

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ -
BIPOLAR DISORDERS AND THE ROLE OF THE
NURSE IN THE THERAPEUTIC CONTEXTS**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΜΠΑΡΛΑ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ 2016

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διπολική διαταραχή είναι μια ψυχική νόσος, χαρακτηριστικό της οποίας είναι οι συνεχείς συναισθηματικές μεταπτώσεις ανάμεσα σε δύο πόλους, στη μανία και την κατάθλιψη. Οι αιτιολογικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εκδήλωση της διπολικής διαταραχής ποικίλουν, θα μπορούσαν όμως να συνοψισθούν ως γενετικοί, νευροβιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί. Για τη διπολική διαταραχή I οι πιθανότητες νόσησης είναι 0.3 -1.5% και παραμένουν οι ίδιες και για τα δύο φύλα, ενώ τα άτομα είναι κυρίως άγαμα, διαζευγμένα ή χηρέυσαντα και χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής τάξης. Αντίθετα, στη διπολική διαταραχή II, οι πιθανότητες νόσησης αυξάνονται για τις γυναίκες και τα άτομα υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης χαρακτηρίζεται από το καταθλιπτικό συναίσθημα, την ψυχοκινητική επιβράδυνση, τη διαταραγμένη σκέψη, την αϋπνία, τις τάσεις αυτοκαταστροφής κ.α. Η κλινική εικόνα της μανίας χαρακτηρίζεται κυρίως από το ευφορικό συναίσθημα, την ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, τις ιδέες μεγαλείου, την αυξημένη σεξουαλικότητα κ.α. Τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται για να χαρακτηριστεί ένα επεισόδιο ως μανιακό ή καταθλιπτικό, ορίζονται από το DSM-V.

Κύριο μέσο αντιμετώπισης της διπολικής διαταραχής είναι η φαρμακοθεραπεία, η οποία συνδυάζεται και με άλλες ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές μεθόδους για την επίτευξη των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων, ενώ μεγάλης σημασίας είναι και η θεραπεία συντήρησης για την πρόληψη υποτροπών. Η νοσηλευτική φροντίδα στοχεύει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή στις διάφορες φάσεις της νόσου και στην υποστήρηξή του, ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή αποκατάσταση της λειτουργικότητάς του. Τέλος, το στίγμα της ψυχικής νόσου αποτελεί ένα πολύ σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα, η ύπαρξη του οποίου δυσχερώνει την κατάσταση των ασθενών αλλά και των οικογενειών τους, ωστόσο με τις κατάλληλες δράσεις μπορεί να καταπολεμηθεί.

ABSTRACT

Bipolar disorder is a mental illness, which is characterized by continuous emotional swings between two poles, mania and depression. The causative factors are implicated in the onset of bipolar disorder vary, but they could be summarized as genetic, neurobiological and psychosocial. For bipolar I disorder, the disease odds are 0.3-1.5% and are the same for both sexes, while the individuals are mostly unmarried, divorced or widowed and they belong to lower socioeconomic class. In contrast, in bipolar II disorder, the chances increase for women and high socioeconomic individuals.

The clinical picture of depression is characterized by depressive feeling, psychomotor slowing, impaired thinking, insomnia, self-destructive tendencies, etc. The clinical picture of mania is mainly characterized by euphoric feeling, reduced need for sleep, grandiosity, increased sexuality, etc. The criteria to be met in order to classify an episode as manic or depressive are defined by the DSM-V.

Main means of overcoming bipolar disorder is medication, combined with other psychological and psychosocial method to achieve the best results, while of great importance is the maintenance treatment to prevent relapses. The nursing care aims to address the patient's problems in the different phases of the disease and supporting him to achieve maximum recovery of his functionality. Finally, the stigma of mental illness is a very serious social problem, whose existence makes even harder the situation of the patients and their families, but with the appropriate actions can be combated.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η διπολική διαταραχή είναι ένα από τα πιο συχνά ψυχικά νοσήματα που συναντά ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας στην κλινική άσκηση. Αποτελεί ένα νόσημα με επιπτώσεις τόσο στους ίδιους τους πάσχοντες και τις οικογένειές τους, όσο και στο κοινωνικό σύνολο. Η διπολική διαταραχή έχει επίπτωση και στις οικονομίες των χωρών καθώς απαιτούν την νοσηλεία των ασθενών για αρκετά μεγάλα διαστήματα και φαρμακευτική αγωγή καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής τους η οποία συνήθως αποτελείται από πολλαπλά σκευάσματα.

Στόχος μου μέσω αυτής της πτυχιακής εργασίας , είναι να συμβάλλω στην ενημέρωση και την εκπαίδευση του κοινού σχετικά με τις διπολικές διαταραχές, μέσω της ανάλυσης των μέχρι τώρα γνωστών αιτιολογικών παραγόντων, του τρόπου ανάπτυξης της νόσου και των διαθέσιμων θεραπευτικών μέσων. Επίσης, επιχειρώ να επισημάνω τον τρόπο και τη σημασία της συμμετοχής του νοσηλευτή ψυχικής υγείας, στην προσπάθεια αντιμετώπισης της νόσου αυτής.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την υπεύθυνη καθηγήτρια της πτυχιακής μου, κα. Σαμαρτζή Κυριακή, για την υποστήριξη και την άψογη συνεργασία της καθ'όλη τη διάρκεια εκπόνησης αυτής της εργασίας, καθώς επίσης την οικογένεια και τους φίλους μου για την κατανόηση και την υπομονή τους όλο αυτό το διάστημα.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	9
ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	9
1.1 Διαταραχές της διάθεσης	9
1.2 Κατάθλιψη	10
1.3 Μανία.....	11
1.4 Διπολική Διαταραχή	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	12
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	12
2.1 Αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης	12
2.1.1 Νευροανατομικοί / νευροχημικοί παράγοντες.....	12
2.1.2 Γενετικοί παράγοντες	13
2.1.3 Ψυχοενδοκρινολογικοί παράγοντες.....	14
2.1.4 Νευροχημικοί παράγοντες	15
2.1.5 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.....	16
2.1.6 Παράγοντας προσωπικότητας.....	16
2.1.7 Μεταβολικοί παράγοντες.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	17
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	17
3.1 Φύλο και ηλικία έναρξης	17
3.2 Γεωγραφικοί παράγοντες και διανομή	18
3.3 Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	21
ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	21
4.1 Κλινική εικόνα κατάθλιψης	21
4.1.1 Κατάθλιψη στα πλαίσια της μονοπολικής ή διπολικής διαταραχής.....	21
4.1.2 Ήπια ή ελάσσων κατάθλιψη	25
4.1.3 Δυσθυμική διαταραχή	26
4.2 Κλινική εικόνα μανίας.....	26
4.2 Κλινική εικόνα υπομανίας	28
4.3 Κλινική εικόνα Διπολικής διαταραχής τύπου I.....	29
4.4 Κλινική εικόνα Διπολικής διαταραχής τύπου II.....	30
4.5 Κυκλοθυμία.....	31
4.6 Μικτό επεισόδιο	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	32
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	32
5.1 Κριτήρια DSM-V για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο	33
5.2 Κριτήρια DSM-V για το μανιακό επεισόδιο.....	34
5.3 Κριτήρια DSM-V για το υπομανιακό επεισόδιο	35
5.4 Κριτήρια DSM-V για τη διπολική διαταραχή τύπου I.....	36
5.5 Κριτήρια DSM-V για τη διπολική διαταραχή τύπου II.....	36
5.6 Κριτήρια DSM-Vγια την κυκλοθυμία	36
5.7 Κριτήρια DSM-V για το μικτό επεισόδιο	37
5.7.1 Μανιακό ή Υπομανιακό επεισόδιο, με μικτά χαρακτηριστικά	37
5.7.2 Καταθλιπτικό επεισόδιο, με μικτά χαρακτηριστικά.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο	39
ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	39
6.2. Διαφορική διάγνωση της διπολικής διαταραχής II	41
6.3 Διαφορική διάγνωση κατάθλιψης.....	42
6.4 Διαφορική διάγνωση μανίας.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο	46
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	46
7.1 Ο θεραπευτικός σχεδιασμός	46
7.2 Φαρμακοθεραπεία	47
7.2.1 Μανία.....	47
7.2.2 Κατάθλιψη	49
7.2.3 Μεικτά επεισόδια	50
7.2.4 Συντηρητική θεραπεία διπολικής διαταραχής	50
7.2.5 Φαρμακευτικές ουσίες: Δράση και παρενέργειες,	52
7.3 Διάγραμμα διάθεσης.....	58
7.4 Ψυχοθεραπεία.....	59
7.5 Ψυχοεκπαίδευση.....	60
7.6 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	61
7.7 Δραματοθεραπεία	62
7.8 Πρόγνωση διπολικής διαταραχής	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο	64
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	64
8.1 Η νοσηλευτική διεργασία.....	64
8.2 Νοσηλευτική φροντίδα διπολικού ασθενή σε φάση κατάθλιψης.....	64
8.3 Νοσηλευτική φροντίδα διπολικού ασθενή σε φάση μανίας.....	69
8.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT).....	71
8.5 Παρουσίαση περιστατικών – Νοσηλευτική διεργασία	72

Πρώτο περιστατικό	72
Δεύτερο περιστατικό	77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ^ο	81
ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ	81
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	85
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	86

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διπολική διαταραχή είναι μια διαταραχή της διάθεσης που χαρακτηρίζεται από δυο ακραίες συναισθηματικές διαθέσεις, τη μανία και την κατάθλιψη, δύο διαταραχές που έχουν παρατηρηθεί και περιγραφεί από την αρχαιότητα. Αποτελεί μια από τις πιο συχνές ψυχικές νόσους και οι επιπτώσεις της στο άτομο και την οικογένειά του είναι μεγάλες. Ο κοινωνικός στιγματισμός είναι έντονος και η άγνοια και ο φόβος του κοινού επιφέρουν τον κοινωνικό αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση των διπολικών ασθενών.

Η πτυχιακή εργασία αυτή εκπονήθηκε στο Ανώτερο Εκπαιδευτικό Τεχνολογικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδος και ως στόχο την ακριβέστερη και πληρέστερη δυνατή ανάλυση των παραμέτρων της διπολικής διαταραχής καθώς και τη συμβολή του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στα θεραπευτικά πλαίσια. Η εργασία αυτή αποτελείται από εννέα επιμέρους κεφάλαια:

- Στο πρώτο κεφάλαιο, παρατίθενται οι ορισμοί που σχετίζονται με τις διαταραχές της διάθεσης και είναι απαραίτητοι για την περαιτέρω κατανόηση του θέματος που θα αναλυθεί.
- Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύονται οι αιτιολογικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση των διαταραχών της διάθεσης.
- Στο τρίτο κεφάλαιο, παρατίθενται ορισμένα επιδημιολογικά στοιχεία που σχετίζονται με τις διαταραχές της διάθεσης.
- Στο τέταρτο κεφάλαιο, εξετάζεται η κλινική συμπτωματολογία που παρουσιάζουν οι διαταραχές της διάθεσης.
- Στο πέμπτο κεφάλαιο, παρατίθενται τα κριτήρια της τελευταίας έκδοσης του DSM για τη διάγνωση των διαταραχών της διάθεσης.
- Στο έκτο κεφάλαιο, εξετάζεται η διαφορική διάγνωση των διπολικών διαταραχών από άλλες ψυχικές νόσους και σωματικά σύνδρομα.
- Στο έβδομο κεφάλαιο, αναλύονται οι θεραπευτικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση των διπολικών διαταραχών και δίδονται πληροφορίες για τις πιο συνηθισμένες ουσίες που χρησιμοποιούνται στην ψυχιατρική πρακτική.
- Στο όγδοο κεφάλαιο, αποτυπώνεται ο ρόλος του νοσηλευτή στην προσπάθεια αντιμετώπισης της διπολικής διαταραχής. Επίσης, παρατίθεται ένα περιστετικό διπολικής διαταραχής τύπου I, και ο τρόπος νοσηλευτικής αντιμετώπισής του με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.
- Στο ένατο κεφάλαιο, γίνεται λόγος για το κοινωνικό στίγμα που επισύρουν οι ψυχικές ασθένειες και τρόποι αντιμετώπισής του.

Τέλος, η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση ορισμένων συμπερασμάτων σχετικά με τη διπολική διαταραχή και την μέχρι τώρα αντιμετώπισή της. Στις τελευταίες σελίδες παρατίθεται η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε για τη συγγραφή αυτής της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Οι δυσκολίες στον ορισμό, τη διάγνωση και την ταξινόμηση των διαταραχών της διάθεσης (ή του συναισθήματος) λόγω της ποικιλομορφίας στην έκφρασή τους αλλά και της ύπαρξης διαφόρων τύπων ευφορικής ή καταθλιπτικής διάθεσης, καθιστούν αναγκαίο να παρατεθούν κάποια ζητήματα, τα οποία αφορούν σε ορισμούς και έννοιες, έτσι ώστε αργότερα να γίνει δυνατή η ανάλυση των διάφορων υποκατηγοριών και της διαφορικής διάγνωσης.

1.1 Διαταραχές της διάθεσης

Οι συναισθηματικές διαταραχές ή ορθότερα διαταραχές της διάθεσης είναι μια ομάδα διαταραχών με προεξέχοντα χαρακτηριστικά τη διαταραχή στη σκέψη, τη συμπεριφορά και κυρίως της συναισθηματική διάθεση. Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση (mood) ως όρος αναφέρεται σε μια συναισθηματική στάση που είναι σχετικά σταθερή και βιώνεται εσωτερικά από το άτομο και πρέπει να διαχωρίζεται από τον όρο συναίσθημα (affect) το οποίο αποτελεί την εξωτερική έκφραση της διάθεσης. Στις συναισθηματικές διαταραχές παρατηρείται έντονη μεταβολή της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου έχοντας ως αποτέλεσμα την αλλαγή της θεώρησης για τον κόσμο, τους ανθρώπους και τη ζωή καθώς επίσης επηρεάζεται και η συμπεριφορά και η στάση απέναντι σε αυτά. Η ένταση και η χρονική διάρκεια των μεταβολών της συναισθηματικής κατάστασης στις διαταραχές της διάθεσης υπερέχουν των φυσιολογικών ανθρώπινων συναισθηματικών μεταβολών, επιφέρουν έκπτωση της λειτουργικότητας, σωματικά συμπτώματα και ενίοτε συνοδεύονται από διαταραχή του ελέγχου της πραγματικότητας και τάσεις ή πράξεις αυτοκαταστροφής και αυτοκτονίας.

Οι συναισθηματικές διαταραχές διαχωρίζονται στις Καταθλιπτικές Διαταραχές (*Depressive Disorders*), τις Διπολικές Διαταραχές (*Bipolar Disorders*) και σε δυο διαταραχές βασισμένες στην αιτιολογία τους, τη Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση (*Mood Disorder due to General Medical Condition*) και τη Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες (*Substance-Induced Mood Disorder*) (*DSM-IV-TR*).

Πίνακας 1. Ταξινόμηση διαταραχών της διάθεσης

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	
ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	Μείζων καταθλιπτική διαταραχή
	Δυσθυμική διαταραχή
	Καταθλιπτική διαταραχή ΜΠΑ
ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	Διπολική I διαταραχή
	Διπολική II διαταραχή
	Κυκλοθυμική διαταραχή
	Διπολική διαταραχή ΜΠΑ
ΆΛΛΕΣ	Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση
	Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες

1.2 Κατάθλιψη

Ο όρος «κατάθλιψη» μπορεί να εκφράζει εξίσου καλά ένα συναίσθημα, μια διάθεση, μια διαταραχή ή ένα σύνδρομο ή μια ειδική οντότητα. Το καταθλιπτικό συναίσθημα συνήθως προκύπτει ως αντίδραση σε μια συγκεκριμένη κατάσταση (π.χ. απώλεια αγαπημένου προσώπου) και θα ήταν ορθότερο να ορίζεται ως μια σχετικά παροδική κατάσταση «κατάθλιψης», «λύπης» ή «στεναχώριας».

Η καταθλιπτική διάθεση είναι κάτι περισσότερο εκτεταμένο, και είναι πιθανόν να βιώνεται ως κάτι το ασυνήθιστο που συνοδεύεται από αρνητικές ιδέες, όπως απελπισία, αίσθημα αβοήθητου, αίσθημα παραίτησης και απαισιοδοξία για το μέλλον, και μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά του ατόμου.

Η καταθλιπτική κατάσταση (μια διαταραχή, ένα σύνδρομο ή μια ειδική νοσολογική οντότητα) διακρίνεται από τη μεγαλύτερη διάρκειά της, από την παρουσία σημαντικών κλινικών χαρακτηριστικών και από τις σημαντικές δυσκολίες που επιφέρει στο κοινωνικό επίπεδο για το άτομο. Το κριτήριο της διάρκειας διασφαλίζει ότι μια παροδική καταθλιπτική διάθεση (ακόμα και αν είναι βαριά) δεν εκλαμβάνεται ως ψυχιατρική νόσος. Η προσθήκη περαιτέρω κλινικών χαρακτηριστικών, τα οποία θα αναπτυχθούν σε επόμενο Κεφάλαιο, μας δίνει πληροφορίες για την βαρύτητα και την υποκατηγορία της διαταραχής, ενώ το κριτήριο περί κοινωνικής ανικανότητας επικουρεί τη διάκριση μεταξύ των φυσιολογικών αλλαγών της διάθεσης και της ψυχιατρικής νόσου.

1.3 Μανία

Η μανία είναι η αντίπολος κατάσταση της κατάθλιψης. Τα περισσότερα συμπτώματα της μανίας είναι αντίθετα από αυτά της κατάθλιψης. Ενώ στην κατάθλιψη υπάρχει θλίψη, στην μανία παρουσιάζεται ευφορία. Στην κατάθλιψη οι ασθενείς υποφέρουν από ιδέες ενοχής, αυτοϋποτίμησης και ανορεξίας ενώ στην μανία παρουσιάζουν ιδέες αυτοϋπερεκτίμησης και βουλιμία. Υπάρχουν βέβαια και ορισμένα συμπτώματα που είναι κοινά σε αυτές τις δύο καταστάσεις όπως π.χ. η αϋπνία. (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2000)

1.4 Διπολική Διαταραχή

Διπολική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη ονομάζεται η ψυχική νόσος που χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα επεισόδια συναισθηματικής διαταραχής, τα οποία συνήθως αφορούν υποτροπές τόσο μανιακών όσο και μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων (Γ.Ν. Παπαδημητρίου κ.α., 2013). Στην διπολική διαταραχή ο ασθενής ταλαντεύεται ανάμεσα σε δύο πόλους, στη μανία -βιώνοντας ευφορία, έντονο και ανεξέλεγκτο ενθουσιασμό, αϋπνία, αυξημένη σεξουαλική διάθεση κ.α.- και την κατάθλιψη –βιώνοντας καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, απώλεια ενδιαφέροντος, αϋπνία κ.α.-, μεσολαμβάνοντας ενδιάμεσα διαλείμματα κατά τη διάρκεια των οποίων πολύ συχνά οι ασθενείς είναι παντελώς ελεύθεροι συμπτωμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

2.1 Αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης

Οι διαταραχές της διάθεσης είναι βιοψυχοκοινωνικές διαταραχές με συμμετοχή σωφίας παραγόντων στην αιτιολογία τους. Οι αιτιολογικοί παράγοντες μπορεί να γίνουν αντιληπτοί σε πολλά επίπεδα, από το ρόλο των γενετικών και των κοινωνικών παραγόντων μέχρι των νευροανατομικών και νευροχημικών παραγόντων. Ένα τεράστιο πλήθος πληροφοριών έχει συγκεντρωθεί σχετικά με τη φυσιολογία των διαταραχών της διάθεσης από τους ερευνητές. (<http://www.inpsy.gr/en/ekpaideusi/arthra/arthra-ellinika/268-2013-04-24-18-40-10>) Οι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί είναι οι εξής:

- Νευροανατομικοί
 - Γενετικοί
 - Νευροχημικοί
 - Ψυχοενδοκρινολογικοί
 - Ψυχοκοινωνικοί
 - Προσωπικότητας
 - Μεταβολικοί
- (Μαδιανός, 2004)

2.1.1 Νευροανατομικοί / νευροχημικοί παράγοντες

Τα νευροχημικά ευρήματα επικεντρώνονται στη μελέτη των μειωμένων επιπέδων του 5 υδροξυϊνδολοφικού οξέος, κύριου μεταβολίτη της σεροτονίνης, και στον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση- επινεφρίδια του νευροενδοκρινικού συστήματος. Έχει καταγραφεί αυξημένος αριθμός νευρώνων που συνθέτουν τον παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης (CRH) στα κύτταρα του παρακοιλιακού πυρήνα του υποθαλάμου σε καταθλιπτικούς αρρώστους, καάτι που ίσως εμπλέκει τους CRH νευρώνες στην πρόκληση κατάθλιψης. (Μαδιανός, 2004)

Καταθλιπτικά σύνδρομα σε εγκεφαλικές βλάβες

Είναι γνωστό ότι ετερόπλευρα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια προκαλούν κατάθλιψη. Επίσης νευρολογικοί νόσοι όπως η νόσος του Parkinson, του Wilson και η χορεία Huntington, συνδέονται με κατάθλιψη. Μια βλάβη του δεξιού θαλάμου μπορεί να προκαλέσει διπολική συναισθηματική διαταραχή. Οι όγκοι μεσολοβίου καθώς και οι βλάβες της μετωπιαίας περιοχής συνδέονται εξίσου με την εμφάνιση κατάθλιψης. (Μαδιανός, 2004)

Ο ρόλος των νευρώνων του εγκεφάλου

Τα νευρωνικά κυκλώματα που απαρτίζουν το δικτυωτό σχηματισμό, τις νεοραβδωτοωχρές και τις θαλαμοφλοιώδεις οδούς θεωρείται ότι εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία των διαταραχών της διάθεσης. Όλες αυτές οι περιοχές του εγκεφάλου δέχονται σεροτονινεργικούς προσαγωγούς νευράξωνες που προέρχονται από την κεφαλική μοίρα της ραφής και ιδίως το ραχιαίο πυρήνα της ραφής. Αν και τα σεροτονινεργικά συστήματα φαίνεται να εμπλέκονται στην παθογένεση των διαταραχών της διάθεσης, δεν είναι σαφές κατά πόσο οι δομικές μεταβολές των πυρήνων της ραφής συνοδεύονται από λειτουργική απορρύθμιση του σεροτονινεργικού συστήματος. Οι ασθενείς με πρωτοπαθείς διαταραχές της διάθεσης εμφανίζουν περιγεγραμμένο έλλειμμα του αριθμού των νευρώνων στο ραχιαίο πυρήνα της ραφής. Αυτή η δομική παρέκκλιση μπορεί να συμβάλει στη διαταραγμένη σεροτονινεργική

νεύρωση των περιοχών του εγκεφάλου που εμπλέκονται στην παθολογία των διαταραχών της διάθεσης.

2.1.2 Γενετικοί παράγοντες

Οι γενετικοί παράγοντες έχουν ελεγχθεί μέσα από

1. Μελέτες οικογενειών
2. Μελέτες διδύμων
3. Μελέτες υιοθετημένων ατόμων
4. Μελέτες συνδυασμού και σύνδεσης

Βάση των μελετών αυτών είναι ότι ο κίνδυνος νόσησης στο γενικό πληθυσμό είναι 1% για διπολική διαταραχή και 5-6% για μονοπολική διαταραχή.

Μελέτες οικογενειών

Μέσα από σειρά ερευνών έχει βρεθεί η οικογενής εκδήλωση των συναισθηματικών διαταραχών. Συγγενείς πρώτου βαθμού αρρώστων με διπολική διαταραχή εμφανίζουν κίνδυνο νόσησης 2,3% για διπολική διαταραχή και 13.6% για μονοπολική διαταραχή. Παιδιά δύο διπολικών γονέων εμφανίζουν κίνδυνο νόσησης 40-60% για μονοπολική διαταραχή και 44-75% για διπολική διαταραχή.

Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι ο γονότυπος της διπολικής διαταραχής μπορεί να εκδηλωθεί και με την εμφάνιση μονοπολικής διαταραχής και όχι το αντίθετο, ίσως διότι η διπολική διαταραχή έχει μεγαλύτερη γενετική βαρύτητα.

Ο κίνδυνος νόσησης στους δεύτερου και τρίτου βαθμού συγγενείς είναι μικρότερος από τον κίνδυνο στους συγγενείς πρώτου βαθμού, είναι όμως μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο κίνδυνο νόσησης στον γενικό πληθυσμό. (Μαδιανός, 2004)

Η αναάλυση συσσώρευσης (segregation analysis) χρησιμοποιείται για να καθορίσει τον τρόπο γενετικής μεταβίβασης μιας διαταραχής με βάση την κατανομή φαινοτύπων στις προσβεβλημένες οικογένειες. Οι δύο κύριες υποθέσεις που αναδύθηκαν από αυτές τις σύνθετες αναλύσεις είναι το μοντέλο του μονήρους μείζονα τύπου και το πολυγονιδιακό μοντέλο που αφορά την πιθανή αλληλεπίδραση μεταξύ δύο ή περισσότερων τύπων. Ο ακριβής τρόπος δεν έχει αποσαφηνιστεί ακόμα.

Μελέτες διδύμων

Στους μονοζυγωτικούς διδύμους ο βαθμός συμφωνίας του κινδύνου νόσησης από μείζονα κατάθλιψη είναι 70%. Στους διζυγωτικούς διδύμους ο κίνδυνος νόσησης από μείζονα κατάθλιψη ανέρχεται στο 20%.

Για τη μονοπολική διαταραχή (κυρίως με τρία ή περισσότερα επεισόδια)

Στους μονοζυγωτικούς διδύμους ο κίνδυνος νόσησης ανέρχεται στο 33% έως 54% ενώ στους διζυγωτικούς διδύμους ο κίνδυνος είναι 20%. Για μορφές ήπιας βαρύτητας κατάθλιψης δε βρέθηκαν διαφορές στο βαθμό συμφωνίας για τη νόσο τόσο στους μονοζυγωτικούς όσο και στους διζυγωτικούς διδύμους. Επίσης, μονοζυγωτικοί δίδυμοι που μεγάλωσαν χωριστά εμφανίζουν περίπου τον ίδιο βαθμό συμφωνίας για τη διαταραχή με εκείνους που μεγάλωσαν μαζί.

Στους μονοζυγωτικούς διδύμους, σε αντίθεση με τους διζυγωτικούς, πρέπει να σημειωθεί πως ο παθολογικός γονότυπος της διαταραχής είναι πιθανό να μην εκφραστεί στην ίδια γενιά.

Μπορεί όμως να μεταβιβαστεί και να εκδηλωθεί στην επόμενη γενιά. Επιπλέον, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η συμφωνία νόσησης στους μονοζυγωτικούς διδύμους δε φθάνει ποτέ το 100% γεγονός που υποδηλώνει τη συμμετοχή άλλων, μη γενετικών, παραγόντων στην εκδήλωση της νόσου.

Μελέτες υιοθετημένων ατόμων

Βιολογικοί γονείς υιοθετημένων καταθλιπτικών ασθενών παρουσιάζουν συναισθηματική διαταραχή αλλά και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά σε μεγαλύτερο ποσοστό ως προς τους θετούς γονείς. Υιοθετημένα παιδιά γονέων καταθλιπτικών εμφανίζουν περισσότερη συχνότητα κατάθλιψης σε σχέση με υιοθετημένα παιδιά που είχαν υγιείς βιολογικούς γονείς. Έχουν επίσης περιγραφεί εκλυτικοί παράγοντες της κατάθλιψης, όπως θάνατος θετού γονέα, διαζύγιο θετών γονέων κ.α.

Μελέτες συνδυασμού και σύνδεσης

Έχει αναφερθεί η σύνδεση της διπολικής διαταραχής με ορισμένους γενετικούς δείκτες, όπως την αχρωματοψία, την έλλειψη γλυκοζο-6-φωσφορικής δεϋδρογενάσης (G-6PD), Χρομάδα αίματος (παράγων ΙΧ αίματος), οι οποίοι εντοπίζονται στο μακρύ σκέλος του χρωμοσώματος X, καθώς και με άλλους δείκτες, όπως της ινσουλίνης και των ογκογονιδίων που εδράζονται στο βραχύ σκέλος του χρωμοσώματος 11. Τα ευρήματα αυτά δεν επιβεβαιώθηκαν σε όλες τις οικογένειες που μελετήθηκαν. Διευρύνθηκε επίσης ο συνδυασμός πολυμορφισμών του γονιδίου της τυροσίνης-υδροξυλάσης που εμπλέκεται στο μεταβολισμό των κατεχολαμινών στο χρωμόσωμα X και της συναισθηματικής διαταραχής με αμφιλεγόμενα αποτελέσματα. Επίσης, οι έρευνες άλλων υποψήφιων γονιδίων, όπως των υποδοχέων D₁, D₂, D₃, D₄, D₅ της ντοπαμίνης, του GABA, και του γονιδίου της ντοπαμίνης-β-υδροξυλάσης, σε διάφορα χρωμοσώματα απέκλεισαν συνδυασμό ή σύνδεση με τη συναισθηματική διαταραχή.

Η έλλειψη σταθερά θετικών αποτελεσμάτων οφείλεται στη γενετική ετερογένεια των συναισθηματικών διαταραχών, όπως και στην περίπτωση της σχιζοφρένειας και η πολυμορφία της φαινοτυπικής έκφρασης (ατελής γονιδιακή διεισδυτικότητα, ποικιλότητα της γονιδιακής έκφρασης, ποικιλότητα κλινικών χαρακτηριστικών). Ως προς τον τρόπο της γενετικής μεταβίβασης (transmission), έχουν θεωρηθεί η σύνδεση επικρατητικού γονιδίου με το χρωμόσωμα X, το μείζον αυτόσωμο επικρατητικό γονίδιο με ατελή διεισδυτικότητα και εκφραστικότητα και, τέλος, η πολυγονιδιακή-πολυπαραγοντική μεταβίβαση, καθώς και μεικτός τρόπος μεταβίβασης.

Σημαντικοί παράγοντες είναι η ατομική ευαισθησία (liability) και η ευενδοτότητα (susceptibility) που ποικίλλουν από άτομο σε άτομο.

2.1.3 Ψυχοενδοκρινολογικοί παράγοντες

Οι ψυχοενδοκρινολογικές μελέτες στις διαταραχές της διάθεσης αφορούν

1. Σε ειδικό σύστημα υποδοχέων βάσει του ότι οι μονοαμίμες ρυθμίζουν την απελευθέρωση υποφυσιακών ορμονών.
2. Σε αλλαγές στη δραστηριότητα σε ένα υποθαλαμικό-υποφυσικό σύστημα
3. Στο ενδοκρινικό σύστημα που χρησιμοποιείται ως στόχος για πιθανή αντικαταθλιπτική απάντηση.

Ο Υποθαλαμικός Υποφυσιακός Επινεφριδικός Άξονας (Υ.Υ.Ε.Α.)

Ο άξονας αυτός διαταράσσεται κατά την καταθλιπτική κατάσταση του ατόμου αυξάνοντας τα επίπεδα της κορτιζόλης, της διϋδροεπιανδροστερόνης και της αδρενοκορτικοτρόπου ορμόνης (ACTH) σε απάντηση στη CRH (CorticotropinReleasingHormone). Η αύξηση είναι μεγαλύτερη σε διπολικούς ασθενείς.

Είναι αρκετά γνωστή η δοκιμασία Αναστολής Δεξαμεθαζόνης (DST) όπου με χορήγηση 1 mg δεξαμεθαζόνης ανευρίσκονται αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης, σε αντίθεση με την αναμενόμενη μείωση των επιπέδων της. Η σχέση της κορτιζόλης με τη κατάθλιψη είναι πιθανή μέσω της δράσης σεροτονίνης (5 HT) την οποία μειώνουν. Ο Υ.Υ.Ε.Α ελέγχει επίσης τη νοραδρεναλίνη, την ακετυλοχολίνη και τα οπιοειδή. Έρευνες υποθέτουν ότι οι υποδοχείς 5 HT ενεργοποιούν την απελευθέρωση ACTH, ενώ τα ενδογενή οπιοειδή (ενδορφίνες) αναστέλουν τη 5 HT.

Ο θυρεοειδής αδένας

Από την παρατήρηση ότι θυρεοειδικοί άρρωστοι εμφανίζουν κατάθλιψη προκύπτει ότι ο θυρεοειδικός άξονας παίζει σημαντικό ρόλο στη καταθλιπτική σημειολογία. Σε ποσοστό 30% οι καταθλιπτικοί ασθενείς που ήταν ευθυρεοειδικοί παρουσίαζαν μειωμένα επίπεδα TSH (θυρεοειδοτρόπου ορμόνης) σε απάντηση στη χορήγηση TRH (ThyroidReleasingHormone). Σε αρρώστους με εποχιακή κατάθλιψη βρέθηκαν μειωμένα επίπεδα ελεύθερου T4 σε σχέση με υγιεί άτομα.

Αυξητική ορμόνη

Η σωματοστατίνη είναι ένας υποθαλαμικός αναστολέας της αυξητικής ορμόνης. Όταν χρησιμοποιείται η κλονιδίνη για να προκαλέσει της απελευθέρωση της αυξητικής ορμόνης σε καταθλιπτικούς και μανιακούς ασθενείς αυτή η απελευθέρωση βρέθηκε να είναι μειωμένη σε αυτούς.

Προλακτίνη

Η απελευθέρωση της προλακτίνης από την πρόσθια υπόφυση ελέγχεται από την αναστολή της ντοπαμίνης, ενώ, αντίθετα, οι 5 HT υποδοχείς προκαλούν την παραγωγή της. Σε καταθλιπτικούς αρρώστους παρατηρείται μείωση των επιπέδων προλακτίνης αφού είναι μειωμένη η σεροτονίνη.

Ο ύπνος

Από υπνογραφικές μελέτες σε συναισθηματικά διαταραγμένους ασθενείς έχει βρεθεί μια σμίκρυνση του λανθάνοντος χρόνου της πρώτης φάσης REM(κάτω των 50 λεπτών), παρόμοια σμίκρυνση όμως παρατηρείται και σε ψυχωσικούς ασθενείς (σχιζοφρένεια).

2.1.4 Νευροχημικοί παράγοντες

Για την εκδήλωση της μείζονος κατάθλιψης έχει ενοχοποιηθεί η δυσλειτουργία των μονοαμινών, δηλαδή της σεροτονίνης, της ντοπαμίνης και της νοραδρεναλίνης. Η βασική υπόθεση είναι ότι υπολειτουργούν οι σεροτονινέργικες και οι νοραδρενεργικές συνάψεις επειδή μειώνονται οι αντίστοιχες μονοαμίνες στο μεσοσυναπτικό διάστημα. Μία δεύτερη υπόθεση είναι εκείνη της μειωμένης συγκέντρωσης νοραδρεναλίνης και σεροτονίνης στις συνάψεις, με αποτέλεσμα την αντιροπιστική υπερευαισθητοποίηση των β αδρενεργικών υποδοχέων της νοραδρεναλίνης και των 5 HT₂ υποδοχέων της σεροτονίνης.

Η μειωμένη συγκέντρωση σεροτονίνης στη μείζονα κατάθλιψη μπορεί να συσχετιστεί με τη μειωμένη συγκέντρωση του μεταβολίτη της σεροτονίνης, του 5 υδροξυϊνδολοξικού οξέος (5-ΗΙΑΑ) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ) των πασχόντων από κατάθλιψη. Επίσης έχουν βρεθεί σε εγκεφάλους ατόμων που αυτοκτόνησαν χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης και μικρότερος αριθμός υποδοχέων σεροτονίνης τύπου 2.

