

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ.
Σ. Ε. Υ. Π. ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ: ΧΡΟΝΙΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ
ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΜΟΥΡΤΖΙΝΟΥ ΧΡΥΣΑΝΘΗ
ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΥΡΙΑ ΘΕΟΛΟΓΙΑ ΖΙΩΓΟΥ.**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2008.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	1
ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Ιστορική αναδρομή στην ψυχιατρική	3
1.1 Πρωτόγονη εποχή.....	3-4
1.2 Αρχαία Ελλάδα.....	4-5
1.3 Ελληνορωμαϊκή εποχή.....	5-6
1.4 Μεσαίωνας.....	6-7
1.5 Αναγέννηση.....	7
1.6 Νεότερη εποχή.....	8-9
1.7 Η ψυχιατρική σήμερα.....	9-10
1.8 Τα πρώτα ψυχιατρεία.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Η διπολική διαταραχή	11
2.1 Εισαγωγή.....	11
2.2 Επιδημιολογική συχνότητα.....	11-12
2.3 Αίτια.....	12-13
2.4 Συμπτώματα.....	13-18
2.5 Τύποι διπολικής διαταραχής.....	18-21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : Θεραπευτική αντιμετώπιση	22
3.1 Σωματικές θεραπείες.....	22-28
3.2 Ψυχοκοινωνική προσέγγιση.....	28-31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : Διπολική διαταραχή και εγκυμοσύνη	32
4.1 Εισαγωγή.....	32
4.2 Θεραπεία διπολικής στην εγκυμοσύνη.....	32-33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : Η διπολική στην παιδική/εφηβική ηλικία	34
5.1 Εισαγωγικά στοιχεία.....	34-35
5.2 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	35
5.3 Αιτιολογία.....	35-36
5.4 Κλινική εικόνα.....	36
5.5 Τύποι διπολικής στην παιδική ηλικία.....	36-37
5.6 Συνοσηρότητα.....	37
5.7 Διαφορική διάγνωση.....	37
5.8 Πορεία και πρόγνωση.....	37-38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : Θεραπεία διπολικής στην παιδική ηλικία	39
6.1 Εισαγωγή.....	39
6.2 Επιλογή φαρμάκου.....	39
6.3 Φαρμακευτική αγωγή.....	39-40
6.4 Ψυχοκοινωνική προσέγγιση.....	40-41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : Νοσηλευτικές παρεμβάσεις/ διαγνώσεις	42
7.1 Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με μανία.....	42
7.2 Αρχές επικοινωνίας με το μανιακό.....	42-43
7.3 Νοσηλευτικές διαγνώσεις.....	43-48
7.4 Νοσηλευτικό πλάνο.....	49
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	50-51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	52

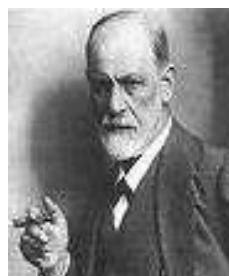
ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.

Η ψυχιατρική είναι ειδικότητα της ιατρικής επιστήμης που ασχολείται με τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Ο ψυχίατρος προσπαθεί με τις γνώσεις που έχει λάβει, την εμπειρία και την παρατηρητικότητα, να καταλάβει τι είναι αυτό που βασανίζει τον ασθενή του και να το απαλύνει ή να το θεραπεύσει. Ο Φρόντ βοήθησε σημαντικά σε αυτές τις προσπάθειες καθώς κατάφερε να βγάλει την θεραπεία από τα επίσημα ιδρύματα για να εφαρμοστεί με τη βοήθεια του λόγου και της ακρόασης.

Οι περισσότεροι ψυχίατροι πιστεύουν ότι οι ψυχικές διαταραχές προκαλούνται από διαταραχές στον εγκέφαλο και πιο συγκεκριμένα στη χημεία του. Το γεγονός αυτό πυροδότησε τη δημιουργία ενός βιο-ψυχο-κοινωνικού μοντέλου ψυχικής διαταραχής στο οποίο συνδυάζονται γενετικοί και δυναμικοί παράγοντες. Ωστόσο, το ερώτημα που βασανίζει την ανθρωπότητα « Τι είναι ο νους?», είναι και θα παραμείνει αναπάντητο από τη στιγμή που ο νους δεν έχει υλική υπόσταση.

Σύμφωνα με τον Καρλ Μένιγκερ η ψυχική υγεία ορίζεται ως « η προσαρμογή των ανθρώπων στον κόσμο και τους συνανθρώπους τους με το μέγιστο της αποτελεσματικότητας και της ευτυχίας», ενώ για τον ΠΟΥ « Ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του επιτεύγματα». Ο ορισμός της υγείας κατά τον ΠΟΥ εξακολουθεί να είναι επίκαιρος και χρηστικός « Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας». Σύμφωνα με αυτόν η υγεία προσχωρεί στην βιοψυχοκοινωνική αντίληψη της ψυχοσωματικής ιατρικής.

Σε ότι αφορά την εργασία, αυτή χωρίζεται σε επτά κεφάλαια. Στο πρώτο γίνεται ιστορική αναδρομή στην ψυχιατρική από την πρωτόγονη εποχή μέχρι τις μέρες μας. Στο δεύτερο γίνεται ανάλυση της διπολικής διαταραχής και στο τρίτο αναφέρεται η θεραπευτική αντιμετώπισή της. Στο τέταρτο και το πέμπτο σχολιάζετε η επίδραση της διπολικής διαταραχής στην εγκυμοσύνη και την εφηβεία, αντίστοιχα, ενώ στο έκτο παραθέτετε ή θεραπεία της διπολικής στην παιδικά- εφηβική ηλικία. Τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο αναφέρονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις και οι διαγνώσεις στη διπολική. Η εργασία κλείνει με μια σύντομη περίληψη.



Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Π Ρ Ω Τ Ο

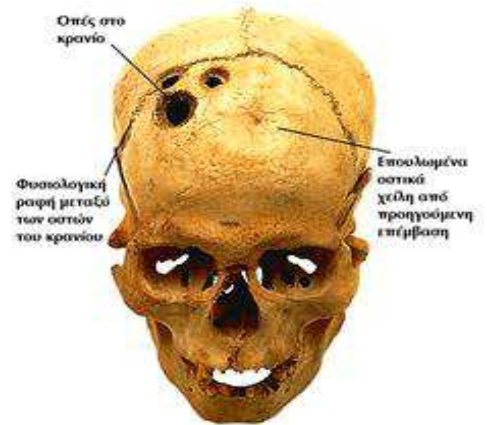
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ.

1.1. ΠΡΩΤΟΓΟΝΗ ΕΠΟΧΗ.

Προϊστορικά δεν υπήρχε διάκριση μεταξύ σωματικών και ψυχικών διαταραχών. Η πρωτόγονη αντίληψη θεωρούσε υπεύθυνα για τις ψυχιατρικές διαταραχές διάφορα «κακά» πνεύματα. Τρυπανισμένα κρανία που έχουν βρεθεί σε διάφορες ανασκαφές ανα τον κόσμο παραπέμπουν στην ιδέα μιας χειρουργικής επέμβασης που σκοπό είχε να απελευθερώσει το σώμα του υποκειμένου από το ακάθαρτο πνεύμα. Συγχρόνως με τον τρυπανισμό χρησιμοποιούσαν και εξορκισμό, τεχνική που απαντάται ακόμα και στις μέρες μας. Η δοξασία ψυχοπαθολογικών πνευμάτων επικράτησε ως τα πρόθυρα της σύγχρονης εποχής με τραγικές συνέπειες για τους ψυχιατρικούς αρρώστους. Ψυχιατρικές διαταραχές αναφέρονται σε όλες τις αρχαίες φιλολογίες και προπάντων την ελληνική με παραδείγματα όπως: την μανιοκαταθλιπτική κρίση του Αίαντα και του Ηρακλή, την σχιζότυπη κρίση του Ορέστη και την ψυχογενή ανικανότητα του Ιφίκλου. Επικρατεί η άποψη ότι οι διαταραχές αυτές οφείλονται σε κακά πνεύματα που στην αρχαία μυθολογία αντιπροσωπεύονταν από τις θεές Μανία και Λύσσα. Ο χαρακτηριστικός τύπος ανθρώπου που ασχολείται με τους ψυχικά αρρώστους σε πρωτόγονες κοινωνίες είναι ο «σαμάνος-μάγος». Ο σαμανισμός είναι σιβηρικό και κεντροασιάτικο φαινόμενο. Μαρτυρήθηκε και περιγράφηκε από τους πρώτους ταξιδιώτες και περιηγητές της κεντρικής και Αρκτικής Ασίας. Εξελίχθηκε πριν από την ανάπτυξη της ταξικής κοινωνίας κατά τη Νεολιθική περίοδο και την εποχή του χαλκού. Τον ασκούσαν λαοί που ζούσαν στο κυνηγετικό και καρποσυλλεκτικό στάδιο και συνέχισε να υφίσταται, κάπως τροποποιημένος, σε λαούς που είχαν φτάσει στο στάδιο της γεωργίας και της κτηνοτροφίας. Ο όρος προέρχεται από τη λέξη saman που προέρχεται από το ρήμα sa , γνωρίζω, και τη λέξη man που σημαίνει αυτός. (σαμαν= αυτός που γνωρίζει). Είναι προικισμένος με αγάπη για τον άνθρωπο και μέσα από αυτή προσπαθεί να αφυπνίσει την ψυχή του ανθρώπου και να την κατευθύνει προς την αφύπνιση του πνεύματός του με σκοπό να το θεραπεύσει. Ο σαμάνος πέφτει σε μια κατάσταση έκστασης κατά την οποία η ψυχή του θεωρείται ότι εγκαταλείπει το σώμα για να επιχειρήσει αναβάσεις στα ουράνια ή καταβάσεις στην κόλαση. Έτσι , επικοινωνεί με τα παθογόνα πνεύματα και με διάφορες τελετουργίες τα υποχρεώνει να εγκαταλείψουν το σώμα του αρρώστου. Η εκστασιακή κατάσταση υποβοηθείται από διάφορα μέσα όπως: αρωματικά βότανα, οινοπνευματώδη ποτά, μανιτάρια, σπόρους, εκχυλίσματα φυτών κ.ά.. Με τη συνοδεία ρυθμικής μουσικής από τύμπανα, ο σαμάνος και ο άρρωστος επιδίδονται σε μια χορευτική δραστηριότητα που καταλήγει σε μερική απώλεια συνειδήσεως, άναρθρες κραυγές και επιληπτοειδείς κινήσεις. Μιας και ο σαμάνος είναι αυτός που « βλέπει τα πνεύματα» το να δεις ένα πνεύμα στον ύπνο σου ή τον ξύπνιο σου είναι σημάδι ότι έχεις φτάσει σε μια « πνευματική κατάσταση», δηλαδή ότι ξεπέρασες την ανθρώπινη αμύητη κατάσταση. Μια έκφραση του σαμανισμού βρίσκουμε στα ορφικά μυστήρια της ελληνικής αρχαιότητας που προήλθαν από τη Βόρεια Ευρώπη και τη Σιβηρία και συνδέονται με το θεό Απόλλωνα. Σαμανισμός υπάρχει ακόμα και στις μέρες μας με διάφορες μορφές όπως: ινδιάνικος, αφρικάνικος, βουδιστικός, κέλτικος κ.ά.



ΣΑΜΑΝΟΣ ΜΑΓΟΣ



ΤΡΥΠΑΝΙΣΜΕΝΟ ΚΡΑΝΙΟ



ΣΑΜΑΝΟΣ ΤΗΣ ΣΙΒΗΡΙΑΣ



ΣΑΜΑΝΟΣ

1.2. ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ.

Στην αρχαία Ελλάδα, τη λειτουργία του ψυχιάτρου ασκούσαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού σε θεραπευτικά κέντρα που ονομαζόταν ασκληπεία. Στα κέντρα αυτά πήγαιναν άρρωστοι όλων των ειδών άλλα προπάντων άτομα με ψυχιατρικές παθήσεις. Μια από τις πιο αποτελεσματικές θεραπείες στα ασκληπεία ήταν η ερμηνεία των ονείρων, τόσο του αρρώστου όσο και του ιεροφάντη που αναλάμβανε τη θεραπεία του. Τα όνειρα αυτά χρησίμευαν ως μέσα επικοινωνίας με κάποια θεότητα που είχε σχέση με την αρρώστια, ή αντανakλούσαν την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου, υποδεικνύοντας συγχρόνως τη μυστική της αιτιολογία. Ανάμεσα στους ασκληπιάδες, υπήρξαν ερευνητικά πνεύματα όπως ο Αλκμαίων, που επιδόθηκε στην ανατομική του βολβού του ματιού και έβγαλε το συμπέρασμα ότι η έδρα των αισθήσεων είναι ο εγκέφαλος. Ένας άλλος ερευνητής γιατρός ήταν ο Ιπποκράτης. Στην ψυχολογία το όνομά του συνδέεται με τη θεωρία των κρίσεων, οι οποίες οφείλονται κατά την άποψή του σε μια ορισμένη ανάμειξη των χυμών στο σώμα. Πρώτος αυτός διακήρυξε πως όλες οι αρρώστιες, αρχίζοντας από την επιληψία, την « Ιερή νόσο», οφείλονται σε κάποια διαταραχή του οργανισμού ή σε δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος. Περιέγραψε επίσης τις βασικές ψυχιατρικές διαταραχές δίνοντας τους ονόματα που χρησιμοποιούνται ακόμα και σήμερα (υστερία, μελαγχολία, μανία, άνοια, παράνοια). Κατά τον ίδιο, οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε κάποια διαταραχή των χυμών του σώματος, που τους προσδιόρισε σε τέσσερις: το αίμα, τη λέμφο, την κίτρινη και τη μαύρη χολή. Επίσης η εννοιατική σύλληψή του φαίνεται στο ότι εξετάζει τους ασθενείς του προσέχοντας τις ατομικές

διαφορές, έτσι ώστε ο κάθε άνθρωπος να αντιμετωπίζεται ξεχωριστά. Για τους παραπάνω λόγους ο Ιπποκράτης θεωρείται ο πατέρας της ιατρικής και οι γιατροί των τιμούν δίνοντας τον όρκο του Ιπποκράτη στο τέλος των σπουδών τους. Τέλος ο Αριστοτέλης έβαλε τις βάσεις για τη σύγχρονη ψυχοπαθολογία και ψυχοθεραπεία προτείνοντας το θέατρο ως κάθαρση .

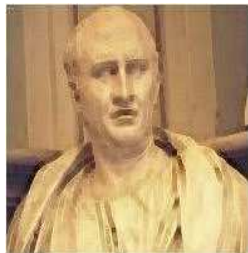


1.3. ΕΛΛΗΝΟΡΩΜΑΪΚΗ ΕΠΟΧΗ.

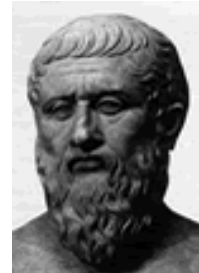
Αυτή την εποχή δεν είχαμε καμιά πρόοδο ούτε στην ψυχολογία ούτε στην ψυχιατρική. Αντίθετα , κυριάρχησαν μυστικιστικές, μαγοθησκευτικές αντιλήψεις που με τη μορφή της δαιμονολογίας πέρασαν στα ευαγγέλια και το Χριστιανισμό. Γύρω στο 150 π.Χ το μεγάλο ιατρικό κέντρο στην Αλεξάνδρεια μεταφέρθηκε στη Ρώμη λόγω διαφωνιών και ανταγωνισμών. Ανάμεσα στους ανθρώπους που υπήρξαν πρόδρομοι της σύγχρονης ψυχοπαθολογίας ήταν και ο Ασκληπιάδης ο οποίος πρώτος αναφέρθηκε σε οξείες και χρόνιες καταστάσεις και ξεχώρισε τις λειτουργικές ψυχώσεις από τις λειτουργικές διαταραχές. Επίσης έδωσε ιδιαίτερη σημασία στη θεραπεία των ψυχιατρικών αρρώστων και προσπαθούσε να τους ηρεμίσει με ειδικές συσκευές, λουτρά και απαλή μουσική. Μαθητής του Ασκληπιάδη, ο Κικέρων, έδωσε μια λεπτομερή περιγραφή των συναισθημάτων ή παθών από τα οποία ξεχώρισε ως το πιο ισχυρό την σεξουαλική επιθυμία που ονόμασε λίμπιντο, τόσο αυτός όσο και ο Πλούταρχος περιέγραψαν αυτό που ονομάζουμε « νευρική κατάρρευση». Ένας άλλος άνθρωπος των γραμμάτων που συνέταξε μια ιατρική εγκυκλοπαίδεια ήταν ο Κέλσος. Επειδή δεν ήταν γιατρός, η στάση του διέφερε από την ανθρωπιστική προσέγγιση και πρότεινε μια αυστηρή θεραπευτική αγωγή ώστε να τραντάξει τους ασθενείς για να ξαναβρούν τα λογικά τους. Ένας άνθρωπος που άσκησε επίδραση στους μεταγενέστερους, ακόμη και στον περίφημο Γαληνό έναν αιώνα αργότερα ήταν ο Αρεταίος που καταγόταν από την Καππαδοκία και άκμασε γύρω στο 80 μ.Χ. Το πρώτιστο ενδιαφέρον του ήταν η δυσπεψία, τα έλκη στο λαιμό, ο ίκτερος και η παράλυση, τα οποία απέδιδε σε εντερικές διαταραχές. Πρόσεξε επίσης την κοιλιά για την οποία έλεγε πως μαζί με το κεφάλι ήταν η εστία των νοητικών- ψυχικών ασθενειών. Πρώτος αυτός περιέγραψε τις ψυχικές διαταραχές της γεροντικής ηλικίας, διαχώρισε τη σχιζοφρένεια από τη μανία και προσπάθησε να συνδέσει τη διάγνωση της ψυχικής νόσου με την εξέλιξη και την πρόγνωσή της. Δύο αυθεντικοί πρωτοπόροι στις μεθόδους αντιμετώπισης των παραφρόνων ήταν ο Σωρανός ο Εφέσιος και ο Καΐλιος Αυρηλιανός, που μετάφρασε το Σωρανό στα Λατινικά πριν χαθεί το πρωτότυπο χειρόγραφο. Από τις ζωνές περιγραφές των διαφόρων ασθενών από το Σωρανό βλέπουμε ότι οι παραληρητικές ιδέες δεν άλλαξαν και πολύ μέσα σε δύο χιλιάδες χρόνια. Ακολουθεί τη νοησιαρχική προσέγγιση στη θεραπεία και ήταν ο προάγγελος της ανθρώπινης μεταχείρισης/ θεραπείας, έστω κι αν η φωνή του δεν μπόρεσε να εισχωρήσει στην νέα εποχή του σκοταδισμού. Η κυριότερη υπηρεσία που προσέφερε ο Αυρηλιανός, βορειοαφρικανός

σημιατικής μάλλον καταγωγής, στην οργανική ιατρική ήταν η μελέτη της υδροφοβίας, την οποία θεωρούσε ασθένεια επικεντρωμένη στα σπλαχνικά νεύρα.

Η περίοδος της ελληνορωμαϊκής ψυχιατρικής κλείνει με τον κολοσσό της αρχαίας ιατρικής, το Γαληνό ο οποίος ήταν ένας φάρος που διαπέρασε με τις ακτίνες του τους αιώνες του μεσαιωνικού σκότους φτάνοντας στην Αναγέννηση και στην περίοδο του διαφωτισμού. Συγκέντρωσε και συστηματοποίησε όλες τις γνώσεις των προγενεστέρων του, εμπλουτίζοντας τις με δικές του παρατηρήσεις και δημιουργώντας μια ιατρική παράδοση που επέζησε σχεδόν ως τα μέσα του 18^{ου} αιώνα. Έδωσε μεγάλη προσοχή στο ΚΝΣ και μέσα από αληθινά πειράματα, απέδειξε ότι η έδρα του νου δεν ήταν η καρδιά όπως πίστευε ο Αριστοτέλης, αλλά ο εγκέφαλος. Επίσης απέδωσε την λειτουργία της παροχής αέρα στο σώμα στην τραχεία και τους πνεύμονες και συνέδεσε τις αρτηρίες με την καρδιά και αμφοτέρωθεν με τη ροή του αίματος. Υποστήριξε ότι η ψυχική υγεία εξαρτάται από την αρμονική σχέση των λειτουργιών του εγκεφάλου: του λογικού, του παράλογου και του αισθησιακού. Ο Γαληνός υπογράμμισε τη σημασία των ψυχολογικών παραγόντων στη δημιουργία των σωματικών διαταραχών για αυτό και θεωρείται πρόγονος της ψυχοσωματικής ιατρικής. Επίσης ήταν ο πρώτος που συσχέτισε της κατάθλιψη με τη μανία. Μετά το θάνατο του Γαληνού το 200 μ.Χ. αρχίζει η ρωμαϊκή αποσάθρωση και η επιστημονική πανωλεθρία. Οι διάδοχοί του ανέλαβαν να συντρίψουν κάθε μορφής επιστήμη αφήνοντας τους ψυχικά άρρωστους στα χέρια των μοναχών και των ιερέων. Η έρευνα ανήκε στο παρελθόν και η ιατρική πρόοδος είχε φτάσει στο τέρμα ενός αδιέξοδου. Αρχίζει η εποχή του Μεσαίωνα.



ΚΙΚΕΡΩΝ



ΓΑΛΗΝΟΣ

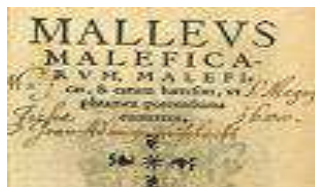
1.4. ΜΕΣΑΙΩΝΑΣ.

Η πίστη σε δαίμονες, ως τα αίτια των ψυχικών διαταραχών, ύστερα από μια ύφεση που επέφερε η επίδραση του Ιπποκράτη, επικράτησε και πάλι κατά την ελληνιστική περίοδο για να περάσει τελικά στην χριστιανική θρησκεία. Στην εξέλιξη αυτή αποφασιστική ήταν η επίδραση των γραπτών του Αγίου Αυγουστίνου. Γι αυτόν οι σεξουαλικές σχέσεις είναι απεχθείς και πρέπει να αποφεύγονται, επιτρέπονται μόνο για την αναπαραγωγή, διαφορετικά πρέπει να θεωρηθούν όργανα του διαβόλου. Παρόλο που έκανε διάκριση ανάμεσα στους ψυχικά ασθενείς και τους δαιμονισμένους δε διευκρίνισε ποτέ πια είναι η διαφορά μεταξύ τους. Έτσι οι ιδέες του Αυγουστίνου επικράτησαν στην Ευρώπη του Μεσαίωνα και της αναγέννησης και η ψυχιατρική αρρώστια πέρασε στα χέρια του μοναχού και του ιερέα που την αντιμετώπιζαν με ξορκισμό και καταδίωξη. Ενώ ο επιστημονικός ήλιος έδυε στη Δύση, το φεγγάρι, με τη μορφή της ημισελήνου ανέτειλε στην Ανατολή. Ασφαλώς το φως αυτό δεν μπορούσε να συγκριθεί με τη φωτοβόλο λάμψη που ήταν η δόξα της σχολής της Αλεξάνδρειας τους περασμένους αιώνες, αλλά η αναλαμπή του ήταν αρκετή για να φωτίσει το δρόμο σε μια εποχή όπου η Ευρώπη ήταν σκεπασμένη από σκοτάδι, με τη θεολογία να ανακόπτει κάθε επιχειρούμενη επιστημονική διεξόδυση. Πιο ανεκτική και ανθρωπιστική ήταν η αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών από τους Άραβες που ασπάσθηκαν τις αρχές της ελληνορωμαϊκής ιατρικής. Σε αυτό βοήθησε και η μωαμεθανική αντίληψη ότι ο θεός αγαπάει τον τρελό και τον έχει επιλέξει να λέει την αλήθεια. Σε γενικές γραμμές οι Άραβες

δεν προσέφεραν καινούριες γνώσεις στην ψυχιατρική, αλλά οι κλινικές παρατηρήσεις ψυχιατρικών περιπτώσεων που μας άφησαν χαρακτηρίζονται από σαφήνεια και αντικειμενικότητα. Το σπουδαιότερο από όλα είναι ότι έμειναν ελεύθεροι από την επίδραση της δαιμονολογίας που είχε επικρατήσει στο χριστιανικό κόσμο.

1.5. ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ.

