



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΜΑΘΗΜΑ: ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ

ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

Μαντά Αργυροπούλου Κωνσταντίνα

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ

Μαίρη Γκούβα

Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών

ΙΩΑΝΝΙΝΑ – Σεπτέμβριος, 2022

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	1
Abstract.....	3
Εισαγωγή.....	5
1) Ορισμός και Ιστορική αναδρομή.....	5
2)Επιδημιολογία.....	6
3)Αιτιολογία.....	7
3.1) Γενετικοί παράγοντες	7
3.2) Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	7
3.3) Νευροχημικοί παράγοντες.....	8
3.4) Νευροενδοκρινικοί παράγοντες.....	8
3.5) Νευροβιολογικοί παράγοντες- Νευροτροφίνες.....	9
3.6) Νευροανατομικοί παράγοντες.....	10
4) Διάγνωση.....	10
4.1) Διπολική I Διαταραχή.....	10
4.1.1) Μανιακό επεισόδιο	10
4.1.2) Υπομανιακό επεισόδιο	11
4.1.3) Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.....	13
4.2) Διπολική II Διαταραχή	15
4.3) Κυκλοθυμική Διαταραχή	15
4.4) Απροσδιόριστη Διπολική και συνδεδεμένη διαταραχή.....	16
5) Θεραπεία της νόσου.....	16
5.1) Φαρμακοθεραπεία.....	16
5.2) Ηλεκτροσπασμοθεραπεία και άλλες θεραπείες.....	17
5.3) Ψυχοθεραπεία.....	18
5.4) Νοσηλεία.....	18
6) Διαφορικές διαγνώσεις.....	19
6.1) Διαφορική διάγνωση κατάθλιψης.....	19
6.2) Διαφορική διάγνωση μανίας.....	19
7) Νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις.....	20
Νέα ερευνητικά δεδομένα.....	29
Μελέτη περίπτωσης.....	41

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή

Οι διπολικές και συνδεδεμένες διαταραχές είναι ψυχικές νόσοι που ανήκουν στις διαταραχές της διάθεσης. Τα άτομα με διπολική διαταραχή βιώνουν εναλλασσόμενα επεισόδια μανίας, υπομανίας, κατάθλιψης ή και μεικτά επεισόδια. Η αιτία των διαταραχών αυτών δεν είναι ακόμη πλήρως ξεκάθαρη, αλλά οι γενετικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες θεωρείται πως παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη τους. Οι παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό για την διαχείριση των διπολικών ασθενών αποσκοπούν στην μείωση των συμπτωμάτων και στην βελτίωση της ποιότητας της καθημερινής τους ζωής.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η πραγματοποίηση ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, για την ενημέρωση σχετικά με τις διπολικές και συνδεδεμένες διαταραχές και τον εντοπισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στους διπολικούς ασθενείς.

Υλικό-Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις PubMed, Google Scholar και Scopus, ενώ χρησιμοποιήθηκαν και επιστημονικά συγγράμματα. Το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας, η οποία προέκυψε από επιλεγμένα άρθρα και κεφάλαια των συγγραμμάτων, δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαπενταετία στην αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα

Η θεραπεία των διπολικών διαταραχών επικεντρώνεται κυρίως στην φαρμακοθεραπεία και στην ψυχοθεραπεία. Ορισμένες φορές βέβαια είναι απαραίτητη η νοσηλεία, ακούσια ή εκούσια. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν στην διασφάλιση της ασφάλειας τόσο του ασθενούς όσο και των υπόλοιπων ασθενών και επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στην κλινική, στην διατήρηση της ισορροπημένης διατροφής του ατόμου και του φυσιολογικού προτύπου ύπνου του, στην χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, στην κινητοποίηση του ασθενούς για την εκπλήρωση

στοχοκατευθυνόμενων δραστηριοτήτων και στην ενθάρρυνση του ατόμου να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες. Ακόμη, είναι σημαντική η δημιουργία μιας ουσιαστικής θεραπευτικής σχέσης στην οποία ο νοσηλευτής θα λειτουργεί ως ακροατής των σκέψεων και προβληματισμών του ασθενούς, θα υποστηρίζει τον ίδιο και την οικογένεια του.

Συμπεράσματα

Συμπεραίνουμε ότι ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματική διαχείρισή των ατόμων με διπολική διαταραχή. Είναι αυτός που έχει άμεση, καθημερινή επαφή με τον ασθενή με αποτέλεσμα να επηρεάζει καθοριστικά την πορεία της νόσου του ατόμου και τον τρόπο ζωής τους.

Λέξεις-κλειδιά

Bipolar disorder, mental disorder, mood disorders, hospitalization, nursing, nursing care, nursing interventions, mental health care, patient management

ABSTRACT

Introduction

Bipolar disorders are mental health diseases that belong to the category of mood disorders. A person who is diagnosed with bipolar disorder experiences alternate episodes of mania, hypomania, depression but also mixed episodes. While the causes of bipolar disorders are not clearly understood, both genetic and environmental factors are thought to play an important role. Nursing interventions for the patient's management aim to decrease their symptoms and improve the quality of their daily life.

Purpose

The purpose of this work is the review of bibliography in order to learn about bipolar disorders and identify nursing interventions in those patients.

Material-Method

The international bibliography was reviewed in the electronic databases of PubMed, Google Scholar and Scopus, while scientific books were also used. The material was collected after a thorough study of the relevant bibliography, which emerged from selected articles in English, published mainly in the last twelve years.

Results

Treatment of bipolar disorders centers mostly on drug therapy and psychotherapy. Sometimes hospitalization is essential, with or without the patient's acquiescence. Nursing interventions aim to ensure the safety of both the bipolar patient, the other patients and the staff working in the clinic, to maintain a balanced diet for the bipolar person and a normal sleep pattern, to administer the drug therapy, to mobilize him to perform goal-oriented activities and participate in group activities. It is also important to create a meaningful therapeutic relationship, in which the nurse will act as a listener of the patient's thoughts and concerns, will support him, as well as his family

Conclusions

We conclude that nurses play an important role in the effective management of individuals with bipolar disorder. They are those who have direct and daily contact with

the patient, thus having a decisive influence on the course of the individual's disease and their way of living.

Keywords

Bipolar disorder, mental disorder, mood disorders, hospitalization, nursing, nursing care, nursing interventions, mental health care, patient management

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1) ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι διπολικές και συνδεόμενες διαταραχές ανήκουν μαζί με τις καταθλιπτικές διαταραχές στις διαταραχές της διάθεσης(Χριστοπούλου, 2020). Το DSM-IV-TR προσδιορίζει τέσσερις βασικούς τύπους διπολικών διαταραχών: την διπολική I διαταραχή, την διπολική II διαταραχή, την κυκλοθυμική διαταραχή και την Απροσδιόριστη Διπολική και Συνδεόμενη Διαταραχή. Χαρακτηρίζονται από εναλλασσόμενα μανιακά, υπομανιακά, μείζονα καταθλιπτικά και μεικτά επεισόδια. Το όνομα «διπολικές» αποδόθηκε καθώς τα περισσότερα άτομα που βιώνουν συμπτώματα μανίας θα βιώσουν και συμπτώματα κατάθλιψης στη διάρκεια της ζωής τους. Η μανία και η κατάθλιψη θεωρούνται αντίθετοι πόλοι(Kring et al., 2007). Ακόμη, οι διπολικές διαταραχές τοποθετούνται «ενδιάμεσα» στο φάσμα της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχωτικών και καταθλιπτικών διαταραχών. Θεωρείται δηλαδή ότι αποτελούν γέφυρα μεταξύ αυτών των δύο διαγνωστικών κατηγοριών, όσον αφορά τη συμπτωματολογία, το οικογενειακό ιστορικό και τη γενετική(Χριστοπούλου, 2020).

Διαθέτουμε στοιχεία σχετικά με τις διπολικές διαταραχές από την αρχή της ιστορίας και της ιατρικής. Οι πρώτες αναφορές βρέθηκαν σε κείμενα των Σουμέριων και των Αιγυπτίων, το 2006 π.Χ. Τον 4^ο αιώνα π.Χ. ο Ιπποκράτης είχε μιλήσει για την μανία και την κατάθλιψη , τον 1^ο αιώνα π.Χ. ο Ασκληπιάδης συνέδεε τις ψυχικές διαταραχές με συναισθηματικά προβλήματα, ενώ ο Γαληνός πίστευε ότι τα πάθη οδηγούν σε σωματικές ασθένειες. Ο Αρεταίος, τον 1^ο αιώνα π. Χ. , αντιλήφθηκε ότι η μανία και η κατάθλιψη εμφανίζονται πολλές φορές στο ίδιο άτομο και προέρχονται από μια κοινή διαταραχή. Παρ 'όλα αυτά, τον μεσαίωνα ατόνησε η συσχέτιση συναισθημάτων και ψυχικής διαταραχής και οι εν λόγω διαταραχές συσχετίζονταν με δεισιδαιμονίες. Το 1601 ξαναεμφανίστηκε το ενδιαφέρον για τα συναισθήματα, οπότε ο Wright στο κείμενο του «The passion of mind in general» συνέχισε την θεωρία του Ιπποκράτη. Σύμφωνα με αυτήν, οι χυμοί του σώματος γεννούν πάθη, ενώ η αφετηρία των παθών είναι η καρδιά. Επιπλέον, το θεμελιώδες σύγγραμμα του Robert Burton(1621) «The anatomy of melancholy», τονίζει τη σημαντικότητα των συναισθηματικών παραγόντων σε σχέση με τις αιτίες των ψυχικών διαταραχών Υποδεικνύει επίσης τον εγκέφαλο και όχι την καρδιά ως το όργανο προέλευσης των συναισθημάτων. Ακόμη, πολύ σημαντικό είναι και το κείμενο του Pinel, που

χρησιμοποίησε ως παράδειγμα τον Ρωμαίο αυτοκράτορα Τιβέριο για να περιγράψει την κατάθλιψη. Τον 19^ο αιώνα, ο Kraepelin διέκρινε τη σχιζοφρένεια από την μανιοκαταθλιπτική διαταραχή και το 1957 ο Karl Leonhard διαφοροποίησε την μονοπολική από την διπολική διαταραχή.

Γνωρίζουμε ότι διάφορες διάσημες προσωπικότητες, όπως ο Napoleon Bonaparte, ο Benito Mussolini, ο Winston Churchill, η Sylvia Plath, ο Ernest Hemingway, η Brooke Shields, ο Handel και η Catherine Zeta-Jones υπέφεραν από διαταραχές της διάθεσης. Η σχέση της δημιουργικότητας, ειδικά όσον αφορά την τέχνη, και των διαταραχών της διάθεσης έχει αποτελέσει αντικείμενο ενδιαφέροντος και συνεχίζει να ερευνάται. (Χριστοπούλου, 2020)

2)ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι Διπολικές Διαταραχές επηρεάζουν τον παγκόσμιο πληθυσμό σε ποσοστό μεγαλύτερο του 1%. Εκτιμάται ότι ο επιπολασμός των νόσων αυτών κατά τη διάρκεια της ζωής των ατόμων ανέρχεται στο 0.6% για την Διπολική I Διαταραχή, 0,4% για την Διπολική II Διαταραχή, 1.4% για τις υποοδικές εκδηλώσεις των Διπολικών Διαταραχών και 2.4% για το ευρύτερο διπολικό φάσμα. Ωστόσο, ορισμένες μελέτες προτείνουν υψηλότερα ποσοστά. Για παράδειγμα, έχουν καταγραφεί για την Διπολική I Διαταραχή, σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV-TR, ένας ετήσιος επιπολασμός κοντά στο 1.5% και ένας επιπολασμός κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου που αγγίζει το 2.1%. Η εμφάνιση των Διπολικών Διαταραχών είναι ανεξάρτητη της εθνικότητας και του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του ατόμου. Επιπλέον, η Διπολική I Διαταραχή εμφανίζεται εξίσου συχνά στους άνδρες και στις γυναίκες, ενώ η Διπολική II Διαταραχή είναι πιο συχνή στις γυναίκες. Η μέση ηλικία έναρξης των διαταραχών αυτών είναι τα 20 έτη. Η εμφάνιση σε μικρότερη ηλικία έχει συνδεθεί με μεγαλύτερη συννοσηρότητα και συνήθως εμφανίζεται αρχικά ως κατάθλιψη. Η διάγνωση συνήθως γίνεται στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης. Στους ασθενείς όμως με συννοσηρότητα τις περισσότερες φορές η διάγνωση αργεί. Αξίζει να σημειωθεί, ότι η διάρκεια του διαστήματος που ο ασθενής παραμένει χωρίς θεραπεία (ο χρόνος μεταξύ του πρώτου επεισοδίου και της έναρξης της επαρκούς θεραπευτικής διαχείρισης), επηρεάζει την πρόγνωση της ασθένειας. Μεγάλο διάστημα στο οποίο το άτομο δεν λαμβάνει θεραπεία, σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά απόπειρών αυτοκτονίας και με μεγαλύτερη διάρκεια της ασθένειας (Vieta et al., 2018).

3) ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

3.1) ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι διπολικές διαταραχές είναι ασθένειες που έχουν πολυπαραγοντική αιτιολογία, καθώς τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνισή τους. Η κληρονομικότητα των διαταραχών αυτών εκτιμάται ότι αγγίζει το 85%, ένα από τα υψηλότερα ποσοστά για ψυχιατρικές διαταραχές. Ενώ παλαιότερες μελέτες επικεντρώνονταν σε συγκεκριμένα υποψήφια γονίδια, νέες έρευνες μελετάνε όλο το γονιδίωμα και έχουν αξιολογήσει ένα μεγάλο αριθμό κοινών παραλλαγών (μονονουκλεοτιδικοί πολυμορφισμοί), ώστε να τις συσχετίσουν με τις διπολικές διαταραχές. Εντοπίστηκαν 18 περιοχές κατά μήκος του γονιδιώματος με μεγάλη γενετική σημασία στην ανάπτυξη των διαταραχών αυτών, που αναπαράχθηκαν και *in vitro*. Αναλύσεις διεθνών μελετών τονίζουν την μεγάλη σημασία μηχανισμών όπως η μετάδοση του σήματος του ασβεστίου, το γλουταμινεργικό σύστημα, η ρύθμιση των ορμονών, τα *microRNAs* και η ιστόνη και οι ανοσοποιητικές οδοί. Επιπλέον, έχουν μελετηθεί και σπάνιες παραλλαγές του γονιδιώματος, οι οποίες όταν έχουν μεγάλη διεισδυτικότητα (*high genetic penetrance*) τότε υπάρχει αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης διπολικών διαταραχών (Vieta et al., 2018).

