

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

2

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
**ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
Κοσσυβάκη Δανάη - Ανδριανή
Μίχου Δήμητρα

ΕΠΟΠΤΕΥΟΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
Σπυράτος Φώτης

ΠΑΤΡΑ 2010

Πίνακας Περιεχομένων

Κεφάλαιο - 1	Συναισθηματικές διαταραχές	10
1.1	Διπολική διαταραχή	11
1.2	Κατάθλιψη.....	12
1.3	Μανία	13
Κεφάλαιο - 2	Επιδημιολογία.....	14
2.1	Φύλο και Ηλικία Έναρξης	15
2.2	Γεωγραφικοί παράγοντες και διαμονή.....	16
2.3	Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες	16
Κεφάλαιο - 3	Αιτιολογία.....	17
3.1	Βιολογικοί παράγοντες	19
3.2	Ψυχολογικοί παράγοντες	21
3.3	Κοινωνικοί παράγοντες.....	22
Κεφάλαιο - 4	Κλινική Εικόνα.....	23
4.1	Κλινική εικόνα κατάθλιψης	24
4.2	Κλινική εικόνα μανίας	25
4.3	Φυσιολογική διάθεση.....	27
4.4	Μονοπολική Κατάθλιψη.....	27
4.5	Διπολική I.....	28
4.6	Διπολική II	28
4.7	Κυκλοθυμία.....	28
4.8	Ταχυφασικότητα ή ταχεία εναλλαγή φάσεων.....	28
4.9	Μονοπολική μανία	28
4.10	Ψύχωση και μικτή διπολική κατάσταση.....	28
Κεφάλαιο - 5	ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	30
5.1	Κριτήρια DSM-IV-TR για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.....	33

5.2	Κριτήρια DSM-IV-TR για το μανιακό επεισόδιο.....	34
5.3	Υπομανία.....	35
Κεφάλαιο - 6 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....		38
6.1	Διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης.....	39
6.1.1	Οργανικές ψυχικές διαταραχές.....	39
6.1.2	Σχιζοφρένεια.....	40
6.1.3	Κυκλοθυμική διαταραχή	40
6.1.4	Αγχος αποχωρισμού	40
6.1.5	«Μη επιπεπλεγμένο» πένθος.....	40
6.1.6	Δυσθυμία (καταθλιπτική νεύρωση).....	40
6.1.7	Ιδιαίτερες εικόνες κατάθλιψης και αντίστοιχα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα.....	40
6.1.8	Κατάχρηση και η εξάρτηση από ουσίες.....	41
6.2	Διαφορική διάγνωση μανίας.....	41
6.2.1	Οργανικές ψυχικές διαταραχές.....	41
6.2.2	Οξέα οργανικά ψυχοσύνδρομα	41
6.2.3	Γενικότερες παθολογικές καταστάσεις	41
6.2.4	Σχιζοφρένεια.....	42
6.2.5	Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή.....	42
6.2.6	Κυκλοθυμική Διαταραχή.....	42
Κεφάλαιο - 7 Φαρμακοθεραπεία και άλλες βιολογικές θεραπείες.....		43
7.1	Κατάθλιψη.....	44
7.1.1	Αντικαταθλιπτικά	44
7.1.2	Άτυπα Αντικαταθλιπτικά.....	53
7.1.3	Άλλες Βιολογικές Μορφές Θεραπείας.....	57
7.2	Μανία	60
7.2.1	Ανθρακικό Λίθιο	60
Κεφάλαιο - 8 Νοσηλευτική Φροντίδα		62
8.1	Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με κατάθλιψη	63

8.1.1	Νοσηλευτικές διαγνώσεις για τη μείζονα κατάθλιψη	63
8.1.2	Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων	72
8.1.3	Παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλευτικές ευθύνες	72
8.1.4	Αντενδείξεις χορήγησης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων	74
8.2	Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με μανία	74
	<i>Νοσηλευτικές προτεραιότητες.....</i>	<i>74</i>
8.2.1	Αρχές επικοινωνίας με τον μανιακό άρρωστο	74
8.2.2	Νοσηλευτικές διαγνώσεις για τη μανία όλων των τύπων	75
Κεφάλαιο - 9	Αποκατάσταση – Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	79
Κεφάλαιο - 10	Το στίγμα στην Ψυχική Ασθένεια	83
Κεφάλαιο - 11	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	87
Βιβλιογραφία	89

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διπολική διαταραχή είναι μία ψυχιατρική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από δύο συναισθηματικές διαταραχές, τη μανία και την κατάθλιψη. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη διαταραχών διάθεσης μπορούν να ομαδοποιηθούν σε: γενετικούς, ψυχογενετικούς και νευροβιολογικούς. Στην κλινική εικόνα της κατάθλιψης το κύριο χαρακτηριστικό είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα. Επικρατεί λίμναση της σκέψης, επιβραδυμένη πρωτοβουλία, επίμονες ψευδαισθήσεις, τάσεις αυτοκτονίας και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, καθώς και γενικά συμπτώματα όπως ανορεξία σεξουαλική αδιαφορία. Στην κλινική εικόνα της μανίας το κύριο χαρακτηριστικό είναι η ευφορία. Διαταράσσεται το συναίσθημα, η ψυχοκινητική συμπεριφορά, η σκέψη με ιδέες μεγαλείου, η κριτική ικανότητα.

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να αρχίσει σε οποιαδήποτε ηλικία ενώ η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα είκοσι πέντε . Σύμφωνα με μελέτες ο τύπος της διπολικής διαταραχής μπορεί να διαφέρει ανάλογα με το κοινωνικό, μορφωτικό και βιοτικό επίπεδο του ασθενή. Η φαρμακευτική αγωγή ελέγχει τα συμπτώματα, ενώ για τη διπολική διαταραχή δεν συνιστώνται τα αντιψυχωσικά φάρμακα. Η θεραπεία συντήρησης της διπολικής διαταραχής κρίνεται απαραίτητη λόγω των υψηλών ποσοστών συναισθηματικών υποτροπών. Στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με κατάθλιψη οι στόχοι του νοσηλευτικού προσωπικού επιτυγχάνονται όταν ο ασθενής : διακατέχεται με το αίσθημα επιθυμίας για ζωή και παραιτείται από κάθε σκέψη αυτοκτονίας. Στη νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με μανία οι στόχοι του νοσηλευτικού προσωπικού επιτυγχάνονται όταν ο ασθενής εξωτερικεύει το θυμό του και τα υπόλοιπα αρνητικά του συναισθήματα με τρόπο κοινωνικά αποδεκτό. Τέλος το στίγμα είναι το κυρίαρχο σημείο που χαρακτηρίζει τον άνθρωπο που πάσχει από ψυχική ασθένεια. Είναι ο φόβος και η άρνηση που νοιώθουν και προβάλλουν οι ψυχιατρικοί ασθενείς, όπως επίσης και το περιβάλλον τους , για την ύπαρξη της ψυχικής ασθένειας. Σύμφωνα με επιστημονικά δεδομένα, οι ψυχικές διαταραχές στις μέρες μας είναι πάρα πολύ συχνές.

Abstract

Bipolar disorder is a psychiatric illness characterized by two affective disorder, mania and depression. Factors contributing to the development of mood disorders can be grouped into: genetic, neurobiological and psychogenetikous. In clinical depression is the main feature of the depressive state. There stagnated thought, delayed initiative, persistent hallucinations, suicide or suicidal behavior, and general symptoms such as anorexia sexual indifference. In clinical mania main feature is the euphoria. Disrupting emotion, psychomotor behavior, grandiosity reflection, critical ability.

The major depressive disorder may begin at any age and the average age of onset is about twenty-five. According to studies by the type of bipolar disorder may differ depending on social, educational and living standards of the patient. The medication controls the symptoms, whereas bipolar disorder is not recommended antipsychotic medications. The maintenance treatment of bipolar disorder is necessary because of high rates of affective relapses. The nursing care of patient with depression objectives of the nursing staff achieved when the patient: Dominated by a sense of desire for life and abandon any thoughts of suicide. The nursing care of patients with mania objectives of the nursing staff achieved when the patient externalize anger and other negative emotions in a socially acceptable. Finally, the position is the dominant element that characterizes the person who suffers from mental illness. It's fear and rejection that they feel and promote psychiatric patients, as well as the environment, the existence of mental illness. According to scientific data, mental disorders nowadays are too frequent.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κατάθλιψη και η μανία είναι τα πιο συχνά ψυχικά νοσήματα με τα όποια έρχεται αντιμέτωπος τόσο ο ψυχίατρος όσο και ο ιατρός και ο νοσηλευτής. Τα νοσήματα αυτά προσθέτουν μεγάλο φορτίο τόσο ψυχολογικό όσο και οικονομικό στους ασθενείς, τις οικογένειες τους, αλλά και στο κοινωνικό σύνολο. Οι διπολικές διαταραχές, που παλαιότερα ονομάζονταν μανιοκατάθλιψη, χαρακτηρίζονται από ημέρες ή εβδομάδες μανίας που εναλλάσσονται με μεγαλύτερες περιόδους μείζονος κατάθλιψης, οι οποίες τυπικά διαχωρίζονται μεταξύ τους από ημέρες ή εβδομάδες φυσιολογικής διάθεσης (βασική Παιδοψυχιατρική Β' τόμος Washington DC). Η μανία χαρακτηρίζεται από εφορία υπερδραστηριότητα, μεγαλομανείς ιδέες, ασυνάρτητη φλυαρία, εξωπραγματική αισιοδοξία και υπερβολική αυτοεκτίμηση. Οι μανιακοί είναι ρινοκίνδυνοι σεξουαλικά, σωματικά και οικονομικά. Σε μια πρόσφατη ανακοίνωση της Παγκόσμιας Τράπεζας, της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας και του πανεπιστημίου του Harvard, αναφέρεται ότι στα επόμενα είκοσι χρόνια η κατάθλιψη θα καταλάβει τη δεύτερη θέση στον κατάλογο με τις καταστάσεις που προκαλούν σημαντική απώλεια χρόνου υγείας και παραγωγικής ζωής. Οι διπολικές διαταραχές παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Έχουν περιγράψει και αναλυθεί από την αρχαιότητα έως σήμερα. Χαρακτηριστικό τους είναι ο σταθερός τρόπος περιγραφής σε πάμπολλες ερευνητικές εργασίες και συγγράμματα.

Στόχος της πτυχιακής μας εργασίας είναι η ενημέρωση του κοινού όσον αφορά την ανάπτυξη, την παθογένεια, αλλά και τους τρόπους θεραπείας της νόσου. Ευελπιστούμε στην ευαισθητοποίηση του κοινού και της πολιτείας προς τη διαδεδομένη αυτή νόσο της μανιοκατάθλιψης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι διπολικές διαταραχές ή αλλιώς γνωστές ως μανιοκαταθλιπτικές παθήσεις είναι εγκεφαλικές διαταραχές οι οποίες προκαλούν ασυνήθιστες αλλαγές στη διάθεση, στην ενέργεια και στην ικανότητα του ατόμου για συγκέντρωση. Αυτές οι διαταραχές, σε κάποιες από τις μορφές τους, εμφανίζονται κατά προσέγγιση στο 3% με 6% του ενήλικου πληθυσμού. Όποιον τύπο και αν έχει η διπολική διαταραχή, οι συνέπειες, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειες τους, είναι συνήθως πολύ σοβαρές. Σε αντίθεση με τις αλλαγές διάθεσης που συμβαίνουν στο άτομο, τα συμπτώματα των διπολικών διαταραχών είναι πολύ σοβαρά. Το είδος των συμπτωμάτων και η σοβαρότητα τους, ποικίλουν από ασθενή σε ασθενή. Η συμπεριφορά στη φάση της μανίας μπορεί να αφήσει ανεξίτηλα σημάδια στον κοινωνικό περίγυρο, ενώ τα βαριά καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να αφήσουν έντονα σημάδια στην κοινωνική συμπεριφορά του ίδιου του πάσχοντα. Σε συνάρτηση με το πόσες μέρες περνά ο ασθενής στη κάθε φάση, τα άτομα με διπολικές διαταραχές περνούν περισσότερο καιρό, στην καταθλιπτική φάση σε σχέση με την μανιακή φάση. Το εθνικό ινστιτούτο ψυχικής υγείας των ΗΠΑ υπολογίζει ότι περισσότερα από 23 εκατομμύρια ανθρώπων το χρόνο προσβάλλονται από τη νόσο της μανίας, ενώ 10 εκατομμύρια εμφανίζουν κατάθλιψη. Στην πραγματικότητα, η κατάθλιψη και η μανία έχουν πολύ μεγαλύτερες επιπτώσεις στον ασθενή σε σχέση με άλλα χρόνια σωματικά νοσήματα, όπως η υπέρταση, ο διαβήτης, και η αρθρίτιδα. Σύμφωνα με έρευνες οι διπολικές διαταραχές τυπικά αναπτύσσονται στο τέλος της εφηβείας και στην αρχή της ενηλικίωσης. Παρόλα ταύτα, κάποιοι άνθρωποι εμφανίζουν τα πρώτα συμπτώματα στην παιδική ηλικία και μερικά σε προχωρημένη ηλικία. Συχνά, τα άτομα που πάσχουν από διπολικές διαταραχές δεν αναγνωρίζονται ως άρρωστα, και μπορεί να υποφέρουν χρόνια πρώτου γίνει σωστή διάγνωση και δοθεί κατάλληλη θεραπεία.

Στη παρούσα εργασία, επιχειρείται να αναλυθούν οι διπολικές διαταραχές και να απαντηθούν ερωτήματα για τον τρόπο με τον οποίο εμφανίζονται, αλλά και για τη σωστή αντιμετώπιση και θεραπεία τους. Αρχικά δίνονται οι ορισμοί των διαταραχών διάθεσης, αναφέρεται ο τρόπος που εισβάλουν στο άτομο, καθώς και ποιοι παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη τους. Στη συνέχεια, περιγράφεται η κλινική εικόνα των διαταραχών αυτών και παρουσιάζονται σημαντικά στοιχεία της επιδημιολογίας τους. Επίσης, περιγράφονται διεξοδικά, η φαρμακοθεραπεία τους καθώς και άλλες βιολογικές μορφές θεραπείας. Τόσο ο σωστός

θεραπευτικός σχεδιασμός, όσο και η φαρμακευτική αγωγή, είναι τα βασικά στοιχεία της θεραπείας. Ουσιαστικά, γίνεται αναφορά στους στόχους του νοσηλευτικού προσωπικού και στη φροντίδα των αρρώστων με διπολικές διαταραχές. Τέλος, παρουσιάζεται ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζει το στίγμα την ψυχική υγεία.

Εν κατακλείδι, τα συμπτώματα της κατάθλιψης και της μανίας θα πρέπει να κινούν υποψίες και να ωθούν τους κλινικούς να αποκαλύψουν τις πραγματικές αιτίες. Άλλωστε, η σωστή διάγνωση είναι το πρώτο βήμα για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του κάθε πάσχοντα. Πιο συγκριμένα, οι μελλοντικές κατευθύνσεις όσον αφορά τις διπολικές διαταραχές πρέπει να εστιάσουν σε τρία σημεία : στην έρευνα, στη δημιουργία φαρμάκων με νέους μηχανισμούς δράσης, και στην εκπαίδευση. Συγκριτικά με άλλες πολύ γνώστες ασθένειες, οι διπολικές διαταραχές κατέχουν ένα πολύ σημαντικό ποσοστό. Αυτό πρέπει να μας κάνει όλους να αναληφθούμε το μέγεθος του προβλήματος, έτσι ώστε να δημιουργηθεί ουσιαστική κίνηση για την αντιμετώπιση τους.

Κεφάλαιο - 1 Συναισθηματικές διαταραχές

Οι διαταραχές της Διάθεσης είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης.¹ Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος, που βιώνεται εσωτερικά και σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει, σε πολύ μεγάλο βαθμό, όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό. Κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση, ο θυμός. διακρίνουμε την διάθεση ή συναισθηματική διάθεση από το συναίσθημα, που αποτελεί την εξωτερική έκφραση της. Η εξωτερική έκφραση ενός καταθλιπτικού ή μανιακού ασθενή δεν είναι πάντα καταθλιπτική ή ευφορική. ωστόσο, πιο σωστά οι Συναισθηματικές διαταραχές περιγράφονται σαν διαταραχές της διάθεσης.²

Πως ξεχωρίζει, λοιπόν, κανείς μια «φυσιολογική» διάθεση από μια «παθολογική»; Οπωσδήποτε, δεν είναι τόσο εύκολο, ούτε τόσο απόλυτο. Παρόλα αυτά όσο πιο έντονη και παρατεταμένη η συναισθηματική διάθεση της κατάθλιψης ή της έξαρσης, όσο πιο πολλά και έντονα τα φυτικά συμπτώματα – αϋπνία, ανορεξία, απώλεια της ενεργητικότητας, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης, ψυχοκινητική επιβράδυνση κτλ. όσο μεγαλύτερη η έκπτωση της επαγγελματικής ή κοινωνικής λειτουργικότητας ή εφόσον υπάρχουν διαταραχή της πραγματικότητας (με ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες κτλ.) ή αυτοκτονικές ή ανθρωποκτονικές τάσεις, τόσο η κατάσταση τείνει προς την παθολογική πλευρά. Οι συναισθηματικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από συναίσθημα που δεν έχουν λόγο να υπάρχουν, που δεν έχουν λογική δικαιολογία. Το άτομο που τα αισθάνεται μπορεί να τα δικαιολογεί, αλλά η δικαιολογία που δίνει δεν πείθει. Φυσικά υπάρχει κάποιος λόγος, αλλά δεν είναι αυτός που δίνει ο άρρωστος. Κάτι άλλο που χαρακτηρίζει τις συναισθηματικές διαταραχές είναι η διάρκεια τους.²

1.1 Διπολική διαταραχή

Η διπολική διαταραχή (γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη) είναι μια ψυχιατρική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από δυο συναισθηματικές διαταραχές, τη μανία και την κατάθλιψη. Επεισόδια μανίας και κατάθλιψης επαναλαμβάνονται σε όλη την διάρκεια της ζωής του ασθενή. Παρόλα αυτά οι περισσότεροι ασθενείς είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων ανάμεσα στα επεισόδια. Περίπου το 1/3 των ασθενών υποφέρουν από ορισμένα

υπολειμματικά συμπτώματα ανάμεσα στα επεισόδια της μανίας ή της κατάθλιψης.³

1.2 Κατάθλιψη

Η διαφορά ανάμεσα στην φυσιολογική θλίψη και στην νόσο κατάθλιψη έγκειται στο πλήθος των συμπτωμάτων, την ένταση, την σοβαρότητα και την διάρκεια τους. Προκειμένου να θέσουν την διάγνωση της κατάθλιψης, οι ειδικοί θεωρούν ότι το άτομο πρέπει να εμφανίζει παθολογικά συμπτώματα στις σωματικές και γνωστικές του λειτουργίες αλλά και στο συναίσθημα και την συμπεριφορά τις περισσότερες ώρες της ημέρας, σχεδόν σε καθημερινή βάση ή για τουλάχιστον 2 εβδομάδες.⁴

Τα βασικά συμπτώματα είναι η καταθλιπτική διάθεση ή η απουσία ευχαρίστησης ή ενδιαφέροντος. Τα συμπτώματα αυτά αντιπροσωπεύουν μία εμφανή αλλαγή στην συνηθισμένη διάθεση του ατόμου. Μερικές φορές τα συμπτώματα αυτά είναι πιο έντονα το πρωί και υποχωρούν κατά την διάρκεια της ημέρας.

Η κατάθλιψη δεν είναι μία αντικειμενικά μετρήσιμη κατάσταση και η διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στα αναμενόμενα «πεσμένη» διάθεση και το παθολογικό, βαρύ καταθλιπτικό συναίσθημα δεν είναι πάντα σαφής και ευδιάκριτη. Ο ειδικός μπορεί να καταλήξει στη σωστή διάγνωση μόνο ύστερα από λεπτομερή συζήτηση και πλήρη οργανική διερεύνηση.

Πως εισβάλει η κατάθλιψη:

- Ατονία, κατήφεια
- Διαταραχές του ύπνου
- Αποφυγή κοινωνικών επαφών
- Περιορισμένο ενδιαφέρον για τους άλλους, μειωμένες δραστηριότητες
- Απαισιοδοξία, άγχος, βραδύτητα
- Βραδύτητα στη σκέψη και στην εκφορά του λόγου
- Βαρύ πεσμένο συναίσθημα

Στην κατάθλιψη με ψυχωσικά στοιχεία οι παραληρητικές ιδέες συντονίζονται με το καταθλιπτικό συναίσθημα και παίρνουν την μορφή των ιδεών ενοχής, μεγάλης αυτοϋποτίμησης, αναξιοότητας και ταπεινότητας. Σε 1 στους 5 ασθενείς, οι ιδέες αυτές εξελίσσονται σε ιδέες επικείμενης καταστροφής, μηδενισμού και θανάτου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μία ολοένα και μικρότερη δυνατότητα κατανόησης των πραγματικών γεγονότων.⁵

1.3 Μανία

Στη διπολική διαταραχή, στον αντίθετο πόλο της κατάθλιψης βρίσκεται η μανία. Η ευφορία, που είναι το χαρακτηριστικό συναίσθημα στη φάση της μανίας, ξεπερνά τα όρια του φυσιολογικού και γίνεται παθολογική. Η μανία ορίζεται όταν εμφανίζονται παθολογικά συμπτώματα στους τομείς του συναισθήματος, των γνωστικών λειτουργιών, των σωματικών λειτουργιών και της συμπεριφοράς ταυτόχρονα και συνοδεύονται από « ανεβασμένη» ή «ευερέθιστη διάθεση». Τα περισσότερα συμπτώματα της μανίας είναι αντίθετα από αυτά της κατάθλιψης.⁶

Πως εισβάλλει η μανία

- Υπερένταση
- Περιορισμένη ανάγκη για ύπνο
- Πολλές κοινωνικές επαφές
- Υπερβολική αισιοδοξία
- Καλπασμός των σκέψεων και αυξημένη ροή του λόγου
- Υπερβολική ενασχόληση με πρόσωπα και δραστηριότητες
- Ευσυγκινησία και υπερκινητικότητα.

Στη μανία με ψυχωσικά στοιχεία μπορεί να εμφανιστούν παράλογες και παράδοξες παραληρητικές ιδέες. Απ' όλες τις παραληρητικές ιδέες, οι ιδέες μεγαλείου αποτελούν μάλλον τον κανόνα, σχεδόν στις μισές περιπτώσεις. Οι ιδέες αυτές στηρίζονται στην υπερτίμηση που συχνά κάνουν οι ασθενείς για τον εαυτό τους, ξεπερνούν όμως τα όρια.^{7,8}

Κεφάλαιο - 2 Επιδημιολογία

Υπολογίζεται ότι ένα πέμπτο περίπου των ανθρώπων εμφανίζουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο μελαγχολίας κατά την διάρκεια της ενήλικης ζωής τους, και από αυτούς 10% (ποσοστό 1%-2% στο συνολικό πληθυσμό) μια μανιοκαταθλιπτική ψύχωση. Ο επιπολασμός της μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής σε όλο τον κόσμο υπολογίζεται σε 3%- 4% του πληθυσμού. διπολικές διαταραχές παρουσιάζονται σε κάπως νεαρότερη ηλικία, έχουν συχνότερα αλλά βραχύτερα επεισόδια και υπάρχουν ανάμεσα σε πρωτοβάθμιους συγγενείς πιο συχνά παρά σε περιπτώσεις μονοπολικής διαταραχής.⁹

Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι πρωτογενείς συναισθηματικές διαταραχές παρατηρούνται πιο συχνά στις γυναίκες παρά στους άντρες. Η αναλογία, που είναι περίπου δυο γυναίκες προς έναν άντρα, αφορά κυρίως την νεαρή ηλικία. Εδώ συμβαίνει το αντίθετο από ότι με την σχιζοφρένεια, που εμφανίζεται νωρίτερα στο αρσενικό φύλο. Σε πιο προχωρημένες ηλικίες, συγκεκριμένα ύστερα από τα 50, η αναλογία αντιστρέφεται και για τα 2 είδη διαταραχών. Ενδιαφέρον είναι επίσης το γεγονός ότι, σε αντίθεση και πάλι με την σχιζοφρένεια, η συχνότητα των συναισθηματικών διαταραχών δεν είναι μεγαλύτερη στις κατώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις.¹⁰

2.1 Φύλο και Ηλικία Έναρξης

Ο κίνδυνος εμφάνισης Μείζονος Καταθλιπτικής διαταραχής σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (επιπολασμός ζωής) είναι 10%-25% για τις γυναίκες και 5%-12% για τους άντρες, δηλαδή είναι διπλάσιος για τις γυναίκες. Ο επιπολασμός (σημείου) της Μείζονος Καταθλιπτικής διαταραχής είναι 5%-9% για τις γυναίκες και 2%-3% για τους άντρες. Τα ποσοστά αυτά δεν φαίνεται να επηρεάζονται από την εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση ή από το αν το άτομο είναι ανύπαντρο, παντρεμένο, χωρισμένο ή σε χηρεία.

Η Μείζων Καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να αρχίσει σε οποιαδήποτε ηλικία. Η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα 25. Είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες από ότι σε εφήβους και ενήλικους άντρες, αλλά είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στην προεφηβική ηλικία. Η υψηλότερη συχνότητα και για άντρες και για γυναίκες είναι μεταξύ 25-44 ετών, ενώ ελαττώνετε και για τους δυο μετά τα 65.¹¹

2.2 Γεωγραφικοί παράγοντες και διαμονή

Υπάρχει ελαφρά τάση για μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης και μεγαλύτερα ποσοστά μανίας σε περιοχές περί τον Ισημερινό. Φαίνεται επίσης, πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ εποχικής κατάθλιψης και γεωγραφικού πλάτους, που συνηθέστερα ανήκει στην διπολική II παρά στη διπολική I διαταραχή. Η συσχέτιση είναι θετική για την κατάθλιψη που εμφανίζεται τον χειμώνα και αρνητική για εκείνη που εμφανίζεται το καλοκαίρι.

Η διαμονή σε μεγάλο αστικό κέντρο είναι πιο στρεσογόνα από την διαμονή σε μικρότερες πόλεις ή αγροτικές περιοχές. Επομένως, δεν αποτελεί έκπληξη ότι οι σχετικές μελέτες βρίσκουν αυξημένα ποσοστά διπολικής διαταραχής σε πληθυσμούς μεγάλων αστικών κέντρων. Αυτό ισχύει όμως και για τη μονοπολική κατάθλιψη και τις διαταραχές της διάθεσης συνολικά.^{12,13}

2.3 Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες

Όπως με το θέμα του γάμου, έτσι και το θέμα της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης σε σχέση με την διπολική διαταραχή είναι σύνθετο και η σχέση αιτίου-αιτιατού μπορεί να αντιστρέφεται. Οι ασθενείς με διπολική I διαταραχή ανήκουν συνήθως σε κατώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις, όπως προκύπτει από μελέτες τόσο στην κοινότητα όσο και από εκείνες σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, κατώτερο μορφωτικό επίπεδο, μικρότερο εισόδημα, μεγαλύτερη ανεργία και φτωχικές συνθήκες διαβίωσης χαρακτηρίζουν τους ασθενείς. Αντιθέτως, οι ασθενείς με διπολική II διαταραχή και οι συγγενείς τους πρώτου βαθμού ανήκουν σε ανώτερες τάξεις και έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο.^{14,15}

Κεφάλαιο - 3 Αιτιολογία

Όπως για τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές ή σύνδρομα έτσι και για τις διαταραχές της διάθεσης δεν έχει, φυσικά απομονωθεί ένας και μοναδικός ή συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας. Η έρευνα που έγινε και συνεχίζει να γίνεται απλά προτείνει ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων που φαίνεται να συμβάλλουν στην ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης.

Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να ομαδοποιηθούν σε:

- Γενετικούς
- Ψυχοκοινωνικούς
- Νευροβιολογικούς

Και, καθώς το οικογενειακό ιστορικό ασθενών με μονοπολική η διπολική διαταραχή μας δείχνει ότι οι συγγενείς τους έχουν αυξημένη συχνότητα της αντίστοιχης διαταραχής, αλλά και σχετικά αυξημένη συχνότητα της άλλης, καθώς οι έρευνες των νευροδιαβιβαστών δείχνουν ότι υπάρχουν ανάλογες διαταραχές νευροδιαβίβασης π.χ. στην κατάθλιψη και στους μονοπολικούς και στους διπολικούς ασθενείς κ.ο.κ , αποφασίσαμε να αναφερθούμε στην αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης – μονοπολικών και διπολικών-μαζί.¹⁶

Μελέτες στον εγκέφαλο ασθενών με διπολική διαταραχή δείχνουν διαφορές στην δομή και την λειτουργία του εγκεφάλου σε σχέση με άτομα χωρίς διπολική διαταραχή.

Παραμένει όμως ακόμη ασαφές αν αυτές οι διαφορές αποτελούν το αποτέλεσμα ή την αιτία της διπολικής διαταραχής. Αυτό που είναι, ωστόσο, βέβαιο είναι ότι κάποια φάρμακα επιδρούν στην χημεία του εγκεφάλου αποκαθιστώντας την διαταραγμένη χημική ισορροπία με αποτέλεσμα να επιδρούν θετικά στην πορεία της ασθένειας.¹⁷

Αδιαπραγμάτευτο είναι και το γεγονός ότι σε αυτή την ασθένεια υπάρχει βιολογικό υπόβαθρο. Μια σαφής ένδειξη για το γεγονός ότι η διπολική διαταραχή έχει βιολογικό υπόβαθρο αποτελεί η τεκμηριωμένη κληρονομική της βάση. Πιθανώς να υπάρχει μία καθορισμένη προδιάθεση στα γονίδια, η οποία ερμηνεύει και το γεγονός ότι κάποια άτομα είναι πιο ευάλωτα σε ορισμένους εκλυτικούς παράγοντες, σε σχέση με κάποια άλλα. Οι διπολικές διαταραχές φαίνεται ότι εμφανίζονται πιο συχνά σε συγκεκριμένες οικογένειες. Οποιοσδήποτε έχει κοντινό βαθμό εξ αίματος συγγένειας με κάποιο άτομο με διπολική διαταραχή, διατρέχει αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσει την ασθένεια.¹⁸

3.1 Βιολογικοί παράγοντες

Η συμμετοχή τους τεκμηριώνεται με γενετικές, σωματοτυπικές, νευροχημικές, νευροφαρμακολογικές και νευροφυσιολογικές μελέτες. Οι γενετικές μελέτες δείχνουν πως ο βαθμός κινδύνου για καταθλιπτική διαταραχή είναι 54% στους μονοζυγωτές και 19% στους διζυγωτές, ενώ για διπολικές διαταραχές είναι 67%-79% στους μονοζυγωτές και 15%-20% στους διζυγωτές δίδυμους. Σε μία μελέτη, 8 από τους 12 μονοωογενείς διδύμους ατόμων με διπολική διαταραχή της διάθεσης είχαν διπολική διαταραχή, ποσοστό παρόμοιο με το ποσοστό ομοιότητας μεταξύ μονοωογενών διδύμων ασθενών με διπολική νόσο που μεγάλωσαν μαζί με τα άρρωστα παιδιά τους. Η ανασκόπηση μελετών με διδύμους υποδηλώνει ότι το 21%- 45% της διαφοράς του κινδύνου για καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να αποδοθεί σε γενετικούς παράγοντες και το 55%-75% της διαφοράς σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Φαίνεται πως οι καταθλιπτικές διαταραχές αποτελούν ομάδα γενετικά ανομοιογενών νοσημάτων. Ο βαθμός κινδύνου στους συγγενείς πρώτου βαθμού είναι 20% για τις καταθλιπτικές και 25% για τις διπολικές διαταραχές. Οι συγγενείς των ανθρώπων με διαταραχές της διάθεσης έχουν σταθερά τρεις με τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν διαταραχές της διάθεσης σε σχέση με τους συγγενείς των ατόμων της ομάδας ελέγχου. Εάν ο ένας από τους δυο γονείς έχει διπολική διαταραχή, τότε ο κίνδυνος για το παιδί να αποκτήσει μονοπολική ή διπολική διαταραχή αγγίζει το 28%. Εάν και οι δυο γονείς έχουν διαταραχή της διάθεσης ο κίνδυνος είναι δυο με τρεις φορές μεγαλύτερος. Επίσης, οι ασθενείς με διαταραχή της διάθεσης έχουν αυξημένη οικογενειακή συχνότητα κατάχρησης ουσιών. Τα άτομα της οικογένειας των ασθενών με διπολική διαταραχή έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν τόσο διπολική όσο και μονοπολική διαταραχή σε σχέση με τα άτομα της οικογένειας ασθενών με μονοπολική διαταραχή (Jamison 1996). Η ταυτότητα του γενετικού παράγοντα και ο τρόπος της γενετικής μεταβίβασης είναι υπό μελέτη. Υπάρχουν ενδείξεις για πολυγονιδιακή εκπροσώπηση παθολογικών χαρακτήρων, X-φυλοσύνδετων ή αυτοσωματικών, που συνεκπροσωπούνται με σωματικούς χαρακτήρες, όπως της αχρωματοψίας, της έλλειψης G-6-PD, των ομάδων αίματος ABO και του αντιγονικού συστήματος HLA. Ο πυκνικός σωματότυπος του Kretschmer ή η αποπληκτική ιδιοσυστασία του Ιπποκράτη, θεωρούνται προδιαθετικοί παράγοντες. Οι νευροχημικές – νευροφαρμακολογικές θεωρίες, ενοχοποιούν διαταραχές του ισοζυγίου ορισμένων νευροδιαβιβαστών στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Σε συντομία, αυτές οι θεωρίες υποστηρίζουν ότι :

1. Η ελάττωση των κατεχολαμινών, ιδιαίτερα της νορεπινεφρίνης, στις νορεπινεφρινεργικές συνάψεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, προκαλεί κατάθλιψη ενώ στην μανία η στάθμη τους είναι υψηλή.

2. Η μείωση των ινδολαμινών, ιδιαίτερα της σεροτονίνης (5-HT) στις σεροτονινεργικές συνάψεις του κεντρικού νευρικού συστήματος προκαλεί κατάθλιψη.
3. Υπάρχει έλλειψη της 5-HT τόσο στην κατάθλιψη όσο και στην μανία. Στην κατάθλιψη η έλλειψη της 5-HT συνοδεύεται από μείωση της στάθμης και της νορεπινεφρίνης, ενώ στην μανία την έλλειψη 5-HT συνοδεύει αύξηση της νορεπινεφρίνης.
4. Υπάρχουν 2 τύποι συναισθηματικών διαταραχών. Ο ένας συνδέεται με διαταραχή του ισοζυγίου των κατεχολαμινών, ιδιαίτερα της νορεπινεφρίνης, και ο άλλος με διαταραχή του ισοζυγίου των ινδολαμινών, ιδιαίτερα της 5-HT.¹⁹

Ορισμένες παρατηρήσεις ενοχοποιούν διαταραχές του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών. Στην κατάθλιψη έχει παρατηρηθεί κατακράτηση και διαταραχές της κατανομής του νατρίου, με αύξηση της αποβολής του καλίου και του νερού. Στην ευφορία η αποβολή του καλίου και του νερού είναι μειωμένη. Ηλεκτροεγκεφαλογραφικές μελέτες του ύπνου έχουν δείξει ότι σε μεγάλο αριθμό καταθλιπτικών και μανιακών ασθενών υπάρχουν διάφορες ανωμαλίες στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα 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 κυρίως το πρωί
2. ελάττωση των σταδίων 3 και 4 (στάδιο 3 : τα βραδέα κύματα επικρατούν και ο μυϊκός τόνος παραμένει αυξημένος. Συχνά το στάδιο 3 συνδυάζεται με το στάδιο 4, καθώς δεν υπάρχουν σαφείς φυσιολογικές διαφορές μεταξύ τους. Το στάδιο 3 μαζί με το στάδιο 4 αποτελούν το 15%-20% της συνολικής περιόδου του ύπνου) NREM (Non Rapid Eye Movements) του ύπνου, δηλαδή του «βαθέως ύπνου)
3. ελάττωση της λανθάνουσας περιόδου πριν τον REM ύπνου (δηλαδή βράχυνση της διάρκειας της πρώτης NREM περιόδου)
4. αύξηση της REM δραστηριότητας, δηλαδή του αριθμού των γρήγορων κινήσεων του οφθαλμού και 5) αύξηση της διάρκειας του REM ύπνου στην αρχή της νύχτας. Τα ευρήματα αυτά στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ύπνου ανευρίσκονται 40%-60% των εξωτερικών ασθενών και στο 90% των νοσηλευμένων ασθενών με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (α) Η ολική διάρκεια των φάσεων REM και D- ονειρικής του ύπνου μειωμένη στη μανία και αυξημένη στην κατάθλιψη. (β) Μειωμένη λανθάνουσα περίοδο του ύπνου D, στην κατάθλιψη.

Άλλες βιορυθμικές ανωμαλίες έχουν διαπιστωθεί στην έκκριση ορμονών και στην διατήρηση της φυσιολογικής στάθμης τους στη διάρκεια του 24ώρου. Αφορούν την κορτιζόλη, την αυξητική και τη θυρεοειδοτρόπο ορμόνη. Στις διαταραχές αυτές βασίζονται ορισμένες εξειδικευμένες διαγνωστικές τεχνικές.

Θεωρείται πιθανό πως η ανατροπή του ισοζυγίου των νευροδιαβιβαστών, στο επίπεδο του ρινεγκεφάλου και του υποθαλάμου, ευθύνεται για τις συναισθηματικές, τις βιορυθμικές και τις ενδοκρινικές διαταραχές.²⁰

3.2 Ψυχολογικοί παράγοντες

Οι ψυχολογικοί αιτιοπαθογενετικοί μηχανισμοί συνδέονται με την δυναμική της ανάπτυξης της προσωπικότητας.

Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες υποστηρίζουν πως συνθήκες απόρριψης ή αποστέρησης φροντίδας, αγάπης και υποστήριξης, στα αρχικά στάδια της ανάπτυξης της προσωπικότητας, δημιουργούν για τις μελλοντικές διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου κλίμα ανασφάλειας, αμφιθυμίας και αβεβαιότητας. Κάθε φανταστική ή πραγματική απειλή απώλειας των σχέσεων με τα αγαπημένα πρόσωπα ή με τις πηγές ικανοποίησης στις μετέπειτα σχέσεις, πυροδοτεί ένα αυτοκαταστροφικό στραγγαλισμό του Εγώ που εκδηλώνεται ως κατάθλιψη. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και η αυτομομφή θεωρούνται συμβολικές συνέπειες της ενδοβολής των εχθρικών αισθημάτων και της επιθετικότητας, που στρέφονται εναντίον των πηγών ικανοποίησης συναισθηματικών και βιολογικών αναγκών για τη μη εκπλήρωση της αποστολής τους. Τα εχθρικά συναισθήματα αναπτύσσονται ως αποτέλεσμα της εγκατάλειψης και η ενδοβολή είναι ο αμυντικός μηχανισμός που προλαβαίνει την εκδήλωσή τους και όλες τις αρνητικές συνέπειες μιας τέτοιας εξωτερίκευσης.²¹

Η θεωρία της εξαρτημένης μάθησης της συμπεριφοράς υποστηρίζει πως η κατάθλιψη είναι συνέπεια ενός επίκτητα μαθημένου αισθήματος ανασφάλειας και έλλειψης στηριγμάτων βοήθειας. Αυτό το αίσθημα αναπτύσσεται όταν οι προσπάθειες της προσωπικότητας μένουν χωρίς ανταμοιβή και επιβράβευση. Μένοντας χωρίς ενίσχυση και επιβράβευση, κάθε προσπάθεια αναγνώρισης χάνει το κίνητρο της. Όλες οι μελλοντικές προσπάθειες συνοδεύονται από έλλειψη ενδιαφέροντος και οδηγούν σε απογοήτευση.

Οι γνωστικές θεωρίες υποστηρίζουν πως στην κατάθλιψη οδηγούνται άτομα με μαθησιακά καθιερωμένα ανελαστικά πρότυπα σκέψης. Τα χαρακτηριστικά αυτής της σκέψης είναι οι αρνητικές σχέσεις, οι

τελειοθηρικές δοξασίες, οι αυθαίρετη αφαιρετική σκέψη, η εκλεκτική αφαίρεση, η υπεργενίκευση και η προσωποποίηση.^{22,23}

3.3 Κοινωνικοί παράγοντες

Οι κοινωνικές επιδράσεις που ενοχοποιούνται εντοπίζονται είτε στο οικογενειακό (μικροκοινωνικό) , είτε στο ευρύτερο κοινωνικό (μακροκοινωνικό) περιβάλλον.

Στο οικογενειακό περιβάλλον, η παραγνώριση της ανάγκης για ανάπτυξη και ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, οδηγεί σε αισθήματα ανασφάλειας, αυτουποτίμησης και απογοήτευσης. Παράλληλα, υποκινούνται εχθρικά αισθήματα προς τα πρόσωπα (γονείς, μεγαλύτερους) που παραγνωρίζουν ή στραγγαλίζουν αυτές τις ανάγκες. Ο φόβος της ποινής για τα αισθήματα αυτά οδηγεί στην ενδοβολή και στην προοδευτική εγκατάσταση της κατάθλιψης.

Στο μακροκοινωνικό περιβάλλον, η καταστολή του αισθήματος της αυτοεκτίμησης και η ματαιώσεις των επιδιώξεων αναγνώρισης μπορούν να προέλθουν από μια φυσική νόσο ή αναπηρία, από επαγγελματικές ή οικονομικές αποτυχίες, από την διακοπή της καριέρας ή μιας σημαντικής διαπροσωπικής σχέσης, ή από την απότομη μεταβολή των συνθηκών διαβίωσης (μετανάστευση, φυσικές καταστροφές, πόλεμοι). Αυτές οι αιτιοπαθογενετικές απόψεις συγκλίνουν, σύμφωνα με τους σύγχρονους βιοψυχοκοινωνικούς προσανατολισμούς της ψυχιατρικής, στην άποψη πως η κατάθλιψη είναι νόσος βιοψυχοκοινωνικοί. Η μανία θεωρείται ως αμυντική εκδήλωση υπεραναπλήρωσης. Μία τέτοια αιτιοπαθογενετική προσέγγιση θεωρεί πως για την εκδήλωση της διαταραχής συνεργάζονται πιο παράγοντες βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί. Το ποσοστό συμμετοχής αυτών των παραγόντων διαφοροποιεί τις καταθλίψεις «ενδογενομορφικές» και «ενδοαντιδραστικές» ή σε ενδογενείς – αυτόνομες και νευρωτικές – αντιδραστικές. Η πρακτική αξία αυτής της διάκρισης αφορά τους τρόπους της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Καταθλίψεις με ενδογενομορφικά χαρακτηριστικά, αντιμετωπίζονται κατά κύριο λόγο με αντικαταθλιπτικά φάρμακα και ηλεκτροσπασμοθεραπεία, ενώ οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές χρησιμοποιούνται υποβοηθητικά. Καταθλίψεις με ενδοαντιδραστικά χαρακτηριστικά, αντιμετωπίζονται κυρίως με διάφορα σχήματα ψυχοθεραπείας. Σε αυτές οι φυσικές θεραπείες χρησιμοποιούνται επικουρικά.¹⁷

Κεφάλαιο - 4 Κλινική Εικόνα

4.1 Κλινική εικόνα κατάθλιψης

Η περιγραφή που ακολουθεί καλύπτει την μεγάλη κατάθλιψη και το καταθλιπτικό επεισόδιο των διπολικών διαταραχών. Αντιστοιχεί σε μεγάλο βαθμό με τον καταθλιπτικό τύπο της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης του συστήματος ICD-9-CM, με την «ενδογενή», την «ψυχωτική» και την «υποστροφική» κατάθλιψη ή μελαγχολία παλιότερων ταξινομήσεων. Μπορεί να εγκατασταθεί απότομα. Συχνότερα προηγείται μια υποθυμία, υποδραστηριότητα, αίσθημα σωματοψυχικής καταβολής και αϋπνία ή αντίθετα, με υπερθυμία, υπεραπασχόληση και υπερδραστηριότητα (υπομανία). Άλλοτε η κατάθλιψη διαδέχεται ένα κανονικό μανιακό επεισόδιο.²⁴

Κύριο χαρακτηριστικό είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα. Επικρατεί ακεφιά με αποθάρρυνση, λύπη με απογοήτευση, ή θλίψη με απελπισία. Χάνεται κάθε ικανότητα για ευχαρίστηση με τις συνηθισμένες χαρές της ζωής (ανηδονία), κάθε ενδιαφέρον για τη ζωή (απόσυρση), και κάθε προηγούμενη συμμετοχή στις συνηθισμένες δραστηριότητες (ανενέργεια). Προοδευτικά, εγκαθίσταται βαθύς ψυχικός πόνος, οι άρρωστοι αρνούνται την συμπάθεια των άλλων και κατέχονται από μόνιμη επιθυμία θανάτου. Η σκέψη φθίνει και ο συνειρμός επιβραδύνεται (λίμναση της σκέψης). Το περιεχόμενο αποτελούν σύντονες με το συναίσθημα καταθλιπτικές ιδέες, οι οποίες σε βαριές μορφές, παίρνουν παραληρητικό χαρακτήρα (ιδέες αυτοκατηγορίας, αναξιότητας, εξαμάρτησης και αυτοκαταστροφής).

Η βούληση και η τάση για ενέργεια (πρωτοβουλία) είναι επιβραδυμένη, ανασταλμένη ή καταργημένη. Οποιαδήποτε δραστηριότητα ή απόφαση αναβάλλεται. Στις βαριές καταστάσεις, κάθε ψυχοκινητική δραστηριότητα καταργείται και το πρόσωπο εκφράζει βαθιά θλίψη και ψυχικό πόνο (μελαγχολική εμβροντησία ή stupor). Η ψυχοκινητικότητα είναι ανασταλμένη. Όταν όμως η κατάθλιψη συνοδεύεται από έντονο άγχος, η ψυχοκινητικότητα είναι αυξημένη, το προσωπείο εναγώνιο, η όψη ανήσυχη, οι κόρες διασταλμένες, η ομιλία διστακτική και η φωνή εξασθενημένη. Η αγχώδης κατάθλιψη, είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους και η ανασταλμένη μορφή στους πιο νέους. Το επίπεδο της συνείδησης παραμένει φυσιολογικό, ακόμα και στην πιο βαριά κατάθλιψη. Συγχυτικά φαινόμενα, διαταραχές του προσανατολισμού και διαταραχές της μνήμης είναι συμπτώματα οργανικότητας, για αυτό παρατηρούνται σε ηλικιωμένα άτομα με κατάθλιψη. Διαταραχές της αντίληψης και της συνειδητοποίησης δεν είναι συχνές. Όταν υπάρχουν επίμονες ψευδαισθήσεις, μη σύντονες με το συναίσθημα, η διάγνωση της σχιζοσυναισθηματικής ή της οργανικής διαταραχής είναι πολύ πιθανή. Στην κατάθλιψη, τα βιώματα παραποίησης της αντίληψης και της συνειδητοποίησης είναι σύντονα με το συναίσθημα και αποτελούν προέκταση των μελαγχολικών ιδεών. Οι διαταραχές της

μνήμης αποτελούν συχνό παράπονο. Πρόκειται για υποκειμενική αίσθηση ή για αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής, για αυτό η εξέταση της μνήμης δίνει συνήθως φυσιολογικά αποτελέσματα. Η αδυναμία στη συγκέντρωση και την καθήλωση της προσοχής είναι συχνή. Η απώλεια της ενεργητικότητας, ο καταθλιπτικός ιδεασμός της αναξιοτήτας, το βάρος και το βάθος του καταθλιπτικού συναισθήματος και η αίσθηση της αναποτελεσματικότητας δημιουργούν στον άρρωστο μια επώδυνη εμπειρία ανυπέρβλητης κατάπτωσης και αδυναμίας, από την οποία ούτε ο ύπνος, ούτε οι προσπάθειες για ανάπαυση μπορούν να τον λυτρώσουν. Ο βαθμός της απελπισίας και της παραίτησης από την ζωή, η άρνηση κάθε προσπάθειας ή προοπτικής για μελλοντική βελτίωση και ο ιδεασμός αυτομομφής και ενοχής οδηγούν συχνά στην απόφαση της αυτοκτονίας. Υπολογίζεται ότι από όλες τις απόπειρες αυτοκτονίας το 40%-50% γίνεται από αρρώστους με μέτρια και βαριά κατάθλιψη. Ιδέες αυτοκτονίας έχουν οι καταθλιπτικοί σε ποσοστό πάνω από 70%. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι υπαρκτός σε κάθε περίοδο της κατάθλιψης, όμως είναι πολύ μεγαλύτερος στα πρώτα στάδια και στην αρχή της βελτίωσης, όταν η αναστολή υποχωρεί και αυξάνεται η ικανότητα για τον σχεδιασμό και την εκτέλεση της αυτοκτονίας. Άρρωστοι με προηγούμενες απόπειρες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Κάθε απόπειρα προειδοποιεί για την επόμενη που συχνά θα είναι και η αποτελεσματική. Η βία δεν είναι συνηθισμένη. Η παιδοκτονία ή η δολοφονία αγαπημένων προσώπων (συζύγου, αδελφών) πριν από την αυτοκτονία, αποτελούν την τραγική επέκταση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στη βαριά ψυχωτική κατάθλιψη (διευρυσμένη αυτοκτονία, σύνδρομο Μήδειας). Ο ύπνος είναι διαταραγμένος και τα όνειρα εφιαλτικά.²⁵

Γενικά συμπτώματα όπως, ανορεξία και μείωση του βάρους, σεξουαλική αδιαφορία και ανηδονία, καθώς και επίμονη δυσκοιλιότητα είναι πολύ συχνά. Οι κίνδυνοι της ασιτίας και η άρνηση του φαγητού σε βαριές καταθλιπτικές εμβροντησίες είναι δυνατό να αναγκάσουν σε σίτιση με καθετήρα. Οι σωματικοί πόνοι είναι συχνοί. Εμφανίζονται με τις μορφές χρόνιας κεφαλαλγίας, αυχενάλγίας, χαμηλής οσφυαλγίας, προκάρδιας θωρακαλγίας ή επιγαστραλγίας. Συχνά, τα γενικά σωματικά συμπτώματα καλύπτουν τη συναισθηματική διαταραχή (καλυμμένη κατάθλιψη) ²⁷

4.2 Κλινική εικόνα μανίας

Η έναρξη του μανιακού επεισοδίου μπορεί να είναι απότομη ή να προηγείται μια περίοδος με υπερθυμία, υπεραπασχόληση, υπερδραστηριότητα και αϋπνία (υπομανία), ή με δυσθυμία, καταβολή, υποδραστηριότητα και διαταραχές του ύπνου. Άλλοτε, το μανιακό επεισόδιο διαδέχεται αμέσως ένα

επεισόδιο κατάθλιψης. Χαρακτηρίζεται από ευφορία που μπορεί να εξελιχθεί σε έξαρση ή και έκσταση ή να μεταβληθεί σε ευερεθιστότητα ή και επιθετική συμπεριφορά, όταν ο άρρωστος βρεθεί αντιμέτωπος με την πραγματικότητα.

Η συναισθηματική εκτροπή συνοδεύεται από διογκωμένη αυτοεκτίμηση, άμετρη δραστηριότητα, πίεση λόγου και φυγή ιδεών, διάσπαση της προσοχής και άκριτη εμπλοκή σε δραστηριότητες που οδηγούν σε οδυνηρές συνέπειες (αλόγιστη οδήγηση, παράτολμα σχέδια για επενδύσεις, άσκοπες υπερβολικές δαπάνες, σεξουαλικές καταχρήσεις κ.α.). Ο άρρωστος διαχέει στον περίγυρο ευφορικό συναίσθημα, από την ευθυμία ως την έξαρση ή την έκσταση. Χαίρεται, τραγουδάει και προσπαθεί να μεταδώσει την υπεραισιοδοξία του στους γύρω. Η άμετρη οικειότητα προς γνωστούς και άγνωστους κάνει τον μανιακό ενοχλητικό και ανεπιθύμητο. Η προσπάθεια των άλλων να κρατούν τις αποστάσεις τον εξοργίζει και μεταβάλλει την συμπεριφορά του σε επιθετική. Η ψυχοκινητική συμπεριφορά, σύντονη προς το ευφορικό συναίσθημα χαρακτηρίζεται από ζωντανότητα και υπεραπασχόληση. Η δραστηριότητα κατευθύνεται από τυχαία γεγονότα. Ο μανιακός αρχίζει μια ασχολία και την εγκαταλείπει αμέσως για να ασχοληθεί με κάτι άλλο μη ολοκληρώνοντας ποτέ καμία εργασία. Η εμφάνιση του είναι ζωντανή, το βλέμμα ζωηρό, η εκφραστικές κινήσεις άφθονες και η ομιλία ακατάπαυστη. Ο λόγος εκφράζεται με πίεση. Η σκέψη, ακολουθώντας τον βαθμό της συναισθηματικής εκτροπής κατέχεται από τις ιδέες απλής υπερεκτίμησης των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων ως τις παραληρητικές ιδέες μεγαλείου. Ο μανιακός αυτοσυστήνεται σαν γνώστης θεμάτων που απαιτούν ειδικές γνώσεις, (ταλαντούχος ποιητής, ζωγράφος ή συγγραφέας) ή αναφέρεται στις ειδικές αποστολές που του ανατέθηκαν από τους ισχυρούς της γης ή από τον ίδιο τον Θεό. Ο συνειρμός είναι επιταχυμένος. Η ταχύτητα παραγωγής των ιδεών παρασύρει τον συνειρμό σε επιτάχυνση, η οποία με την σειρά της οδηγεί σε απώλεια της οδηγού παράστασης και σε φυγή ιδεών. Στην ακμή της μανίας, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις με πολλά ψυχωσικά στοιχεία, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί γνήσια ασυναρτησία. Η προσοχή προσηλώνεται δύσκολα σε συγκεκριμένα θέματα. Συνήθως διασπάται από τυχαία ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Η ταυτόχρονη στροφή της προσοχής σε πολλές πηγές ερεθισμάτων χαρακτηρίζεται ως υπερπροσεξία, μ' όλο που δεν συνεπάγεται αντίστοιχη ικανότητα κριτικής επεξεργασίας (διαχωρισμός ουσιώδους – επουσιώδους). Η κριτική ικανότητα, εξάλλου ρυμουλκείται από την συναισθηματική υπερτονία. Η μνήμη, δίνει την εικόνα μιας αυξημένης ικανότητας για απομνημόνευση. Η υπεραπασχόληση και η υπερπροσεξία, παρασύρουν τον άρρωστο στο να παρατηρεί και να σχολιάζει τα πάντα, να απομνημονεύει λεπτομέρειες και να φαίνεται έτσι ιδιαίτερα ευφυής. Στην πραγματικότητα οι αποφάσεις του και οι δραστηριότητες του εξαρτώνται από την συναισθηματική διαταραχή για αυτό δεν έχουν αντικειμενικότητα.

