

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ: “ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ”



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΤΣΟΥΚΑ ΙΩΑΝΝΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
Κα Ν.ΚΑΡΑΜΠΕΡΗ

ΠΑΤΡΑ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ..... 7

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 9

ΜΕΡΟΣ Α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	11
1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	11
1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	13
1.3. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	14
§ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	16
1.4. ΤΥΠΟΙ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	19
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	19
§ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ.....	19
§ ΦΥΛΟ.....	19
§ ΗΛΙΚΙΑ	20
§ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	20
§ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	21
3.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ.....	21
3.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	22
§ ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	22
§ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	24
§ ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	31
ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	31
§ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	32
§ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΑΝΙΑΣ.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	42
5.1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩ	42
§ ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	43

§ ΜΑΝΙΑΚΟ -ΥΠΟΜΑΝΙΑΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	45
§ ΜΕΙΚΤΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	46
5.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ Ι&Π	48
5.3 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	51
§ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	51
§ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	52
§ ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο.....	54
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	54
6.1. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	55
§ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΜΑΝΙΑΣ	55
§ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	57
6.2. ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	60
6.3. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο.....	62
ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	62

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο.....	65
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ	65
1.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	65
1.2. Ο ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο.....	72
ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	72
§ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ	72
§ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ.....	72
§ ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο.....	74
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	74
3.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	74
3.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	75
§ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	76
§ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΜΑΝΙΑ	82

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	87
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	87
ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	90
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	91

**Ο επιβαρημένος πόνος
της κατάθλιψης
είναι τρομακτικός,
και η ευφορία,
που είναι η αντίθετη δίδυμη αδελφή του,
είναι ακόμα πιο τρομακτική –
όσο κι αν, για μια στιγμή,
είναι ελκυστική.
Γίνεσαι μεγαλειώδης,
πέρα από την πραγματικότητα
της δημιουργικότητας σου.**

JOSHUA LOGAN

(Υπέφερε από κατάθλιψη)

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΠΡΟΛΟΓΟΣ



«Το "κενό" υπάρχει όσο δεν πέφτεις μέσα του» έγραφε ο Ελύτης, αλλά τι γίνεται όταν πέσεις μέσα σε αυτό και δεν βρίσκεις την πόρτα ή ακόμα χειρότερα αν γίνεις εσύ ο ίδιος ένα «κενό»; Το «κενό» αυτό, μία αληθινή μάστιγα της σύγχρονης εποχής, λέγεται κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη είναι τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος, αναγνωρίστηκε πρώτη φορά ως διαταραχή από τον Ιπποκράτη πριν από 2500 χρόνια με τον όρο “μελαγχολία”, αλλά σήμερα έχει αρχίσει να γίνεται ολοένα και πιο συχνή.

Ένα στα δέκα άτομα θα νοσήσει από κατάθλιψη κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής του. Από επιδημιολογικές έρευνες υπολογίζεται ότι το 6% περίπου του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι σ' όλον τον κόσμο, Στην χώρα μας οκτακόσιες ογδόντα χιλιάδες εν δυνάμει άτομα πάσχουν από την συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή. Σήμερα αποτελεί την τέταρτη συχνότερη ασθένεια στον κόσμο, ενώ οι προβλέψεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το 2020 την ανεβάζουν στην δεύτερη θέση ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας.

Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη, σ' 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 12% των ανδρών θα εμφανιστεί καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 10% των γυναικών και μόλις το 5,8% των ανδρών θα νοσήσουν μέσα σ' ένα έτος. Παρά τις βιολογικές συνιστώσες στην αιτιολογία της κατάθλιψης και τις ορμονικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες, πιστεύεται ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διαφορετικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής (τοκετοί, ανατροφή παιδιών), στα οποία εκτίθενται οι γυναίκες, διαμορφώνουν τα ποσοστά αυτά.

Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στους άγαμους, τους διαζευγμένους και τους κατοίκους αγροτικών περιοχών.

Με τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα η κατάθλιψη είναι μια νόσος που μπορεί να αντιμετωπιστεί. Ωστόσο, μόνο το 10-25% των ασθενών υποβάλλονται σε θεραπευτική αγωγή.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει επεξεργαστεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με την Παγκόσμια Τράπεζα του ΟΗΕ, με βάση το δείκτη βαρύτητας που μετρά τη συνολική επιβάρυνση στην προσωπική επαγγελματική & κοινωνική ζωή, πέντε από τις δέκα αρρώστιες με τον υψηλότερο δείκτη είναι ψυχικές.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ



Το θέμα που αναπτύσσεται στις σελίδες αυτής της εργασίας είναι η διπολική διαταραχή, μια μορφή κατάθλιψης που αποτελεί βασική συναισθηματική διαταραχή και είναι περισσότερο διαδεδομένη ως μανιοκατάθλιψη.

Η μανιοκατάθλιψη επηρεάζει τόσο τη συναισθηματική διάθεση όσο και τη λογική σκέψη. Κινητοποιεί ανεπιθύμητες ή ακραίες συμπεριφορές και συχνά περιορίζει την ίδια τη θέληση του ατόμου να ζήσει, συνδέεται με υψηλή συχνότητα κοινωνικής δυσλειτουργίας και με αγχώδεις διαταραχές, χρήση ουσιών και διαταραχές προσωπικότητας¹.

Η διπολική διαταραχή είναι μια ασθένεια που χαρακτηρίζεται από δυο ακραίες συναισθηματικές διαθέσεις: έξαρση και κατάθλιψη². Όλοι έχουμε αισθανθεί στη ζωή μας συναισθηματικές διακυμάνσεις, ποσοτικές και ποιοτικές, σε μια μεγάλη ποικιλία παραλλαγών και αποχρώσεων. Οι διακυμάνσεις αυτές αφορούν κυρίως δυο συναισθήματα, τη χαρά και τη λύπη. Τα δυο αυτά αντίθετα συναισθήματα αποτελούν τα βασικά δομικά υλικά της διπολικής διαταραχής³.

Η μανία και η μελαγχολία είχαν περιγραφεί από την αρχαιότητα, αλλά οι στενοί δεσμοί που τις συνενώνουν σε μια πάθηση δεν αναγνωρίστηκαν παρά στο δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα. Ο Baillarger (1854) περιέγραψε την “τρελά με διπλή μορφή” (folia ‘a double former), ο J.P. Falret (1854) την “κυκλική τρελά “ (folia circularize) και οι γερμανοί συγγραφείς μελέτησαν τις περιοδικές διαταραχές του θυμικού⁴.

Η εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας έγινε με στόχο τον καλύτερο δυνατό εννοιολογικό προσδιορισμό του όρου διπολική διαταραχή καθώς και την άρτια περιγραφή των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών, της αιτιολογίας, της διάγνωσης, της συμπτωματολογίας, της θεραπείας και της πρόγνωσης της ασθένειας. Επίσης σκοπός είναι η πλήρης αναφορά στον καθοριστικό και σημαντικό ρόλο που καλείται να παίξει ο ψυχιατρικός νοσηλευτής στην φροντίδα των ψυχικά ασθενών μέσω των υπεύθυνων και πολυτίμων νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Α1.1. – ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Όπως ήδη αναφέρθηκε, περιπτώσεις που αντιστοιχούν στην σημερινή νοσολογική έννοια των συναισθηματικών διαταραχών έχουν περιγραφεί κατά την διάρκεια της αρχαιότητας από τον Ιπποκράτη και τον Αρεταίο, αναφέρονται στα ομηρικά έπη (π.χ. Βελλερεφόντης), στο Αρχαίο Δραματολόγιο («Αίας» του Σοφοκλή) και στη Βίβλο (π.χ. Βασιλεύς Σαούλ, Άννα).

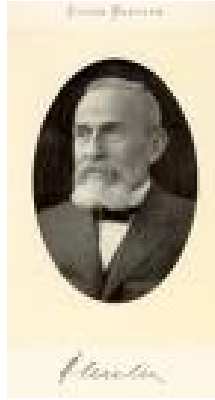
Ο Ιπποκράτης χρησιμοποιώντας τον όρο μελαγχολία αναφερόταν σε χρονιές ψυχικές διακυμάνσεις και απέδιδε τον όρο μανία σε γενικά λειτουργικές ψυχώσεις. Η ταξινομική αυτή αντίληψη κράτησε για παρά πολλά χρόνια. Ο Primel διαμόρφωσε ένα δικό του ταξινομικό σύστημα βασισμένο στον Ιπποκράτη.

Μέχρι το τέλος του 19^{ου} αιώνα οι Γάλλοι ψυχίατροι Falret και Baillarger χρησιμοποιούσαν τον όρο «κυκλική ψύχωση», ενώ το 1882 ο Γερμανός ψυχίατρος Keelhaul χρησιμοποιεί τον όρο κυκλοθυμία για να αναφερθεί στη διπολική διαταραχή.

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, το 1899, ο γερμανός ψυχίατρος Emil Kraepelin ξεχώρισε από την σχιζοφρένεια μια ομάδα ψυχικών νοσημάτων που είχαν :

- Ø «Φασική πορεία» (δηλαδή διαλείπουσα πορεία με παρεμβολή διαστήματος ψυχικής υγείας – νορμοθυμίας)
- Ø Εναλλαγή φάσεων ευφορικού συναισθήματος (που ονομάστηκαν φάσεις μανίας) και καταθλιπτικού συναισθήματος (που ονομάστηκαν φάσεις μελαγχολίας)
- Ø Καλή πρόγνωση (μια που, σε αντιδιαστολή προς την σχιζοφρένεια, η προσωπικότητα του πάσχοντος με την πάροδο του χρόνου δεν αποδιοργανώνεται).

Στην ομάδα αυτή ψυχικών νοσημάτων ο Kraepelin έδωσε την ονομασία «μανιοκαταθλιπτική ψύχωση», που αν και δεν αναφέρεται ως τέτοια στα νέα ταξινομικά συστήματα, έχει ωστόσο επικρατήσει στην καθημερινή ψυχιατρική ορολογία³.



Emil Kraepelin

(1856 – 1926)

“ Πατέρας” της μοντέρνας Ψυχιατρικής

Η άποψη, ότι η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση αποτελεί μια ενιαία κλινική οντότητα, έγινε παραδεκτή για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Ωστόσο διάφορες κλινικές και γενετικές μελέτες έδειξαν την ύπαρξη υποομάδων με διαφορετικό τύπο μεταβίβασης και εξέλιξης. Αυτό οδήγησε το Leonard (1959) και στην συνέχεια τους Angst & Perris να προτείνουν μια πρώτη διαίρεση με βάση την πολικότητα σε : **α) διπολική ψύχωση**, η οποία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση μανιακών και μελαγχολικών κρίσεων στο ίδιο άτομο και **β) μονοπολική ψύχωση** η οποία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ενός μόνο τύπου κρίσεων (π.χ. υποτροπιάζουσα μελαγχολία)⁴.

A 1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Για να κατανοήσουμε καλύτερα τον όρο μανιοκατάθλιψη θα πρέπει να διασαφηνίσουμε τον ευρύτερο όρο κατάθλιψη. Όταν αναφερόμαστε στην κατάθλιψη εννοούμε αυτό που στην ιατρική ονομάζεται κλινική κατάθλιψη, δηλαδή μιλάμε για μια συγκεκριμένη νόσο που απαιτεί κλινική παρέμβαση. Σε καμία περίπτωση δεν αναφερόμαστε στον πόνο που νιώθουμε μετά από μια απώλεια ή όταν μας πάρει καμία φορά η «κάτω βόλτα» στον κύκλο της ζωής, με τα συνηθισμένα σκαμπανεβάσματα της. Επίσης δεν εννοούμε την καθημερινή χρήση της λέξης κατάθλιψη που συνήθως σημαίνει απογοήτευση⁵.

Η διπολική διαταραχή θεωρείται μια διαταραχή της εγκεφαλικής λειτουργίας η οποία επιφέρει ασυνήθιστες εναλλαγές της συναισθηματικής διάθεσης, της δραστηριότητας και της γενικότερης λειτουργίας του ατόμου⁶. Είναι η νόσος που χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα επεισόδια συναισθηματικής διαταραχής, τα οποία συνήθως αφορούν υπότροπες τόσο μανιακών όσο και μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων⁷.

Με βάση τα παραπάνω, ο ορισμός που θα μπορούσε να δοθεί είναι ο εξής: Διπολική διαταραχή είναι μια διανοητική κατάσταση που συχνά εμπεριέχει ακραίες διακυμάνσεις της διάθεσης. Το άτομο που βιώνει αυτή την κατάσταση μπορεί να αισθάνεται ευτυχισμένο και ενθουσιασμένο τη μια στιγμή και καταθλιπτικό την άλλη⁸.

Με την διπολική διαταραχή αισθάνεται κανείς σαν να είναι σε μια τεραστία συναισθηματική τραμπάλα. Οι ασθενείς ταλαντεύονται μεταξύ του ενός συναισθηματικού “πόλου” της κατάθλιψης που χαρακτηρίζεται από έντονη και μακρόχρονη θλίψη, ιδέες αυτοϋποτίμησης και απελπισίας, και του άλλου συναισθηματικού “πόλου” της μανίας η οποία χαρακτηρίζεται από ευφορία, έντονο και ανεξέλεγκτο ενθουσιασμό, βίαιη συμπεριφορά και διέγερση. Σε αντίθεση με τη συνήθη μεταβλητότητα της διάθεσης, τα “πάνω” και τα “κάτω” της διπολικής διαταραχής, οι εναλλαγές αυτές έχουν ιδιαίτερα σοβαρό χαρακτήρα. Συνοδεύονται από σημαντική έκπτωση στον κοινωνικό και επαγγελματικό τομέα της ζωής του ατόμου ή στη σχολική επίδοση, και μερικές φορές σχετίζονται με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Ωστόσο, η διπολική διαταραχή είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά δίνοντας στο άτομο τη δυνατότητα να έχει μια παραγωγική ζωή και να επανενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο¹.

A 1.3 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η ανάγκη για ταξινόμηση των κλινικών διαταραχών είναι σαφής σε όλη την ιστορία της ιατρικής, αλλά έχει υπάρξει μικρή συμφωνία σχετικά με το ποιες διαταραχές πρέπει να περιληφθούν και ποια είναι η βέλτιστη μέθοδος για την οργάνωσή τους. Οι πολυάριθμες ονοματολογίες που έχουν αναπτυχθεί κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δύο χιλιετιών διαφέρουν ως προς τη σχετική έμφασή τους στην αιτιολογία, την φαινομενολογία και τον καθορισμό των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων. Μερικά συστήματα έχουν περιλάβει μόνο μια χούφτα των διαγνωστικών κατηγοριών, άλλα έχουν περιλάβει χιλιάδες. Στη συνέχεια θα εστιάσουμε στις πτυχές που έχουν οδηγήσει άμεσα στην ανάπτυξη του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Κλινικών Διαταραχών (DSM) και στα τμήματα των ‘Κλινικών Διαταραχών’ στις διάφορες εκδόσεις της Διεθνούς Ταξινόμησης των Ασθενειών (ICD).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η αρχική ώθηση για την ανάπτυξη ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών ήταν η ανάγκη να συλλεχθούν οι στατιστικές πληροφορίες. Η πρώτη επίσημη προσπάθεια να συγκεντρωθούν οι πληροφορίες για τις ψυχικές νόσους έγινε στην απογραφή του 1840, με αφορμή το ότι κατατάσσονταν σε μια κατηγορία – ‘παραφροσύνη’\ ‘ηλιθιότητα’. Από την απογραφή του 1880, επτά κατηγορίες ψυχικών νόσων διακρίθηκαν - μανία, μελαγχολία, μονομανία, πάρεση, άνοια, διψομανία, και επιληψία. Το 1917, η Επιτροπή Στατιστικών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, μαζί με την Αμερικανική Υπηρεσία Ψυχικής Υγιεινής, διατύπωσε ένα σχέδιο που υιοθετήθηκε από το Γραφείο της Απογραφής για τη συλλογή των ομοιόμορφων στατιστικών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Αν και αυτό το σύστημα αφιέρωσε περισσότερη προσοχή στην κλινική χρησιμότητα απ’ότι προηγούμενα συστήματα, ήταν ακόμα, πρωτίστως, μια στατιστική ταξινόμηση. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, συνεργάστηκε στη συνέχεια με την Ιατρική Ακαδημία της Νέας Υόρκης για να αναπτύξει μια εθνικά αποδεκτή ψυχιατρική ονοματολογία που θα ενσωματωνόταν μέσα στην πρώτη έκδοση της Τυποποιημένης Ταξινομημένης Ονοματολογίας των Ασθενειών της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης. Αυτή η ονοματολογία σχεδιάστηκε πρώτιστα για τη διάγνωση των ασθενών με ψυχιατρικές και νευρολογικές διαταραχές.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) δημοσίευσε την έκτη έκδοση του ICD, το οποίο, για πρώτη φορά, συμπεριλάμβανε ένα τμήμα για τις ψυχικές διαταραχές. Το ICD-6 περιλάμβανε 10 κατηγορίες για τις ψυχώσεις, 9 για τις ψυχονευρώσεις και 7 για τις διαταραχές του χαρακτήρα, της συμπεριφοράς καθώς και τις διανοητικές διαταραχές.

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία ανέπτυξε μια παραλλαγή του ICD-6 που δημοσιεύτηκε το 1952 ως η πρώτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-I). Το DSM-I περιείχε ένα γλωσσάριο με περιγραφές των διαγνωστικών κατηγοριών και ήταν το πρώτο επίσημο εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών που επικεντρωνόταν στην κλινική χρησιμότητα.

Στη συνέχεια ακολούθησαν αρκετές αναθεωρήσεις του DSM-I. Το 1968 δημοσιεύτηκε το DSM-II βασισμένο στο ICD-8. Ήταν παρόμοιο με το DSM-I αλλά απέβαλε τον όρο αντίδραση. Η ανάπτυξη του DSM - III συντονίστηκε με την ανάπτυξη της επόμενης έκδοσης ICD (ICD-9), το οποίο δημοσιεύτηκε το 1975 και εφαρμόστηκε το 1978. Το DSM-III δημοσιεύτηκε το 1980 και παρουσίαζε έναν σημαντικό αριθμό μεθοδολογικών καινοτομιών, περιλάμβανε ρητά διαγνωστικά κριτήρια, ένα πολυαξονικό σύστημα και μια περιγραφική προσέγγιση που προσπάθησαν να είναι ουδέτερα με σεβασμό στις θεωρίες της αιτιολογίας. Το ICD-9 δεν περιλάμβανε διαγνωστικά κριτήρια ή πολυαξονικό σύστημα κυρίως επειδή η αρχική λειτουργία αυτού του διεθνούς συστήματος ήταν να σκιαγραφηθούν οι κατηγορίες για να διευκολύνει τη συλλογή των βασικών στατιστικών υγείας.

Η χρήση του DSM-III αποκάλυψε διάφορες ασυνέπειες στο σύστημα και διάφορες περιπτώσεις στις οποίες τα κριτήρια δεν ήταν εντελώς ξεκάθαρα. Έτσι, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, ανέπτυξε τις αναθεωρήσεις και τις διορθώσεις που οδήγησαν στη δημοσίευση του DSM-III-R το 1987.

Το 1994 παρουσιάστηκε η αναθεωρημένη έκδοση του DSM-III-R, το DSM-IV το οποίο περιλάμβανε:

- i. Περιεκτικές και συστηματικές αναθεωρήσεις των δημοσιευμένων εγχειριδίων.
- ii. Ανάλυση των ήδη συλλεχθέντων στοιχείων.
- iii. Εκτενή ζητήματα στον πειραματικό χώρο⁹

A.1.3.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η ταξινόμηση των Διαταραχών της Διάθεσης υπήρξε το αντικείμενο πολλών συζητήσεων και διάφορων, που είχαν να κάνουν κυρίως με την έμφαση των ερευνητών σε συγκεκριμένες αιτιολογίες ή ομάδα συμπτωμάτων³. Η πιο κοντά στη κλινική πραγματικότητα ταξινόμηση είναι αυτή που ισχύει σήμερα και βασίζεται στη διάκριση του κατά πόσο στη διάρκεια της διαταραχής υπήρξε κάποιο Μανιακό, Μεικτό ή Υπομανιακό επεισόδιο (Διπολικές Διαταραχές) ή όχι (Καταθλιπτικές Διαταραχές).

Έτσι λοιπόν σύμφωνα με το DSM-IV οι συναισθηματικές Διαταραχές χωρίζονται σε:

- Ø ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ
- Ø ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Και δυο ακόμη Διαταραχές βασιζόμενες στην αιτιολογία

- Ø ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
- Ø ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ

Οι καταθλιπτικές Διαταραχές, όπως είπαμε, χαρακτηρίζονται από ύπαρξη κατάθλιψης χωρίς την ύπαρξη μανιακών, μεικτών ή υπομανιακών επεισοδίων και περιλαμβάνουν :

- Μείζων Κατάθλιψη
- Δυσθυμική Διαταραχή (δυσθυμία)
- Καταθλιπτική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Οι Διπολικές Διαταραχές χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη μανιακών, μεικτών ή υπομανιακών επεισοδίων που συνήθως συνοδεύονται από την ύπαρξη μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων και περιλαμβάνουν:

- Διπολική I Διαταραχή
- Διπολική II Διαταραχή
- Κυκλοθυμική Διαταραχή
- Διπολική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς⁹

Α 1.4 ΤΥΠΟΙ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Σύμφωνα με την DSM-IV υπάρχουν οι εξής τύποι διπολικής διαταραχής :

- ✓ **ΔΙΠΟΛΙΚΗ I ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ:** Το άτομο έχει παρουσιάσει τουλάχιστον ένα Μανιακό ή Μεικτό επεισόδιο και συνήθως, αν και όχι αναγκαστικά, και ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.
- ✓ **ΔΙΠΟΛΙΚΗ II ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ:** Το άτομο έχει παρουσιάσει τουλάχιστον ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και τουλάχιστον ένα υπομανιακό επεισόδιο, αλλά δεν είχε ποτέ εκπληρώσει τα κριτήρια για Μανιακό επεισόδιο⁹.

