



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ



ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ, ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»**



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΛΑΓΟΥ ΑΡΤΕΜΙΣ

ΚΩΣΤΟΓΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΡΟΜΠΟΛΑΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ

ΠΑΤΡΑ, 2017

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	5
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ-ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1.1 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ & ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	8
1.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ	9
1.3 ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	10
1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

2.1 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	15
2.1.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	15
2.1.2 ΤΥΠΟΙ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	18
2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	19
2.3 Ο ΚΥΚΛΟΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	23
2.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΟΧΗ.....	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΟΜΑΔΕΣ

3.1 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ/ΕΦΗΒΟΙ.....	26
3.1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	26
3.1.2 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	27
3.2 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΑ.....	29
3.2.1 Η ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	29
3.2.2 Η ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΣΤΗ ΛΟΧΕΙΑ.....	30
3.3 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	31
3.3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	31
3.3.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ

4.1 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ.....	34
4.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΔΙΠΟΛΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ.....	34
4.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΑΝΤΙ-ΣΤΙΓΜΑ».....	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

5.1 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	38
5.2 ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ.....	40
5.2.1 ΤΡΙΚΥΚΛΙΚΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ.....	41
5.2.2 ΤΕΤΡΑΚΥΚΛΙΚΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ.....	42
5.2.3 ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ & ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΝΟΑΜΙΝΟΞΕΙΔΑΣΗΣ...	43
5.2.4 ΛΙΘΙΟ.....	44
5.2.5 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΕCΤ).....	46
5.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	47
5.4 ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΟΙΚΕΙΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ.....	50
5.5 ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ.....	52
5.6 ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

6.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	55
6.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	56
6.3 ΑΡΧΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΔΙΠΟΛΙΚΑ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ.....	58
6.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	58
6.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΑΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	60
6.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΑΝΙΑ.....	61
6.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΟΔΟΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΔΙΠΟΛΙΚΑ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΟΑΣΘΕΝΗ.....	63
---	----

7.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α'.....	67
7.3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β'.....	73
7.4 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Γ'.....	77
7.5 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Δ'.....	81
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	85
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	87

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ψυχική ασθένεια είναι ένα μοτίβο σκέψης και συμπεριφοράς που υποδηλώνει την ύπαρξη μιας συναισθηματικής διαταραχής ή διαταραχής της προσωπικότητας. Οι συναισθηματικές διαταραχές είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχές της συναισθηματικής διάθεσης. Η διπολική διαταραχή είναι μια σοβαρή συναισθηματική διαταραχή.

Σκοπός: Η διερεύνηση των αιτιών και των παραγόντων κινδύνου εμφάνισης της διπολικής διαταραχής, αλλά και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις προκύπτουν μέσα από τη σύγχρονη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ερευνητικών μελετών και άρθρων, καθώς και βιβλιογραφική ανασκόπηση των τελευταίων χρόνων, προκειμένου να γίνει αντιληπτή η νοσηρότητα της εν λόγω ασθένειας και η αντιμετώπιση της από την διεπιστημονική ομάδα.

Αποτελέσματα: Η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται από υπερβολική συναισθηματική αστάθεια, η οποία βιώνεται μέσα από εναλλασσόμενα επεισόδια που κινούνται στα δύο συναισθηματικά άκρα (πόλους). Οι συναισθηματικές διαταραχές επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό όλες τις πλευρές της συμπεριφοράς του ατόμου. Η διπολική διαταραχή έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, την ευεξία και την ασφάλεια του ατόμου. Στη σημερινή εποχή, η διπολική διαταραχή έχει μεγάλη συχνότητα και υψηλό ποσοστό νοσηρότητας. Τα αποτελέσματα προσφάτων ερευνών έδειξαν ότι δεν υπάρχει ακριβής αιτιολογία εμφάνισης της ασθένειας, ωστόσο ευθύνη φαίνεται να έχουν διάφοροι παράγοντες. Παρατηρείται ότι στις ευπαθείς ομάδες ανήκουν τα νεαρά άτομα, το γυναικείο φύλο και οι υπερήλικες. Επιπλέον, έρευνες ανέδειξαν γενικευμένα προβλήματα με κοινωνικό στίγμα, στερεότυπα και προκατάληψη ενάντια στα άτομα με διπολική διαταραχή. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός.

Συμπεράσματα: Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα σύνθετο πρόβλημα της σύγχρονης κοινωνίας, καθώς η διάγνωση τους αποτελεί δύσκολο έργο. Η αποκατάσταση της ψυχικής υγείας των διπολικά διαταραγμένων ατόμων μπορεί να επιτευχθεί με την ορθή ενημέρωση, την ειδική μεταχείριση και την ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας.

Λέξεις κλειδιά: συναισθηματική διαταραχή, εναλλασσόμενα επεισόδια, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

ABSTRACT

Import: Mental disease is a pattern of thought and behavior which indicates the existence of an emotional disorder or a personality disorder. The emotional disorders are a group of disorders which are characterized by disorders of emotional mood. The bipolar disorder is a serious emotional disorder.

Purpose: The investigation of the causes and risk factors of bipolar disorder and psychosocial interventions derived through modern literature review.

Methodology: Searched research studies and articles, and literature review of recent years, in order to understand the morbidity of that mental illness and its treatment by the multidisciplinary team.

Results: The bipolar disorder is characterized by excessive emotional instability, which is experienced through alternate episodes, which move between the two emotional poles. The emotional disorders affect all the sides of an individual's behavior to a great extent. The bipolar disorder affects the mental health, the well-being and the safety of an individual negatively. Nowadays, the mood disorders have a high frequency and a high rate of unhealthiness. The results of recent surveys have shown that there is no exact cause disease appears, however responsibility have several factors. It noted that vulnerable groups are young people, females and the elder people. Furthermore, investigations revealed generalized problems with social stigma, stereotypes and prejudice against people with bipolar disorder. The role of nurse is very important.

Conclusions: Mental disorders are a complex problem of modern society, as their diagnosis is a difficult task. Restoring mental health of bipolar disordered individuals can be achieved with the proper information, specialized treatments and comprehensive care.

Keywords: affective disorder, alternating episodes, psychosocial interventions

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια σπουδών στο Τμήμα Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδος.

Για την πραγματοποίηση της θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες προς τον επιβλέποντα εισηγητή, κ. Περικλή Ρόμπολα, για την βοήθεια εύρεσης του θέματος, τη συνολική υποστήριξη, τη συνεχή και ακούραστη καθοδήγησή του, την προθυμία και τις συμβουλές που μας προσέφερε σε οποιοδήποτε ερώτημα ή δυσχέρεια που αντιμετωπίσαμε. Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλα εκείνα τα άτομα που με τη συμβολή τους βοήθησαν στην πραγματοποίηση της πτυχιακής μας εργασίας.

Η επιλογή του θέματός μας προέκυψε από το ενδιαφέρον μας για την αποκατάσταση της ψυχικής υγείας των διπολικά διαταραγμένων ατόμων που αποτελούν μια ομάδα ανθρώπων που αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε όλο το φάσμα της καθημερινότητάς τους, καθώς και για τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις των ειδικευμένων επαγγελματιών υγείας προκειμένου να διεκπεραιώσουν μια ευρύτερη θεραπεία που θα επιφέρει ανακούφιση των συμπτωμάτων και τέλος την ευεξία των εν λόγω ατόμων.

Πρόκειται για μια βιβλιογραφική ανασκόπηση πηγών, που στοχεύει την επίτευξη μιας περιεκτικής παρουσίασης της διπολικής διαταραχής ως ψυχικής νόσου που μαστίζει τη σύγχρονη εποχή. Η διπολική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη όπως παλαιότερα χαρακτηριζόταν, ανήκει στην ομάδα των συναισθηματικών διαταραχών διότι τα άτομα βιώνουν επεισόδια ανεβασμένης ή ευερέθιστης διάθεσης γνωστά ως μανία εναλλασσόμενα με επεισόδια κατάθλιψης. Η ασθένεια έχει εμφάνιση τόσο σε άνδρες, όσο και στις γυναίκες με μεγαλύτερη συχνότητα στην παιδική-εφηβική ηλικία.

Στόχος λοιπόν, της εργασίας μας είναι να γίνει αντιληπτή η ψυχική αυτή ασθένεια σε όλο της το εύρος, αλλά ιδιαίτερα να τονιστεί η σημαντικότητα των επαγγελματιών υγείας να συνδυάσουν την ψυχοφαρμακολογία με την ψυχοθεραπεία στοχεύοντας ένα ολοκληρωμένο αποτέλεσμα. Τέλος, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας να έχει την ικανότητα να αναγνωρίσει τα σημάδια της ψυχικής αυτής ασθένειας, να μπορεί να επικοινωνήσει αλλά και να παρέχει την κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα των ατόμων αυτών μέσα από μια ολοκληρωμένη Νοσηλευτική Διεργασία.

Η παρούσα εργασία δομείται σε επτά κεφάλαια. Ειδικότερα το 1^ο κεφάλαιο αναφέρεται στην ψυχική ασθένεια με έμφαση στις συναισθηματικές διαταραχές. Το 2^ο κεφάλαιο αναλύει την ευρύτερη έννοια της διπολικής διαταραχής, την παθοφυσιολογία,

την κλινική εικόνα, αλλά και την επιδημιολογία της στη σύγχρονη εποχή. Στο 3^ο κεφάλαιο συναντώνται οι ευπαθείς ομάδες της εν λόγω ψυχικής ασθένειας, ενώ στο 4^ο αναλύονται οι επιπτώσεις του στιγματισμού και των στερεοτύπων στον διπολικά διαταραγμένο ασθενή. Στο 5^ο κεφάλαιο της πτυχιακής εργασίας αναφέρονται οι δυσκολίες της διάγνωσης της νόσου, καθώς επίσης και οι θεραπευτικές μέθοδοι που θα συντελέσουν στη θεραπεία του ασθενούς. Τέλος, στο 6^ο και στο 7^ο κεφάλαιο αναφέρονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε μανιακά και καταθλιπτικά άτομα, η εξειδικευμένη φροντίδα τους, αλλά και η νοσηλευτική διεργασία σε τέσσερα περιστατικά διπολικά διαταραγμένων ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ1^ο: ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ-ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1.1 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, με τον όρο ψυχική υγεία δεν περιγράφουμε μόνο την απουσία μιας ψυχικής ασθένειας, αλλά μια κατάσταση ευημερίας κατά την οποία το άτομο έχει την αντίληψη και την χρήση των ικανοτήτων του στην καθημερινότητα, αντιμετωπίζοντας το καθημερινό στρες, συνεισφέροντας στην κοινότητα και επιφέροντας παραγωγική εργασία.

Τα τελευταία χρόνια ο χώρος της υγείας έχει στρέψει έντονα το ενδιαφέρον του στην ποιότητα ζωής του ανθρώπου, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην ψυχική υγεία των ατόμων, θεωρώντας ως βασικούς παραμέτρους την ψυχολογική ευεξία και την ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή. Ωστόσο, η έννοια «ψυχολογική ευεξία» δεν έχει οριστεί απόλυτα με αποτέλεσμα να υπάρχουν ασάφειες γύρω από αυτήν. Η ποιότητα ζωής αντίθετα μπορεί να είναι υποκειμενική, καθώς το κάθε άτομο την ορίζει με διαφορετικό τρόπο, αλλά και αντικειμενική αν θέσουμε ως παράμετρο την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών του κάθε ανθρώπου. Αξιολογώντας την ποιότητα ζωής οδηγούμαστε σε θεραπευτικές παρεμβάσεις και στρατηγικές που βελτιώνουν την ψυχική υγεία. Οι μελέτες γίνονται σε άτομα που πάσχουν κυρίως από χρόνιες ψυχικές διαταραχές, λόγω της αναγκαιότητας παροχής ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών, αλλά και την ανικανότητα και την αναπηρία που επιφέρει η ασθένεια (Αρχ. Ελλ. Ιατρ., 2001).

Αναφορικά με τις ψυχικές διαταραχές, στην περίπτωση των αγχωδών διαταραχών τα άτομα υποβαθμίζουν εξ ολοκλήρου την ποιότητα ζωής τους, ενώ στη περίπτωση της κατάθλιψης, η ψυχική ασθένεια συνδέεται άμεσα με την χαμηλή ποιότητα ζωής.

Οι περισσότερες μελέτες ερευνούν σφαιρικά την ποιότητα ζωής των ατόμων, αξιολογώντας παραμέτρους όπως τον κοινωνικό, σεξουαλικό, οικογενειακό και εργασιακό τομέα αλλά και το περιβάλλον που ζουν και στεγάζονται, την εκπαίδευση, την οικονομική κατάσταση, την ενασχόληση και την ψυχαγωγία τους.

Τόσο στο παρελθόν, όσο και σήμερα, η ψυχική ασθένεια έχει μεγάλο φάσμα προκαταλήψεων, στερεότυπες αντιλήψεις και εικόνες που οδηγούν σε αρνητική στάση και περιθωριοποίηση των ατόμων που πάσχουν από κάποια διαταραχή (European Network on Mental Health).

Παγκοσμίως, οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές της συμπεριφοράς εμφανίζονται και επηρεάζουν μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, καθώς ο κάθε άνθρωπος

θα νοσήσει έστω και μια φορά στη ζωή του. Η ίδια η ψυχική ασθένεια μεταβάλλει τόσο τη ζωή του ασθενή, όσο και των οικείων του. Οι ψυχικές διαταραχές παρουσιάζουν μεγάλο φάσμα συμπτωμάτων και χαρακτηρίζονται από διαταραχές στο συναίσθημα, στη σκέψη, την συμπεριφορά, τη βούληση και τις ιδέες. Ο ψυχικά ασθενής είναι ανίκανος να υπερασπιστεί τον εαυτό του, είναι ανασφαλής, αβέβαιος και αμφίθυμος.

Με το πέρασμα του χρόνου, οι ψυχικές διαταραχές έχουν αναγνωριστεί, κατανοηθεί και τροποποιηθεί ανά τον κόσμο με αποτέλεσμα το μεγάλο εύρος ταξινομήσεων, αποτιμήσεων και ορισμών, αν και καθορισμένα καθοδηγητικά κριτήρια χρησιμοποιούνται ευρέως. Η διάγνωση αποτελεί δύσκολο και περίπλοκο έργο, λόγω ότι στις περισσότερες περιπτώσεις παρουσιάζεται συνέχεια μεταξύ ψυχικής υγείας και ψυχικής ασθένειας (Χαρτοκόλλης, 1991).

1.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Λόγω της πολυπλοκότητας και της ιδιαιτερότητας των ανθρωπίνων συναισθημάτων, αλλά και της μεγάλης ποικιλίας των συναισθηματικών διαταραχών είναι απαραίτητο να επεξηγήσουμε με μεγάλη σαφήνεια την έννοια της διπολικής διαταραχής προσπαθώντας να διαχωρίσουμε αυτήν από το σύνολο των υπόλοιπων συναισθηματικών διαταραχών, αποφεύγοντας έτσι σύγχυση των εννοιών.

Για να διακρίνουμε, λοιπόν, την διαταραγμένη και την φυσιολογική κατάσταση του ανθρώπου, θα πρέπει να αντιληφθούμε την έννοια «συναίσθημα». Με το όρο «συναίσθημα» θεωρούμε μια σύνθετη υποκειμενική εμπειρία ή κατάσταση που αφορά μια αυξημένη αντίληψη ενός πράγματος, η οποία χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική ή ευφορική διάθεση ή εναλλαγή αυτών σε σωματικές αλλαγές μεγάλης διάρκειας. Το συναίσθημα είναι αποτέλεσμα ορμονικών αντιδράσεων και του υποσυνείδητου νου, γι' αυτό και δεν είναι εφικτό να το ελέγξουμε συνειδητά. Συνεπώς το άτομο εκτιμά υποκειμενικά την προκειμένη κατάσταση ή το αντικείμενο, και έτσι οδηγείται προς τη προσέγγιση ή την αποφυγή. Η ισχυρότερη όλων υποκειμενικών εμπειριών του συναισθήματος είναι η ανάγκη του ατόμου για πράξη, η οποία αποτελεί την ετυμολογική πηγή του αγγλικού όρου του συναισθήματος (emotion). Με βάση τις πληροφορίες του Αγγλικού Λεξικού της Οξφόρδης, το συναίσθημα χαρακτηρίζεται από οποιαδήποτε διαταραχή του νου μέσα στην καθημερινότητα, όπως ο φόβος, το πάθος και γενικά οποιαδήποτε σφοδρή ή εξημμένη ψυχική κατάσταση (Νέστορος και άλλοι, 1996).

Ο Ekman μελέτησε ανθρώπους που προέρχονται από διαφορετικές φυλές και πολιτισμούς και εντόπισε τέσσερα κύρια συναισθήματα: τον φόβο, το θυμό, τη θλίψη και την απόλαυση (χαρά). Τα συναισθήματα προετοιμάζουν κάθε φορά τον οργανισμό για κάποια διαφορετική αντίδραση, γι' αυτό ο ρόλος τους είναι τόσο σημαντικός, καθώς το κάθε ένα αποτελεί μια διαφορετική λειτουργία (Ekman, 1984).

Το κάθε συναίσθημα δημιουργεί μια σειρά οργανικών αντιδράσεων στο σώμα, οι οποίες μπορούν να διακριθούν απ' τον καθένα. Στην περίπτωση του θυμού, το άτομο νιώθει το αίμα να κυλά προς τα χέρια του, διευκολύνοντάς υποσυνείδητα το να πιάσει κάποιο όπλο να αμυνθεί ή να επιτεθεί στον εχθρό. Παράλληλα, οι παλμοί της καρδιάς αυξάνονται ενώ η έκκριση ορμονών, και κυρίως της αδρεναλίνης, προκαλεί έντονη ενέργεια δραστηριοποιώντας το άτομο να κινηθεί και να πράξει ανάλογα.

Αντίστοιχα, ο φόβος οδηγεί σε μια σειρά αντιδράσεων στον οργανισμό του ατόμου, ώστε να είναι προετοιμασμένος για δράση. Οι αντιδράσεις αυτές στο πρώτο στάδιο χαρακτηρίζονται από αύξηση της αρτηριακής πίεσης και ταχυκαρδία, με στόχο να μεγιστοποιηθεί η ποσότητα του αίματος στους ιστούς και στα όργανα του οργανισμού, να αυξηθεί ο μυϊκός τόνος των σκελετικών μυών, προετοιμάζοντας το άτομο να τρέξει ή να πολεμήσει αποτελεσματικότερα. Επιπλέον, παρατηρείται ανόρθωση των τριχών του σώματός, το πρόσωπο αποκτά ανοιχτό χρώμα και πέφτει η θερμοκρασία του σώματος, παρέχοντας στο άτομο το χρόνο να εκτιμήσει ποια είναι η καταλληλότερη αντίδραση για την προκειμένη κατάσταση. Παράλληλα, στον εγκέφαλο εκκρίνονται ορμόνες οδηγώντας το άτομο για δράση και συγκέντρωση προς την απειλή. Τέλος, η λύπη προκαλεί ελάττωση της ενέργειας του ανθρώπου, μειωμένο ενθουσιασμό για τις δραστηριότητες της ζωής και επιβραδύνει τη διαδικασία του μεταβολισμού (Ekman, 1983).

1.3 ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι συναισθηματικές διαταραχές, όπως αναφέραμε και πριν, χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης, η οποία βιώνεται εσωτερικά και μπορεί σε ακραίες περιπτώσεις να επηρεάσει σε μέγιστο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς και την αντίληψη ενός ατόμου. Το να ξεχωρίσει κανείς μια «φυσιολογική» από μια «παθολογική» διάθεση δεν είναι ούτε εύκολο, ούτε απόλυτο, καθώς στις περισσότερες ψυχικές διαταραχές δεν έχει απομονωθεί ο αιτιολογικός παράγοντας. Το ίδιο συμβαίνει και με τις συναισθηματικές διαταραχές. Οι συναισθηματικά διαταραγμένοι ασθενείς χωρίζονται σε δύο βασικές κατηγορίες: τους μονοπολικά διαταραγμένους

ασθενείς και τους διπολικά διαταραγμένους ασθενείς (Παπαδημητρίου, 1974). Ας διακρίνουμε, λοιπόν, τις συναισθηματικές διαταραχές:

Ø Μείζων κατάθλιψη:

Το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο πρέπει να εμπεριέχει πέντε από τα εννιά συμπτώματα της κατάθλιψης, τα οποία πρέπει να παρευρίσκονται στον ασθενή το λιγότερο δύο εβδομάδες, προκειμένου να αποκλειστούν παροδικές συναισθηματικές διακυμάνσεις που παρουσιάζονται στην καθημερινότητα του κάθε ανθρώπου.

Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή ψυχιατρική νόσος και την συναντάμε σε εννιά χαρακτηριστικά συμπτώματα (καταθλιπτική διάθεση, ενδιαφέρον, όρεξη, ενοχή, ύπνος, συγκέντρωση, κινητοποίηση και αυτοκτονικότητα).

Στην κατάθλιψη η βασική μεταβολή παρατηρείται στην αλλόκοτη διάθεση του ατόμου, η οποία χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος, αρνητισμό, μεταβολές στον ύπνο και των κιλών, αίσθημα βάρους, κούραση και σκέψεις θανάτου (Ghaemi et al, 2000).

Ø Μανία:

Κατά το μανιακό επεισόδιο η παθολογικά διαχυτική, ανεβασμένη και ευερέθιστη συναισθηματική διάθεση μπορεί να ξεκινήσει σταδιακά και να παραμένει στο άτομο τουλάχιστον μία βδομάδα έως και μήνες και χαρακτηρίζεται από ακραίες συμπεριφορές του ατόμου σε σχέση με την αυτοεκτίμηση, την ομιλία, τις κινήσεις, τις δραστηριότητες, τις επαγγελματικές και κοινωνικές σχέσεις.

Η διαταραχή της διάθεσης ωστόσο, θα πρέπει να είναι πολύ σοβαρή για να προκαλέσει μεγάλη έκπτωση στη λειτουργικότητα και να οδηγήσει στη νοσηλεία. Αρκετοί μανιακοί ασθενείς πιθανόν να παρουσιάσουν ψυχωσικά συμπτώματα, που μπορεί να εμπεριέχουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις (Garrabe, 2011).

Ø Υπομανία και μικτά επεισόδια:

Η υπομανία είναι μια κατηγορία συναισθηματικής διαταραχής, η οποία συναντάται πιο συχνά από την μανία. Το σύνδρομο είναι ίδιο με την μανία ,με την διαφορά ότι στην υπομανία διακρίνουμε τα συμπτώματα σε πολύ πιο ήπιο βαθμό ενώ μπορεί να διαρκέσουν πιο σύντομο χρονικό διάστημα. Ο υπομανιακός ασθενής διατηρεί τα βασικά μανιακά συμπτώματα όπως η ευφορία, η εγρήγορση κ.α,αλλά δεν θα παρουσιάσει τις ψευδαισθήσεις και το παραλήρημα, γι' αυτό και τα συμπτώματα δεν είναι τόσο σοβαρά για να χρήζουν άμεσης νοσηλείας. Αρκετοί συνδυάζουν την υπομανία με την ήπια κατάθλιψη. Τα μικτά επεισόδια συμπεριλαμβάνουν ασθενείς,οι οποίοι παρουσιάζουν ένα σύνολο τόσο

μανιακών όσο και καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο ίδιο επεισόδιο. Δηλαδή, ο ασθενής τη μία στιγμή είναι ομιλητικός, ευδιάθετος και υπερβολικός και στα αμέσως απόμεινα λεπτά παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα με απελπισία, παράπονο και αυτοκαταστροφικές ιδέες.

Ø Κυκλοθυμία και δυσθυμία:

Η κυκλοθυμία αποτελεί ένα ήπιο σύνδρομο διαταραχής της διάθεσης, κατά το οποίο το άτομο εναλλάσσει διαθέσεις μεταξύ της ήπιας κατάθλιψης και της υπομανίας. Κατά τη μανιακή φάση υπάρχουν τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου της μανίας, αλλά αυτά δεν καθιστούν το άτομο ανίκανο κοινωνικά και επαγγελματικά. Ενώ, η φάση της κατάθλιψης δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Η δυσθυμική διαταραχή (ή καταθλιπτική νεύρωση) είναι μια ήπια χρόνια διαταραχή της διάθεσης που επιμένει και είναι παρούσα το λιγότερο δύο χρόνια και χαρακτηρίζεται από συμπτώματα κατάθλιψης. Οι δυσθυμικοί ασθενείς αποτελούν μια κατηγορία μίζερων και δύστυχων ανθρώπων, οι οποίοι πολλές φορές μπορεί να οδηγηθούν και σε μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (Karlan et al, 2000).

Ø Άτυπη κατάθλιψη:

Διακρίνεται μια κατηγορία καταθλιπτικών ασθενών που τα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης έρχονται σε αντίθεση με αυτά που ήδη γνωρίζουμε. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς αυτοί δεν παρουσιάζουν απώλεια βάρους και αϋπνία αλλά υπερφαγία και υπερυπνία, ενώ δεν χαρακτηρίζονται από απάθεια αλλά αντίδραση στα γεγονότα και στις κριτικές των άλλων. Επιπλέον, διατηρούν ταραχώδη προσωπική ζωή και δύσκολες διαπροσωπικές σχέσεις λόγω της ευαισθησίας τους και της συμπεριφοράς τους.

Ø Διαταραχή της διάθεσης οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση:

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι η διαταραχή της διάθεσης που οφείλεται στα άμεσα αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης. Παρατηρείται κατάθλιψη, μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης ή ανεβασμένη και ευερέθιστη διάθεση. Γι' αυτό η κλινική εικόνα μπορεί να είναι παρόμοια με ένα μείζον καταθλιπτικό, μανιακό, μεικτό ή υπομανιακό επεισόδιο. Γενικές Ιατρικές Καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης είναι πολλές. (π.χ. νόσος του Πάρκινσον, πολλαπλή σκλήρυνση, εγκεφαλικά επεισόδια, συστηματικός ερυθρεμάτης, λύκος, ηπατίτιδα, μονοπυρήνωση, νόσος από HIV ή όγκοι).

Ø Η διαταραχή της διάθεσης που προκαλείται από χρήση ουσιών:

Η προκειμένη διαταραχή της διάθεσης οφείλεται στα άμεσα αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας, ενός φαρμάκου, μιας τοξίνης ή μιας θεραπείας (αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ηλεκτροσπασμοθεραπεία, φωτοθεραπεία). Οι διάφορες ουσίες κατάχρησης προκαλούν τη διαταραχή είτε κατά την τοξίκωση είτε κατά τη διάρκεια του στερητικού συνδρόμου.

