



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διπολική διαταραχή και Νοσηλευτικές Διεργασίες

Της

Στυλιανής Μουτσάνα (α.μ:15166)

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μαίρη Γκούβα

Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας

Ιωάννινα, 2016



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
SUMMARY	7
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ:	
ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	12
1.ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ :ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ	13
2.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	16
3.ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	17
4.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	19
4.1.Καταθλιπτική συνδρομή	21
4.2.Μανιακή συνδρομή	22
5.ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	26
5.1.Διαγνωστική προσέγγιση του ασθενούς	27
5.2.Διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο	28
5.3.Διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR για το μανιακό επεισόδιο	29
5.4.Διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR για το υπομανιακό επεισόδιο	30
6.ΦΥΣΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	32
7.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	34
8.ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	36

9.ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	37
9.1.Ενδονοσοκομειακή νοσηλεία	37
9.2.Θεραπεία σε μανιακά ή μεικτά επεισόδια	38
9.3.Θεραπεία σε καταθλιπτικά επεισόδια	40
9.4.Ψυχολογικές θεραπείες	40

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ 43

1.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ 44

1.1.Νοσηλευτική αξιολόγηση 44

1.2.Μέθοδοι συλλογής στοιχείων 45

1.3.Νοσηλευτική διάγνωση 45

1.4.Προγραμματισμός: ανάπτυξη νοσηλευτικού προγράμματος φροντίδας 47

1.5.Θεραπευτικές τεχνικές 48

1.6.Νοσηλευτική αξιολόγηση 48

2.ΕΓΚΑΘΙΔΡΥΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ 49

2.1.Η αναγκαιότητα της θεραπευτικής σχέσης 49

2.2.Δημιουργία κατάλληλου κλίματος 50

3.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ 52

3.1.Νοσηλευτικές διαγνώσεις 52

3.2.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή που εμφανίζει αυτοκτονικές τάσεις 53

3.4.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή με διαταραχές κοινωνικής επικοινωνίας, ανεπαρκής ή αναποτελεσματική ποιότητα κοινωνική συναλλαγής	56
3.5.Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων	59
3.6.Παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλευτικές ευθύνες	59
4.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΜΑΝΙΑ	61
4.1.Νοσηλευτικές προτεραιότητες	61
4.2.Αρχές επικοινωνίας με τον μανιακό άρρωστο	61
4.3.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	63
5.ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	65
ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ: ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΈΡΕΥΝΑ	68
1.Ερευνητικό Ερώτημα και Σκοπός της Παρούσας Μελέτης	69
2.Μεθοδολογική Προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος	69
3.Παρουσίαση περιστατικού	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	75

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διπολική διαταραχή I (παλαιότερα «μανιοκατάθλιψη») χαρακτηρίζεται από ακραίες διακυμάνσεις στη διάθεση με εναλλαγή επεισοδίων μανίας και κατάθλιψης -μεταξύ των οποίων η διάθεση του ατόμου επιστρέφει στο φυσιολογικό. Πρόκειται για μια διαταραχή με ισχυρή γενετική συνιστώσα στην πορεία της οποίας ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής και στρεσογόνοι παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πυροδότηση των επεισοδίων. Διπολική διαταραχή II ονομάζεται η κατάσταση στην οποία έχουν υπάρξει τουλάχιστον ένα καταθλιπτικό κι ένα υπομανιακό επεισόδιο στο ιστορικό του ασθενούς (χωρίς να έχει εμφανιστεί ποτέ εικόνα πλήρους αναπτυγμένης μανίας). Η έναρξη της νόσου λαμβάνει χώρα είτε με μανιακό επεισόδιο, είτε με καταθλιπτικό, και μετά την αποδρομή του 1^{ου} επεισοδίου το άτομο θα παραμείνει για μεγάλο διάστημα σε νορμοθυμία, αλλά μετά την εμφάνιση και του 2ου επεισοδίου τα φυσιολογικά διαστήματα καθίστανται ολοένα και βραχύτερα. Η θεραπεία της διπολικής διαταραχής είναι πρωτίστως φαρμακευτική με χρήση σταθεροποιητών διάθεσης, αντιεπιληπτικών κι νεότερων αντιψυχωσικών φαρμάκων, συχνά σε συνδυασμό. Στόχος είναι αφενός μεν η αντιμετώπιση των οξέων συμπτωμάτων κατάθλιψης ή μανίας με αποφυγή της κυκλικότητας (μετάπτωσης από τη μία φάση στην άλλη) κι αφετέρου η πρόληψη των υποτροπών με περιφρούρηση/ επιμήκυνση των διαστημάτων νορμοθυμίας, ώστε το άτομο να παραμένει ελεύθερο και να μπορεί να ζήσει μια φυσιολογική ζωή, ανταποκρινόμενο στις δυνατότητες του και λειτουργώντας ικανοποιητικά στον κοινωνικό κι επαγγελματικό του ρόλο. Κεντρικό ρόλο διαδραματίζει η ψυχοεκπαίδευση του ασθενούς και των οικογένειάς του, η οποία προσφέρει ενημέρωση για τη φύση και την πορεία της νόσου, εκπαίδευση στην έγκαιρη αναγνώριση πρώιμων προειδοποιητικών συμπτωμάτων υποτροπής κι εξασφαλίζει τη συμμόρφωση στη θεραπεία, με στόχο να ενισχυθεί η μακροχρόνια σταθεροποίηση της διάθεσης και ν' αποτραπεί η εμφάνιση νέων επεισοδίων.

Λέξεις κλειδιά: διπολική διαταραχή, κατάθλιψη, μανία, υπομανία.

SUMMARY

Bipolar I disorder (formerly "manic depression") is characterized by extreme mood swings alternating manic and depressive episodes-including the person's mood returns to normal. It is a disorder with a strong genetic component in the course of which stressful life events and stressors play an important role in triggering episodes. Bipolar II disorder is characterized by a situation in which there have been at least a depressive and hypomanic episode in a history of the patient (without ever having displayed full mania picture). The onset of the disease occurs either manic episode or depressive, and after resolution of the first episode the person will remain for a long time in normothymia, but after the appearance of the second episode normal intervals become increasingly shorter. The treatment of bipolar disorder is primarily a pharmaceutical using mood stabilizers, anticonvulsants, or newer antipsychotic drugs, often in combination. The care aims firstly to address the acute depressive or manic symptoms to avoid circularity (transition from one phase to another) and secondly the prevention of relapses protection / elongation normothymias intervals, so that the individual remains free of symptoms and can live a normal life, responding to opportunities and working satisfactorily in the social and professional role. Central role plays the patient and family psychoeducation, which provides information about the nature and course of the disease, trains the detection of early warning of relapse symptoms and ensures compliance to treatment in order to strengthen the long-term stabilization of mood and prevent the appearance of new episodes.

Keywords: bipolar disorder, depression, mania, hypomania.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ψυχική ασθένεια είναι μια έννοια που τυπικά υποδηλώνει την ύπαρξη μιας συναισθηματικής διαταραχής ή διαταραχής της σκέψης ή διαταραχής της προσωπικότητας, που επηρεάζει αρνητικά την ψυχικά ευεξία, την υγεία και την ασφάλεια του ατόμου. Οι ψυχασθένειες προκαλούν πόνο και ανικανότητα και μπορούν και να μειώσουν το προσδόκιμο επιβίωσης, όπως μαρτυρούν οι περιπτώσεις καταθλιπτικών επεισοδίων έπειτα από καρδιακές προσβολές, οι μεγάλοι αριθμοί των πασχόντων από ασθένειες του ήπατος λόγω εξάρτησης από το αλκοόλ, καθώς και οι περιπτώσεις των αυτοκτονιών.

Οι ψυχασθένειες παραμένουν συνήθως καλά κρυμμένες, είτε λόγω επιλογής του ασθενή είτε επειδή δεν αναγνωρίζονται τόσο από τον ασθενή όσο και από την οικογένειά του ως πραγματικές ασθένειες. Παρά την άρνηση του ασθενή ή της οικογένειάς του, τελικά φανερώνονται. Ορισμένοι άνθρωποι υποφέρουν από υπερβολικούς φόβους, που συνοδεύονται από ένα πλήθος αναγνωρίσιμων συμπτωμάτων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο ψυχικός πόνος του ασθενή είναι τόσο έντονος, ώστε να θεωρεί την αυτοκτονία ανακούφιση.

Από τη στιγμή που αναγνωρίζονται τα συμπτώματα, οι ψυχικές ασθένειες μπορούν να διαγνωστούν και να θεραπευτούν πριν να είναι πολύ αργά. Κάποιοι αναρρώνουν πλήρως, ενώ άλλοι έχουν μεγαλύτερες δυσκολίες. Σε όλες, πάντως, τις περιπτώσεις μπορεί να υπάρξει σχετική ανακούφιση όσων υποφέρουν, με τη χρήση διαφόρων μεθόδων καθώς και κατάλληλων φαρμάκων. Η φροντίδα στο σπίτι, στα επείγοντα, στα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων και τα Κέντρα Ημέρας είναι μερικές από τις διαθέσιμες εναλλακτικές επιλογές.

Όλα τα παραπάνω αποτελέσαν έντονη πρόκληση για μένα, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι θα ήθελα στην μελλοντική επαγγελματική μου πορεία να ασχοληθώ με την ψυχική ασθένεια και τους ψυχικά ασθενείς. Επιπλέον έχω βιώσει στο στενό μου φιλικό περιβάλλον την ασθένεια της διπολικής διαταραχής και αυτό μου έδωσε την

αφορμή να μπορέσω να ερευνήσω και να παρουσιάσω το θέμα αυτό, με τρόπο επιστημονικό και εμπειριστατωμένο.

Μέσα από αυτές τις γραμμές θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου κ. Γκούβα Μαίρη, η οποία μου προκάλεσε το ενδιαφέρον για τον ψυχισμό του ανθρώπου και προφανώς κινητοποίησε τα βασικά μου επαγγελματικά ενδιαφέροντα. Επίσης θα ήθελα να την ευχαριστήσω για τη βοήθεια της για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να αφιερώσω αυτή την εργασία σε όσους με στήριξαν κατά τη διάρκεια των σπουδών μου, ιδιαίτερα την οικογένεια μου, αλλά και τους συμφοιτητές και καθηγητές μου.

Τέλος, γράφοντας και διαβάζοντας αυτή τη εργασία και όλη τη σχετική βιβλιογραφία, δεν βγαίνει από το μυαλό μου ο άνθρωπος που πάσχει από διπολική διαταραχή, στον οποίο θα ήθελα να αφιερώσω την υπόλοιπη επαγγελματική μου πορεία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο άνθρωπος είναι ένα πλάσμα γεμάτο συναισθήματα. Όλοι έχουμε νιώσει στη ζωή μας χαρά, λύπη, φόβο, αηδία, έκπληξη ή θυμό. Αυτά τα συναισθήματα μας βοηθούν να προσδιορίζουμε τη θέση μας στον κόσμο και τις σχέσεις μας με τους συνανθρώπους μας. Τα συναισθήματα συνιστούν μια ανώτερη εγκεφαλική λειτουργία, που μας βοηθά να παραμείνουμε ουσιαστικά ζωντανοί.

Τα συναισθήματα χύνονται στο σώμα μας σαν κύματα και η διάθεσή μας συμπαρασύρεται από τη «φουσκοθαλασσιά». Αυτά είναι που καθορίζουν την κατάσταση του μυαλού μας και τα «γυαλιά» μέσα απ' τα οποία παρατηρούμε και αξιολογούμε τον κόσμο.

Ο καθένας από εμάς έχει τα «πάνω και τα κάτω» του. Ορισμένες φορές νιώθεις δυστυχημένος ή μόνος, ενώ κάποιες άλλες, χαρούμενος και γεμάτος ζωντάνια. Αυτές οι εναλλαγές στη διάθεση αποτελούν μέρος της ζωής. Δεν είναι ασυνήθιστο - και είναι μάλλον υγιές - να νιώθεις στενοχωρημένος μετά από ένα διαζύγιο, μια απόλυση ή το θάνατο ενός αγαπημένου σου προσώπου. Εξίσου φυσιολογικό είναι να νιώθεις υπερβολικά χαρούμενος σε μια στιγμή ευτυχίας, όπως όταν είσαι ερωτευμένος ή όταν ακούς το αγαπημένο σου μουσικό κομμάτι. Διαβάζεις για αυτό στα ποιήματα, το ακούς να αναφέρεται σε τραγούδια της ποπ μουσικής. Το θέμα είναι ανεξάντλητο και πανανθρώπινο, ανεξάρτητα από τον πολιτισμό στον οποίο έχεις μεγαλώσει. Κάποιες συναισθηματικές εμπειρίες όμως μπορεί να τις ζήσουμε ιδιαίτερα έντονα και μερικές φορές το μυαλό του ανθρώπου μπορεί από μόνο του να πάει πολύ μακριά. Τα συναισθήματα αρχίζουν τότε να «εκτροχιάζονται», όπως λέγεται. Το «φούσκωμα» των φυσιολογικών συναισθημάτων μπορεί να γίνει μια πολύ ταραγμένη θάλασσα, στην οποία ο ορίζοντας χάνεται πίσω από τα αφηνιασμένα κύματα.

Όταν ένα άτομο υποφέρει από διπολική διαταραχή, το βαρόμετρο των συναισθημάτων του παραμένει κολλημένο, για ένα ασυνήθιστα μεγάλο διάστημα, σε ένα από τα δύο συναισθηματικά άκρα και μετά ταλαντώνεται προς το αντίθετο. Για να βρει δε τη συναισθηματική του ισορροπία, παλεύει ανάμεσα στα δύο άκρα. Το

είδος αυτής της διακύμανσης διαφέρει από άτομο σε άτομο, όπως διαφέρει και το βάθος του βυθού ή το ύψος της κορυφής.

Συνήθως, η λύπη και η χαρά έχουν κατεύθυνση και νόημα. Ο άνθρωπος ξέρει από πού έρχεται και προς τα πού πηγαίνει. Η κατάθλιψη και η μανία, όμως, μοιάζουν απέλπιδες και απύθμενες. Τις περισσότερες φορές δε σχετίζονται με τα γεγονότα που συμβαίνουν γύρω του. Νιώθει σαν να μην είναι πια ο εαυτός του. Η απόγνωση της κατάθλιψης και η «τρέλα» της μανίας συμβαίνουν ακριβώς επειδή το άτομο νιώθει ξένος με τον εαυτό του και παρασύρεται χωρίς βοήθεια από τις σκέψεις του και τις παρορμήσεις του.

Όλα τα παραπάνω πρέπει να μπουν σε μια σειρά. Αυτό είναι πλέον δουλειά του επαγγελματία υγείας, του νοσηλευτή ψυχικής υγείας, ο οποίος εργαζόμενος μέσα στο οργανωμένο σύστημα υγείας, συμβάλλει στην αναγνώριση του ατόμου που έχει πρόβλημα, στη διάγνωση της νόσου, στη θεραπεία, στη συμβουλευτική για τον τρόπο ζωής και δραστηριότητας και στην υποστήριξη του περιβάλλοντος του ασθενούς.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ:

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

1.ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ :ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ

Η διπολική αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία η οποία δε μπορεί να αποδοθεί σε μια μόνο αιτία, αλλά σε ένα συνδυασμό παραγόντων, με διάφορους μάλιστα βαθμούς συμμετοχής του καθενός:

- Γενετικά αίτια. Είναι ιατρικά αποδεκτό πως η ασθένεια σχετίζεται με θετικό οικογενειακό ιστορικό. Μελέτες σε οικογένειες έχουν δείξει ότι η συχνότητα της διαταραχής είναι πιο συχνή σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό (περίπου 1,5-3 φορές). Περίπου το 10-20% των γονέων και των αδελφών των διπολικών ασθενών υποφέρουν από την ίδια διαταραχή (Barnett & Smoller, 2009).
- Βιολογικό μοντέλο: Η επίδραση νευροβιολογικών παραγόντων στη διπολική διαταραχή σχετίζεται κυρίως με τα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο. Η μείωση των επιπέδων ορισμένων νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο (κυρίως της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης), θεωρείται υπεύθυνη για την κατάθλιψη, ενώ η υπερβολική αύξηση αυτών, προκαλεί την εμφάνιση της μανίας. Φαίνεται λοιπόν ότι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που τροφοδοτεί τη διαταραχή: οι αρνητικές σκέψεις και η αρνητική συμπεριφορά προκαλούν μείωση των νευροδιαβιβαστών, ενώ από την άλλη, η μείωση των νευροδιαβιβαστών μπορεί να προκαλέσει αρνητικές σκέψεις και αρνητική συμπεριφορά (Grant et al., 2009).
- Ψυχαναλυτικές θεωρίες. Η συμβολική ή πραγματική απώλεια αγαπημένου προσώπου (αντικειμένου αγάπης) γίνεται αντιληπτή ως απόρριψη. Η μανία και η ευφορία θεωρούνται άμυνες απέναντι στην υποκείμενη κατάθλιψη. Το άκαμπτο υπερεγώ τιμωρεί το άτομο με αισθήματα ενοχής για τις ασυνείδητες επιθετικές και σεξουαλικές του ενορμήσεις. Ο Freud περιέγραψε την αναβλημένη αμφιθυμία προς το αντικείμενο της αγάπης, που μπορεί να οδηγήσει σε παθολογική μορφή πένθους εάν το αντικείμενο απολεσθεί ή βιωθεί ως απολεσθέν. Αυτό το πένθος παίρνει τη μορφή βαριάς κατάθλιψης

με αισθήματα ενοχής και αναξιότητας και με αυτοκτονικό ιδεασμό (Karlan & Sadock, 2007).

- Θεωρία της απώλειας αντικειμένου. Η κατάθλιψη αποδίδεται στην απώλεια ενός σημαντικού αντικειμένου. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία η απώλεια της μητρικής εικόνας, στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, ακολουθείται από μια δεύτερη σημαντική απώλεια στην ενηλικίωση, όπως είναι η απώλεια ενός σημαντικού προσώπου, της θέσης εργασίας ή ενός γάμου και γίνεται βασικός παράγοντας πρόκλησης της κατάθλιψης (Grant et al., 2009).
- Οι Grant et al., (2009) αναλύουν τη θεωρία της οργάνωσης της προσωπικότητας. Σύμφωνα με τους συγγραφείς η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι η μειωμένη αυτοεκτίμηση προκαλεί κατάθλιψη και μανία. Εντοπίζει 3 χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που προδιαθέτουν στην κατάθλιψη.
 - Οι κυρίαρχοι άλλοι: Κάποιο άτομο που στηρίζεται σ' ένα άλλο για την αυτοεκτίμηση του. Το εξαρτημένο άτομο είναι παθητικό, επηρεάζεται εύκολα και δεν έχει στόχους.
 - Κυρίαρχος στόχος: Κάποιο άτομο με μη ρεαλιστικούς στόχους που δεν ευτυχεί, παρά μόνο αν επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι. Το άτομο γίνεται μυστικοπαθές, επίμονο και αλαζονικό και ασχολείται με έντονες ελπιδοφόρες σκέψεις και ενδοσκόπηση.
 - Σταθερό πρότυπο συναισθηματικού ή κατατεθλιμμένου χαρακτήρα: Άτομο που δεν έχει στόχους. Είναι συνήθως βίαιο και υπερκριτικό, ενώ δε δημιουργεί σωστές σχέσεις.
- Γνωστικό μοντέλο. Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη παρουσιάζεται, επειδή ο ασθενής κριτικάρει και αξιολογεί συνεχώς τόσο τον εαυτό του όσο και το περιβάλλον του. Θεωρεί σαν αίτιο τη διαταραγμένη σκέψη και αποτέλεσμα το διαταραγμένο συναίσθημα, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με τις απόψεις που τηρούν οι υπόλοιπες θεωρίες (Grant et al., 2009).
- Κεκτημένο πρότυπο ανικανότητας. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία οι διαταραχές της διάθεσης προέρχονται από το γεγονός ότι το άτομο δεν έχει

τον έλεγχο της ζωής του ή τι του συμβαίνει. Υποστηρίζει ή θεωρεί ότι τα άτομα που αντιστέκονται στην κατάθλιψη έχουν αποκτήσει μεγάλη εμπειρία στη ζωή τους. Δοκίμασαν καταστάσεις στις οποίες οι πράξεις τους επηρέασαν σημαντικά τα γεγονότα ή τα αποτελέσματα (Grant et al., 2009).

