

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:
«ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»



ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΝΟΥΚΑΚΗ
ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΠΟΛΥΜΕΡΟΠΟΥΛΟΥ
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ :
MARNERAS CHRISTOS RN,MBA,MSc, PhD.

ΠΑΤΡΑ,2020

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νόσος της διπολικής διαταραχής, αποτελεί αναμφισβήτητα σημαντικό κοινωνικό πολιτισμικό και οικονομικό πρόβλημα της σύγχρονης πραγματικότητας. Τόσο ως « μέλος » της γενικότερης ομάδας των συναισθηματικών διαταραχών, όσο και ως αυτόνομη διαδικασία , έχει αρνητικές συνέπειες τόσο για το άτομο που νοσεί , όσο και για το περιβάλλον του. Η ίδια η φύση της διπολικής διαταραχής συνεπάγεται δυσκολίες στην διάγνωση της νόσου , καθιστώντας την παρακολούθηση μιας αναγκαίας διαδικασίας για την αποφυγή πιθανώς λανθασμένης κατηγοριοποίησης του ασθενούς σε άλλο είδος συναισθηματικής διαταραχής. Πρόκειται μεν για μια χρονοβόρα διαδικασία αλλά μόνο στην περίπτωση που γίνεται διακριτός ο κύκλος της νόσου , επιτυγχάνεται ασφαλής διάγνωση. Αφού διαπιστωθεί η ύπαρξη της ασθένειας, επιλέγεται κάθε φορά ο καταλληλότερος θεραπευτικός «δρόμος» ανάλογα με το είδος και την ένταση του επεισοδίου. Ξεχωριστή θέση στην θεραπεία κατέχει το λίθιο , το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί και στις δύο περιπτώσεις (επεισόδια μανία και κατάθλιψης).Σημαντική θέση στην διπολική διαταραχή κατέχει επίσης και ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της θεραπείας της.

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

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

Αποτελέσματα : Η διπολική διαταραχή είναι πλέον ευρέως αναγνωρισμένη ως μια ψυχική νόσος που χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση . Ειδικότερα , ο θεραπευτικός της σχεδιασμός θα πρέπει να είναι συνεχής και αποτελεσματικός , όσο και η φαρμακευτική αγωγή , που είναι από τα βασικά στοιχεία της θεραπείας

Συμπεράσματα : Μπορούμε να πούμε ότι στο μέλλον απαιτούνται να γίνουν σημαντικοί τομείς στο χώρο της ψυχικής υγείας , αφού η εξέλιξη και η προαγωγή αφορά το μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα , οι μελλοντικές κατευθύνσεις ,όσο αναφορά την διπολική διαταραχή , μπορούν να εστιάσουν σε τρία

σημεία : στην έρευνα ,στην δημιουργία φαρμάκων με νέους μηχανισμού δράσης , και στην εκπαίδευση.

Λέξεις ευρητηρίου : Διπολική διαταραχή , μανία, κατάθλιψη ,ψυχικές διαταραχές ,τύποι της διπολικής διαταραχής , νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

ABSTRACT

The disease of bipolar disorder is undoubtedly an important social, cultural and economic problems of modern reality. Both as a 'member' of the broader group of affective disorders and as an autonomous process, has negative consequences for the person who is sick and for the environment. The very nature of bipolar disorder entails difficulty in diagnosis, making the monitoring of a procedure necessary to avoid possibly erroneous classification of the patient to another kind of emotional disturbance. This is indeed a time consuming process, but only if it is distinct cycle of the disease, safe diagnosis is achieved. After establishing the existence of the disease, selected each time the most appropriate therapeutic "way" according to the type and intensity of the episode. A special place in the treatment possesses lithium, which can be used in both cases (episodes of mania and depression). Semantics position in bipolar disorder and also holds the role of the nurse in the treatment and correction.

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

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

Results: Bipolar disorder is now widely recognized as a mental illness that needs immediate attention. In particular, the therapeutic planning should be 6 continuous and effective as the medication is one of the key elements of treatment. Conclusions: We can say that in the future needed to be important areas in the mental health field since the development and the promotion to the bigger part of the

population. Specifically, future directions, as the bipolar disorder can focus on three areas: research, creation of new medicines and education and training mechanisms.

Key words: Bipolar disorder, mania, depression, mental disorders, types of bipolar disorder, nursing interventions

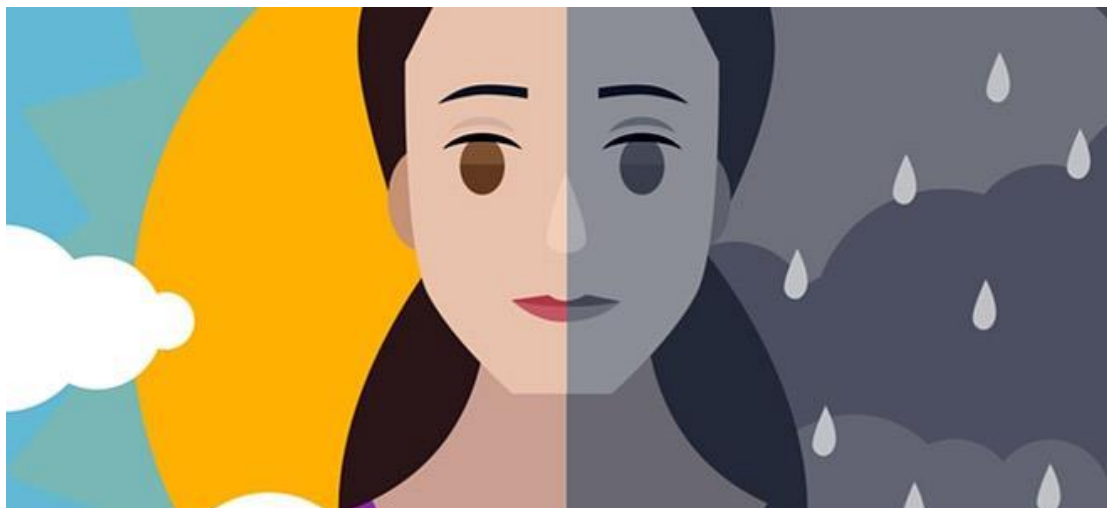
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί το επιστέγασμα των σπουδών μας στη νοσηλευτική. Αποτελεί μια συστηματική προσέγγιση ενός θέματος, που μας δίνει την ευκαιρία να χρησιμοποιήσουμε γνώσεις και πρακτικές που αποκτήσαμε στη διάρκεια των σπουδών μας. Η βοήθεια του καθηγητή μας Κος Μαρνέρα Χρήστου που συνετέλεσε στην ολοκλήρωση του παρακάτω πονήματος και για το λόγο αυτό εκφράζουμε τις ευχαριστίες μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	8
1.1 Τι είναι ψυχική υγεία.....	9
1.2 Τι είναι ψυχική ασθένεια	12
1.3 Ορισμός διπολικής διαταραχής	13
1.4 Αίτια διπολικής διαταραχής.....	14
1.5 Συμπτώματα μανίας	16
1.6 Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία	17
1.7 Διπολική διαταραχή κυκλοθυμία - δυσθυμία	19
1.8 Μορφές ψυχικής διαταραχής	21
1.9 Διαταραχές διάθεσης	24
1.10 Αγχώδης διαταραχή	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	32
2.1 Επιδημιολογία και πρόγνωση διπολικής διαταραχής.....	33
2.2 Αιτιολογία – ανασκόπηση.....	34
2.3 Βιολογική προσέγγιση.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	39
3.1 Κλινική εικόνα κατάθλιψης.....	40
3.2 Επιπτώσεις της κατάθλιψης.....	42
3.3 Κλινική εικόνα μανίας	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	46
4.1 Διάγνωση διπολικής διαταραχής.....	47
4.2 Μανιακό επεισόδιο.....	51
4.3 Υπομανιακό επεισόδιο.....	54
4.4 Μεικτό επεισόδιο.....	55
4.5 Διαγνωστικά κριτήρια διπολικής διαταραχής.....	55
4.6 Διαφορική διάγνωση διπολικής διαταραχής.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	58
5.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής	59
5.2 Φαρμακοθεραπεία.....	60
5.3 Άτυπα αντιψυχωσικά.....	60

5.4 Αντικαταθλιπτικά	61
5.5 Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία	62
5.6 Η οικογενειακή θεραπεία.....	62
5.7 Λίθιο..	63
5.8 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.....	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	67
6.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχική υγεία	68
6.2 Αυτοκτονικός ιδεασμός.....	69
6.3 Η νοσηλευτική εκτίμηση ενός αυτοκτονικού ασθενούς	71
6.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα των ατόμων με αυτοκτονικό ιδεασμό	73
6.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην διπολική διαταραχή.....	76
6.6 Νοσηλευτική φροντίδα άρρωστου με κατάθλιψη.....	76
6.7 Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με μανία.....	77
6.8 Νοσηλευτικές διαγνώσεις	80
6.9 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την αποκατάσταση	81
6.10 Νοσηλευτική διεργασία	83
κλινική περίπτωση α'	
6.10.1 Νοσηλευτική διεργασία	86
κλινική περίπτωση β'	
Συμπεράσματα	90
Συμπεράσματα και προτάσεις	91
Βιβλιογραφία	93

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1



ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2002) λαμβάνοντας υπόψη την πολυπλοκότητα του ανθρώπου ορίζει την ψυχική υγεία ως: “την κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα”. Από αυτόν τον ορισμό είναι σαφή δυο βασικά και ουσιαστικά συμπεράσματα, κατ’ αρχήν η Ψυχική Υγεία δεν είναι ένας στόχος ξεκάθαρα μετρήσιμος, αυτό σημαίνει ότι δύσκολα μπορεί να επιτευχθεί και παραμένει ένα ιδανικό που ο καθένας μας προσπαθεί να επιτύχει (Ασημόπουλος Χ. , 2014) .

Η εμφάνιση ψυχικών νόσων συναρτάται με πλήθος κοινωνικών, οικονομικών, περιβαλλοντικών και συμπεριφορικών παραγόντων οι οποίοι επιδρούν στην ψυχοσύνθεση του ατόμου. Τα ψυχικά νοσήματα αποτελούν πεδίο ιδιαίτερης σημασίας για τη δημόσια υγεία καθώς κατατάσσονται ανάμεσα στις πρώτες αιτίες που προκαλούν ανικανότητα και απώλεια της παραγωγής. Η ψυχική υγεία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό τόσο από εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, (ψυχολογικές πιέσεις, στρες, αρνητικά ή και θετικά γεγονότα ζωής), όσο και από εσωτερικούς (ενδοψυχικούς) ατομικούς παράγοντες που συνήθως σχετίζονται με τη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Εξαρτώνται επίσης και από βιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά από γεννήσεως. Κάτι ανάλογο συμβαίνει και στο Στρατό, ή διατήρηση δηλαδή της ψυχικής υγείας εξαρτάται τόσο από τις περιβαλλοντικές συνθήκες που επικρατούν στη μονάδα και τις σχέσεις που έχουν διαμορφωθεί εντός της, όσο και από την ψυχική αντοχή και τη προσωπικότητα των ατόμων που την αποτελούν. Επομένως το κλίμα συνεργασίας καθώς και το πλέγμα των σχέσεων που διαμορφώνεται σε μία ανθρώπινη ομάδα ή κοινότητα, όπως π.χ. μια μονάδα, καθορίζει τη συνοχή της μονάδος, είναι δε, ιδιαίτερα σημαντική για τη ψυχική της υγεία και διαμορφώνει αυτό που ονομάζουμε υψηλό ηθικό και "πνεύμα Μονάδος." Σε ότι αφορά τούς ατομικούς ή προσωπικούς παράγοντες, τα πράγματα είναι κάπως πιο πολύπλοκα. Η εμφάνιση ή μη μιας ψυχικής διαταραχής σχετίζεται τόσο με τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις του περιβάλλοντος, όσο και με τις ψυχικές αντοχές της προσωπικότητας που έχει διαμορφώσει το νέο άτομο μέχρι τη στιγμή εκείνη. Σχετίζεται επίσης με τη κληρονομική προδιάθεση για εκδήλωση ψυχικής

νόσου πού είναι δυνατό να υπάρχει σε ορισμένα άτομα και η οποία μπορεί να είναι εμφανής ή να συνδέεται με κάποια διαταραγμένα στοιχεία της προσωπικότητας ή να μη σχετίζεται καθόλου με τη προσωπικότητα. Το πώς αντιμετωπίζει ένα άτομο διάφορα ψυχοπιεστικά προβλήματα ή στρες και με τι τρόπους ή στρατηγικές τα επιλύει σχετίζεται άμεσα με τη ψυχική μας υγεία.(Ασημόπουλος Χ. , 2014)

1.1.2 ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΧΟΥΝ ΑΝΑΦΕΡΘΕΙ ΤΑ ΕΞΗΣ ΒΑΣΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

ΤΟ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ - ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.

Με βάση αυτό το κριτήριο, ως μέτρο της ψυχικής ομαλότητας θεωρείται η συμπεριφορά του μέσου ανθρώπου. Βέβαια είναι δύσκολο να αξιολογηθούν επακριβώς τα όρια τού μέσου ανθρώπου. (Δασκαλόπουλος Θ.,2020)

ΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΤΗΣ ΑΠΟΥΣΙΑΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ Η ΚΛΙΝΙΚΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ.

Σύμφωνα μ' αυτό το κριτήριο ψυχικά υγιής είναι εκείνος πού η συμπεριφορά του είναι τέτοια ώστε να μην εμπίπτει στα πλαίσια μιας γνωστής και καθιερωμένης ψυχικής νόσου.

ΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΤΗΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗΣ ΔΥΣΦΟΡΙΑΣ.

Εδώ παθολογική συμπεριφορά χαρακτηρίζεται εκείνη πού αποτελεί πηγή δυσφορίας για το άτομο πού την υιοθετεί. Πόσο άσχημα και "παθολογικά" αισθάνεται το ίδιο το άτομο ως υποκείμενο και πόσο αισθάνεται ότι υποφέρει από υποκειμενικής ή άλλου είδους δυσκολίες. (Μάνος Ν, 2008)

ΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ Η ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.

Σύμφωνα μ' αυτό το κριτήριο το άτομο θεωρείται υγιές όταν η συμπεριφορά του δεν εξέρχεται ή δεν αποκλίνει από το πλαίσιο των κανόνων που ισχύουν για τη κοινωνία μέσα στην οποία ζει. Φυσιολογικό θεωρείται το άτομο που η συμπεριφορά του είναι κοινωνικά αποδεκτή και δεν ενοχλεί τους συνανθρώπου του με ανάρμοστες συμπεριφορές.

ΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ.

Η οπτική αυτή περιγράφει ένα άτομο χωρίς ατέλειες που εξασφαλίζει σε όλες του τις δραστηριότητες άριστη λειτουργικότητα, κάτι δηλαδή που κινείται στη σφαίρα της ουτοπίας. (Κούκια Ε., 2015)

ΤΟ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ.

Μια άλλη προσέγγιση βασίζεται στην αναπτυξιακή διαχρονική εκτίμηση. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, η φυσιολογικότητα εκτιμάται με κριτήριο το ομαλό πέρασμα από μια φάση ανάπτυξης της προσωπικότητας στην άλλη. Μπορούμε να διακρίνουμε τις παρακάτω φάσεις:

- Βρεφική
- Νηπιακή
- Προσχολική
- Σχολική
- Μέσης ηλικίας (πρώιμη, μέση, όψιμη)

Έτσι σύμφωνα με αυτό κριτήριο φυσιολογικός θεωρείται ο άνθρωπος που διέρχεται ομαλά όλα τα στάδια ανάπτυξης και ωρίμανσης της προσωπικότητάς του. Όπως είναι φανερό και τα έξι κριτήρια όχι μόνο δεν είναι απόλυτα, αλλά είναι δυνατόν ν' αποτελέσουν αφορμή για ατελείωτες συζητήσεις και αμφισβητήσεις και το καθένα ξεχωριστά δεν επαρκεί για να ορίσει τη ψυχική υγεία. Για το λόγο αυτό γίνεται μια προσπάθεια καθορισμού της ψυχικής υγείας με βάση ορισμένα χαρακτηριστικά τού συνολικού τρόπου ζωής τού ατόμου, σε μία δεδομένη χρονική περίοδο και σ' ένα δεδομένο κοινωνικο-πολιτισμικό χώρο. (Μάνος, Ν. 1997)

1.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Η ψυχική ασθένεια είναι μια έννοια που τυπικά υποδηλώνει την ύπαρξη μιας συναισθηματικής διαταραχής ή διαταραχή της σκέψης , ή διαταραχή της προσωπικότητας που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική ευεξία, την υγεία και την ασφάλεια του ατόμου. Ο ψυχικά ασθενείς συνεχίζει να βρίσκεται στο περιθώριο της κοινωνίας καθώς η ασθένεια αποτελεί αίτιο για να βρεθεί το άτομο χωρίς εργασία , μακριά από την οικογένεια του και το κοινωνικό του περιβάλλον . Έτσι λοιπόν βιώνει την απομόνωση ,τον εγκλεισμό το στίγμα. Τα αποτελέσματα της κατάστασης αυτής είναι πολύ αρνητικά για την εξέλιξη της υγείας αυτών των ατόμων. Γίνεται έτσι αντιληπτό ότι η καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος που συνεπάγεται η ψυχική ασθένεια αποτελεί μέρος των προσπαθειών για την αντιμετώπιση της.

Ο όρος ψυχική ασθένεια παραπέμπει στην διάκριση της ψυχικής κατάστασης και της συμπεριφοράς του ανθρώπου στην αντίθεση μεταξύ του φυσιολογικού και του παθολογικού, δηλαδή σε μία παθολογική διαταραχή ή βλάβη όπως ακριβώς συμβαίνει σε οργανικό σωματικό επίπεδο. Αυτό το γεγονός όμως, όσον αφορά στην ανθρώπινη ψυχική κατάσταση, δεν ισχύει. Είναι μία παραδοσιακή ιατροκεντρική αντίληψη, η οποία ενισχύει τις κοινωνικές προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια και τις αντιλήψεις ότι αυτή είναι οργανικής αιτιολογίας και μη θεραπεύσιμη. Στην πραγματικότητα οι έννοιες της ψυχικής υγείας και της ψυχικής ασθένειας είναι κάτι ευρύτερο και περισσότερο σύνθετο. Η ανθρώπινη ύπαρξη είναι δυνατόν να συμπεριλαμβάνει καταστάσεις τόσο ψυχικής ευεξίας όσο και ψυχικής ενόχλησης, οι οποίες είναι δυνατόν να μεταβληθούν σε ψυχικές διαταραχές που καθορίζονται σε σημαντικό βαθμό και από κοινωνικούς και διαπροσωπικούς παράγοντες, καθώς οι άνθρωποι υπάρχουν και αισθάνονται μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον. (Δασκαλόπουλος Θ.,2020)

1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η διπολική διαταραχή είναι ψυχική διαταραχή που ανήκει στην ομάδα των διαταραχών της διάθεσης. Με τον όρο ψυχική διαταραχή περιγράφεται ένα σύνολο ψυχολογικών συμπτωμάτων, παθολογικών συμπεριφορών και μειωμένης λειτουργικότητας. Οι διαταραχές αυτές συνήθως προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση και έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου. Μπορεί να οφείλονται σε οργανικούς, κοινωνικούς, γενετικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Στην τυπική μορφή των διπολικών διαταραχών, οι ασθενείς περνούν από κύκλους ή φάσεις μανίας που εναλλάσσονται με κύκλους ή φάσεις σοβαρής κατάθλιψης. Μεταξύ αυτών, μπορεί να παρεμβάλλονται διαστήματα με φυσιολογική διάθεση. Στην πραγματικότητα όμως, οι διπολικές διαταραχές αποτελούν ένα ευρύ φάσμα κλινικών εικόνων ποικίλης έντασης, συχνότητας, μορφής.

Διακυμάνσεις της διάθεσης εμφανίζονται φυσιολογικά σε κάθε άνθρωπο ως αποτέλεσμα των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος και του τρόπου με τον οποίο το άτομο τα επεξεργάζεται. Τα ερμηνεύει και τα εξωτερικεύει. Στους ασθενείς όμως με διπολική διαταραχή οι διακυμάνσεις αυτές είναι έντονες και παθολογικά, με αποτέλεσμα να επηρεάζουν την φυσιολογική λειτουργικότητα του ατόμου, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι επικίνδυνα ακόμα και για την ίδια του την ζωή. Οι μεταβολές της διάθεσης που χαρακτηρίζουν την διπολική διαταραχή, με την ποικιλία των διαβαθμίσεων που παίρνουν, μπορούν να αναπαρασταθούν ως σημεία ενός συνεχούς, στο ένα άκρο του οποίου βρίσκεται η βαριά κατάθλιψη, κατόπιν η ήπια κατάθλιψη, κάπου στο μέσο η ισορροπημένη διάθεση, στην συνέχεια η υπομανία και τέλος στο άλλο άκρο η μανία. (Ara, 2007)

ΑΙΤΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Έχουν εντοπιστεί διάφοροι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της διπολικής διαταραχής. Γενικά μπορεί να θεωρηθεί ότι η διπολική διαταραχή είναι μια ασθένεια που προκαλείται από βιοψυχοκοινωνικές επιδράσεις συμπεριλαμβανομένων των γενετικών, περιγεννητικών, νευροανατομικών, νευροχημικών και άλλες βιολογικών ανωμαλιών. Επιπλέον, υπάρχουν ψυχολογικοί και κοινωνικο-περιβαλλοντικοί παράγοντες που σχετίζονται με μεγαλύτερο κίνδυνο διπολικών διαταραχών. (Frey et al., 2013).

ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Διάφορες μελέτες έδειξαν ότι η διπολική διαταραχή παρουσιάζει υψηλό κίνδυνο γενετικής μετάδοσης. Μελέτες δείχνουν ότι οι συγγενείς πρώτου βαθμού των ατόμων με διπολική διαταραχή έχουν περίπου 7 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν διπολική διαταραχή, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι γονέας με διπολική διαταραχή, έχει 50% πιθανότητα να έχει μια άλλη σημαντική ψυχιατρική διαταραχή. (Axelson et al., 2015).

ΝΕΥΡΟΔΙΑΒΙΒΑΣΤΕΣ (ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ)

Πολλαπλές βιοχημικές οδοί συμβάλλουν πιθανώς στη διπολική διαταραχή και για το λόγο αυτό είναι δύσκολο να ανιχνευτεί μια συγκεκριμένη ανωμαλία. Ένας αριθμός νευροδιαβιβαστών έχουν συνδεθεί με αυτή τη διαταραχή, βασισμένη σε μεγάλο βαθμό στις ψυχοκινητικές αντιδράσεις των ασθενών (Ayano, 2016).

