

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας

Τμήμα: Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διπολική Διαταραχή και Νοσηλευτική Παρέμβαση



ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

Φραγκούλη Αρτεμησία

Ψαριάδη Αθανασία-Μαρία

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ:

Μαρνέρας Χρήστος

ΠΑΤΡΑ 2014

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Επιθυμούμε να πούμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στον υπεύθυνο της πτυχιακής μας εργασίας Μαριλέρα Χρήστο για την άμεση συνεργασία, την υποστήριξη καθώς και τον πολύτιμο χρόνο που μας αφιέρωσε.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ ακόμα στους φίλους και τις οικογένειες μας για την κατανόηση, την υπομονή και τη στήριξη σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης αυτής της πτυχιακής εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε αυτή την εργασία σκοπός μας είναι να αναλύσουμε τη διπολική διαταραχή καθώς και να δώσουμε απαντήσεις σε ερωτήματα όπως ο τρόπος που εμφανίζεται η ασθένεια, πως γίνεται ορθή διάγνωση και ποια είναι η καταλληλότερη θεραπεία. Αρχικά δίνονται οι ορισμοί των διαταραχών της διάθεσης καθώς και ποιοί είναι οι παράγοντες υπεύθυνοι για την εμφάνισή τους.

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η κλινική εικόνα των διαταραχών και ορισμένα επιδημιολογικά στοιχεία. Επίσης περιγράφονται βασικά στοιχεία της διαφορικής διάγνωσης για τη μανία και την κατάθλιψη. Ακολουθεί η διαγνωστική προσέγγιση, ενώ δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην ανάλυση της αντιμετώπισης και της θεραπείας της νόσου. Βασικά στοιχεία είναι ο θεραπευτικός σχεδιασμός σε συνδυασμό πάντα με τη φαρμακευτική αγωγή.

Στη συνέχεια παραθέτουμε τους στόχους του νοσηλευτικού προσωπικού στη φροντίδα των καταθλιπτικών και μανιακών ασθενών και κλείνουμε με μια αναφορά στο στίγμα και τον τρόπο που επηρεάζει την ψυχική ασθένεια.

ABSTRACT

In this thesis our aim is to analyze bipolar disorder and answer questions like how the disease occurs, and how proper diagnosis is made and which treatment is appropriate. Firstly, we provide the definitions of mood disorders along with the factors responsible for their occurrence.

Subsequently we present the clinical image of mood disorders and some epidemiological data. Additionally, key elements of the differential diagnosis for mania and depression are described. Then the diagnostic approach follows, paying particular attention to the analysis of the treatment of the disease. Key elements are therapeutic planning always in combination with medication.

Finally, the objectives of the nursing staff in the care of depressed and manic patients are mentioned and we close with reference to the stigma and its impact on their mental illness.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	i
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	ii
ABSTRACT.....	iii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
Κεφάλαιο 1: Έννοιες και Ορισμοί	2
1.1 Ορισμοί.....	3
1.1.1 Διαταραχές Διάθεσης.....	3
1.1.2 Διπολική Διαταραχή	4
1.1.3 Τύποι Διπολικής Διαταραχής.....	4
1.1.4 Κατάθλιψη	6
1.1.5 Μανία.....	8
1.2 Αιτιολογία των Καταθλιπτικών και Διπολικών Διαταραχών	9
Κεφάλαιο 2: Κλινική Εικόνα.....	14
2.1 Ορισμός ενός Επεισοδίου	15
2.2 Κλινική Εικόνα Κατάθλιψης	15
2.3 Κλινική Εικόνα Μανίας.....	18
2.4 Συνδεδεμένα χαρακτηριστικά και Ψύχωση	22
2.5 Ποιες ασθένειες συνυπάρχουν συχνά με τη Διπολική Διαταραχή;.....	22
Κεφάλαιο 3: Επιδημιολογία.....	24
3.1 Ηλικία Έναρξης και Φύλο	25
3.2 Γεωγραφικοί παράγοντες και Διαμονή	26
3.3 Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες	26
Κεφάλαιο 4: Διαφορική Διάγνωση	28
4.1 Διαφορική Διάγνωση Κατάθλιψης	30
4.2 Διαφορική Διάγνωση Μανίας.....	32
Κεφάλαιο 5: Διαγνωστική Προσέγγιση	34
Κεφάλαιο 6: Αντιμετώπιση και Θεραπεία.....	41
6.1 Ο θεραπευτικός σχεδιασμός.....	42
6.2 Φαρμακευτική Αγωγή.....	45
6.2.1 Κατάθλιψη	46

6.2.2 Μανία.....	48
6.2.3 Διπολική Ταχείας Εναλλαγής	51
6.3 Διπολική Διαταραχή και εξάρτηση από ουσίες.	52
6.4 Διάγραμμα Διάθεσης.	53
6.5 Ψυχοθεραπεία	54
6.6 Ψυχοεκπαίδευση	55
6.7 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	55
6.8 Δραματοθεραπεία	55
Κεφάλαιο 7: Ο ρόλος του νοσηλευτή και η νοσηλευτική παρέμβαση	57
7.1 Νοσηλευτική Φροντίδα Καταθλιπτικού Ασθενή	58
7.2 Νοσηλευτική Φροντίδα Μανικού Ασθενή:.....	61
7.3 Νοσηλευτική Παρέμβαση – Νοσηλευτική Διεργασία – Παρουσίαση Περιστατικών:	63
Κεφάλαιο 8: Στίγμα και ψυχική ασθένεια	73
8.1 Το στίγμα στην ψυχική ασθένεια.....	74
8.2 Που οφείλεται το στίγμα;.....	75
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	79

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε όλη την καταγεγραμμένη ιστορία, μπορεί κανείς να συναντήσει περιγραφές ατόμων με συμπτώματα παρόμοια με αυτά της διπολικής νόσου. Ιστορίες για μανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια υπάρχουν στα αρχαία Ελληνικά, Περσικά και βιβλικά κείμενα. Ο Ιπποκράτης γνώριζε τη νόσο της κατάθλιψης και υποστήριζε ότι προέρχεται από φυσικές σωματικές αιτίες και όχι από πνευματικές ή άλλες δυνάμεις. Οι Έλληνες ανακάλυψαν επίσης ότι ο εγκέφαλος είναι το όργανο που ευθύνεται για τις συναισθηματικές διαταραχές καθώς και την ευφυΐα

Από την εποχή που οι άνθρωποι πίστευαν πως οι ψυχικές διαταραχές είναι αποτέλεσμα πνευμάτων μέχρι σήμερα, και ειδικά τα τελευταία 15 χρόνια, η επιστήμη της ψυχιατρικής έχει κάνει τεράστια πρόοδο σε θέματα γνώσης και κατανόησης του εγκεφάλου. Παρόλα αυτά πολλές είναι οι πτυχές του εγκεφάλου που παραμένουν άγνωστες.

Όλοι μας έχουμε αισθανθεί συναισθηματικές διακυμάνσεις που αφορούν κυρίως δύο συναισθήματα: τη χαρά και τη λύπη. Τα δύο αυτά συναισθήματα αποτελούν τα βασικά δομικά υλικά των διπολικών διαταραχών που θα περιγράψουμε σε αυτή την πτυχιακή. Η διπολική διαταραχή λοιπόν ανήκει στην κατηγορία των συναισθηματικών διαταραχών και αποτελεί μια ψυχωσική διαταραχή η οποία εμφανίζεται κατά προσέγγιση σε ένα ποσοστό της τάξεως του 3%-6% του ενήλικου πληθυσμού. Υπάρχουν 4 τύποι διπολικών διαταραχών και οι συνέπειες τόσο για τον ασθενή, όσο και για το οικογενειακό του περιβάλλον είναι αρκετά σοβαρές άσχετα με τον τύπο της διαταραχής.

Ο τρόπος που συμπεριφέρεται ο ασθενής τόσο στη φάση της μανίας όσο και στη φάση της κατάθλιψης μπορεί να αφήσει ανεξίτηλα σημάδια στον κοινωνικό περίγυρο αλλά και στη λειτουργικότητα το ατόμου. Να επισημάνουμε ότι το είδος και η βαρύτητα των συμπτωμάτων διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή.

Στο μέλλον περιμένουμε σημαντικά επιτεύγματα στο χώρο της ψυχικής υγείας αφού αφορούν ένα μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού, ενώ σημαντικό είναι να κατανοήσουμε ότι η διπολική διαταραχή είναι μια σοβαρή κατάσταση. Ωστόσο τα άτομα που πάσχουν από αυτή μπορούν να ζήσουν μια ολοκληρωμένη και ικανοποιητική ζωή εφόσον υπάρχει καλή θεραπεία η οποία με τη σειρά της προκύπτει από μια σωστή διάγνωση.

Κεφάλαιο **1**: Έννοιες και Ορισμοί

1.1 Ορισμοί

1.1.1 Διαταραχές Διάθεσης

Οι διαταραχές της διάθεσης (γνωστές και ως συναισθηματικές διαταραχές) είναι μια ομάδα διαταραχών με χαρακτηριστικό τους το ανώμαλο συναίσθημα. Τα συναισθήματα αυτά υπάρχουν χωρίς συγκεκριμένο λόγο ή λογική δικαιολογία. Δεν σχετίζονται με κάποιο εξωτερικό ερέθισμα όσον αφορά τη διάρκειά τους, ενώ διαρκούν ή επαναλαμβάνονται με τέτοιο τρόπο που δεν δικαιολογείται από τη λογική των πραγμάτων.

Οι διαταραχές της διάθεσης περιλαμβάνουν τις μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές, τη δυσθυμική διαταραχή, την κυκλοθυμική διαταραχή, τη διαταραχή της διάθεσης που προκαλείται από ουσίες, τις διαταραχές της διάθεσης λόγω γενικής σωματικής κατάστασης και τέλος τις διπολικές διαταραχές (τύποι I και II).

Ως διάθεση (mood) ορίζεται ο συναισθηματικός και καθολικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε όλες τις ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει όλες τις πλευρές συμπεριφοράς του ατόμου, καθώς επίσης και την αντίληψη που έχει το άτομο για τον κόσμο. Οι διαταραχές της διάθεσης είναι συχνές, πολλές φορές είναι εξαιρετικά θεραπεύσιμες ενώ άλλες δυνητικά θανατηφόρες. Οι ασθενείς βιώνουν παθολογικά καταθλιπτική ή ανεβασμένη διάθεση. Τις διαταραχές διάθεσης συνοδεύουν πολλά σημεία και συμπτώματα, τα οποία επηρεάζουν όλες σχεδόν τις περιοχές της λειτουργικότητας.

Όλοι μας γνωρίζουμε τι θα πει καταθλιπτική ή ευφορική διάθεση. Όλοι μας έχουμε περάσει από περιόδους απογοήτευσης ή ικανοποίησης που επηρέασαν τη διάθεση μας προς τη μια ή προς την άλλη πλευρά.

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

Οπωσδήποτε, δεν είναι τόσο εύκολο, ούτε τόσο απόλυτο. Παρόλα αυτά όσο πιο έντονη και παρατεταμένη η συναισθηματική διάθεση της κατάθλιψης ή της έξαρσης, όσο πιο πολλά και έντονα τα φυτικά συμπτώματα – αϋπνία, ανορεξία, απώλεια της ενεργητικότητας, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido), ψυχοκινητική επιβράδυνση κτλ., όσο μεγαλύτερη η έκπτωση της επαγγελματικής ή κοινωνικής λειτουργικότητας ή εφόσον υπάρχουν διαταραχή της

πραγματικότητας (με ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες κτλ.) ή αυτοκτονικές ή ανθρωποκτονίες τάσεις, τόσο η κατάσταση τείνει προς την παθολογική πλευρά.

Οι διαταραχές αυτές έχουν χαρακτηριστικό τα συναισθήματα τα οποία δεν έχουν λόγο να υπάρχουν, ενώ το άτομο που τα αισθάνεται μπορεί να τα δικαιολογεί χωρίς όμως να πείθει. (<http://www.psychologia.gr>) .

1.1.2 Διπολική Διαταραχή

Η διπολική διαταραχή (επίσης γνωστή και ως διπολική συναισθηματική διαταραχή, μανιοκαταθλιπτική διαταραχή ή απλά μανιοκατάθλιψη), είναι μια ψυχική νόσος. Χαρακτηρίζεται από δύο συναισθηματικές διαταραχές, τη μανία και την κατάθλιψη. Τα άτομα με διπολική διαταραχή βιώνουν επεισόδια ανεβασμένης διάθεσης γνωστά ως μανία εναλλασσόμενα με επεισόδια κατάθλιψης τα οποία επαναλαμβάνονται σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ασθενή. Πολλοί ασθενείς είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων ανάμεσα στα επεισόδια. Η αιτία που προκαλεί τη διαταραχή δεν είναι ξεκάθαρη, ενώ η θεραπεία περιλαμβάνει σταθεροποιητές διάθεσης όπως το λίθιο.

1.1.3 Τύποι Διπολικής Διαταραχής

Οι γιατροί συνήθως διαγιγνώσκουν τις ψυχικές διαταραχές με τη βοήθεια του DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder). Σύμφωνα με το DSM λοιπόν υπάρχουν τέσσερις βασικοί τύποι διπολικής διαταραχής.

Διπολική Διαταραχή Τύπου I: Καθορίζεται κυρίως από ένα ή περισσότερα μανιακά επεισόδια με διάρκεια τουλάχιστον επτά ημερών ή από μανιακά συμπτώματα τόσο σοβαρά ώστε ο ασθενής να χρήζει άμεσης εισαγωγής στο νοσοκομείο. Πολλές φορές ένα καταθλιπτικό ή υπομανιακό επεισόδιο συμβαίνει, δεν είναι όμως απαραίτητο για τη διάγνωση.

Διπολική Διαταραχή Τύπου II: Χαρακτηρίζεται από ένα μοτίβο καταθλιπτικών επεισοδίων που εναλλάσσονται με υπομανιακά επεισόδια χωρίς την ύπαρξη μανιακών επεισοδίων. Τα υπομανιακά επεισόδια δε φτάνουν τις ακραίες μορφές της μανίας (π.χ. δεν υπάρχουν ψυχωσικά

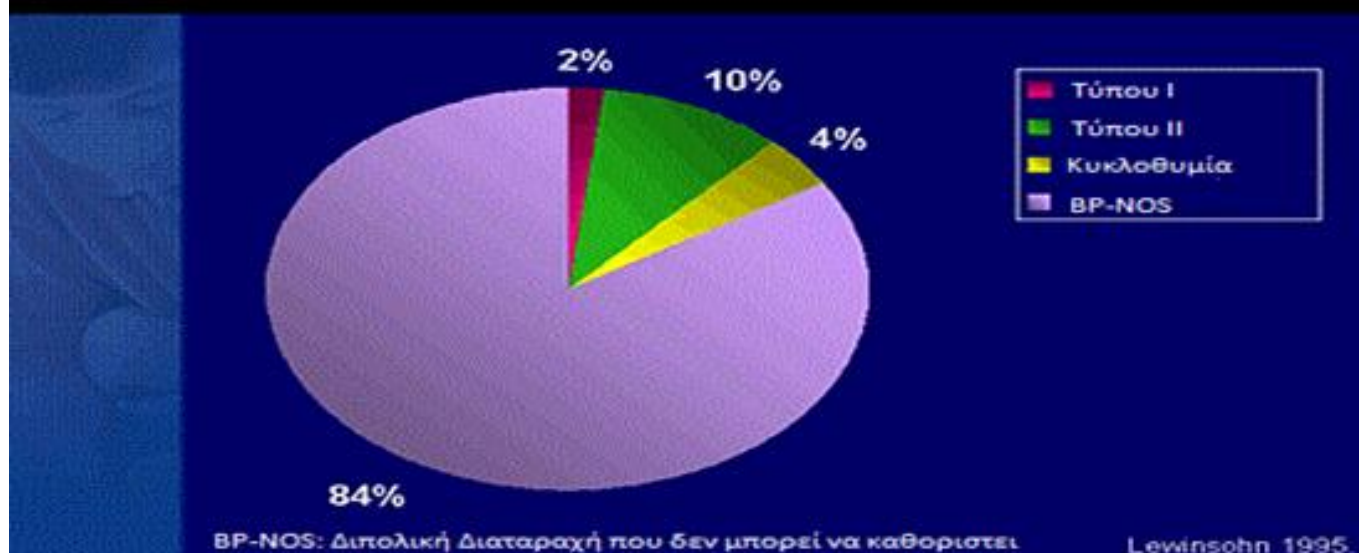
συμπτώματα) και γι αυτό το λόγο η διπολική διαταραχή II είναι δύσκολο να διαγνωσθεί έγκαιρα, καθώς τα υπομανιακά επεισόδια μπορεί να φαίνονται σαν μια περίοδος παραγωγικότητας.

Κυκλοθυμία: Είναι μια πιο ελαφρά μορφή διπολικής διαταραχής. Τα άτομα με κυκλοθυμική διαταραχή έχουν επεισόδια υπομανίας που εναλλάσσονται με επεισόδια ήπιας κατάθλιψης για τουλάχιστον δύο χρόνια. Επίσης μπορούμε να διακρίνουμε μια ήπια αλλαγή διάθεσης η οποία μπορεί να φανεί στον παρατηρητή ως στοιχείο της προσωπικότητας και μπορεί να σταθεί εμπόδιο στην ομαλή κοινωνική λειτουργία του ασθενούς.

Διπολική Διαταραχή που δεν μπορεί να καθοριστεί (BP-NOS): Αυτός ο τύπος διαγιγνώσκεται όταν ένα άτομο παρουσιάζει συμπτώματα της ασθένειας, τα οποία όμως δεν πληρούν τα κριτήρια για τους τύπους I και II. Τα συμπτώματα μπορεί να μη διαρκούν πολύ ή ο ασθενής μπορεί να παρουσιάζει τόσο λίγα συμπτώματα ώστε να μην μπορεί να διαγνωσθεί με διπολική διαταραχή τύπου I και II. Ωστόσο τα συμπτώματα είναι ξεκάθαρα έξω από το φυσιολογικό φάσμα συμπεριφοράς ενός ατόμου.

Τέλος μερικά άτομα μπορεί να διαγνωσθούν με Διπολική Διαταραχή Ταχείας Εναλλαγής. Αυτό γίνεται όταν ο ασθενής έχει τέσσερα ή περισσότερα επεισόδια κατάθλιψης, μανίας, υπομανίας ή μεικτά επεισόδια σε διάστημα ενός έτους. Μερικοί άνθρωποι βιώνουν ένα ή περισσότερα επεισόδια την εβδομάδα ή ακόμα και κατά τη διάρκεια μιας ημέρας, ενώ εμφανίζεται σε ένα σημαντικό ποσοστό των ατόμων με σοβαρή διπολική διαταραχή.

Διανομή της Διπολικής Διαταραχής



1.1.4 Κατάθλιψη

Η διαφορά ανάμεσα στη φυσιολογική θλίψη και στη νόσο κατάθλιψη έγκειται στο πλήθος των συμπτωμάτων, την ένταση, τη σοβαρότητα και τη διάρκεια τους.

Προκειμένου να θέσουν τη διάγνωση της κατάθλιψης, οι ειδικοί θεωρούν ότι το άτομο πρέπει να εμφανίσει 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 τουλάχιστον για δυο εβδομάδες.