Ø Επιλόχεια κατάθλιψη:

Η επιλόχεια κατάθλιψη αναφέρεται σε ασθενείς που κατά τις πρώτες βδομάδες της λοχείας βίωσαν ένα καταθλιπτικό, μανιακό ή μικτό επεισόδιο. Οι περισσότερες γυναίκες εμφανίζουν ήπιας μορφής κατάθλιψη, όμως σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστούν όλα τα συμπτώματα του συνδρόμου. Παρατηρούνται μεγάλες ορμονικές αλλαγές στο σώμα της μητέρας επηρεάζοντας τη διάθεση της, ενώ οι χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο οδηγούν στην κατάθλιψη. Η σχέση της μητέρας με το παιδί ή με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας μπορεί να ζημιωθεί, ενώ σε ακραίες περιπτώσεις η μητέρα μπορεί να εγκαταλείψει, να τραυματίσει ή να σκοτώσει το παιδί. Η θεραπεία της βασίζεται στην ορμονοθεραπεία, τα αντικαταθλιπτικά και την ψυχολογική υποστήριξη (Δασκαλόπουλος, 2006).

Συμπερασματικά, λοιπόν, αντιλαμβανόμαστε ότι οι συναισθηματικές διαταραχές κατατάσσονται σε κατηγορίες ανάλογα με το αν στη διαταραχή προέχει η καταθλιπτική ή ευφορική διάθεση, πως εναλλάσσονται ή συνυπάρχουν τα επεισόδια, που εκδηλώνονται σε σχέση με το χρόνο, τα συμπτώματα και τα αίτια στα οποία οφείλονται (Παπαδημητρίου, 1974).

1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Στις μέρες μας, υπολογίζεται ότι η κατάθλιψη είναι η τέταρτη παγκοσμίως ασθένεια, ενώ στην Ελλάδα εντοπίζονται 880.000 άτομα που πάσχουν από αυτήν. Οι στατιστικές προβλέψεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας υπολογίζουν ότι το 2020 θα φτάσει στη δεύτερη θέση άνευ φύλου και ηλικίας.

Το πρώτο επεισόδιο συναισθηματικών διαταραχών τις περισσότερες φορές εμφανίζεται πριν την ηλικία των 30 ετών, ενώ σε περίπτωση που εμφανιστεί μετά την ηλικία των 50 ετών θα πρέπει να διερευνηθεί σοβαρά το ενδεχόμενο οργανικών αιτιών. Οι συναισθηματικές διαταραχές προσβάλλουν σχεδόν με ίδια συχνότητα τα δύο φύλα και

εντοπίζονται μεγαλύτερα ποσοστά σε άτομα υψηλού κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου. Το είδος των συμπτωμάτων και η σοβαρότητα τους διαφέρει από ασθενή σε ασθενή, ενώ παράλληλα το παθολογικό των συμπτωμάτων δεν γίνεται γρήγορα και εύκολα αντιληπτό.

Στην Ελλάδα, τα τελευταία δέκα χρόνια εξαπλασιάστηκε η χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και οι αιτίες για την αύξηση αυτή είναι πολλές, με σημαντικότερες την αύξηση της συχνότητας των καταθλιπτικών συνδρόμων, τη καλύτερη διάγνωση της νόσου αλλά και τη εμπορική κυκλοφορία νέων σκευασμάτων που μειώνουν τις παρενέργειες των προηγούμενων. Πλέον, οι Έλληνες έχουν καλύτερη ενημέρωση για τα έν λόγω σύνδρομα. Χάρη στην ενημέρωση έχουν μειωθεί οι έντονες προκαταλήψεις πάνω στην ψυχική υγεία και στην επίσκεψη ενός ειδικού, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ένα ποσοστό ατόμων δεν διατηρούν ακόμα ταμπού και προκαταλήψεις. Τα τελευταία χρόνια δεν έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες για τη συχνότητα της κατάθλιψης στον πληθυσμό, αλλά η αύξηση των περιστατικών είναι εμφανής στην καθημερινή πρακτική των γιατρών. Σύμφωνα με αυτούς, τα καταθλιπτικά επεισόδια πλήττουν συχνότερα τις γυναίκες. Οι περισσότερες γυναίκες που απευθύνονται σε κάποιον ειδικό είναι μεταξύ ηλικίας 30 έως 50 ετών και αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις πολλαπλές υποχρεώσεις της καθημερινότητας (Katon et al, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ2^ο: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

2.1 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

2.1.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η διπολική διαταραχή ή αλλιώς μανιοκατάθλιψη είναι μια ψυχική νόσος που ανήκει στις συναισθηματικές διαταραχές. Τα άτομα που βιώνουν αυτήν τη ψυχική ασθένεια χαρακτηρίζονται από ακραίες διακυμάνσεις μεταξύ δύο συναισθηματικών διαθέσεων. Από τη μία μεριά παρατηρείται υπέρμετρη έξαρση, ανεβασμένη και ευερέθιστη διάθεση (μανία) και από την άλλη μεριά, καταθλιπτικά επεισόδια. Περιλαμβάνει, λοιπόν, συναισθηματικές εναλλαγές των δύο άκρων ή αλλιώς των δύο "πόλων" (απ' όπου προέρχεται και η λέξη "διπολική", σε αντίθεση με τις καταθλιπτικές διαταραχές που ονομάζονται μονοπολικές). Τα συμπτώματα αυτά καθιστούν δύσκολη την καθημερινότητα των ατόμων.

Σε όλες τις ψυχικές ασθένειες, έτσι και στη διπολική διαταραχή δεν είναι απόλυτα γνωστή η αιτιολογία της. Ωστόσο, φαίνεται πως κάποιοι παράγοντες μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη συναισθηματικών διαταραχών. Οι γενετικοί, οι κοινωνικοί, οι περιβαλλοντικοί και οι νευροενδοκρινολογικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν ρόλο στην εμφάνιση των διαταραχών (Χαρτοκόλλης, 1991). Οι πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες είναι οι εξής:

1. Γενετικοί παράγοντες:

Οι ερευνητές επιβεβαιώνουν ότι οι συναισθηματικές διαταραχές εμφανίζονται μέσα στις οικογένειες. Τα αποτελέσματα των μελετών μέσα από συγγενείς, διδύμους, υιοθετημένα άτομα και μοριακή βιολογία έδειξαν οικογενής προέλευση, χωρίς αυτό να σημαίνει την απαραίτητα γενετική μετάδοση. Ο ρόλος των μοντέλων, η συμπεριφορά και οι κοινωνικοί παράγοντες μπορεί να συνηγορούν υπέρ της οικογένειας αλλά όχι της γενετικής προέλευσης. Μελέτες στις οικογένειες δείχνουν ότι η διπολική διαταραχή εμφανίζεται σε συγγενείς πρώτου βαθμού.

Στα δίδυμα έχει μελετηθεί ότι η σχέση μονοζυγωτών προς διζυγωτές είναι 4:1, που σημαίνει ότι αν ένας μονοζυγωτής δίδυμος έχει μια τέτοια διαταραχή είναι τέσσερις φορές πιθανότερο να έχει και ο άλλος απ' ότι αν είναι διζυγωτής.

Τα υιοθετημένα άτομα υποστηρίζουν τη γενετική συμμετοχή στην αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης.

Τέλος, η μοριακή βιολογία απομόνωσε ένα γονίδιο στο βραχύ σκέλος του χρωμοσώματος 11, που συνδέεται με την εμφάνιση της διπολικής διαταραχής σε μια οικογένεια Amish. Το εύρημα αυτό, ωστόσο δεν διασφαλίστηκε και στις επόμενες επαναλήψεις. Άλλες μελέτες έδειξαν ότι η διπολική διαταραχή συνδέεται με το χρωμόσωμα X.

2. Κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί λόγοι:

Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν οι στρεσογόνες καταστάσεις της ζωής και οι ψυχολογικοί παράγοντες. Ο κάθε άνθρωπος βιώνει σύντομα επεισόδια λύπης όταν για παράδειγμα χωρίζει από τον σύντροφό του, παίρνει διαζύγιο, αποτυγχάνει στις εξετάσεις ή χάνει κάποιον που αγαπάει. Η απώλεια ή η απογοήτευση οδηγεί το άτομο σε συμπτώματα όμοια της κατάθλιψης, όπως η λύπη, η δυσκολία στον ύπνο, η ενοχή κ.α. Υπάρχουν άτομα που συνεχίζουν να έχουν συμπτώματα ακόμη και μετά από το πέρασμα αρκετών εβδομάδων από το ψυχοπιεστικό γεγονός. Όταν το σύμπτωμα διαρκεί μεγάλο διάστημα, τότε το άτομο οδηγείται στη μείζονα κατάθλιψη.

Τα στρεσογόνα και ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής προκαλούν βιολογική αντίδραση. Εφόσον η βιολογική αντίδραση ξεκινήσει, είναι δύσκολο να σταματήσει με αποτέλεσμα να οδηγήσει σε ένα επιδεινωμένο καταθλιπτικό σύνδρομο, ιδιαίτερα αν το άτομο αγχώδη ή ευάλωτο (DSM-5, 2013).

3. Νευροβιολογία:

Οι νευροβιολογικές μελέτες ακολούθησαν τέσσερις περιοχές έρευνας: τις διαταραχές της νευροφυσιολογικής λειτουργίας (κυρίως του ύπνου), τις διαταραχές της νευροδιαβίβασης, την απεικόνιση και τη δομή του εγκεφάλου και τις νευροενδοκρινικές διαταραχές.

Σε περίπτωση συναισθηματικών διαταραχών αλλά και στη σχιζοφρένεια φαίνεται εστίαση στους νευροδιαβιβαστές, δηλαδή στις χημικές ουσίες που μεταφέρουν τη νευρική διέγερση στους νευρώνες.

Η υπόθεση των κατεχολαμινών φαίνεται πως κατέδειξε τον ρόλο των νευροδιαβιβαστών στην κατάθλιψη. Η έλλειψη νορεπινεφρίνης στις νευρικές απολήξεις του εγκεφάλου προκαλεί την κατάθλιψη. Αυτό στηρίχθηκε στις μελέτες της δράσης των

αντικαταθλιπτικών το 1970-1980. Ο Julius Axelrod απέδειξε πως η νορεπινεφρίνη αυξάνεται στις νευρικές απολήξεις με τη χρήση αντικαταθλιπτικών.

Άλλοι τύποι αντικαταθλιπτικών έδειξαν πως υπάρχουν και άλλοι νευροδιαβιβαστές που έχουν λόγο στην κατάθλιψη. Αποτελεσματική θεραπεία στη κατάθλιψη έχουν οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, με το αρνητικό ότι δεν δρουν στο σύστημα επινεφρίνης. Η αύξηση της σεροτονίνης στις νευρικές απολήξεις επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Τόσο η διερεύνηση των κατεχολαμίνων, όσο και της σεροτονίνης οδήγησαν στην εξέταση βιολογικών μηχανισμών των συναισθηματικών και των γνωσιακών διαταραχών προσεγγίζοντας το ρόλο που παίζουν στη πορεία της νόσου.

4. Ανωμαλίες της νευροφυσιολογικής λειτουργίας:

Οι νευροφυσιολογικές ανωμαλίες έχουν μελετηθεί αναλυτικά στις διαταραχές της διάθεσης. Τα περισσότερα στοιχεία αφορούν τη χρήση του ΗΕΓ (ηλεκτροεγκεφαλογράφημα) κατά τη διάρκεια του ύπνου. Μεγάλος αριθμός καταθλιπτικών και μανιακών ασθενών εμφανίζουν διάφορες ανωμαλίες στο ΗΕΓ. Στους καταθλιπτικούς ασθενείς παρατηρείται ποικιλία ανωμαλιών κατά τη διάρκεια του ύπνου όπως: βραδέα κύματα ύπνου, βράχυνση χρόνου πριν την έλευση της φάσης REM (περίοδος εμφάνισης εφιαλτών και ονείρων), αλλά και παρατεταμένους περιόδους φάσης REM. Οι ασθενείς με κατάθλιψη παραπονιούνται συχνά για τον ύπνο τους.

Μια πρόσφατη μελέτη τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων έδωσε εξηγήσεις για τις διαταραχές που παρουσιάζουν οι ασθενείς, διαπιστώνοντας ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη έχουν αυξημένο μεταβολισμό στους μετωποβρεγματικούς λοβούς και στον θάλαμο κατά τη μετάβαση από την αϋπνία στο μη-REM ύπνο.

5. Ανωμαλίες της νευροενδοκρινολογικής λειτουργίας:

Πολλές μελέτες έχουν γίνει και για τις νευροενδοκρινολογικές ανωμαλίες, οι οποίες οφείλονται στις λειτουργίες του υποθαλάμου, της υπόφυσης, του φλοιού των επινεφριδίων, του θυρεοειδούς και άλλων ενδοκρινών αδένων. Οι πρώτες έρευνες έδειξαν πως οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν μεγαλύτερη ποσότητα κορτιζόλης στα ούρα και δεν μπορεί να κατασταλεί η παραγωγή της από τον επινεφριδικό φλοιό, όταν χορηγηθεί δοσολογία δεξαμεθαζόνης αρκετή για να τη καταστείλει, πράγμα που συμβαίνει σε άτομα που δεν πάσχουν απ' την ασθένεια. Μεγάλος αριθμός στοιχείων μας έδειξε ότι το 30-70% των σοβαρά καταθλιπτικών ασθενών δεν παρουσίασαν φυσιολογική καταστολή

μετά τη χορήγηση δεξαμεθαζόνης. Αποτελέσματα μη επιτυχούν καταστολής της κορτιζόλης με δεξαμεθαζόνη παρουσίασαν και άλλες ψυχιατρικές ασθένειες όπως η άνοια, η κατάχρηση ουσιών και η νευρική ανορεξία.

Επιπλέον, οι ασθενείς με κατάθλιψη εμφανίζουν άμβλυνση της απελευθέρωσης της αυξητικής ορμόνης μετά την επίδραση της ινσουλίνης. Επομένως, υπάρχει άμβλυνση στη παραγωγή θυρεοειδοτροπίνης (TSH) έπειτα την επίδραση της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TRH). Πιθανολογείται ότι η διαταραχή οφείλεται σε κάποιο επίπεδο του υποθαλάμου, καθώς το πρόβλημα δεν εντοπίζεται ούτε σε ενδοκρινολογικά όργανα (πάγκρεας, θυρεοειδής, επινεφρίδια) ούτε εντοπίζεται στην υπόφυση.

2.1.2 ΤΥΠΟΙ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Οι διαταραχές της διάθεσης χωρίζονται σε δυο βασικές κατηγορίες: στις μονοπολικές διαταραχές (το άτομο βιώνει μόνο συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικής διάθεσης) και στις διπολικές διαταραχές. Οι διπολικές διαταραχές περιλαμβάνουν την διπολική διαταραχή τύπου I, τη διπολική διαταραχή τύπου II, την κυκλοθυμική διαταραχή και διπολική διαταραχή μη αλλιώς προσδιοριζόμενη (DSM-5, 2013).

Η **διπολική διαταραχή τύπου I** προσδιορίζεται με την ύπαρξη τουλάχιστον ενός μανιακού ή μικτού επεισοδίου. Χαρακτηρίζεται επεισόδια μανίας και κατάθλιψης τα οποία επαναλαμβάνονται συνεχώς για μήνες ή χρόνια. Αν και τα επεισόδια αυτά έχουν την ικανότητα να οδηγήσουν σε σοβαρή ψυχοκοινωνική έκπτωση λόγω των συνεπειών μιας σοβαρής υποτροπιάζουσας νόσου τόσο στη λειτουργικότητα του ατόμου όσο και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Ωστόσο, τα μεσοδιαστήματα των υποτροπών συνήθως χαρακτηρίζονται από καλή έως τέλεια λειτουργικότητα.

Η **διπολική διαταραχή τύπου II** χαρακτηρίζεται από περιόδους υπομανίας, οι οποίες είτε συμβαίνουν ανεξάρτητα είτε παρατηρούνται μετά από ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Δεν χρειάζεται νοσηλεία σε αυτά τα ήπια μανιακά επεισόδια λόγω της χαμηλής σοβαρότητάς τους. Τα περισσότερα, όμως, μπορούν να οδηγήσουν το άτομο σε κοινωνικά, επαγγελματικά ή προσωπικά προβλήματα. Ο ασθενής με διαταραχή τύπου II βρίσκεται σε ήπια υπομανιακή φάση και χαρακτηρίζεται από ευφορία, φτωχή κρίση και τα υπόλοιπα συμπτώματα της μανίας σε ήπια μορφή. Οι συγγενείς των ασθενών που πάσχουν από διπολική διαταραχή τύπου II έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να νοσήσουν από ότι με διπολική διαταραχή τύπου I και μείζονα κατάθλιψη (DSM-5, 2013).

Η **κυκλοθυμική διαταραχή** όπως ειπώθηκε είναι μια ήπια μορφή διπολικής διαταραχής με ήπιες εναλλαγές μεταξύ κατάθλιψης και υπομανίας , αλλά τα συμπτώματα κατάθλιψης δεν είναι τόσο σοβαρά ώστε να θεωρηθεί ως μείζονα κατάθλιψη και η ανεβασμένη υπομανιακή διάθεση δεν οδηγεί το άτομο σε κοινωνική έκπτωση και ανικανότητα.

Η **διπολική διαταραχή μη αλλιώς προσδιοριζόμενη** ανήκει σε μια υπολειπόμενη κατηγορία (Παπαδημητρίου, 2013).

2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Κλινική εικόνα μείζονος κατάθλιψης

Η κατάθλιψη ταλαιπωρεί ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού. Φαίνεται πως ο κίνδυνος να νοσήσει ένα οποιοδήποτε άτομο από κατάθλιψη φτάνει το 10%-25% στις γυναίκες και 5%-12% στους άνδρες. Ένα καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να ξεκινήσει αιφνίδια ή σταδιακά.

Τα κριτήρια του DSM-IV-TR διευκρινίζουν ότι ένας καταθλιπτικός ασθενής πρέπει να παρουσιάζει πέντε από τα εννιά συμπτώματα της κατάθλιψης. Τα συγκεκριμένα συμπτώματα πρέπει να διαρκούν πάνω από δύο εβδομάδες προκειμένου να αποκλειστούν οι παροδικές συναισθηματικές διακυμάνσεις που προκύπτουν από σύντομα επεισόδια λύπης ή στρεσογόνους παράγοντες της καθημερινότητας. Η διάρκεια ενός επεισοδίου χωρίς θεραπεία ξεκινά από μερικές εβδομάδες μέχρι κάποιους μήνες ή χρόνια. Τα περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια συνήθως υφαινόνται μετά από ένα εξάμηνο.

Το βασικό χαρακτηριστικό της κατάθλιψης είναι η αλλαγή της διάθεσης, η οποία επηρεάζει τη σκέψη, την αντίληψη, τον ύπνο και την όρεξη του ατόμου. Το άτομο αισθάνεται λύπη, θλίψη ,απελπισία και απογοήτευση. Πλήθος ασθενών χαρακτηρίζεται κυρίως από ευερεθιστικότητα και άγχος, ενώ έχει χαθεί η ικανότητα του να νιώθει ευχάριστα συναισθήματα ή να διασκεδάζει με πράγματα που απολάμβανε παλαιότερα (Σκαπινάκης, 2003).

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν έντονα αρνητικά συμπτώματα, όπως η μειωμένη όρεξη που οδηγεί σε μεγάλη απώλεια σωματικού βάρους. Μερικοί ασθενείς πιέζονται να φάνε παρά τη θέλησή τους, ενώ άλλοι πιέζονται από το οικείο περιβάλλον τους. Λίγοι ασθενείς παρουσιάζουν αντίθετα συμπτώματα όπως υπερφαγία και έντονη αύξηση του σωματικού τους βάρους.

Η αϋπνία μπορεί να χωριστεί σε τρεις κατηγορίες: Την αρχική, τη μέση και την τελική. Η αρχική χαρακτηρίζεται από δυσκολία στο να κοιμηθεί το άτομο μόλις ξαπλώσει, ενώ στριφογυρίζει μέχρι τελικά να το πάρει ο ύπνος. Η μέση αϋπνία αναφέρει αφύπνιση ενδιάμεσα στον ύπνο, το άτομο μένει ξύπνιο μία με δύο ώρες και έπειτα ξανακοιμάται. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς που υποφέρουν από τελική αϋπνία παρουσιάζουν πρόωρη αφύπνιση νωρίς το πρωί, ενώ τελικά δεν καταφέρνουν να κοιμηθούν. Οι ασθενείς αυτοί πάσχουν από σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια της νύχτας το άτομο κάνει αγχώδεις και ανήσυχες σκέψεις. Κάποιες άλλες περιπτώσεις διαταραχής ύπνου χαρακτηρίζουν ασθενείς με υπερυπνία, οι οποίοι παραμένουν δέκα με δεκαπέντε ώρες της ημέρας στο κρεβάτι και παραπονιούνται για μόνιμη κούραση (Ghaemi et al, 2000).

Η κατάθλιψη επηρεάζει την κινητοποίηση και τη δραστηριότητα των ασθενών. Η ψυχοκοινωνική επιβράδυνση κάνει τους ασθενείς να τοποθετούνται σε ένα σημείο αμίλητοι και ανέκφραστοι κοιτώντας το κενό. Η ομιλία τους είναι αργή, σύντομη και λακωνική και οι κινήσεις τους αργές και περιορισμένες. Αντίθετα, η ψυχοκοινωνική διέγερση κάνει τους ασθενείς ανήσυχους νευρικούς και ευερέθιστους. Οι ασθενείς σε αυτήν την περίπτωση δεν μπορούν να παραμείνουν σε ένα σημείο, ενώ παρατηρούνται επαναλαμβανόμενες κινήσεις όπως κίνηση των άνω και των κάτω άκρων, τράβηγμα μαλλιών ή ρούχων.

Η απουσία καθαρής σκέψης και η δυσκολία στη συγκέντρωση παρατηρείται επίσης σε άτομα με μείζων κατάθλιψη. Οι ασθενείς θεωρούν ότι δεν μπορούν πλέον να μελετήσουν, να αφοσιωθούν στην εργασία τους και να εκτελέσουν απλές δραστηριότητες της καθημερινότητας (π.χ διάβασμα, παρακολούθηση σειράς στη τηλεόραση).

Επιπλέον, το πιο συχνό παράπονο των καταθλιπτικών είναι η εύκολη κούραση, η μειωμένη ενέργεια και η μη ύπαρξη ζωντάνιας στη ζωή τους.

Η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το αίσθημα αναξιοσύνης και οι ένοχες σκέψεις, είναι χαρακτηριστικά γνωρίσματα των καταθλιπτικών ασθενών. Φοβούνται να αναλάβουν καθημερινά πράγματα όπως τηλεφωνήματα και δουλειές του σπιτιού, ενώ αποφεύγουν οτιδήποτε έχει σχέση με κοινωνικές υποχρεώσεις και συναναστροφές. Οι έν λόγω ασθενείς νιώθουν ενοχές για καταστάσεις που συνέβησαν στο παρελθόν είτε αυτές είναι πραγματικές είτε φανταστικές. Θεωρούν ότι τα λάθη τους είναι πολύ μεγαλύτερα από την πραγματικότητα, νιώθουν απόγνωση και θεωρούν ότι δεν μπορούν βελτιωθούν (Ghaemi et al, 2000).

Η ασθενείς με κατάθλιψη έχουν αποχή από σεξουαλικές συνευρέσεις, καθώς η σεξουαλική τους επιθυμία φαίνεται πως έχει μειωθεί σε πολύ μεγάλο βαθμό. Ο ασθενής

δεν ενδιαφέρεται για το σύντροφο του και για προσωπικές στιγμές, έχει χάσει πλήρως το ενδιαφέρον του για το σεξ, ενώ μπορεί να παρατηρηθεί ανοργασμία ή ανικανότητα.

Επιπλέον, ένα πολύ βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι ο ιδεασμός του ατόμου για το θάνατο και οι αυτοκτονικές τάσεις. Θεωρούν ότι με αυτόν τον τρόπο θα εξιλεωθούν για τα λάθη τους και θα διαφύγουν τον πόνο. Ο αυτοκτονικός ασθενής επαναλαμβάνει συνήθως φράσεις όπως «όλα θα ήταν καλύτερα χωρίς εμένα». Οι τάσεις αυτοκτονίας είναι ένα σύμπτωμα που πρέπει να εξετάζεται σοβαρά, διότι αποτελεί υψηλό κίνδυνο στους καταθλιπτικούς ασθενείς. Περίπου 10-15% των ασθενών με κατάθλιψη θα οδηγηθούν στην αυτοκτονία. Παράγοντες που επιφέρουν αύξηση του αυτοκτονικού κινδύνου είναι το ιστορικό κατάχρησης ουσιών ή αλκοόλ, οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς σε σχέση με τους νεώτερους και τα άτομα που έχουν ιστορικό οργανωμένης απόπειρας αυτοκτονίας. Οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως εσωτερικοί ασθενείς και όχι εξωτερικοί. Η τάση αυτοκτονίας είναι η σοβαρότερη επιπλοκή της μείζονος κατάθλιψης.

Μερικοί ασθενείς, εμφανίζουν μια μορφή κατάθλιψης που ονομάζεται συγκεκαλυμμένη κατάθλιψη. Σε αυτήν την περίπτωση το καταθλιπτικό σύνδρομο δεν είναι άμεσα αντιληπτό, διότι δεν υπάρχει εμφανής κατάθλιψη. Ένα άτομο μπορεί να παραπονεθεί για σωματικά συμπτώματα, τα οποία μπορεί να εμποδίζουν τη καθημερινότητά του, ενώ ταυτόχρονα, να υπάρχει χαμηλή συγκέντρωση ή επιπτώσεις στον ύπνο και τη τροφή του. Ωστόσο, η φυσική εξέταση και τα εργαστηριακά δεν δείχνουν κάτι παθολογικό. Μετά από φαρμακευτική αγωγή, τα συμπτώματα θα υποχωρήσουν, πράγμα που σημαίνει ότι πίσω από αυτά υποκρύπτεται καταθλιπτικό σύνδρομο.

Ένα ποσοστό ασθενών με σοβαρή κατάθλιψη έχει πιθανότητα να παρουσιάσει παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις. Τα συμπτώματα αυτά ανήκουν στις ψυχώσεις κάνοντας τα άτομα να ακούν διάφορες φωνές και να φαντάζονται εικόνες ή καταστάσεις (DSM-5, 2013).

Κλινική εικόνα μανίας

Για να διαγνωστεί η διπολική διαταραχή πρέπει να αναγνωριστούν συμπτώματα που αναφέρονται στη μανία. Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV-TR ο ασθενής πρέπει να διακατέχεται από επεισόδιο μανίας με παθολογική διάθεση με τρία από τα επτά χαρακτηριστικά συμπτώματα τουλάχιστον για μια βδομάδα. Η έναρξη της μανίας τις περισσότερες φορές είναι οξεία, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να γίνει και σταδιακά. Επί τω πλείστον ένα μανιακό επεισόδιο συνεχίζεται με ένα καταθλιπτικό επεισόδιο.

Μερικοί ασθενείς με διπολική διαταραχή επανέρχονται πλήρως, εκτός από ένα μικρό ποσοστό που διατηρεί μέσα στα χρόνια μια ήπια διακύμανση της διάθεσης με ήπια καταθλιπτικά επεισόδια.