Με δεδομένο τον ρόλο της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης στην κατάθλιψη, θα ήταν λογικό να υποτεθεί ότι αυτές οι χημικές ουσίες παίζουν κάποιο ρόλο και στη μανία. Εντούτοις, το βιολογικό μοντέλο που αναπτύχθηκε δεν είναι τόσο απλό όσο θα ήταν αναμενόμενο. Τα δεδομένα για τη νορεπινεφρίνη συμφωνούν με το απλό μοντέλο που ερμηνεύει τις διαταραχές 18 της διάθεσης. Τα υψηλά επίπεδα νορεπινεφρίνης συνδέονται με ανεβασμένη διάθεση και μανία, ενώ τα χαμηλά επίπεδα οδηγούν σε καταθλιπτική διάθεση. Δεν έχει όμως βρεθεί αντίστοιχη σχέση για τα επίπεδα της σεροτονίνης. Τέτοιου είδους ευρήματα οδήγησαν μερικούς ερευνητές να προτείνουν ότι τα χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης επιτρέπουν με κάποιον τρόπο στη δραστηριότητα της νορεπινεφρίνης να καθορίζει τη διάθεση. Τα χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης συνδυαζόμενα με χαμηλά επίπεδα νορεπινεφρίνης οδηγούν στην

κατάθλιψη, ενώ συνδυαζόμενα με υψηλά επίπεδα νορεπινεφρίνης οδηγούν στη μανία (Bennett, 2010). Ένα δεύτερο μοντέλο για τη διπολική διαταραχή απομακρύνεται από τη μελέτη των νευροδιαβιβαστών και εξετάζει την ηλεκτρική αγωγιμότητα των νευρώνων. Δύο διεργασίες που εμπλέκονται στη νευρωνική μεταβίβαση μπορεί να παίζουν ρόλο: πρώτον, η διατάραξη στη δραστηριότητα των φωσφοϊνοσιτιδίων, που προκαλούν την πυροδότηση των νευρώνων, και, δεύτερον, η μεταβολή της δραστηριότητας του νατρίου και του καλίου στους ίδιους νευρώνες (Bennett, 2010). Ένας τρίτος παράγοντας που μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση διπολικής διαταραχής είναι μια βλάβη στους νευρώνες. Οι σχετικές μελέτες έκριναν ως περισσότερο πιθανό το ενδεχόμενο η βλάβη να αντικατοπτρίζει μια ελλιπή ανάπτυξη των δενδριτικών και των συνοπτικών συνδέσεων. Η βλάβη σε αυτούς τους νευρώνες φαίνεται να προκαλεί χαρακτηριστικά γνωστικά ελλείμματα σε άτομα με διπολική διαταραχή, συμπεριλαμβανομένων διαφόρων ελλειμμάτων στις εκτελεστικές λειτουργίες και στη λεκτική μνήμη (Bennett, 2010).

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αν και η πρόσφατη έρευνα επικεντρώθηκε στους βιολογικούς παράγοντες, αρκετές μελέτες έχουν επίσης εντοπίσει ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που μπορεί να είναι συναφείς σχετικοί με την κατανόηση και την εξέλιξη της διπολικής διαταραχής. Έτσι η παιδική κακοποίηση, μπορεί να λειτουργήσει ως προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη της διαταραχής, ενώ παράλληλα άλλοι παράγοντες, όπως η κοινωνική τάξη, η κοινωνική υποστήριξη και η αυτοεκτίμηση μπορεί να ενεργήσουν ενισχυτικά στην εμφάνιση επεισοδίων (Nesmith, 2014).

Διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν εντοπιστεί ως δυνητικά εμπλεκόμενοι σε αυτή η διαταραχή, συμπεριλαμβανομένου του τραύματος της πρώιμης παιδικής ηλικίας, των αγχωδών συμβάντων της ζωής, των ιογενών λοιμώξεων, της χρήσης κάνναβης, των μαιευτικών επιπλοκών (Etain et al., 2008). Η σχέση μεταξύ των αγχωδών γεγονότων της ζωής και της εμφάνισης της διπολικής διαταραχής φαίνεται να εξαρτάται από την ηλικία και την πορεία της ανάπτυξης του ατόμου. Η κακοποίηση και η παραμέληση στην παιδική ηλικία έχουν θεωρηθεί ότι επηρεάζουν τα ενδοκρινικά συστήματα, οδηγώντας σε συστημικές και νευρολογικές συνέπειες, συμπεριλαμβανομένης της δυσλειτουργίας του προμετωπιαίου φλοιού, της αμυγδαλής, του ιππόκαμπου, των ορμονών των γεννητικών οργάνων και του ανοσοποιητικού συστήματος (Brietzke et al., 2012).

1.5 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΑΝΙΑΣ

Τα κεντρικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου της μανίας είναι η υπερθυμία και η υπερέιμηση του εαυτού. Όταν υπάρχει υπερθυμία (δηλαδή πολύ καλή διάθεση) , ο ασθενής εμφανίζεται χαρούμενος και αισιόδοξος και μπορεί να έχει αυτό που περιγράφεται από πολλούς συγγραφείς ως ‘ μολυσματική χαρά ‘, δηλαδή να παρασύρει και τους γύρω του στον ενθουσιασμό. Όμως άλλοι ασθενείς είναι ευερέθιστοι και όχι ευφορικοί , και η ευερεθιστότητα αυτή μπορεί εύκολα να μετατραπεί σε θυμό. Η διάθεση συχνά ποικίλλει κατά τη διάρκεια της ημέρας , αν και όχι με τον τακτικό ‘ημερήσιο ‘ θυμό διακύμανσης που είναι χαρακτηριστικός στο σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο . Στους ασθενείς που είναι χαρούμενοι δεν είναι σπάνιο η καλή αυτή διάθεση να διακόπτεται από βραχεία επεισόδια κατάθλιψης . (Νίκος Κ. Στεφανής., 2020)

1.5.1 ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΤΑΣΕΙΣ

Στην εποχή μας, τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο δεν ζουν πλέον αποκλειστικά και μόνο σε μεγάλα και γεωγραφικά απομονωμένα ψυχιατρικά ιδρύματα, αλλά, σε όλο και μεγαλύτερο ποσοστό, σε δομές που λειτουργούν μέσα στην ίδια την κοινότητα. Όμως, παρά το γεγονός ότι η ζωή των ατόμων αυτών μπορεί να είναι φυσιολογική. το στίγμα που σχετίζεται με την ψυχική νόσο υπάρχει και μάλιστα αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα, τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς, όσο και για τις οικογένειές τους. Διάφορες έρευνες έχουν δείξει πως αρνητικές στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς υπάρχουν όχι μόνο μεταξύ των πολιτών, αλλά και ανάμεσα στους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Οι αρνητικές αυτές στάσεις και κατ' επέκταση το στίγμα οφείλονται σε διάφορα αίτια, όπως είναι η πεποίθηση ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι επικίνδυνοι και η αρνητική εικόνα που προβάλλουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Οι συνέπειες είναι τραγικές τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς και τις οικογένειες τους. όσο και για το σύστημα υγείας γενικότερα. Οι ασθενείς αντιμετωπίζονται με καχυποψία και έλλειψη εμπιστοσύνης και υφίστανται μεγάλη αδικία σε διάφορους τομείς της δραστηριότητάς τους, ενώ οι οικογένειες έρχονται αντιμέτωπες με την άγνοια, τον φόβο και τις προκαταλήψεις του κοινού. Έτσι, το στίγμα συμβάλλει, σε μεγάλο ποσοστό, στην κοινωνική απομόνωση των ασθενών και επηρεάζει αρνητικά τη θεραπεία τους.(Πετράκη ,2002)

1.6 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

- Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης.

- Έχει ως συνέπεια την απώλεια θέσεων εργασίας, τη μείωση του εισοδήματος και την εργασιακή ανασφάλεια

- Η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές, προβλήματα εξάρτησης και εθισμού σε ουσίες καθώς και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινόπνευματος (Stuckler et al, 2009)

- Ο απουσιασμός από την εργασία και η αποχή από την παραγωγική εργασία έχουν αυξηθεί σημαντικά εξαιτίας του στρες, του άγχους και της κατάθλιψης και σχετίζονται με ψυχικές διαταραχές. (Jarvisalo, 2005)

- Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, περίπου το ένα τρίτο των παροχών και επιδομάτων αναπηρίας οφείλονται σε διαταραχές οι οποίες αποδίδονται στις ψυχικές ασθένειες, ενώ το μερίδιο αυτό διαρκώς αυξάνεται , ενώ σύμφωνα με έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, τα προβλήματα ψυχικής υγείας αφορούν το 25% των επιδομάτων αναπηρίας σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση. (Oecd,2010)

- Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα, τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα. (Power 1994, Wilkinson 1996, van Doorslaer 1997)

- Σύμφωνα με μελέτες, τα άτομα με χαμηλό εισόδημα, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια ψυχική διαταραχή.

- Το χαμηλό εισόδημα και τα χρέη συνδέονται με την εμφάνιση ψυχικών νοσημάτων.

- Το υψηλό ποσοστό δανεισμού συνεπάγεται την αύξηση των πιθανοτήτων εμφάνισης ψυχικών νοσημάτων.

- Από το σύνολο των ατόμων που πάσχουν από κάποιο ψυχικό νόσημα, το 23% έχει χρέη από δανεισμό, ενώ συγκριτικά με τα άτομα χωρίς ψυχικό νόσημα μόλις το 8% έχει οφειλές από δανειακές συμβάσεις. (Jenkins Ret al ,2008)

- Ο παράγοντας των χρεών υπερिशύει συγκριτικά με εκείνον του χαμηλού εισοδήματος.

1.7 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΑ ΔΥΣΘΥΜΙΑ

Ο όρος κυκλοθυμία χρησιμοποιείται ευρύτατα από το γενικό πληθυσμό με σκοπό να επισημανθούν οι διαφορετικές εκδηλώσεις του χαρακτήρα ή της συμπεριφοράς ενός ατόμου. Για παράδειγμα κάποιος που κάποιες φορές παρουσιάζεται ευερέθιστος και γκρινιάρης και άλλες ήρεμος και διαλλακτικός μπορεί να χαρακτηριστεί κυκλοθυμικός. Σε άλλες περιπτώσεις κυκλοθυμικός χαρακτηρίζεται ως κάποιος που δεν ξέρει τι θέλει. Κυκλοθυμία ορίζεται ως μια εναλλαγή της συναισθηματικής κατάστασης (θυμικό). Βάσει των κριτηρίων του DSM V , δηλαδή του σύγχρονου αμερικανικού διαγνωστικού εγχειριδίου, για να πούμε ότι κάποιος έχει κυκλοθυμική διαταραχή χρειάζεται να έχει πολλές τέτοιες εναλλαγές μέσα σε ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 χρόνων στη ζωή του και στο οποίο διάστημα να μην έχει νιώσει καλά (νορμοθυμικά) για πάνω από 2 μήνες. (Νίκος Κ. Στεφανής., 2020)

Επιπλέον θα πρέπει το άτομο να έχει βιώσει κάποιες δυσκολίες στην κοινωνική, οικογενειακή, επαγγελματική του ζωή λόγω αυτών των προβλημάτων. Συν τοις άλλης θα πρέπει να έχει αποκλειστεί κάποια άλλη αιτία εκδήλωσης των συναισθηματικών αυτών μεταβολών π.χ. κάποια χρήση ουσίας/φαρμάκου ή κάποια παθολογική κατάσταση (π.χ. υπερθυρεοειδισμός).

Οι εναλλαγές του συναισθήματος στην κυκλοθυμία περιλαμβάνουν από τη μία καταθλιπτικά και από την άλλη τα λεγόμενα υπομανιακά συμπτώματα. Τα τελευταία θα μπορούσε να είναι μια «ανεβασμένη» ή μια ευερέθιστη και οξύθυμη διάθεση σε συνδυασμό με μια αυξημένη δραστηριότητα έως υπερκινητικότητα, μεγαλύτερη ομιλητικότητα, μειωμένη ανάγκη για ύπνο κ.α. Ο διαβασμένος αναγνώστης θα αναγνωρίσει ότι παρόμοια συμπτώματα χαρακτηρίζουν και άλλες διαταραχές, συγκεκριμένα δηλαδή τη διπολική διαταραχή . Η διαφορά στην κυκλοθυμία είναι ότι τα συμπτώματα αυτά δεν έχουν τη μεγάλη ένταση και την επιμονή που μπορεί να έχουν στις προαναφερόμενες διαταραχές. Το ίδιο ισχύει και για τα συμπτώματα του αντίθετου πόλου τα καταθλιπτικά δηλαδή. Στην κυκλοθυμία μπορεί κάποιος να νιώσει πεσμένος, κακόκεφος και υποτονικός π.χ. για κάποιες μέρες, όμως δε θα έχει κατάθλιψη με την σοβαρότητα των συμπτωμάτων που υποδηλώνει ο όρος.

Η διάρκεια της κάθε περιόδου (πεσμένης ή ανεβασμένης) μπορεί να είναι μέρες, βδομάδες ή μήνες (ακόμα και ώρες ενίοτε) και αν και η επίπτωση στη λειτουργικότητά του μπορεί να μην είναι τόσο μεγάλη, τα προβλήματα που

αντιμετωπίζει μπορεί να συμβάλλουν (φαύλος κύκλος) στη συνέχιση της κυκλοθυμικής κατάστασης. Τα παραπάνω δε σημαίνει ότι αποκλείουν την εμφάνιση σοβαρότερων συμπτωμάτων της διάθεσης κάποια στιγμή στη ζωή του κυκλοθυμικού. Σε αυτή την περίπτωση η διάγνωση αλλάζει και μεταπίπτει είτε σε διπολική διαταραχή , είτε σε δυσθυμία ή μείζων κατάθλιψη . Ειδικά με τη διπολική διαταραχή μπορεί να βρεθεί μεγαλύτερη συσχέτιση και από ένα θετικό οικογενειακό ιστορικό, χωρίς βέβαια αυτό να είναι σίγουρο.

Η διάκριση των διαφορών όλων των προαναφερόμενων συναισθηματικών διαταραχών μπορεί να είναι δύσκολη για τον απλό κόσμο και είναι βέβαιο ότι κάποια στιγμή η εμπειρία και η γνώση ενός ειδικού ψυχιάτρου θα καταστεί απαραίτητη στη διάγνωση και αντιμετώπιση. Υπό τις συνθήκες του στιγματισμού των ψυχικών διαταραχών μέσα στις οποίες διαβιούμε, θα πρέπει να σημειωθεί ότι πολύ συχνά ο κόσμος αρνείται να πάει στον ειδικό για πολύ σοβαρότερα από την κυκλοθυμία προβλήματα όπως μια ψύχωση ή μια μείζων καταθλιπτική διαταραχή ή ένας αλκοολισμός . Η πλάνη ότι κάποιος μπορεί μόνος του να αντιμετωπίσει τέτοια προβλήματα επικρατεί αρκετά στο γενικό πληθυσμό και τροφοδοτείται κατά κόρον από την άγνοια. Υπάρχει σε ένα ποσοστό των κυκλοθυμικών συννοσηρότητα με διαταραχή προσωπικότητας κυρίως του δεύτερου φάσματος (π.χ. οριακή). Επίσης συνυπάρχει ενίοτε κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών , γεγονός που δυσκολεύει την αντιμετώπιση. Η αντιμετώπιση της κυκλοθυμίας είναι συνήθως ψυχοθεραπευτική.

Η αντιμετώπιση είναι αναγκαία γιατί έτσι βελτιώνεται η υποκειμενική ψυχική πίεση που βιώνει το άτομο, αυξάνεται η λειτουργικότητά του και μειώνεται η πιθανότητα μετάπτωσης σε σοβαρότερες συναισθηματικές διαταραχές. (Καλημέρης, 2020)

1.8 ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟΜΟΡΦΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Τα βασικά χαρακτηριστικά είναι τα ίδια με την Σχιζοφρένεια (όσον αφορά τα συμπτώματα) με δύο διαφορές: α) την ολική διάρκεια της διαταραχής(συμπεριλαμβανομένης της ενεργού, πρόδρομης και υπολειμματικής φάσης) που είναι τουλάχιστον ένας μήνας, αλλά λιγότερο από έξι (αν και κάποιες φορές μπορεί να συμβεί), β) δεν απαιτείται κοινωνική και επαγγελματική έκπτωση. Επίσης απουσιάζει το απρόσφορο ή αμβλύ συναίσθημα. Η διαφορά της από την σχιζοφρένεια ή από την βραχεία ψυχωτική διαταραχή, βασίζεται κυρίως στην διάρκεια της διαταραχής (περισσότερο από έξι μήνες στην πρώτη, λιγότερο από ένα μήνα στην δεύτερη). (Warner Richard, 2005)

ΣΧΙΖΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Σε κάποια χρονική στιγμή εκτός από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας εμφανίζεται καταθλιπτικό ή μανιακό ή μεικτό επεισόδιο. Θα πρέπει να υπάρχουν, από την μία μεριά, παραλληλητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για δύο εβδομάδες με απουσία έντονων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης και από την άλλη τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης να είναι παρόντα για σημαντικό μέρος της όλης διάρκειας της διαταραχής. Επίσης πρέπει να αποκλειστούν οργανικές αιτίες και γενικές ιατρικές καταστάσεις. Η ελάχιστη διάρκεια είναι ένας μήνας. Ο τύπος αυτής της διαταραχής μπορεί να είναι: α) διπολικός, αν η διαταραχή περιλαμβάνει μανιακό ή μεικτό επεισόδιο, β) καταθλιπτικός, εάν η διαταραχή περιλαμβάνει μόνο μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. (Χαρτοκόλλης, Π. 1991)

ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

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

υπάρχουν συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης, αυτά είναι βραχείας διάρκειας σε σχέση με την διάρκεια των παραληρητικών ιδεών που πρέπει να είναι ενός μηνός για να μπει η διάγνωση. (Dsm-v,2013)

ΒΡΑΧΕΙΑ ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι η αιφνίδια έναρξη ενός ψυχωτικού επεισοδίου που διαρκεί τουλάχιστον μία ημέρα και λιγότερο από ένα μήνα, με επάνοδο στο προνοσηρό επίπεδο. Τα ψυχωτικά συμπτώματα μπορεί να είναι ασυναρτησία, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, κατατονική εμβροντησία ή διέγερση, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και γενικά η εικόνα έντονης αναστάτωσης με σύγχυση, αμηχανία και γρήγορη εναλλαγή συναισθημάτων. Περισσότερο επιρρεπή είναι άτομα με παρανοειδή, ναρκισσιστική, σχιζότυπη ή μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας, όταν βρίσκονται σε συνθήκες πίεσης και έντονου άγχους.(Warner Richard, 2005)

ΕΠΙΝΕΜΟΜΕΝΗ ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η διαταραχή αυτή είναι σπάνια και συχνότερη στις γυναίκες. Μία παραληρητική ιδέα αναπτύσσεται σε ένα άτομο στο πλαίσιο μιας σχέσης με ένα άλλο άτομο που έχει ήδη εγκατεστημένη παραληρητική ιδέα. Αυτή η ιδέα είναι παρόμοια στο περιεχόμενο με αυτήν του ατόμου που ήδη έχει την εγκατεστημένη παραληρητική ιδέα και δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχωτική διαταραχή. (Ara,2000)

ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

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

ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ

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

ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει την ψυχωτική συμπτωματολογία, για την οποία όμως υπάρχει ανεπαρκής πληροφόρηση, για να μπει μία συγκεκριμένη διάγνωση ή η πληροφόρηση είναι αντιφατική ή δεν πληρούνται τα κριτήρια ταξινόμησης σε μια συγκεκριμένη ψυχωτική διαταραχή. Για παράδειγμα η επιλόχειος ψύχωση, η οποία δεν πληροί τα κριτήρια για διαταραχή της διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία, βραχεία ψυχωτική διαταραχή, οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση και προκαλούμενη από ουσίες. (Ara ,2000)

1.9 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Η ανθρώπινη φύση όπως είναι σε όλους γνωστό κατακλύζεται από συναισθήματα. Τα συναισθήματα αυτά εναλλάσσονται ανάλογα με το ερέθισμα που δέχεται το κάθε άτομο τη δεδομένη στιγμή. Τα πιο ισχυρά συναισθήματα που κυριαρχούν στη ζωή μας είναι η λύπη, η χαρά, ο φόβος, ο θυμός. Το κάθε συναίσθημα που κυριαρχεί μέσα μας έχει και τις αντίστοιχες παρενέργειες στον οργανισμό μας. Πολλές φορές παρατηρούνται έντονες και ακραίες εναλλαγές της διάθεσης μας, γεγονός που εξαρτάται από την περίοδο που βιώνει κάθε άτομο. Παρ'όλα αυτά θα πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί όταν αυτές οι ψυχικές μεταβολές συμβαίνουν σε ακραίο βαθμό και για μεγάλο χρονικό διάστημα. Για παράδειγμα αν ένα άτομο νιώθει θλιμμένο και υποτονικό για μεγάλη περίοδο της ζωής του και η συγκεκριμένη συμπεριφορά δεν έχει προκληθεί από κάποιο δυσάρεστο γεγονός, τότε η αντίδραση αυτή δε μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογική. Είναι απόλυτα αποδεκτό ότι όλοι θα πενήσουμε ή θα στενοχωρηθούμε με κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν όπως η απώλεια ενός αγαπημένου μας προσώπου ή απώλεια εργασίας ή ακόμα και η αλλαγή περιβάλλοντος. Όταν όμως η περίοδος που βιώνουμε αυτά τα αρνητικά συναισθήματα διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα (6 μήνες έως 2 χρόνια) τότε υπάρχει κίνδυνος ύπαρξης κάποιας συναισθηματικής διαταραχής. (Αγγελόπουλος Ν., 2009).

Η πιο συχνή διαταραχή διάθεσης σύμφωνα με τα στατιστικά είναι η κατάθλιψη (μονοπολική διαταραχή), η οποία έχει σοβαρές επιπτώσεις στο άτομο. Προφανώς η κατάθλιψη δε μπορεί να προσδιοριστεί πλήρως διότι τα συμπτώματα διαφέρουν σε κάθε περίπτωση ανάλογα με το άτομο, με τη περίοδο που διαρκεί και στο βαθμό που συναντάται. Ταυτοχρόνως έχει αυξηθεί ραγδαία η εμφάνιση της διπολικής διαταραχής, η οποία χαρακτηρίζεται από έντονη συναισθηματική εναλλαγή στη διάθεση. Τα αίτια των διαταραχών αυτών δεν είναι συγκεκριμένα καθώς πολλοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην εμφάνιση τους. Οι διαταραχές διάθεσης διακρίνονται σύμφωνα με το DSM-5 (διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας) στις εξής (Αρα, 2000).