Η αντίληψη και η συνειδητοποίηση, συχνά διαταραγμένες, ακολουθούν το συναίσθημα. Ο μανιακός μπορεί να ακούει και να βλέπει το Θεό που του δίνει οδηγίες για το πώς θα κυβερνήσει τον κόσμο, ή να συνομιλεί με τους ισχυρούς της γης. Η εναντίωση της πραγματικότητας και η συναισθηματική δυσθυμία ή η ευερεθιστότητα που τη συνοδεύουν επενδύονται άλλοτε με παραληρητικές ιδέες δίωξης και άλλοτε με ανάλογου περιεχομένου ψευδαισθήσεις. Η εναισθησία, στην ακμή του μανιακού επεισοδίου λείπει τελείως. Ο άρρωστος δεν αναγνωρίζει το παθολογικό της κατάστασης του για αυτό αρνείται την θεραπεία. Ο ύπνος είναι ακατάστατος. Ο μανιακός έχει μειωμένες ανάγκες για ύπνο, μένει μερόνυχτα άυπνος ή ξυπνάει πολύ νωρίς ξεκούραστος και ευδιάθετος και υπεραπασχολείται μέχρι την ολοκληρωτική εξάντληση. Η όρεξη του είναι αυξημένη, αλλά εξαιτίας της υπεραπασχόλησης του παραλείπει να τραφεί κανονικά για αυτό το βάρος του είναι συνήθως μειωμένο. Η σεξουαλική ενασχόληση είναι αυξημένη, χωρίς διάκριση και μέτρα προφύλαξης με συνέπεια συχνές ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες στις γυναίκες και συχνά αφροδίσια νοσήματα²⁸

Η διπολική διαταραχή παρουσιάζει ποικιλία συμπτωμάτων. Δεν υπάρχει ένα μοναδικό, αντικειμενικό κριτήριο με το οποίο είναι δυνατό να αξιολογηθεί αν κάποιος έχει διπολική διαταραχή. Η διπολική διαταραχή παίρνει διάφορες μορφές, οι οποίες συχνά αλληλοκαλύπτονται. Η αξία της παρακάτω ταξινόμησης αποτελεί αντικείμενο σημαντικής συζήτησης, τόσο ανάμεσα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όσο και στους ίδιους του ασθενείς αλλά και τους ανθρώπους που φροντίζουν τα άτομα με διπολική διαταραχή, γεγονός που περιγράφει ιδιαίτερα εύγλωττα την πολυπλοκότητα της διαταραχής.

4.3 Φυσιολογική διάθεση

Χαρακτηρίζεται, και αυτή από ελαφρές διακυμάνσεις.

4.4 Μονοπολική Κατάθλιψη

διάθεση κάτω από τη φυσιολογική. Ήπια έως πολύ σοβαρή κατάθλιψη η οποία δεν εναλλάσσεται με φάσεις μανίας. Η στερεότυπη επανάληψη καταθλιπτικών επεισοδίων τα οποία δω δέχεται η φυσιολογική διάθεση (νορμοθυμία).

4.5 Διπολική I

Εναλλαγή ανάμεσα σε εμφανείς φάσεις μανίας και σε μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Μεταξύ των επεισοδίων παρεμβάλλονται διαστήματα με φυσιολογική διάθεση (νορμοθυμία).

4.6 Διπολική II

Εναλλαγή φάσεων ήπιας μανίας (υπομανία) και σοβαρών καταθλιπτικών επεισοδίων, χωρίς μείζονα μανιακά επεισόδια. Για αυτό το λόγο, ο τύπος αυτός συχνά μπερδεύεται με τη μονοπολική καταθλιπτική διαταραχή.

4.7 Κυκλοθυμία

Κυκλική εναλλαγή «ανεβασμένης» διάθεσης με φάσεις «πεςμένης» διάθεσης χωρίς στοιχεία σοβαρής κατάθλιψης ή μανίας. Μοιάζει σαν διπολική διαταραχή σε ελάσσονα τόνο.

4.8 Ταχυφασικότητα ή ταχεία εναλλαγή φάσεων

Τύπος διπολικής διαταραχής που χαρακτηρίζεται από 4 τουλάχιστον μανιακά ή καταθλιπτικά επεισόδια σε διάστημα 12 μηνών.

4.9 Μονοπολική μανία

Κάπως σπάνιος τύπος διπολικής διαταραχής, που χαρακτηρίζεται από επεισόδια μανίας εναλλασσόμενα με περιόδους φυσιολογικής διάθεσης (νορμοθυμία). Μπορεί να εμφανιστεί με μια μόνο φάση μανίας ή με στερεότυπη επανάληψη φάσεων μανίας.

4.10 Ψύχωση και μικτή διπολική κατάσταση

Η ψύχωση μπορεί να είναι σύμπτωμα της διπολικής διαταραχής. Τα σοβαρά επεισόδια μανίας ή κατάθλιψης μπορεί να περιλαμβάνουν συμπτώματα ψύχωσης. Τα άτομα μπορεί να έχουν ψευδαισθήσεις : ακούνε ή αισθάνονται την παρουσία συγκεκριμένων πραγμάτων που δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα. Ένα άλλο σύμπτωμα είναι οι παραληρητικές ιδέες : οι ασθενείς έχουν εσφαλμένες αλλά ισχυρές πεποιθήσεις που δεν μπορούν να εξηγηθούν λογικά. Ο τύπος των ψυχωτικών συμπτωμάτων αντανακλά την διάθεση των ασθενών. Κατά την διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου μπορεί να πιστεύουν ότι είναι άτομα με ειδικές δυνάμεις ή πλούτο. Κατά τη

διάρκεια των καταθλιπτικών επεισοδίων μπορεί να πιστεύουν ότι είναι ανάξιοι ή ότι έχουν καταστραφεί ή ότι είναι ένοχοι για κάποια εγκληματική πράξη. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι πολλά άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή και εμφανίζουν ψυχωτικά στοιχεία συχνά διαγιγνώσκονται εσφαλμένα ως πάσχοντες από σχιζοφρένεια, μια άλλη σοβαρή ψυχική νόσο. Είναι προφανές ότι όταν οι ασθενείς πάσχουν από ψυχωτικά συμπτώματα, είναι απαραίτητη η επείγουσα ιατρική επέμβαση.

Μερικές φορές τα συμπτώματα κατάθλιψης και μανίας μπορούν να εκδηλωθούν ταυτόχρονα και τότε μιλάμε για μικτή διπολική κατάσταση. Ασθενείς είναι συχνά ανήσυχοι, έχουν πρόβλημα ύπνου και μερικές φορές εκδηλώνουν ακόμα και ψύχωση ή έχουν αυτοκτονικές σκέψεις. Μπορεί να αισθάνονται θλιμμένοι αλλά και ταυτόχρονα πολύ ενεργητικοί.²⁹

Κεφάλαιο - 5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η κατάθλιψη έχει ήδη περιγραφεί από την αρχαιότητα, μέσα από τη μελέτη της συμπεριφοράς των σημαντικών ανδρών της κάθε εποχής, σε μια προσπάθεια των ιστορικών ή των ποιητών να υμνήσουν τις πράξεις τους. Έτσι, για παράδειγμα, η αυτοκτονία του Αίαντα στην Ιλιάδα περιγράφει σύνδρομο κατάθλιψης. Περίπου το 400 π.Χ. ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους μανία και μελαγχολία προκειμένου να περιγράψει ψυχικές διαταραχές. -στόσο, τα περισσότερα από τα κριτήρια που χρησιμοποιούν οι σύγχρονοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας για να θέσουν τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής τέθηκαν το 1899 από τον Emil Kraepelin, ο οποίος περιέγραψε την έννοια της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης. Μάλιστα, με βάση το γεγονός ότι η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση δεν οδηγούσε σε άνοια και αποδιοργάνωση, την διαφοροποίησε από την πρώιμη άνοια, δηλαδή τη σχιζοφρένεια. Ο Emil Kraepelin πίστευε ότι η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση αποτελούσε μια νόσο, η οποία περιελάμβανε περιοδική και κυκλική παράνοια μανίας και μελαγχολίας, παρόλο που και ο ίδιος παραδεχόταν ότι σε πολλές περιπτώσεις είναι δύσκολο να φανεί η διαφορά μεταξύ της πρώιμης άνοιας και της μανιοκαταθλιπτικής παραφροσύνης. Αν και πολλές από τις παρατηρήσεις του Kraepelin σχετικά με τα συμπτώματα και την πορεία της διπολικής διαταραχής παραμένουν ως έχουν και αποτελούν τη βάση της σύγχρονης διαγνωστικής ορολογίας, είναι πλέον γνωστό πως αυτή η κατάσταση αντανakλά μια σύνθετη ομάδα διαταραχών με κοινά χαρακτηριστικά, όπως τα μεγάλα ποσοστά υποτροπής, ο αυξημένος κίνδυνος ψύχωσης, οι εναλλαγές της διάθεσης, αλλά και με σημαντικές διαφορές σε άλλους τομείς.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, στην πρώτη έκδοση του DSM (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία 1952), ο όρος ψυχωσική καταθλιπτική αντίδραση, αναφερόταν σε βαριάς μορφής κατάθλιψη η οποία δεν είχε εμφανή εξωτερικά αίτια. Στην έκδοση του DSM – II (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία 1968), η αντιδραστική κατάθλιψη περιγραφόταν ως καταθλιπτική νεύρωση. Λόγω της απουσίας αιτιολογικού παράγοντα, η διάγνωση της ψυχωσικής καταθλιπτικής αντίδρασης γινόταν όταν εμφανιζόταν ένα απλό επεισόδιο και η διάγνωση της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης έμπαινε όταν υπήρχαν υποτροπιάζοντα καταθλιπτικά επεισόδια, άσχετα εάν ο ασθενής πληρούσε ή όχι τα κριτήρια της ψύχωσης ή της μανίας. Η εναλλαγή κατάθλιψης και υπερθυμίας ονομαζόταν κυκλοθυμία, η οποία ανήκε στις διαταραχές της προσωπικότητας, επειδή ήταν χρόνια και δεν προκαλούνταν από μια ειδική κατάσταση. Τη δεκαετία του 1980 καθιερώθηκε το DSM-III το οποίο βάσιζε τη διάγνωση των διαταραχών της διάθεσης, περισσότερο στα συμπτώματα παρά στην ύπαρξη ή όχι προσδιορισμένου αιτιολογικού

παράγοντα (Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία 1980). Στο DSM-IV (και στο DSM-IV-TR), ο όρος «συναισθηματικές διαταραχές» ο οποίος είχε χρησιμοποιηθεί στο DSM-III (και στο DSM-III-TR), αντικαταστάθηκε από τον όρο «διαταραχές της διάθεσης». Ο όρος συναίσθημα, αναφέρεται συνήθως στις εξωτερικές και μεταβλητές εκδηλώσεις του συναισθηματικού τόνου ενός ατόμου, ενώ ο όρος διάθεση είναι ο ισχυρός συναισθηματικός προσανατολισμός που χρωματίζει την ψυχολογία του κάθε ατόμου. Ωστόσο, η αντικατάσταση που έγινε στο DSM-IV (και στο DSM-IV-TR) δε συνεπάγεται την αναδιαμόρφωση αυτών που αρχικά περιελάμβαναν αυτές οι διαταραχές, όπως για παράδειγμα αποδιοργάνωση της διάθεσης ή αποδιοργάνωση του συναισθήματος. Οι δύο αυτοί όροι χρησιμοποιούνται εναλλάξ στο DSM-IV και στο DSM-IV-TR. Οι όροι «επεισόδιο» και «διαταραχή», επίσης διαχωρίζονται στο DSM-IV και στο DSM-IV-TR. Το επεισόδιο είναι μία περίοδος που διαρκεί τουλάχιστον δύο εβδομάδες, κατά τη διάρκεια των οποίων εμφανίζονται αρκετά συμπτώματα για την πλήρωση των κριτηρίων της διαταραχής. Τα κριτήρια για να χαρακτηριστεί ένα επεισόδιο μείζον καταθλιπτικό, παρατείνονται στον παρακάτω πίνακα. Οι ασθενείς με ή χωρίς ιστορικό μανίας μπορεί να έχουν ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο εάν πληρούν αυτά τα κριτήρια, αλλά η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή αναφέρεται σε ένα ή περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια, απουσία μανίας ή υπομανίας (μονοπολική κατάθλιψη).

Στις διπολικές διαταραχές της διάθεσης, η κατάθλιψη εναλλάσσεται ή συνδυάζεται με μανία ή υπομανία. Στους ασθενείς που παρουσιάζουν μόνο υποτροπιάζουσα μανία γίνεται διάγνωση της διπολικής διαταραχής της διάθεσης υπό την προϋπόθεση ότι τελικά θα παρουσιάσουν ένα επεισόδιο κατάθλιψης. Στον πίνακα 2 αναφέρονται τα κριτήρια του DSM-IV-TR για το μανιακό επεισόδιο. Εκεί το μανιακό επεισόδιο περιγράφεται ως μια κατάσταση αυξημένης απασχόλησης με κατευθυνόμενη σε στόχους συμπεριφορά, η οποία είναι ευχάριστη και έχει προφανή δυνατότητα να προκαλέσει βλάβη. Ωστόσο η

μανιακή συμπεριφορά συχνά αποδιοργανώνεται χωρίς να κατευθύνεται σταθερά προς ένα συγκεκριμένο στόχο και η πνευματική δραστηριότητα μπορεί να υπερτερεί σημαντικά της φυσικής δραστηριότητας. Τέλος, η υπομανία ορίζεται ως μία πιο ήπια μορφή παθολογικά αυξημένης διάθεσης, η οποία μπορεί να προϋπάρχει της διάγνωσης για μικρό χρονικό διάστημα. Πολλοί ασθενείς στο στάδιο της υπομανίας παρουσιάζουν μόνο ευερεθιστότητα, άγχος ή ένα δυσφορικό αίσθημα αυξημένης ενέργειας, παρόλο που γενικά θεωρείται ότι η

υπερθυμία είναι το κύριο χαρακτηριστικό της. Αυτό το είδος εμφάνισης της νόσου εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες και νεότερους ασθενείς με διπολική διαταραχή και στην υπομανία που προκαλείται από

αντικαταθλιπτικά. Στον πίνακα 3 αναφέρονται τα διαγνωστικά κριτήρια του υπομανιακού επεισοδίου κατά το DSM-IV-TR.³⁰

5.1 Κριτήρια DSM-IV-TR για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο

A. Πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα υπάρχουν σε διάρκεια 2 εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μία αλλαγή από την προηγούμενη λειτουργικότητα: τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση είτε (2) απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης

Σημείωση: Δεν περιλαμβάνονται συμπτώματα τα οποία οφείλονται σαφώς σε παθολογικές καταστάσεις ή σε άσχετες με τη διάθεση παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις.

(1) καταθλιπτική διάθεση στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα, που αποκαλύπτεται είτε από υποκειμενική αναφορά (π.χ. αισθημάτων ή κενού) ή από παρατηρήσεις τρίτων (π.χ. φαίνεται δακρυσμένος). Σημείωση: στα παιδιά και στους εφήβους μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση

(2) σημαντική ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα (που αποκαλύπτεται είτε από υποκειμενική περιγραφή είτε από παρατηρήσεις τρίτων)

(3) σημαντική απώλεια βάρους χωρίς περιορισμό της τροφής ή αύξηση βάρους (π.χ. μεταβολή του βάρους σώματος πάνω από 5% σε ένα μήνα) ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε ημέρα. Σημείωση: Στα παιδιά, εξετάζεται η αδυναμία να κερδίσουν το αναμενόμενο βάρος.

(4) αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε ημέρα

(5) ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε ημέρα (μπορεί να γίνει αντιληπτό από τρίτους και δεν αποτελεί μόνο υποκειμενικό αίσθημα νευρικής ή νωθρότητας)¹⁹

(6) κόπωση ή έλλειψη ενεργητικότητας σχεδόν κάθε ημέρα

(7) αίσθημα ματαιότητας ή υπερβολής ή αδικαιολόγητης ενοχής (που μπορεί να είναι παραισθησιακή) σχεδόν κάθε ημέρα (δεν αποτελεί μόνο υποκειμενική προσέγγιση ή αίσθημα ενοχής για τη νόσο)

(8) μείωση της ικανότητας σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα σχεδόν κάθε

ημέρα (είτε από υποκειμενική αναφορά ή ως παρατήρηση από τρίτους)

(9) επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο εκτέλεσης αυτοκτονίας

B. Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια του Μικτού Επεισοδίου

Γ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντικό άγχος ή μείωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλης σημαντικής λειτουργικότητας. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άμεση φυσιολογική επίδραση κάποιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση ουσίας ή φάρμακο) ή σε παθολογική κατάσταση (π.χ. υποθυρεοειδισμός) **Ε.** Τα συμπτώματα δεν εξηγούνται καλύτερα λόγω πένθους, δηλ. μετά από την απώλεια αγαπημένου προσώπου, τα συμπτώματα παραμένουν για περισσότερο από 2 μήνες ή χαρακτηρίζονται από σημαντική λειτουργική έκπτωση, παθολογική προκατάληψη με αίσθημα ματαιότητας, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωσικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση.³¹

5.2 Κριτήρια DSM-IV-TR για το μανιακό επεισόδιο

A. Μία σαφής περίοδος ανώμαλα και σταθερά αυξημένης, λογορροϊκής ή ευερέθιστης διάθεσης, που διαρκεί τουλάχιστον μία εβδομάδα (ή οποιασδήποτε διάρκειας εάν είναι απαραίτητη η εισαγωγή σε νοσοκομείο).

B. Κατά τη διάρκεια της διαταραχής της διάθεσης, τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα έχουν παραμείνει (ή τέσσερα εάν η διάθεση είναι μόνο ευερέθιστη) και έχουν εμφανιστεί σε σημαντικό βαθμό:

(1) έντονη αυτοεκτίμηση ή ιδέες μεγαλείου

(2) μειωμένη ανάγκη ύπνου (π.χ. αισθάνεται ξεκούραστος μετά από 3 μόνο ώρες ύπνου)

(3) πιο ομιλητικός από το συνηθισμένο ή εξαναγκασμός για συνέχιση της ομιλίας

(4) ιδεοφυγή ή υποκειμενικό αίσθημα ότι οι σκέψεις τρέχουν

(5) αφηρημάδα (δηλ. η προσοχή διαφεύγει πολύ εύκολα σε ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα)

(6) αυξημένη δραστηριότητα προς κάποιο στόχο (είτε κοινωνικό, είτε επαγγελματικό, σχολικό ή σεξουαλικό) ή ψυχοκινητική διέγερση

(7) έντονη ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες, που μπορεί να έχουν αυξημένες πιθανότητες επώδυνων συνεπειών (π.χ. ασυγκράτητο αγοραστικό όργιο, σεξουαλικές απρέπειες ή ανόητες επιχειρηματικές επενδύσεις)

Γ. Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια του Μικτού Επεισοδίου. Η διαταραχή της διάθεσης είναι αρκετά σοβαρή, ώστε να προκαλέσει σημαντική μείωση της επαγγελματικής λειτουργικότητας ή των συνήθων κοινωνικών δραστηριοτήτων ή των σχέσεων με τους άλλους ή να χρειαστεί εισαγωγή σε νοσοκομείο, ώστε να προληφθεί η ζημιά προς τον εαυτό του ή προς άλλους ή υπάρχουν ψυχωτικά χαρακτηριστικά.

Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άμεση φυσιολογική επίδραση κάποιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση ουσίας, φάρμακο ή άλλη θεραπεία) ή σε παθολογική κατάσταση (π.χ. υπερθυρεοειδισμός). Σημείωση: Τα επεισόδια που μοιάζουν με τα μανιακά και προκαλούνται σαφώς από την αντικαταθλιπτική θεραπεία (π.χ. φάρμακα, ηλεκτροθεραπεία, φωτοθεραπεία) δεν πρέπει να υπολογίζονται στη διάγνωση της ,διπολικής ,διαταραχής I.³²

5.3 Υπομανία

Ο όρος υπομανία αναφέρεται σε ήπια έως και μέτρια μανία. Τα άτομα με υπομανία συχνά αισθάνονται καλά και μπορεί να παρουσιάζουν καλύτερη λειτουργικότητα και παραγωγικότητα. Ως αποτέλεσμα ακόμα και όταν η οικογένεια αναγνωρίζει τα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής, το άτομο μπορεί να υπάρχει πρόβλημα. Παρόλα αυτά χωρίς την κατάλληλη θεραπεία, η υπομανία μπορεί να διαταράσσει την ζωή του ατόμου ή να εξελιχθεί σε μανία ή να μεταπέσει σε κατάθλιψη. Κριτήρια DSM-IV-TR για το υπομανιακό επεισόδιο.

A. Μία σαφής περίοδος σταθερά αυξημένης, καταναλωτικής ή ευερέθιστης διάθεσης, που διαρκεί τουλάχιστον 4 ημέρες, η οποία ξεχωρίζει σαφώς από τη συνηθισμένη μη καταθλιπτική διάθεση.

B. Κατά τη διάρκεια της διαταραχής της διάθεσης, τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα έχουν παραμείνει (τέσσερα εάν η διάθεση είναι μόνο ευερέθιστη) και έχουν εμφανιστεί σε σημαντικό βαθμό:

(1) έντονη αυτοεκτίμηση ή ιδέες μεγαλείου (2) μειωμένη ανάγκη ύπνου (π.χ. αισθάνεται ξεκούραστος μετά από 3 μόνο ώρες ύπνου) (3) πιο ομιλητικός από το συνηθισμένο ή εξαναγκασμός για συνέχιση της ομιλίας (4) ιδεοφυγή ή υποκειμενικό αίσθημα ότι οι σκέψεις τρέχουν (5) αφηρημάδα (δηλ. η προσοχή διαφεύγει πολύ εύκολα σε ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα) (6) αυξημένη δραστηριότητα προς κάποιο στόχο (είτε κοινωνικό, είτε επαγγελματικό, σχολικό ή σεξουαλικό) ή ψυχοκινητική

διέγερση (7) έντονη ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες, που μπορεί να έχουν αυξημένες πιθανότητες επώδυνων συνεπειών (π.χ. ασυγκράτητο αγοραστικό όργιο, σεξουαλικές απρέπειες ή ανόητες επιχειρηματικές επενδύσεις)

Γ. Το επεισόδιο συνοδεύεται από μία αναμφίβολη μεταβολή στη λειτουργικότητα, η οποία δεν χαρακτηρίζει το άτομο, όταν ήταν ασυμπτωματικό. Η διαταραχή της διάθεσης και η μεταβολή της λειτουργικότητας είναι ορατές σε τρίτους

Δ. Το επεισόδιο δεν είναι τόσο σοβαρό, ώστε να προκαλέσει σημαντική μείωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα ή να χρειάζεται εισαγωγή στο νοσοκομείο και δεν υπάρχουν καθόλου ψυχωτικά χαρακτηριστικά.

Ε. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άμεση φυσιολογική επίδραση κάποιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση ουσίας, φάρμακο ή άλλη θεραπεία) ή σε παθολογική κατάσταση (π.χ. υπερθυρεοειδισμός). Σημείωση: Τα επεισόδια που μοιάζουν μετά υπομανιακά και προκαλούνται σαφώς από την αντικαταθλιπτική θεραπεία (π.χ. φάρμακα, ηλεκτροθεραπεία, φωτοθεραπεία) δεν πρέπει να υπολογίζονται στη διάγνωση της Διπολικής ,διαταραχής II. Συχνά στις μελέτες σχετικά με τις διαταραχές της διάθεσης, χρησιμοποιούνται ορισμένοι όροι, η αποσαφήνιση των οποίων διευκολύνει πολύ την ερμηνεία τους. Ο όρος «απάντηση» αναφέρεται συνήθως σε βελτίωση τουλάχιστον 50%, ο όρος «μερική απάντηση» αναφέρεται σε βελτίωση 25%-50% και ο όρος «μη απάντηση» σε βελτίωση μικρότερη του 25%. Σύμφωνα με αυτή την ορολογία, οι ασθενείς που έχουν τα μισά συμπτώματα από αυτά που παρουσίαζαν στην αρχή της θεραπείας, έχουν απαντήσει στη θεραπεία.

Οι περισσότερες μελέτες εξετάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό την «απάντηση» παρά την τελική «ύφεση». Ο όρος «ύφεση» καθορίζεται ως η κατάσταση με λίγα ή καθόλου συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης για οκτώ εβδομάδες τουλάχιστον. Εάν για οκτώ εβδομάδες ο ασθενής δεν εμφανίσει καθόλου συμπτώματα, τότε έχει επέλθει η ανάρρωση, πράγμα που σημαίνει ότι η νόσος βρίσκεται σε ύφεση. Η έξαρση είναι η επανεμφάνιση των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της περιόδου της ύφεσης και υποδηλώνει τη συνέχιση του αρχικού επεισοδίου, ενώ η υποτροπή είναι πιο πρόσφατη επανεμφάνιση των συμπτωμάτων, κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης, που σημαίνει ότι ένα καινούριο επεισόδιο αναπτύσσεται. Αυτοί οι διαχωρισμοί μπορούν να γίνουν ευκολότερα στη θεωρία παρά στην κλινική πράξη, όπου τα ήπια υπολειμματικά συμπτώματα ή η παραμονή ψυχοκοινωνικής δυσλειτουργίας παραβλέπονται εύκολα μετά τη βελτίωση των πιο δραστικών εκδηλώσεων του επεισοδίου, γεγονός που οδηγεί στο λανθασμένο συμπέρασμα ότι μια επανεμφάνιση πιο σοβαρών συμπτωμάτων,

αντιπροσωπεύει ένα νέο επεισόδιο αντί μια έξαρση του αρχικού επεισοδίου. ,εν είναι ακόμη γνωστό εάν η έξαρση που συνοδεύεται από αποτυχία της θεραπείας, επιφέρει πλήρη ύφεση και απαιτεί διαφορετική στρατηγική αντιμετώπισης ή απλώς σημαίνει αποτυχία πρόληψης της υποτροπής με ένα θεραπευτικό σχήμα που αρχικά ήταν αποτελεσματικό³³

Κεφάλαιο - 6 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση των συναισθηματικών διαταραχών στην οξεία τους μορφή ακούγεται εύκολη. Στην πράξη, όμως, η μία περίπτωση διαφέρει από την άλλη σε σημαντικά σημεία, έτσι ώστε να χρειάζεται μια πολύ προσεκτική ψυχιατρική εξέταση, καθόλου εύκολη με αρρώστους που πάσχουν από κατάθλιψη ή μανία. Ένα καλό ιστορικό θα δείξει εάν υπάρχει μια παρόμοια διαταραχή στην οικογένεια, κάτι που ενισχύει την διάγνωση της συναισθηματικής διαταραχής και μπορεί να βοηθήσει στην θεραπεία, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι μανιοκαταθλιπτικοί άρρωστοι ανταποκρίνονται ευνοϊκά στα ίδια φάρμακα που βοηθούν συγγενικά τους πρόσωπα. Σε αμφίβολες περιπτώσεις, διαγνωστικά χρήσιμη είναι και η δοκιμασία της δεξαμεθαζόνης συνθετικού γλυκοκορτικοειδούς που δίνεται από το στόμα και προκαλεί μια καταστολή της κορτιζόλης στο πλάσμα ατόμων που κατά τα φαινόμενα πάσχουν από ενδογενή κατάθλιψη. Μια σχιζοφρένεια μπορεί να αρχίσει σαν μια μανιοκαταθλιπτική διαταραχή, ιδίως ο σχιζοσυναισθηματικός της τύπος. Συνήθως όμως οι διαπροσωπικές σχέσεις του μανιοκαταθλιπτικού αρρώστου είναι καλύτερες και η λογική του λιγότερο εξωπραγματική από του σχιζοφρενικού. Εξάλλου, μια καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να έχει πολλά από τα χαρακτηριστικά του ψυχαναγκαστικού νευρωτικού ατόμου. Η διαφορική διάγνωση περικλείει τα οργανικά εγκεφαλικά σύνδρομα, που αρκετά συχνά συνοδεύονται από συμπτώματα καταθλίψεως. Μια σωματική διαταραχή, που ίσως δεν έχει διαγνωστεί, μπορεί να εκδηλωθεί με σοβαρά συμπτώματα, καταθλίψεως και, το αντίθετο, μια κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σαν μια σωματική διαταραχή. Καταθλιπτικά ή μανιακά συμπτώματα συγκαταλέγονται στις πιθανές παρενέργειες ορισμένων φαρμάκων όπως της ρεζερπίνης, που χρησιμοποιείται για την υπέρταση και του αντιπαρκινσονικού ελ-ντόπα.³⁴

6.1 Διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης

6.1.1 Οργανικές ψυχικές διαταραχές

α) Γεροντικές και προγεροντικές άνοιες με κατάθλιψη. Σε αυτές προέχουν οι διαταραχές της μνήμης, της κρίσης και της νοημοσύνης και οι ψυχολογικές δοκιμασίες δείχνουν οργανικότητα.