Ο αντιπροσωπευτικός τύπος της διπολικής διαταραχής που περιγράφηκε παραπάνω και που χαρακτηρίζεται από εναλλαγές επεισοδίων μανίας, μείζονος κατάθλιψης και νορμοθυμίας (διάστημα ηρεμίας), χαρακτηρίζεται ως “διπολική διαταραχή Γ”. Εκτός από την τυπική μορφή της η διπολική διαταραχή I μπορεί να είναι «ταχείας εναλλαγής φάσεων» (rapid cycling), κατά την οποία υπάρχουν τέσσερα επεισόδια (μανιακά ή καταθλιπτικά) κατ’ετος, ή να περιλαμβάνει μεικτά μανιακά επεισόδια αντί των κλασικών μανιακών. Οι δυο

αυτές εναλλαγές της διπολικής διαταραχής I θεωρούνται δυσκολότερες στην αντιμετώπιση από την τυπική μορφή.

Επίσης, θεραπευτικά προβλήματα δημιουργεί και η μορφή που χαρακτηρίζεται από απότομες μεταπτώσεις μεταξύ των επεισοδίων (από μανιακό σε καταθλιπτικό ή αντίστροφα) χωρίς περίοδο νορμοθυμίας. Στην μορφή αυτή η θεραπεία πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή, διότι είναι πιθανόν τα αντικαταθλιπτικά να επάγουν μανία και τα αντιμανικά φάρμακα κατάθλιψη, όταν συνεχίζεται η χορήγηση τους παρά τις ενδείξεις έναρξης της μετάπτωσης στην αντίθετη φάση.

Όταν η νόσος χαρακτηρίζεται από μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια και επεισόδια υπομανίας, χωρίς ποτέ να έχει υπάρξει πλήρως αναπτυγμένη εικόνα μανίας στο ιστορικό τους ασθενούς, τότε τίθεται η διάγνωση της «διπολικής διαταραχής II». έχει προταθεί (χωρίς να είναι επισήμως καθιερωμένο και η διάγνωση της διπολικής διαταραχής III, όταν υπάρχουν μείζον καταθλιπτικά επεισόδια και λυπομανίες, οι οποίες όμως δεν εμφανίζονται αυτόματα αλλά πυροδοτούνται μόνο από τη θεραπευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Τόσο η διπολική διαταραχή II όσο και η III θεωρείται ότι υποσημειώνουν την ύπαρξη «βιολογικής» τάσης για διπολική διαταραχή και ότι (εφ'οσον δεν ανταποκρίνονται σε συνήθη αντικαταθλιπτική αγωγή ή αγωγή αυτή πυροδοτεί την εμφάνιση της υπομανίας) θα πρέπει να γίνεται τουλάχιστον κάποια δόκιμη θεραπείας με χορήγηση ψυχοπροφυλακτικής αγωγής όπως αυτή που χρησιμοποιείται στην διπολική διαταραχή I.

Η κυκλοθυμία, τέλος, είναι ηπιότερη μορφή της διπολικής διαταραχής II, κατά την οποία υπάρχουν επεισόδια υπομανίας εναλλασσόμενα με καταθλιπτικά επεισόδια που ποτέ δεν φτάνουν σε βαρύτητα τέτοια ώστε να διαγνωστούν ως επεισόδια μείζονος κατάθλιψης. Για να τεθεί η διάγνωση της κυκλοθυμίας θα πρέπει τα επεισόδια να είναι πολλά (είτε συνεχόμενα είτε και με κάποιες περιόδους νορμοθυμίας μεταξύ τους) και η κατάσταση να διαρκεί τουλάχιστον δυο χρόνια. Και στη κυκλοθυμία θα πρέπει να εφαρμόζεται αγωγή με ψυχοπροφυλακτικά φάρμακα όταν η ένταση της συμπτωματολογίας το απαιτεί⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Διάφορες καλά μεθοδευμένες μελέτες, που στο σύνολο τους σχεδόν αφορούν σε αναπτυγμένες κοινωνίες, δίνουν τα παρακάτω επιδημιολογικά στοιχεία:

Û ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ

Η πιθανότητα νόσησης από διπολική διαταραχή I για όλη την διάρκεια της ζωής στο γενικό πληθυσμό φαίνεται ότι είναι λίγο μικρότερη από 1%, με το ποσοστό να κυμαίνεται μεταξύ του 0,3% και του 1,5%. Για την διπολική διαταραχή II η διακύμανση είναι μεγαλύτερη, με άλλες μελέτες να εκτιμούν την πιθανότητα νόσησης ως μικρότερη της διπολικής διαταραχής I (περίπου στο 0,4%) και άλλες ως πολύ μεγαλύτερη (έως και 5%)^{2,7}. Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα μπορεί να πάσχουν από 10.000-20.000 άτομα από την ασθένεια¹.

Û ΦΥΛΟ

Όσον αφορά το φύλο, η διπολική διαταραχή I είναι εξίσου συχνή σε άντρες και γυναίκες (σε αντιδιαστολή προς τη μονοπολική κατάθλιψη που είναι συχνότερη στις γυναίκες). Το πρώτο επεισόδιο είναι συνήθως μανιακό στους άντρες και μείζον καταθλιπτικό στις γυναίκες, οι οποίες έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν κατοπινά (συχνά ψυχωτικά) επεισόδια στην επιλόχεια περίοδο (ή μπορεί να έχουν τα πρώτα τους επεισόδια στην επιλόχεια περίοδο). Η προεμμηνορρυσιακή περίοδος συχνά επιδεινώνει ένα υπάρχον μείζον καταθλιπτικό, μανιακό μεικτό ή υπομανιακό επεισόδιο. Επίσης οι γυναίκες υπεραντιπροσωπεύονται μεταξύ των

ασθενών με διπολική διαταραχή II, διπολική διαταραχή με ταχεία εναλλαγή φάσεων και διπολική διαταραχή με άτυπα ή εποχιακά καταθλιπτικά ή με μεικτά μανιακά επεισόδια¹⁰.

Û ΗΛΙΚΙΑ

Εμφανίζεται συνήθως στο τέλος της εφηβείας ή νωρίς στην ενήλικη ζωή, ενώ δεν αποκλείεται τα πρώτα συμπτώματα να παρουσιαστούν κατά την παιδική ηλικία. Το πρώτο μανιακό επεισόδιο συνήθως συμβαίνει πριν από την ηλικία των 30 ετών. Επίσης, αν και είναι σχετικά σπάνιο, μπορεί να εμφανιστεί μετά τα 50, όποτε πρέπει να υποψιαστούμε κάποια οργανική αιτία (π.χ. χρήση ουσιών, νεοπλασία εγκεφάλου κτλ)³. Περίπου το 10%-15% των έφηβων με υποτροπιάζοντα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια αναπτύσσουν διπολική διαταραχή I. Τα μεικτά επεισόδια είναι πιο συχνά σε έφηβους και νεαρούς ενήλικους και σε άτομα πάνω από 60. Τα μανιακά επεισόδια σε έφηβους είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν ψυχωτικά στοιχεία και συνοδεύονται από σκασιαρχείο, αντικοινωνική συμπεριφορά, αποτυχία στο σχολείο ή χρήση ουσιών. Σε έναν αριθμό έφηβων προϋπάρχει ένα μακρό ιστορικό προβλημάτων συμπεριφοράς, που δεν είναι σίγουρο αν αποτελεί πρόδρομο φαινόμενο για διπολική διαταραχή ή ανεξάρτητη διαταραχή¹¹.

Û ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Αν και δεν υπάρχουν έντονες διαφορές , εντούτοις φαίνεται ότι υπάρχει κάποια μεγαλύτερη συχνότητα στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα, δηλαδή σε άτομα υψηλού κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου².

Û ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Βιολογικοί συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με διπολική διαταραχή I έχουν αυξημένα ποσοστά διπολικής διαταραχής I (4%-24%), διπολικής διαταραχής II (1%-5%) και μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (4%-24%) σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Επίσης μελέτες δίδυμων και υιοθετημένων ατόμων δείχνουν έντονη γενετική επίδραση στη διπολική διαταραχή I⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ




Όπως για τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές ή σύνδρομα έτσι και για τις διαταραχές της διάθεσης δεν έχει εντοπιστεί μια ειδική αιτιολογία, επικρατεί η άποψη ότι προκαλούνται από συνδυασμό προδιαθεσικών και συντελεστικών βιολογικών γενετικών, βιοχημικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Ιδιαίτερος συντελούν στις διαταραχές αυτές:

- Τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής, π.χ. ψυχοτραυματικός χωρισμός από αγαπημένο πρόσωπο λόγω θανάτου του ή διαζυγίου, απώλεια ενός ιδανικού ή εργασίας ή κοινωνικής θέσης, απογοητεύσεις ή αποστερήσεις λόγω αρρώστιας, ατυχήματος ή και αναπηρίας.
- Η προνοσηρή προσωπικότητα, που χρησιμοποιεί αμυντικούς μηχανισμούς εσωτερίκευσης μάλλον παρά εξωτερίκευσης του θυμού, των ψυχικών συγκρούσεων, της ένοχης και τραυματισμών.
- Η γνωστική διαταραχή που αφορά λανθασμένη αρνητική εκτίμηση του εαυτού, του περιβάλλοντος, των εμπειριών της ζωής και του προσωπικού μέλλοντος.
- Η εμπειρία (νομιζόμενη ή πραγματική) επανειλημμένων αποτυχιών στη ζωή, που δημιουργεί στο άτομο αίσθημα απελπισίας, αδυναμίας και έλλειψης έλεγχου στις περιστάσεις της ζωής.

Βέβαια μια ορισμένη συλλογή στρεσογόνων γεγονότων της ζωής μόνο, δεν προκαλεί μια συναισθηματική διαταραχή. Μάλλον η προσωπικότητα του ατόμου και το κοινωνικό περιβάλλον παίζουν τον σημαντικότερο ρόλο. Δρουν ως μετασχηματιστές των γεγονότων της ζωής κατά τρόπο, ώστε μεγιστοποιείται ή ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος της νόσησης¹².

3.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Στον επιστημονικό χώρο, η διερεύνηση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων για την εκδήλωση της διπολικής διαταραχής πραγματοποιείται με τη βοήθεια διαφόρων τύπων επιστημονικών μελετών. Επί του παρόντος, υπάρχει μια σχετική ομοφωνία μεταξύ των επιστημόνων ως προς το γεγονός, ότι δεν έχει απομονωθεί ένας συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας αλλά, αντιθέτως, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων που βρέθηκε να συμβάλλει στην ανάπτυξη της διπολικής διαταραχής¹³:

-  ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
-  ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
-  ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ)

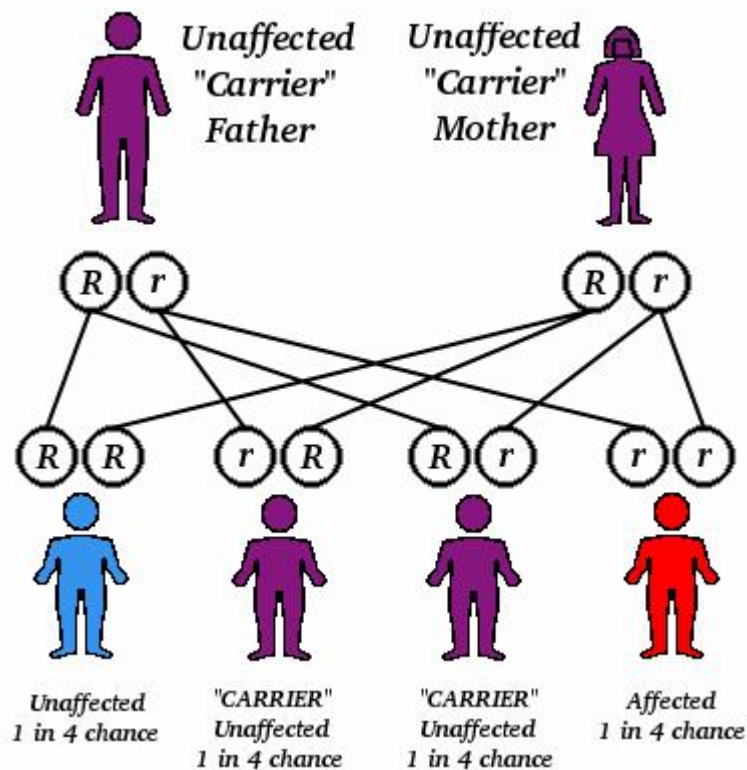
Η συμβολή των γενετικών παραγόντων στις διαταραχές της διάθεσης φαίνεται από τα αποτελέσματα μελετών σε οικογένειες, σε διδύμους και σε υιοθετημένα άτομα και από τις έρευνες της μοριακής βιολογίας.

Τα άτομα που έχουν συγγενείς στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον πάσχοντες από διπολική διαταραχή έχουν πιο πολλές πιθανότητες να εμφανίσουν και αυτά τη νόσο – αυτό είναι γνωστό ως ‘γενετική προδιάθεση’. Βέβαια αυτό δε σημαίνει ότι όλα τα άτομα που πάσχουν έχουν και πάσχοντες συγγενείς. Όμως, η πιθανότητα να αναπτύξει κάποιος τη νόσο αυξάνεται εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό:

Γονείς - όταν ο ένας γονέας πάσχει, κάθε παιδί έχει 15-30% πιθανότητα να εμφανίσει τη νόσο. Όταν και οι δύο γονείς πάσχουν η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου στα παιδιά τους φτάνει το 50-70%.

Αδέλφια – Εάν ο αδελφός ή η αδελφή κάποιου ατόμου πάσχει, τότε η πιθανότητα να αναπτύξει και αυτό το άτομο τη νόσο είναι 15-25%.

Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι υπάρχουν και άτομα με Διπολική Διαταραχή που δεν έχουν καν οικογενειακό ιστορικό.



Σε μονοζυγωτικά δίδυμα παιδιά βρέθηκε ότι εάν το ένα παιδί έχει διπολική διαταραχή, τότε το άλλο έχει πιθανότητα 68% να δονήσει από την ίδια πάθηση. Αντίθετα σε δίδυμα παιδιά που δεν έχουν την ίδια γενετική προικοδότηση (διζυγωτικά δίδυμα), η πιθανότητα αυτή μειώνεται στο 23%. Η διάφορα των ποσοστών μέχρι το 100% στους μονοζυγωτικούς δίδυμους αποδίδεται σε ατελή γονιδιακή διεισδυτικότητα ή στη συμμετοχή και άλλων μη γενετικών παραγόντων στην εμφάνιση της νόσου.

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

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

Δυστυχώς δεν υπάρχουν αιματολογικές εξετάσεις που μπορεί να δείξουν εάν κάποιο άτομο έχει Διπολική Διαταραχή. Κάποιος με γενετική προδιάθεση καλό θα είναι να συμβουλευθεί τον ιατρό του για το εάν εμφανίζει συμπτώματα της νόσου. Αυτός είναι ένας καλός τρόπος προληπτικής ιατρικής εξέτασης^{14,3}.

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

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

Ψυχοπιεστικά (Στρεσογόνα) γεγονότα της ζωής. Μολονότι μεθοδολογικά επαρκείς έρευνες για την αιτιολογική συμβολή των παραγόντων αυτών είναι δύσκολο να υπάρξουν, εντούτοις φαίνεται ότι οπωσδήποτε η συμμετοχή τους στην πρόκληση διαταραχών της διάθεσης είναι δεδομένη. Ίσως παίζουν κάποιο οδωτικό ή εκλυτικό ρόλο. Υποστηρίζεται ότι έχουν μεγαλύτερη σημασία για τις πρώτες φάσεις της διπολικής διαταραχής.

Η κλινική παρατήρηση έχει δείξει ότι τα στρεσογόνα γεγονότα έχουν μεγαλύτερη σημασία για άτομα που νοσούν σε μεγαλύτερη ηλικία³.

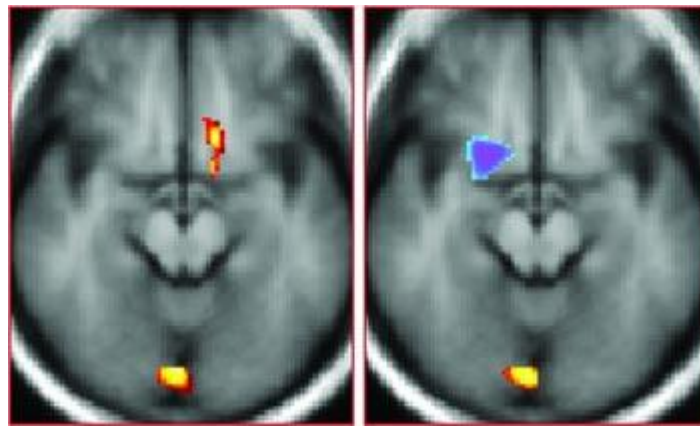
Ψυχολογικοί παράγοντες. Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί ότι μια συγκεκριμένη προσωπικότητα (ή στοιχεία προσωπικότητας) ή ένας συγκεκριμένος ψυχολογικός μηχανισμός προδιαθέτει ή προκαλεί την κατάθλιψη ή την έξαρση.

Ιδιαίτερα, όσον αφορά τις ψυχοδυναμικές θεωρίες της κατάθλιψης, η βιβλιογραφία είναι τεράστια. Κατά ορισμένους θεωρητικούς, τα άτομα που είναι επιρρεπή σε κατάθλιψη χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη αυτοκριτική. Κατά άλλους, η κατάθλιψη είναι θυμός ή επιθετικότητα που στρέφεται εναντίον του εαυτού. Άλλοι υποστηρίζουν ότι αστάθεια και ανασφάλεια στη βρεφονηπιακή ηλικία, που προέρχεται από διαταραγμένη σχέση μητέρας-παιδιού, δημιουργούν το υπόστρωμα για ευαισθησία και ευαλωτότητα σε αποχωρισμούς αργότερα, που οδηγούν σε κατάθλιψη. Η διαπροσωπική απώλεια έχει τονισθεί ιδιαίτερα από τον Freud και τους οπαδούς του, που σημείωσαν τις ομοιότητες και τις διαφορές ανάμεσα στο κοινό πένθος (που είναι φυσιολογική αντίδραση) και την κατάθλιψη που ακολουθεί την απώλεια είτε ενός αγαπημένου ατόμου είτε κάποιας σημαντικής για το άτομο διάστασης (π.χ. θάνατος αγαπημένου ατόμου, απώλεια εργασίας, χωρισμός από αγαπημένο άτομο κτλ.). Έρευνες ήδη έχουν δείξει ότι υπάρχει αυξημένη συχνότητα κατάθλιψης σε άτομα που έχασαν κάποιο γονιό στην παιδική τους ηλικία - κατά πάσα πιθανότητα λόγω αυξημένης ευαισθησίας σε διαπροσωπικές απώλειες αργότερα. Η γνωστική θεωρία της κατάθλιψης, βέβαια, απομακρύνεται από την ψυχοδυναμική θεώρηση και αποδίδει την κατάθλιψη σε αρνητική, λαθεμένη, εκτίμηση που κάνει το άτομο για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον¹⁴.

Από τους ψυχοδυναμικούς ψυχιάτρους υποστηρίζεται ότι στη μανία, που θεωρείται από τους ψυχαναλυτές άμυνα του ανθρώπου προς την κατάθλιψη, γίνεται τήξη (συνένωση) του Εγώ με το Υπερεγώ. Με το τρόπο αυτόν, η ψυχική ενέργεια, που πριν ξοδευόταν στη διαμάχη του Εγώ με το απαγορευτικό Υπερεγώ, τώρα χρησιμεύει στην αχαλίνωτη απόλαυση της ζωής, που εκφράζεται με τη μανιακή συνδρομή³.

ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οί νευροβιολογικές μελέτες των διαταραχών της διάθεσης ακολούθησαν τέσσερις κυρίως μεγάλες περιοχές έρευνας: τις διαταραχές της νευροδιαβίβασης, τις διαταραχές της νευροφυσιολογικής λειτουργίας (ιδιαίτερα του ύπνου), τις διαταραχές της νευροενδοκρινικής λειτουργίας και την νευροαπεικόνιση της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου.



