



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΑΡΥΜΑ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ
ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ : ΓΚΟΤΣΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΒΙΤΣΑ ΑΡΙΣΤΕΑ

© ΠΑΤΡΑ 2017

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο.....	7
1.1. Έννοια και διαστάσεις της υγείας.....	7
1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΔΡΟΜΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	11
1.3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	12
1.3.1. Καταθλιπτικές διαταραχές.....	12
1.3.2. Διπολικές διαταραχές	13
1.3.3. Διαταραχές διάθεσης προερχόμενες από ιατρική κατάσταση	14
1.3.4. Μη προσδιοριζόμενες αλλιώς	14
2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	15
2.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	15
2.1.1. Σύγχρονη Επιδημιολογία στην Ευρώπη.....	17
2.1.2. Σύγχρονη Επιδημιολογία στην Αμερική	18
2.2. Επιδημιολογικά Καρδιακά νοσήματα και Διπολική Διαταραχή.....	20
2.3. Ψυχωσικές διαταραχές σε αναπνευστικούς ασθενείς.....	21
2.4. Η ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	22
2.5. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	24
2.5.1. ΜΑΝΙΑ.....	25
2.5.2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	27
2.5.3. ΜΕΙΚΤΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	28
2.6. ΝΕΥΡΟΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΔ	29
2.6.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	31
2.6.3. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	33
2.7. ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	38
2.7.1. Διαταραχές της νευροενδοκρινικής λειτουργίας	38
2.7.2. Απορρύθμιση αυτονόμου νευρικού συστήματος (συμπαθητικο / παρασυμπαθητικο).....	43
2.7.3. Διαταραχές νευροδιαβίβασης.....	43
2.7.4. Διαταραχές κινκάρδιων ρυθμών	48
3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	50
3.1. Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	50

3.1.1.	Η επίπτωση στην λανθασμένη διάγνωση.....	52
3.1.2.	Θεραπευτική αντιμετώπιση της Διπολικής διαταραχής.....	54
3.1.3.	Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRIs)	58
3.2.	Νέοι τρόποι αντιμετώπισης της Διπολικής διαταραχής.....	64
3.2.1.	Νοσηλευτική παρέμβαση και διάγνωση για τη μανία.....	65
3.2.2.	Νοσηλευτική παρέμβαση και διάγνωση για την κατάθλιψη.....	70
3.2.3.	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	74
4.	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	81
4.1.	ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	81
4.1.1.	Εισαγωγή.....	81
4.1.4.	Γενικά Συμπεράσματα Έρευνας.....	98
4.2.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	99
4.3.	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	101
	ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	107

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διπολική διαταραχή (BD) είναι μια σοβαρή διανοητική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από χρόνιες παθήσεις, διασταλτική αστάθεια και σχετικά υψηλά

ποσοστά υποτροπής και αυτοκτονίας. Τα σημερινά αποδεικτικά στοιχεία υποστηρίζουν ότι οι δυσμενείς κύκλοι μεταξύ των κληρονομικών και γενετικών παραγόντων, της νευροπληγίας και του κοινωνικού ρυθμού αποτελούν μια κρίσιμη αιτιολογία. Η φαρμακολογική θεραπεία είναι η πρώτη προτεραιότητα για τους ασθενείς με ΔΔ κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης. Οι φαρμακολογικές και ψυχοκοινωνικές θεραπείες πρέπει να συνδυάζονται κατά τη διάρκεια του σταδίου συντήρησης, προκειμένου να βοηθηθούν οι ασθενείς να αυτοδιαχειρίζονται τα φάρμακα, να ελέγχουν αποτελεσματικά τις μεταβολές της διάθεσης, να ενισχύουν την αυτοδιαχείριση των ασθενειών και τις κοινωνικές λειτουργίες, να μειώνουν τους κινδύνους υποτροπής και επανεισαγωγής και να σταθεροποιούν τη γενική υγεία.

Στην παρούσα εργασία, αρχικά γίνεται μια εισαγωγική παρουσίαση της παθοφυσιολογίας και επιδημιολογίας του συνόλου των συναισθηματικών διαταραχών και ειδικότερα της νόσου της διπολικής διαταραχής. Ακολουθεί μια επισκόπηση των διαγνωστικών και θεραπευτικών προσεγγίσεων που εφαρμόζονται στην τρέχουσα ιατρική πρακτική όσον αφορά στη διαχείριση και την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου. Στη συνέχεια, αναλύονται οι συμβατικές μέθοδοι παρακολούθησης της ασθένειας, με αναφορά στα έντυπα ημερολόγια απεικόνισης της ψυχικής κατάστασης που έχουν μέχρι σήμερα καθιερωθεί στην ιατρική πρακτική για το σκοπό αυτό. Ακολουθώντας, γίνεται εκτενής αναφορά στη συμβολή της τεχνολογίας στον τομέα της παρακολούθησης της ασθένειας και τις μεθόδους που έχουν αναπτυχθεί με την αξιοποίηση συστημάτων καταγραφής και επεξεργασίας των κατάλληλων βιοσημάτων, ανάλυσης κίνησης και φωνής του ασθενούς και προσαρμογής τεχνικών που χρησιμοποιούνται για άλλες ασθένειες και που έχουν ήδη δώσει αξιόπιστα αποτελέσματα. Τέλος, εξάγονται συμπεράσματα σχετικά με το ρόλο της στην αποτελεσματική παρακολούθηση του ασθενούς και στην έγκαιρη διάγνωση τόσο των μανιακών όσο και των καταθλιπτικών επεισοδίων, περιορίζοντας έτσι τις ανεπιθύμητες εκδηλώσεις της

διπολικής διαταραχής και ανοίγοντας παράλληλα το δρόμο για τη θεραπεία του ασθενούς.

ABSTRACT

Bipolar disorder (BD) is a severe mental illness that is characterized by chronicity, pervasive instability, and relatively high rates of recurrence and suicide. Current evidence supports that adverse circles among hereditary and genetic factors, neuroinflammation, and social rhythm constitute a crucial etiology. Pharmacological treatment is the first priority for BD patients during the acute stage. Pharmacological and psychosocial treatments should be combined during the maintenance stage in order to help patients self-manage medication, effectively control mood swings, enhance disease self-management and social functions, decrease the risks of relapse and re-hospitalization, and stabilize overall health.

In this study, an introductory presentation of pathophysiology and epidemiology of mental disorders is initially taking place, focusing on the disease of bipolar disorder. Following, a review of the diagnostic and therapeutic approaches that are applied in the current medical practice is presented concerning the management and the effective confrontation of the disease. Next, the conventional methods of disease monitoring are analysed, with extensive reference to the printed timetables for the depiction of the subjects' mental condition which are well established in the medical practice and constitute a major instrument for the assessment of the disease. An extended report follows about the contribution of technology in the field of disease monitoring and the methods that have been developed with the exploitation of recording systems and processing of appropriate biosignals, movement and voice analysis and adaptation of techniques that are used for other mental disorders that have already given reliable results. Finally, conclusions are presented with regard to the role of technology for the effective patient monitoring and for the accurate and timely detection of both manic and depressive incidents, resulting in the reduction of undesirable events and "critical moments" of the patient. It is evident, that the role is of utmost significance for the overall management of the disease and personalised intervention which paves the way for the effective treatment of the bipolar patient in the long-term.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Νόσος της διπολικής διαταραχής γνωστή και σαν μανιοκατάθλιψη. Μια χρόνια νόσος ή διαταραχή του εγκεφάλου με έντονες και επαναλαμβανόμενες αλλαγές στην σκέψη, στην συμπεριφορά, στα συναισθήματα, και εν μέρη στην διαθεση και τις δραστηριότητες. Χαρακτηριστικά της είναι εξάρσεις μανιακών ή καταθλιπτικών επεισοδίων, δεν είναι το ίδιο με μια συνήθους εμβεταύβλητης διάθεσης που μπορεί να συμβεί στον καθένα. Στην Διπολική Διαταραχή τα πράγματα είναι πιο σοβαρά με αντίκτυπο την οικογένεια, την δουλεία, το ακαδημαϊκό/σχολικό περιβάλλον την καθημερινή ζωή του πάσχοντα. Στην χώρα μας τα άτομα που πάσχουν απο διπολική Διαταραχή ανέρχονται κοντά στους 10.000 με 15.000 με κίνδυνο εμφάνισης στην ζωή τους στο 1%. Με στόχο την λειτουργικότητα και ένταξη του πασχοντά ατόμου στην κοινωνία καταφέρνεται σταδιακά η μείωση των συμπτωμάτων και η αρμονική συνύπαρξη με τα άλλα μέλοι της κοινωνίας. Η Διπολική διαταραχή χωρίζετε σε τύπου I και II. Η Διπολική Διαταραχή τύπου I είναι μια τυπική μορφή της διαταραχής με συμπτώματα μανίας και κατάθλιψης που εναλλάσσονται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η διπολική Διαταραχή τύπου II είναι πιο σοβαρή γιατί δεν εμφανίζει συμπτώματα μανίας αλλά προκαλεί συμπτώματα υπομανίας με εναλασόμενα συμπτώματα κατάθλιψης δηλαδή τα υπομανιακά επεισόδια δεν φτάνουν την ακραία μορφή μανίας δεν προκαλούν κοινωνικές δυσλειτουργίες και δεν φτάνουν σε ψυχωσικά συμπτώματα, γι' αυτό είναι και δύσκολη η διαγνωσή της απο ειδικούς. Είναι αυτή τη στιγμή ετοιμή η νοσηλευτική και ιατρική κοινότητα να αντιμετωπίσουν τα επεισόδια Διπολικής Διαταραχής και να εντάξουν ένα άτομο στην καθημερινότητα;

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Διπολική Διαταραχή γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη χαρακτηρίζεται από σοβαρά επεισόδια μανίας και χαμηλότατα σημεία κατάθλιψης σε ένα διάστημα χρόνου. Δηλαδή υπάρχουν επεισόδια που ο ασθενής γίνεται εξαιρετικά έφορος και συνεπαρμένος και επεισόδια που ο ασθενής γίνεται εξαιρετικά θλιβερός και δυσκολεύετε να βιώσει την ευχαρίστηση. Οι υψηλές διαθέσεις ονομάζονται μανιακά επεισόδια και οι χαμηλές διαθέσεις ονομάζονται καταθλιπτικά επεισόδια. Αυτά τα επεισόδια μπορεί να κυμαίνονται από ήπια έως πολύ σοβαρά και επηρεάζουν ένα άτομο πως σκέφτεται, αισθάνεται και ενεργεί. Η ασθένεια αρχίζει κυρίως στην εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή και συνεχίζει καθ'ολη την διάρκεια ζωής του πάσχοντα, με το 80% των ασθενών που εμφάνισαν πολλαπλά μανιακά επεισόδια το 15% να τελειώνει την ζωή του με την αυτοκτονία. Ορίζεται ως ένα φάσμα διαταραχών με ανωμαλίες στην διάθεση ή υπερβολικές διακυμάνσεις στην συναισθηματική συμπεριφορά του ατόμου. Και γ'αυτο το λόγο χωρίζετε στην διπολική διαταραχή τύπου I στην οποία ο ασθενής εμφανίζει τουλάχιστον ένα μανιακό επεισόδιο και πολλά καταθλιπτικά και στην διπολική διαταραχή τυπου II η οποία χαρακτηρίζεται από υπομανιακά επεισόδια με εναλλασόμενα καταθλιπτικά επεισόδια. Η Διπολική διαταραχή εμφανίζεται περίπου στο 1% του πληθυσμού δηλαδή 1 στους 100 θα βιώσουν ένα επεισόδιο που θα απαιτήσει κατά πάσα πιθανότητα νοσοκομειακή περίθαλψη. Αυτή η ασθένεια επηρεάζει τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες και άρχισε να πρωτοεμφανίζεται στα τέλη της δεκαετίας του '20.

1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1.1. Έννοια και διαστάσεις της υγείας

Στις απόπειρες προσδιορισμού της έννοιας της υγείας θα πρέπει να συνυπολογίζονται εκτός από την ασθένεια και τον θάνατο, και η θετική όψη της υγείας, που αφορά στην ψυχική και κοινωνική ευεξία, τη φυσική κατάσταση, και τις δεξιότητες που χαρακτηρίζουν το άτομο. Έτσι κατασκευάζεται ένα σύστημα, δομικά στοιχεία του οποίου είναι τα παραπάνω, και ο συνδυασμός τους παράγει το χαρακτηριστικό προϊόν που καλείται υγεία, είτε πρόκειται για την ατομική υγεία, είτε για την υγεία ενός πληθυσμού. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 1946 στην ιδρυτική του διακήρυξη, όρισε την υγεία σαν “μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας”. Αυτό αποτελεί περιγραφή μιας ιδανικής κατάστασης. Η υγεία ορίζεται σαν μια κατάσταση όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβεί τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του, διαμορφώνοντας νέους κανόνες συμπεριφοράς και νέες αξίες (Σαρρής, 2001).

Οι διαστάσεις που περιλαμβάνονται στην προσέγγιση του ορισμού της υγείας είναι συνήθως:

- η βιοϊατρική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως έλλειψη νόσου ή αναπηρίας,
- η ψυχολογική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως η ικανότητα να εκπληρώνει κάποιος τους ρόλους που του αναλογούν, ή να προσαρμόζεται στις καταστάσεις της ζωής και,
- η κοινωνιολογική, στην οποία ο πολιτισμός και το περιβάλλον εξετάζονται ως βασικοί συντελεστές επιρροής της υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το 1948, προσδιόρισε την Ψυχική Υγεία ως «μια κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει τα καθημερινά άγχη της ζωής, να ζει και να εργάζεται παραγωγικά και με άνεση και είναι σε θέση να συνεισφέρει στη κοινότητα του » .

Υπό το πρίσμα αυτό, η Ψυχική Υγεία επηρεάζεται και εξαρτάται σημαντικά από τις σχέσεις του ατόμου με τους άλλους και από την ανταπόκριση που έχει από το περιβάλλον του.

Σύμφωνα με τον Τούντα (2000), οι αντιλήψεις των ανθρώπων για τα φαινόμενα της υγείας και της αρρώστιας είναι δυνατόν να χωριστούν σε πέντε περιόδους: τη μεταφυσική-μαγική, στη μεταφυσική- θρησκευτική, τη νατουραλιστική (πρώιμη επιστημονική), τη μηχανιστική- θετικιστική (κυρίως επιστημονική) και τη σύγχρονη ολιστική η οποία διαμορφώνεται κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών.

Η προσπάθεια διαμόρφωσης μιας σύγχρονης ολιστικής θεωρίας για την υγεία, στηριγμένη στην ενότητα σώματος-ψυχής και εγκαταλείποντας τον καρτεσιανό διαχωρισμό σώματος-ψυχής, έρχεται να κλονίσει την κυρίαρχη ιατροκεντρική/μηχανιστική αντίληψη για τον ανθρώπινο οργανισμό, προσδίδοντας στην έννοια της υγείας ένα ευρύτερο και πιο ουσιαστικό περιεχόμενο, που αναδεικνύει τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές της διαστάσεις. Επίσης είναι πλέον φανερό ότι η προστασία και η προαγωγή της υγείας εξαρτάται περισσότερο από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, την ανθρώπινη συμπεριφορά και την κληρονομικότητα, και λιγότερο από τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες.

Αναφορικά με το κίνημα προαγωγής της υγείας, ο Lalonde (έκθεση Lalonde 1974) εισήγαγε την ιδέα ότι τέσσερα αλληλοεπιδρώντα στοιχεία συνδέονται με όλες τις αιτίες νόσου και θανάτου. Αυτά τα στοιχεία είναι:

- οι ανεπάρκειες των υπαρχόντων συστημάτων υγείας,
- ο μη υγιεινός τρόπος ζωής,
- οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι και,
- οι ανθρώπινοι βιολογικοί παράγοντες.

Αυτό το κείμενο θεωρείται το σημαντικότερο στην ανάπτυξη του κινήματος Προαγωγής Υγείας, διότι ήταν το πρώτο επίσημο έγγραφο στις μέρες μας, που αποδέχτηκε τους κοινωνικοοικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες ως συνυπεύθυνους για την κατάσταση της υγείας του ανθρώπου, επιπλέον των ήδη αποδεκτών από τη βιοϊατρική και ψυχοκοινωνική θεώρηση.

Η προστασία της υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον εντός του οποίου ο άνθρωπος γεννιέται, εκπαιδεύεται, δρα και ωριμάζει. Προκειμένου να εξασφαλιστεί η ποιότητα ζωής του ατόμου τα κράτη δημιουργούν παροχές. Στα πλαίσια της κοινωνικής πρόνοιας οι τομείς της δημόσιας εκπαίδευσης και υγείας αποτελούν κοινωνικό δικαίωμα όλων των πολιτών και κρατική υποχρέωση (Χρυσόγονος, 2006).

Η υγεία ως απαραίτητο συστατικό ατομικής και κοινωνικής ευεξίας, κατοχυρώνεται συνταγματικά ως ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα στο άρθρο 21 παρ. 3 όπου αναφέρεται αναφέρεται το εξής : «Το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων».

Αναφορά του συνταγματικού νομοθέτη για την υγεία γίνεται και στο άρθρο 7 παρ. 2 του Σ, όπου ορίζονται το εξής : «Τα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη της υγείας, ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως νόμος ορίζει».

Από την διάταξη 21 παρ.3 του Σ. προκύπτει ότι το Κράτος μεριμνά για τη υγεία των πολιτών κατά τρόπο γενικό και αόριστο χωρίς να προσδιορίζει ειδικότερα το πλαίσιο προστασίας. Φαίνεται να προτιμά μια διατύπωση που τονίζει περισσότερο τον αντικειμενικό χαρακτήρα της προστασίας της υγείας: «Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών...» Το δικαίωμα του πολίτη για προστασία της υγείας του εντάσσεται μεταξύ των κοινωνικών δικαιωμάτων καθόσον αφορά την υπόσταση του ανθρώπου. Πρόκειται για τα δικαιώματα εκείνα τα οποία υποχρεώνουν το Κράτος για παρέμβαση με θετικές ενέργειες (status positives) και παροχή αγαθών και υπηρεσιών. Έτσι το Σύνταγμα εξουσιοδοτεί τον νομοθέτη να καθορίσει αυτός κατ' επιλογή της πολιτικής εξουσίας τα προς παροχή μέτρα, δηλαδή ένα σύστημα περίθαλψης για το λαό, η φιλοσοφία όμως του οποίου θα εξαρτάται πάντοτε και από την γενικότερη φιλοσοφία του κρατούντος οικονομικού συστήματος.

Το περιεχόμενο της διάταξης του αρ.21 παρ.3 δεν εξαντλείται όμως με την παραπάνω επιταγή και τη διαπίστωση της κοινωνικής φύσης του δικαιώματος της υγείας. Η υγεία αποτελεί επίσης, αγαθό που βρίσκεται σε στενή αλληλεξάρτηση

τόσο με την ίδια την ζωή όσο και με τις συνθήκες διαβίωσης (το περιβάλλον) του ανθρώπου. Η προστασία της υγείας που απαιτεί ο πολίτης δεν ικανοποιείται μόνο με την οργάνωση υπηρεσιών υγείας, δηλαδή με μέτρα κοινωνικής πρόνοιας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, αλλά και με την πρόληψη, δηλαδή την αποτροπή δημιουργίας επικίνδυνων καταστάσεων για την υγεία του (Δαλτόγλου, 1991).

Η ισορροπία βιολογικών, ψυχικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικών και συμπεριφερολογικών παραγόντων αποτελεί το περιεχόμενο της έννοιας της υγείας. Η διατάραξη αυτής ακριβώς της αρμονικής σχέσης αποτελεί τη βασική αιτία πρόκλησης της αρρώστιας, που μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικά επίπεδα (κυτταρικό, οργανικό, συμπεριφερολογικό, κοινωνικό).

ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η διπολική διαταραχή είναι μια υποτροπιάζουσα χρόνια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις στην κατάσταση της διάθεσης και της ενέργειας. Προσβάλλει περισσότερο από το 1% του παγκόσμιου πληθυσμού, ανεξαρτήτως εθνικότητας, φύλου και κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης. Η διπολική διαταραχή είναι μια από τις κύριες αιτίες αναπηρίας μεταξύ των νέων, που οδηγεί σε γνωστική και λειτουργική έκπτωση και αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας, ιδιαίτερα προκαλώντας θάνατο προερχόμενο από αυτοκτονία (Jansen, 2012). Ο όρος διπολική διαταραχή, ωστόσο, περιλαμβάνει αρκετούς φαινοτύπους των διαταραχών της διάθεσης, δηλαδή της μανίας, υπομανίας ή κυκλοθυμίας, που μπορεί να παρουσιάσει μια αινιγματική ποικιλία από άλλα συμπτώματα και διαταραχές.

Ένα υψηλό ποσοστό επιπολασμού ψυχιατρικών και ιατρικών καταστάσεων συνοσηρότητας είναι τυπικό σε προσβεβλημένα άτομα. Η ακριβής διάγνωση της διπολικής διαταραχής είναι δύσκολη στην κλινική πρακτική, διότι η έναρξη της είναι συνήθως ένα καταθλιπτικό επεισόδιο και μοιάζει με μονοπολική κατάθλιψη. Επιπλέον, δεν υπάρχουν έγκυροι βιοδείκτες για τον εντοπισμό της διαταραχής. Ως εκ τούτου, ο ρόλος της κλινικής αξιολόγησης παραμένει το κλειδί. Η ανίχνευση των

περιόδων υπομανίας και η διαμήκης αξιολόγηση είναι ζωτικής σημασίας για τη διαφοροποίηση της διπολική διαταραχή από άλλες συνθήκες (Grandeetal, 2016).

1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΔΡΟΜΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Οι διπολικές διαταραχές έχουν μια μακρά ιστορία. Η κατάθλιψη και η μανία είναι οι αρχαιότερες και πλέον γνωστές ψυχικές διαταραχές της ανθρωπότητας, και ήταν οι πρώτες ψυχικές διαταραχές που έγιναν αντιληπτές από τον Ιπποκράτη ως μέρος της ιατρικής. Η μανία και η κατάθλιψη, ως μέρος της μιας και της αυτής νόσου, αυτό που σήμερα ονομάζουμε διπολική διαταραχή, περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον διάσημο Έλληνα ιατρό του πρώτου αιώνα μ.Χ., τον Αρεταίο από την Καππαδοκία. Η κατάθλιψη ως νοσολογική οντότητα είναι γνωστή από την αρχαιότητα, όταν ο Ιπποκράτης, αναφέροντας τους όρους μελαγχολία και μανία απέδιδε την κατάθλιψη σε βιολογικές μεταβολές. Ο όρος μανία αντιστοιχούσε στις λειτουργικές ψυχώσεις, ενώ ο όρος μελαγχολία στις χρόνιες ψυχικές διαταραχές και όχι στη νοσολογική έννοια της κατάθλιψης, όπως έχει διαμορφωθεί έως σήμερα. Επίσης, ο Όμηρος στην Ιλιάδα περιγράφει την αυτοκτονία του Αίαντα ως αποτέλεσμα της λύπης και της κατάθλιψής του. Η ονομασία «Κατάθλιψη» δόθηκε για πρώτη φορά το 1660 μ.Χ., ενώ η ευρεία χρήση του όρου «Κατάθλιψη» επικράτησε τον 19ο αιώνα μ.Χ. (Χριστοδούλου, 2005, Σολδάτος, 2005).

Το επόμενο βήμα για την ανάπτυξη της έννοιας της διπολικής διαταραχής έγινε από δύο Γάλλους ψυχιάτρους τους Falret (1851) και Baillarger (1854), οι οποίοι τις περιέγραψαν ως ξεχωριστές οντότητες. Στα τέλη του 19ου αιώνα, ο Emil Kraepelin ενέταξε όλα τα είδη των διαταραχών κάτω από την ομπρέλα της μανιοκαταθλιπτικής παραφροσύνης. Αλλά υπήρχε και έντονη αντίδραση στην άποψη του Kraepelin, ειδικά από τη λεγόμενη σχολή του Wernicke-Kleist-Leonhard (ο Karl Kleist επινόησε τον όρο «διπολική»), η οποία υποδιείρεσε τις διπολικές διαταραχές σε ξεχωριστές οντότητες. Το 1966, ο Angst έδειξε ότι οι μονοπολικές και οι διπολικές διαταραχές είναι αυτόνομες. Αυτή ήταν και η αρχή μιας πολύ ταχείας ανάπτυξης των εννοιών, της έρευνας, και τη γενικής γνώσης σχετικά με τις διπολικές διαταραχές. Οι υποομάδες όπως η κυκλοθυμία, η υπομανία, και οι μικτές

καταστάσεις εντοπίστηκαν ή επαναπροσδιορίστηκαν. Μια άλλη καινοτομία ήταν η ανάπτυξη του εννοιολογικού φάσματος της διπολικής διαταραχής (Marnegos, 2009).

Στη δυτικό κόσμο ζούμε σε μια κοινωνία κατατονικών, απεγνωσμένων και μελαγχολικών ανθρώπων. Ο σημαντικότερος λόγος που καθιστά τη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης αναγκαία, είναι η πρόληψη των αυτοκτονιών (Brown, 2009).

1.3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Οι διαταραχές της διάθεσης συνθέτουν μια ομάδα διαταραχών που συχνά αναφέρονται και ως συγκινησιακές διαταραχές. Η παθολογία αυτών των διαταραχών αφορά τη διάθεση, τη σταθερή συναισθηματική κατάσταση που βιώνεται εσωτερικά και όχι τη συγκίνηση ή το συναίσθημα που αποτελεί την εξωτερική της έκφραση και μπορεί να μεταβάλλεται συνεχώς. Οι διαταραχές της συναισθηματικής διάθεσης επηρεάζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες τις ψυχικές λειτουργίες και τη συμπεριφορά του ατόμου (Murray, 2004).

1.3.1. Καταθλιπτικές διαταραχές

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

Ξεκινά με ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για τη διάγνωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου απαιτείται η πλήρωση τουλάχιστον πέντε εκ των βασικών κριτηρίων που θα παρουσιαστούν παρακάτω. Εκδηλώνεται με ένα συνδυασμό συμπτωμάτων που επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να εργαστεί, να μελετήσει, να κοιμηθεί, να φάει, και να απολαύσει ευχάριστες δραστηριότητες, όπως έκανε στο παρελθόν. Ένα τέτοιο επεισόδιο κατάθλιψης μπορεί να συμβεί μόνο μία φορά, αλλά συνήθως συμβαίνει περισσότερες.

Δυσθυμική Διαταραχή

Είναι μία χρόνια καταθλιπτική διάθεση, που το άτομο την έχει το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια.

Δεν καθιστά το άτομο ανίκανο, αλλά εξαιτίας της μακροχρόνιας καταθλιπτικής διάθεσης, δεν το αφήνει να αισθανθεί και να λειτουργήσει καλά.

1.3.2. . Διπολικές διαταραχές

Διπολικές Διαταραχές (I και II):Στις Διπολικές διαταραχές τα άτομα παρουσιάζουν διαστήματα κατάθλιψης και διαστήματα ευφορικής διάθεσης που ονομάζεται μανία και χαρακτηρίζεται από υπερκινητικότητα, διέγερση και επιταχυμένο ρυθμό ομιλίας- συχνά με διαταραγμένη σκέψη ή διαστήματα υπομανίας. Η υπομανία είναι ένα σύνδρομο παρόμοιο με την μανία, αλλά όχι τόσο βαρύ ή έντονο και δεν επηρεάζει τόσο σημαντικά την λειτουργικότητα. Σε κάποιες περιπτώσεις η υπομανία αυξάνει την λειτουργικότητα του ατόμου και η φάση της υπομανίας βιώνεται από το άτομο σαν θετική εμπειρία.

Πιο συγκεκριμένα το βασικό στοιχείο της **Διπολικής Διαταραχής I** (που λεγόταν παλαιότερα μανιοκαταθλιπτική νόσος), είναι η παρουσία ενός ή περισσότερων Μανιακών ή Μεικτών επεισοδίων (Το Μεικτό επεισόδιο είναι συνδυασμός Μανιακού και Καταθλιπτικού επεισοδίου). Τα άτομα με Διπολική Διαταραχή I έχουν και ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά επεισόδια. Όσον αφορά την **Διπολική Διαταραχή II**, χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ή περισσότερων Μειζόνων Καταθλιπτικών επεισοδίων που συνοδεύονται τουλάχιστον από ένα Υπομανιακό επεισόδιο. Σε αντίθεση με το Μανιακό επεισόδιο, ένα Υπομανιακό επεισόδιο δεν είναι αρκετά σοβαρό για να προκαλέσει έντονη έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας. Η συμπεριφορά των ατόμων αυτών τις περισσότερες φορές δεν γίνεται αντιληπτή από τους άλλους ως προβληματική αντίθετα μπορεί να θεωρούνται άτομα ιδιαίτερα ζωντανά και ενεργητικά.

Κυκλοθυμική ΔιαταραχήΤο βασικό χαρακτηριστικό της Κυκλοθυμικής Διαταραχής είναι μία χρόνια κατάσταση διαταραχής της διάθεσης που παρουσιάζει συνεχώς διακυμάνσεις. Έτσι, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 ετών παρατηρούνται πολυάριθμες περίοδοι με υπομανιακά συμπτώματα καθώς

και πολυάριθμες περίοδοι με καταθλιπτικά συμπτώματα, που δεν πληρούν όμως ποτέ τα κριτήρια για Μανιακό ή Μείζον Καταθλιπτικό επεισόδιο.

1.3.3. Διαταραχές διάθεσης προερχόμενες από ιατρική κατάσταση

Ο όρος διαταραχή της διάθεσης λόγω μιας γενικής ιατρικής κατάστασης, χρησιμοποιείται για να περιγράψει μανιακά ή καταθλιπτικά επεισόδια που συμβαίνουν ως δευτερεύοντα σε μια ιατρική κατάσταση, όπως οι νευρολογικές ιδιαιτερότητες (άνοια, νόσος Parkinson, ρευματοειδή νοσήματα κ.ά. (Hales, 2003).

1.3.4. Μη προσδιοριζόμενες αλλιώς

Η διαταραχή της διάθεσης που δεν ορίζεται διαφορετικά είναι μια διαταραχή της διάθεσης που θίγει, αλλά δεν ταιριάζει με οποιαδήποτε από τις άλλες επίσημα καθορισμένες διαγνώσεις, καθώς δεν πληροί τα κριτήρια για μια συγκεκριμένη διαταραχή (Hagop, 2004).

Οι διαταραχές της διάθεσης συγκαταλέγονται μεταξύ των μεγαλύτερων προβλημάτων της δημόσιας υγείας. Πρόκειται για συχνά απαντούμενες διαταραχές που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα, την ποιότητα ζωής και την κοινωνικότητα των πασχόντων. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η κατάθλιψη αποτελεί σήμερα την τέταρτη συχνότερη αιτία αναπηρίας και αναμένεται να ανέλθει στη δεύτερη θέση το 2020 (WHO, 2010).

«Τώρα πια την κοινωνία δεν την απειλούν οι επαναστάτες αλλά οι καταθλιπτικοί». Σε αυτό τον έξοχο αφορισμό ο Ζωρζ Μινουά συνοψίζει την ουσία μιας από τις πλέον ύπουλες κι διαχρονικές νόσους (Minois, 2010).

2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η διπολική διαταραχή είναι μια δια βίου ψυχιατρική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από επεισόδια κατάθλιψης και μανίας ή υπομανίας διανθισμένη από περιόδους ευθυμίας (Phillips&Kupfer, 2013). Η έρευνα σχετικά με την επιδημιολογία είναι κρίσιμης σημασίας για την κατανόηση των διπολικών διαταραχών για διάφορους λόγους. Πρώτον, σε κοινωνικό επίπεδο, ο σχεδιασμός της υγειονομικής περίθαλψης επικουρείται από την αξιολόγηση του μεγέθους του φορτίου της νόσου στον πληθυσμό. Η διπολική διαταραχή είναι μεταξύ των σημαντικότερων προβλημάτων υγείας του κόσμου για δύο λόγους: είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στο γενικό πληθυσμό, και μπορεί να προκαλέσει σημαντική απώλεια της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής συμμετοχής του ατόμου που επηρεάζεται. Περαιτέρω, η διπολική διαταραχή όπως και οι άλλες διαταραχές της διάθεσης, συμβάλλουν σε φτωχότερα θετικά αποτελέσματα των συνυπαρχουσών ψυχικών ή/ και σωματικών παθήσεων. Με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα και τα οικονομικά μέτρα που λαμβάνονται για ζητήματα υγείας βάσει κλινικής σοβαρότητας, έχει υπολογιστεί ότι η κατάθλιψη θα αποτελέσει το μεγαλύτερο ιατρικό φορτίο από οποιαδήποτε ασθένεια μέχρι το έτος 2020 (Jacobi et al., 2005). Το κόστος για την αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας προϋποθέτει υψηλή χρήση των κρατικών πόρων (Bryant-Comstock et al., 2002). Μια πρόσφατη μελέτη για την χρήση των πόρων στη Σουηδία, υπολογίζει ότι το μέσο κόστος ανέρχεται σε 28.011 ευρώ ετησίως ανά ασθενή (Ekman et al., 2013).