Η αποστροφή προς τους κλασικούς δεν ήταν το χειρότερο παίσιμα της Ευρώπης κατά τους Σκοτεινούς Αιώνες. Καθώς η δεισιδαιμονία εξαπλωνόταν σε όλες τις κοινωνικές τάξεις και το δόγμα της εκκλησίας κυβερνούσε με σιδερένιο χέρι, η μη φυσιολογική συμπεριφορά συνδεόταν πια με το υπερφυσικό και υπαγόταν στη δικαιοδοσία της εκκλησίας. Τη θεραπεία την κάνει ο Θεός με τη μεσολάβηση των ιερωμένων που αναλάμβαναν το λειτούργημα του γιατρού, δίνοντας φάρμακα που είχαν θρησκευτικές ή μαγικές συνεπαγωγές. Στα τέλη του 15^{ου} αιώνα οι Γερμανοί μοναχοί Σπρέγκερ και Κρέμερ παίρνουν την πρωτοβουλία να κωδικοποιήσουν τη θεωρία και τους κανόνες της δαιμονολογίας γράφοντας το « σφυρί των μαγισσών». Το βιβλίο αυτό υιοθετήθηκε από την Ιερά Εξέταση ως επίσημος οδηγός για τους ψυχικά ασθενείς που κατηγορούνταν ως όργανα του διαβόλου, αγνοώντας τελείως την πιθανότητα ότι το πρόβλημά τους θα μπορούσε να είναι ιατρικό. Ένας μεγάλος αριθμός περιπτώσεων που περιγράφει ως μάγισσες και κυρίως τα θύματά τους παρουσιάζουν κλασικά υστερικά συμπτώματα όπως: μερική αναισθησία, παροδική τύφλωση, αφωνία, επιληπτικές κρίσεις και πάνω από όλα σεξουαλικά παραληρήματα. Η εκστρατεία κατά τη μαγεία πήρε τεράστιες διαστάσεις και κατά το 16^ο και 17^ο αιώνα εκατοντάδες χιλιάδες άνθρωποι καήκαν ή απαγχονίστηκαν με την έγκριση των πνευματικών αρχηγών, όπως στο Σάλεμ της Μασαχουσέτης. Το μαρτύριο των αναρίθμητων αθώων θυμάτων δεν περιοριζόταν σε κάποια μεμονωμένη περιοχή ή χώρα. Το κυνήγι των μαγισσών έγινε ευνοούμενη απασχόληση, επειδή προσέφερε διέξοδο στην εχθρότητα και την επιθετικότητα που χαρακτηρίζει το ανθρώπινο γένος, ενώ παράλληλα ήταν εκλογικευμένο ως ιερό καθήκον. Οι αρχές που διακήρυττε το σφυρί των μαγισσών δεν έμειναν για πολύ χωρίς αντίδραση. Ο Βέγερ σαν αντίποινα έγραψε το «τέχνασμα των δαιμόνων» ένα πραγματικό εγχειρίδιο ψυχιατρικής, με πρωτότυπες περιπτώσεις από την κλινική πείρα του και λεπτομερείς περιγραφές ψυχιατρικών διαταραχών και συμπτωμάτων που μαρτυρούν μια εξαιρετικά αναλυτική ικανότητα. Ο Βέγερ ήταν ο πρώτος ψυχίατρος και ο πρώτος που πρότεινε μια συστηματική ψυχολογική θεραπεία, περιγράφοντας αυτό που στον αιώνα μας ονομάζουμε ψυχοθεραπεία. Παρά την αξιόλογη συμβολή του, η άμεση επίδρασή του ήταν πολύ μικρή, καθώς το όνομα του γράφτηκε στον κατάλογο των απαγορευμένων συγγραφέων της Καθολικής Εκκλησίας και παρέμεινε εκεί ως τις αρχές του αιώνα μας. Σωστό θα ήταν να αναφερθούμε και στον Παράκελσο, ο οποίος πρώτος αναφέρετε στο ασυνείδητο και υποθέτει ότι οι σεξουαλικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην παθογένεια της υστερίας και των νευρώσεων. Χρησιμοποίησε σαφείς διαγνωστικές κατηγορίες και σαφείς ψυχοθεραπευτικές μεθόδους (υποβολή, συμβουλή, ενθάρρυνση κ.ά). Τέλος, ο Leonardo da Vinci, ανάμεσα σε άλλα, χρησιμοποίησε ένα προσχέδιο του σημερινού ψυχολογικού τεστ Rorschach και έδωσε έμφαση στο ενστικτώδες στοιχείο του μυαλού.



ΤΟ ΣΦΥΡΙ ΤΩΝ ΜΑΓΓΙΣΩΝ

1.6. ΝΕΟΤΕΡΗ ΕΠΟΧΗ.

Η γέννηση της νευρολογίας

Αναζητώντας την έδρα της ψυχής στο νευρικό σύστημα, ανατόμοι και φυσιολόγοι της νεότερης εποχής πίστευαν ότι θα ανακάλυπταν μια οργανική αιτιολογία της ψυχικής νόσου. Έτσι ιδρύθηκε η νευρολογία, κλάδος της ιατρικής που περιλάμβανε την ψυχιατρική ως μια άλλη άποψη της και η σχέση αυτή παρέμεινε αμετάβλητη μέχρι πρόσφατα.

Η υστερία

Στις αρχές του 17^{ου} αιώνα ο Τζόρντεν επισήμανε τη σημασία των συναισθημάτων και του εγκεφάλου, υποστηρίζοντας ότι η υστερία είναι μια ψυχοσωματική διαταραχή και υπογραμμίζοντας τη σημασία της υποβολής, πρότεινε μια ψυχολογική αντιμετώπιση του προβλήματος. Ανεξάρτητα από το παραπάνω, εκείνος που καθιέρωσε την ιδέα ότι η υστερία ανήκει στις ψυχιατρικές διαταραχές ήταν ο Τόμας Σντενχαμ.

Φρενολογία

Ο Γκάλ, στα τέλη του 18^{ου} αιώνα, επινόησε μια διαγνωστική τοπογραφία του εγκεφάλου που μπορούσε να επισημανθεί πάνω στην επιφάνεια του κρανίου. Έτσι η υστερία εντοπίστηκε στην παρεγκεφαλίδα, υποθετικό κέντρο του αισθησιακού έρωτα. Το σύστημα του Γκάλ που έγινε γνωστό ως φρενολογία αποκηρύχθηκε από την κυβέρνηση της Βιέννης ως επικίνδυνο για τη θρησκεία. Βρήκε όμως θερμούς οπαδούς στην υπόλοιπη Ευρώπη όπου διατηρήθηκε ως τα τέλη του περασμένου αιώνα.

Υπνωτισμός

Λίγο πριν τον Γκάλ, ο Μερσερ ανακάλυψε το ζωικό μαγνητισμό (18^ο αιώνα). Με αυτόν μπορεί κανένας να προκαλέσει σε κάποιον μια αλλοίωση της συνείδησης ανάλογη με αυτήν που φέρνει ο ύπνος και να τον πείσει να συμμορφωθεί με τις οδηγίες του. Είναι γνωστός για τα περάσματα που έκανε με τα χέρια του, πάνω από τα σώματα των ασθενών του για να ξεμπλοκάρει η κυκλοφορία των μαγνητικών υγρών Η μέθοδος αυτή ονομάστηκε υπνωτισμός (από τον James Braid) και χρησιμοποιήθηκε από τον Ελλιοτσον, τον Σαρκό και άλλους για την ανάπτυξη της δυναμικής ψυχοθεραπείας. Ο Φρόιντ εγκατέλειψε γρήγορα την ύπνωση γιατί δεν ήταν ιδιαίτερα καλός μιας και χρησιμοποιούσε έναν εξουσιαστικό τρόπο υπνοθεραπείας που σήμερα γνωρίζουμε ότι μειώνει τις πιθανότητες επιτυχίας της.

Περιγραφική ψυχιατρική

Ο Πίνελ έδωσε την προσοχή του στην ψυχιατρική νοσολογία, προτιμώντας την περιγραφική συμπτωμάτων και περιπτώσεων, αποφεύγοντας υποθέσεις και θεωρίες, ενώ ο Έσκιρόλ περιέγραψε με σαφήνεια τις ψευδαισθήσεις και τη μονομανία και ήταν ο πρώτος που δίδαξε το μάθημα της ψυχιατρικής.

Οργανική ψυχιατρική

Γύρω στα τέλη του 19^{ου} αιώνα το προβάδισμα παίρνει η Γερμανία, η οποία στρέφεται με ενθουσιασμό προς την οργανική, σωματική άποψη και από το δημόσιο ψυχιατρείο περνάει στο πανεπιστήμιο, όπου προτεραιότητα έχουν η έρευνα και η θεωρία. Πρωτοστάτης της μορφής αυτής ήταν ο Γκρισινγκερ ο οποίος διακήρυξε ότι οι ψυχιατρικές αρρώστιες είναι οργανικές και η αιτιολογία τους θα πρέπει να αναζητηθεί στην φυσιολογία του εγκεφάλου.

Ψυχοδυναμική ψυχιατρική

Αντιπρόσωπος αυτής της μορφής είναι ο Σιγκμουντ Φρόιντ, η θεωρία του οποίου, για τις λειτουργίες της ανθρώπινης ψυχής, επηρέασε αποφασιστικά την ψυχολογία, την ψυχιατρική, τη φιλοσοφία, την τέχνη και την λογοτεχνία. Αρχικά, η ψυχανάλυση, αναπτύχθηκε ως θεραπευτική μέθοδος με στόχο να γιατρευτούν ψυχικά ασθενείς μέσω της αναγνώρισης των υποσυνείδητων αιτιών της συμπεριφοράς τους. Αργότερα ανακάλυψε ότι οι δυο βασικότερες κινητήριες δυνάμεις του ανθρώπου είναι τα ένστικτα του έρωτα και του θανάτου, τα οποία είναι το κύριο υπόβαθρο των σκέψεων, των αισθήσεων και των πράξεων. Στη Γερμανία και την Αυστρία απαγορεύτηκε η θεωρία της ψυχανάλυσης από τους Ναζί, αφενός λόγω πίεσεων των εκκλησιών και αφετέρου γιατί ο Φρόιντ ήταν Εβραίος. Η ψυχανάλυση, τόσο στη θεωρία όσο και στην πράξη, συμπληρώθηκε από μερικούς μαθητές του Φρόιντ όπως: ο Καρλ Γιούνγκ, ο Αντλερ και ο Ρανκ, ο οποίος αργότερα ακολούθησαν τις δικές τους προσωπικές κατευθύνσεις.

Ψυχοφαρμακολογία και κοινοτική ψυχιατρική

Η επανάσταση στα ψυχοφαρμακολογία ήρθε με την ανακάλυψη της χλωροπρομαζίνης το 1952 (Ντέλεη και Ντένικερ) η οποία από τότε μας έδωσε και μας δίνει συνεχώς και περισσότερα μείζονα και ελάσσονα ηρεμιστικά και αντικαταθλιπτικά. Ταυτόχρονα η κοινοτική ψυχιατρική, η οποία ουσιαστικά άρχισε με τον Πίνελ, ανοίγει τα νοσοκομεία και η προφύλαξη του ψυχικά ασθενή μεταφέρεται από τα νοσοκομεία στην κοινότητα. Σύμφωνα με το πρότυπο του Falloon, ορισμένες κοινοτικές παρεμβάσεις που ασκούνται σε χρόνιους ψυχικά ασθενείς είναι οι εξής: χρήση αποτελεσματικών αντιψυχωσικών για εξάλειψη παρενεργειών, εκπαίδευση για αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων στην θεραπευτική αγωγή, συντηρητική αγωγή και πρόληψη παρενεργειών, πρόληψη υποτροπών, κατάρτιση στις δεξιότητες διαπροσωπικής επικοινωνίας, αντιμετώπιση των αρνητικών συμπτωμάτων, των εναλλαγών της διάθεσης, της δυσφορίας, των αυτοκτονικών σκέψεων κ.ά.

1.7. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΗΜΕΡΑ

Αν και το σκηνικό της ψυχικής ασθένειας και η εικόνα του ψυχικά αρρώστου αλλάζει χρόνο με το χρόνο, η ψυχική νόσος παραμένει ακόμα ανεξιχνίαστη και γριφώδης, ένα ανεξερεύνητο πεδίο για το ευρύ κοινό που καλύπτεται από λάθος απόψεις, προκαταλήψεις και φόβους που της προσδίδουν το χαρακτήρα του μύθου και του εξωπραγματικού μαζί με το στοιχείο του στίγματος. Αποτέλεσμα των παραπάνω συμπεριφορών είναι η δυσκολία των ατόμων που έχουν κάποια σοβαρή ψυχική νόσο να επανακτήσουν την κοινωνική τους λειτουργικότητα και να επανενταχθούν στην κοινωνία. κανένας ψυχολόγος ή ψυχίατρος δεν έχει καταφέρει να δώσει επαρκείς απαντήσεις και ο κόσμος εξακολουθεί να βρίσκεται σε σύγχυση και αταξία. Χρειαζόμαστε μια καινούρια ψυχιατρική που να κατανοεί την ύπαρξη της ψυχής έτσι ώστε να μπορεί να απαντήσει στα ερωτήματα και τις απορίες της ανθρωπότητας. Μια ψυχιατρική που θα μας βοηθήσει να καταλάβουμε τον εαυτό μας σε βάθος

ξεδιαλύοντας τα εσωτερικά μας προβλήματα και τις ανυσηχίες και θα μας οδηγήσει παράλληλα στην κατανόηση των συνανθρώπων μας.

Παρακάτω παραθέτω ορισμένα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά ασθενείς στον αιώνα μας και ειδικότερα το πρόγραμμα « ψυχαργός»

- ✓ Περισσότεροι από 200 ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα και κέντρα υποστήριξης διατρέχουν άμεσο κίνδυνο να βάλουν λουκέτο εξαιτίας της ελλιπούς χρηματοδότησης και παράλληλα το υπουργείο υγείας οφείλει στο πρόγραμμα «ψυχαργός» 4 εκατομμύρια ευρώ για το έτος 2005, ενώ το 2006 τα κονδύλια μειώθηκαν κατά 62%.
- ✓ Μάρτιος 2006: στον εύοσμο Θεσσαλονίκης κάτοικοι της περιοχής διαδηλώνουν για την απομάκρυνση πρώην τροφίμων από διαμερίσματα της περιοχής. Η απόφαση δε βρήκε εφαρμογή τελικά.
- ✓ Δημιουργία μονάδας επανένταξης πασχόντων από ψυχικά νοσήματα σε Μελλισοχώρι, Δρυμό, Κολχικό από το δημόσιο ψυχιατρείο. Εγκαταλείπεται, λόγω αντιδράσεων από τις τοπικές κοινωνίες και τους τοπικούς άρχοντες.
- ✓ Το 2005, ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου Άγιος Παύλος της Θεσσαλονίκης απέτρεψε την εγκατάσταση μονάδας χορήγησης μεθαδόνης στο χώρο τους.

Από την άλλη μεριά όμως έχουμε και μια κοινωνία που συμπάσχει, δέχεται το διαφορετικό και διακατέχεται από εσωστρέφεια

- Στη Σταυρούπολη Θεσσαλονίκης λειτουργεί μονάδα χορήγησης μεθαδόνης, κέντρο επαγγελματικής απασχόλησης τροφίμων του « Αγίου Παντελεήμονα» και κέντρο απεξάρτησης τοξικομανών.
- Στην Περαιά, του Δήμου Θερμαϊκού, αναπτύσσεται το πρόγραμμα «ψυχαργός» σε πρώην τροφίμους οι οποίοι μένουν εκεί και συναναστρέφονται με τους κατοίκους της περιοχής.
- Στο νοσοκομείο Παπανικολάου της Θεσσαλονίκης αναπτύσσεται μονάδα χορήγησης μεθαδόνης.
- Δέχεται τους ψυχικά πάσχοντες σε Ν. Ιωνία, Ν. Ρύσιο και Λαχανά- εγγύτατα της Θεσσαλονίκης.

1.8. ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ.

Τόσο στην αρχαία εποχή, όσο και αργότερα, οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με λιγοστή κατανόηση και φροντίδα. Καθώς επικρατούσε η άποψη ότι οι παθήσεις αυτές οφειλόταν κυρίως σε δαιμονοληψίες, τη φροντίδα των ασθενών ανέλαβε η εκκλησία και τα διάφορα μοναστήρια με υποχρεωτική νηστεία επί 40 μέρες, προσευχές- εξορκισμούς και δέσιμο με αλυσίδες και ζουρλομανδύα, όταν ο ασθενής ήταν ανήσυχος. Νοσοκομεία ειδικά για ψυχικά ασθενείς οργανωθήκαν κατά το αραβικό πρότυπο στην Ισπανία τον 15^ο αιώνα. Το πρώτο όμως ψυχιατρικό ίδρυμα στην Ευρώπη ήταν το νοσοκομείο Βηθλεέμ στο Λονδίνο, ιδρύθηκε το 1247 και άρχισε να δέχεται ψυχικά ασθενείς το 1377. Διατηρήθηκε για πολλούς αιώνες και απέκτησε τη φήμη κακού ασύλου όπου επικρατούσε η εκμετάλλευση και η κακομεταχείριση των ασθενών τους οποίους η διεύθυνση επιδείκνυε με εισιτήριο τις Κυριακές σαν περίεργα ζώα. Το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο στην Ελλάδα ιδρύθηκε το 1838 από Αγγλική κατοχική διοίκηση στην Κέρκυρα. Το 1887 ιδρύθηκε το Δρομοκαϊτείο θεραπευτήριο που ήταν δημοσίου δικαίου, ενώ το 1905, με κληροδότημα του καθηγητή Αστρονομίας Δημήτρη Αιγινήτη, ιδρύθηκε η πρώτη πανεπιστημιακή κλινική, το Αιγινήτειο νοσοκομείο. Αργότερα, το 1928, ιδρύθηκε το δημόσιο ψυχιατρείο Αθηνών και στο τέλος του Β΄ παγκοσμίου πολέμου είχαμε τη δημιουργία δυο αποικιών ανιάτων σε Σαλαμίνα και Λέρο. Το 1930 λειτούργησαν δυο ακόμα ψυχιατρικά νοσοκομεία, ένα πανεπιστημιακό στη Θεσσαλονίκη και ένα δημόσιο στα Χανιά. Από το 1981 λειτουργεί ψυχιατρική κλινική στην Αλεξανδρούπολη και από το 1983 και το 1987 ψυχιατρικές κλινικές στα πανεπιστήμια των Ιωαννίνων και της Πάτρας, αντίστοιχα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η διπολική διαταραχή ή αλλιώς μανιοκατάθλιψη ανήκει στις συναισθηματικές διαταραχές. Αυτές είναι βιολογικές διαταραχές που επηρεάζουν την ικανότητά μας να βιώνουμε φυσιολογικές συναισθηματικές καταστάσεις. Προκαλούνται από μια μεταβολή στη χημεία του εγκεφάλου, δεν οφείλονται σε κάποιο σφάλμα του ασθενή και δεν είναι αποτέλεσμα μιας αδύναμης ή ασταθούς προσωπικότητας. Η διάκριση διαφόρων μορφών βαρύτητας αυτών των διαταραχών παραμένει ένα πρόβλημα και ουσιαστικά εξαρτάται από την υποκειμενική εκτίμηση και την εμπειρία του γιατρού. Η συναισθηματική κατάσταση του ανθρώπου μεταβάλλεται μεταξύ διάφορων ακραίων βαθμών, από τη χαρά και την ευθυμία μέχρι την λύπη και την κατάθλιψη. Σε κάθε επεισόδιο μανίας ή κατάθλιψης μεταβάλλονται τα επίπεδα ενεργητικότητας του ατόμου, η διαδικασία σκέψης του και η συμπεριφορά του, μεταβολές που μπορεί να διαρκέσουν ώρες, βδομάδες ή και αρκετούς μήνες. Η νόσος αυτή μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τις διαπροσωπικές σχέσεις, να δημιουργήσει προβλήματα στο σχολείο ή την εργασία, ενώ μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στην αυτοκτονία (15%). Παρόλο που τα αίτια δεν είναι ξεκάθαρα, φαίνεται να υπάρχει μια κληρονομική προδιάθεση και η ενδεχόμενη ενεργοποίηση της μπορεί να οφείλεται είτε σε φυσική ασθένεια είτε σε κάποιο αγχογόνο γεγονός. Σε σπάνιες περιπτώσεις, που ονομάζονται κυκλικού τύπου, η διάθεση συνέχεια αλλάζει από μανιακή σε καταθλιπτική για μεγάλα χρονικά διαστήματα, χωρίς να μεσολαβεί περίοδος κανονικής λειτουργίας. Στην ακόμα πιο σπάνια μορφή, μικτού τύπου, καταθλιπτικά και μανιακά επεισόδια εμφανίζονται συγχρόνως. Αυτές οι ακραίες καταστάσεις είναι οι « απαντήσεις» απέναντι σε γεγονότα της καθημερινής ζωής. Ο φυσιολογικός άνθρωπος αναγνωρίζει τις αιτίες των μεταβολών αυτών και λίγο ή πολύ μπορεί να ελέγξει τις μεταπτώσεις του. Αντίθετα, όμως, το άτομο με διαταραχές της διάθεσης δεν μπορεί να ελέγξει τα συναισθήματά του, οι αλλαγές μοιάζουν να « έρχονται από το πουθενά» και υποφέρει τόσο το ίδιο όσο και το περιβάλλον του είτε είναι αυτό το οικογενειακό, το φιλικό, το εργασιακό ή το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Οι περιγραφές των συναισθηματικών διαταραχών είναι πολύ παλιές. Ήδη ο Ιπποκράτης αναφέρει τους όρους μελαγχολία και μανία, ενώ ο Όμηρος στην Ιλιάδα περιγράφει την αυτοκτονία του Αίαντα, ως αποτέλεσμα της κατάθλιψής του. Όσο αφορά τη διπολική διαταραχή, συγκεκριμένα, τα περισσότερα από τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούν οι σύγχρονοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας τέθηκαν το 1899 από τον Emil Kraepelin ο οποίος πρώτος περιέγραψε την έννοια της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης. Μάλιστα με βάση το γεγονός ότι δεν οδηγούσε σε άνοια και αποδιοργάνωση τη διαφοροποίησε από την πρόιμη άνοια(σχιζοφρένεια) .

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Με δεδομένη χρονική στιγμή, το 0,3%- 0,5% του γενικού πληθυσμού μπορεί να πάσχει από διπολική διαταραχή, ενώ στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι μπορεί να πάσχουν 10-20 χιλιάδες άτομα από τη συγκεκριμένη διαταραχή. Παρουσιάζεται με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλλα ενώ τείνει να είναι συχνή στις υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις και στις οικογένειες. Εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα σε έγγαμους, άγαμους ή σε εκείνους που έχουν μια συναισθηματική σχέση. Εμφανίζεται προς το τέλος της εφηβείας ή νωρίς στην ενήλικη ζωή, ενώ δεν αποκλείεται τα πρώτα συμπτώματα να

παρουσιαστούν κατά την παιδική ηλικία ή και πολύ αργότερα. Συνήθως δε γίνεται άμεσα αντιληπτή η νοσηρότητα των συμπτωμάτων και πολλοί άνθρωποι υποφέρουν χρόνια πριν γίνει η διάγνωση και εφαρμοστεί η κατάλληλη θεραπεία. Όπως και με διάφορες σωματικές παθήσεις, η διπολική διαταραχή έχει χρόνιο χαρακτήρα και απαιτεί προσεκτική αντιμετώπιση καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των επιστημόνων, η μανιοκατάθλιψη είναι η δεύτερη κυριότερη μορφή αναπηρίας παγκοσμίως μεταξύ των νευροψυχιατρικών διαταραχών.

2.3. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

✓ **Γενετικά:** το γεγονός, ότι περισσότερες από μια περιπτώσεις διπολικής διαταραχής εκδηλώνονται συχνά στην ίδια οικογένεια, οδήγησε τους επιστήμονες στη διερεύνηση γενετικών παραγόντων και συγκεκριμένα ορισμένων γονιδίων, τα οποία επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική λειτουργία. Σχετικές μελέτες σε διδύμους έδειξαν ότι τα γονίδια δε συνιστούν το μοναδικό αιτιολογικό παράγοντα, καθώς δεν εμφανίζουν όλοι οι δίδυμοι τη νόσο, αν και η συχνότητα εμφάνισης αυξάνει. Επιπλέον, σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι δεν πρόκειται για ένα γονίδιο, αλλά για αλληλεπίδραση πολλών, τα οποία σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες που σχετίζονται με το άτομο και την οικογένεια, συμβάλλουν στην ανάπτυξη της νόσου. Η απομόνωση των γονιδίων αυτών δεν έχει επιτευχθεί ακόμα. Η πρόοδος όμως της επιστήμης θα επιτρέψει ίσως στο μέλλον τέτοιου είδους ανακαλύψεις μαζί με την ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών θεραπευτικών μεθόδων.

✓ **Κληρονομικά:** τα άτομα που έχουν συγγενείς στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον που πάσχουν από διπολική διαταραχή έχουν πιο πολλές πιθανότητες να εμφανίσουν και αυτά τη νόσο. Δε σημαίνει όμως ότι όλα τα άτομα που πάσχουν έχουν πάσχοντες συγγενείς. Η πιθανότητα να αναπτύξει κάποιος τη νόσο όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό φαίνεται παρακάτω:

- ♦ **Γονείς:** όταν ο ένας γονέας πάσχει, κάθε παιδί έχει 15-30% πιθανότητα να εμφανίσει τη νόσο. Όταν και οι δύο γονείς πάσχουν η πιθανότητα ανέρχεται στο 50-70%.

- ♦ **Αδέλφια:** εάν ο αδελφός ή η αδελφή κάποιου ατόμου πάσχει, τότε η πιθανότητα να αναπτύξει και αυτό τη νόσο ανέρχεται στο 15-25%

✓ **Νευροβιολογικά:** Η παρατήρηση ότι αρκετά νοσήματα του εγκεφάλου συνοδεύονται από συμπτώματα μελαγχολίας ή μανίας, οδήγησε στη σκέψη ότι μπορεί να υπάρχει ένας κεντρικός μηχανισμός που ρυθμίζει τις συναισθηματικές μεταπτώσεις. Ιδιαίτερη σημασία δόθηκε στον διεγκέφαλο ή έσω εγκέφαλο που βρίσκεται στο κέντρο του εγκεφάλου (θάλαμος, υποθάλαμος και υπόφυση). Η διερεύνηση νευροβιολογικών παραγόντων με τη βοήθεια των νευροαπεικονιστικών τεχνικών, έχει συμβάλει σημαντικά στην καλύτερη κατανόηση των εγκεφαλικών περιοχών που πιθανώς δυσλειτουργούν, με αποτέλεσμα την εμφάνιση μανιοκατάθλιψης και άλλων ψυχικών διαταραχών. Με τις τεχνικές αυτές οι επιστήμονες έχουν μια απεικόνιση του εγκεφάλου σε λειτουργία και εξετάζουν τη δομή και τη λειτουργία του χωρίς την ανάγκη χειρουργικής επέμβασης. Πρόκειται για μια ειδική εφαρμογή της λειτουργικής μαγνητικής τομογραφίας (functional MRI) και την τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET). Πρέπει να τονιστεί ότι οι τεχνικές αυτές χρησιμοποιούνται μόνο για την έρευνα και δεν εξυπηρετούν διαγνωστικούς σκοπούς.