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

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

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

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

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

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

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

Διαταραχές της Νευροφυσιολογικής Λειτουργίας. Και αυτές οι διαταραχές μελετήθηκαν εκτενώς σε ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης. Τα περισσότερα στοιχεία αφορούν τη χρήση του ΗΕΓ ύπνου (που είναι μέρος της «πολυπνογραφίας») και δείχνουν ότι σε μεγάλο αριθμό καταθλιπτικών και μανιακών ασθενών υπάρχουν διάφορες ανωμαλίες στο ΗΕΓ που παίρνεται κατά τον ύπνο των ασθενών αυτών. Τα πιο συχνά «πολυπνογραφικά» ευρήματα σε καταθλιπτικούς ασθενείς είναι:

- 1) Διαταραχές της συνέχειας του ύπνου, όπως αύξηση της λανθάνουσας περιόδου πριν τον ύπνο, αύξηση των ενδιάμεσων ξυπνημάτων και ξύπνημα νωρίς το πρωί
- 2) Ελάττωση των σταδίων 3 και 4 NREM (Non Rapid Eye Movement) του ύπνου δηλ. του «βαθέως ύπνου» (ή ύπνου των βραδέων κυμάτων ή ύπνου δ) και μετακίνηση της δραστηριότητας των βραδέων κυμάτων μακριά από την πρώτη NREM περίοδο
- 3) Ελάττωση της λανθάνουσας περιόδου πριν τον REM (Rapid Eye Movement) ύπνο (δηλ. βράχυνση της διάρκειας της πρώτης NREM περιόδου)
- 4) Αύξηση της REM δραστηριότητας δηλ. του αριθμού των γρήγορων κινήσεων του οφθαλμού
- 5) Αύξηση της διάρκειας («πυκνότητας») του REM ύπνου στην αρχή της νύχτας.

Όλα τα παραπάνω συμπίπτουν με τα χαρακτηριστικά του διαταραγμένου ύπνου των καταθλιπτικών: όπως είναι γνωστό, οί καταθλιπτικοί δεν κοιμούνται βαθιά ή αρκετά και έχουν ανήσυχο ύπνο με άσχημα όνειρα και εφιάλτες.

Τα ευρήματα αυτά στο ΗΕΓ ύπνου ανευρίσκονται στο 40%/ο-60% των εξωτερικών ασθενών και στο 90% των νοσηλευομένων ασθενών με Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

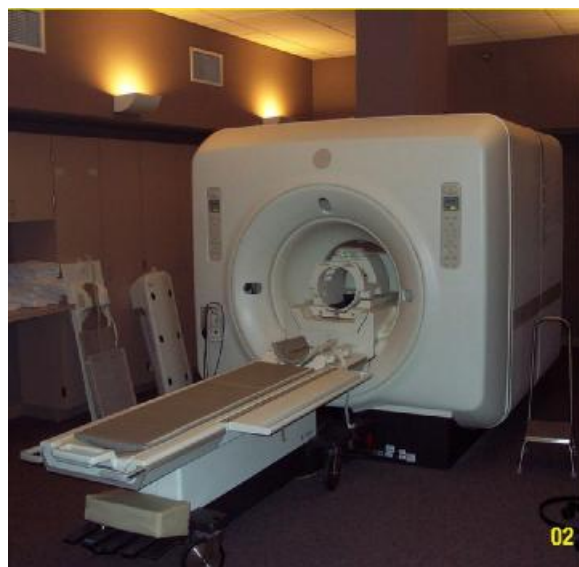
Διαταραχές της Νευροενδοκρινικής Λειτουργίας. Οί λειτουργίες του υποθαλάμου, της υπόφυσης, του φλοιού των επινεφριδίων, του θυρεοειδούς και άλλων ενδοκρινών αδένων έχουν μελετηθεί για την ανεύρεση αιτιολογικών συσχετίσεων με τις διαταραχές της διάθεσης.

Ο υποθάλαμο-υποφυσιο-επινεφριδικός (ΥΥΕ) άξονας κίνησε ιδιαίτερα το ενδιαφέρον των ερευνητών, ύστερα από το εμπειρικό εύρημα ότι ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς δεν μπορούν να καταστείλουν την παραγωγή κορτιζόλης από τον επινεφριδικό φλοιό, όταν τους χορηγηθεί δοσολογία δεξαμεθαζόνης αρκετή για να καταστείλει την παραγωγή κορτιζόλης σε φυσιολογικά άτομα. Η υπερκορτιζολαιμία είναι ένα από τα σταθερά ευρήματα σε καταθλιπτικούς ασθενείς και έτσι θεωρήθηκε ότι η Δοκιμασία Καταστολής με Δεξαμεθαζόνη (DST Dexamethasone Suppression Test), που μετρά την ικανότητα για καταστολή της παραγωγής κορτιζόλης, θα ήταν ένα ειδικό τεστ για τη διάγνωση της κατάθλιψης και ένα εργαλείο για τη διερεύνηση της νευροενδοκρινικής λειτουργίας του ΥΥΕ άξονα στην

κατάθλιψη. Δυστυχώς, όμως αποδείχτηκε ότι η μη καταστολή συμβαίνει και σε άλλες ψυχιατρικές διαταραχές εκτός από την κατάθλιψη, όπως σε ψυχογενή ανορεξία, σε άνοια και σε κατάχρηση ουσιών.

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

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



Υπάρχουν βέβαια και άλλα ερευνητικά πεδία για τη νευροβιολογία των διαταραχών της διάθεσης, όπως τα προκλητά δυναμικά, το φαινόμενο kindling , το ΗΕΓ ημέρας κ.ά¹⁴.

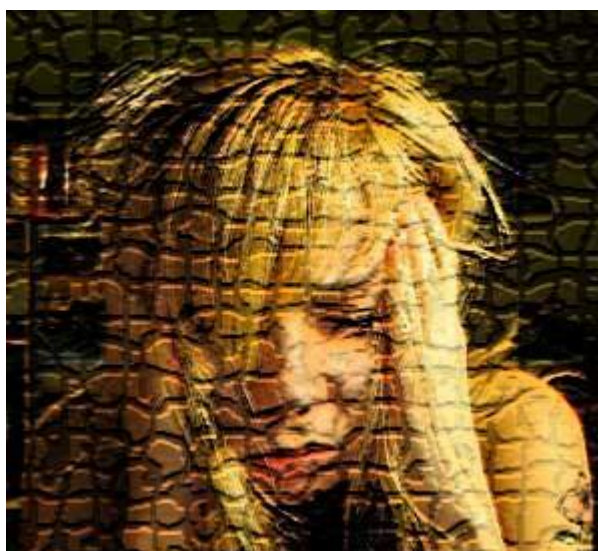
Επιστρέφοντας, λοιπόν, στα αρχικά μας σχόλια για την αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης, θα πρέπει και πάλι να πούμε ότι κατά πάσα πιθανότητα διάφοροι παράγοντες γενετικοί, ψυχοκοινωνικοί και νευροβιολογικοί διαπλέκονται και προκαλούν την εκδήλωση μιας διαταραχής της διάθεσης. Έτσι, π.χ. μπορούμε να υποθέσουμε ότι μια σειρά στρεσογόνων γεγονότων της ζωής μπορεί να προκαλέσει μια βιολογική αντίδραση όπως είναι μια υπερέκκριση κορτιζόλης, που εφόσον αρχίσει είναι δύσκολο να σταματήσει και που μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει ένα καταθλιπτικό σύνδρομο, το οποίο έτσι έχει αιτία και ψυχοκοινωνική και βιολογική. Και επιπλέον θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι ένας γενετικός παράγοντας, που μπορεί να μεταβιβάζεται στα άτομα μιας οικογένειας, μπορεί να είναι η τάση τους να είναι νευροβιολογικά υπερευαίσθητα στο ψυχοκοινωνικό στρες. Τέτοιου είδους - και οπωσδήποτε πολυπλοκότερα - πολυπαραγοντικά μοντέλα μπορεί να προσεγγίσουν ίσως τελικά την αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης¹³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

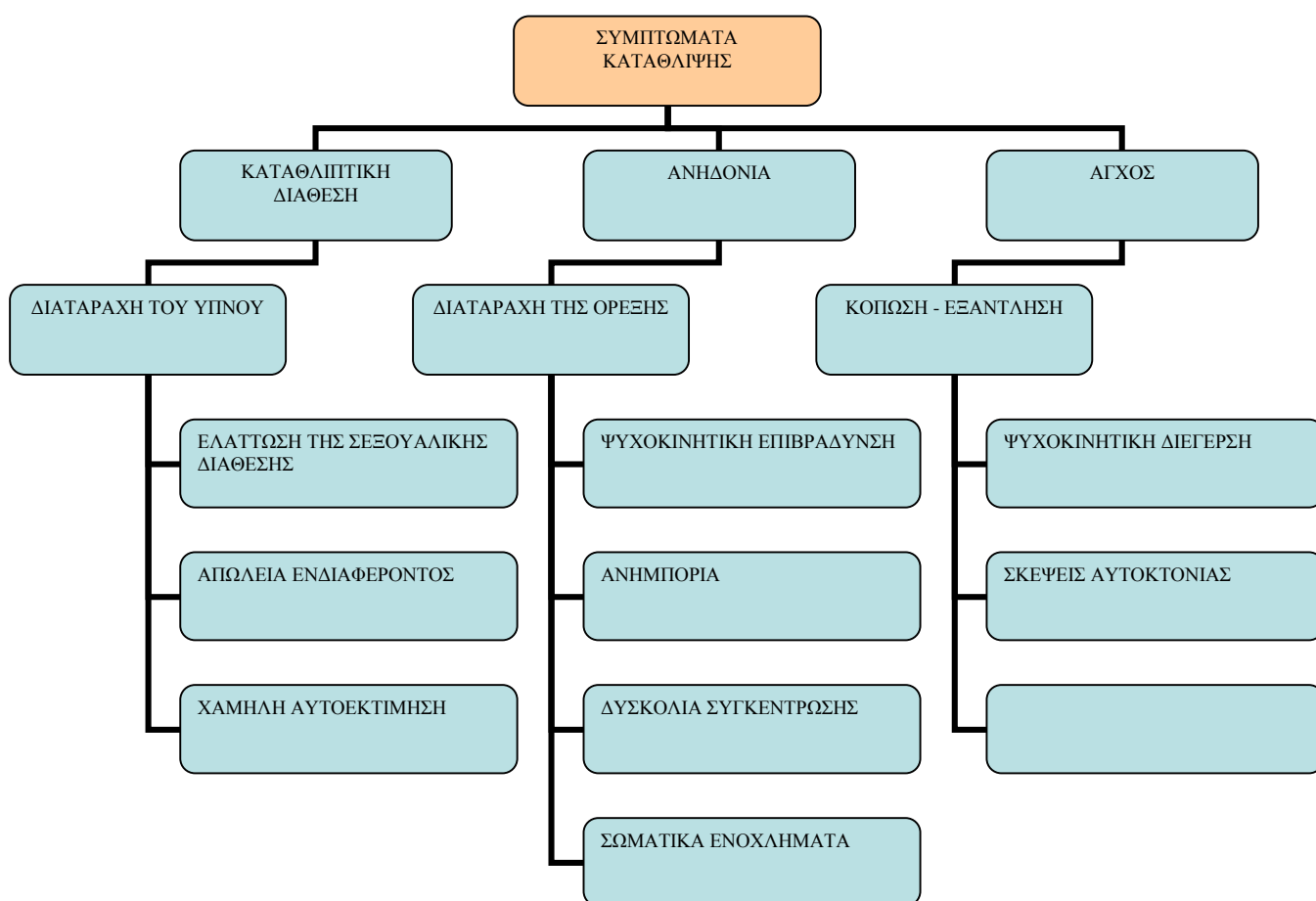
Η Διπολική Διαταραχή προκαλεί έντονες μεταβολές της συναισθηματικής διάθεσης- από ευφορία ή \και ευερεθιστότητα σε μελαγχολία και απελπισία. Πρόκειται για επεισόδια μανίας και κατάθλιψης αντίστοιχα, τα οποία έχουν τη τάση να επαναλαμβάνονται διαδοχικά, συχνά με μεσοδιαστήματα φυσιολογικής διάθεσης. Παράλληλα παρατηρούνται σημαντικές μεταβολές στην ενεργητικότητα και τη συμπεριφορά¹⁵.

Επειδή λοιπόν, η διπολική διαταραχή είναι μια ασθένεια που περιλαμβάνει κατά κανόνα ασθενείς με ιστορικό καταθλιπτικών και μανιακών επεισοδίων, είναι σημαντικό να περιγράψουμε τόσο τα συμπτώματα της μανίας και υπομανίας, όσο και εκείνα της κατάθλιψης.



ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζονται τα πολυάριθμα συμπτώματα και σημεία της κατάθλιψης που αναλύονται στη συνέχεια.



ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

Καταθλιπτική διάθεση

Το άτομο πού βρίσκεται σε καταθλιπτική διαταραχή συνήθως περιγράφει τη διάθεσή του σαν καταθλιπτική, λέγοντας ότι νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία κλπ. Η καταθλιπτική αυτή διάθεση χαρακτηριστικά κυριαρχεί στη ζωή του ατόμου. Συχνά είναι έτσι και τα εύκολα κλάματα. Μπορεί όμως το άτομο να περιγράψει τη διάθεσή του και με λόγια όπως «δεν με νοιάζει πια» ή μπορεί ακόμη να μας λέει ότι δεν νιώθει θλίψη. Το τελευταίο είναι ιδιαίτερα συχνό σε παιδιά, πού όμως δείχνουν την κατάθλιψη στο πρόσωπό τους. Όπως, ήδη τονίσαμε, ψάχνουμε και για άλλα συμπτώματα πέρα από την καταθλιπτική διάθεση, σε άτομα που δεν την παρουσιάζουν αλλά πιστεύουμε ότι πάσχουν από κατάθλιψη. Επίσης, όπως στη συνέντευξη με κάποιο σχιζοφρενικό ασθενή που δεν έχει χαρακτηριστικά συμπτώματα η αίσθηση παράξενου στον κλινικό εξεταστή μπορεί να βοηθήσει, έτσι και στην επικοινωνία με καταθλιπτικό ασθενή, ο εξεταστής μπορεί να νιώσει θλίψη, πολλές φορές αφόρητη, ενώ ο ασθενής δεν αναφέρει θλίψη.

Αηδόνια

Απώλεια της ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που προηγούμενα ήταν ευχάριστες αποτελεί βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης και χρειάζεται προσοχή γιατί το άτομο μπορεί να μην το έχει συναισθανθεί και να μην παραπονιέται γι' αυτό. Η οικογένειά του μπορεί όμως να το έχει προσέξει.

Δραστηριότητες που παύουν να είναι ευχάριστες είναι το φαγητό, το σεξ, τα χόμπι, τα σπορ, κοινωνικές και οικογενειακές εκδηλώσεις. Ανάλογη προς την αηδόνια είναι και η απώλεια ενδιαφέροντος σε διάφορες δραστηριότητες.

Άγχος

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν άγχος υπό μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικειμένου κινδύνου, ευερεθιστότητας ή ακόμη και προσβολών πανικού με συνωδά φυτικά συμπτώματα όπως ιδρώτες, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία κλπ. Η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης μπορεί να κάνει δύσκολη τη διάκριση ποιο από τα δύο αποτελεί τη βασική διαταραχή.

ΦΥΤΙΚΟ (ΑΥΤΟΝΟΜΟ) ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Συχνή είναι η παρουσία συμπτωμάτων από το φυτικό νευρικό σύστημα. Η αναγνώρισή τους είναι σημαντική τόσο για τη διάγνωση, όσο και τη θεραπεία της κατάθλιψης.

Διαταραχή του ύπνου

Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν κάποιας μορφής διαταραχή του ύπνου, συνήθως αϋπνία, μερικές φορές και υπερυπνία (ιδιαίτερα παιδιά, νεαρά άτομα και ασθενείς με Διπολική Διαταραχή). Η αϋπνία μπορεί να συνίσταται σε δυσκολία τον ατόμου να κοιμηθεί (αρχική αϋπνία), σε αφύπνιση στη διάρκεια της νύχτας και δυσκολία να ξανακοιμηθεί (μέση αϋπνία) και σε αφύπνιση νωρίς το πρωί (τελική αϋπνία), που είναι ιδιαίτερα συχνή και ενοχλητική καθώς το άτομο ξυπνά στις 5.00 ή 6.00 το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί.

Διαταραχή της όρεξης

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν ανορεξία που συνοδεύεται ή όχι από απώλεια βάρους. Η απώλεια βάρους μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική για τη ζωή. Λιγότερο συχνή είναι η αύξηση της όρεξης, που μπορεί να οδηγήσει και σε πρόσληψη σημαντικού βάρους -ιδιαίτερα σε νεαρές γυναίκες και σε άτομα με Διπολική Διαταραχή.

Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας)

Συχνό παράπονο των καταθλιπτικών ασθενών είναι ένα αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης, σαν όλη η ζωτικότητα ή ενέργεια που έχουν μέσα τους να έχει φύγει. Αυτό το αίσθημα, που πολλές φορές είναι ανυπόφορο, μπορεί να παρακολουθεί τις ημερήσιες διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης, οπότε χαρακτηριστικά μπορεί να έχουμε μεγαλύτερη κατάθλιψη και κόπωση-εξάντληση το πρωί και βελτίωση και των δύο καθώς προχωρά η ημέρα.

Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido)

Συχνή είναι η ελάττωση της libido, που ιδιαίτερα στους άντρες, καθώς μπορεί να εκφράζεται και με διαταραχή της στύσης, τραυματίζει ακόμη περισσότερο την αυτοεκτίμησή τους.

Ψυχοκινητική επιβράδυνση

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων. Έτσι, οι απαντήσεις τους είναι φτωχές ή και μονολεκτικές, ο λόγος γίνεται μονότονος και βραδύς, το βλέμμα είναι απλανές, οι κινήσεις του σώματος αργές και η όλη εικόνα μπορεί να φθάσει να μοιάζει την κατατονία.

Ψυχοκινητική διέγερση

Ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς - ιδιαίτερα ηλικιωμένα άτομα - παρουσιάζουν εκνευρισμό, ανησυχία, ένταση ή και διέγερση αντί για επιβράδυνση. Έτσι οι ασθενείς αυτοί βηματίζουν πάνω κάτω, στριφογυρνούν τα χέρια τους, τραβούν τα μαλλιά τους, το δέρμα τους, τα ρούχα τους, παραπονιούνται έντονα ή φωνάζουν.

ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ

Απώλεια του ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν όχι μόνο μια απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση, αλλά επίσης και μια ελάττωση της κινητοποίησης σ' όλες τις εκφράσεις της ζωής. Εργασία, οικογενειακή ζωή, σπορ κλπ. χάνουν το ενδιαφέρον τους και το άτομο νιώθει ότι δεν έχει την ικανότητα-διάθεση να εκτελέσει συνηθισμένες ασχολίες.

Ανημποριά, έλλειψη ελπίδας

Χαρακτηριστικά το καταθλιπτικό άτομο νιώθει ανήμπορο να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του, ακόμη και απλά καθήκοντα - μέχρι και το πώς να φροντίσει την εμφάνισή του και την υγιεινή του. Επίσης, νιώθει χωρίς ελπίδα για το μέλλον ή για την κατάστασή του.

Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας

Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι οπωσδήποτε η αυτοκτονία. Η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι μεγάλη. Υπολογίζεται

ότι 1°/ο των καταθλιπτικών ασθενών πεθαίνει αυτοκτονώντας μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου. Σε ασθενείς που υποφέρουν από υποτροπιάζοντα επεισόδια κατάθλιψης το ποσοστό ανεβαίνει στο 15°/ο. Ιδιαίτερα επικίνδυνο είναι το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για αυτοκτονία είναι στην περίοδο των 6 έως 9 μηνών που ακολουθεί τη συμπτωματική βελτίωση των ασθενών. Κι αυτό, αν και φαίνεται παράδοξο, οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα στο ότι στην περίοδο αυτή ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας, ενώ δεν έχει αλλάξει σημαντικά η θεώρηση της ζωής του, που τη θεωρεί αρκετά αρνητική ώστε να θέλει έντονα να αυτοκτονήσει.

ΣΚΕΨΗ-ΑΝΤΙΛΗΨΗ

Αισθήματα-σκέψεις ενοχής ή/και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά εκφράζουν αισθήματα και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες ή λάθη. Ο βαθμός αυτοκατηγορίας, όμως, είναι υπερβολικός, που φαίνεται είτε από το ότι τα γεγονότα στα οποία αναφέρεται ο ασθενής είναι μηδαμινά είτε από το ότι ο ασθενής αποδίδει στον εαυτό του περισσότερη ευθύνη απ' ότι του αναλογεί. Επίσης το αίσθημα αναξιότητας, το οποίο παρουσιάζουν πολλοί ασθενείς, κυμαίνεται από αισθήματα ανεπάρκειας μέχρι έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής αξίας του ατόμου. Ανάλογα επηρεάζεται και η αυτοεκτίμηση καθώς οι ασθενείς είναι ανίκανοι να εκτιμήσουν ρεαλιστικά την απόδοσή τους στις καθημερινές υποχρεώσεις (που είναι όμως και μειωμένη), αλλά και σαν συνέπεια των προηγούμενων. Ενοχή, αναξιότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, όταν φθάσουν στο σημείο να είναι σε σταθερή και ακλόνητη διάσταση με την πραγματικότητα, αποτελούν πια παραληρητικές ιδέες.

Δυσκολία στη συγκέντρωση

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς μπορεί να είναι τόσο έντονα ενασχολημένοι με τις καταθλιπτικές τους σκέψεις που δυσκολεύονται να προσέξουν τι γίνεται γύρω τους. Επίσης, παραπονιούνται για «έκπτωση της μνήμης» ή για δυσκολία συγκέντρωσης που φαίνεται στην προσπάθειά τους να διαβάσουν, να δουν τηλεόραση κλπ. Επειδή τα ανοϊκά άτομα

ουσιαστικά έχουν δυσκολία με τη μνήμη και τη συγκέντρωση, μερικές φορές είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνώσει κανείς την κατάθλιψη από την άνοια στα ηλικιωμένα άτομα.