- Συμπεριφορικό μοντέλο (Μοντέλο συμπεριφοράς). Το μοντέλο αυτό θεωρεί ότι οι διαταραχές στη διάθεση είναι επίκτητες. Υποστηρίζει ότι τα αίτια της κατάθλιψης ενός ασθενούς μπορούν να αναζητηθούν στα πρότυπα συμπεριφοράς του παρελθόντος και στις σχέσεις του με το περιβάλλον. Επίσης υποστηρίζει ότι η καταθλιπτική συμπεριφορά σημειώθηκε στο παρελθόν λόγω της στέρησης θετικής ενίσχυσης ή λόγω συμβάντων τιμωρίας, όπως λ.χ. προβλήματα στη δουλειά ή στο γάμο (Grant et al., 2009).
- Τέλος οι Grant et al., (2009) αναλύουν προδιαθεσικούς παράγοντες που θεωρούνται ως υπεύθυνοι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν τα επεισόδια διαταραχής στη διάθεση. Έτσι αναφέρονται:
 - Απώλεια προσαρμογής ή συνδέσμων, λ.χ. απώλεια κάποιου σημαντικού ατόμου, της επαγγελματικής θέσης ή της αυτοπεποίθησης.
 - Μια συναισθηματική διαταραχή μπορεί να προκληθεί από διάφορους παράγοντες, όπως μια σημαντική απώλεια, τραυματική παιδική ηλικία, παρατεταμένο πένθος, άγχος οποιασδήποτε αιτιολογίας, σοβαρή σωματική ασθένεια, οικονομικές δυσκολίες, κακές διαπροσωπικές σχέσεις και άλλα στρεσογόνα γεγονότα της καθημερινής ζωής.
 - Φυσιολογικές μεταβολές, λ.χ. όσες σχετίζονται με τη γήρανση, τα φάρμακα και τις οργανικές παθήσεις.
 - Κατάχρηση ουσιών, λ.χ. αλκοόλ, αμφεταμίνες, κοκαΐνη, ηρεμιστικά, υπνωτικά, οπιοειδή.
 - Η περίοδος του έτους (Σχετίζεται με τις εποχές του χρόνου).

2.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Το 2004, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατατάσσει τις διπολικές διαταραχές συλλογικά ως τη 12η πιο κοινή μέτρια έως σοβαρή κατάσταση αναπηρίας στον κόσμο για κάθε ηλικιακή ομάδα, με επικράτηση του 4% στις Ηνωμένες Πολιτείες . Η διπολική διαταραχή δεν σχετίζεται με φυλή, φύλο, ή εθνικότητα. Παρά το γεγονός ότι μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, οι διπολικές διαταραχές είναι πιο συχνές σε άτομα ηλικίας κάτω των 25 ετών. Η μέση ηλικία κατά την έναρξη των συμπτωμάτων είναι τα 18 έτη στη διπολική διαταραχή τύπου I και 22 χρόνια στη διπολική διαταραχή τύπου II (Merikangas et al., 2007).

Μεγάλη σημασία δίνεται για τη συννοσηρότητα της διπολικής διαταραχής και τις ασθένειες που μπορεί να συνδέονται ή να αναπτύσσονται πιο εύκολα σε έναν ασθενή με διπολική διαταραχή. Όπως αναφέρουν οι Price & Marzani-Nissen, (2012), οι ασθενείς με διπολικές διαταραχές συχνά έχουν και άλλες διαταραχές ψυχικής υγείας, συνηθέστερα αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων και διαταραχές υπερκινητικότητας ελλειμματικής προσοχής ή και κατάχρηση ουσιών, οι οποίες συνδέονται με χειρότερη πρόγνωση. Επίσης αναφέρουν ότι γενικές ιατρικές καταστάσεις, περιλαμβανομένου του σακχαρώδους διαβήτη, της παχυσαρκίας και των καρδιαγγειακών παθήσεων, είναι πιο συχνές σε ασθενείς με διπολικές διαταραχές σε σύγκριση με ομάδες ίδιας ηλικίας και ο καρδιαγγειακός κίνδυνος είναι υψηλότερος σε αυτούς με διπολική διαταραχή από ό, τι σε εκείνους με άλλες βλάβες της ψυχικής υγείας. Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς με διπολική διαταραχή που δεν λαμβάνουν θεραπεία έχουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά θανάτου από καρδιαγγειακά αίτια. Τέλος τα ποσοστά αυτοκτονίας είναι 20 φορές υψηλότερα σε ασθενείς με διπολική διαταραχή από ό, τι στο γενικό πληθυσμό, με το ένα τρίτο των ασθενών με διπολική διαταραχή να κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, ένα ποσοστό που είναι από τα υψηλότερα κάθε άλλης ψυχιατρικής νόσου.

3.ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η διπολική διαταραχή ανήκει σε μια ευρύτερη ομάδα διαταραχών της διάθεσης, των οποίων η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από έναν παθολογικό και διάχυτο συναισθηματικό τόνο, που επηρεάζει τις απόψεις και την αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του και για το περιβάλλον του (Kaplan & Sadock, 2007). Ονομάστηκε διπολική διότι η διάθεση κινείται σε κύκλους ή επεισόδια μεταξύ του παθολογικού δίπολου της μείζονος κατάθλιψης και της μανίας. Συχνά είναι και τα μικτά επεισόδια, με ταχεία εναλλαγή της διάθεσης και συμπτώματα που πληρούν τα κριτήρια και για τα δύο άκρα. Επίσης, πολλές φορές συνοδεύεται από ψυχωτική συμπτωματολογία και πλήθος ελλειμμάτων, που επηρεάζουν όλους τους τομείς της λειτουργικότητας του ασθενούς (Gelder, Lopez-Idor, & Andreasen, 2008).

Η διπολική διαταραχή τύπου I προϋποθέτει τουλάχιστον ένα επεισόδιο μανίας, όπως ορίζει το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Text Revision (DSM-IV-TR), με διάρκεια μίας εβδομάδας ή περισσότερο, όπου εμφανίζονται στον ασθενή ευφορία, ευερεθιστότητα, υπερεκτίμηση του «Εγώ», μείωση της ανάγκης για ύπνο, φλυαρία και δυνητικά επικίνδυνη συμπεριφορά. Ένα επεισόδιο μανίας είναι ικανό να κλονίσει την κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα του ατόμου και πολλές φορές χρήζει αναγκαστικής εισαγωγής σε νοσοκομείο (Price & Marzani-Nissen, 2012).

Ο τύπος II διπολικής διαταραχής προϋποθέτει ιστορικό με ένα τουλάχιστον μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, ένα τουλάχιστον επεισόδιο υπομανίας και απουσία μανίας. Η υπομανία χαρακτηρίζεται από μία σαφή περίοδο με εμμένουσα ευφορία, διαχυτικότητα ή ευερεθιστότητα στη διάθεση, διάρκειας τουλάχιστον τεσσάρων ημερών, που διαφέρει καθαρά από τη συνήθη μη καταθλιπτική διάθεση των ασθενών. Ωστόσο, αρκετοί ειδικοί πιστεύουν ότι ο «κανόνας των 4 ημερών» είναι εξαιρετικά περιοριστικός, διότι δεν καλύπτει εκείνους τους ασθενείς με τύπου II διαταραχή, που παρουσιάζουν επεισόδια υπομανίας διάρκειας 1 έως 3 ημερών (Price & Marzani-Nissen, 2012).

Τυπικά χαρακτηριστικά της μανίας περιλαμβάνουν ιδέες υπερτίμησης του «Εγώ» ή ιδέες μεγαλείου, μείωση της ανάγκης για ύπνο, φλυαρία, ευφορικό συναίσθημα, διάσπαση προσοχής, αύξηση ψυχοκινητικής δραστηριότητας, παρορμητισμό, αγοραστική μανία ή απρεπή σεξουαλική συμπεριφορά (Price & Marzani-Nissen, 2012).

Σε αντίθεση με τη μανία, η υπομανία συνήθως δεν έχει αντίκτυπο στην κοινωνική ή επαγγελματική ζωή του ατόμου, ούτε χρήζει νοσοκομειακής περίθαλψης. Στις περιπτώσεις αυτές η πρόγνωση εξαρτάται από τον ασθενή, καθώς και από τον ειδικό που τον παρακολουθεί. Σε αντιδιαστολή με τη μανία, στην υπομανία δεν είναι παρόντα ψυχωσικά συμπτώματα, μολονότι είναι δυνατό να εκδηλωθούν μόνο κατά τη φάση της κατάθλιψης. Είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι η υπομανία μπορεί να μην εκδηλωθεί με ευφορία, αλλά συνήθως παρουσιάζεται με ευερεθιστότητα (Price & Marzani-Nissen, 2012).

Ασθενείς με τύπου II διπολική διαταραχή γενικότερα εμφανίζουν μείζονα καταθλιπτικά συμπτώματα, περιλαμβάνοντας λυπηρό ή κενό συναίσθημα, απάθεια, απαισιοδοξία, αδικαιολόγητη ανησυχία ή ευερεθιστότητα. Αυτοκτονικές ιδέες μπορεί επίσης να είναι παρούσες. Η υπομανία στην τύπου II διαταραχή μπορεί να πρώτο εκδηλωθεί μετά από μια αντικαταθλιπτική θεραπεία. Ωστόσο, η υπομανία είναι πιθανό να μην διαγνωσθεί όταν ο ασθενής παρουσιάζει συμπτώματα που μπορεί να προκύψουν στα πλαίσια μιας άλλης νόσου (π.χ. υπερθυρεοειδισμός) ή μετά τη λήψη ναρκωτικών ουσιών (π.χ. αμφεταμίνες, κοκαΐνη) (Price & Marzani-Nissen, 2012).

Η κυκλοθυμική διαταραχή χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση συμπτωμάτων υπομανίας σε πολυάριθμες περιόδους κατά τη διάρκεια τουλάχιστον 2 χρόνων ή από πολυάριθμες περιόδους καταθλιπτικών συμπτωμάτων, τα οποία δεν συνιστούν μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (Price & Marzani-Nissen, 2012).

4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η διπολική διαταραχή μπορεί να ξεκινήσει είτε με ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, είτε με ένα επεισόδιο μανίας. Όποιο από τα δύο και αν συμβεί, τις περισσότερες φορές τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται σταδιακά. Όταν ξεκινήσει με κατάθλιψη, δε σημαίνει ότι το άτομο βυθίζεται μονομιάς σε μια μαύρη τρύπα. Η κατάθλιψη εισβάλλει ύπουλα στη ζωή του. Οι αλλαγές στη διάθεσή του είναι σχεδόν ανεπαίσθητες- τόσο ανεπαίσθητες που, στην αρχή τουλάχιστον, μπαίνει στον πειρασμό να τις υποτιμήσει. Εισβάλλουν στη ζωή του τόσο «ομαλά», που σχεδόν δεν τις προσέχει. Συνεπώς, δεν είναι σαν να έσβησαν απότομα τα φώτα. Δεν είναι σαν να πατήθηκε ένας διακόπτης και να σκοτείνιασε ξαφνικά το δωμάτιο. Οι σκιές γίνονται μεγαλύτερες, τα χρώματα ξεθωριάζουν και μετά από λίγο, διαπιστώνει ότι δεν μπορεί να δει το χέρι του, ακόμη κι αν το βάλει μπροστά στα μάτια του. Τότε, πέφτει η νύχτα (De Hert et al., 2006).

Όπως το περιέγραψε, γλαφυρά, ο συγγραφέας William Styron «Δεν ήταν ιδιαίτερα ανησυχητικό στην αρχή, καθώς οι αλλαγές ήταν ανεπαίσθητες. Εκείνο που, ωστόσο, παρατήρησα ήταν ότι μερικές φορές τα πράγματα γύρω μου έπαιρναν πιο γκρίζες αποχρώσεις. Οι σκιές της νύχτας μου φαίνονταν πιο μουντές, τα πρωινά μου έγιναν λιγότερο χαρούμενα, οι περίπατοι στο δάσος δεν ήταν πια τόσο ευχάριστοι» (De Hert et al., 2006).

Η κατάθλιψη μοιάζει με δηλητήριο, που, σιγά-σιγά, κυλά στο αίμα και διαποτίζει όλη την ύπαρξή του ατόμου. Ο ασθενής βυθίζεται έτσι σε μια καταθλιπτική κατάσταση. Το συναισθηματικό του βαρόμετρο πέφτει πολύ χαμηλά, κάτω από το φυσιολογικό. Αυτή είναι η κατάσταση που αποκαλείται μονοπολική κατάθλιψη. Μετά από μια χρονική περίοδο, όμως, τα περισσότερα άτομα επανέρχονται σε μια φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση. Αυτή η κατάσταση αποκαλείται νορμοθυμία (De Hert et al., 2006).

Στη συνέχεια, για κάποια άτομα το συναισθηματικό βαρόμετρο ανεβαίνει πιο ψηλά από το κανονικό. Η διάθεσή τους γίνεται όλο και πιο «ανεβασμένη». Ενθουσιάζονται εύκολα και αρχίζουν να πλέουν σε πελάγη ευτυχίας. Βέβαια, την ίδια

στιγμή, νιώθουν και κάπως περίεργα, καθώς δεν μπορούν να χειριστούν αυτή τη διάθεση. Αυτή η κατάσταση είναι ο συναισθηματικός «αντίποδας» της κατάθλιψης, είναι ο άλλος πόλος που λέγεται μανία. Τα άτομα που υποφέρουν, άλλοτε από κατάθλιψη και άλλοτε από μανία, έχουν διπολική διαταραχή. Η διάθεσή τους ταλαντεύεται ανάμεσα σε δύο απόλυτα άκρα: από τα ύψη, στα βάθη, ανάμεσα στον ένα πόλο, που είναι η μανία και στον άλλο, που είναι η κατάθλιψη. Η περίοδος της φυσιολογικής διάθεσης ανάμεσα στους δύο πόλους είναι άλλοτε σύντομης και άλλοτε μακράς διάρκειας (De Hert et al., 2006).

Όπως και η κατάθλιψη, έτσι και η μανία τις περισσότερες φορές εισβάλλει σταδιακά. Η πιο ήπια μορφή της μανίας είναι γνωστή ως υπομανία ή ήπια μανία. Πιθανόν, αυτές οι μορφές να αποτελούν την ήπια έναρξη μιας, σχεδόν ανεπαίσθητης, πορείας προς ορισμένες πιο σοβαρές μορφές μανίας. Ωστόσο, για μερικούς ανθρώπους η υπομανία αποτελεί αποκλειστικά και μόνο μια μορφή κάπως «ανεβασμένης» διάθεσης. Σε αυτή την περίπτωση, τα άτομα συνήθως εξακολουθούν να λειτουργούν φυσιολογικά και είναι πιο δραστήρια, αισιόδοξα, εύθυμα και κοινωνικά (De Hert et al., 2006).

Στη φάση της υπομανίας, τα άτομα βιώνουν μια κάπως «ενισχυμένη» και επίμονη εκδοχή μιας καλής διάθεσης. Το άτομο δεν έχει μεγάλη ανάγκη να κοιμάται, ή τουλάχιστον να κοιμάται τόσο πολύ και ξεχειλίζει από ενέργεια. Οι σκέψεις του πηδάνε γρήγορα και ακατάπαυστα από τη μια ιδέα στην άλλη. Έχει την αίσθηση ότι όλα γύρω του είναι πολύ πιο έντονα. Ο κόσμος του δημιουργεί μια ιδιαίτερα ζωντανή και «ζωηρή» εντύπωση, πολύ περισσότερο επιβλητική και «φανταχτερή» από οτιδήποτε είχε αισθανθεί, δει ή γευτεί στο παρελθόν (De Hert et al., 2006).

Η υπομανία είναι σαν μια φωτιά που σιγοκαίει, μέχρι να εξελιχθεί σε μια ανεξέλεγκτη πυρκαγιά, να εξελιχθεί, δηλαδή, σε μανία. Βέβαια, ορισμένα άτομα δεν περνούν από αυτή την πρόιμη φάση και εισέρχονται αιφνιδίως σε μια διάχυτη μανία. Τότε «αναδύεται» μια διάθεση, που καθιστά αδύνατη οποιαδήποτε φυσιολογική επικοινωνία (De Hert et al., 2006).

Η γνήσια μανία μπορεί να πάρει ποικίλες μορφές. Στη φάση της ευφορίας, τα πάντα είναι υπέροχα. Η χαρά που νιώθει ο ασθενής είναι πελώρια, είναι

συνεπαρμένος αλλά και «ξαναμμένος», χωρίς όμως να αντλεί την απαραίτητη ευχαρίστηση από το περιβάλλον του. Σιγά - σιγά, η χαρά δίνει τη θέση της στην υπερένταση και τη δυσφορία. Το άτομο γίνεται ευερέθιστο, αρχίζει να διαφωνεί με τους γύρω του, επιπλήττει τους φίλους ή το σύντροφο του, επαναστατεί, φωνάζει. Η ατμόσφαιρα γιορτής που υπήρχε, αρχίζει τώρα να ξεφτίζει και να εξελίσσεται σε ατμόσφαιρα έντασης με λεκτικές αλλά και σωματικές επιθέσεις. Υπάρχει όμως και η περίπτωση (αν και μάλλον σπάνια) να συνυπάρχουν, ταυτόχρονα, στην ίδια φάση τόσο η ευφορία όσο και η δυσφορία (De Hert et al., 2006).

