακικό λίθιο χρησιμοποιείται στην πρόληψη και θεραπεία της μανίας, υπομανίας και γενικά των διπολικών διαταραχών. Από την έναρξη της θεραπείας με λίθιο μέχρι την υποχώρηση των συμπτωμάτων της μανίας μεσολαβούν 1-2 εβδομάδες. Σ' αυτό το διάστημα χορηγούνται αντιψυχωτικά π.χ. chlorpromazine (thorazine) ή haloperidol για την ελάττωση του επιπέδου της υπερκινητικότητας. Συνήθη σκευάσματα που περιέχουν λίθιο είναι: Esqualith, Lithane, Lithobid, Carbolith και Lithonate.²⁹

Παρενέργειες του λιθίου:

- Û Ξηροστομία, δίψα. Ανακουφίζονται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια, συχνά μικρά πόματα υγρών.
- Û Γαστρεντερικές διαταραχές, ναυτία. Συνιστάται η λήψη του φαρμάκου με τα γεύματα.
- Û Λεπτός τρόμος χεριών. Σταματά με την ελάττωση της δόσης του φαρμάκου, μετά από συνεννόηση με τον γιατρό. Μερικοί γιατροί χορηγούν ως αντίδοτο μικρές δόσεις inderal.
- Û Καρδιακές αρρυθμίες. Παρακολουθούνται με λήψη των ζωτικών σημείων σε τακτά διαστήματα και συνεννόηση με τον γιατρό για δυνατή ελάττωση της δόσης.
- Û Πολυουρία. Συνήθως δεν αποτελεί σοβαρό ενόχλημα για τον άρρωστο. Μπορεί να υποχωρήσει μετά την πρώτη ή δεύτερη εβδομάδα.³⁰
- Û Αύξηση βάρους του σώματος. Δεν χορηγείται κανένα αντίδοτο. Ο άρρωστος διδάσκεται να εφαρμόσει υποθερμιδική διαίτα και να χρησιμοποιεί επαρκή ποσότητα νατρίου (αλάτι).
- Û Τοξικότητα. Μικρό είναι το περιθώριο μεταξύ των θεραπευτικών και τοξικών επιπέδων του ανθρακικού λιθίου. Το συνηθισμένο εύρος της θεραπευτικής

του συγκέντρωσης στον ορό του αίματος είναι 0.5 - 1.5 mEq/L. Πρέπει να γίνεται μέτρηση των επιπέδων του λιθίου στο αίμα μια με δύο φορές κατά την πρώτη εβδομάδα μέχρι ότου η δόση και τα επίπεδα στο αίμα να είναι σταθερά. Τα συμπτώματα της τοξικότητας του λιθίου αρχίζουν να φαίνονται, όταν τα επίπεδα τους στο αίμα είναι μεγαλύτερα από 1.5 mEq/L, και είναι: θαμπή όραση, αταξικό βάδισμα, εμβοές αυτιών, επίμονη ναυτία, έμετοι και έντονη διάρροια. Η επόμενη δόση δεν πρέπει να χορηγηθεί και θα πρέπει να ενημερωθεί ο γιατρός αν κάποιο από τα παραπάνω συμπτώματα διαπιστωθεί κατά την εξέταση και την παρατήρηση ή αναφερθεί από τον άρρωστο. Αν δεν αντιμετωπισθούν και συνεχίσουν να αυξάνουν τα επίπεδα λιθίου στο αίμα, ο άρρωστος ενδέχεται να παρουσιάσει σπασμούς, κώμα και βαθμιαία κατάληξη στο θάνατο.¹⁷

Μια ιδιαίτερη ιδιότητα του λιθίου είναι η αποθήκευση του στο λιπώδη ιστό. Οπότε και να σταματήσει η χορήγηση υπάρχει στο σώμα και αργεί να αποβληθεί. Μπορεί και να αποβληθεί και στον ένα χρόνο.

Το λίθιο στη χημική του δομή είναι όμοιο με το νάτριο, συμπεριφέρεται στον οργανισμό κατά τον ίδιο τρόπο και συναγωνίζεται με το νάτριο σε διάφορες περιοχές του σώματος. Αν ελαττωθεί η λήψη νατρίου ή αν το σώμα χάσει το φυσιολογικό του νάτριο - π.χ. λόγω υπερβολικών εφιδρώσεων, πυρετού και αυξημένης διούρησης - τότε το λίθιο επαναρροφάται από τους νεφρούς αυξάνοντας τη δυνατότητα τοξικής επίδρασης.

Συνεπώς έχει μεγάλη σημασία ο άρρωστος να παίρνει επαρκή ποσότητα νατρίου με τα γεύματα του και να πίνει 2500 - 3000 ml υγρά ημερησίως. Συνιστάται ακριβής καταγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και μέτρηση του βάρους σώματος του αρρώστου κάθε ημέρα για την έγκαιρη αναγνώριση τυχόν σημείων τοξικής κατάστασης.

Λίθιο δεν πρέπει να χορηγείται σε άτομα με καρδιαγγειακό ή νεφρικό νόσημα, αφυδάτωση, σύγχρονη λήψη διουρητικών, εγκυμοσύνη, καθώς και σε παιδιά κάτω των 12 ετών.¹⁸

5.5 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ect)

Η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία εφαρμόζεται στις βαριές καταθλίψεις με πλήρη αναστολή ή εμβροντησία, εκεί που τα αντικαταθλιπτικά δεν είχαν αποτέλεσμα ή η

χορήγησή τους έχει απόλυτες αντενδείξεις και όταν ο κίνδυνος της αυτοκτονίας είναι άμεσος. Μερικές φορές όμως δύναται να εφαρμοστεί και στην οξεία μανία σε περίπτωση που αποτύχει η αντιψυχωτική αγωγή ή το λίθιο ή αν αντενδείκνυται (όπως π.χ. σε εγκύους και σε σοβαρή καρδιαγγειακή πάθηση). Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι αντενδείκνυται η εφαρμογή ηλεκτροσπασμοθεραπείας παράλληλα με το λίθιο καθώς ο συνδυασμός τους δύναται να μειώσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα και να αυξήσει τον κίνδυνο νευροψυχολογικών παρενεργειών.¹¹

Πριν την εφαρμογή της μεθόδου αυτής θεωρείται απαραίτητη η κλινική εξέταση η οποία περιλαμβάνει πλήρη σωματική, νευρολογική, και προαναισθητική εκτίμηση. Οι εργαστηριακές εξετάσεις περιλαμβάνουν γενική εξέταση αίματος και ούρων, ακτινογραφία θώρακος, και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Η ακτινογραφία σπονδυλικής στήλης ενδείκνυται εάν υπάρχει υποψία για κάποια βλάβη στο σημείο αυτό.

Επίσης, θα πρέπει να γίνουν απεικονιστικές εξετάσεις εγκεφάλου, όπως αξονική τομογραφία (CT) ή μαγνητική τομογραφία (MRI), εάν υπάρχουν ενδείξεις επιληπτικών κρίσεων ή χωροκατακτητικής εξεργασίας. Τα φάρμακα του ασθενούς θα πρέπει να εκτιμώνται για πιθανή αλληλεπίδραση με την πρόκληση επιληπτικής κρίσης, καθώς και με τα φάρμακα της αναισθησίας.²⁰

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία γίνεται συνήθως 2 έως 3 φορές την εβδομάδα. Οι διαταραχές μνήμης είναι λιγότερο συχνές με πιο αραιές συνεδρίες. Ο αριθμός των συνεδριών, εξαρτάται από την ανταπόκριση του ασθενούς και μπορεί να κυμαίνεται από 6 έως 12, αν και μπορεί να χρειαστούν μέχρι και 20. Η θεραπεία συνήθως σταματά εάν τα συμπτώματα δεν αρχίσουν να βελτιώνονται μετά από 2 συνεδρίες. Ο προκλητός ηλεκτρικός ερεθισμός μπορεί να είναι έτερο- ή αμφοτερόπλευρος. Ο ετερόπλευρος ερεθισμός προκαλεί μικρότερη διαταραχή στη μνήμη, αλλά ο αμφοτερόπλευρος είναι περισσότερο αποτελεσματικός.²⁴

Η γνωστική κατάσταση του ασθενούς θα πρέπει να ελέγχεται ανάμεσα στις συνεδρίες, για παράδειγμα με την Βραχεία Εξέταση της Γνωστικής Κατάστασης (MMSE), ώστε να διαπιστώνεται η επανάκτηση ικανοποιητικής γνωστικής λειτουργίας πριν την επόμενη συνεδρία. Εάν η εξέλιξη της θεραπείας είναι θετική ο ασθενής μπορεί να αρχίσει φαρμακευτική αγωγή συντήρησης ή να συνεχίσει τις συνεδρίες μέχρι την πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων.²²

Συνήθεις παρενέργειες σχετιζόμενες με την συγκεκριμένη μέθοδο είναι η σύγχυση και το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο. Το ενδιαφέρον των κλινικών εστιάζεται

όμως συνήθως στη διαταραχή της μνήμης. Τα δεδομένα δείχνουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς επανέρχονται στην προηγούμενη γνωστική λειτουργικότητα σε 6 περίπου μήνες μετά το τέλος των συνεδριών. ασθενείς που παρουσιάζουν προβλήματα μνήμης που επιμένουν, συνήθως δεν έχουν τη δυνατότητα μνημονικής ανάκλησης των γεγονότων που συνέβησαν κατά την εποχή των συνεδριών.¹⁴

Κεφάλαιο 6



6.1 Νοσηλευτική ψυχικής υγείας

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

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

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

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

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

- Η προσέγγιση του ατόμου υγιούς και μη ως μια μοναδική και ξεχωριστή οντότητα.
- Η προσκόλληση στα προσωπικά ιδεώδη μέσα από το πρίσμα της υγείας και της ζωής του.
- Η παροχή φροντίδας του ατόμου σε όλους τους τομείς με σεβασμό και ενδιαφέρον.