1.9.1 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η Μείζων καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από συναισθήματα έντονης θλίψης τα οποία διαρκούν για μεγάλη περίοδο και είναι δυσανάλογα με το γεγονός που τα προκάλεσε. Στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή σύμφωνα με το DSM –5 τα συμπτώματα είναι τα παρακάτω (Krishnan K, 2002) :

- Καταθλιπτική διάθεση για το μεγαλύτερο μέρος της μέρας και για περισσότερο από δύο εβδομάδες.
- Απουσία ευχαρίστησης και ενασχόλησης με δραστηριότητες που μέχρι τώρα ήταν σημαντικές για το άτομο.
- Απουσία όρεξης για φαγητό με αποτέλεσμα την απότομη απώλεια βάρους
- Έλλειψη ύπνου σε καθημερινό επίπεδο.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, γεγονός που οδηγεί το άτομο σε μια γενική κοινωνική παραίτηση.
- Έντονο συναίσθημα κόπωσης δυσανάλογο με το πρόγραμμα της μέρας.
- Αυτοκτονικές τάσεις

ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η δυσθυμική διαταραχή χαρακτηρίζεται από χρόνια καταθλιπτική διάθεση και διαρκεί για τουλάχιστον δύο χρόνια ή και περισσότερα. Τα συμπτώματα της δυσθυμίας είναι τα παρακάτω σύμφωνα με το DSM-5 (Sadock B.,2007) :

- Ανεπαρκής όρεξη για φαγητό ή υπερφαγία
- Αϋπνία ή υπερυπνία
- Μειωμένη ενέργεια
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Αδυναμία συγκέντρωσης
- Αναποφασιστικότητα
- Έντονο αίσθημα απελπισίας

ΆΤΥΠΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η άτυπη καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από καταθλιπτικά στοιχεία τα οποία όμως δεν αποτελούν κριτήρια ούτε για τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, ούτε για τη δυσθυμική διαταραχή. Θα μπορούσε να ονομαστεί και ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή διότι διαρκεί από 2 μέρες έως 2 βδομάδες. Τα συμπτώματα είναι τα εξής (Krishnan K,2002) :

- Υπερβολικές ενοχλήσεις
- Κοινωνική απόσυρση
- Έλλειψη κινητικότητας
- Απώλεια αίσθησης του χιούμορ

ΔΙΠΟΛΙΚΗ Ι ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ)

Η διπολική διαταραχή Ι διακρίνεται από την εμφάνιση μανιακού επεισοδίου και προκαλεί έντονες μεταβολές συναισθημάτων ανάμεσα στη μανία και την κατάθλιψη όπως : (Μεσσήνης, 2009)

- Υπερβολική ευφορία –ενθουσιασμός χωρίς ιδιαίτερο λόγο
- Υπερκινητικότητα –δυσκολία ενασχόλησης με μία συγκεκριμένη δραστηριότητα
- Υπερβολική αυτοπεποίθηση –υπερεκτίμηση των δυνάμεων του
- Αυξημένες αντοχές
- Μειωμένη ανάγκη για ύπνο
- Αυξημένη σεξουαλική διάθεση (libido)
- Ακατάπαυστος λόγος χωρίς ειρμό και νόημα
- Ψευδαισθήσεις

ΔΙΠΟΛΙΚΗ II ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Στη διπολική διαταραχή II επικρατούν κυρίως καταθλιπτικά συναισθήματα με κάποια μείζονα καταθλιπτικά και υπομανιακά επεισόδια. Τα συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (Μεσσήνης, 2009):

- Ανηδονία
- Έντονο αίσθημα κόπωσης
- Απελπισία – Αβοηθησία
- Αϋπνία
- Μειωμένη όρεξη για φαγητό
- Μειωμένη σεξουαλική διάθεση
- Δυσκολία στη συγκέντρωση –Αφηρημάδα
- Σωματικές ενοχλήσεις
- Ψευδαισθήσεις

ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η κυκλοθυμική διαταραχή είναι μια ήπια μορφή της διπολικής διαταραχής. Διαρκεί συνήθως για περισσότερο από δύο χρόνια και κύριο χαρακτηριστικό της είναι η εναλλαγή μανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων. Τα βασικά κριτήρια της διάγνωσης σύμφωνα με το DSM-5 είναι τα εξής (Μαδιανός, Μ., 2005) :

- Έντονες ψυχικές μεταβολές της διάθεσης για μεγάλο χρονικό διάστημα
- Συχνή εμφάνιση υπομανιακών επεισοδίων τα οποία δε πληρούν τα κριτήρια ούτε για τα μείζονα καταθλιπτικά ούτε για τα μανιακά επεισόδια
- Στη διάρκεια ύπαρξης αυτών των εναλλαγών, το άτομο δεν απέχει από αυτά για περισσότερο από δύο μήνες
- Κοινωνική δυσλειτουργικότητα
- Σωματικές ενοχλήσεις

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΛΟΓΩ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από μία έντονη εναλλαγή των συναισθημάτων η οποία προκαλείται από κάποιο ιατρικό πρόβλημα. Οι συναισθηματικές μεταβολές συμβαίνουν σε ακραίο επίπεδο. Υπάρχει εύρος ιατρικών καταστάσεων που μπορούν να προκαλέσουν διαταραχή της διάθεσης σε κάποιο άτομο. Μερικές από αυτές είναι οι παρακάτω(Who, 2020) :

- Εγκεφαλικά επεισόδια,
- εκφυλιστικές παθήσεις (σκλήρυνση κατά πλάκας, νόσος Πάρκινσον),
- ενδοκρινικές παθήσεις (υπερθυρεοειδισμός και υποθυρεοειδισμός),
- λοιμώξεις από κάποιο ιό (ηπατίτιδα, ιός του AIDS) όπως και καρκινικοί όγκοι.

ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΤΕΡΑ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM – IV ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΕΞΗΣ:

- Ανηδονία σε συνδυασμό με καταθλιπτική διάθεση
- Αίσθημα ευφορίας και έντονη ανεβασμένη διάθεση
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση σε πολλά επίπεδα όπως κοινωνικό, οικογενειακό, επαγγελματικό. (Sadock B.,2007).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΛΟΓΩ ΟΥΣΙΩΝ

Η εμφάνιση της διαταραχής αυτής οφείλεται στη χρήση ουσιών. Η διαταραχή διακρίνεται από τις υπόλοιπες συναισθηματικές διαταραχές από το γεγονός ότι η εμφάνιση της προκύπτει μετά τη χρήση ή τη κατάχρηση ουσιών ή φαρμάκων. Οι ουσίες και τα φάρμακα που προκαλούν τη διαταραχή είναι τα παρακάτω (Who,2020):

- Κάνναβη,
- αλκοόλ, κοκαΐνη,
- παραισθησιογόνα, αμφεταμίνες, οπιοειδή, αναλγητικά, αναισθητικά, αντίπερτασικά, αντιεπιληπτικά, αντιπαρκινσονικά, ψυχοτρόπα, κορτικοστεροειδή, αντισυλληπτικά.

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-IV ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΕΞΗΣ :

- Μελαγχολική διάθεση
 - Έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που μέχρι τώρα υπήρχε
 - Ευερέθιστη διάθεση (μανία)
 - Ενασχόληση με πολλές δραστηριότητες ταυτόχρονα
- (Μαδιανός, Μ.,2005)

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ

Η διαταραχή αυτή είναι μία άτυπη συναισθηματική διαταραχή η οποία δεν πληρεί τα κριτήρια ούτε της καταθλιπτικής διαταραχής ούτε της διπολικής διαταραχής. Η διάγνωσή της προκύπτει από την έντονη συναισθηματική μεταβολή και από τη μεγάλη διάρκεια των μεταβολών αυτών. Τα χαρακτηριστικά της είναι τα παρακάτω (Ayano G., 2016) :

- Έντονες συναισθηματικές διακυμάνσεις
- Άγχος
- Αϋπνία ή Υπερυπνία
- Κοινωνική παραίτηση
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση

ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Μία ακόμα κατηγορία συναισθηματικής διαταραχής είναι η εποχιακή κατάθλιψη. Κατά το πλείστον εμφανίζεται με την έναρξη της χειμερινής περιόδου. Σημαντικός παράγοντας είναι η έλλειψη της ηλιακής ακτινοβολίας που έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη παραγωγή μελανίνης. Επίσης σημαντικό ρόλο παίζει το γεωγραφικό μέρος στο οποίο ζει και κατοικεί το άτομο. Για παράδειγμα στις Σκανδιναβικές χώρες τα ποσοστά της εποχιακής κατάθλιψης είναι πολύ μεγαλύτερα από εκείνα που παρατηρούνται σε χώρες με μεσογειακό κλίμα. Σίγουρα οι άσχημες καιρικές συνθήκες επηρεάζουν αρνητικά τον καθένα και την καθεμία, όταν όμως αυτή η επιρροή συμβαίνει σε υπερβολικό βαθμό τότε μπορεί να παραπέμψει σε μία συναισθηματική διαταραχή. Τα επίπεδα εμφάνισης της είναι πολύ μεγαλύτερα στις γυναίκες λόγω ύπαρξης ορμονικών διαταραχών και παρατηρούνται ιδιαίτερα σε ηλικίες μεταξύ 20 ως 30 ετών. (Καλαντζή –Αζίζι Α., Ευσταθίου Γ., 2010).

Η εποχιακή κατάθλιψη διαγνώσκεται από τα παρακάτω συμπτώματα :

- Έντονη ανάγκη για ύπνο
- Έντονο αίσθημα θλίψης και απόγνωσης
- Κοινωνική παραίτηση
- Υπερφαγία
- Μειωμένη σεξουαλική διέγερση
- Άγχος

1.10 ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι μια ομάδα ψυχικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από αίσθημα άγχους και φόβου. Το άγχος είναι μια ανησυχία για τα μελλοντικά γεγονότα και ο φόβος είναι μια αντίδραση στα τρέχοντα γεγονότα. Αυτά τα συναισθήματα μπορούν να προκαλέσουν σωματικά συμπτώματα, όπως γρήγορο καρδιακό ρυθμό και τρέμουλο. Υπάρχουν διάφορες αγχώδεις διαταραχές διαφέρει από τις εκδηλώσεις συμπτωμάτων. Οι άνθρωποι συχνά έχουν περισσότερες από μία διαταραχές άγχους. Η αδυναμία ανίχνευσης αυτών των παθολογικών διαταραχών οδηγεί σε περιττές εξετάσεις με την πρωταρχική κατάσταση και τα συμπτώματα παραμένουν ανεπεξέργαστα. Ευτυχώς, τέτοιες συνθήκες δεν είναι δύσκολο να διαγνωσθούν και είναι ιδιαίτερα επιδεκτικές στη θεραπεία. Οι ασθενείς με ήπια συμπτώματα μπορούν να διαχειριστούν με επιτυχία στις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης αφήνοντας τους πιο σοβαρούς ασθενείς σε ειδικές μονάδες θεραπείας όπως οι εξειδικευμένοι ψυχίατροι και ψυχολόγοι. Παρόλο που οι περισσότεροι ασθενείς με διαταραχές άγχους μπορούν να αντιμετωπιστούν ως εξωτερικοί ασθενείς η πλειονότητα τους εξακολουθεί να μην αναζητεί θεραπεία.

Αυτό έχει σοβαρές συνέπειες ως προς τα ψυχολογικά και σωματικά συμβάλουν στην μείωση της ποιότητας ζωής και την εξασθένιση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργίας. Επίσης τα άτομα με διαταραχές άγχους παρουσιάζουν αυτοτραυματικές συμπεριφορές και αυτοκτονικό ιδεασμό. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις αγχώδεις διαταραχές είναι κρίσιμες και οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετέχουν στη διάγνωση και την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής. Επιπλέον στον τομέα της εκπαίδευσης που αφορά την ψυχική υγεία, οι νοσηλευτές θεωρούνται σημαντικοί επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς διαδραματίζουν και ρόλο εκπαιδευτή, εξηγώντας τη φύση και της απαιτήσεις ασθένειας. Τέλος είναι προφανές ότι οι νοσηλευτές σε αυτόν τον τομέα πρέπει να λάβουν ειδική εκπαίδευση σε ψυχολογικές θεραπείες, οικοδομώντας μια θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς και έρχονται αντιμέτωποι με παρεκκλίνουσες συμπεριφορές.

(Κακοσαίος, Ε & Μπαμπάκος Ν.Α.,2017)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2



2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η επιδημιολογία της διπολικής διαταραχής εξαρτάται από τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται για να την ορίσουν. Στην περίπτωση που συμπεριληφθούν οι ασθενείς του διπολικού φάσματος, στα κριτήρια, αυξάνονται και τα ποσοστά της διπολικής διαταραχής σε βάρος εκείνων της υποτροπιάζουσας μείζονος κατάθλιψης. Μελέτες στην κοινότητα, χρησιμοποιώντας τα κριτήρια του ICD-10 ή του DSM-IV για τη διπολική διαταραχή σε βιομηχανικές χώρες έχουν δείξει ότι:

1. Ο δια βίου κίνδυνος διπολικής διαταραχής παρατηρείται ότι είναι μεταξύ του 0,3 και του 1,5%.

2. Ο 6μηνος επιπολασμός της διπολικής διαταραχής δεν είναι πολύ χαμηλότερος από τον δια βίου επιπολασμό, υποδεικνύοντας τη χρόνια φύση της διαταραχής.

3. Ο επιπολασμός στους άντρες και στις γυναίκες είναι ο ίδιος. Ωστόσο παρατηρείται ότι, στους άνδρες η ασθένεια εκδηλώνεται με πρώτο επεισόδιο το μανιακό ενώ στις γυναίκες παρατηρείται ως πρώτο επεισόδιο το μείζον καταθλιπτικό και κατά την διάρκεια που εξελίσσεται η νόσος εμφανίζονται ως επί το πλείστον ψυχωτικά επεισόδια .

4. Η μέση ηλικία έναρξης είναι το μέσον της δεύτερης δεκαετίας της ζωής , ενώ δεν αποκλείεται να έχουν εμφανιστεί ορισμένα συμπτώματα στην παιδική ηλικία.

5. Η διπολική διαταραχή εμφανίζει αυξημένη συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές, ιδίως με αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές χρήσης ουσιών, καθώς και με σωματικές νόσους όπως οι καρδιαγγειακές διαταραχές.

6. Ο κοινωνικοοικονομικός παράγοντας δεν έχει ερευνητικώς αποδείξει κάποια συσχέτιση για την εκδήλωση της νόσου, ωστόσο η νόσος παρατηρείται πιο συχνά στις υψηλότερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις.

7. Ο παράγοντας κληρονομικότητας, φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, καθώς ένα ποσοστό της τάξεως 20% των ατόμων που εμφανίζουν διπολική διαταραχή έχουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον κάποιο άτομο που έχει προσβληθεί από την ασθένεια. (Mendlewicz & Rainer, 1977)

2.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται από υψηλή κληρονομικότητα και, αντίστοιχα, πολλές πρόσφατες ερευνητικές εργασίες χρησιμοποίησαν τεχνικές μοριακής γενετικής σε μια προσπάθεια αναζήτησης των γονιδιακών περιοχών που σχετίζονται με την παθοφυσιολογία της. Επιπλέον, οι πρόοδοι στη δομική και λειτουργική απεικόνιση του εγκεφάλου επέτρεψαν τη σαφέστερη περιγραφή των περιοχών του ΚΝΣ που σχετίζονται με τη διπολική διαταραχή. Όμως, καμία από τα ευρήματα του εγκεφάλου που έχουν ταυτοποιηθεί ως τώρα στον εγκέφαλο δεν είναι επαρκώς αξιόπιστο και διακριτό ώστε να χρησιμοποιηθεί ως διαγνωστικός δείκτης. Επιπλέον, οι αυξημένες γνώσεις περί της πιθανής παθοφυσιολογία δεν έχουν ακόμη οδηγήσει σε νέες θεραπείες, οι οποίες συνεχίζουν να εξελίσσονται σε εμπειρική βάση.

2.3 ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΓΕΝΕΤΙΚΗ- ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ

Το ρόλο της κληρονομικότητας στις διαταραχές της διάθεσης αποδεικνύουν διάφορες μελέτες. Κατ' αρχάς, οι συγγενείς πρώτου βαθμού, όπως γονείς, αδέρφια και παιδιά, των ατόμων με κατάθλιψη είναι τρεις φορές πιο πιθανό να παρουσιάσουν και οι ίδιοι τη διαταραχή σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Συγγενείς πρώτου βαθμού πασχόντων με διπολική διαταραχή έχουν δέκα φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν τη διαταραχή από ότι τα άτομα στο γενικό πληθυσμό. Η επικινδυνότητα και στις δύο περιπτώσεις αυξάνεται ακόμα περισσότερο όσο νωρίτερα συμβαίνει η έναρξη της διαταραχής στη ζωή του ατόμου (Goodwin & Jamison, 1990' Sullivan, Neale, & Kendler, 2000).

Εντούτοις, επειδή σε οικογενειακές μελέτες είναι δύσκολο να διαφοροποιήσει κανείς τους κληρονομικούς παράγοντες από τους περιβαλλοντικούς, σημαντικές είναι επίσης οι μελέτες διδύμων και οι μελέτες υιοθεσίας. Το ποσοστό συμφωνίας για μονοζυγωτικούς είναι 72% έναντι 14% για διζυγωτικούς διδύμους στη διπολική διαταραχή. Το ποσοστό συμφωνίας για μονοζυγωτικούς είναι 43%- 46% έναντι 20%- 28% για διζυγωτικούς διδύμους στην μείζονα κατάθλιψη. Δηλαδή, η διαφορά μεταξύ ποσοστών συμφωνίας στη διπολική διαταραχή σε σύγκριση με την κατάθλιψη - 72% έναντι 43% - υποδικνύει ότι οι κληρονομικοί παράγοντες είναι πιο ισχυροί στη διπολική διαταραχή από ότι στη μείζονα κατάθλιψη (Bertelsen, Harvald, & Hauge, McGuffin, Katz, Watkins, & Rutherford, 1996' Sullivan et. al., 2000' Torgersen, 1986).

Όσον αφορά την υιοθεσία κατά τη διπολική διαταραχή, το ποσοστό συμφωνίας στους βιολογικούς γονείς ατόμων με διπολικές διαταραχές είναι 31% έναντι 2% στους βιολογικούς γονείς των φυσιολογικών ατόμων (Mendlewicz & Rainer, 1977). Σε μία άλλη μελέτη για τους βιολογικούς και τους θετούς γονείς, καθώς και για τα αδέρφια και τα ετεροθαλή αδέρφια των υιοθετημένων ατόμων με διαταραχές της διάθεσης το ποσοστό της μείζονος κατάθλιψης ήταν 8 φορές μεγαλύτερο και το ποσοστό της αυτοκτονίας 15 φορές μεγαλύτερο από ότι ήταν στους συγγενείς φυσιολογικών ατόμων (Wender et al., 1986).

ΜΕΛΕΤΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ

Πρόσφατες έρευνες που βασίζονται στην αξονική και μαγνητική τομογραφία υποδεικνύουν ότι η εγκεφαλική δομή ατόμων με διαταραχές της διάθεσης διαφέρει από τη δομή ατόμων που δεν πάσχουν από τις διαταραχές. Σύμφωνα με τις εν λόγω μελέτες, οι πάσχοντες εμφανίζουν διευρυμένες κοιλίες και αύλακες. Ακόμα, το μέγεθος του μετωπιαίου λοβού, του ιππόκαμπου και τον βασικών γαγγλίων, μέρη τα οποία σχετίζονται με τη ρύθμιση του συναισθήματος, είναι μικρότερα (Baumann & Bogerts, 2001', Bremner et al., 2000). Ανωμαλίες στην αμυγδαλή, στον προμετωπιαίο φλοιό και στην παρεγκεφαλίδα σχετίζονται με τη διπολική διαταραχή, ενώ ο μειωμένος όγκος του προμετωπιαίου φλοιού συσχετίζεται με τις δυσκολίες προσοχής ατόμων σε μανιακή φάση (Sax et al., 1999). Ανωμαλίες στα βασικά γάγγλια, στον προμετωπιαίο φλοιό, στην παρεγκεφαλίδα και στον ιππόκαμπο σχετίζονται με την κατάθλιψη (Davidson, Henriques & Borod, 2000 ' Soares & Innes, 2000).

Μελέτες που χρησιμοποιούν απεικονιστικές τεχνικές επίσης ότι οι διαταραχές της διάθεσης σχετίζονται με διαφορές όσον αφορά στη δραστηριότητα σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου. Όσον αφορά στην κατάθλιψη, μειωμένη δραστηριότητα παρατηρείται στο πλάγιο ραχιαίο προμετωπιαίο φλοιό στην αριστερή πλευρά του εγκεφάλου, που σχετίζεται με τον προγραμματισμό φρασθηριοτήτων βάσει της προσδοκίας του συναισθήματος. Αυτή η μειωμένη δραστηριότητα ενδέχεται να σχετίζεται με την έλλειψη κινήτρου των πασχόντων σε καταθλιπτικό επεισόδιο να διεκδικήσουν έναν ευχάριστο στόχο. Όσον αφορά στις διπολικές διαταραχές, μειωμένη δραστηριότητα του προμετωπιαίου φλοιού σχετίζεται με την κακή κρίση ατόμων σε μανιακό επεισόδιο (Blumberg et al., 1999).

Τέλος, αυξημένα επίπεδα αιματικής ροής σε κατάσταση ηρεμίας και του μεταβολισμού της γλυκόζης έχουν εντοπιστεί στην αμυγδαλή ατόμων με μείζονα κατάθλιψη και διπολική διαταραχή, και υψηλότερα επίπεδα μεταβολισμού συσχετίζονται με σοβαρότερες μορφές κατάθλιψης. Ίσως αυτή η αυξημένη δραστηριότητα να απεικονίζει τις προβληματικές γνωσιακές διεργασίες που χαρακτηρίζουν την κατάθλιψη. (Drevets, 1999, ' Drevets & Raichle, 1998, ' Oltmanns & Emery, 2004).

ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η νευροφυσιολογική προσέγγιση θεωρεί ότι τα προβλήματα των διαταραχών της διάθεσης έχουν να κάνουν με τους βιολογικούς ρυθμούς. Οι διαταραχές του ύπνου, καθώς και οι ορμονικές διαταραχές που συσχετίζονται με την κατάθλιψη οδηγούν στη σκέψη ότι ίσως το <<βιολογικό ρολόι >> των πασχόντων δυσλειτουργεί. Όταν, παραδείγματος χάριν ένα άτομο χάνει την δουλειά του, η αφαίρεση αυτή δεν αφορά μόνο σε μια σημαντική συναισθηματική απώλεια, αλλά διαταράσσει επίσης τον κερκάρδιο ρυθμό του ατόμου με διάφορες ενδεχομένες επιπτώσεις, όπως η διαταραχή του ύπνου, διαταραχή της πρόσληψης τροφής, διαταραχή της διάθεσης ή ορμονική ανισορροπία που συσχετίζεται με την κατάθλιψη (Ehlers, Frank, & Kupfer, 1988, ‘ Frank). Πρόσφατες μελέτες υποδεικνύουν ότι τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής που διαταράσσουν τους κοινωνικούς ρυθμούς συσχετίζονται με την έναρξη μανιακών επεισοδίων (Malkoff- Schwartz et al., 2000).

Η πιο γνωστή ίσως διαταραχή που συσχετίζεται με το βιολογικό ρυθμό είναι η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (seasonal affective disorder- SAD). Από τη εποχή του Ιπποκράτη έχει παρατηρηθεί ότι πολλές καταθλίψεις εκδηλώνονται το χειμώνα. Ο εξερευνητής του Αρκτικού Πόλου τον 19 αιώνα Frederick Cook συνέδεσε αυτό το φαινόμενο με την έκθεση στο φως, όταν παρατήρησε καταθλιπτική διάθεση, κόπωση και μειωμένη σεξουαλική επιθυμία τόσο στους Εσκιμώους όσο και σε μέλη της ομάδας του. Πρόσφατα επίσης έχει παρατηρηθεί μια “καλοκαιρινή εκδοχή” που εμφανίζεται στους Ασιάτες. Φαίνεται ότι τα συμπτώματα της κατάθλιψης συσχετίζονται με την αύξηση την ορμόνης μελατονίνης η οποία εκκρίνεται στο σκοτάδι, δηλαδή κατά τη διάρκεια της νύχτας. (Han et al., 2000, Wehr et al., 2001)

ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

Η βιοχημική μελέτη αποτελείται από δύο τομείς : τη νευροενδοκρινική λειτουργία και τη λειτουργία της νευροδιαβιβαστής. Όσον αφορά στη νευροενδοκρινική λειτουργία, η κατάθλιψη, σύμφωνα με μια σύγχρονη θεωρία, οφείλεται σε δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων που ρυθμίζει τη διάθεση, καθώς άτομα με κατάθλιψη συχνά έχουν υπερβολικά χαμηλά επίπεδα ορμονών του θυρεοειδούς. Επίσης, άτομα με ανώμαλη ορμονική δραστηριότητα συχνά εκδηλώνουν κατάθλιψη ως παρενέργεια και έχουν διογκωμένη υπόφυση και επινεφρίδια. Επιπρόσθετα, νεκροψίες έχουν δείξει ανωμαλίες στους νευρώνες του υποθαλάμου σε άτομα με κατάθλιψη.

