

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή Εργασία:

«Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με διπολική  
διαταραχή (μανιοκατάθλιψη).»

«Nursing care in patients with bipolar disorder (manic  
depression).»

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Τρακαδάς Παναγιώτης

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ

Κατωπόδη Αικατερίνη

Ρήγου Φρατζέσκα

ΠΑΤΡΑ 2013

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία είναι αφιερωμένη σε μία από τις πλέον συχνές συναισθηματικές διαταραχές, την διπολική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη. Παρακάτω αποσαφηνίζονται οι ορισμοί της διπολικής διαταραχής, της κατάθλιψης, της μανίας. Αναφέρονται η αιτιολογία, η επιδημιολογία καθώς και η κλινική εικόνα του πάσχοντος στην εν λόγω διαταραχή. Ακολουθούν η διαφορική διάγνωση, η διαγνωστική προσέγγιση και η αντιμετώπιση. Τέλος γίνεται αναλυτική αναφορά στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Συγκεκριμένα καταγράφεται η Νοσηλευτική διεργασία σε ένα πραγματικό περιστατικό σε επεισόδιο μανίας και κατάθλιψης.

## SUMMARY

This work is dedicated to one of the most common affective disorders, bipolar disorder or manic depression. Below are clarified definitions of bipolar disorder, depression, mania. Indicate the etiology, epidemiology and the clinical picture of the patient in this disorder. Here the differential diagnosis, the diagnostic approach and management. Finally there is a detailed report on nursing interventions. Specifically recorded the Nursing process in a real incident in episode mania and depression.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	i
<b>SUMMARY</b> .....	ii
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b> .....	iii
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	1
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο</b> .....	2
1.1 Ορισμοί .....	2
1.1.1 Συναισθηματικές διαταραχές .....	2
1.1.2 Διπολική διαταραχή.....	2
1.1.4 Μανία.....	4
1.2 Αιτιολογία των Διαταραχών της Διάθεσης ( Καταθλιπτικών και Διπολικών) .....	5
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο</b> .....	9
<b>ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ</b> .....	9
2.1 Κλινική εικόνα κατάθλιψης.....	9
2.2 Κλινική εικόνα μανίας.....	10
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο :</b> .....	14
<b>ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ</b> .....	14
3.1 Φύλο και Ηλικία Έναρξης.....	14
3.2 Γεωγραφικοί παράγοντες και Διαμονή.....	14
3.3 Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες .....	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup></b> .....	16
<b>ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ</b> .....	16
4.1.Η διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης, όπου περιλαμβάνει μια χαρακτηριστική συναισθηματική αρνητικότητα, βασίζεται στα ακόλουθα:.....	16
4.2.Η διαφορική διάγνωση της μανίας, όπου χαρακτηρίζεται από υπερδιέγερση και υπερκινητικότητα, περιλαμβάνει: .....	17
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο</b> .....	19
<b>ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ</b> .....	19
5.1.Κριτήρια DSM- IV- TR για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο θεωρούνται τα παρακάτω:.....	19
5.2.Κριτήρια DSM-IV-TR για το μανιακό επεισόδιο θεωρούνται τα παρακάτω: .....	20
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup></b> .....	22
<b>ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ</b> .....	22
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup></b> .....	23

<b>ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ– ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....</b>	<b>23</b>
7.1 Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με μανιακό επεισόδιο:.....	23
7.2 Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με καταθλιπτικό επεισόδιο:.....	27
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>39</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αρχικά θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο σκοπός επιλογής του συγκεκριμένου θέματος είναι η υψηλή συχνότητα που παρουσιάζει η εν λόγω διαταραχή. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποτελούν σημαντικό και αναπόσπαστο της ολιστικής προσέγγισης του πάσχοντος. Ακολουθεί βιβλιογραφική ανασκόπηση και η Νοσηλευτική διεργασία σε ένα περιστατικό που παρουσίασε μανιακό και καταθλιπτικό επεισόδιο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

### 1.1 Ορισμοί

#### 1.1.1 Συναισθηματικές διαταραχές

Οι Διαταραχές της Διάθεσης είναι μια ομάδα διαταραχών της συναισθηματικής διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος, που βιώνεται εσωτερικά και σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει, σε πολύ μεγάλο βαθμό, όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό. Κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση, ο θυμός. Διακρίνουμε την διάθεση ή συναισθηματική διάθεση από το συναίσθημα, που αποτελεί την εξωτερική έκφραση της. Η εξωτερική έκφραση ενός καταθλιπτικού ή μανιακού ασθενή δεν είναι πάντα καταθλιπτική ή ευφορική. Ωστόσο, πιο σωστά οι Συναισθηματικές Διαταραχές περιγράφονται σαν Διαταραχές της Διάθεσης (Paul Gilbert,1999).

Πως ξεχωρίζει, λοιπόν, κανείς μια «φυσιολογική» διάθεση από μια «παθολογική»;

Ο διαχωρισμός δεν είναι τόσο ευκολος, ούτε απόλυτος. Παρόλα αυτά οι συναισθηματικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από μια παρατεταμένη συναισθηματική κατάθλιψη ή έξαρση, η οποία δεν έχει λόγο υπαρξης, ούτε δικαιολογείται από πιθανά σενάρια του ασθενή.(Bloomfield H. Harold,1996) Παραλληλα έχουμε την εμφάνιση έντονων φυτικών συμπτωμάτων όπως αϋπνία , ανορεξία, απώλεια της ενεργητικότητας, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης, ψυχοκινητική επιβράδυνση κτλ. , έκπτωση της επαγγελματικής ή κοινωνικής λειτουργικότητας ή εφόσον υπάρχουν διαταραχές της πραγματικότητας ( με ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες κτλ.) ή αυτοκτονικές ή ανθρωποκτονικές τάσεις, η κατάσταση τείνει προς την παθολογική πλευρά. Ένα ακόμη γνώρισμα των συναισθηματικών διαταραχών είναι η διάρκειά τους.(Paul Gilbert, 1999)

#### 1.1.2 Διπολική διαταραχή

Η διπολική διαταραχή (γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη) είναι μια ψυχιατρική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από δυο συναισθηματικές διαταραχές, τη μανία και την κατάθλιψη. Επεισόδια μανίας και κατάθλιψης επαναλαμβάνονται σε αυτή την 'κυκλική' διαταραχή καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του ασθενή και συνήθως εμφανίζονται σε νεαρή ηλικία και σχετίζονται με θλίψη, αναστάτωση και υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας. (Colin Feltham,2000) Περίπου το 1/3 των ασθενών υποφέρουν από ορισμένα υπολειμματικά συμπτώματα ανάμεσα στα επεισόδια της μανίας ή της κατάθλιψης (Fritz Riemann,1994)

### 1.1.3 Κατάθλιψη

Η διαφορά ανάμεσα στην φυσιολογική θλίψη και στην νόσο κατάθλιψη έγκειται στο πλήθος των συμπτωμάτων, την ένταση, την σοβαρότητα και την διάρκεια τους. Οι καταθλιπτικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από μια πληθώρα συμπτωμάτων όπου η «φυσιολογική» αναμενόμενη διάθεση επισκιάζεται από μια «παθολογική – καταθλιπτική» διάθεση, με παθολογικά συμπτώματα στις σωματικές και γνωστικές του λειτουργίες αλλά και στο συναίσθημα και την συμπεριφορά τις περισσότερες ώρες της ημέρας, σχεδόν σε καθημερινή βάση ή για τουλάχιστον 2 εβδομάδες.(Paul Gilbert,1999).

Τα βασικά συμπτώματα είναι η καταθλιπτική διάθεση ή η απουσία ευχαρίστησης ή ενδιαφέροντος. Τα συμπτώματα αυτά αντιπροσωπεύουν μία εμφανή αλλαγή στην συνηθισμένη διάθεση του ατόμου. Μερικές φορές τα συμπτώματα αυτά είναι πιο έντονα το πρωί και υποχωρούν κατά την διάρκεια της ημέρας.(Nancy Mc Williams,2000)Η κατάθλιψη δεν είναι μία αντικειμενικά μετρήσιμη κατάσταση και η διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στα αναμενόμενα «πεσμένη» διάθεση και το παθολογικό, βαρύ καταθλιπτικό συναίσθημα δεν είναι πάντα σαφής και ευδιάκριτη. Ο ειδικός μπορεί να καταλήξει στη σωστή διάγνωση μόνο ύστερα από λεπτομερή συζήτηση και πλήρηοργανική διερεύνηση.

#### **Χαρακτηριστικά Κατάθλιψης:**

- Ελάττωση ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης για τις καθημερινές ασχολίες
- Διαταραχές του ύπνου
- Αποφυγή κοινωνικών επαφών
- Απώλεια δυνάμεων, ενεργητικότητας
- Απαισιοδοξία, άγχος, βραδύτητα
- Αδυναμία συγκέντρωσης, σκέψης, μνήμης ή λήψης αποφάσεων
- Μειωμένη σεξουαλική διάθεση
- ✓ Παραληρητικές ιδέες ή ιδέες αυτοκτονίας ή αυτουποτίμησης

Οι παραληρητικές ιδέες συντονίζονται με το καταθλιπτικό συναίσθημα και παίρνουν την μορφή των ιδεών ενοχής, μεγάλης αυτουποτίμησης, αναξιοσύνης και ταπεινότητας και πολύ συχνά ψευδαισθήσεων.(Nancy Mc Williams) Σε 1 στους 5 ασθενείς, οι ιδέες αυτές εξελίσσονται σε ιδέες επικείμενης καταστροφής, μηδενισμού και θανάτου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μία ολοένα και μικρότερη δυνατότητα κατανόησης των πραγματικών γεγονότων.([http:// www. Psychologia.gr](http://www.Psychologia.gr))

### 1.1.4 Μανία

Η μανία είναι η κατάσταση στην οποία ο άνθρωπος που τη βιώνει έχει υποκειμενική αντίληψη του εαυτού του. Παρουσιάζει μια εικόνα ψευδή για τον εαυτό του με ροπή προς την παντοδυναμία.(Bloumfield H. Harold,1996) Επίσης παρουσιάζει μη ρεαλιστικά αισθήματα υπεραισιοδοξίας και μεγαλομανίας χωρίς αυτό να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα.Εμφανίζει εκκεντρικές συμπεριφορές θέλοντας να είναι στο κέντρο της προσοχής με την εντύπωση πως οι υπόλοιποι είναι κατώτεροι του.(Nancy McWilliams,2000) Η μανία ορίζεται όταν εμφανίζονται παθολογικά συμπτώματα στους τομείς του συναισθήματος, των γνωστικών λειτουργιών, των σωματικών λειτουργιών και της συμπεριφοράς ταυτόχρονα και συνοδεύονται από « ανεβασμένη» ή «ευερέθιστη διάθεση». Τα περισσότερα συμπτώματα της μανίας είναι αντίθετα από αυτά της κατάθλιψης.(Bloumfield H. Harold, 1996)

#### **Χαρακτηριστικά μανίας:**

- Υπερβολική ενασχόληση με πρόσωπα και δραστηριότητες
- Περιορισμένη ανάγκη για ύπνο
- Πολλές κοινωνικές επαφές
- Υπερβολική αισιοδοξία
- Διάσπαση προσοχής
- Υπερβολική ενασχόληση με πρόσωπα και δραστηριότητες
- Ευσυγκινησία και υπερκινητικότητα

Αυξημένη σεξουαλική διάθεση

Παραληρητικές ιδέες

Ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει παράλογες και παράδοξες παραληρητικές ιδέες μεγαλείου, τελειώσεξεπραγματικές, σχεδόν στις μισές περιπτώσεις. Οι ιδέες αυτές στηρίζονται στην υπερτίμηση που συχνά κάνουν οι ασθενείς για τον εαυτό τους, ξεπερνούν όμως τα όρια.(Bloumfield H. Harold, 1996)

## 1.2 Αιτιολογία των Διαταραχών της Διάθεσης (Καταθλιπτικών και Διπολικών)

Έρευνες που έγιναν και συνεχίζουν να γίνονται δεν έχουν απομονώσει έναν και μοναδικό αιτιολογικό παράγοντα, απλά προτείνουν ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων που φαίνεται να συμβάλλουν στην ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης. Τα ερευνητικά δεδομένα εμπλέκουν μια ποικιλία βιολογικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.(Paul Gilbert, 1999) Πιστεύεται ότι πρωταρχικό ρόλο στη διαταραχή παίζει μια ανισορροπία ορισμένων «ουσιών» του εγκεφάλου (νευροδιαβιβαστές), κάποιες από τις οποίες βρίσκονται σε πλήθωρα και κάποιες άλλες σε έλλειψη. Η μανιοκατάθλιψη συχνά (αλλά όχι πάντα) εκδηλώνεται σε μέλη της ίδιας οικογένειας. Σημαντικό ρόλο τουλάχιστον στην πυροδότηση της νόσου αλλά και τις υποτροπές, φαίνεται να παίζει η παρουσία στρεσογόνων παραγόντων στο περιβάλλον του ασθενούς.(Colin Feltham, 2000)

Οι παράγοντες,λοιπόν, αυτοί μπορεί να ομαδοποιηθούν σε

- Γενετικούς
- Ψυχοκοινωνικούς
- Νευροβιολογικούς

Το οικογενειακό ιστορικό των ασθενών με διπολική διαταραχή

μας δείχνει ότι οι συγγενείς τους έχουν αυξημένη συχνότητα της συγκεκριμένης διαταραχής, καθώς οι έρευνες των νευροδιαβιβαστών δείχνουν ότι υπάρχουν ανάλογες διαταραχές νευροδιαβίβασης.