2.1.5 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Η διαταραχή στις κοινωνικές σχέσεις, η δυσλειτουργική γνωσία, το φύλο, η οικονομική κατάσταση και η ιδιοσυγκρασία έχουν κατά καιρούς θεωρηθεί ότι συμβάλουν στην ανάπτυξη των διαταραχών της διάθεσης. Όμως, οι εμπειρικές μελέτες περί των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τους ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης εξετάζουν ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τα οποία αξιολογήθηκαν μετά την ανάρρωση ή/και κατά τη διάρκεια του επεισοδίου της νόσου. αυτές οι αναδρομικές μελέτες μπορεί να μην είναι σε θέση να διακρίνουν μεταξύ των προνοσηρών ψυχοκοινωνικών προτύπων και εκείνων που είναι αποτέλεσμα παλαιότερων επεισοδίων της νόσου.

Επιπλέον, οι μακροχρόνιες μελέτες που εστιάζουν στο ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, αφορούν σε προβλέψεις της υποτροπής ή της αναζωπύρωσης της συμπτωματολογίας ασθενών που νοσούσαν κατά το παρελθόν, αλλά όχι στην έναρξη των νόσων. Έτσι, είναι εξαιρετικά δύσκολο να καταδειχθεί ότι κάποιος παράγοντας προηγήθηκε χρονικά της αρχικής εκδήλωσης της διαταραχής του συναισθήματος, οπότε και τα συμπεράσματα όσον αφορά στους αιτιολογικούς κοινωνικούς παράγοντες είναι περιορισμένα.

2.1.6 Παράγοντας προσωπικότητας

Πρόκειται για παλαιότερες απόψεις πως οι συναισθηματικοί άρρωστοι εμφανίζουν προνοσηρά καταθλιπτική ή καταναγκαστική προσωπικότητα, ενώ ο Kretschmer συνέδεσε τον πυκνικό σωματότυπο με την πρόκληση κατάθλιψης.

2.1.7 Μεταβολικοί παράγοντες

Ορισμένες μελέτες έδειξαν μια αύξηση του ενδοκυτταρικού Na^+ σε καταθλιπτικούς ασθενείς και διαταραχές στη αντλία Na^+ των ερυθρών αιμοσφαιρινών. Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι τα ευρήματα αυτά οφείλονται στη διαδρομή της καταθλιπτικής διαταραχής και δεν αποτελούν αίτιο αυτής (Gopal, Ropper, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η επιδημιολογία των συναισθηματικών διαταραχών ακολουθεί την μεθοδολογία της ψυχιατρικής επιδημιολογίας, δηλαδή η διερεύνησή της γίνεται στο επίπεδο της χρήσης ενδονοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών ψυχιατρικών δομών (νοσηλευτική νοσηρότητα-treated morbidity) και στο επίπεδο της κοινότητας του γενικού πληθυσμού (untreated true prevalence).

Οι δυσκολίες στη μελέτη των διαταραχών της διάθεσης και των επιμέρους κλινικών οντοτήτων προέρχονται από την ίδια τη φύση αυτών των τύπων, που πολλές φορές διαφεύγουν της ακριβούς διάγνωσης. Παρόλα αυτά, τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχει συγκεντρωθεί ένας σημαντικός όγκος δεδομένων για τις επιδημιολογικές διαστάσεις των διαταραχών της διάθεσης και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν. (Μαδιανός, 2004)

3.1 Φύλο και ηλικία έναρξης

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης εμφανίζει διαφορές ανάλογα με το φύλο, με τα ποσοστά στο ΜΚΕ για τους άνδρες να ανέρχονται στο 5%-12% ενώ για τις γυναίκες στο 10%-25%, και για την υποτροπιάζουσα κατάθλιψη τα ποσοστά να διαφοροποιούνται σε 2%-8% για τους άνδρες και 4%-16% για τις γυναίκες. Παρότι δεν είναι απολύτως σαφές που οφείλεται η διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών, φαίνεται πως συντελούν ορμονικοί παράγοντες, οι οποίοι ευνοούν την εμφάνιση της κατάθλιψης στις γυναίκες, τόσο στην αναπαραγωγική τους ηλικία όσο και κατά την εμμηνόπαυση. (Γ.Ν.Παπαδημητρίου, κ.α., 2013)

Στις γυναίκες ο κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας είναι υψηλότερος από τους άνδρες, ωστόσο ο κίνδυνος αποπεράτωσής της είναι μικρότερος. (DSM-V, 2013)

Αναφορικά με την κατάθλιψη που σχετίζεται με ουσίες/ φαρμακευτική αγωγή επιπολασμός κατά τη ζωή του ενήλικου πληθυσμού είναι 0,26% και δεν παρατηρούνται διαφορές στα ποσοστά των δύο φύλων. Στην κατάθλιψη η οποία οφείλεται σε κάποια άλλη παθολογική κατάσταση οι διαφορές μεταξύ των φύλων συνδέονται με την ίδια την πάθηση (π.χ. ο συστηματικός ερυθρεμάτης λύκος είναι πιο συχνός στις γυναίκες, άρα και η κατάθλιψη που σχετίζεται με τη συγκεκριμένη νόσο θα είναι πιο συχνή σε γυναίκες.) (DSM-V, 2013)

Σύμφωνα με υπολογισμούς το 5%-6% του γενικού πληθυσμού πάσχει από δυσθυμία, χωρίς όμως να παρουσιάζονται εμφανείς διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. (Γ.Ν.Παπαδημητρίου, κ.α., 2013)

Για τη διπολική διαταραχή τύπου I, ο επιπολασμός κατά τη διάρκεια της ζωής για το γενικό πληθυσμό ανέρχεται στο 0,3%-1,5% και η πιθανότητα νόσησης βρίσκεται να είναι η ίδια και για τα δύο φύλα (Γ.Ν.Παπαδημητρίου, κ.α., 2013). Αντίθετα, οι γυναίκες υπεραντιπροσωπεύονται στους ασθενείς με διπολική διαταραχή τύπου II καθώς και στη διπολική διαταραχή ταχείας εναλλαγής φάσεων, τη διπολική διαταραχή με άτυπα ή εποχιακά καταθλιπτικά επεισόδια ή με μεικτά μανιακά επεισόδια. (DSM-V, 2013)

Ο επιπολασμός για τη διάρκεια της ζωής στην κυκλοθυμική διαταραχή βρίσκεται περίπου στο 0,4%-1% για το γενικό πληθυσμό και για τους συναισθηματικούς ασθενείς τα ποσοστά

ποικίλουν από 3%-5%. Στο γενικό πληθυσμό η κυκλοθυμική διαταραχή φαίνεται να είναι το ίδιο κοινή για τους άνδρες και τις γυναίκες, ωστόσο οι γυναίκες με κυκλοθυμική διαταραχή είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια και θεραπεία από ότι οι άνδρες.

Τέλος, αναφορικά με τη ηλικία εμφάνισης των παραπάνω συναισθηματικών διαταραχών, για την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή οι πιθανότητες νόσησης αυξάνονται ιδιαίτερα με την εφηβεία χωρίς όμως να είναι ασυνήθιστο το πρώτο μείζο καταθλιπτικό επεισόδιο να εμφανίζεται στην ώριμη ηλικία του ατόμου, για τη διπολική διαταραχή τύπου I ο μέσος όρος εμφάνισης του πρώτου επεισοδίου υπολογίζεται στα 18 έτη και για την διπολική διαταραχή τύπου II τα μέσα της δεκαετίας των είκοσι (≈ 25 έτη). (DSM-V, 2013)

Πίνακας 2. Επιπολασμός της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της ζωής στο γενικό πληθυσμό.

	Άνδρες	Γυναίκες
Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο	5-12%	10-25%
Υποτροπιάζουσα κατάθλιψη	2-8%	4-16%

3.2 Γεωγραφικοί παράγοντες και διανομή

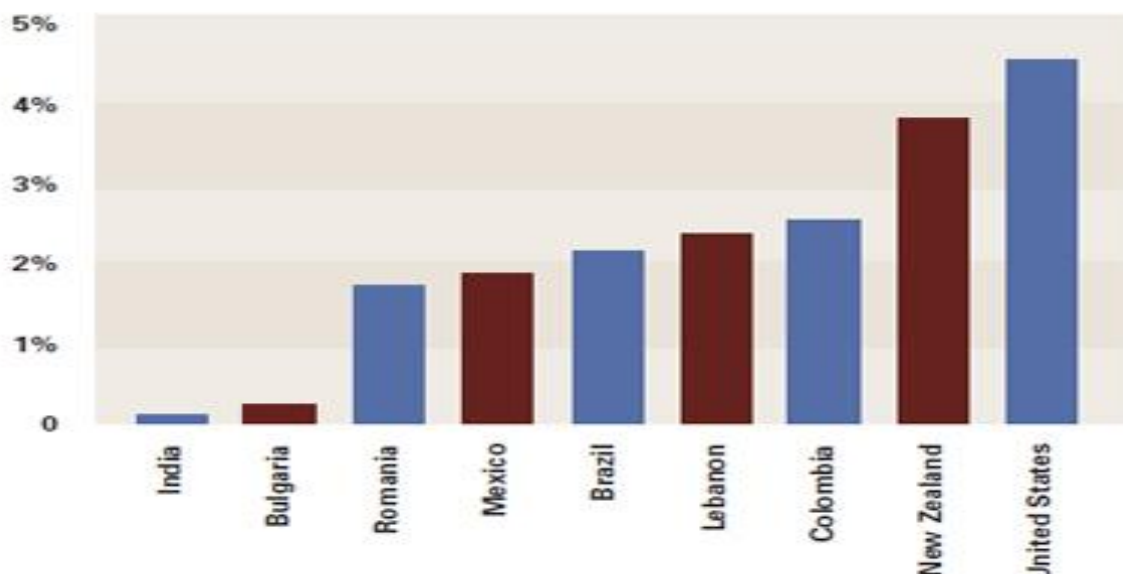
Μελέτες έχουν καταδείξει πως η διαμονή σε μεγάλα αστικά κέντρα είναι πιο στρεσογόνα από τη διαμονή σε μικρότερες πόλεις ή σε αγροτικές περιοχές, με συνέπεια να βρίσκουν αυξημένα ποσοστά διπολικής διαταραχής σε άτομα που διαμένουν σε μεγάλα αστικά περιβάλλοντα. (RhimerZ, AngstJ, 2005). Το ίδιο ισχύει και για την μονοπολική κατάθλιψη όπως και για τις διαταραχές της διάθεσης στο σύνολό τους (Γ.Γαρύφαλος, 2006). Τα ευρήματα αυτά όμως δεν αφορούν μόνο τις Δυτικές χώρες καθώς σε επιδημιολογική έρευνα στην Ταϊβάν τα ποσοστά της διπολικής διαταραχής τύπου I στην πρωτεύουσα ήταν 0,16% εν αντιθέσει με τις μικρές πόλεις όπου τα ποσοστά ανέρχονταν μόλις στο 0,07%.

Μικρότερα ποσοστά διπολικής διαταραχής έχουν βρεθεί σε χώρες της Άπω Ανατολής. Βάση σχετικής μελέτης που διενεργήθηκε το 2003, το γεγονός αυτό φαίνεται να σχετίζεται με την αυξημένη κατανάλωση $\omega 3$ λιπαρών μέσω των θαλασσινών. Κάποια από τα $\omega 3$ λιπαρά φαίνεται να είναι απαραίτητα σε μηχανισμούς που εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία της διπολικής διαταραχής (Γ.Γαρύφαλος, 2006).

Επίσης, φαίνεται να υπαάρχει η τάση για μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης αλλά μεγαλύτερα ποσοστά μανίας σε περιοχές που απλώνονται γύρω από τον Ισημερινό. Φαίνεται επίσης να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της εποχικής κατάθλιψης και του γεωγραφικού πλάτους (RhimerZ, AngstJ, 2005), με τη συσχέτιση να είναι θετική για την εποχική κατάθλιψη που εμφανίζεται το χειμώνα και αρνητική για την κατάθλιψη που εμφανίζεται το καλοκαίρι. (RhimerZ, AngstJ, 2005)

Εικόνα 1. Πιθανότητες νόσησης από διπολική διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής.

Lifetime prevalence rate for bipolar disorder



3.3 Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες

Στο θέμα της οικογενειακής, κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης η σχέση με τις διαταραχές της διάθεσης είναι σύνθετη και η σχέση αιτίου-αιτιατού μπορεί να αντιστρέφεται. (Γ.Γαρυφαλος, 2006)

Άτομα διαζευγμένα, άγαμα ή χηρεύσαντα φαίνεται να παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης (Γ.Ν.Παπαδημητρίου, κ.α ,2013) , δυσθυμίας (Χριστοδούλου, 2002) αλλά και διπολικής διαταραχής τύπου I και II (Γ.Γαρυφαλος, 2006). Άτομα χαμηλής κοινωνικής και οικονομικής τάξης, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, αυξημένα επίπεδα ανεργίας και φτωχικό τρόπο διαβίωσης φαίνεται να έχουν υψηλά ποσοστά νόσησης από κατάθλιψη και διπολική διαταραχή τύπου I, ενώ, οι πάσχοντες από διπολική διαταραχή τύπου II κατά κανόνα ανήκουν σε υψηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, τόσο οι ίδιοι όσο και οι συγγενείς α' βαθμού (DSM-V, 2013).

Τέλος, άτομα τα οποία έχουν βιολογική συγγένεια με πάσχοντες από κατάθλιψη, διπολική ή κυκλοθυμική διαταραχή είναι περισσότερο πιθανό να παρουσιάσουν τα ίδια κυκλοθυμική διαταραχή (Χριστοδούλου, 2002).

Πίνακας 3. Παράγοντες κινδύνου για συναισθηματικές διαταραχές.

Παράμετρος	Παράγοντας κινδύνου	Συναισθηματική διαταραχή
Φύλο	Γυναίκες	Μείζων κατάθλιψη
		Δυσθυμική διαταραχή
Φυλή	Λευκοί	Μείζων κατάθλιψη
Ηλικία	Νεότερα άτομα	Δυσθυμική διαταραχή
Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση	Υψηλή	Διπολική διαταραχή
	Χαμηλή	Μείζων κατάθλιψη
Οικογενειακή κατάσταση	Διαζύγιο	Δυσθυμική διαταραχή
Οικογενειακό ιστορικό	Θετικό	Διπολική διαταραχή
Γονείς	Πρώιμη αποστέρηση	Μείζων κατάθλιψη
Οικογένεια	Διαταραγμένη οικογενειακή ζωή	Μείζων κατάθλιψη
Ψυχοπιέσεις	Στρεσογόνα γεγονότα, χρόνια stress	Μείζων κατάθλιψη
Εργασιακή κατάσταση	Ανεργία	Μείζων κατάθλιψη
Τόπος κατοικίας	Αστικές περιοχές	Συναισθηματικές διαταραχές
Εξαρτήσεις	Οινόπνευμα, φάρμακα, ουσίες	Συναισθηματικές διαταραχές

Πηγή: Χριστοδούλου Γ.Ν. και συν., (2000), *Ψυχιατρική, (Τόμος Α')*, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Οι ασθενείς πάσχοντες από διπολική συναισθηματική διαταραχή βρίσκονται σε μια συνεχή ταλάντευση ανάμεσα στην υπερβολική ευφορία της μανίας και τη μελαγχολία της κατάθλιψης. Συνεπώς, κρίνεται σκόπιμο να περιγραφούν τα συμπτώματα όλων των διαταραχών που συμπεριλαμβάνονται στο φάσμα των διαταραχών της διάθεσης.

4.1 Κλινική εικόνα κατάθλιψης

Η κατάθλιψη εμφανίζεται με τρεις βασικές μορφές:

- *Κατάθλιψη στα πλαίσια της μονοπολικής ή διπολικής διαταραχής.*
- *Ηπια ή ελάσσων κατάθλιψη.*
- *Δυσθυμική διαταραχή.*

4.1.1 Κατάθλιψη στα πλαίσια της μονοπολικής ή διπολικής διαταραχής

Πίνακας 4. Κλινική εικόνα της κατάθλιψης.

Λειτουργία	Διαταραχή
Συναίσθημα	1. Καταθλιπτική διάθεση 2. Ανηδονία 3. Άγχος/ Ανησυχία
Προσοχή, Συγκέντρωση	Δυσκολία συγκέντρωσης
Ροή και δομή της σκέψης	1. Επιβράδυνση 2. Λιμνασμός σκέψεων 3. Δυσκολία στη λήψη καθημερινών αποφάσεων
Περιεχόμενο της σκέψης	1. Χαμηλή αυτοεκτίμηση 2. Ιδέες υποτίμησης του εαυτού, ανικανότητας, ενοχής, εκσεσημασμένη ανησυχία για πολλά μικρής σημασίας γεγονότα και μικροπροβλήματα, ενασχόληση με τη νόσο και το θάνατο
Κινητικότητα και βούληση	1. Κλινοφιλία 2. Υποκινησία 3. Υπομμία 4. Υποβουλησία ή ακινησία μέχρις εμβροντησίας 5. Αίσθημα μειωμένης ενέργειας
Αντίληψη	Μπορεί να υπάρχουν ψευδαισθήσεις
Ύπνος	Αϋπνία, διακεκομμένος ύπνος και πρόιμη αφύπνιση, υπερυπνία (σπάνια).
Διατροφή	Απώλεια όρεξης, απώλεια σωματικού βάρους
Σεξουαλική διάθεση και ικανότητα	Μείωση μέχρι πλήρους εξαφάνισης
Σωματικές λειτουργίες	1. Δυσκοιλιότητα 2. Γαστρική δυσφορία 3. Βάρος ή πόνος στο στήθος

	4. Κεφαλαλγία 5. Διαταραχή εμμηνορροΐας
Εμφάνιση	Χαρακτηριστικό προσωπείο «μελαγχολικό ωμέγα», κλάμα, παραμέληση εαυτού, μειωμένη βλεματική επαφή

Πηγή: Παπαδημητρίου Γ.Ν., Λιάπας Ι.Α., Λύκουρας Ε., (2013), Σύγχρονη ψυχιατρική, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα (τροποποιημένος).

Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης δεν είναι πανομοιότυπη για όλους τους καταθλιπτικούς ασθενείς. Άλλοι ασθενείς είναι είναι λυπημένη και τα βάζουν με τον ίδιο τους τον εαυτό, άλλοι αναφέρουν σωματικά ενοχλήματα, όπως κεφαλαλγίες ή πόνο/βάρος στο στήθος, ενώ άλλοι μπορεί να εκφράζουν ιδέες που συνήθως εκφράζουν παρανοειδείς καταστάσεις όπως π.χ. ότι τους παρακολουθούν συνεχώς. Στις τυπικές μορφές κατάθλιψης η έναρξη των συμπτωμάτων είναι προοδευτική, ωστόσο δεν σπανίζουν οι περιπτώσεις στις οποίες η έναρξη των συμπτωμάτων είναι αιφνίδια και απότομη με μόνο προειδοποιητικό σημάδι συμπτώματα από τη σωματική σφαίρα. Οι ιατροί θα πρέπει να σκέφτονται πάντα πως ένας ασθενής με υποχονδριακές αιτιάσεις μπορεί να υποφέρει από κατάθλιψη σε πρώιμο στάδιο, πόσο μάλλον εάν ο ίδιος ασθενής διαθέτει οικογενειακό ή ατομικό ιστορικό κατάθλιψης, πυκνικό σωματότυπο και είναι ηλικίας 45-60 ετών. (Χριστοδούλου, 2002)

Εμφάνιση και Συμπεριφορά

Ο πάσχων από κατάθλιψη ασθενής έχει πεσμένα χαρακτηριστικά προσώπου, άτονο βλέμμα, κυρτή ράχη και ώμους. Η αμφίεση και η εμφάνιση του είναι παραμελημένες. Δίνει την εντύπωση πως είναι κουρασμένος και πως είναι μεγαλύτερος από την πραγματική του ηλικία. Η λεκτική και εξωλεκτική του επικοινωνία εμφανίζονται μειωμένες. Αντίθετα, όταν συνυπάρχει άγχος ο ασθενής είναι ανήσυχος και αγωνιά (τρώει τα νύχια του, βηματίζει ασταμάτητα πάνω – κάτω κ.α.). Το σύμπτωμα αυτό είναι συχνό σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Συναίσθημα

Το βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι η διαταραχή του συναισθήματος το οποίο μετατρέπεται σε καταθλιπτικό. Ο ασθενής βιώνει μια διαρκή λύπη, αισθάνεται απογοητευμένος, έχει απωλέσει το ενδιαφέρον του για τη ζωή. Το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι κυριαρχικό και χαρακτηρίζει όλη την ψυχική ζωή του ασθενούς. Ακόμα και αν δεν εκφράζει λεκτικά ο ασθενής το συναίσθημά του αυτό, το εκφράζει με κάποιο εξωλεκτικό τρόπο, είναι άκεφος, αγέλαστος, ευσυγκίνητος με πράγματα που προγενέστερα δεν τον άγγιζαν, αδιάφορος προς τη δουλειά του ή το σπίτι του, αναποφάσιτος και αναβλητικός.

Με την πρόοδο της ασθένειας, το συναίσθημα αυτό εντείνεται. Ο άρρωστος τα βλέπει όλα μαύρα, είναι περίλυπος, κλείνεται στον εαυτό του. Στη μείζονα κατάθλιψη, ο ασθενής αισθάνεται χειρότερα τις πρωινές ώρες, ενώ προς το βράδυ το καταθλιπτικό του συναίσθημα αμβλύνεται.

Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν άγχος, το οποίο συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, όπως ταχυκαρδία, εφίδρωση, προκάρδιους παλμούς, σφίξιμο στο στομάχι κ.α.

Επιπλέον, ο καταθλιπτικός άρρωστος χαρακτηρίζεται από ανηδονία, μια κατάσταση που υπάρχει σχεδόν πάντα στην κατάθλιψη. Δεν μπορεί να αντλήσει πλέον ευχαρίστηση από καμία δραστηριότητα στη ζωή του. Καταστάσεις που απολάμβανε πριν, τώρα του φαίνονται αδιάφορες. (Χριστοδούλου, 2000)

Ροή και δομή της σκέψης

Σχέδον όλοι οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν δυσκολία στη συγκέντρωση. Η επιβράδυνση της σκέψης του ασθενούς οδηγεί σε λιμνασμών των ιδεών του, οπότε στο μυαλό του ασθενούς κυριαρχεί μια σκέψη η οποία κατά κανόνα είναι μελαγχολική, του προκαλεί απελπισία και εμποδίζει την παραγωγή άλλων ιδεών. Όλα τα παραπάνω, δημιουργούν σημαντικά προβλήματα στην καθημερινή ζωή του αρρώστου, ο οποίος αδυνατεί να λάβει καθημερινές αποφάσεις για απλά θέματα και να ενεργήσει. (Γ.Ν.Παπαδημητρίου,2013)

Περιεχόμενο της σκέψης

Οι διαταραχές στο περιεχόμενο της σκέψης μπορεί να είναι είτε παρερμηνείες, είτε παραληρητικές ιδέες. Ως προς της παρερμηνείες, το περιεχόμενο των σκέψεων είναι πάντα καταθλιπτικό. Ο ασθενής πιστεύει π.χ. πως οι φίλοι του τον αποφεύγουν επειδή είναι φτωχός, άσχημος, αντιπαθής, ο κόσμος σχολιάζει την ανικανότητά του, κ.α. Η αυτοϋποτίμηση του ασθενούς εκφράζεται με ήπιες ιδέες ανεπάρκειας στις ελαφριές μορφές κατάθλιψης, μέχρι παραληρητικές ιδέες διωκτικού περιεχομένου στις βαρύτερες μορφές.

Οι παραληρητικές ιδέες προέρχονται και αυτές από το καταθλιπτικό συναίσθημα. Μπορεί να αφορούν:

1. Το παρόν, όπου ασθενής θεωρεί πως είναι αποτυχημένος και κάθε επιτυχία που καταφέρνει την αποδίδει στην τύχη.
2. Το παρελθόν, όπου ασθενή φέρνει στη μνήμη του ασήμαντα γεγονότα τα οποία τα αξιολογεί ως αμαρτίες ή εγκλήματα.
3. Το μέλλον, όπου προβλέπει καταστροφές για τον ίδιο και την οικογένειά του, θεωρεί πως δεν υπάρχει καμία ελπίδα και σχεδιάζει τη αυτοκαταστροφή του.

Στις παραληρητικές ιδέες του αρρώστου περιλαμβάνονται ιδέες:

- Ενοχής
- Αυτοϋποτίμησης
- Ολέθρου
- Μηδενισμού
- Ταπεινότητας
- Αναξιοτήτας
- Πτωχείας
- Διώξεως
- Υποχονδριακές

Κινητικότητα και Βούληση

Η ομιλία συνήθως είναι αργή, χαμηλόφωνη, ασταθής και το βλέμμα του ασθενούς είναι κενό. Στις πιο βαρείες περιπτώσεις παρουσιάζεται μέχρι και αλαλία. Η ψυχοκινητική

δραστηριότητα ακολουθεί τη σκέψη και την ομιλία και είναι εξίσου μειωμένη. Ο ασθενής παρουσιάζει ευκοπωσία, βραδύτητα στην επιτέλεση των σωματικών και των ψυχικών του λειτουργιών και στις πιο βαρείες καταστάσεις φτάνει μέχρι την εμβροντησία (πλήρης ψυχοκινητική αναστολή). Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις όπου συνυπάρχει έντονο άγχος (π.χ. ηλικιωμένα άτομα) παρατηρείται το αντίθετο, δηλαδή αύξηση της ψυχοκινητικής δραστηριότητας. (Χριστοδούλου, 2000)

Αντίληψη

Οι αντιληπτικές διαταραχές είναι είτε σύντονες με το συναίσθημα (π.χ. ακουστικές ψευδαισθήσεις με κατάρρες, ύβρεις, υποτιμητικά σχόλια, κραυγές αγωνίας κ.α.) είτε μη σύντονες με το συναίσθημα. Οι σωματικού τύπου απτικές και κοιναισθητικές ψευδαισθήσεις και ψευδαισθήσεις που αφορούν σε άλλες αισθήσεις απαντώνται πιο συχνά στη μείζονα κατάθλιψη παρά στα μανιακά επεισόδια, και σχετίζονται με το σύνδρομο Cottard (παραληρητική πεποίθηση άρνησης της ίδιας της ύπαρξης), είτε με υποχονδριακές ιδέες παραληρητικές και μή. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις στο τρίτο πρόσωπο είναι σπάνιες.

Ύπνος

Οι διαταραχές του ύπνου έχουν διάφορες μορφές ανάλογα με το είδος της αϋπνίας που προκαλούν:

1. Αϋπνία τύπου «επελεύσεως»: Ο ασθενής παρουσιάζει δυσκολία στο να αποκοιμηθεί. Αυτός ο τύπος αϋπνίας χαρακτηρίζει ελαφρότερες καταστάσεις κατάθλιψης όπως η δυσθυμία. Αποκαλείται και «αρχική» αϋπνία.
2. Αϋπνία τύπου διακεκομμένου ύπνου: Εμφανίζεται σε όλες τις καταστάσεις κατάθλιψης ανεξάρτητα από τη βαρύτητά τους. Ο ασθενής συχνά αφυπνάζεται στο μέσον του ύπνου του από εφιάλτες και δυσκολεύεται να ξανακοιμηθεί. Αποκαλείται και «μέση» αϋπνία.
3. Αϋπνία τύπου «πρώιμης αφύπνισης»: Ο ασθενής ξυπνάει 2-3 ώρες πιο νωρίς από το σύνηθες για τον ίδιο και τότε βιώνει τη μεγαλύτερη ένταση της κατάθλιψής του. Στρυφογυρνάει στο κρεβάτι του δίχως να μπορεί να κοιμηθεί, θυμάται τις αποτυχίες και τις απογοητεύσεις στη ζωή του. Αυτός ο τύπος της αϋπνίας χαρακτηρίζει τις σοβαρές μορφές κατάθλιψης και αποκαλείται και «τελική» αϋπνία.
4. Υπερυπνία: Αυτός ο τύπος αϋπνίας απαντάται λιγότερα συχνά στην κατάθλιψη και παρουσιάζεται κυρίως στην εποχιακή και την άτυπη κατάθλιψη, στα παιδιά, τους εφήβους και τους διπολικούς ασθενείς. Κύριο χαρακτηριστικό της είναι πως ακόμα και μετά από πολλές ώρες συνεχούς ύπνου ο ασθενής όταν ξυπνά αισθάνεται καταβεβλημένος και μη ανανεωμένος (Gelder and al., 2008).

Διατροφή

Τυπικά στην κατάθλιψη παρουσιάζεται ανορεξία και συνεπώς απώλεια βάρους. Ωστόσο στις γυναίκες και στους πάσχοντες από διπολική διαταραχή, μπορεί να παρουσιαστεί αύξηση της όρεξης και υπερφαγία, ακόμα και βουλιμικές κρίσεις με υπερφαγικά επεισόδια (binge eating).

Σεξουαλική διάθεση και ικανότητα

Αποτελεί ένα από τα πρώτα συμπτώματα της κατάθλιψης. Η σεξουαλική ικανότητα φθίνει μέχρι την πλήρη ανικανότητα ενώ η προσπάθεια διόρθωσης του προβλήματος με ορμονικά σκευάσματα είναι άσκοπη.

Σωματικές λειτουργίες

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά υποφέρουν από υποχονδριακά συμπτώματα. Συχνά αναφέρουν πόνους στο στήθος, τη μέση, κεφαλαγίες, ναυτία, κ.α. Πολλοί από αυτούς συχνά υποβάλλονται σε πλήθος εξετάσεων ακόμα και χειρουργικές επεμβάσεις επειδή δεν έχει διαγνωσθεί το πρόβλημά τους με την κατάθλιψη.

Στις γυναίκες μπορεί να παρουσιαστούν διαταραχές στην έμμηνου ρύση τους λόγω ψυχογενών επιδράσεων στις υποθαλαμικές ορμόνες. Το πρόβλημα εντείνεται με τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών. Αυτή η διαταραχή προβληματίζει ιδιαίτερα τις ασθενείς και πρέπει να ξεκαθαρίζεται η παροδικότητα αυτής της ανεπιθύμητης ενέργειας.

Αυτοκτονία

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στο κίνδυνο αυτοκτονίας που διατρέχουν οι καταθλιπτικοί ασθενείς καθώς, το 75% αυτών έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Το 15% των ασθενών που πάσχουν από διαλείπουσες καταθλίψεις καταλήγει σε αυτοκτονία. Σε περιόδους όπου το βάθος της κατάθλιψης δεν είναι μεγάλο, όπως κατά την έναρξη και την αποδρομή της καταθλιπτικής φάσης ο ασθενής βρίσκεται σε θέση όπου μπορεί να σχεδιάσει με απίθανες λεπτομέρειες μια απόπειρα αυτοκτονίας. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος παρατηρείται κατά το στάδιο της αποδρομής και συγκεκριμένα μετά από μερικούς μήνες από τη βελτίωση των συμπτωμάτων. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι ο ασθενής ανακτά τη βουλητική του ικανότητα χωρίς όμως να έχει προλάβει να αποβάλλει τη αρνητικότητά του απέναντι στη ζωή.

4.1.2 Ήπια ή ελάσσων κατάθλιψη

Αυτή η μορφή κατάθλιψης παρουσιάζει πιο ήπια συμπτώματα από αυτά της μείζουσας κατάθλιψης. Το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι ευμετάβλητο και επηρεάζεται από τα διάφορα γεγονότα στη ζωή του ασθενούς.

Στην ελάσσωνα κατάθλιψη σε αντίθεση με τη μείζουσα κατάθλιψη:

1. Παρουσιάζεται πιο ήπιο καταθλιπτικό συναίσθημα.
2. Συχνά υπάρχουν «νευρωσικά» συμπτώματα στη συμπτωματολογία.
3. Ο κίνδυνος αυτοκαταστροφής είναι ελάχιστος ή ανύπαρκτος.
4. Παράλληλα με την αυτουποτίμηση υπάρχει και ετερομομφή, δηλαδή ο ασθενής κατηγορεί τους άλλους για την κατάστασή του.
5. Η αϋπνία είναι τύπου επελεύσεως. Μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν και υπερυπνία.
6. Δεν υπάρχει συνήθως απώλεια βάρους.
7. Δεν υπάρχουν συνήθως διαταραχές της σεξουαλικής λειτουργίας.
8. Παρατηρείται ημερήσια διακύμανση της κατάθλιψης. Στην ήπια κατάθλιψη ο ασθενής αισθάνεται χειρότερα κατά τις απογευματινές ώρες σε αντιδιαστολή με την μείζουσα κατάθλιψη όπου ο ασθενής αισθάνεται χειρότερα κατά τη διάρκεια της ημέρας.

9. Δεν υπάρχουν ποτέ ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες (παραγωγικά συμπτώματα).
10. Η εμφάνιση και η συμπεριφορά δεν θυμίζουν καταθλιπτικό ασθενή.
11. Η ήπια κατάθλιψη έχει συνεχή πορεία στο χρόνο, ενώ η μείζουσα κατάθλιψη έχει φασική πορεία.

4.1.3 Δυσθυμική διαταραχή

Όταν η ήπια κατάθλιψη χρονίζει για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των δύο ετών, μεταπίπτει σε δυσθυμική διαταραχή. Ο δυσθυμικός είναι ο ασθενής που ακόμα και πριν εκδηλωθεί η νόσος του, δυσλειτούργουσε συναισθηματικά. Η μετάβαση από την προνοσηρή προσωπικότητά του στη νόσο γίνεται λανθάνοντως και γι' αυτό ο ακριβής χρόνος έναρξης της νόσου είναι συνήθως ακαθόριστος. Συχνά προηγείται κάποιο ψυχοτραυματικό γεγονός που στεναχωρεί τον πάσχοντα, τον αποστερεί από στηρίγματα ή του μειώνει το κύρος. Ο ασθενής με δυσθυμία βασανίζεται από μια ήπιας έντασης αλλά σχεδόν συνεχή κατάθλιψη, εμποδίζει τη λειτουργικότητά του, τον καθιστά δυσάρεστο στο περιβάλλον του και του δημιουργεί ανηδονία.

Έχει χρόνια συναισθήματα ανεπάρκειας και ανικανότητας, που πολλές φορές εκφράζονται με δραματικό τρόπο ως επίκληση προς τρίτους αλλά και ως ετερομομφή, όταν η βοήθεια που περιμένει δεν έρχεται. Παραπονιέται ότι δεν έχει ενδιαφέροντα και τίποτα πλέον δεν του χαρίζει ευχαρίστηση. Συχνά κάνει χρήση αλκοόλ ή εξαρτησιογόνων ουσιών και φαρμάκων.

Η δυσθυμική διαταραχή δεν συνεπάγεται ανοσία του ασθενούς προς άλλες ψυχικές διαταραχές του καταθλιπτικού φάσματος. Έτσι, αρκετά συχνά, σε υπόστρωμα δυσθυμικής διαταραχής αναπτύσσεται μείζουσα κατάθλιψη ή η δυσθυμική διαταραχή επικάθεται σε μια φάση μείζουσας κατάθλιψης. Στις περιπτώσεις αυτές μιλάμε για διπλή κατάθλιψη (Davis, Craig, 2014).

4.2 Κλινική εικόνα μανίας

Πίνακας 5. Κλινική εικόνα της κατάθλιψης.

Λειτουργία	Διαταραχή
Εμφάνιση και συμπεριφορά	Ζωηρή έκφραση, επιδεικτικό ντύσιμο, έντονες χειρονομίες, υπεραίμικο πρόσωπο.
Συναίσθημα	Ευφορική ή ευερέθιστη διάθεση.
Ροή και δομή της σκέψης	Πίεση ιδεών, λογόρροια, ιδεόρροια, ιδεοφυγή, διάσπαση της προσοχής.
Περιεχόμενο της σκέψης	Υπερτιμημένες ιδέες, ιδέες μεγαλείου.
Κινητικότητα, βούληση, κρίση	Μεγάλη αύξησης στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας και εμπλοκή σε δραστηριότητες πιθανά επικίνδυνες ή επιζήμιες. Συχνή αλλαγή των στόχων της δραστηριότητας. Ανάρμοστη συμπεριφορά.
Αντίληψη	Μπορεί να υπάρχουν ψευδαισθήσεις.
Ύπνος	Μειωμένη ανάγκη για ύπνο.
Διατροφή	Αύξηση της όρεξης, αλλά όχι της κατανάλωσης φαγητού. Συνήθως απώλεια

	βάρους.
Σεξουαλική διάθεση και δραστηριότητα	Αύξηση. Εμπλοκή σε κοινωνικά επιλήψιμες και επικίνδυνες πρακτικές. Άρση αναστολών.