β) Σύνδρομα από ψυχοδραστικές ουσίες (αλκοολικά, στερητικά αμφεταμινών, κοκαΐνης και μερικών ψευδαισθησιογόνων, φαρμάκων και άλλων ουσιών). Η διαφοροδιάγνωση θα βασιστεί στην παρουσία διαταραχών της συνείδησης, στο ιστορικό λήψης ουσιών και στην ανίχνευση τους στα υγρά του σώματος.

γ) Λοιμώδη, μεταβολικά και ενδοκρινικά νοσήματα, όπως : γρίπη, τυφοειδής, μεληταίος, Addison, υποθυρεοειδισμός. Η διαφοροδιάγνωση θα γίνει από τα γενικά συμπτώματα, το ιστορικό και την παρακλινική έρευνα.³⁵

6.1.2 Σχιζοφρένεια

Σε περιπτώσεις κατατονικής εμβροντησίας, η απόλυτη απόσυρση και η αναστολή της ψυχοκινητικότητας μοιάζουν με βαριά κατάθλιψη. Στην κατατονία το προσωπείο μένει ανέκφραστο ενώ στην καταθλιπτική εμβροντησία το προσωπείο εκφράζει βαθύ πόνο και θλίψη. 3) Τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή : διαφοροδιάγνωση χρειάζεται στις περιπτώσεις που υπάρχουν τα χαρακτηριστικά του καταθλιπτικού συνδρόμου και παραληρητικά ή ψευδαισθητικά συμπτώματα μη σύντονα με την συναισθηματική διαταραχή. Το είδος της προνοσηρής προσωπικότητας και ο βαθμός της αποδιοργάνωσής της είναι χρήσιμα διαφοροδιαγνωστικά στοιχεία.³⁴

6.1.3 Κυκλοθυμική διαταραχή

Αυτή εξελίσσεται με συχνά ήπια ή μέτρια επεισόδια κατάθλιψης αλλά και ευφορίας και με καλή αποκατάσταση της ψυχικής υγείας, στα μεσοδιαστήματα.

6.1.4 Αγχος αποχωρισμού

Ακολουθεί χαρακτηριστικά τον αποχωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα.

6.1.5 «Μη επιπεπλεγμένο» πένθος

Ακολουθεί το θάνατο προσφιλούς προσώπου. Οι ιδέες ενοχής, αν υπάρχουν, αναφέρονται σε έμμονες σκέψεις εγκατάλειψης ή αναποτελεσματικής φροντίδας του αρρώστου προς τον θανόντα.

6.1.6 Δυσθυμία (καταθλιπτική νεύρωση)

Εξελίσσεται με χρόνια, επίμονα, αλλά ηπιότερα συμπτώματα και μπορεί να υπάρχουν μεσοδιαστήματα λίγων ημερών ή εβδομάδων με φυσιολογικό συναίσθημα.

6.1.7 Ιδιαίτερες εικόνες κατάθλιψης και αντίστοιχα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα

Δημιουργούνται από συμπτώματα που συνοδεύουν την κατάθλιψη στις διάφορες ηλικίες. Στην προεφηβική ηλικία η κατάθλιψη συνοδεύεται συχνά με υπερβολικό άγχος, άρνηση της παρακολούθησης του σχολείου και φόβους επικείμενου θανάτου, του ίδιου του παιδιού ή των γονιών του. Στην εφηβική ηλικία παρατηρούνται αντικοινωνικές εκδηλώσεις, φυγές από το σπίτι ή από το σχολείο, αντιθετική ή και επιθετική συμπεριφορά. Στην ενελικτική (κλιμακτηριακή) ηλικία παρατηρείται έντονο άγχος, εξάψεις και ιδρώτες ποικίλες υποχονδριακές αιτιάσεις (κυρίως κεφαλαλγίας),

παραληρητικές ιδέες ζηλοτυπίας ή και δίωξης και τάσεις αυτοκτονίας («ενελικτική μελαγχολία»). Στην γεροντική ηλικία τα συνοδά συμπτώματα μπορεί να είναι διαταραχές του προσανατολισμού, της μνήμης και της συνείδησης σε βαθμό που να διαμορφώνονται ψευδοανοϊκές εικόνες.

6.1.8 Κατάχρηση και η εξάρτηση από ουσίες

Η αλκοόλη είναι αρκετά συχνά αποτέλεσμα κατάθλιψης, ιδιαίτερα στην εφηβική και την μετεφηβική ηλικία. Και αυτές οι καταστάσεις πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαφοροδιάγνωση.^{35,36}

6.2 Διαφορική διάγνωση μανίας

6.2.1 Οργανικές ψυχικές διαταραχές

Από χρόνια σύνδρομα όπως οι εγκεφαλικοί όγκοι, ιδιαίτερα του μετωπιαίου λοβού, τα ατροφικά και τα αγγειακά σύνδρομα, οι γεροντικές και οι αλκοολικές άνοιες, η σκλήρυνση κατά πλάκας και οι χρόνιες εγκεφαλικές λοιμώξεις από ιούς, μικρόβια ή παράσιτα. Στις καταστάσεις αυτές οι συναισθηματικές διαταραχές είναι επιπόλαιες και χωρίς βάθος, ενώ επικρατούν τα ανοϊκά συμπτώματα με διαταραχές του προσανατολισμού, της μνήμης, και της κρίσης, που συνοδεύονται και από νευρολογικά σημεία. Η εξέλιξη είναι σταθερή επιδείνωση, το προηγούμενο ιστορικό είναι ελεύθερο από ψυχική νόσο και η προνοσηρή προσωπικότητα φυσιολογική.³⁷

6.2.2 Οξέα οργανικά ψυχοσύνδρομα

Τοξικώσεις από ουσίες και φάρμακα, (στεροειδή, αμφεταμίνες, κοκαΐνη, ψευδαισθησιογόνα), λοιμώξεις (εγκεφαλίτιδες, μηνιγγίτιδες) ή κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Στις καταστάσεις αυτές τα συμπτώματα υποχωρούν με τη διακοπή της υπεύθυνης ουσίας ή τη βελτίωση της βλάβης και περιλαμβάνουν και συνειδησιακές διαταραχές. Η ανίχνευση της ουσίας, το ιστορικό κάκωσης ή λοίμωξης και οι παρακλινικές εξετάσεις, διευκολύνουν τη διάγνωση.

6.2.3 Γενικότερες παθολογικές καταστάσεις

Ενδοκρινικές διαταραχές, (υπερθυρεοειδισμός, υπερινσουλιαιμία, σύνδρομο Cushing), μεταβολικά νοσήματα (πορφυρία), τοξικές και αλλεργικές αντιδράσεις, (πυρετικό παραλήρημα, μεταλοιμώδεις ψυχικές αντιδράσεις, βαρέα μέταλλα), μπορούν να συνοδεύονται με μανιακόμορφα συμπτώματα. Όμως το ιστορικό, η φυσική εξέταση, ο παρακλινικός έλεγχος και η παρουσία συγχυτικών φαινομένων, διευκολύνουν την διαφορική διάγνωση.

6.2.4 Σχιζοφρένεια

Ιδιαίτερα στην αρχή προκαλεί διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα όταν εκδηλωθεί με παραληρητικές ιδέες μεγαλείου και υπεραπασχόληση. Η μανία μοιάζει με σχιζοφρένεια όταν συνοδεύεται από ακουστικές ψευδαισθήσεις, ιδέες συσχέτισης ή ιδέες επίδρασης. Στη μανία, αυτές οι διαταραχές είναι ευμετάβλητες, αλλάζουν εύκολα περιεχόμενο και είναι σύντονες με το συναίσθημα. Στη σχιζοφρένεια, τάσεις πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαφοροδιάγνωση.

6.2.5 Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή

Διαφέρει από την μανία καθώς το ευφορικό συναίσθημα και η υπεραπασχόληση συνυπάρχουν με αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες και το σκεπτικό περιεχόμενο βρίσκεται σε διάσταση με το συναίσθημα που επικρατεί.

6.2.6 Κυκλοθυμική Διαταραχή

Δημιουργεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα σε δυο περιπτώσεις. Στη φάση όπου υπάρχουν μανιακόμορφα συμπτώματα αλλά ακόμα δεν έχει αναπτυχθεί πλήρες μανιακό επεισόδιο και όταν το μανιακό επεισόδιο αναπτύσσεται για πρώτη φορά, σε άρρωστο με ιστορικό κυκλοθυμικής διαταραχής. Η εξέλιξη σε κανονικό μανιακό επεισόδιο θα επισφραγίσει τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής.^{38,39,40}

Κεφάλαιο - 7 Φαρμακοθεραπεία και άλλες βιολογικές θεραπείες

7.1 Κατάθλιψη

Τα νευροδιαβιβαστικά συστήματα του εγκεφάλου θεωρούνται ως το βιοχημικό υπόστρωμα τόσο των αγχωδών διαταραχών όσο και της κατάθλιψης. Συνεπώς, τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών επηρεάζουν κυρίως τα τρία μείζονα νευροδιαβιβαστικά συστήματα: το σεροτονινεργικό, το νορεπινεφρινεργικό και το σύστημα του γάμμα-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA). Τα φάρμακα αυτά όμως μπορεί να επηρεάσουν και άλλους νευροδιαβιβαστές, όπως την ακετυλοχολίνη και την ισταμίνη. Οι υποδοχείς και τα νευροδιαβιβαστικά συστήματα που επηρεάζει το κάθε φάρμακο προσδιορίζουν το προφίλ των ανεπιθύμητων ενεργειών του συγκεκριμένου φαρμάκου.⁴¹

7.1.1 Αντικαταθλιπτικά

Οι ομάδες φαρμάκων που ακολουθούν είναι ευρέως γνωστές ως αντικαταθλιπτικά. Παρόλ' αυτά είναι γνωστό σήμερα ότι τα ίδια φάρμακα είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση μιας σειράς ψυχιατρικών και σωματικών νοσημάτων και καταστάσεων. Σ' αυτές περιλαμβάνονται, εκτός από την κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές της σίτισης, οι διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, οι διαταραχές προσωπικότητας, η ενούρηση, οι ημικρανίες, και το σύνδρομο του χρόνιου άλγους.^{42,43}

Αντικαταθλιπτική Δράση

Την περασμένη δεκαετία, ως φάρμακα πρώτης επιλογής για τη θεραπεία της κατάθλιψης αντί για τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TKA) άρχισαν να χρησιμοποιούνται οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs). Παρόλο που η αποτελεσματικότητα μεταξύ των δύο διαφορετικών αυτών ομάδων είναι παρόμοια, οι SSRIs δείχνουν να χρησιμοποιούνται πιο συχνά στην κλινική πράξη επειδή παρέχουν μεγαλύτερη ασφάλεια και ανοχή. Είναι όμως γνωστό ότι 29-46% των καταθλιπτικών ασθενών δεν απαντούν πλήρως στην αντικαταθλιπτική αγωγή, 12-15% έχουν μόνο μερική ανταπόκριση, και 19-34% δεν ανταποκρίνονται καθόλου.

Παρά το ότι η αναστολή επαναπρόσληψης της σεροτονίνης στον εγκέφαλο, προκαλείται από τους SSRIs αμέσως μετά τη χορήγηση τους, το κλινικό αποτέλεσμα μπορεί να καθυστερήσει 3 έως 4 εβδομάδες. Η έναρξη του αντικαταθλιπτικού αποτελέσματος των TKA μπορεί να καθυστερήσει περισσότερο. Το μεσοδιάστημα μέχρι την επίτευξη αντικαταθλιπτικού αποτελέσματος μπορεί να μικρύνει με την ενίσχυση του αντικαταθλιπτικού με φάρμακα από άλλες κατηγορίες, όπως είναι οι σταθεροποιητές του

θυμικού ή η βουσπιρόνη. Για να βελτιώσουμε το αντικαταθλιπτικό αποτέλεσμα μπορούμε να αυξήσουμε τη δόση των SSRIs μετά από 4 εβδομάδες για τους ασθενείς που είχαν ελάχιστη βελτίωση και μετά από 8 εβδομάδες για τους ασθενείς που είχαν μερική ανταπόκριση. Εναλλακτικά μπορούμε να προσθέσουμε κάποιο ενισχυτικό φάρμακο στο θεραπευτικό σχήμα, να στραφούμε σε άλλον SSRI ή ακόμη να στραφούμε σε μη-SSRI φάρμακο.⁴⁴

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

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) ανακαλύφθηκαν τη δεκαετία του '70 και κυκλοφόρησαν στις ΗΠΑ για πρώτη φορά το 1988. Από τότε, χρησιμοποιήθηκαν ευρέως λόγω του ευνοϊκότερου προφίλ παρενεργειών, σε σύγκριση με τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά.

Όλοι οι SSRIs απορροφώνται καλά με τη λήψη από τη στόμα, ασκούν τη μέγιστη δράση μέσα σε 4 έως 8 ώρες, και μεταβολίζονται στο ήπαρ. Διαφορετικοί SSRIs αναστέλλουν διαφορετικά ισοένζυμα του κυτοχρώματος P-450. Οι SSRIs έχουν διαφορετική ισχύ, όσον αφορά την αναστολή της σεροτονίνης και διαφορετική ημιπερίοδο ζωής. Δεν υπάρχει σημαντική άμεση επίδραση στο νορεπινεφρινεργικό, ντοπαμινεργικό, χολινεργικό, και ισταμινεργικό σύστημα, με συνέπεια να έχουν ένα ευνοϊκό προφίλ παρενεργειών.

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

Υπερδοσολογία: Οι SSRIs είναι ασφαλέστεροι από άλλα αντικαταθλιπτικά εάν ληφθούν σε υπερδοσολογία. Η θνητότητα οφειλόμενη σε υπερδοσολογία με SSRIs είναι πολύ χαμηλή. Τα συμπτώματα υπερδοσολογίας περιλαμβάνουν ανησυχία, τρόμο, εμετό, ταχυκαρδία, υπέρταση, υπερθερμία, βολβοστροφή, μυοκλονίες, αϋπνία, ανησυχία και επιληπτικές κρίσεις. Μία δυνητικά επικίνδυνη κατάσταση με τους SSRIs είναι το σεροτονεργικό σύνδρομο, το οποίο μπορεί να συμβεί σε περιπτώσεις συγχορήγησης με

άλλα σεροτονεργικά φάρμακα, όπως οι αναστολείς μονοαμινοοξειδάσης (MAOIs), η L-τροπτοφάνη, και η σουματριπτάνη.

Διακοπή φαρμάκων: Έχει περιγραφεί ένα σύνδρομο από απότομη διακοπή των SSRIs, ειδικά αυτών με βραχεία ημιπερίοδο ζωής. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ζάλη, αίσθημα λιποθυμίας, αϋπνία, κεφαλαλγία, και διαταραχές των αισθήσεων. Το σύνδρομο αυτό μπορεί να διαρκέσει μέχρι και 3 εβδομάδες, και μπορεί να αντιμετωπισθεί με την επανέναρξη του αντικαταθλιπτικού ή με τη χορήγηση ενός αντικαταθλιπτικού με παρόμοιο φαρμακολογικό προφίλ. Για την αποφυγή του φαινομένου αυτού, οι SSRIs θα πρέπει να διακόπτονται μετά από σταδιακή μείωση.

Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων: Συγχορήγηση των SSRIs με MAOIs ή άλλους σεροτονεργικούς παράγοντες μπορεί να οδηγήσει στο δυνητικά θανατηφόρο σεροτονεργικό σύνδρομο. Θα πρέπει απαραίτητα να υπάρχει περίοδος 2 εβδομάδων χωρίς λήψη φαρμάκων μεταξύ της διακοπής ενός MAOI και της έναρξης ενός SSRI, περίοδος τουλάχιστον 4 εβδομάδων μεταξύ της διακοπής ενός SSRI και της έναρξης ενός MAOI, ενώ αν πρόκειται για την φλουοξετίνη το μεσοδιάστημα θα πρέπει να είναι 6 εβδομάδες. Οι SSRIs μπορούν να συγχορηγηθούν με τα κυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα οποία όμως παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα λόγω αναστολής των ισοενζύμων 2D6 και 3A4 του κυτοχρώματος P-450 από τα οποία μεταβολίζονται. Συνεπώς θα πρέπει να χρησιμοποιούνται χαμηλότερες δόσεις κυκλικών αντικαταθλιπτικών και τα επίπεδά τους στο αίμα καλό είναι να παρακολουθούνται. Επειδή οι SSRIs μεταβολίζονται στο ήπαρ και παρουσιάζουν σημαντικό ποσοστό δέσμευσης με πρωτεΐνες, είναι δυνατόν να εμφανίσουν κλινικά σημαντικές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα.⁴⁵

Σεξουαλική Δυσλειτουργία Οφειλόμενη στους SSRIs

Η οφειλόμενη στους SSRIs δευτερογενείς σεξουαλική δυσλειτουργία περιλαμβάνει την ανοργασμία και τη διαταραχή εκσπερμάτισης, που αποτελούν τις δύο πιο συχνά αναφερόμενες σεξουαλικά ανεπιθύμητες ενέργειες. Άλλες αναφερόμενες σεξουαλικές επιδράσεις περιλαμβάνουν τη διαταραχή της στύσης και τη μειωμένη λίμπιντο. Η ακριβής συχνότητα της οφειλόμενης στους SSRIs σεξουαλικής δυσλειτουργίας είναι δύσκολο να προσδιοριστεί, αφενός λόγω της απροθυμίας του ασθενούς να την αναφέρει και αφετέρου λόγω του ότι η σεξουαλική δυσλειτουργία που συνδέεται με την κατάθλιψη δεν αναφέρεται στην αρχή της θεραπείας. Η συχνότητα της σεξουαλικής δυσλειτουργίας σύμφωνα με τις πληροφορίες των εταιρειών που παράγουν τα φάρμακα προέρχεται από αυθόρμητες αναφορές ατόμων που βρίσκονταν σε θεραπεία και περιλαμβάνουν όλους τους τύπους σεξουαλικών διαταραχών. Όταν όμως οι ασθενείς ρωτήθηκαν ειδικά για την ύπαρξη σεξουαλικής δυσλειτουργίας, η συχνότητα ανέβηκε μέχρι και 75%.

Ο χρόνος έναρξης της δυσλειτουργίας είναι δύσκολο να διαπιστωθεί, εκτός εάν έχει εκτιμηθεί η σεξουαλική λειτουργικότητα του ασθενούς πριν την έναρξη της θεραπείας. Η μέση διάρκεια των συμπτωμάτων είναι 4 έως 6 εβδομάδες χωρίς θεραπεία ενώ κάποιοι ασθενείς μέσα σε 12 εβδομάδες από την έναρξη. Κάποιοι ασθενείς μπορεί να έχουν σεξουαλικά προβλήματα που επιμένουν σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Το 1-3% των ασθενών που αναφέρουν σεξουαλική δυσλειτουργία χρειάζεται να διακόψουν τη θεραπεία. Τα σεξουαλικά προβλήματα βελτιώνονται 1-3 ημέρες μετά τη διακοπή της θεραπείας με SSRIs. Στις παρεμβάσεις με σκοπό την αντιμετώπιση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών που οφείλονται στους SSRIs περιλαμβάνονται η μείωση της δόσης, η εφαρμογή μικρών μεσοδιαστημάτων με διακοπή του φαρμάκου και η συγχορήγηση άλλων βοηθητικών

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των SSRIs περιλαμβάνουν γαστρεντερικές διαταραχές (όπως, ναυτία, διάρροια, ανορεξία, δυσπεψία), κεφαλαλγία, ανησυχία, αϋπνία, άγχος, υπνηλία και εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων (συχνότητα <0,2%). Οι SSRIs, επιπλέον, μπορεί να προκαλέσουν υπογλυκαιμία, και για το λόγο αυτό οι διαβητικοί ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά. Επίσης, έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις υπονατριαιμίας, ειδικά, σε ασθενείς που ελάμβαναν διουρητικά. Οι SSRIs μπορεί να προκαλέσουν ακαθησία (άγχος και ανησυχία) και κινητικές διαταραχές τύπου Πάρκινσον, όπως τρόμο, ειδικά εάν λαμβάνονται σε συνδυασμό με αντιψυχωσικά ή ντοπαμινεργικά φάρμακα. Οι SSRIs θα πρέπει να δίδονται με ιδιαίτερη προσοχή σε ηπατοπαθείς επειδή μεταβολίζονται μέσω του ήπατος. Γενικά, οι κλινικοί θα πρέπει να αποφεύγουν τη συνταγογράφηση οποιασδήποτε αγωγής σε εγκύους, παρόλο που κάποιοι SSRIs έχουν μελετηθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και δεν βρέθηκε να παρουσιάζουν ανεπιθύμητες δράσεις στο έμβryo. Ο θηλασμός θα πρέπει να αποφεύγεται, επειδή οι SSRIs απεκκρίνονται στο μητρικό γάλα.^{46,47,48}

7.1.1.2 Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης και Νορεπινεφρίνης (SNRIs)

Τα φάρμακα της ομάδας αυτής ενισχύουν (αποκλείοντας την επαναπρόσληψη) τόσο τα σεροτονεργικά όσο και τα νορεπινεφρινεργικά συστήματα. Η Βενλαφαξίνη αναστέλλει επίσης την επαναπρόσληψη της ντοπαμίνης, ενώ η μιρταζαπίνη εκτός από τον αποκλεισμό της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, ανταγωνίζεται ορισμένους σεροτονεργικούς υποδοχείς.⁴⁹

7.1.1.3 Βενλαφαξίνη

Η βενλαφαξίνη είναι διαθέσιμη τόσο σε μορφή άμεσης όσο και σε μορφή βραδείας αποδέσμευσης. Η πρώτη μορφή χορηγείται δύο ή τρεις φορές την ημέρα, ενώ η δεύτερη μία φορά την ημέρα. Η βενλαφαξίνη μεταβολίζεται στο ήπαρ, έχει τουλάχιστον έναν ενεργό μεταβολίτη και η απέκκριση γίνεται από τους νεφρούς. Είναι σχετικά ασθενής αναστολέας του ισοενζύμου 2D6 του κυτοχρώματος P-450. Όμως, φάρμακα που αναστέλλουν το κυτόχρωμα P-450, όπως η παροξετίνη, η σερτραλίνη, η φλουοξετίνη, η φλουβοξαμίνη, και η σιταλοπράμη, μπορεί να αυξήσουν τα επίπεδα της βενλαφαξίνης. Η βενλαφαξίνη έχει ημιπερίοδο ζωής περίπου 5 ώρες και ο ενεργός μεταβολίτης της έχει ημιπερίοδο ζωής περίπου 11 ώρες. Στους νέους ενήλικες τα σταθερά επίπεδα πλάσματος δημιουργούνται σε 3 περίπου ημέρες. Δεν δρα σε μουςκαρινικούς, ισταμινικούς, και α-αδρενεργικούς υποδοχείς. Στην Ελλάδα διατίθεται σε δισκία 37,5 mg, 50 mg, και 75mg άμεσης δράσης, και σε δισκία 75mg και 150mg βραδείας αποδέσμευσης, ενώ στις ΗΠΑ η πρώτη μορφή διατίθεται σε δισκία 25mg, 37,5mg, 50mg, 75mg, και 100mg και η δεύτερη σε κάψουλες 37,5mg, 75mg και 150mg. Η συνήθης αρχική δόση είναι 75 mg/ημέρα. Η δόση μπορεί να αυξάνεται κατά 75 mg/ημέρα κάθε 1 ή 2 εβδομάδες αλλά όχι ταχύτερα από 75 mg ανά 4 ημέρες. Το σύνηθες εύρος δόσης είναι από 75 έως 300 mg/ημέρα, με μέγιστη δόση τα 375 mg/ημέρα. Οι νεφροπαθείς θα πρέπει να λαμβάνουν τις μισές από τις παραπάνω δόσεις. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνεται η ναυτία, η ξηροστομία, η καταστολή, η ζάλη, η νευρικότητα, η διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας (όπως, ανικανότητα και διαταραχές στην εκπερμάτιση και τον οργασμό) και η αυξημένη αρτηριακή πίεση. Η βενλαφαξίνη θα πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε υπερτασικούς ασθενείς, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι η αύξηση της αρτηριακής πίεσης συμβαίνει συχνότερα σε ασθενείς που λαμβάνουν μεγαλύτερη δόση από 300 mg/ημέρα. Ρεν υπάρχουν μελέτες για τη χρήση της βενλαφαξίνης σε εγκύους ή θηλάζουσες. Τέλος, η χορήγηση της βενλαφαξίνης θα πρέπει να διακόπτεται τουλάχιστον 2 εβδομάδες πριν την έναρξη θεραπείας με MAOI.

