

Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ»**



ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑΣ Κ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 2015

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός του παρόντος πονήματος είναι η μελέτη και η ανάλυση της ψυχικής ασθένειας διπολική διαταραχή καθώς επίσης και ο ρόλος του νοσηλευτή. Πιο συγκεκριμένα εξετάζονται τα αίτια και τα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής. Παρουσιάζονται επιδημιολογικά στοιχεία ενώ ταυτόχρονα αναλύονται η κλινική εικόνα και τα διαγνωστικά κριτήρια και ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της.

Υλικό και μέθοδος: Το υλικό του παρόντος πονήματος αντλήθηκε από ελληνική και ξένη βιβλιογραφία καθώς επίσης και από έγκυρες διαδικτυακές πηγές στις οποίες παρουσιάζονται επιστημονικά πονήματα σχετικά με την προς διερεύνηση νόσο.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της εργασίας έδειξαν ότι ο παράγοντας κληρονομικότητα φαίνεται να επηρεάζει την εκδήλωση της νόσου καθώς υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν διπολική διαταραχή άτομα των οποίων οι στενοί συγγενείς έχουν παρουσιάσει τη συγκεκριμένη νόσο ή συμπτώματα αυτής. Παράλληλα η εκδήλωση της νόσου στα παιδιά και στους εφήβους παρουσιάζει τα ίδια διαγνωστικά κριτήρια με τους ενήλικες, ωστόσο υπάρχουν περισσότερο τάσεις ευερεθιστότητας και βίαιη συμπεριφορά.

Συμπεράσματα: Η αποτελεσματικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων με διπολική διαταραχή είναι ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας. Ο ρόλος του νοσηλευτή παρουσιάζεται ιδιαίτερα σημαντικός καθώς συμβάλλει στην φροντίδα των ασθενών σε όλη την πορεία της ασθένειας και φροντίζει να ευαισθητοποιεί και να ενημερώνει το κοινωνικό σύνολο προκειμένου να αποφευχθεί ο στιγματισμός των ατόμων που νοσούν.

Λέξεις Κλειδιά: ψυχική ασθένεια, διπολική διαταραχή, νοσηλευτική ψυχικής υγείας.

ABSTRACT

Aim: The aim of this essay is the study and analysis of mental illness bipolar disorder as well as the role of the nurse. More specifically examined the causes and symptoms of bipolar disorder. Presented epidemiological data while the clinical picture is analyzed and the diagnostic criteria of the nurse role in addressing.

Material and methods: The material of this essay drawn from Greek and foreign bibliography and also by authoritative online sources that presented scientific labors on the disease to be investigated.

Results: The results of the study showed that the heredity factor seems to influence the onset of disease as there are more likely to develop bipolar disorder people whose close relatives have had this disease or symptoms thereof. Similarly, the onset of the disease in children and adolescents of the same diagnostic criteria as adults, but there are more irritable tendencies and violent behavior.

Conclusions: The most effective treatment for people with bipolar disorder is a combination of medication and psychotherapy. The role of the nurse presented particularly important as it contributes to patient care throughout the course of disease and care to sensitize and inform the community in order to prevent stigmatization of people who are sick.

Keywords: mental illness, bipolar disorder, mental health nursing.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
ABSTRACT	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	7
ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	7
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	7
1.2 ΑΙΤΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	8
1.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	9
1.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΑΝΙΑΣ	9
1.5 Η ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ, ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΑ ΚΑΙ ΔΥΣΘΥΜΙΑ.....	10
1.6 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	11
1.7 ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	12
1.8 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ (ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ)17	
1.8.1 Αιτιολογία των Διαταραχών της Διάθεσης (Καταθλιπτικών και Διπολικών)18	
1.8.2 Γενετικοί παράγοντες.....	18
1.8.3 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	19
1.8.4 Νευροβιολογικοί παράγοντες	19
1.8.5 Διαταραχές της Νευροφυσιολογικής Λειτουργίας.	21
1.8.6 Διαταραχές της Νευροενδοκρινικής Λειτουργίας.	21
1.9 ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	24
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	24
2.1 ΦΥΛΟ.....	24
2.2 ΗΛΙΚΙΑ.....	24
2.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	25

2.4 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	25
2.5 ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	26
ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	30
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	30
4.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	30
4.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΜΑΝΙΑΣ.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	32
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	32
5.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ.....	32
5.1.1 ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ.....	32
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ DSM.....	32
5.1.2 ΜΑΝΙΑΚΟ/ΥΠΟΜΑΝΙΑΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	32
5.1.3 ΜΕΙΚΤΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	33
5.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ Ι	33
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ DSM.....	33
5.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΙΙ.....	33
5.4 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	36
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	36
6.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	36
6.1.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΜΑΝΙΑΣ.....	36
6.1.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ....	38
6.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	40
6.3 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	43

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	43
7.1 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	43
7.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	49
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	49
8.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄	49
8.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄	53
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	57
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	58
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	58
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59
Γ. ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	60

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διπολική διαταραχή αποτελεί μια ψυχική ασθένεια η οποία κατατάσσεται στην κατηγορία των συναισθηματικών διαταραχών. Κάνοντας μια ιστορική αναδρομή στην ψυχική ασθένεια διπολική διαταραχή και σύμφωνα με τα διασωθέντα κείμενα παρατηρείται ότι από αρχαιοτάτων χρόνων αρκετοί άνθρωποι εμφάνιζαν παρόμοια συμπτώματα με αυτά της νόσου αυτής. Εκείνη την εποχή, η συγκεκριμένη συμπεριφορά αποδιδόταν κυρίως σε κάποια πνευματική ή άλλη δύναμη.

Ωστόσο οι Έλληνες γιατροί ήταν οι πρώτοι οι οποίοι υποστήριξαν ότι τα συμπτώματα αυτά οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του εγκεφάλου. Για παράδειγμα ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που κατέγραψε μια περίπτωση μελαγχολίας και μια περίπτωση που πιθανολογείται ότι ήταν μικτού καταθλιπτικού επεισοδίου.

Η διπολική διαταραχή αφορά τις εναλλαγές μανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων και αποτελείται από τέσσερις τύπους. Το άτομο που διαγιγνώσκεται με διπολική διαταραχή χρήζει άμεσης ιατρικής αντιμετώπισης καθώς οι συνέπειες είναι πολύ σοβαρές τόσο για τον ίδιο όσο και για το οικείο του περιβάλλον. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία η συγκεκριμένη ασθένεια εμφανίζεται περίπου σε ένα ποσοστό της τάξεως του 3% με 6% του γενικού πληθυσμού.

Στη σύγχρονη εποχή, η Ψυχιατρική επιστήμη έχει παρουσιάσει σημαντική πρόοδο προσπαθώντας να κατανοήσει τον ανθρώπινο εγκέφαλο μέσα από συνεχείς έρευνες και μελέτες. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετά άγνωστα στοιχεία στον εγκέφαλο του ανθρώπου που παραμένουν άγνωστα και ερευνώνται με σκοπό την ανακάλυψη σημαντικών επιτευγμάτων προκειμένου να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικότερα οι ψυχικές ασθένειες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η διπολική διαταραχή είναι ψυχική διαταραχή (mental disorder) που ανήκει στην ομάδα των Διαταραχών της Διάθεσης.

Με τον όρο "ψυχική διαταραχή" περιγράφεται ένα σύνολο ψυχολογικών συμπτωμάτων, παθολογικών συμπεριφορών και μειωμένης λειτουργικότητας. Οι διαταραχές αυτές συνήθως προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση και έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου. Μπορεί να οφείλονται σε οργανικούς, κοινωνικούς, γενετικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. [(2007). APA 2007)

Εδώ ίσως αξίζει να σημειώσουμε ότι η ακριβής μετάφραση του όρου "mental disorder" είναι "νοητική / πνευματική διαταραχή". Στην Ελλάδα όμως έχει επικρατήσει ο όρος "ψυχική (ή ψυχιατρική) διαταραχή".

Στην τυπική μορφή των διπολικών διαταραχών, οι ασθενείς περνούν από κύκλους ή φάσεις μανίας που εναλλάσσονται με κύκλους ή φάσεις σοβαρής κατάθλιψης. Μεταξύ αυτών των κύκλων ή φάσεων μπορεί να παρεμβάλλονται διαστήματα με φυσιολογική διάθεση ("νορμοθυμία"). Στην πραγματικότητα όμως, οι διπολικές διαταραχές αποτελούν ένα ευρύ φάσμα κλινικών εικόνων ποικίλης έντασης, συχνότητας και μορφής. (Wozniak , 2005)

Για περίπου ένα αιώνα, η διπολική ασθένεια ονομαζόταν μανιοκατάθλιψη. Ο ισχύων σήμερα όρος είναι διπολική διαταραχή.

Διακυμάνσεις της διάθεσης εμφανίζονται φυσιολογικά σε κάθε άνθρωπο ως αποτέλεσμα των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος και του τρόπου με τον οποίο το άτομο τα επεξεργάζεται, τα ερμηνεύει και τα εσωτερικεύει. Στους ασθενείς όμως με διπολική διαταραχή, τα "πάνω" και "κάτω" της διάθεσης είναι έντονα και παθολογικά (λόγω της μεγάλης έντασης, της μακράς διάρκειας και των σημαντικών αρνητικών επιπτώσεών τους στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή του ατόμου) με αποτέλεσμα να επηρεάζουν την φυσιολογική λειτουργικότητα του ατόμου, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι και επικίνδυνα ακόμα και για την ίδια του τη ζωή. Οι μεταβολές της διάθεσης που χαρακτηρίζουν τη διπολική διαταραχή, με την ποικιλία των διαβαθμίσεων που παίρνουν, μπορούν να

αναπαρασταθούν ως σημεία ενός συνεχούς, στο ένα άκρο του οποίου βρίσκεται η βαριά κατάθλιψη, κατόπιν η ήπια κατάθλιψη, κάπου στο μέσο η ισορροπημένη διάθεση, στη συνέχεια η υπομανία και, τέλος, στο άλλο άκρο, η μανία.

Τα καταθλιπτικά επεισόδια των διπολικών διαταραχών είναι κλινικά όμοια με των καταθλιπτικών διαταραχών. Επομένως, το βασικό διακριτικό στοιχείο των διπολικών διαταραχών είναι η έξαρση. Η έξαρση περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών διαθέσεων που κυμαίνονται από τις φυσιολογικές καταστάσεις της ευφορίας και της χαράς μέχρι τις παθολογικές καταστάσεις της υπομανίας και της μανίας. (Merikangas, 2011)

Ο όρος "μανία" δηλώνει υπέρμετρη έξαρση, υπερκινητικότητα, διέγερση και επιταχυμένο ρυθμό ομιλίας, συχνά με διαταραγμένη σκέψη.

Ο όρος "υπομανία" αναφέρεται σε ένα παρόμοιο σύνδρομο, αλλά όχι τόσο έντονο όσο η μανία. (περισσότερες λεπτομέρειες για τις διαφορές μεταξύ μανιακών και υπομανιακών επεισοδίων, εδώ και εδώ). Αρκετοί κλινικοί αποδίδουν τον όρο "υπομανία" σε καταστάσεις που δεν παρουσιάζουν ψυχωσικά συμπτώματα, ενώ χρησιμοποιούν τον όρο "μανία" στις καταστάσεις όπου ενυπάρχουν ψυχωσικά συμπτώματα (διαταραγμένη επαφή με την πραγματικότητα).

Σύμφωνα με την υποκειμενική αντίληψη και αίσθηση του ασθενή η κατάσταση της μανίας ή υπομανίας μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευχάριστη, καθώς νιώθει "ανεβασμένος", γεμάτος αυτοπεποίθηση, ευτυχισμένος και χαρούμενος. Συνήθως όμως, ο μανιακός (και λιγότερο ο υπομανιακός) ασθενής, χαρακτηρίζεται επίσης από έντονη ευερεθιστότητα, οργή και ενίοτε και παρανοϊκότητα. Συνεπώς, είμαστε πιο ακριβείς όταν μιλάμε για ανεβασμένη – διεγερμένη διάθεση και όχι για εξηρμένη διάθεση. (Taylor, 2009)

1.2 ΑΙΤΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Τα αίτια της διπολικής διαταραχής παραμένουν άγνωστα αλλά τα περισσότερα στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχει μεγάλο ποσοστό κληρονομικότητας (τρέχει στις οικογένειες). Παρόλα αυτά, η εκδήλωση και η πορεία της ασθένειας επηρεάζεται έντονα από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Η πορεία της ασθένειας χαρακτηρίζεται από συνεχόμενα επεισόδια με περιόδους ανάκαμψης (εαν και όχι απαραίτητα πλήρους ανάρρωσης). Κλινικά ακόμα και

όταν ο ασθενής είναι εκτός “επεισοδίου”, το κυρίαρχο σύμπτωμα είναι η κατάθλιψη με σημαντικές διακυμάνσεις κατά διαστήματα.

Αν και ακόμα δεν υπάρχει τρόπος πλήρης θεραπείας, ψυχοφαρμακευτικές αγωγές με σταθεροποιητές διάθεσης (mood stabilisers) και αντιεπιληπτικά (anticonvulsants) φέρνουν τα καλύτερα αποτελέσματα, παράλληλα με σύγχρονες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους συμπεριφορικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα. Με τη κατάλληλη αγωγή και χρόνια στήριξη, ασθενείς με Διπολική διαταραχή μπορούν να έχουν μία καλή πορεία και να λειτουργούν ικανοποιητικά στον επαγγελματικό και κοινωνικό τους χώρο (η συμβολή της μανιοκατάθλιψης στο καλλιτεχνικό, πολιτικό και επιστημονικό χώρο είναι γεγονός). (Kaplan, 2000)

1.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Στη φάση ενός καταθλιπτικού επεισοδίου ένα άτομο μπορεί να εμφανίσει :

- * Καταθλιπτική διάθεση, με ή χωρίς άγχος
- * Αίσθημα κενού
- * Απαισιοδοξία ή απελπισία και αίσθημα αβοηθησίας
- * Ιδέες ενοχής & αναξιότητας
- * Απώλεια των ενδιαφερόντων και αδυναμία άντλησης ικανοποίησης από τη συμμετοχή σε δραστηριότητες που ήταν προηγουμένως ευχάριστες
- * Μείωση της ενεργητικότητας, εύκολη κόπωση
- * Δυσκολία στη συγκέντρωση, τη μνήμη και στη δυνατότητα λήψης αποφάσεων
- * Ανησυχία ή ευερεθιστότητα
- * Διαταραχές του ύπνου
- * Διαταραχές της όρεξης
- * Μείωση της σεξουαλικής διάθεσης
- * Σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας και συχνά απόπειρες αυτοκτονίας. (Warner, 2005)

1.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΑΝΙΑΣ

Συμπτώματα της μανίας περιλαμβάνουν διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης, ευφορία, ευερεθιστότητα, διογκωμένη αυτοεκτίμηση, ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, πίεση

λόγου, διάσπαση της προσοχής, υπερκινητικότητα, αυξημένη σεξουαλική διάθεση, συναισθηματική αστάθεια και παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις.