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επίσης συχνά και επιβράδυνση της σκέψης και αναποφασιστικότητα.

Ψύχωση

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αρκετά βαριά, ώστε να περιλαμβάνει ψυχωτικά συμπτώματα, κυρίως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Το περιεχόμενο αυτών των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών συνήθως είναι σύντονο με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες σύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση). Π.χ. το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν επειδή είναι αμαρτωλό ή ανεπαρκές ή έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις που το κατηγορούν για αμαρτίες ή λάθη του. Μπορεί επίσης να εμφανισθούν μηδενιστικές παραληρητικές ιδέες καταστροφής του κόσμου ή του ατόμου, σωματικές παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις καρκίνου ή άλλης σοβαρής ασθένειας, παραληρητικές ιδέες φτώχειας.

Λιγότερο συχνά, το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών δεν έχει σχέση με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες ασύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση). Π.χ. το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν χωρίς να μπορεί να εξηγήσει το λόγο κ.τ.λ.

ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

Εκτός από τα κλασικά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα που αναφέραμε παραπάνω, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός σωματικών συμπτωμάτων που αποτελούν έκφραση του καταθλιπτικού συνδρόμου. Στην κλινική πράξη, παθολόγοι, γενικοί γιατροί κλπ. βομβαρδίζονται με τέτοια ενοχλήματα, όπως πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, μυϊκοί σπασμοί (κράμπες), ναυτία, έμετος, δυσκοιλιότητα, οπισθοστερνικό κάψιμο, δυσκολία στην αναπνοή, υπέρπνοια, πόνος στο στήθος κλπ. Μεγάλος αριθμός εξετάσεων γίνεται χωρίς λόγο και τελικά ο γιατρός καταλήγει ότι όλα αυτά ήταν «ψυχολογικά». Ο όρος «καλυμμένη κατάθλιψη» έχει χρησιμοποιηθεί για τις περιπτώσεις αυτές. Δεν πρόκειται, όμως, για άλλου είδους κατάθλιψη. Απλώς, ο γιατρός πρέπει να σκεφθεί ότι το άτομο με τέτοια συμπτώματα

μπορεί να έχει κατάθλιψη, οπότε ρωτώντας για άλλα συμπτώματα κατάθλιψης - εκτός των πόνων κλπ. - οδηγείται στη διάγνωσή της².

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΑΝΙΑΣ

Ήδη περιγράψαμε τα συμπτώματα των καταθλιπτικών επεισοδίων. Η διάγνωση της διπολικής διαταραχής βασίζεται στην αναγνώριση των μανιακών επεισοδίων, οπότε στη συνέχεια θα περιγράψουμε τα κύρια συμπτώματα της μανίας και λυπομανίας.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΑΝΙΑΣ

✓ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ
✓ ΔΙΟΓΚΩΜΕΝΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ
✓ ΠΙΕΣΗ ΛΟΓΟΥ
✓ ΙΔΕΟΦΥΓΗ
✓ ΔΙΑΣΠΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ
✓ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ
✓ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΕΜΠΛΟΚΗ ΣΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΜΕ ΟΛΥΝΗΡΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ
✓ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΣΤΑΘΕΙΑ
✓ ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΙΔΕΕΣ & ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ
✓ ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΗ ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΥΠΝΟ

Διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης

Ο μανιακός ασθενής συνήθως βιώνει ευφορία και αυτή η διάθεση είναι «κολλητική» στους γύρω του. Έτσι κατά τη συνέντευξη ενός μανιακού ασθενή μπορεί κανείς ασυναίσθητα να χαμογελάσει και να βρεθεί στην ανάγκη να συγκρατήσει μian παρόρμηση να γελάσει (είναι φυσικά αντιθεραπευτικό και αντιδεοντολογικό να γελάσει κανείς ή να κοροϊδέψει τον ασθενή). Η αντίδραση αυτή που νιώθει ο κλινικός θα πρέπει να τον κάνει να υποψιασθεί τη διάγνωση της μανίας. Για τους ανθρώπους τον περιβάλλοντος του ασθενή είναι σαφές ότι η ευφορία του είναι υπερβολική και έξω από το χαρακτήρα του. Οι μανιακοί ασθενείς παρουσιάζονται ιδιαίτερα ενθουσιώδεις στις διαπροσωπικές τους αντιδράσεις, μιλούν στους πάντες και αναζητούν ανθρώπους για να μιλήσουν κατά ενοχλητικό και εξωπραγματικό τρόπο (τηλεφωνούν φίλους στις 4.00 το πρωί, π.χ. χωρίς να λογαριάζουν ότι κοιμούνται).

Θυμίζουμε και πάλι όμως ότι η προεξάρχουσα συναισθηματική διάθεση σε ορισμένους μανιακούς ασθενείς είναι η ευερεθιστότητα κι όχι η ευφορία. Ιδιαίτερα αν οι επιθυμίες του μανιακού ασθενή δεν τύχουν της δέουσας προσοχής, μπορεί αυτός ν' απαντήσει με έντονη δυσφορία, εκνευρισμό, επιθετικότητα και ενδεχόμενα οργή και βία (εξού και ο όρος «μανιακός»).

Διογκωμένη αυτοεκτίμηση

Την εξηρμένη συναισθηματική διάθεση συχνά συνοδεύει μια εξωπραγματική αίσθηση-εκτίμηση των ικανοτήτων και της σημαντικότητας του ατόμου. Μερικοί ασθενείς παρουσιάζονται απλώς με διογκωμένη και υπερβολική αυτοπεποίθηση και έλλειψη αυτοκριτικής. Άλλοι όμως αναπτύσσουν αίσθηση υπερεκτίμησης και υπεραξίας τον εαυτού τους μέχρι το σημείο της εμφάνισης σαφώς εξωπραγματικών παραληρητικών ιδεών μεγαλείου. Έτσι, μανιακοί ασθενείς, μπορεί να φθάσουν να πιστεύουν ότι έχουν ειδική σχέση με το Θεό, ότι έχουν ένα καταπληκτικό σχέδιο με το οποίο θα σώσουν τον κόσμο από την καταστροφή ή ότι έχουν μοναδικά ταλέντα ή ικανότητες (σε τομείς που δεν έχουν καν ειδικές γνώσεις) για το πώς π.χ. να αναμορφωθεί η Υγεία ή τα Ηνωμένα Έθνη κλπ. ή στο να συνθέσουν μουσική, να συγγράψουν ένα μυθιστόρημα κλπ.

Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο

Σχεδόν όλοι οι μανιακοί ασθενείς βιώνουν μian ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, που είναι χαρακτηριστική και θα πρέπει να ρωτηθεί. Οι μανιακοί ασθενείς νιώθουν γεμάτοι ενέργεια και ενεργητικότητα παρά το ότι δεν ξεκουράζονται καθόλου ή πολύ λίγο. Δεν κουράζονται, δεν νιώθουν την ανάγκη για ανάπαυση και μπορεί να συνεχίζουν χωρίς ύπνο για μέρες χωρίς να αισθανθούν κούραση.

Πίεση λόγου

Οι μανιακοί ασθενείς μιλούν σα να βρίσκονται κάτω από πίεση να βγάλουν τις λέξεις έξω. Μιλούν δυνατά και γρήγορα και συνήθως είναι δύσκολο να τους διακόψει κανείς. Το περιεχόμενο της ομιλίας τους μπορεί να είναι φυσιολογικό ή γεμάτο αστεία και λογοπαίγνια ή γεμάτο κατηγορίες, εχθρικότητα και υβρεολόγια. Συχνά οι μανιακοί ασθενείς μπορεί να έχουν θεατρικό στυλ, να χορεύουν και να τραγουδούν και να παρουσιάζονται αρκετά διασκεδαστικοί. Οι συνειρμοί και η επιλογή των λέξεων μπορεί να βασίζονται περισσότερο στους ήχους παρά στις ιδέες-σκέψεις με αποτέλεσμα να έχουμε ηχητικούς συνειρμούς (Δως' μου ένα μήλο - δεν σε έχω φίλο - Θα φας ξύλο).

Φυγή των ιδεών (Ιδεοφυγή)

Είναι οι απότομες αλλαγές από το ένα θέμα στο άλλο σε μια συνεχή ροή επιταχυμένου λόγου. Ο ασθενής κάνει συνειρμούς που είναι κατανοητοί, αλλά βασίζονται σε λογοπαίγνια, εξωτερικά ερεθίσματα ή άλλους τυχαίους παράγοντες. Αν η φυγή των ιδεών γίνει πολύ έντονη τότε ο λόγος γίνεται αποδιοργανωμένος και ακατανόητος¹⁰.

Διάσπαση της προσοχής

Συνήθως υπάρχει και εκδηλώνεται με ταχείες αλλαγές στην ομιλία ή στις δραστηριότητες σαν αποτέλεσμα ποικίλων άσχετων εξωτερικών ερεθισμάτων, όπως θόρυβοι ή επιγραφές ή εικόνες στον τοίχο κλπ.

Αυξημένη δραστηριότητα / Υπερκινητικότητα.

Περιλαμβάνει κινητική ανησυχία και υπερβολική εμπλοκή σε σεξουαλικές, ψυχαγωγικές, επαγγελματικές, πολιτικές, θρησκευτικές κ.ά. δραστηριότητες. Σχεδόν πάντα υπάρχει

αυξημένη κοινωνικότητα με προσπάθειες για ανανέωση παλιών γνωριμιών και τηλεφωνήματα σε φίλους όλη τη νύχτα. Οι ασθενείς μπορεί ν' αρχίσουν ταυτόχρονα πολλά σχέδια π.χ. να βάψουν το σπίτι τους, να γράψουν ένα μυθιστόρημα, να κάνουν γενική επισκευή τον αυτοκινήτου τους κλπ. - όλα την ίδια μέρα. Οπωσδήποτε αυτή η υπερβολική εμπλοκή δείχνει και έλλειψη κριτικής ικανότητας.

Υπερβολική εμπλοκή σε δραστηριότητες που μπορεί να έχουν οδυνηρές συνέπειες

Η έλλειψη κριτικής ικανότητας μαζί με την υπερβολική διαχυτικότητα, το αίσθημα μεγαλείου και την εξωπραγματική αισιοδοξία μπορεί να οδηγήσουν τους ασθενείς σε πράξεις με οδυνηρές συνέπειες.

Έτσι, π.χ. ένας μανιακός ασθενής μπορεί να ξοδέψει μια περιουσία ή ν' αγοράσει του κόσμου τα πράγματα και να καταχρεωθεί ή να οδηγεί απρόσεκτα και επικίνδυνα, να φύγει ξαφνικά σε ταξίδι για να γυρίσει τον κόσμο, να παρουσιάσει αχαράκτηριστη σεξουαλική συμπεριφορά ή να στέκεται στις γωνιές του δρόμου και να ανοίγει ενοχλητικά συζήτηση με περαστικούς. Μπορεί επίσης να ντύνεται με χτυπητά ή προκλητικά ρούχα, να βάφεται (γυναίκες ασθενείς) χτυπητά ή απρόσεκτα και έντονα, να μοιράζει γλυκά, λεφτά κλπ.

Συναισθηματική αστάθεια

Ορισμένοι μανιακοί ασθενείς περνούν γρήγορα από ευφορία σε θυμό ή κατάθλιψη, παρουσιάζουν δηλαδή ευμετάβλητη ή ασταθή συναισθηματική διάθεση. Οι μεταβολές ή διακυμάνσεις αυτές του συναισθήματος μπορούν να διαρκέσουν από λεπτά μέχρι ώρες, σπάνια περισσότερο. Μερικές φορές καταθλιπτικά και μανιακά συμπτώματα μπορεί να συμβαίνουν ταυτόχρονα ή να εναλλάσσονται γρήγορα κάθε λίγες μέρες (Διπολική Διαταραχή, Μικτή)¹⁰.

Παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις.

Όταν υπάρχουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις το περιεχόμενό τους συνήθως είναι σαφώς σύμφωνο με τη συναισθηματική διάθεση π.χ. η φωνή του θεού εξηγεί στο άτομο την ειδική αποστολή του ή το άτομο καταδιώκεται λόγω κάποιας ειδικής σχέσης ή λόγω κάποιας συγκεκριμένης δύναμης ή ικανότητας. Λιγότερο συχνά το περιεχόμενο είναι ασύμφωνο με τη συναισθηματική διάθεση².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Α.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Α.5.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

Όπως και με όλες τις ψυχικές νόσους, η διπολική διαταραχή δεν είναι δυνατό να διαγνωστεί με τη βοήθεια ενός εργαστηριακού ελέγχου (π.χ. εξέταση αίματος) αλλά μόνο βάσει της συμπτωματολογίας, της πρόγνωσης και του οικογενειακού ιστορικού, όταν αυτό είναι διαθέσιμο¹¹.

Θα ήταν ίσως χρήσιμο, να σκεφτούμε τις ποικίλες μεταβολές της διάθεσης στη διπολική διαταραχή ως ένα φάσμα ή ένα συνεχές, στο ένα άκρο του οποίου βρίσκεται η βαριά κατάθλιψη, κατόπιν η ήπια κατάθλιψη, κάπου στο μέσο η ισορροπημένη διάθεση, στη συνέχεια η υπομανία και, τέλος, στο άλλο άκρο, η μανία¹³.

Για να φτάσουμε στη διάγνωση της διπολικής διαταραχής, θα εξετάσουμε πρώτα ξεχωριστά τα διαγνωστικά κριτήρια όλων των κλινικών επεισοδίων που εμφανίζονται στην ασθένεια, σε συνδυασμό με τις περιγραφές της διάθεσης, όπως δίνονται από ανθρώπους με μανιοκατάθλιψη. Οι περιγραφές αυτές είναι πραγματικά πολύτιμες, προκειμένου να αντιληφθούμε την έκταση των συναισθημάτων και τη μεταβλητότητα της διάθεσης.

Καταθλιπτικό συναίσθημα : «Αμφισβητώ εξ' ολοκλήρου την ικανότητά μου να κάνω οτιδήποτε σωστά. Είναι σαν το μυαλό μου να λειτουργεί σε αργούς ρυθμούς, σε βαθμό τέτοιο που αισθάνομαι ουσιαστικά άχρηστος. Στοιχειωμένος. παντού, η απεγνωσμένη απελπισία των πάντων. Οι άλλοι λένε 'θα περάσει, θα το ξεπεράσεις' αλλά βεβαίως δεν έχουν ιδέα πώς αισθάνομαι κι ας πιστεύουν ότι ξέρουν. Αν δε μπορώ να αισθανθώ, να κινηθώ, να σκεφθώ ή να νοιαστώ, ποιό είναι το νόημα;»¹⁶

ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά το DSM-IV είναι τα εξής:

Σημ.: ένα μείζον καταθλιπτικό σύνδρομο ορίζεται ως το παρακάτω κριτήριο A

A. Τουλάχιστον πέντε από τα παρακάτω συμπτώματα υπάρχουν κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου δύο εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή στην προηγούμενη λειτουργικότητα του ατόμου· τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση είτε (2) απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης. (Μην περιλαμβάνετε συμπτώματα που οφείλονται σαφώς σε μια σωματική διαταραχή, παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις ασύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση, ασυναρτησία ή εκσεσημασμένη χάλαση των συνειρμών).

(1) καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση (ή μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση σε παιδιά και εφήβους) κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις άλλων

(2) εκσεσημασμένη ελάττωση τον ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα (όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις άλλων ότι φαίνεται απαθής τον περισσότερο καιρό)

(3) σημαντική απώλεια βάρους ή αύξηση τον βάρους όταν δεν κάνει δίαιτα (π.χ. περισσότερο από 5% του βάρους του σώματος σε ένα μήνα) ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα (σε παιδιά λαμβάνεται υπόψη η μη πρόσληψη του αναμενόμενου βάρους)

(4) αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα (που την παρατηρούν άλλοι, όχι απλά υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας ή επιβράδυνσης).

(5) ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση (που την παρατηρούν άλλοι, όχι απλά υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας ή επιβράδυνσης)

(6) κόπωση ή απώλεια ενέργειας/ενεργητικότητας σχεδόν κάθε μέρα

(7) αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ή απρόσφορης ενοχής (που μπορεί να είναι παραληρητικά) σχεδόν κάθε μέρα (όχι απλώς αυτομομφή ή ενοχή για το ότι είναι άρρωστος(η))

(8) ελαττωμένη ικανότητα τον ατόμου για να σκεφθεί ή να συγκεντρωθεί ή αναποφασιστικότητα, σχεδόν κάθε μέρα (είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις άλλων)

(9) υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου (όχι απλώς φόβος θανάτου), υποτροπιάζων αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή μια απόπειρα αυτοκτονίας ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο για αυτοκτονία

B. (1) Δεν μπορεί ν' αποδειχθεί ότι κάποιος οργανικός παράγοντας άρχισε ή συντήρησε τη διαταραχή

(2) Η διαταραχή δεν είναι μια φυσιολογική αντίδραση στο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου (Μη επιπεπλεγμένο πένθος).

Σημ.: Νοσηρή ενασχόληση με αναξιότητα, αυτοκτονικό ιδεασμό, εκσεσημασμένη λειτουργική έκπτωση ή ψυχοκινητική επιβράδυνση ή παρατεταμένη διάρκεια προτείνει επιπλοκή του πένθους με Μείζονα Κατάθλιψη.

Γ. Ποτέ κατά τη διάρκεια της διαταραχής δεν υπήρξαν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις τουλάχιστον για δύο εβδομάδες με απουσία προεξαρχόντων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης (δηλαδή πριν αναπτυχθούν τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης ή μετά την υποχώρησή τους).

Δ. Η διαταραχή δεν επικάθεται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς⁹.

Υπομανιακό συναίσθημα : «Στην αρχή, όταν είμαι στα πάνω μου, είναι τρομερό. ιδέες μου έρχονται με γοργό ρυθμό. σα να ακολουθείς ολόενα και πιο φωτεινά αστέρια. Δεν υπάρχει ντροπή. οι σωστές λέξεις και χειρονομίες είναι ξαφνικά εκεί. Αδιάφοροι άνθρωποι και πράγματα γίνονται ιδιαίτερα ενδιαφέροντα. Ο αισθησιασμός εμμένει, η επιθυμία να αποπλανήσεις και να αποπλανηθείς είναι ακαταμάχητη. Κατακλύζεσαι από απίστευτα συναισθήματα ευφορίας και παντοδυναμίας μέχρι το μεδούλι. μπορείς να κάνεις τα πάντα. αλλά, κάποτε αυτό αλλάζει.»

Ένα ήπιο ή μέτριας βαρύτητας επεισόδιο μανίας ονομάζεται υπομανία. Πρόκειται για μια αίσθηση ευφορίας, η οποία είναι δυνατό να συνδέεται με ικανοποιητική λειτουργικότητα και αυξημένη παραγωγικότητα. Έτσι, ακόμη κι αν το στενό περιβάλλον του ατόμου μάθει να αναγνωρίζει αυτή τη μεταβολή της διάθεσης ως πιθανή διπολική διαταραχή, το ίδιο το άτομο μπορεί να συνεχίσει να αρνείται αυτό το ενδεχόμενο. Ωστόσο, χωρίς τους κατάλληλους θεραπευτικούς χειρισμούς, η υπομανία είναι πιθανό να εξελιχθεί σε σοβαρή μανία ή να μετατραπεί σε κατάθλιψη.

Μανιακό συναίσθημα : «Ο χείμαρρος των ιδεών γίνεται ακόμη μεγαλύτερος και ασταμάτητος, η ολοκληρωτική σύγχυση παίρνει τη θέση της διαύγειας, αδυνατείς να συντονιστείς - η μνήμη χάνεται. Το μεταδοτικό χιούμορ παύει να είναι διασκεδαστικό. Οι φίλοι τρομοκρατούνται, τα πάντα αποκτούν πλέον ιδιαίτερη σημασία για σένα, γίνεσαι ευέξαπτος, ανεξέλεγκτος, θυμώνεις, φοβάσαι, και παγιδεύεσαι.»¹⁶

ΜΑΝΙΑΚΟ-ΥΠΟΜΑΝΙΑΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Σημ.: Ένα «Μανιακό Σύνδρομο» ορίζεται ως περιλαμβάνον τα κριτήρια Α, Β και Γ παρακάτω. Ένα «Υπομανιακό Σύνδρομο» ορίζεται ως περιλαμβάνον τα κριτήρια Α και Β, αλλά όχι Γ, δηλαδή όχι εκσεσημασμένη έκπτωση.

Α. Μία διακριτή περίοδος όπου η συναισθηματική διάθεση ήταν παθολογικά και επίμονα ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη.