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

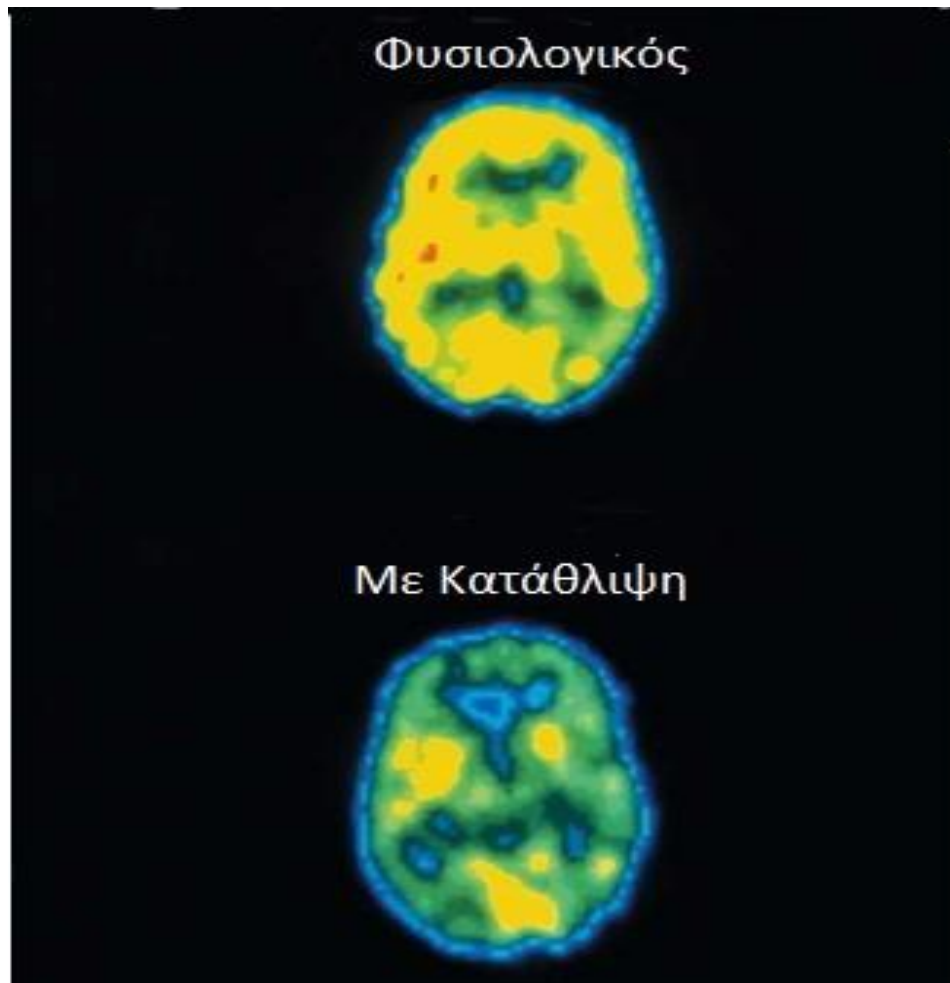
Η κατάθλιψη δεν είναι μια αντικειμενικά μετρήσιμη κατάσταση και η διαχωριστική ανάμεσα στην αναμενόμενα «πесμένη» διάθεση και το παθολογικό, βαρύ καταθλιπτικό συναίσθημα, δεν

είναι πάντα σαφής και ευδιάκριτη. Ο ειδικός μπορεί να καταλήξει στη σωστή διάγνωση μόνο μετά από λεπτομερή συζήτηση και πλήρη οργανική διερεύνηση

Πως εισβάλει η κατάθλιψη.

- Κατήφεια, ατονία
- Διαταραχές του ύπνου
- Αποφυγή κοινωνικών επαφών
- Απαισιοδοξία, άγχος, βραδύτητα
- Βαρύ πεσμένο συναίσθημα
- Βραδύτητα στη σκέψη και την εκφορά του λόγου
- Περιορισμένο ενδιαφέρον για του άλλους
- Μειωμένες δραστηριότητες

Στην κατάθλιψη με ψυχωσικά στοιχεία οι παραληρητικές ιδέες συντονίζονται με το καταθλιπτικό συναίσθημα και παίρνουν τη μορφή ιδεών ενοχής, μεγάλης αυτοϋποτίμησης, αναξιότητας και ταπεινότητας. Σε 1 στους 5 ασθενείς οι ιδέες αυτές εξελίσσονται σε ιδέες επικείμενης καταστροφής, μηδενισμού και θανάτου. Αυτό, έχει ως αποτέλεσμα μια ολοένα και μικρότερη δυνατότητα κατανόησης των πραγματικών γεγονότων. ([http:// www. Psychologia.gr](http://www.Psychologia.gr))



1.1.5 Μανία

Η μανία είναι μια περίοδος ευερέθιστης ή αυξημένης διάθεσης. Διαρκεί μια εβδομάδα τουλάχιστον και μπορεί να λάβει τη μορφή ευφορίας. Συνήθως ο μανιακός ασθενής χαρακτηρίζεται από έντονη ευερεθιστότητα, οργή και αυξημένη ενέργεια. Οι διαταραχές του ύπνου συχνά προαναγγέλλουν την έναρξη ενός μανιακού επεισοδίου, ενώ έως και τρεις εβδομάδες πριν από το επεισόδιο παρατηρούμε αλλαγές στη διάθεση, στην όρεξη και σημαντική αύξηση του άγχους.

Πως εισβάλλει η μανία

- Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο
- Διάσπαση της προσοχής

- Υπερένταση
- Υπερβολική αισιοδοξία
- Αυξημένη δραστηριότητα, υπερκινητικότητα
- Αίσθηση πίεσης του λόγου, καλπασμός σκέψεων
- Υπερβολική εμπλοκή σε δραστηριότητες
- Αυξημένη σεξουαλική ορμή

Ορισμένοι ασθενείς με μανία περνούν από την ευφορική διάθεση στην κατάθλιψη με ταχύ ρυθμό, παρουσιάζουν δηλαδή ασταθή συναισθηματική διάθεση. Πολλές φορές και ειδικότερη στη μανία με ψυχωσικά στοιχεία μπορεί να εμφανιστούν παράλογές ιδέες με κύρια αυτή του μεγαλείου.

1.2 Αιτιολογία των Καταθλιπτικών και Διπολικών Διαταραχών

Οι επιστήμονες ακόμα μαθαίνουν και μελετούν τις πιθανές αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν συναισθηματικές διαταραχές.

Οι περισσότεροι συμφωνούν στο ότι δεν έχει απομονωθεί ένας και μοναδικός ή συγκεκριμένος παράγοντας όπως ισχύει και για τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές και σύνδρομα. Μάλιστα θεωρείται ότι πολλοί παράγοντες δρουν μαζί για να δημιουργήσουν την ασθένεια ή να αυξήσουν την προδιάθεση. Μπορούμε να ταξινομήσουμε τους παράγοντες αυτούς σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- Γενετικούς
- Ψυχοκοινωνικούς
- Νευροβιολογικούς

Και καθώς το οικογενειακό ιστορικό των ασθενών με μονοπολική ή διπολική διαταραχή μας δείχνει ότι οι συγγενείς τους έχουν αυξημένη συχνότητα της αντίστοιχης διαταραχής, αλλά και σχετικά αυξημένη συχνότητα της άλλης, καθώς οι έρευνες των νευροδιαβιβαστών δείχνουν ότι υπάρχουν ανάλογες διαταραχές νευροδιαβίβασης (π.χ. στην κατάθλιψη), αποφασίσαμε να αναφερθούμε στην αιτιολογία των μονοπολικών και διπολικών διαταραχών μαζί.

Όπως είναι φυσιολογικό έχουν παρατηρηθεί διαφορές στον εγκέφαλο ασθενών με διπολική διαταραχή όσων αφορά τη δομή και τη λειτουργία, σε σχέση με άτομα χωρίς διπολική διαταραχή. Δεν μπορούμε όμως να γνωρίζουμε εάν οι διαφορές αυτές είναι η αιτία η το αποτέλεσμα.

Μαθαίνοντας περισσότερα για αυτές τις διαφορές σε συνδυασμό με τις πληροφορίες από τις γενετικές μελέτες, οι επιστήμονες μαθαίνουν όλο και πιο πολλά για τη διπολική διαταραχή. Κάποια μέρα, ίσως να είναι ικανοί να προβλέψουν ποιο είδος θεραπείας είναι καλύτερο ή ακόμα να προβλέψουν την ίδια τη διαταραχή.

Γενετικοί παράγοντες (κληρονομικότητα)

Είναι γνωστό ότι τόσο η μονοπολική όσο και η διπολική διαταραχή εμφανίζονται συχνότερα σε οικογένειες με ιστορικό διαταραχών σε σχέση με τις οικογένειες του γενικού πληθυσμού. Γενετικές μελέτες δείχνουν χρωμοσωμικές περιοχές και γονίδια που συνδέονται με την ανάπτυξη της νόσου.

Μελέτες διδύμων έχουν δείξει σχέση μονοζυγωτών προς διζυγώτες κατά μέσο όρο περίπου 4:1, δηλαδή, αν ένας μονοζυγώτης δίδυμος έχει διαταραχή της διάθεσης, είναι τέσσερις φορές πιθανότερο να έχει και ο άλλος απ ότι αν είναι διζυγώτης. . ([http:// www. Psychologia.gr](http://www.Psychologia.gr))

Σε μία μελέτη, 8 από τους 12 μονοωογενείς διδύμους διπολική διαταραχή της διάθεσης είχαν διπολική διαταραχή, ποσοστό παρόμοιο με το ποσοστό ομοιότητας μεταξύ μονοωογενών διδύμων ασθενών με διπολική νόσο που μεγάλωσαν μαζί με τα άρρωστα παιδιά τους (Jamison 1996). Η ανασκόπηση μελετών με διδύμους υποδηλώνει ότι το 21%-45% της διαφοράς του κινδύνου για καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να αποδοθεί σε γενετικούς παράγοντες και το 55%-75% της διαφοράς σε περιβαλλοντικούς παράγοντες (Kendler et al 1993). Όσων αφορά τους συγγενείς των ατόμων με διαταραχές διάθεσης, έχουν τρεις με τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν τη διαταραχή. 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 (Jamison 1996).

Ο τρόπος της γενετικής μεταβίβασης δεν είναι ακόμα γνωστός, όμως από την πλευρά της μοριακής βιολογίας, θεωρήθηκε ότι απομονώθηκε ένα γονίδιο στο βραχύ σκέλος του χρωμοσώματος 11, που συνδέεται με την εμφάνιση Διπολικής Διαταραχής σε μια μεγάλη οικογένεια Amish. Το εύρημα αυτό, όμως, δεν διασφαλίστηκε σε κατοπινές επαναλύσεις των στοιχείων. Σε άλλες μελέτες, πάλι, έχει αναφερθεί σύνδεση της Διπολικής Διαταραχής με το χρωμόσωμα X. Είναι πιθανό λοιπόν να υπάρχει σύνδεση διαφορετικών μορφών Διπολικής Διαταραχής με διαφορετικά χρωμοσώματα. ([http:// www. Psychologia.gr](http://www.Psychologia.gr)).

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 μμυϊκός 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 (Μάνου Ν. 1997).

Ψυχοκοινωνικά Αίτια

Σε αυτή την κατηγορία εντάσσουμε τους ψυχολογικούς παράγοντες και τα στρεσογόνα γεγονότα της καθημερινότητας.

Διάφορες θεωρίες υποστηρίζουν ότι η έλλειψη αγάπης και προσοχής, καθώς και οι συνθήκες απόρριψης σε συνδυασμό με κάθε απειλή απώλειας των διαπροσωπικών μας σχέσεων μπορεί να οδηγήσουν το άτομο στην κατάθλιψη. Μία υπόθεση αναφέρει πως οι άνθρωποι με προδιάθεση προς τη διπολική διαταραχή, βιώνουν στρεσογόνες καταστάσεις ενώ το όριο του στρες στο οποίο συμβαίνουν οι αλλαγές της διάθεσης χαμηλώνει σταδιακά, μέχρι να φτάσει σε σημείο να ξεκινούν τα επεισόδια χωρίς προειδοποίηση.

Τέλος 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 (Gorman 1996) .

Περιβαλλοντικά και Κοινωνικά Αίτια

Στην πορεία της διπολικής διαταραχής οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν αρκετά σημαντικό ρόλο. Στοιχεία από μελέτες μας δείχνουν ότι πρόσφατα γεγονότα τόσο στη ζωή, όσο και στις διαπροσωπικές σχέσεις συμβάλλουν στην πιθανότητα υποτροπών της ασθένειας. Ένα ποσοστό ατόμων (περίπου το 1/3) με διπολική διαταραχή αναφέρει ότι βίωσαν τραυματικές ή βίαιες εμπειρίες κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, γεγονός που μπορεί να συνδεθεί με την ταχύτερη εμφάνιση και εξέλιξη της διπολικής διαταραχής. 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 υπερανάπληρωσης. 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 (Coplan 1996) .

Κεφάλαιο 2: Κλινική Εικόνα

2.1 Ορισμός ενός Επεισοδίου

Για να κατανοήσουμε καλύτερα την κλινική εικόνα της διπολικής διαταραχής, πρέπει να κατανοήσουμε καλύτερα τα μανιακά και τα καταθλιπτικά επεισόδια. Τα συμπτώματα κάνουν την εμφάνιση τους σε ομάδες, παραμένοντας ενεργά για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, ενώ στη συνέχεια υποχωρούν. Ο ασθενής μεταφέρεται από μια κατάσταση φυσιολογικής λειτουργικότητας σε μια περίοδο που κάνουν την εμφάνιση τους τα συμπτώματα και στη συνέχεια επανέρχεται στη φυσιολογική του κατάσταση.

Ένα επεισόδιο λοιπόν για να οριστεί απαιτεί :

- Τη μετάπτωση που παρατηρούμε από μια φυσιολογική λειτουργικότητα σε μια κατάσταση μειωμένης ικανότητας και συμπεριφορικών δυσκολιών.
- Συμπτώματα τα οποία μπορούμε να παρατηρήσουμε και να μετρήσουμε
- Συμπτώματα, τα οποία πληρούν τα επίσημα διαγνωστικά κριτήρια
- Την ύφεση των συμπτωμάτων και την επιστροφή τους αμέσως πριν την έναρξη του επεισοδίου.

Δεν είναι εύκολο πολλές φορές να διακρίνουμε τα όρια που ξεκινά και τελειώνει ένα επεισόδιο, μπορούμε όμως να εντοπίσουμε τρία τμήματα γνωστά ως πρόδρομη φάση, ενεργός φάση και φάση ανάρρωσης.

2.2 Κλινική Εικόνα Κατάθλιψης

Η κατάθλιψη έχει τρεις βασικές μορφές:

1. Η κατάθλιψη στα πλαίσια μονοπολικής ή διπολικής συναισθηματική διαταραχής
2. Η ήπια κατάθλιψη και
3. Η δυσθυμική διαταραχή

Όπως είναι λογικό λοιπόν, η κλινική εικόνα της κατάθλιψης διαφέρει από καταθλιπτικό σε καταθλιπτικό ασθενή. Υπάρχουν ασθενείς που είναι λυπημένοι και τα βάζουν με τον εαυτό τους, ενώ άλλοι μπορεί να κάνουν παράπονα για σωματικούς πόνους όπως για παράδειγμα οσφυαλγία και πονοκέφαλο. Πολλοί μπορεί να αναφέρουν παρανοειδής καταστάσεις (π.χ. ότι τους

παρακολουθεί κάποιος). Ωστόσο όλες οι παραπάνω περιπτώσεις είναι κλινικές εκφράσεις της ίδιας νόσου.

Η κατάθλιψη, μπορεί να εγκατασταθεί απότομα, τις περισσότερες φορές όμως η έναρξη της συμπτωματολογίας είναι προοδευτική. Συνήθως προηγείται μια υποθυμία και υποδραστηριότητα ή ακόμα και αϋπνία. Άλλοτε μπορεί απλά αν διαδεχθεί ένα μανιακό επεισόδιο.

Βασικό χαρακτηριστικό της κατάθλιψης, είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα. Ο ασθενής αισθάνεται απογοητευμένος και λυπημένος, επικρατεί ακεφιά και δείχνει να έχει χάσει το ενδιαφέρον του για τη ζωή. Με το συναίσθημα αυτό να κυριαρχεί δε χαμογελά, δακρύζει και συγκινείται πολύ εύκολα και δεν του προκαλεί πλέον ενδιαφέρον η δουλειά η οικογένεια και το σπίτι. Με τον καιρό το συναίσθημα αυτό κυριαρχεί όλο και περισσότερο και ο ασθενής τα βλέπει όλα μαύρα. Δεν του προκαλούν χαρά τα ευχάριστα γεγονότα, ενώ ταυτόχρονα μεγαλοποιεί τα δυσάρεστα. Δεν υπάρχει κάτι ή κάποιος που να μπορεί να το βγάλει από αυτή τη θέση. Ο ψυχικός πόνος που αισθάνεται είναι τόσο βαθύς που ο άρρωστος αρνείται τη συμπάθεια των άλλων και διακατέχεται μόνιμα από θυμό και απόγνωση.

Η εμφάνιση του καταθλιπτικού ασθενή έχει ως χαρακτηριστικό το άτονο και πολλές φορές ικετευτικό βλέμμα, την παραμελημένη αμφίεση και τη μειωμένη κινητικότητα. Οι παλιοί γιατροί περιγράφουν το «μελαγχολικό ωμέγα», δηλαδή πεσμένες γωνίες του στόματος και κάθετη ρυτίδωση στο μεσόφρυδο. (Γ.Ν. Χριστοδούλου, 2002)

Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν μεγάλο άγχος, το οποίο συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα (π.χ. ταχυκαρδία και σφίξιμο στο στομάχι). Η ομιλία τις περισσότερες φορές είναι διστακτική με χαμηλό τόνο και αργό ρυθμό. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής υποφέρει από βαριά κατάθλιψη παρατηρούμε μέχρι και αλαλία.

Ακόμα ένα χαρακτηριστικό είναι η ανηδονία. Ο καταθλιπτικός ασθενής δεν μπορεί πια να αντλήσει ευχαρίστηση από τη ζωή. Δραστηριότητες ή καταστάσεις που απολάμβανε πριν, τώρα του είναι αδιάφορες (μη ηδονογόνες). Αυτή η κατάσταση λέγεται ανηδονία και υπάρχει σχεδόν πάντα στην κατάθλιψη. (Γ.Ν. Χριστοδούλου, 2002)

Στα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης συγκαταλέγουμε τις διαταραχές όρεξης. Η ανορεξία και η απώλεια βάρους είναι χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. Παρόλα αυτά σε ασθενείς με

διπολική διαταραχή και ιδιαίτερα στις γυναίκες μπορεί να υπάρξει αύξηση της όρεξης και υπερφαγία, ενώ πιθανές είναι και οι κρίσεις βουλιμίας. Ακόμα η δυσκοιλιότητα και η ξηροστομία συμπτώματα της θεραπείας με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Τα αντικαταθλιπτικά προκαλούν επίσης υπόταση, μια ανεπιθύμητη ενέργεια ειδικά στα ηλικιωμένα άτομα. Βλέπουμε διαταραχές της εμμήνου ρύσεως που προκαλούνται από τις ψυχογενείς επιδράσεις στις υποθαλαμικές ορμόνες και τέλος σεξουαλική ανικανότητα που θεωρείται και ένα από τα πρώτα καταθλιπτικά συμπτώματα. Η σεξουαλική επιθυμία επανέρχεται στα φυσιολογικά της όρια με τη θεραπεία της κατάθλιψης.

Σύμφωνα με έρευνες το 40%-50% των αυτοκτονιών, γίνεται από ανθρώπους με κατάθλιψη, ενώ ένα 75% των καταθλιπτικών ασθενών έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Αναμενόμενο θα ήταν ο άρρωστος να μην μπορεί να σχεδιάσει ούτε την αυτοκαταστροφή του από τη στιγμή που η βούληση του είναι μειωμένη, ωστόσο ο κίνδυνος αυτοκτονίας υπάρχει σε όλα τα στάδια της κατάθλιψης και κυρίως στα πρώτα στάδια.

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, 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, αυχεναλγίας, χαμηλής οσφυαλγίας, προκάρδιας θωρακαλγίας ή επιγαστραλγίας. Συχνά, τα γενικά σωματικά συμπτώματα καλύπτουν τη συναισθηματική διαταραχή (καλυμμένη κατάθλιψη) (<http://www.Psychologia.gr>)

Ο γιατρός δεν πρέπει να ξεχνά ποτέ ότι ένας ασθενής που εκφράζει υποχονδριακές αιτιάσεις μπορεί να είναι ένας καταθλιπτικός άρρωστος στα αρχικά στάδια της νόσου. Η πιθανότητα αυτή είναι ακόμα μεγαλύτερη, όταν ο άνθρωπος αυτός έχει κληρονομική επιβάρυνση προς την κατάθλιψη, έχει περάσει παλαιότερα καταθλιπτικό ή μανιακό επεισόδιο, έχει πυκνικό σωματότυπο και είναι 45-60 ετών. (Γ.Ν. Χριστοδούλου, 2002)

2.3 Κλινική Εικόνα Μανίας

Όπως και με την κατάθλιψη, έτσι και στη μανία η έναρξη το επεισοδίου μπορεί να είναι απότομη ή ο ασθενής να έχει περάσει μια περίοδο υπομανίας, δηλαδή μια περίοδο με υπεραπασχόληση, υπερδραστηριότητα και αϋπνία. Άλλοτε διαδέχεται απλά ένα καταθλιπτικό επεισόδιο.

Ο ασθενής πρέπει να εμφανίζει τουλάχιστον 3-4 κριτήρια (έγινε αναφορά στο κεφάλαιο 2) σύμφωνα με το DSM-IV κατά μια χρονική περίοδο μιας εβδομάδας για να μπορούμε να χαρακτηρίσουμε τον ασθενή μανιακό.