Ένας μανιακός ασθενής μπορεί ασυναίσθητα να χαμογελάσει και να βρεθεί στην ανάγκη να συγκρατήσει μια παρόρμηση να γελάσει με πράγματα που στο παρελθόν δεν θεωρούσε αστεία. (Garrabe, 2011)

Η προσοχή ενός ατόμου με μανία συνήθως διασπάται. Η έλλειψη κριτικής μπορεί να οδηγήσει ένα άτομο σε πράξεις που να επιφέρουν άσχημες και οδυνηρές συνέπειες. Μπορεί επίσης να αρχίσουν την χρήση διαφόρων ουσιών όπως, αλκοόλ και ναρκωτικών. Η συμπεριφορά τους μπορεί να γίνει ενοχλητική και επιθετική. Πολλά άτομα μπορεί να πιστεύουν ότι είναι σε μια "ειδική αποστολή" ή μπορεί να φθάσουν να πιστεύουν ότι έχουν ειδική σχέση με το θεό, ότι έχουν ένα καταπληκτικό σχέδιο με το οποίο θα σώσουν τον κόσμο από την καταστροφή ή ότι έχουν μοναδικά ταλέντα ή ικανότητες, αυτές οι ιδέες θεωρούνται μεγαλοπρεπείς και εξωπραγματικές. Επίσης η σεξουαλική διάθεση μπορεί να αυξηθεί. Οι μανιακοί ασθενείς μιλούν σαν να βρίσκονται κάτω από πίεση να βγάλουν τις λέξεις έξω. Μιλούν δυνατά και γρήγορα και συνήθως είναι δύσκολο να τους διακόψει κανείς. Το περιεχόμενο της ομιλίας τους μπορεί να είναι φυσιολογικό ή γεμάτο αστεία και λογοπαίγνια ή γεμάτο κατηγορίες, εχθρότητα και υβρεολόγια. Συχνά οι μανιακοί ασθενείς μπορεί να έχουν θεατρικό στυλ, να χορεύουν και να τραγουδούν και να παρουσιάζονται αρκετά διασκεδαστικοί. Σε πιο ακραίες περιπτώσεις ένα άτομο με μανία μπορεί να αρχίσει να βιώνει ψύχωση ή διάσπαση από την πραγματικότητα όπου η σκέψη επηρεάζεται μαζί με την διάθεση (Kaplan, 2000)

1.5 Η ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ, ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΑ ΚΑΙ ΔΥΣΘΥΜΙΑ

Το διπολικό φάσμα αναφέρεται σε μια κατηγορία διαταραχών που παρουσιάζουν ασυνήθιστα ανεβασμένη ή καταθλιπτική διάθεση. Αυτές οι διαταραχές κυμαίνονται από διπολική διαταραχή I, πλήρη μανιακά επεισόδια, κυκλοθυμία, υπομανιακά επεισόδια έως διαταραχές που πληρούν μόνο μερικά από τα κριτήρια μανίας ή υπομανίας. Αυτές οι διαταραχές συνήθως περιλαμβάνουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή επεισόδια που μπορούν να εναλλαχτούν με ανεβασμένη διάθεση ή ακόμα και μικτά επεισόδια που εμφανίζουν τα συμπτώματα και των δύο πόλων. (Kaplan, 2011)

Η έννοια του διπολικού φάσματος είναι η ίδια με αυτή του Emil Kraepelin, της μανιοκαταθλιπτικής ασθένειας. Αυτή τη στιγμή η μανιοκαταθλιπτική ασθένεια αναφέρεται

συνήθως ως διπολική διαταραχή. Ένα απλό ονοματολογικό σύστημα συστήθηκε το 1978 για να ξεχωρίζει πιο εύκολα το σημείο που βρίσκεται το άτομο μέσα στο διπολικό φάσμα.

Τα σημεία του φάσματος που χρησιμοποιούν αυτή την ονοματολογία συμβολίζονται με την χρήση των παρακάτω κωδικών:

- *M*—σοβαρή μανία
- *D*—σοβαρή κατάθλιψη (μονοπολική κατάθλιψη)
- *m*—ηπιότερη μανία (υπομανία)
- *d*—ηπιότερη κατάθλιψη (Kessler, 2005)

ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΑ: Ένα ιστορικό υπομανιακών επεισοδίων με περιόδους κατάθλιψης που δεν πληρούν τα κριτήρια για μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Υπάρχει μια ήπια κυκλική αλλαγή της διάθεσης η οποία φαίνεται στον παρατηρητή ως στοιχείο της προσωπικότητας και εμποδίζει την ομαλή κοινωνική και διαπροσωπική λειτουργία του ασθενούς.

ΔΥΣΘΥΜΙΑ: Η δυσθυμία είναι μια ήπια, αλλά μακροχρόνια μορφή κατάθλιψης που χτυπά κυρίως τις γυναίκες. Συνήθως εμφανίζεται μετά από μία στρεσογόνο περίοδο, όπως μετά την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, μετά το τέλος του σχολείου και των σπουδών και λόγω οικονομικών δυσκολιών. Τα συμπτώματα συνήθως διαρκούν πολλά χρόνια και επηρεάζουν την καθημερινότητα, γιατί το άτομο με δυσθυμική διαταραχή δεν απολαμβάνει τη ζωή. Έτσι μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα στην οικογένεια, στις φιλίες, στη δουλειά και στο σχολείο.

1.6 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η έννοια της Ψυχικής Υγείας δεν είναι εύκολο να ορισθεί με σαφήνεια. Δεν υπάρχουν απόλυτα διαχωριστικά και διαγνωστικά κριτήρια μεταξύ ψυχικής υγείας και ασθένειας. Ανάμεσα στην υγεία και την αρρώστια υπάρχει ένας αρκετά ευρύς χώρος που χαρακτηρίζεται από την αλληλοεπικάλυψη των δύο αυτών καταστάσεων. Παρά τις παραπάνω δυσχέρειες που προκύπτουν από τη πολυπλοκότητα της ανθρώπινης συμπεριφοράς, και το πολλαπλό της προσδιορισμό από ποικίλους παράγοντες, γενετικούς, ψυχολογικούς, ιδιοσυστασιακούς, ατομικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς, πολιτιστικούς, η ανάγκη για το προσδιορισμό και τη γνώση των βασικών παραμέτρων που διαφοροποιούν τη φυσιολογική από τη παθολογική συμπεριφορά είναι σημαντική. (Warner, 2005)

Για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας έχουν αναφερθεί τα εξής βασικά κριτήρια:

1) Το στατιστικό κριτήριο - ή κριτήριο της μέσης συμπεριφοράς. Με βάση αυτό το κριτήριο, ως μέτρο της ψυχικής ομαλότητας θεωρείται η συμπεριφορά του μέσου ανθρώπου. Βέβαια είναι δύσκολο να αξιολογηθούν επακριβώς τα όρια του μέσου ανθρώπου.

2) Το κριτήριο της απουσίας της ψυχικής νόσου ή κλινικό κριτήριο Σύμφωνα μ' αυτό το κριτήριο ψυχικά υγιές είναι εκείνος που η συμπεριφορά του είναι τέτοια ώστε να μην εμπίπτει στα πλαίσια μιας γνωστής και καθιερωμένης ψυχικής νόσου.

3) Το κριτήριο της υποκειμενικής δυσφορίας Εδώ παθολογική συμπεριφορά χαρακτηρίζεται εκείνη που αποτελεί πηγή δυσφορίας για το άτομο που την υιοθετεί. Πόσο άσχημα και "παθολογικά" αισθάνεται το ίδιο το άτομο ως υποκείμενο και πόσο αισθάνεται ότι υποφέρει από υποκειμενικής ή άλλου είδους δυσκολίες.

4) Το κριτήριο της κοινωνικής αποδοχής ή της κοινωνικής συμπεριφοράς Σύμφωνα μ' αυτό το κριτήριο το άτομο θεωρείται υγιές όταν η συμπεριφορά του δεν εξέρχεται ή δεν αποκλίνει από το πλαίσιο των κανόνων που ισχύουν για τη κοινωνία μέσα στην οποία ζει. Φυσιολογικό θεωρείται το άτομο που η συμπεριφορά του είναι κοινωνικά αποδεκτή και δεν ενοχλεί τους συνανθρώπου του με ανάρμοστες συμπεριφορές (Χριστοδούλου, 2004)

5) Το κριτήριο της άριστης λειτουργικότητας. Η οπτική αυτή περιγράφει ένα άτομο χωρίς ατέλειες που εξασφαλίζει σε όλες του τις δραστηριότητες άριστη λειτουργικότητα, κάτι δηλαδή που κινείται στη σφαίρα της ουτοπίας. 6) Το αναπτυξιακό κριτήριο Μια άλλη προσέγγιση βασίζεται στην αναπτυξιακή διαχρονική εκτίμηση. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, η φυσιολογικότητα εκτιμάται με κριτήριο το ομαλό πέρασμα από μια φάση ανάπτυξης της προσωπικότητας στην άλλη. Μπορούμε να διακρίνουμε τις παρακάτω φάσεις: - Βρεφική - Νηπιακή - Προσχολική - Σχολική - Μέσης ηλικίας (πρώιμη, μέση, ώριμη) Έτσι σύμφωνα με αυτό κριτήριο φυσιολογικός θεωρείται ο άνθρωπος που διέρχεται ομαλά όλα τα στάδια ανάπτυξης και ωρίμανσης της προσωπικότητάς του. Όπως είναι (Μαδιανός, 2004)

1.7 ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Ø Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή:

Η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή μοιάζει με τη σχιζοφρένεια αλλά η διάρκειά της δεν ξεπερνά τους έξι μήνες και δεν είναι απαραίτητο να συνοδεύεται από έκπτωση στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή. Η εγκυρότητα της σχιζοφρενικόμορφης διαταραχής παραμένει ακόμα αμφιλεγόμενη. Παλιότερες έρευνες θεωρούσαν ότι οι σχιζοφρενικόμορφες

διαταραχές είναι άτυπες περιπτώσεις των συναισθηματικών διαταραχών ή περιπτώσεις σχιζοφρένειας σε πρώιμη ηλικία. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Την έννοια της σχιζοφρενικόμορφης διαταραχής την εισήγαγε ο Langfeldt (1939) που την διαχώρισε από τη σχιζοφρένεια. Ο Langfeldt σημείωσε ότι μπορεί τα συμπτώματα των δυο διαταραχών να μοιάζουν, αλλά οι ασθενείς με σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή έχουν καλύτερη θεραπευτική πορεία. Με κάποιες διαφοροποιήσεις η θεωρία του Langfeldt επικράτησε ως τις μέρες μας (Strakowski, 1994). Το DSM διαχωρίζει την εν λόγω διαταραχή από τη σχιζοφρένεια. Έτσι, αν και πρόκειται για ψυχωσική διαταραχή, ωστόσο είναι πιο βραχείας διάρκειας και δεν επιφέρει κοινωνική και επαγγελματική έκπτωση. (Κυριακίδου, 2004)

Ø Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή:

Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή είναι μια πολύπλοκη και μυστηριώδη ψυχική διαταραχή, της οποίας τα συμπτώματα μοιάζουν να ισορροπούν ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και τις συναισθηματικές διαταραχές (διαταραχές της διάθεσης). . (Μαδιανός, 2004)

Οι γνωστικές δυσλειτουργίες είναι συχνές, όπως π.χ. οι δυσκολίες στη συγκέντρωση, την προσοχή και την ανάκληση πληροφοριών. Η μείωση στην εργασιακή και τη διαπροσωπική λειτουργικότητα του ασθενούς, όπως και η κοινωνική του απομόνωση, είναι αναπόφευκτες συνέπειες της νόσου.

Οι γυναίκες μοιάζουν πιο ευάλωτες στην εκδήλωσή της, πιθανώς λόγω της μεγαλύτερης προδιάθεσής τους στην κατάθλιψη.

Παράγοντες που θεωρείται ότι αυξάνουν τον κίνδυνο ένα άτομο να νοσήσει, είναι η πρώτου βαθμού συγγένεια με άτομα με σχιζοφρένεια ή με συναισθηματική διαταραχή ή με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, καθώς και το αν το άτομο έχει αυξημένο ρίσκο να νοσήσει από σχιζοφρένεια.

Η αποτελεσματικότερη θεραπεία της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής περιλαμβάνει τον συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας. Οι ομάδες φαρμάκων που χορηγούνται είναι τα νευροληπτικά νέας γενιάς (π.χ. ρισπεριδόνη, ολαναζαπίνη) για τα ψυχωσικά συμπτώματα, τα εξισορροπητικά της διάθεσης (π.χ. λίθιο) για τα μανιακά συμπτώματα και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα (π.χ. SSRI, όπως παροξετίνη) για τη θεραπεία της κατάθλιψης (Μάνος, 2008)

Ø Επινεμόμενη Ψυχωτική Διαταραχή:

Είναι μια αρκετά σπάνια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από την παρουσία ομοειδών ψυχωσικών συμπτωμάτων σε δύο ή και περισσότερα άτομα. Συνήθως τα συμπτώματα που εμφανίζουν τα άτομα αυτά είναι παρανοϊκά. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων το "κυρίαρχο άτομο" ή η "πρωτοπαθής περίπτωση" όπως αλλιώς ονομάζεται, δηλαδή το άτομο που εμφανίζει πρώτο τα ψυχωσικά συμπτώματα μπορεί να διαχωριστεί από τους υπόλοιπους που χαρακτηρίζονται ως "δευτεροπαθείς περιπτώσεις" και στους οποίους τα συμπτώματα επάγονται. (Χριστοδούλου, 2004)

Ø Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση:

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες που οφείλονται σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση.

Οι ψευδαισθήσεις μπορεί να αφορούν οποιαδήποτε από τις αισθήσεις, ορισμένες όμως αιτιολογικές καταστάσεις μπορεί να εκλύουν συγκεκριμένες ψευδαισθήσεις. Έτσι, οσφρητικές ψευδαισθήσεις, ιδιαίτερα αυτές που θυμίζουν τη μυρωδιά καμένου λάστιχου ή άλλες δυσάρεστες μυρωδιές προτείνουν κροταφική επιληψία. Σημειώνουμε, ότι γενικά η διάγνωση Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση δεν δίνεται αν το άτομο διατηρεί τον έλεγχο της πραγματικότητας και θεωρεί ότι οι ψευδαισθήσεις προέρχονται από τη γενική ιατρική κατάσταση.

Οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να είναι οποιουδήποτε τύπου, σωματικού, μεγαλείου, θρησκευτικές και πιο συχνά διωκτικές. Παραληρητικές ιδέες με θρησκευτικό περιεχόμενο παρατηρούνται ειδικά στην κροταφική επιληψία. (Σολδάτος, 2006)

Ø Ψυχωτική Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες:

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες, που προκαλούνται από κάποια ουσία κατάχρησης, φάρμακο ή τοξίνη και που το άτομο δεν τις αναγνωρίζει ότι προέρχονται από την ουσία. Αν το άτομο αναγνωρίζει ότι προέρχονται από την ουσία τότε η διάγνωση είναι Τοξίκωση ή Στερητική Διαταραχή από Ουσίες, Με Διαταραχές της Αντίληψης.

Φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν τη διαταραχή αυτή περιλαμβάνουν αναισθητικά, αναλγητικά, αντιχολινεργικά, αντιεπιληπτικά, αντισταμινικά, αντιυπερτασικά και καρδιαγγειακά, αντιμικροβιακά, αντιπαρκινσονικά, χημειοθεραπευτικά (π.χ. κυκλοσπορίνη και προκαρβαζίνη), κορτικοστεροειδή, γαστρίεντερικά, μυοχαλαρωτικά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, άλλα φάρμακα που χορηγούνται χωρίς συνταγή (π.χ. φαινυλεφρίνη, ψευδοεφεδρίνη), αντικαταθλιπτικά, δισουλφιράμη.

Τοξίνες που μπορούν να προκαλέσουν τη διαταραχή περιλαμβάνουν την αντιχολινεστεράση, οργανοφωσφορικά εντομοκτόνα, αέρια που προσβάλλουν το νευρικό σύστημα, το μονοξειδίο και το διοξείδιο του άνθρακα και πτητικές ουσίες όπως καύσιμα ή μπιριές.

Θεραπευτικά, εκτός από την αντιψυχωτική αγωγή και την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, θα πρέπει, βέβαια, να φροντίσουμε για τη διακοπή της ουσίας (όπου στην περίπτωση των διαφόρων ουσιών κατάχρησης θα πρέπει ν' απευθυνθούμε στην όλη αντιμετώπιση της χρήσης). (Ευθυμίου et al, 2000)

Ø Παραληρητική Διαταραχή:

Η παραληρητική ιδέα είναι ένα από τα βασικά συμπτώματα μίας έντονης ψυχωσικής κατάστασης. Δίνοντας μία αναλυτικότερη έννοια στην λέξη παραλήρημα, θα λέγαμε ότι είναι μία ανόητη φλυαρία. Πρωτοεμφανίζεται με την έννοια της παράκρουσης αλλά κυρίως του παραμιλητού. Στην σύγχρονη ελληνική ψυχιατρική χρησιμοποιείται με την έννοια του παραλογισμού, μιας ψευδαίσθησης – φαντασίωσης όπου το άτομο που την κάνει την πιστεύει και για εκείνον είναι πέρα για πέρα αληθινή. Πρόκειται για μία προσωπική φαντασίωση του ατόμου που βέβαια ο ίδιος πιστεύει ότι είναι αληθινή ενώ δεν συμβαίνει αυτό στην πραγματικότητα. Τέτοιες πεποιθήσεις αναφέρονται συνήθως στην ιδέα ότι κάποιος ή κάποιους τους ενοχλούν με άδικες επικρίσεις ή απειλές, εδώ αναφερόμαστε στο παραλήρημα καταδίωξης. Ή στην ιδέα ότι κάποιος προσπαθούν μέσα από κάποιο ισχυρό μέσο όπως τηλεόραση, εφημερίδα προσπαθούν να επηρεάσουν τα συναισθήματα τους, τις σκέψεις τους, εδώ μιλάμε για το παραλήρημα ελέγχου. Άλλα άτομα θεωρούν ότι είναι προικισμένα με κάποια μοναδική ιδιότητα, ή ενσαρκώνουν κάποια μοναδική ιστορική προσωπικότητα, εδώ αναφερόμαστε στο παραλήρημα μεγαλείου. Ή ότι συμβαίνει κάτι το ανεξήγητο ή καταστροφικό στο σώμα τους, στην υγεία τους, σωματικό παραλήρημα. Όλες αυτές οι εμμονές μπορεί να είναι οργανωμένες, ή και ανοργάνωτες, πολύπλοκες, λογικοφανείς ή

εντελώς απίθανες και εξωπραγματικές.

Η ύπαρξη του παραλήρηματος υποδηλώνει μία ανασφάλεια του εγώ, το άτομο αισθάνεται ότι κινδυνεύει από κάποιον ή κάτι. Αντίθετα με τις εμμονές ενός ψυχαναγκαστικού ατόμου το παραλήρημα εμπλέκει το περιβάλλον με ένα τρόπο αρκετά ενεργητικό, συνήθως απειλητικό, κριτικό, ή υποτιμητικό. Σε πιο ήπιες καταστάσεις ή προτού το σύμπτωμα εξελιχθεί σε παραλήρημα καταδίωξης το άτομο μπορεί να πιστεύει ότι είναι το κέντρο της προσοχής κάποιων ορισμένων ατόμων οι οποίοι τον επικρίνουν, τον ειρωνεύονται παρά ότι σχεδιάζουν κάτι κακό εναντίον του. Συνήθως τέτοιες ιδέες καταδίωξης χαρακτηρίζονται από έντονη καχυποψία και ένα έντονο συναίσθημα προσωπικής ανασφάλειας. (Χαρτοκόλλης Π. 1991)

Ø Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή:

Η βραχεία ψυχωτική διαταραχή αποτελεί ένα οξύ και παροδικό ψυχωτικό σύνδρομο, στο οποίο τα συμπτώματα διαρκούν λιγότερο από ένα μήνα και έπονται ενός σοβαρού και εμφανούς στρεσογόνου γεγονότος της ζωής του ασθενούς. Είναι περισσότερο συχνή σε άτομα με προϋπάρχουσες διαταραχές της προσωπικότητας ή που έχουν παλαιότερα βιώσει μείζονες στρεσογόνους παράγοντες, όπως φυσικές καταστροφές ή δραματικές πολιτισμικές αλλαγές. Η έναρξη συνήθως παρατηρείται στην ηλικία των 20 με 35 ετών, με ελαφρά υψηλότερη επίπτωση στις γυναίκες.

Συνήθως το ψυχοκοινωνικό στρες πυροδοτεί το ψυχωτικό επεισόδιο και τα συμπτώματα είναι παρόμοια με εκείνα των υπόλοιπων ψυχωτικών διαταραχών, με αύξηση της συναισθηματικής αστάθειας, παράξενη ή παράδοξη συμπεριφορά, σύγχυση, αποπροσανατολισμό και μεταβλητότητα της διάθεσης, η οποία κυμαίνεται από υπερθυμία έως και αυτοκτονική συμπεριφορά.

Διαφοροδιαγνωστικά, θα πρέπει να αποκλειστούν τα παθολογικά αίτια και ιδιαίτερα η τοξίκωση και η στέρηση ουσιών, όπως επίσης και το ενδεχόμενο επιληπτικής διαταραχής.

Ανάρρωση παρατηρείται στο 80% των περιπτώσεων με θεραπεία, όπου η ψυχοθεραπεία είναι εξαιρετικά σημαντική για την αντιμετώπιση της φύσης και της σημασίας του ειδικού κοινωνικού στρεσογόνου παράγοντα που πυροδότησε το ψυχωτικό επεισόδιο, ενώ εφόσον απαιτηθεί μπορεί να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή βραχυπρόθεσμα. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Ø Ψυχωτική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς:

Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει ψυχωτική συμπτωματολογία σχετικά με την οποία υπάρχει ανεπαρκής πληροφόρηση για να τεθεί συγκεκριμένη διαγνωση ή σχετικά με την οποία υπάρχουν αμφιλεγόμενες πληροφορίες, ή διαταραχές με ψυχωτικά συμπτώματα, οι οποίες δεν πληρούν τα κριτήρια οποιασδήποτε ειδικής Ψυχωσικής Διαταραχής. (Warner, 2005)

1.8 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ (ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ)

Οι Διαταραχές της Διάθεσης (ή Συναισθηματικές Διαταραχές) είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση (mood) είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό. Κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση, ο θυμός. Διακρίνουμε τη διάθεση ή συναισθηματική διάθεση από το συναίσθημα (a), που αποτελεί την εξωτερική έκφραση της. Και καθώς η εξωτερική έκφραση ενός καταθλιπτικού ή μανιακού ασθενή δεν είναι πάντα καταθλιπτική ή ευφορική, πιο σωστά οι Συναισθηματικές Διαταραχές περιγράφονται σαν Διαταραχές της Διάθεσης,.

Όλοι μας γνωρίζουμε τι θα πει καταθλιπτική ή ευφορική διάθεση. Όλοι μας έχουμε περάσει από περιόδους απογοήτευσης ή ικανοποίησης που επηρέασαν τη διάθεση μας προς τη μια ή την άλλη πλευρά.

Πώς ξεχωρίζει, λοιπόν, κανείς μια «φυσιολογική» διάθεση από μια «παθολογική»; Οπωσδήποτε, δεν είναι τόσο εύκολο, ούτε τόσο απόλυτο. Παρ' όλα αυτά μπορούμε να πούμε ότι όσο πιο έντονη και παρατεταμένη η συναισθηματική διάθεση της κατάθλιψης ή της έξαρσης, όσο πιο πολλά και έντονα τα φυτικά συμπτώματα - αϋπνία, ανορεξία, απώλεια της ενεργητικότητας, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido), ψυχοκινητική επιβράδυνση κτλ., όσο μεγαλύτερη η έκπτωση της επαγγελματικής ή κοινωνικής λειτουργικότητας ή εφόσον υπάρχουν διαταραχή της πραγματικότητας (με ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες κτλ.) ή αυτοκτονικές ή ανθρωποκτονικές τάσεις, τόσο η κατάσταση που πάμε να διαγνώσουμε τείνει προς την παθολογική πλευρά. (Warner, 2005)

1.8.1 Αιτιολογία των Διαταραχών της Διάθεσης (Καταθλιπτικών και Διπολικών)

Όπως για τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές ή σύνδρομα έτσι και για τις διαταραχές της διάθεσης δεν έχει, φυσικά, απομονωθεί ένας και μοναδικός ή συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας. Η έρευνα που έγινε και συνεχίζει να γίνεται απλά προτείνει ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων που φαίνεται να *συμβάλλουν* στην ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης. Οί παράγοντες αυτοί μπορεί να ομαδοποιηθούν σε *γενετικούς*, σε *ψυχοκοινωνικούς* και σε *νευροβιολογικούς*. Και, καθώς το οικογενειακό ιστορικό ασθενών με μονοπολική ή διπολική διαταραχή μας δείχνει ότι οί συγγενείς τους έχουν αυξημένη συχνότητα της αντίστοιχης διαταραχής, αλλά και σχετικά αυξημένη συχνότητα της άλλης, καθώς οί έρευνες των νευροδιαβιβαστών δείχνουν ότι υπάρχουν ανάλογες διαταραχές νευροδιαβίβασης π.χ. στην κατάθλιψη και στους μονοπολικούς και στους διπολικούς ασθενείς κ.ο.κ., αποφασίσαμε να αναφερθούμε στην αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης -μονοπολικών και διπολικών - μαζί. (Carbray, 2009)

1.8.2 Γενετικοί παράγοντες

Η συμβολή των γενετικών παραγόντων στις διαταραχές της διάθεσης φαίνεται από τα αποτελέσματα μελετών σε οικογένειες, σε δίδυμους και σε υιοθετημένα άτομα και από τις έρευνες της μοριακής βιολογίας.

Μελέτες **διδύμων** έχουν δείξει σχέση μονοζυγωτών προς διζυγώτες κατά μέσο όρο περίπου 4:1 (65-14), δηλαδή, αν ένας μονοζυγώτης δίδυμος έχει διαταραχή της διάθεσης, είναι τέσσερις φορές πιθανότερο να έχει και ο άλλος απ' ό,τι αν είναι διζυγώτης.

Μελέτες **υιοθετημένων** ατόμων επίσης υποστηρίζουν τη γενετική συμμετοχή στην αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης.

Από την πλευρά της **μοριακής βιολογίας**, θεωρήθηκε ότι απομονώθηκε ένα γονίδιο στο βραχύ σκέλος του χρωμοσώματος 11, που συνδέεται με την εμφάνιση Διπολικής Διαταραχής σε μια μεγάλη οικογένεια Amish. Το εύρημα αυτό, όμως, δεν διασφαλίστηκε σε κατοπινές επαναλύσεις των στοιχείων. Σε άλλες μελέτες, πάλι, έχει αναφερθεί σύνδεση της Διπολικής Διαταραχής με το χρωμόσωμα X. Είναι πιθανό λοιπόν να υπάρχει σύνδεση διαφορετικών μορφών Διπολικής Διαταραχής με διαφορετικά χρωμοσώματα. (Garrabe, 2011)

1.8.3 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες ανήκουν τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και οι ψυχολογικοί παράγοντες.

Στρεσογόνα γεγονότα της ζωής. Μολονότι μεθοδολογικά επαρκείς έρευνες για την αιτιολογική συμβολή των παραγόντων αυτών είναι δύσκολο να υπάρξουν, εντούτοις φαίνεται ότι οπωσδήποτε η συμμετοχή τους στην πρόκληση διαταραχών της διάθεσης είναι δεδομένη.

Ψυχολογικοί παράγοντες. Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί ότι μια συγκεκριμένη προσωπικότητα (ή στοιχεία προσωπικότητας) ή ένας συγκεκριμένος ψυχολογικός μηχανισμός προδιαθέτει ή προκαλεί την κατάθλιψη ή την έξαρση.

Ιδιαίτερα, όσον αφορά τις *ψυχοδυναμικές θεωρίες* της κατάθλιψης, η βιβλιογραφία είναι τεράστια. Κατά ορισμένους θεωρητικούς, τα άτομα που είναι επιρρεπή σε κατάθλιψη χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη αυτοκριτική. Κατά άλλους, η κατάθλιψη είναι θυμός ή επιθετικότητα που στρέφεται εναντίον του εαυτού. Άλλοι υποστηρίζουν ότι αστάθεια και ανασφάλεια στη βρεφονηπιακή ηλικία, που προέρχεται από διαταραγμένη σχέση μητέρας-παιδιού, δημιουργούν το υπόστρωμα για ευαισθησία και ευαλωτότητα σε αποχωρισμούς αργότερα, που οδηγούν σε κατάθλιψη. Η *διαπροσωπική απώλεια* έχει τονισθεί ιδιαίτερα από τον Freud και τους οπαδούς του, που σημείωσαν τις ομοιότητες και τις διαφορές ανάμεσα στο κοινό πένθος (που είναι φυσιολογική αντίδραση) και την κατάθλιψη που ακολουθεί την απώλεια είτε ενός αγαπημένου ατόμου είτε κάποιας σημαντικής για το άτομο διάστασης (π.χ. θάνατος αγαπημένου ατόμου, απώλεια εργασίας, χωρισμός από αγαπημένο άτομο κτλ.). Έρευνες ήδη έχουν δείξει ότι υπάρχει αυξημένη συχνότητα κατάθλιψης σε άτομα που έχασαν κάποιο γονιό στην παιδική τους ηλικία - κατά πάσα πιθανότητα λόγω αυξημένης ευαισθησίας σε διαπροσωπικές απώλειες αργότερα. Η *γνωστική θεωρία* της κατάθλιψης, βέβαια, απομακρύνεται από την ψυχοδυναμική θεώρηση και αποδίδει την κατάθλιψη σε αρνητική, λαθεμένη, εκτίμηση που κάνει το άτομο για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον

Όσον αφορά τη μανία, ψυχοδυναμικά θεωρείται ότι είναι άμυνα (= άρνηση) του ατόμου σε υποκείμενη κατάθλιψη. (Garrabe, 2011)

1.8.4 Νευροβιολογικοί παράγοντες

Οι νευροβιολογικές μελέτες των διαταραχών της διάθεσης ακολούθησαν τέσσερις κυρίως μεγάλες περιοχές έρευνας: τις διαταραχές της νευροδιαβίβασης, τις διαταραχές της

νευροφυσιολογικής λειτουργίας (ιδιαίτερα του ύπνου), τις διαταραχές της νευροενδοκρινικής λειτουργίας και την νευροαπεικόνιση της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου.