7.1.1.4 Μιρταζαπίνη

Η μιρταζαπίνη απορροφάται καλά όταν χορηγείται από του στόματος, μεταβολίζεται στο ήπαρ, και η απέκκριση γίνεται από τους νεφρούς. Η ημιπερίοδος ζωής είναι 20-40 ώρες. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνεται η καταστολή, η αυξημένη όρεξη και η αύξηση του βάρους, η ζάλη, η ναυτία, ο χαμηλός κίνδυνος ακοκιοκυτταραιμίας και η μικρή συχνότητα αντιχολινεργικών και σεροτονεργικών δράσεων. Στις κλινικές έρευνες η μιρταζαπίνη δεν έδειξε να μειώνει τη λίμπιντο. Στην Ελλάδα διατίθεται σε δισκία των 30mg (στις ΗΠΑ σε δισκία 15mg και 30mg), και η

αρχική δόση είναι συνήθως 15-30 mg/ημέρα, χορηγούμενη σε μία δόση, κατά προτίμηση το βράδυ πριν από τον ύπνο. Το εύρος της θεραπευτικής δόσης είναι 15-45 mg/ημέρα.⁵⁰

7.1.1.5 Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά (TKA)

Όλα τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι διαθέσιμα σε μορφές που χορηγούνται από του στόματος. Κάποια είναι διαθέσιμα για παρεντερική χρήση, αν και η μορφή αυτή δεν χρησιμοποιείται συχνά. Όσα λαμβάνονται από του στόματος απορροφώνται ταχέως και μεγάλο μέρος της δόσης καταστρέφεται κατά την πρώτη δίοδο του φαρμάκου από το ήπαρ. Τα TKA μεταβολίζονται στο ήπαρ από το κυτόχρωμα P- 450 όπου κάποια από αυτά μετατρέπονται σε ενεργούς μεταβολίτες. Τα TKA διαπερνούν εύκολα τον αιματο-εγκεφαλικό φραγμό, συνδέονται ισχυρά με τις πρωτεΐνες και για το λόγο αυτό δεν μπορούν να απομακρυνθούν με την αιμοκάθαρση. Η καμπύλη απέκκρισης είναι διφασική και περίπου η μισή δόση αποβάλλεται μετά από 48-72 ώρες, ενώ η υπόλοιπη αποβάλλεται μέσα στις επόμενες εβδομάδες. Λόγω των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών από την καρδιά, οι ασθενείς θα πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά πριν από τη λήψη τρικυκλικού. Η παρουσία οποιασδήποτε πάθησης της καρδιακής αγωγιμότητας αποτελεί αντένδειξη για τη χρήση TKA. Όλοι οι υποψήφιοι για λήψη TKA με ηλικία πάνω από 40 ετών θα πρέπει να ελέγχονται ηλεκτροκαρδιογραφικά (ΗΚΓ). Σε υγιείς ενήλικες δεν απαιτείται κάποια άλλη εξέταση πριν από την έναρξη αγωγής με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.

Η θεραπεία αρχίζει με χαμηλές δόσεις (ισοδύναμη δόση ιμιπραμίνης 50 mg/ημέρα), και αυξάνεται σταδιακά κατά περίπου 50 mg/ημέρα κάθε 4-5 ημέρες, αν το επιτρέπουν οι παρενέργειες, μέχρι την ισοδύναμη δόση των 15-300 mg/ημέρα ιμιπραμίνης. Τα τρικυκλικά χορηγούνται γενικά σε μία δόση πριν την κατάκλιση λόγω των κατασταλτικών ιδιοτήτων τους. Εάν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται ικανοποιητικά μετά από 3-4 εβδομάδες, η δόση θα πρέπει να αυξηθεί, εφόσον οι παρενέργειες το επιτρέπουν. Η μέγιστη δόση των τρικυκλικών είναι η ισοδύναμη δόση 300 mg/ημέρα ιμιπραμίνης. Η θεραπευτική δοκιμή με τα TKA θεωρείται αποτυχημένη μόνο εφόσον ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται ικανοποιητικά μετά από 4-6 εβδομάδες στη μέγιστη δόση. Τα επίπεδα των φαρμάκων θα μπορούσαν να παρακολουθούνται στη διάρκεια της θεραπείας. Η ιμιπραμίνη και η δεσιπραμίνη εμφανίζουν γραμμική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων του φαρμάκου και της κλινικής βελτίωσης. Ασθενείς που παίρνουν ιμιπραμίνη και έχουν συνδυασμένα επίπεδα ιμιπραμίνης/δεσιπραμίνης 225 ng/ml καθώς και ασθενείς που παίρνουν δεσιπραμίνη και έχουν επίπεδα 125 ng/ml, δείχνουν καλύτερη κλινική ανταπόκριση, σε σχέση με ασθενείς που έχουν

χαμηλότερα επίπεδα. Η νορτριπτυλίνη παρουσιάζει τα καλύτερα κλινικά αποτελέσματα όταν τα επίπεδα της στο αίμα είναι 50-150 ng/ml. Μελέτες με την αμιτριπτυλίνη δεν έδειξαν σαφείς συσχετίσεις μεταξύ των επιπέδων του φαρμάκου και της κλινικής απάντησης. Συγκεκριμένα διάφοροι ερευνητές ανέφεραν γραμμική ή μη γραμμική συσχέτιση ενώ άλλοι ακόμη και έλλειψη συσχέτισης.

Διακοπή: Η διακοπή της θεραπείας ενός τρικυκλικού, για οποιονδήποτε λόγο, είναι προτιμότερο να γίνεται σταδιακά σε διάρκεια λίγων εβδομάδων και όχι απότομα, επειδή ενδέχεται να παρατηρηθούν συμπτώματα από απότομη διακοπή. Αυτά περιλαμβάνουν ναυτία, διάρροια, κεφαλαλγία, κόπωση, αδιαθεσία, διαταραχές του ύπνου, ακαθησία, συμπτώματα παρκινσονισμού και παράδοξη συμπεριφορά που μπορεί να καταλήξει σε υπομανία ή μανία. Τα συμπτώματα μπορεί να συμβούν το νωρίτερο 12 ώρες μετά την παράληψη μιας δόσης ΤΚΑ, αλλά συνήθως συμβαίνουν 24-48 ώρες μετά την τελευταία δόση. Τα συμπτώματα μπορεί να διαρκέσουν ακόμη και μέχρι ένα μήνα.

Παρενέργειες: Οι παρενέργειες των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών σχετίζονται με την αντιχολινεργική (ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, δυσουρία, και θολή όραση) και την αντιαδρενεργική τους δράση (ορθοστατική υπόταση). Η δεσιπραμίνη και η νορτριπτυλίνη έχουν λιγότερες παρενέργειες σε σχέση με τα υπόλοιπα ΤΚΑ. Τα ΤΚΑ έχουν επίσης δράση παρόμοια με αυτή της κινιδίνης στην καρδιακή ώση, προκαλώντας επιβράδυνση της ενδοκαρδιακής αγωγιμότητας. Η σπουδαιότερη αντένδειξη στη χρήση τρικυκλικών είναι οι διαταραχές αγωγιμότητας, όπως ο κολποκοιλιακός αποκλεισμός, ο αποκλεισμός του αριστερού σκέλους, και η παράταση του διαστήματος QT. Τα τρικυκλικά επίσης μπορεί να μειώσουν τον ουδό των επιληπτικών κρίσεων, να προκαλέσουν καταστολή και αύξηση σωματικού βάρους. Πάνω από όλα όμως, η υπερδοσολογία μπορεί να είναι θανατηφόρα. Οι περισσότερες παρενέργειες αυξάνουν με την αύξηση της δόσης. Οι ηλικιωμένοι γενικά είναι πιο ευαίσθητοι στις παρενέργειες. Τα τρικυκλικά επίσης μπορεί να προκαλέσουν σεξουαλική δυσλειτουργία τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες. Η παρενέργεια αυτή είναι δοσοεξαρτώμενη.

Υπερδοσολογία: Οξεία υπερδοσολογία πάνω από 1.000 mg ενός τρικυκλικού είναι συνήθως τοξική και δυνητικά θανατηφόρα. Ο θάνατος μπορεί να επέλθει από καρδιακή αρρυθμία, υπόταση ή επιληπτικές κρίσεις ανθεκτικές σε θεραπεία. Επίπεδα φαρμάκου πάνω από 1.000 ng/ml, και αυξημένο διάστημα QRS πάνω από 0,10 δευτερόλεπτα, υποδεικνύουν σοβαρή υπερδοσολογία. Τα περισσότερα συμπτώματα εξελίσσονται μέσα σε 24 ώρες μετά τη λήψη της υπερδοσολογίας ενώ οι καρδιακές ανεπιθύμητες ενέργειες, κορυφώνονται μετά 48-72 ώρες. Η αντιμετώπιση της υπερδοσολογίας περιλαμβάνει την εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα Levin ή την πρόκληση

εμετού, και την πλύση στομάχου με ενεργό άνθρακα. Η αιμοκάθαρση δεν έχει αποτέλεσμα επειδή τα τρικυκλικά δεσμεύονται ισχυρά από τις πρωτεΐνες. Οι ασθενείς με σοβαρή υπερδοσολογία χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας. Η διγοξίνη, η κινιδίνη, η προκainaμίδη, και η δισοπυραμίδη θα πρέπει να αποφεύγονται επειδή μπορεί να προκαλέσουν καρδιακό αποκλεισμό.

Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων: φάρμακα που έχουν κατασταλτική επίδραση στο ΚΝΣ (π.χ. αλκοόλ, αντισταμινικά, αντιψυχωσικά, βενζοδιαζεπίνες) μπορεί να επιδεινώσουν την καταστολή, όταν λαμβάνονται ταυτόχρονα με τρικυκλικά. Φάρμακα που μπορεί να επιδεινώσουν την υπόταση είναι τα διουρητικά, οι α-αδρενεργικοί αναστολείς, όπως η κλονιδίνη, και οι β-αδρενεργικοί αναστολείς. Η αντιχολινεργική δράση μπορεί να ενισχυθεί από τα αντισταμινικά, τα αντιπαρκινσονικά, ορισμένα υπναγωγά που χορηγούνται χωρίς ιατρική συνταγή, και τα αντιδιαρροϊκά. Επίσης, τα ΤΚΑ μπορεί να αυξήσουν τη δράση της βαρφαρινης και να αναστείλουν τη δράση της γουανεθιδίνης. Τα ΤΚΑ μεταβολίζονται από τα ισοένζυμα 2D6 και 3A4 του κυτοχρώματος P-450, και επομένως, κάθε αναστολέας των ισοενζύμων αυτών, όπως ορισμένοι SSRIs και η νεφαζοδόνη μπορούν να αυξήσουν τα επίπεδα των ΤΚΑ. Τα επίπεδα των ΤΚΑ μπορούν επίσης να επηρεαστούν και από άλλα φάρμακα.^{51,52,53}

7.1.1.6 Αναστολείς Μονοαμινοοξειδάσης (MAOIs)

Η ομάδα αυτή των αντικαταθλιπτικών είναι γενικά στον ίδιο βαθμό αποδεκτή όπως και τα άλλα αντικαταθλιπτικά. Οι MAOIs όμως δεν χρησιμοποιούνται συχνά ως φάρμακα πρώτης επιλογής, επειδή αφ' ενός, η ελλιπής εφαρμογή των περιορισμών του διαιτολογίου μπορεί να οδηγήσει σε υπερτασική κρίση, αφ' ετέρου υπάρχει αυξημένος κίνδυνος σε περιπτώσεις υπερδοσολογίας. Από τους τέσσερις γνωστούς MAOIs, οι τρεις - φαινελζίνη, τρανυλκυπρομίνη, και ισοκαρβοξαζίδη - είναι μη ειδικοί αναστολείς της MAOA και MAOB, ενώ ο τέταρτος, η σελεγιλίνη είναι ειδικός αναστολέας της MAOB. Δύο MAOIs προερχόμενοι από την υδραζίνη, η ισοκαρβοξαζίδη και η φαινελζίνη υπόκεινται σε ακετυλίωση στο ήπαρ. Τα άτομα που ακετυλιώνουν βραδύτερα τα φάρμακα παρουσιάζουν περισσότερες παρενέργειες. Βραδείς ακετυλιωτές είναι οι μισοί Βορειοαμερικανοί και Ευρωπαίοι, και περισσότεροι από τους μισούς Ασιάτες. Τα επίπεδα τρανυλκυπρομίνης, σε αντίθεση με τους υδραζινικούς MAOIs, σχετίζονται με τις υποτασικές δράσεις. Η έναρξη της θεραπευτικής δράσης παρατηρείται σε 2-4 εβδομάδες, αν και η μέγιστη αναστολή της μονοαμινοοξειδάσης εμφανίζεται μέσα σε μερικές ημέρες. Διακοπή των MAOIs οδηγεί σε επαναλειτουργία του ενζύμου σε περίπου 2 εβδομάδες.

Οι MAOIs αλληλεπιδρούν με την τυραμίνη και άλλες αμίνες αυξάνοντας τη δράση των αγγειοδραστικών αυτών αμινών στο συμπαθητικό σύστημα λόγω του μειωμένου καταβολισμού τους. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε οξεία νοραδρενεργική υπερλειτουργία με αποτέλεσμα σοβαρή υπέρταση, υπερπυρεξία, ταχυκαρδία, εφίδρωση, τρόμο, και καρδιακή αρρυθμία. Έτσι, ασθενείς που λαμβάνουν MAOIs δεν θα πρέπει να καταναλώνουν τροφές που περιέχουν τυραμίνη και άλλες αγγειοδραστικές ουσίες. Αλληλεπίδραση μεταξύ MAOIs και άλλων σεροτονεργικών φαρμάκων μπορεί επίσης να οδηγήσει σε εμφάνιση σεροτονεργικού συνδρόμου (Βλέπε: SSRIs: Υπερδοσολογία).

Πριν από την έναρξη θεραπείας με MAOIs, οι κλινικοί θα πρέπει να ενημερώνουν και να εκπαιδεύουν τους ασθενείς για τους ενδεχόμενους κινδύνους αλληλεπίδρασης με τροφές, ποτά, και φάρμακα που περιέχουν τυραμίνη. Είναι δε πάντοτε καλό να τους δίδεται μία λίστα με τους ενδεδειγμένους περιορισμούς. Θα μπορούσε να περιγραφεί στους ασθενείς η συμπτωματολογία της υπερτασικής κρίσης και να τους δοθεί η οδηγία για άμεση αναζήτηση ιατρικής βοήθειας εάν νιώσουν την παρενέργεια αυτή. Κάποια φαγητά που θα πρέπει να αποφεύγονται είναι το συκώτι, τα αλλαντικά, τα συντηρημένα κρέατα, το χαβιάρι, τα παστά ψάρια, το αβοκάντο, η φάβα, το ξυνολάχανο, τα εκχυλίσματα μαγιάς όπως το Marmite και το Bovril, το κρασί Κιάντι, η μη φιλτραρισμένη μύρα, καθώς και όλα τα τυριά εκτός από το τυρί ricotta, το cottage και τα τυριά με κρεμώδη υφή.

Η αρχική δόση για τους MAOIs είναι χαμηλή και στη συνέχεια αυξάνεται σταδιακά, ανάλογα με τις παρενέργειες και το επιθυμητό αποτέλεσμα. Σε κάποιες παρενέργειες, όπως στην ορθοστατική υπόταση μπορεί να δημιουργηθεί ανοχή.

Η διακοπή της θεραπείας με MAOIs, θα πρέπει να γίνεται με σταδιακή μείωση της δόσης διάρκειας περίπου μιας εβδομάδας. Οι ασθενείς δεν θα πρέπει να διακόψουν τους διαιτητικούς περιορισμούς πριν περάσουν 14 ημέρες από τη διακοπή των MAOIs, επειδή τα επίπεδα της MAO δεν επιστρέφουν σύντομα στα προ της έναρξης της θεραπείας. Γενικά, απαιτείται περίοδος 2 εβδομάδων ώστε να απομακρυνθεί πλήρως η δράση των φαρμάκων αυτών, και να είναι δυνατή η έναρξη ενός άλλου αντικαταθλιπτικού. Πριν την αλλαγή της θεραπείας από κάποιο άλλο αντικαταθλιπτικό σε MAOIs, θα πρέπει να περάσουν τουλάχιστον 2 εβδομάδες μετά τη διακοπή ΤΚΑ ή SSRI, και 5- 6 εβδομάδες μετά τη διακοπή φλουοξετίνης.

Παρενέργειες: Στις παρενέργειες περιλαμβάνεται η ορθοστατική υπόταση, η οποία είναι δόσοεξαρτώμενη και επιδεινώνεται σε ασθενείς που λαμβάνουν συγχρόνως διουρητικά και αντιυπερτασικά. Μπορεί επίσης να

παρατηρηθούν παρενέργειες από το ΚΝΣ, όπως αϋπνία και ανησυχία. Υπερτασική κρίση μπορεί να συμβεί με την κατανάλωση τροφών που περιέχουν τυραμίνη ή τη χρήση συμπαθητικομιμητικών ουσιών, όπως L-dopa και τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ευερεθιστότητα, σοβαρή υπέρταση, μυδρίαση, έντονη κεφαλαλγία, εφίδρωση, ναυτία, και εμετό. Η θεραπεία της κρίσης συνίσταται σε χορήγηση φαρμάκων που αποκλείουν τους α-αδρενεργικούς υποδοχείς, όπως η φεντολαμίνη 5mg ενδοφλεβίως, σε επαναλαμβανόμενη χορήγηση μέχρι να αντιμετωπισθεί η υπέρταση. Φάρμακα που αναστέλλουν τα ιόντα ασβεστίου, όπως η νιφεδιπίνη, μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν σε ελαφρές ή μέτριες περιπτώσεις, παρόλο που πρόσφατες αναφορές υποδεικνύουν αυξημένο κίνδυνο για έμφραγμα του μυοκαρδίου με τη χρήση νιφεδιπίνης. Φάρμακα που αποκλείουν τους β-αδρενεργικούς υποδοχείς δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται επειδή τείνουν να αυξάνουν την αγγειοσυστολή και να επιδεινώνουν την υπέρταση. Μπορεί επίσης να αναφερθούν σεξουαλικές παρενέργειες, όπως καθυστέρηση στην εκπερμάτιση, ανικανότητα και ανοργασμία. Άλλες παρενέργειες των MAOIs είναι η αύξηση βάρους, οι παρενέργειες αντιχολινεργικού τύπου, και οι μυϊκές συσπάσεις (μυοκλονίες) (οι οποίες μπορούν να αντιμετωπιστούν με βιταμίνη B6).

Υπερδοσολογία: Οι MAOIs είναι επικίνδυνοι σε περίπτωση υπερδοσολογίας. Στο πλάσμα είναι δύσκολο να μετρηθούν επειδή κυκλοφορούν σε πολύ χαμηλά επίπεδα, και επομένως η παρακολούθηση των επιπέδων τους δεν είναι ιδιαίτερα χρήσιμη. Τα συμπτώματα από υπερδοσολογία αρχίζουν 12 ώρες μετά την λήψη της και φτάνουν στην κορύφωση μετά από 24 ώρες. Αρχικά οι ασθενείς μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί, αλλά αργότερα παρουσιάζουν υπερπυρεξία και αστάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος.⁵⁴

7.1.2 Άτυπα Αντικαταθλιπτικά

Τα φάρμακα αυτά δε σχετίζονται χημικά με τα αντικαταθλιπτικά που προαναφέρθηκαν.

7.1.2.1 Τραζοδόνη

Η τραζοδόνη αναστέλλει την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης, δρα ως 5-HT₂ ανταγωνιστής, και πιθανόν να δρα ως σεροτονομιμητική ουσία, μέσω ενός κύριου μεταβολίτη, της μεταχλωροφαινυλιπεραζίνης (m-CPP). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της τραζοδόνης οφείλονται κυρίως στον α-αδρενεργικό αποκλεισμό και στην αντιισταμινική της δράση. Η τραζοδόνη

απορροφάται καλά μετά την από του στόματος λήψη και τα επίπεδα της φθάνουν στο μέγιστο μέσα σε 2 ώρες. Η ημιπερίοδος ζωής είναι μικρή, 6-11 ώρες, ενώ η απέκκριση της γίνεται από τους νεφρούς. Κοινές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν την καταστολή, την ορθοστατική υπόταση, τη ναυτία, και τον εμετό, οι οποίες μπορούν να μειωθούν όταν το φάρμακο χορηγείται σε διαιρεμένες δόσεις ή πριν την κατάκλιση ή μαζί με το φαγητό. Η τραζοδόνη δεν έχει την κινιδινική δράση στη καρδιά που έχουν τα ΤΚΑ, και συνδέεται σπάνια με αρρυθμίες. Ο πριαπισμός (παρατεταμένη επώδυνη στύση) είναι μία σπάνια παρενέργεια που μπορεί να συμβεί τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες. Για την παρενέργεια αυτή θα πρέπει οι ασθενείς να είναι εκ των προτέρων ενημερωμένοι ώστε να ζητήσουν επείγουσα ιατρική βοήθεια εάν τους συμβεί. Η τραζοδόνη στην Ελλάδα είναι διαθέσιμη σε δισκία 50 και 100 mg (στις ΗΠΑ σε: δισκία 50, 100, 150, και 300 mg). Η συνήθης δόση για τον ενήλικα κυμαίνεται από 200-600 mg/ημέρα, αν και δόση 50 mg/ημέρα μπορεί να χρησιμοποιηθεί με στόχο μόνο την αϋπνία. Ο ασθενής μπορεί να αρχίσει την θεραπεία με 50 mg/ημέρα και να αυξάνει τη δόση του κατά 50 mg/ημέρα κάθε 2-3 ημέρες, ανάλογα με την εμφάνιση παρενεργειών, μέχρι να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.

7.1.2.2 Νεφαζοδόνη

Η νεφαζοδόνη είναι παρόμοια χημικά με την τραζοδόνη, αλλά με μικρότερο α-αδρενεργικό αποκλεισμό και αντισταμινική δράση, και πιθανόν μικρότερη πιθανότητα καταστολής και πριαπισμού. Η νεφαζοδόνη αναστέλλει την επαναπρόσληψη σεροτονίνης, αλλά αποκλείει επίσης μετασυναπτικά τον 5-HT₂ υποδοχέα. Η ημιπερίοδος ζωής της είναι περίπου 5 ώρες. Είναι ισχυρός αναστολέας του ισοενζύμου 3A4 και ασθενής αναστολέας του ισοενζύμου 2D6 του κυτοχρώματος P-450. Έτσι μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα συγχορηγούμενων φαρμάκων που μεταβολίζονται από τα ισοένζυμα αυτά, όπως, είναι η βουπροπιόνη, η πιμοζίδη, οι βενζοδιαζεπίνες, οι αναστολείς των ιόντων ασβεστίου (CYP 3A4), και τα ΤΚΑ (CYP 3A4, CYP 2D6) Οι πλέον συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η καταστολή, η κεφαλαλγία, η ξηροστομία και η ναυτία. Η Νεφαζοδόνη διατίθεται σε δισκία 100, και 200 mg στην Ελλάδα (στις ΗΠΑ: 100, 150 και 200 mg). Η συνήθης δόση έναρξης θεραπείας είναι 200 mg/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις, και υπάρχει δυνατότητα αύξησης της δόσης κατά 100 mg κάθε εβδομάδα. Το θεραπευτικό εύρος είναι 300-600 mg/ημέρα. Επειδή οι ηλικιωμένοι είναι πιο ευαίσθητοι στην αγωγή αυτή, θα πρέπει να χορηγείται σε χαμηλότερες δόσεις σε αυτό τον πληθυσμό.

7.1.2.3 Βουπροπιόνη

Η βουπροπιόνη σχετίζεται δομικά με την αμφεταμίνη, και είναι συμπαθητικομιμητικός παράγοντας. Πρα στο ντοπαμινεργικό και αδρενεργικό σύστημα, και πιθανόν σε μικρότερο βαθμό στο σεροτονινεργικό σύστημα. Απορροφάται καλά όταν χορηγείται από του στόματος, μεταβολίζεται στο ήπαρ, και απεκκρίνεται από τους νεφρούς. Μεταβολίζεται από το ισοένζυμο 3A4 του κυτοχρώματος P-450. Για το λόγο αυτό τα επίπεδα της μπορεί να αυξηθούν μετά από σύγχρονη χορήγηση φλουοξετίνης, νεφαζοδόνης, και σε μικρότερο βαθμό σερτραλίνης και φλουβοξαμίνης. Φτάνει στα υψηλότερα επίπεδα μετά από 2 ώρες από τη χορήγηση και η ημιπερίοδος ζωής της κυμαίνεται από 8-40 ώρες. Κατά τον μεταβολισμό της παράγονται δύο ενεργοί μεταβολίτες. Οι συνηθέστερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η κεφαλαλγία, η αϋπνία, η ναυτία, και συμπτώματα από το ανώτερο αναπνευστικό. Η βουπροπιόνη δεν έχει α-αδρενεργικές ή αντιχολινεργικές δράσεις και συνεπώς δεν αναμένεται να προκαλέσει ορθοστατική υπόταση ή ξηροστομία. Παρουσιάζει σημαντικά αυξημένη πιθανότητα πρόκλησης επιληπτικών κρίσεων σε δόση πάνω από 450 mg/ημέρα, ενώ σε μικρότερες δόσεις η πιθανότητα είναι 0,4%, δηλαδή παρόμοια με των άλλων αντικαταθλιπτικών. Η μορφή βραδείας αποδέσμευσης παρουσιάζει μικρότερο κίνδυνο πρόκλησης επιληπτικών κρίσεων, σε σχέση με τη μορφή άμεσης αποδέσμευσης. Επομένως σε περιπτώσεις υπερδοσολογίας ή μικτής με άλλα φάρμακα υπερδοσολογίας, ο κίνδυνος εμφάνισης επιληπτικών κρίσεων, βραδυκαρδίας, και καρδιακής ανακοπής είναι σημαντικός. Η χρήση της βουπροπιόνης κατά την εγκυμοσύνη δεν έχει μελετηθεί και επομένως δεν ενδείκνυται. Η βουπροπιόνη απεκκρίνεται στο γάλα του θηλασμού και για το λόγο αυτό δεν ενδείκνυται η χορήγηση της κατά την περίοδο του θηλασμού. Δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται μαζί με MAOIs λόγω του κινδύνου υπερτασικής κρίσης. Τοξικά φαινόμενα από το ΚΝΣ μπορεί να συμβούν όταν η βουπροπιόνη λαμβάνεται ταυτόχρονα με ντοπαμινεργική αγωγή, όπως αμανταδίνη, και L-dopa. Επειδή η βουπροπιόνη μεταβολίζεται στο ήπαρ, τα επίπεδα άλλων φαρμάκων που συγχωρηγούνται και μετα ολίζονται επίσης στο ήπαρ, όπως η καρβαμαζεπίνη, η σιμετιδίνη, και η φαινυντοίνη, θα πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά. Η βουπροπιόνη είναι διαθέσιμη (στις ΗΠΑ και όχι στην Ελλάδα) σε μορφή άμεσης αποδέσμευσης, δισκία 75 και 100 mg, που χορηγούνται δύο φορές την ημέρα και σε μορφή παρατεταμένης αποδέσμευσης, δισκία 100 και 150 mg, που χορηγούνται μία φορά την ημέρα. Η δόση έναρξης στους ενήλικες είναι 150 mg/ημέρα, και αυξάνεται όχι ταχύτερα από 100 mg/ημέρα σε 3 μέρες, λόγω του κινδύνου επιληπτικών κρίσεων. Η συνήθης επιδιωκόμενη δόση είναι 300 mg/ημέρα, ενώ η μέγιστη δόση δεν θα πρέπει να ξεπερνά τα 450 mg/ημέρα.

7.1.2.4 Βενζοδιαζεπίνες

Τα φάρμακα της ομάδας αυτής είναι τα πλέον συχνά χρησιμοποιούμενα στη θεραπεία του άγχους. Έχουν επίσης ηρεμιστικές, υπνωτικές, αντιεπιληπτικές, και μυοχαλαρωτικές ιδιότητες. Σε χαμηλότερες δόσεις έχουν αγχολυτική δράση, ενώ σε υψηλότερες, κατασταλτική – υπνωτική δράση. Οι βενζοδιαζεπίνες δρουν στο νευροδιαβιβαστικό σύστημα του GABA.