Όσον αφορά την εμφάνιση του, η έκφρασή του είναι ζωηρή, ντύνεται με τρόπο επιδεικτικό και πομπώδη, συμπεριφέρεται με μεγάλη οικειότητα ακόμα και σε άτομα που δε γνωρίζει καλά, ενώ χαρακτηριστικό του είναι η ευφορία και ευερεθιστότητα.

Τα συναισθήματα του βρίσκονται σε μεγάλη έξαρση με κυρίαρχο την αυτοεκτίμηση. Ο ασθενής είναι εύθυμος μιλά πολύ και ακατάπαυστα, αστειεύεται και είναι υπερβολικά δραστήριος. Πολλές φορές διασπάται η προσοχή του με αποτέλεσμα να αποτελεί κίνδυνο τόσο για τον εαυτό του, όσο και για τους γύρω του (π.χ. σε περίπτωση οδήγησης, ακατάσχετης δαπάνης χρημάτων κ.α.). Δεν είναι σπάνιο ο ασθενής να θυμώσει και να βγει εκτός ορίων ειδικότερα εάν προσπαθήσουν να του εναντιωθούν ή εάν δεν τον παρακολουθούν. Η συμπεριφορά αυτή τον κάνει ανεπιθύμητο προς τους άλλους.

Στη σκέψη τώρα, ο μανιακός πιστεύει ότι είναι ωραίος, δυνατός και πάνω απ όλα ικανός για οτιδήποτε. Είναι σίγουρος για τον εαυτό του και αυτοσυστήνεται σαν γνώστης θεμάτων. Στην ακμή της μανίας μπορεί να παρατηρήσουμε παραλήρημα μεγαλείου (συνήθως όχι πολύ εξωπραγματικό) και ιδεόρροια. Η ταχύτητα με την οποία παράγει ιδέες, είναι μεγάλη και πολλές φορές εκφράζει τις μισές με αποτέλεσμα το κοινό του να νομίζει ότι υπάρχει ασυναρτησία.

Η προσοχή του δεν προσηλώνεται εύκολα και διασπάται πολύ εύκολα γεγονός που δεν τον αφήνει να ασχοληθεί με ένα θέμα. Ωστόσο ο προσανατολισμός του παραμένει αδιατάρακτος.

Ο πάσχων είναι υπερκινητικός, κουράζεται δύσκολα και κοιμάται πολύ λίγο. Η ψυχοκινητική του δραστηριότητα είναι αυξημένη αλλά δεν αποδίδει στις εργασίες του γιατί αρχίζει μια δουλειά και την αφήνει στη μέση επειδή η προσοχή του αποσπάται από κάτι άλλο. Η υπερκινητικότητα μπορεί να φτάσει στα άκρα, οπότε ο μανιακός ασθενής τρέχει, πηδά

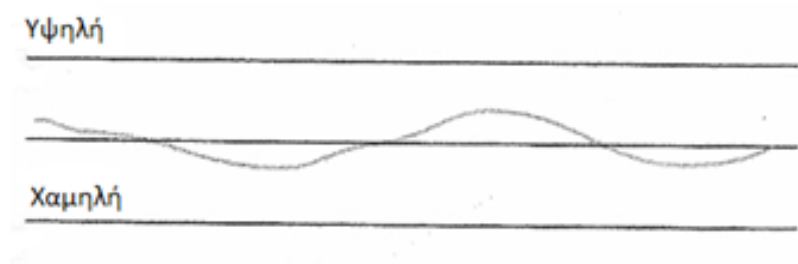
βωμολοχεί, καταβροχθίζει ασταμάτητα και όταν οι ηθικές του αναστολές μειωθούν, μπορεί να κάνει αξιόποινες πράξεις, κυρίως στο σεξουαλικό τομέα όπου θεωρεί τον εαυτό του ακαταμάχητο. (Γ.Ν. Χριστοδούλου, 2002)

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 (<http://www.Psychologia.gr>).

Όπως και στην κατάθλιψη, έτσι και στη μανία παρατηρούμε και σωματικά συμπτώματα. Τα πιο συχνά είναι η αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας, η δεκατική πυρετική κίνηση, διαταραχές της εμμήνου ρύσεως και απώλεια βάρους.

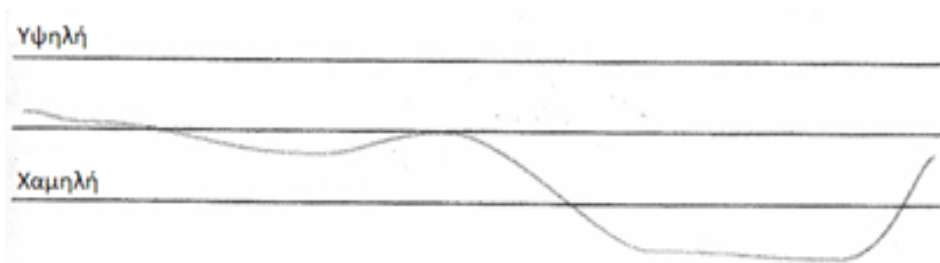
Φυσιολογική διάθεση

Χαρακτηρίζεται και αυτή από ελαφρές διακυμάνσεις



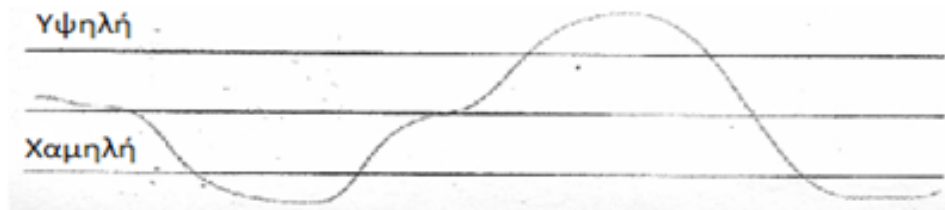
Μονοπολική Κατάθλιψη

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).



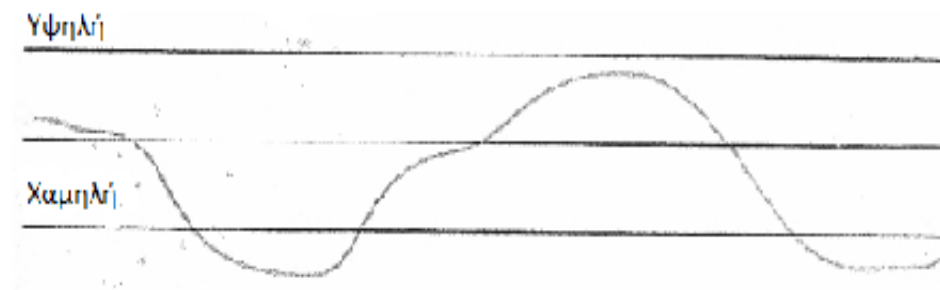
Διπολική Ι

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



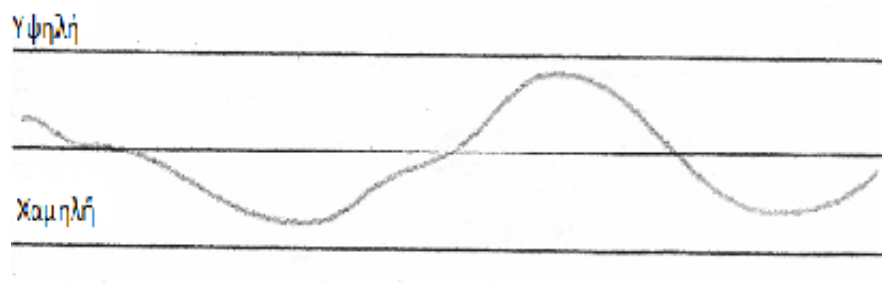
Διπολική ΙΙ

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



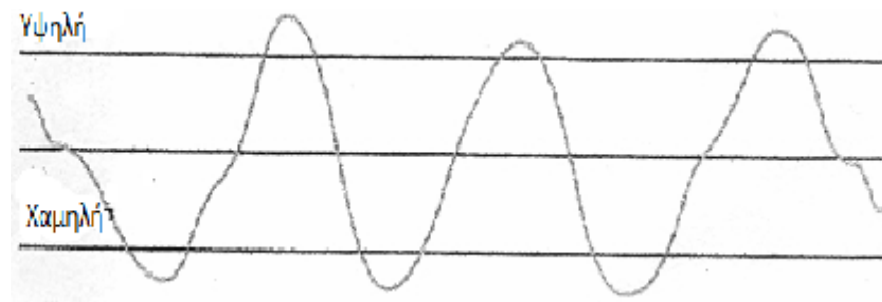
Κυκλοθυμία

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



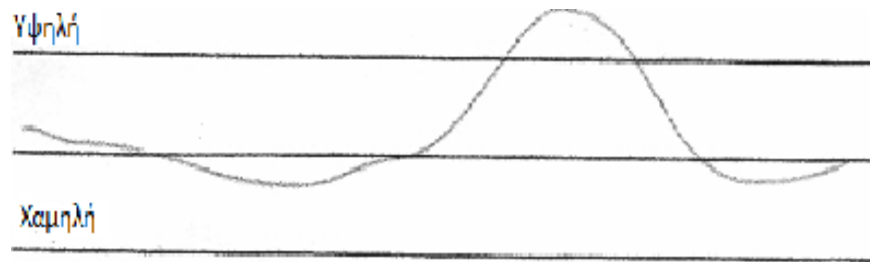
Ταχυφασικότητα ή ταχεία εναλλαγή φάσεων

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.



2.4 Συνδεδεμένα χαρακτηριστικά και Ψύχωση

Τα συνδεδεμένα χαρακτηριστικά ακολουθούν πολλές φορές τη διαταραχή αλλά δεν αποτελούν διαγνωστικά κριτήρια. Ένα από αυτά είναι οι μεταβολές στις γνωστικές διεργασίες και ικανότητες του ασθενή. Για παράδειγμα παρατηρούμε εξασθενημένη μνήμη και μειωμένη προσοχή, ενώ έρευνες συσχετίζουν τη διπολική διαταραχή με τη δημιουργικότητα. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να έχουν δυσκολία στη διατήρηση σχέσεων.

Ακόμα ένα σύμπτωμα της διαταραχής είναι και η ψύχωση. Σε σοβαρά επεισόδια κατάθλιψης ή μανίας περιλαμβάνονται συμπτώματα ψύχωσης και οι ασθενείς μπορεί να έχουν ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Σε αυτούς τους ασθενείς είναι απαραίτητη η ιατρική επέμβαση ενώ σημαντικό είναι να επισημάνουμε ότι είναι πιθανό ασθενείς με διπολική διαταραχή που εμφανίσουν στοιχεία ψύχωσης να διαγνωστούν εσφαλμένα ως πάσχοντες από σχιζοφρένεια.

Τέλος υπάρχουν και τα μικτά επεισόδια στα οποία τα άτομα βρίσκονται σε μια κατάσταση κατά την οποία τα μανιακά και τα καταθλιπτικά συμπτώματα συμβαίνουν ταυτόχρονα. Παράδειγμα αποτελεί το κλάμα κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου και η ιδεοφυγή κατά τη διάρκεια ενός καταθλιπτικού. Τα μικτά επεισόδια θεωρούνται ως η πιο επικίνδυνη περίοδος της διπολικής διαταραχής γιατί οι απόπειρες αυτοκτονία και άλλες επιπλοκές αυξάνονται σε σημαντικό βαθμό.

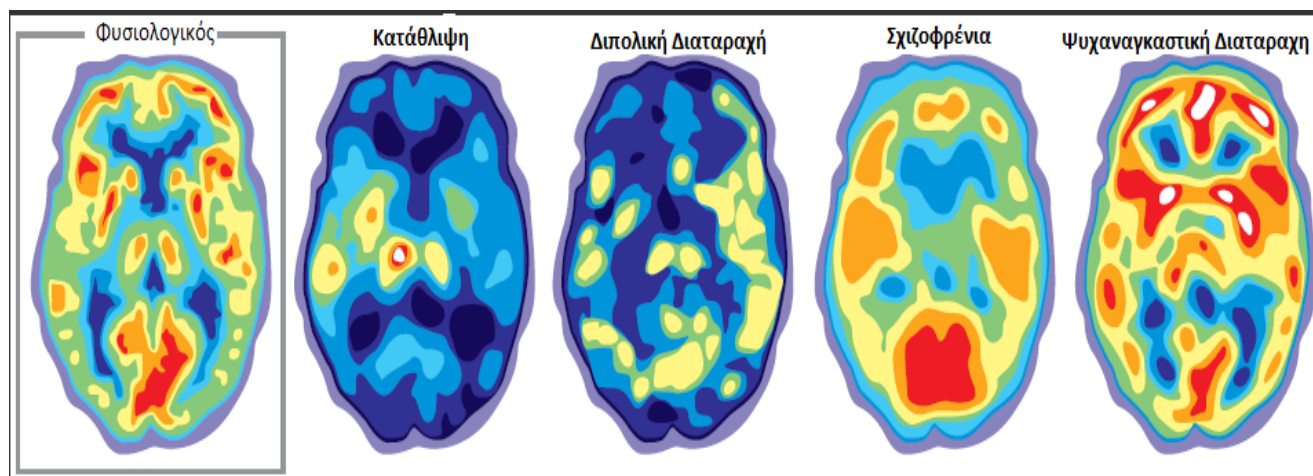
2.5 Ποιες ασθένειες συνυπάρχουν συχνά με τη Διπολική Διαταραχή;

Η κατάχρηση ουσιών είναι πολλή κοινή ανάμεσα στα άτομα με διπολική διαταραχή, ωστόσο οι λόγοι για τους οποίους συμβαίνει αυτό παραμένουν άγνωστοι. Μερικοί ασθενείς προσπαθούν να θεραπεύσουν ή να περιορίσουν τα συμπτώματα κάνοντας χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών. Παρόλα αυτά η χρήση ουσιών μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα ή να τα παρατείνει ενώ τα προβλήματα ελέγχου συμπεριφοράς που σχετίζονται με τη μανία είναι

ικανά να προκαλέσουν στο άτομο προβλήματα αλκοολισμού.

Αγχώδεις Διαταραχές όπως για παράδειγμα η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD) μπορούν επίσης να συνυπάρχουν με τη Διπολική Διαταραχή. Οι ασθενείς εμφανίζουν υψηλό

κίνδυνο για διαταραχές του θυρεοειδούς αδένος, ημικρανίες, πονοκεφάλους, διαβήτη. Αυτές οι ασθένειες μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα μανίας ή κατάθλιψης.



Σάρωση Εγκεφάλου σε Ασθενείς με Διαφορετικές Διαταραχές

Κεφάλαιο 3: Επιδημιολογία

Η κατάθλιψη, είναι η πιο συχνή από τις ψυχικές διαταραχές. Σύμφωνα με υπολογισμούς το ένα πέμπτο των ανθρώπων έχουν νοσήσει ή θα νοσήσουν κάποια στιγμή της ζωής τους από καταθλιπτική διαταραχή. Ένα μικρό ποσοστό τους (περίπου 10%) θα εμφανίσει ένα επεισόδιο καταθλιπτικής ψύχωσης.

Ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι η αναλογία ανδρών/γυναικών είναι 1/2 και αφορά κυρίως τη νεαρή ηλικία σε αντίθεση με τη σχιζοφρενική διαταραχή η οποία εμφανίζεται νωρίτερα στο αρσενικό φύλο. Ο επιπολασμός της μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής στον κόσμο είναι 3-4% του πληθυσμού. Η διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η γυναίκες παραδέχονται πιο εύκολα τα συναισθήματα και τυχόν συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάζουν.

Σε πιο προχωρημένες ηλικίες, συγκεκριμένα ύστερα από τα 50, η αναλογία αντιστρέφεται και για τα 2 είδη διαταραχών. Ενδιαφέρον είναι επίσης το γεγονός ότι, σε αντίθεση και πάλι με την σχιζοφρένεια, η συχνότητα των συναισθητικών διαταραχών δεν είναι μεγαλύτερη στις κατώτερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις (Καπρίνης Γ. 1991) .

Παρόλα αυτά μόνο ένα ποσοστό της τάξεως 20-25% από τους ασθενείς υποβάλλεται σε θεραπεία.

3.1 Ηλικία Έναρξης και Φύλο

Για το ανδρικό φύλο ο κίνδυνος εμφάνισης μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους (επιπολασμός ζωής), είναι 5%-12% ενώ για το γυναικείο φύλο 10%-25%. Παρατηρούμε πως τα ποσοστά των γυναικών είναι διπλάσια από των ανδρών. Όσων αφορά τον επιπολασμό σημείου της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι 5%-9% για τις γυναίκες και 2%-3% για τους άνδρες. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι τα παραπάνω ποσοστά δεν φαίνεται να επηρεάζονται από το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου, την οικονομική κατάσταση, την εθνικότητα ή την οικογενειακή κατάσταση.

Η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή δεν έχει συγκεκριμένη ηλικία έναρξης, μπορούμε να πούμε όμως ότι η μέση ηλικία έναρξης είναι τα 25 έτη. 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 τα 24-44 έτη, ενώ μειώνεται και για τους δύο μετά τα 65 έτη. (Μάνος Ν. 1997)

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 τη 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 αλλά και για τις διαταραχές της διάθεσης συνολικά. (Μάνος Ν. 1997)

3.3 Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες

Όπως με το θέμα του γάμου, έτσι και το θέμα της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης σε σχέση με τη διπολική διαταραχή είναι σύνθετο και η σχέση αιτίου-αιτιατού μπορεί να αντιστρέφεται. Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή τύπου I 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 διαταραχή II και οι συγγενείς του πρώτου βαθμού ανήκουν σε ανώτερες τάξεις και έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο. (Μάνος Ν. 1997)

Κίνδυνος Ανάπτυξης Διπολικής Διαταραχής σε Συγγενείς Ασθενών
με Διπολική

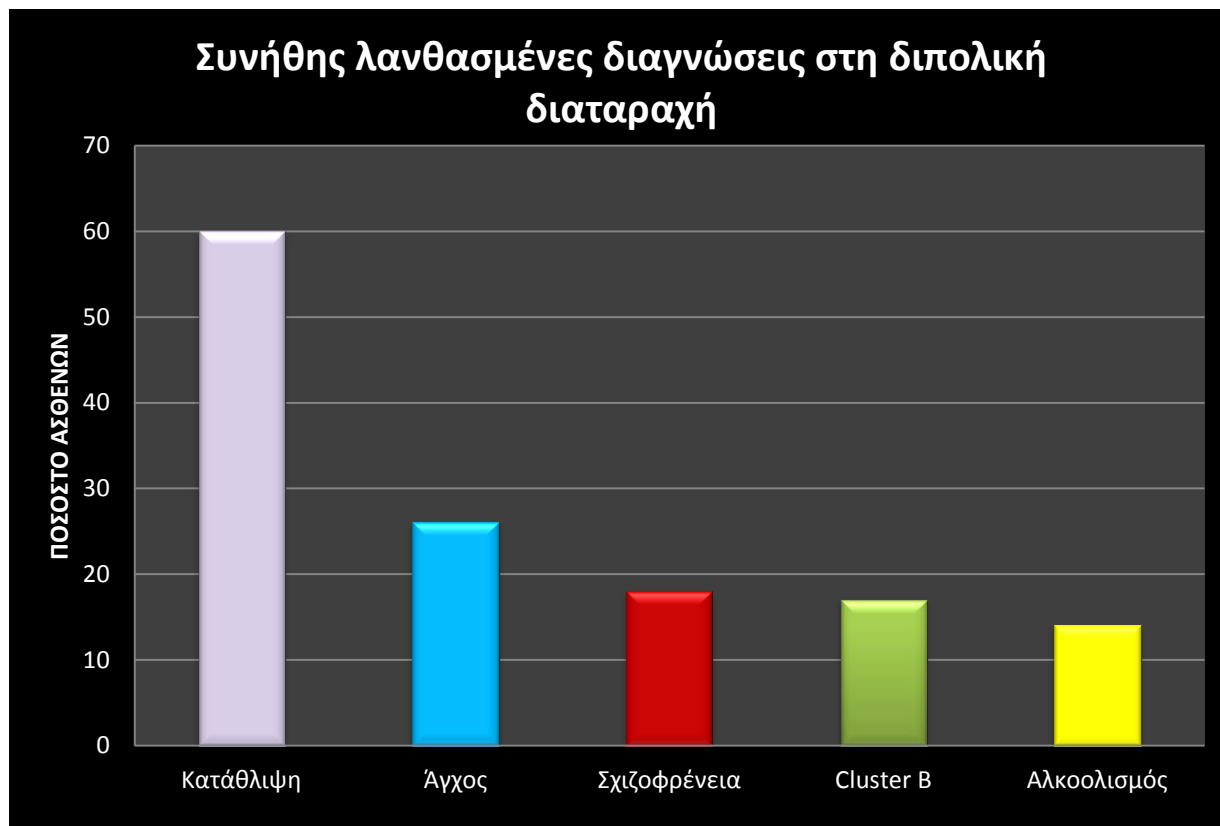
<u>Συγγενείς</u>	<u>Ασθενείς με Διπολική</u>
Πανομοιότυποι Δίδυμοι	70%
Διζυγωτικοί Δίδυμοι	15-25%
Απόγονος δυο γονέων με Διπολική	50-70%
Απόγονος ενός γονέα με Διπολική	15-30%
Αδέλφια	15-25%
Συγγενής Δευτέρου Βαθμού	3-7%
Γενικός Πληθυσμός	1%

Κεφάλαιο 4: Διαφορική Διάγνωση

Η διάγνωση των διπολικών διαταραχών μπορεί να φαίνεται εύκολη στη θεωρία, στην πράξη όμως υπάρχουν μεγάλες διαφορές από τη μια περίπτωση στην άλλη και για να γίνει σωστή διάγνωση απαραίτητη είναι μια προσεκτική ψυχιατρική εξέταση. Επειδή η εξέταση δεν είναι εύκολη με αρρώστους που πάσχουν από κατάθλιψη ή από μανία θεμέλιο λίθο αποτελεί ένα καλό και πλήρες ιστορικό, το οποίο θα δείξει εάν υπάρχει διαταραχή στην οικογένεια. Το ιστορικό μπορεί να βοηθήσει και στη θεραπεία αν αναλογιστεί κανείς ότι μανιοκαταθλιπτικοί ασθενείς με ιστορικό διαταραχής στην οικογένεια αποκρίνονται καλά στα ίδια φάρμακα που βοήθησαν συγγενικά τους πρόσωπα.