3.2) ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Παρά το υψηλό ποσοστό κληρονομικότητας των διπολικών διαταραχών, υπάρχουν διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την έναρξη και την πορεία των διαταραχών. Για παράδειγμα, περιγεννητικοί παράγοντες κινδύνου όπως η καισαρική τομή, η νόσηση της μητέρας με γρίπη και το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η μεγάλη ηλικία του πατέρα αυξάνουν τον κίνδυνο για την ανάπτυξη διπολικών διαταραχών. Ακόμη, γεγονότα κατά τη διάρκεια της ζωής και κυρίως δυσμενείς συνθήκες κατά την παιδική ηλικία έχουν περιγράψει ως παράγοντες κινδύνου. Το ίδιο ισχύει και για την κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών. Πράγματι, η κατανάλωση κάνναβης ή άλλων ναρκωτικών ουσιών κατά την εφηβεία μπορεί να οδηγήσει στην πρόωρη έναρξη διπολικών διαταραχών και στην σοβαρότερη εξέλιξη της νόσου. Επιπλέον, πολλοί ασθενείς με διπολική διαταραχή εμφανίζουν αρχικά ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, με αποτέλεσμα να λαμβάνουν αντικαταθλιπτική αγωγή χωρίς σταθεροποιητές της διάθεσης, κάτι που μπορεί να προκαλέσει υπομανιακά ή μανιακά επεισόδια. Έτσι, η χρήση των αντικαταθλιπτικών μπορεί να «ξεσκεπάσει» την

υποκείμενη διπολική διαταραχή. Άλλες θεραπείες που έχουν συσχετιστεί με τις αλλαγές στην διάθεση στις διπολικές διαταραχές είναι τα κορτικοστεροειδή, τα ανδρογόνα, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, η ισονιαζίδη και η χλωροκίνη. Ακόμη, ιατρικές παθήσεις που συνδέονται με τον κίνδυνο ανάπτυξης των διαταραχών αυτών είναι η πολλαπλή σκλήρυνση, το εγκεφαλικό, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος και διάφορες ενδοκρινικές διαταραχές(πχ σύνδρομο Cushing, νόσος του Addison). Τέλος, η αλλαγή των εποχών και συγκεκριμένα η μετάβαση από τον χειμώνα στην άνοιξη και από το καλοκαίρι στο φθινόπωρο καθώς και η αυξημένη έκθεση στο φως, έχουν περιγραφεί ως παράγοντες που πυροδοτούν την εμφάνιση διπολικών διαταραχών (Vieta et al., 2018).

3.3) ΝΕΥΡΟΧΗΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Μελέτες έχουν δείξει ότι ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης παρουσιάζουν βιολογικές ανωμαλίες, με τις έρευνες να επικεντρώνονται κυρίως στην λειτουργία του μονοαμινεργικού συστήματος. Οι μονοαμινικοί νευροδιαβιβαστές νορεπινεφρίνη, σεροτονίνη, ντοπαμίνη και ισταμίνη φαίνεται να εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία των διαταραχών διάθεσης. Έρευνες υποδεικνύουν ότι υπολειτουργούν οι σεροτονινεργικές και νοραδρενεργικές συνάψεις επειδή μειώνονται οι αντίστοιχες μονοαμίνες στο μεσοσυναπτικό διάστημα. Άλλες μελέτες παρατήρησαν μια υπερευαίσθητοποίηση των β αδρενεργικών υποδοχέων της νοραδρεναλίνης και των 5 HT2 υποδοχέων της σεροτονίνης, ως αντιρροπιστικός μηχανισμός στη μειωμένη συγκέντρωση των νευροδιαβιβαστών αυτών στις συνάψεις (Kaplan & Sadock's, 2007).

3.4) ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Υποθαλαμικός-Υποφυσιακός-Επινεφριδικός Άξονας

Όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάθλιψη, ο άξονας αυτός διαταράσσεται με τα επίπεδα της κορτιζόλης, της διϋδροεπιανδροστερόνη και της αδρενοκορτικοτρόπου ορμόνης (ACTH) να αυξάνονται.

Θυρεοειδικός άξονας

Περίπου το 5-10% των καταθλιπτικών ασθενών εμφανίζουν δυσλειτουργία του θυρεοειδικού αδένου που εκφράζεται είτε με αυξημένα επίπεδα θυρεοειδοτρόπου ορμόνης(TSH) είτε με την αυξημένη απάντηση της TSH σε χορήγηση TRH.

Αυξητική ορμόνη

Η ντοπαμίνη και η νορεπινεφρίνη πυροδοτούν την έκκριση της αυξητικής ορμόνης από την πρόσθια υπόφυση. Η έκκριση καταστέλλεται από την σωματοστατίνη, ένα νευροπεπτίδιο του υποθάλαμου. Μειωμένα επίπεδα σωματοστατίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό έχουν παρατηρηθεί στην κατάθλιψη, ενώ αυξημένα επίπεδα έχουν ανιχνευθεί στην μανία.

Προλακτίνη

Η προλακτίνη απελευθερώνεται από την πρόσθια υπόφυση. Η έκκριση της ελέγχεται από την σεροτονίνη ενώ η αναστολή αυτής από την ντοπαμίνη. Σε καταθλιπτικούς ασθενείς σημειώνεται μειωμένη παραγωγή προλακτίνης καθώς είναι μειωμένη η σεροτονίνη.

Ύπνος

Μελέτες ύπνου σε ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές έχουν δείξει ότι υπάρχει μια σμίκρυνση του λανθάνοντος χρόνου της πρώτης φάσης REM (κάτω των 50 λεπτών) (Kaplan & Sadock's, 2007).

3.5) ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ - ΝΕΥΡΟΤΡΟΦΙΝΕΣ

Οι νευροτροφίνες είναι πρωτεΐνες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, και συγκεκριμένα στην γέννηση νέων νευρώνων, στην φαινοτυπική διαφοροποίηση τους και στην δημιουργία νέων συνάψεων. Επιπλέον, συμβάλλουν στην πλαστικότητα του εγκεφάλου. Ο εγκεφαλικός νευροτροφικός παράγοντας (Brain Derived Neurotrophic Factor, BDNF) ανήκει στην οικογένεια των νευροτροφινών και έχει βρεθεί ότι στην κατάθλιψη υπάρχει μείωση των επιπέδων του ,που σχετίζεται με την σοβαρότητα της ασθένειας. Ακόμη το στρες, που συμβάλλει στην ανάπτυξη διπολικών διαταραχών(και γενικότερα διαταραχών της διάθεσης), θεωρείται ότι παίζει κάποιο ρόλο στην καταστολή της μεταγραφής του BDNF. Πιθανολογείται ότι στις διπολικές διαταραχές μια εκ γενετής ή επίκτητη έλλειψη νευροτροφινών οδηγεί στην ανικανότητα του εγκεφάλου να προσαρμοστεί δομικά και λειτουργικά στα διάφορα περιβαλλοντικά ερεθίσματα (πλαστικότητα). Επομένως, οι διαταραχές αυτές θα μπορούσαν να ερμηνευτούν ως αποτέλεσμα μιας ανεπαρκούς απάντησης στο στρες. (Freund & Juckel, 2019)

3.6) ΝΕΥΡΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στις διπολικές διαταραχές παρατηρείται αυξημένη δραστηριότητα στην αριστερή πλευρά του πρόσθιου προμετωπιαίου φλοιού, ενώ υποστηρίζεται ότι η αύξηση αυτή προηγείται της έναρξης της διαταραχής. Επιπλέον, οι διπολικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από την παράλληλη δυσλειτουργία των κυκλωμάτων του προμετωπιαίου φλοιού-ιππόκαμπου-αμυγδαλής, τα οποία σχετίζονται με την επεξεργασία των συναισθημάτων και τη ρύθμιση τους. Ακόμη, παρατηρείται ένας «υπερδραστήριος» αριστερόπλευρος κορχο -προμετωπιαίος φλοιός. Αποτέλεσμα είναι οι ανωμαλίες στη συμπεριφορά, όπως η συναισθηματική αστάθεια και δυσλειτουργία και η αυξημένη ευαισθησία ανταμοιβής, που σχετίζονται με τις διαταραχές αυτές. Οι λειτουργικές αυτές ανωμαλίες πιθανά οφείλονται στον μειωμένο όγκο της φαιάς ουσίας στους προμετωπιαίους και στους κροταφικούς φλοιούς, στην αμυγδαλή, καθώς και ο μειωμένος όγκος λευκής ουσίας του ιππόκαμπου. Τέλος, έχει ανιχνευθεί υψηλότερος σχηματισμός ελίκων στον πρόσθιο ραχιαίο και κάτω από το γόνυ προσαγωγείο φλοιό, εύρημα που συνδέεται με την εμφάνιση διπολικών διαταραχών. (Freund & Juckel, 2019)

4) ΔΙΑΓΝΩΣΗ

4.1) ΔΙΠΟΛΙΚΗ Ι ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR, για τη διάγνωση της Διπολικής Ι Διαταραχής είναι απαραίτητο να πληρούνται τα κριτήρια για ένα μανιακό επεισόδιο. Μπορεί να έχουν προηγηθεί αλλά και να έχουν ακολουθήσει Υπομανιακά ή Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια.

4.1.1) Μανιακό Επεισόδιο

A. Μια διακριτή περίοδος παθολογικά και επίμονα ανεβασμένης, διαχυτικής ή ευερέθιστης διάθεσης και παθολογικά και επίμονα αυξημένης στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας ή ενέργειας, η οποία διαρκεί τουλάχιστον μια βδομάδα και είναι παρούσα κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.

B. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της Διαταραχής της Διάθεσης και της αυξημένης ενέργειας ή δραστηριότητας, τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα (τέσσερα αν η διάθεση είναι μόνο ευερέθιστη) είναι παρόντα σε σημαντικό βαθμό και αντιπροσωπεύουν μια αξιοσημείωτη αλλαγή στη συνήθη συμπεριφορά:

1. Διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου.
2. Μειωμένη ανάγκη για ύπνο(πχ. το άτομο νιώθει ξεκούραστο με 3 ώρες ύπνου την ημέρα).
3. Μεγαλύτερη ομιλητικότητα από ότι συνήθως ή πίεση να συνεχίσει να μιλά.
4. Φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν.
5. Περίσπαση της προσοχής (δηλαδή, η προσοχή έλκεται πάρα πολύ εύκολα από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα).
6. Αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας (κοινωνικά, στην εργασία ή στο σχολείο, ή σεξουαλικά) ή ψυχοκινητική διέγερση(πχ. άσκοπη, μη στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα).
7. Υπέμετρη εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που έχουν μεγάλη πιθανότητα για οδυνηρές συνέπειες(πχ. διενεργεί χωρίς περιορισμούς υπερβολικές αγορές, σεξουαλικές αδιακρίσιες, ή κακές επιχειρησιακές επενδύσεις).

Γ. Η διαταραχή της διάθεσης είναι αρκετά βαριά ώστε να προκαλεί έντονη έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα ή να κάνει απαραίτητη τη νοσηλεία για την πρόληψη βλάβης στον εαυτό του ή στους άλλους. Μπορεί ακόμα να υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία.

Δ. Το επεισόδιο δεν οφείλεται στις άμεσες, φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας(πχ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα, άλλη θεραπεία) ή σε άλλη γενική σωματική κατάσταση.

Σημείωση: Τα κριτήρια Α-Δ συνιστούν ένα μανιακό επεισόδιο. Για τη διάγνωση της Διπολικής Ι Διαταραχής απαιτείται τουλάχιστον ένα μανιακό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου.

4.1.2) Υπομανιακό Επεισόδιο

Α. Μια διακριτή περίοδος παθολογικά και επίμονα ανεβασμένης, διαχυτικής ή ευερέθιστης διάθεσης και παθολογικά και επίμονα αυξημένης δραστηριότητας ή ενέργειας, η οποία διαρκεί τουλάχιστον τέσσερις συνεχόμενες μέρες και παρουσιάζεται κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.

Β. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της Διαταραχής της Διάθεσης και της αυξημένης ενέργειας ή δραστηριότητας, τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα (τέσσερα αν η διάθεση είναι μόνο ευερέθιστη) έχουν επιμείνει, αντιπροσωπεύουν μια

αξιοσημείωτη αλλαγή στη συνήθη συμπεριφορά και ήταν παρόντα σε σημαντικό βαθμό:

1. Διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου.
2. Μειωμένη ανάγκη για ύπνο(πχ το άτομο νιώθει ξεκούραστο με 3 ώρες ύπνου την ημέρα).
3. Μεγαλύτερη ομιλητικότητα από ότι συνήθως, ή πίεση να συνεχίσει να μιλά.
4. Φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν.
5. Περίσπαση της προσοχής(δηλαδή, η προσοχή έλκεται πάρα πολύ εύκολα από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα).
6. Αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας (κοινωνικά, στην εργασία, στο σχολείο, ή σεξουαλικά) ή ψυχοκινητική διέγερση(πχ. άσκοπη, μη στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα).
7. Υπέμετρη εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που έχουν μεγάλη πιθανότητα για οδυνηρές συνέπειες (πχ. διενεργεί χωρίς περιορισμούς υπερβολικές αγορές, σεξουαλικές αδιακρίσιες, ή κακές επιχειρησιακές επενδύσεις).

Γ. Το επεισόδιο συνδέεται με σαφή αλλαγή της λειτουργικότητας, η οποία δεν χαρακτηρίζει το άτομο όταν δεν είναι συμπτωματικό.

Δ. Η διαταραχή της διάθεσης και η αλλαγή της λειτουργικότητας είναι παρατηρήσιμες από τους άλλους.

Ε. Το επεισόδιο δεν είναι αρκετά βαρύ ώστε να προκαλέσει έντονη έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα ή να κάνει απαραίτητη τη νοσηλεία. Εάν υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία το επεισόδιο, εξ ορισμού, είναι μανιακό.

ΣΤ. Το επεισόδιο δεν οφείλεται στις άμεσες, φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας(πχ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα, άλλη θεραπεία). **Σημείωση:** Ένα Πλήρες Υπομανιακό Επεισόδιο το οποίο προκαλείται κατά τη διάρκεια της σωματικής αντικαταθλιπτικής αγωγής (πχ. φάρμακα, ηλεκτροσπασμοθεραπεία), αλλά επιμένει σε ένα πλήρως συνδρομικό επίπεδο πέρα από τη φυσιολογική επίδραση αυτής της αγωγής, αποτελεί επαρκές στοιχείο για τη διάγνωση Υπομανιακού Επεισοδίου. Ωστόσο, συνίσταται προσοχή έτσι ώστε ένα ή δυο συμπτώματα(ιδιαίτερα αυξημένη ευερεθιστότητα, νευρικότητα ή διέγερση μετά την χρήση των αντικαταθλιπτικών) να μην λαμβάνονται

ως επαρκή για διάγνωση ενός Υπομανιακού Επεισοδίου, ούτε να θεωρούνται απαραίτητα ενδεικτικά μιας διπολικής διάθεσης.

Σημείωση: Τα κριτήρια A-ΣΤ συνιστούν ένα Υπομανιακό Επεισόδιο. Τα Υπομανιακά Επεισόδια είναι συχνά στην Διπολική I Διαταραχή αλλά δεν απαιτούνται για την διάγνωση της.

4.1.3) Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο

A. Πέντε ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα ήταν παρόντα κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου δύο εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή στην προηγούμενη λειτουργικότητα, τουλάχιστον το ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση είτε (2)απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης

1. Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά, όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική αναφορά (πχ. αισθάνεται θλίψη, κενό, απελπισία) είτε με την παρατήρηση των άλλων (πχ. φαίνεται ευσυγκίνητος/η).
Σημείωση: Στα παιδιά και στους εφήβους, μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση).
2. Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες, ή σχεδόν όλες, τις δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά(όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική εκτίμηση, είτε με την παρατήρηση των άλλων).
3. Σημαντική απώλεια βάρους ενώ δεν κάνει δίαιτα ή αύξηση του βάρους(πχ. μεταβολή πάνω από 5% του σωματικού βάρους σε ένα μήνα), ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν καθημερινά. **Σημείωση:** Στα παιδιά λάβετε υπόψη την αποτυχία στην αναμενόμενη αύξηση του βάρους.
4. Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν καθημερινά.
5. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά (παρατηρήσιμη από τους άλλους, όχι απλώς υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας ή επιβράδυνσης).
6. Κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας σχεδόν καθημερινά.
7. Αισθήματα αναξιότητας ή υπέρμετρης - απρόσφορης ενοχής(τα οποία είναι δυνατόν να είναι παραληρητικά) σχεδόν καθημερινά(όχι απλώς αυτομομφή ή ενοχή επειδή είναι ασθενής).

