

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ. ΤΜΗΜΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ: ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΑΜΒΑΣΗ

ΣΠΟΥΔΑΤΡΙΕΣ: ΜΟΛΑ ΣΕΛΒΕΡ

ΤΣΙΠΟΥΚΟΥ ΓΙΟΥΛΙΑΝΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ



ΠΑΤΡΑ 2014

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

ΜΟΝΟΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΛΙΘΙΟ

ΜΥΟΧΑΛΑΡΩΤΙΚΑ

ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΣ

ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ

ΑΥΠΝΙΑ

ΥΠΕΡΔΙΕΡΓΕΣΗ

ΖΑΛΗ

ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

GOLDBERG BIPOLAR SCREENING TEST

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
SUMMARY.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ABSTRACT	13
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	
1.1 ^H ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	17
1.2 ΤΥΠΟΙ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	19
1.3 ΑΙΤΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	
2.1 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	26
2.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	36
2.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

3.1 .ΘΕΡΑΠΕΙΑ	51
3.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	55
3.3 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	61
3.4 Η ΑΝΑΓΚΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	64
3.5 Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	79
3.6 ΠΡΟΓΝΩΣΗ	88

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΑΝΙΑ.....	90
4.2ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΘΛΙΨΗ.....	91
4.3ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ,ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ.....	92

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.GOLDBERG BIPOLAR
SCREENING TEST

5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	99
5.2 GOLDBERG BIPOLAR SCREENING TEST	100

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	108
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	110
ΕΙΚΟΝΕΣ.....	112
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	112

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή περιλαμβάνει μια ανασκόπηση των εννοιών σχετικά με την διπολική διαταραχή, την αιτιολογία, την εκδήλωση, την διάγνωση, την θεραπεία και την πρόγνωση της νόσου. Επίσης γίνεται μια ιστορική αναδρομή και μια μελέτη περιπτώσεως όπου επισημαίνεται η νοσηλευτική διεργασία, η αξιολόγηση του ασθενούς που πάσχει από διπολική διαταραχή, τα προβλήματα και οι ανάγκες που αντιμετωπίζει καθώς και τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν. Επιπλέον, γίνεται μια προσπάθεια να εντοπιστούν τα κοινά προβλήματα των ασθενών με ψυχική νόσο και ιδιαίτερα όσων πάσχουν από διπολική διαταραχή. Τέλος, παρουσιάζονται τα ψυχικά νοσήματα, η διπολική διαταραχή και οι πτυχές της νοσηλευτικής για την φροντίδα ασθενών με ψυχική νόσο.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Το παρόν δημιούργημα αποτελεί την πρώτη μου συγγραφική προσπάθεια σαν νοσηλεύτης/τρια, την αφορμή να ασχοληθώ εντατικά με τα ψυχικά νοσήματα και την διπολική διαταραχή, καθώς επίσης και το ερέθισμα για περαιτέρω μελλοντική ενασχόληση με την νοσηλευτική στον ψυχικό τομέα. Κατά την διάρκεια της συγγραφής αποκόμισα πολλές εμπειρίες, εμπλούτισα τις γνώσεις μου και έμαθα αρκετά ενδιαφέροντα πράγματα. Για το λόγο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον/την καθηγητή/τρια μου, τους γονείς και τους φίλους μου καθώς και όλους όσους συνέβαλαν σε αυτήν μου την προσπάθεια, για την πολύτιμη καθοδήγηση τους, την υπομονή και τη συμβολή τους γενικότερα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία αυτή περιγράφει την διπολική διαταραχή σαν μορφή ψυχικής νόσου, τους τύπους και τα αίτια που την διαφοροποιούν από άλλα ψυχικά νοσήματα, τις κλινικές εκδηλώσεις, τα συμπτώματα, την διάγνωση, την θεραπεία και την πρόγνωση. Επίσης μελετάται το ιστορικό ενός περιστατικού, οι ανάγκες που έχει ένας τέτοιος ασθενής σε ιεραρχική κλίμακα, η νοσηλευτική διεργασία, η αντιμετώπιση και τα προβλήματα που προκύπτουν κατά την διάρκεια της θεραπείας όπως παραδείγματος χάρη από την χορήγηση των φαρμάκων. Τέλος αναφέρονται τα ηθικά διλήμματα που αναδεικνύονται από τα περιστατικά που πάσχουν από διπολική διαταραχή, οι μύθοι και οι αλήθειες για αυτή τη νόσο και τα συμπεράσματα που προκύπτουν από όλη την διεργασία.

SUMMARY

This paper describes bipolar disorder as a form of mental illness, types and causes that differentiate it from other mental diseases, clinical manifestations, symptoms, diagnosis, treatment and prognosis. We also studied the history of an event, needs to have such a patient in a hierarchical scale, the nursing process, tackling the problems that arise during the course of treatment as for example by the administration of drugs. Finally the ethical dilemmas that emerge from the cases suffering from bipolar disorder, the myths and truths about this disease and the conclusions drawn from the whole process.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι διαταραχές του θυμικού είναι από τις συχνότερα παρατηρούμενες ψυχικές διαταραχές τόσο στην ψυχιατρική πρακτική όσο και στην καθημερινή επαγγελματική δραστηριότητα του γενικού γιατρού. Οι ποιοτικά ή ποσοτικά παθολογικές μεταβολές του θυμικού κυμαίνονται από την βαθιά κατάθλιψη ως τη μανιακή έξαρση. Η καταθλιπτική δυσθυμική κατάσταση είναι πολύ συχνή από το διαχεόμενο ευφορικό θυμικό της μανίας. Στη μανιοκαταθλιπτική ψύχωση η διαταραχή του θυμικού είναι πρωτογενής, θεμελιώδης και ενδογενής. Απ' όλες τις διαταραχές του θυμικού, η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση είναι η μόνη σαφώς διακρινόμενη κλινική οντότητα, χωρίς όμως να είναι και η πιο συχνή πάθηση. Παρουσιάζεται στο 20% περίπου του συνόλου των νοσηλευομένων για διαταραχές του θυμικού (Lempriere T., 1995).

Τα επεισόδια των συναισθηματικών διαταραχών είναι κυρίως δύο τύπων: είτε μανιακά είτε μείζονα καταθλιπτικά. Με βάση τον τύπο των επεισοδίων και την πορεία της νόσου διακρίνονται σε τρεις βασικές κλινικές

μορφές συναισθηματικής διαταραχής: οι μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές, οι διπολικές διαταραχές και η δυσθυμική διαταραχή, (δυσθυμία) (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α., 2012).

Οι διπολικές διαταραχές πιστεύεται ότι συμβαίνουν με τρόπο αυτόνομο δηλαδή επηρεάζονται λίγο από γεγονότα και υπαρξιακές καταστάσεις (παρότι οι πρώτες εμφανίσεις της νόσου συχνά έπονται χωρισμών ή απωλειών). Ως εκ τούτου η διάγνωση της διπολικής διαταραχής παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες. «Μια ιστορία από τη Βίβλο περιγράφει πως ο βασιλιάς Σαούλ έσκισε τα ρούχα του δημόσια, πέρασε εναλλασσόμενες κρίσεις έξαρσης και βαθιάς κατάθλιψης και τελικά αυτοκτόνησε. Μολονότι η ιστορία αποδίδει τη συμπεριφορά του στα κακά πνεύματα, οι ψυχολόγοι θα μπορούσαν να αποδώσουν σε μια διπολική. Μια διπολική διαταραχή που παλαιότερα ονομαζόταν μανιοκατάθλιψη, χαρακτηρίζεται από ημέρες ή εβδομάδες μανίας που εναλλάσσονται με μεγαλύτερες περιόδους μείζονος κατάθλιψης, οι οποίες τυπικά διαχωρίζονται μεταξύ τους από ημέρες ή εβδομάδες φυσιολογικής διάθεσης.

Η μανία χαρακτηρίζεται από ευφορία, υπερδραστηριότητα, μεγαλομανείς ιδέες, ασυνάρτητη φλυαρία, εξωπραγματική αισιοδοξία και υπερβολική αυτοεκτίμηση. Οι μανιακοί είναι ριψοκίνδυνοι σεξουαλικά, σωματικά και οικονομικά. Μπορεί επίσης να εκτιμούν τις ικανότητές τους, πράγμα που τους οδηγεί στο να κάνουν βιαστικές συμφωνίες ή να εγκαταλείπουν μια μόνιμη δουλειά για να προπονηθούν για τους Ολυμπιακούς Αγώνες.

Κάποιες φορές στη ζωή τους, σχεδόν το 1% των ενηλίκων είχε μια διπολική διαταραχή που είναι εξίσου κοινή στους άνδρες και στις γυναίκες (Αμερικανικός Ψυχιατρικός Σύλλογος 1987).

ABSTRACT

Mood disorders are among the most frequently observed psychiatric disorders both in psychiatric practice and the daily occupation of the general physician. The qualitative or quantitative pathological changes in mood ranging from deep depression to manic elation. The dysthymic depressive condition is very common in scattered thymic euphoric mania. In manic-depressive psychosis, mood disorder is a primary, fundamental and intrinsic. Of all the disorders of mood, manic depressive psychosis is the only distinct clinical entity, but is the most common condition. Occurs in about 20% of all hospitalizations for mood disorders (Lemperiere T., 1995).

The episodes of affective disorders are mainly of two types: either manic or major depressive. Depending on the type of events and the course of disease are divided into three main clinical forms of affective disorder: major depressive disorder, bipolar disorder and dysthymic disorder (dysthymia) (A Papageorgiu Vassilopoulou., 2012).

Bipolar disorder is believed to occur in a manner that is independent little affected by events and existential statements (although the first appearances of the disease is often followed by separation or loss). Therefore, the diagnosis of bipolar disorder presents particular difficulties. "A History of the Bible describes how King Saul tore his clothes in public, spent alternating crises elation and deep depression and eventually suicide. While the story gives the behavior of the evil spirits, psychologists could produce a dipole. A bipolar disorder formerly called manic depression, characterized by days or weeks of mania alternate with long periods of major depression, which are typically separated by days or weeks of normal mood.

Mania is characterized by euphoria, hyperactivity, megalomaniacs ideas, incoherent babbling, unrealistic optimism and excessive self-esteem. The maniacs are adventurous sexually, physically and financially. It can also assess their skills, which leads them to make hasty arrangements or leave a permanent job to train for the Olympics.

Sometimes in life, almost 1% of adults had a bipolar disorder is equally common in men and women (American Psychiatric Association 1987).

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η μανία και η μελαγχολία είχαν περιγραφεί από την αρχαιότητα, αλλά οι στενοί δεσμοί που τις συνενώνουν σε μία πάθηση δεν αναγνωρίστηκαν παρά το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα: Ο Baillarger (1854) περιέγραψε την “τρέλα με διπλή μορφή” (folieadoubleforme), ο J.P. Falret(1854) την “κυκλική τρέλα” (foliecirculaire) και οι Γερμανοί συγγραφείς μελέτησαν τις περιοδικές διαταραχές του θυμικού. Το 1899, ο Kraepelin συμπεριέλαβε σε μια πάθηση που την ονόμασε μανιοκαταθλιπτική τρέλα (foliemaniaco- depressive) όλες τις συναισθηματικές ψυχώσεις που είχαν περιγραφεί από τους προγενέστερους συγγραφείς (τρέλα εναλλασσόμενη, διαλείπουσα, κυκλική με διπλή μορφή). Σύμφωνα με τον Kraepelin, η μανιοκαταθλιπτική τρέλα

καθορίζεται από την προδιάθεση (ιδιοσυγκρασία, κληρονομικότητα) και έχει ευνοϊκή πρόγνωση παρά την τάση επανάληψης των κρίσεων (Lempriere T., 1995).

Η άποψη, ότι η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση αποτελεί ενιαία κλινική οντότητα, έγινε παραδεκτή για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, διάφορες κλινικές και γενετικές μελέτες έδειξαν την ύπαρξη υποομάδων με διαφορετικό τύπο μεταβίβασης και εξέλιξης. Αυτό οδήγησε τον Leonhard(1959) και στη συνέχεια τους Angstκαι Perrisνα προτείνουν μια πρώτη διαίρεση με βάση την πολικότητα σε: α) διπολική ψύχωση, η οποία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση μανιακών και μελαγχολικών κρίσεων στο ίδιο το άτομο και β) μονοπολική ψύχωση, η οποία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ενός μόνο τύπου κρίσεων (πχ υποτροπιάζουσα μελαγχολία). Μερικές πρόσφατες έρευνες (Winokur, Mendlewicz), οι οποίες όμως χρειάζονται επιβεβαίωση, προτείνουν διάφορες επιπλέον διαιρέσεις των δύο αυτών υποομάδων (Lempriere T., 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η Διπολική διαταραχή αποτελεί υποδιαίρεση της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης. Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση μανιακών και καταθλιπτικών κρίσεων (τουλάχιστον μια κρίση από το κάθε είδος). Στη μορφή αυτή συγκαταλέγονται και οι σπάνιες περιπτώσεις περιοδικής μανίας. Συνήθως οι ασθενείς του διπολικού τύπου παρουσιάζουν φυσιολογική ή κυκλοθυμική προσωπικότητα. Η κληρονομική επιβάρυνση είναι σημαντική, ιδίως, όσον αφορά τους απογόνους ασθενών. Μπορεί να εμφανιστεί διπολική ή μονοπολική διαταραχή (Lempriere T., 1995). Ο όρος διπολικός αναφέρεται στο ότι η διάθεση του ατόμου παρουσιάζει διακύμανση μεταξύ δύο συναισθηματικών πόλων: της μανίας και της κατάθλιψης (Eby L., Brown N., 2010).

Η έννοια της βρίσκεται στα παρακάτω σημεία:

- Ορίζεται και ως μανιοκατάθλιψη.
- Αποτελεί μια διαταραχή του εγκεφάλου.

- Προκαλεί ασυνήθιστες αλλαγές στη διάθεση.
- Στην ενέργεια.
- Στα επίπεδα δραστηριότητας.
- Αλλαγή στην πορεία της ημέρας εργασιών.

Τα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής, που παρουσιάζονται είναι σοβαρής μορφής. Είναι διαφορετικά από τα συνηθισμένα σκαμπανεβάσματα που ο καθένας εμφανίζει στην ψυχολογική του διάθεση από στιγμή σε στιγμή. Τα συμπτώματα της Διπολικής διαταραχής μπορεί να οδηγήσουν σε βλάβη στις σχέσεις, κακή δουλειά ή δυσμενής επιρροή στο σχολείο, και ακόμη και αυτοκτονία.

Ωστόσο, η διπολική διαταραχή μπορεί να αντιμετωπιστεί, και οι άνθρωποι με την ασθένεια αυτή μπορεί να επανέλθουν σε πλήρη και παραγωγική ζωή. Όμως τα συμπτώματα που εμφανίζονται ποικίλλουν από άτομο σε άτομο και ανάλογα με τον τύπο της διπολικής διαταραχής.

1.2 ΤΥΠΟΙ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Οι τύποι της διπολικής διαταραχής προσδιορίζονται ως εξής:

- Διπολική Διαταραχή Τύπου I, η οποία χαρακτηρίζεται από την εκδήλωση ενός ή περισσότερων επεισοδίων μανίας και από ένα ή περισσότερα επεισόδια κατάθλιψης.
- Διπολική Διαταραχή Τύπου II, η οποία χαρακτηρίζεται από την εκδήλωση ενός ή περισσότερων επεισοδίων υπομανίας (ήπια μανία) και από ένα ή περισσότερα επεισόδια κατάθλιψης.