Ο ασθενής που βιώνει την μανία, είναι ιδιαίτερα ευτυχής, ενθουσιώδης κ νιώθει εύφορα συναισθήματα. Ο μανιακός ασθενής έχει χαμηλό το αίσθημα της ευαισθησίας. Θεωρεί ότι δεν έχει κάτι παθολογικό και την ευθύνη της αλλαγής την προσάπτει στα τριγύρω πρόσωπα που τον περιβάλλουν. Σε κάποιες φάσεις η μανία οδηγεί το άτομο σε ευερέθιστη διάθεση δίνοντας το αίσθημα του «ακυρωμένου». Αυτή η περίπτωση απαιτεί μεγαλύτερη προσοχή λόγω της αυξημένης δυσκολίας.

Οι μανιακοί ασθενείς χρειάζονται μόνο λίγες ώρες ύπνου την ημέρα. Εμπλέκονται σε δραστηριότητες που μπορεί να έχουν οδυνηρές συνέπειες, όπως αυξημένες σεξουαλικές επιθυμίες, οι οποίες αρκετές φορές τους οδηγούν σε απρεπείς συμπεριφορές και ακατάλληλες χειρονομίες προς τους άλλους. Ο ασθενής είναι πιο εξωστρεφής και κοινωνικός, ενώ οδηγείται σε υπερβολές (μεγάλη σπατάλη χρημάτων, εμπλοκή σε καυγάδες κ.α) και φτωχή κρίση. Η μανία κάνει το άτομο πιο ανήσυχο, αυξάνει τις δραστηριότητες και την ενέργεια του.

Η αυτοπεποίθηση και η μεγαλομανία των μανικών ασθενών είναι σε υπερβολικό βαθμό, πράγμα που μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή σε παραληρητικές ιδέες. Οι ασθενείς τότε μπορεί να πιστεύουν ότι είναι κάποιοι άλλοι, όπως θρησκευτικά ή διάσημα πρόσωπα ή ότι έχουν υπερδυνάμεις (Hirschfeld et al, 2005).

Ένα άλλο βασικό σύμπτωμα της μανίας είναι η διαταραχή της σκέψης και του λόγου. Οι ασθενείς εμφανίζουν λογοδιάρροια, η οποία προφανώς οφείλεται στη γρήγορη ροή σκέψης. Πολλές φορές οι ασθενείς μεταπηδούν θέμα συζήτησης, κάνουν συνειρμούς που είναι κατανοητοί, αλλά βασίζονται σε λογοπαίγνια, εξωτερικά ερεθίσματα ή άλλους τυχαίους παράγοντες. Ο ασθενής έχει φυγή των ιδεών με αποτέλεσμα η γρήγορη ροή σκέψης να οδηγεί σε αποδιοργανωμένο λόγο και ασυνάρτητο. Στους ασθενείς με μανία αρέσει να περιγράψουν τα επιτεύγματα τους και τις πράξεις τους.

Η διάσπαση της προσοχής των μανιακών εκδηλώνεται με ταχείες αλλαγές στην ομιλία ή στις δραστηριότητες σαν αποτέλεσμα ποικίλων άσχετων εξωτερικών ερεθισμάτων, όπως θόρυβοι ή επιγραφές ή εικόνες στον τοίχο.

Το 50% των ασθενών παρουσιάζουν ψυχωσικά συμπτώματα με ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Το περιεχόμενο τους συνήθως είναι σύμφωνο με τη συναισθηματική διάθεση (π.χ ύπαρξη ειδικών δυνάμεων ή ικανοτήτων (DSM-5, 2013).

2.3 Ο ΚΥΚΛΟΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η διπολική διαταραχή περιλαμβάνει ένα φάσμα παραλλαγών και διαβαθμίσεων. Η εμφάνιση των διαφόρων συμπτωμάτων παρουσιάζεται με μια συγκεκριμένη διαδοχική εξέλιξη πάνω στην πορεία της νόσου.

Η τυπική μορφή της διπολικής διαταραχής χαρακτηρίζεται από εναλλαγές επεισοδίων μεταξύ μανίας και κατάθλιψης με διαστήματα φυσιολογικής διάθεσης ανάμεσα σε αυτά (διπολική διαταραχή τύπου I). Όταν τα συμπτώματα της μανίας είναι ήπια, τότε χαρακτηρίζονται ωςυπομανιακά(διπολική Διαταραχή τύπου II) (Χαρτοκόλλης, 1991).

Κατά μέσο όρο οι διπολικοί ασθενείς βιώνουν τέσσερις κύκλους εναλλαγής επεισοδίων τα πρώτα δέκα χρόνια της ασθένειας, ενώ μπορεί να υπάρξει μεσοδιάστημα ολόκληρων ετών μεταξύ των επεισοδίων. Σε περίπτωση που κάποιος ασθενής εμφανίσει σε διάστημα 12 μηνών τέσσερα ή περισσότερα επεισόδια, τότε μιλάμε για διπολική διαταραχή με ταχείες εναλλαγές φάσεων. Σε σπάνιες περιπτώσεις, ένα άτομο μπορεί να εμφανίσει πολλαπλά επεισόδια (μανιακά ή καταθλιπτικά) σε διάστημα μιας εβδομάδας ή ακόμη και μιας ημέρας.

Η έναρξη του κύκλου μπορεί να αρχίσει είτε από το στάδιο της κατάθλιψης είτε από το στάδιο της μανίας. Θεωρώντας ότι το άτομο θα κάνει έναρξη από το στάδιο της μανίας, τότε ο ασθενής νιώθει ευφορία, ενώ παρουσιάζει σημάδια υπερδιέγερσης μέσω της γρήγορης ομιλίας του. Έπειτα, η υπερδιέγερση του αυξάνεται, αισθάνεται ανησυχία, η ομιλία του γίνεται όχι μόνο γρήγορη και έντονη αλλά διπλασιάζεται, ενώ παρουσιάζονται διαταραχές στον ύπνο. Στη συνέχεια, η υπερδιέγερση του ασθενούς κορυφώνεται και αυτός αισθάνεται ευερέθιστος, μπερδεμένος, θυμωμένος και ανίκανος να κάνει μια δραστηριότητα απόλυτα ολοκληρωμένη, ενώ δυσκολεύεται πολύ να κοιμηθεί και μειώνονται οι ώρες ύπνου του.

Τέλος, ο ασθενής παρουσιάζει πιο ήπια συμπτώματα υπερδιέγερσης και θυμού, είναι λιγότερο αποδιοργανωμένος, δίνει πλέον σημασία στο συνομιλητή του και η σχέση του με τον ύπνο βελτιώνεται. Στο σημείο αυτό, ο ασθενής μπορεί πια να συνεργαστεί, ολοκληρώνει ορθά οποιαδήποτε δραστηριότητα και οι ώρες του ύπνου επανέρχονται στο φυσιολογικό. Το άτομο πλέον αποτελεί μια φυσιολογική μονάδα ενός λειτουργικού συνόλου στη κοινωνία. Το παραπάνω συμβαίνει διότι ο ασθενής κατά τη διάρκεια της εναλλαγής μεταξύ των επεισοδίων επέρχεται σε μια πλήρως φυσιολογική κατάσταση (νορμοθυμία). Μετά το επεισόδιο της μανίας και του φυσιολογικού μεσοδιαστήματος δηλαδή θα επέλθει σταδιακή εμφάνιση του καταθλιπτικού επεισοδίου.

Ένας κύκλος μετάπτωσης από κατάθλιψη σε μανία και από μανία σε κατάθλιψη μπορεί να έχει διάρκεια από ένα χρόνο μέχρι μόνο λίγες μέρες. Ένα ποσοστό ασθενών, μας δίνουν τη δυνατότητα να προβλέψουμε εξ αρχής την έναρξη των μανιακών και των καταθλιπτικών επεισοδίων, λόγω ότι ακολουθούν μια ομαλή πορεία της νόσου (Bunney, 1972).

2.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΟΧΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία μέσω πληθώρας ερευνών έχουν εκτιμήσει την εμφάνιση της διπολικής διαταραχής όσον αφορά το φύλο, την ηλικία, την κληρονομικότητα, την κοινωνική και την οικονομική κατάσταση.

Διάφορα στοιχεία που έχουν προκύψει σχετικά με το φύλο υποδεικνύουν ότι η εμφάνιση της νόσου μπορεί να παρατηρηθεί εξίσου και στα δύο φύλα. Στο ανδρικό φύλο η διπολική διαταραχή κάνει έναρξη με μανιακό επεισόδιο σε αντίθεση με το γυναικείο φύλο που γίνεται εμφάνιση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου με επερχόμενο μανιακό επεισόδιο. Η κατάθλιψη είναι πιο συχνή στις γυναίκες από ότι στους άνδρες με ποσοστό 2/1. Επιπλέον, οι γυναίκες κατά την εξέλιξη της νόσου εμφανίζουν πιο συχνά ψυχωτικά επεισόδια.

Η διπολική διαταραχή φαίνεται πως τις περισσότερες φορές εκδηλώνεται στην εφηβική ηλικία (κάτω των 20 ετών). Υψηλές πιθανότητες εμφανίζουν επίσης και τα μικρά παιδιά. Οι έφηβοι παρουσιάζουν ως πρώτη φάση μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, το οποίο στη πορεία οδηγεί σε διπολική διαταραχή τύπου I. Αν το άτομο στην εφηβική ηλικία παρουσιάσει έντονη επιθετικότητα, τότε πιθανόν η διπολική διαταραχή θα κάνει έναρξη με μανιακό επεισόδιο. Μελέτες δείχνουν ότι η μέση ηλικία έναρξης την κατάθλιψης είναι τα τριάντα δύο έτη, της δυσθυμίας τα τριάντα ένα έτη, ενώ η διπολική διαταραχή έχει μέσο όρο εμφάνισης τα είκοσι πέντε έτη. Παρατηρείται πως οι άνδρες έχουν πιο πρώιμη ηλικία έναρξης συγκριτικά με τις γυναίκες. Σε μεγαλύτερες ηλικίες (άνω των πενήντα ετών) η διπολική διαταραχή είναι πιο σπάνιο φαινόμενο, ωστόσο η εμφάνιση της έχει πιο δύσκολη αντιμετώπιση, ενώ κάποιος οργανικός παράγοντας φαίνεται πως παίζει ρόλο όπως η χρήση ουσιών (Katon et al, 2009).

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση στη συγκεκριμένη συναισθηματική διαταραχή δεν έχει αποδειχτεί πως παίζει κάποιο ρόλο, ωστόσο άτομα που ανήκουν σε υψηλές κοινωνικές τάξεις και είναι οικονομικά ευκατάστατα, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν την ασθένεια.

Ο παράγοντας κληρονομικότητα φαίνεται συντελεί στην εμφάνιση της νόσου σε μεγάλο βαθμό, 20% των ατόμων με διπολική διαταραχή έχουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον άτομα που έχουν νοσήσει από την εν λόγω ασθένεια.

Μια πρόσφατη εθνική έρευνα έδειξε πως κάθε άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του έχει την πιθανότητα να εμφανίσει μείζονα κατάθλιψη στο ποσοστό 17%, διπολική διαταραχή I και II περίπου 4% και δυσθυμία 3%. Με τα παραπάνω ενδεχόμενα, η συχνότητα για εμφάνιση διπολικής διαταραχής στα άτομα είναι περίπου ένας στους πέντε (Weissman et al, 1988).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΟΜΑΔΕΣ

3.1 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

3.1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η διπολική διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί στη ζωή ενός ανθρώπου ακόμη και σε πολύ μικρή ηλικία, καθώς τα συμπτώματά μπορούν να εμφανιστούν τόσο στον παιδικό όσο και εφηβικό πληθυσμό. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα εμφανίζονται πριν την ηλικία των είκοσι πέντε ετών. Φαίνεται πως τα άτομα εμφανίζουν καταθλιπτικό επεισόδιο κατά της φάση της προεφηβείας, ενώ στην εφηβεία εμφανίζουν το υπομανιακό ή το μανιακό επεισόδιο. Τα συμπτώματα της διαταραχής στα παιδιά, διαφέρουν από τα φυσιολογικά σκαμπανεβάσματα της διάθεσης που έχει ένα παιδί, αν και τα τυπικά χαρακτηριστικά της παιδικής συμπεριφοράς μοιάζουν σε αρκετά μεγάλο βαθμό με της διπολικής διαταραχής, πράγμα που πολλές φορές οδηγεί σε λανθασμένα συμπεράσματα. Τα παιδιά των οποίων οι γονείς έχουν διπολική διαταραχή, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν από την ασθένεια.

Οι νέοι με διπολική διαταραχή παρουσιάζουν ασυνήθιστα έντονες συναισθηματικές καταστάσεις που παρατηρούνται σε διακριτές περιόδους που ονομάζονται «επεισόδια διάθεσης» (μανιακό, καταθλιπτικό, μικτό). Η κλινική εικόνα παρουσιάζει καταθλιπτικά και μανιακά συμπτώματα αναμεμιγμένα ή εναλλασσόμενα μέσα στη μέρα ή κάθε λίγες μέρες. Η υπερβολικά ανεβασμένη ή υπερβολικά πεσμένη διάθεση συνοδεύονται από εμφανείς και έντονες αλλαγές στην ενέργεια, τη δραστηριότητα, τον ύπνο και τη συμπεριφορά. Δεν πρέπει ποτέ να μπερδεύονται οι φυσιολογικές εναλλαγές της διάθεσης του παιδιού με τη διπολική διαταραχή, η οποία κινείται σε υπερβολικό βαθμό. Διαρκεί σχεδόν κάθε μέρα, σε όλη τη διάρκεια της ημέρας και επί τω πλείστον συνοδεύεται από έντονα προβλήματα στην λειτουργικότητα και την καθημερινότητα του παιδιού ή του εφήβου.

Τα συμπτώματα των νεαρών ατόμων έχουν αρκετές ομοιότητες με τα συμπτώματα των ενηλίκων τόσο στο μανιακό όσο και στο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Τα κοινά χαρακτηριστικά στη μανία είναι: μειωμένος ύπνος, δυσκολία συγκέντρωσης, λογοδιάρροια και καλπάζουσες σκέψεις, δυσκολία στη συγκέντρωση, υπερβολική διέγερση, μεγαλομανία, αυξημένο σεξουαλικό ενδιαφέρον (έφηβοι), ριψοκίνδυνη και επικίνδυνη συμπεριφορά. Ενώ, τα κοινά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι: μειωμένη όρεξη για φαγητό, δυσκολία στον ύπνο, μειωμένη ενέργεια, αρνητικές σκέψεις, μειωμένος λόγος, κόπωση, μειωμένη συγκέντρωση, μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες και επαναλαμβανόμενες σκέψεις

θανάτου και αυτοκτονίας. Η διπολική διαταραχή μπορεί να παρουσιαστεί και με λιγότερο έντονες εναλλαγές της διάθεσης. Στην περίπτωση αυτή δεν μιλάμε για ένα πλήρως αναπτυγμένο επεισόδιο, αλλά για υπομανία που μπορεί να διαρκέσει τέσσερις διαδοχικές ημέρες. Η υπομανία προκαλεί εμφανείς αλλαγές στη συμπεριφορά του παιδιού, αλλά δεν επηρεάζει τη λειτουργικότητά του με τον αξιοπρόσεκτο τρόπο που το κάνει η μανία.

Ωστόσο, η διπολική διαταραχή στα παιδιά και στους εφήβους σημειώνει και κάποιες διαφορές από τους ενήλικες. Η διπολική διαταραχή που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή κατά τα πρώιμα εφηβικά χρόνια (διπολική διαταραχή με πρώιμη έναρξη), φαίνεται να είναι σοβαρότερη από τις μορφές διπολικής που πρωτοεμφανίζονται στα όψιμα εφηβικά χρόνια ή στην ενήλικη ζωή, καθώς παρεμβαίνει σε σοβαρές αναπτυξιακές διαδικασίες, όπως η ρύθμιση των συναισθημάτων, η απόκτηση ικανοτήτων και η δημιουργία κοινωνικών σχέσεων. Τα άτομα νεαρής ηλικίας έχουν πιο συχνές εναλλαγές στη διάθεσή τους, ενώ χαρακτηρίζονται από περισσότερα μεικτά επεισόδια. Επίσης, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να διαπράξουν αυτοκτονία, σε σχέση με εκείνους που η έναρξη της νόσου παρατηρείται στην ενήλικη ζωή, δεδομένο που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και επαγρύπνησης (American Psychiatric Association, 2000).

3.1.2 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η διάγνωση της διπολικής διαταραχής σε παιδιά και εφήβους ενέχει ορισμένες δυσκολίες, για τον λόγο αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη και προσεκτική εκτίμηση από παιδοψυχίατρο, καθώς τα συμπτώματα που παρουσιάζονται στο νεαρό άτομο μπορούν να μιμηθούν και άλλες διαταραχές που εκδηλώνονται στο ίδιο ηλικιακό φάσμα όπως η διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής / υπερκινητικότητας

Κατά τη διπολική διαταραχή, τα παιδιά και οι έφηβοι, μπορεί να παρουσιάσουν και κάποια άλλα προβλήματα. Ένα από αυτά είναι η κατάχρηση ουσιών. Τόσο οι ενήλικες όσο και τα παιδιά με διπολική διαταραχή διατρέχουν τον κίνδυνο της χρήσης ναρκωτικών. Επιπλέον, οι νέοι με συναισθηματικές διαταραχές μπορεί να παρουσιάσουν διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, με αποτέλεσμα να υπάρχει πρόβλημα στη συγκέντρωση και μαθησιακές δυσκολίες. Οι αγχώδεις διαταραχές μπορούν να παρουσιαστούν με διπολική διαταραχή επίσης, ενώ υπάρχει πιθανότητα να συνυπάρξουν και με προβλήματα συμπεριφοράς.

Πλήρης θεραπεία για τη διπολική διαταραχή δεν υπάρχει, ωστόσο, ο συνδυασμός κάποιων μεθόδων μπορούν να επιφέρουν μία γεμάτη και παραγωγική ζωή στο νεαρό

άτομο. Συνδυάζοντας λοιπόν την ψυχοθεραπεία και τη φαρμακοθεραπεία, τα νεαρά διπολικά διαταραγμένα άτομα μπορούν να ανακάμψουν από τα επεισόδια και να προλάβουν τυχόν υποτροπές. Η θεραπεία παιδιών και εφήβων μοιάζει με εκείνη των ενηλίκων. Τα παιδιά μερικές φορές ανταποκρίνονται διαφορετικά στη φαρμακευτική αγωγή, η οποία μπορεί να είναι εφόρου ζωής. Η αγωγή συνήθως ξεκινά συντηρητικά και με συγκεκριμένη δόση φαρμάκων και ανάλογα με την ανταπόκριση του παιδιού/ εφήβου μπορεί να τροποποιηθεί σταδιακά.

Η ψυχολογική βοήθεια από κάποιον ειδικό είναι βασική στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής. Παρέχει υποστήριξη, εκπαίδευση και καθοδήγηση στο παιδί και την οικογένειά του. Επίσης, παροτρύνει το παιδί στη σωστή λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής προκειμένου να αποφευχθεί η διακοπή του, συμβάλλοντας έτσι στην υγεία του και εμποδίζοντας τυχόν υποτροπή. Κάποιες μορφές ψυχοθεραπείας που χρησιμοποιούνται στη διπολική και έχουν ως στόχο τη μείωση των συμπτωμάτων και την αντιμετώπιση προβλημάτων στο σχολείο, στη δουλειά και στην επικοινωνία με τους γύρω τους. Η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία βοηθά τους νέους να αλλάξουν αρνητικά πρότυπα σκέψης και συμπεριφοράς, να αναγνωρίσουν τα πρώιμα σημάδια μιας υποτροπής και να διαχειριστούν καλύτερα στρεσογόνες καταστάσεις. Η θεραπεία με στόχο την οικογένεια, βοηθά στο να αναγνωριστούν έγκαιρα νέα επεισόδια, περιλαμβάνοντας και εκπαιδύοντας όλα τα μέλη της οικογένειας προς όφελος του ασθενή. Επιπλέον, βελτιώνει την επικοινωνία και την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων. Η διαπροσωπική και κοινωνικού ρυθμού θεραπεία, βοηθά στις διαπροσωπικές σχέσεις των παιδιών. Τέλος, η ψυχοεκπαίδευση, διδάσκει σχετικά με τη διαταραχή και τη θεραπεία, μαθαίνει στο παιδί και την οικογένεια τη σημαντικότητα της φαρμακευτικής αγωγής και ενημερώνει για την ασθένεια.

Τέλος, οι γονείς που έχουν να φροντίσουν ένα παιδί με διπολική διαταραχή κατακλύζονται από έντονο στρες με αποτελεσματικές δυσκολίες στη καθημερινότητα, στις διαπροσωπικές σχέσεις καθώς και σωματική-πνευματική εξάντληση. Έρευνες δείχνουν πως όταν το πρόσωπο φροντίδας βρίσκεται υπό την επήρεια έντονου στρες, το παιδί δυσκολεύεται περισσότερο να ανταποκριθεί στη θεραπεία του, κάτι που αυξάνει την πιθανότητα υποτροπής των συμπτωμάτων του. Είναι σημαντικό, λοιπόν, για τους γονείς να φροντίζουν τη δική τους σωματική και ψυχική υγεία. Επιπλέον, σημαντική είναι η συνεργασία με τους γιατρούς και θεραπευτές του παιδιού ώστε να συζητηθούν ανοιχτά οι θεραπευτικές τους επιλογές. Το διπολικό διαταραγμένο παιδί είναι σημαντικό να συμμετάσχει σε κάποιο υποστηρικτικό πρόγραμμα. Οι γονείς πρέπει να παρατηρούν συνεχώς τα συμπτώματα, τις μεταβολές της διάθεσης, τον ύπνο και τα αποτελέσματα των

θεραπειών του παιδιού τους προκειμένου ενημερώνουν εγκαίρως τον γυναικό και τον ψυχολόγο για τυχόν παραλλαγές στη θεραπεία ή να προλάβουν πιθανές υποτροπές, κάνοντας έτσι πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας (National Institute of Mental Health "Bipolar disorder in children and adolescents).

3.2 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΑ

3.2.1 Η ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Γενικά η χρήση οποιωνδήποτε φαρμάκων θα πρέπει να αποφεύγεται κατά την εγκυμοσύνη. Όμως για τις γυναίκες που υποφέρουν από σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή ή μείζονα κατάθλιψη, η αποφυγή λήψης φαρμάκων είναι συχνά αδύνατη, καθώς υπάρχουν πολύ λίγες εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές. Γι' αυτό, η πλήρης διακοπή τους είναι αδύνατη, καθώς υπάρχει μεγάλος κίνδυνος η εγκυμονούσα γυναίκα να παρουσιάσει κάποιο διπολικό επεισόδιο.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι φυσιολογικές αλλαγές στον οργανισμό της γυναίκας έχουν την ικανότητα να μειώνουν τα αποτελέσματα ενός κοινώς χρησιμοποιούμενου φαρμάκου που χορηγείται για τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής, κάνοντας τις γυναίκες πιο ευάλωτες στα επαναλαμβανόμενα επεισόδια της διπολικής διαταραχής. Σύμφωνα με έρευνες, τα μανιακά και τα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι επικίνδυνα τόσο για την υγεία της μητέρας όσο και του αγέννητου παιδιού.

Όταν μια γυναίκα με διπολική διαταραχή μένει έγκυος, είναι απαραίτητο ο γιατρός της να αντιληφθεί ότι η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να καλύψει τις ανάγκες της εγκύου εμποδίζοντας τα συμπτώματα της νόσου, τα οποία έχουν υψηλή πιθανότητα εμφάνισης κατά την εγκυμοσύνη. Υπάρχουν, επίσης, στον ψυχιατρικό χώρο λίγες πληροφορίες και ερευνητική προσπάθεια για να καθοδηγήσουν στη σωστή δοσολογία των φαρμάκων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Σύμφωνα με καινούριες μελέτες η συγκέντρωση στο αίμα του κοινώς χρησιμοποιούμενου φαρμάκου της διπολικής διαταραχής, λαμοτριγίνη μειώνεται στις εγκύους. Περίπου μισές από τις γυναίκες στη μελέτη είχαν εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, καθώς τα επίπεδα λαμοτριγίνης στο αίμα τους έπεσαν. Τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα έπεσαν, λόγω της αύξησης του μεταβολισμού των γυναικών κατά την εγκυμοσύνη. Για τον λόγο αυτό, οι γιατροί αλλάζουν τη δοσολογία των φαρμάκων της

διπολικής διαταραχής προκειμένου η ασθενής να μην παρουσιάσει κάποιο μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο.

Τα αποτελέσματα των τελευταίων ερευνών βοηθούν τους ψυχιάτρους να κατανοήσουν πώς να αυξήσουν τις δοσολογίες των ασθενών με διπολική διαταραχή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και να τις μειώσουν μετά τον τοκετό για να αποφύγουν την τοξικότητα.

Τέλος, οι γυναίκες με διπολική διαταραχή είναι πιο πιθανόν να εμφανίσουν κάποιο καταθλιπτικό σε σχέση με ένα μανιακό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η εμφάνιση ενός καταθλιπτικού επεισοδίου κατά την εγκυμοσύνη μειώνει της πιθανότητες η γυναίκα να φροντίσει τον εαυτό της, πράγμα που οδηγεί σε φτωχή διατροφή, έλλειψη συμμόρφωσης στους κανόνες φροντίδας κατά τη διάρκεια της κύησης και απομόνωση από την οικογένεια και τους φίλους. Οι έγκυες με κατάθλιψη, συνδέονται άμεσα σε πρόωρους τοκετούς, μωρά με μειωμένα κιλά κατά τη γέννηση καθώς και άλλα αρνητικά αποτελέσματα κατά τη γέννηση (Δασκαλόπουλος, 2008).

3.2.2 Η ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΣΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

Οι γυναίκες που πάσχουν από διπολική διαταραχή ή που έχουν ιστορικό κατάθλιψης, είτε κατά την εγκυμοσύνη, είτε κάποια άλλη στιγμή στην ζωή τους, έχουν μεγάλες πιθανότητες να εμφανίσουν μελαγχολία της λοχείας ή επιλόχειο κατάθλιψη. Ένα ποσοστό γυναικών 50-70% βιώνουν την μελαγχολία της λοχείας μετά την γέννηση του μωρού τους, όπου εμφανίζουν εναλλαγές στην διάθεση, έντονο κλάμα, ανησυχία και διαταραχές ύπνου. Η μελαγχολία της λοχείας συνήθως εμφανίζεται μέσα στις πρώτες δύο με τρεις μέρες μετά τον τοκετό, και διαρκεί έως 2-3 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Ενώ κάποιες (10-15%) βιώνουν μια πιο σοβαρή μορφή με μεγαλύτερη διάρκεια μελαγχολίας, γνώστη ως επιλόχειο κατάθλιψη.

