

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

[ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ Ο
ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.]

Εισηγήτριες: Γκάτση Αμαλία

Συκιώτη Ευστρατία

Επιβλέπων: Γραμμάτικας Γιώργος

Πάτρα 2016

Περιεχόμενα

Πρόλογος.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο . Εισαγωγή	7
1.1 Ορισμοί.....	7
1.1.1 Συναισθηματικές διαταραχές.....	7
1.1.2 Διπολική διαταραχή.....	8
1.1.3 Κατάθλιψη.....	8
1.1.4 Μανία.....	9
1.2 Αιτιολογία των Διαταραχών της Διάθεσης (Καταθλιπτικών και Διπολικών)	10
1.3 Μανιοκατάθλιψη/ Διπολική Διαταραχή στα παιδιά και εφήβους.....	15
ΠΕΡΙΛΗΨΗ 1ΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	19
2.1 Κλινική εικόνα κατάθλιψης.....	19
2.2 Κλινική εικόνα μανίας	21
2.3 Κλινική εικόνα σε παιδιά	24
ΠΕΡΙΛΗΨΗ 2ΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	33
3.1 Φύλο και Ηλικία Έναρξης	34
3.2 Γεωγραφικοί παράγοντες και Διαμονή.....	34
3.3 Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες.....	35
3.4 Επιδημιολογία μανιοκατάθλιψης στη παιδική ηλικία	35
ΠΕΡΙΛΗΨΗ 3ΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	38
ΠΕΡΙΛΗΨΗ 4ΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	43
ΠΕΡΙΛΗΨΗ 5ΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	51
6.1 Ο θεραπευτικός σχεδιασμός σαν διαρκής διαδικασία.....	51
6.2 Φαρμακευτική αγωγή	53
6.2.1 Κατάθλιψη.....	53
6.2.2 Μανία.....	56
6.2.3 Διπολική διαταραχή ταχείας εναλλαγής.....	58
6.3 Διάγραμμα Διάθεσης	62
6.4 Θεραπεία συντήρησης της διπολικής διαταραχής.....	64

6.5 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες	68
6.6 Ψυχοεκπαίδευση	68
6.7 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	68
6.8 Δραματοθεραπεία	69
ΠΕΡΙΛΗΨΗ 6ΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	70
ΠΕΡΙΛΗΨΗ 7ΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ	82
Συμπεράσματα	83
Βιβλιογραφία:	85

Πρόλογος

Η έννοια της «μανιοκατάθλιψης» εμπερικλείει μια ορολογία η οποία περιγράφονταν με αυτή τη λέξη από τα προηγούμενα χρόνια. Σήμερα, η ορολογία που χρησιμοποιείται εμπερικλείει τον όρο «διπολική διαταραχή». Η διπολική διαταραχή παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον μέχρι σήμερα καθώς μελετούνται οι τρόποι μετάδοσης μέσω των γονέων.

Η πρώτη εμφάνιση της έχει παρατηρηθεί στη παιδική ηλικία και κυρίως κατά την εφηβεία όπου διάφορες ορμονικές ανακατατάξεις λαμβάνουν χώρα στο ανθρώπινο σώμα με αποτέλεσμα να επηρεάζεται και ο ψυχισμός του ατόμου. Η διάγνωσή τους είναι εξαιρετικά δύσκολη αφ' ενός λόγω πολύμορφων παρουσιάσεων, αφετέρου λόγω σύγχυσης με σοβαρές συμπτωματικές καταστάσεις, όπως διαταραχές διαγωγής, εθιστικές διαταραχές και σχιζοφρενικές διαταραχές.

Η διπολική διαταραχή η αλλιώς 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 (Βασική Παιδοψυχιατρική, Β' τόμος).

Με τον όρο «μανία» περιγράφεται η κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από ευφορία, υπερδραστηριότητα, μεγαλομανείς ιδέες, ασυνάρτητη φλυαρία, εξωπραγματική αισιοδοξία και υπερβολική αυτοεκτίμηση. Οι μανιακοί είναι ριψοκίνδυνοι σεξουαλικά, σωματικά και οικονομικά, καθώς συχνά υπερεκτιμούν τις ικανότητες τους.

Σχεδόν το 1% του συνόλου των ενηλίκων είχε μια διπολική διαταραχή που είναι εξίσου κοινή και στα δύο φύλα (Αμερικανικός Ψυχιατρικός Σύλλογος, 1987). Η κατάθλιψη και η μανία είναι τα πιο συχνά ψυχικά νοσήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος τόσο ο ψυχίατρος όσο ο ιατρός και νοσηλευτής της πρωτοβάθμιας φροντίδας, στην καθημερινή τους κλινική πράξη.

Όσον αφορά το κομμάτι της κατάθλιψης, το μέλλον δεν φαίνεται και τόσο θετικό. Σε μια πρόσφατη κοινή ανακοίνωση της Παγκόσμιας Τράπεζας, της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και του Πανεπιστημίου Harvard αναφέρεται

ότι στα επόμενα 20 χρόνια η κατάθλιψη θα καταλάβει δεύτερη θέση στον κατάλογο με τις καταστάσεις που προκαλούν σημαντική απώλεια χρόνου υγείας και παραγωγικής ζωής.

Ο λόγος που διαλέξαμε το θέμα της διπλωματικής εργασίας μας να είναι η μανιοκατάθλιψη είναι για να συμβάλλουμε στην ενημέρωση μέχρι και του απλού αναγνώστη όσον αφορά τους παράγοντες που ευνοούν στην ανάπτυξη, την παθογένεια της νόσου, τους τρόπους πρόληψης της θεραπείας τους. Ως περίοδος εμφάνισης της νόσου επιλέξαμε να είναι η παιδική ηλικία ώστε να έρθουμε σε επαφή με τις πρώτες καταστάσεις που προκαλούν μανιοκατάθλιψη στο άτομο.

Ως προς τη δομή της η εργασία αποτελείται από 7 κεφάλαια ώστε να καλυφθεί όλη η γνώση που έχει αποκτηθεί μέχρι σήμερα γύρω από την ψυχική ασθένεια της μανιοκατάθλιψης.

- Το 1^ο κεφάλαιο είναι εισαγωγικό και εντασσόμαστε ομαλά στις συναισθηματικές διαταραχές και στους παράγοντες μετάδοσής του στον άνθρωπο.
- Το 2^ο κεφάλαιο αναφέρεται στη κλινική εικόνα της νόσου
- Το 3^ο κεφάλαιο αναφέρεται στην επιδημιολογία της νόσου
- Το 4^ο κεφάλαιο αφορά τη διαφορική διάγνωση
- Το 5^ο κεφάλαιο ασχολείται με τις διαγνωστικές μεθόδους επιβεβαίωσης της νόσου
- Το 6^ο κεφάλαιο σχετίζεται με την αντιμετώπιση της μανιοκατάθλιψης
- Τέλος, το 7^ο κεφάλαιο αφορά τον νοσηλευτή και η «παρέμβαση» που ακολουθείται σε τέτοιες περιπτώσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο. Εισαγωγή

1.1 Ορισμοί

1.1.1 Συναισθηματικές διαταραχές

Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος, που βιώνεται εσωτερικά και σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει, σε πολύ μεγάλο βαθμό, όλες τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου. Κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση, ο θυμός. Διακρίνουμε την διάθεση ή συναισθηματική διάθεση από το συναίσθημα, που αποτελεί την εξωτερική έκφραση της. Οι συναισθηματικές διαταραχές περιγράφονται σαν Διαταραχές της Διάθεσης. Οι Διαταραχές της Διάθεσης είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. (<http://www.psychologia.gr>).

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

Όσο πιο έντονη και παρατεταμένη είναι η συναισθηματική διάθεση της κατάθλιψης ή της έξαρσης, όσο πιο πολλά και έντονα είναι τα φυσικά συμπτώματα – αϋπνία, ανορεξία, απώλεια της ενεργητικότητας, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης, ψυχοκινητική επιβράδυνση κτλ., όσο μεγαλύτερη είναι η έκπτωση της επαγγελματικής ή κοινωνικής λειτουργικότητας ή ακόμα και να υπάρχει διαταραχή της πραγματικότητας (με ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες κτλ.) ή αυτοκτονικές ή ανθρωποκτονικές τάσεις, τότε μπορούμε να διακρίνουμε την παθολογική πλευρά του πράγματος. Αντιθέτως Οι συναισθηματικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από συναισθήματα που δεν έχουν λόγο να υπάρχουν, που δεν έχουν λογική δικαιολογία. Πιο συγκεκριμένα το άτομο εκείνο που τα αισθάνεται μπορεί να τα δικαιολογεί, αλλά η δικαιολογία που δίνει δεν πείθει τους υπολοίπους διότι ο λόγος που το ίδιο το άτομο χρησιμοποιεί δεν είναι ο σωστός. Τέλος ένας ακόμα παράγοντας που χαρακτηρίζει τις συναισθηματικές διαταραχές είναι η διάρκεια τους (<http://www.psychologia.gr>).

1.1.2 Διπολική διαταραχή

Η διπολική διαταραχή (γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη) είναι μια ψυχιατρική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από δυο συναισθηματικές διαταραχές, τη μανία και την κατάθλιψη. Επεισόδια μανίας και κατάθλιψης επαναλαμβάνονται σε όλη την διάρκεια της ζωής του ασθενή. Παρόλα αυτά οι περισσότεροι ασθενείς δεν παρουσιάζουν κάποια συμπτώματα. Περίπου το 1/3 των ασθενών υποφέρουν από ορισμένα υπολειμματικά συμπτώματα ανάμεσα στα επεισόδια της μανίας ή της κατάθλιψης (<http://www.psychologia.gr>).

1.1.3 Κατάθλιψη

Η διαφορά ανάμεσα στην φυσιολογική θλίψη και στην νόσο κατάθλιψη έγκειται στο πλήθος των συμπτωμάτων, την ένταση, την σοβαρότητα και την διάρκεια τους. Προκειμένου να θέσουν την διάγνωση της κατάθλιψης, οι ειδικοί θεωρούν ότι το άτομο πρέπει να εμφανίζει παθολογικά συμπτώματα στις σωματικές και γνωστικές του λειτουργίες, στο συναίσθημα και την συμπεριφορά τις περισσότερες ώρες της ημέρας, και σχεδόν σε καθημερινή βάση ή για τουλάχιστον 2 εβδομάδες. Τα βασικά συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι η καταθλιπτική διάθεση ή η απουσία ευχαρίστησης ή ενδιαφέροντος. Τα παραπάνω συμπτώματα προκαλούν μία εμφανή αλλαγή στην συνηθισμένη διάθεση του ατόμου. Τα συμπτώματα αυτά, τις περισσότερες φορές είναι πιο έντονα το πρωί αλλά υποχωρούν κατά την διάρκεια της ημέρας. Η κατάθλιψη δεν είναι μία αντικειμενικά μετρήσιμη κατάσταση, ο διαχωρισμός ανάμεσα στην υγιή «πεςμένη» διάθεση και το βαρύ καταθλιπτικό συναίσθημα που είναι αποτέλεσμα παθολογικών παραγόντων δεν είναι πάντα σαφές. Ο ειδικός μπορεί να καταλήξει στη σωστή διάγνωση μόνο ύστερα από λεπτομερή συζήτηση και πλήρη οργανική διερεύνηση.

Πως εισβάλει η κατάθλιψη

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

- Βαρύ πεσμένο συναίσθημα

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

1.1.4 Μανία

Στη διπολική διαταραχή, συναντάμε την μανία. Η ευφορία, που είναι το χαρακτηριστικό συναίσθημα στη φάση της μανίας, ξεπερνά τα όρια του φυσιολογικού και γίνεται παθολογική. Η μανία ορίζεται όταν εμφανίζονται παθολογικά συμπτώματα στους τομείς του συναισθήματος, των γνωστικών λειτουργιών, των σωματικών λειτουργιών και της συμπεριφοράς ταυτόχρονα και συνοδεύονται από «ανεβασμένη» ή «ευερέθιστη διάθεση». Αρκετά ενδιαφέρον είναι να σημειωθεί ότι τα περισσότερα συμπτώματα της μανίας είναι αντίθετα από αυτά της κατάθλιψης.

Πως εισβάλλει η μανία

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

Στη μανία με ψυχωσικά στοιχεία συχνά συναντάμε παράλογες και παράδοξες ιδέες. Απ' όλες τις ιδέες που μπορεί να συναντίσουμε , οι ιδέες μεγαλείου αποτελούν τον κανόνα. Οι ιδέες αυτές στηρίζονται στην υπερτίμηση που συχνά κάνουν οι ασθενείς για τον εαυτό τους, αλλά δυστυχώς ξεπερνούν τα όρια (<http://www.psychologia.gr>).

1.2 Αιτιολογία των Διαταραχών της Διάθεσης (Καταθλιπτικών και Διπολικών)

Όπως για τις ψυχικές διαταραχές ή σύνδρομα έτσι και για τις διαταραχές της διάθεσης δεν έχει διαγνωστεί ένας και μοναδικός ή συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας. Στην περίπτωση αυτή η έρευνα που έγινε και συνεχίζει να γίνεται είναι σε θέση να προτείνει ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων που μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης. Τους παράγοντες αυτούς μπορούμε να τους ομαδοποιήσουμε σε

- Ψυχοκοινωνικούς
- Νευροβιολογικούς
- Γενετικούς

Και, καθώς το οικογενειακό ιστορικό 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 και στους μονοπολικούς και στους διπολικούς ασθενείς κ.ο.κ, αποφασίσαμε να αναφερθούμε στην αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης – μονοπολικών και διπολικών- μαζί.

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

Αδιαπραγμάτευτο είναι και το γεγονός ότι σε αυτή την ασθένεια υπάρχει βιολογικό υπόβαθρο. Μια σαφής ένδειξη για το γεγονός ότι η διπολική διαταραχή έχει βιολογικό υπόβαθρο αποτελεί η τεκμηριωμένη κληρονομική της βάση. Πιθανώς να υπάρχει μία καθορισμένη προδιάθεση στα γονίδια, η οποία ερμηνεύει και το γεγονός ότι κάποια άτομα είναι πιο ευάλωτα σε ορισμένους εκλυτικούς παράγοντες, σε σχέση με κάποια άλλα. Οι διπολικές

διαταραχές φαίνεται ότι εμφανίζονται πιο συχνά σε συγκεκριμένες οικογένειες. Οποιοσδήποτε έχει κοντινό βαθμό εξ αίματος συγγένειας με κάποιο άτομο με διπολική διαταραχή, διατρέχει αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσει την ασθένεια.

Βιολογικοί παράγοντες: Η συμμετοχή τους τεκμηριώνεται με γενετικές, σωματοτυπικές, νευροχημικές, νευροφαρμακολογικές και νευροφυσιολογικές μελέτες. Πιο συγκεκριμένα οι γενετικές μελέτες δείχνουν πως ο βαθμός κινδύνου για καταθλιπτική διαταραχή είναι 54% στους μονοζυγωτές και 19% στους διζυγωτές, ενώ για διπολικές διαταραχές είναι 67%-79% στους μονοζυγωτές και 15%-20% στους διζυγωτές δίδυμους. Σε μία μελέτη, 8 από τους 12 μονοωογενείς διδύμους ατόμων με διπολική διαταραχή της διάθεσης είχαν διπολική διαταραχή, ποσοστό παρόμοιο με το ποσοστό ομοιότητας μεταξύ μονοωογενών διδύμων ασθενών με διπολική νόσο που μεγάλωσαν μαζί με τα άρρωστα παιδιά τους (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). Φαίνεται πως οι καταθλιπτικές διαταραχές αποτελούν ομάδα γενετικά ανομοιογενών νοσημάτων. Ο βαθμός κινδύνου στους συγγενείς πρώτου βαθμού είναι 20% για τις καταθλιπτικές και 25% για τις διπολικές διαταραχές. Οι συγγενείς των ανθρώπων με διαταραχές της διάθεσης έχουν σταθερά τρεις με τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν διαταραχές της διάθεσης σε σχέση με τους συγγενείς των ατόμων της ομάδας ελέγχου (Jershon 1990). 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). Επίσης, οι ασθενείς με διαταραχή της διάθεσης έχουν αυξημένη οικογενειακή συχνότητα κατάχρησης ουσιών (Gorman & Coplan 1996). Τα άτομα της οικογένειας των ασθενών με διπολική διαταραχή έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν τόσο διπολική όσο και μονοπολική διαταραχή σε σχέση με τα άτομα της οικογένειας ασθενών με μονοπολική διαταραχή (Jamison 1996). Η ταυτότητα του γενετικού παράγοντα και ο τρόπος της γενετικής μεταβίβασης είναι υπό μελέτη. Υπάρχουν ενδείξεις για πολυγονιδιακή εκπροσώπηση

παθολογικών χαρακτήρων, Χ-φυλοσύνδετων ή αυτοσωματικών, που συνεκπροσωπούνται με σωματικούς χαρακτήρες, όπως της αχρωματοψίας, της έλλειψης G-6-PD, των ομάδων αίματος ABO και του αντιγονικού συστήματος HLA. Ο σωματότυπος του Kretschmer ή η αποπληκτική ιδιοσυστασία του Ιπποκράτη, θεωρούνται προδιαθετικοί παράγοντες. Οι νευροχημικές – νευροφαρμακολογικές θεωρίες, ενοχοποιούν διαταραχές του ισοζυγίου ορισμένων νευροδιαβιβαστών στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Σε συντομία, αυτές οι θεωρίες υποστηρίζουν ότι: (α) Η ελάττωση των κατεχολαμινών, ιδιαίτερα της νορεπινεφρίνης, στις νορεπινεφρινεργικές συνάψεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, προκαλεί κατάθλιψη ενώ στην μανία η στάθμη τους είναι υψηλή. (β) Η μείωση των ινδολαμινών, ιδιαίτερα της σεροτονίνης (5-HT) στις σεροτονινεργικές συνάψεις του κεντρικού νευρικού συστήματος προκαλεί κατάθλιψη. (γ) Υπάρχει έλλειψη της 5-HT τόσο στην κατάθλιψη όσο και στην μανία. Στην κατάθλιψη η έλλειψη της 5-HT συνοδεύεται από μείωση της στάθμης και της νορεπινεφρίνης, ενώ στην μανία την έλλειψη 5-HT συνοδεύει αύξηση της νορεπινεφρίνης. (δ) Υπάρχουν 2 τύποι συναισθηματικών διαταραχών. Ο ένας συνδέεται με διαταραχή του ισοζυγίου των κατεχολαμινών, ιδιαίτερα της νορεπινεφρίνης, και ο άλλος με διαταραχή του ισοζυγίου των ινδολαμινών, ιδιαίτερα της 5-HT.

Ορισμένες παρατηρήσεις ενοχοποιούν διαταραχές του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών. Στην κατάθλιψη έχει παρατηρηθεί κατακράτηση και διαταραχές της κατανομής του νατρίου, με αύξηση της αποβολής του καλίου και του νερού. Στην ευφορία η αποβολή του καλίου και του νερού είναι μειωμένη. Ηλεκτροεγκεφαλογραφικές μελέτες του ύπνου έχουν δείξει ότι σε μεγάλο αριθμό καταθλιπτικών και μανιακών ασθενών υπάρχουν διάφορες ανωμαλίες στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα που παίρνεται κατά τον ύπνο των ασθενών αυτών. Τα πιο συχνά πολυπνογραφικά ευρήματα σε καταθλιπτικούς ασθενείς είναι: 1) Διαταραχές της συνέχειας του ύπνου, όπως αύξηση της λανθάνουσας περιόδου πριν τον ύπνο, αύξηση των ενδιάμεσων ξυπνημάτων και ξύπνημα κυρίως το πρωί 2) ελάττωση των σταδίων 3 και 4 (στάδιο 3: τα βραδέα κύματα επικρατούν και ο μυϊκός τόνος παραμένει αυξημένος. Συχνά το στάδιο 3 συνδυάζεται με το στάδιο 4, καθώς δεν υπάρχουν σαφείς φυσιολογικές διαφορές μεταξύ τους. Το στάδιο 3 μαζί με το στάδιο 4 αποτελούν το 15%-

20% της συνολικής περιόδου του ύπνου) NREM (Non Rapid Eye Movements) του ύπνου, δηλαδή του «βαθέως ύπνου) 3) ελάττωση της λανθάνουσας περιόδου πριν τον REM ύπνου (δηλαδή βράχυνση της διάρκειας της πρώτης NREM περιόδου) 4) αύξηση της REM δραστηριότητας, δηλαδή του αριθμού των γρήγορων κινήσεων του οφθαλμού και 5) αύξηση της διάρκειας του REM ύπνου στην αρχή της νύχτας. Τα ευρήματα αυτά στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ύπνου ανευρίσκονται 40%-60% των εξωτερικών ασθενών και στο 90% των νοσηλευμένων ασθενών με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (Μάνου Ν. 1997). (α) Η ολική διάρκεια των φάσεων REM και Δονειρικής του ύπνου μειωμένη στη μανία και αυξημένη στην κατάθλιψη. (β) Μειωμένη λανθάνουσα περίοδο του ύπνου D, στην κατάθλιψη.

Άλλες βιορυθμικές ανωμαλίες έχουν διαπιστωθεί στην έκκριση ορμονών και στην διατήρηση της φυσιολογικής στάθμης τους στη διάρκεια του 24ώρου. Αφορούν την κορτιζόλη, την αυξητική και τη θυρεοειδοτρόπο ορμόνη. Στις διαταραχές αυτές βασίζονται ορισμένες εξειδικευμένες διαγνωστικές τεχνικές. Θεωρείται πιθανό πως η ανατροπή του ισοζυγίου των νευροδιαβιβαστών, στο επίπεδο του ρινεγκεφάλου και του υποθαλάμου, ευθύνεται για τις συναισθηματικές, τις βιορυθμικές και τις ενδοκρινικές διαταραχές (Jamison 1990).