Μελέτες στον εγκέφαλο ασθενών με διπολική διαταραχή δείχνουν διαφορές στην δομή και την λειτουργία του εγκεφάλου σε σχέση με άτομα χωρίς διπολική διαταραχή. Παραμένει όμως ακόμη ασαφές αν αυτές οι διαφορές αποτελούν το αποτέλεσμα ή την αιτία της διπολικής διαταραχής. Αυτό που είναι, ωστόσο, βέβαιο είναι ότι κάποια φάρμακα επιδρούν στην χημεία του εγκεφάλου αποκαθιστώντας την διαταραγμένη χημική ισορροπία με αποτέλεσμα να επιδρούν θετικά στην πορεία της ασθένειας.(Κλεφταράς Γ.1998)

Αδιαπραγμάτευτο είναι και το γεγονός ότι σε αυτή την ασθένεια υπάρχει βιολογικό υπόβαθρο. Μια σαφής ένδειξη για το γεγονός ότι η διπολική διαταραχή έχει βιολογικό υπόβαθρο αποτελεί η τεκμηριωμένη κληρονομική της βάση. Πιθανώς να υπάρχει μία καθορισμένη προδιάθεση στα γονίδια, η οποία ερμηνεύει και το γεγονός ότι κάποια άτομα είναι πιο ευάλωτα σε ορισμένους εκλυτικούς παράγοντες, σε σχέση με κάποια άλλα.(Dolto F.1999) Οι διπολικές διαταραχές φαίνεται ότι εμφανίζονται πιο συχνά σε συγκεκριμένες οικογένειες. Οποιοσδήποτε έχει κοντινό βαθμό εξ αίματος συγγένειας με κάποιο άτομο με διπολική διαταραχή, διατρέχει αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσει την ασθένεια.(Nancy Mc Williams, 2000)

### **Βιολογικοί παράγοντες:**

Η συμμετοχή τους τεκμηριώνεται με γενετικές, σωματοτυπικές, νευροχημικές, νευροφαρμακολογικές και νευροφυσιολογικές μελέτες.

Οι γενετικές μελέτες δείχνουν πως ο βαθμός κινδύνου για καταθλιπτική διαταραχή είναι 54% στους μονοζυγωτές και 19% στους διζυγωτές, ενώ για διπολικές διαταραχές είναι 67%-79% στους μονοζυγωτές και 15%-20% στους διζυγωτές δίδυμους.

Σε μία μελέτη, 8 από τους 12 μονοωογενείς δίδυμους ατόμων με διπολική διαταραχή της διάθεσης είχαν διπολική διαταραχή, ποσοστό παρόμοιο με το ποσοστό ομοιότητας μεταξύ μονοωογενών δίδυμων ασθενών με διπολική νόσο που μεταδόθηκε στα άρρωστα παιδιά τους . Η ανασκόπηση μελετών με δίδυμους υποδηλώνει ότι το 21%-45% της διαφοράς του κινδύνου για καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να αποδοθεί σε γενετικούς παράγοντες και το 55%-75% της διαφοράς σε περιβαλλοντικούς παράγοντες (Kendler et al 1993). Φαίνεται πως οι καταθλιπτικές διαταραχές αποτελούν ομάδα γενετικά ανομοιογενών νοσημάτων. Ο βαθμός κινδύνου στους συγγενείς πρώτου βαθμού είναι 20% για τις καταθλιπτικές και 25% για τις διπολικές διαταραχές. Οι συγγενείς των ανθρώπων με διαταραχές της διάθεσης έχουν σταθερά τρεις με τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν διαταραχές της διάθεσης σε σχέση με τους συγγενείς των ατόμων της ομάδας ελέγχου . Εάν ο ένας από τους δυο γονείς έχει διπολική διαταραχή, τότε ο κίνδυνος για το παιδί να αποκτήσει μονοπολική ή διπολική διαταραχή αγγίζει το 28%. Εάν και οι δυο γονείς έχουν διαταραχή της διάθεσης ο κίνδυνος είναι δυο με τρεις φορές μεγαλύτερος (Κλεφταράς Γ.1998). Επίσης, οι ασθενείς με διαταραχή της διάθεσης έχουν αυξημένη οικογενειακή συχνότητα κατάχρησης ουσιών (Ευθυμίου Κ.2000). Τα άτομα της οικογένειας των ασθενών με διπολική διαταραχή έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν τόσο διπολική όσο και μονοπολική διαταραχή σε σχέση με τα άτομα της οικογένειας ασθενών με μονοπολική διαταραχή . Η ταυτότητα του γενετικού παράγοντα και ο τρόπος της γενετικής μεταβίβασης είναι υπό μελέτη. Υπάρχουν ενδείξεις για πολυγονιδιακή εκπροσώπηση παθολογικών χαρακτήρων, Χ-φυλοσύνδετων ή αυτοσωματικών, που συνεκπροσωπούνται με σωματικούς χαρακτήρες, όπως της αχρωματοψίας, της έλλειψης G-6-PD, των ομάδων αίματος ABO και του αντιγονικού συστήματος HLA.

Οι νευροχημικές – νευροφαρμακολογικές θεωρίες , ενοχοποιούν διαταραχές του ισοζυγίου ορισμένων νευροδιαβιβαστών στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Σε συντομία, αυτές οι θεωρίες υποστηρίζουν ότι : (α) Η ελάττωση των κατεχολαμινών, ιδιαίτερα της νορεπινεφρίνης , στις νορεπινεφρινεργικές συνάψεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, προκαλεί κατάθλιψη ενώ στην μανία η στάθμη τους είναι υψηλή. (β) Η μείωση των ινδολαμινών, ιδιαίτερα της σεροτονίνης (5-HT) στις σεροτονινεργικές συνάψεις του κεντρικού νευρικού συστήματος προκαλεί κατάθλιψη. (γ) Υπάρχει έλλειψη της 5-HT τόσο στην κατάθλιψη όσο και στην μανία. Στην κατάθλιψη η έλλειψη της 5-HT συνοδεύεται από μείωση της στάθμης και της νορεπινεφρίνης, ενώ στην μανία την έλλειψη 5-HT συνοδεύει αύξηση της νορεπινεφρίνης. (δ) Υπάρχουν 2 τύποι συναισθηματικών διαταραχών. Ο ένας συνδέεται με διαταραχή του ισοζυγίου των κατεχολαμινών, ιδιαίτερα της νορεπινεφρίνης, και ο άλλος με διαταραχή του ισοζυγίου των ινδολαμινών, ιδιαίτερα της 5-HT.

Ορισμένες παρατηρήσεις ενοχοποιούν διαταραχές του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών. Στην κατάθλιψη έχει παρατηρηθεί κατακράτηση και διαταραχές της κατανομής του νατρίου, με αύξηση της αποβολής του καλίου και του νερού. Στην ευφορία η αποβολή του καλίου και του νερού είναι μειωμένη. Ηλεκτροεγκεφαλογραφικές μελέτες του ύπνου έχουν δείξει ότι σε

μεγάλο αριθμό καταθλιπτικών και μανιακών ασθενών υπάρχουν διάφορες ανωμαλίες στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα που παίρνεται κατά τον ύπνο των ασθενών αυτών. Τα πιο συχνά πολυπνογραφικά ευρήματα σε καταθλιπτικούς ασθενείς είναι : 1) Διαταραχές της συνέχειας του ύπνου, όπως αύξηση της λανθάνουσας περιόδου πριν τον ύπνο, αύξηση των ενδιάμεσων ξυπνημάτων και ξύπνημα κυρίως το πρωί 2) ελάττωση των σταδίων 3 και 4 (στάδιο 3 : τα βραδέα κύματα επικρατούν και ο μυϊκός τόνος παραμένει αυξημένος. Συχνά το στάδιο 3 συνδυάζεται με το στάδιο 4, καθώς δεν υπάρχουν σαφείς φυσιολογικές διαφορές μεταξύ τους. Το στάδιο 3 μαζί με το στάδιο 4 αποτελούν το 15%-20% της συνολικής περιόδου του ύπνου) NREM (Non Rapid Eye Movements) του ύπνου, δηλαδή του «βαθέως ύπνου) 3) ελάττωση της λανθάνουσας περιόδου πριν τον REM ύπνου (δηλαδή βράχυνση της διάρκειας της πρώτης NREM περιόδου) 4) αύξηση της REM δραστηριότητας, δηλαδή του αριθμού των γρήγορων κινήσεων του οφθαλμού και 5) αύξηση της διάρκειας του REM ύπνου στην αρχή της νύχτας. Τα ευρήματα αυτά στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ύπνου ανευρίσκονται 40%-60% των εξωτερικών ασθενών και στο 90% των νοσηλευμένων ασθενών με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.(α) Η ολική διάρκεια των φάσεων REM και D- ονειρικής του ύπνου μειωμένη στη μανία και αυξημένη στην κατάθλιψη. (β) Μειωμένη **λανθάνουσα περίοδο του ύπνου D, στην κατάθλιψη.**

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

Θεωρείται πιθανό πως η ανατροπή του ισοζυγίου των νευροδιαβιβαστών, στο επίπεδο του ρινεγκεφάλου και του υποθαλάμου, ευθύνεται για τις συναισθηματικές, τις βιορυθμικές και τις ενδοκρινικές διαταραχές (Μάνου Ν. 1997).

### **Ψυχολογικοί παράγοντες:**

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

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

Η θεωρία της εξαρτημένης μάθησης της συμπεριφοράς υποστηρίζει πως η κατάθλιψη είναι συνέπεια ενός επίκτητα μαθημένου αισθήματος ανασφάλειας και έλλειψης στηριγμάτων βοήθειας. Αυτό το αίσθημα αναπτύσσεται όταν οι προσπάθειες της προσωπικότητας μένουν χωρίς ανταμοιβή και επιβράβευση. Μένοντας χωρίς ενίσχυση και

επιβράβευση, κάθε προσπάθεια αναγνώρισης χάνει το κίνητρο της. Όλες οι μελλοντικές προσπάθειες συνοδεύονται από έλλειψη ενδιαφέροντος και οδηγούν σε απογοήτευση.

Οι γνωστικές θεωρίες υποστηρίζουν πως στην κατάθλιψη οδηγούνται άτομα με μαθησιακά καθιερωμένα ανελαστικά πρότυπα σκέψης. Τα χαρακτηριστικά αυτής της σκέψης είναι οι αρνητικές σχέσεις, οι τελειοθηρικές δοξασίες, οι αυθαίρετη αφαιρετική σκέψη, η εκλεκτική αφαίρεση, η υπεργενίκευση και η προσωποποίηση (Ευθυμίου Κ.2000) .

### **Κοινωνικοί παράγοντες:**

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

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

Στο μακροκοινωνικό περιβάλλον, η καταστολή του αισθήματος της αυτοεκτίμησης και η ματαιώσεις των επιδιώξεων αναγνώρισης μπορούν να προέλθουν από μια φυσική νόσο ή αναπηρία, από επαγγελματικές ή οικονομικές αποτυχίες, από την διακοπή της καριέρας ή μιας σημαντικής διαπροσωπικής σχέσης, ή από την απότομη μεταβολή των συνθηκών διαβίωσης ( μετανάστευση, φυσικές καταστροφές, πόλεμοι).

Αυτές οι αιτιοπαθογενετικές απόψεις συγκλίνουν, σύμφωνα με τους σύγχρονους βιοψυχοκοινωνικούς προσανατολισμούς της ψυχιατρικής, στην άποψη πως η κατάθλιψη είναι νόσος βιοψυχοκοινωνική. Η μανία θεωρείται ως αμυντική εκδήλωση υπεραναπλήρωσης. Μία τέτοια αιτιοπαθογενετική προσέγγιση θεωρεί πως για την εκδήλωση της διαταραχής συνεργάζονται παράγοντες βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί. Το ποσοστό συμμετοχής αυτών των παραγόντων διαφοροποιεί τις καταθλίψεις «ενδογενομορφικές» και «ενδοαντιδραστικές» ή σε ενδογενείς – αυτόνομες και νευρωτικές – αντιδραστικές. Η πρακτική αξία αυτής της διάκρισης αφορά τους τρόπους της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Καταθλίψεις με ενδογενομορφικά χαρακτηριστικά, αντιμετωπίζονται κατά κύριο λόγο με αντικαταθλιπτικά φάρμακα και ηλεκτροσπασμοθεραπεία, ενώ οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές χρησιμοποιούνται υποβοηθητικά. Καταθλίψεις με ενδοαντιδραστικά χαρακτηριστικά, αντιμετωπίζονται κυρίως με διάφορα σχήματα ψυχοθεραπείας. Σε αυτές οι φυσικές θεραπείες χρησιμοποιούνται επικουρικά (Herbert M. 1999) .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

#### 2.1 Κλινική εικόνα κατάθλιψης

Η περιγραφή που ακολουθεί καλύπτει την μεγάλη κατάθλιψη και το καταθλιπτικό επεισόδιο των διπολικών διαταραχών. Αντιστοιχεί σε μεγάλο βαθμό με τον καταθλιπτικό τύπο της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης του συστήματος ICD-9-CM, με την «ενδογενή», την «ψυχωτική» και την «υποστροφική» κατάθλιψη ή μελαγχολία παλιότερων ταξινομήσεων.

Μπορεί να εγκατασταθεί απότομα. Συχνότερα προηγείται μια υποθυμία υποδραστηριότητα, αίσθημα σωματοψυχικής καταβολής και αϋπνία ή αντίθετα, με υπερθυμία, υπεραπασχόληση και υπερδραστηριότητα (υπομανία). Άλλοτε η κατάθλιψη διαδέχεται ένα κανονικό μανιακό επεισόδιο.