8. Ελαττωμένη ικανότητα να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί, ή αναποφασιστικότητα σχεδόν καθημερινά(είτε από την υποκειμενική εκτίμηση, είτε με την παρατήρηση των άλλων).
9. Επανερχόμενες σκέψεις θανάτου(όχι μόνο φόβος θανάτου), επανερχόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο, ή απόπειρα αυτοκτονίας, ή συγκεκριμένο σχέδιο για να αυτοκτονήσει το άτομο.

Β. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

Γ. Το επεισόδιο δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας ή άλλης σωματικής κατάστασης.

Σημείωση: Τα κριτήρια Α-Γ συνιστούν ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια είναι συχνά στην Διπολική Ι Διαταραχή αλλά δεν απαιτούνται για την διάγνωση της.

Σημείωση: Οι αντιδράσεις σε μια σημαντική απώλεια (πχ. πένθος, οικονομική καταστροφή, απώλειες από φυσική καταστροφή, μια βαριά ασθένεια ή ανικανότητα) μπορεί να περιλαμβάνουν αισθήματα έντονης θλίψης, μηρυκασμό για την απώλεια, αυπνία, μειωμένη όρεξη και απώλεια βάρους, που σημειώνονται στο κριτήριο Α, τα οποία μπορεί να μοιάζουν με Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Παρότι τα εν λόγω συμπτώματα μπορεί να είναι κατανοητά ή να θεωρούνται πρόσφορα ως προς την απώλεια, η παρουσία ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου θα πρέπει επίσης να εξεταστεί προσεκτικά, εκτός από τη φυσιολογική αντίδραση σε μια σημαντική απώλεια.

Συνοψίζοντας στην Διπολική Ι Διαταραχή:

Α. Τα κριτήρια πληρούνται για τουλάχιστον ένα Μανιακό Επεισόδιο.

Β. Η εμφάνιση του Μανιακού(ών) και Μείζονος(ων) Καταθλιπτικού(ών) Επεισοδίου(ων) δεν εξηγείται καλύτερα από τη Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή, τη Σχιζοφρένεια, τη Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, τη Παραληρητική Διαταραχή, ή άλλο φάσμα Καθορισμένης ή Μη Προσδιορισμένης Σχιζοφρένειας και άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές.

4.2) ΔΙΠΟΛΙΚΗ Ή ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (F31.81)

Για τη διάγνωση της Διπολικής Ή Διαταραχής, είναι απαραίτητο να πληρούνται τα κριτήρια που προαναφέρθηκαν για ένα τρέχον ή προηγούμενο Υπομανιακό Επεισόδιο αλλά και τα κριτήρια για ένα τρέχον ή προηγούμενο Μείζον Καταθλιπτικό επεισόδιο.

Ειδικότερα:

A. Τα κριτήρια πληρούνται για τουλάχιστον ένα Υπομανιακό επεισόδιο και τουλάχιστον ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

B. Δεν υπήρξε ποτέ Μανιακό Επεισόδιο.

Γ. Η εμφάνιση του Υπομανιακού(ών) και Μείζονος(νων) Καταθλιπτικού(ών) Επεισοδίου(ων) δεν εξηγείται καλύτερα από τη Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή, τη Σχιζοφρένεια, τη Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, τη Παραληρητική Διαταραχή, ή άλλο φάσμα Καθορισμένης ή Μη Προσδιορισμένης Σχιζοφρένειας και άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές.

Δ. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης ή της αβεβαιότητας που προκαλούνται από συχνή εναλλαγή περιόδων κατάθλιψης και υπομανίας προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

4.3) ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (F34.0)

Για την διάγνωση της Κυκλοθυμικής Διαταραχής πρέπει να πληρούνται τα εξής κριτήρια:

A. Για δύο χρόνια(τουλάχιστον για ένα έτος για τα παιδιά και τους εφήβους)παρουσία πολυάριθμων περιόδων με υπομανιακά συμπτώματα που δεν πληρούν τα κριτήρια του Υπομανιακού Επεισοδίου και πολυάριθμων περιόδων με καταθλιπτικά συμπτώματα που δεν πληρούν τα κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.

B. Κατά τη διάρκεια της παραπάνω περιόδου των δύο χρόνων(ένας χρόνος για παιδιά και εφήβους), οι υπομανιακές και οι καταθλιπτικές περιοδοί υπήρχαν τουλάχιστον το μισό χρόνο και το άτομο δεν ήταν ποτέ ελεύθερο συμπτωμάτων για περισσότερο από δύο μήνες την φορά.

Γ. Δεν πληρούνται τα κριτήρια για τα Μείζονα Καταθλιπτικά, Μανιακά ή Υπομανιακά Επεισόδια.

Δ. Τα συμπτώματα του κριτηρίου Α δεν εξηγούνται καλύτερα από τη Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή, τη Σχιζοφρένεια, τη Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, τη Παραληρητική Διαταραχή, ή άλλο φάσμα Καθορισμένης ή Μη Προσδιορισμένης Σχιζοφρένειας και άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές.

Ε. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας(πχ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα) ή άλλης σωματικής κατάστασης(πχ. υπερθυρεοειδισμός).

ΣΤ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

Σημείωση: Προσδιορίστε αν υπάρχει αγχώδης δυσφορία ή όχι.

4.4) ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (F31.9)

Αυτή η κατηγορία ισχύει για κλινικές εμφανίσεις στις οποίες το χαρακτηριστικό σύμπτωμα μιας Διπολικής και Συνδεόμενης Διαταραχής, που προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας, κυριαρχούν αλλά δεν πληρούν τα κριτήρια για οποιαδήποτε από τη διαγνωστική κατηγορία των Διπολικών και Συνδεόμενων Διαταραχών. Η κατηγορία Απροσδιόριστης Διπολικής και Συνδεόμενης Διαταραχής χρησιμοποιείται σε καταστάσεις στις οποίες ο κλινικός επιλέγει να μην προσδιορίσει το λόγο που δεν πληρούνται τα κριτήρια για μια Ειδική Διπολική και Συνδεόμενη Διαταραχή, και περιλαμβάνει κλινικές εμφανίσεις στις οποίες υπάρχουν ανεπαρκείς πληροφορίες για να τεθεί μια πιο ειδική διάγνωση (πχ. σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία, 2013).

5)ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

5.1) ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση των διπολικών διαταραχών πραγματοποιείται με την χορήγηση αντιμανιακών φαρμάκων, που ονομάζονται και σταθεροποιητές της διάθεσης, με κυριότερο το λίθιο (Χριστοπούλου,2020). Το λίθιο είναι ένα χημικό συστατικό που απαντάται στη φύση και είναι το πρώτο σταθεροποιητικό της διάθεσης που αναγνωρίστηκε επίσημα(Krings et al., 2007). Έχει σύντομη και αποτελεσματική

δράση και οδηγεί σε άρση του 70% των μανιακών και του 40% των καταθλιπτικών επεισοδίων. Χρησιμοποιείται ακόμη για την πρόληψη των υποτροπών. Η χρήση του λιθίου απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, καθώς η θεραπευτική δόση μπορεί πολύ σύντομα να γίνει τοξική, οδηγώντας σε ντελίριο, κώμα ή ακόμα και στον θάνατο. Επομένως, πρέπει να υπάρχει συνεχής παρακολούθηση του επιπέδου του λιθίου μέσω αιματολογικών εξετάσεων. Σε περιπτώσεις που γίνεται διακοπή της αγωγής, συχνά ακολουθεί μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο ή ακόμα και αυτοκτονικός ιδεασμός. Οι παρενέργειες του λιθίου είναι ναυτία, δυσπεψία, έμετος και διάρροια.

Όταν το λίθιο δεν είναι αποτελεσματικό, χορηγούνται αντιεπιληπτικά φάρμακα όπως η καρβामαζεπίνη (Tegretol), για τη θεραπεία της οξείας μανίας και την πρόληψη των υποτροπών της διπολικής I διαταραχής, με αποτελεσματικότητα σε ποσοστό περίπου 30% των πασχόντων. Στις παρενέργειες συμπεριλαμβάνονται οι αιματολογικές δυσκρασίες, η ηπατίτιδα και η αποφολιδωτική δερματίτιδα. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν άτυπα αντιψυχωτικά, κυρίως η ολανζαπίνη (Zyprexa). Επιπλέον, ένα ακόμη αντιμανιακό φάρμακο που χορηγείται είναι το βαλπροϊκό οξύ, που είναι το ίδιο αποτελεσματικό και ασφαλές με το λίθιο σχετικά με την αντιμετώπιση της διπολικής I διαταραχής (Χριστοπούλου, 2020).

5.2) ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ηλεκτροσόκ) χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και της διπολικής διαταραχής. Συνίσταται για όσες διαταραχές δεν ανταποκρίνονται στην φαρμακοθεραπεία, όπως και σε ακραίες μορφές όπου ο ασθενής διατρέχει κίνδυνο αυτοκτονίας ή βρίσκεται σε πλήρη απόσυρση και κινδυνεύει να πεθάνει από αφυδάτωση και ασιτία. Δεν οδηγεί σε ίαση, αλλά μπορεί να επιφέρει ύφεση σε οξύ επεισόδιο, ενώ το 60-70% των ασθενών δείχνουν σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων. Η διαδικασία πραγματοποιείται με την τοποθέτηση δυο ηλεκτροδίων στο μέτωπο του ασθενούς μέσω των οποίων διοχετεύεται ηλεκτρικό ρεύμα (65-140 volt) στον εγκέφαλο για να προκαλέσει κρίσεις παρόμοιες με τις επιληπτικές. Πριν από την έναρξη, χορηγούν στον ασθενή μυοχαλαρωτικά φάρμακα, για την πρόληψη καταγμάτων των οστών λόγω σπασμών, ενώ υποβάλλεται σε σύντομη αναισθησία για να μην υποφέρει. Συνήθως, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία επαναλαμβάνεται 9-10 φορές μέσα σε μια περίοδο 3-5 εβδομάδων. Άλλες θεραπείες που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση των διπολικών διαταραχών είναι η

επαναλαμβανόμενη ενδοκρανιακή μαγνητική διέγερση, η διέγερση του πνευμονογαστρικού νεύρου και η φωτοθεραπεία (Χριστοπούλου,2020).

5.3) ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για την διαχείριση των διπολικών διαταραχών χρησιμοποιείται ένα σύνολο ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων. Ειδικότερα, υπάρχει η ψυχοεκπαίδευση (psychoeducation), η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (cognitive- behavior therapy, CBT) που γίνεται είτε ατομικά είτε ομαδικά, η διαπροσωπική θεραπεία (interpersonal therapy), η οικογενειακή ή συστημική θεραπεία (family therapy) και η ψυχαναλυτική θεραπεία (psychoanalytic therapy) είτε ατομικά είτε ομαδικά (Jones, 2004).

5.4) ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Σε περιπτώσεις όπου τα συμπτώματα της διπολική διαταραχή είναι σοβαρά και με μεγάλη ένταση, ο πάσχων μπορεί να χρήζει νοσηλείας. Παράγοντες ενδεικτικοί για νοσηλεία είναι ο κίνδυνος αυτοκτονίας ή ανθρωποκτονίας, η σημαντικά μειωμένη ικανότητα του ασθενούς να τραφεί και να βρει στέγη αλλά και η άμεση ανάγκη για υποβολή σε διαγνωστικές διαδικασίες και παρακολούθηση. Επιπλέον, η ραγδαία εξέλιξη των συμπτωμάτων του ασθενούς αλλά και η διάλυση του υποστηρικτικού περιβάλλοντος του, μπορούν να οδηγήσουν στην ανάγκη νοσηλείας.

Ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης συνήθως δεν νοσηλεύονται με τη θέληση τους, αλλά εισάγονται στην ψυχιατρική κλινική με εισαγγελική παραγγελία. Τις περισσότερες φορές, οι ασθενείς αυτοί δεν μπορούν να πάρουν αποφάσεις για τον εαυτό τους λόγω της επιβράδυνσης της σκέψης(ελαττωμένη ικανότητα να σκεφτεί) και της καταθλιπτικής διάθεσης(αίσθημα θλίψης , απελπισίας). Οι ασθενείς που είναι μανιακοί συχνά χαρακτηρίζονται από απόλυτη έλλειψη επίγνωσης της διαταραχής τους, με αποτέλεσμα η νοσηλεία να τους φαίνεται εντελώς περιττή. (Kaplan & Sadock's, 2007). Τέλος, άτομα με ψυχωτικά στοιχεία, τόσο σε μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο όσο και σε μανιακό, είναι ιδιαίτερα επιρρεπή και συνήθως χρήζουν νοσηλείας, δεδομένου ότι η ελλειμματική επαφή τους με την πραγματικότητα μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνες πράξεις για τον εαυτό τους αλλά και για τους άλλους(Χριστοπούλου, 2020).

6)ΔΙΑΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ

6.1) Διαφορική διάγνωση κατάθλιψης

Η διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης περιλαμβάνει:

- **Νευρολογικές παθήσεις:** Η πιο συνήθεις νευρολογικές νόσοι που εκδηλώνονται με συμπτώματα κατάθλιψης είναι η νόσος του Parkinson, νόσος Αλτσχάμερ, η επιληψία, οι εγκεφαλικές αγγειακές νόσοι και εγκεφαικοί όγκοι.
- **Οργανικές ψυχικές διαταραχές:** Λοιμώδη, μεταβολικά και ενδοκρινικά νοσήματα όπως η λοιμώδη μονοπυρήνωση, η εποχιακή γρίπη, η πνευμονία, η ηπατίτιδα, ο σακχαρώδης διαβήτης κλ. Ακόμη καταθλιπτικά συμπτώματα παρατηρούνται στα στερητικά σύνδρομα ψυχοδραστικών ουσιών όπως οι αμφεταμίνες, η κοκαΐνη, τα ψευδαισθησιογόνα, φάρμακα που προκαλούν εθισμό και στο στερητικό σύνδρομο από αλκοόλ.
- **Ψυχικές διαταραχές:** Η κατάθλιψη είναι χαρακτηριστικό σχεδόν όλων των ψυχικών διαταραχών και επομένως αν βασιστούμε μόνο σε αυτό το κριτήριο οι διπολικές διαταραχές μπορούν να διαφοροδιαγνωστούν ως αγχώδεις διαταραχές (γενικευμένη αγχώδεις διαταραχή, διαταραχή πανικού, διαταραχή μετατραυματικού στρες, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, μικτή αγχώδης-καταθλιπτική διαταραχή), διαταραχή χρήσης αλκοόλ, κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών διατροφικές διαταραχές (ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία), διαταραχές της διάθεσης (μείζων καταθλιπτική διαταραχή, δυσθυμική διαταραχή, καταθλιπτική διαταραχή μη αλλιώς προσδιοριζόμενη, επιλόχειος κατάθλιψη), σχιζοφρένεια, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, σωματοποιητική διαταραχή και σωματόμορφη διαταραχή.
- Το πένθος που παρατηρείται μετά από την απώλεια αγαπημένου προσώπου.

6.2) Διαφορική διάγνωση μανίας

Η διαφορική διάγνωση της μανίας περιλαμβάνει:

- **Οξέα οργανικά ψυχοσύνδρομα:** οξείες εγκεφαλικές λοιμώξεις (εγκεφαλίτιδες, μηνιγγίτιδες), τοξικώσεις από ουσίες και φάρμακα (στεροειδή, αμφεταμίνες και κοκαΐνη), κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.