Ψυχολογικοί παράγοντες: Οι ψυχολογικοί αιτιοπαθογενετικοί μηχανισμοί συνδέονται με την δυναμική της ανάπτυξης της προσωπικότητας. Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες υποστηρίζουν πως συνθήκες απόρριψης ή αποστέρησης φροντίδας, αγάπης και υποστήριξης, στα αρχικά στάδια της ανάπτυξης της προσωπικότητας, δημιουργούν για τις μελλοντικές διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου κλίμα ανασφάλειας, αμφιθυμίας και αβεβαιότητας. Κάθε φανταστική ή πραγματική απειλή απώλειας των σχέσεων με τα αγαπημένα πρόσωπα ή με τις πηγές ικανοποίησης στις μετέπειτα σχέσεις, πυροδοτεί ένα αυτοκαταστροφικό στραγγαλισμό του Εγώ που εκδηλώνεται ως κατάθλιψη. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και η αυτομομφή θεωρούνται συμβολικές συνέπειες της εμφάνισης των εχθρικών αισθημάτων και της επιθετικότητας, που στρέφονται εναντίον των πηγών ικανοποίησης συναισθηματικών και βιολογικών αναγκών για τη μη εκπλήρωση της αποστολής τους. Τα εχθρικά συναισθήματα αναπτύσσονται

ως αποτέλεσμα της εγκατάλειψης και η ενδοβολή είναι ο αμυντικός μηχανισμός που προλαβαίνει την εκδήλωση τους και όλες τις αρνητικές συνέπειες μιας τέτοιας εξωτερίκευσης.

Η θεωρία της εξαρτημένης μάθησης της συμπεριφοράς υποστηρίζει πως η κατάθλιψη είναι συνέπεια ενός αισθήματος ανασφάλειας και έλλειψης στηριγμάτων βοήθειας. Συγκεκριμένα αυτό το αίσθημα αναπτύσσεται όταν οι προσπάθειες της προσωπικότητας μένουν χωρίς ανταμοιβή και επιβράβευση. Μένοντας χωρίς ενίσχυση και επιβράβευση, κάθε προσπάθεια αναγνώρισης χάνει το κίνητρο της. Όλες οι μελλοντικές προσπάθειες συνοδεύονται από έλλειψη ενδιαφέροντος και δυστυχώς οδηγούν σε απογοήτευση. Οι γνωστικές θεωρίες υποστηρίζουν πως στην κατάθλιψη οδηγούνται άτομα με μαθησιακά 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) .

Κοινωνικοί παράγοντες: Οι κοινωνικές επιδράσεις που ενοχοποιούνται εντοπίζονται είτε στο οικογενειακό, είτε στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Αρχικά στο οικογενειακό περιβάλλον, η παραγνώριση της ανάγκης για ανάπτυξη και ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, οδηγεί σε αισθήματα ανασφάλειας, αυτοϋποτίμησης και απογοήτευσης. Παράλληλα, υποκινούνται εχθρικά αισθήματα προς τα πρόσωπα (γονείς, μεγαλύτερους) που παραγνωρίζουν ή στραγγαλίζουν αυτές τις ανάγκες. Ο φόβος της ποινής για τα αισθήματα αυτά οδηγεί στην κατάθλιψη. Έπειτα στο μακροκοινωνικό περιβάλλον, η καταστολή του αισθήματος της αυτοεκτίμησης και η μταιιώσεις των επιδιώξεων αναγνώρισης μπορούν να προέλθουν από μια φυσική νόσο ή αναπηρία, από επαγγελματικές ή οικονομικές αποτυχίες, από την διακοπή της καριέρας ή μιας σημαντικής διαπροσωπικής σχέσης, ή από την απότομη μεταβολή των συνθηκών διαβίωσης (μετανάστευση, φυσικές καταστροφές, πόλεμοι). Αυτές οι αιτιοπαθογενετικές απόψεις οδηγούν στο συμπέρασμα 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 πιο βιολογικοί παράγοντες, ψυχολογικοί και κοινωνικοί. Το ποσοστό συμμετοχής αυτών των παραγόντων διαφοροποιεί τις καταθλίψεις σε «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, αντίθετα οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές χρησιμοποιούνται υποβοηθητικά. Καταθλίψεις με ενδοαντιδραστικά χαρακτηριστικά, αντιμετωπίζονται με διάφορα σχήματα ψυχοθεραπείας με κυρίαρχη θέση τις φυσικές θεραπείες(Corlan 1996).

1.3 Μανιοκατάθλιψη/ Διπολική Διαταραχή στα παιδιά και εφήβους

Η παιδική μανιοκατάθλιψη άργησε να αναγνωρισθεί ως κλινική οντότητα. Η άποψη ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι σπάνιες στα μικρά παιδιά, καθώς και η έννοια της «συγκαλυμμένης κατάθλιψης» και των «καταθλιπτικών ισοδυνάμων» κυριάρχησαν επί σειρά ετών στην παιδοψυχιατρική.

Υπήρξε έντονη διαμάχη σχετικά με το κατά πόσο ήταν αναπτυξιακά συμβατό για τα παιδιά να παρουσιάζουν μανιοκατάθλιψη, επειδή είναι κοινή παραδοχή ότι η παιδική ηλικία είναι η πιο χαρούμενη και ευχάριστη περίοδος της ανθρώπινης ζωής και είναι εμφανής η αδυναμία του παιδιού να εκφράσει με λόγια τα συναισθήματα θλίψης, απελπισίας και απόγνωσης. Τέλος, οι περιγραφές που κάνουν οι δάσκαλοι και οι γονείς, για την ψυχολογική κατάσταση των μαθητών είναι πολλές φορές παραπλανητική.

Η συμπτωματολογία εκφράζεται κυρίως με σωματικά συμπτώματα (κοιλιακά άλγη, κεφαλαλγίες, ανορεξία, αϋπνία) και διαταραχές της συμπεριφοράς (ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, απώλεια ενδιαφέροντος, απόσυρση). Θεωρείται μια μακρόχρονη διαταραχή, με σαφή γενετική επιβάρυνση, που προκαλεί σοβαρά προβλήματα στη λειτουργικότητα των παιδιών.

Συνοσηρότητα

Η συνύπαρξη με άλλες διαταραχές είναι πολύ υψηλή (40-70%). Τα περισσότερα παιδιά και οι έφηβοι παρουσιάζουν ταυτόχρονα και κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή. Συχνές είναι οι **διαταραχές διαγωγής**, σε ποσοστό 30-80% περίπου και οι αγχώδεις διαταραχές, με κυρίαρχο το άγχος αποχωρισμού, το ποσοστό των οποίων ανέρχεται σε 34% (Angold et al 1998). Μεγάλη συνοσηρότητα παρουσιάζει επίσης η κατάθλιψη με τις **μαθησιακές διαταραχές** (60-80%). Η αναγνώριση των διαταραχών, που συνυπάρχουν, είναι πολύ σημαντική στην έκβαση και την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, η οποία είναι πολύ εύκολο να αγνοηθεί στις περιπτώσεις που συνυπάρχει διαταραχή διαγωγής.

Αιτιολογία

Η αιτιολογία της παιδικής κατάθλιψης είναι **πολυπαραγοντική**.

Μελέτες οικογενειών δείχνουν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης μεταξύ συγγενών.

Μελέτες διδύμων υποστηρίζουν ότι οι γενετικές επιδράσεις στα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι μέτριες. Ωστόσο, η σταθερότητα των συμπτωμάτων αποδίδεται σε γενετικούς παράγοντες. Σε μερικές περιπτώσεις, οι γενετικοί παράγοντες αυξάνουν την ευαισθησία σε αρνητικές εμπειρίες ζωής (Silberg et al. 2001), ενώ σε άλλες αυξάνουν την τάση για αρνητικές εμπειρίες (Silberg et al. 1999).

Οι διαταραχές του συναισθήματος είναι αυτές που έχουν μελετηθεί περισσότερο στα παιδιά καταθλιπτικών γονέων. Κατάθλιψη των παιδιών έχει διαπιστωθεί στις περισσότερες μελέτες με κίνδυνο που κυμαίνεται από 13-70%. Οι απόπειρες αυτοκτονίας ανέρχονται σε 7,8% στα παιδιά καταθλιπτικών γονέων, διαφορά στατιστικά σημαντική, σε σύγκριση με το 1,4% στα παιδιά μη καταθλιπτικών γονέων (Weissman 1992).

Εκτός από τη γενετική επιβάρυνση, οι οικογένειες καταθλιπτικών γονέων χαρακτηρίζονται:

- από εντονότερες συγκρούσεις,

- περισσότερα προβλήματα επικοινωνίας,
- μικρότερη έκφραση των συναισθημάτων,
- λιγότερη υποστήριξη προς τα μέλη της και
- υψηλότερα ποσοστά παιδικής κακοποίησης (Kaufman 1991)

Οι διαταραγμένες πρώιμες αλληλεπιδράσεις μεταξύ μητέρας και παιδιού μπορούν να οδηγήσουν το παιδί σε ανάπτυξη τρόπων διαχείριση του άγχους που προδιαθέτουν για μανιοκατάθλιψη. Οι γονείς διδάσκουν στα παιδιά **τους να αποσύρονται όταν αντιμετωπίζουν ένα δύσκολο πρόβλημα** και δεν δημιουργούν προσαρμοστικούς τρόπους για τη ρύθμιση των αρνητικών συναισθημάτων.

Η παιδική μανιοκατάθλιψη έχει συνδεθεί με αρνητικά γεγονότα ζωής (καταστάσεις παραμέλησης και συναισθηματικής αποστέρησης), **κυρίως απώλειες**.

Τέτοια γεγονότα, όπως το διαζύγιο, η αποστέρηση, ο θάνατος, η αυτοκτονία, μόνα τους ή σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες κινδύνου (π.χ. έλλειψη υποστήριξης), σηματοδοτούν την έναρξη της μανιοκατάθλιψης.

Στις περιπτώσεις θανάτου ή αυτοκτονίας, ο κίνδυνος μανιοκατάθλιψης είναι ανάλογος με το πόσο κοντινό ήταν το απολεσθέν πρόσωπο και τη βιαιότητα της έκθεσης στο γεγονός. Επίσης, μη σοβαρά αγχογόνα γεγονότα, όπως δυσκολίες στις σχέσεις με τους φίλους (άσκηση βίας ενδοσχολικής, εκφοβισμός) ή με τους γονείς, προβλήματα στο σχολείο, ανευρίσκονται συχνά στη διάρκεια του χρόνου της έναρξης που προηγείται της κατάθλιψης.

Η κύρια ιδέα του μοντέλου αυτού είναι ότι τα καταθλιπτικά άτομα αναπτύσσουν μια παραμορφωμένη αντίληψη του κόσμου (όπως, για παράδειγμα, ότι τα πράγματα δεν θα πάνε καλά), η οποία οφείλεται σε προηγούμενες κακές εμπειρίες.

Όταν το παιδί βρίσκεται σε δύσκολες συνθήκες, αυτή η παραμορφωμένη αντίληψη εμφανίζεται και οδηγεί σε κατάθλιψη. Σύμφωνα με την γνωσιακή θεωρία, η κατάθλιψη δεν ενεργοποιείται απλώς από αρνητικές εμπειρίες

ζωής, αλλά κυρίως από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο τις αντιλαμβάνεται και τις επεξεργάζεται.

Η μελέτη της γνωσιακής λειτουργίας μανιοκαταθλιπτικών παιδιών έδειξε ότι τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν χαμηλή αυτοκριτική, σημαντικές γνωσιακές διαστρεβλώσεις και αίσθημα έλλειψης ελέγχου σε αρνητικά γεγονότα. Διαφορετικές μελέτες υποστηρίζουν τη σχέση μεταξύ γνωστικών λαθών και κατάθλιψης στα παιδιά.

Οι έφηβοι με μανιοκατάθλιψη παρουσιάζουν ποικιλία γνωστικών λαθών, όπως επιλεκτική προσοχή στα αρνητικά χαρακτηριστικά των γεγονότων, ενώ τείνουν να αποδίδουν τα θετικά γεγονότα σε ασταθείς εξωτερικούς παράγοντες.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ 1ΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Η διπολική διαταραχή (γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη) είναι μια ψυχιατρική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από δύο συναισθηματικές διαταραχές, τη μανία και την κατάθλιψη. Το άτομο που πάσχει από μανία ή κατάθλιψη εμφανίζει παθολογικά συμπτώματα στις σωματικές, γνωστικές του λειτουργίες, στο συναίσθημα και την συμπεριφορά του. Στη μανία εμφανίζονται ταυτόχρονα και συνοδεύονται από «ανεβασμένη» ή «ευερέθιστη διάθεση», με χαρακτηριστικό συναίσθημα την ευφορία. Στην κατάθλιψη τα συμπτώματα εμφανίζονται τις περισσότερες ώρες της ημέρας με χαρακτηριστικά την καταθλιπτική διάθεση ή την απουσία ευχαρίστησης ή ενδιαφέροντος. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης μπορεί να ομαδοποιηθούν σε: Γενετικούς, Ψυχοκοινωνικούς και Νευροβιολογικούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο : ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

2.1 Κλινική εικόνα κατάθλιψης

Η περιγραφή που ακολουθεί καλύπτει την μεγάλη κατάθλιψη και το καταθλιπτικό επεισόδιο των διπολικών διαταραχών. Αντιστοιχεί σε μεγάλο βαθμό με τον καταθλιπτικό τύπο της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης του συστήματος ICD-9-CM, με την «ενδογενή», την «ψυχωτική» και την «υποστροφική» κατάθλιψη ή μελαγχολία παλιότερων ταξινομήσεων. Μπορεί να εγκατασταθεί απότομα. Συχνότερα προηγείται μια υποθυμία, υποδραστηριότητα, αίσθημα σωματοψυχικής καταβολής και αϋπνία ή αντίθετα, με υπερθυμία, υπεραπασχόληση και υπερδραστηριότητα (υπομανία), και άλλοτε η κατάθλιψη διαδέχεται ένα κανονικό μανιακό επεισόδιο. Κύριο χαρακτηριστικό είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα. Πιο συγκεκριμένα επικρατεί ακεφιά με αποθάρρυνση, λύπη με απογοήτευση, ή θλίψη με απελπισία. Χάνεται κάθε ικανότητα για ευχαρίστηση με τις συνηθισμένες χαρές της ζωής, κάθε ενδιαφέρον για τη ζωή, καθώς και παραίτηση από τις συνηθισμένες δραστηριότητες. Προοδευτικά, εγκαθίσταται βαθύς ψυχικός πόνος, οι άρρωστοι αρνούνται την συμπάθεια των άλλων και κατέχονται από μόνιμη επιθυμία θανάτου. Η σκέψη φθίνει και ο συνειρμός επιβραδύνεται (λίμναση της σκέψης). Η βούληση και η τάση για ενέργεια (πρωτοβουλία) είναι επιβραδυμένη, ανασταλμένη ή καταργημένη. Οποιαδήποτε δραστηριότητα ή απόφαση αναβάλλεται. Στις βαριές καταστάσεις, κάθε ψυχοκινητική δραστηριότητα καταργείται και το πρόσωπο εκφράζει βαθιά θλίψη και ψυχικό πόνο.

Η ψυχοκινητικότητα είναι ανασταλμένη. Όταν όμως η κατάθλιψη συνοδεύεται από έντονο άγχος, η ψυχοκινητικότητα είναι αυξημένη, το προσωπείο εναγώνιο, η όψη ανήσυχη, οι κόρες διασταλμένες, η ομιλία διστακτική και η φωνή εξασθενημένη. Η αγχώδης κατάθλιψη, είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους και η ανασταλμένη μορφή στους πιο νέους. Το επίπεδο της συνείδησης παραμένει φυσιολογικό, ακόμα και στην πιο βαριά κατάθλιψη. Συχνά φαινόμενα, διαταραχής του προσανατολισμού και διαταραχές της μνήμης είναι συμπτώματα οργανικότητας, για αυτό παρατηρούνται σε ηλικιωμένα άτομα με κατάθλιψη. Διαταραχές της αντίληψης και της συνειδητοποίησης δεν είναι συχνές. Όταν υπάρχουν επίμονες ψευδαισθήσεις,

μη σύντονες με το συναίσθημα, η διάγνωση της σχιζοσυναισθηματικής ή της οργανικής διαταραχής είναι πολύ πιθανή. Στην κατάθλιψη, τα βιώματα παραποίησης της αντίληψης και της συνειδητοποίησης είναι σύντονα με το συναίσθημα και αποτελούν προέκταση των μελαγχολικών ιδεών. Επιπροσθέτως οι διαταραχές της μνήμης αποτελούν συχνό παράπονο. Πρόκειται για υποκειμενική αίσθηση ή για αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής, για αυτό η εξέταση της μνήμης δίνει συνήθως φυσιολογικά αποτελέσματα. Έχει παρατηρηθεί πως η αδυναμία στη συγκέντρωση και την καθήλωση της προσοχής είναι συχνή.

Η απώλεια της ενεργητικότητας, το βάρος και το βάθος του καταθλιπτικού συναισθήματος και η αίσθηση της αναποτελεσματικότητας δημιουργούν στον άρρωστο μια επώδυνη εμπειρία ανυπέρβλητης κατάπτωσης και αδυναμίας, από την οποία ούτε ο ύπνος, ούτε οι προσπάθειες για ανάπαυση μπορούν να τον λυτρώσουν. Ο βαθμός της απελπισίας και της παραίτησης από την ζωή, η άρνηση κάθε προσπάθειας ή προοπτικής για μελλοντική βελτίωση καθώς και το συναίσθημα της ενοχής οδηγούν συχνά στην απόφαση της αυτοκτονίας.

Υπολογίζεται ότι από όλες τις απόπειρες αυτοκτονίας το 40%-50% γίνεται από αρρώστους με μέτρια και βαριά κατάθλιψη. Ιδέες αυτοκτονίας έχουν οι καταθλιπτικοί σε ποσοστό πάνω από 70%. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι υπαρκτός σε κάθε περίοδο της κατάθλιψης, όμως είναι πολύ μεγαλύτερος στα πρώτα στάδια και στην αρχή της βελτίωσης, όταν η αναστολή υποχωρεί και αυξάνεται η ικανότητα για τον σχεδιασμό και την εκτέλεση της αυτοκτονίας. Άρρωστοι με προηγούμενες απόπειρες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Αξίζει να σημειωθεί πως κάθε απόπειρα προειδοποιεί για την επόμενη που συχνά θα είναι και η αποτελεσματική.

Η βία δεν είναι συνηθισμένη. Η παιδοκτονία ή η δολοφονία αγαπημένων προσώπων πριν από την αυτοκτονία, αποτελούν την τραγική επέκταση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στη βαριά ψυχωτική κατάθλιψη. Ο ύπνος είναι διαταραγμένος και τα όνειρα εφιαλτικά. Γενικά συμπτώματα όπως, ανορεξία και μείωση του βάρους, σεξουαλική αδιαφορία και ανηδονία, καθώς και επίμονη δυσκοιλιότητα είναι πολύ συχνά. Οι 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>).

2.2 Κλινική εικόνα μανίας

Η έναρξη του μανιακού επεισοδίου μπορεί να είναι απότομη ή να προηγείται μια περίοδος με, υπεραπασχόληση, υπερδραστηριότητα και αϋπνία ,ή με δυσθυμία, καταβολή, υποδραστηριότητα και διαταραχές του ύπνου. Άλλοτε, το μανιακό επεισόδιο διαδέχεται αμέσως ένα επεισόδιο κατάθλιψης. Χαρακτηρίζεται από ευφορία που μπορεί να εξελιχθεί σε έξαρση ή και έκσταση ή να μεταβληθεί σε ευερεθιστότητα ή και επιθετική συμπεριφορά, όταν ο άρρωστος βρεθεί αντιμέτωπος με την πραγματικότητα.

Η συναισθηματική εκτροπή συνοδεύεται από διογκωμένη αυτοεκτίμηση, άμετρη δραστηριότητα, πίεση λόγου και φυγή ιδεών, διάσπαση της προσοχής και άκριτη εμπλοκή σε δραστηριότητες που οδηγούν σε οδυνηρές συνέπειες (αλόγιστη οδήγηση, παράτολμα σχέδια για επενδύσεις, άσκοπες υπερβολικές δαπάνες, σεξουαλικές καταχρήσεις κ.α.). Ο άρρωστος διαχέει στον περίγυρο ευφορικό συναίσθημα, από την ευθυμία ως την έξαρση ή την έκσταση. Χαίρεται, τραγουδάει και προσπαθεί να μεταδώσει την υπεραισιοδοξία του στους γύρω. Όμως συχνά υπάρχει η άμετρη οικειότητα προς γνωστούς και άγνωστους κάνει τον μανιακό ενοχλητικό και ανεπιθύμητο. Η προσπάθεια των άλλων να κρατούν τις αποστάσεις τον εξοργίζει και δυστυχώς μεταβάλλει την συμπεριφορά του σε επιθετική. Η ψυχοκινητική συμπεριφορά, σύντονη προς το ευφορικό συναίσθημα χαρακτηρίζεται από ζωηράδα και υπεραπασχόληση. Η δραστηριότητα κατευθύνεται από τυχαία γεγονότα. Ο μανιακός αρχίζει μια ασχολία και την εγκαταλείπει αμέσως για να ασχοληθεί με κάτι άλλο μη ολοκληρώνοντας ποτέ καμία εργασία. Η εμφάνιση του είναι ζωντανή, το βλέμμα ζωηρό, η εκφραστικές κινήσεις άφθονες και η ομιλία ακατάπαυστη. Ο λόγος εκφράζεται με πίεση.

Η σκέψη, ακολουθώντας τον βαθμό της συναισθηματικής εκτροπής κατέχεται από τις ιδέες απλής υπερεκτίμησης των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων ως τις παραληρητικές ιδέες μεγαλείου. Ο μανιακός αυτοσυστήνεται σαν γνώστης

θεμάτων που απαιτούν ειδικές γνώσεις, (ταλαντούχος ποιητής, ζωγράφος ή συγγραφέας) ή αναφέρεται στις ειδικές αποστολές που του ανατέθηκαν από τους ισχυρούς της γης ή από τον ίδιο τον Θεό. Ο συνειρμός είναι επιταχυμένος. Η ταχύτητα παραγωγής των ιδεών παρασύρει τον συνειρμό σε επιτάχυνση, η οποία με την σειρά της οδηγεί σε απώλεια της οδηγού παράστασης και σε φυγή ιδεών. Στην ακμή της μανίας, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις με πολλά ψυχωσικά στοιχεία, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί γνήσια ασυναρτησία.

Η προσοχή προσηλώνεται δύσκολα σε συγκεκριμένα θέματα. Συνήθως διασπάται από τυχαία ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Η ταυτόχρονη στροφή της προσοχής σε πολλές πηγές ερεθισμάτων χαρακτηρίζεται ως υπερπροσεξία, μ' όλο που δεν συνεπάγεται αντίστοιχη ικανότητα κριτικής επεξεργασίας. Η κριτική ικανότητα ρυμουλκείται από την συναισθηματική υπερτονία. Η υπεραπασχόληση και η υπερπροσεξία, παρασύρουν τον άρρωστο στο να παρατηρεί και να σχολιάζει τα πάντα, να απομνημονεύει λεπτομέρειες και να φαίνεται έτσι ιδιαίτερα ευφυής. Στην πραγματικότητα οι αποφάσεις του και οι δραστηριότητες του εξαρτώνται από την συναισθηματική διαταραχή για αυτό δεν έχουν αντικειμενικότητα.