Β. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της διαταραχής της διάθεσης τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω συμπτώματα έχουν επιμείνει (τέσσερα αν η διάθεση είναι μόνο ευερέθιστη) και είναι παρόντα σε σημαντικό βαθμό:

- 1) διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου
- 2) ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, π.χ. νιώθει ότι αναπαύθηκε ύστερα από μόνο τρεις ώρες ύπνο
- 3) μεγαλύτερη ομιλητικότητα από το συνηθισμένο ή πίεση να συνεχίσει να μιλά

- 4) φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν
- 5) διάσπαση της προσοχής, δηλαδή η προσοχή πολύ εύκολα έλκεται από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα
- 6) αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας (είτε κοινωνικά, στην εργασία ή στο σχολείο ή σεξουαλικά) ή ψυχοκινητική διέγερση
- 7) υπερβολική εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που έχουν μεγάλη πιθανότητα για οδυνηρές συνέπειες, π.χ. το άτομο ανακατεύεται σε χωρίς περιορισμό άκριτες αγορές, σε σεξουαλικές αδιακρίσιες ή σε ανόητες επιχειρησιακές επενδύσεις.

Γ. Διαταραχή της διάθεσης αρκετά σοβαρή ώστε να προκαλέσει εκσεσημασμένη έκπτωση στην επαγγελματική λειτουργικότητα ή στις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες ή στις σχέσεις με τους άλλους ή να κάνει απαραίτητη τη νοσηλεία για να προληφθεί κακό στον εαυτό ή στους άλλους.

Δ. Σε καμία χρονική περίοδο κατά τη διάρκεια της διαταραχής δεν υπήρξαν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις τουλάχιστον για δυο εβδομάδες με απουσία προεξαρχόντων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης (δηλαδή πριν αναπτυχθούν τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης ή μετά την υποχώρησή τους)

Ε. Δεν επικάθεται σε σχιζοφρένεια, σχιζοφρενικομορφη διαταραχή, παραληρητική διαταραχή ή ψυχωτική διαταραχή ΜΠΑ.

ΣΤ. Δεν μπορεί να αποδειχθεί ότι κάποιος οργανικός παράγοντας άρχισε και συντήρησε τη διαταραχή.

Ση.: Σωματική αντικαταθλιπτική θεραπεία (π.χ. φαρμακα,ηλεκτροσοκ) που φανερά εκλύει μια διαταραχή της διάθεσης. Δεν πρέπει να θεωρηθεί ως αιτιολογικός οργανικός παραγοντας⁹.

ΜΕΙΚΤΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Σε ορισμένες περιπτώσεις ωστόσο συμπτώματα μανίας μπορεί να συνυπάρχουν με συμπτώματα κατάθλιψης, έχοντας ως αποτέλεσμα αυτό που καλείται μεικτό επεισόδιο. Τα

συμπτώματα του μεικτού επεισοδίου συμπεριλαμβάνουν την ανησυχία, τις διαταραχές του ύπνου και της όρεξης, την ψυχωτική συμπτωματολογία και σκέψεις αυτοκτονίας. Έτσι, η διάθεση του ατόμου μπορεί να χαρακτηρίζεται από κατάθλιψη και απελπισία αλλά και από αυξημένη ενεργητικότητα την ίδια στιγμή¹⁶.

Διαγνωστικά Κριτήρια κατά το DSM-IV

A. Συνυπάρχουν τα κριτήρια του Μανιακού και του Μείζονος Καταθλιπτικού επεισοδίου (εκτός από την διάρκεια) σχεδόν κάθε μέρα, κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου 1 εβδομάδας.

B. Διαταραχή της διάθεσης αρκετά σοβαρή ώστε να προκαλέσει εκσεσημασμένη έκπτωση στην επαγγελματική λειτουργικότητα ή στις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες ή στις σχέσεις με τους άλλους ή να κάνει απαραίτητη τη νοσηλεία για να προληφθεί κακό στον εαυτό ή στους άλλους.

Γ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο ή άλλη θεραπεία) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υπερθυρεοειδισμός).

Σημ. Τα μεικτά επεισόδια που προκαλούνται φανερά από σωματική αντικαταθλιπτική θεραπεία (π.χ. φάρμακα, ηλεκτροσόκ) δεν πρέπει να υπολογίζονται για τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής.

Η εποχιακή διακύμανση μεικτών και αμιγών επεισοδίων διπολικής διαταραχής

Η αθροιστική συχνότητα όλων των επεισοδίων μανίας εμφανίζει συνήθως αιχμή στις αρχές της άνοιξης και ελάχιστη τιμή στα τέλη τον φθινοπώρου. Οι εισαγωγές σε ψυχιατρικά ιδρύματα λόγω αμιγούς μανίας παρουσιάζουν παρόμοια κατανομή. Οι εισαγωγές για μεικτή μανία έχουν σημαντικά διαφορετική διακύμανση, με αιχμή στα τέλη τον καλοκαιριού και ελάχιστη τιμή το Νοέμβριο. Πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη ότι οι επιδράσεις της φαρμακευτικής αγωγής και της μη συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να επηρεάζουν την εποχιακή κατανομή των επεισοδίων¹⁷.

Η διπολική διαταραχή είναι δυνατό να εκληφθεί ως ένα πρόβλημα άλλου τύπου πέραν της ψυχικής ασθένειας. Κάτι τέτοιο συμβαίνει, λόγω της τάσης του ατόμου να επιδίδεται σε συμπεριφορές που θεωρούνται δυσπροσαρμοστικές, όπως η χρήση ουσιών, ή να εκδηλώνει περιορισμένη σχολική επίδοση, επαγγελματική δραστηριότητα και διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις. Στην πραγματικότητα, όμως, προβλήματα, όπως τα παραπάνω, μπορεί να είναι οιωνοί μιας υποβόσκουσας διαταραχής της διάθεσης¹¹.

A.5.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ I & II

Διπολική I Διαταραχή, Μοναδικό Μανιακό Επεισόδιο

A. Παρουσία ενός μόνο Μανιακού Επεισοδίου και όχι Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια στο παρελθόν.

Σημείωση: Η υποτροπή ορίζεται είτε ως αλλαγή στην πολικότητα από κατάθλιψη είτε ως μεσοδιάστημα τουλάχιστον 2 μηνών χωρίς μανιακά συμπτώματα.

B. Το Μανιακό Επεισόδιο δεν εξηγείται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθεται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Διπολική I Διαταραχή, Πιο Πρόσφατο Επεισόδιο Υπομανιακό

A. Τώρα (ή πολύ πρόσφατα) σε Υπομανιακό Επεισόδιο.

B. Έχει υπάρξει προηγούμενα τουλάχιστον ένα Μανιακό Επεισόδιο ή Μεικτό Επεισόδιο.

Γ. Τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή σε άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Δ. Τα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης όσον αφορά τα κριτήρια Α και Β δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Διπολική Ι Διαταραχή, Πιο Πρόσφατο Επεισόδιο Μανιακό

- A. Τώρα (ή πολύ πρόσφατα) σε Μανιακό Επεισόδιο.
- B. Έχει υπάρξει προηγούμενα τουλάχιστον ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, Μανιακό Επεισόδιο ή Μεικτό Επεισόδιο.
- Γ. Τα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης όσον αφορά τα κριτήρια Α και Β δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Διπολική Ι Διαταραχή, Πιο Πρόσφατο Επεισόδιο Μεικτό

- A. Τώρα (ή πολύ πρόσφατα) σε Μεικτό Επεισόδιο.
- B. Έχει υπάρξει προηγούμενα τουλάχιστον ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, Μανιακό Επεισόδιο ή Μεικτό Επεισόδιο.
- Γ. Τα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης όσον αφορά τα κριτήρια Α και Β δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Διπολική Ι Διαταραχή, Πιο Πρόσφατο Επεισόδιο Καταθλιπτικό

- A. Τώρα (ή πολύ πρόσφατα) σε Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.
- B. Έχει υπάρξει προηγούμενα τουλάχιστον ένα Μανιακό Επεισόδιο ή Μεικτό Επεισόδιο.
- Γ. Τα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης όσον αφορά τα κριτήρια Α και Β δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια,

Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή
Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Διπολική I Διαταραχή, Πιο Πρόσφατο Επεισόδιο Απροσδιόριστο

- A.** Τώρα (ή πολύ πρόσφατα) πληρούνται τα κριτήρια, εκτός από αυτά της διάρκειας, Μανιακό, Υπομανιακό, Μεικτό ή Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.
- B.** Έχει υπάρξει προηγούμενα τουλάχιστον ένα Μανιακό Επεισόδιο ή Μεικτό Επεισόδιο
- Γ.** Τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική, ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας.
- Δ.** Τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης όσον αφορά τα κριτήρια A και B δεν εξηγούνται καλύτερα ως Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.
- Ε.** Τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης όσον αφορά τα κριτήρια A και B δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο ή άλλη Θεραπεία) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υπερθυρεοειδισμός).

Διαγνωστικά κριτήρια διπολικής διαταραχής II

- A.** Υπάρχει ένα (ή περισσότερα) (ή ιστορικό) μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.
- B.** Υπάρχει ένα (ή ιστορικό) τουλάχιστον υπομανιακό επεισόδιο.
- Γ.** Ποτέ δεν υπήρξε κάποιο μανιακό ή μεικτό επεισόδιο.
- Δ.** Τα συμπτώματα της διαταραχής της διάθεσης των κριτηρίων A και B δεν οφείλονται σε Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικομορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωσική Διαταραχή ΜΠΑ.

Ε. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας⁹.

Για να τεθεί η διάγνωση αρκεί ακόμα και ένα μανιακό επεισόδιο (κατά το διαγνωστικό σύστημα DSM-IV-TR) και τουλάχιστον δυο επεισόδια, από τα οποία το ένα τουλάχιστον μανιακό (κατά το διαγνωστικό σύστημα ICD-10). Στο ICD-10, έτσι, περιλαμβάνεται και η προσθετή διάγνωση του μανιακού επεισοδίου, για το πρώτο επεισόδιο της συναισθηματικής διαταραχής εάν αυτό είναι μανιακό. Το ότι στο DSM-IV-TR ήδη από το πρώτο μανιακό επεισόδιο η νόσος ορίζεται ως «διπολική διαταραχή» υποδηλώνει ότι η απάντηση στη θεραπεία, η εξέλιξη και η πορεία δεν διαφέρουν σημαντικά είτε όταν το μανιακό επεισόδιο είναι μοναδικό είτε όταν ακολουθεί άλλο επεισόδιο (μανιακό ή καταθλιπτικό). Το ότι και στα δυο Διαγνωστικά συστήματα η νόσος θεωρείται ως «διπολική» ακόμη και αν έχουν εμφανιστεί μόνο μανιακά και κανένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, αντανακλά την κρατούσα άποψη ότι η παρουσία ή μη καταθλιπτικών επεισοδίων δεν τροποποιεί σημαντικά τα βασικά χαρακτηριστικά της νοσου⁷.

A.5.3. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αρκετά συχνά η διπολική διαταραχή συγγέεται με ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, τόσο οργανικής όσο και λειτουργικής αιτιολογίας.

ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Στη διαφορική διάγνωση του μανιακού επεισοδίου θα πρέπει να περιλαμβάνονται όλες οι σωματικές νόσοι που μπορεί να προκαλούν μανιακή συμπτωματολογία:

- § Προϊούσα γενική παράλυση (σύφιλη του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ))
- § Εγκεφαλίτιδες ή όγκοι του εγκεφάλου
- § Σκλήρυνση κατά πλάκας
- § Υπερθυρεοειδισμός

Καθώς και οι τοξικώσεις από αλκοόλ, παράνομες ψυχοδιεγερτικές ουσίες (κοκαΐνη, χάπια «έκσταση», LSD κ.λ.π.) ή διάφορα φάρμακα που έχουν διεγερτική δράση στο ΚΝΣ (π.χ.αμφεταμίνες χορηγούμενες για διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, αντικαταθλιπτικά κ.α^{2,10}).

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Σχιζοφρένεια: Όταν η διπολική διαταραχή έχει ήδη στο ιστορικό της πολλαπλά επεισόδια μανίας και κατάθλιψης με ενδιάμεσες περιόδους νορμοθυμίας, η διαφορική της διάγνωση δεν δημιουργεί ιδιαίτερα προβλήματα. Όταν όμως η νόσος πρωτοεμφανίζεται και ιδίως εφόσον υπάρχει ψυχωσικού τύπου συμπτωματολογία, η διαφορική διάγνωση από τη σχιζοφρένεια είναι συχνά δύσκολη.

Η διάκριση του πρώτου μανιακού επεισοδίου από πρώτο επεισόδιο σχιζοφρένειας βασίζεται κυρίως στα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

α. Η έναρξη είναι συνήθως οξεία (εντός ημερών ή εβδομάδων), ενώ στη σχιζοφρένεια υπάρχει συχνά μακρά περίοδος πρόδρομων συμπτωμάτων και κάποιου βαθμού έκπτωσης της λειτουργικότητας ακόμη και πριν από την εμφάνιση του επεισοδίου

β. Το σαφές υπερθυμικό συναίσθημα συνηγορεί υπέρ της μανίας, ιδίως εάν είναι διαχεόμενο (προκαλεί δηλαδή ευθυμία και στους άλλους)

γ. Εάν υπάρχουν ακουστικές ψευδαισθήσεις, αυτές δεν έχουν τα χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας (δηλαδή δεν αφορούν συνεχή σχολιασμό ή φωνές που αναφέρονται στον ασθενή στο τρίτο πρόσωπο)

δ. Το παραλήρημα δεν είναι αλλόκοτο στη μανία

ε. Η ψυχωσικού τύπου συμπτωματολογία έχει γενικά μικρότερη διάρκεια από τη διαταραχή του συναισθήματος (άρχισε μετά την έναρξη της υπερθυμίας και υποχωρεί πριν από την ύφεση της καθώς προχωρεί η θεραπεία)

στ. Στη μακροχρόνια παρακολούθηση, η αποδρομή του επεισοδίου σχετίζεται με επαναφορά της λειτουργικότητας του ασθενούς και δεν παρατηρείται σταδιακή έκπτωση όπως στη σχιζοφρένεια⁷.

Στη *σχιζοσυναισθηματική διαταραχή*, τα επεισόδια της μανίας και της κατάθλιψης μπορεί να έχουν την ίδια ένταση και τα ίδια χαρακτηριστικά με τα αντίστοιχα επεισόδια της διπολικής διαταραχής, η παρουσία όμως υπολειμματικών ψυχωσικών συμπτωμάτων και κατά τις περιόδους της νορμοθυμίας θέτει τη διάγνωση.

Κυκλοθυμική διαταραχή: Η κυκλοθυμία διαφοροποιείται από την διπολική διαταραχή με βάση το ότι η ένταση και η διάρκεια των επεισοδίων είναι μικρότερες. Προκειται λοιπόν για μια ελάσσονα διπολική συναισθηματική διαταραχή.

Διαταραχές προσωπικότητας: Κυρίως η μεθοριακή, στην οποία υπάρχει εκσεσημασμένη συναισθηματική αστάθεια. Η διαφορική διάγνωση έγκειται στο ότι η αναγνώριση των διαταραχών της προσωπικότητας βασίζεται στη χρόνια δυσλειτουργία που τις συνοδεύει και στα λοιπά χαρακτηριστικά τους, που παραμένουν και μετά την αποδρομή των επεισοδίων της διαταραχής του συναισθήματος⁷.

ΑΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Μανιακόμορφο χαρακτήρα μπορούν να προσλάβουν οι κλινικές εικόνες διάφορων άλλων καταστάσεων, όπως είναι π.χ. η ψυχοκινητική επιληψία (επιληψία του κροταφικού λοβού) και οι μετατρεπτικές ή αποσυνδετικές καταστάσεις («υστερικές» κρίσεις)³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Στις περισσότερες περιπτώσεις διπολικής διαταραχής, ακόμη και στις πιο βαριές, μια ουσιώδης εξισορρόπηση των εναλλαγών της διάθεσης και μια ύφεση των σχετικών συμπτωμάτων είναι δυνατό να επιτευχθεί με την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας. Το γεγονός, ότι η διπολική διαταραχή αφορά σε ένα κύκλο διαδοχικών επεισοδίων, απαιτεί, σχεδόν πάντα, μια χρόνια, προληπτική χορήγηση φαρμάκων. Ένα θεραπευτικό σχήμα, που συμπεριλαμβάνει τόσο τη φαρμακευτική αγωγή όσο και την ψυχοκοινωνική παρέμβαση, θεωρείται το βέλτιστο για τη αντιμετώπιση της νόσου στο χρόνο¹³.

Η συνεχιζόμενη, χωρίς διακοπές, θεραπευτική αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής είναι ιδιαίτερα σημαντική. Βεβαίως, ακόμη και σε αυτή την περίπτωση, είναι δυνατό να παρατηρηθούν αλλαγές στη διάθεση. Κάτι τέτοιο οφείλει να γίνεται άμεσα γνωστό στον θεράποντα ιατρό, προκειμένου να αποτραπεί πιθανή έξαρση της νόσου, με κατάλληλες τροποποιήσεις του θεραπευτικού σχήματος. Η στενή συνεργασία με το γιατρό, καθώς και η ανοιχτή επικοινωνία μαζί του, για τυχόν προβληματισμούς που αφορούν στη θεραπεία, είναι δυνατό να ενισχύσει την αποτελεσματικότητά της¹⁸.

Επιπλέον, η καθημερινή καταγραφή των παρατηρούμενων συμπτωμάτων, του θεραπευτικού σχήματος, πιθανών διαταραχών του ύπνου και στρεσογόνων γεγονότων στη ζωή του ατόμου είναι δυνατό να συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση της νόσου τόσο από το ίδιο το άτομο όσο και από το οικογενειακό του περιβάλλον, καθώς και στην παροχή εξατομικευμένης και, συνεπώς, πιο αποτελεσματικής θεραπευτικής φροντίδας¹³.

Α.6.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ



Η φαρμακευτική αγωγή για τη διπολική διαταραχή παρέχεται από ψυχιάτρους, οι οποίοι έχουν ειδικευθεί στη διάγνωση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Παρόλο που άλλοι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι οποίοι δεν έχουν την ειδικότητα του ψυχιάτρου, είναι σε θέση να συνταγογραφήσουν τα συγκεκριμένα φάρμακα, συνιστάται η επίσκεψη σε ψυχίατρο για τον καθορισμό της θεραπείας¹⁸.

Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα φαρμάκων, γνωστών και ως 'φάρμακα σταθεροποιητικά της διάθεσης', που ενδείκνυνται για την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής και μπορεί να χρησιμοποιηθούν για εκτεταμένα χρονικά διαστήματα (δηλ. χρόνια). Στην περίπτωση που θεωρηθεί αναγκαίο, επιπλέον φάρμακα προστίθενται για τυπικά μικρότερες χρονικές περιόδους, προκειμένου να ελέγξουν μια πιθανή έξαρση της νόσου παρά τη χρήση των "σταθεροποιητικών της διάθεσης".

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΜΑΝΙΑΣ

- Αντιψυχωσικά φάρμακα
- Λίθιο
- Αντισπασμικά (αντιεπιληπτικά) φάρμακα

ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Οι ασθενείς ανταποκρίνονται μέσα σε λίγες ώρες ή μέρες στη χορήγηση, από το στόμα ή ενδομυϊκά, των αντιψυχωσικών φάρμακων που αποτελούν και τη βάση για την ταχεία θεραπεία των οξέων μανιακών επεισοδίων. Πρόκειται για φάρμακα που έχουν σημαντική αντιαγχώδη και κατευναστική δράση που μπορεί να ελαττώσει αποτελεσματικά τον τρόμο, την επιθετικότητα, την παράνοια και τη σύγχυση του ασθενούς.

Συνήθως χορηγούνται:

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

Κάποιες από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωσικών είναι: καταστολή, ορθοστατική υπόταση, ξηροστομία, θάμψη όραση, ακινησία, δυστονία, παρκινσονισμός κ.α. Σε περίπτωση που παρατηρείται αϋπνία, δηλαδή το άγχος δεν μειώνεται, είναι δυνατόν να χορηγηθούν βενζοδιαζεπίνες (Tavor, Stedon)^{2,13}.

ΛΙΘΙΟ (Milithin, Lithiofor)

Το λίθιο ήταν το πρώτο σταθεροποιητικό της διάθεσης σκεύασμα που κυκλοφόρησε και έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό στην πρόληψη σοβαρών υπότροπων τόσο μανιακών όσο και καταθλιπτικών επεισοδίων σε διπολικούς ασθενείς. Χορηγείται σε δόση 900 – 1800 mg την ημέρα από το στόμα, απορροφάται γρήγορα στην κυκλοφορία του αίματος και αποβάλλεται από τους νεφρούς. Ωστόσο ο μηχανισμός δράσης του παραμένει άγνωστος. Είναι πολύ τοξικό ενώ δεν έχει σχεδόν καμία επίδραση στα φυσιολογικά άτομα. Το 60-80% των οξέων μανιακών ασθενών απαντούν ευνοϊκά στο λίθιο, το πρόβλημα όμως είναι ότι αργεί να δράσει (λανθάνων χρόνος περίπου 10 – 14 ημερών), και έτσι η θεραπεία ξεκινά σε συνδυασμό με ένα αντιψυχωσικό φάρμακο.

Οι **ανεπιθύμητες ενέργειες** του είναι : ναυτία, εμετός, διάρροια, στομαχικός πόνος, ζάλη, τρόμος των χεριών, αύξηση σωματικού βάρους και αύξηση της διψας^{3,13}.