Η διπολική διαταραχή τύπου I διακρίνεται περαιτέρω σε υποτύπους: μεικτός (το άτομο εκδηλώνει ταχεία εναλλαγή στη διαθεσή του), μανιακός (το άτομο το μεγαλύτερο διάστημα βρίσκεται σε κατάσταση μανίας) και καταθλιπτικός (το άτομο βρίσκεται σε φάση κατάθλιψης, υπάρχει όμως ιστορικό επεισοδίων μανίας) (Hogan M.A., 2012).

1.3 ΑΙΤΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Όπως και η μείζων κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή τύπου I έχει οικογενή χαρακτήρα. Υπάρχουν ενδείξεις υπέρ της αιτιολογίας, όχι όμως και μονογονιδιακής κληρονομικότητας. Οι συγγενείς πρώτου βαθμού ενός πάσχοντος έχουν 4-24% πιθανότητα να αναπτύξουν διπολική διαταραχή, ποσοστό παρόμοιο με αυτό στη μείζονα κατάθλιψη. Ένα μανιακό επεισόδιο μπορεί να ακολουθήσει την επίδραση ενός στρεσογόνου εκλυτικού παράγοντα. Ο διαταραγμένος ύπνος (π.χ. ταξίδια σε διαφορετικές χρονικές ζώνες ή εργασία σε βάρδιες) μπορεί να αποτελέσει εκλυτικό παράγοντα (Eby L., Brown N., 2010).

Οι νευροδιαβιβαστές νοραδρεναλίνη και ντοπαμίνη συμμετέχουν επίσης στην παθογένεια των μανιακών επεισοδίων. Οι ίδιοι μονοαμινικοί νευροδιαβιβαστές, η δραστηριότητα των οποίων μειώνεται στην κατάθλιψη, είναι αυξημένη στη μανία. Στις διαταραχές της διάθεσης αλληλεπιδρούν επίσης ορμόνες με τους νευροδιαβιβαστές. Ο υποθυρεοειδισμός μπορεί να συνοδεύεται από κατάθλιψη ή ταχέως εναλλασσόμενα

επεισόδια μανίας και κατάθλιψης (Eby L., Brown N., 2010).

Η μανία θεωρείται οργανική νόσος. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες παίζουν περισσότερο ρόλο όσον αφορά στον χρόνο εμφάνισης των μανιακών επεισοδίων, παρά στην αιτιοπαθογένειά τους. Στρεσογόνα γεγονότα μπορεί να προηγούνται των επεισοδίων μανίας (Eby L., Brown N., 2010).

Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή συνήθως ακολουθούν αγωγή με σταθεροποιητικά της διάθεσης για την πρόληψη και την θεραπεία της μανίας. Εκτός από τα σταθεροποιητικά της διάθεσης, χορηγείται συνήθως και κάποιο αντικαταθλιπτικό, σε χαμηλότερες όμως δόσεις από εκείνες που χορηγούνται στα καταθλιπτικά άτομα. Η δόση παραμένει χαμηλή διότι τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να πυροδοτήσουν μανιακό επεισόδιο σε άτομο με διπολική διαταραχή (Eby L., Brown N., 2010).

Η Διπολική διαταραχή , όπως αναφέρθηκε τείνει να εμφανιστεί στις πάσχουσες οικογένειες. Κάποια έρευνα έχει δείξει ότι τα άτομα με ορισμένα γονίδια είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν διπολική διαταραχή από άλλα. Τα παιδιά με ένα γονέα ή αδελφό που έχει διπολική

διαταραχή είναι πολύ πιο πιθανό να αναπτύξουν τη νόσο, σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής. Ωστόσο, τα περισσότερα παιδιά με οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής δεν θα αναπτύξουν την ασθένεια.

Η τεχνολογική πρόοδος, έχει παρουσιάσει βελτίωση της γενετικής έρευνας για τη διπολική διαταραχή. Ένα παράδειγμα είναι η έναρξη της Διπολικής Διαταραχής phenome βάση δεδομένων, η οποία χρηματοδοτείται εν μέρει από το NIMH. Χρησιμοποιώντας τη βάση δεδομένων, οι επιστήμονες θα είναι σε θέση να συνδέσουν τα ορατά σημάδια της διαταραχής με τα γονίδια που μπορεί να τους επηρεάσουν.

Οι επιστήμονες μελετούν, επίσης, ασθένειες με παρόμοια συμπτώματα όπως η κατάθλιψη και η σχιζοφρένεια για να εντοπίσουν τις γενετικές διαφορές που μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο ενός ατόμου για την ανάπτυξη της διπολικής διαταραχής. Η εύρεση αυτών των γενετικών σημείων αναφοράς μπορεί επίσης να βοηθήσει στην διαμόρφωση της εξήγησης στο πώς οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο ενός ατόμου.

Ωστόσο, τα γονίδια δεν είναι ο μόνος παράγοντας κινδύνου για τη διπολική διαταραχή. Μελέτες που έγιναν πάνω σε πανομοιότυπα δίδυμα έχουν δείξει ότι το δίδυμο ενός ατόμου με διπολική διαταραχή δεν αναπτύσσει πάντα τη διαταραχή, παρά το γεγονός ότι οι πανομοιότυποι δίδυμοι μοιράζονται όλα τα ίδια γονίδια. Η έρευνα δείχνει ότι οι παράγοντες, εκτός από τα γονίδια βρίσκονται επίσης στην εργασία (Eby L., Brown N., 2010).

Είναι πιθανό ότι πολλά διαφορετικά γονίδια και περιβαλλοντικοί παράγοντες εμπλέκονται στην δημιουργία αυτού του αποτελέσματος. Ωστόσο, οι επιστήμονες δεν έχουν ακόμη κατανοήσει πλήρως πώς αυτοί οι παράγοντες αλληλεπιδρούν και προκαλούν διπολική διαταραχή.

Εργαλεία απεικόνισης του εγκεφάλου, όπως η λειτουργική μαγνητική τομογραφία (fMRI) και η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET), επιτρέπουν στους ερευνητές να πάρουν τις εικόνες του εγκεφάλου σε άτομα που βρίσκονται στην εργασία. Τα εργαλεία αυτά

βοηθούν τους επιστήμονες να μελετήσουν τη δομή και τη δραστηριότητα του εγκεφάλου εκείνη την στιγμή.

Μερικές μελέτες απεικόνισης δείχνουν πώς οι εγκεφαλοι των ατόμων με διπολική διαταραχή μπορεί να διαφέρουν από τους εγκεφάλους των υγιών ανθρώπων ή από άτομα με άλλες ψυχικές διαταραχές. Για παράδειγμα, μία μελέτη με τη χρήση MRI διαπίστωσε ότι το μοτίβο της ανάπτυξης του εγκεφάλου σε παιδιά με διπολική διαταραχή ήταν παρόμοιο με εκείνο σε παιδιά με «πολυδιάστατη δυσλειτουργία,» μια διαταραχή που προκαλεί τα συμπτώματα που επικαλύπτονται κάπως με διπολική διαταραχή και τη σχιζοφρένεια. Αυτό υποδηλώνει ότι η κοινή δομή που παρουσιάζει το μοτίβο της ανάπτυξης του εγκεφάλου μπορεί να συνδέεται με γενικό κίνδυνο για ασταθείς διαθέσεις (Eby L., Brown N., 2010).

Μια άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι η MRI στο προμετωπιαίο φλοιό του εγκεφάλου σε ενήλικες με διπολική διαταραχή ,τείνει να είναι μικρότερη και λειτουργεί λιγότερο σε σύγκριση με τους ενήλικες που

δεν έχουν διπολική διαταραχή. Ο προμετωπιαίος φλοιός είναι μια δομή του εγκεφάλου που εμπλέκεται στο «εκτελεστικό μέρος» στις λειτουργίες, όπως στην επίλυση προβλημάτων και τη λήψη αποφάσεων (Eby L., Brown N., 2010).

Αυτή η δομή και οι συνδέσεις της σε άλλα μέρη του εγκεφάλου είναι ώριμη κατά την εφηβεία, γεγονός που υποδηλώνει ότι η ανώμαλη ανάπτυξη αυτού του κυκλώματος του εγκεφάλου μπορεί να ευθύνεται για τη διαταραχή που προκύπτει κατά τη διάρκεια των ετών εφήβων ενός ατόμου.

Επισημαίνοντας τις αλλαγές του εγκεφάλου στη νεολαία μπορεί βοηθήσουν να εντοπιστεί η ασθένεια νωρίς ή να προσφέρουν την ευκαιρία για την έγκαιρη παρέμβαση. Οι συνδέσεις μεταξύ των περιοχών του εγκεφάλου είναι σημαντικές για τη διαμόρφωση και τον συντονισμό των λειτουργιών, όπως το σχηματισμό αναμνήσεων, τη μάθηση, και τα συναισθήματα, αλλά οι επιστήμονες γνωρίζουν ελάχιστα για το πώς διαφορετικά μέρη του ανθρώπινου εγκεφάλου συνδέονται μεταξύ τους.

Μαθαίνοντας περισσότερα για τις συνδέσεις αυτές, μαζί με τις πληροφορίες που προκύπτουν από τις γενετικές μελέτες, βοηθά τους επιστήμονες να κατανοήσουν καλύτερα τη διπολική διαταραχή. Οι επιστήμονες εργάζονται για να είναι σε θέση να προβλέψουν ποια είδη θεραπείας θα λειτουργήσουν πιο αποτελεσματικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

2.1 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Η συναισθηματική διάθεση του ατόμου στη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου μπορεί να περιγραφεί σε έξαρση, ως ευφορική, "ανεβασμένη", ή ασυνήθιστα καλή. Η διάθεση χαρακτηρίζεται από μόνιμο ενθουσιασμό, ανεξαρτήτως συνθηκών. Συχνά παρατηρούνται εναλλαγές περιόδων έξαρσης και ευερεθιστότητας. Ο πάσχων μπορεί να παίξει μπάσκετ με ενθουσιασμό για 24 ώρες, θυμώνοντας όταν κάποιος προσπαθήσει να του πάρει την μπάλα. Μπορεί να

επιδωθεί σε όργιο αγορών, αγοράζοντας δώρα για όλους με πιστωτική κάρτα, ή να σπαταλήσει όλο του το μισθό σε τυχερά παιχνίδια. Αυτή η έκρηξη δραστηριότητας φαίνεται παραγωγική στον ασθενή, μπορεί όμως στην πραγματικότητα να είναι ανοργάνωτη και αντιπαραγωγική (Eby L., Brown N., 2010).

Οι παραληρητικές ιδέες μεγαλείου είναι συχνές. Ο ασθενής μπορεί να πιστεύει ότι είναι διάσημος μουσικός ή επιτυχημένος μυθιστοριογράφος, χωρίς να έχει ίχνος ταλέντου ούτε στη μουσική ούτε στο γράψιμο. Μπορεί να θεωρεί τον εαυτό του ικανό να δίνει συμβουλές επί παντός επιστητού, όπως για παράδειγμα για το πώς πρέπει να διενεργηθεί μια χειρουργική επέμβαση εγκεφάλου ή πώς να σταλεί ένας πύραυλος στον Άρη. Ο ασθενής μπορεί να θεωρεί τον εαυτό του υπερήρωα (Eby L., Brown N., 2010).

Τα άτομα με μανία έχουν σχεδόν πάντα ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο. Μπορεί να ξυπνούν αρκετές ώρες νωρίτερα απ' ότι συνήθως, νιώθοντας γεμάτοι ενέργεια. Όταν η μανία είναι σοβαρή, ο πάσχων μπορεί να παραμείνει άυπνος για μέρες χωρίς να νιώθει κουρασμένος.

Τα άτομα με μανία παρουσιάζουν ταχεία ομιλία και πίεση λόγου, ομιλία δηλαδή τόσο γρήγορη και βεβιασμένη που δύσκολα μπορεί κάποιος να τους διακόψει. Οι εκφράσεις του ατόμου μπορεί να είναι υπερβολικά δραματικές ή να σχετίζονται μεταξύ τους περισσότερο ηχητικά παρά λεκτικά, όπως στην περίπτωση του ηχητικού συνειρμού (Eby L., Brown N., 2010).

Οι άνθρωποι με διπολική διαταραχή βιώνουν ασυνήθιστα έντονες συναισθηματικές καταστάσεις που συμβαίνουν σε διακριτές περιόδους που ονομάζονται "επεισόδια της διάθεσης." Κάθε επεισόδιο διάθεσης αντιπροσωπεύει μια δραστική αλλαγή από τη συνηθισμένη διάθεση και τη συμπεριφορά του ατόμου. Μια πολύ χαρούμενη ή σε υπερδιέγερση κατάσταση ονομάζεται μανιακό επεισόδιο, και μια εξαιρετικά θλιβερή και απελπιστική κατάσταση ονομάζεται ένα καταθλιπτικό επεισόδιο.

Μερικές φορές, ένα επεισόδιο διάθεσης περιλαμβάνει συμπτώματα τόσο μανίας, όσο και της κατάθλιψης. Αυτό ονομάζεται μια μικτή κατάσταση. Οι άνθρωποι με διπολική διαταραχή, επίσης μπορεί να είναι

εκρηκτικοί και οξύθυμοι κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου διάθεσης.

Τα συμπτώματα αναφέρονται στη λίστα παρακάτω:

- Extreme αλλαγές στον τομέα της ενέργειας.
- Στη δραστηριότητα.
- Στον ύπνο.
- Στη συμπεριφορά.
- Μια μακρά περίοδος συναισθηματικά "υψηλή", ή μια υπερβολικά χαρούμενη ή εξερχόμενη διάθεση.
- Ακραία ευερεθιστότητα.
- Αλλαγές συμπεριφοράς.
- Μιλώντας πολύ γρήγορα, πηδώντας από τη μια ιδέα στην άλλη, με φευγαλέες σκέψεις, είναι ένα ακόμη σύμπτωμα.
- Απόσπαση της προσοχής.
- Αύξηση στις δραστηριότητες, όπως η ανάληψη νέων έργων.

- Υπερβολική ανησυχία.
 - Λίγος ύπνος.
 - Μη αίσθηση της κούρασης.
 - Ρεαλιστική πίστη στις ικανότητές.
 - Αυθόρμητη συμπεριφορά.
 - Εμπλοκή σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου.
 - Αλλαγές στη διάθεση.
- Ένα υπερβολικά μεγάλο χρονικό διάστημα από αίσθημα θλίψης.
 - Απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που απολαμβάνουν μια φορά, συμπεριλαμβανομένου του φύλου.
 - Αίσθημα κόπωσης.
 - Έχοντας προβλήματα συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων.
 - Όντας ανήσυχος ή ευερέθιστος.

- Αλλαγή στο φαγητό, τον ύπνο, ή στις άλλες συνήθειες.
- Η σκέψη του θανάτου ή αυτοκτονίας ή απόπειρα αυτοκτονίας.

Η διπολική διαταραχή μπορεί να υπάρχει ακόμα και όταν εναλλαγές της διάθεσης είναι λιγότερο ακραίες. Για παράδειγμα, μερικοί άνθρωποι με διπολική διαταραχή βιώνουν την υπομανία, μια λιγότερο σοβαρή μορφή της μανίας η οποία προαναφέρθηκε. Κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου υπομανίας, μπορεί να αισθάνεται ο πάσχων πολύ καλά, να είναι πολύ παραγωγική η διάθεση του, και να λειτουργεί καλά.

