



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**"Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ  
ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ  
(ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ)"**

Σπουδάστριες:

Κυρίου Καρβέλη Μαριντίνα

Πάτσιου Θάλεια

Υπεύθυνος Εκπαιδευτικός:

Στεφανόπουλος Νικόλαος

ΠΑΤΡΑ 2011

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αυτή η εργασία έχει σαν πρόθεση να καλύψει τις διάφορες πλευρές της ψυχιατρικής νοσηλευτικής, οι οποίες κάθε σπουδαστής/στρια της νοσηλευτικής θα χρειαστεί να μάθει κατά την εκπαίδευση του.

Ειδικά στις μέρες μας οι ψυχικά ασθενείς ολοένα και πληθαίνουν Είναι λοιπόν αναγκαίο, αν όχι επίκαιρο, να εφοδιαστούμε όσο το δυνατόν περισσότερο για να μπορέσουμε να βοηθήσουμε ανθρώπους, που επιτρέψτε μου να πω, χρειάζονται το σπουδαιότερο αγαθό της ζωής, την ψυχική τους ισορροπία.

Υπάρχει η ελπίδα ότι ο νοσηλευτής/τρια μπορεί να καταλάβει τους ασθενείς και τις αρχές της νοσηλευτικής ψυχιατρικής χωρίς ιδιαίτερες αναφορές σε διαγνωστικές κατηγορίες των ψυχικών παθήσεων. Η ψυχιατρική νοσηλευτική είναι η νοσηλευτική αντιμετώπιση των ανθρώπων, όχι των νόσων. Μια καλή ψυχιατρική νοσηλεύτρια πρέπει να μελετά τον κάθε άρρωστο και να τον σκέφτεται σαν ένα μοναδικό άτομο που χρειάζεται βοήθεια.

Σε αυτή την εργασία θα θέλαμε να δώσουμε έμφαση στον τρόπο που ο νοσηλευτής/τρια μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς του/της σε κάποιες από τις δυσκολίες που εμφανίζονται στη ψυχική νόσο. Το μεγαλύτερο προσόν του/της ψυχιατρικού νοσηλευτή/τριας είναι ότι γνωρίζει τους ανθρώπους και ότι έχει σχέση με τους ανθρώπους. Για να αποκτήσει αυτή τη γνώση πρέπει να συναντά τους ανθρώπους, να τους μιλά και να τους ακούει. Μπορεί επίσης να αυξήσει τις γνώσεις του/της διαβάζοντας πλατιά, άπληστα και με κριτικό πνεύμα. Κάθε καινούργια γνωριμία και κάθε καινούργιο βιβλίο θα οδηγήσει σε διεύρυνση του ενδιαφέροντος μας και βαθύτερη κατανόηση της ανθρώπινης φύσης.

Έχοντας κατανοήσει την βαρύτητα της γνώσης που δανείστηκα απασχολούμενη με αυτή την εργασία, θα ήθελα να ευχαριστήσω το νοσηλευτικό, όσο και το ιατρικό προσωπικό του Π.Π Γ.Ν Π της ψυχιατρικής

κλινικής για τη βοήθεια που προσέφεραν και τη δυνατότητα να έρθουμε σε επαφή με ασθενείς της κλινικής τους.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μανιοκατάθλιψη αποτελεί μια διαταραχή της διάθεσης, στην οποία ο ασθενής εμφανίζει εναλλαγές επεισοδίων μανίας και κατάθλιψης. Αυτή η συναισθηματική διαταραχή στην ιατρική και επιστημονική κοινότητα καλείται διπολική διαταραχή. Εμφανίζεται συχνά στην πρώιμη ενήλικη ζωή, που είναι και μια από τις περισσότερο παραγωγικές περιόδους της ζωής, έχοντας καταστροφικές συνέπειες για την κοινωνική, την επαγγελματική, τη συναισθηματική και την οικονομική κατάσταση του ασθενούς. Δυστυχώς, η θεραπεία δεν είναι άμεση, παρόλο που υπάρχουν πολλές διαθέσιμες επιλογές, που περιλαμβάνουν τόσο φαρμακολογικές όσο και μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις. Η διπολική διαταραχή συνήθως εμφανίζεται με ίση συχνότητα σε άνδρες και σε γυναίκες. Η διπολική διαταραχή, παλαιότερα ονομαζόταν μανιοκαταθλιπτική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη<sup>1</sup>.

Σε σύγκριση με τις συνήθειες ιατρικές παθήσεις όπως ο διαβήτης, η υπέρταση κ.α., οι συναισθηματικές διαταραχές σχετίζονται με περισσότερες σωματικές δυσλειτουργίες, μεγαλύτερη δυσκολία στην ικανότητα του ατόμου να διεκπεραιώσει τις κοινωνικές και επαγγελματικές του υποχρεώσεις, και χαμηλότερη αποτίμηση της γενικότερης υγείας του. Παράλληλα η κατάθλιψη και η μανία που είναι οι δυο βασικές μορφές εμφάνισης του προβλήματος, έχουν μεγαλύτερες τάσεις επανεμφάνισης, υποτροπής και χρονιότητας<sup>2</sup>.

Όσον αφορά τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής είναι σημαντικό να ξεκινά όσο το δυνατόν νωρίτερα και υπό ιατρική παρακολούθηση. Με την κατάλληλη θεραπεία, οι περισσότεροι ασθενείς πετυχαίνουν σταθεροποίηση των εναλλαγών της διάθεσής τους και υποχώρηση των αντίστοιχων συμπτωμάτων. Καθώς η διπολική διαταραχή είναι υποτροπιάζουσα, απαιτείται μακροχρόνια προφυλακτική θεραπεία. Για να ελεγχθεί μακροπρόθεσμα η ασθένεια, συνιστάται ένας συνδυασμός φαρμάκων και ψυχοκοινωνικής

θεραπείας. Εξέχουσα πληροφορία είναι επίσης ότι η διπολική διαταραχή δεν μπορεί να θεραπευτεί αλλά η θεραπεία στοχεύει στο να βοηθήσει το άτομο τόσο να ελέγχει τα υπάρχοντα επεισόδια όσο και να μην αναπτύξει άλλα επεισόδια στο μέλλον<sup>1</sup>.

## **SUMMARY**

The manic depression is a mood disorder in which the patient displays alternating episodes of mania and depression. This emotional disorder in medical and scientific community is called bipolar disorder. He often appears in early adulthood, which is one of the most productive periods of his life, having devastating consequences on social, vocational, emotional and financial situation of the patient. Unfortunately, treatment is not immediate, although there are many options available, including both pharmacological and nonpharmacological approaches. Bipolar disorder usually occurs with equal frequency in men and women. Bipolar disorder, formerly called manic-depressive disorder or manic depression.

Compared with the usual medical conditions like diabetes, hypertension, etc., emotional disturbances are associated with more physical dysfunction, greater difficulty in ability to handle social and professional obligations, and lower valuation of overall health. While depression and mania are two basic formats of the problem, have greater tendencies recurrence, relapse and chronicity.

For the treatment of bipolar disorder is important to begin as early as possible and under medical supervision. With proper treatment, most patients achieve stabilization of their mood swings and retreat of respective symptoms. Because bipolar disorder is recurrent, a long-term prophylactic therapy. To test the long-term illness, recommended a combination of medication and psychosocial treatment. Information is also paramount that bipolar disorder can not be cured but treatment aims to help the person to control both the existing episodes and not to develop other incidents in the future.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	<b>2</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>4</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>6</b>
<b>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ:</b> .....	<b>10</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο</b> .....	<b>11</b>
1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ .....	11
1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ .....	14
1.2.1 Μανία .....	14
1.2.2 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά κατάθλιψης .....	15
1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	18
1.3.1 Αίτια της Μανίας.....	19
1.3.2. Αίτια Κατάθλιψης.....	20
1.3.3. Μηχανισμός γένεσης της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης.....	26
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο</b> .....	<b>28</b>
2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	28
2.1.1 Διαγνωστικά κριτήρια για Διπολική Διαταραχή (Μανιοκαταθλιπτική νόσος) .....	28
Υπερβολική εμπλοκή σε δραστηριότητες που μπορεί να .....	31
2.1.2 Διαγνωστικά κριτήρια για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο .....	44
2.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ .....	45

2.2.1. Συμπτώματα της μανιοκατάθλιψης κατά το μανιακό επεισόδιο: .....	45
2.2.2. Συμπτώματα της μανιοκατάθλιψης κατά το καταθλιπτικό επεισόδιο:	47
2.3. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	54
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο.....</b>	<b>54</b>
3.1 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	54
3.1.1. Θεραπεία των επειγόντων περιστατικών .....	55
3.1.2 Φάρμακα και θεραπεία.....	56
3.1.3 Ψυχολογικά μέσα θεραπείας.....	60
3.1.4 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.....	63
3.1.5 Άλλες θεραπείες.....	65
3.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΑΝΙΑΣ.....	66
3.2.1 Αντιψυχωτικά φάρμακα.....	67
3.2.2 Αντιμανιακά φάρμακα .....	68
3.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ .....	72
3.4. ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ.....	73
<b>ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ .....</b>	<b>75</b>
<b>ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ.....</b>	<b>76</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....</b>	<b>80</b>
1.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ .....	80
1.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	81
1.3.ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ .....	82
1.3.1. Χαμηλή αυτοεκτίμηση .....	82
1.3.2 Κίνδυνος αυτοτραυματισμού-αυτοκτονίας.....	83



1.3.3. Εμφάνιση διαταραχής κοινωνικής επικοινωνίας.....	85
1.3.4. Κάλυψη σημαντικών αναγκών .....	86
1.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΗΣΘ .....	87
1.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	89
1.6. ΣΚΟΠΟΙ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ.....	91
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....</b>	<b>92</b>
2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΜΑΝΙΑ.....	92
2.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΜΑΝΙΑΣ.....	94
2.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΜΑΝΙΑΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ .....	95
2.3.1 Παραλήρημα μεγαλείου .....	95
2.3.2. Κίνδυνος επιθετικής συμπεριφοράς .....	96
2.3.3. Υπερκινητικότητα-αυξημένη δραστηριότητα.....	99
2.3.4. Έλλειψη σωστής διατροφής – Αϋπνία.....	99
2.4.ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ .....	100
2.4.1. Νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη χορήγηση λιθίου .....	101
2.6. ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ.....	102
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο.....</b>	<b>104</b>
3.1. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ .....	104
3.2 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ: ΒΑΣΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	106
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο.....</b>	<b>110</b>
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....</b>	<b>110</b>

<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....</b>	<b>115</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>117</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>120</b>

# ΜΕΡΟΣ Α'

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

### 1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Η ανθρώπινη ψυχή (από το ρήμα «ψύχω», δηλ. «πνέω») αποτελείται από συναισθήματα, ώστε να εκφράζει ο άνθρωπος αυτό που νιώθει κάθε στιγμή. Όλα αυτά τα συναισθήματα που διαθέτει η ψυχή πηγάζουν από δυο βασικά αλλά εκ διαμέτρου αντίθετα συναισθήματα, τη χαρά και τη λύπη. Η χαρά και η λύπη αποτελούν τη βάση των διαταραχών με τις οποίες θα ασχοληθούμε<sup>1,2</sup>.



Η χαρά και η λύπη δεν συνιστούν παθολογικά συναισθήματα. Αντιθέτως παθολογική είναι η έλλειψη ή η μειωμένη έκφραση τους, όπως συμβαίνει στη σχιζοφρένεια.

Τα προαναφερθέντα συναισθήματα ανάγονται σε παθολογικά σε περιπτώσεις όπου:

- α. η χαρά ή η λύπη έχουν μεγάλη ένταση και μακρά διάρκεια.

- β. όταν συνδυάζονται με άλλα συμπτώματα, όπως η έλλειψη σεξουαλικής επιθυμίας, η έλλειψη ενεργητικότητας, οι διαταραχές ύπνου και όρεξης και η μείωση της συγκέντρωσης.
- γ. όταν εμφανίζονται ψυχωσικά συμπτώματα όπως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες.
- δ. όταν επαναλαμβάνονται σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο εκτέλεσης αυτοκτονίας<sup>2</sup>.

Βέβαια τα παραπάνω κριτήρια δεν είναι απόλυτα καθώς η διάκριση των συναισθηματικών διαταραχών μεταξύ τους δεν είναι εύκολη.

Οι συναισθηματικές διαταραχές είναι δύο: η κατάθλιψη και η μανία. Όταν ο ασθενής παρουσιάζει σε κάποιες φάσεις της ζωής του μανία και σε κάποιες άλλες κατάθλιψη τότε μιλάμε για μανιοκατάθλιψη ή διπολική διαταραχή. Για να εξετάσουμε τις προεκτάσεις των δυο αυτών συναισθηματικών διαταραχών και τους συνδυασμούς που προκύπτουν ξεκινάμε από τον ορισμό τους<sup>1</sup>.

**Η κατάθλιψη:** Το κυριότερο στοιχείο της είναι η *έντονη θλίψη*, και η αδυναμία να βιωθεί ευχαρίστηση. Βασικά χαρακτηριστικά της είναι η λύπη-θλίψη, η απώλεια του ενδιαφέροντος για αγαπημένες ασχολίες που προκαλούσαν ευχαρίστηση, διατάραξη των διατροφικών συνηθειών, διατάραξη του ύπνου, αισθήματα ενοχής και απαξίωσης του εαυτού, έλλειψη συγκέντρωσης και συχνά αυτοκτονικές σκέψεις<sup>3</sup>.

**Η μανία:** Μανία είναι η κατάσταση στην οποία ο άνθρωπος που τη βιώνει έχει υποκειμενική αντίληψη του εαυτού του, έχει δηλαδή μια εικόνα ψευδή για τον εαυτό του με ροπή προς την παντοδυναμία. Βασικά της χαρακτηριστικά και συμπτώματα είναι η διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης, ευφορία, ευερεθιστότητα, διογκωμένη αυτοεκτίμηση, ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, πίεση λόγου, διάσπαση της προσοχής, η υπερκινητικότητα, η αυξημένη

σεξουαλική διάθεση, η συναισθηματική αστάθεια και παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις<sup>2</sup>.

Εξ ορισμού οι ασθενείς που εμφανίζουν μόνο καταθλιπτικά επεισόδια νοσούν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, ενώ αυτοί που εμφανίζουν και μανιακά επεισόδια νοσούν από διπολική διαταραχή. Επιπρόσθετα ανάλογα με την ένταση, τη συχνότητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων υπάρχουν και άλλες διαταραχές διάθεσης<sup>1</sup>.

Παρακάτω αναφέρονται ονομαστικά οι κατηγορίες που αποτελούν τις σημαντικότερες:

- α. μείζον καταθλιπτική διαταραχή
- β. διπολική διαταραχή τύπου 1
- γ. διπολική διαταραχή τύπου 2
- δ. κυκλοθυμική διαταραχή
- ε. δυσθυμική διαταραχή



Η διάθεση κυμαίνεται σε διάφορα επίπεδα, δηλαδή μπορεί να κατονομαστεί ως φυσιολογική, εξηρμένη ή καταθλιπτική. Στα φυσιολογικά άτομα το εύρος των διαθέσεων και των συγκινησιακών εκφράσεων είναι μεγάλο. Σε γενικές γραμμές τα άτομα που δεν νοσούν ελέγχουν τα συναισθήματά τους. Οι διαταραχές της διάθεσης θεωρούνται ομάδα περιπτώσεων, οι οποίες χαρακτηρίζονται από την απώλεια αυτού του ελέγχου και από υποκειμενικής διάστασης βίωση δυσφορίας. Η μανία που είναι το πάνω άκρο και η κατάθλιψη που είναι ο αντίποδας και συνεπώς το κάτω άκρο, εκδηλώνονται με ποικίλη ένταση, ποιότητα, διάρκεια, συχνότητα, αλληλουχία και εξέλιξη στο χρόνο. Όλοι αυτοί οι παραπάνω παράγοντες διαμορφώνουν και τη ποικιλομορφία των κλινικών συνδρόμων που απορρέουν.

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε εκτενώς στα συμπτώματα και στους τρόπους αντιμετώπισης των καταθλιπτικών και μανιακών επεισοδίων, και θα αναφερθούμε στις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν οι κατηγορίες των διπολικών διαταραχών<sup>1</sup>.

## **1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

### **1.2.1 Μανία**

Όσον αφορά την επιδημιολογία της μανίας οι διαταραχές της διάθεσης αυξάνουν όσο αυξάνεται η ηλικία του ατόμου, ενώ η επικράτηση τους σε κάθε ηλικιακή ομάδα είναι δραματικά υψηλότερη σε άτομα που παραπέμπονται για ψυχιατρική εκτίμηση σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Σε ποσοστό 20%, περίπου των ασθενών, το πρώτο επεισόδιο εκδηλώνεται κατά την εφηβεία, κυρίως μεταξύ 15 και 19 χρόνων . Κατά τα τελευταία χρόνια, τα ποσοστά διάγνωσης της διαταραχής σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας είναι υψηλότερα .Επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με τη διπολική διαταραχή 1 , σε παιδιά μικρότερα των 13 χρονών, δεν υπάρχουν, ενώ ποσοστό 1-3% περίπου των μεγαλύτερων εφήβων παρουσιάζει κάποια μορφή διπολικής διαταραχής. Οι μορφές που



επαναλαμβάνονται σ' αυτή την περίοδο της ζωής είναι η διπολική διαταραχή τύπου 2 και η κυκλοθυμία<sup>3</sup>.

Η επιδημιολογία της μανίας είναι:

- α. κίνδυνος νοσηρότητας
- β. ηλικία
- γ. φύλο
- δ. κοινωνική και οικονομική κατάσταση
- ε. οικογενειακό ιστορικό

**Κίνδυνος νοσηρότητας.** Υπολογίζεται ότι το 0,4% και 1,6% του ενήλικα πληθυσμού πάσχουν από διπολική διαταραχή

**Ηλικία.** Το πρώτο μανιακό επεισόδιο είναι συνήθως στους άνδρες και συμβαίνει στην ηλικία των 20-25 ετών Σπάνιο φαινόμενο είναι να εμφανίζεται το πρώτο μανιακό επεισόδιο μετά τα 50 εν τούτοις όμως υπάρχουν και αυτές οι περιπτώσεις.<sup>3</sup>

**Φύλο:** Η διπολική διαταραχή είναι εξίσου συχνή στους άνδρες και στις γυναίκες αν και κάποιες μελέτες προτείνουν μια μικρή υπεροχή της νόσου στις γυναίκες.

**Κοινωνικοοικονομική κατάσταση:** Δεν υπάρχουν διαφορές, απλά φαίνεται να είναι συχνότερη στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα

**Οικογενειακό ιστορικό:** Βιολογικοί συγγενείς Α βαθμού αυτών που έχουν την νόσο έχουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της νόσου από ότι στο γενικότερο πληθυσμό<sup>2,3</sup>.

### **1.2.2 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά κατάθλιψης**

Είναι τα εξής:

- Φύλο
- Ηλικία
- Οικογενειακό ιστορικό
- Κατάσταση
- Φυσιολογικά γεγονότα ή νοσήματα

**Φύλο:** Έρευνες έδειξαν ότι η καταθλιπτική διαταραχή είναι πιο συχνή στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Γίνεται λόγος για ορμονικές διαταραχές, στις επιπτώσεις από τη γέννηση παιδιών και στους διάφορους στρεσογόνους παράγοντες που δέχονται.<sup>3</sup>

**Ηλικία:** Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να ξεκινήσει σε οποιαδήποτε ηλικία. Η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα 25. Είναι δύο φορές συχνότερη σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες από ότι σε έφηβους και ενήλικους άνδρες αλλά είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στην ηλικία. Η εμφάνιση της νοσου ελαττώνεται και για τα δύο φύλα



Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι ακριβώς όπως προαναφέραμε και στη μανία.

**Οικογενειακό ιστορικό:** Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι 1.5-3 φορές συχνότερη στους βιολογικούς συγγενείς Α βαθμού από ότι στο γενικότερο πληθυσμό.

**Φυσιολογικά γεγονότα και σωματικά νοσήματα:**



- όπως η τεκνογονία όπου κατά τη διάρκεια της λοχείας η γυναίκα μπορεί να πέσει σε βαριά κατάθλιψη λόγω της έντονης μεταβλητότητας των συναισθημάτων της.

- Μία εμπύρετη ασθένεια

**Οικογενειακή κατάσταση:** Δεν υπάρχει κάποια διαφορά όσον αφορά παντρεμένους ή ανύπαντρους ή χωρισμένα άτομα. Δηλαδή δίνεται λίγο περισσότερη προσοχή σε εκείνα τα άτομα που ζουν μόνα τους για διάφορους λόγους διότι είναι πιο "ευάλωτα" στα διάφορα προβλήματα<sup>4</sup>. \*

Άλλες έρευνες αναφέρουν ότι τα διαζευγμένα άτομα έχουν μεγάλη πιθανότητα να νοσήσουν από κάποια συναισθηματική διαταραχή. Η πρώιμη αποστέρηση των γονέων λόγω θανάτου, καθώς και η διαταραγμένη οικογενειακή ζωή κατά την παιδική ηλικία επιδρούν αρνητικά και υπάρχουν πολλές πιθανότητες το παιδί να νοσήσει σε κάποια φάση της ζωής του.

Τα αρνητικά ψυχοπαθητικά γεγονότα της ζωής όπως και η ύπαρξη stress έχουν σχέση με αυξημένο κίνδυνο νόσησης κάποιας διαταραχής. Η ανεργία, είναι πολύ σημαντικός παράγοντας γιατί πυροδοτεί συναισθηματικές διαταραχές. Ο τύπος μόνιμης κατοικίας, τα άτομα των αστικών περιοχών παρουσιάζουν περισσότερες συναισθηματικές διαταραχές από τα άτομα της επαρχίας. Η διαμόρφωση της προσωπικότητας παίζει σημαντικό ρόλο για την μετέπειτα εμφάνιση της κατάθλιψης.

Η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία υπολόγισε τα ποσοστά των αρρώστων, ως προς την ηλικία, που νοσηλεύτηκαν σε όλα τα ψυχιατρεία, δημόσια και ιδιωτικά από το 1978 ως το 1993 με συναισθηματικές ψυχώσεις. Οι γυναίκες που νοσηλεύτηκαν με συναισθηματική ψύχωση ήταν περισσότερες από τους άνδρες. Ψυχιατρικές έρευνες από το 1978 με ειδικά όργανα και έγκυρα κριτήρια, σε μεγάλα δείγματα πληθυσμού, έχουν προσφέρει πολλές πληροφορίες για τις συναισθηματικές διαταραχές. Οι έρευνες αυτές έφεραν κάποια συμπεράσματα.

Ορισμένα από αυτά είναι οι γυναίκες 18-64 ετών στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα σε μεγαλύτερο ποσοστό απ' ό,τι οι άνδρες της ίδιας ηλικίας. Οι έρευνες έγιναν από 1978 και 1984 και παρατηρήθηκε μια διαχρονική αύξηση των ποσοστών αυτών. Με την 9η διεθνή ταξινόμηση της Π.Ο. Υ. έρευνα που έγινε σε δύο δήμους της Αθήνας οι συναισθηματικές ψυχώσεις βρέθηκαν στο 0.5% ενώ η νευρωτική κατάθλιψη και η καταθλιπτική αντίδραση στο 7.8%. Σε τρεις ελληνικούς μεταναστευτικούς πληθυσμούς, τα ποσοστά των ερευνών για τις συναισθηματικές διαταραχές έδειξαν το 77% στην έρευνα της Ν. Υόρκης, το 62% του Λονδίνου και το 15.2% στους επαναπατρισμένους μετανάστες των Ιωαννίνων. Η επανεξέταση για τη διαχρονική εξέλιξη των συναισθηματικών διαταραχών το 1994 έδειξαν ότι 2 άτομα από τα 20 που έπασχαν από καταθλιπτικό επεισόδιο το 1980/81. εμφάνισαν και το 1994 την ίδια νόσο. Οι γυναίκες που έπασχαν από δυσθυμία το 1980/81 το 1994 έπασχαν από οργανικές διαταραχές, δυσθυμία, αγχώδεις διαταραχές και το 40% είχε πέσει σε μείζονα κατάθλιψη<sup>5</sup>.

### **1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Η πρόκληση των συναισθηματικών διαταραχών ανάγεται σε διάφορα αίτια. Πορίσματα ερευνών του παρελθόντος αλλά και σύγχρονων έχουν καταδείξει ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών παραγόντων να παίζουν ρόλο στην εμφάνιση μιας ψυχικής διαταραχής – τα γενετικά χαρακτηριστικά, η βιοχημεία του εγκεφάλου, οι συνθήκες και τα γεγονότα της ζωής, οι σχέσεις με την οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον είναι μερικοί από αυτούς. Αλλά όποια και αν είναι η αιτία, τα άτομα



με ψυχική διαταραχή υποφέρουν, αισθάνονται αβοήθητα και δυσκολεύονται να ζήσουν τη ζωή τους με τον τρόπο που επιθυμούν<sup>6</sup>.

### 1.3.1 Αίτια της Μανίας

Ειδικότερα λοιπόν ως προς τη μανία υπάρχει μια σχετική ομοφωνία μεταξύ των επιστημόνων ως προς το γεγονός ότι δεν έχει απομονωθεί ένας συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας αλλά υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων που βρέθηκε να συμβάλλει στην ανάπτυξη της διπολικής διαταραχής. Οι αιτίες που ευθύνονται για την εμφάνιση της μανίας είναι:

Η κληρονομικότητα: Οι γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Μελέτες σε οικογένειες διδύμων έδειξαν ότι ο βαθμός κληρονομικότητας είναι μεγαλύτερος στα μονοζυγωτικά δίδυμα. Δηλαδή αν ένας μονοζυγώτης δίδυμος πάσχει από συναισθηματική διαταραχή, τότε η πιθανότητα να πάσχει και ο άλλος είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερη απ' ότι αν είναι διζυγώτης. Παράλληλα μελέτες σε υιοθετημένα άτομα καταδεικνύουν τη γενετική συμβολή στην αιτιολογία των συναισθηματικών διαταραχών. Επιπρόσθετα παραθέτοντας και την πλευρά της μοριακής βιολογίας έχει αναφερθεί η πιθανή σύνδεση της διπολικής διαταραχής (γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη) με διαφορετικά χρωμοσώματα. (πχ σύνδεση με το χρωμόσωμα X).

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν και προκαλούν την εμφάνιση της μανίας είναι η συννοσηρότητα με χρόνιες ιατρικές καταστάσεις, όπως καρκίνος, έμφραγμα μυοκαρδίου, νόσος Parkinson, αρθρίτιδα, υπέρταση, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και διαβήτης. Επίσης, πολλά κοινά φάρμακα, όπως οι β-αδρενεργικοί αναστολείς, είναι δυνατόν να παράγουν καταθλιπτικά συμπτώματα<sup>6-7</sup>.

### 1.3.2. Αίτια Κατάθλιψης

Δεν υπάρχει μόνο ένας λόγος που να ευθύνεται αποκλειστικά για αυτή τη διαταραχή, όπως και για τις λοιπές ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο μερικοί από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης είναι :

- α. γενετικοί παράγοντες
- β. ψυχοκοινωνικοί παράγοντες
- γ. βιολογικοί παράγοντες
- δ. ψυχαναλυτικούς

Αναλυτικότερα και εκτενέστερα λοιπόν:

#### Γενετικοί παράγοντες:

Τόσο στη μανία όσο και στην κατάθλιψη οι γενετικοί παράγοντες δεν παρουσιάζουν διαφορές. Δηλαδή όπως και παραπάνω οι έρευνες και οι μελέτες έχουν διεξαχθεί σε οικογένειες διδύμων, σε υιοθετημένα άτομα και αντλούμε στοιχεία και από ορισμένες έρευνες μοριακής βιολογίας.

Όσον αφορά τις μελέτες πάνω σε δίδυμους, υποστηρίζεται ότι η αναλογία είναι 4:1, δηλαδή είναι τέσσερις φορές πιθανότερο αν ο ένας μονοζυγώτης πάσχει από κατάθλιψη να νοσήσει και ο άλλος από ότι αν είναι διζυγώτης.

Σχετικά με τα υιοθετημένα παιδιά υπάρχει η γενική παραδοχή ότι τα γνήσια τέκνα των νοσούντων από ψυχικές διαταραχές γονέων διατρέχουν τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κάποιας ανάλογης διαταραχής της διάθεσης, ακόμη και αν γαλουχηθούν σε άκρως υγιείς ανάδοχες οικογένειες.

Μελέτες οικογενειών έχουν αποδείξει ότι σε μερικές οικογένειες, η μείζων κατάθλιψη φαίνεται να



εμφανίζεται από τη μια γενιά στην άλλη. Υπάρχουν μελέτες οικογενειών όπου μερικά μέλη κάθε γενιάς εκδηλώνουν διπολική διαταραχή. Αυτές οι μελέτες βρήκαν διαφορετικό γενετικό χαρακτήρα στα άτομα εκείνα που έχουν τη διαταραχή σε σύγκριση με τα μέλη εκείνα που δεν την έχουν. Ακόμα και τότε όμως, δεν συμβαίνει όλα τα μέλη με το γενετικό χαρακτήρα που αυξάνει την τάση να έχουν διπολική διαταραχή να καταλήγουν σε εκδήλωση της ασθένειας. Αυτό υποδηλώνει ότι άλλοι παράγοντες (μερικές φορές ονομαζόμενοι περιβαλλοντικοί παράγοντες) όπως αγχώδεις καταστάσεις στο σπίτι, στη δουλειά ή σε σχέσεις μπορεί να επηρεάζουν το κατά πόσον ένα άτομο σε κίνδυνο εκδηλώνει στην πραγματικότητα κατάθλιψη<sup>7</sup>.

### Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες:

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

Στρεσογόνα γεγονότα της ζωής. Μολονότι μεθοδολογικά επαρκείς έρευνες για την αιτιολογική συμβολή των παραγόντων αυτών είναι δύσκολο να υπάρξουν, εντούτοις φαίνεται ότι οπωσδήποτε η συμμετοχή τους στην πρόκληση διαταραχών της διάθεσης είναι δεδομένη.

Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί ότι μια συγκεκριμένη προσωπικότητα (ή στοιχεία προσωπικότητας) ή ένας συγκεκριμένος ψυχολογικός μηχανισμός προδιαθέτει ή προκαλεί την κατάθλιψη ή την έξαρση. Παρόλα αυτά ορισμένοι τύποι προσωπικότητας (πχ ψυχαναγκαστικοί, υστερικοί) διατρέχουν τον κίνδυνο της κατάθλιψης περισσότερο από ότι οι αντικοινωνικοί, οι παρανοϊκοί και τέτοιου είδους τύποι προσωπικότητας, οι οποίοι χρησιμοποιούν την προβολή και άλλους μηχανισμούς άμυνας που χαρακτηρίζονται από εξωτερίκευση. Όλοι είμαστε υποψήφιοι, ανεξάρτητα από την προσωπικότητά μας, να νοσήσουμε από κατάθλιψη κάποια στιγμή στη ζωή μας.

Ιδιαίτερα, όσον αφορά τις ψυχοδυναμικές θεωρίες της κατάθλιψης, η βιβλιογραφία είναι τεράστια. Κατά ορισμένους θεωρητικούς, τα άτομα που είναι επιρρεπή σε κατάθλιψη χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη αυτοκριτική. Επίσης η γνωστική θεωρία της κατάθλιψης απομακρύνεται από την ψυχοδυναμική θεώρηση και αποδίδει την κατάθλιψη σε αρνητική και λανθασμένη εκτίμηση που κάνει το άτομο τόσο για τον εαυτό του όσο και για τον κόσμο γύρω του και για το μέλλον. Κατά άλλους, η κατάθλιψη είναι θυμός ή επιθετικότητα που στρέφεται εναντίον του εαυτού. Άλλοι υποστηρίζουν ότι αστάθεια και ανασφάλεια στη βρεφονηπιακή ηλικία, που προέρχεται από διαταραγμένη σχέση μητέρας-παιδιού, δημιουργούν το υπόστρωμα για ευαισθησία και ευαλωτότητα σε αποχωρισμούς αργότερα, που οδηγούν σε κατάθλιψη<sup>8</sup>.

Ορισμένοι διάσημοι ψυχολόγοι έχουν καταθέσει τη δική τους εκδοχή προσπαθώντας να κατανοήσουν την κατάθλιψη. Η διαπροσωπική απώλεια έχει τονισθεί ιδιαίτερα από τον Freud και τους οπαδούς του, που σημείωσαν τις ομοιότητες και τις διαφορές ανάμεσα στο κοινό πένθος, που είναι φυσιολογική αντίδραση και την κατάθλιψη που ακολουθεί την απώλεια είτε ενός αγαπημένου ατόμου είτε κάποιας σημαντικής για το άτομο διάστασης (π.χ. θάνατος αγαπημένου ατόμου, απώλεια εργασίας, χωρισμός από αγαπημένο άτομο κτλ.). Επίσης η Melanie Klein υποστήριζε ότι η μανία είναι μια σειρά αμυντικών λειτουργιών και ενεργειών που αποσκοπούν στην αποκατάσταση των απολεσθέντων αντικειμένων αγάπης ή την άρνηση της όποιας επιθετικότητας ή καταστροφής προς τους άλλους. Ο Edward Bibring αντιλαμβανόταν τη κατάθλιψη ως συγκινησιακή κατάσταση



που δημιουργείται όταν το άτομο βιώνει από τη μια το πάθος και από την άλλη τη σκληρή προφανώς πραγματικότητα.

Υπογραμμίζει βεβαίως ότι στην κατάθλιψη το άτομο αισθάνεται αυτομορφικός ενώ εκείνος που πενθεί όχι. Έρευνες ήδη έχουν δείξει ότι υπάρχει αυξημένη συχνότητα κατάθλιψης σε άτομα που έχασαν κάποιο γονιό στην παιδική τους ηλικία - κατά πάσα πιθανότητα λόγω αυξημένης ευαισθησίας σε διαπροσωπικές απώλειες αργότερα. Η γνωστική θεωρία της κατάθλιψης, βέβαια, απομακρύνεται από την ψυχοδυναμική θεώρηση και αποδίδει την κατάθλιψη σε αρνητική, λαθεμένη, εκτίμηση που κάνει το άτομο για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον<sup>7,8</sup>.

Όσον αφορά τη μανία, ψυχοδυναμικά θεωρείται ότι είναι άμυνα (= άρνηση) του ατόμου σε υποκείμενη κατάθλιψη.

Βιολογικοί παράγοντες: Μερικές μη ψυχιατρικές παθήσεις έχουν βρεθεί ότι μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη δευτερογενώς. Το κοινό τους χαρακτηριστικό είναι ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) και επηρεάζουν την λειτουργία των περιοχών εκείνων του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Οι παθήσεις αυτές περιλαμβάνουν [1] παθήσεις του Κ.Ν.Σ. όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας, και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. [2] Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός, και η νόσος του Cushing (υπερδραστηριότητα των επινεφριδίων). [3] Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ. όπως το AIDS και η λοιμώδης μονοπυρήνωση [4] Συστηματικές διαταραχές όπως η αναιμία και ο μεταστατικός καρκίνος [5] Διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη, το αντι-υπερτασικό Αλντομέτ (αλφα-μεθυλ-ντόπα) και το αλκοόλ<sup>7</sup>.

β) Η αποκάλυψη μερικών από τους βιολογικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στην δημιουργία της κατάθλιψης αποτέλεσε σίγουρα μια από τις σπουδαιότερες ανακαλύψεις της Ψυχιατρικής ειδικότερα και της Ιατρικής

γενικότερα σ' αυτόν τον αιώνα. Στη δεκαετία του '50 οι επιστήμονες ανακάλυψαν τους νευρομεταβιβαστές, βιοχημικές δηλαδή ουσίες με τις οποίες επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Στο ίδιο περίπου διάστημα παρατηρήθηκε ότι ασθενείς που έπαιρναν κάποια φάρμακα για την ρύθμιση της υψηλής αρτηριακής τους πίεσης πάθαιναν σαν παρενέργεια κατάθλιψη. Το κοινό χαρακτηριστικό αυτών των φαρμάκων ήταν ότι δρούσαν στους νευρομεταβιβαστές του εγκεφάλου και με κάποιο τρόπο μείωναν τις συγκεντρώσεις τους στον εγκέφαλο. Το επόμενο βήμα ήταν να παρασκευαστούν φάρμακα που αύξαναν την συγκέντρωση των νευρομεταβιβαστών αυτών στον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα ήταν ότι τα φάρμακα αυτά ήταν ικανά να θεραπεύσουν ασθενείς με κατάθλιψη. Από τη δεκαετία του '50 μέχρι σήμερα πολλά έχουμε μάθει για την λειτουργία των νευρομεταβιβαστών και τον ρόλο τους στην κατάθλιψη. Παρότι οι μηχανισμοί αυτοί είναι πολύ περίπλοκοι και δεν είναι δυνατό να αναφερθούν εδώ, ωστόσο στις μέρες μας θεωρείται ότι δύο νευρομεταβιβαστές, η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη, εμπλέκονται ιδιαίτερα στην δημιουργία της κατάθλιψης, και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα οποία έχουμε στην διάθεσή μας αποσκοπούν στο να ανεβάσουν την συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε όλες τις μορφές κατάθλιψης, είναι πιθανό όλοι οι αιτιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη να δρουν τελικά μέσω αυτού του μηχανισμού<sup>8</sup>.

Επίσης στις βιολογικές μελέτες διακρίνουμε τέσσερα πεδία έρευνας:

Οι νευροβιολογικές μελέτες των διαταραχών της διάθεσης ακολούθησαν τέσσερις κυρίως μεγάλες περιοχές έρευνας: τις διαταραχές της νευροδιαβίβασης, τις διαταραχές της





νευροφυσιολογικής λειτουργίας (ιδιαίτερα του ύπνου), τις διαταραχές της νευροενδοκρινικής λειτουργίας και την νευροαπεικόνιση της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου<sup>5</sup>.

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

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

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

Έτσι, θεωρήθηκε ότι σε ορισμένους καταθλιπτικούς ασθενείς υπάρχει ανεπάρκεια σεροτονίνης, με βάση τη δράση και πάλι ορισμένων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που δεσμεύουν την επαναπρόσληψή της σεροτονίνης (π.χ. φλουοξετίνη) και επίσης την ανεύρεση ελαττωμένης

ποσότητας του μεταβολίτη της σεροτονίνης 5-υδροξυινδολεοξικό οξύ (5-HIAA) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό ορισμένων βαριά καταθλιπτικών ασθενών καθώς και ελαττωμένων αριθμών 5-HT<sub>2</sub> υποδοχέων στους εγκεφάλους ατόμων που αυτοκτόνησαν<sup>6</sup>.

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

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

Σημειώνουμε, ότι διαταραχές της νευροδιαβίβασης προτείνονται αιτιολογικά και για τα μανιακά επεισόδια με βάση τη μελέτη των μεταβολιτών των νευροδιαβιβαστών, της λειτουργίας των υποδοχέων, της δράσης των φαρμάκων κτλ<sup>5</sup>.

### **1.3.3. Μηχανισμός γένεσης της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης**

Το **εκείνο, το εγώ και το υπερεγώ** είναι τα τρία ψυχικά τμήματα του δομικού μοντέλου του Freud. Σύμφωνα με αυτό το δομικό μοντέλο το εκείνο αντιπροσωπεύει τα κίνητρα, τα ένστικτα και τις βιολογικές ανάγκες του ατόμου και κατά συνέπεια είναι έμφυτο, το Εγώ αποτελεί το λογικό μέρος που αν και δεν είναι έμφυτο, αναπτύσσεται και καλλιεργείται με την επίδραση της

συσσωρευμένης εμπειρίας και τέλος το υπερεγώ αντιπροσωπεύει όλες τις θετικές ηθικές και κοινωνικές αξίες του ατόμου, αποτελώντας κατά κάποιο τρόπο την ηθική συνείδηση.

Οπότε είμαστε σε θέση να υποστηρίξουμε ότι με βάση την ψυχαναλυτική ορολογία, η μελαγχολία-κατάθλιψη είναι η εκδήλωση υποταγής του εγώ στο υπερεγώ, ενώ η μανία αντιθέτως είναι η εκδήλωση εξέγερσης του εγώ και απήφησης του υπερεγώ, το οποίο υπερεγώ κομματιάζεται μέσα στο εγώ . Κατά τη διάρκεια του ύπνου το εγώ και το υπερεγώ συγχωνεύονται<sup>1</sup> .

Άρα η μανιακή κατάσταση ορίζεται ως ο θρίαμβος των επιθετικών και σεξουαλικών ενορμήσεων του εγώ, η αποτίναξη του ζυγού και των φραγμών του υπερεγώ ως άμυνα κατά της δυσφορίας που δημιουργήσε το καταθλιπτικό επεισόδιο που προηγήθηκε. Γι αυτό και ασθενείς λειτουργούν ως εξής: Ο λόγος τους είναι παράδοξος, με ιδέες μεγαλεπήβολες και τολμηρές, αλλά και μανίες καταδίωξης. Τα σχέδια και οι προτάσεις τους είναι πολύ φιλόδοξα. Αλλάζει αδιάκοπα ιδέες, βιώνει ξαφνικές κρίσεις ευφορίας οι οποίες συνδυάζονται με κρίσεις αλλόφρονος γέλιου το οποίο εναλλάσσεται με κλάμα. Ντύνεται εκκεντρικά και προσφέρει δώρα σε όλους. Η κατάστασή του μπορεί να τον οδηγήσει στη διάπραξη κλοπών, σε αναίσχυντες πράξεις, σε πρόστυχη συμπεριφορά και σε ανήθικες προτάσεις γενικότερα<sup>1,2</sup> .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

### 2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Μελέτες ανά τα έτη 1988-1997-2001 σύμφωνα με το DSM-III-R μας γνωστοποιούν τα διαγνωστικά κριτήρια για το μανιακό σύνδρομο.

#### 2.1.1 Διαγνωστικά κριτήρια για Διπολική Διαταραχή

##### (Μανιοκαταθλιπτική νόσος)

Η Διπολική Διαταραχή γενικά περιλαμβάνει πλήρως ανεπτυγμένα επεισόδια μανίας και κατάθλιψης. Τα μανιακά επεισόδια μπορεί να εναλλάσσονται κανονικά - ένα προς ένα - με τα καταθλιπτικά επεισόδια ή μπορεί να προεξάρχει μια από τις δύο αυτές ακραίες συναισθηματικές καταστάσεις. Σημειώνουμε και πάλι ότι ενώ οι ασθενείς που βιώνουν μόνον καταθλιπτικά επεισόδια ταξινομούνται ως πάσχοντες



από (μονοπολική) Καταθλιπτική Διαταραχή, αυτοί που βιώνουν μόνο μανιακά επεισόδια ταξινομούνται στη Διπολική Διαταραχή. Οποσδήποτε, όμως, αυτοί οι ασθενείς είναι λίγοι, καθώς ο κανόνας είναι ιστορικό και καταθλιπτικών και μανιακών επεισοδίων<sup>7</sup>.

#### **Συμπτώματα της μανίας**

Ήδη περιγράψαμε αναλυτικά τα συμπτώματα των καταθλιπτικών επεισοδίων στις Καταθλιπτικές Διαταραχές. Η διάγνωση των Διπολικών Διαταραχών βασίζεται στην αναγνώριση των μανιακών επεισοδίων, οπότε είναι σημαντικό

να περιγράψουμε τα συμπτώματα της μανίας και υπομανίας. Τα κύρια συμπτώματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 8-4 και περιγράφονται παρακάτω:

**Πίνακας. Συμπτώματα της μανίας και υπομανίας**

---

- Διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης (ευφορία, ευερεθιστότητα)
  - Διογκωμένη αυτοεκτίμηση
  - Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο
  - Πίεση λόγου
  - Διάσπαση της προσοχής
  - Αυξημένη δραστηριότητα/υπερκινητικότητα (κινητική ανησυχία, υπερβολική εμπλοκή κοινωνικά, στην εργασία, σεξουαλικά)
  - Υπερβολική εμπλοκή σε δραστηριότητες που μπορεί να έχουν οδυνηρές συνέπειες
  - Συναισθηματική αστάθεια<sup>9</sup>
- 

**Παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις (στη μανία)**

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

ενοχλητικό και εξωπραγματικό τρόπο (τηλεφωνούν φίλους στις 4.00 το πρωί, π.χ. χωρίς να λογαριάζουν ότι κοιμούνται).

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

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

Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο. Σχεδόν όλοι οι μανιακοί ασθενείς βιώνουν μian ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, που είναι χαρακτηριστική και θα πρέπει να ρωτηθεί. Οι μανιακοί ασθενείς νιώθουν γεμάτοι ενέργεια και ενεργητικότητα παρά το ότι δεν ξεκουράζονται καθόλου ή πολύ λίγο. Δεν κουράζονται, δεν νιώθουν την ανάγκη για ανάπαυση και μπορεί να συνεχίζουν χωρίς ύπνο για μέρες χωρίς να αισθανθούν κούραση<sup>8</sup>.

Πίεση λόγου. Οι μανιακοί ασθενείς μιλούν σα να βρίσκονται κάτω από πίεση να βγάλουν τις λέξεις έξω. Μιλούν δυνατά και γρήγορα και συνήθως είναι δύσκολο να τους διακόψει κανείς. Το περιεχόμενο της ομιλίας τους μπορεί να

είναι φυσιολογικό ή γεμάτο αστεία και λογοπαίγνια ή γεμάτο κατηγορίες, εχθρικότητα και υβρεολόγια. Συχνά οι μανιακοί ασθενείς μπορεί να έχουν θεατρικό στυλ, να χορεύουν και να τραγουδούν και να παρουσιάζονται αρκετά διασκεδαστικοί. Οι συνειρμοί και η επιλογή των λέξεων μπορεί να βασίζονται περισσότερο στους ήχους παρά στις ιδέες-σκέψεις με αποτέλεσμα να έχουμε ηχητικούς συνειρμούς (Δως μου ένα μήλο - δεν σε έχω φίλο - θα φας ξύλο)<sup>10</sup>.

Φυγή των ιδεών (Ιδεοφυγή). Είναι οι απότομες αλλαγές από το ένα θέμα στο άλλο σε μια συνεχή ροή επιταχυμένου λόγου. Ο ασθενής κάνει συνειρμούς που είναι κατανοητοί, αλλά βασίζονται σε λογοπαίγνια, εξωτερικά ερεθίσματα ή άλλους τυχαίους παράγοντες. Αν η φυγή των ιδεών γίνει πολύ έντονη τότε ο λόγος γίνεται αποδιοργανωμένος και ακατανόητος<sup>9</sup>.

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

Αυξημένη δραστηριότητα / Υπερκινητικότητα. Περιλαμβάνει κινητική ανησυχία και υπερβολική εμπλοκή σε σεξουαλικές, ψυχαγωγικές, επαγγελματικές, πολιτικές, θρησκευτικές κ.ά. δραστηριότητες. Σχεδόν πάντα υπάρχει αυξημένη κοινωνικότητα με προσπάθειες για ανανέωση παλιών γνωριμιών και τηλεφωνήματα σε φίλους όλη τη νύχτα. Οι ασθενείς μπορεί ν' αρχίσουν ταυτόχρονα πολλά σχέδια π.χ. να βάψουν το σπίτι τους, να γράψουν ένα μυθιστόρημα, να κάνουν γενική επισκευή του αυτοκινήτου τους κλπ. - όλα την ίδια μέρα. Οποσδήποτε αυτή η υπερβολική εμπλοκή δείχνει και έλλειψη κριτικής ικανότητας<sup>10</sup>.

Υπερβολική εμπλοκή σε δραστηριότητες που μπορεί να έχουν οδυνηρές συνέπειες. Η έλλειψη κριτικής ικανότητας μαζί με την υπερβολική διαχυτικότητα, το αίσθημα μεγαλείου και την εξωπραγματική αισιοδοξία μπορεί να οδηγήσουν τους ασθενείς σε πράξεις με οδυνηρές συνέπειες. Έτσι, π.χ. ένας

μανιακός ασθενής μπορεί να ξοδέψει μια περιουσία ή ν' αγοράσει του κόσμου τα πράγματα και να καταχρεωθεί ή να οδηγεί απρόσεκτα και επικίνδυνα, να φύγει ξαφνικά σε ταξίδι για να γυρίσει τον κόσμο, να παρουσιάσει αχαρακτήριστη σεξουαλική συμπεριφορά ή να στέκεται στις γωνιές του δρόμου και να ανοίγει ενοχλητικά συζήτηση με περαστικούς. Μπορεί επίσης να ντύνεται με χτυπητά ή προκλητικά ρούχα, να βάφεται (γυναίκες ασθενείς) χτυπητά ή απρόσεκτα και έντονα, να μοιράζει γλυκά, λεφτά κλπ<sup>11</sup>.

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

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

Λιγότερο συχνά το περιεχόμενο είναι ασύμφωνο με τη συναισθηματική διάθεση<sup>11</sup>.

### **Διάγνωση της μανίας**

Η διάγνωση της μανίας - και της Διπολικής Διαταραχής ή Μανιοκαταθλιπτικής νόσου κατ' επέκταση - κατά το DSM-III-R βασίζεται στην αναγνώριση της ύπαρξης ή όχι Μανιακού Επεισοδίου (βλ. για τα διαγνωστικά του κριτήρια παρακάτω), οπότε η Διπολική Διαταραχή διακρίνεται στις εξής μορφές (με βάση τα DSM-III-R κριτήρια)<sup>12</sup>:



Διπολική διαταραχή, Μικτή.

A. Το τωρινό (ή το πολύ πρόσφατο) επεισόδιο περιλαμβάνει την πλήρη συμπτωματική εικόνα και του Μανιακού και του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (εκτός από την απαίτηση για διάρκεια δυο εβδομάδων των



καταθλιπτικών συμπτωμάτων) (βλ. σχετικά) αναμεμιγμένα ή με ταχεία εναλλαγή κάθε λίγες μέρες. B. Προεξάρχοντα καταθλιπτικά συμπτώματα που διαρκούν τουλάχιστον μία ολόκληρη μέρα<sup>13</sup>.

**Προσδιορίστε αν είναι εποχιακού σχήματος.**

Διπολική διαταραχή, Μανιακή. Το άτομο τώρα (ή πολύ πρόσφατα) βρίσκεται σε Μανιακό επεισόδιο (βλ. σχετικά). (Εάν υπήρξε προηγούμενο Μανιακό Επεισόδιο το τωρινό επεισόδιο δεν είναι αναγκαίο να πληροί όλα τα κριτήρια του Μανιακού Επεισοδίου)..

**Προσδιορίστε αν είναι εποχιακού σχήματος.**

Διπολική διαταραχή, Καταθλιπτική. A. Το άτομο είχε ένα ή περισσότερα Μανιακά Επεισόδια. B. Τώρα (ή πολύ πρόσφατα) βρίσκεται σε Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο. (Εάν υπήρξε προηγούμενο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, το τωρινό καταθλιπτικό επεισόδιο δεν είναι αναγκαίο να πληροί όλα τα κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου)<sup>12,13</sup>.

**Προσδιορίστε αν είναι εποχιακού σχήματος.**

**Μανιακό Επεισόδιο (Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-III-R)**

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

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

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

1. διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου
2. ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, π.χ. νιώθει ότι αναπαύθηκε ύστερα από μόνο τρεις ώρες ύπνο
3. μεγαλύτερη ομιλητικότητα από το συνηθισμένο ή πίεση να συνεχίσει να μιλά
4. φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν
5. διάσπαση της προσοχής, δηλαδή η προσοχή πολύ εύκολα έλκεται από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα
6. αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας (είτε κοινωνικά, στην εργασία ή στο σχολείο ή σεξουαλικά) ή ψυχοκινητική διέγερση
7. υπερβολική εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που έχουν μεγάλη πιθανότητα για οδυνηρές συνέπειες, π.χ. το άτομο ανακατεύεται σε χωρίς περιορισμό άκριτες αγορές, σε σεξουαλικές αδιακρισίες ή σε ανόητες επιχειρησιακές επενδύσεις.

Γ. Διαταραχή της διάθεσης αρκετά σοβαρή ώστε να προκαλέσει εκσεσημασμένη έκπτωση στην επαγγελματική λειτουργικότητα ή στις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες ή στις σχέσεις με τους άλλους ή να

κάνει απαραίτητη τη νοσηλεία για να προληφθεί κακό στον εαυτό ή στους άλλους.

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

Ε. Δεν επικάθεται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωτική Διαταραχή ΜΠΑ.

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

Σημ.: Σωματική αντικαταθλιπτική θεραπεία (π.χ. φάρμακα, ηλεκτροσόκ) που φανερά εκλύει μια διαταραχή της διάθεσης δεν πρέπει να θεωρηθεί ως αιτιολογικός οργανικός παράγοντας<sup>13</sup>.

Τύποι Μανιακού Επεισοδίου σύμφωνα με το DSM-III-R (Βαρύτητα τωρινής κατάστασης)

1. Ήπιο: Πληροί τα ελάχιστα κριτήρια συμπτωμάτων για Μανιακό Επεισόδιο (ή σχεδόν πληροί τα κριτήρια συμπτωμάτων εάν υπήρξε προηγούμενο Μανιακό Επεισόδιο).
2. Μέτριο: Υπερβολική αύξηση της δραστηριότητας ή έκπτωση της κριτικής ικανότητας.
3. Σοβαρό, χωρίς Ψυχωτικά Στοιχεία: Απαιτείται σχεδόν συνεχής επίβλεψη για να προληφθεί σωματική βλάβη του εαυτού ή των άλλων.
4. Με Ψυχωτικά Στοιχεία: Παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή κατατονικά συμπτώματα<sup>14</sup>.

Αν είναι δυνατόν προσδιορίστε αν τα ψυχωτικά στοιχεία είναι σύμφωνα ή ασύμ- φωνα με τη συναισθηματική διάθεση.

Ψυχωτικά στοιχεία σύμφωνα με τη συναισθηματική διάθεση: Παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις των οποίων το περιεχόμενο εναρμονίζεται πλήρως με τα τυπικά μανιακά θέματα της διογκωμένης προσωπικής αξίας, δύναμης, γνώσης, ταυτότητας ή ειδικής σχέσης με κάποια θεότητα ή διάσημο άτομο. Ψυχωτικά στοιχεία ασύμφωνα με τη συναισθηματική διάθεση: Είτε το α) είτε το

Κα) Παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις των οποίων το περιεχόμενο δεν περιλαμβάνει τα τυπικά μανιακά θέματα της διογκωμένης προσωπικής αξίας, δύναμης, γνώσης, ταυτότητας ή ειδικής σχέσης με μια θεότητα ή διάσημο άτομο. Περιλαμβάνονται συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες δίωξης (όχι άμεσα σχετιζόμενες με ιδέες ή θέματα μεγαλείου), τοποθέτηση σκέψης και παραληρητικές ιδέες εξωτερικού ελέγχου.

β) Κατατονικά συμπτώματα π.χ, εμβροντησία, βοβόνη, αρνητισμός, λήψη παράξενων στάσεων.

1. Σε Μερική Ύφεση: Όλα τα κριτήρια πληρούνταν πριν, αλλά όχι τώρα! μερικά σημεία ή συμπτώματα της διαταραχής επιμένουν.
2. Σε Πλήρη Ύφεση: Όλα τα κριτήρια πληρούνταν πριν, αλλά δεν υπήρξαν σημαντικά σημεία ή συμπτώματα της διαταραχής τουλάχιστον για έξι μήνες.

Απροσδιόριστο<sup>15</sup>.

Υπομανιακό Επεισόδιο

Το Υπομανιακό Επεισόδιο έχει τα χαρακτηριστικά του Υπομανιακού Συνδρόμου (βλ. ανωτέρω) και γενικότερα είναι λιγότερο βαρύ από το Μανιακό Επεισόδιο και ποτέ δεν έχει ψυχωτικά στοιχεία<sup>14</sup>.

### **Διαφορική διάγνωση**

Οργανικά Σύνδρομα Διαταραχής της Διάθεσης. Οργανικές αιτίες μανίας περιλαμβάνουν φάρμακα-ουσίες όπως τα στεροειδή και οι αμφεταμίνες ή ακόμη το αλκοόλ και ασθένειες όπως όγκος του εγκεφάλου, σκλήρυνση κατά πλάκας, εγκεφαλικά επεισόδια κλπ. Γι' αυτό και η ιατρική εξέταση του πρώτου μανιακού επεισοδίου πρέπει να είναι διεξοδική και να περιλαμβάνει πλήρη φυσική και εργαστηριακή εξέταση και πλήρες ιστορικό (βλ. Πίνακα 8-4)<sup>10</sup>.

### **Πίνακας. Η ιατρική εξέταση του μανιακού ασθενή**

---

- Ιατρικό ιστορικό - συμπεριλαμβανόμενης της χρήσης φαρμάκων Φυσική εξέταση
  - Εργαστηριακός έλεγχος ρουτίνας Γενική αίματος Βιοχημικές εξετάσεις αίματος Ανάλυση ούρων
  - Έλεγχος λειτουργίας θυρεοειδούς
  - Έλεγχος αίματος και ούρων για τοξικές ουσίες<sup>9</sup>
- 

**Σχιζοφρένεια.** Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις που η μανία και η Σχιζοφρένεια μοιάζουν τόσο πολύ που είναι σχεδόν αδύνατο να τις ξεχωρίσει ο κλινικός με βάση μόνο τα συμπτώματά τους. Π.χ. ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες δίωξης, ιδέες μεγαλείου, αλλόκοτη συμπεριφορά, ευερεθιστότητα, θυμός ή επιθετικότητα είναι κοινά και στις δύο καταστάσεις. Τότε ο κλινικός αναγκάζεται να καταφύγει σε άλλα χαρακτηριστικά που στατιστικά συνδυάζονται περισσότερο με τη μία ή την άλλη ασθένεια. Ο Πίνακας που ακολουθεί επιδεικνύει αυτά τα διαφοροδιαγνωστικά στοιχεία.

**Πίνακας. Στοιχεία που βοηθούν τη διαφοροδιάγνωση Διπολικής Διαταραχής από Σχιζοφρένεια.**

---

**Ευνοεί τη Διπολική Διαταραχή**

**Ευνοεί τη Σχιζοφρένεια**

---

Προηγούμενο επεισόδιο μανίας ή κατάθλιψης	Έλλειψη προηγούμενου ιστορικού Διαταραχής της διάθεσης
Ιστορικό πλήρους αποκατάστασης ανάμεσα σε οξεία επεισόδια της νόσου	Ιστορικό υπολειμματικής βλάβης ανάμεσα σε οξείες υποτροπές της νόσου
Καλή προνοσηρή λειτουργικότητα	Προοδευτική χειροτέρευση και κακή προνοσηρή λειτουργικότητα
Οικογενειακό ιστορικό θετικό για υποτροπιάζουσα ψυχωτική νόσο	Οικογενειακό ιστορικό, αρνητικό για υποτροπιάζουσα ψυχωτική νόσο.
Ιστορικό καλής θεραπευτικής απάντησης σε λίθιο και / ή ηλεκτροσόκ.	Κακή απάντηση σε θεραπεία με λίθιο και / ή ηλεκτροσόκ <sup>9</sup> .

**Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή.** Η διάγνωση αυτή ήταν κυριολεκτικά μια μορφή «κάλαθου αχρήστων» κάθε φορά που ο κλινικός αδυνατούσε να ξεχωρίσει τη Μανιοκαταθλιπτική νόσο από τη Σχιζοφρένεια. Το DSM-III-R τελικά διαμόρφωσε ειδικά διαγνωστικά κριτήρια για τη Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή (βλ. σχετικά), η πράξη όμως θα δείξει τη χρησιμότητά τους<sup>16</sup>.

**Κυκλοθυμία.** Ουσιαστικά, η διαταραχή αυτή περιλαμβάνει πολυάριθμες περιόδους κατάθλιψης και υπομανίας (Υπομανιακά Επεισόδια) με βραχύτερες όμως διακυμάνσεις της διάθεσης και λιγότερο έντονα συμπτώματα, που δεν πληρούν τα κριτήρια είτε της Μείζονος Κατάθλιψης είτε της Διπολικής Διαταραχής. Μπορεί, όμως, Διπολική Διαταραχή να επικαθήσει σε Κυκλοθυμία (να εμφανισθεί δηλαδή Μανιακό Επεισόδιο), οπότε δίνουμε και τις δύο διαγνώσεις<sup>14</sup>.

### **Κλινική πορεία**

Ασθενείς με Διπολική Διαταραχή στην αρχή μπορεί να παρουσιάσουν είτε μανιακό είτε καταθλιπτικό επεισόδιο. Αν ένα επεισόδιο είναι καταθλιπτικό και δεν υπάρχει ιστορικό μανίας είναι φανερό ότι δεν ξέρουμε αν ο ασθενής έχει

(μονοπολική) Καταθλιπτική ή Διπολική Διαταραχή. Μόνο το μέλλον θα δείξει αν ο ασθενής αυτός θα παρουσιάσει μανιακό επεισόδιο ή θα συνεχίσει να έχει μόνο καταθλιπτικά επεισόδια.

Στη Διπολική Διαταραχή, συχνά το πρώτο επεισόδιο είναι Μανιακό. Τα Μανιακά Επεισόδια γενικά αρχίζουν ξαφνικά και η έντασή τους κλιμακώνεται γρήγορα σε λίγες μέρες. Αν και τα Μανιακά Επεισόδια μπορεί να διαρκέσουν μέχρι και μήνες, συνήθως είναι βραχύτερα και τελειώνουν πιο απότομα από τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια. Επίσης, στη Διπολική Διαταραχή τόσο τα Μανιακά, όσο και τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια είναι συχνότερα και βραχύτερα από τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια της Μείζονος Κατάθλιψης. Πριν την εισαγωγή του λιθίου, του ηλεκτροσόκ και των αντιψυχωτικών στη θεραπεία της μανίας, η μέση διάρκεια ενός Μανιακού Επεισοδίου ήταν τρεις μήνες. Με τη θεραπεία με τα παραπάνω η όλη διάρκεια έχει ελαττωθεί σημαντικά, πολλές φορές μόνο σε λίγες μέρες. Χωρίς όμως πρόωμη έναρξη της θεραπείας η κλινική πορεία της μανίας μπορεί να είναι δραματική: στην αρχή ευφορία, γρήγορα όμως ευερεθιστότητα, πανικός, οργή· στην αρχή αυξημένη δραστηριότητα και μετά ξέφρενη και αλλόκοτη συμπεριφορά' στην αρχή καχυποψία, αίσθημα μεγαλείου και καλπάζουσες σκέψεις και μετά παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ασυναρτησία.

Σχεδόν όλοι οι ασθενείς που έχουν ένα ή περισσότερα μανιακά επεισόδια τελικά θα παρουσιάσουν τουλάχιστον ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Οποιοδήποτε επεισόδιο - μανιακό ή καταθλιπτικό - μπορεί ν' ακολουθηθεί αμέσως από ένα βραχύ επεισόδιο του άλλου τύπου, αλλά συνήθως τα μανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια χωρίζονται μεταξύ τους από κάποια περίοδο φυσιολογικής διάθεσης και λειτουργικότητας. Μπορεί όμως σε σπάνιες περιπτώσεις για μεγάλο χρονικό διάστημα να υπάρχει εναλλαγή των δύο τύπων επεισοδίων χωρίς παρεμβολή φυσιολογικής περιόδου<sup>16</sup>.

Σε μερικούς ασθενείς μετά από ένα μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να περάσουν χρόνια χωρίς υποτροπή. Άλλοι έχουν περιόδους αλληπάλληλων μανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων. Άλλοι έχουν συνεχώς και συχνότερα μανιακά και/ή καταθλιπτικά επεισόδια καθώς προχωρά η ηλικία τους. Και υπάρχει και μία υποομάδα διπολικών ασθενών (20 ως 35%) που δεν επιστρέφουν στη φυσιολογική τους διάθεση και λειτουργικότητα, αλλά γίνονται χρόνιαι με σημαντικά υπολειμματικά συμπτώματα και κοινωνική έκπτωση (πιο πιθανό να συμβεί αν υπάρχουν συχνές υποτροπές).

Οι πιο κοινές επιπλοκές στην πορεία ενός Μανιακού Επεισοδίου είναι η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών και οι συνέπειες της κακής κριτικής ικανότητας (προσωπικές, οικονομικές κλπ.).

Εκτός από τη Διπολική Διαψραχή ή Μανιοκαταθλιπτική νόσο υπάρχουν κατά το DSM-III-R και άλλες Διπολικές Διαταραχές που είναι ηπιότερες, όπως π.χ. η Κυκλοθυμία, που θα περιγραφεί παρακάτω και η Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (ΜΠΑ): Η Διπολική Διαταραχή ΜΠΑ περιλαμβάνει διαταραχές με μανιακά ή υπομανιακά στοιχεία που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμιά συγκεκριμένη Διπολική Διαταραχή<sup>17</sup>.

**Παραδείγματα:**

1. τουλάχιστον ένα Υπομανιακό Επεισόδιο και τουλάχιστον ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο αλλά ποτέ είτε Μανιακό Επεισόδιο είτε Κυκλοθυμία. Τέτοιες περιπτώσεις έχουν αναφερθεί ως «Διπολική Π»
2. ένα ή περισσότερα Υπομανιακά Επεισόδια, αλλά χωρίς Κυκλοθυμία ή ιστορικό είτε Μανιακού είτε Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου
3. Μανιακό Επεισόδιο επικαθήμενο σε Παραληρητική Διαταραχή, υπολειμματική Σχιζοφρένεια ή Ψυχωτική Διαταραχή ΜΠΑ<sup>17</sup>.



### **Κυκλοθυμία (Κυκλοθυμική Διαταραχή)**

Η Κυκλοθυμία αναφέρεται στο σύνδρομο όπου υπάρχει χρόνια διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης διάρκειας τουλάχιστον δύο χρόνων, με πολυάριθμες περιόδους κατάθλιψης και υπομανίας που είναι λιγότερο σοβαρές και βραχύτερες απ' ό,τι της Διπολικής Διαταραχής. Εξορισμού, δεν υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία που θα οδηγούσαν τη διάγνωση προς τη Διπολική Διαταραχή<sup>14</sup>.

**Κατά** το DSM-III-R τα διαγνωστικά κριτήρια της **Κυκλοθυμίας** είναι:

A. Για τουλάχιστον δύο χρόνια (ένα χρόνο για παιδιά και εφήβους) παρουσία πολυάριθμων Υπομανιακών Επεισοδίων (όλα τα κριτήρια του Μανιακού Επεισοδίου, εκτός του κριτηρίου Γ που δείχνει εκσεσημασμένη έκπτωση) και πολυάριθμων περιόδων με καταθλιπτική διάθεση ή απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης που δεν πληρούσαν το κριτήριο A του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.

B. Στη διάρκεια μιας περιόδου δύο χρόνων (ενός χρόνου για παιδιά και εφήβους) της διαταραχής, ποτέ χωρίς υπομανιακά ή καταθλιπτικά συμπτώματα για περισσότερο από δύο μήνες τη φορά.

Γ. Όχι σαφής απόδειξη ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου ή Μανιακού Επεισοδίου στη διάρκεια των δύο πρώτων χρόνων της διαταραχής (ή ενός χρόνου για παιδιά και εφήβους).

Σημ.: Μετά από αυτήν την ελάχιστη περίοδο της Κυκλοθυμίας, μπορεί να επικαθήσουν Μανιακά ή Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια, οπότε στην περίπτωση αυτή πρέπει να δοθεί η επιπρόσθετη διάγνωση της Διπολικής Διαταραχής ή Διπολικής Διαταραχής ΜΠΑ.

Δ. Δεν επικάθεται σε χρόνια ψυχωτική διαταραχή, όπως Σχιζοφρένεια ή Παραληρητική Διαταραχή.

Ε. Δεν μπορεί ν' αποδειχθεί ότι κάποιος οργανικός παράγοντας άρχισε και συντήρησε τη διαταραχή, π.χ. επανειλημμένη τοξίκωση από φάρμακα ή αλκοόλ<sup>17</sup>.

Η Κυκλοθυμία συνήθως αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και γενικά έχει ασαφή έναρξη και χρόνια πορεία. Ο βαθμός που επηρεάζει την κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα ποικίλλει από τον ήπιο μέχρι το σοβαρό.

Παλιότερα, θεωρούνταν σπάνια διαταραχή. Σήμερα, γνωρίζουμε, ότι είναι αρκετά συχνή, (επιπολασμός περιόδου ζωής 0.4 ως 3.5%) ιδίως σε άτομα που ζητούν εξωνοσοκομειακή θεραπεία (οποσδήποτε, τα πιο σαφή διαγνωστικά κριτήρια έχουν παίξει ρόλο στην καλύτερη αναγνώριση της διαταραχής). Η Κυκλοθυμία φαίνεται να είναι το ίδιο συχνή στις γυναίκες και στους άντρες. Μείζων Κατάθλιψη και Διπολική Διαταραχή είναι πιο συχνές στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με Κυκλοθυμία απ' ότι στο γενικό πληθυσμό.

Η πιο συχνή επιπλοκή της Κυκλοθυμίας είναι η κατάχρηση ουσιών. "Όπως και στη Μανιο-καταθλιπτική νόσο, οι κυκλοθυμικοί ασθενείς μπορεί να «θεραπεύουν» φαρμακευτικά την κατάθλιψή τους με διεγερτικά και αλκοόλ και να' κάνουν κατάχρηση διεγερτικών και ψευδαισθησιογόνων στη διάρκεια των υπομανιακών περιόδων.

Η διαφορική διάγνωση της Κυκλοθυμίας είναι ουσιαστικά η ίδια όπως του Μείζονος Καταθλιπτικού και του Μανιακού Επεισοδίου. Και, όπως ήδη αναφέραμε, η Διπολική Διαταραχή μπορεί να επικαθήσει σε Κυκλοθυμία<sup>9</sup>.

Η θεραπεία είναι παρόμοια με της Διπολικής Διαταραχής. Πολλοί ασθενείς μπορεί να γίνουν νορμοθυμικοί, να σταθεροποιήσουν δηλαδή τη συναισθηματική τους διάθεση με θεραπεία συντήρησης με λίθιο.

Ένα μανιακό σύνδρομο περιλαμβάνει τα κριτήρια Α, Β και Γ ενώ ένα υπομανιακό περιλαμβάνει τα Α και Β.

A. όταν για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο η συναισθηματική διάθεση ήταν παθολογικά και επίμονα ανεβασμένη ή ευερέθιστη.

B. Κατά τη διάρκεια της διαταραχής τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω συμπτώματα εκδηλώνονται και μάλιστα σε σημαντικό βαθμό. Προκειμένου να είναι δυνατή η διάγνωση της μανίας τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα και για διάστημα μεγαλύτερο της μιας εβδομάδας. (Στην περίπτωση που η διάθεση χαρακτηρίζεται από ευερεθιστότητα, 4 επιπλέον συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα για τη διάγνωση)

---

- Αυξημένη δραστηριότητα και ανησυχία
  - Υπερβολικά ευφορική διάθεση
  - Ακραία ευερεθιστότητα
  - Γρήγορη σκέψη, γρήγορος λόγος και εναλλαγές ιδεών
  - Διάσπαση της προσοχής και αδυναμία συγκέντρωσης
  - Μειωμένη ανάγκη για ύπνο
  - Διογκωμένη αυτοεκτίμηση
  - Χαμηλή κριτική ικανότητα
  - Άκριτη αύξηση των δαπανών για αγορές κ.λ.π
  - Ασυνήθιστη συμπεριφορά κατά την τελευταία περίοδο
  - Αυξημένη σεξουαλική δραστηριότητα
  - Κατάχρηση ουσιών (πχ. κοκαΐνη, αλκοόλ, ηρεμιστικά)
  - Παρορμητική ή επιθετική συμπεριφορά
  - Άρνηση του ασυνήθιστου χαρακτήρα της διάθεσης και συμπεριφοράς
- 

Γ. Διαταραχή της διάθεσης σε τέτοιο βαθμό ώστε να προκαλέσει προβλήματα στην επαγγελματική διάσταση του ατόμου, στις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες του, στις σχέσεις με τον κόσμο ή να καταστήσει απαραίτητη τη νοσηλεία για να προληφθεί η τάση να κάνει κακό στον ίδιο ή στους γύρω του.

---

Δ. Σε καμιά χρονική περίοδο κατά τη διάρκεια της διαταραχής δεν υπήρξαν παραληρητικές ιδέες για δυο τουλάχιστον εβδομάδες.

Ε. Δεν επικάθεται σε σχιζοφρένεια.

ΣΤ. Δεν αποδεικνύεται ότι κάποιος οργανικός παράγοντας προκάλεσε και συντήρησε τη διαταραχή<sup>17</sup>.

### **2.1.2 Διαγνωστικά κριτήρια για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο**

Ας αναφέρουμε ξανά ορισμένες πληροφορίες σχετικές με το φαινόμενο. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή προσβάλλει ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού. Τα ποσοστά κυμαίνονται από 10% έως 25% στις γυναίκες και από 5% έως 12% στους άντρες. Αυτά τα ποσοστά δεν εξαρτώνται από την εθνικότητα, τη μόρφωση, το εισόδημα και την οικογενειακή κατάσταση. Η μείζων κατάθλιψη έχει υψηλό δείκτη θνησιμότητας. Έχει βρεθεί ότι μέχρι και 15 % των ασθενών αυτοκτονούν. Επιπλέον στους ασθενείς πάνω από 55 ετών η συχνότητα αυτοκτονίας είναι τετραπλάσια της συχνότητας θανάτου του γενικού πληθυσμού. Οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη αναφέρουν συχνότερα πόνο και σωματικές νόσους, κάνουν περισσότερες επισκέψεις στους γιατρούς και έχουν μειωμένη συνολικά λειτουργικότητα<sup>18</sup>.

#### **Α ΚΡΙΤΗΡΙΟ:**

Χρειάζεται η ταυτόχρονη παρουσία 5 ή περισσότερων από τα παρακάτω συμπτώματα και το επεισόδιο να μην μπορεί να αποδοθεί σε πένθος από απώλεια αγαπημένου προσώπου, σε επιδράσεις φαρμάκων ή σε σωματική νόσο, όπως ο υποθυρεοειδισμός.

- Καταθλιπτική διάθεση
- Έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης για δραστηριότητες
- Σημαντική αλλαγή στο βάρος ή στην όρεξη

- Αϋπνία η υπερυπνία
- Ψυχοκινητική αναστάτωση ή επιβράδυνση
- Απώλεια ενέργειας ή κόπωση
- Αίσθηση αναξιοτήτας ή υπερβολικής / αδικαιολόγητης ενοχής
- Μειωμένη συγκέντρωση
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονικός ιδεασμός με ή χωρίς σχέδιο δράσης<sup>17</sup>

#### **B ΚΡΙΤΗΡΙΟ:**

1. Το άτομο δεν μπορεί να αποδεχθεί ότο κάποιος οργανικός παράγοντας πυροδότησε ή ανατροφοδότησε τη διαταραχή.
2. Η ψυχική διαταραχή δεν αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση στο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου.

#### **Γ ΚΡΙΤΗΡΙΟ:**

Ποτέ κατά τη διάρκεια της διαταραχής δεν έλαβαν χώρα παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για δυο εβδομάδες με απουσία των αρχικών συμπτωμάτων της συναισθηματικής διαταραχής<sup>17,18</sup>.

## **2.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ**

Γενικότερα τα συμπτώματα μας δείχνουν σε τι κατάσταση βρίσκεται ο ασθενής, ποια είναι η συμπεριφορά του και ποια εικόνα παρουσιάζει κατά τη διάρκεια του επεισοδίου<sup>17</sup>.

### **2.2.1. Συμπτώματα της μανιοκατάθλιψης κατά το μανιακό**

#### **επεισόδιο:**

1. **Διάσπαση της προσοχής, αδυναμία συγκέντρωσης και φυγή ιδεών :** η κατάσταση αυτή εκδηλώνεται με γρήγορη αλλαγή στην ομιλία, στις

δραστηριότητες που κάνει και σε αυτά που σκέπτεται. Όσον αφορά τη φυγή ιδεών παρουσιάζεται με γρήγορες και πολύ απότομες αλλαγές. Δεν εμπεριέχεται νόημα σε αυτά που εκφράζει, τα οποία συνήθως βασίζονται σε εξωτερικά ερεθίσματα και τυχαίους εξωγενείς παράγοντες.

**2. Μειωμένη ανάγκη για ύπνο :** Οι πάσχοντες νιώθουν γεμάτοι ενέργεια και ενεργητικότητα και αυτό έχει ως συνέπεια να μην αισθάνονται κούραση. Πολλές φορές κοιμούνται ελάχιστες ώρες και αυτό τους είναι αρκετό.

**3. Αυξημένη αυτοεκτίμηση και αίσθημα μεγαλείου:** Βιώνουν αυτά τα συναισθήματα και αναπτύσσουν μια υπερβολική αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση για τον εαυτό τους, η οποία πολλές φορές ξεφεύγει από τα όρια και αγγίζει παραληρητικές ιδέες μεγαλείου , όπως ότι είναι εκλεκτοί του Θεού.

**4. Άρνηση συμμόρφωσης:** Ιδιαίτερος όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθήσει με τη δικαιολογία συνήθως ότι αισθάνεται πιο καλά από ποτέ και δεν υπάρχει λόγος να του χορηγηθούν φάρμακα.

**5. Αυξημένη υπερκινητικότητα:** Αφορά δραστηριότητες κάθε είδους. Κάνουν ταυτόχρονα πολλές δραστηριότητες που βέβαια δεν ολοκληρώνουν ποτέ ( πχ παίρνουν παλιούς φίλους τηλέφωνο) και έχουν έντονη κινητική ανησυχία. Η έλλειψη κριτικής ικανότητας είναι εμφανέστατη.

**6. Παρουσίαση έντονης συναισθηματικής αστάθειας:** Η διάρκεια των συναισθηματικών διαταραχών μπορεί να διαρκέσει από μερικά λεπτά έως και ώρες. Σπανιότερα βέβαια υπάρχει η περίπτωση να διαρκέσουν και λίγο περισσότερο. Ο πάσχων περνάει ακαριαία από την ευφορία στο θυμό ή τη θλίψη.

**7. Παραληρητικές ιδέες, σκέψεις και ψευδαισθήσεις:** Το περιεχόμενό τους είναι ανάλογο με τη συναισθηματική τους διάθεση.

**8. Πίεση λόγου:** Οι μανιακοί ασθενείς δυνατά, γρήγορα και χωρίς αναπνοή σαν να βρίσκονται κάτω από πίεση και δύσκολα τους διακόπτεις.

**9. Κίνδυνος επιθετικής συμπεριφοράς:** Οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις συνάμα αποτελούν κίνητρα για στοχευμένη επιθετική συμπεριφορά. Εάν συνδυαστούν με οργή, υπερκινητικότητα και θυμό τότε μια έκρηξη είναι πολύ πιθανή. Ακόμη λόγω της μειωμένης κριτικής ικανότητας αυτών των ατόμων είναι δυνατή η συμμετοχή τους σε δραστηριότητες που έχουν οδυνηρά αποτελέσματα ή ακόμα και μοιραία.

Η επιθετικότητα του ασθενούς είναι ένα κομμάτι που πρέπει να μελετηθεί διεξοδικά. Οι νοσηλευόμενοι ψυχικά ασθενείς διαθέτουν ένα ποσοστό 15%-25% να εμφανίσουν επιθετική συμπεριφορά σε κάποιο στάδιο της νόσου<sup>19</sup>.

### **2.2.2. Συμπτώματα της μανιοκατάθλιψης κατά το καταθλιπτικό**

#### **επεισόδιο:**

Η κατάθλιψη και η μανία διαφέρουν ως προς τα συμπτώματά τους και για αυτό το λόγο είναι αρκετά εύκολο να διαγνωστεί αν ένα άτομο πάσχει από μανία ή από κατάθλιψη. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται :

- α. το συναίσθημα
- β. αυτόνομο νευρικό σύστημα και σωματικά ενοχλήματα
- γ. κινητοποίηση
- δ. σκέψη αντίληψη<sup>20</sup>.

#### **A. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ**

1. Καταθλιπτική διάθεση, αίσθηση κενού: Πρώτα πρώτα ο ασθενής θεωρεί πως δεν αξίζει καθόλου σαν άτομο. Υποστηρίζει γενικά πως τα συναισθήματα που βιώνει κυμαίνονται μεταξύ θλίψης, απογοήτευσης και λύπης. Γενικά το άγχος κατέχει βασική θέση στη ζωή του.

2. Απώλεια ενδιαφέροντος ή ικανοποίησης από τη συμμετοχή σε δραστηριότητες που θεωρούνταν προηγουμένως ευχάριστες, δηλαδή απώλεια

της ευχαρίστησης. Σε αυτή την περίπτωση χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή από την πλευρά μας διότι το άτομο ίσως να παραλείψει να το αναφέρει.

3. Άγχος: Ο ασθενής αισθάνεται δυσφορία, η οποία εκδηλώνεται με ιδρώτα, αύξηση παλμών<sup>18</sup>.

## **B. ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

1. Διαταραχή ύπνου: Αποτελεί το πιο συχνό και χαρακτηριστικό σύμπτωμα της κατάθλιψης. Τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη παρατηρούν μια ανωμαλία στην πορεία του ύπνου τους. Κάποια άτομα αργούν να αποκοιμηθούν. Το μεγαλύτερο, όμως, ποσοστό των καταθλιπτικών ατόμων κοιμάται φυσιολογικά αλλά ξυπνά νωρίτερα το πρωί από ό,τι συνήθως, κατά το ξημέρωμα, και, όσο και να προσπαθήσει, δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί. Συνεπώς, ο καταθλιπτικός ασθενής ξυπνά λίγες ώρες αφού κοιμηθεί και του είναι αδύνατον να ξαναπέσει για ύπνο. Τα καταθλιπτικά άτομα, προτού κοιμηθούν και αφού ξυπνήσουν, σκέφτονται ξανά και ξανά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν ίσως αυτός να είναι και ο λόγος που φοβούνται να αντιμετωπίσουν τη μέρα που ξεκινάει το πρωί. Η αϋπνία χωρίζεται σε τρία στάδια: αρχική (επελεύσεως -όπου το άτομο δεν μπορεί να αποκοιμηθεί), μέση (αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας και αδυναμία να ξανακοιμηθεί) και τελική (αφύπνιση νωρίς το πρωί). Η αρχική αϋπνία συνήθως συνδέεται περισσότερο με το άγχος, παρά με την κατάθλιψη<sup>20</sup>.

2. Διαταραχή της όρεξης: Επίσης συχνό σύμπτωμα της κατάθλιψης. Η ανορεξία που εκδηλώνει ο καταθλιπτικός, τον οδηγεί σε απώλεια βάρους. Μέχρι και 80 % των καταθλιπτικών χάνουν βάρος και αυτό ενίοτε μπορεί και να απειλήσει και τη ζωή τους. Δεν συνειδητοποιούν όμως την αλλαγή του βάρους τους, παρά μόνο όταν τύχει να ζυγιστούν ή να αντιληφθούν πως τα ρούχα "πλέουν" επάνω τους. Υπάρχει όμως κι ένα μικρότερο ποσοστό καταθλιπτικών,



στο οποίο σημειώνεται αύξηση της όρεξης και παίρνουν βάρος. Είναι η άτυπη κατάθλιψη με την υπερφαγία και την κατανάλωση γλυκών<sup>19</sup>.

3.Κόπωση-εξάντληση: Βασικό χαρακτηριστικό τους είναι η έλλειψη κινήτρων και η έλλειψη ενεργητικότητας (αδράνεια, αβουλία). Πρώτα μειώνουν και σταματούν τα hobby τους και στη συνέχεια μπορεί να μην πάνε ούτε στην εργασία τους. Παρουσιάζουν έντονη αναβλητικότητα και δυσκολία στη λήψη ακόμα και απλών αποφάσεων. Η κατάσταση συχνά επιδεινώνεται και αδιαφορούν ακόμα και για την προσωπική τους υγιεινή, σταματώντας το ξύρισμα, το χτένισμα ή ακόμα και το πλύσιμο του σώματος ή του προσώπου.

4. Σωματικές διαταραχές: Είναι σύνηθες οι καταθλιπτικοί να παραπονιούνται για σωματικούς πόνους και διάφορα οργανικά προβλήματα. Συνήθως επισκέπτονται αρκετούς γιατρούς για να ανακουφιστούν από τους πόνους τους, πριν επισκεφθούν έναν ψυχίατρο. Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι τα εξής: πονοκέφαλοι, μυϊκές κράμπες, ναυτία, εμετοί, βάρος στο στήθος, ξινή γεύση στο στόμα, ξηροστομία, πόνοι και δυσκαμψία στην πλάτη και το σβέρκο κ.ά. Αυτά τα συμπτώματα οφείλονται στην συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης.

5. Ψυχοκινητική επιβράδυνση: Όσοι υποφέρουν από κατάθλιψη, η ψυχοκινητική τους λειτουργία μειώνεται σημαντικά. Αυτό σημαίνει ότι σκέπτονται, μιλάνε και ενεργούν πιο αργά από το φυσιολογικό. Αυτό μπορεί να αφορά σε αναστολή σωματικών δραστηριοτήτων, όπως:

- μειωμένες και σπάνιες εκφράσεις του προσώπου
- έλλειψη χαμόγελου
- λιγότερη οπτική επαφή με άλλους ανθρώπους
- αργή και σύντομη ομιλία, δε μιλάτε σχεδόν καθόλου
- μεγάλες παύσεις και περιόδους αναμονής όταν μιλάτε
- πολύ μικρότερη κίνηση χεριών όταν μιλάτε

- παραμονή σε ακινησία για μεγάλο χρονικό διάστημα
- κίνηση με μειωμένο ρυθμό και χωρίς να κάνετε μεγάλες κινήσεις

Μπορεί, επίσης, να αφορά σε διανοητικές δραστηριότητες, οπότε:

- σκέπτεστε πιο αργά
- αντιμετωπίζετε δυσκολία μνήμης και συγκέντρωσης
- αντιμετωπίζετε δυσκολία στη λήψη αποφάσεων
- δεν ενδιαφέρεστε για τον εαυτό σας ή για τα άτομα γύρω σας. Συνεπώς, κινδυνεύετε να κριθείτε ακατάλληλοι για εργασία \

#### 6. Ψυχοκινητική διέγερση:

Αντιθέτως στην ψυχοκινητική διέγερση ειδικά τα ηλικιωμένα άτομα εμφανίζονται εκνευρισμένα, ανήσυχα και με μεγάλη ένταση. Λόγω αυτής της έντασης περπατούν συνέχεια, στριφογυρίζουν, εκνευρίζονται με το παραμικρό και κυρίως χάνουν εύκολα το ενδιαφέρον τους. Σε επίπεδο κινητοποίησης η ενέργεια μειώνεται σε όλες τις εκφράσεις της ζωής όπου για την παραμικρή ασχολία χρειάζεται μεγάλη καταβολή προσπάθειας. Ο καταθλιπτικός νιώθει ανήμπορος όχι απλά στην εκτέλεση απλών καθημερινών υποχρεώσεων αλλά και στη φροντίδα της προσωπικής υγιεινής και εμφάνισης.

7. Ελάττωση της σεξουαλικής ενέργειας (libido): Πολύ χαρακτηριστικό σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι η μειωμένη σεξουαλική επιθυμία και ικανότητα. Ένα τέτοιο σύμπτωμα μπορεί να δυσκολέψει τη σχέση του ατόμου με τον ή την σύντροφό του, που συχνά εκλαμβάνει την άρνηση σεξουαλικής επαφής ως απόρριψη. Το σύμπτωμα αυτό δημιουργεί κάποιες παρανοήσεις, όπως για παράδειγμα το ότι θεωρεί το καταθλιπτικό άτομο πως είναι σεξουαλικά ανίκανο ή όπως το ότι ο σύντροφος του ατόμου παρεξηγεί τη σεξουαλική του άρνηση εξηγώντας τη ως έλλειψη ερωτικής έλξης κι αγάπης. Οι πραγματικοί λόγοι που το άτομο χάνει το ενδιαφέρον του για σεξουαλική

δραστηριότητα είναι άλλοι. Αισθήματα ανησυχίας, απογοήτευσης, απαισιοδοξίας αποσπούν την προσοχή του καταθλιπτικού ατόμου από τη σεξουαλική επιθυμία. Επιπρόσθετα, αισθήματα που βιώνει ο ασθενής όπως η υπερευαισθησία του στην απόρριψη, η ενοχή, η δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων οργής συντείνουν στην απομάκρυνσή του από την σεξουαλική δραστηριότητα. Ωστόσο, η απώλεια της σεξουαλικής διάθεσης δεν είναι κοινή σε όλους τους καταθλιπτικούς ανθρώπους. Μάλιστα, σε μερικές (σπάνιες) περιπτώσεις ατόμων με κατάθλιψη υπάρχει αρχικά μια αύξηση της σεξουαλικής ενέργειας, μια κατάσταση γνωστή ως σεξουαλική ανησυχία. Εδώ το άτομο χαρακτηρίζεται από αύξηση των σεξουαλικών του ορμών. Η σεξουαλική ανησυχία μπορεί να είναι αποτέλεσμα ορμονικών αλλαγών ή αποτέλεσμα ταραχής και φόβου που οφείλεται στην κατάθλιψη που εκτονώνεται με αυτόν τον τρόπο<sup>19</sup>.

## **Γ. ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ**

1. Έλλειψη του ενδιαφέροντος: Οι ασθενείς δεν εκδηλώνουν πλέον κανένα ενδιαφέρον να ασχοληθούν με όλα εκείνα τα ενδιαφέροντα που μέχρι εκείνη τη στιγμή είχαν.

2. Αυτοκτονικές τάσεις: Για εκείνους, ο κόσμος, η ίδια τους η ζωή, είναι πολύ δυσάρεστη και ανυπόφορη, γι αυτό και η αυτοκτονία αποτελεί έναν τρόπο που οι ίδιοι θεωρούν ιδανικό προκειμένου να ξεφύγουν από την επώδυνη πραγματικότητα. Έτσι, συχνά οι καταθλιπτικοί έχουν επαναλαμβανόμενες ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας. Η αυτοκτονική σκέψη αποτελεί το πιο σοβαρό και επικίνδυνο σύμπτωμα των καταθλιπτικών. Όταν ένα άτομο αναφέρει την αυτοκτονία, ο ψυχίατρος οφείλει να λαμβάνει σοβαρά υπόψιν του τα όσα του εξομολογείται ο ασθενής, επειδή πολλά από τα άτομα που επιθυμούν να αυτοκτονήσουν μιλούν για τις προθέσεις τους πριν το κάνουν. Συχνά, οι σκέψεις του ασθενούς φαντάζουν παράλογες στα άτομα του κοντινού του

περιβάλλοντος, ειδικά όταν το άτομο θεωρείται από εκείνους όμορφο και πετυχημένο στην προσωπική και επαγγελματική του ζωή. Ακόμα και όταν οι άλλοι αντιλαμβάνονται κάποιες αλλαγές στη συμπεριφορά του καταθλιπτικού, δεν φαντάζονται ότι αυτές οι αλλαγές είναι μόνιμες. Έτσι, από τη στιγμή που τα άτομα δεν λαμβάνουν σοβαρά τα συμπτώματα αυτά, συχνά δημιουργείται ένα άσχημο περιβάλλον για τον καταθλιπτικό ασθενή, όπου έχουν δημιουργηθεί σοβαρές συγκρούσεις, ένταση, παρεξηγήσεις, αυξανόμενες ενοχές και αισθήματα απελπισίας.

Επιπρόσθετα έχει γνωστοποιηθεί ότι η βούληση του καταθλιπτικού είναι μειωμένη. Θα μπορούσε λοιπόν κάποιος να υποθέσει ότι εξίσου μειωμένη είναι και η ικανότητά του να αποφασίσει και να σχεδιάσει την αυτοκαταστροφή του. Αυτό όμως συνήθως συμβαίνει όταν η κατάθλιψή του έχει μεγάλο βάθος. Σε περιόδους όμως που το βάθος της κατάθλιψης δεν είναι μεγάλο και αυτό συνήθως συμβαίνει κατά την έναρξη και την λήξη της καταθλιπτικής φάσης, τότε η αυτοκτονία δεν αποτελεί απειλή.

Η έννοια ψυχοδυναμικά (ή απλώς δυναμικά) αναφέρεται στη συστηματική μελέτη και γνώση των ψυχικών δυνάμεων και κινήτρων που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά. Αν και δια μέσου των αιώνων πολλά μοντέλα προτάθηκαν για να εξηγήσουν και να σχηματοποιήσουν τη φύση της ψυχικής λειτουργίας του ανθρώπου, εντούτοις ήταν ο Sigmund Freud (1856-1939) εκείνος που ανέπτυξε την πιο ίσως ολοκληρωμένη και κλινικά χρήσιμη θεωρία για την κατανόηση της ψυχικής δομής και λειτουργίας. Η ψυχοδυναμική θεωρία του Freud η θεωρία δηλαδή των ψυχοδυναμικών, δίνει έμφαση στον ρόλο των ασυνείδητων κινήτρων σαν αιτίων της ανθρώπινης συμπεριφοράς καθώς και στη λειτουργική σημασία των συναισθημάτων. Περαιτέρω, η ψυχοδυναμική θεωρία (ή και ψυχοδυναμική απλά) θεωρεί ότι η συμπεριφορά του ατόμου καθορίζεται από τα βιώματα του παρελθόντος, τη γενετική ιδιοσυστασία και την τρέχουσα πραγματικότητα<sup>19</sup>.

Γενικά υπάρχει μια θεωρία που υποστηρίζει τη στενή σχέση μεταξύ της αυτοκαταστροφικής και της επιθετικής συμπεριφοράς, η οποία βέβαια ενισχύεται από μια σειρά επιδημιολογικών και βιολογικών παρατηρήσεων. Δηλαδή:

α. Η καταγραφή περιπτώσεων ανθρωποκτονιών, οι οποίες ακολουθούνται από την αυτοκτονία του ανθρωποκτόνου.

β. Το γεγονός ότι το 30% των ατόμων που διενεργούν ετεροκαταστροφικές πράξεις έχουν ιστορικό αυτοκαταστροφικών ενεργειών.

γ. Το 10%-20% των ατόμων που εμφανίζουν αυτοκαταστροφικές τάσεις, διαθέτουν και ανάλογο ιστορικό βίαιας και αποκλίνουσας συμπεριφοράς εναντίον άλλων ατόμων.

δ. Η μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα η οποία εντοπίζεται σε άτομα με αυτοκαταστροφική και επιθετική συμπεριφορά<sup>21</sup>.

#### **Δ. ΣΚΕΨΗ – ΑΝΤΙΛΗΨΗ**

1. Αισθήματα ενοχής και χαμηλή αυτοεκτίμηση: Οι τύψεις και οι ενοχές κατατρύχουν τον καταθλιπτικό ασθενή. Συχνά τα άτομα με κατάθλιψη βιώνουν συναισθήματα ενοχών, ντροπής και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Πολλές φορές αισθάνονται ενοχές και τύψεις για λάθη και αποτυχίες του παρελθόντος, τα οποία μεγαλοποιούν. Πολύ συχνά αισθάνονται άσχημα αναφορικά με τα παιδιά τους. Θεωρούν τον εαυτό τους κατώτερο σχετικά με όλες εκείνες τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά που θεωρούν απαραίτητα για τη ζωή, χαρακτηριστικά όπως υψηλή νοημοσύνη, εξωτερική ομορφιά, επαγγελματική επιτυχία κ.ά. Μάλιστα, η χαμηλή αίσθηση αυτοπεποίθησης και αυτοσεβασμού των καταθλιπτικών είναι υπεύθυνη για το γεγονός ότι θεωρούν τον εαυτό τους αποτυχημένο και τη ζωή τους απογοητευτική. Οι καταθλιπτικοί άνθρωποι χαρακτηρίζονται από το αίσθημα της ανημποριάς και του αβοήθητου και την

απελπισία που συνοδεύεται από την πεποίθηση πως δεν υπάρχει ελπίδα βελτίωσης (απελπισμένοι)<sup>21</sup>.

### **2.3. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

Τα εργαστηριακά ευρήματα σχετικά με μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια δεν έχουν καταγραφεί. Σύμφωνα με την ομάδα ελέγχου έχουν εντοπιστεί παθολογικά ευρήματα σε ασθενείς με μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια:

- α. ανωμαλίες στον ύπνο
- β. αυξημένη έκκριση κορτιζόνης
- γ. απουσία της μη καταστολής με δεξαμεθαζόνη
- δ. διαταραχές των νευροδιαβιβαστών και της λειτουργίας των υποδοχέων τους<sup>22</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο**

### **3.1 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Όσον αφορά τη θεραπεία των ασθενών, οι οποίοι πάσχουν από συναισθηματικές διαταραχές, μπορεί να διαχωριστεί σε στόχους. Στην κορυφή

---

της λίστας θα πρέπει να βρίσκεται η διαφύλαξη της ασφάλειας του αρρώστου. Στη συνέχεια είναι απαραίτητη η πλήρης διάγνωση της συναισθηματικής κατάστασης του ασθενούς. Ακόμα η θεραπεία πρέπει να δομηθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να αποσκοπεί όχι μόνο στην άμεση ανακούφιση του ασθενούς αλλά σε μια μελλοντική κατάσταση ευεξίας. Στη δική μας εποχή βέβαια η έμφαση στη θεραπεία δίνεται κυρίως στα φάρμακα και στη ψυχοθεραπεία του αρρώστου σαν άτομο, και αυτό γίνεται κυρίως επειδή έχει αποδειχθεί ότι τα στρεσογόνα γεγονότα αποτελούν παράγοντα αύξησης των υποτροπών. Συνήθως η προφυλακτική θεραπεία συστήνεται για περιστατικά χρόνια και πρέπει να συνεχίζεται για όλη τη διάρκεια της ζωής. Σε μια γενικότερη βάση είμαστε σε θέση να υποστηρίξουμε ότι οι θεραπείες που εφαρμόζονται είναι αποτελεσματικές και η διάγνωση καθώς και η πρόγνωση της κατάθλιψης κυμαίνεται σε αισιόδοξα ποσοστά<sup>22</sup>.

### **3.1.1. Θεραπεία των επειγόντων περιστατικών**

Οι περισσότεροι ασθενείς με κατάθλιψη θεραπεύονται ως εξωτερικοί ασθενείς. Μερικές όμως φορές η νοσηλεία είναι απαραίτητη. Επειδή σε αυτή την ψυχική νόσο οι αυτοκτονικές τάσεις αποτελούν τον μεγαλύτερο κίνδυνο για τους καταθλιπτικούς, πρέπει να εκτιμάται η πιθανότητα αυτοκτονίας διαφορετικά σε κάθε ασθενή. Η κατάσταση χρίζει άμεσης νοσοκομειακής περίθαλψης και θεραπείας όταν ο ασθενής εκδηλώνει έντονες ιδέες αυτοκτονίας ή ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι ιδιαίτερος αυξημένος (π.χ. το ιστορικό του ασθενούς διαθέτει ήδη μια αποτυχημένη απόπειρα.) Ακόμα όταν συνυπάρχουν άλλες ιατρικές που απαιτούν παρακολούθηση σε νοσοκομείο. Επίσης αν χρειάζεται να γίνει ρύθμιση της αντικαταθλιπτικής θεραπείας (π.χ., ο ασθενής παίρνει θεραπεία αλλά μετά από εύλογο διάστημα δεν έχει αποτέλεσμα και όταν είναι απαραίτητο να γίνει θεραπεία που μπορεί να χορηγηθεί μόνο στο νοσοκομείο (π.χ., ηλεκτροσπασμοθεραπεία). Παράλληλα η μειωμένη ικανότητα

αυτοφροντίδας και η τάση για να βλάψει το άτομο τους γύρω του, μπορούν να συμπεριληφθούν στις άμεσες ενδείξεις για κλινική φροντίδα. Συνήθως πάντως οι περισσότεροι ασθενείς νοσηλεύονται για λίγες ημέρες ή εβδομάδες.

Ενδείξεις νοσηλείας:

1. Κίνδυνος ανθρωποκτονίας
2. Κίνδυνος αυτοκτονίας
3. Παθολογικές καταστάσεις όπως ανορεξία και αφυδάτωση, οι οποίες ίσως να αποβούν μοιραίες για τον ασθενή.
4. Απώλεια της ικανότητας να φροντίζει τον εαυτό του είτε λόγω ψυχωτικών ιδεών και σκέψεων είτε λόγω συμπτωμάτων ακινησίας.
5. Άλλες παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες χρίζουν διάγνωσης και θεραπείας. (πχ καρδιοαναπνευστικά προβλήματα)<sup>22</sup>.

### **3.1.2 Φάρμακα και θεραπεία**

Τα πρώτα αντικαταθλιπτικά φάρμακα εμφανίσθηκαν την δεκαετία του 1950 και γρήγορα συσχετίσθηκαν με τις κατεχολαμινεργικές συνάψεις στον εγκέφαλο. Η εισαγωγή τους στη ψυχιατρική αποτέλεσε σταθμό διότι ως τότε η αποκλειστική θεραπεία της κατάθλιψης πραγματοποιείτο με ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Ιδιαίτερα συνέδεσαν την κατάθλιψη με μειωμένη διέγερση υτοαμινεργικών και υοραδρενεργικών συνάψεων. Τα μόνα φάρμακα που διέθεταν οι γιατροί τότε ήταν οι αμφεταμίνες που ήταν τόσο αναποτελεσματικές όσο και εξαρτησιογόνες. Τα παλιότερα και πιο διαδεδομένα είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) και νεότερα αντικαταθλιπτικά όπως π.χ. οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ). Ο μηχανισμός δράσης των αντικαταθλιπτικών βασίζεται στην ικανότητα τους να ενδυναμώνουν τη δράση της νορεπινεφρίνης και



σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Μελέτες με τα τρικυκλικά φάρμακα έχουν δείξει ότι μεταξύ 50% και 85% των ασθενών με μονοπολική κατάθλιψη βελτιώνονται ύστερα από θεραπεία με αυτά. Ορισμένα χαρακτηριστικά θεωρούνται ότι προλέγουν καλή απάντηση στη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά (και ταυτόχρονα αποτελούν και ενδείξεις για τη χορήγηση τους). Τέτοια είναι: η παρουσία φυτικών συμπτωμάτων όπως αϋπνία, απώλεια βάρους, ψυχοκινητική επιβράδυνση, η ύπαρξη μελαγχολικών στοιχείων, ιστορικό προηγούμενων καταθλιπτικών επεισοδίων (ιδιαίτερα αν απάντησαν καλά στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα), σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας από την κατάθλιψη, σχετικά οξεία έναρξη των συμπτωμάτων, οικογενειακό ιστορικό διαταραχής της διάθεσης κ.ά. Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά και ιδιαίτερα οί εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ) έχουνδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικά, καλώς ανεκτά και ασφαλή σε υπερβολική δόση. Έτσι, μαζί με τα τρικυκλικά και οί ΕΑΕΣ θεωρούνται πια φάρμακα πρώτης γραμμής για την κατάθλιψη. Το πρώτο αντικαταθλιπτικό φάρμακο, το οποίο ανήκε στην ομάδα αναστολέων της ΜΑΟ, ήταν η ιπρονιαζίδη, η οποία μάλιστα ήταν ουσία που περιοριζόταν στη θεραπεία της φυματίωσης και τυχαία διαπιστώσαν οι επιστήμονες ότι είχε αντικαταθλιπτικές ιδιότητες. Παράλληλα το πρώτο φάρμακο από την ομάδα των τρικυκλικών ήταν η ιμιπραμίνη, ουσία συγγενής προς τη χλωροπρομαζίνη. Δοκιμάστηκε σαν θεραπεία στη ψύχωση αλλά τελικά αποδείχθηκε πως ήταν αντικαταθλιπτικό. Η ανακάλυψη λοιπόν των ουσιών των πρώτων βασικών αντικαταθλιπτικών ήταν τυχαία<sup>20</sup>.

Α. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα διαχωρίζονται:

Τόσο σε οξεία αντικαταθλιπτικά επεισόδια όσο και στην ανακούφιση των χρόνιων συμπτωμάτων αλλά και στην πρόληψη χρησιμοποιούνται:

**Τρικυκλικά:** Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι τα πιο διαδεδομένα φάρμακα κατά της κατάθλιψης. Το 50% - 80% των ασθενών έχουν παρουσιάσει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Παρόλο που η θεραπευτική αποτελεσματικότητα με τα τρικυκλικά θεωρείται πλέον δεδομένη, οι πολλές παρενέργειες περιορίζουν τη χρήση τους και τα οδηγούν στην εφεδρεία της ψυχοφαρμακολογίας, όχι όμως και στην εξαφάνιση.

**Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (Μ.Α.Ο):** Όσον αφορά τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ), είναι κατά κάποιο τρόπο η δεύτερη γραμμή επίθεσης στην κατάθλιψη, γιατί είναι λιγότερο αποτελεσματικά φάρμακα και με σοβαρότερες παρενέργειες από τα τρικυκλικά ή τους ΕΑΕΣ (που δεν ισχύει όμως για τους νεότερους αναστρέψιμους αναστολείς της ΜΑΟ). Είναι χρήσιμα φάρμακα, όμως, για τις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη έχει άτυπα συμπτώματα και τα τρικυκλικά δεν ενδείκνυνται για θεραπεία.

**Οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ):** Τα φάρμακα της οικογένειας των SSRI, παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά και παρενέργειες. Γενικά θεωρούνται ασφαλέστερα στη χρήση τους και με λιγότερα προβλήματα σε σύγκριση με τα παλαιότερα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.

**Μείζονα ηρεμιστικά (αντιψυχωτικά ή νευροληπτικά):** Μείζονα ηρεμιστικά (αντιψυχωτικά ή νευροληπτικά) χρησιμοποιούνται στην κατάθλιψη όταν υπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, σύγχυση ή υπερβολικό άγχος (ψυχωτική ή διεγερμένη κατάθλιψη) σε συνδυασμό φυσικά με τρικυκλικά ή ηλεκτροσόκ, που φαίνεται μόνα τους συνήθως να μη φθάνουν στις περιπτώσεις αυτές. Τα νευροληπτικά φάρμακα (ονομάζονται και αντισχιζοφρενικά, αντιψυχωσικά ή μείζονα ηρεμιστικά) χρησιμοποιούνται κυρίως για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας, αλλά είναι αποτελεσματικά και σε άλλες ψυχωτικές καταστάσεις όπως καταστάσεις

μανίας και παραληρήματος. Τα παραδοσιακά νευροληπτικά φάρμακα δρουν ως συναγωνιστικοί ανταγωνιστές σε διάφορους υποδοχείς, αλλά η αντιψυχωσική τους δράση αντιστοιχεί σε συναγωνιστικό αποκλεισμό των ντοπαμινεργικών υποδοχέων. Τα φάρμακα αυτά διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ισχύ, αλλά κανένα δε θεωρείται κλινικά πιο αποτελεσματικό από τα υπόλοιπα. Αντιθέτως, τα νεώτερα «άτυπα» αντιψυχωσικά φάρμακα φαίνεται πως οφείλουν την ιδιαίτερη δραστηριότητά τους στον αποκλεισμό των σεροτονικών υποδοχέων.

Γενικότερα και για να ολοκληρώσουμε αυτό το κεφάλαιο καταλήγουμε στο συμπέρασμα από όσα προαναφέρθηκαν ότι κάθε θεραπεία ξεκινάει με κάποιο τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό ή κάποιον ΕΑΕΣ. Εάν δεν υπάρξει πρόοδος σε διάστημα 6-8 εβδομάδων, τότε χρησιμοποιούμε κάποιο άλλο τρικυκλικό ή ΕΑΕΣ (με διαφορετικό χημικό προφίλ όσον αφορά την επίδραση του στη νορεπινεφρίνη, σεροτονίνη αλλά και στην ακετυλχολίνη). έναν αναστολέα της ΜΑΟ, ένα άλλο νεότερο αντικαταθλιπτικό ή ηλεκτροσόκ (ή ενίσχυση με λίθιο της δράσης του τρικυκλικού). Όσον αφορά την επιλογή του κατάλληλου αντικαταθλιπτικού πρώτης γραμμής (ποιου από τα τρικυκλικά ή τους ΕΑΕΣ) παρά τα όσα έχουν προταθεί, η αλήθεια παραμένει ότι ακόμη η επιλογή αυτή παραμένει σε μεγάλο βαθμό εμπειρική. Επιλογικά ας κάνουμε και μία αναφορά στα καταπραϋντικά ή υπνωτικά και τα ελάσσονα ηρεμιστικά (βενζοδιαζεπίνες κτλ.) μπορεί να χρησιμοποιηθούν μερικές φορές για ν' ανακουφίσουν το άγχος, την ανησυχία, τον εκνευρισμό και την αϋπνία - συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το καταθλιπτικό σύνδρομο. Πρέπει, όμως, να σημειώσουμε ότι αφενός τα φάρμακα αυτά μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη και να επιβαρύνουν έτσι την κλινική εικόνα και αφετέρου τα συμπτώματα στα οποία απευθύνονται και ιδιαίτερα η αϋπνία θεραπεύονται καλύτερα με τα αντικαταθλιπτικά παρά με αυτά τα φάρμακα (γιατί όπως είπαμε αποτελούν συμπτώματα του καταθλιπτικού συνδρόμου και υποχωρούν όταν υποχωρήσει η κατάθλιψη).

Παρόλα αυτά είναι καλύτερα να αποφεύγονται γιατί υπάρχει μεγάλος κίνδυνος εθισμού<sup>24</sup>.

### 3.1.3 Ψυχολογικά μέσα θεραπείας

#### Ατομική ψυχοθεραπεία

Ήπιες και χρόνιες μορφές κατάθλιψης συνιστούν την ατομική θεραπεία ως μέσο θεραπείας. Η ατομική ψυχοθεραπεία βασίζεται σε ψυχοδυναμικές αρχές, όπως έμφαση στο ρόλο των προηγούμενων εμπειριών και των μη συνειδητών κινήτρων στον προσδιορισμό της συμπεριφοράς.

Η **βραχεία ψυχοθεραπεία**, η οποία συνήθως δεν διαρκεί περισσότερο από 20 συνεδρίες, έχει άμεσους και κοντινούς στόχους όπως την υποστήριξη του ασθενούς, στην παρέμβαση σε περίοδο κρίσης και υποβοήθηση του ασθενούς στην απόκτηση δεξιοτήτων επικοινωνίας με τους άλλους.

Η **μακροπρόθεσμη ψυχοθεραπεία**, η γνωστή σε όλους ψυχανάλυση, μπορεί να διαρκέσει μήνες ή και χρόνια ακόμα και διατηρεί φιλόδοξους στόχους. Ως θεωρία, η ψυχανάλυση αφορά στην κατανόηση της ψυχικής ζωής, είτε πρόκειται για την καθημερινότητα του ατόμου, είτε για την ψυχοπαθολογία του, με βάση την διερεύνηση του ασυνειδήτου. Είναι η μοναδική μέθοδος διερεύνησης των ασυνείδητων ψυχικών διεργασιών. Ο ελεύθερος συνειρμός του αναλυομένου μέσα στην αναλυτική συνθήκη- το αναλυτικό πλαίσιο- συνιστούν τον ‘ βασικό κανόνα’ της μεθόδου. Ως θεραπεία τώρα η ψυχανάλυση απευθύνεται σε άτομα με διαταραχές προσωπικότητας ή ενδοψυχικές συγκρούσεις που προκαλούν συμπτώματα δυσχεραίνοντας τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και την ικανότητα να αγαπούν και να εργάζονται δημιουργικά. Η θεραπευτική πλευρά της ψυχαναλυτικής διαδικασίας προκύπτει έμμεσα από τους ψυχικούς μετασχηματισμούς και την συνειδητοποίηση του υποκειμένου,

που συμβάλουν στην ανακούφιση της ψυχικής οδύνης και την αυξανόμενη ικανότητα να αγαπά και να εργάζεται<sup>25</sup>.

**Διαπροσωπική θεραπεία:** Αποτελεί μορφή ψυχοθεραπείας η οποία απευθύνεται μόνο σε ασθενείς με κατάθλιψη. Εξετάζει τη συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και ταραγμένων συναισθηματικών σχέσεων. Αυτό σημαίνει ότι το επίκεντρο της προσοχής βρίσκεται στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα σχετίζονται με άλλα άτομα στη ζωή τους συμπεριλαμβανομένου του πώς επικοινωνούν τα άτομα και πώς εκφράζουν τις σκέψεις τους. Είναι συνηθισμένο για τα άτομα που αντιμετωπίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα να αισθάνονται ανικανοποίητα με τις σχέσεις τους με την οικογένεια, τον/τη σύντροφο, τους φίλους ή στη δουλειά τους. Βάσει γενικών παρατηρήσεων, οι κοινωνικές δεξιότητες ενός ατόμου που αντιμετωπίζει κατάθλιψη κινούνται σε επίπεδα κάτω του μετρίου σε σχέση με τις συνηθισμένες. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα δυσκολία να τα πηγαίνει καλά με άλλους και να διατηρεί τις σχέσεις του.

Η διαπροσωπική θεραπεία αποσκοπεί να βελτιώνει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα λειτουργούν κοινωνικά ούτως ώστε οι σχέσεις να γίνουν πιο απολαυστικές και να προσφέρουν ικανοποίηση. Θεωρείται σαν πρακτική θεραπεία από την άποψη ότι τα άτομα ξαναμαθαίνουν κοινωνικές δεξιότητες για να βελτιώνουν τις επαφές και τη σχέση τους με άλλους. Η διαπροσωπική θεραπεία είναι συνήθως βραχυπρόθεσμη (μέχρι 20 συνεδρίες, συνήθως 1 ώρα ανά εβδομάδα)<sup>26</sup>.

**Ομαδική ψυχοθεραπεία:** Η ομαδική ψυχοθεραπεία, όπως και η ατομική, έχει στόχο να βοηθήσει τους ανθρώπους που θέλουν να βελτιώσουν την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν και να αντεπεξέρχονται στις δυσκολίες και τα προβλήματα της ζωής τους σε πιο ικανοποιητικό βαθμό. Η συνεδρία στην ομαδική ψυχοθεραπεία γίνεται με μια ολόκληρη ομάδα ανθρώπων, και με

συντονιστές ένα (ή δύο) ψυχοθεραπευτές. Επειδή η ομαδική θεραπεία δίνει ιδιαίτερη έμφαση στις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις των ανθρώπων, προβλήματα που αφορούν διαπροσωπικές σχέσεις γίνονται συχνά το αντικείμενο της ψυχοθεραπευτικής διαπραγμάτευσης κι αντιμετώπισης. Αυτού του είδους η ψυχοθεραπεία σκοπεύει να βοηθήσει τα άτομα που συμμετέχουν στην ομάδα ώστε να αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά τις συναισθηματικές τους δυσκολίες, και να επιτύχουν την προσωπική τους ανάπτυξη κι αυτογνωσία. Ο ψυχοθεραπευτής - συντονιστής της ομαδικής διαδικασίας, επιλέγει ως υποψήφιους-ες για την ομαδική θεραπεία εκείνους/ εκείνες τους/ τις θεραπευόμενους/ ες που μπορούν να αποκομίσουν οφέλη απ' αυτού του είδους την ψυχοθεραπεία, καθώς κι όσους/ όσες μπορεί με την παρουσία τους να επιδράσουν βοηθητικά σε άλλα μέλη της ομάδας αυτογνωσίας<sup>25</sup>.

**Γνωσιακή- Συμπεριφορική Θεραπεία:** Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία αποτελεί ουσιαστικά τον συνδυασμό δυο θεωρητικών κατευθύνσεων, της γνωσιακής η οποία θεμελιώθηκε από τον A. Beck την δεκαετία του '70 και της κλασικής συμπεριφορικής θεωρίας. Οι γνωσιακές τεχνικές αποσκοπούν περισσότερο στην αμφισβήτηση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων που επικρατούν στην σκέψη των πασχόντων, ενώ οι συμπεριφορικές τεχνικές στο 'σπάσιμο' της αποφευκτικής συμπεριφοράς. Αυτό επιτυγχάνεται με την σταδιακή επαναδραστηριοποίηση του πάσχοντα στις δραστηριότητες που απέφευγε. Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, η χρησιμοποίηση κάποιων φαρμάκων μπορεί να βοηθήσει άτομα με έντονη αποφευκτική συμπεριφορά να επαναδραστηριοποιηθούν με το να μειώνει την ένταση των αγχωδών συμπτωμάτων. Τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης ψυχοθεραπείας είναι:

- α) ότι είναι σύντομης διάρκειας (π.χ. 3 μήνες),

β) εστιάζει την προσοχή της στα τωρινά προβλήματα και όχι τόσο στο παρελθόν όπως άλλες,

γ) βασίζεται στην στενή συνεργασία του θεραπευτή και του θεραπευομένου και

δ) βασίζει το αποτέλεσμα της περισσότερο στην δουλειά που θα κάνει ο θεραπευόμενος μεταξύ των συνεδριών στο σπίτι του και όχι τόσο εντός των συνεδριών.

Συνδυασμός φαρμακοθεραπείας με ψυχοθεραπεία: Έχει διαπιστωθεί ότι ο συνδυασμός τους επιφέρει καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Τα φάρμακα βοηθούν κυρίως στην αντιμετώπιση των βιολογικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης και η ψυχοθεραπεία στη μείωση της ψυχικής οδύνης και στην επανακοινωνικοποίηση του ασθενούς<sup>26</sup>.

### **3.1.4 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία**

Παρά τις φήμες, η ΗΣΘ είναι μια αποτελεσματική, γρήγορη και ήπια θεραπεία της κατάθλιψης. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία μπορεί να ακούγεται σαν μια παλαιομοδίτικη και επικίνδυνη θεραπεία αλλά η αλήθεια είναι ότι η ΗΣΘ είναι μια θεραπεία διάσωσης. Η ΗΣΘ είναι η ταχύτερη και πιο αποτελεσματική θεραπεία της κατάθλιψης. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο στους ηλικιωμένους όσο και σε άτομα που πάσχουν από καρδιοπάθεια ή είναι ευαίσθητα.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ή αλλιώς ECT (electroconvulsive therapy) είναι μια ιατρική θεραπεία που γίνεται από γιατρούς, γι αυτό και πραγματοποιείται πάντα σε νοσοκομείο ή συχνά στην ψυχιατρική κλινική. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο ασθενής εισάγεται για μια μέρα. Μπορεί, όμως, να λάβει τη θεραπεία ως εξωτερικός ασθενής και την ίδια ημέρα να βρίσκεται σπίτι του. Στο άτομο δίνεται ένα γενικό αναισθητικό και ένα φάρμακο για την χαλάρωση των μυών. Όταν επιδράσουν απόλυτα, ο εγκέφαλος του ατόμου τονώνεται με μια

σύντομη, ελεγχόμενη σειρά ηλεκτρικών σφύξεων χρησιμοποιώντας ηλεκτρόδιο που τοποθετούνται σε συγκεκριμένα σημεία του κεφαλιού του ατόμου. Η τόνωση αυτή προκαλεί σπασμούς στον εγκέφαλο που διαρκούν μέχρι δύο λεπτά. Λόγω του μυοχαλαρωτικού και αναισθητικού φαρμάκου, το σώμα του ατόμου δεν κλονίζεται και το άτομο δεν νοιώθει πόνο. Το άτομο ξυπνάει μετά από πέντε με δέκα λεπτό, όπως θα ξυπνούσε μετά από μια μικρή εγχείρηση. Η ECT συνήθως συνίσταται από έξι μέχρι 12 θεραπείες που χορηγούνται τρεις φορές την εβδομάδα σε διάστημα ενός μηνός περίπου. Ο συνολικός αριθμός θεραπειών που χρειάζονται για να καλυτερέψει ένα άτομο διαφέρει από άτομο σε άτομο .

Σύμφωνα με τις σύγχρονες διεθνείς προδιαγραφές η ηλεκτροσπασμοθεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται μόνο βάσει αυστηρά καθορισμένων ενδείξεων και συνθηκών και μετά από ενημέρωση και γραπτή συγκατάθεση του ασθενούς και της οικογένειάς του<sup>27</sup>.

### **Περιγραφή της θεραπείας:**

Στα πρώτα χρόνια της εφαρμογής της, η ΗΣΘ ήταν ανάλογη με εκείνη μιας γενικευμένης επιληπτικής κρίσης: δηλαδή τη στιγμή που το ηλεκτρικό ερέθισμα εφαρμοζόταν στον ασθενή, κατευθείαν έχανε τις αισθήσεις του, το σώμα τεντωνόταν και επέρχονταν οι κλονικοί σπασμοί. Σήμερα με την αναισθησία και τη μυοχαλάρωση ο ασθενής είναι χαλαρός και ακίνητος και παρατηρούνται μόνο υποτυπώδεις σπασμοί.

Γενικά η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται:

- α. όταν η φαρμακοθεραπεία δεν αποδίδει
- β. όταν η φαρμακοθεραπεία δεν μπορεί να εφαρμοστεί στον ασθενή λόγω παρενεργειών



γ. όταν η κατάσταση είναι τόσο σοβαρή που δεν επιδέχεται τίποτα άλλο εκτός από τα τάχιστα αποτελέσματα της ΗΣΘ<sup>28</sup>.

### 3.1.5 Άλλες θεραπείες

**Φωτοθεραπεία:** Μια άλλη επίσης θεραπεία της κατάθλιψης είναι η φωτοθεραπεία. Εφαρμόζεται κυρίως στα περιστατικά καταθλίψεων που έχουν εποχιακή κατανομή και συμβαίνουν κατά το τέλος του φθινοπώρου και στην αρχή του χειμώνα. Όσο περισσότερο εκθέτουμε τον εαυτό μας στο φως τόσο περισσότερο ανεβαίνει η διάθεσή μας. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι επιδρά στον ύπνο, στην ενεργητικότητα και στις νευροενδοκρινικές λειτουργίες. Έχει αναφερθεί ότι η αντικαταθλιπτική δράση της φωτοθεραπείας οφείλεται σε αναστολή της έκκρισης της μελατονίνης, αν και με τα σημερινά δεδομένα φαίνεται να χάνει σιγά σιγά έδαφος<sup>29</sup>.

**Υπνική αποστέρηση:** Αρκετές έρευνες και μελέτες έχουν αποδείξει ότι η αποστέρηση του ύπνου μπορεί να αποβεί θεραπευτική στα 2/3 των αντικαταθλιπτικών ασθενών.

Οι τεχνικές διαφέρουν:

1.ολική υπνική αποστέρηση ( στέρηση ύπνου επί 36 ώρες δυο φορές την εβδομάδα)

2. μερική υπνική αποστέρηση ( ο ασθενής κοιμάται νωρίς π.χ στις 8 το βράδυ και ξυπνάει μετά από τέσσερις ώρες, έτσι ώστε παράλληλα με την υπνική αποστέρηση, να υπάρχει επέλευση του ύπνου-phase advance-που έχει και αυτή θεραπευτική δράση.

Αυτή η θεραπεία έχει αποτελεσματικότητα στην μείζονα κατάθλιψη και όχι στη δυσθυμία και χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με κάποια φαρμακευτική θεραπεία είτε σε αρχικό στάδιο αν η εν λόγω θεραπεία δεν είναι δραστική<sup>28</sup>.

### **3.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΑΝΙΑΣ**

Ένα οξύ μανιακό επεισόδιο ανάλογα με τη βαρύτητα που έχει μπορεί να αποτελέσει μια επείγουσα ψυχιατρική κατάσταση στην οποία χρειάζεται άμεση ψυχιατρική επέμβαση.

#### **Διαχωρίζεται σε:**

- α. Οξέα μανιακά επεισόδια
- β. Διπολικές διαταραχές
- γ. Υποτροπιάζουσα μείζων καταθλιπτική διαταραχή

#### **Ενδείξεις για νοσηλεία:**

1. Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, απόπειρες αυτοκτονίας και πράξεις, οι οποίες πιθανώς να αποβούν μοιραίες πχ: αδέξια οδήγηση.
2. Τάση για βίαιες πράξεις, κατά τις οποίες πολλές φορές πιστεύουν ότι βρίσκονται σε αυτοάμυνα και μπορεί να σκοτώσουν.
3. Αδυναμία να φροντίζουν τον εαυτό τους
4. Πρώτο μανιακό επεισόδιο για ιατρικό έλεγχο και προγραμματισμός θεραπείας.

Επιλογικά ακόμα και σε αυτές τις περιπτώσεις που η κατάσταση του ασθενούς είναι δυσχερής, η δυνατότητα νοσηλείας στο σπίτι δεν πρέπει να αποκλείεται, ιδιαίτερος αν υπάρχει το ενδεχόμενο καλής συνεργασίας και επικοινωνίας με τον ασθενή και την οικογενειά του.

Η θεραπεία του οξέος μανιακού επεισοδίου περιλαμβάνει κυρίως φάρμακα. Τα αντιψυχωτικά αποτελούν την πρώτη επιλογή όταν η μανία προκαλείται από διπολική διαταραχή ( μανιοκατάθλιψη). Επίσης χρησιμοποιούνται αντιεπιληπτικά, λίθιο και άλλα αντιμανιακά φάρμακα. Καλύτερα αποτελέσματα βέβαια επιτυγχάνονται όταν η φαρμακευτική αγωγή συνδυάζεται με

ψυχοθεραπεία. Η βαριά μανία συχνά τρομάζει τον ασθενή γιατί εκείνος δεν διαθέτει τον έλεγχο του εαυτού του. Γι αυτό και η νοσηλεία του σε κάποια κλινική, όπου το κλείδωμα ενός δωματίου με ή χωρίς σωματική καθήλωση μπορεί να προκαλέσει έντονη ψυχολογική διέγερση ώστε να καθησυχάζει τον ασθενή ότι κάποιοι άλλοι διαθέτουν τον έλεγχο και έτσι τον προστατεύουν από το να κάνει κακό τόσο στον εαυτό του όσο και στους άλλους (και το κλείδωμα δεν λειτουργεί σαν τιμωρία αλλά σαν απομόνωση με άμεσο στόχο την προστασία)<sup>8</sup>.

### **3.2.1 Αντιψυχωτικά φάρμακα**

Τα κλασσικά αντιψυχωτικά ήταν το θεμέλιο της φαρμακευτικής θεραπείας της σχιζοφρένειας, ξεκινώντας από το 1952 μέχρι την αρχή της δεκαετίας του 1990. Αυτά τα φάρμακα βρέθηκε ότι είναι αποτελεσματικά για τη θεραπεία των θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, επιτρέποντας στους ασθενείς να παραμένουν έξω από το νοσοκομείο και να λειτουργούν μέσα στην κοινότητα.

Αν και όλες οι συμβατικές αντιψυχωτικές δραστικές ουσίες είναι αποτελεσματικές στην θεραπεία των οξέων φάσεων των ψυχώσεων και στη θεραπεία συντήρησης της σχιζοφρένειας, έχουν πολλούς θεραπευτικούς περιορισμούς. Έχουν ένα περιορισμένο φάσμα αποτελεσματικότητας, καθώς είναι κυρίως αποτελεσματικές εναντίον των θετικών συμπτωμάτων (όπως είναι οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες) και σχετικά αναποτελεσματικές εναντίον των αρνητικών συμπτωμάτων, των συναισθηματικών συμπτωμάτων και των νευρογνωσιακών ελλειμμάτων (αυτών που σχετίζονται με τη συγκέντρωση, την ικανότητα σχεδιασμού και επίλυσης προβλημάτων, τη μνήμη κ.λπ.)<sup>10</sup>.

Επιπλέον, 30 με 60% των ασθενών δεν αντιδρούν καθόλου ή αντιδρούν μερικώς στις κλασσικές δραστικές ουσίες. Κατά συνέπεια, τα κλασσικά

αντιψυχωτικά δεν θεωρούνται πλέον ως η επιλογή πρώτης γραμμής για τους περισσότερους ασθενείς με σχιζοφρένεια ή άλλες συναισθηματικές διαταραχές.

Πιο ειδικά τώρα για την αντιμετώπιση ενός μανιακού επεισοδίου χρησιμοποιούμε αντιψυχωτικά, τα οποία δίνουν τη δυνατότητα να καλυτερευτεί η κατάσταση του ασθενούς σε μικρό χρονικό διάστημα (λίγες ημέρες). Χορηγούνται από το στόμα ή ενδομυϊκά και αποτελούν τη βάση για την καταπολέμηση ενός οξέου επεισοδίου.

Τα νευροληπτικά σημειώνουν πολύ σημαντική δράση διότι μειώνουν δραματικά τον τρόμο, την επιθετικότητα, τη σύγχυση και την παρανόηση του ασθενούς. Εάν όμως τα νευροληπτικά αποδειχθούν αναποτελεσματικά τότε για λίγες μέρες μπορούν να χορηγηθούν στον ασθενή βενζοδιαζεπίνες (οι βενζοδιαζεπίνες αποτελούν μια κατηγορία φαρμάκων με ηρεμιστικές, υπνωτικές, αγχολυτικές, αντισπασμωδικές, αναισθητικές και μυοχαλαρωτικές ιδιότητες. Οι βενζοδιαζεπίνες χρησιμοποιούνται συχνά για να προσφέρουν ανακούφιση σύντομης διάρκειας στις καταστάσεις σοβαρού άγχους ή αϋπνίας.)

Οι μανιοκαταθλιπτικοί δεν χρειάζεται να συνεχίζουν τα αντιψυχωτικά φάρμακα όταν έχουν ξεπεράσει την οξεία φάση και έχουν σταθεροποιηθεί στο λίθιο. Αυτό συμβαίνει γιατί η χρόνια θεραπεία εμπεριέχει σημαντικούς κινδύνους, ιδιαιτέρως αυτόν της δυσκινησίας. Γι αυτό η θεραπεία πρέπει να συνεχίζεται μόνο εφόσον υπάρχουν σαφείς ενδείξεις<sup>8</sup>.

### **3.2.2 Αντιμανιακά φάρμακα**

Στη θεραπεία των διπολικών διαταραχών στη σημερινή εποχή χρησιμοποιούνται το λίθιο, η καρβαμαζεπίνη και το βαλπροϊκό νάτριο. Επίσης υπό μελέτη βρίσκονται η κλοναζεπαμίνη, η κλονιδίνη και φάρμακα που αποκλείουν τους διαύλους ασβεστίου<sup>15</sup>.

## **ΛΙΘΙΟ**

Το λίθιο χρησιμοποιείται κυρίως ως αντιμανιακό φάρμακο και για την πρόληψη της υποτροπής τόσο των μανιακών όσο και των καταθλιπτικών επεισοδίων της Διπολικής Διαταραχής. Πρόσφατες μελέτες, όμως, έχουν δείξει ότι το λίθιο είναι χρήσιμο φάρμακο και για την πρόληψη της υποτροπής καταθλιπτικών επεισοδίων σε μονοπολικούς καταθλιπτικούς, οπότε θεραπεία συντήρησης με λίθιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντί θεραπείας συντήρησης με τρικυκλικά ή άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Το λίθιο είναι μια ουσία που βρίσκεται στη φύση. Το λίθιο βοηθά στην πρόληψη και τον έλεγχο των συμπτωμάτων της μανίας όπως υπερδραστηριότητα, γρήγορος λόγος, φτωχή κρίση, μειωμένη όρεξη για ύπνο, επιθετικότητα και θυμό. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι πρώιμα δείγματα τοξικότητας από λίθιο. Το λιθιο μπορεί να προκαλέσει ζάλη ή νωθρότητα. Η αλήθεια είναι βέβαια ότι παρά το γεγονός ότι οι αντιμανιακές ιδιότητες του λιθίου περιγράφηκαν εκτενώς τον προηγούμενο αιώνα, μόλις τις τελευταίες δεκαετίες εξαπλώθηκε η χρήση του και πλέν αποτελεί σημαντικό σταθμό στην καταπολέμηση και θεραπεία της μονοκαταθλιπτικής νόσου. Το 60%-70% των νοσούντων ανταποκρίνονται θετικά στη φαρμακευτική αγωγή με λίθιο μετά από 10-14 ημέρες. Εφόσον το επίπεδό του στο αίμα είναι αυτό που πρέπει τότε ελαττώνει και την ένταση και τη διάρκεια του μανιακού επεισοδίου. Περισσότερο σπουδαίος βέβαια είναι ο ρόλος του λιθίου στη πρόληψη της μανίας και όχι τόσο στην πρόληψη της κατάθλιψης.

Αν και το λίθιο απομακρύνει το βίωμα και καταπραΰνει τον ασθενή από τη διέγερση, στα φυσιολογικά άτομα δεν έχει καμία επίδραση. Βέβαια στους ασθενείς με μανιοκατάθλιψη συχνά η χορήγηση λιθίου δεν είναι ευχάριστη διότι απομακρύνει την εφορία, η οποία αποτελεί και την ευχάριστη πλευρά της ασθένειας<sup>30</sup>.

## **ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΜΕ ΛΙΘΙΟ**

Η τοξικότητα του λιθίου είναι συνηθισμένο φαινόμενο. Συμβαίνει όταν το επίπεδό του είναι κατά 50% πάνω από τα θεραπευτικά επίπεδα. Ήπια τοξικότητα μπορεί να καταπολεμηθεί με παράληψη αρκετών δόσεων. Και στη συνέχεια ο ασθενής συνεχίζει με χαμηλότερη δοσολογία. Η σοβαρή τοξικότητα βέβαια απαιτεί εισαγωγή στο νοσοκομείο και αντιμετωπίζεται ως οσμωτική διούρηση.

Αιτίες ανύψωσης του λιθίου στο αίμα

- α. υπερδοσολογία
- β. Απώλεια Na ή υγρών
- γ. συνύπαρξη σωματικής ασθένειας

Όσοι εμπλέκονται στην θεραπεία θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τα επίπεδα τοξικότητας ( ασθενής-νοσηλευτής-ιατρός).

Πρώιμες παρενέργειες:

1. Αίσθημα μυϊκής αδυναμίας και βάρους των άκρων
2. Νωθρότητα
3. Πολυδιψία, πολυουρία
4. Μπερδεμένη ομιλία
5. Μυϊκές συσπάσεις
6. Ανορεξία
7. Έμετος, αταξία, σύγχυση

**Σοβαρές παρενέργειες:**

- Έντονη ναυτία, έμετοι, διάρροιες
- Έντονοι σπασμοί των άκρων, αταξία, δυσαρθρία

- Ίλιγγοι
- Νωθρότητα, υπνηλία
- Αύξηση των τενοντίων αντανακλαστικών
- Επιληπτικές κρίσεις
- Ολιγουρία νεφρική ανεπάρκεια, κυκλοφοριακή ανεπάρκεια
- Κώμα και ενίοτε θάνατος<sup>30</sup>.

### **ΚΑΡΒΑΜΑΖΕΠΙΝΗ**

Η καρβαμαζεπίνη και το βαλπροϊκό νάτριο αποτελούν τα κατεξοχήν φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση των επιληπτικών κρίσεων και τον πόνο των νεύρων όπως της διαβητικής νευροπάθειας και της νευραλγίας του τριδύμου εδώ και χρόνια. Πολύ πρόσφατα άρχισε να χρησιμοποιείται σαν φάρμακο δεύτερης γραμμής μαζί με το λίθιο στη θεραπεία των διπολικών διαταραχών (σταθεροποιητικό συναισθήματος). Γενικά είναι σημαντικό να συνεχίσει ο ασθενής τη λήψη καρβαμαζεπίνης ακόμα και αν αισθάνεται καλύτερα για να την πρόληψη κρίσεων. Η καρβαμαζεπίνη είναι η πιο αποτελεσματική θεραπεία στην οξεία μανία όπως αποτελεσματική είναι στην προφυλακτική θεραπεία της διπολικής διαταραχής. Χρησιμοποιείται στη θεραπεία ασθενών που δεν ανταποκρίνονται στο λίθιο ή που είναι αλλεργικοί σε αυτό καθώς και σε εκείνους τους ασθενείς που παρουσιάζουν ταχείες εναλλαγές φάσεων<sup>31</sup>.

### **ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Αποδεικνύεται εξίσου αποτελεσματική στη θεραπεία της οξείας μανίας όσο και της σοβαρής κατάθλιψης. Ειδικά σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη φαρakoθεραπεία και παρουσιάζουν τάσεις αυτοκαταστροφής, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία επιφέρει τάχιστη βελτίωση<sup>32</sup>.

### **3.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

Η διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου είναι 3 περίπου μήνες ενώ ένα καταθλιπτικό επεισόδιο διαρκεί περίπου 6. Το μανιακό επεισόδιο υπάρχει περίπτωση να διαρκέσει από μέρες μέχρι και χρόνια. Σύμφωνα με έρευνες που διεξήχθησαν μετά την εμφάνιση της ασθένειας εντοπίστηκαν κάποιοι παράγοντες, οι οποίοι αποτελούν κακή πρόγνωση:

- α. εξάρτηση από το αλκοόλ
- β. κακή επαγγελματική κατάσταση
- γ. ψυχωτικά χαρακτηριστικά

Παράγοντες της καλής πρόγνωσης:

- α. εμφάνιση της αρρώστιας σε μεγάλη ηλικία
- β. μικρότερο ποσοστό τάσεων αυτοκτονίας
- γ. μικρό ποσοστό ψυχολογικών προβλημάτων

Ένα 10% των ασθενών παρουσιάζει μια χρόνια νοσηρή κατάσταση όσον αφορά τα μανιακά επεισόδια. Ένα 40% παρουσιάζει ένα επεισόδιο συναισθηματικής διαταραχής και ένα 50% εμφανίζει ένα δεύτερο μανιακό επεισόδιο σε διάστημα 2 ετών.

Σε παρακολούθηση ασθενών εντοπίστηκε:

- α. 15% των ατόμων αισθάνονται καλύτερα
- β. 45% αισθάνονται καλύτερα και εμφανίζουν υποτροπές
- γ. 30% εμφανίζουν κάποια ύφεση
- δ. 10% είναι χρόνιοι<sup>33</sup>.



### **3.4. ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ**

Πρωτογενής πρόληψη: Είναι η πιο σημαντική από τις τρεις βαθμίδες πρόληψης και έχει ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων και στόχων. Βασικές είναι οι εξής πρώιμες παρεμβάσεις:

1. Παρέμβαση πριν από τη συλλληψη. Ψυχιατρική, γενετική, συμβουλευτική. Οικογενειακός προγραμματισμός.
2. Παρεμβάσεις κατά την εμβρυϊκή ζωή. Συμβουλευτική της εγκυμοσύνης.
3. Παρεμβάσεις κατά την παιδική ηλικία. Ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί, βελτίωση της σωματικής υγείας του παιδιού, βελτίωση του οικογενειακού περιβάλλοντος, βελτίωση του σχολικού περιβάλλοντος.

Δευτερογενής πρόληψη: Σε ό,τι αφορά τη δευτερογενή πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση, με τη διενέργεια ειδικών διαγνωστικών εξετάσεων για τη διαπίστωση της νόσου πριν εμφανιστούν κλινικά συμπτώματα, παρέχει τη δυνατότητα για άμεση και αποτελεσματική θεραπεία. Το βάρος της δευτερογενούς πρόληψης πέφτει στις υπηρεσίες της Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής. Το κύριο προληπτικό έργο περιλαμβάνει την έγκαιρη παραπομπή των ψυχικά ασθενών, την τακτική τους παρακολούθηση και τη λειτουργία ψυχιατρικών μονάδων σε γενικά νοσοκομεία. Με ειδικά προγράμματα το κοινό ευαισθητοποιείται στην αντίληψη ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και τροποποιεί τη στάση τους απέναντι στην ασθένεια.

Τριτογενής πρόληψη: Ο τομέας της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αναλαμβάνει την πρόληψη αυτού του τύπου. Η αποκατάσταση στοχεύει όχι μόνο στην εκπαίδευση του ατόμου για να προσαρμοστεί στο περιβάλλον του αλλά και την παρέμβαση στο άμεσο περιβάλλον του και την κοινότητα με στόχο την ενίσχυση της κοινωνικής επανένταξής του.

Τα είδη αποκατάστασης του ψυχικά αρρώστου είναι:

1. Ψυχιατρική αποκατάσταση
2. Κοινωνική αποκατάσταση
3. Επαγγελματική αποκατάσταση

Η τριτογενής πρόληψη συνδέεται με την ιδεολογία του αποιδρυματισμού, της διδασκαλίας=ας δηλαδή εξόδου χρόνιων ασθενών απ τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα(μετά από κατάλληλη προετοιμασία τους ) και τοποθέτησή τους στην κοινότητα.

Σήμερα μετά από πολύχρονη ανάπτυξη τόσων προληπτικών προγραμμάτων σε αρκετές χώρες, η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών με την ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής και της ψυχικής υγιεινής, για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, έχει αναγνωριστεί ως η τέταρτη ψυχιατρική επανάσταση μετά τη απελευθέρωση των ψυχικά αρρώστων από τον Pinel, την ανακάλυψη του υποσυνείδητου από τον Freud και την ψυχοφαρμακολογία<sup>32</sup>.

# ΜΕΡΟΣ Β'

## **ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ**

Οι περισσότεροι άνθρωποι αν ερωτηθούν ώστε να καθορίσουν το ρόλο του νοσηλευτή θα απαντήσουν με τις εξής φράσεις: "περιποιείται τους ασθενείς", "τους φροντίζει" ή κάτι ανάλογο. Αυτές οι απαντήσεις είναι σωστές βέβαια αλλά τονίζουν την παθητική στάση του ασθενή. Ο άρρωστος αντιμετωπίζεται σαν κάποιος που δέχεται φροντίδα, περιποίηση κι θεραπεία χωρίς από την πλευρά του να προσπαθεί για τίποτα. Μόνο ακολουθεί οδηγίες<sup>10</sup>.

Η σύγχρονη ψυχιατρική νοσηλευτική δίνει έμφαση στον ενεργό ρόλο του ασθενή στη θεραπεία, που υπάρχει περίπτωση να καθυστερήσει αν ο νοσηλευτής αυξήσει το βαθμό εξάρτησης.

Ας υπογραμμίσουμε τα προσόντα που πρέπει να διαθέτει ο νοσηλευτής προκειμένου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της σύγχρονης αντίληψης της ψυχιατρικής νοσηλευτικής, τα προσόντα που πρέπει να βασίζονται σε μια σωστή θεωρητική γνώση και πρέπει να χρησιμοποιηθούν με απόλυτη επιτυχία.

Οι τομείς όπου παρατηρούνται τα προσόντα του νοσηλευτή:

- Παρατήρηση
- Τρόποι νοσηλείας
- Φροντίδα και προστασία του ασθενούς
- Ψυχοθεραπεία

Πρωτεύοντα ρόλο στην εκπλήρωση οποιασδήποτε νοσηλευτικής παρέμβασης, προληπτικής, ανακουφιστικής, θεραπευτικής ή εκπαιδευτικής κατέχει η επικοινωνία νοσηλευτή και αρρώστου. Η επικοινωνία στη νοσηλευτική θεωρείται νοσηλευτική πράξη πόσο μάλλον στη ψυχιατρική νοσηλευτική όπου η ψυχή είναι αυτή που νοσεί και όχι τόσο πολύ το σώμα. Κάθε νοσηλευτής αναπτύσσει τον δικό του τρόπο επικοινωνίας με τον άρρωστο και αυτό εξαρτάται από την προσωπική του καλλιέργεια, το χαρακτήρα του και

φυσικά την προσωπικότητα του αρρώστου. Πέρα από όλα αυτά κάθε νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να γνωρίζει μεθόδους και διαδικασίες που να ενισχύουν την επικοινωνία αυτή. Αν ο νοσηλευτής κερδίσει την εμπιστοσύνη του ψυχικά αρρώστου και να δημιουργήσει φιλική ατμόσφαιρα, τότε οι πιθανότητες του αρρώστου για θεραπεία και αποκατάσταση είναι ιδιαίτερος αυξημένες<sup>3</sup>.

Η επικοινωνία γίνεται με διάφορα μέσα όπως με την ομιλία, τις διακυμάνσεις της φωνής, την παρατήρηση, τη μη λεκτική συμπεριφορά και έκφραση, τη σιωπή, την ακρόαση, το βλέμμα, τους μορφασμούς, τη μουσική, τα έργα τέχνης. Το ανθρώπινο σώμα αποτελεί όργανο ικανό να εκφράζει ιδέες και συναισθήματα. Οι άνθρωποι μιλάμε ακόμα και όταν η γλώσσα μας σωμαίνει. Μιλάμε με τη γλώσσα του σώματος, η οποία επαληθεύει ή διαψεύδει όσα εκφράζονται με λόγια.

Ο νοσηλευτής ανεξάρτητα με τη φάση που βρίσκεται ο άρρωστος (έξαρση ή ύφεση) οφείλει να του μεταβιβάζει ορισμένα στοιχεία σαν αρχή και διατήρηση της σχέσης τους. Αυτά είναι:

- Αποδοχή
- Θερμό ενδιαφέρον
- Σεβασμός
- Ετοιμότητα για παροχή βοήθειας<sup>2</sup>

Αποδοχή του αρρώστου σημαίνει ενδιαφέρον για αυτόν άνευ όρων και προϋποθέσεων, ανεξάρτητα με την κατάστασή του, τη συμπεριφορά του, τις θετικές ή αρνητικές διαθέσεις του. Η αποδοχή δημιουργεί άνετο, έμπιστο και ασφαλές διαπροσωπικό κλίμα, στο οποίο ο άρρωστος δεν φοβάται μήπως κατακριθεί η αποδοκιμασθεί. Η ατμόσφαιρα αυτή έχει ως αποτέλεσμα να εκμηδενιστούν οι φόβοι του και να μειωθούν οι άμυνες του. Επίσης βοηθά τον

ασθενή να ξαναβρεί την αυτοπεποίθηση και το θάρρος του και να συνεργαστεί για τη λύση των προβλημάτων του<sup>5</sup>.