Για την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας θα πρέπει εκτός από την υιοθέτηση των προαναφερθέντων αρχών να εφαρμόζονται οι επιστημονικές γνώσεις αλλά και να χρησιμοποιείται η κλινική πείρα του εξειδικευμένου προσωπικού.²⁸

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

Το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο

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

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

πρέπει να παρακινούνται ώστε να διαθέτουν την ψυχική τους ενέργεια και προσοχή για να μαθαίνουν διαπροσωπικές δεξιότητες και τρόπους λύσης προβλημάτων της ζωής τους.

Γι αυτό το λόγο ο νοσηλευτής διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο λειτουργώντας υπεύθυνα και φροντίζοντας ώστε οι ασθενείς να καταλαβαίνουν ότι συμβαίνει και γιατί συμβαίνει σε κάθε στιγμή και κατάσταση.²⁹

6.2 Σχέση νοσηλευτή ψυχικής υγείας-θεραπευμένου

Η θεραπευτική σχέση μεταξύ του νοσηλευτή ψυχικής υγείας και του θεραπευόμενου είναι αμοιβαία καθοριζόμενη, στηρίζεται στη συνεργασία και κατευθύνεται από την ανάθεση στόχων. Θα μπορούσε να παρουσιαστεί ως μια σειρά διαδοχικών αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στο νοσηλευτή και το θεραπευόμενο στην οποία μπορούν να προστεθούν τα παρακάτω στοιχεία:

- Οι αλληλεπιδράσεις συμβαίνουν σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (σε καθημερινή, εβδομαδιαία ή μηνιαία βάση).
- Οι αλληλεπιδράσεις συμβαίνουν μέσα στο μοναδικό πλαίσιο νοσηλευτή - θεραπευόμενου, που χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες φάσεις, διαδικασίες και προβλήματα.
- Οι αλληλεπιδράσεις συμβαίνουν σε ένα περιβάλλον που παραμένει σταθερό με το πέρασμα του χρόνου (σπίτι, ιδιωτικό γραφείο, ψυχιατρική κλινική, νοσοκομειακή ψυχιατρική μονάδα, ιατρική μονάδα). Η θεραπευτική σχέση έχει τρεις διαφορετικές φάσεις:
 1. Φάση έναρξης ή προσανατολισμού (αρχή), που χαρακτηρίζεται από τη δημιουργία επαφής με τον θεραπευόμενο.
 2. Φάση εργασίας (μέση), που χαρακτηρίζεται από τη διατήρηση και την ανάλυση της επαφής.
 3. Φάση τερματισμού (τέλος), που χαρακτηρίζεται από τον τερματισμό της επαφής με τον θεραπευόμενο.

Κάθε φάση της θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή - θεραπευόμενου διακρίνεται από σημαντικούς στόχους και θεραπευτικά καθήκοντα.

Η μικρότερης χρονικής διάρκειας παραμονή των ατόμων στο χώρο του νοσοκομείου μεταβάλλει το χρόνο, αλλά και τις προσδοκίες της νοσοκομειακής

σχέσης νοσηλευτή -θεραπευόμενου. Παρ' όλο που οι συμμετέχοντες της σχέσης παραμένουν ίδιοι, το πρόγραμμα αλλάζει.²⁶

Το βασικότερο καθήκον και το κυρίαρχο χαρακτηριστικό της θεραπευτικής σχέσης έναν είναι η δημιουργία μιας θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ νοσηλευτή και θεραπευόμενου. Η θεραπευτική συμμαχία είναι μία συνειδητή σχέση μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου και είναι θεμελιώδης για τη θεραπευτική αλλαγή.

Στη διαδικασία αυτή, ο νοσηλευτής διαμορφώνει μια ώριμη συμμαχία ώστε να ενισχυθούν οι πλευρές του θεραπευόμενου που διευκολύνουν την εξέλιξη και την ανάπτυξη του. Και τα δυο μέλη συνεργάζονται για να ενισχυθεί τελικά ο θεραπευόμενος να εκφράσει τα προσωπικά του προβλήματα και τις ανησυχίες.

Συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής αναγνωρίζει τις αντιδράσεις, τις ικανότητες και τις προοπτικές του θεραπευόμενου και του προσφέρει ανατροφοδότηση. Ο θεραπευόμενος με τη σειρά του μπορεί να εκμεταλλευτεί αυτά τα στοιχεία για να αντιμετωπίσει εποικοδομητικά τα ανεπίλυτα προβλήματα. Η δημιουργία της θεραπευτικής συμμαχίας είναι το απαραίτητο στοιχείο που μετασχηματίζει την άτυπη σχέση θεραπευόμενου-νοσηλευτή σε θεραπευτική.

Μια τέτοια δεσμευτική συμμαχία μεταξύ νοσηλευτή και πελάτη επιτρέπει στη σχέση αυτή να συνεχιστεί, ιδιαίτερα στην περίπτωση που ο πελάτης εκφράζει αυξημένη ανησυχία και αντίσταση στην αλλαγή.

Μια επαγγελματική σχέση νοσηλευτή-θεραπευόμενου μπορεί να είναι είτε τυπική είτε άτυπη. Οι αυθόρμητες, άτυπες σχέσεις νοσηλευτή – θεραπευόμενου και οι τυπικές συμβουλευτικές ή ψυχοθεραπευτικές σχέσεις βρίσκονται σε δύο αντίθετα άκρα.²⁹

Οι άτυπες σχέσεις νοσηλευτή-θεραπευόμενου αν και μπορεί να είναι προκαθορισμένες και σχεδιασμένες, αλλά συνήθως αφορούν σε αυθόρμητες αλληλεπιδράσεις. Συμπεριλαμβάνουν ένα σύνολο αλληλεπιδράσεων για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Υπάρχει μία ελάχιστη δομή και χαρακτηρίζεται από αμεσότητα. Οι σχέσεις αυτές εκτυλίσσονται σε πολυάριθμες ιατρικές και μη ιατρικές δομές και είναι ιδιαίτερα συνηθισμένες στα ψυχιατρικά ιδρύματα και στις κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας.

Η τυπική σχέση νοσηλευτή-πελάτη διαμορφώνεται στις παρεμβάσεις κρίσης, στη συμβουλευτική και στην ατομική ψυχοθεραπεία. Απαιτεί περισσότερο σχεδιασμό, πιο οργανωμένη δομή, συνέχεια, νοσηλευτική πείρα και χρόνο.

Η τυπική σχέση νοσηλευτή-θεραπευόμενου συμβαίνει σε ποικίλες δομές ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των ψυχιατρικών ιδρυμάτων, των κοινοτικών κέντρων αρχικής υγείας, αλλά και τους ελεύθερους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Οι δύο συμμετέχοντες ξεκινούν μία σχέση, στην οποία οι στόχοι, οι στρατηγικές και τα αποτελέσματα εξελίσσονται μέσα σε ένα πλαίσιο κοινής θεραπευτικής εργασίας. Το κλίμα συνεργασίας συνεπάγεται ότι κάθε συμμετέχων φέρνει στη σχέση τις προσωπικές του ικανότητες και δυνατότητες.

Έτσι, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας δεν αναλαμβάνει την ευθύνη για τις συμπεριφορές του θεραπευόμενου, αλλά δρα ενεργά μαζί με τον θεραπευόμενο ώστε να αξιολογηθούν συγκεκριμένες συμπεριφορές που σχετίζονται με δυσλειτουργία ή προαγωγή της ανάπτυξης. Η έννοια της συνεργασίας σημαίνει επίσης ότι οι νοσηλευτές αξιολογούν και είναι υπόλογοι της δικής τους συμπεριφοράς απέναντι στους θεραπευόμενους.²⁶

6.3 Αυτοκτονικός ιδεασμός και ο ρόλος του νοσηλευτή

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ανέκαθεν αποτελούσε μέρος της ανθρώπινης εμπειρίας. Οι συμπεριφορές αυτές είναι «μέτρα δυσπροσαρμοστικότητας» (maladaptive measures), τα οποία χρησιμοποιεί ένα άτομο για να αποκαταστήσει την εσωτερική του ισορροπία, όταν καταβάλλεται ή όταν δεν μπορεί να αντιμετωπίσει στρεσογόνα γεγονότα της ζωής. Οι άνθρωποι αυτοί, καταπονημένοι και αδυνατώντας να δουν ότι έχουν και άλλες επιλογές, σκέφτονται ή επιχειρούν να βλάψουν τον εαυτό τους, θεωρώντας πως έτσι μπορούν να απομακρύνουν τον αβάσταχτο συναισθηματικό πόνο.²⁸

Εκτός από την αυτοκτονία υπάρχουν και άλλες τυπικές αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές οι οποίες περιλαμβάνουν τα εξής:

- Δάγκωμα νυχιών
- τράβηγμα μαλλιών –τριχών
- τριχοτιλοφαγία: αφορά τα περιστατικά κατά τα οποία ο ασθενής τρώει τις τρίχες του. Στην περίπτωση αυτή οι τρίχες συσσωρεύονται στο στομάχι του λόγω μη δυνατότητας ενσωμάτωσης στη λειτουργία της πέψης. Έτσι

λαμβάνουν το σχήμα του στομάχου. Η συγκεκριμένη διαδικασία είναι θανατηφόρα.

