



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διπολική διαταραχή και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Φοιτήτρια

Περατινού Ειρήνη, ΑΜ:748

Υπεύθυνη καθηγήτρια

Γκούβα Μαίρη

Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών

Ιωάννινα, 2021

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
Εισαγωγή.....	6
Σκοπός.....	6
Υλικό και μέθοδος.....	6
Αποτελέσματα.....	7
Συμπεράσματα.....	7
Λέξεις ευρετηρίου.....	7
ABSTRACT.....	8
Introduction.....	8
Aim.....	8
Materials and methods.....	8
Results.....	8
Conclusions.....	9
Keywords.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
Ψυχική διαταραχή.....	11
Συναισθηματική διαταραχή.....	12
Διαγνωστικά κριτήρια DSM-V.....	12
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	15
1. ΕΙΔΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	15
1.1 Κατάθλιψη.....	15
1.2 Δυσθυμία.....	16
1.3 Μανία.....	17
1.4 Υπομανία.....	18
1.5 Διπολική διαταραχή.....	18
1.6 Κυκλοθυμία.....	19
2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗΣΗ.....	19
3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ / ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	21
3.2 ΤΥΠΟΙ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	23
1. Διπολική I Διαταραχή.....	23

2. Διπολική ΙΙ Διαταραχή.....	24
3. Κυκλοθυμική Διαταραχή.....	24
4. Διπολική και συσχετιζόμενη Διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες / φάρμακα.....	25
5. Διπολική και συσχετιζόμενη Διαταραχή προκαλούμενη από άλλη σωματική κατάσταση.....	25
6. Άλλη προσδιοριζόμενη Διπολική και συσχετιζόμενη Διαταραχή.....	25
7. Μη προσδιοριζόμενη Διπολική και συσχετιζόμενη Διαταραχή.....	26
4. ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ / ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	26
4.1 Βιοχημικοί παράγοντες.....	27
4.2 Γενετικοί παράγοντες.....	28
4.3 Νευροανατομικοί παράγοντες.....	28
4.4 Βιοψυχοκοινωνικοί παράγοντες.....	29
Περιγεννητικοί παράγοντες.....	29
Άγχος.....	29
Κιρκαδικός ρυθμός.....	30
<i>Προσαρμοσμένο μοντέλο SPAARS κατά Steven H.Jones για την κιρκαδική διαταραχή στην μανία.....</i>	<i>32</i>
<i>Προσαρμοσμένο μοντέλο SPAARS κατά Steven H.Jones για την κιρκαδική διαταραχή στην κατάθλιψη.....</i>	<i>33</i>
Παιδική κακοποίηση.....	33
5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....	35
5.1.1 Βήματα κατά την κλινική εξέταση.....	35
5.2 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	36
Πίνακας τυπικών συμπτωμάτων καταθλιπτικών και μανιακών επεισοδίων.....	38
5.2.1 Διαφορική διάγνωση της νόσου.....	39
Ερωτηματολόγιο «Mood Disorder» - «Διαταραχής Θυμικού».....	40
5.2.2 Διαγνωστικές δυσκολίες της νόσου.....	41
6.ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	43
6.1.1 Φαρμακολογική θεραπεία.....	43
6.1.2 Άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα.....	45
6.1.3 Αντικαταθλιπτικά φάρμακα.....	47
6.1.4 Σταθεροποιητές διάθεσης.....	48
Λίθιο.....	48
Βαλπροϊκό οξύ.....	49

Καρβαμαζεπίνη.....	50
Λαμοτριγίνη.....	50
Οδηγός για τον τρόπο επιλογής φαρμάκων στην σταθεροποίηση της διάθεσης.....	51
6.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	52
Ψυχοεκπαίδευση (Psychoeducation).....	52
Θεραπεία με διαπροσωπικό και κοινωνικό ρυθμό (Interpesonal and social rhythm therapy - IPSRT).....	53
Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (Cognitive behaviour therapy-CBT).....	53
Οικογενειακή θεραπεία (Family focused therapy-FFT).....	54
6.3 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (Electroconvulsive therapy - ECT).....	54
7. ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	56
Μοντέλο Διπολικής Αυτοκτονίας - The Bipolar Suicidality Model - BSM.....	58
8.ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ.....	60
9. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	62
10. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	64
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	66
11.1 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ.....	66
11.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	67
Θεραπευτική συμμαχία.....	68
Παρακολούθηση της ψυχιατρικής κατάστασης του ασθενούς.....	71
Παρακολούθηση της κοινωνικής, επαγγελματικής και διαπροσωπικής κατάστασης του ασθενούς.....	75
Αυτοδιαχείριση και εναισθησία.....	75
Βελτίωση της ποιότητας ζωής.....	76
Αποδοχή και κατανόηση από το οικείο περιβάλλον του ασθενή.....	76
11.3 ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	77
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	80
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	80
1.1 ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ-ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.....	80
1.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	81

2.1 ΜΕΘΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΣ.....	81
2.2 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ.....	82
2.3 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ.....	84
2.4 ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	84
3. ΣΤΟΧΟΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	85
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	87
Συμπεράσματα.....	89
Βιβλιογραφικές παραπομπές.....	90

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή : Η διπολική διαταραχή αποτελεί μία χρόνια ψυχική νόσο. Στο πλαίσιο αυτής, ο ασθενής βρίσκεται σε μανιακές / υπομανιακές, καταθλιπτικές ή μεικτές φάσεις. Μεταξύ των επεισοδίων, και εφόσον έχει επέλθει πλήρης ύφεση αυτού, ο ασθενής βρίσκεται με μία περίοδο νορμοθυμίας, δίχως διαταραχή διάθεσης. Ωστόσο, εάν το εκάστοτε καταθλιπτικό ή μανιακό επεισόδιο δεν έχει αποκλιμακωθεί πλήρως, ο ασθενής δύναται να εμφανίσει στις υφesiακές φάσεις υπομανιακά ή ήπια καταθλιπτικά επεισόδια.

Σκοπός : Η εκπόνηση της παρούσας εργασίας στοχεύει στην λεπτομερή μελέτη και διερεύνηση της συγκεκριμένης νόσου. Τα δεδομένα βασίζονται σε μελέτες και σε έρευνες, που πηγάζουν από έγκυρες ιατρικές και νοσηλευτικές πηγές είτε διαδουκτιακές ή βιβλιογραφικές.

Υλικό και μέθοδος : Πραγματοποιήθηκε ενδελλεχής μελέτη σε ελληνικές και ξένες βιβλιογραφίες στις ηλεκτρονικές βάσεις PubMed, Ovid MEDLINE, βιβλιοθήκη Cochrane, EMBASE, CINAHL plus και PsycINFO. Το ενδεδειγμένο υλικό αποτελείται κατά βάση, απο άρθρα αλλά και βιβλία της τελευταίας δεκαετίας. Κατά την συλλογή και διερεύνηση των επιστημονικών πηγών, χρησιμοποιήθηκαν λέξεις - κλειδιά προς την καλύτερη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων. Λέξεις ευρετηρίου είναι : διπολική διαταραχή, συναισθηματική διαταραχή, νοσηλευτική ψυχικής υγείας, μανιοκατάθλιψη, θεραπεία, μανία, υπομανία, κατάθλιψη.

Αποτελέσματα : Η διπολική διαταραχή αποτελεί ένα συνονθύλευμα βιοχημικής, γενετικής και βιοψυχοκοινωνικής παθογένειας. Η συννοσηρότητα επιπολάζει σε μεγάλα ποσοστά, ενόσω οι αυτοκτονικοί ιδεασμοί καταλαμβάνουν ένα μέρος της ανθρώπινης ψυχοσύνθεσης. Η θεραπεία της νόσου αποτελεί έναν κυκεώνα φαρμακολογικού και ψυχικού αγώνα. Ο αγώνας αυτός, που δίνεται από τον ασθενή, είναι μακρύς και συνεχής και αποσκοπεί στην βέλτιστη σταθεροποίηση των συναισθημάτων του. Ρηξικέλυθη αγωγή, ταυτόχρονα, στην διπολική διαταραχή αποτελεί και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

Συμπεράσματα : Ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας φαίνεται να είναι αποτελεσματικός για άτομα που πάσχουν από αυτή τη ψυχική νόσο. Κάθε άνθρωπος που έρχεται αντιμέτωπος με την διπολική διαταραχή, μαθαίνει να συμβαδίζει με αυτήν και να ελέγχει την ισορροπία των συναισθημάτων του. Ο νοσηλευτής, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην φροντίδα των ασθενών. Μέριμνα του ταυτόχρονα, είναι η ενημέρωση των συγγενών και η ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου προς αποφυγήν ρατσιστικών συμπεριφορών και στιγματισμού του εκάστοτε ασθενούς.

Λέξεις ευρητηρίου : διπολική διαταραχή, νοσηλευτική ψυχικής υγείας, συναισθηματική διαταραχή, φαρμακευτική αγωγή, μανία, κατάθλιψη, υπομανία.

ABSTRACT

Introduction : Bipolar disorder is a chronic mental illness. In this context, the patient is in manic / hypomanic, depressive or mixed phases. Between episodes, and after complete remission, the patient is in a period of normalcy, without mood disorder. In not fully de - escalated, the patient may experience hypomanic or mildly depressive episodes in the recessive phases.

Aim : The elaboration of the present work aims at the detailed study and investigation of the specific disease. The data are based on studies and researches, which originate from authoritative medical and nursing sources either online or bibliographic.

Materials and methods : A thorough study was conducted in Greek and foreign bibliographies in the electronic databases PubMed, Ovid MEDLINE, Cochrane library, EMBASE, CINAHL plus and PsycINFO. The appropriate material consists mainly of articles and books of the last decade. During the collection and investigation of scientific sources, keywords were used to better conduct the results. Index words are : bipolar disorder, mental health nursing, manic depression, treatment, mania, hypomania, depression.

Results : Bipolar disorder is a patchwork of biochemical, genetic and biopsychosocial pathogenesis. Co - morbidity prevalence in large proportions, while suicidal ideas occupy a part of human psychosynthesis. The treatment of the disease is a quagmire of pharmacological and mental struggle. This struggle, given by the patient, is long and continuous and aims at optimal stabilization of his emotions. Electroconvulsive therapy is also an groundbreaking treatment for bipolar disorder.

Conclusions : The combination of medication and psychotherapy seems to be effective for people suffering from this mental illness. Every person, who is faced with bipolar disorder, learns to keep up with it and to control the balance of his emotions. The nurse plays an important role in patient care. At the same time, his concern is to inform the relatives and to raise the awareness of the whole society in order to avoid racist behaviors and stigmatization of the respective patient.

Keywords : bipolar disorder, mental health nursing, emotional disorder, medication, mania, depression, hypomania.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανθρωπότητα βρίσκεται συνεχώς μπροστά σε επιστημονικά επιτεύγματα που εκπλήσσουν με τις παντοδύναμες και ευεργετικές επιδράσεις τους στην ανθρώπινη υγεία, στις εργασιακές δραστηριότητες, στην ποιότητα της ζωής, στους τρόπους επικοινωνίας και σε μύρια όσα άλλα απλησίαστα, ανεξήγητα και ακατόρθωτα μέχρι χθές. Παναθρώπινα προβλήματα και νοσήματα που ταλάνιζαν επί σειρά ετών την υφήλιο και φάνταζαν δισεπίλυτα, πλέον έχουν καταπολεμηθεί έως και εξαφανιστεί. Παράλληλος στόχος της επιστήμης τις τελευταίες δεκαετίες, αποτελεί εξίσου η κατανόηση και η ίαση των ψυχικών ασθενειών - παρόλο που η ψυχική υγεία παραγκονιζόταν επί μακρόν. Ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, κυρίως σε ανεπτυγμένα κράτη. Στην σημερινή εποχή, περίπου 450 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από μία ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή (Σκαπινάκης, 2001). Πριν γίνει ακόμα λόγος για τις περιπτώσεις της « ψυχικής » και « συναισθηματικής διαταραχής », είναι απαραίτητο να προσδιοριστεί η σημασία του όρου « συναίσθημα » - παρά την ασάφεια που συχνά περικλείει -, και πώς αυτό μεταβάλλεται καθημερινά και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής του ανθρώπου. Συναίσθημα, λοιπόν, είναι το αισθητηριακό βίωμα που προκύπτει ως αντίδραση σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα. Εκφράζεται μέσω φυσιολογικών και κινητικών αντιδράσεων. Ο συγκερασμός προηγούμενων συναισθηματικών και γνωστικών εμπειριών με τις τρέχουσες σωματικές αισθήσεις ονομάζεται συναίσθημα (Renaud & Zacchia, 2012). Το συναίσθημα, επίσης, διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο στις σκέψεις και στις ενέργειες του ατόμου σε σχέση με τον εαυτό του και τους άλλους, ενώ επηρεάζει και τον τρόπο που το άτομο αντιμετωπίζει τους αγχογόνους παράγοντες και τις διαπροσωπικές σχέσεις (Renaud & Zacchia, 2012).

Ο Ekman, ένας από τους διακεκριμένους ψυχολόγους του 20^{ου} αιώνα, σε μία έρευνα που διεξήγαγε σχετικά με την έκφραση και την φύση των συναισθημάτων, ξεχώρισε επτά κύρια συναισθήματα: την λύπη, τον θυμό, την έκπληξη, τον φόβο, την περιφρόνηση, την αποστροφή και την χαρά. Κάθε άνθρωπος εκφράζει με διαφορετικό τρόπο μια τυπική συναισθηματική εμπειρία. Υπάρχουν τέσσερις διαφορετικές προεκτάσεις όπου καθιστούν την εμπειρία αυτή μοναδική για κάθε οντότητα. Η ταχύτητα συναισθηματικής έναρξης, η δύναμη της συναισθηματικής απόκρισης, η διάρκεια της συναισθηματικής ανταπόκρισης, και ο απαραίτητος χρόνος για την ανάκαμψη και την επιστροφή σε κατάσταση αναφοράς (Ekman, 2004).

Ψυχική διαταραχή

Ως ψυχική ή ψυχιατρική και συμπεριφορική διαταραχή ορίζεται μία κλινική κατάσταση, κατά την οποία παρατηρείται αλλαγή στον τρόπο σκέψης, συμπεριφοράς ή και διάθεσης ενός ατόμου, με πυρηνικό σύμπτωμα το παθολογικό συναίσθημα. Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές δεν είναι απλά διαφοροποιήσεις μέσα στα πλαίσια της φυσιολογικής διακύμανσης, αλλά αναφέρονται σε σαφώς ανώμαλα ή παθολογικά φαινόμενα (Σκαπινάκης, 2001). Όλοι οι άνθρωποι, κατά καιρούς, βιώνουν συναισθήματα θλίψης, στενοχώριας και ενγένει αλλαγές στην ψυχική διάθεση. Οι συναισθηματικές αυτές διακυμάνσεις, οι οποίες είναι απολύτως θεμιτές και δικαιολογημένες, δεν ταυτίζονται απαραίτητα με την εικόνα της αφ'εαυτού ψυχικής διαταραχής. Οι διακυμάνσεις αυτές, για να κατηγοριοποιηθούν σε παθολογικές, προϋποθέτουν την ανασκόπηση της διάρκειας των συμπτωμάτων αυτών, της έκπτωσης της λειτουργικότητας του ατόμου, της ευμετάβλητης ψυχικής του διάθεσης, ακόμα και του βαθμού της προσωπικής δυσφορίας.

Συναισθηματική διαταραχή

Μια βασική κατηγορία ψυχικών διαταραχών είναι οι Συναισθηματικές Διαταραχές ή Διαταραχές Διάθεσης. Η συγκεκριμένη ομάδα χαρακτηρίζεται από διαταραχή της συναισθηματικής και ψυχικής διάθεσης και είναι δυνατόν να εκδηλωθεί με μορφές διαμετρικώς αντίθετες (είτε προς την κατάθλιψη, είτε προς την ευφορία) (Κωνσταντοπούλου, 2018).

Η ομάδα αυτή, καταλαμβάνει ένα μεγάλο κομμάτι των ψυχικών διαταραχών. Για την καλύτερη, λοιπόν, διαφορική διάγνωση τους, κατά καιρούς έχουν θεσμοθετηθεί διάφορα συστήματα ταξινόμησης. Το 1952, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία κάνει την αρχή της μείζονος προσπάθειας γράφοντας το πρώτο σύστημα ταξινόμησης DSM. Το πιο πρόσφατο και αναθεωρημένο σύστημα - το οποίο θα αναφερθεί στο επερχόμενο κεφάλαιο - αποτελεί το DSM - V(2013).

Διαγνωστικά κριτήρια DSM-V

Το σύστημα ταξινόμησης DSM-5, περιλαμβάνει τις εξής Συναισθηματικές Διαταραχές:

1. Διπολική I Διαταραχή
2. Τρέχον ή πιο πρόσφατο Μανιακό επεισόδιο
 - Ήπιο
 - Μέτριο
 - Σοβαρό

- Με ψυχωτικά χαρακτηριστικά
- Σε μερική ύφεση
- Σε πλήρης ύφεση
- Απροσδιόριστο

3. Τρέχον ή πιο πρόσφατο Υπομανιακό επεισόδιο

- Σε μερική ύφεση
- Σε πλήρης ύφεση
- Απροσδιόριστο

4. Τρέχον ή πιο πρόσφατο Καταθλιπτικό επεισόδιο

- Ήπιο
- Μέτριο
- Σοβαρό
- Με ψυχωτικά χαρακτηριστικά
- Σε μερική ύφεση
- Σε πλήρης ύφεση
- Απροσδιόριστο

5. Τρέχον ή πιο πρόσφατο απροσδιόριστο επεισόδιο

6. Διπολική II Διαταραχή

7. Κυκλοθυμική Διαταραχή

8. Διπολική και συσχετιζόμενη Διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες/φάρμακα

9. Διπολική και συσχετιζόμενη Διαταραχή προκαλούμενη από άλλη σωματική κατάσταση

10. Άλλη προσδιοριζόμενη Διπολική και συσχετιζόμενη Διαταραχή

11.Μη προσδιοριζόμενη Διπολική και συσχετιζόμενη Διαταραχή

(American Psychiatric Association and American Psychiatric Association, 2013).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΔΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

1.1 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη προέρχεται από την κλασική λατινική λέξη « deprimere ». Το «deprimere», σημαίνει κυριολεκτικά « πιάστε προς τα κάτω ». Το « de » μεταφράζεται στην λέξη « down » και το « primere » μεταφράζεται στην λέξη « προς τα κάτω ». Στην ουσία, ο όρος φαίνεται να υποδηλώνει ένα αίσθημα βαρύτητας, ότι το άτομο « πιάζεται προς τα κάτω ». Η βασική εμπειρία της κατάθλιψης φαίνεται να είναι ένα ιδιωτικό συμβάν που αντιμετωπίζεται ως « καταθλιπτικό » ή, σε ψυχιατρική ορολογία, ως « δυσφορικό » (Kanter et al., 2008). Ο ασθενής εμφανίζει συχνά μια προνοσηρή προσωπικότητα, καθώς από όλες τις ψυχικές διαταραχές, η κλινική εικόνα της κατάθλιψης είναι εκείνη που κυρίως « χρωματίζεται » από τα στοιχεία προσωπικότητας του ασθενούς (Χολέβα et al., 2016). Η καταθλιπτική διαταραχή συχνά συνυπάρχει με κάποιες μορφές διαταραχής προσωπικότητας, όπως την υστερική, οιστριονική, εξαρτητική, ψυχαναγκαστική - καταναγκαστική, ναρκισσιστική, μεταιχμιακή, αποφευκτική. Η διαταραχή του συναισθήματος αποτελεί «τον πυρήνα του κακού» στην κατάθλιψη. Οι λοιπές ψυχικές λειτουργίες επηρεάζονται δευτερογενώς (Χολέβα et al., 2016). Η ημερήσια συναισθηματική διακύμανση αποτελεί το χαρακτηριστικό σημείο της διάγνωσης. Το άτομο αισθάνεται δυσφορία κατά τις πρωινές ώρες, ενώ κατά τις νυχτερινές ώρες νιώθει λιγότερο κατατονικά, χωρίς αυτό να σημαίνει πως η διάθεση δεν παραμένει καταθλιπτική.

Άλλα συμπτώματα που παρατηρούνται στην συναισθηματική αυτή διαταραχή είναι η μελαγχολία (συνοδεύεται με παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις), η ανηδονία ή το συναισθηματικό κενό, το άγχος, η ευερεθιστότητα και απάθεια. τα δύο τελευταία συμπτώματα εκδηλώνονται κατά βάση σε ασθενείς τρίτης ηλικίας καθώς και συνδυασμένη με κάποια οργανική αιτιολογία. Η κατάθλιψη, ταυτόχρονα, χαρακτηρίζεται από εσωστρέφεια και ενοχή (Χολέβα et al., 2016). Η κατάθλιψη, τέλος, αποτελεί μία παγιωμένη κατάσταση, η οποία ταλανίζει τον κόσμο όπως και το κοινό κρυολόγημα. Όλοι οι άνθρωποι έχουν βιώσει ένα καταθλιπτικό επεισόδιο και εν δυνάμει στο μέλλον μπορούν να το ξαναζήσουν (Pratt & Brody, 2008).

1.2 Δυσθυμία

Η δυσθυμία ή δυσθυμική διαταραχή είναι μια χαμηλού βαθμού, χρόνια, καταθλιπτική κατάσταση που ορίζεται και διακρίνεται από την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Klein et al., 2000). Πρόκειται για μία μορφή « κατάθλιψης » ηπιότερης έντασης μεν, μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας συμπτωμάτων δε, σε σχέση με την καταθλιπτική διαταραχή. Ειδοποιός διαφορά, μεταξύ των δύο διαταραχών (δυσθυμία – κατάθλιψη) αποτελεί η διάρκεια των συμπτωμάτων. Η συνεχής παρουσία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων για τουλάχιστον δύο χρόνια, καθώς και τα ήπια καταθλιπτικά επεισόδια που παρουσιάζονται στην δυσθυμία, βρίσκονται σε αντιδιαστολή με τα συμπτώματα της καταθλιπτικής διαταραχής. Στην κατάθλιψη, το απαιτούμενο χρονικό διάστημα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων για την διάγνωση της είναι των δύο εβδομάδων. Ταυτόχρονα, η ένταση του καταθλιπτικού συναισθήματος είναι πολύ μεγάλη, συχνά άνευ λόγου. Υπάρχουν, συγχρόνως, επιπτώσεις στην λειτουργικότητα του ασθενούς. Οι δυσθυμικοί ασθενείς παρουσιάζουν έκπτωση λειτουργικότητας

τόσο στην εργασία τους όσο και στην κοινωνικοποίηση τους. Το συναίσθημα του «συμμετέχειν», δεν πλήττεται τόσο, όσο στην μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

1.3 Μανία

Ως συναισθηματική διαταραχή θεωρείται εκ διαμέτρου αντίθετη από αυτήν την κατάθλιψη. Το αίσθημα του ασθενούς είτε είναι υπερθυμικό και ευφορικό ή ευερέθιστο. Έτσι, αποσαφηνίζεται το γεγονός, πως άτομα με μανία δεν έχουν μόνο έντονο θυμικό και υπερ το δέον χαρούμενο συναίσθημα. Η μανία, μπορεί να αποτελέσει το εφαλτήριο για την έναρξη κάποιας συναισθηματικής διαταραχής, ιδιαίτερα σε άτομα που είναι από την φύση τους αρκετά εξωστρεφή, ή χρόνια υπερθυμικά (Agora et al., 2007). Ταυτόχρονα, ο ασθενής με μανία παρουσιάζει συχνά έκπτωση της λειτουργικότητας, καθώς και αντικοινωνικές τάσεις και αυτοτραυματιστικούς / τραυματιστικούς ιδεασμούς. Η διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής απαιτεί την ύπαρξη των συμπτωμάτων για τουλάχιστον επτά ημέρες. Ο ασθενής με μανία εμφανίζει πάντα διαταραχή στον ρυθμό σκέψης. Όταν υπάρχουν παραληρηματικές ιδέες, αυτές αποτελούν ψυχωτικά συμπτώματα της μανίας (Χολέβα et al., 2016). Η μανία μπορεί να συνυπάρχει με την διπολική διαταραχή και την μεταιχμιακή διαταραχή.