Μπορεί να μην αισθάνονται ότι κάτι είναι λάθος, αλλά η οικογένεια και οι φίλοι μπορούν να αναγνωρίσουν τις εναλλαγές της διάθεσης και την εκδήλωση διπολικής διαταραχής. Χωρίς την κατάλληλη θεραπεία, τα άτομα με υπομανία μπορεί να αναπτύξουν σοβαρή μανία ή κατάθλιψη.

Η διπολική διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε μια μικτή κατάσταση, στην οποία μπορεί να εκδηλωθεί τόσο

το αίσθημα της μανίας, όσο και της κατάθλιψης κατά τον ίδιο χρόνο. Κατά τη διάρκεια μια μικτής κατάστασης, μπορεί ο πάσχων να νιώσει πολύ ταραγμένος, να έχει προβλήματα στον ύπνο, σημαντικές αλλαγές στην όρεξη, και να έχει σκέψεις αυτοκτονίας. Άτομο που βρίσκεται σε μια μικτή κατάσταση μπορεί να αισθάνεται πολύ λυπημένος ή απελπισία, ενώ ταυτόχρονα αισθάνεται εξαιρετικά ενεργός.

Μερικές φορές, ένα άτομο με σοβαρά επεισόδια μανίας ή κατάθλιψης έχει ψυχωτικά συμπτώματα σε μεγάλο βαθμό, όπως παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις. Τα ψυχωτικά συμπτώματα τείνουν να αντικατοπτρίζουν τις ακραίες εκδηλώσεις στη διάθεση του ατόμου. Για παράδειγμα, αν ένα άτομο που πάσχει έχει ψυχωτικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου, μπορεί να πιστεύει ότι είναι ένα διάσημο πρόσωπο, ότι έχει πολλά χρήματα, ή έχει ειδικές εξουσίες.

Εάν έχει ψυχωτικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου, μπορεί να πιστεύει ότι είναι ερειπωμένο και αδέκαρο, ή έχει διαπράξει ένα έγκλημα. Ως αποτέλεσμα, τα άτομα με διπολική

διαταραχή που έχουν ψυχωτικά συμπτώματα είναι συχνά άσχημα πρότυπα συμπεριφοράς με σχιζοφρένεια.

Οι άνθρωποι με διπολική διαταραχή μπορεί επίσης να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών, να έχουν προβλήματα σχέσης, ή έχουν κακές επιδόσεις στο σχολείο ή στη δουλειά. Μπορεί ο πάσχων να είναι δύσκολο να αναγνωρίσει αυτά τα προβλήματα, όπως τα σημάδια μιας μεγάλης ψυχικής ασθένειας.

Η διπολική διαταραχή συνήθως διαρκεί μια ζωή. Τα επεισόδια μανίας και κατάθλιψης συνήθως έρχονται με την πάροδο του χρόνου. Μεταξύ των επεισοδίων, πολλοί άνθρωποι με διπολική διαταραχή είναι απαλλαγμένοι από συμπτώματα, αλλά μερικοί άνθρωποι μπορεί να έχουν παρατεταμένα συμπτώματα.

Ο πάσχων εμφανίζει επίσης εύκολη διάσπαση της προσοχής, η οποία χαρακτηρίζεται από αδυναμία φιλτραρίσματος των αισθητικών ερεθισμάτων. Το άτομο δεν μπορεί να διακρίνει ποιες σκέψεις είναι σχετικές με την κατάσταση και ποιες όχι. Η προσοχή μανιακών ασθενών που βρίσκονται στο μέσο μιας συζήτησης

μπορεί να αποσπαστεί από κάποια ρούχα, χρώματα, ήχους ή ακόμη και από κάποια έπιπλα στο δωμάτιο (Eby L., Brown N., 2010).

Η υπερβολική στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα μπορεί να περιλαμβάνει τον ταυτόχρονο σχεδιασμό και εκτέλεση πολλών δραστηριοτήτων, όπως σχέσεις με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους, παραγωγή μεγάλου όγκου δουλειάς που τελικά αποδεικνύεται συνάρτηση ή συμμετοχή σε πολλαπλές οικονομικές συναλλαγές. Οι πάσχοντες μπορούν να κάνουν πολλές συζητήσεις ταυτόχρονα, είτε αυτοπροσώπως ή στο τηλέφωνο. Μπορεί να ξεκινούν πολλές διαφορετικές εργασίες χωρίς να έχουν τη δυνατότητα να τις ολοκληρώσουν.

Υπεραισιοδοξία, μεγαλομανία και πτωχή κρίση χαρακτηρίζουν τη συμπεριφορά των μανιακών. Οι ασθενείς μπορεί να επιδίδονται σε άσκοπες σπατάλες (πχ ολόκληρος μισθός σε τυχερά παιχνίδια), χαρτοπαιξία, επικίνδυνη οδήγηση και σε μη ασφαλείς σεξουαλικές συμπεριφορές, αγνοώντας τα πιθανά οδυνηρά επακόλουθα (Eby L., Brown N., 2010).

Οι πάσχοντες μπορεί να σπαταλούν χρήματα που δεν έχουν, να μετέχουν σε παράνομες δραστηριότητες που συνεπάγονται σοβαρές τιμωρίες ή να επιδεικνύουν αυτοκαταστροφική ή επιθετική συμπεριφορά χωρίς να προβλέπουν τις μελλοντικές συνέπειες. Κάτι που φαίνεται σαν συναρπαστική εμπειρία στην αρχή μπορεί να αποδειχθεί ολέθριο για τους πάσχοντες και τους οικείους τους.

Τα μανιακά επεισόδια επηρεάζουν τη λειτουργικότητα των πασχόντων και μπορεί να αποδειχθούν απειλητικά για τη ζωή τους. Η υπερβολική δαπάνη ενέργειας χωρίς επαρκή ανάπαυση μπορεί να οδηγήσει σε εξουθένωση. Συχνά στη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου, τα άτομα παραμελούν τη διατροφή τους, με αποτέλεσμα να μειώνεται ακόμη περισσότερο η διαθέσιμη ενέργεια (Eby L., Brown N., 2010).

Τα άτομα στην διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου δεν έχουν επίγνωση της νόσου τους (αναισθησία) και των συνεπειών αυτής στους ίδιους και τους γύρω τους. Συχνά αρνούνται κάθε θεραπεία. Ενίοτε καθίσταται

απαραίτητη η αναγκαστική εισαγωγή στο νοσοκομείο για την προστασία των ασθενών από την ίδια τους τη συμπεριφορά. Η ακούσια νοσηλεία ενδείκνυται μόνον όταν το άτομο θέτει σε κίνδυνο τον εαυτό του ή τους άλλους (Eby L., Brown N., 2010).

2.2ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η συμπτωματολογία στη μανία περιλαμβάνει:

1) *Διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης:* συναίσθημα ευφορικό – διάχυτο. Ο πάσχων είναι εύθυμος και φλύαρος, αστειεύεται, σαρκάζει, είναι δραστήριος και αισιόδοξος. Το παρόν γι' αυτόν δεν παρουσιάζει δυσκολίες, το μέλλον είναι ρόδινο. Η εύθυμη διάθεση του διαχέεται στο περιβάλλον. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που ο ασθενής είναι ευερέθιστος και θυμώνει, ιδίως όταν το περιβάλλον του δεν τον παρακολουθεί ή εναντιώνεται στις ιδέες του. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να γίνει και επικίνδυνος.

2) *Εμφάνιση και συμπεριφορά:* η έκφραση του ασθενούς είναι ζωηρή, το βλέμμα του λάμπει, το

πρόσωπό του ακτινοβολεί, κάνει χειρονομίες, συμπεριφέρεται με υπερβολική οικειότητα σε αγνώστους και δίνει διαταγές σε όλους. Εκδηλώνεται με ανάρμοστο χιούμορ και συχνά γέλια, έχει άρση αναστολιών η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με ενοχλητική συμπεριφορά π.χ. να γυμνωθεί σε δημόσιους χώρους, να κάνει πρόταση για σεξουαλική επαφή με αγνώστους, συνασθενείς και πρόσωπα κύρους.

3) *Σκέψη:ιδεόρροια*: εμφανίζει μεγάλη επιτάχυνση και οι ιδέες βιώνονται σαν να συνωθούνται στο μυαλό του. *Υπερτίμηση του εγώ*: ο πάσχων πιστεύει πως είναι πολύ ωραίος, έξυπνος, δυνατός, πλούσιος και ικανός κ.α. *ιδέες μεγαλείου*: όταν η υπερτίμηση του εγώ έχει ξεπεράσει ορισμένα όρια, φτάνει στο παραλήρημα του μεγαλείου.

4) *Ομιλία:λογόρροια*: ο τόνος της φωνής είναι πολύ υψηλός, μιλάει γρήγορα και αδιάκοπα. *Φυγή ιδεών*:μιλώντας μεταπηδά από θέμα σε θέμα, ώστε η ομιλία του να γίνεται πολλές φορές ασυνάρτητη και ακατάληπτη.

5) *Ψυχοκινητική δραστηριότητα*:είναι αυξημένη. Ο πάσχων είναι ανήσυχος και υπερκινητικός, κοιμάται λίγο

και κουράζεται δύσκολα, αλλά δεν αποδίδει στην εργασία του, γιατί αρχίζει μια εργασία και την αφήνει στη μέση επειδή η προσοχή του αποσπάται αλλού.

6) *Αντίληψη*: ψευδαισθήσεις συμβατές με την υπερθυμία του ασθενούς μπορεί να υπάρχουν σε σπάνιες περιπτώσεις. Όταν υπάρχουν είναι συνήθως του τύπου των ακουστικών ψευδαισθήσεων.

7) *Προσοχή*: η αυτόματη προσοχή είναι αυξημένη αλλά ασταθής. Έτσι, ο ασθενής επικεντρώνει την προσοχή του σε διάφορα ασήμαντα ερεθίσματα.

8) *Προσανατολισμός*: ο πάσχων από παραληρητική μανία είναι αποπροσανατόλιστος σε τόπο και χρόνο.

9) *Μνήμη*: συνήθως δεν παρουσιάζει διαταραχές. Η παλιά μνήμη μπορεί να είναι αυξημένη ενώ η άμεση μνήμη μειωμένη.

10) *Σωματικά ενοχλήματα*: αϋπνία: ο ασθενής κατακλύζεται από ενεργητικότητα και έχει μειωμένη ανάγκη ύπνου μέσα στο εικοσιτετράωρο, χωρίς να παραπονείται για αϋπνία ή έλλειψη ύπνου. Απώλεια βάρους, λόγω της μεγάλης δραστηριότητας. Αφυδάτωση. Αύξηση σεξουαλικής επιθυμίας, η οποία μπορεί να συνοδεύεται από πολυμεικτική συμπεριφορά, κατά την

οποία δεν τηρούνται οι συνήθεις κανόνες κοινωνικής ευπρέπειας, ούτε μέτρα ασφαλείας για την αποτροπή μόλυνσης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή για την αποφυγή εγκυμοσύνης στις γυναίκες. Διαταραχές έμμηνου ρύσεως στις γυναίκες, δεκατική πυρετική κίνηση.

11) *Παράβαση κανόνων και ορίων νοσηλευτικού τμήματος, αλλά και αλλού.*

12) *Προσπάθεια για χειρισμό των συναδέλφων και συνασθενών(Παπαγεωργίου- Βασιλοπούλου Α., 2012).*

Η συμπτωματολογία στην κατάθλιψη περιλαμβάνει:

1) *Διαταραχές της συναισθηματικής διάθεσης: το συναίσθημα είναι καταθλιπτικό, ο ασθενής χάνει το κέφι του, δεν χαμογελά, είναι ευερέθιστος, συγκινείται και δακρύζει εύκολα, τα βλέπει όλα μαύρα, είναι περίλυπος, κλείνεται στον εαυτό του, υποτιμά τα ευχάριστα γεγονότα και μεγαλοποιεί τα δυσάρεστα. Αισθάνεται χειρότερα τις πρωινές ώρες και κάπως καλύτερα τις απογευματινές (σε αντίθεση με τον ασθενή που έχει νευρωσική κατάθλιψη όπου συμβαίνει το αντίθετο).*

Μπορεί άλλοτε να κλαίει και να ζητάει να τον συγχωρήσουν για φανταστικά αμαρτήματα, ενώ άλλοτε να αισθάνεται ότι δεν μπορεί να κλάψει γιατί όπως λέει «στέρεψαν τα μάτια μου».

2) *Εμφάνιση και συμπεριφορά:* ο καταθλιπτικός ασθενής έχει πεσμένα χαρακτηριστικά προσώπου, άτονο και ικετευτικό βλέμμα που κατευθύνεται προς τα κάτω, κυρτωμένη ράχη και ώμους, παραμελημένη αμφίεση και μειωμένη κινητικότητα. Φαίνεται κουρασμένος και δίνει την εντύπωση ότι έχει ηλικία μεγαλύτερη από την πραγματική. Οι χειρονομίες και οι μορφασμοί είναι μειωμένοι.

3) *Ανηδονία:* ο καταθλιπτικός ασθενής δεν μπορεί να αντλήσει ευχαρίστηση από την ζωή.

4) *Σκέψη:* λιμνασμός ιδεών, μονοϊδεασμός, ένδεια ιδεών. Η σκέψη του πάσχοντος προσηλώνεται πάντα στις μελαγχολικές ιδέες που «μηρυκάζει» συνέχεια, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η παραγωγή άλλων ιδεών. Διαταραχές περιεχομένου: στις διαταραχές περιεχομένου περιλαμβάνονται παρερμηνείες, παραληρητικές ιδέες. Το θέμα των παρερμηνειών είναι πάντα καταθλιπτικού περιεχομένου. Οι παραληρητικές

ιδέες περιλαμβάνουν ιδέες ενοχής, μηδενισμού, αναξιότητας, αυτοϋποτίμησης, ολέθρου και ιδέες υποχονδριακού τύπου.

5) *Ομιλία*: είναι διστακτική, χαμηλόφωνη και αργή. Στις σοβαρές περιπτώσεις φτάνει μέχρι αφωνία και αλαλία.

6) *Ψυχοκινητική δραστηριότητα*: είναι μειωμένη. Ο ασθενής κουράζεται εύκολα, παρουσιάζει βραδύτητα στην εκτέλεση των σωματικών και ψυχικών λειτουργιών. Στις βαριές περιπτώσεις φθάνει μέχρι την εμβροντησία (stupor), δηλαδή πλήρη ψυχοκινητική αναστολή. Σε ηλικιωμένα καταθλιπτικά άτομα αντί για ψυχοκινητική επιβάρυνση έχουμε αυξημένη ψυχοκινητική δραστηριότητα.

7) *Αντίληψη*: διαταραχές της αντίληψης υπάρχουν μόνο στις βαριές μορφές της νόσου. Έχουν τον χαρακτήρα ψευδαισθήσεων και παραισθήσεων.

8) *Προσοχή, προσανατολισμός, μνήμη*: επηρεάζονται δευτερογενώς γιατί ο ασθενής επικεντρώνεται στις καταθλιπτικές του ιδέες και αδιαφορεί για το περιβάλλον.

9) *Βούληση*: είναι μειωμένη, ο ασθενής είναι αναποφάσιστος και θεωρεί τον εαυτό του ανίκανο.