4.1.Καταθλιπτική συνδρομή

Η καταθλιπτική συνδρομή εκδηλώνεται με τα παρακάτω συμπτώματα:

- Διάθεση
 - Μελαγχολία, ευερεθιστότητα ή άγχος (εντούτοις, ο ασθενής μπορεί να χαμογελά ή να αρνείται υποκειμενική μεταβολή της διάθεσης και, αντ' αυτής, να αναφέρει πόνο ή άλλες σωματικές ενοχλήσεις)
 - Κρίσεις κλάματος (εντούτοις, ο ασθενής μπορεί να αναφέρει αδυναμία να κλάψει ή να νιώσει συγκινήσεις) (Kaplan & Sadock, 2007).
- Σύνοδες ψυχολογικές εκδηλώσεις
 - Έλλειψη αυτοπεποίθησης, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αυτομορφή
 - Δυσχέρεια συγκέντρωσης, αναποφασιστικότητα
 - Ελάττωση αισθήματος ικανοποίησης, απώλεια ενδιαφέροντος για τις συνήθειες δραστηριότητες, απώλεια συναισθηματικών δεσμών, κοινωνική απομόνωση
 - Αρνητικές προσδοκίες, απελπισία, αίσθημα αβοήθητου, αύξηση εξαρτητικότητας (Kaplan & Sadock, 2007).

- Σωματικές εκδηλώσεις
 - Επανερχόμενες σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας
 - Ψυχοκινητική επιβράδυνση, αίσθημα καταβολής
 - Διέγερση
 - Ανορεξία και απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους
 - Αϋπνία ή υπερυπνία
 - Διαταραχές εμμηνορρυσιακού κύκλου, αμηνόρροια
 - Ανηδονία, απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας (Kaplan & Sadock, 2007).
- Ψυχωσικά συμπτώματα
 - Παραληρητικές ιδέες αναξιοτήτας και αμαρτίας
 - Παραληρητικές ιδέες αναφοράς και δίωξης
 - Παραληρητικές ιδέες νόσου (μηδενιστικές, σωματικές, υποχονδριακές)
 - Παραληρητικές ιδέες φτώχειας
 - Καταθλιπτικού περιεχομένου ψευδαισθήσεις ακουστικές, οπτικές και σπάνια οσφρητικές (Kaplan & Sadock, 2007).

4.2.Μανιακή συνδρομή

Η μανιακή συνδρομή εκδηλώνεται με τα παρακάτω συμπτώματα:

- Διάθεση
 - Υπερθυμία, ευερεθιστότητα ή εχθρότητα
 - Στιγμαιαία δάκρυα (ως εκδήλωση μικτής κατάστασης) (Kaplan & Sadock, 2007)

- Σύνοδες ψυχολογικές εκδηλώσεις
 - Υπέμετρη αυτοεκτίμηση, καυχησιολογία, στόμος, αίσθηση μεγαλείου
 - Φυγή ιδεών, συνειρμοί κατ' ομοιότητα (η αλληλουχία των σκέψεων κινητοποιείται από το ηχητικό άκουσμα των λέξεων παρά από το νόημα τους), περίσπαση προσοχής
 - Αυξημένο ενδιαφέρον για νέες δραστηριότητες, ανθρώπους και δημιουργικές ενασχολήσεις, αύξηση της ενασχόλησης με άλλους ανθρώπους (οι οποίοι συχνά απομακρύνονται λόγω της οχληρής συμπεριφοράς του ασθενούς και της τάσης να ανακατεύεται απρόσκλητος σε ξένες υποθέσεις), σεξουαλικές αδιακρισίες, ανόητες οικονομικές επενδύσεις (Kaplan & Sadock, 2007).
- Σωματικές εκδηλώσεις
 - Επιτάχυνση ψυχοκινητικής δραστηριότητας, αίσθημα αυξημένης σωματικής ευεξίας
 - Ενδεχόμενη απώλεια βάρους λόγω αύξησης των δραστηριοτήτων και παραμέλησης των σωστών διατροφικών συνηθειών
 - Ελάττωση της ανάγκης για ύπνο (Kaplan & Sadock, 2007).
- Ψυχωσικά συμπτώματα
 - Αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας
 - Μεγαλομανιακές παραληρητικές ιδέες κατοχής εξαιρετικών προσόντων
 - Παραληρητικές ιδέες αναφοράς και δίωξης
 - Παραληρητικές ιδέες κατοχής εξαιρετικών διανοητικών και σωματικών-αθλητικών ικανοτήτων

- Παραληρητικές ιδέες πλούτου, αριστοκρατικής καταγωγής ή άλλης μορφής υπερτίμησης του εαυτού
- Παροδικές ακουστικές ή οπτικές ψευδαισθήσεις (Kaplan & Sadock, 2007).

Σε 4 από τα 10 άτομα με διπολική διαταραχή, στο ζενίθ της μανιακής ή της καταθλιπτικής φάσης, το μυαλό παίρνει εντελώς λανθασμένο δρόμο. Τα συναισθήματα γίνονται πολύ έντονα και ξεπερνούν κάθε όριο. Στην άγρια δίνη της μανίας τα αποκαλούμενα «ψυχωσικά» συμπτώματα μερικές φορές κάνουν την εμφάνισή τους. Έτσι, ο ασθενής χάνει την επαφή με την πραγματικότητα. Τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις (De Hert et al., 2006).

Οι παραληρητικές ιδέες είναι ψευδείς-λανθασμένες πεποιθήσεις για πράγματα, γεγονότα ή καταστάσεις για τα οποία το άτομο αν και είναι απόλυτα πεισμένος για την ύπαρξή τους, οι άλλοι δεν τα αναγνωρίζουν ή δεν τα κατανοούν. Οι ψευδαισθήσεις είναι λανθασμένα αντιληπτικά βιώματα με βάση τα οποία μπορεί να βλέπει, να μυρίζει, να γεύεται ή να ακούει πράγματα τα οποία οι άλλοι δεν αντιλαμβάνονται (De Hert et al., 2006).

Στη μανία με ψυχωσικά στοιχεία μπορεί να εμφανισθούν παράλογες και παράδοξες παραληρητικές ιδέες. Από όλες τις παραληρητικές ιδέες, οι ιδέες μεγαλείου αποτελούν μάλλον τον κανόνα, σχεδόν στις μισές περιπτώσεις μανίας. Για παράδειγμα, το άτομο νομίζει ότι είναι ένας καταπληκτικός ζωγράφος, ή μουσικός που έχει στα πόδια του όλο τον κόσμο. Πιστεύει ότι έχει καταστρώσει ένα αλάνθαστο επαγγελματικό σχέδιο, που θα του αποφέρει πολλά χρήματα. Οι ιδέες αυτές στηρίζονται στην υπερτίμηση που συχνά κάνει για τον εαυτό του, ξεπερνούν όμως τα όρια (De Hert et al., 2006).

Στην κατάθλιψη με ψυχωσικά στοιχεία οι παραληρητικές ιδέες συντονίζονται με το καταθλιπτικό συναίσθημα και παίρνουν τη μορφή των ιδεών ενοχής, μεγάλης αυτουποτίμησης, αναξιοτήτας και ταπεινότητας. Σε 1 στους 5 ασθενείς, οι ιδέες αυτές εξελίσσονται σε ιδέες επικείμενης καταστροφής, μηδενισμού και θανάτου. Έτσι για

παράδειγμα ο ασθενής μπορεί να νομίζει ότι δεν έχει σπλάχνα και για αυτό το λόγο δεν μπορεί να λαμβάνει πια τροφή. Είναι πεισμένος ότι η ζωή του δεν έχει πια κανένα νόημα και ότι επίκειται η συντέλεια του κόσμου, η απόλυτη καταστροφή ή ακόμα θεωρεί ότι έχει χάσει το νόημα της ζωής. Η επικοινωνία του με τους άλλους γίνεται όλο και πιο δύσκολη, δεν μπορεί πλέον να εκφράζει τα συναισθήματά του, δείχνει αδιάφορος, νιώθει «επίπεδος», άδειος, κενός. Όλα τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα μια ολοένα και μικρότερη δυνατότητα κατανόησης αυτών που συμβαίνουν γύρω του, σαν να ζει σε ένα δικό του κόσμο μαύρο και απελπισμένο (De Hert et al., 2006).

Όπως αναφέρουν χαρακτηριστικά οι De Hert και συνεργάτες (2006), μια ασθένεια, όπως η διπολική διαταραχή, «χρωματίζεται» από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και την προσωπικότητα του κάθε ασθενή. Συνεπώς, ο θεράπων ιατρός πρέπει να προσαρμόσει και να εξειδικεύσει τη διάγνωσή του στην ιδιαιτερότητα του ασθενή. Η σωστή διάγνωση πάντως και η καλή γνώση των ιδιαίτερων συνθηκών του ασθενή αποτελούν τη βάση για ένα σωστό θεραπευτικό σχεδιασμό. Η διάγνωση μπορεί αρχικά να γίνει έξω από το νοσοκομείο, χωρίς δηλαδή, να απαιτηθεί η εισαγωγή για νοσηλεία. Ωστόσο, πολλές είναι οι περιπτώσεις που η διάγνωση γίνεται για πρώτη φορά μετά από την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο. Η νοσηλεία μπορεί να κριθεί απαραίτητη όταν τα συμπτώματα είναι σοβαρά και απαιτούν εξειδικευμένη βοήθεια από ειδικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Αρκετά συχνά, η εμφάνιση για πρώτη φορά μιας σοβαρής συναισθηματικής διαταραχής παίρνει τη μορφή μιας πραγματικής κρίσης. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο προσφέρει αρκετά πλεονεκτήματα. Για παράδειγμα, αυξάνονται οι πιθανότητες σωστής διάγνωσης και η θεραπεία μπορεί να ξεκινήσει άμεσα και να είναι πιο αποτελεσματική

Επίσης, μερικές φορές οι επαγγελματίες γενικά στο χώρο της υγείας δεν αναγνωρίζουν εύκολα την ψυχική ασθένεια και συχνά οδηγούνται σε μια λανθασμένη διάγνωση, ειδικά όταν η διπολική διαταραχή ξεκινά με κατάθλιψη. Το ίδιο είναι δυνατόν να συμβεί και όταν κάποιες αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας ή η χρήση ουσιών μπορεί να αποσπάσουν την προσοχή και να αποπροσανατολίσουν το μη ειδικό. Όλοι αυτοί οι παράγοντες έχουν σαν αποτέλεσμα τα άτομα με διπολική διαταραχή να παίρνουν την κατάλληλη θεραπεία από ειδικό όταν πια έχουν φθάσει σε ένα αρκετά προχωρημένο στάδιο της αρρώστιας, ακόμη και χρόνια μετά από την πρώτη φορά που εμφανίστηκε η ασθένεια. Σήμερα γνωρίζουμε ότι όσο πιο πολύ καιρό τα άτομα με διπολική διαταραχή μένουν χωρίς θεραπεία, τόσο πιο δύσκολο γίνεται να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά η αρρώστια (De Hert et al., 2006).

5.1. Διαγνωστική προσέγγιση του ασθενούς

- Προσωπική συνέντευξη: Ο ειδικός ιατρός κάνει εκτίμηση της προσωπικής ιστορίας και λήψη ατομικού και ιατρικού ιστορικού. Τι συμπτώματα παρουσιάζει; Πότε ξεκίνησαν; Πως διαμορφώθηκαν με την πάροδο του χρόνου; Αλλάζουν ή παραμένουν σταθερά; Υπάρχουν παράγοντες που τα πυροδοτούν; Στο μεταξύ, ο γιατρός παρατηρεί τη συμπεριφορά του ατόμου. Ο τρόπος με τον οποίο μιλά, κινείται και συμπεριφέρεται συχνά αποκαλύπτει αρκετά για το τι γίνεται μέσα του (Hirschfeld et al., 2010).
- Συνέντευξη με την οικογένεια, το σύντροφο, τους φίλους: Ο ειδικός ιατρός κάνει επισκόπηση του παρελθόντος. Πως εκδηλώθηκαν τα συμπτώματα για πρώτη φορά; Πότε ξεκίνησαν; Ποια είναι τα συμπτώματα; Υπήρχε κάποιος προφανής λόγος για την εκδήλωση των συμπτωμάτων, υπήρχαν κάποιοι εγκλιτικοί παράγοντες; Πως το άτομο συναναστρέφεται με τους ανθρώπους γύρω του, πως συμπεριφέρεται; (Hirschfeld et al., 2010).
- Σωματική εξέταση: Οι ιατρικές και αιματολογικές εξετάσεις, καθώς και οι απεικονιστικές μέθοδοι εξέτασης του εγκεφάλου και οι ακτινογραφίες είναι μερικές φορές αναγκαίες για να αποκλεισθούν άλλες πιθανές αιτίες των συμπτωμάτων. Γίνονται επίσης εργαστηριακές εξετάσεις για να αποκλεισθεί η πιθανότητα χρήσης τοξικών ουσιών, που μπορεί να οδηγήσουν σε ψύχωση (De Hert et al., 2006).
- Διαγνωστικές εξετάσεις: Ο ειδικός ιατρός κάνει εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και ψυχολογικές μετρήσεις: Υπολογισμός δείκτη νοημοσύνης (I.Q.), εκτίμηση προσωπικότητας, αξιολόγηση επιδόσεων μέσα από μια σειρά δοκιμασιών, όπως για παράδειγμα, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων (De Hert et al., 2006).
- Ψυχοκοινωνική εκτίμηση: Εξετάζονται τομείς, που αφορούν στην εργασία, στις σπουδές, στις κοινωνικές επαφές, στην οικονομική κατάσταση, στη στέγαση, στους φίλους και στους γνωστούς (De Hert et al., 2006).

5.2. Διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο

A. Πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα υπάρχουν για μια συνεχή περίοδο 2 εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μεταβολή από το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση είτε (2) απώλεια ενδιαφερόντων ή ευχαρίστησης, μείωση:

1. Καταθλιπτική διάθεση για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, όπως προκύπτει είτε από υποκειμενική αναφορά (π.χ. αισθάνεται θλιμμένος και "άδειος") είτε από παρατηρήσεις άλλων (π.χ. φαίνεται κλεισμένος στον εαυτό του).
2. Σημαντική μείωση του ενδιαφέροντος ή της άντλησης της ευχαρίστησης από όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα (όπως προκύπτει από υποκειμενικές αναφορές ή παρατηρήσεις τρίτων).
3. Σημαντική απώλεια βάρους ενώ ο ασθενής δεν κάνει δίαιτα, ή αύξηση βάρους (π.χ. μεταβολή του σωματικού βάρους πάνω από 5% μέσα σ' ένα μήνα), ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα.
4. Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν καθημερινά.
5. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα (παρατηρήσιμη από άλλους, όχι απλώς υποκειμενικό αίσθημα ανησυχίας ή επιβράδυνσης).
6. Κόπωση ή αίσθημα απώλειας ενεργητικότητας σχεδόν καθημερινά.
7. Αισθήματα αναξιότητας ή υπέρμετρης ή απρόσφορης ενοχής (που μπορεί να είναι παραληρητικά) σχεδόν καθημερινά (όχι απλώς αυτομομφή ή ενοχή για το γεγονός της ασθένειας).
8. Μείωση της ικανότητας σκέψης ή συγκέντρωσης, ή αναποφασιστικότητα, σχεδόν καθημερινά (όπως προκύπτει από υποκειμενικές αναφορές ή παρατηρήσεις τρίτων).

9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι απλώς φόβος θανάτου), επανερχόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο, ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας.

Β. Δεν πληρούνται κριτήρια διάγνωσης μικτού επεισοδίου.

Γ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή έκπτωση της λειτουργικότητας στον κοινωνικό, τον επαγγελματικό ή άλλο σημαντικό τομέα.

Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άμεσες σωματικές επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσίες που υπόκεινται σε κατάχρηση ή φάρμακα) ή σε σωματική νόσο (π.χ. υποθυρεοειδισμός).

Ε. Τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν καλύτερα ως πένθος, π.χ. μετά την απώλεια αγαπημένου προσώπου είτε τα συμπτώματα επιμένουν για περισσότερο από 2 μήνες, είτε ο ασθενής εμφανίζει επισημασμένη λειτουργική έκπτωση, νοσηρή ενασχόληση με αισθήματα αναξιότητας, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωσικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση (American Psychiatric Association, 2000).

5.3.Διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR για το μανιακό επεισόδιο

Α. Διακριτή περίοδος παθολογικά και επίμονα ανεβασμένης, διαχυτικής ή ευερέθιστης διάθεσης, διάρκειας τουλάχιστον 1 εβδομάδας (ή οποιασδήποτε διάρκειας αν έχει καταστεί απαραίτητη η νοσηλεία).

Β. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της διαταραχής της διάθεσης, τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα (τέσσερα αν η διάθεση είναι μόνο ευερέθιστη) έχουν σημαντική διάρκεια και έκταση:

1. Διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου.
2. Ελάττωση της ανάγκης για ύπνο (π.χ. το άτομο αισθάνεται ξεκούραστο μετά από μόνο 3 ώρες ύπνου).
3. Μεγαλύτερη ομιλητικότητα απ' ό,τι συνήθως ή πίεση συνέχισης της ομιλίας.

4. Ιδεοφυγή ή υποκειμενικό αίσθημα ότι οι σκέψεις καλπάζουν.
5. Περίσπαση προσοχής (δηλ. η προσοχή έλκεται υπερβολικά εύκολα από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα).
6. Αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας (κοινωνικά, στην εργασία, στο σχολείο ή σεξουαλικά) ή ψυχοκινητική διέγερση.
7. Υπέμετρα εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να έχουν οδυνηρές συνέπειες (π.χ. ανεξέλεγκτες μαζικές αγορές, αδιάκριτη σεξουαλική συμπεριφορά, ανόητες επιχειρησιακές επενδύσεις).

Γ. Τα συμπτώματα δεν πληρούν κριτήρια μικτού επεισοδίου.

Δ. Η διαταραχή της διάθεσης είναι αρκετά βαριά ώστε να προκαλεί εκσεσημασμένη έκπτωση στην επαγγελματική λειτουργικότητα, στις συνήθειες κοινωνικές δραστηριότητες ή στις σχέσεις με τους άλλους, ή ώστε να καθιστά απαραίτητη τη νοσηλεία για την πρόληψη βλάβης στον εαυτό ή τους άλλους - ή υπάρχουν ψυχωσικά στοιχεία.

Ε. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσία που υπόκειται σε κατάχρηση, φάρμακα, άλλες θεραπείες) ή σε σωματική νόσο (π.χ. υπερθυρεοειδισμός) (American Psychiatric Association, 2000).

5.4. Διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR για το υπομανιακό επεισόδιο

A. Μια διακριτή περίοδος επίμονα ανεβασμένης, διαχυτικής ή ευερέθιστης διάθεσης, η οποία διαρκεί για ολόκληρο το διάστημα τουλάχιστον 4 ημερών και είναι σαφώς διαφορετική από τη συνήθη μη καταθλιπτική διάθεση.

B. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της διαταραχής της διάθεσης, τρία (η περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα (τέσσερα αν η διάθεση είναι μόνο ευερέθιστη) έχουν επιμείνει και ήταν παρόντα σε σημαντικό βαθμό:

1. Διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου.

2. Ελάττωση της ανάγκης για ύπνο (π.χ. το άτομο αισθάνεται ξεκούραστο μετά από μόνο 3 ώρες ύπνου).
3. Μεγαλύτερη ομιλητικότητα απ' ό,τι συνήθως ή πίεση συνέχιση της ομιλίας.
4. Ιδεοφυγή ή υποκειμενικό αίσθημα ότι οι σκέψεις καλπάζουν.
5. Περίσπαση προσοχής (δηλ. η προσοχή έλκεται υπερβολικά εύκολα από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα).
6. Αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας (κοινωνικά, στην εργασία, στο σχολείο ή σεξουαλικά) ή ψυχοκινητική διέγερση.
7. Υπέρμετρη εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να έχουν οδυνηρές συνέπειες (π.χ. ανεξέλεγκτες μαζικές αγορές, αδιάκριτη σεξουαλική συμπεριφορά, ανόητες επιχειρησιακές επενδύσεις).