1.4 Υπομανία

Η υπομανία παρουσιάζει μικρές, σημαντικές και καθόλου επουσιώδη διαφορές από την μανία. Η πρώτη διαφοροποίηση έγκειται στο χρονικό πλαίσιο της συμπτωματολογίας. Ένα υπομανιακό επεισόδιο απαιτεί την ύπαρξη συμπτωμάτων για τουλάχιστον τέσσερις ημέρες. Τα συμπτώματα αυτά - όμοια της μανίας - αναφέρονται στον ασθενή με ηπιότερη ένταση και με μικρότερη επίδραση στην λειτουργικότητα του. Ειδοποιός διαφορά μεταξύ μανίας και υπομανίας αποτελεί η ύπαρξη παραληρητικών ιδεασμών. Εάν σε ένα επεισόδιο επιφύεται ψυχωτικό σύμπτωμα - ανεξαρτήτου διάρκειας - κρίνεται αφ'εαυτού μανιακό.

1.5 Διπολική διαταραχή

Η Διπολική Διαταραχή είναι μία χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή του συναισθήματος, η οποία χαρακτηρίζεται από κυκλικές εναλλαγές καταθλιπτικών και μανιακών επεισοδίων (Μαυρικάκη et al., 2013). Μεταξύ των επεισοδίων μπορούν να εκδηλωθούν υπομανιακά ή ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα. Τα άτομα που συμπορεύονται με αυτήν την διαταραχή, έχουν εξαιρετικά ενοχλητικά επεισόδια, συχνές υποτροπές και σοβαρές ψυχοκοινωνικές διαταραχές - ακόμη και όταν δεν είναι συμπτωματικά (Miklowitz & Johnson, 2008). Όταν όμως η αποδρομή των επεισοδίων είναι πλήρης, δεν εμφανίζονται στον ασθενή διαταραχές της διάθεσης, και βιώνει μία περίοδο νορμοθυμίας (Χολέβα et al., 2016). Ο ασθενής, επίσης, μπορεί να εκδηλώσει μεικτά επεισόδια, ταυτόχρονα καταθλιπτικά και μανιακά.

1.6 Κυκλοθυμία

Η κυκλοθυμική διαταραχή παρουσιάζει τα συμπτώματα της διπολικότητας σε μικρότερη βαρύτητα και ένταση. Για την διαφορική διάγνωση πρωτεύουσα διαφορά αποτελεί η διάρκεια των συμπτωμάτων. Στην κυκλοθυμία τα επεισόδια υπερθυμίας και υποθυμίας διατείνονται για τουλάχιστον δύο έτη. Ο ασθενής διανύει περιόδους είτε ήπιας κατάθλιψης ή υπερθυμίας. Το άτομο παρουσιάζεται αρκετά λειτουργικό και ανεκτό από το οικείο περιβάλλον. Στην κυκλοθυμία αποκλείονται εξ ορισμού τα ψυχωτικά συμπτώματα. Ασθενής με κυκλοθυμική διαταραχή διατρέχει κίνδυνο της τάξεως του 15 – 50% να αναπτύξει τελικά διπολική διαταραχή (Χολέβα et al., 2016).

2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗΣΗ

Από καταβολής του κόσμου και καθ'όλη την διάρκεια της ιστορίας, γίνονται αναφορές για την ύπαρξη ψυχικών ασθενειών. Οι ψυχικές ασθένειες, από την Νεολιθική Εποχή ακόμα, αποτελούσαν έναν φαύλο κύκλο, στον οποίο οποιαδήποτε αποκλίνουσα ή μη κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά, που προκαλούσε τρόμο, ενσωματωνόταν μέσα σε αυτόν - αφού δεν γνώριζαν που έπρεπε να την αποδώσουν. Σε όλη την ιστορία έχουν υπάρξει τρεις γενικές θεωρίες αιτιολογίας της ψυχικής ασθένειας : η υπερφυσική, η σωματογενής και η ψυχογενής(Farreras, 2021). Οι υπερφυσικές αποδίδουν την ψυχική ασθένεια στην κατοχή από δαιμονικά πνεύματα, αμαρτία, δυσαρέσκεια θεών, οι σωματογενείς αποδίδουν την ασθένεια σε διαταραχές της φυσικής λειτουργίας που οφείλονται είτε σε ασθένειες, γενετική βλάβη και ανισορροπία και τις ψυχογενείς θεωρίες που εστιάζουν σε τραυματικές ή αγχωτικές εμπειρίες (Farreras, 2021). Σε κάθε περίπτωση η θεραπεία διέφερε και μπορεί να

ξεκινούσε με έναν εξορκισμό και να κατέληγε σε διάφορες θρησκευτικές τελετές, ακόμα και στην « τρεφίνωση » (διάτρυση του κρανίου), η οποία αποτελούσε προϊστορικά θεραπεία κρανιακών τραυματισμών και επιληπτικών επεισοδίων.

Ο Πλάτωνας¹ αναφέρει : « - Τὸ γοῦν ἄριστον, ἔφη, αὐτοῖς τε τοῖς πάσχουσιν καὶ τῇ πόλει οὐτωπέφονται ». Υποστηρίζει, πως άνθρωποι με αθεράπευτες ψυχές και αθεράπευτα σώματα θα πεθαίνουν και θα καταδικάζονται σε θάνατο (Γρυπάρης, 2015).

Ο Ιπποκράτης (460-377 π.Χ), εισάγει για πρώτη φορά στην επιστήμη ένα αναθεωρημένο μοντέλο κατάθλιψης (Fornaro et al., 2009). Αποδίδει την λέξη «μελαγχολία» στην λατινική λέξη « μέλας » που σημαίνει « μαύρο » και στην λέξη «χόλος» που σημαίνει « χολή » (Fornaro et al., 2009). Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην θεωρία « των τεσσάρων χυμών του σώματος », τα τέσσερα συστατικά που βρίσκονται στο σώμα. Αίμα, φλέγμα, μαύρη χολή, κίτρινη χολή. Για να θεωρείται ένα άτομο ψυχικά υγιές, έπρεπε και τα τέσσερα υγρά να βρίσκονται σε ίση αναλογία στο σώμα. Εάν έστω και ένα από αυτά τα υγρά άλλαζε αναλογία, αυτομάτως διαταρασσόταν η ψυχική ηρεμία του ατόμου. Ο Ιπποκράτης υποστήριζε, πως η μανία, οφειλόταν στην αύξηση των επιπέδων της μαύρης χολής στο σώμα.

Ο Αρεταίος ο Καππαδόκης (1^ο αιώνα μ.Χ) ήταν ο πρώτος γιατρός που υποστήριξε, πως η μελαγχολία και η μανία είναι δύο εναλλασσόμενες και αλληλένδετες ψυχικές καταστάσεις. Καταστάσεις που διαδέχεται η μία την άλλη, αλλά ανήκουν στην ίδια ψυχική ασθένεια.

¹ Στην Πολιτεία ,στο εδάφιο[410]

Η σύγχρονη έννοια των διπολικών διαταραχών γεννήθηκε στη Γαλλία, με τις δημοσιεύσεις των Falret (1851) και Baillarger (1854) (Angst & Marneros, 2001).

Ο Emil Kraepelin, ωστόσο, το 1899, ενοποίησε όλους τους τύπους συναισθηματικών διαταραχών σε έναν καινούργιο όρο : « μανιακός - καταθλιπτικός παραλογισμός ». Παρά την αντίθεση του όρου, η ενιαία ιδέα του Kraepelin υιοθετήθηκε παγκοσμίως (Angst & Marneros, 2001).

3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ / ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η διπολική διαταραχή είναι μια συχνή, σοβαρή, κυρίως επαναλαμβανομένη διαταραχή της διάθεσης που σχετίζεται με μεγάλη νοσηρότητα. Οι εκτιμήσεις του επιπολασμού υποδηλώνουν ότι 1,5 - 3,0 % του πληθυσμού θα αναπτύξει διπολική διαταραχή, η οποία είναι η έκτη κύρια αιτία αναπηρίας παγκοσμίως (Strakowski et al., 2005).

Μια μεγάλη έρευνα διατομής σε 11 χώρες διαπίστωσε ότι ο συνολικός επιπολασμός των διαταραχών του διπολικού φάσματος σε όλη τη διάρκεια ζωής ήταν 2,4 %, με επιπολασμό 0,6 % για τον διπολικό τύπο I και 0,4 % για τον διπολικό τύπο II (Rowland & Marwaha, 2018). Τα στοιχεία για τα διαφορετικά ποσοστά διπολικής σε διαφορετικές εθνικότητες είναι αντικρουόμενα, με μερικές μελέτες να δείχνουν υψηλότερα ποσοστά στους Καυκάσιους και άλλες σε μη λευκούς πληθυσμούς. Συνολικά, τα στοιχεία δεν είναι αρκετά ισχυρά για να αποκλίνουν από την άποψη ότι η διπολική διαταραχή, φαίνεται να έχει περίπου ίση κατανομή μεταξύ φύλου και εθνικότητας (Rowland & Marwaha, 2018).

Η ασθένεια συνήθως ξεκινά στην εφηβεία και ακόμη και στα τέλη της παιδικής ηλικίας σε μερικούς ασθενείς - πολύ νωρίτερα από ό,τι φανταζόταν κάποτε (Miklowitz & Johnson, 2008).

Σε μία μελέτη που διεξήχθη σε επτά ιστότοπους σχετικά με την Διπολική Έρευνα με έδρα το νοσοκομείο McLean με 1665 ασθενείς διαφορετικών εθνικοτήτων, έδειξε πως η μέση ηλικία έναρξης την διπολικής διαταραχής ήταν τα 13 έτη, με μία ροπή προς τις ηλικίες 15 - 25 ετών. Ο μέγιστος επιπολασμός σε ηλικίες 15 - 25 ετών αντιπροσώπευε την πλειοψηφία (53,0 %) και των 1665 περιπτώσεων. Ο επιπολασμός της διπολικής διαταραχής σε ηλικίες μικρότερες των 15 ετών και μεγαλύτερες των 45 ετών ήταν μικρότερος από 5 %.

Δεκατέσσερις μελέτες έδειξαν ότι οι ασθενείς με διπολική διαταραχή πάσχουν από συννοσηρότητες. Έως και το 75 % των ασθενών με οποιαδήποτε διπολική διαταραχή πάσχουν από κάποια διαταραχή άγχους (16 – 70 %), κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ (21-34%) (Fajutrao et al., 2009).

Σε μία άλλη ψυχιατρική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από την Ολλανδική Έρευνα Ψυχικής Υγείας και την Μελέτη Επίπτωσης στον πληθυσμό των Κάτω Χωρών έδειξε ότι τα άτομα με διπολική διαταραχή έχουν μεγαλύτερες τάσεις απόπειρας αυτοκτονίας σε σχέση με άτομα που πάσχουν από κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή (Have et al., 2002).

3.2 ΤΥΠΟΙ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης DSM - V της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, η διπολική διαταραχή διακρίνεται στους παρακάτω υποτύπους :

1. Διπολική I Διαταραχή
2. Διπολική II Διαταραχή
3. Κυκλοθυμική Διαταραχή
4. Διπολική και συσχετιζόμενη Διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες / φαρμακα
5. Διπολική και συσχετιζόμενη Διαταραχή προκαλούμενη από άλλη σωματική κατάσταση
6. Άλλη προσδιοριζόμενη Διπολική και συσχετιζόμενη Διαταραχή
7. Μη προσδιοριζόμενη Διπολική και συσχετιζόμενη Διαταραχή

1. Στην **Διπολική I Διαταραχή** επιπολάζει τουλάχιστον ένα μανιακό και ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Στον τύπο αυτής της διαταραχής μπορούν να εμφανιστούν και μεικτά ή υπομανιακά επεισόδια². Συχνά, το πρώτο επεισόδιο που εμφανίζει ο ασθενής είναι μανιακό και σε ηλικία περίπου των 18 ετών. Εμφανίζονται - εάν και όχι τόσο συχνά - [30 % των ασθενών (Χολέβα et al., 2016)], ταυτόχρονα, προβλήματα στην λειτουργικότητα του ατόμου - κυρίως στον εργασιακό τομέα. Ο ασθενής, συγχρόνως, παρουσιάζει έκπτωση της λεκτικής μνήμης και διάσπαση προσοχής.

² Ο όρος « rapid cycling » (« ταχεία εναλλαγή φάσεων »), αναφέρεται μόνο εάν ο ασθενής εμφανίζει πάνω από 4 πλήρη επεισόδια διάθεσης τον χρόνο.

2. Στην **Διπολική ΙΙ Διαταραχή** παρουσιάζεται τουλάχιστον ένα υπομανιακό και ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Στο τύπο αυτής της διαταραχής μπορούν να εμφανιστούν και μεικτά επεισόδια³. Συχνά, το πρώτο επεισόδιο που εμφανίζει ο ασθενής είναι καταθλιπτικό και σε ηλικία περίπου των 25 ετών. Το 15 % των ασθενών (Χολέβα et al., 2016) παρουσιάζει έκπτωση λειτουργικότητας, κυρίως στον εργασιακό τομέα. Οι ασθενείς με τον υπότυπο ΙΙ, εμφανίζουν τα ίδια γνωστικά ελλείματα με τον υπότυπο Ι σε ηπιότερη μορφή και περισσότερα επεισόδια τον χρόνο συγκριτικά με την Διπολική Ι Διαταραχή. Τέλος, οι ασθενείς, μετά την έλευση ετών, παρατηρούν όλο και λιγότερες περιόδους νορμοθυμίας.
3. Στην **Κυκλοθυμική Διαταραχή**, το άτομο εμφανίζει καταθλιπτικά και υπομανιακά επεισόδια, χωρίς όμως να επισύρει την ανησύχια των οικείων του. Τόσο τα καταθλιπτικά όσο και τα υπομανιακά επεισόδια δεν πληρούν τις προδιαγραφές για την εξ ορισμού κατάθλιψη και υπομανία. Το άτομο με κυκλοθυμική διαταραχή εναλλάσσεται από περιόδους υπερθυμίας και κατατονίας. Υπάρχει ένα ποσοστό 15 – 50 % το άτομο να αναπτύξει στην συνέχεια διπολική Ι ή διπολική ΙΙ διαταραχή (American Psychiatric Association and American Psychiatric Association, 2013). Μεταξύ των παιδιών με κυκλοθυμική διαταραχή, η μέση ηλικία κατά την έναρξη των συμπτωμάτων είναι τα 6,5 έτη (American Psychiatric Association and American Psychiatric Association, 2013).

³ Ο όρος « rapid cycling » (« ταχεία εναλλαγή φάσεων »), αναφέρεται μόνο εάν ο ασθενής εμφανίζει πάνω από 4 πλήρη επεισόδια διάθεσης τον χρόνο.

4. Στην **Διπολική και συσχετιζόμενη Διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες / φάρμακα** παρουσιάζονται καταθλιπτικά, υπομανιακά και μανιακά επεισόδια. Το άτομο εμφανίζει εριστική, ευερέθιστη και ευφορική διάθεση. Μέσα στην υπερθυμία του υποβόσκουν καταθλιπτικά επεισόδια, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση μίας όψιμης κατάθλιψης. Η διπολικότητα αυτή, οφείλεται σε εξαρτησιογόνες ουσίες και φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής, λόγου χάριν κοκαΐνη, αμφεταμίνη, δεξαμεθαζόνη, υπνωτικά φάρμακα, αγχολυτικά φάρμακα (American Psychiatric Association and American Psychiatric Association, 2013).
5. Στην **Διπολική και συσχετιζόμενη Διαταραχή προκαλούμενη από άλλη σωματική κατάσταση**, το άτομο έχει αυξημένη, ευφορική και ευερέθιστη διάθεση βιώνοντας περιόδους έντονης κατατονίας και δυσθυμίας. Η ψυχιατρική αυτή διαταραχή, αποτελεί συνέπεια κάποιας αμιγώς σωματικής πάθησης του ασθενούς. Οι εναλλασσόμενες διαθέσεις εμφανίζονται ακανόνιστα και δημιουργούν μεικτές καταστάσεις.
6. **Άλλη προσδιοριζόμενη Διπολική και συσχετιζόμενη Διαταραχή**. Στην διαταραχή αυτή το άτομο επισύρει την ανησυχία των οικείων του, αφού εμφανίζει έκπτωση λειτουργικότητας σε κοινωνικό, επαγγελματικό, οικογενειακό επίπεδο και έντονη δυσφορία. Παρόλα αυτά, η διαταραχή αυτή επισημαίνεται, από τον κλινικό, όταν κυριαρχούν τα συμπτώματα της διπολικής ή κάποιας άλλης συσχετιζόμενης διαταραχής αλλά δεν μπορούν να προσδιοριστούν, να καταγραφούν και να πληρούν τα κριτήρια από κάποιον άλλο υπότυπο διπολικής διαταραχής. Ο ασθενής, δύναται να εμφανίζει κυκλοθυμικά επεισόδια βραχείας διάρκειας, υπομανιακά επεισόδια με ή χωρίς μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια εντός ολίγων ημερών.

7. **Μη προσδιοριζόμενη Διπολική και συσχετιζόμενη Διαταραχή.** Στην διαταραχή αυτή το άτομο επισύρει την ανησυχία των οικείων του, αφού εμφανίζει έκπτωση λειτουργικότητας σε κοινωνικό, επαγγελματικό, οικογενειακό επίπεδο και έντονη δυσφορία. Τα συμπτώματα της διπολικής ή κάποιας άλλης συσχετιζόμενης διαταραχής εμπίπτουν με τα συμπτώματα του ασθενούς, αλλά δεν αποτελούν διαγνωστικό κριτήριο για κάποιον άλλον διπολικό υπότυπο. Δεν προσδιορίζεται από τον κλινικό ο λόγος που δεν εντάσσει την διαταραχή αυτή σε διπολική ή και σε συνδεόμενη. Τέλος, ο κλινικός καταγράφει κάποιες κλινικές εμφανίσεις στις οποίες υπάρχουν ανεπαρκείς πληροφορίες για να γίνει μία πιο ειδική διάγνωση (American Psychiatric Association and American Psychiatric Association, 2013).

4.ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ / ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η επιστήμη, τα τελευταία χρόνια, έχει εξελίξει σημαντικά την γνώση της για την παθοφυσιολογία και ενγένη την αιτιολογία της νόσου. Παρόλο που η διπολική διαταραχή είναι μία από τις πιο κληρονομικές ψυχιατρικές διαταραχές, ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο στο οποίο αλληλεπιδρούν το γονίδιο και το περιβάλλον θεωρείται ότι ταιριάζει καλύτερα σε αυτήν την διαταραχή (Grande et al., 2016). Εκτός από τους γενετικούς παράγοντες κινδύνου, οι μη γενετικοί παράγοντες κινδύνου μπορούν επίσης να συμβάλλουν στην εκδήλωση διπολικής διαταραχής, όπως η εξάρτηση από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, ή η σωματική και σεξουαλική

κακοποίηση (Kerner, 2014). Έτσι, η διπολική διαταραχή θεωρείται ένα συνονθύλευμα πολυγενών παραγόντων.

4.1 Βιοχημικοί παράγοντες

Διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της διπολικής διαταραχής. Αρκετές φαρμακολογικές και βιοχημικές μελέτες έχουν δείξει ότι ο νευροδιαβιβαστής κατεχολαμίνη συμβάλλει και αυτός στην δημιουργία της νόσου. Αυξημένα επίπεδα κατεχολαμίνης επιφέρουν συμπτώματα μανίας, ενώ χαμηλά επίπεδα του νευροδιαβιβαστή επιφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης. Ο μεταφορέας ντοπαμίνη (DAT) παίζει καθοριστικό ρόλο στην ντοπαμινεργική νευροδιαβίβαση, καθώς καθορίζει τον εξωκυτταρικό χώρο της ντοπαμίνης (DA) και επομένως ελέγχει τη συγκέντρωση του ενεργού νευροδιαβιβαστή. Η ανισορροπία στην ντοπαμινεργική νευροδιαβίβαση έχει εμπλακεί στην αιτιολογία μιας ποικιλίας ψυχιατρικών διαταραχών μεταξύ άλλων η σχιζοφρένεια και η διπολική συναισθηματική διαταραχή. Φάρμακα, λοιπόν, που επηρεάζουν την λειτουργία της ντοπαμίνης, όπως η κοκαΐνη και αμφεταμίνες ενισχύουν την ντοπαμινεργική σηματοδότηση, η οποία με την σειρά της μπορεί να οδηγήσει σε υπερκινητικότητα και άλλες αλλαγές στην συμπεριφορά (Horschitz et al., 2005).

Ταυτόχρονα, ο νευροδιαβιβαστής ακετυλοχολίνη (Ach) διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην γνωστική λειτουργία και συναισθηματική διάθεση του ανθρώπου. Η μειωμένη διάσπαση του ACh ή η αυξημένη σηματοδότηση ACh στον ιππόκαμπο μπορεί να αυξήσει τις αποκρίσεις στο στρες σε μοντέλα ζώων και να προκαλέσει άγχος και κατάθλιψη σε ανθρώπους (Mineur & Picciotto, 2021).

Οι νευροτροφικοί παράγοντες είναι αυξητικοί παράγοντες που προάγουν τη νευροπλαστικότητα, τη νευρογένεση, την επιβίωση, τη διαφοροποίηση και τη συντήρηση σε υγιή και αναγεννητικά εγκεφαλικά κύτταρα. Μελέτες έχουν δείξει ότι διαταραχές στην δραστηριότητα νευροτροφικών παραγόντων και σχετική βλάβη στην πλαστικότητα και ανθεκτικότητα στα εγκεφαλικά κύτταρα έχει αναφερθεί στην διπολική διαταραχή (Sigitova et al., 2017).

4.2 Γενετικοί παράγοντες

Σε πρώιμες μελέτες που χρησιμοποιούν μικροσυστοιχίες DNA, αναφέρθηκαν μείωση των γονιδίων που σχετίζονται με ολιγοδενδροκύτταρα, αλλοιωμένοι υποδοχείς ή κανάλια που σχετίζονται με σηματοδότηση ασβεστίου και μειωμένα γονίδια που σχετίζονται με μιτοχόνδρια και διάφορους δείκτες νευρώνων (Kato, 2019). Παρόλο που είναι πια γνωστό ότι η διπολική διαταραχή οφείλεται και σε γενετικούς παράγοντες, είναι δύσκολο να χαρτογραφηθούν τα γονίδια που εμπλέκονται στην μετάλλαξη αυτή. Μελέτες που εντρυφούν σε ασθένειες που οφείλονται στην Μεντελική κληρονομικότητα και σε γενετικές μεταλλάξεις γονιδίων, όπως η νόσος Darier, έχουν δείξει πως το ίδιο μεταλλαγμένο γονίδιο βρίσκεται και σε ασθενείς με συννοσηρότητα διπολικής διαταραχής ή ψύχωσης.

4.3 Νευροανατομικοί παράγοντες

Μετεγχειρητικές μελέτες εγκεφάλου σε ασθενείς με διπολική διαταραχή που διεξάγονται ήδη από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα μέχρι και σήμερα έχουν δημιουργήσει κάποιες ενδείξεις σχετικά με την βλάβη που μπορεί να δημιουργεί μία ψυχική νόσος

στην εγκεφαλική ανατομία. Αναφέρεται μειωμένη πυκνότητα νευρώνων στον ραχιαίο προμετωπιαίο φλοιό, μειωμένος αριθμός νευρώνων και μειωμένο νευρωνικό μέγεθος στην ραχιαία ραφή, καθώς και μειωμένος αριθμός νευρώνων στον ιππόκαμπο και στον θαλαμικό δικτυωτό πυρήνα (Kato,2019).

Η χρόνια νευροφλεγμονή, που προκαλείται από νευροτοξίνες, αυτοανοσία, γήρανση, τραυματική εγκεφαλική βλάβη, μικρόβια και ιούς σχετίζεται με αρκετές ψυχικές και νευροεκφυλιστικές ασθένειες. Τόσο τα εγκεφαλικά κύτταρα (μικρογλοία, αστροκύτταρα, νευρώνες) όσο και τα περιφερικά ανοσοκύτταρα έχουν εμπλακεί στην νευροφλεγμονή και στο οξειδωτικό και νιτροδωτικό στρες. Ασθενείς με διπολική διαταραχή παρουσιάζουν ένα φλεγμονώδες σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από παθολογία γλοίας και νευροφλεγμονή (Sigitova et al., 2017).

