



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



## **ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με διπολική διαταραχή σε φάση  
μανίας: Μια ποιοτική μελέτη**

Κωνσταντίνα Γκατζόγια

Νοσηλεύτρια Π.Ε.

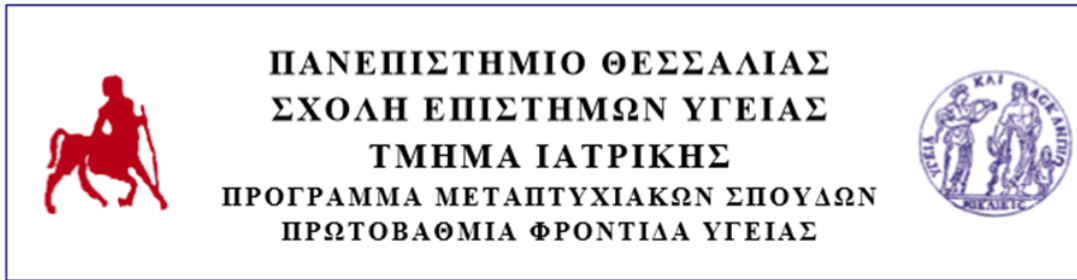
### **ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Ευάγγελος Φραδέλος, Επίκουρος Καθηγητής, Επιβλέπων Καθηγητής

Φωτεινή Μάλλη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Αφροδίτη Ζαρταλούδη, Επίκουρη Καθηγήτρια, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

**Λάρισα, 2023**



**NURSING CARE OF PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER IN MANIC PHASE:  
A QUALITATIVE STUDY**

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές και ειλικρινείς ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα της Μεταπτυχιακής Εργασίας μου καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Φραδέλο Ευάγγελο, για την εμπιστοσύνη του στο πρόσωπο μου, για την συνεχή ακαδημαϊκή και επιστημονική του καθοδήγηση με σκοπό την ολοκλήρωση της εργασίας καθώς και την άμεση ανταπόκριση του σε κάθε επίκληση μου.

Θερμά ευχαριστώ, τα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, κ. Μάλλη Φωτεινή και Αφροδίτη Ζαρταλούδη για τη συνεργασία και τη συμβολή τους στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες σε όλους τους συναδέλφους νοσηλευτές, που συμμετείχαν ενεργά στην ερευνητική μου εργασία όλο αυτό το δύσκολο διάστημα, μιλώντας μου ανοιχτά και μεταφέροντας μου τις εμπειρίες τους από το εργασιακό τους περιβάλλον.

Τέλος θέλω να ευχαριστήσω και να αφιερώσω την διπλωματική μου εργασία στην οικογένεια μου, που με στήριξε και συνεχίζει να με στηρίζει σε όλες μου τις προσπάθειες.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<a href="#">ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</a> .....	3
<a href="#">ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ</a> .....	7
<a href="#">ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ</a> .....	8
<a href="#">ΠΕΡΙΛΗΨΗ</a> .....	9
<a href="#">ABSTRACT</a> .....	10
<a href="#">ΕΙΣΑΓΩΓΗ</a> .....	11
<a href="#">ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</a> .....	12
<a href="#">1. Η διπολική διαταραχή</a> .....	12
<a href="#">1.1 Ορισμός</a> .....	12
<a href="#">1.2 Επιδημιολογία</a> .....	12
<a href="#">1.3 Αίτια</a> .....	14
<a href="#">1.4 Είδη και συμπτώματα</a> .....	18

1.5 Διάγνωση.....	21
1.6 Θεραπεία.....	24
2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διπολική διαταραχή σε φάση μανίας.....	31
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	37
1. Σκοπός.....	37
2. Μεθοδολογία και δείγμα.....	37
3. Αποτελέσματα.....	40
3.1 Πρώτες σκέψεις και συναισθήματα.....	40
3.1.1 Επαγρύπνηση, ανησυχία, στρες.....	40
3.1.2 Ασφάλεια.....	41
3.1.3 Εμπιστοσύνη.....	41
3.1.4 Νοσηλευτική εκτίμηση.....	42
3.2 Συχνότερα προβλήματα και ανάγκες ασθενών.....	43
3.2.1 Προβλήματα.....	43
3.2.1.1 Αυπνίες.....	43
3.2.1.2 Λογόρροια και υπερκινητικότητα.....	44
3.2.1.3 Έλλειψη επίγνωσης της ασθένειας.....	44
3.2.1.4 Έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου, κοινωνικά και διαπροσωπικά προβλήματα.....	45
3.2.1.5 Αστάθεια στη διάθεση.....	46
3.2.1.6 Μη συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία.....	46
3.2.2 Ανάγκες.....	46
3.2.2.1 Σχέσεις εμπιστοσύνης και υποστήριξη.....	46
3.2.2.2 Ενημέρωση φροντιστή.....	48
3.2.2.3 Εξατομίκευση φροντίδας.....	48
3.3 Επιθυμητά αποτελέσματα κατά τη φροντίδα.....	48
3.3.1 Καθορισμός ορίων.....	49
3.3.2 Λήψη φαρμακευτικής αγωγής.....	49
3.3.3 Ευθυμική διάθεση και πρόληψη υποτροπών.....	49
3.3.4 Κατανόηση βοήθειας.....	50
3.3.5 Μείωση συναισθηματισμών.....	50
3.3.6 Διατροφή.....	51
3.3.7 Ανεξάρτητη διαβίωση και αυτοδιαχείριση.....	51

<a href="#">3.3.8 Δημιουργία ρουτίνας</a> .....	52
<a href="#">3.3.9 Ποιότητα ζωής</a> .....	52
<a href="#">3.4 Προτάσεις-παρεμβάσεις για αποτελεσματική φροντίδα</a> .....	53
<a href="#">3.4.1 Διεπιστημονική συνεργασία</a> .....	53
<a href="#">3.4.2 Εύρεση εργασίας και δημιουργικής απασχόλησης</a> .....	54
<a href="#">3.4.3 Εκπαίδευση και μείωση υποτροπών</a> .....	54
<a href="#">3.4.4 Συνεργασία με φροντιστές και έλεγχος περιβάλλοντος</a> .....	54
<a href="#">3.4.5 Συλλογή πληροφοριών</a> .....	55
<a href="#">3.4.6 Εμπιστοσύνη</a> .....	55
<a href="#">3.4.7 Ηθικά διλήμματα</a> .....	55
<a href="#">3.5 Προτάσεις-παρεμβάσεις για δημιουργία ενός ψυχικά υγιούς περιβάλλοντος για τους νοσηλευτές</a> .....	57
<a href="#">3.5.1 Προσλήψεις προσωπικού και κατάλληλη εκπαίδευση</a> .....	57
<a href="#">3.5.2 Ψυχολογική υποστήριξη και αύξηση μισθού</a> .....	57
<a href="#">3.5.3 Βελτίωση εργασιακού περιβάλλοντος</a> .....	58
<a href="#">4. Συζήτηση</a> .....	61
<a href="#">ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</a> .....	67
<a href="#">ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ</a> .....	68
<a href="#">ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</a> .....	74

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

<a href="#">Εικόνα 1. Παγκόσμια επικράτηση διπολικής διαταραχής το 2013 ανάλογα το φύλο και την ηλικία...</a>	13
<a href="#">Εικόνα 2. Προσαρμοσμένα έτη ζωής στην αναπηρία εξαιτίας της διπολικής διαταραχής το 2013 κατά ηλικία και φύλο</a>	14
<a href="#">Εικόνα 3. Συσχετίσεις μεταξύ των διαμήκων αλλαγών στο πάχος του φλοιού και των (υπο)μανιακών επεισοδίων</a>	16
<a href="#">Εικόνα 4. Ο ρόλος του λιθίου στη διπολική διαταραχή και τον νευροεκφυλισμό</a>	31
<a href="#">Εικόνα 5. Πρώτες κινήσεις νοσηλευτών κατά την εισαγωγή ασθενούς με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας</a>	43
<a href="#">Εικόνα 6. Ιεράρχηση νοσηλευτικών στόχων</a>	53

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

<a href="#">Πίνακας 1. Εγκεκριμένες από τον FDA φαρμακευτικές ουσίες για τη διπολική διαταραχή</a> .....	24
<a href="#">Πίνακας 2. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας με βάση τα πρότυπα της Αμερικανικής Ένωσης Ψυχιατρικών Νοσηλευτών</a> .....	34
<a href="#">Πίνακας 3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά νοσηλευτών</a> .....	38
<a href="#">Πίνακας 4. Σύνοψη προβλημάτων των ασθενών, επιθυμητών αποτελεσμάτων και χρησιμοποιούμενων παρεμβάσεων</a> .....	56
<a href="#">Πίνακας 5. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας</a> .....	59

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διπολική διαταραχή είναι μια ψυχική ασθένεια η οποία είναι χρόνια, και έχει υποτροπές συχνά. Σκοπός της έρευνας ήταν να μελετήσει τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας. Πραγματοποιήθηκε ποιοτική μελέτη και έγινε χρήση ημιδομημένων συνεντεύξεων. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 10 νοσηλευτές που εργάζονται σε ψυχιατρικές κλινικές. Διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές είναι σε επαγρύπνηση όταν έρχεται στο τμήμα κάποιος ασθενής με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας. Βασικά συστατικά της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η ασφάλεια του ασθενούς, η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, η ενθάρρυνση του ύπνου και της υγιεινής διατροφής, η εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειάς του, η πρόληψη υποτροπών, και η βοήθεια του ασθενούς αναφορικά με την αυτοδιαχείριση και την ανεξαρτητοποίηση. Χαρακτηρίστηκαν ως πολύ σημαντικά ο καθορισμός ορίων και η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Για τη βελτίωση της αποτελεσματικής φροντίδας τονίστηκε η συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα και η βοήθεια του ασθενούς στην εύρεση κάποιας δημιουργικής απασχόλησης. Τέλος, οι νοσηλευτές τόνισαν τη σημασία της αύξησης των προσλήψεων για τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης, και της δημιουργίας φορέα για την ψυχολογική υποστήριξή τους. Προτείνεται η διερεύνηση των αναγκών υποστήριξης των φροντιστών κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου, καθώς και η μελέτη των αναγκών των ασθενών και η ικανοποίησή τους από τη νοσηλευτική φροντίδα.

Λέξεις κλειδιά: διπολική διαταραχή, μανία, μανιακό επεισόδιο, νοσηλευτική φροντίδα

## **ABSTRACT**

Bipolar disorder is a mental illness that is chronic, and has frequent relapses. The purpose of the research was to study the nursing care of patients with bipolar disorder in the mania phase. A qualitative study was conducted and semi-structured interviews were used. The research sample consisted of 10 nurses working in psychiatric clinics. It was found that nurses are alert when a manic bipolar disorder patient comes to the ward. Key components of nursing care are keeping the patient safe, administering medication, encouraging sleep and healthy eating, educating the patient and family, preventing relapses, and assisting the patient with self-management and independence. Defining boundaries and establishing a relationship of trust with the patient were characterized as very important. Collaboration with the interdisciplinary team and helping the patient find some creative employment, were emphasized to improve effective care. Finally, the nurses emphasized the importance of increasing recruitment to reduce burnout, and creating a body for their psychological support. It is proposed to investigate the support needs of caregivers during a manic episode, as well as to study the needs of patients and their satisfaction with nursing care.

Key words: bipolar disorder, mania, manic episode, nursing care

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από την αρχαιότητα έχουν περιγραφεί μη φυσιολογικές καταστάσεις διάθεσης, που κυμαίνονται από υπερβολική απόγνωση, ψυχική βραδύτητα, μειωμένα κίνητρα και μειωμένη γνωστική λειτουργία, αφενός, και ενθουσιασμό, αυξημένη ενέργεια και αυξημένη γνωστική και κινητική δραστηριότητα από την άλλη. Το σύνδρομο στο οποίο εμφανίζονται και οι δύο αυτές παθολογικές καταστάσεις σε ένα μόνο άτομο περιγράφηκε για πρώτη φορά στην ιατρική βιβλιογραφία το 1854, αν και η πληρέστερη περιγραφή του έγινε από τον Γερμανό ψυχίατρο Emil Kraepelin στις αρχές του 19ου αιώνα. Ο Kraepelin τόνισε την περιοδικότητα της ασθένειας και πρότεινε ένα υποκείμενο τριμεταβλητό μοντέλο διάθεσης, σκέψης (γνωσίας) και βούλησης (δραστηριότητας) για να εξηγηθούν οι κλασικές μορφές μανίας και κατάθλιψης και οι διάφορες μικτές παρουσιάσεις που στη συνέχεια γνωστές ως μικτές καταστάσεις. Αυτές οι αρχικές περιγραφές της μανιοκαταθλιπτικής ασθένειας περιελάμβαναν τα περισσότερα υποτροπιάζοντα σύνδρομα διάθεσης με υποτροπιάζουσα διαλείπουσα πορεία, ελάχιστη ενδοεπεισοδιακή νοσηρότητα και ένα ευρύ φάσμα ‘χρωματισμών διάθεσης’ που περνούν χωρίς έντονο όριο από το αρχείο των πιο σοβαρών διαταραχών στο πεδίο της προσωπικής προδιάθεσης. Αν και η κλινική περιγραφή της διπολικής διαταραχής του Kraepelin παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος της σημερινής κλινικής περιγραφής, οι πιο σύγχρονες αντιλήψεις για τη διπολική διαταραχή έχουν διαφοροποιήσει τη μανιοκαταθλιπτική νόσο από την υποτροπιάζουσα κατάθλιψη, εν μέρει με βάση τις διαφορές στο οικογενειακό ιστορικό και τη σχετική ειδικότητα του ανθρακικού λιθίου και των αντισπασμωδικών σταθεροποιητικών της διάθεσης ως αντιμανιακούς και προφυλακτικούς παράγοντες στη διπολική διαταραχή (Pies, 2007; Ghaemi, 2013).