Τέλος, τα χαμηλά επίπεδα ορμονών του θυρεοειδούς συσχετίζονται με υποτροπές μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων (Joffe & Marriott, 2000, Purba, Hoogendijk, Hofman & Swaab, 1996, Sullivan et al., 1999) Η δεύτερη σημαντική θεωρία της βιοχημικής έρευνας αφορά στη λειτουργία της νευροδιαβιβαστής της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης. Σύμφωνα με την υπόθεση της κατεχολαμίνης, τα μειωμένα επίπεδα νορεπινεφρίνης προκαλούν κατάθλιψη, ενώ τα αυξημένα επίπεδα οδηγούν στην μανία (Delgado & Moreno, 2000 - Schildkraut, 1965). Πρώτον, η ανταπόκριση των ασθενών στα φάρμακα, δηλαδή το γεγονός ότι ουσίες που βελτιώνουν την κατάθλιψη ή δημιουργούν μανία αυξάνουν τα επίπεδα της νορεπινεφρίνης, ενώ ουσίες που προκαλούν κατάθλιψη ή βελτιώνουν τη μανία, μειώνουν τα επίπεδα νορεπινεφρίνης (Berman et al., 1999).

Δεύτερον, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά που βελτιώνουν την κατάθλιψη εμποδίζουν την επαναπρόσληψη νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης. Τρίτον, η L-τρυπτοφάνη, ένα αμινοξύ που αυξάνει το επίπεδο της σεροτονίνης, είναι αποτελεσματική στη μανία, αλλά και στην κατάθλιψη. Τέταρτον, νεκροψίες και τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (Positron Emission Tomography - PET Scan) δείχνουν ότι ο εγκέφαλος των καταθλιπτικών ασθενών παρουσιάζει μειωμένη αντιδραστικότητα στη σεροτονίνη και λιγότερους υποδοχείς σεροτονίνης. Συνοψίζοντας, τα βιολογικά ευρήματα αποδεικνύουν ότι η νορεπινεφρίνη, η σεροτονίνη και οι ορμονικές ανωμαλίες έχουν σημαντική σχέση με τις διαταραχές της διάθεσης. Σύμφωνα με την επικρατούσα θεωρία, οι διαταραχές αυτές οφείλονται σε μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση γενετικών, βιοχημικών, αναπτυξιακών, νευροφυσιολογικών, γνωσιακών και περιστασιακών παραγόντων (Kendler, Kessler, Neale, Heath, & Eaves, 1993).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3



3.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΝΟΝΑ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ο όρος Κατάθλιψη στην Ψυχιατρική Ορολογία υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μια διαταραχή η οποία προκαλεί έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν συναντάται σε άλλη νόσο. Οι γιατροί συνηθίζουν να ονομάζουν αυτούς τους συνδυασμούς συμπτωμάτων, που εμφανίζονται μαζί πολύ πιο συχνά απ' ότι θα περίμενε κανείς μόνο από τύχη, ως σύνδρομο. Υπολογίζεται πως το 6% του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως και 550 χιλιάδες στην Ελλάδα. Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη, σε όλες τις χώρες του κόσμου, δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες. Έχει διαπιστωθεί ότι στη διάρκεια της ζωής τους στο 20% των γυναικών και στο 15% των ανδρών θα εμφανιστεί καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 10% των γυναικών και το 5,8% ανδρών θα νοσήσουν σε ένα έτος. Η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα μιας συνισταμένης παραγόντων που επηρεάζουν την ιδιοσυστασία κάθε άτομου και δρουν αλληλοσυμπληρωματικά.

Ένα από τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου της Κατάθλιψης είναι και η άσχημη διάθεση και γι' αυτό το σύνδρομο ονομάστηκε έτσι. Δεν είναι όμως το μοναδικό ενώ μερικές φορές μπορεί και να απουσιάζει. Σαν αρρώστια, η Κατάθλιψη έχει κάποιους προδιαθεσικούς και αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της, μια συγκεκριμένη πορεία, πρόγνωση και θεραπεία (Sadock, B. & Sadock, V. 2007).

3.1.1 ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ένα από τα συμπτώματα της Κατάθλιψης είναι και το καταθλιπτικό συναίσθημα. Η διαφορά αυτού του συναίσθηματος από το φυσιολογικό είναι ότι στην Κατάθλιψη το καταθλιπτικό συναίσθημα έχει μεγάλη ένταση και είναι μόνιμο Δεν επηρεάζεται από τις καταστάσεις που ζει ο ασθενής, π.χ., ο ασθενής δεν θα γελάσει και δεν θα αισθανθεί παροδικά καλύτερα όταν συμβεί κάτι χαρούμενο. Επίσης, στην κατάθλιψη το συναίσθημα μπορεί να είναι χειρότερο το πρωί σε σχέση με το βράδυ, ενώ στους φυσιολογικούς ανθρώπους, που απλά νιώθουν στεναχωρημένοι, η διάθεση είναι συνήθως καλύτερη όταν σηκώνονται το πρωί. (Who, 2012)

3.1.2 ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ

Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στους άγαμους, στους διαζευγμένους και στους κατοίκους των αγροτικών περιοχών. Υπολογίζεται πως το 6% του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως και 550 χιλιάδες στην Ελλάδα. Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη, σε όλες τις χώρες του κόσμου, δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες. Έχει διαπιστωθεί ότι στη διάρκεια της ζωής τους στο 20% των γυναικών και στο 15% των ανδρών θα εμφανιστεί καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 10% των γυναικών και το 5,8% ανδρών θα νοσήσουν σε ένα έτος. Πιστεύεται ότι εκτός από τις βιολογικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διαφορετικά στρεσογόνα γεγονότα της ζωής των γυναικών (τοκετοί, ανατροφή παιδιών) αλλά και το γεγονός ότι παραδέχονται ευκολότερα ότι είναι καταθλιπτικές, είναι που διαμορφώνουν τα παραπάνω ποσοστά. (Who, 2012)

3.1.3 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα μιας συνισταμένης παραγόντων που επηρεάζουν την ιδιοσυστασία κάθε άτομου και δρουν αλληλοσυμπληρωματικά. Οι παράγοντες αυτοί ομαδοποιούνται στις ακόλουθες κατηγορίες.

ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ.

Τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες – σε συνδυασμό πάντοτε με την επίδραση και άλλων παραγόντων - να παρουσιάσουν κατάθλιψη κάποια στιγμή της ζωής τους. Αν ένα άτομο έχει κληρονομήσει μέσω των γονιδίων του χαρακτηριστικά προσωπικότητας με προδιάθεση κατάθλιψης είναι περισσότερο εκτεθειμένο στον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Από μελέτες διδύμων επίσης έχει προκύψει ότι αν ένα δίδυμο αναπτύσσει τη διαταραχή, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα, σε ποσοστό ακόμη και ως 50%, για το άλλο να επηρεαστεί. (Mid, 2009)

ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ.

Τα αίτια αυτά σχετίζονται με αλλαγές στη χημεία του εγκεφάλου. Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη παρουσιάζουν ανισορροπίες των νευροδιαβιβαστών, δηλαδή βιοχημικών ουσιών μέσω των οποίων επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Μελέτες σε αντικαταθλιπτικά φάρμακα που δρουν στους νευρομεταβιβαστές του εγκεφάλου έδειξαν ότι αυξάνοντας τη συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο αυξάνονται τα ποσοστά επιτυχούς αντιμετώπισης της κατάθλιψης. Ανεπάρκειες σε δυο ιδίως τέτοιες ουσίες, στη σεροτονίνη και στη νορεπινεφρίνη εμπλέκονται στη δημιουργία κατάθλιψης. Μια ανεπάρκεια στη σεροτονίνη μπορεί να ευθύνεται για διαταραχές στον ύπνο, ευερεθιστικότητα και άγχος, ενώ μειωμένη ποσότητα της νορεπινεφρίνης μπορεί να συνδέεται με αισθήματα κόπωσης, εξάντλησης και εν γένει καταθλιπτικής διάθεσης. (Krishnan, 2002)

3.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη είναι αναμφίβολα μια σοβαρή κατάσταση και οι επιπτώσεις της έχουν αντίκτυπο σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του άτομου που την έχει υποστεί. Επηρεάζει άμεσα την υγεία του ασθενούς στην περίπτωση μάλιστα συννοσηρότητας. Επιφέρει αλλαγές όχι μόνο σε σωματικό επίπεδο αλλά και ψυχολογικό. Επιδρά στην ψυχοσύνθεση του ασθενούς, στις σχέσεις του με τα άτομα του περιβάλλοντος του και εν γένει στο κοινωνικό του γίνεσθαι. Οι επιπτώσεις της ωστόσο δεν περιορίζονται στο άτομο που πάσχει από αυτήν, αλλά εκτείνονται και στην οικογένεια και στο φιλικό περιβάλλον του ασθενούς. Η επιρροή αυτή ,αν και έμμεση, είναι εξίσου σημαντική. Η κατάθλιψη επίσης έχει συνδεθεί με προβλήματα μνήμης. Η κατάθλιψη συγκαταλέγεται στους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας τόσο σε ενήλικα όσο και σε νεαρά άτομα. Τα συνηθεστέρα προειδοποιητικά σημάδια είναι τα ακόλουθα. (Tyson, 2011)

- Το άτομο κατακλύζεται από σκέψεις θανάτου. Στο μυαλό του η αυτοκτονία είναι κάτι ιδανικό και φαντάζει ως η μοναδική διέξοδος στο αδιέξοδο που βιώνει.

- Μιλάει για το θάνατο είτε στο πλαίσιο αστεϊσμών είτε σοβαρών συζητήσεων. Φράσεις όπως « ο θάνατος είναι σωτηρία», «καλύτερα να πέθαινα», «όποιος πεθαίνει γλιτώνει» εντάσσονται όλο και συχνότερα στο καθημερινό του λεξιλόγιο. Μπορεί μάλιστα ακόμη και να γράφει ποιήματα για το θάνατο ή ιστορίες αυτοκτονίας και να απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει.

- Καταλαμβάνεται από αισθήματα απόγνωσης, απελπισίας, ματαιότητας, ενοχής, αποτυχίας και αναξιοτήτας.

- Αποσύρεται από φίλους του αλλά και από την οικογένεια, απομονώνεται και δεν επιδιώκει καμία συναναστροφή.

- Δεν απολαμβάνει καμία δραστηριότητα και αδιαφορεί για τα πάντα. Εδώ αξίζει να αναφερθεί και ο αντίποδας του ίδιου συμπτώματος : ορισμένοι άνθρωποι θέλοντας να κρύψουν τα συναισθήματα τους οδηγούνται στο άλλο άκρο, της υπερδραστηριότητας, της υπερβολικής ενέργειας και διέγερσης.

- Υπάρχει η πιθανότητα να εκδηλώσει ενδιαφέρον για σύνταξη διαθήκης ή για ασφάλεια ζωής.

- Οδηγείται σε ακραίες συμπεριφορές που ελλοχεύουν τον κίνδυνο του θανάτου όπως για παράδειγμα γρήγορη οδήγηση.

- Ανεξήγητη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών.

- Χαρίζει αγαπημένα του αντικείμενα σε πρόσωπα του περιβάλλοντος .

- Επιδιώκει να συναντηθεί με πρόσωπα που είχε να δει καιρό θέλοντας έτσι να τα αποχαιρετήσει.

- Παρουσιάζει ξαφνικές διαταραχές στον ύπνο και στις διατροφικές του συνήθειες . (Tyson, 2011)

3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΜΑΝΙΑΣ

Η κλινική εικόνα των ατόμων με διπολική διαταραχή ποικίλει, ανάλογα με την μορφή, την ένταση και την διάρκεια των επεισοδίων. Η τυπική εικόνα των πασχόντων χαρακτηρίζεται από εναλλασσόμενα επεισόδια μανίας και κατάθλιψης, που διαρκούν για εβδομάδες ή μήνες. Όταν ο πάσχων διανύει ένα μανιακό επεισόδιο διακατέχεται από αυξημένα επίπεδα ενέργειας, τα οποία φτάνουν σε σημείο ευφορίας και εμφανίζει αίσθημα μεγαλείου, λογόρροια, ιδεοφυγή, διάσπαση προσοχής, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, στόχο-κατευθυνόμενη συμπεριφορά ή ψυχοκινητική ανησυχία και εμπλοκή σε δραστηριότητες υψηλού κινδύνου. Στην αξιολόγηση της μανίας, τα σημαντικά βήματα μπορούν να συνοψίσουν ως ακολούθως (Sadock, B. & Sadock, V.,2007):

- Προσδιορισμός της διάγνωσης.
- Αξιολόγηση της σοβαρότητας της διαταραχής.
- Διαμόρφωση των κοινωνικών στηριγμάτων του ασθενούς.
- Αξιολόγηση της επίδρασης της κατάστασης στους άλλους.

3.3.1 ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-5, ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΝΑ ΔΟΘΕΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ I

• Παρουσία ενός μανιακού επεισοδίου, το οποίο διαδέχεται ένα υπομανιακό ή μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.

• Τα συμπτώματα προκαλούν έντονη δυσφορία ή/και έκπτωση στον κοινωνικό, τον επαγγελματικό ή κάποιον άλλο σημαντικό τομέα της λειτουργικότητας.

• Το επεισόδιο δεν είναι αποτέλεσμα κάποιας ουσίας ή άλλης ιατρικής κατάστασης. Το μανιακό ή το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο δεν μπορεί να εξηγηθεί καλύτερα στο πλαίσιο σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, σχιζοφρένειας, σχιζοφρενικόμορφης διαταραχής, παραληρητικής διαταραχής ή άλλης διαταραχής του ψυχωτικού φάσματος. (Άννα Αποστολίδου, 2017)

3.3.2 ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-5, ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΝΑ ΔΟΘΕΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ II

- Ο πάσχων έχει εμφανίσει τουλάχιστον ένα υπομανιακό και ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.

- Δεν έχει εκδηλωθεί ποτέ μανιακό επεισόδιο.

- Η εμφάνιση των επεισοδίων δεν μπορεί να εξηγηθεί καλύτερα στο πλαίσιο σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, σχιζοφρένειας, σχιζοφρενικόμορφης διαταραχής, παραληρητικής διαταραχής ή άλλης διαταραχής του ψυχωτικού φάσματος.

- Η καταθλιπτική συμπτωματολογία ή τα συμπτώματα που προέρχονται από την απρόβλεπτη και συχνή εναλλαγή δημιουργούν δυσφορία και έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλο σημαντικό τομέα της λειτουργικότητας.

- Η έναρξη της διαταραχής τοποθετείται στην αρχή της ενήλικης ζωής, με την διάγνωση να δίνεται και πριν την ηλικία των 18 ετών, αλλά λαμβάνοντας υπόψιν το αναπτυξιακό στάδιο και τις υπόλοιπες νευροαναπτυξιακές διαταραχές. (Αννα Αποστολίδου, 2017)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4



www.artelista.com · COA 5372791574249657

4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Διπολική διαταραχή αναφέρουμε μία ομάδα συναισθηματικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από καταθλιπτικά επεισόδια, μανιακά ή υπομανιακά επεισόδια.

Η επιτυχής αξιολόγηση και διάγνωση του ασθενούς με διπολική διαταραχή απαιτεί τη γνώση του επεισοδιακού χαρακτήρα της νόσου. Οι ασθενείς που εξετάζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, με πιθανά συμπτώματα διπολικής διαταραχής, απαιτείται να παραπέμπονται σε ειδικούς ψυχιάτρους δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας, επειδή υπάρχει αυξημένος κίνδυνος βλάβης για τον εαυτό τους ή τους άλλους. Για το λόγο αυτό, όλοι οι ασθενείς που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, θα πρέπει να αξιολογούνται για ένα ιστορικό μανιακών ή υπομανιακών συμπτωμάτων (Cerimele et al., 2013).

➤ **Η υπομανία, μανία και κατάθλιψη είναι παθολογικά συναισθήματα:**

- Έχουν μεγάλη ένταση και μακρά διάρκεια.
- Συνοδεύονται από σωματικά συμπτώματα.
- Παρεμποδίζουν την καθημερινή λειτουργικότητα.
- Συνοδεύονται από ψυχωτικά συμπτώματα.
- Παράγουν κίνδυνο για τη ζωή λόγω έντασης.

4.1.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Τα συμπτώματα του επεισοδίου είναι ανομοιογενή, δηλαδή διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Συνήθως το επεισόδιο αρχίζει βαθμιαία, μέσα σε μερικές εβδομάδες ή μήνες, αν και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να έχει αιφνίδια έναρξη μετά από κάποιο τραυματικό γεγονός. Το DSM-IV-TR περιγράφει εννέα χαρακτηριστικά συμπτώματα του καταθλιπτικού επεισοδίου. Η διάγνωση συνίσταται στην παρουσία πέντε (ή περισσότερων) από τα παρακάτω συμπτώματα -από τα οποία τουλάχιστον ένα είναι είτε η καταθλιπτική διάθεση είτε η ανηδονία- με διάρκεια τουλάχιστον δύο εβδομάδων ή, χωρίς παρέμβαση, έξι μηνών. (Ara, 2000)

Σημείωση: Μην συμπεριλαμβάνεται συμπτώματα που σαφώς οφείλονται σε γενική παθολογική κατάσταση ή μη σύντονες με τη διάθεση παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις.

ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ

Σχεδόν όλοι όσοι πάσχουν από κατάθλιψη αισθάνονται θλίψη ή δυστυχία που καλύπτει ένα μεγάλο συναισθηματικό φάσμα, από την ήπια μελαγχολία μέχρι την απόλυτη απελπισία. Συχνά ο πάσχων δηλώνει ότι νιώθει μοναξιά ή ότι βαριέται. Άλλες φορές αισθάνεται εκνευρισμό, άγχος και χρόνια ένταση. Ορισμένοι πάσχοντες δεν αναφέρονται σε αυτά αν δεν ερωτηθούν, αλλά αυτά διαφαίνονται στην έκφραση του προσώπου τους. Η καταθλιπτική διάθεση επιδεινώνεται τις πρωινές ώρες. Η ήπια κατάθλιψη συνοδεύεται από κλάμα, ενώ το άτομο με βαριά κατάθλιψη δηλώνει ότι θέλει να κλάψει, αλλά δεν μπορεί. Χαρακτηριστικό της βαριάς κατάθλιψης είναι συνήθως η αίσθηση του πάσχοντα ότι η κατάσταση του είναι αμετάκλητη, δηλαδή ότι ο ίδιος είναι ανήμπορος, αλλά και οι άλλοι είναι ανίκανοι να τον βοηθήσουν.

ΑΝΗΛΘΟΝΙΑ

Η απώλεια ευχαρίστησης ή ενδιαφέροντος σε συνηθισμένες ενασχολήσεις ή δραστηριότητες είναι από τα πιο συνηθισμένα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. Ο πάσχων δεν μπορεί να χαρεί ακόμα και όταν του συμβαίνει κάτι καλό. Επίσης, διακρίνεται από έλλειψη κινήτρων και πρέπει να αναγκάσει τον εαυτό του να διεκπεραιώσει καθήκοντα. (Bennett P.,2010)

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΟΡΕΞΗΣ

Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς χάνουν την όρεξη τους και αδυνατίζουν. Ορισμένοι επίσης αναφέρουν την απώλεια της αίσθησης της γεύσης. Εντούτοις, μερικοί τρώνε περισσότερο από ότι πριν από την καταθλιπτική φάση και παχαίνουν. Γενικά, το βάρος του ατόμου διαταράσσεται. (Nccmh,2014).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΝΟΥ

Η αϋπνία είναι συνηθισμένο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης. Μπορεί επίσης να εμφανίσει άλλες μορφές αϋπνίας, όπως η επανειλημμένη διακοπή κατά τη διάρκεια της νύχτας, ή , με τη μορφή της υπερυπνίας, με το άτομο να κοιμάται 15 ώρες την ημέρα ή παραπάνω, μια κατάσταση που συνήθως, συνδέεται με την υπερφαγία.

ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (ΕΠΙΒΡΑΔΥΝΣΗ Η ΔΙΕΓΕΡΣΗ)

Το άτομο δηλαδή, κινείται αργά και επιτηδευμένα, οι χειρονομίες του περιορίζονται στο ελάχιστο δυνατόν, ο λόγος του είναι βραδύς, με πολλές και μακρές παύσεις. Γενικώς, ο πάσχων δίνει την εικόνα ατόμου καταβεβλημένου από κόπωση. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να βρίσκεται σε κατάσταση εμβροντησίας ή αλαλίας. Πιο σπάνια παρουσιάζει ψυχοκινητική διέγερση, που χαρακτηρίζεται από ακατάπαυστη άσκοπη δραστηριότητα, δηλαδή βαδίζει πάνω-κάτω, τρίβει ή κουνά τα χέρια του, βογκά, τραβά τα μαλλιά του.

ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ

Το άτομο νιώθει έντονη κόπωση και εξάντληση, αν και δεν έχει κάνει σχεδόν τίποτα, επειδή νιώθει σαν να έχει χάσει όλη την ενέργειά του. Σε ακραίες περιπτώσεις φτάνει σε σημείο να μην μπορεί να φροντίσει τον εαυτό του - παραδείγματος χάριν, δεν πλένεται και δεν αλλάζει ρούχα. Σε κάποιες περιπτώσεις παρουσιάζει σωματικά συμπτώματα, δηλαδή πόνους, οι οποίοι όμως δεν προσδιορίζονται με ακρίβεια. Για παράδειγμα, ο πάσχων λέει ότι πονά το κεφάλι του ή η πλάτη του. Ενίοτε η κατάθλιψη υποβόσκει σε σωματικές ενοχλήσεις, ειδικά στην καρδιά, στο γαστρεντερικό, στο ουρογεννητικό, σε ορθοπεδικά συμπτώματα και οσφυαλγία.

(Bennett P.,2010)

ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΚΕΨΕΙΣ ΑΝΑΞΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΝΟΧΗΣ

Ο πάσχων αισθάνεται ελλειμματικός σε σχέση με ότι εκτιμά περισσότερο: τη νοημοσύνη, τη σωματική εμφάνιση, τη δημοτικότητα, την υγεία. Γενικώς, χαρακτηρίζεται από απαισιόδοξη στάση, παραπονιέται για απώλεια αγάπης ή υλικών αγαθών, είναι ενοχικός, υπερβάλλει για τις τωρινές αποτυχίες, όπως και για εκείνες του παρελθόντος, και ψάχνει στο περιβάλλον για ενδείξεις προβλημάτων που ενδεχομένως έχει προκαλέσει ο ίδιος. Για παράδειγμα, εάν μείνει από λάστιχο, ενοχοποιεί τον εαυτό του και αισθάνεται ότι με κάποιον τρόπο φταίει ο ίδιος. Γενικώς, χαρακτηρίζεται από απαισιόδοξη στάση.

ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΣΚΕΨΗ

Οι γνωστικές διεργασίες συνήθως επιβραδύνονται κατά τη διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου. Ο πάσχων δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί, να θυμηθεί γεγονότα και καταστάσεις (κλονίζεται ειδικά η μνήμη εργασίας) και γίνεται κατά κανόνα αναποφάσιτος. Έχει μεγαλύτερη δυσκολία με τις πιο απαιτητικές δοκιμασίες. Τα εν λόγω προβλήματα μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά την ικανότητα του για εργασία (Rose & Ebmeier,2006).

Τα νευροψυχολογικά ελλείμματα ατόμων με μείζονα κατάθλιψη φαίνεται να είναι συνεπή με μια παγκόσμια διάχυτη εξασθένηση των εγκεφαλικών λειτουργιών με ιδιαίτερη εμπλοκή των μετωπιαίων λοβών. Πρόσφατες μελέτες νευρο-απεικόνισης που δείχνουν επίσης μετωπική δυσλειτουργία στην κλινική (λειτουργική) κατάθλιψη αναφέρονται. Τόσο η σοβαρότητα όσο και το προφίλ των γνωστικών ελλείψεων στην κατάθλιψη θεωρείται ότι είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται σε μέτρια σοβαρή τραυματική εγκεφαλική βλάβη (Veiel Hans, 2008).

ΣΚΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΘΑΝΑΤΟ Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Ο πάσχων συχνά σκέφτεται επανειλημμένα το θάνατο και την αυτοκτονία. Αναφέρει ότι είναι προτιμότερο να πέθαινε, ενώ μπορεί και να προχωρήσει σε απόπειρα αυτοκτονίας. Συχνά εμφανίζονται γνωστικές διαστρεβλώσεις, δηλαδή ο πάσχων αισθάνεται ότι όλα είναι άσκοπα, κανένας δεν μπορεί να τον βοηθήσει, δεν μπορεί να θυμηθεί ότι αισθανόταν κάποτε καλύτερα ούτε να φανταστεί ότι κάποια στιγμή θα βελτιωθεί η διάθεσή του. Σε περίπτωση πένθους η διάγνωση ισχύει εάν τα συμπτώματα ξεπερνούν τους δύο μήνες και περιλαμβάνουν σημαντική μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου.

Το επεισόδιο, μπορεί να περιλαμβάνει και ψυχωτικά συμπτώματα, δηλαδή παραληρήματα ή ψευδαισθήσεις. Η πρόδρομη φάση αποτελείται από συμπτώματα άγχους και ήπια συμπτώματα κατάθλιψης, προτού εμφανιστεί το καταθλιπτικό επεισόδιο. Η πορεία του καταθλιπτικού επεισοδίου συνήθως εξελίσσεται μέσα σε ημέρες ή εβδομάδες. Χωρίς παρέμβαση το επεισόδιο διαρκεί περίπου τέσσερις μήνες και στις περισσότερες περιπτώσεις το άτομο επανέρχεται πλήρως, δηλαδή επιστρέφει στο προνοσηρό επίπεδο λειτουργίας του. (Nccmh,2014).

4.2 ΜΑΝΙΑΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Το μανιακό επεισόδιο αρχίζει συνήθως ξαφνικά, κατά την διάρκεια μερικών ημερών, κρατά από μερικές μέρες μέχρι μήνες και τελειώνει τόσο απότομα όσο άρχισε. Συχνά προηγείται κάποιο ψυχοκοινωνικό στρεσογόνο γεγονός. Το DSM-IV-TR περιγράφει τα βασικά χαρακτηριστικά του μανιακού επεισοδίου . Η Διαταραχή της διάθεσης είναι βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό. Η συγκεκριμένη αλλαγή συνίσταται σε ευφορία, διαχυτική, ανεβασμένη διάθεση ή ευερεθιστότητα, η οποία διαρκεί τουλάχιστον μια εβδομάδα ή λιγότερο διάστημα αν ο πάσχων νοσηλευτεί. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της διαταραχής της διάθεσης, τρία η περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα έχουν σημαντική έκταση και διάρκεια:

ΔΙΟΓΚΩΜΕΝΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ Η ΑΙΣΘΗΜΑ ΜΕΓΑΛΕΙΟΥ

Ο πάσχων βλέπει συνήθως τον εαυτό του ως ένα ελκυστικό, σημαντικό και δυναμικό άτομο, ικανό για μεγάλες επιτυχίες σε τομείς στους οποίους πιθανώς δεν έχει κανένα ταλέντο ή ικανότητα, όπως να συνθέσει μια μουσική συμφωνία, να σχεδιάσει πυρηνικά όπλα, ή να επικοινωνήσει με τον πρόεδρο των Ηνωμένων Πολιτειών για να κανονίσει ραντεβού μαζί του, προκειμένου να τον ενημερώσει.(Waxmonsky JA, 2007)

ΑΨΗΝΙΑ

Χαρακτηριστικό της μανιακής φάσης είναι η μειωμένη ανάγκη για ύπνο. Ο πάσχων μπορεί να κοιμηθεί μόνο δύο ή τρεις ώρες το βράδυ και να έχει διπλή ενέργεια από τους άλλους. Συχνά αναφέρει όξυνση της όρασης, της ακοής και της όσφρησης του- αναφέρει, για παράδειγμα, ότι τα χρώματα είναι πιο έντονα.

(Jann M., 2014).

ΟΜΙΛΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Σημειώνεται σημαντική αύξηση στην ομιλητικότητα του πάσχοντα, που τείνει να μιλά δυνατά, γρήγορα και ακατάπαυστα. Η ομιλία του υποδεικνύει μια πίεση και χαρακτηρίζεται από άσχετες λεπτομέρειες και από ιδιόμορφα αστεία που διασκεδάζουν μόνο τον ίδιο. Μπορεί να έχει ένα δραματικό τρόπο ομιλίας ή και να τραγουδά. Σε περιπτώσεις όπου η βασική διάθεση είναι η ευερεθιστότητα, η ομιλία του μπορεί να είναι επιθετική ή να αποτελεί έναν οργισμένο μονόλογο / υβρεολόγιο.

ΦΥΓΗ ΤΩΝ ΙΔΕΩΝ

Η ομιλητικότητα του πάσχοντα εν μέρει οφείλεται στην ιδεοφυγή. Πρόκειται για απότομες αλλαγές από το ένα θέμα στο άλλο, σε μια συνεχή ροή επιταχυμένου λόγου.

ΔΙΑΣΠΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ

Ο πάσχων δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί και να διατηρήσει την προσοχή του σε ένα θέμα. Η προσοχή του αποσπάται εύκολα από άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα. Για παράδειγμα, μιλώντας για κάποιο θέμα, μπορεί να στρέψει την προσοχή του σε μια εικόνα στον τοίχο ή στον θόρυβο ενός διερχόμενου αυτοκινήτου.

(Waxmonsky JA,2007)

ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ Η ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ

Σημειώνεται μια ανησυχία και αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας σε διάφορους τομείς, δηλαδή στον κινητικό, στον κοινωνικό, στον επαγγελματικό και συχνά στο σεξουαλικό τομέα. Ενίοτε το άτομο μπορεί να είναι πολύ παραγωγικό κατά τη διάρκεια του επεισοδίου. Μπορεί να προγραμματίζει πολυάριθμα επαγγελματικά σχέδια, για παράδειγμα, να σχεδιάζει καινούργιες επιχειρήσεις, και να συμμετέχει σε πολλαπλές δραστηριότητες για την επίτευξη τους. Εμφανίζει επίσης αυξημένη κοινωνικότητα, ανανεώνει παλιές γνωριμίες και δημιουργεί καινούργιες. Εντούτοις, λόγω ελλειμματικής κριτικής ικανότητας δεν υπολογίζει τους ενδεχόμενους κινδύνους. (Jann M.,2014).

ΡΙΨΟΚΙΝΔΥΝΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Συνίσταται στην υπερβολική εμπλοκή του πάσχοντα σε δραστηριότητες που είναι ευχάριστες για τον ίδιο, αλλά μπορεί να έχουν οδυνηρές συνέπειες και υποδεικνύουν την ελλειμματική κριτική του ικανότητα, καθώς και την αδυναμία του ελέγξει τις παρορμήσεις του. Για παράδειγμα, ξοδεύει χρήματα που δεν έχει αγοράζοντας με πίστωση και χρεώνεται υπερβολικά, σπαταλά την οικογενειακή περιουσία για να αγοράσει ένα ακριβό αυτοκίνητο, οδηγεί απρόσεκτα και επικίνδυνα, έχει πολλές σεξουαλικές επαφές με άγνωστους συντρόφους χωρίς προφυλάξεις. Οι ηθικές αναστολές που τον χαρακτηρίζουν στο προνοσηρό επίπεδο εξαφανίζονται. Όταν η διάθεση του είναι ευερέθιστη, μπορεί να γίνει λεκτικά επιθετικός, ενώ ο ίδιος δεν έχει επίγνωση της νοσηρής του κατάστασης. Ο πάσχων μπορεί να εμφανίσει και

ψυχωτικά χαρακτηριστικά, δηλαδή ψευδαισθήσεις ή παραληρήματα , των οποίων το περιεχόμενο συνήθως συμβαδίζει με τη διάθεση του. Τα ψυχωτικά στοιχεία εμφανίζονται μόνο κατά την διάρκεια του επεισοδίου. Η πορεία της διαταραχής διαρκεί τουλάχιστον μια εβδομάδα ή λιγότερο εάν ο πάσχων νοσηλευτεί. Τα συμπτώματα παρεμποδίζουν σοβαρά τη λειτουργικότητα του ατόμου στους σημαντικούς τομείς της ζωής του. Ο μέσος όρος ηλικίας εμφάνισης του επεισοδίου είναι η δεύτερη δεκαετία της ζωής, αν και ορισμένα άτομα εμφανίζουν τη διαταραχή στην εφηβεία, ενώ άλλα πολύ αργότερα, για παράδειγμα κατά την πέμπτη δεκαετία της ζωής. (Altman S., Haeri S., Cohen LJ. 2006)

4.3 ΥΠΟΜΑΝΙΑΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Το υπομανιακό επεισόδιο δεν αποτελεί από μόνο του διαγνωστική κατηγορία των διαταραχών της διάθεσης στα ταξινομικά εγχειρίδια, εντούτοις μπορεί να εμφανιστεί και περιγράφεται ως επεισόδιο της διάθεσης. Εμφανίζεται ξαφνικά, με ραγδαία κλιμάκωση των συμπτωμάτων μέσα σε μία ή σε δύο ημέρες, και διαρκεί από τουλάχιστον τέσσερις ημέρες μέχρι και μήνες. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η αλλαγή της διάθεσης σε αυξημένη, διαχυτική ή ευερέθιστη διάθεση η οποία μοιάζει με τη μανιακή, αλλά ποτέ δε φτάνει σε επίπεδο που παρεμποδίζει τη λειτουργικότητα του ατόμου. Ο πάσχων βιώνει μια ευχάριστη περίοδος, όπου η αυτοεκτίμηση, η κοινωνικότητα και η παραγωγικότητα του αυξάνονται. Εμφανίζονται τουλάχιστον τρία επιπλέον συμπτώματα εκτός από την αλλαγή της διάθεσης:

- διογκωμένη αυτοεκτίμηση
- αίσθημα μεγαλείου
- μειωμένη ανάγκη για ύπνο
- πίεση λόγου
- ιδεοφυγή
- διάσπαση προσοχής
- αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας
- ψυχοκινητική διέγερση

Το υπομανιακό επεισόδιο εξελίσσεται σε μανιακό στο 5%-15% των πασχόντων. Μπορεί επίσης να προηγείται ή να έπεται ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. (Ara, 2000).

4.4 ΜΕΙΚΤΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Το μεικτό επεισόδιο χαρακτηρίζεται από συμπτώματα του μανιακού και του καταθλιπτικού επεισοδίου ταυτόχρονα. Εκδηλώνει επίσης ταχέως εναλλασσόμενη διάθεση, διέγερση, αϋπνία, απορρύθμιση της όρεξης, ψυχωτικά χαρακτηριστικά και αυτοκτονικό ιδεασμό. Το μεικτό επεισόδιο δεν είναι σπάνιο και μπορεί να ακολουθήσει ένα μανιακό επεισόδιο, ένα καταθλιπτικό επεισόδιο ή να εμφανιστεί από μόνο του. Μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες ή και μήνες, και κατόπιν ο πάσχων να επανέλθει σε φάση με λίγα ή καθόλου συμπτώματα. Μπορεί όμως να εξελιχθεί σε καταθλιπτικό επεισόδιο ή, πολύ πιο σπάνια, σε μανιακό επεισόδιο. (Altman S., Haeri S., Cohen LJ. 2006)

4.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Οι διπολικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από εναλλασσόμενες μανιακές και καταθλιπτικές φάσεις. Γενικώς, οι διαταραχές αυτές συγκροτούν ένα φάσμα κλινικών εικόνων που ποικίλλουν όσον αφορά στην ένταση, τη συχνότητα και τη μορφή. Συνήθως η διαταραχή εμφανίζεται για πρώτη φορά με μανιακό επεισόδιο στη νεότερη ενήλικη ζωή ή ακόμη και στην εφηβεία, ενώ για τη μετέπειτα πορεία της διαταραχής υπάρχουν διάφορες πιθανότητες. Για παράδειγμα, ο πάσχων μπορεί να περνά από μια 'φυσιολογική' περίοδο σε μια καταθλιπτική φάση, στη συνέχεια να επανέρχεται σε φυσιολογική, και έπειτα να εκδηλώνει μανιακό επεισόδιο. Σε άλλη περίπτωση, ο πάσχων μπορεί να εκδηλώσει αρχικά μανιακό επεισόδιο, αμέσως μετά να περάσει σε καταθλιπτικό και στην συνέχεια να επανέλθει σε φυσιολογική περίοδο. Σε σπάνιες περιπτώσεις, οι οποίες ονομάζονται κυκλικού τύπου, η διάθεση αλλάζει διαρκώς από μανιακή σε καταθλιπτική για μεγάλα χρονικά διαστήματα, χωρίς να μεσολαβεί κάποια περίοδος φυσιολογικής λειτουργίας. Το DSM-IV-TR προσδιορίζει δύο διαφορετικές μορφές της διπολικής διαταραχής (Μάνος, 1997) :

ΔΙΠΟΛΙΚΗ I ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η Διπολική I Διαταραχή ποικίλλει ως προς τη σοβαρότητα της. Σε ήπια μορφή πληρούνται τα ελάχιστα κριτήρια μανιακού, καταθλιπτικού ή μεικτού επεισοδίου, και ο πάσχων μπορεί να λειτουργήσει σε κάποιο βαθμό (Ara, 2000). Όταν η διαταραχή είναι μέτριας σοβαρότητας, υπάρχει έκπτωση στη λειτουργικότητα και την κρίση του

ατόμου. Για τον ίδιο πάσχοντα, το μανιακό επεισόδιο μπορεί να βιώνεται ως μια μοναδική, συναρπαστική, ευφορική εμπειρία, που χαρακτηρίζεται από απεριόριστη προσωπική ευχαρίστηση, ασύγκριτη ροή σκέψεων, ατέρμονη ενέργεια που ενισχύει τόσο τη δημιουργικότητα όσο και την παραγωγικότητα του, σύμφωνα με μάρτυρες πασχόντων (Jamison, 1995).

Για παράδειγμα, σημειώνεται ότι ο Handel έγραψε τον Μεσσία σε λιγότερο από ένα μήνα, όταν βρισκόταν σε μανιακή φάση. Όταν ο πάσχων βρίσκεται σε μανιακή φάση, η φαρμακευτική αγωγή συχνά του είναι ανεπιθύμητη, διότι μειώνει αυτά τα έντονα, ευχάριστα για τον ίδιο συμπτώματα. Μόνο αργότερα, όταν η μανιακή φάση έχει υποχωρήσει, μπορεί το άτομο να εκτιμήσει τις επιβλαβείς συνέπειες που έχουν επιφέρει τα συμπτώματα. Η κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών είναι επίσης χαρακτηριστική της διαταραχής. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί το άτομο να έχει ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ψυχωτικές σκέψεις που συνηθέστερα υποκρύπτουν αίσθηση μεγαλείου. Συνήθως, η μανιακή φάση ακολουθείται από περίοδο κατάθλιψης. Μεικτές καταστάσεις όπου μανιακά και καταθλιπτικά συμπτώματα συμβαίνουν ταυτόχρονα, συναντώνται σχετικά συχνά σε διπολικούς ασθενείς. (Roesch, 1991)

ΔΙΠΟΛΙΚΗ Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Χαρακτηρίζεται από μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια εναλλασσόμενα με επεισόδια υπομανίας, μία πιο ήπια μορφή μανίας. Δεν προκαλεί έντονη έκπτωση της λειτουργικότητας, δεν παρουσιάζονται ψυχωτικά συμπτώματα και ο πάσχων δεν χρήζει νοσηλείας. Όταν πληρούνται τα κριτήρια για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, προσδιορίζονται η σοβαρότητα, καθώς και η ύπαρξη ή μη ψυχωτικών στοιχείων, συμβατών ή ασύμβατων με τη διάθεση. Σημειώνεται επίσης η ύπαρξη κατατονικών, μελαγχολικών ή άτυπων χαρακτηριστικών, αν πρόκειται για επιλόχειο έναρξη, καθώς και για ταχεία εναλλαγή φάσεων. Αν δεν πληρούνται τα κριτήρια είτε για μείζον καταθλιπτικό είτε για υπομανιακό επεισόδιο, τότε προσδιορίζεται αν το πιο πρόσφατο επεισόδιο είναι καταθλιπτικό ή υπομανιακό. (Jann M., 2014).

4.6 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

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

ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Όσον αφορά τη διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης αποτελείται από:

- Συνοδευτικά συμπτώματα της κατάθλιψης όπως είναι για παράδειγμα η επιθετική συμπεριφορά και η κακή σχολική επίδοση που παρατηρείται στις εφηβικές ηλικίες.

- Επίσης, άλλο ένα παράδειγμα είναι οι αυτοκτονικές τάσεις που παρατηρούνται στους ενήλικες καθώς επίσης και οι διαταραχές μνήμης που παρατηρούνται στα άτομα τρίτης ηλικίας.

- Οργανικές ψυχικές διαταραχές στις οποίες περιλαμβάνονται οι μεταβολικές και ενδοκρινικές ασθένειες όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης και τα σύνδρομα που παρατηρούνται από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών όπως είναι η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες κλπ. (Sadock, 2007).

ΣΤΗΝ MANIA

Σχετικά με τη διαφορική διάγνωση της μανίας αποτελείται από:

- Σχιζοφρένεια: Η διαφορά που παρουσιάζεται στη σχιζοφρένεια και στο μανιακό επεισόδιο είναι ότι στο μανιακό επεισόδιο οι παραληρητικές ιδέες μεταβάλλονται ενώ στην σχιζοφρένεια είναι σταθερές.

- Οργανικές ψυχικές διαταραχές από χρόνια σύνδρομα όπως είναι για παράδειγμα η σκλήρυνση κατά πλάκας και η άνοια στα άτομα τρίτης ηλικίας.

- Τα οξεία οργανικά ψυχοσύνδρομα όπως είναι για παράδειγμα οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (Μαδιανός, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5



5.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η αξιολόγηση αναφέρεται στο ιστορικό του ατόμου, όσον αφορά τον αριθμό των προηγούμενων επεισοδίων, τον τύπο του πρώτου επεισοδίου στη διάρκεια της ζωής, την επικρατούσα πολικότητα της νόσου, τη διάρκεια και τη σοβαρότητα των επεισοδίων, την παρουσία ή την απουσία αυτοκτονικής συμπεριφοράς ή την παρουσία βίας .

Μια εμπεριστατωμένη αξιολόγηση περιλαμβάνει την αξιολόγηση των συνυφασμένων ψυχιατρικών και ιατρικών συνθηκών. Συνήθως η συννοσηρότητα δεν είναι εμφανής κατά τη διάρκεια του οξέος επεισοδίου της ασθένειας. Οι συννοσηρές συνθήκες γίνονται πιο εμφανείς όταν ο ασθενής έχει βγει από το οξύ επεισόδιο της ασθένειας. Η λειτουργική δυσλειτουργία σε διάφορους τομείς της ζωής, συμπεριλαμβανομένης της επίδρασης της ασθένειας στην οικογενειακή λειτουργία και των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της ασθένειας στους φροντιστές, δεν πρέπει να παραμεληθεί. Πρέπει να διεξαχθεί διεξοδική φυσική εξέταση για να αποκλειστεί η ύπαρξη οποιασδήποτε σωματικής ασθένειας και επίσης να αποκλειστούν τα επεισόδια από φυσικές ασθένειες. Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή έχουν επίσης γνωστικά ελλείμματα. Συνεπώς, ανάλογα με την ανάγκη, μπορούν να εκτελεστούν ειδικές εξετάσεις. Η χρήση της νευροαπεικόνισης μπορεί να ενδείκνυται σε άτομα με άτυπα χαρακτηριστικά, νευρολογικά σημεία ή μη ανταπόκριση στη θεραπεία.

Η αξιολόγηση του φροντιστή μπορεί να περιλαμβάνει αξιολόγηση των γνώσεών του σχετικά με την ασθένεια, τη γνώση σχετικά με τη θεραπεία, τη στάση και τις πεποιθήσεις του σχετικά με τη θεραπεία, τον αντίκτυπο της ασθένειας σε αυτά και τους προσωπικούς και κοινωνικούς τους πόρους με τη μορφή βάρους, αγωνίας, στιγματισμού, προσωπικής και οικογενειακής ζωής κ.λπ.

Σε περίπτωση που ο ασθενής έχει λάβει θεραπεία στο παρελθόν, τότε είναι σημαντικό να καταγραφεί ο τύπος των φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν, η ανταπόκριση στη θεραπεία, η διάρκεια χρήσης της θεραπείας, οι παρενέργειες που εμφανίστηκαν και οι λόγοι διακοπής της θεραπείας (Shah et al., 2017).

5.2 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική προσέγγιση της διπολικής διαταραχής αφορά γενικά 2 φάσεις: την οξεία φάση, κατά την οποία η θεραπεία επικεντρώνεται στη διαχείριση του επεισοδίου οξείας διάθεσης (μανιακό, υπομανιακό ή καταθλιπτικό) και τη θεραπεία φάσης συντήρησης, που επικεντρώνεται στην πρόληψη των υποτροπών των οξέων επεισοδίων (Fountoulakis & Vieta, 2008). Οι βασικές θεραπευτικές επιλογές για τη διπολική διαταραχή περιλαμβάνουν τους σταθεροποιητές διάθεσης (λίθιο, βαλπροϊκό, καρβामαζεπίνη, λαμοτριγίνη) και τα αντιψυχωσικά (παραδοσιακά και άτυπα αντιψυχωσικά) συνοδευόμενα από την κατάλληλη ψυχοκοινωνική θεραπεία. Κατά τα τελευταία 10 έως 15 χρόνια, έχουν καθιερωθεί θεραπείες για κάθε φάση της διπολικής διαταραχής, μέσα από μεθοδολογικά ορθές δοκιμασίες.

5.3 ΑΤΥΠΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ

Ένα τεράστιο σύνολο αποδεικτικών στοιχείων υποστηρίζει τη χρήση άτυπων αντιψυχωσικών στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής. Ο πιο εδραιωμένος ρόλος αυτής της κατηγορίας είναι στη θεραπεία της οξείας μανίας. Τα νεότερα (ή άτυπα) αντιψυχωσικά παρουσιάζουν γενικά σε μικρότερο βαθμό τις σοβαρές κινητικού τύπου παρενέργειες αλλά κάποια από αυτά παρουσιάζουν σε εντονότερο βαθμό τις μεταβολικού, αιματολογικού, ενδοκρινολογικού, καρδιολογικού ή άλλου τύπου παρενέργειες. Τα πιο γνωστά είναι η ρισπεριδόνη (Risperdal), η παλιπεριδόνη (Invega), η κλοζαπίνη (Leronex), η κουετιαπίνη (Seroquel), η ολανζαπίνη (Zyprexa), η ζιπρασιδόνη (Geodon), η αμισουλπρίδη (Solian), η σουλπριδόνη (Dogmatyl). Όλα τα εγκεκριμένα άτυπα αντιψυχωσικά έχουν αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία μανιακών επεισοδίων διπολικής διαταραχής (Derry & Moore, 2007).

5.4 ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Η χρήση των αντικαταθλιπτικών ως φαρμακοθεραπεία για τη διπολική διαταραχή είναι η περιοχή της μεγαλύτερης διαμάχης που σχετίζεται με αυτή τη νόσο. Τα αντικαταθλιπτικά δεν είναι εγκεκριμένα για τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής, με εξαίρεση τη φλουοξετίνη σε συνδυασμό με την ολανζαπίνη, αν και τα αντικαταθλιπτικά συχνά συνταγογραφούνται στην κλινική πρακτική για τα καταθλιπτικά συμπτώματα της διπολικής διαταραχής (Jann, 2014).