Πηγή: Παπαδημητρίου Γ.Ν., Λιάπας Ι.Α., Λύκουρας Ε., (2013), Σύγχρονη ψυχιατρική, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα (τροποποιημένος).

Το μανιακό επεισόδιο έχει ως κύριο χαρακτηριστικό του την παθολογικά διαχυτική διάθεση, η οποία στην πλειονότητα των περιπτώσεων χαρακτηρίζεται από ευτυχία, ενθουσιασμό, ιλαρότητα, αισιοδοξία και αίσθημα ασφάλειας, απεριόριστων δυνατοτήτων και προοπτικής επιτυχιών, αν και σπανιότερα το συναίσθημα μπορεί να είναι ευερέθιστο και δυσφορικό.

Εμφάνιση και συμπεριφορά

Ο μανιακός ασθενής έχει ζωηρή έκφραση, το βλέμμα του λάμπει, το πρόσωπό του είναι εξέρυθρο και ακτινοβολεί. Οι χειρονομίες του είναι έντονες, το ντύσιμό του είναι επιδεικτικό και συμπεριφέρεται με υπερβολική οικειότητα και σκωπτική διάθεση σε αγνώστους και σε πρόσωπα κύρους, κάνει παρατηρήσεις και δίνει διαταγές σε όλους.

Συναίσθημα

Το συναίσθημα του ασθενούς κατά το μανιακό επεισόδιο βρίσκεται σε έξαρση. Ο άρρωστος είναι εύθυμος, φλύαρος, αστειεύεται, σαρκάζει, είναι δραστήριος και αισιόδοξος. Η εύθυμη διάθεση διαχέεται στο περιβάλλον. Σε άλλες περιπτώσεις ο ασθενής είναι ευερέθιστος και θυμώνει, ιδίως όταν το περιβάλλον του δεν τον παρακολουθεί ή εναντιώνεται στις ιδέες του. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο ασθενής μπορεί να καταστεί επικίνδυνος. Αρκετά συχνά υπάρχουν στιγμιαίες μεταπτώσεις του συναισθήματος από ευφορία σε δυσθυμία ή κατάθλιψη.

Ροή και δομή της σκέψης

Ο μανιακός ασθενής παρουσιάζει λογόρροια δηλαδή μιλάει γρήγορα και ακατάπαυστα για να ανταποκριθεί στην ακατάσχετη ιδεόρροιά του. Το πλήθος των ιδεών του πολλές φορές δεν προλαβαίνει να εκφραστεί με συνέπεια να δημιουργείται η εντύπωση ότι υπάρχει ασυναρτησία. Στην πραγματικότητα δεν υπάρχει γνήσια ασυναρτησία, αλλά ο πάσχων λόγω της ιδεόρροιάς του δεν προλαβαίνει να ολοκληρώσει την σκέψη του και αλλάζει θέμα.

Μιλώντας, μεταπηδά από θέμα σε θέμα, για να δώσει διέξοδο στο πλήθος των ιδεών του (φυγή ιδεών). Είναι δυνατό να παρουσιάσει ψιτακισμό (επανάληψη φράσεων ή λέξεων), ενδοφασία (έκφραση σκέψεων με τη μορφή μονολόγου), να τραγουδά ή να δημιουργεί στίχους με ομοιοκαταληξίες. Μερικές φορές η φυγή των ιδεών είναι τέτοια, ώστε η ομιλία του μανιακού ασθενή γίνεται ασυνάρτητη και ακατάληπτη. Χαρακτηριστικό είναι πως στην ομιλία των μανιακών παρατηρείται πλήθος ρημάτων και αντωνυμιών και πτωχεία επιθέτων και προθέσεων.

Περιεχόμενο της σκέψης

Το περιεχόμενο της σκέψης του μανιακού ασθενή είναι διαταραγμένο. Ο ασθενής υπερτιμά το εγώ του, πιστεύει πως είναι δυνατός, όμορφος, έξυπνος, εύπορος, ικανός. Έχει μεγάλη αυτοπεποίθηση και δεν διαθέτει την παραμικρή διάθεση για αυτοκριτική. Όταν η υπερτίμηση του εγώ ξεπεράσει ορισμένα όρια, φτάνει στο παραλήρημα μεγαλείου, που όμως δεν είναι συνήθως τόσο εξωπραγματικό όπως συμβαίνει σε ορισμένα οργανικά ψυχοσύνδρομα.

Κινητικότητα, βούληση, κρίση

Υπάρχει σημαντική αύξηση της κινητικότητας και αυξημένη βουλητική συμπεριφορά, οι οποίες οδηγούν σε υπερβολική στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα. Η δραστηριότητα μπορεί να επηρεάζεται από τη διαταραχή της κρίσης, η οποία συχνά είναι απότοκος των υπερτιμημένων ιδεών ή του παραληρήματος. Ο ασθενής αισθάνεται έντονα δραστήριος και ταυτοχρόνως πολύ ικανός και άτρωτος, με αποτέλεσμα συχνά να υποπίπτει σε σοβαρά σφάλματα με άσχημες συνέπειες (Puri, 2012). Συγχρόνως μπορεί να υπάρχει περιπαιχτική διάθεση που εκδηλώνεται με ανάρμοστο χιούμορ και συχνά γέλια καθώς και ενοχλητική κοινωνική συμπεριφορά (π.χ. γδύσιμο σε δημόσιους χώρους, σεξουαλικά υπονοούμενα ή/και προτάσεις σε αγνωστούς, συνασθενείς, νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό).

Αντίληψη

Όταν υπάρχουν διαταραχές της αντίληψης, συνήθως αυτές λαμβάνουν τη μορφή ακουστικών ψευδαισθήσεων, τις οποίες ο ασθενής εκλαμβάνει ως προτρεπτικές ή συγχαρητήριες, καθώς τον εξωθούν να μεγαλουργήσει. Σπανιότερα, εμφανίζονται ακουστικές ψευδαισθήσεις που δεν συνδέονται άμεσα με τις ιδέες μεγαλείου, αλλά είναι φαινομενικά άσχετες με τη συναισθηματική κατάσταση (π.χ. ανεξήγητοι ήχοι, ακατάληπτες φωνές ή ψίθυροι, φωνές που αναφέρονται σε άσχετα γεγονότα ή σχετίζονται με άλλες παραληρητικές ιδέες, όπως αυτές τις δίωξης). Εν αντιθέσει με τη σχιζοφρένεια, στο μανιακό επεισόδιο σχεδόν ποτέ οι ακουστικές ψευδαισθήσεις δεν είναι στο τρίτο πρόσωπο (δηλαδή να ακούει ο ασθενής φωνές να μιλούν για αυτόν σε άλλους ή να διαλέγονται μεταξύ τους). Είναι δυνατόν επίσης να εμφανιστούν άλλου τύπου ψευδαισθήσεις (οπτικές, απτικές, οσφρητικές, κοιναισθητικές), αλλά παρατηρούνται λιγότερο συχνά.

Ύπνος

Η πολύ μεγάλη μείωση των συνολικών ωρών ύπνου μέσα στο 24ωρο αποτελεί χαρακτηριστικό των μανιακών επεισοδίων και πρώιμο σύμπτωμά τους, αφού εμφανίζεται αρκετές ημέρες πριν από την εκδήλωση ενός επεισοδίου. Ο ασθενής δεν παραπονείται για έλλειψη ύπνου, συνεπώς αυτό το σύμπτωμά πιθανόν να περάσει απαρατήρητο όταν δεν ερευνάται ενδελεχώς από τον εξεταστή.

Διατροφή

Συχνά σε ένα μανιακό επεισόδιο παρατηρείται αύξηση της όρεξης του ασθενούς η οποία όμως συνήθως δεν οδηγεί σε αύξηση του βάρους, καθώς ο ασθενής δεν τρέφεται αρκετά λόγω της αυξημένης ενασχόλησής του με πληθώρα δραστηριοτήτων. Συνεπώς, αντί για αύξηση του σωματικού βάρους παρατηρείται μείωση (Παπαδημητρίου, 2008).

Σεξουαλική διάθεση και δραστηριότητα

Πολλές φορές παρατηρείται αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας και των σεξουαλικών επαφών με διαφορετικούς συντρόφους. Ο ασθενής παρουσιάζει αχαλίνωτη ερωτική συμπεριφορά με πλημμελή τήρηση των αποδεκτών κοινωνικά κανόνων ευπρέπειας και ελλιπή τήρηση των μέτρων αντισύλληψης και προφύλαξης από τη μετάδοση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

4.2 Κλινική εικόνα υπομανίας

Η υπομανία αποτελεί μια διαταραχή της διάθεσης η οποία μπορεί να είναι πιο συχνή από την κανονική μανία. Τα χαρακτηριστικά της υπομανίας είναι τα ίδια με της μανίας, διαφέρουν

όμως ως προς την ένταση (στην υπομανία είναι ηπιότερα) και τη διάρκεια (στην υπομανία είναι πιο σύντομη η διάρκεια).

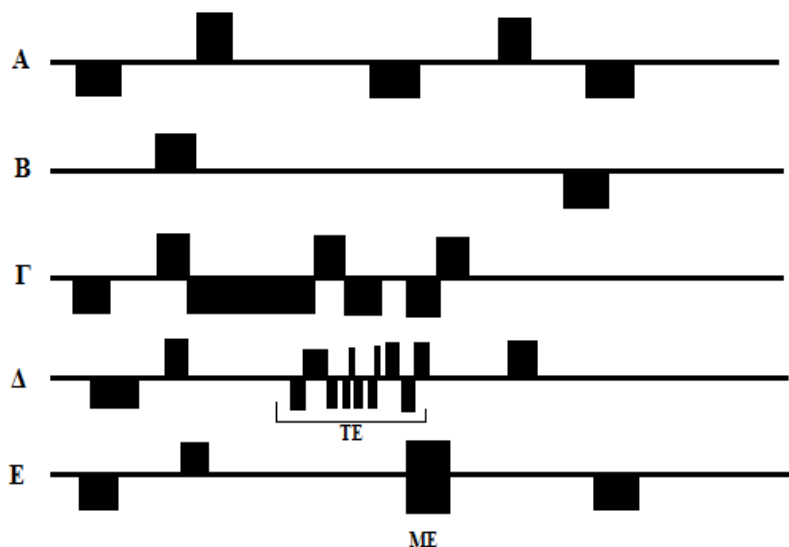
Κατά τη διάρκεια του υπομανιακού επεισοδίου, ο ασθενής παρουσιάζει ευφορία και άλλα κλασσικά συμπτώματα της μανίας, χωρίς όμως να παρουσιάζει παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις. Η ένταση των συμπτωμάτων είναι ήπια και δεν κρίνεται αναγκαία η νοσηλεία του ασθενούς , ενώ συνάμα δεν έχουν ιδιαίτερη επίδραση στους τομείς της ζωής του (προσωπικό, κοινωνικό, επαγγελματικό) (Andersen, 2011).

4.3 Κλινική εικόνα Διπολικής διαταραχής τύπου I

Η διπολική διαταραχή τύπου I χαρακτηρίζεται από την παρουσία τουλάχιστον ενός μανιακού ή μικτού επεισοδίου. Η διπολική διαταραχή τύπου I έχει ως χαρακτηριστικό τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια μανίας και κατάθλιψης τα οποία εναλλάσσονται μεταξύ τους με διαστήματα νορμοθυμίας να μεσολαβούν. Το πρώτο επεισόδιο σε μεγάλο ποσοστό των ασθενών είναι καταθλιπτικό (στα 2/3 έως τα 3/4 των περιστατικών), χωρίς να αποκλείεται να είναι μανιακό. Μετά την αποδρομή του πρώτου επεισοδίου συνήθως επακολουθεί μια μακρά περίοδος (μηνών ή χρόνων) νορμοθυμίας. Με την πάροδο των επεισοδίων μεσολαβούν όλο και μικρότερα διαστήματα νορμοθυμίας, ώσπου μερικά χρόνια μετά το πρώτο επεισόδιο η συχνότητα σταθεροποιείται με εναλλαγή επεισοδίων μανίας και κατάθλιψης διάρκειας 2-6 μηνών και περιόδων νορμοθυμίας διάρκειας 6-10 μηνών (Hales, 2014).

Ωστόσο, υπάρχουν πολλές περιπτώσεις ασθενών όπου οι περίοδοι αυτοί αποκλίνουν από τις τυπικές. Σε αρκετές περιπτώσεις μεσολαβούν πολλά χρόνια νορμοθυμίας μεταξύ των επεισοδίων και σε άλλες περιπτώσεις η νόσος υποτροπιάζει συνεχώς με ελάχιστες ή καθόλου περιόδους νορμοθυμίας. Εάν μάλιστα, υπάρχουν περισσότερα από 4 επεισόδια μέσα σε διάστημα ενός έτους, τότε η νόσος χαρακτηρίζεται ως διπολική διαταραχή «ταχείας εναλλαγής» (rapidcycling). Σπάνια, έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις στις οποίες η εναλλαγή των επεισοδίων είναι εξαιρετικά ταχεία και η πολικότητα αλλάζει μεταξύ μανίας και κατάθλιψης εντός ημερών (ultrarapidcycling) ή και εντός λίγων ωρών (ultra-ultrarapidcycling).

Εικόνα 2. Πορεία διπολικής διαταραχής.



- A: Τυπική πορεία
- B: Πορεία με αραιά επεισόδια
- Γ: Πορεία με συχνές και μεγάλης διάρκειας υποτροπές και ελάχιστες περιόδους νορμοθυμίας
- Δ: Πορεία με περίοδο ταχείας εναλλαγής επεισοδίων (TE)
- E: Πορεία με μκτό επεισόδιο (ME)

Πηγή: Σολδάτος Κ., Λύκουρας Ε., (2006), *Σύγγραμμα ψυχιατρικής, (Τόμος Α')*, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

4.4 Κλινική εικόνα Διπολικής διαταραχής τύπου II

Η διπολική διαταραχή τύπου II χαρακτηρίζεται από περιόδους υπομανίας, οι οποίες συμβαίνουν τυπικά πρίν ή μετά από τις περιόδους κατάθλιψης, αλλά μπορούν να εμφανιστούν και ανεξάρτητα (για να διαγνωσθεί ένας ασθενής με ΔΔΠ προϋπόθεση είναι να αποκλειστεί η εμφάνιση μανιακού επεισοδίου σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής του ασθενούς). Τα υπομανιακά επεισόδια δεν είναι τόσο σοβαρά ώστε να κρίνεται αναγκαία η νοσηλεία του ασθενούς, μπορεί όμως να οδηγήσουν σε προσωπικά, κοινωνικά ή επαγγελματικά προβλήματα.

Κατά τη διάρκεια της υπομανιακής φάσης ο ασθενής είναι ευφορικός, έχει πτωχή κρίση και έχει όλους τους υπόλοιπους δείκτες της μανίας, δηλαδή, αυξημένη ενέργεια, αϋπνία, κτλ, ωστόσο τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια για μανιακό επεισόδιο. Στους διπολικούς ασθενείς τύπου II παρατηρείται σε μεγάλο ποσοστό συννόσηση με άλλες διαταραχές, όπως η κατάχρηση ουσιών.

4.5 Κυκλοθυμία

Χαρακτηριστικό της κυκλοθυμίας αποτελεί η εναλλαγή σύντομων και ήπιων φάσεων υπερθυμίας (υπομανίας) και κατάθλιψης. Στη φάση της ήπιας κατάθλιψης κυριαρχεί η δυσφορία, η δυσκολία αποδοχής κριτικής και / ή απόρριψης και η ευερεθιστότητα, ενώ στη φάση της ήπιας υπερθυμίας κυριαρχεί η ευφορία, η ασχολία με πολλαπλές δραστηριότητες, η παρορμητικότητα και η υπέρμετρη κοινωνικότητα.

Η ριψοκίνδυνη και προκλητική συμπεριφορά που παρατηρείται συχνά στους κυκλοθυμικούς ασθενείς, μπορεί να έχει καταστρεπτικές συνέπειες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, ωστόσο, δεν είναι απίθανο να τους οδηγήσει και σε επιτεύγματα άγνωστα για τους συμβατικούς συνανθρώπους τους. Δυστυχώς, λόγω των μεταπτώσεων μεταξύ υπερθυμίας και κατάθλιψης, που ορίζουν την κυκλοθυμία, τα επιτεύγματα αυτά δεν διατηρούνται για μακρό χρονικό διάστημα.

4.6 Μικτό επεισόδιο

Μικρό ποσοστό ασθενών είναι δυνατό να παρουσιάσει μικτό επεισόδιο, δηλαδή, να παρουσιάσει ένα σύνολο καταθλιπτικών και μανιακών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια του ίδιου επεισοδίου.

Κατά το μικτό επεισόδιο η διάθεση και η κλινική εικόνα του ασθενούς παρουσιάζει ταχείες εναλλαγές. Ενώ την μια στιγμή ο ασθενής μπορεί να έχει ανεβασμένη διάθεση, να είναι υπερδραστήριος και ομιλητικός, λίγο αργότερα μπορεί να ξεσπά σε κλάμα και να παραπονείται για το έντονο αίσθημα απελπισίας που βιώνει. Προκειμένου να τεθεί η διάγνωση του μικτού επεισοδίου τα συμπτώματα της μανίας και της κατάθλιψης πρέπει να συνυπάρχουν για μια εβδομάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Οι σύγχρονοι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας χρησιμοποιούν συχνά το «βιοψυχοκοινωνικό» μοντέλο για να μπορέσουν να κατανοήσουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας. Το συγκεκριμένο μοντέλο περιγράφει τους σύνθετους τρόπους αλληλεπίδρασης του μυαλού μας, της ψυχολογίας μας και του κοινωνικού περιβάλλοντός μας. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις μπορεί να μας οδηγήσουν σε αγχώδεις ή παράξενες σκέψεις, συναισθήματα, συμπεριφορές και οργανικές αντιδράσεις που ορίζονται ως ψυχικές διαταραχές. (www.klimaka.org.gr)

Για να τεθεί μια διάγνωση ψυχικής νόσου, οι ψυχίατροι και οι κλινικοί ψυχολόγοι εξετάζουν «συμπτώματα» και «σημεία» που παρουσιάζει ο ασθενής. Τα συμπτώματα αποτελούν υποκειμενικές αναφορές από το ίδιο το άτομο, ενώ τα σημεία αποτελούν ανεξάρτητες παρατηρήσεις από τρίτους ή τους ειδικούς. Για να μπορέσει να φτάσει ο ειδικός σε μια ασφαλή διάγνωση, έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσει μια σειρά από μέσα:

A. Συνέντευξη με τον ίδιο τον ασθενή ή και άτομα του οικείου/οικογενειακού του περιβάλλοντος. Οι πληροφορίες που παρέχουν τα άτομα του οικείου περιβάλλοντος του ασθενούς ονομάζονται «συμπληρωματικές πληροφορίες» και είναι ιδιαίτερα πολύτιμες για τον ειδικό καθώς αποτελούν παρατηρήσεις που δεν θα μπορούσε να κάνει ο ίδιος (π.χ. το άτομο δεν καθαρίζει πια τον προσωπικό του χώρο). Μέσω της συνέντευξης ο ειδικός θα διερευνήσει τα παρακάτω:

- Πηγή παραπομπής
- Αίτημα
- Κύρια ενοχλήματα και προβλήματα
- Ιστορικό παρόντων προβλημάτων
- Αναπτυξιακό (προηγούμενο) ιστορικό
- Οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό
- Ιατρικό ιστορικό
- Ιστορικό χρήσης ουσιών και αλκοόλ
- Εξέταση ψυχικών λειτουργιών (εμφάνιση και συμπεριφορά, ομιλία, συγκινησιακή κατάσταση, σκέψη, αντίληψη, αισθητηριακή κατάσταση και γνωσιακή λειτουργία)

B. Ψυχολογικές δοκιμασίες και ερωτηματολόγια. Υπάρχουν διάφορες δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται ανάλογα με την περίπτωση και την κατάρτιση του ειδικού, όπως:

- Προβολικά tests προσωπικότητας (Rorschach, TAT)
- Test προσωπικότητας, όπως το M.M.P.I.
- Δομημένες συνεντεύξεις Ψυχιατρικές κλίμακες
- Ερωτηματολόγια αυτοαξιολόγησεις

Γ. Εργαστηριακές εξετάσεις. Πιθανόν ο ειδικός ιατρός να ζητήσει τη διενέργεια ορισμένων εργαστηριακών εξετάσεων για να αποκλειστεί η πιθανότητα της ύπαρξης συμπτωμάτων και σημείων λόγω μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υπερθυρεοειδισμός).

Τα κριτήρια για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών προκύπτουν από τα εξής Ταξινομικά Συστήματα:

A. *Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, το οποίο εκδίδεται από τον Αμερικανικό Ψυχιατρικό Σύλλογο.)*

B. *Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς της Διεθνούς Νοσολογικής Ταξινόμησης (The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical description and diagnostic guidelines, το οποίο εκδίδεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας). (www.mazi.org.gr)*

Οι σύγχρονοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ορίζουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας χρησιμοποιώντας ως πρότυπο το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών. Αυτό το βιβλίο αναφοράς έχει δημιουργηθεί και εκδοθεί από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία. Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών εξελίσσεται και ενημερώνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Ο πρώτος τόμος του (DSM-I) εκδόθηκε το 1952 και αριθμούσε 132 σελίδες. Η έκδοση που χρησιμοποιείται πλέον είναι η Πέμπτη και η πιο πρόσφατη, το DSM-V, το οποίο εκδόθηκε το 2013 και αριθμεί 947 σελίδες.

Παρακάτω, λοιπόν, παρατείνονται τα κριτήρια διάγνωσης των κύριων διαταραχών της διάθεσης βάση του DSM-V.

5.1 Κριτήρια DSM-V για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο

Για να οριστεί ένα επεισόδιο ως μείζον καταθλιπτικό, σύμφωνα με την 5^η έκδοση του DSM να πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια:

A. Πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα να είναι παρόντα κατά την ίδια περίοδο διάρκειας 2 εβδομάδων και να επιφέρουν αλλαγή στην προηγούμενη συμπεριφορά του ατόμου. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα να είναι είτε η καταθλιπτική διάθεση, είτε η απώλεια ενδιαφέροντος ή η ανηδονία.

(Να σημειωθεί ότι συμπτώματα τα οποία είναι ξεκάθαρα απόρρητα κάποιας παθολογικής ιατρικής κατάστασης, δεν θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στα κριτήρια.)

1. Καταθλιπτική διάθεση, κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, είτε από υποκειμενικές αναφορές (π.χ. ο ασθενής αναφέρει πως αισθάνεται λυπημένος, απογοητευμένος, ανήμπορος ή κενός) είτε από τις παρατηρήσεις τρίτων (π.χ. βλέπουν τον ασθενή να βουρκώνει).
2. Αξιοσημείωτη απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο κομμάτι της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα (αναφέρεται είτε από τον ίδιο τον ασθενή, είτε από τρίτους).
3. Σημαντική απώλεια βάρους, χωρίς να γίνεται δίαιτα αδυνατίσματος, ή αύξηση βάρους (π.χ. αλλαγή του σωματικού βάρους σε ποσοστό μεγαλύτερο του 5% μέσα σε έναν μήνα). Μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν καθημερινά.
4. Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν σε καθημερινή βάση.
5. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε ημέρα, η οποία επισημαίνεται από τρίτους).
6. Κόπωση ή έλλειψη ενέργειας σχεδόν καθημερινά.

7. Αίσθημα αναξιότητας ή υπερβολής ή αδικαιολόγητης ενοχής (που μπορεί να είναι παραισθησιακή) σχεδόν καθημερινά (όχι υποκειμενική άποψη ή ενοχή για την ασθένεια).
8. Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα σχεδόν καθημερινά (είτε βάση αναφορών του ασθενούς είτε ως παρατήρηση από τρίτους).
9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο εκτέλεσης αυτοκτονίας.

B. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή διαταραχή της λειτουργικότητας του ασθενούς σε κοινωνικό, επαγγελματικό ή οποιοδήποτε άλλο επίπεδο της ζωής του.

Γ. Το επεισόδιο δεν οφείλεται στις αναμενόμενες επιπτώσεις κάποιας ουσίας ή κάποιας παθολογικής κατάστασης.

Δ. Δεν έχει υπάρξει ποτέ μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο. (Αυτό το κριτήριο δεν ισχύει εάν το μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο είναι συνέπεια της χρήσης κάποιας ουσίας ή κάποιας άλλης παθολογικής κατάστασης.)

E. Η ύπαρξη του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, δεν εξηγείται καλύτερα με τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, τη σχιζοφρένεια, άλλες μορφές σχιζοφρένειας καθορισμένες ή μη, παραληρητική διαταραχή ή άλλες ψυχωτικές διαταραχές (DSM-V).

5.2 Κριτήρια DSM-V για το μανιακό επεισόδιο

Για να οριστεί ένα επεισόδιο ως μανιακό θα πρέπει σύμφωνα με την 5^η έκδοση του DSM να πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια:

A. Μια σαφή χρονικά περίοδος με ασυνήθιστα και επίμονα ανεβασμένη ή ευερέθιστη διάθεση και ασυνήθιστα και επίμονα αυξημένη στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα ή ενέργεια , με διάρκεια τουλάχιστον μια εβδομάδα (τα συμπτώματα να είναι παρόντα το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και σχεδόν κάθε ημέρα) ή οποιαδήποτε διάρκεια εάν κριθεί απαραίτητη η νοσηλεία του ασθενούς.

B. Κατά την περίοδο της διαταραχής της διάθεσης και της αυξημένης ενεργητικότητας ή δραστηριότητας, τρία (ή παραπάνω) από τα ακόλουθα συμπτώματα (τέσσερα εάν η διάθεση του ασθενούς είναι μόνο ευερέθιστη) είναι παρόντα σε ένα σημαντικό βαθμό και αντιπροσωπεύουν μια σημαντική αλλαγή από την συνήθη συμπεριφορά του ασθενούς:

1. Αυξημένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου.
2. Μειωμένη ανάγκη για ύπνο (π.χ. ο ασθενής αισθάνεται ξεκούραστος μονάχα με 3 ώρες ύπνου).
3. Λογόρροια ή πίεση λόγου
4. Ιδεοφυγή ή υποκειμενική ιδεόρροια.
5. Διάσπαση της προσοχής, η οποία είτε αναφέρεται από τον ασθενή είτε γίνεται αντιληπτή από τρίτους.
6. Αύξηση στην στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα (είτε κοινωνικά, είτε στην εργασία ή το σχολείο, είτε σεξουαλικά) ή ψυχοκινητική διέγερση.

7. Υπερβολική ενασχόληση με δραστηριότητες οι οποίες ενέχουν υψηλά ποσοστά επίπονων συνεπειών (π.χ. ανεξέλεγκτη αγοραστική μανία, απρεπή σεξουαλική συμπεριφορά ή απερίσκεπτες επιχειρηματικές κινήσεις).

Γ. Η διαταραχή της διάθεσης είναι αρκετά σοβαρή ώστε να έχει βλαπτική επίδραση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα του ασθενούς, ή να απαιτείται η νοσηλεία του για την αποτροπή βλαβών προς τον εαυτό του ή τρίτους, ή να υπάρχουν ψυχωτικά χαρακτηριστικά.

Δ. Το επεισόδιο δεν αποδίδεται στις φυσιολογικές επιπτώσεις κάποιας ουσίας ή κάποιας ιατρικής κατάστασης (DSM-V).

5.3 Κριτήρια DSM-V για το υπομανιακό επεισόδιο

Για να οριστεί ένα επεισόδιο ως υπομανιακό, πρέπει να πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια:

A. Ασυνήθιστα και επίμονα ανεβασμένη ή ευερέθιστη διάθεση και ασυνήθιστα και επίμονα αυξημένη δραστηριότητα ή ενέργεια για μια σαφή χρονικά περίοδο, η οποία διαρκεί τουλάχιστον για 4 συνεχόμενες ημέρες και τα συμπτώματα είναι παρόντα το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας για σχεδόν όλες τις ημέρες.

B. Κατά τη διάρκεια της διαταραχής της διάθεσης και της αυξημένης ενεργητικότητας και δραστηριότητας, τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα είναι επίμονα (τέσσερα εάν η διάθεση του ασθενούς είναι μόνο ευερέθιστη), αντιπροσωπεύουν μια σημαντική αλλαγή στη συνήθη συμπεριφορά του ασθενούς και παρατηρούνται σε ένα σημαντικό βαθμό:

1. Αυξημένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου.
2. Μειωμένη ανάγκη για ύπνο.
3. Λογόρροια ή πίεση λόγου.
4. Ιδεοφυγή ή υποκειμενική αίσθηση ιδεόρροιας.
5. Διάσπαση της προσοχής αναφερόμενη από τον ίδιο τον ασθενή ή παρατηρούμενη από τρίτους.
6. Αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας ή ψυχοκινητική διέγερση.
7. Υπερβολική ενασχόληση με δραστηριότητες οι οποίες ενέχουν υψηλά ποσοστά επίπονων συνεπειών (π.χ. ανεξέλεγκτη αγοραστική μανία, απρεπή σεξουαλική συμπεριφορά ή απερίσκεπτες επιχειρηματικές κινήσεις).

Γ. Το επεισόδιο επιφέρει μια ξεκάθαρη αλλαγή στη λειτουργικότητα του ασθενούς, η οποία είναι ασυνήθιστη για τον ασθενή όταν είναι ασυμπτωματικός.

Δ. Η διαταραχή της διάθεσης και η αλλαγή στη λειτουργικότητα του ατόμου είναι αντιληπτές από τρίτους.

E. Το επεισόδιο δεν είναι αρκετά σοβαρό ώστε να προκαλέσει σημαντικά προβλήματα στη κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου ή να κριθεί αναγκαία η νοσηλεία του. Εάν υπάρχουν ψυχωτικά χαρακτηριστικά τότε το επεισόδιο, εξ ορισμού, είναι μανιακό.

ΣΤ. Το επεισόδιο δεν αποδίδεται στις φυσιολογικές επιπτώσεις κάποιας ουσίας (DSM-V).

5.4 Κριτήρια DSM-V για τη διπολική διαταραχή τύπου I

Για να διαγνωσθεί κάποιος ασθενής με διπολική διαταραχή τύπου I, σύμφωνα με το DSM-V πρέπει να:

A. Πληρούνται τα κριτήρια για τουλάχιστον ένα μανιακό επεισόδιο (βλ. 5.2 Κριτήρια DSM-V για το μανιακό επεισόδιο A-Δ).

B. Η ύπαρξη του μείζονος καταθλιπτικού και του μανιακού επεισοδίου, δεν εξηγείται καλύτερα με τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, τη σχιζοφρένεια, άλλες μορφές σχιζοφρένειας καθορισμένες ή μη, παραληρητική διαταραχή ή άλλες ψυχωτικές διαταραχές (DSM-V).

5.5 Κριτήρια DSM-V για τη διπολική διαταραχή τύπου II

Για τη διάγνωση ασθενούς με διπολική διαταραχή τύπου II πρέπει να πληρούνται τα εξής κριτήρια:

A. Τα συμπτώματα του ασθενούς πληρούν τα κριτήρια για τουλάχιστον ένα υπομανιακό επεισόδιο (βλ. 5.3 Κριτήρια DSM-V για το υπομανιακό επεισόδιο A-ΣΤ) και τουλάχιστον για ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (βλ. 5.1 Κριτήρια DSM-V για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο A-E).

B. Δεν έχει υπάρξει ποτέ μανιακό επεισόδιο.

Γ. Η ύπαρξη του μείζονος καταθλιπτικού και του υπομανιακού επεισοδίου, δεν εξηγείται καλύτερα με τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, τη σχιζοφρένεια, άλλες μορφές σχιζοφρένειας καθορισμένες ή μη, παραληρητική διαταραχή ή άλλες ψυχωτικές διαταραχές.

Δ. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης ή η απροβλεψιμότητα που προκαλείται ανάμεσα στις περιόδους κατάθλιψης και υπομανίας προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή έκπτωση στη λειτουργικότητα του ασθενούς στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της ζωής του (DSM-V).

5.6 Κριτήρια DSM-V για την κυκλοθυμία

Σύμφωνα με το DSM-V, τα διαγνωστικά κριτήρια που πρέπει να πληρούνται για την κυκλοθυμία είναι τα παρακάτω:

A. Για τουλάχιστον δύο χρόνια (τουλάχιστον ένα έτος για παιδιά και εφήβους) έχουν υπάρξει πολυάριθμες περιόδους με υπομανιακά συμπτώματα τα οποία όμως δεν επαρκούν για τον ορισμό υπομανιακού επεισοδίου και πολυάριθμες περιόδους με καταθλιπτικά συμπτώματα τα οποία όμως δεν πληρούν τα κριτήρια για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.

B. Κατά την περίοδο αυτών των δύο ετών, τα υπομανιακά και καταθλιπτικά συμπτώματα είναι παρόντα τουλάχιστον για τη μισή χρονική περίοδο και το άτομο δεν είναι ασυμπτωματικό για περισσότερο από δύο μήνες κάθε φορά.

Γ. Τα συμπτώματα δεν έχουν επαρκέσει ποτέ για να ορισθεί ένα μείζον καταθλιπτικό, ένα μανιακό ή ένα υπομανιακό επεισόδιο.

Δ. Τα συμπτώματα του κριτηρίου A, δεν εξηγούνται καλύτερα με τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, τη σχιζοφρένεια, άλλες μορφές σχιζοφρένειας καθορισμένες ή μη, παραληρητική διαταραχή ή άλλες ψυχωτικές διαταραχές.

Ε. Τα συμπτώματα δεν είναι επακόλουθη συνέπεια της χρήσης κάποιας ουσίας ή κάποιας παθολογικής κατάστασης (π.χ. υπερθυρεοειδισμός).

ΣΤ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή έκπτωση στη λειτουργικότητα του ασθενούς στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της ζωής του (DSM-V).

5.7 Κριτήρια DSM-V για το μικό επεισόδιο

5.7.1 Μανιακό ή Υπομανιακό επεισόδιο, με μικτά χαρακτηριστικά

Α. Πληρούνται όλα τα κριτήρια για το μανιακό ή το υπομανιακό επεισόδιο και τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα συμπτώματα είναι παρόντα στην πλειονότητα των ημερών του τρέχοντος επεισοδίου ή του πιο πρόσφατου επεισοδίου μανιάς ή υπομανιάς:

1. Ευδιάκριτη δυσφορία ή καταθλιπτική διάθεση, είτε από υποκειμενικές αναφορές είτε από αναφορές τρίτων.
2. Μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες, όπως αναφέρεται από τον ίδιο το άτομο ή τρίτους.
3. Ψυχοκινητική επιβράδυνση σχεδόν κάθε ημέρα, η οποία αναφέρεται από τρίτους.
4. Κόπωση ή μείωση ενεργητικότητας.
5. Αίσθημα αναξιοσύνης, υπερβολής ή αδικαιολόγητων ενοχών.
6. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο εκτέλεσης αυτοκτονίας.

Β. Τα μικτά συμπτώματα γίνονται αντιληπτά από τρίτους και επιφέρουν αλλαγή στη συνήθη συμπεριφορά του ατόμου.