Κύριο χαρακτηριστικό είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα. Επικρατεί ακεφιά με αποθάρρυνση, λύπη με απογοήτευση, ή θλίψη με απελπισία. Χάνεται κάθε ικανότητα για ευχαρίστηση με τις συνηθισμένες χαρές της ζωής (ανηδονία), κάθε ενδιαφέρον για τη ζωή (απόσυρση), και κάθε προηγούμενη συμμετοχή στις συνηθισμένες δραστηριότητες (ανεργεία). Προοδευτικά, εγκαθίσταται βαθύς ψυχικός πόνος, οι άρρωστοι αρνούνται την συμπάθεια των άλλων και κατέχονται από μόνιμη επιθυμία θανάτου.

Η σκέψη φθίνει και ο συνειρμός επιβραδύνεται (λίμναση της σκέψης). Το περιεχόμενο αποτελούν σύντονες με το συναίσθημα καταθλιπτικές ιδέες, οι οποίες σε βαριές μορφές, παίρνουν παραληρητικό χαρακτήρα (ιδέες αυτοκατηγορίας, αναξιότητας, εξαμάρτησης και αυτοκαταστροφής).

Η βούληση και η τάση για ενέργεια (πρωτοβουλία) είναι επιβραδυμένη, ανασταλμένη ή καταργημένη. Οποιαδήποτε δραστηριότητα ή απόφαση αναβάλλεται. Στις βαριές καταστάσεις, κάθε ψυχοκινητική δραστηριότητα καταργείται και το πρόσωπο εκφράζει βαθιά θλίψη και ψυχικό πόνο (μελαγχολική εμβροντησία ή stupor).

Η ψυχοκινητικότητα είναι ανασταλμένη. Όταν όμως η κατάθλιψη συνοδεύεται από έντονο άγχος, η ψυχοκινητικότητα είναι αυξημένη, το προσώπειο εναγώνιο, η όψη ανήσυχη, οι κόρες διασταλμένες, η ομιλία διστακτική και η φωνή εξασθενημένη. Η αγχώδης κατάθλιψη, είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους και η ανασταλμένη μορφή στους πιο νέους.

Το επίπεδο της συνείδησης παραμένει φυσιολογικό, ακόμα και στην πιο βαριά κατάθλιψη. Συγχυτικά φαινόμενα, διαταραχές του προσανατολισμού και διαταραχές της μνήμης είναι συμπτώματα οργανικότητας, για αυτό παρατηρούνται σε ηλικιωμένα άτομα με κατάθλιψη.

Διαταραχές της αντίληψης και της συνειδητοποίησης δεν είναι συχνές. Όταν υπάρχουν επίμονες ψευδαισθήσεις, μη σύντονες με το συναίσθημα, η διάγνωση της σχιζοσυναισθηματικής ή της οργανικής διαταραχής είναι πολύ πιθανή. Στην κατάθλιψη, τα

βιώματα παραποίησης της αντίληψης και της συνειδητοποίησης είναι σύντονα με το συναίσθημα και αποτελούν προέκταση των μελαγχολικών ιδεών.

Οι διαταραχές της μνήμης αποτελούν συχνό παράπονο. Πρόκειται για υποκειμενική αίσθηση ή για αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής, για αυτό η εξέταση της μνήμης δίνει συνήθως φυσιολογικά αποτελέσματα. Η αδυναμία στη συγκέντρωση και την καθήλωση της προσοχής είναι συχνή.

Η απώλεια της ενεργητικότητας, ο καταθλιπτικός ιδεασμός της αναξιοσύνης, το βάρος και το βάθος του καταθλιπτικού συναισθήματος και η αίσθηση της αναποτελεσματικότητας δημιουργούν στον άρρωστο μια επώδυνη εμπειρία ανυπέρβλητης κατάπτωσης και αδυναμίας, από την οποία ούτε ο ύπνος, ούτε οι προσπάθειες για ανάπαυση μπορούν να τον λυτρώσουν.

Ο βαθμός της απελπισίας και της παραίτησης από την ζωή, η άρνηση κάθε προσπάθειας ή προοπτικής για μελλοντική βελτίωση και ο ιδεασμός αυτομομφής και και ενοχής οδηγούν συχνά στην απόφαση της αυτοκτονίας.

Υπολογίζεται ότι από όλες τις απόπειρες αυτοκτονίας το 40%-50% γίνεται από αρρώστους με μέτρια και βαριά κατάθλιψη. Ιδέες αυτοκτονίας έχουν οι καταθλιπτικοί σε ποσοστό πάνω από 70%. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι υπαρκτός σε κάθε περίοδο της κατάθλιψης, όμως είναι πολύ μεγαλύτερος στα πρώτα στάδια και στην αρχή της βελτίωσης, όταν η αναστολή υποχωρεί και αυξάνεται η ικανότητα για τον σχεδιασμό και την εκτέλεση της αυτοκτονίας. Άρρωστοι με προηγούμενες απόπειρες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Κάθε απόπειρα προειδοποιεί για την επόμενη που συχνά θα είναι και η αποτελεσματική. Η βία δεν είναι συνηθισμένη. Η παιδοκτονία ή η δολοφονία αγαπημένων προσώπων (συζύγου, αδελφών) πριν από την αυτοκτονία, αποτελούν την τραγική επέκταση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στη βαριά ψυχωτική κατάθλιψη (διευρυσμένη αυτοκτονία, σύνδρομο Μήδειας). Ο ύπνος είναι διαταραγμένος και τα όνειρα εφιαλτικά.

Γενικά συμπτώματα όπως, ανορεξία και μείωση του βάρους, σεξουαλική αδιαφορία και ανηδονία, καθώς και επίμονη δυσκοιλιότητα είναι πολύ συχνά. Οι κίνδυνοι της ασιτίας και η άρνηση του φαγητού σε βαριές καταθλιπτικές εμβροντησίες είναι δυνατό να αναγκάσουν σε σίτιση με καθετήρα. Οι σωματικοί πόνοι είναι συχνοί. Εμφανίζονται με τις μορφές χρόνιας κεφαλαλγίας, αυχενάλγας, χαμηλής οσφυαλγίας, προκάρδιας θωρακαλγίας ή επιγαστραλγίας. Συχνά, τα γενικά σωματικά συμπτώματα καλύπτουν τη συναισθηματική διαταραχή (καλυμμένη κατάθλιψη) (Colin Feltham, 2000)

## 2.2 Κλινική εικόνα μανίας

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

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

Η συναισθηματική εκτροπή συνοδεύεται από διογκωμένη αυτοεκτίμηση, άμετρη δραστηριότητα, πίεση λόγου και φυγή ιδεών, διάσπαση της προσοχής και άκριτη εμπλοκή σε δραστηριότητες που οδηγούν σε οδυνηρές συνέπειες (αλόγιστη οδήγηση, παράτολμα σχέδια για επενδύσεις, άσκοπες υπερβολικές δαπάνες, σεξουαλικές καταχρήσεις κ.α.). Ο άρρωστος διαχέει στον περίγυρο ευφορικό συναίσθημα, από την ευθυμία ως την έξαρση ή την έκσταση. Χαίρεται, τραγουδάει και προσπαθεί να μεταδώσει την υπεραισιοδοξία του στους γύρω. Η άμετρη οικειότητα προς γνωστούς και άγνωστους κάνει τον μανιακό ενοχλητικό και ανεπιθύμητο. Η προσπάθεια των άλλων να κρατούν τις αποστάσεις τον εξοργίζει και μεταβάλλει την συμπεριφορά του σε επιθετική.

Η ψυχοκινητική συμπεριφορά, σύντονη προς το ευφορικό συναίσθημα χαρακτηρίζεται από ζωνηράδα και υπεραπασχόληση. Η δραστηριότητα κατευθύνεται από τυχαία γεγονότα. Ο μανιακός αρχίζει μια ασχολία και την εγκαταλείπει αμέσως για να ασχοληθεί με κάτι άλλο μη ολοκληρώνοντας ποτέ καμία εργασία. Η εμφάνιση του είναι ζωντανή, το βλέμμα ζωηρό, η εκφραστικές κινήσεις άφθονες και η ομιλία ακατάπαυστη. Ο λόγος εκφράζεται με πίεση.

Η σκέψη, ακολουθώντας τον βαθμό της συναισθηματικής εκτροπής κατέχεται από τις ιδέες απλής υπερεκτίμησης των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων ως τις παραληρητικές ιδέες μεγαλείου. Ο μανιακός αυτοσυστήνεται σαν γνώστης θεμάτων που απαιτούν ειδικές γνώσεις, (ταλαντούχος ποιητής, ζωγράφος ή συγγραφέας) ή αναφέρεται στις ειδικές αποστολές που του ανατέθηκαν από τους ισχυρούς της γης ή από τον ίδιο τον Θεό. Ο συνειρμός είναι επιταχυμένος. Η ταχύτητα παραγωγής των ιδεών παρασύρει τον συνειρμό σε επιτάχυνση, η οποία με την σειρά της οδηγεί σε απώλεια της οδηγού παράστασης και σε φυγή ιδεών. Στην ακμή της μανίας, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις με πολλά ψυχωσικά στοιχεία, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί γνήσια ασυναρτησία.

Η προσοχή προσηλώνεται δύσκολα σε συγκεκριμένα θέματα. Συνήθως διασπάται από τυχαία ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Η ταυτόχρονη στροφή της προσοχής σε πολλές πηγές ερεθισμάτων χαρακτηρίζεται ως υπερπροσεξία, μ' όλο που δεν συνεπάγεται αντίστοιχη ικανότητα κριτικής επεξεργασίας (διαχωρισμός ουσιώδους – επουσιώδους).

Η κριτική ικανότητα, εξάλλου ρυμουλκείται από την συναισθηματική υπερτονία. Η μνήμη, δίνει την εικόνα μιας αυξημένης ικανότητας για απομνημόνευση. Η υπεραπασχόληση και η υπερπροσεξία, παρασύρουν τον άρρωστο στο να παρατηρεί και να σχολιάζει τα πάντα, να απομνημονεύει λεπτομέρειες και να φαίνεται έτσι ιδιαίτερα ευφυής. Στην πραγματικότητα οι αποφάσεις του και οι δραστηριότητες του εξαρτώνται από την συναισθηματική διαταραχή για αυτό δεν έχουν αντικειμενικότητα.

Η αντίληψη και η συνειδητοποίηση, συχνά διαταραγμένες, ακολουθούν το συναίσθημα. Ο μανιακός μπορεί να ακούει και να βλέπει το Θεό που του δίνει οδηγίες για το πώς θα κυβερνήσει τον κόσμο, ή να συνομιλεί με τους ισχυρούς της γης. Η εναντίωση της πραγματικότητας και η συναισθηματική δυσθυμία ή η ευερεθιστότητα που τη συνοδεύουν επενδύονται άλλοτε με παραληρητικές ιδέες δίωξης και άλλοτε με ανάλογο περιεχομένου ψευδαισθήσεις.

Η εναισθησία, στην ακμή του μανιακού επεισοδίου λείπει τελείως. Ο άρρωστος δεν αναγνωρίζει το παθολογικό της κατάστασης του για αυτό αρνείται την θεραπεία.

Ο ύπνος είναι ακατάστατος. Ο μανιακός έχει μειωμένες ανάγκες για ύπνο, μένει μερόνυχτα άυπνος ή ξυπνάει πολύ νωρίς ξεκούραστος και ευδιάθετος και υπεραπασχολείται

μέχρι την ολοκληρωτική εξάντληση. Η όρεξη του είναι αυξημένη, αλλά εξαιτίας της υπεραπασχόλησης του παραλείπει να τραφεί κανονικά για αυτό το βάρος του είναι συνήθως μειωμένο. Η σεξουαλική ενασχόληση είναι αυξημένη, χωρίς διάκριση και μέτρα προφύλαξης με συνέπεια συχνές ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες στις γυναίκες και συχνά αφροδίσια νοσήματα (Colin Feltham, 2000) .

Η διπολική διαταραχή παρουσιάζει ποικιλία συμπτωμάτων. Δεν υπάρχει ένα μοναδικό, αντικειμενικό κριτήριο με το οποίο είναι δυνατό να αξιολογηθεί αν κάποιος έχει διπολική διαταραχή. Η διπολική διαταραχή παίρνει διάφορες μορφές, οι οποίες συχνά αλληλοκαλύπτονται. Η αξία της παρακάτω ταξινόμησης αποτελεί αντικείμενο σημαντικής συζήτησης, τόσο ανάμεσα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όσο και στους ίδιους του ασθενείς αλλά και τους ανθρώπους που φροντίζουν τα άτομα με διπολική διαταραχή, γεγονός που περιγράφει ιδιαίτερα εύγλωττα την πολυπλοκότητα της διαταραχής.(Μάνου Ν. 1993)

#### **.Φυσιολογική διάθεση:**

Χαρακτηρίζεται, και αυτή από ελαφρές διακυμάνσεις.

#### **Μονοπολική Κατάθλιψη:**

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

#### **Διπολική I:**

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

#### **Διπολική II:**

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

#### **Κυκλοθυμία:**

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

#### **Ταχυφασικότητα ή ταχεία εναλλαγή φάσεων :**

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

### **Μονοπολική μανία :**

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

### **Ψύχωση και μικτή διπολική κατάσταση:**

Η ψύχωση μπορεί να είναι σύμπτωμα της διπολικής διαταραχής. Τα σοβαρά επεισόδια μανίας ή κατάθλιψης μπορεί να περιλαμβάνουν συμπτώματα ψύχωσης. Τα άτομα μπορεί να έχουν ψευδαισθήσεις : ακούνε ή αισθάνονται την παρουσία συγκεκριμένων πραγμάτων που δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα. Ένα άλλο σύμπτωμα είναι οι παραληρητικές ιδέες : οι ασθενείς έχουν εσφαλμένες αλλά ισχυρές πεποιθήσεις που δεν μπορούν να εξηγηθούν λογικά.