7.1.2.5 Βαρβιτουρικά

Με την είσοδο των βενζοδιαζεπινών στην φαρμακευτική αγορά, έγινε εμφανής η ανωτερότητα τους έναντι των βαρβιτουρικών στον τομέα της ασφάλειας κατά την υπερδοσολογία και στον τομέα της κατάχρησης. Έτσι τα βαρβιτουρικά, όπως η σεκοβαρβιτάλη, η πεντοβαρβιτάλη, και η μεπροβαμάτη, δεν χρησιμοποιούνται πλέον στη θεραπεία του άγχους.

7.1.2.6 Βουσπιρόνη

Η βουσπιρόνη δρα στο σεροτονεργικό σύστημα ως σεροτονινεργικός αγωνιστής, μειώνοντας ταυτόχρονα τη συνολική ποσότητα της σεροτονίνης στον οργανισμό. Η δράση της δεν υποκαθιστά αυτή των βενζοδιαζεπινών. Η βουσπιρόνη έχει εγκριθεί για την αντιμετώπιση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, αλλά χρησιμοποιείται επίσης συχνά ως ενισχυτικός παράγοντας άλλων φαρμάκων, όπως των SSRIs. Η βουσπιρόνη είναι διαθέσιμη σε δισκία 10 mg στην Ελλάδα (και 5, 10, 15, 30 mg στις ΗΠΑ). Το κυριότερο μειονέκτημα της είναι η αργή έναρξη της αγχολυτικής δράσης (συνήθως 1 έως 2 εβδομάδες). Το μέγιστο αποτέλεσμα εμφανίζεται σε 4 έως 6 εβδομάδες. Μεταβολίζεται στο ήπαρ, και η ημιπερίοδος ζωής της είναι 2 έως 12 ώρες. Η αρχική δόση είναι 5 mg τρεις φορές την ημέρα. Δόσεις 10 mg τρεις φορές την ημέρα είναι αποτελεσματικές και θα μπορούσαν να αυξηθούν μέχρι 20 mg τρεις φορές την ημέρα.

Παρενέργειες περιλαμβάνουν την ανησυχία και, λιγότερο συχνά, την κεφαλαλγία, τη γαστρεντερική δυσφορία, και την ζάλη. Τα πλεονεκτήματα της είναι η έλλειψη καταστολής και η μικρή πιθανότητα για κατάχρηση ή εμφάνιση συμπτωμάτων απόσυρσης, σε σχέση με τις βενζοδιαζεπίνες. Η βουσπιρόνη θα μπορούσε επίσης να χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας που προέρχεται από λήψη SSRIs.^{55,56}

7.1.3 Άλλες Βιολογικές Μορφές Θεραπείας

Υπάρχουν και κάποιες άλλες μορφές βιολογικών θεραπειών διαθέσιμες για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών διαταραχών και ορισμένων από τις αγχώδεις διαταραχές.

7.1.3.1 Ηλεκτροθεραπεία

Η ηλεκτροθεραπεία (ECT) είναι μία ασφαλής και αποτελεσματική θεραπεία για ασθενείς με μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές, ιδιαίτερα με μελαγχολικά ή ψυχωσικά στοιχεία, μανία, κατατονία, και πιθανόν άλλες μορφές ψύχωσης. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τη θεραπεία ατόμων στα οποία αντενδείκνυται η φαρμακοθεραπεία, όπως οι έγκυες γυναίκες και κάποιοι γηριατρικοί ασθενείς. Η ηλεκτροθεραπεία συνίσταται στη πρόκληση γενικευμένης επιληπτικής κρίσης, η οποία προκαλεί αλλαγές στα νευροδιαβιβαστικά συστήματα. Η αντικαταθλιπτική δράση που συνδέεται με την επιτυχή ηλεκτροθεραπεία, πιθανώς σχετίζεται με τη μείωση της λειτουργικότητας (down regulation) των συστημάτων των β- αδρενεργικών υποδοχέων.

Είναι απαραίτητη η κλινική εξέταση πριν την ηλεκτροθεραπεία. Η εξέταση περιλαμβάνει πλήρη σωματική, νευρολογική, και προαναισθητική εκτίμηση. Οι εργαστηριακές εξετάσεις περιλαμβάνουν γενική εξέταση αίματος και ούρων, ακτινογραφία θώρακος, και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Η ακτινογραφία σπονδυλικής στήλης ενδείκνυται εάν υπάρχει υποψία για κάποια βλάβη στο σημείο αυτό. Επίσης, θα πρέπει να γίνουν απεικονιστικές εξετάσεις εγκεφάλου, όπως αξονική τομογραφία (CT) ή μαγνητική τομογραφία (MRI), εάν υπάρχουν ενδείξεις επιληπτικών κρίσεων ή χωροκατακτητικής εξεργασίας. Τα φάρμακα του ασθενούς θα πρέπει να εκτιμώνται για πιθανή αλληλεπίδραση με την πρόκληση επιληπτικής κρίσης, καθώς και με τα φάρμακα της αναισθησίας. Φάρμακα όπως το λίθιο, οι βενζοδιαζεπίνες, και η κλοζαπίνη, δεν θα πρέπει να λαμβάνονται πριν την ηλεκτροθεραπεία, επειδή παρεμβαίνουν στον ουδό και τη διάρκεια της προκλητής επιληπτικής κρίσης, όπως επίσης η λιδοκαΐνη και η θεοφυλλίνη.

Η ηλεκτροθεραπεία γίνεται συνήθως 2 έως 3 φορές την εβδομάδα. Οι διαταραχές μνήμης είναι λιγότερο συχνές με πιο αραιές συνεδρίες. Ο αριθμός των συνεδριών, εξαρτάται από την ανταπόκριση του ασθενούς και μπορεί να κυμαίνεται από 6 έως 12, αν και μπορεί να χρειαστούν μέχρι και 20. Η θεραπεία συνήθως σταματά εάν τα συμπτώματα δεν αρχίσουν να βελτιώνονται μετά από 2 συνεδρίες. Ο προκλητός ηλεκτρικός ερεθισμός μπορεί να είναι έτερο- ή αμφοτερόπλευρος. Ο ετερόπλευρος ερεθισμός προκαλεί μικρότερη διαταραχή στη μνήμη, αλλά ο αμφοτερόπλευρος είναι περισσότερο αποτελεσματικός. Η γνωστική κατάσταση του ασθενούς θα

πρέπει να ελέγχεται ανάμεσα στις συνεδρίες, για παράδειγμα με την Βραχεία Εξέταση της Γνωστικής Κατάστασης (MMSE), ώστε να διαπιστώνεται η επανάκτηση ικανοποιητικής γνωστικής λειτουργίας πριν την επόμενη συνεδρία. Εάν η εξέλιξη της θεραπείας είναι θετική ο ασθενής μπορεί να αρχίσει φαρμακευτική αγωγή συντήρησης ή να συνεχίσει τις συνεδρίες μέχρι την πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων.

Οι μόνες απόλυτες αντενδείξεις για ηλεκτροθεραπεία είναι οι χωροκατακτητικές εξεργασίες του εγκεφάλου και η αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, που μπορεί να προκαλέσουν εγκολεασμό του στελέχους και αιμορραγία. Το έμφραγμα του μυοκαρδίου επίσης, που συνέβη τις τελευταίες δύο εβδομάδες αυξάνει τη νοσηρότητα και θνητότητα. Η συχνότητα θανάτου από ηλεκτροθεραπεία είναι περίπου 0,002% και συνήθως περιλαμβάνει ασθενείς με ιστορικό καρδιακής νόσου.

Συνήθεις παρενέργειες σχετιζόμενες με την ηλεκτροθεραπεία είναι η σύγχυση και το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο. Το ενδιαφέρον των κλινικών εστιάζεται όμως συνήθως στη διαταραχή της μνήμης. Τα δεδομένα δείχνουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς επανέρχονται στην προηγούμενη γνωστική λειτουργικότητα σε 6 περίπου μήνες μετά το τέλος των συνεδριών. ασθενείς που παρουσιάζουν προβλήματα μνήμης που επιμένουν, συνήθως δεν έχουν τη δυνατότητα μνημονικής ανάκλησης των γεγονότων που συνέβησαν κατά την εποχή των συνεδριών.⁵⁷

7.1.3.2 Φωτοθεραπεία

Η κύρια ένδειξη για φωτοθεραπεία είναι η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται συνήθως από καταθλιπτικά επεισόδια κατά τη διάρκεια του φθινοπώρου και του χειμώνα. Ο ασθενής εκτίθεται σε τεχνητό φως 2.500 περίπου lux (200 φορές φωτεινότερο από τις οικιακές λάμπες) μία ή δύο φορές την ημέρα. Οι συχνότερες παρενέργειες είναι η κεφαλαλγία, ο πόνος στα μάτια και η ευρεθιστότητα.⁵⁷

7.1.3.3 Ψυχοχειρουργική

Η ψυχοχειρουργική ενδείκνυται συνήθως σε ανθιστάμενες στη θεραπεία περιπτώσεις αγχωδών διαταραχών ή κατάθλιψης –ιδιαίτερα μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Οι ασθενείς θα πρέπει να μην έχουν απαντήσει σε πολλαπλές κλασικές θεραπείες πριν παραπεμφθούν για νευροχειρουργική αντιμετώπιση. Τα κριτήρια επιλογής είναι αυστηρά, αλλά μόνο 30-60 % αυτών που τα πληρούν μπορούν να αναμένουν βελτίωση στα συμπτώματα, ενώ λιγότεροι

από 3% των ασθενών που αντιμετωπίζονται με αυτή τη μέθοδο παρουσιάζουν επιδείνωση. Οι σύγχρονες τεχνικές είναι λιγότερο παρεμβατικές και περισσότερο εστιασμένες, με αποτέλεσμα ο κίνδυνος αλλαγών στη γνωστική ικανότητα και την προσωπικότητα να είναι μειωμένος, όπως επίσης και η νοσηρότητα και θνησιμότητα.⁵⁸

7.2 Μανία

7.2.1 Ανθρακικό Λίθιο

Το αντιμανιακό φάρμακο επιλογής είναι το ανθρακικό λίθιο. Ο ακριβής μηχανισμός δράσης του είναι άγνωστος. Επικρατεί ωστόσο η άποψη ότι το ανθρακικό λίθιο προωθεί την επαναπρόσληψη των βιογενών αμινών στον εγκέφαλο με αποτέλεσμα την ελάττωση των επιπέδων τους στον οργανισμό. Άλλη θεωρία συσχετίζει την αποτελεσματικότητα του λιθίου με μια αλλαγή στον μεταβολισμό του νατρίου μέσα στα νεύρα και τους μυς.^{59,60}

Ενδείξεις:

Το ανθρακικό λίθιο χρησιμοποιείται στην πρόληψη και θεραπεία της μανίας, υπομανίας και γενικά των διπολικών διαταραχών. Από την έναρξη της θεραπείας με λίθιο μέχρι την υποχώρηση των συμπτωμάτων της μανίας μεσολαβούν 1-2 εβδομάδες. Σ' αυτό το διάστημα χορηγούνται αντιψυχωτικά π.χ. chlorpromazine (thorazine) ή haloperidol για την ελάττωση του επιπέδου της υπερκινητικότητας.

Συνήθη σκευάσματα που περιέχουν λίθιο είναι: Esqualith, Lithane, Lithobid, Carbolith και Lithonate.⁶¹

Παρενέργειες του λιθίου και νοσηλευτικές ευθύνες

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

θεραπευτικής του συγκέντρωσης στον ορό του αίματος είναι 0.5 - 1.5 mEq/L. Πρέπει να γίνεται μέτρηση των επιπέδων του λιθίου στο αίμα μια-δύο φορές κατά την πρώτη εβδομάδα μέχρι ότου η δόση και τα επίπεδα στο αίμα είναι σταθερά. Τα συμπτώματα της τοξικότητας του λιθίου αρχίζουν να φαίνονται, όταν τα επίπεδα τους στο αίμα είναι μεγαλύτερα από 1.5 mEq/L, και είναι: θαμπή όραση, αταξικό βάδισμα, εμβοές αυτιών, επίμονη ναυτία, έμετοι και έντονη διάρροια. Η επόμενη δόση δεν πρέπει να χορηγηθεί και να συζητηθεί με τον γιατρό αν κάποιο από τα παραπάνω συμπτώματα διαπιστωθεί κατά την εξέταση και την παρατήρηση ή αναφερθεί από τον άρρωστο. Αν δεν αντιμετωπισθούν και συνεχίσουν να αυξάνουν τα επίπεδα λιθίου στο αίμα, ο άρρωστος ενδέχεται να παρουσιάσει σπασμούς, κώμα και βαθμιαία κατάληξη στο θάνατο.

Το λίθιο στη χημική του δομή είναι όμοιο με το νάτριο, συμπεριφέρεται στον οργανισμό κατά τον ίδιο τρόπο και συναγωνίζεται με το νάτριο σε διάφορες περιοχές του σώματος. Αν ελαττωθεί η λήψη νατρίου ή αν το σώμα χάσει το φυσιολογικό του νάτριο - π.χ. λόγω υπερβολικών εφιδρώσεων, πυρετού και αυξημένης διούρησης - τότε το λίθιο επαναροφάται από τους νεφρούς αυξάνοντας τη δυνατότητα τοξικής επίδρασης. Συνεπώς έχει μεγάλη σημασία ο άρρωστος να παίρνει επαρκή ποσότητα νατρίου με τα γεύματα του και να πίνει 2500 - 3000 ml υγρά ημερησίως. Συνιστάται ακριβής καταγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και μέτρηση του βάρους σώματος του αρρώστου κάθε ημέρα για την έγκαιρη αναγνώριση τυχόν σημείων τοξικής κατάστασης.

Αντενδείξεις χορήγησης λιθίου

Λίθιο δεν πρέπει να χορηγείται σε άτομα με καρδιαγγειακό ή νεφρικό νόσημα, αφυδάτωση, σύγχρονη λήψη διουρητικών, εγκυμοσύνη, καθώς και σε παιδιά κάτω των 12 ετών.^{62,63}

Κεφάλαιο - 8 Νοσηλευτική Φροντίδα

8.1 Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με κατάθλιψη

Οποιοσδήποτε συνδυασμός μεταβλητών - ψυχολογικών, βιολογικών, οικογενειακών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών – προκαλεί την κατάθλιψη, οι κλινικές εκδηλώσεις της είναι παρόμοιες. Γι' αυτό οι καταθλιπτικοί άρρωστοι με οποιαδήποτε μορφή κατάθλιψης αξιολογούνται και αντιμετωπίζονται από τον νοσηλευτή με μια ολική βιοψυχο-κοινωνική προσέγγιση. Η νοσηλευτική φροντίδα του καταθλιπτικού αρρώστου στο νοσοκομείο εξαστομικεύεται με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας και εστιάζεται σε τρεις ομάδες αναγκών, οι οποίες είναι:

1. Άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του αρρώστου, π.χ. πρόληψη αυτοκτονίας
2. Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν τη νοσηλεία, θεραπεία και προετοιμασία του αρρώστου να βγει από το νοσοκομείο
3. Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειας του για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της ώστε να διατηρείται με λίγη ή καθόλου κατάθλιψη για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η κατάθλιψη έχει χαρακτηριστεί σαν θάνατος εν ζωή, αφού ο άνθρωπος δοκιμάζει πλήρη απώλεια ζωτικότητας, αυθορμητισμού, κινητικότητας και σκοπού, μέχρι του σημείου να επιθυμεί και να σχεδιάζει την αυτοκαταστροφή. Η νοσηλευτική έχει την αποστολή να βοηθήσει τον καταθλιπτικό άρρωστο στην προσπάθεια να επιτύχει μια ψυχοσωματική και πνευματική ανανέωση. Να ξαναβρεί δηλαδή τη ζωτικότητα του και την αγάπη για τη ζωή, να αισθανθεί ότι έχει προσωπική αξία και ικανότητες και μπορεί να τα βγάλει πέρα στη ζωή.⁶⁴

8.1.1 Νοσηλευτικές διαγνώσεις για τη μείζονα κατάθλιψη

8.1.1.1 Μεγάλος κίνδυνος για επιθετικότητα εναντίον του εαυτού

Νοσηλευτική διάγνωση: Μεγάλος κίνδυνος εκδήλωσης επιθετικότητας εναντίον εαυτού Συμπεριφορά αρρώστου με αυτοκτονικό ιδεασμό που απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει και αποπειράται να αυτοκτονήσει.⁶⁵

8.1.1.1.1 Αιτιολογικοί /σχετιζόμενοι παράγοντες:

- Ιστορικό προσπαθειών αυτοκτονίας κατά την περίοδο καταθλιπτικών επεισοδίων.
- Φανερές προσπάθειες αυτοκαταστροφής (αυτο-τραυματισμοί, προσπάθειες απαγχονισμού).
- Εκφράζει προφορικά τον αυτοκτονικό ιδεασμό ή το σχέδιο του: «Δεν θέλω να ζήσω πια. Θα πάρω μεγαλύτερη δόση φαρμάκων για να πεθάνω».
- Εκδηλώνει λύπη, απόγνωση, απελπισία ή απώλεια ευχαρίστησης ή σκοπού στη ζωή: «Τίποτε δεν μου δίνει καμιά χαρά». «Η ζωή δεν αξίζει πλέον να τη ζω». «Όλα είναι απελπισία».
- Άρνηση φαγητού, φαρμάκων και φροντίδας.
- Ξαφνικά μοιράζει τα ατομικά του πράγματα.
- Συχνά κλαίει, είναι κατηφής, διεγείρεται.
- Βαθμιαία απόσυρση από το περιβάλλον.
- Το συναίσθημα δεν ξανοίγει (δεν γίνεται πιο χαρούμενο) καθώς η μέρα προχωρεί.
- Δυνητικά θετικές περιστάσεις, γεγονότα ή επικοινωνίες δεν αλλάζουν τον ιδεασμό του αρρώστου.
- Άρνηση συμφωνίας με τον νοσηλευτή ότι δεν θα αυτοκτονήσει.
- Απώλεια αυτο-εκτίμησης, αισθήματος προσωπικής αξίας (Υποκειμενικά: «Δεν αξίζω τίποτε. Ρεν αξίζω να ζω». Αντικειμενικά: ελλειμματική αυτοφροντίδα, π.χ. παραμελημένη υγιεινή και εμφάνιση, απομόνωση και απόσυρση).
- Αμφιταλάντευση, αμφιγνωμία (βιώνει δύο αντίθετα συναισθήματα, σκέψεις ή κίνητρα ή επιθυμίες ταυτόχρονα π.χ. θέλει να ζήσει και δεν θέλει να ζήσει την ίδια ώρα).
- Εκδηλώνει ξαφνική ανύψωση της διάθεσης ή πιο ήρεμο, πιο ειρηνικό τρόπο με περισσότερη ενεργητικότητα (μπορεί να δείχνει ανακούφιση από αμφίγνωμες σκέψεις και συναισθήματα για να σκοτώσει τον εαυτό του, πράγμα που δίνει σήμα στο προσωπικό για πιθανή επικείμενη απόπειρα αυτοκτονίας).⁶⁵

8.1.1.1.2 Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο ώστε να:

- Εκφράζει επιθυμία να ζήσει, αιτιολογεί και δεν αναφέρει ιδέες ή σχεδιασμό αυτοκτονίας.
- Εκδηλώνει αισιοδοξία και ελπίδα, χαμογελά ή γελά ανάλογα με τη συζήτηση και την κατάσταση.
- Κάνει σχέδια για το μέλλον που περιλαμβάνουν δραστηριότητες αλλά και ιατρική παρακολούθηση και συμμόρφωση στη φαρμακο-θεραπεία.⁶⁶

8.1.1.1.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

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

2. Επανεκτίμηση της δυνατότητας αυτοκτονίας περιοδικά, ιδιαιτέρως σε περιπτώσεις αλλαγής της διάθεσης, αύξησης της απόσυρσης, ετοιμασίας εξόδου πριν να προγραμματισθεί. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερος κατά τον 1ο μήνα της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Οι μισές από τις αυτοκτονίες των νοσηλευόμενων ασθενών συμβαίνουν έξω από το νοσοκομείο, όταν έχουν άδεια (ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι όταν ο άρρωστος έχει ιδέες αυτοκτονίας και επαρκή ενεργητικότητα για να την πραγματοποιήσει, π.χ. στο σημείο που αρχίζει να αισθάνεται καλύτερα). Εξήγηση στον άρρωστο από τον νοσηλευτή ότι ενδιαφέρεται για την ασφάλεια του και θα τον βοηθήσει να διατηρηθεί ασφαλής. Αυτό διαβιβάζει τη νοσηλευτική μέριμνα και παρέχει αίσθημα προστασίας. Στενή παρακολούθηση (συνεχής ή κάθε 15' σε περίπτωση μεγάλου κινδύνου). Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο, όχι μοναχικό, δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και συνοδεία σ' όλες τις μετακινήσεις του, αν ενδείκνυται. Έτσι μπορεί να προληφθεί ή διακοπεί η βλαπτική συμπεριφορά. Προσοχή να μη χρησιμοποιούνται επικίνδυνα είδη (μαντήλια λαιμού, ζώνες, ξυράφια, ψαλίδια). Στα πλαίσια ασφάλειας του περιβάλλοντος περιλαμβάνεται και η αφαίρεση αντικειμένων που μπορεί να παρακινήσουν σε σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας. Έλεγχος όλων των ατομικών ειδών

που έφερε ο άρρωστος στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειας να μη του φέρνει επικίνδυνα είδη. Βέβαια αυτό γίνεται με προηγούμενη πληροφόρηση του αρρώστου ότι είναι ρουτίνα του νοσοκομείου και με πολλή ευγένεια και σεβασμό. Ιδιαίτερη φροντίδα και προσωπική παρατήρηση κατά τη χορήγηση των φαρμάκων, ώστε να τα παίρνει ο άρρωστος και να μη τα κρύβει για απόπειρα αυτοκτονίας ή να τα πετάει στα άχρηστα. Παρακολούθηση του αρρώστου ακόμη και όταν χρησιμοποιεί τους βοηθητικούς χώρους με προηγούμενη ενημέρωση του. Έχουν συμβεί αυτοκτονίες και σ' αυτούς τους χώρους.

Νοσηλευτικοί γύροι στους θαλάμους σε συχνά αλλά όχι τακτά διαστήματα (ιδιαίτερα τη νύκτα, τα ξημερώματα, στις αλλαγές βάρδιας των νοσηλευτών και σε άλλες ώρες που προβλέπεται ότι το προσωπικό είναι πολύ απασχολημένο). Το σύστημα αυτό παρεμποδίζει την πρόβλεψη πότε θα περάσει ο νοσηλευτής από το δωμάτιο του αρρώστου. Βοηθάει τον νοσηλευτή να γνωρίζει σε κάθε στιγμή πού είναι ο άρρωστος. Ιδιαίτερα σε ώρες που είναι λιγότερο το προσωπικό.

Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία, π.χ. ανοικτές πόρτες και παράθυρα, ανοικτές προσβάσεις προς τη σκάλα ή την ταράτσα ή εκτεθειμένες φιάλες με απορρυπαντικά. Η ελαχιστοποίηση των ευκαιριών για αυτοκαταστροφή απαιτεί συνεχή προσοχή και πρόβλεψη ασυνήθιστων ενεργειών του αρρώστου.

Διατύπωση ενός συμφωνητικού πρωτοκόλλου με τον άρρωστο που να περιλαμβάνει τι θα κάνει ο άρρωστος και τί ο νοσηλευτής για την ασφάλεια του πρώτου. Ένα αντίγραφο υπογεγραμμένο από τον άρρωστο και τον υπεύθυνο νοσηλευτή επισυνάπτεται στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου και ένα άλλο αντίγραφο δίνεται στον άρρωστο να το κρατά. Αυτό τεκμηριώνει τα μέτρα που θα ληφθούν για την πρόληψη της αυτοκτονίας και την ανταπόκριση του αρρώστου. Ακόμη προωθεί την επικοινωνία και μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να αξιολογήσει τη νοσηλεία του.

3. Ενθάρρυνση του αρρώστου και της οικογένειας του να ρωτήσουν ό,τι θέλουν και να εκφράσουν τα συναισθήματα τους για τη φαρμακοθεραπεία, την τυχόν ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) αν προγραμματίστηκε και για άλλες θεραπείες.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να διορθώσουν τη διάθεση σε 3 ή περισσότερες εβδομάδες. Εν τω μεταξύ μπορεί να χρειασθούν άλλες μορφές θεραπείας για προστασία του αυτοκτονικού αρρώστου. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία γενικά είναι δεύτερη επιλογή θεραπείας, αν η κατάθλιψη δεν επηρεασθεί από τα φάρμακα και ο άρρωστος συνεχίζει να εκδηλώνει ιδέες αυτοκτονίας, να έχει αϋπνίες, να αρνείται να τρώει και να

πίνει υγρά. Ο άρρωστος μπορεί να φοβάται το ηλεκτροσόκ και ο νοσηλευτής χρειάζεται να κατανοήσει τους φόβους αυτούς, να υποστηρίξει όμως το ηλεκτροσόκ, ως θετική εναλλακτική θεραπεία, διότι αν ο νοσηλευτής έχει αρνητική στάση προς το ηλεκτροσόκ μπορεί να τη μεταδώσει στον άρρωστο και να του δημιουργήσει σύγχυση και άρνηση να τη δεχθεί.

Βοήθεια του αρρώστου να μετακινηθεί από αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό σε ρεαλιστικό θετικό σύστημα θεώρησης του εαυτού του, της ζωής του και του κόσμου. Έτσι θα μειωθούν τα αισθήματα αναξιοσύνης και αδυναμίας και θα αυξηθούν ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμησή του (γνωστική θεραπεία).

Ενίσχυση του αρρώστου στη διατύπωση κατορθωτών στόχων για τη ζωή του, διότι οι κατορθωτοί στόχοι είναι πιο πιθανό να εκπληρωθούν και να φέρουν ταχύτερες ικανοποιητικές αμοιβές.

Παρότρυνση του αρρώστου να φροντίζει την επαρκή διατροφή, την ατομική υγιεινή και την καλή του εμφάνιση. Με σκοπό τη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη νόσησης, την ανύψωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και αυτοεκτίμησης.

Βεβαίωση του αρρώστου ότι υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει από την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό και ότι οι νοσηλευτές θα τον συντροφεύσουν και θα τον βοηθήσουν στην πορεία αυτή.

Έπαινος του αρρώστου για προσπάθειες θετικής 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.

Χορήγηση των παραγγελθέντων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με συνέπεια και υπευθυνότητα, καθώς και με εξασφάλιση της θεληματικής συμμόρφωσης του αρρώστου.

Συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένεια του πριν από την έξοδο του από το νοσοκομείο, με σκοπό να κατανοήσουν τις διαπροσωπικές εντάσεις και πώς να τις αντιμετωπίζουν. Μια νοσηλευτική έρευνα, που μελέτησε την ενσωμάτωση της οικογένειας στον προγραμματισμό της μετανοσοκομειακής φροντίδας καταθλιπτικών αρρώστων, διαπίστωσε ότι είχε τα εξής αποτελέσματα: Αύξηση της ικανοποίησης της οικογένειας από τη συνεργασία του αρρώστου, αύξηση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας από τον άρρωστο όταν χρειαζόταν και μεγαλύτερο βαθμό προσαρμογής του αρρώστου στην καθημερινή ζωή.⁶⁷

8.1.1.2 Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας.