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

εγκυμοσύνες στις γυναίκες και συχνά αφροδίσια νοσήματα (<http://www.psychologia.gr>) .

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

Ψύχωση και μικτή διπολική κατάσταση: Η ψύχωση μπορεί να είναι σύμπτωμα της διπολικής διαταραχής. Τα σοβαρά επεισόδια μανίας ή κατάθλιψης μπορεί να περιλαμβάνουν συμπτώματα ψύχωσης. Τα άτομα μπορεί να έχουν ψευδαισθήσεις, ακούνε ή αισθάνονται την παρουσία συγκεκριμένων πραγμάτων που δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα. Ένα άλλο σύμπτωμα είναι οι παραληρητικές ιδέες , οι ασθενείς έχουν εσφαλμένες αλλά ισχυρές πεποιθήσεις που δεν μπορούν να εξηγηθούν λογικά. Ο τύπος των ψυχωτικών συμπτωμάτων αντανακλά την διάθεση των ασθενών. Κατά την διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου διότι μπορεί να πιστεύουν ότι είναι άτομα με ειδικές δυνάμεις ή πλούτο. Κατά τη διάρκεια των καταθλιπτικών επεισοδίων μπορεί να πιστεύουν ότι είναι ανάξιοι ή ότι έχουν καταστραφεί ή ότι είναι ένοχοι για κάποια εγκληματική πράξη. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι πολλά άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή και εμφανίζουν ψυχωτικά στοιχεία συχνά διαγιγνώσκονται εσφαλμένα ως πάσχοντες από σχιζοφρένεια, μια άλλη σοβαρή ψυχική νόσο. Είναι προφανές ότι όταν οι ασθενείς πάσχουν από ψυχωτικά συμπτώματα, είναι απαραίτητη η επείγουσα ιατρική επέμβαση. Μερικές φορές τα συμπτώματα κατάθλιψης και μανίας μπορούν να εκδηλωθούν ταυτόχρονα και τότε συναντάμε την μικτή διπολική κατάσταση. Ασθενείς είναι συχνά ανήσυχτοι, έχουν πρόβλημα ύπνου και μερικές φορές εκδηλώνουν ακόμα και ψύχωση ή έχουν αυτοκτονικές σκέψεις. Μπορεί να αισθάνονται θλιμμένοι αλλά και ταυτόχρονα πολύ ενεργητικοί.

2.3 Κλινική εικόνα σε παιδιά

Η κλινική εικόνα της παιδικής κατάθλιψης παρουσιάζει αρκετές διαφορές από εκείνη των ενηλίκων.

Η λεκτική έκφραση των συναισθημάτων θλίψης, απόγνωσης, απελπισίας σπάνια συναντάται σε παιδιά. Μελαγχολικά ή ψυχωτικά συμπτώματα, υπολειμματική λειτουργικότητα, απόπειρες αυτοκτονίας και αυτοκτονίες συναντώνται συχνότερα όσο αυξάνει η ηλικία.

Αντίθετα, το άγχος αποχωρισμού, φοβίες, σωματικά συμπτώματα και διαταραχές συμπεριφοράς είναι συχνότερες στην παιδική ηλικία. Ακόμη και κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, η κλινική εικόνα της κατάθλιψης αλλάζει ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού

Βρεφική ηλικία

Ο Spitz, με τις έρευνές του στα ορφανοτροφεία μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, έδειξε **ότι ένα βρέφος μπορεί να έχει αισθήματα λύπης και να ζήσει μια καταθλιπτική εμπειρία** συνοδευόμενη από έντονη ψυχοκινητική επιβράδυνση.

Η κλινική εικόνα, όπως την περιέγραψε ο Spitz, σ' ένα βρέφος 6-8 μηνών που χωρίζεται από τη μητέρα του περιλαμβάνει γενική απάθεια, άρνηση επαφής, αδιαφορία προς το περιβάλλον, ανορεξία και αϋπνία.

Εάν βρεθεί ένα **μητρικό υποκατάστατο ανάμεσα στον 3^ο – 5^ο μήνα από τον αποχωρισμό, η εικόνα της κατάθλιψης, εξαφανίζεται προοδευτικά**. Διαφορετικά, εξελίσσεται σε μια κατάσταση φυσικού και ψυχισμού μαρασμού.

Ο Spitz, αναφερόμενος στην ανακλητική κατάθλιψη, έστρεψε την προσοχή στις ψυχοσωματικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης στην αρχή της ζωής.

Τα χαρακτηριστικά της βρεφικής κατάθλιψης

Συναισθηματική ατονία: Το βρέφος δεν ασκεί τις αισθητηριακές του ικανότητες, δεν έχει διάθεση να κοιτάει, να ακούει, να μυρίζει, να κινείται, να γνωρίζει, να λειτουργεί, να προοδεύει.

Μειωμένες κινητικές πρωτοβουλίες, φτωχή μιμική, μονοτονία, τάση για επανάληψη των ίδιων δραστηριοτήτων (απομονώνονται και κουνιούνται μπρος πίσω (rocking) με ενδείξεις ελαφράς νοητικής καθυστέρησης).

Φτωχή αλληλεπιδραστική σχέση με τη μητέρα, μείωση των πρωτοβουλιών αλλά και των απαντήσεων στις προτροπές, αποτυχία επικοινωνίας.

Παιδική ηλικία

Στην ηλικία αυτή η κατάθλιψη μπορεί να εκφραστεί με τα εξής συμπτώματα:

- **Σχολική αποτυχία** με δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής
- **Ευερεθιστότητα, δυσκολία στις κοινωνικές σχέσεις** και αδυναμία να αντέξουν ακόμα και μικρές ματαιώσεις
- **Ψυχοσωματικά συμπτώματα** όπως: Κοιλιακά άλγη, κεφαλαλγίες, ενούρηση.

Στην ηλικία αυτή τα παιδιά έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, αν και δεν ομολογούν ότι έχουν κατάθλιψη. Πιο συχνά όμως αναφέρουν ότι αισθάνονται πλήξη, ότι βαριούνται και ότι δεν έχουν ενδιαφέρον να κάνουν πράγματα.

Ένα σημαντικό θέμα έρευνας στην ψυχολογία αναφέρεται στο κατά πόσο οι αγχογόνες καταστάσεις της ζωής, που προέρχονται από κοινωνικούς ρόλους ή καταστάσεις, (π.χ. μη επιθυμητά γεγονότα, χρόνιες δυσκολίες, πολλαπλές απαιτήσεις ρόλων) έχουν ή δεν έχουν πάντοτε δυσμενείς συναισθηματικές συνέπειες.

Το νόημα, που έχει για το άτομο ο κοινωνικός ρόλος, που μπορεί να προκαλέσει άγχος αποτελεί το βασικό στοιχείο για την κατανόηση της ψυχολογικής του επίδρασης.

Κάποιοι ερευνητές προτείνουν ότι τα αρνητικά γεγονότα ζωής πιέζουν συναισθηματικά ή προκαλούν κατάθλιψη μόνο όταν το άτομο ταυτίζεται ή δεσμεύεται με τα βασικά χαρακτηριστικά του γεγονότος, που ζει.

Οι έφηβοι εγκαθιδρύουν τις αντιλήψεις για τον εαυτό τους μέσα από την ανάληψη ρόλων (π.χ. Είμαι παιδί, μαθητής, καλή κόρη, αδελφός κ.λπ.).

Οι ταυτότητες του εγώ ορίζονται ως στάσεις και αντιλήψεις, που παρεισφρεύουν στην κοινωνική δομή, αναπαρίστανται στις σχέσεις ρόλων με τους άλλους και διαμορφώνουν την προσωπικότητα του εφήβου. Πρόκειται ουσιαστικά για απαντήσεις στην ερώτηση 'Ποιος είμαι;', αποτελούν πηγές υπαρξιακού νοήματος ή σκοπού της ζωής.

Οι προσδοκίες, που σχετίζονται με τους ρόλους αυτούς πολλές φορές οργανώνονται σε 'θεατρική' συμπεριφορά σε συγκεκριμένα πλαίσια. Η κατοχή πολλαπλών ρόλων και ταυτοτήτων μειώνει το άγχος, την απογοήτευση και τη διαταραγμένη επαφή με τους άλλους.

Οι μελέτες επιβεβαιώνουν ότι οι πολλαπλοί ρόλοι ή οι ταυτότητες ρόλων γενικά μειώνουν τα συμπτώματα ή την ψυχολογική διαταραχή. Κάποιοι ρόλοι είναι πιο ουσιώδεις και κεντρικοί στην αυτοαντίληψη του εφήβου, ειδικά αυτοί που μπορούν να ελεγχθούν από την κοινωνία ή από το υπερεγώ.

Περιστατικά, που βλάπτουν ή αφαιρούν ή απειλούν) προεξάρχουσες ταυτότητες ή αντιλήψεις, ενισχύουν τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα γρηγορότερα.

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας και με αφετηρία τις σωματικές αλλαγές, η ανάπτυξη της αυτοαντίληψης και οι μεταβολές της αυτοεκτίμησης περνούν από πολλά στάδια αναδόμησης. Αργότερα (προς το τέλος της εφηβείας) θα έχουν ήδη διαμορφώσει μια νέα σταθερότερη αίσθηση της αξίας και του εαυτού τους.

Ο τομέας της εξωτερικής εμφάνισης είναι ο πρώτος – χρονικά – που θα υποστεί τις πολλές και δραματικές αλλαγές. Ο τρόπος που θα βιώσουν τις αλλαγές αυτές οι έφηβοι, ιδίως στο πρώτο στάδιο, προσδιορίζει σε μεγάλο βαθμό και το βαθμό και την ποιότητα της αυτοεκτίμησης.

Σημαντικότερος, γι' αυτούς, είναι, όχι μόνο πώς βιώνουν τις αλλαγές του σώματός τους, αλλά κυρίως πώς νομίζουν ότι οι 'γενικευμένοι άλλοι' αποδέχονται τις αλλαγές αυτές.

Ο «καθρεφτιζόμενος εαυτός» του Cooley, εδώ, είναι ρεαλιστικός και δεν δείχνει παθητικότητα, παρά μόνο επιφανειακά και στατικά ερευνώμενος, αλλά υποθάλλει μια κρυφή 'ηφαιστειακή δραστηριότητα'. Αναζητώντας τη νέα τους ταυτότητα με σκοπό την ένταξή τους σε ευρύτερα κοινωνικά σύνολα και συνειδητοποιώντας την ύπαρξη ενός εαυτού με περισσότερα αφηρημένα στοιχεία, οι έφηβοι αναδομούν συνεχώς την προσωπικότητά τους.

Η νοητική τους εξέλιξη, μέσα από τις εμπειρίες που τώρα τις αντιλαμβάνονται διαφορετικά, τους επιτρέπει μεγαλύτερη πολλαπλότητα επιλογών, προβλεψιμότητα στις διερευνήσεις τους, εξατομίκευση της σκέψης τους, ευαισθησία.

Ενδιαφέρονται όλο και περισσότερο για τον εαυτό τους, ως δυναμικά εξελισσόμενο υποκείμενο παρατήρησης, και η αυτοεκτίμησή τους εμφανίζεται να ακολουθεί αυτή τη δυναμική. Άλλωστε στην περίοδο της εφηβείας, σύμφωνα με τον Erikson (1968), ολοκληρώνεται και η διαμόρφωση του ίδιου τους του εαυτού.

Οι έφηβοι, όμως, σήμερα βρίσκουν λιγότερες πηγές για κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη. Επιπρόσθετα, ένας αυξανόμενος αριθμός εφήβων βιώνει το συναισθηματικό τραύμα ενός χωρισμού, την αστάθεια που προκύπτει όταν ζει πρώτα με τον ένα από τους δύο γονείς κι έπειτα με τον άλλον ή όταν μετακινείται από σχολείο σε σχολείο, αλλά και τη μοναξιά, αποτέλεσμα της εξωτερικής εργασίας του ενός ή και των δύο γονιών για εκτεταμένες περιόδους στη διάρκεια της ημέρας.

Αποτέλεσμα τέτοιων αλλαγών είναι ότι πολλοί έφηβοι είναι λειτουργικά ανίκανοι να συγκεντρωθούν στα σχολικά τους καθήκοντα και βιώνουν ψυχολογικό πόνο και πίεση. Μέχρι να ικανοποιηθούν οι συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών για ασφάλεια, ταυτότητα, αλλά και η αίσθηση ότι ανήκουν κάπου, είναι ανίκανα να λειτουργήσουν διανοητικά και ψυχικά.

Οι έφηβοι με χαμηλή αυτοεκτίμηση ενδιαφέρονται περισσότερο να διατηρήσουν τη δική τους αίσθηση αυτοσεβασμού παρά να προσπαθήσουν περισσότερο, για να πετύχουν. Εμπλέκονται σε αμυντικές συμπεριφορές

προκειμένου να αποτρέψουν τους άλλους να καταλάβουν πόσο ανεπαρκείς και ανασφαλείς αισθάνονται.

Αυτοί οι αμυντικοί μηχανισμοί μπορεί να είναι:

- Επανάσταση, αντίδραση, άμυνα ή εκδίκηση
- Καχυποψία, πείραγμα και υποτίμηση των άλλων
- Λοιδορίες προς τους άλλους, επιπολαιότητα
- Ανευθυνότητα
- Εκφοβισμός και απειλή
- Απόσυρση, ντροπαλότητα, ονειροπόληση, θλίψη, έλλειψη διεκδικητικότητας
- Φυγή, αποφυγή, εξάρτηση, σκασιαρχείο, βραδύτητα

Οι έφηβοι με χαμηλή αυτοεκτίμηση

- Θεωρούν ότι δεν αξίζουν την προσοχή και τη φροντίδα των άλλων, αλλά ακόμα και όταν τη δέχονται την αντιμετωπίζουν καχύποπτα.
- Επαναπαύονται, ακόμα κι αν είναι οι καταστάσεις της ζωής τους είναι προβληματικές, και προτιμούν τη διαιώνισή τους, παρά να πληρώσουν το τίμημα της αλλαγής. Οι περισσότερες νοσηρές συμπεριφορές είναι μαθημένες και πολλές φορές η αδυναμία αντιμετώπισής τους οφείλεται και στην έλλειψη θέλησης, αλλά και στα δευτερογενή οφέλη, που προκύπτουν από την διατήρησή τους, όπως για παράδειγμα η διαρκής προσοχή και το ενδιαφέρον των άλλων, η αποφυγή προκλήσεων κ.λπ.
- Ο φόβος της απόρριψης κατατρώχει και οριοθετεί τις πράξεις τους. Όταν εμπλακούν σε κάποια συναισθηματική σχέση, γίνονται υπερβολικά ζηλόφθονες, εξαρτητικοί ή αναπτύσσουν μαζοχιστικά χαρακτηριστικά, φοβούμενοι ότι θα απολέσουν την αγάπη, που με τόση επίπονη υπέρβαση κέρδισαν. Συνήθως αυτή η συμπεριφορά εξωθεί τους υπόλοιπους να τους εγκαταλείψουν, επιβεβαιώνοντας έτσι τους αρχικούς τους φόβους.

- Σπανίως γίνονται διεκδικητικοί. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση τους αποτρέπει από το να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες, να εμπλέκονται σε συγκρούσεις, και να υπερασπίζονται τις απόψεις τους, ακόμα κι όταν έχουν το δίκιο με το μέρος τους. Πολλές φορές πίσω από τη χαμηλή αυτοεικόνα εμφωλεύει ένας λανθάνων ναρκισσισμός, δεδομένου ότι η δειλία τους προστατεύει από την έκθεση του εαυτού τους στην κρίση των άλλων.
- Επιζητούν την επιδοκίμασία των άλλων και εξαρτούν τη διάθεσή τους από αυτήν.
- Παρά το ότι μπορεί να διαθέτουν υψηλό δείκτη νοημοσύνης, δεν μπορούν να επιλύσουν προβλήματα κοινωνικού περιεχομένου. Είναι επιρρεπείς στο μυστικισμό και τη μοιρολατρία.
- Πολλές φορές καταφεύγουν σε υπερωρίες στον ακαδημαϊκό ή εργασιακό τομέα, επιζητούν την υπερεπίδοση, την εξουσία ή το χρήμα, μέσα που πρόσκαιρα τους προσφέρουν ανακούφιση από την ανασφάλειά τους.
- Ό,τι για τους υπόλοιπους δρα ως θετικός ενισχυτής, σε αυτούς είναι αδιάφορο. Είναι ανίκανοι να απολαύσουν τις μικροχαρές της ζωής, γεγονός που προοιωνίζει κατάθλιψη.
- Αδυνατούν ή αρνούνται να αξιολογήσουν σωστά τις δυνατότητές τους και αισθάνονται αμηχανία, όταν οι άλλοι τους επαινούν.
- Η ταυτότητα του εαυτού τους είναι απροσδιόριστη, χωρίς συνέπεια και στοχοθεσία. Υιοθετούν συμπεριφορές, για να γίνουν αρεστοί στους άλλους.
- Έχουν χαμηλή συναισθηματική νοημοσύνη και επικοινωνιακά προβλήματα.
- Γίνονται επιθετικοί, όταν απειληθούν, ειδικά εάν διαθέτουν υψηλή φαινομενική αυτοεκτίμηση.

- Κάθε ματαίωση στη ζωή τους είναι πηγή ανεξέλεγκτου άγχους, μελαγχολίας και αποσυντονισμού.
- Είναι εξαρτημένοι από την οικογένειά τους και διατηρούν τη σχέση αυτή και μετά την ενηλικίωση.
- Εκδηλώνουν συχνά νευρωτικές συμπεριφορές, όπως ροπή προς τον αλκοολισμό, τη χαρτοπαιξία, τα ναρκωτικά, τον υπερκαταναλωτισμό, τις σεξουαλικές ακρότητες και τον ηδονισμό.

Εφηβεία και Κατάθλιψη

Η εφηβεία συχνά περιγράφεται με όρους που θα ταίριαζαν για την περιγραφή ενός καταθλιπτικού επεισοδίου.

Μιλώντας για την εφηβεία, αναφέρουμε αυθόρμητα τη λύπη, τη διέγερση, το θυμό.

Τα λογοτεχνικά έργα που αναφέρονται σε αυτή την περίοδο της ζωής περιγράφουν τη θλίψη, τον πεισιμισμό, την αυτοϋποτίμηση.

Η καθημερινή παρατήρηση προσφέρει πλείστα παραδείγματα εφήβων που περνούν ατέλειωτες ώρες απομονωμένοι, ξαπλωμένοι ή καθιστοί, δείχνοντας βαρεμάρα και αδιαφορία για το κάθε τι που αγγίζει η καθημερινότητα. Αν τύχει και μας εμπιστευθούν και συζητήσουν μαζί μας, διακρίνουμε αισθήματα ενοχής, ντροπής, απογοήτευσης που εναλλάσσονται με εξάρσεις πάθους και μεγαλομανίας.

Η απότομη αλλαγή της διάθεσης είναι γνωστό χαρακτηριστικό της εφηβείας, αλλά οι περισσότεροι έφηβοι παρουσιάζουν συχνά σταθερό καταθλιπτικό συναίσθημα. Αυτή η κατάσταση δημιουργεί ερωτηματικά για το αν και πότε η κατάθλιψη αποτελεί μια φυσιολογική εκδήλωση της εφηβείας ή εντάσσεται στο πλαίσιο του παθολογικού και αποτελεί ψυχιατρική διαταραχή.

Τα σύγχρονα ψυχιατρικά ταξινομικά συστήματα DSM-IV και ICD 10 την τοποθετούν πλησιέστερα στην κλινική εικόνα των ενηλίκων, τονίζοντας κάποιες διαφορές. Ανάλογα με την ένταση και τη διάρκεια των συμπτωμάτων,

περιγράφονται δύο βασικές κλινικές εικόνες, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (πιο βαριά μορφή) και η δυσθυμία (πιο ήπια μορφή).

Η βασική διαφορά από την κατάθλιψη ενηλίκων είναι ότι ο έφηβος μπορεί να παρουσιάζει ευερεθιστότητα αντί του καταθλιπτικού συναισθήματος. Γκρινιάζει συνεχώς, όλα του φταίνε, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στις διαπροσωπικές του σχέσεις, στην οικογένεια, αλλά και στο χώρο του σχολείου.

Περιορίζει τις δραστηριότητες που συνήθως του προσφέρουν ευχαρίστηση και τις δραστηριότητες που απαιτούν σημαντική ενέργεια.

Παραπονείται για κούραση, αλλά κυρίως δείχνει μια αδιαφορία και βαρεμάρα, που αποτελεί έκφραση της ψυχοκινητικής του επιβράδυνσης. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση οδηγεί σε κρίσεις και σχόλια για τον εαυτό του, του τύπου 'είμαι ηλίθιος, χαζός, βλάκας, αντιπαθητικός'.

Είναι συχνή και σημαντική η μείωση των σχολικών επιδόσεων, βασικό χαρακτηριστικό της κατάθλιψης στην εφηβεία. Η σχολική φοβία με έναρξη στην εφηβεία θεωρείται καταθλιπτικό ισοδύναμο. Οι διαταραχές της διαγωγής, επίσης με εικόνα ψυχοπαθητικής διαταραχής, μπορεί να αποτελούν καταθλιπτικό ισοδύναμο.

Τα συμπτώματα επιθετικότητας είναι πιο συχνά στα αγόρια, ενώ στα κορίτσια συχνότερα εμφανίζονται συμπτώματα διαταραχής της σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Αν και η εφηβική κατάθλιψη μπορεί να αποδειχθεί μια χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή και να έχει σοβαρές συνέπειες στη ζωή του παιδιού και της οικογένειας, λίγες είναι οι έρευνες που αναφέρονται στην πρόληψή της. Γενικά, είναι αποδεκτό ότι για την υγιή ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού καλό είναι **να αποφεύγονται οι πρώιμοι αποχωρισμοί** (π.χ. μακροχρόνια απουσία μητέρας, ταξίδια, νοσηλεία).

Η μείζων κατάθλιψη συχνά προηγείται της χρήσης ουσιών και η θεραπεία της επομένως δρα προληπτικά για την ουσιοεξάρτηση. Ορισμένες προληπτικές

στρατηγικές έχουν αναπτυχθεί με κύριο σκοπό την ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης ψυχικών διαταραχών στα παιδιά καταθλιπτικών γονέων.