- Οργανικές ψυχικές διαταραχές: η σκλήρυνση κατά πλάκας, οι γεροντικές και αλκοολικές άνοιες, οι εγκεφαλικές αγγειακές νόσοι, οι εγκεφαλικοί όγκοι και οι χρόνιες εγκεφαλικές λοιμώξεις από ιούς ή παράσιτα.
- Οργανικές καταστάσεις που εκδηλώνονται με συμπτώματα μανίας όπως ο υπερθυρεοειδισμός, οι αλλεργικές αντιδράσεις κλ.
- Ψυχικές διαταραχές: σχιζοφρένεια και σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (Kaplan & Sadock's, 2007).

7)ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

A. Κίνδυνος για εκδήλωση βίας του ασθενούς προς τον εαυτό του, που σχετίζεται με την καταθλιπτική διάθεση, την απελπισία, την αντίληψη αναξιοτιότητας και τον αυτοκτονικό ιδεασμό ή και την ύπαρξη σχεδίου αυτοκτονίας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προχωρήσει στις εξής ενέργειες:

- Να θεωρεί την ασφάλεια του ατόμου ως την ύψιστη προτεραιότητα του.
- Η πιθανότητα το άτομο να βλάψει τον εαυτό του αυξάνεται όταν αρχίζει να ανακτά τις δυνάμεις του και τις ελπίδες του. Γι' αυτό είναι απαραίτητη η συνεχής αξιολόγηση της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου (Πόσο απελπισμένος είναι; Έχει αυτοεκτίμηση;). Κυρίως όμως ο νοσηλευτής πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή επαγρύπνηση, ώστε να αναγνωρίσει σημάδια και συμπτώματα σκέψης ή σχεδίου αυτοκτονίας.
- Να γνωρίζει αν υπάρχει ιστορικό βίας του ασθενούς, ώστε να μπορεί να εκτιμήσει τον παρόντα κίνδυνο που διατρέχει το άτομο για πρόκληση βλάβης στον εαυτό του.
- Να μπορεί να αναγνωρίσει σημάδια που υποδηλώνουν την τάση του ασθενή να βλάψει τον εαυτό του. Συνήθως, ο ασθενής έχει ήδη προσπαθήσει να κάνει κακό στον εαυτό του με διάφορους τρόπους(δεν λαμβάνει τη φαρμακευτική του αγωγή αλλά τα συλλέγει για μελλοντική απόπειρα αυτοκτονίας, εκδηλώνει επεισόδια αυτοακρωτηριασμού, απόπειρες απαγχονισμού κ.λπ.).
- Να είναι σε επαγρύπνηση για εκδηλώσεις απελπισίας: άρνηση του ατόμου να τραφεί, απομόνωση από το κοινωνικό περιβάλλον, αντίσταση ή άρνηση του ασθενούς να λάβει την φαρμακευτική του

αγωγή, ανικανότητα να κάνει σχέδια για το μέλλον, απροσδόκητο μοίρασμα των υπαρχόντων του, άρνηση για συναίνεση σε συμβόλαιο "μη πρόκλησης βλάβης στον εαυτό του".

B. Κίνδυνος για εκδήλωση βίας προς τους άλλους, που σχετίζεται με τον περιορισμένο έλεγχο των παρορμήσεων του ασθενούς και με το ευμετάβλητο συναίσθημα του.

1. Τα άτομα με διπολική διαταραχή συνήθως εμφανίζουν συναισθηματικές δυσκολίες, ευερεθιστότητα, παρορμητική συμπεριφορά, παραληρητικές ιδέες και εκρήξεις θυμού. Ο νοσηλευτής θα πρέπει:
 - Να θεωρεί την ασφάλεια του ατόμου ως την ύψιστη προτεραιότητα του.
 - Να καθοδηγήσει το άτομο να βρει εναλλακτικούς τρόπους συμπεριφοράς, που θα είναι αποδεκτοί και από τον ίδιο και από το προσωπικό της κλινικής.
 - Να ενθαρρύνει τον ασθενή όταν είναι ήρεμος να αναγνωρίσει τα γεγονότα που τον αναστάτωσαν και τον έκαναν να χάσει τον έλεγχο.
 - Να παρέχει πάντα ρεαλιστική, θετική ανατροφοδότηση και να ενθαρρύνει το άτομο.
2. Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση μανίας, υπάρχει πάντα κίνδυνος να βλάψει τους άλλους. Παράγοντες κινδύνου θεωρούνται το ιστορικό βίας προς τον εαυτό του ή τους άλλους κατά τη φάση μανίας, το ιστορικό θανάτου άλλου ατόμου ως αποτέλεσμα κακοποίησης από τον διπολικό ασθενή, το ιστορικό κατάχρησης ουσιών, οι απόπειρες βλάβης του εαυτού του ή των άλλων, οι εκδηλώσεις βίαιης συμπεριφοράς/χειρονομιών όπως το χτύπημα ή το λάκτισμα αντικειμένων, το σφίξιμο των γροθιών, οι άγριοι μορφασμοί κ.λπ. Στην περίπτωση αυτή ο νοσηλευτής θα πρέπει να προβεί στις εξής ενέργειες:
 - Να ελαττώσει τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, καθώς το άτομο στη φάση της μανίας είναι ευερέθιστο.
 - Να παρακολουθεί την ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται την ματαίωση και/ή άλλες καταστάσεις.
 - Όταν είναι απαραίτητο να μετακινεί αντικείμενα και διαχωριστικά κιγκλιδώματα για την πρόληψη του εκούσιου/ακούσιου τραυματισμού του ασθενούς ή των άλλων, διατηρώντας έτσι ένα ασφαλές περιβάλλον.
 - Να αυξάνει προοδευτικά τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα.

- Να προτείνει εναλλακτικές λύσεις, όταν αυτό είναι δυνατόν (πχ. " Δεν έχουμε καφέ. Θα θέλατε ένα ποτήρι χυμό;").
- Να επικοινωνεί με τον ασθενή με σεβασμό, να μιλάει καθαρά και χωρίς επικριτικό τόνο.
- Να παρέχει πάντα ρεαλιστική θετική ανατροφοδότηση, ιδιαιτέρως όταν το άτομο προσπαθεί να διαχειριστεί τη ματαίωση που βιώνει με θετικό τρόπο.

Γ) Αναποτελεσματική αντιμετώπιση, που σχετίζεται με την έλλειψη ενεργητικότητας και την αδυναμία συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων.

1. Εάν ο ασθενής με μανία ή κατάθλιψη δεν μπορεί να πραγματοποιήσει τις καθημερινές του δραστηριότητες, εμφανίζει αδυναμία συγκέντρωσης ή ανικανότητα να μείνει προσηλωμένος στο παρόν, δεν μπορεί να συμμετέχει στην επίλυση προβλημάτων ή έχει ελάχιστη ή καθόλου ενέργεια για να εμπλακεί σε τέτοιου είδους δραστηριότητες, τότε ο νοσηλευτής θα πρέπει να τον υποστηρίζει να:
 - Είναι δραστήριος σε θέματα καθημερινότητας.
 - Να εφαρμόζει στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων.
 - Να βρίσκεται σε ένα ασφαλές περιβάλλον, μέχρι να ανακτήσει την ικανότητα αυτό-φροντίδας.
2. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναγνωρίζει τα συμπτώματα στα άτομα που πάσχουν από μανία ή κατάθλιψη, όπως:
 - Μπορεί να κατακλύζονται εύκολα από έντονα συναισθήματα ή να μιλάνε για όλα τα προβλήματα που έχουν σωρηδόν.
 - Όταν εκφράζουν τις ανάγκες τους, είναι πιθανό είτε να αποδέχονται την ανικανότητα τους να διαχειριστούν μια κατάσταση (πχ. " Δεν μπορώ να το κάνω ") είτε να κλαίνε συνήθως χωρίς προφανή αιτία.
 - Συνήθως δεν μπορούν να εκπληρώσουν τις ανάγκες τους για αυτοφροντίδα και για προσωπική υγιεινή.
 - Συνήθως παρουσιάζουν μειωμένη κριτική ικανότητα και εναισθησία (πχ. " Ήμουν μια χαρά πριν έρθω εδώ ") ή απομονώνονται πλήρως από τους άλλους ανθρώπους.

- Εκφράζουν σκέψεις αναξιότητας ή έχουν παραληρητικές ιδέες (πχ "Σύντομα θα πεθάνω", "Δεν μου αξίζει να ζώ").

3. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προβεί στις εξής απαραίτητες ενέργειες:

- Διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος.
- Συνεχής και στενή παρακολούθηση του ατόμου, κυρίως μετά την έναρξη της φαρμακοθεραπείας, όταν αρχίζει να βελτιώνεται η διάθεση του ή μετά από οποιαδήποτε απροσδόκητη αλλαγή της συμπεριφοράς του.
- Προτροπή του ασθενούς να επικεντρώνεται στα δυνατά του σημεία και όχι στις αδυναμίες του.
- Παρότρυνση του ατόμου να συναναστρέφεται με ανθρώπους που τον υποστηρίζουν.
- Εκπαίδευση του ατόμου να εφαρμόζει μεθόδους που θα τον οδηγούν σε ένα θετικό τρόπο σκέψης (γνωσιακές τεχνικές, συμπεριφορικές τεχνικές, τεχνικές νοερής απεικόνισης).
- Ενθάρρυνση του ασθενούς να μοιράζεται τα συναισθήματα του και να εκφράζει τις ανάγκες του.
- Ενημέρωση της οικογένειας για την πιθανότητα το άτομο να κατευθύνει το θυμό του προς αυτούς αλλά και γνωστοποίηση ότι βρίσκεται σε μια διαδικασία εκμάθησης πιο αποτελεσματικών τρόπων διαχείρισης των συναισθημάτων του.
- Υποστήριξη του ατόμου να συμμετέχει σε δραστηριότητες εντός της μονάδας.
- Προτροπή του ασθενούς να συναναστραφεί, στο βαθμό που μπορεί, με μέλη του προσωπικού, άλλους θεραπευόμενους, αλλά και με άτομα του περιβάλλοντος του.

Δ) Μη ισορροπημένη διατροφή: πρόσληψη λιγότερης/περισσότερης τροφής από τις ανάγκες του οργανισμού, που σχετίζεται με την πρόσληψη ακατάλληλων θρεπτικών ουσιών με βάση των αναγκών του σώματος, την έλλειψη ενδιαφέροντος για το φαγητό και το δυσλειτουργικό πρότυπο διατροφής (πχ. το άτομο να τρώει ως απάντηση σε εσωτερικά ερεθίσματα διαφορετικά από αυτών της πείνας).

1. Όταν το άτομο βρίσκεται σε φάση μανίας, η συγκεκριμένη νοσηλευτική διάγνωση είναι πολύ σημαντική :
 - Ο ασθενής είναι πιθανό να διακατέχεται από φυγή ιδεών, άγχος ή αδυναμία να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα.
 - Μπορεί να μην τρώει λόγω παραληρητικών ιδεών και ιδεών δίωξης, όπως ότι το φαγητό είναι μολυσμένο ή ότι κάποιος προσπαθεί να τον δηλητηριάσει.
 - Όλα τα παραπάνω μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια βάρους του ασθενούς.
2. Μερικά από τα πιο συνήθη σημεία και συμπτώματα που εμφανίζονται σε κατάσταση μανίας είναι τα εξής:
 - Απώλεια τουλάχιστον 20% του ιδανικού σωματικού βάρους, για κάθε άτομο, σύμφωνα με τον Δείκτη Μάζας Σώματος.
 - Εύκολη διάσπαση της προσοχής κατά τη διάρκεια των γευμάτων.
 - Δυσκολία τήρησης των προγραμματισμένων ωρών του φαγητού.
 - Αίσθημα τρόμου ή ανησυχίας όταν προσφέρεται στον ασθενή φαγητό.
 - Ωχρότητα των βλεννογόνων και των επιπεφυκότων.
 - Ευαισθησία μαλακών μορίων.
 - Ξηρότητα δέρματος, μειωμένη ποσότητα υποδόριου λίπους.
 - Μειωμένος μυϊκός τόνος.
 - Ελαττωμένα επίπεδα υγρών και ηλεκτρολυτών.
 - Διαρκείς εντερικοί ήχοι.
 - Ναυτία/απορρύθμιση γαστρεντερικής λειτουργίας λόγω υψηλών επιπέδων λιθίου.
3. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε φάση μανίας:
 - Χορήγηση συχνών γευμάτων πλούσιων σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες.
 - Χορήγηση θρεπτικών σνακ ενδιάμεσα από τα γεύματα.
 - Χορήγηση ροφημάτων, που να είναι συσκευασμένα με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί το άτομο να τα μεταφέρει οπουδήποτε, και περιέχουν βιταμίνες, μέταλλα και ηλεκτρολύτες.

- Έλεγχος των επιπέδων υγρών και ηλεκτρολυτών, κυρίως του νατρίου και του καλίου.
 - Έλεγχος της ποιότητας και της ποσότητας των ούρων.
 - Καθημερινή εξέταση της συχνότητας και της ποσότητας των εντερικών ήχων/κινητικότητας.
 - Εξέταση της κοιλιακής χώρας για ευαισθησία, πόνο ή δυσφορία.
 - Χορήγηση τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες, εκτός αν αντενδείκνυται.
 - Για να παραμείνει ο ασθενής ενυδατωμένος, χορήγηση σε τακτά χρονικά διαστήματα υγρών και μικρογευμάτων.
4. Όταν το άτομο βρίσκεται σε φάση κατάθλιψης , μπορεί να εμφανίσει μια διατροφική συμπεριφορά που να σχετίζεται με την καταθλιπτική του διάθεση. Τα συμπτώματα που θα πρέπει να αναγνωρίσει ο νοσηλευτής είναι:
- Έλλειψη ενδιαφέροντος για το φαγητό, ελάχιστη ή καθόλου όρεξη για κατανάλωση τροφής.
 - Αποστροφή προς την τροφή.
 - Δυσλειτουργικά πρότυπα διατροφής.
 - Περιορισμένες διατροφικές επιλογές.
 - Πρόσφατη απώλεια/απόκτηση βάρους.
 - Μειωμένος μυϊκός τόνος.
 - Μειωμένο υποδόριο λίπος/μυϊκή μάζα.
 - Ωχρότητα των βλεννογόνων και των επιπεφυκώτων.
 - Απόκτηση βάρους.
5. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε φάση κατάθλιψης:
- Καθημερινή παρατήρηση και καταγραφή της προσλαμβανόμενης και αποβαλλόμενης τροφής και υγρών.
 - Επεξήγηση στο άτομο της μεγάλης σημασίας να τρέφεται επαρκώς για να αποφευχθεί ο υποσιτισμός.
 - Καθορισμός της ημερήσιας ποσότητας θερμίδων που χρειάζεται να προσλαμβάνει το άτομο.
 - Συνεχής έλεγχος του σωματικού βάρους του ασθενούς με βάση την βαρύτητα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και το πρόβλημα βάρους του ατόμου, αλλά και με την αντίδρασή του απέναντι στο ζύγισμα.

- Χορήγηση μικρών, δειλεαστικών σνακ κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Παρακολούθηση συγκεκριμένων εργαστηριακών τιμών (πχ. αλβουμίνες ορού, τρασθυρετίνη, γλυκόζη, ηλεκτρολύτες, ισοζύγιο αζώτου).

Δ. Διαταραγμένο πρότυπο ύπνου, που σχετίζεται με βιοχημικές δυσλειτουργίες (ελαττωμένη σεροτονίνη) ή με ψυχολογικό στρες, με ανικανότητα αναγνώρισης της κόπωσης/ανάγκης για ύπνου και με υπερδραστηριότητα.