Γ. Για τα άτομα, τα συμπτώματα των οποίων, πληρούν τα κριτήρια τόσο για το μανιακό όσο και για το καταθλιπτικό επεισόδιο ταυτόχρονα, η διάγνωση πρέπει να είναι μανιακό επεισόδιο με μικτά χαρακτηριστικά, λόγω της σημαντικής δυσλειτουργικότητας και της κλινικής σοβαρότητας της πλήρους μανιάς.

Δ. Τα μικτά συμπτώματα δεν είναι επακόλουθη συνέπεια της χρήσης κάποιας ουσίας ή κάποιας παθολογικής κατάστασης (DSM-V), (Katona and al., 2015).

5.7.2 Καταθλιπτικό επεισόδιο, με μικτά χαρακτηριστικά

Α. Πληρούνται όλα τα κριτήρια για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, και τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα μανιακά ή υπομανιακά συμπτώματα είναι παρόντα κατά την πλειοψηφία των ημερών του τρέχοντος ή του πιο πρόσφατου καταθλιπτικού επεισοδίου:

1. Ανεβασμένη ή ευερέθιστη διάθεση.
2. Αυξημένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου.
3. Λογόρροια ή πίεση λόγου.
4. Ιδεοφυγή ή υποκειμενική αίσθηση ιδεόρροιας.
5. Αυξημένη ενεργητικότητα ή στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα (είτε κοινωνική, είτε στην εργασία ή το σχολείο, είτε σεξουαλική).
6. Αυξημένη ή υπερβολική ενασχόληση με βραστηριότητες που ενέχουν υψηλά ποσοστά κινδύνου και επίπονων συνεπειών.
7. Μειωμένη ανάγκη για ύπνο.

Β. Τα μικτά συμπτώματα γίνονται αντιληπτά από τρίτους και επιφέρουν αλλαγή στη συνήθη συμπεριφορά του ατόμου.

Γ. Για τα άτομα, τα συμπτώματα των οποίων, πληρούν τα κριτήρια τόσο για το μανιακό όσο και για το καταθλιπτικό επεισόδιο ταυτόχρονα, η διάγνωση πρέπει να είναι μανιακό επεισόδιο με μικτά χαρακτηριστικά.

Δ. Τα μικτά συμπτώματα δεν είναι επακόλουθη συνέπεια της χρήσης κάποιας ουσίας ή κάποιας παθολογικής κατάστασης (DSM-V).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

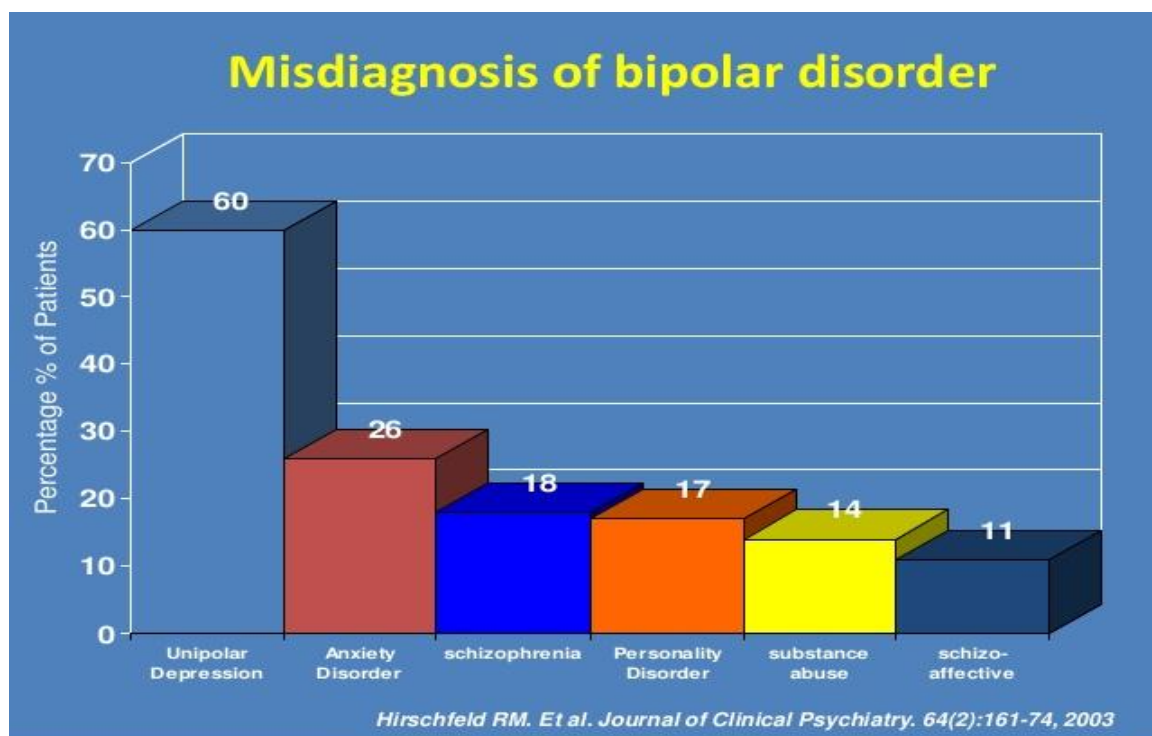
ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Με τον όρο «διάγνωση», αναφερόμαστε στην αναγνώριση της νόσου από την οποία πάσχει ένα άτομο. Ο όρος είναι σύνθετος και απαρτίζεται από την πρόθεση «δια» και το ρήμα «γιγνώσκω» και σημαίνει διευκρίνηση, σχηματισμός γνώμης. Η αναγνώριση-διάγνωση μια νόσου βασίζεται στην αναζήτηση των εκδηλώσεών της. Οι εκδηλώσεις είναι είτε κλινικές είτε εργαστηριακά ευρήματα, ωστόσο στην Ψυχιατρική δεν είναι συνήθη τα εργαστηριακά ευρήματα και οι εκδηλώσεις είναι κατά κύριο λόγο κλινικές. Οι κλινικές εκδηλώσεις λοιπόν, όπως αναφέρθηκε και στο 5^ο κεφάλαιο, διακρίνονται σε «συμπτώματα» και «σημεία». Σύμπτωμα είναι η νοσολογική εκδήλωση που γίνεται αντιληπτή από τον ίδιο τον ασθενή (είτε υποκειμενική, είτε αντικειμενική παρατήρηση). Σημείο είναι η νοσολογική εκδήλωση που εντοπίζεται από τον ιατρό κατά την εξέταση.

«Διαφορική Διάγνωση» ή «Διαφοροδιάγνωση», είναι η διάκριση μεταξύ των νόσων που έχουν κοινές νοσολογικές εκδηλώσεις και ο σταδιακός αποκλεισμός αυτών έως ότου καταλήξουμε στην επικρατέστερη διάγνωση η οποία εξηγεί όλα τα συμπτώματα και τα σημεία του ασθενούς. Η ορθή διάγνωση αποτελεί προϋπόθεση για την αποτελεσματική θεραπεία και την εκτίμηση της πρόγνωσης της νόσου. (Μουντοκαλάκης, 2013)

Η διάγνωση των ψυχικών ασθενειών μπορεί να φαντάζει απλή, ωστόσο οι μεταξύ τους διαφορές μπορεί να είναι μικρές μεν, μείζουσας σημασίας δε, καθιστώντας τη διαδικασία της διάγνωσης επίπονη. Απαιτείται ένας καλά εκπαιδευμένος ειδικός με αυξημένη οξυδέρκεια ο οποίος θα λάβει ένα εκτενές ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, από όπου θα μπορέσει να αντλήσει χρήσιμες πληροφορίες που θα τον οδηγήσουν σε ένα ασφαλές συμπέρασμα και μια ορθή διάγνωση.

Εικόνα 3. Οι πιο συχνές λανθασμένες διαγνώσεις για τη διπολική διαταραχή.



Πηγή: <http://www.slideshare.net/ISBD/using-pattern-recognition-and-neuroimaging-to-decode-present-and-future-symptom-severity-in-behaviorally-and-emotionally-dysregulated-youth>

6.1 Διαφορική διάγνωση διπολικής διαταραχής I

- Μείζουσα κατάθλιψη:

Η μείζουσα καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να συνοδεύεται από υπομανιακά ή μανιακά συμπτώματα, τα οποία όμως είναι λιγότερα ή μικρότερης διάρκειας από ότι απαιτείται για την μανία ή την υπομανία. Όταν το άτομο παρουσιάζει τέτοια συμπτώματα κατά τη διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου, πρέπει να εξετάζεται το ιστορικό του ασθενούς επισταμένα για να διευκρινίζεται εάν έχει παρουσιάσει στο παρελθόν κάποιο μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο. Γενικά, συμπτώματα ευερεθιστότητας, πιθανώς να συνδέονται είτε με τη μείζουσα κατάθλιψη είτε με την διπολική διαταραχή, γεγονός που καθιστά πιο πολύπλοκη τη διαγνωστική διαδικασία.

- Άλλες διπολικές διαταραχές:

Η διάγνωση της διπολικής διαταραχής I, διαφοροποιείται από αυτή της διπολικής διαταραχής II, διασαφηνίζοντας το εάν έχει υπάρξει κάποια στιγμή στο παρελθόν επεισόδιο μανίας. Άλλες καθορισμένες και μη καθορισμένες διπολικές και συναφείς διαταραχές θα πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκονται από τη διπολική διαταραχή τύπου I και II, λαμβάνοντας υπόψιν εάν τα επεισόδια που παρουσιάζουν μανιακά ή υπομανιακά συμπτώματα ή τα επεισόδια με καταθλιπτικά συμπτώματα δεν πληρούν ολοκληρωτικά τα κριτήρια που έχουν καθοριστεί για αυτές τις παθήσεις.

Η διπολική διαταραχή που οφείλεται σε κάποια παθολογική ιατρική κατάσταση, θα πρέπει να διακρίνεται από τη διπολική διαταραχή τύπου I και II εντοπίζοντας, βάση των κλινικών ενδείξεων, μια αιτιολογικά συσχετιζόμενη παθολογική ιατρική κατάσταση.

- Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, διαταραχή πανικού, διαταραχή μετατραυματικού στρες ή άλλες διαταραχές άγχους.:

Αυτές οι διαταραχές θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν κατά τη διαφορική διάγνωση είτε ως η κύρια διαταραχή είτε σε ορισμένες περιπτώσεις ως σύνοδη διαταραχή. Είναι αναγκαία η προσεκτική λήψη ενός ιστορικού συμπτωμάτων για να διαφοροδιαγνωστεί η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή από τη διπολική διαταραχή, καθώς οι αγχώδεις σκέψεις μπορεί να παρερμηνευθούν ως σκέψεις που «τρέχουν», και οι προσπάθειες μείωσης των αγχώδων αισθημάτων μπορεί να εκληφθούν ως παρορμητική συμπεριφορά. Ομοίως, συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκονται από τη διπολική διαταραχή. Είναι χρήσιμο να εκτιμηθεί η φύση των συμπτωμάτων που αναφέρονται από τον ασθενή, καθώς και να ληφθεί υπόψιν τι είναι αυτό που πυρόδοτεί αυτά τα συμπτώματα.

- Διπολική διαταραχή οφειλόμενη σε χρήση ουσιών ή φαρμακευτική αγωγή:

Συμπτώματα μανίας μπορεί να εκδηλωθούν εξαιτίας της χρήσης ουσιών ή φαρμακευτικής αγωγής, τα οποία όμως πρέπει να διαχωρίζονται από τη διπολική διαταραχή τύπου I. Η απάντηση σε σταθεροποιητές της διάθεσης κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου που οφείλεται σε κάποια ουσία δεν είναι απαραίτητα διαγνωστικό κριτήριο για τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής. Ένας ασθενής για να χαρακτηριστεί διπολικός θα πρέπει να συνεχίσει να παρουσιάζει τα μανιακά συμπτώματα και μετά τη διακοπή της ουσίας που ενοχοποιείται για αυτά. (Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν πως συμπτώματα ως υπολείμματα της δράσης μιας ουσίας μπορεί να παρουσιάζονται έως και 4 εβδομάδες μετά τη διακοπή της ουσίας)

- Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ):

Αυτή η διαταραχή μπορεί να διαγνωσθεί λανθασμένα ως διπολική διαταραχή, ειδικά στους εφήβους και στα παιδιά. Πολλά συμπτώματα της ΔΕΠΥ συμπίπτουν με αυτά της μανίας, όπως λογόρροια, ιδεόρροια, διάσπαση της προσοχής, και μειωμένη ανάγκη για ύπνο. Ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να ξεκαθαρίσει εάν τα συμπτώματα επαρκούν για την πλήρωση των κριτηρίων της μανίας.

- Διαταραχές προσωπικότητας:

Οι διαταραχές της προσωπικότητας, όπως η μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας, μπορεί να έχουν ουσιώδη ταύτιση συμπτωμάτων με τις διπολικές διαταραχές, καθώς η ευμεταβλητότητα των συναισθημάτων και η παρορμητικότητα είναι κοινή και στις δύο καταστάσεις.

- Διαταραχή με εξέχουσα ευερεθιστότητα:

Σε άτομα με υπερβολική ευερεθιστότητα, ιδιαίτερα σε παιδιά και εφήβους, πρέπει να αποδίδεται πολύ προσεκτικά η διάγνωση της διπολικής διαταραχής μόνο σε αυτά που είχαν ένα ξεκάθαρο επεισόδιο μανίας ή υπομανίας. Θα πρέπει, δηλαδή, να πληρείται μια συγκεκριμένη χρονική περίοδος, με την απαιτούμενη διάρκεια, κατά τη διάρκεια της οποίας η ευερεθιστότητα ήταν ξεκάθαρα διαφοροποιημένη από την συνήθη συμπεριφορά του ατόμου και συνοδευόταν από τα συμπτώματα του κριτηρίου Β για τη μανία. Όταν η ευερεθιστότητα ενός παιδιού είναι επίμονη και ιδιαίτερα έντονη, η διάγνωση με το «Σύνδρομο διασπαστικής απορρύθμισης της διάθεσης», θα ήταν πιο πρόσφορη.

6.2. Διαφορική διάγνωση της διπολικής διαταραχής II

- Μείζουσα καταθλιπτική διαταραχή:

Ίσως η πιο δύσκολη διαφορική διάγνωση, είναι αυτή της διπολικής διαταραχής με τη μείζουσα κατάθλιψη, καθώς η κατάθλιψη μπορεί να συνοδεύεται (όπως αναφέρθηκε παραπάνω) από υπομανιακά ή μανιακά συμπτώματα τα οποία όμως δεν πληρούν τα κριτήρια για αυτές τις καταστάσεις. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στα άτομα με σύμπτωματα ευερεθιστότητας, η οποία μπορεί κάλλιστα να συνδέεται είτε με τη μείζουσα κατάθλιψη είτε με τη διπολική διαταραχή II.

- Κυκλοθυμική διαταραχή:

Στην κυκλοθυμική διαταραχή, υπάρχουν πολυάριθμες περίοδοι που ο ασθενής παρουσιάζει υπομανιακά ή καταθλιπτικά συμπτώματα τα οποία όμως δεν πληρούν τα κριτήρια του υπομανιακού και, αντίστοιχα, του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου (είτε λόγω ελλειπών συμπτωμάτων, είτε λόγω ελλειπούς διάρκειας). Η διπολική διαταραχή τύπου II διαχωρίζεται από την κυκλοθυμική διαταραχή από την παρουσία ενός ή περισσοτέρων επεισοδίων μείζονος κατάθλιψης. Εάν, μετά τα 2 πρώτα χρόνια της διάγνωσης του ασθενούς ως κυκλοθυμικού, παρουσιαστεί ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, τότε τίθεται επιπλέον η διάγνωση της διπολικής διαταραχής II.

- Διαταραχές του σχιζοφρενικού φάσματος ή άλλες συνδεόμενες ψυχωτικές διαταραχές:

Η διπολική διαταραχή ΙΙ πρέπει να διαχωρίζεται από τις ψυχωτικές διαταραχές (π.χ. σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, σχιζοφρένεια, και παραληρητική διαταραχή). Η σχιζοφρένεια, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η παραληρητική διαταραχή χαρακτηρίζονται από περιόδους με ψυχωτικά συμπτώματα που προκαλούνται κατά την απουσία συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη διάθεση. Κατά τη διαγνωστική διαδικασία είναι βοηθητικό να λαμβάνονται υπόψη τα σύνοδα συμπτώματα, προηγούμενα επεισόδια και το οικογενειακό ιστορικό του ασθενούς.

- Διαταραχή πανικού και αγχώδεις διαταραχές:

Οι αγχώδεις διαταραχές πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διαδικασία της διαφορικής διάγνωσης και πιθανών συχνά να αποτελούν σύνοδες διαταραχές.

- Διαταραχές συνδεόμενες με τη χρήση ουσιών:

Οι διαταραχές που προκαλούνται από τη χρήση κάποιας ουσίας συμπεριλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση. Η διάγνωση της διπολικής διαταραχής ΙΙ θα πρέπει να τίθεται βάση συμπτωμάτων τα οποία παραμένουν μετά τη διακοπή χρήσης της ουσίας.

- Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ):

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής - υπερκινητικότητας μπορεί να διαγνωσθεί λανθασμένα ως διπολική διαταραχή τύπου ΙΙ, ειδικά στους εφήβους και στα παιδιά. Πολλά συμπτώματα της ΔΕΠΥ συμπίπτουν με αυτά της υπομανίας, όπως λογόρροια, ιδεόρροια, διάσπαση της προσοχής, και μειωμένη ανάγκη για ύπνο. Ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να ξεκαθαρίσει εάν τα συμπτώματα επαρκούν για την πλήρωση των κριτηρίων της υπομανίας ώστε να τεθεί η διάγνωση της διπολικής διαταραχής ΙΙ.

- Διαταραχές προσωπικότητας:

Ότι ισχύει για τη ΔΕΠΥ (βλ. παραπάνω) ισχύει επίσης κατά την εξέταση ενός ατόμου για διαταραχές της προσωπικότητας, όπως π.χ. μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας, καθώς η ευμεταβλητότητα των συναισθημάτων και η παρορμητικότητα είναι κοινή για τη διπολική διαταραχή ΙΙ και τις διαταραχές προσωπικότητας.

- Άλλες διπολικές διαταραχές:

Η διπολική διαταραχή τύπου ΙΙ θα πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκεται από τη διπολική διαταραχή τύπου Ι εξετάζοντας προσεκτικά εάν στο παρελθόν ο ασθενής έχει παρουσιάσει κάποιο επεισόδιο μανίας. Αναφορικά με άλλες καθορισμένες ή μη μορφές διπολικής διαταραχής, προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της διπολικής διαταραχής ΙΙ για τον ασθενή θα πρέπει να επιβεβαιωθεί η παρουσία υπομανίας και κατάθλιψης που πληρούν πλήρως τα καθορισμένα κριτήρια για αυτές τις καταστάσεις.

6.3 Διαφορική διάγνωση κατάθλιψης

Η διαφορική διάγνωση της καταθλιπτικής διαταραχής πρέπει να γίνει μέσα από πλήθος οργανικών και ψυχικών-λειτουργικών διαταραχών, καθώς η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα διάφορων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων.

Οργανικές καταστάσεις

- Λοιμώδη νοσήματα: Καταθλιπτικά συμπτώματα πιθανών να οφείλονται σε λοιμώξεις όπως η πνευμονία, ή ηπατίτιδα και το AIDS. Στους εφήβους είναι χρήσιμη η διερεύνηση για λοιμώδη μονοπυρήνωση.
- Φάρμακα ή ουσίες: Μέσω της λήψης του ιστορικού θα πρέπει να γίνεται μια λεπτομερέστατη καταγραφή των φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής, καθώς και εξαρτησιογόνων ουσιών που τυχόν καταχρήσεται. Επίσης, θα πρέπει να καταγράφεται οποιαδήποτε μεταβολή ή απότομη διακοπή στη λήψη των παραπάνω.
- Όγκοι: Όγκοι, όπως ο καρκίνος του παγκρέτος και ο καρκίνος του πνεύμονα, πιθανόν να εκκρίνουν ουσίες οι οποίες προκαλούν κατάθλιψη.
- Διαταραχές των ενδοκρινών αδένων: Ο υποθυρεοειδισμός ακόμα και σε υποκλινικό στάδιο μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση. Η υποκατάσταση των θυρεοειδικών ορμονών μπορεί πολλές φορές να θεραπεύσει την κατάθλιψη. Επίσης, άλλες ενδοκρινολογικές νόσοι που σχετίζονται γενικότερα με το θυρεοειδή αδένα, την υπόφυση, τα επινεφρίδια κ.α. μπορεί να σχετίζονται με την εκδήλωση κατάθλιψης.
- Νευρολογικά αίτια: Καταστάσεις ή νοσήματα που πιθανόν εκδηλώνονται με καταθλιπτικά συμπτώματα στα αρχικά στάδιά τους είναι η σύφιλη του ΚΝΣ, όγκοι του εγκεφάλου, εγκεφαλοαγγειακές βλάβες, ανοϊκές διαταραχές, η επιληψία, εγκεφαλίτιδες και η νόσος του Parkinson. Ιδιαίτερα, για τη νόσο του Parkinson, έχει βρεθεί πως σε ποσοστό 50-70% συνοδεύεται από κατάθλιψη.

Πίνακας 6. Ουσίες που σχετίζονται με την εκδήλωση κατάθλιψης.

Φάρμακα και ουσίες που η χρήση τους μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη.
• Ρεζερπίνη
• Β- αποκλειστές (προπρανολόλη)
• Κορτικοστεροειδή
• Αντιπαρκινσονικά
• Κλονιδίνη
• Βενζοδιαζεπίνες
• Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΦΑ) (ιβοπροφαίνη, ινδομεθακίνη)
• Διγοξίνη
• Αμπικιλλίνη
• Τετρακυκλίνες
• Κάνναβη

Ψυχικές – Λειτουργικές διαταραχές

- Θλίψη: Η θλίψη αποτελεί φυσιολογική συναισθηματική απόκριση για τους ανθρώπους όταν έρχονται αντιμέτωποι με δυσάρεστα γεγονότα ή απώλεια. Η κατάθλιψη διαφέρει από τη θλίψη, καθώς μαζί με το καταθλιπτικό συναίσθημα συνυπάρχουν και άλλα συμπτώματα και η ένταση και η διάρκεια του είναι πολύ μεγαλύτερες από αυτές της θλίψης.
- Πένθος: Πολλές φορές η κατάθλιψη συγχέεται με το πένθος λόγω των ομοιοτήτων τους ως προς το καταθλιπτικό συναίσθημα, τα αισθήματα ενοχής, την αϋπνία κ.α. Ωστόσο, το πένθος έχει μικρότερη διάρκεια (συνήθως περί τους 2 μήνες) και δεν έχει φασική πορεία.
- Αγχώδεις διαταραχές: Η κατάθλιψη πολλές φορές συνοδεύεται με άγχος δημιουργώντας διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα. Οι ασθενείς που πάσχουν από κάποια αγχώδη διαταραχή παρουσιάζουν κυρίως υποχονδριακά συμπτώματα και το άγχος που είναι πολύ έντονο προηγείται της κατάθλιψης.
- Σχιζοφρένεια: Πολλές φορές υπάρχει σύγχυση μεταξύ της κατάθλιψης και της σχιζοφρένειας, ειδικά όταν η κατάθλιψη είναι στην πρώτη φάση της. Η διαφοροδιάγνωση μεταξύ αυτών των δύο βασίζεται στις κλινικές εκδηλώσεις και την πορεία τους στο χρόνο.
- Διαταραχές προσωπικότητας: Διαταραχές προσωπικότητας όπως η μεθοριακή, η ιστριονική, η εξαρτητική και η καταναγκαστική διαταραχή, πιθανόν να συνοδεύονται από καταθλιπτικά συμπτώματα, τα οποία όμως είναι πιο ήπια και με τάση για χρονιότητα.
- Άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις: Άλλες καταστάσεις που πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν κατά τη διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης είναι η διαταραχή πανικού, η διαταραχή μετατραυματικού στρες, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, οι σωματομορφες διαταραχές και η δυσθυμική διαταραχή (DSM-V), (Σολδάτος, Λύκουρας, 2006).

6.4 Διαφορική διάγνωση μανίας

Οργανικές και λειτουργικές παθολογικές καταστάσεις, συχνά δημιουργούν διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα και συγχέονται με τη μανία. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται:

Οργανικές καταστάσεις

- Σύφιλη του ΚΝΣ
- Όγκοι του εγκεφάλου
- Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Υπερθυρεοειδισμός
- Υπερινσουλιναιμία, σύνδρομο Cushing
- Μεταβολικά νοσήματα, αλλεργικές αντιδράσεις
- Ανοϊκές καταστάσεις
- Χρήση φαρμακευτικών ή εξαρτησιογόνων ουσιών

Στην περίπτωση των οργανικών καταστάσεων, ο συνδυασμός ενός καλού ιστορικού με τη φυσική εξέταση και το διαγνωστικό έλεγχο του ασθενούς, μπορεί να παράσχει μια ασφαλή διαφορική διάγνωση (Μαδιανός, 2004).

Λειτουργικές καταστάσεις

- Σχιζοφρένεια: Η σύγχυση της σχιζοφρένειας με τη μανία είναι αρκετά συχνή. Στοιχεία που βοηθούν στη διαφορική διάγνωση αντλούνται από το ιστορικό του ασθενούς. Εάν από το ιστορικό προκύπτουν προηγούμενες φάσεις μανίας ή κατάθλιψης, ή υπάρχει κληρονομική επιβάρυνση (στενός συγγενής πάσχων από κάποια συναισθηματική διαταραχή) τότε η διάγνωση κλίνει προς τη μανία. Επίσης, στοιχεία όπως η καλή προηγούμενη λειτουργικότητα, η ευνοϊκή απάντηση προηγούμενων επεισοδίων στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία ή το λίθιο και το ιστορικό πλήρους αποκατάστασης μετά από επεισόδιο, συνηγορούν υπέρ της μανίας. Τέλος, στη μανία υπάρχει συμβατότητα ανάμεσα στο συναίσθημα του ασθενούς και τις παραληρητικές ιδέες που τυχόν παρουσιάζει (ιδέες μεγαλείου, ιδέες υπερτίμησης του εαυτού).
- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή: Στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, ο ασθενής παρουσιάζει συμπτώματα μανίας ή κατάθλιψης και τη φασική πορεία που τις χαρακτηρίζει, συγχρόνως όμως έχει και σχιζοφρενικές προσμίξεις. Η διαφορά μεταξύ της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και της μανίας έγκυται στο γεγονός πως στην πρώτη, το συναίσθημα και οι παραληρητικές ιδέες δεν συνάδουν.
- Κυκλοθυμική διαταραχή: Η κυκλοθυμία θα πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκεται από τη μανία στα πλαίσια της διποικής διαταραχής, καθώς παρουσιάζει μικρότερη ένταση και διάρκεια φάσεων.
- Άλλες καταστάσεις: Μανιακά συμπτώματα πιθανόν να παρουσιάζουν ασθενείς που πάσχουν από νόσους όπως ,π.χ. ψυχοκινητική επιληψία και μετατρεπτικές ή αποσυνδεδετικές καταστάσεις («υστερικές» κρίσεις) (DSM-V), (Καπρίνης 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η θεραπεία των διπολικών διαταραχών περιλαμβάνει την θεραπευτική αντιμετώπιση των επεισοδίων (μανίας και κατάθλιψης) και την πρόληψη των υποτροπών αυτών, ωστόσο δεν υπάρχει πλήρης ίαση των διαταραχών. Η θεραπεία στοχεύει, επίσης, στην προστασία του ασθενούς από το ενδεχόμενο αυτοκαταστροφής. Η κατάλληλη και έγκαιρη έναρξη της θεραπείας μπορεί να προσφέρει στον ασθενή μια φυσιολογική και παραγωγική ζωή.

Για να επιτευχθούν τα μέγιστα αποτελέσματα η θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να είναι πολυδιάστατη και να περιλαμβάνει τόσο βιολογικά μέσα, όσο και ψυχολογικά και ψυχοκοινωνικά. Καθώς, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να λαμβάνεται εφ'όρου ζωής από τον ασθενή, στο θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται και η εκπαίδευση του ίδιου του ασθενούς αλλά και της οικογένειας ή του οικείου περιβάλλοντός του, σχετικά με την ασθένεια και τη λήψη των φαρμάκων (Guthrie, 2005).

7.1 Ο θεραπευτικός σχεδιασμός

Ο θεραπευτικός σχεδιασμός αποτελεί μια διαρκώς εξελισσόμενη και, πιθανώς, μεταβαλλόμενη διαδικασία, η οποία αξιολογείται και επαναπροσαρμόζεται, όποτε κρίνεται σκόπιμο, βάση των ιδιαιτεροτήτων και των αναγκών του ασθενούς. Με την έναρξη της θεραπείας, μεταξύ θεραπευτή και θεραπευομένου, θεσπίζεται ένα άτυπο «θεραπευτικό συμβόλαιο», το οποίο συνεχώς ελέγχεται και εν συνεχεία είτε διατηρείται ως έχει, είτε αναθεωρείται, είτε αντικαθίσταται.

Ο έλεγχος αυτού του άτυπου «συμβολαίου» είναι πολύπλευρος. Πολύ σημαντικό στοιχείο του ελέγχου, είναι η διαπίστωση πως ο θεραπευτικός σχεδιασμός τηρείται και εφαρμόζεται στο ακέραιο, χωρίς αποκλίσεις. Ο ασθενής θα πρέπει να ακολουθεί τη θεραπεία επισταμένα, χωρίς να προβάλλει συνειδητά ή ασυνείδητα εμπόδια στην εφαρμογή της. Εφόσον εξασφαλιστεί η πιστή τήρηση του θεραπευτικού πλάνου από τον θεραπευόμενο, θα πρέπει να ελεγχθεί και να εξασφαλιστεί η τήρησή του και από τη μεριά του θεράποντα. Ένα ακόμα στοιχείο ελέγχου αφορά το κατά πόσο το ίδιο το θεραπευτικό πλάνο, εφόσον έχει εξασφαλιστεί η τήρησή του και από τις δύο πλευρές (θεραπευτή – θεραπευομένου), παράγει τις αναμενόμενες θεραπευτικές εξελίξεις στην κατάσταση του ασθενούς ή επιφέρει εξελίξεις απρόβλεπτες ή μη αναμενόμενες βάση του αρχικού σχεδιασμού.

Τέλος, ελέγχονται τυχόν αλλαγές που επήλθαν στις συνθήκες της ζωής του ασθενούς, βάση των οποίων είχε θεσπιστεί το θεραπευτικό πλάνο. Οποιοσδήποτε αλλαγές παρουσιάστηκαν στη ζωή του ασθενή σε οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό επίπεδο, αλλά και τυχόν αλλαγές που προέκυψαν από μεριάς του θεραπευτή, αξιολογούνται ως προς τη επίπτωσή τους στη θεραπεία, είτε θετική, είτε αρνητική. Σε οποιαδήποτε περίπτωση, γίνονται οι απαραίτητες τροποποιήσεις ή αντικαταστάσεις στο θεραπευτικό σχεδιασμό προκειμένου να επιτευχθεί το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

7.2 Φαρμακοθεραπεία

Η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί ένα από τα βασικά στοιχεία του θεραπευτικού πλάνου. Τα φάρμακα μπορούν να ελέγξουν τα συμπτώματα του ασθενούς κατά το επεισόδιο, να οδηγήσουν στην υποχώρηση των διακυμάνσεων της διάθεσης και να προλάβουν τις υποτροπές των επεισοδίων, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής του ασθενούς σε όλες τις εκφάνσεις της.

Στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής, πολλοί ασθενείς λαμβάνουν 2 ή και 3 σκευάσματα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός πως άλλες ουσίες ενδείκνυνται για την θεραπεία και την πρόληψη των μανιακών συμπτωμάτων και άλλες για των καταθλιπτικών. Συνήθως, η πιο αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει συνδυασμό σκευσμάτων. Όλα τα σκευάσματα που χρησιμοποιούνται στη διπολική διαταραχή υπάγονται στην κατηγορία των ψυχοτρόπων φαρμάκων. Τα ψυχότροπα φάρμακα δρουν επηρεάζοντας τις χημικές ουσίες του εγκεφάλου και χρησιμεύουν για την επικοινωνία μεταξύ των νευρικών κυττάρων. Ανάλογα με τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής και εφόσον κριθεί αναγκαίο από τον θεράποντα, συμπτωματικά και περιστασιακά μπορούν να χορηγηθούν αγχολυτικές και κατευναστικές ουσίες για την ανακούφιση συμπτωμάτων όπως το άγχος και η αϋπνία (η μακρόχρονη χρήση τους αντενδείκνυται καθώς πολλές από αυτές τις ουσίες μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη ή εξάρτηση) (Schatzberg and al., 2007).

7.2.1 Μανία

Η θεραπεία για τη μανία έχει μελετηθεί εκτενώς και συνεπώς υπάρχουν πολλές θεραπευτικές επιλογές εγκεκριμένες από τον FDA. Σε γενικές γραμμές, τα περισσότερα μανιακά επεισόδια μπορούν να αντιμετωπιστούν επιτυχώς. Η μανία και η υπομανία, είναι τα σύνδρομα που χαρακτηρίζουν τη διπολική διαταραχή τύπου I και II. Όταν ο κλινικός καλείται να αποφασίσει ποιές φαρμακευτικές ουσίες θα χρησιμοποιήθουν στο θεραπευτικό σχήμα, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψιν τη δραστηριότητα, τις παρενέργειες και τις αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής.

Για την αντιμετώπιση της μανίας υπάρχουν φαρμακευτικές επιλογές πρώτης, δεύτερης και τρίτης γραμμής. Οι ουσίες σε αυτές τις κατηγορίες (Πίνακας), έχουν παρόμοια αποτελεσματικότητα και περίπου το 50% των μανιακών ασθενών ανταποκρίνονται σε περίοδο 3-6 εβδομάδων. Οι ουσίες που συγκαταλέγονται στις θεραπείες πρώτης γραμμής για τη διπολική μανία, δηλαδή, το λίθιο, η κουετιαπίνη, η ολανζαπίνη, η αριπιπραζόλη και η ρισπεριδόνη, είναι αποτελεσματικές τόσο στην καταπολέμιση της μανίας αλλά και στην καταπολέμιση της διπολικής κατάθλιψης και στη θεραπεία συντήρησης. Ουσίες, όπως το βαλπροϊκό οξύ, η ζιπρασιδόνη, η ασεναπίνη και η παλιπεριδόνη, θεωρούνται δραστικές στην αντιμανιακή θεραπεία, ωστόσο χρησιμοποιούνται πιο περιορισμένα από τις θεραπείες πρώτης γραμμής καθώς, υπάρχουν ελλειπή στοιχεία για την αποτελεσματικότητά τους στις υπόλοιπες φάσεις της ασθένειας και ιδιαίτερα στην πρόληψη των υποτροπών (Perlis, 2008).

Η καρβαμαζεπίνη, αν και θεωρείται αποτελεσματική αντιμανιακή ουσία, λόγω του περίπλοκου προφίλ της στην αλληλεπίδραση με άλλες ουσίες και της λιγότερο καλής ανοχής της από τους ασθενείς σε σχέση με άλλες ουσίες, κατατάσσεται στις θεραπευτικές επιλογές δεύτερης γραμμής. Η κλοζαπίνη, αν και αποτελεσματική, λόγω των περιορισμένων

δεδομένων για τη δράση της στις άλλες φάσεις της ασθένειας και και των παρενεργειών της κατατάσσεται στις θεραπευτικές επιλογές τρίτης γραμμής.

Πίνακας 7. Φαρμακοθεραπεία κατά της διπολικής μανίας.