Τα σημάδια και τα συμπτώματα της κατάθλιψης μετά τον τοκετό ποικίλλουν ανάλογα την διαταραχή από πιο ήπια έως πιο σοβαρά. Τα συμπτώματα της μελαγχολίας χαρακτηρίζονται από: εναλλαγές στη διάθεση, ανησυχία, θλίψη, ευερεθιστικότητα, αίσθημα καταπίεσης, εκδήλωση κλάματος, προβλήματα όρεξης και προβλήματα ύπνου. Ενώ τα συμπτώματα της επιλόχειο κατάθλιψης χαρακτηρίζονται από: καταθλιπτική διάθεση, έντονο κλάμα, δυσκολίες στη δημιουργία δεσμού μητέρας-παιδιού, απομάκρυνση από κοινωνικές συναναστροφές, απώλεια όρεξης, αϋπνία, αίσθημα κόπωσης, απώλεια

ενδιαφέροντος, αίσθημα ενοχής και ανεπάρκειας, απώλεια συγκέντρωσης, σκέψεις βλάβης για την ίδια ή το μωρό.

Η γυναίκα με διπολική διαταραχή που θα εμφανίσει επιλόχειο κατάθλιψη θα πρέπει να απευθυνθεί στο γιατρό της προκειμένου να επέμβει, να επαναπροσδιορίσει και οργανώσει τη φαρμακευτική της αγωγή ως προς τη δοσολογία και τη συχνότητα. Βέβαια, θα πρέπει να εξετάζεται το θέμα του θηλασμού, καθώς κάποια αντικαταθλιπτικά φάρμακα περνούν στο γάλα και ενέχουν κινδύνους για το μωρό (Δασκαλόπουλος, 2008).

3.3 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Οι διαταραχές τού συναισθήματος εμφανίζονται συχνά στην τρίτη ηλικία. Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι οι καταθλίψεις των ηλικιωμένων παρατηρούνται έως και 50%, ενώ οι λόγοι για τους οποίους συμβαίνει αυτό είναι σύνθετοι. Η διπολική διαταραχή εμφανίζεται λιγότερο συχνά από την κατάθλιψη. Όσοι ηλικιωμένοι ήταν διπολικά διαταραγμένοι στη νεότερη ζωή τους, συνεχίζουν να είναι διπολικοί και κατά την τρίτη ηλικία. Ωστόσο, η διπολική διαταραχή στη τρίτη ηλικία είναι ηπιότερη σε σχέση νεότερες ηλικίες.

Οι ακραίες συμπεριφορές της μανίας και οι βαθιά κατάθλιψη φαίνεται πως εξαντλούνται και γίνονται λιγότερο έντονες με την πάροδο των χρόνων. Μια διπολική διαταραχή δεν αρχίζει ποτέ στην τρίτη ηλικία. Εμφάνιση όψιμης μανίας ή παράδοξων συμπεριφορών με άρση αναστολών κατά την τρίτη ηλικία σηματοδοτεί κάποια αρχόμενη άνοια ή κάποια άλλη οργανική διαταραχή.

Μελέτες των τελευταίων ετών εξετάζουν τη σχέση της άνοιας με τη διπολική διαταραχή σε ηλικιωμένους ασθενείς, και ιδιαίτερα σε όσους βρίσκονται στο μεταίχμιο της τρίτης ηλικίας. Ωστόσο, η άνοια και η διπολική διαταραχή θεωρούνταν δύο διακριτές κλινικές οντότητες.

Οι ηλικιωμένοι διπολικοί ασθενείς έχουν σημαντικές διαφορές από τους νεότερους ασθενείς. Η κλινική εικόνα των ηλικιωμένων ασθενών παρουσιάζει περισσότερο μικτά επεισόδια, τα οποία χαρακτηρίζεται από λιγότερη κατάχρηση ουσιών και μικρότερη συννοσηρότητα με δυσθυμία και διαταραχή πανικού. Μια μελέτη σύγκρινε ηλικιωμένους με νεότερους ασθενείς και συμπέρανε ότι οι ηλικιωμένοι έχουν μεγαλύτερο λανθάνοντα χρόνο μεταξύ ενός καταθλιπτικού κι ενός μανιακού επεισοδίου. Η διπολική διαταραχή

στους ηλικιωμένους εμφανίζεται με πολύπλοκη αιτιοπαθογένεια και ομοιογένεια. Η διάκριση της πρώιμης-όψιμης έναρξης διπολικής διαταραχής των ηλικιωμένων, δείχνει ότι οι δύο αυτές ομάδες έχουν σημαντική διαφοροποίηση σε πολλούς παράγοντες. Οι ασθενείς όψιμης έναρξης παρουσιάζονται με πιο ήπια μορφής μανία και εμφανίζουν κυρίως ευερέθιστο συναίσθημα παρά ευφορικό. Η κλινική πορεία των ηλικιωμένων διπολικών ασθενών με όψιμη ή όχι έναρξη έπεται από ένα μανιακό ή μικτό επεισόδιο, εμφάνισαν νωρίτερα ύφεση της νόσου και εμφάνισαν μια καλύτερη κλινική πορεία. Επιπλέον, τα καταθλιπτικά συμπτώματα της όψιμης έναρξης διπολικής διαταραχής τύπου II είναι περισσότερο άτυπα σε σχέση με τυπικά. Τέλος, οι ασθενείς όψιμης έναρξης έχουν μικρότερη εμφάνιση οικογενειακού ιστορικού διπολικής διαταραχής, έχουν καλύτερη λειτουργικότητα και λιγότερο σοβαρή ψυχοπαθολογία. Ωστόσο, τις περισσότερες φορές εμφανίζονται συνδυαστικά με άλλες ασθένειες (Azorin et al, 2012).

3.3.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα επιδημιολογικά στοιχεία αναφέρουν ότι η συχνότητα εμφάνισης της διπολικής διαταραχής μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας του ανθρώπου. Σε αντίθεση με τις νεαρότερες ηλικίες που είναι της τάξης του 1%, στα άτομα άνω των εξήντα πέντε ετών αναφέρεται πολύ χαμηλότερος. Το παραπάνω συμβαίνει και με την επίπτωσή της, καθώς μόνο το 6–8% των περιστατικών διπολικής διαταραχής είναι άτομα άνω των 60 ετών.

Η διπολική διαταραχή παρατηρείται συχνότερα στις ηλικιωμένες γυναίκες, οι οποίες χαρακτηρίζονται από περισσότερα συναισθηματικά επεισόδια μέσα στα έτη. Εμφανίζονται διάφορες θεωρίες για τη συσχέτιση άνοιας και διπολικής διαταραχής κατά την τρίτη ηλικία. Τα «διπολικού τύπου» συμπτώματα που συνυπάρχουν με την άνοια είναι δευτερογενή. Αναφέρει ότι η άνοια θα μπορούσε να αποκαλύψει λανθάνουσα διπολική διαταραχή, η οποία πλέον παρουσιάζει εμφανή καταθλιπτικά συμπτώματα, επιθετικότητα ή διέγερση, καθώς και παράλληλη εμφάνιση ανοϊκών συμπτωμάτων. Επιπλέον, οργανικά προβλήματα που προσβάλλουν τον εγκέφαλο, όπως επιληψία, όγκοι, λοιμώξεις, φάρμακα ή τραύματα, ίσως να προκαλούν ταυτόχρονη εμφάνιση τα συμπτωμάτων άνοιας και διπολικής διαταραχής.

Πολλές μελέτες έχουν εστιάσει στην αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής σε νεότερα άτομα με αρκετά μεγάλο βαθμό επιτυχίας. Ωστόσο, τα δεδομένα για την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής των ηλικιωμένων είναι ανεπαρκή. Οι κλινικές μελέτες για την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής στα ηλικιωμένα άτομα είναι

συνολικά λίγες, ενώ καμία φαρμακοθεραπεία δεν είναι ειδικά σχεδιασμένη για την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής σε ηλικιωμένους ασθενείς. Οι ειδικοί προτείνουν ότι η θεραπεία της οξείας μανίας των ηλικιωμένων θα πρέπει να κάνει έναρξη μονοθεραπευτικά και στη πορεία να ακολουθούν οι δυνατότεροι συνδυασμοί φαρμάκων. Τα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα αριπιπραζόλη και κουετιαπίνη φαίνεται ότι είναι αποτελεσματικά. Η χρήση όμως άτυπων ή τυπικών αντιψυχωτικών φαρμάκων, εγκυμονούν κινδύνους, όπως δείχνουν μελέτες χορήγησής τους στην άνοια. Τα τυπικά αντιψυχωτικάέχουν αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών προβλημάτων και θνησιμότητας γι' αυτό το λόγο προτείνεται η αποφυγή τους. Το ίδιο συμβαίνει και με τα άτυπα αντιψυχωτικά, τα οποία σχετίζονται με αυξημένη θνησιμότητα. Σε περίπτωση αποτυχίας της μονοθεραπείας με αντιψυχωτικά, θα ήταν χρήσιμη η προσθήκη ενός αντισπασμικού παράγοντα ή ακόμη και του λιθίου στην αντιμετώπιση της οξείας μανίας.

Υπάρχουν αρκετές ενστάσεις σχετικά με τη φαρμακοθεραπεία των διπολικών διαταραγμένων ηλικιωμένων ασθενών λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών που παρουσιάζονται. Παρατηρείται πως οι ηλικιωμένοι ασθενείς βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο τοξικότητας από το λίθιο. Μια αναδρομική μελέτη εξέτασε τις αιματολογικές παρενέργειες του βαλπροϊκού και τις βρήκε να σχετίζονται με την αυξημένη ηλικία και το γυναικείο φύλο, ενώ φάνηκε αύξηση της πιθανότητας οστικού κατάγματος με τη χρήση αντισπασμικών φαρμάκων σε ηλικιωμένους. Επίσης, τα τρικυκλικά φαίνεται να συνδέονται και με αυξημένο κίνδυνο παρενεργειών γενικά, για το λόγο αυτό προτείνεται η αποφυγή τους. Ωστόσο, μια πρόσφατη μελέτη αμφισβήτησε τον αυξημένο κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών από τα τρικυκλικά. Άλλες κλινικές μελέτες που έχουν προκύψει είναι η γνωστική δυσλειτουργία και το μεταβολικό σύνδρομο που θα μπορούσαν να επαχθούν από φαρμακευτικούς παράγοντες. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, όπως προαναφέρθηκε, στη χορήγηση αντιψυχωτικών στα άτομα τρίτης ηλικίας που πάσχουν από διπολική διαταραχή, λόγω της αυξημένης θνησιμότητας που προκύπτει (Κάντης, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ

4.1 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ

Από τα παλιά χρόνια έως και σήμερα η κοινωνία συνήθιζε να αποδίδει ποικίλους μειωτικούς χαρακτηρισμούς σε διάφορα συμπτώματα ή νόσους που παρέκλιναν του «φυσιολογικού». Οι χαρακτηρισμοί αυτοί προκαλούν ανεπιθύμητη, δυσφημιστική και μειονεκτική εικόνα στον κοινωνικό περίγυρο του ατόμου επηρεάζοντας το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής, έχοντας λοιπόν ως συνέπεια την περιθωριοποίηση και τον κοινωνικό και αποκλεισμό .

Το στίγμα αποτελεί το κυριότερο εμπόδιο της σχέσης μεταξύ της κοινωνίας και της ψυχικής υγείας. Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας προκύπτει από την άρνηση και τον φόβο των ψυχικά διαταραγμένων ατόμων και των οικείων τους για την ύπαρξη της ίδιας της ασθένειας. Η μειωμένη λειτουργικότητα των ασθενών που οφείλεται στην συμπτωματολογία της ύπαρξης της ψυχικής ασθένειας οδηγεί σε έντονο επικριτικό και αρνητικό χαρακτηρισμό. Συνεπώς, η άρνηση της ψυχολογικής συμπτωματολογίας επέρχεται από τον ασθενή σαν αντίδραση. Αν και η ψυχιατρική έχει κάνει μεγάλες προόδους , οισύγχρονες μελέτες φανερώνουν ότι μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού συνεχίζει να διατηρεί αρνητική στάση απέναντι σε αυτούς που χαρακτηρίζονται ως ψυχικά διαταραγμένα άτομα. Στερεότυπα και προκαταλήψεις παρουσιάζουν τους ψυχικά ασθενείς ως στερημένους της λογικής, επικίνδυνους και απρόβλεπτους δημιουργώντας αίσθημα φόβου και την πεποίθηση ότι τα άτομα αυτά είναι προβληματικά.

Το στίγμα για την ψυχική ασθένεια είναι ευρύτερο, ενώ λίγα άτομα μπορούν να θεωρηθούν εντελώς ελεύθερα προκαταλήψεων προς τις ψυχικές ασθένειες. Στην Ελλάδα ο στιγματισμός προς τους ψυχιατρικούς ασθενείς είναι εντονότερος σε σχέση με τις δυτικές προηγμένες κοινωνίες, καθώς η ελληνική κοινωνία δίνει προτεραιότητα στην εξωτερική εντύπωση και λιγότερο στο ουσιαστικό περιεχόμενο (THE SUN, 2000).

4.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΔΙΠΟΛΙΚΑ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Όπως ειπώθηκε και παραπάνω, ο στιγματισμός και οι προκαταλήψεις υπονομεύουν ριζικά την κοινωνική θέση του ψυχικά διαταραγμένου ασθενή δημιουργώντας ανεξίτηλο σημάδι ντροπής και κοινωνικού αποκλεισμού. Το στίγμα έχει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στον διπολικό ασθενή όσο και στα άτομα της οικογενείας .

Ο ασθενής αποτελεί έναν αμέτοχο αποδέκτημε όλα όσα διαδραματίζονται στο περιβάλλον του, καθώς η συμπεριφορά και οι αντιδράσεις των άλλων έχουν άμεση επιρροή στην αυτοαντίληψη του. Ο ψυχικά διαταραγμένος ασθενής διαμορφώνει την αντίληψη που έχει για τον εαυτό του σύμφωνα με την εικόνα που έχουν οι άλλοι για αυτόν. Επομένως, ασυνείδητα και μη ο διπολικός ασθενής αποδέχεται τις στερεότυπες αντιλήψεις του περίγυρου του θεωρώντας τον εαυτό του προβληματικό, ανίκανο, άχρηστο και αναξιόπιστο. Όλα αυτά έχουν ως συνέπεια ο ασθενής να έχει άμεσο αρνητισμό ως προς τη διαχείριση του εαυτού τους, παραχωρώντας τον πλήρη έλεγχο των πραγμάτων σε άλλα άτομα (συνήθως την οικογένεια ή τον γιατρό). Ο ασθενής με τον τρόπο αυτό παραχωρεί όλα τα δικαιώματα του στην υγεία, στην περίθαλψη και στην ποιότητα ζωής.

Ο διπολικά διαταραγμένος ασθενής εξαιτίας της έντονης κριτικής που του ασκείται απομονώνεται από το οικείο του περιβάλλον στερώντας έτσι από τον εαυτό του την δυνατότητα να έχει στήριξη των δικών του προσώπων στη θεραπεία του. Πολλές φορές προκειμένου να μην στιγματιστεί ο ασθενής, η οικογένειά του αποκρύπτει τα συμπτώματα της ασθένειας αφήνοντας το άτομο αβοήθητο ιατρικά, ενώ η κατάσταση του επιδεινώνεται σταδιακά. Το άτομο μπορεί επίσης να αρνείται να αποδεχτεί την ασθένεια του.

Μια άλλη περίπτωση που συμβαίνει συχνά σχετίζεται με το ότι ο ασθενής έχει την αίσθηση ευθύνης για την πρόκληση της ψυχικής του νόσου, καθώς τα άτομα του κοντινού του περιβάλλον αλλά και ο μη ειδικός γιατρός που τον εξέτασε συμπέρανε ότι ο ασθενής είναι υγιής και πως όλα μπορεί να είναι στο μυαλό του, καθώς η σωματική υγεία του ασθενή είναι καλή, το ίδιο όμως δεν συμβαίνει και στην ψυχική του υγεία. Ο ασθενής νιώθει ότι όλο αυτό το προκαλεί ο ίδιος στον εαυτό του και ότι πρέπει να αλλάξει τον τρόπο σκέψης του. Αυτή η ενοχική στάση μπορεί να καταλήξει σε επιθετική ή αυταρχική συμπεριφορά προς το οικείο περιβάλλον.

Ο στιγματισμός των ατόμων με ψυχική ασθένεια οδηγεί σε σοβαρές διακρίσεις που επιδεινώνουν ακόμη περισσότερο την ψυχική κατάσταση του ασθενή. Τέτοιες διακρίσεις μειώνουν την ορθή αντιμετώπιση της ασθένειας, οδηγώντας σε μειωμένες ευκαιρίες για εργασία και κοινωνικές συναναστροφές, μη διαθεσιμότητα χώρων στέγασης, ενώ δημιουργούνται προβλήματα που αυξάνουν το στίγμα της ασθένειας.

4.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΑΝΤΙ-ΣΤΙΓΜΑ»

Σημαντικό βήμα για την καταπολέμηση του στίγματος είναι η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση της κοινότητας για τα ζητήματα της ψυχικής υγείας και της ψυχικής

ασθένειας. Αυτό μπορεί να συμβεί με τη βοήθεια διάφορων εκστρατειών σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο. Το πρόγραμμα «αντί-στίγμα» ,λοιπόν, στοχεύει στην ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της κοινής γνώμης, στη βελτίωση των αντιλήψεων και των στάσεων του κοινού και στην ανάπτυξη δράσεων για τη μείωση των προκαταλήψεων και των διακρίσεων.

Η εκπαίδευση της κοινότητας μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στη μείωση του στιγματισμού των διπολικά διαταραγμένων ασθενών. Γι' αυτό, απαραίτητα είναι τα εκπαιδευτικά προγράμματα κατά του στίγματος σε επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, γενικής υγείας και ψυχικής υγείας. Επιπλέον, ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις πρέπει να γίνονται στους ασθενείς και στις οικογένειες τους που πέφτει το μεγαλύτερο βάρος της φροντίδας ενθαρρύνοντας τους να υπερασπιστούν και να αναβαθμίσουν τη ποιότητα ζωής των ασθενών, αποφεύγοντας να πέσουν θύματα άρνησης της ασθένειας με συνέπεια να οδηγήσουν τον ασθενή στον αυτοστιγματισμό. Επιπλέον, η καταπολέμηση των προκαταλήψεων και των ρατσιστικών φαινομένων πρέπει να καταπολεμηθεί από μικρή ηλικία στα άτομα. Επομένως, θα πρέπει να γίνονται συχνά στα σχολεία προγράμματα που θα εκπαιδεύουν μαθητές και καθηγητές παρουσιάζοντας την διαφορετικότητα και το σεβασμό απέναντι στη ψυχική ασθένεια.

Ένα καλό μέσο για να ενημερωθεί σχετικά το κοινό είναι τα ΜΜΕ, τα οποία πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένα και να παρουσιάζουν με θετικό τρόπο την ιδιαιτερότητα των ασθενών που πάσχουν από κάποια ψυχική υγεία. Ωστόσο, αυτό δεν συμβαίνει, έτσι απαιτείται ύπαρξη λειτουργίας τυπικών και άτυπων μηχανισμών ελέγχου και κριτικής των πραγμάτων που διαμορφώνουν και προβάλλουν τα ΜΜΕ.

Το νομικό πλαίσιο παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στη καταπολέμηση της ψυχικής ασθένειας, καθώς σε κάποιες περιπτώσεις υποβοήθησε στη διαμόρφωση της εικόνας που είχε το κοινό για την ψυχική ασθένεια. Στην προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά διαταραγμένων ασθενών υπάρχουν οι σύλλογοι οικογενειών και ασθενών- χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν ως στόχο την υπεράσπιση των δικαιωμάτων και την βελτίωση της περίθαλψης των ατόμων και των οικογενειών του. Η σημαντικότητα των οργανώσεων αυτών είναι σημαντική στα πλαίσια μια κοινωνίας που πρέπει να αλλάξει αντιλήψεις σχετικά με την ψυχική ασθένεια. Η δράση των οργανώσεων αυτών σχετίζεται με τη λήψη αποφάσεων, την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, την ύπαρξη ενός οράματος, την παροχή ανθρώπινης περίθαλψης, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και γενικά την επίλυση όλων των προβλημάτων των ασθενών. Οι οργανώσεις των χρηστών συμβάλλουν με ποικίλους τρόπους στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και στην αποκατάσταση της ψυχικής ασθένειας. Στις μέρες μας οι οργανώσεις των χρηστών χαράζουν πολιτική και

διεκδικούν κανονισμούς και νόμους, ενώ παράλληλα λειτουργούν ως συλλογείς πληροφοριών και καταγγείλουν συγκεκριμένες συμπεριφορές. Η δράση των παραπάνω οργανώσεων ενέχει ποίκιλα θετικά αποτελέσματα στα ψυχικά διαταραγμένα άτομα και στα αιτήματά τους. Έτσι, δίνεται η δυνατότητα στους ασθενείς να διαμορφώσουν καλύτερη εικόνα για τον εαυτό τους, να ανακτήσουν την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση τους έχοντας σημαντική βελτίωση στην ψυχική υγεία τους (THE SUN, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

5.1 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η διάγνωση των συναισθηματικών διαταραχών δεν είναι τόσο εύκολη όσο ακούγεται, καθώς κατά την οξεία τους φάση μπορεί να υπάρξει σύγχυση με άλλες ψυχικές ή οργανικές νόσους. Για το λόγο αυτό, απαιτείται προσεκτική και ιδιαίτερη εξέταση των ψυχικά διαταραγμένων ασθενών από τον γιατρό, καθώς και λεπτομερής και σαφής λήψη ιατρικού ιστορικού.

Υπάρχουν ειδικοί εξωγενείς παράγοντες ή γενικές ιατρικές καταστάσεις, οι οποίες ενδεχομένως να προκαλέσουν καταθλιπτικό ή μανιακό σύνδρομο, όπως για παράδειγμα η κατάχρηση ουσιών ή φαρμάκων (κατασταλτικών, αγχολυτικών, γλυκοκορτικοειδών). Αν κατά την εξέταση κριθεί ότι το επεισόδιο της διαταραχής της διάθεσης οφείλεται σε κάποια ουσία ή σε μια οργανική νόσο, η διαταραχή διαγιγνώσκεται δευτερογενώς. Ως θεραπεία συνιστάται η διακοπή ή ελάττωση της ουσίας ή αντίστοιχα η αντιμετώπιση της σχετιζόμενης νόσου.

Μια σχιζοφρένεια έχει την ικανότητα να κάνει έναρξη με μανιοκαταθλιπτική διαταραχή, ιδιαίτερα αν σχετίζεται με τον σχιζοσυναισθηματικός της τύπο. Τις περισσότερες φορές όμως, οι διαπροσωπικές σχέσεις του μανιοκαταθλιπτικού ατόμου είναι καλύτερες και λογικότερες σε σύγκριση με εξωπραγματική συμπεριφορά του σχιζοφρενικού. Το συναίσθημα της δυσφορίας εμφανίζεται στη κατάθλιψη και στη σχιζοφρένεια με διαφορετική όμως μορφή. Στη σχιζοφρένεια εμφανίζεται κυρίως με απάθεια και με αίσθηση κενού, ενώ στην κατάθλιψη η δυσφορία συχνά εμφανίζεται ως οδυνηρή. Η αρχή της σχιζοφρένειας αρκετές φορές είναι σταδιακή, ωστόσο οι ασθενείς έχουν τυπικά σοβαρότερη επιδείνωση της λειτουργικότητάς τους από τους ασθενείς με κατάθλιψη. Οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη και σχιζοφρένεια μπορούν εξίσου να εμφανίσουν ψυχωσικά συμπτώματα, καθιστώντας έτσι δύσκολη τη διάκριση της σοβαρής ψυχικής κατάθλιψης από την σχιζοφρένεια με οξεία έναρξη. Σε αυτή τη δύσκολη κατάσταση είναι προτιμότερο να θεραπεύεται η κατάθλιψη και να παρακολουθείται η πορεία της νόσου. Αν επέλθει ύφεση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ενώ τα ψυχωσικά συμπτώματα επιμένουν, τότε η διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι πιθανότερη (Garrabel, 2011).

Οι ασθενείς με πένθος μπορεί να εμφανίσουν εξίσου αρκετά καταθλιπτικά συμπτώματα, τα οποία θα βιώνουν για ένα ικανό διάστημα, ώστε τα κριτήρια για το

καταθλιπτικό επεισόδιο να είναι αρκετά. Ωστόσο, τέτοιοι ασθενείς δεν λαμβάνουν της διάγνωση της κατάθλιψης διότι η παρουσία τέτοιων συμπτωμάτων θεωρείται φυσιολογική αντίδραση σε μια τέτοια φάση. Τα συμπτώματα αυτά έχουν διαφορές από αυτά της μείζονος κατάθλιψης, όπως η πορεία και η πρόγνωση καθώς και ότι συχνά δεν ανταποκρίνονται στη αντικαταθλιπτική αγωγή. Αν όμως το πένθος συνοδεύεται από ψυχοκινητική επιβράδυνση, αυτοκτονικό ιδεασμό ή ψυχωσικά συμπτώματα, τότε η διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης μοιάζει καταλληλότερη (Mangelli et al, 2005).

Επιπλέον, η διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης σχετίζεται και με άλλες ψυχιατρικές ή οργανικές ασθένειες. Οργανικές ψυχικές διαταραχές όπως γεροντικές και προγεροντικές άνοιες συγχέονται με την κατάθλιψη. Στη περίπτωση αυτή, παρουσιάζονται διαταραχές της μνήμης, κρίσης και νοημοσύνης, ενώ οι ψυχολογικές δοκιμασίες δείχνουν οργανικότητα. Άλλη μία κατηγορία είναι τα σύνδρομα που οφείλονται σε ψυχοδραστικές ουσίες (αλκοολικά, στερητικά αμφεταμινών, κοκαΐνης και μερικών ψευδαισθησιογόνων, φαρμάκων και άλλων ουσιών). Η διαφοροδιάγνωση βασίζεται στη παρουσία διαταραχών της συνείδησης, στο ιστορικό λήψης ουσιών και στην ανίχνευση των ουσιών στα υγρά του σώματος. Τέλος, λοιμώδη, μεταβολικά και ενδοκρινικά νοσήματα, όπως: γρίπη, τυφοειδής, μελτηαίος, Addison, υποθυρεοειδισμός μπορούν να επιφέρουν δυσκολία στη διάγνωση της νόσου. Η διαφοροδιάγνωση σε αυτές τις περιπτώσεις βασίζεται στα γενικά συμπτώματα, το ιστορικό και την παρακλινική έρευνα.

Επιπρόσθετα, η κυκλοθυμική διαταραχή, η οποία εξελίσσεται συχνά με ήπια ή μέτρια καταθλιπτικά επεισόδια, περιόδους ευφορίας και με καλή αποκατάσταση της ψυχικής υγείας στα μεσοδιαστήματα, δεν μπορεί να θεωρηθεί ως διπολική διαταραχή.