1. Τα σχετικά συμπτώματα που παρουσιάζει ένα άτομο σε φάση μανίας είναι:
 - Το άτομο αρνείται ότι χρειάζεται ύπνο.
 - Εμφανίζει μεταβολές στη συμπεριφορά και στην απόδοση του, για παράδειγμα αυξημένη ευερεθιστότητα και υπερένταση.
 - Ο ασθενής μπορεί να κάνει διαταραγμένο ύπνο κατά τη διάρκεια της νύχτας ή να μένει ένα ή και περισσότερα βράδια άπνο.
2. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που πρέπει να πραγματοποιηθούν είναι οι εξής:
 - Ο νοσηλευτής μαζί με το άτομο να αναγνωρίσει το περιβαλλοντικό ερέθισμα που πιθανά ευθύνεται για την αποτροπή ή την δυσχέραση του ύπνου.
 - Να περιορίσει την κατανάλωση καφεΐνης από το άτομο.
 - Να δίνονται στον ασθενή μικρά γεύματα/ζεστό γάλα πριν τον βραδινό ύπνο ή και όταν το άτομο παραμένει ξύπνιο τις βραδινές ώρες.
 - Να τον παροτρύνει να δραστηριοποιείται κατά τη διάρκεια του πρωινού και του απογεύματος και να μειώσει τις δραστηριότητες που γίνονται αργά το απόγευμα και πριν τον ύπνο.
 - Να τον ενθαρρύνει να τηρεί ένα καθημερινό πρόγραμμα τεχνικών χαλάρωσης πριν τον βραδινό ύπνο.
 - Να χορηγεί την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, μαζί με την συνεργασία του ατόμου.
3. Τα σχετικά συμπτώματα που παρουσιάζει ένα άτομο σε φάση κατάθλιψης είναι:
 - Δυσκολία στην έλευση του ύπνου, δυσκολία του ατόμου να παραμείνει ξύπνιο, έγερση τις πολύ πρωινές ώρες ή αφύπνιση πολύ πιο αργά από την επιθυμητή ώρα.

- Ο ασθενής μπορεί να νιώθει κόπωση, να παρουσιάζει υπερυπνία ή να χρησιμοποιεί τον ύπνο ως διαφυγή.
4. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προβεί στις εξής απαραίτητες ενέργειες:
- Να εντοπίσει την φύση των διαταραχών του ύπνου και τις αποκλείσεις από το σύνηθες πρότυπο (δυσκολία στην έλευση του ύπνου, αυπνία ή πολύ πρωινή έγερση, και αδυναμία του ατόμου να κοιμηθεί στη συνέχεια).
 - Μαζί με το άτομο να προσδιορίσουν προηγούμενες αποτελεσματικές συμπεριφορές στις οποίες κατέφευγε για να κοιμηθεί και να τον παροτρύνει να τις ξαναεφαρμόσει.
 - Να συμβουλέψει τον ασθενή να μειώσει την κατανάλωση καφεΐνης, κυρίως αργά το απόγευμα ή το βράδυ.
 - Να τον ενθαρρύνει να περιορίσει την πρόσληψη υγρών κατά τις απογευματινές ώρες και να ουρεί πριν τον βραδινό ύπνο.
 - Να προσφέρει στον ασθενή , εάν είναι σύμφωνος και αν δεν αντενδείκνυται λόγω της κατάστασης του, ένα ελαφρύ μικρογεύμα, όπως ζεστό γάλα, πριν τον ύπνο.
 - Να τον ενθαρρύνει να τηρεί ένα καθημερινό πρόγραμμα τεχνικών χαλάρωσης πριν τον βραδινό ύπνο.
 - Να μειώσει τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα (φώτα, θορύβους, τηλεόραση, ραδιόφωνο).
 - Να τον παροτρύνει να εφαρμόσει εναλλακτικές θεραπείες όσο βρίσκεται στη φάση ανάρρωσης, ώστε να διαθέτει μια ποικιλία αποδοτικών τεχνικών για την πρόληψη της επιδείνωσης της κατάστασης του.
 - Εάν όλες οι προηγούμενες μέθοδοι αποτύχουν, τότε ο νοσηλευτής σε συνεργασία με το άτομο, του χορηγεί υπναγωγά ή καταπραυντικά φάρμακα.

ΣΤ. Πνευματικό αδιέξοδο, που σχετίζεται με το αίσθημα απουσίας σκοπού ή χαράς, απουσία ψυχικής επαφής με τους άλλους και με την νοσηρή αντίληψη σχετικά με την ντροπή και την ενοχή.

1. Σε αυτή την περίπτωση ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναγνωρίσει τα εξής συμπτώματα:

- Ο ασθενής φαίνεται απεγνωσμένος, αναφέρει αισθήματα εγκατάλειψης από τον Θεό και δεν συμμετέχει στις θρησκευτικές τελετές στις οποίες συνήθιζε να παρίσταται.
 - Το άτομο μπορεί να βιώνει αμφιθυμικά αισθήματα σχετικά με τις πεποιθήσεις του, να αναφέρει ένα είδος πνευματικής κενότητας και να αποσυνδέεται συναισθηματικά από τον εαυτό του και από τους άλλους.
2. Οι κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι οι εξής:
- Ο νοσηλευτής θα πρέπει να λειτουργήσει ως ακροατής των σκέψεων και συναισθημάτων του ατόμου σχετικά με τις θρησκευτικές του αμφιβολίες ή τους φόβους του περί θείας εγκατάλειψης.
 - Να εντοπίσει μαζί με τον ασθενή εναλλακτικές θρησκευτικές τακτικές ή τελετές στις οποίες συμμετείχε στο παρελθόν, ώστε να αποφευχθεί το συναίσθημα της εγκατάλειψης ή η επιδείνωση του.
 - Να εξαλείψει τους παράγοντες που προκαλούν την εκδήλωση αυτών των συναισθημάτων και σκέψεων, όσο αυτό είναι εφικτό.
 - Να προτρέψει τον ασθενή να συζητήσει για τις σκέψεις του με έναν κληρικό, όσο αυτό είναι εφικτό (Mary Ann Hogan, 2012).

ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή

Όπως ήδη αναφέρθηκε στο πρώτο μέρος της εργασίας οι διπολικές και συνδεδεμένες διαταραχές ανήκουν στις διαταραχές της διάθεσης και χαρακτηρίζονται από εναλλασσόμενα μανιακά, υπομανιακά, μείζονα καταθλιπτικά και μεικτά επεισόδια(Χριστοπούλου, 2020). Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την διαχείριση των διπολικών ασθενών περιλαμβάνουν την οριοθέτηση του ασθενούς, την κινητοποίηση του για την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και την τήρηση της θεραπείας, την χορήγηση της αγωγής, την δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος και ενός καθημερινού προγράμματος δραστηριοτήτων και την ουσιαστική επικοινωνία και την υποστήριξη του ατόμου (Kowalewski et al., 2021).

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η πραγματοποίηση βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τον εντοπισμό νοσηλευτικών παρεμβάσεων στα άτομα που έχουν διαγνωσθεί με διπολική διαταραχή.

Υλικό-Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar και Scopus. Το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας, η οποία προέκυψε από επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα, κατά κύριο λόγο, την τελευταία τριετία στην αγγλική και την ελληνική γλώσσα. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν bipolar disorder, nursing interventions, nursing care, hospitalization και mental health care στους παρακάτω συνδυασμούς: (bipolar disorder) AND (nursing interventions), (((bipolar disorder)) AND (hospitalization)) AND (nursing interventions), ((bipolar disorder) AND (nursing interventions)) AND (mental health care), “bipolar disorder” and “nursing interventions”, “patients with bipolar disorder” and “nursing care”.

Αποτελέσματα

Από την έρευνα που διενεργήθηκε γύρω από το θέμα της διπολικής διαταραχής, προέκυψαν επιλεγμένα άρθρα τα οποία αποτελούν τα νέα δεδομένα αυτής της εργασίας, σχετικά με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την διαχείριση των ασθενών και την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Σύμφωνα με τον Wiesław Kowalewski et al. (2021) ,το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εξαιρετικά σημαντικό και αναντικατάστατο στη θεραπευτική διαδικασία του ατόμου με διπολική διαταραχή. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός έτσι ώστε ο ασθενής να νιώσει ασφάλεια και να εμπιστευτεί την θεραπευτική ομάδα. Επιπλέον, είναι σημαντικό να σχηματιστεί ένα θεραπευτικό πλάνο για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με την διπολική διαταραχή (που θα προκύπτουν από το πλήρες ιστορικό και την παρατήρηση του ατόμου), όπως η δυσκολία του ασθενούς να ανταποκριθεί στους κοινωνικούς του ρόλους, τα προβλήματα στις σχέσεις του με την οικογένεια, η απροθυμία του να συνεργαστεί με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό καθώς και η παραμέληση της προσωπικής υγιεινής και της επαρκούς θρέψης. Τέλος, η θεραπευτική ομάδα θα πρέπει να δείχνει κατανόηση ως προς τα θέματα που αντιμετωπίζει το άτομο.

Σε ασθενείς με διπολική διαταραχή που βρίσκονται σε φάση μανίας, συχνά είναι απαραίτητη η ακούσια νοσηλεία. Τα άτομα αυτά εμφανίζονται ευερέθιστα και αναστατωμένα, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολος ο έλεγχος και η διαχείριση τους. Οι νοσηλευτές πρέπει επομένως να διασφαλίσουν τόσο την ασφάλεια τους όσο και την ασφάλεια των υπόλοιπων ασθενών της κλινικής. Η νοσηλευτική στον κλάδο της ψυχιατρικής φαίνεται ότι έχει διαμορφωθεί πάνω στα θεμέλια της παράδοσης και της εμπειρίας. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να σχηματιστεί ένα πρότυπο νοσηλευτικής πρακτικής. Στην Ολλανδία, πραγματοποιήθηκε μια μελέτη για το σκοπό αυτό και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που κρίθηκαν ως απαραίτητες για την διαχείριση των διπολικών ασθενών σε φάση μανίας είναι: 1)η οριοθέτηση του ασθενούς 2)η παροχή της φαρμακευτικής αγωγής 3)η δημιουργία ενός δομημένου καθημερινού προγράμματος για τον ασθενή 4)η παροχή πληροφοριών τόσο στον ασθενή όσο και στους φροντιστές του σχετικά με τους κανόνες λειτουργίας της κλινικής, την φύση της ασθένειας, το θεραπευτικό πλάνο και τους στόχους της θεραπείας, την φαρμακευτική αγωγή και τέλος την πιθανή ημερομηνία εξιτηρίου του ασθενούς ώστε να οργανωθεί κατάλληλα η εξωνοσοκομειακή φροντίδα του 5)η συλλογή πληροφοριών αναφορικά με την συμπεριφορά του ατόμου κατά τη διάρκεια σταθερών/ μη συμπτωματικών

περιόδων αλλά και θεραπευτικών προσεγγίσεων που χρησιμοποιήθηκαν επιτυχημένα σε προηγούμενα επεισόδια μανίας 6)η συνεργασία με τους φροντιστές του ασθενούς. Ακόμη, είναι σημαντικό να εφαρμόζεται εξατομικευμένη, ολιστική νοσηλευτική προσέγγιση για τον κάθε ασθενή. Τέλος, ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι εύκολα αναγνωρίσιμος από το άτομο, φορώντας την κατάλληλη ενδυμασία και κάνοντας της κατάλληλες συστάσεις. (Goossens et al., 2020).

Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κίνα από τους Wang και Yu (2021) μελετήθηκε η εφαρμογή της συστηματικής νοσηλευτικής σε διπολικούς ασθενείς που βρίσκονται σε φάση μανίας, και την επίδραση της στη συμμόρφωση τους στην θεραπεία και στην ποιότητα ζωής τους. Η συστηματική νοσηλευτική είναι ένα νοσηλευτικό μοντέλο που έχει ως πυρήνα του τον ίδιο τον ασθενή και του παρέχει ένα ευρύ σύνολο υπηρεσιών, συστηματικά και ουσιαστικά. Χρησιμοποιείται ευρέως σε διάφορες ειδικότητες όπως στη γενική χειρουργική, στη μαιευτική και στη γυναικολογία κ.α., και επικεντρώνεται κυρίως στις μετεγχειρητικές επιπλοκές και στην πρόγνωση του ασθενούς. Όσον αφορά την ψυχιατρική, η συστηματική νοσηλευτική ασχολείται κυρίως με την ψυχολογία και την γνωστική λειτουργία του ατόμου. Οι παρεμβάσεις της συστηματικής νοσηλευτικής ήταν 1)η διαμόρφωση κατάλληλου και καθαρού περιβάλλοντος για τους ασθενείς 2)η αγωγή υγείας, που περιλαμβάνει την παροχή πληροφοριών στους ασθενείς για την νόσο τους, ώστε να κατανοήσουν πόσο σημαντικό είναι να ακολουθούν τις οδηγίες του γιατρού 3)η ψυχιατρική νοσηλευτική πρακτική, όπου το νοσηλευτικό προσωπικό λειτουργεί ως σύμβουλος ψυχικής υγείας, 1-2 φορές την εβδομάδα για περίπου 30 λεπτά, ενθαρρύνοντας το άτομο να μοιραστεί τις σκέψεις του και να αλλάξει την νοοτροπία του 4)η προτροπή του ασθενούς να ασχοληθεί με δημιουργικές δραστηριότητες όπως το σκάκι, το διάβασμα, η ζωγραφική κ.α. 5)η αξιολόγηση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς με τη χρήση κατάλληλων διαγνωστικών εργαλείων (Hamilton Depression Scale – HAMA) 6) η ενθάρρυνση της οικογένειας και του κοινωνικού του κύκλου να υποστηρίξει τον ασθενή. Συμπερασματικά, η έρευνα κατέληξε πως η συστηματική νοσηλευτική σε σύγκριση με την συμβατική παρέχει πιο εξειδικευμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, καθώς περιλαμβάνει όχι μόνο την προσπάθεια για αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ασθένειας αλλά και την φροντίδα σχετικά με την ψυχολογία και τη γνωστική λειτουργία του ατόμου.

Σύμφωνα με τους vanLankeren και συν. (2020), η ανεπαρκής πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, οδηγεί πολλές φορές στην ακούσια νοσηλεία ασθενών που βιώνουν ένα οξύ μανιακό επεισόδιο. Αυτό επηρεάζει σημαντικά την εμπειρία των ατόμων αυτών στις κλειστές ψυχιατρικές δομές, που χαρακτηρίζεται συχνά ως τραυματική. Κύριο εύρημα της μελέτης ήταν ότι η αίσθηση της ασφάλειας είναι ζωτικής σημασίας για τους ασθενείς αυτούς, καθώς οδηγεί σε μεγαλύτερη θέληση για ανάρρωση και συνέπεια στην θεραπεία. Οι νοσηλευτές μπορούν να καλλιεργήσουν ή όχι την αίσθηση ασφάλειας, με τον τρόπο που επικοινωνούν/αλληλοεπιδρούν με τους ασθενείς και πραγματοποιούν τις εκάστοτε νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Η καθαρή και ήρεμη επικοινωνία με το άτομο συμβάλλει στον έλεγχο του, όταν είναι αναστατωμένο και παρουσιάζει ξεσπάσματα θυμού αλλά και στην συνεπή λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής. Ακόμη, η διαχείριση των ασθενών με σεβασμό, η διάκριση των νοσηλευτών από τους ασθενείς(κατάλληλη ενδυμασία, ξεκάθαροι ρόλοι του ασθενούς και του νοσηλευτή στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης) και η δημιουργία ενός καθημερινού προγράμματος δραστηριοτήτων, είναι καθοριστικοί παράγοντες για την θετική εμπειρία των ασθενών σε μια κλειστή ψυχιατρική δομή.