Διαταραχές της νευροδιαβίβασης. Και στην περίπτωση των διαταραχών της διάθεσης, όπως και στη σχιζοφρένεια, η προσοχή εστιάσθηκε στους νευροδιαβιβαστές, δηλ. στις χημικές ουσίες που μεταβιβάζουν τη νευρική διέγερση από τον ένα νευρώνα στον άλλο στον εγκέφαλο και ιδιαίτερα στη νορεπινεφρίνη, στη σεροτονίνη, στην ακετυλοχολίνη, στη ντοπαμίνη και στο γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA).

Η υπόθεση της κατεχολαμίνης, που διερευνήθηκε ευρύτατα, είχε προτείνει ότι η κατάθλιψη προκαλείται από ανεπάρκεια νορεπινεφρίνης στις νευρικές συνάψεις του εγκεφάλου. Βασίσθηκε, κυρίως, στους μηχανισμούς δράσης των αντικαταθλιπτικών: π.χ. είναι γνωστό ότι η ιμιπραμίνη δρα αυξάνοντας την ποσότητα της νορεπινεφρίνης επειδή εμποδίζει την επαναπρόσληψή της ή ότι οι αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης (ΜΑΟ) επίσης αυξάνουν την ποσότητα της νορεπινεφρίνης επειδή εμποδίζουν τη διάσπαση της νορεπινεφρίνης από τη ΜΑΟ. Επίσης, ορισμένες μελέτες βρήκαν σε καταθλιπτικούς ασθενείς (ίσως περισσότερο σε διπολικούς καταθλιπτικούς απ' ότι σε μονοπολικούς) ελάττωση του μεταβολίτη της νορεπινεφρίνης 3-μεθοξυ-4-υδροξυφαινυλγλυκόλη (ΜΗΡΟ) στα ούρα.

Προοδευτικά, η υπόθεση της κατεχολαμίνης διευρύνθηκε με τη διερεύνηση και άλλων κατεχολαμινών και αμινοξέων που συμμετέχουν στη νευροδιαβίβαση.

Έτσι, θεωρήθηκε ότι σε ορισμένους καταθλιπτικούς ασθενείς υπάρχει ανεπάρκεια σεροτονίνης, με βάση τη δράση και πάλι ορισμένων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που δεσμεύουν την επαναπρόσληψή της σεροτονίνης (π.χ. φλουοξετίνη) και επίσης την ανεύρεση ελαττωμένης ποσότητας του μεταβολίτη της σεροτονίνης 5-υδροξυινδολεοξικό οξύ (5-ΗΙΑΑ) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό ορισμένων βαριά καταθλιπτικών ασθενών καθώς και ελαττωμένων αριθμών 5-HT₂ υποδοχέων στους εγκεφάλους ατόμων που αυτοκτόνησαν.

Ανάλογες προτάσεις υπήρξαν και για το σύστημα ακετυλοχολίνης, για το GABA ΒΑ κτλ., όπως υπάρχουν και μελέτες των υποδοχέων των νευροδιαβιβαστών, χωρίς τελικά να μπορούν να εξηγήσουν ικανοποιητικά τον μηχανισμό της κατάθλιψης. Ίσως, αν όλες οι προτάσεις και μελέτες συντεθούν σε επίπεδο *αλληλεπίδρασης* των διαφόρων νευροδιαβιβαστών. όπως πρεσβεύουν νεότερες θεωρίες, μπορεί να υπάρξει καλύτερη εξήγηση του μηχανισμού της κατάθλιψης.

Καθώς, πάντως, πολλοί ασθενείς που είναι κλινικά καταθλιπτικοί δεν παρουσιάζουν κάποια ανιχνεύσιμη ανεπάρκεια νευροδιαβιβαστών, ούτε απαντούν οπωσδήποτε σε θεραπεία με αντικαταθλιπτικά, η υπόθεση της διαταραχής της νευροδιαβίβασης δεν φθάνει για να εξηγήσει όλα τα καταθλιπτικά σύνδρομα.

Σημειώνουμε, ότι διαταραχές της νευροδιαβίβασης προτείνονται αιτιολογικά και για τα μανιακά επεισόδια με βάση τη μελέτη των μεταβολιτών των νευροδιαβιβαστών, της λειτουργίας των υποδοχέων, της δράσης των φαρμάκων κτλ. (Garrabe, 2011)

1.8.5 Διαταραχές της Νευροφυσιολογικής Λειτουργίας.

Και αυτές οι διαταραχές μελετήθηκαν εκτενώς σε ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης. Τα περισσότερα στοιχεία αφορούν τη χρήση του *HEG ύπνου* (που είναι μέρος της «πολυπνογραφίας» βλ. Εργαστηριακές Εξετάσεις στην Ψυχιατρική) και δείχνουν ότι σε μεγάλο αριθμό καταθλιπτικών και μανιακών ασθενών υπάρχουν διάφορες ανωμαλίες στο HEG που παίρνεται κατά τον ύπνο των ασθενών αυτών. Τα πιο συχνά «πολυπνογραφικά» ευρήματα σε καταθλιπτικούς ασθενείς είναι: 1) διαταραχές της συνέχειας του ύπνου, όπως αύξηση της λανθάνουσας περιόδου πριν τον ύπνο, αύξηση των ενδιάμεσων ξυπνημάτων και ξύπνημα νωρίς το πρωί 2) ελάττωση των σταδίων 3 και 4 NREM (Non Rapid Eye Movement) του ύπνου δηλ. του «βαθέως ύπνου» (ή ύπνου των βραδέων κυμάτων ή ύπνου δ) και μετακίνηση της δραστηριότητας των βραδέων κυμάτων μακριά από την πρώτη NREM περίοδο 3) ελάττωση της λανθάνουσας περιόδου πριν τον REM (Rapid Eye Movement) ύπνο (δηλ. βράχυνση της διάρκειας της πρώτης NREM περιόδου) 4) αύξηση της REM δραστηριότητας δηλ. του αριθμού των γρήγορων κινήσεων του οφθαλμού και 5) αύξηση της διάρκειας («πυκνότητας») του REM ύπνου στην αρχή της νύχτας. Όλα τα παραπάνω συμπίπτουν με τα χαρακτηριστικά του διαταραγμένου ύπνου των καταθλιπτικών: όπως είναι γνωστό, οί καταθλιπτικοί δεν κοιμούνται βαθιά ή αρκετά και έχουν ανήσυχο ύπνο με άσχημα όνειρα και εφιάλτες.

Τα ευρήματα αυτά στο HEG ύπνου ανευρίσκονται στο 40%-60% των εξωτερικών ασθενών και στο 90% των νοσηλευόμενων ασθενών με Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Μερικά από τα ευρήματα αυτά υπάρχουν και στο 25%-50% ενηλίκων ασθενών με Δυσθυμική Διαταραχή. (Garrabe, 2011)

1.8.6 Διαταραχές της Νευροενδοκρινικής Λειτουργίας.

Οί λειτουργίες του υποθαλάμου, της υπόφυσης, του φλοιού των επινεφριδίων, του θυρεοειδούς και άλλων ενδοκρινών αδένων έχουν μελετηθεί για την ανεύρεση αιτιολογικών συσχετίσεων με τις διαταραχές της διάθεσης. *Ο υποθαλαμο-υποφυσιο-επινεφριδικός (ΥΥΕ) άξονας* κίνησε ιδιαίτερα το ενδιαφέρον των ερευνητών, ύστερα από το εμπειρικό εύρημα ότι

ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς δεν μπορούν να καταστείλουν την παραγωγή κορτιζόλης από τον επινεφριδικό φλοιό, όταν τους χορηγηθεί δοσολογία δεξαμεθαζόνης αρκετή για να καταστείλει την παραγωγή κορτιζόλης σε φυσιολογικά άτομα. Η υπερκορτιζολαιμία είναι ένα από τα σταθερά ευρήματα σε καταθλιπτικούς ασθενείς και έτσι θεωρήθηκε ότι η *Δοκιμασία Καταστολής με Δεξαμεθαζόνη* (DST Dexamethasone Suppression Test), που μετρά την ικανότητα για καταστολή της παραγωγής κορτιζόλης, θα ήταν ένα ειδικό τεστ για τη διάγνωση της κατάθλιψης και ένα εργαλείο για τη διερεύνηση της νευροενδοκρινικής λειτουργίας του ΥΥΕ άξονα στην κατάθλιψη. Δυστυχώς, όμως αποδείχτηκε ότι η μη καταστολή συμβαίνει και σε άλλες ψυχιατρικές διαταραχές εκτός από την κατάθλιψη, όπως σε ψυχογενή ανορεξία, σε άνοια και σε κατάχρηση ουσιών. (Wozniak,2005)

Μολονότι η DST δεν χρησιμοποιείται πια ευρέως, εντούτοις η νευροενδοκρινική έρευνα συνεχίζεται, καθώς η ανεύρεση πιθανών δυσλειτουργιών ιδιαίτερα στον *υποθάλαμο* είναι συμβατή και με τη δυσλειτουργία στα συστήματα νευροδιαβίβασης που αναφέραμε προηγούμενα (η λειτουργία του υποθαλάμου ρυθμίζεται σε μεγάλο βαθμό από κατεχολαμίνες).

Όσον αφορά τις νευροαπεικονιστικές τεχνικές, η αξονική τομογραφία ατόμων με εγκεφαλικό επεισόδιο έχει δείξει ότι βλάβες του προσθίου αριστερού ημισφαιρίου μπορεί να προκαλέσουν δυσφορία, ενώ βλάβες του δεξιού λοβού είναι πιο πιθανό να προκαλέσουν ευφορία η PET ενισχύει τα παραπάνω, καθώς η πρόκληση δυσφορίας σε φυσιολογικά άτομα ή η κατάθλιψη σε καταθλιπτικά άτομα συνδέονται με διαταραχή του μεταβολισμού στις αριστερές μετωπιαίες περιοχές η μαγνητική τομογραφία δείχνει σταθερά τόσο σε διπολικούς όσο και σε μονοπολικούς ασθενείς ένα αυξημένο αριθμό εστιακών πυκνοτήτων στη λευκή ουσία κ.ο.κ.

Υπάρχουν βέβαια και άλλα ερευνητικά πεδία για τη νευροβιολογία των διαταραχών της διάθεσης, όπως τα προκλητά δυναμικά, το φαινόμενο kindling , το HEG ημέρας κ.ά.

Επιστρέφοντας, λοιπόν, στα αρχικά μας σχόλια για την αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης, θα πρέπει και πάλι να πούμε ότι κατά πάσα πιθανότητα διάφοροι παράγοντες γενετικοί, ψυχοκοινωνικοί και νευροβιολογικοί διαπλέκονται και προκαλούν την εκδήλωση μιας διαταραχής της διάθεσης. Έτσι, π.χ. μπορούμε να υποθέσουμε ότι μια σειρά στρεσογόνων γεγονότων της ζωής μπορεί να προκαλέσει μια βιολογική αντίδραση όπως είναι μια υπερέκκριση κορτιζόλης, που εφόσον αρχίσει είναι δύσκολο να σταματήσει και που μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει ένα καταθλιπτικό σύνδρομο, το οποίο έτσι έχει αιτία και ψυχοκοινωνική και βιολογική. Και επιπλέον θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι ένας γενετικός παράγοντας, που μπορεί να μεταβιβάζεται στα άτομα μιας οικογένειας, μπορεί να

είναι η τάση τους να είναι νευροβιολογικά υπερευαίσθητα στο ψυχοκοινωνικό στρες. Τέτοιου είδους - και οπωσδήποτε πολυπλοκότερα - πολυπαραγοντικά μοντέλα μπορεί να προσεγγίσουν ίσως τελικά την αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης. (Παπαδημητρίου, 2013)

1.9 ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Το άγχος είναι ένας όρος που χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε το φυσιολογικό συναίσθημα που αισθάνεται κανείς όταν αντιμετωπίζει κάποια απειλή, κίνδυνο, ή όταν βρίσκεται υπό ψυχολογική πίεση. Όταν κάποιος έχει άγχος, συνήθως αισθάνεται ταραχή, δυσφορία και ένταση

Λόγω του ότι τα αισθήματα άγχους είναι κάτι το κοινό, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τη διαφορά μεταξύ των αισθημάτων άγχους που είναι φυσιολογικά για μια δεδομένη κατάσταση και των συμπτωμάτων μιας αγχώδους διαταραχής.

Οι αγχώδεις διαταραχές δεν είναι μία μόνο πάθηση, αλλά μία ομάδα παθήσεων οι οποίες χαρακτηρίζονται από επίμονα αισθήματα υψηλού βαθμού άγχους και υπερβολικής δυσφορίας και έντασης. Ένα άτομο μπορεί να διαγνωσθεί ως πάσχον από μία αγχώδη διαταραχή εάν το επίπεδο του άγχους του είναι τόσο υψηλό ώστε να διαταράσσει σημαντικά την καθημερινή του ζωή και να μην του επιτρέπει να κάνει τα πράγματα που θέλει να κάνει.

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι η πιο κοινή μορφή ψυχικών παθήσεων, και προσβάλλουν ένα στα 20 άτομα σε οποιαδήποτε δεδομένη χρονική στιγμή. Συχνά αρχίζουν στην πρώιμη ενήλικη ζωή, αλλά μπορεί να αρχίσουν και στην παιδική ηλικία ή αργότερα στη ζωή κάποιου ατόμου.

Οι γυναίκες είναι περισσότερο πιθανό να προσβληθούν από τις περισσότερες αγχώδεις διαταραχές απ' ότι οι άνδρες.

Οι αγχώδεις διαταραχές συχνά αρχίζουν απότομα, χωρίς να υπάρχει κάποιος προφανής λόγος. Γενικά συνοδεύονται από έντονα σωματικά συμπτώματα όπως δύσπνοια και ταχυπαλμία. Άλλα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν ιδρώτα, τρεμούλα, αίσθημα ασφυξίας, ναυτία, στομαχικές ενοχλήσεις, ζαλάδα, μυρμηκιάσεις, αισθήματα απώλειας ελέγχου και/ή αισθήματα επικείμενης συμφοράς.