Η ΔΔ αποτελεί την έκτη αιτία ανικανότητας παγκοσμίως, παρά το γεγονός ότι η ακριβής αιτιολογία και παθοφυσιολογία της παραμένει άγνωστη (Mahon et al., 2010). Πλήττει με την ίδια συχνότητα άνδρες και γυναίκες και η συχνότητα εμφάνισης της υπολογίζεται σε 1,3-1,6%, ενώ σύμφωνα με τη μελέτη των Merikangas et al (2011) η παγκόσμια επικράτηση της ΔΔ υπολογίζεται ότι είναι περίπου 1 – 3%. Η επικράτηση της διπολικής διαταραχής σε ενήλικες στις Ηνωμένες Πολιτείες αναφέρεται ότι είναι 3,9% (Jann, 2014).

Συνήθως πρωτοεμφανίζεται στην τελευταία φάση της εφηβείας ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής, ενώ η πρόωμη έναρξη της υπολογίζεται στην ηλικία των 10 ετών (Tsaietal, 2011).

Σε κλινικό πληθυσμό ο επιπολασμός της ΔΔ σε νεαρούς Αμερικανούς έχει αναφερθεί ότι κυμαίνεται μεταξύ 0,6% και 15%. Λαμβάνοντας υπόψη τα υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας και τη χρονιότητα της πάθησης, η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία διπολικών παιδιών και εφήβων είναι ζωτικής σημασίας (Diler, 2012).

Τα ποσοστά των διαταραχών του διπολικού φάσματος στους εφήβους, δείχνουν ότι η ασθένεια είναι εξίσου συχνή όπως στους ενήλικες. Ωστόσο, μια μεγάλη επιδημιολογική μελέτη στις ΗΠΑ ανέφερε κάπως υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης διπολικών διαταραχών στις γυναίκες από ό, τι στους άνδρες εφήβους (3,3% έναντι 2,6%, αντίστοιχα) με αύξηση των ποσοστών της διαταραχής σε μεγαλύτερες ηλικίες (Merikangasetal, 2010). Η μετα-ανάλυση σχετικών διεθνών μελετών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η διπολική διαταραχή μπορεί να ξεκινά ακόμη και στην παιδική ηλικία, αλλά η επικράτηση της είναι κατά πολύ υψηλότερη στην εφηβική φάση (VanMeteretal, 2011).

Η επικράτηση της διπολικής διαταραχής είναι παρόμοια σε άνδρες και γυναίκες, αλλά η κλινική παρουσίαση και η θεραπεία που λαμβάνουν μπορεί να διαφέρει σημαντικά μεταξύ των δύο φύλων. Οι γυναίκες ασθενείς αντιμετωπίζουν τη νόσο πιο συχνά με αντικαταθλιπτικά, βενζοδιαζεπίνες, νευροληπτικά και ψυχοθεραπεία, σε σύγκριση με τους άνδρες πάσχοντες (Limaetal, 2016).

Η διπολική διαταραχή σχετίζεται έντονα με πρόωρη θνησιμότητα, με ποσοστά έως 2 - 3 φορές υψηλότερα από ό, τι στο γενικό πληθυσμό. Η αυτοκτονία είναι η κύρια αιτία της πρόωρης θνησιμότητας σε αυτούς τους ασθενείς. Κατά τη διάρκεια της ζωής τους, περίπου το 50% των ασθενών με διπολική διαταραχή επιχειρούν απόπειρα αυτοκτονίας, με ποσοστό 11% -19% να το καταφέρνει (M.Kohlietal.,2010).

Επιπλέον, άτομα με διπολική διαταραχή εμφανίζουν δυσλειτουργία στην προσωπική τους ζωή, συμπεριλαμβανομένων των υψηλών ποσοστών του διαζυγίου (Goodwin & Jamison, 2007) και της κατάχρησης ουσιών (Alloy et al, 2009).

Η διπολική διαταραχή συνήθως συνυπάρχει με διαταραχές άγχους (Goeseletal 2012). Περίπου το 74,9% των ατόμων με ΔΔ πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για εμφάνιση αγχώδους διαταραχής κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Η συνοσηρότητα μεταξύ διπολικών και αγχωδών διαταραχών σχετίζεται με παρόξυνση και παρατεταμένη διάρκεια των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, παρατηρείται συνοσηρότητα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, διαταραχή πανικού και κοινωνική φοβία, διαταραχές οι οποίες έχουν συσχετιστεί συχνά με αυτοκτονικό ιδεασμό και απόπειρες αυτοκτονίας (Saunders et al, 2012). Επιπλέον, άτομα με διπολική διαταραχή και συνοσηρότητα πανικού-αγοραφοβίας, έχει βρεθεί ότι βιώνουν αυξημένα επεισόδια υπομανίας (Akiskal et al., 2006).

2.1.1. Σύγχρονη Επιδημιολογία στην Ευρώπη

Σε ότι αφορά την Ευρώπη, τα πρώτα στοιχεία που αφορούσαν την επικράτηση του διπολικού φάσματος στον γενικό πληθυσμό προήλθαν από την Γαλλία που υπό το φως των δεδομένων που υποδείκνυαν μεγαλύτερη επικράτηση της διπολικής διαταραχής όταν λαμβάνονται υπόψη και οι υπο-ουδικές μορφές, σε σημείο 68 που να αναφέρεται ότι έως και το 50% των καταθλίψεων αποτελούν εκδηλώσεις διπολικής διαταραχής αν συμπεριληφθούν στην κλινική εκτίμηση οι βραχείας διάρκειας υπομανίες, οι επαγόμενες από αντικαταθλιπτικά υπομανίες και οι οφειλόμενες στο κυκλοθυμικό ή υπερθυμικό ταμπεραμέντο. Συστήθηκε, έτσι, ένα ερευνητικό πρωτόκολλο σε 15 αντιπροσωπευτικά σημεία της Γαλλίας, γεγονός που, συμπτωματικά, είχε ιδιαίτερη συναισθηματική αξία λόγω της καταγωγής των Baillanger & Farlet και έχει συμβάλει στη σύγχρονη τυπολογία και ταξινόμηση της διπολικής, με κύριο στόχο το κατά πόσον ήταν εφικτό να χρησιμοποιηθεί σε εθνικό επίπεδο η έννοια του διπολικού φάσματος (Epidemiology of Depression, EPIDEM study).

Λήφθηκε υπόψη ότι η μορφή εκείνη της υπομανίας που απαιτείται για να τεκμηριωθούν διαταραχές του φάσματος είναι αυτή που διαρκεί 1-3 ημέρες (4 ημέρες απαιτούνται από το DSM) και είναι υποτροπιάζουσας μορφής Στην πρώτη φάση του πρωτοκόλλου 48 ερευνητές συγκέντρωσαν (μέχρι 15 ασθενείς ανά

ερευνητή) ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη. Εξαιρώντας τις περιπτώσεις εκείνες όπου η κατάθλιψη ήταν δευτερογενής οφειλόμενη σε ψύχωση, γενική ιατρική κατάσταση ή διαταραχές από χρήση ουσιών, προέκυψαν οι 537 ασθενείς που περιελήφθησαν στο πρωτόκολλο. Ακολούθησε μια αρχική εκτίμηση και μια δεύτερη, 4 εβδομάδες μετά την πρώτη. Μετά από αυτή τη δεύτερη εκτίμηση φάνηκε ότι το 39% των συμμετεχόντων θα μπορούσε να διαγνωσθεί με διπολική «τύπου II», περιλαμβανομένων και των βραχέων υπομανιών με διάρκεια τουλάχιστον 2 ημέρες αλλά και των φαρμακοεπαγόμενων υπομανιακών επεισοδίων. Διαπιστώθηκε επίσης ότι κατά την επανεκτίμηση διπλασιάστηκε σχεδόν το ποσοστό των ασθενών που διαγνώστηκαν ως διπολικοί (20% κατά την πρώτη συνέντευξη), δείγμα, ίσως, του καταλυτικού ρόλου που διαδραματίζει η καλύτερη γνώση του ασθενή από τον ειδικό και η καλύτερη μεταξύ τους επικοινωνία, καθώς και 69 ο σημαντικός ρόλος της άντλησης πληροφοριών από το περιβάλλον του ασθενή. Στοιχεία που προέρχονται από το Ηνωμένο Βασίλειο, την Γερμανία και την Ιταλία κατέδειξαν ότι ο επιπολασμός της νόσου στις Ευρωπαϊκές χώρες είναι, περίπου, 1%. Στο Ηνωμένο Βασίλειο η επίπτωση του πρώτου επεισοδίου σε 2 χρόνια, υπολογίστηκε σε τρεις πόλεις από 4-4,6% και σε μια άλλη περιοχή στο 0,01% σε 3 χρόνια. Οι Faravelli et al (2006) διεξάγοντας κλινικές συνεντεύξεις σε δείγμα περίπου 2500 κατοίκων στην περιοχή Sesto Fiorentino της κεντρικής Ιταλίας, επί συνόλου 44000 κατοίκων, κατέληξαν ότι ο επιπολασμός ζωής της Διπολικής I ήταν στο επίπεδο 0,47% και της Διπολικής II 0,38%, ενώ ήταν πολύ υψηλότερος για τις υποουδικές εικόνες του διπολικού φάσματος (4,66%). Από τις προαναφερθείσες χώρες προκύπτουν ισχυρές ενδείξεις που συνηγορούν υπέρ της υπο-διάγνωσης των διαταραχών αυτών. Επί παραδείγματι οι Baca-Garcia και συν αναφέρουν ότι μόνο το 30% των διπολικών ασθενών έλαβαν την ορθή διάγνωση μετά την πρώτη εξέταση τους από ειδικό της ψυχικής υγείας. (ChoyKH, DeanO, BerkM, etal 2005).

2.1.2. Σύγχρονη Επιδημιολογία στην Αμερική

Οι Judd & Akiskal το 2003 δημοσίευσαν την ανάλυση των αποτελεσμάτων της διερεύνησης της επικράτησης της διπολικής διαταραχής σε μεγάλο,

αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού στις Η.Π.Α. (N=18252) που προήλθε από το επιδημιολογικό πρόγραμμα Epidemiologic Catchment Area (ECA), χρησιμοποιώντας πιο διευρυμένα διαγνωστικά κριτήρια και συμπεριλαμβάνοντας τις υπο-ουδικές μορφές μανιάς και υπομανίας. Ανέφεραν ότι ο επιπολασμός ζωής για το διπολικό φάσμα είναι της τάξης του 6,4% με την πλειοψηφία των περιπτώσεων να ανήκουν στις υπο-ουδικές μορφές (5,1% έναντι 0,8% για τα αμιγώς μανιακά και 0,5% για τα αμιγώς υπομανιακά επεισόδια). Παρόμοια (αν και ελαφρώς μειωμένα ποσοστά) δίνουν και άλλες δημοσιεύσεις. Η πρώτη προέρχεται από τη συνεχιζόμενη, υπό τον J. Angst, μελέτη της Ζυρίχης με ποσοστό επικράτησης 5,5% (κριτήρια DSM-IV) και η δεύτερη που αφορά ασθενείς γενικού νοσοκομείου στην Ουγγαρία με ποσοστό 5,1% (κριτήρια DSM-III). Οι Merikangas et al (2007) διεξήγαν έρευνα σε 9282 ενήλικες που αποτελούσαν αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού των ηπειρωτικών Η.Π.Α.. Συμπεριέλαβαν και τις υπο-ουδικές μορφές της διπολικής διαταραχής, αυτές δηλαδή που υλοποιούν το διπολικό φάσμα, όπως η υποτροπιάζουσα υπο-ουδική υπομανία με συνοδά επεισόδια μείζονος κατάθλιψης, η υποτροπιάζουσα υπομανία και η υποτροπιάζουσα υπο-ουδική υπομανία χωρίς υποτροπιάζοντα επεισόδια μείζονος κατάθλιψης και η με ή χωρίς την παρουσία υπο-ουδικής μείζονος κατάθλιψης – σαν «υπο-ουδική υπομανία» ορίστηκε η ταυτόχρονη παρουσία 2 τουλάχιστον συμπτωμάτων από το κριτήριο B του DSM-IV για την υπομανία. Η ανάγκη του να συμπεριληφθούν στην επιδημιολογία της διπολικής και οι υπο-ουδικές μορφές της προκύπτει και από το γεγονός αφενός ότι αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της πορείας νόσου, ενώ αφετέρου υπολογίζεται ότι οι διπολικοί ασθενείς διάγουν σημαντικό μέρος του βίου τους (50%) σε συμπτωματικές φάσεις και το μεγαλύτερο μέρος αυτού αναλώνεται σε υπο-ουδικές εικόνες (3:1 επικράτηση των υπο-ουδικών καταστάσεων έναντι των αμιγώς μανιακών, υπομανιακών και καταθλιπτικών φάσεων με πλήρως συμπτωματική εικόνα). Ο επιπολασμός ζωής υπολογίστηκε σε 1,0% για την τύπου I και στο 1,1% για την τύπου II διαταραχή και στο 2,4% για τις υπο-ουδικές μορφές (4,4% στο σύνολο). Σε ότι αφορά τις υπο-ουδικές 67 μορφές, το 37,7% αντιστοιχούσε στο συνδυασμό υπο-ουδικής υπομανίας και επεισοδίων μείζονος κατάθλιψης, το 41,9% σε υπομανία χωρίς μείζονα κατάθλιψη και το υπόλοιπο 21,4% αντιστοιχούσε σε υπο-ουδικές

υπομανίες χωρίς ιστορικό μείζονος κατάθλιψης. Ο κατ' έτος επιπολασμός υπολογίστηκε σε 0,6%, 0,8% και 1,4% αντίστοιχα για διπολική I, διπολική II και υπο-ουδικές μορφές. Υπολογίστηκε, επίσης, αναδρομικά η ηλικία πρώτης εμφάνισης της νόσου και αυτή ήταν 18,2 έτη για την τύπου I διαταραχή, 20,3 έτη για την τύπου II και 22,2% για τις υπο-ουδικές μορφές. (CamachoA&AkiskalHS 2005).

2.2. Επιδημιολογικά Καρδιακά νοσήματα και Διπολική Διαταραχή

Η υπόθεση ότι οι ασθενείς με Διπολική Διαταραχή εμφανίζουν 1,5-3,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρδιακών νοσημάτων και ειδικότερα οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, σε σύγκριση με εκείνους χωρίς διπολική διαταραχή, έχει επιβεβαιωθεί σε μεγάλο αριθμό μελετών. Οι ασθενείς με Διπολική Διαταραχή παρουσιάζουν 4πλάσιο κίνδυνο θανάτου 10 έτη μετά από μια διάγνωσμένη καρδιολογική νόσο. Σε μελέτη των Lesperanceetalσε έναν πληθυσμό ασθενών με στεφανιαία νόσο διαγνώστηκε διπολικότητα στο 20% από αυτούς και οι εν λόγω ασθενείς είχαν αυξημένο δείκτη θνητότητας, με ένα σχετικό κίνδυνο 6,73, σε αντιδιαστολή με τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο χωρίς διπολικότητα. Στους ανεξάρτητους παράγοντες όπως η αρρυθμίες και το πρόσφατο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, περιλαμβάνεται και η μείζων κατάθλιψη, η οποία αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόγνωσης της θνητότητας στους καρδιολογικούς ασθενείς σε χρονικό διάστημα 6 και 18 μηνών μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Πρόσφατες μελέτες καταδεικνύουν ότι ένας στους πέντε ασθενείς μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου παρουσίασε μείζονα κατάθλιψη, ενώ σε αντίστοιχα ποσοστά ανιχνεύθηκε και η ελάσσων κατάθλιψη. Η προγνωστική αξία της μείζονας κατάθλιψης ως μετεμφραγματικού παράγοντα κινδύνου φαίνεται να είναι αντίστοιχη με εκείνη των υπόλοιπων προγνωστικών παραγόντων, δηλαδή της αριστερής κοιλιακής δυσλειτουργίας, του ιστορικού προηγούμενου εμφράγματος και του καπνίσματος. Σε άλλη μελέτη με ασυμπτωματικούς καρδιολογικούς ασθενείς (ευρύματα μόνο στην αγγειογραφία), 18% βρέθηκαν να έχουν κατάθλιψη, ποσοστό τουλάχιστο 3πλάσιο από το αντίστοιχο του γενικού πληθυσμού. Στους νοσηλευόμενους για εμφράγματα μυοκαρδίου στο γενικό νοσοκομείο ανευρίσκεται

διπολικότητα σε ποσοστό 5-10% ενώ 30-50% παρουσιάζει κάποιο είδος κατάθλιψης [53-54]. Σε μια μελέτη που έγινε σε νοσηλευόμενους με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου στην καρδιολογική κλινική του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Νίκαιας-Πειραιά, η κατάθλιψη ήταν η συχνότερη ψυχική διαταραχή και ανιχνεύθηκε σε ποσοστό 24% δηλαδή 1 στους 4 ασθενείς έπασχε από κατάθλιψη.(SimmonsDA, BroderickPA, 2005).

2.3. Ψυχωσικές διαταραχές σε αναπνευστικούς ασθενείς

Η ΔΨ αντιμετωπίζει αναπνευστικούς ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν για κάποια χρονική περίοδο ψυχωσική συμπτωματολογία, καθώς και ψυχωσικούς ασθενείς με παροδικά ή χρόνια αναπνευστικά προβλήματα. Η εμφάνιση ψυχωσικών εκδηλώσεων σε πνευμονολογικούς ασθενείς πιθανόν να οφείλεται και σε ανεπιθύμητες δράσεις της φαρμακοθεραπείας για την αντιμετώπιση του αναπνευστικού τος προβλήματος, όπως φαίνεται και στον πίνακα 1. Η θεραπευτική προσέγγιση των ψυχωσικών ασθενών με αναπνευστικά προβλήματα προϋποθέτει πλήρη, κατά το δυνατόν, λήψη του ψυχιατρικού ιστορικού. Η επαρκής γνώση της ψυχοπαθολογίας και άλλων πτυχών είναι απαραίτητη, διότι η πιθανή μέτρια συμμόρφωσή του με την πνευμονολογική θεραπεία, π.χ. κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στο γενικό νοσοκομείο, απαιτεί ειδικούς κάθε φορά χειρισμούς από τον ψυχίατρο. Γενικά προτιμάται η χορήγηση των νεότερων αντιψυχωσικών, ιδίως επί χρόνιων προβλημάτων. Τα παλαιότερα αντιψυχωσικά προκαλούν, ως γνωστόν, μεταξύ άλλων, ειδικά αναπνευστικά προβλήματα, π.χ. λαρυγγόσπασμο.(BigluM., BigluS 2014).

Πίνακας 1.[57]

Ψυχιατρικές ανεπιθύμητες ενέργειες ορισμένων πνευμονολογικών φαρμάκων.	Συμπτωματολογία
Αντιχολινεργικά	Ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις, άγχος, σύγχυση, συγχυτικό παραληρημα (delirium), αποπροσωποποίηση, αμνησία, παράνοια
Εκλεκτικοί β- αγωνιστές	Άγχος (η εμφάνισή του συμπτώματος εξαρτάται και από τον τύπο της προσωπικότητας του ασθενούς)
Μη-εκλεκτικοί β-αγωνιστές	Άγχος, ψύχωση
Εισερόμενα κορτικοστεροειδή	Καμία ανεπιθύμητη ενέργεια
Κορτικοστεροει δή συστηματικής δράσης	Κατάθλιψη, μανία
Ισονιαζίδη	Αμνησία, άγχος, κατάθλιψη, ψευδαισθήσεις, μανία, ψύχ ωση
Θεοφυλλίνη	Άγχος, delirium, αϋπνία, ακαθισία, τρόμος

2.4. Η ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Ο Emil Kraepelin (1856-1926) θεωρήθηκε από πολλούς ιατρούς και επιστήμονες ως ο πρωτεργάτης της σύγχρονης εννοιολογίας της διπολικής διαταραχής. Με βάση τις μελέτες του παρατήρησε, κατέγραψε και προσάρμοσε την έως σήμερα εννοούμενη, διπολική διαταραχή, παρατηρώντας την πορεία της σε μία εποχή που δεν υπήρχαν τα απαραίτητα βοηθήματα ώστε να του δώσουν πιο πειστικά και ακριβή αποτελέσματα. Περιγράφοντας αυτά τα άτομα

εκείνη την εποχή έπλασε και εισήγαγε τον όρο <<μανιοκαταθλιπτική ψύχωση>> σαν νοσολογική οντότητα. Σημείωσε επίσης ότι κατά τα διαστήματα που η ασθένεια είχε έξαρση είτε μανιακά επεισόδια είτε καταθλιπτικά υπήρχαν και διαστήματα που ο ασθενής μπορούσε να ζήσει και να λειτουργεί ικανοποιητικά. Για τον Kraepelin με τον όρο μανία εννοούσε μια κατάσταση που βρίσκετε το άτομο σε ευερεθιστότητα δηλαδή σε μια υπερευψωμένη κατάσταση διάθεσης και βιώνει μια ταχεία ροή ιδεών και σκέψεων. Το άτομο πίστευε πως εκείνη την στιγμή βρισκόταν πιο μπροστά στην διαδικασία σκέψης με τα άτομα που ήταν γύρω του. Λόγω του ότι τα άτομα γύρω απο τον πάσχοντα δεν μπορούσαν να κατανοήσουν τι ακριβώς ιδέες έχει το πάσχων άτομα εκείνο εξοργιζόταν με αποτέλεσμα να υπάρχει μια αναταραχή. Αντίθετα στην κατάθλιψη υπήρχε υποθυμία και ψυχοκινητική επιβράδυνση. Η ταξινόμηση των συναισθηματικών διαταραχών συνέχισε να εξελίσσεται στα επόμενα χρόνια. Οι Karl Leonhard (1957), Jules Angst (1966), Carlo Perris (1966) και οι George Winokur, Paula Clayton και Theodore Reich (1969), αν και εργάστηκαν ανεξάρτητα σε 4 διαφορετικές χώρες, πρότειναν την ύπαρξη καταθλιπτικών διαταραχών χωρίς μανιακά ή υπομανιακά επεισόδια (μονοπολική καταθλιπτική διαταραχή) που εμφανίζονταν στη μέση ενήλικη ζωή και αργότερα και που διέφεραν από καταθλιπτικά επεισόδια που αρχίζουν νωρίτερα ηλικιακά και εναλλάσσονται με μανιακά και υπομανιακά 45 επεισόδια (διπολική διαταραχή). Η κύρια διαφορά, μεταξύ τους, συνίστατο στο αυξημένο γενετικό φορτίο της διπολικής διαταραχής σε σχέση με την μονοπολική κατάθλιψη. Ο Kraepelin αναγνώρισε ότι οι ψυχογενείς καταθλιπτικές καταστάσεις οφείλονται σε δυστυχείς συγκυρίες. Αντίθετα, θεωρούσε ότι η μανιοκαταθλιπτική νόσος είναι κληρονομούμενη, αν και η απουσία παθολογοανατομικών ευρημάτων σε εγκεφάλους μανιοκαταθλιπτικών αποθάρρυνε αυτήν την πεποίθηση του. Με άλλα λόγια, θεωρήθηκε ότι η μανιοκατάθλιψη αποτελεί λειτουργική ψυχική διαταραχή στην οποία οι εγκεφαλικές δυσλειτουργίες οφείλονται σε αλλοιωμένες φυσιολογικές λειτουργίες. Τέτοιοι βιολογικοί παράγοντες θεωρήθηκε ότι απουσιάζουν στις περιπτώσεις των ψυχογενών καταθλίψεων. Συνεπώς, η ταξινόμηση των συναισθηματικών διαταραχών από τον Kraepelin είναι ταυτόχρονα μονιστική και δυαρχική. Δυαρχική στο επίπεδο του ότι διέκρινε τις διαταραχές σε αυτές με ψυχολογικά ή σωματικά αίτια και μονιστική αναφορικά με τις διαταραχές αυτής της δεύτερης υποομάδας που ονομάστηκαν

ενδογενείς συναισθηματικές διαταραχές. Με άλλα λόγια ο Kraepelin περιόρισε την έννοια της κλινικής κατάθλιψης μόνον σε αυτήν που το DSM-IV-TR περιγράφει ως Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή με Μελαγχολικούς Συντελεστές. Επιπρόσθετα, απεφάνθη την ύπαρξη ενός συνεχούς στην κατάσταση που, σήμερα πια, το DSM-IV-TR αναγνωρίζουν ως Διπολική Διαταραχή.(Johnson SL, Cuellar AK, Ruggero C et al 2010).

2.5. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η Διπολική Διαταραχή περιλαμβάνει περιόδους μανίας και κατάθλιψης, δηλαδή και τους δυο πόλους σε αντίθεση με την καθαρή κατάθλιψη. Οι περίοδοι αυτοί είναι γνωστοί σαν επεισόδια και συνήθως το ένα ακολουθεί το άλλο. Αλλά μπορεί να γίνουν και την ίδια χρονική στιγμή. Το ευρος και η συχνότητα των επεισοδίων καθορίζουν την φύση της νόσου και την ταξινόμηση της. Συνήθως χωρίζονται απο διαστήματα ύφεσης γνωστά σαν ευθυμία, που αντιστοιχουν σε κατάσταση φυσιολογικής διάθεσης. Επεισόδια μανίας και κατάθλιψης μπορούν επίσης να παρουσιάζονται παράλληλα γνωστά και σαν μεικτό επεισόδιο. Τα επεισόδια μανίας μπορούν να διαρκέσουν από μερικές μέρες έως και αρκετούς μήνες ενώ περίοδοι κατάθλιψης συνήθως διαρκούν περισσότερο. Τα πρώτα επεισόδια στους άνδρες είναι σηνύθως οξεία μανία ενώ στις γυναίκες κατάθλιψη. Στην συνέχεια τα επεισόδια μπορεί να ακολουθήσουν ένα από τα πρότυπα:

- Κατάθλιψη, Μανία, Ύφεση
- Μανία, Κατάθλιψη, Ύφεση
- Μεικτά επεισόδια μανίας και κατάθλιψης που διακόπτονται απο διαστήματα ευθυμίας

Τα πρότυπα αυτά είναι γνωστά ως κύκλοι.

Ωστόσο παρουσιάζονται και περιπτώσεις ειδικότερα σε ασθενείς με διπολική διαταραχή ταχείας εναλλαγής, κατά την οποία παρατηρούνται τέσσερα η περισσότερα επεισόδια σε ένα έτος.(KieseppaT, PartonenT, HaukkaJ, etal 2004).

2.5.1. .MANIA

Η μανία ή η κατάσταση μανίας χαρακτηρίζονται απο ποικίλα διακριτικά συμπτώματα.

Τα συμπτώματα της μανίας είναι :

- Αυξημένη ενέργεια, υπερκινητικότητα, καλπάζουσες σκέψεις, γρήγορη ομιλία
- Υπερβολική ευδιάθεση (συναισθήματα ευφορίας)
- Ακραία ευερεθιστότητα και περισπασμός
- Μειωμένη ανάγκη για ύπνο
- Μειωμένη για το συγκεκριμένο άτομο κριτική ικανότητα
- Παρορμητική, επικίνδυνη και παράξενη συμπεριφορά
- Αυξημένη σεξουαλική επιθυμία
- Έντονη ψυχωκίνητική Διαταραχή

Για τους ασθενείς με διπολική διαταραχή συχνά τα ηπιότερα, πρώιμα στάδια μανίας είναι ευπρόσδεκτα. Σε αυτό το στάδιο, η νόσος συνδέεται με ήπια βελτίωση της διάθεσης, αυξημένη ενέργεια, δραστηριότητα και συναισθήματα ευεξίας, καθώς και αντίληψη αυξημένης σωματικής και πνευματικής ικανότητας. Αυξάνεται η κοινωνικότητα, η ομιλητικότητα και η σεξουαλική ενέργεια ενώ η ανάγκη για ύπνο είναι μειωμένη. Σε αυτή τη φάση, οι ασθενείς συχνά πιστεύουν ότι ο κόσμος περιστρέφεται γύρω από αυτούς και ότι δεν μπορεί να τους συμβεί κανένα κακό. **Αυτό το στάδιο είναι γνωστό ως υπομανία.** Ο ασθενής δεν έχει εναισθησία όσον αφορά την κατάστασή του και επομένως, μπορεί να είναι δύσκολο να τον πείσει κανείς ότι αυτό που βιώνει είναι μια νόσος που επιδέχεται θεραπεία. Αυτό το στάδιο μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολο να διαγνωσθεί σε νεαρά άτομα ή νέους ενήλικες καθώς τα συμπτώματα μπορεί να μοιάζουν πολύ με τη φυσιολογική συμπεριφορά.

Από τη στιγμή που ένα άτομο γίνεται πλήρως μανιακό, η επαγγελματική φροντίδα είναι απόλυτα ζωτική για την ασφάλειά του. Το αίσθημα υπερβολικής εμπιστοσύνης στον εαυτό του και οι καλπάζουσες ιδέες του, οδηγούν σε παρορμητικές, αυθόρμητες αποφάσεις και σε ριψοκίνδυνη συμπεριφορά. Παραδείγματος χάριν, οι ασθενείς μπορεί να επιδίδονται σε υπερβολικές αγορές,

να οδηγούν υπερβολικά γρήγορα ή να γίνονται σεξουαλικά ασύδοτοι, με αποτελέσματα που μπορεί να τους βλάψουν ή να φέρουν σε δυσάρεστη θέση τον ασθενή και άτομα που τον περιστοιχίζουν.

Στους τρίτους ο ασθενής μπορεί να φαίνεται εκτός ελέγχου, και επίσης μπορεί ο ίδιος να αισθανθεί ότι δεν έχει πια τον έλεγχο. Αν η μανία γίνει ακόμη σοβαρότερη, μπορεί να προκαλέσει ψυχωσικής μορφής παραληρητικές ιδέες και/ή ψευδαισθήσεις ανάλογες με τη διάθεση (δηλ. όταν βρίσκεται σε στάδιο μανίας, ο ασθενής μπορεί να βιώσει παραληρητικές ιδέες μεγαλείου ενώ όταν βρίσκεται σε κατάθλιψη, οι ψευδαισθήσεις μπορεί να έχουν αρνητικό περιεχόμενο) και ο ασθενής μπορεί να γίνει βίαιος και επιθετικός. Ορισμένοι ασθενείς με διπολική διαταραχή δεν περνούν ποτέ από την υπομανία στα σοβαρότερα στάδια της μανίας. Ένα από τα κύρια προβλήματα όσον αφορά την αντιμετώπιση αυτής της συγκεκριμένης μορφής της νόσου, είναι η δυσκολία διάγνωσής της. Πολλά άτομα περνούν φάσεις κατά τις οποίες είναι περισσότερο δραστήριοι από το κανονικό, και μπορεί να είναι δύσκολη η διάκριση μεταξύ αυτών των συναισθημάτων από την έξαρση (elation) και την ευφορία του υπομανιακού ασθενούς. Επίσης, είναι απίθανο ένα άτομο να επισκεφθεί τον ιατρό του επειδή νιώθει υπερβολικά ευτυχής ή παραγωγικός. Για τον λόγο αυτό, στις περιπτώσεις που ο ασθενής υφίσταται και επεισόδια κατάθλιψης, συχνά διαγιγνώσκεται λανθασμένα ότι πάσχει από μονοπολική διαταραχή. Αν δεν υπάρχουν άλλα συμπτώματα που συνδέονται με την υπομανία μπορεί να μην αναγνωριστεί καθόλου ως ψυχιατρική νόσος.

Δημιουργικότητα και μανία

Η μανία συνδέεται στενά με δημιουργικές ή καλλιτεχνικές ικανότητες και πολλοί διάσημοι δημιουργικοί άνθρωποι έχουν παραδεχθεί δημόσια ότι πάσχουν από διπολική διαταραχή. Επιπλέον, μερικοί από τους διασημότερους ζωγράφους, συνθέτες, ποιητές και συγγραφείς παγκοσμίως, εντοπίστηκε ότι εμφανίζουν πολλά από τα σημεία της διπολικής διαταραχής. Περαιτέρω συσχετισμός μεταξύ δημιουργικότητας και μανίας προέρχεται από ελεγχόμενες μελέτες που συγκρίνουν ποσοστά διπολικής διαταραχής σε δημιουργικά και σε μη δημιουργικά άτομα. Αυτός ο συσχετισμός με τη δημιουργικότητα και με διάσημα άτομα ενίσχυσε την

πεποίθηση ότι πρόκειται για μια ευχάριστη νόσο. Ωστόσο, η διπολική διαταραχή είναι πολύ πιο καταστροφική από,τιπιστεύεταιισυνήθως.(Chen J, Fang Y, Kemp DE, et al 2010).

2.5.2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η μανία είναι το ένα άκρο ή πόλος της διπολικής διαταραχής. Το άλλο άκρο είναι η κατάθλιψη. Η κατάσταση κατάθλιψης που παρατηρείται στη διπολική διαταραχή έχει κοινά συμπτώματα με μια άλλη νόσο, τη μονοπολική κατάθλιψη αυτόπουοιπερισσότεροιάνθρωποισκεύτονταιιότανακούνηλέξηκατάθλιψη.