✓ **Βιοχημικά: α) βιογενείς αμίνες:** οι εξελίξεις της ψυχιατρικής στο χώρο της ψυχοφαρμακολογίας έδωσαν την ευκαιρία να μελετηθεί ο τρόπος δράσης των αντικαταθλιπτικών και σήμερα υπάρχουν

σοβαρές ενδείξεις ότι αυτά δρουν αυξάνοντας τις μονοαμίνες στον εγκέφαλο (κατεχολαμίνες, σεροτονίνη): **β) μεταβολισμός νερού και ηλεκτρολυτών:** από μελέτες έχει διαπιστωθεί αύξηση του ενδοκυττάρου Na, τόσο στην κατάθλιψη όσο και στη μανία και ακόμα μείωση του αιματοεγκεφαλικού φραγμού σε καταθλιπτικούς ασθενείς. Πολλοί πιστεύουν ότι οι διαταραχές του μεταβολισμού του νερού και των ηλεκτρολυτών είναι μάλλον το αποτέλεσμα και όχι η αιτία της νόσου: **γ) φλοιοεπινεφριδιακή δραστηριότητα:** διαπιστώθηκε αύξηση της κορτιζόλης και των 17- υδροξυκορτικοστεροειδών των ούρων στην κατάθλιψη και επάνοδος στα φυσιολογικά με τη βελτίωση της νόσου. Αντίθετα στη μανία είναι σε φυσιολογικά ή χαμηλά επίπεδα.

✓ **Προσωπικότητα και σωματότυπος:** περίπου τα 2/3 των μανιοκαταθλιπτικών ασθενών έχουν κυκλοθυμική προσωπικότητα και πυκνικό σωματότυπο. Είναι δηλαδή άτομα κοντά με μεγάλες σπλαχνικές κοιλότητες .

✓ **Ψυχοκοινωνικά αίτια:** σε αυτά ανήκουν τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και οι ψυχολογικοί παράγοντες (αποχωρισμός μητέρας-παιδιού, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κ.ά)

2.4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ Δ.Δ

Η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται από δύο ακραίες και έντονες μεταβολές της συναισθηματικής διάθεσης. Το άτομο μεταπίπτει από την ευφορία και την ευερεθιστότητα σε μελαγχολία και απελπισία. Πρόκειται για συμπτώματα μανίας και κατάθλιψης, αντίστοιχα, τα οποία έχουν την τάση να επαναλαμβάνονται διαδοχικά, συχνά με μεσοδιαστήματα φυσιολογικής διάθεσης. Παράλληλα παρατηρούνται σημαντικές μεταβολές στην ενεργητικότητα και τη συμπεριφορά. Στα αρχαία ρωμαϊκά χρόνια η Μανία ήταν θεότητα η οποία θεωρείτο η μητέρα των Ψυχών. Την επικαλούνταν οι ρωμαίοι κατά τον Πλούταρχο για να μην πεθάνουν εντός του έτους. Αντιπροσώπευε όχι μόνο το θάνατο αλλά και τη γέννηση (genita). Ακόμη, ονομαζόταν άφωνος και σιωπηλή και κατά τη λαϊκή παράδοση, ήταν ειδικής μορφής την οποία επικαλούντο οι τροφοί προς φοβισμό των νηπίων. Προ τιμής της θυσίαζαν σκύλους. Παρακάτω θα γίνει μια περιγραφή των επεισοδίων που επικρατούν στη διπολική διαταραχή.

2.4.1α MANIA ΚΑΙ MANIACA ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Η έναρξη της μανίας είναι απότομη ή βαθμιαία μετά από ένα στάδιο ευφορίας ή υπομανίας, δηλαδή, επεισόδιο μανίας μέτριας ή ήπιας βαρύτητας. Πρόκειται για μια αίσθηση ευφορίας, η οποία είναι δυνατό να συνδέεται με ικανοποιητική λειτουργικότητα και παραγωγικότητα. Έτσι, ακόμα και αν το στενό περιβάλλον του ατόμου μάθει να αναγνωρίζει αυτή τη μεταβολή ως πιθανή διπολική διαταραχή, το ίδιο το άτομο μπορεί να συνεχίσει να αρνείται αυτό το ενδεχόμενο. Χωρίς τους κατάλληλους θεραπευτικούς χειρισμούς είναι πιθανό να εξελιχθεί σε σοβαρή μανία ή να μετατραπεί σε κατάθλιψη. Επίσης, μπορεί να έχουμε απότομη μετάπτωση της μελαγχολίας σε μανία μετά από φαρμακευτική αγωγή ή ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Παρακάτω αναλύονται τα συμπτώματα της μανίας

✓ **Διαταραχή συναισθηματικής διάθεσης:** ευφορία ή ευερεθιστότητα. Η ευφορία που βιώνει ο μανιακός ασθενής είναι « κολλητική» στους γύρω του. Κατά τη συνέντευξη ενός ασθενή μπορεί κανείς ασυναίσθητα να χαμογελάσει, πράγμα αντιδεδοντολογικό και αντιθεραπευτικό. Η αντίδραση που νιώθει

ο κλινικός θα πρέπει να τον κάνει να υποψιασθεί τη διάγνωση της μανίας. Για το περιβάλλον του ασθενή είναι σαφές ότι η ευφορία του είναι υπερβολική. Ακόμη, οι μανιακοί ασθενείς παρουσιάζονται ιδιαίτερα ενθουσιώδεις στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, μιλούν στους πάντες και αναζητούν ανθρώπους για να μιλήσουν κατά ενοχλητικό τρόπο π.χ. τηλεφωνούν σε φίλους ή συγγενείς στις 4 το πρωί χωρίς να λογαριάζουν ότι κοιμούνται. Πρέπει να θυμίσουμε, όμως, ότι η συναισθηματική διάθεση που κυριαρχεί σε ορισμένους μανιακούς ασθενείς είναι η ευερεθιστότητα και όχι η ευφορία. Ιδιαίτερα αν οι επιθυμίες τους δεν τύχουν της δέουσας προσοχής, μπορεί να αντιδράσει με έντονη δυσφορία, εκνευρισμό, επιθετικότητα και ενδεχόμενα οργή και βία(εξόν και ο όρος « μανιακός»).

✓ **Διογκωμένη αυτοεκτίμηση:** την ευερεθιστότητα συχνά συνοδεύει μια εξωπραγματική εκτίμηση των ικανοτήτων και της σημαντικότητας του ατόμου. Μερικοί ασθενείς παρουσιάζονται με διογκωμένη και υπερβολική αυτοπεποίθηση και έλλειψη αυτοκριτικής. Άλλοι, πάλι, αναπτύσσουν αίσθηση υπερεκτίμησης και υπεραξίας του εαυτού τους μέχρι το σημείο εμφάνισης εξωπραγματικών παραληρητικών ιδεών μεγαλείου. Έτσι οι ασθενείς μπορεί να φτάσουν στο σημείο να πιστεύουν ότι έχουν ειδική σχέση με το Θεό, ότι έχουν σχέδια για να σώσουν τον κόσμο από την καταστροφή ή ότι έχουν ειδικά ταλέντα και ικανότητες σε τομείς που δε γνωρίζουν καθόλου.

✓ **Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο:** σχεδόν όλοι οι μανιακοί βιώνουν μια μειωμένη ανάγκη για ύπνο, που είναι χαρακτηριστική και θα πρέπει να ρωτηθεί σε ενδεχόμενη συνέντευξη από τον κλινικό. Οι ασθενείς νιώθουν γεμάτοι ενέργεια και έντονη ενεργητικότητα παρά το ότι δεν ξεκουράζονται καθόλου ή πολύ λίγο. Δεν κουράζονται, δεν νιώθουν την ανάγκη για ανάπαυση και μπορεί να συνεχίσουν χωρίς ύπνο για μέρες χωρίς να εξαντλούνται καθόλου.

✓ **Πίεση λόγου:** οι μανιακοί ασθενείς μιλούν σα να βρίσκονται υπό πίεση να βγάλουν τις λέξεις έξω. Μιλούν δυνατά και γρήγορα και συνήθως είναι δύσκολο να τους διακόψει κανείς. Το περιεχόμενο της ομιλίας τους μπορεί να είναι φυσιολογικό ή γεμάτο αστεία και λογοπαίγνια ή γεμάτο κατηγορίες, εχθρικότητα και υβρεολογία. Συχνά υπάρχει περίπτωση να έχουν θεατρικό στυλ, να χορεύουν, να τραγουδούν και να παρουσιάζονται ιδιαίτερα διασκεδαστικοί. Οι συνειρμοί και η επιλογή των λέξεων μπορεί να βασίζονται περισσότερο στους ήχους παρά στις σκέψεις με αποτέλεσμα να έχουμε ηχητικούς συνειρμούς π.χ. δώσε μου ένα μήλο- δε σε έχω φίλο- θα φας ξύλο.

✓ **Ιδεοφυγή :** υπάρχουν ταχύτατες αλλαγές από το ένα θέμα στο άλλο, σα να τρέχουν οι σκέψεις μέσα στο μυαλό του. Ο ασθενής κάνει συνειρμούς που είναι κατανοητοί, αλλά βασίζονται σε λογοπαίγνια, εξωτερικά ερεθίσματα ή τυχαίους παράγοντες. Αν η φυγή των ιδεών γίνει πολύ έντονη τότε ο λόγος καταλήγει να είναι αποδιοργανωμένος και ακατανόητος από τους γύρω του.

✓ **Διάσπαση προσοχής:** συνήθως εκδηλώνεται με ταχείες αλλαγές στην ομιλία ή τις δραστηριότητες σαν αποτέλεσμα διάφορων άσχετων εξωτερικών ερεθισμάτων όπως θόρυβοι, επιγραφές, εικόνες κ.λ.π.

✓ **Αυξημένη δραστηριότητα/ υπερκινητικότητα:** περιλαμβάνει κινητική ανησυχία και υπερβολική εμπλοκή σε σεξουαλικές, ψυχαγωγικές, επαγγελματικές, πολιτικές, θρησκευτικές και άλλου είδους δραστηριότητες. Σχεδόν πάντα υπάρχει αυξημένη κοινωνικότητα με προσπάθειες ανανέωσης παλιών γνωριμιών και τηλεφωνημάτων σε φίλους όλη νύχτα. Οι ασθενείς μπορεί να ξεκινήσουν ταυτόχρονα πολλές εργασίες, άσχετες μεταξύ τους, χωρίς να μπορέσουν να τελειώσουν καμία από αυτές. Αυτή η υπερβολική εμπλοκή δείχνει επίσης και έλλειψη κριτικής ικανότητας.

- ✓ **Υπερβολική εμπλοκή σε δραστηριότητες με αρνητικές συνέπειες:** η έλλειψη κριτικής ικανότητας μαζί με την υπερβολική διαχυτικότητα, το αίσθημα μεγαλείου και την εξωπραγματική αισιοδοξία, μπορεί να οδηγήσουν τους ασθενείς σε πράξεις με δυσάρεστες συνέπειες για τον ίδιο και τους γύρω του. Έτσι, κάποιος άρρωστος με μανία μπορεί να ξοδέψει όλα τα λεφτά του ή και να καταχρεωθεί σε τράπεζες αγοράζοντας πολλές φορές άχρηστα πράγματα, να οδηγεί απρόσεκτα και επικίνδυνα, να φύγει ξαφνικά για το γύρω του κόσμο, να παρουσιάσει αχαρακτήριστη σεξουαλική συμπεριφορά ή να στέκεται σε μια γωνία του δρόμου και να ανοίγει ενοχλητική συζήτηση με τους περαστικούς. Επίσης, μπορεί να ντύνεται και να βάζεται προκλητικά και έντονα, να μοιράζει τα προσωπικά του αντικείμενα κ.ά.
- ✓ **Συναισθηματική αστάθεια:** ορισμένοι ασθενείς περνούν γρήγορα από ευφορία σε θυμό ή κατάθλιψη, παρουσιάζουν δηλαδή ευμετάβλητη ή ασταθή συναισθηματική διάθεση. Οι μεταβολές ή διακυμάνσεις μπορούν να διαρκέσουν από μερικά λεπτά έως μερικές ώρες, σπανιότερα δε περισσότερο. Μερικές φορές καταθλιπτικά και μανιακά συμπτώματα μπορεί να συμβαίνουν ταυτόχρονα ή να εναλλάσσονται γρήγορα κάθε λίγες μέρες.
- ✓ **Παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις:** όταν υπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα όπως ψευδαισθήσεις(βλέπει ή ακούει πράγματα που κανείς άλλος δεν αντιλαμβάνεται) και παραληρητικές ιδέες(πιστεύει σε πράγματα που δεν είναι αληθινά) τα πράγματα γίνονται πολύ σοβαρά. Τις περισσότερες φορές το περιεχόμενο των ψυχωτικών συμπτωμάτων είναι σύμφωνο με την εκάστοτε συναισθηματική διάθεση του ασθενούς, σε σπάνιες περιπτώσεις είναι ασύμφωνο. Πχ. Η φωνή του Θεού εξηγεί στο άτομο πώς να σώσει τον κόσμο από μια καταστροφή, πιστεύει ότι καταδιώκεται από μυστικές υπηρεσίες γιατί ανακάλυψε κάποιο κρυφό σχέδιο εξόντωσης της ανθρωπότητας, βλέπει και ακούει εξωγήινους κ.ά.

Προκειμένου να είναι δυνατή η διάγνωση της μανίας, 3 η περισσότερα από τα παραπάνω συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα και για διάστημα μεγαλύτερο από μια εβδομάδα. Στην περίπτωση που η διάθεση χαρακτηρίζεται από ευερεθιστότητα, 4 επιπλέον συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα για τη διάγνωση της μανίας.

2.4.1β ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΜΑΝΙΑΣ

- ✓ **Υπομανία:** κυριαρχούν συμπτώματα μανίας αλλά σε ηπιότερη μορφή. Οι υπομανιακοί ασθενείς είναι κοινωνικά βιώσιμοι και δημιουργούν πολλές συμπάθειες γιατί είναι δραστήριοι, αισιόδοξοι, εύθυμοι και κοινωνικοί. Πολλές φορές όμως είναι ενοχλητικοί και γίνονται επίμονοί και εριστικοί. Η υπομανία είναι διαγνωστικό στοιχείο για τη διπολική διαταραχή II και σπάνια μπορεί να καταλήξει σε μανιακή ψύχωση. Διακρίνεται από την απλή ευτυχία από το γεγονός ότι η υπομανία επαναλαμβάνεται και μπορεί μερικές φορές να κινητοποιηθεί από αντικαταθλιπτικά. Επειδή βιώνεται σαν ανακούφιση από την κατάθλιψη ή σαν ευχάριστη εγωπαθητική διάθεση, οι ασθενείς σπάνια αναφέρουν τα συμπτώματά τους. Τις περισσότερες φορές ο κλινικός μπορεί να την καταλάβει μέσα από συνεντεύξεις και επιδέξιες ερωτήσεις. Όταν υπάρχει αμφιβολία η απευθείας κλινική παρατήρηση θα δώσει ακριβή στοιχεία για τη διπολική φύση της διαταραχής. Σε μερικές περιπτώσεις, οι καταθλιπτικές και οι υπομανιακές περίοδοι δεν μπορούν εύκολα να διακριθούν επειδή η χρόνια λήψη καφεΐνης και η κατάχρηση διεγερτικών περιπλέκουν την κατάθλιψη. Εδώ η διάγνωση πρέπει να βασίζεται στην κλινική παρατήρηση τουλάχιστον ένα μήνα μετά την αποτοξίνωση από τις παραπάνω ουσίες.

✓ **Παραληρητική μανία ή μανία του Bell:** Είναι η βαρύτερη μορφή μανίας στην οποία παρατηρούνται και συμπτώματα διανοητικής σύγχυσης. Ο πάσχων είναι αποπροσανατολισμένος από τον τόπο και το χρόνο, κάνει παραγνωρίσεις, έχει ακουστικές και οπτικές παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις και εκφράζει παραληρητικές ιδέες. Επίσης, υπάρχει υπερβολικά μεγάλη υπερδραστηριότητα και χαρακτηριστική αϋπνία, ενώ η ομιλία είναι ταχεία και ασυνάρτητη. Η πορεία της ασθένειας διαρκεί από 3 έως 6 βδομάδες, με μοιραία κατάληξη για ένα μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων προφανώς από καρδιακή ανεπάρκεια λόγω της υπερδραστηριότητας. Σε αυτές τις περιπτώσεις δίνονται μεγάλες ποσότητες ηρεμιστικών για να μπορέσει να κοιμηθεί ο ασθενής και να κατασταλεί η υπερκινητικότητά του.

✓ **Χρόνια μανία** η οποία εμφανίζεται την τέταρτη ή Πέμπτη δεκαετία της ζωής του ασθενούς και η οποία δεν παρουσιάζει φάσεις και δεν ανταπεξέρχεται στην φαρμακευτική θεραπεία. Μπορεί να υπάρχουν ιδέες μεγαλείου και να οδηγήσουν στη λανθασμένη διάγνωση της παρανοειδής σχιζοφρένειας. Οι ασθενείς συνήθως δεν βλέπουν κανένα λόγο να συνεχίσουν τη θεραπεία τους και τη διακόπτουν.

✓ **Οξεία μανία.** Είναι κατάσταση διέγερσης που χαρακτηρίζεται από έξαρση του θυμικού με ευφορική χροιά, επιτάχυνση των ψυχικών λειτουργιών και ιδεοφυγή, ανοργάνωτη υπερδραστηριότητα και διαταραχή ορισμένων βιολογικών λειτουργιών. Ανάλογα με τη βαρύτητά του ένα οξύ μανιακό επεισόδιο μπορεί να αποτελέσει μια επείγουσα ψυχιατρική κατάσταση στην οποία χρειάζεται άμεση επέμβαση μετά από εκτίμηση κάποιων παραγόντων όπως: της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, της τάσης για βίαιες πράξεις και της αδυναμίας για φροντίδα του εαυτού του. Οι καταστάσεις αυτές αποτελούν ένδειξη για νοσηλεία, όμως, ακόμα και στις πιο δύσκολες περιπτώσεις δεν πρέπει να αποκλείεται η δυνατότητα νοσηλείας στο σπίτι, ιδιαίτερα αν υπάρχει καλή συνεργασία και επαφή με τον ασθενή και την οικογένειά του.

✓ **Μανιακή εμβροντησία:** είναι μια σπάνια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από άρση της ψυχοκινητικής δραστηριότητας, καθυστέρηση της ψυχικής λειτουργίας, αναποφασιστικότητα, έλλειψη ενδιαφέροντος για το περιβάλλον και τους γύρω του. Ο ασθενής είναι απρόσιτος, δεν απαντάει σε ερωτήσεις, παραμιλάει και χαμογελάει χωρίς προφανή αιτία, μπορεί να υποφέρει από παραισθήσεις και καταληψία. αυτή η χαμηλή ψυχοκινητική δραστηριότητα μπορεί να αλλάξει γρήγορα σε έντονο ενθουσιασμό ο οποίος μπορεί να εκδηλωθεί με ακαθυσία, βγάλσιμο ρούχων, επιθετικότητα κ.ά. .

2.4.2 ΥΠΟΜΑΝΙΑΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Πρόκειται για ηπιότερες μορφές μανίας, που έχουν σαν αποτέλεσμα κατά τη διάρκειά τους ο ασθενής να νιώθει καλά και όντας ιδιαίτερα παραγωγικός να διακόπτει την αγωγή του. Κατά κανόνα διαρκούν λίγο και είτε εκτρέπονται σε μανία είτε ακολουθούνται από κατάθλιψη. Για το λόγο αυτό είναι πολύ σημαντικό ο ασθενής να καταλάβει τη σημαντικότητα και τη σπουδαιότητα της θεραπείας του και να μη τη διακόπτει.

2.4.3 ΜΕΙΚΤΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Συμβαίνουν περισσότερο στη διπολική διαταραχή τύπου I και είναι πιθανώς τα επεισόδια με τη μεγαλύτερη επιβάρυνση για τον άρρωστο. Τα συμπτώματα κατάθλιψης και μανίας εκδηλώνονται ταυτόχρονα μέσα σε λίγες ώρες. Οι ασθενείς είναι συχνά ανύπνητοι, έχουν πρόβλημα ύπνου και μερικές φορές εκδηλώνουν, κρίσεις πανικού, θυμό, ιδέες μεγαλείου, υπερσεξουαλικότητα, ψευδαισθήσεις δίωξης, ψύχωση ή ακόμα και αυτοκτονικές σκέψεις. Είναι θλιμμένοι και ταυτόχρονα χαρούμενοι και ο κίνδυνος για απόπειρα αυτοκτονίας είναι μεγάλος. Ήπια μεικτά επεισόδια μπορεί να διαγνωστούν ως μείζων καταθλιπτική διαταραχή, άτυπη ή νευρωτική κατάθλιψη, ενώ τα ψυχωτικά συμπτώματα μπορεί να διαγνωστούν ως σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή ή ακόμα και σχιζοφρένεια. Τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να επιδεινώσουν τα την μεικτή παθολογία και τα αντιψυχωτικά μπορεί να παροξύνουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα, για το λόγο αυτό η σωστή διάγνωση είναι σημαντική για τη διαχείριση της κατάστασης.

2.4.4 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Η έναρξη της συμπτωματολογίας είναι συνήθως βαθμιαία, αν και δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που αρχίζει απότομα, μέσα σε μια νύχτα. Συχνά προηγούνται συμπτώματα από τη σωματική σφαίρα που δυσκολεύουν την έγκαιρη διάγνωση η σημασία της οποίας είναι τεράστια, πρώτον επειδή το νόσημα είναι ιάσιμο και δεύτερον επειδή υπάρχει μεγάλος κίνδυνος αυτοκτονίας. Τα καταθλιπτικά επεισόδια είναι συχνότερα στις γυναίκες. Επικρατεί η κατάθλιψη, η απώλεια ενδιαφέροντος και η έλλειψη ευχαρίστησης για ότι κάνει(ανηδονία). Οι καταθλιπτικοί δεν μπορούν να κλάψουν και υπερβάλλουν ιδιαίτερα όταν περιγράφουν τα συμπτώματά τους και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Χαρακτηριστική είναι η μείωση της ενεργητικότητάς τους, είναι δύσκολό να τελειώσουν κάποια δουλειά, η απόδοσή τους στο σχολείο και τη δουλειά μειώνεται και δεν κάνουν σχέδια για το μέλλον. Σε εφήβους και ηλικιωμένους μπορεί να υπάρχει ψυχοκινητική διέγερση. Ο ύπνος διαταράσσεται και έχουμε είτε μικρή διάρκεια είτε μεγάλη διάρκεια ύπνου, ενώ και η όρεξη μπορεί να αυξηθεί ή να μειωθεί. Η ομιλία των καταθλιπτικών είναι αργή και φτωχή, οι διαταραχές της μνήμης είναι συχνές, ενώ το επίπεδο συνείδησης δεν φαίνεται να επηρεάζεται ακόμα και στις πιο βαριές περιπτώσεις. Οι καταθλιπτικοί με παραληρητικές διαταραχές ή ψευδαισθήσεις ανήκουν στην κατηγορία της μείζονος κατάθλιψης με ψυχωτικά συμπτώματα και οι διαταραχές τους έχουν περιεχόμενο ανάλογο των συναισθημάτων τους. Η κλασική εικόνα να του καταθλιπτικού είναι αυτή ενός ανθρώπου που βαδίζει αργά, σκυφτός, κοιτάζοντας κάτω, κάθεται στην άκρη του καθίσματος τρίβει τα χέρια του ή παίζει με τις τρίχες των μαλλιών του. Ορισμένες φορές μπορεί να υπάρχει ψυχοκινητική ακινησία που θυμίζει την σχιζοφρενική κατατονία, από την οποία θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί. Το 90% των καταθλιπτικών βιώνουν άγχος και έχουν σεξουαλικά προβλήματα, 50% των ασθενών περιγράφουν διακυμάνσεις των ενοχλημάτων τους στη διάρκεια της μέρας, ενώ, τέλος τα 2/3 των καταθλιπτικών κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας και 10-15% αυτοκτονούν σε περιόδους που η πάθηση τους είναι ελαφρότερη και έχουν τη δυνατότητα να πάρουν αποφάσεις.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι τα συμπτώματα ενός καταθλιπτικού επεισοδίου είναι τα εξής: καταθλιπτική διάθεση, απελπισία ή απαισιοδοξία, αισθήματα ενοχής, απώλεια ενδιαφέροντος, απώλεια ενεργείας και εύκολη κόπωση, δυσκολία στη συγκέντρωση και τη μνήμη, ευερεθιστότητα, διαταραχές ύπνου και όρεξης, ανηδονία, σωματικά συμπτώματα που δεν μπορούν να εξηγηθούν παθολογικά, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας.