Ο σχιζοφρενικός άρρωστος μπορεί να διαγνωσθεί ως μανιοκαταθλιπτικός αφού μια σχιζοφρένια μπορεί να ξεκινήσει σε μανιοκαταθλιπτική διαταραχή. Πολλές φορές όμως ο ασθενής που πάσχει από καταθλιπτική η μανική διαταραχή έχει καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις και λιγότερο εξωπραγματική λογική. Η διαφορική διάγνωση μπορεί να περικλείει και τα οργανικά εγκεφαλικά σύνδρομα τα οποία συχνά συνοδεύονται από καταθλιπτικά συμπτώματα.

Τέλος συμπτώματα της νόσου μπορεί να παρουσιασθούν και από παρενέργειες φαρμάκων όπως για παράδειγμα της ρεζερπίνης, που χρησιμοποιείται για την υπέρταση και του αντιπαρκινσονικού ελ-ντόπα, ενώ πιθανό είναι και μια σωματική διαταραχή να εκδηλωθεί με συμπτώματα κατάθλιψης.



4.1 Διαφορική Διάγνωση Κατάθλιψης

Το σύμπτωμα κατάθλιψη απαντά σχεδόν σε όλες τις ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, γι αυτό το λόγο η διαφορική της διάγνωση πρέπει να γίνει από μια μεγάλη ποικιλία ψυχικών διαταραχών.

Επίσης διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει και από μη ψυχοπαθολογικές καταστάσεις όπως για παράδειγμα το πένθος και η θλίψη.

Η διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης λοιπόν βασίζεται στα ακόλουθα:

1. Το πένθος. Δεν είναι λίγες οι φορές που τα όρια πένθους-κατάθλιψης είναι δύσκολο να διακριθούν και αυτό γίνεται γιατί στο πένθος εκτός φυσικά από το καταθλιπτικό συναίσθημα υπάρχουν κ άλλα συμπτώματα όπως αϋπνία, ενοχή και ανορεξία. Η λειτουργική διαταραχή που προκαλείται από το πένθος δεν είναι παρατεταμένη και έντονη όσο είναι αυτή που προκαλεί η κατάθλιψη, ενώ κατά το DSM-IV δεν έχει

διάρκεια πάνω από δύο μήνες. Τέλος αναφέρουμε ότι η κατάθλιψη έχει φασική πορεία σε αντίθεση με το πένθος που παρατηρούμε επετειακή επανεμφάνιση.

2. Η θλίψη. Είναι μια φυσιολογική απάντηση του οργανισμού στη δυστυχία. Όταν κάποιος βιώνει οικογενειακά ή προσωπικά προβλήματα ή όταν χάνει υλικά αγαθά θλίβεται. Οι διαφορές που υπάρχουν μεταξύ θλίψης και κατάθλιψης είναι αρχικά ότι στη θλίψη παρατηρούμε μόνο το καταθλιπτικό συναίσθημα ενώ στην κατάθλιψη και όλα τα άλλα συμπτώματα και επίσης στην κατάθλιψη η ένταση του καταθλιπτικού συναισθήματος είναι μεγαλύτερη.
3. Αγχώδεις Διαταραχές. Πολλές φορές η διάκριση ανάμεσα στις αγχώδεις διαταραχές και την κατάθλιψη είναι δύσκολη γιατί οι περισσότερες καταθλίψεις συνοδεύονται από άγχος. Τα άτομα που παρουσιάζουν αγχώδεις διαταραχές έχουν περισσότερες σωματικές αιτιάσεις ενώ το άγχος είναι κυρίαρχο στην κλινική εικόνα.
4. Ψυχικές διαταραχές. Στις γεροντικές άνοιες παρουσιάζεται συχνά το καταθλιπτικό συναίσθημα, ενώ προέχουν οι διαταραχές της μνήμης και της κρίσης. Στα λοιμώδη, μεταβολικά και ενδοκρινικά νοσήματα, όπως :γρίπη, τυφοειδής, μεληταίος, Addison, υποθυρεοειδισμός η διαφοροδιάγνωση θα γίνει από τα γενικά συμπτώματα, το ιστορικό και την παρακλινική έρευνα.
5. Σχιζοφρένεια. Στην πρώτη φάση της κατάθλιψης, πολλοί τη συγχέουν με τη σχιζοφρένεια. Η διαφορική διάγνωση θα βασιστεί στα κλινικά χαρακτηριστικά κάθε μιας από τις δύο ασθένειες. Στην περίπτωση κατατονικής εμβροντησίας, η απόλυτη απόσυρση και η αναστολή της ψυχοκινητικότητας μοιάζουν με βαριά κατάθλιψη. Στην κατατονία το προσωπίο μένει ανέκφραστο ενώ στην καταθλιπτική εμβροντησία το προσωπίο εκφράζει βαθύ πόνο και θλίψη.
6. Κυκλοθυμική διαταραχή. Εξελίσσεται με ήπια ή μέτρια επεισόδια κατάθλιψης και ευφορίας αλλά και με καλή αποκατάσταση της ψυχικής υγείας στα μεσοδιαστήματα.
7. Άγχος αποχωρισμού. Ακολουθεί τον αποχωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα.
8. Διαταραχές προσωπικότητας. Ασθενείς με διαταραχές όπως ιστριονικού, ιδεοψυχαναγκαστικού και μεθοριακού τύπου παρουσιάζουν και συμπτώματα κατάθλιψης. Είναι ήπιας μορφής με κυμαινόμενη ένταση και θυμίζει δυσθυμική διαταραχή.

9. Κατάθλιψη συναρτημένη με ουσίες. Πολλοί είναι οι αλκοολικοί με κατάθλιψη η οποίοι ανταποκρίνονται σε θεραπευτική αγωγή με φάρμακα. Είναι πιθανό η κατάθλιψη αυτή να προηγείται ή να έπεται του αλκοολισμού.
10. Άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Οι καταστάσεις που μπορεί να έχουν συμπτώματα κατάθλιψης και πρέπει να λαμβάνονται υπ όψη στη διαφορική διάγνωση είναι: διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία (PTSD), σωματόμορφες διαταραχές καθώς και ψυχογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία.
11. Υποθυρεοειδισμός. Τέλος ιδιαίτερη αναφορά κάνουμε στον υποθυρεοειδισμό που ακόμα και σε υποκλινικές περιπτώσεις πρέπει να λαμβάνεται υπόψη.

4.2 Διαφορική Διάγνωση Μανίας

Συχνά συγχέουμε τη μανία με ψυχοπαθολογικές καταστάσεις οργανικής αλλά και λειτουργικής αιτίας.

Η διαφορική διάγνωση για τη μανία περιλαμβάνει:

1. Υπερθυρεοειδισμός
2. Σκλήρυνση κατά πλάκας
3. Χρήση αμφεταμινών και στεροειδών
4. Οργανικές ψυχικές διαταραχές από σύνδρομα, όπως για παράδειγμα οι όγκοι εγκεφάλου (ιδιαίτερα του μετωπιαίου λοβού), οι γεροντικές άνοιες και οι χρόνιες εγκεφαλικές λοιμώξεις από ιούς και παράσιτα. Σε αυτές τις καταστάσεις οι συναισθηματικές διαταραχές είναι επιόλαιες ενώ επικρατούν συμπτώματα όπως διαταραχές του προσανατολισμού, της μνήμης, και της κρίσης, που συνοδεύονται και από νευρολογικά σημεία. Το προηγούμενο ιστορικό είναι ελεύθερο από ψυχική νόσο και η προνοσηρή προσωπικότητα φυσιολογική.
5. Παθολογικές καταστάσεις. Για παράδειγμα ενδοκρινικές διαταραχές, όπως υπερθυρεοειδισμός, υπερινσουλιναιμία, σύνδρομο Cushing. Ακόμα νοσήματα που σχετίζονται με το μεταβολισμό και αλλεργικές αντιδράσεις όπως μεταλοιμώδεις ψυχικές αντιδράσεις. Τα παραπάνω είναι πιθανό να συνοδεύονται με μανιακά συμπτώματα. Το

ιστορικό σε συνδυασμό με τη φυσική εξέταση και τον παρακλινικό έλεγχο, διευκολύνουν τη διαφορική διάγνωση.

6. Σχιζοφρένεια. Η σύγχυση ανάμεσα στη μανία και τη σχιζοφρένεια είναι συχνό φαινόμενο, ενώ δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου έχει γίνει υποδιάγνωση της μανίας υπέρ της σχιζοφρένειας. Βασικό στοιχείο που βοηθά στη διαφορική είναι το ιστορικό. Εάν ο ασθενής έχει προηγούμενες φάσεις μανία η κατάθλιψης, τότε κλίνουμε προς τη μανία. Ένα ακόμα στοιχείο είναι η κληρονομικότητα. Στη μανία οι ασθενείς έχει συγγενείς που συχνά νοσούν ή έχουν νοσήσει από μια συναισθηματική διαταραχή. Τέλος έχουμε τη συμβατότητα των ιδεών με το συναίσθημα ευφορίας (στη μανία υπάρχει συμβατότητα).
7. Κυκλοθυμική διαταραχή. Η κατάσταση αυτή πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί με τη μανία όταν η τελευταία εναλλάσσεται με την κατάθλιψη στα πλαίσια μια διπολικής συναισθηματικής διαταραχής. Η κυκλοθυμική διαταραχή διαχωρίζεται από τη διπολική διαταραχή κατά το ότι η ένταση και η διάρκεια των φάσεων είναι μικρότερες. (Γ.Ν Χριστοδούλου, 2000)
8. Τέλος, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, διαφέρει από την μανία καθώς το ευφορικό συναίσθημα και η υπεραπασχόληση συνυπάρχουν με αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες και το σκεπτικό περιεχόμενο βρίσκεται σε διάσταση με το συναίσθημα που επικρατεί.

Κεφάλαιο 5: Διαγνωστική Προσέγγιση

Ο όρος κατάθλιψη υπάρχει ήδη από την αρχαιότητα. Ο Ιπποκράτης περίπου το 400 π.Χ. χρησιμοποίησε τους όρους μανία και μελαγχολία για να περιγράψει ψυχικές διαταραχές. ωστόσο, 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. Αρκετές από τις παρατηρήσεις που έκανε ο Kraepelin παραμένουν και σήμερα ως έχουν, ενώ ταυτόχρονα αποτελούν τη βάση της σύγχρονης διαγνωστικής ορολογίας. Η πρώτη έκδοση του DSM που εκδόθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το 1952, ο όρος ψυχωσική καταθλιπτική αντίδραση, αναφερόταν σε βαριάς μορφής κατάθλιψη η οποία δεν είχε εμφανή εξωτερικά αίτια. Στην έκδοση του DSM – II (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία 1968), η αντιδραστική κατάθλιψη περιγραφόταν ως καταθλιπτική νεύρωση. Το DSM-III καθιερώθηκε τη δεκαετία του 1980 και βάσιζε τις διαταραχές διάθεσης στα συμπτώματα και όχι τόσο στην ύπαρξη η όχι αιτιολογικού παράγοντα. Στο DSM-IV (και στο DSM-IV-TR), ο όρος «συναισθηματικές διαταραχές» ο οποίος είχε χρησιμοποιηθεί στο DSM-III (και στο DSM-III-TR), αντικαταστάθηκε από τον όρο «διαταραχές της διάθεσης». Οι όροι «επεισόδιο» και «διαταραχή», επίσης διαχωρίζονται στο DSM-IV και στο DSM-IV-TR. Το επεισόδιο είναι μία περίοδος που διαρκεί τουλάχιστον δύο εβδομάδες, κατά τη διάρκεια των οποίων εμφανίζονται αρκετά συμπτώματα για την πλήρωση των κριτηρίων της διαταραχής.

Παρακάτω αναφέρουμε τα κριτήρια για να χαρακτηριστεί ένα επεισόδιο μείζον καταθλιπτικό, τα κριτήρια του DSM-IV-TR για το μανιακό επεισόδιο καθώς και τα διαγνωστικά κριτήρια του υπομανιακού επεισοδίου κατά το DSM-IV-TR.

Τα κριτήρια του DSM-IV-TR για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο είναι:

A. Πέντε (ή και περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα σε διάρκεια 2 εβδομάδων (αντιπροσωπεύουν αλλαγή στη λειτουργικότητα):

1.καταθλιπτική διάθεση στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα ,που αποκαλύπτεται είτε από υποκειμενική αναφορά (π.χ. αισθημάτων ή κενού) ή από παρατηρήσεις

τρίτων (π.χ. φαίνεται δακρυσμένος). Σημείωση: στα παιδιά και στους εφήβους μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση

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

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

(4) αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε ημέρα

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

(6) κόπωση ή έλλειψη ενεργητικότητας σχεδόν κάθε ημέρα

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

(8) μείωση της ικανότητας σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα σχεδόν κάθε ημέρα (είτε από υποκειμενική αναφορά ή ως παρατήρηση από τρίτους)

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

B. Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια του Μικτού Επεισοδίου

Γ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντικό άγχος ή μείωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλης σημαντικής λειτουργικότητας. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άμεση φυσιολογική επίδραση κάποιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση ουσίας ή φάρμακο) ή σε παθολογική κατάσταση (π.χ. υποθυρεοειδισμός)

Δ. Τα συμπτώματα δεν εξηγούνται καλύτερα λόγω πένθους, δηλ. μετά από την απώλεια αγαπημένου προσώπου, τα συμπτώματα παραμένουν για περισσότερο από 2 μήνες ή χαρακτηρίζονται από σημαντική λειτουργική έκπτωση, παθολογική προκατάληψη με αίσθημα ματαιότητας, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωσικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση (<http://www.Inpsy.gr>).

Να σημειωθεί ότι δεν περιλαμβάνονται συμπτώματα τα οποία οφείλονται σαφώς σε παθολογικές καταστάσεις ή σε άσχετες με τη διάθεση παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις

Τα κριτήρια του DSM-IV-TR για το μανιακό επεισόδιο είναι:

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

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

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

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

Γ. Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια του Μικτού Επεισοδίου.

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

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

Υπομανία

Με τον όρο υπομανία αναφερόμαστε σε μια μανία που χαρακτηρίζεται από ήπια έως μέτρια. Είναι μια αίσθηση ευφορίας η οποία, μπορεί να συνδέεται με αυξημένη παραγωγικότητα και ικανοποιητική λειτουργικότητα. Ακόμη και αν το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή μάθει να αναγνωρίζει τη μεταβολή αυτή της διάθεσης ως πιθανή διπολική διαταραχή, ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να συνεχίσει να αρνείται το ενδεχόμενο. Σημαντικό είναι να γνωρίζουμε ότι χωρίς την κατάλληλη θεραπεία η υπομανία μπορεί να εξελιχθεί σε σοβαρή μανία η να μετατραπεί σε κατάθλιψη.

Τα κριτήρια του DSM-IV-TR για το υπομανιακό επεισόδιο είναι:

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

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

- (1) έντονη αυτοεκτίμηση ή ιδέες μεγαλείου
- (2) μειωμένη ανάγκη ύπνου (π.χ. αισθάνεται ξεκούραστος μετά από 3 μόνο ώρες ύπνου)
- (3) πιο ομιλητικός από το συνηθισμένο ή εξαναγκασμός για συνέχιση της ομιλίας
- (4) ιδεοφυγή ή υποκειμενικό αίσθημα ότι οι σκέψεις τρέχουν
- (5) αφηρημάδα (δηλ. η προσοχή διαφεύγει πολύ εύκολα σε ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα)
- (6) αυξημένη δραστηριότητα προς κάποιο στόχο (είτε κοινωνικό, είτε επαγγελματικό, σχολικό ή σεξουαλικό) ή ψυχοκινητική διέγερση
- (7) έντονη ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες, που μπορεί να έχουν αυξημένες πιθανότητες επώδυνων συνεπειών (π.χ. ασυγκράτητο αγοραστικό όργιο, σεξουαλικές απρέπειες ή ανόητες επιχειρηματικές επενδύσεις)

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

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

Ε. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άμεση φυσιολογική επίδραση κάποιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση ουσίας, φάρμακο ή άλλη θεραπεία) ή σε παθολογική κατάσταση (π.χ. υπερθυρεοειδισμός). Σημείωση: Τα επεισόδια που μοιάζουν μετά υπομανιακά και προκαλούνται σαφώς από την αντικαταθλιπτική θεραπεία (π.χ. φάρμακα, ηλεκτροθεραπεία, φωτοθεραπεία) δεν πρέπει να υπολογίζονται στη διάγνωση της Διπολικής Διαταραχής II.

Συχνά στις μελέτες σχετικά με τις διαταραχές διάθεσης, χρησιμοποιούνται ορισμένοι όροι, η αποσαφήνιση των οποίων διευκολύνει πολύ την ερμηνεία τους. Ο όρος «απάντηση» αναφέρεται συνήθως σε βελτίωση τουλάχιστον 50%, ο όρος «μερική απάντηση» αναφέρεται σε βελτίωση 25%-50% και ο όρος «μη απάντηση» σε βελτίωση μικρότερη του 25%. Σύμφωνα με αυτή την ορολογία, οι ασθενείς που έχουν τα μισά συμπτώματα από αυτά που παρουσίαζαν στην αρχή της θεραπείας, έχουν απαντήσει στη θεραπεία. Οι περισσότερες μελέτες εξετάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό την «απάντηση» παρά την τελική «ύφεση». Ο όρος «ύφεση» καθορίζεται ως η κατάσταση με λίγα ή καθόλου συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης για οκτώ εβδομάδες τουλάχιστον. Εάν για οκτώ εβδομάδες ο ασθενής δεν εμφανίσει καθόλου συμπτώματα, τότε έχει επέλθει η ανάρρωση, πράγμα που σημαίνει ότι η νόσος βρίσκεται σε ύφεση. Η έξαρση είναι η επανεμφάνιση των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της περιόδου της ύφεσης και υποδηλώνει τη συνέχιση του αρχικού επεισοδίου, ενώ η υποτροπή είναι πιο πρόσφατη επανεμφάνιση των συμπτωμάτων, κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης, που σημαίνει ότι ένα καινούριο επεισόδιο αναπτύσσεται. Αυτοί οι διαχωρισμοί μπορούν να γίνουν ευκολότερα στη θεωρία παρά στην κλινική πράξη, όπου τα ήπια υπολειμματικά συμπτώματα ή η παραμονή ψυχοκοινωνικής δυσλειτουργίας παραβλέπονται εύκολα μετά τη βελτίωση των πιο δραστικών εκδηλώσεων του επεισοδίου, γεγονός που οδηγεί στο λανθασμένο συμπέρασμα ότι μια επανεμφάνιση πιο σοβαρών συμπτωμάτων, αντιπροσωπεύει ένα νέο επεισόδιο αντί μια έξαρση του αρχικού επεισοδίου. ,εν είναι ακόμη γνωστό εάν η έξαρση που συνοδεύεται από αποτυχία της θεραπείας, επιφέρει πλήρη ύφεση και απαιτεί διαφορετική στρατηγική αντιμετώπισης ή απλώς σημαίνει αποτυχία πρόληψης της υποτροπής με ένα θεραπευτικό σχήμα που αρχικά ήταν αποτελεσματικό (<http://www.inpsy.gr>) .