10) *Υποχονδριακά συμπτώματα*: είναι συχνά και αναφέρονται κυρίως με πόνους στο κεφάλι, στα άκρα, στη μέση, στον αυχένα, στο στήθος και προκάρδιους παλμούς κ.α.

11) *Σωματικά ενοχλήματα*: αϋπνία: ο ασθενής ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί 2-3 ώρες πριν από το κανονικό, στριφογυρίζει στο κρεβάτι, σκέπτεται με τρόμο την ημέρα που έρχεται, θυμάται τις αποτυχίες και τις απογοητεύσεις της ζωής του. Αυτή η αϋπνία είναι τύπου "πρώιμης αφύπνισης". Στις ελαφρότερες καταθλίψεις ο ασθενής δυσκολεύεται να αποκοιμηθεί, η αϋπνία αυτή είναι τύπου "επελεύσεως". Στις σοβαρότερες καταθλίψεις που ο ασθενής ξυπνάει από εφιάλτες και δυσκολεύεται να ξανακοιμηθεί, η αϋπνία αυτή είναι τύπου "διακεκομμένου ύπνου". Ανορεξία και απώλεια βάρους. Ξηροστομία που οφείλεται σε μειωμένη παρωτιδική έκκριση και επιτείνεται από την αντιχολινεργική δράση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Διαταραχές εμμήνου ρύσεως στις γυναίκες.

12) *Αυτοκτονία*: μεγαλύτερος κίνδυνος αυτοκαταστροφής παρατηρείται στην κατάθλιψη από οποιαδήποτε άλλη νόσο. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος αυτοκτονίας παρουσιάζεται κατά την έναρξη της νόσου ή κατά την αποδρομή, μερικούς μήνες μετά την βελτίωση των συμπτωμάτων. Ποσοστό 75% των καταθλιπτικών ασθενών έχουν τάσεις αυτοκτονίας και αυτοκαταστροφής (Παπαγεωργίου- Βασιλοπούλου Α., 2012).

2.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διπολική διαταραχή συχνά αναπτύσσεται στο τέλος της εφηβείας ενός ατόμου ή στα πρώτα ενήλικα χρόνια. Τουλάχιστον το ήμισυ του συνόλου των περιπτώσεων έχει ξεκινήσει πριν την ηλικία των 25. Μερικοί άνθρωποι έχουν τα πρώτα συμπτώματά τους κατά την παιδική ηλικία, ενώ άλλοι μπορεί να παρουσιάσουν συμπτώματα αργότερα στη ζωή τους.

Η διάγνωση της διπολικής διαταραχής όταν έχουν συμβεί πολλά επεισόδια μανίας και κατάθλιψης είναι

σχετικά εύκολο να πραγματοποιηθεί αλλά όταν η νόσος βρίσκεται στην αρχή της εμφάνισής της είναι δύσκολο να γίνει μία ακριβής διάγνωση.

Το πρώτο επεισόδιο που αντιπροσωπεύει τη διπολική διαταραχή παρουσιάζει χαρακτηριστικά όπως:

Ø Οξεία εμφάνιση εντός κάποιων ημερών ή βδομάδων.

Ø Υπερθυμικό συναίσθημα υπέρ της μανίας.

Ø Σε περίπτωση που υπάρχουν ακουστικές ψευδαισθήσεις αυτές δεν μοιάζουν με τις αντίστοιχες που παρατηρούνται στη σχιζοφρένεια, δηλαδή, σχολιασμό και φωνές.

Ø Το παραλήρημα δεν είναι αλλόκοτο στη μανία.

Ø Δεν παρατηρείται σταδιακή έκπτωση όπως στη σχιζοφρένεια.

Ø Οι γιατροί διάγνωση διπολικής διαταραχής χρησιμοποιώντας τις κατευθυντήριες γραμμές από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM). Για να διαγνωστεί με διπολική διαταραχή, τα συμπτώματα θα πρέπει να είναι μια σημαντική αλλαγή από την κανονική διάθεση ή τη

συμπεριφορά σας. Υπάρχουν τέσσερις βασικοί τύποι της διπολικής διαταραχής:

Ø Διπολική Διαταραχή τύπου I-ορίζεται από μανιακά ή μικτά επεισόδια που διαρκούν τουλάχιστον επτά ημέρες, ή μανιακά συμπτώματα που είναι τόσο σοβαρή ώστε το άτομο χρειάζεται άμεση νοσοκομειακή περίθαλψη. Συνήθως, τα καταθλιπτικά επεισόδια συμβαίνουν, καθώς, συνήθως διαρκεί τουλάχιστον 2 εβδομάδες.

Ø Διπολική II Διαταραχή-ορίζεται από ένα μοτίβο των καταθλιπτικών επεισοδίων και υπομανίας, αλλά όχι πλήρη άνηση μανιακά ή μικτά επεισόδια.

Ø Διπολική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (BP-NOS) -diagnosed όταν υπάρχουν συμπτώματα της ασθένειας, αλλά δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια είτε διπολική I ή II. Ωστόσο, τα συμπτώματα είναι σαφώς έξω από φυσιολογική περιοχή του ατόμου συμπεριφορά.

Ø Κυκλοθυμική διαταραχή, ή Κυκλοθυμία-μια ήπια μορφή διπολικής διαταραχής. Άτομα με κυκλοθυμία έχουν επεισόδια υπομανίας, καθώς και ήπια

κατάθλιψη για τουλάχιστον 2 χρόνια. Ωστόσο, τα συμπτώματα δεν πληρούν τα διαγνωστικά απαιτήσεις για οποιονδήποτε άλλο τύπο της διπολικής διαταραχής.

Ø Μια σοβαρή μορφή της διαταραχής ονομάζεται Rapid-ποδηλασία διπολική διαταραχή. Η ταχεία ποδηλασία συμβαίνει όταν ένα άτομο έχει τέσσερα ή περισσότερα επεισόδια μείζονος κατάθλιψης, μανίας, υπομανίας, ή μικτών καταστάσεων, όλα μέσα σε ένα χρόνο. Η ταχεία ποδηλασία φαίνεται να είναι πιο συχνή σε άτομα που έχουν την πρώτη εκδήλωση σε διπολικό επεισόδιο τους σε νεαρότερη ηλικία. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι οι άνθρωποι με ταχεία ποδηλασία είχαν το πρώτο τους επεισόδιο περίπου 4 χρόνια νωρίτερα, κατά τη διάρκεια από μέσα έως τα τέλη στα εφηβικά τους χρόνια-από ό, τι τα άτομα χωρίς ταχεία ποδηλασία με διπολική διαταραχή.

Ø Η ταχεία ποδηλασία επηρεάζει περισσότερο τις γυναίκες από τους άνδρες.

Ø Η ταχεία ποδηλασία μπορεί να έρχεται και να φεύγει.

Ø Όταν πάρει μια διάγνωση, ο πάροχος γιατρός ή την υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να προβεί σε φυσική εξέταση, μια συνέντευξη, και εργαστηριακές εξετάσεις. Επί του παρόντος, η διπολική διαταραχή δεν μπορεί να προσδιοριστεί μέσω μιας εξέτασης αίματος ή μιας σάρωσης του εγκεφάλου, όμως αυτές οι δοκιμές μπορούν να βοηθήσουν, ο γιατρός να αποκλείσει άλλους παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν σε προβλήματα διάθεσης, όπως ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, όγκο στον εγκέφαλο, ή την κατάσταση του θυρεοειδούς.

Ø Εάν τα προβλήματα δεν προκαλούνται από άλλες ασθένειες, ο παροχέας υπηρεσιών υγείας μπορεί να διενεργήσει αξιολόγηση της ψυχικής υγείας ή να παρέχει μια παραπομπή σε έναν εκπαιδευμένο επαγγελματία ψυχικής υγείας, όπως ένα ψυχίατρο, ο οποίος έχει εμπειρία στη διάγνωση και θεραπεία της διπολικής διαταραχής.

Ø Ο γιατρός ή επαγγελματίας ψυχικής υγείας θα πρέπει να συζητήσει με τον ασθενή για οποιαδήποτε οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής ή άλλων ψυχικών ασθενειών και να πάρει ένα πλήρες ιστορικό των συμπτωμάτων. Ο γιατρός ή επαγγελματίας ψυχικής

υγείας θα πρέπει να μιλήσει με στενούς συγγενείς ή τον/την σύζυγο για τα συμπτώματά και το οικογενειακό ιατρικό ιστορικό του ασθενούς.

Ø Οι άνθρωποι με διπολική διαταραχή είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν βοήθεια όταν βρίσκονται σε ύφεση από ό, τι όταν αντιμετωπίζουν μανία ή υπομανία. Ως εκ τούτου, μια προσεκτική ανασκόπηση στο ιατρικό ιστορικό είναι απαραίτητη για να εξασφαλιστεί ότι η διπολική διαταραχή δεν έχει διαγνωστεί λανθασμένα ως μείζονα κατάθλιψη. Σε αντίθεση με τα άτομα με διπολική διαταραχή, οι άνθρωποι που έχουν κατάθλιψη μόνο (μονοπολική κατάθλιψη) δεν αντιμετωπίζουν μανία.

Ø Η διπολική διαταραχή μπορεί να επιδεινωθεί εάν αφεθεί αδιάγνωστη και χωρίς θεραπεία. Τα επεισόδια μπορεί να γίνουν πιο συχνά ή πιο σοβαρά με την πάροδο του χρόνου χωρίς θεραπεία. Επίσης, οι καθυστερήσεις στη σωστή διάγνωση και θεραπεία μπορεί να συμβάλουν στην προσωπική, κοινωνική ζωή, και σχετίζονται με τα εργασιακά προβλήματα. Η σωστή διάγνωση θα βοηθήσει στη θεραπεία στα άτομα με διπολική διαταραχή να είναι υγιή και να κάνουν

παραγωγική ζωή. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η θεραπεία μπορεί να βοηθήσει να μειώσει τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των επεισοδίων.

Ø Η κατάχρηση ουσιών είναι πολύ συχνή μεταξύ των ανθρώπων με διπολική διαταραχή, αλλά οι λόγοι για αυτή τη σύνδεση είναι ασαφείς. Μερικοί άνθρωποι με διπολική διαταραχή μπορεί να προσπαθήσουν να συνδυάσουν για τη θεραπεία των συμπτωμάτων τους το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά. Ωστόσο, η κατάχρηση ουσιών μπορεί να πυροδοτήσει ή να παρατείνει τα διπολικά συμπτώματα, και τα προβλήματα συμπεριφοράς ελέγχου που συνδέονται με μανία που μπορεί να οδηγήσει σε ένα πρόσωπο σε μεγάλο βαθμό.

Ø Αγχώδεις διαταραχές, όπως διαταραχή του μετατραυματικού στρες (PTSD) και η κοινωνική φοβία, επίσης, συμβαίνουν συχνά μεταξύ των ανθρώπων με διπολική διαταραχή. Διπολική διαταραχή συνυπάρχει επίσης με τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ADHD), το οποίο έχει κάποια συμπτώματα τα οποία επικαλύπτονται με τη διπολική

διαταραχή, όπως η νευρική και την εύκολη απόσπαση της προσοχής.

Ø Άτομα με διπολική διαταραχή είναι σε υψηλότερο κίνδυνο για τη νόσο του θυρεοειδούς, σε πονοκεφάλους ημικρανίας, στη καρδιακή νόσο, στο διαβήτη, τη παχυσαρκία, και σε άλλες φυσικές ασθένειες. Αυτές οι ασθένειες μπορεί να προκαλέσουν τα συμπτώματα της μανίας ή της κατάθλιψης. Μπορούν επίσης να προκύψουν από τη θεραπεία για τη διπολική διαταραχή.

Επίσης, όταν η νόσος εμφανίζεται σε ηλικιακά νεαρά άτομα είναι δύσκολο να διαγνωθεί και χρειάζεται συνεχής παρακολούθηση για μήνες μέσα από την οποία θα γίνει η τελική διάγνωση. Έχει παρατηρηθεί παλαιότερα άτομα να έχουν διαγνωστεί ως σχιζοφρενείς στο πρώτο στάδιο εμφάνισης την νόσου και έπειτα η τελική διάγνωση.

Τέλος, η διπολική διαταραχή διαφοροποιείται από από την κυκλοθυμία και τις διαταραχές προσωπικότητας, ιδιαίτερα της μεθοριακής στην οποία υπάρχει

συναισθηματική αστάθεια.(Sadock Bj, Sadock VA,2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ3.ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ3.1 .ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα άτομα σε μανιακό επεισόδιο συχνά δεν δέχονται ότι απαιτείται βοήθεια ειδικού και αντιστέκονται στο να επισκεφτούν ειδικό. Είναι πιο πιθανό να ζητήσουν βοήθεια λόγω της δυσφορίας που νιώθουν όταν βρίσκονται σε Μεικτό ή Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Είναι σημαντικό επομένως το οικογενειακό περιβάλλον να παρακινήσει το άτομο όσο μπορεί προκειμένου αυτό να επισκεφθεί ειδικό. Μερικές φορές μπορεί να υπάρχουν και ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες μεγαλείου ή ψευδαισθήσεις, κάτι που αυξάνει τον κίνδυνο το άτομο να βλάψει τον εαυτό του.

Η αποτελεσματική θεραπεία των καταθλιπτικών, των μανιακών και των μικτών επεισοδίων που προκαλούνται

από τη διπολική διαταραχή I και II καθώς και τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή απαιτεί τη χορήγηση και επίβλεψη ψυχοτρόπων φαρμάκων από ειδικούς. Η αποκατάσταση ξεκινά, όταν ο ασθενής κατανοήσει ότι τα συμπτώματα δεν είναι ψυχολογικές αυταπάτες που κρύβουν βαθιά, τραγικά μυστικά αυτό-προκαλούμενων συναισθηματικών τραυμάτων, αλλά ενδείξεις μιας σοβαρής και πραγματικής νόσου, η οποία χωρίς φάρμακα δεν θα βελτιωθεί. Ο κύριος θεραπευτικός στόχος για όλες τις διπολικές διαταραχές είναι να σταματήσουν τα καταστροφικά συμπτώματα και να επιστρέψουν οι ασθενείς στο συνηθισμένο επίπεδο λειτουργικότητας. Στο βιβλίο τους, οι Goodwin και Jamison τονίζουν τη σημασία της πρόωρης, έγκαιρης και επιθετικής θεραπείας των ασθενών με διπολική διαταραχή.

Η καθυστέρηση της θεραπείας και η ελπίδα ότι τα συμπτώματα θα υποχωρήσουν με τον ίδιο μυστηριώδη τρόπο που εμφανίστηκαν μπορεί να καταλήξει σε καταστροφή. Τα αθεράπευτα μανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια αυξάνουν την σοβαρότητα της νόσου. Ελαττώνουν τη διάρκεια του χρόνου μεταξύ των

επεισοδίων, καταστρέφουν βιολογικές δομές του εγκεφάλου και αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

Αν και τα φάρμακα είναι το πρώτο βήμα της θεραπείας, ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό σχέδιο περιλαμβάνει:

(1) Εκπαίδευση για τα φάρμακα.

(2) Εκπαίδευση των ασθενών, των οικογενειών και των σημαντικών

προσώπων για τις διπολικές διαταραχές.

(3) Εκμάθηση αναγνώρισης των πρώιμων προειδοποιητικών σημείων και

της διαφοράς μεταξύ των φυσιολογικών μεταβολών της διάθεσης και

των διπολικών επεισοδίων.