ΑΝΤΙΣΠΑΣΜΙΚΑ (ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ)

ΚΑΡΒΑΜΑΖΕΠΙΝΗ (Tegretol)

Έχει αντιμανιακές ιδιότητες ισότιμες με των αντιψυχωσικών και δρα ταχύτερα από το λίθιο. Άτομα με ταχεία εναλλαγή φάσεων (rapid cyclers) και άτομα που δεν απαντούν στο λίθιο μπορεί να ανταποκριθούν ιδιαίτερα καλά στην καρβαμαζεπίνη. Επίσης αυξάνει τα αντιμανιακά αποτελέσματα του λιθίου και των αντιψυχωσικών όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με αυτά, πρέπει όμως να χρησιμοποιείται με προσοχή, γιατί δυνητικώς προκαλεί ακοκκιοκυτταραιμία.

ΒΑΛΠΡΟΪΚΟ ΝΑΤΡΙΟ (Depakine)

Έχει παρόμοιες ιδιότητες με την καρβαμαζεπίνη και χορηγείται συνήθως σε ασθενείς με κυκλοθυμική διαταραχή που δεν ανταποκρίνονται στο λίθιο. Οι **ανεπιθύμητες ενέργειες** του βαλπροϊκου νατρίου είναι : ναυτία, διάρροια, απώλεια όρεξης, ασυνήθιστη αύξηση ή μείωση του βάρους καθώς και τριχόπτωση³.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

- Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά
- Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης – ΜΑΟ
- Τετρακυκλικά
- Νεότερα αντικαταθλιπτικά



ΤΡΙΚΥΚΛΙΚΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Πρόκειται για τα πρώτα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που χορηγήθηκαν για τη θεραπεία των οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων, την ανακούφιση των πιο χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και τη πρόληψη υποτροπιαζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων.

Τα τρικυκλικά επιδρούν στη συγκέντρωση των νευροδιαβιβαστών νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στις συνάψεις του ΚΝΣ εμποδίζοντας την επαναπρόσληψή τους από τους προσυναπτικούς νευρώνες.

Τα φάρμακα που χορηγούνται είναι τα εξής :

- Ιμιπραμίνη (Tofranil, Venefon)
- Αμιτριπυλίνη (Saroten, Maxivalet)
- Δεσιπραμίνη (Pertofrane)
- Νορτριπυλίνη (Nortrilen)
- Προτριπυλίνη (Concordin)
- Δοξεπίνη (Sinequan)
- Χλωριμιπραμίνη (Anafranil)

Οι **ανεπιθύμητες ενέργειες** των τρικυκλικών είναι : ξηροστομία, θάμψη όραση, δυσκοιλιότητα, εφίδρωση, ορθοστατική υπόταση, κατακράτηση ουρών, οξεία παρόξυνση γλαυκώματος, ταχυκαρδία, άμεση καταστολή του μυοκαρδίου.

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΝΟΑΜΙΝΟΞΕΙΔΑΣΗΣ (ΑΜΑΟ)

Οι αναστολείς της ΜΑΟ αποκλείουν την δράση της μονοαμινοξειδάσης, ένζυμου που διασπά την νορεπινεφρίνη μέσα στους νευρώνες. Αποτελούν φάρμακα δεύτερης γραμμής

στη θεραπεία της κατάθλιψης και αυτό γιατί α) η κλινική τους αποτελεσματικότητα είναι μικρότερη (ή στη καλύτερη περίπτωση ίση) από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, β) η ανεπιθύμητες ενέργειες τους είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες.

Οι αναστολείς MAO είναι :

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

Οι **ανεπιθύμητες ενέργειες** είναι : υπερτασική κρίση σε συνδυασμό με τροφές που περιέχουν τυραμίνη (τυριά, κρασί, μύρα κ.α.), ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, πονοκέφαλος, θόλωση της όρασης^{19,13}.

ΤΕΤΡΑΚΥΚΛΙΚΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Τα τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά έχουν αποδειχθεί περισσότερο αποτελεσματικά στην ανακούφιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Τα φάρμακα που χορηγούνται είναι:

- Μαπροτιλίνη (Retinyl, Ludiomil, Klimastress)
- Μιανσερίνη (Tolvon)
- Τραζοδόνη (Trittico)

Τα φάρμακα αυτά έχουν ταχύτερη δράση σε σχέση με τα τρικυκλικά και τους αναστολείς MAO ενώ οι ανεπιθύμητες ενέργειες τους είναι πολύ λιγότερες, κυρίως στο αυτόνομο νευρικό σύστημα^{2,19}.

ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Τα φάρμακα αυτά επιδρούν στη συγκέντρωση των νευροδιαβιβαστών της σεροτονίνης, στις συνάψεις του ΚΝΣ εμποδίζοντας την επαναπρόσληψη τους από τους προσυναπτικούς νευρώνες. Πρόκειται λοιπόν για αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης.

Απ'αυτά χορηγούνται :

- Παροξετίνη (Seroxat)
- Φλουοξετίνη (Ladose, Fluxadir)

- Φλουβοξαμίνη (Dymyrox)
- Σιταλοπράμη (Seropram)
- Σερτραλίνη (Zoloft)

Οι **ανεπιθύμητες τους ενέργειες** είναι κυρίως : ναυτία, εμετός, σεξουαλική δυσλειτουργία ενώ μπορεί να πυροδοτήσουν μανιακά επεισοδια²⁰.

A.6.2 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε περιπτώσεις που η φαρμακευτική αγωγή μόνη ή σε συνδυασμό με την ψυχοκοινωνική προσέγγιση έχει αποδειχθεί ανεπαρκής ή αντενδείκνυται για την αντιμετώπιση ορισμένων οξέων περιστατικών (π.χ. παρουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, κύηση, κλπ.), η χρήση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ECT) μπορεί να θεωρηθεί αναγκαία. Η εν λόγω τεχνική είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική, ενώ οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χρήση της (π.χ. βραχυπρόθεσμη απώλεια μνήμης) έχουν περιοριστεί στις ημέρες μας. Ωστόσο, τα οφέλη και οι κίνδυνοι που δυνητικά επιφυλάσσει η εφαρμογή της θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη και να συζητηθούν τόσο με το ίδιο το άτομο όσο και με το στενό του περιβάλλον¹.

A.6.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Επιπρόσθετα της φαρμακευτικής αντιμετώπισης, η ψυχοκοινωνική προσέγγιση ατόμων με διπολική διαταραχή και των οικογενειών τους συμβάλλει σημαντικά στη στήριξη και την εκπαίδευσή τους αναφορικά με τα συμπτώματα των μανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων. Σχετικές μελέτες στο χώρο έδειξαν, ότι η ψυχοκοινωνική παρέμβαση συνδέεται με αυξημένη σταθερότητα της διάθεσης, μειωμένη ανάγκη νοσηλείας και αυξημένη λειτουργικότητα σε ποικίλους τομείς. Ένας ψυχολόγος, ένας κοινωνικός λειτουργός ή ένας σύμβουλος τυπικά παρέχει αυτού του τύπου θεραπείες, συχνά σε συνεργασία με τον ψυχίατρο για τη στενή παρακολούθηση της προόδου του ατόμου με διπολική διαταραχή. Η διάρκεια, η συχνότητα εφαρμογής και ο τύπος της θεραπείας αποτελεί συνάρτηση των εξατομικευμένων αναγκών του ατόμου.

Η ψυχοκοινωνική προσέγγιση ατόμων με διπολική διαταραχή αναφέρεται κυρίως στην υποστηρικτική θεραπεία, τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, την οικογενειακή θεραπεία και την εκπαίδευση. Συγκεκριμένα,

Η Υποστηρικτική Θεραπεία συμβάλλει στη διαχείριση των ανεπιθύμητων συνεπειών της νόσου στους διάφορους τομείς της ζωής, καθώς και στην ενίσχυση της εκδήλωσης συνέπειας στη θεραπευτική αγωγή.

Η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία βοηθάει στην εκμάθηση τεχνικών τροποποίησης των δυσλειτουργικών ή αρνητικών δομών σκέψης και συμπεριφοράς σε σχέση με τη νόσο.

Η Οικογενειακή Θεραπεία κάνει χρήση συγκεκριμένων στρατηγικών, προκειμένου να επιτύχει τη μείωση του άγχους που βιώνει η οικογένεια, το οποίο μπορεί να ενισχύει ή να απορρέει από τα συμπτώματα του μέλους με διπολική διαταραχή.

Η Εκπαίδευση του ατόμου με διπολική διαταραχή ή και της οικογένειάς του, σχετικά με τα σημεία και τα συμπτώματα της νόσου, καθώς και τη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτής, μπορεί να λειτουργήσει προληπτικά ως προς την πιθανότητα υποτροπής με την αναγνώριση των συμπτωμάτων του αρχόμενου επεισοδίου.

Όμοια με την φαρμακευτική αντιμετώπιση, είναι σημαντικό να ακολουθείται πιστά ο θεραπευτικός σχεδιασμός οποιασδήποτε ψυχοκοινωνικής προσέγγισης, προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η εναλλαγή των μανιακών και καταθλιπτικών φάσεων και των περιόδων της νορμοθυμίας, (κατά την οποία συνήθως τα συμπτώματα υποχωρούν) συνεχίζεται για όλη τη διάρκεια της ζωής, αν και σπανίως μπορεί να παρουσιαστεί αυτόματη υποχώρηση της νόσου στη μεγάλη ηλικία. Υπάρχουν και περιπτώσεις που δεν εμφανίζεται παρά μόνο μια φάση και ακολουθεί νορμοθυμία επ'αοριστον. Οι περιπτώσεις αυτές δεν ξεπερνούν δυστυχώς το 1-2%.

Τυπικά, η νορμοθυμίες αντιπροσωπεύουν πλήρη επαναφορά στο φυσιολογικό τόσο του συναισθήματος όσο και των άλλων ανώτερων νοητικών λειτουργιών κι η διπολική διαταραχή, παρά τις συχνές υπότροπες, δεν χαρακτηρίζεται από προϊούσα έκπτωση, όπως η σχιζοφρένεια.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν αρκετοί ασθενείς στους οποίους φαίνεται να υπάρχει κάποιου βαθμού έκπτωση των γνωστικών ικανοτήτων, ενώ σε πολύ περισσότερους ασθενείς (πριν από την εφαρμογή των σύγχρονων εφαρμογών στη μεγάλη πλειονότητα, σήμερα περίπου το 1/3 του συνόλου των ασθενών με διπολική διαταραχή) παρατηρείται επαγγελματική, κοινωνική και οικογενειακή έκπτωση, η οποία αποτελεί συνήθως συνέπεια του αντίκτυπου των υπότροπων στην απόδοση τους στους τομείς αυτούς και στην εικόνα τους στον κοινωνικό περίγυρο.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής συνιστά βασική προϋπόθεση για μια υψηλή ποιότητας ζωή. Χωρίς θεραπεία η νόσος τείνει να χειροτερεύει: παρατηρείται ταχεία εναλλαγή φάσεων ολοένα και βαρύτερης μορφής στο χρόνο. Σε ένα μικρό ποσοστό, η συμπτωματολογία βρίσκεται μάλλον σε έξαρση παρά την θεραπευτική αντιμετώπιση της. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ωστόσο, η εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας συμβάλει σημαντικά στη μείωση τόσο της συχνότητας όσο και της βαρύτητας των επεισοδίων⁷.

Πριν από την εισαγωγή των σύγχρονων μεθόδων θεραπείας περίπου το 20% των μανιακών ενδονοσοκομειακών ασθενών πέθαιναν (π.χ. Αγγλία 1912-1932)³.

Το συμπέρασμα λοιπόν που προκύπτει, είναι, πως με τη κατάλληλη θεραπεία των επεισοδίων, όταν αυτά επέρχονται, και τη συνεχή ψυχοπροφυλακτική αντιμετώπιση που αποτρέπει τις υπότροπες, οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή.



ΜΕΡΟΣ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

B.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ & ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

B.1.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η φύση του αντικειμένου των υπηρεσιών ψυχικής υγείας απαιτεί τη συμμετοχή περισσότερων τον ενός επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Τα μέλη της ψυχιατρικής θεραπευτικής ομάδας συνεργάζονται και συντονίζουν τις προσπάθειές τους με στόχο τη βελτίωση της κατάστασης των ασθενών. Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας στηρίζεται στο θεωρητικό οικοδόμημα της Βασικής Νοσηλευτικής, που ως επιστήμη και κλινική πρακτική εστιάζει το ενδιαφέρον της στα τρία στάδια πρόληψης: (α) προαγωγή και διατήρηση της υγείας (πρωτοβάθμια), (β) παροχή φροντίδας και θεραπεία (δευτεροβάθμια) και (γ) αποκατάσταση (τριτοβάθμια).

Τις τελευταίες δεκαετίες, η ταυτότητα του νοσηλευτή που ασχολείται με ψυχιατρικούς ασθενείς έχει σημαντικά διαφοροποιηθεί. Έτσι, από τον παραδοσιακό ρόλο του «φύλακα» ασθενών και απλού «εκτελεστή» των ιατρικών οδηγιών, έφθασε, μέσω της εκπαίδευσης και ειδίκευσης, στην ανάληψη πιο ενεργού ρόλου στη θεραπευτική ομάδα.

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) ορίζει ως Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας «έναν ειδικό τομέα νοσηλευτικής άσκησης, που ως επιστήμη επικεντρώνεται σε Θεωρίες ανθρώπινης συμπεριφοράς και ως κλινική πρακτική στη δυναμική χρήση τον εαυτού κάθε ατόμου». Πραγματοποιείται μέσω μιας διαπροσωπικής διαδικασίας, που σκοπεύει στην προαγωγή και διατήρηση συμπεριφοράς, η οποία συμβάλλει στην ολοκλήρωση της λειτουργικότητας τον ασθενούς.

Σύμφωνα με τις θεωρητικούς της Νοσηλευτικής Peplau, Rogers και Roy, ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας προϋποθέτει την ολιστική θεώρηση και προσέγγιση των ασθενών, ανεξάρτητα από την τρέχουσα νόσο²¹.

Η νοσηλευτική της ψυχικής υγείας ως επιστήμη, ως αντικείμενο ερευνάς και ως κλινική άσκηση, εμπνέεται και κατευθύνεται από ένα τρίπτυχο θεμελιωδών αρχών:

- 1) Ολική θεώρηση και προσέγγιση του ανθρώπου, υγιούς ή άρρωστου ως μοναδικής και αδιαίρετης βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας.
- 2) Πίστη στην ατίμητη οντολογική αξία του ανθρώπου, της υγείας και της ζωής του.
- 3) Εξατομικευμένη και αμέριστη φροντίδα του ανθρώπου και της υγείας του με σεβασμό και θερμό ενδιαφέρον.

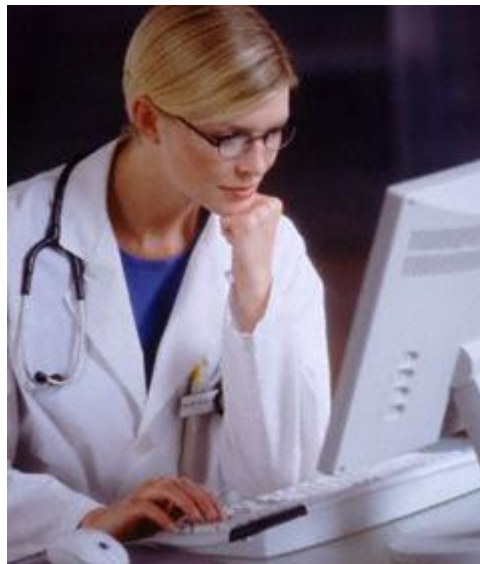
Ο αξιολογικός αυτός προσανατολισμός μπορεί να συμβάλει στη πληρέστερη και αρτιότερη χρησιμοποίηση όλων των επιστημονικών γνώσεων και όλης της κλινικής πείρας, αλλά και στην ερευνά, ώστε να αναδειχθεί η νοσηλευτική ψυχικής υγείας πράγματι θεραπευτική¹².

Η αρχή της Βασικής Νοσηλευτικής για ολιστική, εξατομικευμένη και συνεχή παροχή φροντίδας προσφέρει στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας το πλαίσιο για την ανάπτυξή της. Η ανάπτυξη του έργου του ψυχιατρικού νοσηλευτή συντελείται ενδονοσοκομειακά (κλινικός ψυχιατρικός νοσηλευτής) και εξωνοσοκομειακά (κοινωνικός ψυχιατρικός νοσηλευτής) σε όλες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας: **(1)** ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο, **(2)** ψυχιατρικό τομέα γενικού νοσοκομείου, **(3)** κέντρα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής, **(4)** εξωτερικά ιατρεία, **(5)** ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, **(6)** διασυνδετικές υπηρεσίες, **(7)** μονάδες μερικής νοσηλείας (νοσοκομείο ημέρας ή νύκτας), **(8)** κινητή μονάδα ψυχικής υγείας, **(9)** μονάδες στέγασης (ξενώνες βραχείας/μακράς παραμονής, προστατευμένα διαμερίσματα), **(10)** μονάδες αποκατάστασης και **(11)** ανάδοχες οικογένειες²¹.

Σε οποιοδήποτε περιβάλλον - ψυχιατρείο, ψυχιατρικό τομέα γενικού νοσοκομείου, κέντρο ψυχικής υγείας κ.α όπου ολόκληρο το 24ωρο θεωρείται θεραπευτικός χρόνος για τούς

αρρώστους με ψυχικές διαταραχές, οι ρόλοι εργαζομένων και αρρώστων , οι γραμμές επικοινωνίας, τα πρόσωπα με διοικητικές αρμοδιότητες, η ευθύνη λήψης αποφάσεων και τα προγράμματα νοσηλευτικής φροντίδας, όλα πρέπει να είναι σχεδιασμένα με σαφήνεια και να τα γνωρίζουν όλοι, προσωπικό και άρρωστοι. Οι άρρωστοι παρακινούνται να διαθέτουν την ψυχική τους ενέργεια και προσοχή για να μαθαίνουν διαπροσωπικές δεξιότητες και τρόπους λύσης προβλημάτων της ζωής τους. Αυτό διευκολύνεται όταν η κοινωνική δομή τον περιβάλλοντος είναι σαφής και τακτική, ώστε οι άρρωστοι να μην χρειάζονται να κάνουν απότομες προσαρμογές ή να φοβούνται απρόβλεπτες αντεκδικήσεις. Οι νοσηλευτές που εργάζονται εκεί είναι υπεύθυνοι να φροντίζουν, ώστε οι άρρωστοι να καταλαβαίνουν ότι συμβαίνει και γιατί συμβαίνει σε κάθε στιγμή και περίπτωση¹².

Β1.2 Ο ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας ειδικεύονται μέσω προγραμμάτων μεταπτυχιακών σπουδών, που τους δίνουν τη δυνατότητα ν' αναπτύσσουν τις δραστηριότητές τους σε ποικίλους τομείς:

1. **Ο θεραπευτικός.** Σημαντική είναι η συμμετοχή του ψυχιατρικού νοσηλευτή στη θεραπεία των ψυχικά αρρώστου. Η παρουσία τον έχει χαρακτήρα «θεραπευτικό», με την έννοια ότι,

μέσω της διαπροσωπικής σχέσης που εγκαθιστά, υποστηρίζει και ενισχύει τον άρρωστο κατά την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής.

2. **Ο οργανωτικός-διοικητικός.** Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, με τρόπο καταλυτικό για τη λειτουργία της μονάδας, οργανώνει το χώρο και συντονίζει το χρόνο, τα μέσα και τις διαδικασίες που άπτονται της αρμοδιότητάς του. Συμμετέχει στην κωδικοποίηση και εφαρμογή των αποφάσεων και των αποτελεσμάτων της ομάδας, αλλά και στην αξιολόγηση και επαναξιολόγηση της θεραπευτικής στάσης και της γενικότερης οργάνωσης της μονάδας, τόσο ως αυτόνομου φορέα περίθαλψης, όσο και σε σχέση με άλλους φορείς.
3. **Ο εκπαιδευτικός.** Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας οργανώνει και πραγματοποιεί εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται σε συναδέλφους ή άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σε φοιτητές και σε κοινοτικές δομές (π.χ. σχολείο).
Κύριο μέλημα τον νοσηλευτή αποτελεί η εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους, ατομικά ή σε ομάδες, σε θέματα υγείας.
4. **Ο συμβουλευτικός.** Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας παρέχει συμβουλευτική σε ασθενείς και στις οικογένειές τους, σε συναδέλφους-συνεργάτες, σε κοινοτικές δομές και οργανισμούς.
5. **Ο ερευνητικός.** Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής σχεδιάζει, οργανώνει, προγραμματίζει και συμμετέχει στη διενέργεια ερευνητικών προγραμμάτων.

Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας του ρόλου του νοσηλευτή ψυχικής υγείας διαφαίνεται σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων του, που περιλαμβάνουν:

a. Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος. Το έργο του είναι προσανατολισμένο στην έννοια του θεραπευτικού περιβάλλοντος, με σκοπό την άσκηση θεραπευτικής επίδρασης στον άρρωστο και στην από μέρους του μεγιστοποίηση του δυναμικού της υγείας του. Δημιουργεί και συντηρεί, σε συνεργασία με τον ασθενή και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, «θεραπευτικό περιβάλλον» προσαρμοσμένο στο φυσικό.