4.4 Βιοψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Οι **περιγεννητικοί παράγοντες** παίζουν καθοριστικό ρόλο στην παθογένεια της διπολικής διαταραχής. Το κάπνισμα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, κάποια προγεννητική ιογενής λοίμωξη που μπορεί να μεταδώσει η μητέρα στο έμβρυο, καθώς και ηλικία των γονιών – παράμετρος που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την γονιμότητα και την εξέλιξη του εμβρύου - αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου.

Το **άγχος**, εάν και δεν έχει καταστεί ακριβές το ποσοστό επιρροής του στην νόσο και εάν μπορεί να προκαλέσει την παθογένεια της, εντούτοις διαδραματίζει ουσιώδη ρόλο στην υποτροπή της. Μελέτες έχουν δείξει ότι συχνή είναι η συννοσηρότητα ανάμεσα στις αγχώδεις διαταραχές και την κατάθλιψη. Ποσοστό 40 – 45 % ασθενών με

αγχώδη διαταραχή εμφανίζουν σε κάποια φάση κατάθλιψη, ενώ 60 % των ασθενών με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή εμφανίζουν αγχώδη – φοβικά στοιχεία. Σε περίπτωση συνύπαρξης αγχώδους με καταθλιπτική διαταραχή είναι σημαντικό να διερευνηθεί ποια είναι η κύρια και ποια η επαγόμενη διαταραχή. Συνήθως, όταν η κύρια διάγνωση είναι η αγχώδης διαταραχή, η αγχώδης συμπτωματολογία προηγείται αρκετά χρόνια πριν την εμφάνιση της κατάθλιψης (Χολέβα et al., 2016).

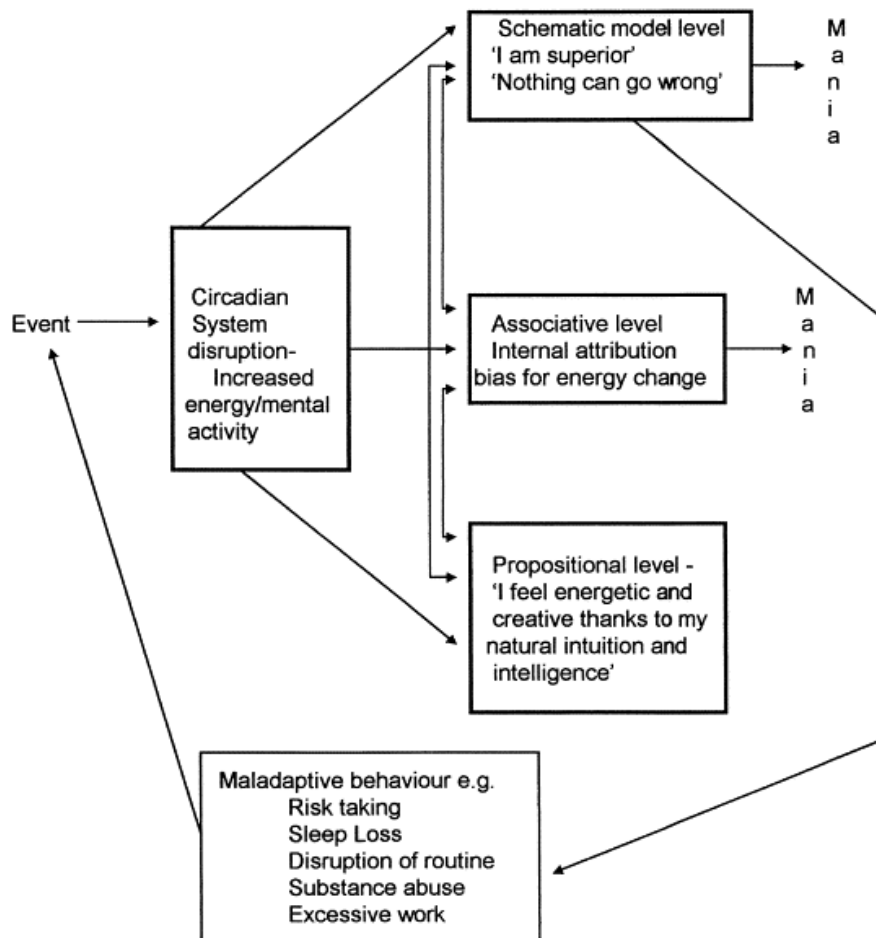
Ένας επόμενος χρονοβιολογικός παράγοντας αναφέρει την **απορρύθμιση του κερκαδικού ρυθμού**. Δεν έχει αποδειχτεί εάν αποτελεί αιτιώδη και δυνητικά παθογενή λόγο για την διπολική διαταραχή, παρόλα αυτά στέκεται αφορμή για την παρουσία των διπολικών επεισοδίων. Ο κερκαδικός ρυθμός αποτελεί θεμέλιο λίθο της ζωής των έμβιων όντων. Ασθενείς με διπολική διαταραχή παρουσιάζουν ανωμαλία στον κερκαδικό ρυθμό (στον ύπνο, στην δραστηριότητα, στην ορμονική έκκριση κορτιζόλης και μελατονίνης και στην όρεξη) (Sigitova et al., 2017).

Οι καταστάσεις που οδηγούν στην έκπτωση της λειτουργικότητας του κερκαδικού ρυθμού σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής. Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις που έχουν αρχίσει να χρησιμοποιούνται σε άτομα με διπολικότητα (CBT και IPSRT), υποδεικνύουν τη σημασία της δομής και της ρουτίνας για την βελτίωση της κλινικής κατάστασης τους. Σύμφωνα με τα βασικά μοντέλα διάθεσης - στρες των *Lam & Jones & Hayward & Bright*, η κερκαδική διαταραχή θεωρείται ως ένα στρεσογόνο προγνωστικό της υποτροπής (είτε μανιακής είτε καταθλιπτικής) (Jones, 2001). Ο (Jones,2001) στην αρθρογραφία του αναφέρει το μοντέλο διπολικής διαταραχής που ανέπτυξαν οι *Power & Dalglish to 1999*, και τον συσχετισμό αυτού με το διπολικό φάσμα. Η δομή του μοντέλου *Power and Dalglish's Schematic, Propositional, Analogical and Associative Representation Systems* παραθέτει πέντε βασικά συναισθήματα από τα οποία αναβλύζουν οι λοιπές συναισθηματικές εμπειρίες. Αυτά

είναι ο φόβος, η θλίψη, η ευτυχία, η αποστροφή και ο θυμός. Στο μοντέλο SPAARS, η πυροδότηση ενός συναισθήματος και κατά επέκταση η μετέπειτα παρουσία της μανίας ή της κατάθλιψης προωθείται σε τρία επίπεδα. Η επεξεργασία ενός γεγονότος στη ζωή του ανθρώπου ξεκινάει στο αναλογικό του σύστημα (σύστημα αίσθησης-λειτουργίας) είτε οσφρητικά είτε απτά είτε ακουστικά είτε γευστικά. Η μνήμη που επισύρεται στο πρώτο επίπεδο οδηγεί το άτομο σε ένα δεύτερο στρώμα συναισθημάτων, της σχηματικής ερμηνείας (διαδρομή 1) ή της συνεργατικής εμπειρίας (διαδρομή 2) είτε της προτασιακής εμπειρίας (διαδρομή 3). Έτσι η συσχέτιση της μνήμης και της συναισθηματικής ερμηνείας οδηγεί στην δημιουργία συναισθημάτων.

Η διαδικασία ανάπτυξης μανιακού επεισοδίου μπορεί να ενεργοποιηθεί σε πρώτη φάση από ένα γεγονός που προκαλεί σημαντική κερκαδική διαταραχή. Αυτό μπορεί να είναι, για παράδειγμα, μια σημαντική διαταραχή της ρουτίνας ύπνου που προκαλείται από δυσφορία / υπερβολική εργασία ή υστέρηση (Jones, 2001).

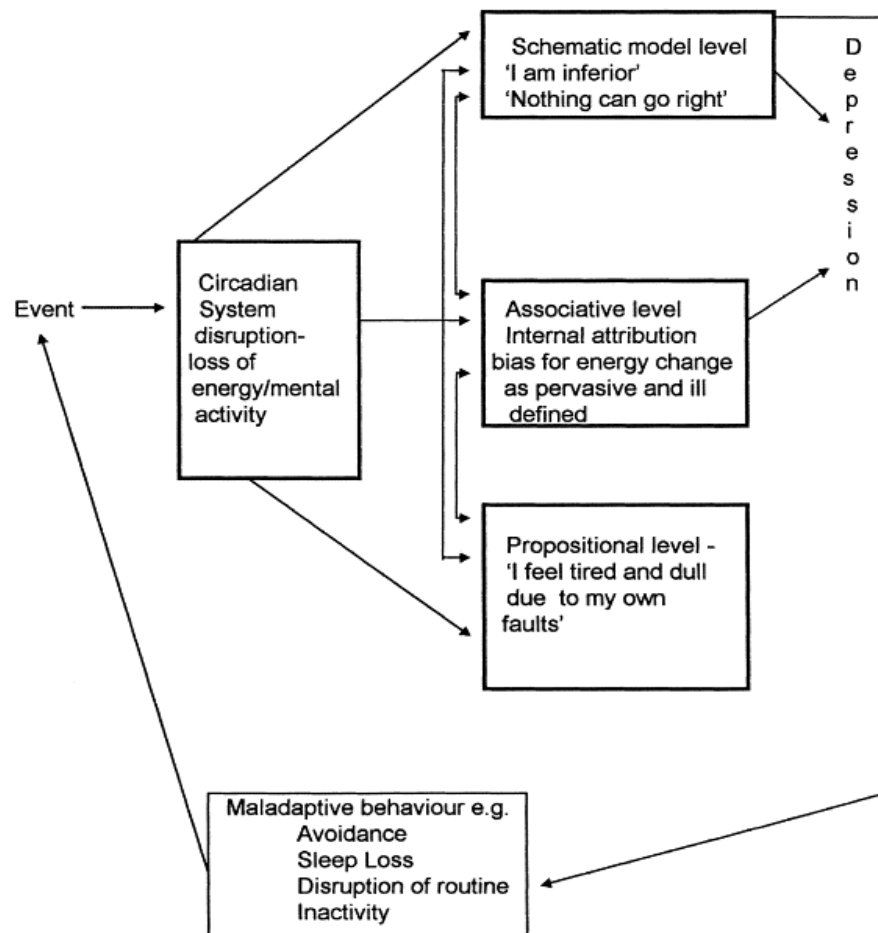
Διατείνεται ένα προσαρμοσμένο μοντέλο SPAARS κατά τον Steven H. Jones για την κερκαδική διαταραχή στη μανία, στο οποίο το συμβάν στη ζωή ενός ατόμου με διπολικότητα μπορεί να επιφέρει αναλογικά αποτελέσματα και να πυροδοτήσει την εμφάνιση του μανιακού φάσματος.



« CIRCADIAN RHYTHMS, MULTILEVEL MODELS OF EMOTION AND BIPOLAR DISORDER—AN INITIAL STEP TOWARDS INTEGRATION? », Steven H. Jones, 2001.

Αντίστοιχα, η διαταραχή του κερκαδικού ρυθμού εμπλέκεται και στην κατάθλιψη, ως μέρος της διπολικής διαταραχής, με επίπεδα δυσφορίας, κόπωσης, έλλειψη ενέργειας και αδιαθεσίας. Το αρχικό συμβάν ενεργοποιεί φυσιολογικές / γνωστικές και ενδείξεις βραδύτητας και μειωμένα επίπεδα γνωστικής και σωματικής δραστηριότητας. Αυτό, εν συνεχεία, θα εκτιμηθεί σε προτασιακό επίπεδο με την έννοια « Νιώθω κουρασμένος και βαρετός λόγω των δικών μου βλαβών ». Και πάλι, το άτομο κάνει μια εσωτερική απόδοση, αλλά στην περίπτωση αυτή αποδίδει εσωτερικά αρνητικά αποτελέσματα (Jones, 2011).

Διατείνεται ένα προσαρμοσμένο μοντέλο SPAARS κατά τον Steven H. Jones για την κερκαδική διαταραχή στη κατάθλιψη, στο οποίο το συμβάν στη ζωή ενός ατόμου με διπολικότητα μπορεί να επιφέρει αναλογικά αποτελέσματα και να πυροδοτήσει την εμφάνιση του καταθλιπτικού φάσματος.



« CIRCADIAN RHYTHMS, MULTILEVEL MODELS OF EMOTION AND BIPOLAR DISORDER—AN INITIAL STEP TOWARDS INTEGRATION? », Steven H. Jones, 2001.

Η **παιδική κακοποίηση** σε όλες τις μορφές της σωματική, σεξουαλική, συναισθηματική είναι ένας καλά μελετημένος παράγοντας περιβαλλοντικού κινδύνου με στοιχεία υψηλής ποιότητας ότι ενέχει κίνδυνο για μετέπειτα ανάπτυξης διπολικής διαταραχής. Τα τραυματικά συμβάντα συνδέονται με αυξημένα επίπεδα

συναισθηματικής αστάθειας ή συναισθηματικής δυσλειτουργίας γενικότερα σε άτομα με διπολική διαταραχή και αυτό αντιπροσωπεύει έναν πιθανό μηχανισμό δράσης της (Rowland & Marwaha, 2018).

Η σωματική και η σεξουαλική κακοποίηση φαίνεται να είναι οι ισχυρότεροι προγνωστικοί παράγοντες για τις δυσμενείς εκβάσεις στην διπολική διαταραχή. Συνδέονται με την πρόιμη έναρξη της διαταραχής, την καθυστέρηση στη διάγνωση και την πρώτη θεραπεία. Επιπλέον, κατά την διάρκεια των επεισοδίων διάθεσης, κυρίως μανιακά, rapid cycling επεισόδια με περισσότερες νοσηλείες, είναι πιο πιθανό να παρουσιαστούν συγχρόνως ψυχωτικά συμπτώματα και αυτοκτονικοί ιδεασμοί. Αναφορικά με τις ψυχιατρικές συννοσηρότητες, η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση της παιδικής ηλικίας συσχετίζεται με υψηλό κίνδυνο διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) σε ασθενείς με διπολική διαταραχή και περιγράφεται επίσης, η κατάχρηση ουσιών (Daruy - Filho et al., 2011).

Η παιδική συναισθηματική κακοποίηση συσχετίζεται επίσης, με μια πρόιμη εμφάνιση της διπολικής διαταραχής και με συμπτώματα επιθετικότητας (Daruy - Filho et al., 2011).

5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Κατά την ψυχιατρική κλινική εξέταση πρέπει κατ' αρχάς να διαφοροποιηθούν τα «συμπτώματα» (υποκειμενικά ενοχλήματα, όπως τα περιγράφει ο ίδιος ο ασθενής) από τα « σημεία » (ευρήματα που προκύπτουν κατά την κλινική εξέταση και περιγράφονται με δόκιμους ψυχιατρικούς όρους από τον εξεταστή). Στην κλινική πράξη η εξέταση δεν ακολουθεί συγκεκριμένη σειρά αναφορικά με την εκτίμηση των ψυχικών λειτουργιών, αλλά ξεκινάει εστιάζοντας είτε στο προφανέστερο παθολογικό κλινικό σημείο είτε στο πιο έντονο και δυσάρεστο σύμπτωμα που αναφέρει ο ασθενής (Χολέβα et al., 2016).

Κατά την κλινική εξέταση ψυχιατρικού ασθενούς διεξάγονται κάποια βήματα για την για να εκτιμηθεί η ψυχική του λειτουργία (συνείδηση, μνήμη, σκέψη, συναίσθημα, προσανατολισμός, προσοχή, αντίληψη, νοημοσύνη, κρίση).

5.1.1 Βήματα κατά την κλινική εξέταση

- Είναι ο ασθενής διαυγής, ώστε να πραγματοποιηθεί ψυχιατρική εκτίμηση ; (Συνείδηση)
- Πώς είναι η εμφάνιση και η συμπεριφορά του ασθενούς ; (Η εμφάνιση και η συμπεριφορά αντανακλούν ψυχικές λειτουργίες)
- Προσέχει ο ασθενής; (Προσοχή, μνήμη)
- Γνωρίζει ο ασθενής ποιος είναι; Πού βρίσκεται ; (Προσανατολισμός)
- Πώς κινείται ο ασθενής στον χώρο ; (Ψυχοκινητικότητα)
- Τι συναίσθημα εκφράζει ο ασθενής ; (Συναίσθημα)
- Μήπως ο ασθενής ακούει ή βλέπει κάτι που δεν υπάρχει ; (Αντίληψη)
- Τι λέει και με « ποιον τρόπο » τα λέει ο ασθενής ; (Σκέψη)

- Κοιμάται ; Σιτίζεται επαρκώς ;
- Τι εκτίμηση δίνει ο ασθενής σχετικά με το νοητικού του δυναμικό ;
(Νοημοσύνη)
- Τι εντύπωση δίνει ο ασθενής αναφορικά με την ικανότητα του να αξιολογεί τον εαυτό του ή άλλους, γεγονότα εμπειρίες ; (Κρίση)

(Χολέβα et al., 2016)

5.2 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Αν και η παθολογικά αυξημένη διάθεση της μανίας και της υπομανίας είναι το διακριτό σήμα κατατεθέν της διπολικής διαταραχής, γίνεται ολοένα και πιο εμφανές ότι η κατάθλιψη είναι το κυρίαρχο αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης (Mitchell & Malhi, 2004).

Σε ένα καταθλιπτικό επεισόδιο εμφανίζονται διαταραχές συναισθήματος, βούλησης, ροής και περιέχομενου σκέψης, διατροφής, προσοχής, ύπνου. Επίσης, ο ασθενής δύναται να παρουσιάσει διαταραχές προσανατολισμού, μνήμης, προσοχής και αντίληψης.

Ιδιαίτερη κλινική σημασία έχουν οι αλλαγές στη συμπεριφορά και στην εμφάνιση συγκριτικά με την προηγούμενη εικόνα του ατόμου. Ουσιαστικής σημασίας είναι το πώς περιγράφει ο ασθενής τη διάθεση του, καθώς και ο βαθμός υποκειμενικής δυσφορίας. Επιπρόσθετα, σε κάποιες κλινικές εικόνες της κατάθλιψης προεξάρχουν οι διαταραχές βούλησης, οπότε ο ασθενής προβάλλει κυρίως αυτές και αποδίδει το αίσθημα δυσφορίας στις επιπτώσεις που έχουν οι διαταραχές βούλησης στην καθημερινότητα του (Χολέβα et al., 2016).

Σε ένα μανιακό επεισόδιο πάλι παρουσιάζονται διαταραχές συναισθήματος, βούλησης, ροής και ούτω κάθε εξής. Τα συμπτώματα των διαταραχών αυτών και η κλινική εικόνα της μανίας είναι εκ διαμέτρου αντίθετα της κατάθλιψης.

Στην διπολική διαταραχή, ο ασθενής δύναται να εμφανίσει και μεικτό επεισόδιο, δηλαδή συνύπαρξη καταθλιπτικών και μανιακών επεισοδίων ταυτοχρόνως. Στο μεικτό επεισόδιο ενδέχεται τα επεισόδια να εναλλάσσονται κατά την διάρκεια της ημέρας.

Διατείνεται ένας πίνακας τυπικών συμπτωμάτων για την καλύτερη κατανόηση των καταθλιπτικών και μανιακών επεισοδίων.

<u>ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</u>	<u>ΜΑΝΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Αίσθημα δυσφορίας, ενοχής, εσωστρέφειας και κόπωσης • Ψυχοκινητική επιβράδυνση • Πρόωμη αφύπνιση • Υπερυπνία • Αδυναμία ελέγχου παρορμήσεων • Επιβράδυνση συνειρμού • Πολωμένοι συνειρμοί • Ολιγοϊδεασμός • Μονοϊδεασμός • Ανιδεασμός • Πενία ή ένδεια λόγου • Ψευδαισθήσεις (Οπτικές ,οσφρητικές, γευστικές, ακουστικές) • Μειωμένη σεξουαλική διάθεση • Μειωμένη πρόσληψη τροφής • Αυξημένη πρόσληψη τροφής⁴ (άτυπο σύμπτωμα) • Μειωμένη κριτική σκέψη • Αδυναμία ή απώλεια αυτοκριτικής • Διαταραχές μνήμης(άμεσης,βραχείας,ψυχογενής) • Διαταραχές προσανατολισμού • Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά • Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά 	<ul style="list-style-type: none"> • Αίσθημα ευφορίας και ευερεθιστότητας • Ψυχοκινητική διέγερση • Αϋπνία • Υπερκινητικότητα • Άρση αναστολών και αδυναμία ελέγχου παρορμήσεων • Ιδεόρροια • Λόγος με ρίμες • Ιδεοφυγή⁵ • Υπέμετρη αυτοπεποίθηση • Μειωμένη κριτική ικανότητα • Εναισθησία⁶ • Μερική εναισθησία • Απουσία εναισθησίας • Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά • Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά

⁴ Άτυπο σύμπτωμα της κατάθλιψης

⁵ Συνεχής εναλλαγή ιδεών

⁶ Ασθενείς με χρόνια διπολική διαταραχή μπορούν να αντιληφθούν τότε αναφέρονται τα συμπτώματα της μανίας

5.2.1 Διαφορική διάγνωση της νόσου

« Φωτεινός σηματοδότης » στην αναγνώριση της διπολικής διαταραχής αποτελεί η ύπαρξη μανιακών ή υπομανιακών επεισοδίων. Εντούτοις, το « λίκνο » της νόσου αποτελεί η κατάθλιψη. Η διπολική διαταραχή, ενγένη, παρουσιάζει κάποιες άρρηκτες ομοιότητες σε όλους του υποτύπους της. Αρχικό μέλημα του φροντιστή αποτελεί η αναγνώριση της νόσου και ο αφαιρετικός αποκλεισμός των υπόλοιπων συναισθηματικών διαταραχών που παρουσιάζουν υφέρπουσες ομοιότητες μεταξύ τους. Σε μια κλινική αξιολόγηση του ασθενή, ακτινογραφούνται κάποια διαγνωστικά κριτήρια, τα οποία «χρωματίζουν» την διπολική διαταραχή. Αυτά είναι :

1. Η ύπαρξη παρελθοντικών ή τρέχοντων μανιακών ή καταθλιπτικών επεισοδίων, όπως αξιολογείται από το DSM - V
2. Η διάρκεια και η σοβαρότητα των επεισοδίων, συμπεριλαμβανομένης της παρουσίας αυτοκτονικού ιδεασμού (McCormick&McNew&Murray,2015)
3. Ο βαθμός επίπτωσης που έχει επιφέρει τόσο στη λειτουργικότητα του ατόμου σε οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο όσο και στις γνωστικές του λειτουργίες
4. Πιθανή συννοσηρότητα (κατάχρηση ουσιών, αγχώδης διαταραχή, C - PTSD διαταραχή)
5. Ιστορικό των θεραπειών που χορηγήθηκαν και η ανταπόκριση στις θεραπείες (McCormick et al., 2015).
6. Οικογενειακό ιστορικό (McCormick et al., 2015).

Η διάγνωση της διπολικής διαταραχής απαιτεί κλινική αξιολόγηση, συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής κατάστασης και του ψυχιατρικού ιστορικού. Μία μέθοδος για τον εντοπισμό ασθενών υψηλού κινδύνου είναι ο έλεγχος διπολικής διαταραχής, ιδιαίτερα μεταξύ ασθενών με κατάθλιψη (Hirschfeld, 2002). Το ερωτηματολόγιο « Mood Disorder » (« Διαταραχή του Θυμικού ») είναι ένα όργανο διαλογής για την διπολική διαταραχή, που μπορεί να εντοπίσει σωστά 7 στους 10 ασθενείς, ενώ 9 από τους 10 ασθενείς χωρίς διπολική διαταραχή θα υποβληθούν σε σωστό έλεγχο (Hirschfeld, 2002). Εάν τα αποτελέσματα της εξέτασης του ασθενούς στο ερωτηματολόγιο είναι θετικά, τότε ο κλινικός ιατρός παραπέμπει τον ασθενή σε επιπρόσθετες εργαστηριακές εξετάσεις, για τον αποκλεισμό κάθε άλλου μορφής παθολογικών ευρημάτων. Οι εξετάσεις περιλαμβάνουν την λειτουργία του θυρεοειδούς αδένου, την ηπατική λειτουργία, καθώς και MRI εγκεφάλου.