Φαρμακευτικές ουσίες για την αντιμετώπιση της διπολικής μανίας.
<i>Θεραπευτικές επιλογές πρώτης γραμμής</i>
· Λίθιο (αντιμανιοκαταθλιπτικό)
· Κουετιαπίνη (άτυπο αντιψυχωτικό)
· Ολανζαπίνη (άτυπο αντιψυχωτικό)
· Αριπιπραζόλη (άντυπο αντιψυχωτικό)
· Ρισπεριδόνη (άτυπο αντιψυχωτικό)
<i>Θεραπευτικές επιλογές πρώτης γραμμής (I^A)</i>
· Βαλπροϊκό οξύ (αντιεπιληπτικό)
· Ζιπρασιδόνη (άτυπο αντιψυχωτικό)
· Αζεναπίνη (άτυπο αντιψυχωτικό)
· Παλιπεριδόνη (άτυπο αντιψυχωτικό)
<i>Θεραπευτικές επιλογές δεύτερης γραμμής</i>
· Καρβαμαζεπίνη (αντιεπιληπτικό)
<i>Θεραπευτικές επιλογές τρίτης γραμμής</i>
· Κλοζαπίνη (άτυπο αντιψυχωτικό)
· Οξκαρβαζεπίνη (αντιεπιληπτικό)
· Χλωροπρομαζίνη (συμβατικό αντιψυχωτικό)
· Αλοπεριδόλη (συμβατικό αντιψυχωτικό)

Πηγή: Strakowski M. St., (2014), *Bipolar Disorder*, New York: Oxford University Press. (μετεφρασμένο).

Τα συμβατικά αντιψυχωτικά είναι λιγότερο επιθυμητή επιλογή, εξαιτίας των παρενεργειών τους από το εξωπυραμιδικό σύστημα και της πιθανότητας να χειροτερέψουν την πορεία της νόσου σε βάθος χρόνου, πυροδοτώντας κάποιο καταθλιπτικό επεισόδιο. Τέλος, η οξκαρβαζεπίνη, θεωρείται ουσία τρίτης γραμμής καθώς δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες για την αποτελεσματικότητα και τη δράση της στη διπολική μανία (Strakowski, 2014).

Μελέτες καταδεικνύουν πως το λίθιο ή το βαλπροϊκό οξύ σε συνδυασμό με κάποιο άτυπο αντιψυχωτικό μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικά στην θεραπεία της μανίας, από ότι μεμονομένα. Ο συνδυασμός ουσιών δεν υπερτερεί πάντοτε της μονοθεραπείας, ωστόσο φαίνεται πως οι συνδυαστικές θεραπείες αυξάνουν τα ποσοστά απόκρισης περίπου στο 60 – 70%. Άλλες μελέτες, αναφέρουν πως ο συνδυασμός ουσιών, απλά δρά ταχύτερα σε σύγκριση με τις μεμονομένες ουσίες. Σε κάθε περίπτωση, το όφελος μια πιο πιθανής ή ταχύτερης απόκρισης θα πρέπει να σταθμίζεται απέναντι στον αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση παρενεργειών από την προσθήκη κάποιας συνδυαστικής φαρμακευτικής ουσίας.

Γενικά, η φαρμακολογική προσέγγιση της μανίας, έγγυται στην επιλογή κάποιας αντιμανιακής ουσίας (ή ενός συνδυασμού του λιθίου ή του βαλπροϊκού οξέως με κάποιο άτυπο αντιψυχωτικό) χορηγούμενη αρχικά στη χαμηλότερη συνιστώμενη δοσολογία. Έπειτα, σταδιακά, γίνεται αύξηση του δοσολογικού σχήματος, βάση της ανοχής που επιδεικνύει το άτομο στην ουσία, την απόκρισή του και τα επίπεδα της ουσίας στο πλάσμα, μέχρι να επιτευχθεί η επιθυμητή δοσολογία. Τυπικά, εάν κάποιος ασθενής είχε καλή απάντηση σε κάποια ουσία στο παρελθόν, η ουσία αυτή ξαναεπιλέγεται. Επίσης, εάν κάποιο μέλος της

οικογένειας του ασθενή έπασχε από διπολική διαταραχή και ανταποκρινόταν καλά σε κάποια συσκευασμένη θεραπεία, η ίδια θεραπεία πιθανών να είναι κατάλληλη και για τον ασθενή.

Ο συνήθης χρόνος απόκρισης σε οποιαδήποτε από αυτές τις φαρμακευτικές ουσίες κυμαίνεται από τις 3 έως τις 6 εβδομάδες, αν και σε πολλούς ασθενείς τα αποτελέσματα είναι ορατά ήδη από την πρώτη εβδομάδα (Labbate and al., 2010).

7.2.2 Κατάθλιψη

Σε αντίθεση με τη μανία, οι μελέτες που έχουν ασχοληθεί με τον εντοπισμό αποτελεσματικών αντικαταθλιπτικών για τη διπολική κατάθλιψη είναι περιορισμένες. Αυτή τη στιγμή, μόνο τρεις ουσίες είναι εγκεκριμένες από τον αμερικανικό FDA για τη θεραπεία της διπολικής κατάθλιψης, οι οποίες είναι η κουετιαπίνη, η λουρισαδόνη και ο συνδυασμός ολανζαπίνης με τη φλουοξετίνη. Συνεπώς, πολλές φορές, απαιτείται η ανεπίσημη χρήση φαρμακευτικών ουσιών, που μέσα από μελέτες έχει αποδειχθεί η αποτελεσματικότητά τους στην αντιμετώπιση της διπολικής κατάθλιψης (Compton, Nemeroff, 2000). Η θεραπεία πρώτης γραμμής για τη διπολική κατάθλιψη περιλαμβάνει την κουετιαπίνη, τη λουρισαδόνη, το συνδυασμό ολανζαπίνης/φλουοξετίνης και επιπλέον το λίθιο και τη λαμοτριγίνη. Όλες οι παραπάνω ουσίες φαίνεται να έχουν παρόμοια αποτελεσματικότητα, καθώς το 50% των ασθενών που πάσχουν από διπολική κατάθλιψη, βλέπουν βελτίωση σε χρονικό διάστημα 6- 8 εβδομάδων. Αξίζει να σημειωθεί, ωστόσο, πως έχουν αναφερθεί αρνητικές κλινικές δοκιμές τόσο για το λίθιο όσο και για τη λαμοτριγίνη οι οποίες αμφότερες πιθανών είναι καταλληλότερες για να προλαμβάνουν την εμφάνιση διπολικής κατάθλιψης, παρά για να θεραπεύουν τα οξεία καταθλιπτικά συμπτώματα. Επίσης, η λαμοτριγίνη, εξαιτίας του χαρακτηριστικού της να αποκτά πολύ αργά τα επιθυμητά επίπεδα στον οργανισμό, δεν συνίσταται για άτομα τα οποία πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη και ο χρόνος στις περιπτώσεις τους είναι πολύτιμος (Vancarolis, 2015), (Strakowski, 2014).

Η μονοθεραπεία με βαλπροϊκό οξύ, βάση μελετών θεωρείται λιγότερο αποτελεσματική σε σύγκριση με τις ουσίες που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή θεραπειάς για τη διπολική κατάθλιψη, και η μονοθεραπεία με ολανζαπίνη δεν έχει μελετηθεί ακόμα τόσο εκτεταμένα. Ωστόσο, και οι δύο ουσίες διαθέτουν αντικαταθλιπτική δράση καθώς και άλλες χρήσεις στη διπολική διαταραχή, καθιστώντας τις θεραπεία δεύτερης γραμμής.

Όπως και στην περίπτωση της μανίας, ορισμένες μελέτες αποδεικνύουν ότι ορισμένοι συνδυασμοί ουσιών έχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη διπολική κατάθλιψη από τη μονοθεραπεία. Τέτοιοι συνδυασμοί θεωρούνται το λίθιο με αντικαταθλιπτικά νέας γενιάς (Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης-SSRI's, βουπροπιόνη), βαλπροϊκό οξύ ή λαμοτριγίνη.

Η φαρμακολογική προσέγγιση της διπολικής κατάθλιψης συμπίπτει με αυτή της διπολικής μανίας. Η απάντηση στη θεραπεία με οποιαδήποτε από τις παραπάνω ουσίες, τείνει να επιτυγχάνεται με πιο αργό ρυθμό από ότι στην περίπτωση της μανίας. Συχνά τις πρώτες 1-2 εβδομάδες οι αλλαγές είναι πολύ μικρές ενώ η πλήρης απόκριση στη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να επιτευχθεί στις 8 – 12 εβδομάδες (Bowden, 2006).

Πίνακας 8. Φαρμακοθεραπεία κατά της διπολικής κατάθλιψης.

Φαρμακευτικές ουσίες για την αντιμετώπιση της διπολικής κατάθλιψης.
<i>Θεραπευτικές επιλογές πρώτης γραμμής</i>
· Κουετιαπίνη (άτυπο αντιψυχωτικό)
· Λουρισαδόνη (άτυπο αντιψυχωτικό)
· Ολανζαπίνη(άτυπο αντιψυχωτικό) με φλουοξετίνη(αντικαταθλιπτικό SSRI's)
· Λίθιο (αντιμανιοκαταθλιπτικό)
· Λαμοτριγίνη (αντιεπιληπτικό)
<i>Θεραπευτικές επιλογές δεύτερης γραμμής</i>
· Βαλπροϊκό οξύ (αντιεπιληπτικό)
· Ολανζαπίνη (άτυπο αντιψυχωτικό))
<i>Θεραπευτικές επιλογές τρίτης γραμμής</i>
· Καρβαμαζεπίνη (αντιεπιληπτικό)
· Οξκαρβαζεπίνη (αντιεπιληπτικό)
· Αζεναπίνη (άτυπο αντιψυχωτικό)
· Ρισπεριδόνη (άτυπο αντιψυχωτικό)
· Αντικαταθλιπτικά (εκτός των τρικυκλικών)
· Ψυχοδιεγερτικά

Πηγή: Strakowski M. St., (2014), *Bipolar Disorder*, New York: Oxford University Press. (μετεφρασμένο).

7.2.3 Μεικτά επεισόδια

Σε γενικές γραμμές, οι φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στη μανία, είναι αποτελεσματικές και στις μεικτές καταστάσεις, αν και ορισμένες ουσίες (π.χ. το λίθιο) είναι λιγότερο αποτελεσματικές από ότι στις περιπτώσεις καθαρής μανίας. Ωστόσο, όταν ο κλινικός καλείται να αντιμετωπίσει μεικτά επεισόδια, προτείνεται να ακολουθούνται οι κατευθύνσεις που ισχύουν για τη μανία.

7.2.4 Συντηρητική θεραπεία διπολικής διαταραχής

Η διπολική διαταραχή είναι μια δυναμική, περίπλοκη διαταραχή που χαρακτηρίζεται από υποτροπές μανιακού, μεικτού και καταθλιπτικού τύπου. Η πρόληψη τέτοιου είδους υποτροπών είναι θεμελιώδης για την επίτευξη ενός μακροπρόθεσμου καλού θεραπευτικού αποτελέσματος. Κατά συνέπεια, τα φάρμακα που εμποδίζουν τις υποτροπές και αυξάνουν τα διαστήματα νορμοθυμίας ανάμεσα στα επεισόδια, μπορούν να έχουν δραματικά θετική επίδραση στο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Για διάστημα μεγαλύτερο των προηγούμενων 50 ετών, το λίθιο, ήταν η μόνη φαρμακευτική ουσία που θεωρείτο ότι προλάμβανε την εκδήλωση συναισθηματικών επεισοδίων στη διπολική διαταραχή. Πλέον, κατά την τελευταία δεκαετία, έχουν ανακαλυφθεί αρκετές νέες ουσίες που είναι εξίσου αποτελεσματικές στην πρόληψη των επεισοδίων.

Την πρώτη γραμμή συντηρητικής θεραπείας αποτελούν το λίθιο, η λαμοτριγίνη, η αριπιπραζόλη, η ρισπεριδόνη, η ολανζαπίνη και η κουετιαπίνη. Το λίθιο, διαθέτει, μακράν την πιο ισχυρή θεμελίωση μέσω μελετών ως ουσία που προλαμβάνει τις υποτροπές στη διπολική διαταραχή. Το λίθιο προλαμβάνει τόσο τα μανιακά όσο και τα καταθλιπτικά επεισόδια καθώς μειώνει και τις τάσεις αυτοκτονίας. Η λαμοτριγίνη φαίνεται να είναι

περισσότερο δραστική στην πρόληψη της κατάθλιψης παρά της μανίας. Τα άτυπα αντιψυχωτικά που αναφέρθηκαν παραπάνω, τυπικά είναι πιο αποτελεσματικά στην πρόληψη της μανίας αντί της κατάθλιψης, με εξαίρεση την κουετιαπίνη, η οποία είναι αποτελεσματική στο να προλαμβάνει και τις δυο οξείες αυτές φάσεις της διπολικής διαταραχής, και της λουρισαδόνης, η οποία δεν έχει αποδεδειγμένη δραστικότητα στη μανία.

Το βαλπροϊκό οξύ, κατατάσσεται στη δεύτερη γραμμή θεραπείας, εξαιτίας των αρνητικών αποτελεσμάτων του στην πρόληψη υποτροπών, που εμφάνισε σε μια έρευνα ευρείας κλίμακα. Η εκτεταμένη χρήση του όμως στην κλινική πράξη και άλλες έρευνες μικρότερης κλίμακα έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά του στη θεραπεία συντήρησης, οπότε πιθανών θα μπορούσε να συμπεριληφθεί άτυπα και στις θεραπείες πρώτης γραμμής. Η καρβαμαζεπίνη, η λουρισαδόνη, η ζιπρασιδόνη και η παλιπεριδόνη, θεωρούνται επίσης θεραπείες δεύτερης γραμμής, καθώς δεν υπάρχουν εκτεταμένες μελέτες για τη δράση και την αποτελεσματικότητά τους στην πρόληψη υποτροπών.

Επίσης, ο συνδυασμός λιθίου ή βαλπροϊκού οξέως με τα άτυπα αντιψυχωτικά που συγκαταλέγονται στην πρώτη και τη δεύτερη γραμμή θεραπείας, παρουσιάζει αυξημένα ποσοστά μείωσης των υποτροπών σε σχέση με τη μονοθεραπεία με λίθιο ή βαλπροϊκό οξύ. Πάντα όμως, πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν πως ο συνδυασμός ουσιών, μπορεί να επιφέρει θεραπευτικά οφέλη, ελοχεύει όμως και ο κίνδυνος της εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών.

Τα συμβατικά αντιψυχωτικά, τα ψυχοδιεγερτικά και τα αντικαταθλιπτικά, φαίνεται να είναι αναποτελεσματικά στην πρόληψη υποτροπών των συναισθηματικών επεισοδίων. Έτσι, κατατάσσονται στην τρίτη γραμμή θεραπείας.

Η δημιουργία του καταλληλότερου και αποτελεσματικότερου θεραπευτικού σχεδίου για τη διπολική διαταραχή I και II, καθώς και οι υπότυποί τους, είναι μια μακροπρόθεσμη διαδικασία γεμάτη δοκιμές και λάθη. Όπως έχει ξαναφερθεί, η διπολική διαταραχή είναι μια δυναμική, προοδευτική διαταραχή, που στα αρχικά στάδιά της μπορεί να μεσολαβούν χρόνια ανάμεσα στα επεισόδια. Ακόμα και όταν η εξέλιξη της νόσου σταθεροποιηθεί, ανάμεσα στα επεισόδια πιθανών να μεσολαβούν διαστήματα νορμοθυμίας 12-18 μηνών. Συνεπώς, ο σχεδιασμός μια αποτελεσματικής συντηρητικής θεραπείας απαιτεί προσεκτική παρατήρηση και καταγραφή των μεταβολών της διάθεσης για χρόνια, ώστε να εντοπιστούν οι λιγότερες δυνατό ουσίες, που παρέχουν στον ασθενή τη μέγιστη δυνατή πρόληψη των υποτροπών και ανοχή (Vieta, 2008).

Αν και στους περισσότερους διπολικούς ασθενείς απαιτούνται παραπάνω από μια φαρμακευτικές ουσίες για την επίτευξη του μέγιστου θεραπευτικού αποτελέσματος, δεν συστήνεται η χορήγηση πάνω από τρία ψυχότροπα φάρμακα εκτός και αν υπάρχει ξεκάθαρη ένδειξη ώστε ο κλινικός να προβεί σε μια τέτοια ενέργεια. Επειδή, συνήθως, η θεραπεία για τη διπολική διαταραχή λαμβάνεται εφ'όρου ζωής, ο παράγοντας ανοχή στις φαρμακευτικές ουσίες είναι πολύ σημαντικός στο θεραπευτικό σχεδιασμό και μειώνεται με κάθε ουσία που προστίθεται σε αυτόν.

Τέλος, καμία από τις παραπάνω θεραπείες δεν επιφέρει την πλήρη ίαση της διπολικής διαταραχής. Μελέτες έχουν δείξει πως ακόμα και μετά από δεκαετίες σταθεροποίησης της διάθεσης, οι περισσότεροι διπολικοί ασθενείς, εάν διακόψουν τη θεραπεία συντήρησης, παρουσιάζουν υποτροπές σε διάστημα 6-12 μηνών.

7.2.5 Φαρμακευτικές ουσίες: Δράση και παρενέργειες.

Λίθιο

Οι κατευναστικές ιδιότητες του λιθίου ανακαλύφθηκαν το 1946 από τον αυστραλό JohnCade. Έπειτα από μελέτες, προέκυψαν δύο συμπεράσματα: το λίθιο ήταν αποτελεσματικό στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής, το θεραπευτικό ευρος του όμως ήταν πολύ μικρό και η πιθανότητα τοξικότητας ήταν αυξημένη. Το λίθιο, λοιπόν, θεωρείται ένα αποτελεσματικό αντιμανιακό, αντικαταθλιπτικό και προληπτικό των υποτροπών φάρμακο για τη διπολική διαταραχή. Μελέτες έχουν δείξει πως στο 50-60% των ασθενών έχει αποτελεσματικότητα μέσα σε 3-6 εβδομάδες. Στην κλασική μανία με ευφορικά χαρακτηριστικά και λιγότερο ψυχωτικά, η απάντηση στο λίθιο φτάνει μέχρι και το 80% των ασθενών. Αντίθετα, είναι λιγότερο δραστικό στις μεικτές καταστάσεις και τα ποσοστά απάντησης στις περιπτώσεις της διπολικής κατάθλιψης ανέρχονται στο 40-50%. Το λίθιο επίσης, μειώνει τον κίνδυνο μανιακών και καταθλιπτικών υποτροπών.

Η τυπική δοσολογία του κυμαίνεται από 600mgεώς 2400mg/ ημέρα. Τα θεραπευτικά επίπεδα του λιθίου στο πλάσμα είναι μεταξύ 0,6-1,2 meq/L. Σοβαρές περιπτώσεις μανίας συχνά απαιτούν δόσεις λιθίου στα ανώτατα επιτρεπτά όρια. Το λίθιο μεταβολίζεται σχεδόν αποκλειστικά στους νεφρούς και μελέτες αναφέρουν πως στις περιπτώσεις μανίας αποβάλλεται ταχύτερα από τον οργανισμό από ότι στις περιπτώσεις ευθυμίας ή κατάθλιψης, συνεπώς, όσο η μανία υποχωρεί, θα πρέπει να μειώνεται η δόση του λιθίου για να διατηρούνται τα επίπεδά του στο πλάσμα σταθερά. Ο χρόνος ημιζωής του λιθίου είναι 18-24 ώρες και τα επιθυμητά επίπεδα στο πλάσμα επιτυγχάνονται την 3^η με 5^η ημέρα από την έναρξη της αγωγής. Για καλύτερα αποτελέσματα, το λίθιο χορηγείται ημερησίως άπαξ, συνήθως το βράδυ. Στην οξεία μανία, η δοσολογία ξεκινά στα 900-1200mg/ ημερησίως, και αυξάνεται σταδιακά κάθε 3-5 ημέρες βάση της ανοχής, της απάντησης και των επιπέδων στο πλάσμα του ασθενούς. Αρχικά, τα επίπεδα του λιθίου στο πλάσμα θα πρέπει να ελέγχονται κάθε 5-7 ημέρες. Μόλις το άτομο σταθεροποιηθεί, ο έλεγχος γίνεται κάθε 6-12 μήνες.

Το ανθρακικό λιθίου δρα παρεμβαίνοντας στις διεργασίες μεταφοράς των ιόντων που σχετίζονται με τη μεταφορά μηνυμάτων στον εγκέφαλο. Μπορεί να παρουσιάσει παρενέργειες λόγω αυξημένης συγκέντρωσης στον οργανισμό (τοξικότητα) και παρενέργειες που συνήθως υποχωρούν προοδευτικά. Αυτές είναι:

- **Τοξικές παρενέργειες**
 1. Έντονη ναυτία, έμετοι, διαρροϊκές κενώσεις.
 2. Έντονος τρόμος των άκρων, νυσταγμός, ίλιγγοι, αταξία, αποπροσανατολισμός, νωθρότητα, υπνηλία.
 3. Αύξηση των τενόντιων αντανεκλαστικών, δυσαρθρία, επιληπτικές κρίσεις.
 4. Αρρυθμίες, νεφρική και καρδιακή ανεπάρκεια.
 5. Κώμα, θάνατος.
- **Παρενέργειες που παρέρχονται**
 1. Ναυτία, κοιλικό άλγος, μαλακές κενώσεις.
 2. Πολυδιψία, πολυουρία.
 3. Ακμή (σε νεαρά άτομα)
 4. Λεπτός τρόμος των άκρων
 5. Αύξηση σωματικού βάρους.
 6. Ανάπτυξη βρογχοκήλης.

Συμβατικά αντιψυχωτικά

Την εποχή που το λίθιο γινόταν αντικείμενο μελέτης για τη θεραπεία της μανίας, Γάλλοι ιατροί, χρησιμοποιώντας τη χλωροπρομαζίνη ως προαναισθητικό, παρατήρησαν πως επιδρούσε κατευναστικά σε διεγερτικούς ασθενείς. Ύστερα δοκιμάστηκε σε διεγερτικούς – ψυχωτικούς ασθενείς, οι οποίοι βελτιώθηκαν δραματικά. Αν και αναδρομικά φαίνεται πως πολλοί από αυτούς τους ασθενείς έπασχαν από ψυχωτική μανία, η αντιψυχωτική δράση της χλωροπρομαζίνης οδήγησε στην εντατική της δοκιμή πάνω στη σχιζοφρένεια. Εν τέλη, η χλωροπρομαζίνη επέστρεψε στη θεραπεία της μανίας και το 1973 εγκρίθηκε από τον FDA για αυτή της τη χρήση.

Επειδή η μανία είναι μια κατάσταση υπέρμετρης ντοπαμινεργικής νευροδιαβίβασης, οι ντοπαμινικοί ανταγωνιστές είναι τελικά αποτελεσματικοί στη θεραπεία της. Αν και κανένα άλλο συμβατικό αντιψυχωτικό δεν έχει εγκριθεί ξανά από τον FDA για τη θεραπεία της μανίας, υπάρχουν πειστικά στοιχεία πως σχεδόν όλα τα συμβατικά αντιψυχωτικά είναι κατάλληλα για τη θεραπεία της. Για αρκετές δεκαετίες, τα συμβατικά αντιψυχωτικά σε συνδυασμό με λίθιο, αποτελούσαν την κύρια θεραπεία κατά της μανίας. Καθώς όμως ανακαλύπτονταν νέες ουσίες, τα συμβατικά έπαψαν να προτιμούνται για τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής για δύο κύριους λόγους. Πρώτον, τα συμβατικά αντιψυχωτικά έναντι των άτυπων, ενείχαν μεγαλύτερο κίνδυνο για την εκδήλωση όψιμης δυσκινησίας και συμπτωματολογίας από το εξωπυραμιδικό σύστημα και ήταν λιγότερο ανεκτά από τον οργανισμό των ασθενών. Δεύτερον, τα συμβατικά αντιψυχωτικά βάση μελετών δεν είναι τόσο αποτελεσματικά στην συντηρητική θεραπεία της διπολικής διαταραχής και κυρίως δεν προλαμβάνουν τις υποτροπές των καταθλιπτικών επεισοδίων. Παρόλα αυτά, παραμένουν στην τρίτη γραμμή θεραπείας, για περιπτώσεις που το λίθιο, τα άτυπα αντιψυχωτικά και τα αντιεπιληπτικά δεν είναι αποτελεσματικά ή ανεκτά από τον οργανισμό.

Η δοσολογία αυτών των ουσιών για την καταπολέμηση της διπολικής διαταραχής είναι συνήθως η ίδια με αυτή που χρησιμοποιείται για τις περιπτώσεις οξείας ψύχωσης στη σχιζοφρένεια. Παρά το γεγονός πως τα ποσοστά και ο χρόνος απόκρισης στη θεραπεία με συμβατικά αντιψυχωτικά συμπίπτουν με αυτά του λιθίου, οι κατασταλτικές ιδιότητές τους είναι πιο έντονες και επομένως, μπορούν να προσφέρουν ταχύτερα αποτελέσματα σε διεγερτικούς ασθενείς σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των συμβατικών αντιψυχωτικών ποικίλουν ανάλογα τις επιμέρους ιδιαιτερότητες και ιδιότητες που έχει η κάθε ουσία. Οι κύριες παρενέργειες που προκύπτουν από τα περισσότερα συμβατικά αντιψυχωτικά σχετίζονται με την εξωπυραμιδική συμπτωματολογία, την οψιμη δυσκινησία, τη αύξηση του σωματικού βάρους και τη σεξουαλική δυσλειτουργία (Strakowski, 2014).

Αντιεπιληπτικά

Βαλπροϊκό Οξύ

Το βαλπροϊκό οξύ είναι αντιεπιληπτικό φάρμακο. Τη δεκαετία του 1980, μελετήθηκε η δράση του βαλπροϊκού οξέως στην μανία, και βρέθηκε πως είναι αποτελεσματικό. Διαθέτει πιο διευρυμένο θεραπευτικό εύρος από το λίθιο και είναι λιγότερο τοξικό. Όπως και με το λίθιο, το 50-60% των ασθενών απαντούν σε 3-4 εβδομάδες στην αγωγή με βαλπροϊκό οξύ και διατηρούν καλή ανοχή. Τα επίπεδα της ουσίας στο πλάσμα στα πρώτα στάδια της αγωγής, πρέπει να ελέγχονται σε τακτά χρονικά διαστήματα, μόλις όμως επιτευχθεί η ανταπόκριση του ασθενούς στην αγωγή, μπορούν να ελαττωθούν.

Το βαλπροϊκό οξύ, παρουσιάζει λιγότερο εξειδικευμένη δράση από το λίθιο, αλλά ευρύτερη αποτελεσματικότητα, έτσι ώστε καθίσταται δραστικό ανεξάρτητα από την παρουσία μεικτών καταστάσεων ή πολλαπλών συναισθηματικών επεισοδίων στο παρελθόν. Η αποτελεσματικότητά του στη διπολική κατάθλιψη δεν είναι αποδεδειγμένη. Σε σχετική έρευνα για τη δράση του στη θεραπεία συντήρησης της διπολικής διαταραχής δεν φάνηκε να είναι περισσότερο αποτελεσματικό από το placebo.

Αν και το βαλπροϊκό οξύ έχει χρόνο ημιζωής 9-16 ώρες, όπως το λίθιο, μπορεί να χορηγείται άπαξ ημερησίως στη διπολική διαταραχή. Η συνιθησμένη δόση του είναι 20-30mg/kg/ημέρα. Ως παρενέργειες, μπορεί να προκαλέσει γαστρικό ερεθισμό, εμέτους, ναυτίες, ζάλη, υπνηλία, κεφαλαλγίες. Σπανιότερα, έχουν παρατηρηθεί, τρόμος, αταξία, δυσαρθρία, παροδική αλωπεκία, θρομβοπενία, λευκοπενία, ηωσινοφιλία, παγκρεατίτιδα, υπεργλυκαιμία, αυπεραμμωναιμία, ηπατική βλάβη και διαταραχές του κύκλου ή αμμηνόρροια. Τέλος, έχει συσχετιστεί με την αύξηση του σωματικού βάρους και στις νεαρές γυναίκες με αυξημένα επίπεδα εμφάνισης του συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών.

Καρβαμαζεπίνη

Η καρβαμαζεπίνη, αν και είχε μαλετηθεί πριν από το βαλπροϊκό οξύ, δεν είχε λάβει έγκριση για τη θεραπεία της μανίας από τον FDA μέχρι το 2004. Ανήκει στην κατηγορία των αντιεπιληπτικών και βοηθά στον έλεγχο της διαβίβασης των μηνυμάτων του εγκεφάλου στους μύς. Όπως και το λίθιο, η καρβαμαζεπίνη, έχει στενό θεραπευτικό εύρος και μπορεί εύκολα να αποβεί τοξική. Μεταβολίζεται στο ήπαρ και ο χρόνος ημιζωής της είναι 16-24 ώρες (36 ώρες για την άπαξ χορήγηση). Η τυπική δοσολογία στην έναρξη της αγωγής είναι 200mg δύο φορές την ημέρα. Ύστερα, βάση της ανοχής και της απάντησης του ασθενή στην ουσία και των επιπέδων της στο πλάσμα, γίνεται αύξηση της δόσης. Συνήθως η δόση καταλήγει να κυμαίνεται μεταξύ 400 έως 1600mg την ημέρα.

Η καρβαμαζεπίνη μπορεί να προκαλέσει πλήθος πεπτικών διαταραχών όπως ναυτία, εμέτους, ανορεξία, δυσκοιλιότητα ή διάρροια και ξηροστομία. Άλλες παρενέργειες που προκύπτουν από τη χρήση της είναι χολοστατικός ίκτερος και ηπατίτιδα, υπνηλία, κεφαλαλγία, σύγχυση ή διέγερση, παραισθήσεις, μείωση της ερωτικής επιθυμίας, οπτικές διαταραχές, λευκοπενία, θρομβοκυττοπενία, ακοκκιοκυτταραιμία και αναπλαστική αναιμία. Επίσης, δερματικό εξάνθημα, σύνδρομο Stevens-Johnson, τοξική επιδερμική νεκρόλυση, οίδημα, νεφρικές διαταραχές, υπονατριαιμία και διαταραχές του οστικού μεταβολισμού.

Λαμοτριγίνη

Η λαμοτριγίνη ανήκει σε μια ομάδα αντιεπιληπτικών αναστολέων των ηλεκτροδυναμικών διαύλων του νατρίου και είναι ένας αποτελεσματικός παράγοντας στην πρόληψη και τη θεραπεία της διπολικής κατάθλιψης, διαθέτει όμως ελάχιστη έως καμία δράση στη διπολική μανία. Συνεπώς, στη διπολική διαταραχή, συνηθίζεται να συνδυάζεται με μια δεύτερη ουσία (είτε άτυπο αντιψυχωτικό, είτε λίθιο, είτε βαλπροϊκό οξύ) που να είναι αποτελεσματική στην πρόληψη και τη θεραπεία της μανίας. Η λαμοτριγίνη μεταβολίζεται ηπατικά και έχει χρόνο ημιζωής 29 ώρες. Το δοσολογικό σχήμα με λαμοτριγίνη ξεκινά με 25mg ουσίας ημερησίως για 2 εβδομάδες, ύστερα με 50 ή 100mg ουσίας ημερησίως για άλλες 2 εβδομάδες μέχρι να επιτευχθεί η δόση-στόχος των 200mg ημερησίως. Ο συνδυασμός της με βαλπροϊκό οξύ αυξάνει τα επίπεδά της στο πλάσμα και με καρβαμαζεπίνη τα μειώνει, οπότε σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει, μετά από αιματολογικό έλεγχο, να γίνονται και οι ανάλογες τροποποιήσεις στη δοσολογία της.

Η πιο συνηθισμένη παρενέργεια της λαμοτριγίνης είναι το κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα που συχνά συνοδεύεται από πυρετό, λεμφαδενοπάθεια, λευκοπενία, θρομβοπενία, γριπώδες σύνδρομο και ηπατική δυσλειτουργία. Επίσης, μπορεί να προκαλέσει σύνδρομο Stevens-Johnson, διπλωπία, θολή όραση, ζάλη, υπνηλία, ευερεθιστότητα, πεπτικές διαταραχές, κεφαλαλγίες, αστάθεια, αρθραλγία και ραχιαλγία.

Οξκαρβαζεπίνη

Η οξκαρβαζεπίνη είναι ένα αντιεπιληπτικό φάρμακο που επιτυγχάνει τη δράση του μπλοκάροντας τους ηλεκτροσυναμικούς διαύλους του νατρίου. Χημικά μοιάζει με την καρβαμαζεπίνη. Κλινικές μελέτες έχουν δείξει πως είναι ένας αρκετά αποτελεσματικός αντιμνιακός παράγοντας. Η οξκαρβαζεπίνη μεταβολίζεται στο ήπαρ και έχει χρόνο ημιζωής 1-5 ώρες. Επειδή δεν είναι γνωστά τα θεραπευτικά της επίπεδα στο πλάσμα για τη διπολική διαταραχή, συνήθως ακολουθείται η δοσολογία για την επιληψία, δηλαδή αρχικά 600mg/ημέρα και σταδιακά, βάση ανοχής και απάντησης του οργανισμού του ασθενούς, αυξάνεται έως τα 2400mg/ημέρα.

Οι παρενέργειες της οξκαρβαζεπίνης προσομοιάζουν σε αυτές της καρβαμαζεπίνης αν και σε γενικές γραμμές θεωρείται πως γίνεται καλύτερα ανεκτή από τους ασθενείς. Εντούτοις, μπορεί να προκαλέσει ζάλη, θολή όραση ή διπλωπία, καταβολή, ναυτία, έμετο, υπνηλία, υπονατρίαμια, αναφυλαξία, τοξική επιδερμική νεκρόλυση και σύνδρομο Stevens-Johnson.

Γκαμπαπεντίνη

Η γκαμπαπεντίνη ήταν ευρέως διαδεδομένη τη δεκαετία του 1990 για τη διπολική διαταραχή, έως ότου έρευνες έδειξαν πως η δράση της στους ασθενείς ήταν όμοια με του placebo. Δεν επιδρά στην θεραπεία των συναισθηματικών επεισοδίων, ούτε στην προληψή τους, Ωστόσο, σε μερικά άτομα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αντικαταθλιπτικό ή εναλλακτικό αγχολυτικό στις βενζοδιαζεπίνες.

Άτυπα Αντιψυχωτικά

Κλοζαπίνη

Η κλοζαπίνη αποτελεί το πρωτότυπο άτυπα αντιψυχωτικό και λειτουργεί ως ανταγωνιστής των υποδοχέων της ντοπαμίνης, της σεροτονίνης, της ισταμίνης, της ακετυλοχολίνης και της νοραδρεναλίνης. Αν και προορίζεται κυρίως για τη θεραπεία της ανθεκτικής σχιζοφρένειας, χρησιμοποιείται και σε διπολικούς ασθενείς που παρουσιάζουν αντίσταση στις θεραπείες πρώτης και δεύτερης γραμμής για τη διπολική διαταραχή. Έχει κατά μέσο όρο 14.2 ώρες χρόνο ημιζωής και μεταβολίζεται στο ήπαρ. Έχει πολύπλοκο προφίλ παρενεργειών. Μπορεί να προκαλέσει ουδετεροπενία ή ακοκκιοκυτταραιμία, η οποία, αν και αναστρέψιμη με τη διακοπή της αγωγής, μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο. Για την έγκαιρη εντόπιση αυτών των παρενεργειών είναι απαραίτητη η αιματολογική εξέταση του ασθενούς σε εβδομαδιαία βάση για τους πρώτους 6 μήνες, σε δεκαπενθήμερη για τους επόμενους 6 μήνες και σε μηνιαία βάση για τον υπόλοιπο χρόνο θεραπείας με κλοζαπίνη. Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να προκύψουν από τη χρήση της είναι υπνηλία, σιελόρροια, ταχυκαρδία, κόπωση, ξηροστομία, διαταραχές στην όραση, ορθοστατική υπόταση, πυρετός, ναυτία, δυσκοιλιότητα, αύξηση του σωματικού βάρους, ζάλη, ίλιγγοι, κατακράτηση ούρων, διαταραχές της libido, επιβράδυνση της εκπερμάτισης, διαταραχές στην έμμηνο ρύση, υπογλυκαιμία, γλυκοζουρία, σπασμοί, ίκτερος, δερματίτιδες, αλλοιώσεις στο ΗΚΓ, μυοκαρδίτιδα, αρρυθμίες και συμπτώματα από το εξωπυραμιδικό σύστημα. Σπάνια, μπορεί να προκληθεί και ηπατική

δυσλειτουργία, νευροληπτικό σύνδρομο και όψιμη δυσκινησία. Η θεραπεία με κλοζαπίνη ξεκινά με 25mg της ουσίας ημερησίως και αυξάνεται κατά 25-50mg/ημέρα έως να επιτευχθεί η δόση των 300-450mg/ημέρα. Σε περιπτώσεις οξείας μανίας μπορούν να χρησιμοποιήθουν και υψηλότερες δοσολογίες (Labbate and al., 2010).