Στόχος της εργασίας αυτής είναι να μελετήσει τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας. Το γενικό μέρος της εργασίας αποτελείται από δυο κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η διπολική διαταραχή και στο δεύτερο παρουσιάζεται ο ρόλος του νοσηλευτή στη διπολική διαταραχή σε φάση μανίας. Το ειδικό μέρος της εργασίας αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο σκοπός της έρευνας, στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία και το δείγμα, στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα, και στο επόμενο κεφάλαιο βρίσκεται η συζήτηση.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## 1. Η διπολική διαταραχή

### 1.1 Ορισμός

Η διπολική διαταραχή είναι μια ψυχική ασθένεια η οποία είναι χρόνια, και έχει υποτροπές συχνά. Το βασικό χαρακτηριστικό της είναι οι συναισθηματικές διαταραχές. Για αρκετά χρόνια, η ασθένεια ήταν γνωστή ως «μανιοκατάθλιψη» (Perugi et al., 2017).

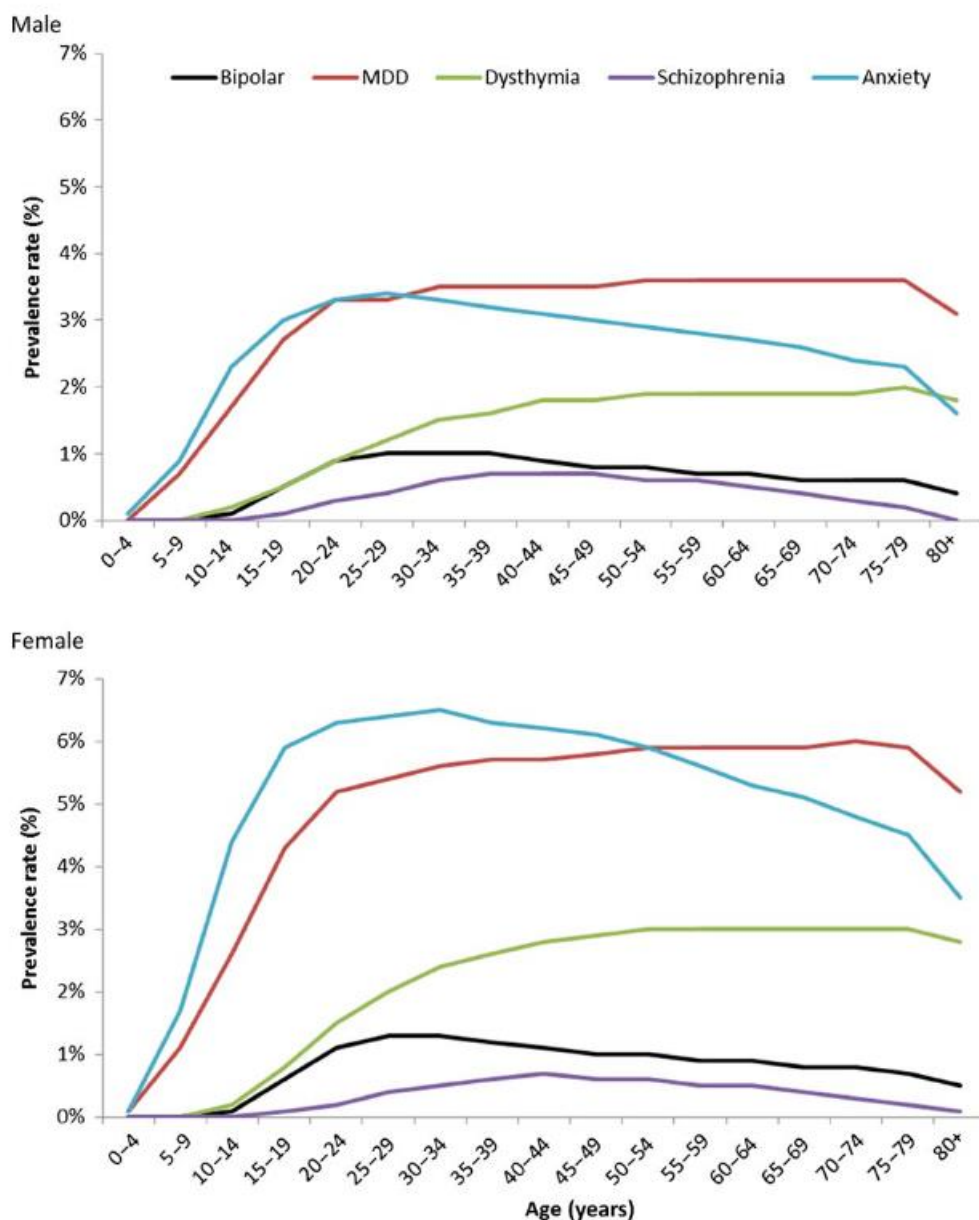
Ο τρόπος εκδήλωσης της διπολικής διαταραχής είναι η ακραία εναλλαγή στη διάθεση και τη συμπεριφορά προκαλώντας έτσι διαταραχές τόσο στη σκέψη όσο και στις δραστηριότητες. Επίσης, βασικό χαρακτηριστικό της είναι η εναλλαγή στις φάσεις κατάθλιψης και μανίας. Ενδιάμεσα στις φάσεις υπάρχει φυσιολογική διάθεση (νορμοθυμία) (Ghaemi, 2013).

Πρέπει να αναφερθεί, ότι είναι φυσιολογικό ένα άτομο να έχει εναλλαγές στη διάθεσή του. Όμως, στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής, αυτές οι εναλλαγές εμφανίζονται με ακραία χαρακτηριστικά, και διαφέρουν ως προς τη διάρκεια και την ένταση. Για παράδειγμα, από τη χαρά γίνεται μεταβολή σε μανιακά συμπτώματα και από τη θλίψη γίνεται μεταβολή σε καταθλιπτικά συμπτώματα (Rowland & Marwaha, 2018).

### 1.2 Επιδημιολογία

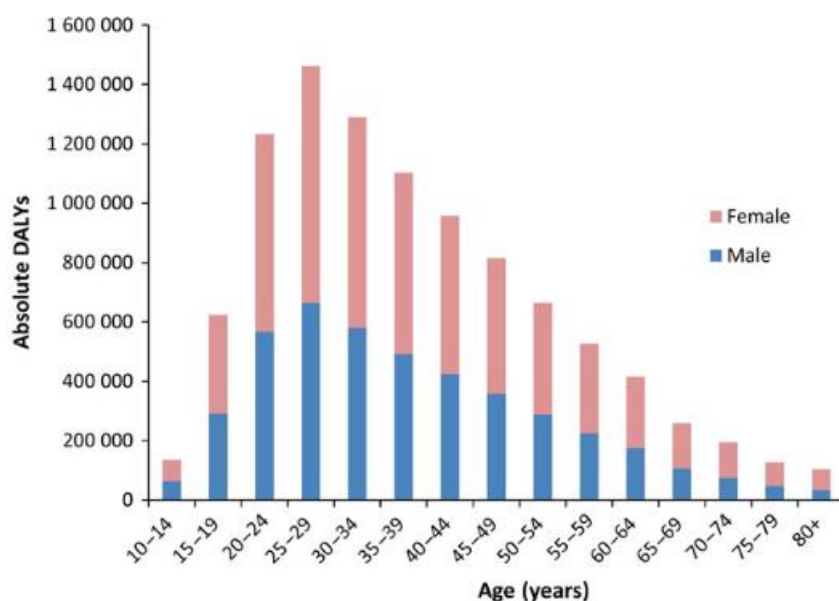
Χρησιμοποιώντας τα κριτήρια DSM-IV, η Εθνικής Μελέτης Συννοσηρότητας των ΗΠΑ βρήκε παρόμοια ποσοστά επικράτησης της διπολικής διαταραχής κατά τη διάρκεια της ζωής μεταξύ ανδρών (1,1%) και γυναικών (1%). Τα υποκατώτερα συμπτώματα υπομανίας (διαταραχή διπολικού φάσματος) ήταν πιο συχνά, με εκτιμήσεις ποσοστού επιπολασμού 2,4% (Merikangas et al., 2007). Τα ποσοστά επίπτωσης, τα οποία επικεντρώνονται σε μεγάλο βαθμό στη διπολική διαταραχή τύπου I, έχουν υπολογιστεί σε περίπου 6,1 ανά 100.000 ανθρώπους (Jongsma et al., 2019). Οι εκτιμήσεις της επίπτωσης και του επιπολασμού στη διάρκεια της ζωής της διπολικής διαταραχής δείχνουν μέτριες διακυμάνσεις ανάλογα με τη μέθοδο διάγνωσης και το φυλετικό, εθνοτικό και δημογραφικό πλαίσιο (Rowland & Marwaha, 2018). Στα άτομα με χαμηλό εισόδημα, και στις δυτικές χώρες είναι ελαφρώς υψηλότερα τα ποσοστά διπολικής διαταραχής, που μπορεί να αντικατοπτρίζει έναν συνδυασμό

δυτικοποιημένης κεντρικότητας στα συγκεκριμένα ιδιώματα που χρησιμοποιούνται για την κατανόηση και την πρόκληση συμπτωμάτων, καθώς και μεγαλύτερη γνώση, αποδοχή και εννοιολόγηση των συναισθηματικών συμπτωμάτων ως ψυχιατρικές διαταραχές (Kessler et al., 2022).



Εικόνα 1. Παγκόσμια επικράτηση διπολικής διαταραχής το 2013 ανάλογα το φύλο και την ηλικία

(Πηγή: Ferrari et al., 2016)



**Εικόνα 2. Προσαρμοσμένα έτη ζωής στην αναπηρία εξαιτίας της διπολικής διαταραχής το 2013 κατά ηλικία και φύλο**

(Πηγή: Ferrari et al., 2016)

### 1.3 Αίτια

Όπως και άλλες κοινές ψυχιατρικές διαταραχές, η διπολική διαταραχή πιθανότατα προκαλείται από μια σύνθετη αλληλεπίδραση πολλαπλών παραγόντων, τόσο σε επίπεδο πληθυσμού όσο και εντός ατόμων, που μπορούν να θεωρηθούν καλύτερα σε διάφορα επίπεδα ανάλυσης, όπως γενετική, εγκεφαλικά δίκτυα, ψυχολογική λειτουργία, κοινωνικές υποστήριξη και άλλους βιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Kendler, 2019).

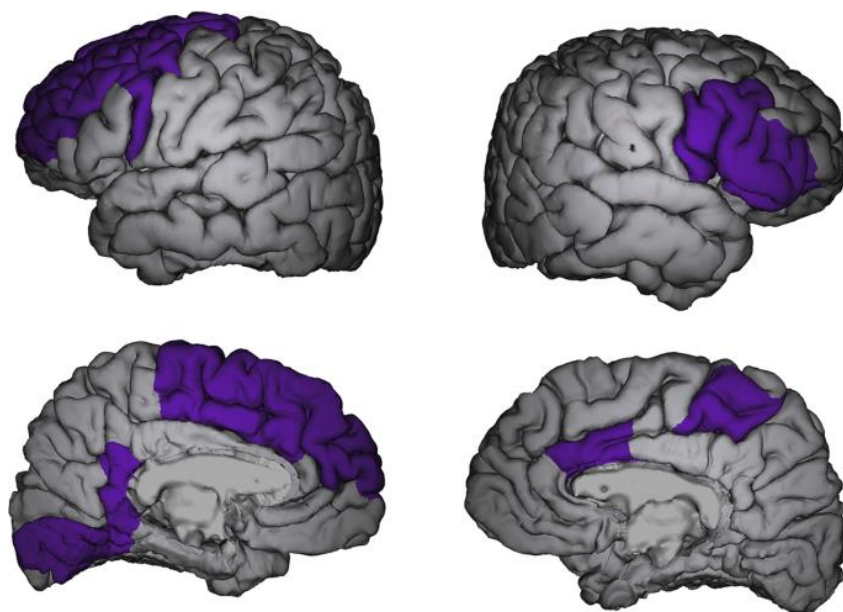
Από τις πρώτες περιγραφές της, η διπολική διαταραχή έχει παρατηρηθεί ότι εμφανίζεται σε οικογένειες. Πράγματι, το οικογενειακό ιστορικό είναι ο ισχυρότερος ατομικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη της διαταραχής, με τους συγγενείς πρώτου βαθμού να έχουν περίπου οκταπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν διπολική διαταραχή σε σύγκριση με τα βασικά ποσοστά πληθυσμού περίπου 1%. Ενώ οι οικογενειακές μελέτες δεν μπορούν να διαχωρίσουν τις επιπτώσεις της γενετικής από συμπεριφορική ή πολιτισμική μετάδοση, μελέτες δίδυμων και υιοθεσίας έχουν χρησιμοποιηθεί για να επιβεβαιωθεί ότι η πλειονότητα του οικογενειακού κινδύνου είναι γενετικής προέλευσης, με εκτιμήσεις κληρονομικότητας περίπου 60-80%. Υπήρξαν λιγότερες μελέτες για τη διπολική διαταραχή τύπου II, αλλά η κληρονομικότητα βρέθηκε να είναι μικρότερη (περίπου 46%) και πιο κοντά σε αυτή των πιο κοινών διαταραχών όπως η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ή το γενικευμένο άγχος. Ωστόσο, η κληρονομικότητα δεν συνεπάγεται απαραίτητα την παρουσία γονιδίων μεγάλης επίδρασης, καθώς ο

γενετικός κίνδυνος για διπολική διαταραχή φαίνεται πιθανό να κατανέμεται σε πολλές κοινές παραλλαγές μικρών μεγεθών επιδράσεων. Συνεχείς μελέτες σπάνιων παραλλαγών έχουν βρει προκαταρκτικά στοιχεία για παραλλαγές ελαφρώς υψηλότερων μεγεθών επίδρασης, με αρχικές ενδείξεις σύγκλισης με κοινές παραλλαγές στα γονίδια που σχετίζονται με τη σύναψη και η μετασυναπτική πυκνότητα (Smoller & Finn, 2003; Song et al., 2015; Mullins et al., 2021).