Ανεπαρκής ή υπερβολικά αναποτελεσματική ποιότητα κοινωνικής συναλλαγής.

8.1.1.2.1 Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες

- Διαταραχή της αυτο-ιδέας (χαμηλή αυτοεκτίμησή και εικόνα του εαυτού
- Έλλειψη δεξιοτήτων αντιμετώπισης δυσκολιών.
- Απελπισία, αδυναμία, αίσθημα αναξιοτήτας.
- Αρνητικοί γνωστικοί μηχανισμοί (δυσπιστία, αμφιγνομία, παραληρητικές ιδέες δίωξης).
- Ανεπαρκής γνώση κοινωνικών τρόπων.
- Ιστορικό ψυχοτραυματικών και μη ικανοποιητικών σχέσεων.
- Ανεπαρκής ενεργητικότητα για δημιουργία κοινωνικών σχέσεων.
- Πραγματικές ή νομιζόμενες απώλειες ή στρεσογόνες καταστάσεις (διακοπή μιας σημαντικής σχέσης, αλλαγή ή απώλεια εργασίας / κοινωνικής θέσης, θάνατος αγαπημένου προσώπου, αλλαγή εικόνας σώματος / σωματικής ακεραιότητας, απώλεια οικονομικών πόρων κ.ά.).
- Πρόσφατο ψυχοτραυματικό γεγονός (αρρώστια απειλητική της ζωής).
- Απουσία σημαντικών προσώπων ή συνομηλίκων.
- Δυσαρέσκεια ή αλλαγή στην εκπλήρωση ρόλου σε μια σχέση.
- Κοινωνική απομόνωση.

8.1.1.2.2 Αποδεικτικά - χαρακτηριστικά στοιχεία

- Ελαττωμένη ή καθόλου συμμετοχή σε δραστηριότητες.
- Αποτυχία συμμετοχής σε συζήτηση με άλλους αρρώστους ή με το προσωπικό.
- Μη ανταπόκριση στις προσπάθειες των άλλων να αρχίσουν συζήτηση ή να τον συμπεριλάβουν σε δραστηριότητες.
- Παραμονή στο δωμάτιο τις περισσότερες ώρες της ημέρας και το βράδυ.

- Έκφραση δυσφορίας στις κοινωνικές περιστάσεις. «Καλύτερα να παραμείνω στο δωμάτιο μου παρά να πάω στην ομαδική συνάντηση». «Μη με ενοχλείτε, θέλω να μείνω μόνος».
- Παρατηρούμενη δυσφορία σε κοινωνικές περιστάσεις (κυρτωμένη στάση, σκυμμένο κεφάλι, αποφυγή οπτικής επαφής, ανησυχία, νευρικότητα).
- Άρνηση / απώθηση επισκέψεων από σημαντικά πρόσωπα.
- Αποτυχία των άλλων αρρώστων όταν ζητούν τη συντροφιά του.
- Απόρριψη από τους άλλους αρρώστους!
- Λεκτική αναφορά ότι είναι ανάξιος για το χρόνο των άλλων και για συντροφιά.
- Ισχυρισμός ότι οι προσπάθειες του για κοινωνικές επαφές αποτυγχάνουν: «Δεν μ' ευχαρίστησαν καθόλου οι δραστηριότητες.... Η συνάντηση της κοινότητας στο τμήμα ήταν χαμένη ώρα.... Εγώ είμαι διαφορετικός».
- Έκφραση ανικανότητας να επιτύχει ένα αμοιβαίο αίσθημα αποδοχής, ενδιαφέροντος ή κατανόησης δια μέσου κοινωνικών επαφών. «Δεν τα πήγα καθόλου καλά... Ρεν υπήρχε κατανόηση μεταξύ μας ... Η συνομιλία μας ήταν χαμένος χρόνος».
- Άρνηση δημιουργίας μιας θεραπευτικής συμμαχίας με το προσωπικό.
- Εκδήλωση δυσφορίας και αντίστασης όταν επικοινωνεί με το προσωπικό.⁶⁸

8.1.1.2.3 Νοσηλευτικοί σκοποί / Κριτήρια αξιολόγησης νοσηλευτικών παρεμβάσεων

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 άλλους (επαφή με το βλέμμα, βελτιωμένο συναίσθημα, νηφάλιες απαντήσεις).
- Εκδηλώνει συνειδητοποίηση ατομικών προβλημάτων που δυσκόλευαν την επικοινωνία του με άλλους.

8.1.1.2.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Συχνές και σύντομες συναντήσεις (5'-10') με τον άρρωστο στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Οι συχνές και σύντομες επαφές ελαχιστοποιούν το άγχος και για τον άρρωστο και για τον νοσηλευτή.
2. Προειδοποίηση του αρρώστου πότε και για πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Οι συγκεκριμένες προσδοκίες ελαττώνουν το άγχος. Το πρόγραμμα παρέχει δομή και σκοπό στα κενά χρονικά διαστήματα.
3. Συνέπεια του νοσηλευτού στην ώρα της συνάντησης και παραμονή κοντά στον άρρωστο όλη την ώρα της υπόσχεσης και όταν ακόμη αυτός δεν μιλά και δεν ανταποκρίνεται στην παρουσία του νοσηλευτού. Η σταθερότητα και η αξιοπιστία θεμελιώνει την εμπιστοσύνη. Ο άρρωστος αισθάνεται τη νοσηλευτική προσοχή χωρίς να προσπαθεί για να την κερδίσει. Όταν ο νοσηλευτής δεν έρχεται στην ώρα του ή δεν παραμένει όση ώρα είχε υποσχεθεί, ο καταθλιπτικός μπορεί να πάρει το ζήτημα προσωπικά και να σκεφθεί ότι δεν είναι άξιος προσοχής.
4. Παραμονή δίπλα στον άρρωστο και όταν δεν μιλά, με σιωπή για μικρά διαστήματα. Η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτού τον βεβαιώνει ότι τον θεωρεί πρόσωπο με αξία.
5. Όταν ο άρρωστος παρουσιάζει αλαλία (σιωπηλότητα, βωβότητα), ο νοσηλευτής μπορεί να σχολιάσει κάτι που βλέπει, π.χ. τα πολλά καινούργια κάδρα στον τοίχο ή τα καινούργια παπούτσια του αρρώστου. Όταν ο άρρωστος δεν είναι ακόμη έτοιμος για να μιλήσει, οι απευθείας ερωτήσεις ενδέχεται να αυξήσουν το άγχος του ενώ σχόλια για αντικείμενα του περιβάλλοντος τον επαναφέρουν στην πραγματικότητα.
6. Χρήση συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση.
7. Διάθεση αρκετού χρόνου στον άρρωστο για να απαντήσει. Η βραδεία σκέψη χρειάζεται χρόνο να διατυπώσει κάποια απάντηση.
8. Προσεκτική ακρόαση υπονοούμενων μηνυμάτων και απευθείας ερώτηση για τυχόν σχέδιο αυτοκτονίας. Οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται ανακούφιση και ελάττωση των αισθημάτων μοναξιάς, όταν εξωτερικεύουν τις σκέψεις αυτοκτονίας.
9. Διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Τα συναισθήματα που συναντούν κατανόηση, μπορούν να βοηθήσουν στην ελάττωση της μοναξιάς και απομόνωσης και διευκολύνουν την παραπέρα

εξωτερίκευση πιο οδυνηρών συναισθημάτων, για να συντελεσθεί η θεραπεία.

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

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

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

13. Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύσει λεκτικά το θυμό του. Η λεκτική έκφραση δύσκολων συναισθημάτων ίσως να ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσης τους με ανεύθυνες πράξεις και ακατάλληλους τρόπους. Αν ο θυμός του αρρώστου είναι δικαιολογημένος, ο νοσηλευτής πρέπει να παραδεχθεί ότι έγινε λάθος. Η στάση αυτή ενθαρρύνει την κατάλληλη εξωτερίκευση του θυμού και αποθαρρύνει την εσωτερίκευση και τη στροφή του προς το ίδιο το εγώ.

14. Αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων αξιολογικής κριτικής. Π.χ. φαίνεσθε πιο καλός σήμερα ή μ' αρέσει το σημερινό σας χτένισμα.

Διότι το καταθλιπτικό άτομο βλέπει την αρνητική πλευρά κάθε πράγματος. Π.χ. Μπορεί να ερμηνεύσει τα σχόλια ως εξής: Ρεν ήμουν καλός χθες. Αν χτενισθώ αλλιώς μπορεί να μην αρέσει στον νοσηλευτή. Είναι καλύτερο να πει ο νοσηλευτής: φοράτε ένα καινούργιο πουκάμισο σήμερα ή αλλάξατε το χτένισμα σας. Τα ουδέτερα προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνείες.

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

τους άλλους, θα μάθει κοινωνικούς τρόπους και θα ανακαλύψει ότι τα προβλήματα και οι ανησυχίες του είναι παρόμοια με εκείνα των άλλων.

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

17. Διδασκαλία του αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητές του. Η πιο ρεαλιστική θεώρηση του εαυτού αυξάνει την εμπιστοσύνη και την κλίση του προς κοινωνικές επαφές.⁶⁹

8.1.2 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για να ανυψώσουν τη διάθεση και να ανακουφίσουν άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Ρρουν στον εγκέφαλο και προκαλούν αύξηση της συγκέντρωσης νορεπινεφρίνης και σερετονίνης στον οργανισμό. Δεν θεραπεύουν τα υποκείμενα αίτια της κατάθλιψης, αλλά καλύπτουν τα συμπτώματα και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής. Χορηγούνται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι καθώς δρουν τα φάρμακα αυτά και αρχίζει να ανυψώνεται βελτιώνεται η διάθεση, το άτομο έχει αυξημένη ενεργητικότητα. Τότε ακριβώς υπάρχει κίνδυνος να πραγματοποιήσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας. Η πιθανότητα αυτοκτονίας αυξάνει καθώς ελαττώνεται το επίπεδο της κατάθλιψης.⁷⁰

8.1.3 Παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλευτικές ευθύνες

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται πιο συχνά για την κατάθλιψη είναι:

- Τρικυκλικά - Amitriptyline (πχ. clavil), Imipramine (π.χ. tofranil).
- Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης - AMAO - Phenelzine (π.χ. nardil).
- Τετρακυκλικά - Maprotiline (π.χ. ludiomil).
- Άλλα - Tragodone (π.χ. desyrel).

Παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλευτικές ευθύνες

1. Ανηχολινεργικές αντιδράσεις.
2. Ξηροστομία. Αντιμετωπίζεται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια, μάσημα τσίχλας, συχνές μικρές λήψεις υγρών και αυστηρή υγιεινή στόματος.

3. Θαμπή όραση. Το άτομο καθησυχάζεται ότι η παρενέργεια αυτή θα υποχωρήσει σε λίγες εβδομάδες.

4. Δυσκοιλιότητα. Λήψη τροφών με άφθονες ίνες. Αύξηση της σωματικής άσκησης και λήψη πολλών υγρών.

5. Κατακράτηση ούρων. Παιδαγωγία του αρρώστου να μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του και να τα αναφέρει στον νοσηλευτή.

6. Καταστολή. Ρύθμιση της λήψης των φαρμάκων πριν από την κατάκλιση για ύπνο. Συνεργασία με τον γιατρό για ελάττωση της δοσολογίας ή την αντικατάσταση του φαρμάκου με άλλο ελαφρότερο.

Διδασκαλία του αρρώστου να μη οδηγεί αυτοκίνητο και να μη χειρίζεται επικίνδυνα μηχανήματα ή εργαλεία όταν έχει πάρει ηρεμιστικά φάρμακα.

7. Ορθοστατική υπόταση. Ενημέρωση του αρρώστου να σηκώνεται αργά από το κρεβάτι ή την πολυθρόνα. Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε ξαπλωμένη και όρθια στάση για έγκαιρη επισήμανση μεγάλων διαφορών στις τιμές.

8. Αύξηση ευαισθησίας για εμφάνιση επιληπτικών σπασμών. Ιδιαίτερη παρακολούθηση του αρρώστου με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου. Ετοιμότητα για νοσηλευτική παρέμβαση σε περίπτωση σπασμών.

9. Ταχυκαρδία, αρρυθμίες. Συστηματική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και των σφύξεων. Συζήτηση τυχόν σημαντικών αλλαγών με τον γιατρό.

10. Υπερτασική κρίση (παρενέργεια των αναστολέων της ΜΑΟ). Συμβαίνει αν το άτομο που κάνει θεραπεία με ΑΜΑΟ (πχ. marplan, nardil, parnate) χρησιμοποιεί τροφές που περιέχουν τυραμίνη. Τέτοιες τροφές είναι τα οينوπνευματώδη ποτά, τυρί, γιαούρτι, μπανάνες, σοκολάτες, αβοκάντο, λικορίς, σταφίδες, παστή ρέγγα κ.ά. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν έντονη κεφαλαλγία, ταχυπαλμία, ναυτία / εμετούς, αυχενική δυσκαμψία, σημαντική αύξηση της Α.Π., στήθαγχικό πόνο, εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο ή και κώμα. Η θεραπεία της υπερτασικής κρίσης συνίσταται στη διακοπή του φαρμάκου και χορήγηση αντιυπερτασικού φαρμάκου που δρα άμεσα, κατά την ιατρική οδηγία. Διδασκαλία του αρρώστου ποιες τροφές να αποφεύγει κατά το διάστημα θεραπείας με αναστολείς της ΜΑΟ.^{70,71}

8.1.4 Αντενδείξεις χορήγησης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Υπερευαισθησία, καρδιαγγειακό νόσημα, διαταραχή νεφρικής ή ηπατικής λειτουργίας, ταυτόχρονη λήψη περισσότερων από ένα αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Τονίζεται ότι οι γενικές νοσηλευτικές αρχές και ευθύνες κατά τη χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων, ισχύουν και στην περίπτωση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

8.2 Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με μανία

Νοσηλευτικές προτεραιότητες

- Προστασία της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του αρρώστου και των άλλων από τις συνέπειες της υπερκινητικής συμπεριφοράς.
- Εκπλήρωση των βασικών αναγκών του (διατροφή, ανάπαυση, υγιεινή).
- Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα και σε ρεαλιστική πρόληψη ή λύση των προβλημάτων του καθώς και ενίσχυση της αυτονομίας και υπευθυνότητας.
- Υποστήριξη της συμμετοχής του αρρώστου και της οικογενείας του στη μετανοδοκειακή παρακολούθηση και φροντίδα στην κοινότητα.⁶⁴

8.2.1 Αρχές επικοινωνίας με τον μανιακό άρρωστο

- Χρησιμοποίηση σταθερής και ήρεμης προσέγγισης. Π.χ. κύριε Χ. ελάτε μαζί μου, φάτε αυτό το σάντουιτς. Η προσέγγιση αυτή παρέχει οργάνωση και έλεγχο για τον άρρωστο που είναι εκτός ελέγχου. Μπορεί να εμπνεύσει αίσθημα σιγουριάς, ότι «κάποιος ελέγχει την κατάσταση».
- Χρήση σύντομων και συγκεκριμένων εξηγήσεων ή φράσεων. Η ικανότητα σύντομης μόνο προσοχής περιορίζει την κατανόηση σε σύντομες πληροφορίες.
- Διατήρηση ουδετερότητας - αποφυγή αντιπαράθεσης με επίδειξη δύναμης και κριτικής. Ο άρρωστος μπορεί να χρησιμοποιεί τις ασυνέπειες και τα κριτικά σχόλια ως δικαιολογία για λογομαχίες και κλιμάκωση της μανίας.
- Σταθερότητα στην προσέγγιση και τις προσδοκίες. Τα σταθερά όρια και οι προσδοκίες ελαχιστοποιούν τη δυνατότητα χειρισμού / εκμετάλλευσης του προσωπικού από τον άρρωστο.
- Αποφυγή εμπλοκής σε αστεϊσμούς και ετοιμολογίες. Διατήρηση ηρεμίας και ουδετερότητας. Έτσι ελαχιστοποιείται η μανιακή ένταση. Οι αστεϊσμοί

και τα γέλια με τον μανιακό άρρωστο δείχνουν έλλειψη σεβασμού των αναγκών του.

- Συχνές συναντήσεις του προσωπικού για προγραμματισμό κοινής σταθερής γραμμής και συμφωνία στην τοποθέτηση ορίων. Χρειάζεται συνέπεια όλων των μελών του προσωπικού στην τήρηση ορίων για να ελαχιστοποιείται ο χειρισμός τους από τον άρρωστο.
- Όταν αποφασισθούν ορισμένα όρια από το προσωπικό, πρέπει να λεχθούν στον άρρωστο με απλές συγκεκριμένες εκφράσεις, μαζί με τις συνέπειες αν δεν τηρηθούν. Π.χ. «κύριε X. μη ξεφωνίζετε και μη κτυπάτε τον κ. Ψ. Αν δεν μπορείτε να περιορίσετε τον εαυτό σας, θα το κάνουμε εμείς» ή «το ήσυχο δωμάτιο θα σας βοηθήσει να αισθανθείτε μεγαλύτερο αυτοέλεγχο και θα σας προστατεύσει από πρόκληση βλάβης στον εαυτό σας και στους άλλους». Οι σαφείς προσδοκίες βοηθούν τον άρρωστο να αισθανθεί τον εξωτερικό έλεγχο και να κατανοήσει τους λόγους για τη λήψη φαρμάκων, τον αποκλεισμό σε ήσυχο μοναχικό δωμάτιο και τα άλλα περιοριστικά μέτρα, αν δεν είναι ικανός να ελέγξει τη συμπεριφορά του.
- Νόμιμα παράπονα πρέπει να εισακούονται και να γίνονται οι κα- τάλληλες διορθωτικές ενέργειες. Αυτό ελαττώνει τα αισθήματα της αδυναμίας και μπορεί να αυξήσει την αυτοεκτίμηση.
- Αποδοχή με ηρεμία της ανεύθυνης συμπεριφοράς (π.χ. άσεμνα και άπρεπα λόγια, ωμά αστεία και χειρονομίες). Η αποδοχή αντικρούει την ασυνείδητη προσπάθεια του αρρώστου να προκαλέσει τον νοσηλευτή να θυμώσει και να ενεργήσει παράλογα (εκτός ελέγχου), με συνέπεια τη διατήρηση της μανιακής αμυντικής συμπεριφοράς.
- Σταθερή ανακατεύθυνση της ενεργητικότητας του αρρώστου σε πιο κατάλληλα και οικοδομητικά κανάλια. Η εύκολη διάσπαση της προσοχής του μανιακού αρρώστου αποτελεί το πιο αποτελεσματικό εργαλείο στη διάθεση του νοσηλευτού για θεραπευτική παρέμβαση.⁷²

8.2.2 Νοσηλευτικές διαγνώσεις για τη μανία όλων των τύπων

- Μεγάλος κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον εαυτού ή των άλλων.
- Μεγάλος κίνδυνος τραυματισμού ή άλλης βλάβης.
- Διαταραχή διεργασιών της σκέψης.
- Αμυντική αντιμετώπιση δυσκολιών.

- Διαταραχή διατροφής: υποσιτισμός.
- Ελλειμματική αυτοφροντίδα.

8.2.2.1 Νοσηλευτική διάγνωση: Μεγάλος κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον εαυτού ή άλλων

Κατάσταση κατά την οποία ο άρρωστος εκδηλώνει ανεύθυνη και ανεξέλεγκτη συμπεριφορά, που μπορεί να προκαλέσει σωματική βλάβη στον ίδιο ή σε άλλους.

8.2.2.1.1 Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες

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

8.2.2.1.2 Χαρακτηριστικά - αποδεικτικά στοιχεία

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

8.2.2.1.3 Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων.

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο ώστε να:

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

8.2.2.1.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

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

αίσθημα της επιτυχίας και την πιθανότητα επανάληψης της σχετικής συμπεριφοράς.

- Ομαδική συζήτηση με το προσωπικό του τμήματος πάνω στα περιστατικά επιθετικής συμπεριφοράς του αρρώστου για τη διαπίστωση των ερεθισμάτων που προηγήθηκαν, των παραγόντων που την προκάλεσαν και των πρώιμων ενδεικτικών σημείων της αρχόμενης διέγερσης. Η κλινική αυτή ενημέρωση βοηθεί κάθε μέλος του προσωπικού να παρεμβαίνει εξατομικευμένα και έγκαιρα ώστε να προλαμβάνεται η έκρηξη της επιθετικότητας.
- Συστηματική χορήγηση και υπεύθυνη παρακολούθηση των επιθυμητών ενεργειών και των παρενεργειών των παραγγελθέντων φαρμάκων και συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα για τη ρύθμιση τους.
- Προσοχή ώστε κατά την αντιμετώπιση προβληματικών εκδηλώσεων του μανιακού αρρώστου με οποιεσδήποτε νοσηλευτικές παρεμβάσεις να μη διαφεύγει από το νου ο πάσχων ψυχικά άνθρωπος στην ιδιαίτερη του μοναδικότητα και ολότητα.^{68,69}

Κεφάλαιο - 9 Αποκατάσταση – Ο ρόλος του νοσηλευτή

Η δικαίωση της ύπαρξης μας, σαν Νοσηλευτικό επάγγελμα, είναι να είμαστε στο προσκέφαλο του Νοσηλευόμενου για να τον βοηθήσουμε να προσαρμοσθεί ευεργετικά στο μεταβατικό ρόλο του αρρώστου, ν' αντιμετωπίσει τα προβλήματα που προέκυψαν, να ξαναβρεί τη μέγιστη δυνατή ανεξαρτησία του, να πεθάνει μ' αξιοπρέπεια. Η σύγχρονη Νοσηλευτική προσέγγιση κάθε αρρώστου, που εκφράζεται και πραγματοποιείται με την εφαρμογή της Νοσηλευτικής διεργασίας, στοχεύει στην άριστη, ολιστική και ανθρώπινη φροντίδα του. Σε κάθε νοσηλευτική περίπτωση, η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται στον άρρωστο σαν πρόσωπο, σαν ενιαίο και αδιαίρετο βιοψυχοκοινωνικό οργανισμό, στον οποίο όλες οι οργανικές λειτουργίες επηρεάζονται από την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου και την επηρεάζουν.

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

Στόχος της Νοσηλευτικής φροντίδας για τον άρρωστο με διπολικές διαταραχές είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητας του, ώστε να αντέχει τη θεραπεία και ν' αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια. Ενώ ο σκοπός της αποκατάστασης του είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής του, με τη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και την ελαχιστοποίηση της εξάρτησης του, ανεξάρτητα από το προσδόκιμο επιβίωσης.⁷³

Η δυνατότητα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του προϋποθέτει την ενεργητική συμμετοχή του ιδίου του αρρώστου, της οικογένειας του και εκπροσώπων διαφόρων ειδικοτήτων (γιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, εργασιοθεραπευτών, λογοθεραπευτών, φυσιοθεραπευτών, εθελοντών, πνευματικών) που συνεργάζονται στο πρόγραμμα αποκατάστασης του.

Η 24ωρη θέση της νοσηλεύτριας δίπλα στον άρρωστο και το αυτόνομο γνωστικό επιστημονικό πεδίο της κάνει τη θέση της κεντρική, την ευθύνη της σημαντική και τη συμβολή της στο πρόγραμμα αποκατάστασης αξιόλογη. Το οδοιπορικό της, ένας μακρύς δρόμος που αρχίζει από την πρώτη μέρα των διαγνωστικών εξετάσεων και τελειώνει με το θάνατο. Μια ανηφόρα που εκείνη θα δώσει, αλλά και θα πάρει πολλά.⁷⁴

Η δυνατότητα επιτυχημένης Νοσηλευτικής παρέμβασης σ' αυτόν τον τομέα φροντίδας, εξαρτάται όχι τόσο από τις γνώσεις της φυσιοπαθολογικής διεργασίας της αρρώστιας και των δυσμενών της επιπτώσεων, αλλά της

ικανότητας της/του νοσηλεύτριας/τη να κατανοεί το νόημα που έχει η ασθένεια για τον συγκεκριμένο άρρωστο, ποιες ψυχοκοινωνικές ανάγκες του δημιουργήσε και ποια βοήθεια χρειάζεται για να εναρμονίσει τις απαιτήσεις των αναγκών αυτών, με την πραγματικότητα της ασθένειας. Η θετική νοσηλευτική της ανταπόκριση, αρχίζει με την Νοσηλευτική Αξιολόγηση που αναζητά απάντηση σε ορισμένα ερωτήματα:

- Ποιος ο συγκεκριμένος άρρωστος και ποιες οι βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες του;
- Πώς αντιδρά ο συγκεκριμένος άρρωστος, στα ψυχοκοινωνικά αυτά επώδυνα ερεθίσματα;
- Ποιες οι προσωπικές του δυνάμεις και ικανότητες και πώς τις έχει χρησιμοποιήσει σε επώδυνα ερεθίσματα στο παρελθόν, και
- Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την ικανότητα του στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων αυτών καταστάσεων;

Μετά τη συλλογή και εκτίμηση των στοιχείων που διερευνήθηκαν καταστρώνεται Εξατομικευμένο Πρόγραμμα Αποκατάστασης που περιλαμβάνει καθορισμό προτεραιοτήτων, διατύπωση αντικειμενικών σκοπών και σχεδιασμό Νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών αναγκών που διαπιστώθηκαν. Αναφέρονται στη συνέχεια οι σημαντικότεροι νοσηλευτικοί στόχοι του προγράμματος και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αντίστοιχα, που απαιτούνται για να εκπληρωθούν. Ένα ουσιαστικό μέσο για την προοδευτική ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου είναι η ενθάρρυνση και καλλιέργεια ειλικρινούς και ανοικτής επικοινωνίας με τον άρρωστο και το περιβάλλον του. Με την υιοθέτηση πλήρους επικοινωνίας, ενημερώνεται και πληροφορείται ο άρρωστος στο μέγεθος που ο ίδιος επιθυμεί και μπορεί, επιτρέπεται σ' όλα τα μέλη της οικογένειας να συμμετέχουν στην οικογενειακή κρίση σ' ένα επίπεδο ανάλογο με τις δυνατότητές τους, εμπνέεται και κερδίζεται η ενεργός συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, διαψεύδονται αδικαιολόγητοι φόβοι, καλλιεργείται αίσθημα προσωπικής ασφάλειας και εμπιστοσύνης και καλύπτεται η ανάγκη του αρρώστου να θρηνησει εκείνο που έχασε, να εκδηλώνει τη λύπη του και το θυμό του, για να μην απομονωθεί συναισθηματικά. Καθημερινά πρωταρχικός νοσηλευτικός στόχος είναι η δημιουργία - ενίσχυση και διαφύλαξη διαπροσωπικού κλίματος. Ολόκληρη η Νοσηλευτική είναι διαπροσωπικό έργο. Επιστήμη και Τέχνη του διαλόγου. Όχι μόνο η ακρόαση και η ομιλία, αλλά και η σιωπή, η συμπεριφορά, οι μορφασμοί, η βλεμματική επαφή, η απάντηση στην κλήση του αρρώστου, η τήρηση αποφάσεων και η σωματική φροντίδα, αποτελούν μορφές επικοινωνίας, που αν αξιοποιηθούν, επιτυγχάνεται η δημιουργία άνετου