Οι αγχώδεις διαταραχές επηρεάζουν το πώς ένα άτομο σκέπτεται, αισθάνεται και συμπεριφέρεται, και εάν δεν αντιμετωπισθούν, μπορούν να προκαλέσουν μεγάλη ψυχική ένταση και να διαταράξουν σημαντικά τη ζωή του ατόμου.(Garrabe, 2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας καθώς επίσης και η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία έχουν συμβάλει σε πολύ σημαντικό βαθμό στην επιδημιολογία και στην πρόγνωση της Διπολικής Διαταραχής μέσω πληθώρας ερευνών μελετώντας την εμφάνιση της νόσου όσον αφορά το φύλο, την ηλικία, την κοινωνική και οικονομική κατάσταση, την κληρονομικότητα καθώς επίσης και τον κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου. Ειδικότερα:

2.1 ΦΥΛΟ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας παρουσιάζει στοιχεία σχετικά με το φύλο και την εμφάνιση διπολικής διαταραχής σύμφωνα με τα οποία παρατηρείται ότι η διπολική διαταραχή παρουσιάζεται και στα δύο φύλα. (WHO, 2004)

Ωστόσο παρατηρείται ότι, στους άνδρες η ασθένεια εκδηλώνεται με πρώτο επεισόδιο το μανιακό ενώ στις γυναίκες παρατηρείται ως πρώτο επεισόδιο το μείζον καταθλιπτικό και κατά την διάρκεια που εξελίσσεται η νόσος εμφανίζονται ως επί το πλείστον ψυχωτικά επεισόδια. (Merikangas KR, Jin R, He JP, et al., 2011)

2.2 ΗΛΙΚΙΑ

Σχετικά με την ηλικία και την εκδήλωση της διπολικής διαταραχής φαίνεται ότι η ασθένεια παρουσιάζεται ως επί το πλείστον σε άτομα ηλικίας κάτω από 20 χρονών ενώ δεν αποκλείεται η πιθανότητα σε αυτές τις περιπτώσεις να έχουν εμφανιστεί ορισμένα συμπτώματα στην παιδική ηλικία. Στις μεγαλύτερες ηλικίες (πάνω από 55 ετών), η εμφάνιση διπολικής διαταραχής δεν αποτελεί συχνό φαινόμενο παρά μόνο σε περιπτώσεις όπου υπάρχει κάποιος άλλος οργανικός παράγοντας όπως είναι η χρήση ουσιών. (Kessler, Berglund, Demler, et al., 2005)

Σύμφωνα με στοιχεία παρατηρείται ότι στις εφηβικές ηλικίες που εμφανίζεται πρώτο επεισόδιο το μείζον καταθλιπτικό, στη συνέχεια έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν Διπολική Διαταραχή τύπου I. Στην ίδια ηλικιακή ομάδα όπου παρουσιάζεται

πρώτο επεισόδιο το μανιακό εμφανίζονται συμπτώματα τα οποία σχετίζονται με επιθετική συμπεριφορά . <http://psychcentral.com/lib/who-gets-bipolar-disorder>

2.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Όσον αφορά τον κοινωνικό και οικονομικό παράγοντα και την εκδήλωση της συγκεκριμένης ασθένειας δεν έχει διευκρινιστεί κάποια συσχέτιση, ωστόσο παρατηρούνται ορισμένες περιπτώσεις όπου τα άτομα των υψηλών κοινωνικών τάξεων έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν διπολική διαταραχή. (Σολδάτος, Λυκούρας, 2006)

2.4 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Ο παράγοντας κληρονομικότητα, φαίνεται να διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο, καθώς ένα ποσοστό της τάξεως του 20% των ατόμων που εμφανίζουν διπολική διαταραχή έχουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον κάποιο άτομο που έχει εμφανίσει την ασθένεια. (Σολδάτος, Λυκούρας, 2006)

Σχετικά με την πορεία εξέλιξης της ασθένειας, τα άτομα που νοσούν παρουσιάζουν εναλλαγές καταθλιπτικών και μανιακών επεισοδίων για το υπόλοιπο της ζωής τους. Ανάμεσα σε αυτές τις εναλλαγές υπάρχει και ένα διάστημα το οποίο ονομάζεται περίοδος νορμοθυμίας και στο οποίο το άτομο παρουσιάζει φυσιολογική συμπεριφορά χωρίς κανένα σύμπτωμα ούτε μανιακού ούτε καταθλιπτικού επεισοδίου. Παρατηρείται πολύ σπάνια σε άτομα να παρουσιάσουν μόνο ένα επεισόδιο είτε καταθλιπτικό είτε μανιακό και στη συνέχεια να διατηρήσουν την περίοδο νορμοθυμίας.

Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι πριν από την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής με σύγχρονες μεθόδους θεραπείας τα άτομα δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες ενώ παράλληλα το γνωστικό τους επίπεδο παρουσιάζεται μειωμένο. (Παπαδημητρίου et al., 2013)

2.5 ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Όσον αφορά τον κίνδυνο εκδήλωσης της ασθένειας, παρατηρείται ότι ένα ποσοστό του γενικού πληθυσμού που δεν υπερβαίνει το 1,5% δύναται να παρουσιάσει διπολική διαταραχή σε κάποια φάση της ζωής τους. Ωστόσο, στη διπολική διαταραχή τύπου II φαίνεται το ποσοστό αυτό να αυξάνεται και να κυμαίνεται στο 5%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Ο οργανισμός ενός παιδιού παρουσιάζει εξέλιξη και ανάπτυξη σε όλους τους τομείς και σωματικά αλλά και ψυχικά. Οι αλλαγές που παρουσιάζει σε αυτούς τους τομείς πολλές φορές γίνονται με γρήγορους ρυθμούς και δύναται να είναι και απρόσμενες. Καθώς το παιδί αναπτύσσει και εξελίσσει τον ψυχολογικό του κόσμο μπορεί να εμφανίσει κάποιες διαταραχές οι οποίες αποτελούν αντικείμενο συζήτησης καθώς είτε θα κυμαίνονται στα πλαίσια του φυσιολογικού είτε θα πρόκειται για μια παθολογική κατάσταση. (Kochman et al., 2002)

Το παιδί, καθώς ωριμάζει τον ψυχολογικό του κόσμο περνάει από διάφορες καταστάσεις, στις οποίες δημιουργούνται συγκρούσεις που επιλύονται. Από αυτό συμπεραίνεται ότι, εάν παρουσιαστεί κάποιο σύμπτωμα δεν σημαίνει ότι πρόκειται για μια παθολογική κατάσταση. Για να θεωρηθεί ένα σύμπτωμα ως συνέπεια μιας παθολογικής κατάστασης, θα πρέπει να υπάρχει συσχετισμός με το στάδιο ανάπτυξης που βρίσκεται το παιδί και με την υφιστάμενη κατάσταση.

Η εμφάνιση της διπολικής διαταραχής στα παιδιά, δεν αποτελεί σπάνιο φαινόμενο στη σύγχρονη εποχή. Η διάγνωσή της, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής καθώς οι συνέπειες τόσο για το ίδιο το παιδί, όσο και για το οικογενειακό του περιβάλλον, μπορεί να είναι ολέθριες. (Wozniak, 2005)

Κάνοντας μια ιστορική αναδρομή, η έννοια της διπολικής διαταραχής στα παιδιά παρουσιάστηκε για πρώτη φορά από τον Γάλλο γιατρό Jean-Étienne Dominique Esquirol, στα μέσα της δεκαετίας 1800, όπου αναφέρει περιπτώσεις παιδιών που εμφάνισαν επεισόδια μανίας.

Στη συνέχεια, στις αρχές του 20^{ου} αιώνα παρατηρούνται περιπτώσεις παιδιών και εφήβων με συμπτώματα καταθλιπτικών επεισοδίων και επεισοδίων μανίας τα οποία αναφέρονται από τον γερμανικής καταγωγής ψυχίατρο Emil Kraepelin. Ωστόσο, επίσημα δεν υπήρξε καμία διάγνωση από την ψυχιατρική επιστήμη σχετικά με τις συναισθηματικές διαταραχές σε παιδιά και εφήβους. (Carbray, 2009)

Το γεγονός ότι από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 παρατηρήθηκαν αυξημένα τα ποσοστά των τάσεων αυτοκτονίας αλλά και των αυτοκτονιών κατά κύριο λόγο στις εφηβικές ηλικίες,

είχε σαν αποτέλεσμα την περαιτέρω διερεύνηση των συναισθηματικών διαταραχών στην ηλικιακή κατηγορία των παιδιών και των εφήβων. Αυτή η διερεύνηση συνέβαλε στο γεγονός της παρουσίας περισσότερων μελετών στο συγκεκριμένο ζήτημα ώστε να δημιουργηθούν σαφή κριτήρια αναγνώρισής τους. Σχετικά με τα κριτήρια διάγνωσης της διπολικής διαταραχής στα παιδιά, δεν υπάρχει κάποιος ξεχωριστός διαχωρισμός με την διάγνωση διπολικής διαταραχής στους ενήλικες. Στα παιδιά όμως παρουσιάζονται λιγότερα συμπτώματα θυμού και λιγότερες ψυχολογικές μεταπτώσεις ενώ περισσότερο παρουσιάζονται τάσεις ευερεθιστότητας που εκδηλώνονται με κρίσεις βίαιης συμπεριφοράς. Ταυτόχρονα, στην παιδική ηλικία είναι συχνό το φαινόμενο των ψευδαισθήσεων που σε συνδυασμό με τα παραπάνω οδηγούν σε ένα κυκλικό ύφος διαταραχών. (Taylor, 2009)

Στην παιδική και εφηβική ηλικία, η διπολική διαταραχή έχει έντονα την εικόνα καταθλιπτικών και μανιακών επεισοδίων, ενώ χαρακτηρίζεται από μεγάλα διαστήματα ανάμεικτων συναισθημάτων. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η διπολική διαταραχή στην παιδική ηλικία δύναται να συνυπάρξει με τη διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής η οποία έχει σαν αποτέλεσμα την έλλειψη συγκέντρωσης και την παρουσία μαθησιακών δυσκολιών.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται περισσότερο η δυσκολία στο να αναγνωρίσουν οι μεταβολές της διάθεσης ενός παιδιού ή ενός εφήβου τα σημάδια μιας σοβαρής ψυχικής διαταραχής. Οι συγγραφείς τοποθετούν ψυχολογικές μεταπτώσεις καθ' όλη τη διάρκεια της μέρας στα παιδιά. Οι μεταπτώσεις αυτές συνοδεύονται από περιστατικά στενοχώριας, βαθιάς θλίψης και έντονης διέγερσης, τα οποία σχετίζονται άμεσα με τις καθημερινές ασχολίες του παιδιού και τις κοινωνικές συναναστροφές του. Στην εφηβεία, τα συγκεκριμένα συμπτώματα μπορεί να είναι ακραία και παρουσιάζεται μια εξαιρετική δυσκολία να υπάρξει διάκριση μεταξύ φυσιολογικής ροής της καθημερινότητας και παθολογικών αιτίων ψυχολογικής μετάπτωσης. (Biederman, 2005)

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.

<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1107312>

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.

<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=483006>

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.

<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=483006>

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).

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.

Μανία ή κατάθλιψη

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.

<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=483006>



Εικόνα 1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

4.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη ταλαιπωρεί ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού· υπολογίζεται πως ο κίνδυνος να νοσήσει οποιοσδήποτε από Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή είναι 10%- 25% για τις γυναίκες και 5%- 12% για τους άντρες, ενώ κάθε στιγμή το 5%- 9% των γυναικών και το 2%- 3% των ανδρών υποφέρουν από αυτή.

Τα ποσοστά αυξάνονται αν υπολογίσουμε και την Δυσθυμία, Άτυπες μορφές και Δευτεροπαθείς Καταθλίψεις (πχ σε Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο). Παρόλα αυτά συχνά η κατάθλιψη δεν αναγνωρίζεται, είτε δεν θεραπεύεται σωστά, ενώ ποσοστό μόνο των περιπτώσεων φτάνει στον ειδικό.(Χριστοδούλου, 2004)

Αυτό που έχει σημασία για τους ανθρώπους που υποφέρουν από την Κατάθλιψη δεν είναι η αιτιολογία της (αν και συνήθως αναλώνονται στην άγονη αναζήτηση του "τι φταιει;" άλλοτε με αυτομομφή και άλλοτε με ετερομομφή), αλλά η έγκαιρη αναγνώριση του ότι αυτό που αισθάνονται δεν οφείλεται σε κόπωση, αναξιοτία ή ότι άλλο, αλλά πάσχουν από μία θεραπεύσιμη ψυχική διαταραχή.

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση (ένα "στενάχωρο" συναίσθημα κατά το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας), άγχος (δυσφορία στο στήθος, ανησυχία, νευρικότητα), απελπισία και ανηδονία (δηλαδή πρότερα ευχάριστες δραστηριότητες δεν ικανοποιούν πλέον τον ασθενή), έλλειψη ενέργειας και κόπωση στην ελάχιστη προσπάθεια, καθώς και επιβράδυνση των ψυχοκινητικών λειτουργιών (αργές κινήσεις και βάδισμα, ο ασθενής δυσκολεύεται να σκεφθεί). (Μάνος, 2008)

Συνυπάρχουν διαταραγμένος ύπνος (ο ασθενής κοιμάται αργά, με διακοπές και άσχημα όνειρα και, χαρακτηριστικά ξυπνά νωρίς τα ξημερώματα με άσχημη διάθεση και αρνητικές σκέψεις), ανορεξία και άλλοτε βουλιμία, απώλεια της σεξουαλικής διάθεσης. (Ευθυμίου et al., 2000)

Η διάγνωση της Κατάθλιψης είναι κλινική και όχι εργαστηριακή. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν ευρήματα από το εργαστήριο, αλλά τα ευρήματα αυτά δεν είναι ειδικά για την νόσο. Ούτε και όλα τα προαναφερθέντα συμπτώματα είναι απαραίτητα για να τεθεί η

διάγνωση, ενώ πλήθος άλλων συμπτωμάτων που δεν γίνεται να αναφερθούν όλα, μπορεί να συνυπάρχουν.

Υπεύθυνος για την διάγνωση είναι ο ειδικός Ψυχίατρος, ο οποίος οφείλει να κάνει τον απαιτούμενο εργαστηριακό έλεγχο προς αποκλεισμό κάποιας πρωτογενούς σωματικής διαταραχής, όταν υποπτεύεται ότι κάτι τέτοιο συμβαίνει, ενώ σε πολλές περιπτώσεις ο Γενικός, Οικογενειακός είτε και Παθολόγος ιατρός μπορεί να διαγνώσει ή και να αντιμετωπίσει ακόμη μία ελαφρού έως μετρίου βαθμού κατάθλιψη. (Μάνος, 2008)

4.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΜΑΝΙΑΣ

Η διάγνωση των Διπολικών Διαταραχών βασίζεται στην αναγνώριση των μανιακών επεισοδίων, οπότε είναι σημαντικό να περιγράψουμε τα συμπτώματα της μανίας και υπομανίας. *Συμπτώματα της μανίας και υπομανίας*

- Διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης (ευφορία, ευερεθιστότητα)
- Διογκωμένη αυτοεκτίμηση
- Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο
- Πίεση λόγου
- Διάσπαση της προσοχής
- Αυξημένη δραστηριότητα / υπερκινητικότητα (κινητική ανησυχία, υπερβολική εμπλοκή κοινωνικά, στην εργασία, σεξουαλικά)
- Υπερβολική εμπλοκή σε δραστηριότητες που μπορεί να έχουν οδυνηρές συνέπειες
- Συναισθηματική αστάθεια
- Παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις (Κούκια, 2015)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

5.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

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

5.1.1 ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ DSM

A. Παρουσιάζονται καταθλιπτική διάθεση και από πέντε και άνω από τα παρακάτω συμπτώματα με διάρκεια μισού μήνα τα οποία δεν οφείλονται σε παθολογικά αίτια και απώλεια προσφιλούς ατόμου. (DSM, 2013)

- Μείωση του ενδιαφέροντος.
- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά.
- Οξεία μεταβολή του βάρους.
- Μη ενεργητικότητα
- Ματαιότητα
- Αϋπνία
- Μη δυνατότητα λήξης αποφάσεων
- Σκέψεις θανάτου (DSM, 2013)
- Αγχος. (Διαγνωστικά κριτήρια (DSM, 2013)

5.1.2 ΜΑΝΙΑΚΟ/ΥΠΟΜΑΝΙΑΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Συμπτώματα με βάση DSM-5

Τα συγκεκριμένα συμπτώματα μπορούν αν μεταβάλουν ιδιαίτερα τις κοινωνικές και επαγγελματικές δράσεις του ατόμου καθώς και την αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο.