Για να είναι δυνατή η διάγνωση 5 ή παραπάνω συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα κατά το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, σχεδόν κάθε μέρα και για διάστημα μεγαλύτερο από 2 βδομάδες.

Η θεραπεία της κατάθλιψης, αναφορικά, γίνεται με: τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, ανασταλτικά της μονοαμινοξειδάσης (MAO), εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (ΕΑΕΣ), λίθιο, μείζονα ηρεμιστικά. υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, ηλεκτροσπασμαθεραπεία, ή λευκοτομή σε σπάνιες περιπτώσεις όπου τίποτα δεν αποδίδει και ο ασθενής κινδυνεύει άμεσα. Με τη μέθοδο αυτή εφαρμόζονται νευρολογικές αλλαγές που επιδιώκουν να μεταβάλουν τα συμπτώματα της ψυχιατρικής πάθησης, πρωτοεμφανίστηκε το 1936 και υποχώρησε σημαντικά μέχρι το 1960 λόγω της ευρύτερης χρήσης των ψυχοφαρμάκων. Οι σύγχρονες επεμβάσεις με την στερεοταξική μέθοδο, προκαλούν ελάχιστες βλάβες, οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι σπάνιες και αν εμφανιστούν περιλαμβάνουν απάθεια, αύξηση βάρους, κατάργηση αναστολών και επιληψία.

2.5. ΤΥΠΟΙ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Σύμφωνα με το **DSM-IV** έχουν αναγνωρισθεί τέσσερις διαφορετικοί τύποι διπολικής διαταραχής: διπολική διαταραχή τύπου I, διπολική διαταραχή τύπου II, κυκλοθυμική διαταραχή και διπολική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη. Παρακάτω θα γίνει μια ανάλυση των τύπων αυτών.

2.5.1.ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΥΠΟΥ I

Διάγνωση: το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα μανιακά ή μεικτά επεισόδια, συχνά τα άτομα αυτά έχουν ένα ή και περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Όσο αφορά τα μεικτά επεισόδια, σε αυτά το άτομο βιώνει μια ταχεία εναλλαγή της διάθεσης που συνοδεύεται από συμπτώματα που πληρούν τα κριτήρια και για μανιακό και για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.

Έναρξη και κλινική πορεία: Χαρακτηρίζεται από υποτροπές, ξεκινάει τυπικά στην εφηβεία, αλλά μπορεί να ξεκινήσει και στα 20 ή 50(πιο σπάνια). Το πρώτο επεισόδιο μπορεί να είναι μανιακό, καταθλιπτικό ή συνδυασμός και των δύο. Αρχίζει συνήθως με κατάθλιψη ή υπερυπνία για λίγες βδομάδες ή μήνες και μετά έρχεται το μανιακό επεισόδιο. Τα άτομα που είναι σε μανιακό επεισόδιο συχνά δεν αναγνωρίζουν ότι είναι άρρωστα και αντιστέκονται σε κάθε θεραπευτική προσπάθεια. Μπορεί να εμπλακούν σε κάθε είδους υπερβολική δραστηριότητα, σε σοβαρή χαρτοπαιξία, σε αντικοινωνικές πράξεις, σε πράξεις που προσβάλουν την ηθική και μπορεί να γίνουν βίαια η αυτοκτονικά. Σε ορισμένους ασθενείς μπορεί να αρχίσει με ένα έντονο, ψυχωτικό μανιακό επεισόδιο που εμφανίζει σχιζοφρενικόμορφα χαρακτηριστικά, ενώ σε άλλους μπορεί να υπάρχουν διάφορα καταθλιπτικά επεισόδια πριν το πρώτο μανιακό. Πριν από την εμφάνιση της θεραπείας συντήρησης με λίθιο, η κλινική πορεία της διπολικής διαταραχής I χαρακτηριζόταν κατά μέσο όρο από 4 επεισόδια στα 10 χρόνια. Το μεσοδιάστημα ανάμεσα στα επεισόδια τείνει να ελλοτώνεται με την ηλικία. Περίπου 5-15% των ατόμων εμφανίζουν πολλαπλά συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης μέσα σε ένα χρόνο και θεωρούνται ότι έχουν ταχεία εναλλαγή φάσεων, που σημαίνει χειρότερη πρόγνωση. Αν και οι περισσότεροι ασθενείς επιστρέφουν σε φυσιολογική λειτουργικότητα ανάμεσα στα επεισόδια, ένα ποσοστό 20-30% εξακολουθεί να παρουσιάζει ευμετάβλητη διάθεση και διαπροσωπικά ή επαγγελματικά προβλήματα. Η σημαντικότερη επιπλοκή είναι η αυτοκτονία ενώ συχνή είναι και η κακοποίηση παιδιών, συζύγων και άλλες πράξεις βίας. Επίσης συχνό είναι το σκασιαρχείο, οι αποτυχίες στις σπουδές ή στην εργασία και τα διαζύγια. Σύμφωνα με το DSM-IV υπάρχουν 6 υποκατηγορίες για τους ασθενείς με διπολική διαταραχή τύπου I οι οποίες είναι: ένα μόνο μανιακό επεισόδιο, πρόσφατο επεισόδιο υπομανιακό, πρόσφατο επεισόδιο μανιακό, πρόσφατο επεισόδιο

μανιοκαταθλιπτικό, πρόσφατο επεισόδιο καταθλιπτικό και τέλος, πρόσφατο επεισόδιο ακαθόριστο. Σε γενικές γραμμές, μανιακά επεισόδια κυριαρχούν σε νεότερες ηλικίες και καταθλιπτικά σε μεγαλύτερες. Παρόλο που η συχνότητα στα δύο φύλλα είναι ένα προς ένα, οι άντρες έχουν πιο πολλά μανιακά επεισόδια και οι γυναίκες πιο πολλά καταθλιπτικά και μεικτά.

Εργαστηριακά: ορισμένα ευρήματά που θεωρούνται παθολογικά είναι τα εξής: ανωμαλίες στο ΗΕΓ ύπνου, αυξημένη έκκριση κορτιζόλης, απουσία της μη καταστολής με δεξαμεθαζόνη, διαταραχές των νευροδιαβιβαστών(νορεπινεφρίνης, σεροτονίνης, ακετυλοχολίνης, ντοπαμίνης και GABA) και της λειτουργίας των υποδοχέων τους.

Διαφορική διάγνωση: θα πρέπει να γίνει από τις παρακάτω διαταραχές:

- ✓ **Διαταραχή της διάθεσης οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση:** μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια πρέπει να δ.δ από καταθλιπτικά επεισόδια οφειλόμενα σε γενική ιατρική κατάσταση όπως είναι : η πολλαπλή σκλήρυνση, τα εγκεφαλικά επεισόδια, ο υποθυρεοειδισμός κ.ά. Μανιακά, υπομανιακά ή μεικτά επεισόδια πρέπει να διαφοροδιαγνωστούν από καταστάσεις όπως: η πολλαπλή σκλήρυνση, οι όγκοι του εγκεφάλου, η νόσος του Cushing κ.ά. Η διαφοροδιάγνωση θα βασιστεί στο ιστορικό, τη φυσική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις.
- ✓ **Διαταραχή της διάθεσης προκαλούμενη από ουσίες:** αυτή διακρίνεται από τη διπολική διαταραχή I από το ότι κάποια ουσία κατάχρησης, ένα φάρμακο ή έκθεση σε μια τοξίνη αποδεικνύεται ότι προκάλεσε τα συμπτώματα. Επίσης , συμπτώματα όμοια με μανιακό ή μεικτό επεισόδιο μπορεί να προκληθούν από αντικαταθλιπτική θεραπεία με φάρμακα, ηλεκτροσπασμοθεραπεία ή φωτοθεραπεία
- ✓ **Υπομανιακά επεισόδια:** ξεχωρίζουν από το ότι δε συνοδεύονται από έντονη έκπτωσης στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα, από ανάγκη για νοσηλεία ή από ψυχωτικά συμπτώματα. Μερικά όμως υπομανιακά συμπτώματα μπορεί να εξελιχθούν σε μανιακά.
- ✓ **Διπολική διαταραχή II:** η ύπαρξη μανιακού ή μεικτού επεισοδίου διαφοροποιεί τη διπολική I από τη διπολική διαταραχή II.
- ✓ **Κυκλοθυμική διαταραχή:** διακρίνεται από τη Δ.Δ I από το ότι οι περίοδοι των μανιακών ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων δεν πληρούν τα κριτήρια για μανιακό ή μεικτό επεισόδιο
- ✓ **Ψυχωτικές διαταραχές:** η δ.δ μπορεί να είναι δύσκολη , ιδιαίτερα σε εφήβους, γιατί μπορεί να υπάρχουν κοινά συμπτώματα. Βασικό διακριτικό στοιχείο είναι ότι οι ψυχωτικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από ψυχωτικά συμπτώματα που συμβαίνουν σε α απουσία προεξάρχοντων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης. Τη δ.δ μπορεί επίσης να βοηθήσει η κλινική εκτίμηση των συμπτωμάτων, η προηγούμενη κλινική πορεία και το οικογενειακό ιστορικό
- ✓ **Διαταραχή ελαττωματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας:** η διαταραχή αυτή διαφέρει από την Δ.Δ I ως προς την χαρακτηριστικά πρώιμη έναρξη(πριν τα 7 χρόνια), τη χρόνια και όχι επεισοδιακή πορεία, την απουσία ανεβασμένης ή διαχυτικής διάθεσης ή ψυχωτικών στοιχείων. Αν όμως τα κριτηρια πληρούνται και για τις δύο διαταραχές, τότε μπαίνουν και οι δυο διαγνώσεις.
- ✓ **Διπολική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς:** αν υπάρχει ταχεία εναλλαγή μανιακών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων τότε η διάγνωση είναι Δ.Δ μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

2.5.2. ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΥΠΟΥ ΙΙ:

Διάγνωση: το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια που συνοδεύονται τουλάχιστον από ένα υπομανιακό επεισόδιο. Τα υπομανιακά επεισόδια δεν είναι τόσο σοβαρά όσο τα μανιακά, σε άλλα άτομα μπορεί να προσδώσουν αποτελεσματικότητα, επιτυχίες ή δημιουργικότητα και σε άλλα να προκαλέσουν κάποιο βαθμό κοινωνικής ή επαγγελματικής έκπτωσης. Συχνά τα άτομα που πάσχουν από Δ.Δ ΙΙ δε μπορούν να θυμηθούν τις περιόδους της υπομανίας και πρέπει να τις θυμίζουν οι συγγενείς οι ή φίλοι.

Κλινική πορεία και επιπλοκές: περίπου το 60-70% των υπομανιακών επεισοδίων συμβαίνουν αμέσως πριν ή αμέσως μετά από ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Τα υπομανιακά και τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια συχνά αλληλοδιαδέχονται το ένα το άλλο με χαρακτηριστικό τρόπο για κάθε άτομο. Το μεσοδιάστημα ανάμεσα στα επεισόδια τείνει να ελαττώνεται καθώς μεγαλώνει το άτομο. Περίπου 5-15% των ατόμων έχουν τέσσερα ή περισσότερα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης μέσα σε ένα χρόνο και αυτό τους προσδίδει χειρότερη πρόγνωση. Αν και οι περισσότεροι ασθενείς επιστρέφουν σε φυσιολογική λειτουργικότητα ανάμεσα στα επεισόδια, 15% περίπου συνεχίζουν να παρουσιάζουν ευμετάβλητη διάθεση ή κάποιου βαθμού διαπροσωπική ή επαγγελματική 'έκπτωση. Μέσα σε μια διάρκεια 5 ετών, 5-15% των ατόμων αναπτύσσουν ένα μανιακό επεισόδιο οπότε η διάγνωση αλλάζει σε Δ.Δ Ι. Τα υπομανιακά επεισόδια, συνήθως αρχίζουν απότομα, με ταχεία κλιμάκωση των συμπτωμάτων μέσα σε μια-δυο μέρες και διαρκούν αρκετές βδομάδες ως μήνες. Οι επιπλοκές μπορεί να είναι αυτοκτονία, σκασιαρχείο, αποτυχίες στις σπουδές και την εργασία και το διαζύγιο.

2.5.3.ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ:

Διάγνωση: η έναρξή της είναι ύπουλη και η πορεία της χρόνια. Βασικό διαγνωστικό στοιχείο της είναι μια χρόνια κατάσταση διαταραχής της διάθεσης που παρουσιάζει συνεχώς διακυμάνσεις. Έτσι, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 ετών παρατηρούνται πολυάριθμες περίοδοι με υπομανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια που δεν φτάνουν όμως ποτέ να συμπληρώσουν τα κριτήρια για μανιακό ή μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Ξεκινάει συνήθως πριν την ηλικία των 21 χρόνων, είναι εξίσου συχνή σε άντρες και γυναίκες. Έναρξή της αργά στην ενήλικη ζωή πρέπει να κάνει τον κλινικό να σκεφτεί την πιθανότητα για μια γενική ιατρική κατάσταση. Η πορεία της κυκλοθυμίας μπορεί να είναι συνεχής ή να διακόπτεται από περιόδους νορμοθυμίας. Οι αλλαγές στη διάθεση είναι συνήθως εσωτερικές όπως: κεραυνοβόλος έρωτας ή απόρριψη χωρίς λόγο. Οι επαναλαμβανόμενες αποτυχίες γάμου και η ασταθείς απόδοση στο σχολείο και τη δουλειά είναι συχνές. Επίσης τα άτομα αυτά εύκολα μπορούν να αλλάξουν δουλειά ή σύντροφο σύντομα όμως χάνουν το ενδιαφέρον τους και αποχωρούν ανικανοποίητοι. Η κατάχρηση πολλών φαρμάκων, που συμβαίνει περίπου στο 50 % των περιπτώσεων είναι συνήθως μια προσπάθεια αυτοθεραπείας. Υπολογίζεται ότι το 15-50% των ασθενών αναπτύσσει αργότερα Δ.Δ Ι ή ΙΙ.

Διαφορική διάγνωση :πρέπει να διαφοροδιγνώσκει από:

- ✓ Τη **διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση** με βάση το ιστορικό, τη φυσική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις που θα πρέπει να δείξουν ότι η ιατρική κατάσταση προκαλεί τα συμπτώματα με φυσιολογικό μηχανισμό
- ✓ Τη **διαταραχή της διάθεσης προκαλούμενη από ουσίες** (ειδικά από ψυχοδιεγερτικά) με βάση την αιτιολογική σύνδεση των συμπτωμάτων με την ουσία.

- ✓ Τη **Δ.Δ Ι ή ΙΙ, με ταχεία εναλλαγή φάσεων** με βάση το ότι στην κυκλοθυμική διαταραχή δεν αναπτύσσεται μείζον καταθλιπτικό ή μανιακό επεισόδιο και από
- ✓ Την **μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας** που επίσης έχει έντονες εναλλαγές της διάθεσης.

2.5.4. ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ

Εφόσον ληφθούν όλες οι απαραίτητες διαγνωστικές πληροφορίες και δεν μπορεί να τεθεί οριστική διάγνωση σχετικά με τον τύπο της διπολικής διαταραχής έχουμε τη Δ.Δ μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (π.χ. επαναλαμβανόμενη υπομανία χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα, πολύ γρήγορη εναλλαγή μεταξύ μανιακών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων που δεν μπορούν να προσδιοριστούν επακριβώς, ακαθόριστες καταστάσεις κ.ά.)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

3.1. ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

3.1α. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η εποχή της ψυχοφαρμακολογίας άρχισε το 1952 με την έρευνα των δράσεων της χλωροπρομαζίνης από τους Γάλλους ψυχιάτρους Ντέλεη και Ντένικερ. Ήδη από το 1949 ο Καντέ είχε ανακαλύψει τις ιδιότητες του λιθίου στη μανία, αλλά η γενική αποδοχή του φαρμάκου καθυστέρησε αρκετά. Το 1955 περιγράφηκε η αντικαταθλιπτική δράση της ιπρονιαζίδης και το 1957 ο Κούν δημοσίευσε τα χαρακτηριστικά της δράσης του τρικυκλικού αντικαταθλιπτικού ιμπραμίνη. Όσο αφορά τα αγχολυτικά, το πρώτο που παρουσιάστηκε ήταν η μεπροβαμάτη από τον Ιξον το 1957. Η δεκαετία 1950-1960, ήταν η περίοδος των κλινικών μελετών. Αυτή την περίοδο η χλωροπρομαζίνη δόθηκε σε πάνω από 50 εκατομμύρια ασθενείς και δημοσιεύτηκαν πάνω από 10 χιλιάδες μελέτες για τη δράση της. Ακόμα, η περίοδος αυτή, υπήρξε η βάση για την κατανόηση των νευρικών συνάψεων, των υποδοχέων και των μετασυναπτικών μηχανισμών. Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον της ψυχιατρικής στρέφεται στη γονιδιακή έρευνα. Για παράδειγμα, έχει παρατηρηθεί ότι ορισμένα φάρμακα επηρεάζονται από συγκεκριμένο γενετικό προφίλ, το οποίο έχει δώσει ώθηση στην έρευνα της σχέσης μεταξύ γενετικού κώδικα και ψυχικών διαταραχών. Οι έρευνες είναι ακόμα στην αρχή τους, αλλά οι προσδοκίες για την ανακάλυψη σχετικών μηχανισμών για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση τέτοιων ασθενών είναι τεράστιες.

Στη δεκαετία του '90 σημειώθηκαν σημαντικές πρόοδοι στην ψυχοφαρμακολογία, οπότε οι πάσχοντες ζουν πια έναν πιο « φυσιολογικό» τρόπο ζωής, ενώ οι συνεχείς προσπάθειες παρέχουν ελπίδα για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών που οδηγούν σε δυσλειτουργίες. Οι βασικές αρχές φαρμακοθεραπείας είναι οι εξής:

- Το φάρμακο να ενισχύει την παραμονή του αρρώστου στην κοινότητα. Πρέπει να είναι εύχρηστα.
- Το φάρμακο δεν πρέπει να προκαλεί παρενέργειες που να οδηγούν τον άρρωστο να διακόπτει τη αγωγή ή να τον στιγματίζει.
- Το φάρμακο πρέπει να ευοδώνει τις κοινωνικές δεξιότητες

Η φαρμακευτική αγωγή για τη διπολική διαταραχή παρέχεται από ψυχιάτρους, οι οποίοι έχουν ειδικευθεί στη διάγνωση και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Παρόλο που και άλλοι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι σε θέση να συνταγογραφήσουν τα συγκεκριμένα φάρμακα, συνίσταται η επίσκεψη σε ψυχίατρο για τον καθορισμό της θεραπείας. Πολλά άτομα με διπολική διαταραχή λαμβάνουν 2 ή 3 διαφορετικά φαρμακευτικά σκευάσματα. Αυτό συμβαίνει γιατί κάποια φάρμακα ενδείκνυνται για τη μανία και κάποια άλλα για την κατάθλιψη, αλλά όχι και για τις δύο μαζί. Συνήθως η πιο αποτελεσματική αγωγή είναι αυτή που περιλαμβάνει συνδυασμούς φαρμάκων. Όλα τα σκευάσματα υπάγονται στην ευρύτερη κατηγορία των ψυχότροπων φαρμάκων, επηρεάζουν δηλαδή τις χημικές ουσίες στον εγκέφαλο, τους νευροδιαβιβαστές, και χρησιμεύουν για την επικοινωνία μεταξύ των νευρικών κυττάρων. Παρακάτω αναφέρονται οι σημαντικότερες κατηγορίες φαρμάκων.

- **ΘΥΜΟΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΤΙΚΑ Ή ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΤΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:**

Τα σκευάσματα αυτά χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση και της μανίας και της κατάθλιψης. Μπορεί να λαμβάνονται και κατά τη διάρκεια φυσιολογικών περιόδων(νορμοθυμία) με σκοπό την πρόληψη νέων επεισοδίων. Για να δράσουν χρειάζονται 2 έως 3 βδομάδες, ενώ για να θεωρηθεί ένα φάρμακο σαν θυμοσταθεροποιητικό πρέπει να έχει την ικανότητα να θεραπεύει και να προλαμβάνει τα μανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια και να μην επιδεινώνει ή να μην προκαλεί μανία, υπομανία ή κατάθλιψη. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα εξής φάρμακα:

- λίθιο (Milithin, Lithiofor)
- Βαλπροϊκό(Depakine)
- Καρβαμαζεπίνη(Tegretol)
- Οξκαρβαμαζεπίνη(Trileptal)
- Λαμοτρυγίνη(Lamictal)
- Γκαμπαμπεντίνη(Neurontin)
- Τοπιραμάτη(Topamac)

- **ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ:**

Ονομάζονται και αντιμανιακά. Αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα της μανίας και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν θεραπεία σταθεροποίησης για την πρόληψη νέων επεισοδίων μανίας. Συνήθως χορηγούνται με σταθεροποιητές της διάθεσης και δρουν μετά 2-3βδομάδες από την έναρξη. Τα πιο κοινά είναι το βαλπροϊκό, το λίθιο και η καρβαμαζεπίνη που είναι και θυμοσταθεροποιητικά και μπορούν να φανούν ιδιαίτερα χρήσιμα σε δύσκολα επεισόδια. Η χρήση τους σε συνδυασμό με το λίθιο ενισχύει τα αντιμανιακά αποτελέσματα.

- **ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ:**

Είναι φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης . Στη διπολική διαταραχή χορηγούνται πάντα μαζί με θυμοσταθεροποιητικά, γιατί αν χορηγηθούν μόνα τους μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή σε υπομανία ή μανία. Έχουν μελετηθεί κυρίως στην μονοπολική κατάθλιψη αλλά είναι αποτελεσματικά και σε διπολικούς ασθενείς. Η αποτελεσματικότητά τους εμφανίζεται σε 3 βδομάδες από την έναρξη της θεραπείας. Τα φάρμακα που ανήκουν στην κατηγορία αυτή είναι:

- Seroxat, Zoloft, Seropram, Ladose, Dumyrox.(SSRI, EAEΣ)
- Efexor(βενλαφαζίνη, νεότερα φάρμακα)
- Nardil(φενελζίνη, ΑΜΑΟ)
- Aurorix(μοκλοβεμίδη, ΑΑΜΑΟ)
- Saroten(αμιτριπυλίνη, τρικυκλικό)
- Anafranil(χλωμιπραμίνη, τρικυκλικό)

- **ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ:**

Λέγονται και μείζονα ηρεμιστικά ή νευροληπτικά και χορηγούνται κυρίως στη θεραπεία των διαταραχών της σκέψης και σε οξείες περιπτώσεις. Ακόμη, δίνονται σε άτομα που βιώνουν παραισθήσεις ή παραληρήματα, δρουν άμεσα και εμφανίζουν το μέγιστο της δράσης τους αρκετές εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας. Επιπρόσθετα χρησιμοποιούνται είτε σαν κατασταλτικά σε περιπτώσεις μανίας, για την αντιμετώπιση της αϋπνίας, της διέγερσης και της νευρικότητας, είτε για την ενίσχυση της δράσης των ήδη χορηγούμενων θυμοσταθεροποιητικών. Συνήθως χρησιμοποιούνται τα νεότερης γενεάς αντιψυχωτικά που ονομάζονται και άτυπα με κυριότερους εκπροσώπους του είδους τα εξής:

- Αλοπεριδόλη.(Aloperidine,)
- Ολανζαπίνη (.Olanzapine, Zyprexa, 1996)
- Ρισπεριδόνη (Risperdone, Risperdal, 1989)
- Κουετιαπίνη (Quetiapine,Seroquel, 1999)
- Κλοζαπίνη.(Clozapine,Leponex , 1990)
- Ζιπρασιδόνη.(Ziprasidone,Geodon , 2000)
- Αριπιπραζόλη(.Aripiprazole, Abilify , 2003)

- **ΆΛΛΑ ΦΑΡΜΑΚΑ:**

Τα αγχολυτικά μπορούν να ανακουφίσουν άμεσα από την οξεία μανία, το στρες ή την αϋπνία. Η δράση τους ξεκινά σε μία ώρα από τη λήψη και έτσι αποτελούν καλή επιλογή για τα τμήματα οξέων στα διάφορα νοσοκομεία. Χρησιμοποιούνται για μικρά χρονικά διαστήματα γιατί μπορεί να προκαλέσουν εξάρτηση. Τα πιο κοινά είναι οι βενζοδιαζεπίνες (*Tavor, stedon*), τα βαρβιτουρικά ή μη βαρβιτουρικά κατασταλτικά και η βουσπιρόνη (*Bespar*) . Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι τα αγχολυτικά δεν θεραπεύουν το άγχος, το ανακουφίζουν μόνο προσωρινά.