Γ. Το επεισόδιο συνδέεται με αδιαμφισβήτητη αλλαγή της λειτουργικότητας, η οποία είναι αταίριαστη με τη συμπεριφορά του ατόμου όταν αυτό δεν έχει συμπτώματα.

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

Ε. Το επεισόδιο δεν είναι αρκετά βαρύ ώστε να προκαλεί έντονη έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα ή να καθιστά απαραίτητη τη νοσηλεία, δεν υπάρχουν ψυχωσικά στοιχεία.

Ζ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσία που υπόκειται σε κατάχρηση, φάρμακα, άλλες θεραπείες) ή σε σωματική νόσο (π.χ. υπερθυρεοειδισμός) (American Psychiatric Association, 2000).

6. ΦΥΣΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η διπολική διαταραχή είναι γενικά μια επεισοδιακή, δια βίου ασθένεια με μεταβλητή πορεία. Το πρώτο επεισόδιο της διπολικής διαταραχής μπορεί να είναι μανιακό, υπομανιακό, μικτό, ή καταθλιπτικό. Οι άνδρες είναι πιο πιθανό από ό, τι γυναίκες να εκδηλώσουν αρχικά μανιακό επεισόδιο, αλλά και τα δυο φύλα είναι πιο πιθανό να έχουν πρώτα ένα επεισόδιο κατάθλιψης. Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή, που δεν λαμβάνουν θεραπεία, μπορεί να εμφανίσουν περισσότερα από 10 συνολικά επεισόδια μανίας και κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της ζωής τους, με τη διάρκεια των επεισοδίων και των περιόδων ηρεμίας να σταθεροποιούνται μετά το τέταρτο ή πέμπτο επεισόδιο. Συχνά, 4 ή και περισσότερα χρόνια μπορεί να παρέλθει μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου επεισοδίου. Ωστόσο, πρέπει να τονιστεί ότι η μεταβλητότητα είναι το σήμα κατατεθέν αυτής της ασθένειας. Έτσι, κατά τη λήψη του ιστορικού, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη θέματα, όπως ο αριθμός των προηγούμενων επεισοδίων, η μέση διάρκεια και η σοβαρότητα των επεισοδίων, η μέση διάρκεια ηρεμίας μεταξύ των επεισοδίων, και το διάστημα από το τελευταίο επεισόδιο μανίας ή κατάθλιψης (Hirschfeld et al., 2010).

Συχνά, ο ασθενής θα βιώσει αρκετά επεισόδια κατάθλιψης πριν από ένα μανιακό επεισόδιο. Κατά συνέπεια, η διπολική διαταραχή θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης. Οι ασθενείς πολύ συχνά δεν αναφέρουν προηγούμενα επεισόδια μανίας και υπομανίας και αναζητούν θεραπεία για την κατάθλιψη, καθυστερώντας τη σωστή διάγνωση της νόσου. Για έναν ασθενή που δεν είναι εκπαιδευμένος στη διπολική διαταραχή, τα συμπτώματα της δυσφορίας και της υπομανίας μπορεί να μην αναγνωρίζονται ή να μην αναφερθούν. Ως εκ τούτου, ο ψυχίατρος πρέπει να αναζητήσει ρητά προηγούμενα επεισόδια μανίας ή υπομανίας. Ο ψυχίατρος πρέπει επίσης να ρωτήσει σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό διαταραχών της διάθεσης, συμπεριλαμβανομένης της μανίας και υπομανίας. Η διαβούλευση με τα μέλη της οικογένειας μπορεί να είναι εξαιρετικά χρήσιμη για την ολοκλήρωση του οικογενειακού ιστορικού (Hirschfeld et al., 2010).

Τα ποσοστά αυτοκτονίας είναι υψηλά στους ασθενείς με διπολική διαταραχή. Η αυτοκτονία εμφανίζεται σε ένα εκτιμώμενο ποσοστό 10% -15% των ατόμων με

διπολική διαταραχή τύπου I. Η αυτοκτονία είναι πιο πιθανό να συμβεί κατά τη διάρκεια ενός καταθλιπτικού ή μεικτού επεισοδίου. Η φαρμακοθεραπεία μπορεί να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο αυτοκτονίας (Cassidy, 2011.).

Τέλος αναφέρεται ότι η διπολική διαταραχή προκαλεί σημαντική ψυχοκοινωνική νοσηρότητα, συχνά επηρεάζει τις σχέσεις των ασθενών με τους συζύγους ή συντρόφους, με τα παιδιά και άλλα μέλη της οικογένειας, καθώς και το επαγγελματικό τους περιβάλλον και άλλες πτυχές της ζωής τους. Εκτιμάται ότι περίπου το 60% των ανθρώπων που διαγιγνώσκονται με διπολική διαταραχή τύπου I βιώνουν χρόνιες διαπροσωπικές ή επαγγελματικές δυσκολίες και υποκλινικά συμπτώματα. Τα ποσοστά διαζυγίων είναι σημαντικά υψηλότερα σε ασθενείς με διπολική διαταραχή και παρουσιάζουν διπλάσια και τριπλάσια ποσοστά σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Άλλα ζητήματα που ανακύπτουν είναι η ικανότητα των ασθενών να φροντίζουν τον εαυτό τους, ο βαθμός αναπηρίας, η ύπαρξη παιδιών και το σχέδιο τεκνοποίησης, η διαθεσιμότητα στηριγμάτων όπως η οικογένεια, οι φίλοι και ζητήματα σχετικά με την οικονομική κατάσταση (Hirschfeld et al., 2010).

7.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Οι διαταραχές της διάθεσης μπορεί να οφείλονται σε διάφορα οργανικά και μη αίτια, για το λόγο αυτό η διπολική διαταραχή πρέπει να διαφορο-διαγνωσθεί από παθολογικές καταστάσεις όπως:

- Διαταραχή της διάθεσης που οφείλεται σε σωματική νόσο. Καταθλιπτικές, μανιακές ή μικτές εκδηλώσεις ή επεισόδιο προσομοιάζον προς μείζον καταθλιπτικό που οφείλονται σε σωματική πάθηση (π.χ. εγκεφαλικός όγκος, μεταβολική πάθηση, λοίμωξη από HIV, νόσος του Parkinson, σύνδρομο Cushing) (Kaplan & Sadock, 2007).
- Μυξοιδηματική παραφροσύνη. Υποθυρεοειδισμός που συνδέεται με εύκολη κόπωση, κατάθλιψη και τάσεις αυτοκτονίας. Μπορεί να μιμείται τη σχιζοφρένεια, με διαταραχές της σκέψης, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, παράνοια και διέγερση. Συχνότερη στις γυναίκες (Kaplan & Sadock, 2007).
- Δηλητηρίαση από υδράργυρο. Η χρόνια τοξίνωση από υδράργυρο (δηλητηρίαση) προκαλεί μανιακά (και ενίοτε καταθλιπτικά) συμπτώματα (Kaplan & Sadock, 2007).
- Προκαλούμενη από ουσίες διαταραχή της διάθεσης. Όταν ένας ασθενής προσέρχεται με καταθλιπτικά ή μανιακά συμπτώματα, θα πρέπει πάντα να αποκλείονται διαταραχές της διάθεσης που προκαλούνται από φάρμακα ή ουσίες (π.χ. κοκαΐνη, αμφεταμίνες, προπρανολόλη [Inderal], στεροειδή). Οι διαταραχές της διάθεσης συχνά συμπίπτουν χρονικά με κατάχρηση ή εξάρτηση από ουσίες (Kaplan & Sadock, 2007).
- Σχιζοφρένεια. Η σχιζοφρένεια μπορεί να μοιάζει κλινικά με μανιακό, μείζον καταθλιπτικό ή μικτό επεισόδιο με ψυχωσικά στοιχεία. Στη διαφορική διάγνωση βοηθούν στοιχεία όπως το οικογενειακό ιστορικό, η πορεία της νόσου, το προνοσηρό ιστορικό και η ανταπόκριση στη θεραπεία (Kaplan & Sadock, 2007).

- Πένθος. Δεν συνιστά ψυχιατρική διαταραχή. Βαθιά θλίψη μετά από σημαντική απώλεια. Η κλινική εικόνα μπορεί να μοιάζει με αυτή μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου με ανηδονία, κοινωνική απόσυρση και φυτικά συμπτώματα. Βελτιώνεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου και συνήθως υποχωρεί τελείως πριν την πάροδο ενός έτους. Η απουσία αυτοκτονικού ιδεασμού ή έντονων αισθημάτων έλλειψης βοήθειας και αναξιοότητας διαφοροποιεί το πένθος από τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Σε προδιατεθειμένα άτομα, πάντως, το πένθος, μπορεί να εξελιχθεί σε μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (Kaplan & Sadock, 2007).
- Διαταραχές προσωπικότητας. Λόγω της ακαμψίας των αμυντικών μηχανισμών μπορεί να εμφανιστεί ευκολότερα κατάθλιψη μετά από στρεσογόνα γεγονότα. Επίσης, τα προδιατεθειμένα άτομα με διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να εμφανίσουν ευκολότερα μανιακό επεισόδιο (Kaplan & Sadock, 2007).
- Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση (Kaplan & Sadock, 2007).
- Πρωτοπαθείς διαταραχές του ύπνου. Μπορούν να προκαλέσουν απώλεια ενεργητικότητας, δύσπνοια, ευερεθιστότητα. Η διαφορική διάγνωση βασίζεται αφενός στην ανεύρεση των τυπικών συμπτωμάτων και σημείων της κατάθλιψης και αφετέρου στην εμφάνιση των διαταραχών του ύπνου μόνο στα πλαίσια καταθλιπτικού επεισοδίου (Kaplan & Sadock, 2007).
- Άλλες ψυχικές διαταραχές. Οι διαταραχές της πρόσληψης τροφής, οι σωματόμορφες διαταραχές και οι αγχώδεις διαταραχές συχνά συνοδεύονται από καταθλιπτικά συμπτώματα και, ως εκ τούτου, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαφορική διάγνωση των ασθενών με καταθλιπτικά συμπτώματα (Kaplan & Sadock, 2007).

8. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Το 15% των καταθλιπτικών ασθενών τελικά αυτοκτονούν. Χωρίς θεραπεία, ένα μέσης βαρύτητας καταθλιπτικό επεισόδιο διαρκεί περίπου 10 μήνες. Τουλάχιστον το 75% των ασθενών εμφανίζουν δεύτερο επεισόδιο κατάθλιψης, συνήθως μέσα στους πρώτους 6 μήνες μετά το αρχικό επεισόδιο. Ο μέσος αριθμός καταθλιπτικών επεισοδίων στη διάρκεια της ζωής είναι πέντε. Η πρόγνωση σε γενικές γραμμές είναι καλή: το 50% των ασθενών αναρρώνουν, το 30% αναρρώνουν μερικώς και το 20% έχουν χρόνια πορεία (Kaplan & Sadock, 2007).

Τα μανιακά επεισόδια έχουν την τάση να υποτροπιάζουν. Χωρίς θεραπεία, τα μανιακά επεισόδια διαρκούν για 3-6 μήνες, με υψηλό ρυθμό υποτροπής (κατά μέσο όρο 10 υποτροπές στη διάρκεια της ζωής). Περίπου το 80-90% των μανιακών ασθενών θα εμφανίσουν κάποια στιγμή μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Η πρόγνωση είναι μέτρια προς αρκετά καλή: το 15% των ασθενών αναρρώνουν, το 50-60% αναρρώνουν μερικώς (πολλαπλές υποτροπές με καλή λειτουργικότητα ανάμεσα στα επεισόδια), και το 1/3 εμφανίζουν στοιχεία χρονιότητας και κοινωνικής έκπτωσης (Kaplan & Sadock, 2007).

9.ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

9.1.Ενδονοσοκομειακή νοσηλεία

Οι Goldberg & McElroy, (2007), αναφέρουν ότι οι ασθενείς με βαριά κατάθλιψη ή μανία συχνά χρειάζεται να εισαχθούν στο νοσοκομείο. Ο κίνδυνος της αυτοκτονίας ή ανθρωποκτονίας καθώς και η ανικανότητα αυτοφροντίδας, αποτελούν άμεσες ενδείξεις για εισαγωγή στο νοσοκομείο. Άλλες επιπρόσθετες ενδείξεις είναι η βαρύτητα και η ταχεία κλιμάκωση των συμπτωμάτων και η έλλειψη υποστηρικτικών προσώπων στο περιβάλλον του αρρώστου. Συχνά άτομα με διαταραχές της διάθεσης αντιστέκονται στη σύσταση εισαγωγής στο νοσοκομείο, λόγω της ίδιας της φύσης της αρρώστιας τους. Άτομα με βαριά κατάθλιψη είναι ανίκανα να αποφασίσουν, λόγω ψυχικής επιβράδυνσης και διαταραχής των γνωστικών / νοητικών λειτουργιών καθώς και λόγω της απελπισμένης θεώρησης της ζωής ή των αισθημάτων αναξιοσύνης. Τα μανιακά άτομα μπορεί να πιστεύουν ότι η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι κάτι το παράξενο λόγω των παραληρητικών τους ιδεών, γιατί αυτές διαταράζουν σε σημαντικό βαθμό την αντίληψη, την κριτική ικανότητα και την ευαισθησία τους

Από την άλλη πλευρά οι Goodwin και συνεργάτες (2009) σημειώνουν ότι η διπολική διαταραχή είναι μια χρόνια νόσος και οι ασθενείς έχουν ανάγκη από μακροχρόνια πολύ επίπεδη αντιμετώπιση. Μετά την αποδρομή ενός οξέως διπολικού επεισοδίου, απαιτείται θεραπεία συντήρησης, ώστε να καθυστερήσει ή να προληφθεί ένα επόμενο επεισόδιο. Η τυπική αντιμετώπιση της χρόνιας νόσου αφορά τη χορήγηση φαρμακοθεραπείας και συμπληρωματικής ψυχοθεραπείας. Σε περίπτωση που η ψυχοθεραπεία δεν είναι διαθέσιμη, είναι εύλογη η χορήγηση μόνο φαρμακοθεραπείας

Η θεραπεία της διπολικής διαταραχής είναι πρωτίστως φαρμακευτική, και παραμένει η πρώτη μορφή θεραπείας κυρίως για τις οξείες φάσεις της ασθένειας, την κατάθλιψη και τα μανιακά επεισόδια. Παρόλα αυτά, για την πλειοψηφία των ασθενών, η χρόνια φαρμακοθεραπεία λειτουργεί ως προφύλαξη ακόμα και αν τα μακροχρόνια αποτελέσματα δείχνουν μεγάλα ποσοστά υποτροπής, ακόμα και όταν οι ασθενείς βρίσκονται υπό φαρμακευτική αγωγή. Αυτή η αδυναμία των διαφόρων ειδών φαρμακοθεραπείας να διατηρήσουν τους ανθρώπους σε μια καλή κατάσταση μακροχρόνια, καθώς και τα υψηλά ποσοστά μη φαρμακευτικής συμμόρφωσης σε αυτόν τον πληθυσμό, έχουν οδηγήσει στην δημιουργία ειδικών ψυχολογικών θεραπειών, οι οποίες δουλεύουν μαζί με τις θεραπείες φαρμάκων (Goodwin et al., 2009).

9.2.Θεραπεία σε μανιακά ή μεικτά επεισόδια

Για τους ασθενείς που βιώνουν ένα μανιακό ή μεικτό επεισόδιο, ο πρωταρχικός στόχος της θεραπείας είναι ο έλεγχος των συμπτωμάτων, με σκοπό την επιστροφή του ατόμου σε κανονικά επίπεδα ψυχοκοινωνικής λειτουργίας. Ο ταχύς έλεγχος της διέγερσης, της επιθετικότητας, της παρορμητικότητας είναι ιδιαίτερα σημαντικός να εξασφαλιστεί η ασφάλεια των ασθενείς και του περιβάλλοντος τους. Το λίθιο, το βαλπροϊκό και τα αντιψυχωσικά φάρμακα έχουν δείξει αποτελεσματικότητα στη θεραπεία της οξείας μανίας, αν και ο χρόνος για την έναρξη της δράσης για το λίθιο μπορεί να είναι κάπως πιο αργός από ότι για το βαλπροϊκό ή τα αντιψυχωσικά. Ο συνδυασμός ενός αντιψυχωσικού, είτε με λίθιο ή βαλπροϊκό μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικό από οποιουδήποτε από αυτούς τους παράγοντες μόνος τους. Έτσι, η φαρμακολογική θεραπεία πρώτης γραμμής για ασθενείς με σοβαρή μανία είναι η έναρξη είτε λίθιο συν ένα αντιψυχωσικό ή βαλπροϊκό συν ένα αντιψυχωσικό (Hirschfeld et al., 2010).

Για την αντιμετώπιση των οξέων μανιακών επεισοδίων συχνά απαιτείται η επιπρόσθετη χορήγηση ισχυρών κατασταλτικών φαρμάκων. Κάποια φάρμακα που χρησιμοποιούνται συχνά στην αρχή της θεραπείας είναι η κλοναζεπάμη (Rivotril) και

η λοραζεπάμη (Tavor). Επίσης χρησιμοποιούνται η αλοπεριδόλη (Aloperidin), η ολανζαπίνη και η ρισπεριδόνη (Risperdal) (Hirschfeld et al., 2010).

Το λίθιο παραμένει η βασική θεραπεία των διπολικών διαταραχών. Η θεραπευτική δοκιμή θα πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον 4 εβδομάδες. Ο έλεγχος πριν τη χορήγηση λιθίου περιλαμβάνει: γενική αίματος, ΗΚΓ, δοκιμασίες θυρεοειδικής λειτουργίας, μέτρηση ουρίας και κρεατινίνης και τεστ εγκυμοσύνης. Το λίθιο έχει χαμηλό θεραπευτικό δείκτη, και η συγκέντρωση του μπορεί να φτάσει γρήγορα σε τοξικά επίπεδα αν ο ασθενής αφυδατωθεί. Για να εμφανιστεί κλινική ανταπόκριση μπορεί να χρειαστεί να περάσουν 4 μέρες μετά την επίτευξη των θεραπευτικών επιπέδων. Τυπικές παρενέργειες του λιθίου είναι: δίψα, πολουρία, τρόμος, μεταλλική γεύση, γαστρεντερικά ενοχλήματα. Το λίθιο μπορεί να προκαλέσει υποθυρεοειδισμό και, σε σπάνιες περιπτώσεις, νεφροτοξικότητα. Το λίθιο αποβάλλεται αμετάβλητο από τους νεφρούς και θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή στους ασθενείς με νεφροπάθειες. Καθότι το λίθιο δεν υφίσταται ηπατικό μεταβολισμό, μπορεί να είναι η καλύτερη επιλογή για τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής στους ηπατοπαθείς (Kaplan & Sadock, 2007).