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι:

- Επίμονη θλίψη, αγχώδης διάθεση ή αίσθημα κενού
- Συναισθήματα απελπισίας, ενοχής και αναξιότητας
- Απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης από τις δραστηριότητες που παλαιότερα τον ευχαριστούσαν, μεταξύ των οποίων και η σεξουαλική επαφή
- Μειωμένη ενέργεια ή αίσθημα γενικής κόπωσης
- Δυσκολία συγκέντρωσης, ανάκλησης στη μνήμη ή λήψης αποφάσεων
- Υπερκινητικότητα ή ευερεθιστότητα (επίσης συμπτώματα της μανίας)
- Απώλεια ή αύξηση της όρεξης, με συνδυαζόμενη απώλεια ή αύξηση βάρους
- Χρόνιος πόνος ή επίμονα σωματικά συμπτώματα που δεν ανταποκρίνονται σε θεραπεία
- Σκέψεις θανάτου ή απόπειρες αυτοκτονίας

Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να συνδέεται με παραληρητικές ιδέες που είναι σύμφωνες με τη διάθεση, καταθλιπτικής φύσης.

Μείζων κατάθλιψη. Η συνηθέστερη μορφή, η οποία προσβάλλει μεταξύ 5% και 25% του γενικού πληθυσμού . Τα επεισόδια σοβαρής κατάθλιψης που παρατηρούνται στη διπολική διαταραχή I και στη διπολική διαταραχή II δεν διαφέρουν γενικά στην αρχική τους εμφάνιση από εκείνα που παρατηρούνται στη

μείζονα κατάθλιψη. Τα σύγχρονα φάρμακα έχουν βοηθήσει πολλούς ασθενείς με αυτή τη νόσο. **Δυσθυμική διαταραχή.** Μια συνεχής ήπια κατάσταση κατάθλιψης για τουλάχιστον 2 έτη. Συχνά θεωρείται ως υπο-συναισθηματική νόσος, ωστόσο, ένας στους τρεις ασθενείς με αυτόν τον χαρακτήρα είναι πιθανό ότι θα αναπτύξει συμπτώματα υπομανίας, υποδηλώνοντας την παρουσία μιας «ελαφριάς» διπολικής διαταραχής, δηλ. μιας διπολικής διαταραχής με ηπιότερα συμπτώματα από τα συνήθη. **Υποτροπιάζουσα σύντομη κατάθλιψη.** Οκτώ ή περισσότερα υποτροπιάζοντα επεισόδια μέτριας έως σοβαρής κατάθλιψης ετησίως. Η μέση διάρκεια του επεισοδίου είναι 3 ημέρες ανδιαρκεία από 2 εβδομάδες και άνω, γίνεται διάγνωση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Αυτά δεν αποτελούν πιθανώς τμήμα του διπολικού φάσματος καθώς συνδέεται με την ίδια πολύ χαμηλή συχνότητα διπολικής μετάβασης όπως παρατηρείται στον γενικό πληθυσμό.

Διπλή κατάθλιψη. Μια συνεχής, ήπια καταθλιπτική διάθεση (δυσθυμική διαταραχή) που διακόπτεται από επεισόδια μείζονος κατάθλιψης. **Συνδυασμένη κατάθλιψη.** Υποτροπιάζοντα σύντομα επεισόδια κατάθλιψης που επικάθονται σε υπόβαθρο μείζονος κατάθλιψης. (Bryant-Comstock L, Stender M, Devercelli G. Health 2002).

2.5.3. ΜΕΙΚΤΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Οι μεικτές καταστάσεις θεωρείται ευρέως ότι είναι συχνά παρούσες σε μεγάλη αναλογία των ασθενών με ανοχή στη θεραπεία. Σε ένα μεικτό επεισόδιο ο ασθενής μπορεί να νιώθει:

- εξαιρετική απελπισία
- συναισθήματα αναξιότητας
- σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας
- που συνδέονται παράλληλα με:
- λειτουργίες ταχείας σκέψης
- υψηλή κατανάλωση πνευματικής και σωματικής ενέργειας
- ψυχωτικές παραληρητικές ιδέες και/ή ψευδαισθήσεις

ανάλογες της διάθεσης.

Ένα μεικτό επεισόδιο μπορεί να περιγραφεί ως ένας συνδυασμός μανίας και κατάθλιψης που συμβαίνουν ταυτόχρονα σε έναν ασθενή. Εκτιμάται ότι μεταξύ 40% και 60% των ασθενών με οξεία μανία βιώνουν κάποια μορφή καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Το γεγονός αυτό μπορεί να έχει μεγάλη επίπτωση στην επιτυχία ή άλλη έκβαση της θεραπείας. Αυτή η καταθλιπτική μανιακή κατάσταση μπορεί να είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη καθώς οι ασθενείς μπορεί να έχουν αυτοκτονικές παρορμήσεις που υποστηρίζονται από την αυξημένη ενέργεια να πραγματοποιήσουν τις ιδέες τους. Τα στοιχεία υποδηλώνουν ότι η αυτοκτονία μπορεί να είναι συχνότερη σε αυτόν τον υποπληθυσμό από, τι στους ασθενείς με διπολική διαταραχή στο σύνολό τους. Αυτή η κατάσταση περιγράφεται μερικές φορές ως αστάθεια της διάθεσης. Οι ασθενείς μπορεί επίσης να βιώνουν μια μορφή μεικτού επεισοδίου που είναι γνωστή ως δυσφορία (δυσφορική μανία), η οποία μπορεί να είναι ιδιαίτερα δυσάρεστη για τα μέλη της οικογένειας. Είναι παρόμοια με την κανονική μανία με μια χροιά από τα συμπτώματα της κατάθλιψης στηθέσητης ευφορίας και της διάθεσης για επικοινωνία, ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει ευερεθιστότητα, άγχος και ταραχή, ενώ εμφανίζει ακόμη τα κλασικά συμπτώματα της μανίας όπως αυξημένη ενέργεια, μειωμένη ανάγκη για ύπνο και συνεχή, ταχεία φυγή ιδεών. (Bender RE, Alloy LB 2011)

2.6. ΝΕΥΡΟΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΔ

Όσον αφορά τις περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την κατάθλιψη, θεωρείται ότι υπάρχει ενεργοποίηση του μεταχιακού συστήματος (κυρίως του αμυγδαλοειδούς πυρήνα), του προμετωπιαίου φλοιού, του ραβδωτού σώματος και του θαλάμου. Πιστεύεται ότι, η ενεργοποίηση του αμυγδαλοειδούς πυρήνα σχετίζεται πρωταρχικά με την εμφάνιση της νόσου. Αναλυτικότερα, ο αμυγδαλοειδής πυρήνας (ή αμυγδαλή) συμμετέχει στην πολύπλοκη εσωτερική διαδικασία παραγωγής των συναισθημάτων όπως η ευχαρίστηση, ο πόνος, η ανταμοιβή και η τιμωρία. Ενεργοποιείται τόσο σε συνειδητά, όσο και σε ασυνείδητα συναισθήματα και μέσω των συνδέσεων της με τον υποθάλαμο και το νευρικό σύστημα εκφράζει τις διάφορες ψυχολογικές καταστάσεις.

Αναλυτικότερα, η εγκεφαλική λειτουργία σχετίζεται με διαταραχές νευρομεταβιβαστικών συστημάτων (ιδιαιτέρως μείωση της σεροτονινεργικής και της νοραδρενεργικής δραστηριότητας) και υπερδραστηριότητα ορισμένων νευρικών ομάδων (του αμυγδαλοειδούς πυρήνος και άλλων περιοχών του μεταιχμιακού συστήματος, του προμετωπιαίου φλοιού και του θαλάμου) (Χριστοδούλου, 2005).

Παρόλο που ο συνολικός εγκεφαλικός όγκος τόσο της φαιάς όσο και της λευκής ουσίας φαίνεται να είναι φυσιολογικός σε ασθενείς με ΔΔ, υπάρχουν δεδομένα που στηρίζουν ότι υπάρχουν αλλοιώσεις σε συγκεκριμένες εγκεφαλικές δομές. Ο προμετωπιαίος φλοιός και οι υποφλοιικές δομές, όπως του έσω κροταφικού λοβού που συγκροτούν το μεταιχμιακό σύστημα, πλήττονται στη ΔΔ. Ο προμετωπιαίος φλοιός και οι δομές του έσω κροταφικού λοβού, που συγκροτούν το μεταιχμιακό σύστημα, πλήττονται στη ΔΔ (Strakowski et al, 2005).

Ευρήματα αναφορικά με αλλαγές στη φαιά ουσία διαφέρουν μεταξύ των μελετών. Ελλείμματα φαιάς ουσίας έχουν βρεθεί στην έλικα του προσαγωγίου και το κοιλιακό ραβδωτό (Bearden et al, 2010). Μείωση του όγκου της φαιάς ουσίας έχει βρεθεί στην περιοχή του υπογονάτιου φλοιού του προσαγωγίου, η οποία εμπλέκεται στη ρύθμιση της συναισθηματικής συμπεριφοράς και την ανηδονία που παρατηρείται στη μονοπολική κατάθλιψη (Drevets et al, 2011).

Αναφορικά με τις ανατομικές δυσλειτουργίες, η μεταιχμιακή υπερδραστηριότητα και η υποδραστηριότητα του προμετωπιαίου φλοιού έχουν θεωρηθεί ως το νευροανατομικό υπόστρωμα της ΔΔ (Kupferschmidt, 2011). Διαφορετική ενεργοποίηση φλοιομεταιχμιακών μονοπατιών φαίνεται να σχετίζεται με τη δυσλειτουργία της συναισθηματικής ρύθμισης που παρατηρείται στη διαταραχή. Συγκεκριμένα, διαφορετική ενεργοποίηση παρουσιάζεται στον προμετωπιαίο φλοιό, στην αμυγδαλή, στο θάλαμο και το ραβδωτό (Whalley et al, 2011).

Οι διαταραχές της λευκής φαιάς ουσίας στηρίζουν την υπόθεση ότι η δυσλειτουργία της συνδεσιμότητας περιοχών που εμπλέκονται στη ρύθμιση του συναισθήματος, σχετίζονται με την εμφάνιση της ΔΔ (Mahon et al, 2010). Τα πιο συχνά νευροανατομικά ελλείμματα σε ασθενείς με ΔΔ είναι η διεύρυνση των

πλάγιων κοιλιών, η αυξημένη ένταση της εν τω βάθει λευκής ουσίας και ο μειωμένος όγκος του μεσολόβιου (Bearden, 2010).

2.6.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι σημαντικότερες ψυχιατρικές διαταραχές είναι ετερογενείς διαταραχές στις οποίες ανωμαλίες εμφανίζονται τόσο στο σώμα όσο και τον εγκέφαλο, μέσω αλληλεπίδρασης γονιδίων-περιβάλλοντος. Οι ψυχιατρικές διαταραχές δεν είναι απλά μια κατάσταση του νου, ούτε διαταραχές μόνο του εγκεφάλου. Τα εμπλεκόμενα συστήματα είναι το βιολογικό, το κεντρικό νευρικό σύστημα, το περιβαλλοντικό, το ενδοκρινολογικό, το νευροχημικό, το ανοσοποιητικό, που όλα μαζί ως ορχήστρα, παίζουν τη σύνθεση της παθοφυσιολογίας των μεγάλων ψυχιατρικών διαταραχών (Myint, 2012).

2.6.2. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τα τελευταία 30 χρόνια, οι ανθρώπινες γενετικές μελέτες έχουν εντοπίσει περισσότερα από 1000 γονίδια που ευθύνονται για ανθρώπινες ασθένειες. Οι επιτυχίες αυτές έχουν οδηγήσει σε μεγάλο βαθμό στον εντοπισμό συχνών ασθενειών, των οποίων η μεταβίβαση ακολουθεί ένα κλασικό πρότυπο (π.χ. η κυστική ίνωση) ή χαρακτηριστικά για τα οποία μία γενετικά ομοιογενής υποομάδα, μπορεί να απομονωθεί για να προσδιορίσει μια πιο κοινή ασθένεια (Οικογενής καρκίνος του μαστού και του καρκίνου των ωθηκών ή υπομορφές του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2). Η διπολική διαταραχή τείνει να εξελίσσεται εντός της οικογένειας, με αποτέλεσμα οι ερευνητές να ψάχνουν για γονίδια που μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα ενός ατόμου να αναπτύξει την ασθένεια. Τα γονίδια ως δομικά στοιχεία της κληρονομικότητας, συμβάλουν στον έλεγχο της λειτουργίας του σώματος και του εγκεφάλου, ώστε να επιτευχθεί η ανάπτυξη τους. Τα γονίδια περιέχονται μέσα στα κύτταρα ενός ατόμου και κληροδοτούνται από τους γονείς στα παιδιά (Julietal, 2012).

Ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία για τη σαφή αιτιολογία της διπολικής διαταραχής, δεν υπάρχουν. Ωστόσο, μερικές σημαντικές ενδείξεις σχετικά με τα γενετικά αίτια και το στοιχείο της κληρονομικότητας της διπολικής διαταραχής,

έχουν ως εξής: η διπολική διαταραχή τείνει να είναι οικογενειακή υπόθεση. Περίπου τα μισά άτομα με διπολική διαταραχή έχουν ένα μέλος της οικογένειας με μια διαταραχή της διάθεσης, όπως η κατάθλιψη. Οι συγγενείς πρώτου βαθμού των διπολικών ασθενών έχουν 5-10 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν την ασθένεια από ότι ο γενικός πληθυσμός (Uher, 2014).

Ένα άτομο που έχει έναν γονέα με τη διπολική αναταραχή έχει πιθανότητες 15 έως 25 τοις εκατό να εμφανίσει την ίδια διαταραχή. Τα παιδιά με έναν γονέα ή αδελφό που έχει διπολική διαταραχή, έχουν 4-6 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν την ασθένεια, σε σύγκριση με παιδιά που δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής. Ωστόσο, τα περισσότερα παιδιά με οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής δεν θα αναπτύξει την ασθένεια (Potashetal, 2007).

Σε μελέτες μη πανομοιότυπων διδύμων, αν ο ένας δίδυμος πάσχει από ΔΔ, οι πιθανότητες να εμφανίσει και ο άλλος δίδυμος είναι 25 %, το ίδιο ποσοστό όπως και αν και οι δύο γονείς έχουν διπολική διαταραχή. Αν ένα άτομο που έχει ένα πανομοιότυπο δίδυμο (με το ίδιοακριβώς γενετικό υλικό) με διπολική διαταραχή, διατρέχει κίνδυνο εμφάνισης της ασθένειας περίπου 8 φορές περισσότερο από ότι σε περιπτώσεις μη πανομοιότυπων διδύμων (Jayaetal, 2013).

Σε μελέτη σύγκρισης των μονοζυγωτικών και διζυγωτικών διδύμων, υπήρξε ένα πολύ υψηλό αντιστοιχίας για τη διπολική διαταραχή στα μονοζυγωτικά δίδυμα (75%), και μια χαμηλότερη συνάφειά για τα διζυγωτικά δίδυμα (10.5%) (Kieseppaetal. 2004).

Σε μελέτες που αφορούν υιοθετημένους διδύμους, αν οι θετοί γονείς είναι ανέγγιχτοι από την ασθένεια, τότε τα παιδιά παρουσιάζουν σχετικά μικρή επίπτωση της διαταραχής, ακόμη και αν οι βιολογικοί γονείς δεν ήταν ψυχικά υγιείς. Ενώ σε περιπτώσεις υιοθετημένων παιδιών που εμφανίζουν διπολική διαταραχή αποκαλύπτεται η σημασία της γενετικής προδιάθεσης, καθώς η λογική επιτάσσει την επιρροή των παιδιών από το περιβάλλον της θετής οικογένειας. Ωστόσο, το γενετικό ίχνος που κουβαλούν είναι ικανό να τους οδηγήσει στην ασθένεια, ακόμα και αν κανένα περιβαλλοντικό στοιχείο δεν προδιαθέτει για κάτι τέτοιο (BigluetBiglu, 2014).

Οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως δεν υφίσταται καμία ισχυρή ένδειξη ότι ο φαινότυπος της διπολικής νόσου δεν καθορίζεται αποκλειστικά βάσει γενετικών αιτιών. Η ασθένεια έχει στοιχεία τα οποία δεν εξαρτώνται από το γενετικό υλικό του κάθε ασθενούς, αλλά είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ποικίλων παραγόντων, μεταξύ των οποίων και το περιβάλλον (Munee, 2016).

2.6.3. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η αιτιολογία και η κλινική πορεία της διπολικής διαταραχής θεωρείται ότι καθορίζεται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η κατανόηση της πολύπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ των γεγονότων της ζωής και της πορείας της νόσου με τους παράγοντες της ΔΔ που έχουν γενετικό υπόβαθρο, είναι απαραίτητη.

Σε ένα άτομο με γενετική προδιάθεση στη διπολική διαταραχή, η έναρξη της ασθένειας συχνά πυροδοτείται από σημαντικά γεγονότα της ζωής που προκαλούν στρες, το οποίο μπορεί να ενεργοποιήσει είτε ένα μανιακό ή ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, ανάλογα με το άτομο και τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζεται και διαχειρίζεται το στρες (Hosang et al. 2010).

Παιδικά τραύματα

Τα παιδικά τραύματα έχουν δραματική επίδραση στη συμπεριφορά του παιδιού και τη νευρολογική του ανάπτυξη. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι ένα ιστορικό σωματικής, συναισθηματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία του ατόμου, δημιουργεί μια υπερβολική αντίδραση στο στρες και μια αλλαγή στη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών. Τα στρεσογόνα γεγονότα στην παιδική ηλικία, αυξάνουν την αντίδραση της κορτιζόλης σε κέντρα του εγκεφάλου. Σαν αποτέλεσμα, γίνεται συρρίκνωση του ιππόκαμπου που επεξεργάζεται τα συναισθήματα και τη μνήμη. Επίσης, τα οπιοειδή (ενδορφίνες), η ντοπαμίνη, η σεροτονίνη και η επινεφρίνη, επηρεάζονται, θετικά ή αρνητικά, από τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Οπότε, αν και δεν μπορεί από μόνο του να προκαλέσει διπολική διαταραχή, ένα τραυματικό ιστορικό μπορεί να είναι σημαντικός συντελεστής εκδήλωσης της νόσου (Fisher & Hosang, 2010).

Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι τραύματος, όπως η σωματική κακοποίηση και παραμέληση, η συναισθηματική κακοποίηση. Σπανίζουν ισχυρών δεδομένων σχετικά με την επιδημιολογία των τύπων τραύματος και των επιπτώσεων τους για την έναρξη και την πορεία της διπολικής διαταραχής. Οι περισσότερες έρευνες σε αυτόν τον τομέα έχουν επικεντρωθεί στη σωματική και τη σεξουαλική κακοποίηση. Αλλά υπάρχουν ενδείξεις ότι η συναισθηματική κακοποίηση και η παραμέληση έχουν την υψηλότερη επικράτηση μεταξύ των υποτύπων του τραύματος. Η δυσκολία της καταγραφής και περαιτέρω ανάλυσης αποδίδεται στη δυσκολία ανίχνευσης της συναισθηματικής κακοποίησης σε έρευνες αξιολόγησης.

Το τραύμα παιδικής ηλικίας είναι συχνό φαινόμενο σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, όπως η διπολική διαταραχή. Η επικράτηση της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) στην διπολική διαταραχή κυμαίνεται από 16% έως 39%. Το παιδικό τραύμα με την ευρύτερη έννοια είναι εμφανές σε ποσοστό σχεδόν 50% των ασθενών με διπολική διαταραχή (Garino et al, 2005).

Τα αποτελέσματα της μελέτης των Aasetal. (2016), κατέληξε στα ακόλουθα συμπεράσματα σχετικά με τη συσχέτιση παιδικού τραύματος και ΔΔ: το τραύμα παιδικής ηλικίας επηρεάζει την κλινική πορεία με οδηγεί σε έναρξη της νόσου σε πρώιμη ηλικία. Επίσης, αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης ψυχωτικών χαρακτηριστικών, τον αριθμό των επεισοδίων διαταραχών της διάθεσης, τον κίνδυνο αυτοκτονικού ιδεασμού, τις απόπειρες αυτοκτονίας και την κατάχρηση ουσιών. Έχουν τεθεί και θέματα αναφορικά με τα δύο φύλα. Οι γυναίκες με διπολική διαταραχή αναφέρουν συχνότερα τραύματα παιδικής ηλικίας, τα οποία συνδέονται με μια πιο σοβαρή κλινική πορεία (μικρότερη ηλικία έναρξης, απόπειρες αυτοκτονίας και περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια). Σε παλιότερη έρευνα των Quarantini et al. (2010), βρέθηκε ότι οι διπολικοί ασθενείς με παιδικό τραύμα εμφανίζουν συχνότερα συμπτώματα μανίας παρά καταθλιπτικά συμπτώματα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι διπολικοί ασθενείς αποκτούν τραυματική εμπειρία, όχι μόνο λόγω του παιδικού τραύματος, αλλά και ως συνέπεια της διασπαστικής συμπεριφοράς τους κατά τη διάρκεια μανιακών επεισοδίων. Επιπλέον παρατηρούνται βιολογικές τροποποιήσεις στη διπολική διαταραχή λόγω παιδικού τραύματος, όπως μείωση του νευροτροφικού παράγοντα BDNF,

μεταβολές στη φλεγμονώδη διαδικασία και τη λειτουργία του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA)(Miller et al, 2013).

Κάπνισμα

Το κάπνισμα από την πλευρά της μητέρας θεωρείται ότι μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης διαφόρων ψυχικών ασθενειών, όπως διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, διαταραχή συμπεριφοράς, και διαταραχή του αυτιστικού φάσματος (Button et al, 2005). Δύο μελέτες έδειξαν αυξημένο κίνδυνο διπολικής διαταραχής λόγω κάπνισματος της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Ekblad et al, 2010, Talati et al, 2013).

Ωστόσο, μέχρι τώρα, δεν υπήρξαν οποιαδήποτε συστηματικά ερευνητικά πρωτόκολλα που ασχολούνται με τις επιπτώσεις του καπνίσματος από την πλευρά της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη, στην κλινική πορεία της διπολικής διαταραχής.

Επιπλοκές στον τοκετό

Ουσιαστικά δεν υπάρχει ισχυρό ερευνητικό δείγμα που να τεκμηριώνει την άποψη ότι οι επιπλοκές στον τοκετό έχουν αντίκτυπο στην διπολική διαταραχή.

Υπάρχουν μόνο λίγες μελέτες διερεύνησης αυτού του θέματος, καμία από τις οποίες δεν κατέδειξε συσχέτιση μεταξύ του βάρους του νεογνού κατά τη γέννηση ή την ηλικία κύησης της μητέρας, με τον κίνδυνο ανάπτυξης της ΔΔ. Μόνο μία μελέτη εντόπισε συσχέτιση πρόωρου τοκετού με υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης διπολικής disorder (Nosarti et al, 2012), ενώ μία δεύτερη μελέτη προτείνει τη συσχέτιση με 2,5 φορές υψηλότερο κίνδυνο της διπολικής διαταραχής σε απογόνους που παρέχονται από προγραμματισμένη καισαρική τομή σε σύγκριση με όσους γεννούνται με φυσιολογικό τοκετό (Chudal et al, 2014).

Κλιματολογικές συνθήκες

Θεωρείται ότι οι κλιματολογικές συνθήκες επηρεάζουν τη ρύθμιση της διάθεσης, ιδίως στη ΔΔ. Η πρώτη συστηματική ανασκόπηση του θέματος κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπήρχε μια δυνατότητα αναπαραγωγής της συσχέτισης των εποχιακών διακυμάνσεων και των συμπτωμάτων της ΔΔ (Geoffroy et al, 2014).

Τα μανιακά επεισόδια φαίνεται να συνδέονται συχνότερα με την εποχικότητα από ότι τα καταθλιπτικά. Η μανία έχει αποκορύφωμα εκδηλώσεων την άνοιξη και το καλοκαίρι με ένα τρίτο αιχμής στα μέσα του χειμώνα, ενώ η κατάθλιψη εμφανίζει υψηλή εμφάνιση το χειμώνα και την άνοιξη. Επιπλέον, η διάρκεια της ηλιοφάνειας και η θερμοκρασία συνδέονται με υποτροπές στη διπολική διαταραχή. Μεγαλύτερη ευπάθεια στο κλίμα και τις εποχιακές αλλαγές παρουσιάζουν οι γυναίκες. Εκτός από αυτό, οι ασθενείς αυτοί υποφέρουν συχνότερα από ψυχωτικά χαρακτηριστικά και κατάχρηση ουσιών (Dominiaketal, 2015).

Γεγονότα ζωής

Ο όρος «γεγονότα ζωής» περιγράφει ουσιαστικές αλλαγές στο προσωπικό περιβάλλον και έχουν προσωπικές και κοινωνικές συνέπειες. Γεγονότα της ζωής, ενδέχεται να προκύψουν απροσδόκητα ή με τον αναμενόμενο τρόπο. Η κοινωνική θεωρία των zeitgeber, η οποία αφορά στη σημασία των κοινωνικών επαφών και τη μοναχική δραστηριότητα, έχει κερδίσει πρόσφατα την προσοχή. Αλλαγές στην κοινωνικότητα του ατόμου που ακολουθείται από διαταραχή του ρυθμού στη καθημερινή ζωή και επιφέρουν αναστάτωση στους βιολογικούς κίρκαδικούς ρυθμούς, μπορεί να επηρεάσουν τη σταθερότητα της διάθεσης (Johnson et al, 2008). Έρευνες έχουν δείξει ότι ορισμένα γεγονότα ζωής επηρεάζουν την ηλικία έναρξης της νόσου και την κλινική πορεία της ΔΔ, ενώ διαφορετικά γεγονότα της ζωής ενεργοποιούν τα επεισόδια μανίας ή κατάθλιψης (Bender & Alloy, 2011).

Θετικά γεγονότα της ζωής και η επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί ακολουθούνται από συμπτώματα μανίας, ενώ τα αρνητικά γεγονότα όπως το πένθος και η ανεργία, ακολουθούνται από εκδήλωση καταθλιπτικών συμπεριφορών (Alloyetal, 2005).

Κάποιοι ερευνητές πρότειναν ότι οι διαταραχές των βιολογικών ρυθμών που εμφανίζονται στα άτομα με κατάθλιψη μπορεί στην πραγματικότητα να είναι το αποτέλεσμα προηγούμενων διαταραχών στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, οι οποίες χρησιμεύουν ως δείκτες για αυτούς τους ρυθμούς. Αυτή η πιθανότητα μπορεί να βοηθήσει στην εξήγηση της σχέσης μεταξύ αγχωδών συμβάντων ζωής και ανάπτυξης διαταραχών της διάθεσης. Για παράδειγμα, τα νιόπαντρα ζευγάρια

πρέπει συχνά να προσαρμοστούν στους ρυθμούς ύπνου του άλλου όταν αρχίζουν να μοιράζονται το ίδιο κρεβάτι για πρώτη φορά. Αυτή η ρύθμιση μπορεί να είναι δύσκολη και μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές στην ποιότητα και την ποσότητα του ύπνου και, ως εκ τούτου, να αυξήσει τον κίνδυνο για κατάθλιψη (Grandin et al, 2006).

Οι ερευνητές προσπάθησαν να διερευνήσουν τα γεγονότα της ζωής που επηρεάζουν τους κοινωνικούς ρυθμούς. Ορισμένες μελέτες εξέτασαν εάν η απώλεια ενός συζύγου, ένα σημαντικό αρνητικό συμβάν ζωής που συχνά συνδέεται με αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη κατάθλιψη μέσω διαταραγμένων κοινωνικών ρυθμών. Συνολικά, τα ευρήματα από μελέτες σχετικά με τους συζύγους, δείχνουν ότι όταν το πένθος σχετίζεται με αλλαγές στους κοινωνικούς ρυθμούς, τα συμπτώματα κατάθλιψης είναι πιθανό να αυξηθούν. Ωστόσο, εάν τα άτομα είναι σε θέση να διατηρούν τους κοινωνικούς ρυθμούς μετά το θάνατο του συζύγου τους, η αυξημένη κατάθλιψη είναι λιγότερο πιθανή. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι η σταθερότητα του κοινωνικού ρυθμού μπορεί να μην εξαρτάται εξ ολοκλήρου από τα γεγονότα της ζωής, αλλά έχει και κάποια χαρακτηριστικά γνωρίσματα, καθώς ορισμένα άτομα μπορεί να διατηρούν περισσότερο κοινωνικούς ρυθμούς από άλλους μετά την εμφάνιση ενός σημαντικού γεγονότος ζωής (Bolandetal, 2012).

Κοινωνική υποστήριξη

Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να οριστεί ως η αντίληψη του να νοιώθει κάποιος ότι λαμβάνει αγάπη και φροντίδα εντός ενός δικτύου επικοινωνίας και αμοιβαίων υποχρεώσεων. Η επιρροή του στη διπολική διαταραχή που έχει ερευνηθεί, αναφέρει ότι η κοινωνική υποστήριξη έχει σημαντικό αντίκτυπο στην κλινική πορεία της ασθένειας. Τα άτομα με διπολική διαταραχή αναφέρουν ελλείμματα σε πολλούς τομείς των κοινωνικών σχέσεων, όπως η σχέση με τους γονείς, την οικογένεια, τους συνεργάτες, και τους φίλους, ενώ το ποσοστό υποτροπής είναι μεγαλύτερο σε ασθενείς με χαμηλή κοινωνική υποστήριξη (Greenbergetal, 2014).

Εκτός από την κοινωνική υποστήριξη, η οικογενειακή συμπεριφορά παίζει ρόλο στην πορεία της διπολικής διαταραχής. Οι ασθενείς που δέχονταν επικριτική

συμπεριφορά από την οικογένεια παρουσίασαν σοβαρότερα συμπτώματα μανίας και κατάθλιψης, ενώ οι έφηβοι διπολικοί ασθενείς παρουσίασαν υψηλότερη τάση αυτοκτονικού ιδεασμού (Covilleetal, 2008).

2.7. ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

2.7.1. Διαταραχές της νευροενδοκρινικής λειτουργίας

Άξονας ΥΓΕ{υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA)}

Τα γονίδια, οι αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας και γεγονότα ζωής στην ενήλικη ζωή, συμβάλλουν στην ανάπτυξη των διαταραχών της διάθεσης, ενδεχομένως μέσω επιδράσεων στον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA) (Watsonetal, 2004). Ο άξονας υποθαλάμου - υπόφυσης -επινεφριδίων (HPA) είναι το κύριο σύστημα που εμπλέκεται στην απόκριση στο στρες και η δυσλειτουργία του είναι ένα σημαντικό στοιχείο στην παθογένεση της κατάθλιψης. Η απόκριση του στρες είναι επομένως λεπτώς συντονισμένη μέσω μιας σειράς μηχανισμών που ελέγχουν την κυκλοφορία των υποδοχέων γλυκοκορτικοειδών (GRs) στον πυρήνα, περιλαμβανομένης της σύνδεσης με την πρωτεΐνη FKBP5 και τη φωσφορυλίωση του υποδοχέα, υποδηλώνοντας ότι αυτά τα στοιχεία μπορεί επίσης να επηρεαστούν υπό παθολογικές καταστάσεις (Maripuuetal, 2014).

Σχετικά με τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης, κύριο ρόλο κατέχει η κορτιζόλη που αποτελεί έναν ισχυρό αντιφλεγμονώδη παράγοντα. Υπό φυσιολογικές συνθήκες, η έκθεση στο στρες ενεργοποιεί τον άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης - επινεφριδίων (HPA), ο οποίος οδηγεί σε απελευθέρωση γλυκοκορτικοειδών (GC) από τα επινεφρίδια. Η ενεργοποίηση του άξονα HPA ελέγχεται μέσω ενός μηχανισμού αρνητικής ανάδρασης, με την ενεργοποίηση υποδοχέων γλυκοκορτικοειδών (GRs) σε διαφορετικά επίπεδα, συμπεριλαμβανομένου του ιππόκαμπου (McEwen et al , 1992). Εντούτοις, υπό παθολογικές συνθήκες, η λειτουργία του άξονα HPA διακόπτεται και αυτό μπορεί τελικά να οδηγήσει σε διαρθρωτικές και λειτουργικές αλλαγές στις περιοχές του εγκεφάλου που έχουν μείζονα ρόλο στην παθοφυσιολογία της κατάθλιψης (de Kloet et al , 2005) .

Ενώ η αιτία αλλαγής της λειτουργίας του άξονα HPA δεν είναι γνωστή, πολλά στοιχεία υποδεικνύουν ότι ο έλεγχος της αρνητικής ανάδρασης της έκκρισης της ορμόνης που απελευθερώνει κορτικοτροπίνη (CRH) μπορεί να επηρεαστεί λόγω αλλαγής της λειτουργίας GR στον υποθάλαμο και τον ιππόκαμπο (Pariente, 2006).

Ο υποθάλαμος εκλύει τον παράγοντα έκλυσης της κορτικοτρόπου ορμόνης (CRF). Οι νευρώνες που απελευθερώνουν την CRF βρίσκονται στον υποθάλαμο (στον παρακοιλιακό πυρήνα) και σε περιοχές εκτός υποθαλάμου. Η νοραδρεναλίνη ενεργοποιεί την αμυγδαλή, τον κύριο σχηματισμό για τις σχετιζόμενες με φόβο συμπεριφορές, και βελτιώνει τη μακράς διάρκειας αποθήκευση των αρνητικά επενδυμένων συναισθηματικών μηνύων στον ιππόκαμπο και το ραβδωτό εγκέφαλο (Tsigos&Chrousos, 2002).