Ρισπεριδόνη

Η ρισπεριδόνη είναι ένα άτυπο αντιψυχωτικό, ανταγωνιστής των υποδοχέων της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης. Έχει αντιμανιακή δράση και κατά των μανιακών υποτροπών. Διατίθεται σε 2 μορφές φαρμακευτικών σκευασμάτων, σε ταμπλέτες για από του στόματος χρήση και σε ενέσιμο για ενδομυϊκή χρήση. Ο χρόνος ημιζωής για τις ταμπλέτες είναι 20 ώρες και για τα ενέσιμα 3-6 ημέρες. Η ρισπεριδόνη μεταβολίζεται στο ήπαρ. Η δοσολογία έναρξης είναι 1 με 2 mg/ημέρα και μπορεί να αυξηθεί έως και τα 6mg/ημέρα. Οι πιο συχνές παρενέργειες είναι η υπνηλία, η ορθοστατική υπόταση και η ζάλη. Η ρισπεριδόνη συνδέεται με την αύξηση του σωματικού βάρους, κυρίως όμως σε νεότερα άτομα. Μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες από το εξωπυραμιδικό σύστημα και ακαθισία, οι οποίες συνδέονται με τη δοσολογία. Πιθανών να προκαλέσει και όψιμη δυσκινησία. Τέλος, προκαλεί δραματική αύξηση της προλακτίνης, γεγονός που μακροπρόθεσμα μπορεί να έχει αρνητικά αποτελέσματα στη σεξουαλική δραστηριότητα και την οστική πυκνότητα του ασθενούς.

Ολανζαπίνη

Η ολανζαπίνη είναι άτυπο αντιψυχωτικό και η δράση της είναι παρόμοια με της κλοζαπίνης (δρά συνδεδεμένη με τους υποδοχείς 5-HT₂ της σεροτονίνης και τους D₂ της ντοπαμίνης. Είναι αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση της μανίας και στη θεραπεία συντήρησης της διπολικής διαταραχής. Μεταβολίζεται στο ήπαρ και ο χρόνος ημιζωής της είναι 33 ώρες στους ενήλικες και 51-52 στους ηλικιωμένους. Η δόση της ξεκινάει τυπικά από τα 10mg/ημέρα και μπορεί να φτάσει τα 30mg/ημέρα. Οι σημαντικότερες ανεπιθύμητες ενέργειες που προκύπτουν από τη χρήση της ολανζαπίνης είναι η υπνηλία και η αύξηση του σωματικού βάρους. Θεωρείται μάλιστα, πως προκαλεί τη μεγαλύτερη άσυζηση βάρους συγκριτικά με τα υπόλοιπα άτυπα αντιψυχωτικά. Μπορεί να προκαλέσει ξηροστομία, οίδημα, δυσκοιλιότητα και ζάλη. Σπανίως, προκαλεί αύξηση της προλακτίνης και παροδική αύξηση των τρανσαμινασών.

Ζιπρασιδόνη

Η ζιπρασιδόνη είναι ένα άτυπο αντιψυχωτικό, ανταγωνιστής των υποδοχέων 5-HT₂ της σεροτονίνης και D₂ της ντοπαμίνης και αγωνιστής των υποδοχέων 5-HT_{1A}, αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης από τους νευρώνες. Έχει αποτελεσματική δράση ως αντιμανιακό και σε συνδυασμό με λίθιο ή βαλπροϊκό οξύ προλαμβάνει τις υποτροπές της μανίας στη διπολική διαταραχή. Ο χρόνος ημιζωής του είναι 7 ώρες και μεταβολίζεται ηπατικά. Η δοσολογία του ξεκινά στα 80mg/ημέρα και αυξάνεται σταδιακά βάση της ανταπόκρισης του ασθενή έως τα 160mg/ημέρα. Η ζιπρασιδόνη σε γενικά πλαίσια γίνεται καλά ανεκτή, μπορεί όμως να προκαλέσει ζαλάδες και ταραχή. Η χρήση της έχει συσχετιστεί με την επιμήκυνση των κυμάτων QT στο ΗΚΓ. Πιθανά μπορεί να προκαλέσει ακαθισία και εξωπυραμιδικά συμπτώματα σε μεγαλύτερες δόσεις. Δεν συνίσταται να χορηγείται σε άτομα με ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό αρρυθμιών.

Κουετιαπίνη

Η κουετιαπίνη είναι ένα άτυπο αντιψυχωτικό, δραστικό σε όλες τις φάσεις της διπολικής διαταραχής και εγκεκριμένο για όλες τις ηλικιακές ομάδες. Μεταβολίζεται στο ήπαρ και ο

χρόνος ημιζωής του είναι 7 ώρες. Στην έναρξη της θεραπείας, συνήθως, η δοσολογία διαμορφώνεται στα 50-100mg/ ημέρα και σταδιακά μπορεί να φτάσει και τα 800mg/ημέρα. Η δόση για την καταπολέμηση της κατάθλιψης και τη συντήρηση της διπολικής διαταραχής είναι κατά μέσο όρο τα 300mg/ημέρα, σε αντίθεση με τη δόση για την καταπολέμηση της μανίας που κατά μέσο όρο είναι στα 500/ημέρα. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να προκληθούν πιο συχνά από τη χρήση της κουετιαπίνης είναι αδυναμία, ζάλη, υπνηλία, ξηροστομία, κεφαλαλγίες, ταχυκαρδία, ορθοστατική υπόταση κ.α. Οι πιθανότητες για εκδήλωση παρενεργειών από το εξωπυραμιδικό σύστημα και όψιμη δυσκινησία είναι μειωμένες.

Αριπιπραζόλη

Η αριπιπραζόλη είναι ένας εκλεκτικός μονοαμινεργικός ανταγωνιστής με υψηλή συγγένεια για τη σεροτονίνη τύπου II, τη ντοπαμίνη τύπου II, τους αδρανειακούς υποδοχείς 1 και 2 και τους ισταμινεργικούς υποδοχείς. Αποτελεί ένα άτυπο αντιψυχωτικό με δραστηρά αποτελέσματα στη μανία αλλά και στη συντηρητική θεραπεία της και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε παιδιά και εφήβους. Έχει χρόνο ημιζωής που φτάνει τις 75 ώρες και μεταβολίζεται στο ήπαρ. Η θεραπεία με αριπιπραζόλη ξεκινάει συνήθως με 5mg ουσίας ανά ημέρα με σταδιακή αύξηση της δόσης μέσα σε μερικές ημέρες ώστε να επιτευχθεί η δόση-στόχος των 10 mg ανά ημέρα. Οι πιο συχνές και προβληματικές, για τον ασθενή, παρενέργειες είναι οι ναυτίες και οι έμετοι, ειδικά στην έναρξη της θεραπείας. Ωστόσο, αυτές οι παρενέργειες τείνουν να παρέρχονται με την εξέλιξη της θεραπείας. Μπορεί να προκαλέσει διέγερση ή ακαθισία αν και ο κίνδυνος για ανεπιθύμητες ενέργειες από το εξωπυραμιδικό σύστημα και όψιμη ακινησία είναι μειωμένος. Η αριπιπραζόλη έχει συσχετιστεί με τον αυξημένο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου σε ηλικιωμένα άτομα που πάσχουν από άνοια (Strakowski, 2014).

Λουρασιδόνη

Η λουρασιδόνη είναι ένα αποτελεσματικό άτυπο αντιψυχωτικό που δρά ικανοποιητικά κατά της διπολικής κατάθλιψης. Ανήκει στην κατηγορία των ντοπαμινεργικών ανταγωνιστών και μεταβολίζεται στο ήπαρ. Η θεραπεία με λουρασιδόνη τυπικά ξεκινάει με χορήγηση 20 mg/ημέρα και αυξάνεται προοδευτικά, βάση της κλινικής ανταπόκρισης και της ανεκτικότητας του ασθενή προς την ουσία, μέχρι και τα 160mg/ημέρα. Στις παρενέργειες της λουρασιδόνης περιλαμβάνονται: καταστολή, εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις, ακαθισία, διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος και πιθανών όψιμη δυσκινησία. Γενικά όμως, η λουρασιδόνη είναι καλά ανεκτή.

Παλιπεριδόνη

Η παλιπεριδόνη δρά ως αντιμανιακός παράγοντας και προλαμβάνει τις υποτροπές της μανίας. Η δράση της έγγυται κυρίως στον αποκλεισμό των υποδοχέων των νευροδιαβιβαστών ντοπαμίνης και σεροτονίνης. Αποτελεί ενεργό μεταβολίτη της ρισπεριδόνης. Η αρχική δόση είναι στα 6mg/ημέρα και αυξάνεται σταδιακά βάση της ανταπόκρισης και ανοχής του ασθενή. Υπάρχει μακράς διάρκειας δράσης ενέσιμη παλιπεριδόνη όπου η πρώτη δόση είναι 234mg, η δεύτερη δόση, η οποία χορηγείται μια εβδομάδα μετά την πρώτη δόση, 156mg και ύστερα η τυπική μηνιαία δόση είναι στα 117mg. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που προκύπτουν από την παλιπεριδόνη είναι παρόμοιες με αυτές της ρισπεριδόνης (κεφαλαλγίες, ταχυκαρδία, υπνηλία, αϋπνία, υπερπρολακτιναιμία, εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις, ορθοστατική υπόταση κ.α.)

Αζεναπίνη

Η αζεναπίνη είναι ένας δραστικός αντιμανιακός παράγοντας. Ο χρόνος ημιζωής της είναι 24 ώρες και μεταβολίζεται στο ήπαρ και μέσω οξειδωσης. Χορηγείται ως υπογλώσσιο, και στη μανία η αρχική δόση είναι 5mg, ενώ η αύξηση γίνεται σταδιακά βάσει της κλινικής απόκρισης και ανοχής του ασθενή στην ουσία. Οι πιο συνηθισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η καταστολή, η υπνηλία, η αύξηση του σωματικού βάρους, η αυξημένη όρεξη, οι ζαλάδες, η αϋπνία και η συμπτωματολογία από το εξωπυραμιδικό σύστημα (δυστονία, ακαθισία κ.α.) (Strakowski, 2014).


7.3 Διάγραμμα διάθεσης

Το διάγραμμα διάθεσης αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για τους ψυχιάτρους που παρακολουθούν διπολικούς ασθενείς. Συμπληρώνεται ημερησίως από τον ίδιο τον ασθενή παρέχοντας πληροφορίες για τη διάθεση που βιώνει και τα γεγονότα στη ζωή του που μπορεί να σχετίζονται με τη διάθεση αυτή τη συγκεκριμένη ημέρα. Μέσω του διαγράμματος διάθεσης ο ιατρός αποκτά μια πιο συγκεκριμένη εικόνα των διακυμάνσεων της διάθεσης του ασθενούς και διευκολύνεται στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με το θεραπευτικό σχεδιασμό. Η δημιουργία του διαγράμματος διάθεσης προέκυψε από τη δυσκολία των ασθενών να θυμούνται (ή ακόμα και να ξεχωρίζουν) τις διαφορετικές και εντονές συναισθηματικές τους εμπειρίες ανα ημέρα ή και κατά τη διάρκεια της ίδιας ημέρας. Το μεγαλύτερο πρόβλημα να συγκράτησουν στη μνήμη τους τις μεταπτώσεις της διάθεσης αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που βρίσκονταν σε φάση ταχείας εναλλαγής (rapidcycling).

Η πρώτη προσπάθεια καταγραφής των μεταβολών της διάθεσης των διπολικών ασθενών έγινε το 1980 από μια ομάδα επιστημόνων. Το διάγραμμα διάθεσης περιλαμβάνει μια κλίμακα σχετικά απλή για να μπορέσει ο ασθενής να αποτυπώσει τη διάθεσή του. Επίσης, περιλαμβάνει σημειώσεις σχετικά με διάφορα συμπτώματα όπως η ευερεθιστότητα, το άγχος, ο ύπνος, ο αυτοκτονικός ιδεασμός κ.α. Ο ασθενής παράλληλα μπορεί να σημειώσει πληροφορίες σχετικά με γεγονότα που συνέβησαν την αντίστοιχη ημέρα και επηρέασαν τη διάθεση τη ή για τη φαρμακευτική του αγωγή.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι διαγράμματος διάθεσης, ανεξάρτητα όμως από το ποιόν θα επιλέξει ο θεράπωντας ή ο ασθενής, η τήρησή του είναι πολύ σημαντική για την εντόπιση μίξεων καταθλιπτικών, μανιακών και ψυχοσικών συμπτωμάτων, καθώς και των γεγονότων που πιθανών σχετίζονται με αυτά ή ακόμη και τα πυροδοτούν. Ο θεράπωντας διαθέτοντας ένα τέτοιο εργαλείο στα χέρια του, έχει τη δυνατότητα να προβεί στις απαραίτητες προσαρμογές της θεραπείας όπως, να προσθέσει ή να αφαιρέσει κάποιο φάρμακο, να αντικαταστήσει ή ακόμη και να διακόψει τη θεραπεία.

Εικόνα 4. Παράδειγμα διαγράμματος διάθεσης.

Name _____		Month _____		Year _____																															
DAYS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
ELEVATED	Severe	Significant impairment Not able to work																																	
	Moderate	Significant impairment Able to work																																	
	Mild	Without significant impairment																																	
NORMAL	NORMAL																																		
	Mild	Without significant impairment																																	
	Moderate	Significant impairment Able to work																																	
DEPRESSED	Severe	Significant impairment Not able to work																																	
	Anxiety	0=None 1=Mild																																	
	Irritability	2=Moderate 3=Severe																																	
Weight on day 28																																			
Hours slept																																			

Πηγή: <http://www.bipolarscotland.org.uk/leaflets/mood-monitoring.pdf>

7.4 Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία είναι μια θεραπευτική μέθοδος που βασίζεται στη λεκτική επικοινωνία μεταξύ θεραπευτή και θεραπευομένου και αποσκοπεί στο να έρθει ο θεραπευόμενος αντιμέτωπος με τα προβλήματά του και πιθανών να τα λύσει. Είναι μια διαδικασία, η οποία απαιτεί μεγάλη προσπάθεια τόσο από μέρος του θεραπευτή, όσο και του θεραπευομένου.

Στη διπολική διαταραχή, η ψυχοθεραπεία, βοηθάει το άτομο να αντιληφθεί τις επιπτώσεις της νόσου του στους διάφορους τομείς της ζωής του και να ξεπεράσει τα προβλήματα που προκύπτουν από αυτή. Μελέτες έδειξαν πως η ψυχοκοινωνική παρέμβαση συνδέεται με την αυξημένη σταθερότητα της διάθεσης, μειωμένη ανάγκη για νοσηλείας και αυξημένη λειτουργικότητα στους διάφορους τομείς της ζωής.

- Γνωστική – συμπεριφορική ψυχοθεραπεία:

Ασθενής και θεραπευτής συνεργάζονται με στόχο την αναγνώριση και την κατανόηση των προβλημάτων του ασθενούς με βάση τη σχέση που διέπει τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τη συμπεριφορά. Μέσω αυτής της διαδικασίας καθορίζονται οι προσδοκώμενοι στόχοι και οι στρατηγικές στη θεραπεία, που συνεχώς ελέγχονται και αξιολογούνται. Οι θεραπείες αυτού του είδους μπορούν να εφαρμοστούν τόσο ατομικά, όσο και με οικογένειες ή ομάδες. Ο ασθενής και ο θεραπευτής καταλήγουν και συμφωνούν σε ένα θεραπευτικό πλάνο που θα ωθήσει τον ασθενή να ανακαλύψει λύσεις στα προβλήματά του. Η θεραπεία αποτελείται από προκαθορισμένο αριθμό συνεδριών, ο οποίος εξαρτάται από τη φύση και τη σοβαρότητα των προβλημάτων του ασθενούς. Συνήθως κυμαίνονται στις 10-15, είναι εβδομαδιαίες και διαρκούν 45-50' η κάθε μία.

- Εναισθητική ψυχοθεραπεία:

Στόχος στην εναισθητική ψυχοθεραπεία είναι ο περιορισμός των παθολογικών μηχανισμών άμυνας και η λύση των συγκρούσεων. Δίνεται έμφαση στη συζήτηση, αποφεύγεται η μεταβίβαση και ενισχύεται η θεραπευτική συμμαχία. Η παλινδρόμηση είναι αποδεκτή μόνο στην ανάκληση υλικού από το υποσυνείδητο. Ο χρόνος των συνεδριών ποικίλλει από μια έως τρεις φορές την εβδομάδα, βάση της περίπτωσης του ασθενούς, για διάστημα ενός μήνα έως και ετών. Για την επιλογή αυτού του είδους θεραπείας απαιτείται σχετικά ώριμη προσωπικότητα, η ικανότητα για θεραπευτική συμμαχία, η αοχή σε ματαιώσεις και ένα ισχυρό κίνητρο. Στην πραγματικότητα, αυτό το είδος ψυχοθεραπείας έχει υποκαταστήσει την ψυχανάλυση.

- Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία:

Σκοπός της υποστηρικτικής θεραπείας είναι να παρέχει υποστήριξη στον ασθενή και να του παράσχει ανακούφιση από το άγχος, καθώς και να αποκαταστήσει ή να ενισχύσει τους αμυντικούς μηχανισμούς του οι οποίοι έχουν διαταραχθεί. Η θεραπεία αυτή αποτελείται από την αναγνώριση και το σχεδιασμό της παρέμβασης, της δημιουργίας συμμαχίας ματαξού ασθενούς – θεραπευτή, τα τέσσερα επίπεδα της ψυχοθεραπείας (κάθαρση, χειρισμό σωματικών συμπτωμάτων, αποδοχή αρχών ψυχικής υγιεινής και ανάλυση προσωπικότητας) και τη θεραπευτική καθοδήγηση. Η υποστηρικτική θεραπεία δέχεται την παράλληλη χρήση άλλων θεραπευτικών μεθόδων, όπως τα ψυχοφάρμακα, η εργοθεραπεία και η οικογενειακή συμβουλευτική, καθώς και την εξάρτηση του ασθενούς από τον θεραπευτή για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι συνεδρίες κυμαίνονται από μια φορά την εβδομάδα, το δεκαπενθήμερο ή τον μήνα και η διάρκειά τους ποικίλλει. Συνήθως το μόνο που απαιτείται για να θεωρηθεί ένα άτομο κατάλληλο για αυτού του είδους τη θεραπεία είναι η συναισθητική σύνδεση με τον θεραπευτή.

- Οικογενειακή ψυχοθεραπεία:

Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία στηρίζεται στη συστημική θεωρία. Βάσει αυτής της θεωρίας, στοιχεία που αλληλοεξαρτώνται και αλληλοεπηρεάζονται μεταξύ τους αποτελούν ένα σύστημα. Κάθε αλλαγή που συμβαίνει σε ένα στοιχείο του συστήματος επηρεάζει ολόκληρο το σύστημα. Μια οικογένεια, μια ομάδα, μια τάξη, μια επιχείρηση είναι ένα ανθρώπινο σύστημα. Στα πλαίσια της οικογενειακής ψυχοθεραπείας, ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως μέλος ενός συστήματος που βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με τα υπόλοιπα μέλη του συστήματος, αλλά και ταυτόχρονα, με άλλα μικρότερα ή μεγαλύτερα συστήματα στα οποία είναι μέλος. Αυτό σημαίνει πως κάθε σύμπτωμα και κάθε δυσλειτουργική συμπεριφορά, ερμηνεύεται και αντιμετωπίζεται βάσει των σχέσεων και του πλαισίου στο οποίο λειτουργεί, αναπτύσσεται, συμπεριφέρεται και σχετίζεται το άτομο.

7.5 Ψυχοεκπαίδευση

Η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί μία μέθοδο μέσω της οποίας τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένειά του κατανοούν βαθύτερα την ψυχική νόσο και την αντιμετωπίζουν καλύτερα και αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της σύγχρονης θεραπευτικής αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών. Στόχοι της ψυχοεκπαίδευσης είναι η ενημέρωση του πάσχοντα και των συγγενών του για τα αίτια, την πορεία και την πρόγνωση της ασθένειας, η απόδοσή της νόσου, η επίτευξη της συμμόρφωσης του ασθενούς με τη φαρμακευτική αγωγή, η πρόληψη των υποτροπών, η προώθηση και η ενίσχυση της σχέσης θεραπευτή-θεραπευομένου, η προαγωγή της επικοινωνίας και των επαφών μεταξύ ασθενούς και οικογενειακού- οικείου

περιβάλλοντος και τέλος, η απομοιθοποίηση της ψυχικής ασθένειας και η συμβολή στην εξάλειψη του στίγματος. Κατά τη διάρκεια της ψυχοεκπαίδευσης, δίνεται με απλό αλλά και πλήρως επιστημονικά τεκμηριωμένο τρόπο, μια πλήρης πληροφόριση πάνω σε όλα τα θέματα που αφορούν την ψυχική νόσο. Οι ερευνητές υποστηρίζουν πως μέσω της ψυχοεκπαίδευσης, τα άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή, βελτιώνουν την κοινωνική και επαγγελματική συμπεριφορά τους καθώς και την ικανότητα να αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις βελτιώνοντας την αυτοεικόνα και την αυτοεκτίμησή τους.

Η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση πραγματοποιείται σε καθορισμένα διαστήματα και η συμμετοχή όλων των μελών της οικογένειας επιφέρει θετικότερα αποτελέσματα.

7.6 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Όταν η φαρμακευτική αγωγή δεν επαρκεί ή αποτυγχάνει στη βελτίωση των συμπτωμάτων ή έχει σοβαρές παρενέργειες, τότε μπορεί να εφαρμοστεί η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT). Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μια μορφή σωματικής θεραπείας (όπως νοείται και η φαρμακοθεραπεία), ασφαλής και μάλιστα μεταξύ των πιο αποτελεσματικών που χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις της κατάθλιψης. Εφαρμόζεται σε ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν ανταποκριθεί σε άλλες θεραπείες ή σε περιπτώσεις ασθενών που θέτουν τον εαυτό τους ή τρίτους σε σοβαρό κίνδυνο και η περίοδος αναμονής μέχρι τη δράση της αγωγής είναι εξαιρετικά επικίνδυνη.

Ο τρόπος λειτουργίας δεν είναι πλήρως γνωστός, ωστόσο, φαίνεται να προκαλεί αύξηση στον όγκο του ιππόκαμπου του εγκεφάλου που σε περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης είναι μειωμένος. Επίσης, ρυθμίζει τις νευροδιαβιβαστικές ουσίες, όπως η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη, που είναι διαταραγμένες σε παθολογικές καταστάσεις.

Πότε εφαρμόζεται η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία;

Η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Ψυχιάτρων εφαρμόζεται στις παρακάτω περιπτώσεις:

- Σε περίπτωση που υπάρχει άμεση ανάγκη απόκρισης στη θεραπεία, όπως στην εγκυμοσύνη.
 - Όταν ο ασθενής αρνείται την πρόσληψη τροφής και υγρών.
 - Όταν η κατάθλιψη δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακοθεραπεία.
 - Όταν υφίστανται παράγοντες που καθιστούν τη χρήση αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων αδύνατη.
 - Όταν παρουσιάζονται σοβαρές παρενέργειες από τη φαρμακευτική αγωγή.
 - Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κατατονία.
 - Όταν η κατάθλιψη συνοδεύεται από ψυχωσικά συμπτώματα.
 - Σε ασθενείς που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη.
 - Σε ασθενείς που πάσχουν από διπολική διαταραχή.
 - Σε ασθενείς που πάσχουν από μανία.
 - Σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας.
 - Σε ασθενείς με άτυπη ψύχωση.
 - Σε ασθενείς με σχιζοφρένεια.
 - Σε ασθενείς που στο παρελθόν είχαν καλή ανταπόκριση στην ηλεκτροθεραπεία.
- (www.mazi.org.gr)

Πώς εφαρμόζεται η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία:

Με αυτή τη μέθοδο θεραπείας προκαλούνται τονικοκλονικοί σπασμοί όπως συμβαίνει και στις κρίσεις επιληψίας. Πρίν την έναρξη της θεραπείας, χορηγούνται στον ασθενή ισχυρά μυοχαλαρωτικά για την πρόληψη θλάσεων από την ισχυρή και απότομη σύσπαση των μόν κατά την ΗΣΘ, καθώς και γενική αναισθησία. Στη συνέχεια, τοποθετούνται ηλεκτρόδια στην κροταφική χώρα του ασθενούς και μέσω αυτών διοχετεύεται ασθενές ηλεκτρικό ρεύμα για 0,1 έως 0.5 δευτερόλεπτα στο εγκέφαλο του ασθενούς. Η διαδικασία αυτή πραγματοποιείται υπό την επίβλεψη εξειδικευμένου προσωπικού και πάντα σε νοσοκομείο. Μετά από σύντομο χρονικό διάστημα, ο ασθενής ξυπνά χωρίς να θυμάται κάτι από τη θεραπεία και πιθανών παρουσιάζοντας παροδική ζάλη και σύγχυση. Άναλογα την περίπτωση του ασθενούς, συνήθως απαιτούνται 8-10 συνεδρίες για να ολοκληρωθεί μια πλήρης σειρά ηλεκτροσπασμοθεραπειών.

Παρενέργειες και οφέλη:

Ο θεράπων ιατρός πρίν την έναρξη των συνεδριών, γνωστοποιεί στον ασθενή ή και τους συγγενείς του, τα οφέλη αλλά και τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν με τη θεραπεία. Τα οφέλη, ανάλογα με τη βαρύτητα της περίπτωσης, διαφέρουν. Σε γενικές γραμμές, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία βελτιώνει την ικανότητα του ατόμου να σκέφτεται και το επαναφέρει σε υγιέστερη ψυχική κατάσταση.

Οι κίνδυνοι/ παρενέργειες της θεραπείας περιλαμβάνουν:

- Κεφαλαλγίες, ναυτία και έμετο λόγω της αναισθησίας.
- Μυϊκούς πόνους λόγω της λήψης μυοχαλαρωτικών ή των σπασμών κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
- Μειωμένη ικανότητα ευθυκρισίας κατά το πρώτο 24ωρο λόγω της αναισθησίας (θα πρέπει να αποφεύγεται η χρήση συσκευών ή μηχανημάτων, η οδήγηση, το αλκοόλ, το κάπνισμα κ.α.).
- Πιθανών να επηρεαστεί η βραχύχρονη μνήμη. Πολλοί ασθενείς μετά τη θεραπεία συσκολεύονται να θυμηθούν πρόσφατα γεγονότα για διάστημα αρκετών μηνών.
- Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να προκύψουν αρρυθμίες και ανώμαλες σφύξεις, αυξημένη αρτηριακή πίεση, καρδιακή προσβολή, εγκεφαλική συμφόριση και θάνατος.

7.7 Δραματοθεραπεία

Η δραματοθεραπεία ανήκει στην κατηγορία των θεραπειών μέσα από την τέχνη (Art'sTherapy). Συνδυάζει την τέχνη του θεάτρου με τη γνώση διαφόρων ψυχοθεραπευτικών κατευθύνσεων όπως την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, τη συστημική ψυχοθεραπεία κ.α.

Η δραματοθεραπεία ξεκίνησε στις αρχές της δεκαετίας του '60 στην Αγγλία. Αν και αρχικά εφαρμοζόταν στα εκπαιδευτικά πλαίσια και τα ειδικά σχολεία, σταδιακά εισήχθη και στην κλινική πρακτική. Στόχος της δραματοθεραπείας είναι η ανάπτυξη της υγιούς πλευράς του ατόμου και η παροχή νέων τρόπων διαπραγμάτευσης και αντιμετώπισης των καταστάσεων της ζωής του, οδηγώντας το στις ψυχική και συναισθηματική ισορροπία.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιεί η δραματοθεραπεία για την επίτευξη των στόχων της περιλαμβάνουν:

- Κίνηση

- Μίμηση
- Καθοδηγούμενη φαντασία
- Κοινωνιόγραμμα
- Ζωγραφική
- Πηλό

Κατά τη διάρκεια μια δραματοθεραπευτικής συνεδρίας, το κάθε μέλος παρουσιάζει το προσωπικό του σενάριο σε συμβολική μορφή. Για την επεξεργασία των θεμάτων, αντλείται υλικό από θεατρικά έργα, μύθους και παραμύθια τα οποία ασχολούνται με την ανθρώπινη κατάσταση. Μέσα από την αναπαράσταση, υπάρχει η πιθανότητα της επίγνωσης και της αλλαγής. Αυτή η διαδικασία συνεισφέρει στην ανάπτυξη και τη διατήρηση της ατομικής και κοινωνικής ταυτότητας του ατόμου.

7.8 Πρόγνωση διπολικής διαταραχής

Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή I έχουν χειρότερη πρόγνωση από τους ασθενείς που πάσχουν από μονοπολική κατάθλιψη. Περίπου το 40% με 50% των ασθενών που πάσχουν από διπολική διαταραχή I, πιθανά θα εμφανίσουν και δεύτερο μανιακό επεισόδιο σε διάστημα 2 ετών από το πρώτο επεισόδιο. Παρόλο που η συντηρητική θεραπεία με λίθιο βελτιώνει την πορεία και την πρόγνωση της νόσου, το 50% με 60% των ασθενών θα καταφέρει να ελέγξει σημαντικά τα συμπτώματά του με τη χρήση λιθίου. Μια τετραετής μελέτη ασθενών με διπολική διαταραχή τύπου I, βρήκε πως η κακή επαγγελματική κατάσταση πριν από τη νόσο, η εξάρτηση από το αλκοόλ, τα ψυχωτικά χαρακτηριστικά, τα καταθλιπτικά χαρακτηριστικά, τα καταθλιπτικά χαρακτηριστικά σε περιόδους νορμοθυμίας και το αρσενικό φύλο, ήταν όλα παράγοντες που συμβάλουν σε μια άσχημη πρόγνωση της νόσου. Αντίθετα, τα μανιακά επεισόδια μικρής διάρκειας, η προχωρημένη ηλικία έναρξης της νόσου, οι περιορισμένες αυτοκτονικές σκέψεις και τα περιορισμένα ψυχικά και σωματικά προβλήματα υγείας ήταν θετικοί παράγοντες για μια καλύτερη πρόγνωση της νόσου.

Περίπου το 7% των ασθενών με διπολική διαταραχή I δεν παρουσιάζουν υποτροπή της συμπτωματολογίας τους, 45% παρουσιάζει παραπάνω από ένα επεισόδιο και στο 40% των ασθενών η νόσος μεταπίπτει σε χρόνια. Οι ασθενείς μπορεί να έχουν από 2 έως 30 επεισόδια, αν και ο μέσος αριθμός επεισοδίων είναι 9. Σχεδόν το 40% του συνόλου των ασθενών βιώνει πάνω από 10 επεισόδια.

Σε σχετική μακροχρόνια παρακολούθηση, το 15% του συνόλου των ασθενών με διπολική διαταραχή I είναι καλά, το 45% είναι καλά αλλά με πολλαπλές υποτροπές, το 30% είναι σε μερική ύφεση και 10% είναι χρόνια πάσχοντες. Το 1/3 όλων των διπολικών ασθενών έχουν χρόνια συμπτώματα, γεγονός που αποτελεί αίτιο για σημαντική κοινωνική παρακμή των ατόμων αυτών.

Η πορεία και η πρόγνωση της διπολικής διαταραχής τύπου II καταδεικνύουν πως η διάγνωση είναι σταθερή, καθώς υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ασθενείς με διπολική διαταραχή II, θα έχουν την ίδια διάγνωση έως και 5 χρόνια αργότερα. Η διπολική διαταραχή II είναι μια χρόνια ψυχική νόσος που απαιτεί το σχεδιασμό μακροπρόθεσμης θεραπευτικής στρατηγικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας αποτελεί ένα ενεργό μέλος της ψυχιατρικής θεραπευτικής ομάδας και συμβάλλει καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Ο ρόλος του, απαιτεί υπευθυνότητα και εξειδίκευση. Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής καλείται, εκτός από το να παράσχει τη φροντίδα του στους νοσηλευόμενους, να διατηρήσει τις λεπτές ισορροπίες μεταξύ ασθενούς-νοσηλευτή αλλά και μεταξύ των ίδιων των ασθενών, να προστατεύσει τον εαυτό του και τους συναδέλφους του, αλλά και τους ίδιους τους ασθενείς από τον εαυτό τους.

Σε αυτό το κεφάλαιο, επιχειρείται να εξεταστεί ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στα θεραπευτικά πλαίσια της διπολικής διαταραχής, δηλαδή το είδος της φροντίδας που πρέπει να προφέρει στις διάφορες φάσεις της διπολικής διαταραχής (κατάθλιψη, μανία) με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

8.1 Η νοσηλευτική διεργασία

Η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί μια επιστημονική συστηματική μέθοδο, η οποία στοχεύει στην ανάπτυξη ενός εξατομικευμένου και ολιστικού σχεδίου παροχής φροντίδας. Νοσηλευτής και ασθενής εργάζονται από κοινού με στόχο τον προσδιορισμό των αναγκών και σκοπών του ασθενούς, το σχεδιασμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας και εν τέλη την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της επί των στόχων. Μέσω της νοσηλευτικής διεργασίας δίνεται η δυνατότητα στο νοσηλευτή να διαχειριστεί τη φροντίδα του ασθενούς με επιστημονικό, ολιστικό και δημιουργικό τρόπο (Hogan, 2012).

Η νοσηλευτική διεργασία στοχεύει στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της νόσου, την αποκατάσταση της υγείας και την αντιμετώπιση της διαταραγμένης λειτουργικότητας του ασθενή. Τέλος, αποτελείται από τέσσερα στάδια:

1. Νοσηλευτική διάγνωση και αξιολόγηση των προβλημάτων και των αναγκών του ασθενούς.
2. Σχεδιασμός πλάνου νοσηλευτικής φροντίδας βάση των νοσηλευτικών διαγνώσεων.
3. Εφαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.
4. Εκτίμηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων επί των στόχων και επανασχεδιασμό εάν και όπου κρίνεται απαραίτητο.

8.2 Νοσηλευτική φροντίδα διπολικού ασθενή σε φάση κατάθλιψης

Οι κλινικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης είναι παρόμοιες ανεξάρτητα από τους αιτιολογικούς παράγοντες που την προκαλούν (ψυχολογικοί, βιολογικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί, περιβαλλοντικοί). Γι' αυτό τον λόγο οι καταθλιπτικοί ασθενείς αξιολογούνται και αντιμετωπίζονται από το νοσηλευτή με μια ολική βιοψυχο-κοινωνική προσέγγιση μέσω της νοσηλευτικής διεργασίας. Η νοσηλευτική φροντίδα εξατομικεύεται για τον κάθε ασθενή και εστιάζει σε τρεις βασικές ομάδες αναγκών, οι οποίες είναι:

1. Άμεσες ανάγκες, που σχετίζονται με τον κίνδυνο εκδήλωσης επιθετικότητας κατά του εαυτού ή των άλλων και την ασφάλεια του ασθενούς, π.χ. πρόληψη αυτοκτονίας.