- γρατσούνισμα ή κόψιμο των καρπών ή άλλων μερών του σώματος,
- επικίνδυνη οδήγηση
- λήψη αλκοόλ και χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Γενικά, αυτές οι συμπεριφορές ποικίλουν από σχετικά αβλαβείς ενέργειες στο ένα άκρο του φάσματος, όπως το πολύ φαγητό και ο τζόγος μέχρι και πιο απειλητικές - επικίνδυνες - θανατηφόρες στο άλλο άκρο, όπως η επικίνδυνη οδήγηση σε μια χιονοθύελλα χωρίς ορατότητα. Μια ολοκληρωμένη - πετυχημένη αυτοκτονία είναι η πιο βίαιη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.²⁷

Οι άνθρωποι που έχουν βιώσει στα παιδικά τους χρόνια παραμέληση, κακοποίηση ή ψυχικά τραύματα δυσκολεύονται να καταλάβουν πώς να εκφράσουν τα συναισθήματα τους προφορικά και πώς να παρεμβαίνουν αποτελεσματικά στις καταστάσεις- δηλαδή, να αποφεύγουν τα προβλήματα. Αρκετοί από αυτούς τους ανθρώπους καταφεύγουν στον αυτο-ακρωτηριασμό, π.χ. κόβονται, καίγονται με τσιγάρα, καίγονται ακουμπώντας τη σόμπα, αφαιρούν τις τρίχες τους, δαγκώνουν τα νύχια τους μέχρι την βάση τους, έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν το άγχος και την θλίψη. Ο ακρωτηριασμός είναι πιθανό να σχετίζεται με κακοποίηση, παραμέληση και ψυχικά τραύματα των πρώτων παιδικών χρόνων.

Η αυτοκτονία δεν είναι ποτέ μια τυχαία πράξη. Είτε διαπράττεται παρορμητικά, είτε μετά από επίμονη σκέψη έχει και μήνυμα και σκοπό. Γενικά, ο σκοπός ή η αιτία μιας αυτοκτονίας είναι το άτομο να δραπετεύσει ή να τελειώσει μια αφόρητη κατάσταση, μια κρίση ή μια σχέση.

Κύριος σκοπός αντιμετώπισης του αυτοκτονικού ασθενούς του νοσηλευτή είναι η διάσωση της ζωής του. Ο νοσηλευτής δεν πρέπει να ενδιαφέρεται μόνο για την παρεμπόδιση της πράξης της αυτοκτονίας ώστε να παραταθεί η ζωή του αρρώστου, αλλά αποβλέπει στη διερεύνηση όσο είναι δυνατό του ορίζοντα της ζωής και στη βελτίωση της ποιότητας αυτής.

Η εκτίμηση του κινδύνου θανάτου είναι μία προσπάθεια πρόβλεψης της πιθανότητας για αυτοκτονία. Μία ακριβής τέτοια εκτίμηση είναι αναγκαία για τη διαμόρφωση ενός σχεδίου βοήθειας προς ένα αυτοκτονικό άτομο. Η εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου είναι ουσιώδης στο να προσδιοριστεί η ανάγκη του ασθενή για νοσηλεία.²⁹

Η πραγματοποίηση της εκτίμησης του κινδύνου θανάτου απαιτεί άμεση επικοινωνία με τον ασθενή για τις προθέσεις του. Η εκτίμηση κινδύνου-θανάτου δεν αποτελεί μια εύκολη υπόθεση για το νοσηλευτή. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας εκτίμησης κινδύνου-θανάτου ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξετάζει τους εξής παράγοντες:

- Την παρουσία σημείων που υποδηλώνουν τάση αυτοκτονίας
- Τα μέσα με τα οποία το άτομο ζήτησε βοήθεια
- Το αυτοκτονικό σχέδιο
- Την ψυχική του κατάσταση
- Τα υποστηρικτικά του πρόσωπα, και
- Τον τρόπο ζωής του

Η Νοσηλευτική εκτίμηση ενός αυτοκτονικού ασθενούς θα πρέπει να γίνεται με πολύ προσοχή. Θα πρέπει να συγκεντρωθούν πληροφορίες στο αν ο ασθενής:

- Έχει ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας.
- Μιλά για θάνατο, αυτοκτονία, επιθυμία να έχει πεθάνει και φαίνεται σκυθρωπός και σκεπτικός.
- Κάνει ερωτήσεις που δείχνουν σκέψεις ή σχέδια αυτοκτονίας, παράδειγμα: «πόσο χρόνο μπορούν να μείνουν οι άρρωστοι μόνοι, χωρίς να κυκλοφορεί ανάμεσά τους το προσωπικό;» «Πόσα χάπια από αυτά που παίρνω μπορούν να σκοτώσουν έναν άνθρωπο;» «Αν πηδήξει από αυτό το παράθυρο θα σκοτωθεί αμέσως;».
- Ανησυχεί ότι δεν μπορεί να κοιμηθεί και φοβάται το σκοτάδι της νύχτας.
- Φαίνεται καταθλιπτικός και κλαίει συχνά.
- Απομονώνεται από τους άλλους ιδιαίτερα σε μοναχικούς χώρους ή πίσω από κλειδωμένες πόρτες.
- Δείχνει ανήσυχος και απελπισμένος.
- Φαντάζεται ότι έχει σοβαρή αρρώστια, όπως καρκίνο ή AIDS και μπορεί να θέλει να τερματίσει την ταλαιπωρία για τον εαυτό του και τους δικούς του.
- Εκφράζει βαθιά ενοχή για πραγματική ή φανταστική του πράξη και αισθάνεται ότι δεν αξίζει να ζει.
- Διαδίδει ότι είναι τιμωρημένος, ότι βασανίζεται ή καταδιώκεται.
- Ακούει φωνές (ίσως να τον προτρέπουν να σκοτώσει τον εαυτό του).
- Ξαφνικά φαίνεται πολύ ευτυχισμένος ή ανακουφισμένος χωρίς φανερή αιτία

μετά από μεγάλη περίοδο κατάθλιψης (ίσως να είναι σημείο ότι η αμφιθυμία να αυτοκτονήσει ή όχι, ανακουφίστηκε με την απόφαση να το κάνει).

- Συλλέγει αντικείμενα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης, όπως τενεκεδένια κουτιά, σπάγκους, κορδόνια παπουτσιών, ζώνες.
- Μοιράζει τα ατομικά του είδη.³⁰

Οι περισσότερες ψυχιατρικές μονάδες έχουν αναπτύξει μια σειρά από πρωτόκολλα ή οδηγίες για την παρατήρηση και παρακολούθηση της συμπεριφοράς του ασθενή. Αυτά τα πρωτόκολλα συχνά αναφέρονται ως προφυλάξεις για την αυτοκτονία. Τα συστήματα παρατήρησης μπορεί να έχουν 3 έως 6 επίπεδα. Οι περιορισμοί ίσως απαιτούν την εντολή του γιατρού, αλλά μπορούν και θα έπρεπε να εφαρμόζονται και από τους νοσηλευτές ή άλλα μέλη του προσωπικού σε επείγουσες καταστάσεις.

Συχνά τα πρωτόκολλα φέρουν όνομα έτσι ώστε να απηχούν το σκοπό, τη λογική (rationale) της χρήσης τους. Εκτός από τον τίτλο (προφυλάξεις για την αυτοκτονία), μπορεί να είναι γνωστά με ονόματα όπως ειδική επίγνωση, παρακολούθηση-παρατήρηση, συνεχής παρακολούθηση και συνεχής οπτική παρακολούθηση.

Έχει μεγάλη σημασία να είναι εξοικειωμένα όλα τα μέλη του προσωπικού με το σύστημα που χρησιμοποιείται και να κατανοούν τη λογική της χρήσης του. Είναι σημαντική νοσηλευτική ευθύνη η διατήρηση και παρακολούθηση των πελατών με βάση αυτά τα πρωτόκολλα.³¹

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα των ατόμων με αυτοκτονικό ιδεασμό είναι:

- Ø Λήψη κάθε απειλής στα σοβαρά. Αξιολόγηση της απειλής πριν την παραμερίσει.
- Ø Συζήτηση περί της αυτοκτονίας ανοικτά και απευθείας. Η ερώτηση για αυτή δεν θα βάλει την ιδέα στο μυαλό του ασθενούς.
- Ø Εφαρμογή προφυλακτικών μέτρων κατά της αυτοκτονίας, όπως έλεγχος του ασθενούς κάθε 15 λεπτά ή ζήτηση από αυτόν να παραμένει σε κοινούς χώρους.
- Ø Απομάκρυνση του ασθενούς από άμεσο κίνδυνο με αφαίρεση φαρμάκων ή άλλων βλαπτικών ειδών από την κατοχή του ή μετακίνηση του ασθενούς σε ασφαλές μέλος.
- Ø Ανακούφιση από την έκδηλη δυσφορία. Μήπως ο ασθενής χρειάζεται ένα

μπάνιο, καθαρά ρούχα, φαγητό, ύπνο.