A τουλάχιστον για περισσότερο από μια εβδομάδα λογόρροιας ή ευερέθιστης διάθεσης διάρκειας (DSM, 2013)

B. Συμπτώματα:

- Υψηλός ιδεασμός
- Αυξημένη αυτό εκτίμηση
- Αυπνοία
- Διάσπαση της προσοχής
- Ιδιοφυγή
- Αυξημένη σεξουαλική και κοινωνική δράση (DSM, 2013)

5.1.3 ΜΕΙΚΤΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Είναι προφανές ότι το συγκεκριμένο επεισόδιο λαμβάνει ερεθίσματα και από τα συμπτώματα κατάθλιψης και από τα συμπτώματα μανίας. Στην περίπτωση αυτή το άτομο δεν είναι αποδοτικό στην εργασία του και λαμβάνει αρνητικά ερεθίσματα από το περιβάλλον του. Στα διαγνωστικά κριτήρια περιλαμβάνονται ταυτόχρονα κριτήρια κατάθλιψης και μανίας που συνήθως εμφανίζονται με διάρκεια μιας εβδομάδας. (DSM, 2013)

5.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ Ι

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ DSM

Τα παρακάτω κριτήρια συγκαταλέγονται με την προϋπόθεση ότι δεν έχει επέλθει κάποια ψυχολογική επίπτωση στον ασθενή από ταχεία μεταβολή συναισθηματικής του ισορροπίας

- Η ύπαρξη μανιακού επεισοδίου και η παλαιότερη ύπαρξη Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.
- Το μεικτό επεισόδιο ως επακόλουθο του μανιακού. (DSM, 2013)

5.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΙΙ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ DSM

Καταγραφή στο ιστορικό του ασθενούς

- Καταθλιπτικό επεισόδιο.
- μείζον επεισόδιο.
- Μανιακό επεισόδιο

- Διαταραχή της διάθεσης (DSM, 2013)



Εικόνα 2

5.4 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η διπολική διαταραχή αποτελεί μια ασθένεια η οποία δεν μπορεί να διαγνωσθεί εύκολα και για αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η εξέταση του ασθενούς από τον ψυχίατρο με ιδιαίτερη προσοχή. Το πιο σημαντικό για την διάγνωση της νόσου και για την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση της είναι η λεπτομερής και με σαφήνεια λήψη ιατρικού ιστορικού. (Παπαδημητρίου et al., 2013)

Στην κατάθλιψη

Όσον αφορά τη διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης αποτελείται από:

- Συνοδευτικά συμπτώματα της κατάθλιψης όπως είναι για παράδειγμα η επιθετική συμπεριφορά και η κακή σχολική επίδοση που παρατηρείται στις εφηβικές ηλικίες. Επίσης, άλλο ένα παράδειγμα είναι οι αυτοκτονικές τάσεις που παρατηρούνται στους ενήλικες καθώς επίσης και οι διαταραχές μνήμης που παρατηρούνται στα άτομα τρίτης ηλικίας.
- Οργανικές ψυχικές διαταραχές στις οποίες περιλαμβάνονται οι μεταβολικές και ενδοκρινικές ασθένειες όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης και τα σύνδρομα που

παρατηρούνται από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών όπως είναι η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες κλπ. (Sadock, 2007)

Στη μανία

Σχετικά με τη διαφορική διάγνωση της μανίας αποτελείται από:

- Σχιζοφρένεια: Η διαφορά που παρουσιάζεται στη σχιζοφρένεια και στο μανιακό επεισόδιο είναι ότι στο μανιακό επεισόδιο οι παραληρητικές ιδέες μεταβάλλονται ενώ στη σχιζοφρένεια είναι σταθερές.
- Οργανικές ψυχικές διαταραχές από χρόνια σύνδρομα όπως είναι για παράδειγμα η σκλήρυνση κατά πλάκας και η άνοια στα άτομα τρίτης ηλικίας.
- Τα οξέα οργανικά ψυχοσύνδρομα όπως είναι για παράδειγμα οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. (Μαδιανός, 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της συγκεκριμένης νόσου δεν αποτελεί μια εύκολη υπόθεση. Μια επιτυχημένη θεραπευτική αντιμετώπιση προϋποθέτει: α) σωστή εκτίμηση και αξιολόγηση της κατάστασης και β) τις κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Τα διαδοχικά επεισόδια μανίας και κατάθλιψης που εκδηλώνονται στη διπολική διαταραχή προϋποθέτουν μια θεραπευτική αντιμετώπιση η οποία θα περιλαμβάνει τη κατάλληλη χορήγηση φαρμάκων καθώς επίσης και τις κατάλληλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

Στη θεραπεία της συγκεκριμένης νόσου θεωρείται πολύ σημαντική η χρόνια χορήγηση φαρμάκων με την καθοδήγηση του θεράποντα ιατρού ο οποίος ανάλογα με τις αλλαγές των διαθέσεων και τις συμπεριφορές τροποποιεί το θεραπευτικό σχήμα.

Ταυτόχρονα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι στα πλαίσια του θεραπευτικού προγράμματος που ακολουθείται θα πρέπει να παρατηρούνται σε καθημερινή βάση τα συμπτώματα ώστε να γίνεται περισσότερο αντιληπτή η εξέλιξη της ασθένειας και από τον ίδιο τον ασθενή αλλά και από τους οικείους του.

6.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της συγκεκριμένης ψυχωτικής διαταραχής περιλαμβάνει φάρμακα τα οποία είναι γνωστά με την ονομασία «σταθεροποιητές της διάθεσης». Τα συγκεκριμένα φάρμακα χορηγούνται κατόπιν εντολής του ψυχιάτρου. Επίσης, η χορήγηση των εν λόγω φαρμάκων δύναται να είναι χρόνια ενώ παράλληλα ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να πραγματοποιηθεί και χορήγηση περαιτέρω φαρμάκων ώστε να αποφευχθεί πιθανή υποτροπή. (Μάνος, 2008)

6.1.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΜΑΝΙΑΣ

Για τη θεραπεία του μανιακού επεισοδίου χορηγούνται αντιψυχωσικά φάρμακα, λίθιο και αντιεπιληπτικά φάρμακα. Αναλυτικότερα:

Αντιψυχωσικά φάρμακα

Η συγκεκριμένη κατηγορία φαρμάκων αποτελεί τη βάση για την αντιμετώπιση του μανιακού επεισοδίου. Πρόκειται για αγχολυτικά φάρμακα των οποίων η δράση μειώνει σημαντικά την επιθετικότητα, την παράνοια και τη σύγχυση. Χορηγούνται είτε από το στόμα είτε ενδομυϊκά και η αποτελεσματική δράση τους παρουσιάζεται κατόπιν ολίγων ωρών ή ημερών. Στα αντιψυχωσικά φάρμακα περιλαμβάνονται:

- Ø Η Αλοπεριδόλη (Aloperidine)
- Ø Η Χλωροπρομαζίνη (Largest)
- Ø Η Ολαζανπίνη (Zyprexa)
- Ø Η Ρισπεριδόνη (Risperdal)

Καθόλη τη διάρκεια της χορήγησης των αντιψυχωσικών φαρμάκων δύναται να υπάρξουν παρενέργειες όπως είναι η καταστολή, η μειωμένη όραση, η δυστονία, η ξηροστομία κ.α. Ταυτόχρονα, στις παρενέργειες περιλαμβάνεται και η αϋπνία όπου σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει ο ασθενής να λάβει βενζοδιαζεπίνες όπως είναι το Tavor και το Stedon.

Λίθιο (Milithin, Lithiofor)

Ένα από τα φάρμακα που παρουσιάζει αποτελεσματική δράση και στο μανιακό αλλά και στο καταθλιπτικό επεισόδιο της διπολικής διαταραχής είναι το λίθιο. Πρόκειται για ένα φάρμακο τοξικό το οποίο μειώνει σημαντικά την υποτροπή των επεισοδίων διπολικής διαταραχής. Η χορήγηση του πραγματοποιείται από το στόμα και η ημερήσια δόση είναι από 900 έως 1800 mg. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν παρουσιάζει καμία επίδραση σε άτομα τα οποία δεν πάσχουν από τη συγκεκριμένη ασθένεια καθώς επίσης είναι άγνωστος μέχρι στιγμής ο λόγο που παρουσιάζει αποτελεσματική δράση στους ασθενείς με διπολική διαταραχή.

Το μειονέκτημα που παρουσιάζει το λίθιο είναι ότι δεν ανταποκρίνεται γρήγορα μόλις πραγματοποιηθεί η χορήγηση του και γι αυτό το λόγο συνδυάζεται η φαρμακευτική αγωγή της διπολικής διαταραχής με ένα αντιψυχωσικό φάρμακο.

Κατά τη διάρκεια της χορήγησης του συγκεκριμένου φαρμάκου δύναται να παρουσιαστούν ορισμένες παρενέργειες όπως ναυτία, πόνος στο στομάχι, ζαλάδα, εμετός, διάρροια κ.α.

Αντιεπιληπτικά φάρμακα

Στα αντιεπιληπτικά φάρμακα περιλαμβάνονται η Καρβαμαζεπίνη (Tegretol) και το Βαλπροϊκό νάτριο (Depakine). Αναλυτικότερα:

- Ø Καρβαμαζεπίνη (Tegretol): το συγκεκριμένο φάρμακο παρουσιάζει αποτελεσματική δράση στις επιληπτικές κρίσεις και στις αρνητικές συνέπειες των αμνιακών επεισοδίων. Παράλληλα η δράση του μπορεί να ισοσταθμιστεί με τα αντιψυχωσικά φάρμακα. Επίσης, για τους ασθενείς οι οποίοι χαρακτηρίζονται από έντονες εναλλαγές επεισοδίων και δεν ανταποκρίνονται θετικά στο λίθιο πραγματοποιείται η χορήγηση του συγκεκριμένου φαρμάκου ενώ ταυτόχρονα ο συνδυασμός του με τα αντιψυχωσικά φάρμακα και το λίθιο δρα καταλυτικά στην αντιμετώπιση των μανιακών επεισοδίων. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι μια από τις ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου είναι η ακοκκιοκυτταραιμία και για αυτό το λόγο θα πρέπει να χορηγείται προσεκτικά.
- Ø Βαλπροϊκό νάτριο (Depakine): η χορήγηση του συγκεκριμένου φαρμάκου πραγματοποιείται κατά κύριο λόγο στα άτομα με κυκλοθυμική διαταραχή τα οποία δεν παρουσιάζουν θετική επίδραση με το λίθιο. Πρόκειται για ένα φάρμακο το οποίο έχει τις ίδιες ιδιότητες με τη Καρβαμαζεπίνη ενώ στις παρενέργειες του περιλαμβάνονται η ναυτία, η μειωμένη όρεξη, η διάρροια, η τριχόπτωση κ.α.

6.1.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

Ο μηχανισμός δράσης των αντικαταθλιπτικών θεωρείται ότι οφείλεται στην επίδρασή τους στα αμινεργικά συστήματα του εγκεφάλου, ιδίως της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης, των οποίων ενισχύουν τη δράση στο ΚΝΣ μέσω αναστολής της επαναπρόσληψής τους από τα νευρικά κύτταρα

Σημαντικός παράγοντας αντιμετώπισης παρουσιάζεται να αποτελεί η ύπαρξη των αντικαταθλιπτικών τα οποία διαχωρίζονται σε:

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

- Τα συγκεκριμένα φάρμακα δρουν κυρίως στα εξής:
- μείζων κατάθλιψη,
- νυχτερινή ενούρηση,
- καταθλιπτικό επεισόδιο,
- διαταραχές όρεξης,
- αντιδράσεις πανικού,
- ιδεοκαταναγκαστική διαταραχή διαταραχή,
- χρόνιος πόνος

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)

Τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά

Δρα αποτελεσματικότερα στην θεραπεία των καταθλιπτικών επεισοδίων χωρίς να εμφανίζουν ιδιαίτερες παρενέργειες. Οι δραστικές τους ουσίες είναι:

- Ιμιπραμίνη,
- Ντοξεπίνη,
- Δεσιπραμίνη,
- Αμοξεπίνη,
- Τριμιπραμίνη,
- Μαπροτριπτυλίνη, Χλωριπραμίνη,
- Αμιτροπτιλίνη,
- Νορτριπτυλίνη
- Προτροπτιλίνη

Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO)

Οι αναστολείς της MAO έχουν μικρή χρησιμότητα, διότι θεωρούνται λιγότερο αποτελεσματικά σε σύγκριση με τα τρικυκλικά και διότι μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες αλληλεπιδράσεις με τροφές και φάρμακα. Οι νεώτεροι όμως αναστολείς με την εκλεκτική και αναστρέψιμη αναστολή της μονοαμινοξειδάσης (μοκλοβεμίδη) θεωρούνται ασφαλείς και δεν παρουσιάζουν τις ανεπιθύμητες αλληλεπιδράσεις των κλασικών αναστολέων της MAO. Στα συγκεκριμένα καταθλιπτικά φάρμακα περιλαμβάνονται:

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

Παρενέργειες- ξηροστομία, πονοκέφαλος, μεταβολές στην όραση, υπέρταση

Νεότερα αντικαταθλιπτικά

Ορισμένα αντικαταθλιπτικά έχουν ελαφρές αντιχολινεργικές ιδιότητες ή στερούνται αυτών όπως τραζοδόνη, μιανσερίνη, καθώς και τα νεότερα αντικαταθλιπτικά, όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης ή οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνη. Οι παρενέργειές τους εξαρτώνται από το είδος και τη δόση του φαρμάκου, καθώς και από την ιδιοσυγκρασία τού ασθενούς. Στα νεότερα αντικαταθλιπτικά περιλαμβάνονται:

- Σερτραλίνη (Zoloft)
- Φλουοξετίνη (Ladose, Fluxadir)
- Παροξετίνη (Seroxat)
- Φλουβοξαμίνη (Dymyrox)
- Σιταλοπράμη (Seropram)(www.ifet.gr/es2003/4.4.htm)

6.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Στη θεραπευτική αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή πραγματοποιούνται και ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Θεωρούνται πάρα πολύ σημαντικές και κρίνονται απαραίτητες καθώς συμβάλλουν στην ψυχολογική υποστήριξη όχι μόνο των ασθενών αλλά και του οικογενειακού περιβάλλοντος τους. Με αυτό τον τρόπο γίνεται περισσότερο αντιληπτή η συγκεκριμένη ασθένεια και για τον ίδιο τον ασθενή αλλά και για την οικογένεια του η οποία εκπαιδεύεται κατάλληλα ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τις εναλλαγές επεισοδίων που παρουσιάζονται στη διπολική διαταραχή.