Ψυχοκοινωνικές θεραπείες Η προσθήκη κάποιας ψυχοθεραπείας στην υπάρχουσα φαρμακευτική αγωγή μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των ποσοστών υποτροπής κατά 50% ή περισσότερο, σε σύγκριση με τη συνήθη φροντίδα. Η ψυχοθεραπεία στη διπολική διαταραχή βελτιστοποιεί τη σταθερότητα της νόσου και την ψυχοκοινωνική λειτουργία του ατόμου. Η ψυχοθεραπεία καλύπτει θεραπευτικές πτυχές που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τα φάρμακα. Τέτοιες πτυχές μπορεί να είναι η έλλειψη υποστήριξης, η έλλειψη αποδοχής της διάγνωσης και της θεραπείας, η κατανόηση της ασθένειας και της διαχείρισης της, η βελτιστοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής, η διαχείριση άλλων τύπων άγχους και ο εντοπισμός πρώιμων συμπτωμάτων επεισοδίων υπότροπης (Altman, et al. 2006). Οι ψυχοθεραπείες έχουν σαν σκοπό να ενθαρρύνουν τον ασθενή να συζητήσει σχετικά θέματα, να διερευνήσει όλες τις πτυχές και τα αποτελέσματα της ασθένειας και να προσπαθήσει να επιλύσει κρίσιμα προσωπικά, εργασιακά, κοινωνικά και άλλα προβλήματα. Πολλές εντατικές ψυχοθεραπείες έχουν αναπτυχθεί για ασθενείς με διπολική διαταραχή, όπως η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, η ομαδική ψυχοεκπαίδευση, η οικογενειακή θεραπεία και η διαπροσωπική κοινωνική θεραπείας (Bobo, 2017)

5.5 Η ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία , αποτελεί μια μη φαρμακολογική παρέμβαση, συχνά ως συμπληρωματική της φαρμακευτικής θεραπείας, με σκοπό την ανακούφιση των συμπτωμάτων, την πρόληψη υποτροπών και την ενισχυμένη στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία έχει σαν σκοπό να βοηθήσει τους ασθενείς με διπολική διαταραχή να μειώσουν την πιθανότητα να εμπλακεί ένας ασθενής σε μανιακά και υπομανιακά επεισόδια. Οι προληπτικές προσεγγίσεις αποσκοπούν στην αντιστάθμιση της παρορμητικότητας κατά τη διάρκεια ενός υπομανιακού επεισοδίου, ώστε να μην εξελιχθεί σε μανιακό επεισόδιο. Οι πρακτικές που εφαρμόζονται σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η αποφυγή διέγερσης και αποφυγή καταστάσεων διαπροσωπικής σύγκρουσης (Ye et al.,2016).

5.6 Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η οικογενειακή θεραπεία έχει σαν σκοπό, να διατηρήσει τη συνοχή της οικογένειας και να βοηθήσει να αναπτυχθούν εσωτερικός έλεγχος και στρατηγικές συναισθηματικής αυτορρύθμισης. Επίσης η οικογενειακή θεραπεία έχει σαν σκοπό την ενίσχυση της συμμόρφωσης των ασθενών στη φαρμακοθεραπεία και στη πρόληψη ή μείωση των υποτροπών. Η οικογενειακή θεραπεία αφορά όλα τα μέλη της οικογένειας (γονείς, παιδιά, συζύγους, αδέρφια και άλλους σημαντικούς συγγενείς ή φροντιστές στη ζωή ενός ατόμου). Η οικογενειακή θεραπεία βοηθά τον ασθενή και τους συγγενείς του:

- Να ενσωματώσουν τις εμπειρίες που σχετίζονται με επεισόδια διάθεσης στη διπολική διαταραχή
- Να αποδεχθούν την έννοια της ευπάθειας σε μελλοντικά επεισόδια
- Να αποδεχθούν την εξάρτηση των συμπτωμάτων από τη φαρμακευτική αγωγή
- Να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν τα αγχωτικά συμβάντα ζωής που προκαλούν υποτροπές
- Να μάθουν να επαναφέρουν τις ισορροπίες μετά από ένα επεισόδιο διαταραχής της διάθεσης (Morris et al., 2007).

5.7 ΛΙΘΙΟ

Το λίθιο μαζί με την καρβαμαζεπίνη και τη λαμοτριγίνη συνιστούν εκείνη την ομάδα των φαρμάκων που τα χαρακτηρίζουμε ως σταθεροποιητές διάθεσης. Το χαρακτηριστικό τους είναι ότι «δρουν από πάνω» δηλαδή επαναφέρουν τη διάθεση στα φυσιολογικά της επίπεδα όταν αυτή έχει εξάρσεις, όπως συμβαίνει στα μανιακά επεισόδια, για αυτό το λόγο άλλωστε χρησιμοποιούνται ευρέως για την αντιμετώπιση της μανίας. Στη συνέχεια, θα επιμείνουμε στο λίθιο, γιατί είναι εκείνο που χρησιμοποιείται περισσότερο αλλά και γιατί μπορεί να συνδυαστεί σε κάθε περίπτωση, ακόμα και για την αντιμετώπιση καταθλιπτικού επεισοδίου. Η θεραπευτική αξία του λιθίου ανακαλύφθηκε το 1949 από τον Cade, που παρατήρησε την κατευναστική επίδρασή του στα ζώα. Στη συνέχεια ο ερευνητής αυτός δοκίμασε το λίθιο σε ασθενείς με διεγερτικές ψυχώσεις και βρήκε ότι και τα 10 άτομα με μανία που τους χορηγήθηκε λίθιο παρουσίασαν βελτίωση. Έρευνες στην Ευρώπη έχουν αποδείξει πέρα από κάθε αμφιβολία την αποτελεσματικότητά του ως μέσου θεραπείας της μανίας. Η απέκκριση του λιθίου από τον οργανισμό είναι κυρίως νεφρική και παρουσιάζει τις μέγιστες τιμές της κατά τις πρώτες λίγες ώρες μετά την επίτευξη των μέγιστων συγκεντρώσεών του στον ορό και μετά συνεχίζεται με αργό ρυθμό για μερικές ημέρες. Στους ενήλικους ο χρόνος ημίσειας ζωής για την εξαφάνισή του είναι περίπου 24 ± 8 ώρες. Στους ηλικιωμένους με ελαττωμένο ρυθμό σπειραματικής διήθησης ο χρόνος αυτός μπορεί να είναι σημαντικά μεγαλύτερος, μια διαφορά που μεγαλώνει σε περίπτωση νεφρικής δυσλειτουργίας. Η θεραπεία με λίθιο πρέπει να παρακολουθείται με μετρήσεις των συγκεντρώσεών του στον ορό. Τόσο οι θεραπευτικές όσο και οι τοξικές του επιδράσεις έχουν στενή σχέση με τη συγκέντρωσή του στον ορό παρά με την από στόματος δόση του. Οι συγκεντρώσεις προσδιορίζονται με μεθόδους φλογοφωτομέτρησης ή ατομικής απορρόφησης, ίδιες με εκείνες που χρησιμοποιούνται για την αντίστοιχη μέτρηση του νατρίου και του καλίου. Το λίθιο κατανέμεται σε ολόκληρη την ποσότητα του σωματικού ύδατος αν και οι συγκεντρώσεις του στους νευρώνες μπορεί να είναι κάπως μικρότερες από εκείνες που προσδιορίζονται στον ορό. Οι παρενέργειες του λιθίου μπορεί να είναι λήθαργος, αίσθημα κόπωσης και καταβολή δυνάμεων, αίσθημα του τρόμου, ναυτία, διάρροια, κοιλιακός πόνος, νεφρικά προβλήματα, οίδημα των κάτω άκρων ή του προσώπου, ηλεκτροεγκεφαλογραφικές αλλοιώσεις, διαταραχή μνήμης, βραδύτητα σκέψης, δερματολογικές αντιδράσεις, αύξηση σωματικού βάρους και τοξικότητα σε

περιπτώσεις μεγάλης συγκέντρωσής του, γεγονός που καθιστά επίσης αναγκαία τη συνεχή παρακολούθηση του ασθενούς. (Bennett, 2010)

Το λίθιο αποτέλεσε το θεμέλιο της θεραπείας της διπολικής διαταραχής για πάνω από 60 χρόνια, αλλά η αποτελεσματικότητά του στην πρόληψη και 26 θεραπεία της διπολικής κατάθλιψης είναι περιορισμένη και δεν αποτελεί θεραπεία της διπολικής κατάθλιψης είναι περιορισμένη και δεν είναι ταχέως αποτελεσματικό για οξεία μανία. Σημειώνεται ότι το λίθιο παραμένει ο μόνος παράγοντας που αποδείχθηκε ότι μειώνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας σε ασθενείς με διπολική διαταραχή (Jann, 2014).

5.8 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χρήση της ξεκίνησε με την παρατήρηση ότι μεταξύ ορισμένων ανθρώπων που υπέφεραν και από επιληψία και από σχιζοφρένεια, η αύξηση στα συμπτώματα της μιας διαταραχής συχνά σχετιζόταν με τη μείωση στα συμπτώματα της άλλης. Στη δεκαετία του 1930, ένας Ούγγρος γιατρός, ο Ladisla Meduna, προκάλεσε σκόπιμα επιληπτική κρίση σε σχιζοφρενείς ασθενείς, για να δει κατά πόσον αυτό θα μετρίαζε τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, άλλοι γιατροί έκαναν το ίδιο, προκαλώντας συνήθως τις επιληπτικές κρίσεις με μεγάλη δόση ινσουλίνης. Το ινσουλινικό κώμα, ωστόσο, είναι μία τρομερή εμπειρία και είναι πολύ δύσκολο να τεθεί υπό έλεγχο. Ένας Ιταλός γιατρός, ο Ugo Cerletti μετά από χρόνια πειραμάτων σε ζώα ανέπτυξε μία μέθοδο πρόκλησης επιληπτικών κρίσεων με τη χορήγηση ηλεκτρικού ρεύματος στην κεφαλή.

Η ECT ήταν πιο γρήγορη από την πρόκληση κρίσεων με την ινσουλίνη και το σημαντικότερο ήταν ότι οι περισσότεροι ασθενείς ξυπνούσαν από αυτήν ήρεμοι και δεν είχαν ανάμνηση της εμπειρίας. Αν και η μέθοδος αυτή αποδείχθηκε ότι έχει περιορισμένο όφελος στη θεραπεία της σχιζοφρένειας, οι ψυχίατροι ανακάλυψαν ότι βοηθούσε στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων πολλών ανθρώπων που έπασχαν από μείζονα κατάθλιψη. Η υπερβολική και άσκοπη πολλές φορές χρήση της, δυσφήμησε τη μέθοδο ενώ σήμερα σε αντίθεση με τις πρακτικές μίας παλαιότερης εποχής, εφαρμόζεται με μυοχαλαρωτικά ή αναισθητικά, για να μειωθεί η δυσφορία και μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο αν ο ασθενής δώσει τη συγκατάθεσή του (Bennett P.,2010).

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία εφαρμόζεται με τη συνεργασία αναισθησιολόγου με τη χρήση αναισθητικού, μυοχαλαρωτικού, συνεχή χορήγηση οξυγόνου και παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς που μειώνουν πολύ την ανησυχία του. Η διαδικασία είναι εντελώς ανώδυνη. Ο ασθενής παραμένει χαλαρός και ακίνητος και αφυπνίζεται μετά από λίγα λεπτά χωρίς να έχει αντιληφθεί τη διαδικασία που προηγήθηκε. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, παρά την εξέλιξη της ψυχοφαρμακολογίας, παραμένει αναντικατάστατη σε ορισμένες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, όπου αποτελεί θεραπεία εκλογής με ερευνητικά τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα και ασφάλεια. Θεωρείται η αποτελεσματικότερη θεραπεία για τη μείζονα κατάθλιψη, αποτελεί δε θεραπεία εκλογής για την ανθεκτική και την

ψυχωτική μορφή της νόσου. Ακόμη είναι πολύ αποτελεσματική στην υπερθυμία (Μανία) - μανιοκατάθλιψη, την κατατονία και ορισμένες μορφές σχιζοφρένειας. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από την εφαρμογή της περιλαμβάνουν την παροδική διαταραχή της πρόσφατης μνήμης, παροδική αύξηση των σφίξεων και της αρτηριακής πίεσης, καθώς και εμφάνιση ζάλης και κεφαλαλγίας χωρίς ιδιαίτερη κλινική σημασία. Πρόσφατες απεικονιστικές και παθολογοανατομικές μελέτες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία δεν προκαλεί δομική βλάβη στον εγκέφαλο ακόμη και σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε πολλαπλές συνεδρίες κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία επιφέρει βιοχημικές μεταβολές στους νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου και τις ορμόνες, ενώ παράλληλα αυξάνει τον επιληπτικό ουδό, διαδικασίες που σχετίζονται με το μηχανισμό δράσης της. Εφαρμόζεται δύο ή τρεις φορές την εβδομάδα με συνολικό αριθμό συνεδριών έξι έως δώδεκα. Για ασθενείς στους οποίους η φαρμακευτική προφύλαξη δεν είναι αποτελεσματική, χορηγούνται αναμνηστικές συνεδρίες με συχνότητα μια ανά μήνα για τρεις ως έξι μήνες ή και μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. (Λυράκου.2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6



6.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας, είναι ένας πολύ υπεύθυνος και σημαντικός ρόλος είτε είναι κύριος είτε δευτερεύων, και ο ίδιος ο νοσηλευτής πάντα αποτελεί ενεργό μέλος σε όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Η φύση της ειδικότητας αυτής είναι αρκετά απαιτητική, καθώς ο νοσηλευτής επιβάλλεται να διατηρεί λεπτές και εύθραυστες ισορροπίες στη σχέση του με τους ασθενείς. Είναι επιφορτισμένος με το καθήκον της φροντίδας των ψυχικά ασθενών, οφείλει όμως παράλληλα να προστατεύσει και τον ίδιο. (Kneisl & Trigoboff, 2009)

ΠΡΟΛΗΨΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη της ψυχικής υγείας:

1. Πρόληψη της ψυχικής νόσου (πρωτογενής, δευτερογενής, τριτογενής)
2. Θεραπεία στην οξεία φάση της νόσου
3. Αποκατάσταση των ασθενών

ΑΡΧΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- Η προσέγγιση του ατόμου υγιούς και μη ως μια μοναδική και ξεχωριστή οντότητα.
- Η προσκόλληση στα προσωπικά ιδεώδη μέσα από το πρίσμα της υγείας και της ζωής του.
- Η παροχή φροντίδας του ατόμου σε όλους τους τομείς με σεβασμό και ενδιαφέρον. (Ραγιά, 2009).

Η παροχή ουσιαστικής φροντίδας αποτελεί σημαντική αξία στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Τα διεθνώς αποδεκτά της νοσηλευτικής απαιτούν από τους νοσηλευτές να επιδεικνύουν κατά τη αντιμετώπιση των ασθενών σεβασμό, αποδοχή, επαγγελματική επάρκεια, συμπόνια, δέσμευση, ειλικρίνεια, δικαιοσύνη, υποστήριξη και υπεράσπιση. Όλες αυτές οι αξίες συναποτελούν την παροχή ουσιαστικής φροντίδας.

6.2 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ

Ο όρος «αυτοκτονικός ιδεασμός» αναφέρεται σε σκέψεις του ανθρώπου που αφορούν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Αυτές οι σκέψεις μπορεί να είναι ασαφείς και ακαθόριστες και να αφορούν το θάνατο σε κάποιο μελλοντικό χρόνο ή να παίρνουν τη μορφή συγκεκριμένου σχεδίου αυτοκτονίας. Το σχέδιο μπορεί να περιλαμβάνει τον τόπο και το χρόνο της αυτοκτονίας και το μέσο που θα χρησιμοποιηθεί. Η ύπαρξη σχεδίου αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να είναι χρόνιος και επίμονος, ή να είναι παροδικός και να πυροδοτείται από αντίζοα γεγονότα της ζωής. Σε κάθε περίπτωση, εκφράζει τη δυσκολία του ανθρώπου να τα βγάλει πέρα και να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες της ζωής. Οι άνθρωποι αυτοί, καταπονημένοι και αδυνατώντας να δουν ότι έχουν και άλλες επιλογές, σκέφτονται ή επιχειρούν να βλάψουν τον εαυτό τους, θεωρώντας πως έτσι μπορούν να απομακρύνουν τον αβάσταχτο συναισθηματικό πόνο. (Coler Marga-Simon, Vincent Karen-Goyette, 2001).

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

- Δάγκωμα νυχιών
- Τράβηγμα μαλλιών –τριχών
- Τριχοτιλοφαγία: αφορά τα περιστατικά κατά τα οποία ο ασθενής τρώει τις τρίχες του. Στην περίπτωση αυτή οι τρίχες συσσωρεύονται στο στομάχι του, λόγω μη δυνατότητας ενσωμάτωσης στη λειτουργία της πέψης. Έτσι λαμβάνουν το σχήμα του στομάχου. Η συγκεκριμένη διαδικασία είναι θανατηφόρα.

- Γρατσούνισμα ή κόψιμο των καρπών ή άλλων μερών του σώματος,
- Επικίνδυνη οδήγηση
- Λήψη αλκοόλ και χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Γενικά, αυτές οι συμπεριφορές ποικίλουν από σχετικά αβλαβείς ενέργειες στο ένα άκρο του φάσματος, όπως το πολύ φαγητό και ο τζόγος μέχρι και πιο απειλητικές- επικίνδυνες -θανατηφόρες στο άλλο άκρο, όπως η επικίνδυνη οδήγηση σε μια χιονοθύελλα χωρίς ορατότητα. Μια ολοκληρωμένη - πετυχημένη αυτοκτονία είναι η πιο βίαιη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. (Κούκια Ευμορφία, 2015).

Οι άνθρωποι που έχουν βιώσει στα παιδικά τους χρόνια παραμέληση, κακοποίηση ή ψυχικά τραύματα δυσκολεύονται να καταλάβουν πώς να εκφράσουν τα

συναίσθημα τους προφορικά και πώς να παρεμβαίνουν αποτελεσματικά στις καταστάσεις- δηλαδή, να αποφεύγουν τα προβλήματα. Αρκετοί από αυτούς τους ανθρώπους καταφεύγουν στον αυτό-ακρωτηριασμό, π.χ. κόβονται, καίγονται με τσιγάρα, καίγονται ακουμπώντας τη σόμπα, αφαιρούν τις τρίχες τους, δαγκώνουν τα νύχια τους μέχρι την βάση τους, έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν το άγχος και την θλίψη. Ο ακρωτηριασμός είναι πιθανό να σχετίζεται με κακοποίηση, παραμέληση και ψυχικά τραύματα των πρώτων παιδικών χρόνων.

Η αυτοκτονία δεν είναι ποτέ μια τυχαία πράξη. Είτε διαπράττεται παρορμητικά, είτε μετά από επίμονη σκέψη έχει και μήνυμα και σκοπό. Γενικά, ο σκοπός ή η αιτία μιας αυτοκτονίας είναι το άτομο να δραπετεύσει ή να τελειώσει μια αφόρητη κατάσταση, μια κρίση ή μια σχέση. Κύριος σκοπός αντιμετώπισης του αυτοκτονικού ασθενούς του νοσηλευτή είναι η διάσωση της ζωής του. Ο νοσηλευτής δεν πρέπει να ενδιαφέρεται μόνο για την παρεμπόδιση της πράξης της αυτοκτονίας ώστε να παραταθεί η ζωή του αρρώστου, αλλά αποβλέπει στη διερεύνηση όσο είναι δυνατό του ορίζοντα της ζωής και στη βελτίωση της ποιότητας αυτής. Η εκτίμηση του κινδύνου θανάτου είναι μία προσπάθεια πρόβλεψης της πιθανότητας για αυτοκτονία. Μία ακριβής τέτοια εκτίμηση είναι αναγκαία για τη διαμόρφωση ενός σχεδίου βοήθειας προς ένα αυτοκτονικό άτομο. Η εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου είναι ουσιώδης στο να προσδιοριστεί η ανάγκη του ασθενή για νοσηλεία (Κυριακίδου Ε, 2004).

Η πραγματοποίηση της εκτίμησης του κινδύνου θανάτου απαιτεί άμεση επικοινωνία με τον ασθενή για τις προθέσεις του. Η εκτίμηση κινδύνου-θανάτου δεν αποτελεί μια εύκολη υπόθεση για το νοσηλευτή.

Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας εκτίμησης κινδύνου-θανάτου ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξετάζει τους εξής : **παράγοντες:**

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

6.3 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΝΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΘΟΥΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΤΟ ΑΝ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ

1. ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας.
2. Μιλά για θάνατο, αυτοκτονία, επιθυμία να έχει πεθάνει και φαίνεται σκυθρωπός και σκεπτικός.
3. Κάνει ερωτήσεις που δείχνουν σκέψεις ή σχέδια αυτοκτονίας,
παράδειγμα: «πόσο χρόνο μπορούν να μείνουν οι άρρωστοι μόνοι, χωρίς να κυκλοφορεί ανάμεσά τους το προσωπικό;» «Πόσα χάπια από αυτά που παίρνω μπορούν να σκοτώσουν έναν άνθρωπο;» «Αν πηδήξει από αυτό το παράθυρο θα σκοτωθεί αμέσως;».
4. Ανησυχεί ότι δεν μπορεί να κοιμηθεί και φοβάται το σκοτάδι της νύχτας.
5. Φαίνεται καταθλιπτικός και κλαίει συχνά.
6. Απομονώνεται από τους άλλους ιδιαίτερα σε μοναχικούς χώρους ή πίσω από κλειδωμένες πόρτες.
7. Δείχνει ανήσυχος και απελπισμένος.
8. Φαντάζεται ότι έχει σοβαρή αρρώστια, όπως καρκίνο ή AIDS και μπορεί να
9. θέλει να τερματίσει την ταλαιπωρία για τον εαυτό του και τους δικούς του.
10. Εκφράζει βαθιά ενοχή για πραγματική ή φανταστική του πράξη και

11. αισθάνεται ότι δεν αξίζει να ζει.
12. Διαδίδει ότι είναι τιμωρημένος, ότι βασανίζεται ή καταδιώκεται.
13. Ακούει φωνές (ίσως να τον προτρέπουν να σκοτώσει τον εαυτό του).
14. Ξαφνικά φαίνεται πολύ ευτυχισμένος ή ανακουφισμένος χωρίς φανερή αιτία μετά από μεγάλη περίοδο κατάθλιψης (ίσως να είναι σημείο ότι η αμφιθυμία να αυτοκτονήσει ή όχι, ανακουφίστηκε με την απόφαση να το κάνει).
15. Συλλέγει αντικείμενα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης, όπως τενεκεδένια κουτιά, σπάγκους, κορδόνια παπουτσιών, ζώνες.
16. Μοιράζει τα ατομικά του είδη. (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Αλεξάνδρα, 2012).

6.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟ ΙΔΕΑΣΜΟ

Οι περισσότερες ψυχιατρικές μονάδες έχουν αναπτύξει μια σειρά από πρωτόκολλα ή οδηγίες για την παρατήρηση και παρακολούθηση της συμπεριφοράς του ασθενή. Αυτά τα πρωτόκολλα συχνά αναφέρονται ως προφυλάξεις για την αυτοκτονία. Τα συστήματα παρατήρησης μπορεί να έχουν 3 έως 6 επίπεδα. Οι περιορισμοί ίσως απαιτούν την εντολή του γιατρού, αλλά μπορούν και θα έπρεπε να εφαρμόζονται και από τους νοσηλευτές ή άλλα μέλη του προσωπικού σε επείγουσες καταστάσεις. Συχνά τα πρωτόκολλα φέρουν όνομα έτσι ώστε να απηχούν το σκοπό, τη λογική (rationale) της χρήσης τους. Εκτός από τον τίτλο (προφυλάξεις για την αυτοκτονία), μπορεί να είναι γνωστά με ονόματα όπως ειδική επίγνωση, παρακολούθηση- παρατήρηση, συνεχής παρακολούθηση και συνεχής οπτική παρακολούθηση. Έχει μεγάλη σημασία να είναι εξοικειωμένα όλα τα μέλη του προσωπικού με το σύστημα που χρησιμοποιείται και να κατανοούν τη λογική της χρήσης του. Είναι σημαντική νοσηλευτική ευθύνη η διατήρηση και παρακολούθηση των πελατών με βάση αυτά τα πρωτόκολλα. (Ραγιά Χρ. Αφροδίτη, 2009)

Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΛΟΙΠΟΝ ΟΦΕΙΛΕΙ ΓΙΑ :

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

- Την Ανακάλυψη της πιο πειστικής ανάγκης του ασθενούς κατά την άποψή του.