Σ' ένα τέτοιο περιβάλλον, οι νοσηλευτές:

- Διατηρούν την κατάλληλη ατμόσφαιρα, που διευκολύνει την επικοινωνία και την έκφραση συναισθημάτων από πλευράς ασθενών.
- Μεριμνούν ώστε σε όλη τη διάρκεια του θεραπευτικού χρόνου (όλο το 24ωρο) οι ασθενείς να νιώθουν ασφαλείς, να εισπράττουν αποδοχή και σεβασμό και να διασφαλίζεται η αξιοπρέπειά τους.

Επειδή προϋπόθεση για τη δημιουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι η

ειλικρινής διαπροσωπική επικοινωνία, θεωρείται απαραίτητο ο ασθενής να πληροφορείται τα νομικά δικαιώματά του, καθώς και τους λόγους και τους όρους που είναι απαραίτητοι για τη χρήση πιθανών περιοριστικών μέτρων.

β. Αξιοποίηση πληροφοριών-εκτίμηση-νοσηλευτική διάγνωση. Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής συμβάλλει στην εκτίμηση τον ασθενούς, συγκεντρώνει πληροφορίες για τον ίδιο και το ευρύτερο οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον του, αξιοποιώντας το νοσηλευτικό-θεραπευτικό συνεχές (24ωρη νοσηλευτική βάρδια). Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της παρατήρησης της συμπεριφοράς του ασθενούς και τον περιβάλλοντός του, με τη νοσηλευτική συνέντευξη και τη διαπροσωπική επικοινωνία.

Ο νοσηλευτής αποτελεί, μ' αυτόν τον τρόπο, το συνδετικό κρίκο μεταξύ τον ασθενούς και της υπόλοιπης θεραπευτικής ομάδας.

Η εκτίμηση του ασθενούς αφορά πολλές πλευρές, όπως:

- Τη δυνατότητα να προστατευτεί, ώστε να μην αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό τον και τους άλλους
- Την αξιολόγηση ουσιαστικών παραπόνων, ενοχλημάτων ή άλλων παρατηρήσεων που επισημαίνει ο ίδιος
- Το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενούς, που αφορά τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και τους κοινωνικούς ρόλους, συμπεριλαμβανομένης και της δυνατότητας εργασίας
- Τη συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες
- Τις διαπροσωπικές σχέσεις και την ικανότητα επικοινωνίας
- Την ύπαρξη και την ποιότητα των υποστηρικτικών συστημάτων (οικογενειακό, κοινωνικό, πολιτισμικό, εργασιακό)
- Το επίπεδο υγείας (άλλες σωματικές νόσοι, διατροφή)
- Τα κίνητρα και τις δυνατότητες, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον ασθενή για την προαγωγή της υγείας του
- Τις πνευματικές ικανότητες και τις ηθικές του αξίες.

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής αξιοποιεί το υλικό εκτίμησης, επισημαίνει τα πραγματικά και προβλέπει τα πιθανά προβλήματα του ασθενούς και προγραμματίζει τις ανάλογες παρεμβάσεις²².

γ. Παρεμβάσεις. Η μορφή των παρεμβάσεων προσαρμόζεται ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς, τις νοητικές του δυνατότητες, το κοινωνικο-πολιτιστικό επίπεδο, την πολιτισμική ιδιαιτερότητα, την εκπαίδευση, το φύλο, το σεξουαλικό προσανατολισμό και την αξιολόγηση του υλικού εκτίμησης.

Στην κλινική πρακτική εφαρμόζεται ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων, που περιλαμβάνει:

- Την προώθηση της αυτοφροντίδας του ασθενούς, την ενίσχυση της προσωπικής υπευθυνότητας για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, τη διατήρηση και προαγωγή της γενικής λειτουργικότητας, με στόχο την ανεξαρτητοποίηση και αποκατάστασή του.
- Τον προγραμματισμό, το συντονισμό και την υλοποίηση διαγνωστικών διαδικασιών, που προτείνονται από άλλες ειδικότητες.
- Την εφαρμογή βιολογικών θεραπειών με ταυτόχρονη ενίσχυση θετικής στάσης έναντι αυτών. Επιδιώκεται η ανακούφιση από τις ανεπιθύμητες ενέργειες και η συνεχής αξιολόγηση της απαντητικότητας στη θεραπεία.
- Την εφαρμογή ψυχολογικών, νποστηρικτικών παρεμβάσεων με στόχους:
 - Την εγκατάσταση σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή
 - Τη βελτίωση της αυτοεκτίμησής του
 - Την εδραίωση της θεραπευτικής επικοινωνίας.
- Την οργάνωση ενισχυτικών παρεμβάσεων με στόχο τη συνεργασία και τη συμμετοχή του αρρώστου σε δραστηριότητες επανακοινωνικοποίησής του και την αποφυγή του ιδρυματισμού στη μονάδα ή στο σπίτι.
- Την άσκηση συμβουλευτικής στον ασθενή και στην οικογένειά του, με σκοπό την ενίσχυση υγιών συμπεριφορών, την κατανόηση πλευρών της νόσου και την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων για τη διατήρηση της θεραπευτικής συνέχειας.
- Τη διασύνδεση του ασθενούς με άλλους χώρους θεραπευτικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης και με άλλους ιατροκοινωνικούς φορείς.
- Στα πλαίσια της κοινοτικής παρέμβασης, ο ψυχιατρικός νοσηλευτής έχει ως στόχο:
 - Να εκπαιδεύσει, να ευαισθητοποιήσει και να κινητοποιήσει τους κατοίκους της κοινότητας πάνω σε θέματα ψυχικής υγιεινής (πρωτοβάθμια πρόληψη).
 - Να προσφέρει ψυχιατρικές υπηρεσίες (τακτική παρακολούθηση, επίσκεψη στο σπίτι, υποστήριξη ατομικά ή σε ομάδες) όχι μόνο στη μονάδα, αλλά και στο οικείο περιβάλλον ατόμων που νοσούν ψυχικά (δευτεροβάθμια πρόληψη).
 - Να εξασφαλίσει την παραμονή ψυχιατρικών ασθενών στην κοινότητα με την κοινωνική και εργασιακή αποκατάσταση (τριτοβάθμια πρόληψη).

Ο προσανατολισμός αυτός του έργου του ψυχιατρικού νοσηλευτή προς την κοινότητα είναι συμβατός με την προοπτική της σύγχρονης Ψυχιατρικής.

Για την εκπλήρωση των στόχων, την εκτέλεση των επιστημονικών εργασιών του και τη διασφάλιση της ποιότητας στην παρεχόμενη φροντίδα, ο ψυχιατρικός νοσηλευτής είναι απαραίτητο, εκτός από τις επιστημονικές αρχές και γνώσεις, να διαθέτει οργανωτικές και διοικητικές δεξιότητες, δυνατότητα εγκατάστασης θετικών διαπροσωπικών σχέσεων, ευελιξία επικοινωνίας, διαθεσιμότητα, παρατηρητικότητα, συνέπεια, διδακτική ικανότητα και να επιδιώκει συνεχή επιμόρφωση και ενημέρωση για τις νεότερες στάσεις και αντιλήψεις της Ψυχιατρικής²¹.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

B.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Στη ψυχιατρική, η πρόληψη μελετάται και επιδιώκεται σε τρία επίπεδα τα οποία είναι:

- ✚ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ
- ✚ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ
- ✚ ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ

Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες και διαδικασίες, που αποβλέπουν στη μείωση του δείκτη της ψυχικής νοσηρότητας, δηλαδή μείωση του αριθμού νέων περιπτώσεων ψυχικά άρρωστων σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Αυτό επιδιώκεται με δυο τρόπους:

- A)** Μελέτη και εξακρίβωση των στρεσογόνων παραγόντων και συνθηκών ζωής που προκαλούν απώλεια της ψυχικής ισορροπίας και διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις, με κίνδυνο αύξησης της επικινδυνότητας για ψυχική νόσηση.
- B)** Εφαρμογή μέσων και μέτρων βοήθειας των ατόμων ώστε να γίνουν πιο ανθεκτικοί στις ψυχοβλαπτικές αντιδράσεις.

Η νοσηλευτική βρίσκεται στη πρώτη γραμμή της μάχης για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Συναντά άτομα σε κρίσιμες καταστάσεις, όπως είναι η τάση αυτοκτονίας, θάνατος αγαπημένου προσώπου κ.λ.π. και έχει τη δυνατότητα να παρέμβει στην ψυχολογική κρίση τους με προσωπική παρουσία και φροντίδα.

Η δευτερογενής πρόληψη επιδιώκει :

- A)** Την ανίχνευση των ψυχικά νοσούντων.
- B)** Την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία της ψυχικής διαταραχής, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η διάρκεια της.

Γ) Την πρόληψη των παθολογικών επιπτώσεων των ψυχικών διαταραχών στα μέλη της κοινωνίας.

Δ) Την πρόληψη εγκατάστασης ψυχικής αναπηρίας στους ασθενείς.

Η νοσηλευτική συντελεί στην ανίχνευση και αναγνώριση των αρχικών σημείων μιας ψυχικής διαταραχής τόσο στους σωματικά άρρωστους, όσο και στους συνοδούς και στις οικογένειες τους. Επίσης με τη κατάλληλη αντιμετώπιση, καθοδήγηση και παραπομπή για θεραπεία υποστηρίζει ψυχοθεραπευτικά το άτομο και προλαμβάνει τη μεγαλύτερη ψυχική του αποδιοργάνωση.

Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει τα προγράμματα ψυχικής κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης που διατηρούν και καλλιεργούν τις θετικές ψυχοκινητικές και κοινωνικές ικανότητες των ψυχικά άρρωστων και τους βοηθούν να επανενταχθούν στη κοινωνία στο συντομότερο δυνατό χρόνο. Έτσι προλαμβάνονται:

A) Η εγκατάσταση μόνιμης ψυχικής ανικανότητας και αναπηρίας των ασθενών

B) Η καταστροφική ιδρυματοποίηση τους

Γ) Η μακροχρόνια ή ισόβια αποκοπή τους από την οικογένεια και τους κοινωνικούς θεσμούς.

Η νοσηλευτική όχι μόνο είναι παρούσα με τα στελέχη της σε όλα αυτά τα προγράμματα, αλλά και πρωτοπορεί σε πρότυπους σχεδιασμούς – τοπικούς, εθνικούς και διεθνής – στο συντονισμό, στην εκτέλεση και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους¹².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

B.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ



B.3.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Για την πλήρη και σωστή αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής, η νοσηλεύτριάς βαδίζουν στα βήματα της νοσηλευτικής διεργασίας, η οποία είναι φιλοσοφία και επιστημονική μέθοδος ολιστικής και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Κατευθύνεται από θεωρητικές γνώσεις, προϋποθέτει προσωπική επικοινωνία και συνεργασία νοσηλεύτη-αρρώστου και απαιτεί όλες οι νοσηλευτικές αποφάσεις και παρεμβάσεις να βασίζονται σε συστηματική εκτίμηση των προβλημάτων του άρρωστου και σε ανάλογα επιστημονικά τεκμηριωμένο προγραμματισμό.

ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

- 1) Νοσηλευτική εκτίμηση και διάγνωση των προβλημάτων του άρρωστου ως ενιαίας και αδιαίρετης βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας
- 2) Προγραμματισμός των ενδεικνυόμενων νοσηλευτικών παρεμβάσεων με διατυπωμένους σκοπούς, προτεραιότητες και επιστημονικές αιτιολογήσεις, στα πλαίσια της ολιστικής αντιμετώπισης των αναγκών και προβλημάτων του άρρωστου
- 3) Εφαρμογή του προγράμματος φροντίδας που στηρίχθηκε στη νοσηλευτική διάγνωση του άρρωστου και καταστρώθηκε σε συνεργασία μαζί του.
- 4) Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλείας βάση προδιατυπωμένων κριτηρίων, υποκειμενικών και αντικειμενικών δεδομένων και με εξέταση κατά πόσο εκπληρώθηκαν οι νοσηλευτικοί σκοποί και λύθηκαν τα προβλήματα του άρρωστου.

Κύρια χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής διεργασίας

- ✓ Η προσωπική γνωριμία και διαπροσωπική σχέση του νοσηλευτή με τον άρρωστο.
- ✓ Η υπεύθυνη, επιστημονική και συστηματική λήψη και εκτέλεση νοσηλευτικών αποφάσεων.
- ✓ Η ενεργοποίηση του άρρωστου στην εκτίμηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων του για τη συντομότερη ανάρρωση και υπεύθυνη ανάληψη της αυτοφροντίδας.
- ✓ Η συμβολή στην προαγωγή της ακαδημαϊκής και κλινικής αξιοπιστίας της νοσηλευτικής και στη προβολή της ως επιστημονικού έργου με απεριόριστες προοπτικές ανάπτυξης.

B.3.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η διπολική διαταραχή αποτελεί μια σύνθετη και αρκετά πολύπλοκη νόσο. Οι μεταπτώσεις και οι εναλλαγές των φάσεων μανίας και κατάθλιψης που χαρακτηρίζουν τους πάσχοντες, καθιστούν το έργο των νοσηλευτών περισσότερο πολύπλοκο. Έτσι λοιπόν, όπως και με τα συμπτώματα, στη συνέχεια θα παρουσιαστεί η

νοσηλευτική φροντίδα τόσο κατά τη διάρκεια της κατάθλιψης όσο και κατά τη διάρκεια της μανίας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

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

- α) άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του άρρωστου, π.χ. πρόληψη αυτοκτονίας.
- β) βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν τη νοσηλεία, θεραπεία και προετοιμασία του άρρωστου να βγει από το νοσοκομείο.
- γ) Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειάς τον για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπισή της ώστε να διατηρείται με λίγη ή καθόλου κατάθλιψη για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Νοσηλευτικές διαγνώσεις:

- Μεγάλος κίνδυνος για επιθετικότητα εναντίον του εαυτού
- Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας
- Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση ατομικών προβλημάτων
- Απελπισία
- Αίσθημα αδυναμίας
- Ανεπαρκής αυτοφροντίδα

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Μεγάλος κίνδυνος εκδήλωσης επιθετικότητας εναντίον εαυτού.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ: Ο άρρωστος πρέπει να φτάσει στο σημείο ώστε:

- Εκφράζει επιθυμία να ζήσει, αιτιολογεί και δεν αναφέρει ιδέες ή σχεδιασμό αυτοκτονίας.
- Εκδηλώνει αισιοδοξία και ελπίδα, χαμογελά ή Γέλα ανάλογα με τη συζήτηση και τη περίπτωση.
- Κάνει σχέδια για το μέλλον που περιλαμβάνουν δραστηριότητες αλλά και ιατρική παρακολούθηση και συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ:

- Ø Εκτίμηση τον βαθμού επικινδυνότητας - δυνατότητας για αυτοκτονία παρατηρώντας τη συμπεριφορά τον αρρώστου, δηλαδή κινήσεις, απειλές, μοίρασμα ατομικών πραγμάτων, παρουσία ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών και ιστορικό προηγούμενης απόπειρας.
- Ø Επανεκτίμηση της δυνατότητας αυτοκτονίας περιοδικά, ιδιαίτέρως σε περιπτώσεις αλλαγής της διάθεσης, αύξησης της απόσυρσης, ετοιμασίας εξόδου πριν να προγραμματισθεί.
- Ø Εξήγηση στον άρρωστο από τον νοσηλευτή ότι ενδιαφέρεται για την ασφάλειά τον και Θα τον βοηθήσει να διατηρηθεί ασφαλής. Αυτό διαβιβάζει τη νοσηλευτική μέριμνα και παρέχει αίσθημα προστασίας.
- Ø Στενή παρακολούθηση (συνεχής ή κάθε 15 " σε περίπτωση μεγάλου κινδύνου). Τοποθέτηση τον αρρώστου σε δωμάτιο, όχι μοναχικό, δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και συνοδεία σ' όλες τις μετακινήσεις τον, αν ενδείκνυται. "Έτσι μπορεί να προληφθεί ή διακοπεί η βλαπτική συμπεριφορά.
- Ø Προσοχή να μη χρησιμοποιούνται επικίνδυνα είδη (μαντήλια λαιμού, ζώνες, ξυράφια, ψαλίδια). Στα πλαίσια ασφάλειας τον περιβάλλοντος περιλαμβάνεται και η αφαίρεση αντικειμένων που μπορεί να παρακινήσουν σε σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας.
- Ø Έλεγχος όλων των ατομικών ειδών που έφερε ο άρρωστος στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειας να μη τον φέρνει επικίνδυνα είδη. Βέβαια αυτό γίνεται με

προηγούμενη πληροφόρηση του αρρώστου ότι είναι ρουτίνα τον νοσοκομείου και με πολλή ευγένεια και σεβασμό.

- Ø Ιδιαίτερη φροντίδα και προσωπική παρατήρηση κατά τη χορήγηση των φαρμάκων, ώστε να τα παίρνει ο άρρωστος και να μη τα κρύβει για απόπειρα αυτοκτονίας ή να τα πετάει στα άχρηστα.
- Ø Παρακολούθηση τον αρρώστου ακόμη και όταν χρησιμοποιεί τους βοηθητικούς χώρους με προηγούμενη ενημέρωσή τον. "Έχουν συμβεί αυτοκτονίες και σ' αυτούς τους χώρους.
- Ø Νοσηλευτικοί γύροι στους Θαλάμους σε συχνά αλλά όχι τακτά διαστήματα (ιδιαίτερα τη νύκτα, τα ξημερώματα, στις αλλαγές βάρδιας των νοσηλευτών και σε άλλες ώρες που προβλέπεται ότι το προσωπικό είναι πολύ απασχολημένο). Το σύστημα αυτό παρεμποδίζει την πρόβλεψη πότε θα περάσει ο νοσηλευτής από το δωμάτιο του αρρώστου. Βοηθάει τον νοσηλευτή να γνωρίζει σε κάθε στιγμή που είναι ο άρρωστος. Ιδιαίτερα σε ώρες που είναι λιγότερο το προσωπικό.
- Ø Συστηματικός έλεγχος τον περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία, π.χ. ανοικτές πόρτες και παράθυρα, ανοικτές προσβάσεις προς τη σκάλα ή την ταράτσα ή εκτεθειμένες φιάλες με απορρυπαντικά. Η ελαχιστοποίηση των ευκαιριών για αυτοκαταστροφή απαιτεί συνεχή προσοχή και πρόβλεψη ασυνήθιστων ενεργειών τον αρρώστο.
- Ø Διατύπωση ενός συμφωνητικού πρωτοκόλλου με τον άρρωστο που να περιλαμβάνει τι θα κάνει ο άρρωστος και τι ο νοσηλευτής για την ασφάλεια του πρώτου. Ένα αντίγραφο υπογεγραμμένο και από τους δυο επισυνάπτεται στο φύλλο νοσηλείας και ένα άλλο αντίγραφο δίνεται στον άρρωστο να το κρατά. Έτσι τεκμηριώνονται τα μέτρα που θα ληφθούν για την πρόληψη της αυτοκτονίας και την ανταπόκριση του άρρωστου.
- Ø Ενθάρρυνση τον αρρώστου και της οικογένειάς τον να ρωτήσουν ό,τι θέλουν και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους για τη φαρμακοθεραπεία, την τυχόν ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) αν προγραμματίστηκε και για άλλες θεραπείες.
- Ø Βοήθεια του άρρωστου να μετακινηθεί από αρνητικό, λανθασμένο και

εξωπραγματικό σε ρεαλιστικό θετικό σύστημα θεώρησης τον εαυτό του, της ζωής τον και τον κόσμο. Έτσι θα μειωθούν τα αισθήματα αναξιότητας και αδυναμίας και θα αυξηθούν ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμησή του (γνωστική θεραπεία).

- Ø Ενίσχυση του αρρώστου στη διατύπωση κατορθωτών στόχων για τη ζωή του, διότι οι κατορθωτοί στόχοι είναι πιο πιθανό να εκπληρωθούν και να φέρουν ταχύτερες ικανοποιητικές αμοιβές.
- Ø Παρότρυνση του αρρώστου να φροντίζει την επαρκή διατροφή, την ατομική υγιεινή και την καλή τον εμφάνιση. Με σκοπό τη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη νόσησης, την ανύψωση τον αισθήματος της αξιοπρέπειας και αυτοεκτίμησης.
- Ø Βεβαίωση του αρρώστου ότι υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει από την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό και ότι οι νοσηλευτές Θα τον συντροφεύουν και θα τον βοηθήσουν στην πορεία αυτή.
- Ø Έπαινος τον αρρώστου για προσπάθειες Θετικής αυτο-αξιολόγησης, αυτοελέγχου και διαμόρφωσης ρεαλιστικών σκοπών. Τονώνεται το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και της ελπίδας ότι μπορεί να αλλάξει η δυσάρεστη διάθεση του.
- Ø Χορήγηση των παραγγελθέντων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με συνέπεια και υπευθυνότητα, καθώς και με εξασφάλιση της θεληματικής συμμόρφωσης τον αρρώστου.
- Ø Συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένειά του πριν από την έξοδό του από το νοσοκομείο, με σκοπό να κατανοήσουν τις διαπροσωπικές εντάσεις και πώς να τις αντιμετωπίζουν.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ: Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο να εκδηλώνεται ως εξής:

- Συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό.
- Αρχίζει να επικοινωνεί με συνασθενείς και το προσωπικό.
- Συμμετέχει ενεργητικά σε ομαδικές δραστηριότητες.