Τα πλεονεκτήματα που προκύπτουν από τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι ποικίλα και αφορούν αρχικά την παρουσία σταθερότητας στη διάθεση του ατόμου ενώ παράλληλα μειώνεται η ανάγκη εισαγωγής σε νοσοκομείο. Επίσης το άτομο γίνεται περισσότερο λειτουργικό στην καθημερινότητα του σε διάφορους τομείς.

Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες παρέχονται από εξειδικευμένο επαγγελματικό προσωπικό όπως είναι ο κοινωνικός λειτουργός και ο ψυχολόγος. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι σε αυτού του τύπου τις θεραπείες πραγματοποιείται σε όλη τη διάρκεια αυτών η συνεργασία ανάμεσα στον κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο και στον ψυχίατρο που έχει

αναλάβει τον ασθενή. Ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή καθορίζεται και η διάρκεια και ο τύπος της θεραπείας. (www.ifet.gr/es2003/4.4.htm)

Στις ψυχοκοινωνικές θεραπείες περιλαμβάνονται:

Η Υποστηρικτική Θεραπεία

Ο συγκεκριμένος τύπος θεραπείας έχει υποστηρικτικό χαρακτήρα. Αυτό σημαίνει ότι δίνεται ιδιαίτερη βάση στο να διαχειριστεί το άτομο τις αρνητικές συνέπειες που παρουσιάζονται στη συγκεκριμένη ασθένεια και προκαλούν δυσλειτουργίες στους διάφορους τομείς της ζωής του.

Η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία

Σε αυτό τον τύπο θεραπείας χρησιμοποιούνται τεχνικές οι οποίες συμβάλλουν στον έλεγχο των αρνητικών σκέψεων και συμπεριφορών του ατόμου που προκύπτουν από τις εναλλαγές επεισοδίων της συγκεκριμένης διαταραχής. Με αυτό τον τρόπο όχι μόνο πραγματοποιείται μείωση των συμπτωμάτων αλλά παρουσιάζονται μικρότερες πιθανότητες υποτροπής της νόσου. Μέσα από αυτή τη θεραπεία δίνεται η δυνατότητα στο άτομο κάθε φορά που αισθάνεται άγχος για διάφορα γεγονότα ή αντιμετωπίζει μια δύσκολη κατάσταση να έχει θετική αντίδραση και να αντιλαμβάνεται ότι μπορεί να γίνει πιο αποτελεσματικός.

Η Οικογενειακή Θεραπεία

Εξίσου σημαντική παρουσιάζεται και η οικογενειακή θεραπεία. Αποτελεί αναμφισβήτητο γεγονός ότι ένας ασθενής με διπολική διαταραχή μπορεί να προκαλέσει άγχος και αναστάτωση στη ζωή της οικογένειας. Γι αυτό το λόγο παρέχονται αυτού του είδους οι θεραπείες ώστε να μπορέσει να επέλθει μείωση του άγχους στον περίγυρο μέσω διάφορων τεχνικών που στηρίζονται στην ομαδική ψυχοθεραπεία.

Η Ψυχοεκπαίδευση

Η ψυχοεκπαίδευση θεωρείται αναπόσπαστο μέρος της σύγχρονης και ολοκληρωμένης θεραπευτικής αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών. Είναι σημαντικό οι θεραπεύομενοι αλλά και τα συγγενικά τους πρόσωπα να γνωρίζουν όσο καλύτερα γίνεται τα θέματα που δημιουργούν πρόβλημα στην λειτουργία τους, μειώνουν την ποιότητα της ζωής τους και εμποδίζουν την υγιή ανάπτυξη τους. Συμβάλλει και στην πρόληψη υποτροπής των συμπτωμάτων των επεισοδίων.

Με την ψυχοεκπαίδευση γίνεται προσπάθεια για πληροφόρηση, εκπαίδευση των ασθενών και των συγγενών τους, για την καλύτερη αντιμετώπιση των ποικίλων σοβαρών προβλημάτων , που προκαλεί η ψυχική νόσος. Ο γενικός πληθυσμός να ενημερωθεί και να αποδεχτεί την ψυχική διαταραχή, όπως κάθε σωματική διαταραχή(αρρώστια),δηλ. την εξάλειψη του στίγματος για την ψυχική διαταραχή. (www.ifet.gr/es2003/4.4.htm)

6.3 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μια άλλη μέθοδος που εφαρμόζεται στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Πρόκειται για μια μέθοδο η οποία παρέχεται σε περιπτώσεις όπου το άτομο δεν έχει ανταποκριθεί στο συνδυασμό της φαρμακευτικής αγωγής και της ψυχοκοινωνικής θεραπείας και χρειάζεται κάτι περισσότερο.

Η συγκεκριμένη μέθοδος παρατηρείται να έχει αποτελεσματικότητα στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής. Εφαρμόζεται με πλήρη αναισθησία και με τη χορήγηση μυοχαλαρωτικών φαρμάκων. Στις παρενέργειες της μεθόδου αυτής περιλαμβάνονται ο πονοκέφαλος, ναυτία, βραχυπρόθεσμη απώλεια μνήμης και σε ορισμένες περιπτώσεις σύγχυση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

7.1 ΠΡΟΛΗΨΗ

Ο Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας στην πρόληψη:

- προαγωγή και διατήρηση της υγείας.
- παροχή φροντίδας και τη θεραπεία.
- αποκατάσταση.

ΑΡΧΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- 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.
(Ραγιά, 2009)

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας για τη ψυχική υγεία που να καλύπτει, πέραν από τη θεραπεία και την αποκατάσταση, τους τομείς της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών και των τοξικοεξαρτήσεων, καθώς και τον τομέα της προαγωγής της ψυχικής υγείας και υγιών διαπροσωπικών σχέσεων. Η οργάνωση της φροντίδας αυτής θα πρέπει να γίνεται ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου και της οικογένειάς του, σε συνεργασία με άλλες εμπλεκόμενες υπηρεσίες και φορείς (Κούκια, 2015)

7.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή/-τριας στα άτομα που παρουσιάζουν ψυχωτικές διαταραχές είναι να παρέχουν φροντίδα στις εξής κατηγορίες:

- Αρρώστους με οξύ ή χρόνια ψυχικό ή ψυχιατρικό πρόβλημα.
- Υγιείς ανθρώπους σε κρίση ή που αντιμετωπίζουν πρόβλημα στην καθημερινή τους ζωή.
- Ανθρώπους που επέζησαν από μια κρίσιμη κατάσταση ή που αντιμετωπίζουν μια απειλητική για την ζωή τους αρρώστια. (Κυριακίδου, 2004)

Η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την αποκατάσταση της υγείας του ασθενή, την καλλιέργεια και ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων, την εφαρμογή και την δημιουργία νέων θεραπευτικών προϋποθέσεων, καθώς και την πρόληψη και αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και των παραγόντων που συντελούν στην δημιουργία της. (Ραγιά, 2009)

Τα στάδια της νοσηλευτικής προσέγγισης περιλαμβάνουν:

A. Εκτίμηση του ασθενούς

- Ø Συγκέντρωση και καταγραφή πληροφοριών σχετικά με τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές ανάγκες του ασθενή.
- Ø Σκοπός: ο καθορισμός των προβλημάτων του ασθενούς που μπορούν τροποποιηθούν με ειδικές ενέργειες.

B. Προγραμματισμός της φροντίδας

- Ø Συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας
- Ø Οι σκοποί να είναι πραγματοποιήσιμοι και κατανοητοί
- Ø Βραχυπρόθεσμοι στόχοι που επεκτείνονται σε μακροπρόθεσμοι

Γ. Παροχή της φροντίδας

- Ø Πράξεις που απαιτούνται για να πραγματοποιηθούν οι σκοποί
- Ø Επιλογή του κατάλληλου νοσηλευτή ανάλογα με τον ασθενή για την εφαρμογή της εξατομικευμένης ειδικής φροντίδας (Ευθυμίου, 2000)

Δ. Αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας-Σκοπός:

- Ø Αναγνώριση αντικειμενικών σκοπών που επιτεύχθηκαν
- Ø Σύγκριση της αποτελεσματικότητας των μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν
- Ø Υπολογισμό των αναγκών των ασθενών καθώς προοδεύει η θεραπεία
- Ø Τροποποίηση του προγράμματος (Παπαγεωργίου, 2012)

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν ενέργειες και διαδικασίες, όπως χαρακτηριστικά περιγράφονται στην συνέχεια.

- σχεδιασμός νοσηλευτικού θεραπευτικού πλάνου
- δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή
- προσφορά φροντίδας στις καθημερινές ανάγκες του ασθενή

- ευθύνη για την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, την αναγνώριση των παρενεργειών και της άμεσης παρέμβασης
- εφαρμογή έκτατων μέτρων, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την απομόνωση ή τον περιορισμό του ασθενή σε περίπτωση κρίσης
- εκτίμηση άλλων γενικότερων σωματικών αναγκών του ασθενή όπως για παράδειγμα χρόνια νοσήματα
- ευθύνη για την κλήση προσωπικού άλλων ειδικοτήτων εφόσον κριθεί αναγκαίο
- προσφορά υποστήριξης και διδασκαλίας στην οικογένεια του ασθενή
- προετοιμασία για την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο
- Ολοκληρώνοντας, ο ρόλος του νοσηλευτή και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στις ψυχωτικές διαταραχές, όπως είναι η διπολική διαταραχή θα πρέπει να έγκειται στα εξής:
 - να νοσηλεύσουν τον ψυχικά άρρωστο στη βιολογική και ψυχολογική του διάσταση
 - να τον προστατεύσουν από εκμετάλλευση, παραμέληση και προσβολή της αξιοπρέπειάς του μέσα στη δομή
 - να προωθήσουν την ψυχική του υγεία, ενισχύοντας την ταυτότητά του και την αυτοπεποίθησή του.
 - να ενισχύσουν τις υπάρχουσες δυνατότητες και δεξιότητες του ψυχικά αρρώστου και να αναπτύξουν όσες έχουν απολεσθεί λόγω ψυχικής ασθένειας, να συμβάλλουν στην κοινωνική αποκατάσταση. (Ραγιά, 2009)

Παράλληλα αξίζει να προστεθεί ότι στη νοσηλευτική παρέμβαση των ατόμων με διπολική διαταραχή θα πρέπει:

1. Να ελαττώνονται τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα καθώς επίσης και να αποφεύγεται η έκθεση του ασθενή σε περιστάσεις προβλεπομένων έντονων ερεθισμάτων και ερεθισμάτων από το χώρο όταν ο άρρωστος γίνεται διεγερτικός. Επειδή είναι ανίκανος να προσέξει μόνο τα ερεθίσματα που τον ενδιαφέρουν, αντιδρά προς όλα όσα συμβαίνουν.
2. Να δημιουργείται ένα ασφαλές περιβάλλον 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.

3. Να υφίσταται η ανάλογη 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 τμήματος. Πάντοτε όμως με σχετικές εξηγήσεις στον άρρωστο. Η νοσηλευτική παρέμβαση στα αρχικά στάδια της διέγερσης βοηθά τον άρρωστο να επανακτήσει τον αυτοέλεγχο, προλαμβάνει την κλιμάκωση μέχρι τη βίαιη συμπεριφορά και εφαρμόζει θεραπεία με το λιγότερο περιοριστικό τρόπο. (Coler et al., 2001)
4. Να αποφεύγεται η λογομαχία όταν ο άρρωστος εκφράζει εξωπραγματικές ιδέες μεγαλείου. Αποφεύγεται με αυτό τον τρόπο η διέγερση.
5. Να συζητούνται εναλλακτικές στρατηγικές λύσης προβλημάτων όταν ο άρρωστος δεν είναι εκνευρισμένος. Θα τα συγκρατήσει καλύτερα. Διότι ό,τι ακούει σε κατάσταση διέγερσης, δεν το θυμάται αργότερα.
6. Να ενθαρρύνεται ο ασθενής, σε ήσυχες ώρες, να επισημάνει τί προηγείται και τί τον προκαλεί σε διέγερση. Η έγκαιρη αναγνώριση του αναπτυσσομένου προβλήματος τον βοηθά να σχεδιάσει εναλλακτικές αντιδράσεις και να προλάβει μια βίαιη συμπεριφορά.
7. Να επιδοκιμάζεται ο ασθενής 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.
8. Να πραγματοποιείται 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. (Κούκια, 2015)

Η προσωπικότητα και οι δεξιότητες του νοσηλευτή είναι τα σημαντικότερα στοιχεία αυτής της θεραπευτικής σχέσης. Οι δεξιότητες που έχει αποκτήσει ο νοσηλευτής και ο σωστός τρόπος που τις χρησιμοποιεί συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στη θεραπεία του ασθενή. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν ζεστασιά, θέρμη και θετική στάση απέναντι στον ασθενή. Επίσης, οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν ενσυναίσθηση ώστε να αντιλαμβάνονται πως

αισθάνεται ενώ θα πρέπει να είναι αυθεντικοί και να δείχνουν γνήσιο ενδιαφέρον απέναντι στον ασθενή. (Coler et al., 2001)

Σημαντική είναι και η ολιστική νοσηλευτική προσέγγιση. Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς που πάσχουν από διπολική διαταραχή με το να τους ακούν. Η θεραπευτική σχέση και η κατανόηση επέρχεται σταδιακά με τη συχνή συναναστροφή του νοσηλευτή με τον ασθενή. Η νοσηλευτική προσέγγιση πρέπει να είναι φιλική. Παράλληλα ένα άτομο με διπολική διαταραχή πρέπει να ενθαρρύνεται να εκφράζει τα συναισθήματά του ώστε να νιώσει ανακούφιση. Η νοσηλευτική ολική προσέγγιση περιλαμβάνει την παροχή φροντίδας που οδηγεί σε αλλαγές στον τρόπο σκέψης του ασθενή, στην καθημερινότητά του, στις δραστηριότητες και δεξιότητες που αναπτύσσει. (Παπαγεωργίου, 2012)

Η νοσηλευτική αξιολόγηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Ο νοσηλευτής παίζει βασικό ρόλο στην αναγνώριση και την πρόληψη κάποιας ασθένειας και στην έγκαιρη διάγνωσή της. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα του ασθενούς δεν είναι τόσο εύκολος. Είναι δύσκολο για ένα άτομο με διπολική διαταραχή να σηκωθεί και να ζητήσει βοήθεια. Μπορεί να είναι δύσκολο να βρεθεί κάποιος που θα κάνει τη σωστή διάγνωση. Είναι πολύ σημαντικό, η διπολική διαταραχή να αναγνωρίζεται και να θεραπεύεται. Το νοσηλευτικό προσωπικό με την υποστήριξη, τις συμβουλές και την γενικότερη στάση του μπορεί να διευκολύνει τους ασθενείς που πάσχουν από διπολική διαταραχή και τις οικογένειες τους να υιοθετήσουν τρόπους για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που συνεπάγεται η ασθένεια. Συνεπώς, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός στην συγκεκριμένη ασθένεια. (Παπαγεωργίου, 2012)

Πέραν των όσων αναφερθήκαν οι ορίζοντες στοχασμού και προβληματισμού των νοσηλευτών ξεπερνούν κατά πολύ τα σύνορα ενός περιχαρακωμένου ψυχιατρικού πεδίου και επεκτείνονται στην επανεκτίμηση του συνόλου των κοινωνικοπολιτικών δομών.