Προτείνονται τόσο παρεμβάσεις υποστηρικτικές –συμβουλευτικές στους γονείς και ολόκληρη την οικογένεια, όσο και ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση για να βοηθήσει το παιδί να διαχειριστεί τις δυσκολίες που προκαλούν οι συναισθηματικές διαταραχές των γονέων.

Σημαντικό είναι επίσης να εκπαιδευτούν τα παιδιά, οι γονείς και οι δάσκαλοι στην **αναγνώριση συμπτωμάτων** της κατάθλιψης. Μπορούν έτσι να ζητήσουν έγκαιρα βοήθεια και να επιδείξουν καλύτερη θεραπευτική συμμόρφωση.

Η πρώιμη ανίχνευση προστατεύει το παιδί από τις μακροχρόνιες συνέπειες της κατάθλιψης, που έχουν αρνητική επίδραση στα σχολικά επιτεύγματα, επηρεάζουν τις σχέσεις με τους γονείς και τους συνομηλίκους και αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας στην παιδική ηλικία ή την εφηβεία.

Αυτό, που φαίνεται από πολλές έρευνες και έχει γίνει πια αποδεκτό είναι ότι όταν ένας άνθρωπος έχει τον έλεγχο της ζωής του μπορεί να αναπτύξει συμπεριφορές, που προάγουν την υγεία του και να αναστείλει αυτές που προκαλούν βλάβη.

Η ευπαθής αυτοεκτίμηση του καταθλιπτικού ατόμου μεταβάλλεται περισσότερο από τις εξωτερικές διακυμάνσεις από ότι εκείνη των ‘φυσιολογικών’. Τα άτομα που βιώνουν κατάθλιψη είναι λιγότερο ικανά να ανταμείψουν τον εαυτό τους ή να νιώσουν πληρότητα για τις ανάγκες τους, αν δεν υπάρχει εξωτερική ανταμοιβή.

Η ανάλυση του κοινωνικού πλαισίου και η σημασία του για την κατάθλιψη πρέπει να ληφθεί υπόψη με έμφαση στις ακόλουθες περιοχές:

- Διερεύνηση της φύσης και έντασης των γεγονότων της ζωής και των αντιξοοτήτων που βιώθηκαν από τον έφηβο.
- Κοινωνική υποστήριξη που ισοδυναμεί με ποιότητα στενών σχέσεων.

- Κοινωνική ευπάθεια, παράγοντες που μπορεί να είναι ιδιαίτεροι σε συγκεκριμένες καταστάσεις, όπως φτωχό βιοτικό επίπεδο, ανεργία ή γενικότερες κοινωνικό – πολιτισμικές αξίες και
- Τέλος, παρατήρηση της φάσης ζωής κατά τη διάρκεια της οποίας οι σκοποί ή οι ρόλοι αναπτύσσονται παράλληλα με τη βίωση τραυματικών γεγονότων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ 2ΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Στην κλινική εικόνα κατάθλιψης το κύριο χαρακτηριστικό είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα. Επικρατεί, λίμναση της σκέψης, επιβραδυμένη πρωτοβουλία, ανασταλμένη ψυχοκινητικότητα, η οποία εμφανίζεται αυξημένη στην αγχώδη κατάθλιψη, φυσιολογικό επίπεδο συνείδησης, επίμονες ψευδαισθήσεις, αδυναμία συγκέντρωσης, απώλεια ενεργητικότητας, τάσεις αυτοκτονίας και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, ύπνος διαταραγμένος όπως επίσης και γενικά συμπτώματα όπως ανορεξία, μείωση βάρους, σεξουαλική αδιαφορία και επίμονη δυσκοιλιότητα. Στην κλινική εικόνα μανίας το κύριο χαρακτηριστικό είναι η ευφορία. Διαταράσσεται το συναίσθημα, η ψυχοκινητική συμπεριφορά, η σκέψη με ιδέες μεγαλείου, η προσοχή, η κριτική ικανότητα, η αντίληψη και η συνειδητοποίηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο : ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

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

Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι πρωτογενείς συναισθηματικές διαταραχές παρατηρούνται πιο συχνά στις γυναίκες παρά

στους άντρες. Η αναλογία, που είναι περίπου δυο γυναίκες προς έναν άντρα, αφορά κυρίως την νεαρή ηλικία. Εδώ συμβαίνει το αντίθετο από ότι με την σχιζοφρένεια, που εμφανίζεται νωρίτερα στο αρσενικό φύλο. Σε πιο προχωρημένες ηλικίες, συγκεκριμένα ύστερα από τα 50, η αναλογία αντιστρέφεται και για τα 2 είδη διαταραχών. Ενδιαφέρον είναι επίσης το γεγονός ότι, σε αντίθεση και πάλι με την σχιζοφρένεια, η συχνότητα των συναισθηματικών διαταραχών δεν είναι μεγαλύτερη στις κατώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις (Καπρίνης Γ. 1991).

3.1 Φύλο και Ηλικία Έναρξης

Ο κίνδυνος εμφάνισης μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (επιπολασμός ζωής) είναι 10%-25% για τις γυναίκες και 5%-12% για τους άντρες, δηλαδή είναι διπλάσιος για τις γυναίκες. Ο επιπολασμός (σημείου) της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι 5%-9% για τις γυναίκες και 2%-3% για τους άντρες. Τα ποσοστά αυτά δεν φαίνεται να επηρεάζονται από την εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση ή από το αν το άτομο είναι ανύπαντρο, παντρεμένο, χωρισμένο ή σε χηρεία. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να αρχίσει σε οποιαδήποτε ηλικία. Η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα 25. Είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες από ότι σε εφήβους και ενήλικους άντρες, αλλά είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στην προεφηβική ηλικία. Η υψηλότερη συχνότητα και για άντρες και για γυναίκες είναι μεταξύ 25-44 ετών, ενώ ελαττώνετε και για τους δυο μετά τα 65 (Μάνος Ν. 1997).

3.2 Γεωγραφικοί παράγοντες και Διαμονή

Υπάρχει ελαφρά τάση για μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης και μεγαλύτερα ποσοστά μανίας σε περιοχές περί τον Ισημερινό. Φαίνεται πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ εποχικής κατάθλιψης και γεωγραφικού πλάτους, που συνηθέστερα ανήκει στην διπολική II παρά στη διπολική I διαταραχή. Η συσχέτιση είναι θετική για την κατάθλιψη που εμφανίζεται τον χειμώνα και αρνητική για εκείνη που εμφανίζεται το καλοκαίρι. Η διαμονή σε μεγάλο αστικό κέντρο είναι πιο στρεσογόνα από την διαμονή σε μικρότερες πόλεις ή αγροτικές περιοχές. Επομένως, δεν αποτελεί έκπληξη ότι οι σχετικές μελέτες βρίσκουν αυξημένα ποσοστά διπολικής διαταραχής σε πληθυσμούς μεγάλων

αστικών κέντρων. Αυτό ισχύει όμως και για τη μονοπολική κατάθλιψη και τις διαταραχές της διάθεσης συνολικά (Μάνος Ν. 1997).

3.3 Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες

Η πλευρά της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης σε σχέση με την διπολική διαταραχή είναι σύνθετη και η σχέση αιτίου-αιτιατού μπορεί να αντιστρέφεται. Οι ασθενείς με διπολική I διαταραχή ανήκουν συνήθως σε κατώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις, όπως προκύπτει από μελέτες τόσο στην κοινότητα όσο και από εκείνες σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, κατώτερο μορφωτικό επίπεδο, μικρότερο εισόδημα, μεγαλύτερη ανεργία και φτωχικές συνθήκες διαβίωσης χαρακτηρίζουν τους ασθενείς. Αντιθέτως, οι ασθενείς με διπολική II διαταραχή και οι συγγενείς τους πρώτου βαθμού ανήκουν σε ανώτερες τάξεις και έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο (Μάνος Ν. 1997).

3.4 Επιδημιολογία μανιοκατάθλιψης στη παιδική ηλικία

Η συχνότητα της κατάθλιψης στα παιδιά κυμαίνεται ανάλογα με τις μελέτες **από 0,4-2,5% για παιδιά κάτω των 12 ετών.**

Το ποσοστό ανέρχεται σε 10-13% κατά την εφηβεία, ενώ 5% των εφήβων παρουσιάζει σοβαρή κατάθλιψη (Angold et al. 1998). Στην όψιμη εφηβεία η συχνότητα κυμαίνεται από 10% έως 20% (Oldehinkel et al. 1999). Το 0.6-1.7% των παιδιών και 1.6-8% των εφήβων πάσχουν από Δυσθυμία (Lewinson et al, 1994). Στην Ελλάδα διαπιστώθηκαν ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης (20,3%) (Μαδιανός 1993).

Μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση είναι ότι η βαρύτητα της μανιοκατάθλιψης είναι μεγαλύτερη όταν οι ίδιοι οι έφηβοι συμπληρώνουν τις διαγνωστικές κλίμακες και μικρότερη όταν τις συμπληρώνουν οι γονείς τους (Fleming 1990).

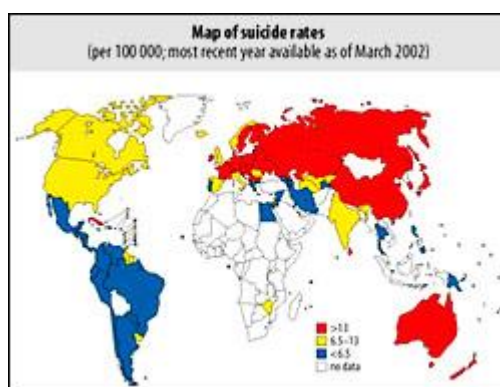
Έχει υπολογιστεί ότι 1 στα 5 παιδιά που παραπέμπονται σε ψυχιατρικά τμήματα παρουσιάζει συμπτωματολογία.

Στα παιδιά, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή εκδηλώνεται σε περίπου **ίδια αναλογία σε αγόρια και κορίτσια**, σε αντίθεση με τους εφήβους και τους ενήλικες, ηλικίες στις οποίες υπερτερούν οι γυναίκες.

Η διαφορά αποδίδεται σε διαφορετικές αιτίες, όπως αλλαγές στο επίπεδο των ορμονών, οι οποίες μπορούν να προδιαθέτουν σε ιδιαίτερη ευαισθησία. (Angold et al. 1998).

Σε πολλές χώρες, η αυτοκτονία είναι μια από τις τρεις πιο κοινές αιτίες του θανάτου στην ομάδα ηλικίας 15-34 ετών. Οι περισσότεροι έφηβοι που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν πάσχουν από κάποιας μορφής συναισθηματική διαταραχή (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας 1999).

Τα αγόρια εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά θανάτου εξαιτίας αυτοκτονίας, ενώ τα κορίτσια υπερτερούν στην απόπειρα αυτοκτονίας και τον ιδεασμό αυτοκτονίας, χωρίς όμως να επέρχεται ο θάνατος. Η σχέση μεταξύ πρώτης απόπειρας αυτοκτονίας και επόμενης κυμαίνεται μεταξύ 0,24% και 4,30%.

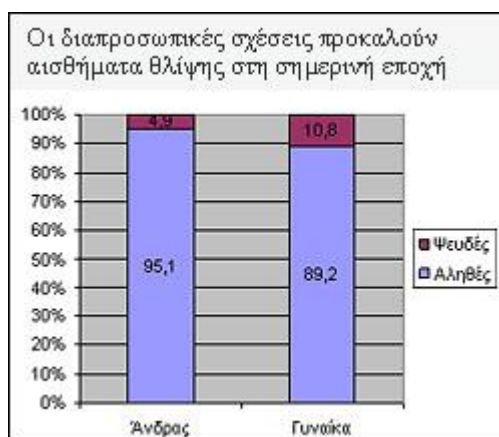


Σε έρευνα του Πανεπιστημίου Αιγαίου (Παπάνης, 2006) σε άτομα εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας αποτυπώθηκαν τα ποσοστά των νέων που νιώθουν συναισθηματικό κενό ή κατάθλιψη.

		Αίσθηση συναισθηματικού κενού					Σύνολο
		ποτέ	σπάνια	μερικές φορές	συχνά	διαρκώς	
φύλο	γυναίκα	3,6%	25,3%	46,4%	18,9 %	5,8%	100, 0%
	άνδρας	8,4%	38,6%	43,2%	9,0 %	0,9%	100, 0%

Το ποσοστό των αγοριών που βιώνουν συναισθηματικό κενό και κατάθλιψη 'συχνά ή διαρκώς' είναι **9,9%**, ενώ των κοριτσιών προσεγγίζει το **24,7%**.

Η απογοήτευση από τις διαπροσωπικές σχέσεις είναι έκδηλη και στα δύο φύλα κατά τη διάρκεια της εφηβείας:



ΠΕΡΙΛΗΨΗ 3ΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Φύλο και ηλικία έναρξης. Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί να αρχίσει σε οποιαδήποτε ηλικία ενώ η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα 25. Γεωγραφικοί παράγοντες και Διαμονή. Τα μεγαλύτερα ποσοστά μανίας εμφανίζονται σε περιοχές περί τον Ισημερινό. Οι σχετικές μελέτες βρίσκουν αυξημένα ποσοστά διπολικής διαταραχής σε πληθυσμούς μεγάλων αστικών κέντρων που αποδίδονται στο stress. Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες. Σύμφωνα με μελέτες οι ασθενείς με διπολική I διαταραχή ανήκουν συνήθως σε κατώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις, έχουν κατώτερο μορφωτικό επίπεδο, μικρότερο εισόδημα, μεγαλύτερη ανεργία και φτωχικές συνθήκες διαβίωσης. Αντιθέτως, οι ασθενείς με διπολική II διαταραχή και οι συγγενείς τους πρώτου βαθμού ανήκουν σε ανώτερες τάξεις και έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο : ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση των συναισθηματικών διαταραχών στην οξεία τους μορφή δεν είναι τόσο εύκολη όσο ακούγεται. Πρακτικά, τα περιστατικά μεταξύ τους διαφέρουν σε σημαντικά σημεία, έτσι ώστε να χρειάζεται μια πολύ προσεκτική ψυχιατρική εξέταση, καθόλου εύκολη με αρρώστους που πάσχουν από κατάθλιψη ή μανία. Απαιτείται ένα καλό ιστορικό για να δείξει εάν υπάρχει μια παρόμοια διαταραχή στην οικογένεια, κάτι που ενισχύει την διάγνωση της συναισθηματικής διαταραχής και μπορεί να βοηθήσει στην θεραπεία. Σε δύσκολες περιπτώσεις όπου δυσκολεύεται να βγει έγκυρη διάγνωση, χρήσιμη είναι η λήψη της δεξαμεθαζόνης.

Μια σχιζοφρένεια μπορεί να αρχίσει σαν μια μανιοκαταθλιπτική διαταραχή, ιδίως ο σχιζοσυναισθηματικός της τύπος. Συνήθως όμως οι διαπροσωπικές σχέσεις του μανιοκαταθλιπτικού αρρώστου είναι καλύτερες και η λογική του λιγότερο εξωπραγματική από του σχιζοφρενικού. Εξάλλου, μια καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να έχει πολλά από τα χαρακτηριστικά του ψυχαναγκαστικού νευρωτικού ατόμου. Η διαφορική διάγνωση περικλείει τα οργανικά εγκεφαλικά σύνδρομα, που αρκετά συχνά συνοδεύονται από συμπτώματα καταθλίψεως. Μια σωματική διαταραχή, που ίσως δεν έχει διαγνωστεί, μπορεί να εκδηλωθεί με σοβαρά συμπτώματα, καταθλίψεως και, το αντίθετο, μια κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σαν μια σωματική διαταραχή. Καταθλιπτικά ή μανιακά συμπτώματα συγκαταλέγονται στις πιθανές παρενέργειες ορισμένων φαρμάκων όπως της ρεζερπίνης, που χρησιμοποιείται για την υπέρταση και του αντιπαρκινσονικού ελ-ντόπα.

Η διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης βασίζεται στα ακόλουθα :

1) Οργανικές ψυχικές διαταραχές όπως: α) Γεροντικές και προγεροντικές άνοιες με κατάθλιψη. Σε αυτές προέχουν οι διαταραχές της μνήμης, της κρίσης και της νοημοσύνης και οι ψυχολογικές δοκιμασίες δείχνουν οργανικότητα. β) Σύνδρομα από ψυχοδραστικές ουσίες (αλκοολικά, στερητικά αμφεταμινών, κοκαΐνης και μερικών ψευδαισθησιογόνων, φαρμάκων και άλλων ουσιών). Η διαφοροδιάγνωση θα βασιστεί στην παρουσία διαταραχών της συνείδησης , στο ιστορικό λήψης ουσιών και στην ανίχνευση τους στα υγρά του σώματος. γ) Λοιμώδη, μεταβολικά και ενδοκρινικά νοσήματα, όπως :

γρίπη, τυφοειδής, μεληταίος, Addison, υποθυρεοειδισμός. Η διαφοροδιάγνωση θα γίνει από τα γενικά συμπτώματα, το ιστορικό και την παρακλινική έρευνα.

2) Τη σχιζοφρένεια : σε περιπτώσεις κατατονικής εμβροντησίας, η απόλυτη απόσυρση και η αναστολή της ψυχοκινητικότητας μοιάζουν με βαριά κατάθλιψη. Στην κατατονία το προσώπείο μένει ανέκφραστο ενώ στην καταθλιπτική εμβροντησία το προσώπείο εκφράζει βαθύ πόνο και θλίψη.

3) Τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή : διαφοροδιάγνωση χρειάζεται στις περιπτώσεις που υπάρχουν τα χαρακτηριστικά του καταθλιπτικού συνδρόμου και παραληρητικά ή ψευδαισθητικά συμπτώματα μη σύντονα με την συναισθηματική διαταραχή. Το είδος της προνοσηρής προσωπικότητας και ο βαθμός της αποδιοργάνωσής της είναι χρήσιμα διαφοροδιαγνωστικά στοιχεία.

4) Την κυκλοθυμική διαταραχή : αυτή εξελίσσεται με συχνά ήπια ή μέτρια επεισόδια κατάθλιψης αλλά και ευφορίας και με καλή αποκατάσταση της ψυχικής υγείας, στα μεσοδιαστήματα.

5) Το άγχος αποχωρισμού : ακολουθεί χαρακτηριστικά τον αποχωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα.

6) Το «μη επιτεπλεγμένο» πένθος : ακολουθεί το θάνατο προσφιούς προσώπου. Οι ιδέες ενοχής, αν υπάρχουν, αναφέρονται σε έμμονες σκέψεις εγκατάλειψης ή αναποτελεσματικής φροντίδας του αρρώστου προς τον θανόντα.

7) Τη δυσθυμία (καταθλιπτική νεύρωση) : εξελίσσεται με χρόνια, επίμονα, αλλά ηπιότερα συμπτώματα και μπορεί να υπάρχουν μεσοδιαστήματα λίγων ημερών ή εβδομάδων με φυσιολογικό συναίσθημα.

8) Ιδιαίτερες εικόνες κατάθλιψης και αντίστοιχα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα δημιουργούνται από συμπτώματα που συνοδεύουν την κατάθλιψη στις διάφορες ηλικίες. Στην προεφηβική ηλικία η κατάθλιψη συνοδεύεται συχνά με υπερβολικό άγχος, άρνηση της παρακολούθησης του σχολείου και φόβους επικείμενου θανάτου, του ίδιου του παιδιού ή των

γονιών του. Στην εφηβική ηλικία παρατηρούνται αντικοινωνικές εκδηλώσεις, φυγές από το σπίτι ή από το σχολείο, αντιθετική ή και επιθετική συμπεριφορά.

Στην ενελικτική (κλιμακτηριακή) ηλικία παρατηρείται έντονο άγχος, εξάψεις και ιδρώτες ποικίλες υποχονδριακές αιτιάσεις (κυρίως κεφαλαλγίας), παραληρητικές ιδέες ζηλοτυπίας ή και δίωξης και τάσεις αυτοκτονίας («ενελικτική μελαγχολία»). Στην γεροντική ηλικία τα συνοδά συμπτώματα μπορεί να είναι διαταραχές του προσανατολισμού, της μνήμης και της συνείδησης σε βαθμό που να διαμορφώνονται ψευδοανοϊκές εικόνες.

9) Η κατάχρηση και η εξάρτηση από ουσίες, η αλκοόλη είναι αρκετά συχνά αποτέλεσμα κατάθλιψης, ιδιαίτερα στην εφηβική και την μετεφηβική ηλικία. Και αυτές οι καταστάσεις πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαφοροδιάγνωση.

Η διαφορική διάγνωση της μανίας περιλαμβάνει :

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

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

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

4) Η σχιζοφρένεια, ιδιαίτερα στην αρχή προκαλεί διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα όταν εκδηλωθεί με παραληρητικές ιδέες μεγαλείου και υπεραπασχόληση. Η μανία μοιάζει με σχιζοφρένεια όταν συνοδεύεται από ακουστικές ψευδαισθήσεις, ιδέες συσχέτισης ή ιδέες επίδρασης. Στη μανία, αυτές οι διαταραχές είναι ευμετάβλητες, αλλάζουν εύκολα περιεχόμενο και είναι σύντονες με το συναίσθημα. Στη σχιζοφρένεια, ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες είναι σταθερές, επίμονες και συνήθως δεν είναι σύντονες με το συναίσθημα το οποίο μπορεί να είναι ακόμα και απρόσφορο. Τα χαρακτηριστικά της προνοσηρής προσωπικότητας και το ιστορικό διευκολύνουν την διαφοροδιάγνωση.

5) 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.

6) Η κυκλοθυμική διαταραχή, δημιουργεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα σε δυο περιπτώσεις. Στη φάση όπου υπάρχουν μανιακόμορφα συμπτώματα αλλά ακόμα δεν έχει αναπτυχθεί πλήρες μανιακό επεισόδιο και όταν το μανιακό επεισόδιο αναπτύσσεται για πρώτη φορά, σε άρρωστο με ιστορικό κυκλοθυμικής διαταραχής. Η εξέλιξη σε κανονικό μανιακό επεισόδιο θα επισφραγίσει τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής (Καπρίνης Γ. 1991) .