3.1.1α . ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

➤ **Αντιψυχωτικά:** ορισμένες παρενέργειες είναι οι εξής:

- **Καταστολή:** διαρκεί περίπου μια βδομάδα και για να αντιμετωπισθεί μπορεί να ελαττωθεί η δόσολογία ή να δοθεί ολόκληρη το βράδυ.
- **Εξωπυραμιδικές ενέργειες (ΕΠΣ):** οφείλονται στον αποκλεισμό της ντοπαμίνης και είναι οι ακόλουθες: δυστονία, παρκινσονισμός, ακαθισία, ακινησία, όψιμη δυσκινησία
- **Επιληπτικές κρίσεις:** η κλοζαπίνη σε ψηλές δόσεις και τα χαμηλής ισχύος αντιψυχωτικά αυξάνουν την πιθανότητα σπασμών και επιληπτικών κρίσεων.
- **Αντιχολινεργικές ενέργειες:** είναι πολύ συχνές και συνήθως ήπιες όπως: ξηροστομία, θαμπή όραση, ταχυκαρδία, δυσκοιλιότητα. Μερικές φορές μπορεί να είναι πιο σοβαρές όπως: παραλυτικός ειλός, κατακράτηση ούρων και απώλεια όρασης.
- **Κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο:** είναι επείγουσα κατάσταση που χαρακτηρίζεται από δυσκαμψία, υψηλό πυρετό, παραλήρημα, ταχύπνοια και εφίδρωση. Η διακοπή του αντιψυχωτικού και η υποστηρικτική ιατρική φροντίδα είναι συνήθως αποτελεσματικές.

- **Αντικαταθλιπτικά:** οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι:
 - **Αντιχολινεργικές ενέργειες:** ξηροστομία, θαμπή όραση, δυσκοιλιότητα, εφίδρωση
 - **Παρενέργειες από το ΚΝΣ:** καταστολή, υπνηλία, διέγερση, λεπτός τρόμος, ευερεθιστότητα, μανία και ψύχωση.
 - **Καρδιακές:** ορθοστατική υπόταση, κοιλιακές αρρυθμίες και υπόταση.
 - **Σεξουαλικές:** διαταραχές στύσης και εκσπερμάτισης, ανοργασμία.
 - **Άλλες παρενέργειες:** αύξηση βάρους, αϋπνία, ναυτία, εμετός, αλλεργικές αντιδράσεις, σπασμοί.

- **Αντιμανιακά:** ονομάζονται και αντιεπιληπτικά, ενώ τα παρακάτω είναι και θυμοσταθεροποιητικά
 - **Λίθιο:** γαστρεντερικές δυσφορίες, μυϊκή αδυναμία, τρόμος χεριών, αύξηση δίψας και συχνουρία, αύξηση βάρους, νεφρική δυσλειτουργία.
 - **Καρβαμαζεπίνη:** απλαστική αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία, τοξική ηπατίτιδα, εξάνθημα, διαταραχή συντονισμού κινήσεων, ζάλη, υπνηλία, αταξία, ξηροστομία, κ.ά.
 - **Βαλπροϊκό νάτριο:** ναυτία, εμετός, διάρροια, τρόμος, καταστολή, εξανθήματα, κ.ά.

- **Αγχολυτικά:** ονομάζονται και ελάσσονα ηρεμιστικά και οι παρενέργειες τους είναι:
 - **Καταστολή:** υπνηλία, έκπτωση διανοητικής λειτουργίας, έκπτωση μνήμης.
 - **Στερητικό σύνδρομο:** τρόμος, ιδρώτες, ευαισθησία στο φως και τους ήχους, αϋπνία, γαστρεντερική δυσφορία και συστολική υπέρταση.

3.1.1β. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Τα φάρμακα πρώτης επιλογής είναι το λίθιο, το βαλπροϊκό και η καρβαμαζεπίνη. Η επιλογή γίνεται από το γιατρό με βάση το ιστορικό του ασθενή, τη σωματική του υγεία (το λίθιο δε χορηγείται σε νεφροπαθή) αλλά και τον τύπο της διαταραχής. Το λίθιο και το βαλπροϊκό είναι εξίσου αποτελεσματικά στην ευφορική μανία, αλλά το βαλπροϊκό υπερέχει στη δυσφορική μανία, στα μεικτά επεισόδια και στη διπολική διαταραχή με ταχεία εναλλαγή φάσεων. Τα νεότερα θυμοσταθεροποιητικά είναι φάρμακα δεύτερης γραμμής που χρησιμοποιούνται όταν τα πρώτα εμφανίζουν παρενέργειες ή είναι αναποτελεσματικά. Χρειάζονται 1-2 βδομάδες για να αρχίσουν να δείχνουν αποτελέσματα. Κατά τη διάρκεια μπορούν να χορηγηθούν και άλλα φάρμακα για την προσωρινή ανακούφιση των οξέων συμπτωμάτων όπως: αντιψυχωτικά για τη νευρική κατάσταση, τη διέγερση, την αϋπνία και βενζοδιαζεπίνες για το άγχος και τη δυσφορία. Συνήθως η συγχορήγηση διαρκεί λίγες βδομάδες και οι δόσεις τους μειώνεται με το χρόνο. Σε μερικές περιπτώσεις χρειάζονται και αντιψυχωτικά για την πρόληψη των υποτροπών. Στην οξεία μανία μπορεί να χρειαστεί και σωματική η «χημική καθήλωση» για την αποφυγή πρόκλησης βλάβης στον εαυτό του ή στους γύρω του. Μερικές φορές μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ηλεκτροσόκ σε περίπτωση που αντενδεικνύεται η αποτύχει η φαρμακευτική αγωγή. Στην οξεία κατάθλιψη τα αντικαταθλιπτικά χορηγούνται μαζί με θυμοσταθεροποιητικά και τα αποτελέσματά τους φαίνονται σε 2-4 βδομάδες.

3.1.1γ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ(ΦΑΣΗ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ)

Για να μην προκληθεί κάποια υποτροπή, οι ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν τα φάρμακά τους για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς διακοπή. Τα φάρμακα που προτιμώνται εδώ είναι τα

θυμοσταθεροποιητικά. Το 1/3 των ασθενών που βρίσκονται υπό αγωγή θα παραμείνουν χωρίς συμπτώματα ενώ οι περισσότεροι από τους υπόλοιπους θα έχουν λίγα και ελαφρότερα επεισόδια. Είναι σημαντικό οι ασθενείς να γνωρίζουν τα πρώιμα σημάδια της νόσου που μπορεί να είναι λίγες ώρες ύπνου χωρίς κούραση, έλλειψη κοινωνικής συναναστροφής και λιγότερη ενεργητικότητα. Με αυτό τον τρόπο και αφού αναφερθούν στο γιατρό τα συμπτώματα μπορούν να γίνουν αλλαγές και ρυθμίσεις στη θεραπεία οι οποίες είτε σταματούν την συμπτωματολογία είτε εμποδίζουν την χειροτέρευση. Αν κάποιος εμφάνισε ένα μόνο επεισόδιο μανίας τότε η αγωγή μπορεί να διακοπεί μετά από ένα χρόνο. Αν υπάρχει ιστορικό μέσα στην οικογένεια ή το επεισόδιο ήταν πολύ σοβαρό μπορεί να χρειαστεί μεγαλύτερη διάρκεια της φάσης συντήρησης. Αν, τώρα, κάποιος εμφάνισε 2 ή περισσότερα επεισόδια (μανιακά ή καταθλιπτικά) θα πρέπει να λαμβάνει αγωγή για 2-5 χρόνια. Μπορεί να γίνει διακοπή, από το γιατρό μόνο σε σοβαρές παρενέργειες και περίπτωση εγκυμοσύνης.

3.1.2. ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- ✓ Ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει τις παθολογικές καταστάσεις ή τις αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων που θα μπορούσαν να ευθύνονται για τα συμπτώματα, να αυξήσουν την τοξικότητα των φαρμάκων(π.χ. τα διουρητικά και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη αυξάνουν τις συγκεντρώσεις του λιθίου) και να μειώσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.
- ✓ Ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει αν υπάρχει αλκοολισμός ή χρήση ναρκωτικών ουσιών. Σε περίπτωση ύπαρξης συνίσταται πρώτα η αποτοξίνωση και μετά η όποια φαρμακοθεραπεία.
- ✓ Πριν τη χορήγηση ο κλινικός θα πρέπει να είναι σίγουρος για τη διάγνωση. Όταν δεν είναι, ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται χωρίς να παίρνει φάρμακα ή να του χορηγούνται οι ελάχιστες δυνατές δόσεις των λιγότερο τοξικών φαρμάκων.
- ✓ Πριν τη χορήγηση οποιουδήποτε σκευάσματος είναι απαραίτητο να ορίζονται συμπτώματα- στόχοι, που να μπορούν να παρακολουθούνται στη διάρκεια της αγωγής με σκοπό να προσδιοριστεί η επιτυχία της θεραπείας.
- ✓ Όταν υπάρχουν αμφιβολίες για τη σωστή διάγνωση ή θεραπεία, θα πρέπει να συγκαλείτε ιατρικό συμβούλιο.

3.1.3. ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- ✓ Όταν επιλέγεται κάποιο φάρμακο, πρέπει να εφαρμόζεται πλήρης αγωγή, με επαρκείς δόσεις και διάρκεια θεραπείας.
- ✓ Ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει τις παρενέργειες και να προειδοποιεί τους ασθενείς του.
- ✓ Τα θεραπευτικά σχήματα πρέπει να είναι απλά, τόσο για να βελτιώνεται η συμμόρφωση του ασθενούς, όσο και για να αποφεύγεται η αθροιστική τοξικότητα
- ✓ Η δοσολογία πρέπει να αναπροσαρμόζεται τακτικά για να προσδιοριστεί η ελάχιστη αποτελεσματική δόση για το συγκεκριμένο στάδιο της νόσου
- ✓ Στους ηλικιωμένους και τα μικρά παιδιά πρέπει να χορηγούνται μικρότερες δόσεις και να μη γίνονται συχνά αλλαγές στη δοσολογία.

3.1.4. ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.

- ✓ Όταν ένα σκεύασμα είναι αναποτελεσματικό η διακοπή του είναι σκόπιμη. Αν, ωστόσο, ο γιατρός δεν έχει παρακολουθήσει από την αρχή τα συμπτώματα- στόχους, είναι δύσκολο να συμπεράνει ότι το σκεύασμα απέτυχε.
- ✓ Τα ψυχότροπα πρέπει να μειώνονται σταδιακά για την αποφυγή συμπτωμάτων στέρησης.

3.1.5. Η ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ECT)

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) είναι μορφή σωματικής θεραπείας(όπως και η φαρμακοθεραπεία), η οποία είναι αποτελεσματική στην κατάθλιψη και βοηθάει σημαντικά στη μανία. Χρησιμοποιείται όταν τα φάρμακα δεν έχουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα ή δημιουργούν σοβαρές παρενέργειες, ή όταν απειλείται η ζωή του ατόμου. Όταν είναι ψηλός ο κίνδυνος αυτοκτονίας ή το άτομο δεν μπορεί να φάει ή να πιει η ECT μπορεί να σώσει τη ζωή του άμεσα. Η ιδέα ότι ένα σοκ θα μπορούσε να βελτιώσει τη διαταραγμένη ψυχική κατάσταση ενός ανθρώπου υπήρχε από παλιά και είχε εφαρμοστεί με διάφορα μέσα όπως: το ξαφνικό βάπτισμα σε παγωμένο ή ζεματιστό νερό, η επαφή με ηλεκτροφόρα ψάρια και η χορήγηση μεγάλων δόσεων καμφοράς. Είναι μια παρεξηγημένη θεραπευτική μέθοδος για την οποία ταινίες, τραγούδια και βιβλία συνέβαλαν στη δημιουργία του σκοτεινού μύθου της.

Τεχνική: με τη μέθοδο αυτή προκαλούνται τονικοκλονικοί σπασμοί που δε διαφέρουν από μια κρίση επιληψίας(όχι σοκ). Η μέθοδος άρχισε να εφαρμόζεται συστηματικά από τον Μεντούνα με την ενδοφλέβια χορήγηση μετραζόλης σε σχιζοφρενικούς ασθενείς(είναι καρδιοτονωτική ουσία που έχει σχέση με την καμφορά), ενώ για τον ίδιο σκοπό ο Ζακέλ χρησιμοποιούσε μεγάλες δόσεις ινσουλίνης ενδοφλεβίως. Το 1937 οι Τσερλέτι και Μπίνι εγκαινίασαν την ηλεκτροσπασμοθεραπεία η οποία και επικράτησε. Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, εφαρμόζονται ηλεκτρόδια στην κροταφική χώρα και διοχετεύεται στον εγκέφαλο ηλεκτρικό ρεύμα για 0.1- 0.5 δευτερόλεπτα. Ο άρρωστος υποβάλλεται σε γενική αναισθησία για 5 λεπτά (βωρη νηστεία) με ενδοφλέβια έγχυση ενός βαρβιτουρικού ταχείας δράσης ενώ παράλληλα χορηγείται ισχυρή μυοχαλαρωτική ουσία για την πρόληψη θλάσεων των οστών από την ισχυρή και απότομη σύσπαση των μυών(σπασμοί για 30 δευτερόλεπτα). Ο ασθενής ξυπνά μετά από μισή ώρα περίπου, ενώ τα αποτελέσματα φαίνονται μετά την 3^η επίσκεψη. Η παραπάνω διαδικασία πρέπει να γίνεται από ειδικό αναισθησιολόγο σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο. Ανάλογα την περίπτωση, ο αριθμός των απαιτούμενων δόσεων ποικίλλει από 4-8 μέσα σε 2 βδομάδες ή έως 20 και πάνω μέσα σε ένα πιο μακρύ χρονικό διάστημα.

Τρόπος λειτουργίας:: το μόνο που μας είναι γνωστό για τον τρόπο λειτουργίας του είναι ότι προκαλεί αύξηση του όγκου του ιππόκαμπου, τμήμα του εγκεφάλου που έχει μειωμένο όγκο σε περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης και ρυθμίζει κάποιες νευροδιαβιβαστικές ουσίες που είναι διαταραγμένες σε παθολογικές καταστάσεις, όπως η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη.

Παρενέργειες και οφέλη: ο γιατρός συζητά με τον ασθενή, ή τους συγγενείς του, τους κινδύνους και τα οφέλη της θεραπείας. Τα οφέλη διαφέρουν ανάλογα με το χαρακτήρα και τη σοβαρότητα της ασθένειας, αλλά σε γενικές γραμμές βελτιώνει την ικανότητα του ατόμου να σκέπτεται και επαναφέρει σε υγιέστερη κατάσταση τον ψυχικό του κόσμο. Όλες οι θεραπείες ενέχουν κινδύνους- ακόμα και η έλλειψή τους. Οι κίνδυνοι και οι παρενέργειες της θεραπείας περιλαμβάνουν:

- ♦ Πονοκεφάλους, ναυτία και έμετο από το αναισθητικό.
- ♦ Μυϊκούς πόνους είτε λόγω του μυοχαλαρωτικού είτε λόγω των σπασμών.

- ♦ Το αναισθητικό επιδρά στην ικανότητα ευθυκρισίας τις πρώτες 24 ώρες. Στο διάστημα αυτό δεν πρέπει το άτομο να οδηγεί ή να χειρίζεται μηχανές/ συσκευές, να λάβει σημαντικές αποφάσεις ή να πει αλκοόλ και να καπνίσει
- ♦ Μπορεί να επηρεαστεί η βραχύχρονη μνήμη. Τα περισσότερα άτομα μετά τη θεραπεία έχουν μια μικρή σύγχυση, είναι δύσκολο να θυμηθούν πρόσφατα γεγονότα και αυτό μπορεί να κρατήσει μερικούς μήνες. Σε ορισμένα άτομα κρατάει και πολύ περισσότερο. Η αναμνήσεις του παρελθόντος επηρεάζονται πολύ λιγότερο. Οι αναμνήσεις κατά την ηλεκτροσπασμοθεραπεία μπορεί να μην επανέλθουν, η συνολική μνήμη όμως θα λειτουργεί καλύτερα μετά τη θεραπεία.
- ♦ Σπάνιες παρενέργειες: ανώμαλοι καρδιακοί ρυθμοί και σφίξεις, αύξηση πίεσης, καρδιακή προσβολή, εγκεφαλική συμφόρηση και θάνατος.

3.2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

« Η ψυχοθεραπεία μπορεί να μην εκπαιδεύει τόσο καλά όσο τα σχολεία, μπορεί να μην προσφέρει αγαθά και υπηρεσίες όπως η επιστήμη του μάνατζμεντ, μπορεί να μη γιατρεύει τις αρρώστιες όπως η ιατρική, ωστόσο απευθύνεται σε ένα κομμάτι της ζωής το οποίο τίποτα άλλο δεν μπορεί να αγγίξει τόσο καλά»

(Smith et al. , 1980, όπως αναφέρεται από τον Gross, 1992)

3.2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχοθεραπεία δεν είναι μια νέα μέθοδος, έχει τις ρίζες της στην φροϋδική ψυχανάλυση. Ο Φρόιντ, στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, ήταν από τους πρώτους που εφάρμοσαν τη « θεραπεία μέσα από την ομιλία». Η σύγχρονη ψυχοθεραπεία ωστόσο δεν είναι συνώνυμη με την ψυχανάλυση. Από την εποχή του Φρόιντ έχουν γίνει δραστικά βήματα στο χώρο της ψυχολογίας και της ψυχοθεραπείας.

Είναι σε όλους γνωστό ότι η ανθρώπινη επαφή μπορεί να ανακουφίσει, να αλλάξει τον τρόπο συμπεριφοράς και να τροποποιήσει την εικόνα που έχει κάποιος για τον κόσμο. Με βάση τον ορισμό, η ψυχοθεραπεία είναι μια θεραπευτική παρέμβαση που βασίζεται στη λεκτική επικοινωνία μεταξύ ασθενή-γιατρού, η οποία αποσκοπεί στο να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει όλα τα προβλήματα του και ίσως να τα λύσει. Αυτή η θεραπευτική μέθοδος απαιτεί μεγάλη προσπάθεια τόσο από το μέρος του θεραπευτή όσο και από του θεραπευόμενου.

3.2.1α. Η ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ Η ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ Δ.Δ.

Η ψυχοθεραπεία βοηθά ένα άτομο με διπολική διαταραχή να ξεπεράσει τα προβλήματα της καθημερινής ζωής, να αντιληφθεί τις επιπτώσεις της διαταραχής στις σημαντικές σχέσεις και στη ζωή του γενικότερα. Σα θεραπεία στην οξεία φάση βοηθά περισσότερο σε περιόδους κατάθλιψης παρά σε περιόδους μανίας. Η μακροχρόνια ψυχοθεραπεία βοηθά στην πρόληψη των επόμενων επεισοδίων μειώνοντας το στρες που οδηγεί σε αυτά και βοηθώντας τον ασθενή να αποδεχθεί την αγωγή του. Παρακάτω παραθέτονται οι διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας που εφαρμόζονται στην αντιμετώπιση της δ.δ.

✓ **Γνωστική- συμπεριφορική:** οι ασθενείς δουλεύουν μαζί με το θεραπευτή για να αναγνωρίσουν και να κατανοήσουν τα προβλήματα του εδώ και τώρα με βάση τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά τους. Η διαδικασία αυτή οδηγεί στον καθορισμό των προσδοκώμενων και άμεσων στόχων και στρατηγικών στη θεραπεία οι οποίοι συνεχώς παρακολουθούνται και αξιολογούνται. Οι θεραπείες αυτές λειτουργούν τόσο ατομικά όσο και με οικογένειες ή ομάδες. Ο θεραπευτής και ο ασθενής δουλεύουν μαζί για τον προσδιορισμό των στόχων και συμφωνούν σε ένα θεραπευτικό πλάνο που θα βοηθήσει τον ασθενή να ανακαλύψει λύσεις για τα προβλήματά του. Η θεραπεία οργανώνεται με βάση ένα προκαθορισμένο αριθμό συναντήσεων ο οποίος ποικίλει ανάλογα με τη φύση και τη σοβαρότητα των προβλημάτων του κάθε ασθενούς. Οι συναντήσεις είναι εβδομαδιαίες, διαρκούν 50' η κάθε μια και ο αριθμός τους κυμαίνεται από 10-15.

✓ **Ατομικές ψυχοθεραπείες:** είναι οι παρακάτω:

◆ **Ενισθητική ψυχοθεραπεία:** οι στόχοι της θεραπείας είναι η λύση των συγκρούσεων και ο περιορισμός των παθολογικών μηχανισμών άμυνας. Δίνεται έμφαση στη συζήτηση, αποφεύγεται η νεύρωση της μεταβίβασης και ενισχύεται η θεραπευτική συμμαχία. Η παλινδρόμηση γίνεται δεκτή μόνο αν επιτρέπει την ανάκληση υλικού από το ασυνείδητο. Είναι δυνατή η χρήση ψυχοφαρμάκων και ο χρόνος των συνεδρίων ποικίλλει από μία έως τρεις φορές την εβδομάδα για διάστημα που κυμαίνεται από ένα μήνα έως μερικά χρόνια. Τα κριτήρια επιλογής αυτού του είδους θεραπείας είναι η σχετική ώριμη προσωπικότητα, η ικανότητα για θεραπευτική συμμαχία, η ανοχή σε ματαιώσεις καθώς και ένα ισχυρό κίνητρο για θεραπεία. Πρακτικά αυτή η θεραπεία έχει σχεδόν υποκαταστήσει την ψυχανάλυση και οι ενδείξεις της είναι ελαστικότερες από αυτήν.

◆ **Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (θεραπεία εκλογής):** προσφέρει υποστήριξη στον ασθενή και έχει ως σκοπό την ανακούφιση από το άγχος και την αποκατάσταση ή ενίσχυση των αμυντικών μηχανισμών και των συνθετικών λειτουργιών του Εγώ που έχουν διαταραχθεί. Η θεραπεία αυτή περιλαμβάνει την αναγνώριση και το σχεδιασμό της παρέμβασης, τη σύναψη συμμαχίας μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου, τα τέσσερα επίπεδα της ψυχοθεραπείας (κάθαρση, χειρισμό σωματικών συμπτωμάτων, αποδοχή αρχών ψυχικής υγιεινής και ανάλυση προσωπικότητας) και τη θεραπευτική καθοδήγηση. Η ΥΨ δέχεται την προσφορά άλλων θεραπευτικών μεθόδων, όπως τα ψυχοφάρμακα, η εργοθεραπεία και η οικογενειακή συμβουλευτική, καθώς επίσης και την εξάρτηση του ασθενή από τον θεραπευτή για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο χρόνος που απαιτείται κυμαίνεται από μια συνεδρία τη βδομάδα, το δεκαπενθήμερο, ή το μήνα διάρκειας από λίγα λεπτά έως μία ώρα. Τα άτομα που θεωρούνται κατάλληλα εμφανίζουν μια ώριμη έως χαοτική δομή προσωπικότητας, συνήθως το μόνο που απαιτείται είναι η δυνατότητα σύναψης θεραπευτικής συμμαχίας

✓ **Οικογενειακή ψυχοθεραπεία:** είναι η νεότερη ψυχοθεραπευτική τεχνική που ασκείται στην κοινοτική ψυχική υγιεινή από ειδικά εκπαιδευόμενα μέλη της ομάδας ψυχικής υγιεινής. Βασική αρχή που όλοι πιστεύουν είναι ότι η οικογένεια ως σύνολο είναι ο «άρρωστος». Οι βασικές προσεγγίσεις έχουν ψυχοδυναμικό, συστημικό, δομικό ή αναπτυξιακό χαρακτήρα. Οι τεχνικές παρέμβασης ποικίλλουν, έχουν αναπτυχθεί τεχνικές όπου η συνεδρία σχεδιάζεται, άλλοτε αφήνεται ασχεδιάστη, άλλοτε περιλαμβάνει δύο ή τρεις οικογένειες μαζί και άλλοτε λαμβάνουν μέρος φίλοι, γείτονες ή οποιοδήποτε άτομο περιλαμβάνεται στο οικογενειακό σύστημα. Η κάθε συνεδρία ποικίλλει από 45' έως και περισσότερες ώρες, ενώ η συχνότητά τους είναι μια ή δύο φορές την εβδομάδα και μπορεί να φτάνει τον αριθμό των 20 ή και 50 συνεδρίων. Αυτές οι συνεδρίες βοηθούν στη μείωση του στρες μεταξύ των μελών της και συνεπάγονται έμμεσα τη μείωση των υποτροπών του ασθενή. Επίσης ο θεραπευτής μαθαίνει στα μέλη της οικογένειας τρόπους με τους οποίους μπορούν να βοηθήσουν το διπολικό μέλος τους. Οι τρόποι θα αναφερθούν παρακάτω στην ψυχοεκπαίδευση

3.2.1β. ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.

Ο ασθενής μαθαίνει να τα « βγάζει πέρα» με τη νόσο του, πράγμα που βοηθάει στην εφαρμογή της φαρμακοθεραπείας και στην αναγνώριση των πρώιμων συμπτωμάτων κάποιας υποτροπής. Η εκπαίδευση μπορεί να γίνει διαβάζοντας, παρακολουθώντας σεμινάρια και διαλέξεις, συζητώντας με το γιατρό και εκμεταλλεύοντας τις δυνατότητες του διαδικτύου. Επίσης κάποιος ασθενής μπορεί να μάθει να ελέγχει τις μικροαλλαγές της διάθεσης του με τους παρακάτω τρόπους

- ♦ Διατηρώντας ένα σταθερό πρόγραμμα ύπνου: πρέπει να μάθει να κοιμάται και να ξυπνάει συγκεκριμένη ώρα κάθε μέρα. Αλλαγές στο πρόγραμμα του ύπνου προκαλούν χημικές αλλαγές στο σώμα που μπορεί να πυροδοτήσουν νέα επεισόδια
- ♦ Διατηρώντας σταθερό πρόγραμμα δραστηριοτήτων: προσπαθώντας να μην πιέζει τον εαυτό του υπερβολικά και να αποφεύγει όσο μπορεί τις στρεσογόνες καταστάσεις οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν υποτροπές
- ♦ Αποφεύγοντας αλκοόλ και άλλες παράνομες ουσίες
- ♦ Ζητώντας βοήθεια από οικογένεια και φίλους: πολλές φορές δεν είναι εύκολη η συμβίωση με ένα άτομο που πάσχει από διπολική διαταραχή. Αν ενημερωθεί όλη η οικογένεια για τη νόσο τότε θα μειωθεί η πίεση που προκαλείται στην οικογένεια
- ♦ Μειώνοντας το στρες στη δουλειά: αν οι πιέσεις είναι αυξημένες και δημιουργούνται διαταραχές στη διάθεση του ασθενή υπάρχει η λύση της αναρρωτικής άδειας για την πρόληψη των διαταραχών
- ♦ Μαθαίνοντας να αναγνωρίζει τα πρώτα σημάδια ενός επεισοδίου: αυτά διαφέρουν από άτομο σε άτομο και είναι διαφορετικά για την μανία και την κατάθλιψη. Μικρές αλλαγές στη γενικότερη διάθεση μπορεί να αποτελούν πρώιμα σημεία ενός επεισοδίου. Οι αλλαγές θα πρέπει να σημειώνονται από τον ασθενή ή την οικογένεια του και να ενημερώνεται και ο γιατρός.

Κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου, οι περισσότεροι επισκέπτονται το γιατρό τους μια φορά την εβδομάδα. Η επικοινωνία μπορεί να γίνει και άμεσα στις παρακάτω περιπτώσεις όταν υπάρχουν:

- ♦ Ιδέες αυτοκτονίας ή βίαιη συμπεριφορά
- ♦ Αλλαγές στον ύπνο, τη διάθεση, την ενεργητικότητα
- ♦ Αλλαγές στις παρενέργειες των φαρμάκων
- ♦ Ανάγκες λήψης ενός άλλου φαρμάκου και
- ♦ Σε οποιοδήποτε ιατρικό επεισόδιο πρόβλημα

3.2.1γ. ΠΩΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΒΟΗΘΗΣΟΥΝ ΦΙΛΟΙ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Πρέπει να ενημερωθούν πλήρως για τη διπολική διαταραχή, να μιλάνε με το γιατρό του ασθενή, να μάθουν τα πρώτα σημάδια ενός επικείμενου επεισοδίου και να συνεννοηθούν μαζί με τον άρρωστο για το πώς θα αντιδράσουν αν εμφανιστεί κάποιο από αυτά τα σημάδια.

- ✓ Ενθαρρύνετε τον ασθενή να διατηρήσει τη θεραπεία του και να αποφεύγει παράνομες ουσίες και αλκοόλ. Ο ασθενής πρέπει να επιβεβαιώνεται διαρκώς ότι με το πέρασμα του χρόνου και την κατάλληλη θεραπεία θα νιώσει καλύτερα.
- ✓ Στηρίξτε τον συναισθηματικά και ψυχολογικά. Κάτι τέτοιο περιλαμβάνει την κατανόηση, την επιμονή, την υπομονή, τη στήριξη και τη συνεχή ενθάρρυνση. Για το λόγο αυτό μπορεί να

παρακινήσει το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη για βόλτες, εξόδους και άλλες δραστηριότητες και να επιμένει ευγενικά σε περίπτωση που η πρώτη του πρόσκληση απορριφθεί.

- ✓ Αν εμφανίσει κάποιο επεισόδιο και θεωρεί το ενδιαφέρον σας παρέμβαση στη ζωή του, σκεφτείτε ότι εκείνη τη στιγμή δε σας απορρίπτει αλλά αυτό είναι ένα από τα συμπτώματα του επεισοδίου
- ✓ Μάθετε να αναγνωρίζεται προειδοποιητικά σημεία και συμπτώματα για ενδεχόμενη αυτοκτονική συμπεριφορά. Πάντα να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη τις απειλές για αυτοκτονία. Καλέστε το 166 αν η κατάσταση δυσκολέψει επικίνδυνα και δε μπορείτε να την χειριστείτε.
- ✓ Σε περιόδους που ο ασθενής βρίσκεται σε επεισόδιο βοηθήστε τον να διευθετήσει τις σημαντικές του υποθέσεις.
- ✓ Όταν αναρρώνει, αφήστε τον να προσαρμοστεί με το δικό του ρυθμό. Μην επιδιώκετε υπερβολικά πολλά, αλλά ούτε και πολύ λίγα. Προσπαθήστε να κάνετε πράγματα μαζί με αυτόν αντί να κάνετε πράγματα γι' αυτόν. Εφόσον αναρρώσει φερθείτε του φυσιολογικά.
- ✓ Τόσο εσείς όσο και ο ασθενής πρέπει να μάθετε τη διαφορά ανάμεσα σε μια καλή μέρα και την υπομανία και ανάμεσα σε μια κακή μέρα και την κατάθλιψη.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από τη στιγμή της γέννησής της, κάθε γυναίκα, προετοιμάζεται βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά για να γίνει μητέρα. Σημαντική ώθηση δίνει το οικογενειακό της περιβάλλον που της εξασφαλίζει παιχνίδια που τη βοηθούν να εξοικειωθεί με το σπουδαίο ρόλο που θα ενσαρκώσει αργότερα, αυτόν της μητέρας. Από τις πρώτες βδομάδες της κύησης αλλάζουν τα επίπεδα των ορμονών στον οργανισμό της γυναίκας με αποτέλεσμα να αναστατώνεται τόσο οργανικά όσο και ψυχολογικά, αναστάτωση η οποία είναι εντονότερη και δυσβάσταχτη σε περίπτωση που η γυναίκα πάσχει από διπολική διαταραχή. Σε αυτή τη φάση εκτός από τη συνέχιση της φαρμακευτικής της αγωγής, σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες του γιατρού της, έχει ανάγκη από την υποστήριξη φίλων, συγγενών και του συντρόφου της για να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις γρήγορες εναλλαγές στην ψυχολογία της και να μπορέσει να έχει μια, όσο το δυνατόν, καλύτερη και ασφαλέστερη εγκυμοσύνη τόσο για την ίδια όσο και για το παιδί της.

4.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.

Εάν μια γυναίκα θέλει να μείνει έγκυος, θα πρέπει πρώτα να της δοθούν πληροφορίες για την αντισύλληψη καθώς και για τους κινδύνους που υπάρχουν τόσο για την ίδια όσο και για το παιδί αν τελικά μείνει έγκυος. Η λήψη φαρμάκων κατά την εγκυμοσύνη συνεπάγεται κινδύνους για το μωρό. Αν σταματήσει τη θεραπεία υπάρχει επίσης ο κίνδυνος να αρρωστήσει σοβαρά ξανά. Επομένως, η απόφαση για να πάρει κανείς φάρμακά είναι πολύ δύσκολη και εξαρτάται κατά ένα μέρος από τα φάρμακα που παίρνει και από το πόσο είναι πιθανό να αρρωστήσει ξανά αν τα σταματήσει. Συνήθως τα αντιψυχωτικά δεν διακόπτονται, ενώ το λίθιο μπορεί να διακοπεί βαθμιαία ή να αντικατασταθεί από ένα αντιψυχωτικό. Στην περίπτωση που η γυναίκα παίρνει λίθιο πρέπει να πίνει πολύ νερό και να ελέγχεται το ποσοστό του στο αίμα, κάθε 3 βδομάδες στην αρχή, κάθε βδομάδα στην 36^η βδομάδα κύησης και κάθε ώρα κατά τη διάρκεια της γέννας. Στις μέρες μας μελετούνται νέα, ασφαλέστερα φάρμακα που θα μπορούν να χορηγηθούν κατά την κύηση και τη γαλουχία. Μέχρι όμως να υπάρξουν αποδείξεις, τα παρακάτω φάρμακα θα πρέπει να αποφεύγονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης:

- **Βαλπροϊκό:** αυτό ευθύνεται για βλάβες στο νευρικό σωλήνα(3-5%), ανωμαλίες στα αυτιά, επίπεδη γέφυρα της μύτης και υποπλασία δακτύλων.
- **Καρβαμαζεπίνη:** μπορεί να προκαλέσει ανωμαλίες στο βρέφος. Επίσης ελαττώνει την αποτελεσματικότητα των αντισυλληπτικών.
- **Βενζοδιαζεπίνες,** ως μακροχρόνια θεραπεία: μελέτες σε πειραματόζωα δεν έχουν δείξει τερατογενετικές ή εμβρυοτοξικές επιδράσεις. Σε γενικές γραμμές όμως καλό θα ήταν να αποφεύγονται. Εάν για επιβεβλημένους ιατρικούς λόγους χορηγηθούν κατά τη διάρκεια της τελευταίας φάσης της εγκυμοσύνης ή σε υψηλές δόσεις κατά τον τοκετό, επιδράσεις στο έμβρυο

όπως: υποθερμία, υποτονία και μέτρια αναπνευστική καταστολή πρέπει να αναμένονται. Νεογνά που προέρχονται από μητέρες που λάμβαναν βενζοδιαζεπίνες χρονίως, κατά τη διάρκεια των τελευταίων σταδίων της εγκυμοσύνης μπορεί να αναπτύξουν σωματική εξάρτηση και διατρέχουν τον κίνδυνο να εκδηλώσουν συμπτώματα στέρησης αμέσως μετά τη γέννα.

→ **Λαμοτριγίνη:** σύμφωνα με πρόσφατη ανάλυση δεδομένων από το North American Antiepileptic Drug Registry στις ΗΠΑ και τον Καναδά, η χρήση αυτού του φαρμάκου κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης υποδηλώνει αυξημένο κίνδυνο για λαγόχειλο/ λυκόστομα. Σε δείγμα 564 γυναικών που έπαιρναν λαμοτριγίνη ως μονοθεραπεία κατά τη διάρκεια της κύησης 5 παιδιά γεννηθηκαν με λαγόχειλο/λυκόστομα, Σύμφωνα με το American Journal of Psychiatry, γυναίκες με διπολική διαταραχή που διακόπτουν τη θεραπεία τους με σταθεροποιητές της διάθεσης κατά τη διάρκεια της κύησης, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο υποτροπών.

Πρόσφατη έρευνα της Δρ. Αντέλ Βιγαρεάλ από την κλινική Κλίβελαντ του Οχάιο, σε δείγμα 89 γυναικών με διπολική διαταραχή ασυμπτωματική, έδειξε τα παρακάτω: 62 γυναίκες διέκοψαν τη θεραπεία μεταξύ 6 μηνών πριν και 12 εβδομάδων μετά τη σύλληψη. Καταγράφηκαν 89 υποτροπές μεταξύ 63 ασθενών, ενώ τουλάχιστον ένα επεισόδιο συνέβη στο 85% των γυναικών που διέκοψαν τη θεραπεία έναντι του 37% που συνέχισαν την αγωγή τους. Μεταξύ των γυναικών που διέκοψαν τη θεραπεία και αυτών που τη συνέχισαν ο κίνδυνος υποτροπής ήταν διπλάσιος, ο μέσος χρόνος για την πρώτη υποτροπή πάνω από 5 φορές συντομότερος και η αναλογία των εβδομάδων νόσησης κατά την κύηση 5 φορές μεγαλύτερη. Από την παραπάνω έρευνα μπορούμε να συμπεράνουμε τη σημαντικότητα της λήψης φαρμακευτικής αγωγής η οποία κατά την κύηση θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο «αθώα» για το έμβρυο.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ

ΗΛΙΚΙΑ.

5.1. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οι αναφορές σε παιδιά με μανία ανάγονται σε παλαιότερες εποχές. Ο Κρέπελιν (1921) υποστήριξε ότι η μανία παρατηρείται στα παιδιά και ότι η εκδήλωση του πρώτου επεισοδίου αυξάνει κατά την εφηβεία. Μελέτες ενηλίκων έδειξαν ότι στο 1/5 των περιπτώσεων, περίπου, η διαταραχή εκδηλώνεται κατά την εφηβεία (Carlson et al. 1978). Αυξανόμενες επιστημονικές μαρτυρίες, κατά τα τελευταία χρόνια, υποστηρίζουν ότι οι διπολικές διαταραχές είναι συχνές και από της πιο σοβαρές μορφές ψυχοπαθολογίας στα παιδιά και τους εφήβους. Η διάγνωση και η αντιμετώπιση παρουσιάζουν σημαντικές δυσκολίες και απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή, λόγω της ποικιλομορφίας των συμπτωμάτων και της υψηλής συνοσηρότητας με άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις. Ωστόσο η προσεχτική προσέγγιση μπορεί να διασφαλίσει τη σωστή διάγνωση και την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση (Findling et al. 2003).

Η διπολική διαταραχή είναι δυνατό να εκδηλωθεί τόσο στην παιδική όσο και στην εφηβική ηλικία. Το ποσοστό αυξάνει, σε περίπτωση που και οι δύο γονείς νοσούν από διπολική διαταραχή. Σε αντίθεση με τους ενήλικες που εκδηλώνουν σαφώς ξεκάθαρα επεισόδια μανίας και κατάθλιψης, τα παιδιά και οι νεαροί έφηβοι παρουσιάζουν συνήθως ταχείες εναλλαγές της διάθεσης, πολλές φορές τη μέρα. Τα παιδιά σε φάση μανίας εκδηλώνουν περισσότερο στοιχεία ευερεθιστότητας με αρκετά ξεσπάσματα, παρά ευφορική διάθεση. Η μεικτή συμπτωματολογία είναι, επίσης, κοινή μεταξύ των νέων, ενώ οι μεγαλύτερης ηλικίας έφηβοι εκδηλώνουν περισσότερο την τυπική μορφή της νόσου. Αυτό που είναι σημαντικό να κατανοήσουμε στα μανιακά επεισόδια είναι ο αληθινός χαρακτήρας της υπερβολικής ζωηράδας και ενεργητικότητας που κάποιοι γονείς οι συγγενείς μπορεί να θεωρήσουν φυσιολογική για την ηλικία του εφήβου ή ακόμα και να τη δικαιολογήσουν (ότι προκλήθηκε από κάποιο ευχάριστο γεγονός ή εξωτερικό παράγοντα) ή να την αποδώσουν σε λήψη ουσιών ή αλκοόλ. Ανάλογη κακή εκτίμηση της έντονα εξωστρεφούς και ευερέθιστης συμπεριφοράς ενός εφήβου μπορεί να γίνει και από εκπαιδευτικούς, οι οποίοι βλέπουν ένα μαθητή ή μια μαθήτρια, να μιλά ασταμάτητα, να γελά αναίτια, να κάνει επικίνδυνα παιχνίδια ή να προκαλεί τη σεξουαλική προσοχή των γύρω του.

Τα όρια ανάμεσα στο ξέσπασμα ενός φυσιολογικού εφηβικού θυμού ή τις φυσιολογικές εναλλαγές της διάθεσης και στις εκδηλώσεις μανίας ή υπομανίας δεν είναι ορατά από όλους. Το κλειδί της ερμηνείας τέτοιων συμπεριφορών ή συμπτωμάτων είναι η διάρκεια (περίπου μια βδομάδα διαρκούς υπερέντασης, υπερδραστηριότητας, υπερδιέγερσης, ευερεθιστότητας ή άγριας χαράς) και η αμέσως προηγούμενη, εντελώς αντίθετη, διάθεση: κατάθλιψη, μειωμένη ενεργητικότητα, ιδεασμοί θανάτου, κόπωση.

Στην περίπτωση των παιδιών και των εφήβων, η διάγνωση της διαταραχής αυτής συναντά πολλές δυσκολίες, καθώς άλλες διαταραχές που εκδηλώνονται στο ίδιο φάσμα ηλικιών, μπορεί να έχουν, ως κάποιο βαθμό, κοινή συμπτωματολογία. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα ευερεθιστότητας και επιθετικότητας μπορεί να συνιστούν ενδείξεις τόσο της διπολικής διαταραχής όσο και της ελαττωματικής προσοχής/υπερκινητικότητας, της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής ή άλλων ψυχικών διαταραχών, καθώς και της κατάχρησης ουσιών και αλκοόλ.

Σε πρόσφατη έρευνα φάνηκε ότι οι ενήλικες που εμφάνισαν στην παιδική ηλικία τα πρώτα συμπτώματα της νόσου, περίμεναν αρκετά χρόνια μέχρι να τεθεί η διάγνωση και περισσότερο καιρό σε σχέση με αυτούς που εμφάνισαν συμπτώματα σε μεγαλύτερη ηλικία. Επιπλέον, είχαν την τάση για « φτωχότερη» ψυχική υγεία ως ενήλικες, σύμφωνα με τους ερευνητές Gabriele Leverich και την ομάδα της,

στο Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ. Τα ευρήματα βασίστηκαν στην παρακολούθηση για διάστημα ενός χρόνου, 480 ενηλίκων στην Ευρώπη και την Αμερική, οι οποίοι ακολούθησαν αγωγή για διπολική διαταραχή. Αρχικά, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν σχετικά με το χρόνο έναρξης των συμπτωμάτων και στη συνέχεια παρακολούθηθηκαν ως προ τη βαρύτητα αυτών.

Οι μισοί απάντησαν ότι τα συμπτώματά τους εμφανίστηκαν για πρώτη φορά στην παιδική ή στην εφηβική ηλικία. Η κατηγορία αυτή άρχισε να αρχίζει θεραπευτική αγωγή. Όσοι εμφάνισαν συμπτώματα πριν την ηλικία των 12 ετών περίμεναν 17 χρόνια πριν αρχίσουν θεραπεία, ενώ 12 χρόνια όσοι εμφάνισαν συμπτώματα στην εφηβική ηλικία. Αντίθετα, άντρες και γυναίκες που εμφάνισαν συμπτώματα μετά την ηλικία των 18 ετών περίμεναν 2 έως 4 χρόνια μέχρι την έναρξη της θεραπείας τους. Επιπλέον, η καθυστέρηση στη διάγνωση φάνηκε να επιδρά στην πορεία της νόσου. Όσοι εμφάνισαν συμπτώματα πριν την ηλικία των 18 συχνά υπέφεραν από εντονότερα συμπτώματα μανίας και κατάθλιψης και δηλώσαν λιγότερες μέρες χωρίς συμπτώματα.

Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας υπογραμμίζουν τη σημασία της κατάλληλης διάγνωσης και της αναγνώρισης των συμπτωμάτων στην παιδική ηλικία. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι υπεύθυνοι για την προσεκτική εκτίμηση παιδιών και εφήβων με εκδήλη συμπτωματολογία στο επίπεδο του συναισθήματος και της συμπεριφοράς. Οποσδήποτε, στην περίπτωση που ένα παιδί ή έφηβος εκδηλώνει αυτοκτονικό ιδεασμό ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη και να ζητηθεί άμεσα η βοήθεια ενός ειδικού ψυχικής υγείας. Η συνεχής επαγρύπνηση ενδεχομένως θα συμβάλει στη μείωση του μεγάλου χρόνου αναμονής για την έναρξη της θεραπείας που σε ορισμένες περιπτώσεις φτάνει και τα 20 χρόνια.

5.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.

Σήμερα θεωρείται ότι η διπολική διαταραχή είναι συχνότερη κατά την παιδική ηλικία, από ότι θεωρήθηκε παλαιότερα και η συχνότητα αυξάνει κατά την εφηβεία. Σε ποσοστό 20% των ασθενών το πρώτο επεισόδιο εκδηλώνεται κατά την εφηβεία, κυρίως μεταξύ 15 και 19 ετών (McClellan et al. 1997). Τα τελευταία χρόνια τα ποσοστά διάγνωσης της διαταραχής σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας είναι υψηλότερο. Επίσης σε ποσοστό 1-3% περίπου των μεγαλύτερων εφήβων παρουσιάζει κάποια μορφή Δ.Δ. (Findling et al. 2003). Αν και δεν υπάρχουν ακριβή επιδημιολογικά δεδομένα, υποστηρίζεται ότι σημαντικό ποσοστό παιδιών, 1/3 περίπου, με διάγνωση ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητας, παρουσιάζει στην πραγματικότητα συμπτώματα διπολικής διαταραχής και ότι το 1/3 των παιδιών με κατάθλιψη εκδηλώνει αργότερα Δ.Δ (Papolos et al. 1999). Σχετικά με την εκδήλωση της διαταραχής σε παιδιά μικρότερα των 6 ετών, δεν υπάρχουν συγκεκριμένα ερευνητικά δεδομένα. Στο 90% των παιδιών με διπολική διαταραχή, το νοητικό επίπεδο είναι φυσιολογικό (Geller et al. 1994). Ενώ Δ.Δ με ταχεία εναλλαγή φάσεων έχει αναφερθεί σε άτομα με μέτρια προς σοβαρή νοητική υστέρηση, αυτισμό και τρισωμία 21 (Carlson 1990).

5.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ/ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.

Η γνώση σχετικά με την αιτιολογία της Δ.Δ στα παιδιά και τους εφήβους προέρχεται, κυρίως, από μελέτες ενηλίκων. Οι γενετικοί παράγοντες ευθύνονται για την ευαλωτότητα στο 50% των περιπτώσεων ενώ ο κίνδυνος αυξάνει, σημαντικά, στα παιδιά γονέων με διπολική διαταραχή. Μελέτες οικογενειών έδειξαν ότι ο κίνδυνος εκδήλωσης της διαταραχής στα παιδιά κυμαίνεται από 10 ως 20% , όταν υπάρχει ιστορικό σε συγγενείς πρώτου βαθμού, ενώ όταν υπάρχει ιστορικό και στις δύο οικογένειες προέλευσης ο κίνδυνος ανέρχεται σε 70% (Craddock et al. 1999). Ο Kraepelin (1921) υποστήριξε ότι πριν την εκδήλωση

του πρώτου επεισοδίου μανίας ή κατάθλιψης προηγούνται, συχνά, ψυχοπιεστικές καταστάσεις, αλλά σταδιακά, τα επεισόδια εκδηλώνονται αυτόματα. Νεότερα δεδομένα υποστηρίζουν την άποψη σχετικά με το ρόλο των πρώιμων ψυχοπιεστικών γεγονότων στην εκδήλωση της διαταραχής. Στρεσογόνοι παράγοντες νωρίς στη ζωή μπορεί να αυξήσουν την ευαισθησία σε επόμενες στρεσογόνες καταστάσεις. Οργανικοί παράγοντες, όπως λοιμώξεις και μεταβολικές διαταραχές, κυρίως εκείνες που επηρεάζουν τους νευροδιαβιβαστές των μονοαμίνων και το μεταβολισμό της κορτιζόλης, συμβάλουν στην εκδήλωση της διαταραχής (Leverich et al. 2001).

5.4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.

Οι γονείς, συνήθως, αναφέρουν τέσσερα κοινά χαρακτηριστικά: υπερδραστηριότητα, επιθετικότητα, ευερεθιστότητα και εναλλαγές της διάθεσης. Γενικά η παρουσία Δ.Δ είναι πιθανή όταν ένα παιδί παρουσιάζει τα ακόλουθα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά και συμπτώματα(Papoulos 1999):

- ⇒ Ξεσπάσματα νεύρων που διαρκούν επί ώρες, συναισθηματική αστάθεια, έντονη ευερεθιστότητα, έλλειψη αναστολών, μειωμένη ανοχή στις ματαιώσεις και εναντιωματική συμπεριφορά.
- ⇒ Σοβαρή ανησυχία, επιθετικότητα, κινητικότητα και προσαρμοστικότητα με διάσπαση προσοχής, γρήγορη ομιλία, ρισοκίνδυνη συμπεριφορά και ταχύτατες εναλλαγές της διάθεσης
- ⇒ Ιδέες μεγαλείου, καταθλιπτική διάθεση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, άγχος σε κοινωνικές καταστάσεις, διαταραχές ύπνου και υπερευαισθησία σε περιβαλλοντικές προκλήσεις.
- ⇒ Μπορεί να συνυπάρχουν, με μικρότερη συχνότητα, ενούρηση, ενύπνιος τρόμος, υπερβολική ονειροπόληση, ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά, κινητικά και φωνητικά τικ, μαθησιακές δυσκολίες, αδυναμία οργάνωσης, υπερσεξουαλικότητα, εριστική συμπεριφορά, ψέματα, εκφοβισμός των συνομηλίκων, αυτοκτονικός ιδεασμός, παρανοϊκές ιδέες, ψευδαισθήσεις και παραλήρημα.

5.5. ΤΥΠΟΙ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.

Σύμφωνα με τα ταξινομικά συστήματα DSM-IV (APA 1994b) και ICD-10 (WHO 1992), διακρίνονται τέσσερις τύποι διπολικής διαταραχής που διαφέρουν ως προς τη σοβαρότητα, τη διάρκεια συμπτωματολογίας και την πρόγνωση:

- ⇒ Η Δ.Δ I, κατά DSM-IV, χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα επεισόδια μανίας ή υπομανίας ή μεικτά επεισόδια που συνοδεύονται, συνήθως, από μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Στα παιδιά απαιτείται διάρκεια μιας εβδομάδας για το μανιακό επεισόδιο και 4 ημέρες για το υπομανιακό.
- ⇒ Η Δ.Δ II χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός, τουλάχιστον μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και ενός, τουλάχιστον, υπομανιακού, απουσία μανιακού ή μικτού επεισοδίου. Το καταθλιπτικό επεισόδιο διαρκεί δυο βδομάδες και το μικτό μία.
- ⇒ Η διπολική συναισθηματική διαταραχή κατά ICD-10 χαρακτηρίζεται από δύο τουλάχιστον επεισόδια υπομανίας ή μανίας, με σαφείς περιόδους καταθλιπτικής διάθεσης και δεν οφείλεται σε οργανική κατάσταση ή χρήση ουσιών.
- ⇒ Οι άλλες διπολικές διαταραχές κατά ICD - 10 εκτός από τα συμπτώματα της Δ.Δ II, περιλαμβάνουν και υποτροπιάζοντα μανιακά επεισόδια χωρίς κατάθλιψη
- ⇒ Η κυκλοθυμία χαρακτηρίζεται και στα δύο συστήματα από διαφορετικά, διακριτά επεισόδια με υπομανιακά και καταθλιπτικά συμπτώματα. Η απαιτούμενη διάρκεια των συμπτωμάτων είναι ένας χρόνος στα παιδιά και τους έφηβους.