Η διαφορική εικόνα της διπολικής διαταραχής σχετίζεται επίσης και με τις ιδιαίτερες εικόνες κατάθλιψης που δημιουργούνται και συνοδεύουν τις διάφορες ηλικίες. Στην προεφηβική ηλικία η κατάθλιψη συνοδεύεται συχνά με υπερβολικό άγχος, άρνηση της παρακολούθησης του σχολείου και φοβία θανάτου, του ίδιου του παιδιού ή των γονιών του. Στην εφηβική ηλικία παρατηρούνται αντικοινωνικές εκδηλώσεις, τάσεις φυγής από το σπίτι ή από το σχολείο και επιθετική συμπεριφορά. Οι γυναίκες στη κλιμακτηριακή ηλικία παρουσιάζουν έντονο άγχος, εξάψεις, εφίδρωση, κεφαλαλγία, παραληρητικές ιδέες ζηλοτυπίας ή δίωξης και τάσεις αυτοκτονίας. Ενώ, στην γεροντική ηλικία τα συμπτώματα συνδέονται με διαταραχές του προσανατολισμού, της μνήμης και της συνείδησης σε βαθμό που να διαμορφώνονται ψευδοανοϊκές εικόνες.

Όσον αφορά τη διαφοροδιάγνωση ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και την μανία είναι εξίσου σημαντική. Οι διαφορές που σημειώνονται μεταξύ των δύο συνδρόμων είναι ότι στη

μανία οι διαταραχές που παρουσιάζονται είναι σύντομες με το συναίσθημα, ενώ μεταβάλλεται συχνά το περιεχόμενό τους. Αντίθετα, στη σχιζοφρένεια οι παραληρητικές ιδέες που παρουσιάζονται είναι σταθερές, επιμένουν και δεν μεταβάλλονται.

Επίσης, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή διαφοροποιείται από την μανία διότι το συναίσθημα ευφορίας και η υπεραπασχόληση παρουσιάζονται συνδυαστικά με αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες και το περιεχόμενο της σκέψης βρίσκεται σε διάσταση με το συναίσθημα που επικρατεί. Η κυκλοθυμική διαταραχή από την άλλη, δημιουργεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα, όπως την ύπαρξη μανιακόμορφων συμπτωμάτων, τα οποία δεν έχουν αναπτυχθεί σε πλήρες μανιακό επεισόδιο, αλλά και όταν το μανιακό επεισόδιο παρουσιάζεται για πρώτη φορά σε ασθενή με ιστορικό κυκλοθυμικής διαταραχής. Μόνο η εξέλιξη σε κανονικό μανιακό επεισόδιο θα επισφραγίσει τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής.

Τέλος, διάφορες οργανικές ψυχικές διαταραχές από χρόνια σύνδρομα και ποικίλες παθολογικές καταστάσεις μπορούν να συνοδεύονται από μανιακόμορφα συμπτώματα (Μαδιανός, 2004).

5.2 ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ

Το βασικότερο κομμάτι στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής είναι τα φάρμακα. Δεν παρέχουν ριζική θεραπεία, αλλά έλεγχο των συμπτωμάτων επιτρέποντας στον ασθενή ικανοποιητική λειτουργία στην καθημερινότητα του. Η φαρμακοθεραπεία της διπολικής διαταραχής θεωρείται πιο σύνθετη από οποιαδήποτε άλλη θεραπεία κάποιας ψυχικής νόσου. Το καταλληλότερο φάρμακο για τον διπολικά διαταραγμένο ασθενή πρέπει στοχεύει πολλαπλά αποτελέσματα: να έχει αποτέλεσμα στην οξεία φάση της κατάθλιψης αλλά και της μανίας, καθώς επίσης να προστατεύει τον υποτροπιασμό των αντίστοιχων φάσεων της νόσου. Κατά τη χορήγηση ψυχιατρικών φαρμάκων απαιτείται μεγάλη προσοχή και δεν πρέπει να παραβλέπεται η διαφορετικότητα της κάθε κλινικής περίπτωσης (Δασκαλόπουλος, 2006).

Οι αρχές που διέπουν την χορήγηση τέτοιων φαρμάκων είναι:

Ø Πριν από οποιαδήποτε χορήγηση ψυχιατρικών φαρμάκων, ο γιατρός θα πρέπει να έχει γνώση του ιστορικού του ασθενούς, (όπως τυχόν αλλεργίες), αν ο ασθενής κάνει χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών, καθώς και τη γνώση για πιθανές αλληλεπιδράσεις και ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων.

∅ Απαραίτητος είναι ο πλήρης και ο ακριβής προσδιορισμός των συμπτωμάτων, έτσι ώστε να γίνει αντίστοιχη χορήγηση ψυχιατρικών φαρμάκων για μια επιτυχημένη αντιμετώπιση.

∅ Συνιστάται όσο είναι εφικτό, να εξασφαλίζεται κατά τη θεραπευτική αγωγή η εκούσια συμμετοχή του ασθενούς. Στην περίπτωση που αυτό δεν μπορεί να επιτευχθεί αυτό, η οικογένεια ή κάποιος νομικός μηχανισμός πρέπει να αδειοδοτήσει τη θεραπεία του ασθενούς.

∅ Η διάγνωση της διπολικής διαταραχής να έχει γίνει αποκλειστικά για τον συγκεκριμένο ασθενή. Διαφορετικά θα πρέπει να γίνεται συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς και χορήγηση μικρότερων δόσεων.

∅ Εξίσου σημαντικό είναι η εξασφάλιση επαρκούς χρόνου και δοσολογίας κατά την φαρμακευτικής αγωγή, ώστε σε τυχόν αποτυχία της θεραπείας να υπάρχει εγγύηση πως η χρήση του συγκεκριμένου φαρμάκου ή συνδυασμού φαρμάκων στο μέλλον είναι άσκοπη.

∅ Τέλος, η διακοπή των φαρμάκων πρέπει να γίνεται αργά και με μεγάλη προσοχή για αποφυγή οποιασδήποτε υποτροπής ή στερητικού συνδρόμου στον ασθενή.

5.2.1 ΤΡΙΚΥΚΛΙΚΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Μια από τις πολύ σημαντικές κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία χρόνιων επώδυνων συνδρόμων είναι τα αντικαταθλιπτικά. Πρόκειται για φάρμακα που χορηγούνται για τη θεραπεία της κατάθλιψης αλλά από πολύ παλιά είχε αποδειχτεί ότι δρούσαν και στη θεραπεία κάποιων συνδρόμων χρόνιου πόνου. Για να αντιμετωπίσουμε ένα καταθλιπτικό επεισόδιο που εμφανίζεται στη διπολική διαταραχή επιλέγουμε τη χρήση εν λόγω φαρμάκων. Συγκεκριμένα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά, νεότερα αντικαταθλιπτικά και αναστολείς της μονοαμινοξειδωσης (Παπαδέλης, 2011).

Ο μηχανισμός δράσης των αντικαταθλιπτικών θεωρείται ότι οφείλεται στην επίδραση τους στα αμινεργικά συστήματα του εγκεφάλου, ιδίως της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης, τα οποία ενισχύουν τη δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα μέσω αναστολής της επαναπρόσληψης τους από τα νευρικά κύτταρα.

Στην οικογένεια με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά βασίστηκε η ψυχιατρική για να θεραπεύσει τη κατάθλιψη τις προηγούμενες δεκαετίες. Η σύγχρονη Ψυχιατρική εξακολουθεί ακόμα να χρησιμοποιεί (αλλά σαν δεύτερη ή τρίτη επιλογή). Παρόλο που η

θεραπευτική αποτελεσματικότητα με τα τρικυκλικά είναι δεδομένη, οι πολλές παρενέργειες περιορίζουν τη χρήση τους και τα οδηγούν στην εφεδρεία της ψυχοφαρμακολογίας, όχι όμως και στην εξαφάνιση.

Οι πιο συχνές παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών είναι η νύστα, η δυσκοιλιότητα, η ξηροστομία, η επίσχεση ούρων, η αύξηση του βάρους και η θολή όραση. Πιο σπάνια κάποιοι βλέπουν εφιάλτες και άλλοι παρουσιάζουν αύξηση της καρδιακής συχνότητας. Επιπλέον, σε υψηλές δόσεις τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να εμφανίσουν επιληπτικές κρίσεις. Ενώ μερικοί ασθενείς εμφανίζουν σημαντικές και μη ανεκτές παρενέργειες. Οι παρενέργειες διαφέρουν μεταξύ των διαφόρων αντικαταθλιπτικών.

Εάν κάποιος παραπονείται για μη ανεκτές παρενέργειες από τη λήψη ενός αντικαταθλιπτικού και παράλληλα αναφέρει βελτίωση του πόνου, τότε μπορεί με την αλλαγή του συγκεκριμένου φαρμάκου με άλλο της ίδιας κατηγορίας, να ωφεληθεί έχοντας την ίδια βελτίωση στον πόνο, με λιγότερες όμως ανεπιθύμητες παρενέργειες.

Η θεραπεία με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, πρέπει να ξεκινάει με χαμηλή δοσολογία και στη συνέχεια με προοδευτική αύξηση, σε διαιρεμένες δόσεις ή εφάπαξ το βράδυ.

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα ήταν η πρώτη κατηγορία φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκε για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών επεισοδίων της διπολικής διαταραχής, ενώ η χορήγηση τους συμβάλλει ακόμα και στην αποφυγή υποτροπής τους. Αυτή η κατηγορία αποτελείται από τις εξής φαρμακευτικές ουσίες (Coryell et al, 1995):

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

5.2.2 ΤΕΤΡΑΚΥΚΛΙΚΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Τα τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα, όπως και τρικυκλικά είναι από τα παλαιότερα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν για την αντιμετώπιση καταθλιπτικών επεισοδίων. Τα τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά, όπως και τα υπόλοιπα αντικαταθλιπτικά

δεν θεραπεύουν τα υποκείμενα αίτια της κατάθλιψης, αλλά καλύπτουν τα συμπτώματα και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής.

Δρουν αποτελεσματικότερα στη θεραπεία καταθλιπτικών επεισοδίων από τις υπόλοιπες κατηγορίες, επιπλέον δεν παρουσιάζουν μεγάλο αριθμό ανεπιθύμητων ενεργειών. Ωστόσο, όσο δρουν τα φάρμακα και αρχίζει να ανυψώνεται η διάθεση του ατόμου, τότε αυξάνεται η ενεργητικότητά του. Σε αυτή τη φάση η πιθανότητα αυτοκτονίας αυξάνει καθώς ελαττώνεται το επίπεδο της κατάθλιψης. Αυτή η κατηγορία αποτελείται από τις εξής φαρμακευτικές ουσίες (Κουκία, 2015).

- Ø Τραζοδόνη (Trittico)
- Ø Μιανσερίνη (Trilvon)
- Ø Μαπροτιλίνη (Retinyl, Lydiamil, Klimastress)

5.2.3 ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ & ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΝΟΑΜΙΝΟΞΕΙΔΑΣΗΣ

Οι παρενέργειες των νεότερων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων εξαρτώνται από το είδος και τη δόση του φαρμάκου, καθώς επίσης και από την ιδιοσυγκρασία του ασθενούς. Αυτή η κατηγορία αποτελείται από τις εξής φαρμακευτικές ουσίες:

- Ø Σερταλίνη (Zolof)†
- Ø Φλουβοξαμίνη (Dymyrox)
- Ø Σιταλοπράμη (Seropram)
- Ø Φλουξετίνη (Ladose, Fluxadir)
- Ø Παροξετίνη (Seroxat)

Οι αναστολείς της MAO έχουν μικρή χρησιμότητα, διότι θεωρούνται λιγότερο αποτελεσματικά σε σύγκριση με τα τρικυκλικά, ενώ Ένα ακόμη αρνητικό αυτής της κατηγορίας φαρμάκων είναι ότι παρουσιάζουν μεγάλο αριθμό ανεπιθύμητων ενεργειών, πράγμα που τα καθιστά επικίνδυνα, Στις παρενέργειες αναφέρονται πονοκέφαλος, ξηροστομία, θαμπή όραση, υπέρταση και άλλα. Επιπλέον, μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες αλληλεπιδράσεις με τροφές και άλλα 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.

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. Οι αναστολείς της MAO ενισχύουν τη δράση των μονοαμινών, δια μέσου αναστολής της αποδόμησής τους. Οι παραπάνω μηχανισμοί καθώς και η μείωση του αριθμού των β1- και α2-αδρενεργικών υποδοχέων και των σεροτονινεργικών υποδοχέων (down regulation) σχετίζονται με τη θεραπευτική δράση των αντικαταθλιπτικών στις συναισθηματικές διαταραχές. Αυτή η κατηγορία φαρμάκων αποτελείται από τις εξής φαρμακευτικές ουσίες:

- Ø Ισοκαρβοξαζίδη (Marplan)
- Ø Φενελζίνη (Nardil)
- Ø Τρανυλκυπρομίνη(Pamate)

5.2.4 ΛΙΘΙΟ

Το λίθιο θεωρείται το αποτελεσματικότερο αλλά και το παλαιότερο φάρμακο για την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής. Η αξιόπιστα αποτελεσματικότητα του στην προφύλαξη από νέα επεισόδια είναι το βασικότερο πλεονέκτημα του. Προφυλάσσει τόσο από επεισόδια κατάθλιψης όσο και από επεισόδια μανίας. Είναι αποτελεσματικό στην οξεία φάση της κατάθλιψης και της οξείας μανίας εξίσου, παρόλο που έχει καθυστέρηση στην έναρξη της δράσης κατά μία με δύο εβδομάδες περίπου. Στο διάστημα αυτό χορηγούνται αντιψυχωτικά φάρμακα.

Το λίθιο είναι το μοναδικό φάρμακο που έχει τεκμηριωθεί η δράση του στην ελάττωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Ωστόσο, δεν εμφανίζει όλο το ποσοστό των ασθενών ικανοποιητική ανταπόκριση στο λίθιο. Οι παράγοντες που είναι καλής ανταπόκρισης στο λίθιο είναι το οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής, η ηλικία έναρξης κοντά στα τριάντα έτη και ο σχετικά μικρός αριθμός επεισοδίων (Κυριακίδου, 2004).

Πριν τη χορήγηση λίθιου ως φαρμακευτική αγωγή, πρέπει να γίνεται έλεγχος κυρίως στη νεφρική και τη θυρεοειδική λειτουργία, όπως επίσης για τις γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία πρέπει να γίνεται τεστ κύησης. Κατά τη διάρκεια χορήγησης του λιθίου θα πρέπει να γίνεται έλεγχος σύντομων χρονικών διαστημάτων για να παρακολουθούνται τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα, η λειτουργία των νεφρών και του θυρεοειδούς. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες του λίθιου είναι:

- Πολυδιψία και ξηροστομία.
- Πολυουρία, η οποία συνήθως υποχωρεί κατά μετά την πρώτη ή τη δεύτερη εβδομάδα.

- Ήπιο τρέμουλο στα χέρια, το οποίο αντιμετωπίζεται με χορήγηση ενός άλλου φαρμάκου.
- Γαστρεντερικές ενοχλήσεις, οι οποίες υποχωρούν μετά από λίγες μέρες ή με τη λήψη άλλου φαρμάκου μαζί με την τροφή.
- Αύξηση βάρους του σώματος, το οποίο ενοχλεί πολύ τους ασθενείς. Η αντιμετώπιση του γίνεται με προσεκτικό διαιτολόγιο και θερμιδική σύσταση των τροφών, με χρήση επαρκούς ποσότητας νατρίου και με αύξηση της σωματικής δραστηριότητας.
- Τριχόπτωση ή αλλαγή στην υφή των μαλλιών.
- Υποθυρεοειδισμός, ο οποίος αντιμετωπίζεται με θυριξίνη.
- Μείωση του ενθουσιασμού και του αυθορμητισμού, καθώς και της μνημονικής λειτουργίας. Χρειάζεται προσαρμογή της δόσης.

Το λίθιο αλληλεπιδρά με διάφορα άλλα φάρμακα με τέτοιο τρόπο που η χορήγηση του έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων του και την εμφάνιση συμπτωμάτων τοξικότητας. Για παράδειγμα διουρητικά, αντιυπερτασικά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και ορισμένα αντιβιοτικά.

Άλλος ένας παράγοντας που οδηγεί σε τοξικά συμπτώματα είναι η αφυδάτωση, για όποιον λόγο και αν προκλήθηκε (διάρροια, εμέτοι, έντονη εφίδρωση) καθώς και η μείωση της ποσότητας αλατιού.

Το σύνηθες εύρος συγκέντρωσης στον ορό του αίματος κυμαίνεται από 0,5 έως 1,5 mEq/L. Απαιτείται μέτρηση του λιθίου στο αίμα κατά την πρώτη εβδομάδα, μια με δύο φορές, μέχρι τα επίπεδα στο αίμα να είναι σταθερά. Τα συμπτώματα της τοξικότητας είναι εμφανή όταν τα επίπεδα λιθίου στο αίμα υπερβούν το 1,5 mEq/L.

Τα συμπτώματα μίας τέτοιας κατάστασης περιλαμβάνουν ασταθή βηματισμό, έντονες και επίμονες γαστρεντερικές ενοχλήσεις, θαμπή όραση και δυσκολία στην ομιλία. Σε αυτή την περίπτωση η επόμενη δόση δεν θα πρέπει να χορηγηθεί, αλλά άμεση ενημέρωση του γιατρού και αναζήτηση βοήθειας. Αν δεν γίνει άμεση αντιμετώπιση και αυξηθούν κι άλλο τα επίπεδα λιθίου στο αίμα, ο ασθενής πιθανώς να παρουσιάσει σπασμούς, να επέλθει σε κώμα και βαθμιαία θάνατος.

Η διακοπή της θεραπείας με λίθιο μετά από μακροχρόνια χορήγηση, απαιτείται να γίνεται σταδιακά και με πολύ αργό ρυθμό, καθώς η απότομη διακοπή μετά την μακροχρόνια χρήση θα επιφέρει μεγάλο κίνδυνο γρήγορης υποτροπής και αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Παπαδημητρίου, 2013).

5.2.5 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ECT)

Η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μια ασφαλής μέθοδος θεραπείας της κατάθλιψης. Όταν λέμε ασφαλής εννοούμε ότι τα ποσοστά θνητότητας τη σημερινή εποχή προσεγγίζει το 1/10000 ασθενείς. Ο κίνδυνος είναι παρόμοιος κλίμακας με τον κίνδυνο της γενικής αναισθησίας μιας συνηθισμένης χειρουργικής επέμβασης. Σε αυτό έχει συμβάλει η δραστική βελτίωση της τεχνολογίας των μηχανημάτων της ΗΣΘ σε σχέση με το παρελθόν. Η ΗΣΘ εφαρμόζεται σε ειδικές κλινικές και νοσοκομεία και διενεργείται από αναισθησιολόγο σε συνεργασία με ψυχίατρο.

Εξαιρετικά διαστρεβλωμένες αντιλήψεις υπάρχουν στον ευρύ πληθυσμό σχετικά με την ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Πρόκειται για μια από τις πιο στιγματιστικές έννοιες στο χώρο της ψυχιατρικής. Ο όρος «ηλεκτροσόκ» χρησιμοποιείται με περιφρόνηση για να χαρακτηρίσει μια θεραπεία που στο εξωτερικό χρησιμοποιείται ευρύτατα στην αντιμετώπιση διάφορων ψυχιατρικών διαταραχών με κύρια τη σοβαρή κατάθλιψη. Η ECT μπορεί να αποβεί σωτήρια για τα ψυχικά διαταραγμένα άτομα και να αποτρέψει μια πιθανή αυτοκτονία.

Τα στερεότυπα περιλαμβάνουν συχνά φόβο για πιθανή βλάβη στον εγκέφαλο. Η σύγχρονη έρευνα δεν έχει στοιχειοθετήσει κάτι τέτοιο. Αν και ο τρόπος δράσης της δεν είναι πλήρως ξεκαθαρισμένος, είναι γνωστό ότι επιφέρει βιοχημικές μεταβολές στους νευροδιαβιβαστές και τις ορμόνες του εγκεφάλου, μεταβάλλοντας την επικοινωνία μεταξύ συγκεκριμένων τμημάτων του.

Επιπλέον πρέπει να τονιστεί ότι ο ασθενής δε βιώνει πόνο ή οποιοδήποτε πρόβλημα κατά τη διάρκεια της συνεδρίας καθώς βρίσκεται υπό αναισθησία. Η διαδικασία της ECT είναι η εξής:

1. Τοποθέτηση ηλεκτροδίων σε συγκεκριμένα σημεία στο ένα ή και στα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια (μονόπλευρη/αμφοτερόπλευρη).
2. Χορήγηση μυοχαλαρωτικού φαρμάκου και γενικής αναισθησίας στον ασθενή διάρκειας λίγων λεπτών.
3. Διοχέτευση ηλεκτρικού ρεύματος διαμέσου των ηλεκτροδίων και πρόκληση σπασμών διάρκειας περίπου 20-60 δευτερολέπτων.
4. Χορήγηση οξυγόνου και αφύπνιση του ασθενούς μετά από λίγα λεπτά.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι η ήπια γνωσιακή δυσλειτουργία, σωματικά συμπτώματα τύπου κεφαλαλγίας, μυαλγίας και εμέτων επίσης μικρής διάρκειας, τα οποία μπορούν να αντιμετωπιστούν με αναλγητικά και αντιεμετικά

φάρμακα. Επιπλέον, μπορεί να παρατηρηθεί ήπια μεταβολή των σφύξεων και της αρτηριακής πίεσης. Τέλος, άτομα με καρδιαγγειακές και εγκεφαλικές παθήσεις πρέπει να αποφεύγουν αυτό το είδος θεραπείας.

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω η ηλεκτροσπασμοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ιδιαίτερα σοβαρές καταστάσεις, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις η χρήση της είναι απαραίτητη προτού δοθεί φαρμακευτική αγωγή. Η αποτελεσματικότητα της ως θεραπεία για αρκετές κλινικές περιπτώσεις είναι μεγαλύτερη των φαρμάκων.

Συνήθως ακολουθείται πρόγραμμα 6-15 συνεδριών με συχνότητα 2-3 φορές την εβδομάδα. Το αποτέλεσμα αρχίζει να γίνεται αισθητό από τη 2^η εβδομάδα θεραπείας. Ο ασθενής δεν είναι απαραίτητο να παραμένει νοσηλευόμενος, αναλόγως και της παρουσίας ή όχι ανεπιθύμητων ενεργειών και δύναται να πραγματοποιεί τις συνεδρίες ως εξωτερικός ασθενής.

5.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

1. Ατομική θεραπεία

Η ατομική ψυχοθεραπεία απευθύνεται σε δύο άτομα, τον ψυχοθεραπευτή και τον ασθενή. Δηλαδή γίνεται μια διερεύνηση του εαυτού του ασθενή με τη βοήθεια του ειδικού. Θα υπάρξουν στιγμές που ο ενδιαφερόμενος θα συγκινηθεί και θα κλάψει, αυτό όμως είναι θεμιτό γιατί αποτελεί σημαντικό κομμάτι της ψυχοθεραπείας διότι αφήνει τον θεραπευτή να μπει στο μυαλό του και στο χαρακτήρα του, ώστε να κατανοήσει πιο πολλά πράγματα και στοιχεία της ατομικότητας του. Συμπερασματικά, στόχος της ατομικής ψυχοθεραπείας είναι η κατανόηση του προβλήματος και η μείωση των συμπτωμάτων που νιώθει ο ασθενής με οποιοδήποτε τρόπο. Το περιβάλλον εμπιστοσύνης δίνει τη δυνατότητα να νιώσει άνετα ο εξεταζόμενος και να βγάλει από μέσα του με μεγαλύτερη ευκολία ότι τον απασχολεί.

Άλλος ένας στόχος της ατομικής ψυχοθεραπείας είναι να αναλυθούν και να διερευνηθούν παλαιότερα τραύματα και καταστάσεις που αποδείχθηκαν οδυνηρές. Τα άτομα που κάνουν ψυχοθεραπεία τις περισσότερες φορές αισθάνονται δυσκολία στην έκφραση συναισθημάτων, στο σωστό τρόπο σκέψης, είναι απομακρυσμένοι από το περίγυρο τους, είναι λιγότερο δραστήρια, νιώθουν ακόμα απογοήτευση, έχουν συνήθως σωματικούς πόνους και διάφορα ψυχοσωματικά προβλήματα, τα οποία δημιουργούν με το μυαλό τους, με αποτέλεσμα η καθημερινότητα τους γίνεται όλο και πιο μίζερη. Ο αριθμός των συναντήσεων εξαρτάται από το πόσο σοβαρό είναι το πρόβλημα του ασθενή (Φιλιππόπουλος, 1961).

2. Ομαδική θεραπεία

Σε αυτό το είδος θεραπείας κάθε ομάδα αποτελεί έναν μικρόκοσμο της ευρύτερης κοινωνίας, στον οποίο οι ασθενείς επικοινωνούν και εκφράζονται με ασφάλεια. Αν καταφέρουν να ενταχθούν στην ομάδα και να ανεχτούν την διαπροσωπική διεργασία τότε θα ωφεληθούν.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία από την ατομική διαφέρει στο γεγονός ότι στην ομαδική συμμετέχουν περισσότερα από δυο άτομα (τον ψυχοθεραπευτή και τον ασθενή). Πολλές φορές, τα προβλήματα που απασχολούν τους ανθρώπους μιας θεραπευτικής ομάδας είναι κοινά. Με την βοήθεια ενός ή περισσότερων ειδικών τα αναλύουν μέσα στην ομάδα. Για να μπει κάποιος σε μια τέτοια ομάδα γίνεται μια συζήτηση με τον έναν ή τους θεραπευτές και με τον καθένα ξεχωριστά προκειμένου να τοποθετηθεί ομάδα που του ταιριάζει καλύτερα. Στόχος της ομαδικής θεραπείας είναι να γίνουν τα άτομα ικανά να βελτιώσουν τη δυνατότητα τους και να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα προβλήματα της ζωής τους.

Μια ομαδική θεραπεία έχει όρους και όρια. Τα όρια έχουν να κάνουν με την ώρα προσέλευσης του καθενός, με την ώρα αναχώρησης και τη συμπεριφορά του καθ' όλη τη διάρκεια της ομαδικής συνεδρίας. Επίσης, σε μια θεραπευτική ομάδα μπορούν να συμμετέχουν και άντρες και γυναίκες. Τα άτομα που αποφασίζουν να πάρουν μέρος σε μια τέτοια ψυχοθεραπεία γνωρίζουν και δέχονται πως θα πρέπει να μοιραστούν τα προβλήματα με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας (Leuze et al, 2005).

3. Γνωσιακή θεραπεία

Η γνωσιακή θεραπεία είναι η πιο επιστημονικά τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία για άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Αυτή η θεραπεία έχει καταφέρει να βοηθήσει διπολικούς ασθενείς να μειώσουν τις υποτροπές και τις νοσηλείες και να αυξήσουν την λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής τους. Η συγκεκριμένη ψυχοθεραπεία ασχολείται με τον τρόπο που η συμπεριφορά και η σκέψη επηρεάζουν την συναισθηματική κατάσταση του ασθενή. Ο χαρακτήρας της θεραπείας είναι εκπαιδευτικός διότι βασίζεται στην απόκτηση δεξιοτήτων ώστε να μάθει στον θεραπευόμενο να διαχειρίζεται την ασθένεια του καθώς και να προλαμβάνει νέα επεισόδια κατάθλιψης και μανίας.