- Ø Ανακάλυψη της πιο πειστικής ανάγκης του ασθενούς κατά την άποψή του. Μπορεί να είναι η επιθυμία να δει κάποιο φιλικό του πρόσωπο ή μέλος της οικογένειάς του
- Ø Διατήρηση στάσης ενδιαφέροντος και όχι κατάκρισης, που δεν προκαλεί τον ασθενή να οικτίρει τον εαυτό του.
- Ø Η ερώτηση γιατί ο ασθενής διάλεξε να αυτοκτονήσει αυτήν την συγκεκριμένη στιγμή θα δώσει φως στη σημασία που έχει η αυτοκτονία για τον ασθενή και ίσως έτσι δοθούν πληροφορίες που οδηγούν σε κάποιες βοηθητικές παρεμβάσεις.
- Ø Φροντίδα για την ασφάλεια του ασθενούς που περιλαμβάνει στενή παρατήρηση και προσεκτική παρακολούθηση.
- Ø Συχνός έλεγχος της ασφάλειας του περιβάλλοντος.
- Ø Έρευνα στο δωμάτιο του ασθενούς, ιδιαίτερα αν ο αυτοκτονικός ιδεασμός ή η απόπειρα εκδηλώθηκαν μετά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.
- Ø Η συμπεριφορά προς τον ασθενή ως πρόσωπο πρέπει να χαρακτηρίζεται από ευγένεια, διάκριση και σεβασμό. Να του ζητείται άδεια για τον έλεγχο των προσωπικών του αντικειμένων.
- Ø Συζήτηση μεταξύ των μελών του προσωπικού υγείας για το αν θα ζητηθεί από τον ασθενή να γίνει συμβόλαιο μη διάπραξης αυτοκτονίας.
- Ø Τοποθέτηση του ασθενούς σε προσιτό δωμάτιο για εύκολη παρατήρηση, δηλαδή κοντά στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και με έναν ακόμη άρρωστο μαζί.
- Ø Οργάνωση σχεδίου φροντίδας για τον ασθενή. Συζήτηση σχετικά με όλα του τα προβλήματα. Ιεράρχηση των προβλημάτων του και κατάλογος εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης για κάθε του πρόβλημα. Σημείωση του σχεδίου και το ποιος είναι υπεύθυνος και για ποια ενέργεια.
- Ø Να μην δίνονται υπερβολικές υποσχέσεις. Για παράδειγμα: «Μην ανησυχείτε, δεν θα σας αφήσω να σκοτώσετε τον εαυτό σας». Χρειάζεται ειλικρίνεια και να του δίνονται ελπίδες. Οι μη ρεαλιστικές υποσχέσεις ελαττώνουν την αξιοπιστία του νοσηλευτή.

- Ø Ενθάρρυνση του ασθενή να συνεχίζει τις καθημερινές δραστηριότητες και την αυτοφροντίδα όσο περισσότερο μπορεί.
- Ø Συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με το ποια μέλη της οικογένειας και φίλους θα πρέπει να έρχεται σε επαφή.
- Ø Προετοιμασία του νοσηλευτικού προσωπικού για αντιμετώπιση των μελών της οικογένειας που ίσως είναι συγχυτικά, θυμωμένα ή αδιάφορα.
- Ø Αξιολόγηση των αναγκών του ασθενή για λήψη φαρμάκων και συνεργασία για αυτό με τον γιατρό.
- Ø Συζήτηση για το σχέδιο φροντίδας που έχει καταστρωθεί μαζί με τον ασθενή και προγραμματίζει της συνέχισης της παρακολούθησης.
- Ø Εξέταση των συναισθημάτων του νοσηλευτικού προσωπικού και πως επηρεάζουν την κλινική τους εργασία.
- Ø Συνεχή παρακολούθηση των ασθενών και απομάκρυνση αντικειμένων που δύναται να χρησιμοποιηθούν από τους ασθενείς για να αυτοκτονήσουν όπως κορδόνια παπουτσιών, ζώνες, επιδέσμους, καλώδια και εργαλεία. Επίσης λάμπες φωτισμού μπορεί να σπαστούν και να χρησιμοποιηθούν για αυτοτραυματισμό, όπως και το σπирάλ του μπλοκ των σημειώσεων ενώ δύναται να καταπιούν χλωρίνη βρίσκοντάς την στο τροχοφόρο του προσωπικού καθαριότητας.²⁸

6.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διπολική διαταραχή

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.

Οι διαστάσεις του νοσηλευτικού ρόλου σε γενικές γραμμές είναι:

- Ø Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς και τις οικογένειες τους

- Ø Οργάνωση, προγραμματισμός, συντονισμός όλων των διαστάσεων της νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς και υπεύθυνη αξιολόγηση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών
- Ø Εφαρμογή ψυχοθεραπείας αν έχει επί πλέον εξειδίκευση γι' αυτή, νομικά κατοχυρωμένη
- Ø Άσκηση πρωτοβάθμιας και κοινοτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, με κύριο σκοπό την πρωτογενή πρόληψη αλλά και κάθε είδους πρόληψη, καθώς και την παρακολούθηση της πορείας των ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα
- Ø Προβολή υποδειγματικού προτύπου του νοσηλευτικού ρόλου σε αρρώστους, συναδέλφους, συνεργάτες, εκπαιδευόμενους επιστήμονες υγείας και στην ευρύτερη κοινωνία.
- Ø Προστασία των ψυχικά αρρώστων από τυχόν παραμέληση, εκμετάλλευση ή προσβολή της αξιοπρέπειας τους και υποστήριξη της επιστημονικής / ανθρωπιστικής ολοκληρωμένης φροντίδας τους
- Ø Αγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας στους αρρώστους, το προσωπικό, τους εκπαιδευόμενους, τις οικογένειες και στο κοινό
- Ø Συνεργασία με το νοσηλευτικό και το υπόλοιπο προσωπικό, καθώς και με τη διεπιστημονική ομάδα υγείας
- Ø Συμμετοχή σε ομάδες εργασίας για τη μελέτη και διενέργεια επιθυμητών αλλαγών στις μεθόδους και δομές των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας
- Ø Άσκηση συμβουλευτικής - διασυνδετικής (liaison) νοσηλευτικής ψυχικής υγείας σε γενικό νοσοκομείο
- Ø Έρευνα και δημοσιεύσεις σε θέματα νοσηλευτικής ψυχικής υγείας
- Ø Συμβολή στη βασική και μεταβασική εκπαίδευση των φοιτητών της νοσηλευτικής και ιατρικής, στην κλινική νοσηλευτική ψυχικής υγείας

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.²⁷

6.4.1 Νοσηλευτική φροντίδα καταθλιπτικού επεισοδίου

Οποιοσδήποτε συνδυασμός μεταβλητών ψυχολογικών, βιολογικών, οικογενειακών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών – προκαλεί την κατάθλιψη, οι κλινικές εκδηλώσεις της είναι παρόμοιες. Γι' αυτό οι καταθλιπτικοί άρρωστοι με οποιαδήποτε μορφή κατάθλιψης αξιολογούνται και αντιμετωπίζονται από τον νοσηλευτή με μια ολική βιοψυχο-κοινωνική προσέγγιση.²⁸

Η νοσηλευτική φροντίδα του καταθλιπτικού αρρώστου στο νοσοκομείο εξατομικεύεται με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας και εστιάζεται σε τρεις ομάδες αναγκών, οι οποίες είναι:

- Ø Άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του αρρώστου, π.χ. πρόληψη αυτοκτονίας
- Ø Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν τη νοσηλεία, θεραπεία και προετοιμασία του αρρώστου να βγει από το νοσοκομείο
- Ø Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειας του για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της ώστε να διατηρείται με λίγη ή καθόλου κατάθλιψη για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η κατάθλιψη έχει χαρακτηριστεί σαν θάνατος εν ζωή, αφού ο άνθρωπος δοκιμάζει πλήρη απώλεια ζωτικότητας, αυθορμητισμού, κινητικότητας και σκοπού, μέχρι του σημείου να επιθυμεί και να σχεδιάζει την αυτοκαταστροφή. Η νοσηλευτική έχει την αποστολή να βοηθήσει τον καταθλιπτικό άρρωστο στην προσπάθεια να επιτύχει μια ψυχοσωματική και πνευματική ανανέωση. Να ξαναβρεί δηλαδή τη ζωτικότητα του και την αγάπη για τη ζωή, να αισθανθεί ότι έχει προσωπική αξία και ικανότητες και μπορεί να τα βγάλει πέρα στη ζωή.³¹

Για να καλυφθούν επαρκώς οι ανάγκες αυτές, θα πρέπει να έχει προηγηθεί το στάδιο της «νοσηλευτικής διάγνωσης». Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει ο νοσηλευτής να αναγνωρίσει τα συμπτώματα του κάθε πάσχοντα ατομικά ώστε να μπορέσει να θέσει τους στόχους που πρέπει να επιτύχει (π.χ. την εξάλειψη ή ανακούφιση των συμπτωμάτων), ώστε να μπορέσει ευκολότερα να οργανώσει τις νοσηλευτικές του παρεμβάσεις οι οποίες είναι απόρροια του νοσηλευτικού σχεδιασμού.³¹

Ορισμένες νοσηλευτικές διαγνώσεις για την μείζονα κατάθλιψη ως μοναδικό επεισόδιο , την μείζονα κατάθλιψη ως υποτροπιάζων επεισόδιο και την δυσθυμία, είναι οι παρακάτω:

- Ø Απελπισία
- Ø Αίσθημα Αδυναμίας
- Ø Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Ø Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας
- Ø Μη επιτυχημένη αντιμετώπιση ατομικών προβλημάτων
- Ø Ανεπαρκής αυτοφροντίδα
- Ø 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/ή αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών , ώστε να επιτύχει να την ανατρέψει.²⁹

Πιο συγκεκριμένα κρίνεται απαραίτητο από τον νοσηλευτή:

- Ø Εκτίμηση του βαθμού επικινδυνότητας - δυνατότητας για αυτοκτονία παρατηρώντας τη συμπεριφορά του αρρώστου, δηλαδή κινήσεις, απειλές, μοίρασμα ατομικών πραγμάτων, παρουσία ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών και ιστορικό προηγούμενης απόπειρας. Ο βαθμός απελπισίας που εκφράζει ο άρρωστος είναι ενδεικτικός της βαρύτητας της κατάθλιψης και του κινδύνου αυτοκτονίας. Οι 8 στους 10 που λένε ότι θέλουν να αυτοκτονήσουν, το κάνουν. Όποιος σκέφθηκε το σχέδιο είναι πιο πιθανό να το εκτελέσει. Η πιθανότητα αυξάνει αν το άτομο ή κάποιος από την οικογένειά του αποπειράθηκε στο παρελθόν και συνυπάρχει κατάθλιψη. Οι παρορμητικοί ή οι ψυχωτικοί άρρωστοι με ακουστικές ψευδαισθήσεις που τους παρακινούν στην αυτοκαταστροφή, μπορούν να αυτοκτονήσουν χωρίς προειδοποιητικά σημεία.
- Ø Επανεκτίμηση της δυνατότητας αυτοκτονίας περιοδικά, ιδιαιτέρως σε περιπτώσεις αλλαγής της διάθεσης, αύξησης της απόσυρσης, ετοιμασίας εξόδου πριν να προγραμματισθεί. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερος κατά τον 1ο μήνα της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Οι μισές από τις αυτοκτονίες των νοσηλευόμενων ασθενών συμβαίνουν έξω από το νοσοκομείο, όταν έχουν άδεια (ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι όταν ο

άρρωστος έχει ιδέες αυτοκτονίας και επαρκή ενεργητικότητα για να την πραγματοποιήσει, π.χ. στο σημείο που αρχίζει να αισθάνεται καλύτερα. Ουσιαστικά όταν ο ασθενής εκφράζει αυτοκτονικό ιδεασμό με σχέδιο π.χ. «Θα πέσω από τη γέφυρα Ρίου-Αντιρρίου»). Εξήγηση στον άρρωστο από τον νοσηλευτή ότι ενδιαφέρεται για την ασφάλεια του και θα τον βοηθήσει να διατηρηθεί ασφαλής. Αυτό διαβιβάζει τη νοσηλευτική μέριμνα και παρέχει αίσθημα προστασίας. Στενή παρακολούθηση (συνεχής ή κάθε 15' σε περίπτωση μεγάλου κινδύνου). Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο, όχι μοναχικό, δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και συνοδεία σ' όλες τις μετακινήσεις του, αν ενδείκνυται. Έτσι μπορεί να προληφθεί ή διακοπεί η βλαπτική συμπεριφορά. Προσοχή να μη χρησιμοποιούνται επικίνδυνα είδη (μαντήλια λαιμού, ζώνες, ξυράφια, ψαλίδια). Στα πλαίσια ασφάλειας του περιβάλλοντος περιλαμβάνεται και η αφαίρεση αντικειμένων που μπορεί να παρακινήσουν σε σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας. Έλεγχος όλων των ατομικών ειδών που έφερε ο άρρωστος στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειας να μη του φέρνει επικίνδυνα είδη. Βέβαια αυτό γίνεται με προηγούμενη πληροφόρηση του αρρώστου ότι είναι ρουτίνα του νοσοκομείου και με πολλή ευγένεια και σεβασμό. Ιδιαίτερη φροντίδα και προσωπική παρατήρηση κατά τη χορήγηση των φαρμάκων, ώστε να τα παίρνει ο άρρωστος και να μη τα κρύβει για απόπειρα αυτοκτονίας ή να τα πετάει στα άχρηστα. Παρακολούθηση του αρρώστου ακόμη και όταν χρησιμοποιεί τους βοηθητικούς χώρους με προηγούμενη ενημέρωση του. Έχουν συμβεί αυτοκτονίες και σ' αυτούς τους χώρους.³¹

- Ø Νοσηλευτική περιφορά στους θαλάμους σε συχνά αλλά όχι τακτά διαστήματα (ιδιαίτερα τη νύκτα, τα ξημερώματα, στις αλλαγές βάρδιας των νοσηλευτών και σε άλλες ώρες που προβλέπεται ότι το προσωπικό είναι πολύ απασχολημένο). Το σύστημα αυτό παρεμποδίζει την πρόβλεψη πότε θα περάσει ο νοσηλευτής από το δωμάτιο του αρρώστου. Βοηθάει τον νοσηλευτή να γνωρίζει σε κάθε στιγμή πού είναι ο άρρωστος. Ιδιαίτερα σε ώρες που είναι λιγότερο το προσωπικό.
- Ø Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία, π.χ. ανοικτές πόρτες και παράθυρα, ανοικτές προσβάσεις προς τη σκάλα ή την ταράτσα ή εκτεθειμένες φιάλες με απορρυπαντικά. Η ελαχιστοποίηση των

ευκαιριών για αυτοκαταστροφή απαιτεί συνεχή προσοχή και πρόβλεψη ασυνήθιστων ενεργειών του αρρώστου.²⁹

- Ø Διατύπωση ενός συμφωνητικού πρωτοκόλλου με τον άρρωστο που να περιλαμβάνει τι θα κάνει ο άρρωστος και τί ο νοσηλευτής για την ασφάλεια του πρώτου. Ένα αντίγραφο υπογεγραμμένο από τον άρρωστο και τον υπεύθυνο νοσηλευτή επισυνάπτεται στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου και ένα άλλο αντίγραφο δίνεται στον άρρωστο να το κρατά. Αυτό τεκμηριώνει τα μέτρα που θα ληφθούν για την πρόληψη της αυτοκτονίας και την ανταπόκριση του αρρώστου. Ακόμη προωθεί την επικοινωνία και μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να αξιολογήσει τη νοσηλεία του.
- Ø Ενθάρρυνση του αρρώστου και της οικογένειας του να ρωτήσουν ό,τι θέλουν και να εκφράσουν τα συναισθήματα τους για τη φαρμακοθεραπεία, την τυχόν ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) αν προγραμματίστηκε και για άλλες θεραπείες. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να διορθώσουν τη διάθεση σε 3 ή περισσότερες εβδομάδες. Εν τω μεταξύ μπορεί να χρειασθούν άλλες μορφές θεραπείας για προστασία του αυτοκτονικού αρρώστου. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία γενικά είναι δεύτερη επιλογή θεραπείας, αν η κατάθλιψη δεν επηρεασθεί από τα φάρμακα και ο άρρωστος συνεχίζει να εκδηλώνει ιδέες αυτοκτονίας, να έχει αϋπνίες, να αρνείται να τρώει και να πίνει υγρά. Ο άρρωστος μπορεί να φοβάται το ηλεκτροσόκ και ο νοσηλευτής χρειάζεται να κατανοήσει τους φόβους αυτούς, να υποστηρίξει όμως το ηλεκτροσόκ, ως θετική εναλλακτική θεραπεία, διότι αν ο νοσηλευτής έχει αρνητική στάση προς το ηλεκτροσόκ μπορεί να τη μεταδώσει στον άρρωστο και να του δημιουργήσει σύγχυση και άρνηση να τη δεχθεί.²⁷
- Ø Βοήθεια του αρρώστου να μετακινηθεί από αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό σε ρεαλιστικό θετικό σύστημα θεώρησης του εαυτού του, της ζωής του και του κόσμου. Έτσι θα μειωθούν τα αισθήματα αναξιοσύνης και αδυναμίας και θα αυξηθούν ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμησή του (γνωστική θεραπεία).
- Ø Ενίσχυση του αρρώστου στη διατύπωση κατορθωτών στόχων για τη ζωή του, διότι οι κατορθωτοί στόχοι είναι πιο πιθανό να εκπληρωθούν και να φέρουν ταχύτερες ικανοποιητικές αμοιβές.
- Ø Παρότρυνση του αρρώστου να φροντίζει την επαρκή διατροφή, την ατομική υγιεινή και την καλή του εμφάνιση. Με σκοπό τη διατήρηση της υγείας, την

πρόληψη νόσησης, την ανύψωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και αυτοεκτίμησης.⁴

- Ø Βεβαίωση του αρρώστου ότι υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει από την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό και ότι οι νοσηλευτές θα τον συντροφεύσουν και θα τον βοηθήσουν στην πορεία αυτή.
- Ø Έπαινος του αρρώστου για προσπάθειες θετικής αυτο-αξιολόγησης, αυτοελέγχου και διαμόρφωσης ρεαλιστικών σκοπών. Τονώνεται το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και της ελπίδας ότι μπορεί να αλλάξει η δυσάρεστη διάθεση του.
- Ø Χορήγηση των παραγγελθέντων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με συνέπεια και υπευθυνότητα, καθώς και με εξασφάλιση της θεληματικής συμμόρφωσης του αρρώστου.
- Ø Συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένεια του πριν από την έξοδο του από το νοσοκομείο, με σκοπό να κατανοήσουν τις διαπροσωπικές εντάσεις και πώς να τις αντιμετωπίζουν.²⁹

6.4.2 Νοσηλευτική φροντίδα μανιακού επεισοδίου

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:

- Û Ελάττωση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, αποφυγή έκθεσης του αρρώστου σε περιστάσεις προβλεπομένων εντόνων ερεθισμάτων και απομάκρυνση των ερεθισμάτων από το χώρο όταν ο άρρωστος γίνεται διεγερτικός. Επειδή είναι ανίκανος να προσέξει μόνο τα ερεθίσματα, που τον ενδιαφέρουν και αντιδρά προς όλα όσα συμβαίνουν.
- Û Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος με απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης. Οι παραληρητικές ιδέες μεγαλείου και η υπερκινητικότητα είναι δυνατό να οδηγήσουν σε καταστρεπτικές πράξεις.²⁷
- Û Παρέμβαση όταν η διέγερση αρχίζει να αναπτύσσεται. Λεκτική καθοδήγηση σε πιο παραδεκτή συμπεριφορά, απομάκρυνση του αρρώστου από την προκλητική κατάσταση, τοποθέτηση σε ήσυχο δωμάτιο με τη συμφωνία του, εφαρμογή περιοριστικών μέτρων, βάσει του ειδικού πρωτοκόλλου του