Ο πρώτος στόχος στη θεραπεία των ατόμων με διπολική διαταραχή είναι ο έλεγχος των οξέων επεισοδίων και η πρόληψη της επανεμφάνισής τους. Στη νόσο αυτή, η φροντίδα θα πρέπει να συνεχίζεται και στο σπίτι, εκτός του νοσοκομείου, καθώς η ανάρρωση δεν αναμένεται να επέλθει στο κοντινό μέλλον. Από την άλλη πλευρά, η ανεπαρκής εξωτερική παρακολούθηση των ασθενών μετά το εξιτήριο, συνδέεται με αυξημένες πιθανότητες για επανεισαγωγή στο νοσοκομείο. Οι νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι, καθώς διαθέτουν μια συνολική εικόνα σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες του ασθενούς. Μπορούν ακόμη, να βοηθήσουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να συμμετέχουν σε προγράμματα φροντίδας, υποστήριξης, εκπαίδευσης, θεραπείας και αποκατάστασης. Η έρευνα των Zeighami και συν. (2020) αποσκοπεί στην μελέτη της επίδρασης της νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι, όσον αφορά την ένταση των συμπτωμάτων στην διπολική I διαταραχή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι είναι μια απλή, οικονομική και χωρίς παρενέργειες μέθοδος παρέμβασης. Μειώνει την ένταση των συμπτωμάτων στα άτομα με διπολική I διαταραχή και τις πιθανότητες να χρειαστούν μια ακόμη νοσηλεία, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής τους.

Επιπροσθέτως, ασθενείς με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή, είναι πιθανό να εμφανίσουν βίαιες συμπεριφορές, αποδέκτες των οποίων είναι συνήθως η οικογένεια και οι κοντινοί φίλοι του ατόμου. Οι συμπεριφορές αυτές αντιμετωπίζονται με γενικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις, που βοηθούν στην μείωση των νοητικών, σωματικών και κοινωνικών σημείων και συμπτωμάτων των ατόμων αυτών. Επιπλέον, θα πρέπει να τους παρέχονται και παρεμβάσεις από εξειδικευμένους νοσηλευτές με τη μορφή ψυχοθεραπείας, όπως η εκπαίδευση για διεκδικητικότητα (assertive training psychotherapy), και η οικογενειακή ψυχοεκπαίδευση (family psychoeducation). Η εκπαίδευση στην διεκδικητικότητα αναφέρεται στην διαδικασία εκμάθησης του ατόμου να αναπτύξει διεκδικητική συμπεριφορά. Η διεκδικητική συμπεριφορά ορίζεται ως η ικανότητα του να επικοινωνεί και να αλληλεπιδρά με τους γύρω του, σεβόμενος τις απόψεις και τα δικαιώματα τους, χωρίς όμως να αγνοεί τα προσωπικά του δικαιώματα και τις ανάγκες του. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί όταν το άτομο έχει άμεση επικοινωνία με τους άλλους, λέει «όχι» σε παράλογα αιτήματα και εκφράζει την εκτίμηση/συμφωνία αλλά και την αντίρρηση του σχετικά με το εκάστοτε ζήτημα. Όσον αφορά την οικογενειακή ψυχοεκπαίδευση, είναι μια μέθοδος παρέμβασης στα πλαίσια της οικογένειας. Στοχεύει στην βελτίωση των συμπτωμάτων του ασθενούς και στην βοήθεια της οικογένειας, ώστε να ξεπεράσει τα εμπόδια που προκύπτουν και να αναπτύξει τρόπους διαχείρισης των δύσκολων καταστάσεων, που συχνά προκαλούνται από την ψυχική διαταραχή του συγγενούς τους. Οδηγεί στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο του ατόμου όσο και της οικογένειας. Συνολικά, οι γενικές και οι εξειδικευμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις που περιεγράφηκαν, πραγματοποιούνται στα πλαίσια της θεωρίας προσαρμογής της Roy και της θεωρίας προσαρμογής στο στρες της Stuart. Σε μια μελέτη-αναφορά περίπτωσης που πραγματοποίησαν οι Fahriz και συν. (2020), οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις διενεργήθηκαν διαδοχικά, με τις γενικές παρεμβάσεις να προηγούνται (διαχείριση του θυμού μέσω φυσιοθεραπείας, φαρμακευτική αγωγή, λεκτικές και πνευματικές μέθοδοι) και τις εξειδικευμένες να ακολουθούν (εκπαίδευση στην διεκδικητικότητα, οικογενειακή ψυχοεκπαίδευσης). Η εφαρμογή των εξειδικευμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων οδήγησε στη μείωση των σημείων και συμπτωμάτων βίαιης συμπεριφοράς όπως και στη βελτίωση της ικανότητας του ατόμου να ξεπερνάει μια τέτοια κατάσταση.

Επιπλέον, στις ψυχιατρικές κλινικές ορισμένων χωρών χρησιμοποιούνται ακόμα περιοριστικά μέτρα όπως η απομόνωση και ο περιορισμός-καθήλωση, παρά την

έλλειψη στοιχείων σχετικά με την θεραπευτική αποτελεσματικότητα τους. Τα μέτρα αυτά παρότι λύνουν ένα οξύ πρόβλημα βραχυπρόθεσμα, αποτελούν παραβίαση της αυτονομίας του ασθενούς και βλάπτουν την θεραπευτική σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και του ατόμου. Είναι πιθανό να επιφέρουν και άλλες αρνητικές συνέπειες όπως μετατραυματικό στρες, σωματικό τραυματισμό, ακόμα και θάνατό. Ωστόσο, το προσωπικό καταφεύγει σε αυτή τη λύση όταν αντιμετωπίζει καταστάσεις που θεωρούνται επικίνδυνες. Η εφαρμογή τους βρίσκεται υπό έντονη συζήτηση τα τελευταία χρόνια. Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού, οι Doedens και συν. (2021), διεξήγαγαν μια έρευνα για να εντοπίσουν την επίδραση των δημογραφικών, επαγγελματικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών στην χρήση της απομόνωσης με σκοπό τον περιορισμό ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως όταν υπάρχουν περισσότεροι άντρες νοσηλευτές σε μια βάρδια, τότε η πιθανότητα να ληφθεί απόφαση για απομόνωση κάποιου ασθενούς είναι μικρότερη. Ακόμη, φάνηκε ότι το προσωπικό που αποτελείται από άτομα που είναι ειλικρινή και ανοιχτόμυαλα συνδέεται με μικρότερο ποσοστό αποφάσεων για περιορισμό. Τα ευρήματα αυτά μπορούν να ληφθούν υπόψη ώστε να προσαρμοστεί κατάλληλα η σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού, με σκοπό την ελαχιστοποίηση ή κατάργηση της απομόνωσης ως περιοριστικό μέτρο.

Ακόμη, η διαχείριση των διπολικών ασθενών μπορεί να διεκπεραιωθεί με βάση το Μοντέλο Συστημάτων της Neuman, που επικεντρώνεται στη βελτίωση της ευημερίας του ατόμου και στην ολιστική προσέγγιση της θεραπείας. Ορίζει τη νοσηλευτική ως το μόνο επάγγελμα που ασχολείται με όλους τους συντελεστές που μπορούν να επηρεάσουν την αντίδραση του ατόμου σε διάφορους, πιθανούς στρεσογόνους παράγοντες. Η Neuman αποδίδει τη μοναδικότητα του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην χρήση πληροφοριών και στο συνδυασμό τους με τις θεραπευτικές προσεγγίσεις. Από αυτή την άποψη, θεωρεί ότι οι νοσηλευτές πρέπει να δρουν ως συντονιστές υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, είναι απαραίτητες περισσότερες μελέτες σε μεγαλύτερα δείγματα, ώστε να προσδιοριστεί αν τελικά το μοντέλο νοσηλευτικής φροντίδας της Neuman μπορεί να εφαρμοστεί επιτυχημένα στους ασθενείς με διπολική διαταραχή (Ebru Akbaş & Gölçay Taşdemir Yiğitoğlu, 2020).

Μια άλλη παρέμβαση στην διπολική διαταραχή είναι η αυτοδιαχείριση. Πρόκειται για μια συνεχόμενη διαδικασία μάθησης του ατόμου για αυτοέλεγχο, ενεργή συμμετοχή και αυτοστοχασμό, που απαιτεί κατάλληλη εκπαιδευτική καθοδήγηση και

υποστήριξη για να πετύχει. Στα πλαίσια της αυτοδιαχείρισης, ο ασθενής συνεχίζει την φαρμακευτική του αγωγή, μαθαίνει να παρατηρεί την διάθεση του και να καταγράφει τις δραστηριότητες του στα ειδικά διαγράμματα (life charting method). Ακόμη μαθαίνει να αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει τα πρόδρομα συμπτώματα με σκοπό να καταπολεμά τα πιθανά, επαναλαμβανόμενα επεισόδια (μανιακά, καταθλιπτικά, μεικτά), κατά προτίμηση μαζί με την βοήθεια και υποστήριξη των φροντιστών του. Η εκμάθηση της αυτοδιαχείρισης είναι μια σύνθετη παρέμβαση που στοχεύει στην βελτίωση της υγείας του ασθενούς και πραγματοποιείται κυρίως από το νοσηλευτικό προσωπικό. Ωστόσο, ορισμένες έρευνες αμφισβητούν ότι οι νοσηλευτές είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι ώστε να κατανοήσουν την πολυπλοκότητα της παρέμβασης αυτής και να την φέρουν σε πέρας. Και αυτό, καθώς φαίνεται πως η γνώση τους για την συγκεκριμένη διαδικασία προέρχεται όχι από κάποια ουσιαστική εκπαίδευση αλλά από την επαγγελματική τους εμπειρία. Η έμμεση αυτή εκμάθηση περιγράφεται στην νοσηλευτική πρακτική ως «σιωπηλή γνώση» (tacit knowledge). Η σιωπηλή γνώση παίζει σημαντικό ρόλο στα επαγγέλματα υγείας, όσον αφορά την κατάκτηση δεξιοτήτων, την ειδίκευση και την αντίστοιχη κλινική πράξη. Πράγματι, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας βασίζονται κυρίως στην επαγγελματική τους εμπειρία για την λήψη κλινικών αποφάσεων. Σκοπός της έρευνας που πραγματοποιήθηκε από τους Van den Heuvel et al. (2019), ήταν να αναγνωρίσουν την χρήση ή μη σιωπηλής γνώσης από τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας κατά την διαδικασία εκμάθησης της αυτοδιαχείρισης στους ασθενείς τους. Η μελέτη έδειξε πως ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό είχε καλή γνώση των διεπιστημονικών κατευθυντήριων γραμμών και της επιστημονικής βιβλιογραφίας, τελικά η σιωπηλή γνώση είναι αυτή που χρησιμοποιούνταν σε μεγαλύτερο βαθμό. Επομένως, η εκπαίδευση του ασθενούς για αυτοδιαχείριση ως νοσηλευτική παρέμβαση, εν μέρει διδάσκεται και εν μέρει αποκτάται από την εμπειρία.

Οι Rubensson και Salzmann-Erikson (2019) στην έρευνα τους, ανέλυσαν ποιες αντιλήψεις της υγείας είναι ενσωματωμένες στα πλάνα φροντίδας, που βασίζονται σε διαγνώσεις σύμφωνα με το NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association – International), και αφορούν άτομα με διπολική διαταραχή. Τα συστήματα ταξινόμησης των νοσηλευτικών διαγνώσεων έχουν δημιουργηθεί ώστε να βοηθούν τους νοσηλευτές να αναγνωρίζουν τα προβλήματα και τις ανάγκες του ασθενούς. Συμπέραναν πως το σύστημα NANDA-I αντιστοιχεί στην ολιστική προσέγγιση της υγείας, καθώς αναγνωρίζει την παρουσία της υγείας ακόμα και κατά την διάρκεια

ασθένειας. Η υγεία φαίνεται να είναι ανάλογη των δυνάμεων, της ικανοποίησης, της συμπεριφοράς και της λειτουργικότητας του ατόμου. Τέλος, οι νοσηλευτές όταν εφαρμόζουν τυποποιημένα πλάνα φροντίδας, θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση και να μπορούν να τα προσαρμόσουν, ώστε αυτά να βασίζονται στην ολιστική προσέγγιση της υγείας.

Ένα από τα βασικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στην φροντίδα των ασθενών με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές, είναι η μη τήρηση της θεραπείας. Συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα υποτροπής και νοσηλείας, αυξημένο βαθμό βίαιης συμπεριφοράς και επιθετικότητας, αυτοκτονικό ιδεασμό και απόπειρα αυτοκτονίας, χαμηλότερη ποιότητα ζωής, αρνητικές επιπτώσεις στην οικογένεια και στους φροντιστές του ασθενούς, αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Μια παρέμβαση που χρησιμοποιείται από το νοσηλευτικό προσωπικό για την συμμόρφωση του ασθενούς στην θεραπεία, είναι η κινητοποιητική συνέντευξη (motivational interviewing). Πρόκειται για μια άμεση, συμβουλευτική, θεραπευτική προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή, που προκαλεί αλλαγές στη συμπεριφορά του, βοηθώντας τον να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει την αμφιθυμία που βιώνει. Η κινητοποιητική συνέντευξη είναι δομημένη σε τέσσερα στάδια: 1) ανάπτυξη ουσιαστικής θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή (engaging) 2) επικέντρωση της συζήτησης στην αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου (focusing) 3) κινητοποίηση του ασθενή για αλλαγή (evoking) 4) δέσμευση για αλλαγή, με την δημιουργία ενός σταθερού πλάνου δράσης (planning). Ο σύμβουλος-νοσηλευτής χρησιμοποιεί πέντε επικοινωνιακές δεξιότητες: τις ανοιχτές ερωτήσεις, την επιβεβαίωση, την αντανακλαστική ακρόαση, τον συνοπτικό προβληματισμό, και την παροχή πληροφοριών και συμβουλών. Παρόλο που οι τεχνικές κινητοποιητικής συνέντευξης χρησιμοποιούνται ευρέως από τους νοσηλευτές, δεν θεωρείται σαν μια συγκεκριμένη νοσηλευτική παρέμβαση. Υπάρχουν και άλλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις συνδεδεμένες με την γνωστική συμπεριφορική θεραπεία που στοχεύουν στην κινητοποίηση του ασθενούς. Ωστόσο, η κινητοποιητική συνέντευξη, σε αντίθεση με τις άλλες παρεμβάσεις, εμπεριέχει στρατηγικές κινητοποίησης του ατόμου για αλλαγή σε συνδυασμό με διαδικασίες επίλυσης πιθανών προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν. Με την μελέτη τους οι Lozano και συν. (2020), στόχευσαν στην επικύρωση της κινητοποιητικής συνέντευξης ως νοσηλευτική παρέμβαση, ώστε να συμπεριληφθεί στο σύστημα Ταξινόμησης Νοσηλευτικών Παρεμβάσεων (Nursing Interventions Classification, NIC). Η διαδικασία επικύρωσης πραγματοποιήθηκε εφαρμόζοντας τα τέσσερα στάδια της παρέμβασης, που οδήγησαν

στο επιθυμητό αποτέλεσμα, δηλαδή στην βελτίωση της συνέπειας των ψυχιατρικών ασθενών στην θεραπεία τους.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ο δείκτης που αφορά τη συνέπεια στην θεραπεία αγγίζει περίπου το 50% για τα άτομα με χρόνιες νόσους. Η διπολική διαταραχή είναι ένα χρόνια νόσημα και η μη συνέπεια στην θεραπεία αποτελεί ένα κύριο πρόβλημα των ψυχιατρικών ασθενών, όπως προαναφέρθηκε. Η μη συνέπεια στην θεραπεία ορίζεται ως η μη λήψη των φαρμάκων στην σωστή δόση και συχνότητα και η ασταθής εξωτερική παρακολούθηση ή/ και η κατάργηση της. Οι παράγοντες που προκαλούν την μη συνέπεια στους διπολικούς ασθενείς σχετίζονται με την έλλειψη γνώσης για την ασθένεια και την θεραπεία, τις λανθασμένες πεποιθήσεις και συμπεριφορές σχετικά με την θεραπεία (οι ασθενείς όταν ένιωθαν καλά, σταματούσαν το φάρμακο, πιστεύοντας ότι μπορούν να γιατρευτούν από μόνοι τους), το υπερβολικό άγχος για τις παρενέργειες της αγωγής και την έλλειψη κινήτρου για βελτίωση. Στην μελέτη τους οι Bas,kaya και Demir (2022) κατέγραψαν την επίδραση της εκπαίδευσης για τήρηση της συνέπειας στην θεραπεία, στην αγωγή, στην κοινωνική λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής των διπολικών ασθενών. Οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν 1)παροχή πληροφοριών σχετικά με την νόσο και τις θεραπευτικές μεθόδους 2)παροχή πληροφοριών για τις επιδράσεις και τις παρενέργειες των φαρμάκων 3)συζήτηση μεταξύ των ασθενών για τις προσωπικές εμπειρίες που τους έκαναν να έχουν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά απέναντι στην θεραπεία (μη συνέπεια). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι παρεμβάσεις αυτές επηρέασαν θετικά τη συμπεριφορά των ασθενών όσον αφορά την συμμόρφωση τους στην θεραπεία και βελτίωσαν την κοινωνική λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής τους.