2. Βραχυπρόθεσμες ανάγκες, που σχετίζονται με τη νοσηλεία, τη θεραπεία και την προετοιμασία του ασθενούς για την έξοδό του από το νοσοκομείο.
3. Μακροπρόθεσμες ανάγκες, που σχετίζονται με την εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειάς του αναφορικά με τη νόσο, την έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπών. (Ραγιά, 2009)

Νοσηλευτική εκτίμηση

Κατά τη νοσηλευτική εκτίμηση, προσδιορίζεται η ύπαρξη ή μη αυτοκτονικού ιδεασμού, η πιθανότητα συννόσησης (χρήση ουσιών, οργανικό νόσημα, ψυχιατρικό σύνδρομο) και οι τομείς που έχουν επηρεαστεί από τη νόσο (οργανικότητα, διεργασία σκέψης/ αντίληψη, συναίσθημα, βούληση, επικοινωνία, εναισθησία).

Επίσης, εκτιμάται η πιθανότητα εκδήλωσης συμπεριφορών υψηλής επικινδυνότητας, π.χ. ετεροεπιθετικότητα, το ιστορικό του ασθενή και η ύπαρξη ή μη υποστηρικτικού δικτύου.

Νοσηλευτικές διαγνώσεις

Βάση των παραπάνω εκτιμήσεων, ο νοσηλευτής πιθανών να καταλήξει σε κάποιες από τις παρακάτω διαγνώσεις:

- Κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον του εαυτού ή τρίτων.
- Διαταραχή στις διεργασίες της σκέψης.
- Ύπαρξη αναποτελεσματικών μηχανισμών αντιμετώπισης της νόσου.
- Διαταραχή των οικογενειακών σχέσεων.
- Διαταραχή των κοινωνικών σχέσεων-κοινωνική απομόνωση.
- Ανεπάρκεια-αδυναμία.
- Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Ανεπαρκής αυτοφροντίδα.
- Διαταραχές σχετιζόμενες με τον ύπνο και την πρόσληψη τροφής.

Σχεδιασμός νοσηλευτικών παρεμβάσεων – αιτιολόγηση – εφαρμογή σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας

- **Κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον του εαυτού ή τρίτων.**

Στόχος: Διασφάλιση της σωματικής ακεραιότητας του ασθενούς, των συνασθενών του και του προσωπικού. Ο ασθενής να κάνει σχέδια για το μέλλον με αισιοδοξία και ελπίδα, να εκφράζει την επιθυμία του να ζήσει και να χαμογελά ή γελά σε περιστάσεις ή σζητ΄σεις που αρμόζει.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

1. Εκτίμηση του βαθμού επικινδυνότητας.
2. Ο νοσηλευτής εκφράζει στον ασθενή το ενδιαφέρον του για την ασφάλειά του και την πρόθεσή του να τον βοηθήσει να τη διατηρήσει. Με αυτό τον τρόπο, παρέχεται το αίσθημα ασφάλειας στον ασθενή.
3. Στενή παρακολούθηση του ασθενούς. Ο ασθενής τοποθετείται σε δωμάτιο δίπλα στη νοσηλευτική στάση και όχι μοναχικό, και συνοδεύεται από το νοσηλευτή σε όλες τις μετακινήσεις του. Έτσι, μπορεί να προληφθεί ή να διακοπεί η βλαπτική συμπεριφορά.
4. Ο νοσηλευτής εξασφαλίζει πως ο ασθενής δεν κάνει χρήση ή δεν κατέχει στα προσωπικά του είδη επικίνδυνα αντικείμενα. Στα πλαίσια της ασφάλειας του περιβάλλοντος πειλαμβάνεται και η αφαίρεση αντικειμένων που μπορεί να

παρακινήσουν σε σκέψεις και απόπειρες ασυτοκτονίας. Γίνεται ενημέρωση της οικογένειας να μην φέρνει επικίνδυνα είδη κατά τα επισκεπτήρια. Όλες αυτές οι ενέργειες πραγματοποιούνται με σεβασμό, ευγένεια και προηγούμενη πληροφόρηση του ασθενούς πως αποτελεί πολιτική του νοσοκομείου.

5. Προσεκτική χορήγηση των φαρμάκων και ιδιαίτερη παρατήρηση, ώστε να εξασφαλιστεί πως ο ασθενής λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή του και δεν την απορρίπτει ή συγκεντρώνει για απόπειρα αυτοκτονίας.
6. Παρακολούθηση του ασθενούς ακόμη και όταν χρησιμοποιεί βοηθητικούς χώρους με προηγούμενη σχετική ενημέρωσή του.
7. Νοσηλευτικοί γύροι στους θαλάμους σε συχνά διαστήματα, όχι όμως καθορισμένα. Με αυτόν τον τρόπο ο νοσηλευτής γνωρίζει που βρίσκεται ο ασθενής, χωρίς όμως ο ασθενής να μπορεί να προβλέψει το πότε θα περάσει ο νοσηλευτής.
8. Συχνός έλεγχος του περιβάλλοντος της κλινικής για επικίνδυνα σημεία (π.χ. ανοικτές πόρτες/παράθυρα, πρόσβαση σε σκάλες ή την ταράτσα, εκτεθειμένες φιάλες με απορρυπαντικά ή χημικά). Η ελαχιστοποίηση των ευκαιριών για αυτοκαταστροφή απαιτεί συνεχή προσοχή. (Ραγιά, 2009)

· Ανεπαρκής αυτοφροντίδα

Στόχος: Ο ασθενής να εφαρμόζει υγιείς τρόπους αυτοφροντίδας.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

1. Προτροπή του ασθενούς να αναλάβει υπευθυνότητα στις δραστηριότητες αυτοφροντίδας.
2. Ο νοσηλευτής βοηθά τον ασθενή να έχει αξιοπρεπή και φροντισμένη εμφάνιση έως ότου καταστεί ικανός να φροντίζει ο ίδιος για τον εαυτό του. Οι ασθενείς με κατάθλιψη αρκετές φορές εμφανίζονται με απρεπή εμφάνιση και ελλιπή καθαριότητα που σχετίζεται άμεσα με τη μειωμένη ενεργητικότητά τους και την απάθεια. Ο νοσηλευτής οφείλει να προστατεύσει τον ασθενή από την εμφάνιση που μπορεί να του προκαλέσει ντροπή και με αυτόν τον τρόπο να αυξήσει την αυτοπεποίθησή του.
3. Παροχή καθοδήγησης στον ασθενή βήμα προς βήμα, π.χ. «πρώτα να πλύνετε τα δόντια σας, ύστερα το πρόσωπό σας κτλ.», και επίδειξη των οδηγιών όταν αυτός δυσκολεύεται.
4. Εφοδιασμό του ασθενούς με όλα τα απαραίτητα υλικά που θα χρειαστεί (οδοντόβουρτσα και οδοντόκρεμα, σαπούνι, χτένα, κ.α.)
5. Παραμονή δίπλα στον ασθενή στα αρχικά βήματα και υποστήριξη του στις διαδικασίες αυτοφροντίδας. Η παρουσία και αποδοχή του νοσηλευτή προς τον ασθενή έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη εφαρμογή των κανόνων υγιεινής (Κούκια, 2014).

· Διαταραχές στον ύπνο

Στόχος: Ο ασθενής να αποκαταστήσει στο μέγιστο δυνατό τον ύπνο του (6-8 ώρες κάθε νύχτα).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

1. Παρότρυνση του ασθενούς να παραμένει εκτός κλίνης στη διάρκεια της ημέρας, ώστε να κουράζεται μέσα στην ημέρα και να αυξάνονται οι πιθανότητες για βραδινό ύπνο.
2. Προσφορά διαλειμμάτων ανάμεσα στις δραστηριότητες ώστε ο ασθενής να ξεκουράζεται.
3. Διδασκαλία του ασθενούς τεχνικών χαλάρωσης για χρήση τις απογευματινές ώρες.
4. Μείωση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων πριν την κατάκλιση. Πολλές φορές, οι ασθενείς με κατάθλιψη, ενώ έχουν τη διάθεση να κοιμηθούν, ταλαιπωρούνται από αϋπνίες ή ο ύπνος τους δεν είναι ποιοτικός με αποτέλεσμα να αισθάνονται συνεχώς κουρασμένοι.
5. Οριοθέτηση στην κατανάλωση καφεΐνης.

· **Χαμηλή αυτοεκτίμηση**

Στόχος: Ο ασθενής να νιώθει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και να εκφράζει τα θετικά στοιχεία του εαυτού του.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

1. Τήρηση στάσης αποδοχής απέναντι στον άρρωστο από τον νοσηλευτή. Ο ασθενής στα πλαίσια της κατάθλιψης είναι αρνητικός και απαισιόδοξος. Η αποδοχή από μέρους του νοσηλευτή, προσφέρει δυνατότητες για αλλαγή του τρόπου που βλέπει ο ασθενής τον εαυτό του.
2. Ο νοσηλευτής αφιερώνει χρόνο για συζήτηση και προσφορά βοήθειας στον ασθενή. Η υποστήριξη και η παρουσία του νοσηλευτή στις προσπάθειες του ασθενούς, του δημιουργούν το αίσθημα της ασφάλειας και υποβοηθούν την ενίσχυση της αυτοπεποίθησής του.
3. Ενθάρρυνση του ασθενούς να ανακαλύψει τις δυνατότητες του και να μην δίνει έμφαση στα αρνητικά στοιχεία ή σε λάθη του παρελθόντος.
4. Διευκόλυνση του ασθενούς στην αναγνώριση των τομέων που μπορεί να αλλάξει.
5. Ενθάρρυνση του ασθενούς να θέτει ρεαλιστικούς στόχους. Έτσι, αποκτά την αίσθηση του ελέγχου και οι ρεαλιστικοί στόχοι μειώνουν τα περιθώρια αποτυχίας.
6. Προτροπή του αρρώστου να αναλαμβάνει τις ευθύνες των πράξεών του και να αναγνωρίζει τις καταστάσεις στις οποίες κατέχει τον έλεγχο.
7. Υποστήριξη στην επαφή του με τρίτους και προτροπή να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες.
8. Προσφορά θετικής ανατροφοδότησης από τον νοσηλευτή για τους στόχους που επιτυγχάνει μόνος τους. Η θετική στάση και η ανατροφοδότηση του αρρώστου, ενθαρρύνει την αύξηση της αυτοεκτίμησης.
9. Διδασκαλία του ασθενούς να εκφράζει τα συναισθήματα και τις ανάγκες του και να εξευρύνει λύσεις σε προβλήματα (Κούκια,2014).

· **Αίσθημα ανεπάρκειας-αδυναμίας**

Στόχος: Ο ασθενής να αναλάβει τον έλεγχο της ζωής του.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

1. Βοήθεια του αρρώστου να θέσει ρεαλιστικούς στόχους και θετική ανατροφοδότηση. Οι στόχοι πρέπει να συμβαδίζουν με τις ικανότητες του αρρώστου ώστε να ελαχιστοποιείται η πιθανότητα να αποτύχει. Η θετική ανατροφοδότηση αυξάνει την αυτοεκτίμησή του.
2. Αναζήτηση τομέων που μπορεί να ελέγξει ο ασθενής και ενθάρρυνση της ενασχόλησής του με αυτούς
3. Προσφορά βοήθειας στον ασθενή ώστε να ανακαλύψει τις διαθέσιμες πηγές βοήθειας.
4. Ενθάρρυνση του ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματά του. Η συναισθηματική κατάσταση του ασθενή επηρεάζει τη δυνατότητα εξεύρεσης λύσεων στα προβλήματα. Η έκφραση των συναισθημάτων και η επίδρασή τους στη συμπεριφορά του ευνοεί τη λήψη αποφάσεων και την ανάκτηση του ελέγχου.

· Διαταραχή κοινωνικών σχέσεων-κοινωνική απομόνωση

Στόχος: Ο άρρωστος να εκδηλώνει κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές και να αλληλεπιδρά με τρίτους.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

1. Ο νοσηλευτής αποτρέπει τον ασθενή να παραμένει στο δωμάτιό του. Ο καταθλιπτικός άρρωστος συνήθως δεν επιθυμεί την επαφή με άλλους και ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να τον βοηθήσει να ανακτήσει σταδιακά τις κοινωνικές του δεξιότητες (Townsend, 2015).
2. Ο νοσηλευτής αφιερώνει χρόνο στον ασθενή με σύντομες και συχνές επαφές.
3. Σχεδιασμός των ημερήσιων δραστηριοτήτων του αρρώστου. Οι δομημένες δραστηριότητες και η συμμετοχή του ασθενή σε ομάδες ευνοούν την αποκατάσταση της κοινωνικότητάς του.
4. Προτροπή του αρρώστου να συμμετάσχει σε ομαδικές δραστηριότητες και επισήμανση της απουσίας του όταν συμβαίνει.
5. Διδασκαλία του ασθενούς στον τρόπο αλληλεπίδρασης με τους γύρω του και εξάσκηση στη χρησιμοποίηση των ικανοτήτων του με παιχνίδι ρόλων. Η διδασκαλία αυτή πριν την επαφή του ασθενούς με τρίτους, αυξάνει τις ικανότητές του και την αυτοπεποίθησή του.
6. Προσφορά θετικής ανατροφοδότησης όταν καταφέρνει να αλληλεπιδράσει και να επικοινωνήσει με τους άλλους.

Κριτήρια καθορισμού αποτελεσμάτων νοσηλευτικών παρεμβάσεων

Μετά την εφαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στα πλαίσια της νοσηλευτικής διεργασίας, ο ασθενής θα πρέπει να:

1. Είναι ασφαλής.
2. Εκφράζει μείωση της θλίψης που αισθάνεται.
3. Χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τους μηχανισμούς αντιμετώπισης.
4. Αναφέρει τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίζει τη χαμηλή αυτοεκτίμησή του
5. Συμμετέχει σε δραστηριότητες.
6. Επικοινωνεί με τρίτους.

8.3 Νοσηλευτική φροντίδα διπολικού ασθενή σε φάση μανίας

Νοσηλευτική εκτίμηση

Όταν ο νοσηλευτής εκτιμά έναν μανιακό ασθενή, επικεντρώνεται στην αξιολόγηση των συμπτωμάτων του. Εξετάζει την οργανικότητα, την αντίληψη/διεργασία σκέψης, το συναίσθημα, τη συμπεριφορά/βούληση, την επικοινωνία και την εναισθησία του ασθενούς. Παράλληλα, εκτιμά την πιθανότητα εκδήλωσης επιθετικότητας προς τον εαυτό του ή τρίτους, την πιθανή ύπαρξη συννοσηρότητας και τις γνώσεις του ασθενούς και της οικογένειάς του σχετικά με τη νόσο (Sheila, 2014).

Νοσηλευτικές διαγνώσεις

Βάση των παραπάνω εκτιμήσεων, ο νοσηλευτής πιθανών θα καταλήξει σε ορισμένες από τις παρακάτω διαγνώσεις:

- Κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον του εαυτού ή άλλων.
- Διαταραχή στη διεργασία των σκέψεων.
- Διαταραχή στην επικοινωνία.
- Διαταραχή οικογενειακών/ κοινωνικών σχέσεων.
- Διαταραχή του ύπνου.
- Διαταραχή συμπεριφοράς.
- Διαταραχή τεχνικών αντιμετώπισης.
- Ελλειμματική αυτοφροντίδα
- Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής και υγρών (Κούκια, 2014), (Varcarolis, Halter, 2010).

Σχεδιασμός νοσηλευτικών παρεμβάσεων – αιτιολόγηση – εφαρμογή σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας

- **Κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον του εαυτού ή άλλων**

Στόχος: Ο ασθενής να δείχνει αυτοέλεγχο και να εκδηλώνει το θυμό και τα αρνητικά του συναισθήματα με κοινωνικά αποδεκτό τρόπο.επίσης, να χρησιμοποιεί τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, αντί της επιθετικής συμπεριφοράς, των απειλών και εκφοβισμών.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

1. Περιορισμός των έντονων ερεθισμάτων στο περιβάλλον του ασθενούς, ιδιαίτερα όταν αυτός είναι διεγερτικός.
2. Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος και απομάκρυνση επικίνδυνων ειδών για πρόκληση βλάβης εναντίον του εαυτού ή τρίτων.
3. Παρέμβαση από το νοσηλευτή όταν η διέγερση ξεκινά να αναπτύσσεται.λεκτική καθοδήγηση του ασθενούς σε πιο παραδεκτή συμπεριφορά, απομάκρυνση από προκλητικά ερεθίσματα, τοποθέτηση σε ήσυχο δωμάτιο και εφαρμογή περιοριστικών μέτρων βάση του πρωτοκόλλου της κλινικής. Η νοσηλευτική παρέμβαση στα αρχικά στάδια της διέγερσης βοηθά τον ασθενή να επανακτήσει τον αυτοέλεγχο, προλαμβάνει την κλιμάκωση μέχρι τη βίαιη συμπεριφορά και εφαρμόζει θεραπεία με το λιγότερο περιοριστικό τρόπο (Videbeck, Schultz, 2009).
4. Αποφυγή λογομαχίας όταν ο ασθενής εκφράζει ιδέες μεγαλείου.
5. Αποφυγή της άνευ λόγου καθυστέρησης εκπλήρωσης των αιτημάτων του ασθενούς. Σε περίπτωση μη δυνατότητας εκπλήρωσης του αιτήματος, σύσταση εναλλακτικής

- λύσης. Ο μανιακός ασθενής είναι ανυπόμονος και οι αδικαιολόγητες καθυστερήσεις του προκαλούν εκνευρισμό και επιθετική συμπεριφορά.
6. Συζήτηση εναλλακτικών στρατηγικών λύσης προβλημάτων όταν ο ασθενής είναι σε κατάσταση ηρεμίας. Ο εκνευρισμός και η διέγερση τον καθιστούν ανίκανο να συγκρατεί στη μνήμη του πράγματα.
 7. Ενθάρρυνση του ασθενούς, σε ήσυχες ώρες, να επισημαίνει τι προηγείται και προκαλεί τη διέγερσή του. Η έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος τον βοηθά να σχεδιάσει εναλλακτικές αντιδράσεις και να προλάβει ένα βίαιο ξέσπασμα.
 8. Επιδοκιμασία του ασθενούς όταν προσπαθεί να χειριστεί στρεσογόνα περιστατικά, χωρίς βία και επιθετικότητα. Ο έπαινος αυξάνει το αίσθημα επιτυχίας και τις πιθανότητες επανάληψης της συμπεριφοράς.
 9. Ομαδική συζήτηση με το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με προηγούμενα περιστατικά επιθετικής συμπεριφοράς για τον εντοπισμό των ερεθισμάτων που προηγήθηκαν, των παραγόντων που προκάλεσαν και των πρώιμων ενδεικτικών σημείων μιας αρχόμενης διέγερσης. Έτσι, όλα τα μέλη του προσωπικού είναι σε θέση να παρέμβουν έγκαιρα ώστε να αποφευχθεί μια επιθετική έκρηξη.
 10. Ο νοσηλευτής εξασφαλίζει τη συστηματική χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής και την υπεύθυνη παρακολούθηση των επιθυμητών και ανεπιθυμητών ενεργειών της πάνω στον ασθενή (Κούκια, 2014).

· Διαταραχή ύπνου

Στόχος: Ο ασθενής να μπορεί να έχει ένα συνεχόμενο ύπνο για τουλάχιστον 6-8 ώρες.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

1. Καθοδήγηση του ασθενούς σε ήπιες δραστηριότητες, κυρίως μερικές ώρες πριν την κατάκλιση.
2. Διοχέτευση της ενέργειας του ασθενούς σε ήρεμες και παραγωγικές δραστηριότητες.
3. Παρότρυνση του ασθενούς να ξεκουράζεται κατά μικρά χρονικά διαστήματα. Η έλλειψη ύπνου και ξεκούρασης μπορεί να οδηγήσει σε εξάντληση και αδυναμία συγκέντρωσης.
4. Αποφυγή κατανάλωση καφεΐνης πριν την κατάκλιση.
5. Εφαρμογή νοσηλευτικών μέτρων κατά την ώρα της κατάκλισης π.χ. ήπια μουσικής, τεχνικές χαλάρωσης. Τα μέτρα χαλάρωσης ευνοούν την ξεκούραση και την επέλευση του ύπνου.
6. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (Mohr, 2012).

· Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής και υγρών

Στόχος: Ο ασθενής να διατρέφεται ισορροπημένα.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

1. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.
2. Έλεγχος ζωτικών σημείων ανά 1 ή 2 ώρες.
3. Τοποθέτηση του ασθενούς σε ήσυχο μέρος.
4. Παραμονή κοντά στον ασθενή όσο τρώει.

5. Χορήγηση τροφών με υψηλές θερμίδες και πρωτεΐνες.
6. Συχνή υπενθύμιση στον άρρωστο για λήψη τροφής και υγρών. Η επαρκής λήψη υγρών και τροφής, μειώνει την πιθανότητα καρδιακής κάμψης. Ο ασθενής λόγω της κατάστασής του, αποσπάται με μεγάλη ευκολία καιυποτίμα τη σημασία της σωστής διατροφής.
7. Καταγραφή ισοζυγίου υγρών.
8. Ζύγισμα του ασθενούς σε καθημερινή βάση.

· **Διαταραχές επικοινωνίας**

Στόχος: Ο ασθενής να μπορέσει να ανακτήσει τις ικανότητες επικοινωνίας του με τρίτους.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

1. Ο νοσηλευτής διατηρεί υποστηρικτική στάση προς τον ασθενή.
2. Με ήπιο τρόπο ο νοσηλευτής επισημαίνει τους κανόνες επικοινωνίας, π.χ. διακόπτει διακριτικά τη λογόρροια του ασθενή και επισημαίνει την ανάγκη να μιλήσουν και τα δύο άτομα.
3. Η επικοινωνία γίνεται με σύντομες και ακριβείς φράσεις (Tusaie, 2013).
4. Η επικοινωνία διατηρείται σε ρεαλιστικά επίπεδα
5. Ο νοσηλευτής ανταποκρίνεται στα λογικά αιτήματα του ασθενούς.
6. Αποφυγή της άρνησης και της απόρριψης του ασθενούς. Η απόρριψη του θα οδηγήσει τη σχέση σε ανταγωνιστικά επίπεδα και θα αντιδράσει επιθετικά.

Κριτήρια καθορισμού αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων

Μετά από την εφαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στα πλαίσια της νοσηλευτικής διεργασίας, ο ασθενής θα πρέπει να:

- Διατηρεί ισορροπημένη διατροφή και ένα πρόγραμμα ύπνου.
- Αναφέρει μείωση ή απουσία παραληρητικών ιδεών ή ιδεοφυγής.
- Αναλαμβάνει τις ευθύνες των πράξεών του.
- Μην εκδηλώνει επικίνδυνες συμπεριφορές στις φάσεις της υπερδραστηριότητας (Κούκια, 2014), (Sreevani, 2007).

8.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)

Όταν κρίνεται απαραίτητο, κυρίως σε περιπτώσεις ανθεκτικής κατάθλιψης, ενδείκνυται η χρήση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας, δηλαδή της εφαρμογής ηλεκτρικού ρεύματος μέσω ηλεκτροδίων που εφαρμόζονται στους κροτάφους του ασθενή, το οποίο, προκαλεί επιληπτικές κρίσεις (Keltner, Steele, 2015). Καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας ο ασθενής βρίσκεται σε καταστολή. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ενεργός πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία.

Πριν την έναρξη της θεραπείας:

- Ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειάς του σχετικά με τη θεραπεία.

- Επιβεβαίωση ότι ο θεράπων εξασφάλισε ενυπόγραφη πληροφορημένη συγκατάθεση του ασθενούς για την εφαρμογή της θεραπείας (Rhodes, Murphy, 2015).
- Εξασφάλιση αποτελεσμάτων από πρόσφατες εργαστηριακές εξετάσεις αίματος και ούρων, ηλεκτροκαρδιογραφήματος, και ακτινογραφίας θώρακος.
- Ο ασθενής απαγορεύεται να λάβει τροφή και υγρά από το στόματος 6 με 8 ώρες πριν από τη θεραπεία, πρέπει να έχει ουρήσει και να φορά χαλαρή ενδυμασία.
- Μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων του ασθενούς.
- Χορηγείται ατροπίνη 30' πριν τη θεραπεία για την πρόληψη αναπνευστικών προβλημάτων και πιθανής εμφάνισης βραδυκαρδίας.
- Αφαιρούνται όλα τα αντικείμενα που φέρει ο ασθενής (μεταλλικά αντικείμενα, τεχνητή οδοντοστοιχεία, γυαλιά, φακοί επαφής κ.α.).

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας:

- Συνεργασία με τον θεράποντα και τον αναισθησιολόγο για τη χορήγηση αναισθητικού και μυοχαλαρωτικού φαρμάκου.
- Διατήρηση πιεσόμετρου στον ασθενή για τη συνεχή μέτρηση της πίεσης.
- Διατήρηση οξύμετρου στο δάχτυλο του ασθενούς.
- Χορήγηση οξυγόνου με μάσκα και ετοιμότητα για αναρρόφηση εκκρίσεων εάν χρειασθεί (Stuart, 2009).
- Χρήση αναπνευστήρα αμέσως μετά το ηλεκτρικό ερέθισμα.

Μετά τη θεραπεία:

- Τοποθέτηση του ασθενούς σε ήσυχο περιβάλλον και σε πλάγια θέση για την πρόληψη εισρόφησης.
- Παρακολούθηση ζωτικών σημείων ανά 15' κατά την πρώτη ώρα.
- Στη περίπτωση που ο ασθενής είναι συγχυτικός, όταν ανανήψει, ο νοσηλευτής τον εφησυχάζει και τον επαναφέρει στην πραγματικότητα.
- Έλεγχος του αντανακλαστικού της κατάποσης πριν τη λήψη υγρών και τροφής.
- Παρακολούθηση τις επόμενες 48 ώρες για τυχόν παρενέργειες (κεφαλαλγίες, μυαλγίες, παροδική ελαφρά διαταραχή της πρόσφατης μνήμης, καρδιακές αρρυθμίες, υπέρταση, άπνοια κ.α.)

8.5 Παρουσίαση περιστατικών – Νοσηλευτική διεργασία

Πρώτο περιστατικό

Ο κ. Ε.Μ. ετών 35, προσήλθε στα επείγοντα με συνοδεία αστυνομικών, αφού κατά τη μετακίνησή του με τα ΜΜΜ άρχισε να φωνάζει για τις αδικίες της κυβέρνησης και την οικονομική πολιτική της χώρας. Στα επείγοντα, ο κ. Ε.Μ., όταν ερωτήθηκε για τα προσωπικά του στοιχεία, περιέγραψε τον εαυτό του ως καθηγητή του Πανεπιστημίου Πειραιά. Η εμφάνισή του ήταν ατημέλητη και ακατάστατη για την θέση που υποστήριζε πως κατείχε. Μιλούσε ασταμάτητα με γρήγορο ρυθμό, φώναζε, ο λόγος του δεν είχε συνοχή και άλλαζε συχνά θέματα. Όταν του προτάθηκε νοσηλεία στο νοσοκομείο έγινε ευερέθιστος και προσπάθησε να ξεφύγει. Όταν έγινε προσπάθεια καταστολής του έγινε επιθετικός, και ελήφθη απόφαση επείγουσας εισαγγελικής εντολής για νοσηλεία.

Η οικογένεια προσήλθε στο νοσοκομείο κατόπιν επικοινωνίας της αστυνομίας μαζί τους. Το ιστορικό του ασθενή επιβεβαίωσε ότι στο παρελθόν είχε νοσηλευθεί για μανιακό επεισόδιο και ότι την τελευταία εβδομάδα παρουσίαζε μειωμένη ανάγκη για ύπνο, υπερβολική αυτοεκτίμηση, παραληρητικές ιδέες και ευφορική διάθεση. Έπαιρνε δόση συντήρησης με λίθιο αλλά αποφάσισε να τη σταματήσει αιφνίδια 10 ημέρες πριν το επεισόδιο. Ο ψυχίατρος μετά από προσεκτική εξέταση του ατομικού και οικογενειακού ψυχιατρικού ιστορικού, τα τεστ προσωπικότητας και τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων για τον αποκλεισμό κάποιου σωματικού συνδρόμου, διέγνωσε ότι ο ασθενής πάσχει από διπολική διαταραχή τύπου I, βάση του DSM-V.

Το θεραπευτικό πλάνο του θεσπίστηκε πριελάμβανε τη χορήγηση λιθίου σε συνδυασμό με κουετιαπίνη, παράλληλα με την εφαρμογή ψυχοθεραπείας.

Αξιολόγηση αναγκών-προβλημάτων ασθενούς/ Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών παρεμβάσεων	Εφαρμογή νοσηλευτικού σχεδιασμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικών παρεμβάσεων
Κίνδυνος βλάβης προς τον εαυτό του	Ο ασθενής να παραμείνει ασφαλής.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. 2. Λήψη μέτρων παρακολούθησης και προστασίας του ασθενούς. 3. Εφαρμογή ψυχοθεραπείας. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση 600mg λιθίου και 100mg κουετιαπίνης. 2. Τοποθέτηση ασθενούς σε δωμάτιο δίπλα στη νοσηλευτική στάση. Παρακολούθηση κάθε 15'. Αφαίρεση όλων των δυνητικά επικίνδυνων ειδών από τα προσωπικά του είδη και το περιβάλλον. Ιδιαίτερη προσοχή κατά τη χορήγηση φαρμάκων. Διατύπωση ενός άτυπου συμφωνητικού πρωτοκόλλου με τον ασθενή. 3. Συνοδεία και συμμετοχή στις ψυχοθεραπευτικές ομάδες που συμμετέχει ο ασθενής. 	Ο ασθενής παρέμεινε ασφαλής και δεν προέβει σε καμία ενέργεια με σκοπό την πρόκληση βλάβης του εαυτού του.
Κίνδυνος βλάβης τρίτων	Ο ασθενής να μην προκαλέσει βλάβες σε τρίτα άτομα.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. 2. Περιορισμός των 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση 600mg λιθίου και 100mg κουετιαπίνης. 	Ο ασθενής κατάφερε να διαχειρίζεται τα αρνητικά του

		<p>ερεθισμάτων.</p> <p>3. Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος.</p>	<p>2. Ελάττωση περιβαλλοντικών ερεθισμάτων. Αποφυγή έκθεσης του ασθενούς σε περιστάσεις με έντονα ερεθίσματα.</p> <p>3. Απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων από το περιβάλλον του ασθενούς.</p>	<p>συναίσθημα και δεν προκάλεσε βλάβες σε τρίτους.</p>
Ευφορία	<p>Η διάθεση του ασθενούς να επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>1. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.</p> <p>2. Εφαρμογή ψυχοθεραπείας.</p>	<p>1. Χορήγηση 600mg λιθίου και 100mg κουετιαπίνης.</p> <p>2. Συνοδεία του ασθενούς στις θεραπευτικές ομάδες και συμμετοχή.</p>	<p>Η διάθεση του ασθενούς εποινήθηκε σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>
Λογόρροια	<p>Ο ασθενής να παρουσιάζει λόγο συγκροτημένο και με συνοχή.</p>	<p>1. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.</p> <p>2. Προαγωγή της συγκέντρωσης του ατόμου.</p>	<p>1. Χορήγηση 600mg λιθίου και 100mg κουετιαπίνης.</p> <p>2. Προτροπή του ασθενούς να μην βιάζεται κατά την ομιλία του και θετική ανατροφοδότηση όταν το επιτυγχάνει.</p>	<p>Ο ασθενής απέκτησε πιο συγκροτημένο και συγκρατημένο λόγο.</p>
Φυγή ιδεών	<p>Ο ασθενής να είναι σε θέση να διατυπώσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του με τρόπο συγκροτημένο και απερίσκοπτο.</p>	<p>1. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.</p> <p>2. Προαγωγή της ικανότητας συγκέντρωσης του ατόμου.</p>	<p>1. Χορήγηση 600mg λιθίου και 100mg κουετιαπίνης.</p> <p>2. Περιορισμός των ερεθισμάτων στον περιβάλλον του ασθενούς. Παρότρυνση για τη διατύπωση μιας ολοκληρωμένης σκέψης χωρίς διακοπές και θετική ανατροφοδότηση.</p>	<p>Ο ασθενής ελέγχει τη ροή των σκέψεών του και τις εκφράζει συγκροτημένα.</p>

Ιδέες Μεγαλείου	Ο ασθενής να πάψει να διακατέχεται από παραληρητικές ιδέες και να αποκτήσει επίγνωση της πραγματικότητας.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. 2. Εφαρμογή ψυχοθεραπείας. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση 600mg λιθίου και 100mg κουετιαπίνης. 2. Αποφυγή λογομαχίας για την πρόληψη διέγερσης. 3. Συνοδεία και συμμετοχή στις θεραπευτικές ομάδες του ασθενούς. 	Ο ασθενής έχει επίγνωση του ποιός ακριβώς είναι και δεν υπερβάλλει σε ό,τι τον αφορά.
Ευερεθιστότητα	Ο ασθενής να είναι σε θέση να ελέγχει τα αρνητικά συναισθήματά του.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. 2. Εφαρμογή ψυχοθεραπείας. 3. Περιορισμός των ερεθισμάτων. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση 600mg λιθίου και 100mg κουετιαπίνης. 2. Συνοδεία και συμμετοχή στις ψυχοθεραπευτικές ομάδες του ασθενούς. 3. Αποφυγή έκθεσης σε έντονα ερεθίσματα. Μοναχικό δωμάτιο. Αποφυγή καθυστερήσεων στην εκπλήρωση των απαιτήσεων του ασθενή. 4. Θετική ανατροφοδότηση όταν χειρίζεται στρεσογόνα περιστατικά. 	Ο ασθενής είναι σε θέση να διαχειρίζεται και να περιορίζει τα αρνητικά του συναισθήματα.
Παραληρητικές ιδέες	Ο ασθενής να πάψει να διακατέχεται από παραληρητικές ιδέες και να αποκτήσει επίγνωση της πραγματικότητας.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. 2. Εφαρμογή ψυχοθεραπείας. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση 600mg λιθίου και 100mg κουετιαπίνης. 2. Συμμετοχή στις ομάδες ψυχοθεραπείας του ασθενή. 	Ο ασθενής δεν διακατέχεται από παραληρητικές ιδέες.
Μειωμένη ανάγκη για ύπνο	Ο ασθενής να παγιώσει ένα πρότυπο ανάπαυσης/δραστηριότητας/ ύπνου, το οποίο να το βοηθά να ανταποκριθεί στους ρόλους του.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. 2. Δημιουργία ημερήσιου πλάνου δραστηριοτήτων που να προάγει τον ύπνο. 3. Περιορισμός των ερεθισμάτων που διαταράσσουν την ανάγκη για ύπνο. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση 600mg λιθίου και 100mg κουετιαπίνης. 2. Παρότρυνση για παραμονή εκτός κλίνης κατά την ημέρα. Διαλείμματα μεταξύ των δραστηριοτήτων. 	Ο ασθενής κοιμάται απρόσκοπτα για 8-9 ώρες την ημέρα.