Ο παράγοντας έκλυσης της κορτικοτρόπου ορμόνης ευθύνεται για την έκκριση της ACTH. Η υπερβολική απελευθέρωση του εκλυτικού παράγοντα, συμβάλλει στην αυξημένη έκκριση της φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης και στην επακόλουθη αύξηση των επιπέδων της κορτιζόλης. Η υπερέκριση της υποθαλαμικής CRF οδηγεί σε αυξημένο όγκο της υπόφυσης, αυξημένη έκκριση ACTH και στην συνέχεια αύξηση του όγκου του φλοιού των επινεφριδίων με αποτέλεσμα αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης.

Ενδείξεις για την συμμετοχή του HPA-άξονα στην εμφάνιση της κατάθλιψης αποτελούν οι αυξημένες συγκεντρώσεις κορτιζόνης στο πλάσμα ούρα και ENY των ασθενών με μείζων κατάθλιψη, τα αυξημένα επίπεδα της CRH στο ENY, η αντίσταση στην καταστολή με δεξαμεθαζόνη και η υπερτροφία του φλοιού των επινεφριδίων. Επίσης πιθανή είναι και η υπόθεση ότι η δυσλειτουργία του άξονα CRH να είναι αποτέλεσμα της μείζονος κατάθλιψης σε επίπεδο αλληλεπιδράσεων μεταξύ γλυκοκορτικοστεροειδών και μονοαμινών (ιδιαίτερα αυτών που επηρεάζουν τη σεροτονινεργική και ντοπαμινεργική νευροδιαβίβαση). Αυτή η υπόθεση είναι και η πιο κοντινή στην παθοφυσιολογία της μείζονος κατάθλιψης.

Φλεγμονώδης κατάσταση στην διπολική κατάσταση και οξειδωτικό στρες

Υπάρχει η υπόθεση ότι στη μείζονα κατάθλιψη υπάρχει μία έλλειψη ισορροπίας ανάμεσα σε φλεγμονώδεις και αντιφλεγμονώδεις δείκτες.

Συγκεκριμένα, οι φλεγμονώδεις κυτταροκίνες όπως η IFN-α, κυριαρχούν πάνω στις αντιφλεγμονώδεις κυτταροκίνες όπως η IL-10.24(Myint, 2012).

Είδαμε ότι η CRF συμβάλλει στην ενεργοποίηση του υποθαλαμοϋποφυσιακού άξονα, καθώς και στη διέγερση του συμπαθητικού συστήματος. Η δράση του CRF επιτελείται με τη βοήθεια των υποδοχέων CRF1 και CRF2, οι οποίοι παίζουν ρόλο στην αλληλεπίδραση μεταξύ του στρεσογόνου παράγοντα και του ανοσοποιητικού συστήματος που οδηγεί στην παραγωγή φλεγμονωδών κυτταροκινών. Οι υποδοχείς του CRF βρίσκονται στα περισσότερα κύτταρα του ανοσοποιητικού, όπως στα ανθρώπινα μονοκύτταρα, στα μακροφάγα και στα T-λεμφοκύτταρα. Η ενεργοποίηση των υποδοχέων CRF στα συγκεκριμένα κύτταρα οδηγεί στην παραγωγή φλεγμονωδών κυτταροκινών. Στον προοπτικό πυρήνα του υποθαλάμου υπάρχουν υποδοχείς όπου συνδέονται οι φλεγμονώδεις κυτταροκίνες IL-1, IL-6 και TNF-α. Και στην περίπτωση αυτή τα κύτταρα που ενεργοποιούνται από τις κυτταροκίνες παράγουν κορτικοστεροειδή. Δηλαδή, παρατηρείται ενεργοποίηση του άξονα υποθάλαμου-υπόφυσης (Connor, 1998).

Το ψυχοκοινωνικό στρες ενεργοποιεί τη φλεγμονώδη αντίδραση περιφερικά, αλλά και στον εγκέφαλο. Έχει βρεθεί ότι οι μεταβολές που προκαλεί το ψυχοκοινωνικό στρες στον NF-κΒ και στην IL-6 είναι πολύ εντονότερες σε ασθενείς με κατάθλιψη, γεγονός που συμβαδίζει με την παρατήρηση ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με αυξημένη απαντητικότητα της IL-6 στα αντιγονικά ερεθίσματα (Munkholm et al, 2014).

Οι μηχανισμοί με τους οποίους το στρες ενεργοποιεί το ανοσοποιητικό σύστημα περιλαμβάνουν τη διέγερση του συμπαθητικού συστήματος και του υποθαλαμοϋποφυσιακού άξονα. Για παράδειγμα, οι κατεχολαμίνες που δρουν μέσω των άλφα και βήτα αδρενεργικών υποδοχέων αυξάνουν τα επίπεδα των κυτταροκινών στον εγκέφαλο και περιφερικά στους ποντικούς, ενώ οι άλφα αδρενεργικοί ανταγωνιστές αναστέλλουν την αύξηση της IL-6 σε ανθρώπους που εκτέθηκαν σε υψομετρικό στρες (Miller, 2009).

Οι κυτταροκίνες αποδιοργανώνουν τους αναδραστικούς μηχανισμούς του υποθαλαμοϋποφυσιακού άξονα. Δηλαδή, κανονικά η αύξηση των κορτικοστεροειδών που προκαλούν οι κυτταροκίνες θα έπρεπε να αναστέλλεται με τη λειτουργία αρνητικών αναδραστικών μηχανισμών. Οι κυτταροκίνες, όμως,

αποδιοργανώνουν τους μηχανισμούς αυτούς με συνέπεια την ύπαρξη υπερκορτιζολαιμίας.

Ακόμη, θα μπορούσε να λεχθεί ότι η αρχική αύξηση των επιπέδων της σεροτονίνης που προκαλούν οι φλεγμονώδεις κυτταροκίνες επιδρά στον υποθαλαμοϋποφυσιακό άξονα. Αυτό, όμως, συμβαίνει, μόνο στα αρχικά στάδια, γιατί στη συνέχεια παρατηρείται μία χρόνια μείωση των επιπέδων σεροτονίνης. Η υπερκορτιζολαιμία, η υπερδραστηριότητα του υποθαλαμοϋποφυσιακού άξονα και η θετική δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη που προκαλούν οι φλεγμονώδεις κυτταροκίνες αποτελούν χαρακτηριστικούς δείκτες της μείζονας κατάθλιψης (Wischers, 2002).

Γενικότερα, στη διπολική διαταραχή υπάρχει αλληλεπίδραση ανάμεσα στο ανοσοποιητικό, στο ενδοκρινολογικό και στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Σχετικά με το ανοσοποιητικό σύστημα, παρατηρείται ελάττωση της δραστηριότητας των κυτταροκτόνων κυττάρων και της φαγοκυττάρωσης από τα ουδετερόφιλα, αλλά ταυτόχρονα και μία αύξηση της δραστηριότητας των μονοκυττάρων και των μακροφάγων, αύξηση των θετικών πρωτεϊνών οξείας φάσεως, των ανοσοσφαιρινών Α και Μ, των C3 και C4. Οι μεταβολές αυτές δείχνουν ότι υπάρχει μία αύξηση των φλεγμονωδών κυτταροκινών από τα ενεργοποιημένα μακροφάγα και μία μείωση των αντιφλεγμονωδών κυτταροκινών, όπως η IL-4 και η IL-10.24 Σε κλινικό επίπεδο το αποτέλεσμα ήταν η εμφάνιση εύκολης κόπωσης, η δυσλειτουργία του αυτόνομου και του γαστρεντερικού συστήματος καθώς και η αίσθηση της λοίμωξης (Munkholm et al, 2014).

Εκτός από τις μεταβολές στη συγκέντρωση των φλεγμονωδών κυτταροκινών στο πλάσμα καταθλιπτικών ασθενών, ο ρόλος των κυτταροκινών αυτών στην αιτιολογία της κατάθλιψης φαίνεται και από τις ψυχικές μεταβολές που παρατηρούνται σε ασθενείς με ηπατίτιδες ή κάποιες μορφές καρκίνου που λαμβάνουν θεραπεία με ιντερφερόνες. Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών αυτών εμφανίζει καταθλιπτική διάθεση, άγχος, γνωσιακές διαταραχές, ανορεξία, διαταραχές βραχείας μνήμης και διαταραχές ύπνου, που αποτελούν χαρακτηριστικά συμπτώματα της κατάθλιψης. Οι μεταβολές αυτές της ψυχικής διάθεσης σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα φλεγμονωδών κυτταροκινών στο πλάσμα. Η συσχέτιση μεταξύ της φλεγμονής και της κατάθλιψης φαίνεται και από

το γεγονός ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα υφίστανται με την αποδρομή της φλεγμονής. Επίσης, η αποτελεσματική αντικαταθλιπτική αγωγή των καταθλιπτικών ασθενών συνοδεύεται και από μείωση των φλεγμονωδών δεικτών (Dunn, 2006).

Οξειδωτικό στρες

Το οξειδωτικό στρες έχει αποδειχθεί ότι παίζει ρόλο στην παθοφυσιολογία της διπολικής διαταραχής (Gawryluk et al., 2011). Αύξηση των μεταβολών των οξειδωτικών ενζύμων, καθώς και των προϊόντων υπεροξειδωσής των λιπιδίων, έχουν ανιχνευθεί σε άτομα με διπολική διαταραχή και άλλες ψυχιατρικές ασθένειες (Steckert et al., 2010). Μειωμένα επίπεδα της γλουταθειόνης στον εγκέφαλο έχουν αναφερθεί στη διπολική διαταραχή, καθώς και στη σχιζοφρένεια (Fullerton et al., 2010). Μαζί με τη μείωση της γλουταθειόνης, στοιχεία που αποδεικνύουν την οξειδωτική βλάβη των μιτοχονδριακών πρωτεϊνών, έχουν σημειωθεί στους εγκεφάλους των ασθενών. Η γλουταθειόνη, ως το πρωτεύον αντιοξειδωτικό στο σώμα, ενεργεί ως καθαριστής ελεύθερων ριζών και έχει παρατηρηθεί συγκέντρωση της σε υψηλά επίπεδα στον εγκέφαλο (Choy et al., 2010). Μειωμένα επίπεδα γλουταθειόνης οδηγούν σε αύξηση της ευαισθησίας των κυττάρων στο οξειδωτικό στρες (Gawryluk et al., 2011).

Η μείωση του γλουταθειίου έχει συνδεθεί με γνωστικά ελλείμματα, όπως η διαταραχή στην βραχυπρόθεσμη μνήμη για αναγνώριση και κατάθλιψη σε ψυχιατρικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένης της διπολικής διαταραχής και σχιζοφρένειας (Choy et al., 2010). Αντικατάσταση της γλουταθειόνης φαίνεται να βελτιώσει αυτά τα ελλείμματα. Διοίκηση της Ν-ακετυλο-κυστεΐνης (NAC), η οποία είναι ένας πρόδρομος της γλουταθειόνης, έχει συνδεθεί με βελτιωμένη βραχυπρόθεσμη χωρική μνήμη σε αρουραίους και με την κατάθλιψη στον άνθρωπο (Magalhaes et al., 2011). Επιπλέον, αντιοξειδωτική δράση των σταθεροποιητών της διάθεσης, συμπεριλαμβανομένων του λιθίου και του βαλπροϊκού οξέος, έχουν παρατηρηθεί στα ζωικά μοντέλα της επαγόμενης οξειδωτικής μανίας. Περαιτέρω αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν τον ρόλο του οξειδωτικού στρες σε διπολικές διαταραχές ενώ υπογραμμίζοντας τις προστατευτικές επιδράσεις της σταθεροποιητής διάθεσης όσον αφορά τους προτεινόμενες αντιοξειδωτικές επιδράσεις στον εγκέφαλο (Jornada et al., 2011).

2.7.2. Απορρύθμιση αυτόνομου νευρικού συστήματος (συμπαθητικό / παρασυμπαθητικό)

Η διπολική διαταραχή σχετίζεται με υπερβολική δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (SNS). Στη μελέτη των Latalovaetal (2010) έξτρα νευρωνική νορεπινεφρίνη βρέθηκε να είναι αυξημένη σε μια ομάδα διπολικών ασθενών σε σχέση με υγιή άτομα της ομάδας ελέγχου.

Η δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος περισσότερο αντανάκλαται από τη μειωμένη δραστηριότητα του συμπαθητικού, και η αυξημένη συμπαθητική δραστηριότητα μπορεί να είναι ένας χαρακτηριστικός δείκτης για τη διπολική διαταραχή. Η ανεπάρκεια του υποδοχέα των γλυκοκορτικοειδών και η αυξημένη φλεγμονώδης κατάσταση, αποτελεί ένδειξη για μεταβολικό σύνδρομο, διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος και αγγειακή νόσο σε διπολικούς ασθενείς. Η αγγειακή νόσος έχει πρόσφατα εντοπιστεί ως η κύρια αιτία της υπερβολικής θνησιμότητας στη διπολική διαταραχή (Laursetal, 2013).

Επίσης, το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα επηρεάζει τη διαδικασία της φλεγμονής. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι η διέγερση των κινητικών νευρικών ινών του πνευμονογαστρικού προκαλεί αναστολή της παραγωγής των κυτταροκινών μετά τη χορήγηση ενδοτοξίνης σε πειραματόζωα (Milleretal, 2009).

2.7.3. Διαταραχές νευροδιαβίβασης

Η επίδραση νευροβιολογικών παραγόντων στη διπολική διαταραχή σχετίζεται με τη διαταραχή της νευροδιαβίβασης. Η μείωση των επιπέδων των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, όπως της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης αρχικά και της ντοπαμίνης και της ακετυλοχολίνης αργότερα, οδήγησε στην εμπλοκή των νευροδιαβιβαστών στην αιτιολογία της διπολικής διαταραχής. Η ανεπάρκεια τους θεωρήθηκε υπεύθυνη για την κατάθλιψη, ενώ η υπερβολική τους αύξηση συνδυάστηκε με την εμφάνιση της μανίας. Οι αυξομειώσεις αυτές και ιδιαίτερα της σεροτονίνης (που επηρεάζει τη διάθεση), σχετίστηκαν και με σωματικές δυσλειτουργίες, διαταραχές του ύπνου, σεξουαλική δραστηριότητα, διαταραχές στη σίτιση, τη μνήμη και τη γνωστική εξασθένηση (Jayaetal, 2013).

Σεροτονίνη

Η σεροτονίνη (5-HT) συντίθεται από τη τρυπτοφάνη, που μεταφέρεται στον εγκέφαλο από το πλάσμα, ενώ διασπάται από τη μονοαμινοξειδάση A (ΜΑΟ) και επαναπροσλαμβάνεται από την αντλία σεροτονίνης. Η αναλογία της σεροτονίνης στο σύνολο των νευροδιαβιβαστών είναι 2% και η πλειοψηφία των κυτταρικών σωμάτων των σεροτονεργικών νευρώνων βρίσκεται στο εγκεφαλικό στέλεχος, στον υποθάλαμο, στον αμυγδαλοειδή πυρήνα, στην μέλαινα ουσία και στον νωτιαίο μυελό. Η σεροτονίνη παίζει ρόλο στη ρύθμιση της διάθεσης, του ύπνου, της όρεξης, ορισμένων νωτιαίων αντανακλαστικών, και στον έλεγχο των συναισθημάτων άγχους και πανικού. Μείωση συγκεκριμένου μεταβολίτη της σεροτονίνης (5-HIAA) παρατηρήθηκε σε ασθενείς με διπολική διαταραχή και σχετίστηκε με παρορμητική, επιθετική συμπεριφορά και μανία, υπογραμμίζοντας τον ρόλο της σεροτονίνης στην παθοφυσιολογία της διπολικής διαταραχής. Επιπλέον, μείωση της κεντρικής δραστηριότητας της σεροτονίνης έχει βρεθεί σε διπολικά άτομα που ήταν στην καταθλιπτική φάση (Chouetal, 2010).

Νορεπινεφρίνη

Η νορεπινεφρίνη (NE) συντίθεται από την τυροσίνη, διασπάται από τη μονοαμινοξειδάση A (ΜΑΟ) και την Ο-μεθυλοτρανσφεράση της κατεχόλης (COMT) και επαναπροσλαμβάνεται από την αντλία νορεπινεφρίνης. Η αναλογία της νορεπινεφρίνης στο σύνολο των νευροδιαβιβαστών είναι λιγότερο του 1%. Αυξημένες συγκεντρώσεις της νορεπινεφρίνης έχουν βρεθεί στο πλάσμα και εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ) των ασθενών με διπολική διαταραχή (Vawteretal, 2000). Η νορεπινεφρίνη ρυθμίζει τις γνωστικές λειτουργίες (μνήμη, μάθηση, αντίληψη, νόηση), τον καρδιακό ρυθμό και τη λειτουργία της ουροδόχου κύστης. Τα διπολικά άτομα μπορεί να είναι υπερευαίσθητα σε διακυμάνσεις των επιπέδων της νορεπινεφρίνης (Delgado & Moreno, 2000).

Ντοπαμίνη

Η ντοπαμίνη είναι μια κατεχολαμίνη που έχει αποδειχθεί ότι παίζει σημαντικό ρόλο στις διπολικές διαταραχές. Η υπερβολική δραστηριότητα

της ντοπαμίνης διευκολύνει την εμφάνιση συμπτωμάτων μανίας και παραληρητικών ιδεών (Cousins et al, 2009). Η μειωμένη νευροδιαβίβαση της ντοπαμίνης μπορεί να συσχετίζεται με την κατάθλιψη και την αυτοκτονικότητα (Szczepankiewicz et al., 2011).

Η ντοπαμίνη θεωρείται υπεύθυνη για συναισθήματα όπως η ηδονή, η ευφορία, και στον αντίποδα οι ψευδαισθήσεις. Η θεωρία ότι η χρήση φαρμάκων που περιορίζουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης φάνηκε να αυξάνουν την έκκριση της ντοπαμίνης, συνέδεσε τον νευροδιαβιβαστή με την παθοφυσιολογία της κατάθλιψης. Στην ίδια κατεύθυνση οδηγεί και η παρατήρηση ότι τα επίπεδα υπερβολικής ντοπαμίνης που παρατηρήθηκαν σε επεισόδια μανίας, μπορεί να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά με τα αντιψυχωσικά φάρμακα, των οποίων μηχανισμός συνεπάγεται αποκλεισμό της ντοπαμίνης (Greenwood et al, 2001).

Ακετυλοχολίνη

Η ακετυλοχολίνη (ACh) συντίθεται από την χολίνη και το ακετυλσένζυμο Α. Η ακετυλοχολίνη, μαζί με την κορτιζόλη, τις μονοαμίνες και τα αμινοξέα έχει προταθεί ότι παίζει ρόλο στην παθοφυσιολογία της διπολικής διαταραχής. Η φυσοστιγμίνη ως αναστολέας της ακετυλοχολινεστεράσης και χολινεργικός παράγοντας, έχει οδηγήσει σε μείωση των μανιακών συμπτωμάτων, καθώς και σε αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε άτομα μανιακά (Chen et al., 2010).

GABA

Ανώμαλα επίπεδα γάμμα αμινο-βουτυρικό οξύ (GABA) έχουν εντοπιστεί στη διπολική διαταραχή. Το GABA είναι ένας ανασταλτικός νευροδιαβιβαστής που ρυθμίζει τη δραστηριότητα των άλλων νευροδιαβιβαστών στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Η σύνθεση του GABA γίνεται από το γλουταμινικό με τη βοήθεια του ενζύμου αποκαρβοξυλάση του γλουταμινικού οξέος (GAD). Το GABA είναι ο κύριος ανασταλτικός νευροδιαβιβαστής στους ενδογενείς νευρώνες, οι οποίοι λειτουργούν ως τοπικοί μεσολαβητές στις ανασταλτικές παλίνδρομες ώσεις, εντούτοις υπάρχουν και κάποιοι γκαμπα-εργικοί νευρώνες που προβάλλουν σε πιο απομακρυσμένες περιοχές όπως τα βασικά γάγγλια και η παραγκεφαλίδα. Η σχέση

του GABA με τις βενζοδιαζεπίνες δίνει βαρύτητα στην πιθανή συμμετοχή του στην παθοφυσιολογία των αγχωδών διαταραχών (Vuoristo, 2011).

Το GABA συμμετέχει στην αναστολή της επιθετικής και παρορμητικής συμπεριφοράς, που συχνά κυριαρχεί στην διπολική διαταραχή, κυρίως στα μικτά και μανιακά επεισόδια (Sakaietal., 2008). Ελλείμματα του GABA, καθώς και μειωμένη ανασταλτική δράση έχουν αναφερθεί στο φλοιό του εγκεφάλου των ατόμων με διπολική διαταραχή. Μειωμένα επίπεδα του GABA στο πλάσμα έχουν επίσης εμπλακεί σε διπολική μανία καθώς όπως διπολική κατάθλιψη (Levinsonetal., 2007). Επιπλέον, οι σταθεροποιητικές της διάθεσης, όπως βαλπροϊκό, καρβαμαζεπίνη, γκαμπαπεντίνη και ανθρακικό λίθιο έχει αναφερθεί ότι μεταβάλουν τα επίπεδα του GABA, ενδεχομένως συνδυάζοντας τη μείωση της επιθετικής και παρορμητικής συμπεριφοράς με την αύξηση της διαθεσιμότητας και αποτελεσματικότητας του GABA (Sakaietal., 2008).

Γλουταμινικό οξύ

Το γλουταμικό είναι το πιο σημαντικό και το πιο διαδεδομένο αμινοξύ στο ΚΝΣ των θηλαστικών. Συντίθεται από αρκετές και διαφορετικές πρόδρομες ουσίες στις απολήξεις των προσυναπτικών νευρικών κυττάρων. Όταν απελευθερωθεί στην συναπτική σχισμή, επαναρροφάται από τον προσυναπτικό νευρώνα και τα παρακείμενα κύτταρα της γλοίας. Οι περισσότεροι νευρώνες που χρησιμοποιούν το γλουταμικό ως νευροδιαβιβαστή είναι προβλητικοί νευρώνες. Περιλαμβάνουν τους πυραμιδικούς νευρώνες του φλοιού προβάλλοντας σε διάφορες υποφλοιώδεις και φλοιικές περιοχές, στην παρεγκεφαλίδα και τον νωτιαίο μυελό. Το γλουταμινικό, είναι επιπλέον, ο κύριος νευροδιαβιβαστής εντός του υποκάμπου παίζοντας σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση της μνήμης και μάθησης (Smith-Swintosky, 2005).

Η κεταμίνη, ένας ανταγωνιστής των NMDA υποδοχέων του γλουταμινικού οξέος, οδηγεί σε γρήγορη και σταθερή αντικαταθλιπτική δράση σε ασθενείς με ανθεκτική στην θεραπεία μείζονα κατάθλιψη. Ανταγωνιστές των NMDA υποδοχέων έχουν αντικαταθλιπτική δράση. Η ύπαρξη υποδοχέων γλουταμινικού οξέος σε περιοχές όπως οι πυρήνες της ραφής, υποδεικνύει μια στενή σχέση

μεταξύ της ρύθμισης της νευροδιαβίβασης των μονοαμινών και του γλουταμινικού οξέος (Eastwood and Harrison, 2010).

Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή και κατάθλιψη έχουν υψηλά επίπεδα γλουταμινικού οξέος στον μετωπιαίο λοβό σε σχέση με υγιείς μάρτυρες. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με την παρατήρηση ότι τα θυμοσταθεροποιητικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην διπολική διαταραχή έχουν νευροπροφυλακτική δράση απέναντι στην νευροτοξικότητα του γλουταμινικού οξέος (Dager et al., 2004).

Ο παράγοντας BDNF και η νευροτροφική υπόθεση

Οι νευροτροφίνες εμπλέκονται στη νευρωνική επιβίωση και τη συναπτική πλαστικότητα, για αυτό το λόγο έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια για την εμπλοκή τους σε ψυχικές διαταραχές. Ο όρος νευροπλαστικότητα περιλαμβάνει διαφορετικές διαδικασίες ζωτικής σημασίας με τις οποίες ο εγκέφαλος δέχεται, προσαρμόζεται και απαντά σε πλήθος εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμάτων. Σε κυτταρικό επίπεδο η κυτταρική πλαστικότητα προσδιορίζει την ικανότητα των εγκεφαλικών κυττάρων να προσαρμόζονται σε συνθήκες στρες. Ο παράγοντας BDNF κατέχει σημαντικό ρόλο στη νευρογένεση, και είναι ο κύριος νευροτροφικός παράγοντας του υποκάμπου. Ειδικά στον εγκέφαλο του ενήλικου είναι υπεύθυνος για τη δενδριτική ανάπτυξη και την παγίωση μακροχρόνιων μνημών (Grande et al., 2010).

Η νευροτροφική υπόθεση αποτελεί μία κύρια θεωρία για την παθογένεση της μείζονας κατάθλιψης. Σύμφωνα με αυτήν το στρες αυξάνει τα επίπεδα των γλυκοκορτικοειδών και μεταβάλλει την πλαστικότητα των κυττάρων, η οποία γίνεται με τη μείωση της συγκέντρωσης νευροτροφικών, αυξητικών παραγόντων. Στην κατηγορία αυτή κύριος εκπρόσωπος είναι ο BDNF, ο οποίος ασκεί σημαντική δράση στις δομές του μεταχιακού συστήματος και ιδιαίτερα στον υποκάμπο. Ο BDNF λειτουργεί ως ένας ανοσοδιαμορφωτής στην περιφέρεια του σώματος. Φαίνεται να υπάρχει μια αμφίδρομη επικοινωνία μεταξύ του ανοσοποιητικού συστήματος και των ρυθμιστών της νευροπλαστικότητας (Patas et al., 2014).

Μειωμένα επίπεδα του mRNA του BDNF στον υποκάμπο και η νευρική ατροφία, έχουν εντοπιστεί σε μελέτες με ποικίλα μοντέλα κατάθλιψης. Η

κατάθλιψη έχει συσχετιστεί με μειωμένο όγκο ιππόκαμπου ενώ μεταθανάτιες μελέτες σε καταθλιπτικούς ασθενείς, δείχνουν μειωμένα επίπεδα BDNF στον ιππόκαμπο. Αυξημένα επίπεδα BDNF έχουν βρεθεί σε καταθλιπτικούς ασθενείς μετά από αγωγή με αντικαταθλιπτικά (Steinetal, 2008).

Σε διπολικούς ασθενείς τύπου I έχουν βρεθεί αυξημένα επίπεδα BDNF στο πλάσμα (Barbosaetal, 2010). Μειωμένα επίπεδα BDNF τόσο στο μανιακό όσο και στο καταθλιπτικό επεισόδιο και φυσιολογικά επίπεδα στη φάση της ευθυμίας, δείχνουν ότι τα περιφερικά επίπεδα BDNF θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως βιοδείκτες των συναισθηματικών καταστάσεων και της πρόγνωσης της ΔΔ (Fernandesetal, 2011).

Ένας άλλος αυξητικός παράγοντας που σχετίζεται με την κατάθλιψη είναι ο FGF (fibroblast growth factor). Μειωμένη δραστηριότητα του FGF επηρεάζει την ανάπτυξη του εγκεφάλου και προδιαθέτει στην εμφάνιση κατάθλιψης. Γενικότερα, στην κατάθλιψη παρατηρείται μία διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ νευροεκφυλιστικών και νευροπροστατευτικών παραγόντων.

2.7.4. Διαταραχές κιρκάδιων ρυθμών

Οι διαταραχές του κιρκάδιου ρυθμού δεν είναι επιφανόμενο της διπολικής ασθένειας, δεδομένου ότι εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια επεισοδίων μανίας, κατάθλιψης, σε νορμοθυμικούς ασθενείς καθώς και σε υγιείς συγγενείς των διπολικών ασθενών. Η μειωμένη αποτελεσματικότητα του ύπνου και η περιορισμένη μνήμη σε ασθενείς με διπολική διαταραχή έχει πρόσφατα συνδεθεί με ανωμαλία στον πρόσθιο προμετωπιαίο φλοιό (McKennaetal, 2014).

Ηλεκτροεγκεφαλογραφικές μελέτες του ύπνου έχουν δείξει ότι σε μεγάλο αριθμό διπολικών ασθενών υπάρχουν ανωμαλίες στο ΗΕΓ που λαμβάνεται κατά τη διάρκεια του ύπνου των ασθενών αυτών. Τα πιο συχνά πολυπνογραφικά ευρήματα είναι :

- υψηλότερη πυκνότητα του ύπνου REM,
- μεγαλύτερη μεταβλητότητα στις συνήθειες του ύπνου,
- μεγαλύτερη λανθάνουσα κατάσταση και διάρκεια ύπνου,
- χαμηλότερη αποδοτικότητα του ύπνου,

- μεγαλύτερο αριθμό αφυπνίσεων,
- ύπνο με συχνές διακοπές, και
- μειωμένη ημερήσια δραστηριότητα, (Milhietetal, 2014).

Άλλοι συγγραφείς έχουν επισημάνει ότι οι διπολικοί πάσχοντες έχουν έμφυτη αστάθεια και άμβλυση των βιολογικών ρυθμών, καθιστώντας δύσκολη την εκτέλεση της εργασίας με βάρδιες (Gonzalezetal, 2014).

Ο κίρκαδικός ρυθμός του ατόμου (βιολογικό ρολόι) που παράγει μέγιστη εγρήγορη το βράδυ, έχει μια σημαντική συσχέτιση με σημαντικές κλινικές εκδηλώσεις της διπολικής ασθένειας, συμπεριλαμβανομένων των στοιχείων έντασης της κατάθλιψης, του άγχους, της κατάχρησης ουσιών, της πρωινής υπνηλίας, ενώ παρατηρείται μείωση στα επίπεδα της μελατονίνης (Milhiet et al, 2014).

3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η Διάγνωση της Διπολικής διαταραχής και πως γίνεται

Η Διπολική Διαταραχή μπορεί να είναι δύσκολο να διαγνωσθεί από την πρώτη στιγμή. Μερικοί άνθρωποι πηγαίνουν στον ψυχίατρο ή τον ψυχολόγο για περισσότερο από 10 έτη ώστε να γίνει σωστή διάγνωση του προβλήματός τους. Αυτό έχει να κάνει με την διπλή φύση της διαταραχής. Όταν κάποιος περιβάλλεται από μανία ή υπομανία και αισθάνεται γεμάτος ενέργεια σπάνια αναζητά παρακολούθηση και θεραπεία από κάποιον ειδικό. Αντίθετα συχνά αναζητούν θεραπεία όταν πέφτουν σε ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Δηλαδή εκείνη την εποχή περιγράφουν μόνο καταθλιπτικά συμπτώματα στον γιατρό τους. Ως εκ τούτου το άτομο στην συγκεκριμένη χρονική στιγμή θα διαγνωστεί λανθασμένα για κατάθλιψη και όχι για Διπολική Διαταραχή. Στους ασθενείς με κατάθλιψη είναι πολύ σημαντικό για τον ειδικό να εξακριβώσει εάν υπάρχει ιστορικό μανίας ή υπομανίας. Είναι επίσης χρήσιμο να ερωτηθεί ο ασθενής για το πότε εμφάνισε επεισόδια ευφορίας με μειωμένη ανάγκη για ύπνο, έντονη ενεργητικότητα και εναλλαγή διάθεσης. Κατατοπιστική είναι και η αναφορά για τυχόν ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού διπολικής διαταραχής. Ωστόσο, οι ασθενείς πιθανόν να μην γνωρίζουν αν κάποιος συγγενής πάσχει από διπολική διαταραχή ή να έχουν ακούσει για συγγενικό τους πρόσωπο το οποίο να έχει εισαχθεί σε ψυχιατρική κλινική. Επιπλέον, αναφορά στο ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας ή καταχρήσεων σε ουσίες ή αλκοόλ αποτελεί στοιχείο που συνηγορεί υπέρ διπολικής διαταραχής. Η διπολική διαταραχή συμμερίζεται πολλά από τα σημεία και συμπτώματα που σχετίζονται με άλλες ψυχιατρικές ασθένειες, όπως διαταραχές άγχους και σχιζοφρένειας η οποία μπορεί να περιπλέξει τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στη διαδικασία εκτίμησης του ασθενούς ο ειδικός να συμπεριλάβει και πρόσωπα της οικογένειας, διότι οι ασθενείς με διπολική διαταραχή συχνά έχουν μειωμένη επίγνωση και μνήμη, κυρίως των

επεισοδίων που βρίσκονται σε ευφορία. Οι αναφορές λοιπόν από τέτοια πρόσωπα μπορεί να αποδειχθούν εξαιρετικά πολύτιμες. Δυστυχώς καμμία εργαστηριακή εξέταση δεν μπορεί να ανιχνεύσει τη διπολική διαταραχή. Ωστόσο ένα απλό ερωτηματολόγιο μπορεί να βοηθήσει το γιατρό να προσδιορίσει αν κάποιος έχει κοινά συμπτώματα διπολικής διαταραχής. Αυτό το ερωτηματολόγιο ονομάζεται Διαταραχή της Διάθεσης ή MDQ. Το MDQ είναι ένας πίνακας ελέγχου που με αυτόν ο γιατρός μπορεί να ερθει πιο κοντά στο αποτελεσμα διάγνωσης για την διπολική διαταραχή. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που μπορεί εύκολα και γρήγορα να συμπληρωθεί από κάποιο γιατρό, νοσηλευτή ή κάποιο άλλο εξειδικευμένο άτομο του ιατρικού προσωπικού. Λαμβάνεται το ιστορικό μέσα από 13 ερωτήσεις, στις οποίες οι απαντήσεις είναι μονολεκτικές (Ναι-Όχι). Από τα αποτελέσματα των απαντήσεων εξάγεται το συμπέρασμα για την παρουσία ή όχι στον ασθενή μανίας ή υπομανίας. Θετικό αποτέλεσμα για διπολική διαταραχή προκύπτει όταν συγκεντρωθούν τουλάχιστον 7 θετικές απαντήσεις. Το ερωτηματολόγιο κρίνεται αξιόπιστο για τη διάγνωση διπολικής διαταραχής, καθώς έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες επιτυχώς. (Eric Hollander MD, 2004).