Αν και η πιθανότητα ότι η δοκιμή μεμονωμένων παραλλαγών ή γονιδίων θα είναι χρήσιμη για διαγνωστικούς σκοπούς είναι χαμηλή, οι αναλύσεις που είναι γνωστές ως μελέτες πολυγονιδιακού κινδύνου μπορούν να συνοψίσουν όλους τους τύπους κινδύνου και να έχουν κάποια ικανότητα να διακρίνουν τις περιπτώσεις από τους ελέγχους, αν και σε επίπεδο ομάδας και όχι σε ατομικό επίπεδο. Αυτές οι βαθμολογίες πολυγονιδιακού κινδύνου μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για τον εντοπισμό κοινών γενετικών παραγόντων κινδύνου σε άλλες ιατρικές και ψυχιατρικές διαταραχές. Η διπολική διαταραχή έχει ισχυρές ενδείξεις για κοινή κληρονομικότητα με βάση τη σχιζοφρένεια (γενετική συσχέτιση 0,69) και μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (γενετική συσχέτιση 0,48). Η διπολική διαταραχή τύπου I έχει ισχυρότερη κληρονομικότητα με τη σχιζοφρένεια σε σύγκριση με το τη διπολική διαταραχή τύπου II, η οποία σχετίζεται πιο ισχυρά γενετικά με τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (γενετική συσχέτιση 0,66) και τη διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (γενετική συσχέτιση 0,21) (Mullins et al., 2021; Murray et al., 2021).

Ομοίως με τις πρώιμες γενετικές μελέτες, μικρές αρχικές μελέτες είχαν περιορισμένη αναπαραγωγή, οδηγώντας στο σχηματισμό μεγάλων παγκόσμιων κοινοπραξιών όπως το ENIGMA (ενίσχυση της γενετικής νευροαπεικόνισης μέσω μετα-ανάλυσης) που οδήγησε σε σημαντικά μεγαλύτερα μεγέθη δειγμάτων και βελτιωμένη αναπαραγωγικότητα. Στις ογκομετρικές αναλύσεις των υποφλοιωδών δομών από MRI (απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού) ασθενών με διπολική διαταραχή, η κοινοπραξία ENIGMA βρήκε μέτριες μειώσεις στον όγκο του θαλάμου, του ιππόκαμπου και της αμυγδαλής, με αυξημένο όγκο που παρατηρείται μόνο στις πλάγιες κοιλίες. Οι μετα-αναλύσεις των περιοχών του φλοιού βρήκαν παρομοίως μικρές μειώσεις στο πάχος του φλοιού ευρέως στους βρεγματικούς, κροταφικούς και μετωπιαίους φλοιούς, αλλά όχι αλλαγές στην επιφάνεια του φλοιού. Σε πιο πρόσφατες μετα-αναλύσεις των οδών της λευκής ουσίας με τη χρήση απεικόνισης διάχυτης τάσης, ευρέως διαδεδομένες αλλά μέτριες μειώσεις στην ακεραιότητα της λευκής ουσίας βρέθηκαν σε όλο τον εγκέφαλο στη διπολική διαταραχή. Αν και αυτά τα ευρήματα είναι πιθανό να είναι σε μεγάλο βαθμό αναπαραγόμενα, δεν έχουν, προς το παρόν, κλινική εφαρμογή. Αυτό οφείλεται στο ότι αντανακλούν διαφορές σε ομαδικό και όχι σε ατομικό επίπεδο, και επειδή πολλά από αυτά τα μοτίβα παρατηρούνται και σε άλλες ψυχιατρικές διαταραχές και θα μπορούσαν να είναι είτε κοινοί παράγοντες κινδύνου είτε επιδράσεις συγγυτικών παραγόντων όπως ιατρικές συννοσηρότητες, φάρμακα, και συνυπάρχουσα κατάχρηση ουσιών (Hibar et al., 2016; Favre et al., 2019; Nunes et al., 2020).

### associations with (hypo)manic episodes



**Εικόνα 3. Συσχετίσεις μεταξύ των διαμήκων αλλαγών στο πάχος του φλοιού και των (υπο)μανιακών επεισοδίων**

(Πηγή: Abé et al., 2023)

Λόγω της δυσκολίας στη μέτρηση και τη μελέτη των σχετικών και συχνά κοινών περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου για μια περίπλοκη ασθένεια όπως η διπολική διαταραχή, έχει γίνει λιγότερη έρευνα για το πώς οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου θα μπορούσαν να προκαλέσουν ή να τροποποιήσουν τη διπολική διαταραχή. Τα στοιχεία για παράγοντες ενδομήτριου κινδύνου είναι μικτά και λιγότερο πειστικά από τέτοια στοιχεία σε διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια. Προκαταρκτικά στοιχεία υποδηλώνουν ότι οι εξέχουσες εποχιακές αλλαγές στην ηλιακή ακτινοβολία, πιθανώς μέσω των επιπτώσεών της στον κιρκάδιο ρυθμό, μπορεί να συσχετιστούν με πρόωμη έναρξη διπολικής διαταραχής και υψηλότερη πιθανότητα να εμφανιστεί ένα καταθλιπτικό επεισόδιο στην αρχή. Ωστόσο, η κύρια εστίαση των περιβαλλοντικών μελετών στη διπολική διαταραχή ήταν σε τραυματικά και αγχωτικά γεγονότα της ζωής στην πρόωμη παιδική ηλικία και στην ενήλικη ζωή. Οι επιπτώσεις τέτοιων ανεπιθύμητων ενεργειών είναι πολύπλοκες, αλλά σε μεγάλο επίπεδο έχουν συσχετιστεί με πρόωμη έναρξη της διπολικής διαταραχής, χειρότερη πορεία ασθένειας, μεγαλύτερο επιπολασμό ψυχωσικών συμπτωμάτων, κατάχρηση ουσιών και ψυχιατρικές συννοσηρότητες και υψηλότερο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας (Marangoni, Hernandez & Faedda, 2016; Gilman et al., 2015).

Η διπολική διαταραχή σπάνια εκδηλώνεται μεμονωμένα, με τα ποσοστά συννοσηρότητας να υποδεικνύουν αυξημένο κίνδυνο κατά τη διάρκεια της ζωής για πολλά συνυπάρχοντα συμπτώματα και

συννοσηρικές διαταραχές, ιδιαίτερα άγχος, διαταραχές προσοχής, διαταραχές κατάχρησης ουσιών και διαταραχές προσωπικότητας. Τα αίτια μιας τέτοιας συννοσηρότητας μπορεί να είναι ποικίλα και πολύπλοκα: Θα μπορούσαν να αντικατοπτρίζουν μια μικτή παρουσίαση που χωρίζεται τεχνητά από τα τρέχοντα διαγνωστικά κριτήρια. Μπορεί επίσης να αντικατοπτρίζουν ανεξάρτητες ασθένειες, ή μπορεί να αντιπροσωπεύουν τις κατάντη επιδράσεις μιας διαταραχής αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης μιας άλλης διαταραχής. Οι αγχώδεις διαταραχές τείνουν να εμφανίζονται πριν από την ειλικρινή εμφάνιση μανιακών ή υπομανιακών συμπτωμάτων, υποδηλώνοντας ότι θα μπορούσαν εν μέρει να αντικατοπτρίζουν πρόδρομα συμπτώματα που εκδηλώνονται νωρίς στη διάρκεια της ζωής. Ομοίως, συμπτώματα διαταραχής ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας παρατηρούνται επίσης σε όλη τη διάρκεια ζωής των ατόμων με διπολική διαταραχή, αλλά ιδιαίτερα σε πρώιμη έναρξη διπολικής διαταραχής. Από την άλλη πλευρά, οι διαταραχές κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών εμφανίζονται πιο ομοιόμορφα πριν και μετά την έναρξη της διπολικής διαταραχής, που συνάδει με μια πιο αμφίδρομη αιτιολογική συσχέτιση (Merikangas et al., 2011).

Η συσχέτιση μεταξύ διπολικής διαταραχής και συννοσηρών διαταραχών προσωπικότητας είναι εξίσου περίπλοκη. Ηπιότερες εκδηλώσεις επίμονης αστάθειας της διάθεσης (κυκλοθυμία) ή χαμηλής διάθεσης (δυσθυμία) θεωρούνταν παλαιότερα ως ιδιοσυγκρασιακές παραλλαγές της διπολικής διαταραχής, αλλά πλέον ταξινομούνται ως σχετικές αλλά ξεχωριστές διαταραχές. Σε άτομα με επίμονη συναισθηματική δυσρύθμιση, η διάγνωση της διπολικής διαταραχής μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς τα όρια μεταξύ της μακροχρόνιας αστάθειας της διάθεσης και των φασικών αλλαγών στην κατάσταση της διάθεσης μπορεί να είναι δύσκολο να διακριθούν. Ενώ η επικάλυψη συμπτωμάτων μπορεί να οδηγήσει σε τεχνητά διογκωμένα ποσοστά επικράτησης των διαταραχών προσωπικότητας στη διπολική διαταραχή, τα αυξημένα ποσοστά των περισσότερων διαταραχών προσωπικότητας στη διπολική διαταραχή, ιδιαίτερα εκείνων που σχετίζονται με τη συναισθηματική αστάθεια, πιθανότατα αντανακλούν ένα σημαντικό κλινικό φαινόμενο που δεν έχει μελετηθεί καλά, ιδιαίτερα με όσον αφορά τις επιπτώσεις της θεραπείας. Γενικά, τα άτομα με συννοσηρότητες τείνουν να έχουν μεγαλύτερη επιβάρυνση των συμπτωμάτων και λειτουργική ανεπάρκεια και έχουν χαμηλότερα ποσοστά ανταπόκρισης στη θεραπεία. Τα δεδομένα για τις προσεγγίσεις για τη θεραπεία συγκεκριμένων συννοσηρών διαταραχών στη διπολική διαταραχή είναι περιορισμένα, και οι κλινικοί γιατροί συχνά απομένουν να βασίζονται στην κλινική τους κρίση. Η πιο φειδωλή προσέγγιση είναι να αντιμετωπίζεται όσο το δυνατόν πληρέστερα η πρωτοπαθής νόσος πριν εξεταστούν πρόσθετες θεραπευτικές επιλογές για τα εναπομείναντα συννοσηρά συμπτώματα. Για ορισμένες συννοσηρότητες, όπως συμπτώματα άγχους και διαταραχές προσοχής, η φαρμακολογική θεραπεία πρώτης γραμμής—δηλαδή, τα αντικαταθλιπτικά και τα διεγερτικά, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή, καθώς μπορεί να αυξήσουν τους μακροπρόθεσμους κινδύνους αλλαγής της διάθεσης ή γενικής αστάθειας της διάθεσης (Perugi et al., 2017; Parker et al., 2022; Baldessarini et al., 2013).

Όπως και άλλες σημαντικές ψυχικές ασθένειες, η διπολική διαταραχή σχετίζεται επίσης με αυξημένο επιπολασμό κοινών ιατρικών διαταραχών όπως η παχυσαρκία, η υπερλιπιδαιμία, η στεφανιαία νόσος, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και η δυσλειτουργία του θυρεοειδούς. η αδράνεια, η κακή διατροφή, το κάπνισμα και η αυξημένη χρήση εθιστικών ουσιών, αλλά ορισμένες θα μπορούσαν επίσης να είναι συνέπειες συγκεκριμένων θεραπειών, όπως τα άτυπα αντιψυχωσικά και οι σταθεροποιητές της διάθεσης. Μαζί με την κακή πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, αυτή η ιατρική επιβάρυνση πιθανώς ευθύνεται για μεγάλο μέρος της αυξημένης τυποποιημένης θνησιμότητας (περίπου 2,6 φορές υψηλότερη) σε άτομα με διπολική διαταραχή, υπογραμμίζοντας την ανάγκη χρήσης θεραπειών με καλύτερα μακροπρόθεσμα προφίλ παρενεργειών και την ανάγκη για καλύτερη ενσωμάτωση με την ιατρική περίθαλψη (Launders et al., 2022; Lomholt et al., 2019).

Ενώ ο πιο διαδεδομένος προσυμπτωματικός έλεγχος και η καλύτερη προσβασιμότητα στους παρόχους ψυχικής υγείας θα πρέπει κατ' αρχήν να συντομεύουν το χρόνο μέχρι τη διάγνωση και τη θεραπεία, η πρόωμη εκδήλωση συμπτωμάτων σε εκείνους που τελικά θα διαγνωστούν με διπολική διαταραχή είναι γενικά μη ειδική. Ειδικότερα, μελέτες σε απογόνους εφήβων με γονέα με διπολική διαταραχή έχουν βρει συμπτώματα άγχους και διαταραχών προσοχής να είναι συχνά εμφανιζόμενα στην πρόωμη εφηβεία, ακολουθούμενα από υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και διαταραχών ύπνου στα επόμενα εφηβικά χρόνια. Συμπτώματα μανίας, όπως παρατεταμένη αυξήσεις στην ενέργεια, ενθουσιώδη διάθεση, αγωνιστικές σκέψεις και αστάθεια της διάθεσης απαντώνται επίσης συχνότερα σε παιδιά με πρόδρομα συμπτώματα (εκτιμήσεις μετα-αναλυτικής επικράτησης κυμαίνονται από 30-50%). Ακόμα, όταν εξετάζονται μεμονωμένα, κανένα από αυτά τα συμπτώματα ή διαταραχές είναι αρκετά ευαίσθητα ή συγκεκριμένα ώστε να προσδιορίζουν με ακρίβεια τα άτομα που θα μεταβούν στη διπολική διαταραχή. Οι συνεχείς προσεγγίσεις για την εξέταση αυτών των κλινικών παραγόντων μαζί για τη βελτίωση της ακρίβειας έχουν μια πολλά υποσχόμενη αλλά μέτρια ικανότητα να εντοπίζουν άτομα που θα αναπτύξουν διπολική διαταραχή, τονίζοντας την ανάγκη για περαιτέρω μελέτες πριν από την εφαρμογή (Gregersen et al., 2022; Taylor et al., 2021).