(4) Κατάλληλη ψυχοθεραπεία.

(5) Υποστήριξη προς τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η διπολική διαταραχή δεν μπορεί να θεραπευτεί, αλλά μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά πάνω από το μέσο μακροπρόθεσμο όριο. Η σωστή θεραπεία βοηθά πολλούς ανθρώπους με διπολική διαταραχή

ακόμη και εκείνους με τις πιο σοβαρές μορφές της ασθένειας. Τους βοηθάει να έχουν κέρδος στο καλύτερο έλεγχο της εναλλαγής της διάθεσης τους που σχετίζεται με τα συμπτώματα.

Αλλά επειδή είναι μια δια βίου ασθένεια, μακροχρόνια, η συνεχή θεραπεία είναι απαραίτητη για τον έλεγχο των συμπτωμάτων. Ωστόσο, ακόμη και με την κατάλληλη θεραπεία, αλλαγές στη διάθεση μπορεί να συμβούν. Στο NIMH χρηματοδοτείται η συστηματική θεραπεία Enhancement Program για τη Διπολική Διαταραχή (STEP-BD) η οποία είναι η μεγαλύτερη μελέτη που έχει διεξαχθεί ποτέ για την θεραπεία για τη διπολική διαταραχή Έχοντας μια άλλη ψυχική διαταραχή εκτός από την διπολική διαταραχή αυξάνει τις πιθανότητες ενός ατόμου για μια υποτροπή.

Διαφορετικοί τύποι των φαρμάκων που μπορούν να βοηθήσουν στον έλεγχο των συμπτωμάτων της διπολικής διαταραχής. Δεν ανταποκρίνονται όλοι σε φάρμακα κατά τον ίδιο τρόπο. Μπορεί να χρειαστεί να

δοκιμάσετε πολλά διαφορετικά φάρμακα πριν την εύρεση αυτά που λειτουργούν καλύτερα για σας.

Κρατώντας ένα ημερήσιο γράφημα για τη ζωή που κάνει , κρατώντας σημείωση καθημερινά στα συμπτώματα στη διάθεση, τις θεραπείες, του ύπνου, και γεγονότα της ζωής μπορεί το ίδιο το άτομο μαζί με την βοήθεια του ιατρού να παρακολουθεί και να θεραπεύσει την ασθένειά πιο αποτελεσματικά. Αν τα συμπτώματά αλλάξουν ή αν οι παρενέργειες γίνουν αφόρητες, ο γιατρός μπορεί να αλλάξει ή να προσθέσει και άλλα φάρμακα.

3.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Τα είδη των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται γενικά για την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής περιλαμβάνουν σταθεροποιητές διάθεσης, άτυπα αντιψυχωτικά και αντικαταθλιπτικά.

Οι Σταθεροποιητές διάθεσης είναι συνήθως η πρώτη επιλογή για την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής. Σε γενικές γραμμές, οι άνθρωποι με διπολική διαταραχή θα συνεχίσουν τη θεραπεία με σταθεροποιητές της

διάθεσης για χρόνια. Το Λίθιο(ΕΙΚΟΝΑ 1) (επίσης γνωστή ως Eskalith ή λίθιο) είναι ένας αποτελεσματικός σταθεροποιητής διάθεσης. Ήταν το πρώτο σταθεροποιητικό της διάθεσης που εγκρίθηκε από το FDA το 1970 για τη θεραπεία τόσο σε μανιακά , όσο και σε καταθλιπτικά επεισόδια.

ΕΙΚΟΝΑ 1.ΛΙΘΙΟ



Τα αντιεπιληπτικά χρησιμοποιούνται επίσης ως σταθεροποιητικά της διάθεσης. Η θεραπεία αρχικά, αναπτύχθηκε για τη θεραπεία επιληπτικών κρίσεων, αλλά επίσης για να βοηθήσει στον έλεγχο της διαθέσης (Sachs GS,1996). Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται ως σταθεροποιητές της διάθεσης περιλαμβάνουν:

Το βαλπροϊκό οξύ ή βαλπροϊκό νάτριο (Depakote),(EIKONA 2) που εγκρίθηκε από το FDA το 1995 για τη θεραπεία της μανίας. Είναι μια δημοφιλής εναλλακτική λύση για το λίθιο. Ωστόσο, οι νέες γυναίκες που λάμβαναν βαλπροϊκό οξύ προσώπου ειδικές προφυλάξεις.



EIKONA 2. DEPAKOTE

Η λαμοτριγίνη (Lamictal),(EIKONA 3) εγκεκριμένη από την FDA για τη θεραπεία συντήρησης της διπολικής διαταραχής, συχνά είναι αποτελεσματική στη θεραπεία καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

EIKONA 3. LAMICTAL



Άλλες θεραπείες με αντισπασμωδικά φάρμακα, συμπεριλαμβάνουν γκαμπαπεντίνη (Neurontin)(ΕΙΚΟΝΑ 4), η τοπιραμάτη (Topamax)(ΕΙΚΟΝΑ 5) και οξκαρβαζεπίνη (Trileptal)(ΕΙΚΟΝΑ 6).

ΕΙΚΟΝΑ 4. NEURONTIN





EIKONA 5. TOPAMAX



EIKONA 6. TRILEPTAL

Το βαλπροϊκό οξύ, λαμοτριγίνη, και άλλα αντιεπιληπτικά φάρμακα έχουν μια προειδοποίηση FDA. Η προειδοποίηση αναφέρει ότι η χρήση τους μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο αυτοκτονικών σκέψεων και συμπεριφορών(Lam D, Wong G, Sham P,2001).

. Οι άνθρωποι που παίρνουν αντισπασμωδικά φάρμακα για τη διπολική ή άλλες ασθένειες θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά για νέα ή επιδείνωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, αυτοκτονικές σκέψεις ή συμπεριφορά, ή οποιεσδήποτε ασυνήθιστες αλλαγές στη διάθεση ή τη συμπεριφορά. Η δοσολογία θα πρέπει να επιβάλλεται μόνο από τον θεράποντα ιατρό.

Οποιαδήποτε θεραπεία για τις διπολικές διαταραχές που δεν τονίζει και δεν ξεκινά με άμεση φαρμακευτική θεραπεία, ως κύριο στοιχείο για την υποχώρηση των συμπτωμάτων, πρέπει να θεωρείται αμφισβητούμενη από τους ασθενείς.

Σήμερα, καμία μορφή θεραπείας δεν μπορεί να θεραπεύσει τις διπολικές διαταραχές. Στους περισσότερους ασθενείς με διπολική διαταραχή και με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η φαρμακευτική

αγωγή πρέπει να διατηρηθεί σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Έτσι, η εκπαίδευση και οι τεχνικές πληροφορίες χρειάζονται περιοδική αναθεώρηση. Η ανάγκη για την κατάλληλη ψυχοθεραπεία υπαγορεύεται σε μεγάλο βαθμό από τα προσωπικά και οικογενειακά προβλήματα του ασθενούς, τη δράση των φαρμάκων και από τα γεγονότα του περιβάλλοντος. Επειδή πρόκειται για μία χρόνια νόσο, το μέγεθος της υποστήριξης που απαιτείται από τον ασθενή, την οικογένεια ή άλλα σημαντικά πρόσωπα αυξομειώνεται.

3.3 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Επίσης η φαρμακευτική αγωγή που αναφέρθηκε προηγουμένως παρουσιάζει τις παρακάτω παρενέργειες:

1. Ανησυχία.
2. Ξηροστομία .
3. Φούσκωμα ή δυσπεψία.
4. Ακμή.
5. Ασυνήθιστη δυσφορία σε χαμηλές θερμοκρασίες.
6. Μυϊκό πόνο.

7. Τα εύθραυστα νύχια ή τα μαλλιά.
8. Νεφρική δυσλειτουργία και σε ακραία περίπτωση ανεπάρκεια.
9. Αλλαγή στη λειτουργία του θυρεοειδούς.
10. Υποθυρεοειδισμό .
11. Υπνηλία.
12. Ζάλη.
13. Πονοκέφαλο.
14. Διάρροια.
15. Δυσκοιλιότητα.
16. Καούρα.
17. Κυκλοθυμία.
18. Ρινική καταρροή ή άλλα συμπτώματα κρυολογήματος.

Η ανάγκη για Υποστήριξη μεταβάλλεται όχι μόνο με την έναρξη και την σοβαρότητα των επεισοδίων της νόσου, αλλά και με τις μεταβολές και τις αλλαγές στην

εθνική και προσωπική οικονομική κατάσταση, τη διαθεσιμότητα μεταφορικών μέσων, το κόστος και τους κανόνες ενοικίασης, των σχέσεων, των νομικών προβλημάτων και πολλών περιβαλλοντικών καταστάσεων και οικολογικών συστημάτων που επηρεάζουν τις συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου. (Lam D, Wong G, Sham P,2001).

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι η χρήση της φαρμακευτικής αγωγής σε συνδυασμό με την ψυχοθεραπεία είναι η θεραπεία που προτείνεται. Η φαρμακευτική αγωγή βοηθά από την μία το άτομο να ξεπερνά πιο εύκολα τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, είναι αρκετά αποτελεσματική στην πρόληψη των μανιακών και των μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων και βοηθά στην σταθερότητα της συναισθηματικής διάθεσης σε φυσιολογικά επίπεδα, ούτως ώστε αυτή να μην κατευθύνεται προς την μανία ή την κατάθλιψη. Ένας κίνδυνος που παρουσιάζεται μερικές φορές είναι όταν το άτομο ξεπεράσει με την βοήθεια της φαρμακευτικής αγωγής το Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, νιώθοντας καλά, να διακόψει την φαρμακευτική αγωγή (Perlick D, Clarkin JF, Sirey J,1999).

3.4 Η ΑΝΑΓΚΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η ψυχοθεραπεία έχει στόχο το άτομο να αποκτήσει επίγνωση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει, να μάθει να αναγνωρίζει και να διορθώνει αρνητικά νοητικά σχήματα που επακολούθως μπορούν να επηρεάζουν αρνητικά την συναισθηματική του διάθεση, επιτυγχάνοντας έτσι την λειτουργικότητά του σε όλους τους τομείς διαπροσωπικών σχέσεων και δραστηριοτήτων.

Εάν κάποιος υποφέρει από τα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής, πρέπει να δεχθεί ψυχιατρική βοήθεια και ίσως ακόμη και να συμμετέχει στην ψυχοθεραπεία, αλλά στις περισσότερες φορές η ψυχοθεραπεία παραμένει συχνά απύσχα.

Η Ψυχοθεραπεία για το άτομο με διπολική διαταραχή θα πάρει πολλές διαφορετικές μορφές, ανάλογα με τον τύπο της διπολικής διαταραχής που βιώνει ο ασθενής. Οι δύο κυριότερες μεταβλητές είναι:

1. Πώς ο θεραπευτής προσεγγίζει το έργο.
2. Η φύση των συμπτωμάτων του ασθενούς.

Το άτομο που πρώτα αντιμετωπίζει μια υπομανία ή μανιακό επεισόδιο θα έχει πολύ διαφορετικές ανάγκες θεραπείας από κάποιον που έχει ζήσει με τη διαταραχή για μια περίοδο των δέκα χρόνων. Με άλλα λόγια, η ψυχοπαθολογία των ανθρώπων και οι ανάγκες θεραπείας αλλάζουν καθώς γερνούν.

Ο τρόπος όπου η βοήθεια της ψυχικής υγείας ξεκινά συνήθως είναι κλινική εκτίμηση. Με τη διπολική διαταραχή πρέπει κανείς να πάρει μια πολύ σαφή εικόνα των μοντέλων την οποία καθορίζουν τα συμπτώματα με την πάροδο του χρόνου. Οι τομείς έρευνας είναι εκτεταμένοι και περιλαμβάνουν:

- Ηλικία έναρξης.
- Εξέλιξη των συμπτωμάτων με την πάροδο του χρόνου.
- Περιγραφή των ειδικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων.
- Περιγραφή της εμπειρίας των ασθενών.

- Περιγραφή των ειδικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια που παρουσιάζουν αυξημένη διάθεση.
- Περιγραφή του ύπνου και της φυσικής ενέργειας σε καθένα από τα διάφορα στάδια της διάθεσης.
- Κατά προσέγγιση την εξέταση στη διάρκεια κάθε μιας από τις φάσεις ενός ατόμου που παρουσιάζει την ανάλογη διάθεση.
- Πώς μία κρίση και οι παρορμήσεις του ατόμου επηρεάζονται από διαφορετικές διαθέσεις.
- Η παρουσία όλων των ψυχωτικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια διαφόρων φάσεων της διάθεσης (παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις).
- Η παρουσία των μεικτών συμπτωμάτων που παρουσιάζουν ταυτόχρονα αυξημένα και καταθλιπτικά συμπτώματα.
- Η παρουσία αυτοκτονικής διάθεσης που τη συνοδεύουν διάφοροι άλλοι παράγοντες κινδύνου.

- Ο βαθμός στον οποίο οι αλλαγές στη διάθεση είναι ή δεν συνδέονται με εξωτερικούς παράγοντες μετάπτωσης.
- Η τρέχουσα και η χρήση ουσιών στο ιστορικό του ασθενούς και τις επιπτώσεις τους για τις φάσεις της διάθεσης.
- Ο βαθμός από λειτουργική ανεπάρκεια κατά τη διάρκεια των φάσεων της διάθεσης.
- Η επίπτωση των συμπτωμάτων μετά τις διαπροσωπικές σχέσεις.
- Το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικής θεραπείας.

Όπως είναι προφανές, η διαδικασία συλλογής πληροφοριών που είναι απαραίτητες για τη δημιουργία του οριστικού μοντέλου διπολικής διάγνωσης είναι ένα σύνθετο εγχείρημα. Μια συνολική αξιολόγηση του ασθενούς που παρουσιάζει διπολική διαταραχή, απαιτεί τουλάχιστον 90 λεπτά. Η αρχική φάση αξιολόγησης της θεραπείας μπορεί να χρειαστεί να διεξαχθεί κατά τη διάρκεια αρκετών συνόδων.

Αν η διάγνωση δείξει ότι είναι διπολική διαταραχή, το επόμενο βήμα είναι να μεταφέρει τα αποτελέσματα ο ιατρός στο άτομο που έχει ζητήσει βοήθεια. Αυτό δεν είναι εύκολη υπόθεση. Οι περισσότερες από τις επιπτώσεις του να ενημερωθεί ότι κάποιος έχει μια χρόνια ψυχιατρική διαταραχή, θα επηρεάσουν τη διάθεση, τη σκέψη και τη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου, και την ζωή του γενικότερα.

Επιπλέον, αν το άτομο δεχθεί τη θεραπεία στο να αποκτήσει κάποιο μέτρο ελέγχου επί των συμπτωμάτων του, υπάρχει συνήθως ένα ευρύ φάσμα από αλλαγές στον τρόπο ζωής που καθίσταται αναγκαίες. Για αυτές τις ηλικίες 17 έως 25 (συνήθης ηλικία έναρξης της νόσου), η διάγνωση και οι συνιστώμενες προσαρμογές στον τρόπο ζωής είναι πολύ δύσκολες στο να τις δεχτεί το άτομο που πάσχει.