Επηρεασμένοι από την υπαρξιακή φαινομενολογία οι νοσηλευτές θα ακολουθήσουν την προτεινόμενη από το γιατρό αντιμετώπιση του ασθενούς, όμως θα πρέπει να λάβουν υπόψη ότι υπερισχύει η παραδοχή της εμπειρίας του και η ανάγκη σεβασμού της μοναδικότητάς του. Θεραπευτικό στόχο θέτουν την αποκατάστασή του όχι στην κοινωνία, αλλά στον ίδιο του τον εαυτό. (Coler et al., 2001)

Μια ακόμα συμβολή της νοσηλευτικής θα πρέπει να είναι η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης γύρω από το πρόβλημα της ψυχικής ασθένειας που θα επέλθει μέσα από την κοινωνικοποίηση του ασθενούς. (Ραγιά, 2009)

Η επιρροή της ψυχολογίας τονίζει την καθοριστική σημασία συναισθηματικών παραγόντων στη διαμόρφωση κάθε εκδήλωσης της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Συνεπώς ο νοσηλευτής θα πρέπει να διακατέχεται από γνώσεις ψυχολογίας ώστε να μπορεί να επιτύχει την καλύτερη προσέγγιση του ασθενούς. Σε αυτό συμβάλει και η άποψη του Lehman που υποστηρίζει ότι μια παθολογική ευαισθησία καθιστά τους ασθενείς με διπολική διαταραχή εξαιρετικά ευάλωτους σε όλες τις συνηθισμένες πιέσεις της ζωής. Συνεπώς η έννοια της προσωπικότητας δεν είναι ένα στατικό μέγεθος, αλλά βρίσκεται σε ένα διαρκές δυναμικό γίγνεσθαι, προϊόν της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του. (Κυριακίδου, 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

8.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄

Άνδρας ασθενής Α.Δ. 23 ετών εισήχθη στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών στην Ψυχιατρική κλινική παρουσιάζοντας τα εξής συμπτώματα: αυτοκτονικές τάσεις, δυσφορική διάθεση, έντονο άγχος (ψυχοκινητική, υπερβολική δραστηριότητα, παλινδρομική συμπεριφορά)

Ατομικό ιστορικό

Το 2009 ο ασθενής αποτυγχάνει στις εισαγωγικές εξετάσεις τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και εμφανίζει καταθλιπτικό συναίσθημα, κοινωνική απόσυρση και η διάγνωση τη συγκεκριμένη περίοδο αποδίδει διαταραχή συμπεριφοράς λόγω γνωστού ψυχοπνευστικού παράγοντα. Το 2012 μετά από πλήρη αποτυχία στην εξεταστική περίοδο της σχολής του εμφανίζει καταθλιπτικό επεισόδιο με αυτοκαταστροφικό ιδεασμό. Στην τότε διάγνωση δεν ανιχνεύτηκαν ψυχωσικά συμπτώματα.

Διάγνωση: Διαταραχές συμπεριφοράς-ενεργός αυτοκτονικός ιδεασμός

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική 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"> · Αυτοκτονικές τάσεις 	<ul style="list-style-type: none"> · Διατήρηση της ασφάλειας του ασθενούς κατά την παραμονή του στο νοσοκομειακό χώρο. 	<ul style="list-style-type: none"> · Ελαχιστοποίηση δυνατότητας αυτοκαταστροφής. · Εκτίμηση του βαθμού κινδύνου αυτοκτονίας. 	<ul style="list-style-type: none"> · Συστηματική παρακολούθηση του ασθενούς ανά 15 λεπτά · Απομάκρυνση όλων των επικίνδυνων βλαπτικών αντικειμένων (αιχμηρά αντικείμενα, πλαστικές σακούλες, κορδόνια) · Συζήτηση με τον ασθενή. · Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία (πόρτες, παράθυρα, σκάλες) 	<ul style="list-style-type: none"> · Εξάλειψη αυτοκαταστροφικών τάσεων.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> · Δυσφορική διάθεση 	<ul style="list-style-type: none"> · Εξάλειψη δυσφορικής διάθεσης · Ελάττωση του άγχους 	<ul style="list-style-type: none"> · Ενθάρρυνση λεκτικής έκφρασης των συναισθημάτων · Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς · Προώθηση συζήτησης 	<ul style="list-style-type: none"> · Παρουσίαση ενδιαφέροντος για τις απόψεις του ασθενούς · Χρησιμοποίηση περιόδων σιωπής ώστε να σκέφτεται ο ασθενής όσα έχει πει · Ενθάρρυνση αυτοεκτίμησης μέσω της ομιλίας · Αναγνώριση και σεβασμός των συναισθημάτων. · Ενίσχυση προσωπικής αξιοπρέπειας ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> · Το άγχος του ασθενούς ελαττώθηκε · Η δυσφορική διάθεση υποχώρησε.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> · Έντονο άγχος 	<ul style="list-style-type: none"> · Ελάττωση κινητικότητας του ασθενούς. · Μείωση του άγχους 	<ul style="list-style-type: none"> · Ήρεμη προσέγγιση του ασθενούς · Προώθηση διαλόγου · Περίπατος με τον ασθενή · Κατανόηση αναγκών ως ανασταλτικό παράγοντα του άγχους · Διδασκαλία ασκήσεων αργών και βαθιών αναπνοών. 	<ul style="list-style-type: none"> · Αποφυγή λήψης καφεΐνης, νικοτίνης και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών · Διδασκαλία ανοχής ελαφρών επιπέδων άγχους · Διδασκαλία διοχέτευσης άγχους σε εποικοδομητική συμπεριφορά και δραστηριότητες. 	<ul style="list-style-type: none"> · Ο ασθενής ηρέμησε και μειώθηκε η κινητικότητα του ασθενούς · Το άγχος μειώθηκε.

8.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄

Άνδρας ασθενής Π.Α. ηλικίας 40 ετών εισήχθη στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών στην Ψυχιατρική κλινική παρουσιάζοντας τα εξής συμπτώματα: ψευδαισθήσεις, δυσκολία συγκέντρωσης και υπερκινητικότητα.

Ατομικό Ιστορικό

Το 2010 ο ασθενής παρουσιάζει το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο αφορμή το χαμό του παιδιού του από λευχαιμία. Παρά το γεγονός ότι είχε τη στήριξη της γυναίκας του και των συγγενών του τα συμπτώματα χρόνο με το χρόνο επιδειωνόντουσαν γεγονός που οδήγησε το οικείο του περιβάλλον να απευθυνθεί σε ψυχίατρο προκειμένου να παρακολουθηθεί. Στο οικογενειακό ιστορικό του ασθενούς υφίσταται γνωστό ψυχιατρικό ιστορικό.

Διάγνωση: Διπολική Διαταραχή II

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική 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"> · Δυσκολία συγκέντρωσης 	<ul style="list-style-type: none"> · Εξάλειψη συμπτώματος 	<ul style="list-style-type: none"> · Ενημέρωση Ψυχιάτρου για την κατάσταση του ασθενούς · Παροχή βοήθειας σε βασικές ανάγκες όπως τροφή, νερό, υγιεινή 	<ul style="list-style-type: none"> · Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής εντολής. · Εκπλήρωση βασικών αναγκών ανά τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας σε καθημερινή βάση. 	<ul style="list-style-type: none"> · Υποχώρηση συμπτώματος

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> · Ψευδαισθήσεις 	<ul style="list-style-type: none"> · Εξάλειψη ακουστικών ψευδαισθήσεων 	<ul style="list-style-type: none"> · Ανίχνευση ψευδαισθήσεων · Έλεγχος εκπομπής σκέψης · Ενημέρωση ψυχιάτρου για τα συμπτώματα του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> · Πλήρης κατανόηση της ψυχοκινητικής κατάστασης του ασθενούς · Χορήγηση αλονζαπίνης μετά από ιατρική εντολή. 	<ul style="list-style-type: none"> · Υποχώρηση ψευδαισθήσεων

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική 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"> · Υπερκινητικότητα 	<ul style="list-style-type: none"> · Εξάλειψη συμπτώματος 	<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 συμπτώματος

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από την παρούσα πτυχιακή εργασία προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

Με τον όρο διπολική διαταραχή νοείται η ψυχική ασθένεια κατά τη διάρκεια της οποίας παρουσιάζονται εναλλαγές μανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων. Ανήκει στην κατηγορία των συναισθηματικών διαταραχών ενώ δεν έχει εξακριβωθεί πλήρως ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει την εκδήλωση της. Ωστόσο, φαίνεται ότι ένας συνδυασμός παραγόντων δύναται να συμβάλλει στην ανάπτυξη της.

Σχετικά με τα επιδημιολογικά στοιχεία που παρουσιάζονται παρατηρείται η διπολική διαταραχή δύναται να εκδηλωθεί τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες ενώ εκδηλώνεται σε ηλικίες 25 ετών και σε κάποιες περιπτώσεις κατά τη διάρκεια των παιδικών χρόνων. Ο παράγοντας κληρονομικότητα φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την εκδήλωση της νόσου καθώς παρουσιάζονται αυξημένες οι πιθανότητες να παρουσιαστεί διπολική διαταραχή στα άτομα των οποίων οι συγγενείς πρώτου βαθμού έχουν παρουσιάσει διπολική διαταραχή.

Όσον αφορά την διπολική διαταραχή στα παιδιά και τους εφήβους δεν παρατηρείται διαφορά με τους ενήλικες στα κριτήρια διάγνωσης. Στα παιδιά όμως εμφανίζονται περισσότερο τάσεις ευερεθιστότητας με βίαιες συμπεριφορές και ψευδαισθήσεις ενώ η διάγνωση της θα πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή καθώς η συμπτωματολογία δύναται να είναι παρόμοια με άλλες διαταραχές.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής περιλαμβάνει τη χορήγηση των κατάλληλων φαρμάκων σε συνδυασμό με την κατάλληλη ψυχοθεραπεία. για να υπάρξει επιτυχία στην θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να εκτιμηθεί σωστά η κατάσταση του ασθενούς από τον θεράποντα ιατρό και κατόπιν να επιλεγθεί η κατάλληλη θεραπεία.

Ιδιαίτερα σημαντικός παρουσιάζεται ο ρόλος του νοσηλευτή καθώς συμβάλλει στη φροντίδα των ασθενών σε όλα τα στάδια της ασθένειας. Είναι υπεύθυνος ώστε να παρέχει την κατάλληλη υποστήριξη τόσο στους ίδιους τους ασθενείς όσο και στην οικογένεια τους ενώ θα πρέπει να φροντίζει ώστε οι συγκεκριμένοι ασθενείς να αντιμετωπίζονται από την κοινωνία με ευαισθησία και όχι να στιγματίζονται.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ευθυμίου Κ., Μαυροειδή Αθ., Παυλάτου Ε. (2000). Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Κούκια Ε. (2015). Ψυχιατρική νοσηλευτική, νοσηλευτική ψυχικής υγείας Εκδόσεις: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

Κυριακίδου Ε. (2004). Ανάλυση και χαρακτηριστικά οικογένειας στο Κοινωνική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Ταβίθ, Αθήνα

Μάνος Ν. (2008). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, University Studio Press, Θεσσαλονίκη

Μαδιανός Μ. (2004). Σχιζοφρένεια, σχιζοτυπικές και παραληρητικές διαταραχές, Κλινική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα

Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α. (2012). Ψυχική Υγεία και Νοσηλευτική Επιστήμη, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

Παπαδημητρίου Γ., Λιάππας Ι., Λυκούρας Ε.(2013). Σύγχρονη Ψυχιατρική, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

Σολδάτος Κ., Λυκούρας Λ. (2006). Σύγγραμμα Ψυχιατρικής. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

Ραγιά Χρ. Α. (2009). Νοσηλευτική Ψυχικής υγείας-Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα

Χαρτοκόλλης Π. (1991). Εισαγωγή στην Ψυχιατρική. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα

Χριστοδούλου Γ. και συνεργάτες (2004). Ψυχιατρική. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

Warner R. (2005). Το περιβάλλον της σχιζοφρένειας. Εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Biederman J, Faraone SV, Wozniak J, Mick E, Kwon A, Cayton GA et al. (2002). Clinical correlates of bipolar disorder in a large, referred sample of children and adolescents. J Psychiatr Res, Philadelphia

Carbray MJ, McGuinness T. (2009). Pediatric bipolar disorder. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv Thorofare, NJ

Coler M.-S., Vincent K.-G. (2001). Ψυχιατρική Νοσηλευτική Φροντίδα, Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ, Αθήνα

DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (2013), American Psychiatric Association. Arlington, V.A.

Garrabe J. (2011). Η σχιζοφρένεια. Εκδόσεις: Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής. Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου, Αθήνα

Kaplan H., Sadock B., Grebb J. (2000). Ψυχιατρική – Έβδομη έκδοση. Εκδόσεις: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα

Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al., (2005), Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Co-morbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry

Kochman F., Ferrari P., Hantouche EG, Akiskal HS. (2002). Les troubles bipolaires chez l'adolescent. In: Ferrari P et al (eds) Actualités en Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent. Flammarion, Paris

Merikangas KR, Jin R, He JP, et al. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative, Arch Gen Psychiatry, U.S.A.

Taylor E. (2009). Managing bipolar disorders in children and adolescents. Nat Rev Neurol, London

Wozniak J. (2005). Recognizing and managing bipolar disorder in children. J Clin Psychiatry, Memphis

American Psychological Association (2007). APA Dictionary of Psychology. Washington, DC: Author.

Γ. ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

World Health Organisation. The global burden of disease

www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html.

Τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 11, 2015

Who Gets Bipolar Disorder?, Psych Central

<http://psychcentral.com/lib/who-gets-bipolar-disorder>

Τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 05, 2015

A High-Risk Study of Bipolar Disorder, Childhood Clinical Phenotypes as Precursors of Major Mood Disorders

<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1107312>

Τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 23, 2015

Lifetime Psychiatric Disorders in School-aged Offspring of Parents With Bipolar Disorder, The Pittsburgh Bipolar Offspring

Study <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=483006>

Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 14, 2015