#### **1.4 Είδη και συμπτώματα**

Υπάρχουν τρεις τύποι διπολικής διαταραχής. Και οι τρεις τύποι περιλαμβάνουν σαφείς αλλαγές στη διάθεση, την ενέργεια και τα επίπεδα δραστηριότητας. Αυτές οι διαθέσεις κυμαίνονται από περιόδους εξαιρετικής χαράς, ενθουσιασμού, ευερέθιστης ή ενεργητικής συμπεριφοράς (γνωστά ως μανιακά επεισόδια) έως πολύ θλιμμένες, λυπημένες, αδιάφορες ή απελπιστικές περιόδους (γνωστές ως

καταθλιπτικά επεισόδια). Οι λιγότερο σοβαρές μανιακές περιόδους είναι γνωστές ως υπομανιακά επεισόδια (Goodwin & Jamison, 2007).

Πιο συγκεκριμένα τα είδη της διπολικής διαταραχής είναι τα εξής (Jain & Mitra, 2023):

- Η διπολική διαταραχή τύπου I ορίζεται από μανιακά επεισόδια που διαρκούν τουλάχιστον 7 ημέρες (σχεδόν κάθε μέρα για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας) ή από μανιακά συμπτώματα που είναι τόσο σοβαρά που το άτομο χρειάζεται άμεση ιατρική φροντίδα. Συνήθως, συμβαίνουν και καταθλιπτικά επεισόδια, που συνήθως διαρκούν τουλάχιστον 2 εβδομάδες. Είναι επίσης πιθανό να εμφανιστούν επεισόδια κατάθλιψης με ανάμεικτα χαρακτηριστικά (με συμπτώματα κατάθλιψης και συμπτώματα μανίας ταυτόχρονα).
- Η διπολική διαταραχή τύπου II ορίζεται από ένα μοτίβο καταθλιπτικών επεισοδίων και υπομανιακών επεισοδίων. Τα υπομανιακά επεισόδια είναι λιγότερο σοβαρά από τα μανιακά επεισόδια στη διπολική διαταραχή τύπου I.
- Η κυκλοθυμική διαταραχή (ονομάζεται επίσης κυκλοθυμία) ορίζεται από επαναλαμβανόμενα υπομανιακά και καταθλιπτικά συμπτώματα που δεν είναι αρκετά έντονα ή δεν διαρκούν αρκετά για να χαρακτηριστούν ως υπομανιακά ή καταθλιπτικά επεισόδια.

Μερικές φορές ένα άτομο μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα διπολικής διαταραχής που δεν ταιριάζουν με τις τρεις κατηγορίες που αναφέρονται παραπάνω, και αυτό αναφέρεται ως «άλλες καθορισμένες και μη καθορισμένες διπολικές και σχετικές διαταραχές» (Jain & Mitra, 2023).

Τα συμπτώματα της μανίας είναι τα εξής (Goodwin & Jamison, 2007):

- Υπερβολική αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση
- Υπερβολική αισιοδοξία, ενθουσιασμός και ευφορία
- Υπερκινητικότητα και υπερδραστηριότητα
- Ψευδαισθήσεις και παραληρήματα
- Επιθετικότητα και ευερεθιστότητα
- Υπερβολικά αυξημένη σεξουαλική διάθεση
- Μειωμένη ανάγκη για ύπνο
- Ελάττωση του ελέγχου ενορμήσεων με επακόλουθο ανάρμοστες συμπεριφορές
- Ακατανόητος και αποδιοργανωμένος λόγος

- Ιδεοφυγή

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι τα εξής (Goodwin & Jamison, 2007):

- Έντονη λύπη, απελπισία, ενοχές, και θυμός
- Διαταραχές στον ύπνο
- Διαταραχές στην όρεξη
- Άγχος
- Αποπροσωποποίηση
- Ευερεθιστότητα
- Αυτοκτονικές σκέψεις
- Κόπωση
- Απάθεια
- Απομόνωση
- Έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος

Η διπολική διαταραχή συχνά διαγιγνώσκεται κατά την ύστερη εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή. Μερικές φορές, τα διπολικά συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν στα παιδιά. Αν και τα συμπτώματα μπορεί να ποικίλλουν με την πάροδο του χρόνου, η διπολική διαταραχή συνήθως απαιτεί δια βίου θεραπεία. Η παρακολούθηση ενός συνταγογραφούμενου σχεδίου θεραπείας μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους να διαχειριστούν τα συμπτώματά τους και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους (Perugi et al., 2017).

Τα άτομα με διπολική διαταραχή βιώνουν περιόδους ασυνήθιστα έντονων συναισθημάτων και αλλαγών στα πρότυπα ύπνου και στα επίπεδα δραστηριότητας και εμπλέκονται σε συμπεριφορές που είναι άγνωστες για αυτούς — συχνά χωρίς να αναγνωρίζουν τις πιθανές βλαβερές ή ανεπιθύμητες συνέπειές τους. Αυτές οι διακριτές περιόδους ονομάζονται επεισόδια διάθεσης. Τα επεισόδια διάθεσης είναι πολύ διαφορετικά από τις συνήθεις διαθέσεις και συμπεριφορές του ατόμου. Κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου, τα συμπτώματα διαρκούν καθημερινά για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Τα επεισόδια μπορεί επίσης να διαρκέσουν για μεγαλύτερες περιόδους, όπως αρκετές ημέρες ή εβδομάδες (Jain & Mitra, 2023).

## 1.5 Διάγνωση

Τα μανιακά επεισόδια μπορεί να ποικίλλουν από εύκολα αναγνωρίσιμες παρουσιάσεις έως ηπιότερα ή λιγότερο τυπικά συμπτώματα που μπορεί να είναι δύσκολο να διαγνωστούν. Στην ιδανική περίπτωση, πραγματοποιείται πλήρης διαγνωστική αξιολόγηση με πρόσβαση σε στενούς πληροφοριοδότες σε ασθενείς που προσέρχονται στην κλινική φροντίδα. Ωστόσο, οι αξιολογήσεις μπορούν να γίνουν βιαστικά στην κλινική φροντίδα ρουτίνας και η ικανότητα ανάκλησης προηγούμενων επεισοδίων μπορεί να είναι περιορισμένη. Το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο διαγνωστικό μέσο είναι τα κριτήρια DSM-IV (Goodwin, 2012).

Με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-V ισχύουν τα εξής (American Psychiatric Association, 2013):

- Μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο: Το υπομανιακό επεισόδιο είναι μια μορφή μανίας η οποία όμως έχει μέτρια μορφή και η διάγνωσή του αποτελείται από τα κριτήρια Α και Β, αλλά όχι από το κριτήριο Γ. Σαφώς, τα συμπτώματα ενός μανιακού ή υπομανιακού επεισοδίου δεν προκαλούνται εξαιτίας κάποιας παθολογικής κατάστασης ή ως παρενέργεια από κάποια φαρμακευτική ουσία.
  - Κριτήριο Α: Σαφώς ορισμένη περίπτωση όπου υπάρχει αυξημένη λογόρροια ή ευερεθιστότητα τα οποία διαρκούν τουλάχιστον μια εβδομάδα.
  - Κριτήριο Β: Υπάρχουν τρία ή και περισσότερα από τα εξής συμπτώματα: υπερβολική αυτοεκτίμηση, ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο (λιγότερο από 3 ώρες), πίεση για συνέχιση ομιλίας, διάσπαση προσοχής, ιδεοφυγή, κοινωνικοψυχική διέγερση ή υπερβολική δραστηριότητα προς έναν στόχο, αυξημένη ενασχόληση με ευχάριστες κατά τον ασθενή δραστηριότητες οι οποίες όμως είναι επικίνδυνες ή επιπόλαιες.
  - Κριτήριο Γ: Ως επιπτώσεις της διαταραχής της διάθεσης μπορεί να υπάρξει μειωμένη επαγγελματική λειτουργικότητα ή κοινωνικές δραστηριότητες ή σχέσεις με άλλους ή ο ασθενής να εισέλθει στο νοσοκομείο προς αποφυγή βλάβης προς τον ίδιο ή τους άλλους ή ο ασθενής μπορεί να έχει ψυχωτικά χαρακτηριστικά.
- Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο
  - Κριτήριο Α: Το άτομο έχει πέντε ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα τις τελευταίες δυο εβδομάδες, και τουλάχιστον ένα εκ των συμπτωμάτων είναι η απώλεια ευχαρίστησης ή ενδιαφέροντος. Τα συμπτώματα είναι τα εξής: υπερυπνία ή αιπνία, ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση, σημαντική αύξηση ή απώλεια της όρεξης ή του βάρους, κόπωση ή μειωμένη ενεργητικότητα, αίσθημα υπερβολής ή ενοχής ή

ματαιότητας, μείωση της συγκέντρωσης ή της ικανότητας σκέψης, επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός ή απόπειρα αυτοκτονίας.

- Κριτήριο Β: Τα συμπτώματα οδηγούν το άτομο στο να έχει άγχος ή ελαττωμένη λειτουργικότητα.
  - Κριτήριο Γ: Τα συμπτώματα που έχει το άτομο δεν προκαλούνται εξαιτίας κάποιας παθολογικής κατάστασης ή ως παρενέργεια από κάποια φαρμακευτική ουσία.
  - Κριτήριο Δ: Τα συμπτώματα δεν εξηγούνται καλύτερα από το πένθος (δηλαδή, μετά την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, τα συμπτώματα επιμένουν για περισσότερο από 2 μήνες ή χαρακτηρίζονται από σημαντική λειτουργική έκπτωση, νοσηρή ενασχόληση με την αναξιότητα, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωτικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική καθυστέρηση).
- Μεικτό επεισόδιο: Το μεικτό επεισόδιο αποτελείται από την ταυτόχρονη εμφάνιση ενός μανιακού και ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Σαφώς, τα συμπτώματα δεν προκαλούνται εξαιτίας κάποιας παθολογικής κατάστασης ή ως παρενέργεια από κάποια φαρμακευτική ουσία. Υπάρχουν δυο κριτήρια.
    - Κριτήριο Α: Τα κριτήρια του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και του μανιακού επεισοδίου συνυπάρχουν καθημερινά για τουλάχιστον μια βδομάδα.
    - Κριτήριο Β: Ως επιπτώσεις της διαταραχής της διάθεσης μπορεί να υπάρξει μειωμένη επαγγελματική λειτουργικότητα ή κοινωνικές δραστηριότητες ή σχέσεις με άλλους ή ο ασθενής να εισέλθει στο νοσοκομείο προς αποφυγή βλάβης προς τον ίδιο ή τους άλλους.
  - Διπολική διαταραχή τύπου Ι: Για τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής τύπου Ι, είναι απαραίτητο να πληρούνται τα ακόλουθα κριτήρια για ένα μανιακό επεισόδιο. Το μανιακό επεισόδιο μπορεί να έχει προηγηθεί και μπορεί να ακολουθείται από υπομανιακά ή μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια (υπομανιακά ή μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια δεν απαιτούνται για τη διάγνωση). Ένα μανιακό επεισόδιο ορίζεται ως μια διακριτή περίοδος επίμονα αυξημένης ή ευερέθιστης διάθεσης με αυξημένη δραστηριότητα ή ενέργεια που διαρκεί τουλάχιστον 7 συνεχόμενες ημέρες ή απαιτεί νοσηλεία. Η παρουσία 3 ή περισσότερων από τα παρακάτω απαιτείται για να χαρακτηριστεί ως μανιακό επεισόδιο. Εάν η διάθεση είναι ευερέθιστη, πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 4 από τα ακόλουθα: διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή μεγαλοπρέπεια, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, εξαναγκασμένη ομιλία, ιδεοφυγή, υψηλή διάσπαση προσοχής,

αυξημένη δραστηριότητα κατευθυνόμενη προς το στόχο ή ψυχοκινητική διέγερση, υπερβολική εμπλοκή σε δραστηριότητες που έχουν μεγάλες πιθανότητες για οδυνηρές συνέπειες.

- Κριτήριο Α: Το άτομο έχει μόνο μανιακό επεισόδιο και όχι μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.
  - Κριτήριο Β: Το άτομο είχε στο παρελθόν μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.
  - Κριτήριο Γ: Το άτομο είχε κάποιο μεικτό επεισόδιο αφού προηγήθηκε όμως μανιακό ή μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.
  - Κριτήριο Δ: Ως επιπτώσεις της διαταραχής της διάθεσης μπορεί να υπάρξει ενόχληση ή μειωμένη λειτουργικότητα.
  - Κριτήριο Ε: Τα συμπτώματα που έχει το άτομο δεν προκαλούνται εξαιτίας κάποιας παθολογικής κατάστασης ή ως παρενέργεια από κάποια φαρμακευτική ουσία.
- Διπολική διαταραχή τύπου ΙΙ: Για τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής τύπου ΙΙ, είναι απαραίτητο να πληρούνται τα κριτήρια για τουλάχιστον ένα τρέχον ή παρελθόν υπομανιακό επεισόδιο και ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς μανιακό επεισόδιο. Ένα υπομανιακό επεισόδιο ορίζεται ως μια διακριτή περίοδος επίμονα αυξημένης ή ευερέθιστης διάθεσης με αυξημένη δραστηριότητα ή ενέργεια που διαρκεί για τουλάχιστον 4 συνεχόμενες ημέρες. Η παρουσία 3 ή περισσότερων από τα παρακάτω απαιτείται για να χαρακτηριστεί ως υπομανιακό επεισόδιο. Εάν η διάθεση είναι ευερέθιστη, πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 4 από τα ακόλουθα: διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή μεγαλοπρέπεια, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, εξαναγκασμένη ομιλία, ιδεοφυγή, υψηλή διάσπαση προσοχής, αυξημένη δραστηριότητα κατευθυνόμενη προς το στόχο ή ψυχοκινητική διέγερση, υπερβολική εμπλοκή σε δραστηριότητες που έχουν μεγάλες πιθανότητες για οδυνηρές συνέπειες. Το επεισόδιο είναι μια αναμφισβήτητη αλλαγή στη λειτουργία, αχαρακτηριστική για το άτομο και παρατηρήσιμη από άλλους. Επίσης, το επεισόδιο δεν είναι αρκετά σοβαρό ώστε να προκαλέσει αξιοσημείωτη βλάβη, δεν οφείλεται στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας ή γενικής ιατρικής κατάστασης και δεν υπάρχει ψύχωση (εάν υπάρχει, αυτή είναι εξ ορισμού μανία).
  - Κριτήριο Α: Το άτομο έχει ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια ή έχει ιστορικό μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων.
  - Κριτήριο Β: Το άτομο έχει υπομανιακό επεισόδιο ή έχει ιστορικό υπομανιακού επεισοδίου.
  - Κριτήριο Γ: Το άτομο δεν έχει μανιακό ή μεικτό επεισόδιο.