διαπροσωπικού κλίματος, όπου ο Νοσηλευτής είναι ικανός να γεφυρώνει αποστάσεις επικοινωνίας, να επιλέγει τον καταλληλότερο χρόνο και τρόπο για διδασκαλία, να φέρνει τον άρρωστο σε επαφή με αναγνωρισμένα σωματεία ομοιοπαθών. Σ' αυτά τα σωματεία τα μέλη μπορούν να του μεταβιβάσουν «καταλαβαίνω πώς αισθάνεσαι, βρέθηκα κι εγώ στη θέση σου και το ξεπέρασα». Ο ασθενής έτσι προάγει την ανεξαρτησία του, ενισχύει τη θέληση και την ελπίδα του για ζωή. Οι Νοσηλευτές ενισχύουν την αυτοεκτίμηση του αρρώστου, όταν επαινούν την αυτοφροντίδα, όταν αντανακλούν θετικές εκτιμήσεις με λόγια ή χωρίς λόγια, με πράξεις ή συμπεριφορά, όταν ακούνε τον άρρωστο, όταν αποδέχονται τις αντιδράσεις του, όταν αναγνωρίζουν και σέβονται τα συναισθήματα του, όταν δημιουργούν ευκαιρίες για να ρωτά και να λύνει τις απορίες του, όταν τον φροντίζει με προσωπικό ενδιαφέρον και ευγένεια. Το σπουδαιότερο είναι η ύπαρξη συναισθηματικού τόνου σε κάθε παρεχόμενη Νοσηλεία γιατί μεταβιβάζει προστασία, θαλπωρή, στοργή, γαλήνη, φροντίδα, συμμετοχή. Άλλος Νοσηλευτικός σκοπός είναι η προαγωγή της αποτελεσματικότητας των ικανοτήτων και δυνατοτήτων του αρρώστου που επιτυγχάνεται όταν βοηθούμε τον άρρωστο να γίνει ικανός για ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασης του, να συγκεκριμενοποιεί τα προβλήματα του, να θεωρεί τον εαυτό του ικανό να τα αντιμετωπίσει και να αναγνωρίζει την πρόοδο, να μπορεί να μοιράζεται τα συναισθήματα του και να ζητά βοήθεια, ν' αναγνωρίζει και ν' απολαμβάνει τις μικροχαρές της ζωής, να διακρίνει την ρεαλιστική απ' την ψεύτικη ελπίδα και να μπορεί να υλοποιήσει το μήνυμα «Κάνε το σήμερα ν' αξίζει».^{75,76,77}

Κεφάλαιο - 10 Το στίγμα στην Ψυχική Ασθένεια

Το στίγμα αποτελεί το σοβαρότερο εμπόδιο στη σχέση της κοινωνίας με τη σημασία της ψυχικής υγείας, είναι το κυρίαρχο νόημα που χαρακτηρίζει τον άνθρωπο που πάσχει από μια ψυχική ασθένεια, είναι ο φόβος και η άρνηση που νοιώθουν και προβάλλουν οι ψυχιατρικοί ασθενείς και το περιβάλλον τους, για την ύπαρξη της ψυχικής ασθένειας. Η ψυχολογική συμπτωματολογία, παρόλο που συνεπάγεται δυσφορία, επώδυνα συναισθήματα και προκαλεί προφανείς δυσμενείς συνέπειες στη λειτουργικότητα του ατόμου, αποτελεί επίκριση και αρνητικό χαρακτηρισμό. Έτσι, η άρνηση της ψυχολογικής συμπτωματολογίας επέρχεται σαν αντίδραση. Τα ψυχικά παθολογικά συμπτώματα χρησιμοποιούνται και ερμηνεύονται ως αδυναμία, αποτυχία, δειλία, ενοχή, ανικανότητα, γενικότερα το ποιόν ενός κατώτερου ατόμου, ενός ανθρώπου περιθωριοποιημένου. Για να ενισχυθεί η άρνηση, οι ψυχιατρικές παθολογικές εκδηλώσεις πολύ συχνά μετατρέπονται και ορίζονται ως θετικά συνήθως χαρακτηριστικά. Αυτό μπορεί να πιστεύουν τα άτομα τα οποία έχουν κοντά τους έναν ψυχικά άρρωστο, κάτι τέτοιο όμως δεν ισχύει όταν πρόκειται για οποιοδήποτε άλλο άτομο. Ο ασθενής που πάσχει από αγχώδεις εκδηλώσεις αυτοχαρακτηρίζεται ως πολύ διεκδικητικός και ικανός. Ανάλογα, το άτομο που παρουσιάζει μια καταθλιπτική διαταραχή, μπορεί να αυτό χαρακτηρίζεται ως σοβαρό, αυστηρό και πάντα σωστό. Ο Άλφρεντ Άντλερ περιέγραψε το σύμπλεγμα ανωτερότητας (superiority complex) ως έναν μη συνειδητό αμυντικό μηχανισμό αντιρρόπησης των αισθημάτων κατωτερότητας.⁷⁸

Το στίγμα για την ψυχική ασθένεια είναι καθολικό και κανείς δε μπορεί να υποστηρίξει ότι είναι απολύτως ελεύθερος από μια τέτοια στάση προκατάληψης προς την ψυχική ασθένεια. Στη χώρα μας το στίγμα για την ψυχική ασθένεια είναι εντονότερο σε σχέση με τις δυτικές προηγμένες κοινωνίες. Στην ιστορική αυτή φάση, η ελληνική κοινωνία δίνει πολύ μεγάλη προτεραιότητα στην εξωτερική εντύπωση και λιγότερο στο ουσιαστικό περιεχόμενο. Συχνά, ακόμη και στις μέρες μας, η ψυχολογική εκτροπή συνδέεται με τη βίαιη συμπεριφορά, την αμαρτία ή ακόμη και τον δαίμονα.

Στην ψυχιατρική επιστήμη έγιναν σημαντικές αναθεωρήσεις των όρων που χρησιμοποιούνται για τις ψυχικές νόσους με σκοπό την άμβλυνση του στίγματος.

Καταρχήν, ο όρος «ψυχική αρρώστια» ή «ψυχική ασθένεια», έχει αντικατασταθεί από τον όρο «ψυχική διαταραχή». ,εν χρησιμοποιούνται πια ψυχιατρικοί όροι όπως «υστερία» ή «μανιοκατάθλιψη», ενώ υπάρχουν προτάσεις για την αντικατάσταση του όρου «σχίζοφρένεια».⁷⁹

Οι μετρήσεις και τα επιστημονικά δεδομένα δείχνουν με ικανοποιητική βεβαιότητα ότι οι ψυχικές διαταραχές στις μέρες μας είναι πάρα πολύ συχνές. Ο μισός περίπου πληθυσμός της γής θα παρουσιάσει σε κάποιο χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια της ζωής του τουλάχιστον μια ψυχική διαταραχή. Στο ποσοστό αυτό περιλαμβάνονται και τα άτομα με καταχρήσεις ουσιών ή αλκοόλης. Εξαιτίας του στίγματος ένας πολύ μεγάλος αριθμός των ατόμων αυτών, κυρίως οι άνδρες, δεν θα απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, ώστε να ζητήσει βοήθεια για θεραπεία. Κάποιοι θα επισκεφθούν παθολόγο ή κάποιον γιατρό άλλης ειδικότητας θεωρώντας ότι παρουσιάζουν ένα ιατρικό σωματικό πρόβλημα, όμως πολύ σπάνια ο γιατρός της άλλης ειδικότητας θα διαγνώσει και σπανιότερα θα θεραπεύσει την ψυχική διαταραχή. Έτσι η πλειονότητα των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζουν μόνοι τα προβλήματά τους,⁸⁰

επιβαρύνοντας μόνο τον εαυτό τους, αλλά συχνά και το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον. Οι συνέπειες είναι εξαιρετικά άσχημες για τα παιδιά των ατόμων αυτών που επιβαρύνονται ψυχικά, με άμεσο κίνδυνο να διαιωισθεί το πρόβλημα. Εξάλλου οι ψυχικές διαταραχές δεν κληρονομούνται μόνο μέσω των γονιδίων, αλλά και μέσα από τις στάσεις, τις απόψεις και τις συμπεριφορές που ακολουθούν οι γονείς. Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται υπεύθυνος για την πρόκληση της ψυχικής του νόσου, αφού τα άτομα από το κοντινό του περιβάλλον καθώς και ο γιατρός ο οποίος τον εξέτασε και δεν είναι ειδικός ψυχικής υγείας μπορεί να του είπαν συμπερασματικά πως είναι υγιής και πως όλα είναι στο μυαλό του και ενώ πράγματι μπορεί να μην συμβαίνει τίποτε με την σωματική του υγεία, συμβαίνει όμως κάτι σημαντικό στην ψυχική του υγεία, για το οποίο χρειάζεται βοήθεια. Όταν το περιβάλλον του αρρώστου του δημιουργεί την άποψη ότι όλα όσα του συμβαίνουν δεν είναι παρά η ιδέα του, συχνά συμπεραίνει ότι δεν είναι πραγματικά ασθενής, ότι υποκρίνεται και ότι αυτός προκαλεί με την σκέψη του την αρρώστια του και θα έπρεπε μάλιστα να μπορεί να την περιορίσει και να αλλάξει αυτόν τον τρόπο σκέψης. Αυτή η ενοχική στάση μπορεί να καταλήξει σε μια συμπεριφορά επιθετική ή αυταρχική προς το οικείο περιβάλλον, στην προσπάθεια του να προστατεύσει τον εαυτό του από το να τολμήσουν οι άλλοι να του χρεώσουν δυσκολίες και ανεπάρκειες εξαιτίας της ψυχικής του νόσου.

Ένας αποτελεσματικός τρόπος περιορισμού του στίγματος για την ψυχική υγεία, αποτελεί η προσωπική αποκάλυψη ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων από τους ίδιους τους ειδικούς της ψυχικής υγείας. Αυτό μπορεί να αποτελέσει ένα μοντέλο στάσης και συμπεριφοράς που να εξοικειώσει τον μέσο άνθρωπο με την ψυχοπαθολογία του. Μερικοί από τους διασημότερους ζωγράφους, συνθέτες, πολιτικούς, ποιητές και συγγραφείς παγκοσμίως, εντοπίστηκε ότι εμφανίζουν πολλά από τα σημεία της διπολικής διαταραχής.

Η μανία συνδέεται στενά με δημιουργικές και καλλιτεχνικές ικανότητες και πολλοί διάσημοι δημιουργικοί άνθρωποι έχουν παραδεχθεί δημόσια ότι πάσχουν από διπολική διαταραχή. Περαιτέρω συσχετισμός μεταξύ δημιουργικότητας και μανίας προέρχεται από ελεγχόμενες μελέτες που συγκρίνουν ποσοστά διπολικής διαταραχής σε δημιουργικά και μη δημιουργικά άτομα. Αυτός ο συσχετισμός της διπολικής διαταραχής με την δημιουργικότητα και με διάσημα άτομα, ενίσχυσε την πεποίθηση ότι πρόκειται για μια ευχάριστη νόσο. -στόσο η διπολική διαταραχή είναι πολύ πιο καταστροφική απ' ό τι πιστεύεται συνήθως.⁸¹

Κεφάλαιο - 11 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το συμπέρασμα που απορρέουν από τα παραπάνω, αλλά και από το σύνολο αυτής της εργασίας, είναι πως πρέπει στο μέλλον να γίνουν σημαντικές τομές στο χώρο της ψυχικής υγείας, αφού η εξέλιξη και η προαγωγή της αφορά το μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα οι μελλοντικές κατευθύνσεις όσων αφορά την διπολική διαταραχή μπορούν να εστιάσουν σε τρία σημεία : στην έρευνα, στην δημιουργία φαρμάκων με νέους μηχανισμούς δράσης και στην εκπαίδευση. Οι έρευνες για την κατανόηση των νευρωνικών κυκλωμάτων και γενικότερα των εγκεφαλικών λειτουργιών σε διπολικούς ασθενείς σε σύγκριση με μη πάσχοντες, οι οποίες βασίζονται στην λειτουργική απεικόνιση του εγκεφάλου αλλά και στην μοριακή βιολογία, μπορούν να προσφέρουν περαιτέρω αποσαφήνιση της παθογένεσης και της κληρονομικότητας της νόσου. Το γεγονός ότι διαθέσιμες θεραπείες δεν καλύπτουν τις ανάγκες όλου του φάσματος των ασθενών αλλά και ότι σε αρκετά φάρμακα καταγράφονται υψηλά ποσοστά ανεπιθύμητων ενεργειών υποδηλώνει την ανάγκη για παραγωγή νέου τύπου φαρμάκων. Η διάγνωση πρέπει να είναι ποιο ακριβής και να στηρίζεται σε ποιο ειδικούς δείκτες. Σήμερα, τα ήπια συμπτώματα αναμιγνύονται με αποδεκτές κοινωνικές συμπεριφορές, κάνοντας την πρόιμη ανίχνευση της διπολικής νόσου δύσκολη, αν όχι αδύνατη. Έτσι, στους περισσότερους ασθενείς, η διάγνωση της νόσου δεν γίνεται παρά όταν τα συμπτώματα οδηγήσουν σε ένα πλήρες και σοβαρό επεισόδιο.²¹

Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές φορές η ρίζα των προβλημάτων προέρχεται μέσα από την ίδια την οικογένεια οπότε εκεί μπορούν να βρεθούν και οι λύσεις τους. Θα πρέπει να σημειωθούν σημαντικές ενέργειες για την απομάκρυνση του στίγματος. Προς αυτή την κατεύθυνση βαδίζει η ενημέρωση και η εκπαίδευση ενός ευρύτερου κοινού η οποία υπολείπεται των προσπαθειών που γίνονται για άλλα σωματικά νοσήματα. Η σωστή επένδυση δημοσίου χρήματος για την δημιουργία προγραμμάτων ενημέρωσης και εκπαίδευσης για την διπολική διαταραχή, μπορεί να μειώσει τις προκαταλήψεις που υπάρχουν κατά των ασθενών αυτών , μπορεί ακόμα και να ελαχιστοποιήσει το γενικότερο χρηματικό κόστος της διπολικής διαταραχής που προέρχεται από τις εισαγωγές των ασθενών αλλά και από την αλόγιστη χρήση φαρμάκων, και είναι προς το παρόν αρκετά υψηλό. Τέλος, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προτείνει λύσεις με αφορμή τον

έλεγχο και την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας όπως επίσης εκτίμηση και καταγραφή της ψυχικής υγείας στην κοινότητα.^{77,81}

Βιβλιογραφία

1. Eric Hollander MD, Cheryl M. Wong "Οι συχνότερες ψυχικές διαταραχές. Σύγχρονες τάσεις στη διάγνωση και αντιμετώπιση" Σελ 13-43.
2. Εγκυκλοπαίδεια Υγεία, "Νευρικό σύστημα. Ψυχιατρική-Ψυχανάλυση", 4ος τόμος, Σελ 714-722.
3. Melissa Srearing "bipolar disorder" January 2007. Διαθέσιμο στο <http://www.nimh.nih.gov>
4. Δρ. Γεώργιος Παπαζήσης, Ειδ/νος Ψυχίατρος, "Ψυχιατρική", Θεσ/νικη 2005 Σελ 24-31, 32-35.
5. Disorders, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association 1980.
6. Rogers CA. Reconciling models of depression. IN : Rogers CA. Ulsafer – Van Lanen J. eds. Nursing interventions in depression. London : Grune and Stratton 1985 : 1 – 12
7. Thase ME, Sachs GS: Bipolar depression. Biol psychiatry 2000.
8. Guy Goodwin and Gary Sachs, "Bipolar Disorder" Health press Διαθέσιμο στο www.Fastfacts.com
9. Taylor and Francis Group "Ατλας διπολικών διαταραχών" Ιατρικές εκδόσεις Βαγιονάκης Σελ 11-15, 17-18, 31-37, 62-64, 73-84, 111-112.
10. Angst J., Gamma A, Benazzi F., Ajdacic V, Eich D., Rossler W. Toward aredefination of subthreshold bipolarity: epidimiology and proposed criteria for bipolar II, minor bipolar disorders and hypomania. J Afect Dis 2003.
11. American Psychiatric Association. Diagnostics and Statistical Manual of Mental
12. Grant B, Stinson F, et al. Prevalence correlates and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: Results from the Natinal

- Epidemiology Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry 2005.
- 13.Kallner G, et al: Mortality in 487 patients with affective disorders. Pharmacopsychiatry, 2000.
 - 14.Kaufmann CA, Gillin JC, Hill B, et al: Muscarinic binding in suicides, Psychiatry Res 1984.
 - 15.Shneidman ES. Some controversies in suicidology: Toward a mentalistic discipline. Suicide and Life - Threatening Behavior, 1993, 23 (4): 292 - 298.
 - 16.Brown S-L, Steinberg RL, van Praag HM. The pathogenesis of depression: reconsideration of neurotransmitter data, in Handbook of depression and anxiety. Edited by den Boer JA, Sitsen JMA. New York, Marcel Dekker, 1994.
 - 17.Duane P. Schultz, Ellen Scultz "theories of personality" Σελ 453-460.
 - 18.John P.J. Pinel "Biopsychology" 5th edition Σελ 162-200.
 - 19.Kendler KK, Kessler CC, Neale MC, et al: The prediction of major depression in women toward an integrated etiologic model. Am J psychiatry 1993.
 - 20.Jamison KR. Manic-depressive illness, genes and creativity, in Genetics and Mental illness. Evolving issues for Research and Society. Edited by Hall LL. New York, Plenum, 1996.
 - 21.Meltzer, H.Y. ,Genetics and etiology of schizophrenia and bipolar disorder - Genes and environment Biological Psychiatry, 47 (3), p.171-173, Feb 2000
 - 22.Barnett, J.H. / Smoller, J.W. The genetics of bipolar disorder, Neuroscience, 164 (1), p.331-343, Nov 2009
 - 23.Gershon ES: Genetics, in Manic-Depressive illness. Edited by Goodwin FK, Jamison KR. New York, Oxford University Press, 1990.
 - 24.Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής University Studio Press Θεσσαλονίκη 1997.

25. Roy-Byrne P, Post RM, et al: The longitudinal course of recurrent affective illness. *Acta Psychiatrica Scand*: 1985
26. Bloch S, Singh B.S *Understanding Troubled minds* Melbourne, University Press 1998.
27. Βασική Παιδοψυχιατρική, Β' τόμος, σελ. 406-428, Washington D.C.
28. Αφροδίτη Χρ. Ραγιά, "Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Ψυχιατρική νοσηλευτική", Αθήνα 2005, Σελ 282-296, 299-306, 306-317.
30. Mc Elroy SL, Keck PE, et al: clinical and research implication of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. *Am J Psychiatry*, 1992.
31. Bruchmuller, K. / Meyer, T.D. Diagnostically irrelevant information can affect the likelihood of a diagnosis of bipolar disorder, *Journal of Affective Disorders*, 116 (1), p.148-151, Jul 2009
32. Phelps, J.R. / Ghaemi, S.N. Improving the diagnosis of bipolar disorder: Predictive value of screening tests, *Journal of Affective Disorders*, 92 (2), p.141-148, Jun 2006
33. Benazzi, F. / Rihmer, Z. Sensitivity and specificity of DSM-IV atypical features for bipolar II disorder diagnosis, *Psychiatry Research*, 93 (3), p.257-262, Apr 2000
34. Gorman JM, Coplan JD: Comorbidity of depression and panic disorder. *J Clin Psychiatry* 57 (suppl) 1996.
35. Kraepelin E: *Manic Depressive Insanity and Paranoia*. Translated by Barclay RM. Edinbourg, Livingstone, 1921.
36. Varga, M. / Magnusson, A. / Flekkoy, K. / David, A.S. / Opjordsmoen, S. Clinical and neuropsychological correlates of insight in schizophrenia and bipolar I disorder: does diagnosis matter?, *Comprehensive Psychiatry*, 48 (6), p.583-591, Nov 2007
37. Kim, B. / Wang, H.R. / Son, J.I. / Kim, C.Y. / Joo, Y.H. Bipolarity in depressive patients without histories of diagnosis of bipolar disorder and the use of the Mood Disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 49 (5), p.469-475, Sep 2008

38. Ruggero, C.J. / Zimmerman, M. / Chelminski, I. / Young, D. Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder , *Journal of Psychiatric Research*, 44 (6), p.405-408, Apr 2010
39. Holmes, E.A. / Geddes, J.R. / Colom, F. / Goodwin, G.M. Mental imagery as an emotional amplifier: Application to bipolar disorder , *Behaviour Research and Therapy*, 46 (12), p.1251-1258, Dec 2008
40. Linnen, A.M. / Rot, M.a.h. / Ellenbogen, M.A. / Young, S.N. Interpersonal functioning in adolescent offspring of parents with bipolar disorder , *Journal of Affective Disorders*, 114 (1), p.122-130, Apr 2009
41. Bowden CL, Calabrese JR, McElroy SL, et al: The efficacy of lamotrigine in rapid cycling and non-rapid cycling patients with bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 1999.
42. Calabrese JR, Boden CL, Sachs GS, et al: A double-blind placebo controlled prophylaxis study of lamotrigine in rapid-cycling bipolar disorder, Lamictal 614 study group. *J Clin Psychiatry* 1999.
43. Calabrese JR, Boden CL, Sachs GS, et al: A double-blind placebo-controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar I depression. Lamictal 602 Study Group. *J Clin Psychiatry* 2000.
44. Compton MT, Nemeroff CB: The treatment of bipolar depression. *J Clin Psychiatry* 62, 2000.
45. Davis JM, Janicak PG, Hogan DM: Mood stabilizers in the prevention of recurrent affective disorders: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scand* 1999.
46. Frank E, Hlastala S, et al. Results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol. *Biol Psychiatry* 1976.
47. Keck PE Jr, McElroy SL, et al: Compliance with maintenance treatment in bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull.* 1997.

48. Kusumi I, Ohmori T, Kohsaka M, et al: Chronobiological approach for treatment resistant rapid cycling affective disorders. *Biol Psychiatry*. 1995.
49. Nolen WA, Bloemkolk D: Treatment bipolar depression: a review of the literature and a suggestion for an algorithm. *Neuropsychobiology* 42, 2000.
50. Post RM et al: Approaches to treatment resistant bipolar affectively ill patient. *Clin Psychiatry*. 1998.
51. Sachs GS, Printz DJ, Kahn DA, et al: The Expert Consensus Guideline Series: medication treatment of bipolar disorder 2000. *Postcard Med*.
52. Solomon DA, Bauer MS. Continuation and maintenance pharmacotherapy for unipolar and bipolar mood disorders. *Psychiatry Clin north Am*. 1993.
53. Zarate CA, Jr, Tohen M, Baldessarini RJ: Clozapine in severe mood disorders *J Psychiatry*, 1995.
54. Zornberg GL, Pope HG Jr: Treatment of depression in bipolar disorder: new directions for research. *G Clin psychopharmacol* 1993.
55. Paoli, R. / Buoli, M. / Primavera, D. / Benedetti, M. / Rovera, C. / Altamura, A.C. Mood stabilizers and atypical antipsychotics in long-term treatment of bipolar disorder, *European Psychiatry*, 25, p.1448-1448, Jan 2010
56. Vieta, E. Latest developments in the treatment of bipolar disorder, *Journal of Affective Disorders*, 122, p.S23-S23, Apr 2010
57. Di Nicola, M. / Martinotti, G. / Mazza, M. / Tedeschi, D. / Pozzi, G. / Janiri, L. , Quetiapine as add-on treatment for bipolar I disorder with comorbid compulsive buying and physical exercise addiction *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 34 (4), p.713-714, May 2010
58. Sajatovic, M. / Davies, M. / Bauer, M.S. / McBride, L. / Hays, R.W. / Safavi, R. / Jenkins, J. , Attitudes regarding the collaborative practice model and treatment adherence among individuals with bipolar disorder *Comprehensive Psychiatry*, 46 (4), p.272-277, Jul 2005

59. Baldessarini RJ, Tondo L, Faedda GL, et al: Effects of the rate of discontinuing lithium maintenance treatment in dipolar disorders. *J Clin Psychiatry* 1996.
60. Gershon S, Soares JC. Current therapeutic profile of lithium. *Acta Psychiatry Scand* 1997.
61. Kusumakar Y, Yatham LN, Haslam DRS, et al: Treatment of mania, mixed state and rapid cycling. *Can J Psychiatry* 42, 1997.
62. Okuma T: Effects of carbamazepine and lithium on affective disorders. *Neuropsychobiology* 1993.
63. Walden et al: An open longitudinal study of patient with bipolar rapid cycling treated with lithium lamotrigine for mood stabilization. *Bipolar Disord* 2000.
64. Buckwalter KC, Abraham I. Alleviating the discharge crisis : The effects of cognitive-behavioral nursing intervention for depressed patients and their families. *Arch Psychiatr Nurs* 1987. 1 (5) :350
65. Bruss C. Nursing diagnosis of hopelessness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1988, 26 (3): 28-31
66. Χρ.Ρ. Πλατή "Γεροντολογική Νοσηλευτική" Έκδοση Ζ Αθήνα 2006 Σελ 349-352.
67. Maurer FA. Acute depression : Treatment and nursing strategies for this affective disorder. *Nurs Clin Am* 1986. 3 : 413 - 427.
68. Varcarolis EM. Foundations of psychiatric mental health nursing. Philadelphia : Saunders. 1990 : 446. 476
69. Saunders, J. Perioperative Care of the Patient with Bipolar Disorder , *AORN Journal*, 92 (2), p.211-219, Aug 2010
70. Goossens, P.J.J. / Beentjes, T.A.A. / de Leeuw, J.A.M. / Knoppert-van der Klein, E.A.M. / van Achterberg, T. The Nursing of Outpatients with a Bipolar Disorder: What Nurses Actually Do, *Archives of Psychiatric Nursing*, 22 (1), p.3-11, Feb 2008
71. Bartels, S.J. / Mueser, K.T. / Miles, K.M. A comparative study of elderly patients with schizophrenia and bipolar disorder in nursing

- homes and the community, *Schizophrenia Research*, 27 (2), p.181-190, Oct 1997
72. McEnany, G.W. ,Psychobiological indices of bipolar mood disorder: Future trends in nursing care *Archives of Psychiatric Nursing*, 4 (1), p.29-38, Feb 1990
73. Goossens, P.J.J. / Knoppert-van der Klein, E.A.M. / van Achterberg, T. Coping Styles of Outpatients With a Bipolar Disorder, *Archives of Psychiatric Nursing*, 22 (5), p.245-253, Oct 2008
74. Tugrul, K. The nurse's role in the assessment and treatment of bipolar disorder, *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9 (6), p.180-186, Dec 2003
75. McBride, A.B Mental health nursing today: A view from the USA *International Journal of Nursing Studies*, 44 (3), p.335-337, Mar 2007
76. Rogers CA. Reconciling models of depression. IN : Rogers CA. Ulsafer – Van Lanen J. eds. *Nursing interventions in depression*. London : Grune and Stratton 1985 : 1 – 12
77. Doengers ME. Townsend MC. Moorhouse MF. *Psychiatric care plans – Guidelines for client care*. Philadelphia : Davis, 1989 : 249
78. Ραγιά Α. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις, Εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2007
79. Hardy, L.T. Encopresis: A guide for Psychiatric Nurses, *Archives of Psychiatric Nursing*, 23 (5), p.351-358, Oct 2009
80. Καπρίνης Γ, Ψυχολογία, ψυχιατρική, ψυχανάλυση: Σκέψεις πάνω στις διαφορές και τις ομοιότητες. *Ψυχολογικά Θέματα*, 1991,4 (2): 197 - 201.
81. Μ.Γ. Μαδιανός "Η ψυχοκοινωνική αποκατάστασή από το άσυλο στην κοινότητα" *ελληνικά γράμματα* Σελ 175-179.