Επίσης, για πολλούς ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, το στίγμα και οι διακρίσεις δημιουργούν σοβαρά εμπόδια στην φροντίδα που τους παρέχεται. Οι Tyerman και συν. (2020), πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση με σκοπό να ανιχνεύσουν σε τι βαθμό βιώνουν οι ψυχικά ασθενείς το στίγμα και τις διακρίσεις, πως αυτά διαμορφώνουν τις αντιλήψεις των νοσηλευτών και τελικά πως επηρεάζουν την φροντίδα που τα άτομα προσλαμβάνουν. Ειδικότερα, ο ΠΟΥ (WHO) προσδιορίζει το στίγμα ως ένα “σημάδι ντροπής, εξευτελισμού ή αποδοκιμασίας” για αυτούς που ζουν με κάποια ψυχική ασθένεια. Η διάκριση είναι αποτέλεσμα του στιγματισμού της ψυχικής ασθένειας, μέσω του οποίου παραβιάζονται τα δικαιώματα και οι ελευθερίες του ατόμου σε όλους τους τομείς της ζωής του, ακόμα και στην πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Πράγματι το 60% των ψυχικά ασθενών, δεν θα

αναζητήσει ιατρική βοήθεια για να μην στιγματιστεί. Ακόμη, η ποιότητα της φροντίδας των ανθρώπων αυτών ελαττώνεται, εξαιτίας των στερεοτύπων που συντηρούνται από τους επαγγελματίες υγείας, που θέλουν τους ψυχιατρικούς ασθενείς να είναι απρόβλεπτοι, αδέξιοι, βίαιοι και δύσκολοι στην διαχείριση. Η κατάσταση αυτή οδηγεί πιθανά το άτομο να βιώνει απομόνωση, αποκλεισμό, κακοποίηση, διαγνωστική επισκίαση και απόκλιση από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Στις έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν, το βίωμα του στίγματος εξετάζεται τόσο από την πλευρά των ασθενών όσο και από την πλευρά των νοσηλευτών. Οι εμπειρίες τους οργανώθηκαν σε τρία επίπεδα: ατομικό, ιδρυματικό και κοινωνικό. Το ατομικό στίγμα μπορεί να οριστεί ως οι προσωπικές αξίες, πεποιθήσεις και ιδεολογίες του ατόμου που συνεισφέρουν στο βίωμα και στην εσωτερίκευση του στίγματος. Το ιδρυματικό στίγμα επηρεάζει τους κανόνες λειτουργίας και την κουλτούρα ενός οργανισμού-ιδρύματος, κάτι που τελικά επιδρά στους ψυχικά ασθενείς και στην φροντίδα που τους παρέχεται. Το κοινωνικό στίγμα είναι ενσωματωμένο μέσα στα κοινωνικά πλαίσια και έχει σαν αποτέλεσμα οι άνθρωποι που έχουν στιγματιστεί, στην προκειμένη περίπτωση οι ψυχικά ασθενείς, να θεωρούνται κατώτεροι. Η πιο κοινή εμπειρία διάκρισης των ασθενών ήταν η ανεπαρκής θεραπεία των σωματικών συμπτωμάτων. Ακόμη, η νοσηλεία τους χαρακτηριζόταν από έλλειψη αυτοδιάθεσης και από αυτολογοκρισία, τα οποία επιδρούσαν αρνητικά στο δικαίωμα των ατόμων για αυτονομία και δυσκόλευαν το νοσηλευτικό προσωπικό να τους παρέχει ολιστική φροντίδα. Οι νοσηλευτές παρουσίαζαν μια αρνητική στάση απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και ένιωθαν ότι είναι δύσκολο και άσκοπο να αναπτύξουν μια ουσιαστική θεραπευτική σχέση με αυτούς. Σε αυτό συνέβαλλε η έλλειψη κατάλληλων υποδομών και η έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Συνοψίζοντας, η μελέτη των εμπειριών τόσο των ασθενών όσο και των νοσηλευτών έχει μεγάλη σημασία ώστε να κατανοήσουμε τους λόγους που βρίσκονται πίσω από αυτά τα βιώματα. Με τον τρόπο αυτό οι νοσηλευτές μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα ευρήματα αυτά για να προσαρμόσουν την προσέγγισή και τις παρεμβάσεις τους με στόχο την καλύτερη φροντίδα και υποστήριξη των ψυχικά ασθενών.

Οι Castro και συν. (2021), μελέτησαν τη σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη προηγούμενης διάγνωσης με διαταραχή της διάθεσης και στην αποτελεσματική νοσηλεία ατόμων που νοσούσαν με COVID-19, σε έξι νοσοκομεία της ανατολικής Μασαχουσέτης. Η έρευνα έδειξε πως οι ασθενείς που νοσηλεύονταν και είχαν ιστορικό διαταραχών της διάθεσης συνδέονταν με μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας

κατά τη διάρκεια της νοσηλείας αλλά και με μεγαλύτερη πιθανότητα να χρειαστούν αποκατάσταση σε ειδικές δομές, μετά το εξιτήριο τους από το νοσοκομείο. Συνολικά, η μελέτη αυτή υπογραμμίζει ότι η ψυχιατρική συννοσηρότητα, και ειδικότερα η διάγνωση με διαταραχές της διάθεσης, πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά και να λαμβάνεται υπόψη στους ασθενείς που νοσηλεύονται με COVID-19. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζονται και από την μελέτη των Ceban και συν. (2021), που εντόπισαν ότι τα άτομα που πάσχουν από κάποια διαταραχή της διάθεσης έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να νοσηλευτούν με COVID-19 και τελικά να αποβιώσουν, σε σχέση με άτομα που δεν έχουν διαταραχές της διάθεσης. Αναγνωρίστηκαν διάφοροι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό. Κοινωνικοί συντελεστές όπως η οικονομική αστάθεια, η ανεπαρκής πρόσβαση στις πρωτοβάθμιες δομές πρόληψης και φροντίδας αλλά και η άγνοια των ατόμων αυτών σχετικά με θέματα υγείας, συνεργούν στον κίνδυνο νόσησης. Για παράδειγμα, πολλά άτομα με διαταραχές της διάθεσης μένουν σε δομές όπου υπάρχει μεγάλη συνάθροιση, όπως σε κλειστές ψυχιατρικές μονάδες, σε άσυλα αστέγων, σε σπίτια της κοινότητας και σε φυλακές. Στους χώρους αυτούς υπάρχει αυξημένη πιθανότητα μετάδοσης του ιού καθώς δεν παρέχεται η δυνατότητα αποτελεσματικής κοινωνικής αποστασιοποίησης και/ή καραντίνας. Ακόμη, συμπτώματα των διαταραχών της διάθεσης όπως η άρση αναστολών, η απάθεια, η έλλειψη στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας και πιθανά γνωστικά ελλείμματα συνδέονται με συμπεριφορές μη τήρησης των υγειονομικών οδηγιών. Επιπλέον, οι άνθρωποι με διαταραχές της διάθεσης επηρεάζονται διαφορετικά από οργανικές παθήσεις που έχουν αναγνωριστεί ως παράγοντες κίνδυνου για τον COVID-19 (παχυσαρκία, καρδιαγγειακά νοσήματα) αλλά και από συμπεριφορές που συντελούν στην νόσηση (απορρύθμιση του ύπνου, αδράνεια). Εικάζεται ότι διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος που έχουν ανιχνευθεί σε υποπληθυσμούς των ασθενών με διαταραχές της διάθεσης, επιδεινώνονται κατά τη νόσηση και αυξάνουν τον κίνδυνο για επιπλοκές και θάνατο από COVID-19. Οι μελέτες σχετικά με την φαρμακοθεραπεία των ασθενών αυτών είναι αντιφατικές καθώς ορισμένα φάρμακα έχουν συσχετιστεί με μεγαλύτερο κίνδυνο νόσησης με πνευμονία και/ή COVID-19 (βενζοδιαζεπίνες, άτυπα αντιψυχωτικά), ενώ άλλα έχουν συνδεθεί με μειωμένη πιθανότητα λοιμώξεων του αναπνευστικού (λίθιο, αντικαταθλιπτικά, βαλπροϊκό οξύ, αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης). Με βάση όλα τα παραπάνω, προτείνεται ότι οι ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης θα πρέπει να θεωρούνται ως ομάδα κινδύνου για νόσηση με COVID-19.

Συμπεράσματα

Από τις ερευνητικές μελέτες που παρατέθηκαν στα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας, διαπιστώνουμε ότι ο νοσηλευτής έχει εξαιρετικά σημαντικό ρόλο στην φροντίδα και στην διαχείριση των διπολικών ασθενών. Συμβάλλει όχι μόνο στην αντιμετώπιση οξέων επεισοδίων αλλά και στην συνολική πορεία του ασθενούς εντός και εκτός ψυχιατρικής κλινικής. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που περιεγράφηκαν όπως η φροντίδα στο σπίτι, η εκπαίδευση για διεκδικητικότητα, η οικογενειακή ψυχοεκπαίδευση, η κατάργηση των περιοριστικών μέτρων και της απομόνωσης, οι παρεμβάσεις σύμφωνα με την προσέγγιση της συστηματικής νοσηλευτικής και του Μοντέλου Συστημάτων της Neuman, η αυτοδιαχείριση και η κινητοποιητική συνέντευξη στοχεύουν στην παροχή πιο ολοκληρωμένης φροντίδας και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων συνολικά. Επιπλέον, αναδείχθηκε ότι ένα από τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό προσωπικό είναι η μη συνέπεια των ασθενών στην θεραπεία, που όμως με τις κατάλληλες μεθόδους και προσεγγίσεις, μπορεί να αντιμετωπιστεί επιτυχώς. Ακόμη, το στίγμα και οι διακρίσεις είναι ένας επιπλέον ανασταλτικός παράγοντας που αποτρέπει το άτομο να αναζητήσει βοήθεια. Αλλά και όταν τελικά στρέφεται στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι πιθανό η φροντίδα που του παρέχεται να μην είναι η καλύτερη δυνατή λόγω των στερεοτύπων και των πεποιθήσεων που έχουν οι νοσηλευτές και η υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα, προς τους ασθενείς με ψυχικές νόσους. Τέλος, φάνηκε ότι τα άτομα με ιστορικό διπολικών διαταραχών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσηλευτούν, να χρειαστούν αποκατάσταση σε ειδικές δομές μετά τη νοσηλεία τους ή και να αποβιώσουν λόγω της νόσησης με COVID-19, σε σχέση με άτομα που δεν έχουν διαταραχές της διάθεσης. Για τον λόγο αυτό η ψυχιατρική συννοσηρότητα πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά και να λαμβάνεται υπόψη στους ασθενείς που νοσηλεύονται και τα άτομα με διαταραχές της διάθεσης να θεωρούνται ως ευπαθείς ομάδα για νόσηση με COVID-19.

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Εργάζομαι στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και θα περιγράψω συνοπτικά την περίπτωση μιας νεαρής κοπέλας με τη διάγνωση της Διπολικής Διαταραχής Ι. Η ασθενής Ν εισάγεται με εισαγγελική παραγγελία στην κλινική παρουσιάζοντας κλινική εικόνα μανιακού επεισόδιο. Η Ν είναι 23 χρονών, μένει στα Ιωάννινα και έχει διαγνωστεί με διπολική διαταραχή τύπου Ι πριν από πέντε χρόνια (21 ετών) , όπου παρουσίασε και το πρώτο μανιακό επεισόδιο . Κατάγεται από την Ηγουμενίτσα, όπου διαμένει και η οικογένεια της. Είναι φοιτήτρια στο τμήμα του Ιστορικού-Αρχαιολογικού, αλλά τα τελευταία χρόνια δεν ασχολείται πια με την σχολή της λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζει. Όταν πρωτοδιαγνώστηκε είχε ξεκινήσει ψυχιατρική παρακολούθηση σε ιδιώτη ιατρό, την οποία όμως σταμάτησε πρόσφατα γιατί όπως λέει η ίδια δεν ένιωθε ότι της πρόσφερε κάτι. Διέκοψε ακόμη και τη φαρμακευτική της αγωγή, 2 Milithin των 300mg κάθε βράδυ, κάτι που πιθανώς να οδήγησε στο παρόν μανιακό επεισόδιο . Η εισαγγελική παραγγελία έγινε από τους γονείς της Ν, που ειδοποιήθηκαν από τους φίλους της για την ραγδαία αλλαγή στη συμπεριφορά της. Ειδικότερα αναφέρουν ότι η Ν κοιμάται ελάχιστες ώρες την μέρα, βρίσκεται σε μια διαρκή υπερδιέγερση και υπερκινητικότητα, ο λόγος της είναι γρήγορος και πολλές φορές χωρίς συνοχή. Ακόμη, παρουσιάζει παρορμητική συμπεριφορά κυρίως στον σεξουαλικό τομέα της ζωής της, αλλάζοντας πολλούς ερωτικούς συντρόφους χωρίς να χρησιμοποιεί προφυλάξεις. Στην προσπάθεια της να την βοηθήσει, η μητέρα της μετέβη στα Ιωάννινα πριν από δύο βδομάδες. Ωστόσο η κατάσταση της Ν συνέχισε να επιδεινώνεται και κορυφώθηκε με ένα περιστατικό που ήταν και η αιτία η μητέρα της να προβεί σε εισαγγελική παραγγελία. Συγκεκριμένα, δυο μέρες πριν την εισαγωγή αντιλήφθηκε τυχαία ότι η Ν είχε ξοδέψει 3000 ευρώ από τον κοινό οικογενειακό τους λογαριασμό σε μαγαζί με κοσμήματα. Όταν την ρώτησε, η Ν άρχισε να φωνάζει αρνούμενη τους ισχυρισμούς της μητέρας της. Η ένταση κορυφώθηκε όταν η Ν κινήθηκε επιθετικά προς την μητέρα και άρχισε να τη χαστουκίζει. Η μητέρα κατάφερε να ξεφύγει και κάλεσε την αστυνομία που οδήγησε την νεαρή κοπέλα στην ψυχιατρική κλινική.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η Ν είναι μια 23χρονη φοιτήτρια του Ιστορικού- Αρχαιολογικού που ζει στα Ιωάννινα μόνη της, η οποία εισήχθη στην ψυχιατρική κλινική του Π.Γ.Ν.Ι., μετά από εισαγγελική παραγγελία που έκανε η μητέρα της. Η ίδια δεν θεωρεί την εισαγωγή της απαραίτητη και κατηγορεί την μητέρα της πως θέλει το κακό της και θέλει να ελέγχει την ζωή της. Το παρόν μανιακό επεισόδιο ξεκίνησε πριν από μια βδομάδα. Αναφορικά με τους παράγοντες που πιθανά συνέβαλαν στην εμφάνιση του είναι η διακοπή της ψυχοθεραπείας και της φαρμακευτικής αγωγής προ εξαμήνου, καθώς σύμφωνα με την ίδια δεν τα είχε ανάγκη. Ακόμη η Ν μιλάει με μεγάλη ένταση για μια διένεξη που είχε με την καλύτερη της φίλη πριν από λίγες εβδομάδες, την οποία βίωσε ως απόρριψη και ανησυχεί ιδιαίτερα για την συνέχιση της. Συνολικά τα συμπτώματα που παρουσιάζει είναι μειωμένη ανάγκη για ύπνο, έντονη λογόρροια και φυγή ιδεών, αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας, άρση αναστολών στον σεξουαλικό τομέα και υπέρμετρη εμπλοκή σε δραστηριότητες που έχουν μεγάλη πιθανότητα για οδυνηρές συνέπειες. Το τελευταίο αναφέρεται στην ανάληψη μεγάλου χρηματικού ποσού που έκανε η Ν από τον κοινό οικογενειακό λογαριασμό, χωρίς να ενημερώσει, για να αγοράσει κοσμήματα.