- Κριτήριο Δ: Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.
- Κριτήριο Ε: Εξαιτίας των συμπτωμάτων το άτομο έχει σημαντικά ελαττωμένη λειτουργικότητα.

## 1.6 Θεραπεία

Ο πρωταρχικός στόχος της θεραπείας της διπολικής διαταραχής είναι η διαχείριση των μανιακών, μικτών ή καταθλιπτικών επεισοδίων που παρουσιάζονται στην κλινική φροντίδα και στη συνέχεια η πρόληψη της επανεμφάνισης μελλοντικών επεισοδίων. Λόγω της υποτροπιάζουσας φύσης της ασθένειας, οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές είναι απαραίτητες για τον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, καθώς η παρατήρηση της κλινικής βελτίωσης θα μπορούσε απλώς να αντιπροσωπεύει τις άμπωτες και τις ροές της φυσικής ιστορίας της ασθένειας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο FDA (Food and Drug Administration) απαιτεί τουλάχιστον δύο μεγάλης κλίμακας ελεγχόμενες δοκιμές με εικονικό φάρμακο (φάση 3) για να δείξουν σημαντικά στοιχεία αποτελεσματικότητας πριν από την έγκριση μιας θεραπείας. Οι μελέτες φάσης 3 της διπολικής διαταραχής γενικά χωρίζονται σε βραχυπρόθεσμες μελέτες μανίας (3-4 εβδομάδες), βραχυπρόθεσμες μελέτες για διπολική κατάθλιψη (4-6 εβδομάδες) και μακροπρόθεσμες μελέτες συντήρησης για την αξιολόγηση της προφυλακτικής δραστηριότητας έναντι μελλοντικών επεισοδίων διάθεσης (συνήθως διάρκειας ενός έτους) (Goes, 2023). Μια περίληψη των παραγόντων που έχουν εγκριθεί από τον FDA για τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής βρίσκεται στον κάτωθι πίνακα.

**Πίνακας 1. Εγκεκριμένες από τον FDA φαρμακευτικές ουσίες για τη διπολική διαταραχή**

<b>Φαρμακευτική ουσία</b>	<b>Δοσολογία</b>	<b>Παρενέργειες</b>
<i>Θεραπεία μανίας και μικτών επεισοδίων</i>		
Λίθιο	Αρχική δόση 300 mg δύο φορές την ημέρα  Τιτλοδοτημένο σε επίπεδο αίματος 0,8-1,2 mEq/L	Αύξηση βάρους, πολουρία, τρόμος, υποθυρεοειδισμός, υπερπαραθυρεοειδισμός, χρόνια νεφρική νόσος σε περίπτωση μακροχρόνιας χρήσης

Διβαλπροϊκό οξύ	Αρχική δόση 750 mg την ημέρα Τιτλοποίηση σε επίπεδο αίματος 50-120 mg/l	Υπνηλία, αύξηση βάρους, αλωπεκία, ήπια θρομβοπενία, ηπατική δυσλειτουργία, υπεραμμωναιμία, σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, τερατογένεση
Καρβαμαζεπίνη	Αρχική δόση 200 mg δύο φορές την ημέρα Δόση στόχος 400-600 mg Τιτλοποίηση σε επίπεδα αίματος μεταξύ 4-12 mg/l	Ζάλη, αταξία, σύνδρομο ακατάλληλης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης, παροδικές αιματολογικές ανωμαλίες, σοβαρό εξάνθημα/σύνδρομο Stevens-Johnson, τερατογένεση
Χλωροπρομαζίνη	Αρχική δόση 10-25 mg τρεις φορές την ημέρα Δόση στόχος 200-600 mg	Εξωπυραμидικά συμπτώματα, καταστολή, αύξηση βάρους, αυξημένος κίνδυνος εγκεφαλοαγγειακών ατυχημάτων σε ηλικιωμένους
Ρισπεριδόνη	Δόση-στόχος 1-6 mg την ημέρα	Εξωπυραμидικά συμπτώματα, αύξηση βάρους, υπερπρολακτιναιμία, ορθοστατική υπόταση
Ολανζαπίνη	10-20 mg	Καταστολή, σημαντική αύξηση βάρους, υπεργλυκαιμία, μεταβολικό σύνδρομο
Κουετιαπίνη	Αρχική δόση 50 mg τη νύχτα Δόση στόχος 400-800 mg τη νύχτα	Υπνηλία, ζάλη, αύξηση βάρους, υπεργλυκαιμία, μεταβολικό σύνδρομο
Ζιπρασιδόνη	Αρχική δόση 20 mg δύο φορές την ημέρα Μέγιστο 80 mg δύο φορές την ημέρα	Ήπια ακαθισία
Αριπιπραζόλη	Αρχική δόση 5-10 mg την ημέρα Έως 30 mg μαξ	Ακαθισία, άγχος
Ασenaπίνη	Αρχική δόση 5 mg δύο φορές την ημέρα Μέγιστο 10 mg δύο φορές την ημέρα	Καταστολή, ήπια αύξηση βάρους

<i>Θεραπεία της διπολικής κατάθλιψης</i>		
Ολανζαπίνη-Φλουοξετίνη	Αρχική δόση 6-25 mg την ημέρα Μέγιστη δόση 12-50 mg την ημέρα	Αύξηση βάρους, μεταβολικό σύνδρομο
Κουετιαπίνη	Αρχική δόση 50 mg τη νύχτα Δόση στόχος 300 mg τη νύχτα	Υπνηλία, ζάλη, αύξηση βάρους, υπεργλυκαιμία, μεταβολικό σύνδρομο
Λουρασιδόνη	Αρχική δόση 20 mg την ημέρα (με φαγητό) Μέγιστο 80 mg μία φορά την ημέρα	Ήπια καταστολή, ακαθισία
Καριπραζίνη	Αρχική δόση 1,5 mg την ημέρα Δόση στόχος 1,5 mg έως 3 mg την ημέρα	Ακαθισία
Λουματεπερόνη	Δόση στόχος 42 mg την ημέρα	Ήπια καταστολή, υπνηλία
<i>Θεραπεία για την πρόληψη της διπολικής διαταραχής (συντήρηση)</i>		
Λίθιο	Αρχική δόση 300 mg δύο φορές την ημέρα Τιτλοδοτημένο σε επίπεδο αίματος 0,6-0,8 mEq/L	Αύξηση βάρους, πολουρία, τρόμος, υποθυρεοειδισμός, υπερπαραθυρεοειδισμός, χρόνια νεφρική νόσος σε περίπτωση μακροχρόνιας χρήσης
Λαμοτριγίνη	Αρχική δόση 25 mg μία φορά την ημέρα Πρόγραμμα τιτλοδότησης έως 200 mg μία φορά την ημέρα	Εξάνθημα, σοβαρό εξάνθημα/σύνδρομο Stevens-Johnson
Κουετιαπίνη	Αρχική δόση 50 mg τη νύχτα Δόση στόχος 400=800 mg τη νύχτα	Υπνηλία, ζάλη, αύξηση βάρους, υπεργλυκαιμία, μεταβολικό σύνδρομο
Ζιπρασιδόνη	Αρχική δόση 20 mg δύο φορές την ημέρα	Ήπια ακαθισία

	Μέγιστο 80 mg δύο φορές την ημέρα	
Αριπιπραζόλη	15-30 mg την ημέρα	Ακαθησία, εξωπυραμδικά συμπτώματα
Ασenaπίνη	Αρχική δόση 5 mg δύο φορές την ημέρα  Μέγιστο 10 mg δύο φορές την ημέρα	Καταστολή, αύξηση βάρους

(Πηγή: Goes, 2023)

Καθώς η μανία χαρακτηρίζεται από εξασθενημένη κρίση, τα άτομα μπορεί να κινδυνεύουν να εμπλέκονται σε υψηλού κινδύνου, δυνητικά επικίνδυνες συμπεριφορές που μπορεί να έχουν σημαντικές προσωπικές, επαγγελματικές και οικονομικές συνέπειες. Ως εκ τούτου, η θεραπεία της μανίας θεωρείται συχνά επείγουσα ψυχιατρική κατάσταση και, όταν είναι δυνατόν, γίνεται καλύτερα στην ασφάλεια μιας εσωτερικής μονάδας. Ενώ η κύρια θεραπεία για τη μανία είναι φαρμακολογική, η μειωμένη διορατικότητα μπορεί να εμποδίσει την προθυμία των ασθενών να αποδεχθούν τη θεραπεία, τονίζοντας τη σημασία μιας ισορροπημένης θεραπευτικής προσέγγισης που ενσωματώνει όσο το δυνατόν περισσότερο κοινά πλαίσια λήψης αποφάσεων για την προώθηση της τήρησης της θεραπείας (Goes, 2023).

Οι τρεις κύριες κατηγορίες αντιμανιακών θεραπειών είναι το λίθιο, τα αντισπασμωδικά που σταθεροποιούν τη διάθεση (διβαλπροϊκό οξύ και καρβαμαζεπίνη) και τα αντιψυχωσικά φάρμακα. Σχεδόν όλα τα αντιψυχωσικά είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία της μανίας, με τους πιο ισχυρούς ανταγωνιστές των υποδοχέων ντοπαμίνης D2, όπως η ρισπεριδόνη και η αλοπεριδόλη, να επιδεικνύουν ελαφρώς υψηλότερη αποτελεσματικότητα. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο FDA έχει εγκρίνει τη χρήση όλων των αντιψυχωσικών δεύτερης γενιάς για τη θεραπεία μανίας εκτός από τη λουρασιδόνη και τη βρεξπριπραζόλη. Σε σύγκριση με τα φάρμακα που σταθεροποιούν τη διάθεση, τα αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς έχουν ταχύτερη έναρξη δράσης, καθιστώντας τα θεραπεία πρώτης γραμμής για πιο σοβαρά συμπτώματα μανίας που απαιτούν ταχεία θεραπεία (Kishi et al., 2022).

Οι παραδοσιακοί σταθεροποιητές της διάθεσης, όπως το λίθιο, το διβαλπροϊκό και η καρβαμαζεπίνη είναι επίσης αποτελεσματικά στη θεραπεία της ενεργού μανίας. Δεδομένου ότι το λίθιο έχει επίσης ισχυρή προφυλακτική δράση, συνιστάται συχνά ως θεραπεία πρώτης γραμμής και μπορεί να θεωρηθεί ως μονοθεραπεία όταν η ταχεία μείωση των συμπτωμάτων δεν ενδείκνυται κλινικά. Από την άλλη πλευρά, άλλα αντισπασμωδικά όπως η λαμοτριγίνη, η γκαμπαπεντίνη, η τοπιραμάτη και η

οξκαρβαζεπίνη δεν έχουν βρεθεί ότι είναι αποτελεσματικά για τη θεραπεία της μανίας ή των μικτών επεισοδίων. Αν και τα εμπειρικά στοιχεία για την πολυφαρμακία είναι περιορισμένα, που συνήθως αποτελείται από έναν σταθεροποιητή διάθεσης και ένα αντιψυχωτικό δεύτερης γενιάς, χρησιμοποιείται συνήθως στην κλινική πράξη παρά το υψηλότερο βάρος των παρενεργειών. Μετά την υποχώρηση μιας οξείας μανίας, θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο μετάβασης στη μονοθεραπεία με έναν παράγοντα με αποδεδειγμένη προφυλακτική δράση (Gomes et al., 2022).

Τα καταθλιπτικά επεισόδια είναι συνήθως πιο συχνά από τη μανία ή την υπομανία, και συχνά αντιπροσωπεύουν τον κύριο λόγο για τα άτομα με διπολική διαταραχή να αναζητήσουν θεραπεία. Ωστόσο, επειδή οι πρώιμες τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές αντικαταθλιπτικών δεν έκαναν διάκριση μεταξύ μονοπολικών και διπολικών καταθλιπτικών επεισοδίων, μόνο τις τελευταίες δύο δεκαετίες διεξήχθησαν μεγάλης κλίμακας τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές ειδικά για τη διπολική κατάθλιψη. Δεδομένου ότι τέτοιες δοκιμές χρηματοδοτούνται σχεδόν αποκλειστικά από φαρμακευτικές εταιρείες, έχουν επικεντρωθεί στα αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς και στα νεότερα αντισπασμωδικά που βρίσκονται ακόμη υπό δίπλωμα ευρεσιτεχνίας. Αυτές οι δοκιμές έδειξαν μέτρια αλλά ισχυρά αποτελέσματα για τα πιο πρόσφατα αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς, πέντε από τα οποία έχουν λάβει έγκριση από τον FDA για τη θεραπεία της διπολικής κατάθλιψης (βλ. Πίνακα 1). Δεν έχουν διεξαχθεί κατ' ιδίαν δοκιμές μεταξύ αυτών των παραγόντων, επομένως η επιλογή του φαρμάκου εξαρτάται από τις αναμενόμενες παρενέργειες και τις εκτιμήσεις κόστους. Για παράδειγμα, η κουετιαπίνη έχει ισχυρά δεδομένα αντικαταθλιπτικής αποτελεσματικότητας αλλά σχετίζεται με καταστολή, αύξηση βάρους και δυσμενείς καρδιαγγειακές εκβάσεις. Άλλα πρόσφατα εγκεκριμένα φάρμακα όπως η λουρασιδόνη, η καριπραζίνη και η λουματεπερόνη έχουν καλύτερα προφίλ παρενεργειών αλλά δείχνουν πιο μέτρια αντικαταθλιπτική δράση (Goes, 2023).