· **Το ερωτηματολόγιο στην κλινική**

Το ερωτηματολόγιο έχει εκτιμηθεί σε μια μελέτη που διεξήχθη σε 5 ψυχιατρικές κλινικές με ειδικότητα στις διαταραχές του συναισθήματος. Με τη συναίνεση των νοσηλευομένων, αυτοί εκλήθησαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις. Ένα τυχαίο δείγμα από τους ασθενείς υποβλήθηκε σε ερευνητική διαγνωστική συνέντευξη από τηλεφώνου, από κάποιο εκπαιδευμένο γι' αυτό το σκοπό άτομο. Το άτομο που έλαβε τη συνέντευξη δεν γνώριζε τη διάγνωση και τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου των ασθενών. Από τους ασθενείς που πήραν μέρος στη συνέντευξη το 63% ήταν γυναίκες, ενώ μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 44 έτη.

· **Το ερωτηματολόγιο στην κοινότητα**

Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε και για τον έλεγχο της διπολικής διαταραχής στην κοινότητα και εστάλη σε 100.000 αντιπροσωπευτικές οικογένειες που είχαν καταγραφεί δημογραφικά στις ΗΠΑ. Επιπρόσθετα εστάλη και σε 27.800 μεμονωμένα άτομα που επιλέχθηκαν ώστε να βελτιωθεί η αντιπροσωπευτική φύση

των συνδυαζόμενων δειγμάτων. Περίπου το 72% των ερωτηθέντων απάντησαν μέσα σε 6 εβδομάδες, ενώ από τα μεμονωμένα άτομα απάντησε το 64,7%. Το ποσοστό που προέκυψε για τη διπολική διαταραχή στην κοινότητα, από το σύνολο των απαντήσεων του ερωτηματολογίου, ήταν 3,7%. Επίσης, πρόσφατα δημιουργήθηκε και μία ειδική έκδοση του ερωτηματολογίου που να αφορά στη συμπεριφορά των εφήβων (ηλικίας 12-17 ετών), με σκοπό να εκτιμηθεί η παρουσία διπολικής διαταραχής στον ευαίσθητο αυτό πληθυσμό. Σ' αυτή την περίπτωση το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει και πάλι 13 ερωτήσεις. Στόχος ήταν να διερευνηθεί η ψυχοκοινωνική κατάσταση των εφήβων (π.χ. απόδοση στο σχολείο, διαπροσωπικές σχέσεις, προβλήματα με το νόμο). Η διαφορά ήταν ότι συμπληρώθηκε από το γονέα και όχι από τον έφηβο. Αυτό απέδωσε εξαιρετικά αποτελέσματα –ευαισθησία 72% και ειδικότητα 81%. Η χρησιμότητα του ερωτηματολογίου ως εργαλείο ελέγχου μειώθηκε αισθητά όταν συμπληρώθηκε από τους ίδιους του εφήβους, γεγονός που ίσως να οφείλεται στη μειωμένη επίγνωση, η οποία είναι χαρακτηριστική της ασθένειας. Ένα θετικό αποτέλεσμα στο ερωτηματολόγιο δεν υποδηλώνει ότι ο ασθενής σίγουρα πάσχει από διπολική διαταραχή. Χρειάζεται πάντα ενδελεχής έλεγχος προτού τεθεί η διάγνωση. Αυτός περιλαμβάνει εκτίμηση της συνολικής κατάστασης του ασθενούς ιατρικά, εκτενή ψυχιατρική εξέταση, ενώ ιδιαίτερη βαρύτητα πρέπει να δίνεται στο ιστορικό για τυχόν λήψη φαρμάκων ή άλλων ουσιών (KupferD 2009).

3.1.1. Η επίπτωση στην λανθασμένη διάγνωση

Υπάρχουν αρκετά στοιχεία που συνηγορούν υπέρ του ότι η διπολική διαταραχή είτε παραβλέπεται είτε, λανθασμένα, διαγιγνώσκεται ως Μείζον Κατάθλιψη. Το 1994 οι Lish et al δημοσίευσαν τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήγαν σε μέλη της Ένωσης καταθλιπτικών και Μανιοκαταθλιπτικών (National Depressive and Manic-Depressive Association, αποτελεί ένωση 82 που εκπροσωπεί ασθενείς και μέλη οικογενειών ατόμων που πάσχουν από συναισθηματικές διαταραχές). Η έρευνα συγκέντρωσε 500 απαντημένα ερωτηματολόγια και παρά τις μεθοδολογικές της αδυναμίες κατέτεινε στο ότι υπάρχει σημαντική χρονική

υστέρηση μεταξύ της έναρξης των συμπτωμάτων και της διάγνωσης της διπολικής, ενώ η πιο πρόωμη διάγνωση συμβάλλει σε καλύτερο μακροχρόνιο αποτέλεσμα, δηλαδή λιγότερα προσωπικά, κοινωνικά και επαγγελματικά προβλήματα και άρα καλύτερη λειτουργικότητα. Οι Hirschfield et al επανέλαβαν την προηγούμενη έρευνα το 2000 και στην δημοσίευση των αποτελεσμάτων τους – που διεξήχθη σε δείγμα πληθυσμού (N=600) που προερχόταν από την Ένωση Καταθλιπτικών και Μανιοκαταθλιπτικών και συμπέραναν ότι το 69% των διπολικών που απάντησαν στην έρευνα είχαν αρχικά λάβει λανθασμένη διάγνωση. Είχαν, κατά μέσο όρο, λάβει 3,5 προηγούμενες (λανθασμένες) διαγνώσεις και είχαν (πριν την τεκμηρίωση της διπολικής διαταραχής) επισκεφθεί τέσσερις γιατρούς. Η πλειοψηφία, από αυτό το δείγμα ασθενών, θεώρησε ότι κυριότερο εμπόδιο για την ορθή διάγνωση ήταν η έλλειψη κατανόησης, αναφορικά με την διπολική, των επαγγελματιών υγείας που αρχικά επισκέφθηκαν. Από την άλλη πλευρά επεσήμαναν ότι και η αυτόματη αναφορά συμπτωμάτων από τους ίδιους ήταν εξαιρετικά περιορισμένη: η πλειοψηφία (>50%) ανέφερε μόνο τη διαταραχή του ύπνου και μόνο 4 στους 10 ανέφεραν συμπτώματα όπως η επιτάχυνση στη ροή της σκέψης, η λογόρροια, η ευερεθιστότητα, η επιθετικότητα, η παρορμητικότητα, η υπερθυμία, η μειωμένη κρίση και η αυξημένη δραστηριότητα. Λιγότερο από το ένα τρίτο ανέφερε στον γιατρό τη ριψοκίνδυνη συμπεριφορά, την υπερβολική σπατάλη χρημάτων και την αυξημένη σεξουαλική διάθεση. Η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών (75%) είχε (πριν τη βίωση των μανιακών συμπτωμάτων) βιώσει καταθλιπτικά συμπτώματα. Εντούτοις μόνο το 28% θεωρεί ότι η 83 περιορισμένη αναφορά συμπτωμάτων είναι ο λόγος που ωθεί σε λάθος διαγνώσεις. Σημαντικός είναι και ο λανθάνων χρόνος που μεσολαβεί από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι το άτομο να αναζητήσει βοήθεια. Μόλις το ένα τρίτο αναζητά βοήθεια μέσα σε ένα έτος από την έναρξη των συμπτωμάτων και επίσης ένα τρίτο (31%) ανέμεναν τουλάχιστον 10 χρόνια για να απευθυνθούν σε υγειονομική υπηρεσία. Οι περισσότεροι (63%) αναζήτησαν βοήθεια όταν τα συμπτώματα έγιναν ανεξέλεγκτα. Η πλειονότητα, αρχικά, επισκέφθηκε ψυχίατρο (62%). Οι πιο συνηθισμένες (λανθασμένες) διαγνώσεις ήταν η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή (60%). Άλλες διαγνώσεις περιελάμβαναν τις αγχώδεις διαταραχές (26%), τη σχιζοφρένεια (18%) και την αντικοινωνική ή μεταιχμιακή διαταραχή

προσωπικότητας (17%), διαταραχή από χρήση ουσιών ή αλκοόλ (14%) και σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (11%). Οι γυναίκες είναι πιθανότερο να λάβουν λανθασμένη διάγνωση απ' ότι οι άνδρες (72% έναντι 62%). Οι γυναίκες, επίσης, είναι πιθανότερο να διαγνωσθούν λανθασμένα ως πάσχουσες από κατάθλιψη (68% έναντι 43%) και οι άνδρες από σχιζοφρένεια (28% έναντι 14%). Ένας στους δύο διπολικούς (48%) ανέφερε ότι ο λανθάνων χρόνος που μεσολάβησε από την έναρξη της νόσου μέχρι και τη χορήγηση της κατάλληλης θεραπείας κυμαινόταν από κάποιους μήνες έως και πέντε χρόνια. Περισσότερο από το ένα τρίτο, ανέφερε χρονική υστέρηση που άγγιζε και σε κάποιες περιπτώσεις ξεπερνούσε την δεκαετία. Αυτό το χρονικό κενό μεταξύ της εκδήλωσης της νόσου και της ορθής διάγνωσης και θεραπείας δεν είναι διαφορετικό από αυτό που αναφέρουν οι Lish et al το 1994. Η σημασία της έγκαιρης και ορθής διάγνωσης φαίνεται και από το γεγονός ότι ασθενείς που καθυστέρησαν λιγότερο από 6 χρόνια μέχρι την ακριβή διάγνωση τηρούσαν καλύτερη στάση απέναντι στο πρόβλημα τους και θεωρούσαν σε υψηλότερο ποσοστό (84%) ότι μπορούν να το χειριστούν. 84 Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας του δικτύου Stanley Foundation Bipolar Network. Η έρευνα, που διεξήχθη σε 261 εξωτερικούς ασθενείς, κατέδειξε ότι κατά μέσον όρο μεσολαβούσαν 10 έτη μεταξύ της πρώτης εμφάνισης συμπτωμάτων και της έναρξης θεραπείας. Σε επιβεβαίωση των παραπάνω έρχεται και η δημοσίευση των Kupfer et al που αναφέρουν ότι περισσότεροι από τους μισούς διπολικούς δεν έλαβαν αγωγή για το πρώτο συναισθηματικό επεισόδιο (RizosE, RontosI, PapasteriadisE 2004).

3.1.2. Θεραπευτική αντιμετώπιση της Διπολικής διαταραχής

Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την διπολική διαταραχή. Το λίθιο χρησιμοποιείται κυρίως ως αντιμανιακό φάρμακο και για την πρόληψη της υποτροπής τόσο των μανιακών όσο και των καταθλιπτικών επεισοδίων της Διπολικής Διαταραχής. Πρόσφατες μελέτες, όμως, έχουν δείξει ότι το λίθιο είναι χρήσιμο φάρμακο και για την πρόληψη της υποτροπής καταθλιπτικών επεισοδίων σε μονοπολικούς καταθλιπτικούς, οπότε θεραπεία συντήρησης με λίθιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντί θεραπείας συντήρησης με τρικυκλικά ή άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Όμως το λίθιο σε μεγάλες ποσότητες στον οργανισμό

προκαλλεί παρενέργειες με αποτέλεσμα την βλάβη σημαντικών οργάνων όπως οι νεφροί, και ο θυρωειδής αδένας γιαυτό οι γιατροί αντικαθιστούν το λίθιο με άλλα φάρμακα όπως την καρβαμαζεπίνη είναι αποτελεσματική στη θεραπεία των μανιακών επεισοδίων, με κάποιες έρευνες να δείχνουν πως είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην ταχεία εναλλαγή της διπολικής διαταραχής καθώς και σε εκείνους με έντονα ψυχωσικά συμπτώματα, η λαμοτριγίνη έχει κάποια αποτελεσματικότητα στη θεραπεία της διπολικής κατάθλιψης, έχει επίσης αποδειχθεί ότι έχει κάποια αποτελεσματικότητα στην πρόληψη περαιτέρω επεισοδίων αν και σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει δεν είναι αρκετά αποτελεσματική στην ταχεία εναλλαγή.

Παρενέργειες του λιθίου και νοσηλευτικές ευθύνες

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

θεραπευτικής του συγκέντρωσης στον ορό του αίματος είναι 0.5 - 1.5 mEq/L. Πρέπει να γίνεται μέτρηση των επιπέδων του λιθίου στο αίμα μια-δύο φορές κατά την πρώτη εβδομάδα μέχρι όπου η δόση και τα επίπεδα στο αίμα είναι σταθερά.

Τα συμπτώματα της τοξικότητας του λιθίου αρχίζουν να φαίνονται, όταν τα επίπεδα τους στο αίμα είναι μεγαλύτερα από 1.5 mEq/L, και είναι: θαμπή όραση, αταξικό βάδισμα, εμβοές αυτιών, επίμονη ναυτία, έμετοι και έντονη διάρροια. Η επόμενη δόση δεν πρέπει να χορηγηθεί και να συζητηθεί με τον γιατρό αν κάποιο από τα παραπάνω συμπτώματα διαπιστωθεί κατά την εξέταση και την παρατήρηση ή αναφερθεί από τον άρρωστο. Αν δεν αντιμετωπισθούν και συνεχίσουν να αυξάνουν τα επίπεδα λιθίου στο αίμα, ο άρρωστος ενδέχεται να παρουσιάσει σπασμούς, κώμα και βαθμιαία κατάληξη στο θάνατο. Το λίθιο στη χημική του δομή είναι όμοιο με το νάτριο, συμπεριφέρεται στον οργανισμό κατά τον ίδιο τρόπο και συναγωνίζεται με το νάτριο σε διάφορες περιοχές του σώματος. Αν ελαττωθεί η λήψη νατρίου ή αν το σώμα χάσει το φυσιολογικό του νάτριο - π.χ. λόγω υπερβολικών εφιδρώσεων, πυρετού και αυξημένης διούρησης - τότε το λίθιο επαναρροφάται από τους νεφρούς αυξάνοντας τη δυνατότητα τοξικής επίδρασης. Συνεπώς έχει μεγάλη σημασία ο άρρωστος να παίρνει επαρκή ποσότητα νατρίου με τα γεύματα του και να πίνει 2500 - 3000 ml υγρά ημερησίως. Συνιστάται ακριβής καταγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και μέτρηση του βάρους σώματος του αρρώστου κάθε ημέρα για την έγκαιρη αναγνώριση τυχόν σημείων τοξικής κατάστασης. Επίσης υπάρχουν και άλλοι σημαντικοί τύποι φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη ρύθμιση των συμπτωμάτων της διπολικής διαταραχής είναι οι σταθεροποιητές της διάθεσης, τα αντιεπιληπτικά και τα αντιψυχωτικά φάρμακα. Γίνεται επίσης συχνή χρήση αντικαταθλιπτικών και αγχολυτικών αγωγών, τα οφέλη των οποίων από πολλούς ειδικούς στη διπολική διαταραχή αμφισβητούνται. Παρά τα σημαντικά οφέλη της φαρμακοθεραπείας στη διπολική διαταραχή, τόσο στα οξεία επεισόδια όσο και στην πρόληψη της υποτροπής, υπάρχουν ακόμα υψηλά ποσοστά υποτροπών σε όσους ασθενείς ακολουθούν αποκλειστικά φαρμακευτική αγωγή. Πιο συγκεκριμένα και σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα που αναφέρει ο Miklowitz (2004, 3), το 60% των ασθενών

με διπολική που ακολουθεί μόνο φαρμακοθεραπεία θα υποτροπιάσει μέσα σε διάστημα δύο ετών. Υπάρχουν μάλιστα ασθενείς οι οποίοι δεν κατακτούν τα βέλτιστα επίπεδα λειτουργικότητάς τους, όταν η φαρμακευτική αγωγή είναι η μοναδική μέθοδος θεραπείας. Επίσης, υπάρχουν ασθενείς που δεν συμμορφώνονται με τη φαρμακοθεραπεία εξαιτίας των παρενεργειών ή σταματούν τη λήψη της αγωγής με τη βελτίωση των συμπτωμάτων. Έτσι, υπάρχουν χρονικές περίοδοι που είτε τη διακόπτουν τελείως, είτε τη λαμβάνουν μειωμένη, είτε αλλάζουν οι ίδιοι τη δοσολογία της. Όλα τα παραπάνω υποδεικνύουν την ανάγκη για ανάπτυξη συμπληρωματικών θεραπευτικών προσεγγίσεων για την αντιμετώπισή της, όπως είναι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, ψυχοεκπαίδευση κ.α.). Ένας από τους στόχους μάλιστα των παρεμβάσεων αυτών είναι η βελτίωση της λήψης φαρμακοθεραπείας, κάτι που αποτελεί και προϋπόθεση για να ενταχθεί κάποιος σε ένα ψυχοκοινωνικό πρόγραμμα παρέμβασης. Οι Beck & Newman (2005, 5) αναφέρουν πως η σωστή ακολούθηση της φαρμακοθεραπείας αποτελεί σημαντικό πρόβλημα στη διπολική διαταραχή, με τη μη συμμόρφωση να κυμαίνεται μεταξύ 30% και 54%, γεγονός που οδηγεί σε υποτροπές και νοσηλείες. Οι ασθενείς που δε λαμβάνουν σωστά τις φαρμακευτικές τους αγωγές:

- Διαθέτουν αρνητικές αντιλήψεις σχετικά με τα φάρμακα και τις ιδιότητές τους. Οι αρνητικές αντιλήψεις των ασθενών μπορεί να αφορούν τα ίδια τα φάρμακα («Δεν βοηθούν»), τους θεραπευτές («δεν ξέρουν τι κάνουν»), την ασθένεια («θα την αντιμετωπίσω μόνος μου»), τον εαυτό («αν παίρνω φάρμακα σημαίνει ότι είμαι αδύναμος»), τους άλλους («αν μάθουν ότι παίρνω φάρμακα, θα με κατακρίνουν»).

- Φοβούνται τις παρενέργειες ή αρνούνται την ύπαρξη της ασθένειάς τους (3). Η λήψη της θεραπείας προϋποθέτει αποδοχή της ασθένειάς τους. Η αποδοχή αυτή μπορεί να μην είναι απόλυτη, αλλά είναι δυνατό να φτάσει σε ένα σημείο όπου οι ασθενείς να μπορούν να ζουν καλά στην καθημερινότητά τους παρά τη διαταραχή τους. Η προσαρμογή στην ασθένεια αποτελεί μία συνεχή διαδικασία. Σε κάθε παλινδρόμηση, σε κάθε είδους δυσκολίες, οι ασθενείς έχουν την ευκαιρία να μάθουν περισσότερα σχετικά με το πώς να προβλέπουν την επόμενη πιθανή

«πτώση» τους και τι χρειάζεται να κάνουν για να παραμείνουν υγιείς.(ClaytonPJ, CuseSB, CloningerCR, MartinLR 2002)

3.1.3. Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRIs)

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) ανακαλύφθηκαν τη δεκαετία του '70 και κυκλοφόρησαν στις ΗΠΑ για πρώτη φορά το 1988. Από τότε, χρησιμοποιήθηκαν ευρέως λόγω του ευνοϊκότερου προφίλ παρενεργειών, σε σύγκριση με τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά. Όλοι οι SSRIs απορροφώνται καλά με τη λήψη από τη στόμα, ασκούν τη μέγιστη δράση μέσα σε 4 έως 8 ώρες, και μεταβολίζονται στο ήπαρ. Διαφορετικοί SSRIs αναστέλλουν διαφορετικά ισόενζυμα του κυτοχρώματος P-450 (Πίνακας 1). Οι SSRIs έχουν διαφορετική ισχύ, όσον αφορά την αναστολή της σεροτονίνης και διαφορετική ημιπερίοδο ζωής (Πίνακας 1). Δεν υπάρχει σημαντική άμεση επίδραση στο νορεπινεφρινεργικό, ντοπαμινεργικό, χολινεργικό, και ισταμινεργικό σύστημα, με συνέπεια να έχουν ένα ευνοϊκό προφίλ παρενεργειών.

Πίνακας 1: Αναστολή της Δραστικότητας των Ισοενζύμων του Κυτοχρώματος P-450 από SSRIs, SNRIs, και Άτυπα Αντικαταθλιπτικά

SSRI	3A4	2D6	1A2	2C9
Φλουοξετίνη	+	+++	+	++
Νορφλουοξετίνη*	++/+++	+++	+	++
Σερτραλίνη	+	+	+	+
Απομεθυλσερτραλίνη*	+	+	+	+
Παροξετίνη	+	+++	+	+
Φλουβοξαμίνη	++	+		++
Σιταλοπράμη	-	+	+	+
Άλλα Αντικαταθλιπτικά που έχουν Δράση στη Σεροτονίνη				
Βενλαφαζίνη	-	+	-	-
Μιρταζαπίνη	-	-	-	-
Νεφαζοδόνη	+++	+	-	-

+: μικρή, ++: μέτρια, +++: ισχυρή αναστολή του ισοενζύμου, -: ασήμαντη επίδραση *αδρανής μεταβολίτης

Ισοένζυμο Δόση: Οι SSRIs μπορούν να λαμβάνονται με το γεύμα ώστε να μειώνονται οι παρενέργειες από το γαστρεντερικό. Στην αρχή της θεραπείας οι δόσεις καλό είναι να διαιρούνται στη διάρκεια της ημέρας, ώστε να μειώνονται οι παρενέργειες, ενώ αργότερα μπορούν να χορηγούνται σε μία ημερήσια δόση. Ανάλογα με τη διεγερτική ή κατασταλτική δράση που έχουν στα διαφορετικά άτομα οι SSRIs, μπορούν να χορηγούνται το πρωί ή το βράδυ αντίστοιχα (Πίνακας 2). Επειδή τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι είναι πιο ευαίσθητοι στη δράση των φαρμάκων, το εύρος της θεραπευτικής δόσης για τις ηλικιακές αυτές ομάδες θα πρέπει να είναι μικρότερο από αυτό των ενηλίκων. Υπερδοσολογία: Οι SSRIs είναι

ασφαλέστεροι από άλλα αντικαταθλιπτικά εάν ληφθούν σε υπερδοσολογία. Η θνητότητα οφειλόμενη σε υπερδοσολογία με SSRIs είναι πολύ χαμηλή. Τα

συμπτώματα υπερδοσολογίας περιλαμβάνουν ανησυχία, τρόμο, εμετό, ταχυκαρδία, υπέρταση, υπερθερμία, βολβοστροφή, μυοκλονίες, αϋπνία, ανησυχία και επιληπτικές κρίσεις. Μία δυνητικά επικίνδυνη κατάσταση με τους SSRIs είναι το σεροτονεργικό σύνδρομο, το οποίο μπορεί να συμβεί σε περιπτώσεις συγχορήγησης με άλλα σεροτονεργικά φάρμακα, όπως οι αναστολείς μονοαμινοοξειδάσης (MAOIs), η L-τρουπτοφάνη, και η σουματριπτάνη. Διακοπή φαρμάκων: Έχει περιγραφεί ένα σύνδρομο από απότομη διακοπή των SSRIs, ειδικά αυτών με βραχεία ημιπερίοδο ζωής. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ζάλη, αίσθημα λιποθυμίας, αϋπνία, κεφαλαλγία, και διαταραχές των αισθήσεων. Το σύνδρομο αυτό μπορεί να διαρκέσει μέχρι και 3 εβδομάδες, και μπορεί να αντιμετωπισθεί με την επανέναρξη του αντικαταθλιπτικού ή με τη χορήγηση ενός αντικαταθλιπτικού με παρόμοιο φαρμακολογικό προφίλ. Για την αποφυγή του φαινομένου αυτού οι SSRIs θα πρέπει να διακόπτονται μετά από σταδιακή μείωση (AkiskalHS, HantoucheEG, AllilaireJF, SechterD, Bourgeois 2003).

Φάρμακο	Ισχύς Σεροτονινεργικής Φάρμακο Αναστολής*	Χρόνος Μέγιστης Συγκέντρωσης από την Αρχική Δόση	Ημιπερίοδος ζωής (t ½)	Σταθερά Επίπεδα μετά από:	Ενεργοί Μεταβολίτες	Δέσμευση με Πρωτεΐνες
Φλουβοξαμίνη	25	2-8 ώρες	15 ώρες	10 ημέρες	κανένας	77%
Φλουοξετίνη	6	4-8 ώρες	84 ώρες	2-4 εβδομάδες	νορφλουοξετίνη	95%
Παροξετίνη	1	3-8 ώρες	21 ώρες	4-14 ημέρες	κανένας	95%
Σερτραλίνη	1	6-10 ώρες	26 ώρες	10-14 ημέρες	απομεθυλσερτραλίνη	>97%
Σιταλοπράμη	7	3-4 ώρες	35 ώρες	1-2 εβδομάδες	% ενεργοί: διαπομεθυλσιταλοπράμη απομεθυλσιταλοπράμη	80%

Πίνακας 2: Φαρμακοκινητικό Προφίλ και Ισχύς των SSRIs

* Μικρότεροι αριθμοί υποδηλώνουν μεγαλύτερης ισχύος σεροτονεργική αναστολή

* Μικρότεροι αριθμοί υποδηλώνουν μεγαλύτερης ισχύος σεροτονεργική αναστολή

SSRI	Δοσολογικό		
	Διαθέσιμες Μορφές	Εύρος Ενήλικα	Τιτλοποίηση Δόσης
Φλουβοξαμίνη	50-, 100-mg tabs	50-300 mg/ημέρα	50 mg/εβδομάδα
Φλουοξετίνη	20-mg caps, 20 mg tabs, 20mg/5mL liquid	10-80 mg/ημέρα	10-20 mg/εβδομάδα
Παροξετίνη	20 mg tabs 10mg/5mL liquid	10-60 mg/ημέρα	10-20 mg/εβδομάδα
Σερτραλίνη	50-, 100-mg tabs	50-200 mg/ημέρα	50 mg/εβδομάδα
Σιταλοπράμη	20 mg tabs	20-60 mg/ημέρα	20 mg/εβδομάδα

Πίνακας 3: Μορφές, σκευάσματα και δοσολογικό εύρος των SSRIs

Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων: Συγχορήγηση των SSRIs με MAOIs ή άλλους σεροτονεργικούς παράγοντες μπορεί να οδηγήσει στο δυνητικά θανατηφόρο σεροτονεργικό σύνδρομο. Θα πρέπει απαραίτητα να υπάρχει περίοδος 2 εβδομάδων χωρίς λήψη φαρμάκων μεταξύ της διακοπής ενός MAOI και της έναρξης ενός SSRI, περίοδος τουλάχιστον 4 εβδομάδων μεταξύ της διακοπής ενός SSRI και της έναρξης ενός MAOI, ενώ αν πρόκειται για την φλουοξετίνη το μεσοδιάστημα θα πρέπει να είναι 6 εβδομάδες. Οι SSRIs μπορούν να συγχορηγηθούν με τα κυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα οποία όμως παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα λόγω αναστολής των ισοενζύμων 2D6 και 3A4 του κυτοχρώματος P-450 από τα οποία

μεταβολίζονται. Συνεπώς θα πρέπει να χρησιμοποιούνται χαμηλότερες δόσεις κυκλικών αντικαταθλιπτικών και τα επίπεδά τους στο αίμα καλό είναι να παρακολουθούνται.(AngstJetal. 2002).

Πώς βοηθάει η εξειδικευμένη ψυχοθεραπεία στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής;

Η ψυχοθεραπεία της διπολικής διαταραχής εκτός από τους άλλους θεραπευτικούς της στόχους, βοηθάει τον ασθενή στο να λάβει μία καλή ψυχοεκπαίδευση σχετικά με τη διπολική του διαταραχή και να φτάσει σε ένα στάδιο αποδοχής το οποίο θα τον βοηθήσει να δει την χρησιμότητα και αναγκαιότητα της θεραπείας. Έπειτα προσφέρει ψυχοεκπαίδευση σχετικά με τις φαρμακευτικές αγωγές του και τον βοηθάει να μπορεί να καταλαβαίνει και να επικοινωνεί σωστά τα οφέλη και παρενέργειες των αγωγών του. Σε επόμενο και εξίσου σημαντικό στάδιο, βοηθάει τον ασθενή να αναγνωρίσει και να τροποποιήσει τις εσφαλμένες του αντιλήψεις για τα φάρμακα και να κατανοήσει τη σημαντικότητά τους στη σταθεροποίηση της υγείας του. Βοηθάει στο να κατανοήσει ο ασθενής ότι ακόμα και με την "καλύτερη" φαρμακευτική αγωγή, ο οργανισμός του είναι ευάλωτος σε στρεσογόνες καταστάσεις και γεγονότα και εάν δεν μάθει να προσέχει είναι πολύ πιθανό να υποτροπιάσει έτσι και αλλιώς. Τέλος, μέσα στα πλαίσια της διπολικής ψυχοθεραπείας γίνεται και συστηματική παρακολούθηση των συμπτωμάτων αλλά και της λειτουργικότητας του ασθενή, στοιχεία τα οποία βοηθούν τον ασθενή να εκτιμήσει ακόμα καλύτερα τα οφέλη της θεραπείας και προόδου του. Η γνώση είναι δύναμη. Όσο περισσότερο ρωτάμε και ενημερωνόμαστε για την ίδια τη διαταραχή και για τις θεραπευτικές επιλογές τόσο περισσότερες ευκαιρίες δίνουμε στον εαυτό μας να αυξήσει την ποιότητα και την ικανοποίησή του από τη ζωή. Η παράλληλη χρήση φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας είναι ο ιδανικός συνδυασμός που θα μας βοηθήσει προς αυτή την κατεύθυνση.(Rihmer Z & Pestality P. 1999)

· Η Επίδραση της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας στην Ανθεκτική Κατάθλιψη

Παρόλο που έχουμε στην διάθεσή μας μια πληθώρα φαρμάκων για την θεραπεία της κατάθλιψης, η αντίσταση στην θεραπεία είναι κάτι που διαπιστώνεται

συχνά. Ως εκ τούτου έχει παρατηρηθεί μία αύξηση της δοσολογίας καθώς και μία αύξηση των συμπληρωματικών φαρμάκων για τη θεραπεία αυτής της ομάδας ασθενών. Δυστυχώς, πέρα από τη φαρμακοθεραπεία, δεν έχει δοθεί η δέουσα προσοχή στο σημαντικό ρόλο της ψυχοθεραπείας στην αντιμετώπιση της ανθεκτικής κατάθλιψης. Προκειμένου να αξιολογηθεί η επίδραση της ψυχοθεραπείας στην αντιμετώπιση της ανθεκτικής κατάθλιψης Βρετανοί ερευνητές από το Πανεπιστήμιο του Bristol (Wiles et. al, 2013) μελέτησαν 469 ασθενείς με κατάθλιψη οι οποίοι είχαν λάβει αντικαταθλιπτικά για τουλάχιστον έξι εβδομάδες, χωρίς ανταπόκριση σε αυτά (ορισμός ανθεκτικής κατάθλιψης). Δηλαδή, ο ορισμός που δόθηκε για την αντίσταση στη θεραπεία ήταν ότι ο ασθενής λάμβανε αντικαταθλιπτικά και για 6 διαδοχικές εβδομάδες δεν είχε παρατηρηθεί βελτίωση των συμπτωμάτων του. Οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες. Η πρώτη περιλάμβανε εκείνους στους οποίους χορηγούνταν η συνηθισμένη θεραπεία, δηλαδή φάρμακα και άλλες θεραπευτικές επιλογές από τον γενικό ιατρό, και η δεύτερη εκείνους που λάμβαναν τη συνηθισμένη αγωγή σε συνδυασμό με τη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (CBT). Οι ασθενείς συμπλήρωσαν κατά μέσο όρο 6.3 μήνες θεραπείας, με μέσο όρο 11 συνεδρίες τους πρώτους έξι μήνες. Στο τέλος των έξι μηνών, σχεδόν οι μισοί (46%) από τους ασθενείς οι οποίοι αποτελούσαν την ομάδα με τις παράλληλες συνεδρίες ΓΣΘ ψυχοθεραπείας, συμπλήρωναν τα κριτήρια για θετική ανταπόκριση στη θεραπεία (κάτι που ορίζεται ως μια μείωση >50% στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου Beck Depression Inventory), σε σύγκριση με το 22% της ομάδας που είχε λάβει την συνηθισμένη θεραπεία, οι οποίοι είχαν τριπλάσιες πιθανότητες ανταπόκρισης. Οι ασθενείς οι οποίοι λάμβαναν ΓΣΘ ήταν επίσης πιο πιθανό να παρουσιάσουν ύφεση των συμπτωμάτων τους (BDI score <10) (28% vs. 15%) και είχαν λιγότερα συμπτώματα άγχους ή πανικού στο τέλος των έξι μηνών. Κατά μέσο όρο, το σκορ του ερωτηματολογίου BDI που μετράει την κατάθλιψη ήταν κατά 5.7 μονάδες λιγότερο στην ομάδα παρέμβασης με ΓΣΘ ψυχοθεραπεία. Η σταθερή λήψη φαρμακοθεραπείας ήταν υψηλή και στις δύο ομάδες, παρόλο που λιγότεροι από τους μισούς ασθενείς βίωσαν αλλαγή της δόσης τους κατά την διάρκεια της θεραπείας. Η αντίσταση στη θεραπεία της κατάθλιψης είναι ευρέως διαδεδομένη και κοινές πρακτικές για την αντιμετώπισή της περιλαμβάνουν την χορήγηση