Παρατίθεται ένα μέρος του ερωτηματολογίου « **Mood Disorder** » - « **Διαταραχή του Θυμικού** » :

1. Has there ever been a period of time when you were not your usual self and...	Yes	No
...you felt so good or so hyper that other people thought you were not your normal self or you were so hyper that you got into trouble?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...you were so irritable that you shouted at people or started fights or arguments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...you felt much more self-confident than usual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...you got much less sleep than usual and found you didn't really miss it?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...you were much more talkative or spoke much faster than usual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...thoughts raced through your head or you couldn't slow your mind down?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...you were so easily distracted by things around you that you had trouble concentrating or staying on track?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...you had much more energy than usual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...you were much more active or did many more things than usual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...you were much more social or outgoing than usual, for example, you telephoned friends in the middle of the night?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...you were much more interested in sex than usual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...you did things that were unusual for you or that other people might have thought were excessive, foolish, or risky?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...spending money got you or your family into trouble?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. If you checked YES to more than 1 of the above, have several of these ever happened during the same period of time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. How much of a problem did any of these cause you—like being unable to work; having family, money or legal troubles; getting into arguments or fights? <i>Please select one response only.</i>		
	<input type="checkbox"/> No problem	<input type="checkbox"/> Minor problem
	<input type="checkbox"/> Moderate problem	<input type="checkbox"/> Serious problem

(The Mood Disorder Questionnaire : A Simple, Patient - Rated Screening Instrument for Bipolar Disorder, 2002).

Κατά την κλινική αξιολόγηση του ασθενούς, τέλος, ο κλινικός οφείλει να γνωρίζει δύο καταφάσεις, οι οποίες διαδραματίζουν αναμφίλεκτα σημαντικό σημείο για την αποφυγή λανθασμένης διάγνωσης της διπολικής διαταραχής. Αυτά είναι τα κάτωθι :

1. Το οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής αυξάνει τον κίνδυνο ο ασθενής να πάσχει από διπολική διαταραχή και όχι από κατάθλιψη
2. Το ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό δεν αποκλείει την εκδήλωση διπολικής διαταραχής. Σε ασθενή με κατάθλιψη που έχει δύο ψυχικά υγιείς γονείς υπάρχει ένα πολύ μικρό, αλλά υπαρκτό ενδεχόμενο (0 – 2 %) να πάσχει από διπολική διαταραχή
(Χολέβα et al., 2016)

5.2.2 Διαγνωστικές δυσκολίες της νόσου

Η διπολική διαταραχή παρουσιάζει αμφισημίες και πολλές συνισταμένες συναισθημάτων και επεισοδίων. Επεισόδια που απολήγουν σε ένα « γαϊτανάκι » υποτύπων με ομοιότητες, που συχνά οδηγούν σε λανθασμένη διάγνωση ή υποδιάγνωση.

Η διπολική II διαταραχή διαγιγκλώνεσκειται συνήθως ως μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Συγκεκριμένα, η σωστή διάγνωση της διπολικής II διαταραχής μπορεί να καθυστερήσει για χρόνια λόγω της επικράτησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της σχετικής λεπτότητας της υπομανίας, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί μόνο για λίγο και χωρίς αυξημένη διάθεση (Yatham, 2005). Ο επιπολασμός της διπολικής II διαταραχής κυμαίνεται από 0,5 % έως περίπου 5 % ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται. Η διάγνωση μπορεί να βελτιωθεί χρησιμοποιώντας

ερωτηματολόγια διαταραχής της διάθεσης, συστηματική ανίχνευση και προοπτική χαρτογράφησης ημερολογίου διάθεσης (Yatham, 2005). Ειδοποιός ομοιότητα που συγγέει την διπολική I διαταραχή και την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή είναι τα διακριτά επεισόδια κατάθλιψης τουλάχιστον δύο εβδομάδων.

Άλλη μία δυσκολία, η οποία έγκειται στην διάγνωση της νόσου είναι η διάκριση μεταξύ σχιζοφρένειας, μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής ή διπολικής διαταραχής με ψυχωτικά χαρακτηριστικά ή με κατατονία. Αν και η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή περιγράφεται συχνά ως « συνδυασμός συμπτωμάτων σχιζοφρένειας και κατάθλιψης ή μανίας », δεν θα πρέπει να δημιουργηθούν παρερμηνείες του τύπου *ασθενής με μανία ή κατάθλιψη με ψυχωτικά συμπτώματα πάσχει από σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και ο ασθενής με σχιζοφρένεια που εμφανίζει μανιακά ή καταθλιπτικά συμπτώματα πάσχει από σχιζοσυναισθηματική διαταραχή* (Χολέβα et al., 2016). Η διαλογή εξαρτάται από την χρονική σχέση μεταξύ της διαταραχής της διάθεσης και της ψύχωσης και από την σοβαρότητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης ή μανίας. Εάν οι αυταπάτες ή οι παραισθήσεις εμφανίζονται αποκλειστικά κατά την διάρκεια ενός μείζονος καταθλιπτικού ή μανιακού επεισοδίου, η διάγνωση είναι καταθλιπτική ή διπολική διαταραχή με ψυχωτικά χαρακτηριστικά (American Psychiatric Association and American Psychiatric Association, 2013).

6.ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Ολιστική ίαση για την νόσο προς το παρόν δεν υπάρχει. Εντούτοις, η ολιστική θεραπεία και φροντίδα μπορεί να μειώσει την νοσηρότητα και την θνησιμότητα. Αρχικά, ο κλινικός θα πρέπει να πραγματοποιήσει κλινική αξιολόγηση και να εκτιμήσει την ασφάλεια και την λειτουργικότητα του ασθενούς για να πάρει μία απόφαση σχετικά με τις βέλτιστες ρυθμίσεις θεραπείας. Εν συνεχεία, βασικοί στόχοι του ψυχιάτρου αποτελούν η καθιέρωση και η διατήρηση μιας θεραπευτικής συμμαχίας, η παρακολούθηση της ψυχιατρικής κατάστασης του ασθενούς, η παροχή εκπαίδευσης για όψιμη ή μελλοντική επανεμφάνιση της νόσου, η συμμόρφωση του ασθενούς στην θεραπεία, η προώθηση τακτικών προτύπων δραστηριότητας και ύπνου, ο εντοπισμός πιθανών μελλοντικών και νέων επεισοδίων καθώς και η ελαχιστοποίηση λειτουργικών βλαβών (Association, 2002). Βασικός στόχος στην διαχείριση ενός ασθενούς με διπολική διαταραχή είναι η επικράτηση και η επιτυχία της ευεξίας. Η ευεξία έχει οριστεί σε τρεις διαστάσεις : συμπτώματα, λειτουργία και παθοφυσιολογική αλλαγή (McIntyre et al., 2006).

6.1.1 Φαρμακολογική θεραπεία

Η θεραπεία της διπολικής διαταραχής επικεντρώνεται συμβατικά στην οξεία σταθεροποίηση, στην οποία ο στόχος είναι να φέρει έναν ασθενή με μανία ή κατάθλιψη σε συμπτωματική ανάρρωση με ευθυμική (σταθερή) διάθεση, και στη συντήρηση, στην οποία οι στόχοι είναι η πρόληψη των υποτροπών, η μείωση των συμπτωμάτων κάτω από το κατώτατο όριο και η ενισχυμένη κοινωνική και

επαγγελματική λειτουργία. Η θεραπεία και των δύο φάσεων της ασθένειας μπορεί να είναι περίπλοκη, επειδή οι ίδιες θεραπείες που ανακουφίζουν την κατάθλιψη μπορούν να προκαλέσουν μανία, υπομανία ή γρήγορο κύκλο (ορίζεται ως η εμφάνιση τεσσάρων ή περισσότερων επεισοδίων σε 12 μήνες) καθώς και οι θεραπείες που μειώνουν τη μανία μπορεί να προκαλέσουν καταθλιπτικά επεισόδια (Geddes & Miklowitz, 2013). Οι διπολικοί ασθενείς που δεν έχουν υποβληθεί σε θεραπεία μπορεί να υποστούν περισσότερα από δέκα επεισόδια μανίας ή κατάθλιψης (Vacheron - Trystram et al., 2004). Στην φαρμακολογική θεραπεία χρησιμοποιούνται κατά βάση οι σταθεροποιητές διάθεσης, τα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα. Τα συμβατικά αντικαταθλιπτικά αποτελούν ένα τομέα πολλών συζητήσεων και αντικρουόμενων απόψεων, ο οποίος θα συζητηθεί σε επερχόμενο υποκεφάλαιο. Μέριμνα των κλινικών είναι το καλύτερο φαρμακολογικό σχήμα για την αποφυγή πολυφαρμακίας. Η φαρμακολογική θεραπεία της διπολικής διαταραχής εξαρτάται και από το στάδιο της νόσου όπου διανύει ο ασθενής. Μελέτη που διεξήχθη από το Πρόγραμμα Διπολικών Διαταραχών Hospital de Clínicas de Porto Alegre της Βραζιλίας έδειξε ότι το σταθερό στάδιο I και II BD σχετίζεται με μονοθεραπεία ή χρήση συνδυασμών δύο φαρμάκων, ενώ τα στάδια ασθένειας III και IV σχετίζονται περισσότερο με συνδυασμούς τριών ή περισσότερων διαφορετικών φαρμάκων και με θεραπεία με κλοζαπίνη. Η κλοζαπίνη φαίνεται σημαντική για την αποφυγή της πολυφαρμακευτικής αγωγής μεταξύ των ασθενών στα στάδια III και IV (Goi et al., 2015).

- Στάδιο I : άτομα που εμφανίζουν πλήρης ανάκαμψη μετά την περάτωση του επεισοδίου, όπως και πριν την έναρξη της νόσου (Κατάσταση προνοσηρότητας)

- Στάδιο II : άτομα που μεταξύ των επεισοδίων χαρακτηρίζονται από ψυχιατρικές συννοσηρότητες ή υπολειμματικά συμπτώματα που απαιτούν αλλαγές στην φαρμακολογική θεραπεία. Τα άτομα είναι σε θέση να διατηρούν σε λειτουργικότητα τις καθημερινές τους δραστηριότητες
- Στάδιο III : άτομα που αντιμετωπίζουν έκπτωση λειτουργικότητας σε επαγγελματικό και κοινωνικό επίπεδο και δυσκολίες σε καθημερινές δραστηριότητες
- Στάδιο IV : άτομα που δυσκολεύονται να αυτοεξυπηρετηθούν και να ζήσουν αυτόφωτα

(Goi et al., 2015)

6.1.2 Άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα

Για τη θεραπεία της οξείας διπολικής μανίας, όλα τα εγκεκριμένα άτυπα αντιψυχωσικά (αποκαλούμενα επίσης « δεύτερης γενιάς » αντιψυχωσικά) επιδεικνύουν αποτελεσματικότητα και αποδεκτή ασφάλεια. Για οξεία διπολική κατάθλιψη, ωστόσο, λίγα άτυπα αντιψυχωσικά έχουν δείξει αποτελεσματικότητα. Για τη θεραπεία συντήρησης των ασθενών με διπολική διαταραχή τύπου I, τα άτυπα αντιψυχωσικά περιλαμβάνουν αριπιπραζόλη, ολανζαπίνη, κουετιαπίνη, ένεση μακράς δράσης ρισπεριδόνης και ζιπρασιδόνη. Αυτοί οι παράγοντες εγκρίνονται είτε ως μονοθεραπεία είτε ως συμπληρωματική θεραπεία σε συνδυασμό με έναν σταθεροποιητή διάθεσης (McCormick et al., 2015). Το 2000, η ολανζαπίνη ήταν το πρώτο άτυπο αντιψυχωσικό που έλαβε ένδειξη για την θεραπεία της μανίας από την Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA). Μεταγενέστερες εγκρίσεις

FDA για την μανία λήφθηκαν για τη ρισπεριδόνη το 2003 και τρεις επιπλέον ενώσεις το 2004 - κουετιαπίνη, ζιπρασιδόνη και αριπιπραζόλη. Η ολανζαπίνη και η αριπιπραζόλη είναι επίσης εγκεκριμένα από το FDA για τη θεραπεία συντήρησης της διπολικής διαταραχής (Sajatovic et al., 2006). Τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα είναι ένα σχετικά νέο, όλο και πιο εμφανές συστατικό του εξοπλισμού θεραπείας για διπολική διαταραχή, μία εξέλιξη που έχει επεκτείνει τις επιλογές θεραπείας. Οι τρέχουσες οδηγίες για τη θεραπεία ασθενών με διπολική διαταραχή υποδηλώνουν ότι ειδικά κλινικά χαρακτηριστικά μπορεί να επηρεάσουν τη συνταγογράφηση φαρμάκων. Για παράδειγμα, άτομα με ψυχωτική μανία μπορεί να επωφεληθούν από την προσθήκη αντιψυχωσικών φαρμάκων , ενώ τα παραδοσιακά σταθεροποιητικά της διάθεσης ή τα αντιψυχωσικά με λιγότερο πιθανό κίνδυνο επιδείνωσης των μεταβολικών προβλημάτων μπορεί να προτιμώνται για άτομα με διπολική διαταραχή και συννοσηρό διαβήτη (Sajatovic et al., 2006). Η συνταγογράφηση - κατά κόρον - των άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων « δεύτερης και τρίτης γενιάς » έγκειται στο γεγονός μικρότερου ποσοστού εμφάνισης παρενεργειών τόσο στην κίνηση (τρόμος χεριών, δυσκαμψία) όσο και στο συναίσθημα (έλλειψη ενδιαφέροντος, δυσθυμία). Επίσης, τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα επηρεάζουν τους υποδοχείς των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο με διαφορετικό τρόπο τόσο μεταξύ τους όσο και σε σχέση με τα παλαιότερα αντιψυχωσικά κι αυτό τους δίνει διαφορετικές ιδιότητες αναφορικά με τα κλινικά αποτελέσματα (Γιαννακόπουλος, 2013).

6.1.3 Αντικαταθλιπτικά φάρμακα

Η χρήση αντικαταθλιπτικών στη διπολική διαταραχή είναι ίσως το πιο αμφιλεγόμενο θέμα στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής. Προηγουμένως, κλινικές μελέτες έχουν δείξει σχετικά υψηλά ποσοστά αντικαταθλιπτικής χρήσης σε διπολική διαταραχή. Επιπλέον, όταν χρησιμοποιούνται σταθεροποιητές της διάθεσης, συνήθως συνδυάζονται με αντικαταθλιπτικά. Αυτό θα μπορούσε να είναι ένα πρόβλημα δεδομένου ότι, εάν τα αντικαταθλιπτικά έχουν αποσταθεροποιητικά αποτελέσματα διάθεσης, μπορούν να αντισταθμίσουν τα οφέλη των σταθεροποιητών της διάθεσης, οδηγώντας έτσι στην αναποτελεσματικότητα της θεραπείας (Cascade et al., 2007).

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα στην θεραπεία της διπολικής διαταραχής μπορεί να προκαλέσουν υπομανιακά, μεικτά επεισόδια ή ταχεία εναλλαγή φάσεων « rapid cycling », ιδιαίτερα σε άτομα τοξικοεξαρτημένα. Η οικογένεια και ο ασθενής οφείλουν να γνωρίζουν για τον κίνδυνο που διατρέχει μια τέτοια συνταγογράφηση και να εκπαιδεύονται για τυχόν επεισόδια.

Ασθενείς με διπολική II διαταραχή, πρώτα συνταγογραφούνται σταθεροποιητές διάθεσης, πριν από την αντικαταθλιπτική μονοθεραπεία. Ωστόσο, ορισμένοι ασθενείς θα αρνηθούν τη σταθεροποίηση της διάθεσης ως πρώτη θεραπεία για την κατάθλιψη, αλλά θα συμφωνήσουν να λάβουν αντικαταθλιπτικό. Σε αυτήν την περίπτωση, η αντικαταθλιπτική μονοθεραπεία με κατάλληλη εκπαίδευση και παρακολούθηση είναι κατάλληλη (Gitlin, 2018). Τα τρίκυκλα αντικαταθλιπτικά και η βενλαφαξίνη

ενέχουν μεγαλύτερο ποσοστό υποτροπής σε σχέση με τους αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και την βουπροπριόνη.

6.1.4 Σταθεροποιητές διάθεσης

Οι σταθεροποιητές διάθεσης είναι ο βασικός παράγοντας της θεραπείας για διπολική διαταραχή, ανεξάρτητα από το εάν η παρουσίαση του ασθενούς είναι μανιακή ή καταθλιπτική. Αυτά τα φάρμακα απαιτούν γενικά 1 έως 4 εβδομάδες σε θεραπευτικές δόσεις πριν εμφανιστούν τα πλήρη αποτελέσματά τους. Περίπου 50 % έως 60 % των ασθενών θα ανταποκριθούν επαρκώς σε έναν μόνο σταθεροποιητή διάθεσης, ενώ άλλοι μπορεί να απαιτούν συνδυασμένη φαρμακοθεραπεία. Συνήθως, χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με βενζοδιαζεπίνες (άγχος, διέγερση) και άλλα φάρμακα (Hilty et al., 2006).

Σταθεροποιητές διάθεσης που διατείνονται για την θεραπεία της διπολικής διαταραχής είναι το λίθιο (αντιψυχωσικό φάρμακο), το βαλπροϊκό οξύ, η καρβαμαζεπίνη, η λαμοτριγίνη. Το βαλπροϊκό οξύ, η καρβαμαζεπίνη και η λαμοτριγίνη κατατάσσονται στην κατηγορία των αντισπασμωδικών φαρμάκων.

Το **λίθιο** κατέχει μια μοναδική θέση στις ψυχιατρικές θεραπείες. Το λίθιο χρησιμοποιείται κυρίως για μακροχρόνια « προφυλακτική » θεραπεία της διπολικής διαταραχής με σκοπό την πρόληψη περαιτέρω μανιακών και καταθλιπτικών υποτροπών. Σε αυτήν την ένδειξη, το λίθιο παραμένει η θεραπεία πρώτης γραμμής (Alda, 2015). Ο συγκεκριμένος σταθεροποιητής όχι μόνον προλαμβάνει τα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης, αλλά μειώνει αποτελεσματικά και την περίπτωση

αυτοκτονικών ιδεασμών. Πριν από την χορήγηση λιθίου, πρέπει ο ασθενής μέσω εργαστηριακών εξετάσεων να αποκλείσει την ύπαρξη νεφρικής νόσου και την διαταραχή των ηλεκτρολυτών. Η νεφρική λειτουργία πρέπει να ελέγχεται κάθε τρεις μήνες κατά την διάρκεια της θεραπείας / συντήρησης μέσω του προσδιορισμού της κρεατινίνης στον ορό του αίματος. Ακόμα και οι ελάχιστες αυξήσεις πρέπει να οδηγούν σε κατάλληλες ενέργειες (Licht, 2012). Το λίθιο μπορεί να οδηγήσει σε διαμεσοσωληναριακή νεφρίτιδα και σε νεφρογενή άποιο διαβήτη. Μια ανασκόπηση 40 ετών θεραπείας λιθίου αποκάλυψε ότι η δοσολογία είναι γενικά μεταξύ 600 και 2400 mg / ημέρα με επίπεδο θεραπευτικού ορού μεταξύ 0,8 και 1,2 μg / mL. Συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες του λιθίου περιλαμβάνουν πολυδιψία, πολουρία, αύξηση βάρους, γνωστικά προβλήματα, τρόμο, γαστρεντερική διαταραχή, ακμή και υποθυρεοειδισμό. Σπάνιες αλλά δυνητικά σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν αρρυθμίες και τοξικότητα (σε περίπτωση υπερδοσολογίας) (Hilty et al., 2006).

Το **βαλπροϊκό οξύ** έχει εγκριθεί για την καταστολή της μανίας και προσφέρει ευρύτερη κάλυψη για επεισόδια ευερέθιστης, μεικτής μανίας και ταχεία εναλλαγή φάσεων. Οι συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες του βαλπροϊκού οξέος περιλαμβάνουν καταστολή, τρόμο, διάρροια, αύξηση βάρους, αλωπεκία και καλοήγη αύξηση των τρανσαμινασών του ήπατος. Σπάνιες αλλά δυνητικά σοβαρές παρενέργειες περιλαμβάνουν λευκοπενία, θρομβοπενία, παγκρεατίτιδα και ηπατοτοξικότητα (Hilty et al., 2006).

Ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες αποφεύγονται με τη χρήση παρασκευασμάτων παρατεταμένης απελευθέρωσης αλλά, οι παρενέργειες όπως, η αύξηση βάρους περιορίζουν την αποδοχή του ασθενούς με τα τρέχοντα δοσολογικά σχήματα. Ο επιπολασμός και η αύξηση του σωματικού βάρους με το βαλπροϊκό οξύ κυμαίνονταν

από 3 έως 20 %, ενώ η αύξηση βάρους κυμαινόταν από 3 έως 24 κιλά σε διάστημα 3 – 12 - μηνών (Bowden, 2003).

Η **καρβαμαζεπίνη**, θεωρείτο από καιρό μια επιλογή για τη θεραπεία της οξείας μανίας που σχετίζεται με τη διπολική διαταραχή. Έχει αξιολογηθεί σε τουλάχιστον 19 ελεγχόμενες δοκιμές και η αποτελεσματικότητά του βρέθηκε να είναι παρόμοια με αυτή του λιθίου. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας με καρβαμαζεπίνη περιλαμβάνουν ζάλη, υπνηλία, αταξία, ναυτία, έμετο και διπλωπία. Η πλειονότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών που σχετίζονται με τη θεραπεία με καρβαμαζεπίνη προκύπτουν νωρίς κατά τη διάρκεια της θεραπείας, εξαρτώνται από τη δόση και είναι αναστρέψιμες. Άλλα σημαντικά ευρήματα που παρατηρούνται λιγότερο συχνά περιλαμβάνουν καλοήγη δερματικά εξανθήματα, ήπια λευκοπενία, ήπια θρομβοπενία και υπονατρίαμια, η οποία είναι πιο συχνή στον ηλικιωμένο πληθυσμό (Nasrallah et al., 2006).

Η **λαμοτριγίνη**, έχει εγκριθεί για θεραπεία συντήρησης και δεν είναι αποτελεσματική μόνο για οξεία μανία. Μπορεί να βοηθήσει επικουρικά άλλους σταθεροποιητές της διάθεσης, αλλά αυτό δεν έχει αποδειχθεί. Πρέπει να τιτλοποιηθεί αργά έως και 200 mg (λαμβάνεται κάθε πρωί) για έξι εβδομάδες για να μειωθεί ο κίνδυνος του συνδρόμου Stevens-Johnson (1 / 1000 σε ενήλικες). Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν ζάλη, πονοκέφαλο, διπλή όραση, υπνηλία και εξάνθημα (Hilty et al., 2006).

**ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗ
ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ :**

- Αυξημένα καταθλιπτικά επεισόδια έναντι μανιακών : Λίθιο (Eskalith, Lithane), Λαμοτριγίνη (Lamictal), Κουετιαπίνη (Seroquel)
- Μεικτά επεισόδια, ταχεία εναλλαγή συναισθημάτων : Συνδυασμός σταθεροποιητή διάθεσης με ένα αντισπασμωδικό φάρμακο (Carbatrol, Tegretol, Lamictal, Depakote), πρεγκαμπαλίνη (Lyrica) για την κατάθλιψη και ένα άτυπο επικουρικό φάρμακο για την βελτίωση του κερκαδικού ρυθμού
- Υποκείμενη ιατρική πάθηση : Αποφυγή λιθίου σε ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία ή με αφυδάτωση
- Δυνατότητα υπερδοσολογίας : Αντενδείκνυται το λίθιο
- Αϋπνία : Ρισπεριδόνη (Risperlen), ολανζαπίνη (Zyprexa), κουετιαπίνη, ζιπρασιδόνη (Geodon)
- Χαμηλή ενέργεια : Ως αντικαταθλιπτικό ενδείκνυται η βουπροπιόνη (Wellbutrin), με χαμηλά ποσοστά εμφάνισης επεισοδίων μανίας
- Ζητήματα βάρους : Φάρμακα που μπορεί να προσθέσουν βάρος είναι το λίθιο, το βαλπροϊκό οξύ, η ρισπεριδόνη, η ολανζαπίνη και η κουετιαπίνη. Η διατροφή, η άσκηση, τα φάρμακα ουδέτερου βάρους, η διαχείριση ιατρικών αιτιών σταδιακά οδηγούν στην απώλεια βάρους σε υπέρβαρους ή παχύσαρκους ασθενείς σε συνδυασμό με τοπιραμάτη (Topiramate)
- Πολυφαρμακία : Αποφυγή καρβαμαζεπίνης (Carbatrol, Tegretol)

- Μαύρο κουτί : Σχεδόν όλα τα φάρμακα περιέχουν από ένα. Το βαλπροϊκό οξύ μπορεί να προκαλέσει ηπατοτοξικότητα, η λαμοτριγίνη μπορεί να προκαλέσει σύνδρομο Stevens - Jonhson
(Hilty et al., 2006)

6.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοθεραπεία, ως μέσο αρωγής για την θεραπεία της διπολικής διαταραχής, θεωρούταν επουσιώδη και άνευ σημασίας λύση επί μακρόν. Ο γενετικός παράγοντας που διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο στην γένεση της νόσου αποτέλεσε βασικό συστατικό για την απόρριψη του συγκεκριμένου θεραπευτικού μέσου. Θεωρείτο επί σειρά ετών, πως θα ήταν δύσκολη η αλλαγή της πορείας της νόσου με την παραίτηση εξωγενών παραγόντων, λόγω χάριν η συναισθηματική αυτοβελτίωση και προσέγγιση. Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις όπως η ψυχοεκπαίδευση, η διαπροσωπική και κοινωνική θεραπεία, η γνωστική και συμπεριφορική θεραπεία και η οικεγενειακή θεραπεία συμβάλλουν στην καθ'έξιν τήρηση της φαρμακοθεραπείας και όχι στην αντικατάσταση της.

Βασικοί στόχοι της **ψυχοεκπαίδευσης (psychoeducation)** αποτελούν η συμμόρφωση του ασθενή στην θεραπεία, η διαχείριση της ασθένειας, η αναγνώριση των πιθανών υποτροπών από τον ίδιο, και η ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης των συμπτωμάτων. Ταυτόχρονα, βελτιώνει την ποιότητα ζωής, την αύξηση των επαγγελματικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων και μειώνει τον κίνδυνο αυτοκτονικών συμπεριφορών (Çakir, 2010). Η ψυχοεκπαίδευση μπορεί να

παρασχεθεί σε ομαδική μορφή ή ατομικά. Η διάρκεια της περιόδου λειτουργίας κυμαίνεται από τρεις έως και είκοσι συνεδρίες (Depp et al., 2008).

Η θεραπεία με διαπροσωπικό και κοινωνικό ρυθμό (Interpersonal and social rhythm therapy – IPSRT) είναι μια ψυχοθεραπεία, που εστιάζει στη σχέση μεταξύ των γεγονότων της διάθεσης και της ζωής, στη σημασία της διατήρησης των τακτικών καθημερινών ρυθμών (εξισορρόπηση κερκαδικού ρυθμού), στον εντοπισμό και στη διαχείριση συναισθηματικών συμπτωμάτων. Η διαδικασία θεραπείας χωρίζεται σε τέσσερις φάσεις : αρχική φάση, ενδιάμεση φάση, προληπτική φάση και τερματισμός (Frank et al., 2000). Η συνιστώσα του κοινωνικού ρυθμού περιλαμβάνει την παρακολούθηση των καθημερινών ρουτίνων (λόγου χάριν χρόνος αφύπνισης) με ένα εργαλείο που ονομάζεται Social Rhythm Metric, και την στόχευση σταθερότητας στο χρονοδιάγραμμα αυτών των ρουτίνων. Η τήρηση φαρμάκων στο IPSRT αντιμετωπίζεται συνήθως μέσω της εκπαίδευσης σχετικά με τη διπολική διαταραχή. Ωστόσο, η ρουτίνα της καθημερινής ζωής μπορεί επίσης να περιλαμβάνει τη λήψη φαρμάκων σε δομημένες ώρες της ημέρας, γεγονός που μπορεί, με τη σειρά του, να μειώσει τη συχνότητα της ακούσιας μη τήρησης (Depp et al., 2008).

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (Cognitive behaviour therapy – CBT) χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική θεραπεία για την τήρηση του φαρμακολογικού σχήματος από τον ασθενή. Η θεραπεία βοηθάει στην ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων προς αποφυγήν σκέψεων που εκμαυλίζουν την αναζωπύρωση διπολικών επεισοδίων. Ο ασθενής καταφέρνει να δημιουργήσει κάποιες συλλογιστικές και μεθοδεύσεις, οι οποίες τον βοηθούν στην αύξηση της λειτουργικότητας και της δραστηριότητας του, όταν βρίσκεται υπο το καθεστώς κατάθλιψης ή ληθαργικότητας.

Οι θεραπείες διαρκούν συνήθως από είκοσι έως εικοσιπέντε συνεδρίες και παρέχονται σε ατομική ή ομαδική μορφή. Το θεωρητικό αυτό μοντέλο, το οποίο διατίθεται για τη διπολική διαταραχή είναι αρκετά παρόμοιο με αυτό που χρησιμοποιείται στη μονοπολική διαταραχή - μείωση και αντικατάσταση των γνωστικών στρεβλώσεων σε συνδυασμό με την συμπεριφορική ενεργοποίηση. Η πρόληψη της υπομανίας και της μανίας επιτυγχάνεται μέσω της μείωσης των παρορμητικών συμπεριφορών, διδάσκοντας την προσοχή σε υπερβολικά στοχοθετημένες σκέψεις και αποσταθεροποιητικές συμπεριφορές (λόγου χάριν, δουλεύοντας όλο το εικοσιτετράωρο σε ένα νέο έργο) (Depp et al., 2008).

Η **οικογενειακή θεραπεία (Family focused therapy – FFT)** εστιάζει στην οικογένεια του ασθενούς και στην παροχή εκπαίδευσης αναφορικά με την νόσο, τα επεισόδια, τις πιθανές υποτροπές του ασθενούς, την πλήρη ενημέρωση και καθοδήγηση για την φαρμακευτική αγωγή και τους τρόπους προσέγγισης και συμπεριφοράς απέναντι στο άτομο που νοσεί. Συγχρόνως, η θεραπεία παρέχει εκπαίδευση σχετικά με το τρέχον ή πιο πρόσφατο επεισόδιο, διερευνώντας συλλογικά πιθανές αιτίες υποτροπής του ασθενούς και εξυγιαίνοντας τις οικογενειακές σχέσεις.

6.3 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (Electroconvulsive therapy - ECT)

Οι σπαστικές παρεμβάσεις έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία ψυχικών διαταραχών από τον 16^ο αιώνα και ακόμη και σήμερα με τη μορφή ηλεκτροσπαστικής θεραπείας ECT. Η καθεαυτή παρέμβαση του ECT, δηλαδή η εφαρμογή ηλεκτρικού ρεύματος στο τριχωτό της κεφαλής, προκειμένου να προκαλέσει μια γενικευμένη επιληπτική κρίση, με σκοπό την ανακούφιση των

ψυχωτικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, παραμένει η ίδια σήμερα όπως ήταν στην αρχή. Νέες τροποποιήσεις στην μέθοδο, περιλαμβάνουν την ανάπτυξη νεότερων συσκευών ηλεκτρικού ρεύματος σύντομου παλμού και μονομερούς τοποθέτηση ηλεκτροδίων (Leiknes et al., 2012). Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται για την θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης, της σχιζοφρένειας, της οξείας μανίας, καθώς και της κατατονίας.

Ενδείκνυται, ταυτόχρονα, για τη θεραπεία ορισμένων ιατρικών παθήσεων και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη μόνο σε άτομα που δεν ανταποκρίνονται σε άλλες, πιο παραδοσιακές θεραπείες, όπως ασθενείς με ανθεκτική νόσο του Πάρκινσον, ιδιαίτερα με σύνδρομο « on - off » (λόγου χάριν σοβαρές, απρόβλεπτες κινητικές διακυμάνσεις), με νευροληπτικό κακοήθη σύνδρομο και δυσάρεστες διαταραχές κρίσεων. Η ECT θεωρείται θεραπεία πρώτης γραμμής όταν οι ιατρικοί ή ψυχιατρικοί παράγοντες απαιτούν ταχεία και ισχυρή κλινική ανταπόκριση, όταν ενέχει μικρότερο κίνδυνο για έναν ασθενή από ότι η φαρμακευτική αγωγή (λόγου χάριν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή σε ηλικιωμένους ασθενείς), όταν υπάρχει σαφές ιστορικό φαρμακευτικής αντίστασης ή ιστορικό ευνοϊκής απόκρισης στο ECT ή όταν ο ασθενής προτιμά το ECT από τη φαρμακευτική αγωγή (Payne & Prudic, 2009).

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία αποτελεί ένα μέσο θεραπείας, το οποίο δέχεται αμφισημίες, διστάμενες και πολωμένες απόψεις, ενίοτε όχι επι ματαίω.

Μια σημαντική ανησυχία σχετικά με το ECT ως επιλογή θεραπείας δεν είναι γενικά εάν φέρει αποτελεσματικότητα, αλλά εάν συνδέεται με μακροχρόνιες γνωστικές αλλαγές, ιδιαίτερα σε διάφορα συστήματα μνήμης. Ίσως, το πιο αμφιλεγόμενο ζήτημα είναι εάν το ECT επιφέρει μακροπρόθεσμες αλλαγές (άνω των έξι μηνών) στην απόδοση της πρότερης ή ανάδρομης μνήμης (MacQueen et al., 2007).

7. ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η διπολική διαταραχή φέρει ένα δυνητικά θανατηφόρο υπόβαθρο. Οι αυτοκτονικοί ιδεασμοί, οι αυτοκαταστροφικές και ετεροκαταστροφικές συμπεριφορές και οι λειτουργικές « αναπηρίες » αποτελούν επικίνδυνες προεκτάσεις της νόσου.

Τα ποσοστά αυτοκτονιών, κατά μέσο όρο 0,4 % ετησίως σε άνδρες και γυναίκες που διαγνώστηκαν με διπολική διαταραχή, είναι 20 φορές υψηλότερα από ό,τι στον γενικό πληθυσμό. Οι αυτοκτονικές ενέργειες εμφανίζονται συχνά νωρίς κατά τη διάρκεια της ασθένειας και σε συνδυασμό με σοβαρές καταθλιπτικές και δυσφορικές αναταραχές μεικτές φάσεις ασθένειας, ειδικά μετά από επαναλαμβανόμενες, σοβαρές καταθλίψεις (BALDESSARINI et al., 2012).

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε ασθενείς που πάσχουν από διπολική διαταραχή τύπου I είναι 15 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Στην διπολική διαταραχή τύπου II, υπολογίζεται πως το 1 / 3 των ασθενών προβαίνει σε απόπειρα αυτοκτονίας. Σε αυτόν τον τύπο της διαταραχής μπορεί να υπάρχουν λιγότερες απόπειρες αυτοκτονίας, αλλά εμφανίζονται περισσότερες τετελεσμένες αυτοκτονίες.

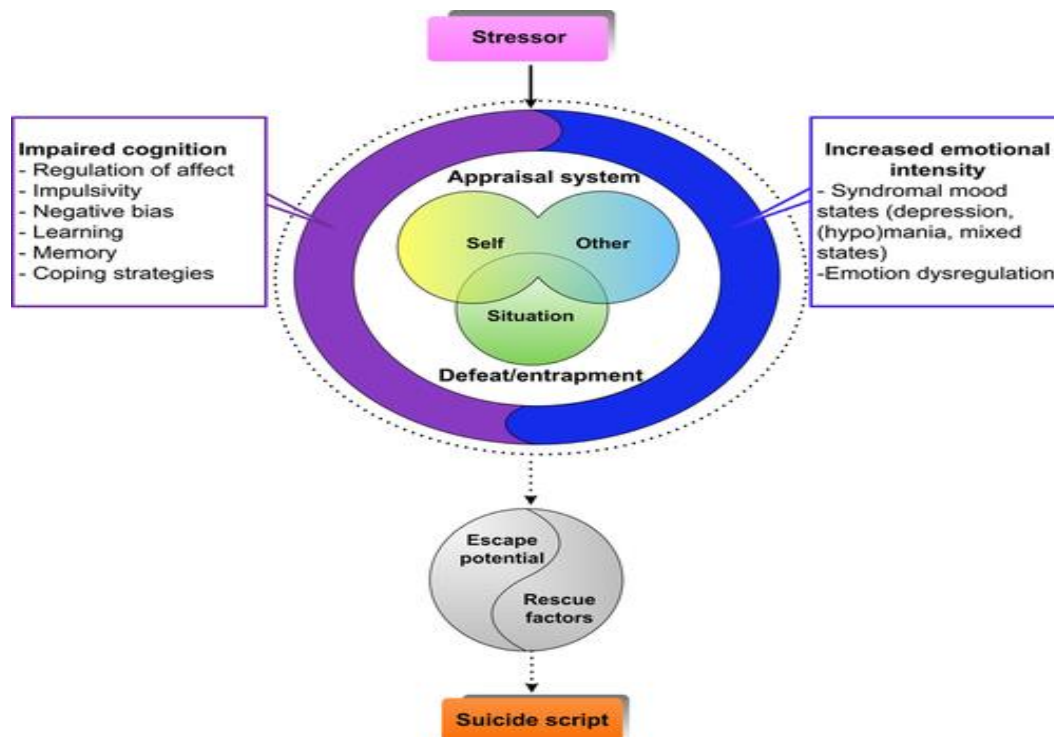
Εκτός από τον κίνδυνο εκδήλωσης αυτό - ή ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς στο πλαίσιο του καταθλιπτικού ή μανιακού επεισοδίου, συχνά τα μεικτά επεισόδια είναι αυτά με τη μεγαλύτερη επικινδυνότητα. Η ταυτόχρονη εκδήλωση καταθλιπτικών και μανιακών συμπτωμάτων έχει ως αποτέλεσμα τα καταθλιπτικά συμπτώματα να αντιπαραβάλλονται συνεχώς με τα μανιακά. Ο ασθενής βιώνει τότε τα καταθλιπτικά συμπτώματα με ακόμη μεγαλύτερη δυσφορία. Καθώς τα καταθλιπτικά συμπτώματα καθίστανται ακόμα πιο δυσβάσταχτα μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή σε απόπειρα αυτοκτονίας (Χολέβα et al., 2016). Ασθενείς με υπερθυμικό ταπεραμέντο και

μεγαλύτερη-χρονικά-παρουσία μανιακών επεισοδίων δεν προβαίνουν σε απόπειρα αυτοκτονίας. Ο θάνατος ή ο αυτοτραυματισμός στο μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των ασθενών προέρχεται από την παρορμητική συμπεριφορά. Ο κίνδυνος, εντούτοις, αυξάνεται όταν ο ασθενής εμφανίζει συννοσηρότητα (αλκοόλ, τοξικοεξαρτήσεις).

Στον αντίποδα αυτής της περίπτωσης, βρίσκονται οι ασθενείς που εμφανίζουν περισσότερα καταθλιπτικά και υπομανιακά επεισόδια. Η κατάθλιψη επικάθεται στο «έδαφος» της ασθένειας. Η απουσία εναισθησίας, η εξασθενημένη γνώση και κρίση του ασθενούς, στρεσογόνοι παράγοντες που διαταράσσουν το σύστημα εκτίμησης του ασθενούς και επιφέρουν μάταιες, αμετάβλητες, απελπιστικές καταστάσεις, καθώς και οι ψυχωτικές και παραληρητικές ιδέες οδηγούν στο σενάριο της αυτοκτονίας ή των ετεροκαταστροφικών ιδεών (Malhi et al., 2013). Παρόλα αυτά, υπάρχει ένα σύμπτωμα, το οποίο « προστατεύει » τον ασθενή από τον αυτοκτονικό ιδεασμό σε περιόδους καταθλιπτικού φάσματος. Η διαταραχή βούλησης επιδρά αναποτελεσματικά στον σχεδιασμό της αυτοκτονικής απόπειρας.

Αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός ότι ο αριθμός των ασθενών που αυτοκτονούν είναι πολύ μικρότερος συγκριτικά με τον αριθμό των ασθενών που προβαίνουν σε απόπειρα, λόγω ψυχοκινητικής επιβράδυνσης (Χολέβα et al., 2016).

Παρατίθεται το « Μοντέλο Διπολικής Αυτοκτονίας » - « **The Bipolar Suicidality Model-BSM** » :



(Malhi et al., 2013)

Το BSM είναι ένα μοντέλο καταγραφής παραγόντων, σχετικά με τη διπολική διαταραχή, το οποίο καταδεικνύει τους παράγοντες που συμβάλλουν στην αυτοκτονική συμπεριφορά. Στο πλαίσιο ενός στρες, το σύστημα αξιολόγησης εμπλέκεται προκειμένου να κατανοήσει την εμπειρία και να καθορίσει μια κατάλληλη συναισθηματική ή συμπεριφορική απόκριση. Η εκτίμηση περιλαμβάνει την εξέταση του εαυτού, του άλλου και της κατάστασης, αφού ο ασθενής στη διπολική διαταραχή υπόκειται σε συναισθηματικές και γνωστικές επιρροές. Τελικά μπορεί να προκαλέσει μια αίσθηση ήττας ή / και παγίδευσης, η οποία με τη σειρά της μπορεί να προκαλέσει την εξέταση παραγόντων διάσωσης και πιθανότητας διαφυγής. Στη διπολική διαταραχή, η επαναληπτική αξιολόγηση αυτών των παραγόντων μπορεί τελικά να

αυξήσει την αίσθηση της ήττας και / ή της παγίδευσης σε τέτοιο βαθμό που να ενεργοποιηθεί το σενάριο αυτοκτονίας (Malhi et al., 2013).

Η υποδιάγνωση, η λανθασμένη διάγνωση ακόμα και η όψιμη διάγνωση της νόσου, εξ αφορμής της δυσκολίας που συναντά η διαφορική διάγνωση της διπολικής διαταραχής, μπορεί να επιφέρει χείριστα αποτελέσματα στην λειτουργικότητα και στους ψυχικούς κόλπους του ασθενούς. Άτομα με διπολική διαταραχή βιώνουν για χρόνια μονοπολική καταθλιπτική διαταραχή, χωρίς συνύπαρξη μανιακών επεισοδίων. Η εμφάνιση ήπιων υπομανιακών συμπτωμάτων δεν επισύρει την προσοχή των ίδιων ή των οικείων του. Η ακούσια ολιγορία τόσο του πάσχοντα όσο και του οικεγενειακού περιβάλλοντος για τα θυμικά συμπτώματα οδηγεί σε λανθασμένο ιατρικό ιστορικό και κατά συνέπεια σε λανθασμένη διάγνωση.

Ποσοστιαία 12 % των ασθενών που εμφανίζουν ένα πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο πάσχει τελικά από διπολική διαταραχή τύπου II, ενώ 5 – 15 % των ασθενών με διπολική διαταραχή τύπου II εμφανίζει στην πορεία μανιακό επεισόδιο και λαμβάνει τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής τύπου I (Χολέβα et al., 2016).

8.ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Στην διπολική διαταραχή, συννοσηρές καταστάσεις που ενδέχεται να επιπολάζουν είναι η κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ (60% των ασθενών), η αγχώδης διαταραχή (93%), τα ψυχωτικά χαρακτηριστικά, η διαταραχή πανικού (21%) και ορισμένες μορφές διαταραχής προσωπικότητας (50%) και η μη ανταπόκριση στο λίθιο. Ταυτόχρονα, ιατρικές συννοσηρότητες καταλαμβάνουν ένα μεγάλο ποσοστό εμφάνισης σε ασθενείς με διπολική διαταραχή. Κατα την κλινική αξιολόγηση αυτές οι καταστάσεις λαμβάνονται υπόψιν από τον κλινικό και αντιμετωπίζονται κατάλληλα, αφού είναι δυνατόν να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Το άγχος και η κατάχρηση ουσιών είναι οι πιο συχνές συννοσηρές διαταραχές της διπολικής διαταραχής σε όλη την διάρκεια ζωής. Η παρουσία συννοσηρού άγχους, αυξάνει περαιτέρω την πιθανότητα κατάχρηση ουσιών. Τα ποσοστά εξάρτησης από το αλκοόλ μπορεί να είναι έως και 2 φορές υψηλότερα σε ασθενείς με άγχος. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνεται σε ασθενείς με διπολική διαταραχή και συννοσηρό άγχος ή / και κατάχρηση ουσιών. Συνολικά, η παρουσία άγχους σε ασθενείς με διπολική διαταραχή τείνει να ενισχύσει ή να εντείνει τα βασικά διπολικά συμπτώματα ή να επιδεινώσει άλλες συννοσηρές καταστάσεις. Η πορεία της ασθένειας και η ανταπόκριση στη θεραπεία επηρεάζονται επίσης αρνητικά (Sagman & Tohen, 2009). Ασθενείς με διπολική διαταραχή και διαταραχές χρήσης συννοσηρής ουσίας έχουν μία πιο σοβαρή πορεία διπολικής διαταραχής από τους αντίστοιχους τους χωρίς διαταραχές χρήσης ουσιών, ιδίως με συχνότερες απόπειρες αυτοκτονίας, καταθλιπτικά επεισόδια, rapid cycling επεισόδια, μεικτής διάθεσης, ιατρικές συννοσηρότητες, κακή συμμόρφωση στη θεραπεία, και περισσότερες εισαγωγές στο

νοσοκομείο. Οι διαταραχές του κυκλοφορικού συστήματος, οι οποίες συνδέονται κυρίως με το κάπνισμα, είναι η κύρια αιτία θανάτου μαζί με την αυτοκτονία σε ασθενείς με διπολική διαταραχή. Έτσι, η διπλή διάγνωση διαταραχών χρήσης ουσιών και διπολικής διαταραχής, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται μαζί με εντατική παρέμβαση και παρακολούθηση, ιδανικά μέσω ολοκληρωμένης φροντίδας (Dervaux & Laqueille, 2016).

Η συσσώρευση παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις, της κοιλιακής παχυσαρκίας, της δυσλιπιδαιμίας, της αντίστασης της ινσουλίνης, μυοσκελετικά προβλήματα και η υπέρταση έχει περιγραφεί ως « μεταβολικό σύνδρομο » που τείνει να επιπολάζει σε μεγάλο βαθμό σε ασθενείς με διπολική διαταραχή σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Στην πραγματικότητα, το σύνδρομο έχει σημαντικές επιπτώσεις για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της - τριών έως πέντε φορές αυξημένο κίνδυνο - θνησιμότητας λόγω στεφανιαίας νόσου και έναν εξαπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη (Fagiolini et al., 2005). Σύμφωνα με μελέτες, βάσει του πληθυσμού, η καρδιαγγειακή θνησιμότητα είναι σχεδόν διπλάσια σε ασθενείς με διπολική διαταραχή, κάτι που μπορεί να σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας. Μηχανισμοί που υποτίθεται εξηγούν αυτό το εύρημα περιλαμβάνουν το κάπνισμα, τη διατροφή, τον καθιστικό τρόπο ζωής και τους μη αναγνωρισμένους παράγοντες κινδύνου (αντίσταση στην ινσουλίνη, φλεγμονή, υπερκορτιζολαιμία). Συνοδικές νευρολογικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της ημικρανίας, έχουν επίσης αναφερθεί σε υψηλότερα ποσοστά σε ασθενείς του γενικού πληθυσμού, και ειδικότερα σε ασθενείς με διπολική II διαταραχή. Το τελευταίο μπορεί να αντιπροσωπεύσει έναν υπότυπο της νόσου (Sagman & Tohen, 2009).

9. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η πρόβλεψη της πορείας και του αποτελέσματος της διπολικής διαταραχής (BD) εξακολουθεί να είναι δύσκολη (Treuer & Tohen, 2010). Η επίδραση των σύγχρονων θεραπευτικών παρεμβάσεων στην πορεία της νόσου παραμένει αναμφίβολη και αίολη. Εάν και θεωρείται ότι έχει ευνοϊκότερη πρόγνωση από την σχιζοφρένεια, περιλαμβάνει εξίσου ψυχοκοινωνικές μεταβολικές διαταραχές, που επηρεάζουν σημαντικά την πορεία και την έκβαση της νόσου και μεταβάλλουν αενάως τον συναισθηματικό κόσμο του ασθενούς.

Η μελέτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO) Global Burden of Disease κατατάσσει αυτή τη στιγμή τις διαταραχές της διάθεσης, συμπεριλαμβανομένης της διπολικής διαταραχής, μεταξύ των κυριότερων αιτίων της ασθένειας στον κόσμο. Η διπολική διαταραχή σχετίζεται με σημαντική εξασθένηση σε πολλαπλούς λειτουργικούς τομείς (εκτέλεση εργασιών, αυτό - φροντίδα, εκπαίδευση, διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις) (Baune & Malhi, 2015). Συχνά προβλήματα με την απασχόληση, όπως η διαταραγμένη συνέχεια της εργασίας λόγω ημερών απόσυρσης από την ασθένεια, προβλήματα χειρισμού διαπροσωπικών προβλημάτων με συναδέλφους και στίγμα που σχετίζεται με την αποκάλυψη ψυχικής ασθένειας στο χώρο εργασίας αναφέρονται από το 13 – 34 % των απασχολούμενων ασθενών. Η οικογενειακή λειτουργία μπορεί επίσης να επηρεαστεί δεδομένου ότι οι ασθενείς με διπολική διαταραχή είναι πιο πιθανό να είναι χωρισμένοι, χήροι ή διαζευγμένοι. Η αναπηρία των ασθενών με διπολική διαταραχή μπορεί επίσης να επηρεάσει τα μέλη της οικογένειας, καθώς το 93 % των φροντιστών σε ασθενείς με διπολική διαταραχή αναφέρουν τουλάχιστον μέτρια δυσφορία που σχετίζεται με τη συμπεριφορά του ασθενούς, την κοινωνική δυσλειτουργία ή τις δυσμενείς επιπτώσεις της ασθένειας

στην εργασία, τον κοινωνικό και τον ελεύθερο χρόνο του φροντιστή. Αυτά τα λειτουργικά ελλείμματα επιμένουν συχνά μετά από συμπτωματική ανάκαμψη και συμβάλλουν σημαντικά στη νοσηρότητα της διπολικής διαταραχής (Baune & Malhi, 2015).

Η φαρμακολογική και ψυχολογική θεραπεία διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην πορεία της νόσου, επιφέροντας σημαντικά αποτελέσματα και βελτίωση στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Εντούτοις, η όψιμη ταυτοποίηση της νόσου ή η υποδιάγνωση της έχει μεγάλο αντίκτυπο στην ψυχική ζωή του ασθενούς. Λάθος φαρμακευτική αγωγή επιφέρει δυσμενή αποτελέσματα στην πορεία της διπολικής διαταραχής, οξύνοντας την πολικότητα του διπολικού φάσματος και την συχνότητα εμφάνισης των επεισοδίων.

Ταυτόχρονα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με διπολική διαταραχή αντιμετωπίζει αγχώδεις διαταραχές που συμβαδίζουν και αλληλεπιδρούν με την τρέχουσα νόσο. Η συννοσηρότητα που επιφέρει η διπολική διαταραχή οδηγεί σε μία έκρυθμη ψυχική κατάσταση, η οποία εμποδίζει το άτομο να νιώσει λειτουργικό, αυτόφωτο και ενγένει « νικητή » της ασθένειας.

Το συνονθύλευμα συννοσηρών διαταραχών που συμβαδίζουν με την διπολική διαταραχή οδηγεί στην ευεπίφορη και ευμετάβλητη ψυχική συμπεριφορά των νοσούντων και κατά επέκταση στην δυσοίωνα - κατά ένα μεγάλο ποσοστό - έκβαση της νόσου. Οι βασικές συνεπαγωγές των συννοσηρών διαταραχών είναι η έκπτωση της λειτουργικότητας, εμφάνιση γνωστικών ελλειμμάτων και αυτοκτονικές τάσεις, αυτοκτονικοί ιδεασμοί.

Πρόσφατες αναλύσεις αποκάλυψαν μέτρια εξασθένηση της εκτελεστικής λειτουργίας, της μνήμης και της προσοχής τόσο σε υπομανείς όσο και σε

καταθλιπτικούς διπολικούς ασθενείς, μαζί με επιπρόσθετη εξασθένηση των λεπτών κινητικών δεξιοτήτων. Οι διπολικοί καταθλιπτικοί και υπομανιακοί ασθενείς διαφέρουν ως προς τη φύση των διαταραχών μνήμης. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι πιο εξασθενημένοι σε σύγκριση με τους ευθυμικούς ασθενείς σε εξετάσεις λεκτικής ανάκλησης και λεπτών κινητικών δεξιοτήτων (Treuer & Tohen, 2010). Έχει εδραιωθεί η κατάφαση ότι το 25-50% των διπολικών ασθενών έχουν οδηγηθεί στην αυτοχειρία, ενώ ασθενείς με διπολικότητα τύπου II έχουν μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονικών πράξεων.

10. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Οι ψυχιατρικές διαταραχές επιβάλλουν ένα μεγάλο οικονομικό βάρος, το οποίο επωμίζονται τόσο οι φροντιστές των νοσούντων όσο και οι ίδιοι οι νοσούντες.

Η χρόνια ασθένεια ενός μέλους της οικογένειας είναι ένας αντικειμενικός στρεσογόνος παράγοντας που οδηγεί σε πίεση για τον φροντιστή ή συγγενή λόγω των δύσκολων καθηκόντων της φροντίδας αυτού του ατόμου και είναι πιθανό να επηρεάσει τόσο τη σωματική και την ψυχική υγεία του φροντιστή όσο και την οικονομική του κατάσταση (Ganguly et al., 2010). Η οικονομική επιβάρυνση στην διπολική διαταραχή είναι μία συνέπεια που επιπολάζει σε υψηλά ποσοστά. Πολλοί φροντιστές των ασθενών αναγκάζονται να μειώσουν τις ώρες εργασίας τους ή να πάρουν άδεια εργασίας κατά την διάρκεια των επεισοδίων. Το οικονομικό βάρος της θεραπείας, ταυτόχρονα, αποτελεί μία πρακτική και αναπόφευκτη συνέπεια της διπολικής διαταραχής. Ασθενείς μακροχρόνιων θεραπειών, με εμφάνιση γνωστικών

ελλειμμάτων και έκπτωσης λειτουργικότητας, που δεν δύνανται να εργαστούν ή να αυτό - φροντιστούν, εξαρτώνται υλικά και οικονομικά από τα συγγενικά τους πρόσωπα.

Από την άλλη μεριά, όμως, και κατά την οπτική γωνία του ασθενούς, η οικονομική δαπάνη και σπατάλη φαίνεται να προκύπτει κατά την διάρκεια ενός μανιακού ή καταθλιπτικού επεισοδίου. Κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου, τα άτομα έχουν αποδειχθεί, λόγω παρορμητικότητας, ότι έχουν αυξημένη πιθανότητα συμμετοχής σε μαινόμενες συμπεριφορές όπως παρορμητικές δαπάνες, καταναγκαστικές αγορές, συμμετοχή σε τυχερά παιχνίδια (Richardson et al., 2019). Σε ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, ο ασθενής τείνει να βρίσκει την ωνιομανία ως προσωρινό μέσο διαφυγής και αντισταθμιστικό μηχανισμό απέναντι σε αρνητικά συναισθήματα, όπως δυσφορία, απογοήτευση, θλίψη, άγχος, ανία ακόμα και θυμό.

Αποκρυστάλλωση όλων αυτών των καταφάσεων, η άρρηκτη και εγγενής σχέση της ψυχικής υγείας και της οικονομικής δαπάνης. Δύο έννοιες αλληλένδετες και αμφίδρομες. Τόσο η ψυχική υγεία μπορεί να επιφέρει οικονομική πτώση όσο και η οικονομική πτώση μπορεί να επιφέρει ψυχική ανισορροπία.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

11.1 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι σε θέση να δώσει μια έγκαιρη διάγνωση για την ύπαρξη ή όχι διπολικής διαταραχής σε ασθενή. Η έγκαιρη επέμβαση μπορεί να ξεκινήσει στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ο νοσηλευτής μπορεί να αξιολογήσει, εάν ο ασθενής χρήζει ψυχιατρικής παραπομπής ή όχι. Όταν ο ασθενής, διαγιγνώσκεται με κατάθλιψη ή άγχος, ο πάροχος φροντίδας θα πρέπει να θεωρεί την διπολική διαταραχή ως διαφορική διάγνωση (Miller, 2006). Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποκτήσει από τον ασθενή ένα λεπτομερές ιστορικό της διάθεσης και των ψυχικών μεταβολών του, χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών, παράγοντες άγχους, μοτίβα ευερέθιστης ή δυσθυμικής συμπεριφοράς (Goossens et al., 2007).

Κατά την διάρκεια της διάγνωσης, το νοσηλευτικό προσωπικό ξεχωρίζει κάποια κύρια χαρακτηριστικά και συμπτώματα στον ασθενή, τα οποία αποτελούν την επιτομή των συμπτωμάτων στην διπολική διαταραχή. Αυτά είναι τα κάτωθι :

1. Δυσφορική διάθεση (άγχος, κατάθλιψη, κατατονία, μειωμένη όρεξη, μειωμένη λίμπιντο)
2. Υπερθυμική διάθεση (Ευφορία, ευερεθιστότητα, παρορμητικότητα, αυξημένη λίμπιντο, μεγαλοπρέπεια)
3. Γνωστικά συμπτώματα (διάσπαση της προσοχής, υποπροσεξία, έκπτωση μνήμης)
4. Ψυχωσικά συμπτώματα (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις)

5. Οικογενειακό ιστορικό

Στο κεφάλαιο 5.1 διατείνονται εκτενέστερα τα τυπικά καταθλιπτικά και μανιακά συμπτώματα προς διάγνωση της διπολικής διαταραχής.

Στην νοσηλευτική φροντίδα έκτακτης ανάγκης, η συνέντευξη των μελών της οικογένειας για περαιτέρω διαγνωστικές λεπτομέρειες αποτελεί μια χρήσιμη και αποτελεσματική τεχνική για την καλύτερη αξιολόγηση του ασθενή (Goossens et al., 2007).

11.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας είναι ένας ειδικός τομέας νοσηλευτικής πρακτικής. Η ειδικότητά του είναι η αξιολόγηση, η θεραπεία και η μακροπρόθεσμη διαχείριση ατόμων με σύνθετα προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι δεξιότητες που απαιτούνται για εξάσκηση σε αυτόν τον τομέα μπορούν καλύτερα να περιγραφούν ως ψυχοθεραπευτικές. Η κατανόηση των ψυχοθεραπευτικών διαδικασιών αποτελεί βασικό συστατικό και διακριτό χαρακτηριστικό της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας. Δεν αρκεί οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας να ακολουθούν απλώς ένα ιατρικό μοντέλο πρακτικής ή να εμπλέκονται σε βασικές θεραπευτικές σχέσεις (Crowe et al., 2008).

Ο τομέας σχέσης νοσηλευτή και ασθενούς αντιμετωπίζει τη σημασία της αμοιβαίας εμπιστοσύνης, η οποία στοχεύει στη δημιουργία μιας επιτυχημένης συμμαχίας, και

της ορθής διαχείρισης της κατάστασης της υγείας και της ασθένειας, χρησιμοποιώντας ολοκληρωμένα ιστορικά και γενεαλογικά δένδρα και της αξιολόγησης της ανταπόκρισης στη θεραπεία (Miller, 2006). Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς που πάσχουν από διπολική διαταραχή στοχεύουν:

1. Στη δημιουργία μιας θεραπευτικής συμμαχίας
2. Στην παρακολούθηση και στην βελτίωση της ψυχιατρικής κατάστασης του ασθενούς
3. Στην παρακολούθηση και στην βελτίωση της κοινωνικής, επαγγελματικής και διαπροσωπικής κατάστασης του ασθενούς
(Miller, 2006)
4. Στην αυτοδιαχείριση και εναισθησία του ασθενούς, δηλαδή η ικανότητα του να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της ασθένειας
5. Στην καλύτερη ποιότητα ζωής του ασθενούς
6. Στην αποδοχή και στην κατανόηση της νόσου από το οικείο περιβάλλον του
(Goossens et al., 2008)

Η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί ένα ολιστικό σύστημα φροντίδας που στοχεύει τόσο στην φαρμακολογική συνέπεια / αποτελεσματικότητα και ψυχική βελτίωση του ασθενούς όσο και στην ανάπτυξη αμοιβαίας κατανόησης και συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς. Ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει τον ασθενή πέρα από την ασθένεια, να τον αντιμετωπίζει πρώτα από όλα ως άνθρωπο.

Ο ασθενής αρχίζει να νιώθει ένα αίσθημα ασφάλειας και οικειότητας, γνωρίζοντας πως ο νοσηλευτής είναι γνώστης της ευπάθειας του και των ιδιόμορφων χαρακτηριστικών του. Οι ασθενείς νιώθουν ότι μπορούν να μιλήσουν ελεύθερα και να εκφράζουν τα πραγματικά τους συναισθήματα. Αυξάνεται, επίσης, η εμπιστοσύνη του ασθενούς στις συστάσεις της θεραπείας του νοσηλευτή, επειδή μπορεί να συνδυάσει αποτελεσματικά τις θεωρητικές ιδέες σχετικά με την διπολική διαταραχή με τις ατομικές ανάγκες του ασθενούς (Goossens et al., 2008). Η ικανότητα του νοσηλευτή να προσαρμόζει την νοσηλευτική περίθαλψη στα ατομικά προβλήματα και ανάγκες του ασθενούς είναι μια σημαντική προώθηση για την συμμαχία και την ανάρρωση των ασθενών στην διπολική διαταραχή (Goossens et al., 2008). Η κατανόηση και οι παραινέσεις που δίνονται στον ασθενή, δημιουργούν ένα κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης, το οποίο οδηγεί στην βέλτιστη θεραπευτική εξέλιξη και φυσικά στην αποφυγή άρνησης της φαρμακολογικής θεραπείας.

Ταυτόχρονα, ο νοσηλευτής παρακολουθεί προσεκτικά τα επίπεδα των σταθεροποιητών διάθεσης που λαμβάνουν οι ασθενείς, στον ορό του αίματος. Οι παρεμβάσεις της νοσηλευτικής σε σχέση με την χρήση φαρμάκων επικεντρώνονται στην παρατήρηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας ή / και οποιονδήποτε παρενεργειών. Στην περίπτωση χρήσης λιθίου, οι νοσηλευτές παρεμβαίνουν στην πρόληψη της τοξικότητας του λιθίου, όπως ο έλεγχος των επιπέδων λιθίου στο αίμα, η καθημερινή ζύγιση των ασθενών και η παρατήρηση για επαρκή πρόσληψη υγρών (Goossens et al., 2007).

Λαμβάνουν καθημερινά απαντήσεις από τον ασθενή σχετικά με τυχόν παρενέργειες που μπορεί να προκύψουν από την λήψη των φαρμάκων. Ο νοσηλευτής, λόγω καθημερινής επαφής και τριβής με τον ασθενή, είναι σε θέση να συμβουλευσει τον ιατρό για τυχόν αλλαγές φαρμάκων. Μερικές φορές οι ιατροί, οι νοσηλευτές και οι

ασθενείς αναπτύσσουν από κοινού στρατηγικές αυτοθεραπείας, οι οποίες στη συνέχεια περιγράφονται στο σχέδιο δράσης. Οι νοσηλευτές συχνά καλούνται να καθοδηγήσουν τον ασθενή. Σε ορισμένες περιπτώσεις, παραδίδουν ένα εβδομαδιαίο κουτί φαρμάκων για την προώθηση της τήρησης (Goossens et al., 2008).

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ομαλή ένταξη του ασθενούς τόσο στις ατομικές όσο και στις ομαδικές ψυχοθεραπείες. Ο νοσηλευτής δεν αναπτύσσει με τον ασθενή μια απλή θεραπευτική σχέση, αλλά μια σχέση εμπιστοσύνης. Επρόκειτο για ένα είδος ψυχοεκπαίδευσης που αναλύεται μεταξύ νοσηλευτή - ασθενή. Μια σχέση, στην οποία ο ασθενής αντιμετωπίζεται με ισότητα και είναι ελεύθερος να παρουσιάσει κάθε του επιθυμία, κάθε του φόβο. Η αμοιβαία εμπιστοσύνη χαρακτηρίζεται σημαντική για την συζήτηση των υπάρχοντων προβλημάτων ανοιχτά και ισότιμα, λόγω χάριν αυτοκτονικών ιδεασμών, προθέσεων και συμπεριφορών. Ο νοσηλευτής δεν κρίνει το ασθενή, αλλά δείχνει ενσυναϊψηση και κατανόηση. Δίνει στους ασθενείς μεγαλύτερο περιθώριο να παραμένουν ανεξάρτητοι, επειδή δημιουργούν μεταξύ τους μια αμοιβαία συμφωνία ότι, όταν προκύψει πρόβλημα, ο νοσηλευτής θα ενημερωθεί αμέσως και θα του παραχθεί υποστήριξη (Goossens et al., 2008).

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας με εκπαίδευση στη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία και εμπειρία στη φροντίδα ατόμων με διπολική διαταραχή μπορούν να προσφέρουν διαπροσωπική θεραπεία κοινωνικού ρυθμού με τακτική επίβλεψη από έμπειρους επόπτες (Crowe et al., 2010). Οι νοσηλευτές σχεδιάζουν ένα πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας, στο οποίο κύριο μέλημα είναι η εξυγίανση και ισορρόπηση του κερκαδικού ρυθμού (ρουτίνα ύπνου, αφύπνισης, ώρα φαγητού) και του μεταβολικού συνδρόμου. Παρέχει ένα πρόγραμμα δραστηριοτήτων και διατροφής, το οποίο παρακινεί τον ασθενή είτε να είναι πιο δραστήριος ή λιγότερο υπερκινητικός,

ανάλογα βέβαια την τρέχουσα συμπτωματολογία διάθεσης. Ταυτόχρονα, παρουσιάζει στον ασθενή ένα πλάνο ύπνου, καθημερινής ρουτίνας (υπενθύμιση ενυδάτωσης, πλύσιμο δοντιών, μπάνιου, καθαρά ρούχα), τήρησης φαρμακευτικής αγωγής - βάσει εντολών που έχουν δωθεί από τον κλινικό - καθώς και ένα διατροφικό πλάνο προς αποφυγήν κάποιας ιατρικής συννοσηρότητας - αύξησης βάρους (λόγω φαρμάκων). Έτσι, ο ασθενής νιώθει αίσθημα ασφάλειας, ταξινομεί τις σκέψεις του, αποβάλλει το άγχος – το οποίο επιπολάζει κατά κόρον στην διπολική διαταραχή-. Εντάσσεται σε μια ομάδα, στην οποία νιώθει πως ο νοσηλευτής και ενγένει όλο το προσωπικό ενωτίζεται το πρόβλημα του και συναισθάνεται τις σκέψεις του.

Η παρακολούθηση της ψυχιατρικής κατάστασης του ασθενούς παίζει καταλυτικό ρόλο στην πορεία της νόσου, στη πρόληψη της υποτροπής ή στην εμφάνιση ενός νέου μανιακού ή καταθλιπτικού επεισοδίου. Η υποτροπή επιτυγχάνεται με την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων και της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής. Η εμφάνιση ενός μανιακού ή καταθλιπτικού επεισοδίου πρέπει να αντιμετωπίζεται από τον νοσηλευτή με λεπτούς χειρισμούς και ακριβείς κινήσεις.

Κατά την διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου ο νοσηλευτής παρέχει συγκεκριμένες θεραπευτικές δεξιότητες :

- Ο ασθενής, σε ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η ορθότερη προσέγγιση του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι η αποδοχή των αρνητικών συναισθημάτων του ασθενούς και η ψυχική υποστήριξη. Ενισχύει την αυτοεκτίμηση του ασθενούς, επιστρατεύει απλές στρατηγικές αυτοβοήθειας και θετικές ενθυμήσεις από το παρελθόν, καθώς και βοηθάει τον ασθενή να απομακρύνει το αίσθημα της αμηχανίας και την ντροπή

- Η ανάπτυξη μιας ουσιαστικής σχέσης, στην οποία ο ασθενής εκτιμάται ως ανθρώπινο ον, είναι σημαντική για την αίσθηση της προσωπικής του αξίας. Ο ασθενής εμπιστεύεται τον νοσηλευτή, γνωρίζοντας πως πρωταρχική του ανησυχία είναι η βελτίωση της κατάστασης του
- Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει ενσυναίσθηση για τον ασθενή. Γνωρίζει τον συναισθηματικό πόνο και ωθεί τον ασθενή να τον αντιμετωπίσει
- Ο νοσηλευτής δεν χρειάζεται να επισημαίνει στον ασθενή με τετριμμένες φράσεις ότι είναι αξιόλογος και ψυχικά δυνατός. Εντούτοις, μπορεί να επισημαίνει κάποια μικρά επιτεύγματα και δυνατά σημεία του ασθενούς
- Σε ένα καταθλιπτικό επεισόδιο ο ασθενής νιώθει εξαρτώμενος και αβοήθητος. Ο νοσηλευτής πρέπει να ανταμείβει τον ασθενή για τις μικρές αποφάσεις και ανεξάρτησεις ενέργειες που πράττει
- Ο νοσηλευτής δεν θα πρέπει να ενισχύει τις παραισθήσεις τις αυταπάτες ή τις παράλογες απαιτήσεις του ασθενούς. Θέτει όρια και κανόνες για την αποφυγή καβγάδων μεταξύ ασθενών

(Keltner, 2013)

Κατά την διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου, ο νοσηλευτής παρέχει συγκεκριμένες θεραπευτικές δεξιότητες :

- Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να αποτρέψει τον ασθενή να βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους. Ο ασθενής με μανία, θυμώνει όταν τα πράγματα δεν συμβαίνουν με τον δικό του τρόπο. Αυτή η κατάσταση οδηγεί σε διαφωνίες, καβγάδες και αυτό - ετεροτραυματισμούς. Είναι σημαντικό να κατανοήσει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν θα τον αφήσει να βλάψει τον ίδιο ή τους γύρω του.

- Ο ασθενής έχει την τάση να δημιουργεί διαμάχες, να κατηγορεί τους άλλους, να αποδίδει την ευθύνη στους γύρω του. Ο νοσηλευτής για τον λόγο αυτό δημιουργεί ένα πλάνο φροντίδας, προκειμένου να μειώνει τις εντάσεις και να προωθεί την επικοινωνία μεταξύ των ασθενών
- Ο νοσηλευτής μειώνει τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Ο ασθενής είναι υπερδραστήριος, ομιλητικός, ευέξαπτος και θυμωμένος. Για αυτόν τον λόγο, δύναται να αντιδρά σε κάθε ερέθισμα που δέχεται. Τροποποιήσεις των ερεθισμάτων περιλαμβάνουν περιορισμένες δραστηριότητες για να μπορέσουν να αποφορτίσουν την ανάγκη του ασθενή για δράση και ενεργητικότητα
- Ο νοσηλευτής πρέπει να αντιμετωπίζει με ψυχραιμία την επιθετικότητα του ασθενή. Για τους ασθενείς, όπου παρατηρείται κλιμάκωση της επιθετικότητας προτείνεται η προληπτική χορήγηση ενός αντιψυχωσικού φαρμάκου (αλοπεριδόλη), προς αποφυγήν της σωματικής επιθετικότητας και βίας προς τους άλλους και προς τον εαυτό του
(Keltner, 2013)

Στην διπολική διαταραχή ο επιπολασμός των αυτοκτονικών ιδεασμών και της αυτοκτονικής απόπειρας είναι υψηλός. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις παίζουν καταλυτικό ρόλο στην πρόληψη της αυτοκτονίας. Αυτές είναι:

- Εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας. Μια απόπειρα αυτοκτονίας είναι πολύ δύσκολο να προβλεφθεί. Ωστόσο, η εκτίμηση του κινδύνου θα κατευθύνει την παροχή κατάλληλου επιπέδου προστασίας και θα καθοδηγεί τις παρεμβάσεις. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας επανεκτιμάται καθ' όλη τη διάρκεια της φροντίδας για να εκτιμηθεί η ανταπόκριση του ασθενούς στις προσωπικές αλλαγές στην κατάσταση και στις κλινικές παρεμβάσεις. Μια εκτίμηση κινδύνου

αυτοκτονίας συζητείται με μέλη της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης, ενσωματωμένη στο σχέδιο περίθαλψης και τεκμηριωμένη στο κλινικό αρχείο.

- Εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς. Είναι πολύ σημαντικό ο νοσηλευτής να εκτιμήσει την ψυχική κατάσταση του ασθενούς και να μάθει πληροφορίες σχετικά με τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις συμπεριφορές του ασθενούς, πέρα από την πτυχή της αυτοκτονίας. Έτσι, θα μπορέσει η ομάδα να καθορίσει τον βαθμό της επικινδυνότητας και να προχωρήσει σε αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής
- Προώθηση της ασφάλειας. Η ισορροπία μεταξύ της συντήρησης της ασφάλειας του ασθενή και της αβεβαιότητας της ακεραιότητας του είναι πρόκληση για τον νοσηλευτή. Εντούτοις, η φροντίδα σε κάποιον εν δυνάμει αυτόχειρ περιλαμβάνει την μείωση του προβλεπόμενου κινδύνου της ατομικής επιλογής και της ελευθερίας
- Η αναζήτηση της αιτίας της αυτοκτονικής ιδέας και απόπειρας. Η αυτοκτονία είναι μια πράξη έκφρασης των συναισθημάτων και των σκέψεων. Ο νοσηλευτής πρέπει να κατανοήσει τι συνέβη στην ζωή του ασθενή που τον οδήγησε στην σκέψη αυτή. Πρέπει να αναπτυχθεί μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς
- Προώθηση στον ασθενή εναλλακτικές στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος. Ο ασθενής θεωρεί την αυτοκτονία ως μοναδική λύση στο τρέχον πρόβλημα. Η συζήτηση με τον ασθενή για εναλλακτικές λύσεις είναι μεγάλη πρόκληση

(Barker, 2017)

Η παρακολούθηση της κοινωνικής, επαγγελματικής και διαπροσωπικής κατάστασης του ασθενούς βοηθάει τον νοσηλευτή να κατανοήσει τα ψυχικά του επίπεδα και τα τρέχοντα συναισθήματα του. Ο νοσηλευτής βοηθάει τον ασθενή να ξεκαθαρίσει τις σκέψεις του και να λάβει μια σαφέστερη εικόνα της πραγματικότητας. Ακούει και παρακινεί τον ασθενή να κοιτάζει πέρα από τα όρια της κατάθλιψης ή της μανίας και να αντιληφθεί τις καθημερινές καταστάσεις με διαφορετικό φως. Ο νοσηλευτής συμβάλλει στην αποσαφήνιση καταστάσεων, αναγνωρίζοντας και ονοματίζοντας συγκεκριμένες εκφράσεις και συμπεριφορές που ήταν χαρακτηριστικές για την κατάθλιψη του ασθενούς. Ο ασθενής αξιολογεί τις πληροφορίες και προσπαθεί να κατανοήσει τα συμπτώματά του. Δίνεται η ελπίδα ότι η μελλοντική ανακούφιση των συμπτωμάτων θα μειώσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει επί του παρόντος. Ο νοσηλευτής βοηθάει τον ασθενή να διευκρινίσει τις καταστάσεις και χρησιμοποιεί μια πρακτική προσέγγιση για να μπορέσει ο ίδιος να βρει λύση στο πρόβλημα του (είτε κοινωνικό, είτε διαπροσωπικό, είτε επαγγελματικό) (Goossens et al., 2008).

Η αυτοδιαχείριση και εναισθησία του ασθενούς, δηλαδή η ικανότητα του να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της ασθένειας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πορεία της νόσου και στην αποτροπή εμφάνισης ενός διπολικού επεισοδίου. Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή για το είδος των συμπτωμάτων που υποβόσκουν την ανάδυση της μανίας ή της κατάθλιψης και τον καθοδηγεί στις κινήσεις που πρέπει να πράξει. Εάν ο ασθενής είναι πλήρως ενημερωμένος και αποτανθεί αμέσως στον κλινικό για την αλλαγή θεραπείας και την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή τότε το επεισόδιο μπορεί να αποκλιμακωθεί - αν όχι να εξαφανιστεί -.

Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή αντιμετωπίζουν χαμηλότερη λειτουργία και ευεξία, ακόμη και στη σταθερή φάση της διαταραχής. Έχει μια βαθιά αρνητική επίδραση στην **ποιότητα ζωής των ασθενών**, ιδίως στους τομείς της εκπαίδευσης, της επαγγελματικής δραστηριότητας, της οικονομικής λειτουργίας και των κοινωνικών και οικείων σχέσεων. Τόσο η επίδραση της ομαδικής ψυχοεκπαίδευσης όσο και η ομαδική γνωστική συμπεριφορική θεραπεία έχουν αποδειχτεί δυνητικά πολύτιμες. Βελτιώνουν την ποιότητα ζωής και την ψυχοκοινωνική λειτουργία του ασθενούς (IsHak et al., 2012). Ο νοσηλευτής προωθεί το άτομο να εκπληρώνει διάφορους κοινωνικούς ρόλους που ορίζονται μέσα από την ψυχοεκπαίδευση. Αξιολογεί τα επίπεδα ικανοποίησης του ασθενούς με τι καθημερινές αυτές δραστηριότητες, παρατηρεί τον ασθενή για την εξέλιξη και την πρόοδο του, δίνει συμβουλές για την επίλυση των προβλημάτων του. Ο νοσηλευτής, επίσης, συντονίζει την φροντίδα του ασθενούς κατά καιρούς, και αν είναι απαραίτητο, συμβουλευέται και παραπέμπει τον ασθενή σε άλλους επαγγελματίες υγείας (Goossens et al., 2008).

Η αποδοχή και η κατανόηση της νόσου από το οικείο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή κατέχει ένα σημαντικό κεφάλαιο για την ομαλή εξέλιξη και έκβαση της διπολικής διαταραχής. Ο νοσηλευτής εξηγεί στην οικογένεια όλη την κλινική εικόνα της διπολικής διαταραχής και τα συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει ο ασθενής και τρόπους αντιμετώπισης και συμπεριφοράς απέναντι στον ασθενή την εκάστοτε στιγμή μανίας ή κατάθλιψης. Ο νοσηλευτής γνωστοποιεί στο συγγενικό περιβάλλον, ότι η διαταραγμένη οικογενειακή ατμόσφαιρα μπορεί να επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στον συναισθηματικό κόσμο του ασθενούς. Αυτό δημιουργεί μερικές συνεπαγωγές, όπως την μη συμμόρφωση στην θεραπεία και την υποτροπή της νόσου.

11.3 ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Τα τελευταία 10 χρόνια, το στίγμα έναντι των ψυχικών διαταραχών έχει αναγνωριστεί ως εμπόδιο στη θεραπεία και ανάκαμψη της ψυχικής υγείας. Το στίγμα καθοδηγείται από μία κοινωνική δομή και μία ψυχολογική διαδικασία. Το στίγμα μπορεί να παρατηρηθεί τόσο σε μικροεπιθετικές όσο και σε μακροεπιθετικές μορφές. Οι εκδηλώσεις στίγματος μπορεί να είναι εξωτερικές ή διακριτές και μπορεί να περιλαμβάνουν αρνητική, εχθρική και υποτιμητική γλώσσα (Pinto-Foltz & Logsdon, 2009). Λόγω στίγματος, άτομα με διπολική διαταραχή δύναται να παρουσιάσουν μεγαλύτερη έκπτωση της λειτουργικότητας - σε σχέση με την προβλεπόμενη - και κοινωνικό αποκλεισμό. Κάθε ανάκαμψη που μπορεί να προκύψει από την ψυχοκοινωνική και φαρμακολογική θεραπεία παρακωλύεται από την στιγματοποίηση και από την ρατσιστική συμπεριφορά των « φυσιολογικών » ατόμων και τα θέσφατα που έχουν παγιωθεί τόσο από την κοινωνία όσο και από το ίδιο το άτομο. Οι γνωστικές προκαταλήψεις που αποκρυσταλλώνονται στον πληθυσμό περί ψυχικών διαταραχών παίζουν σημαντικό ρόλο στην έκπτωση της ποιότητας ζωής τόσο του νοσούντος όσο και της οικογένειας του. Οι ρατσιστικές αντιδράσεις και κοινωνικές αποξενώσεις εν έτει 2021 πρέπει να « πνέουν τα λούστια » και όχι να αναζωπυρώνονται και να οδηγούν τον άνθρωπο και την οικογένεια του στον «Καιάδα της μοναξιάς». Με πλήρη επίγνωση ότι οι νέοι κληρονομούν δύσκολες και παγιωμένες καταστάσεις που χρειάζεται να ανατρέψουν, θέτοντας όχι μόνο προσωπικά αλλά και οικουμενικά οράματα, εκφράζονται κάποιες σκέψεις και προτάσεις όσο φιλόδοξες ή ανεδαφικές και αν ακούγονται. Σε καιρούς ρευστούς και ευάλωτους χρειάζονται και ευδιάκριτοι φωτεινοί σηματοδότες.

Έτσι, οι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην μείωση και στην εξάλειψη του στίγματος, ανεξάρτητα από την εξειδίκευση και την εμπειρία τους.

1. Οι νοσηλευτές μπορούν να συμμετέχουν σε εκστρατείες για τις ψυχικές διαταραχές και να υποστηρίζουν δίκαιη εκπροσώπηση και θεραπεία των ατόμων με ψυχική διαταραχή (Pinto-Foltz and Logsdon, 2009)
2. Οι νοσηλευτές μπορούν να οργανώσουν ημερίδες για την ψυχική υγεία και να ενημερώνουν τον πληθυσμό για την επίδραση των ψυχικών διαταραχών στον άνθρωπο και την αρνητική επίδραση του στίγματος σε αυτόν
3. Κάποιοι νοσηλευτές, οι οποίοι βιώνουν και οι ίδιοι κάποια ψυχική διαταραχή και αισθάνονται άνετα με την αποκάλυψη της, μπορούν ταυτόχρονα να εφαρμόζουν προσεγγίσεις επαφής και εκπαίδευσης σε χώρους. Έτσι ο κόσμος, λόγω σεβασμού προς το επάγγελμα θα ακούσει και θα παρακολουθήσει με ευλάβεια τα λόγια και την άποψη τους (Pinto - Foltz and Logsdon, 2009)
4. Οι νοσηλευτές μπορούν να δημιουργήσουν μια συλλογική προσπάθεια όλων των επιστημονικών κλάδων και να παρουσιάσουν μια ενοποιημένη προσέγγιση για την απαλοιφή του κοινωνικού στίγματος και της διακριτικής συμπεριφοράς και υποστήριξης που πρέπει να χαίρουν άτομα που νοσούν από κάποια ψυχική νόσο (Pinto - Foltz and Logsdon, 2009)

Η σχέση νοσηλευτή - ασθενούς επικεντρώνεται στον ασθενή, έχει στόχους και κινείται μέσα σε συγκεκριμένα όρια. Η σχέση δημιουργείται στον χώρο του φορέα της υγειονομικής φροντίδας και τα όρια προσδιορίζονται από τα προβλήματα του ασθενούς, τη βοήθεια που απαιτείται και τον επαγγελματικό ρόλο του νοσηλευτή. Όταν ο ασθενής παίρνει εξιτήριο τελειώνει και η σχέση αυτή. Οι δεξιότητες της σωστής επικοινωνίας εδραιώνουν τη θεραπευτική σχέση μεταξύ του ασθενούς και

του νοσηλευτή, η οποία συμβάλλει στη διαδικασία της ίασης του ασθενούς. Σε αυτή τη σχέση ο νοσηλευτής υποδύεται τον ρόλο του θεραπευτή και όχι κάποιο κοινωνικό ρόλο (deWit, 2009).

Το απαλό άγγιγμα το οποίο υποδηλώνει φροντίδα είναι αποτελεσματικό θεραπευτικό μέσο. Το άγγιγμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί διακριτικά λαμβάνοντας υπόψιν το πολιτιστικό υπόβαθρο και τα προσωπικά πιστεύω του ασθενούς σε σχέση με το άγγιγμα ενός αγνώστου. Τα μηνύματα που συνοδεύονται από ένα άγγιγμα μπορούν να προσθέσουν ένα αίσθημα στοργής και συμπόνιας. Τέλος, η κατάλληλη χρήση της σιωπής από τον νοσηλευτή προσφέρει χρόνο στον ασθενή για να σκεφθεί και να απαντήσει. Η διατήρηση του ενδιαφέροντος για τον ασθενή και η γλώσσα του σώματος, που υποδηλώνουν ενδιαφέρον και υπομονή, τον ενθαρρύνουν να εκφράσει λεκτικά, συναισθήματα ή σκέψεις (deWit,2009).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

1.1 ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ-ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η ποιοτική έρευνα εστιάζει στην κατανόηση ενός ερευνητικού ερωτήματος με ανθρωποκεντρική ή ιδεαλιστική προσέγγιση. Εάν και η ποσοτική εκτίμηση είναι μία πιο αξιόπιστη μέθοδος, καθώς βασίζεται σε αριθμητικά δεδομένα και μεθόδους με αντικειμενικό κύρος, εντούτοις η ποιοτική μέθοδος χρησιμοποιείται για την καλύτερη κατανόηση των πεποιθήσεων, συμπεριφορών, εμπειριών και της στάσης του ανθρώπου (Vibha et al., 2013). Αποτελεί μια προσέγγιση στην επιστημονική έρευνα, που επιτρέπει στους ερευνητές να εξερευνήσουν τον άνθρωπο και τις εμπειρίες του σε προσωπικό και κοινωνικό πλαίσιο. Η ποιοτική έρευνα, συγχρόνως, βοηθάει τους νοσηλευτές να κατανοήσουν και να ενωτιστούν προβλήματα του ασθενούς, παρέχοντας προσωποκεντρική φροντίδα (Gelling, 2015).

Πράγματι, όλοι οι παραπάνω παράγοντες ώθησαν στην επιλογή διερεύνησης της συγκεκριμένης μελέτης περίπτωσης. Η προσωπική φοιτητική εμπλοκή σε νοσηλευτικές διεργασίες στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων. Σε πρώτη φάση η προσοχή μου στράφηκε στην όλο και πιο συχνά εμφανιζόμενη περίπτωση της διπολικής διαταραχής. Στην πορεία και μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση και την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας, διαπιστώθηκε ότι αν και υπάρχει πληθώρα επιστημονικού υλικού γύρω από θέματα που αφορούν την διπολική διαταραχή, δεν υπάρχουν πολλές ποιοτικές μελέτες που θα

μπορούσαν να αναδεικνύουν με μεγαλύτερη σαφήνεια τα συναισθήματα αυτών των ατόμων αλλά και τους λόγους που οι ίδιοι επικαλούνται αυτά τα συναισθήματα. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα η εργασία μου να ενσωματώσει τα «λόγια του ασθενούς» σε αυτό το κεφάλαιο που αποτελεί και την ερευνητική προσπάθεια, στα πλαίσια πάντα της πτυχιακής μου εργασίας.

1.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός, λοιπόν, της μελέτης ήταν να καταγράψω τα συμπτώματα με τον τρόπο που τα βίωσε ο συγκεκριμένος άνθρωπος, με τα δικά του λόγια δηλαδή, και να προσπαθήσω να κατανοήσω τους λόγους για τους οποίους ο ίδιος θεωρεί ότι αρρώστησε, αλλά και πως βλέπει το μέλλον του.

2.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΣ

Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε στις προσωπικές παρατηρήσεις και ερμηνείες απέναντι στα θέματα της υγείας της ασθενούς, της αρρώστιας και της ποιότητας της ζωής της. Η επιλογή της ερευνητικής μεθόδου είναι αποτέλεσμα του είδους του ερευνητικού ερωτήματος (Ryman,2001). Έτσι, για τη μεθοδολογική προσέγγιση των παραπάνω ζητημάτων, όπως έχει ήδη αναφερθεί, επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα, η οποία επιτρέπει στον ερευνητή να επιχειρήσει τη βαθύτερη μελέτη και κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα ίδια τα υποκείμενα αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και δίνουν νόημα στα υπό μελέτη κοινωνικά φαινόμενα (Denzin & Lincoln, 1998).

2.2 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Η ασθενής αφηγείται :

« Από μικρή, ήμουν ένα παιδί φιλήσυχο με ελάχιστες παρέες. Στο σχολείο καθόμουν στο μπροστινό θρανίο μόνη ή καμία φορά με την μοναδική μου φίλη. Είχα έφεση στα γράμματα και μου άρεσε πολύ να διαβάζω. Δεν είχα εξωσχολικές δραστηριότητες, παρά μόνο την κολύμβηση. Εκεί έβρισκα « παρηγοριά ». Ένιωθα ότι με απελευθερώνει και αποτελούσε για εμένα ένα μέσο διαφυγής και ηρεμίας. Με ευχαριστούσε. Οι γονείς μου αυτήν την μοναχικότητα που με χαρακτήριζε δεν μπορούσαν να την καταλάβουν. Πίστευαν ότι αποτελούσε κομμάτι της ιδιοσυγκρασίας μου. Ο αδερφός μου από την άλλη αποτελούσε το άκρον άωτον της κοινωνικότητας. Σαν παιδί και μετέπειτα σαν έφηβη, τα επίπεδα της κοινωνικότητας μου παράμεναν ίδια. Είχα μια φίλη, την οποία θεωρούσα αδελφή μου. Μαζί από το δημοτικό. Μαζί στο σχολείο, μαζί στο διάβασμα, μαζί στις βόλτες. Ήταν πολύ επικοινωνιακή και αγαπητή. Είχε αποκτήσει πολλές παρέες. Ήταν εκεί σε ό,τι χρειαζόμουν. Διάβαζα, θυμάμαι, μανιωδώς για να περάσω στην Γυμναστική Ακαδημία. Εκείνη ήθελε να γίνει ιατρός. Ένα πρωί (εγώ ήμουν τότε 16 χρονών) η Έλενα δεν ήρθε στο σχολείο. Ανησύχησα και την έπαιρνα τηλέφωνα, ενώ εκείνη δεν απαντούσε. Οι γονείς της δεν γνώριζαν για την απουσία της. Την ίδια μέρα, ενώ όλοι ανησυχούσαμε για την Έλενα, καλούν οι γονείς της και μας λένε τα δυσάρεστα. Η Έλενα βρέθηκε κρεμασμένη λίγο πιο κάτω από το σχολείο, σε ένα δάσος. Πολλοί λέγανε ότι περνούσε ερωτική απογοήτευση, αλλά εγώ ήξερα ποια ήταν η σχέση με τους γονείς της. Τέλος πάντων, το θέμα είναι ότι εγώ έχασα την γη κάτω από τα πόδια μου. Όπως καταλαβαίνεις, το γεγονός αυτό εφόρμισε την κατάθλιψη και την

εκδήλωση της. Δεν είχα όρεξη για τίποτα. Δεν έβγαινα, δεν έτρωγα, είχα παρατήσει την κολύμβηση. Περίπου μισό χρόνο μετά άρχιζω λίγο να συνέρχομαι. Αρχίζω να εμφανίζω μια χαρούμενη διάθεση, επιθυμία για νέες παρέες, για διάβασμα, για γυμναστική. Όπως καταλαβαίνεις, αυτό ξένισε τους γονείς μου ,και δικαίως, αφού πριν το συμβάν δεν είχα υπάρξει ποτέ τόσο κοινωνική και ευδιάθετη. Δεν μίλησαν βέβαια, το άφησαν να περάσει. Πίστευαν ότι αποτελούσε κάποιο ξέσπασμα λόγω πένθους. Ούσα φοιτήτρια, παρουσίαζα συχνές συναισθηματικές διακυμάνσεις. Μεγάλες περιόδους δυσθυμίας και κατατονίας αλλά και περιόδους ευθυμίας και ευδιάθεσης. Λες και η κατάθλιψη δεν προϋπήρξε ποτέ. Έτσι αποφάσισα λίγο να το ψάξω αυτό. Δεν είπα τίποτα στους δικούς μου (εάν και πολλές φορές μετά τον θάνατο της Έλενας με είχαν παροτρύνει να πάω σε ειδικό). Τέθηκε, λοιπόν, η διάγνωση. Διπολική διαταραχή τύπου II. Δεν είχα καμία πληροφόρηση. Εγώ υποψιαζόμουν κατάθλιψη,γιατι μερικές φορές πάθαινα και έντονες κρίσεις πανικού. Ένωσα τρομοκρατημένη. Σκέφτηκα την αντίδραση των γονιών μου, το κοινωνικό στίγμα...

Πέντε χρόνια μετά την διάγνωση, νιώθω αρκετά καλύτερα. Όχι γιατί δεν υπάρχει η κατάθλιψη ή η μανία, αλλά γιατί έμαθα να την διαχειρίζομαι και να την ελέγχω. Η κατάθλιψη υπερτερεί πάντως. Το μόνο που με ευχαριστεί είναι ότι ποτέ δεν σκέφτηκα να βλάψω τον εαυτό μου ».

2.3 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Η ασθενής αφηγείται :

« Η οικογένεια μου ήταν και είναι η τυπική « ωραιοποιημένη » οικογένεια. Οι γονείς μου είναι μορφωμένοι και εγγράμματοι άνθρωποι. Ωθούσαν εμένα και τον αδελφό μου συνέχεια να διαβάζουμε. Έβλεπαν την συμπεριφορά μου, αλλά την απέδιδαν απλά στο ότι είμαι «ένα κλειστό παιδί ». Κανένας τους δεν νοσούσε από κάποια ψυχική νόσο. Ίσως για αυτό δεν τους πέρασε από το μυαλό η ιδέα της κατάθλιψης και πόσο μάλλον της διπολικής διαταραχής. Εξάλλου, η ασθένεια άργησε να εμφανιστεί. Στα 17 μου που βίωσα το πρώτο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, οι γονείς μου και ο αδελφός μου θορυβήθηκαν λίγο, αλλά εγώ δεν δεχόμουν κουβέντα για ψυχολόγο. Όταν χρειάστηκε να τους ενημερώσω πρώτη φορά για την ασθένεια, ο ψυχίατρος με προέτρεψε να ξεκινήσουμε μια οικογενειακή ψυχοεκπαίδευση, για την δική τους καλύτερη κατανόηση της νόσου ».

2.4 ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

« Παρόλο που οφείλεται κυρίως σε γενετικό παράγοντα, είμαι από τους « λίγους » που δεν γνωρίζω τα ακριβή αίτια. Δεν με απασχολεί τόσο αυτό βέβαια, όσο ενδιαφέρομαι για την βελτίωση μου και την σταθεροποίηση των συναισθημάτων μου. Με τον ψυχίατρο προσπαθούμε να βρούμε την παθογένεια και να καταλάβουμε τον τρόπο που την κληροδότησαν οι γονείς μου σε εμένα ».

3.ΣΤΟΧΟΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Εννοιολογικά, η οικοδόμηση της αυτο - φροντίδας είναι ο ακρογωνιαίος λίθος των παρεμβάσεων αυτοδιαχείρισης. Η αυτο - φροντίδα είναι ουσιαστικά η πίστη του ατόμου να εκτελεί συμπεριφορές που θα οδηγήσουν σε συγκεκριμένα αποτελέσματα σε έναν συγκεκριμένο τομέα. Μελέτες έχουν δείξει ότι τόσο η αυτο - φροντίδα / αυτο - διαχείριση όσο και η βελτίωση της ποιότητας ζωής μπορούν να επιδράσουν θετικά στην απόκριση των παρεμβάσεων αυτό - διαχείρισης για χρόνιες ψυχικές ασθένειες. Ποιοτικές μελέτες που αποτυπώνουν τις προοπτικές των ασθενών, υπογραμμίζουν περαιτέρω τη σημασία της αυτο - αποτελεσματικότητας στη ζωή των ατόμων με διπολικές διαταραχές, καθώς τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια εκφράζουν αμφιβολίες σχετικά με την ικανότητά τους να βελτιώσουν τη σωματική τους υγεία και την έλλειψη εμπιστοσύνης στην ικανότητά τους να ελέγχουν επεισόδια διάθεσης και διαχείρισης του άγχους, παρά την επιθυμία τους να το κάνουν(Abraham et al., 2014). Η αυτο - φροντίδα και η αυτο - διαχείριση βοηθάει τον ασθενή να συνειδητοποιήσει την φύση των επεισοδίων και την συχνότητα αυτών. Μαθαίνει να διαχειρίζεται στο βέλτιστο βαθμό πιθανή παρουσίαση και υποτροπή ενός καταθλιπτικού ή μανιακού επεισοδίου. Ο ασθενής γίνεται ο φροντιστής του εαυτού του και όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητος και λειτουργικός. Κατα αυτόν τον τρόπο, βελτιώνεται σημαντικά η ποιότητας της ζωής του και κατά επέκταση η βιοψυχοκοινωνική του υπόσταση.

- Η αποδοχή της ασθένειας είναι η πρώτη στρατηγική αυτοδιαχείρισης και η πιο σημαντική. Η αποδοχή της πραγματικότητας και των νέων δεδομένων που έρχονται να συμβαδίσουν εσαεί με την ζωή του ασθενή, τον καθιστά

αυτομάτως συνειδητοποιημένο και έτοιμο να θέσει στόχους και προσδοκίες για μία καλύτερη ποιότητα ζωής

- Η διαβούλευση και η συζήτηση με άλλους ασθενείς που πάσχουν από διπολική διαταραχή δυνητικά μπορεί να βοηθήσει το άτομο να κατανοήσει ότι δεν βρίσκεται μόνος του σε αυτό το μονοπάτι ούτε είναι ο προύχοντας του πόνου και της ασθένειας, αλλά ότι συμβαδίζει και με άλλα άτομα στο μονοπάτι της διπολικής διαταραχής.
- Μελέτες έχουν δείξει ότι άτομα με διπολική διαταραχή αξιοποιούν την νόσο και στρέφονται στην ανακάλυψη του « βαθύτερου » εαυτού τους. Η στρατηγική αυτή στοχεύει τόσο στην αυτοβελτίωση του ασθενούς όσο και στην ανάβλυση των δεξιοτήτων, που ίσως μέχρι τώρα αγνοούσε. Επίσης, η προσωπική βελτίωση θα βοηθήσει τον ασθενή να εκτιμήσει τα καθημερινά πράγματα στη ζωή, τα οποία ευκόλως θεωρούνται εννοούμενα, λόγω χάριν η οικογενειακή θαλπωρή, το υποστηρικτικό περιβάλλον, τα οποία δεν θεωρούνται και τόσο δεδομένα για πολλούς ασθενείς
- Τέλος, μια άλλη εξίσου στρατηγική αυτο - φροντίδας είναι η παρακολούθηση και η τήρηση των κοινωνικών ρυθμών. Οι πέντε βασικές δραστηριότητες (ο ύπνος, η επαφή με άλλο άτομο, η δουλειά ή ο εθελοντισμός ή το σχολείο ή η οικογενειακή φροντίδα) να εκτελούνται καθημερινά με ευλάβεια από τον ασθενή. Η καθημερινή τήρηση του προγράμματος, η οποία προάγει την σταθερότητα και την συνέπεια, αποδεικνύεται αποτελεσματική στην σταθεροποίηση της διάθεσης (Janney et al., 2014)

4.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η θεραπευτική συμμαχία και φροντίδα για την διπολική διαταραχή ευοδώνεται κυρίως μέσα από την σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του κλινικού και του ασθενή. Η δημιουργία στόχων, μικρών βημάτων κάθε φορά, και στρατηγικών διαχείρισης για την βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς οργανώνεται συνεργατικά και φυσικά προσαρμόζεται σύμφωνα με την ιδιοσυγκρασία του. Ο σκοπός της θεραπευτικής φροντίδας είναι η τοποθέτηση καθημερινά και από ένα « λιθαράκι » προσπάθειας και πίστης του ασθενούς για την βελτίωση της ευεξίας του. Στην σχέση μεταξύ θεραπευτή - ασθενή πρυτανεύει το αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Ο θεραπευτής για αυτόν τον λόγο πρέπει να είναι πλήρως κατατοπιστικός και επεξηγηματικός σε κάθε απάντηση που θα θέλει να λάβει ο ασθενής. Για τον λόγο αυτό, αναφέρονται οι κάτωθι στρατηγικές απόκρισης για την διατήρηση της ευεξίας ενός ατόμου με διπολική διαταραχή :

1. Ο θεραπευτής οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή για τα συμπτώματα της νόσου, την παθογένεια της, τους τρόπους αντιμετώπισης της, τις πιθανές παρενέργειες λόγω φαρμάκων. Επίσης, οι ασθενείς στα αρχικά στάδια της νόσου που βρίσκονται διαρκώς υπό τη δαμόκλειο σπάθη της υποτροπής, έχουν μια διαρκή επικοινωνία με τον θεραπευτή, ο οποίος με την σειρά του καθοδηγεί τόσο τον νοσούντα όσο και το οικείο περιβάλλον του
2. Η τήρηση της φαρμακολογικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας θεωρούνται δύο στρατηγικές διαχείρισης, που συμβάλλουν ωφέλιμα στην θεραπευτική φροντίδα του ασθενούς
3. Η διατήρηση ενός υγιούς τρόπου ζωής διαδραματίζει μείζον ρόλο στην διατήρηση της ψυχικής ευεξίας του ασθενούς. Η σωστή διατροφή, ο ύπνος, η

μείωση του άγχος συμβάλλουν στην ισορροπία και στην εξομάλυνση του κερκαδικού ρυθμού

4. Η γνώση του ασθενούς για τα συμπτώματα της διπολικότητας και για τις συχνές συναισθηματικές απορρυθμίσεις δυναμώνει μακροπρόθεσμα την εναισθησία του ασθενούς και την ικανότητα να αναγνωρίζει μελλοντική υποτροπή της νόσου. Η ικανότητα αυτή προετοιμάζει τον ασθενή και αυτός με την σειρά του ενημερώνει έγκαιρα τον θεραπευτή για την λήψη κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής
5. Η κοινωνική υποστήριξη βοηθά τον ασθενή να αλληλεπιδρά με το κοινωνικό σύνολο και να νιώθει το αίσθημα της συμμετοχής και της προσφοράς. Η δημιουργία φιλιών και η καθημερινή τριβή με οικεία άτομα επιφέρει στο άτομο το αίσθημα της « κανονικότητας », που πιθανών να παραμερεί πολλές φορές, λόγω του συχνού κοινωνικού στίγματος (Nicholas et al., 2017)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διπολική διαταραχή αποτελεί μία ανίατη εξουθενωτική νόσο, που κλυδωνίζει την ψυχική ισορροπία του ανθρώπου. Μία νόσο πολλών διαστάσεων και προεκτάσεων, με αρνητικές συνεπαγωγές στους ψυχικούς κόλπους, με αίτια και αιτιατά που η επιστήμη ακόμα μελετά και προσδιορίζει. Ο άνθρωπος μαθαίνει να προσαρμόζεται και να συνηθίζει τις πολωμένες και οξυμένες συναισθηματικές εκφάνσεις του εαυτού του και γαλουχείται για μία νέα πραγματικότητα. Μέσω της φαρμακολογικής θεραπείας και της συνεχούς ψυχοεκπαίδευσης, προωθείται η ψυχική ανάκαμψη, η ευεξία του ασθενούς και η αναμέτρηση του με τις συντεταγμένες και τις αδιέξοδες επιθυμίες του, με απώτερο στόχο να ξαναπάρει σάρκα και οστά το χιλοειπωμένο αλλά παραγκωνισμένο φροϋδικό τρίπτυχο της ανθρώπινης ψυχής. Η ισορροπία της ψυχικής υγείας, ταλανίζεται ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια από την βίωση προβλημάτων της ανθρώπινης οντότητας. Ο ψυχικά ασθενής άνθρωπος φαίνεται, δυστυχώς, να περιθωριοποιείται και να ανάγεται στον τελευταίο κρίκο της ανθρώπινης αλυσίδας. Εκμαυλιστής του κοινωνικού στίγματος και της ανθρώπινης αποξένωσης είναι η γνωστική προκατάληψη και τα κοινωνικά θέσφατα που η κοινωνία «κουβαλάει» μαζί της αιώνες ακόμα. Από μόνη της βέβαια η διαπίστωση δεν καταργεί τα τρέχοντα δεδομένα και την πραγματικότητα. Η εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού σε ψυχικά νοσούντες προβάλλει επιτακτική ανάγκη. Είναι παράξενο ότι σε μια εποχή, στην οποία όλοι είμαστε ενωμένοι μεταξύ μας περισσότερο από ποτέ, η ασθενική ψυχή απολαύει άνισης ανθρωπιστικής μεταχείρισης.

Βιβλιογραφικές παραπομπές

1. Abraham, K.M., Miller, C.J., Birgenheir, D.G., Lai, Z., Kilbourne, A.M., 2014. *Self-efficacy and Quality of Life among People with Bipolar Disorder*. *J. Nerv. Ment. Dis.* 202, 583–588. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000165>
2. Alda, M., 2015. *Lithium in the treatment of bipolar disorder: pharmacology and pharmacogenetics*. *Mol. Psychiatry* 20, 661–670. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.4>
3. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association (Eds.), 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, 5th ed. ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C. σελ.:11-12,103-104,140-149,160-161
4. Angst, J., Marneros, A., 2001. *Bipolarity from ancient to modern times:: conception, birth and rebirth*. *J. Affect. Disord., Millennial Issue: The New Bipolar Era* 67, 3–19. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00429-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00429-3)
5. Arora, M., Mukherjee, P., Praharaj, S.K., Sinha, V.K., 2007. *Mania as an unique life event*. *Indian J. Psychiatry* 49, 290–291. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.37672>
6. Association, A.P., 2002. *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder (revision)*. American Psychiatric Pub. Σελ.:4
7. BALDESSARINI, R.J., TONDO, L., VAZQUEZ, G.H., UNDURRAGA, J., BOLZANI, L., YILDIZ, A., KHALSA, H.-M.K., LAI, M., LEPRI, B., LOLICH, M., MAFFEI, P.M., SALVATORE, P., FAEDDA, G.L., VIETA, E., MAURICIO, T., 2012. *Age at onset versus family history and clinical outcomes in 1,665 international bipolar-I disorder patients*. *World Psychiatry* 11, 40–46.

8. Barker, P., 2017. *Psychiatric and Mental Health Nursing: The craft of caring*, Second Edition. CRC Press.
9. Baune, B.T., Malhi, G.S., 2015. *A review on the impact of cognitive dysfunction on social, occupational, and general functional outcomes in bipolar disorder*. *Bipolar Disord.* 17, 41–55. <https://doi.org/10.1111/bdi.12341>
10. Bowden, C.L., 2003. *Valproate*. *Bipolar Disord.* 5, 189–202. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2003.00031.x>
11. Çakir, S., n.d. *ARTICLE IN PRESS Disorder: A Systematic Literature Review* 12.
12. Cascade, E.F., Reites, J., Kalali, A.H., Ghaemi, N., 2007. *Antidepressants in Bipolar Disorder*. *Psychiatry Edgmont* 4, 56–58.
13. Crowe, M., Carlyle, D., Farmar, R., 2008. *Clinical formulation for mental health nursing practice*. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 15, 800–807. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01307.x>
14. Crowe, M., Whitehead, L., Wilson, L., Carlyle, D., O'Brien, A., Inder, M., Joyce, P., 2010. *Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder—A systematic review of the evidence for mental health nursing practice*. *Int. J. Nurs. Stud.* 47, 896–908. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.02.012>
15. Daruy-Filho, L., Brietzke, E., Lafer, B., Grassi-Oliveira, R., 2011. *Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder*. *Acta Psychiatr. Scand.* 124, 427–434. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01756.x>
16. Denzin, N., Lincoln, Y., 1998. *Strategies of Qualitative Inquiry*. Sage Publ.
17. Depp, C.A., Moore, D.J., Patterson, T.L., Lebowitz, B.D., Jeste, D.V., 2008. *Psychosocial interventions and medication adherence in bipolar disorder*. *Dialogues Clin. Neurosci.* 10, 239–250.

18. Dervaux, A., Laqueille, X., 2016. *Bipolar disorder: defining symptoms and comorbidities*. *The Lancet* 388, 869. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31430-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31430-1)
19. de Wit, S.C., 2009. *ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ*, 3η. ed, 978-1-4160-5228-9. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, ΑΘΗΝΑ. Σελ.: 123, 125
20. Ekman, P., 2004. *Emotions revealed*. *BMJ* 328, 0405184. <https://doi.org/10.1136/sbmj.0405184>
21. Fagiolini, A., Frank, E., Scott, J.A., Turkin, S., Kupfer, D.J., 2005. *Metabolic syndrome in bipolar disorder: findings from the Bipolar Disorder Center for Pennsylvanians*. *Bipolar Disord.* 7, 424–430. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00234.x>
22. Fajutrao, L., Locklear, J., Priaulx, J., Heyes, A., 2009. *A systematic review of the evidence of the burden of bipolar disorder in Europe*. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health* 5, 3. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-5-3>
23. Ferreras, I.G., 2021. *History of Mental Illness*. Noba.
24. Fornaro, M., Clementi, N., Fornaro, P., 2009. *Medicine and psychiatry in Western culture: Ancient Greek myths and modern prejudices*. *Ann. Gen. Psychiatry* 8, 21. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-8-21>
25. Frank, E., Swartz, H.A., Kupfer, D.J., 2000. *Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder*. *Biol. Psychiatry* 48, 593–604. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00969-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00969-0)
26. Ganguly, K.K., Chadda, R.K., Singh, T.B., 2010. *Caregiver Burden and Coping in Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Qualitative Study*. *Am. J. Psychiatr. Rehabil.* 13, 126–142. <https://doi.org/10.1080/15487761003757009>

27. Geddes, J.R., Miklowitz, D.J., 2013. *Treatment of bipolar disorder*. Lancet 381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60857-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60857-0)
28. Gitlin, M.J., 2018. *Antidepressants in bipolar depression: an enduring controversy*. Int. J. Bipolar Disord. 6. <https://doi.org/10.1186/s40345-018-0133-9>
29. Goi, P.D., Bücker, J., Vianna-Sulzbach, M., Rosa, A.R., Grande, I., Chendo, I., Sodré, L.A., Kauer-Sant'Anna, M., Silveira, L., Kunz, M., Ceresér, K.M., Gama, C.S., Massuda, R., Goi, P.D., Bücker, J., Vianna-Sulzbach, M., Rosa, A.R., Grande, I., Chendo, I., Sodré, L.A., Kauer-Sant'Anna, M., Silveira, L., Kunz, M., Ceresér, K.M., Gama, C.S., Massuda, R., 2015. *Pharmacological treatment and staging in bipolar disorder: evidence from clinical practice*. Braz. J. Psychiatry 37, 121–125. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1554>
30. Goossens, P.J.J., Achterberg, T.V., Klein, E.A.M.K. der, 2007. *Nursing processes used in the treatment of patients with bipolar disorder*. Int. J. Ment. Health Nurs. 16, 168–177. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00464.x>
31. Goossens, P.J.J., Beentjes, T.A.A., de Leeuw, J.A.M., Knoppert-van der Klein, E.A.M., van Achterberg, T., 2008. *The Nursing of Outpatients with a Bipolar Disorder: What Nurses Actually Do*. Arch. Psychiatr. Nurs. 22, 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.05.004>
32. Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., Vieta, E., 2016. *Bipolar disorder*. The Lancet 387, 1561–1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
33. Hilty, D.M., Leamon, M.H., Lim, R.F., Kelly, R.H., Hales, R.E., 2006. *A Review of Bipolar Disorder in Adults*. Psychiatry Edgmont 3, 43–55.

- 34.Hirschfeld, R.M.A., 2002. *The Mood Disorder Questionnaire: A Simple, Patient-Rated Screening Instrument for Bipolar Disorder*. Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry 4, 9–11.
- 35.Horschitz, S., Hummerich, R., Lau, T., Rietschel, M., Schloss, P., 2005. *A dopamine transporter mutation associated with bipolar affective disorder causes inhibition of transporter cell surface expression*. Mol. Psychiatry 10, 1104–1109. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001730>
- 36.IsHak, W.W., Brown, K., Aye, S.S., Kahloon, M., Mobaraki, S., Hanna, R., 2012. *Health-related quality of life in bipolar disorder*. Bipolar Disord. 14, 6–18. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00969.x>
- 37.Janney, C.A., Bauer, M.S., Kilbourne, A.M., 2014. *Self-Management and Bipolar Disorder—A Clinician’s Guide to the Literature 2011-2014*. Curr. Psychiatry Rep. 16, 485. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0485-5>
- 38.Jones, S.H., 2001. *CIRCADIAN RHYTHMS, MULTILEVEL MODELS OF EMOTION AND BIPOLAR DISORDER—AN INITIAL STEP TOWARDS INTEGRATION?* Clin. Psychol. Rev., PSYCHOSIS 21, 1193–1209. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00111-8](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00111-8)
- 39.Kanter, J.W., Busch, A.M., Weeks, C.E., Landes, S.J., 2008. *The Nature of Clinical Depression: Symptoms, Syndromes, and Behavior Analysis*. Behav. Anal. 31, 1–21.
- 40.Kato, T., 2019. *Current understanding of bipolar disorder: Toward integration of biological basis and treatment strategies*. Psychiatry Clin. Neurosci. 73, 526–540. <https://doi.org/10.1111/pcn.12852>
- 41.Keltner, N.L., 2013. *Psychiatric Nursing*. Elsevier Health Sciences.Σελ.:185-189,279,296-297

- 42.Kerner, B., 2014. *Genetics of bipolar disorder*. *Appl. Clin. Genet.* 7, 33–42.
<https://doi.org/10.2147/TACG.S39297>
- 43.Klein, D.N., Schwartz, J.E., Rose, S., Leader, J.B., 2000. *Five-Year Course and Outcome of Dysthymic Disorder: A Prospective, Naturalistic Follow-Up Study*. *Am. J. Psychiatry* 157, 931–939.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.6.931>
- 44.Leiknes, K.A., Schweder, L.J., Høie, B., 2012. *Contemporary use and practice of electroconvulsive therapy worldwide*. *Brain Behav.* 2, 283–344.
<https://doi.org/10.1002/brb3.37>
- 45.Licht, R.W., 2012. *Lithium: Still a Major Option in the Management of Bipolar Disorder*. *CNS Neurosci. Ther.* 18, 219–226. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2011.00260.x>
- 46.MacQueen, G., Parkin, C., Marriott, M., Bégin, H., Hasey, G., 2007. *The long-term impact of treatment with electroconvulsive therapy on discrete memory systems in patients with bipolar disorder*. *J. Psychiatry Neurosci.* 32, 241–249.
- 47.Malhi, G.S., Bargh, D.M., Kuiper, S., Coulston, C.M., Das, P., 2013. *Modeling bipolar disorder suicidality*. *Bipolar Disord.* 15, 559–574.
<https://doi.org/10.1111/bdi.12093>
- 48.McCormick, U., Murray, B., McNew, B., 2015. *Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses*. *J. Am. Assoc. Nurse Pract.* 27, 530–542. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12275>
- 49.McIntyre, R.S., Soczynska, J.K., Konarski, J., 2006. *Bipolar Disorder: Defining Remission and Selecting Treatment*. *Psychiatr. Times* 23, 46–46.

50. Miklowitz, D.J., Johnson, S.L., 2008. *Bipolar disorder*, in: *Psychopathology: History, Diagnosis, and Empirical Foundations*. John Wiley & Sons Inc, Hoboken, NJ, US, pp. 366–401.
51. Miller, K., 2006. *Bipolar disorder: Etiology, diagnosis, and management*. *J. Am. Acad. Nurse Pract.* 18, 368–373. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2006.00148.x>
52. Mineur, Y.S., Picciotto, M.R., 2021. *The role of acetylcholine in negative encoding bias: Too much of a good thing?* *Eur. J. Neurosci.* 53, 114–125. <https://doi.org/10.1111/ejn.14641>
53. Mitchell, P.B., Malhi, G.S., 2004. *Bipolar depression: phenomenological overview and clinical characteristics*. *Bipolar Disord.* 6, 530–539. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00137.x>
54. Nasrallah, H.A., Ketter, T.A., Kalali, A.H., 2006. *Carbamazepine and valproate for the treatment of bipolar disorder: a review of the literature*. *J. Affect. Disord.* 95, 69–78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.04.030>
55. Nicholas, J., Boydell, K., Christensen, H., 2017. *Self-management in young adults with bipolar disorder: Strategies and challenges*. *J. Affect. Disord.* 209, 201–208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.040>
56. Payne, N.A., Prudic, J., 2009. *Electroconvulsive Therapy Part I: A Perspective on the Evolution and Current Practice of ECT*. *J. Psychiatr. Pract.* 15, 346–368. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000361277.65468.ef>
57. Pinto-Foltz, M.D., Logsdon, M.C., 2009. *Reducing Stigma Related to Mental Disorders: Initiatives, Interventions, and Recommendations for Nursing*. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 23, 32–40. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.02.010>

58. Pratt, L.A., Brody, D.J., 2008. *Depression in the United States household population, 2005-2006*.
59. Richardson, T., Jansen, M., Fitch, C., 2019. *Financial difficulties in bipolar disorder part 2: psychological correlates and a proposed psychological model*. *J Ment Health* 1–9. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581350>
60. Rowland, T.A., Marwaha, S., 2018. *Epidemiology and risk factors for bipolar disorder*. *Ther. Adv. Psychopharmacol.* 8, 251–269. <https://doi.org/10.1177/2045125318769235>
61. Sagman, D., Tohen, M., 2009. *Comorbidity in Bipolar Disorder*. *Psychiatr. Times*.
62. Sajatovic, M., Valenstein, M., Blow, F.C., Ganoczy, D., Ignacio, R.V., 2006. *Treatment adherence with antipsychotic medications in bipolar disorder*. *Bipolar Disord.* 8, 232–241. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00314.x>
63. Sigitova, E., Fišar, Z., Hroudová, J., Cikánková, T., Raboch, J., 2017. *Biological hypotheses and biomarkers of bipolar disorder*. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 71, 77–103. <https://doi.org/10.1111/pcn.12476>
64. Strakowski, S.M., DelBello, M.P., Adler, C.M., 2005. *The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a review of neuroimaging findings*. *Mol. Psychiatry* 10, 105–116. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001585>
65. Have, M., Vollebergh, W., Bijl, R., Nolen, W.A., 2002. *Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. *J. Affect. Disord.* 68, 203–213. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00310-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00310-4)

66. Treuer, T., Tohen, M., 2010. *Predicting the course and outcome of bipolar disorder: A review.* Eur. Psychiatry 25, 328–333.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.11.012>
67. Vacheron-Trystram, M.-N., Braitman, A., Cheref, S., Auffray, L., 2004. *Antipsychotiques et troubles bipolaires.* L'Encéphale 30, 417–424.
[https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(04\)95456-5](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(04)95456-5)
68. Vibha, P., Bijayini, J., Sanjay, K., 2013. *Qualitative research - ProQuest.*
69. Yatham, L.N., 2005. *Diagnosis and Management of Patients With Bipolar II Disorder* 66, 68.
70. Γιαννακόπουλος, Β., 2013. *αντιψυχωτικά φάρμακα και οι κατηγορίες τους.*
71. Γρυπάρης, Ι., 2015. *ΠΛΑΤΩΝ: Πολιτεία.*
72. Μαυρικάκη, Μ., Καστελλάκης, Α., Παναγής, Γ., 2013. *Η Διπολική Διαταραχή ως διαταραχή νευρωνικής πλαστικότητας.* ΕΛΕΥΘΕΡΝΑ 6, 209–205.
73. Χολέβα, Β., Παρλαπάνη, Ε., Μποζίκας, Β.-Π., Φωκάς, Κ., 2016. *ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ*, 1η. ed, 978-960-12-2267-7. UNIVERSITY STUDIO PRESS, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων&Περιοδικών, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.Σελ.:26,57-72,76