Το κόστος της θεραπείας αρκετές φορές είναι καταλυτικός παράγοντας που αποτρέπει πολλούς ασθενείς από την επιλογή της συγκεκριμένης θεραπείας, και έτσι καταλήγουν σε θεραπεία μόνο με φάρμακα. Σύμφωνα με μελέτες ακόμα και με τις καλύτερες φαρμακευτικές αγωγές οι υποτροπές συνεχίζουν, και κυρίως σε ασθενείς που δεν ξέρουν να διαχειρίζονται την ασθένεια τους.

Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι η συγκεκριμένη θεραπεία ενισχύει την λειτουργία των φαρμακευτικών αγωγών και δεν παρεμβαίνει και κυρίως δεν αντικαθιστά την φαρμακευτική αγωγή του ασθενή όταν αυτή είναι απαραίτητη (Healthwise et al, 2010).

4. Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία

Τα ψυχολογικά προβλήματα αποτελούν λόγους για τους οποίους μπορεί ένα άτομο να οδηγηθεί στη ψυχανάλυση. Πολλά ψυχολογικά προβλήματα του ανθρώπου είναι απόρροια τραυματικών εμπειριών που είχε στην παιδική του ηλικία και τα οποία με το πέρασμα του χρόνου εισχώρησαν στο ασυνείδητο του με αποτέλεσμα να του δημιουργούν δυσκολίες στην ενήλικη ζωή του.

Σκοπός της ψυχανάλυσης είναι να οδηγήσει τον ασθενή στην κατανόηση των ασυνείδητων αυτών συγκρούσεων. Δεν είναι στόχος η άμεση αλλαγή της συμπεριφοράς αλλά η προσπάθεια να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην απόκτηση αυτογνωσίας από το άτομο έτσι ώστε να αναδομηθεί όλη η προσωπικότητα και να ενδυναμωθεί το εγώ του. Είναι ξεκάθαρο πως σκοπός της θεραπείας δεν είναι η εξάλειψη ενός προβλήματος αλλά η κατανόηση του, καθώς όλα προέρχονται από την μάχη ανάμεσα στο φόβου και τις ασυνείδητες επιθυμίες τις οποίες επιδιώκει να ελέγξει μέσω των μηχανισμών άμυνας του. Ο ψυχοθεραπευτής δε μένει μόνο στο να ακούει αλλά μέσα από τις συζητήσεις να προσπαθεί να δώσει συμβουλές και να συμμετέχει ενεργά (Lenze et al, 2005).

5. Θεραπεία συμπεριφοράς

Ως θεραπεία συμπεριφοράς ορίζεται η προσπάθεια θεραπείας με αλλαγή της συμπεριφορά του ασθενή εστιάζοντας στα παρόντα και τα συνειδητά προβλήματα εφαρμόζοντας συγκεκριμένες τεχνικές και οδηγίες διόρθωσης. Πρωταγωνιστής στη θεραπευτική διαδικασία είναι ο θεραπευόμενος, ο οποίος εμπλέκεται ενεργά στη θεραπεία του.

Η θεραπεία της συμπεριφοράς βασίζεται στις θεωρίες μάθησης και έχει ως βασικό στόχο την τροποποίηση ή κατάργηση μη λειτουργικών συμπεριφορών. Συνήθως συνδυάζεται με γνωσιακή θεραπεία αλλά μπορεί να εφαρμοστεί και ξεχωριστά. Μερικές από τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι η έκθεση, η συστηματική απευαισθητοποίηση και η ενίσχυση των επιθυμητών συμπεριφορών.

Η συμπεριφοριστική θεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στις διαταραχές άγχους, όπως είναι οι φοβίες και η κρίσεις πανικού, στις διαταραχές προσαρμογής, στις διαταραχές ελέγχου παρορμήσεων και σε διαταραχές διάθεσης όπως είναι η κατάθλιψη.

Η *Θεραπεία Συμπεριφοράς* μπορεί να εφαρμοστεί με αποτελεσματικότητα στις *διαταραχές της διάθεσης, διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, σε αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές προσαρμογής και σεξουαλικές δυσλειτουργίες*. Παράλληλα, χρησιμοποιείται ενισχυτικά στις διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες και στις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Στα οφέλη της Θεραπείας Συμπεριφοράς περιλαμβάνονται:

- ∅ Η σημαντική μείωση ή/και εξάλειψη των παθολογικών συμπτωμάτων.
- ∅ Η μείωση του παθολογικού άγχους.
- ∅ Η ύφεση της δυσφορίας.
- ∅ Η αύξηση της αίσθησης αυτό-αποτελεσματικότητας.
- ∅ Η βελτίωση της αυτοπεποίθησης.
- ∅ Η ενίσχυση της αίσθησης απόκτησης ελέγχου.
- ∅ Η βελτίωση του τρόπου σκέψης και αντιμετώπισης των δυσκολιών.
- ∅ Η αποκατάσταση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής.
- ∅ Η σύντομη διάρκεια της θεραπείας.
- ∅ Η διατήρηση των θεραπευτικών κερδών μέσα στο χρόνο.

Και στα 5 είδη θεραπείας ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας έχει σημαντικό και υπεύθυνο ρόλο, κάποιες φορές ως βασικός θεραπευτής και άλλες ως συνθεραπευτής αλλά πάντα ως ενεργό μέλος της θεραπευτικής ομάδας (Healthwise staff, 2010).

5.4 ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΟΙΚΕΙΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ

Κατά τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής, για να υπάρξει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, πολύ μεγάλη σημασία έχει η εκπαίδευση τόσο του ασθενή όσο και των οικείων του προσώπων. Σε αυτό το είδος θεραπείας, το εξειδικευμένο επαγγελματικό προσωπικό στοχεύει στην σωστή εκπαίδευση του ασθενή σχετικά με την ασθένεια του. Πιο αναλυτικά, στοχεύει στην εκπαίδευση του ασθενή σχετικά με τα συμπτώματα των επεισοδίων της συγκεκριμένης νόσου έτσι ώστε να μπορεί να τα αναγνωρίζει, να τα ελέγχει και να προλαμβάνει την πιθανή υποτροπή των επεισοδίων ακόμα και τη μείωση τους.

Η εκπαίδευση των οικείων προσώπων τους βοηθά να είναι αποτελεσματικοί στις παρεμβάσεις για τον ασθενή. Τα αποτελέσματα είναι καλύτερα όταν η εκπαίδευση γίνεται

ομαδικά, γιατί έτσι επιτυγχάνεται η ανταλλαγή απόψεων και η αμοιβαία ενίσχυση. Συμπερασματικά, η ψυχοεκπαίδευση έχει κλινικό χαρακτήρα και πρέπει να παρέχεται από επαγγελματίες υγείας.

Η παρέμβαση της οικογένειας σε αυτού του είδους θεραπεία εστιάζεται στην αναγνώριση των δυσκολιών αλλά και στην αξιοποίηση στρατηγικών, με τις οποίες θα βοηθήσουν στη βελτίωση της ενδοοικογενειακής λειτουργίας, στη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων και των συγκρούσεων. Η εργασία με το οικογενειακό περιβάλλον επιφέρει σημαντική βελτίωση στην ανάκαμψη του διπολικά διαταραγμένου ασθενή.

Οι τρόποι με τους οποίους μπορεί να πραγματοποιηθεί η ψυχοεκπαίδευση είναι αρκετοί. Για παράδειγμα, συνεδρίες πρόσωπο με πρόσωπο με το θεραπευτή, ομαδικές συνεδρίες, στις οποίες παίρνουν μέρος αρκετά άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή και μεικτές ομαδικές συνεδρίες, στις οποίες συμμετέχουν αρκετά άτομα με διπολική διαταραχή και τα οικεία τους πρόσωπα.

Για μια επιτυχημένη ψυχοεκπαίδευση πρέπει να πραγματοποιηθεί μια σειρά από συνεδρίες, μέσα σε διάστημα μηνών ή και ετών και είναι προτιμότερο οι ασθενείς να παρακολουθούν τις συνεδρίες κατά τη διάρκεια των πιο ήρεμων περιόδων της ζωής τους, έτσι ώστε να μπορούν να αφομοιώσουν ευκολότερα τις πληροφορίες.

Ένα τυπικό πρόγραμμα ψυχοεκπαίδευσης καλύπτει θέματα όπως, ο έγκαιρος εντοπισμός συμπτωμάτων μανίας και κατάθλιψης και στρατηγικές που βοηθούν στην πρόληψη της ανάπτυξης πρώιμων συμπτωμάτων σε επεισόδια πλήρους έκτασης. Όπως επίσης, σωστό τρόπο χρήσης ημερολογίων διάθεσης, έτσι ώστε για να σημειώνεται η εξέλιξη της κατάστασής του διπολικά διαταραγμένου ασθενή, η χρήση φαρμάκων και οι κίνδυνοι από τη διακοπή της θεραπείας, τρόπους αντιμετώπισης πιθανού στρες και βοήθεια στην επίλυση προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν, όπως και τρόπους αντιμετώπισης προβλημάτων ύπνου είτε υπερβολικού ύπνου είτε μη επαρκούς ύπνου.

Προσφέρει επίσης πληροφορίες για ενδεχόμενη κύηση και γενικότερα γενετική συμβουλευτική. Ακόμα προσφέρει βοήθεια για την αποφυγή της χρήσης ουσιών όπως αλκοόλ και ναρκωτικά. Και τέλος βοηθάει την καθιέρωση ενός τακτικού και προγραμματισμένου τρόπου ζωής. Η ψυχοεκπαίδευση που εστιάζεται στην οικογένεια μπορεί επίσης να καλύπτει θέματα όπως χρηματοοικονομικές, κοινωνικές και ψυχολογικές εντάσεις που μπορεί να προκαλεί η φροντίδα του συγγενή που έχει διπολική διαταραχή (Κονταξάκης και άλλοι, 2005).

5.5 ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ

Για τα άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή το στρες αποτελεί ένα σοβαρό ερέθισμα και, δυστυχώς, το να αποφευχθεί πλήρως δεν είναι εφικτό. Είναι όμως εφικτό να μειωθεί η επίδραση που έχει στη ζωή των ασθενών. Για να αντιμετωπιστεί το στρες πρέπει πρώτα ο ασθενής να εντοπίσει πότε τον επηρεάζει. Υπάρχουν αρκετά προειδοποιητικά σημεία:

Όσον αφορά το μυαλό, το άτομο θα πρέπει να έχει την ικανότητα να διακρίνει την επανειλημμένη σκέψη των προβλημάτων, το αίσθημα σύγχυσης, το αίσθημα φόβου, την αίσθηση ότι βρίσκεται εκτός ελέγχου και ότι κάτι κακό θα συμβεί .

Όσον αφορά το σώμα, ο ασθενής θα πρέπει να εντοπίζει συμπτώματα όπως είναι η ξηροστομία και ο ξηρός λαιμός, η ταχυκαρδία, η κεφαλαλγία, το λαχάνιασμα και η γρήγορη αναπνοή, η ζάλη, το τρέμουλο, ο ιδρώτας των χεριών και το αίσθημα μυρμηγκιάσματος στα δάκτυλα, καθώς και το αίσθημα βάρους στον θώρακα.

Όταν ο ασθενής νιώσει ένα ή συνδυασμό από τα παραπάνω πρέπει να βρει τον κατάλληλο τρόπο την κάθε φορά ώστε να αποβάλει το στρες και τη συναισθηματική φόρτιση. Ακολουθούν μερικές στρατηγικές που συνήθως βοηθούν σε αντίστοιχες καταστάσεις: όταν μια κατάσταση γίνεται στρεσογόνο, πρέπει να γίνεται σταδιακή απόσυρση και να μην γίνεται αιφνίδια, διότι αυτό είναι από μόνο του στρεσογόνο. Καλό είναι να αποφεύγεται το αλκοόλ ,οι ναρκωτικές ουσίες, το τσάι, ο καφές και τα αναψυκτικά (τύπου κόλα) γιατί αυτά μπορούν να προκαλέσουν άγχος. Κάποιες τεχνικές χαλάρωσης είναι η αργή αναπνοή, το άκουσμα μουσικής, ένα ζεστό μπάνιο, το διάβασμα ενός βιβλίου ή μια βόλτα. Τέλος, μια χρήσιμη συμβουλή είναι η επικοινωνία με κάποιον, τα προβλήματα συχνά μοιάζουν ευκολότερα στο να αντιμετωπιστούν όταν τα εκφράζουμε.

Εξίσου σημαντικό στην αυτοβοήθεια για κάποιον που έμαθε ότι έχει διπολική διαταραχή, είναι να αποφεύγει τις στρεσογόνες καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν επεισόδια. Χρήσιμο για έναν ασθενή λοιπόν να μην αναλαμβάνει πολλά στη δουλειά ή την κοινωνική του ζωή, να αποφεύγει οτιδήποτε του δημιουργεί πίεση και όπου δεν είναι εφικτή η αποφυγή κάποιας κατάστασης, να ζητήσει μεσολαβητή. Χρήσιμη επίσης είναι η καταγραφή του είδους των καταστάσεων που αποδείχθηκαν στρεσογόνες έτσι ώστε να αποφεύγονται (Καπρίνης, 1991).

5.6 ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η νόσος της διπολικής διαταραχής δεν αποτελεί προβληματισμό μόνο για τους ίδιους τους πάσχοντες. Μπορεί να δημιουργήσει μεγάλη δυσκολία σε όποιον είναι δίπλα στους ασθενείς. Γονείς, παιδιά, σύζυγοι, σύντροφοι και φίλοι είναι πιθανό όλοι να βρεθούν ξαφνικά σε ρόλο για τον οποίο νιώθουν εντελώς απροετοίμαστοι. Με το πέρασμα του χρόνου, όμως, οι συγγενείς αντιμετωπίζουν την πρόκληση της φροντίδας, βοηθώντας τον ασθενή τους στα χειρότερα στάδια της διαταραχής και παρέχοντάς του την υποστήριξη να οργανώνει τη ζωή του εκ νέου.

Σημαντικό είναι επίσης να τονίσουμε ότι η ύπαρξη ενός μέλους της οικογένειας με διπολική διαταραχή δεν σημαίνει ότι η οικογένεια παύει να απολαμβάνει την οικογενειακή ζωή που απολάμβανε.

Υπάρχουν αρκετά πράγματα που μπορεί να κάνει η οικογένεια για να βοηθήσει τον συγγενή της να αντιμετωπίσει τη νόσο του χωρίς να σταματήσει να απολαμβάνει τη δική της ζωή. Αυτό μπορεί να συμβεί με την σωστή ενημέρωση σχετικά με τη διπολική διαταραχή. Όσα περισσότερα μαθαίνει, τόσο περισσότερο μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά.

Η οικογένεια θα πρέπει να ενταχθεί σε ομάδα φροντιστών ή δίκτυο οικογενειών για να μοιράζεται εμπειρίες και να παρέχετε αμοιβαία υποστήριξη. Έρευνα για ομάδες υποστήριξης των μελών οικογενειών μπορεί να επιτευχθεί στο διαδίκτυο, προκειμένου διάφορες οικογένειες πασχόντων να μοιραστούν ιστορίες και εμπειρίες. Με αυτόν τον τρόπο διατηρούνται ανοικτοί οι δίαυλοι επικοινωνίας με τον ασθενή, ακόμη και σε περιόδους δύσκολης συμπεριφοράς. Ο ασθενής, υπάρχει πιθανότητα να μην εκτιμήσει πάντα τις προσπάθειες, πράγμα που μπορεί να εκτιμήσει στο μέλλον. Η οικογένεια θα πρέπει να έχει την ικανότητα να εντοπίζει τα προειδοποιητικά σημεία της υποτροπής δημιουργώντας ένα προκαταβολικό σχέδιο με τον ασθενή, ώστε να αναγνωρίζεται και από τις δύο πλευρές τι πρέπει να συμβεί σε στιγμές κρίσης.

Η οικογένεια και το οικείο περιβάλλον του ασθενή θα πρέπει να τον βοηθά να οργανώσει τη ζωή του χρησιμοποιώντας ημερολόγια και άλλα βοηθητικά εργαλεία. Απαραίτητη είναι η ευγενική προώθηση του ασθενή να λάβει τα φάρμακά του, παρακολουθώντας τον αν τελικά θα τα πάρει. Η οικογένεια πρέπει να είναι ικανή να διαχωρίζει και να διακρίνει τα προειδοποιητικά σημεία για την αυτοκτονία. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να απευθύνεται αμέσως στην ομάδα φροντίδας ψυχικής υγείας καθώς ο ασθενής μπορεί να βρίσκεται σε κίνδυνο. Ωστόσο, η οικογένεια δεν πρέπει να αναλαμβάνει

την εξολοκλήρου φροντίδα του ασθενή, αλλά να τον παροτρύνει να ζει κατά το δυνατόν πιο αυτόνομα.

Οποιαδήποτε απόφαση πάρει η οικογένεια του διπολικά διαταραγμένου ασθενή μπορεί να οδηγήσει στον υποχρεωτικό εγκλεισμό του στο νοσοκομείο, κάτι που μπορεί να προκαλέσει μεγάλη ταραχή, ενώ μπορεί να βλάψει σοβαρά τη σχέση της οικογένειας. Ωστόσο, ίσως να υπάρχουν φορές που ο ασθενής δεν μπορεί πλέον να πάρει σημαντικές αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα της δικής του υγείας. Η κατάσταση του μπορεί να επιδεινωθεί τόσο, ώστε να φτάσει σε σημείο που θέτει σε κίνδυνο την ασφάλειά του ή ακόμα και την ασφάλεια τρίτων σε κίνδυνο. Αν η κατάσταση φτάσει σε αυτό το σημείο, τότε ίσως να ενδείκνυται υποχρεωτικός εγκλεισμός στο νοσοκομείο. Η οικογένεια μπορεί να συμβουλευτεί για τη νομική διαδικασία αναζήτησης υποχρεωτικού εγκλεισμού/εντάλματος θεραπείας από την ομάδα φροντίδας υγείας, συμβουλευτικές υπηρεσίες πολιτών ή από διάφορες ομάδες υποστήριξης.

Είναι γεγονός πως οι περισσότεροι άνθρωποι με διπολική διαταραχή ζουν μια παραγωγική και πλήρη ζωή, όμως δεν θα ήταν σωστό να θεωρήσουμε ότι η κατάσταση δεν μπορεί να έχει τραγικές επιπτώσεις. Το φαινόμενο της αυτοκτονίας είναι η τραγικότερη συνέπεια από όλες. Δυστυχώς, παρόλο που υπάρχει μεγάλος αριθμός πραγμάτων που μπορούν να κάνουν οι φροντιστές για να εξαλείψουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας, ορισμένα περιστατικά αυτοκτονιών απλώς δεν μπορούν να αποφευχθούν.

Τα μέτρα που μπορεί να πάρει η οικογένεια και το στενό φιλικό περιβάλλον για να μειωθεί ο κίνδυνος αυτοκτονίας, βασίζονται αρχικά στο περιβάλλον του ασθενή, το οποίο πρέπει να γνωρίζει τα προειδοποιητικά σημεία (τα οποία θα αναφέρουμε παρακάτω). Επιπλέον, πρέπει να γίνονται συζητήσεις σχετικά με τις σκέψεις του για αυτοκτονία – τέτοιου είδους συζητήσεις για την αυτοκτονία δεν κάνουν πιθανότερο το να συμβεί. Καλό είναι να γίνεται ενημέρωση για το ποια μέλη της ομάδας φροντίδας υγείας θα πρέπει να καλέσουν σε περίπτωση επείγοντος. Πρέπει να πραγματοποιούνται συχνά αλλαγές περιβάλλοντος όπως μια βόλτα, μια επίσκεψη σε ένα φίλο ή απλώς μετάβαση σε άλλο δωμάτιο (Van Servellan, 1981).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^Ο: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

6.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η διπολική διαταραχή αποτελεί μια ψυχική ασθένεια, η οποία απαιτεί τη συνεργασία αρκετών ειδικών προκειμένου να επιτευχθεί ένα ολοκληρωμένο αποτέλεσμα, να αποκατασταθεί η ψυχική υγεία του ασθενούς, να εξαλειφθούν τα συμπτώματα και να επανενταχθεί το άτομο στα πρότυπα της κοινωνίας.

Η διεπιστημονική ομάδα λοιπόν είναι μια ομάδα θεραπείας που αποτελείται από γιατρούς και ειδικούς θεραπευτές όπως ψυχίατρο, ψυχολόγο, νοσηλεύτη και κοινωνικό λειτουργό, οι οποίοι από κοινού προσπαθούν να κατανοήσουν τις ατομικές διαφορές και τις ανάγκες του κάθε διπολικά διαταραγμένου ασθενή, να παρέχουν διάγνωση, αξιολόγηση και θεραπεία σε ένα υποστηρικτικό πλαίσιο με τη φροντίδα του περιβάλλοντος. Επιπλέον, το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον θεωρούνται σεβαστά μέλη της ομάδας και πιστεύεται ότι είναι ο καλύτερος συνήγορος του ασθενούς.

Μια τέτοια ομάδα αποτελείται από την οικογένεια και τους επαγγελματίες που ασχολούνται με την υποστήριξη του ατόμου. Οι γνώσεις, οι προσωπικές στάσεις και αντιδράσεις, και γενικά η προσωπικότητα κάθε μέλους της διεπιστημονικής ομάδας είναι ένα εξαιρετικά δυναμικό στοιχείο στην θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η διεπιστημονική ομάδα λειτουργεί καλύτερα όταν ο συντονισμός και η διαχείριση των ευθυνών ανατίθενται σε ένα άτομο, τον συντονιστή της ομάδας, ο οποίος αναλαμβάνει ορισμένες αρμοδιότητες όπως: να κρατάει τα πρακτικά αρχεία, να διευκολύνει και να διασφαλίζει την τήρηση των χρονοδιαγραμμάτων, να παρέχει υποστήριξη στα μέλη της ομάδας, να παρέχει γενική διαχείριση των δραστηριοτήτων της ομάδας.

Κάθε μέλος μιας διεπιστημονικής ομάδας οφείλει να γνωρίζει πότε και ποια άλλη ειδικότητα είναι κατάλληλη για να παρέμβει στο θεραπευτικό πρόγραμμα, να δεχτεί ή να δώσει συμβουλές και οδηγίες σε άλλες ειδικότητες.

Ειδικότερα, στη διπολική διαταραχή ο ψυχίατρος και ο νοσηλεύτης είναι τα άτομα που έρχονται άμεσα με τον ψυχικά διαταραγμένο ασθενή, ο οποίος θα εισέλθει σε κάποια ψυχιατρική κλινική, ψυχιατρικό κέντρο ή ξενώνα. Ο ψυχίατρος θα διακρίνει ποία είναι η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή για τον κάθε ασθενή, ενώ ο νοσηλεύτης είναι το άτομο που θα χορηγήσει τη θεραπεία. Ο νοσηλεύτης ως άτομο που έρχεται συχνότερα σε επαφή με τους ασθενείς έχει την ικανότητα να παρακολουθεί την ψυχολογική αλλά και την κλινική εικόνα του ασθενή, καθώς και να αναφέρει τη συμπεριφορά και τις ανάγκες του στα άλλα

μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Ο ψυχολόγος και ο κοινωνικός λειτουργός είναι τα άτομα που θα αναλύσουν τη αίτια της συμπεριφοράς του ασθενούς, θα παρέχουν και θα εφαρμόσουν την κατάλληλη ψυχολογική θεραπεία, ενώ παράλληλα θα κάνουν κατανοητό στον ασθενή και στην οικογένεια του το απαραίτητο της συμβολής τους στο έργο της διεπιστημονικής ομάδας.

Στο χώρο της υγείας ο κάθε ειδικός γνωρίζει τις αρμοδιότητες του και το αντικείμενο της εργασίας του, αλλά πολλές φορές δεν είναι εξοικειωμένος με τη βασική εκπαίδευση, τους ρόλους ή το εύρος των λειτουργιών άλλων ειδικοτήτων. Αυτή η έλλειψη εξοικείωσης οφείλεται, εν μέρει, στον τρόπο με τον οποίο κάθε ομάδα (ειδικότητα) είναι εκπαιδευμένη – σε ένα μοναδικό επαγγελματικό περιβάλλον, με τη δική του γλώσσα, την ορολογία του, την επίλυση προβλημάτων, τις μεθόδους, και την επαγγελματική συμπεριφορά.

Αυτή η προσέγγιση της εκπαίδευσης σε συνδυασμό με μια γενική έλλειψη γνώσης οδηγεί σε ανεπαρκή αξιοποίηση των δεξιοτήτων και των ικανοτήτων του κάθε επαγγελματία με αποτέλεσμα η πορεία ενός θεραπευτικού προγράμματος να είναι ανεπαρκής. Επομένως, για να έχουμε μια πιο σφαιρική και πολύπλευρη εικόνα των πραγμάτων, και για να θεωρείται σωστός ο κάθε επαγγελματίας (όσο αφορά τη διάγνωση, την αξιολόγηση και την παρέμβαση ενός θεραπευτικού προγράμματος) είναι απαραίτητο να συμμετέχει στη διεπιστημονική ομάδα μη παρεμβαίνοντας στο έργο κάποιου άλλου επαγγελματία.

6.2 ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ψυχιατρική νοσηλευτική αποτελεί κλάδο της νοσηλευτικής που έχει σκοπό την παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στο ψυχικά διαταραγμένο ασθενή προκειμένου να αντιμετωπίσει την ψυχική ασθένεια και να προάγει την ψυχική υγεία. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας δρουν τόσο στις ψυχιατρικές κλινικές των νοσοκομείων όσο και στην κοινότητα.

Ο νοσηλευτής κοινοτικής ψυχιατρικής μαζί με τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας συμμετέχουν και στα τρία στάδια της πρόληψης, βοηθώντας στην ανάπτυξη και την αποκατάσταση των κοινωνικών σχέσεων του ασθενή, αλλά και στην καθοδήγηση του ασθενή στην εφαρμογή της θεραπευτικής του αγωγής. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας θα πρέπει να διαθέτει τα κατάλληλα προσόντα προκειμένου να ανταπεξέλθει στην ορθή και ολοκληρωμένη φροντίδα του «απαιτητικού» ψυχικά διαταραγμένου ασθενή. Επιπλέον

οφείλει να παρέχει ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας στους ψυχιατρικούς ασθενείς αλλά και στις οικογένειες τους.

Τα χαρακτηριστικά των νοσηλευτών ψυχικής υγείας είναι:

- ∅ Προστασία της αξιοπρέπειας του ασθενή.
- ∅ Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή.
- ∅ Σεβασμός στη προσωπικότητα του ασθενή.
- ∅ Προσεκτική ακρόαση στα προβλήματα του ασθενή.
- ∅ Δημιουργία ήρεμου θεραπευτικού περιβάλλοντος για τον ασθενή.
- ∅ Ευγένεια.
- ∅ Ενδιαφέρον και ευαισθησία.
- ∅ Αίσθημα υπευθυνότητας.
- ∅ Μη επικριτική στάση προς τον ασθενή.
- ∅ Κατανόηση.