διαφορετικών αντικαταθλιπτικών ή την προσθήκη και άλλης φαρμακευτικής αγωγής, για την ενίσχυση τους. Αυτή η έρευνα είναι η πρώτη, μεγάλης κλίμακας και τυχαίας κατανομής, μελέτη της ΓΣΘ ως παράγοντα βελτίωσης και μας δείχνει ότι η ΓΣΘ είναι αποτελεσματική στο να κατευνάζει τα συμπτώματα της κατάθλιψης, ακόμα και στο να βοηθάει στην πλήρη απαλλαγή του ασθενή από αυτά.(TaylorFrancisGroup 2002)

3.2. Νέοι τρόποι αντιμετώπισης της Διπολικής διαταραχής

Φάρμακο για τη διπολική διαταραχή που δρα όπως το λίθιο αλλά χωρίς τις παρενέργειές του ανακάλυψαν Βρετανοί ερευνητές, σε δοκιμές που πραγματοποίησαν σε ποντικούς.Επιστήμονες δηλώνουν ότι το φάρμακο, ebselelen μπορεί ενδεχομένως να αποτελεί **εναλλακτική επιλογή στις πολυπόθητες καλύτερες αγωγές ασθενών με διπολική διαταραχή**, καθώς ήδη είναι γνωστό ότι είναι ασφαλές.Αν το φάρμακο μπορεί να χρησιμοποιηθεί αλλού και να λάβει άδεια για την αγωγή της διπολικής διαταραχής θα μπορούσε να μειώσει τις δυσάρεστες παρενέργειες της **αύξησης βάρους**, της **δίψας** και της **πιθανής βλάβης στα νεφρά** από τα οποία κινδυνεύουν ασθενείς όταν λαμβάνουν λίθιο. “Το Ebselelen είναι πειραματικό φάρμακο που έχει δοκιμαστεί σε ανθρώπους για άλλες παθήσεις και δεν έχει προβληματικές παρενέργειες όπως το λίθιο”, δήλωσε ο Grant Churchill, του Oxford University.Η διπολική διαταραχή επηρεάζει περίπου το 1% του πληθυσμού παγκοσμίως και όσοι την εμφανίζουν έχουν διάθεση που κυμαίνεται από το ένα άκρο στο άλλο και εμφανίζουν περιόδους κατάθλιψης και μανίας που διαρκούν αρκετές εβδομάδες ή περισσότερο.Οι φάσεις ανόδου και καθόδου συχνά είναι τόσο ακραίες που συχνά παρεμβάλλονται με την καθημερινότητα και την εργασία.Ο Churchill δήλωσε ότι σε δοκιμές η ομάδα του ανακάλυψε ότι ποντικοί που με μικρές δόσεις αμφεταμινών εμφάνισαν μανία μπόρεσαν να ησυχάσουν πάλι με το ebselelen. Πρόσθεσε ότι στους ποντικούς το ebselelen δρα σαν το λίθιο. Πρόσθεσε ότι τώρα πρέπει επείγοντως να διαπιστωθεί αν δρα σαν το λίθιο, σε ανθρώπους.60 χρόνια μετά την ανακάλυψή του το λίθιο παραμένει η πιο αποτελεσματική μακροπρόθεσμη αγωγή. Ωστόσο είναι πολύ τοξικό και οι παρενέργειες σημαίνουν ότι πολλοί άνθρωποι σταματούν τη λήψη του φαρμάκου και υποτροπιάζουν σε επεισόδια μανίας και κατάθλιψης.Οι Churchill και Sridhar

Vasudevan ανέτρεξαν σε βιβλιοθήκη (U.S. National Institutes of Health Clinical Collection) υπαρχόντων φαρμάκων που θεωρούνται ασφαλή αλλά δεν έχουν τον παρόντα χρόνο αποδεδειγμένη χρήση. Εξέτασαν τη βιβλιοθήκη για φάρμακα που μπλοκάρουν ένα ένζυμο που είναι σημαντικό για την επιτυχία του λιθίου και ανακάλυψαν ότι το ebseleπ μιμείται πιθανώς το λίθιο. Ο Vasudevan δήλωσε ότι είναι ένα από τα πρώτα λίγα παραδείγματα του επαναπροσδιορισμού του στόχου φαρμάκων, όπου μια νέα χρήση έχει ανακαλυφθεί για ένα υπάρχον φάρμακο. Το Ebseleπ είναι αντιοξειδωτικό, που αρχικά αναπτύχθηκε μέχρι κλινικές δοκιμές τελικού σταδίου, για την αντιμετώπιση του εγκεφαλικού επεισοδίου αλλά που ποτέ δεν κυκλοφόρησε και είναι τώρα εκτός πατέντας. Ο Vasudevan δήλωσε ότι η έρευνά του που δημοσιεύεται στο περιοδικό 'Nature Communications', έδειξε ότι το ebseleπ είχε την ίδια ή παρόμοια δράση με το λίθιο στον εγκέφαλο ποντικών μπλοκάροντας το ίδιο ένζυμο. Οι ερευνητές ξεκινούν τώρα μικρή δοκιμή σε υγιείς ανθρώπους, εθελοντές, για να εξετάσουν την επίδραση στην εγκεφαλική λειτουργία. Αν φανεί ότι το ebseleπ έχει παρόμοια επίδραση με το λίθιο σχεδιάζουν να προχωρήσουν σε δοκιμή δευτέρου σταδίου σε ασθενείς με διπολική διαταραχή. (DuttaRetal. 2007)

3.2.1. Νοσηλευτική παρέμβαση και διάγνωση για τη μανία

Νοσηλευτικές προτεραιότητες

- Προστασία της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του αρρώστου και των άλλων από τις συνέπειες της υπερκινητικής συμπεριφοράς.
- Εκπλήρωση των βασικών αναγκών του (διατροφή, ανάπαυση, υγιεινή).
- Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα και σε ρεαλιστική πρόληψη ή λύση των προβλημάτων του καθώς και ενίσχυση της αυτονομίας και υπευθυνότητας.

- Υποστήριξη της συμμετοχής του αρρώστου και της οικογενείας του στη μετανοδοκομειακή παρακολούθηση και φροντίδα στην κοινότητα.

Αρχές επικοινωνίας με τον μανιακό άρρωστο

- Χρησιμοποίηση σταθερής και ήρεμης προσέγγισης. Π.χ. κύριε Χ. ελάτε μαζί μου, φάτε αυτό το σάντουιτς. Η προσέγγιση αυτή παρέχει οργάνωση και έλεγχο για τον άρρωστο που είναι εκτός ελέγχου. Μπορεί να εμπνεύσει αίσθημα σιγουριάς, ότι «κάποιος ελέγχει την κατάσταση».

- Χρήση σύντομων και συγκεκριμένων εξηγήσεων ή φράσεων. Η ικανότητα σύντομης μόνο προσοχής περιορίζει την κατανόηση σε σύντομες πληροφορίες.

- Διατήρηση ουδετερότητας - αποφυγή αντιπαράθεσης με επίδειξη δύναμης και κριτικής. Ο άρρωστος μπορεί να χρησιμοποιεί τις ασυνέπειες και τα κριτικά σχόλια ως δικαιολογία για λογομαχίες και κλιμάκωση της μανίας.

- Σταθερότητα στην προσέγγιση και τις προσδοκίες. Τα σταθερά όρια και οι προσδοκίες ελαχιστοποιούν τη δυνατότητα χειρισμού / εκμετάλλευσης του προσωπικού από τον άρρωστο.

- Αποφυγή εμπλοκής σε αστεϊσμούς και ετοιμολογίες. Διατήρηση ηρεμίας και ουδετερότητας. Έτσι ελαχιστοποιείται η μανιακή ένταση. Οι αστεϊσμοί και τα γέλια με τον μανιακό άρρωστο δείχνουν έλλειψη σεβασμού των αναγκών του.

- Συχνές συναντήσεις του προσωπικού για προγραμματισμό κοινής σταθερής γραμμής και συμφωνία στην τοποθέτηση ορίων. Χρειάζεται συνέπεια όλων των μελών του προσωπικού στην τήρηση ορίων για να ελαχιστοποιείται ο χειρισμός τους από τον άρρωστο.

- Όταν αποφασισθούν ορισμένα όρια από το προσωπικό, πρέπει να λεχθούν στον άρρωστο με απλές συγκεκριμένες εκφράσεις, μαζί με τις συνέπειες

αν δεν τηρηθούν. Π.χ. «κύριε Χ. μη ξεφωνίζετε και μη κτυπάτε τον κ. Ψ. Αν δεν μπορείτε να περιορίσετε τον εαυτό σας, θα το κάνουμε εμείς» ή «το ήσυχο δωμάτιο θα σας βοηθήσει να αισθανθείτε μεγαλύτερο αυτοέλεγχο και θα σας προστατεύσει από πρόκληση βλάβης στον εαυτό σας και στους άλλους». Οι σαφείς προσδοκίες βοηθούν τον άρρωστο να αισθανθεί τον εξωτερικό έλεγχο και να κατανοήσει τους λόγους για τη λήψη φαρμάκων, τον αποκλεισμό σε ήσυχο μοναχικό δωμάτιο και τα άλλα περιοριστικά μέτρα, αν δεν είναι ικανός να ελέγξει τη συμπεριφορά του.

- Νόμιμα παράπονα πρέπει να εισακούονται και να γίνονται οι κατάλληλες διορθωτικές ενέργειες. Αυτό ελαττώνει τα αισθήματα της αδυναμίας και μπορεί να αυξήσει την αυτοεκτίμηση.

- Αποδοχή με ηρεμία της ανεύθυνης συμπεριφοράς (π.χ. άσεμνα και άπρεπα λόγια, ωμά αστεία και χειρονομίες). Η αποδοχή αντικρούει την ασυνείδητη προσπάθεια του αρρώστου να προκαλέσει τον νοσηλευτή να θυμώσει και να ενεργήσει παράλογα (εκτός ελέγχου), με συνέπεια τη διατήρηση της μανιακής αμυντικής συμπεριφοράς.

Σταθερή ανακατεύθυνση της ενεργητικότητας του αρρώστου σε πιο κατάλληλα και οικοδομητικά κανάλια. Η εύκολη διάσπαση της προσοχής του μανιακού αρρώστου αποτελεί το πιο αποτελεσματικό εργαλείο στη διάθεση του νοσηλευτού για θεραπευτική παρέμβαση. Νοσηλευτική διάγνωση /Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Νοσηλευτική διάγνωση: Μεγάλος κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον εαυτού ή άλλων

Κατάσταση κατά την οποία ο άρρωστος εκδηλώνει ανεύθυνη και ανεξέλεγκτη συμπεριφορά, που μπορεί να προκαλέσει σωματική βλάβη στον ίδιο ή σε άλλους. (AkiskalHS, BenazziF, PerugiG, RihmerZ. 2005)

Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες

- Ευερεθιστότητα και παρορμητική συμπεριφορά
- Παραληρητικές ιδέες
- Αντιδράσεις θυμού όταν οι ιδέες του αναιρούνται και οι ανάγκες του δεν ικανοποιούνται.

Χαρακτηριστικά - αποδεικτικά στοιχεία

- Δυσκολία υπολογισμού των συνεπειών των πράξεων του
- Επιθετικές πράξεις
- Εχθρικές, απειλητικές εκφράσεις
- Ιστορικό επιθετικής συμπεριφοράς.

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων.

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο ώστε να:

- Δείχνει αυτοέλεγχο με ελαττωμένη την υπερκινητικότητά του.
- Εξωτερικεύει τον θυμό και άλλα αρνητικά του συναισθήματα με κατάλληλο κοινωνικά παραδεκτό τρόπο.
- Χρησιμοποιεί τεχνικές λύσης των προβλημάτων του αντί της επιθετικής συμπεριφοράς, των απειλών και εκφοβισμών.
- Εκδηλώνει αυξημένη αυτοεκτίμηση. (ΑφροδίτηΧρ. Ραγιά 2005).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Ελάττωση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, αποφυγή έκθεσης του αρρώστου σε περιστάσεις προβλεπομένων εντόνων ερεθισμάτων και απομάκρυνση των ερεθισμάτων από το χώρο όταν ο άρρωστος γίνεται διεγερτικός. Επειδή είναι ανίκανος να προσέξει μόνο τα ερεθίσματα, που τον ενδιαφέρουν και αντιδρά προς όλα όσα συμβαίνουν.
- Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος με απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης. Οι παραληρητικές ιδέες μεγαλείου και η υπερκινητικότητα είναι δυνατό να οδηγήσουν σε καταστρεπτικές πράξεις.
- Παρέμβαση όταν η διέγερση αρχίζει να αναπτύσσεται. Λεκτική καθοδήγηση σε πιο παραδεκτή συμπεριφορά, απομάκρυνση του αρρώστου από την προκλητική περίσταση, τοποθέτηση σε ήσυχο δωμάτιο με τη συμφωνία του, εφαρμογή περιοριστικών μέτρων, βάσει του ειδικού πρωτοκόλλου του τμήματος. Πάντοτε όμως με σχετικές εξηγήσεις στον άρρωστο. Η νοσηλευτική παρέμβαση στα αρχικά στάδια της διέγερσης βοηθεί τον άρρωστο να επανακτήσει τον αυτοέλεγχο, προλαμβάνει την κλιμάκωση μέχρι τη βίαιη συμπεριφορά και εφαρμόζει θεραπεία με το λιγότερο περιοριστικό τρόπο.
- Αποφυγή λογομαχίας όταν ο άρρωστος εκφράζει εξωπραγματικές ιδέες μεγαλείου. Αποφεύγεται έτσι η διέγερση.
- Αποφυγή της χωρίς λόγο καθυστέρησης στην εκπλήρωση των αιτημάτων του αρρώστου. Σύσταση εναλλακτικής λύσης. Π.χ. δεν υπάρχει καφές, θα θέλατε μια πορτοκαλάδα; Ο υπερκινητικός δεν μπορεί να περιμένει και οι αδικαιολόγητες καθυστερήσεις προκαλούν επιθετική συμπεριφορά. Η απόσπαση όμως της προσοχής του σε κάτι άλλο ελαττώνει το στρες που του δημιουργεί η άρνηση εκπλήρωσης της επιθυμίας του.

- Συζήτηση εναλλακτικών στρατηγικών λύσης προβλημάτων όταν ο άρρωστος δεν είναι εκνευρισμένος. Θα τα συγκρατήσει καλύτερα. Διότι ό,τι ακούει σε κατάσταση διέγερσης, δεν το θυμάται αργότερα.

- Ενθάρρυνση του αρρώστου, σε ήσυχες ώρες, να επισημάνει τί προηγείται και τί τον προκαλεί σε διέγερση. Η έγκαιρη αναγνώριση του αναπτυσσομένου προβλήματος τον βοηθεί να σχεδιάσει εναλλακτικές αντιδράσεις και να προλάβει μια βίαιη συμπεριφορά.

- Επιδοκιμασία του αρρώστου όταν προσπαθεί να χειρισθεί στρεσογόνα περιστατικά, χωρίς επιθετικότητα και άσκηση βίας. Ο έπαινος αυξάνει το αίσθημα της επιτυχίας και την πιθανότητα επανάληψης της σχετικής συμπεριφοράς.

- Ομαδική συζήτηση με το προσωπικό του τμήματος πάνω στα περιστατικά επιθετικής συμπεριφοράς του αρρώστου για τη διαπίστωση των ερεθισμάτων που προηγήθηκαν, των παραγόντων που την προκάλεσαν και των πρώιμων ενδεικτικών σημείων της αρχόμενης διέγερσης. Η κλινική αυτή ενημέρωση βοηθεί κάθε μέλος του προσωπικού να παρεμβαίνει εξατομικευμένα και έγκαιρα ώστε να προλαμβάνεται η έκρηξη της επιθετικότητας.

- Συστηματική χορήγηση και υπεύθυνη παρακολούθηση των επιθυμητών ενεργειών και των παρενεργειών των παραγγελθέντων φαρμάκων και συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα για τη ρύθμιση τους.

- Προσοχή ώστε κατά την αντιμετώπιση προβληματικών εκδηλώσεων του μανιακού αρρώστου με οποιεσδήποτε νοσηλευτικές παρεμβάσεις να μη διαφεύγει από το νου ο πάσχων ψυχικά άνθρωπος στην ιδιαίτερη του μοναδικότητα και ολότητα. (ΑφροδίτηΧρ. Ραγιά 2005).

3.2.2. Νοσηλευτική παρέμβαση και διάγνωση για την κατάθλιψη

Οποιοσδήποτε συνδυασμός μεταβλητών - ψυχολογικών, βιολογικών, οικογενειακών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών - προκαλεί την κατάθλιψη, οι κλινικές εκδηλώσεις της είναι παρόμοιες. Γι' αυτό οι καταθλιπτικοί άρρωστοι με

οποιαδήποτε μορφή κατάθλιψης αξιολογούνται και αντιμετωπίζονται από τον νοσηλευτή με μια ολική βιοψυχο-κοινωνική προσέγγιση.

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

α) Άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του αρρώστου, π.χ. πρόληψη αυτοκτονίας

β) Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν τη νοσηλεία, θεραπεία και προετοιμασία του αρρώστου να βγει από το νοσοκομείο

γ) Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειας του για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της ώστε να διατηρείται με λίγη ή καθόλου κατάθλιψη για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Η κατάθλιψη έχει χαρακτηριστεί σαν θάνατος εν ζωή, αφού ο άνθρωπος δοκιμάζει πλήρη απώλεια ζωτικότητας, αυθορμητισμού, κινητικότητας και σκοπού, μέχρι του σημείου να επιθυμεί και να σχεδιάζει την αυτοκαταστροφή. Η νοσηλευτική έχει την αποστολή να βοηθήσει τον καταθλιπτικό άρρωστο στην προσπάθεια να επιτύχει μια ψυχοσωματική και πνευματική ανανέωση. Να ξαναβρεί δηλαδή τη ζωτικότητα του και την αγάπη για τη ζωή, να αισθανθεί ότι έχει προσωπική αξία και ικανότητες και μπορεί να τα βγάλει πέρα στη ζωή.

Νοσηλευτικές διαγνώσεις για τη μείζονα κατάθλιψη (ως μοναδικό επεισόδιο), τη μείζονα κατάθλιψη (ως υποτροπιάζον επεισόδιο) και τη δυσθυμία

1. Μεγάλος κίνδυνος για επιθετικότητα εναντίον του εαυτού
2. Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας
3. Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση
4. Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση ατομικών προβλημάτων
5. Απελπισία

6. Αίσθημα αδυναμίας

7. Ανεπαρκής αυτοφροντίδα

Νοσηλευτική διάγνωση: Μεγάλος κίνδυνος εκδήλωσης επιθετικότητας εναντίον εαυτού

Συμπεριφορά αρρώστου με αυτοκτονικό ιδεασμό που απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει και αποπειράται να αυτοκτονήσει.(Baca-GarciaEetal. 2007).

Αιτιολογικοί /σχετιζόμενοι παράγοντες

- Ιστορικό προσπαθειών αυτοκτονίας κατά την περίοδο καταθλιπτικών επεισοδίων.
- Φανερές προσπάθειες αυτοκαταστροφής (αυτο-τραυματισμοί, προσπάθειες απαγχονισμού).
- Εκφράζει προφορικά τον αυτοκτονικό ιδεασμό ή το σχέδιο του: «Δεν θέλω να ζήσω πια. Θα πάρω μεγαλύτερη δόση φαρμάκων για να πεθάνω».
- Εκδηλώνει λύπη, απόγνωση, απελπισία ή απώλεια ευχαρίστησης ή σκοπού στη ζωή: «Τίποτε δεν μου δίνει καμιά χαρά». «Η ζωή δεν αξίζει πλέον να τη ζω». «Όλα είναι απελπισία».
- Άρνηση φαγητού, φαρμάκων και φροντίδας.
- Ξαφνικά μοιράζει τα ατομικά του πράγματα.
- Συχνά κλαίει, είναι κατηφής, διεγείρεται.
- Βαθμιαία απόσυρση από το περιβάλλον.
- Το συναίσθημα δεν ξανοίγει (δεν γίνεται πιο χαρούμενο) καθώς η μέρα προχωρεί.

- Δυνητικά θετικές περιστάσεις, γεγονότα ή επικοινωνίες δεν αλλάζουν τον ιδεασμό του αρρώστου.

- Άρνηση συμφωνίας με τον νοσηλευτή ότι δεν θα αυτοκτονήσει.

- Απώλεια αυτο-εκτίμησης, αισθήματος προσωπικής αξίας

(Υποκειμενικά: «Δεν αξίζω τίποτε. Δεν αξίζω να ζω». Αντικειμενικά: ελλειμματική αυτοφροντίδα, π.χ. παραμελημένη υγιεινή και εμφάνιση, απομόνωση και απόσυρση).

- Αμφιταλάντευση, αμφιγνώμια (βιώνει δύο αντίθετα συναισθήματα, σκέψεις ή κίνητρα ή επιθυμίες ταυτόχρονα π.χ. θέλει να ζήσει και δεν θέλει να ζήσει την ίδια ώρα).

- Εκδηλώνει ξαφνική ανύψωση της διάθεσης ή πιο ήρεμο, πιο ειρηνικό τρόπο με περισσότερη ενεργητικότητα (μπορεί να δείχνει ανακούφιση από αμφίγνωμες σκέψεις και συναισθήματα για να σκοτώσει τον εαυτό του, πράγμα που δίνει σήμα στο προσωπικό για πιθανή επικείμενη απόπειρα αυτοκτονίας). (Baca-Garcia E et al. 2007).

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο ώστε να:

- Εκφράζει επιθυμία να ζήσει, αιτιολογεί και δεν αναφέρει ιδέες ή σχεδιασμό αυτοκτονίας.

- Εκδηλώνει αισιοδοξία και ελπίδα, χαμογελά ή γελά ανάλογα με τη συζήτηση και την κατάσταση.

- Κάνει σχέδια για το μέλλον που περιλαμβάνουν δραστηριότητες αλλά και ιατρική παρακολούθηση και συμμόρφωση στη φαρμακο-θεραπεία.

3.2.3. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Εκτίμηση του βαθμού επικινδυνότητας - δυνατότητας για αυτοκτονία παρατηρώντας τη συμπεριφορά του αρρώστου, δηλαδή κινήσεις, απειλές, μοίρασμα ατομικών πραγμάτων, παρουσία ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών και ιστορικό προηγούμενης απόπειρας. Ο βαθμός απελπισίας που εκφράζει ο άρρωστος είναι ενδεικτικός της βαρύτητας της κατάθλιψης και του κινδύνου αυτοκτονίας. Οι 8 στους 10 που λένε ότι θέλουν να αυτοκτονήσουν, το κάνουν. Όποιος σκέφθηκε το σχέδιο είναι πιο πιθανό να το εκτελέσει. Η πιθανότητα αυξάνει αν το άτομο ή κάποιος από την οικογένειά του αποπειράθηκε στο παρελθόν και συνυπάρχει κατάθλιψη. Οι παρορμητικοί ή οι ψυχωτικοί άρρωστοι με ακουστικές ψευδαισθήσεις που τους παρακινούν στην αυτοκαταστροφή, μπορούν να αυτοκτονήσουν χωρίς προειδοποιητικά σημεία.

2. Επανεκτίμηση της δυνατότητας αυτοκτονίας περιοδικά, ιδιαιτέρως σε περιπτώσεις αλλαγής της διάθεσης, αύξησης της απόσυρσης, ετοιμασίας εξόδου πριν να προγραμματισθεί.

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερος κατά τον 1^ο μήνα της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Οι μισές από τις αυτοκτονίες των νοσηλευόμενων ασθενών συμβαίνουν έξω από το νοσοκομείο, όταν έχουν άδεια (ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι όταν ο άρρωστος έχει ιδέες αυτοκτονίας και επαρκή ενεργητικότητα για να την πραγματοποιήσει,

π.χ. στο σημείο που αρχίζει να αισθάνεται καλύτερα).

Εξήγηση στον άρρωστο από τον νοσηλευτή ότι ενδιαφέρεται για την ασφάλεια του και θα τον βοηθήσει να διατηρηθεί ασφαλής. Αυτό διαβιβάζει τη νοσηλευτική μέριμνα και παρέχει αίσθημα προστασίας. Στενή παρακολούθηση (συνεχής ή κάθε 15΄ σε περίπτωση μεγάλου κινδύνου). Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο, όχι μοναχικό, δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και συνοδεύει σ΄ όλες τις μετακινήσεις του, αν ενδείκνυται. Έτσι μπορεί να προληφθεί ή διακοπεί η βλαπτική συμπεριφορά. Προσοχή να μη χρησιμοποιούνται επικίνδυνα είδη (μαντήλια λαιμού, ζώνες, ξυράφια, ψαλίδια). Στα πλαίσια ασφάλειας του περιβάλλοντος περιλαμβάνεται και η αφαίρεση αντικειμένων που μπορεί να

παρακινήσουν σε σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας. Έλεγχος όλων των ατομικών ειδών που έφερε ο άρρωστος στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειας να μη του φέρνει επικίνδυνα είδη. Βέβαια αυτό γίνεται με προηγούμενη πληροφόρηση του αρρώστου ότι είναι ρουτίνα του νοσοκομείου και με πολλή ευγένεια και σεβασμό. Ιδιαίτερη φροντίδα και προσωπική παρατήρηση κατά τη χορήγηση των φαρμάκων, ώστε να τα παίρνει ο άρρωστος και να μη τα κρύβει για απόπειρα αυτοκτονίας ή να τα πετάει στα άχρηστα. Παρακολούθηση του αρρώστου ακόμη και όταν χρησιμοποιεί τους βοηθητικούς χώρους με προηγούμενη ενημέρωση του. Έχουν συμβεί αυτοκτονίες και σ' αυτούς τους χώρους. Νοσηλευτικοί γύροι στους θαλάμους σε συχνά αλλά όχι τακτά διαστήματα (ιδιαίτερα τη νύκτα, τα ξημερώματα, στις αλλαγές βάρδιας των νοσηλευτών και σε άλλες ώρες που προβλέπεται ότι το προσωπικό είναι πολύ απασχολημένο). Το σύστημα αυτό παρεμποδίζει την πρόβλεψη πότε θα περάσει ο νοσηλευτής από το δωμάτιο του αρρώστου. Βοηθάει τον νοσηλευτή να γνωρίζει σε κάθε στιγμή πού είναι ο άρρωστος. Ιδιαίτερα σε ώρες που είναι λιγότερο το προσωπικό. Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία, π.χ. ανοικτές πόρτες και παράθυρα, ανοικτές προσβάσεις προς τη σκάλα ή την ταράτσα ή εκτεθειμένες φιάλες με απορρυπαντικά. Η ελαχιστοποίηση των ευκαιριών για αυτοκαταστροφή απαιτεί συνεχή προσοχή και πρόβλεψη ασυνήθιστων ενεργειών του αρρώστου. Διατύπωση ενός συμφωνητικού πρωτοκόλλου με τον άρρωστο που να περιλαμβάνει τι θα κάνει ο άρρωστος και τί ο νοσηλευτής για την ασφάλεια του πρώτου. Ένα αντίγραφο υπογεγραμμένο από τον άρρωστο και τον υπεύθυνο νοσηλευτή επισυνάπτεται στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου και ένα άλλο αντίγραφο δίνεται στον άρρωστο να το κρατά. Αυτό τεκμηριώνει τα μέτρα που θα ληφθούν για την πρόληψη της αυτοκτονίας και την ανταπόκριση του αρρώστου. Ακόμη προωθεί την επικοινωνία και μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να αξιολογήσει τη νοσηλεία του. (FrangouS 2009).

Ενθάρρυνση του αρρώστου και της οικογένειας του να ρωτήσουν ό,τι θέλουν και να εκφράσουν τα συναισθήματα τους για τη φαρμακο-θεραπεία, την τυχόν ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) αν προγραμματίστηκε και για άλλες θεραπείες. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να διορθώσουν τη διάθεση σε 3 ή

περισσότερες εβδομάδες. Εν τω μεταξύ μπορεί να χρειασθούν άλλες μορφές θεραπείας για προστασία του αυτοκτονικού αρρώστου. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία γενικά είναι δεύτερη επιλογή θεραπείας, αν η κατάθλιψη δεν επηρεασθεί από τα φάρμακα και ο άρρωστος συνεχίζει να εκδηλώνει ιδέες αυτοκτονίας, να έχει αϋπνίες, να αρνείται να τρώει και να πίνει υγρά. Ο άρρωστος μπορεί να φοβάται το ηλεκτροσόκ και ο νοσηλευτής χρειάζεται να κατανοήσει τους φόβους αυτούς, να υποστηρίξει όμως το ηλεκτροσόκ, ως θετική εναλλακτική θεραπεία. Διότι αν ο νοσηλευτής έχει αρνητική στάση προς το ηλεκτροσόκ μπορεί να τη μεταδώσει στον άρρωστο και να του δημιουργήσει σύγχυση και άρνηση να τη δεχθεί. Βοήθεια του αρρώστου να μετακινηθεί από αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό σε ρεαλιστικό θετικό σύστημα θεώρησης του εαυτού του, της ζωής του και του κόσμου. Έτσι θα μειωθούν τα αισθήματα αναξιοότητας και αδυναμίας και θα αυξηθούν ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμησή του (γνωστική θεραπεία). Ενίσχυση του αρρώστου στη διατύπωση κατορθωτών στόχων για τη ζωή του, διότι οι κατορθωτοί στόχοι είναι πιο πιθανό να εκπληρωθούν και να φέρουν ταχύτερες ικανοποιητικές αμοιβές. Παρότρυνση του αρρώστου να φροντίζει την επαρκή διατροφή, την ατομική υγιεινή και την καλή του εμφάνιση. Με σκοπό τη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη νόσησης, την ανύψωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και αυτοεκτίμησης. Βεβαίωση του αρρώστου ότι υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει από την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό και ότι οι νοσηλευτές θα τον συντροφεύσουν και θα τον βοηθήσουν στην πορεία αυτή. Έπαινος του αρρώστου για προσπάθειες θετικής αυτοαξιολόγησης, αυτοελέγχου και διαμόρφωσης ρεαλιστικών σκοπών. Τονώνεται το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και της ελπίδας ότι μπορεί να αλλάξει η δυσάρεστη διάθεση του. Χορήγηση των παραγγελθέντων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με συνέπεια και υπευθυνότητα, καθώς και με εξασφάλιση της θεληματικής συμμόρφωσης του αρρώστου. Συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένεια του πριν από την έξοδο του από το νοσοκομείο, με σκοπό να κατανοήσουν τις διαπροσωπικές εντάσεις και πώς να τις αντιμετωπίζουν. Μια νοσηλευτική έρευνα, που μελέτησε την ενσωμάτωση της οικογένειας στον προγραμματισμό της μετανοσοκομειακής φροντίδας καταθλιπτικών αρρώστων, διαπίστωσε ότι είχε τα εξής αποτελέσματα: Αύξηση της ικανοποίησης της οικογένειας από τη συνεργασία του αρρώστου, αύξηση της

χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας από τον άρρωστο όταν χρειαζόταν και μεγαλύτερο βαθμό προσαρμογής του αρρώστου στην καθημερινή ζωή.

Νοσηλευτική διάγνωση: Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας Ανεπαρκής ή υπερβολικά αναποτελεσματική ποιότητα κοινωνικής συναλλαγής. (Frangou S 2009).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Συχνές και σύντομες συναντήσεις (5'-10') με τον άρρωστο στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Οι συχνές και σύντομες επαφές ελαχιστοποιούν το άγχος και για τον άρρωστο και για τον νοσηλευτή.

2. Προειδοποίηση του αρρώστου πότε και για πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Οι συγκεκριμένες προσδοκίες ελαττώνουν το άγχος. Το πρόγραμμα παρέχει δομή και σκοπό στα κενά χρονικά διαστήματα.

3. Συνέπεια του νοσηλευτού στην ώρα της συνάντησης και παραμονή κοντά στον άρρωστο όλη την ώρα της υπόσχεσης και όταν ακόμη αυτός δεν μιλά και δεν ανταποκρίνεται στην παρουσία του νοσηλευτού. Η σταθερότητα και η αξιοπιστία θεμελιώνει την εμπιστοσύνη. Ο άρρωστος αισθάνεται τη νοσηλευτική προσοχή χωρίς να προσπαθεί για να την κερδίσει. Όταν ο νοσηλευτής δεν έρχεται στην ώρα του ή δεν παραμένει όση ώρα είχε υποσχεθεί, ο καταθλιπτικός μπορεί να πάρει το ζήτημα προσωπικά και να σκεφθεί ότι δεν είναι άξιος προσοχής.