Για τη χορήγηση του βαλπροϊκού απαιτείται έλεγχος πριν τη χορήγηση, που περιλαμβάνει γενική εξέταση αίματος και δοκιμασίες της ηπατικής λειτουργίας. Επίσης απαιτείται τεστ εγκυμοσύνης, καθότι αυτή η ουσία μπορεί να προκαλέσει διαμαρτίες του νευρικού σωλήνα στα αναπτυσσόμενα έμβρυα. Τυπικές παρενέργειες είναι: τριχόπτωση (που μπορεί να αντιμετωπιστεί με ψευδάργυρο και σελήνιο), τρόμος, αύξηση βάρους και καταστολή. Συχνά προκαλείται γαστρεντερικός ερεθισμός, ο οποίος όμως μπορεί να ελαχιστοποιηθεί με τη χρήση έντερο διαλυτών δισκίων και με τη σταδιακή αύξηση της δόσης (Kaplan & Sadock, 2007).

Η λαμοτριγίνη και η γκαμπαπεντίνη είναι αντισπασμικά φάρμακα που πιθανώς διαθέτουν αντικαταθλιπτικές, αντιμανιακές και θυμοσταθεροποιητικές ιδιότητες. Δεν χρειάζεται παρακολούθηση των επιπέδων τους στο πλάσμα (Kaplan & Sadock, 2007).

9.3.Θεραπεία σε καταθλιπτικά επεισόδια

Ο πρωταρχικός στόχος της θεραπείας στη διπολική κατάθλιψη, όπως και στη μείζονα κατάθλιψη, είναι η ύφεση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και η επιστροφή στα φυσιολογικά επίπεδα της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας. Η πρώτη γραμμή φαρμακολογικής θεραπείας για τη διπολική κατάθλιψη είναι η έναρξη της είτε λίθιο είτε με λαμοτριγίνη. Ενώ τα τυποποιημένα αντικαταθλιπτικά όπως οι Επιλεκτικοί Αναστολείς Επαναπόσληψης της Σεροτονίνης (SSRIs) έχουν δείξει καλή αποτελεσματικότητα στη θεραπεία της μονοπολικής κατάθλιψης, για τη διπολική διαταραχή γενικά έχουν μελετηθεί φάρμακα όπως το λίθιο ή το βαλπροϊκό. Η αντικαταθλιπτική μονοθεραπεία δεν συνιστάται, λόγω του κινδύνου της στροφής σε ένα μανιακό επεισόδιο (Hirschfeld et al., 2010).

Σε ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, όπως εξάντληση από αστία, αυτοκτονικότητα, ή ψύχωση, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) αντιπροσωπεύει επίσης μια λογική εναλλακτική λύση. Η επιλογή της αρχικής θεραπείας θα πρέπει να καθοδηγείται από κλινικούς παράγοντες όπως η σοβαρότητα της ασθένειας, τα συναφή χαρακτηριστικά (π.χ., γρήγορη εναλλαγή κύκλων, ψύχωση), και από την προτίμηση του ασθενούς, με ιδιαίτερη προσοχή στο προφίλ των παρενεργειών (Hirschfeld et al., 2010)

9.4.Ψυχολογικές θεραπείες

Ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας-αντιμανιακών φαρμάκων (π.χ. λιθίου) είναι αποτελεσματικότερος απ' ό,τι η μεμονωμένη φαρμακοθεραπεία ή ψυχοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία δεν ενδείκνυται όταν ο ασθενής βρίσκεται σε μανιακό επεισόδιο. Σ' αυτή την κατάσταση προέχει η ασφάλεια του ασθενούς και των γύρω του, και θα πρέπει να λαμβάνονται τα ενδεδειγμένα φαρμακευτικά και φυσικά μέτρα για την προστασία και την καταστολή του ασθενούς (Kaplan & Sadock, 2007).

- Γνωσιακή - έχει μελετηθεί όσον αφορά τη συμβολή της στη συμμόρφωση των διπολικών ασθενών στη θεραπεία με λίθιο.
- Συμπεριφορική - είναι πλέον αποτελεσματική στους μανιακούς ασθενείς κατά τη φάση της νοσηλείας τους. Βοηθά στην τοποθέτηση ορίων στην παρορμητική ή ανάρμοστη συμπεριφορά, με τεχνικές όπως η θετική και αρνητική ενίσχυση.
- Ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης - μπορεί να είναι ωφέλιμη στην ανάρρωση και τη σταθεροποίηση των μανιακών ασθενών, εφόσον αυτοί θέλουν και μπορούν να αποκτήσουν ευαισθησία σχετικά με τις υποκείμενες συγκρούσεις που μπορούν να πυροδοτήσουν και να τροφοδοτήσουν μελλοντικά μανιακά επεισόδια. Μπορεί επίσης να βοηθήσει τους ασθενείς να κατανοήσουν την αντίσταση τους στη λήψη αγωγής και άρα να βελτιώσει τη συμμόρφωση τους.
- Υποστηρικτική - ενδείκνυται ιδιαίτερα στις οξείες φάσεις και κατά την πρώτη φάση του συμβιβασμού με την πραγματικότητα της νόσου. Κάποιοι ασθενείς μπορούν να ανεχθούν μόνο την υποστηρικτική θεραπεία, ενώ άλλοι μπορούν να ανεχθούν και θεραπείες ευαισθητικού τύπου. Η υποστηρικτική θεραπεία συνηθέστερα ενδείκνυται για ασθενείς με χρόνια διπολική διαταραχή, που μπορεί να έχουν σημαντικά συμπτώματα και μεταξύ των επεισοδίων και να εμφανίζουν κοινωνική έκπτωση.
- Ομαδική - μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της άρνησης και της αμυντικής μεγαλομανίας των μανιακών ασθενών. Επίσης είναι χρήσιμη για την αντιμετώπιση κάποιων προβλημάτων των μανιακών ασθενών, όπως η μοναξιά, η ντροπή, το αίσθημα ανεπάρκειας, ο φόβος της ψυχικής νόσου και η απώλεια ελέγχου. Βοηθά στην κοινωνική επανένταξη των ασθενών.
- Οικογενειακή - είναι ιδιαίτερα σημαντική στη διπολική διαταραχή, καθότι αφενός αυτή η διαταραχή έχει έντονο οικογενή χαρακτήρα (πάσχει το 22-25% των συγγενών πρώτου βαθμού του ασθενούς) και αφετέρου τα μανιακά επεισόδια διαταράσσουν σημαντικά τις διαπροσωπικές σχέσεις και την επαγγελματική ζωή των ασθενών. Κατά τη διάρκεια των μανιακών επεισοδίων, οι ασθενείς μπορεί να δαπανήσουν τεράστια ποσά χρημάτων της

οικογενείας τους ή να εμφανίσουν ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά, ως εκ τούτου, τα αισθήματα οργής, ενοχής και ντροπής μέσα στα πλαίσια της οικογένειας θα πρέπει να αντιμετωπισθούν. Επίσης, είναι δυνατόν να αναζητηθούν τρόποι ευόδωσης της συμμόρφωσης και αναγνώρισης των γεγονότων και περιστάσεων που μπορεί να εκλύσουν υποτροπή (Kaplan & Sadock, 2007).

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΤΗΣ
ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

1.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1.Νοσηλευτική αξιολόγηση

Η νοσηλευτική αξιολόγηση μελετά τον ασθενή σ' όλες τις διαστάσεις του: τη σωματική, την ψυχολογική, τη διανοητική ή γνωστική, την κοινωνική και την πνευματική. Η νοσηλευτική αξιολόγηση επικεντρώνεται στο τί συμβαίνει σήμερα. Ποιό τελευταίο γεγονός οδήγησε το συγκεκριμένο ασθενή στην υπηρεσία ψυχικής υγείας, πώς ο ίδιος το αντιλαμβάνεται και το εξηγεί, τί φοβάται, ποιά προβλήματα έχει τώρα; Στη συνέχεια, διερευνώνται οι αιτιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με το πρόβλημα, ο βαθμός της ανικανότητας του ατόμου να το αντιμετωπίσει και, τέλος, εξετάζονται ποιά θετικά χαρακτηριστικά, υγιείς δεξιότητες και στηρίγματα διαθέτει ο ίδιος, ώστε να επιστρατευθούν και να τον βοηθήσουν να αναπτύξει ευθύνη και ικανότητα λειτουργικής υγιούς προσαρμογής στη ζωή (Ραγιά, 2009).

Περιλαμβάνει συλλογή και πιστοποίηση αντικειμενικών και υποκειμενικών στοιχείων που αφορούν στον ασθενή. Τα στοιχεία αυτά αφορούν:

- Βιοψυκική, συναισθηματική και νοητική κατάσταση.
- Παρούσα και παρελθούσα χρήση ναρκωτικών ουσιών (με ή χωρίς ιατρική συνταγή, κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων απαγορευμένων ουσιών).
- Πνευματικό και πολιτισμικό επίπεδο και πιστεύω.
- Συστήματα οικογενειακής και κοινωνικής υποστήριξης.
- Καθημερινές δραστηριότητες, σχέσεις, πρότυπα ανοχής και αντιμετώπισης.
- Οικονομικοί, περιβαλλοντικοί και πολιτικοί παράγοντες.
- Γνώσεις και κίνητρα για την αλλαγή.
- Γνώση νομικών δικαιωμάτων.

- Πληροφορίες από την οικογένεια, άλλα άτομα και τη νοσηλευτική ομάδα ψυχικής υγείας (Grant et al., 2009).

Η νοσηλευτική εκτίμηση δεν είναι ψυχρή και απρόσωπη εξέταση, δεν χρησιμοποιεί τον άρρωστο ως απλή πηγή πληροφοριών προς εξερεύνηση, επιδιώκοντας την απόδειξη του επιστημονικού επιπέδου της νοσηλευτικής. Αλλά είναι ευκαιρία για να διαβιβάσει ο νοσηλευτής στον ψυχικά άρρωστο ενδιαφέρον και ψυχολογική ενίσχυση, να τον βεβαιώσει για την πίστη του στην αξία του ως προσώπου, να εκφράσει αισθήματα αγάπης, αποδοχής και σεβασμού (Ραγιά, 2009).

1.2.Μέθοδοι συλλογής στοιχείων

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιεί η νοσηλευτική εκτίμηση είναι: η συνέντευξη με τον άρρωστο, τεχνικές παρατήρησης, συμπλήρωση ερωτηματολογίων, μελέτη του φακέλου υγείας του, συνεργασία με τους συγγενείς του και με το προσωπικό του νοσηλευτικού τμήματος. Αν ο άρρωστος είναι συγχυτικός ή πολύ διαταραγμένος και δεν μπορεί να δώσει ακριβείς πληροφορίες για αυτό που του συμβαίνει και πώς το βιώνει, καλείται ο συνοδός να πληροφορήσει τον νοσηλευτή, αλλά τα στοιχεία αυτά πρέπει να επαληθευθούν με τον ίδιο τον άρρωστο αργότερα σε ευθύτερο χρόνο. Απαραίτητα είναι και τα υποκειμενικά δεδομένα, δηλαδή πώς αντιλαμβάνεται και πώς εκφράζει ο ίδιος ο άρρωστος το πρόβλημα του, την κατάσταση του, τον εαυτό του και κατά πόσο οι πραγματικότητες που βιώνει μπορούν να κατανοηθούν από άλλους (Ραγιά, 2009).

1.3.Νοσηλευτική διάγνωση

Η νοσηλευτική διάγνωση έχει σαν επίκεντρο τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει ο νοσηλευτής και το πώς μπορεί να συνεισφέρει στη φροντίδα του

ασθενούς. Τα πιθανά ή πραγματικά προβλήματα υγείας που μπορεί να εξακριβωθούν με τη νοσηλευτική διάγνωση περιλαμβάνουν:

- Περιορισμός ή εξασθένηση της γενικής αιτιολογίας, όπως νοητική και συναισθηματική ένταση.
- Στοιχεία συναισθηματικής έντασης ή κρίσης από ασθένεια, πόνο, μεταβολές στην αυτοαντίληψη ή στην πορεία της ζωής.
- Συναισθηματικά προβλήματα που σχετίζονται με καθημερινές εμπειρίες όπως άγχος, απώλειες, μοναξιά.
- Ψυχικά συμπτώματα (όπως ανορεξία), που σημειώνεται ταυτόχρονα με την αλλοίωση της ψυχικής λειτουργίας.
- Μεταβολές στη σκέψη, αντίληψη, συμβολισμό, επικοινωνία και δυνατότητα λήψης αποφάσεων.
- Συμπεριφορική ή νοητική κατάσταση ενδεικτική του ότι ο ασθενής είναι επικίνδυνος για τον εαυτό του ή τους άλλους, ή εξαιρετικά αδύναμος (Grant et al., 2009).

Για την προώθηση της αμοιβαίας κατανόησης και αποτελεσματικότερης συνεργασίας μεταξύ των νοσηλευτών, αλλά και για την ορατή επιστημονική παρουσία της νοσηλευτικής ανάμεσα στις επιστήμες της υγείας, τα προβλήματα του αρρώστου εντάσσονται και διατυπώνονται σύμφωνα με τυποποιημένες διαγνωστικές κατηγορίες. Ο νοσηλευτής βλέπει τις νοσηλευτικές διαγνωστικές κατηγορίες από διάφορες θεωρητικές προοπτικές. Ανάλογα με το θεωρητικό νοσηλευτικό πλαίσιο που χρησιμοποιεί στη διεργασία της φροντίδας, οι νοσηλευτικές διαγνώσεις θεωρούνται είτε ως ανεπαρκείς προσαρμογές, είτε ως ελλείμματα αυτοφροντίδας, είτε ως τρόποι ανθρωπίνων αντιδράσεων, είτε ακόμη ως δυσλειτουργικά επίπεδα υγείας (Ραγιά, 2009).

1.4. Προγραμματισμός: ανάπτυξη νοσηλευτικού προγράμματος φροντίδας

Ο προγραμματισμός είναι η ταξινόμηση των πληροφοριών και η χρήση τους σε συνεργασία με τον άρρωστο στο βαθμό που μπορεί με την οικογένεια του και τα άλλα μέλη της ομάδας ψυχικής υγείας, με σκοπό την αποτελεσματική αντιμετώπιση των αναγκών και προβλημάτων ψυχικής υγείας του αρρώστου (Ραγιά, 2009).

Ο νοσηλευτής –τρια πρέπει να θεσπίσει τις προτεραιότητες της νοσηλείας του ασθενούς. Στη συνέχεια πρέπει να καθορίσει τα κριτήρια προσδιορισμού των αποτελεσμάτων (μακροχρόνιοι και βραχυχρόνιοι θεραπευτικοί στόχοι του ασθενούς και του/της νοσηλεύτριας). Τέλος γίνεται προσδιορισμός των μεθόδων επίτευξης των στόχων. Όλα τα πάντα περιβάλλονται από τη χρήση των κανόνων της ψυχοθεραπείας, με συνεχής ενημέρωση και αξιολόγηση του θεραπευτικού προγράμματος (Grant et al., 2009).

Το στάδιο του προγραμματισμού περιλαμβάνει:

- Διατύπωση βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων σκοπών
- Καθορισμό προτεραιοτήτων στα προβλήματα που εντοπίστηκαν
- Ταξινόμηση των προβλημάτων, ποιά θα αντιμετωπισθούν με νοσηλευτική παρέμβαση, ποιά θα χειρισθεί ο άρρωστος και η οικογένεια του και ποιά χρειάζονται παραπομπή σε άλλα μέλη της ψυχιατρικής ομάδας
- Προσδιορισμό των ειδικών παρεμβάσεων για την εκπλήρωση των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων σκοπών
- Καταγραφή των αναγκών και προβλημάτων και περιγραφή των πράξεων και των αναμενόμενων αποτελεσμάτων στο δελτίο νοσηλείας του αρρώστου. Καταγράφεται επίσης πότε πρέπει να γίνει η κάθε πράξη και με ποιό τρόπο, ώστε όλο το νοσηλευτικό προσωπικό να μπορεί να συμμετέχει στην εφαρμογή του προγράμματος νοσηλείας (Ραγιά, 2009).

1.5.Θεραπευτικές τεχνικές

Στα πλαίσια της νοσηλευτικής διεργασίας εντάσσονται τα παρακάτω:

- Ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στον ασθενή, την οικογένεια, την ομάδα.
- Ενημέρωση σε ζητήματα υγείας.
- Δραστηριότητες αυτοφροντίδας στην καθημερινή ζωή.
- Φαρμακευτική αγωγή (σωματικές θεραπείες).
- Θεραπευτικό περιβάλλον.
- Συνταγογραφία από το νοσηλεύτη για τη διαίτα, τη διατροφή και την άσκηση (Grant et al., 2009).

1.6.Νοσηλευτική αξιολόγηση

Η νοσηλευτική αξιολόγηση περιλαμβάνει απάντηση σε ερωτήματα όπως:

- Ποια είναι τα αποτελέσματα (αλλαγές στη συμπεριφορά του ασθενούς);
- Ποιες από τις παρεμβάσεις αποδείχθηκαν αποδοτικές;
- Ποιες από τις παρεμβάσεις θα έπρεπε να αλλάξουν;
- Είναι απαραίτητη η χρήση νέων παρεμβάσεων;
- Σημειώθηκε επίτευξη των στόχων; (Grant et al., 2009).

2.ΕΓΚΑΘΙΔΡΥΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

2.1.Η αναγκαιότητα της θεραπευτικής σχέσης

Η θεραπευτική σχέση μπορεί να χαρακτηριστεί ως το θεμέλιο της ψυχικής υγείας όπως και της προοδευτικής μεταβολής της στάσης του ασθενούς απέναντι στη νόσο, την αλλαγή της συμπεριφοράς και της προοπτικής προς το μέλλον. Η σχέση φροντίδας τροφοδοτείται από την ευγένεια, την ενεργητική φιλικότητα, την αντικειμενικότητα, την αίσθηση του χιούμορ και, εν γένει, από τη θετική προσέγγιση από τη πλευρά του νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής ανακουφίζει τον πάσχοντα από το αίσθημα δυσφορίας και ακούει ενεργά τις ανησυχίες του, τονώνει το ηθικό του και προωθεί την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία και στην ανάκαμψη της υγείας του. Μόλις ο ασθενής νοιώσει το αίσθημα της ασφάλειας, τότε θα αρχίσει να δρα θετικά προς τις αλλαγές και ο νοσηλευτής παρακολουθώντας και παρατηρώντας τον ασθενή μέσα από αυτές τις αλλαγές οικοδομεί ένα κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και μιας θεραπευτικής συμμαχίας η οποία βασίζεται στο σεβασμό της προσωπικότητας του ασθενούς, αλλά και στο ύψιστο καθήκον του νοσηλευτή που δεν είναι άλλο από τη φροντίδα της υγείας. Μέσα από τη διαδρομή αυτής της σχέσης ο ασθενής θα αποδεχθεί κατά το δυνατόν τη νόσο του και θα δρομολογήσει τις απαραίτητες αλλαγές, ως προς τη στάση που ακολουθεί απέναντι σε αυτή, ώστε να επανέλθει σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό στις καθημερινές του δραστηριότητες (Μούγια, 2012).