Η αρχική φάση μετά τη διάγνωση της θεραπείας μπορεί να είναι το πιο σημαντικό απ' όλα και αποτελεί στην ουσία τη φάση αποδοχής της θεραπείας. Κανείς δεν

θέλει μια ψυχιατρική ασθένεια, ειδικά να παρουσιάζει έντονη διάθεση και διακυμάνσεις, έντονη ευερεθιστότητα, παρορμητικότητα με διαταραχές στην κρίση και τις δυνατότητες σε παροδικά ψυχωτικά συμπτώματα. Μετά τη διάγνωση οι αντιδράσεις του ασθενούς περιλαμβάνουν συνήθως το θυμό, κατάθλιψη, απόρριψη της αγωγής, η αυξημένη χρήση ουσιών και φαρμάκων μη-συμμόρφωσης.

Αυτό που καθιστά ακόμη πιο δυσχερές την αντιμετώπιση είναι αυτές οι δυσκολίες προσαρμογής σε απαντήσεις για τη διάγνωση , που ενδέχεται να επιδεινώσουν την επίπτωση της διαταραχής κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής του. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης προσαρμογής, ένας ασθενής ανταποκρίνεται με εβδομαδιαία θεραπεία για τουλάχιστον τους πρώτους μερικούς μήνες μετά την παραλαβή των αποτελεσμάτων της διάγνωσης τους. Η εργασία κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου κινείται σε δύο άξονες:

- 1.Θα εστιάσει την αποδοχή της διάγνωσης,

2.Και θα στραφεί προς τη μείωση των συμπτωμάτων και η σταθεροποίηση.

Η αποδοχή και η μείωση των συμπτωμάτων πρέπει να συμπίπτουν και στην ουσία να συνοδεύει το ένα, το άλλο. Κανείς δεν μπορεί να κάνει αλλαγές στον τρόπο ζωής που θα μετριάσει την ένταση των συμπτωμάτων, ενώ απορρίπτει τη διάγνωση, εξ αρχής (Fava GA, Kellner R.,1991).

Οι περισσότεροι με διπολική διαταραχή εμπíπτουν στη χρήση κάποιου φαρμάκου που τη θεωρούν χρήσιμη και συχνά αναγκαία για τη μείωση των συμπτωμάτων. Συνήθως, τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται με διπολική διαταραχή που προέρχονται από τις τάξεις των φαρμάκων που αναφέρονται ως σταθεροποιητικά της διάθεσης, άτυπα αντιψυχωσικά, αγχολυτικά (μυρμήγκι-άγχος) και / ή ηρεμιστικά-υπνωτικά (βοηθοί του ύπνου).

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται θα πρέπει πάντα να είναι ανάλογα με την οξύτητα των συμπτωμάτων, καθώς πρέπει να εξετάζονται και το πώς ανταποκρίνονται τα συμπτώματα σε αλλαγές στον τρόπο

ζωής. Η καλή πληροφόρηση είναι το κλειδί για την καλή μεταχείριση. Όσο περισσότερα γνωρίζει κάποιος, τόσο περισσότερο μπορεί να είναι σίγουρος ότι οι αποφάσεις θα είναι οι σωστές.

Η δεύτερη σημαντική πτυχή της μείωσης των συμπτωμάτων έχει ως αποτέλεσμα να βοηθήσει τον ασθενή να αναπτύξει στρατηγικές για την υλοποίηση της ακριβής αυτο-παρατήρησης των συμπτωμάτων σε καθημερινή αλλά και σε εβδομαδιαία βάση, τις προσαρμοστικές στρατηγικές παρέμβασης και αλλαγές στον τρόπο ζωής που θα διευκολύνει τη διατήρηση της σταθερότητας της διάθεσης.

Αυτή η πτυχή της θεραπείας έχει συχνά ρεαλιστικό και υλοποιήσιμο προσανατολισμό και κατευθύνεται προς τα καθήκοντα,:

1) Εκμάθηση να τηρούν ένα σταθερό κύκλο του ύπνου.

2) Την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού αυτοελέγχου προοπτικής, προκειμένου να εντοπίσει τα πρώτα σημάδια των αναδυόμενων συμπτωμάτων.

3) Την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και τα συστήματα υποστήριξης της θεραπείας να είναι προσανατολισμένα.

4) Την αντιμετώπιση των συνεπειών της αστάθειας της διάθεσης ενός ατόμου που έχει κατεύθυνση προς τα άμεσα μέλη της οικογένειας του και στις άλλες στενές του σχέσεις.

5) Την απόκτηση διάθεσης σε θετικές εναλλακτικές λύσεις για τα ναρκωτικά και τα πρότυπα αναψυχής , τα οποία σχετίζονται με το αλκοόλ.

Ακόμη και με τις θεραπευτικές εργασίες που χωρίζεται σε διάφορες διακριτές περιοχές, τα ζητήματα που εξετάζονται εδώ είναι εκτεταμένα. Ατομικές διαφορές θα απαιτήσουν ένα πολύ ευρύ φάσμα των θεραπευτικών προσεγγίσεων και κάθε θεραπευτικής μεθόδου , με προσέγγιση πολλαπλών μεθοδολογιών. Αλλά αυτό δεν είναι ασυνήθιστο ότι η έμφαση κατά την αυτογνωσία και την αλλαγή του τρόπου ζωής μπορεί να πάρει μια-δυο χρόνια.

Ένας βασικός προσδιοριστικός παράγοντας είναι το πόσο καλά ο ασθενής έχει καταφέρει να δεχθεί πραγματικά τη διάγνωση. Όταν υπάρχει μια ισχυρή αντιμετώπιση η οποία τοποθετείται στο βαθμό της συνεχιζόμενης αντίστασης, τότε οι αλλαγές στον τρόπο ζωής θα πάρουν πολύ περισσότερο χρόνο για να εδραιωθούν.

Η επικρατούσα αντίληψη στο θέμα αυτό, αναφέρει ότι η νόσος περιπλέκεται σε όλα τα θέματα του τρόπου ζωής και με αυτό τον τρόπο προϋποθέτει τη θέσπιση προτύπων διαβίωσης που διευκολύνουν την ισορροπία, ελαχιστοποιώντας ταυτόχρονα τις επιρροές που μπορεί να είναι αποσταθεροποιητικές.

Αν ένα άτομο έχει αγάπη και υποστηρικτική συμπεριφορά από την οικογένεια του με και σταθερές οικογενειακές σχέσεις, τότε είναι συχνά η περίπτωση της προσωπικότητας του αυτής, θα προκαλέσει πιθανότατα θετικές σχέσεις. Όμως, όταν η παιδική και εφηβική ηλικία ανάπτυξης είναι γεμάτη με συγκρούσεις, ασυμβίβαστα σχέδια και διαταραγμένη οικογενειακή ζωή, τότε βλέπουμε συχνά ευρεία πρότυπα και δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές.

Στην ουσία κάποιος μπορεί να ζει μια ενήλικη ζωή, τις αρνητικές επιρροές της παιδικής ηλικίας. Ως εκ τούτου, πρότυπα συμπεριφοράς με αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενες αρνητικές εκβάσεις πρέπει να αλλάξουν. Αν όχι, το άτομο που παρουσιάζει διπολική διαταραχή αντιμετωπίζει επανειλημμένα τις ίδιες καταστάσεις με μεγαλύτερη εμβέλεια. Ωστόσο, η αλλαγή της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, ανταποκρίνεται στην πρόκληση της αποδοχής της πραγματικότητας της διπολικής διάγνωσης, αλλάζοντας δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές και μοτίβα προσωπικότητας που απορρέουν από την προηγούμενη ανάπτυξη, μπορεί να είναι από τις δυσκολότερες πτυχές της ψυχοθεραπείας για τη διπολική διαταραχή. Κανείς δεν αλλάζει εύκολα, όπως είναι κατανοητό πρότυπα συμπεριφοράς.

Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και η σύντομη θεραπεία για υποτροπές είναι δύο συμπληρωματικές πτυχές της θεραπείας που υφίστανται μαζί και ταυτόχρονα και περιπλέκονται με προσανατολισμένη θεραπεία. Όλοι οι ασθενείς συχνά, ζουν με διπολική διαταραχή εγκλωβισμένοι σε μια πολύ δύσκολη

κατάσταση. Μπορεί να συμβούν οι παρακάτω ιδιαίτερα δύσκολες καταστάσεις:

- Κάποιος να αρχίζει να επιταχύνει απότομα σε ένα αυτοκίνητο.
- Ή να πατάει απότομα το φρένο.
- Να μην έχει την αίσθηση του ελέγχου του αυτοκινήτου.
- Μπορεί σε μια ανάλογη περίπτωση κάποιος να πλησιάζει προς τα προστατευτικά στην άκρη του δρόμου και να μην αλλάζει πορεία.

Υπάρχει όμως και το δεύτερο μέρος της διαδικασίας που απλά συνεπάγεται τη συναισθηματική υποστήριξη. Οι φίλοι , ο σύζυγός ή ο σύντροφός μπορεί να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν για πολύ καιρό σε όλη αυτή τη ψυχολογική πίεση, η οποία παρουσιάζει μεγάλη δυσκολία, όσο και υπομονή. Η οδυνηρή πραγματικότητα είναι ότι μερικές φορές αυτοί που είναι πιο κοντά σε αυτά τα άτομα δεν μπορούν πάντα να παρέχουν την υποστήριξη που μπορεί να χρειαστεί ο πάσχων της νόσου.

Αυτό που έχει σημασία και καθιστά έναν πρωτεύον παράγοντα είναι ο θεράπων ιατρός, ο οποίος πραγματικά γνωρίζει και καταλαβαίνει την κατάσταση που βιώνει καθημερινά ο ασθενής του και έτσι μπορεί να του φανεί ιδιαίτερα χρήσιμος.

Αυτός ο ασθενής, ο οποίος βιώνει την απελπισία σε καθημερινή βάση, λόγω της ασθένειας και επιβαρύνεται ακόμα περισσότερο ψυχολογικά, με το αίσθημα της απαισιοδοξίας να τον κυριεύει, χρειάζεται απαραίτητα την επίβλεψη και την συμπαράσταση ενός ειδικού.

Υπάρχουν δύο άλλες πτυχές της θεραπείας για διπολική διαταραχή που αποκλίνουν από την έντονη δυαδική φύση της ατομικής ψυχοθεραπείας. Αυτά είναι τα επονομαζόμενα ζευγάρια που υφίστανται την ομαδική θεραπεία με τη συμμετοχή σε μια διπολική ομάδα υποστήριξης.

Η Θεραπεία που υφίσταται στα ζευγάρια αφορά εκείνους που βρίσκονται σε δεσμευμένες σχέσεις, όπου η ποιότητα της σχέσης επηρεάζεται αρνητικά από την αστάθεια της διάθεσης του ατόμου. Η εργασία εδώ συχνά συνεπάγεται την εκμάθηση να διαχωριστούν τα

συμπτώματα της διαταραχής από το άτομο που βιώνει τη διαταραχή. Όταν ένα ζευγάρι είναι σε θέση να επιτύχει αυτό το κατόρθωμα, τότε η θεραπευτική εργασία στοχεύει στη βοήθεια προς το ζευγάρι να γίνει συλλογική στις προσπάθειές τους να διαχειρίζονται μαζί τα διπολικά συμπτώματα και τις επιπτώσεις αυτών στη σχέση τους. Η Θεραπεία στα ζευγάρια αλλά και η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να είναι ένα σημαντικό βήμα στην καλύτερη αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής.

Η τελευταία μορφή της που αναφέρθηκε , που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας συνεπάγεται τη συμμετοχή σε μια διπολική ομάδα υποστήριξης. Οι περισσότεροι με διπολική διαταραχή συχνά αισθάνονται πολύ μόνοι, είναι στιγματισμένοι με αυτό το σύνδρομο και δεν βρίσκουν κατανόηση από τους άλλους που γνωρίζουν ελάχιστα για την διαταραχή που βιώνουν αυτά τα άτομα. Αντίθετα, όταν μια ομάδα ανθρώπων με διπολική διαταραχή συναντώνται σε τακτική βάση, είναι συχνά σε θέση να λαμβάνουν ταχεία κατανόηση, συμπαράσταση, κατανόηση και χρήσιμες συμβουλές

από εκείνους που μοιράζονται παρόμοιες συνθήκες της διαταραχής αυτής.

Οι περισσότεροι ασθενείς αισθάνονται ότι δεν υπάρχει μέλλον και καταστρέφεται η ζωή τους από την ασθένεια αυτή. Όμως η συμμετοχή και η βοήθεια από τους άλλους , καθιστούν μια υποστηρικτική πολύ σημαντική βοήθεια για να αν όχι ξεπεράσουν, να ελαχιστοποιήσουν τα αισθήματα τους αυτά. Αν κάποιος ασθενής γνωρίζει ότι κάποιος άλλος έχει θετικά αποτελέσματα από την θεραπεία, τότε ο πρώτος βρίσκεται σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση και αυτόματα αντιμετωπίζει με μεγαλύτερη αισιοδοξία την ασθένεια του. Αυτό το είδος της προοπτικής μπορεί να βοηθήσει σε μεγάλο βαθμό στην άμβλυνση της αισιοδοξίας για το μέλλον και τη ζωή του ασθενούς.

Πέρα από αυτές τις αλλαγές σε μια προοπτική, η ευκαιρία να μοιραστεί ο πάσχων , ανοιχτά την εμπειρία του να είναι σε κατάσταση της υπομανίας ή κατάθλιψης χωρίς ενοχή, ντροπή ή αμηχανία μπορεί να επιφέρει ανατρεπτικά, θετικά αποτελέσματα.

Αν κάποιος απευθυνθεί σε έκκληση βοήθειας από έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας, η προοπτική της πορείας της νόσου του , θα είναι άκρως αντίθετη προς την διαγραφόμενη πορεία που θα σχημάτιζε στην αντίθετη περίπτωση.

3.5 Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ένα ερευνητής διαπίστωσε ότι σχεδόν οι μισοί από τους ασθενείς που νοσηλεύονται για τη διπολική διαταραχή σταμάτησαν να παίρνουν τα φάρμακά τους εντός δύο ετών από την απαλλαγή. Η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής αυξάνει τον κίνδυνο ενός ασθενούς για υποτροπή, και η ταχεία διακοπή συνδέεται με μια πιο γρήγορη επιδείνωση .

Ως εκ τούτου, οι κλινικοί γιατροί πρέπει να ενθαρρύνουν τη συνέχιση της επιτυχούς θεραπείας, και, εάν οι ασθενείς πρέπει να διακόψουν τη θεραπεία, θα πρέπει να συγκλίνουν το φάρμακο όσο το δυνατόν πιο αργά, γίνεται, για να καθυστερήσει την υποτροπή και να δοθεί ο απαραίτητος χρόνος για την εισαγωγή ενός νέου φαρμάκου.

Οι ασθενείς συχνά διακόπτουν τη φαρμακευτική θεραπεία λόγω των παρενεργειών. Ενώ ορισμένες παρενέργειες, όπως η απώλεια μαλλιών, ακμή, στομαχικές διαταραχές, τρέμουλο, ή καταστολή, δεν είναι φυσιολογικά επικίνδυνες, που μπορεί να προκαλέσει στον ασθενή αρκετή δυσφορία, αμηχανία, ή παραμόρφωση που θα σταματήσει να παίρνει το φάρμακο. Άλλες πιθανές παρενέργειες που μπορεί να μην είναι τόσο αισθητές στον ασθενή θέτουν πραγματικά μεγαλύτερους κινδύνους για την υγεία του ασθενούς. Για παράδειγμα, ορισμένα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν:

- Τοξικότητα στα όργανα.
- Αντίσταση στην ινσουλίνη.
- Καταστολή του μυελού των οστών.
- Νεφρική ανεπάρκεια.

Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να παρακολουθούν αυτούς τους τύπους των ανεπιθύμητων ενεργειών, οι οποίες μπορεί να προχωρήσουν σταδιακά, και την αντιμετώπισή τους προληπτικά. Η αύξηση του βάρους, μια κοινή παρενέργεια των ψυχοτρόπων φαρμάκων, δεν είναι μόνο οδυνηρή για τον ασθενή, αλλά είναι

φυσιολογικά επικίνδυνα και θα πρέπει να αντιμετωπιστεί προληπτικά.

Μια μελέτη που εξέτασε γιατί οι ασθενείς που λαμβάνουν λίθιο διέκοψαν την αγωγή τους έδειξε μια μικρή συμφωνία μεταξύ των απαντήσεων των ασθενών και των ιατρών τους, υποδεικνύοντας την έλλειψη επικοινωνίας. Περαιτέρω, οι απαντήσεις των ασθενών παρουσίασαν δυσκολία στην αποδοχή της χρόνιας φύσης της διπολικής διαταραχής, υποδεικνύοντας την ανάγκη για μεγαλύτερη εκπαίδευση σχετικά με την ασθένεια. Η Επικοινωνία, όσο και η εκπαίδευση αποτελούν ζωτική σημασία ώστε οι κλινικοί γιατροί να κατανοήσουν τις ανησυχίες των ασθενών τους και οι ασθενείς να μπορούν να είναι εταίροι σε αποφάσεις για τη θεραπεία.

Οι στρατηγικές που έχουν αποδειχθεί χρήσιμες στην πρόληψη των υποτροπών και τη βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών περιλαμβάνουν τη χρήση ψυχοεκπαίδευσης και συμπληρωματικές ψυχοθεραπείες, βοηθώντας τους ασθενείς να ανιχνεύσουν σημάδια της υποτροπής, και τη διευκόλυνση της συμμετοχής των ασθενών σε ομάδες υποστήριξης. Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες που είχαν καθοριστεί κατά την οξεία και τη

συνέχιση των φάσεων πρέπει να συνεχιστούν όπως απαιτείται κατά τη διάρκεια της φάσης συντήρησης.

Η ψυχοεκπαίδευση και ψυχοθεραπεία, αποτελούν σχετικά δομημένες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις όπως η διαπροσωπική θεραπεία της κοινωνικής μορφής, με επίκεντρο την οικογένεια, γνωστική θεραπεία, και την ομάδα ψυχοεκπαίδευσης, στην οποία χρησιμοποιείται συμπληρωματικά με φαρμακοθεραπεία μπορούν να μειώσουν την υποτροπή και θεραπεία σε σύγκριση με τη θεραπεία, όπως συνηθίζεται σε ασθενείς με διπολική διαταραχή.

Για παράδειγμα, η ομάδα ψυχοεκπαίδευσης έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον αριθμό των ασθενών που υποτροπιάζουν, τον αριθμό των υποτροπών ανά ασθενή, και τον αριθμό και το μήκος των εισαγωγών σε νοσοκομείο ανά ασθενή. Η γνωστική θεραπεία μπορεί να αντιμετωπίσει συγκεκριμένα ζητήματα, όπως:

1. Η κοινωνική λειτουργία.
2. Η αντιμετώπιση με πρόδρομα συμπτώματα.

3. Το δυσλειτουργικό τρόπο σκέψης αναφορικά με τον στόχο.

Η Ομάδα ψυχοεκπαίδευσης για τους φροντιστές έχει αποδειχθεί επίσης για τη μείωση της υποτροπής σε ασθενείς με διπολική διαταραχή στις πεποιθήσεις τους. Ο φροντιστής, σχετικά με τη διπολική διαταραχή μπορεί να επηρεάσει το ποσό της επιβάρυνσης που συνδέεται με την ασθένεια του ασθενούς, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του ασθενούς, και ένα υψηλό επίπεδο από την επιβάρυνση των φροντιστών μπορεί, με τη σειρά τους, να επηρεάσουν δυσμενώς την ψυχοεκπαίδευση. Η εικόνα του ασθενούς μπορεί να γίνει κλινικά πιο καλή με τη βελτίωση της στάσης των φροντιστών απέναντι στην αρρώστια και την αύξηση της συνεργασίας για τη θεραπεία.

Ακόμα και όταν είναι εύθυμοι, οι ασθενείς με διπολική διαταραχή μπορεί να έχουν λεπτή νευροδιαγνωστική διαταραχή και προβλήματα με τη συνεχή προσοχή που μπορεί να αλληλεπιδράσει με την επεξεργασία. Το 70% των ασθενών με διπολική

διαταραχή έχουν κλινικά σημαντική διαταραχή του ύπνου, ακόμη και όταν είναι εύθυμοι. Αυτές οι διαταραχές μπορεί να επηρεαστούν αρνητικά από τα συμπτώματα που είναι υποσυνδρομικά, όπως το άγχος και την κατάχρηση ουσιών και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται τόσο με φαρμακολογικές, όσο και με ψυχοκοινωνικές θεραπείες.

Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή συνήθως βιώνουν μια πρόδρομη περίοδο που μπορεί να διαρκέσει για εβδομάδες ή μήνες πριν από την έναρξη του ενός επεισοδίου με συναισθηματικές αλλαγές, που εμφανίζονται νωρίς σε αυτή την πρόδρομη περίοδο και οι οποίες περιλαμβάνουν αλλαγές στα κίνητρα δραστηριότητας, στο κύκλο ύπνου-δραστηριότητας, παρορμητικότητας, ή διαπροσωπικές συμπεριφορές .

Επηρεάζουν αλλαγές, όπως η θλίψη ή ευφορία, που συνήθως εμφανίζονται αργότερα στην πρόδρομη φάση. Πρόδρομα συμπτώματα είναι συνήθως εμφανή , και οι ασθενείς μπορούν να μάθουν να αναγνωρίζουν τις αρχές με τα πρόδρομα συμπτώματα τους και να χρησιμοποιούν

στρατηγικές συμπεριφοράς για να βοηθήσουν στην πρόληψη.

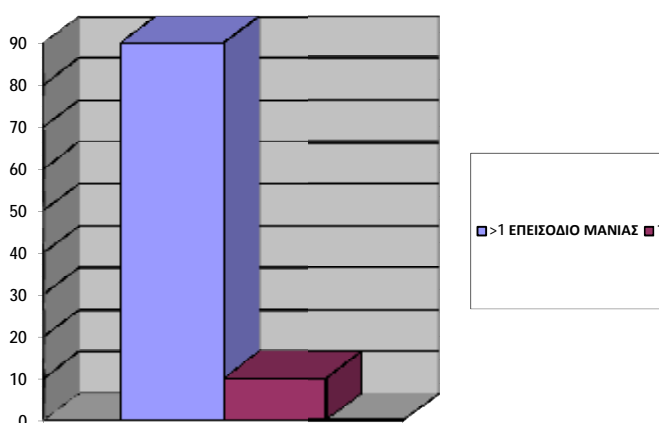
Οι ασθενείς μπορούν να χρησιμοποιήσουν για την αποφυγή της υποτροπής της ασθένειας τεχνικές που περιλαμβάνουν μικρές προσαρμογές στο θεραπευτικό σχήμα τους, αλλάζοντας τις καθημερινές ρουτίνες, μειώνοντας το στρες ή την υπερδιέγερση, και την αύξηση της κοινωνικής επαφής και υποστήριξης.

Ομάδες υποστήριξης για τους ασθενείς με μείζονες συναισθηματικές διαταραχές μπορεί να παρέχουν εκπαιδευτικό υλικό, εργαλεία ευεξίας, καθώς και υποστήριξη για τους ασθενείς και τις οικογένειες και τους φροντιστές τους. Μια τέτοια ομάδα είναι η κατάθλιψη και η διπολική Υποστήριξη Συμμαχίας.

Η μέση ηλικία εμφάνισης του πρώτου μανιακού επεισοδίου τοποθετείται γύρω στα 20-25. Προσβάλλονται και τα δύο φύλα εξίσου. Το 90% και άνω των ατόμων που εκδηλώνουν ένα επεισόδιο μανίας θα εκδηλώσουν αργότερα και άλλα(ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1).

Κάθε ασθενής παρουσιάζει διαφορετική συχνότητα υποτροπών, αλλά χωρίς θεραπεία, ο μέσος ρυθμός εμφάνισης μανιακών επεισοδίων είναι 4 επεισόδια σε διάστημα 10 ετών. Μικρός αριθμός ατόμων παρουσιάζει ταχύτερη εναλλαγή (τέσσερα ή περισσότερα

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΕΠΙΣΟΔΙΑ ΜΑΝΙΑΣ



επεισόδια ετησίως) και η πλειονότητα των ασθενών εκδηλώνει καταθλιπτικά παρά μανιακά επεισόδια. Όπως και τα καταθλιπτικά επεισόδια, τα μανιακά επεισόδια εκδηλώνονται συχνά ως απάντηση σε ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες. Έχουν συνήθως αιφνίδια

έναρξη και διαρκούν από λίγες εβδομάδες έως αρκετούς μήνες.

Τα μανιακά επεισόδια χαρακτηρίζονται από συντομότερη διάρκεια και πιο απότομη υποχώρηση συγκριτικά με τα καταθλιπτικά επεισόδια. Στο 50-70% των περιπτώσεων, του μανιακού επεισοδίου προηγείται ή έπεται ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης. (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2) Όταν ένα μανιακό επεισόδιο συνοδεύεται από ψυχωσικά συμπτώματα (ψευδαισθήσεις ή παραληρηματικές ιδέες) θεωρείται περισσότερο σοβαρό και πιθανότερο να οδηγήσει σε επιθετική ή αυτοκτονική συμπεριφορά (Eby L., Brown N., 2010).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. ΜΑΝΙΑΚΑ/ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ



Οι διαταραχές του θυμικού μπορεί να εμφανιστούν ως σύμπτωμα κατά την έναρξη ή ως επιπλοκή κατά την πορεία διαφόρων οργανικών παθήσεων όπως εγκεφαλικές παθήσεις, ενδοκρινοπάθειες, γενικές παθήσεις, φαρμακοθεραπείες, θεραπείες απεξάρτησης (Lemperiere T., 1995).

3.6 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Έχουν διατυπωθεί πολλές απόψεις μέσω μελετών σχετικά με την πρόγνωση της διπολικής διαταραχής. Η διαφορά στις απόψεις οφείλεται στην αυστηρότητα των κριτηρίων για τη διάγνωση ενός επεισοδίου διπολικής διαταραχής και στις διαφορές στα χαρακτηριστικά των ασθενών που μελετούνται ή που παρουσιάζουν συμπτώματα διπολικής διαταραχής (Fleck DE, Shear PK, 2005).

Ο εναλλαζόμενος χαρακτήρας των φάσεων και των περιόδων της νορμοθυμίας γίνεται καθόλη τη διάρκεια της ζωής και σπάνια παρατηρείται υποχώρηση της νόσου σε μεγάλη ηλικία. Συγκεκριμένα, οι νορμοθυμίες

αντιστοιχούν στην πλήρη επαναφορά στο φυσιολογικό επίπεδο των συναισθημάτων και των γενικών νοητικών λειτουργιών και η διπολική διαταραχή δεν χαρακτηρίζεται από προϊούσα έκπτωση όπως γίνεται στην περίπτωση της σχιζοφρένειας (Colom F, Vieta E, Martinez-Arán A., 2003)

Επίσης, υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών στους οποίους παρατηρείται κάποιος βαθμός έκπτωσης των γνωστικών ικανοτήτων ενώ σε μεγαλύτερο ποσοστό παρατηρείται επαγγελματική, οικογενειακή και κοινωνική έκπτωση, η οποία οφείλεται στην απόδοση των υποτροπών σε αυτούς τους τομείς και στην εικόνα που δείχνουν στο κοινωνικό σύνολο.

Με τη χρήση της αντίστοιχης θεραπείας και τη συνεχή ψυχική αντιμετώπιση που αποτρέπει και συμβάλλει στη μείωση των υποτροπών, ο ασθενής μπορεί να έχει μία φυσιολογική ζωή. (Grunze H., 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΑΒΑΣΗ

4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΑΝΙΑ

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

4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η νοσηλευτική φροντίδα του καταθλιπτικού αρρώστου στο νοσοκομείο εξατομικεύεται με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας και εστιάζεται σε τρεις

ομάδες αναγκών, οι οποίες είναι: α) Άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του αρρώστου, π.χ. πρόληψη αυτοκτονίας

β) Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν τη νοσηλεία, θεραπεία και προετοιμασία του αρρώστου να βγει από το νοσοκομείο

γ) Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειας του για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της ώστε να διατηρείται με λίγη ή καθόλου κατάθλιψη για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Η κατάθλιψη έχει χαρακτηριστεί σαν θάνατος εν ζωή, αφού ο άνθρωπος δοκιμάζει πλήρη απώλεια ζωτικότητας, αυθορμητισμού, κινητικότητας και σκοπού, μέχρι του σημείου να επιθυμεί και να σχεδιάζει την αυτοκαταστροφή.

Η νοσηλευτική έχει την αποστολή να βοηθήσει τον καταθλιπτικό άρρωστο στην προσπάθεια να επιτύχει μια ψυχοσωματική και πνευματική ανανέωση. Να ξαναβρεί δηλαδή τη ζωτικότητα του και την αγάπη για τη ζωή, να

αισθανθεί ότι έχει προσωπική αξία και ικανότητες και μπορεί να τα βγάλει πέρα στη ζωή.

4.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ, ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ

Ο άρρωστος με **μανία** πρέπει να φθάσει στο σημείο ώστε να:

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

Ο άρρωστος με **κατάθλιψη** πρέπει να φθάσει στο σημείο να εκδηλώνεται ως εξής:

- Συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό.

- Αρχίζει να επικοινωνεί με συνασθενείς και το προσωπικό.
- Συμμετέχει ενεργητικά σε ομαδικές δραστηριότητες.
- Δείχνει άνεση, ικανοποίηση και ευχαρίστηση όταν επικοινωνεί με άλλους (επαφή με το βλέμμα, βελτιωμένο συναίσθημα, νηφάλιες απαντήσεις).
- Εκδηλώνει συνειδητοποίηση ατομικών προβλημάτων που δυσκόλευαν την επικοινωνία του με άλλους.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ:

ME MANIA 1) Ελάττωση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, αποφυγή έκθεσης του αρρώστου σε περιστάσεις προβλεπομένων εντόνων ερεθισμάτων και απομάκρυνση των ερεθισμάτων από το χώρο όταν ο άρρωστος γίνεται διεγερτικός. Επειδή είναι ανίκανος να προσέξει μόνο τα ερεθίσματα, που τον ενδιαφέρουν και αντιδρά προς όλα όσα συμβαίνουν.

2) Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος με απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων που μπορεί να

χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης. Οι παραληρητικές ιδέες μεγαλείου και η υπερκινητικότητα είναι δυνατό να οδηγήσουν σε καταστρεπτικές πράξεις

3) Αποφυγή λογομαχίας όταν ο άρρωστος εκφράζει εξωπραγματικές ιδέες μεγαλείου. Αποφεύγεται έτσι η διέγερση.