- Μπορεί να είναι η επιθυμία να δει κάποιο φιλικό του πρόσωπο ή μέλος της οικογένειάς του

- Την Διατήρηση στάσης ενδιαφέροντος και όχι κατάκρισης, που δεν προκαλεί τον ασθενή να οικτρίζει τον εαυτό του. (Ραγιά Χρ. Αφροδίτη, 2009).

- Η ερώτηση γιατί ο ασθενής διάλεξε να αυτοκτονήσει αυτήν την συγκεκριμένη στιγμή θα δώσει φως στη σημασία που έχει η αυτοκτονία για τον ασθενή και ίσως έτσι δοθούν πληροφορίες που οδηγούν σε κάποιες βοηθητικές παρεμβάσεις.

- Την Φροντίδα για την ασφάλεια του ασθενούς που περιλαμβάνει στενή παρατήρηση και προσεκτική παρακολούθηση.

- Τον Συχνός έλεγχος της ασφάλειας του περιβάλλοντος.

- Την έρευνα στο δωμάτιο του ασθενούς, ιδιαίτερα αν ο αυτοκτονικός ιδεασμός ή η απόπειρα εκδηλώθηκαν μετά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

- Η συμπεριφορά προς τον ασθενή ως πρόσωπο πρέπει να χαρακτηρίζεται από ευγένεια, διάκριση και σεβασμό. Να του ζητείται άδεια για τον έλεγχο των προσωπικών του αντικειμένων.

- Συζήτηση μεταξύ των μελών του προσωπικού υγείας για το αν θα ζητηθεί από τον ασθενή να γίνει συμβόλαιο μη διάπραξης αυτοκτονίας.

- Τοποθέτηση του ασθενούς σε προσιτό δωμάτιο για εύκολη παρατήρηση, δηλαδή κοντά στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και με έναν ακόμη άρρωστο μαζί.

- Μια Οργάνωση σχεδίου φροντίδας για τον ασθενή. Συζήτηση σχετικά με όλα του τα προβλήματα. Ιεράρχηση των προβλημάτων του και κατάλογος εναλλακτικών

τρόπων αντιμετώπισης για κάθε του πρόβλημα. Σημείωση του σχεδίου και το ποιος είναι υπεύθυνος και για ποια ενέργεια. (Coler Marga-Simon, Vincent Karen-Goyette,2001).

- Να μην δίνονται υπερβολικές υποσχέσεις. Για παράδειγμα: «Μην ανησυχείτε, δεν θα σας αφήσω να σκοτώσετε τον εαυτό σας». Χρειάζεται ειλικρίνεια και να του δίνονται ελπίδες. Οι μη ρεαλιστικές υποσχέσεις ελαττώνουν την αξιοπιστία του νοσηλευτή.

- Την Ενθάρρυνση του ασθενή να συνεχίζει τις καθημερινές δραστηριότητες και την αυτοφροντίδα όσο περισσότερο μπορεί.

- Την Συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με το ποια μέλη της οικογένειας και φίλους θα πρέπει να έρχεται σε επαφή.

- Την Προετοιμασία του νοσηλευτικού προσωπικού για αντιμετώπιση των μελών της οικογένειας που ίσως είναι συγχυτικά, θυμωμένα ή αδιάφορα.

- Την Αξιολόγηση των αναγκών του ασθενή για λήψη φαρμάκων και συνεργασία για αυτό με τον γιατρό.

- Την Συζήτηση για το σχέδιο φροντίδας που έχει καταστρωθεί μαζί με τον ασθενή και προγραμματίζει της συνέχισης της παρακολούθησης.

- Την Εξέταση των συναισθημάτων του νοσηλευτικού προσωπικού και πως επηρεάζουν την κλινική τους εργασία.

- Συνεχή παρακολούθηση των ασθενών και απομάκρυνση αντικειμένων που δύναται να χρησιμοποιηθούν από τους ασθενείς για να αυτοκτονήσουν όπως κορδόνια παπουτσιών, ζώνες, επιδέσμους, καλώδια και εργαλεία. Επίσης λάμπες φωτισμού μπορεί να σπαστούν και να χρησιμοποιηθούν για αυτοτραυματισμό, όπως και το σπινάλ του μπλοκ των σημειώσεων ενώ δύναται να καταπιούν χλωρίνη

βρίσκοντάς την στο τροχοφόρο του προσωπικού καθαριότητας. (Coler Marga-Simon, Vincent Karen-Goyette,2001).

6.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας, είναι ένας πολύ υπεύθυνος και σημαντικός ρόλος είτε είναι κύριος είτε δευτερεύων, και ο ίδιος ο νοσηλευτής πάντα αποτελεί ενεργό μέλος σε όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Η φύση της ειδικότητας αυτής είναι αρκετά απαιτητική, καθώς ο νοσηλευτής επιβάλλεται να διατηρεί λεπτές και εύθραυστες ισορροπίες στη σχέση του με τους ασθενείς. Είναι επιφορτισμένος με το καθήκον της φροντίδας των ψυχικά ασθενών, οφείλει όμως παράλληλα να προστατεύσει και τον ίδιο. Σε αυτό το κεφάλαιο θα εξεταστεί ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με την διπολική διαταραχή, δηλαδή η νοσηλευτική φροντίδα που αφορά ασθενείς στη φάση της κατάθλιψης αλλά και σε αυτούς που είναι στην μανιακή τους φάση (Kneisl & Trigoboff, 2009).

6.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Αρχικά ο νοσηλευτής θα πρέπει να αξιολογήσει τα συμπτώματα του καταθλιπτικού ασθενή και άσχετα με τη μορφή κατάθλιψης από την οποία πάσχει, να τον αντιμετωπίσει με μια ολική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, καθώς είναι οι τρεις κύριοι παράγοντες (βιολογικοί – ψυχολογικοί - κοινωνικοπεριβαλλοντικοί) οι οποίοι ευθύνονται για την ψυχιατρική του ασθένεια. Όταν οι ασθενείς έχουν εισαχθεί σε ψυχιατρική κλινική, ακολουθείται μια μέθοδος η οποία ονομάζεται «νοσηλευτική διεργασία» και στοχεύει στην εξατομικευμένη φροντίδα του ασθενή.

6.6.1 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΚΙΝΕΙΤΑΙ ΣΕ ΤΡΕΙΣ ΒΑΣΙΚΟΥΣ ΑΞΟΝΕΣ

- Οι άμεσες και επομένως επείγουσες ανάγκες του, οι οποίες σχετίζονται με την επιβίωση και την διατήρηση της σωματικής του ακεραιότητας για παράδειγμα η αποτροπή μια πιθανής απόπειρας αυτοκτονίας.

- Οι βραχυπρόθεσμες ανάγκες του οι οποίες αφορούν στην νοσηλεία, την θεραπεία και την προετοιμασία του για την απομάκρυνση και την ομαλή επανένταξη του στο κοινωνικό σύνολο.

- Οι μακροπρόθεσμες ανάγκες που στοχεύουν στην εκμάθηση της αναγνώρισης των πρώιμων συμπτωμάτων της κατάθλιψης από τους ασθενείς και τις οικογένειες τους ώστε να γίνεται έγκυρη αντιμετώπιση και συνεπώς να ελαχιστοποιείται ο χρόνος νόσησης . (Wilson & Trigoboff, 2009)

6.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΜΑΝΙΑ

Στα πλαίσια της φροντίδας ενός ασθενή με μανία, ο νοσηλευτής θα πρέπει να θέσει αρχικά ορισμένες προτεραιότητες, κάποιες από τις οποίες είναι και οι παρακάτω :

- Η προστασία της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του ασθενή και των ανθρώπων του περιβάλλοντός του, από τις συνέπειες τις υπερκινητικής του συμπεριφοράς.

- Η εκπλήρωση των καθημερινών βασικών αναγκών όπως η σωστή διατροφή, η επαρκής ανάπαυση και η τήρηση των κανόνων της προσωπικής και μη υγιεινής.

- Η ενίσχυση της προσπάθειας για αυτονομία και υπευθυνότητα και η σωστή καθοδήγηση του ασθενή για προσανατολισμό στην πραγματικότητα και σε ρεαλιστικές λύσεις των προβλημάτων του.

- Η παρακίνηση του ασθενή και της οικογένειάς του για συμμετοχή στην μετανοδοκομειακή παρακολούθηση και φροντίδα στα πλαίσια της κοινότητας. Ο

νοσηλευτής κατά την επικοινωνία του με έναν μανιακό ασθενή, θα πρέπει να τηρεί κάποιες αρχές. Να χρησιμοποιεί μια σταθερή και ήρεμη προσέγγιση ώστε να παρέχει στον ασθενή που είναι εκτός ελέγχου, οργάνωση και έλεγχο και να του εμπνέει το αίσθημα της σιγουριάς. (Grant & Royes, 2001).

- Να εκφράζεται με σύντομες και περιεκτικές φράσεις, έτσι ώστε ο ασθενής να περιορίζει την προσοχή του σε αυτές τις σύντομες φράσεις και να τον κατανοεί καλύτερα.

- Να κρατάει ουδέτερη στάση, αποφεύγοντας κάθε είδους αντιπαραθέσεις ασκώντας κριτική και κάνοντας επίδειξη δύναμης. Τα κριτικά σχόλια και οι ασυνέπειες μπορεί να χρησιμοποιηθούν από τον άρρωστο ως δικαιολογία για λογομαχίες και δημιουργία εντάσεων με επακόλουθη κλιμάκωση της μανίας.

- Εάν το νοσηλευτικό προσωπικό οριοθετήσει εξ αρχής την σχέση με τον ασθενή συγκεκριμενοποιώντας τις προσδοκίες που έχει από αυτόν και κρατάει σταθερά αυτά τα όρια, ελαχιστοποιείται η πιθανότητα χειρισμού και εκμετάλλευσης του προσωπικού από τον ασθενή.

- Να διατηρεί ουδέτερη στάση και να δημιουργεί περιβάλλον ηρεμίας στις συζητήσεις τους αποφεύγοντας ειρωνικά σχόλια, αστεϊσμούς και ετοιμολογίες. Με αυτόν τον τρόπο ελαχιστοποιείται η μανιακή ένταση ενώ τα γέλια με τον μανιακό ασθενή δηλώνουν έλλειψη σεβασμού προς τον ίδιο και τις ανάγκες του. (Grant & Royes, 2001).

- Να πραγματοποιούνται συχνές συναντήσεις όλως των μελών του προσωπικού με στόχο τον προγραμματισμό της κοινής και σταθερής στάσης που πρέπει να κρατούν απέναντι στους ασθενείς και την τοποθέτηση σαφών ορίων στη σχέση τους.

- Οι αποφάσεις που θα παίρνονται στις συναντήσεις των μελών του προσωπικού θα πρέπει να ανακοινώνονται στους ασθενείς μαζί με τις συνέπειες που πρόκειται να υποστούν σε περίπτωση που δεν τις τηρούν. Η ανακοίνωση αυτή θα

πρέπει να περιέχει σαφείς και απλές προτάσεις ώστε ο ασθενής να κατανοήσει τους λόγους της λήψης των φαρμάκων και τυχόν περιοριστικά μέτρα που μπορεί να παρθούν εάν δεν μπορεί ο ίδιος να ελέγξει την συμπεριφορά του, αλλά και να αισθάνεται έναν συνεχή εξωτερικό έλεγχο.(Grant & Royes, 2001)

- Εάν ο ασθενής εκφράζει σε μόνιμη βάση παράπονα, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να τα ακούει αλλά και να προχωράει στις κατάλληλες ενέργειες και στην λήψη μέτρων για την εξάλειψη τους. Ο ασθενής έτσι νιώθει λιγότερη αδυναμία και αυξάνεται η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμηση.

- Σε περίπτωση άσεμνης και ανεύθυνης συμπεριφοράς από την πλευρά του ασθενή, το προσωπικό θα πρέπει να αντιδρά με ηρεμία και να αποδέχεται την συμπεριφορά αυτή. Με αυτή τη στάση του προσωπικού υγείας αντικρούεται η ασυναίσθητη προσπάθεια του ασθενή να προκαλέσει θυμό στον νοσηλευτή και να τον οδηγήσει σε παράλογη συμπεριφορά με αποτέλεσμα την διατήρηση της μανιακής συμπεριφοράς.

- Να καταβάλλεται προσπάθεια διοχέτευσης της υπερβολικής ενεργητικότητας του ασθενή σε πιο δημιουργικές και εποικοδομητικές ασχολίες. Η προσοχή του μανιακού ασθενή αποσπάται πολύ εύκολα, έτσι ο νοσηλευτής έχει στα χέρια του ένα αποτελεσματικό εργαλείο για να πραγματοποιήσει την θεραπευτική του παρέμβαση (Rana & Upton, 2010).

6.8 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ

Οι ανάγκες αυτές μπορούν να καλυφθούν μέσω της εκπαίδευσης που πρέπει να προσφέρει ο νοσηλευτής στους άμεσα ενδιαφερόμενους. Για να καλυφθούν επαρκώς οι ανάγκες αυτές, θα πρέπει να έχει προηγηθεί το στάδιο της «νοσηλευτικής διάγνωσης», θα πρέπει δηλαδή ο νοσηλευτής να αναγνωρίσει τα συμπτώματα του κάθε πάσχοντα 44 ατομικά, ώστε να μπορέσει να θέσει τους στόχους που πρέπει να επιτύχει (πχ την εξάλειψη ή ανακούφιση των συμπτωμάτων), ώστε να μπορέσει ευκολότερα να οργανώσει τις νοσηλευτικές του παρεμβάσεις οι οποίες είναι απόρροια του νοσηλευτικού σχεδιασμού. Ορισμένες νοσηλευτικές διαγνώσεις για την μείζονα κατάθλιψη ως μοναδικό επεισόδιο, την μείζονα κατάθλιψη ως υποτροπιάζων επεισόδιο και την δυσθυμία , είναι οι παρακάτω :

1. Απελπισία
2. Αίσθημα αδυναμίας
3. Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση
4. Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας
5. Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση ατομικών προβλημάτων
6. Ανεπαρκής αυτοφροντίδα

Κίνδυνος αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών ο κίνδυνος εμφάνισης αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών είναι μεγάλος και αποτελεί συνήθως την σοβαρότερη νοσηλευτική διάγνωση σε ένα καταθλιπτικό ασθενή. Θα παρουσιαστούν λοιπόν, όλα τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας που πρέπει ο νοσηλευτής να ακολουθήσει στην περίπτωση της διάγνωσης αυτοκτονικού ιδεασμού και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών ώστε να επιτύχει να την ανατρέψει. (Grant a. christine, mericle p. bruce, royes-sterling alean, 2009).

6.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η αποκατάσταση αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης εξατομικευμένης φροντίδας του, προκειμένου να επανακτήσει την μέγιστη σωματική και ψυχολογική του ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής, με την μεγαλύτερη δυνατή σωματική-ψυχική-πνευματική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση. (Κυριακίδου Ε, 2004)

Ο σκοπός της αποκατάστασης του είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής του, με τη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και την ελαχιστοποίηση της εξάρτησης του, ανεξάρτητα από το προσδόκιμο επιβίωσης. Η δυνατότητα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του προϋποθέτει την ενεργητική συμμετοχή του ίδιου του αρρώστου, της οικογένειας του και εκπροσώπων διαφόρων ειδικοτήτων (ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, εργοθεραπευτών, λογοθεραπευτών, φυσιοθεραπευτών, εθελοντών, πνευματικών) που συνεργάζονται στο πρόγραμμα αποκατάστασης του. Η 24ωρη θέση του νοσηλευτή δίπλα στον άρρωστο και το αυτόνομο γνωστικό επιστημονικό πεδίο του κάνει τη θέση του κεντρική, την ευθύνη του σημαντική και τη συμβολή του στο πρόγραμμα αποκατάστασης αξιόλογη.

Η δυνατότητα επιτυχημένης Νοσηλευτικής παρέμβασης σ' αυτόν τον τομέα φροντίδας, εξαρτάται όχι τόσο από τις γνώσεις της φυτοπαθολογικής διεργασίας της αρρώστιας και των δυσμενών της επιπτώσεων, αλλά της ικανότητας της/του νοσηλεύτριας/τη να κατανοεί το νόημα που έχει η ασθένεια για τον συγκεκριμένο άρρωστο, ποιες ψυχοκοινωνικές ανάγκες του δημιούργησε και ποια βοήθεια χρειάζεται για να εναρμονίσει τις απαιτήσεις των αναγκών αυτών, με την πραγματικότητα της ασθένειας. Ένα ουσιαστικό μέσο για την προοδευτική ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου είναι η ενθάρρυνση και καλλιέργεια ειλικρινούς και ανοικτής επικοινωνίας με τον άρρωστο και το περιβάλλον του. Με την υιοθέτηση πλήρους επικοινωνίας, ενημερώνεται και πληροφορείται ο άρρωστος στο μέγεθος που ο ίδιος επιθυμεί και μπορεί, επιτρέπεται σ' όλα τα μέλη της οικογένειας να συμμετέχουν στην οικογενειακή κρίση σ' ένα επίπεδο ανάλογο με τις δυνατότητές τους, εμπνέεται και κερδίζεται η ενεργός συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, διαψεύδονται αδικαιολόγητοι φόβοι, καλλιεργείται αίσθημα προσωπικής ασφάλειας και εμπιστοσύνης και καλύπτεται η ανάγκη του αρρώστου να θρηνησει

εκείνο που έχασε, να εκδηλώνει τη λύπη του και το θυμό του, για να μην απομονωθεί συναισθηματικά. (Coler Marga-Simon, Vincent Karen-Goyette, 2001)

Σε καθημερινή βάση πρωταρχικός νοσηλευτικός στόχος είναι η δημιουργία - ενίσχυση και διαφύλαξη διαπροσωπικού κλίματος. Ολόκληρη η Νοσηλευτική είναι διαπροσωπικό έργο. Η ακρόαση, η ομιλία, η σιωπή, η συμπεριφορά, οι μορφασμοί, η βλεμματική επαφή, η απάντηση στην κλήση του αρρώστου, η τήρηση αποφάσεων και η σωματική φροντίδα, αποτελούν μορφές επικοινωνίας, που αν αξιοποιηθούν, επιτυγχάνεται η δημιουργία άνετου διαπροσωπικού κλίματος, όπου ο Νοσηλευτής είναι ικανός να γεφυρώνει αποστάσεις επικοινωνίας, να επιλέγει τον καταλληλότερο χρόνο και τρόπο για διδασκαλία, να φέρνει τον άρρωστο σε επαφή με αναγνωρισμένα σωματεία ομοιοπαθών. (Ραγιά Χρ. Αφροδίτη,2009).

Οι Νοσηλευτές ενισχύουν την αυτοεκτίμηση του αρρώστου, όταν επαινούν την αυτοφροντίδα, όταν αντανακλούν θετικές εκτιμήσεις με λόγια ή χωρίς λόγια, με πράξεις ή συμπεριφορά, όταν ακούνε τον άρρωστο, όταν αποδέχονται τις αντιδράσεις του, όταν αναγνωρίζουν και σέβονται τα συναισθήματα του, όταν δημιουργούν ευκαιρίες για να ρωτά και να λύνει τις απορίες του, όταν τον φροντίζει με προσωπικό ενδιαφέρον και ευγένεια. Το σπουδαιότερο είναι η ύπαρξη συναισθηματικού τόνου σε κάθε παρεχόμενη Νοσηλεία γιατί μεταβιβάζει προστασία, θαλπωρή, στοργή, γαλήνη, φροντίδα, συμμετοχή. Άλλος Νοσηλευτικός σκοπός είναι η προαγωγή της αποτελεσματικότητας των ικανοτήτων και δυνατοτήτων του αρρώστου που επιτυγχάνεται όταν βοηθούμε τον άρρωστο να γίνει ικανός για ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασης του, να συγκεκριμενοποιεί τα προβλήματα του, να θεωρεί τον εαυτό του ικανό να τα αντιμετωπίσει και να αναγνωρίζει την πρόοδο, να μπορεί να μοιράζεται τα συναισθήματα του και να ζητά βοήθεια, ν' αναγνωρίζει και ν' απολαμβάνει τις μικροχαρές της ζωής και να διακρίνει την ρεαλιστική απ' την ψεύτικη ελπίδα.

6.10 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄

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

Ατομικό Ιστορικό

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

Τα τελευταία 4 έτη ο ασθενής κάνει χρήση ινδικής κάνναβης (ο ίδιος αναφέρει 3 τσιγάρα την ημέρα). Το 2013 παρουσιάζει το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο με διαταραχές όρεξης και ύπνου και κοινωνική απόσυρση λόγω ασθένειας που παρουσιάστηκε σε οικείο του άτομο. Ο ασθενής κατά την εισαγωγή του αναφέρει μειωμένη ανάγκη για ύπνο, έντονη διέγερση, και ψυχωσικά συμπτώματα. Ταυτόχρονα ο ασθενής παρουσιάζει δυσκολία προσαρμογής στο νοσοκομειακό χώρο. Στο οικογενειακό ιστορικό τοποθετείται καταθλιπτική διαταραχή από μέρους της αδερφής του πατέρα του.

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

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντιληπτικές διαταραχές.
2.Αντικειμενικός Σκοπός	Μείωση ακουστικών ψευδαισθήσεων επικριτικού χαρακτήρα και επευφηματικού περιεχομένου.
3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Ανίχνευση παράδοξων αντιληπτικών διαταραχών. Ενημέρωση ψυχιάτρου για τα συμπτώματα του ασθενούς.
4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Πλήρης κατανόηση της ψυχοκινητικής κατάστασης του ασθενούς. Χορήγηση αντιψυχωσικού μετά από ιατρική εντολή.
5.Εκτίμηση Αποτελέσματος	Μετριασμός ακουστικών ψευδαισθήσεων επικριτικού χαρακτήρα και επευφηματικού περιεχομένου.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	<p>Αυξημένη ενεργητικότητα/ Μανιακό επεισόδιο.</p>
2.Αντικειμενικός Σκοπός	<p>Μείωση υπερθυμικής διάθεσης, εκρηκτικού χαρακτήρα και εγρήγορσης.</p>
3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	<p>Άμεση ενημέρωση του ψυχιάτρου. Βιοχημικός έλεγχος για παθολογικά και τοξικολογικά ευρήματα (θετική τοξικολογική ούρων 340 mg βενζοδιαζεπίνες).</p>
4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	<p>Χορήγηση αντιψυχωσικού μετά από ιατρική οδηγία.</p>
5.Εκτίμηση Αποτελέσματος	<p>Υποχώρηση υπερθυμικής διάθεσης, εκρηκτικού χαρακτήρα και εγρήγορσης.</p>

6.10.1 Κλινική περίπτωση Β´

Γυναίκα ασθενής Σ.Π. ηλικίας 46 ετών, άγαμη και άνεργη, εισήχθη στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών στην Ψυχιατρική κλινική, ύστερα από επεισόδιο ψυχωτικής διαταραχής. Η ασθενής παρουσίαζε παραληρητικές ιδέες, επιθετική συμπεριφορά ενώ πολύ συχνά είχε έντονες ακουστικές ψευδαισθήσεις.