Ενώ λοιπόν η θεραπευτική σχέση στους επαγγελματίες υγείας μπορεί, αδιαμφισβήτητα, να θεωρηθεί ως θεμελιώδης έννοια, ωστόσο προκύπτουν συνεχώς σκέψεις και προβληματισμοί για το πώς μπορεί ο νοσηλευτής και βέβαια σε πιο επίπεδο να επηρεάσει τους ασθενείς μέσα στα όρια της σχέσης αυτής. Για παράδειγμα δύναται ένας νοσηλευτής, στα πλαίσια της αποκατάστασης, να συμβάλει στη δημιουργία ενός πλάνου προσανατολισμού αλλά και να συμμετάσχει και στη φάση της εργασίας του ασθενούς με τέτοιο τρόπο ώστε τόσο ο ασθενής όσο και ο

επαγγελματίας υγείας να βιώσουν βαθύτερα επίπεδα της θεραπευτικής εμπλοκής (Μούγια, 2012).

Τελικά, η θεραπευτική σχέση είναι ο στόχος, ένας στόχος ο οποίος εστιάζεται στη διαπροσωπική σχέση με τον ασθενή με σκοπό αφενός να προωθήσει τα συμφέροντα του ασθενούς και αφετέρου, εάν είναι δυνατόν, να αναπτυχθούν και άλλες δυναμικές και συμμαχίες που εν τέλει πάντα από-σκοπούν στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για τον ασθενή (Μούγια, 2012).

Για την ανάπτυξη αυτής της σχέσης από την πλευρά του νοσηλευτή έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες τεχνικές επικοινωνίας, ώστε να επιτευχθεί η ίδρυση ενός κλίματος αμοιβαιότητας πάνω στη χρυσή τομή μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς και με αυτό τον τρόπο να πραγματοποιηθεί η πραγματική ενδυνάμωση του ασθενούς και να επιτευχθούν οι καθορισμένοι, κάθε φορά, στόχοι. Τα κύρια συστατικά μιας σωστά δομημένης και σταθερής θεραπευτικής σχέσης περιλαμβάνουν:

- Τα σαφή όρια της σχέσης αυτής καθώς και το διαχωρισμό της από τις κοινωνικές σχέσεις, τη συνοχή, τη συγκράτηση, την εμπιστοσύνη η οποία είναι απαραίτητη κατά την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης,
- τον αλληλοσεβασμό, την ειλικρίνεια και τη κατανόηση, την ανταπόκριση στους φόβους και τις ανησυχίες των ασθενών και
- τέλος έναν εξαιρετικά σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης την ενεργητική ακρόαση (Ραγιά, 2009).

2.2. Δημιουργία κατάλληλου κλίματος

Οι θεραπευτικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ του νοσηλευτή ψυχικής υγείας και του ασθενή στηρίζονται στον αμοιβαίο σεβασμό και απαιτούν τη θαλπωρή, την εμπιστοσύνη και την ενσυναίσθηση από μέρους του νοσηλευτή. Είναι βασικό και ζωτικής σημασίας ο ασθενής να νιώθει πως ο νοσηλευτής νοιάζεται, ανησυχεί και κατανοεί τόσο τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής όσο και τις βαθύτερες

σκέψεις που προέρχονται από τα προβλήματα αυτά. Ο νοσηλευτής προσπαθεί μέσα από την επικοινωνία με τον ασθενή, βασιζόμενος κυρίως στην εμπειρία του, να δημιουργήσει ένα περιβάλλον για τον ασθενή στο οποίο ο ασθενής θα νιώθει ασφάλεια, θα ενισχύσει τη θεραπευτική σχέση, θα συνδράμει ώστε να καθοριστούν από κοινού οι στόχοι και οι προσδοκίες που αφορούν το θεραπευτικό πρόγραμμα και θα επιτρέψει στο νοσηλευτή να αναπτύξει ένα εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας βασιζόμενο στις ατομικές ανάγκες του ασθενή με σεβασμό πάντα στη προσωπικότητα και τις αξίες του (Φραδέλος & Στάϊκος, 2013).

Κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας θα πρέπει ο ασθενής να αισθάνεται άνετα ώστε να εκφράσει ανοιχτά όλα αυτά που σκέφτεται και αισθάνεται, χωρίς να διακόπτεται ή να αισθάνεται πως τα λεγόμενα του θα έχουν αρνητικές επιπτώσεις γι' αυτόν. Ο νοσηλευτής με τη σειρά του θα πρέπει να ακούει στωικά και με ιδιαίτερη προσοχή, να αφήνει τον ασθενή να ολοκληρώσει τις σκέψεις του και να δίνει σημασία σε όλα τα σημάδια επικοινωνίας λεκτικά και μη. Η ενεργητική ακρόαση είναι μια επένδυση στη θεραπευτική σχέση και τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος εμπιστοσύνης και ασφάλειας που επιτρέπει στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας να κάνουν ακριβείς νοσηλευτικές διαγνώσεις, ορθή αξιολόγηση των αναγκών του ασθενή και να εφαρμόσουν τελικά ένα εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας για τον ψυχικά πάσχοντα (Φραδέλος & Στάϊκος, 2013).

3.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Οποιοσδήποτε συνδυασμός μεταβλητών - ψυχολογικών, βιολογικών, οικογενειακών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών - προκαλεί την κατάθλιψη, οι κλινικές εκδηλώσεις της είναι παρόμοιες. Γι' αυτό οι καταθλιπτικοί άρρωστοι με οποιαδήποτε μορφή κατάθλιψης αξιολογούνται και αντιμετωπίζονται από τον νοσηλευτή με μια ολική βιοψυχο-κοινωνική προσέγγιση.

Η νοσηλευτική φροντίδα του καταθλιπτικού αρρώστου στο νοσοκομείο εξατομικεύεται με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας και εστιάζεται σε τρεις ομάδες αναγκών, οι οποίες είναι:

- Άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του αρρώστου, π.χ. πρόληψη αυτοκτονίας.
- Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν τη νοσηλεία, θεραπεία και προετοιμασία του αρρώστου να βγει από το νοσοκομείο.
- Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειας του για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της ώστε να διατηρείται με λίγη ή καθόλου κατάθλιψη για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Ραγιά, 2009).

3.1.Νοσηλευτικές διαγνώσεις

- Μεγάλος κίνδυνος για επιθετικότητα εναντίον του εαυτού
- Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας
- Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση ατομικών προβλημάτων

- Απελπισία
- Αίσθημα αδυναμίας
- Ανεπαρκής αυτοφροντίδα (Ραγιά, 2009).

3.2.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή που εμφανίζει αυτοκτονικές τάσεις

- Εκτίμηση του βαθμού επικινδυνότητας - δυνατότητας για αυτοκτονία παρατηρώντας τη συμπεριφορά του αρρώστου, δηλαδή κινήσεις, απειλές, μοίρασμα ατομικών πραγμάτων, παρουσία ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών και ιστορικό προηγούμενης απόπειρας. Ο βαθμός απελπισίας που εκφράζει ο άρρωστος είναι ενδεικτικός της βαρύτητας της κατάθλιψης και του κινδύνου αυτοκτονίας. Οι 8 στους 10 που λένε ότι θέλουν να αυτοκτονήσουν, το κάνουν. Οι παρορμητικοί ή οι ψυχωτικοί άρρωστοι με ακουστικές ψευδαισθήσεις που τους παρακινούν στην αυτοκαταστροφή, μπορούν να αυτοκτονήσουν χωρίς προειδοποιητικά σημεία.
- Επανεκτίμηση της δυνατότητας αυτοκτονίας περιοδικά, ιδιαιτέρως σε περιπτώσεις αλλαγής της διάθεσης, αύξησης της απόσυρσης, ετοιμασίας εξόδου πριν να προγραμματισθεί.
- Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερος κατά τον 1^ο μήνα της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Οι μισές από τις αυτοκτονίες των νοσηλευόμενων ασθενών συμβαίνουν έξω από το νοσοκομείο, όταν έχουν άδεια. (Ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι όταν ο άρρωστος έχει ιδέες αυτοκτονίας και επαρκή ενεργητικότητα για να την πραγματοποιήσει, π.χ. στο σημείο που αρχίζει να αισθάνεται καλύτερα).
- Εξήγηση στον άρρωστο από τον νοσηλευτή ότι ενδιαφέρεται για την ασφάλεια του και θα τον βοηθήσει να διατηρηθεί ασφαλής. Αυτό διαβιβάζει τη νοσηλευτική μέριμνα και παρέχει αίσθημα προστασίας.

- Στενή παρακολούθηση (συνεχής ή κάθε 15' σε περίπτωση μεγάλου κινδύνου). Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο, όχι μοναχικό, δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και συνοδεία σ' όλες τις μετακινήσεις του, αν ενδείκνυται. Έτσι μπορεί να προληφθεί ή διακοπεί η βλαπτική συμπεριφορά.
- Προσοχή να μη χρησιμοποιούνται επικίνδυνα είδη (μαντήλια λαιμού, ζώνες, ξυράφια, ψαλίδια). Στα πλαίσια ασφάλειας του περιβάλλοντος περιλαμβάνεται και η αφαίρεση αντικειμένων που μπορεί να παρακινήσουν σε σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας.
- Έλεγχος όλων των ατομικών ειδών που έφερε ο άρρωστος στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειας να μη του φέρνει επικίνδυνα είδη. Βέβαια αυτό γίνεται με προηγούμενη πληροφόρηση του αρρώστου ότι είναι ρουτίνα του νοσοκομείου και με πολλή ευγένεια και σεβασμό.
- Ιδιαίτερη φροντίδα και προσωπική παρατήρηση κατά τη χορήγηση των φαρμάκων, ώστε να τα παίρνει ο άρρωστος και να μη τα κρύβει για απόπειρα αυτοκτονίας ή να τα πετάει στα άχρηστα.
- Παρακολούθηση του αρρώστου ακόμη και όταν χρησιμοποιεί τους βοηθητικούς χώρους με προηγούμενη ενημέρωση του. Έχουν συμβεί αυτοκτονίες και σ' αυτούς τους χώρους.
- Νοσηλευτικοί γύροι στους θαλάμους σε συχνά αλλά όχι τακτά διαστήματα (ιδιαίτερα τη νύκτα, τα ξημερώματα, στις αλλαγές βάρδιας των νοσηλευτών και σε άλλες ώρες που προβλέπεται ότι το προσωπικό είναι πολύ απασχολημένο). Το σύστημα αυτό παρεμποδίζει την πρόβλεψη πότε θα περάσει ο νοσηλευτής από το δωμάτιο του αρρώστου. Βοηθάει τον νοσηλευτή να γνωρίζει σε κάθε στιγμή πού είναι ο άρρωστος. Ιδιαίτερα σε ώρες που είναι λιγότερο το προσωπικό.
- Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία, π.χ. ανοικτές πόρτες και παράθυρα, ανοικτές προσβάσεις προς τη σκάλα ή την ταράτσα ή εκτεθειμένες φιάλες με απορρυπαντικά. Η ελαχιστοποίηση των

ευκαιριών για αυτοκαταστροφή απαιτεί συνεχή προσοχή και πρόβλεψη ασυνήθιστων ενεργειών του αρρώστου.

- Διατύπωση ενός συμφωνητικού πρωτοκόλλου με τον άρρωστο που να περιλαμβάνει τί θα κάνει ο άρρωστος και τί ο νοσηλευτής για την ασφάλεια του πρώτου. Ένα αντίγραφο υπογεγραμμένο από τον άρρωστο και τον υπεύθυνο νοσηλευτή επισυνάπτεται στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου και ένα άλλο αντίγραφο δίνεται στον άρρωστο να το κρατά. Αυτό τεκμηριώνει τα μέτρα που θα ληφθούν για την πρόληψη της αυτοκτονίας και την ανταπόκριση του αρρώστου. Ακόμη προωθεί την επικοινωνία και μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να αξιολογήσει τη νοσηλεία του.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου και της οικογένειας του να ρωτήσουν ό,τι θέλουν και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους για τη φαρμακοθεραπεία, την τυχόν ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) αν προγραμματίστηκε και για άλλες θεραπείες.
- Βοήθεια του αρρώστου να μετακινηθεί από αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό σε ρεαλιστικό θετικό σύστημα θεώρησης του εαυτού του, της ζωής του και του κόσμου. Έτσι θα μειωθούν τα αισθήματα αναξιοσύνης και αδυναμίας και θα αυξηθούν ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμηση του (γνωστική θεραπεία).
- Ενίσχυση του αρρώστου στη διατύπωση κατορθωτών στόχων για τη ζωή του, διότι οι κατορθωτοί στόχοι είναι πιο πιθανό να εκπληρωθούν και να φέρουν ταχύτερες ικανοποιητικές αμοιβές.
- Παρότρυνση του αρρώστου να φροντίζει την επαρκή διατροφή, την ατομική υγιεινή και την καλή του εμφάνιση. Με σκοπό τη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, την ανύψωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και αυτοεκτίμησης.
- Βεβαίωση του αρρώστου ότι υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει από την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό και ότι οι νοσηλευτές θα τον συντροφεύσουν και θα τον βοηθήσουν στην πορεία αυτή.

- Έπαινος του αρρώστου για προσπάθειες θετικής αυτοαξιολόγησης, αυτοελέγχου και διαμόρφωσης ρεαλιστικών σκοπών. Τονώνεται το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και της ελπίδας ότι μπορεί να αλλάξει η δυσάρεστη διάθεση του.
- Χορήγηση των παραγγελθέντων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με συνέπεια και υπευθυνότητα, καθώς και με εξασφάλιση της θεληματικής συμμόρφωσης του αρρώστου.
- Συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένεια του πριν από την έξοδο του από το νοσοκομείο, με σκοπό να κατανοήσουν τις διαπροσωπικές εντάσεις και πώς να τις αντιμετωπίζουν (Ραγιά, 2009).

3.4.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή με διαταραχές κοινωνικής επικοινωνίας, ανεπαρκής ή αναποτελεσματική ποιότητα κοινωνική συναλλαγής

- Συχνές και σύντομες συναντήσεις (5'- 10') με τον άρρωστο στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Οι συχνές και σύντομες επαφές ελαττώνουν το άγχος και για τον άρρωστο και για τον νοσηλευτή.
- Προειδοποίηση του αρρώστου πότε και για πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Οι συγκεκριμένες προσδοκίες ελαττώνουν το άγχος. Το πρόγραμμα παρέχει δομή και σκοπό στα κενά χρονικά διαστήματα.
- Συνέπεια του νοσηλευτή. Όταν ο νοσηλευτής δεν έρχεται στην ώρα του ή δεν παραμένει όση ώρα είχε υποσχεθεί, ο καταθλιπτικός μπορεί να πάρει το ζήτημα προσωπικά και να σκεφθεί ότι δεν είναι άξιος προσοχής.
- Παραμονή δίπλα στον άρρωστο και όταν δεν μιλά, με σιωπή για μικρά διαστήματα. Η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτή τον βεβαιώνει ότι τον θεωρεί πρόσωπο με αξία.

- Όταν ο άρρωστος παρουσιάζει αλαλία (σιωπηλότητα, βωβότητα), ο νοσηλευτής μπορεί να σχολιάσει κάτι που βλέπει, π.χ. τα πολλά καινούργια κάδρα στον τοίχο ή τα καινούργια παπούτσια του αρρώστου. Όταν ο άρρωστος δεν είναι ακόμη έτοιμος για να μιλήσει, οι απευθείας ερωτήσεις ενδέχεται να αυξήσουν το άγχος του ενώ σχόλια για αντικείμενα του περιβάλλοντος τον επαναφέρουν στην πραγματικότητα.
- Χρήση απλών, συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση.
- Διάθεση αρκετού χρόνου στον άρρωστο για να απαντήσει. Η βραδεία σκέψη χρειάζεται χρόνο να διατυπώσει κάποια απάντηση.
- Προσεκτική ακρόαση υπονοούμενων μηνυμάτων και απευθείας ερώτηση για τυχόν σχέδιο αυτοκτονίας. Οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται ανακούφιση και ελάττωση των αισθημάτων μοναξιάς, όταν εξωτερικεύουν τις σκέψεις αυτοκτονίας.
- Διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Τα συναισθήματα που συναντούν κατανόηση, μπορούν να βοηθήσουν στην ελάττωση της μοναξιάς και απομόνωσης και διευκολύνουν την παραπέρα εξωτερίκευση πιο οδυνηρών συναισθημάτων, για να συντελεσθεί η θεραπεία.
- Αποφυγή εκδηλώσεων όπως είναι τα γέλια, τα αστεία και η υπερβολική ευθυμία. Η εύθυμη στάση του νοσηλευτή αυξάνει τα αισθήματα αποξένωσης και απομόνωσης του αρρώστου με τη σύγκριση των αντιθέσεων, πόσο χαρούμενος είναι ο νοσηλευτής και πόσο λυπημένος ο ίδιος.
- Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση. Ο θυμός του αρρώστου να μη θεωρείται προσωπική επίθεση κατά του νοσηλευτή. Η λογομαχία ή η αυτουπεράσπιση συντελούν μόνο στην ελάττωση της αυτοεκτίμησης και του αρρώστου και του νοσηλευτή.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύσει λεκτικά το θυμό του. Η λεκτική έκφραση δύσκολων συναισθημάτων ίσως να ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσης τους με ανεύθυνες πράξεις και ακατάλληλους τρόπους.

- Αν ο θυμός του αρρώστου είναι δικαιολογημένος, ο νοσηλευτής πρέπει να παραδεχθεί ότι έγινε λάθος. Η στάση αυτή ενθαρρύνει την κατάλληλη εξωτερίκευση του θυμού και αποθαρρύνει την εσωτερίκευση και τη στροφή του προς το ίδιο το εγώ. Αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων αξιολογικής κριτικής. Π.χ. φαίνεσθε πιο καλός σήμερα ή μ' αρέσει το σημερινό σας χτένισμα. Διότι το καταθλιπτικό άτομο βλέπει την αρνητική πλευρά κάθε πράγματος. Π.χ. Μπορεί να ερμηνεύσει τα σχόλια ως εξής: Δεν ήμουν καλός χθες. Αν χτενισθώ αλλιώς μπορεί να μην αρέσει στον νοσηλευτή. Είναι καλύτερο να πει ο νοσηλευτής: φοράτε ένα καινούργιο πουκάμισο σήμερα ή αλλάξατε το χτένισμα σας. Τα ουδέτερα προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνείες.
- Βαθμιαία ενσωμάτωση του αρρώστου σε συζητήσεις με άλλους αρρώστους και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο ανοχής του. Ενθάρρυνση τηλεφωνημάτων και επισκέψεων με υποστηρικτικά σημαντικά πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι). Επιδοκιμασία των προσπαθειών του. Όλα αυτά ενεργούν ως θετικοί ενισχυτές του αισθήματος της προσωπικής αξίας του αρρώστου και της ικανοποίησης από τις κοινωνικές επαφές. Μέσα στην ομάδα ο άρρωστος θα δοκιμάσει την υποστήριξη από τους άλλους, θα μάθει κοινωνικούς τρόπους και θα ανακαλύψει ότι τα προβλήματα και οι ανησυχίες του είναι παρόμοια με εκείνα των άλλων
- Συνεχής εκτίμηση της αυτοκτονικής διάθεσης του αρρώστου για πρόληψη βλάβης ή και θανάτου.
- Διδασκαλία του αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητες του. Η πιο ρεαλιστική θεώρηση του εαυτού αυξάνει την εμπιστοσύνη και την κλίση του προς κοινωνικές επαφές (Ραγιά, 2009).