ΠΕΡΙΛΗΨΗ 4ΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Η διάγνωση των συναισθηματικών διαταραχών χρειάζεται μια πολύ προσεκτική ψυχιατρική εξέταση. Συγκεκριμένα, η διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης βασίζεται στα ακόλουθα: Οργανικές ψυχικές διαταραχές, τη σχιζοφρένεια, τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, την κυκλοθυμική

διαταραχή, το άγχος αποχωρισμού, το μη «επιπεπλεγμένο» πένθος, τη δυσθυμία, ιδιαίτερες εικόνες κατάθλιψης, η κατάχρηση και η εξάρτηση από ουσίες. Η διαφορική διάγνωση της μανίας περιλαμβάνει: Οργανικές ψυχικές διαταραχές, Οξεία οργανικά ψυχοσύνδρομα, γενικότερες παθολογικές καταστάσεις, σχιζοφρένεια, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, κυκλοθυμική διαταραχή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο : ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

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

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, στην πρώτη έκδοση του DSM (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία 1952), ο όρος ψυχωσική καταθλιπτική αντίδραση, αναφερόταν σε βαριάς μορφής κατάθλιψη η οποία δεν είχε εμφανή εξωτερικά αίτια. Στην έκδοση του DSM – II (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία 1968), η αντιδραστική κατάθλιψη περιγραφόταν ως καταθλιπτική νεύρωση. Λόγω της απουσίας αιτιολογικού παράγοντα, η διάγνωση της ψυχωσικής καταθλιπτικής αντίδρασης γινόταν όταν εμφανιζόταν ένα απλό επεισόδιο και η διάγνωση της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης έμπαινε όταν υπήρχαν υποτροπιάζοντα

καταθλιπτικά επεισόδια, άσχετα εάν ο ασθενής πληρούσε ή όχι τα κριτήρια της ψύχωσης ή της μανίας. Η εναλλαγή κατάθλιψης και υπερθυμίας ονομαζόταν κυκλοθυμία, η οποία ανήκε στις διαταραχές της προσωπικότητας, επειδή ήταν χρόνια και δεν προκαλούνταν απο μια ειδική κατάσταση.

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

Στις διπολικές διαταραχές της διάθεσης, η κατάθλιψη εναλλάσσεται ή συνδυάζεται με μανία η υπομανία. Στους ασθενείς που παρουσιάζουν μόνο υποτροπιάζουσα μανία γίνεται διάγνωση της διπολικής διαταραχής της διάθεσης υπό την προϋπόθεση ότι τελικά θα παρουσιάσουν ένα επεισόδιο κατάθλιψης. Στον πίνακα 2 αναφέρονται τα κριτήρια του DSM-IV-TR για το

μανιακό επεισόδιο. Εκεί το μανιακό επεισόδιο περιγράφεται ως μια κατάσταση αυξημένης απασχόλησης με κατευθυνόμενη σε στόχους συμπεριφορά , η οποία είναι ευχάριστη και έχει προφανή δυνατότητα να προκαλέσει βλάβη. Ωστόσο η μανιακή συμπεριφορά συχνά αποδιοργανώνεται χωρίς να κατευθύνεται σταθερά προς ένα συγκεκριμένο στόχο και η πνευματική δραστηριότητα μπορεί να υπερτερεί σημαντικά της φυσικής δραστηριότητας. Τέλος, η υπομανία ορίζεται ως μία πιο ήπια μορφή παθολογικά αυξημένης διάθεσης, η οποία μπορεί να προϋπάρχει της διάγνωσης για μικρό χρονικό διάστημα. Πολλοί ασθενείς στο στάδιο της υπομανίας παρουσιάζουν μόνο ευερεθιστότητα άγχος ή ένα δυσφορικό αίσθημα αυξημένης ενέργειας, παρόλο που γενικά θεωρείται ότι η περθυμία είναι το κύριο χαρακτηριστικό της. Αυτό το είδος εμφάνισης της νόσου εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες και νεότερους ασθενείς με διπολική διαταραχή και στην υπομανία που προκαλείται από αντικαταθλιπτικά.

Κριτήρια DSM-IV-TR για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο

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

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

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

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

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

(4) αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε ημέρα

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

Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άμεση φυσιολογική επίδραση κάποιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση ουσίας ή φάρμακο) ή σε παθολογική κατάσταση (π.χ. υποθυρεοειδισμός)

Ε. Τα συμπτώματα δεν εξηγούνται καλύτερα λόγω πένθους, δηλ. μετά από την απώλεια αγαπημένου προσώπου, τα συμπτώματα παραμένουν για περισσότερο από 2 μήνες ή χαρακτηρίζονται από σημαντική λειτουργική έκπτωση, παθολογική προκατάληψη με αίσθημα ματαιότητας, αυτοκτονικό

ιδεασμό, ψυχωσικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση (<http://www.inpsy.gr>) .

Κριτήρια DSM-IV-TR για το μανιακό επεισόδιο

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

B. Κατά τη διάρκεια της διαταραχής της διάθεσης, τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα έχουν παραμείνει (ή τέσσερα εάν η διάθεση είναι μόνο ευερέθιστη) και έχουν εμφανιστεί σε σημαντικό βαθμό: (1) έντονη αυτοεκτίμηση ή ιδέες μεγαλείου (2) μειωμένη ανάγκη ύπνου (π.χ. αισθάνεται ξεκούραστος μετά από 3 μόνο ώρες ύπνου) (3) πιο ομιλητικός από το συνηθισμένο ή εξαναγκασμός για συνέχιση της ομιλίας (4) ιδεοφυγή ή υποκειμενικό αίσθημα ότι οι σκέψεις τρέχουν (5) αφηρημάδα (δηλ. η προσοχή διαφεύγει πολύ εύκολα σε ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα) (6) αυξημένη δραστηριότητα προς κάποιο στόχο (είτε κοινωνικό, είτε επαγγελματικό, σχολικό ή σεξουαλικό) ή ψυχοκινητική διέγερση (7) έντονη ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες, που μπορεί να έχουν αυξημένες πιθανότητες επώδυνων συνεπειών (π.χ. ασυγκράτητο αγοραστικό όργιο, σεξουαλικές απρέπειες ή ανόητες επιχειρηματικές επενδύσεις)

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

Δ. 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 ψυχωσικά χαρακτηριστικά.

E. 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

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

Κριτήρια DSM-IV-TR για το υπομανιακό επεισόδιο

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

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

(1) έντονη αυτοεκτίμηση ή ιδέες μεγαλείου

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

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

(4) ιδεοφυγή ή υποκειμενικό αίσθημα ότι οι σκέψεις τρέχουν

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

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

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

Γ. Το επεισόδιο συνοδεύεται από μία αναμφίβολη μεταβολή στη λειτουργικότητα, η οποία δεν χαρακτηρίζει το άτομο, όταν ήταν ασυμπτωματικό

Δ. Η διαταραχή της διάθεσης και η μεταβολή της λειτουργικότητας είναι ορατές σε τρίτους

Ε. 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

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

Συχνά στις μελέτες σχετικά με τις διαταραχές της διάθεσης, χρησιμοποιούνται ορισμένοι όροι, η αποσαφήνιση των οποίων διευκολύνει πολύ την ερμηνεία τους. Ο όρος «απάντηση» αναφέρεται συνήθως σε βελτίωση τουλάχιστον 50%, ο όρος «μερική απάντηση» αναφέρεται σε βελτίωση 25%-50% και ο όρος «μη απάντηση» σε βελτίωση μικρότερη του 25%. Σύμφωνα με αυτή την ορολογία, οι ασθενείς που έχουν τα μισά συμπτώματα από αυτά που παρουσίαζαν στην αρχή της θεραπείας, έχουν απαντήσει στη θεραπεία. Οι περισσότερες μελέτες εξετάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό την «απάντηση» παρά την τελική «ύφεση». Ο όρος «ύφεση» καθορίζεται ως η κατάσταση με λίγα ή καθόλου συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης για οκτώ εβδομάδες τουλάχιστον. Εάν για οκτώ εβδομάδες ο ασθενής δεν εμφανίσει καθόλου συμπτώματα, τότε έχει επέλθει η ανάρρωση, πράγμα που σημαίνει ότι η νόσος βρίσκεται σε ύφεση. Η έξαρση είναι η επανεμφάνιση των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της περιόδου της ύφεσης και υποδηλώνει τη συνέχιση του αρχικού επεισοδίου, ενώ η υποτροπή είναι πιο πρόσφατη επανεμφάνιση των συμπτωμάτων, κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης, που σημαίνει ότι ένα καινούριο επεισόδιο αναπτύσσεται. Αυτοί οι διαχωρισμοί

μπορούν να γίνουν ευκολότερα στη θεωρία παρά στην κλινική πράξη, όπου τα ήπια υπολειμματικά συμπτώματα ή η παραμονή ψυχοκοινωνικής δυσλειτουργίας παραβλέπονται εύκολα μετά τη βελτίωση των πιο δραστικών εκδηλώσεων του επεισοδίου, γεγονός που οδηγεί στο λανθασμένο συμπέρασμα ότι μια επανεμφάνιση πιο σοβαρών συμπτωμάτων, αντιπροσωπεύει ένα νέο επεισόδιο αντί μια έξαρση του αρχικού επεισοδίου. Δεν 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>) .

ΠΕΡΙΛΗΨΗ 5ΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

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. Ωστόσο, σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία καθιερώθηκαν τα διαγνωστικά κριτήρια DSM. Συγκεκριμένα τα κριτήρια DSM-IV-TR για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, το μανιακό επεισόδιο και το υπομανιακό επεισόδιο χρησιμοποιούνται για να προσεγγίσουν τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής. Τα κριτήρια βασίζονται σε μια σειρά συμπτωμάτων που συσχετίζονται με τον χρόνο και τη συχνότητα εμφάνισής τους, στις επιδράσεις που αφορούν τον κοινωνικό περίγυρο και στα φυσιολογικά αίτια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο : ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

6.1 Ο θεραπευτικός σχεδιασμός σαν διαρκής διαδικασία

Είναι σημαντικό, να γίνει ξεκάθαρο ότι ο θεραπευτικός σχεδιασμός δεν αποτελεί ένα εφάπαξ γεγονός, που τελειώνει με την επίτευξη της θεραπευτικής συμφωνίας με τον άρρωστο. Αντίθετα, είναι μια διαρκής διαδικασία που εξελίσσεται σε ολόκληρη τη διάρκεια της θεραπευτικής αντιμετώπισης του αρρώστου. Ο θεραπευτικός σχεδιασμός είναι πρακτικά προσανατολισμένος προς την παραγωγή αποτελεσμάτων: είναι ένα πρόγραμμα δράσης που η υλοποίηση του πρέπει να βρίσκεται υπό διαρκή παρακολούθηση και έλεγχο.

Ένα πρώτο στοιχείο αυτού του διαρκούς ελέγχου είναι η πιστοποίηση ότι στη διάρκεια της θεραπευτικής αντιμετώπισης ο θεραπευτικός σχεδιασμός εφαρμόζεται έτσι όπως έχει προγραμματιστεί, χωρίς αποκλίσεις. Αν έχουν υπάρξει αποκλίσεις, θα πρέπει να διευκρινιστούν τα αίτια τους και να εκτιμηθεί το κατά πόσο οι αποκλίσεις αυτές έχουν θετικές ή αρνητικές συνέπειες αναφορικά με τους θεραπευτικούς στόχους που είχαν τεθεί, καθώς και κατά πόσο χρειάζεται να γίνουν διορθωτικές κινήσεις ή είναι προτιμότερο να προχωρήσει η αντιμετώπιση προς την κατεύθυνση των αποκλίσεων αυτών, για παράδειγμα ενώ είχε αποφασιστεί ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία να αντιληφθεί ο θεράπων ιατρός στην πορεία της θεραπείας ότι στην ουσία εφαρμόζει υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.

Στην ουσία, πρόκειται για έναν έλεγχο του κατά πόσο ο κλινικός τηρεί από την πλευρά του τους όρους του «θεραπευτικού συμβολαίου» ή θέτει θέμα αναθεώρησης ή αντικατάστασής του.

Ένα δεύτερο στοιχείο του διαρκούς ελέγχου αφορά στον βαθμό συμμόρφωσης του αρρώστου με την εφαρμοζόμενη θεραπεία: αν προβάλλει συνειδητά ή ασυνειδητά ουσιαστικά εμπόδια που να δυσχεραίνουν την ομαλή ροή της θεραπείας, να την υπονομεύουν ή να την ανατρέπουν. Ο κλινικός θα πρέπει να επανεκτιμήσει την τοποθέτηση του αρρώστου απέναντι στο πρόβλημα του, να αξιολογήσει τη σημασία και την προοπτική αυτής της λειτουργίας του ασθενή και να την αντιπαραβάλλει με την αρχική εκτίμηση

που είχε κάνει για τον άρρωστο. Σε αυτήν την περίπτωση πρόκειται για έναν έλεγχο του κατά πόσο ο άρρωστος τηρεί από την πλευρά του τους όρους του «θεραπευτικού συμβολαίου» ή θέτει (φανερά ή καλυμμένα) θέμα αναθεώρησης η αντικατάστασής του.

Ένα τρίτο στοιχείο αφορά στον έλεγχο του κατά πόσο η ίδια η εφαρμογή του θεραπευτικού σχήματος, ενώ τηρείται και από τις δυο πλευρές παράγει εξελίξεις στην κατάσταση του αρρώστου οι οποίες δεν είχαν προβλεφθεί ή δεν αναμένονταν με βάση την αρχική εκτίμηση (εμφάνιση καινούριων προβλημάτων, μετεξέλιξη της αρχικής κλινικής κατάστασης από την εφαρμοζόμενη θεραπεία κλπ). Πρόκειται δηλαδή για τον έλεγχο του κατά πόσο τίθεται θέμα εγκυρότητας ή επάρκειας του ίδιου του θεραπευτικού σχεδιασμού.

Τέλος, ένα τέταρτο στοιχείο του διαρκούς ελέγχου αφορά σε ενδεχόμενες αλλαγές των συγκεκριμένων συνθηκών ή του εν γένει περιβάλλοντος στο οποίο εφαρμόζεται η σχεδιασθείσα θεραπεία (αλλαγή των συγκυριών της ζωής του ασθενή, καθοριστικές παρεμβάσεις τρίτων προσώπων, αλλαγές των συνθηκών που προσφέρει ο θεραπευτής κτλ) θα πρέπει κάθε φορά να εκτιμώνται οι συνέπειες, θετικές ή αρνητικές, τέτοιων αλλαγών πάνω στο θεραπευτικό εγχείρημα. Σε αυτή την περίπτωση πρόκειται για τον έλεγχο του κατά πόσο μένει σταθερή ή αλλάζει η βάση πάνω στην οποία μπόρεσε να επιτευχθεί το θεραπευτικό σχήμα.

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. Πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή εγρήγορση ελέγχοντας, εκτιμώντας, αντιπαραβάλλοντας, τροποποιώντας ή και αντικαθιστώντας τον αρχικό σχεδιασμό του ανάλογα με τις εξελίξεις. Για να γίνει αυτό πρέπει πρώτα από όλα ο κλινικός να έχει βαθιά επίγνωση της ανάγκης για έναν τέτοιο διαρκή έλεγχο, έτσι ώστε να μπορεί να δει τις αλλαγές που συμβαίνουν. Μια βασική πηγή πληροφοριών για αυτόν τον έλεγχο, είναι οι τακτικές κλινικές εκτιμήσεις της κατάστασής του ασθενή κατά τη διαδρομή της θεραπείας. Μια άλλη πηγή πληροφοριών μπορεί να είναι οι κατά καιρούς εκτιμήσεις του ίδιου του

αρρώστου για την εξέλιξη της κατάστασής του. Άλλες πηγές μπορεί να αποτελέσουν τρίτα πρόσωπα που σχετίζονται με τον άρρωστο, τυπικές ψυχομετρικές εκτιμήσεις κ.α.

6.2 Φαρμακευτική αγωγή

Ένας από τους ακρογωνιαίους λίθους της θεραπείας είναι η θεραπευτική αγωγή. Τα φάρμακα μπορούν να ελέγχουν τα συμπτώματα. Μπορούν να επαναφέρουν στην κοινή, για όλους τους υπόλοιπους ανθρώπους, πραγματικότητα. Οδηγούν στην υποχώρηση των διακυμάνσεων της διάθεσης, ανακουφίζουν από τα συμπτώματα και συμβάλλουν σημαντικά στην καλύτερη κατάσταση της καθημερινότητας του ασθενή. 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). Πρότειναν μάλιστα το λίθιο ή το βαλπροϊκό ως αρχικό παράγοντα και την καρβαμαζεπίνη ως επόμενη επιλογή. 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.

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). Το βαλπροϊκό δεν είναι πολύ αποτελεσματικό ως αρχικό αντικαταθλιπτικό για ασθενείς που δεν παρουσιάζουν μεικτά υπομανιακά συμπτώματα. Ωστόσο θεωρείται κατάλληλο για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια μανιακού επεισοδίου και για τις περισσότερες μεικτές υποκλινικές καταστάσεις. Για την πρόληψη των καταθλιπτικών υποτροπών, η αποτελεσματικότητα της λαμοτριγίνης έχει αποδειχθεί (Sachs και συν. 2000), αλλά είναι πιο ασφαλές να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με κάποιο αντιμανιακό φάρμακο λόγω των σαφέστατων αντικαταθλιπτικών της ιδιοτήτων αλλά και επειδή δεν έχει αποδειχθεί η αποτελεσματικότητάς της στην πρόληψη των μανιακών υποτροπών. Εάν τα μανιακά συμπτώματα που συνυπάρχουν με κατάθλιψη επιπλοκούν 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 δισφορικά 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 διαφορικής 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).

Όταν ο συνδυασμός αντιμανιακών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων δεν είναι αποτελεσματικός στη θεραπεία της διπολικής κατάθλιψης μπορεί να χρησιμοποιηθούν εναλλακτικά ή επικουρικά κάποια άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα εκτός από την κλοζαπίνη, τα οποία έχουν αντικαταθλιπτικές ιδιότητες και μπορεί να φανούν χρήσιμα σε σοβαρές ψυχωσικές καταστάσεις αλλά και στη μη ψυχωσική διπολική κατάθλιψη.

Η χρόνια χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων ελωχεύει 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). Η διακοπή όμως των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη εξ υπερακοντίσεως και να δημιουργηθεί η λανθασμένη άποψη πως το αντικαταθλιπτικό φάρμακο είναι ακόμη απαραίτητο για τη θεραπεία. Αυτός ο κίνδυνος μπορεί να ελαττωθεί εάν η διακοπή των αντικαταθλιπτικών

φαρμάκων γίνει σταδιακά, κάτι που μπορεί να διαρκέσει κάποιους μήνες. Εάν όμως όντως η συνέχιση της θεραπείας με αντικαταθλιπτικό φάρμακο κριθεί απαραίτητη, μπορεί να μειωθεί ο κίνδυνος αποσταθεροποίησης της διάθεσης εάν οι δόσεις του αντικαταθλιπτικού φαρμάκου μειωθούν. Οι σταθεροποιητές της διάθεσης ωστόσο είναι αποτελεσματικότεροι στην πρόληψη των υποτροπών της κατάθλιψης από τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα οποία μπορεί να οδηγήσουν μέσω κυκλικότητας σε βαρύτερη κατάθλιψη.

6.2.2 Μανία

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). Η θεραπεία στην οποία χρησιμοποιείται συνδυασμός αντιμανιακών φαρμάκων, μπορεί να είναι αποτελεσματικότερη από τη θεραπεία με ένα μόνο φάρμακο.

Εάν δεν είναι απαραίτητος ο άμεσος έλεγχος της συμπεριφοράς, η θεραπεία μπορεί να ξεκινήσει με ένα αντιμανιακό φάρμακο. Η καθαρή μανία (δηλαδή η μη ψυχωσική μανία που δεν επιπλέκεται με κατάθλιψη) μπορεί να απαντήσει εξίσου στο λίθιο, σε ένα αντιεπιληπτικό ή σε έναν αποκλειστή των διαύλων ασβεστίου. Οι τελευταίοι παράγοντες είναι πιο χρήσιμοι σε ασθενείς που το λίθιο παρόλο που ήταν αποτελεσματικό, οι ίδιοι δεν μπόρεσαν να το ανεχθούν, σε αυτούς με συνοδό άνοια και σε έγκυες ασθενείς. Ωστόσο, οι

αποκλειστές των διαύλων του ασβεστίου συνήθως δεν είναι πολύ αποτελεσματικοί ως μονοθεραπεία στην ανθεκτική ή τη μικτή μανία. Για τη δυσφορική μανία, οι περισσότεροι ειδικοί συνιστούν την έναρξη της θεραπείας με βαλπροϊκό ή καρβαμαζεπίνη. Η ταχεία φόρτιση με βαλπροϊκό από το στόμα και η επιθετική χρήση των αντιψυχωσικών φαρμάκων βοηθά στην ταχεία ελάττωση των οξέων μανιακών συμπτωμάτων, κάτι που είναι πολύ σημαντικό όταν οι ασθενείς είναι επικίνδυνοι ή εξουθενωμένοι ή όταν δεν υπάρχει δυνατότητα για νοσηλεία του ασθενή. Αυτού του είδους το θεραπευτικό σχήμα όμως μπορεί να μπει εμπόδιο στη χρόνια θεραπεία. Υπάρχει ωστόσο κίνδυνος ο ασθενής να οδηγηθεί στη διακοπή του φαρμάκου λόγω των ανεπιθύμητων παρενεργειών.

Η ταχεία τιτλοποίηση της δόσης των αντιμανιακών φαρμάκων, σε σχέση με την αργή τιτλοποίηση της μπορεί να οδηγήσει σε αποβολή της μανίας πριν την εξαφάνιση της μικτής κατάθλιψης που έχει συγκαλυφθεί από την μανία, έτσι ο ασθενής να αισθανθεί γρηγορότερα ληθαργικός ή καταθλιπτικός κάτι που επίσης μπορεί να τον οδηγήσει σε διακοπή της θεραπείας. Ένας τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος αυτού, είναι η πρόσθεση στο θεραπευτικό σχήμα μιας βενζοδιαζεπίνης ή ενός αντιψυχωσικού για να αποφευχθεί η διέγερση και η αϋπνία, και η σταδιακή αύξηση της δόσης του σταθεροποιητή της διάθεσης, ενώ οι δόσεις των αρχικών φαρμάκων καλό θα είναι να μειώνονται σταδιακά. Όσο για τους νοσηλευμένους ασθενείς, η δόση του αντιμανιακού φαρμάκου μπορεί σταδιακά να αυξηθεί μετά την έξοδο του ασθενή από τον χώρο που νοσηλευόταν, ενώ τα φάρμακα για την αντιμετώπιση της διέγερσης και της αϋπνίας, μπορούν σταδιακά να μειώνονται.