Ο τύπος των ψυχωτικών συμπτωμάτων αντανακλά την διάθεση των ασθενών. Κατά την διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου μπορεί να πιστεύουν ότι είναι άτομα με ειδικές δυνάμεις ή πλούτο. Κατά τη διάρκεια των καταθλιπτικών επεισοδίων μπορεί να πιστεύουν ότι είναι ανάξιοι ή ότι έχουν καταστραφεί ή ότι είναι ένοχοι για κάποια εγκληματική πράξη.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι πολλά άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή και εμφανίζουν ψυχωτικά στοιχεία συχνά διαγιγνώσκονται εσφαλμένα ως πάσχοντες από σχιζοφρένεια, μια άλλη σοβαρή ψυχική νόσο.

Είναι προφανές ότι όταν οι ασθενείς πάσχουν από ψυχωτικά συμπτώματα, είναι απαραίτητη η επείγουσα ιατρική επέμβαση. Μερικές φορές τα συμπτώματα κατάθλιψης και μανίας μπορούν να εκδηλωθούν ταυτόχρονα και τότε μιλάμε για μικτή διπολική κατάσταση. Ασθενείς είναι συχνά ανήσυχοι, έχουν πρόβλημα ύπνου και μερικές φορές εκδηλώνουν ακόμα και ψύχωση ή έχουν αυτοκτονικές σκέψεις. Μπορεί να αισθάνονται θλιμμένοι αλλά και ταυτόχρονα πολύ ενεργητικοί. (Paul Gilbert, 1999)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο :

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Παρά το γεγονός ότι οι τιμές μπορεί να διαφέρουν ελαφρώς, μια σειρά από επιδημιολογικές μελέτες που διεξάγονται σε όλο τον κόσμο έχουν αποδειχθεί ότι η επικράτηση της διπολικής διαταραχής είναι περίπου 1% , δηλαδή το ένα πέμπτο περίπου των ανθρώπων εμφανίζουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο μελαγχολίας κατά την διάρκεια της ενήλικης ζωής τους, και από αυτούς το 10% μια μανιοκαταθλιπτική ψύχωση.(Nancy Mc Williams,2000) Ο επιπολασμός της μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής σε όλο τον κόσμο υπολογίζεται σε 3%-4% του πληθυσμού. Η ώρα έναρξης είναι συνήθως στην εφηβεία ή κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής , με καταθλιπτικά επεισόδια πριν από την έναρξη του πρώτου επεισοδίου μανιας.(Bloumfield H. Harold,1996)

Υπάρχουν δύο διακριτές μορφές της διπολικής διαταραχής, οι οποίες διαφέρουν στην επιδημιολογία τους. Διπολική διαταραχή I χαρακτηρίζεται από μανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια - αυτή είναι η «κλασική» μορφή της διαταραχής. Η διπολική II διαταραχή χαρακτηρίζεται από υπομανία (μια λιγότερο σοβαρή μορφή της μανίας) και καταθλιπτικά επεισόδια. Διπολική Διαταραχή τύπου I είναι εξίσου συχνή σε γυναίκες και άνδρες, ενώ διπολική II διαταραχή είναι πιο συχνή στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς μπορεί επίσης να παρουσιάσουν συμπτώματα της διπολικής διαταραχής, για πρώτη φορά σε μεγάλη ηλικία.(Nancy Mc Williams, 2000)

#### 3.1 Φύλο και Ηλικία Έναρξης

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

Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί να αρχίσει σε οποιαδήποτε ηλικία. Η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα 25. Είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες από ότι σε εφήβους και ενήλικους άντρες, αλλά είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στην προεφηβική ηλικία. Η υψηλότερη συχνότητα και για άντρες και για γυναίκες είναι μεταξύ 25-44 ετών, ενώ ελαττώνετε και για τους δυο μετά τα 65 (Μάνος Ν. 1993) .

#### 3.2 Γεωγραφικοί παράγοντες και Διαμονή

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

εμφανίζεται τον χειμώνα και αρνητική για εκείνη που εμφανίζεται το καλοκαίρι. Η διαμονή σε μεγάλο αστικό κέντρο είναι πιο στρεσογόνα από την διαμονή σε μικρότερες πόλεις ή αγροτικές περιοχές. Επομένως, δεν αποτελεί έκπληξη ότι οι σχετικές μελέτες βρίσκουν αυξημένα ποσοστά διπολικής διαταραχής σε πληθυσμούς μεγάλων αστικών κέντρων. Αυτό ισχύει όμως και για τη μονοπολική κατάθλιψη και τις διαταραχές της διάθεσης συνολικά (Μάνος Ν. 1993).

### 3.3 Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες

Όπως με το θέμα του γάμου, έτσι και το θέμα της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης σε σχέση με την διπολική διαταραχή είναι σύνθετο και η σχέση αιτίου-αιτιατού μπορεί να αντιστρέφεται. Οι ασθενείς με διπολική I διαταραχή ανήκουν συνήθως σε κατώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις, όπως προκύπτει από μελέτες τόσο στην κοινότητα όσο και από εκείνες σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, κατώτερο μορφωτικό επίπεδο, μικρότερο εισόδημα, μεγαλύτερη ανεργία και φτωχικές συνθήκες διαβίωσης χαρακτηρίζουν τους ασθενείς. Αντιθέτως, οι ασθενείς με διπολική II διαταραχή και οι συγγενείς τους πρώτου βαθμού ανήκουν σε ανώτερες τάξεις και έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο (Μάνος Ν. 1993).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Θεωρητικά, η διάγνωση της μανιοκατάθλιψης, καθώς και των συναισθηματικών διαταραχών εν γένει, ακούγεται εύκολη, ιδιαίτερα στην οξεία τους μορφή. Στην πράξη όμως απαιτείται πολύ προσεκτική ψυχιατρική εξέταση. Η λήψη ενός καλού ιστορικού όπου θα διαγνωστεί η συναισθηματική διαταραχή θα βοηθήσει καταλυτικά στη θεραπεία. Αναφορικά με το οικογενειακό ιστορικό εάν διαγνωστεί παρόμοια διαταραχή στην οικογένεια μπορεί να συμβάλει θετικά, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς με μανιοκατάθλιψη ανταποκρίνονται ευνοϊκά στα ίδια φάρμακα που βοηθούν τους συγγενείς τους.

**4.1. Η διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης, όπου περιλαμβάνει μια χαρακτηριστική συναισθηματική αρνητικότητα, βασίζεται στα ακόλουθα:**

1. Οργανικές ψυχικές διαταραχές όπως:

1.1. Λοιμώδη, μεταβολικά και ενδοκρινικά νοσήματα όπως: μονοπυρήνωση, γρίπη, πνευμονία, ηπατίτιδα, βλάβη στην υπόφυση, σακχαρώδης διαβήτης, υπολειτουργία θυρεοειδούς, τυφοειδής/ μελιταίος πυρετός, Addison

Η διαφοροδιάγνωση βασίζεται: στην παρακλινική έρευνα, το ιστορικό και τα γενικά συμπτώματα.

1.2. Σύνδρομα από ψυχοδραστικές ουσίες όπως:

Στερητικά αμφεταμινών, κοκαΐνης, ψευδαισθησιογόνων, φάρμακα, αλκοολικά

Η διαφοροδιάγνωση βασίζεται στην ανίχνευση ουσιών στα υγρά του αίματος, στο ιστορικό λήψης ουσιών καθώς και στην παρουσία διαταραχών συνείδησης.

1.3. (Προ)γεροντικές άνοιες με κατάθλιψη

Σε αυτές προέχουν οι διαταραχές της μνήμης, της κρίσης, της νοημοσύνης.

2. Αντίστοιχα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα δημιουργούνται από συμπτώματα που συνοδεύουν την κατάθλιψη στα διάφορα στάδια της ζωής όπως:

2.1. Στην προεφηβική ηλικία η κατάθλιψη συνοδεύεται από: φόβους (επικείμενου θανάτου του ίδιου του παιδιού ή των γονιών του, υπερβολικό άγχος ακόμη και άρνηση της παρακολούθησης του σχολείου).

2.2. Στην εφηβική ηλικία, σημειώνονται αντιθετικές ή και επιθετικές συμπεριφορές, αντικοινωνικές εκδηλώσεις, φυγές.

2.3. Στην ενελικτική ηλικία παρατηρούνται: εξάψεις και ιδρώτες, παραληρητικές ιδέες, τάσεις αυτοκτονίας («ενελικτική μελαγχολία»), κεφαλαλγίες

2.4. Στη γεροντική ηλικία οι διαταραχές του προσανατολισμού, της μνήμης καθώς και της συνείδησης μπορούν να διαμορφώσουν ψευδοανοικές εικόνες.

3. Το πένθος που ακολουθεί τον θάνατο ενός προσφιούς προσώπου.

Συνήθως σημειώνονται ιδέες ενοχής, αναφέρονται σε πλημμελή φροντίδα ή εγκατάλειψη του θανόντα.

4. Το άγχος που ακολουθεί τον αποχωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα.

5. Τη δυσθυμία ή καταθλιπτική νεύρωση.

Εξελίσσεται με χρόνια επίμονα αλλά ηπιότερα συμπτώματα. Μπορεί να υπάρχουν μεσοδιαστήματα με φυσιολογικό συναίσθημα.

6.Τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.

Το είδος της προνοσυρής προσωπικότητας και ο βαθμός της αποδιοργάνωσης της είναι χρήσιμα διαφοροδιαγνωστικά στοιχεία.

7.Η κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφοροδιάγνωση. Η κατανάλωση αλκοόλης συχνά αποτελεί αποτέλεσμα της κατάθλιψης.

8. Την κυκλοθυμική διαταραχή.

Όπου εξελίσσεται με συχνά ήπια ή μέτρια επεισόδια κατάθλιψης αλλά και ευφορίας.

9.Τη σχιζοφρένεια

Όπου σε περιπτώσεις κατατονικής εμβροντησίας η απόλυτη απόσυρση και η αναστολή της ψυχοκινητικότητας μοιάζουν με βαριά κατάθλιψη.

#### **4.2.Η διαφορική διάγνωση της μανίας, όπου χαρακτηρίζεται από υπερδιέγερση και υπερκινητικότητα, περιλαμβάνει:**

1.Τις οργανικές ψυχικές διαταραχές από χρόνια σύνδρομα όπως:

οι εγκεφαλικοί όγκοι, τα ατροφικά και τα αγγειακά σύνδρομα, οι γεροντικές και οι αλκοολικές άνοιες, η σκλήρυνση κατά πλάκας καθώς και οι χρόνιες εγκεφαλικές λοιμώξεις από ιούς ή παράσιτα. Στις καταστάσεις αυτές οι συναισθηματικές διαταραχές είναι επιόλαιες ενώ επικρατούν τα ανοικά συμπτώματα με διαταραχές του προσανατολισμού, της

μνήμης και της κρίσης. Η εξέλιξη είναι σταθερή επιδείνωση. Η προνοσηρή προσωπικότητα είναι φυσιολογική και το προηγούμενο ιστορικό ελεύθερο από ψυχική νόσο.

2. Τα οξέα οργανικά ψυχοσύνδρομα όπως: τοξικές από ουσίες και φάρμακα (στεροειδή, αμφεταμίνες, κοκαΐνη, ψευδαισθησιογόνα), λοιμώξεις (εγκεφαλίτιδες, μηνιγγίτιδες) ή κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Όταν διακοπεί η υπεύθυνη ουσία τα συμπτώματα υποχωρούν. Τη διάγνωση διευκολύνουν: οι παρακλινικές εξετάσεις, το ιστορικό κάκωσης, η ανίχνευση της ουσίας.

3. Τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η οποία διαφέρει από την μανία καθώς το ευφορικό συναίσθημα και η υπεραπασχόληση συνυπάρχουν με αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες.

4. Παθολογικές καταστάσεις όπως: ενδοκρινικές διαταραχές (υπερθυρεοειδισμός, υπερσουλιναιμία), τοξικές και αλλεργικές αντιδράσεις (πυρετικό παραλήρημα, μεταλοιμώδεις ψυχικές αντιδράσεις), μεταβολικά νοσήματα (πορφυρία).

Οι παραπάνω μπορούν να συνοδεύονται με μανιακόμορφα συμπτώματα. Η διαφορική διάγνωση διευκολύνεται από: το ιστορικό, τη φυσική εξέταση, τον παρακλινικό έλεγχο καθώς και την παρουσία συγχυτικών φαινομένων.

#### 5. Η κυκλοθυμική διαταραχή

Η διάγνωση της οποίας δημιουργεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα στις εξής περιπτώσεις:

5.1. Στη φάση που δεν έχει αναπτυχθεί πλήρες μανιακό επεισόδιο αλλά υπάρχουν μανιακόμορφα επεισόδια.

5.2. Όταν σε άρρωστο ιστορικό κυκλοθυμικής διαταραχής εμφανίζεται τι πρώτο μανιακό επεισόδιο. Η εξέλιξη σε κανονικό μανιακό επεισόδιο θα επισφραγίσει τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής.