Μεταξύ των αντισπασμωδικών που σταθεροποιούν τη διάθεση, η λαμοτριγίνη έχει περιορισμένες ενδείξεις για οξεία αντικαταθλιπτική δράση, πιθανώς λόγω της ανάγκης για τιτλοποίηση 8 εβδομάδων για την επίτευξη της πλήρους δόσης των 200 mg. Ωστόσο, η λαμοτριγίνη μπορεί ακόμα να ληφθεί υπόψη για ήπια έως μέτρια οξεία συμπτώματα λόγω του γενικά ανεκτού προφίλ παρενεργειών της και της αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητάς της στην πρόληψη της επανεμφάνισης καταθλιπτικών επεισοδίων. Το διβαλπροϊκό οξύ και η καρβαμαζεπίνη έχουν κάποιες ενδείξεις ότι είναι αποτελεσματικά αντικαταθλιπτικά σε μικρές μελέτες, αλλά καθώς δεν έχει υπάρξει μεγάλη κλίμακας επιβεβαιωτική μελέτη, θα πρέπει να θεωρούνται επιλογές δεύτερης ή τρίτης γραμμής (Baldessarini et al., 2019).

Λόγω των περιορισμένων επιλογών των εγκεκριμένων από τον FDA φαρμάκων για τη διπολική κατάθλιψη και των ανησυχιών για μεταβολικές παρενέργειες από τη μακροχρόνια χρήση αντιψυχωσικών δεύτερης γενιάς, οι κλινικοί γιατροί συχνά καταφεύγουν στη χρήση παραδοσιακών

αντικαταθλιπτικών για τη θεραπεία της διπολικής κατάθλιψης παρά την έλλειψη έγκρισης από τον FDA για τέτοιους παράγοντες. Πράγματι, πρόσφατες τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές αντικαταθλιπτικών στη διπολική κατάθλιψη δεν έδειξαν επίδραση για την παροξετίνη, την βουπροπρόνη, ή την αγομελατίνη. Πέρα από το ζήτημα της αποτελεσματικότητας, μια άλλη ανησυχία σχετικά με τα αντικαταθλιπτικά στη διπολική διαταραχή είναι η πιθανότητα επιδείνωσης της πορείας της νόσου με είτε προάγοντας μικτά ή μανιακά συμπτώματα είτε προκαλώντας πιο λεπτούς βαθμούς αστάθειας της διάθεσης και επιτάχυνση του κύκλου. Ωστόσο, ο κίνδυνος μετάβασης σε πλήρη μανία κατά τη θεραπεία με σταθεροποιητές διάθεσης φαίνεται να είναι μέτριος, με μια μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών και κλινικών δοκιμών μελέτες κοόρτης που δείχνουν τα ποσοστά αλλαγής της διάθεσης σε μια μέση παρακολούθηση πέντε μηνών να είναι περίπου 15,3% σε άτομα με διπολική διαταραχή που λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά σε σύγκριση με 13,8% σε άτομα χωρίς αντικαταθλιπτική θεραπεία. Ο κίνδυνος αλλαγής φαίνεται να είναι υψηλότερος σε τα πρώτα 1-2 χρόνια θεραπείας σε άτομα με διπολική διαταραχή τύπου I και σε αυτά που έλαβαν θεραπεία με τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό ή με τον διπλό αναστολέα επαναπρόσληψης βενλαφαξίνη (Tondo et al., 2010).

Μετά τη θεραπεία του οξέος καταθλιπτικού ή μανιακού συνδρόμου, η κύρια εστίαση της θεραπείας είναι η πρόληψη μελλοντικών επεισοδίων και η ελαχιστοποίηση των μεσοεπεισοδιακών υποσυνδρομικών συμπτωμάτων. Τις περισσότερες φορές, η φαρμακευτική αγωγή που ήταν χρήσιμη στον έλεγχο του οξέος επεισοδίου μπορεί να συνεχιστεί για πρόληψη, ιδιαίτερα εάν υπάρχουν στοιχεία κλινικών δοκιμών για ένα αποτέλεσμα συντήρησης. Οι έρευνες δείχνουν προφυλακτική δράση για αρκετές ουσίες (ολανζαπίνη, ρισπεριδόνη, κουετιαπίνη, αριπιπραζόλη, ασεναπίνη) αλλά όχι για όλες (λουρασιδόνη, παλιπεριδόνη) που εγκρίθηκαν πρόσφατα αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς. Τα μεγέθη των αποτελεσμάτων είναι γενικά συγκρίσιμα με τη μονοθεραπεία ή τη συμπληρωματική θεραπεία. Οι κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν συχνά το λίθιο ως παράγοντα πρώτης γραμμής, δεδομένης της σταθερής απόδειξης προφύλαξης (Nestsiarovich et al., 2022).

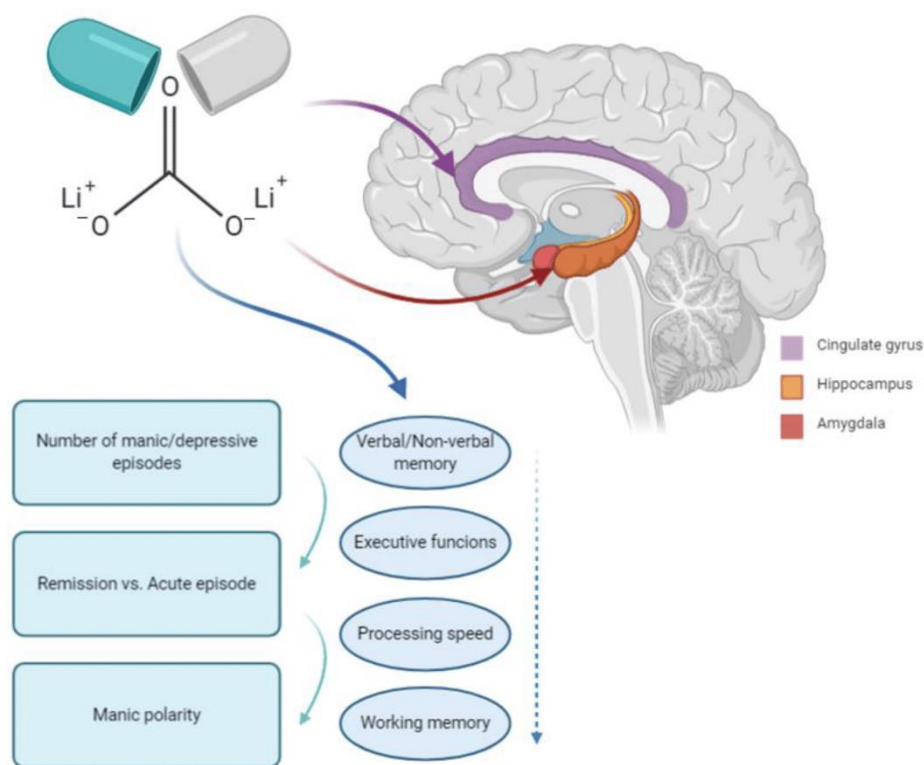
Η συχνή παρουσία υπολειπόμενων συμπτωμάτων, που συχνά συνδέονται με ψυχοκοινωνική και επαγγελματική δυσλειτουργία, έχει οδηγήσει σε ανανεωμένο ενδιαφέρον για ψυχοθεραπευτικές και ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις της διπολικής διαταραχής. Δεδομένης της έκπτωσης της κρίσης που παρατηρείται στη μανία, η ψυχοθεραπεία έχει περισσότερο υποστηρικτικό και εκπαιδευτικό ρόλο στη θεραπεία της μανίας, ενώ μπορεί να επικεντρωθεί περισσότερο στη θεραπεία καταθλιπτικών καταστάσεων. Σε γενικό επίπεδο, ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις αποτελεσματικές για την οξεία κατάθλιψη, όπως η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, η διαπροσωπική θεραπεία, η ενεργοποίηση της συμπεριφοράς και οι στρατηγικές που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα, μπορούν επίσης να προταθούν για την οξεία κατάθλιψη (Jain & Mitra, 2023).

Για άτομα με διπολική διαταραχή που δεν μπορούν να ανεχθούν ή δεν ανταποκρίνονται καλά σε τυπικές φαρμακοθεραπείες ή ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, τεχνικές νευροδιέγερσης όπως επαναλαμβανόμενη διακρανιακή μαγνητική διέγερση ή ηλεκτρικές σπασμωδικές θεραπείες θα πρέπει να θεωρούνται ως θεραπείες δεύτερης ή τρίτης γραμμής. Η θεραπεία με ηλεκτρικούς σπασμούς έχει δείξει ποσοστά ανταπόκρισης περίπου 60-80% σε σοβαρές οξείες καταθλίψεις και 50-60% σε περιπτώσεις με κατάθλιψη ανθεκτική στη θεραπεία. Αυτά τα ποσοστά ανταπόκρισης συγκρίνονται ευνοϊκά με αυτά της φαρμακευτικής θεραπείας, τα οποία είναι πιθανό να είναι πιο κοντά στο ~50 % και ~30% σε άτομα με μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη και κατάθλιψη ανθεκτική στη θεραπεία, αντίστοιχα. Αν και η ασφάλεια της θεραπείας με ηλεκτρικούς σπασμούς είναι καλά τεκμηριωμένη, σχετικά λίγα ιατρικά κέντρα τη διαθέτουν και η αποδοχή της περιορίζεται από γνωστικές παρενέργειες, οι οποίες είναι συνήθως βραχυπρόθεσμες, αλλά μπορεί να είναι πιο σημαντικές με μεγαλύτερες σειρές και με αμφοτερόπλευρη τοποθέτηση ηλεκτροδίων. Αν και έχουν υπάρξει λιγότερες μελέτες ηλεκτρικών σπασμών για τη διπολική κατάθλιψη σε σύγκριση με τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, φαίνεται να είναι εξίσου αποτελεσματική και μπορεί να εμφανιστεί ωριότερα ανταπόκριση (Goodwin, 2012; Hilty et al., 2006).

Σε σύγκριση με την ηλεκτρική σπασμωδική θεραπεία, η επαναλαμβανόμενη διακρανιακή μαγνητική διέγερση δεν έχει γνωστικές παρενέργειες και είναι γενικά καλά ανεκτή. Η επαναλαμβανόμενη διακρανιακή μαγνητική διέγερση δρα δημιουργώντας ένα μαγνητικό πεδίο για την αποπόλωση του τοπικού νευρικού ιστού και την πρόκληση διεγερτικών ή ανασταλτικών επιδράσεων ανάλογα με τη συχνότητα της διέγερσης. Η πιο μελετημένη εγκεκριμένη από την FDA μορφή επαναλαμβανόμενης διακρανιακής μαγνητικής διέγερσης εφαρμόζει διεγερτικούς παλμούς υψηλής συχνότητας (10 Hz) στον αριστερό προμετωπιαίο φλοιό για 30-40 λεπτά την ημέρα για έξι εβδομάδες. στην ανθεκτική στη θεραπεία κατάθλιψη και έχει βρεθεί ότι έχει μέτρια επίδραση, με περίπου το ένα τρίτο των ασθενών να έχουν σημαντική ανταπόκριση στη θεραπεία σε σύγκριση με αυτούς που υποβάλλονται σε θεραπεία με φαρμακοθεραπεία. μεγαλύτερος βαθμός του προμετωπιαίου φλοιού (βαθιά διακρανιακή μαγνητική διέγερση), και μια βραχυπρόθεσμη (τρία λεπτά), υψηλότερη συχνότητα διαλείπουσα διέγερση γνωστή ως διέγερση έκρηξης θήτα που φαίνεται να είναι συγκρίσιμη με τη συμβατική (10 Hz) επαναλαμβανόμενη διακρανιακή μαγνητική διέγερση (Goes, 2023).

Η άλλη κύρια μορφή νευροδιέγερσης που μελετήθηκε τόσο στη μονοπολική όσο και στη διπολική κατάθλιψη είναι η διακρανιακή διέγερση συνεχούς ρεύματος, μια εύκολα εφαρμόσιμη μέθοδος παροχής ηλεκτρικού ρεύματος χαμηλού πλάτους στην προμετωπιαία περιοχή του εγκεφάλου που θα μπορούσε να οδηγήσει σε τοπικές αλλαγές στη νευρωνική διεγερσιμότητα. Μικρές μελέτες έχουν διεξαχθεί για τη διπολική κατάθλιψη, αλλά τα αποτελέσματα ήταν ανάμικτα και απαιτούν περαιτέρω έρευνα πριν από τη χρήση σε κλινικά περιβάλλοντα. Τέλος, τα στοιχεία για πιο επεμβατικές μελέτες νευροδιέγερσης

όπως η διέγερση του πνευμονογαστρικού νεύρου και η εν τω βάθει διέγερση του εγκεφάλου παραμένουν εξαιρετικά περιορισμένες και επί του παρόντος είναι ανεπαρκείς για κλινική χρήση (D'Urso et al., 2023; McAllister-Williams et al., 2020).