4. Παραμονή δίπλα στον άρρωστο και όταν δεν μιλά, με σιωπή για μικρά διαστήματα. Η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτού τον βεβαιώνει ότι τον θεωρεί πρόσωπο με αξία.

5. Όταν ο άρρωστος παρουσιάζει αλαλία (σιωπηλότητα, βωβότητα), ο νοσηλευτής μπορεί να σχολιάσει κάτι που βλέπει, π.χ. τα πολλά καινούργια κάδρα στον τοίχο ή τα καινούργια παπούτσια του αρρώστου. Όταν ο άρρωστος δεν είναι ακόμη έτοιμος για να μιλήσει, οι απευθείας ερωτήσεις ενδέχεται να αυξήσουν το άγχος του ενώ σχόλια για αντικείμενα του περιβάλλοντος τον επαναφέρουν στην πραγματικότητα.

6. Χρήση συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση.

7. Διάθεση αρκετού χρόνου στον άρρωστο για να απαντήσει. Η βραδεία σκέψη χρειάζεται χρόνο να διατυπώσει κάποια απάντηση.

8. Προσεκτική ακρόαση υπονοούμενων μηνυμάτων και απευθείας ερώτηση για τυχόν σχέδιο αυτοκτονίας. Οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται ανακούφιση και ελάττωση των αισθημάτων μοναξιάς, όταν εξωτερικεύουν τις σκέψεις αυτοκτονίας.

9. Διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Τα συναισθήματα που συναντούν κατανόηση, μπορούν να βοηθήσουν στην ελάττωση της μοναξιάς και απομόνωσης και διευκολύνουν την παραπέρα εξωτερίκευση πιο οδυνηρών συναισθημάτων, για να συντελεσθεί η θεραπεία.

10. Αποφυγή εκδηλώσεων όπως είναι τα γέλια, τα αστεία και η υπερβολική ευθυμία. Η εύθυμη στάση του νοσηλευτού αυξάνει τα αισθήματα αποξένωσης και απομόνωσης του αρρώστου με τη σύγκριση των αντιθέσεων, πόσο χαρούμενος είναι ο νοσηλευτής και πόσο λυπημένος ο ίδιος.

11. Αποφυγή εκφράσεων όπως: τα πράγματα θα διορθωθούν.....Ο καθένας μας μελαγχολεί κάποτε - κάποτε. Αυτά τείνουν να ελαχιστοποιούν τη σοβαρότητα του καταθλιπτικού συναισθήματος του αρρώστου και μπορεί να αυξήσουν μέσα του την ενοχή και αναξιότητα αφού δεν είναι σε θέση ο ίδιος να βγει από την κατάσταση όπου βρίσκεται.

12. Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση. Ο θυμός του αρρώστου να μη θεωρείται προσωπική επίθεση κατά του νοσηλευτού. Η λογομαχία ή η αυτο-υπεράσπιση συντελούν μόνο στην ελάττωση της αυτοεκτίμησής και του αρρώστου και του νοσηλευτού.

13. Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύσει λεκτικά το θυμό του. Η λεκτική έκφραση δύσκολων συναισθημάτων ίσως να ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσης τους με ανεύθυνες πράξεις και ακατάλληλους τρόπους.

Αν ο θυμός του αρρώστου είναι δικαιολογημένος, ο νοσηλευτής πρέπει να παραδεχθεί ότι έγινε λάθος. Η στάση αυτή ενθαρρύνει την κατάλληλη εξωτερίκευση του θυμού και αποθαρρύνει την εσωτερίκευση και τη στροφή του προς το ίδιο το εγώ.

14. Αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων αξιολογικής κριτικής. Π.χ. φαίνεσθε πιο καλός σήμερα ή μ' αρέσει το σημερινό σας χτένισμα. Διότι το καταθλιπτικό άτομο βλέπει την αρνητική πλευρά κάθε πράγματος. Π.χ. Μπορεί να ερμηνεύσει τα σχόλια ως εξής: Δεν ήμουν καλός χθες. Αν χτενισθώ αλλιώς μπορεί να μην αρέσει στον νοσηλευτή. Είναι καλύτερο να πει ο νοσηλευτής: Φοράτε ένα καινούργιο πουκάμισο σήμερα ή αλλάξατε το χτένισμα σας. Τα ουδέτερα προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνείες.

15. Βαθμιαία ενσωμάτωση του αρρώστου σε συζητήσεις με άλλους αρρώστους και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο ανοχής του. Ενθάρρυνση τηλεφωνημάτων και επισκέψεων με υποστηρικτικά σημαντικά πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι). Επιδοκιμασία των προσπαθειών του. Όλα αυτά ενεργούν ως θετικοί ενισχυτές του αισθήματος της προσωπικής αξίας του αρρώστου και της ικανοποίησης από τις κοινωνικές επαφές. Μέσα στην ομάδα ο άρρωστος θα δοκιμάσει την υποστήριξη από τους άλλους, θα μάθει κοινωνικούς τρόπους και θα ανακαλύψει ότι τα προβλήματα και οι ανησυχίες του είναι παρόμοια με εκείνα των άλλων.

16. Συνεχής εκτίμηση της αυτοκτονικής διάθεσης του αρρώστου για πρόληψη βλάβης ή και θανάτου.

17. Διδασκαλία του αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητές του. Η πιο ρεαλιστική θεώρηση του εαυτού αυξάνει την εμπιστοσύνη και την κλίση του προς κοινωνικές επαφές. (Βασική Παιδοψυχιατρική, Β' τόμος, 2006).

Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για να ανυψώσουν τη διάθεση και να ανακουφίσουν άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Δρουν στον εγκέφαλο και προκαλούν αύξηση της συγκέντρωσης νορεπινεφρίνης και σερετονίνης στον οργανισμό. Δεν θεραπεύουν τα υποκείμενα αίτια της κατάθλιψης, αλλά καλύπτουν τα συμπτώματα και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής. Χορηγούνται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι καθώς δρουν τα φάρμακα αυτά και αρχίζει να ανυψώνεται βελτιώνεται η διάθεση, το άτομο έχει αυξημένη ενεργητικότητα. Τότε ακριβώς υπάρχει κίνδυνος να πραγματοποιήσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας. Η πιθανότητα αυτοκτονίας αυξάνει καθώς ελαττώνεται το επίπεδο της κατάθλιψης. (Goodwin FK and Jamison KR 2007).

4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1.1. Εισαγωγή

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι μέσω δείγματος του πληθυσμού, να καταγραφούν οι απόψεις των Ελλήνων σχετικά με τη Διπολική Διαταραχή, οι γνώσεις τους πάνω στο θέμα και κατα πόσο είναι ενημερωμένοι για την ασθένεια αυτή.

4.1.2. Χαρακτηριστικά Δείγματος

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Σεπτέμβριο του 2017 σε δείγμα 120 ατόμων από διάφορες ηλικίες, όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα.



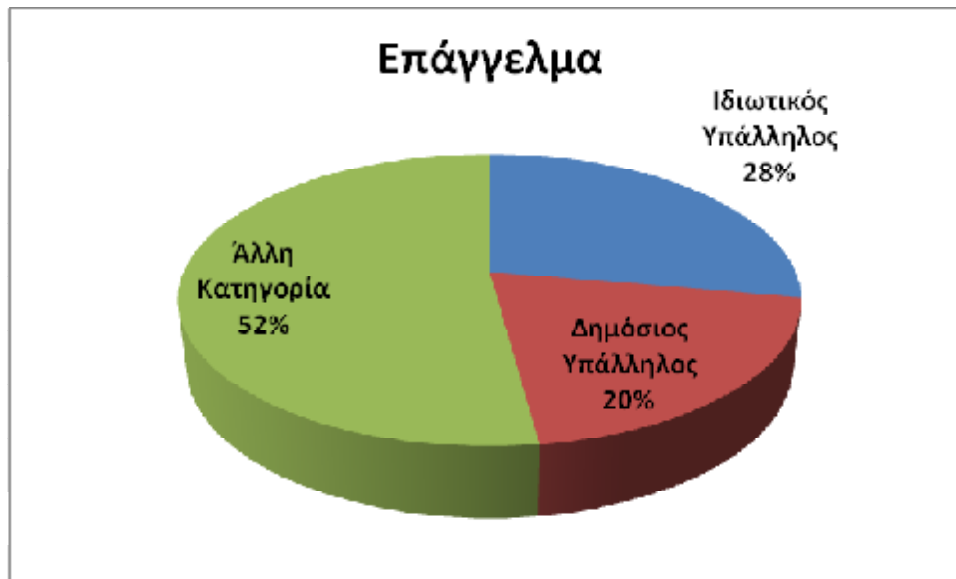
Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα τα περισσότερα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν ηλικίας 19-31 ετών, συγκεκριμένα 103 άτομα ανήκαν σε αυτές τις

ηλικίες. Μόλις ένα άτομο ήταν ηλικίας 18 ετών και τα υπόλοιπα άτομα ήταν από 34 έως 62 ετών.

Στο δείγμα αυτό το 33% ήταν γυναίκες ενώ το 67% ήταν άντρες. Επίσης, το 13% ήταν έγγαμοι και το 87% άγαμοι.

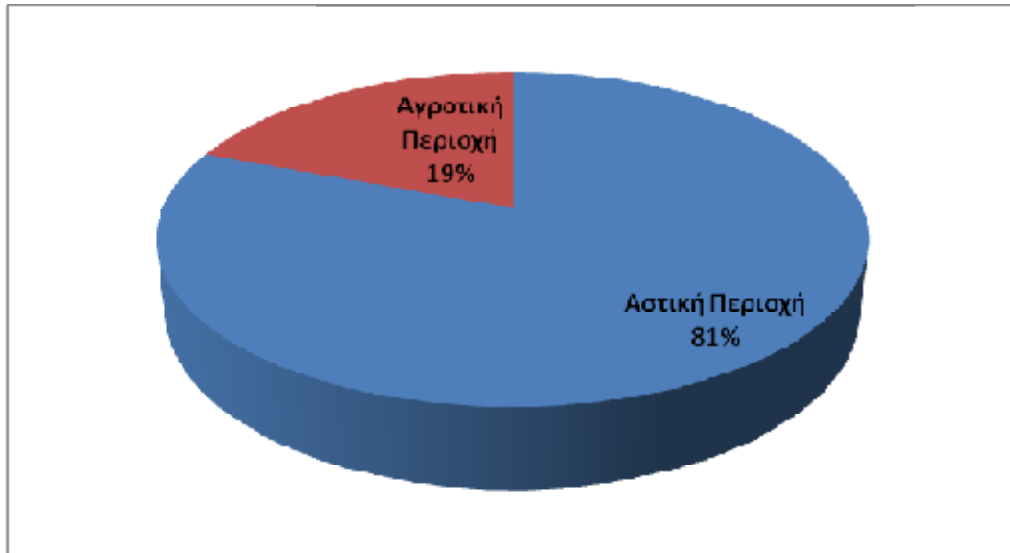


Σε ότι αφορά την επαγγελματική τους δραστηριότητα το 20% του δείγματος ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, το 28% του δείγματος ιδιωτικοί υπάλληλοι και το 52% είχε άλλη δραστηριότητα.



Το 66% ήταν κάτοικοι Αθηνών, το 25% κάτοικοι Πατρών και το 9% κάτοικοι Θεσσαλονίκης, ενώ το 81% κατοικούσε σε αστική περιοχή και το 19% κατοικούσε σε αγροτική περιοχή.





4.1.3. Ερωτηματολόγιο

Στη συνέχεια θα δούμε μια μια τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που δώθηκε καθώς και τις απαντήσεις που καταγράφηκαν.

Η πρώτη ερώτηση ήταν γενική, αν γνωρίζουν τι είναι η διπολική διαταραχή. Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού που εξετάστηκε, 87 άτομα (73%), γνώριζαν την ασθένεια ενώ 32 άτομα (27%) απάντησαν αρνητικά.

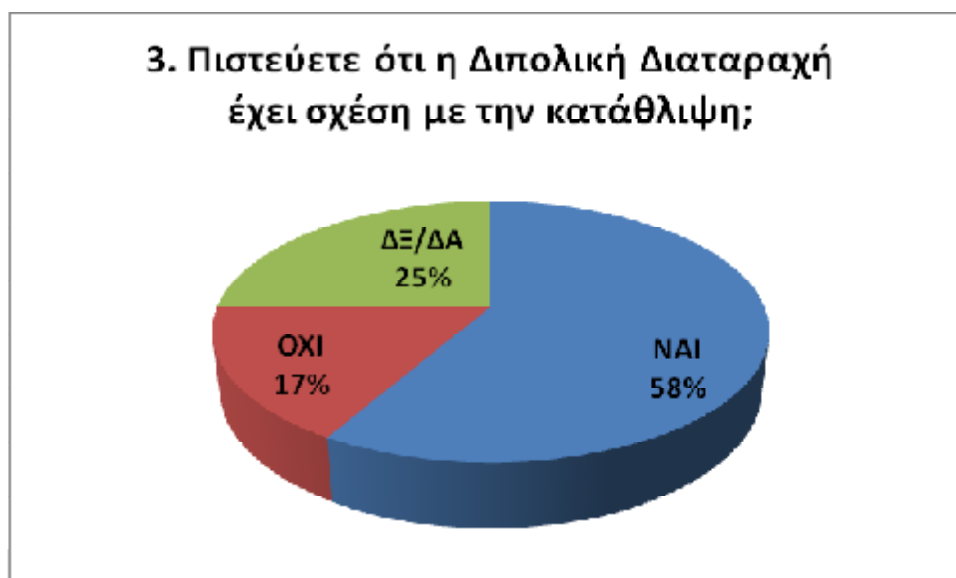


Στη συνέχεια ρωτήθηκαν αν είναι ενημερωμένοι για το θέμα αυτό. 49 άτομα (41%) απάντησαν θετικά ενώ 71 (59%) απάντησαν αρνητικά. Αξιοσημείωτο είναι το

γεγονός ότι ενώ οι περισσότεροι γνώριζαν την ασθένεια ωστόσο δεν είχαν ενημερωθεί σχετικά με αυτήν



Η επόμενη ερώτηση αφορούσε τη σχέση της διπολικής διαταραχής με την κατάθλιψη. 70 άτομα (58%) πιστεύουν ότι η διπολική διαταραχή σχετίζεται με την κατάθλιψη, 20 άτομα (17%) πιστεύουν πως όχι ενώ 30 (25%) δεν γνώριζαν ή δεν ήθελαν να απαντήσουν.



Κατόπιν ερωτήθηκαν σε τι θεωρούν ότι επηρεάζει η διπολική διαταραχή τον ανθρώπινο οργανισμό. Οι 8 (7%) απαντησαν ότι τον επηρεάζει στις διανοητικές

λειτουργίες, οι 37 (31%) ότι επηρεάζει τη διάθεση της προσωπικότητας του ατόμου και οι 75 (62%) απάντησε ότι επηρεάζει και τους δύο τομείς.



Η πέμπτη ερώτηση αφορούσε τη σπανιότητα της ασθένειας. 30 άτομα (25%) απάντησαν ότι πιστεύουν πως είναι μια σπάνια πάθηση για να επηρεάσει κάποιον, 70 (58%) πιστεύουν ότι δεν είναι σπάνια ενώ οι 20 (17%) δεν γνώριζαν ή δεν ήθελαν να απαντήσουν.

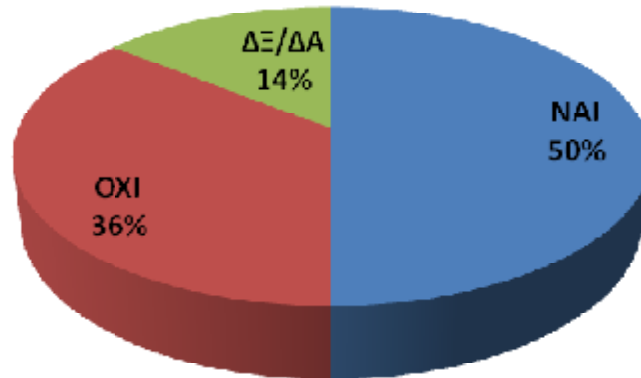


Έπειτα ρωτήθηκαν αν γνωρίζουν πόσο σημαντικό είναι το πρόβλημα που προκύπτει στην καθημερινή ζωή του ασθενούς λόγω της διπολικής διαταραχής. 8 άτομα (7%) απάντησαν ότι δεν προκύπτει κανένα απολύτως πρόβλημα, 11 άτομα (9%) θεωρούν ότι το πρόβλημα που προκύπτει είναι ασήμαντο, 57 άτομα (47%) πιστεύουν ότι η ασθένεια δημιουργεί ένα μέτριο πρόβλημα ενώ 44 άτομα (37%) πιστεύουν ότι δημιουργείται σοβαρό πρόβλημα στη ζωή του ασθενούς.



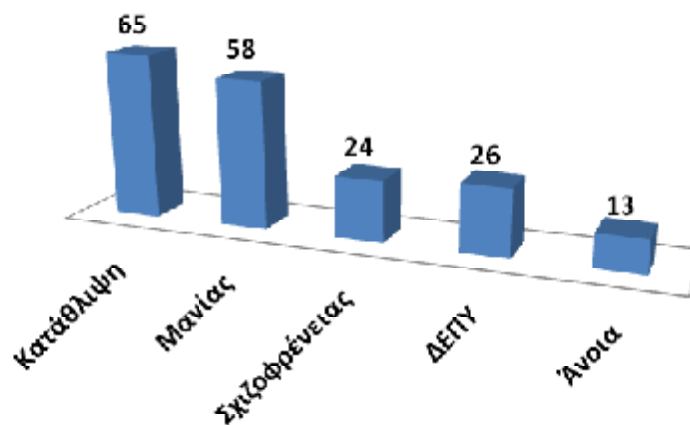
Στην ερώτηση για το αν πιστεύουν ότι η διπολική διαταραχή επηρεάζει τις νεανικές ηλικίες οι 60 (50%) απάντησε θετικά, οι 43 (36%) απάντησε αρνητικά ενώ οι 17 (14%) δεν γνώριζαν ή δεν ήθελαν να απαντήσουν.

7. Πιστεύετε ότι η Διπολική Διαταραχή επηρεάζει τις νεανικές ηλικίες;



Η επόμενη ερώτηση αφορούσε τα συμπτώματα και τα επεισόδια που βιώνουν τα άτομα με διπολική διαταραχή. Οι απαντήσεις μπορούσαν να είναι πάνω από μία και τα αποτελέσματα ήταν τα εξής: 65 άτομα δήλωσαν ότι η κατάθλιψη ανήκει στα συμπτώματα της ασθένειας, 58 άτομα επέλεξαν τη μανία, 24 την σχιζοφρένεια, 26 την ΔΕΠΥ και μόλις 13 την άνοια.

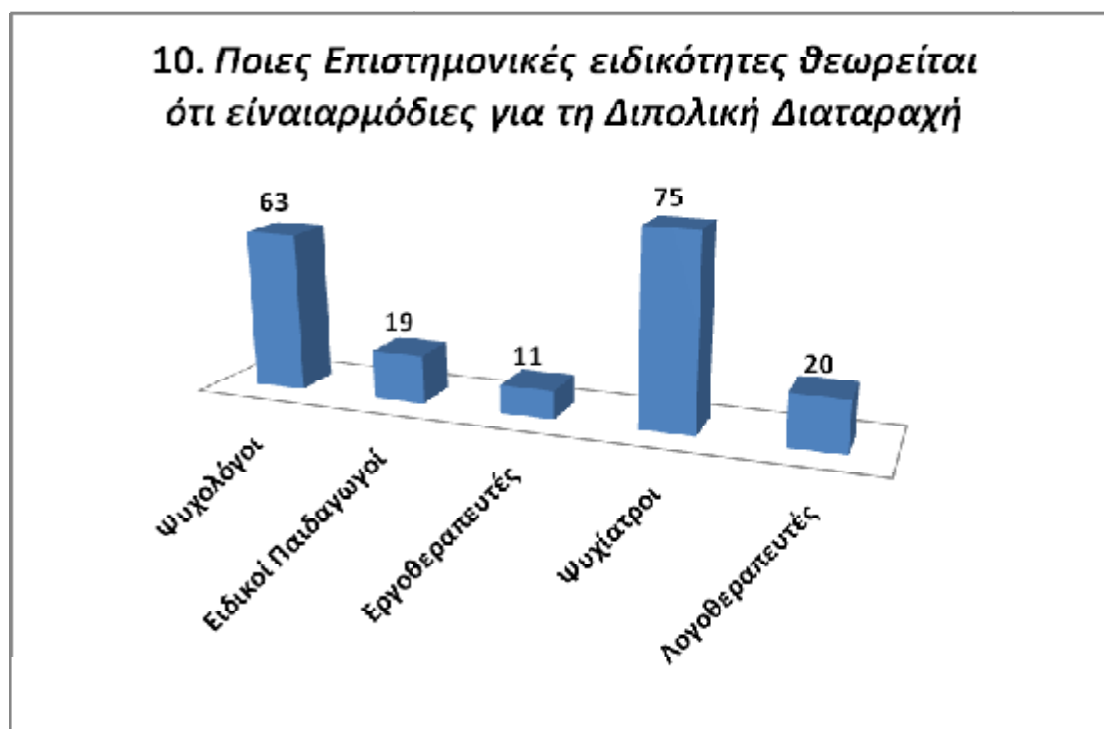
8. Τα άτομα με Διπολική Διαταραχή τι επεισόδια βιώνουν ; Τι συμπτώματα έχουν ;



Στην έρωτηση αν το στρες αποτελεί κύριο αίτιο της διπολικής διαταραχής 80 άτομα (66%) απάντησαν θετικά, 22 (18%) ήταν αρνητικοί και 19 (16%) δεν γνώριζαν ή δεν ήθελαν να απαντήσουν.

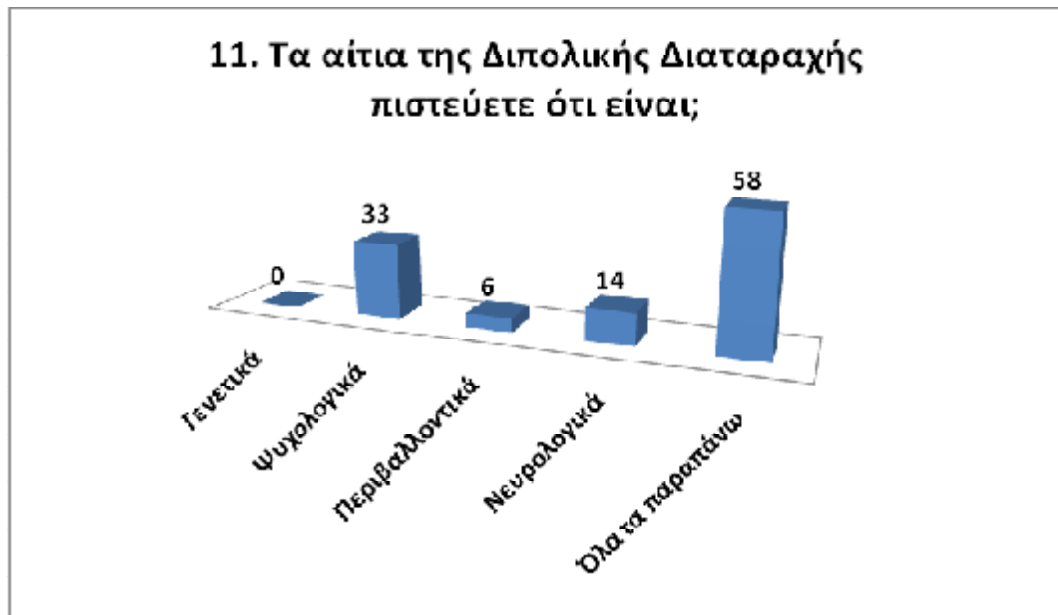


Όταν ερωτήθηκαν για τις ειδικότητες που είναι αρμόδιες για τη διπολική διαταραχή οι απαντήσεις μπορούσαν να είναι πάνω από μια. Έτσι λοιπόν 63 άτομα υποστήριξαν ότι οι ψυχολόγοι θα πρέπει να συμμετέχουν στην αντιμετώπιση της νόσου, 75 άτομα θεωρούν ειδικούς τους ψυχιάτρους, 20 άτομα τους

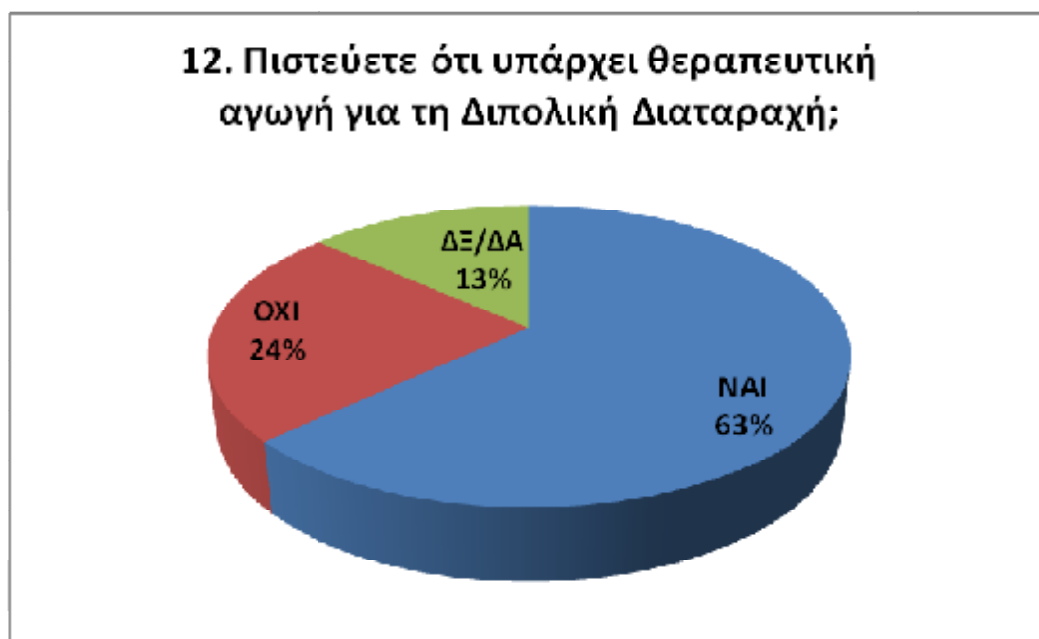


λογοθεραπευτές, 19 άτομα τους ειδικούς παιδαγωγούς και 11 τους εργοθεραπευτές.

Σε ότι αφορά τα αίτια της ασθένειας 33 άτομα πιστεύουν ότι είναι ψυχολογικά, 14 άτομα πιστεύουν ότι είναι νευρολογικής φύσης, 6 άτομα πιστεύουν ότι είναι περιβαλλοντικά τα αίτια ενώ κανείς δεν πιστεύει ότι σχετίζονται με γενετικούς παράγοντες. Ωστόσο 58 άτομα θεωρούν ότι τα αίτια είναι συνδυασμός όλων των παραπάνω παραγόντων.



Στην ερώτηση σχετικά με τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής, 75 άτομα (63%) πιστεύουν ότι υπάρχει θεραπεία της ασθένειας, 28 άτομα (24%) απάντησαν ότι δεν υπάρχει ενώ 16 (13%) δεν γνώριζαν ή δεν ήθελαν να απαντήσουν.

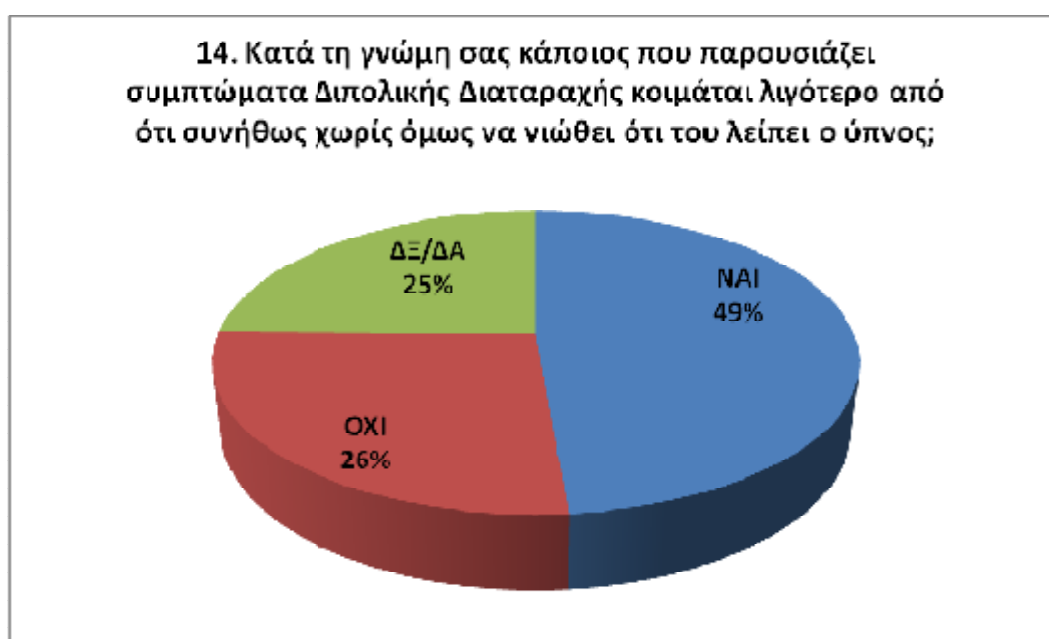


Σχετικά με τη σωστή θεραπευτική αγωγή, όπου μπορούσαν να δωθούν πάνω από μια απαντήσεις, 72 άτομα υποστήριξαν ότι η θεραπεία γίνεται με φάρμακα ενώ 27 υποστήριξαν ότι δεν χρειάζονται φάρμακα. Αντίστοιχα 56 άτομα θεωρούν τις

ψυχοκοινωνικές θεραπείες ως ένα τρόπο θεραπείας ενώ 13 υποστήριξαν την χειρουργική επέμβαση.



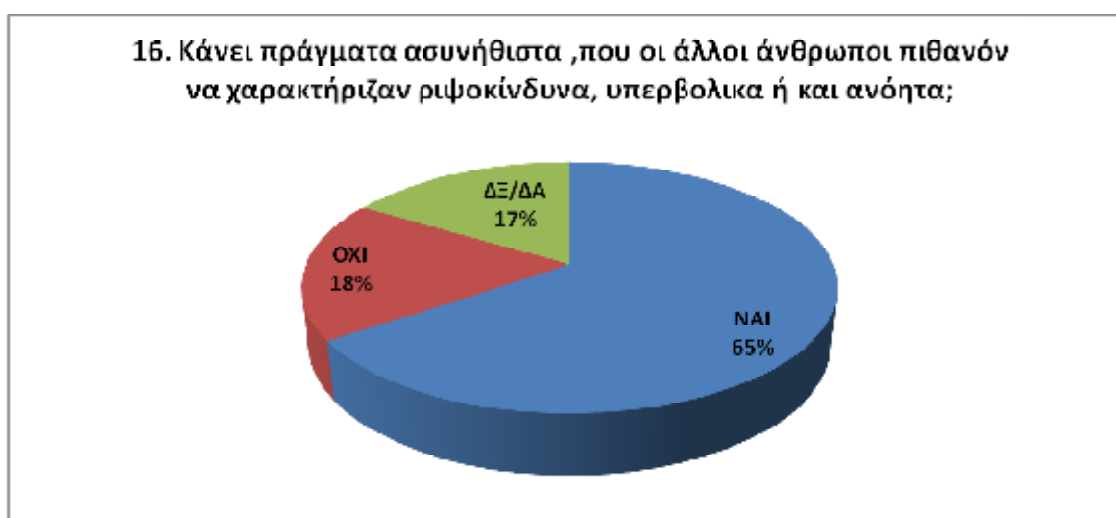
Η επόμενη ερώτηση αφορούσε τον ύπνο. 53 άτομα (49%) υποστηρίζει ότι τα άτομα με διπολική διαταραχή κοιμούνται λιγότερο απ'ότι συνήθως χωρίς όμως να αισθάνονται ότι τους λείπει ύπνος. 29 άτομα (26%) απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση αυτή ενώ 27 (25%) δεν γνώριζαν ή δεν ήθελαν να απαντήσουν.



Σχετικά με την αδυναμία συγκέντρωσης, 64 άτομα (53%) υποστήριξαν ότι οι ασθενείς που πάσχουν από διπολική διαταραχή νιώθουν αδυναμία συγκέντρωσης γιατί ο περίγυρος τους αποσπά την προσοχή. 33 άτομα (28%) απάντησαν αρνητικά στο αίσθημα αυτό ενώ 23 (19%) δεν γνώριζαν ή δεν ήθελαν να απαντήσουν.



Στην ερώτηση αν οι ασθενείς κάνουν πράγματα που οι άλλοι άνθρωποι θεωρούν ριψοκίνδυνα, υπερβολικά ή ανόητα 79 άνθρωποι (65%) απάντησαν θετικά, 22 (18%) απάντησαν αρνητικά και 20 (17%) δεν γνώριζαν ή δεν ήθελαν να απαντήσουν.