4) Αποφυγή της χωρίς λόγο καθυστέρησης στην εκπλήρωση των αιτημάτων του αρρώστου. Σύσταση εναλλακτικής λύσης. Π.χ. δεν υπάρχει καφές, θα θέλατε μια πορτοκαλάδα; Ο υπερκινητικός δεν μπορεί να περιμένει και οι αδικαιολόγητες καθυστερήσεις προκαλούν επιθετική συμπεριφορά. Η απόσπαση όμως της προσοχής του σε κάτι άλλο ελαττώνει το στρες που του δημιουργεί η άρνηση εκπλήρωσης της επιθυμίας του.

5) Ενθάρρυνση του αρρώστου, σε ήσυχες ώρες, να επισημάνει τί προηγείται και τί τον προκαλεί σε διέγερση. Η έγκαιρη αναγνώριση του αναπτυσσομένου προβλήματος τον βοηθεί να σχεδιάσει εναλλακτικές αντιδράσεις και να προλάβει μια βίαιη συμπεριφορά.

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

7)Συστηματική χορήγηση και υπεύθυνη παρακολούθηση των επιθυμητών ενεργειών και των παρενεργειών των παραγγελθέντων φαρμάκων και συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα για τη ρύθμιση τους.

8) Προσοχή ώστε κατά την αντιμετώπιση προβληματικών εκδηλώσεων του μανιακού αρρώστου με οποιεσδήποτε νοσηλευτικές παρεμβάσεις να μη διαφεύγει από το νου ο πάσχων ψυχικά άνθρωπος στην ιδιαίτερη του μοναδικότητα και ολότητα.

9) Ομαδική συζήτηση με το προσωπικό του τμήματος πάνω στα περιστατικά επιθετικής συμπεριφοράς του αρρώστου για τη διαπίστωση των ερεθισμάτων που προηγήθηκαν, των παραγόντων που

την προκάλεσαν και των πρώιμων ενδεικτικών σημείων της αρχόμενης διέγερσης. Η κλινική αυτή ενημέρωση βοηθεί κάθε μέλος του προσωπικού να παρεμβαίνει εξατομικευμένα και έγκαιρα ώστε να προλαμβάνεται η έκρηξη της επιθετικότητας.

ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΗΨΗ:1) Συχνές και σύντομες συναντήσεις (5'-10') με τον άρρωστο στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Οι συχνές και σύντομες επαφές ελαχιστοποιούν το άγχος και για τον άρρωστο και για τον νοσηλευτή.

2) Προειδοποίηση του αρρώστου πότε και για πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Οι συγκεκριμένες προσδοκίες ελαττώνουν το άγχος. Το πρόγραμμα παρέχει δομή και σκοπό στα κενά χρονικά διαστήματα.

3) Παραμονή δίπλα στον άρρωστο και όταν δεν μιλά, με σιωπή για μικρά διαστήματα. Η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτού τον βεβαιώνει ότι τον θεωρεί πρόσωπο με αξία.

4) Όταν ο άρρωστος παρουσιάζει αλαλία (σιωπηλότητα, βωβότητα), ο νοσηλευτής μπορεί να

σχολιάσει κάτι που βλέπει, π.χ. τα πολλά καινούργια κάδρα στον τοίχο ή τα καινούργια παπούτσια του αρρώστου. Όταν ο άρρωστος δεν είναι ακόμη έτοιμος για να μιλήσει, οι απευθείας ερωτήσεις ενδέχεται να αυξήσουν το άγχος του ενώ σχόλια για αντικείμενα του περιβάλλοντος τον επαναφέρουν στην πραγματικότητα.

5)Χρήση συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση.

6)Διάθεση αρκετού χρόνου στον άρρωστο για να απαντήσει. Η βραδεία σκέψη χρειάζεται χρόνο να διατυπώσει κάποια απάντηση.

7)Προσεκτική ακρόαση υπονοούμενων μηνυμάτων και απευθείας ερώτηση για τυχόν σχέδιο αυτοκτονίας. Οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται ανακούφιση και ελάττωση των αισθημάτων μοναξιάς, όταν εξωτερικεύουν τις σκέψεις αυτοκτονίας.

8)Αποφυγή εκφράσεων όπως: τα πράγματα θα διορθωθούν.....Ο καθένας μας μελαγχολεί κάποτε - κάποτε. Αυτά τείνουν να ελαχιστοποιούν τη σοβαρότητα του καταθλιπτικού συναισθήματος του αρρώστου και

μπορεί να αυξήσουν μέσα του την ενοχή και αναξιότητα αφού δεν είναι σε θέση ο ίδιος να βγει από την κατάσταση όπου βρίσκεται.

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

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

11) Διδασκαλία του αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές

εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητές του. Η πιο ρεαλιστική θεώρηση του εαυτού αυξάνει την εμπιστοσύνη και την κλίση του προς κοινωνικές επαφές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.GOLDBERG BIPOLAR SCREENING TEST

5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Το Goldberg Bipolar Screening Test , είναι στην ουσία ένας έλεγχος διάγνωσης από τον ίδιο τον ασθενή αν όντως πάσχει από την διπολική διαταραχή και δημιουργήθηκε από τον Δρ Ivan K Goldberg. Ο έλεγχος αυτός , ο οποίος γίνεται μέσω της συμπλήρωσης μιας ηλεκτρονικής φόρμας στο διαδίκτυο , αποτελεί ένα πρώιμο μέσο στο να καταλάβει κάποιος αν πάσχει ή όχι και να αναζητήσει , ανάλογα με τα αποτελέσματα την κατάλληλη ιατρική βοήθεια για να το επιβεβαιώσει και να το αντιμετωπίσει (Colom F, Vieta E, Martinez-Arán A.,2003)

Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται σε αυτό το τεστ είναι 12 και θα τις αναφέρουμε στην παρακάτω ενότητα.

5.2 GOLDBERG BIPOLAR SCREENING TEST

1. Μερικές φορές παρουσιάζω ιδιαίτερη ομιλητικότητα και η ομιλία μου κινείται σε γρήγορα επίπεδα.

§ ΚΑΘΟΛΟΥ

§ ΠΟΛΥ

§ ΛΙΓΟ

§ ΑΡΚΕΤΑ

§ ΠΟΛΥ

§ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

2. Μερικές φορές είμαι πιο ενεργητικός από ότι άλλες φορές.

§ ΚΑΘΟΛΟΥ

§ ΠΟΛΥ

§ ΛΙΓΟ

§ ΑΡΚΕΤΑ

§ ΠΟΛΥ

§ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

3. Παρουσιάζω συχνά μεγάλη ένταση και ταυτόχρονα ανησυχία.

§ ΚΑΘΟΛΟΥ

§ ΠΟΛΥ

§ ΛΙΓΟ

§ ΑΡΚΕΤΑ

§ ΠΟΛΥ

§ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

4. Στο παρελθόν ένιωθα είτε πολύ καλά, είτε απαισιόδοξα.

§ .ΚΑΘΟΛΟΥ

§ ΠΟΛΥ

§ ΛΙΓΟ

§ ΑΡΚΕΤΑ

§ ΠΟΛΥ

§ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

5.Η σεξουαλική διάθεση ήταν πολύ έντονη ορισμένες φορές.

§ .ΚΑΘΟΛΟΥ

§ ΠΟΛΥ

§ ΛΙΓΟ

§ ΑΡΚΕΤΑ

§ ΠΟΛΥ

§ ΠΑΡΑ

ΠΟΛΥ

6.Η αυτοπεποίθηση μου παρουσιάζει μεταβλητότητα.

§ ΚΑΘΟ

ΛΟΥ

§ ΠΟΛΥ

§ ΛΙΓΟ

§ ΑΡΚΕ

ΤΑ

§ ΠΟΛΥ

§ ΠΑΡΑ

ΠΟΛΥ

7.Η παραγωγικότητα στην εργασία κινούνται σε τελείως μεγάλες αποκλίσεις.

○ ΚΑΘΟΛΟΥ

§ ΠΟΛΥ

§ ΛΙΓΟ

○ ΑΡΚΕΤΑ

- ΠΟΛΥ
- ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

8Μερικές φορές και χωρίς ιδιαίτερο λόγο, εξοργίζομαι δυσανάλογα πολύ με διάφορα πράγματα.

- ΚΑΘΟΛΟΥ
- ΠΟΛΥ
- ΛΙΓΟ
- § ΑΡΚΕΤΑ
- § ΠΟΛΥ
- ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

§

9Παρουσιάζω τάσεις φυγής ή αυτοκτονίας.

- ΚΑΘΟΛΟΥ
- ΠΟΛΥ
- ΛΙΓΟ
- § ΑΡΚΕΤΑ

§ ΠΟΛΥ

○ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

10. Είτε είμαι με ανθρώπους, είτε είμαι απομονωμένος.

○ ΚΑΘΟΛΟΥ

○ ΠΟΛΥ

○ ΛΙΓΟ

§ ΑΡΚΕΤΑ

§ ΠΟΛΥ

○ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

11. Αισθάνομαι είτε αισιοδοξία, είτε το αντίθετο για μεγάλο χρονικό διάστημα.

§ ΚΑΘΟΛΟΥ

§ ΠΟΛΥ

§ ΛΙΓΟ

§ ΑΡΚΕΤΑ

§ ΠΟΛΥ

§ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

12.Είτε κλαίω, είτε γελάω πολύ για μεγάλη χρονική περίοδο.

§ ΚΑΘΟΛΟΥ

§ ΠΟΛΥ

§ ΛΙΓΟ

§ ΑΡΚΕΤΑ

§ ΠΟΛΥ

§ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

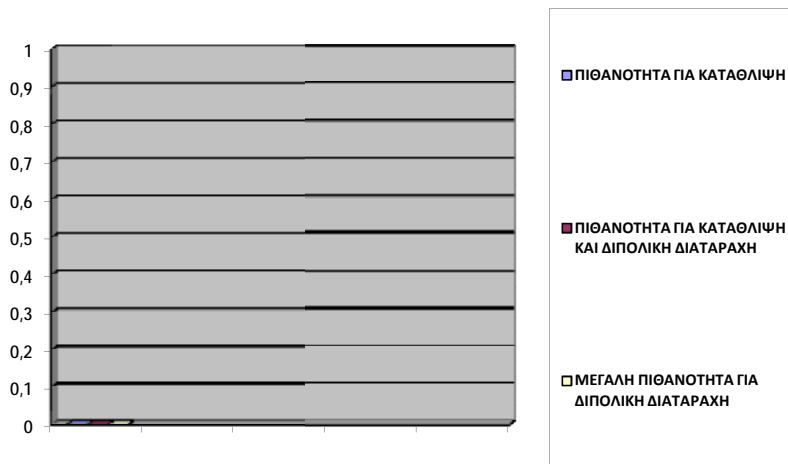
Το τεστ των 12 ερωτήσεων είναι το παραπάνω και τα αποτελέσματα είναι ανάλογα της βαθμολογίας (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3), τα οποία είναι:

<,=15 – Πιθανότητα για κατάθλιψη.

16-24- Πιθανότητα για κατάθλιψη και Διπολική διαταραχή.

25 και άνω- Μεγάλη πιθανότητα για Διπολική διαταραχή.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3. ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΤΕΣΤ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διπολική διαταραχή είναι μια διαταραχή της συμπεριφοράς των ατόμων που την παρουσιάζουν και τα συμπτώματα τους ποικίλλουν αναλόγως του τύπου της διαταραχής που έχουν.

Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν μια ιδιαίτερα δύσκολη περίπτωση που χρίζει αντιμετώπιση , αλλά παρόλα αυτά είναι πολύ δύσκολο έως ακατόρθωτο να την αποδεχτούν. Η διάγνωση της νόσου , η οποία περιλαμβάνει κάποια από τα ακόλουθα συμπτώματα που προαναφέρθηκαν:

- Μαιτιοδοξία.
- Απότομη αλλαγή συμπεριφοράς.
- Αλλαγές στην διάθεση.
- Συνδυασμός καλής με κακή διάθεση.
- Η εναλλαγή χαράς με λύπης.
- Τάσεις αυτοκτονίας.
- Υπερβολική αισιοδοξία για το μέλλον.

- Μεγάλο διάστημα αποχής από τον κόσμο.
- Μείωση της παραγωγικότητας.
- Μείωση της συναναστροφής με τον υπόλοιπο κύκλο του ατόμου.

Όταν αξιολογηθεί η κατάσταση από τον εξειδικευμένο ιατρό, τότε ο ασθενείς πρέπει καταρχήν να αποδεχτεί την κατάσταση και δεύτερον να ξεκινήσει μια θεραπεία φαρμακευτική με ψυχολογική υποστήριξη.

Η φαρμακευτική θεραπεία φέρνει παρενέργειες λόγω των φαρμάκων, όμως η κυριότερη αντιμετώπιση βρίσκεται στον υποστηρικτικό και ψυχολογικό τομέα που θα φέρει τα θετικά ανατρεπτικά ενδεχόμενα αποτελέσματα. Συνήθως όμως οι ασθενείς βιώνουν αυτή τη κατάσταση για χρόνια σε καθημερινή βάση.

Οι ασθενείς πρέπει να βρίσκονται με άτομα που να τους πλαισιώνουν από υποστήριξη και κατανόηση, κάτι το οποίο εκλείπει και επιδεινώνει την ήδη υπάρχουσα κατάσταση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- EbyL., BrownN., (2010), Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία, (επιμέλεια Κοτρώτσιου Ε.), ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα.
- LemperiereT., FelineA., και συν, (1995), Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων- Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα, (επιμέλεια Σακελλαρόπουλος Π.), εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- MaryAnnHogan, (2012), Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας –Ανασκοπήσεις και αιτιολογήσεις, (επιμέλεια Καρανικόλα Μ.), ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α., (2012), Ψυχική Υγεία και Νοσηλευτική Επιστήμη – Σύγχρονες Τάσεις, ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ ΜΕΠΕ, Αθήνα.
- Grunze H. Reevaluating therapies for bipolar depression, J Clin Psychiatry 2005
- Sadock Bj, Sadock VA, Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής , 3^η έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου ΑΕ, Αθήνα,2004

- Lam D, Wong G, Sham P. Prodromes, coping strategies and course of illness in bipolar affective disorder: a naturalistic study. *Psychol Med.* 2001.
- Fava GA, Kellner R. Prodromal symptoms in affective disorder. *Am J Psychiatry.* 1991.
- Fleck DE, Shear PK, Strakowski SM. Processing efficiency and sustained attention in bipolar disorder. *J Int Neuropsychol Soc.* 2005.
- Perlick D, Clarkin JF, Sirey J, et al. Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry.* 1999.
- Sachs GS. Bipolar mood disorder: practical strategies for acute and maintenance phase treatment. *J Clin Psychopharmacol.* 1996.
- Colom F, Vieta E, Martinez-Arán A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar disorder whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry.* 2003.

ΕΙΚΟΝΕΣ

- ΕΙΚΟΝΑ 1. ΛΙΘΙΟ
- ΕΙΚΟΝΑ 2. ΔΕΡΑΚΟΤΕ
- ΕΙΚΟΝΑ 3. LAMICTAL
- ΕΙΚΟΝΑ 4. NEURONTIN
- ΕΙΚΟΝΑ 5. TOPAMAX
- ΕΙΚΟΝΑ 6. TRILEPTAL

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

- ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΕΠΙΣΟΔΙΑ ΜΑΝΙΑΣ
- ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. ΜΑΝΙΑΚΑ/ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ
- ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3. ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΤΕΣΤ