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, και η ψύχωση που συνοδεύει τη μανία υφεθεί με την επαρκή θεραπεία της μανίας. 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. Σύμφωνα όμως με σύγχρονες μελέτες, τα αντιψυχωσικά φάρμακα θεωρούνται θεραπευτικά υποκατάστατα των καθιερωμένων αντιμανιακών φαρμάκων καθώς οι σταθεροποιητικές τους ιδιότητες (δηλαδή η ικανότητα που έχουν να μειώνουν τις συναισθηματικές υποτροπές) δεν έχει αποδειχθεί. Έτσι μόλις ο ασθενής αρχίσει να ελέγχει τη συμπεριφορά του, πρέπει να γίνεται σταδιακή μείωση του αντιψυχωσικού φαρμάκου και σταδιακά χορήγηση αντιμανιακού φαρμάκου. Παρόλο όμως που ορισμένοι ασθενείς, ιδίως αυτοί με σοβαρή και επίμονη κατάθλιψη, ωφελούνται από την συνέχιση του άτυπου αντιψυχωσικού φαρμάκου, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η πιθανότητα να επικρατήσει τελικά η αντικαταθλιπτική ιδιότητα του φαρμάκου αυτού.

6.2.3 Διπολική διαταραχή 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 λίθιου 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. Είναι πολύ σημαντικό να εξετάζεται το αρχικό σύμπτωμα στα πλαίσια της χρόνιας πορείας της νόσου, ακόμη σημαντικότερο απ' ότι είναι στη θεραπεία της μανίας. Η άμεση κατεύθυνση της θεραπείας προς τον έναν πόλο, ειδικά προς την κατάθλιψη, είναι λιγότερο αποτελεσματική από την αντιμετώπιση πρώτα του προβλήματος της υποτροπής, αφού ακόμα και οι ασθενείς με ταχεία η υπερταχεία εναλλαγή αισθάνονται μεγάλη δυσφορία. Μέσα από την κλινική εμπειρία αποδεικνύεται πως η απάντηση στην αίσθηση του επείγοντος του ασθενή, ιδίως όσον αφορά την ανακούφιση από την κατάθλιψη, συχνά έχει ως αποτέλεσμα την μεγαλύτερη διάρκεια της θεραπείας. Η απότομη αύξηση της δόσης κάθε φαρμάκου μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή σε διακοπή της αγωγής, αφού δεν του δίνεται ο χρόνος να αποκτήσει ανοχή στις ανεπιθύμητες ενέργειες. Επίσης, όταν η δόση των σταθεροποιητών της διάθεσης αυξάνεται πολύ γρήγορα, είναι πιθανό το φάρμακο να δράσει πρώτα έναντι της μεικτής δυσφορικής μανίας και όχι στην κατάθλιψη.

Υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις όπου τα συμπτώματα όπως η αϋπνία, η ευερεθιστότητα, το άγχος, η διέγερση καταπολεμούνται, η κατάθλιψη όμως παραμένει και τα συμπτώματα της γίνονται εντονότερα. Οι περισσότεροι ασθενείς με διπολική διαταραχή ταχείας εναλλαγής είναι καταθλιπτικοί, για το λόγο αυτό βρίσκουν πιο δύσκολο να ανεχθούν την κατάθλιψη και πιο εύκολα να ανέχονται την μανία, ιδίως όταν η κατάθλιψη είναι έντονα δυσφορική, αφού προτιμούν να είναι δραστήριοι παρά ανενεργείς. Όμως, το πρώτο βήμα στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής με ταχεία εναλλαγή είναι η αργή και σταδιακή διακοπή των αντικαταθλιπτικών και η εστίαση στην θεραπεία με τους σταθεροποιητές της διάθεσης, τουλάχιστον μέχρι την ύφεση της ταχείας εναλλαγής και της μεικτής δυσφορικής μανίας. Ο γιατρός μπορεί να βοηθηθεί στο να καθορίσει προοπτικά πότε έχουν θεραπευτεί πλήρως η ταχεία εναλλαγή και τα μεικτά συμπτώματα όπως η ευερεθιστότητα και η αϋπνία, με τη συμπλήρωση ενός διαγράμματος της διάθεσης. Όπως προαναφέρθηκε, το βαλπροϊκό συνιστάται ως παράγοντας πρώτης εκλογής. Οι επόμενες επιλογές που συνιστώνται, είναι το λίθιο, άλλα αντιεπιληπτικά και ίσως η νιμοδιπίνη.

Έχει αποδειχθεί ότι ο συνδυασμός δυο η τριών σταθεροποιητών της διάθεσης μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικός από την χρήση ενός παράγοντα στην διπολική διαταραχή με ταχεία εναλλαγή (Post και συν 2000), η οποία δεν διαφέρει από την θεραπεία κάθε άλλης ανθεκτικής νόσου, όπου απαιτούνται διαφορετικά φάρμακα με διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης, ώστε να ρυθμιστούν οι πολλές απορυθμισμένες κυτταρικές διαδικασίες. 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).

Η χρήση των αντιψυχωσικών φαρμάκων στην διπολική διαταραχή με ταχεία εναλλαγή είναι παρόμοια με τη χρήση τους στην διπολική κατάθλιψη. Το όριο για τη χρήση των αντιψυχωσικών στην ανθεκτική ταχεία εναλλαγή και στην ψύχωση, είναι συνήθως χαμηλότερο από το όριο όταν δεν υπάρχει η ψύχωση, αλλά τα αντιψυχωσικά μπορεί να είναι χρήσιμα στην ελάττωση της εναλλαγής της διάθεσης στην ανθεκτική ψυχωσική ταχεία εναλλαγή. Η δράση της κλοζαπίνης είναι πιο αξιόπιστη για αυτό το σκοπό τα νεότερα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα είναι μερικές φορές χρήσιμα, ιδίως όταν οι ασθενείς παραπονιούνται πρώτα για τη κατάθλιψη. Μερικές φορές όμως η αντικαταθλιπτική δράση αυτών των φαρμάκων, κυρίως σε υψηλές δόσεις, μπορεί να αυξήσει την ταχεία εναλλαγή.

Τα νευροληπτικά, εκτός της λοξαπίνης, γενικά δεν έχουν σημαντικές αντικαταθλιπτικές ιδιότητες, παρόλο που μπορεί να συμμετέχουν στη θεραπεία της κατάθλιψης, όταν υφεί η εναλλαγή. Συχνά, για την ταχεία εναλλαγή είναι προτιμότερες οι χαμηλότερες δόσεις των αντιψυχωσικών.

Ο υποκλινικός υποθυρεοειδισμός εμφανίζεται στο 75% των ασθενών με διπολική διαταραχή με ταχεία εναλλαγή και η διόρθωση του μπορεί να βοηθήσει την θεραπεία. Η θεραπεία υποκατάστασης μπορεί να έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν χορηγείται ως 75% της ορμόνης T4 και 25% της ορμόνης T3 με σκοπό την ομαλοποίηση της θυρεοειδικής λειτουργίας, κάτι που έχει παρατηρηθεί από την δεκαετία του '30 (Gjessing 1938) ότι δηλαδή οι υψηλές δόσεις θυρεοειδικών ορμονών έχουν θετική επίδραση στις κυκλικές διαταραχές της διάθεσης. Βάση όλων αυτών η δόσεις θυρεοειδικής ορμόνης πάνω από τα φυσιολογικά όρια, έχουν χρησιμοποιηθεί συμπληρωματικά σε ασθενείς με διπολική διαταραχή με ταχεία εναλλαγή. Οι κίνδυνοι αυτής της θεραπείας και τα λίγα δεδομένα που την υποστηρίζουν, κάνουν τη χορήγηση των υπερμεταβολικών δόσεων θυρεοειδικής ορμόνης στη θεραπεία της ταχείας εναλλαγής ή άλλων διπολικών μορφών κατάλληλο, μόνο όταν αποτυγχάνουν άλλες θεραπείες.

Εάν με την προσεκτική προσαρμογή του συνδυασμού των σταθεροποιητών της διάθεσης, η ταχεία εναλλαγή των συναισθημάτων ελαττώνεται αργά, υπάρχει πιθανότητα με την προσθήκη αντιψυχωσικών ή σε πιο δραστικές περιπτώσεις, θυρεοειδικών φαρμάκων, αναστολέων της χοληνεστεράσης, ακεταζολαμίδης, χολίνης, ταμοξιφαίνης ή άλλων θεραπειών, η διάθεση του ασθενή μπορεί σταδιακά να ομαλοποιηθεί. Στην κλινική πράξη όμως, είναι πιο συχνό το φαινόμενο η διάθεση να σταθεροποιηθεί σε πιο χαμηλό επίπεδο, στο οποίο παραμένει η πιο κλασσική διπολική κατάθλιψη με χαρακτηριστικά όπως η έλλειψη ενεργητικότητας, η υπερϋπνία, η επιβράδυνση και άλλα συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάσταση αυτή, χωρίς όμως σημαντικές διακυμάνσεις της διάθεσης, έντονη διαπροσωπική ευαισθησία ή μεικτά υπομανιακά συμπτώματα. Σε μία από τις ελάχιστες μελέτες που διεξήχθησαν σχετικά με αυτό το θέμα, βγήκε το συμπέρασμα πως ο συνδυασμός λιθίου και καρβαμαζεπίνης που χορηγήθηκαν ανοιχτά σε ασθενείς με διπολική διαταραχή ταχείας εναλλαγής για έξι μήνες, εμπόδισε την εμφάνιση μανίας σε

ποσοστό 85% και κατάθλιψη σε ποσοστό 60% των ασθενών αυτών. Το 50% των ασθενών είχαν πρόληψη και της μανίας και της κατάθλιψης (Calabrese και συν 2001).

Σε μερικές περιπτώσεις, η κατάθλιψη άμεσης θεραπείας μπορεί να υποχωρήσει αυτόματα και η σταθεροποιητές της διάθεσης να μειώσουν σταδιακά τις υποτροπές. Για τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν πιο επίμονη κατάθλιψη, η πρόκληση της ανεύρεσης ενός αντικαταθλιπτικού που δεν θα διατηρεί την επιτάχυνση της εναλλαγής, είναι ίδια με την πρόκληση εκείνης της ανακάλυψης ενός πιο αποτελεσματικού αντικαταθλιπτικού για τη θεραπεία της διπολικής κατάθλιψης.

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. Μερικές φορές όμως μπορεί να χρησιμοποιηθεί και στην οξεία μανία σαν μέσο δεύτερης γραμμής αν αποτύχει η αντιψυχωτική αγωγή ή το λίθιο ή αν αντενδείκνυται (όπως π.χ. σε εγκύους και σε σοβαρή καρδιαγγειακή πάθηση). Δε θα πρέπει, όμως, να χορηγηθεί ταυτόχρονα με λίθιο (το λίθιο πρέπει να διακοπεί προσωρινά) γιατί ο συνδυασμός τους και μπορεί να ελαττώσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο νευροψυχολογικών παρενεργειών.

6.3 Διάγραμμα Διάθεσης

Πολύτιμο εργαλείο στα χέρια του γιατρού που παρακολουθεί ασθενείς με διπολική διαταραχή αποτελεί το αποκαλούμενο «διάγραμμα διάθεσης». Το διάγραμμα της διάθεσης, το οποίο συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή, βοηθάει τον γιατρό να αποκτήσει μια καλύτερη και πιο συγκεκριμένη εικόνα για τις διακυμάνσεις της διάθεσης του ασθενή του, και τον διευκολύνει στο να πάρει σωστότερες αποφάσεις για τη δημιουργία ενός πλήρως εξατομικευμένου θεραπευτικού σχήματος. 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. Για παράδειγμα, εάν ένας ασθενής αισθάνεται καταθλιπτικός για μεγάλο χρονικό διάστημα, του είναι πολύ

δύσκολο να ανακαλέσει στη μνήμη του την τελευταία φορά που αισθάνθηκε ευφορικός και δραστήριος. Μεγαλύτερο πρόβλημα όμως στο να διηγηθούν με ακρίβεια όλες τις συναισθηματικές τους διακυμάνσεις, αντιμετωπίζουν οι ασθενείς οι οποίοι 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 νοσηλευόμενους 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.

6.4 Θεραπεία συντήρησης της διπολικής διαταραχής

Τα υψηλά ποσοστά συναισθηματικών υποτροπών και η αυξημένη σοβαρότητα και πολυπλοκότητα κάθε υποτροπής, αποτελούν τους λόγους για συνέχιση της προσπάθειας σταθεροποίησης της διάθεσης ακόμη και μετά την ύφεση των οξέων επεισοδίων μανίας ή διπολικής κατάθλιψης. Ένα διάγραμμα διάθεσης είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για την θεραπεία συντήρησης στην διπολική διαταραχή.

Έχουν διεξαχθεί ορισμένες μελέτες τα αποτελέσματα μερικών εκ των οποίων παρατίθενται παρακάτω καθώς εμφανίζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το θέμα της θεραπείας συντήρησης της διπολικής διαταραχής και μπορεί να είναι αρκετά διαφωτιστικά.

Σε μια μελέτη όπου συμμετείχαν 407 ασθενείς με διπολική διαταραχή και 92 ασθενείς με μονοπολική κατάθλιψη, που έλαβαν όλοι λίθιο μέσα σε κλινική, το ποσοστό αυτοκτονίας αυξανόταν κατά 80% εάν οι ασθενείς εγκατέλειπαν την κλινική και σταματούσαν το λίθιο, και κατά 45% εάν οι ασθενείς έφευγαν από την κλινική αλλά συνέχιζαν το λίθιο (Kallner και συν 2000). Σε τέσσερις δημοσιευμένες μελέτες η καρβαμαζεπίνη ήταν αποτελεσματική ως θεραπεία συντήρησης της διπολικής διαταραχής, ωστόσο η έλλειψη ομάδας ελέγχου placebo στις τρεις από τις τέσσερις αυτές μελέτες, περιορίζει την ισχύ αυτού του συμπεράσματος. Η μία από αυτές τις μελέτες στην οποία υπήρχε ομάδα placebo τάσσεται υπέρ της χρήσης καρβαμαζεπίνης για την θεραπεία συντήρησης της διπολικής διαταραχής(Solomon και συν. 1995). Η θεραπεία συντήρησης με καρβαμαζεπίνη βρέθηκε να είναι το ίδιο αποτελεσματική με την θεραπεία με λίθιο, για ένα ως τρία χρόνια σε δέκα μελέτες όπου συμμετείχαν 572 ασθενείς(Davis και συν.1999). Οι προοπτικές μελέτες δηλώνουν ότι το βαλπροϊκό προλαμβάνει τις συναισθηματικές υποτροπές της διπολικής κατάθλιψης, αλλά μόνο μια προοπτική μελέτη με ομάδα placebo (στην οποία οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε μονοθεραπεία με λίθιο, με καρβαμαζεπίνη ή με placebo) έχει γίνει σχετικά με την θεραπεία της συντήρησης με βαλπροϊκό. Η βεραπαμίλη και η νιμοδιπίνη είχαν σταθεροποιητικές ιδιότητες σε μερικές περιπτώσεις διπολικής διαταραχής, σε μελέτες με διάφορους βαθμούς ελέγχου placebo.

Όταν η διπολική διαταραχή υφίσταται για μεγάλο χρονικό διάστημα και όταν συνοδεύεται από ταχεία εναλλαγή και μεικτές καταστάσεις, αυξάνεται η πολυπλοκότητα της και έτσι η κάθε υποτροπή απαιτεί συνδυασμό σταθεροποιητικών παραγόντων. Στην θεραπεία συντήρησης της ψυχωσικής διπολικής διαταραχής, μπορεί να χρειαστεί να προστεθούν στο θεραπευτικό σχήμα αντιψυχωσικά φάρμακα, αν και σε μερικές περιπτώσεις αυξάνουν τις υποτροπές και έχουν απρόβλεπτα αποτελέσματα. Η αποτελεσματικότητα των αντιμανιακών φαρμάκων στην πρόληψη των υποτροπών, έχει σημειωθεί ότι μειώνεται σημαντικά από τον πρώτο μέχρι τον πέμπτο χρόνο της θεραπείας.

Η εξέλιξη της διπολικής διαταραχής και η αλληλεπίδραση με παράγοντες όπως τα αντικαταθλιπτικά, πιθανόν να ευθύνονται για την αύξηση του ποσοστού των υποτροπών με την πάροδο του χρόνου.

Έχει εκτιμηθεί ότι μόνο το 1/3 των εξωτερικών ασθενών υπακούει στις οδηγίες του θεράποντα ιατρού και ακολουθεί πιστά το θεραπευτικό σχήμα που του έχει προταθεί (Gershon και Soares 1997). Σε μια μελέτη που έγινε σε ασθενείς με οξεία μανία που εισήχθησαν στο νοσοκομείο για ένα μήνα βρέθηκε ότι το 64% των ασθενών αυτών δεν συμμορφώθηκε στην θεραπεία με σταθεροποιητές της διάθεσης. Κατά τη διάρκεια του επανελέγχου, το 51% των 140 ασθενών που μπήκαν λίγο μετά την έναρξη της έρευνας στο νοσοκομείο με διάγνωση διπολικής διαταραχής, δεν συμμορφώθηκαν μερικώς ή πλήρως με την φαρμακευτική αγωγή (Keck και συν 1997). Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους διπολικοί ασθενείς μπορεί να σταματήσουν τα φάρμακα τους. Όπως οι ασθενείς με μονοπολική κατάθλιψη, έτσι και οι ασθενείς με διπολική διαταραχή αρνούνται σε ορισμένες περιπτώσεις να δεχθούν ότι εξαρτώνται από φάρμακα. Η άρνηση της νόσου ιδίως σε συνδυασμό με μανιακά ή υπομανιακά συμπτώματα, είναι ένας συνήθης λόγος της μη συμμόρφωσης του ασθενή στην θεραπευτική αγωγή. Ακόμη μεγαλύτερη είναι η τάση κάποιων ασθενών να διακόπτουν τα φάρμακα περιμένοντας ότι η διάθεση τους θα επιδεινωθεί, αισθανόμενοι ότι τίποτε απ' όσα έχουν κάνει δεν σταθεροποιεί την διάθεσή τους, δημιουργώντας έτσι την ψευδαίσθηση του ελέγχου η οποία τους οδηγεί σε χειρότερες καταστάσεις. Οι ασθενείς που δεν είναι καλά για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να έχουν την εύλογη απορία γιατί πρέπει να συνεχίζουν τα φάρμακα. Επίσης ο

κίνδυνος τερατογέννεσης ελλοχεύει λόγω της λήψης λιθίου οδηγεί πολλές γυναίκες στην διακοπή του φαρμάκου αυτού αλλά και των αντικαταθλιπτικών στην διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το 50% των ασθενών που διακόπτουν το λίθιο, παρουσιάζουν ένα συναισθηματικό επεισόδιο μέσα στους πρώτους 6 μήνες, αλλά ο κίνδυνος υποτροπής πενταπλασιάζεται αν η διακοπή γίνει απότομα (μέσος χρόνος ύφεσης 4 μήνες) σε σχέση με τους ασθενείς που το διακόπτουν σταδιακά σε διάστημα μηνών (μέσος χρόνος ύφεσης 20 μήνες) (Baldessarini και συν 1996). Η διακοπή ενός αποτελεσματικού σταθεροποιητή της διάθεσης, μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη ανοχής σε αυτόν τον παράγοντα όταν ξαναρχίσει η θεραπεία. Η ανοχή που προκαλείται από την διακοπή του φαρμάκου μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μεταβολών στην επαγωγή γονιδίων και στην ενδοκυττάρια μετάδοση των ερεθισμάτων που προκαλείται από την προσπάθεια να υπερνικηθεί η επίδραση του φαρμάκου που οδηγεί στις συνάψεις εκτός της «λανθάνουσας» κατάστασης.

Αυτές οι ανταγωνιστικές μεταβολές υπερνικούνται από το φάρμακο όσο συνεχίζεται η χρήση του, αλλά επανέρχεται όταν το φάρμακο διακοπεί. Επειδή δεν είναι δυνατόν να καθοριστεί πότε θα αναπτυχθεί η ανοχή, συνήθως συνιστάται στους ασθενείς να συνεχίζουν επ' αόριστον την χρήση του φαρμάκου που ήταν αποτελεσματικό. Εάν ένας αποτελεσματικός σταθεροποιητής πρέπει να διακοπεί, αυτό πρέπει να γίνει σταδιακά και η μείωση της δόσης δεν πρέπει να γίνεται συχνότερα από μια φορά το μήνα, έτσι ώστε ο κίνδυνος από την διακοπή να μειωθεί. Οι σταθεροποιητές της διάθεσης χρησιμοποιούνται που μικρό χρονικό διάστημα μπορούν να διακόπτονται γρηγορότερα.

Όσον αφορά στην ψυχοθεραπεία, δεν υπάρχουν μελέτες που να αποδεικνύουν ότι μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο υποτροπών στην διπολική διαταραχή, όπως συμβαίνει στην μονοπολική κατάθλιψη, αποτελεί σημαντικό στοιχείο της θεραπείας συντήρησης της διπολικής διαταραχής. Δύο βασικοί στόχοι των διάφορων μορφών της ψυχοθεραπείας συντήρησης είναι η βελτίωση της συμμόρφωσης των ασθενών στο πρόγραμμα της φαρμακευτικής αγωγής και η παρακολούθηση και αναγνώριση των πρώιμων συμπτωμάτων της επανανόησης. Η διαπροσωπική θεραπεία και η θεραπεία κοινωνικών ρυθμών, έχει αποδειχθεί ότι σταθεροποιεί τους κερκαδιανούς, και

προκαταρκτικές ενδείξεις δηλώνουν ότι μπορούν να αυξήσουν την προφυλακτική επίδραση των σταθεροποιητών της διάθεσης (Frank και συν 1997). Σε περίπτωση που δεν εφαρμόζεται η επίσημη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία και δεν χρησιμοποιείται ημερολόγιο κίρκαδιανών ενδείξεων ο θεράπωντας ιατρός μπορεί να διευκολύνει την σταθεροποίηση της διάθεσης βοηθώντας τον ασθενή του να διατηρεί ένα σταθερό ημερήσιο πρόγραμμα (κυρίαρχο στοιχείο του προγράμματος θα πρέπει να είναι η σταθερή ώρα ύπνου και αφύπνισης) και να λύνει τα διαπροσωπικά και οικογενειακά του προβλήματα, συμπεριλαμβανομένων και των υψηλών επιπέδων συναισθηματικής έκφρασης. Η ψυχοθεραπεία έκφρασης, μπορεί να βοηθήσει στη διατύπωση της επίδρασης της χρονίως ασταθούς διάθεσης στην προσωπικότητα του ασθενούς και στην βελτίωση της εικόνας που βγάζει προς τα έξω, παρόλο που η χρήση της αυτή δεν έχει μελετηθεί. Για παράδειγμα, υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι στη φάση του θυμού και της υπερδιέγερσης τους, λόγω της αστάθειας της διάθεσης, αισθάνονται απρόβλεπτοι, ανεξάρτητοι και πως δεν μπορούν να συνεννοηθούν με κανέναν. Αυτή η αρνητική προσωπική άποψη ενισχύεται από επανειλημμένες μη ικανοποιητικές σχέσεις που μπορεί να έχει ο ασθενής και οι οποίες μπορεί να τον οδηγήσουν στο να θέλει να απορρίψει τους άλλους προτού τον απορρίψουν εκείνοι. Μια μερίδα των ασθενών, δεν γνωρίζουν πότε θα μεταβληθεί ξανά η διάθεσή τους, έτσι εμπλέκονται σε δραστηριότητες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης υπομανίας ή κατάθλιψης, με αποτέλεσμα να διατηρούν την ψευδαίσθηση του ελέγχου ενός τμήματος του εαυτού τους που διαφορετικά θα ήταν απρόβλεπτο και ανεξέλεγκτο. Με βάση λοιπόν αυτή την κατάσταση, εδραιώνουν συνειδητά μια ασταθή διάθεση που τους αποτρέπει από το να κατακτήσουν αυτοέλεγχο. Μια άλλη όμως μερίδα ασθενών, αποφεύγει την δυσφορική διέγερση μέσω της κοινωνικής απόσυρσης, πράγμα που τους οδηγεί σε απώλεια κοινωνικής καταξίωσης. Σε τέτοιου είδους περιπτώσεις η ψυχοθεραπεία έκφρασης μπορεί να φανεί χρήσιμη στους ασθενείς, εξομαλύνοντας τις ακραίες αυτές στάσεις που κρατούν για να προστατεύσουν τον εαυτό τους.

6.5 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες

Είναι σημαντικό η διπολική διαταραχή να θεραπεύεται όσο πιο νωρίς γίνεται και υπό ιατρική επίβλεψη. Τα περισσότερα άτομα με διπολική διαταραχή θα παρουσιάσουν σταθεροποίηση των εναλλαγών της διάθεσης και των συνοδών συμπτωμάτων με την κατάλληλη θεραπεία. Επειδή η διπολική διαταραχή είναι υποτροπιάζουσα νόσος, είναι απαραίτητη η μακροχρόνια προφυλακτική θεραπεία. Για τον μακροπρόθεσμο έλεγχο της νόσου, συνίσταται συνδυασμός φαρμάκων και ψυχοκοινωνικής θεραπείας.

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 και συμπεριφοράς.

6.6 Ψυχοεκπαίδευση

Στοχεύει στο 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. Μερικές φορές όμως μπορεί να χρησιμοποιηθεί και στην οξεία μανία σαν μέσο δεύτερης γραμμής αν αποτύχει η αντιψυχωτική αγωγή ή το λίθιο ή αν αντενδείκνυνται (όπως π.χ. σε εγκύους και σε σοβαρή

καρδιαγγειακή πάθηση). Δε θα πρέπει, όμως, να χορηγηθεί ταυτόχρονα με λίθιο (το λίθιο πρέπει να διακοπεί προσωρινά) γιατί ο συνδυασμός τους και μπορεί να ελαττώσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο νευροψυχολογικών παρενεργειών.

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>) .

ΠΕΡΙΛΗΨΗ 6ΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Ο θεραπευτικός σχεδιασμός είναι ένα πρόγραμμα δράσης υπό διαρκή παρακολούθηση και έλεγχο. Η Φαρμακευτική αγωγή ελέγχει τα συμπτώματα, ενώ για την διπολική διαταραχή συνιστώνται τα αντιψυχωσικά φάρμακα. Το Διάγραμμα Διάθεσης συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή και αποτυπώνει τις διακυμάνσεις της διάθεσής του. Η Θεραπεία συντήρησης της διπολικής διαταραχής κρίνεται απαραίτητη λόγω των υψηλών ποσοστών συναισθηματικών υποτροπών.. Οι Ψυχοκοινωνικές Θεραπείες οδηγούν σε αύξηση της συναισθηματικής σταθεροποίησης, ενώ μπορούν να βοηθηθούν και τα μέλη της οικογένειας. Η Ψυχοεκπαίδευση στοχεύει να εκπαιδεύσει τους ασθενείς με διπολική διαταραχή και την οικογένειά τους. Η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία εφαρμόζεται στις βαριές καταθλίψεις με πλήρη αναστολή, όταν τα αντικαταθλιπτικά δεν έχουν αποτέλεσμα και όταν ο

κίνδυνος της αυτοκτονίας είναι άμεσος. Η Δραματοθεραπεία ανήκει στην κατηγορία των εναλλακτικών θεραπειών μέσω της τέχνης (art therapy).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας , είναι ένας πολύ υπεύθυνος και σημαντικός ρόλος είτε είναι κύριος είτε δευτερεύων , και ο ίδιος ο νοσηλευτής πάντα αποτελεί ενεργό μέλος σε όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Η φύση της ειδικότητας αυτής είναι αρκετά απαιτητική, καθώς ο νοσηλευτής επιβάλλεται να διατηρεί λεπτές και εύθραυστες ισορροπίες στη σχέση του με τους ασθενείς. Είναι επιφορτισμένος με το καθήκον της φροντίδας των ψυχικά ασθενών , οφείλει όμως παράλληλα να προστατεύσει και τον ίδιο.

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.

i. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με κατάθλιψη

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). Όταν οι ασθενείς έχουν εισαχθεί σε ψυχιατρική κλινική, ακολουθείται μια μέθοδος η οποία ονομάζεται «νοσηλευτική διεργασία» και στοχεύει στην εξατομικευμένη φροντίδα του ασθενή. Η νοσηλευτική διεργασία κινείται σε τρεις βασικούς άξονες οι οποίοι κατηγοριοποιούν τις ανάγκες του πάσχοντος, και είναι:

- Οι άμεσες και επομένως επείγουσες ανάγκες του, οι οποίες σχετίζονται με την επιβίωση και την διατήρηση της σωματικής του ακεραιότητας για παράδειγμα η αποτροπή μια πιθανής απόπειρας αυτοκτονίας.

- Οι βραχυπρόθεσμες ανάγκες του οι οποίες αφορούν στην νοσηλεία , την θεραπεία και την προετοιμασία του για την απομάκρυνση και την ομαλή επανένταξη του στο κοινωνικό σύνολο.
- Οι μακροπρόθεσμες ανάγκες που στοχεύουν στην εκμάθηση της αναγνώρισης των πρώιμων συμπτωμάτων της κατάθλιψης από τους ασθενείς και τις οικογένειες τους ώστε να γίνεται έγκυρη αντιμετώπιση και συνεπώς να ελαχιστοποιείται ο χρόνος νόσησης. Οι ανάγκες αυτές μπορούν να καλυφθούν μέσω της εκπαίδευσης που πρέπει να προσφέρει ο νοσηλευτής στους άμεσα ενδιαφερόμενους. (Mauger 1986).

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

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

Ο κίνδυνος εμφάνισης αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών είναι μεγάλος και αποτελεί συνήθως την σοβαρότερη νοσηλευτική διάγνωση σε ένα καταθλιπτικό ασθενή.

Θα παρουσιαστούν λοιπόν, όλα τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας που πρέπει ο νοσηλευτής να ακολουθήσει στην περίπτωση της διάγνωσης

αυτοκτονικού ιδεασμού και και/ή αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, ώστε να επιτύχει να την ανατρέψει.

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 αναξιοσύνης, 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.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

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

Έτσι, στην περίπτωση ενός αυτοκτονικού ασθενή, ο νοσηλευτής πρέπει:

- Να παρατηρεί την συμπεριφορά του αρρώστου (κινήσεις, συμπεριφορά, απειλές, μοίρασμα προσωπικών αντικειμένων, εμφάνιση ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών) για να προχωρήσει στην εκτίμηση του βαθμού επικινδυνότητας για αυτοκτονία, βασιζόμενος και στο προηγούμενο ιστορικό του ασθενή (παρουσία ή όχι προηγούμενης απόπειρας).
- Είναι πολύ σημαντική αυτού του είδους η αξιολόγηση καθώς ο βαθμός απελπισίας του ασθενή υποδεικνύει την βαρύτητα της κατάθλιψης και τον κίνδυνο για αυτοκτονία (Bruss 1988). Το 80% αυτών που δηλώνουν ότι θα αυτοκτονήσουν, το πραγματοποιούν ενώ αυτοί που έχουν σχεδιάσει και τον τρόπο είναι πιθανότερο να βρίσκονται σε αυτό το ποσοστό. Οι πιθανότητες αυτοκτονίας αυξάνονται εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό απόπειρας ή αυτοκτονίας με συνυπάρχουσα κατάθλιψη. Οι ψυχωτικοί ασθενείς με ακουστικές ψευδαισθήσεις που τους παρακινούν για αυτοκαταστροφή, μπορεί να αυτοκτονήσουν χωρίς να δώσουν κάποια προειδοποιητικά σημάδια.
- Να επανεκτιμά την πιθανότητα αυτοκτονίας συχνά , ιδιαίτερα εάν παρατηρηθεί αλλαγή της διάθεσης , έντονη απόσυρση , αϋπνία ή υπερυπνία. Τον πρώτο μήνα της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος ενώ το 50% των αυτοκτονιών των νοσηλευόμενων ασθενών συμβαίνουν έξω από το νοσοκομείο, συνήθως στην άδεια τους. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας όμως αυξάνεται κατά πολύ εάν ο ασθενής έχει αυτοκτονικούς ιδεασμούς και την ενεργητικότητα να πραγματοποιήσει μια απόπειρα.
- Να εκφράζει στον άρρωστο το ενδιαφέρον του για την ασφάλεια του και να το αποδεικνύει εμπράκτως ώστε ο ασθενής να γίνεται δέκτης της νοσηλευτικής φροντίδας και να νιώθει αίσθημα προστασίας.
- Να παρακολουθεί στενά τον ασθενή ανάλογα με τον βαθμό επικινδυνότητας και εάν ενδείκνυται, να τον τοποθετήσει σε ένα μη απομονωμένο δωμάτιο κοντά στην στάση του νοσηλευτικού προσωπικού και να τον συνοδεύει στις μετακινήσεις του. Με αυτόν τον

τρόπο μπορεί να προληφθεί ή έστω να διακοπεί η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

- Να αφαιρέσει αντικείμενα που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο ασθενής για μια απόπειρα αυτοκτονίας όπως ξυραφάκια, ψαλίδια, ζώνες, κορδόνια, μαντήλια, μαχαίρια και άλλα αιχμηρά αντικείμενα.
- Να ελέγξει όλα τα ατομικά είδη που έφερε ο ασθενής στο νοσοκομείο και να ενημερώσει την οικογένεια του ποια είδη θεωρούνται επικίνδυνα ώστε να μην του τα φέρνει. Αυτή είναι μια τυπική διαδικασία που ακολουθεί το νοσοκομείο και ο άρρωστος πρέπει να το γνωρίζει.
- Να παρατηρεί τον ασθενή κατά τη διάρκεια της χορήγησης των φαρμάκων ώστε να είναι βέβαιος ότι τα έχει πάρει. Ορισμένοι ασθενείς κρύβουν τα φάρμακα που τους χορηγούνται για να τα χρησιμοποιήσουν σε μια απόπειρα αυτοκτονίας ή δεν τα παίρνουν καθόλου και τα πετάνε.
- Να ενημερώνει τον ασθενή ότι θα τον παρακολουθεί ακόμη και όταν βρίσκεται στους βοηθητικούς χώρους, καθώς έχουν συμβεί και εκεί αυτοκτονίες.
- Να πραγματοποιεί συχνά «νοσηλευτικούς γύρους» στους θαλάμους και ιδιαίτερα σε ώρες που το προσωπικό προβλέπεται πως θα είναι πολύ απασχολημένο όπως και τη νύχτα, τα ξημερώματα και στις αλλαγές βάρδιας αλλά και όταν το προσωπικό είναι λιγότερο. Με αυτό τον τρόπο δεν μπορεί ο ασθενής να προβλέψει πότε θα περάσει ο νοσηλευτής από τον θάλαμο, αλλά και ο νοσηλευτής μπορεί να γνωρίζει ανά πάσα στιγμή που είναι ο ασθενής.
- Να ελέγχει συστηματικά τους χώρους όπου βρίσκονται και κινούνται οι ασθενείς για τυχόν επικίνδυνα σημεία, όπως ανοιχτές πόρτες ή παράθυρα, εύκολη πρόσβαση προς τη σκάλα ή την ταράτσα ή εκτεθειμένα απορρυπαντικά και άλλα σκευάσματα που μπορεί να τα χρησιμοποιήσει για απόπειρα αυτοκτονίας. Απαιτείται επίσης από τον νοσηλευτή συνεχής προσπάθεια και προσοχή για την ελαχιστοποίηση των ευκαιριών αυτοκαταστροφής του ασθενή.
- Να έρθει σε συμφωνία με τον ασθενή για το τι θα κάνει ο ίδιος αλλά και τι ο άρρωστος για την ασφάλεια του δεύτερου. Η συμφωνία αυτή πρέπει να γίνεται και εγγράφως για να την έχει ο ασθενής στα χέρια του

καθώς και ένα αντίγραφο της πρέπει να επισυναφθεί στο φύλλο νοσηλείας του ασθενή και να είναι υπογεγραμμένο από τον ίδιο και από τον αρμόδιο νοσηλευτή. Η συμφωνία αυτή ουσιαστικά τεκμηριώνει τα μέτρα που θα ληφθούν σε περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας, ανάλογα με τον ασθενή και προωθεί την επικοινωνία, ιδιαίτερα ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον ασθενή και δίνει στον δεύτερο ευκαιρία να αξιολογήσει μόνος του τη νοσηλεία του.

- Να ενθαρρύνει τον ασθενή και την οικογένεια του να εκφράσουν τυχόν απορίες για την φαρμακευτική αγωγή ή άλλη προγραμματισμένη θεραπεία, αλλά και τα συναισθήματα τους. Είναι επίσης επιφορτισμένος με το καθήκον να τους λύνει τις απορίες αυτές και να τους στηρίζει.
- Να χορηγεί στους ασθενείς με συνέπεια και υπευθυνότητα τα αντικαταθλιπτικά που έχει παραγγείλει ο θεράπων ιατρός αλλά και να εξασφαλίζει την συμμόρφωση τους στη θεραπεία
- Η δράση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων ως διορθωτικά της διάθεσης αρχίζει μετά τις τρεις εβδομάδες περίπου από την αρχή της χορήγησής τους. Για τον λόγο αυτό, στην περίπτωση ενός αυτοκτονικού ασθενή το διάστημα από την αρχή της χορήγησης των αντικαταθλιπτικών μέχρι την αρχή της δράσης τους μπορεί να χρειαστούν κάποιες άλλες μορφές θεραπείας για την προστασία του ασθενή. Σε περίπτωση που τα φάρμακα δεν δράσουν και ο ασθενής συνεχίζει να εκδηλώνει αυτοκτονικούς ιδεασμούς, να έχει αϋπνίες, να μην τρώει και να μην πίνει υγρά, μια θεραπεία εκλογής μπορεί να είναι και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Ο ασθενής μπορεί να εκφράσει μεγάλο φόβο για την θεραπεία αυτή, ο νοσηλευτής όμως θα πρέπει να κατανοήσει την αντίδραση του αυτή και να του εξηγήσει πως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μια εναλλακτική θεραπεία η οποία θα πραγματοποιηθεί για την προαγωγή της υγείας του, και την ανακούφιση των ανεπιθύμητων συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Δεν πρέπει ο νοσηλευτής να έχει αρνητική στάση προς την ηλεκτροσπασμοθεραπεία μεταδίδοντας έτσι στον ασθενή περισσότερο φόβο και τελικά να του δημιουργήσει σύγχυση και άρνηση της θεραπείας.

- Να βοηθήσει τον ασθενή να ανατρέψει το αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό σύστημα θεώρησης της ζωής του, του εαυτού του και του κόσμου γενικότερα σε θετικό και ρεαλιστικό. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να επιτευχθεί η μείωση του αισθήματος αναξιότητας και αδυναμίας που νιώθει ένας καταθλιπτικός ασθενής και να αυξηθεί ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμηση του (γνωστική θεραπεία) .
- Να στηρίζει και να ενισχύει τον ασθενή στην προσπάθεια του για διατύπωση κατορθωτών στόχων γιατί οι κατορθωτοί στόχοι είναι πιθανότερο να επιτευχθούν, αποφέροντας έτσι ταχύτερα ικανοποιητικές αμοιβές.
- Να παροτρύνει τον ασθενή να ασχολείται σχολαστικά με την προσωπική του υγιεινή, την καλή του εμφάνιση και την σωστή διατροφή του. Η επαρκής αυτοφροντίδα στοχεύει στην προαγωγή της υγείας και στην ανύψωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και της αυτοεκτίμησης του.
- Να ενημερώσει τον ασθενή για την προοπτική της ανάρρωσης από την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό και ότι ο ίδιος καθώς και το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό θα τον στηρίζουν και θα τον βοηθούν στον δρόμο προς την ίαση.
- Να επαινεί τον άρρωστο για κάθε θετική προσπάθεια αυτοαξιολόγησης, αυτοελέγχου και διαμόρφωσης ρεαλιστικών στόχων από μέρους του. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να τονωθεί το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και να αναζωπυρωθεί η ελπίδα για ανατροπή της άσχημης ψυχολογικής του κατάστασης (Shneidman 1993).
- Να συνεργαστεί με τον ασθενή και την οικογένειά του το διάστημα πριν την έξοδο του από το νοσοκομείο, αποσκοπώντας στην κατανόηση και την αντιμετώπιση των διαπροσωπικών τους εντάσεων. Σύμφωνα με μια νοσηλευτική έρευνα, η ενσωμάτωση της οικογένειας στον προγραμματισμό της μετανοσοκομειακής φροντίδας του καταθλιπτικού ασθενή, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ικανοποίησης της οικογένειας λόγω της συνεργασίας του ασθενή, μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα του ασθενή στην καθημερινότητα και την αύξηση της χρησιμοποίησης των κοινοτικών υπηρεσιών υγείας από τον ασθενή, όταν αυτό ήταν απαραίτητο (Buckwalter 1987).

ii. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με μανία

Στα πλαίσια της φροντίδας ενός ασθενή με μανία , ο νοσηλευτής θα πρέπει να θέσει αρχικά ορισμένες προτεραιότητες , κάποιες από τις οποίες είναι και οι παρακάτω:

- Η προστασία της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του ασθενή και των ανθρώπων του περιβάλλοντός του , από τις συνέπειες τις υπερκινητικής του συμπεριφοράς.
- Η εκπλήρωση των καθημερινών βασικών αναγκών όπως η σωστή διατροφή, η επαρκής ανάπαυση και η τήρηση των κανόνων της προσωπικής και μη υγιεινής.
- Η ενίσχυση της προσπάθειας για αυτονομία και υπευθυνότητα και η σωστή καθοδήγηση του ασθενή για προσανατολισμό στην πραγματικότητα και σε ρεαλιστικές λύσεις των προβλημάτων 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 εκφράζεται με σύντομες και περιεκτικές φράσεις, έτσι ώστε ο ασθενής να περιορίζει την προσοχή του σε αυτές τις σύντομες φράσεις και να τον κατανοεί καλύτερα.
- Να κρατάει ουδέτερη στάση, αποφεύγοντας κάθε είδους αντιπαραθέσεις ασκώντας κριτική και κάνοντας επίδειξη δύναμης. Τα κριτικά σχόλια και οι ασυνέπειες μπορεί να χρησιμοποιηθούν από τον άρρωστο ως δικαιολογία για λογομαχίες και δημιουργία εντάσεων με επακόλουθη κλιμάκωση της μανίας.
- Εάν το νοσηλευτικό προσωπικό οριοθετήσει εξ αρχής την σχέση με τον ασθενή συγκεκριμενοποιώντας τις προσδοκίες που έχει από αυτόν και κρατάει σταθερά αυτά τα όρια, ελαχιστοποιείται η πιθανότητα χειρισμού και εκμετάλλευσης του προσωπικού από τον ασθενή.

- Να διατηρεί ουδέτερη στάση και να δημιουργεί περιβάλλον ηρεμίας στις συζητήσεις τους αποφεύγοντας ειρωνικά σχόλια, αστεϊσμούς και ετυμολογίες. Με αυτόν τον τρόπο ελαχιστοποιείται η μανιακή ένταση ενώ τα γέλια με τον μανιακό ασθενή δηλώνουν έλλειψη σεβασμού προς τον ίδιο και τις ανάγκες του.
- Να πραγματοποιούνται συχνές συναντήσεις όλως των μελών του προσωπικού με στόχο τον προγραμματισμό της κοινής και σταθερής στάσης που πρέπει να κρατούν απέναντι στους ασθενείς και την τοποθέτηση σαφών ορίων στη σχέση τους. Είναι πολύ σημαντική η συνέπεια στην τήρηση των ορίων από την πλευρά των μελών του προσωπικού ώστε να ελαχιστοποιείται ο χειρισμός τους από τον ασθενή.
- Οι αποφάσεις που θα παίρνονται στις συναντήσεις των μελών του προσωπικού θα πρέπει να ανακοινώνονται στους ασθενείς μαζί με τις συνέπειες που πρόκειται να υποστούν σε περίπτωση που δεν τις τηρούν . η ανακοίνωση αυτή θα πρέπει να περιέχει σαφείς και απλές προτάσεις ώστε ο ασθενής να κατανοήσει τους λόγους της λήψης των φαρμάκων και τυχόν περιοριστικά μέτρα που μπορεί να παρθούν εάν δεν μπορεί ο ίδιος να ελέγξει την συμπεριφορά του, αλλά και να αισθάνεται έναν συνεχή εξωτερικό έλεγχο.
- Εάν ο ασθενής εκφράζει σε μόνιμη βάση παράπονα, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να τα ακούει αλλά και να προχωράει στις κατάλληλες ενέργειες και στην λήψη μέτρων για την εξάλειψη τους. Ο ασθενής έτσι νιώθει λιγότερη αδυναμία και αυξάνεται η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμηση.
- Σε περίπτωση άσεμνης και ανεύθυνης συμπεριφοράς από την πλευρά του ασθενή, το προσωπικό θα πρέπει να αντιδρά με ηρεμία και να αποδέχεται την συμπεριφορά αυτή. Με αυτή τη στάση του προσωπικού υγείας αντικρούεται η ασυναίσθητη προσπάθεια του ασθενή να προκαλέσει θυμό στον νοσηλευτή και να τον οδηγήσει σε παράλογη συμπεριφορά με αποτέλεσμα την διατήρηση της μανιακής συμπεριφοράς.
- Να καταβάλλεται προσπάθεια διοχέτευσης της υπερβολικής ενεργητικότητας του ασθενή σε πιο δημιουργικές και εποικοδομητικές

ασχολίες. Η προσοχή του μανιακού ασθενή αποσπάται πολύ εύκολα, έτσι ο νοσηλευτής έχει στα χέρια του ένα αποτελεσματικό εργαλείο για να πραγματοποιήσει την θεραπευτική του παρέμβαση (Vargarolis 1990).