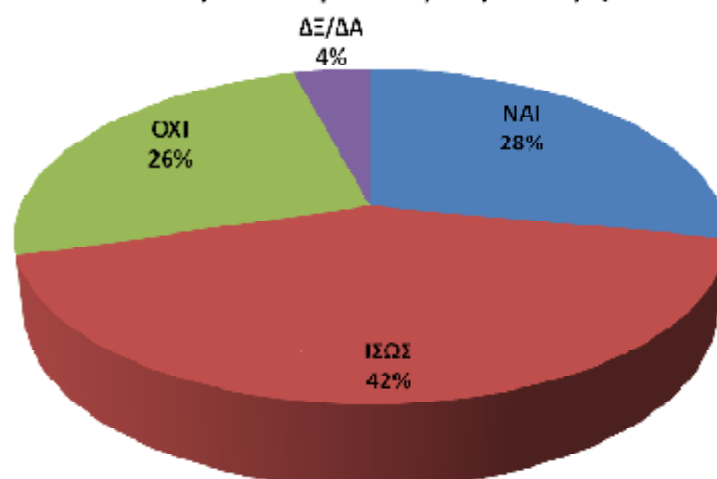


Στην ερώτηση για τη διάθεση και το βαθμό δραστηριότητας των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 48 (40%) απάντησαν ότι γενικά είναι ισορροπημένη και σταθερή, 28 (23%) απάντησαν ότι έχουν υψηλά επίπεδα διάθεσης και δραστηριότητας, 21 (18%) απάντησαν ότι γενικά αυτό τον καιρό έχουν χαμηλά επίπεδα και 23 (19%) ότι παρουσιάζουν διακυμάνσεις.



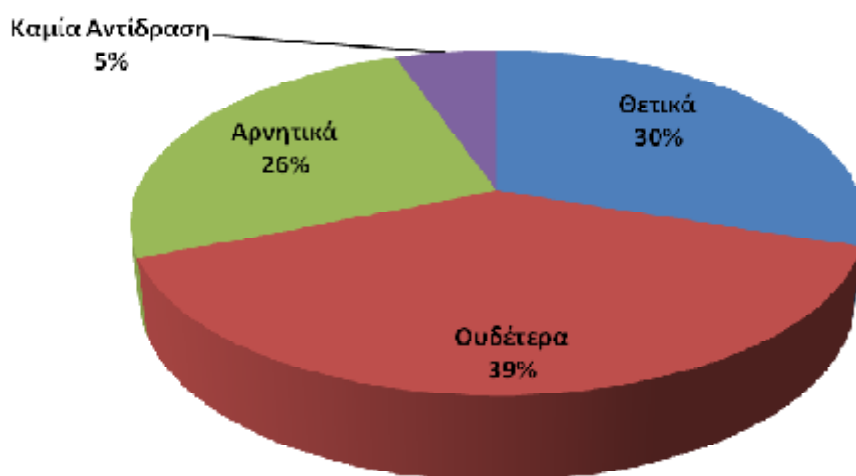
Στην ερώτηση για το αν αλλάζει η συμπεριφορά τους απέναντι στους συνανθρώπους τους, οι 34 (28%) απάντησαν θετικά, 51 (42%) είπαν ότι ίσως αλλάζει, 31 (26%) ήταν αρνητικοί ενώ 5 (4%) δεν γνώριζαν ή δεν ήθελαν να απαντήσουν.

18. Πιστεύετε ότι κάποιες φορές η συμπεριφορά σας απέναντι στους συνανθρώπους σας αλλάζει;



Σε όσους απάντησαν θετικά ή «ίσως» στην προηγούμενη ερώτηση, ζητήθηκε να σχολιάσουν πως αντιδρούν σε αυτό οι άνθρωποι που βρίσκονται κοντά τους. 28 άτομα (30%) απάντησαν ότι οι άνθρωποι γύρω τους αντιδρούν θετικά, 36 (39%) απάντησαν ότι οι κοντινοί τους άνθρωποι αντιδρούν ουδέτερα, οι 24 (26%) λαμβάνουν αρνητικές αντιδράσεις από τους ανθρώπους στο περιβάλλον τους ενώ 5 (5%) είπαν ότι δεν έχουν καμία αντίδραση από τους ανθρώπους στο κοντινό τους περιβάλλον.

19. Πώς σχολιάζουν τη διάθεση σου και αντιδρούν σ' αυτήν όσοι είναι κοντά σου;



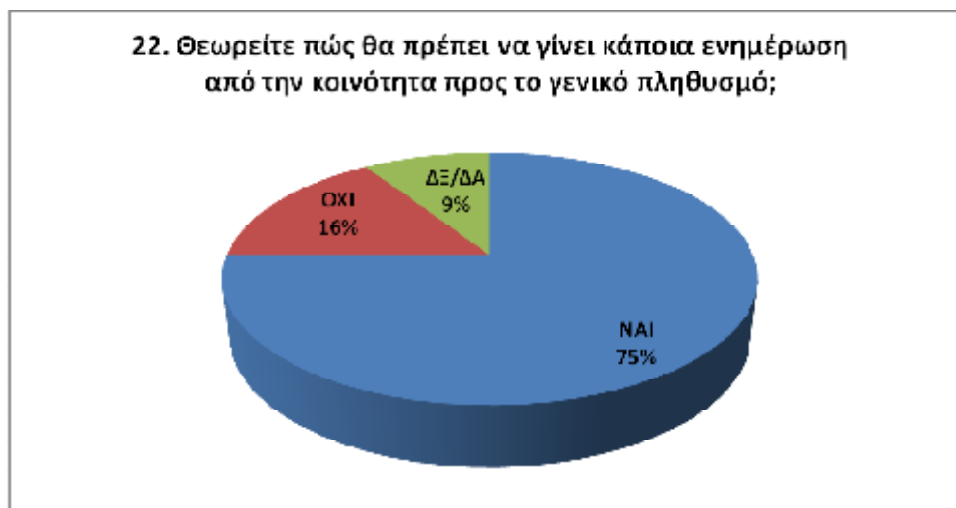
Η επόμενη ερώτηση ήταν αν πιστεύουν ότι η κατάχρηση ουσιών είναι παράγοντας για την εμφάνιση διπολικής διαταραχής. Το μεγαλύτερο μέρος των ανθρώπων που ρωτήθηκαν, συγκεκριμένα 82 άτομα (75%), απάντησε θετικά ενώ μόλις 28 (25%) απάντησε αρνητικά.



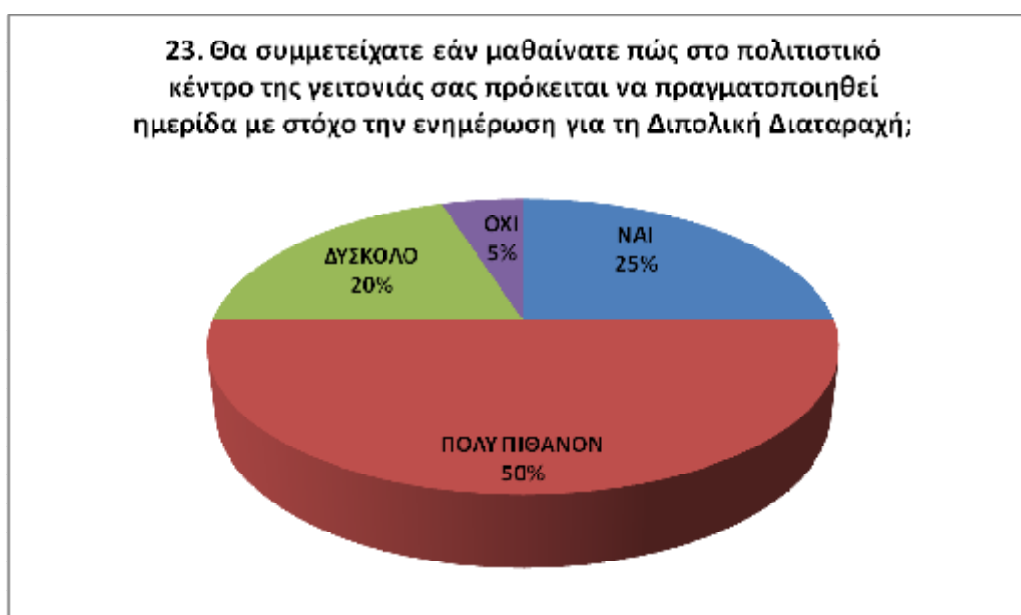
Στην ερώτηση αν υπάρχει άτομο στην οικογένειά τους που να αντιμετωπίζει τη νόσο της διπολικής διαταραχής, 15 άνθρωποι (12%) απάντησαν θετικά, 67 (56%) απάντησαν αρνητικά και 38 (32%) δεν γνώριζαν ή δεν ήθελαν να απαντήσουν.



Στην ερώτηση αν θεωρούν ότι θα πρέπει να γίνει περαιτέρω ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τη νόσο της διπολικής διαταραχής, 90 άνθρωποι (75%) απάντησαν θετικά, 19 άνθρωποι (16%) απάντησαν αρνητικά ενώ 11 (9%) δεν γνώριζαν ή δεν ήθελαν να απαντήσουν.



Ωστόσο αν στη γειτονιά τους πραγματοποιούταν μια ημερίδα ενημέρωσης για τη διπολική διαταραχή μόλις οι 30 (25%) απάντησε ότι θα συμμετείχε. Οι 60 άνθρωποι (50%) απάντησαν ότι είναι πολύ πιθανόν να πήγαιναν, οι 24 (20%) είπαν ότι είναι δύσκολο να συμμετέχουν και οι 6 (5%) απάντησαν ότι δεν θα συμμετείχαν καθόλου.



4.1.4. Γενικά Συμπεράσματα Έρευνας

Από τις απαντήσεις που δόθηκαν στο ερωτηματολόγιο συμπεραίνουμε ότι ενώ οι περισσότεροι άνθρωποι γνωρίζουν τι είναι η διπολική διαταραχή και πιστεύουν ότι θα πρέπει να γίνει προσπάθεια ενημέρωσης του κοινού σχετικά με τη νόσο, ωστόσο οι ίδιοι δεν έχουν ενημερωθεί ποτέ γύρω από το θέμα και δεν είναι θετικοί στο να συμμετέχουν σε μια ημερίδα ενημέρωσης.

Οι περισσότεροι σωστά πιστεύουν ότι η νόσος σχετίζεται άμεσα με την κατάθλιψη, ότι επηρεάζει τις νοητικές λειτουργίες και τη διάθεση των ασθενών και φαίνεται να γνωρίζουν τα κύρια συμπτώματα που είναι η κατάθλιψη και η μανία. Φαίνεται να είναι ενημερωμένοι για τις διαταραχές του ύπνου, την επίδραση του στρες, την αδυναμία συγκέντρωσης και την ασυνήθιστη συμπεριφορά των ασθενών, ενώ οι περισσότεροι πιστεύουν ότι η κατάχρηση ουσιών είναι παράγοντας της νόσου.

Οι περισσότεροι πιστεύουν ότι τα αίτια είναι συνδυασμός γενετικών, ψυχολογικών, νευρολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, ωστόσο αρκετοί είναι αυτοί που εντοπίζουν το πρόβλημα σε ψυχολογικά αίτια, και φυσικά θεωρούν ως ειδικούς για την αντιμετώπιση της πάθησης τους ψυχιάτρους και τους ψυχολόγους.

Οι περισσότεροι πιστεύουν ότι η θεραπεία της νόσου είναι εφικτή και γίνεται με ψυχοκοινωνικές θεραπείες και φάρμακα.

Ωστόσο, αρκετοί είναι αυτοί που λανθασμένα νομίζουν ότι δεν επηρεάζει τις νεανικές ηλικίες, αυτό σημαίνει ότι δεν έχουν σωστή ενημέρωση για τη νόσο. Επίσης οι περισσότεροι πιστεύουν ότι δεν είναι σπάνια νόσος και ότι το πρόβλημα που δημιουργείται στον ασθενή και στο περιβάλλον του είναι από σοβαρό έως μέτριο.

Στις ερωτήσεις σχετικά με τη δικής τους διάθεση, οι περισσότεροι απάντησαν ότι έχουν γενικά καλή διάθεση και υψηλά επίπεδα δραστηριότητας ενώ γενικά έχουν σταθερή και ισορροπημένη συμπεριφορά. Ίσως η συμπεριφορά τους απέναντι στους άλλους αλλάζει κάποιες φορές αλλά αυτό δε φαίνεται να τους δημιουργεί πρόβλημα στην καθημερινότητα καθώς οι περισσότεροι έχουν ουδέτερες ή θετικές αντιδράσεις από τους γύρω τους.

Τέλος να σημειώσουμε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι δεν είχαν κάποιο μέλος στην οικογένειά τους που να πάσχει από διπολική διαταραχή.

4.2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα συμπεράσματα που απορρέουν από τα παραπάνω, αλλά και από το σύνολο αυτής της εργασίας είναι πως πρέπει στο μέλλον να γίνουν σημαντικές τομές στο χώρο της ψυχικής υγείας, αφού η εξέλιξη και η προαγωγή της αφορά το μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα οι μελλοντικές κατευθύνσεις όσων αφορά την διπολική διαταραχή μπορούν να εστιάσουν σε τρία σημεία : στην έρευνα , στην δημιουργία φαρμάκων με νέους μηχανισμούς δράσης και στην εκπαίδευση. Οι έρευνες για την κατανόηση των νευρωνικών κυκλωμάτων και γενικότερα των εγκεφαλικών λειτουργιών σε διπολικούς ασθενείς σε σύγκριση με μη πάσχοντες, οι οποίες βασίζονται στην λειτουργική απεικόνιση του εγκεφάλου αλλά και στην μοριακή βιολογία, μπορούν να προσφέρουν περαιτέρω αποσαφήνιση της παθογένεσης και της κληρονομικότητας της νόσου. Η ανάγκη για παραγωγή νέου τύπου φαρμάκων υποδεικνύεται απο το γεγονός ότι διαθέσιμες θεραπείες δεν καλύπτουν τις ανάγκες όλου του φάσματος των ασθενών αλλά και ότι σε αρκετά φάρμακα καταγράφονται υψηλά ποσοστά ανεπιθύμητων ενεργειών. Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές φορές η ρίζα των προβλημάτων προέρχεται μέσα απο την ίδια την οικογένεια οπότε εκεί μπορούν να βρεθούν λύσεις όπως καποιου είδους ψυχολογική υποστήριξη απο ειδικούς στο σπίτι. Προς αυτήν την κατεύθυνση θα πρέπει να βαδίζει η ενημέρωση και η εκπαίδευση της κοινότητας και του ευρύτερου κοινού η οποία υπολείπεται. Επίσης η σωστή επένδυση απο το κράτος δημόσιου χρήματος για την δημιουργία προγραμμάτων ενημέρωσης και εκπαίδευσης για τη διπολική διαταραχή μπορεί με αυτόν τον τρόπο να μειώσει προκαταλήψεις που υπάρχουν κατά των ασθενών αυτών, μπορεί ακόμα με αυτόν τον τρόπο να μειώσει το γενικότερο χρηματικό κόστος για τη διπολική διαταραχή που προέρχεται απο την αλόγιστη χρήση φαρμάκων. Το κράτος θα πρέπει να παρέχει στους ειδικούς της ψυχικής υγείας τα απαραίτητα υλικά της απαραίτητες γνώσεις και τη δυνατότητα ώστε να βρίσκουν έγκαιρα το πρόβλημα που αντιμετωπίζει κάθε ασθενείς και να το επιλύει. Η πρωτοβάθμια δροντίδα υγείας

προτείνει λύσεις με αφορμή τον έλεγχο και την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας όπως επίσης εκτίμηση και καταγραφή της ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Το προσδόκιμο ζωής είναι πολύ μικρότερο σε άτομα με σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή από τη σε φυσιολογικά άτομα. Τέλος αξίζει να σημειώσουμε πως ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και θεραπεία της διπολικής διαταραχής είναι πολύ σημαντικός καθώς βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.

4.3. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ενημερωτικό φύλλο

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

είμαι προπτυχιακός φοιτητής του τμήματος Νοσηλευτικής στο ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος. Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της πτυχιακής εργασίας μου. Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των γνώσεων του πληθυσμού για τη Διπολική Διαταραχή.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 29 ερωτήσεις εκ των οποίων οι 6 αποτελούν δημογραφικά στοιχεία.

Οι πληροφορίες που θα μας δώσετε θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική.

Θα πρέπει να γνωρίζετε ότι σε οποιοδήποτε σημείο της έρευνας έχετε το δικαίωμα να αποσυρθείτε.

Σας ευχαριστώ πολύ.

Ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις του πληθυσμού

1. *Γνωρίζετε τι είναι Διπολική Διαταραχή;*

Ναι Όχι

2. *Έχετε ενημερωθεί ποτέ γύρω από αυτό το θέμα;*

Ναι Όχι

3. *Πιστεύετε ότι η Διπολική Διαταραχή έχει σχέση με την κατάθλιψη;*

Ναι Όχι Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

4. Σε ποία σημεία θεωρείται ότι η Διπολική Διαταραχή επηρεάζει τον ανθρώπινο οργανισμό;

- A. Διανοητικές λειτουργίες
- B. Διάθεση προσωπικότητας
- Γ. Και οι δύο παραπάνω απαντήσεις

5. Πιστεύετε ότι είναι σπάνια πάθηση για να επηρεάσει κάποιον;

Ναι Όχι Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

6. Πόσο μεγάλο πρόβλημα μπορεί να προκαλέσει, ώστε κάποιος να μην μπορεί να δουλέψει, να κάνει οικογένεια ή να μπλέκεται καθημερινά σε καβγάδες και σε διαφωνίες;

- A. Κανένα Πρόβλημα
- B. Ασήμαντο Πρόβλημα
- Γ. Μέτριο Πρόβλημα
- Δ. Σοβαρό Πρόβλημα

7. Πιστεύετε ότι η Διπολική Διαταραχή επηρεάζει τις νεανικές ηλικίες;

Ναι Όχι Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

8. Τα άτομα με Διπολική Διαταραχή τι επεισόδια βιώνουν ; Τι συμπτώματα έχουν ; (Η απάντηση μπορεί να είναι παραπάνω από μία)

A. Κατάθλιψη

B. Μανίας

Γ. Σχιζοφρένειας

Δ. ΔΕΠΥ (Διαταραχή Ελλειματικής Προσωπικότητας Υπερκινητικότητα)

E. Άνοια

9. Θεωρείται ότι το στρές είναι κι αυτό ένα από τα κύρια αίτια για την εμφάνιση Διπολικής Διαταραχής;

Ναι

Όχι

Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

10. Ποιες Επιστημονικές ειδικότητες θεωρείται ότι είναι αρμόδιες για τη Διπολική Διαταραχή (Επιλέξτε μία ή περισσότερες απαντήσεις)

A. Ψυχολόγοι

B. Ειδικοί παιδαγωγοί

Γ. Εργοθεραπευτές

Δ. Ψυχίατροι

E. Λογοθεραπευτές

11. Τα αίτια της Διπολικής Διαταραχής πιστεύετε ότι είναι;

A. Γενετικά

B. Ψυχολογικά

Γ. Περιβαλλοντικά

Δ. Νευρολογικά

Ε. Όλα τα παραπάνω

12. Πιστεύετε ότι υπάρχει θεραπευτική αγωγή για τη Διπολική Διαταραχή;

Ναι Όχι Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

13. Πώς κατά τη γνώμη σας επιτυγχάνετε η σωστή θεραπευτική αγωγή; (μπορείτε να απαντήσετε σε παραπάνω από μία)

A. Φάρμακα

B. Χειρουργική Επέμβαση

Γ. Ψυχοκοινωνικές Θεραπείες

Δ. Αντιμετώπιση χωρίς φαρμακευτική αγωγή

14. Κατά τη γνώμη σας κάποιος που παρουσιάζει συμπτώματα Διπολικής Διαταραχής κοιμάται λιγότερο από ότι συνήθως χωρίς όμως να νιώθει ότι του λείπει ο ύπνος;

Ναι Όχι Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

15. Νιώθει αδυναμία συγκέντρωσης επειδή πράγματα του περιγυρού του, του αποσπούν πολύ εύκολα την προσοχή;

Ναι Όχι Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

16. Κάνει πράγματα ασυνήθιστα ,που οι άλλοι άνθρωποι πιθανόν να χαρακτήριζαν ριψοκίνδυνα, υπερβολικά ή και ανόητα;

Ναι Όχι Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

17. Συγκριτικά με τους άλλους ανθρώπους ο βαθμός δραστηριότητάς σας και η διάθεσή σας τον τελευταίο καιρό είναι:

- A. Ισορροπημένη και σταθερή
- B. Είναι γενικώς υψηλή
- Γ. Είναι γενικώς χαμηλή
- Δ. Διακρίνετε από περιόδους με διακυμάνσης

18. Πιστεύετε ότι κάποιες φορές η συμπεριφορά σας απέναντι στους συνανθρώπους σας αλλάζει;

Ναι Ίσως Όχι Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

19. Πώς σχολιάζουν τη διάθεσή σου και αντιδρούν σ' αυτήν όσοι είναι κοντά σου;

(εάν απαντήσατε Ναι ή Ίσως)

- A. Θετικά (με ενθαρρύνουν ή με υποστηρίζουν)
- B. Ουδέτερα
- Γ. Αρνητικά (ανησυχούν, ενοχλούνται, εκνευρίζονται)
- Δ. Καμία αντίδραση

20. Πιστεύετε ότι η κατάχρηση ουσιών είναι παράγοντας για την Διπολική Διαταραχή;

- A. Ναι η κατάχρηση ουσιών επιδεινώνει τη κατάσταση
- B. Όχι δεν παίζει ρόλο το ένα με το άλλο

21. Υπάρχει άτομο στην οικογένειά σας η στον περίγυρό σας που ν' αντιμετωπίζει Διπολική Διαταραχή;

Ναι Όχι Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

22. Θεωρείτε πώς θα πρέπει να γίνει κάποια ενημέρωση από την κοινότητα προς το γενικό πληθυσμό;

Ναι Όχι Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

23. Θα συμμετείχατε εάν μαθαίνατε πώς στο πολιτιστικό κέντρο της γειτονιάς σας πρόκειται να πραγματοποιηθεί ημερίδα με στόχο την ενημέρωση για τη Διπολική Διαταραχή;

A.Ναι ασφαλώς B.Πολύ πιθανόν Γ.Δύσκολο Δ. Όχι

Δημογραφικά στοιχεία

Ηλικία :

Φύλο : Άνδρας Γυναίκα

Τόπος εργασίας : Αθήνα Θεσσαλονίκη Πάτρα

Χώρος Εργασίας : Ιδιωτικός Υπάλληλος Δημόσιος Υπάλληλος Άλλη
Κατηγορία

Κατάγεστε από : Αστική Περιοχή Αγροτική Περιοχή

Οικογενειακή Κατάσταση : Έγγαμος/η Άγαμος/η

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

[1] ΑφροδίτηΧρ.Ραγιά, "Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Ψυχιατρική νοσηλευτική", Αθήνα,2005,σελ.282-296,299-306,306-3.

[2] ΒασικήΠαιδοψυχιατρική, Β' τόμος, 2006,σελ. 406-428, WashingtonD.C

Ρίζος Σ. , Ρόντος Ι. ,Παπαστεριάδης Ε, λύκουρας Λ. DSM-IV psychiatric disorders among acute myocardial infarction patients. Hellenphych gen hospital 2004, 2:28-32

[3] Φράγκου Σ. (2009) Risk and resilience in bipolar disorder: rationale and design of the Vulnerability to Bipolar Disorders Study (VIBES). Biochem. Soc. Trans., 37 (Pt 5), 1085–1089.

[4] TaylorFrancisGroup "Ατλας διπολικών διαταραχών" Ιατρικές εκδόσεις Βαγιονάκης ,2002, Σελ 11-15, 17-18, 31-37, 62-64, 73-84

Ξενόγλωσση

[1] Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF, Sechter D, Bourgeois M, Azorin JM, Chatenêt- Duchêne L, Lancrenon S. (2003) Validating antidepressant-associated hypomania (bipolar III): A systematic comparison with spontaneous hypomania (bipolar II). J. Affect. Disord, 73: 65

[2] Angst J et al. (2002). Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. J Affect Disord. (68): 167-181

[3] AasM, HenryC, AndreassenOA,etal. The role of childhood trauma in bipolar disorders.Int. J. Bipolar Disord.2016; 4: 2.

[4] Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rihmer Z. (2005) Agitated "unipolar" depression re-conceptualized as a depressive mixed state: Implications for the antidepressantsuicide controversy. J. Affect. Disord. 85: 245–58.

[5] Alloy LB, Abramson LY, Urosevic S, et al. The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clin. Psychol. Rev.* 2005; 25: 1043–1075.

[6] Baca-Garcia E et al. (2007). Diagnostic stability and evolution of bipolar disorder in clinical practice: a prospective cohort study. *Acta Psychiatr Scand.* {115(6)} :473-80

[7] Bearden CE, Shih VH, Green AM, et al. The impact of neurocognitive impairment on occupational recovery of clinically stable patients with bipolar disorder: a prospective study. *Bipolar Disord.* 2011; 13 (4): 323–333.

[8] Bender RE, Alloy LB. Life stress and kindling in bipolar disorder: Review of the evidence and integration with emerging biopsychosocial theories. *Clin. Psychol. Rev.* 2011; 31: 383–398.

[9] Biglu M., Biglu S., Scientific attitudes towards bipolar disorders. *J Anal Res Clin Med*, 2014; 2(1): 1-10.

[10] Boland EM, Bender RE, Alloy LB, Conner BT, Labelle DR, Abramson LY. Life events and social rhythms in bipolar spectrum disorders: An examination of social rhythm sensitivity. *J. Affect. Disord.* 2012; 139: 264–272.

[11] Bourne C, Aydemir O, Balanza-Martinez V, et al. Neuropsychological testing of cognitive impairment in 1096 S. Rolstad et al. euthymic bipolar disorder: an individual patient data metaanalysis. *Acta Psychiatr. Scand.* 2013; 128 (3): 149–162.

[12] Bora E, Yucel M, Pantelis C. Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: a meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives. *J. Affect. Disord.* 2009; 113 (1-2): 1–20.

[13] Bryant-Comstock L, Stender M, Devercelli G. Health care utilization and costs among privately insured patients with bipolar I disorder. *Bipolar Disord.* 2002; 4 (6), 398–405.

[14] Chen J, Fang Y, Kemp DE, et al. Switching to hypomania and mania: differential neurochemical, neuropsychological, and pharmacologic triggers and their mechanisms. *Curr Psychiatry Rep.* 2010; 12:512-521.

[15] Camacho A & Akiskal HS.. Proposal for a bipolar-stimulant spectrum: Temperament, diagnostic validation and therapeutic outcomes with mood stabilizers. *J Affect Disord.* (85) :217-230,(2005)

[16] Choy KH, Dean O, Berk M, et al. Effects of N-acetyl-cysteine treatment on glutathione depletion and a short-term spatial memory deficit in 2-cyclohexene-1-one-treated rats. *Eur J Pharmacol* 649:224-228 Grant BF et al. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related conditions. *J Clin Psychiatry.* (66) :1205-1215

[17] Clayton PJ, Cuse SB, Cloninger CR, Martin LR (2002). Unipolar depression :Diagnostic inconsistency and its implications. *J Affect Disord.* (26) :111

[18] Chou YH, Wang SJ, Lin CL, et al. Decreased brain serotonin transporter binding in the euthymic state of bipolar I but not bipolar II disorder: a SPECT study. *Bipolar Disord.* 2010; 12:312-318.

[19] Chudal R, Sourander A, Polo-Kantola P et al. Perinatal factors and the risk of bipolar disorder in Finland. *J. Affect. Disord.* 2014; 155: 75 –80.

Coville AL, Miklowitz DJ, Taylor DO, Low KG. Correlates of high expressed emotion attitudes among parents of bipolar adolescents. *J. Clin. Psychol.* 2008; 64: 438–449.

[20] Cousins DA, Butts K, Young AH. The role of dopamine in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2009; 11:787-806.

[21] Dutta R et al. (2007). Suicide and other causes of mortality in bipolar disorder: a longitudinal study. *Psychol Med.* (37) :839-47

[22] Delgado PL, Moreno FA. Role of norepinephrine in depression. *J Clin Psychiatry,* 2000; 61 Suppl 1:5-12.

[23] Dominiak M, Swiecicki L, Rybakowski J. Psychiatric hospitalizations for affective disorders in Warsaw, Poland: Effect of season and intensity of sunlight. *Psychiatry Res.* 2015; 229: 287–294.

[24] Ekblad M, Gissler M, Lehtonen L, Korkeila J. Prenatal smoking exposure and the risk of psychiatric morbidity into young adulthood. *Arch. Gen. Psychiatry* 2010; 67: 841–849.

- [25] Etain B, Henry C, Bellivier F, et al. Beyond genetics: Childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2008; 10: 867–876.
- [26] Eric Hollander MD, Cheryl M. Wong "Οι συχνότερες ψυχικές διαταραχές Σύγχρονες τάσεις στη διάγνωση και αντιμετώπιση" 2004, Σελ 13-43.
- [27] Fullerton JM, Tiwari Y, Agahi G, et al. Assessing oxidative pathway genes as risk factors for bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2010; 12:550-556.
- [28] Gawryluk JW, Wang JF, Andreazza AC, et al. Decreased levels of glutathione, the major brain antioxidant, in post-mortem prefrontal cortex from patients with psychiatric disorders. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2011; 14:123-130.
- [29] Geoffroy PA, Bellivier F, Scott J, Etain B. Seasonality and bipolar disorder: A systematic review, from admission rates to seasonality of symptoms. *J. Affect. Disord.* 2014; 168: 210–233.
- [30] Gonzalez R. The relationship between bipolar disorder and biological rhythms. *J Clin Psychiatry.* 2014; 75:e323–31.
- [31] Goodwin FK and Jamison KR (2007) *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*, Oxford University Press, New York
- [32] Greenberg S, Rosenblum KL, McInnis MG, Muzik M. The role of social relationships in bipolar disorder: A review. *Psychiatry Res.* 2014; 219: 248–254.
- [33] Greenwood TA, Alexander M, Keck PE, et al. Evidence for linkage disequilibrium between the dopamine transporter and bipolar disorder. *Am J Med Gene.* 2001; 105:145-151.
- [34] Hosang GM, Korszun A, Jones L et al. Adverse life event reporting and worst illness episodes in unipolar and bipolar affective disorders: Measuring environmental risk for genetic research. *Psychol. Med.* 2010; 40: 1829–1837.
- [35] Johnson SL, Cuellar AK, Ruggiero C et al. Life events as predictors of mania and depression in bipolar I disorder. *J. Abnorm. Psychol.* 2008; 117: 268–277.
- [36] Jornada LK, Valvassori SS, Steckert AV, et al. Lithium and valproate modulate antioxidant enzymes and prevent ouabain-induced oxidative damage in an animal model of mania. *J Psychiatr Res.* 2011; 45:162-168.
- [37] Kupfer D (2009). The increasing medical burden in bipolar disorder. *JAMA.* 293(20):2528-30

[38] Kieseppa T, Partonen T, Haukka J, et al. High concordance of bipolar I disorder in a nationwide sample of twins. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1814-1821.

[39] Merikangas KR, Jin R, He JP, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2011; 68 (3): 241–251.

[40] Miller AH. Mechanisms of cytokine-induced behavioral changes: Psychoneuroimmunology at the translational interface. *Brain, Behav Immun*, 2009; 23:149–158.

[41] Miller S, Hallmayer J, Wang PW, et al. Brain-derived neurotrophic factor val66met genotype and early life stress effects upon bipolar course. *J. Psychiatr. Res.* 2013; 47: 252–258.

[42] Munkholm K, Brauner JV, Kessing LV, Vinberg M. Cytokines in bipolar disorder vs. healthy control subjects: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*, 2014; 47:1119–33.

[43] Muneer A. Bipolar Disorder: Role of Inflammation and the Development of Disease Biomarkers. *Psychiatry Investig*, 2016;13(1):18-33.

[44] Nosarti C, Reichenberg A, Murray RM et al. Preterm birth and psychiatric disorders in young adult life. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2012; 69: 610–617.

[45] Sakai T, Oshima A, Nozaki Y, et al. Changes in density of calcium-binding-protein-immunoreactive GABAergic neurons in prefrontal cortex in schizophrenia and bipolar disorder. *Neuropathology*, 2008; 28:143-150.

[46] Simmons DA, Broderick PA. Cytokines, stressors and clinical depression: Augmented adaptation responses underlie depression pathogenesis. *Progr Neuro-Psychopharmacol Biologic Psychiatry*, 2005; 29:793–807.

[47] Szczepankiewicz A, Dmitrzak-Weglarz M, Skibinska M, et al. Study of dopamine receptors genes polymorphisms in bipolar patients with comorbid alcohol abuse. *Alcohol and alcoholism*, 2011; 42(2):70-74.

[48] Uher R. Gene-environment interactions in severe mental illness. *Front Psychiatry* 2014;5:48-53.

[49] Vawter MP, Freed WJ, Kleinman JE. Neuropathology of bipolar disorder. *Biol Psychiatry*, 2000; 48:486-504.

[50] Rihmer Z & Pestalicy P (1999). Bipolar II disorder and suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am.* (22) :667-673