τιμήματος. Πάντοτε όμως με σχετικές εξηγήσεις στον άρρωστο. Η νοσηλευτική παρέμβαση στα αρχικά στάδια της διέγερσης βοηθεί τον άρρωστο να επανακτήσει τον αυτοέλεγχο, προλαμβάνει την κλιμάκωση μέχρι τη βίαιη συμπεριφορά και εφαρμόζει θεραπεία με το λιγότερο περιοριστικό τρόπο.²²⁹

- Û Αποφυγή λογομαχίας όταν ο άρρωστος εκφράζει εξωπραγματικές ιδέες μεγαλείου. Αποφεύγεται έτσι η διέγερση.
- Û Αποφυγή της χωρίς λόγο καθυστέρησης στην εκπλήρωση των αιτημάτων του αρρώστου. Σύσταση εναλλακτικής λύσης. Π.χ. δεν υπάρχει καφές, θα θέλατε μια πορτοκαλάδα; Ο υπερκινητικός δεν μπορεί να περιμένει και οι αδικαιολόγητες καθυστερήσεις προκαλούν επιθετική συμπεριφορά. Η απόσπαση όμως της προσοχής του σε κάτι άλλο ελαττώνει το στρες που του δημιουργεί η άρνηση εκπλήρωσης της επιθυμίας του.
- Û Συζήτηση εναλλακτικών στρατηγικών λύσης προβλημάτων όταν ο άρρωστος δεν είναι εκνευρισμένος. Θα τα συγκρατήσει καλύτερα. Διότι ό,τι ακούει σε κατάσταση διέγερσης, δεν το θυμάται αργότερα.²⁹
- Û Ενθάρρυνση του αρρώστου, σε ήσυχες ώρες, να επισημάνει τί προηγείται και τί τον προκαλεί σε διέγερση. Η έγκαιρη αναγνώριση του αναπτυσσομένου προβλήματος τον βοηθεί να σχεδιάσει εναλλακτικές αντιδράσεις και να προλάβει μια βίαιη συμπεριφορά.
- Û Επιδοκιμασία του αρρώστου όταν προσπαθεί να χειρισθεί στρεσογόνα περιστατικά, χωρίς επιθετικότητα και άσκηση βίας. Ο έπαινος αυξάνει το αίσθημα της επιτυχίας και την πιθανότητα επανάληψης της σχετικής συμπεριφοράς.
- Û Ομαδική συζήτηση με το προσωπικό του τμήματος πάνω στα περιστατικά επιθετικής συμπεριφοράς του αρρώστου για τη διαπίστωση των ερεθισμάτων που προηγήθηκαν, των παραγόντων που την προκάλεσαν και των πρώιμων ενδεικτικών σημείων της αρχόμενης διέγερσης. Η κλινική αυτή ενημέρωση βοηθά κάθε μέλος του προσωπικού να παρεμβαίνει εξατομικευμένα και έγκαιρα ώστε να προλαμβάνεται η έκρηξη της επιθετικότητας.
- Û Συστηματική χορήγηση και υπεύθυνη παρακολούθηση των επιθυμητών ενεργειών και των παρενεργειών των παραγγελλθέντων φαρμάκων και συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα για τη ρύθμιση τους.

- ^υ Προσοχή ώστε κατά την αντιμετώπιση προβληματικών εκδηλώσεων του μανιακού αρρώστου με οποιεσδήποτε νοσηλευτικές παρεμβάσεις να μη διαφεύγει από το νου ο πάσχων ψυχικά άνθρωπος στην ιδιαίτερη του μοναδικότητα και ολότητα.²⁹

6.4.3 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την αποκατάσταση του ασθενούς με διπολική διαταραχή

Η αποκατάσταση αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης εξατομικευμένης φροντίδας του, προκειμένου να επανακτήσει την μέγιστη σωματική και ψυχολογική του ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής, με την μεγαλύτερη δυνατή σωματική-ψυχική-πνευματική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση.²⁹

Στόχος της Νοσηλευτικής φροντίδας για τον άρρωστο με διπολική διαταραχή είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητας του, ώστε να αντέχει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια. Ενώ ο σκοπός της αποκατάστασης του είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής του, με τη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και την ελαχιστοποίηση της εξάρτησης του, ανεξάρτητα από το προσδόκιμο επιβίωσης.

Η δυνατότητα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του προϋποθέτει την ενεργητική συμμετοχή του ιδίου του αρρώστου, της οικογένειας του και εκπροσώπων διαφόρων ειδικοτήτων (γιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, εργασιοθεραπευτών, λογοθεραπευτών, φυσιοθεραπευτών, εθελοντών, πνευματικών) που συνεργάζονται στο πρόγραμμα αποκατάστασης του.²⁶

Η 24ωρη θέση του νοσηλευτή δίπλα στον άρρωστο και το αυτόνομο γνωστικό επιστημονικό πεδίο του κάνει τη θέση του κεντρική, την ευθύνη του σημαντική και τη συμβολή του στο πρόγραμμα αποκατάστασης αξιόλογη.

Η δυνατότητα επιτυχημένης Νοσηλευτικής παρέμβασης σ' αυτόν τον τομέα φροντίδας, εξαρτάται όχι τόσο από τις γνώσεις της φυσιολογικής διεργασίας της αρρώστιας και των δυσμενών της επιπτώσεων, αλλά της ικανότητας της/του νοσηλεύτριας/τη να κατανοεί το νόημα που έχει η ασθένεια για τον συγκεκριμένο άρρωστο, ποιες ψυχοκοινωνικές ανάγκες του δημιούργησε και ποια βοήθεια χρειάζεται για να εναρμονίσει τις απαιτήσεις των αναγκών αυτών, με την πραγματικότητα της ασθένειας.²⁵

Ένα ουσιαστικό μέσο για την προοδευτική ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου είναι η ενθάρρυνση και καλλιέργεια ειλικρινούς και ανοικτής επικοινωνίας με τον άρρωστο και το περιβάλλον του. Με την υιοθέτηση πλήρους επικοινωνίας, ενημερώνεται και πληροφορείται ο άρρωστος στο μέγεθος που ο ίδιος επιθυμεί και μπορεί, επιτρέπεται σ' όλα τα μέλη της οικογένειας να συμμετέχουν στην οικογενειακή κρίση σ' ένα επίπεδο ανάλογο με τις δυνατότητές τους, εμπνέεται και κερδίζεται η ενεργός συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, διαψεύδονται αδικαιολόγητοι φόβοι, καλλιεργείται αίσθημα προσωπικής ασφάλειας και εμπιστοσύνης και καλύπτεται η ανάγκη του αρρώστου να θρηνησει εκείνο που έχασε, να εκδηλώνει τη λύπη του και το θυμό του, για να μην απομονωθεί συναισθηματικά.²⁸

Σε καθημερινή βάση πρωταρχικός νοσηλευτικός στόχος είναι η δημιουργία - ενίσχυση και διαφύλαξη διαπροσωπικού κλίματος. Ολόκληρη η Νοσηλευτική είναι διαπροσωπικό έργο. Η ακρόαση, η ομιλία, η σιωπή, η συμπεριφορά, οι μορφασμοί, η βλεμματική επαφή, η απάντηση στην κλήση του αρρώστου, η τήρηση αποφάσεων και η σωματική φροντίδα, αποτελούν μορφές επικοινωνίας, που αν αξιοποιηθούν, επιτυγχάνεται η δημιουργία άνετου διαπροσωπικού κλίματος, όπου ο Νοσηλευτής είναι ικανός να γεφυρώνει αποστάσεις επικοινωνίας, να επιλέγει τον καταλληλότερο χρόνο και τρόπο για διδασκαλία, να φέρνει τον άρρωστο σε επαφή με αναγνωρισμένα σωματεία ομοιοπαθών.³¹

Οι Νοσηλευτές ενισχύουν την αυτοεκτίμηση του αρρώστου, όταν επαινούν την αυτοφροντίδα, όταν αντανακλούν θετικές εκτιμήσεις με λόγια ή χωρίς λόγια, με πράξεις ή συμπεριφορά, όταν ακούνε τον άρρωστο, όταν αποδέχονται τις αντιδράσεις του, όταν αναγνωρίζουν και σέβονται τα συναισθήματα του, όταν δημιουργούν ευκαιρίες για να ρωτά και να λύνει τις απορίες του, όταν τον φροντίζει με προσωπικό ενδιαφέρον και ευγένεια. Το σπουδαιότερο είναι η ύπαρξη συναισθηματικού τόνου σε κάθε παρεχόμενη Νοσηλεία γιατί μεταβιβάζει προστασία, θαλπωρή, στοργή, γαλήνη, φροντίδα, συμμετοχή.

Άλλος Νοσηλευτικός σκοπός είναι η προαγωγή της αποτελεσματικότητας των ικανοτήτων και δυνατοτήτων του αρρώστου που επιτυγχάνεται όταν βοηθούμε τον άρρωστο να γίνει ικανός για ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασης του, να συγκεκριμενοποιεί τα προβλήματα του, να θεωρεί τον εαυτό του ικανό να τα αντιμετωπίσει και να αναγνωρίζει την πρόοδο, να μπορεί να μοιράζεται τα συναισθήματα του και να ζητά βοήθεια, ν' αναγνωρίζει και ν' απολαμβάνει τις μικροχαρές της ζωής και να διακρίνει την ρεαλιστική απ' την ψεύτικη ελπίδα.³⁵

6.5 Νοσηλευτική διεργασία

6.5.1 Κλινική περίπτωση Α΄

Ασθενής Ε.Κ. ηλικίας 45 ετών εισήχθη στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών στην Ψυχιατρική κλινική παρουσιάζοντας ψυχοκινητική ανησυχία υπό τη μορφή αντιληπτικού τύπου ακουστικών διαταραχών (διαπεραστικοί και έντονοι ήχοι) και κιναισθητικών οπτικών διαταραχών (οπτική παράκρουση), παραμέληση σωματικής υγιεινής, ψυχωτικά συμπτώματα.