#### 6. Τη σχιζοφρένεια

Στα αρχικά στάδια προκαλούνται διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα όταν εκδηλώνονται παραληρητικές ιδέες μεγαλείου και υπεραπασχόληση. Η μανία μοιάζει με την κατάθλιψη όταν συνοδεύεται από διαταραχές όπως: ακουστικές ψευδαισθήσεις, ιδέες συσχέτισης ή ιδέες αλληλεπίδρασης. Οι διαφορές που σημειώνονται μεταξύ των δύο (μανίας και σχιζοφρένειας), είναι ότι στη μεν πρώτη οι διαταραχές είναι ευμετάβλητες, αλλάζουν εύκολα περιεχόμενο και είναι σύντονες με το συναίσθημα, ενώ στη σχιζοφρένεια, οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες είναι σταθερές, επίμονες και συνήθως δεν είναι σύντονες με το συναίσθημα, το οποίο μπορεί να είναι ακόμη και απρόσφορο. Η διαφοροδιάγνωση διευκολύνεται από τα χαρακτηριστικά της προνοσηρής προσωπικότητας και του ιστορικού.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

### ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Τα περισσότερα από τα κριτήρια που χρησιμοποιούν οι σύγχρονοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας για να θέσουν τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής τέθηκαν το 1899 από τον Emil Kraepelin ο οποίος περιέγραψε την έννοια της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης. Η οποία αποτελούσε μια νόσο που περιελάμβανε περιοδική και κυκλική παράνοια μανίας και μελαγχολίας. Η κατάσταση αυτή αντανακλά μια σύνθετη ομάδα διαταραχών με κοινά χαρακτηριστικά όπως: τα μεγάλα ποσοστά υποτροπής, τον αυξημένο κίνδυνο ψύχωσης, τις εναλλαγές της διάθεσης αλλά και με σημαντικές διαφορές σε άλλους τομείς. Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία καθιερώθηκαν τα διαγνωστικά κριτήρια DSM. Η πρώτη έκδοση των κριτηρίων έγινε το 1952. Συγκεκριμένα τα κριτήρια DSM-IV-TR για το μείζον καταθλιπτικό και το μανιακό επεισόδιο χρησιμοποιούνται για να προσεγγίσουν τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής. Τα κριτήρια βασίζονται σε μια σειρά συμπτωμάτων που σχετίζονται με τον χρόνο και τη συχνότητα εμφάνισης τους στις επιδράσεις που αφορούν τον κοινωνικό περίγυρο καθώς και στα φυσικά αίτια.

**5.1. Κριτήρια DSM- IV- TR για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο θεωρούνται τα παρακάτω:**

A. Η ύπαρξη πέντε ή περισσότερων από τα ακόλουθα συμπτώματα σε διάρκεια δύο εβδομάδων, αντιπροσωπεύει μια αλλαγή από την προηγούμενη λειτουργικότητα. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι καταθλιπτική διάθεση, είτε απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης. Καταθλιπτική διάθεση σχεδόν καθημερινά στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας που αποκαλύπτεται είτε από υποκειμενική αναφορά (αισθήματα κενού), ή από παρατηρήσεις τρίτων.

1. Σημαντική ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σχεδόν καθημερινά στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας για (σχεδόν) όλες τις δραστηριότητες.

2. Αϋπνία ή υπερυπνία, σχεδόν καθημερινά.

3. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά.

4. Σημαντική απώλεια ή αύξηση του βάρους ή και της όρεξης.

5. Έλλειψη ενεργητικότητας ή κόπωση σχεδόν καθημερινά.

6. Αίσθημα ματαιότητας ή αδικαιολόγητης ενοχής ή υπερβολής σχεδόν καθημερινά

7. Έκπτωση της ικανότητας σκέψης ή συγκέντρωσης καθώς και αναποφασιστικότητα σχεδόν καθημερινά.

8. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο εκτέλεσης αυτοκτονίας.

Β. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντικό άγχος ή μείωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλης σημαντικής λειτουργίας.

Γ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε παθολογική κατάσταση (π.χ. υποθυρεοειδισμό) ή σε άμεση φυσιολογική αντίδραση κάποιας ουσίας (π.χ. φαρμακευτική).

Δ. Τα συμπτώματα έπειτα από την απώλεια προσφιλούς προσώπου παραμένουν για περισσότερο από δύο μήνες, χαρακτηρίζονται από σημαντική λειτουργική έκπτωση ή παθολογική προκατάληψη με αίσθημα ματαιότητας, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωσικά συμπτώματα ή ψυχοκοινωνική επιβράδυνση.

## 5.2. Κριτήρια DSM-IV-TR για το μανιακό επεισόδιο θεωρούνται τα παρακάτω:

Α. Μια περίπτωση, σαφώς ορισμένη, η οποία χαρακτηρίζεται από σταθερή αύξηση λογορροϊκής ή ευερέθιστης διάθεσης διάρκειας τουλάχιστον μιας εβδομάδας ή οποιασδήποτε διάρκειας εάν είναι απαραίτητη η εισαγωγή σε νοσοκομείο.

Β. Κατά τη διάρκεια της διαταραχής της διάθεσης τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα έχουν παραμείνει και έχουν εμφανιστεί σε σημαντικό βαθμό:

1. Έντονη αυτοεκτίμηση ή ιδέες μεγαλείου

2. Μειωμένη ανάγκη για ύπνο (λιγότερο από τρεις ώρες). Ο πάσχων κατακλύζεται από ενεργητικότητα.

3. Εξαναγκασμός για συνέχιση της ομιλίας.

4. Εύκολη διάσπαση της προσοχής σε ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα (αφηρημάδα).

5. Ιδεοφυγή ή υποκείμενο αίσθημα ότι οι σκέψεις τρέχουν

6. Ψυχοκοινωνική διέγερση ή αυξημένη δραστηριότητα προς κάποιο στόχο (κοινωνικό ή σεξουαλικό ή επαγγελματικό ή σχολικό).

7. Έντονη απασχόληση με ευχάριστες (προς τον ασθενή) δραστηριότητες με αυξημένες πιθανότητες επώδυνων συνεπειών όπως: επιπόλαιες επιχειρηματικές επενδύσεις, ασυγκράτητα αγοραστικά όργια.

Γ. Οι συνέπειες της διαταραχής της διάθεσης μπορούν να προκαλέσουν: έκπτωση της επαγγελματικής λειτουργικότητας ή των κοινωνικών δραστηριοτήτων ή σχέσεων με τους άλλους ή να χρειαστεί εισαγωγή σε νοσοκομείο ώστε να προληφθεί η ζημιά προς τον εαυτό του ή προς τους άλλους ή ύπαρξη ψυχωτικών χαρακτηριστικών.

Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε παθολογική κατάσταση (π.χ. υπερθυρεοειδισμός) ή σε άμεση φυσιολογική επίδραση κάποιας ουσίας (π.χ. απόρροια φαρμάκων αντικαταθλιπτικής θεραπείας).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### *ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ*

Η αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής και η οριστική της θεραπεία δεν είναι εύκολη. Για την επιτυχή θεραπευτική αντιμετώπιση απαιτούνται: η σωστή εκτίμηση και αξιολόγηση της κατάστασης καθώς και οι κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες θα είναι πλήρως εξατομικευμένες περιλαμβάνουν: την φαρμακευτική αγωγή, την ψυχοθεραπεία (ατομική, ομαδική, οικογενειακή), καθώς και ένα σχήμα μεθόδων που λειτουργούν επικουρικά όπως η δραματοθεραπεία, art therapy.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ

#### ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ– ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας αποτελούν βασικά και αναπόσπαστα μέλη της θεραπευτικής διαδικασίας. Οφείλουν να φροντίζουν τους ψυχικά ασθενείς, να διατηρούν τις εύθραυστες ισορροπίες στις σχέσεις τους με αυτούς καθώς και να προστατεύουν και τους ίδιους. Σ' αυτό το κεφάλαιο θα εξεταστεί η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σε ασθενείς που πάσχουν από διπολική διαταραχή, στη φάση της μανίας και της κατάθλιψης.

#### 7.1 Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με μανιακό επεισόδιο:

Αρχικά θα πρέπει να τεθούν ορισμένες **προτεραιότητες** όπως οι ακόλουθες:

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

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

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

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

Ο νοσηλευτής κατά την επικοινωνία του με έναν μανιακό ασθενή, θα πρέπει να τηρεί κάποιες **αρχές επικοινωνίας**:

- . Να χρησιμοποιεί μια σταθερή και ήρεμη προσέγγιση ώστε να παρέχει στον ασθενή που είναι εκτός ελέγχου, οργάνωση και έλεγχο και να του εμπνέει το αίσθημα της σιγουριάς.

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

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

- Εάν το νοσηλευτικό προσωπικό οριοθετήσει εξαρχής την σχέση με τον ασθενή συγκεκριμενοποιώντας τις προσδοκίες που έχει από αυτόν και κρατάει σταθερά αυτά τα

όρια, ελαχιστοποιείται η πιθανότητα χειρισμού και εκμετάλλευσης του προσωπικού από τον ασθενή.

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

- Να πραγματοποιούνται συχνές συναντήσεις όλως των μελών του προσωπικού με στόχο τον προγραμματισμό της κοινής και σταθερής στάσης που πρέπει να κρατούν απέναντι στους ασθενείς και την τοποθέτηση σαφών ορίων στη σχέση τους. Είναι πολύ σημαντική η συνέπεια στην τήρηση των ορίων από την πλευρά των μελών του προσωπικού ώστε να ελαχιστοποιείται ο χειρισμός τους από τον ασθενή.

- Οι αποφάσεις που θα παίρνονται στις συναντήσεις των μελών του

προσωπικού θα πρέπει να ανακοινώνονται στους ασθενείς μαζί με τις συνέπειες που πρόκειται να υποστούν σε περίπτωση που δεν τις τηρούν

Η ανακοίνωση αυτή θα πρέπει να περιέχει σαφείς και απλές προτάσεις ώστε ο ασθενής να κατανοήσει τους λόγους της λήψης των φαρμάκων και τυχόν περιοριστικά μέτρα που μπορεί να παρθούν εάν δεν μπορεί ο ίδιος να ελέγξει την συμπεριφορά του, αλλά και να αισθάνεται έναν συνεχή εξωτερικό έλεγχο.

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

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

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

#### **Νοσηλευτικές διαγνώσεις όλων των τύπων της μανίας:**

- Αμυντική αντιμετώπιση των δυσκολιών
- Ελλειμματική αυτοφροντίδα
- Διαταραχή διατροφής (συνήθως υποσιτισμός)
- Διαταραχή της σκέψης

- Μεγάλος κίνδυνος τραυματισμού ή άλλης βλάβης
- Μεγάλος κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον του εαυτού του ή άλλων

Μια από τις σημαντικότερες νοσηλευτικές διαγνώσεις είναι ο **μεγάλος κίνδυνος επιθετικότητας** που μπορεί να παρουσιάσει ο μανιακός ασθενής εναντίον του εαυτού του ή άλλων. Ο ασθενής βρίσκεται σε μια κατάσταση όπου η συμπεριφορά που εκδηλώνει είναι ανεύθυνη και ανεξέλεγκτη και μπορεί να προκαλέσει σωματική βλάβη στον ίδιο ή σε η ευερεθιστότητα και η παρορμητική συμπεριφορά, οι παραληρητικές ιδέες, το προηγούμενο ιστορικό επιθετικής συμπεριφοράς και σε περίπτωση ανείρεσης των ιδεών του και μη κάλυψης των αναγκών του, έντονες και παράλογες αντιδράσεις θυμού.

Κάποια **αποδεικτικά στοιχεία** της κατάστασης αυτής μπορεί να είναι η τυχόν δυσκολία να υπολογίσει ο ασθενής τις συνέπειες των πράξεων του, να προβαίνει σε επιθετικές πράξεις, να εκφράζεται με εχθρικές και απειλητικές εκφράσεις.

#### **Οι Νοσηλευτικοί σκοποί είναι:**

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να σκοπεύει στο να φτάσει ο ασθενής στο σημείο :

- Να εξωτερικεύει το θυμό και τα υπόλοιπα αρνητικά του συναισθήματα με τρόπο ο οποίος να είναι κοινωνικά αποδεκτός.
- Να αντικαταστήσει την επιθετική συμπεριφορά, τις απειλές και τους εκφοβισμούς με άλλες τεχνικές λύσεις των προβλημάτων του, τις οποίες ο νοσηλευτής μπορεί να του διδάξει.
- Να εκδηλώνει αυξημένη αυτοεκτίμηση.
- Να δείχνει ότι έχει τον έλεγχο του εαυτού του, με ταυτόχρονη σταδιακή μείωση της υπερκινητικότητας του.

Οι **νοσηλευτικές παρεμβάσεις** είναι οι ακόλουθες :

- Η συστηματική χορήγηση των παραγγελθέντων φαρμάκων σε συνδυασμό με μια υπεύθυνη παρακολούθηση της διαδικασίας της λήψης τους και η συνεργασία με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα για τυχόν αλλαγές στο θεραπευτικό σχήμα.
- Η επιδοκίμασία των προσπαθειών του ασθενή για χειρισμό των στρεσογόνων περιστατικών χωρίς επιθετικότητα και άσκηση βίας. Ο έπαινος μπορεί να αυξήσει το αίσθημα της επιτυχίας και ίσως οδηγήσει τον ασθενή στον να επαναλάβει την συγκεκριμένη συμπεριφορά.
- Η ομαδική συζήτηση όλων των μελών του προσωπικού του τμήματος με θέμα την επιθετική συμπεριφορά κάποιων ασθενών και η ανάλυση των περιστατικών επιθετικής συμπεριφοράς που έλαβαν χώρα μπορεί να οδηγήσουν στην διαπίστωση των ερεθισμάτων που προηγήθηκαν, των παραγόντων που τα προκάλεσαν και των πρώιμων ενδεικτικών σημείων μιας ανερχόμενης διέγερσης. η ενημέρωση της κλινικής εικόνας του ασθενή είναι σημαντική, καθώς με αυτό τον τρόπο μπορεί το προσωπικό να παρεμβαίνει εξατομικευμένα και έγκαιρα με σκοπό την πρόληψη της έκρηξης ή της επιθετικότητας του ασθενή. (Doenges 1989)

- Η συζήτηση με τον ασθενή με σκοπό την επισήμανση από τον ίδιο, τον προηγηθέντων της διέγερσης γεγονότων αλλά και την ανεύρεση των πιθανών αιτιών της . οι συζητήσεις αυτές πρέπει να γίνονται σε ώρες που ο ασθενής είναι ήρεμος. Η έγκαιρη αναγνώριση της επικείμενης διέγερσης και από τον ίδιο τον ασθενή είναι αρκετά σημαντική, καθώς τον βοηθάει να αποφεύγει τις βίαιες συμπεριφορές σχεδιάζοντας εναλλακτικές αντιδράσεις.