⇒ Οι όροι απροσδιόριστη διπολική διαταραχή και διπολική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, χρησιμοποιούνται από την ICD-10 και το DSM-IV, αντίστοιχα, και αναφέρονται σε άτομα με σημαντικά, επαναλαμβανόμενα συμπτώματα μανίας, υπομανίας ή μικτών καταστάσεων, τα οποία δεν πληρούν τα κριτήρια για άλλη διπολική διαταραχή

5.6. ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ.

Σε σημαντικό ποσοστό των παιδιών με Δ.Δ συνυπάρχει διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας και/ ή διαταραχή διαγωγής (Carlson 1990, West et al. 1995). Επίσης αναφέρονται υψηλά ποσοστά κατάχρησης ουσιών (Carlson 1990, McClellan et al. 1993). Άλλες καταστάσεις που μπορεί να συνυπάρχουν είναι η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή και το σύνδρομο Tourette (Papoulos 1999). Η συνοσηρότητα επηρεάζει σοβαρά την πρόγνωση της διαταραχής και την ανταπόκριση στη θεραπεία.

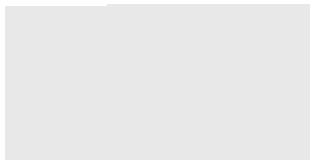
5.7. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.

Η υπερδραστηριότητα, η παρορμητικότητα, η ευερεθιστότητα και άλλα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, καθώς και οι προκλιτες και αντικοινωνικές συμπεριφορές της διαταραχής διαγωγής χαρακτηρίζουν και τη Δ.Δ (Beiderman 1998). Η διαγνωστική διαδικασία απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και στηρίζεται στο λεπτομερές ιστορικό και την αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης(Bowring et al. 1992). Η ΔΕΠ-Υ και η διαταραχή διαγωγής είναι χρόνιες καταστάσεις, με σταθερό πρότυπο λειτουργικότητας, η πρώτη εκδηλώνεται πριν το 7^ο έτος και μπορεί να εξελιχθεί σε διαταραχή διαγωγής, ενώ η Δ.Δ έχει επεισοδιακό χαρακτήρα και εκδηλώνεται, συνήθως, μετά το 12^ο έτος. Τα παιδιά με υπερκινητικότητα δεν παρουσιάζουν ψυχωτικά συμπτώματα ή απώλεια επαφής με την πραγματικότητα, ενώ στη Δ.Δ παρατηρούνται αντιληπτικές διαταραχές και παρερμηνεία των συναισθηματικών γεγονότων. Η Δ.Δ πρώιμης έναρξης, συγγέεται διαγνωστικά με την σχιζοφρένεια σε ποσοστό 50%, κυρίως στις περιπτώσεις με έναρξη κατά την εφηβεία, εξαιτίας των ιδιαιτεροτήτων της κλινικής εικόνας και η διάκριση τους είναι δύσκολη. (Carlson et al. 1994). Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή χαρακτηρίζεται από μια περίοδο σημαντικής συναισθηματικής διαταραχής με ψυχωτικά συμπτώματα τύπου σχιζοφρένειας. Για τη διάγνωση απαιτείται διάστημα 2 βδομάδων με ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες, χωρίς συναισθηματικά συμπτώματα (APA 1994b) . Η διαταραχή αυτή δεν έχει οριστεί με ακρίβεια στα παιδιά. Συμπτώματα μανίας μπορεί να παρατηρηθούν σε διάφορες νόσους όπως : νευρολογικές διαταραχές, όγκους και λοιμώξεις, πολλαπλή σκλήρυνση και κροταφική επιληψία, υπερθυρεοειδισμό και νόσο του Wilson , ορμονικές μεταβολικές και αιματολογικές διαταραχές(Cummings 1985). Φάρμακα όπως τα αντικαταθλιπτικά και τα διεγερτικά και ουσίες όπως οι αμφεταμίνες και η κοκαΐνη, μπορεί να προκαλέσουν παρόμοια συμπτώματα με αυτά της διπολικής διαταραχής.

5.8. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ.

Από τα περιορισμένα ερευνητικά δεδομένα φαίνεται ότι η Δ.Δ στους εφήβους χαρακτηρίζεται από πρόδρομη φάση διάρκειας και μειωμένη ανταπόκριση στη θεραπεία (Strober et al. 1995) . Η μακροχρόνια πρόγνωση της διαταραχής πρώιμης έναρξης είναι παρόμοια με εκείνη των ενηλίκων, με πολλαπλά επεισόδια, η συχνότητα των οποίων αυξάνει με την πάροδο του χρόνου και η διάρκεια σταθεροποιείται μετά το 4^ο ή 5^ο επεισόδιο (Carlson 1990). Ποσοστό περίπου 50% παρουσιάζει σημαντική έκπτωση

λειτουργικότητας σε σχέση με την προνοσηρή κατάσταση (Werry et al. 1992) , ενώ ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος, κυρίως στα αγόρια, κατά την καταθλιπτική φάση της διαταραχής (McClellan et al. 1997).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ Δ.Δ. ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

6.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της Δ.Δ απαιτεί πολύπλευρη προσέγγιση και συνδυασμό διαφορετικών παρεμβάσεων όπως: φαρμακοθεραπεία και ψυχολογικές θεραπείες, για τη βελτίωση των συμπτωμάτων, την πρόληψη της υποτροπής, τη μείωση των μακροχρόνιων επιπτώσεων και την προώθηση της ανάπτυξης. Η έγκαιρη διάγνωση και έναρξη της θεραπείας είναι καθοριστικής σημασίας. Σύμφωνα με τον Findling et al. (2003), όσο περισσότερο καθυστερεί η χορήγησή φαρμακευτικής αγωγής, τόσο οι πιθανότητες ανταπόκρισης μειώνονται. Η φαρμακευτική αγωγή στηρίζεται στη λεπτομερή ψυχιατρική εξέταση και στον καθορισμό των συμπτωμάτων. Επίσης λεπτομερής οργανικός έλεγχος είναι απαραίτητος για τη διερεύνηση πιθανών οργανικών καταστάσεων. Ο καθορισμός της φάσης της Δ.Δ είναι απαραίτητος για την αποτελεσματική αντιμετώπιση. Η διάρκεια χορήγησης ενός φαρμάκου ανέρχεται τουλάχιστον σε 4-6 εβδομάδες, ενώ οι αλλαγές φαρμάκων και δοσολογίας αποφεύγονται επειδή αλλοιώνουν την κλινική εικόνα και δεν βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα. Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης στην θεραπευτική αγωγή, το ποσοστό υποτροπών ανέρχεται σε 90% , ενώ σε αντίθετη περίπτωση είναι 37% (Strober et al. 1990). Κατά συνέπεια, η θεραπεία προφύλαξης επι 18 μήνες τουλάχιστον είναι απαραίτητη.

6.2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

Η επιλογή του φαρμάκου στηρίζεται στις ενδείξεις αποτελεσματικότητας, στη φάση της διαταραχής, στην παρουσία συμπτωμάτων, στις παρενέργειες, στο ιστορικό αντίδρασης του ατόμου στα φάρμακα και στην άποψη της οικογένειας. Αν και μερικά φάρμακα φαίνεται ότι είναι το ίδιο αποτελεσματικά και στα παιδιά, δεν υπάρχουν σήμερα ερευνητικά δεδομένα για αποτελεσματικές θεραπείες στην οξεία φάση, ούτε για θεραπείες συντήρησης. Μερικά σκευάσματα που αποδίδουν στους ενήλικες δεν έχουν τα ίδια αποτελέσματα στα παιδιά.

6.3. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Φάρμακο επιλογής για την αντιμετώπιση των οξέων μανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων, τόσο για τα παιδιά όσο και για τους ενήλικες είναι το λίθιο. Αν και τα αποτελέσματά του δεν είναι ιδιαίτερα θετικά στις περιπτώσεις με ταχεία εναλλαγή φάσεων, η αντίδραση των εφήβων και των παιδιών είναι θετική (Alessi et al. 1994, Strober et al. 1988). Απαιτείται σταθερός έλεγχος των επιπέδων λιθίου στο αίμα, αιματολογικός έλεγχος, έλεγχος των ούρων, της νεφρικής λειτουργίας και του θυρεοειδούς, ανα εξάμηνο. Υψηλά επίπεδα λιθίου μπορεί να έχουν τοξικά αποτελέσματα, που εκδηλώνονται με κόπωση, υπνηλία, σύγχυση και τρόμο των χεριών. Τα μικρότερα παιδιά μπορεί να είναι πιο ευαίσθητα στην εκδήλωση παρενεργειών όπως : ναυτία, εμετοί, διάρροια, πολυφαγία, υπερβολική δίψα, αύξηση βάρους, κεφαλαλγία, κόπωση και αταξία. Οι παρενέργειες ελέγχονται με προσαρμογή της δοσολογίας και της χορήγησης (Alessi et al. 1994). Διαφορετικές μελέτες υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα των αντιεπιληπτικών Tegretol and Depakine στην οξεία φάση ως σταθεροποιητών της διάθεσης. Αυτά χρησιμοποιούνται και στη φάση

προφύλαξης, μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με λίθιο, ενώ είναι λιγότερο αποτελεσματικά από αυτό στην οξεία καταθλιπτική φάση της νόσου (McElroy et al. 1997). Οι βενζοδιαζεπίνες μπορεί να είναι χρήσιμες στην αντιμετώπιση των διεγερτικών μανιακών καταστάσεων. Σε συνδυασμό με λίθιο ή αντιεπιληπτικά, είναι χρήσιμες στην αντιμετώπιση της ψυχοκινητικής διέγερσης, της ευερεθιστότητας και της αϋπνίας κατά την οξεία φάση(Kusumakar et al. 1997b) . Τα νευροληπτικά μπορεί να είναι χρήσιμα στην οξεία μανιακή φάση κυρίως για τον έλεγχο των παραληρητικών ιδεών και των ψευδαισθήσεων ενώ ή μακροχρόνια χρήση τους πρέπει να αποφεύγεται (Werry et al. 1999). Η αποτελεσματικότητα των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών στην θεραπεία της Δ.Δ δεν έχει μελετηθεί. Σημαντικός κίνδυνος από τη χρήση αντικαταθλιπτικών είναι ότι μπορεί να προκαλέσουν την εκδήλωση μανίας με ταχεία εναλλαγή επεισοδίων , ενώ μεγάλη προσοχή απαιτείται στη χρήση αντικαταθλιπτικών που δεν έχουν σταθεροποιητική δράση στη συναισθηματική διάθεση (APA 1994a).

6.4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η ατομική ψυχοθεραπεία, η υποστήριξη και η εκπαίδευση των γονέων, η οικογενειακή και η ομαδική ψυχοθεραπεία στη φάση σταθεροποίησης της διαταραχής έχουν θετικά αποτελέσματα. Από τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των θεραπειών στους ενήλικες φαίνεται ότι η ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση είναι απαραίτητα για την ενημέρωση της οικογένειας σχετικά με τη φύση και την πορεία της διαταραχής, τις θεραπευτικές προσεγγίσεις και τις πιθανές επιδράσεις στη λειτουργικότητα των μελών(Kahn 1990). Επίσης, ενημέρωση προς το παιδί και την οικογένεια είναι απαραίτητη σχετικά με τον υποτροπιάζοντα χαρακτήρα της διαταραχής και τις επιπτώσεις της μη συμμόρφωσης στη θεραπεία. Προγράμματα θεραπευτικής παρέμβασης στο σπίτι, είναι ιδιαίτερα βοηθητικά, ενώ οι ατομικές και οικογενειακές θεραπείες μπορεί να είναι βοηθητικές στο χειρισμό των διαπροσωπικών και κοινωνικών δυσκολιών που προκύπτουν. Πιο εντατικές ψυχοθεραπείες μπορεί να αντενδείκνυνται σε κάποιους ασθενείς. Οι εκπαιδευτικές ανάγκες του παιδιού απαιτούν προσοχή. Η συνεργασία και η συμβουλευτική προς το σχολείο εστιάζεται στη δημιουργία κατάλληλου εκπαιδευτικού περιβάλλοντος. Η συμβουλευτική παρέμβαση μπορεί να είναι χρήσιμη και προς άλλους φορείς που εμπλέκονται με το παιδί και την οικογένεια. (APA 1994a).

➤ **Ατομική ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία:** εστιάζεται στις ασυνείδητες διεργασίες της σκέψης και την επίδραση του παρελθόντος στο παρόν και αξιοποιεί την κατανόηση του εσωτερικού κόσμου του παιδιού ή του εφήβου, προκειμένου να επιτύχει την επίλυση των εσωτερικών συγκρούσεων, την αλλαγή της συμπεριφοράς και την προώθηση της ανάπτυξης. Οι βασικές αρχές της θεραπείας είναι:

- Ο χρόνος για να μπορέσει το παιδί να εκφράσει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του.
- Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί τους ασυνείδητους αμυντικούς μηχανισμούς με τους οποίους το παιδί προστατεύει τον εαυτό του.
- Κάνει συσχετίσεις για να το βοηθήσει να κατανοήσει την συμπεριφορά του.
- Κάνει διευκρινιστικές υποδείξεις για να το βοηθήσει να κατανοήσει τον εαυτό του.

➤ **Ομαδική ψυχοθεραπεία:** δεν αποτελεί θεραπεία εκλογής στην παιδοψυχιατρική και η εφαρμογή της είναι περιορισμένη. Βασική αρχή της είναι η προσαρμογή του περιεχομένου και της διαδικασίας στο αναπτυξιακό επίπεδο των παιδιών και των εφήβων. Τα χαρακτηριστικά αυτής της θεραπείας είναι

- Αποδοχή από το θεραπευτή και τους συνομήλικους
- Ασφάλεια των ορίων της ομάδας
- Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης
- Αξιολόγηση των δυνατοτήτων και των δυσκολιών του κάθε παιδιού

- Ευκαιρία δημιουργίας σχέσεων σε προστατευμένο πλαίσιο
- Θεραπεία παιδιών τα οποία δεν θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με άλλες μεθόδους και τέλος, αντιμετώπιση πολλών παιδιών ταυτόχρονα.

➤ **Οικογενειακή ψυχοθεραπεία:** εφαρμόζεται από ειδικά εκπαιδευμένους θεραπευτές, μπορεί να έχει διαφορετική μορφή, ανάλογα με τη θεωρητική προσέγγιση και απευθύνεται συνήθως σε όλη την οικογένεια, με συγκεκριμένο αριθμό συναντήσεων, για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Εστιάζεται στο παρόν πρόβλημά, ως αποτέλεσμα της ποιότητας των οικογενειακών σχέσεων, στο οικογενειακό πλαίσιο και στη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο οι σχέσεις μεταξύ των μελών επηρέαζαν, επηρεάζουν και διαμορφώνουν τις πεποιθήσεις, τη συμπεριφορά και τη λειτουργικότητα στην καθημερινή ζωή.

➤ **Προγράμματα εκπαίδευσης γονέων:** είναι δομημένες τεχνικές παρέμβασης εκπαιδευτικού χαρακτήρα προς τους γονείς, για την πρόληψη και την αποτελεσματική αντιμετώπιση σοβαρών συμπεριφορικών, συναισθηματικών, αναπτυξιακών και νοητικών αποκλίσεων των παιδιών τους. Τα προγράμματα αυτά στηρίζονται στην αλλαγή των μεθόδων χειρισμού και της φύσης της αλληλεπίδρασης με το παιδί. Αποτελούν την πιο μελετημένη ψυχολογική θεραπευτική προσέγγιση στην ψυχιατρική των παιδιών και των εφήβων και έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των διαταραχών διαγωγής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΣΤΗ Δ.Δ

7.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΜΑΝΙΑ.

- ✓ Προστασία της ψυχικής και σωματικής ακεραιότητας του αρρώστου και των γύρω του από τις συνέπειες της υπερκινητικής συμπεριφοράς του.
- ✓ Εκπλήρωση των βασικών αναγκών του(διατροφή, ανάπαυση, υγιεινή
- ✓ Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα, λύση των προβλημάτων του και ενίσχυση της αυτονομίας και υπευθυνότητας
- ✓ Υποστήριξη της συμμετοχής του αρρώστου και της οικογένειας του στη μετανοδοκομειακή παρακολούθηση και φροντίδα στην κοινότητα.

7.2. ΑΡΧΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΜΑΝΙΑΚΟ ΑΡΡΩΣΤΟ.

- Η χρησιμοποίηση σταθερής και ήρεμης προσέγγισης παρέχει οργάνωση και έλεγχο για τον άρρωστο που είναι εκτός ελέγχου.
- Χρήση σύντομων και συγκεκριμένων εξηγήσεων ή φράσεων
- Διατήρηση ουδετερότητας και αποφυγή αντιπαράθεσης με επίδειξη δύναμης και κριτικής από μέρους του νοσηλευτή.
- Σταθερότητα στην προσέγγιση και τις προσδοκίες ελαχιστοποιούν τη δυνατότητα χειρισμού του προσωπικού από τον άρρωστο.
- Αποφυγή εμπλοκής σε αστεϊσμούς και ετοιμολογίες ελαχιστοποιούν την μανιακή ένταση του αρρώστου.
- Συχνές συναντήσεις του προσωπικού για προγραμματισμό κοινής σταθερής γραμμής και συμφωνία στην τοποθέτηση ορίων.
- Όταν αποφασιστούν ορισμένα όρια από το προσωπικό, πρέπει να λεχθούν στον άρρωστο με απλές συγκεκριμένες εκφράσεις, μαζί με τις συνέπειες αν δεν τηρηθούν.
- Νόμιμα παράπονα πρέπει να εισακούονται και να γίνονται οι κατάλληλες διορθωτικές ενέργειες.
- Αποδοχή με ηρεμία της ανεύθυνης συμπεριφοράς

→ Σταθερή ανακατεύθυνση της ενεργητικότητας του αρρώστου σε πιο κατάλληλα και οικοδομητικά κανάλια.

7.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ.

7.3.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

- ✓ Καθορισμός ρεαλιστικών στόχων
- ✓ Διατύπωση κριτηρίων ώστε ο ασθενής να εμφανίζει αυξημένη κοινωνική λειτουργικότητα και μείωση της εκδήλωσης των συμπτωμάτων
- ✓ Συνεργασία με την οικογένεια του αρρώστου για να μπορέσουν να συμβάλλουν και αυτοί στην θεραπεία του
- ✓ Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός και πρέπει να αντιμετωπίζεται με ξεχωριστό τρόπο

➤ **Μεγάλος κίνδυνος επιθετικότητας εναντίον εαυτού ή άλλων λόγω διέγερσης**

Αποδεικτικά στοιχεία

- Δυσκολία υπολογισμού των συνεπειών των πράξεών του
- Επιθετικές πράξεις
- Εχθρικές , απειλητικές εκφράσεις
- Ιστορικό επιθετικής συμπεριφοράς

Νοσηλευτικοί σκοποί.

Ο άρρωστος πρέπει να φτάσει στο σημείο ώστε να μπορεί να:

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

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

- ✓ Ελάττωση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, αποφυγή έκθεσης σε περιστάσεις έντονων ερεθισμάτων και απομάκρυνση των ερεθισμάτων από το χώρο όταν ο άρρωστος γίνεται διεγερτικός
- ✓ Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος με απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης στον ίδιο ή σε άλλους.
- ✓ Παρέμβαση όταν η διέγερση αρχίζει να αναπτύσσεται. Λεκτική καθοδήγηση, απομάκρυνση του αρρώστου από την προκλητική κατάσταση, τοποθέτηση σε ήσυχο δωμάτιο και εφαρμογή περιοριστικών μέτρων, πάντοτε με σχετικές εξηγήσεις στον άρρωστο. Η παρέμβαση στα αρχικά στάδια της διέγερσης βοηθά τον άρρωστο να επανακτήσει τον αυτοέλεγχο, προλαμβάνει την κλιμάκωση μέχρι τη βίαιη συμπεριφορά και εφαρμόζει θεραπεία με λιγότερο περιοριστικό τρόπο.
- ✓ Αποφυγή λογομαχίας όταν ο άρρωστος εκφράζει εξωπραγματικές ιδέες. Αποφεύγεται έτσι η διέγερσή
- ✓ Αποφυγή της καθυστέρησης στην εκπλήρωση των αιτημάτων του. Πιθανή σύσταση εναλλακτικής λύσης. Ο υπερκινητικός δεν μπορεί να περιμένει και οι αδικαιολόγητες καθυστερήσεις προκαλούν επιθετική συμπεριφορά. Η απόσπαση της προσοχής του σε κάτι άλλο ελαττώνει το στρες που του δημιουργεί η άρνηση εκπλήρωσης της επιθυμίας του.
- ✓ Συζήτηση εναλλακτικών στρατηγικών λύσης προβλημάτων όταν ο άρρωστος δεν είναι εκνευρισμένος, έτσι τα συγκρατεί καλύτερα καθώς ότι ακούει σε κατάσταση διέγερσης δεν τα θυμάται αργότερα.
- ✓ Ενθάρρυνση του αρρώστου, σε ήσυχες ώρες, να επισημαίνει τι είναι αυτό που τον προκαλεί σε διέγερση. Η έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος τον βοηθάει να προλάβει μια βίαιη συμπεριφορά χρησιμοποιώντας εναλλακτικές αντιδράσεις.
- ✓ Επιδοκιμασία του αρρώστου όταν προσπαθεί να χειρισθεί στρεσογόνα περιστατικά χωρίς επιθετικότητα και άσκηση βίας. Ο έπαινος αυξάνει το αίσθημα της επιτυχίας και την πιθανότητα επανάληψης της σχετικής συμπεριφοράς.
- ✓ Ομαδική συζήτηση με το προσωπικό του τμήματος για την επιθετική συμπεριφορά, τη διαπίστωση των ερεθισμάτων που προηγήθηκαν, των παραγόντων που την προκάλεσαν και των ενδεικτικών σημείων της αρχόμενης διέγερσης. Αυτή η ενημέρωση βοηθάει κάθε μέλος του προσωπικού να παρεμβαίνει εξατομικευμένα και έγκαιρα ώστε να προλαμβάνεται η έκρηξη της επιθετικότητας του αρρώστου.
- ✓ Συστηματική χορήγηση και υπεύθυνη παρακολούθηση των επιθυμητών ενεργειών και των παρενεργειών των χορηγούμενων φαρμάκων
- ✓ Σε οποιοδήποτε νοσηλευτικές παρεμβάσεις να μη διαφεύγει από το νου ο πάσχων ψυχικά άρρωστος στην ιδιαίτερη μοναδικότητα και ολότητά του.

➤ Αλόγιστη δαπάνη χρημάτων λόγω χαμηλής κριτικής ικανότητας

Αποδεικτικά στοιχεία

- Δυσκολία του υπολογισμού των συνεπειών των πράξεών του
- Ύπαρξη πολλών μη χρήσιμων αντικειμένων στην κατοχή του αρρώστου
- Σημαντικότερη μείωση των εισοδημάτων του αρρώστου
- Ύπαρξη πολλών πιστωτικών καρτών και δανείων.

Νοσηλευτικοί σκοποί

- Να ελαττωθούν οι πιστώσεις και τα δάνεια
- Να μην υπάρχουν άχρηστα αντικείμενα στην κατοχή του αρρώστου
- Να βελτιωθούν τα οικονομικά του.
- Να αυξηθεί η κριτική του ικανότητα

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμβουλεύουν τους αρρώστους τα παρακάτω:

- ✓ Να μην χρησιμοποιούν πιστωτικές κάρτες. Αν πρέπει, να έχουν μόνο μια σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.
- ✓ Να πληρώνουν της μετρητής και να αποφεύγουν επισκέψεις σε καταστήματα με εκπτώσεις. Αν το κάνουν να έχουν μόνο λίγα χρήματα μαζί τους
- ✓ Να κάνουν μια λίστα από τα πράγματα που θέλουν και είναι απαραίτητα να αγοράσουν. Έτσι βελτιώνεται σταδιακά και η κριτική τους ικανότητα.
- ✓ Να αποφεύγουν τους περιπάτους σε εμπορικούς δρόμους με πολλά μαγαζιά καθώς επίσης και τις διαφημίσεις προϊόντων στην τηλεόραση για αποφυγή της «ανάγκης» τους για αγορές
- ✓ Όταν νιώθουν την ακατάσχετη επιθυμία για αγορές είναι προτιμότερο να ασχολούνται με κάτι άλλο
- ✓ Θα πρέπει να ενημερωθούν σχετικά και οι άνθρωποι του οικείου περιβάλλοντος του αρρώστου για να μπορέσουν να τον βοηθήσουν

➤ Διαταραχή διεργασιών της σκέψης λόγω διογκωμένης αυτοεκτίμησης.

Αποδεικτικά στοιχεία.

- Παραληρητικές ιδέες : μεγαλείου, δίωξης ελέγχου κ.α
- Ανικανότητα συγκέντρωσης και εύκολη διάσπαση της προσοχής
- Φυγή ιδεών και πίεση λόγου
- Ανικανότητα λήψης αποφάσεων και λύσης προβλημάτων
- Αυξημένη κινητική δραστηριότητα
- Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο
- Ακατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά.