Ατομικό Ιστορικό

Η ασθενής εμφάνισε τα πρώτα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα προ τετραετίας όπου υπό καθεστώς πίεσης που προέρχονταν από οικονομικά προβλήματα και το επερχόμενο διαζύγιο της εισήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με καταθλιπτικά συμπτώματα και πιο συγκεκριμένα με αγχώδη διαταραχή. Ένα χρόνο μετά το συγκεκριμένο περιστατικό η ασθενής επισκέπτεται ψυχίατρο ο οποίος διέγνωσε καταθλιπτικό συναίσθημα και άρση αναστολών. Η ψυχίατρος της χορήγησε φαρμακευτική αγωγή με την οποία οι οικείοι της αναφέρουν ότι παρουσίασε εξαιρετική βελτίωση. Για τα επόμενα δυο χρόνια η ασθενής δεν εμφάνισε κάποια καταθλιπτική τάση.

Διάγνωση: Διπολική Συναισθηματική Διαταραχή με ψυχωσικά συμπτώματα.

1.Αξιολόγηση ασθενούς άγκες- Προβλήματα- σηλευτική ίγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> · Ψυχοκινητική Ανησυχία 	<ul style="list-style-type: none"> · Μείωση αντιληπτικού τύπου ακουστικών διαταραχών και κιναισθητικών οπτικών διαταραχών · Μείωση των αιτιών που επιτείνουν τις ακουστικές ψευδαισθήσεις 	<ul style="list-style-type: none"> · Πλήρης εργαστηριακός έλεγχος · Πραγματοποίηση Ηλεκτροκαρδιογραφή ματος (ΗΚΓ) · Συζήτηση με τον ψυχίατρο για το περιεχόμενο της σκέψης της · Ο νοσηλευτής δεν εκφράζει προσωπική άποψη (συγκατάβαση ή άρνηση) 	<ul style="list-style-type: none"> · Πραγματοποιήθηκε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος (γενική αίματος, σύρων που ανέδειξαν μόνο βενζοδιαζεπίνες) · Πραγματοποιήθηκε το ΗΚΓ χωρίς ένδειξη παθολογικών στοιχείων. · Χορήγηση amp. Aloperidin 1x1 κατόπιν ιατρικής οδηγίας. 	<ul style="list-style-type: none"> · Η ασθεν εμφανίζετ ψυχοκινητ ά ήρεμη ύφεση ψυχοκινητ ών ανησυχιών

1.Αξιολόγηση ασθενούς άγκες- Προβλήματα- σηλευτική ίγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Παραμέληση σωματικής υγιεινής 	<ul style="list-style-type: none"> Να μπει στη διαδικασία να περιποιηείται τον εαυτό της και τη σωματική της υγιεινή. 	<ul style="list-style-type: none"> Συζήτηση με την ασθενή σχετικά με τη σημασία της σωματικής υγιεινής. 	<ul style="list-style-type: none"> Παροχή βοήθειας στη ασθενή ώστε να αντιληφθεί την ακριβή διαδικασία της φροντίδας της προσωπικής υγιεινής. 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής κατάλαβε σημασία τ σωματικής υγιεινής κ ακολούθη τις οδηγίες των νοσηλευτ .

1.Αξιολόγηση ασθενούς άγκες- Προβλήματα- σηλευτική ίγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> · Ψυχωτικά συμπτώματα (έντονες φωνές, ανησυχία) 	<ul style="list-style-type: none"> · Μετριασμός διαταραχών ανησυχίας ασθενούς. · Μετριασμός διαταραχών στο περιεχόμενο της σκέψης. 	<ul style="list-style-type: none"> · Άμεση ενημέρωση του ψυχιάτρου για τα συμπτώματα που παρουσιάζει η ασθενής. 	<ul style="list-style-type: none"> · Χορήγηση amp. stedon ½ x 1 κατόπιν οδηγίας του ιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> · Υποχώρη- των ψυχωτικό συμπτωμά- των και ήπι- καταστολι- της ασθενούς

6.5.2 Κλινική περίπτωση Β´

Ασθενής Β.Μ ηλικίας 19 ετών εισήχθη στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών στην Ψυχιατρική κλινική παρουσιάζοντας αντιληπτικές διαταραχές, αυξημένη ενεργητικότητα (υπερθυμική διάθεση, εκρηκτικός χαρακτήρας, εγρήγορση), κοινωνική απόσυρση και ανηδονία.

Ατομικό Ιστορικό

Από τη συζήτηση με τους γονείς του ασθενούς καταγράφηκαν τα εξής:

Τα τελευταία 4 έτη ο ασθενής κάνει χρήση ινδικής κάνναβης (ο ίδιος αναφέρει 3 τσιγάρα την ημέρα). Το 2013 παρουσιάζει το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο με διαταραχές όρεξης και ύπνου και κοινωνική απόσυρση λόγω ασθένειας που παρουσιάστηκε σε οικείο του άτομο.

Ο ασθενής κατά την εισαγωγή του αναφέρει μειωμένη ανάγκη για ύπνο, έντονη διέγερση, και ψυχωσικά συμπτώματα. Ταυτόχρονα ο ασθενής παρουσιάζει δυσκολία προσαρμογής στο νοσοκομειακό χώρο. Στο οικογενειακό ιστορικό τοποθετείται καταθλιπτική διαταραχή από μέρους της αδερφής του πατέρα του.

Διάγνωση: Ψυχωσική Συνδρομή, Διπολική Συναισθηματική διαταραχή με μανιακό επεισόδιο.

1.Αξιολόγηση ασθενούς άγκες- Προβλήματα- σηλευτική ίγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αντιληπτικές διαταραχές	<ul style="list-style-type: none"> · Εξάλειψη ακουστικών ψευδαισθήσεων επικριτικού χαρακτήρα και επευφηματικού περιεχομένου 	<ul style="list-style-type: none"> · Ανίχνευση παράδοξων αντιληπτικών διαταραχών · Προσδιορισμός/ κατανόηση σκέψεων ασθενούς · Ενημέρωση ψυχιάτρου για τα συμπτώματα του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> · Πλήρης κατανόηση της ψυχοκινητικής κατάστασης του ασθενούς · Χορήγηση Zyprexa μετά από ιατρική εντολή. 	<ul style="list-style-type: none"> · Μετριασμός ακουστικών ψευδαισθήσεων επικριτικού χαρακτήρα και επευφηματικού περιεχομένου

1.Αξιολόγηση ασθενούς άγκες- Προβλήματα- σηλευτική ίγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αυξημένη ενεργητικότητα/ Μανιακό επεισόδιο	<ul style="list-style-type: none"> · Εξάλειψη υπερθυμικής διάθεσης, εκρηκτικού χαρακτήρα και εγρήγορσης 	<ul style="list-style-type: none"> · Άμεση ενημέρωση του ψυχιάτρου · Βιοχημικός έλεγχος για παθολογικά και τοξικολογικά ευρήματα (θετική τοξικολογική ούρων 340 mg βενζοδιαζεπίνες) 	<ul style="list-style-type: none"> · Χορήγηση akineton 1/2x3 μετά από ιατρική οδηγία 	<ul style="list-style-type: none"> · Υποχώρηση υπερθυμικής διάθεσης, εκρηκτικού χαρακτήρα και εγρήγορσης

1.Αξιολόγηση ασθενούς άγκες- Προβλήματα-σηλευτική άγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Κοινωνική απόσυρση και ανηδονία	<ul style="list-style-type: none"> · Εξάλειψη συμπτωμάτων κοινωνικής απόσυρσης · Ενθάρρυνση ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> · Συζήτηση με τους γονείς του ασθενούς με σκοπό την ψυχολογική ανάταση του ασθενούς · Συζήτηση με τον ασθενή με σκοπό την ψυχολογική ανάταση του. 	<ul style="list-style-type: none"> · Εφαρμογή ψυχοθεραπείας με τον ασθενή και τους γονείς 	<ul style="list-style-type: none"> · Βελτίωση τι εικόνας του ασθενούς σε εαυτό του.

6.5.3Κλινική περίπτωση Γ´

Άνδρας ασθενής Σ.Π. ηλικίας 46 ετών, άγαμος και άνεργος, εισήχθη στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών στην Ψυχιατρική κλινική, ύστερα από επεισόδιο ψυχωτικής διαταραχής.

Ο ασθενής παρουσίαζε παραληρητικές ιδέες, ενώ πολύ συχνά είχε έντονες ακουστικές ψευδαισθήσεις.

Ατομικό Ιστορικό

Ο ασθενής έχει νοσηλευτεί μέχρι τώρα 3 φορές. Η μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής του σε κάποια ψυχιατρική κλινική ήταν 4 μήνες. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας λάμβανε χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων. Παρατηρείται ωστόσο, ότι κάθε φορά που έβγαινε από την κλινική, μετά από πολύ μικρό χρονικό διάστημα διέκοπτε και τη θεραπεία.

Διάγνωση: Διπολική Συναισθηματική Διαταραχή με παραληρητικές ιδέες.