Κεφάλαιο 6: Αντιμετώπιση και Θεραπεία

Η Διπολική Διαταραχή, είναι μια ψυχική νόσος που δεν μπορεί να θεραπευθεί πλήρως. Ο ασθενής όμως με την κατάλληλη θεραπεία μπορεί να ζει μια φυσιολογική και ταυτόχρονα παραγωγική ζωή. Η θεραπεία εστιάζει στο να βοηθήσει τον ασθενή να ελέγχει τα επεισόδια και στο να μην αναπτύξει επεισόδια στο μέλλον. Η αποτελεσματική θεραπεία των επεισοδίων απαιτεί φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, ενώ ίσως χρειαστεί νοσηλεία σε σοβαρά επεισόδια μανίας. Η αποκατάσταση ενός ασθενή αρχίζει όταν κατανοήσει ότι τα συμπτώματα είναι αληθινά και όχι ψυχολογικές αυταπάτες.

Κύριος θεραπευτικός στόχος για όλους τους τύπους διπολικών διαταραχών είναι να σταματήσουν τα καταστροφικά συμπτώματα έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να επιστρέψει στην καθημερινότητά του. Σημαντικό είναι η θεραπεία να ξεκινά αμέσως γιατί τα μανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια που μένουν χωρίς θεραπεία ελαττώνουν τη διάρκεια χρόνου μεταξύ των επεισοδίων και ταυτόχρονα αυξάνουν τη σοβαρότητα της νόσου.

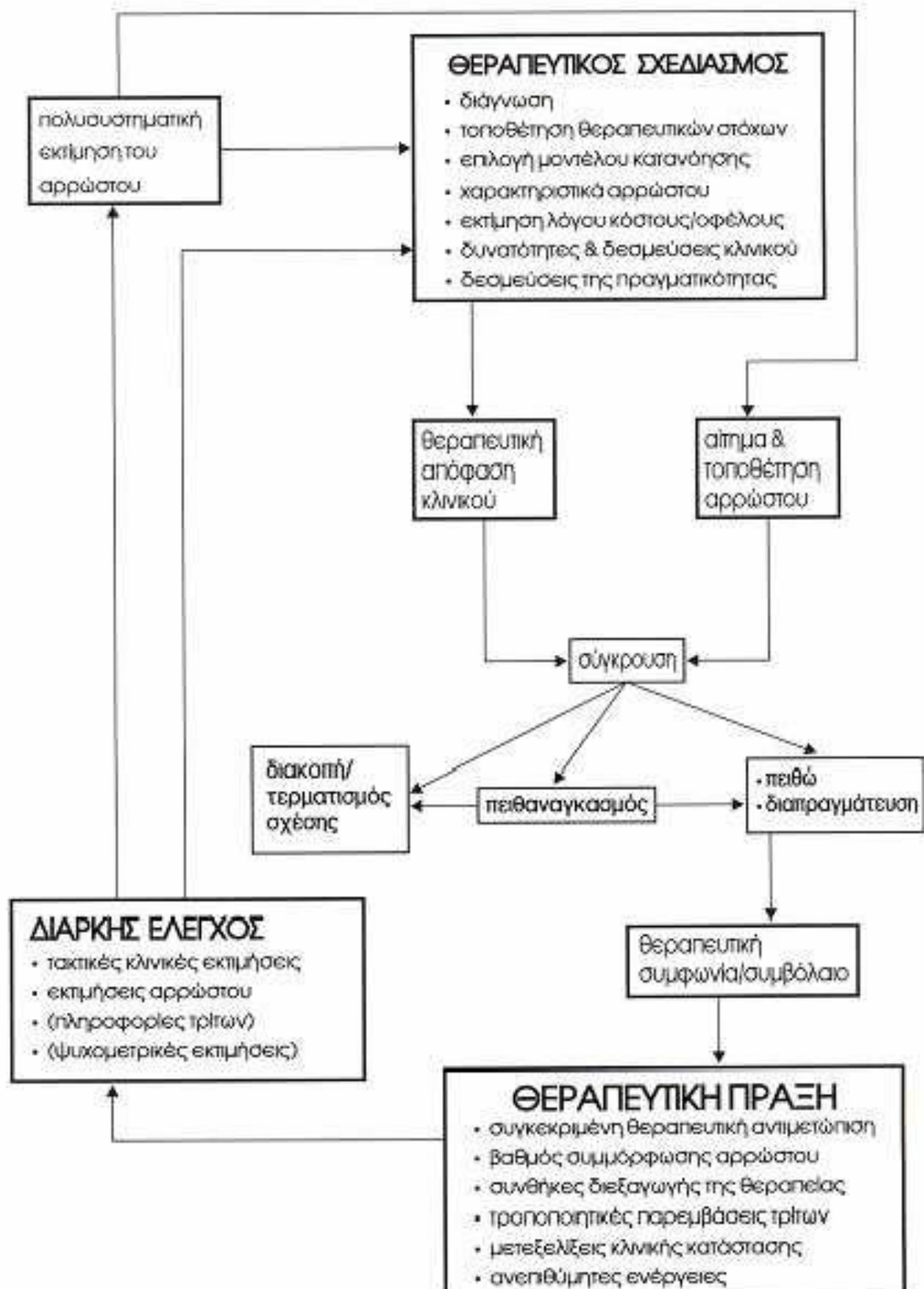
Τα φάρμακα είναι το αρχικό βήμα της διαδικασίας για τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής, ένα ολοκληρωμένο σχέδιο όμως περιλαμβάνει ακόμα την εκπαίδευση για τα φάρμακα, την εκπαίδευση του ασθενή και της οικογένειάς του, την κατάλληλη ψυχοθεραπεία και τέλος την υποστήριξη προς τον ασθενή. Στους πιο πολλούς ασθενείς με διπολική διαταραχή και με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή τα φάρμακα θα πρέπει να λαμβάνονται εφ' όρου ζωής και επειδή μιλάμε για μια χρόνια νόσο η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του θα πρέπει να είναι μεγάλη.

6.1 Ο θεραπευτικός σχεδιασμός

Το σχέδιο θεραπείας στη διπολική διαταραχή δε σταματά ποτέ. Ο θεραπευτικός σχεδιασμός, δεν είναι ένα εφάπαξ γεγονός που τελειώνει με τη συμφωνία της θεραπείας με τον ασθενή. Είναι μια διαδικασία συνεχιζόμενη που εξελίσσεται και περιλαμβάνει εκτός των άλλων την προσαρμογή των φαρμάκων και την επίβλεψη του ασθενή.

Ο ασθενής θα πρέπει να συμμορφώνεται με τη θεραπεία και να μην προβάλλει εμπόδια συνειδητά ή ασυνείδητα που να την υπονομεύουν. Σημαντικό στοιχείο του θεραπευτικού ελέγχου, είναι η πιστοποίηση ότι στη διάρκεια της θεραπευτικής αντιμετώπισης ο θεραπευτικός σχεδιασμός εφαρμόζεται έτσι όπως έχει προγραμματιστεί, χωρίς αποκλίσεις. Ακόμα εφόσον η εφαρμογή του

θεραπευτικού σχήματος τηρείται και από τη μεριά του αρρώστου αλλά και από τη μεριά του θεράποντα πρέπει να εξασφαλίσουμε ότι παράγει και τα επιθυμητά αποτελέσματα. Μιλάμε δηλαδή για έλεγχο του ίδιου του θεραπευτικού σχεδιασμού. Από όλα τα παραπάνω μπορούμε να συμπεράνουμε ότι ο διαρκής αυτός έλεγχος της εφαρμογής του θεραπευτικού σχήματος συνεπάγεται το ότι ο θεραπευτής δεν επαναπαύεται και δεν εφησυχάζει ποτέ από την στιγμή που θα βάλει σε κίνηση τους τροχούς της θεραπείας. Θα πρέπει να γίνονται τακτικές κλινικές εκτιμήσεις της κατάστασης του ασθενή και του θεραπευτικού σχεδιασμού ο οποίος όπως αποδεικνύεται δε σταματά ποτέ.



6.2 Φαρμακευτική Αγωγή

Τα πρώτα συμπτώματα έναρξης της διπολικής διαταραχής είναι πιθανό να έχουν δείγματα της απλής μονοπολικής κατάθλιψης γεγονός που αποτελεί δίλλημα για τους γιατρούς.

Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός φαρμάκων τα οποία χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής. Τα φάρμακα αυτά μπορούν να ελέγξουν τα συμπτώματα, να οδηγήσουν στην υποχώρηση των διακυμάνσεων της διάθεσης και να συμβάλουν στη βελτίωση της καθημερινότητας του ασθενή.

Ακρογωνιαίος λίθος θεραπείας και πιο αποτελεσματικό είναι το λίθιο. Το λίθιο είναι αποτελεσματικό τόσο στη θεραπεία της οξείας μανίας όσο και στην πρόληψη των υποτροπών μανιακών επεισοδίων ενώ μειώνει τον κίνδυνο της αυτοκτονίας και του αυτοτραυματισμού στους ασθενείς. Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία είναι τέσσερα. Η καρβαμαζεπίνη έχει αποτέλεσμα στη θεραπεία των μανιακών επεισοδίων και σε εκείνους με έντονα ψυχωσικά συμπτώματα. Επίσης έρευνες δείχνουν ότι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην διπολική ταχείας εναλλαγής.

Μια ομάδα από 58 ειδικούς κατέληξαν ότι οι σταθεροποιητές της διάθεσης πρέπει να χρησιμοποιούνται καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας της διπολικής διαταραχής (Sachs et al , 2000).. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα συνιστώνται για την διπολική διαταραχή με ψυχωσικά στοιχεία και ως συμπληρωματική θεραπεία στη σοβαρή μη ψυχωσική μανία, σε μικτές καταστάσεις και στην περίπτωση της ταχείας εναλλαγής.

Η καρβαμαζεπίνη ήταν δημοφιλής επιλογή θεραπείας τη δεκαετία του 1980, αλλά στη δεκαετία του 1990 την εκτόπισε το βαλπροϊκό νάτριο. Η λαμοτριγίνη είχε αποτελέσματα στη θεραπεία της διπολικής αλλά δεν ήταν κατάλληλη για την διπολική ταχείας εναλλαγής. Όσον αφορά την τοπιραμάτη, η αποτελεσματικότητά της είναι άγνωστη. Ακόμα αντιεπιληπτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με λίθιο ή και μόνα τους ανάλογα πάντα με τη σοβαρότητα της κατάστασης.

Άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που μπορεί να χρησιμοποιηθούν είναι η φλουοξετίνη (Prozac) , η παροξετίνη (Paxil), η σερτραλίνη (Zoloft) και βουπροπιόνη (Wellbutrin).

Ποιες είναι οι παρενέργειες των φαρμάκων;

Πριν ξεκινήσουν ένα καινούργιο φάρμακο, οι ασθενείς με διπολική διαταραχή πρέπει να μιλήσουν με το γιατρό τους για τις πιθανές παρενέργειες, τους πιθανούς κινδύνους και τα οφέλη. Τα τελευταία χρόνια οι θεραπείες έχουν βελτιωθεί και μερικά φάρμακα έχουν σήμερα λιγότερες ή καθόλου παρενέργειες.

Παρακάτω παραθέτουμε τις πιο γνωστές παρενέργειες των φαρμάκων

1. Σταθεροποιητές διάθεσης

- Ανησυχία
- Ξηροστομία
- Ακμή
- Δυσπεψία
- Μυϊκός πόνος
- Εύθραυστα μαλλιά και νύχια
- Πονοκέφαλος
- Αλλαγές διάθεσης
- Συμπτώματα κρυολογήματος
- Ζάλη

2. Αντικαταθλιπτικά

- Πονοκέφαλοι που συνήθως υποχωρούν μέσα σε λίγες μέρες
- Ναυτία
- Προβλήματα ύπνου
- Ταραχή

6.2.1 Κατάθλιψη

Πιο συγκεκριμένα, για τη θεραπεία της διπολικής κατάθλιψης, παρόλο που δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες οι οδηγίες του Συμβουλίου Ειδικών (Sachs και συν.2000), οι πρακτικοί οδηγοί της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας για τη διπολική διαταραχή (Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία, 1994) και ορισμένοι άλλοι ερευνητές (Compton και Nemeroff, 2000), λόγω του

κινδύνου εμφάνισης μανίας που προκαλεί η χορήγηση αντικαταθλιπτικών και του κινδύνου της ταχείας εναλλαγής, συνιστούν να ξεκινά η θεραπεία με αντιμανιακά φάρμακα. Η αποτελεσματικότητα του λιθίου ως αντικαταθλιπτικό έχει αποδειχθεί και μπορεί να συγκριθεί με αυτή των αμιγώς αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Η πλήρης απάντηση στο λίθιο γίνεται σε 8 εβδομάδες και τα ποσοστά της αποτελεσματικότητας του είναι υψηλά, σύμφωνα με εννέα ανεξάρτητες μελέτες που διεξήχθησαν. Όσον αφορά στην καρβαμαζεπίνη σε τρεις από τις τέσσερες μελέτες που έγιναν, ήταν αποτελεσματικότερη από το placebo στη διπολική κατάθλιψη (Zornberg και Pope, 1993). Ο συνδυασμός λιθίου και καρβαμαζεπίνης έχει αποδειχθεί πως μπορεί επίσης να έχει αντικαταθλιπτικές ιδιότητες (Post, 1998). Εάν τα μανιακά συμπτώματα που συνυπάρχουν με κατάθλιψη επιπλακούν από ψυχωσικά, ίσως χρειαστεί να προστεθούν στην αγωγή και αντιψυχωσικά φάρμακα. ,δε συνίσταται ωστόσο η μακροχρόνια χορήγησή τους γιατί μπορεί να ενταθούν τα άτυπα ψυχωσικά συμπτώματα και να επιδεινωθεί η κατάθλιψη. Η νιμοδιπίνη η οποία ανήκει στους αποκλειστές των διαύλων του ασβεστίου, έχει αποδειχθεί ότι είναι χρήσιμη στη διπολική κατάθλιψη παρά στην υποτροπιάζουσα μορφή της. Η βεραπαμίλη μπορεί να ανταποκριθεί σε ορισμένες περιπτώσεις διπολικής κατάθλιψης δεν είναι όμως τόσο αποτελεσματική όσο τα αντικαταθλιπτικά. Σταθεροποιητικές ιδιότητες φαίνεται να έχει η κλοζαπαμίνη μπορεί όμως να φανεί χρήσιμη και στη σύνθετη μικτή διπολική κατάθλιψη απομακρύνοντας δυσφορικά υπομανιακά στοιχεία (Zarate και συν.1995). Τα αντιμανιακά φάρμακα δεν έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα με τα αντικαταθλιπτικά στη θεραπεία της διπολικής κατάθλιψης, και έχουν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες, από την άλλη όμως τα αντικαταθλιπτικά υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να προκαλέσουν ταχεία εναλλαγή, ακόμη και μανία. Υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις διπολικής κατάθλιψης όπου η χορήγηση ενός αντιμανιακού φαρμάκου δεν είναι αρκετή. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο θεράπων ιατρός θα αποφασίσει εάν θα προσθέσει ένα δεύτερο αντιμανιακό ή κάποιο αντικαταθλιπτικό φάρμακο. Τα αντικαταθλιπτικά βοηθούν στην εμφάνιση διαφορεικής μανίας ή αρχικά προκαλούν κάποια βελτίωση η οποία όμως θα ακολουθηθεί από περισσότερες υποτροπές μικτής διπολικής κατάθλιψης. Επομένως δεν συνιστώνται σε καταστάσεις διπολικής κατάθλιψης με κυρίαρχα μικτά υπομανιακά συμπτώματα όπως ψευδαισθήσεις, αυξημένη libido, ελάττωση του ύπνου, ευερεθιστότητα, ιδεοφυγή. Εάν ο γιατρός αποφασίσει να χορηγήσει δεύτερο αντιμανιακό φάρμακο, μπορεί να σημειωθεί ύφεση των συμπτωμάτων ή να μετατραπεί η μικτή ανθεκτική κατάσταση σε πιο απλή διπολική κατάθλιψη με χαρακτηριστικά όπως η επιβράδυνση της

σκέψης, ο λήθαργος, η υπερυπνία. Όταν όμως διαπιστωθεί η έλλειψη αποτελεσματικότητας του συνδυασμού αντιμανιακών φαρμάκων, πρέπει να χορηγείται και κάποιο αντικαταθλιπτικό. Η επιλογή όμως του σωστού ειδικού αντικαταθλιπτικού φαρμάκου για τη διπολική κατάθλιψη είναι μια περίπλοκη υπόθεση, λόγω της έλλειψης δεδομένων. Σε καμία των περιπτώσεων όμως δεν πρέπει να χορηγείται αντικαταθλιπτικό φάρμακο χωρίς το συνδυασμό του με κάποιο αντιμανιακό σε ασθενείς με διπολική διαταραχή (Sachs και συν.2000).

Σε περιπτώσεις ανθεκτικής διπολικής κατάθλιψης οι ειδικοί προτείνουν τη χορήγηση των βενλαφαζίνη και τρανυλκυπρομίνη (Thase και Sachs 2000). Για την αποτελεσματικότητα της τρανυλκυπρομίνης στη διπολική κατάθλιψη υπάρχουν περισσότερα εμπειρικά δεδομένα (Nolen και Bloemkolk 2000).

Η χρόνια χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων ελλοχεύει ορισμένους κινδύνους. Έτσι, μόλις η διάθεση του ασθενή σταθεροποιηθεί, είναι λογικό να διακόπτεται η χρήση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, απαραίτητη είναι όμως η χορήγηση του σταθεροποιητικού παράγοντα (Sachs και συν. 2000). Παρόλα αυτά η διακοπή των αντικαταθλιπτικών μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη και να δημιουργήσει την εντύπωση ότι το φάρμακο χρειάζεται για τη συνέχιση της θεραπείας.

6.2.2 Μανία

Όταν σε έναν ασθενή με ΔΔ εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα του μανιακού επεισοδίου, δηλαδή, διέγερση, επιθετικότητα, παραισθησιακή σκέψη, παρορμητικότητα και ψευδαισθήσεις, η θεραπεία θα πρέπει να ξεκινά επιθετικά. Τα μανιακά επεισόδια είναι πολλές φορές επικίνδυνα για τους ασθενείς και διασπών στην οικογένεια. Δυστυχώς δεν είναι εύκολο να προσδιορίσουμε την έναρξη ενός μανιακού επεισοδίου. Λίγοι είναι οι ασθενείς που καθ' όλη τη διάρκεια του επεισοδίου παραμένουν σε μια κατάσταση ευφορίας. Όπως αναφέραμε και στη διπολική κατάθλιψη, τα φάρμακα είναι η θεραπεία πρώτης επιλογής. Άλλα μέσα θεραπείας που βοηθούν τους ασθενείς είναι η ψυχοεκπαίδευση τόσο για τους ίδιους όσο και για τις οικογένειες τους.