Εικόνα 4. Ο ρόλος του λιθίου στη διπολική διαταραχή και τον νευροεγκεφαλισμό

(Πηγή: Serafini et al., 2021)

## 2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διπολική διαταραχή σε φάση μανίας

Το πρώτο βήμα που πρέπει να κάνει ο νοσηλευτής όταν έχει έναν ασθενή με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας, είναι να κάνει νοσηλευτική αξιολόγηση. Η αξιολόγηση εστιάζει στα συμπτώματα του ασθενούς και ιδιαίτερα στη διεργασία/αντίληψη σκέψης, την οργανικότητα, τη βούληση/συμπεριφορά, το συναίσθημα, και την επικοινωνία. Ο νοσηλευτής εκτιμά επίσης εάν ο ασθενής εμφανίζει επιθετικότητα τόσο ως προς τον εαυτό του όσο και προς τους άλλους (Sheila, 2014).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για ασθενείς με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας είναι οι εξής (Goodwin & Jamison, 2007):

- Μείωση περιβαλλοντικών ερεθισμάτων

- Παροχή ασφάλειας στον ασθενή δημιουργώντας ένα περιβάλλον χωρίς επικίνδυνα αντικείμενα
- Κατά το ξεκίνημα της διέγερσης, λεκτική καθοδήγηση, μεταφορά σε ήσυχο δωμάτιο, χρήση περιοριστικών μέτρων ανάλογα το νοσοκομειακό πρωτόκολλο ενημερώνοντας και εξηγώντας στον ασθενή
- Αποφυγή λογομαχιών
- Αποφυγή καθυστερήσεων στα αιτήματα του ασθενή γιατί οι καθυστερήσεις οδηγούν σε επιθετικότητα
- Συζήτηση με τον ασθενή όταν δεν είναι εκνευρισμένος σχετικά με τις εναλλακτικές στρατηγικές για τη λύση προβλημάτων
- Παροχή θεραπευτικής επικοινωνίας, χρησιμοποιώντας απλές σαφείς προτάσεις
- Ενθάρρυνση του ασθενή να συζητήσει τι του προκαλεί διέγερση
- Επιβράβευση του ασθενή όταν χειρίζεται αποτελεσματικά στρεσογόνα περιστατικά δίχως βία και επιθετικότητα
- Χορήγηση φαρμάκων και παρακολούθηση για αποτελεσματικότητά τους και πιθανές παρενέργειες
- Συνεργασία με άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας

Ο νοσηλευτής κατέχει εξέχον ρόλο και αναφορικά με την εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειάς του. Η εκπαίδευση επικεντρώνεται τόσο σε θεωρητικά ζητήματα, όπως η φύση της διπολικής διαταραχής, όσο και σε πρακτικά, καθημερινά ζητήματα αξιολόγησης και διαχείρισης. Η εκπαίδευση πρέπει να αφορά τα εξής (Tugrul, 2003):

- Η κατανόηση ότι η διπολική διαταραχή είναι μια διαταραχή βιολογικής βάσης που μπορεί να επηρεαστεί από κοινωνικούς και ψυχολογικούς στρεσογόνους παράγοντες
- Κατανόηση της λογικής τόσο για φάρμακα που σταθεροποιούν τη διάθεση όσο και για ψυχοκοινωνικές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης για σχολαστική τήρηση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων
- Κατανόηση της συνήθους πορείας, των σημείων και των συμπτωμάτων των επεισοδίων μανιακής και καταθλιπτικής διάθεσης

- Εκτίμηση του ρόλου του οικογενειακού στρες στην επιδείνωση της πορείας της διπολικής διαταραχής και των τρόπων με τους οποίους τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένεια μπορούν να μειώσουν αυτό το άγχος
- Κατανόηση των σημείων της διπολικής «υποτροπής» και του τρόπου με τον οποίο μπορεί να προληφθεί και να αντιμετωπιστεί
- Εκτίμηση των παραγόντων που μπορούν να «αποσταθεροποιήσουν» τον ασθενή, όπως η κακή υγιεινή ύπνου, η χρήση αλκοόλ ή ουσιών κατάχρησης και η ακατάλληλη αυτοθεραπεία

Οι στόχοι της θεραπείας ενός οξέος μανιακού επεισοδίου είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων και η επιστροφή στα συνήθη επίπεδα ψυχοκοινωνικής λειτουργίας. Η επίτευξη γρήγορου ελέγχου της διέγερσης, της επιθετικότητας και της παρορμητικότητας είναι ιδιαίτερα σημαντική για να διασφαλιστεί η ασφάλεια των ασθενών και των γύρω τους. Μερικές φορές, λόγω κακής αντίληψης για την ασθένεια και συχνά προβληματικής συμπεριφοράς (ακούσιου), απαιτείται νοσηλεία για να ξεκινήσει αποτελεσματική θεραπεία. Στη συνέχεια απαιτείται εντατική νοσηλευτική φροντίδα μαζί με φαρμακοθεραπεία (Goossens et al., 2020).

Στη βιβλιογραφία, υπάρχει έλλειψη τεκμηριωμένης γνώσης σχετικά με τον τομέα της νοσηλευτικής φροντίδας για ασθενείς σε κατάσταση μανιακής διάθεσης. Οι Hummelvoll και Severinsson (2002) πραγματοποίησαν μια ποιοτική μελέτη για να αποκτήσουν μια εικόνα για τις αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για τους ασθενείς που βιώνουν μανιακό επεισόδιο και πώς αυτές οι αντιλήψεις επηρέασαν τη νοσηλευτική φροντίδα. Οι συνεντεύξεις με έξι νοσηλευτές τόνισαν την ανάγκη κατανόησης του μεμονωμένου ασθενούς και των μεταβαλλόμενων αναγκών του ασθενούς, καθώς και την ανάγκη οι νοσηλευτές να συνεργάζονται ως ομάδα. Ήταν επίσης σημαντικό να είχαν γνώση της μανίας, να διατηρούν επαφή με τον ασθενή, να παραμένουν σαφείς σχετικά με τις άδειες και τους κανόνες του θαλάμου και να διατηρούν τα μέτρα που απαιτούνται για την εγγύηση της ασφάλειας. Οι Hem, Nortvedt και Heggen (2008) πραγματοποίησαν μια ποιοτική, εθνογραφική μελέτη. Δήλωσαν ότι ο καθορισμός ορίων είναι ένα δύσκολο έργο στη νοσηλευτική φροντίδα για ασθενείς με μανία καθώς τα προσωπικά όρια ενός ασθενούς μερικές φορές ξεπερνιούνται. Αυτό επιβεβαιώθηκε και από την μετέπειτα έρευνα των Daggenvoorde, Geerling και Goossens (2015). Επίσης, ο van Lankeren και οι συνεργάτες του (2020) μελετώντας ασθενείς με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας, έδειξαν ότι οι ασθενείς θεωρούσαν ζωτικής σημασίας το αίσθημα ασφάλειας, τη σαφή και ήρεμη επικοινωνία, τον σεβασμό, και τη σαφή επικοινωνία σχετικά με τους στόχους θεραπείας.

**Πίνακας 2. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας με βάση τα πρότυπα της Αμερικανικής Ένωσης Ψυχιατρικών Νοσηλευτών**

<b>Κατηγορία</b>	<b>Παρέμβαση</b>	<b>Σκεπτικό</b>
Συντονισμός φροντίδας	<p>Σχέδιο για ποιότητα ζωής, ανεξαρτησία και βέλτιστη αποκατάσταση. Οι νοσηλευτές ανατρέχουν στους πόρους της κοινότητας και στα εξωτερικά ιατρεία φροντίδας ψυχικής υγείας.</p> <p>Διατήρηση της ασφάλειας κοινοποιώντας τις προφυλάξεις ασφαλείας με τα διεπαγγελματικά μέλη της ομάδας, όπως απαιτείται, για την πρόληψη των κινδύνων αυτοτραυματισμού, αυτοκτονίας ή ανθρωποκτονίας.</p> <p>Διασφάλιση της συνέπειας των προσδοκιών συμπεριφοράς μεταξύ όλου του προσωπικού της μονάδας, συμπεριλαμβάνοντας τις προσδοκίες στο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας.</p>	<p>Ο νοσηλευτής συντονίζει την παροχή φροντίδας κατά τη διάρκεια της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης και μετά την έξοδο.</p> <p>Ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει υψηλού κινδύνου ή παρορμητικές συμπεριφορές που θα μπορούσαν να θέτουν σε κίνδυνο τον εαυτό του/τους άλλους. Μπορεί να βιώσουν αλλοιωμένες διαδικασίες σκέψης με κακή διορατικότητα και κρίση.</p> <p>Οι σταθερές προσδοκίες βοηθούν στην αποφυγή χειριστικών συμπεριφορών και υπέρβασης ορίων.</p>
Διδασκαλία Υγείας	<p>Δημιουργία, προσαρμογή και παράδοση διδασκαλίας υγείας στους ασθενείς, συμπεριλαμβανομένης της αυτοφροντίδας, των δραστηριοτήτων αυτογνωσίας και θεμάτων ομαδικής θεραπείας περιβάλλοντος.</p>	<p>Οι νοσηλευτές ενθαρρύνουν την ανθεκτικότητα προωθώντας προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης.</p>
Φαρμακολογικές, Βιολογικές και Ολιστικές Θεραπείες	<p>Παροχή εκπαίδευσης στους ασθενείς σχετικά με σταθεροποιητές διάθεσης και άλλα φάρμακα με αναμενόμενα χρονικά πλαίσια για βελτίωση.</p> <p>Άνοιγμα όλων των φαρμάκων μπροστά στον ασθενή.</p> <p>Παρατήρηση για σημάδια τοξικότητας φαρμάκων, όπως το λίθιο.</p>	<p>Η κατανόηση των φαρμάκων και των πιθανών παρενεργειών από τον ασθενή μπορεί να αυξήσει την συμμόρφωση των φαρμάκων.</p> <p>Το άνοιγμα όλων των φαρμάκων μπροστά στον ασθενή μπορεί να μειώσει την παράνοια.</p> <p>Υπάρχει ένα μικρό περιθώριο ασφαλείας μεταξύ θεραπευτικών και τοξικών δόσεων λιθίου.</p>
Θεραπεία Milieu	<p>Διαχείριση του περιβάλλοντος μειώνοντας τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα και τον υπερβολικό θόρυβο. Ο ασθενής μπορεί να χρειαστεί ένα ιδιωτικό δωμάτιο.</p> <p>Παροχή δομημένων δραστηριοτήτων 1:1 με το νοσηλευτή ή άλλο</p>	<p>Η μείωση των ερεθισμάτων μπορεί να αποτρέψει την κλιμάκωση του άγχους και της διέγερσης.</p> <p>Οι δομημένες δραστηριότητες παρέχουν ασφάλεια και εστίαση.</p>

	<p>προσωπικό. Αποφυγή ανταγωνιστικών δραστηριοτήτων ή παιχνιδιών.</p> <p>Ενθάρρυνση συχνών περιόδων ανάπαυσης.</p> <p>Προώθηση σωματικής άσκησης για ανακατεύθυνση της επιθετικής συμπεριφοράς.</p> <p>Κατά τη διάρκεια της οξείας μανίας, χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων, απομόνωση ή περιορισμό για να ελαχιστοποιηθεί η σωματική βλάβη.</p> <p>Αποθήκευση των τιμαλφών στο χρηματοκιβώτιο του νοσοκομείου μέχρι να επιστρέψει η ασφαλής κρίση.</p> <p>Ενθάρρυνση συμμετοχής στην ομαδική θεραπεία μετά την επίλυση του οξέος μανιακού επεισοδίου, αντιμετωπίζοντας τις κοινωνικές δεξιότητες, την προσωπική περιποίηση, την επίγνωση και τη διαχείριση του άγχους.</p>	<p>Η ανάπαυση μπορεί να αποτρέψει την εξάντληση που μπορεί να προκύψει από τη συνεχή σωματική δραστηριότητα.</p> <p>Η σωματική άσκηση μπορεί να μειώσει την ένταση και να δώσει εστίαση.</p> <p>Η προτεραιότητα του νοσηλευτή είναι να προστατεύει τον ασθενή και τους άλλους από βλάβη.</p> <p>Η αποθήκευση αντικειμένων αξίας προστατεύει τον ασθενή από το να δώσει χρήματα και υπάρχοντα.</p> <p>Η ομαδική θεραπεία μπορεί να ενθαρρύνει αποτελεσματικές δεξιότητες αντιμετώπισης.</p>
<p>Θεραπευτική Σχέση και Συμβουλευτική</p>	<p>Χρήση μιας σταθερής και ήρεμης προσέγγισης με σύντομες και συνοπτικές δηλώσεις.</p> <p>Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι συνεπής στην προσέγγιση και τις προσδοκίες.</p> <p>Προσδιορισμός των προσδοκιών με απλούς, συγκεκριμένους όρους με συνέπειες. Για παράδειγμα: «Γιάννη, μην φωνάζεις και μη χτυπάς τον Πέτρο. Εάν δεν μπορείς να ελέγξεις τις συμπεριφορές σου, θα οδηγηθείς στην απομόνωση για να αποτραπεί το να κάνεις κακό στον εαυτό σου και στους άλλους».</p> <p>Ο νοσηλευτής πρέπει να ακούει και να ενεργεί επί των νόμιμων καταγγελιών.</p> <p>Ανακατεύθυνση ενέργειας σε κατάλληλα και εποικοδομητικά κανάλια.</p> <p>Καθορισμός ορίων.</p>	<p>Η δομή και ο έλεγχος μπορούν να βελτιώσουν τα συναισθήματα ασφάλειας για έναν ασθενή που αισθάνεται εκτός ελέγχου.</p> <p>Τα σταθερά όρια και προσδοκίες ελαχιστοποιούν τη δυνατότητα χειραγώγησης του προσωπικού από τον ασθενή και παρέχουν αισθήματα ασφάλειας.</p> <p>Οι σαφείς προσδοκίες βοηθούν τον ασθενή να βιώσει εξωτερικούς ελέγχους και να κατανοήσει τους λόγους για φαρμακευτική αγωγή, απομόνωση ή περιορισμούς εάν δεν είναι σε θέση να ελέγξει τη συμπεριφορά του.</p> <p>Η ακρόαση των νόμιμων παραπόνων μπορεί να μειώσει τα υποκείμενα συναισθήματα ανικανότητας και μπορεί να ελαχιστοποιήσει τις συμπεριφορές που ενεργούν.</p>