- Η αποφυγή της καθυστέρησης της εκπλήρωσης των αιτημάτων του ασθενή είναι αρκετά βοηθητική, συνδυασμένη με την σύσταση εναλλακτικών μεθόδων αντιμετώπισής τους . Ένας μανιακός ασθενής είναι συνήθως και υπερκινητικός πράγμα το οποίο σημαίνει ότι δεν έχει υπομονή, δεν μπορεί να περιμένει και η αδικαιολόγητες καθυστερήσεις του προκαλούν επιθετική συμπεριφορά. Σε περίπτωση που πρέπει ο νοσηλευτής να αρνηθεί να εκπληρώσει κάποια επιθυμία του, μπορεί να του ελαττώσει το στρες που θα του προκαλέσει η κατάσταση αυτή, αποσπώντας του την προσοχή σε κάτι άλλο.

- Η αποφυγή λογομαχίας με τον ασθενή όταν αυτός εξωπραγματικές ιδέες και ιδέες μεγαλείου, αποφεύγοντας έτσι και την επικείμενη διέγερση.

- Όταν ο νοσηλευτής αναγνωρίσει τα σημάδια μιας ανερχόμενης διέγερσης ή και όταν αυτή είναι στα αρχικά στάδια της ανάπτυξής της , η παρέμβαση του είναι απαραίτητη και αρκετά βοηθητική στο να επανακτήσει ο ασθενής τον αυτοέλεγχό του , να προληφθεί η κλιμάκωση της διέγερσης προτού φτάσει στην βίαιη συμπεριφορά και η θεραπεία που εφαρμόζεται να έχει όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικό χαρακτήρα. Η παρέμβαση αυτή μπορεί να είναι κάποια λεκτική καθοδήγηση προς την κατεύθυνση μιας πιο παραδεκτής συμπεριφοράς, η απομάκρυνση του ασθενή από το σημείο της έντασης, η τοποθέτηση του σε ένα πιο ήσυχο δωμάτιο με την έγκριση του ίδιου ή η εφαρμογή ενδεδειγμένων περιοριστικών μέτρων σύμφωνα με το ειδικό πρωτόκολλο του τμήματος. Όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ότι μορφή και να έχουν , θα πρέπει πάντοτε να συνοδεύονται από τις απαραίτητες εξηγήσεις προς τον ασθενή.

- Κατά την διάρκεια της αντιμετώπισης των προβλημάτων που μπορεί να εκδηλώσει ο μανιακός ασθενής, ο νοσηλευτής δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να ξεχνά ότι ο ψυχικά πάσχων άνθρωπος στον οποίο αναφέρεται, είναι μοναδικός και ιδιαίτερος και πρέπει να τον βοηθά να διατηρεί αυτά τα χαρακτηριστικά.

2. Αναφορικά με τις **νοσηλευτικές ευθύνες στην φαρμακευτική θεραπεία** συνοψίζονται στην αντιμετώπιση των παρενεργειών του αντιμανιακού φαρμάκου ( ανθρακικό λίθιο):

<i>Παρενέργειες λιθίου</i>	<i>Νοσηλευτικές ευθύνες</i>
Ξηροστομία, δίψα	>Ανακούφιση με άγλυκες καραμέλες, παγάκια.
Λεπτός τρόμος χεριών	>Ελάττωση της δόσης του φαρμάκου.
Γαστρεντερικές διαταραχές, ναυτία	>Συνίσταται η λήψη του φαρμάκου με τα γεύματα.
Καρδιακές αρρυθμίες	>Παρακολούθηση με τη λήψη των ζωτικών σημείων σε τακτά χρονικά διαστήματα.  >Ελάττωση της δόσης.
Αύξηση βάρους σώματος	>Τήρηση υποθερμικού διαιτολογίου

	πλούσιου σε Na(αλάτι).
Κίνδυνος τοξικότητας	>Μέτρηση επιπέδων λιθίου στο αίμα έως ότου σταθεροποιηθούν η δόση και τα επίπεδα στο αίμα.

## 7.2 Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με καταθλιπτικό επεισόδιο:

Αρχικά θα πρέπει να αξιολογηθούν τα συμπτώματα του καταθλιπτικού ασθενή και να αντιμετωπιστεί με μια ολική **βιοψυχοκοινωνική** προσέγγιση, καθώς είναι οι τρεις κύριοι παράγοντες (βιολογικοί – ψυχολογικοί κοινωνικοπεριβαλλοντικοί) οι οποίοι ευθύνονται για την ψυχιατρική του ασθένεια. Η νοσηλευτική διεργασία κινείται σε τρεις βασικούς άξονες οι οποίοι κατηγοριοποιούν τις **ανάγκες** του πάσχοντος , και είναι :

- Οι *άμεσες* και επομένως επείγουσες ανάγκες του, οι οποίες σχετίζονται με την επιβίωση και την διατήρηση της σωματικής του ακεραιότητας για παράδειγμα η αποτροπή μια πιθανής απόπειρας αυτοκτονίας.
- Οι *βραχυπρόθεσμες* ανάγκες του οι οποίες αφορούν στην νοσηλεία , την θεραπεία και την προετοιμασία του για την απομάκρυνση και την ομαλή επανένταξη του στο κοινωνικό σύνολο.
- Οι *μακροπρόθεσμες* ανάγκες που στοχεύουν στην εκμάθηση της αναγνώρισης των πρώιμων συμπτωμάτων της κατάθλιψης από τους ασθενείς και τις οικογένειες τους ώστε να γίνεται έγκυρη αντιμετώπιση και συνεπώς να ελαχιστοποιείται ο χρόνος νόσησης. Οι ανάγκες αυτές μπορούν να καλυφθούν μέσω της εκπαίδευσης που πρέπει να προσφέρει νοσηλευτής στους άμεσα ενδιαφερόμενους. (Maurer 1986).

Για να καλυφθούν επαρκώς οι ανάγκες αυτές, θα πρέπει να έχει προηγηθεί το στάδιο της «νοσηλευτικής διάγνωσης» , θα πρέπει δηλαδή ο νοσηλευτής να αναγνωρίσει τα συμπτώματα του κάθε πάσχοντα ατομικά, ώστε να μπορέσει να θέσει τους στόχους που πρέπει να επιτύχει (πχ την εξάλειψη ή ανακούφιση των συμπτωμάτων) , *ώστε να μπορέσει ευκολότερα να οργανώσει τις νοσηλευτικές του παρεμβάσεις* οι οποίες είναι απόρροια του νοσηλευτικού σχεδιασμού.

Ορισμένες **νοσηλευτικές διαγνώσεις** για την μείζονα κατάθλιψη ως μοναδικό επεισόδιο είναι οι παρακάτω :

- Απελπισία
- Αίσθημα αδυναμίας
- Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας
- Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση ατομικών προβλημάτων
- Ανεπαρκής αυτοφροντίδα

- Κίνδυνος αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών

Ο κίνδυνος εμφάνισης αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών είναι μεγάλος και αποτελεί συνήθως την σοβαρότερη νοσηλευτική διάγνωση σε ένα καταθλιπτικό ασθενή. Θα παρουσιαστούν λοιπόν, όλα τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας που πρέπει ο

νοσηλευτής να ακολουθήσει στην περίπτωση της διάγνωσης αυτοκτονικού ιδεασμού και και/ή αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, ώστε να επιτύχει να την ανατρέψει.

Διάγνωση: άρρωστος με αυτοκτονικό ιδεασμό που απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει και προχωρά σε μια απόπειρα.

Παράγοντες που **σχετίζονται** με την συμπεριφορά αυτή :

- Ιστορικό σχετιζόμενο με προσπάθειες αυτοκτονίας σε καταθλιπτική φάση.
- Προφορική έκφραση του αυτοκτονικού ιδεασμού ή του σχεδιασμού του
- Αυτοκαταστροφικές τάσεις, και φανερές προσπάθειες (σημάδια από αυτοτραυματισμούς, απαγχονισμούς κλπ)
- Εκδηλώσεις λύπης, απόγνωσης, απελπισίας
- Απώλεια ευχαρίστησης και σκοπού στη ζωή
- Άρνηση φαγητού, φαρμάκων, φροντίδας
- Βαθμιαία απόσυρση από το κοινωνικό σύνολο
- Αίσθημα αναξιότητας, απώλεια αυτοεκτίμησης
- Συναισθηματική αστάθεια

Οι **σκοποί** του νοσηλευτικού προσωπικού:

Ο ασθενής πρέπει:

- Να παραιτηθεί από κάθε προσπάθεια και σκέψη αυτοκτονίας, εκφράζοντας επιθυμία για ζωή
- Να παρουσιάζει έκδηλη αισιοδοξία και ελπίδα για το μέλλον, κάνοντας σχέδια που περιλαμβάνουν δραστηριότητες
- Να είναι χαμογελαστός και να αντιδρά ανάλογα σε κάθε συζήτηση ή περίσταση
- Να φτάσει σε σημείο να δέχεται την ιατρική παρακολούθηση παρουσιάζοντας ταυτόχρονα συμμόρφωση στην φαρμακοθεραπεία.

Οι Νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι οι ακόλουθες:

1. Στην περίπτωση ενός ασθενή με αυτοκτονικό ιδεασμό (πρώτη νοσηλευτική διάγνωση), θα πρέπει :

- Να παρατηρείται η συμπεριφορά του αρρώστου (κινήσεις, συμπεριφορά, απειλές, μοίρασμα προσωπικών αντικειμένων, εμφάνιση ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών) για εκτιμηθεί ο βαθμός επικινδυνότητας για αυτοκτονία, βασιζόμεστε και στο προηγούμενο ιστορικό του ασθενή (παρουσία ή όχι προηγούμενης απόπειρας).

Είναι πολύ σημαντική αυτού του είδους η αξιολόγηση καθώς ο βαθμός απελπισίας του ασθενή υποδεικνύει την βαρύτητα της κατάθλιψης και τον κίνδυνο για αυτοκτονία. Το 80% αυτών που δηλώνουν ότι θα αυτοκτονήσουν, το πραγματοποιούν ενώ αυτοί που έχουν σχεδιάσει και τον τρόπο είναι πιθανότερο να βρίσκονται σε αυτό το ποσοστό. Οι πιθανότητες αυτοκτονίας αυξάνονται εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό απόπειρας ή αυτοκτονίας με συνυπάρχουσα κατάθλιψη. Οι ψυχωτικοί ασθενείς με ακουστικές ψευδαισθήσεις που τους παρακινούν για αυτοκαταστροφή, μπορεί να αυτοκτονήσουν χωρίς να δώσουν κάποια προειδοποιητικά σημάδια.

- Να επανεκτιμάται την πιθανότητα αυτοκτονίας συχνά, ιδιαίτερα εάν παρατηρηθεί αλλαγή της διάθεσης, έντονη απόσυρση, αϋπνία ή υπερυπνία.

Τον πρώτο μήνα της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος ενώ το 50% των αυτοκτονιών των νοσηλευόμενων ασθενών συμβαίνουν έξω από το νοσοκομείο, συνήθως στην άδεια τους. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας όμως αυξάνεται κατά πολύ εάν ο ασθενής έχει αυτοκτονικούς ιδεασμούς και την ενεργητικότητα να πραγματοποιήσει μια απόπειρα.

- Να εκφράζεται στον άρρωστο το ενδιαφέρον του για την ασφάλεια του και να το αποδεικνύει εμπράκτως ώστε ο ασθενής να γίνεται δέκτης της νοσηλευτικής φροντίδας και να νιώθει αίσθημα προστασίας.

- Να παρακολουθείται στενά ο ασθενής ανάλογα με τον βαθμό επικινδυνότητας και εάν ενδείκνυται, να τοποθετείται σε ένα μη απομονωμένο δωμάτιο κοντά στην στάση του νοσηλευτικού προσωπικού και να συνοδεύεται στις μετακινήσεις του. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να προληφθεί ή έστω να διακοπεί η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

- Να αφαιρούνται αντικείμενα που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο ασθενής για μια απόπειρα αυτοκτονίας όπως ξυραφάκια, ψαλίδια, ζώνες, κορδόνια, μαντήλια, μαχαίρια και άλλα αιχμηρά αντικείμενα.

- Να ελέγχονται όλα τα ατομικά είδη που έφερε ο ασθενής στο νοσοκομείο και να ενημερώνεται η οικογένεια του ποια είδη θεωρούνται επικίνδυνα ώστε να μην του τα φέρνει.

Αυτή είναι μια τυπική διαδικασία που ακολουθεί το νοσοκομείο και ο άρρωστος πρέπει να το γνωρίζει.