			Αποφυγή καφεϊνούχων ποτών. Εφαρμογή μέτρων χαλάρωση την ώρα κατάκλισης.	
Μη ισορροπημένη διατροφή	Ο ασθενής να τρέφεται επαρκώς και ορθά και να είναι ενυδατωμένος.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. 2. Εφαρμογή ισορροπημένου διατροφικού πλάνου. 3. Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών του ασθενούς. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση 600mg λιθίου και 100mg κουετιαπίνης. 2. Χορήγηση τροφών με υψηλή θερμιδική αξία. Υπευθύμιση για λήψη τροφής και υγρών. Τοποθέτηση σε ήσυχο μέρος κατά το γεύμα. 3. Μέτρηση προσλαμβανόμεως και αποβαλλόμενων υγρών καθώς και αξιολόγηση της χροιάς των ούρων. 	Ο ασθενής τρέφεται επαρκώς, λαμβάνοντας όλα τα θρεπτικά συστατικά, ενώ παραμένει ενυδατωμένος.
Παραμέληση εμφάνισης	Ο ασθενής να διατηρηθεί καθαρός και ευπρεπής νατά την παραμονή του στην κλινική και να ανακτήσει την ικανότητα αυτοφροντίδας του εαυτού του.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. 2. Προτροπή για ενασχόληση με την προσωπική υγιεινή. 3. Παροχή βοήθειας όταν αδυνατή να πραγματοποιηθεί η αυτοφροντίδα. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση 600mg λιθίου και 100mg κουετιαπίνης. 2. Εφοδιασμός με τα απαραίτητα είδη αυτοφροντίδας. Προτροπή για την ανάλυση δραστηριότητας αυτοφροντίδας. 3. Βοήθεια για τη διατήρηση ευπρεπούς εμφάνισης με λουτρό, φροντίδα στοματικής υγιεινής. Καθοδήγηση ασθενούς και επίδειξη οδηγιών όταν ο ασθενής δυσκολεύεται. 	Ο ασθενής σταδιακά επανέκτησε την ικανότητα αυτοφροντίδας του εαυτού του.

Περιορισμένες γνώσεις σχετικά με την ψυχιατρική του νόσο	Ο ασθενής να πληροφορηθεί σχετικά με τη νόσο του, τα αίτιά της και τον τρόπο αντιμετώπισής της.	Εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειάς του σχετικά με τη διπολική διαταραχή.	Παροχή πληροφοριών στον ασθενή και την οικογένειά του σχετικά με τη διπολική διαταραχή I, τα αίτιά της, τα συμπτώματα και τις θεραπευτικές επιλογές.	Ο ασθενής έχει κατανοήσει τα βασικά σημεία που σχετίζονται με τη νόσο του και είναι σε θέση να αναγνωρίσει τα συμπτώματα ενός μανιακού ή καταθλιπτικού επεισοδίου.
--	---	---	--	--

Δεύτερο περιστατικό

Η Χ.Κ. 32 ετών, φιλόλογος στο επάγγελμα, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία, παραπονούμενη για συχνούς πονοκεφάλους, δυσκοιλιότητα, αϋπνίες και καταθλιπτική διάθεση. Όπως ανέφερε η ίδια, δεν ελάμβανε κάποια φαρμακευτική αγωγή και δεν είχε ιστορικό κατάχρησης ουσιών. Δεν έπασχε από κάποιο σοβαρό σωματικό νόσημα, ωστόσο, ούσα φοιτήτρια, είχε λάβει θεραπευτική αγωγή για ένα μοναδικό καταθλιπτικό επεισόδιο που είχε παρουσιάσει. Από την κλινική εξέταση, τις αιματολογικές εξετάσεις και την αξονική εγκεφάλου δεν προέκυψαν κάποια παθολογικά ευρήματα. Στο πρόσφατο παρελθόν είχε παρουσιάσει 3 επεισόδια, διάρκειας αρκετών εβδομάδων, κατά τα οποία παρουσίαζε ευερεθιστότητα, ευφορία, απρεπή συμπεριφορά στον εργασιακό της χώρο και μειωμένη ανάγκη για ύπνο. Η ασθενής ανέφερε πως κατά τη διάρκεια αυτών των επεισοδίων μετανιώνει για κάποιες οικονομικές και σεξουαλικές αποφάσεις που έλαβε. Τον τελευταίο μήνα παρουσίαζε σημαντικά μειωμένη όρεξη, συγκέντρωση, ενέργεια και ύπνο, ενώ είχε και κάποιες αυτοκτονικές τάσεις.

Στο οικογενειακό ιστορικό της ασθενούς, υπήρχαν συγγενείς οι οποίοι έπασχαν από κάποια ψυχιατρική νόσο όπως κατάθλιψη, διπολική διαταραχή ή σχιζοφρένεια. Δύο εξ αυτών μάλιστα είχαν αυτοκτονήσει.

Από τον ψυχίατρο των εξωτερικών ιατρείων, έγινε πρόταση για εισαγωγή της ασθενούς στην ψυχιατρική κλινική προς διερεύνηση της κατάστασής της και ρύθμισης της φαρμακευτικής αγωγής. Η ασθενής αποδέχτηκε την πρόταση και εισήχθη στην ψυχιατρική κλινική. Μετά από ορισμένες συνεντεύξεις και ψυχολογικές δοκιμασίες, σε συνδυασμό και τα συμπτώματα της, τις διερευνητικές εξετάσεις, το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, η ασθενής διεγνώσθει με διπολική διαταραχή I, βάση του DSM-V.

Το θεραπευτικό πλάνο που θεσπίστηκε περιελάμβανε τη χορήγηση ολανζαπίνης και φλουοξετίνης συνδυαστικά για περίοδο 12 εβδομάδων, ενώ η ασθενής θα υποβαλλόταν σε υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.

Αξιολόγηση αναγκών-προβλημάτων ασθενούς/ Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών παρεμβάσεων	Εφαρμογή νοσηλευτικού σχεδιασμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικών παρεμβάσεων
Κίνδυνος βλάβης προς τον εαυτό της	Η ασθενής να παραμείνει ασφαλής και να εκφράζει την επιθυμία του για ζωή.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. 2. Λήψη μέτρων παρακολούθησης και προστασίας του ασθενούς. 3. Εφαρμογή ψυχοθεραπείας. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση 5mg Zyprexa και 20mg Prozac per os ημερησίως. 2. Τοποθέτηση της ασθενούς σε δωμάτιο δίπλα στη νοσηλευτική στάση. Παρακολούθηση κάθε 15'. Αφαίρεση όλων των δυνητικά επικίνδυνων ειδών από τα προσωπικά της είδη και το περιβάλλον. Ιδιαίτερη προσοχή κατά τη χορήγηση φαρμάκων. Διατύπωση ενός άτυπου συμφωνητικός πρωτοκόλλου με την ασθενή. 3. Συνοδία και συμμετοχή στις ψυχοθεραπευτικές ομάδες που παρακολουθεί η ασθενής. 	Η ασθενής παρέμεινε ασφαλής και δεν προέβει σε καμία ενέργεια με σκοπό την πρόκληση βλάβης του εαυτού της.
Καταθλιπτική διάθεση	Η ασθενής να εκφράζει τα συναισθήματά της και να βιώνει φυσιολογικές διακυμάνσεις στη διάθεσή της.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. 2. Εφαρμογή ψυχοθεραπείας. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση 5mg Zyprexa και 20mg Prozac per os ημερησίως. 2. Υποβοήθεια ασθενούς να θέτει ρεαλιστικούς στόχους και θετική ανατροφοδότηση όταν του επιτυγχάνει. 3. Ενθάρρυνση της ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματά της. 4. Προτροπή για συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες και αλληλεπίδραση με άλλα άτομα. 	Η ασθενής διαθέτει πιο εύθυμη διάθεση, εκφράζει τα συναισθήματά της και οι κοινωνικές δεξιότητές της έχουν βελτιωθεί.

			<ol style="list-style-type: none"> 5. Αφιέρωση χρόνου μέσα στην ημέρα στην ασθενή με συχνές και σύντομες επαφές. 6. Συνοδεία και συμμετοχή στις ψυχοθεραπευτικές ομάδες που συμμετέχει η ασθενής. 	
Διαταραχές συγκέντρωσης	Η ασθενής να επανακτήσει την ικανότητα να συγκεντρώνεται σε θέματα χωρίς περισπασμούς.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. 2. Δημιουργία περιβάλλοντος χωρίς έντονα ερεθίσματα που προκαλούν περαιτέρω διαταραχή της συγκέντρωσης. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση 5mg Zyprexa και 20mg Prozac per os ημερησίως. 2. Αποφυγή έκθεσης της ασθενούς σε περιστάσεις με έντονα ερεθίσματα (π.χ. έντονους θορύβους). 3. Θετική ανατροφοδότηση στις προσπάθειες της ασθενούς. 	Η ασθενής επανέκτησε μεγάλο μέρος της ικανότητάς της να συγκεντρώνει τις σκέψεις της.
Δυσκοιλιότητα	Η ασθενής να αποκτήσει ξανά τη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου της.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση καθαρτικών. 2. Εξασφάλιση διαίτας που προωθεί την καλή λειτουργία του εντέρου. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση 20 ml Duphalac κάθε πρωί. 2. Χορήγηση τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες, χαμηλές σε λιπαρά, επαρκής ενυδάτωση. 	Σταδιακή αποκατάσταση της λειτουργικότητας του εντέρου.
Κεφαλαλγίες	Η ασθενής να απαλαχθεί από τις κεφαλαλγίες.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση παυσίπων. 2. Περιορισμός ερεθισμάτων. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση 1tbl Apotel 500mg επί πόνου. 2. Επί πόνου, τοποθέτηση ασθενούς σε δωμάτιο χωρίς έντονο φως και θορύβους. 	Πρόσκαιρη ανακούφιση από τις κεφαλαλγίες.
Μειωμένη ανάγκη για ύπνο	Η ασθενής να παγιάσει ένα πρότυπο ανάπαυσης/ δραστηριότητας/ ύπνου, το οποίο να το βοηθά να ανταποκριθεί στους ρόλους της.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. 2. Δημιουργία ημερήσιου πλάνου δραστηριοτήτων που να προάγει τον ύπνο. 3. Περιορισμός των ερεθισμάτων που διαταράσσουν την ανάγκη για ύπνο. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση 5mg Zyprexa και 20mg Prozac per os ημερησίως. 2. Παρότρυνση της ασθενούς να μην παραμένει στο δωμάτιό της κατά τη διάρκεια της ημέρας. 3. Μείωση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων (φως, θόρυβοι) πρίν την κατάκλιση. 4. Περιορισμός στην κατανάλωση 	Η ασθενής κοιμάται απρόσκοπτα για 8-9 ώρες την ημέρα.

			καφεΐνης. 5. Διδασκαλία στην ασθενή τεχνικών χαλάρωσης.	
Μειωμένη όρεξη	Η ασθενής να τρέφεται επαρκώς και ορθά και να είναι ενυδατωμένη.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. 2. Εφαρμογή ισορροπημένου διατροφικού πλάνου. 3. Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών του ασθενούς. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση 5mg Zyprexa και 20mg Prozac per os ημερησίως. 2. Προσδιορισμός των διατροφικών αναγκών της ασθενούς βάση των δραστηριοτήτων της και των σωματομετρικών χαρακτηριστικών της. 3. Μικρά και συχνά γεύματα. 4. Γεύματα πλούσια σε θρεπτικά συστατικά και θερμίδες. 5. Τακτικό ζύγισμα ασθενούς. 6. Καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών για την αποφυγή αφυδάτωσης. 7. Υπενθύμιση και προτροπή για τη λήψη τροφής και υγρών. 8. Ενθάρρυνση του ατόμου στην επιλογή των γευμάτων του. 	Η ασθενής τρέφεται επαρκώς, λαμβάνοντας όλα τα θρεπτικά συστατικά, ενώ παραμένει ενυδατωμένη.
Περιορισμένες γνώσεις σχετικά με την ψυχιατρική της νόσο	Η ασθενής να πληροφορηθεί σχετικά με τη νόσο της, τα αίτιά της και τον τρόπο αντιμετώπισής της.	Εκπαίδευση της ασθενούς και της οικογένειάς του σχετικά με τη διπολική διαταραχή.	Παροχή πληροφοριών στην ασθενή και την οικογένειά του σχετικά με τη διπολική διαταραχή I, τα αίτιά της, τα συμπτώματα και τις θεραπευτικές επιλογές.	Η ασθενής έχει κατανοήσει τα βασικά σημεία που σχετίζονται με τη νόσο του και είναι σε θέση να αναγνωρίσει τα συμπτώματα ενός μανιακού ή καταθλιπτικού επεισοδίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ

Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα συχνό φαινόμενο για τις σύγχρονες κοινωνίες. Οι στατιστικές καταδεικνύουν πως ένα στα έξι άτομα θα αντιμετωπίσει κάποια στιγμή στη ζωή του κάποιο ψυχικό νόσημα. Η έλλειψη παιδείας πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας, οδηγεί τους ανθρώπους στο φόβο απέναντι στην ψυχικές ασθένειες και στους πάσχοντες από αυτές. Ο φόβος για την ψυχική νόσο, οδηγεί στο στιγματισμό των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, και ο φόβος του στίγματος, αποτρέπει τα άτομα αυτά να αναζητήσουν εξειδικευμένη βοήθεια για το πρόβλημα που βιώνουν. (www.klimaka.org)

· **Τί είναι το στίγμα και πώς σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια;**

Το στίγμα αποδιδόμενο κυριολεκτικά σημαίνει σημάδι, κηλίδα. Μεταφορικά, το στίγμα, σημαδεύει, χαρακτηρίζει αυτόν που το φέρει και συνήθως του προκαλεί ντροπή και τον απομονώνει κοινωνικά ενώ συνάμα είναι πολύ δύσκολο να απαλλαχτεί από αυτό.

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας είναι βαθιά εδρεωμένο στη συνείδηση των ανθρώπων και γι' αυτό το λόγο είναι τόσο δύσκολο να αποβληθεί από τις κοινωνίες. Οι ψυχικά ασθενείς, εκτός από τα προβλήματα της νόσου που βιώνουν οι ίδιοι, έχουν να αντιμετωπίσουν και το κοινωνικό στίγμα, τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις, τις διακρίσεις και το φόβο προς το πρόσωπό τους. (www.diaplasi.org)

Στερεότυπα, είναι αρνητικές αυθαίρετες κρίσεις που καθορίζουν τη συμπεριφορά των ατόμων μιας κοινωνίας απέναντι σε άλλες ομάδες ατόμων (π.χ. τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες είναι επικίνδυνα).

Προκατάληψη, είναι η διαμορφωμένη εκ των προτέρων γνώμη που προέρχεται από επηρεασμό και πλημελή εξέταση ενός θέματος, η αυθαίρετη κρίση που δεν βασίζεται σε αποδείξεις (π.χ. αποδέχομαι την πεποίθηση ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι επικίνδυνοι και τους φοβάμαι).

Διάκριση, είναι η συμπεριφορά που προκύπτει ως επακόλουθο των στερεότυπων και των προκαταλήψεων (π.χ. πιστεύω ότι οι ψυχικά νοσούντες είναι επικίνδυνοι, τους φοβάμαι και αποφεύγω α τους συναναστρέφομαι κοινωνικά, επαγγελματικά κτλ.) Οι διακρίσεις έχουν αρνητικές συνέπειες στην πορεία της ψυχικής νόσου και μεγαλώνουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά ασθενείς στην προσπάθειά τους να επανενταχθούν στην κοινωνία. (www.iatronet.gr)

· **Πού οφείλεται το στίγμα για τις ψυχικές νόσους;**

Το στίγμα των ψυχικών ασθενειών κυρίως οφείλεται στην άγνοια και την ελλιπή ενημέρωση των κοινωνιών και το φόβο που επιφέρουν. Οι ανθρώπινες κοινωνίες ότι φοβούνται, μέσω στερεοτύπων και προκαταλήψεων, το περιθωριοποιούν γιατί νιώθουν πως απειλεί τη συνεκτικότητά τους. Στιγματικές συμπεριφορές παρουσιάζουν σε μεγάλο ποσοστό άτομα παλαιότερων γενεών ή προερχόμενα από μικρές κοινωνίες, όπως επαρχιακές πόλεις ή χωριά, όπου η πρόσβαση σε πληροφορίες και η ενημέρωση είναι περιορισμένες. Παρ' όλη τη

σημαντική πρόοδο της ιατρικής και της εκπαίδευσης, οι αντιλήψεις για τις ψυχικές νόσους είναι περισσότερο αρνητικές τώρα από ότι πρίν μισό αιώνα. (www.iatronet.gr)

Στη διατήρηση αυτής της στρεβλής εικόνας για τις ψυχικές νόσους, συμβάλλουν εν μέρη και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Στις τηλεοπτικές ή κινηματογραφικές παραγωγές πολύ συχνά η συμπεριφορά των επικίνδυνων, επιθετικών και απρόβλεπτων χαρακτήρων αποδίδεται σε κάποια ψυχική ασθένεια. Σε δημοφιλείς ταινίες παρουσιάζονται δολοφόνοι που είναι συνήθως «σχιζοφρενείς», «ψυχοπαθείς», «μανιακοί» ,κτλ. Η ψυχική νόσος δεν αντιμετωπίζεται με ιδιαίτερη ευαισθησία από τα ΜΜΕ, όπως συμβαίνει με άλλες ασθένειες (π.χ. τον καρκίνο). Στις περιπτώσεις στιγερών εγκλημάτων, ο δράστης σκιαγραφείται από τα δελτία ειδήσεων και τον Τύπο γενικά και αόριστα ως ψυχικά ασθενής και κατά κανόνα εώς εκεί περιορίζεται η ειδησεογραφική κάλυψη της ψυχικής ασθένειας. (www.klimaka.org)

• Ποίοι μύθοι περιβάλλουν τις ψυχικές ασθένειες;

Πολλοί μύθοι – προκαταλήψεις, που σχετίζονται με τις ψυχικές ασθένειες, συμβάλλουν στη διατήρηση του στίγματος της ψυχικής νόσου. Ορισμένοι από αυτούς είναι οι παρακάτω:

- Οι ψυχικά ασθενείς είναι βίαιοι και επικίνδυνοι. Στην πραγματικότητα έρευνες έχουν δείξει πως οι ψυχικά ασθενείς δεν είναι περισσότερο βίαιοι ή επικίνδυνοι σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό. Οι περισσότεροι άνθρωποι που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες δεν είναι ούτε βίαιοι, ούτε εγκληματίες. Πολλές φορές είναι πιθανό να αποτελούν τα θύματα παρά τους θύτες. Η εκδήλωση βίας από άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια οφείλεται κυρίως στη μη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, στην ακαταλληλότητα της θεραπείας, την έλλειψη στήριξης και αποδοχής και την κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ.
- Οι ψυχικά ασθενείς είναι ανίατοι. Στη σύγχρονη εποχή με την κατάλληλη και έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση η πλειοψηφία των ψυχικών νοσημάτων μπορεί να θεραπευτεί αποτελεσματικά.
- Οι ψυχικά ασθενείς είναι ανεύθυνοι για τις πράξεις τους. Μόνο στις βαριές περιπτώσεις μπορεί να επηρεαστεί η κρίση του ατόμου και αυτό είναι παροδικό.
- Οι ψυχικά ασθενείς δεν μπορούν να εργαστούν. Οι ψυχικά ασθενείς μπορούν να εργαστούν και πολλές μελέτες έχουν δείξει πως τα άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές νόσους βελτιώνονται σημαντικά όταν εργάζονται και γενικότερα η εργασία φαίνεται να συμβάλλει στη θεραπεία.
- Οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι στην πραγματικότητα ασθένειες όπως άλλες οργανικές διαταραχές. Σε ορισμένους, ο όρος «ψυχική» υποδηλώνει πως η ασθένεια δεν είναι μια γνήσια ιατρική κατάσταση αλλά απόρροια προσωπικών επιλογών ή πράξεων. Στην πραγματικότητα, έρευνες έχουν δείξει πως οι ψυχικές νόσοι ενέχουν γενετικούς, βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι , συνήθως, είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν.
- Οι ψυχικά ασθενείς έχουν νοητική στέρηση/ είναι φτωχοί. Οι ψυχικές διαταραχές μπορούν να προσβάλλουν τον καθένα ανεξάρτητα από το νοητικό επίπεδό του, την κοινωνική τάξη του ή το εισόδημά του.
- Η ψυχική ασθένεια οφείλεται σε προσωπική αδυναμία. Η ψυχική νόσος δεν αποτελεί κάποιο ψεγάδι του χαρακτήρα του ατόμου. Είναι ασθένεια και δεν σχετίζεται με το εάν κάποιος είναι αδύναμος ή τεμπέλης. Η ψυχική ασθένεια δεν είναι επιλογή.

Επιπλέον θα πρέπει να τονιστεί πως οι ψυχικές νόσοι:

- Δεν προκαλούνται από μάγια ή κακά πνεύματα.
- Δεν προκαλούνται από κατάρτες.
- Δεν αποτελούν τιμωρία του Θεού για αμαρτίες του ατόμου ή της οικογένειάς του.
- Δεν προκύπτουν λόγω ελλειπούς θρησκευτικής πίστης.
- Δεν είναι αποτέλεσμα ερωτικής απογοήτευσης.
- Δεν οφείλονται στην υπερβολική μελέτη.
- Δεν είναι μεταδοτικές.

(www.iatronet.gr)

• Ποιές είναι οι συνέπειες του κοινωνικού στίγματος;

Σε αντίθεση με έναν πάσχοντα από κάποια σωματική ασθένεια, η ζωή του ψυχικά νοσούντος δεν επιστρέφει σχεδόν ποτέ στους φυσιολογικούς ρυθμούς της. Τα άτομα που αγωνίζονται να ξεπεράσουν κάποια ψυχική νόσο, μπορεί να έρθουν αντιμέτωποι με μια σειρά από μόνιμες απορρίψεις και αποκλεισμούς.

Εξαιτίας του στίγματος, ο πάσχοντας και η οικογένειά του πολύ συχνά αντιμετωπίζονται με φόβο και απόριση. Πολλοί διαπιστώνουν πως έχουν χάσει την αυτοπεποίθησή του και αδυνατούς να δημιουργήσουν υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις. Ο στιγματισμός που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια είναι τόσο διάχυτος στο κοινωνικό σύνολο, ώστε άτομα που υποπτεύονται πως νοσούν από κάποια ψυχική διαταραχή αρνούνται να αναζητήσουν εξειδικευμένη βοήθεια λόγω του φόβου της απόρριψης. (www.klimaka.org)

Πιο συγκεκριμένα, οι πάσχοντες από κάποια ψυχιατρική διαταραχή, πιθανόν να αντιμετωπίσουν προβλήματα στους παρακάτω τομείς:

- Προβλήματα στέγασης: Πολλές φορές άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες βρίσκονται χωρίς στέγη ή ζούν σε υποβαθμισμένες περιοχές κάτω από άθλιες συνθήκες, καθώς οι ιδιοκτήτες συχνά αποφεύγουν να μισθώσουν τα σπίτια τους σε άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή και υπάρχουν περιπτώσεις όπου γειτονιές αντιτίθενται στη δημιουργία ξενώνων με ψυχικά ασθενείς.
- Ευκαιρίες απασχόλησης: Πολλές φορές οι εργοδότες διατηρούν αρνητική στάση απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, με αποτέλεσμα πολύ μικρό ποσοστό αυτών να απασχολείται επαγγελματικά, παρά το γεγονός ότι διαθέτουν σημαντική ικανότητα να εργαστούν ακόμα και την περίοδο που παρουσιάζουν συμπτώματα.
- Κοινωνική απομόνωση: Μειωμένες επαφές με φίλους, έκπτωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων και «ιδρυματισμός στην κοινότητα», είναι μερικά από τα στοιχεία της κοινωνικής απομόνωσης που βιώνουν στις ανεπτυγμένες χώρες οι ψυχικά νοσούντες.
- Αρνητικές επιπτώσεις στην πορεία της νόσου: Έχει βρεθεί πως οι ασθενείς που διαγιγνώσκονται με κάποια ψυχική νόσο, εσωτερικεύουν το στερεότυπο του «ανήμπορου και άχρηστου», με συνέπεια τη μεγαλύτερη κοινωνική απόσυρση. Ο ασθενής αναπτύσσει συναισθήματα αυτοματαίωσης, απογοήτευσης, ντροπής και ενοχής, κλείνεται στον εαυτό του και φέρει μόνος το βαρύ φορτίο της νόσου του. Τελικά, οδηγείται στην περιθωριοποίηση, την απομόνωση και τον αποκλεισμό, ενώ δυσκολεύεται να αναζητήσει βοήθεια λόγω των κοινωνικών προκαταλήψεων.
- Αρνητικές επιπτώσεις στην οικογένεια: Μεγάλο μέρος των συνεπειών του στίγματος υφίσταται και η οικογένεια του ασθενούς. Τα μέλη της οικογένειας καλούνται να

σηκώσουν ένα τεράστιο συναισθηματικό φορτίο από τη νόσο του συγγενή τους, αλλά και το βάρος της φροντίδας και της υποστήριξής του. Η οικογένεια βιώνει συνολικά τις συνέπειες των κοινωνικών προκαταλήψεων και του στίγματος και αδυνατεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Γι' αυτό πολλές φορές οι οικογένειες δε «δημοσιοποιούν» τα προβλήματα που απορρέουν από τη νόσο, δεν οργανώνονται και δε διεκδικούν την αναζήτηση λύσεων όπως συμβαίνει με άλλες ομάδες ασθενών και τους συγγενείς τους (www.diaplasi.org).

- **Καταπολέμιση του κοινωνικού στίγματος για τις ψυχικές νόσους.**

Για να περιοριστούν τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις, οι διακρίσεις και το στίγμα που σχετίζεται με την ψυχική ασθένεια είναι αναγκαίο:

- Να δημιουργηθούν προγράμματα ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης του κοινού, ώστε να εξαλειφθεί ή να μειωθεί η άγνοια και ο φόβος για τις ψυχικές νόσους.
- Να θεσπιστούν τα κατάλληλα νομοθετικά πλαίσια που να περιορίζουν τις διακρίσεις και να προσφέρουν αυξημένη νομική προστασία στα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.
- Να δημιουργηθούν ειδικά διαμορφωμένα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης, ώστε να βοηθηθούν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους στην καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων τους.
- Να βελτιωθούν οι θεραπευτικές μέθοδοι. (www.diaplasi.org)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Ψυχιατρική έχει εξελιχθεί πολύ σε σχέση τις προηγούμενες δεκαετίες, και η κατανόηση των Διπολικών Διαταραχών είναι σε πολύ καλύτερο σημείο από ότι πριν 50 χρόνια. Ωστόσο, ακόμα υπάρχει επιτακτική ανάγκη για εκτενέστερη έρευνα, για ανάπτυξη νέων φαρμάκων με μεγαλύτερο φάσμα δράσης και μειωμένες παρενέργειες και εκπαίδευση πάνω στις ψυχικές ασθένειες με σκοπό την εξάλειψη του κοινωνικού στίγματος.

Θα πρέπει να αναπτυχθούν ακριβέστεροι και πιο αξιόπιστοι δείκτες και μέσα για τη διάγνωση των διπολικών διαταραχών και μάλιστα στα πρώιμα στάδιά τους, αφού η έναρξη θεραπείας σε αυτή τη φάση μπορεί να επιφέρει τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα. Επίσης, καθώς η επιστήμη εξελίσσεται ραγδαία, στα επόμενα χρόνια αναμένεται η ανάπτυξη θεραπειών και φαρμάκων που θα προσφέρουν ακόμα μεγαλύτερο και καλύτερο έλεγχο των διπολικών διαταραχών ή ακόμα και πλήρη ίαση, με τις ελάχιστες δυνατές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Τέλος, μεγάλο βάρος θα πρέπει να δοθεί από την Πολιτεία και τη Διεθνή Κοινότητα στην ενημέρωση και την εκπαίδευση των πολιτών σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες και τις διπολικές διαταραχές όπως συμβαίνει με άλλα σωματικά νοσήματα (π.χ. τον καρκίνο). Η ευαισθητοποίηση του κοινού απέναντι στην ψυχική νόσο μπορεί να επιφέρει την εξάλειψη του κοινωνικού στιγματισμού που έχει ως αποτέλεσμα τον αποκλεισμό των ψυχικά ασθενών και να άρει ένα μεγάλο βάρος από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν την ασθένειά τους.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Andersen N., Black D., (2011), *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*, (4^η έκδ.), Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού.
2. Beck T. C., Driscoll W. J., (2006), *Postpartum Mood and Anxiety Disorders*, Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
3. Bowden L.C., (2005), Treatment Options for Bipolar Depression, *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol.66-1, p.3-6.
4. Compton MT, Nemeroff CB, (2000), The treatment of bipolar depression, *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 61-9, p.57-67.
5. Davies T., Craig T., (2014), *ABC στην Ψυχική Υγεία*, Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού.
6. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.), Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.
7. Gelder M., Lopez – Ibor J., Andreasen N., (2008), *Σύγχρονη ψυχιατρική*, (Τόμος Α'), Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
8. Gelder M., Lopez – Ibor J., Andreasen N., (2008), *Σύγχρονη ψυχιατρική*, (Τόμος Β'), Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
9. Gopal A. A., Ropper E. A., (2011), *Deja Review: Psychiatry*, (2nd ed.), New York: McGraw Hill Companies.
10. Guthrie E., Lewis S., (2005), *Master Medicine Ψυχιατρική*, Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού.
11. Hales E. R., Yudofsky C. S., Roberts W. L., Kupfer J., D., (2014), *Textbook of Psychiatry*, (6th ed.), Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.
12. Hogan MaryAnn, (2012), *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*, Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης- Broken Hills Publishers LTD.
13. <http://www.inpsy.gr/en/ekpaideusi/arthra/arthra-ellinika/268-2013-04-24-18-40-10> (Ημερομηνία προσπέλασης: 03/09/2015)
14. <http://www.psychologynow.gr/psychopathologia/katapolemontas-stigma-stin-psyhiki-astheneia>, (Ημερομηνία Προσπέλασης: 25/11/2015)
15. Katona C., Cooper C., Robertson M., (2015), *Ψυχιατρική με μια ματιά*, (5^η έκδ.), Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού.
16. Katona C., Robertson M., (2004), *Ψυχιατρική με μια ματιά*, (2^η έκδ.), Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού.
17. Keltner L. N., Steele D., (2015), *Psychiatric Nursing*, (7th ed.), St Louis, MO: Elsevier.
18. Labbate A. L., Fava M., Rosenbaum F. J., Arana W. G., (2010), *Handbook of Psychiatric Drug Therapy*, (6th ed.), Philadelphia: Wolter Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
19. Mohr K. W., (2012), *Psychiatric-Mental Health Nursing*, (8th ed.), Philadelphia: Wolter Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
20. Perlis H.R., (2008), Clinical Decision Making in the Treatment of Mania, *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol 69-5, p. 16-21.
21. Podawiltz A., MEINSTITUTE
<http://www.cmeinstitute.com/Psychlopedia/Pages/BipolarDisorder/6lrp/sec1/section.a.spx>, (Ημερομηνία προσπέλασης 09/10/2015)
22. Puri B.K., (2012), *Εγχειρίδιο: Ψυχιατρική*, (3^η έκδ.), Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού.
23. Rhoads J., Murphy M. J. P., (2015), *Clinical Consult to Psychiatric nursing for Advanced Practice*, New York: Springer Publishing Company.
24. Roberts W. L., Hoop G. J., Heinrich W. T., (2010), *Clinical Psychiatry Essentials*, Philadelphia: Wolter Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.

25. Sadock J. B., Sadock A. V., Ruiz P., (2015), *Synopsis of Psychiatry*, (11th ed.), New York: Wolters Kluwer.
26. Schatzberg F.A., Cole O. J., DeBattista Ch., (2007), *Manual of Clinical Psychopharmacology*, (6th ed.), Washington DC: American Psychiatric Publishing.
27. Sheila L. V., (2014), *Psychiatric – Mental Health Nursing*, (6th ed.), Philadelphia: Wolter Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
28. Sreevani R., (2007), *A guid to Mental Health and Psychiatric Nursing*, (2nd ed.), New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers LTD.
29. Strakowski M. St., (2014), *Bipolar Disorder*, New York: Oxford University Press.
30. Stuart W.G., (2009), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, (9th ed.), St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
31. Townsend C. M., (2015), *Psychiatric Mental Health Nursing- Concepts of Care in Evidence Based Practice*, (8th ed.), Philadelphia: F.A. Davis Company.
32. Tusaie R. K., Fitzpatrick J. J., (2013), *Advanced Practice Psychiatric Nursing*, New York: Springer Publishing Company.
33. Varcarolis M. E., (2015), *Manual of Psychiatric Nursing Care Planning: Assessment guides, diagnoses, and psychopharmacology*, (5th ed.), St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
34. Varcarolis M. E., Halter J. M., (2010), *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing- A clinical Approach*, (6th ed.), St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
35. Videbeck L. S., Schultz M. J., (2009), *Lippincott's Manual of Psychiatric Nursing Care Plans*, (8th ed.), Philadelphia: Wolter Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
36. Vieta E. (2008), Defining the Bipolar Spectrum and Treating Bipolar II Disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol.69-4, p.12.
37. Yatham N. Lakshmi, (2005), Diagnosis and Management of Patients with Bipolar II disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol.66-1, p.13-17.
38. Γαρύφαλλος Γ., (2006), Επιδημιολογία της διπολικής διαταραχής, *Ψυχιατρική*, 17 (τόμος 3^{ος}), σελ.209.
39. Καπρίνης Γ., (2009), *Κλινική Ψυχιατρική*, (Τόμος Β'), Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού.
40. Κατερίνα Καραστέργιου, <http://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/5712/stigma-kai-psyxiki-astheneia.html>, (Ημερομηνία προσπέλασης: 26/11/2015)
41. Κλίμακα Φορέας ανάπτυξης ανθρώπινου & κοινωνικού κεφαλαίου για την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού <http://www.klimaka.org.gr/js/index.php/homepage-psyxiki-geia/mental-illnesses/diagnosing-mental-disorders>, (Ημερομηνία προσπέλασης: 25/11/2015)
42. Κλίμακα Φορέας ανάπτυξης ανθρώπινου & κοινωνικού κεφαλαίου για την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού <http://www.klimaka.org.gr/js/index.php/homepage-psyxiki-geia/stigma-and-discrimination/stigma-kai-psyxiki-astheneia>, (Ημερομηνία Προσπέλασης: 12/10/2015)
43. Κούκια Ευ., (2014), *Ψυχιατρική νοσηλευτική- Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
44. Μαδιανός Μ., (2004), *Κλινική Ψυχιατρική*, Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
45. Μαδιανός Μ., (2005), *Ψυχιατρική και αποκατάσταση*, Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
46. Μενεδιάτου Α., Μαζί Ελληνική εταιρία διαταραχών της διάθεσης, <http://www.mazi.org.gr/%CE%94%CE%B9%CF%80%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%81%CE%B1%CF%87%CE>

[%AE/%CE%A3%CF%85%CE%BC%CF%80%CF%84%CF%8E%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1-%E2%80%93-](#)

[%CE%94%CE%B9%CE%AC%CE%B3%CE%BD%CF%89%CF%83%CE%B7,](#)

(Ημερομηνία Προσπέλασης:25/11/2015)

47. Μουντοκαλάκης Δ. Θ., (2013), *Διαφορική Διάγνωση*, (4^η εκδ.), Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού.
48. Παπαδημητρίου Γ., (2008), Ψυχική υγεία, φροντίδα και αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών, *Ψυχιατρική*, 19 (τόμος 3^{ος}), σελ. 203.
49. Παπαδημητρίου Γ.Ν., Λιάπας Ι.Α., Λύκουρας Ε., (2013), *Σύγχρονη ψυχιατρική*, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
50. Ραγιά Χρ. Α., (2009), *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*, (7^η έκδ. Βελτιωμένη), Αθήνα: Εκδόσεις Παπανικολάου.
51. Σολδάτος Κ., Λύκουρας Ε., (2006), *Σύγγραμμα ψυχιατρικής*, (Τόμος Α'), Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
52. Σταμάτης Β., Κονίδα Β.,
<http://www.diplasi.org/%CF%83%CF%84%CE%AF%CE%B3%CE%BC%CE%B1-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B1%CF%83%CE%B8%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1/>,
(Ημερομηνία προσπέλασης:26/11/2015)
53. Χριστοδούλου Γ.Ν. και συν., (2000), *Ψυχιατρική*, (Τόμος Α'), Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.