3.5.Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για να ανυψώσουν τη διάθεση και να ανακουφίσουν άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα περιλαμβάνουν:

- τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (αμιτριπτυλίνη, νορτριπτυλίνη, ιμιπραμίνη, χλωριμιπραμίνη, δοξεπίνη) και τα συναφή τους (τραζοδόνη),
- τα τετρακυκλικά (μαπροτιλίνη),
- τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ),
- τους εκλεκτικούς αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης (φλουοξετίνη, φλουβοξαμίνη, σετραλίνη, σιταλοπράμη, παροξετίνη),
- τους αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (βενλαφαξίνη, ντουλοξετίνη),
- τα νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά (μιρταζαπίνη) (Ραγιά, 2009).

3.6.Παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλευτικές ευθύνες

- Αντιχολινεργικές αντιδράσεις.
- Ξηροστομία. Αντιμετωπίζεται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια, μάσημα τσίχλας, συχνές μικρές λήψεις υγρών και αυστηρή υγιεινή στόματος.
- Θαμπή όραση. Το άτομο καθησυχάζεται ότι η παρενέργεια αυτή θα υποχωρήσει σε λίγες εβδομάδες.
- Δυσκοιλιότητα. Λήψη τροφών με άφθονες ίνες. Αύξηση της σωματικής άσκησης και λήψη πολλών υγρών.

- Κατακράτηση ούρων. Διδασκαλία του αρρώστου να μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του και να τα αναφέρει στον νοσηλευτή.
- Καταστολή. Ρύθμιση της λήψης των φαρμάκων πριν από την κατάκλιση για ύπνο. Συνεργασία με τον γιατρό για ελάττωση της δοσολογίας ή την αντικατάσταση του φαρμάκου με άλλο ελαφρότερο. Διδασκαλία του αρρώστου να μη οδηγεί αυτοκίνητο και να μη χειρίζεται επικίνδυνα μηχανήματα ή εργαλεία όταν έχει πάρει ηρεμιστικά φάρμακα.
- Ορθοστατική υπόταση. Ενημέρωση του αρρώστου να σηκώνεται αργά από το κρεβάτι ή την πολυθρόνα. Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε ξαπλωμένη και όρθια στάση για έγκαιρη επισήμανση μεγάλων διαφορών στις τιμές.
- Αύξηση ευαισθησίας για εμφάνιση επιληπτικών σπασμών. Ιδιαίτερη παρακολούθηση του αρρώστου με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου. Ετοιμότητα για νοσηλευτική παρέμβαση σε περίπτωση σπασμών.
- Ταχυκαρδία, αρρυθμίες. Συστηματική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και των σφίξεων. Συζήτηση τυχόν σημαντικών αλλαγών με τον γιατρό.
- Υπερτασική κρίση (παρενέργεια των αναστολέων της MAO). Συμβαίνει αν το άτομο που κάνει θεραπεία με MAO χρησιμοποιεί τροφές που περιέχουν τυραμίνη. Τέτοιες τροφές είναι τα οينوπνευματώδη ποτά, τυρί, γιαούρτι, μπανάνες, σοκολάτες, αβοκάντο, σταφίδες, παστή ρέγγα κ.ά. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν έντονη κεφαλαλγία, ταχυπαλμία, ναυτία / εμετούς, αυχενική δυσκαμψία, σημαντική αύξηση της Α.Π., στήθαγχικό πόνο, εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο ή και κώμα. Η θεραπεία της υπερτασικής κρίσης συνίσταται στη διακοπή του φαρμάκου και χορήγηση αντιυπερτασικού φαρμάκου που δρα άμεσα, κατά την ιατρική οδηγία. Διδασκαλία του αρρώστου ποιες τροφές να αποφεύγει κατά το διάστημα θεραπείας με αναστολείς της MAO.

4.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΜΑΝΙΑ

4.1.Νοσηλευτικές προτεραιότητες

- Προστασία της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του αρρώστου και των άλλων από τις συνέπειες της υπερκινητικής συμπεριφοράς.
- Εκπλήρωση των βασικών αναγκών του (διατροφή, ανάπαυση, υγιεινή).
- Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα και σε ρεαλιστική πρόληψη ή λύση των προβλημάτων του καθώς και ενίσχυση της αυτονομίας και υπευθυνότητας.
- Υποστήριξη της συμμετοχής του αρρώστου και της οικογενείας του στη μετανοσοκομειακή παρακολούθηση και φροντίδα στην κοινότητα (Ραγιά, 2009).

4.2.Αρχές επικοινωνίας με τον μανιακό άρρωστο

- Χρησιμοποίηση σταθερής και ήρεμης προσέγγισης. Π.χ. κύριε X. ελάτε μαζί μου, φάτε αυτό το σάντουιτς. Η προσέγγιση αυτή παρέχει οργάνωση και έλεγχο για τον άρρωστο που είναι εκτός ελέγχου. Μπορεί να εμπνεύσει αίσθημα σιγουριάς, ότι κάποιος ελέγχει την κατάσταση.
- Χρήση σύντομων και συγκεκριμένων εξηγήσεων ή φράσεων. Η ικανότητα σύντομης μόνο προσοχής περιορίζει την κατανόηση σε σύντομες πληροφορίες.
- Διατήρηση ουδετερότητας - αποφυγή αντιπαράθεσης με επίδειξη δύναμης και κριτικής. Ο άρρωστος μπορεί να χρησιμοποιεί τις ασυνέπειες και τα κριτικά σχόλια ως δικαιολογία για λογομαχίες και κλιμάκωση της μανίας.

- Σταθερότητα στην προσέγγιση και τις προσδοκίες . Τα σταθερά όρια και οι προσδοκίες ελαχιστοποιούν τη δυνατότητα χειρισμού / εκμετάλλευσης του προσωπικού από τον άρρωστο.
- Αποφυγή εμπλοκής σε αστεϊσμούς και ετοιμολογίες. Διατήρηση ηρεμίας και ουδετερότητας. Έτσι ελαχιστοποιείται η μανιακή ένταση. Οι αστεϊσμοί και τα γέλια με τον μανιακό άρρωστο δείχνουν έλλειψη σεβασμού των αναγκών του.
- Συχνές συναντήσεις του προσωπικού για προγραμματισμό κοινής σταθερής γραμμής και συμφωνία στην τοποθέτηση ορίων. Χρειάζεται συνέπεια όλων των μελών του προσωπικού στην τήρηση ορίων για να ελαχιστοποιείται ο χειρισμός τους από τον άρρωστο.
- Όταν αποφασισθούν ορισμένα όρια από το προσωπικό, πρέπει να λεχθούν στον άρρωστο με απλές συγκεκριμένες εκφράσεις, μαζί με τις συνέπειες αν δεν τηρηθούν. Π.χ. «κύριε Χ. μη ξεφωνίζετε και μη κτυπάτε τον κ. Ψ. Αν δεν μπορείτε να περιορίσετε τον εαυτό σας, θα το κάνουμε εμείς» ή «το ήσυχο δωμάτιο θα σας βοηθήσει να αισθανθείτε μεγαλύτερο αυτοέλεγχο και θα σας προστατεύσει από πρόκληση βλάβης στον εαυτό σας και στους άλλους». Οι σαφείς προσδοκίες βοηθούν τον άρρωστο να αισθανθεί τον εξωτερικό έλεγχο και να κατανοήσει τους λόγους για τη λήψη φαρμάκων, τον αποκλεισμό σε ήσυχο μοναχικό δωμάτιο και τα άλλα περιοριστικά μέτρα, αν δεν είναι ικανός να ελέγξει τη συμπεριφορά του.
- Νόμιμα παράπονα πρέπει να εισακούονται και να γίνονται οι κατάλληλες διορθωτικές ενέργειες. Αυτό ελαττώνει τα αισθήματα της αδυναμίας και μπορεί να αυξήσει την αυτοεκτίμηση.
- Αποδοχή με ηρεμία της ανεύθυνης συμπεριφοράς (π.χ. άσεμνα και άπρεπα λόγια, ωμά αστεία και χειρονομίες). Η αποδοχή αντικρούει την ασυνείδητη προσπάθεια του αρρώστου να προκαλέσει τον νοσηλευτή να θυμώσει και να ενεργήσει παράλογα (εκτός ελέγχου), με συνέπεια τη διατήρηση της μανιακής αμυντικής συμπεριφοράς.

- Σταθερή ανακατεύθυνση της ενεργητικότητας του αρρώστου σε πιο κατάλληλα και οικοδομητικά κανάλια. Η εύκολη διάσπαση της προσοχής του μανιακού αρρώστου αποτελεί το πιο αποτελεσματικό εργαλείο στη διάθεση του νοσηλευτή για θεραπευτική παρέμβαση (Ραγιά, 2009).

4.3.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Ελάττωση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, αποφυγή έκθεσης του αρρώστου σε περιστάσεις προβλεπομένων εντόνων ερεθισμάτων και απομάκρυνση των ερεθισμάτων από το χώρο όταν ο άρρωστος γίνεται διεγερτικός. Επειδή είναι ανίκανος να προσέξει μόνο τα ερεθίσματα, που τον ενδιαφέρουν και αντιδρά προς όλα όσα συμβαίνουν.
- Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος με απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης. Οι παραληρητικές ιδέες μεγαλείου και η υπερκινητικότητα είναι δυνατό να οδηγήσουν σε καταστρεπτικές πράξεις.
- Παρέμβαση όταν η διέγερση αρχίζει να αναπτύσσεται. Λεκτική καθοδήγηση σε πιο παραδεκτή συμπεριφορά, απομάκρυνση του αρρώστου από την προκλητική περίσταση, τοποθέτηση σε ήσυχο δωμάτιο με τη συμφωνία του, εφαρμογή περιοριστικών μέτρων, βάσει του ειδικού πρωτοκόλλου του τμήματος. Πάντοτε όμως με σχετικές εξηγήσεις στον άρρωστο. Η νοσηλευτική παρέμβαση στα αρχικά στάδια της διέγερσης βοηθά τον άρρωστο να επανακτήσει τον αυτοέλεγχο, προλαμβάνει την κλιμάκωση μέχρι τη βίαιη συμπεριφορά και εφαρμόζει θεραπεία με το λιγότερο περιοριστικό τρόπο.
- Αποφυγή λογομαχίας όταν ο άρρωστος εκφράζει εξωπραγματικές ιδέες μεγαλείου. Αποφεύγεται έτσι η διέγερση.

- Αποφυγή της χωρίς λόγο καθυστέρησης στην εκπλήρωση των αιτημάτων του αρρώστου. Σύσταση εναλλακτικής λύσης. Π.χ. δεν υπάρχει καφές, θα θέλατε μια πορτοκαλάδα; Ο υπερκινητικός δεν μπορεί να περιμένει και οι αδικαιολόγητες καθυστερήσεις προκαλούν επιθετική συμπεριφορά. Η απόσπαση όμως της προσοχής του σε κάτι άλλο ελαττώνει το στρες που του δημιουργεί η άρνηση εκπλήρωσης της επιθυμίας του.
- Συζήτηση εναλλακτικών στρατηγικών λύσης προβλημάτων όταν ο άρρωστος δεν είναι εκνευρισμένος. Θα τα συκρατήσει καλύτερα. Διότι ό,τι ακούει σε κατάσταση διέγερσης, δεν το θυμάται αργότερα.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου, σε ήσυχες ώρες, να επισημάνει τι προηγείται και τί τον προκαλεί σε διέγερση. Η έγκαιρη αναγνώριση του αναπτυσσομένου προβλήματος τον βοηθά να σχεδιάσει εναλλακτικές αντιδράσεις και να προλάβει μια βίαιη συμπεριφορά.
- Επιδοκιμασία του αρρώστου όταν προσπαθεί να χειρισθεί στρεσογόνα περιστατικά, χωρίς επιθετικότητα και άσκηση βίας. Ο έπαινος αυξάνει το αίσθημα της επιτυχίας και την πιθανότητα επανάληψης της σχετικής συμπεριφοράς.
- Ομαδική συζήτηση με το προσωπικό του τμήματος πάνω στα περιστατικά επιθετικής συμπεριφοράς του αρρώστου για τη διαπίστωση των ερεθισμάτων που προηγήθηκαν, των παραγόντων που την προκάλεσαν και των πρώιμων ενδεικτικών σημείων της αρχόμενης διέγερσης. Η κλινική αυτή ενημέρωση βοηθά κάθε μέλος του προσωπικού να παρεμβαίνει εξατομικευμένα και έγκαιρα ώστε να προ-λαμβάνεται η έκρηξη της επιθετικότητας.
- Συστηματική χορήγηση και υπεύθυνη παρακολούθηση των επιθυμητών ενεργειών και των παρενεργειών των παραγγελθέντων φαρμάκων και συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα για τη ρύθμιση τους (Ραγιά, 2009).

5. ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Κάποιες φορές, τα μεταφορικά παραδείγματα σε βοηθούν να δεις την ασθένεια με άλλη ματιά. Έτσι, μπορείς να κατανοήσεις μερικές πλευρές της πιο εύκολα.

- **Χαλαρά γρανάζια:** Σκέψου τις σκέψεις και τα συναισθήματά σου σαν γρανάζια που συνδέονται μεταξύ τους, όπως ο μηχανισμός ενός ρολογιού, διασφαλίζοντας, τελικά, ότι οι δείκτες του γυρίζουν σωστά. Αν τα γρανάζια δεν εφαρμόζουν πια σωστά, ή όταν άλλοτε εφαρμόζουν και άλλοτε όχι, τότε το ρολόι απορρυθμίζεται και κάποιες φορές ξεκινά πιο γρήγορα και κάποιες πιο αργά (ΕΠΨΥ, 2012).
- **Το τρενάκι του λούνα παρκ:** Οι άνθρωποι ανεβαίνουν στα τρενάκια για να διασκεδάσουν, αλλά και για να «ανεβάσουν» την αδρεναλίνη τους στα ύψη. Η ξαφνική επιτάχυνση, η ιλιγγιώδης κατάβαση, αλλά και η αγωνιώδης ανάβαση στην κορυφή. Το θέμα με το τρενάκι είναι ότι γνωρίζεις πως, μετά από λίγο, θα πατάς σε στέρεο έδαφος. Στις διπολικές διαταραχές ποτέ δε γνωρίζεις τι σε περιμένει. Ούτε ξέρεις πόσο μακριά θα πέσεις, ούτε πόσο ψηλή θα είναι η επόμενη κορυφή. Είσαι έρμαιο ενός τρομακτικού σκαμπανεβάσματος (ΕΠΨΥ, 2012).
- **Το πηγάδι:** Η κατάθλιψη συχνά παρομοιάζεται με ένα πηγάδι με επίπεδους, σκοτεινούς τοίχους. Κάθεσαι στον πάτο του και δεν υπάρχει η παραμικρή προοπτική διαφυγής. Τα φάρμακα και η θεραπεία μπορούν να σου προσφέρουν τη σκάλα με την οποία θα σκαφαλώσεις για να βγεις έξω. Και, πράγματι, σου την προσφέρουν. Και αν εσύ με τη σειρά σου εξετάσεις προσεκτικά το χείλος του πηγαδιού, μπορείς να καταφέρεις να μην ξαναπέσεις μέσα στο μέλλον (ΕΠΨΥ, 2012).
- **Στον έβδομο ουρανό:** Η μανία, συχνά, συγκρίνεται με μια σύντομη παραμονή στον έβδομο ουρανό. Είναι σαν να πετάς στα σύννεφα. Το πρόβλημα είναι ότι δε μένεις στα σύννεφα για πάντα και ότι η προσγείωσή σου στη γη είναι μάλλον «ανώμαλη». Η υπόσχεση που σου έταξε το μυαλό σου για τη Γη της

Επαγγελίας, είναι απατηλή, καθώς το μόνο που σου μένει είναι θρυμματισμένα γυαλιά παντού και ένας τραπεζικός λογαριασμός που έχει χτυπήσει κόκκινο (ΕΠΨΥ, 2012).

- **Χιονόμπαλα:** Ούτε οι καταθλιπτικές, αλλά ούτε και οι μανιακές πτυχές της διπολικής διαταραχής, αποτελούν πάντα καταστάσεις του τύπου «όλα ή τίποτα». Τόσο η κατάθλιψη, όσο και η μανία αναπτύσσονται σταδιακά. Ξεκινούν σαν μια μικρή χιονόμπαλα, που γλιστράει στην πλαγιά. Στην αρχή, προσφέρει, πραγματικά, ένα όμορφο θέαμα. Όμως, όσο η χιονόμπαλα μεγαλώνει και συμπαρασύρει μαζί της όλο και περισσότερο χιόνι, μετατρέπεται τελικά σε χιονοστιβάδα, που στο πέρασμά της ξεριζώνει τα δέντρα σαν να ήταν λεπτά κλαδάκια. Όσο πιο νωρίς κατορθώσεις να σταματήσεις την κυλιόμενη χιονόμπαλα, τόσο πιο σύντομη και πιο εύκολη θα είναι η προσπάθεια που έχεις να κάνεις για να γίνεις καλά (ΕΠΨΥ, 2012).
- **Κινούμενη άμμος:** Μπορείς, επίσης, να συγκρίνεις τη διπολική διαταραχή με την κινούμενη άμμο. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, υποθέτουμε ότι μπορούμε να βασιστούμε στα συναισθήματά μας και στον τρόπο που αισθανόμαστε. Μοιάζουν με την άμμο, που είναι αρκετά σταθερή για να περπατήσεις πάνω της. Όμως ξαφνικά, η άμμος αρχίζει να μετακινείται και εσύ αρχίζεις να βυθίζεσαι στον πυθμένα της. Δεν έχεις πια κανένα στήριγμα για να πιαστείς και παρασύρεσαι από τα συναισθήματά σου τόσο στη φάση της «έξαψης», όσο και στη φάση της «απόγνωσης». Δεν πρέπει, όμως, να ξεχνάς ότι μπορείς να διασχίσεις ένα κομμάτι κινούμενης άμμου με τη βοήθεια ενός μαδεριού, μοιράζοντας ισομερώς το βάρος σου σε μια μεγαλύτερη επιφάνεια. Εν τέλει, μπορείς να επιβιώσεις από την κινούμενη άμμο, αν ξέρεις τον τρόπο (ΕΠΨΥ, 2012).
- **Χαλασμένη πυξίδα:** Ο δείκτης της πυξίδας δείχνει πάντα προς το βορρά, τουλάχιστον έτσι έχουμε μάθει. Ωστόσο, κοντά στις ακτές της Σκοτίας βρίσκεται ένα νησί, που περιέχει τόσο πολύ μέταλλευμα σιδήρου, που κάνει τις πυξίδες να τρελαίνονται. Στις διπολικές διαταραχές είναι σαν να έχεις «ξεβραστεί» σε ένα τέτοιο νησί. Δεν μπορείς πια να βασιστείς στη συναισθηματική σου πυξίδα. Για μεγάλα χρονικά διαστήματα απομακρύνεσαι

προς τη λανθασμένη κατεύθυνση, χωρίς καν να το ξέρεις. Βρίσκεσαι σε μέρη που δε θες να είσαι, ενώ γίνεται όλο και πιο δύσκολο να εντοπίσεις το μονοπάτι που θα σε οδηγήσει πίσω στον εαυτό σου. Με τα σωστά φάρμακα και την κατάλληλη υποστήριξη θα μπορέσεις να ρυθμίσεις πάλι την πυξίδα σου (ΕΠΨΥ, 2012).