- Να παρατηρείται ο ασθενής κατά τη διάρκεια της χορήγησης των φαρμάκων ώστε να είναι βέβαιο ότι τα έχει πάρει. Ορισμένοι ασθενείς κρύβουν τα φάρμακα που τους

χορηγούνται για να τα χρησιμοποιήσουν σε μια απόπειρα αυτοκτονίας ή δεν τα παίρνουν καθόλου και τα πετάνε.

- Να ενημερώνεται ο ασθενής ότι θα παρακολουθείται ακόμη και όταν βρίσκεται στους βοηθητικούς χώρους, καθώς έχουν συμβεί και εκεί αυτοκτονίες.

- Να πραγματοποιούνται συχνά «νοσηλευτικοί γύροι» στους θαλάμους και ιδιαίτερα σε ώρες που το προσωπικό προβλέπεται πως θα είναι πολύ απασχολημένο όπως τη νύχτα , τα ξημερώματα και στις αλλαγές βάρδιας αλλά και όταν το προσωπικό είναι λιγότερο. Με αυτό τον τρόπο δεν μπορούν οι ασθενείς να προβλέψουν πότε θα περάσουν οι νοσηλευτές από τον θάλαμο , αλλά και οι νοσηλευτές μπορεί να γνωρίζει ανά πάσα στιγμή που είναι οι ασθενείς.

- Να ελέγχονται συστηματικά οι χώροι όπου βρίσκονται και κινούνται οι ασθενείς για τυχόν επικίνδυνα σημεία , όπως ανοιχτές πόρτες ή παράθυρα, εύκολη πρόσβαση προς τη σκάλα ή την ταράτσα ή εκτεθειμένα απορρυπαντικά και άλλα σκευάσματα που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για απόπειρα αυτοκτονίας. Απαιτείται επίσης από τους νοσηλευτές συνεχής προσπάθεια και προσοχή για την ελαχιστοποίηση των ευκαιριών αυτοκαταστροφής του ασθενή.

- Να γίνει συμφωνία με τους ασθενείς για το τι θα κάνουν οι νοσηλευτές αλλά και τι οι άρρωστοι . Η συμφωνία αυτή πρέπει να γίνεται και εγγράφως για να την έχουν οι ασθενείς στα χέρια τους καθώς και ένα αντίγραφο της πρέπει να επισυναφθεί στο φύλλο νοσηλείας των ασθενών και να είναι υπογεγραμμένο από τον ίδιο και από τον αρμόδιο νοσηλευτή. Η συμφωνία αυτή ουσιαστικά τεκμηριώνει τα μέτρα που θα ληφθούν σε περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας , ανάλογα με τον ασθενή και προωθεί την επικοινωνία, ιδιαίτερα ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον ασθενή και δίνει στον δεύτερο ευκαιρία να αξιολογήσει μόνος του τη νοσηλεία του.

- Να ενθαρρυνθούν οι ασθενείς και οι οικογένειες τους να εκφράσουν τυχόν απορίες για την φαρμακευτική αγωγή ή άλλη προγραμματισμένη θεραπεία, αλλά και τα συναισθήματα τους.

- Να χορηγούνται στους ασθενείς με συνέπεια και υπευθυνότητα τα αντικαταθλιπτικά και να εξασφαλίζεται την συμμόρφωση τους στη θεραπεία.

Η δράση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων ως διορθωτικά της διάθεσης αρχίζει μετά τις τρεις εβδομάδες περίπου από την αρχή της χορήγησής τους. Για τον λόγο αυτό, στην περίπτωση ενός αυτοκτονικού ασθενή το διάστημα από την αρχή της χορήγησης των αντικαταθλιπτικών μέχρι την αρχή της δράσης τους μπορεί να χρειαστούν κάποιες άλλες μορφές θεραπείας για την προστασία του ασθενή. Σε περίπτωση που τα φάρμακα δεν δράσουν και ο ασθενής συνεχίζει να εκδηλώνει αυτοκτονικούς ιδεασμούς , να έχει αϋπνίες, να μην τρώει και να μην πίνει υγρά, μια θεραπεία εκλογής μπορεί να είναι και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Ο ασθενής μπορεί να εκφράσει μεγάλο φόβο για την θεραπεία αυτή, ο νοσηλευτής όμως θα πρέπει να κατανοήσει την αντίδραση του αυτή και να του εξηγήσει πως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μια εναλλακτική θεραπεία η οποία θα πραγματοποιηθεί για την προαγωγή της υγείας του, και την ανακούφιση των ανεπιθύμητων συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Δεν πρέπει οι νοσηλευτές να έχουν αρνητική στάση προς την ηλεκτροσπασμοθεραπεία μεταδίδοντας έτσι στους ασθενείς περισσότερο φόβο και τελικά να τους δημιουργούν σύγχυση και άρνηση της θεραπείας.

- Να βοηθηθεί οι ασθενείς ώστε να ανατρέψουν το αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό σύστημα θεώρησης της ζωής τους , του εαυτού τους και του κόσμου γενικότερα σε θετικό και ρεαλιστικό. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να επιτευχθεί η μείωση του αισθήματος αναξιότητας και αδυναμίας που νιώθει οι καταθλιπτικοί ασθενείς και να αυξηθεί ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμηση τους (γνωστική θεραπεία) .

- Να στηρίζονται και να ενισχύονται οι ασθενείς στην προσπάθεια τους για διατύπωση κατορθωτών στόχων γιατί οι κατορθωτοί στόχοι είναι πιθανότερο να επιτευχθούν , αποφέροντας έτσι ταχύτερα ικανοποιητικές αμοιβές.

- Να παροτρύνονται οι ασθενείς να ασχολούνται σχολαστικά με την προσωπική τους υγιεινή, την καλή τους εμφάνιση και την σωστή διατροφή τους. Η επαρκής αυτοφροντίδα στοχεύει στην προαγωγή της υγείας και στην ανύψωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και της αυτοεκτίμησης τους.

- Να ενημερώνονται οι ασθενείς για την προοπτική της ανάρρωσης από την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό και ότι οι ίδιοι καθώς και το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό θα τους στηρίζουν και θα τους βοηθούν στον δρόμο προς την ίαση.

- Να επαινείται οι άρρωστοι για κάθε θετική προσπάθεια αυτοαξιολόγησης , αυτοελέγχου και διαμόρφωσης ρεαλιστικών στόχων από μέρους του. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να τονωθεί το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και να αναζωπυρωθεί η ελπίδα για ανατροπή της άσχημης ψυχολογικής του κατάστασης (Shneidman 1993).

- Να υπάρχει συνεργασία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους το διάστημα πριν την έξοδο τους από το νοσοκομείο , αποσκοπώντας στην κατανόηση και την αντιμετώπιση των διαπροσωπικών τους εντάσεων. Σύμφωνα με μια νοσηλευτική έρευνα, η ενσωμάτωση της οικογένειας στον προγραμματισμό της μετανοσοκομειακής φροντίδας του καταθλιπτικού ασθενή, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ικανοποίησης της οικογένειας λόγω της συνεργασίας του ασθενή , μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα του ασθενή στην καθημερινότητα και την αύξηση της χρησιμοποίησης των κοινοτικών υπηρεσιών υγείας από τον ασθενή , όταν αυτό ήταν απαραίτητο.

2.Στην περίπτωση ενός ασθενή με **διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας (δεύτερη νοσηλευτική διάγνωση):**

. Ακολουθούν τα **στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας** που ακολουθείται στην περίπτωση αυτής της νοσηλευτικής διάγνωσης :

1) Αρχικά ο νοσηλευτής πρέπει να αναζητήσει τους **αιτιολογικούς παράγοντες** και τους παράγοντες που σχετίζονται με την διάγνωση αυτή κάποιιοι από τους οποίους μπορεί να είναι: έλλειψη δεξιοτήτων αντιμετώπισης των δυσκολιών, οι αρνητικοί γνωστικοί μηχανισμοί, τυχόν ιστορικό ψυχοτραυματικών και μη ικανοποιητικών σχέσεων, στρεσογόνες καταστάσεις, πραγματικές ή νομιζόμενες απώλειες, κοινωνική απομόνωση, δυσαρέσκεια ή αλλαγή στην εκπλήρωση πόλου σε μια σχέση, διαταραχή της αυτό-ιδέας, αισθήματα αναξιότητας, απελπισίας, αδυναμίας, ανεπαρκής γνώση κοινωνικών τρόπων, ανεπαρκής ενεργητικότητα για δημιουργία κοινωνικών σχέσεων, απουσία σημαντικών προσώπων

Κάποια **αποδεικτικά στοιχεία** που χαρακτηρίζουν την κατάσταση είναι: η ελαττωμένη ή καθόλου συμμετοχή σε δραστηριότητες, η μη ανταπόκριση στις προσπάθειες των άλλων να αρχίσουν συζήτηση ή να τον συμπεριλάβουν σε δραστηριότητες, η έκφραση ή η παρατηρούμενη δυσφορίας στις κοινωνικές περιστάσεις, η άρνηση επισκέψεων σημαντικών προσώπων, η τυχόν απόρριψη από άλλους αρρώστους, η άρνηση δημιουργίας μιας θεραπευτικής συμμαχίας με το προσωπικό, η αποτυχία συμμετοχής σε συζήτηση με το προσωπικό ή με τους άλλους αρρώστους, η λεκτική αναφορά ότι είναι ανάξιος να δεχτεί την συντροφιά τρίτων

#### **Οι σκοποί του νοσηλευτικού προσωπικού είναι οι εξής:**

Ο ασθενής πρέπει να:

- Επικοινωνεί με άλλους ασθενείς και προσωπικό δείχνοντας άνεση, ικανοποίηση και ευχαρίστηση.
- Εκδηλώνει συνειδητοποίηση ατομικών προβλημάτων που δυσκολεύουν την επικοινωνία του με τρίτους.
- Συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό

#### **Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι οι ακόλουθες:**

- Επικοινωνία με τον άρρωστο μέσω συχνών και σύντομων συναντήσεων, οι οποίες ελαχιστοποιούν το άγχος και για τους ασθενείς αλλά και για τους νοσηλευτές.
- Προειδοποίηση των ασθενών για την ακριβή ώρα και χρόνο των νοσηλευτικών επισκέψεων. Οι συγκεκριμένες προσδοκίες ελαττώνουν το άγχος αφού το πρόγραμμα παρέχει σκοπό και δομή στα άπειρα κενά χρονικά διαστήματα.
- Συνέπεια στην ώρα της συνάντησης και παραμονή ολόκληρη την ώρα που είχε προσυμφωνηθεί με τον άρρωστο παρ όλη την πιθανή μη ανταπόκριση αυτού στη παρουσία του νοσηλευτή. Η εμπιστοσύνη θεμελιώνεται με την αξιοπιστία και τη σταθερότητα. Οι ασθενείς αισθάνονται τη νοσηλευτική προσοχή χωρίς να προσπαθούν για να την κερδίσουν. Η μη τήρηση των «υποσχέσεων» που εδόθησαν στον άρρωστο μπορεί να τον οδηγήσουν να σκεφτεί ότι δεν είναι άξιος προσοχής.
- Σε περιπτώσεις που ο άρρωστος παρουσιάζει αλαλία (σιωπηλότητα, βωβότητα), ο νοσηλευτής μπορεί είτε να σχολιάσει κάτι που βλέπει, είτε να παραμείνει δίπλα στον άρρωστο με σιωπή για μικρά διαστήματα. Όταν ο άρρωστος δεν είναι ακόμη έτοιμος για να μιλήσει οι απευθείας ερωτήσεις ενδέχεται να αυξήσουν το άγχος του ενώ σχόλια για αντικείμενα του περιβάλλοντος τον επαναφέρουν στην πραγματικότητα.
- Χρήση συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση.
- Διάθεση αρκετού χρόνου στον άρρωστο για να απαντήσει. Η βραδυκίνητη σκέψη χρειάζεται χρόνο να διατυπώσει κάποια απάντηση.

□ Προσεκτική ακρόαση υπονοουμένων μηνυμάτων και απευθείας ερώτηση για τυχόν σχέδιο αυτοκτονίας. Οι ασθενείς συχνά αισθάνονται ανακούφιση και ελάττωση των αισθημάτων μοναξιάς όταν εξωτερικεύουν τις σκέψεις αυτοκτονίας.

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

□ Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση. Ο θυμός του αρρώστου να μην θεωρείται προσωπική επίθεση κατά του νοσηλευτή. Η λογομαχία ή η αυτό-υπεράσπιση συντελούν μόνο στην ελάττωση της αυτοεκτίμησης και του αρρώστου και του νοσηλευτή.

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

□ Αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων αξιολογικής κριτικής. 'Ο πως για παράδειγμα: <<φαίνεστε πιο κομψή σήμερα με αυτό το φόρεμα>>. Διότι το καταθλιπτικό άτομο βλέπει την αρνητική πλευρά κάθε κατάστασης. Για παράδειγμα μπορεί να ερμηνεύσει τα σχόλια ως εξής: <<Δεν ήμουν κομψή εχτές. Εάν φορέσω ξανά το χτεσινό φόρεμα δεν θα αρέσω στον νοσηλευτή >> . Είναι καλύτερα να πει ο νοσηλευτής:<< Φοράτε άλλο φόρεμα σήμερα ή αλλάξατε χτένισμα>>. Γενικότερα τα ουδέτερα προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνείες.

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

□ Αποφυγή εκφράσεων όπως: << τα πράγματα θα πάνε καλύτερα>> ή << όλοι μας μελαγχολούμε πότε πότε>>. Τέτοιες εκφράσεις τείνουν να ελαχιστοποιούν τη σοβαρότητα του καταθλιπτικού συναισθήματος του αρρώστου και μπορεί να αυξάνουν μέσα του την ενοχή και αναξιότητα αφού δεν είναι σε θέση ο ίδιος να βγει από την κατάσταση στην οποία βρίσκεται.