Νοσηλευτικές διαγνώσεις όλων των τύπων της μανίας

- Αμυντική αντιμετώπιση των δυσκολιών
- Ελλειμματική αυτοφροντίδα
- Διαταραχή διατροφής (συνήθως υποσιτισμός)
- Διαταραχή της σκέψης
- Μεγάλος κίνδυνος τραυματισμού ή άλλης βλάβης
- Μεγάλος κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον του εαυτού του ή άλλων .

Μια από τις σημαντικότερες νοσηλευτικές διαγνώσεις είναι ο μεγάλος κίνδυνος επιθετικότητας που μπορεί να παρουσιάσει ο μανιακός ασθενής εναντίον του εαυτού του ή άλλων. Ο ασθενής βρίσκεται σε μια κατάσταση όπου η συμπεριφορά που εκδηλώνει είναι ανεύθυνη και ανεξέλεγκτη. Ακολουθούν τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας που ακολουθείται στην περίπτωση αυτής της νοσηλευτικής διάγνωσης:

Αρχικά ο νοσηλευτής πρέπει να αναζητήσει τους αιτιολογικούς παράγοντες και τους παράγοντες που σχετίζονται με την διάγνωση αυτή κάποιιοι από τους οποίους μπορεί να είναι η ευερεθιστότητα και η παρορμητική συμπεριφορά , οι παραληρητικές ιδέες, το προηγούμενο ιστορικό επιθετικής συμπεριφοράς και σε περίπτωση αναίρεσης των ιδεών του και μη κάλυψης των αναγκών του, έντονες και παράλογες αντιδράσεις θυμού. Κάποια αποδεικτικά στοιχεία της κατάστασης αυτής μπορεί να είναι η τυχόν δυσκολία να υπολογίσει ο ασθενής τις συνέπειες των πράξεων του, να προβαίνει σε επιθετικές πράξεις, να εκφράζεται με εχθρικές και απειλητικές εκφράσεις.

Νοσηλευτικοί σκοποί

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

- Να εξωτερικεύει το θυμό και τα υπόλοιπα αρνητικά του συναισθήματα με τρόπο ο οποίος να είναι κοινωνικά αποδεκτός.

- Να αντικαταστήσει την επιθετική συμπεριφορά, τις απειλές και τους εκφοβισμούς με άλλες τεχνικές λύσεις των προβλημάτων του, τις οποίες ο νοσηλευτής μπορεί να του διδάξει.
- Να εκδηλώνει αυξημένη αυτοεκτίμηση.
- Να δείχνει ότι έχει τον έλεγχο του εαυτού του, με ταυτόχρονη σταδιακή μείωση της υπερκινητικότητας του.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι οι ακόλουθες:

- Η συστηματική χορήγηση των παραγγελθέντων φαρμάκων σε συνδυασμό με μια υπεύθυνη παρακολούθηση της διαδικασίας της λήψης τους και η συνεργασία με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα για τυχόν αλλαγές στο θεραπευτικό σχήμα.
- Η επιδοκιμασία των προσπαθειών του ασθενή για χειρισμό των στρεσογόνων περιστατικών χωρίς επιθετικότητα και άσκηση βίας. Ο έπαινος μπορεί να αυξήσει το αίσθημα της επιτυχίας και ίσως οδηγήσει τον ασθενή στον να επαναλάβει την συγκεκριμένη συμπεριφορά.
- Η ομαδική συζήτηση όλων των μελών του προσωπικού του τμήματος με θέμα την επιθετική συμπεριφορά κάποιων ασθενών και η ανάλυση των περιστατικών επιθετικής συμπεριφοράς που έλαβαν χώρα μπορεί να οδηγήσουν στην διαπίστωση των ερεθισμάτων που προηγήθηκαν , των παραγόντων που τα προκάλεσαν και των πρώιμων ενδεικτικών σημείων μιας ανερχόμενης διέγερσης . η ενημέρωση της κλινικής εικόνας του ασθενή είναι σημαντική, καθώς με αυτό τον τρόπο μπορεί το προσωπικό να παρεμβαίνει εξατομικευμένα και έγκαιρα με σκοπό την πρόληψη της έκρηξης ή της επιθετικότητας του ασθενή. (Doenges 1989)
- Η συζήτηση με τον ασθενή με σκοπό την επισήμανση από τον ίδιο, τον προηγηθέντων της διέγερσης γεγονότων αλλά και την ανεύρεση των πιθανών αιτιών της. Οι συζητήσεις αυτές πρέπει να γίνονται σε ώρες που ο ασθενής είναι ήρεμος. Η έγκαιρη αναγνώριση της επικείμενης διέγερσης και από τον ίδιο τον ασθενή είναι αρκετά σημαντική, καθώς τον βοηθάει να αποφεύγει τις βίαιες συμπεριφορές σχεδιάζοντας εναλλακτικές αντιδράσεις.

- Η αποφυγή της καθυστέρησης της εκπλήρωσης των αιτημάτων του ασθενή είναι αρκετά βοηθητική, συνδυασμένη με την σύσταση εναλλακτικών μεθόδων αντιμετώπισής τους. Ένας μανιακός ασθενής είναι συνήθως και υπερκινητικός πράγμα το οποίο σημαίνει ότι δεν έχει υπομονή, δεν μπορεί να περιμένει και η αδικαιολόγητες καθυστερήσεις του προκαλούν επιθετική συμπεριφορά. Σε περίπτωση που πρέπει ο νοσηλευτής να αρνηθεί να εκπληρώσει κάποια επιθυμία του, μπορεί να του ελαττώσει το στρες που θα του προκαλέσει η κατάσταση αυτή, αποσπώντας του την προσοχή σε κάτι άλλο.
- Η αποφυγή λογομαχίας με τον ασθενή όταν αυτός εξωπραγματικές ιδέες και ιδέες μεγαλείου, αποφεύγοντας έτσι και την επικείμενη διέγερση.
- Όταν ο νοσηλευτής αναγνωρίσει τα σημάδια μιας ανερχόμενης διέγερσης ή και όταν αυτή είναι στα αρχικά στάδια της ανάπτυξής της , η παρέμβαση του είναι απαραίτητη και αρκετά βοηθητική στο να επανακτήσει ο ασθενής τον αυτοέλεγχό του, να προληφθεί η κλιμάκωση της διέγερσης προτού φτάσει στην βίαιη συμπεριφορά και η θεραπεία που εφαρμόζεται να έχει όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικό χαρακτήρα. Η παρέμβαση αυτή μπορεί να είναι κάποια λεκτική καθοδήγηση προς την κατεύθυνση μιας πιο παραδεκτής συμπεριφοράς, η απομάκρυνση του ασθενή από το σημείο της έντασης , η τοποθέτηση του σε ένα πιο ήσυχο δωμάτιο με την έγκριση του ίδιου ή η εφαρμογή ενδεδειγμένων περιοριστικών μέτρων σύμφωνα με το ειδικό πρωτόκολλο του τμήματος. Όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ότι μορφή και να έχουν , θα πρέπει πάντοτε να συνοδεύονται από τις απαραίτητες εξηγήσεις προς τον ασθενή.
- Κατά την διάρκεια της αντιμετώπισης των προβλημάτων που μπορεί να εκδηλώσει ο μανιακός ασθενής, ο νοσηλευτής δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να ξεχνά ότι ο ψυχικά πάσχων άνθρωπος στον οποίο αναφέρεται, είναι μοναδικός και ιδιαίτερος (Καπρίνης , 1991) και πρέπει να τον βοηθά να διατηρεί αυτά τα χαρακτηριστικά.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ 7ΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με κατάθλιψη οι στόχοι του νοσηλευτικού προσωπικού επιτυγχάνονται όταν ο ασθενής: Διακατέχεται με το αίσθημα επιθυμίας για ζωή και παραιτείται από κάθε σκέψη αυτοκτονίας. Παρουσιάζει έκδηλη αισιοδοξία και ελπίδα για το μέλλον. Είναι χαμογελαστός και αντιδρά ανάλογα σε κάθε συζήτηση. Δέχεται την ιατρική παρακολούθηση και συμμορφώνεται στην φαρμακοθεραπεία.

Στη νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με μανία οι στόχοι του νοσηλευτικού προσωπικού επιτυγχάνονται όταν ο ασθενής: Εξωτερικεύει το θυμό και τα υπόλοιπα αρνητικά του συναισθήματα με τρόπο κοινωνικά αποδεκτό. Αντικαθιστά την επιθετική συμπεριφορά, τις απειλές και τους εκφοβισμούς με άλλες τεχνικές λύσεις των προβλημάτων του, τις οποίες διδάσκεται από τον νοσηλευτή. Εκδηλώνει αυξημένη αυτοεκτίμηση. Δείχνει ότι έχει αυτοέλεγχο, με ταυτόχρονη σταδιακή μείωση της υπερκινητικότητας του.

Συμπεράσματα

Παρόλο που έχουν γίνει τεράστια βήματα για την κατανόηση των διπολικών διαταραχών υπάρχουν και άλλα που πρέπει να γίνουν. Η διάγνωση πρέπει να είναι πιο ακριβής και να στηρίζεται σε πιο ειδικούς δείκτες.

Σήμερα, τα ήπια συμπτώματα αναμιγνύονται με αποδεκτές κοινωνικές συμπεριφορές, κάνοντας την πρώιμη ανίχνευση της διπολικής νόσου δύσκολη, αν όχι αδύνατη. Έτσι, στους περισσότερους ασθενείς, η διάγνωση της νόσου δεν γίνεται παρά όταν τα συμπτώματα οδηγήσουν σε ένα πλήρες και σοβαρό επεισόδιο. Σε συνδυασμό με τη βελτίωση της διάγνωσης, η έρευνα πρέπει να αποκαλύψει τους παράγοντες κινδύνου και τους αναπτυξιακούς δείκτες που έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα πρόβλεψης της έναρξης της νόσου. Οι γνώσεις μας για τους παράγοντες κινδύνου είναι τόσο γενικές, ώστε η δημιουργία ενός επιθετικού προγράμματος δημόσιας πρόληψης είναι αδύνατη. Αυτό ίσως οφείλεται στους περιορισμούς και στα ευρήματα της έρευνας και στην απουσία πολιτικής για τη δημόσια υγεία.

Στις ΗΠΑ δεν υπάρχει δημόσια καταχώρηση που να επιτρέπει την παρακολούθηση της πορείας της νόσου. Επίσης, στις ΗΠΑ η απουσία δημόσιας ασφάλειας υγείας και η ανεπάρκεια κάλυψης των ψυχικών διαταραχών από τις ιδιωτικές ασφάλειες εμποδίζουν πολλούς ανθρώπους να απευθυνθούν σε ειδικούς της ψυχικής υγείας, όταν τα συμπτώματα τους είναι ακόμη ήπια και η διάγνωση είναι αβέβαιη. Οι ιατροί απαγορεύεται να προσφέρουν υπηρεσίες και να προσπαθούν να προλάβουν τα διπολικά επεισόδια, όταν η οικονομική επαναχρηματοδότηση απαιτεί διάγνωση κατά το DSM. Τα άτομα που οργανώνουν την πολιτική τακτική, οι ασφαλιστές, οι ερευνητές και οι ασθενείς πρέπει επίσης να επιμείνουν στη μεγαλύτερη ακρίβεια με την οποία καταγράφονται τα ιστορικά ψυχικής υγείας, τα θεραπευτικά σχέδια και οι θεραπευτικές σημειώσεις. Τα σφαιρικά ή τα γενικά ιστορικά δεν προσφέρουν σχεδόν καμία βοήθεια στους ερευνητές και μπορεί να δώσουν λανθασμένα ευρήματα. Οι γενικές ή οι απρόσεκτες ψυχιατρικές σημειώσεις μπορεί να δώσουν λανθασμένες πληροφορίες για τους ασθενείς, όταν αυτοί μεταφέρονται από τη μία κλινική στην άλλη.

Ωστόσο, οι ασθενείς και οι οικογένειες τους μπορούν να ελπίζουν.

Στις μεγάλες ερευνητικές και θεραπευτικές κοινότητες παγκοσμίως, οι διπολικές διαταραχές θεωρούνται νευροβιολογικές παθήσεις. Επίσης, είναι γνωστό ότι τα άτομα με αυτή τη νόσο χρειάζονται ειδικές ιατρικές, περιβαλλοντικές και υποστηρικτικές παρεμβάσεις για όλη τους τη ζωή. Ως αποτέλεσμα, έχει δοθεί μεγάλη σημασία στη δουλειά με την οικογένεια και με την κοινωνία όπου ζουν οι ασθενείς. Επίσης, υπάρχει λόγος να πιστεύουμε ότι η ακρίβεια των μεθόδων διάγνωσης της διπολικής διαταραχής θα βελτιωθεί. Η εξέλιξη του SPECT και άλλων απεικονιστικών τεχνικών δείχνει ότι βρισκόμαστε στο όριο της ανακάλυψης των νευροβιολογικών δεικτών για τη διάγνωση των διπολικών διαταραχών. Οι βιολογικές μετρήσεις θα κάνουν τελικά τη διάγνωση ανεξάρτητη από τη συμπεριφορική παρατήρηση των συμπτωμάτων.

Μελλοντικά φάρμακα και γενετικές θεραπείες διατηρούν την ελπίδα πλήρους θεραπείας ή τουλάχιστον ελέγχου της διπολικής διαταραχής για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Αναμένεται τεράστια θεραπευτική επανάσταση, καθώς η έρευνα προχωρά στην καταγραφή του DNA και στην ανακάλυψη των γονιδίων που είναι υπεύθυνα για τη διπολική διαταραχή. Επίσης, η έρευνα με τα αρχέγονα κύτταρα δίνει νέες ελπίδες για τη διάγνωση και τη θεραπεία. Η δημόσια πολιτική, οι νόμοι και τα υποστηρικτικά συστήματα της κοινωνίας αλλάζουν αργά, αλλά θετικά.

Τα κυβερνητικά τμήματα που σχεδιάζουν τη δημόσια ψυχική υγεία ενημερώνονται ότι οι διπολικές διαταραχές προσβάλλουν τα παιδιά, τους εφήβους, τους ενήλικες και τους ηλικιωμένους. Έτσι, πρέπει ολοένα να ενημερώνονται και τα αντίστοιχα προγράμματα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης τους ανάλογα την εκάστοτε ηλικιακή ομάδα (Taylor & Francis, χ.χ).

Βιβλιογραφία:

- Ελληνική Βιβλιογραφία
 1. Βασική Παιδοψυχιατρική,(σελ.406-428),Β' τόμος, Washington D.C.
 2. Καπρίνης Γ,(σελ.197-201),Ψυχολογία, ψυχιατρική, ψυχανάλυση: Σκέψεις πάνω στις διαφορές και στις ομοιότητες. Ψυχολογικά Θέματα, 1991,4 (2).
 3. Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής University Studio Press Θεσσαλονίκη 1997.
 4. Παπάνης Ε. Στατιστική Έρευνα. Εκδόσεις Ι. Σιδέρης 2006
 5. Ραγιά Α. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις, Εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2007
 6. Taylor and Francis Group. «Άτλας διπολικών διαταραχών» Ιατρικές εκδόσεις Βαγιονάκης Σελ 11-15, 17-18, 31-37, 62-64, 73-84, 111, 112.

- Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία:
 7. American Psychiatric Association. Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association 1980.
 8. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2005.
 9. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. Psychol Med. 1998 Jan;28(1):51-61.
 10. Angst J., Gamma A, Benazzi F., Ajdacic V, Eich D., Rössler W. Toward a redefinition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar II, minor bipolar disorders and hypomania. J Affect Dis 2003.
 11. Baldessarini RJ, Tondo L, Faedda GL, et al: Effects of the rate of discontinuing lithium maintenance treatment in dipolar disorders. J Clin Psychiatry 1996.
 12. Bloch S, Singh B.S Understating Troubled minds Melbourne, University Press 1998.

13. 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.
14. Brown S-L, Steinberg RL, van Praag HM. The pathogenesis of depression: reconsideration of neurotransmitter data, in *Handbook of depression and anxiety*. Edited by den Boer JA, Sitsen JMA. New York, Marcel Dekker, 1994.
15. Bruss C. Nursing diagnosis of hopelessness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1988, 26 (3): 28-31
16. 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
17. Calabrese JR, Boden CL, Sachs GS, et al: A double-blind placebo controlled prophylaxis study of lamotrigine in rapid-cycling bipolar disorder, Lamictal 614 study group. *J Clin Psychiatry* 1999.
18. 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.
19. Calabrese JR, Boden CL, Sachs GS, et al: Bipolar rapid cycling: focus on depression as its hallmark. *J Clin Psychiatry* 62 2001.
20. Compton MT, Nemeroff CB: The treatment of bipolar depression. *J Clin Psychiatry* 62, 2000.
21. Davis JM, Janicak PG, Hogan DM: Mood stabilizers in the prevention of recurrent affective disorders: a meta-analysis. *Acta Psychiatry Scand* 1999.
22. Doengers ME, Townsend MC, Moorhouse MF. *Psychiatric care plans - Guidelines for client care*. Philadelphia : Davis, 1989 : 249
23. Dubovsky SL: *Mind-Body Deceptions*. New York, WW Norton, 1997.
24. Erik H. Erikson. *Identity, youth and crisis*. New York: W. W. Norton Company, 1968
25. Frank E, Hlastala S, et al. Results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol. *Biol Psychiatry* 1976.
26. Gershon ES: *Genetics, in Manic-Depressive illness*. Edited by Goodwin FK, Jamison KR. New York, Oxford University Press, 1990.

27. Gershon S, Soares JC. Current therapeutic profile of lithium. *Acta Psychiatry Scand* 1997.
28. Gorman JM, Coplan JD: Comorbidity of depression and panic disorder. *J Clin Psychiatry* 57 (suppl) 1996.
29. Grant B, Stinson F, et al. Prevalence correlates and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: Results from the National Epidemiology Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2005.
30. 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.
31. Kallner G, et al: Mortality in 487 patients with affective disorders. *Pharmacopsychiatry*, 2000.
32. Kaufmann CA, Gillin JC, Hill B, et al: Muscarinic binding in suicides, *Psychiatry Res* 1984.
33. Kaufman, J. Depressive disorders in maltreated children. *J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1991;30:257–265.
34. Keck PE Jr, McElroy SL, et al: Compliance with maintenance treatment in bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull*.1997.
35. Kendler KK, Kessler CC, Neale MC, et al: The prediction of major depression in women toward an integrated etiologic model. *Am J psychiatry* 1993.
36. 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.
37. Kraepelin E: *Manic Depressive Insanity and Paranoia*. Translated by Barclay RM. Edinburg, Livingstone, 1921.
38. Kusumakar Y, Yatham LN, Haslam DRS, et al: Treatment of mania, mixed state and rapid cycling. *Can J Psychiatry* 42, 1997.
39. Kusumi I, Ohmori T, Kohsaka M, et al: Chronobiological approach for treatment resistant rapid cycling affective disorders. *Biopsychiatry*. 1995.

40. Lewinsohn PM¹, Roberts RE, Seeley JR, Rohde P, Gotlib IH, Hops H. Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *J Abnorm Psychol.* 1994 May; 103(2):302-15.
41. Madianos, M.G., Madianou, D. & Stefanis, C.N.: Help - seeking behaviour for psychiatric disorder from physicians or psychiatrists in Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1993, 28: 285-291.
42. Maurer FA. Acute depression: Treatment and nursing strategies for this affective disorder. *Nurs Clin Am* 1986. 3: 413 - 427.
43. 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.
44. Nolen WA, Bloemkolk D: Treatment bipolar depression: a review of the literature and a suggestion for an algorithm. *Neuropsychobiology* 42, 2000.
45. Okuma T: Effects of carbamazepine and lithium on affective disorders. *Neuropsychobiology* 1993.
46. Oldehinkel A, Wittchen H-U, Schuster P. Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine* 1999; 29: 655–68.
47. Post RM et al: Approaches to treatment resistant bipolar affectively ill patient. *Clin Psychiatry.* 1998.
48. Rogers CA. Reconciling models of depression. IN: Rogers CA. Ulsifer – Van Lanen J. eds. *Nursing interventions in depression.* London : Grune and Stratton 1985 : 1 – 12
49. Roy-Byrne P, Post RM, et al: The longitudinal course of recurrent affective illness. *Acta Psychiatric Scand*: 1985.
50. Sachs GS, Printz DJ, Kahn DA, et al: The Expert Consensus Guideline Series: medication treatment of bipolar disorder 2000. *Postcard Med.*
51. Shneidman ES. Some controversies in suicidology: Toward a mentalistic discipline. *Suicide and Life - Threatening Behavior*, 1993, 23 (4): 292 - 298.
52. Silberg J¹, Pickles A, Rutter M, Hewitt J, Simonoff E, Maes H, Carbonneau R, Murrelle L, Foley D, Eaves L. The influence of genetic

factors and life stress on depression among adolescent girls. Arch Gen Psychiatry. 1999 Mar;56(3):225-32.

53. Silberg J, Rutter M, Neale M, Eaves L. Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls. The British Journal of Psychiatry Aug 2001, 179 (2) 116-121;
54. Solomon DA, Bauer MS. Continuation and maintenance pharmacotherapy for unipolar and bipolar mood disorders. Psychiatry. Clin north Am. 1993.
55. Thase ME, Sachs GS: Bipolar depression. Biol psychiatry 2000.
56. Varcarolis EM. Foundations of psychiatric mental health nursing. Philadelphia: Saunders. 1990: 446. 476
57. Walden et al: An open longitudinal study of patient with bipolar rapid cycling treated with lithium lamotrigine for mood stabilization. Bipolar disorder 2000.
58. Weissman, Horwath E, Johnson J, Myrna M., Hornig and Christopher D... The validity of major depression with atypical features based on a community study. Journal of Affective Disorders. 26, (2), 117-125.
59. Zarate CA, Jr, Tohen M, and Baldessarene RJ: Clozapine in severe mood disorders J Psychiatry, 1995.
60. Zornberg GL, Pope HG Jr: Treatment of depression in bipolar disorder: new directories for research. G Clin psychopharmacol 1993.