Ιδιαίτερο προσόν του νοσηλευτή ψυχικής υγείας αποτελεί η καλή επικοινωνία μεταξύ του με τον ασθενή. Η θεραπευτική επικοινωνία μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενούς ενθαρρύνει το ψυχικά διαταραγμένο άτομο να δοκιμάσει διάφορους τρόπους επικοινωνίας και συμπεριφοράς, που θα τον οδηγήσουν σε ψυχολογική ωριμότητα και επικοινωνία. Για να επιτευχθεί ορθή επικοινωνία ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενδιαφέρεται θερμά για τον ασθενή, να δείχνει αποδοχή και κατανόηση, να δείχνει σεβασμό και ευγένεια, ειλικρίνεια και επιείκεια προς τον ασθενή, ενώ ταυτόχρονα να διασφαλίζει την σωματική και τη ψυχολογική του προστασία. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναπτύξει κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης, προκειμένου ο ασθενής να αισθάνεται ασφαλής, να τονώσει την αυτοπεποίθηση του ασθενούς και να τον ανακουφίσει από το αίσθημα ενοχής και συναισθηματικής έντασης.

Τέλος, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας θα πρέπει να διασφαλίσει ένα ορθό θεραπευτικό περιβάλλον, στο οποίο ο ασθενής θα νιώθει ασφαλής από φυσικούς κινδύνους και συναισθηματικά τραύματα, ελεύθερος να εκφράσει τα αισθήματά του, να χρησιμοποιεί τις δικές του ικανότητες για την επίλυση των προβλημάτων του και να υπάρχει δυνατότητα φιλικής και ζεστής ατμόσφαιρας που θα του διασφαλίζει εξατομίκευση της θεραπείας και της φροντίδας του (Κούκια, 2015).

6.3 ΑΡΧΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΔΙΠΟΛΙΚΑ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ

Για τη σωστή επικοινωνία με ψυχικά διαταραγμένα άτομα θα πρέπει να γίνεται χρήση σταθερής και ήρεμης προσέγγισης. Η προσέγγιση αυτή παρέχει οργάνωση και έλεγχο για τον άρρωστο που είναι εκτός ελέγχου. Η προσέγγιση αυτή είναι πιθανό να εμπνεύσει αίσθημα σιγουριάς. Πρέπει να γίνεται χρήση σύντομων και συγκεκριμένων εξηγήσεων ή φράσεων, να διατηρείται ουδετερότητα και να αποφεύγονται οι αντιπαραθέσεις με επίδειξη δύναμης και κριτικής.

Ο ασθενής μπορεί να χρησιμοποιήσει τα κριτικά σχόλια ή τις ασυνέπειες ως δικαιολογία για μια λογομαχία. Πρέπει να υπάρχει αποφυγή αστεϊσμών και να διατηρείται ηρεμία και ουδετερότητα, με αποτέλεσμα να περιορίζεται η κορύφωση της μανίας και να μειώνεται η ήδη υπάρχουσα ένταση. Οι αστεϊσμοί και τα γέλια με τον ασθενή δείχνουν μειωμένο σεβασμό στα προβλήματα και στις ανάγκες του. Απαραίτητη είναι η συνέπεια όλων των μελών της θεραπευτικής ομάδας για την διατήρηση των ορίων, προκειμένου να μειωθεί ο χειρισμός των ατόμων από τον ίδιο τον ασθενή.

Τα όρια που θα αποφασιστούν από το προσωπικό θα πρέπει να ειπωθούν στον ασθενή με απλές και συγκεκριμένες εκφράσεις, μαζί με τις συνέπειες που θα ακολουθήσουν αν δεν τηρηθούν τα όρια αυτά, προκειμένου ο ασθενής να αντιληφθεί τον εξωτερικό έλεγχο και να προσπαθήσει να ελέγξει τη συμπεριφορά του. Πιθανές ανεύθυνες συμπεριφορές θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με αποδοχή. Η αποδοχή αντικρούει την θέληση του ασθενή να θυμώσει τον νοσηλευτή για να πράξει παράλογα για να διατηρηθεί η αμυντική συμπεριφορά (Coler, 2001).

6.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Πολλοί ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη δεν έχουν τα συνηθισμένα χαρακτηριστικά της κατάστασής τους. Για αυτό το λόγο, είναι πιθανό να μην γίνει διάγνωση, εκτός και αν παρουσιαστούν κάποιες ενδείξεις και μπορέσει το νοσηλευτικό προσωπικό που είναι σε στενή επικοινωνία με τον ασθενή για μεγάλα χρονικά διαστήματα να τα αναγνωρίσει. Η ύπαρξη χαρακτηριστικών όπως τα παρακάτω πρέπει να προβληματίσει και να οδηγήσει σε επανεξέταση της διάγνωσης του ασθενούς:

- Ø Επεισόδια με κλάματα.
- Ø Ανησυχία στον ύπνο.
- Ø Άρνηση ή αποφυγή τροφής.

- Ø Δυσκολία να πάρει καθημερινές απλές αποφάσεις.
- Ø Απώλεια βάρους χωρίς αίτια.
- Ø Ιδέες αυτοκτονίας που εκφράζονται στον νοσηλευτή ή σε άλλα άτομα.

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

Για την υλοποίηση ενός τέτοιου θεραπευτικού προγράμματος, είναι απαραίτητη η λεπτομερής γνώση της προσωπικότητας του ασθενούς, η οποία επιτυγχάνεται από τις λεπτομερείς παρατηρήσεις των αντιδράσεων σε διάφορες περιπτώσεις. Ο νοσηλευτής πρέπει να καταγράφει τη συμπεριφορά του ασθενή προς στην οικογένεια του και τις αντιδράσεις τους σε αυτόν. Ο ασθενής, πρέπει να ενθαρρύνεται έτσι ώστε να περιγράφει τις δραστηριότητες που θεωρούσε πριν ενδιαφέρουσες, όπως επίσης και εκείνες που τις θεωρούσε ανιαρές.

Άρα, είναι πολύ σημαντικό να μάθουμε μερικές λεπτομέρειες για την παιδική του ηλικία, την σχολική, την εργασία του, τον γάμο του και τις σχέσεις του με τη γυναίκα του, τα παιδιά του και τους συνεργάτες του. Ο νοσηλευτής δεν πρέπει να προσπαθεί να μάθει περισσότερα από αυτά που ο ασθενής είναι έτοιμος να συζητήσει. Πρέπει να περιμένει μέχρι ο ασθενής να είναι έτοιμος και ικανός να συζητήσει παραπέρα με την θέληση του (Κυριακίδου, 2004).

Ο βαθμός της νοσηλευτικής φροντίδας που χρειάζεται ο κάθε ασθενής εξαρτάται από το πόσο σοβαρή είναι η κατάθλιψη. Ο ασθενής που βρίσκεται σε απάθεια, σε σημείο να είναι ανίκανος για αυτοφροντίδα του, η νοσηλεία του πρέπει να γίνεται στο κρεβάτι, τουλάχιστον μέχρι με τη θεραπεία να βελτιωθεί η κατάθλιψή του. Στη συγκεκριμένη φάση, θα πρέπει ακολουθεί κατάλληλη δίαιτα και να παίρνει συγκεκριμένη ποσότητα υγρών-αυτή που έχει οριστεί. Επίσης, πρέπει να προλαμβάνονται οι κατακλύσεις και οι άλλες επιπλοκές των κατακεκλεισμένων. Είναι πολύ σημαντικό να ζητάμε από τον ασθενή με κατάθλιψη να κάνει μόνο λίγα παραπάνω από ότι αισθάνεται ότι είναι ικανός να κάνει, γιατί αν του ζητήσουμε πολλά, τότε θα αποτύχει και μόνο στην ιδέα μιας αποτυχίας θα αυξηθεί η κατάθλιψή του.

Πολλές φορές, οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι δύσκολο να πειστούν να λάβουν την κατάλληλη διαίτα. Όταν ένας ασθενής δεν δέχεται να φάει, πρέπει να προσπαθήσουμε να βρούμε την αιτία που τον κάνει να είναι αρνητικός. Ίσως να οφείλεται σε μια έμμονη ιδέα ή σε έλλειψη ορέξεως. Στη περίπτωση έλλειψης ορέξεως, πρέπει να του προσφέρουμε ελκυστικά φαγητά ή αυτά που στο παρελθόν ήταν τα αγαπημένα του πιάτα. Θα χρειαστεί πιθανόν να συμπληρωθεί η διαίτά του με βιταμίνες. Το ζύγισμα του ασθενή πρέπει να επαναλαμβάνεται τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα (Rogers, 1985).

6.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΑΝΙΑ

Οι ασθενείς που πάσχουν από μανία μπορεί να θέτουν την υγεία τους σε κίνδυνο αρκετά και σοβαρά, γιατί η επίμονη υπερδραστηριότητά τους, δεν είναι μόνο εξαντλητική, αλλά είναι και εμπόδιο στη κίνηση τους, ακόμη και στο να πάρουν αρκετή τροφή και υγρά, με αποτέλεσμα να καταπέσουν σωματικά και δεν είναι απίθανο να φτάσουν στο σημείο να χάσουν τη ζωή τους. Επίσης, μπορεί να προσβληθούν από μια μολυσματική ασθένεια λόγω της ελάττωσης της αντίστασης του οργανισμού τους. Αυτός είναι και ο λόγος που πρέπει να βοηθηθεί με ηρεμιστική φαρμακευτική αγωγή και στη συνέχεια να επιτευχθεί μια ήσυχη ατμόσφαιρα με όσο το δυνατό λιγότερα ερεθίσματα (Κυριακίδου, 2004).

Ένας ασθενής με μανία, συχνά παρουσιάζει ένα δύσκολο πρόβλημα νοσηλείας. Συχνά η συντροφιά ενός τέτοιου ατόμου όταν είναι σε μικρές δόσεις μπορεί να είναι ευχάριστη αλλά η ασταμάτητη δραστηριότητά του και η αδιάκοπη φλυαρία του γρήγορα κουράζουν. Επιπλέον, η ευχάριστη διάθεσή του μπορεί γρήγορα να μεταβληθεί σε επιθετικότητα αν κάποιος μπει εμπόδιο στα σχέδιά του.

Ο νοσηλευτής, πρέπει να βρει τον κατάλληλο τρόπο εκτόνωσης για την υπερβολική δραστηριότητα του και να αποδεχθεί το ότι το ενδιαφέρον του θα χαθεί γρήγορα, και για αυτό πρέπει να βρεθούν νέες δραστηριότητες για να τον κρατούν απασχολημένο. Καλό θα είναι να ασκείται σωματικά όσο είναι εφικτό, αλλά δεν θα πρέπει να δημιουργούνται ανταγωνιστικές καταστάσεις. Αρκετές φορές οι μονότονες ασχολίες έχουν μεγαλύτερη ηρεμιστική δράση από αυτές που απαιτούν συγκέντρωση. Στους μανιακούς ασθενείς, όση πίεση ασκείται για μια συγκεκριμένη φορά, τόσο αυτοί κάνουν ότι είναι δυνατό για να ακολουθήσουν την αντίθετη (Γιαννοπούλου, 1992).

6.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΑΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Ο κίνδυνος της αυτοκτονίας για τα άτομα με διπολική διαταραχή είναι αυξημένος. Το 20-25% των ασθενών κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας, ιδιαίτερα όταν βρίσκονται στη φάση της κατάθλιψης. Κάθε σκέψη περί αυτοκτονίας απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή από το περιβάλλον και άμεση ψυχιατρική αντιμετώπιση. Το περιβάλλον θα πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη του τις παρακάτω ενδείξεις: επιθυμία θανάτου, απελπισία, αίσθημα «αβοήθητου», αναφορά αισθήματος βάρους για την οικογένεια και τους φίλους, κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών, περίεργη διευθέτηση εκκρεμοτήτων (δωρεές πραγμάτων, συγγραφή διαθήκης), απομόνωση και ενασχόληση με σημειώσεις και επιστολές.

Ο νοσηλευτής σε περίπτωση που διακρίνει έντονη επιθυμία θανάτου σε κάποιον ασθενή, είναι απαραίτητο να προβεί στις εξής ενέργειες:

- Να ρωτήσει ανοικτά και χωρίς να διστάσει τους σκοπούς του ατόμου.
- Να επικοινωνήσει άμεσα με ένα ψυχίατρο.
- Να φροντίσει να μη μένει καθόλου μόνος του το άτομο.
- Να διακρίνει ποια είναι η πιο πιεστική ανάγκη του ατόμου κατά τη γνώμη του.
- Να διατηρεί στάση ενδιαφέροντος και όχι κατάκρισης.
- Να παραμένει ψύχραιμος και διακριτικός.
- Να περιορίσει τη πρόσβαση του ατόμου σε μεγάλες ποσότητες φαρμάκων ή σε αντικείμενα που μπορεί προκαλέσουν βλάβη (πχ. όπλο).
- Να διατηρεί ευγένεια και σεβασμό προς τον ασθενή.
- Να οργανώσει σχέδιο φροντίδας του ασθενούς.
- Να ενθαρρύνει τον άρρωστο για την αυτοφροντίδα του.
- Να αξιολογεί σε συνεργασία με τον γιατρό την ανάγκη του ασθενούς για φάρμακα.
- Να γίνει σωματική εξέταση του ατόμου για τυχόν βλάβες ή αυτοτραυματισμό.

Τέλος, τονίζεται ότι η νοσηλευτική δεν ενδιαφέρεται μόνο για την παρεμπόδιση της πράξης της αυτοκτονίας ώστε να παραταθεί η ζωή του ατόμου, αλλά αποβλέπει στη διεύρυνση όσο είναι δυνατόν του ορίζοντα ζωής. Επιδιώκει τη βοήθεια του ατόμου να ευρύνει τον τρόπο θεώρησης των προβλημάτων του και να αντιληφθεί ότι υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις. Το ενισχύει ηθικά να ξαναβρεί την ελπίδα, να ανανεώσει τις αξίες και τους σκοπούς της ζωής του, να αναγεννηθεί και εμπνευσθεί από νέο πνεύμα (Ραγιά, 1978).

6.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΟΔΟΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Νοσηλευτική αξιολόγηση προόδου ονομάζουμε τη συστηματική και τη συνεχή συλλογή δεδομένων του ασθενούς, την επιβεβαίωση της εγκυρότητάς τους και η γνωστοποίησή τους στους άλλους επαγγελματίες υγείας. Αποτελεί οργανωμένη δυναμική διεργασία που περιλαμβάνει τρεις βασικές δραστηριότητες: συστηματική συλλογή των δεδομένων- ταξινόμηση και οργάνωση συλλεγόντων δεδομένων και τεκμηρίωση των δεδομένων σε ανακτήσιμη μορφή.

Το κύριο επίκεντρο του νοσηλευτή είναι η ανάδειξη του προφίλ του ατόμου με τη χρήση διαφόρων μεθόδων και πηγών. Το προφίλ απεικονίζει τη συνολική κατάσταση της υγείας του ατόμου, παρέχοντας μια εικόνα του βιολογικού, ψυχολογικού, κοινωνικοπολιτισμικού, πνευματικού, γνωστικού και αναπτυξιακού επιπέδου του, της οικονομικής κατάστασης, των λειτουργικών του ικανοτήτων και του τρόπου ζωής του.

Η νοσηλευτική αξιολόγηση εξαρτάται από το περιβάλλον, την κατάσταση του ασθενή, το διαθέσιμο χρόνο και το σκοπό. Έτσι, διακρίνεται σε τέσσερις τύπους: την αρχική αξιολόγηση, την εστιασμένη αξιολόγηση, την επαναξιολόγηση και την επείγουσα αξιολόγηση.

Η νοσηλευτική αξιολόγηση προόδου ατόμων με συναισθηματικές διαταραχές μπορεί να επιτευχθεί με την επανάληψη και την επανεξέταση των στόχων και την εκτίμηση της προόδου τους ασθενούς. Αυτό παρατηρείται μέσα από αισθητή μείωση των τάσεων αυτοκτονίας και των σκέψεων εχθρότητας, τη βελτιωμένη ποιότητα της αυτοφροντίδας και συμμετοχή σε κάποιες κοινωνικές δραστηριότητες.

Επιπλέον, η νοσηλευτική αξιολόγηση της προόδου του διπολικού ασθενή σχετίζεται με το αν η αυτοεκτίμηση του αυξάνεται. Βασικό κομμάτι αποτελεί η οικογένειά του ασθενούς καθώς και ο ίδιος, οι οποίοι πρέπει να κατανοούν τις οδηγίες που αφορούν την χρήση των φαρμάκων, τις παρενέργειες, την περίπτωση της υπερδοσολογίας και τις συνέπειες της.

Στη περίπτωση που οι στόχοι δεν επιτευχθούν, απαραίτητη είναι η επανεξέταση τους. Πρέπει επίσης, να τεθούν ερωτήσεις όπως αν οι στόχοι υπήρξαν ρεαλιστικοί, αν εντοπίστηκαν σωστά προβλήματα και αν δόθηκε στον ασθενή ο σωστός χρόνος. Αν κατά την επανεξέταση θεωρηθεί σκόπιμο, το πρόγραμμα θεραπείας ως προσδιοριστεί εκ νέου σύμφωνα με τις ανάγκες (Γιαννοπούλου, 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΔΙΠΟΛΙΚΑ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας σηκώνει το βάρος ενός ρόλου πολυδιάστατου, ιδιαίτερα υπεύθυνου και πολύ σημαντικού, όλη την διάρκεια της θεραπείας σε συνεργασία με τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ:

Το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η νοσηλευτική εκτίμηση.

1. Αρχικά θα γίνει η συλλογή των πρώτων στοιχείων από τον νοσηλευτή, με βάση των οποίων θα εκτιμηθεί η κατάσταση του ασθενή. Θα συμπληρωθεί το νοσηλευτικό ιστορικό στο οποίο θα πρέπει να αναφερθούν: το οικογενειακό ιστορικό, τα συμβάντα που προκάλεσαν στρες και το ιστορικό με βάση την κατάθλιψη.
2. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να σημειώσει τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του αρρώστου.
3. Θα πρέπει να εκτιμήσει τους αυτοκτονικούς παράγοντες κινδύνου και πιθανές αυτοκτονικές συμπεριφορές που μπορεί να αποβούν θανατηφόρες.
4. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εκτιμήσει την οικογένεια του ασθενή ως υποστηρικτικό σύστημα. Όπως επίσης και τις γνώσεις της οικογένειας και του ίδιου του ατόμου σχετικά με τα ιδιαίτερα συμπτώματα των διαταραχών της διάθεσης, τις οδηγίες σχετικά με τη συστημένη θεραπεία, τα σημάδια υποτροπής καθώς και γνώσεις σχετικά με την αυτοφροντίδα του ατόμου (Ouzouni, 2008).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Ο νοσηλευτής πρέπει να αναλύσει την διάθεση του ασθενή, το άγχος του, το επίπεδο αυτοελέγχου και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Προσδιορίζουμε την επικινδυνότητα για αυτοκτονία.

Είναι απαραίτητο να γίνεται πάντα ξεχωριστή νοσηλευτική διάγνωση για τα κάθε άτομο ή την οικογένεια με καταθλιπτική διαταραχή ή αυτοκτονική συμπεριφορά (Grohol, 2010).

Επιπλέον, ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρατηρεί, να αξιολογεί και να κατατάσσει τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του ασθενή ως εξής:

1. Άγχος.
2. Λύπη.
3. Δυσλειτουργία.
4. Έλλειψη ελπίδας.
5. Διαταραχή στη διατροφή.
6. Καταβολή δυνάμεων.
7. Έλλειψη αυτοεκτίμησης.
8. Διαταραχή σεξουαλικής συμπεριφοράς.
9. Διαταραχή του ύπνου.
10. Κοινωνική απομόνωση.
11. Πνευματικές ανησυχίες.
12. Μειωμένη κριτική ικανότητα.
13. Κίνδυνος για άσκηση βίας είτε στον εαυτό του είτε στους άλλους.
14. Αξιολόγηση της ανταπόκρισης της οικογένειας.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ:

Στο σημείο αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να θέσει τους στόχους για το επιθυμητό αποτέλεσμα μαζί με τον ασθενή. Να καθορίσει τα κριτήρια για το αποτέλεσμα που ορίστηκε ως επιθυμητό. Για παράδειγμα, η αντιμετώπιση του stress, η μείωση του άγχους, η αντιμετώπιση της εσωστρέφειας, η αποκατάσταση της διαταραχής ύπνου, η κοινωνικοποίηση του ασθενούς (Μπαιζάνης & Παπανικολάου, 2002).

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ:

Στο στάδιο αυτό εφαρμόζεται στην πράξη το σχέδιο νοσηλευτικής παρέμβασης του ασθενούς, σε συνεργασία με τα μέλη της επιστημονικής ομάδας φροντίδας.

1. Σε ασθενή με καταθλιπτική συμπεριφορά πρέπει να εφαρμοστούν τα εξής:
 - Ø Αποδοχή του ασθενή σαν ολότητα.
 - Ø Προαγωγή της επαρκούς διατροφής του, λαμβάνοντας υπόψιν στα γεύματα του ασθενή και τροφές της δικής του προτίμησης.

- Ø Λήψη μέτρων για την αποφυγή αυτοκτονικών τάσεων του ασθενή, αναλόγως με τις διαπιστωμένες προθέσεις του.
- Ø Βοήθεια στη δημιουργία ενός καθημερινού προγράμματος, το οποίο θα περιλαμβάνει δραστηριότητες και ώρες ανάπαυσης.
- Ø Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, προσφέροντάς όση υποστήριξη είναι απαραίτητη.
- Ø Παροχή βοήθειας στον ασθενή ώστε να αποβάλλει τις αρνητικές σκέψεις και αντιλήψεις σχετικά με τον εαυτό του.
- Ø Σωστή διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις εργαστηριακές εξετάσεις και την απόφαση του θεράποντος ιατρού.
- Ø Παρακολούθηση του ασθενή τόσο για τα θεραπευτικά αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνει, όσο και για τις επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσει.
- Ø Διδασκαλία του ασθενή σχετικά με τη συναισθηματική διαταραχή του, την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, τη θεραπεία, τη φαρμακευτική αγωγή και τέλος για τον τελικό του στόχο που είναι ο αυτοέλεγχος.
- Ø Ενθάρρυνση για τη συμμετοχή του σε ατομική αλλά και ομαδική ψυχοθεραπεία (Δίκαιος, 2005).

2. Σε ασθενή με αυτοκτονική συμπεριφορά πρέπει να εφαρμοστούν τα εξής:

- Ø Στενή παρακολούθηση του ασθενή, χρησιμοποιώντας το πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων.
- Ø Προτροπή του ασθενή να μιλήσει για την αυτοκτονία, συμπεριλαμβάνοντας ερωτήσεις σχετικά με τα ιδιαίτερα σχέδιά του και τα μμέσα με τα οποία σχεδιάζει να τα πραγματοποιήσει.
- Ø Απομάκρυνση όλων των επικίνδυνων και αιχμηρών αντικειμένων σύμφωνα με το πρωτόκολλο.
- Ø Ενθάρρυνση του ασθενή να κουβεντιάσει για όσα τον αγχώνουν, για όσα τον πληγώνουν, για ότι του προκαλεί θυμό και ότι τον ενοχλεί
- Ø Βοήθεια του ασθενή έτσι ώστε να βρει λύσεις στα προβλήματα που γι' αυτόν φαίνονται άλυτα (Coler et al, 2001).

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ:

Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τα παρακάτω κριτήρια προκειμένου να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα που είχε στον ασθενή η νοσηλευτική διεργασία:

- ∅ Ο ασθενής εκφράζει λιγότερο άγχος και φυσιολογική, καλή διάθεση.
- ∅ Ο ασθενής παύει να έχει αυτοκαταστροφικές τάσεις και εκφράζει την επιθυμία του να ζήσει.
- ∅ Ο ασθενής καθημερινά τρέφεται υγιεινά και διατηρεί φυσιολογικό βάρος.
- ∅ Ο ασθενής δείχνει δείγματα φυσιολογικού ύπνου, καθώς στη διάρκεια της ημέρας παρουσιάζει ικανοποιητική ενέργεια.
- ∅ Ο ασθενής παρουσιάζει μία θετική εικόνα για τον εαυτό του.
- ∅ Ο ασθενής εκφράζει αισιοδοξία για το μέλλον.
- ∅ Ο ασθενής και η οικογένειά του έχουν γνώσεις σχετικά με την καταθλιπτική διαταραχή, το πρόγραμμα θεραπείας του, τη φαρμακευτική αγωγή, και τα συμπτώματα που δείχνουν μία ανερχόμενη κρίση (Happell et al, 2008).

7.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄

Ασθενής Α.Κ. 20 ετών στη ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου παρουσιάζοντας ψυχοκινητική ανησυχία με οπτικές και ακουστικές διαταραχές, επιθετική συμπεριφορά προς τους γονείς της και εκκεντρική συμπεριφορά προς τον υπόλοιπο κοινωνικό περίγυρο.

Ατομικό ιστορικό: Οι γονείς αναφέρουν ότι το διάστημα αυτό η ασθενής παρουσιάζει μειωμένες ώρες ύπνου, αυξημένη παραγωγή λόγου και υπερβολική σπατάλη χρημάτων. Αναφέρουν ότι πριν τρία χρόνια η μικρή ασθενής είχε επισκεφτεί ψυχίατρο λόγω αυξημένου ύπνου, μειωμένης όρεξης και αυτοκαταστροφικών τάσεων. Ο ψυχίατρος διέγνωσε μείζονα κατάθλιψη και χορήγησε φαρμακευτική αγωγή. Η ασθενής το τελευταίο διάστημα είχε διακόψει τη φαρμακευτική αγωγή.

Διάγνωση: Διπολική διαταραχή, με επιθετικές τάσεις, άρση αναστολών και αδυναμία ελέγχου παρορμήσεων και οπτικοακουστικές ψευδαισθήσεις.