□ Βαθμιαία ενσωμάτωση του αρρώστου σε συζητήσεις με άλλους αρρώστους και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο ανοχής του. Ενθάρρυνση επικοινωνίας με υποστηρικτικά σημαντικά πρόσωπα. Επιδοκιμασία των προσπαθειών του. Τα παραπάνω λειτουργούν ως θετικοί ενισχυτές του αισθήματος της προσωπικής αξίας του αρρώστου και της ικανοποίησης από τις κοινωνικές επαφές. Στα πλαίσια της ομάδας ο άρρωστος θα λάβει την υποστήριξη από τους άλλους, θα μάθει κοινωνικούς τρόπους και θα διαπιστώσει ότι έχει παρόμοια προβλήματα και ανησυχίες με τους άλλους.

□ Διδασκαλία του αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητες του. Η πιο ρεαλιστική θεώρηση του εαυτού αυξάνει την εμπιστοσύνη και την ώθηση του στις κοινωνικές επαφές.

Αναφορικά με τις νοσηλευτικές ευθύνες στην φαρμακευτική θεραπεία συνοψίζονται στην αντιμετώπιση των παρενεργειών των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων:

<i>Παρενέργειες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων</i>	<i>Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις</i>
Ξηροστομία	>Χορήγηση συχνών μικρών ποσοτήτων υγρών, άγλυκων καραμελών, τήρηση αυστηρής υγιεινής στόματος.
Δυσκοιλιότητα	>Αύξηση της σωματικής άσκησης καθώς και της λήψης υγρών. >Κατανάλωση τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες.
Κατακράτηση ούρων	>Διδασκαλία του αρρώστου στην μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
Ορθοστατική υπόταση	>Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε ύπτια και όρθια στάση για έγκαιρη διαπίστωση μεγάλων αποκλίσεων στις τιμές.  >Παρότρυνση του αρρώστου να σηκώνεται αργά όταν βρίσκεται σε ύπτια θέση.
Ταχυκαρδία, αρρυθμίες	>Συστηματική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και των σφίξεων.
Θαμπή όραση	>Καθυσύχαση του αρρώστου για υποχώρηση εντός λίγων εβδομάδων
Υπερτασική κρίση	>Διακοπή των ΑΜΑΟ (αντικαταθλιπτικά φάρμακα) >Χορήγηση αντιυπερτασικού φαρμάκου >Διδασκαλία για αποφυγή τροφών που περιέχουν τυραμίνη.
Αύξηση ευαισθησίας για εμφάνιση επιληπτικών σπασμών	>Ιδιαίτερη παρακολούθηση ασθενών με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου.  >Ετοιμότητα για παρέμβαση σε περίπτωση σπασμών.
Καταστολή	>Χορήγηση φαρμάκων πριν την κατάκλιση.  >Ελάττωση της δοσολογίας ή αντικατάσταση του φαρμάκου (σε συνεργασία με τον θεράπων ιατρό)  >Αποθάρρυνση του αρρώστου να οδηγήσει ή να χειριστεί μηχανήματα.

## Ανάλυση περιστατικού σε ασθενή με διπολική διαταραχή Νοσηλευτική διαταραχή (πραγματικό περιστατικό)

Η ασθενής Π.Σ ηλικίας 21 ετών, εισήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Λευκάδας και εισήχθη στη Ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου Ρίου, με διάγνωση διπολικής διαταραχής .

- Στοιχεία ατομικού ιστορικού
- Τόπος Γέννησης: Λευκάδα
- Όνομα πατρός: Άγγελος Σ.
- Τηλέφωνο : 26450 XXXXX
- Τόπος κατοικίας: Μεγανήσι - Σπαρτοχώρι

### Ατομικό ιστορικό:

Προ τεσσάρων εβδομάδων : Η κινητική δραστηριότητα της ασθενούς χαρακτηριζόταν από κατατονία. επιπρόσθετα σημειώθηκαν: αίσθημα ανηδονίας, καταθλιπτική διάθεση, επιβραδυμένη σκέψη, ψυχαναγκαστικές ιδέες, βουβότητα, ύπαρξη ψυχαναγκαστικών ιδεών, παραληρητικές ιδέες ενοχής, αναξιότητας, αυτόφομφής, μηδενισμού. Η έκφραση του προσώπου ήταν θλιμμένη και καχύποπτη, η εμφάνιση ατημέλητη. Προ δύο εβδομάδων: Η κινητική δραστηριότητα της ασθενούς περιελάμβανε νευρικότητα και ακάθισια. Η εμφάνιση ήταν εξεζητημένη, η ομιλία ταχεία και πειστική, η σκέψη καλπάζουσα. Το συναίσθημα χαρακτηριζόταν από ευφορία, διαχυτικότητα, ευερεθιστότητα, σημειώθηκαν παραληρητικές ιδέες μεγαλείου.

### Ευρήματα- συμπεράσματα κατά την εισαγωγή:

Τα ζωτικά σημεία της ασθενούς ήταν 200/11 mm/Hg. Οι τιμές των βιοχημικών και αιματολογικών εξετάσεων, ήταν φυσιολογικά επίπεδα. Η κατάσταση της ήταν όμοια με την προ τεσσάρων εβδομάδων, δόθηκε η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, από τον επιβλέπων ιατρό.

### Πορεία της νόσου:

Έπειτα από τρίμηνη νοσηλεία, η ασθενής εξήλθε, αφού είχε συμμορφωθεί με το ενδεδειγμένο φαρμακευτικό σχήμα και με προκαθορισμένο επανέλεγχο εντός των επομένων ημερών.

Εκτίμηση αναγκών και προβλημάτων της ασθενούς	Σκοποί Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
Μεγάλος κίνδυνος επιθετικότητας ( εναντίον εαυτού ή άλλων). <b><u>ΜΑΝΙΑΚΟ</u></b> <b><u>ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ</u></b>	Εξωτερίκευση θυμού και λοιπών αρνητικών συναισθημάτων.	Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή- ασθενή.	>Διατήρηση ουδέτερης σκέψης και περιβάλλοντος ύστερα από ερεθίσματα που δύναται να πυροδοτήσουν αρνητικές συμπεριφορές. >Διατήρηση ήρεμων τόνων με σκοπό την ύπαρξη αισθημάτων σιγουριάς, ελέγχου και οργάνωσης.	Η ασθενής εκφράζει τα συναισθήματα της με τρόπο κοινωνικά αποδεκτό.
	Άρση επιθετικής συμπεριφοράς.	Δημιουργία και διατήρηση ήρεμου και σταθερού περιβάλλοντος.	>Ομαδική συζήτηση όλων των μελών του προσωπικού του τμήματος για πρόληψη επιθετικότητας. >Αποφυγή λογομαχίας με την ασθενή, αποφεύγοντας επικείμενη διέγερση	Η διάθεση της ασθενούς δεν χαρακτηρίζεται από πανικό, ευερεθιστότητα.
	Έλεγχος εαυτού με μείωση υπερκινητικότητας.	Επαναφορά της ήρεμης διάθεσης της ασθενούς.	>Απομάκρυνση ασθενούς από ερεθίσματα που δύναται να του προκαλέσουν ένταση. >Λεκτική καθοδήγηση προς την κατεύθυνση μιας πιο παραδεκτής συμπεριφοράς. >Διοχέτευση υπερβολικής ενεργητικότητας σε δημιουργικές και εποικοδομητικές ενασχολήσεις.	Η κινητική δραστηριότητα δεν περιλαμβάνει νευρική ακαθυσία καθώς και δεν παρουσιάζει παραληρητικές ιδέες μεγαλείου.
	Εκδήλωση αυξημένης αυτοεκτίμησης.	Αποκατάσταση της αυτοεκτίμησης της ασθενούς.	>Επιδόκιμασία προσπαθειών της ασθενούς >Έπαινος θα προκαλέσει συναισθήματα ευτυχίας που θα την οδηγήσουν να επαναλάβει την συγκεκριμένη συμπεριφορά.	Η ασθενής συμμετέχει χωρίς παρακίνηση στις δραστηριότητες του τμήματος και έχει αποκτήσει τόσο ατομικές, όσο και κοινωνικές δεξιότητες.

Εκτίμηση αναγκών και προβλημάτων της ασθενούς	Σκοποί Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
Κίνδυνος εκδήλωσης αυτοκτονικών συμπεριφορών (αυτοκτονικός ιδεασμός)	Παραίτηση ασθενούς από αυτοκτονικές σκέψεις και έκφραση επιθυμίας για ζωή	Εκτίμηση βαθμού επικινδυνότητας ως μέτρο πρόληψης μέσω παρατήρησης της ασθενούς	Συστηματική επιτήρηση για πρόληψη επικίνδυνης συμπεριφοράς και άμεση παρέμβαση.	Η συναισθηματική της κατάσταση δεν χαρακτηρίζεται από ανηδονία και θίψη
<b><u>Καταθλιπτικό επεισόδιο</u></b>	Παρουσίαση έκδηλης αισιοδοξίας και ελπίδας για το μέλλον	Συνεχής στήριξη και ενίσχυση της ασθενούς, ώστε να αποτρέψει το αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό σύστημα της ζωής της.	>Ενίσχυση στην διατύπωση κατορθωτών στόχων που μπορούν να επιτευχθούν αποφέροντας αίσθημα ικανοποίησης.  >Έπαινος ασθενούς σε κάθε προσπάθεια αυτοελέγχου.	Η ασθενής έχει αποκτήσει ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες.
	Συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία	Ενθάρρυνση ασθενούς και οικογένειας για έκφραση τυχόν αποριών για τη φαρμακευτική αγωγή ή άλλη προγραμματισμένη θεραπεία, καθώς και των συναισθημάτων.	Παρατήρηση ασθενούς κατά τη διάρκεια χορήγησης των φαρμάκων, ώστε να είναι βέβαιο ότι τα έχει πάρει.	Η ασθενής έχει συμμορφωθεί στο φαρμακευτικό σχήμα.

Εκτίμηση αναγκών και προβλημάτων της ασθενούς	Σκοποί Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας.	Σύναψη θεραπευτικής συμμαχίας ασθενούς-προσωπικού.	<p>&gt;Επικοινωνία με την ασθενή για ελαχιστοποίηση του άγχους μέσω συχνών και σύντομων επισκέψεων.</p> <p>&gt;Αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων αξιολογητικής κριτικής.</p>	<p>&gt;Χρήση συγκεκριμένων λέξεων και διάθεση αρκετού χρόνου για να απαντήσει , εξαιτίας της βραδυκίνητης σκέψης της.</p> <p>&gt;Χρήση ουδέτερων σχολίων για πρόληψη αρνητικών ερμηνειών.</p>	Η ασθενής αισθάνεται την νοσηλευτική προσοχή και ανταποκρίνεται στην επικοινωνία.
<b><u>Καταθλιπτικό επεισόδιο</u></b>	Συνειδητοποίηση των ατομικών της προβλημάτων που δυσκολεύουν την επικοινωνία με τρίτους.	<p>&gt;Βαθμιαία ενσωμάτωση της ασθενούς σε συζητήσεις με άλλους ασθενείς και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο των αναγκών της.</p> <p>&gt;Συμβολή σε μια πιο ρεαλιστική θεώρηση του εαυτού της, αυξάνοντας την εμπιστοσύνη και την ώθηση της στις κοινωνικές επαφές.</p>	<p>&gt;Επιδοκιμασία των προσπαθειών της, καθώς και ενθάρρυνση επικοινωνίας με σημαντικά υποστηρικτικά πρόσωπα.</p> <p>&gt;Διδασκαλία του αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητες της.</p>	Η ασθενής έχει αποκτήσει ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ø Ευθυμίου Κ., Μαυροειδή Αθ., Παυλάτου Ε., Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 2000.
- Ø Ιωαννίδης Ι.Δ. Παιδαγωγική Ψυχολογία, Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση, Εκδόσεις Κορφή, Αθήνα 1996.
- Ø Καραμανλής Ν. Συναισθηματικές διαταραχές, Μανιοκατάθλιψη, Εκδόσεις Αλέξανδρος, Αθήνα 2000
- Ø Κλεφταράς Γιώργος, Η κατάθλιψη σήμερα , Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 1998.
- Ø Μάνου Νίκος, Σύνθεση και επιλογή στην Ψυχιατρική Θεραπευτική, University Studio Press, 1993.
- Ø Ραγιά Α. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Νοσηλευτικές παρεμβάσεις, Εκδόσεις Παπανικολαού, Αθήνα 2007
- Ø Τσίκου Ν. και Καραγεωργοπούλου-Γραβανή Σ Πρακτική άσκηση νοσηλευτικής ΙΙ, Θεραπεία, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1996
- Ø Bloumfield H. Harold & Peter Mc Williams, Θεραπεύοντας την κατάθλιψη, Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα 1996.
- Ø Dolto Francoise, Σεμινάριο Ψυχανάλυσης, Εκδόσεις 'Βιβλιοπωλείον η Εστία', 1999.
- Ø Feltham Colin, Handbook of counseling and psychotherapy, Οδηγός συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας, Εκδόσεις Π. Ασημάκης, Αθήνα 2000.
- Ø Gilbert Paul, Overcoming Depression, Ξεπερνώντας την κατάθλιψη, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997
- Ø Herbert Martin, Ψυχολογικά προβλήματα στα στάδια της ζωής, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 1999.
- Ø Riemann Fritz, Η τετραλογία του Φόβου, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 1994.
- Ø Mc Williams Nancy, Psychoanalytic Diagnosis, Ψυχοαναλυτική διάγνωση, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994.