Όσον αφορά τη θεραπεία των διεγερτικών σταδίων της ΔΔ αρχικά εξαρτάται από το πόσο επείγουσα είναι η κατάσταση. Τα μανιακά στάδια της ΔΔ έχουν ένα μεγάλο εύρος τυπικών μορφών. Οι μορφές αυτής της μανίας είναι :

1. Καθαρή μανία
2. Ψυχωσική μανία
3. Μικτή μανία
4. Παραληρητική μανία
5. Ψυχωσική μανία μετά τον τοκετό (επιλόχειος ψύχωση)
6. Υπομανία
7. Υπερθυμία

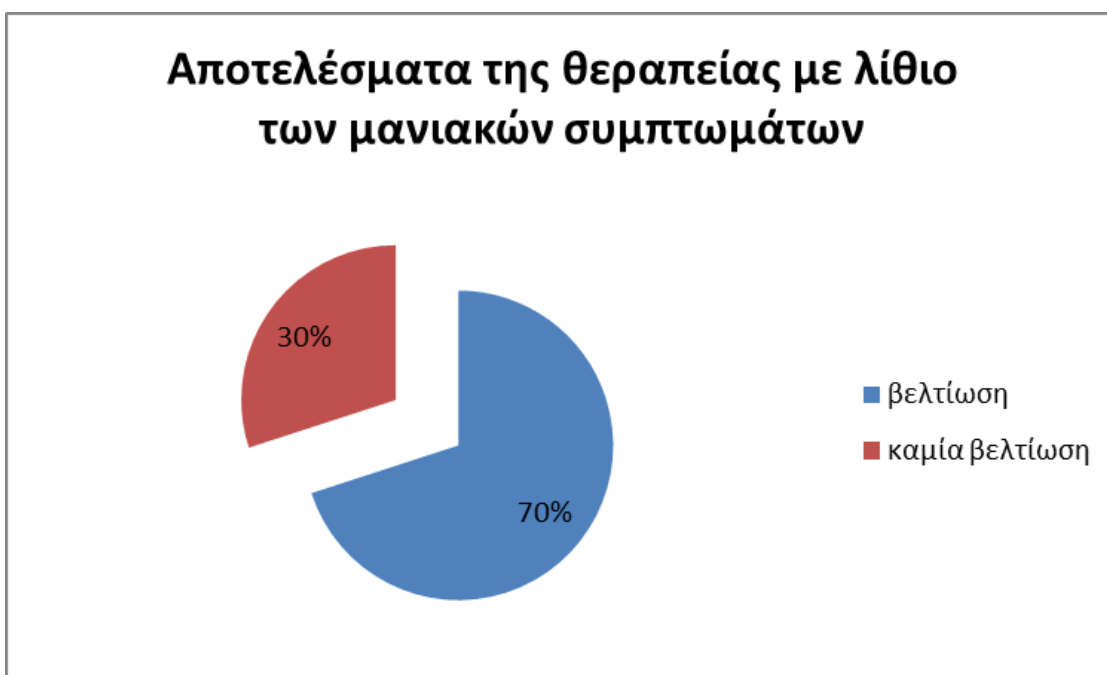
Το λίθιο, η καρβαμαζεπίνη και το βαλπροϊκό, φαίνεται να είναι εξίσου αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της οξείας μανίας. Τα ποσοστά απάντησης τους είναι υψηλά (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία, 1994). Το λίθιο ξεχωρίζει ανάμεσα σε αυτούς τους παράγοντες, καθώς είναι το πιο καλά μελετημένο φάρμακο και κατά κάποιον τρόπο έχει καθιερωθεί. Η βεραπαμίλη δεν έχει υποβληθεί σε πολυκεντρικές μελέτες, αν και μικρές μελέτες αποδεικνύουν πως είναι πιο χρήσιμη στη μανία που ανταποκρίνεται στο λίθιο. Η θεραπεία με λίθιο μπορεί να μην είναι τόσο αποτελεσματική όσο η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά στη μικτή δυσφορική και στη ψυχωσική μανία (McElroy και συν.1992). Φυσικά η θεραπεία με περισσότερα από ένα αντιμανιακά φάρμακα μπορεί να έχει καλύτερα αποτελέσματα.

Η λαμοτριγίνη, το λίθιο και η ολανζαπίνη έχουν έγκριση από το FDA για τη χρόνια θεραπεία συντήρησης των ΔΔ. Πιστεύεται ότι ο συνδυασμός λαμοτριγίνης και λιθίου είναι ικανός να βελτιώσει τη θεραπεία συντήρησης σε ασθενείς που δεν παρουσιάζουν μικτά επεισόδια ή ταχεία εναλλαγή.

Ακόμα το διβαλπροϊκό νάτριο εγκεκριμένο και αυτό από το FDA για τη θεραπεία της οξείας μανίας. Η αποτελεσματικότητά του έχει αποδειχθεί σε αρκετές μελέτες, ενώ έχει βρεθεί ότι υπερέχει στη θεραπεία της οξείας μανίας από το placebo και παρουσιάζει παρόμοια αποτελέσματα. Αξίζει να αναφέρουμε ότι μερικοί ασθενείς δήλωσαν ότι το διβαλπροϊκό νάτριο αρχίζει να ανακουφίζει από τα συμπτώματα πιο γρήγορα από το λίθιο. Έτσι όσοι ασθενείς δεν είναι ανεκτικοί στο λίθιο μπορούν να έχουν θετική απάντηση στο διβαλπροϊκό νάτριο.

Όσο για τα νευροληπτικά φάρμακα, ιδίως η αλοπεριδόλη , μέχρι πρόσφατα χρησιμοποιούνταν ως ρουτίνα για τον έλεγχο της διέγερσης, μέχρι να αρχίσει η δράση του αντιμανιακού φαρμάκου. Όλοι οι μανιακοί ασθενείς όμως δεν είναι απαραίτητα και ψυχωσικοί. Έτσι τα τελευταία χρόνια, εμφανίζεται η τάση αντικατάστασης των νευροληπτικών φαρμάκων από βενζοδιαζεπίνες (λοραζεπάμη ή κλοναζεπάμη) που έχει σκοπό την ελαχιστοποίηση της έκθεσης του ασθενή στα νευροληπτικά φάρμακα, πράγμα θεμιτό αφού έτσι ελαχιστοποιούνται οι ανεπιθύμητες ενέργειες τους. Η αντικατάσταση αυτή εξαλείφει επίσης τις αλληλεπιδράσεις των νευροληπτικών με τα αντιμανιακά φάρμακα.

Τέλος, τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα φαίνεται να είναι εξίσου αποτελεσματικά στην ψυχωσική αλλά και μη ψυχωσική μανία (Tohen και συν.2000) για τον λόγο αυτόν μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ή χωρίς βενζοδιαζεπίνες στην θεραπεία της οξείας μανίας.



6.2.3 Διπολική Ταχείας Εναλλαγής

Η διπολική διαταραχή ταχείας εναλλαγής είναι η πιο συχνή διάγνωση στους ασθενείς εκείνους που πάσχουν από ανθεκτική διπολική διαταραχή. Σε τρεις πρόσφατες μελέτες τα ποσοστά αποτελεσματικότητας του λιθίου στην μη επιπλεγμένη μανία κυμαίνονται από 59%-91% ενώ στις μεικτές καταστάσεις και στην ταχεία εναλλαγή ήταν μόνο 29%-43% (Gershon & Soares 1997). Οι μεικτές καταστάσεις και η ταχεία εναλλαγή έχουν μικρότερη απάντηση στο λίθιο από ότι τα πιο σταθερά συναισθηματικά επεισόδια και πιθανόν μεγαλύτερο ποσοστό απάντησης στο βαλπροϊκό και την καρβαμαζεπίνη (Kusumakar και συν.1997). Στη σύγκριση που έγινε ανάμεσα στην καρβαμαζεπίνη και στο λίθιο, σε ασθενείς με διπολική διαταραχή ταχείας εναλλαγής, βρέθηκε πως τα δυο φάρμακα ήταν εξίσου αποτελεσματικά (Okuma 1993). Έτσι, μια ομάδα ειδικών συστήνει το βαλπροϊκό ως πρώτη , την καρβαμαζεπίνη ως δεύτερη και το λίθιο ως τρίτη επιλογή στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής με ταχεία εναλλαγή.

Η θεραπευτική προσέγγιση της διπολικής διαταραχής με ταχεία εναλλαγή, μπορεί να είναι σε γενικές γραμμές ίδια , με αυτή της διπολικής κατάθλιψης, παρ' όλες τις διαφορές τους.

Σε μια μελέτη όπου συμμετείχαν μερικοί από τους ασθενείς που περιγράφηκαν από τους Calabrese και συν (2000), ασθενείς με ανθεκτική διπολική διαταραχή αντιμετωπίστηκαν ανοιχτά για 48 εβδομάδες με λαμοτριγίνη, είτε ως συμπληρωματική θεραπεία είτε ως μονοθεραπεία (Bowden και συν 1999). Το 71% των ασθενών με διπολική διαταραχή με ταχεία εναλλαγή δεν ολοκλήρωσαν την μελέτη. Χρησιμοποιώντας την μέθοδο προώθησης της τελευταίας παρατήρησης, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με διπολική διαταραχή ταχείας εναλλαγής παρουσίασαν σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων και της λειτουργικότητας, αλλά μικρότερη βελτίωση της μανίας σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς ταχεία εναλλαγή. Το εύρημα ότι η κατάθλιψη βελτιώθηκε περισσότερο από τη μανία δηλώνει ότι η λαμοτριγίνη είναι πιο χρήσιμη στους ασθενείς με διπολική διαταραχή στους οποίους κυριαρχεί η κατάθλιψη (Calabrese και συν 2000, Walden και συν 2000).

6.3 Διπολική Διαταραχή και εξάρτηση από ουσίες.

Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή I παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά εξάρτησης από όλους τους ψυχιατρικούς ασθενείς. Οι επιδημιολογικές μελέτες στις ΗΠΑ δείχνουν ότι το 46% των ατόμων που νοσούν από ΔΔ, κάνουν κατάχρηση ή είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ. Επίσης πολλοί από τους ασθενείς κάνουν και κατάχρηση παράνομων ουσιών.

Η μανία ελαττώνει τις αναστολές του ασθενή καθώς και την επίγνωση του κινδύνου εξάρτησης από τις ουσίες. Ενώ ταυτόχρονα η κατάθλιψη ωθεί στην ανεύρεση τρόπων οι οποίοι θα ελαττώσουν τον πόνο και θα καλύψουν το αίσθημα του κενού. Υπάρχει η πεποίθηση ότι η χρήση αλκοόλ κατά τη διάρκεια των επεισοδίων μπορεί να ελαττώσει την αποτελεσματικότητα του λιθίου. Μεγάλη πιθανότητα να αυξήσει τη σοβαρότητα της νόσου και να πολλαπλασιάσει τα προβλήματα του ασθενούς έχει η προσθήκη αλκοόλ ή παράνομων ουσιών στα καταθλιπτικά και μανιακά συμπτώματα. Ακόμα το αλκοόλ και οι παράνομες ουσίες έχουν δράσεις που μπορούν να μιμηθούν τα διπολικά συμπτώματα καθώς το αλκοόλ μπορεί να προάγει τις καταθλιπτικές συμπεριφορές, ενώ οι διεγέρτες προκαλούν συμπτώματα μανίας.

Στη θεωρία οι παράνομες ουσίες και το αλκοόλ διακόπτουν ή δημιουργούν μια καταστροφική αλλαγή της χημείας του εγκεφάλου, η οποία έχει μεταβληθεί ήδη από το καταθλιπτικό ή το μανιακό επεισόδιο. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι η κατάχρηση της ουσίας επιβαρύνει τον ήδη τραυματισμένο εγκέφαλο και αυξάνει την πιθανότητα να παρουσιαστούν σοβαρότερα ή επιπρόσθετα συμπτώματα.

Υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι το λίθιο έχει την ικανότητα να ελαττώσει πραγματικά τη χρήση αλκοόλ στα άτομα με διπολική διαταραχή. Όμως χρειάζονται αρκετά βήματα στη θεραπεία των ασθενών με διπολική διαταραχή και με διαταραχή εξάρτησης από ουσίες. Οι σταθεροποιητές διάθεσης γενικά έχουν θετική επίδραση στα διπολικά συμπτώματα ακόμα και στην περίπτωση που ο ασθενής είναι εξαρτημένος από μια ουσία. Έτσι σημαντικό είναι τόσο για το ιατρικό προσωπικό όσο και για τις οικογένειες να ενθαρρύνουν τους εξαρτημένους ασθενείς να συνεχίσουν να παίρνουν τα φάρμακα τους και να τους επιβλέπουν συνεχώς.

6.4 Διάγραμμα Διάθεσης.

Το διάγραμμα διάθεσης είναι ένα πολύτιμο εργαλείο στα χέρια του γιατρού που παρακολουθεί έναν ασθενή με διπολική διαταραχή. Συμπληρώνετε από τον ίδιο τον ασθενή και βοηθά το γιατρό έτσι ώστε να έχει μια πιο συγκεκριμένη εικόνα των διακυμάνσεων της διάθεσης και επίσης τον διευκολύνει στη λήψη αποφάσεων για το θεραπευτικό σχήμα. Η ανάγκη για τη δημιουργία ενός τέτοιου είδους διαγράμματος γεννήθηκε από τη δυσκολία των ασθενών να θυμούνται (ή ακόμη και να ξεχωρίζουν) τις πολλές, διαφορετικές και έντονες συναισθηματικές τους εμπειρίες. Το μεγαλύτερο πρόβλημα όμως αντιμετώπιζαν οι ασθενείς που βρίσκονται στη φάση της ταχείας εναλλαγής.

Η πρώτη προσπάθεια καταγραφής των συναισθημάτων των ασθενών οι οποίοι έπασχαν από διπολική διαταραχή, έγινε τη δεκαετία του 1980 από μια ομάδα επιστημόνων (Post και συν 1988, Roy – Byrne και συν. 1985). Οι επιστήμονες αυτοί εισήγαγαν μια μέθοδο η οποία υπολογίζει τα συμπτώματα των ασθενών και τα σημαντικά για αυτούς γεγονότα της ζωής. Αυτό το διάγραμμα ζωής ωστόσο, φθείρεται με το πέρασμα του χρόνου και συμπληρώνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό, συνεπώς είναι χρήσιμο μόνο στους νοσηλεύόμενους ασθενείς και δεν μπορεί να είναι αντικειμενικό στο βαθμό που είναι ένα διάγραμμα που συμπληρώνει ο ίδιος ο ασθενής. Εξίσου χρήσιμο όμως είναι και το να καταγράφεται από τους εξωτερικούς ασθενείς ένα διάγραμμα σχετικό με τις διακυμάνσεις της διάθεσής τους, στο οποίο τα ειδικά συμπτώματα βαθμολογούνται σε καθημερινή βάση. Σε αυτού του είδους το διάγραμμα ο ασθενής χρησιμοποιεί μια κλίμακα σχετικά απλή για να είναι και εύχρηστη. Για παράδειγμα μπορεί η κλίμακα να κυμαίνεται από -5 (πολύ καταθλιπτικός) έως +5 (μανιακός) και το 0 να δηλώνει την ευθυμία. Χρήσιμη είναι και η σημείωση στο διάγραμμα των διαφόρων συμπτωμάτων όπως η ευερεθιστότητα, ο αυτοκτονικός ιδεασμός, η ιδεοφυγή, η καταθλιπτική διάθεση, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, η αύξηση ή η ελάττωση του ύπνου και της όρεξης, καθώς και η καταγραφή των αλλαγών της φαρμακευτικής θεραπείας αλλά και των γεγονότων που ο ασθενής θεωρεί σημαντικά. Με όποιο τρόπο όμως και να γίνεται το προοπτικό αυτό διάγραμμα της διάθεσης, είναι πολύ σημαντικό για την εντόπιση τυχών μίξεων καταθλιπτικών, μανιακών και ψυχοσικών συμπτωμάτων, ώστε να επανεκτιμάται όποτε χρειάζεται το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθεί ο ασθενής. Ο γιατρός, έχοντας μια τόσο καθαρή εικόνα για την πορεία της νόσου του ασθενή του, μπορεί να κάνει τις απαιτούμενες προσαρμογές στη θεραπεία, όπως να

προσθέσει κάποιο σταθεροποιητή της διάθεσης, ένα αντικαταθλιπτικό ή αντιψυχωσικό φάρμακο ή ακόμη να αντικαταστήσει ή να διακόψει τη θεραπεία.

6.5 Ψυχοθεραπεία

Στις μέρες μας, υπάρχει ένας αριθμός ψυχοκοινωνικών θεραπειών που φαίνεται ότι μπορούν να οδηγήσουν σε αύξηση της συναισθηματικής σταθεροποίησης, λιγότερες νοσηλείες και βελτίωση της λειτουργικότητας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι συχνά και τα μέλη της οικογένειας μπορούν να βοηθηθούν από την ψυχοκοινωνική θεραπεία.

Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία είναι μια ειδική θεραπευτική τεχνική που χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Πρόκειται για μια βραχεία ψυχοθεραπεία με δομημένες συνεδρίες, που βοηθά τα άτομα με διπολική διαταραχή να μάθουν πως να μεταβάλλουν ακατάλληλους ή αρνητικούς τύπους σκέψης συμπεριφοράς.

Παρόλο που τα φάρμακα είναι η κύρια παρέμβαση για τη θεραπεία των διπολικών διαταραχών, η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένεια του να αντιμετωπίσουν καλύτερα τη νόσο, τα φυσιολογικά διαστήματα ανάμεσα στα επεισόδια και τη γενικότερη κατάσταση που προκαλείται από την ψυχική νόσο.

Σε όλα τα μοντέλα θεραπείας ίσως το πιο σημαντικό στοιχείο είναι η σχέση μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή. Όταν ο θεραπευτής αποδείξει ότι κατέχει καλά το θέμα της διπολικής διαταραχής και έχει την ικανότητα να εξηγήσει τη βασική λειτουργία του εγκεφάλου καθώς και το ρόλο των φαρμάκων, τότε η θεραπευτική ασφάλεια ενισχύεται και ο ασθενής μπορεί να ανοιχτεί με μεγαλύτερη ευκολία. Η ίδια η φύση της νόσου προκαλεί αλλαγές του στόχου της θεραπείας και κάθε φορά δίνεται έμφαση σε άλλο θέμα. Ακόμα στη διάρκεια των επεισοδίων σοβαρής διπολικής κατάθλιψης, οι ασθενείς χρειάζονται έμπιστη παρακολούθηση για σημάδια αυτοκτονικών συμπεριφορών. Σημαντικό είναι πριν από την έναρξη της θεραπείας, ο ασθενής να βεβαιωθεί ότι η διπολική διαταραχή είναι μια νόσος του εγκεφάλου, η οποία δεν μπορεί να θεραπευτεί με την ψυχοθεραπεία και μόνο.

6.6 Ψυχοεκπαίδευση

Στόχος είναι να εκπαιδεύσει τους ασθενείς με διπολική διαταραχή και την οικογένειά τους σχετικά με την φύση της νόσου και την αναγνώριση των σημείων υποτροπής, έτσι ώστε να αναζητήσουν πρώιμη παρέμβαση και πιθανώς να αποφύγουν ένα σοβαρό επεισόδιο μανίας ή κατάθλιψης. Η οικογενειακή θεραπεία στοχεύει στην αντιμετώπιση του άγχους που συχνά υπάρχει στις οικογένειες των πασχόντων.

6.7 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία εφαρμόζεται στις βαριές καταθλίψεις με πλήρη αναστολή ή εμβροντησία, εκεί που τα αντικαταθλιπτικά δεν είχαν αποτέλεσμα ή η χορήγησή τους έχει απόλυτες αντενδείξεις και όταν ο κίνδυνος της αυτοκτονίας είναι άμεσος.

Η κλινική παρατήρηση και δυο πρόσφατες προοπτικές μελέτες έχουν δείξει ότι η μέθοδος αυτή ξεπερνά σε αποτελεσματικότητα όλες τις προαναφερθείσες (περίπου 80% των ασθενών ανταποκρίνονται). Με δεδομένη ωστόσο την απρέσκεια ασθενών, συγγενών και κοινού για τη μέθοδο αυτή στην κλινική πράξη χρησιμοποιούνται πρώτα τα φάρμακα. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία καλό είναι να μη χρησιμοποιείται μαζί με το λίθιο, γιατί ο συνδυασμός τους μπορεί να μειώσει την αποτελεσματικότητα και των δυο αυτών θεραπευτικών μέσων και να αυξήσει την πιθανότητα εμφάνισης νευροψυχολογικών ανεπιθύμητων ενεργειών. (Γ.Ν. Χριστοδούλου και συν, 2000)

6.8 Δραματοθεραπεία

Η δραματοθεραπεία ανήκει στην κατηγορία των εναλλακτικών θεραπειών μέσω της τέχνης (art therapy) και βασίζεται στην αντίληψη ότι το θέατρο παρέχει ενδογενείς θεραπευτικές ιδιότητες. Χρησιμοποιεί τη δυναμική του δράματος είτε για να αντικατοπτρίσει και να μεταμορφώσει τις εμπειρίες ζωής, ώστε να δώσει τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να εκφράσουν και να επεξεργαστούν προβλήματα που αντιμετωπίζουν, είτε για να διατηρήσει την καλή ψυχολογική κατάσταση και υγεία του ατόμου. Επίσης, η δραματοθεραπεία δίνει τη δυνατότητα δουλειάς με

έναν έμμεσο, συμβολικό τρόπο που δε βιώνεται απειλητικά και ενισχύει την εμπιστοσύνη των ανθρώπων στον εαυτό τους βοηθώντας να αναπτύξουν δεξιότητες επικοινωνίας με τους άλλους. Εξάλλου, η ενθάρρυνση του αυθορμητισμού και της φαντασίας, η ανάπτυξη της δημιουργικότητας και ο πειραματισμός με διαφορετικούς και ποικίλους ρόλους είναι στοιχεία που τους βοηθούν να γνωρίσουν καλύτερα τον εαυτό τους και να υιοθετήσουν πιο ‘‘λειτουργικούς’’ τρόπους ύπαρξης (<http://www.ison.gr>) .