- Ρωγμή στο φράγμα: Τα φράγματα προστατεύουν τη στεριά από την ορμή της θάλασσας. Και οι άνθρωποι έχουν κάποια ψυχολογικά φράγματα για να αντιμετωπίζουν τον κατακλυσμό των συναισθημάτων. Η αντοχή αυτού του ιδιότυπου φράγματος καθορίζεται από εγγενείς βιολογικούς παράγοντες, από εμπειρίες του παρελθόντος, καθώς και από τους τρόπους με τους οποίους κάποιος έχει μάθει να αντιμετωπίζει την απειλή μιας επερχόμενης υπερχειλίσης. Ένα φράγμα όμως μπορεί να υποστεί ρωγμές και τότε αρχίζεις να κατακλύζεσαι από συναισθήματα. Οι ρωγμές στο φράγμα μπορεί να επισκευαστούν, όμως στη σφοδρότητα μιας συναισθηματικής καταιγίδας, το φράγμα είναι πια πιο ευάλωτο σε αυτά τα σημεία. Ας το έχεις αυτό υπόψη σου (ΕΠΨΥ, 2012).

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ:
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΈΡΕΥΝΑ

1.Ερευνητικό Ερώτημα και Σκοπός της Παρούσας Μελέτης

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

2.Μεθοδολογική Προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος

Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε στις προσωπικές παρατηρήσεις και ερμηνείες του 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 (Den Denzin & Lincoln, 1998).

3.Παρουσίαση του Ιστορικού

1. Ατομικό ιστορικό

Ο Κ.Σ. είναι σήμερα 23 ετών. Ζει με την οικογένεια του σε μεγάλη πόλη της Ηπείρου. Η οικογένεια του αποτελείται από τον ίδιο, έναν αδερφό 4 χρόνια μικρότερο και τους δυο γονείς, τη μητέρα του 44 ετών και τον πατέρα του 48 ετών. Δεν παρουσίασε ποτέ ιδιαίτερα προβλήματα, ήταν ωστόσο παιδί με κλειστό χαρακτήρα, λίγες παρέες και πολλές φορές επιζητούσε την μοναχικότητα. Αυτά όλα σε αντιδιαστολή με την κοινωνικότητα και την έντονη προσωπικότητα του μικρότερου αδερφού του, που ήταν ιδιαίτερα αγαπητός και κοινωνικός με πολλές παρέες και φίλους. Δεν αναφέρονται τραυματικά γεγονότα στην ζωή του μέχρι την περίοδο της

ασθένειας. Ωστόσο πάντα υπήρχε το άγχος των πανεπιστημιακών σπουδών, καθώς ήταν ο πρώτος από την οικογένεια που θα είχε την ευκαιρία να σπουδάσει στην ανώτατη εκπαίδευση και ήταν το όνειρο των γονιών του.

2. Κληρονομικό ιστορικό

Από το οικογενειακό ιστορικό φαίνεται πως η γιαγιά του από την πλευρά της μητέρας του έπασχε από ψυχολογικά προβλήματα και έπαιρνε φάρμακα για αυτά, χωρίς να έχει ποτέ νοσηλευτεί σε κάποιο ίδρυμα και χωρίς να υπάρχει από μέρους του σαφής εικόνα της ασθένειας της (δεν είχε μάθει ποτέ από τι έπασχε η γιαγιά του, του έλεγαν ότι είχε ψυχολογικά προβλήματα). Δεν αναφέρει περιστατικά με την γιαγιά του που έκαναν εντύπωση (όπως π.χ. μανιακά επεισόδια). Οι γονείς του δεν παρουσίασαν ποτέ ψυχοπαθολογική συμπτωματολογία και δεν είχαν ποτέ θέμα με ζητήματα ψυχικής ασθένειας ή ψυχολογικών προβλημάτων. Το ίδιο και ο αδερφός του.

3. Ιατρικό ιστορικό

Η έναρξη της διαταραχής παρουσιάστηκε πριν περίπου 10 χρόνια, όταν ο Κ.Σ. έδωσε πανελλήνιες εξετάσεις. Μετά το τέλος των εξετάσεων παρουσίασε καταθλιπτική συνδρομή, η οποία εκδηλώθηκε με φόβο για τη ζωή, απογοήτευση, απόσυρση, αδυναμία και αίσθημα κόπωσης. Ο ασθενής περιγράφει ότι ένιωθε μόνος, χωρίς να έχει την ανάγκη άλλων ανθρώπων, χωρίς να βρίσκει ενδιαφέρον και νόημα για το παραμικρό, το μυαλό του είχε ένα τεράστιο κενό, δεν ενδιαφερόταν για κάτι και ήθελε να κοιμάται για να μην έχει επαφή με την πραγματικότητα. Τα συμπτώματα αρχικά αποδόθηκαν στη κόπωση και το άγχος των εξετάσεων, αλλά δεν παρουσίασαν ύφεση, με αποτέλεσμα η επίσκεψη σε ιδιώτη γιατρό, ο οποίος έκανε παραπομπή σε ψυχίατρο. Ο ψυχίατρος διέγνωσε καταθλιπτική συνδρομή και έδωσε θεραπεία με φλουοξετίνη (Ladose) και λοραζεπάμη (Tavor). Ο ασθενής έδειξε ανταπόκριση στη θεραπεία και μετά από λίγες μέρες έδειξε σημάδια βελτίωσης. Η κατάσταση σταθεροποιήθηκε για περίπου 3 μήνες. Μετά από αυτό το διάστημα και χωρίς σαφές εγκλιτικό αίτιο ο ασθενής παρουσίασε υπομανιακό επεισόδιο, που εκδηλώθηκε με συμπτώματα όπως λογόρροια, φυγή ιδεών, ασυναρτησία και έντονες παραληρητικές ιδέες θρησκευτικού περιεχομένου. Η κατάσταση αυτή οδήγησε τον ασθενή στο ψυχιατρικό τμήμα νοσοκομείου και εισήχθη προς νοσηλεία για 15 ημέρες σε ψυχιατρική κλινική. Η αγωγή που του δόθηκε ήταν αλοπεριδόλη (aloperidine),

βιπεριδίνη (Akineton) και λοραζεπάμη (Tavor). Μετά τις 15 ημέρες εξήλθε σε σχετικά καλή κατάσταση, που σταδιακά βελτιωνόταν. Ο ασθενής επανήρθε σε φυσιολογικές δραστηριότητες, χωρίς όμως να εργάζεται, άρχισε να έχει κοινωνικές σχέσεις και να ακολουθεί μια ήσυχη και φυσιολογική ζωή.

Ένα χρόνο μετά, θεωρώντας ο ίδιος ότι είναι καλά και χωρίς να γνωρίζει κανένας έκανε σταδιακή διακοπή της θεραπείας. Ωστόσο μετά από ένα σημαντικό γεγονός στην οικογένεια (θάνατος συγγενικού προσώπου μεγάλης ηλικίας) ο ασθενής παρουσίασε έντονο καταθλιπτικό σύνδρομο με έντονη συμπτωματολογία, που σταδιακά επιδεινώθηκε. Αρχικά παρουσίασε ανορεξία και απώλεια ενεργητικότητας και τις επόμενες μέρες εκδήλωσε κλάμα χωρίς σαφή αιτία, δυσκολία στο πρωινό ξύπνημα και πολλές ώρες ύπνου, απομόνωση στο δωμάτιο του, απώλεια κοινωνικών επαφών, έλλειψη χαράς ως και σκέψης αυτοκτονίας. Αυτά έγιναν αντιληπτά σχετικά αργά και όταν έγινε γνωστό ότι είχε κάνει και διακοπή των φαρμάκων, οδηγήθηκε ξανά στο νοσοκομείο, νοσηλεύτηκε για 2 εβδομάδες και σταδιακά έδειξε σημεία βελτίωσης. Η αγωγή του άλλαξε και λαμβάνει κουετιαπίνη (Seroquel, αντιψυχωτικό), ένα ισχυρό αντιψυχωσικό φάρμακο, βαλπροϊκό οξύ (Depakine, αντιεπιληπτικό) και λοραζεπάμη (Tavor).

4. Παρούσα κατάσταση

Η απόφαση να εργαστεί σε οικογενειακή επιχείρηση είχε θετικό αποτέλεσμα. Η επαναδραστηριοποίηση του και η σταδιακή κοινωνική του ένταξη φάνηκαν ευεργετικά για την ασθένειά του. Παράλληλα άρχισε να βλέπει ψυχολόγο και άρχισε συνεδρίες γνωσιακής- συμπεριφοριστικής θεραπείας. Πρωταρχικός στόχος της θεραπείας ήταν η αποδοχή της νόσου από τον ασθενή και η ανάγκη για θεραπεία, καθώς και ο ασθενής να μάθει να αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει τους παράγοντες και τις καταστάσεις που επιδεινώνουν το πρόβλημα.

Από τις πρώτες συνεδρίες ο ασθενής εκπαιδεύτηκε στην αυτοπαρατήρηση και αυτορρύθμιση, ώστε να μάθει να διαχειρίζεται τα καταθλιπτικά και υπομανιακά συμπτώματα. Η εκπαίδευση περιελάμβανε εφαρμογή συγκεκριμένων προγραμματισμένων δραστηριοτήτων, συγκεκριμένων ωραρίων ύπνου, ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης του χρόνου, χρήση υποστήριξης και την αμφισβήτηση δυσλειτουργικών αυτόματων σκέψεων σχετικά με τον εαυτό του. Έτσι ο ασθενής

εκπαιδεύτηκε στην έγκαιρη αναγνώριση των πρώιμων σημείων της νόσου και έμαθε να προλαμβάνει την υποτροπή και να μειώνει τη σοβαρότητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων.

Επίσης μέσα από τη γνωσιακή- συμπεριφοριστική θεραπεία βελτίωσε τη συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία. Τέλος μέσα από τις συνεδρίες αυτής της θεραπείας έγινε προσπάθεια προσωπικής ενδυνάμωσης, με σκοπό την αντιμετώπιση της απομόνωσης και του στίγματος και παρέχοντας μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Η συνεδρίες αυτές επαναλαμβάνονται μια φορά το μήνα ή αν ο ασθενής νιώσει την ανάγκη για έκτακτη συνάντηση, γεγονός που συνέβη 3 φορές το τελευταίο έτος.

Μεγάλη βοήθεια έδωσαν στον ασθενή τα ημερολόγια διάθεσης και η πιστή φαρμακευτική αγωγή. Μέσα από τα ημερολόγια ο ασθενής καταγράφει, σε καθημερινή βάση, τις συναισθηματικές του διακυμάνσεις, δηλαδή πότε θεωρεί ότι είναι σε κατάσταση μανίας και πότε σε κατάσταση κατάθλιψης.

Ο ασθενής αυτή την περίοδο είναι σε καλή κατάσταση. Φαίνεται να παρουσιάζει συμπτωματολογία μικρής έκτασης σε ορισμένες περιόδους του χρόνου, όπως τις γιορτές. Σημαντικό ρόλο στην βελτίωση της κατάστασης του έπαιξαν, πέρα από το γεγονός της ψυχοθεραπείας και της προσήλωσης στη φαρμακευτική αγωγή, η επαγγελματική του ενασχόληση, αφού εργάζεται σε μια εργασία που του αρέσει (τυπογραφείο) και η στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον και από την σύντροφο του, με την οποία διατηρεί σχέση για ένα χρόνο και η οποία είναι γνώστης της ασθένειας του.

5. Προσωπικές απόψεις

Η διπολική διαταραχή κατά τη γνώμη μου αποτελεί μια διαταραχή που σημαδεύει την ψυχή του πάσχοντα. Ο διπολικός είναι ένας ασθενής που δεν μπορεί να βιώσει απλές καταστάσεις και να αφεθεί σε συναισθηματικό εκτροχιασμό, γιατί πάντα έχει το φόβο ότι μπορεί να ξεφύγει από τα φυσιολογικά όρια και εκδηλώσει τις μορφές της νόσου. Ο διπολικός ασθενής είναι ένας ασθενής που βιώνει μια συνεχή συναισθηματική ανασφάλεια, αποφεύγει να εκφράσει τον ψυχισμό του και βιώνει μια συνεχή συναισθηματική καταπίεση, καθώς πάντα φοβάται ότι η έκφραση των συναισθημάτων μπορεί να είναι τελικά εκδηλώσεις της νόσου. Αυτή η

συναισθηματική καταπίεση είναι η γενεσιουργός αιτία και άλλων ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων, που μπορεί να εκφραστούν με ακραίες συμπεριφορές, κοινωνική αλλοτρίωση, διαταραχές στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις, απομόνωση, στιγματισμό ή ακραίες συμπεριφορές.

Σε αυτή τη φάση ο διπολικός ασθενής απαιτεί τη στήριξη και τη συμπαράσταση του περιβάλλοντος του. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής-τρια να οικοδομήσει μια σχέση υποστήριξης του ασθενούς από το στενό οικογενειακό περιβάλλον και να τονίσει τη σημασία της ψυχοσυναισθηματικής υποστήριξης και της δημιουργίας ενός ασφαλούς περιβάλλοντος.

Ο νοσηλευτής –τρια πρέπει να κερδίσει και ο ίδιος την εμπιστοσύνη του ασθενούς και να προσπαθήσει μέσα στο θεραπευτικό περιβάλλον να αφήσει τον ασθενή να εκφράσει τον συναισθηματικό του κόσμο, παρέχοντας το πλαίσιο ασφάλειας ότι η έκφραση συναισθημάτων δεν σημαίνει απαραίτητα και την έκφραση της συμπτωματολογίας της νόσου. Αυτό το θεραπευτικό περιβάλλον πρέπει να περιλάβει σταδιακά και το οικογενειακό περιβάλλον, ώστε ο ασθενής να βιώνει δίπλα στους δικούς του ανθρώπους τη λύπη ή τη χαρά, χωρίς να νιώθει ότι εκφράζει την κατάθλιψη ή τη μανία.

Σημαντική είναι η στήριξη και η ενθάρρυνση του ασθενούς να συνεχίσει τη φαρμακευτική αγωγή και την ψυχοθεραπευτική υποστήριξη, καθώς η σημερινή κοινωνία καταδικάζει τους ανθρώπους που έχουν την ταυτότητα του ψυχικά ασθενούς και ο κοινωνικός στιγματισμός είναι ένα κοινότυπο φαινόμενο στις μέρες μας.

Μια σημαντική παρέμβαση που θα μπορούσε να είναι αποτελεσματική είναι η δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας, από άτομα που πάσχουν από το ίδιο πρόβλημα. Αυτό μπορεί να γίνει σε επίπεδο φυσικής παρουσίας με συναντήσεις σε ειδικούς χώρους και με τη βοήθεια ειδικών συντονιστών, μέσα όμως στο πλαίσιο της κοινωνίας, χωρίς να είναι κρυφές συναντήσεις, αλλά να είναι γνωστές και ανακινώσιμες στο ευρύ κοινό. Επίσης μπορεί να γίνει και σε επίπεδο ψηφιακής παρουσίας με τη δημιουργία ειδικών forum και την διαδικτυακή ανταλλαγή απόψεων, θέσεων, εμπειριών, πληροφοριών από άτομα που πάσχουν από τη νόσο και

έχουν την ανάγκη να συναναστραφούν με άλλα άτομα που πάσχουν από το ίδιο πρόβλημα.

Η ενημέρωση του κοινού και η καταπολέμηση της αλλοτρίωσης και του στίγματος πρέπει να είναι βασικές δράσεις για κάθε επαγγελματία υγείας που ασχολείται με την ψυχική υγείας, καθώς είναι γνωστό ότι η ψυχική νόσος απαιτεί συμπαράσταση και ανθρωπιά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Barnett, JH., Smoller, JW. (2009). The genetics of bipolar disorder. *Neuroscience*, 164(1):331-343.
3. Cassidy, F. (2011). Risk factors of attempted suicide in bipolar disorder. *Suicide Life Threat Behav.*,41(1):6-11.
4. De Hert, M., Thys, E., Magiels, G., Wyckaert, S. (2006). *Όλα ή τίποτα. Οδηγός αυτοβοήθειας για άτομα με διπολική διαταραχή*. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Οικονόμου Μαρίνα. Έκδοση: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.)
5. Denzin, N. & Lincoln, Y. (1998). *Strategies of Qualitative Inquiry*. London. Sage Publications.
6. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ). (2012). *Διπολική Διαταραχή-Πρόγραμμα κατά του στίγματος των ψυχικών διαταραχών*. Διαθέσιμο στο: <http://www.epipsi.gr/dipoliki/index.htm>
7. Grant, C., Mericle, B., Royes, S. (2009). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Κοτρώτσου Ε. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην
8. Gelder, M. G., Lopez-Ibor, J. J., Andreasen, N. (2008). *Σύγχρονη ψυχιατρική*. (Κ.Σολδάτος, Επιμ. Ελληνικής Έκδοσης). Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.
9. Goldberg, JF., McElroy, SL. (2007). Bipolar mixed episodes: characteristics and comorbidities. *J Clin Psychiatry*,68(10):e25.

10. Goodwin, G. M. & Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology (2009). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition — recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 23(4), 346-388.
11. Hirschfeld, R. (2007). Screening of bipolar disease. *Am J Manag Care*, 13:S164-S169
12. Hirschfeld, R., Bowden, C., Gitlin, M., Keck, P., Suppes, T., Thase, M, Wagner, K. (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder*. American Psychiatric Association. Second Edition.
13. Hitchcock, G. & Hughes, D. (1989). *Research and the Teacher: A Qualitative Introduction to School-based Research*. London, Routledge.
14. Kaplan, E., & Sadock, B. (2007). *Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής*. (I. Τριποδιανάκης & Κ. Ζερβός, Μετ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα.
15. Merikangas, KR., Akiskal, HS., Angst, J. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 64(5):543-552.
16. Μούγια, Β. (2012). *Επικοινωνία: Διαπροσωπικές σχέσεις και νοσηλευτής Στο: Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου Α. Ψυχική υγεία και νοσηλευτική επιστήμη - Σύγχρονες τάσεις*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Βήτα.
17. Price, A., Marzani-Nissen, G. (2012). Bipolar Disorders: A Review. *Am Fam Physician*, 85(5):483-493.
18. Ραγιά, Α. (2009). *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Ψυχιατρική νοσηλευτική*. 7η Έκδοση βελτιωμένη. Αθήνα
19. Φραδέλος, Ε., Στάϊκος, Χ. (2013). Η συμβολή της ενεργητικής ακρόασης στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*, 18(4): 213-219