Συμπτώματα που δεν παρουσιάζει, τα οποία όμως αποτελούν κριτήρια του μανιακού επεισοδίου είναι η διογκωμένη αυτοεκτίμηση και το αίσθημα μεγαλείου και η περίσπαση της προσοχής σε ασήμαντα εξωτερικά ερεθίσματα. Επιπλέον, δεν αναφέρει ψυχοσωματικά συμπτώματα, ενώ οι περιγραφές της φαίνεται να είναι σωστές χρονολογικά.

Σχετικά με το ιατρικό της ιστορικό η Ν διαγνώστηκε με διπολική διαταραχή τύπου Ι στα 21 της χρόνια μετά από ένα μανιακό επεισόδιο που οδήγησε σε μια μικρής διάρκειας νοσηλεία στην ψυχιατρική κλινική του ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης. Επίσης έχει υπερθυρεοειδισμό και μεσογειακή αναιμία όπως και η μητέρα της. Η Ν καπνίζει 1 πακέτο την ημέρα, καταναλώνει μια φυσιολογική ποσότητα αλκοολούχων ποτών την εβδομάδα και δεν κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Αναφορικά με το οικογενειακό της ιστορικό η γιαγιά της, σύμφωνα με τα λεγόμενα της μητέρας της, έπασχε και αυτή από κάποια ψυχιατρική διαταραχή αλλά λόγω της εποχής εκείνης δεν διαγνώστηκε ποτέ.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η μητέρα της Ν μας πληροφορεί πως κυοφόρησε και γέννησε την κόρη της φυσιολογικά και χωρίς επιπλοκές. Τονίζει πόσο ήθελε αυτή την εγκυμοσύνη γι' αυτό και πρόσεχε ιδιαίτερα την ποιότητα ζωής της. Η Ν γεννήθηκε 3,5 κιλά χωρίς προβλήματα υγείας με φυσιολογικό τοκετό. Θήλασε για 2 μήνες, περπάτησε και μίλησε φυσιολογικά. Μεγάλη δυσκολία υπήρχε στη διαδικασία του ύπνου, με την Ν να κλαίει πολύ συχνά και να χρειάζεται την συνεχή παρουσία των γονιών της για να καταφέρει να κοιμηθεί. Ακόμη, από πολύ μικρή ηλικία όταν βρισκόταν σε ένταση έτρωγε τα νύχια της, συνήθεια που διατηρεί μέχρι και σήμερα. Στο σχολείο η Ν περιγράφει τον εαυτό της ως ένα ντροπαλό παιδί, με λιγοστούς φίλους και μέτριες επιδόσεις στα μαθήματα. Είχε υποστεί σχολικό εκφοβισμό στο δημοτικό, με τα περιστατικά να είναι ακόμα ζωντανά στην μνήμη της. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα πολλές μέρες να μην επιθυμεί να πάει στο σχολείο, η μητέρα της μη γνωρίζοντας για αυτά τα γεγονότα να την πιέζει και τελικά να δημιουργούνται μεγάλες εντάσεις και τσακωμοί. Μάλιστα οι γονείς της Ν πληροφορήθηκαν για τον σχολικό εκφοβισμό πολύ αργότερα, σε μια οικογενειακή συνεδρία με τον ψυχίατρο που την παρακολουθούσε. Στη διάρκεια της εφηβείας η Ν είχε καλές σχέσεις με την οικογένεια της, αν και υπήρχαν στιγμές εντάσεων σε φυσιολογικό όμως βαθμό. Όταν έγινε 14 χρονών ξεκίνησε η έμμηνος ρύση και στα 17 της ανέπτυξε τις πρώτες σεξουαλικές της σχέσεις. Περιγράφει την Τρίτη λυκείου ως μια ιδιαίτερα στρεσογόνα κατάσταση που επηρέασε τις καθημερινές της λειτουργίες (ύπνος, φαγητό) χωρίς όμως αυτό να γίνεται παθολογικό. Πέρασε στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων και έκανε έντονη φοιτητική ζωή. Στα 21 της έκανε το πρώτο μανιακό επεισόδιο και έτσι της δόθηκε η διάγνωση της.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΝΟ

Κατά την εκτίμηση ενός μανιακού ασθενή, ο νοσηλευτής επικεντρώνεται στην αξιολόγηση των συμπτωμάτων του. Ελέγχει την αντίληψη/διεργασία σκέψης, τη συμπεριφορά/βούληση, το συναίσθημα, την ευαισθησία και την επικοινωνία του ασθενούς. Επιπλέον, εξετάζει την πιθανότητα επιθετικής συμπεριφοράς προς τον εαυτό του ή τους άλλους, την ύπαρξη συννοσηρότητας και τις γνώσεις του ασθενούς και της οικογένειάς του σχετικά με τη νόσο (Hogan, 2012). Με βάση την κλινική εικόνα της Ν, οι νοσηλευτικές διαγνώσεις που προκύπτουν είναι οι εξής:

Αξιολόγηση ασθενούς – Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Επιθετική συμπεριφορά προς τον εαυτό της ή τους άλλους.</p>	<p>-Η ασθενής να είναι ικανή να συνυπάρξει ομαλά σε ένα κοινωνικό πλαίσιο. -Να χρησιμοποιεί τεχνικές επίλυσης προβλημάτων αντί για επιθετικές συμπεριφορές</p>	<p>-Μείωση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων όταν η ασθενής είναι ευερέθιστη. -Έλεγχος της ικανότητας της να διαχειρίζεται την ματαίωση ή και άλλες καταστάσεις. -Διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος, κατάλληλη διαρρύθμιση του χώρου ώστε να αποφευχθεί ακούσιος ή εκούσιος τραυματισμός της ίδια ή τρίτων. -Σταδιακή αύξηση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων . -Πρόταση εναλλακτικών λύσεων, όταν η ασθενής βρίσκεται σε σύγχυση εξαιτίας κάποιας επιθυμίας που δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί. -Η επικοινωνία να βασίζεται στον σεβασμό προς τον ασθενή. -Παροχή ρεαλιστικής θετικής ανατροφοδότησης, κυρίως όταν το άτομο προσπαθεί να διαχειριστεί την ματαίωση με θετικό τρόπο.</p>	<p>-Καταπολέμηση των επιθετικών συμπεριφορών. -Ανάπτυξη ικανοτήτων που θα βοηθήσουν την ασθενή να αντιμετωπίζει τις καταστάσεις με αποδεκτά κοινωνικό τρόπο.</p>

Αξιολόγηση ασθενούς – Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Εκτίμηση αποτελέσματος
Διαταραχές ύπνου	<ul style="list-style-type: none"> -Αύξηση των ωρών ύπνου. -Τήρηση φυσιολογικού ωραρίου ύπνου. 	<ul style="list-style-type: none"> -Μαζί με την ασθενή εντοπίζουμε το περιβαλλοντικό ερέθισμα που δυσχεραίνει τον ύπνο. -Περιορισμός της κατανάλωσης καφεΐνης -Κατανάλωση μικρών γευμάτων/ζεστό γάλα πριν από τον ύπνο ή όταν το άτομο παραμένει ξύπνιο τις βραδινές ώρες. -Προτροπή για δραστηριότητες τις πρωινές/απογευματινές ώρες και περιορισμός αυτών. -Εφαρμογή τεχνικών χαλάρωσης πριν από τον βραδινό ύπνο. -Με την συνεργασία της ασθενούς, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. 	<p>Η ασθενής κοιμάται απρόσκοπτα για 6-8 ώρες την μέρα.</p>

Αξιολόγηση ασθενούς – Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Εκτίμηση αποτελέσματος
Λογόρροια	Η ασθενής να έχει λόγο συγκρατημένο και με συνοχή	<ul style="list-style-type: none"> -Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής εντολής. -Προαγωγή της συγκέντρωσης του ατόμου. -Ενθάρρυνση της ασθενούς να μην βιάζεται όταν μιλάει και θετική ανατροφοδότηση όταν αυτό επιτυγχάνεται. 	Μεγαλύτερη συνοχή στον λόγο της ασθενούς.

Αξιολόγηση ασθενούς – Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Εκτίμηση αποτελέσματος
Φυγή ιδεών	Η ασθενής να μπορεί να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα της με τρόπο συγκρατημένο και με λογική συνέχεια.	<ul style="list-style-type: none"> -Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής εντολής. -Προαγωγή της συγκέντρωσης του ατόμου, με περιορισμό των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων. 	Η ασθενής είναι ικανή να ελέγξει τη ροή των σκέψεων της και να τις εκφράσει συγκροτημένα.

		<p>-Ενθάρρυνση για την διατύπωση μιας ολοκληρωμένης σκέψης χωρίς διακοπές και θετική ανατροφοδότηση όταν αυτό επιτυγχάνεται</p>	
--	--	---	--

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Akbaş, E. & Yiğitoğlu, G. T., 2020. Nursing care for a patient with bipolar disorder (mixed attack) based on the Neuman Systems Model: A case report. *JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING*, 11(2), p. 154-162.
2. American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*. 5th edition. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από τις Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
3. Bas ,kaya, E. & Demir, S., 2022. Effect of treatment adherence training given to patients with bipolar disorder on treatment adherence, social functioning and quality of life: A pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 46.
4. Castro, V. M., Gunning, F. M., McCoy, T. H. & Perlis, R. H., 2021. Mood Disorders and Outcomes of COVID-19 Hospitalizations. *The American Journal of Psychiatry*, 178(6), p. 541-547.
5. Ceban, F., Nogo, D., Carvalho, I. P., Lee, Y., Nasri, F., Xiong, J., Lui, M.W. L., Subramaniapillai, M., Gill, H., Liu, R. N., Joseph, P., Teopiz, K. M., Cao, B., Mansur, R. B., Kangguang, L., Rosenblat, J. D., Ho, R. C. & McIntyre, R. S., 2021. Association Between Mood Disorders and Risk of COVID-19 Infection, Hospitalization, and Death A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(10), p. 1079-1091.
6. Doedens, P., Riet, G., Vermeulen, J., Boyette, L. L., Latour, C. & Haan, L., 2021. Influence of nursing staff characteristics on seclusion in acute mental health care—A prospective two-year follow-up study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(5), p. 491-498.
7. Fahrizal, Y., Mustikasari, M. & Daulima, N. H. C., 2020. CHANGES IN THE SIGNS, SYMPTOMS, AND ANGER MANAGEMENT OF PATIENTS WITH A RISK OF VIOLENT BEHAVIOR AFTER RECEIVING ASSERTIVE TRAINING AND FAMILY PSYCHOEDUCATION USING ROY'S THEORETICAL APPROACH: A CASE REPORT. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 23 (1), p. 1–14.
8. Freund, N. & Juckel, G., 2019. Bipolar Disorder: Its Etiology and How to Model in Rodents. *Methods in molecular biology*, 2011, p. 61-77.

9. Goossens, P. J. J., Harsenhorst, R. V., van Lanckeren, J. E., Testerink, A. E. & Daggenvoorde, T. H., 2020. Nursing Care for Patients With Acute Mania: Exploring Experiential Knowledge and Developing a Standard of Good Care—Results of the Delphi Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, p. 1-16.
10. Hogan, M.A., 2012. *Mental health nursing: Prentice Hall Nursing Reviews & Rationales*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Ι. Ρεκουινιώτη & Φ. Σταματοπούλου. Λευκωσία: Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδη.
11. Jones, S., 2004. Psychotherapy of bipolar disorder: a review. *Journal of Affective Disorders*, 80, p. 101-114.
12. Kowalewski, W., 2021. Nursing care in bipolar disorder – case study. *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 67(1), p. 54-61.
13. Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M. & Johnson, S. L., 2007. *Abnormal Psychology*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Θ. Καραμπά. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
14. Lozano, P., Butcher, H. K., Serrano, C., Carrasco, A., Lagares, C., Lusilla, P. & O’Ferrall, C., 2021. Motivational interviewing: Validation of a proposed NIC nursing intervention in persons with a severe mental illness. *International Journal of Nursing Knowledge*, 32(4), p. 240-252.
15. Rubensson, A. & Salzmänn-Erikson, M., 2019. A document analysis of how the concept of health is incorporated in care plans when using the nursing diagnosis classification system (NANDA-I) in relation to individuals with bipolar disorder. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(4), p. 986-994.
16. Sadock, B. J. & Sadock, V. A., 2007. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 10th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
17. Tyerman, J., Patovirta, A. L. & Celestini, A., 2020. How Stigma and Discrimination Influences Nursing Care of Persons Diagnosed with Mental Illness: A Systematic Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(2), p. 153-163.
18. van den Heuvel, S. C. G. H., Goossens, P. J. J., Terlouw, C., Schoonhoven, L. & van Achterberg, T., 2019. Self-Management Education for Bipolar Disorders: A Hermeneutic-Phenomenological Study on the Tacit Knowledge of Mental Health Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(11), p. 942-950.

19. vanLankeren, J. E., Testerink, A. E., Daggenvoorde, T. H., Poslawsky, I. E. & Goossens, P. J. J., 2020. Patient experiences with nursing care during hospitalization on a closed ward due to a manic episode: A qualitative study. *Perspect Psychiatr Care*, 56(1), p. 37-45.
20. Vieta, E., Berk, M., Schulze, T. G., Carvalho, A. F., Suppes, T., Calabrese, J. R., Gao, K., Miskowiak, K. W. & Grande, I., 2018. Bipolar disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4 (), 18008.
21. Wang, X. & Yu, Y., 2021. Application of systematic nursing in patients with maniac access of bipolar disorder and its impact on treatment compliance and quality of life. *American Journal of Translational Research*, 13(6), p. 6929–6936.
22. Zeighami, R., Raeisolhagh, A. & Ranjbaran, M., 2020. Effect of Home Nursing Care on the Severity of Symptoms in Patients With Bipolar I Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Home Health Care Management & Practice*, 33(2), p. 81-87.
23. Χριστοπούλου, Α., 2020. *Εισαγωγή στην ψυχοπαθολογία του ενήλικα*. 2^η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.