Ατομικό Ιστορικό

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

Διάγνωση: Διπολική Συναισθηματική Διαταραχή με παραληρητικές ιδέες.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Παραληρητικές ιδέες.
2.Αντικειμενικός Σκοπός	Ρύθμιση θεραπευτικής αγωγής, ώστε να εξλειφθούν τα ψυχωτικά συμπτώματα.
3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Φροντίδα ασθενούς με σκοπό την μείωση της παραμορφωμένης αίσθησης της πραγματικότητας.
4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Τονίζουμε ότι θα έχει την βοήθεια και την υποστήριξη. Χορήγηση αντιψυχωσικών μέσα σε τρεις ημέρες κατόπιν οδηγίας ιατρού.
5.Εκτίμηση Αποτελέσματος	Μείωση των παραληρητικών ιδεών και μείωση των ακουστικών ψευδαισθήσεων.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	<p>Ακουστικές ψευδαισθήσεις.</p>
2.Αντικειμενικός Σκοπός	<p>Μετριασμός συμπτωμάτων.</p>
3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	<p>Φροντίδα ασθενούς με σκοπό τον μετριασμό των ακουστικών ψευδαισθήσεων. Συζήτηση με τον ψυχίατρο για το περιεχόμενο των ακουστικών ψευδαισθήσεων.</p>
4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	<p>Αφήνουμε την ασθενή να εκφράσει τους φόβους του ακούγοντας με κατανόηση και φροντίζουμε να παρέχουμε ασφάλεια. Πλήρης ενημέρωση για τη θεραπευτική αγωγή κατά την έξοδο του ασθενή από την κλινική.</p>
5.Εκτίμηση Αποτελέσματος	<p>Μετριασμός των ακουστικών ψευδαισθήσεων.</p>

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Επιθετική συμπεριφορά.
2.Αντικειμενικός Σκοπός	Ρύθμιση θεραπευτικής αγωγής, ώστε η ασθενής να συνυπάρξει μέσα σε ένα σχολικό και κοινωνικό πλαίσιο.
3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Φροντίδα ασθενή για την εξάλειψη των επιθετικών τάσεων και την ανάπτυξη συναισθημάτων. Ενημέρωση γονέων για την θεραπευτική διαδικασία. Συνομιλία με τον ψυχίατρο πλήρης ενημέρωση του για τα συμπτώματα .
4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Πλήρης ενημέρωση γονέων για τη θεραπευτική αγωγή (ψυχοκοινωνικές και οικογενειακές θεραπείες). Φροντίδα ασθενή ώστε να ζει σε αρμονικό/ ήρεμο περιβάλλον εντός του νοσοκομείου. Συνεχής προσπάθεια συνομιλίας με την ασθενή . Διενέργεια ψυχοθεραπείας.
5.Εκτίμηση Αποτελέσματος	Ανάπτυξη ικανοτήτων και συναισθημάτων που θα επαναφέρουν τον ασθενή σε πλήρως.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Εν κατακλείδι θα λέγαμε πως η διπολική διαταραχή είναι μια πολυπαραγοντική νόσος με ισχυρή γενετική συνιστώσα. Περαιτέρω μελέτες θα πρέπει να επικεντρωθούν σε δοκιμές, για την βελτιστοποίηση και την προφυλακτική φαρμακευτική αγωγή και την ψυχοεκπαίδευση και αν οι ασθενείς με διπολική θα επωφεληθούν από νευροψυχολογική αποκατάσταση, προκειμένου να μειωθούν οι επιπτώσεις της νοητικής έκπτωσης στη συνολική λειτουργία τους. 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. Η διπολική διαταραχή αποτελεί μια διαταραχή που οφείλεται σε πολλαπλά αίτια. Η νόσος αφορά νέα άτομα και εκδηλώνεται με επεισόδια μανίας και κατάθλιψης. Η διπολική διαταραχή διαταράσσει την φυσιολογική ζωή του ατόμου, επηρεάζει την κοινωνική ζωή του ατόμου, συνδέεται με άλλες ψυχιατρικές και μη νοσηρότητες και συνδέεται με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την αυτοκτονία. Η θεραπεία της είναι μακροχρόνια και πολύπλοκη, καθώς απαιτεί ένα συνδυασμό φαρμάκων και ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, ενώ σε προχωρημένα στάδια εφαρμόζεται η ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίνεται στη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή και στην αντιμετώπιση των παρενεργειών των φαρμάκων (Ara, 2000). Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών αυτών είναι σημαντική για τη βελτίωση των συμπτωμάτων και ελέγχου της νόσου. Αναφέρεται στην συμμόρφωση στην φαρμακοθεραπεία, στην νοσοκομειακή φροντίδα και στην πρόληψη της αυτοκτονικότητας. Η θεραπευτική φροντίδα πρέπει να ακολουθήσει μια σειρά από βήματα, με σκοπό να δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στον θεραπευτή και τον ασθενή :

- Αξιολόγηση της γνώσης του ασθενούς και των φροντιστών σχετικά με την αιτιολογία, τη διαχείριση και την πρόγνωση της ασθένειας.
- Συζήτηση για τα συμπτώματα της κατάθλιψης, της μανίας, της υπομανίας και των μεικτών επεισοδίων.
- Παροχή πληροφοριών για την αιτιολογία της νόσου.
- Αντιμετώπιση της καθημερινής πίεσης.
- Παροχή πληροφοριών σχετικά με τη σημασία της διαχείρισης του άγχους και της καθημερινότητας.
- Παροχή πληροφοριών σχετικά με τις διαθέσιμες επιλογές θεραπείας, την

αποτελεσματικότητά τους, τις παρενέργειες, ή τη διάρκεια χρήσης.

- Συζήτηση σχετικά με τη σημασία της φαρμακευτικής αγωγής και της συμμόρφωσης με τη θεραπεία.
- Παροχή πληροφοριών για πιθανή πορεία και την μακροπρόθεσμη έκβαση.
- Συζήτηση για προβλήματα κατάχρησης ουσιών, της δημιουργίας οικογένειας και τεκνοποίησης.
- Εκπαίδευση του ασθενούς στην ανίχνευση των πρώιμων συμπτωμάτων υποτροπής.
- Συζήτηση σχετικά με τα πρότυπα επικοινωνίας, την επίλυση προβλημάτων, την αναπηρία και το στίγμα.
- Βελτίωση της γνώσης για την ασθένεια. Χειρισμός εκφρασμένων συναισθημάτων και βελτίωση της επικοινωνίας. Ενίσχυση της προσαρμοστικής αντιμετώπισης για την αντιμετώπιση των επίμονων / υπολειπόμενων συμπτωμάτων.
- Εκπαίδευση στον τρόπο ζωής και τις διατροφικές συνήθειες (Shah et al., 2017).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. APA 2007 American psychological association 2007 APA dictionary of psychology . Washington. DC Author
2. Frey BN., Andreatza AC., Houenou J., Jamain S., Goldstein BI., Frye MA, et al. (2013). Biomarkers in bipolar disorder: a positional paper from the International Society for Bipolar Disorders Biomarkers Task Force. *Aust N Z J Psychiatry*; (4):32132.
3. Axelson D., Goldstein B., Goldstein T., Monk K., Yu H., Hickey MB., et al. (2015). Diagnostic Precursors to Bipolar Disorder in Offspring of Parents With Bipolar Disorder: A Longitudinal Study. *Am J Psychiatry*;172(7):638-646
4. Ayano G. (2016). *Bipolar Disorder : A Concise Overview of Etiology , Epidemiology Diagnosis and Management : Review of Literatures*. Symbiosis Open Access Journal of Psychology; 3(1), 1–8.
5. NCCMH. (2014). *Bipolar disorder: The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care, (updated dition)*. London: The British Psychological Society.
6. .Etain B., Henry C., Bellivier F., Mathieu F., Leboyer M. (2008). Beyond genetics: Childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord.*, 10(8), 867-876.
7. Brietzke E., Mansur B., Soczynska J., Powell M., McIntyre S. (2012). A theoretical framework informing research about the role of stress in the pathophysiology of bipolar disorder. *Prog.Neuropsychopharmacol. Biol.Psychiatry*; 39(1), 1-8.
8. *DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2013)*. American Psychiatric Association.
9. Shah N., Grover S., Rao GP. (2017). *Clinical Practice Guidelines for Management of Bipolar Disorder*. *Indian J Psychiatry*, 59:51-66.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: APA 2000

11. American Psychiatric Association (APA) (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA.
12. Veiel, Hans OF."A preliminary profile of neuropsychological deficits associated with major depression"
13. Blumberg et al., (1999) Rostral and Orbital Prefrontal Cortex Dysfunction in the Manic State of Bipolar Disorder
14. Goodwin & Jamison, 1990' Manic- depressive illness. New York: Oxford University Press
15. Ehlers, Frank, & Kupfer, 1988 Social Zeitgebers and Biological Rhythms
16. APA (American Psychiatric Association), 2000. DSM-IV Text Revision.
17. Kneisl, C.R., Wilson, H.S. & Trigoboff, E., 2009. Contemporary Psychiatric – Mental Health Nursing. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Γ. Κρομμύδας. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
18. Wilson ,L. & Crowe, M., 2009. Parenting with a Diagnosis Bipolar Disorder. Journal of Advanced Nursing. 65 (4), p. 877- 884.
19. Grant, C.A., Mericle, B.P. & Royes, S.A., 2001. Psychiatric Nursing. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Μ. Ταλαντοπούλου. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ
20. Joyce, P., 2011. Feeling out of control: a gualitative analysis of the impact of bipolar disorder. Psychiatr Ment Health Nurs. 15(33), p. 111
21. Lifetime Psychiatric Disoders in School-aged offspring oh Parents with Bipolar Pisorder
22. Jenkins R et al. Debt, income and mental disorder in the general population, Psychological Medicine, 2008, 38: 1485 - 1493
23. Goodwin , F. K., & Jamison, K. R. (1990). Manic- depressive illness. New York: Oxford University Press
24. Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression.

25. McGuffin, P., Katz, R., Watkins, S., & Rutherford, J. (1996). A hospital-based twin register of the heritability of DSM- IV unipolar depression. Archives of General Psychiatry

26. Torgersen, S. (1986) Genetic factors in moderetely servere and mild affective disorders. Archives of General Psychiatry

27. Mendlewicz, J., & Rainer, J. D (1997). Adoption study supporting genetic transmission in manic- depressive illness.

28. Baumann, B., & Bogerts, B. (2001). Neuroanatomical studies on bipolar disorder. British Journal of Psychiatry

29. Rose, E. J. ,& Ebmeir , K. P. (2006). Pattern of impaired working memory during major depression. Journal of Affective Disorders

30. Jamison, K. R. (1995). An unquiet mind: A memoir of moods and madness. New York: Knopf

31. Roesch, R. (1991). The encyclopedia of depression. New York: Facts on File

32. Sax, K. W., Strakowski, S. M., Zimmerman, M. E. DelBellow, M. P., Keck, P. E., JR., & Hawkins, J. M. (1999). Frontosubcortical neuroanatomy and the continuous performance test in mania. American Journal of Psychiatry.

33. Grant, C.A., Mericle, B.P. & Royes, S.A., 2001. Psychiatric Nursing. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Μ. Ταλαντοπούλου. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ

34. Wender et al., 1986, Psychiatric Disorders in the Biological and Adoptive Families of Adopted Individuals With Affective Disorders

35. Bremner et al., 2000 Hippocampal Volume Reduction in Major Depression American Journal of Psychiatry

36. Davidson, R. J., & Henriques, J. (2000). Regional brain functions in sadness and depression. In J. C. Borod (Ed.), *Series in affective science. The neuropsychology of emotion* (p. 269–297). Oxford University Press.
37. Soares & Innes, 2000 , Brain imaging findings in bipolar disorder
38. Drevets, 1999, Prefrontal Cortical-Amygdalar Metabolism in Major Depression
39. Drevets & Raichle, 1998, Reciprocal suppression of regional cerebral blood flow during emotional versus higher cognitive processes
40. Oltmanns & Emery, 2004 ,*Abnormal Psychology* (4th edition).
41. Malkoff- Schwartz et al., 2000 Social rhythm disruption and stressful life events in the onset of bipolar and unipolar episodes
42. Han et al., 2000, Seasonal Variations in Mood and Behavior Among Chinese Medical Students
43. Wehr et al., 2001) A Circadian Signal of Change of Season in Patients With Seasonal Affective Disorder
44. Thyroid Hormone Levels and Recurrence of Major Depression Joffe and Marriott 2000) .
45. Purba, Hoogendijk, Hofman & Swaab, 1996, Increased number of vasopressin- and oxytocin-expressing neurons in the paraventricular nucleus of the hypothalamus in depression
46. Delgado & Moreno, 2000 Role of norepinephrine in depression

47. Schildkraut, J. J. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders: A review of supporting evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 122(5), 509–522
48. Kendler, Kessler, Neale, Heath, & Eaves, 1993) The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model
49. Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M. & Johnson, S.L., 2010. *Abnormal Psychology*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Θ. Καραμπά. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
50. Doorslaer E. et al. Income related in equalities in health: some international comparisons. *Journal of health economics* 1997;16:93 - 112 Wilkinson RG, *Unhealthy societies: the affliction of inequality*. London Routledge 1996 Power C. Health and social inequality in Europe. *BMJ* 1994; 309:1153 - 11
51. Barlow, D. & Durand, V., 2001. *Abnormal Psychology: An Integrative Approach*. 2 th edition. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Μ. Μπαρπάτση. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
52. Weehuizen R. Mental capital. The economic significance of mental health. Maastricht, Universitaire Pers Maastricht, 2008. Stuckler Det al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 2009, 374:315–323.
53. .Shah N., Grover S., Rao GP. (2017). Clinical Practice Guidelines for Management of Bipolar Disorder. *Indian J Psychiatry*, 59:51-66.
54. Fountoulakis N., Kasper S., Andreassen O., Blier P., Okasha A., Severus E., Vieta E. (2012). Efficacy of pharmacotherapy in bipolar disorder: A report by the WPA section on pharmacopsychiatry. *Eur.Arch.Psychiatry Clin.Neurosci.*; 262 Suppl 1, 1-48.
55. Derry S., Moore RA. (2007). Atypical antipsychotics in bipolar disorder: systematic review of randomised trials. *BMC Psychiatry*; 7: 40.

56. Jann M. (2014). Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders in Adults: A Review of the Evidence on Pharmacologic Treatments. *Am Health Drug Benefits*; 7(9): 489–499.
57. Järvisalo J et al., eds. Mental disorder as a major challenge in prevention of work disability. Helsinki Social Security Institution, 2005.
58. Mental health, disability and work. Issues for discussion. OECD Expert Meeting 26–28 April 2010. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010.
59. Altman S., Haeri S., Cohen LJ. (2006). Predictors of relapse in bipolar disorder: a review. *J Psychiatr Pract.*;12(5): 269-282
60. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Χάρης Ασημόπουλος 2014. Χάρης Ασημόπουλος. «Κοινωνική Εργασία στην υγεία και ψυχική υγεία. Ενότητα 1: Ψυχική υγεία - Εννοιολογική προσέγγιση - Μύθοι και αλήθειες - Αντιμετώπιση στο παρελθόν». Έκδοση: 1.0. Αθήνα 2014. Διαθέσιμο από τη δικτυακή διεύθυνση: ocp.teiath.gr.
61. Bobo., VW. (2017). The Diagnosis and Management of Bipolar I and II Disorders: Clinical Practice Update. *Mayo Clin Proc*, 92(10), 1532–1551.
62. Ye BY., Jiang ZY., Li X., et al.(2016). Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: An updated meta-analysis with randomized controlled trials . *Psychiatry Clin Neurosci.*, doi:10.1111/pcn.12399.
63. Morris CD., Miklowitz DJ., Waxmonsky JA.(2007). Family-focused treatment for bipolar disorder in adults and youth. *Journal of clinical psychology*,63(5):433-45.

64. Αγγελόπουλος Ν., Ιατρική ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία (τόμος Α) , Αθήνα, ΒΗΤΑ 2009
65. Πολιτική και Οικονομία της Κρίσης και Ψυχική Υγεία. Γιάννης Κυριόπουλος, MD,MPH,MSc, PhD Τομέας Οικονομικών της Υγείας Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
66. Bennett P. (2010). Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία. Εκδόσεις Πεδίο
67. Oxford ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ Paul Harrison , Philip Cowen , Tom Burns , Mina Fazel Συντονισμός – Επιμέλεια – Πρόλογος Έκδοσης Νίκος Κ. Στεφανής .
68. Stigma of mental illness Πετράκη, Σεβαστή Ημερομηνία Δημοσίευσης: 2002,10 Τύπος Τεκμηρίου: Δημοσίευση σε περιοδικό . Όνομα Περιοδικού: Νοσηλευτική Hellenic Journal of Nursing
69. Warner Richard, (2005). «Το περιβάλλον της σχιζοφρένειας». Εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα
70. Χαρτοκόλλης Π. Εισαγωγή στην Ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο; 1991.
71. Μεσσήνης Π., Βασικά στοιχεία ψυχοπαθολογίας , Γκότσης, Πάτρα, 2009
72. Καλαντζή –Αζίζι Α., Ευσταθίου Γ., Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία ,Πεδίο,Αθήνα,2010
73. Αγχώδεις διαταραχές Κακοσαίος, Ευστάθιος; Μπαμπάκος, Νικόλαος Προπτυχιακή/Διπλωματική εργασία, ανάρτησης/δημοσίευσης: 2019-04-08 Ημερομηνία ολοκλήρωσης εργασίας: 2017,Θεματική κατηγορία: Νοσηλευτική
74. Τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης – Σχολή επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας τμήμα νοσηλευτικής Θέμα πτυχιακής εργασίας ‘‘ Κατάθλιψη’’ . Μπαιραμόγλου Τζοσκούν , Σαλή Ογλού Εμπρού . Νοέμβριος 2014
75. Διπολική διαταραχή κλινική εικόνα αιτιολογία και θεραπευτική αντιμετώπιση , Άννα Αποστολίδου, κλινική ψυχολόγος Δεκέμβριος 2017 ,
76. Πρότυπο μειωμένης μνήμης κατά τη διάρκεια της μείζονος κατάθλιψης EJ Rose a bK.P. Ebmeier β

77. Κουκιά Ε. (2015) ψυχιατρική νοσηλευτική , νοσηλευτική ψυχικής υγείας, βήτα ιατρικές εκδόσεις
78. Μάνος Ν, 2008, βασικά στοιχεία ψυχιατρικής κλινικής
79. Coler Marga-Simon, Vincent Karen-Goyette, Ψυχιατρική Νοσηλευτική Φροντίδα, Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ, 2001
80. .Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Αλεξάνδρα, Ψυχική Υγεία και Νοσηλευτική Επιστήμη, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, 2012
81. Ραγιά Χρ. Αφροδίτη, Νοσηλευτική Ψυχικής υγείας-Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Παρισιάνος, 2009
82. Ράγια Χρ. Αφροδίτη Νοσηλευτική ψυχικής υγείας - νοσηλευτική εκδόσεις Παρισιάνος Αθήνα 2015
83. Χριστοδούλου Γ. και συν., 2004. Ψυχιατρική. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
84. Μαδιανός, Μ., 2005. Ψυχιατρική και Αποκατάσταση. Αθήνα: Εκδόσεις Κατσανιώτη.
85. Μαδιανος , Ψυχιατρική σε Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής. Αθήνα εκδόσεις ΒΗΤΑ
86. Μάνος, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής (αναθεωρημένη έκδοση). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
87. Sadock, BJ and Sadock, VA (2007) Συνοψία Ψυχιατρικής Kaplan and Sadock: Συμπεριφορικές Επιστήμες / Κλινική Ψυχιατρική.
88. Μαδιανος (2006), Κλινική ψυχιατρική
89. JM Cerimele , WJ Katon - Ψυχιατρική γενικού νοσοκομείου, 2013 - Elsevier
90. Bertelsen, Harvald, & Hauge, Προοπτικές Αρχών Γενετικής Συμπεριφοράς στην Ανάπτυξη, Προσωπικότητα και Ψυχοπαθολογία, 2004

91. Ψυχοθεραπευτήριο Λυράκου (ECT) ,Ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Υπεύθυνοι
-Ψυχιατρική Υποστήριξη Ποταμίτης-Κόμης Διονύσιος Ψυχίατρος /
Επιστημονικός Διευθυντής, Παπουτσάκης Κωνσταντίνος Ψυχίατρος-
Νευρολόγος / Αναπληρωτής Επιστημονικός Διευθυντής ,Θεοδωρακόπουλος
Γεώργιος - Υπεύθυνος τμήματος
92. Bennett P. (2010). Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία. Εκδόσεις Πεδίο.
93. GRANT A. CHRISTINE, MERICLE P. BRUCE, ROYES-STERLING
ALEAN, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΕΚΔ. 2009 104.
94. Sadock, B. & Sadock, V. (2007). Kaplan & Sadock's Εγχειρίδιο Κλινικής
Ψυχιατρικής, Αθήνα: Εκδ.Λίτσα
95. Krishnan K. (2002) Biological risk factors in late life depression. . Biol
Psychiatry. ;52:185–192

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. Ηλεκτρονική πηγή εικόνα κεφαλαίου 1 σελίδα 9:
<https://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/43687/pws-mas-proeidopoiei-i-dipoliki-diataraxi.html>
2. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΠΗΓΗ
<http://www.army.gr/sites/default/files/psygeia.pdf>
3. Ηλεκτρονική πηγή Θεόδωρος Π. Δασκαλόπουλος 2020 http://psi-gr.tripod.com/psychiatric_disease.html
4. (ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, MD, MPH, MSC, PHD) ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΠΗΓΗ
http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/Mental%20Health%20Ofinal.pdf
5. Ηλεκτρονική πηγή
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1107312>
6. Ηλεκτρονική πηγή εικόνα κεφαλαίου 2 σελίδα 32:
<https://www.animuscampus.gr/blog>
7. Ηλεκτρονική πηγή εικόνας κεφαλαίου 3 σελίδα 39 : <http://www.ramnalis-psych.gr/psychiatros-thessaloniki-dipoliki-diatarachi-maniokatathlipsi>
8. Ηλεκτρονική πηγή εικόνας κεφαλαίου 4 σελίδας 46 :
<https://www.artelista.com/en/artwork/5372791574249657-bipolar.html>
9. Ηλεκτρονική Πηγή εικόνας κεφαλαίου 5 σελίδας 58 :
<https://vipvorobjev.com/el/>
10. Ηλεκτρονική πηγή εικόνας κεφαλαίου 6 σελίδας 67
<https://enimerosi.com/details.php?id=13886>
11. Ηλεκτρονική πηγή εικόνας σελίδας 90 : <https://iepivlepsi.gr>
12. Ηλεκτρονική πηγή ‘Life Time Psychiatric Disorders in School-aged Offspring of Parents Bipolar Disorder, The Pittsburgh Bipolar Offspring’
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/483006>
13. ΣΠΥΡΟΣ ΚΑΛΗΜΕΡΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ- ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ , ΑΘΗΝΑ(2020) “ ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΑ ” <https://kalimeristherapist.com/>
14. WHO (2012). Diagnosing Depression. Available at:
<http://www.searo.who.int> (Πρόσβαση: 5 Αυγούστου 2020)
15. MID Online, (2009). Αίτια Κατάθλιψης . Available at:
<http://www.midoline.com> (Πρόσβαση : 12 Αυγούστου 2020)
16. Maikle Tyson, (2011). Causes of Depression. Available at:
<http://www.clinical-depression.co.uk> (Πρόσβαση : 14 Αυγούστου 2020)
a. <http://www.allaboudepression.com> (29 Αυγούστου 2020)