**Θερμό ενδιαφέρον** για τον ασθενή και τον τρόπο που βιώνει την ασθένεια. Εκφράζεται σαν αγάπη και ετοιμότητα , σαν καλοσύνη και θαλπωρή. Αυξάνει την αγάπη για τον εαυτό του και τους άλλους, την αυτοπεποίθησή του, την τόλμη να ζητήσει βοήθεια. Το ενδιαφέρον του νοσηλευτή οφείλει να εκδηλώνεται σαν μητρική μέριμνα και αγάπη όταν ο άρρωστος έχει ανάγκη για αυτή λόγω παλινδρόμησης, αυτισμού ή κατατονίας<sup>5</sup>.

**Σεβασμός** προς τον ασθενή ως αδιαίρετη βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Εκδηλώνεται ως λεπτή ευαισθησία. Αυτό το ενδιαφέρον μεταβιβάζεται στον άρρωστο με την προσεκτική ακρόαση, την εξήγηση του σκοπού της επικοινωνίας, τη συζήτηση, την επικοινωνία, τη συνεργασία στην επίτευξη κοινών στόχων, την προσφώνηση με το όνομά του, τη συνέπεια στη συμφωνημένη ώρα της συνάντησης και φυσικά την τήρηση των υποχρεώσεων του νοσηλευτή<sup>4</sup>.

**Ετοιμότητα για παροχή βοήθειας**. Αυτό σημαίνει παρουσία και διάθεση του νοσηλευτή να σταθεί στο πλάι του ασθενή και να τον βοηθήσει να φτάσει στην ψυχική του υγεία. Σε αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής βεβαιώνει τον άρρωστο ότι σε αυτό του το εγχείρημα θα έχει την προστασία και την ασφάλεια όταν ο ίδιος δεν θα είναι σε θέση να ελέγχει τις τάσεις του.

Συμπερασματικά αναφέρονται τα προσόντα του νοσηλευτή:

1. Αγάπη άνευ όρων προς τον ασθενή
2. Ενδιαφέρον, ευαισθησία, φιλοστοργία
3. Συμπόνια, αντικειμενικότητα
4. Κατανοούσα ακρόαση
5. Ανοχή απογοητεύσεων
6. Σεβασμός προς τον ψυχικά διαταραγμένο

7. Ενσυνείδητη κατεύθυνση της προσωπικής συμπεριφοράς
8. Ικανότητα δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης με τον άρρωστο
9. Αποδοχή, δεκτικότητα, μη κριτική στάση
10. Δεξιότητα διατήρησης θεραπευτικού περιβάλλοντος
11. Γενναιότητα
12. Ευγένεια, λεπτότητα, αξιοπρέπεια
13. Προσήγεια
14. Εχεμύθεια
15. Πίστη και σεβασμός στο έργο του νοσηλευτή
16. Συναίσθηση του χρέους
17. Αίσθημα ευθύνης<sup>5</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ -

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η νοσηλεία ενός καταθλιπτικού στο νοσοκομείο εστιάζεται σε τρεις ομάδες αναγκών:

Α) άμεσες ανάγκες που σχετίζονται με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του αρρώστου, πχ αυτοκτονία.

Β) βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν στη νοσηλεία, τη θεραπεία και την προετοιμασία του ασθενή για να πάρει εξιτήριο.

Γ) μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του ασθενή αλλά και της οικογένειάς του για την πρόληψη υποτροπής ή της έγκαιρης αναγνώρισης και αντιμετώπισής της.

Όσον αφορά στο αίσθημα της κατάθλιψης δεν διαρκεί πολύ σε έναν φυσιολογικό άνθρωπο. Ο ψυχικά άρρωστος όμως ίσως συνεχίσει να αισθάνεται κατάθλιψη για αρκετό καιρό και ο νοσηλευτής οφείλει να τον κουράρει και να τον ανακουφίζει σε μεγαλύτερο βαθμό από αυτόν που νομίζει ότι ο άρρωστος έχει ανάγκη. Η μοναδική ανακούφιση που μπορεί να δώσει ο νοσηλευτής στον ασθενή είναι η συμπαράσταση, το ενδιαφέρον και η κατανόηση. Ο νοσηλευτής δεν πρέπει ποτέ να φανερώσει ανία ή εκνευρισμό και αντιδρά πάντα θετικά έστω και στην ελάχιστη υποχώρηση της κατάθλιψης. Επίσης ο νοσηλευτής πρέπει να μπορεί να παρέχει ζεστασιά ακόμα και αν δεν λαμβάνει ανταπόκριση και πρέπει επίσης να εκτιμάει την ικανότητα του αρρώστου να δέχεται τη φροντίδα. Στο στάδιο της ανάρρωσης πολλοί ασθενείς σχολιάζουν το γεγονός ότι η προσοχή του νοσηλευτή ήταν απαραίτητη αλλά τους ήταν αδύνατον να γνωστοποιήσουν αυτή τους την ανάγκη<sup>6</sup>.



## **1.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Αν και είναι δύσκολο να επιτευχθεί μια επαρκής πρωτογενής πρόληψη καθώς η αποφυγή ψυχοπιεστικών συνθηκών είναι συνήθως ανέφικτη, ωστόσο η διατήρηση μιας καλής σωματικής κατάστασης χωρίς καταχρήσεις και εξαρτήσεις και η επικοινωνιακή ευχέρεια με φίλους και συγγενείς μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά. Με την αναγνώριση κάποιων συμπτωμάτων έχει μεγάλη σημασία η έγκαιρη επικοινωνία με τον ειδικό ψυχίατρο, επειδή στο 50%-60% των περιπτώσεων η νόσος είναι υποτροπιάζουσα και σε κάποιες είναι αναγκαία η μακρόχρονη παρακολούθηση του αρρώστου. Η συνήθης αντιμετώπιση για την ελληνική κοινωνία που έγκειται στο << θα το ξεπεράσω μόνος μου>> ή στο << πρέπει να το παλέψεις >> δεν αποφέρουν αποτέλεσμα, αφού ο ασθενής και η οικογένειά του δεν είναι ενήμεροι για τη φύση της κατάστασης που αντιμετωπίζουν. Η αθεράπευτη νόσος διαρκεί περίπου 6-9 μήνες, ποσοστό άνω του 50% υποτροπιάζει και ένα 10% καταλήγει στην χρονιότητα. Η έγκαιρη επέμβαση υπό την επίβλεψη ειδικού περιορίζει τη διάρκεια του φαινομένου σε λίγες εβδομάδες και ελέγχει αποτελεσματικά τη μακροχρόνια πορεία της συναισθηματικής διαταραχής. Η γενικότερη επικοινωνία με τον άρρωστο σε όλη τη διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο αλλά η σωστή επικοινωνία συμβάλλει στη πρόληψη ενός σοβαρού καταθλιπτικού επεισοδίου. Η παρατηρητικότητα του νοσηλευτή δίνει τα πρώτα στοιχεία για την αλλαγή της διάθεσης του αρρώστου και όσο πιο γρήγορα αντιληφθεί την υποτροπή του, τόσο πιο αποτελεσματική θα είναι η θεραπεία του<sup>12</sup>.

Η πρόληψη της κατάθλιψης επιτυγχάνεται με τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών εκτός από τη θεραπευτική δράση διαθέτει και προληπτικές ιδιότητες. Επίσης αναθέτονται στον ασθενή και δραστηριότητες που έχουν στόχο την απασχόληση και τη δημιουργικότητα

ώστε να αποφεύγονται σκέψεις αυτοκαταστροφής, αναξιότητας, θλίψης και πόνου. Επίσης λειτουργούν μονάδες οι οποίες βοηθούν τον άρρωστο να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του και τις σκέψεις του ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει μόνος τα προβλήματά του και ταυτόχρονα δέχεται και βοήθεια από το προσωπικό<sup>6</sup>.

### **1.3.ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

Η απελπισία, η αναξιότητα, η απογοήτευση και η αθλιότητα που διακατέχει τους ασθενείς, είναι συναισθήματα που αναγνωρίζονται εύκολα από τους νοσηλευτές. Συνήθως αυτά εκφράζονται με χειρονομίες, με την έκφραση του προσώπου, τη στάση του σώματος. Βέβαια δεν έχουν όλοι οι καταθλιπτικοί την εμπειρία της έκφρασης. Κάποιοι από αυτούς στέκονται άψυχοι και απαθείς. Αυτή η απουσία συναισθημάτων δυσχεραίνει την επικοινωνία με τους γύρω του. Συνήθως η προσοχή τους διασπάται. Κατά συνέπεια το έργο του νοσηλευτή να μεταδώσει στοργή γίνεται ακόμα πιο δύσκολο σε άτομα που δεν δείχνουν αντίδραση στα συναισθήματα. Οπότε σε αυτή τη φάση δεν ενδείκνυται η ενασχόληση με κάποια δραστηριότητα που περικλείει πολύ κόσμο διότι του είναι αδύνατον να επικοινωνήσει<sup>15</sup>.

#### **1.3.1. Χαμηλή αυτοεκτίμηση**

Οι καταθλιπτικοί συχνά εκφράζουν αισθήματα και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες αποτυχίες και λάθη. Παρόλα αυτά ο βαθμός των κατηγοριών είναι υπερβολικός και αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι ο ασθενής αναφέρει γεγονότα μηδαμινής σημασίας ή από το ότι αποδίδει μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης στον εαυτό του από αυτό που του αναλογεί. Ενοχή, αναξιότητα και χαμηλή αυτοεκτίμηση αποτελούν μετά από ένα σημείο παραληρητικές ιδέες,

κυρίως τότε που ο ασθενής πλέον βρίσκεται σε σταθερή και ακλόνητη διάσταση με την πραγματικότητα<sup>12</sup>.

### **ΠΩΣ ΠΑΡΕΜΒΑΙΝΟΥΝ ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ:**

α. μετατόπιση του αρρώστου σε ρεαλιστικό σύστημα θεώρησης του εαυτού τους, της ζωής και του κόσμου. Έτσι μειώνονται τα αισθήματα αναξιοτήτας και αυξάνεται ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμηση.

β. ενίσχυση του αρρώστου στη διατύπωση κατορθωτών και εφικτών στόχων για τη ζωή του, καθώς αν αυτοί οι στόχοι εκπληρωθούν θα τον κάνουν να νιώσει ικανός και θα φέρουν συνεπώς ταχύτερα αποτελέσματα.

γ. διαβεβαίωση του αρρώστου ότι θα αναρρώσει από την κατάθλιψη και ότι οι νοσηλευτές θα τον συντροφεύουν τόσο στη πορεία αυτή όσο και μετά.

δ. έπαινος του ασθενή στις προσπάθειες αυτοαξιολόγησης και αυτόελέγχου.

ε. χορήγηση αντικαταθλιπτικών με συνέπεια και υπευθυνότητα.

στ. κινητοποίηση του ασθενή να παρακολουθεί ομάδες ή δραστηριότητες της μονάδας ώστε η προσοχή του να εστιαστεί σε όσα συμβαίνουν γύρω του.

ζ. συνέπεια του νοσηλευτή σε ότι προγραμματίζει σε σχέση με τον άρρωστο. Η σταθερότητα και η αξιοπιστία θεμελιώνει την εμπιστοσύνη, το αντίθετο μάλιστα ο ασθενής μπορεί να το πάρει προσωπικά και να σκεφτεί ότι είναι ανάξιος προσοχής.

η. αποφυγή υπερβολικής ευθυμίας, καθώς αυτή η εύθυμη στάση αυξάνει την αποξένωση και δημιουργεί σκέψεις για το πόσο δυστυχής είναι ο ασθενής<sup>15</sup>.

### **1.3.2 Κίνδυνος αυτοτραυματισμού-αυτοκτονίας**

Η αυτοκτονία αποτελεί τη πιο σοβαρή επιπλοκή στα καταθλιπτικά επεισόδια. Οι απόπειρες αυτοκτονίας μπορεί να γίνονται για να προσελκύσουν την προσοχή. Αν ο ασθενής πετύχει στην αναζήτηση βοήθειας και του δοθεί

ανάλογη προσοχή υπάρχει περίπτωση να μην το κάνει. Αν αγνοηθεί όμως ή τον περιγελάσουν θα οδηγηθεί στα σίγουρα σε κάποια πιο απελπισμένη πράξη. Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι ενημερος ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος ελοχεύει κατά τη συμπτωματική βελτίωση του ασθενούς γι αυτό και πρέπει να είναι πιο προσεκτικός<sup>31</sup>.

### **ΠΩΣ ΠΑΡΕΜΒΑΙΝΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ**

α. εξηγεί στον ασθενή ότι ο ίδιος ενδιαφέρεται για την ασφάλειά του

β. τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο που να βρίσκεται δίπλα σε νοσηλευτικό παρατηρητήριο. Παρακολούθηση του αρρώστου ακόμα και όταν χρησιμοποιεί τους βοηθητικούς χώρους καθώς και εκεί έχουν συμβεί αυτοκτονίες. Επειδή όμως η συνεχής παρακολούθηση είναι αδύνατη πρέπει ο νοσηλευτής να απαντά με ειλικρίνεια στις ερωτήσεις του ασθενή και να του εξηγεί τη διαδικασία.

γ. αποφυγή αιχμηρών ή άλλων επικίνδυνων αντικειμένων (μαντήλια λαιμού, ξυράφια, ψαλίδια, καθρέπτες)

δ. συνέπεια στη χορήγηση των φαρμάκων, ώστε να μην τα κρύβει ο ασθενής για κάποια ενδεχόμενη αυτοκτονία ή να τα πετάει.

ε. νοσηλευτικοί γύροι στους θαλάμους συχνά και ιδιαίτερα τη νύχτα, τα ξημερώματα και στις αλλαγές βάρδιας ή σε ώρες που το προσωπικό είναι απασχολημένο. Αυτό το σύστημα εμποδίζει τον άρρωστο να προβλέψει το πότε θα περάσει ο νοσηλευτής στο δωμάτιό του<sup>19</sup>.

### **Επικινδυνότητα**

Συνήθως επειδή οι καταθλιπτικοί διέπονται από συναισθήματα ανικανότητας και ενοχής δεν αποτελούν κίνδυνο για τους γύρω τους καθώς επιδιώκουν να βλάψουν τον εαυτό του. Κάποιοι καταθλιπτικοί παρόλα αυτά επιχειρούν να παρασύρουν φιλικά τους πρόσωπα να αυτοκτονήσουν μαζί τους ή επιχειρούν να

τα σκοτώσουν για να τους απαλλάξουν από τα υποτιθέμενα βάσανα ή τις επικείμενες καταστροφές. Αυτή η μορφή αυτοκτονίας λέγεται "συλλογική" ή "κατ επέκταση" αυτοκτονία. Υπάρχει βέβαια αλλά δεν είναι και τόσο συχνή<sup>31</sup>.

### 1.3.3. Εμφάνιση διαταραχής κοινωνικής επικοινωνίας

Το καταθλιπτικό άτομο λόγω της ασθενείας του κλείνεται στον εαυτό του και χάνει κάθε είδους επικοινωνία με τους γύρω. Το μόνο που κάνει είναι να ανακυκλώνει το μυαλό του τις σκοτεινές ανυπόφορες σκέψεις του. Συνέπεια αυτής της κατάστασης είναι η μείωση της νοητικής λειτουργίας και δυσκολία στη συγκέντρωση καθώς και απώλεια ενδιαφέροντος. Χαρακτηριστικά στοιχεία της κοινωνικής απομόνωσης είναι το θλιμμένο και επίπεδο συναίσθημα, η έλλειψη οπτικής επαφής, η έλλειψη ομιλίας, η ενασχόληση με τις σκέψεις, έλλειψη σκοπού ζωής και η μοναξιά<sup>32</sup>.

Ο νοσηλευτής παρεμβαίνει ως εξής:

1. Συχνές και σύντομες συναντήσεις (5-10 λεπτά) στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Προειδοποίηση του ασθενή πότε και πόση ώρα θα πραγματοποιηθούν αυτές οι νοσηλευτικές επισκέψεις, ώστε να συμβάλλει αυτή η διαδικασία στην ελάττωση του άγχους του ασθενή.

2. Παραμονή στο πλάι του ασθενή ακόμα και όταν δεν μιλάει. Συνήθως όταν ο άρρωστος παρουσιάζει αλαλία, ο νοσηλευτής σχολιάζει κάτι ουδέτερο πχ τα κάδρα στον τοίχο. Επίσης σε αυτή την περίπτωση ο νοσηλευτής δεν υπεισέρχεται σε προσωπικές ερωτήσεις, γιατί αυτό αυξάνει το άγχος του ασθενή.

3. Χρήση απλών και συγκεκριμένων λέξεων. Η αργή σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση.

4. Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση καθώς και ενθάρρυνση και προτροπή να εξωτερικεύει το θυμό λεκτικά. Με αυτό τον τρόπο

ο νοσηλευτής επιτυγχάνει την μείωση της ανάγκης να εξωτερικευτεί αυτός ο θυμός με κάποια ανεύθυνη πράξη.

5. Αποφυγή κάθε είδους κριτικής γιατί ο καταθλιπτικός βλέπει μόνο την αρνητική πλευρά της κάθε ιστορίας, πχ στο σχόλιο <<μου αρέσει το σημερινό σας ντύσιμο>> ο καταθλιπτικός θα σκεφτεί << δεν ήμουν καλός εχθές>> . Ο νοσηλ είναι καλύτερα να πει << αλλάξατε σήμερα την ενδυμασία σας>>, αφού τα ουδέτερα σχόλια προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνεύσεις και παρερμηνεύσεις.

6. Βαθμιαία ενσωμάτωση του ασθενή σε συζητήσεις με άλλους ασθενείς και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο ανοχής του. Ενθάρρυνση τηλεφωνημάτων και επισκέψεων με προσφιλή πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι) .

7. Διδασκαλία του ασθενή πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες σκέψεις για τον εαυτό του και τις ικανότητές του<sup>33</sup>.

#### **1.3.4. Κάλυψη σημαντικών αναγκών**

Κατά τη διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου έχει παρατηρηθεί μεγάλη αδιαφορία του ασθενή σχετικά με τη σωματική του υγιεινή, διαταραχή της όρεξης και του ύπνου καθώς και έντονη κόπωση και εξάντληση. Ο νοσηλευτής οφείλει να καλύψει όλες εκείνες τις ανάγκες του ασθενή, τις οποίες ο ίδιος δεν είναι σε θέση να καλύψει<sup>31</sup> .

### **Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΠΕΡΙΚΛΕΙΕΤΑΙ ΣΤΑ ΕΞΗΣ**

1. Αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας με τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Είναι πιθανό ο νοσηλευτής να χρειαστεί να σιτίσει τον άρρωστο ή να τον παρακολουθεί κατά τη διάρκεια. Το ίδιο και κατά τη λήψη υγρών. Η συχνότητα και οι ποσότητες των γευμάτων αναγράφονται στη κάρτα νοσηλείας του ασθενή.

2. Προσοχή στη προσωπική υγιεινή του στόματος και του σώματος των ασθενών.

3. Στην οξεία φάση της κατάθλιψης ο νοσηλευτής ίσως χρειαστεί να ντύνει καθημερινά τον άρρωστο.

4. Οι ασθενείς είναι επιρρεπείς στο κρύο λόγω της μειωμένης δραστηριότητας. Ο νοσηλευτής πρέπει να προμηθεύει τον ασθενή με επιπλέον πουλόβερ και κουβέρτες.

5. Τοποθέτηση του αρρώστου σε ήσυχο και σκοτεινό δωμάτιο, με όσο το δυνατόν λιγότερους θορύβους για να είναι ο ύπνος πιο ξεκούραστος και ομαλός. Χορήγηση υπνωτικών μετά από ιατρική εντολή<sup>30</sup>.

#### **1.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΗΣΘ**

Τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται για να ανεβάσουν τη διάθεση και να ανακουφίσουν άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Αυξάνουν τη συγκέντρωση νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στον οργανισμό. Φυσικά δε θεραπεύουν τα αίτια της κατάθλιψης όμως καλύπτουν τα συμπτώματα και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής.

Με βάση τις παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών ο νοσηλευτής παρεμβαίνει ως εξής:

- α. Ξηροστομία η οποία αντιμετωπίζεται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια, τσίχλες και μικρές συχνές λήψεις υγρών.
- β. Θαμπή όραση: Ο ασθενής καθησυχάζεται ότι η παρενέργεια αυτή θα υποχωρήσει σε λίγες εβδομάδες.
- γ. Δυσκοιλιότητα. Λήψη τροφών με άφθονες φυτικές ίνες. Αύξηση της σωματικής άσκησης και λήψη πολλών υγρών.

- δ. Ορθοστατική υπόταση: Ενημέρωση του αρρώστου να σηκώνεται με αργές κινήσεις από την πολυθρόνα ή το κρεβάτι. Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε ξαπλωμένη και όρθια θέση.
- ε. Επιληπτικοί σπασμοί: ετοιμότητα για νοσηλευτική παρέμβαση.
- στ. Αρρυθμία και ταχυκαρδία: συστηματική μέτρηση αρτηριακής πίεσης και σφυγμών.
- ζ. Υπερτασική κρίση (αφορά στους ασθενείς που κάνουν θεραπεία με ΜΑΟ και οι τροφές τους περιέχουν τυραμίνη) : σε αυτή την περίπτωση ο νοσηλευτής διδάσκει τον άρρωστο ποιες τροφές πρέπει να αποφεύγει όσο κάνει θεραπεία με αναστολείς της ΜΑΟ<sup>20</sup>.

### **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την ΗΣΘ**

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία αρχικά γινόταν όταν ο ασθενής ήταν ξύπνιος και χωρίς προηγούμενη φαρμακευτική κάλυψη. Αυτό προκαλούσε φόβο στους ασθενείς καθώς και αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων και εξαρθρώσεων στη διάρκεια των σπασμών. Τώρα οι περισσότερες ηλεκτροσπασμοθεραπείες γίνονται αφού προηγουμένως χορηγηθούν τρεις τύποι φαρμακευτικής αγωγής.

Πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την εφαρμογή της:

A. Εξασφάλιση ενυπόγραφης συγκατάθεσης του αρρώστου και της οικογένειάς του για την εφαρμογή της θεραπείας.

B. Εξασφάλιση αποτελεσμάτων πρόσφατων εργαστηριακών εξετάσεων ουρών και αίματος, ΗΚΓ και ακτινογραφίας θώρακος.

Γ. Ο άρρωστος πριν τη θεραπεία πρέπει να είναι νηστικός, να ουρήσει, να φορέσει πιτζάμες και να αφαιρέσει οδοντοστοιχίες, γυαλιά, φακούς επαφής και φουρκέτες.

Δ. Λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων



Ε. Χορήγηση θειϊκής ατροπίνης τριάντα λεπτά πριν την έναρξη της θεραπείας για ελάττωση των κρίσεων και αύξηση του καρδιακού ρυθμού που καταστέλλεται από την ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

ΣΤ. Συνενόηση με τον ψυχίατρο λη τον αναισθησιολόγο στην ενδοφλέβια χορήγηση αναισθητικού και μαζί κάποιου μυοχαλαρωτικού.

Ζ) Χορήγηση οξυγόνου και ετοιμότητα για αναρρόφηση βρογχικών εκκρίσεων.

Η. Χρήση αναπνευστήρα μετά το ηλεκτρικό ερέθισμα

Θ. Τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση για πρόληψη εισρόφησης, παραμονή πλάι του μέχρι να ανανήψει και παρακολουθήσει των ζωτικών λειτουργιών ανά 15 λεπτά την πρώτη ώρα.

Επειδή κατά την ΗΣΘ προκαλείται μερική αμνησία και σύγχυση ο νοσηλευτής βρίσκεται δίπλα στον άρρωστο όταν ξυπνάει, τον διαβεβαιώνει ότι η απώλεια μνήμης είναι προσωρινή, του βάζει βραχιόλι ταυτότητας και τον επαναπροσανατολίζει στον τόπο, στο χρόνο και στα πρόσωπα. Ο ασθενής τελεί υπό στενή παρακολούθηση τις επόμενες 48 ώρες<sup>28</sup>.

### **1.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Τη τελευταία δεκαετία παρατηρείται έντονα η ανάγκη εκπαίδευσης ψυχιατρικών νοσηλευτών σε διάφορους τύπους ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης. Οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές είναι μια ομάδα επαγγελματιών οι οποίοι χρησιμοποιούν συγκεκριμένες τεχνικές κατά την παρέμβασή και την εμπλοκή τους με τον ασθενή με αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Το 1959 έγινε η πρώτη αναφορά για εφαρμογή και ανάπτυξη των τεχνικών της γνωσιακής ψυχοθεραπείας. Οι Ayllon και Michael δίδαξαν μια ομάδα νοσηλευτών με σκοπό τη τροποποίηση της συμπεριφοράς χρόνιων ψυχικά

ασθενών οι οποίοι παρέμεναν για μεγάλα χρονικά διαστήματα σε ψυχιατρικά ιδρύματα.

Το 1975 ο Isaak Marks ψυχίατρος και ερευνητής ξεκίνησε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης νοσηλευτών στη ψυχοθεραπεία εποπτεύοντας παράλληλα. Να τι έδειξαν τα αποτελέσματα:

- Οι νοσηλευτές είχαν εξίσου καλά και ικανοποιητικά αποτελέσματα με τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας.
- Οι ασθενείς οι οποίοι θεραπεύτηκαν από νοσηλευτές μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο χρησιμοποίησαν λιγότερο τις υπηρεσίες υγείας.

Παρόμοια εξέλιξη παρατηρήθηκε στις ΗΠΑ όπου δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση τόσο στη μείωση του χρόνου παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο όσο και στον περιορισμό των εξόδων του συστήματος υγείας. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών κρίθηκε αναγκαία λόγω της σημαντικής βελτίωσης που παρατηρήθηκε στους ασθενείς και της γενικότερης εξέλιξης και πορείας της ασθένειας.

Γνωσιακή ψυχοθεραπεία και νοσηλευτική διεργασία

Η νοσηλευτική διεργασία ξεκινάει με την αναγνώριση και την καταγραφή των προβλημάτων του ασθενούς με σκοπό τη διόρθωση εκείνων των μηχανισμών που παρεμβαίνουν στη ζωή και τις λειτουργίες του<sup>25</sup>.

### **ΟΜΟΙΟΤΗΤΕΣ**

1. Εστιάζουν και οι δυο στον ασθενή
2. Θεωρούν τον ασθενή μοναδική οντότητα και όχι ψυχοπαθολογική κατάσταση
3. Αντιμετωπίζουν τον ασθενή καλοπροαίρετα και όχι με καχυποψία

4. Οι μη προσαρμοστικές συμπεριφορές του ασθενή καταγράφονται και θεωρούνται διαχειρίσιμες και μπορούν να αλλάξουν τη διαδικασία της μάθησης.
5. Συνεργασίαθεραπευτή ασθενή στον εντοπισμό των προβλημάτων και στη πορεία της θεραπείας.
6. Η γνησιότητα, η ζεστασιά, η συμπάθεια και η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης είναι παράμετροι, στις οποίες δίνεται ιδιαίτερη έμφαση, διότι συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα και στην πρόοδο της θεραπείας.
7. Εστιάζουν στην αντικειμενική εκτίμηση των προβλημάτων του ασθενή

Οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές μια ομάδα αποτελεσματικοί και δυναμική στο χώρο του νοσοκομείου γιατί έχουν άμεση επαφή και σχέση με τον ασθενή από τη στιγμή της εισαγωγής του ως τη στιγμή της εξόδου<sup>23</sup>.

### **1.6. ΣΚΟΠΟΙ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ**

Σαν αποστολή της η νοσηλευτική έχει να βοηθήσει τον καταθλιπτικό άρρωστο να σταθεί στα πόδια του και να επιτύχει ψυχοσωματική και πνευματική ανανέωση. Να ξαναβρεί δηλαδή τη ζωτικότητα και να αισθανθεί προσωπική αξία και ικανότητες.

Σε ψυχικό – προσωπικό επίπεδο ο ασθενής επιθυμούμε να φτάσει:

- μείωση των αρνητικών δηλώσεων για τον εαυτό του
- επισήμανση των προτερημάτων και των μειονεκτημάτων
- έκφραση αυτό- αντίληψης
- έκφραση θετικών προσδοκιών για το μέλλον
- έκφραση επιθυμίας για ζωή-καμιά αναφορά σε αυτοκτονία και αυτοτραυματισμούς
- σχεδιασμός του μέλλοντος που συμπεριλαμβάνουν δραστηριότητες αλλά και ιατρική παρακολούθηση μαζί με φαρμακευτική περίθαλψη.

- Αυτονομία στη φροντίδα της διατροφής, της σωματικής υγιεινής και της εμφάνισής του.
- Να εξαφανιστούν τα σωματικά κατάλοιπα της ασθένειας, πχ πονοκέφαλοι, ναυτία, δυσκολία στην αναπνοή<sup>30</sup>.

Σε κοινωνικό – διαπροσωπικό επίπεδο:

- Να παρακολουθεί ομάδες και γεύματα σύμφωνα με το πρόγραμμα
- Να επικοινωνεί με τους άλλους ασθενείς και με το προσωπικό
- Να αυξήσει την επικοινωνία του με φίλους και με την οικογένεια
- Να υπάρχει θεραπευτική συνεργασία με το προσωπικό
- Να δείχνει άνεση, ικανοποίηση, ευχαρίστηση στην επικοινωνία του με τους άλλους
- Συνειδητοποίηση των ατομικών προβλημάτων που δυσκόλευαν την επικοινωνία
- Να αποκτηθεί εμπιστοσύνη με κάποιο πρόσωπο του νοσηλευτικού προσωπικού<sup>31</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΜΑΝΙΑ**

Υποχρέωση του νοσηλευτή είναι να εφαρμόσει κάποιες προτεραιότητες σχετικές με τη φροντίδα του ασθενή. Σε γενικές γραμμές ο μανιακός χρειάζεται:

- προστασία του ίδιου και των γύρω του από αυτοκαταστροφικές και ετεροκαταστροφικές ενέργειες αντίστοιχα.
- Κάλυψη βασικών σωματικών αναγκών
- προσανατολισμός στην πραγματικότητα και απόκτηση αυτονομίας και υπευθυνότητας
- ο ίδιος ο ασθενής και τα οικογενειακά του πρόσωπα να μπορέσουν να συμμετάσχουν στην μετανοσοκομειακή παρακολούθηση.

Για να επιτευχθεί ορθή και αρμονική επικοινωνία με τον μανιακό ασθενή, η οποία αποτελεί το σημείο κλειδί στην οξεία φάση της ασθένειας, οφείλει να είναι γνώστης κάποιων αρχών τις οποίες βέβαια και θα εφαρμόσει. Όλα αυτά σκοπεύουν στην ομαλή διαβίωση του αρρώστου, την κάλυψη των αναγκών του και στην ανακούφισή του.

Οι αρχές αυτές είναι:

- χρήση σταθερής και ήρεμης προσέγγισης διότι ο μανιακός πρέπει να αισθανθεί ότι κάποιος τον ελέγχει, καθώς ο ίδιος είναι εκτός εαυτού.
- Χρήση σύντομων και συγκεκριμένων λέξεων και φράσεων. Αυτή η μέθοδος συμβάλλει στην κατανόηση καθώς η προσοχή του μανιακού διασπάται.
- Τήρηση ουδέτερης στάσης χωρίς κριτική και επίδειξη δύναμης.
- Σταθερότητα στις συμφωνίες και τις προσδοκίες του αρρώστου. Ο μανιακός έχει την τάση να εκμεταλλεύεται το προσωπικό και γι αυτό όταν βλέπει σταθερότητα καταλαβαίνει ότι κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό.
- Ο νοσηλευτής δεν συμμετέχει σε αστεϊσμούς. Με αυτόν το τρόπο δείχνει το σεβασμό του στον ασθενή.
- Τοποθέτηση ορίων και τήρηση τους από το προσωπικό.
- Γνωστοποίηση αυτών των ορίων στον ασθενή και των συνεπειών σε τυχόν παραβίαση.

- Ανοχή του νοσηλευτή στην απρεπή και άσεμνη συμπεριφορά του ασθενή, η οποία μπορεί να περιέχει ωμά αστεία, χειρονομίες, απρεπή λόγια.
- Ο μανιακός έχει πολύ έντονη ενεργητικότητα αλλά και προσοχή που διασπάται. Ο νοσηλευτής μπορεί να εκμεταλλευτεί αυτά τα δυο στοιχεία ώστε να του τραβήξει εύκολα τη προσοχή και να διοχετεύσει την ενέργειά του σε εποικοδομητικές εργασίες. Όλα στο βωμό της θεραπείας, ακόμα και τα μειονεκτήματα της ασθένειας<sup>28</sup>.

## **2.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΜΑΝΙΑΣ**

Μανία και κατάθλιψη είναι δυνατόν να προληφθούν σε ικανοποιητικό επίπεδο. Οι έρευνες έχουν καταδείξει κάποιους παράγοντες που αν ληφθούν σοβαρά υπόψιν μπορούν να μεταθέσουν χρονικά ή σπανιότερα να αποτρέψουν ένα μανιακό επεισόδιο.

Βασική θέση κατέχει η φαρμακευτική αγωγή. Εκτός από θεραπευτικές ιδιότητες διαθέτει και τη μεγαλύτερη απόδοση σαν μέθοδος πρόληψης. Έχει αποδειχθεί ότι προφυλάσσει από τις υποτροπές της μανίας σε πολύ σημαντικό βαθμό, περίπου στο 70%-80% των ασθενών παρουσιάζουν ελάττωση της συχνότητας και της έντασης του επεισοδίου αλλά και εξαφάνιση των υποτροπών<sup>32</sup>.

Τα συμπτώματα της υποτροπής είναι σημαντικό να γνωστοποιούνται στις οικογένειες των ασθενών ώστε να αναγνωρίζονται και έτσι να ζητούν έγκυρα βοήθεια. Με αυτό τον τρόπο προλαμβάνουν την ανάπτυξη του επεισοδίου.

Ο νοσηλευτής θέλοντας να προλάβει την υποτροπή οφείλει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή στον ασθενή, ο οποίος παρουσιάζει μεγάλη δραστηριότητα και αϋπνία. Αυτές οι δυο ενδείξεις αποτελούν αρχή για μανιακό επεισόδιο.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί και κατά την εποχική κατανομή. Σε αυτή την περίπτωση οι ασθενείς που έχουν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός σε

συγκεκριμένη χρονική περίοδο (πχ θάνατος τον Ιούλιο) τότε κάθε χρόνο τον ίδιο μήνα ίσως να παρουσιάζει υποτροπή στη θύμηση του γεγονότος.

Η τακτική επαφή με τον ψυχίατρο συμβάλλει και αυτή με τη σειρά της στην πρόληψη της μανίας. Με τις συχνές του επισκέψεις ο ψυχίατρος καταφέρνει να κρατά τον ασθενή στη σφαίρα της πραγματικότητας, γεγονός που του επιτρέπει να ζει μια φυσιολογική ζωή<sup>30</sup>.

### **2.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΜΑΝΙΑΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

Ο μανιακός είναι ένας ασθενής ο οποίος χρίζει ιδιαίτερης προσοχής και μεθοδικότητας όσο θα διαρκέσει η νοσηλεία του. Λόγω της ανεπτυγμένης παρατηρητικότητας και της διαίσθησής του, δεν επιτρέπονται στο προσωπικό απερισκεψίες. Ο νοσηλευτής οφείλει να δημιουργήσει κλίμα συνεργασίας, όπου θα αποφεύγονται εχθρότητες και εντάσεις, ώστε η ψυχολογία του αρρώστου να παραμένει ανεπηρέαστη από τέτοια γεγονότα.

Ο ασθενής που νοσεί από μανία είναι ιδιαίτερα δύσκολος στη διαχείριση και αντιμετώπισή του. Είναι γνωστό ότι ένας μανιακός στην οξεία φάση του επεισοδίου είναι σε θέση να αναστατώσει ολόκληρη κλινική, οπότε το νοσηλευτικό προσωπικό έχει τον κύριο ρόλο στη τοποθέτηση ορίων, στο σωστό χειρισμό και στην ομαλή συμβίωση του ίδιου του ασθενούς και των γύρω του<sup>28</sup>.

#### **2.3.1 Παραλήρημα μεγαλείου**

Το παραλήρημα μεγαλείου είναι χαρακτηριστικό σύμπτωμα που εμφανίζεται στη μανία και στη σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου. Για τη βοήθεια του ασθενή σημειώστε:

- α. Χρησιμοποιούμε το Mini-Mental exam (εικόνα 1). Αυτό είναι ένα ερωτηματολόγιο που μας δίνει στοιχεία για την ανικανότητα του μανιακού

να εστιάσει στις ερωτήσεις για την αυξημένη ευερεθιστότητα του και την εμμονή του στο περιεχόμενο των ερωτήσεων.

β. Προσπαθούμε να φέρουμε τον άρρωστο πιο κοντά στη πραγματικότητα μέσω της συζήτησης. Δεν παρουσιάζουμε στάση ούτε συμφωνίας ούτε διαφωνίας. Αν δημιουργηθεί ένταση ο νοσηλευτής φεύγει και επιστρέφει αργότερα με άλλο θέμα.

γ. Χρησιμοποιούμε οικεία αντικείμενα του ασθενή σαν μέσα για να τον βοηθήσουμε να προσανατολιστεί σχετικά με πρόσωπα, τόπο, χρόνο.

δ. Ο νοσηλευτής δεν πρέπει να διαπληκτίζεται με τον άρρωστο σχετικά με το περιεχόμενο του παραληρήματος<sup>17</sup>.

### **2.3.2. Κίνδυνος επιθετικής συμπεριφοράς**

Σχεδόν καθημερινά ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει επικίνδυνες συμπεριφορές. Ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες σε συνδυασμό με οργή, θυμό και υπερκινητικότητα προδιαθέτουν για έκρηξη. Τα ενδεικτικά σημεία που προδίδουν επιθετική συμπεριφορά ο νοσηλευτής πρέπει να τα γνωρίζει.

Οι απειλές είναι ένα ενδεικτικό σημείο. Ο μανιακός εκφράζει απειλές οι οποίες πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψιν ακόμα και αν φαίνονται επιπόλαιες γιατί μπορεί να αποτελούν έμμεσο τρόπο έκκλησης βοήθειας από τον ασθενή. Αξιολογώντας την απειλή προλαμβάνουμε την επίθεση.

Επίσης ο ασθενής προκειμένου να εξασφαλίσει το αίσθημα της ασφάλειάς του επιδιώκει αποστάσεις. Όταν λοιπόν αυτές οι αποστάσεις – προσωπικός του χώρος παραβιάζονται τότε ο φόβος προβάλλεται με βία.

Ο εντοπισμός τραυμάτων στο σώμα του ασθενή είναι ενδεικτικό επιθετικότητας.

Οι παρεμβάσεις του νοσηλευτή εστιάζονται:



- **ο ασθενής να:**
  - μην τραυματιστεί σωματικά
  - μην εξαντληθεί
  - ανακτήσει ξανά την ηρεμία του
- **οι άλλοι ασθενείς να μην:**
  - διαταραχθούν από το περιστατικό
  - τραυματιστούν
- **οι νοσηλευτές να μην τραυματιστούν**
- **η υλική υποδομή να παραμείνει αβλαβής**

Για να επανέλθει ο ασθενής στην πρότερη ηρεμία θα πρέπει ο νοσηλευτής να μεταβιβάζει συνεχώς ότι οι συμπεριφορές του δεν κρίνονται ως λανθασμένες και γενικότερα δεν κατακρίνονται. Στόχο πρέπει να αποτελεί η προστασία του από ετεροκαταστροφική συμπεριφορά και η αποδοχή του σαν άτομο.

Επίσης σχετικά με την ασφάλεια και τη προστασία των άλλων ασθενών ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τις διαπροσωπικές τους σχέσεις έτσι ώστε αν οι καταστάσεις δυσχεραίνουν να επέμβει για να προλάβει τα χειρότερα.

Ακόμα για να προστατεύσει τη δική του ασφάλεια πρέπει να λειτουργεί σαν ομάδα. Όταν δηλαδή αντιμετωπίσει διέγερση ασθενούς είναι καλύτερα να τον αφήσει για λίγα δευτερόλεπτα μόνο και να φέρει βοήθεια, παρά να τον αντιμετωπίσει μόνος με κίνδυνο της σωματικής του ακεραιότητας.

#### **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:**

- α. Απλοποίηση του περιβάλλοντος του ασθενούς, ώστε να εξασφαλίζεται ηρεμία. Στη φάση της διέγερσης να απομακρύνονται όλα τα αντικείμενα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης.

- β. Διακριτική προσέγγιση του ασθενή από το προσωπικό και αν είναι δυνατή εξασφάλιση της συναίνεσής του.
- γ. Όταν η ένταση ενισχύεται από θορύβους, ο ασθενής πρέπει να απομακρύνεται σε μοναχικό δωμάτιο με επίβλεψη ιατρική σαφώς. Το δωμάτιο δεν πρέπει να περιλαμβάνει έντονα χρώματα και παραστάσεις καθώς αυτά διεγείρουν τόσο τη φαντασία όσο και την έντασή του.
- δ. Επειδή στη διάρκεια της έντασης ο ασθενής απαντά μόνο στον τόνο και δεν κατανοεί τις λέξεις, ο νοσηλευτής απευθύνεται στον ασθενή με κανονικό τόνο. Διατηρείται η επαφή με το βλέμμα. Απλή, αργή και συγκεκριμένη ομιλία.
- ε. Ο νοσηλευτής θέτει όρια στη συμπεριφορά του ασθενή και κυρίως αυτό συμβαίνει σε πράξεις που βλάπτουν τους άλλους ασθενείς ή είναι καταστροφικές.
- στ. Απομόνωση και περιορισμός των χεριών είναι η παρέμβαση όταν όλα τα παραπάνω αποδεικνύονται αναποτελεσματικά. Ο ασθενής ενημερώνεται βέβαια πριν την εφαρμογή της.
- ζ. Βοήθεια του αρρώστου σε ώρες χαλάρωσης να βρει τι του προκάλεσε διέγερση ώστε να σχεδιαστούν εναλλακτικές για την πρόληψη μελλοντικής βίαιης συμπεριφοράς.
- η. Έπειτα από ένα βίαιο διεγερτικό επεισόδιο ακολουθεί κατατονία. Έχοντας συναίσθηση των πράξεών του ο ασθενής κυριαρχείται από αισθήματα ενοχής και τότε είναι που προβαίνει σε απόπειρες αυτοκτονίας. Σε αυτή την περίπτωση τίθεται σε εφαρμογή διεργασία για πρόληψη αυτοκτονίας<sup>32</sup>.

### **2.3.3. Υπερκινητικότητα-αυξημένη δραστηριότητα**

Λόγω της έντασης που βιώνει και σε συνδυασμό με τις παραληρητικές ιδέες και τις ψευδαισθήσεις ο μανιακός πιστεύει πως είναι ικανός να κάνει πολλά πράγματα μαζί. Με αυτό τον τρόπο αυξάνεται η ενεργητικότητά του σε σημείο που ο ασθενής να φτάσει στα όρια της εξάντλησης. Ο νοσηλευτής πρέπει να τον προφυλάξει από υπερβολές που μπορεί να αποβούν μοιραίες για τη σωματική του ακεραιότητα είτε με τη μορφή υπερκόπωσης είτε ως ατύχημα.

#### **Μέτρα**

- Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράζει τα συναισθήματα που τον οδηγούν στην υπερκινητικότητα.
- Δημιουργεί περιβάλλον με μειωμένα ερεθίσματα για τον άρρωστο, φροντίζει να επικρατεί ηρεμία και τάξη στο χώρο που βρίσκεται. Πχ η πρωινή καθαριότητα του νοσηλευτικού προσωπικού ερεθίζει τον μανιακό να σκουπίζει συχνά και ακατάπαυστα.
- Μιλά στον ασθενή και έχει την απαίτηση να κάνει και εκείνος το ίδιο χαμηλόφωνα και με αργό ρυθμό. Περιπατάει επίσης μαζί του με αργό ρυθμό.
- Σχεδιασμός καθημερινού προγράμματος ενασχόλησης και προνοητικότητα όσον αφορά τις δραστηριότητες, ώστε να μην τον εξαντλούν. Ο νοσηλευτής του προτείνει να κάνει καθιστική εργασία πχ να ζωγραφίζει<sup>28</sup>.

### **2.3.4. Έλλειψη σωστής διατροφής - Αϋπνία**

Οι μανιακοί παρουσιάζουν απώλεια σωματικού βάρους και αφυδάτωση. Ο νοσηλευτής γνωρίζει ότι με την αυξημένη ενεργητικότητα προκαλείται καύση θερμίδων και πρέπει αυτές να αντικατασταθούν επαρκώς. Οπότε ο μανιακός

πρέπει να λαμβάνει τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, βιταμίνες και υγρά.

### **Αντιμετώπιση**

- Σίτιση και ενυδάτωση του ασθενή από τον νοσηλευτή. Ενίσχυση με υποκατάστατα αν είναι αναγκαίο και απαραίτητο.
- Παρότρυνση του ασθενή για χλιαρό μπάνιο, χορήγηση υπνωτικού.

Καμιά φορά παρατηρείται ασύμβατη στάση του μανιακού με τις καιρικές συνθήκες. Ανάλογα λοιπόν με το πως αισθάνεται ο νοσηλευτής επεμβαίνει αναλόγως (πχ αφαίρεση των ρούχων που τον ενοχλούν)<sup>30</sup>

### **2.4.ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ**

Τα αντιμανιακά ίσως να προκαλέσουν κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες τις οποίες ο νοσηλευτής πρέπει να είναι έτοιμος να τις αντιμετωπίσει αλλά και να μεταφέρει σωστές πληροφορίες στον ιατρό.

#### **Συμπτώματα:**

- Νευρολογικές παρενέργειες: μυϊκή αδυναμία, κόπωση, υπνηλία, τρέμουλο στα χέρια, διπλωπία.

Ο νοσηλευτής βοηθά τον άρρωστο σε καθημερινές ασχολίες, οι οποίες λόγω των παρενεργειών είναι δύσκολο να διεκπεραιωθούν, πχ να τον σιτίσει, να του διαβάσει ένα βιβλίο.

- Καρδιολογικές παρενέργειες: αρρυθμίες

Ο νοσηλευτής καθυστεράει τον ασθενή και ενημερώνει τον γιατρό.

- Ουροποιητικές παρενέργειες: πολουρία, πολυδιψία

Αναπλήρωση των υγρών και ενημέρωση του γιατρού καθώς μπορεί να ακολουθήσει μη αναστρέψιμη νεφρική ανεπάρκεια.

- γαστρεντερικές παρενέργειες: ανορεξία, ναυτία, έμετος

Σωστή σίτιση και αντιμετώπιση του εμετού με αντιεμετικά.

- άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες: εξανθήματα, αύξηση σωματικού βάρους<sup>8</sup>.

#### **2.4.1. Νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη χορήγηση λιθίου**

Το ανθρακικό λίθιο που είναι το φάρμακο της μανίας, πρέπει να φτάσει σε ορισμένο επίπεδο στο αίμα για να δράσει προληπτικά και θεραπευτικά στη συμπεριφορά. Μια με δυο εβδομάδες είναι το διάστημα που μεσολαβεί από την έναρξη της θεραπείας έως την υποχώρηση των συμπτωμάτων. Σε αυτό το διάστημα χορηγούνται αντιψυχωτικά για την ελάττωση της υπερκινητικότητας.

##### **Παρενέργειες και παρέμβαση:**

- α. Τα φάρμακα πρέπει να λαμβάνονται με τα γεύματα ώστε να αποφεύγονται οι γαστρεντερικές διαταραχές.
- β. το λίθιο προκαλεί δίψα και ξηροστομία άρα είναι απαραίτητη η λήψη άφθονων υγρών
- γ. να παρακολουθούνται τα ζωτικά σημεία για εμφάνιση αρρυθμιών. Σε τέτοια περίπτωση ενημερώνουμε το γιατρό για ελάττωση της δόσης.
- δ. η πολουρία που εμφανίζεται συνήθως υποχωρεί μετά την πρώτη εβδομάδα και δεν παρεμβαίνουμε σε αυτό με κάποιο τρόπο.
- ε. προσέχουμε τη διατροφή του γιατί μπορεί να παρουσιάσει αύξηση βάρους. Απαραίτητη είναι η λήψη νατρίου στη δίαιτα για αποφυγή τοξικότητας, όπως και λήψη 2500-3000 ml υγρών ημερησίως για τον ίδιο λόγο.
- στ. οι εξετάσεις αίματος είναι άκρως απαραίτητες ειδικά τη πρώτη εβδομάδα για τη μέτρηση των επιπέδων του λιθίου στο αίμα. Πάντα ελοχεύει ο κίνδυνος τοξικότητας και αναγνωρίζεται από τη θαμπή όραση, το αταξικό βάδισμα, την έντονη διάρροια και την επίμονη ναυτία που παρουσιάζει ο

ασθενής. Έτσι η επόμενη δόση δεν πρέπει να χορηγηθεί. Σε περίπτωση που δεν αντιμετωπιστούν αυτά τα συμπτώματα ο ασθενής θα παρουσιάσει σπασμούς και θα επέλθει θάνατος.

Στα άτομα με καρδιακά ή νεφρικά νοσήματα, εγκυμοσύνη και σε παιδιά κάτω των 12 ετών δεν πρέπει να τους χορηγείται λίθιο.

- Σκοπός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων όσον αφορά τον ασθενή
  - ο επαναφορά στην πραγματικότητα και απαλλαγή από το παραλήρημα μεγαλείου
  - ο να βρει διέξοδο στο θυμό στο διάλογο και όχι στη βία
  - ο να αποκτήσει αυτοέλεγχο
  - ο να μειωθεί η υπερκινητικότητά του και η υπερδιέγερσή του και να εξαλειφθούν οι επικίνδυνες δραστηριότητές του
  - ο να διατηρήσει την ηρεμία του για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο διάστημα

Σχετικά με τη συνανανστροφή του:

- ο να μη γίνεται ανυπόφορος και επικίνδυνος για τους λοιπούς ασθενής και το προσωπικό
- ο να μην προκαλεί υλικές ζημιές
- ο να συνεργάζεται με το προσωπικό για τη νοσηλεία του<sup>13</sup>.

## **2.6. ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ**

Αυτού του είδους η νοσηλεία είναι το αποτέλεσμα της άρνησης των ασθενών που υποφέρουν από ψυχικές και συναισθηματικές διαταραχές να δεχθούν νοσηλεία. Αυτή η άρνηση είναι απόρροια είτε της αρρώστιας των ασθενών είτε της άρνησης της ασθένειας. Απαραίτητες προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι η ύπαρξη της ψυχικής διαταραχής, η ανικανότητα κρίσης του ασθενή για την υγεία του και οι κίνδυνοι που προκύπτουν από τη μη θεραπεία.

Η ακούσια νοσηλεία ως μέσο θεραπευτικής παρέμβασης έχει προκαλέσει αντιρρήσεις και επιφυλάξεις τόσο σε ηθικο-πολιτικό επίπεδο όσο και σε επιστημονικό-ιατρικό. Με αυτή τη νοσηλεία τίθεται σε άμεση δοκιμασία η ελευθερία του ατόμου και τα θεμελιώδη δικαιώματά του.

Θίγονται:

α. η προσωπική ελευθερία

β. η υγεία

γ. η ασφάλεια των τρίτων

Σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής είναι και πάσχων αλλά και πρόσωπο. Δηλαδή σαν πάσχων έχει δικαίωμα στην περίθαλψη και σαν πρόσωπο στην ελευθερία. Και τα δυο δικαιώματα πρέπει να ικανοποιηθούν ταυτόχρονα.

Υπάρχει η πεποίθηση ότι η θεραπευτική πράξη υπό συνθήκες στέρησης της ελευθερίας είναι αναποτελεσματική, αφού είναι απαραίτητη η ανάπτυξη ψυχοθεραπευτικής σχέσης (εμπιστοσύνη, πειθώ) μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή. Μετά από μια αναγκαστική νοσηλεία προσωρινά φαίνεται να λύνονται κάποια προβλήματα (να αποτρέπεται ο κίνδυνος μιας βίαιης πράξης), μακροπρόθεσμα όμως μπορεί αυτά να επιδεινωθούν, αυξάνοντας την καχυποψία και την εχθρότητα του ασθενούς μετά από αυτόν τον εξαναγκασμό. Ακόμα οι ασθενείς αυτοί που έχουν υποστεί αυτή τη διαδικασία και μάλιστα συχνά κάτω από συνθήκες εξαπάτησης, προσβολής, σωματικής βίας και εξευτελισμού, εμφανίζουν μειωμένη αυτοεκτίμηση και υπευθυνότητα.

Πρέπει να επισημανθεί ότι αρκετοί ειδικοί επιμένουν ότι η αναγκαστική νοσηλεία, εφόσον εφαρμόζεται με σωστό τρόπο μπορεί να είναι αποδοτικό θεραπευτικό μέσο. υποστηρίζουν ότι βελτιώνεται σε λίγες εβδομάδες τα παραγωγικά συμπτώματα (περίπου το 70% των ασθενών) και συμβάλλει στο περιορισμό του άγχους και των συμπτωμάτων από τα οποία υποφέρουν,

επιζητούν τη θεραπεία, φοβούνται όμως να αποδεχθούν μια παρέμβαση . που μπορεί να ανατρέψει ριζικά τον τρόπο οργάνωσης της ψυχικής τους ζωής και των σχέσεων τους.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με ακούσια νοσηλεία είχαν πολύ μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας στο νοσοκομείο σε σχέση με τους εκούσια νοσηλευόμενους.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που έχει μελετηθεί είναι η επίπτωση της ακούσιας νοσηλείας για τις επόμενες εισαγωγές του ασθενούς. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι ο άρρωστος θα έχει αρνητική στάση για τη νοσηλεία του και στο μέλλον μετά από μια ακούσια νοσηλεία.

Μια λύση στο πρόβλημα της ακούσιας νοσηλείας ίσως θα μπορούσε να δοθεί με την υποχρεωτική εξωνοσοκομειακή θεραπεία όπως αυτή εφαρμόζεται στην Ιταλία και σε ορισμένες πολιτείες των Η.Π.Α. αλλά και άλλες αγγλοσαξονικές χώρες. Ο ασθενής είναι υποχρεωμένος να επισκέπτεται τακτικά το υποδεικνυόμενο θεραπευτικό κέντρο και να υποβάλλεται στην δέουσα θεραπευτική αγωγή. Διάφορες έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει υψηλό ποσοστό συμμόρφωσης προς αυτή τη μορφή θεραπείας<sup>29</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο**

### **3.1. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Η αποκατάσταση των ψυχικών αρρώστων αναλύεται και πραγματοποιείται μέσω της τριτογενούς πρόληψης της νοσηλευτικής διεργασίας. Αυτή περιλαμβάνει προγράμματα ψυχικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης. Στόχος αυτών των προγραμμάτων είναι η καλλιέργεια των



κοινωνικών ικανοτήτων των ψυχικά αρρώστων και η επανένταξη τους στην κοινωνία όσο το δυνατό συντομότερα. Έτσι προλαμβάνεται η πιθανότητα να μονιμοποιηθεί η ψυχική ανικανότητα και να καταλήξει σε αναπηρία. Επίσης αποφεύγεται η ισόβια αποκοπή τους από την οικογένεια, τους κοινωνικούς δεσμούς και τις κοινωνικές συναναστροφές.

Για την πραγματοποίηση αυτών των στόχων έχουν δημιουργηθεί κάποιες ενδιάμεσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αυτές είναι:

- α) τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μέρας και νύχτας
- β) οι ψυχιατρικοί τομείς στα γενικά νοσοκομεία
- γ) τα κέντρα ψυχικής υγείας
- δ) οι ξενώνες
- ε) τα προστατευόμενα εργαστήρια

στ) οι σταθμοί ψυχιατρικών πρώτων βοηθειών με ανοικτή τηλεφωνικοί γραμμή 24 ώρες το 24ωρο.

Το μεγαλύτερο και το πιο οδυνηρό εμπόδιο που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά ασθενείς κατά την περίοδο της αποκατάστασης είναι η λεγόμενη ταμπέλα που τους συνοδεύει. Απασχολεί πολύ έντονα το νοσηλευτικό προσωπικό όπως και τους ίδιους τους ασθενείς, η στάση που κρατά η κοινωνία απέναντι στους ψυχικά άρρωστους. Η προκατάληψη στα πρόσωπα αυτών των αρρώστων συνεχίζεται έως και στις μέρες μας, με αξιοσημείωτη όμως ομολογουμένως μείωση αυτής. Είναι χρέος λοιπόν, του καθενός μας ξεχωριστά, να αναθεωρήσει τις προσωπικές του ιδέες και πιστεύω έναντι της πολυτιμότερης ύπαρξης της γης, της ανθρώπινης προσωπικότητας και ζωής<sup>12</sup>.

*Η επαρκής ικανοποίηση των ψυχολογικών αναγκών ενός ατόμου και ο βαθμός στον οποίο θα στηριχθεί σε κρίσιμες περιόδους της ζωής του εξαρτάται σημαντικά από η σχέσεις του με: την οικογένεια, τους φίλους και συναδέλφους. Αυτά παίζουν σπουδαίο*

ρόλο στη ζωή του ανθρώπου και προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό κατά πόσο είναι ή θα γίνει ψυχικά υγιής ή ψυχικά άρρωστος<sup>30</sup>.

### **3.2 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ: ΒΑΣΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Πριν αρχίσουν οι επιστήμονες να εφαρμόζουν περισσότερο αποτελεσματικές θεραπείες και πριν εμφανιστούν οι νέες διοικητικές τεχνικές που οδήγησαν με ικανοποιητικότερη διαχείριση των πόρων, το μέλλον των ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες ήταν προδιαγραμμένο. Συνήθως κλείνονταν για όλη τους τη ζωή σε γεωγραφικά απομονωμένα ψυχιατρικά ιδρύματα και απομακρύνονταν, έτσι, από την υπόλοιπη κοινωνία. Αυτό, βέβαια, είχε ως συνέπεια ία άτομα αυτά να αντιμετωπίζονται μαζικά, χωρίς να δίνεται σημασία στις ιδιαιτερότητες και στις ανάγκες του καθενός. Όσοι είχαν μεγαλύτερο βαθμό λειτουργικότητας μπορούσαν να βγουν από τα ψυχιατρεία και να ζήσουν στην κοινωνία. Σε αυτή τη περίπτωση, σημασία είχε να μην αποκαλύψουν τη νοσηλεία τους στο ψυχιατρείο, γιατί το στίγμα το σχετιζόμενο με αυτές τις δομές ήταν τόσο μεγάλο, που ακόμα και αυτοί που μπορούσαν κάπως να αναρρώσουν ήταν συστηματικά απομονωμένοι από το σύστημα των νόμων και των θεσμών. Εξαιτίας του στίγματος, οι οικογένειες των ατόμων αυτών αναγκάζονταν να απομακρυνθούν από τον κοινωνικό τους περίγυρο, για να κρύψουν το γεγονός ότι είχαν ψυχικά άρρωστο άτομο στους κόλπους τους<sup>8</sup>.

Σήμερα τα πράγματα έχουν αλλάξει και, χάρη σε μια ανθρωπιστική τάση που επικρατεί για την αποκατάσταση της υποτιμημένης ανθρώπινης αξίας, γίνονται προσπάθειες για την αποϊδρυματοποίηση και την επανένταξη των ψυχικά ασθενών στη κοινότητα. Αυτό, όμως, το ιδανικό έγινε δίκικοπο μαχαίρι, γιατί, ενώ από τη μία πλευρά πολλοί ψυχικά ασθενείς που δεν χρειάζονται, τουλάχιστον στη πρώτη φάση, νοσηλεία σε ψυχιατρείο μπορούν να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή σε δομές που λειτουργούν στην κοινότητα, από την άλλη πλευρά εκτίθενται

περισσότερο έντονα στην κοινωνική κριτική τα άτομα των οποίων η συμπεριφορά διαφέρει από το φυσιολογικό. Έτσι το πρόβλημα του στίγματος εξακολουθεί να παραμένει ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και οι οικογένειες τους.

Οι ασθενείς αντιμετωπίζονται με καχυποψία και έλλειψη εμπιστοσύνης και υφίστανται μεγάλη αδικία σε διάφορους τομείς της δραστηριότητάς τους. Οι οικογένειες έρχονται αντιμέτωπες με την άγνοια, τον φόβο και τις προκαταλήψεις του κοινού, καθώς και με τα πολλαπλά και, πολλές φορές συγχυσιογόνα μηνύματα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Έτσι, αισθάνονται μόνες στην προσπάθεια τους αφενός μεν να αντιμετωπίσουν τον ασθενή, αφετέρου δε τη κοινωνία. Αλλά και οι ίδιοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα εξαιτίας του στίγματος, στην προσπάθεια τους να βοηθήσουν τους ασθενείς να αποκτήσουν κοινωνικές και επαγγελματικές δεξιότητες<sup>13</sup>.

#### **Διαστάσεις του στίγματος.**

Το στίγμα που βιώνουν οι ψυχικά ασθενείς στις δυτικές κοινωνίες είναι πολύ μεγάλο. Πολύ συχνά αντιμετωπίζουν την κοινωνική διάκριση όσον αφορά τη στέγαση και την εργασία, όπως επίσης και ένα διάχυτο φόβο ότι είναι επικίνδυνοι. Οι πολίτες αρνούνται τη δημιουργία θεραπευτικών δομών και καταλυμάτων για τους ψυχικά ασθενείς στις κατοικημένες περιοχές. Σύμφωνα με την έρευνα των απόψεων του αμερικανικού κοινού που έγινε το 1990 το φαινόμενο «όχι στη δική μου αυλή» αποτελεί τεράστιο εμπόδιο για την κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών. Η θέση τους θεωρείται πολύ χαμηλή - χαμηλότερη από αυτή των πρώην καταδίκων ή όσων πάσχουν από νοητική καθυστέρηση. Ακόμα και οι στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι μερικές φορές, παρόμοιες με αυτές του κοινού, ή και ακόμη πιο αρνητικές.

Το τραγικό είναι πως και οι ίδιοι οι ψυχικά ασθενείς αποδέχονται τα στερεότυπα που επικρατούν για την κατάσταση τους. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι οι στάσεις τους απέναντι στην ψυχική νόσο είναι τόσο αρνητικές όσο και του κοινού .

Στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στη ψυχική ασθένεια.

Έχει βρεθεί πως αρνητικές στάσεις απέναντι στη ψυχική ασθένεια υπάρχουν ακόμη και μεταξύ τόσο των επαγγελματιών υγείας, γενικότερα, όσο και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ειδικότερα Έτσι, οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται πως έχουν σημαντικό μερίδιο στην πρόκληση του στίγματος, όσο και αν αυτό ακούγεται παράδοξο.

Η πατερναλιστική συμπεριφορά τους απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και πολλές φορές, οι αρνητικές και απορριπτικές στάσεις τους αποθαρρύνουν τους ασθενείς περισσότερο από οτιδήποτε άλλο, αφού και αυτοί ακόμη, που υποτίθεται ότι θα τους φροντίσουν, αντίθετα, τους απορρίπτουν Συχνά, συμβαίνει στα ψυχιατρεία το προσωπικό να βάζει «ταμπέλες» σε κάποιους από τους ασθενείς και να τους «καταδικάζει» ως «κακούς», με αποτέλεσμα την απόρριψη τους και τη διαιώνιση του ιδρυματισμού τους :

Έρευνες έχουν δείξει ότι το προσωπικό κατώτερης βαθμίδας διατηρεί περισσότερο αρνητικές και αυταρχικές στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, ενώ το προσωπικό που είναι καλύτερα εκπαιδευμένο δείχνει μεγαλύτερη ανεκτικότητα και είναι περισσότερο αισιόδοξο όσον αφορά την πρόγνωση των ψυχικών διαταραχών Έχει βρεθεί και εδώ πως οι στάσεις του προσωπικού καθορίζονται από μεταβλητές όπως η ηλικία, η εκπαίδευση και η κοινωνική τάξη.

Γενικά, οι αρνητικές στάσεις των επαγγελματιών υγείας δεν γίνονται αντιληπτές μόνο στα ψυχιατρεία αλλά και στην κοινότητα. Επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές που λειτουργούν στην κοινότητα, όπως είναι τα

κέντρα ψυχικής υγείας, μπορεί να έχουν την ίδια αρνητική συμπεριφορά απέναντι στους ψυχικά ασθενείς.

Το σημαντικότερο όλης αυτής της αναφοράς είναι οι επιπτώσεις των αναφερομένων, στη θεραπεία και στην αποκατάσταση των ψυχικά νοσούντων. Είναι πραγματικά θλιβερό να ταλαιπωρούμε ακόμα περισσότερο ανθρώπους που ήδη ταλαιπωρούνται από κάτι το τόσο σοβαρό, την έλλειψη της ψυχικής τους ισορροπίας<sup>8</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

#### **Περιστατικό με μανιοκατάθλιψη κατά το καταθλιπτικό επεισόδιο**

Γυναίκα 45 ετών εισήλθε στην ψυχιατρική κλινική του Π.Γ.Ν.Π. Εισήλθε έπειτα από αυτοκτονικό επεισόδιο. Μετά από ψυχιατρική εκτίμηση όπου διαγνώστηκε ότι πάσχει από κατάθλιψη βαριάς μορφής καθώς φέρει τα παρακάτω συμπτώματα: Μειωμένη όρεξη για φαγητό, διαταραχές ύπνου, ανηδονία και αίσθηση ματαιότητας(δηλαδή δεν την ευχαριστεί καμία ασχολία), παρουσιάζει εύκολη κόπωση σε ότι και αν κάνει. Δεν μπορεί να συγκεντρωθεί και η προσοχή της διασπάται. Τέλος στη διάγνωση μας προέτρεψε και το αυτοκτονικό επεισόδιο. Αυτά τα συμπτώματα η ασθενής τα παρουσιάζει για αρκετό χρονικό διάστημα (2 μήνες περίπου).

**Μανιοκατάθλιψη και Νοσηλευτική Παρέμβαση**

Ανάγκες - Προβλήματα	Νοσηλευτικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτική φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μειωμένη όρεξη για φαγητό</li> <li>• Διαταραχές ύπνου</li> <li>• Ανηδονία και αίσθηση ματαιότητας</li> <li>• Κόπωση</li> <li>• Διάσπαση προσοχής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να αυξηθεί η όρεξη του ασθενή για φαγητό</li> <li>• Να κοιμάται περισσότερο και πιο ήσυχος ο ασθενής</li> <li>• Να αρχίσει να αποκτά καλύτερη διάθεση και ευχαρίστηση</li> <li>• Να νιώθει πιο δυνατός σωματικά</li> <li>• Να μπορεί να συγκεντρωθεί σε μια ασχολία χωρίς να διασπάται η προσοχή του</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να δοθεί ελκυστικό γεύμα, γεύμα της αρεσκείας του στον ασθενή</li> <li>• Χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</li> <li>• Χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</li> <li>• Να δίνεται ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό για αύξηση της ψυχολογικής διάθεσης και παρότρυνση στους συγγενείς για σωστή συμπεριφορά απέναντι στον ασθενή</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δόθηκε ελκυστικό γεύμα, γεύμα της αρεσκείας του για να του ανοίξει η όρεξη.</li> <li>• Χορηγήθηκαν υπνωτικά φάρμακα σύμφωνα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</li> <li>• Χορηγήθηκαν αντικαταθλιπτικά φάρμακα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</li> <li>• Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι δίπλα στον ασθενή και του παρέχει ψυχολογική υποστήριξη και παροτρύνει και τους συγγενείς να κάνουν το ίδιο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής έχει αρχίσει να τρέφεται και έχει αυξηθεί η όρεξή του</li> <li>• Κοιμάται αρκετά και είναι πιο ήρεμος</li> <li>• Έχει αρχίσει να βρίσκει ενδιαφέροντα, να μη νιώθει τόση κόπωση και προσπαθεί να συγκεντρωθεί σε μια ασχολία. Η διάθεσή του έχει αρχίσει σταδιακά να βελτιώνεται</li> </ul>

**Περιστατικό με μανιοκατάθλιψη κατά το μανιακό επεισόδιο**

Άνδρας 50 ετών εισήλθε στη ψυχιατρική κλινική του Π.Γ.Ν.Π. αφού όπως αναφέρουν οι συγγενείς ήθελε να πέσει από τον 5<sup>ο</sup> όροφο κτηρίου γιατί θεωρούσε ότι είναι υπερδύναμος και δεν θα πάθει τίποτα. Μετά από ψυχιατρική εκτίμηση και σύμφωνα με την μαρτυρία και των συγγενών διαγνώστηκε ότι ο κύριος πάσχει από μανία. Ο ασθενής παρουσιάζει τα παρακάτω συμπτώματα: καλπασμός ιδεών, δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, λογόρια (μιλάει πολύ), άρση αναστολών, υπερσεξουαλικότητα, ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, ιδέες μεγαλείου και αυξημένη όρεξη για φαγητό.



**Μανιοκατάθλιψη και Νοσηλευτική Παρέμβαση**

Ανάγκες - Προβλήματα	Νοσηλευτικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτική φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καλπασμός ιδεών</li> <li>• Δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά</li> <li>• Λογόρια</li> <li>• Άρση ανα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να σταματήσει ο ασθενής να φέρει παράλογες ιδέες</li> <li>• Να σταματήσει να είναι αυτοκαταστροφικός</li> <li>• Να μη μιλάει τόσο πολύ</li> <li>• Να αρχίσει να έχει αναστολές για κάποια πράγματα στα φυσιολογικά πλαίσια</li> <li>• Η όρεξη του για σεξουαλική επαφή να επανέλθει σε φυσιολογικά όρια</li> <li>• Να κοιμάται φυσιολογικές ώρες ο ασθενής</li> <li>• Να σταματήσει να φέρει παράλογες ιδέες (όπως ότι είναι υπερδύναμος)</li> <li>• όρεξη του να επανέλθει</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• α χορηγηθούν ηρεμιστικά φάρμακα σύμφωνα με την ιατρική εντολή.</li> <li>• α χορηγηθούν αντιμανιακά φάρμακα σύμφωνα με ιατρική εντολή.</li> <li>• α χορηγηθούν υπνωτικά φάρμακα σύμφωνα με ιατρική εντολή.</li> <li>• α δίνονται γεύματα σε μικρές ποσότητες σε φυσιολογικά πλαίσια.</li> <li>• α δίνεται ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό και να συμβουλευουν τους συγγενείς για τη στάση που θα κρατήσουν</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ορηγήθηκαν ηρεμιστικά φάρμακα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</li> <li>• ορηγήθηκαν αντιμανιακά φάρμακα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</li> <li>• ορηγήθηκαν υπνωτικά φάρμακα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</li> <li>• όθηκαν γεύματα σε μικρές ποσότητες και με χαμηλή θερμιδική αξία</li> <li>• ο νοσηλευτικό προσωπικό ήταν κοντά στον ασθενή και του παρείχε ψυχολογική υποστήριξη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ι ιδέες του ασθενή έχουν αρχίσει να γίνονται πιο φυσιολογικές</li> <li>• εν παρουσιάζει πλέον τόσο αυτοκατα-στροφική συμπεριφορά</li> <li>• λογόρια έχει περιοριστεί σε σημαντικό βαθμό</li> <li>• υπερσεξουαλικότητα αρχίζει να περιορίζεται και αρχίζουν να παρουσιάζονται κάποιες αναστολές.</li> <li>• οιμάται πλέον φυσιολογικές ώρες (8ωρο)</li> <li>• ι ιδέες μεγάλιου έχουν αρχίσει να περιορίζονται</li> </ul>

**Μανιοκατάθλιψη και Νοσηλευτική Παρέμβαση**

<p>στο λών</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνου</li><li>• Ιδέες μεγαλείου</li><li>• Αυξημένη όρεξη για φαγητό</li></ul>	<p>σε φυσιολογικά πλαίσια</p>	<p>απέναντι στον ασθενή.</p>		<ul style="list-style-type: none"><li>• ρέφεται πλέον σε λογικά επίπεδα.</li></ul>
--	-------------------------------	------------------------------	--	--

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τα συμπεράσματα που απορρέουν από τα παραπάνω, αλλά και από το σύνολο αυτής της εργασίας, είναι πως πρέπει στο μέλλον να γίνουν σημαντικές αλλαγές στο χώρο της ψυχικής υγείας, αφού η εξέλιξη και η προαγωγή της αφορά το μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα οι μελλοντικές κατευθύνσεις όσον αφορά την διπολική διαταραχή μπορούν να εστιάσουν σε τρία σημεία : στην έρευνα, στην δημιουργία φαρμάκων με νέους μηχανισμούς δράσης και στην εκπαίδευση. Οι έρευνες για την κατανόηση των νευρωνικών κυκλωμάτων και γενικότερα των εγκεφαλικών λειτουργιών σε διπολικούς ασθενείς σε σύγκριση με μη πάσχοντες, οι οποίες βασίζονται στην λειτουργική απεικόνιση του εγκεφάλου αλλά και στην μοριακή βιολογία, μπορούν να προσφέρουν περαιτέρω αποσαφήνιση της παθογένεσης και της κληρονομικότητας της νόσου. Η ανάγκη για παραγωγή νέου τύπου φαρμάκων υποδηλώνεται από το γεγονός ότι διαθέσιμες θεραπείες δεν καλύπτουν τις ανάγκες όλου του φάσματος των ασθενών αλλά και ότι σε αρκετά φάρμακα καταγράφονται υψηλά ποσοστά ανεπιθύμητων ενεργειών. Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές φορές η ρίζα των προβλημάτων προέρχεται μέσα 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.

**Η ψυχική υγεία είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, αναπόσπαστο από την όλη υγεία του ανθρώπου. Είναι η αρμονική λειτουργία της ψυχοσωματικής ενότητας της ανθρώπινης προσωπικότητας. Δεν χαρακτηρίζεται απλώς από την απουσία της αρρώστιας. Και δεν την αποκτά ο άνθρωπος μια για πάντα. Όποιος δεν προχωρεί μπροστά οπισθοχωρεί. Η σωματική, ψυχολογική και πνευματική υγεία δεν είναι σταθερό καταφύγιο απόλυτης ασφάλειας, αλλά καθημερινή μάχη όπου διαρκώς κινδυνεύουμε<sup>32</sup>.**



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Αντιμέτωπη με την κατάθλιψη

Η Κατερίνα ήταν μια ελκυστική αλλά πολύ ντροπαλή Ιδχρονή κοπέλα. Για αρκετά χρόνια, η Κατερίνα είχε σπάνιες κοινωνικές σχέσεις με άτομα που δεν ανήκαν στο οικογενειακό της περιβάλλον λόγω του κοινωνικού της άγχους. Της ήταν εξαιρετικά δύσκολο ακόμα και το να πηγαίνει στο σχολείο και, καθώς οι κοινωνικές της επαφές διαρκώς ελαττώνονταν, οι μέρες της γινόταν πιο κενές και ανιαρές. Να πώς περιέγραψε η ίδια την κατάσταση της μετά από χρόνια:

*"Η εμπειρία της κατάθλιψης είναι σαν να βουλιάζεις σε μια βαθιά σκοτεινή τρύπα από την οποία δεν υπάρχει διέξοδος. Ουρλιάζεις καθώς πέφτεις αλλά κανένας δεν σε ακούει. Μερικές φορές κατορθώνεις να ανέβεις προς την επιφάνεια χωρίς μεγάλη προσπάθεια. Κάποιες άλλες εύχεσαι να χτυπήσεις στον πάτο ώστε να μην χρειαστεί να πέσεις ποτέ ξανά. Η κατάθλιψη επηρεάζει τον τρόπο που βλέπεις τα γεγονότα. Επηρεάζει τον τρόπο που βλέπεις τον εαυτό σου και τους άλλους. Θυμάμαι να κοιτάζομαι στον καθρέπτη και να σκέφτομαι ότι είμαι το ασχημότερο πλάσμα στον κόσμο. Προσπαθούσα να πιστέψω πως αύριο δεν θα έκανα τις ίδιες σκέψεις. Μοιάζει κάπως σαν να περιμένεις μια αλλαγή για καιρό".*

Ωστόσο στα 16 της χρόνια, η Κατερίνα μέσα σε βαθιά απόγνωση δεν μπορούσε να σκεφτεί με αυτόν τον τρόπο. Έκλαιγε, συχνά για ώρες στο τέλος της ημέρας. Ένα χρόνο αργότερα είχε αρχίσει να πίνει αλκοολούχα ποτά Ένα ποτήρι κρασί μετά το δείπνο λειτουργούσε καταπραϋντικά στην Κατερίνα ενώ, μέσα στην απόγνωσή τους, η ίδια και οι γονείς της ήταν πρόθυμοι να δοκιμάσουν οτιδήποτε που θα μπορούσε να την κάνει να λειτουργήσει καλύτερα. Όμως το ένα ποτήρι κρασί έπαψε να είναι αρκετό. Άρχισε να πίνει έως ότου αποκοιμιόταν Ήταν ένας τρόπος διαφυγής από αυτό που ένιωθε. Η ζωή της Κατερίνας συνέχιζε να ακολουθεί καθοδική πορεία.

Για αρκετά χρόνια η Κατερίνα σκεφτόταν την αυτοκτονία ως τη λύση της δυστυχίας της. Στην ηλικία των 13 ετών, με την παρουσία των γονιών της, ανέφερε αυτές τις σκέψεις σε έναν ψυχολόγο. Οι γονείς της ξέσπασαν σε κλάματα, γεγονός που την επηρέασε βαθιά. Από τότε δεν ξανά αναφέρθηκε στην αυτοκτονία, αλλά οι σκέψεις αυτές δεν έφυγαν ποτέ από το μυαλό της.

Στην ηλικία των 17 ετών, η ενασχόληση της με σκέψεις θανάτου αυξήθηκε:

*"Νομίζω ότι αυτό ήταν αποτέλεσμα της εξάντλησης. Είχα κουραστεί να αντιμετωπίζω καθημερινά το άγχος και την κατάθλιψη. Σύντομα διαπίστωσα ότι προσπαθούσα να διακόψω τις λίγες διαπροσωπικές σχέσεις που είχα με τους στενούς μου φίλους. τη μητέρα μου και με τον μεγάλο μου αδερφό. Ήταν σχεδόν αδύνατο να μου μιλήσουν. Ήμουν συνεχώς θυμωμένη κι απογοητευμένη. Μια μέρα ξεπέρασα τα όρια. Μετά από μια σύγκρουση με τη μητέρα μου για κάτι ασήμαντο, ανέβηκα στο δωμάτιό μου, όπου κρατούσα ένα μπουκάλι βότκα. Ήπια όσο περισσότερο μπορούσα, έως ότου έφτασα στο σημείο να τσιμπάω τον καυτό μου και να μην αισθάνομαι τίποτα. Μετά, πήρα ένα μαχαίρι που είχα κρύψει και έκοψα τις φλέβες μου. Δεν αισθάνθηκα πολλά μόνο το ζεστό αίμα που κυλούσε από τον κομμένο μου καρπό".*

*Το αίμα έρεε στο πάτωμα κάτω από το κρεβάτι μου. Η ξαφνική σκέψη ότι είχα αποτύχει, ότι αυτό δεν ήταν αρκετό για να προκαλέσει τον θάνατο μου, με συνέφερε. Σηκώθηκα από το κρεβάτι και άρχισα να γελάω. Προσπάθησα να σταματήσω την αιμορραγία με πετσέτες. Έμεινα ήρεμη και ανησυχητικά χαρούμενη. Πήγα στην κουζίνα και φώναξα την μητέρα μου. Δεν μπορώ να φανταστώ πως ένιωσα βλέποντάς με γεμάτη αίματα, θυμάμαι το γιατρό, καθώς μου χορηγούσε νοβοκαΐνη να λέει, ότι είχα χρησιμοποιήσει κάποιο αναισθητικό πριν κόψω τον καρπό μου. Δεν ένιωσα ποτέ την ένεση ή τα ράμματα.*

*Μετά από αυτό οι σκέψεις της αυτοκτονίας έγιναν συχνότερες και πιο ρεαλιστικές. Ο πατέρας μου, ζήτησε να του υποσχεθώ ότι δεν θα ξανάκανα ποτέ κάτι τέτοιο και εγώ τον έδωσα μια υπόσχεση που δεν σήμαινε τίποτα για μένα.*

*Αυτή ήταν μια υπόσχεση που είχε σκοπό να ανακουφίσει το δικό του πόνο και φόβο και όχι τους δικούς μου και η ενασχόλησή μου με τις σκέψεις της αυτοκτονίας συνεχίστηκε»<sup>7</sup>.*

Billy:

Ο καλύτερος σε όλα

Πριν ο Βασίλης φθάσει στην πτέρυγα της κλινικής μπορούσε κανείς να τον ακούσει να γελάει. Ακουγόταν σαν να διασκεδάζε. Καθώς η νοσηλεύτρια οδηγούσε τον Βασίλη στον διάδρομο για να τον συστήσει στο προσωπικό, το βλέμμα του έπεσε στο τραπέζι του πινγκ-πονγκ. Ο Βασίλης φώναξε δυνατά:

*"Πίνγκ-πονγκ. Τρελαίνομαι για πινγκ-πονγκ. Έχω παίξει μόνο δύο φορές αλλά να τι θα κάνω όσο καιρό είμαι εδώ. Θα γίνω ο Καλύτερος παίχτης του κόσμου. Και αυτό το τραπέζι είναι φοβερό. Θα αρχίσω αμέσως να το φτιάχνω και θα το κάνω το καλύτερο τραπέζι πινγκ-πονγκ στον κόσμο, θα το διαλύσω σε κομματάκια και θα το ξαναφτιάξω μέχρι να γίνει τέλειο."*

Σύντομα ο Βασίλης άρχισε να μιλάει για κάτι άλλο που του απόσπασε την προσοχή.

Την προηγούμενη εβδομάδα, ο Βασίλης είχε πάρει όλα τα χρήματα από τον τραπεζικό λογαριασμό, τις πιστωτικές κάρτες του και εκείνες των γονιών του-με τους οποίους έμενε μαζί- και αγόρασε όλα τα μέρη ενός στερεοφωνικού συγκροτήματος που μπορούσε να βρει. Σκέφθηκε ότι θα έφτιαχνε το καλύτερο στούντιο στην πόλη και ότι θα έβγαζε εκατομμύρια δολάρια νοικιάζοντας το στους ανθρώπους που θα έρχονταν από μακριά. Το επεισόδιο αυτό ήταν και η αιτία που ο Βασίλης εισήχθη στο νοσοκομείο.

Αληθινά περιστατικά από το βιβλίο «Ψυχολογία & Παθολογική συμπεριφορά. Μια Συνθετική Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση»

*"Barlow Durand B Τόμος Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ<sup>33</sup> "*

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Paul Raphael Dubestein and Joseph M. Masling, Επιμέλεια Κ. Χατηρά, Μετάφραση Βακάλη Α., Ψυχοδυναμικές προοπτικές στην αρρώστια και την υγεία, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Γ. Δαλδάνος, Αθήνα 2000.
2. Λουμάκου Μ., Αντωνίου Α.Σ., Ψυχολογία της υγείας, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2000.
3. Phillip I. Rice , Ψυχολογία, Εκδόσεις Ελλήν, Αθήνα 2000.
4. Καραδήμας Ε., Ψυχολογία, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Γιώργος Δάλδανος, Αθήνα 2005.
5. Παπαγεωργίου Α., Βασιλοπούλου, Κοινωνική – Κοινωνική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2005.
6. Γιαννοπούλου Αθηνά Χρ., Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Η Ταβιθά, Αθήνα 2000.
7. Hilgard Rita L. Atkinson, Richard C. Atkinson, Edward E. Smith, Daryl J. Bem, Suzan Nolen - Hoeksema, Μετάφραση Σόλμαν Μ., Εισαγωγή στη Ψυχολογία, Τόμος Β, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2004.
8. Μάνος Ν., Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής., Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1988.
9. Ραγία Α., Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Νοσηλευτική, 7<sup>η</sup> έκδοση βελτιωμένη, Αθήνα 2009.
10. Οικονόμου – Λαλιώτη Μ., Ψυχική ασθένεια: Στίγμα και οικογένεια, Αθήνα 2000.
11. Ν.Κ.Ρασιδάκης, Στοιχεία Ψυχιατρικής, Αθήνα 1990.



12. Διαταραχές προσωπικότητας, Διαθέσιμο:  
<http://www.psychologia.gr/disorders/personality%20disorders.htm>
13. Frese FJ. Adrocacy, recovery and the challenges of consumerism for schizophrenia. The psychiatric Clinic of North America 1998.
14. Χαρτοκόλλης Π., Εισαγωγή στην ψυχιατρική, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2002.
15. Χριστοφίδης Χ.Α., Ψυχικές διαταραχές και αντιμετώπισή τους, Λευκωσία 1981.
16. Διαταραχές της διάθεσης, Διαθέσιμο:  
[www.psychologia.gr/disorders/mood/disordershtm](http://www.psychologia.gr/disorders/mood/disordershtm)
17. Χριστοδούλου Γ., Ψυχιατρική, Αθήνα 2001.
18. Ολύμπιος Κ., Σημειώσεις ψυχιατρικής νοσηλευτικής, Αιγινήτειο, Αθήνα 1994.
19. Λειβαδίτης ΑΜ., Ψυχιατρική και Δίκαιο, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1994.
20. Heinssen R. McGlashan T Predicting hospital discharge status for patients with schizophrenia, schizoaffective disorder, borderline personality disorder, and unihpolar affective disorder Archives of General Psychiatry 1988.
21. Λαζαρίδης Κ., Αναγκαστική προσαγωγή για ενδονοσοκομειακή ψυχιατρική νοσηλεία για αλλοδαπούς στο κρατίδιο της κάτω Σαξονίας Γερμανία, Επιδημιολογική προσέγγιση και διαχωριστικό χαρακτηριστικά Τετράδια ψυχιατρικής 1997.
22. Σόγια Β., Η επίδραση της ακούσιας νοσηλείας στην κλινική εικόνα ψυχασθενών σε σύγκριση με τους εκούσια νοσηλευόμενους. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα 1999.

23. Jambunathan J., Depression Dealing with the darkness perspect Psychiatr Care 1996.
24. Χριστοδούλου Γ., Ψυχιατρική, Αθήνα 2000.
25. Χριστοδούλου Γ., Μακρίδης Μ., Παπακώστας Γ., Θεραπείες ψυχικών διαταραχών, εκτύπωση Ι. Αθανασόπουλος - Σ. Παπαδάμης & ΣΙΑ Ε.Ε., Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών., Αθήνα 1997.
26. Σολδάτος Κ., Ραμπαβίλας Α., Κοκκέβη Α., Ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις και εφαρμογές στην ιατρική πράξη, Αθήνα 1991.
27. Η κατάθλιψη, οι ασθενείς και ο γιατρός, 17-6-2011, National Institute of Mental Health, Διαθέσιμο: [www.Medlook.net](http://www.Medlook.net)
28. Διαχείριση κατάθλιψης–μανιοκατάθλιψης, Διαθέσιμο: [www.ipse.gr/adult.html](http://www.ipse.gr/adult.html)
29. Davis MH & Casey DA., Utilizing Cognitive therapy on the short term Psychiatric Inpatient Unit, General Hospital Psychiatric 1990.
30. Sammel Balonder, Στοιχεία μοριακής νευροβιολογικής και βιολογικό υπόστρωμα, 1997.
31. Το παραλήρημα: Σημεία, αιτίες, διάγνωση και αντιμετώπιση, American College of Physicians, 4-2-2011, Διαθέσιμο: [www.Medlook.net](http://www.Medlook.net)
32. Barlow Durand, Ψυχιατρική, Β' Τόμος, Εκδόσεις Ελλην, Αθήνα 1999.
33. Πέτρος Σκαπινάκης Ψυχίατρος, Διπολικές διαταραχές, Διαθέσιμο: [www.stress.gr/disorders/diroliki.html](http://www.stress.gr/disorders/diroliki.html).