- Δείχνει άνεση, ικανοποίηση και ευχαρίστηση όταν επικοινωνεί με άλλον; (επαφή με το βλέμμα, βελτιωμένο συναίσθημα, νηφάλιες απαντήσεις).
- Εκδηλώνει συνειδητοποίηση ατομικών προβλημάτων που δυσκόλευαν την επικοινωνία του με άλλους.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ :

- Ø Συχνές και σύντομες συναντήσεις (5 " - 10') με τον άρρωστο στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Οι συχνές και σύντομες επαφές ελαχιστοποιούν το άγχος και για τον άρρωστο και για τον νοσηλευτή
- Ø Προειδοποίηση τον αρρώστου πότε και για πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Οι συγκεκριμένες προσδοκίες ελαττώνουν το άγχος. Το πρόγραμμα παρέχει δομή και σκοπό στα κενά χρονικά διαστήματα.
- Ø Συνέπεια τον νοσηλευτού στην ώρα της συνάντησης και παραμονή κοντά στον άρρωστο όλη την ώρα της υπόσχεσης και όταν ακόμη αυτός δεν μιλά και δεν ανταποκρίνεται στην παρουσία του νοσηλευτή. Η σταθερότητα και η αξιοπιστία θεμελιώνει την εμπιστοσύνη. Ο άρρωστος αισθάνεται τη νοσηλευτική προσοχή χωρίς να προσπαθεί για να την κερδίσει."Όταν ο νοσηλευτής δεν έρχεται στην ώρα τον ή δεν παραμένει όση ώρα είχε υποσχεθεί, ο καταθλιπτικός μπορεί να πάρει το ζήτημα προσωπικά και να σκεφθεί ότι δεν είναι άξιος προσοχής.
- Ø Παραμονή δίπλα στον άρρωστο και όταν δεν μιλά, με σιωπή για μικρά διαστήματα. Η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτού τον βεβαιώνει ότι τον θεωρεί πρόσωπο με αξία.
- Ø Χρήση απλών, συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση.
- Ø Διάθεση αρκετού χρόνου στον άρρωστο για να απαντήσει. Η βραδεία σκέψη χρειάζεται χρόνο να διατυπώσει κάποια απάντηση.
- Ø Προσεκτική ακρόαση υπονοούμενων μηνυμάτων και απευθείας ερώτηση για τυχόν σχέδιο αυτοκτονίας. Οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται ανακούφιση και ελάττωση των

αισθημάτων μοναξιάς, όταν εξωτερικεύουν τις σκέψεις αυτοκτονίας.

- Ø Διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Τα συναισθήματα που συναντούν κατανόηση, μπορούν να βοηθήσουν στην ελάττωση της μοναξιάς και απομόνωσης και διευκολύνουν την παραπέρα εξωτερίκευση πιο οδυνηρών συναισθημάτων, για να συντελεσθεί η θεραπεία.
- Ø Αποφυγή εκδηλώσεων όπως είναι τα γέλια, τα αστεία και η υπερβολική ευθυμία. Η εύθυμη στάση τον νοσηλευτού αυξάνει τα αισθήματα αποξένωσης και απομόνωσης τον αρρώστου με τη σύγκριση των αντιθέσεων, πόσο χαρούμενος είναι ο νοσηλευτής και πόσο λυπημένος ο ίδιος.
- Ø Αποφυγή εκφράσεων όπως : τα πράγματα θα διορθωθούν Ο καθένας μας μελαγχολεί κάποτε - κάποτε. Αυτά τείνουν να ελαχιστοποιούν τη σοβαρότητα τον καταθλιπτικού συναισθήματος τον αρρώστου και μπορεί να αυξήσουν μέσα τον την ενοχή και αναξιότητα αφού δεν είναι σε θέση ο ίδιος να βγει από την κατάσταση όπου βρίσκεται.
- Ø Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση . Ο θυμός τον αρρώστου να μη θεωρείται προσωπική επίθεση κατά του νοσηλευτού. Η λογομαχία ή η αυτο-υπεράσπιση συντελούν μόνο στην ελάττωση της αυτοεκτίμησης και τον αρρώστου και τον νοσηλευτού.
- Ø Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύσει λεκτικά τον θυμό του. Η λεκτική έκφραση δύσκολων συναισθημάτων ίσως να ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσής τους με ανεύθυνες πράξεις και ακατάλληλους τρόπους.
- Ø Αν ο θυμός τον αρρώστου είναι δικαιολογημένος, ο νοσηλευτής πρέπει να παραδεχθεί ότι έγινε λάθος. Η στάση αυτή ενθαρρύνει την κατάλληλη εξωτερίκευση του θυμού και αποθαρρύνει την εσωτερίκευση και τη στροφή τον προς το ίδιο το εγώ.
- Ø Αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων αξιολογικής κριτικής. Π.χ. φαίνεσθε πιο καλός σήμερα ή μ' αρέσει το σημερινό σας χτένισμα. Διότι το καταθλιπτικό άτομο βλέπει την αρνητική πλευρά κάθε πράγματος. Π.χ. Μπορεί να ερμηνεύσει τα σχόλια ως εξής: Δεν ήμουν καλός χθές. Αν χτενιστώ αλλιώς μπορεί να μην αρέσει στον νοσηλευτή. Είναι καλύτερο να πει ο νοσηλευτής: φοράτε ένα καινούργιο πουκάμισο σήμερα ή αλλάξατε το χτένισμά σας. Τα ουδέτερα προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνείες.
- Ø Βαθμιαία ενσωμάτωση τον αρρώστου σε συζητήσεις με άλλους αρρώστους και σε

ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο ανοχής του. Ενθάρρυνση τηλεφωνημάτων και επισκέψεων με υποστηρικτικά σημαντικά πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι). Επιδοκιμασία των προσπαθειών τον. "Όλα αυτά ενεργούν ως θετικοί ενισχυτές του αισθήματος της προσωπικής αξίας τον αρρώστου και της ικανοποίησης από τις κοινωνικές επαφές.

- Ø Συνεχής εκτίμηση της αυτοκτονικής διάθεσης τον αρρώστου για πρόληψη βλάβης ή και θανάτου.
- Ø Διδασκαλία του αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητές του. Η πιο ρεαλιστική θεώρηση τον εαυτού αυξάνει την εμπιστοσύνη και την κλίση του προς κοινωνικές επαφές.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΜΑΝΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ

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

Αρχές επικοινωνίας με τον μανιακό άρρωστο

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

κάποιος ελέγχει την κατάσταση».

- Χρήση σύντομων και συγκεκριμένων εξηγήσεων ή φράσεων. Η ικανότητα σύντομης μόνο προσοχής περιορίζει την κατανόηση σε σύντομες πληροφορίες.
- Διατήρηση ουδετερότητας - αποφυγή αντιπαράθεσης με επίδειξη δύναμης και κριτικής. Ο άρρωστος μπορεί να χρησιμοποιεί τις ασυνέπειες και τα κριτικά σχόλια ως δικαιολογία για λογομαχίες και κλιμάκωση της μανίας.
- Σταθερότητα στη προσέγγιση και τις προσδοκίες. Τα σταθερά όρια και οι προσδοκίες ελαχιστοποιούν τη δυνατότητα χειρισμού / εκμετάλλευσης του προσωπικού από τον άρρωστο.
- Αποφυγή εμπλοκής σε αστεϊσμούς και ετοιμολογίες. Διατήρηση ηρεμίας και ουδετερότητας. Έτσι ελαχιστοποιείται η μανιακή ένταση. Οι αστεϊσμοί και τα γέλια με τον μανιακό άρρωστο δείχνουν έλλειψη σεβασμού των αναγκών του.
- Συχνές συναντήσεις τον προσωπικού για προγραμματισμό κοινής σταθερής γραμμής και συμφωνία στην τοποθέτηση ορίων. Χρειάζεται συνέπεια όλων των μελών του προσωπικού στην τήρηση ορίων για να ελαχιστοποιείται ο χειρισμός τους από τον άρρωστο.
- Όταν αποφασισθούν ορισμένα όρια από το προσωπικό, πρέπει να λεχθούν στον άρρωστο με απλές συγκεκριμένες εκφράσεις, μαζί με τις συνέπειες αν δεν τηρηθούν. Π.χ. «κύριε Χ. μη ξεφωνίζετε και μη κτυπάτε τον χ. Ψ. Αν δεν μπορείτε να περιορίσετε τον εαυτό σας, θα το κάνουμε εμείς» ή «το ήσυχο δωμάτιο θα σας βοηθήσει να αισθανθείτε μεγαλύτερο αυτοέλεγχο και θα σας προστατεύσει από πρόκληση βλάβης στον εαυτό σας και στους άλλους». Οι σαφείς προσδοκίες βοηθούν τον άρρωστο να αισθανθεί τον εξωτερικό έλεγχο και να κατανοήσει τους λόγους για τη λήψη φαρμάκων, τον αποκλεισμό σε ήσυχο μοναχικό δωμάτιο και τα άλλα περιοριστικά μέτρα, αν δεν είναι ικανός να ελέγξει τη συμπεριφορά του.
- Νόμιμα παράπονα πρέπει να εισακούονται και να γίνονται οι κατάλληλες διορθωτικές ενέργειες. Αυτό ελαττώνει τα αισθήματα της αδυναμίας και μπορεί να αυξήσει την αυτοεκτίμηση.
- Αποδοχή με ηρεμία της ανεύθυνης συμπεριφοράς (π.χ. άσεμνα και άπρεπα λόγια, ωμά αστεία και χειρονομίες). Η αποδοχή αντικρούει την ασυνείδητη προσπάθεια του αρρώστου να προκαλέσει τον νοσηλευτή να θυμώσει και να ενεργήσει

παράλογα (εκτός ελέγχου), με συνέπεια τη διατήρηση της μανιακής αμυντικής συμπεριφοράς.

- Σταθερή ανακατεύθυνση της ενεργητικότητας τον αρρώστου σε πιο κατάλληλα και οικοδομητικά κανάλια. Η εύκολη διάσπαση της προσοχής του μανιακού άρρωστου αποτελεί το πιο αποτελεσματικό εργαλείο στη διάθεση του νοσηλευτή για θεραπευτική παρέμβαση.

Νοσηλευτικές διαγνώσεις:

- ο Μεγάλος κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον εαυτού ή των άλλων
- ο Μεγάλος κίνδυνος τραυματισμού ή άλλης βλάβης
- ο Διαταραχή διεργασιών της σκέψης
- ο Αμυντική αντιμετώπιση δυσκολιών
- ο Διαταραχή διατροφής : υποσιτισμός
- ο Ελλειμματική αυτοφροντίδα

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Μεγάλος κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον εαυτού ή άλλων.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ: Ο άρρωστος πρέπει να φτάσει στο σημείο ώστε να:

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

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ:

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

βοηθεί να σχεδιάσει εναλλακτικές αντιδράσεις και να προλάβει μια βίαιη συμπεριφορά.

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

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

- Ø Συστηματική χορήγηση και υπεύθυνη παρακολούθηση των επιθυμητών ενεργειών και των παρενεργειών των παραγγελλθέντων φαρμάκων και συνεργασία με τη

θεραπευτική ομάδα για τη ρύθμισή τους.

- Ø Προσοχή ώστε κατά την αντιμετώπιση προβληματικών εκδηλώσεων του μανιακού αρρώστου με οποιεσδήποτε νοσηλευτικές παρεμβάσεις να μη διαφεύγει από το νου ο πάσχων ψυχικά άνθρωπος στην ιδιαίτερή του μοναδικότητα και ολότητα¹².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Παρόλο που τα επεισόδια μανίας και κατάθλιψης έρχονται και φεύγουν, είναι αναγκαίο να κατανοήσουμε, ότι η διπολική διαταραχή είναι μια χρόνια νόσος, η οποία, για την ώρα, δεν επιδέχεται πλήρους και ριζικής ίασης. Ακολουθώντας, ωστόσο, πιστά την προτεινόμενη θεραπεία, ακόμη και σε περιόδους που η συμπτωματολογία δεν είναι έκδηλη, είναι δυνατό να ελέγξουμε τη νόσο και να περιορίσουμε το ενδεχόμενο υποτροπής²³.

Κάθε άτομο με διπολική διαταραχή πρέπει να λαμβάνει τη φροντίδα ενός ψυχιάτρου, ειδικευμένου στη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου. Παράλληλα, άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όπως οι ψυχολόγοι και οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές, συμβάλλουν στη διαχείριση της νόσου, με την εφαρμογή επιπρόσθετων τύπων θεραπείας.

Τα άτομα με διπολική διαταραχή μπορεί να χρειάζονται βοήθεια, προκειμένου να αντιληφθούν, ότι έχουν πράγματι ανάγκη την παρέμβαση ενός ειδικού. Συγκεκριμένα:

- ✓ Συχνά δεν αντιλαμβάνονται το βαθμό της διαταραχής ή αποδίδουν την ευθύνη των προβλημάτων τους σε άλλους παράγοντες πέραν της νόσου.
- ✓ Συνήθως έχουν ανάγκη τη στήριξη της οικογένειας, προκειμένου να ζητήσουν βοήθεια. Ο οικογενειακός γιατρός, σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο, συστήνοντας συγκεκριμένους Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας, όπου μπορούν να απευθυνθούν.
- ✓ Σε ορισμένες περιπτώσεις, κάποιο άλλο άτομο από το στενό περιβάλλον ίσως χρειαστεί να τους οδηγήσει στον ειδικό για διάγνωση και θεραπεία.

- ✓ Σε περίπτωση που ένα επεισόδιο βρίσκεται σε έξαρση, η νοσηλεία μπορεί να είναι αναγκαία, ακόμη κι αν κάτι τέτοιο είναι ενάντια στη θέλησή τους.
- ✓ Συνεχής ενθάρρυνση και στήριξη είναι αναγκαία, μέχρις ότου βρεθεί το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα.
- ✓ Ορισμένες φορές, μπορεί να συμφωνήσουν σε περιόδους ύφεσης της νόσου ως προς τον πιο κατάλληλο τρόπο παρέμβασης σε περίπτωση υποτροπής.

Όπως και με άλλες σοβαρές ψυχικές νόσους, η διπολική διαταραχή μπορεί να αποβεί δύσκολα αντιμετωπίσιμη από το σύντροφο, τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, τους φίλους και τους εργοδότες. Η οικογένεια του ατόμου με διπολική διαταραχή έχει συχνά να αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα στη συμπεριφορά του, όπως την αλόγιστη διασκέδαση σε περιόδους μανίας ή την έντονη αίσθηση απόρριψης από τους άλλους σε περιόδους κατάθλιψης, καθώς και τις συνέπειες αυτής της συμπεριφοράς¹³.

Η ελαττωμένη δυνατότητα μάθησης καθιστά τους πάσχοντες από μανιοκατάθλιψη εξαιρετικά ευάλωτους. Είναι σημαντικό τα άτομα αυτά να μαθαίνουν να διεξάγουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες στο σπίτι, σε κοινωνικές περιστάσεις, στη δουλειά ή στο σχολείο²⁴. Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται με τη βοήθεια των προγραμμάτων ψυχικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, που διατηρούν και καλλιεργούν τις θετικές ψυχοκινητικές και κοινωνικές ικανότητες τους και τους βοηθούν να επανενταχθούν στην κοινωνία το συντομότερο δυνατόν. Έτσι προλαμβάνεται η εγκατάσταση μόνιμης ψυχικής ανικανότητας και αναπηρίας, η καταστροφική ιδρυματοποίηση καθώς και η μακροχρόνια ή ισόβια αποκοπή των ασθενών από την οικογένεια και τους κοινωνικούς δεσμούς. Προς το σκοπό αυτό δημιουργούνται ενδιάμεσες δομές υπηρεσιών ψυχικής υγείας όπως

- Ψυχιατρικά νοσοκομεία ημέρας ή νύκτας
- Ψυχιατρικοί τομείς στα γενικά νοσοκομεία

- Κέντρα ψυχικής υγείας
- Ξενώνες
- Προστατευόμενα εργαστήρια
- Σταθμοί ψυχιατρικών πρώτων βοηθειών με ανοικτή τηλεφωνική γραμμή 24 ώρες το 24ωρο κ.α.

Η νοσηλευτική δίνει το δυναμικό παρόν σε όλα αυτά τα προγράμματα, είναι καθημερινά κοντά στον άνθρωπο και γίνεται φρουρός, σύμβουλος και δάσκαλος της ψυχικής υγείας¹².

ΕΠΙΛΟΓΟΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η διαπραγμάτευση του θέματος « Διπολική διαταραχή- Νοσηλευτική Παρέμβαση » σε αυτό το σημείο ολοκληρώθηκε. Η προσπάθεια όμως για την ψυχική αποκατάσταση των μανιοκαταθλιπτικών και γενικότερα των ψυχιατρικών ασθενών δεν τελειώνει ποτέ. Η αίσθηση ότι όλο και περισσότερη φροντίδα και υποστήριξη μπορεί να δοθεί σε αυτούς τους άρρωστους είναι διάχυτη.

Δυστυχώς, ο ψυχιατρικός ασθενής στην ελληνική κοινωνία αποτελεί θέμα-ταμπού. Οι πάσχοντες εκτός από την αγωνιά τους για την ασθένεια που τους ταλανίζει, επωμίζονται και το βάρος της αντιμετώπισης της προκατάληψης των συνάνθρωπων τους. Νιώθουν ντροπή και αποτροπιασμό για τον εαυτό και την κατάσταση τους, αφού ο κοινωνικός περίγυρος τους αποδοκιμάζει και τους περιθωριοποιεί. Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας έχει ως αποτέλεσμα τον κοινωνικό αποκλεισμό, που προσδίδει στους ασθενείς έναν ακόμη λόγο για να υποφέρουν.

Ωστόσο η θεραπευτική ομάδα, που έχει ν'αντιμετωπίσει τόσα πολλά προβλήματα, συνεχίζει να αγωνίζεται. Αγωνίζεται με την ελπίδα ότι κάποια μέρα, όλο και λιγότεροι θα νοσηλεύονται σε Ψυχιατρικά Ιδρύματα, όλο και περισσότερο, η Ψυχική Υγεία θα αποκαθιστάται. Στον αγώνα αυτόν της εξάλειψης του στίγματος της ψυχικής ασθένειας ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι ένας από τους κύριους αγωνιστές, με κύριο εφόδιο την άρτια επαγγελματική του κατάρτιση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. « ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ». (www.depnet.gr). 2007
2. Νίκος Μάνος. « ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ». University Studio Press. Θεσσαλονίκη, 1988.
3. Γιώργος Ν.Χριστοδούλου και συνεργάτες. «ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ»(Α ΤΟΜΟΣ). Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα, 2000.
4. T. Lemperiere- A Feline και συνεργάτες. «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων και Εφαρμογές της στην Ελλάδα». (Β΄ ΤΟΜΟΣ) .Υπεύθυνος έκδοσης Π. Σακελλαρόπουλος. Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ. Αθήνα, 1995.
5. Harold H. Bloomfield M.P (ψυχίατρος) & Peter Mc Williams. « Θεραπεύοντας την Κατάθλιψη». (ΕΚΔΟΣΗ 2^η). Εκδόσεις ΘΥΜΑΡΙ. Αθήνα, 1997.
6. Tessa Christodoulou (Honorary Phychologist and Research Worker, PhD student. « ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ». (www.e- psychology.gr).2007
7. Κ. Σολδάτος, Λ.Λυκούρας. «ΣΥΓΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ». (Α΄ ΤΟΜΟΣ). Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα, 2006
8. Barlot – Durand. « ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ: ΜΙΑ ΣΥΝΘΕΤΗ ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ». (Β΄ ΤΟΜΟΣ). Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ. Αθήνα, 2001
9. American Psychiatric Association, « DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS». (FOURTH EDITION). Washington, 1994
10. Νίκος Μάνος. « ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ». Αναθεωρημένη έκδοση. University Studio Press. Θεσσαλονίκη, 1997
11. Ενημερωτικό φυλλάδιο . «ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ». (health.in.gr). Τμήμα Ερευνας Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας. USA, 2005
12. Αφροδίτη Χρ.Ράγια. « Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας». (Δ΄ ΕΚΔΟΣΗ). Αθήνα, 2004
13. Πέτρος Σκαπινάκης (Λέκτορας Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων), Γρηγόρης Μιχάλης (Ψυχολόγος- Παιδαγωγός). « ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ». (www.stress.gr), 2004
14. « ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ». (www.psychologia.gr), 2007
15. « ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ». (www.phorum.gr), 2007
16. «ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ». (www.pneuma.gr), 2007

17. Μιχάλης Σ.Γ. Μαδιανός « ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ». Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα, 2003
18. «ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ-MANIOΚΑΤΑΘΛΙΨΗ» (www.ipse.gr), 2007
19. « Ιατροφαρμακευτικός οδηγός». Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1992
20. Harold I Kaplan & Benjamin J. Sadock. « ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ» (Β΄ ΤΟΜΟΣ) Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 2000
21. Γιώργος Ν. Χριστοδούλου και συνεργάτες. «ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ» (Β΄ ΤΟΜΟΣ). Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2004
22. Πριάμη Μαρία. « Εκτίμηση ποιότητας ψυχιατρικής νοσηλευτικής φροντίδας βασισμένη σε ειδικά πρότυπα και κριτήρια». Περιοδικό Νοσηλευτική. Εκδόσεις Δίκτυνα ΕΠΕ, 1999
23. Π. Σακκά (Νευρολόγος- Ψυχίατρος) «ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ». (www.janssen-cilag.gr), 2005