Κεφάλαιο **7** : Ο ρόλος του νοσηλεύτη και η νοσηλευτική παρέμβαση

Ο ρόλος ενός νοσηλευτή που εργάζεται στον τομέα της ψυχικής υγείας, είναι ένας ρόλος σημαντικός που απαιτεί μεγάλη υπευθυνότητα. Κύριος ή δευτερεύον ο ρόλος, ο νοσηλευτής είναι ένα ενεργό μέλος σε όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Όπως είναι λογικό η ειδικότητα αυτή είναι αρκετά απαιτητική, αφού ο νοσηλευτής επιβάλλεται να διατηρεί πολύ λεπτές ισορροπίες στις σχέσεις του με τους ασθενείς. Πέρα από το καθήκον της φροντίδας των ψυχικά ασθενών, οφείλει να προστατεύσει και τον ίδιο του τον εαυτό.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα εξεταστεί ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με την διπολική διαταραχή, δηλαδή η νοσηλευτική φροντίδα που αφορά ασθενείς στη φάση της κατάθλιψης αλλά και σε αυτούς που είναι στην μανιακή τους φάση.

7.1 Νοσηλευτική Φροντίδα Καταθλιπτικού Ασθενή:

Η νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με κατάθλιψη ακολουθεί το πρότυπο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Αρχικά ο νοσηλευτής θα πρέπει να αξιολογήσει τα συμπτώματα του καταθλιπτικού ασθενή και άσχετα με τη μορφή κατάθλιψης από την οποία πάσχει, να τον αντιμετωπίσει με μια ολική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, καθώς είναι οι τρεις κύριοι παράγοντες (βιολογικοί – ψυχολογικοί - κοινωνικοπεριβαλλοντικοί) οι οποίοι ευθύνονται για την ψυχιατρική του ασθένεια (Rogers 1985).

Η νοσηλευτική διεργασία λοιπόν έχει τρεις βασικούς άξονες που πρέπει να ακολουθούμε.:

1. Στον πρώτο άξονα βρίσκονται οι επείγουσες και άμεσες ανάγκες του ασθενή, οι οποίες σχετίζονται με την διατήρηση της σωματικής του ακεραιότητας και την επιβίωσή του (π.χ. αποτροπή από αυτοκτονία).
2. Στον δεύτερο άξονα έχουμε τις βραχυπρόθεσμες ανάγκες οι οποίες αφορούν στην νοσηλεία, την θεραπεία και την προετοιμασία του για την απομάκρυνση και την ομαλή επανένταξη του στο κοινωνικό σύνολο.
3. Τέλος στον τρίτο και τελευταίο άξονα βρίσκονται οι ποιο μακροπρόθεσμες ανάγκες όπως για παράδειγμα η εκμάθηση αναγνώρισης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης.

Ο νοσηλευτής λοιπόν θα πρέπει να αναγνωρίσει τα συμπτώματα του ασθενή για να μπορέσει μετά να θέσει τους στόχους που θέλει και πρέπει να επιτύχει. Θα πρέπει δηλαδή να περάσει το στάδιο της « νοσηλευτικής διάγνωσης ». Με τον τρόπο αυτό θα μπορέσει να οργανώσει τη νοσηλευτική παρέμβαση.

Ο ασθενής με διπολική κατάθλιψη μπορεί να παρουσιάσει μεταξύ άλλων:

- Αίσθημα θλίψης
- Κόπωση-εξάντληση
- Αίσθημα αναξιότητας
- Διαταραχές ύπνου
- Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης
- Απώλεια όρεξης

Ορισμένες από τις νοσηλευτικές διαγνώσεις λοιπόν είναι:

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

Όλοι οι ασθενείς που περιγράφουν καταθλιπτικά συμπτώματα θα πρέπει να αξιολογούνται με έμμεσες πάντα ερωτήσεις για κίνδυνο αυτοκτονίας. Ερευνούμε για πιθανό ιστορικό αυτοκτονιών και για αυτοκτονικές σκέψεις. Χρήσιμες είναι οι ερωτήσεις του τύπου «Σκοπεύεις να κάνεις κακό στον εαυτό σου;», «Μήπως έχεις κάποιο όπλο;», «Πώς σκοπεύεις να βλάψεις τον εαυτό σου;».

Θα παρουσιάσουμε λοιπόν τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας που πρέπει να ακολουθήσει ο νοσηλευτής στην περίπτωση της διάγνωσης αυτοκτονικού ιδεασμού και/ή αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών , ώστε να επιτύχει να την ανατρέψει.

Παράδειγμα : 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

Στόχοι 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. (Σκούρα-Παραπάνη , 2010)

Νοσηλευτική Παρέμβαση

Οι νοσηλευτική παρέμβαση είναι το σύνολο των προσχεδιασμένων ενεργειών του νοσηλευτικού προσωπικού οι οποίες στοχεύουν στην επίτευξη των νοσηλευτικών σκοπών.

7.2 Νοσηλευτική Φροντίδα Μανικού Ασθενή:

Απαραίτητο είναι, ο νοσηλευτής που θα φροντίσει ένα μανικό ασθενή να θέσει ορισμένες προτεραιότητες. Ορισμένες από τις προτεραιότητες αυτές είναι:

- Η τήρηση των κανόνων της υγιεινής και η σωστή διατροφή του ασθενή
- Η προστασία τόσο της ψυχικής όσο και της σωματικής ακεραιότητας του ασθενή από την υπερκινητική συμπεριφορά του.
- Η παρακίνηση του ασθενή και της οικογένειάς του για συμμετοχή στην μετανοσοκομειακή παρακολούθηση και φροντίδα στα πλαίσια της κοινότητας.

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

- 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. (Παραπάνη- Σκούρα 2010)
- Θα πρέπει να ενισχύεται η προσπάθεια για υπευθυνότητα και ο ασθενής να καθοδηγείται σε ρεαλιστικές λύσεις των προβλημάτων του.
- 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 (Varcarolis 1990).

- Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να ακούει τα παράπονα του ασθενή και να ενεργεί για την επίλυσή τους. Με τον τρόπο αυτό μεγαλώνει η αυτοπεποίθηση του ασθενή.
- 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. . (Παραπάνη- Σκούρα 2010)
- 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. (Παραπάνη- Σκούρα 2010).

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 .

Όσον αφορά τη νοσηλευτική διάγνωση τώρα, ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι η επιθετικότητα που μπορεί να παρουσιάσει ο μανιακός ασθενής και ως προς τον εαυτό του αλλά και ως προς το προσωπικό. Η συμπεριφορά του μανιακού είναι εκτός ελέγχου και εντελώς ανεύθυνη.

Η νοσηλευτική διεργασία που ακολουθούμε σε αυτές τις περιπτώσεις λοιπόν είναι η παρακάτω.

7.3 Νοσηλευτική Παρέμβαση – Νοσηλευτική Διεργασία – Παρουσίαση Περιστατικών:

Περιστατικό 1:

Γυναίκα ασθενής Ε.Μ., άγαμη και άνεργη, ηλικίας 62 ετών, εισήχθη στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου, ύστερα από εμφάνιση διπολικής διαταραχής τύπου Ι.

Συγκεκριμένα, η ασθενής παρουσίαζε διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης, ευερεθιστότητα, υπερβολική αυτοεκτίμηση, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, ιδεοφυγή, πίεση κατά τον προφορικό λόγο, παραληρητικές ιδέες και διάσπαση της προσοχής.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 09/10/2014 και ώρα 15:50 μ. μ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: Ε.Μ.

Φύλλο: Θήλυ

ΗΜ.ΓΕΝ.: 02/12 /1952 Ηλικία: 62

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΥΠΟΥ Ι

Οικ. Κατάσταση: άγαμη

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της Διπολικής Διαταραχής Ι είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα μανιακά ή μεικτά επεισόδια. Συχνά, υπάρχουν επίσης ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Μπορεί να ξεκινήσει είτε με καταθλιπτικό επεισόδιο είτε με μανιακό.

Ο ψυχίατρος κατά την λήψη του ιστορικού διέκρινε κληρονομική διάθεση του φαινομένου της διπολικής διαταραχής καθώς η μητέρα της ασθενούς έπασχε από μια άλλη ψυχωσική διαταραχή, καλούμενη ως σχιζοφρένεια, όπου η μη έγκαιρη αποκατάσταση της ψυχικής ανισορροπίας την οδήγησε στον θάνατο (πράξη αυτοκτονίας).

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ:

Η ασθενής έχει μεγαλώσει σε ένα πιεστικό και στρεσογόνο περιβάλλον όπου επικρατεί η επιθετική και απροσάρμοστη συμπεριφορά μόνο του ενός κηδεμόνα (πατέρα). Τα τελευταία χρόνια εμφανίζει συμπτώματα διπολικής διαταραχής με εναλλαγές επεισοδίων μανίας και φάσεων κατάθλιψης με μεσοδιαστήματα φυσιολογικής διάθεσης.

Τα στρεσογόνα γεγονότα του βίου της και οι ψυχοπιεστικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες διαδραματίζουν, σύμφωνα με την κρίση του ψυχιάτρου, περισσότερο εκλυτικό παρά αιτιολογικό ρόλο στην εκδήλωση της πάθησης. Σημαντική βάση πυροδότησης της ψυχωτικής διαταραχής αποτελεί ο κληρονομικός παράγοντας όπου στηρίζεται στην νοσηρότητα άμεσου συγγενικού προσώπου (η μητέρα ασθενούς έπασχε από σχιζοφρενική διαταραχή).

ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ :

Η ασθενής παρουσίαζε διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης (ευφορική διάθεση), ευερεθιστότητα, υπερβολική αυτοεκτίμηση, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, ιδεοφυγή, παραληρητικές ιδέες, πίεση κατά την άσκηση του προφορικού λόγου και τέλος διάσπαση της προσοχής.

Ο ψυχίατρος σύμφωνα με το αναπτυξιακό (προηγούμενο) ιστορικό, το οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό, τα προβολικά τεστ προσωπικότητας (M.M.P.I) και τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων για αποκλεισμό κάποιας παθολογικής κατάστασης όπως ο υπερθυρεοειδισμός διάγνωσε ότι η ασθενής πάσχει από διπολική διαταραχή.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ :

Το DSM-IV (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών) παραπέμπει την ασθενή σε μια υποκατηγορία ψυχωτικών ασθενειών, την λεγόμενη διπολική διαταραχή τύπου I. Αρχικά σημαντικός παράμετρος για την προσέγγιση της

ασθενούς από θεραπευτική άποψη είναι η εξασφάλιση της προστασίας της και συγκεκριμένα η διασφάλιση της σωματικής και ψυχικής της ακεραιότητας. Η κλινική εικόνα μέσω της φαρμακευτικής αγωγής θα πρέπει να περιοριστεί στο ελάχιστο και η εφαρμογή κάποιας μορφής ψυχοθεραπείας θα ενισχύσει την ψυχική άμυνα του οργανισμού.

Έτσι το θεραπευτικό πλάνο περιλαμβάνει, από φαρμακευτικής πλευράς, την χορήγηση λιθίου και τον συνδυασμό καρβαμαζεπίνης και αλανζαπίνης. Ενώ υποχρεωτική θεωρείται και η εφαρμογή της ψυχοθεραπείας. Η ψυχοθεραπεία έχει ως στόχο την ανακούφιση των συμπτωμάτων και την αναγνώριση του τι πυροδοτεί το κάθε επεισόδιο, θα μειώσει τα αρνητικά συναισθήματα που εκφράζονται στις σχέσεις και θα εντοπίσει τα αρχικά συμπτώματα πριν από την πλήρη υποτροπή. Η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία, θεραπεία με επίκεντρο την οικογένεια και ψυχοεκπαίδευση έχουν την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και βοηθάνε στην πρόληψη των υποτροπών.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Διαταραχή συναισθηματικής διάθεσης • Ευερεθιστότητα • Υπερβολική αυτοεκτίμηση • Αϋπνία • Ιδεοφυγή • Πίεση προφορικού λόγου • Διάσπαση της προσοχής • Παραληρητικές ιδέες • Διπολική διαταραχή τύπου I 	<ul style="list-style-type: none"> •Αντιμετώπιση ευφορίας και ψυχικής διαταραχής •Ανακούφιση από τα συμπτώματα •Πρόληψη για πρόκληση βλάβης στον εαυτό της •Αποφυγή τοξικότητας – παρενεργειών από λίθιο 	<ul style="list-style-type: none"> •Ενημέρωση ασθενούς-οικογένειας για το θεραπευτικό πλάνο •Ψυχολογική υποστήριξη •Προσοχή για παρενέργειες φαρμάκων •Λήψη ζωτικών σημείων •Σημεία παρενεργειών (ξηροστομία, ναυτία, καρδιακή αρρυθμία & τρόμος χεριών) 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση λιθίου • Λήψη καρβαμαζεπίνης • Χορήγηση αλανζαπίνης • Εφαρμογή Ψυχοθεραπείας 	<ul style="list-style-type: none"> •Μείωση συμπτωματολογίας •Πρόληψη τραυματισμού •Συναισθηματική συγκρότηση •Αποφυγή τοξικότητας δραστικών ουσιών •Ψυχική αποκατάσταση ασθενούς

Περιστατικό 2:

Γυναίκα ασθενής Α.Λ., έγγαμη και άνεργη, ηλικίας 50 ετών, εισήχθη στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου, ύστερα από εκδήλωση διπολικής διαταραχής τύπου ΙΙ.

Συγκεκριμένα, η ασθενής παρουσίαζε ευφορική διάθεση, δυσκολία συγκέντρωσης, υπερκινητικότητα, εξωπραγματική αισιοδοξία, ψευδαισθήσεις, αίσθημα ενοχής και τάσεις αυτοκτονίας.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 09/08/2014 και ώρα 15:50 π.μ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: Α.Λ.

Φύλλο: Θήλυ

ΗΜ.ΓΕΝ.: 20/11/1964 Ηλικία:50

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΥΠΟΥ ΙΙ

Οικ. Κατάσταση: έγγαμη

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Η ασθενής έχει νοσηλευτεί στο παρελθόν σε νοσοκομειακή μονάδα και συγκεκριμένα στην παθολογική κλινική ύστερα από εκδήλωση αναπνευστικής λοίμωξης. Το οικογενειακό ιστορικό είναι επιβαρυσμένο καθώς οι γονείς της ασθενούς ήταν χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών και ο πατέρας έπασχε από καταθλιπτική διαταραχή.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ:

Η ασθενής πριν 4 χρόνια «έχασε» σε αυτοκινητιστικό δυστύχημα τα δυο της παιδιά και ακολούθησε ο θάνατος του συζύγου λόγω συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας. Βρέθηκε σε σύντομο και βίαιο χρονικό διάστημα μόνη της στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και αποτέλεσε την αφετηρία εμφάνισης συμπτωμάτων που υποδήλωναν πως πρόκειται για ανάπτυξη διπολικής διαταραχής. Τα συμπτώματα με την πάροδο του χρόνου άρχισαν να επιδεινώνονται

και τα συγγενικά πρόσωπα παρατήρησαν ότι η ασθενής είναι επικίνδυνη γι' αυτό ζήτησαν την ιατρική γνωμάτευση ενός ψυχιάτρου.

ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η ασθενής παρουσίαζε ευφορική διάθεση, δυσκολία συγκέντρωσης, υπερκινητικότητα, εξωπραγματική αισιοδοξία, ψευδαισθήσεις, αίσθημα ενοχής και αυτοκτονικές τάσεις. Σύμφωνα με την ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς της Διεθνούς Νοσολογικής Ταξινόμησης η ασθενής νοσεί από διπολική διαταραχή τύπου II.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ:

Η θεραπεία της Διπολικής διαταραχής είναι πρωτίστως φαρμακευτική, και παραμένει η πρώτη μορφή θεραπείας κυρίως για τις οξείες φάσεις της ασθένειας, την κατάθλιψη και τα μανιακά επεισόδια. Παρόλα αυτά, για την πλειοψηφία των ασθενών, η χρόνια φαρμακοθεραπεία λειτουργεί ως προφύλαξη ακόμα και αν τα μακροχρόνια αποτελέσματα δείχνουν μεγάλα ποσοστά υποτροπής, ακόμα και όταν οι ασθενείς βρίσκονται υπό φαρμακευτική αγωγή. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία φαίνεται να είναι οι πιο αποτελεσματικές όσον αφορά τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Η φαρμακευτική προσέγγιση της ασθενούς στηρίζεται στην χορήγηση αντιεπιληπτικών φαρμάκων όπως η καρβαμαζεπίνη και απαραίτητα στην λήψη λιθίου.

Η εκπαίδευση σε δεξιότητες που διευκολύνουν στην αναγνώριση των πρόδρομων συμπτωμάτων, στην αντιμετώπιση των ειδικών συμπτωμάτων της κάθε φάσης, στη συστηματική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, στην αντιμετώπιση του στρες και των προβλημάτων που απορρέουν από τη νόσο και επηρεάζουν την οικογενειακή και επαγγελματική ζωή του ατόμου. Η υποστήριξη για την αντιμετώπιση της χρονιότητας και του κοινωνικού στιγματισμού αποτελεί καθήκον της θεραπευτικής αποκατάστασης.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Ευφορική διάθεση • Δυσκολία συγκέντρωσης •Υπερκινητικότητα •Εξωπραγματική αισιοδοξία •Ψευδαισθήσεις •Αίσθημα ενοχής •Αυτοκτονικές τάσεις •Διπολική διαταραχή τύπου II 	<ul style="list-style-type: none"> •Εξασθένηση κλινικής εικόνας •Μείωση επεισοδίων •Αποφυγή άσκησης σωματικής βλάβης •Περιορισμός αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς 	<ul style="list-style-type: none"> •Ενημέρωση ασθενούς •Διατήρηση ουδετερότητας •Εκπλήρωση βασικών αναγκών (ανάπαυση, τροφή, υγιεινή) •Σταθερότητα ως προς της προσέγγιση •Αποφυγή αντιπαράθεσης •Λήψη ζωτικών σημείων 	<ul style="list-style-type: none"> •Χορήγηση λιθίου •Λήψη αντιεπιληπτικών φαρμάκων •Ψυχοθεραπεία •Διαπροσωπική προσέγγιση ασθενούς •Εκπαίδευση 	<ul style="list-style-type: none"> •Εξασθένηση συμπτωμάτων •Πρόληψη σωματικού τραυματισμού •Αποφυγή τοξικότητας δραστικών ουσιών •Πρόληψη παρενεργειών

Περιστατικό 3:

Γυναίκα ασθενής Η.Κ., έγγαμη και άνεργη, ηλικίας 47 ετών, εισήχθη στην νευρολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου, ύστερα από εκδήλωση καταθλιπτικής διαταραχής.

Συγκεκριμένα, η ασθενής παρουσίαζε θλίψη, στεναχώρια, έντονο θυμό, έλλειψη ενδιαφέροντος, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απελπισία, αυτοκαταστροφικές τάσεις, και ενοχικές εμμονές.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 12/09/2014 και ώρα 12:00 π.μ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: Η.Κ.

Φύλλο: Θήλυ

ΗΜ.ΓΕΝ.: 27/06/1967 Ηλικία:47

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Κατάθλιψη

Οικ. Κατάσταση: έγγαμη

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Η ασθενής πάσχει από Σκλήρυνση Κατά Πλάκας τα τελευταία 6 χρόνια και η εξέλιξη της νόσου δυσχεραίνει. Έχει κληρονομικό αναπνευστικής ευαισθησίας καθώς σε τακτά χρονικά διαστήματα ιδίως τους χειμερινούς μήνες εμφανίζει αναπνευστικές λοιμώξεις. Δεν έχει αισθανθεί στο παρελθόν κάποια διαταραχή της ψυχικής της ισορροπίας αλλά διακρίνει τους τελευταίους μήνες ενοχλήσεις στην ψυχολογική της υπόσταση λόγω του κοινωνικού στιγματισμού που αντιμετωπίζει στην κοινωνία.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ:

Η ασθενής έχει επηρεαστεί από συμπεριφορές συνανθρώπων της που την κάνουν να αισθάνεται ως μη φυσιολογική λόγω της έντονης συμπτωματολογίας της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας και του κοινωνικού στιγματισμού. Έχει επιλέξει για διάστημα μεγαλύτερο από ένα χρόνο να ζει χωρίς κοινωνικές επαφές, απομονωμένα στο σπίτι της. Από την έναρξη εκείνης της περιόδου διακρίνει

στον χαρακτήρα της μεταβολές που της επηρεάζουν την συμπεριφορά. Η θλίψη που την κατέχει δεν της επιτρέπει να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες με αισιοδοξία και ακολούθησαν ακόμα πιο ενοχλητικά συμπτώματα όπως η απελπισία και η έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες. Αναγκάστηκε να ζητήσει ιατρική γνωμάτευση όταν αισθάνθηκε πως άρχισε να αναπτύσσει αυτοκαταστροφικές τάσεις.

ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Ο νευρολόγος κατά την εισαγωγή της στην νευρολογική κλινική διέκρινε αμέσως ότι επρόκειτο για καταθλιπτική διαταραχή λόγω των έντονων χαρακτηριστικών συμπτωμάτων της νόσου. Η ασθενής παραπονέθηκε για απελπισία, θλίψη και μια μόνιμη στεναχώρια, έλλειψη ενδιαφέροντος, χαμηλή αυτοεκτίμηση της τωρινής της εικόνας, ενοχικές εμμονές που την βασανίζουν και το σημαντικότερο από όλα αυτοκαταστροφικές τάσεις ενάντια στον εαυτό της. Οι διαγνωστικές εξετάσεις που ακολούθησαν στην συνέχεια (όπως τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο Συναισθηματικών Διαταραχών DSM-III-R) ανέδειξαν ότι η ασθενής πάσχει από Καταθλιπτική Διαταραχή ως απόρροια της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ:

Στόχος της θεραπευτικής προσέγγισης της ασθενούς είναι η τροποποίηση των νευροδιαβιβαστών στον ανθρώπινο εγκέφαλο, δηλαδή η αύξηση της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης.

Από φαρμακευτική άποψη προτείνει την χορήγηση των εξής δραστικών ουσιών: εκλεκτικοί αναστολείς σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης, αναστολείς της ντοπαμίνης, τρικυκλικά φάρμακα και αναλγητικά. Πέραν αυτής της ιατρικής εντολής ζήτησε από την ασθενή να δεχτεί ορισμένες συνεδρίες ψυχοθεραπείας και συγκεκριμένα της υπαρξιακής ψυχοθεραπείας.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> •Θλίψη •Στεναχώρια •Έντονος θυμός •Έλλειψη ενδιαφέροντος •Χαμηλή αυτοεκτίμηση •Απελπισία •Αυτοκαταστροφικές τάσεις •Ενοχικές εμμονές •Κατάθλιψη 	<ul style="list-style-type: none"> •Αντιμετώπιση καταθλιπτικής διαταραχής •Ανακούφιση από τα συμπτώματα •Πρόληψη για πρόκληση βλάβης στον εαυτό της 	<ul style="list-style-type: none"> •Ενημέρωση ασθενούς για το θεραπευτικό πλάνο •Ενθάρρυνση για την εξέλιξη της νόσου •Ψυχολογική υποστήριξη •Προσοχή για παρενέργειες φαρμάκων •Λήψη ζωτικών σημείων 	<ul style="list-style-type: none"> •Χορήγηση εκλεκτικών αναστολέων σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης •Λήψη σε αναστολείς ντοπαμίνης •Τρικυκλικά φάρμακα •Ψυχοθεραπεία (υπαρξιακή ψυχοθεραπεία) 	<ul style="list-style-type: none"> •Επιτυχή θεραπεία κατάθλιψης •Αποφυγή επιπλοκών •Ψυχική αποκατάσταση ασθενούς

Κεφάλαιο 8: Στίγμα και ψυχική ασθένεια

8.1 Το στίγμα στην ψυχική ασθένεια

Στίγμα, σημαίνει λεκές, ανεξίτηλο σημάδι και κηλίδα. Μεταφορικά όμως το στίγμα είναι ένας έντονος χαρακτηρισμός με μειωτικό χαρακτήρα και κακή φήμη που αποδίδεται σε κάποιον και τις περισσότερες φορές είναι πολύ δύσκολο να απαλλαχτεί από αυτόν.

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας έχει ηλικία αιώνων στην συνείδηση της ανθρωπότητας. Αυτό το γεγονός είναι πιθανό να είναι και ο λόγος της επίμονης παρουσίας του στίγματος στην κοινωνία. Το στίγμα αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα στη σχέση του ψυχικά ασθενή με την κοινωνία και ταυτόχρονα είναι ο φόβος που έχουν οι ψυχιατρικοί ασθενείς και το περιβάλλον τους για την ύπαρξη μιας ψυχικής ασθένειας. Τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις λοιπόν είναι το κυριότερο πρόβλημα των ασθενών καθώς και των οικογενειών τους,

Εξ αιτίας των ανακριβειών τα άτομα της κοινωνίας έχουν καταλήξει να πιστεύουν ότι όσοι πάσχουν από μια ψυχολογική διαταραχή είναι αδύναμοι ή επικίνδυνοι. Η ψυχική ασθένεια έχει μάλιστα χαρακτηριστεί ως «αόρατη ασθένεια» γιατί ο μόνος τρόπος να μάθουμε εάν κάποιος έχει διαγνωσθεί με ψυχική νόσο είναι να μας το αποκαλύψει ο ίδιος, πράγμα δύσκολο.

Στις σύγχρονες κοινωνίες, τουλάχιστον ένας στους πέντε θα βιώσουν μια ψυχική διαταραχή κάποια στιγμή στη ζωή τους. Η ψυχική ασθένεια επηρεάζει άτομα ανεξάρτητα από ηλικία, επάγγελμα ή μορφωτικό επίπεδο.

Μεγαλύτερο ποσοστό σε στιγματιστικές συμπεριφορές παρουσιάζουν οι παλαιότερες γενιές και αυτό γιατί οι νέοι έχουν πλέον πρόσβαση σε μεγάλο όγκο πληροφοριών. Επίσης το στίγμα είναι μεγαλύτερο σε επαρχιακές πόλεις και χωριά και αυξάνεται όσο πιο απομονωμένα είναι αυτά. Ο λόγος είναι η μειωμένη τεχνολογική διείσδυση και ενημέρωση στις κοινωνίες αυτές. Το αποτέλεσμα είναι η ανελέητη διαπόμπευση του ψυχικά ασθενή!

Χαρακτηριστικά που προκαλούν την εκδήλωση στιγματιστικής συμπεριφοράς είναι:

- Η παραμελημένη ή άλλοτε παράξενη/εκκεντρική εμφάνιση των ασθενών
- Τα ελλείμματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, στις κοινωνικές τους δεξιότητες
- Ο ασυνήθιστος λόγος τους, η περίεργη/ακατανόητη/ανήσυχη συμπεριφορά τους

- Και μόνο η ΕΤΙΚΕΤΑ της ψυχικής νόσου

(blog.nowdoctor.gr)

8.2 Που οφείλεται το στίγμα;

Αρχικά αναφέρουμε ότι η ψυχική νόσος έχει σημαδευτεί από την ιστορία με δεισιδαιμονία, άγνοια και βασανιστήρια. Η κοινή γνώμη για τις ψυχικές ασθένειες είναι χειρότερη σήμερα από ότι ήταν πριν 20 χρόνια παρόλη την πρόοδο της ιατρικής και την εκπαίδευση στις ψυχολογικές θεραπείες.

Ο στιγματισμός οφείλεται στην έλλειψη γνώσης και πληροφόρησης σχετικά με τη νόσο και την αιτιολογία της. Η ψυχική ασθένεια είναι κάτι γενικό κι αόριστο και ότι δεν γνωρίζουμε μας προκαλεί φόβο.

Οι ανθρώπινες κοινωνίες ότι φοβούνται το γελοιοποιούν και το περιθωριοποιούν, γιατί νιώθουν ότι αυτό απειλεί τη συνοχή τους. Αυτή η περιθωριοποίηση ενδυναμώνει την αίσθηση ομοιογένειας της κοινωνίας μας, αλλά δυσκολεύει τόσο την πρόληψη όσο και την αποκατάσταση αυτών που αντιμετωπίζουν ψυχολογικές δυσκολίες. Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν κάποια προβλήματα στη ζωή τους συχνά τρομοκρατούνται στην ιδέα και μόνο πως μπορεί να έχουν ‘ψυχολογικά προβλήματα’. Συνήθως το αποσιωπούν και πιστεύουν ότι είναι κάτι για το οποίο θα πρέπει να ντρέπονται. Το χειρότερο είναι πως συχνά αποφεύγουν να ζητούν βοήθεια από ειδικούς, μιας και θεωρούν πως αυτό προσυπογράφει τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, με αποτέλεσμα να μην παίρνουν πολύτιμη βοήθεια στην αρχική φάση των σοβαρών καταστάσεων. Επίσης, όσοι ήδη αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προβλήματα αποφεύγουν να τα γνωστοποιήσουν και να τα συζητήσουν στο συγγενικό, κοινωνικό και εργασιακό τους περιβάλλον, φοβούμενοι την απόρριψη. Σε πολλές περιπτώσεις, ο φόβος της ψυχικής διαταραχής δημιουργεί πολύ περισσότερα προβλήματα και από την ίδια τη διαταραχή. (www.iatronet.gr)

Πολλοί είναι και οι μύθοι που ενισχύουν την προκατάληψη και το στίγμα στους ψυχικά ασθενείς. Δυστυχώς δεν είναι μόνο ο γενικός πληθυσμός που πιστεύει και ασπάζεται τους μύθους αυτούς αλλά και πολλοί επαγγελματίες υγείας διατηρούν μια εικόνα που θα χαρακτηρίζαμε στερεότυπη απέναντι στους ασθενείς.

Οι μύθοι για τις ψυχικές διαταραχές δεν σταματούν όμως εδώ. Είναι σημαντικό, λοιπόν, να γνωρίζουμε ότι η ψυχική ασθένεια:

- δεν προκαλείται ούτε από κακά πνεύματα ούτε από μάγια
- δεν προκαλείται από κατάρες και από ‘κακό μάτι’
- δεν είναι η τιμωρία του Θεού για τις αμαρτίες της οικογένειας ή του ατόμου
- δεν προκαλείται από έλλειψη θρησκευτικής πίστης
- δεν είναι το αποτέλεσμα ερωτικής απογοήτευσης
- δεν οφείλεται στην υπερβολική μελέτη
- δεν είναι μεταδοτική

(www.iatronet.gr)

Τι μπορούμε να κάνουμε για να περιορίσουμε το στίγμα;

Μπορούμε να καταπολεμήσουμε το στίγμα όταν έχουμε πραγματικά γεγονότα. Υπάρχουν ακόμα και περίοδοι στη ζωή μας που πιστεύουμε ότι όλοι είναι εναντίον μας και δε μπορούμε να τα βγάλουμε πέρα. Όμως, όλα αυτά τα συναισθήματα, για κάποιον ψυχικά ασθενή είναι συντριπτικά. Δεν υπάρχει συγκεκριμένος τρόπος για να αναπτυχθεί μια ψυχική ασθένεια. Σε μερικούς ανθρώπους, οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες στην οικογένειά του. Άλλες αιτίες μπορεί να έχουν σχέση με στρεσογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος όπως οι εμπειρίες σοβαρής παιδικής κακοποίησης, πόλεμου, βασανισμού, φτώχειας, απώλειας, απομόνωσης, παραμέλησης ή εγκατάλειψης. Η ψυχική νόσος μπορεί επίσης να συνδεθεί και με τη κατάχρηση ουσιών. Ανεξάρτητα όμως από το πώς οι άνθρωποι αναπτύσσουν μια ψυχική ασθένεια, υπάρχει συνήθως διαθέσιμη κάποια μορφή υποστήριξης, η οποία μπορεί να τους βοηθήσει να βελτιώσουν την υγεία τους και να ζήσουν μια παραγωγική ζωή. Θεωρείται κρίσιμης σημασίας η υποστήριξη της οικογένειας, των φίλων και των συναδέλφων. (www.klimaka.org.gr)

Ακόμα σημαντικό είναι να υπάρχει αντίκρουση στα ΜΜΕ και την εικόνα που προβάλλουν για τον ψυχικά ασθενή και να μην εξισώνουμε τους ανθρώπους με μια ασθένεια.

Η καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας αποτελεί ένα μεγάλο ζήτημα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ξεκινά από την αποδοχή και προχώρα με τις συλλογικές δράσεις και τις πρωτοβουλίες σε ατομικό πλέον επίπεδο.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σήμερα έχουν γίνει τεράστια βήματα για την κατανόηση των Διπολικών Διαταραχών. Παρόλα αυτά υπάρχουν ακόμα πολλά που πρέπει να γίνουν. 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.

Η διάγνωση θα πρέπει να γίνεται με πιο ακριβείς τρόπους και να στηρίζεται σε πιο αξιόπιστους δείκτες. Σήμερα τα ήπια συμπτώματα αναμειγνύονται πολλές φορές με κοινές και αποδεκτές συμπεριφορές καθιστώντας έτσι την ανίχνευση της νόσου όλο και δυσκολότερη. Το γεγονός αυτό οδηγεί το ιατρικό προσωπικό να κάνει τη διάγνωση της νόσου όταν πλέον αυτή έχει προχωρήσει αρκετά. 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.

Στο μέλλον τα φάρμακα και οι γενετικές θεραπείες μας δίνουν ελπίδα για πλήρη θεραπεία ή τουλάχιστον για μεγαλύτερο έλεγχο της διπολικής διαταραχής με λιγότερες φυσικά ανεπιθύμητες ενέργειες. Αναμένουμε τεράστια θεραπευτική επανάσταση, αφού η έρευνα προχωρά στην καταγραφή των γονιδίων που είναι υπεύθυνα για τη διπολική διαταραχή.

Υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον για τη μελέτη και τη βελτίωση της θεραπείας σε όλο το ηλικιακό φάσμα. Ζούμε σε μια εποχή όπου η γνώση και η επιστημονική ενημέρωση αυξάνονται καθημερινά και έτσι υπάρχουν πολλοί λόγοι να ελπίζουμε ότι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας θα βελτιωθεί και πάνω απ όλα ότι θα εξαφανιστεί ο κοινωνικός στιγματισμός για όλου όσους σήμερα νοσούν από διπολική διαταραχή.

Τέλος, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προτείνει λύσεις με αφορμή τον έλεγχο των συστημάτων υγείας όπως επίσης και καταγραφή της ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

Το τελικό συμπέρασμα είναι λοιπόν ότι πολλά πρέπει να γίνουν ακόμα και ταυτόχρονα πολλά είναι αυτά που μας δίνουν ελπίδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Psychiatric Association. Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association 1980.
2. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2005.
3. Baldessarini RJ, Tondo L, Faedda GL, et al: Effects of the rate of discontinuing lithium maintenance treatment in bipolar disorders. *J Clin Psychiatry* 1996.
4. Bipolar Disorder in Adults. National Institute of Mental Health, www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder-in-adults/index.shtml
5. Block S, Singh B.S Understating Troubled minds Melbourne, University Press 1998.
6. Bowden CL, Calabrese JR, McElroy SL, et al: The efficacy of lamotrigine in rapid cycling and non-rapid cycling patients with bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 1999.
7. Bruss C. Nursing diagnosis of hopelessness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1988, 26 (3): 28-31
8. Buckwalter KC. Abraham I. Alleviating the discharge crisis : The effects of cognitive-behavioral nursing intervention for depressed patients and their families. *Arch Psychiatr Nurs* 1987. 1 (5) :350
9. Calabrese JR, Boden CL, Sachs GS, et al: A double-blind placebo-controlled study of lamotrigine in rapid-cycling bipolar disorder, Lamictal 614 study group *J. Clin Psychiatry* 1999.
10. Calabrese JR, Boden CL Sachs GS, et al: A double-blind placebo-controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar I depression. Lamictal 602 Study Group. *J Clin Psychiatry* 2000.
11. Compton MT, Nemeroff CB: The treatment of bipolar depression. *J Clin Psychiatry* 62, 2000.
12. Doengers ME. Townsend MC. Moorhouse MF. Psychiatry care plans- Guidelines for client care. Philadelphia : Davis, 1989 : 249
13. Dubovsky SL: Mind- Body Deceptions. New York, WW Norton. 1997
14. Gershon ES: Genetics in Manic-Depressive illness. Edited by Goodwin FK, Jamison KR. New York, Oxford University Press, 1990.
15. Gershon S, Soares JC Current therapeutic profile lithium. *Acta Psychiatry Scand* 1997.

16. Gorman JM, Coplan JD: Comorbidity of depression and panic disorder. *J Clin Psychiatry* 57 (suppl) 1996.
17. <http://inpsy.gr>
18. <http://www.ison.gr>
19. Jamison KR. Manic-depressive illness, genes and creativity, in *Genetics and Mental illness. Evolving issues for Research and Society*. Edited by Hall LL. New York, Plenum, 1996.
20. Kallner G, et al: Mortality in 487 patients with affective disorders. *Pharmacopsychiatry*, 2000.
21. Kendler KK, Kessler CC, Neale MC, et al: The prediction of major depression in women towards an integrated etiologic model. *Am J psychiatry*, 1993.
22. Kessler R, Mc Gonagle K, et al: Lifetime and 12 months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994.
23. Kusumakar Y, Yatham LN, Haslam DSR, et al: Treatment of mania, mixed state and rapid cycling. *Can J Psychiatry* 42, 1997.
24. Maurer FA. Acute depression: Treatment and nursing strategies for this affective disorder. *Nurs Clin Am* 1986. 3: 413-427.
25. Mc Elroy SL, Keck PE, et al: clinical and research implication of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. *Am J Psychiatry*, 1992.
26. Nolen WA, Bloemkolk D: Treatment bipolar depression: a review of the literature and a suggestion for an algorithm. *Neuropsychobiology* 42, 2000.
27. Okuma T: Effects of carbamazepine and lithium on affective disorders. *Neuropsychobiology* 1993.
28. Post RM et al: Approaches to treatment resistant bipolar affectively ill patient. *Clin Psychiatry*. 1998.
29. Rogers CA. Reconciling models of depression. IN : Rogers CA . Ulsafer-Van Lanen J eds. *Nursing interventions in depression*. London : Grune and Stratton 1985: 1-12
30. Roy-Byrne P, Post RM, et al: The longitudinal course of recurrent affective illness. *Acta Psychiatric Scand*: 1985.
31. Sachs GS, Printz DJ, Kahn DA, et al: The Expert Consensus Guideline Series: medication treatment of bipolar disorder 2000. *Postcard Med*

32. Shneidman ES. Some controversies in suicidology: Toward a mentalist discipline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1993, 23 (4) :292-298.
33. Solomon DA, Bauer MS. Continuation and maintenance pharmacotherapy for unipolar and bipolar mood disorders. *Psychiatry. Clin north AM*. 1993.
34. Thase ME, Sachs GS: Bipolar depression. *Biol psychiatry* 2000.
35. Varcacolis EM. Foundations of psychiatric mental health nursing. Philadelphia : Saunders. 1990: 446. 476
36. Walden et al: An open longitudinal study of patient with bipolar rapid cycling treated with lithium lamotrigine for mood stabilization. *Bipolar disord* 2000.
37. www.psychologynow.gr/psychopathologia/katapolemontos-stigma--stin-psyhiki-astheneia.
38. www.psychologia.gr
39. www.iatronet.gr
40. www.wikipedia.gr
41. www.klimaka.org.gr
42. Zarate CA, Jr, Tohen M, Baldessarini RG: Clozapine in severe mood disorders *J Psychiatry*, 1995.
43. Zornberg GL, Pope HG Jr. Treatment of depression in bipolar disorder: new directions for research. *G Clin psychopharmacol* 1993.
44. Γ.Ν. Χριστοδούλου, Κατάθλιψη, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, 2004
45. Γ.Ν. Χριστοδούλου, Προληπτική Ψυχιατρική, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, 2000
46. Γ.Ν. Χριστοδούλου, Ψυχιατρική, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, 2000
47. Καπρίνης Γ, Ψυχολογία, ψυχιατρική, ψυχανάλυση: Σκέψεις πάνω στις διαφορές και στις ομοιότητες. *Ψυχολογικά Θέματα*, 1991, 4 (2): 197-201.
48. Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής University Studio Press Θεσσαλονίκη 1997.
49. Πτυχιακή Εργασία της Παραπάνη και Σκούρα, Επιβλέπουσα: Κουμανδράκη Αναστασία, Αλεξάνρειο ΤΕΙ Θεσσαλονίκης, 2010
50. Ραγιά Α. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις, Εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2007.