Νοσηλευτικοί σκοποί.

- Ο άρρωστος πρέπει να αναγνωρίζει αλλαγές στη σκέψη και τη συμπεριφορά του
- Πρέπει να διακρίνει τις παραληρητικές ιδέες από την πραγματικότητα και να αυξήσει την ικανότητά του να τις χειρίζεται αποτελεσματικά.
- Πρέπει να μάθει να δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

- ✓ Συνεχής εκτίμηση της παρουσίας και έντασης των διαταραχών της σκέψης, επισημαίνοντας τη μορφή, το περιεχόμενο (παραληρητικές ιδέες) και τη ροή τους (φυγή ιδεών) για τον προγραμματισμό κατάλληλων παρεμβάσεων.
- ✓ Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή- αρρώστου για τη διατήρηση ενός ψυχικά ασφαλούς περιβάλλοντος που διευκολύνει τη διαπροσωπική επικοινωνία.
- ✓ Χρήση τεχνικών θεραπευτικής επικοινωνίας για αποτελεσματική παρέμβαση. Η επικοινωνία πρέπει να είναι σαφής, συγκεκριμένη, ανοικτή και συνεπής.
- ✓ Οργάνωση της επικοινωνίας έτσι ώστε να δείχνει σεβασμό των κοινωνικό- οικονομικών, μορφωτικών και πολιτιστικών αξιών του αρρώστου. Μη υπολογισμός των παραγόντων αυτών μπορεί να προκαλέσει λανθασμένες διαγνώσεις και μια φυσιολογική σκέψη να ερμηνευτεί ως παθολογική.
- ✓ Έκφραση ενδιαφέροντος για κατανόηση της σκέψης του αρρώστου με την διευκρίνιση ασαφών εκφράσεων. Το ενδιαφέρον του νοσηλευτή για τον άρρωστο μεταβιβάζει ενδιαφέρον, αυξάνει το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και τον παροτρύνει να συγκεντρωθεί και να επικοινωνήσει πιο καθαρά (τον άρρωστο)
- ✓ Θετική ενίσχυση της συγκροτημένης σκέψης. Αποφυγή έντονης αμφισβήτησης ή συμφωνίας με τις αποδιοργανωμένες σκέψεις του αρρώστου. Συμμετοχή στη συζήτηση όταν εκφράζει σκέψεις σύμφωνες με την πραγματικότητα και τοποθέτηση ορίων όταν προσπαθεί να αντιδράσει παρορμητικά.
- ✓ Φροντίδα και παρακολούθηση εφαρμογής της φαρμακευτικής αγωγής, παρατήρηση της θεραπευτικής δράσης και των τυχόν παρενεργειών έτσι ώστε να εξακριβωθεί η ελάχιστη αποτελεσματική δοσολογία για την ελάττωση των συμπτωμάτων με τις λιγότερες παρενέργειες.

➤ Διαταραχή συμπεριφοράς που έχει σχέση με την αμυντική και εχθρική συμπεριφορά του αρρώστου στην προσπάθεια προστασίας της αυτοεκτίμησής του.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Προβολή κατηγοριών, εχθρότητας και ατομικής ευθύνης στους άλλους
- Ιδέες μεγαλείου και παραλήρημα δίωξης
- Παρεμπόδιση της εφαρμογής της θεραπείας με εχθρική ή αμυντική συμπεριφορά
- Κατάχρηση οινοπνεύματος ή ναρκωτικών
- Δυσκολία σύναψης σχέσης με άλλους

Νοσηλευτικοί σκοποί

- Ο άρρωστος θα πρέπει να μάθει να χρησιμοποιεί στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων με λειτουργικό, προσαρμοστικό τρόπο ανάλογα την κατάσταση.
- Πρέπει να δείχνει εμπιστοσύνη στο προσωπικό και τους άλλους αρρώστους
- Πρέπει να δείχνει περιορισμό της υπερευαισθησίας, καχυποψίας ή παράνοιας κατά τις επαφές του
- Πρέπει να μάθει να επικοινωνεί χωρίς υβριστικές εκφράσεις, απειλές ή επιθετική συμπεριφορά εναντίον των άλλων.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- ✓ Συνεχιζόμενη εκτίμηση των παραμέτρων που αναφέρθηκαν στα αποδεικτικά στοιχεία
- ✓ Διατήρηση ήρεμης συμπεριφοράς, χωρίς κριτική και απειλές, με σκοπό την ελάττωση των αντιλαμβανόμενων απειλών εκ μέρους του αρρώστου και την ενθάρρυνση προσαρμοστικής προσπάθειας
- ✓ Επιβεβαίωση του αρρώστου ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές και ακίνδυνο. Αυτό ελαττώνει το άγχος, αυξάνει την εμπιστοσύνη του και παρουσιάζει την πραγματικότητα.
- ✓ Απασχόληση του αρρώστου με συχνές και σύντομες επικοινωνίες, αποφυγή ψιθυρισμάτων ή γέλιου και λογομαχίας και πληροφόρησή του για τυχόν αλλαγές στο ημερήσιο του πρόγραμμα. Η τακτική αυτή συντελεί στη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης μεταξύ αρρώστου- νοσηλευτή και ελαττώνει τις αμυντικές συμπεριφορές.
- ✓ Πληροφόρηση του αρρώστου με ευγενικό και σταθερό τρόπο, ότι ο νοσηλευτής δεν συμερίζεται τις ερμηνείες που δίνει εκείνος σε ένα γεγονός. Έτσι βοηθιέται να επικεντρώνεται σε πραγματικές και όχι φανταστικές καταστάσεις.
- ✓ Ανατροφοδότηση του αρρώστου με την περιγραφή των εντυπώσεων που δημιουργεί σχετικά με τα εκφραζόμενα συναισθήματά του, όταν καταφεύγει σε αμυντική συμπεριφορά. Αυτό βοηθά τον άρρωστο να διακρίνει την δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά του και τα αποτελέσματά της στους άλλους.
- ✓ Ενθάρρυνση του αρρώστου να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες με σκοπό την εκτόνωση του άγχους, την κατανόηση της αμυντικής συμπεριφοράς και τη δοκιμασία προσαρμοστικών δεξιοτήτων.
- ✓ Αποφυγή αγγίγματος με τα χέρια σε περιπτώσεις άγχους, παράνοιας και διαταραχής της επαφής με την πραγματικότητα. Η χειρονομία μπορεί να παρερμηνευθεί και να προκαλέσει αρνητικές αντιδράσεις μέχρι και επιθετικότητα
- ✓ Τοποθέτηση ορίων με ήρεμο, ευθύ, απλό και σταθερό τρόπο όταν ο άρρωστος αρχίζει να εκδηλώνει ανεξέλεγκτες συμπεριφορές. Σκοπός είναι η πρόληψη βλάβης στον ίδιο και στους άλλους και η παροχή ευκαιρίας να επιλέξει πιο κατάλληλες μεθόδους εκπλήρωσης των αναγκών του.
- ✓ Υποστήριξη της ιατρικής και νοσηλευτικής αγωγής.

➤ Αναποτελεσματική οικογενειακή αντιμετώπιση λόγω δυσλειτουργίας στο χειρισμό του αρρώστου.

Αποδεικτικά στοιχεία.

- Έλλειψη γνώσεων στην οικογένεια για την αντιμετώπιση των αναγκών του αρρώστου(διατροφή, υγιεινή, ενδυμασία).
- Αποτυχία της οικογένειας να ανταποκριθεί στις ανάγκες του αρρώστου για αγάπη, συντροφιά και αντιμετώπιση της αρρώστιας του.
- Ακατάλληλες αντιδράσεις της οικογένειας προς τον άρρωστο(αδιαφορία, απόρριψη, υπερπροστασία, θυμός, ενοχές και εγκατάλειψη).
- Άρνηση της βαρύτητας της διαταραχής του μέλους της
- Σημεία ψυχικής διαταραχής στην οικογένεια
- Αποδιοργανωμένες οικογενειακές σχέσεις
- Ανάπτυξη εκ μέρους του αρρώστου αδυναμίας, αδράνειας και εξάρτησης από την οικογένεια και την κοινότητα.

Νοσηλευτικοί σκοποί

Τα σημαντικά για τον άρρωστο οικογενειακά ή συγγενικά πρόσωπα θα φτάσουν στο σημείο να εκδηλώνονται με τον παρακάτω τρόπο:

- Εκφράζουν ρεαλιστική αντίληψη των ευθυνών τους απέναντι στον άρρωστο, την αρρώστια, τη φροντίδα και τη θεραπεία του
- Περιγράφουν ανοιχτά και συχνά τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους, σχετικά με την ευθύνη τους για τον άρρωστο σε θεραπευτικό περιβάλλον
- Εκδηλώνουν βελτιωμένες δεξιότητες επικοινωνίας, λύσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων στις σχέσεις μεταξύ τους και με το προσωπικό φροντίδας του.
- Χρησιμοποιούν αποτελεσματικές στρατηγικές χειρισμού της φροντίδας του αρρώστου και της αρρώστιας του.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- ✓ Εκτίμηση του επιπέδου λειτουργίας της οικογένειας πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου σε ένα μέλος της
- ✓ Εκτίμηση και καλλιέργεια της ετοιμότητας και θέλησης της οικογένειας να συμμετάσχει στη φροντίδα του αρρώστου
- ✓ Εξακρίβωση κατά πόσο η οικογένεια εκφράζει έντονα και υπερβολικά συναισθήματα. Το συναισθηματικό κλίμα που επικρατεί επιδρά αποφασιστικά στην ανάρρωση του αρρώστου. Υπότροπές συμβαίνουν με μεγαλύτερη συχνότητα στις οικογένειες που εξωτερικεύουν με οξύτητα τα αρνητικά τους συναισθήματα
- ✓ Πληροφόρηση της οικογένειας με ειλικρίνεια για τη φύση και τη βαρύτητα της αρρώστιας και επιστράτευση της συνεργασίας της για τη βοήθεια του αρρώστου να παραμείνει στην κοινότητα. Η οικογένεια που έχει δυσπροσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης προβλημάτων δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει τη διάγνωση και τις επιπτώσεις μιας χρόνιας αρρώστιας
- ✓ Προώθηση της συμμετοχής της οικογένειας στον προγραμματισμό της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, στις συναντήσεις οικογενειακής ψυχοθεραπείας και ψυχοεκπαίδευσης, σε ερευνητικές ανακοινώσεις και σε θεραπευτικές επικοινωνίες με τον άρρωστο. Έτσι η οικογένεια βοηθιέται να παρακολουθήσει υποδείγματα σωστής συμπεριφοράς και να μάθει νέους τρόπους χειρισμού του δικού της στρες και του άρρωστου μέλους της, καθώς και να αλλάξει την συμπεριφορά της όπου κρίνεται αναγκαίο.
- ✓ Πληροφόρηση για τις διάφορες δομές υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα, καθώς και για το ειδικό προσωπικό που διαθέτουν για να τους βοηθά όταν τα συμπτώματα του αρρώστου οξύνονται και είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν

7.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΝΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
Κίνδυνος επιθετικότητας εναντίων εαυτού ή άλλων λόγω διέγερσης	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση διέγερσης • Εξωτερίκευση θυμού • Σωστές τεχνικές λύσης προβλημάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση εξωτερικών ερεθισμάτων & αποφυγή λογομαχιών. • Ασφαλές περιβάλλον • Επιδοκιμασία όταν δεν χρησιμοποιεί βία • Σωστή χορήγηση θ.α. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αποφυγή διέγερσης • Αποφυγή βλάβης πιθανότητα επανάληψης σωστής συμπεριφοράς • Πρόληψη παρενεργειών
Αλόγιστη δαπάνη χρημάτων λόγω χαμηλής κριτικής ικανότητας	<ul style="list-style-type: none"> • Βελτίωση οικονομικών • Αύξηση κριτικής ικανότητας 	<ul style="list-style-type: none"> • Λίστα απαραίτητων • Όχι περίπατοι σε εμπορικούς δρόμους • Όχι πιστωτικές 	<ul style="list-style-type: none"> • Αύξηση κριτικής ικανότητας • Αποφυγή άσχετων αγορών • Βελτίωση οικονομ.
Διαταραχή διεργασιών σκέψης λόγω διογκωμένης αυτοεκτίμησης	<ul style="list-style-type: none"> • Αναγνώριση αλλαγών σκέψης • Δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων 	<ul style="list-style-type: none"> • Θετική ενίσχυση συγκροτημένης σκέψης • Θεραπευτική σχέση νοσηλεύτη-αρρώστου • Έκφραση ενδιαφερον. 	<ul style="list-style-type: none"> • Πιθανότητα επανάλ. • Διευκόλυνση διαπροσωπικών σχέσεων • Μεταβίβαση ενδιαφ και αύξηση αυτοεκτίμησης.
Διαταραχή συμπεριφοράς λόγω αμυντικής & εχθρικής στάσης του αρρώστου.	<ul style="list-style-type: none"> • Τεχνικές λύσης προβλημ. • Εμπιστοσύνη σε πρόσωπο και άλλους • Περιορισμός καχυποψίας και επιθετικότητας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ομαδικές δραστηριот. • Όχι άγγιγμα σε αγχώδη άρρωστο • Ήρεμη συμπεριφορά χωρίς κριτική & απειλές 	<ul style="list-style-type: none"> • Προσαρμογή δεξιοτ. • Αρνητικ. Αντιδράση • Ελάττωση αντιλαμβανόμενων απειλών.
Αναποτελεσματική οικογενιακή αντιμετώπιση λόγω δυσλειτουργίας στο χειρισμό του .	<ul style="list-style-type: none"> • Αντίληψη ευθυνών • Δεξιότητες επικοινωνίας • Αποτελεσματική φροντίδα του αρρώστου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Λειτουργία οικογένειας πριν & μετά τη νόσο • Θέλησή της να μετέχει στη φροντίδα του αρρώστ. • Συμμετοχή στη νοσηλ. φροντίδα του αρρώστου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να κατανοήσει η οικογένεια τη σημαντικότητα της φροντίδας του άρρωστου μέλους

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ψυχική νόσος είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να εκφράσει μια μεγάλη ομάδα διαταραχών που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη, στο συναίσθημα, τη συμπεριφορά του ανθρώπου και την επικοινωνία του με το συνάνθρωπό του. Μπορεί να προσβάλει κάθε ηλικία, κάθε οικογένεια και κάθε φυλή. Από τα αρχαία χρόνια μέχρι πριν λίγες δεκαετίες η χρόνια και σοβαρές ψυχικές ασθένειες ήταν συνώνυμες με το μυστηριώδες, το αινιγματικό και το ανίατο. Σιγά-σιγά τα πράγματα άλλαξαν και αυτό χάρις στην ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας, τη χρήση πολλών και ποικίλων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και τη δημιουργία σύγχρονων ψυχιατρικών υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα.

Η ψυχική υγεία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό τόσο από εξωτερικούς όσο και από εσωτερικούς παράγοντες που σχετίζονται με τη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Εξαρτώνται επίσης από βιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την συμπεριφορά από γεννήσεως. Ακόμη, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η ψυχική υγεία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το πόσο δεκτικοί είμαστε στο να ζητάμε βοήθεια και ψυχολογική υποστήριξη, όταν τη χρειαζόμαστε. Οι οικογένεια, οι φίλοι, οι συνάδελφοι, οι γείτονες και οι κοινωνικές ομάδες όπου ανήκουμε συμβάλλουν σημαντικά στη διατήρηση της ψυχικής υγείας. Η εμφάνιση ή μη μιας διαταραχής σχετίζεται τόσο με τις ψυχοπνευματικές καταστάσεις του περιβάλλοντος, όσο και με τις ψυχικές αντοχές του ατόμου. Σχετίζεται επίσης με την κληρονομική προδιάθεση η οποία μπορεί να είναι εμφανής, να σχετίζεται με διαταραγμένα στοιχεία της προσωπικότητας ή και να μη σχετίζεται καθόλου με την προσωπικότητα. Το πώς αντιμετωπίζει ένα άτομο διάφορα προβλήματα και με τι τρόπους τα επιλύει (μηχανισμοί άμυνας) σχετίζεται άμεσα με την ψυχική μας υγεία. Σε αρκετές χώρες η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών με την ανάπτυξη της Κοινωνικής ψυχιατρικής και της Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής έχει αναγνωριστεί ως η τέταρτη ψυχιατρική επανάσταση μετά την απελευθέρωση των ψυχικά αρρώστων από τον Pinel στη Γαλλία στα τέλη του 1700, την ανακάλυψη του ασυνειδήτου από τον Freud και την ψυχοφαρμακολογία

Όσο αφορά τη μανιοκατάθλιψη, αυτή επηρεάζει τόσο τη συναισθηματική διάθεση όσο και τη λογική σκέψη. Κινητοποιεί ανεπιθύμητες ή ακραίες συμπεριφορές και συχνά περιορίζει την ίδια την επιθυμία, τη θέληση του ατόμου να ζήσει. Αν και θεωρείται ότι έχει κυρίως νευροβιολογική βάση, το άτομο βιώνει την ψυχολογική διάστασή του προβλήματος. Ακόμη και στις περιπτώσεις που το άτομο παρουσιάζει ευφορία, αυτή δεν είναι ευχάριστη και το άτομο πραγματικά υποφέρει. Επίσης και οι επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή είναι δραματικές καθώς επηρεάζονται αρνητικά και οι άνθρωποι του οικογενειακού, φιλικού και εργασιακού του περιβάλλοντος. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής συνιστά βασική προϋπόθεση για μια υψηλής ποιότητας ζωή. Χωρίς θεραπεία, η νόσος τείνει να χειροτερεύει: παρατηρείται ταχεία εναλλαγή φάσεων ολοένα και βαρύτερης μορφής στο χρόνο. Στις περισσότερες περιπτώσεις η εφαρμογή κατάλληλης θεραπείας συμβάλει σημαντικά στη μείωση της συχνότητας και της βαρύτητας των επεισοδίων.

Όπως και με όλες τις ψυχικές νόσους, η διπολική διαταραχή δεν είναι δυνατό να διαγνωστεί με τη βοήθεια ενός εργαστηριακού ελέγχου αλλά μόνο βάσει της συμπτωματολογίας, της πρόγνωσης και του οικογενειακού ιστορικού, όταν αυτό είναι διαθέσιμο. Οι περιγραφές της διάθεσης, όπως δίνονται από ανθρώπους με διπολική διαταραχή, είναι πολύτιμες, προκειμένου να αντιληφθούμε την έκταση των συναισθημάτων και τη μεταβλητότητα της διάθεσης. Κατά μέσο όρο οι διπολικοί ασθενείς προτού καταλήξουν στη σωστή διάγνωση χρειάζεται να επισκεφθούν 3-4 γιατρούς και 8 χρόνια περίπου προτού να καταλήξουν σε μια αποτελεσματική θεραπεία. Η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία βοηθούν στην πρόληψη της αυτοκτονίας, της κατάχρησης ουσιών, των προβλημάτων στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή και των προβλημάτων στη θεραπεία

Καθώς ο άνθρωπος είναι μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα, η θεραπευτική προσέγγιση των ψυχιατρικών διαταραχών απευθύνεται σε ένα ή περισσότερα συστήματα, το βιολογικό, το ψυχολογικό και το κοινωνικό. Τα τρία αυτά συστήματα απλοποιούν σχετικά την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης φύσης. Στην ψυχιατρική, όπως είδαμε παραπάνω, χρησιμοποιούνται οι σωματικές(φαρμακοθεραπεία και ηλεκτροσπασμοθεραπεία) και οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες, σε συνδυασμό ή και μόνες τους η κάθε μια. Επίσης, εξίσου σημαντικό ρόλο παίζει και η βοήθεια των φίλων και συγγενών του ατόμου οι οποίοι πρέπει να του συμπαραστέκονται και να προσπαθήσουν να ανέχονται τις διάφορες εξάρσεις του. Με λίγη ιατρική, φιλική και οικογενειακή βοήθεια τα πράγματα μπορούν να εξελιχθούν πολύ καλύτερα για τον πάσχον.

Η διπολική διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί και στην εγκυμοσύνη. Από τις πρώτες βδομάδες της κύησης αλλάζουν τα επίπεδα των ορμονών στον οργανισμό της γυναίκας με αποτέλεσμα να αναστατώνεται τόσο οργανικά όσο και ψυχολογικά, αναστάτωση η οποία είναι εντονότερη και δυσβάσταχτη σε περίπτωση που η γυναίκα πάσχει από διπολική διαταραχή. Σε αυτή τη φάση εκτός από τη συνέχιση της φαρμακευτικής της αγωγής, σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες του γιατρού της, έχει ανάγκη από την υποστήριξη φίλων, συγγενών και του συντρόφου της για να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις γρήγορες εναλλαγές στην ψυχολογία της και να μπορέσει να έχει μια, όσο το δυνατόν, καλύτερη και ασφαλέστερη εγκυμοσύνη τόσο για την ίδια όσο και για το παιδί της.

Από τον « εφιάλτη» της διπολικής διαταραχής δεν γλιτώνουν τα παιδιά και οι έφηβοι. Η εφηβική ηλικία είναι μια από τις πιο κρίσιμες περιόδους της ανθρώπινης ζωής. Ποικίλες και τεράστιες είναι οι αλλαγές που συμβαίνουν στον έφηβο τόσο σωματικά όσο και ψυχοκοινωνικά. Το παιδί μετα από τη σχετικά ήρεμη περίοδο της παιδικής ηλικίας, αρχίζει να απομακρύνεται σταδιακά από την οικογένειά του προσπαθώντας να πετύχει την αυτονομία του, την ανεξαρτησία του και την ανάπτυξη της προσωπικότητάς του. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας ο έφηβος οδηγείται συχνά σε φόβους, εκνευρισμό και αντιδραστική συμπεριφορά. Για το λόγο αυτό οι γονείς θα πρέπει να δείξουν ιδιαίτερη προσοχή σε αυτές τις αντιδράσεις και κυρίως την αντιδραστική συμπεριφορά καθώς μπορεί να είναι ο προάγγελος της διπολικής διαταραχής καθώς και άλλων ψυχικών διαταραχών . Σε περίπτωση που ο έφηβος παρουσιάσει διπολική διαταραχή πρέπει να εφαρμοστούν οι κατάλληλες φαρμακευτικές και ψυχοκοινωνικές θεραπείες, που αναφέρθηκαν στην εργασία, έτσι ώστε να μπορέσει να ελέγξει τα συμπτώματά του και να ζήσει μια, όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική ζωή .

Κάθε χρόνο έχουμε καινούριες μελέτες για την αποτελεσματικότητα διαφόρων φαρμάκων και ψυχοκοινωνικών προσεγγίσεων στις ψυχικές ασθένειες που μαστίζουν την ανθρωπότητα. Είναι ουτοπικό να φανταζόμαστε ένα κόσμο χωρίς ψυχικά ασθενείς. Μπορούμε όμως να φανταζόμαστε και να προσπαθούμε να δημιουργήσουμε ένα κόσμο με καλύτερη νοσηλευτική και ιατρική περίθαλψη για τους ψυχικά ασθενείς, ένα κόσμο και μια κοινωνία που δε θα τους στιγματίζει και θα τους αντιμετωπίζει σαν ανθρώπους και όχι σαν ζώα. Όλοι, μικροί και μεγάλοι πρέπει να βάλουμε τα δυνατά μας για να δημιουργήσουμε αυτό τον κόσμο όσο το δυνατό πιο γρήγορα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Λασκαρελιάς Κώστας. Ξένοι στην ίδια πόλη. Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία 8-7-07.
2. Μαδιανός Γ. Μιχάλης. Κοινωνική ψυχιατρική και κοινωνική ψυχική υγιεινή. Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 2000. σελίδες : 103-108
3. Μάνος Νίκος. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Εκδόσεις university studio press. Θεσσαλονίκη 1997. σελίδες 216-241, 739-824
4. Μπαλλής Ι. Θεόδωρος. Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής. Εκδόσεις university studio press. Θεσσαλονίκη 2000. σελίδες: 113-134, 145-150
5. Νέα Ακρόπολη. Διεθνής πολιτιστικός και φιλοσοφικός οργανισμός. Αθήνα 3-2004.
6. Παπαγεωργίου Β. Α. Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων. Εκδόσεις university studio press. Θεσσαλονίκη 2005. σελίδες : 195-205, 265-303
7. Παπαζήσης Γεώργιος. Ψυχιατρική. Ειδικευόμενος ψυχίατρος, επιστημονικός συνεργάτης τμήματος νοσηλευτικής. Θεσσαλονίκη 2005. σελίδες : 12-17
8. Ραγιά Χρ. Αφροδίτη. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Αθήνα 2005. σελίδες 299-304
9. Roback A.A. Ιστορία της ψυχιατρικής. Μετάφραση Ζήσης Σαρίκας. Εκδόσεις Βανιάς. Θεσσαλονίκη 2004. σελίδες : 16-80
10. Χαρτοκόλλης Πέτρος. Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Εκδόσεις θεμέλιο. Αθήνα 1991. σελίδες : 17- 60
11. Χατζηλεωνίδας Σάββας. Κλινική ψυχιατρική και νευρολογία. Θεσσαλονίκη 1999. σελίδες: 19-22
12. Χρησιμοποιήθηκαν και ιστοσελίδες από το internet :
www.PsyNet.gr www.web4health.gr