1. Ξιολόγηση ασθενούς έγκες- Προβλήματα- σηλευτική Διάγνωση	2. Αντικειμενικός Σκοπός	3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4. Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5. Εκτίμηση Αποτελέσματα
<ul style="list-style-type: none"> Παραληρητικές ιδέες 	<ul style="list-style-type: none"> Ρύθμιση θεραπευτικής αγωγής, ώστε να εξαλειφθούν τα ψυχωτικά συμπτώματα. 	<ul style="list-style-type: none"> Φροντίδα ασθενούς με σκοπό την μείωση της παραμορφωμένης αίσθησης της πραγματικότητας. 	<ul style="list-style-type: none"> Τονίζουμε ότι θα έχει την βοήθεια και την υποστήριξη. Χορήγηση ρισπεριδόνης σε δοσολογία 6 mg μέσα σε τρεις ημέρες κατόπιν οδηγίας ιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση των παραληρητικών ιδεών και εξάλειψη των ακουστικών ψευδαισθήσεων.

<i>Ξιολόγηση ασθενούς γκες- Προβλήματα- ηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
<ul style="list-style-type: none"> · Ακουστικές ψευδαισθήσεις 	<ul style="list-style-type: none"> · Μετριασμός συμπτωμάτων 	<ul style="list-style-type: none"> · Φροντίδα ασθενούς με σκοπό τον μετριασμό των ακουστικών ψευδαισθήσεων · Συζήτηση με τον ψυχίατρο για το περιεχόμενο των ακουστικών ψευδαισθήσεων 	<ul style="list-style-type: none"> · Αφήνουμε τον ασθενή να εκφράσει τους φόβους του ακούγοντας με κατανόηση και φροντίζουμε να παρέχουμε ασφάλεια. · Πλήρης ενημέρωση για τη θεραπευτική αγωγή κατά την έξοδο του ασθενή από την κλινική. 	<ul style="list-style-type: none"> · Μετριασμός των ακουστικών ψευδαισθήσε ν.

6.5.4 Κλινική περίπτωση Δ´

Κοπέλα Ι.Κ., ηλικίας 18 ετών, εισήχθη στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών στην Ψυχιατρική κλινική, λόγω οξείας επιθετικής συμπεριφοράς προς τους γονείς και απόπειρας βιαιοπραγίας της μικρότερης αδερφής της.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η οικογένεια της κοπέλας δεν έχει κάποιο ιστορικό στην συγκεκριμένη νόσο. Η ανάπτυξη της ασθενούς ήταν πολύ αργή, ενώ ενδεικτικό είναι ότι δεν μπορούσε να χρησιμοποιήσει απλές λέξεις, πριν την ηλικία των 4 ετών. Οι γονείς ανέφεραν ότι πρόκειται για ένα δύσκολο παιδί, το οποίο είναι σχεδόν σε μόνιμη βάση ανήσυχο.

Διάγνωση: Διπολική Συναισθηματική Διαταραχή με επιθετικές τάσεις και οπτικές/ακουστικές ψευδαισθήσεις.

Ξιολόγηση ασθενούς έγκες- Προβλήματα- σηλευτική Διάγνωση	2. Αντικειμενικός Σκοπός	3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4. Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5. Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> · Επιθετική συμπεριφορά 	<ul style="list-style-type: none"> · Ρύθμιση θεραπευτικής αγωγής, ώστε η ασθενής να συνυπάρξει μέσα σε ένα σχολικό και κοινωνικό πλαίσιο 	<ul style="list-style-type: none"> · Φροντίδα ασθενή για την εξάλειψη των επιθετικών τάσεων και την ανάπτυξη συναισθημάτων · Ενημέρωση γονέων για την θεραπευτική διαδικασία · Συνομιλία με τον ψυχίατρο πλήρης ενημέρωση του για τα συμπτώματα 	<ul style="list-style-type: none"> · Πλήρης ενημέρωση γονέων για τη θεραπευτική αγωγή (ψυχοκοινωνικές και οικογενειακές θεραπείες) · Φροντίδα ασθενή ώστε να ζει σε αρμονικό/ ήρεμο περιβάλλον εντός του νοσοκομείου · Συνεχής προσπάθεια συνομιλίας με την ασθενή · Διενέργεια ψυχοθεραπείας 	<ul style="list-style-type: none"> · Εξάλειψη των επιθετικών τάσεων · Ανάπτυξη ικανοτήτων και συναισθημάτων που θα επαναφέρουν τη ασθενή σε πλήρως φυσιολογικό τρόπο ζωής

1. Ξιολόγηση ασθενούς έγκες- Προβλήματα- σηλευτική Διάγνωση	2. Αντικειμενικός Σκοπός	3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4. Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5. Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις 	<ul style="list-style-type: none"> Διενέργεια ψυχοκοινωνικών και οικογενειακών θεραπειών 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση γονέων για την θεραπευτική διαδικασία Ενημέρωση και συζήτηση με τον ψυχίατρο 	<ul style="list-style-type: none"> Εξάλειψη φόβου ασθενούς Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης Αφήνουμε το παιδί να εκφράσει τους φόβους του ακούγοντας με κατανόηση και φροντίζουμε να παρέχουμε ασφάλεια Χορήγηση Σουλπιρίδης σε δοσολογία 3-5 mg/kg ημερησίως, με οδηγία ιατρού 	<ul style="list-style-type: none"> Μετριασμός παραληρητικών ιδεών και οπτικοακουστικών ψευδαισθήσεων

Συμπεράσματα

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.

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 υποδηλώνει την ανάγκη για παραγωγή νέου τύπου φαρμάκων. Η διάγνωση πρέπει να είναι ποιο ακριβής και να στηρίζεται σε ποιά ειδικούς δείκτες. Σήμερα, τα ήπια συμπτώματα αναμιγνύονται με αποδεκτές κοινωνικές συμπεριφορές, κάνοντας την πρόιμη ανίχνευση της διπολικής νόσου δύσκολη, αν όχι αδύνατη. Έτσι, στους περισσότερους ασθενείς, η διάγνωση της νόσου δεν γίνεται παρά όταν τα συμπτώματα οδηγήσουν σε ένα πλήρες και σοβαρό επεισόδιο.

Το κύριο πρόβλημα 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.

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.

Βιβλιογραφία

1. Χριστοδούλου Γ. και συνεργάτες. Ψυχιατρική (Β' Τόμος). Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004
2. Σολδάτος Κ., Λυκούρας Λ., Σύγγραμμα ψυχιατρικής. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2006
3. Παπαδημητρίου Γ., Λιάππας Ι., Λυκούρας Ε. Σύγχρονη Ψυχιατρική, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2013
4. Ευθυμίου Κ., Μαυροειδή Αθ., Παυλάτου Ε. Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000
5. Μαδιανός Μ. Σχιζοφρένεια, σχιζοτυπικές και παραληρητικές διαταραχές. Κλινική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα 2004
6. Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997
7. Χαρτοκόλλης Π. Εισαγωγή στην Ψυχιατρική. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1991
8. DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association. Arlington, V.A. 2013
9. Garrabe J. Η σχιζοφρένεια. Εκδόσεις: Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου, Αθήνα 2011
10. Arana G. W., Steven M.D Hyman, M.D. Ψυχοφαρμακολογία. Επιμέλεια: Ιωάννης Ν.Νέστορος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2003

11. Kaplan H., Sadock B., Grebb J. Ψυχιατρική – Έβδομη έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000
12. Merikangas KR, Jin R, He JP, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative, Arch Gen Psychiatry, U.S.A. 2011
13. Warner R. Το περιβάλλον της σχιζοφρένειας. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2005
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: APA 2000
15. Coryell W, Endicott J, Maser JD, Keller MB, Leon AC, Akiskal HS. Long-term stability of polarity distinctions in the affective disorders. Am J Psychiatry 1995
16. Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK. Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. J Clin Psychiatry 2000
17. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. Am J Psychiatry 2000
18. Hirschfeld RMA, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the National Depressive and Manic- Depressive Association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2003
19. Hirschfeld RMA, Cass AR, Holt DC, Carlson CA. Screening for bipolar disorder in patients treated for depression in a family medicine clinic. J Am Board Fam Pract 2005

20. Wagner KD, Hirschfeld RMA, Emslie GJ, Findling RL, Gracious BL, Reed ML. Validation of the Mood Disorder Questionnaire for bipolar disorders in adolescents. J Clin Psychiatry 2006
21. Olfson M, Das AK, Gameroff MJ, et al. Bipolar depression in a low-income primary care clinic. Am J Psychiatry 2005
22. Mangelli L, Benazzi F, Fava GA. Assessing the community prevalence of bipolar spectrum symptoms by the Mood Disorder Questionnaire. Psychother Psychosom 2005
23. Posner J., Russell J.A., Peterson B.S. «The circumplex model of affect: an integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology», Development and Psychopathology, 2005
24. Who Gets Bipolar Disorder?, Psych Central
<http://psychcentral.com/lib/who-gets-bipolar-disorder>
Τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 11, 2015
25. Lifetime Psychiatric Disorders in School-aged Offspring of Parents With Bipolar Disorder, The Pittsburgh Bipolar Offspring
[Studyhttp://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=483006](http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=483006)
Τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 25, 2015
26. World Health Organisation. The global burden of disease
www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.htm
Τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 28, 2015
27. Κούκια Ε. Ψυχιατρική νοσηλευτική, νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 215

28. Coler M.-S., Vincent K.-G. Ψυχιατρική Νοσηλευτική Φροντίδα, Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 2001
29. Κυριακίδου Ε. Ανάλυση και χαρακτηριστικά οικογένειας στο Κοινωνική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Ταβίθα, Αθήνα 2004.
30. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α. Ψυχική Υγεία και Νοσηλευτική Επιστήμη, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2012
31. Ραγιά Χρ. Αφροδίτη, Νοσηλευτική Ψυχικής υγείας-Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 2009