1.Αξιολόγηση ασθενούς-νοσηλευτική διάγνωση	2.Αντικειμενικός σκοπός	3.Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4.Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	5.Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Επιθετική συμπεριφορά 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Να ρυθμιστεί η θεραπευτική αγωγή, ώστε η ασθενής να μπορέσει να συνυπάρξει σε ένα κοινωνικό πλαίσιο 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ενημέρωση του ψυχιάτρου για τα συμπτώματα και την επιθετική συμπεριφορά ✓ Ενημέρωση των γονέων για τη θεραπευτική διαδικασία που θα ακολουθηθεί ✓ Έλεγχος επιθετικών τάσεων της ασθενούς και ανάπτυξη συναισθημάτων με συζήτηση ✓ Τοποθέτηση ασθενούς σε ήρεμο και αρμονικό περιβάλλον 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ενημερώθηκε ο ψυχίατρος. ✓ Ενημέρωση των γονέων για την φαρμακευτική αγωγή ✓ Διενέργεια ψυχοθεραπείας και χορήγηση φαρμάκων κατόπιν εντολής γιατρού ✓ Εξασφάλιση ήρεμου και αρμονικού περιβάλλοντος ✓ Συνεχής προσπάθεια επικοινωνίας με την ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Η επιθετική συμπεριφορά ελέγχεται. ✓ Στόχευση στην ανάπτυξη ικανοτήτων και συναισθημάτων

1.Αξιολόγηση ασθενούς-νοσηλευτική διάγνωση	2.Αντικειμενικός σκοπός	3.Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4.Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	5.Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Εκκεντρική συμπεριφορά με αυξημένη παραγωγή λόγου 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Να εξαλειφθούν τα συμπτώματα της εκκεντρικής συμπεριφοράς ✓ Να ελαττωθεί η αλόγιστη παραγωγή λόγου 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Συζήτηση με την ασθενή σχετικά με μια πιο παραδεκτή συμπεριφορά ✓ Επανάκτηση αυτοελέγχου ασθενούς ✓ Τοποθέτηση ασθενούς σε ήρεμο και αρμονικό περιβάλλον 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Διενέργεια ψυχοθεραπείας ✓ Αποφυγή λογομαχίας όταν η ασθενής εκφράζει ιδέες μεγαλείου ✓ Συνεχής επικοινωνία με την ασθενή ✓ Εξασφάλιση ήρεμου και αρμονικού περιβάλλοντος 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Εξάλειψη συμπτωμάτων εκκεντρικής συμπεριφοράς ✓ Άσκηση ελέγχου στις επιλογές της ασθενούς ✓ Η αυξημένη παραγωγή λόγου παραμένει

1.Αξιολόγηση ασθενούς-νοσηλευτική διάγνωση	2.Αντικειμενικός σκοπός	3.Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4.Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	5.Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Διαταραχές ύπνου 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Να αυξηθούν οι ώρες ύπνου ✓ Να τηρηθεί φυσιολογικό ωράριο ύπνου 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ενημέρωση του γιατρού σχετικά με τις ώρες ύπνου της ασθενούς ✓ Συζήτηση με την ασθενή σχετικά με την σημαντικότητα του σωστού ωραρίου ύπνου και τη σωματική υγεία ✓ Ενημέρωση των γονέων σχετικά με τις παρεμβάσεις για εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Λήψη φαρμάκων κατόπιν εντολής γιατρού για τη ρύθμιση του ύπνου ✓ Εξασφάλιση ήρεμου και αρμονικού περιβάλλοντος τις ώρες κοινής ησυχίας ✓ Ενθάρρυνση ασθενούς να κοιμηθεί τις μεσημεριανές ώρες και νωρίς το βράδυ ✓ Ενημέρωση των γονέων σχετικά με την φαρμακολογία ✓ Συνεχής επικοινωνία με την ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Τήρηση σωστού και πλήρους ωραρίου ύπνου της ασθενούς

1.Αξιολόγηση ασθενούς-νοσηλευτική διάγνωση	2.Αντικειμενικός σκοπός	3.Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4.Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	5.Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ψυχοκοινωνική ανησυχία 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Να μειωθούν οιαντιληπτικού τύπου οπτικές και ακουστικές διαταραχές 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Πλήρης εργαστηριακός έλεγχος ✓ Πραγματοποίηση ηλεκτροκαρδιογραφήματος ✓ Αναφορά στον ψυχίατρο για το περιεχόμενο της σκέψης της ασθενούς ✓ Τοποθέτηση ασθενούς σε ήρεμο και αρμονικό περιβάλλον 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Πραγματοποιήθηκε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος χωρίς ευρήματα ✓ Πραγματοποιήθηκε ηλεκτροκαρδιογράφημα χωρίς παθολογικά ευρήματα ✓ Χορήγηση φαρμάκων κατόπιν ιατρικής οδηγίας ✓ Εξασφάλιση ήρεμου και αρμονικού περιβάλλοντος 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Η ασθενής είναι ήρεμη ✓ Ύφεση ψυχοκινητικών ανησυχιών

1.Αξιολόγηση ασθενούς-νοσηλευτική διάγνωση	2.Αντικειμενικός σκοπός	3.Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4.Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	5.Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ψυχωτικά συμπτώματα (οπτικοακουστικές διαταραχές) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Να μειωθούν οι διαταραχές ανησυχίας ασθενούς ✓ Να μετριαστούν οι διαταραχές και το περιεχόμενο της σκέψης 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Πλήρης ενημέρωση του γιατρού για τα συμπτώματα και τις ιδέες της ασθενούς ✓ Τοποθέτηση ασθενούς σε ήρεμο και αρμονικό περιβάλλον 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Χορήγηση φαρμάκων κατόπιν οδηγίας γιατρού ✓ Εξασφάλιση ήρεμου και αρμονικού περιβάλλοντος 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Υποχώρηση ψυχωτικών συμπτωμάτων, οπτικών και ακουστικών διαταραχών

7.3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄

Ασθενής Δ.Δ. 25 ετών εισήχθη στη ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου παρουσιάζοντας αυτοκτονικές τάσεις, παραμέληση προσωπικής υγιεινής και προβλήματα επικοινωνίας με τους γύρω του.

Ατομικό ιστορικό: Ο φίλος του ασθενή που τον συνοδεύει στο νοσοκομείο αναφέρει ότι ο ασθενής εμφάνισε τα πρώτα συμπτώματα πριν ένα έτος μετά ταπό έντονο χωρισμό με την σχέση του. Αναφέρει για εκείνη την περίοδο, κακή διάθεση, μειωμένο ύπνο, μειωμένη όρεξη και απομόνωση. Για την προκειμένη περίοδο αναφέρει επιθετικότητα, σκέψεις αυτοτραυματισμού έως και αυτοκτονίας, καθώς και δείγματα αντικοινωνικότητας.

Διάγνωση: Διπολική συναισθηματική διαταραχή με επιθετική συμπεριφορά και αυτοκτονικές τάσεις.

1.Αξιολόγηση ασθενούς-νοσηλευτική διάγνωση	2.Αντικειμενικός σκοπός	3.Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4.Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	5.Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Αυτοκτονικές τάσεις 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Να εξασφαλιστεί η ασφάλεια του ασθενή όσο παραμένει στο νοσοκομείο 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ελαχιστοποίηση των πιθανοτήτων καθώς και της δυνατότητας για αυτοκαταστροφή ✓ Εκτίμηση της επικινδυνότητας για αυτοκτονία ✓ Επικοινωνία με τον ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Συνεχή παρακολούθηση ασθενούς ανά 15' ✓ Συζήτηση με τον ασθενή για τις σκέψεις και τις ιδέες του κατά τακτά διαστήματα ✓ Απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων από το περιβάλλον του ασθενή (αιχμηρά αντικείμενα, κορδόνια κ.α) ✓ Συστηματικός έλεγχος περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Έλεγχος αυτοκτονικής τάσης

1.Αξιολόγηση ασθενούς-νοσηλευτική διάγνωση	2.Αντικειμενικός σκοπός	3.Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4.Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	5.Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Παραμέληση της προσωπικής υγιεινής 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Να επιμελείται την εξωτερική του εμφάνιση καθώς και την προσωπική υγιεινή του 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Συζήτηση με τον ασθενή για την σημασία και τη σοβαρότητα της προσωπικής υγιεινής ✓ Βοήθεια ασθενή σε περίπτωση αδυναμίας αυτοφροντίδας του ✓ Λουτρό σώματος και καθαρισμός προσώπου μέσα στη μέρα 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Παροχή βοήθειας στον ασθενή ώστε να κατανοήσει απόλυτα τον τρόπο και την διαδικασία που απαιτεί η προσωπική υγιεινή ✓ Λουτρό σώματος και τριχωτού κεφαλής 1 φορά την ημέρα τουλάχιστον ✓ Περιποίηση και καθαρισμός προσώπου 2-3 φορές την ημέρα 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ο ασθενής κατανόησε την σημασία της προσωπικής υγιεινής ✓ Ο ασθενής ξεκίνησε την εφαρμογή της προσωπικής του υγιεινής μετην υποβοήθηση του νοσηλευτή

1.Αξιολόγηση ασθενούς- νοσηλευτική διάγνωση	2.Αντικειμενικός σκοπός	3.Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4.Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	5.Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Πρόβλημα επικοινωνίας με τον κοινωνικό περίγυρο 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Να επιλυθεί το πρόβλημα και να αποκατασταθεί επικοινωνία 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Προσπάθεια αρμονικής συζήτησης με τον ασθενή ✓ Συζήτηση με το οικείο περιβάλλον του ασθενούς ✓ Προγραμματισμός ψυχοθεραπείας 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Εφαρμογή ψυχοθεραπείας με τον ασθενή ✓ Εφαρμογή ομαδικής ψυχοθεραπείας με τον ασθενή και το οικείο περιβάλλον του ✓ Εξασφάλιση ήρεμης και ομαλής συζήτησης με τον ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ο ασθενής επικοινωνεί ικανοποιητικά με το περιβάλλον του

7.4 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Γ'

Ασθενής Π.Φ. ετών 78 εισήχθη στη ψυχιατρική του νοσοκομείου παρουσιάζοντας έντονο άγχος, πανικό και παραισθήσεις τόσο ακουστικές όσο και οπτικές. Παρουσιάζει επίσης δυσκολία συγκέντρωσης και αδυναμία αυτοέλεγχου.

Ατομικό ιστορικό: Η κόρη του που τον συνόδευσε αναφέρει ότι ο κύριος παρουσιάζει περίεργη συμπεριφορά τους τελευταίους 5 μήνες. Αναφέρει ότι ο πατέρας της αρκετά βράδια επικοινωνήσε μαζί της έντρομος χωρίς να μπορεί να της εξηγήσει τον λόγο του πανικού του. Ο ίδιος αναφέρει ότι ακούει φωνές και κάποιες φορές βλέπει ένα λευκό φως μέσα στο σπίτι του.

Διάγνωση: διπολική διαταραχή με κρίσεις πανικού.

1.Αξιολόγηση ασθενούς- νοσηλευτική διάγνωση	2.Αντικειμενικός σκοπός	3.Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4.Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	5.Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Αγχώδεις διαταραχές 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Να ελαττωθεί το άγχος ✓ Να μειωθεί η υπερκινητικότητα του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Προσπάθεια διαλόγου με τον ασθενή ✓ Κατανόηση αναγκών του ασθενή ✓ Ήρεμη και σταθερή προσέγγιση του ασθενούς ✓ Αποτροπή ουσιών που προκαλούν διέγερση ✓ Ασκήσεις ήρεμων κ αργών αναπνοών 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Εξασφάλιση ήρεμης συζήτησης με τον ασθενή ✓ Διδασκαλία διοχέτευσης άγχους ✓ Διδασκαλία ανοχής μικρών επιπέδων άγχους ✓ Εξασφάλιση αποφυγής νικοτίνης, καφεΐνης καθώς και ψυχοδραστικών ουσιών ✓ Εφαρμογή ήρεμων και αργών αναπνοών 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Το άγχος μειώθηκε ✓ Ο ασθενής ηρέμησε ✓ Η κινητικότητα του ασθενή μετριάστηκε

1.Αξιολόγηση ασθενούς-νοσηλευτική διάγνωση	2.Αντικειμενικός σκοπός	3.Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4.Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	5.Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Αδυναμία συγκέντρωσης 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Να μπορέσει ο ασθενής να επικεντρωθεί σε κάποιο ερέθισμα 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ενημέρωση γιατρού για την κατάσταση του ασθενή ✓ Παροχή βοήθειας στις βασικές ανάγκες του ασθενή όπως τροφή, νερό, υγιεινή 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής εντολής ✓ Βοήθεια στις ανάγκες του ασθενή σε συχνά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας ✓ Σε καθημερινή βάση εξασφάλιση βασικών αναγκών (γεύματα και νερό μέσα στη μέρα, διεκπεραίωση λουτρών υγιεινής) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Υποχώρηση συμπτώματος ✓ Ο ασθενής είναι συγκεντρωμένος σε κάποιο ερέθισμα

1.Αξιολόγηση ασθενούς-νοσηλευτική διάγνωση	2.Αντικειμενικός σκοπός	3.Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4.Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	5.Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ακουστικές και οπτικές παραισθήσεις 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Διενέργεια ατομικής ψυχοθεραπείας ✓ Διενέργεια οικογενειακής θεραπείας 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ενημέρωση οικογένειας ασθενούς για την θεραπεία ✓ Ενημέρωση τους ασθενούς για την θεραπεία ✓ Συζήτηση με τον ψυχίατρο για την φαρμακευτική αγωγή ✓ Προγραμματισμός ψυχολογικής υποστήριξης 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Διεκπεραίωση ενημέρωσης της οικογένειας για τη θεραπευτική αντιμετώπιση ✓ Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης ✓ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού ✓ Κατανόηση των φόβων του ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Μετριασμός οπτικοακουστικών παραισθήσεων

7.5 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Δ΄

Ασθενής Γ.Π. 27 ετών εισήχθη στα επείγοντα του νοσοκομείου παρουσιάζοντας αυξημένη ενεργητικότητα, παραληρητικές ιδέες και σωματικές βλάβες. ο ασθενής παρουσιάζει επίσης παραμελημένη εικόνα.

Ατομικό ιστορικό: Από συζήτηση με το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή αναφέρθηκε ότι πριν δύο χρόνια ο ασθενής είχε εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης με κοινωνική απόσυρση, ανηδονία και αίσθημα γενικής κόπωσης. Ο ασθενής είχε επισκεφτεί ψυχολόγο, ωστόσο δεν λάμβανε κάποια θεραπευτική αγωγή.

Διάγνωση: διπολική διαταραχή με παραληρητικές ιδέες και αυτοκαταστροφικές τάσεις.

1.Αξιολόγηση ασθενούς-νοσηλευτική διάγνωση	2.Αντικειμενικός σκοπός	3.Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4.Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	5.Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Παραληρητικές ιδέες 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Να εξαλειφτούν τα ψυχωτικά συμπτωμάτων μέσω ρυθμισμένης θεραπευτικής αγωγής 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Φροντίδα ασθενούς με στόχο τη μείωση της παραμορφωμένης αίσθησης της πραγματικότητας ✓ Ενημέρωση γιατρού για την εικόνα του ασθενή ✓ Ενημέρωση οικογένειας για τη θεραπεία 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Υποστήριξη και φροντίδα του ασθενούς ✓ Ενημέρωση της οικογένειας για τη θεραπευτική αγωγή ✓ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν οδηγίας γιατρού 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Μείωση παραληρητικών ιδεών

1.Αξιολόγηση ασθενούς-νοσηλευτική διάγνωση	2.Αντικειμενικός σκοπός	3.Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4.Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	5.Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Παραμέληση εικόνας και σωματικής υγιεινής 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Να επανέλθει ο ασθενής τη σωστή περιποίηση της σωματικής υγιεινής ✓ Να μάθει ο ασθενής να αγαπάει και να περιποιείται τον εαυτό του ✓ Να επιμελείται την εξωτερική του εμφάνιση καθώς και την προσωπική υγιεινή του 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Συζήτηση με τον ασθενή για την σημασία και τη σοβαρότητα της προσωπικής υγιεινής ✓ Βοήθεια ασθενή σε περίπτωση αδυναμίας αυτοφροντίδας του ✓ Λουτρά σώματος και καθαρισμός προσώπου μέσα στη μέρα 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Παροχή βοήθειας στον ασθενή ώστε να κατανοήσει απόλυτα τον τρόπο και την διαδικασία που απαιτεί η προσωπική υγιεινή ✓ Λουτρό σώματος και τριχωτού κεφαλής 1 φορά την ημέρα τουλάχιστον ✓ Περιποίηση και καθαρισμός προσώπου 2-3 φορές την ημέρα 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Αλλαγή στην εικόνα του ασθενή ✓ Ο ασθενής κατανόησε την σημαντικότητα της σωματικής υγιεινής ✓ Ο ασθενής ξεκίνησε την εφαρμογή της προσωπικής του υγιεινής μόνος του

1.Αξιολόγηση ασθενούς-νοσηλευτική διάγνωση	2.Αντικειμενικός σκοπός	3.Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4.Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	5.Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Σωματικές βλάβες 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Να εξαλειφτεί η ανεξέλεγκτη συμπεριφορά που προκαλεί σωματικές βλάβες στον ίδιο ή στους άλλους ✓ Να φροντιστούν τα τραύματα του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Προγραμματισμός ψυχοθεραπείας ✓ Ενημέρωση γιατρού για τις επιθετικές τάσεις και τα τραύματα του ασθενή ✓ Φροντίδα τραυμάτων ✓ Τακτική παρακολούθηση του ασθενή για τυχόν νέους αυτοτραυματισμούς ✓ Συχνή επικοινωνία με τον ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Διενέργεια ψυχοθεραπείας ✓ Περιποίηση τραυμάτων ✓ Προστασία σωματικής ακεραιότητας ασθενούς ✓ Τακτική επίσκεψη στον ασθενή και επισκόπηση της σωματικής του εικόνας και των τραυμάτων ✓ Προσπάθεια ομαλής συζήτησης για τις αυτοκαταστροφικές σκέψεις του ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Εξάλειψη αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς ✓ Πλήρης αποκατάσταση σωματικών βλαβών ✓ Ο ασθενής είναι ήρεμος

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση τα προαναφερόμενα καθίσταται σαφές πως η διπολική διαταραχή αποτελεί μια ψυχική ασθένεια, η οποία μαστίζει αρκετά μεγάλα ποσοστά πληθυσμού παγκοσμίως. Τα συμπεράσματα που προκύπτουν μέσα από το σύνολο της εργασίας εστιάζουν σε σημαντικές μελλοντικές τομές που πρέπει να γίνουν ώστε να υπάρξει προαγωγή της ψυχικής υγείας και θεραπεία της ψυχικής ασθένειας.

Αρχικά, θα πρέπει να γίνουν έρευνες σχετικά με την παθογένεια της διπολικής διαταραχής, μελετώντας τις εγκεφαλικές λειτουργίες των υγείων ατόμων σε σχέση με των διπολικά διαταραγμένων ασθενών μέσω της μοριακής βιολογίας της λειτουργικής απεικόνισης του εγκεφάλου, προκειμένου να αναλυθεί και να ξεκαθαριστεί η κληρονομικότητα και η παθογένεια της ψυχικής νόσου.

Επιπλέον, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί σε ότι αφορά τη διάγνωση της νόσου, καθώς η ανακρίβεια και οι μη ειδικοί δείκτες οδηγούν της πρώιμη ανίχνευση της νόσου αδύνατη, με αποτέλεσμα η ψυχική ασθένεια να διακριθεί πλήρως όταν πλέον τα συμπεράσματα οδηγήσουν σε ένα ολοκληρωμένο και σοβαρό επεισόδιο. Γι' αυτό, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και εύρεση ειδικών δεικτών, προκειμένου η διπολική διαταραχή να διαγιγνώσκεται και να αντιμετωπίζεται από τα πρώιμα κιάλας στάδια.

Ακόμα, προφανή είναι η ανάγκη παραγωγής ενός νέου φαρμάκου, το οποίο θα απευθύνεται σε μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών, σε αντίθεση με τα ήδη υπάρχοντα φάρμακα, τα οποία δεν καλύπτουν όλο το εύρος των διπολικά διαταραγμένων ασθενών, ενώ ταυτόχρονα παρατηρούνται σε αυτά ποικίλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Έτσι, μελλοντικά να υπάρχει η ελπίδα ότι τα φάρμακα και οι γενετικές θεραπείες θα οδηγούν σε πλήρη θεραπεία ή θα ελέγχουν τα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής για μεγαλύτερο διάστημα χωρίς την πληθώρα ανεπιθύμητων ενεργειών.

Είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι η ρίζα των προβλημάτων πολλές φορές προέρχεται από την ίδια την οικογένεια, τη δουλειά και την κοινωνία που ζουν οι ασθενείς. Για το λόγο αυτό, απαραίτητη είναι η απομάκρυνση του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων μέσα από ευρύτερες προσπάθειες και ενέργειες προκειμένου να ενημερωθεί και να εκπαιδευτεί το ευρύ κοινό σχετικά με τη ψυχική ασθένεια και τη διπολική διαταραχή. Το παραπάνω θα μπορέσει να επιτευχθεί εάν γίνει ορθή χρηματική επένδυση του δημόσιου χρήματος αλλά και έλεγχος και αξιολόγηση των συστημάτων υγείας.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως ένα σπουδαίο θέμα στη νοσηλευτική φροντίδα των διπολικά διαταραγμένων είναι η αναγνώριση, ο σεβασμός, η προστασία και η

διαφορετικότητα του κάθε διπολικά διαταραγμένου ασθενή. Από την παραπάνω βιβλιογραφική ανασκόπηση έγινε κατανοητή η ιδιαιτερότητα και η ευαισθησία των ψυχικά διαταραγμένων ασθενών.

Η παροχή ολοκληρωμένης και ορθής φροντίδας απαιτεί ευσυνειδησία, ευαισθησία, ανθρωπιά και νοσηλευτική δεοντολογία από την πλευρά του ασθενή. Αλλά και συνεχής διερεύνηση για τη φύση της συγκεκριμένης ψυχικής ασθένειας, η οποία μπορεί να επηρεάζει τη θέληση, την κρίση, την αποφασιστικότητα και την ικανότητα του ασθενή να χειριστεί την προσωπική του ελευθερία με ασφάλεια και να διεκδικήσει τα δικαιώματά του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Text Revision. Washington.

Azarin J.M et al. (2012). Late-onset Bipolar illness. The Geriatric bipolar Type VI. CNS neuroscience & therapeutics. 18(3), 208-213.

Beach, et al., (2011). Couple therapy and the Treatment of depression. In A. S. Gurman (Ed.), Clinical Handbook of Couple Therapy, Fourth Edition. New York: Guilford.

Bunney et al, (1972), «The switch process in manic depressive illness». Archives of General Psychiatry, p.295-302.

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

Coryell et al. (1995). Long-term stability of polarity distinctions in the affective disorders. Am J Psychiatry.

DeRubeis, R.J. et al., (2009). Medications versus cognitive behaviour therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. Am J Psychiatry. 156, p.1007–1013.

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

Ekman, P. (1984) « Expression and the nature of emotion. In K. Scherer & (Eds) Approaches to emotion». Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

European Network on Mental Health, Country reports on mental health.

Hirschfeld RMA et al, (2005), Screening for bipolar disorder in patients treated for depression in a family medicine clinic. J Am Board Fam Pract.

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

Ghaemi Sn. Et al (2000). Diagnostic bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. J Clin Psychiatry.

Happell, B., et al., (2008). Introducing Mental Health Nursing: A consumer oriented approach. Melbourne: Allen & Unwin, 6(3), p.324-328.

Kaplan et al. (2000). Ψυχιατρική. Έβδομη Έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Katon, W. & Schulberg, H., (2009), Epidemiology of depression. Gen Hosp Psychiatry, p.14.

Lenze, E.J., (2005). «Combined pharmacotherapy and psychotherapy as maintenance treatment for late-life depression: Effects on social adjustment» *American Journal of Psychiatry*, 159, p.466-468.

Maugelli. L. et al, (2005). Assessing the community prevalence of bipolar spectrum symptoms by the Mood Disorder Questionnaire, *Psychother Psychosom*.

National Institute of mental health «Bipolar disorder in children and adolescents.

Ouzouni, C., &Nakakis, K., (2008). Nursing care of depressed children.*NOSILEFTIKI*, 47(4), p.458–470.

Rogers CA. (1985).Reconciling models of depression. In: Rogers CA. Ulsafer-Van Lanen J. eds. *Nursing interventions in depression*. London. P. 1-12.

Steinert, C. et al. (2015). Short-Term Psychodynamic Therapy in Depression-An Evidence-Based Unified Protocol].*PsychotherPsychosom Med Psychol*, 34(4), p.278-294.

THE SUN, Media, (2000), «unfairly stigmatizes mental illness».

Van Servellan GM, Dull LV. (1981). Group psychotherapy for depressed women: A model. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 19:25.

Weissman M.M. Klerman GI. (1977). Sex defferences and the epidemiology of depression.*Arch Gen Psychiatry*.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Αρχ. Ελλ Ιατρ. (2001), 239-253.

Γιαννοπούλου Χρ. (1992). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, 2^η έκδοση. Αθήνα.

Δασκαλόπουλος, Θ. (2006), *Κατάθλιψη μετά τον τοκετό, Επιλόχεια Κατάθλιψη, Ψυχιατρική Θεραπεία*.

Δασκαλόπουλος, Θ. (2006). *Φάρμακα στη Ψυχιατρική*.

Δίκαιος, Δ.Γ., (2005). Υπνηλία και Αίσθημα Κόπωσης στην Κατάθλιψη, *Θεραπευτική αντιμετώπιση με μοδαφινίλη*. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 22 (6), Σελ.544 -551.

Κάντης Δ. (2013), *Άνοια και διπολική διαταραχή στο μεταίχμιο της τρίτης ηλικίας*, *Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρία*.

Καπρίνης Γ., (1991). *Ψυχολογία, Ψυχιατρική, Ψυχανάλυση: Σκέψεις πάνω στις διαφορές και τις ομοιότητες*. *Ψυχολογικά Θέματα*, σελ. 197-201.

Καπρίνης Σ. (2009). *Συναισθηματικές διαταραχές*. *Κλινική Ψυχιατρική: Τόμος Α΄*. σελ: 390-409. *Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου*. Αθήνα.

Κονταξάκης & Χαβάκη (2005). *Ψυχικές διαταραχές και ποιότητα ζωής*.

- Κούκια Ε. (2015). Ψυχιατρική νοσηλευτική, νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- Κυριακίδου Ε. (2004). Ανάλυση και χαρακτηριστικά οικογένειας στη Κοινωνική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Ταβίθα. Αθήνα.
- Μαδιανός Μ. (2004). Σχιζοφρένεια, σχιζότυπες και παραληρητικές διαταραχές , κλινική ψυχιατρική, εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα.
- Μπαϊζάνης, Ν., & Παπανικολάου, Ε., (2002). Νοσηλευτική παρέμβαση στις διαταραχές αγωγής των εφήβων. *Hellenic Journal of Nursing*, 41(3) p. 319-328.
- Νέστορος Ι.Ν. & Ξενάκη Χ. (1996), Σημείωμα των επιμελητών της Ελληνικής έκδοσης στο D. Goleman. « Η Συναισθηματική Νοημοσύνη. Γιατί το «EQ» είναι πιο σημαντικό από το «IQ», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, σελ. 12.
- Παπαδημητρίου και συν. (2013). Σύγχρονη Ψυχιατρική, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- Παπαδημητρίου Ν.Γ (1974). Σύγχρονη Ψυχιατρική. Αθήνα.
- Παραδέλης, Α.Γ., (2011). Κλινική Φαρμακολογία. UniversityΑθήνα:StudioPress.
- Ραγιά Α.(1978) Ψυχιατρική Νοσηλευτική-Θεμελιώδεις Αρχαί. ΕΥΝΙΚΗ.181-196.
- Σκαπινάκης, Π., (2003). Συμπτώματα της κατάθλιψης.
- Φιλιππόπουλος Γ. (1961). Σύγχρονη Ψυχιατρική. Καραβίας, σελ. 294-295. Αθήνα.
- Χαρτοκόλλης Π. (1991). Εισαγωγή στη Ψυχιατρική. Εκδόσεις θεμέλιο, Αθήνα.