		<p>Η απόσπαση προσοχής είναι ένα αποτελεσματικό εργαλείο για τους ασθενείς που βιώνουν μανία.</p> <p>Οι ασθενείς μπορεί να είναι παρορμητικοί και υπερλεκτικοί και να διακόπτουν, να κατηγορούν, να γελοιοποιούν ή να χειραγωγούν τους άλλους.</p>
Θρέψη	<p>Παρακολούθηση της πρόσληψης και των ζωτικών σημείων.</p> <p>Παρακολούθηση εργαστηριακών αποτελεσμάτων.</p>	Εξασφάλιση επαρκούς πρόσληψης και ελαχιστοποίηση ανάπτυξης αφυδάτωσης.
Ύπνος	<p>Ενθάρρυνση για συχνές περιόδους ανάπαυσης κατά τη διάρκεια της ημέρας και επαρκή ύπνο κατά τη διάρκεια των μανιακών επεισοδίων.</p> <p>Πριν από τον ύπνο, παροχή ζεστού μπάνιου, χαλαρωτική μουσική και συνταγογραφούμενα φάρμακα εάν χρειάζεται. Αποφυγή καφεΐνης.</p>	<p>Η έλλειψη ύπνου μπορεί να οδηγήσει σε εξάντληση και αυξημένη μανία. Οι τεχνικές χαλάρωσης προκαλούν ύπνο. Η ενθάρρυνση της ρουτίνας πριν τον ύπνο και η μείωση της πρόσληψης καφεΐνης αυξάνει την πιθανότητα ύπνου.</p>
Δυσκοιλιότητα	<p>Παρακολούθηση της συχνότητας των κενώσεων.</p> <p>Ενθάρρυνση για υγρά και τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες.</p> <p>Αξιολόγηση της ανάγκης για χρήση κλύσματος και καθαρτικών.</p>	<p>Τα υγρά και οι φυτικές ίνες διεγείρουν την κένωση και τα μαλακά κόπρανα. Ο ασθενής που βιώνει οξεία μανία αποσπάται εύκολα και δεν γνωρίζει τις σωματικές του ανάγκες.</p>
Αυτοφροντίδα	<p>Ενθάρρυνση για τη χρήση οδοντόβουρτσας, πετσέτας, σαπουνιού και προμηθειών μακιγιάζ ή ξυρίσματος.</p> <p>Ενθάρρυνση για κατάλληλες επιλογές ρούχων.</p> <p>Παροχή υπενθυμίσεων βήμα προς βήμα για την υγιεινή και το ντύσιμο, όπως «Πλύντε τη δεξιά πλευρά του προσώπου σας και τώρα την αριστερή».</p>	<p>Η διάσπαση της προσοχής και η κακή συγκέντρωση αντιμετωπίζονται με απλές, συγκεκριμένες οδηγίες. Ο ασθενής βοηθάται στο να διατηρήσει την αξιοπρέπεια και να αποφύγει την πιθανότητα γελοιοποίησης που μπορεί να μειώσει την αυτοεκτίμηση.</p>

(Πηγή: Ernstmeyer & Christman, 2022)

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## 1. Σκοπός

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι να μελετήσει τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας.

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής:

- Ποιες είναι οι πρώτες σκέψεις και τα πρώτα συναισθήματα των νοσηλευτών όταν έρχεται στο τμήμα ένας ασθενής με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας;
- Ποια είναι τα κυριότερα προβλήματα και οι σημαντικότερες ανάγκες των ασθενών με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας;
- Ποια είναι τα επιθυμητά αποτελέσματα της φροντίδας των ασθενών με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας;
- Ποιες παρεμβάσεις προτείνουν οι νοσηλευτές για βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας;
- Ποιες παρεμβάσεις προτείνουν οι νοσηλευτές για τη δημιουργία ενός ψυχικά υγιούς περιβάλλοντος για τους ίδιους;

## 2. Μεθοδολογία και δείγμα

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε η ποιοτική έρευνα για να γίνει μια λεπτομερής κατανόηση της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας. Η ποιοτική μεθοδολογία έρευνας θεωρείται η πιο κατάλληλη για το συγκεκριμένο θέμα, διότι η τυποποίηση των ερωτήσεων δεν είναι εφικτή ή δεν αναμένεται να δώσει ακριβή αποτελέσματα. Με την βοήθεια των ποιοτικών τεχνικών όπως η παρατήρηση και οι συνεντεύξεις μπορούν να δώσουν απαντήσεις σε προσωπικές ή ευαίσθητες ερωτήσεις.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη βοήθεια ημιδομημένων συνεντεύξεων. Αρχικά καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών και εν συνεχεία ρωτήθηκαν 5 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου που αφορούσαν τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας (βλ.

Παράρτημα). Κάθε συνέντευξη διαρκούσε περίπου 30 λεπτά. Οι συνεντεύξεις στη συνέχεια απομαγνητοφωνήθηκαν και για την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της θεματικής ανάλυσης. Μέσα από την συνέντευξη του κάθε συμμετέχοντα, έγινε καταγραφή του κειμένου, και κωδικοποίηση και ομαδοποίηση λέξεων ή φράσεων σύμφωνα με τον σκοπό της μελέτης. Με βάση τις συνεντεύξεις που διενεργήθηκαν, εντοπίστηκαν πέντε θεματικές: πρώτες σκέψεις και συναισθήματα των νοσηλευτών όταν έρχεται στο τμήμα ένας ασθενής με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας, κυριότερα προβλήματα και σημαντικότερες ανάγκες των ασθενών, επιθυμητά αποτελέσματα της φροντίδας, παρεμβάσεις για βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας, παρεμβάσεις για τη δημιουργία ενός ψυχικά υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος.

Οι νοσηλευτές γνώριζαν τον ερευνητικό σκοπό και διευκρινίστηκε ότι θα τηρηθεί η ανωνυμία τους καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας. Οι νοσηλευτές ενημερώθηκαν επίσης ότι εάν οποιαδήποτε στιγμή άλλαζαν γνώμη, θα μπορούσε να σταματήσει η συνέντευξη και να μην συμμετάσχουν στην έρευνα.

Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 10 νοσηλευτές που εργάζονται σε ψυχιατρικές κλινικές. Πιο αναλυτικά, 3 ήταν άνδρες και 7 ήταν γυναίκες. Οι ηλικίες τους κυμαίνονταν μεταξύ 40-58 ετών και όλοι ήταν νοσηλευτές Τ.Ε. Επτά νοσηλευτές είχαν μεταπτυχιακό. Όλοι οι νοσηλευτές συνεργάζονταν με ψυχολόγους, ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς και εργοθεραπευτές. Τέλος, 3 νοσηλευτές εργάζονταν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί), 3 εργάζονταν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δρομοκαϊτειο, 2 εργάζονταν στην Ψυχιατρική Κλινική του Γ.Ν. Βόλου, και 2 εργάζονταν στην Ψυχιατρική Κλινική του Π.Γ.Ν. Λάρισας.

**Πίνακας 3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά νοσηλευτών**

<b>Αρχικά ονόματος</b>	<b>Φύλο</b>	<b>Ηλικία</b>	<b>Ειδικότητα</b>	<b>Κατάρτιση</b>	<b>Τωρινή εργασία</b>
Θ.	Γυναίκα	45	Νοσηλεύτρια Τ.Ε.	Μεταπτυχιακό στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί)
Β.	Γυναίκα	47	Νοσηλεύτρια Τ.Ε.	Μεταπτυχιακό στην Ψυχική Μεταρρύθμιση και Ψυχική Υγεία	Ψυχιατρική Κλινική του Γ.Ν. Βόλου

B.	Γυναίκα	58	Νοσηλεύτρια Τ.Ε.	Μεταπτυχιακό στην Ψυχική Υγεία	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί)
E.	Άνδρας	40	Νοσηλευτής Τ.Ε.	Ειδικότητα στην Ψυχική Υγεία	Ψυχιατρική Κλινική του Γ.Ν. Βόλου
Γ.	Άνδρας	45	Νοσηλευτής Τ.Ε.	Μεταπτυχιακό στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δρομοκαΐτειο
Z.	Άνδρας	57	Νοσηλευτής Τ.Ε.	Ειδικότητα στην Ψυχική Υγεία	Ψυχιατρική Κλινική του Π.Γ.Ν. Λάρισας
K.	Γυναίκα	54	Νοσηλεύτρια Τ.Ε.	Ειδικότητα στην Ψυχική Υγεία	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δρομοκαΐτειο
A.	Γυναίκα	42	Νοσηλεύτρια Τ.Ε.	Μεταπτυχιακό στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί)
N.	Γυναίκα	51	Νοσηλεύτρια Τ.Ε.	Ειδικότητα στην Ψυχική Υγεία και Μεταπτυχιακό στην Ψυχική Υγεία	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δρομοκαΐτειο
X.	Γυναίκα	45	Νοσηλεύτρια Τ.Ε.	Ειδικότητα στην Ψυχική Υγεία και Μεταπτυχιακό στην Ψυχική Υγεία	Ψυχιατρική Κλινική του Π.Γ.Ν. Λάρισας

### 3. Αποτελέσματα

#### 3.1 Πρώτες σκέψεις και συναισθήματα

##### 3.1.1 Επαγρύπνηση, ανησυχία, στρες

Όσον αφορά τις πρώτες σκέψεις και τα συναισθήματα των νοσηλευτών όταν έρχεται στο τμήμα τους κάποιος ασθενείς με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας, διαπιστώθηκε ότι είναι ανάμεικτα.

Όπως ανέφερε η Θ., ‘ο διπολικός ασθενής φαίνεται αμέσως όταν έρχεται στο τμήμα’. Παρόμοια, η Β. (58 ετών) ανέφερε ότι ‘τους διπολικούς ασθενείς τους καταλαβαίνεις αμέσως. Η εικόνα τους είναι θορυβώδης, μιλάνε συνεχώς. Έχουν ένα παραλήρημα μεγαλείου. Επικίνδυνοι μπορεί να γίνουν στη φάση της κρίσης εάν τους αρνηθείς πράγματα εκείνη τη στιγμή, εάν μπεις εμπόδιο.’.

Τα πρώτα συναισθήματα των ασθενών βρέθηκε ότι είναι η επαγρύπνηση, η ανησυχία, το στρες και το αίσθημα ευθύνης. Είναι χαρακτηριστική η απάντηση της Α.: ‘Με το που βλέπεις τον ασθενή να έρχεται είσαι σε μια επαγρύπνηση και νιώθεις ότι όλα πρέπει να τα κάνεις γρήγορα για να μειωθούν άμεσα τα μανιακά συμπτώματα. Ανησυχούμε για τους ασθενείς αυτούς γιατί τους βλέπουμε πως είναι μπερδεμένοι, συγχυσμένοι.. άλλωστε συνήθως συνοδεύονται από αστυνομικούς, οπότε αυτό είναι πολύ βαρύ για τον ψυχισμό τους. Σίγουρα αισθάνομαι και στρες και ανησυχία γιατί νιώθω πως έχω ευθύνη... μεγάλη ευθύνη βασικά... να βοηθήσω τον άνθρωπο αυτό να επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα.’.

Παράλληλα, από τις πρώτες σκέψεις των νοσηλευτών είναι επίσης ότι δεν ξέρουν τι να περιμένουν. Όμως υπογράμμισε η Θ., ‘τις περισσότερες φορές έχουν θετικά συναισθήματα στη φάση μανίας αλλά σ’ έναν ψυχιατρικό ασθενή δεν μπορείς να ξέρεις τις επόμενες κινήσεις του’. Επίσης, η Β. (47 ετών) ανέφερε τα εξής: ‘Πρώτα σκεφτόμαστε την κατάσταση που μπορεί να έρθει. Ποιες είναι οι ανάγκες του, αν είναι επιθετικός, αν είναι ευερέθιστος. Πως είναι η όλη εικόνα του. Η φάση της μανίας είναι διαφορετική σε κάθε ασθενή... Αν είχαμε κάποια διαβάθμιση από το 1 έως το 10 στη φάση της μανίας θα τους χαρακτηρίζαμε 15 ξεπερνάνε κάθε όριο.’. Παρόμοια, η Β. (58 ετών) ανέφερε τα εξής: ‘Όταν έρχεται στο τμήμα τίθεσαι σε εγρήγορση σαν νοσηλεύτριας. Επειδή δεν ξέρουμε πόσος χρόνος έχει περάσει από την έναρξη των συμπτωμάτων, πόσο παραμελημένος είναι, πόσο επιθετικός είναι. Η πρώτη ερώτηση πάντα είναι αν πρέπει να τεθούν περιοριστικά μέτρα άμεσα. Φροντίζουμε στη φάση της μανίας να τον βάλουμε σε μονόκλινο να φάει και να ξεκουραστεί.’. Η Α. ανέφερε επίσης ότι ‘η παραμικρή

κίνηση μας, ο μορφασμός στο πρόσωπο μας αντιλαμβάνεται αμέσως από τον ασθενή για αυτό πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί.’’.

Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές ανέφεραν επίσης ότι είναι σε επαγρύπνηση όταν έρχεται στο τμήμα ένας διπολικός ασθενής σε φάση μανίας. Όπως ανέφερε η Κ., ‘’Όταν έρχονται στο τμήμα σου δημιουργούν το συναίσθημα της επαγρύπνησης. Είναι υπερκινητικοί, είναι ασθενείς που υπερτιμούν τις δυνάμεις τους οπότε έχουμε μεγάλη ευθύνη, προς τα φάρμακα, τη διατροφή, τον ύπνο, στο να μην μπλέξει σε φασαρίες με άλλους ασθενείς.’’.

### 3.1.2 Ασφάλεια

Προτεραιότητα των νοσηλευτών είναι η ασφάλεια του ασθενή, ώστε να μην βλάψει ούτε τον εαυτό του, ούτε τους γύρω του. Βασική προτεραιότητα είναι επίσης ο ύπνος και το φαγητό, καθώς και η γρήγορη έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής. Όπως αναφέρει ο Ζ., ‘’... αυτό που μας ενδιαφέρει σαν Νοσηλευτές είναι αν έχει φάει αν έχει κοιμηθεί. Οι διπολικοί ασθενείς όταν βρίσκονται στη φάση μανίας ξεχνάνε να φάνε. Οι βασικές ανάγκες με λίγα λόγια είναι η πρώτη μας σκέψη και αμέσως μετά ξεκινάει και η φαρμακευτική αγωγή. Ο διπολικός ασθενής στη φάση της μανίας αναγνωρίζεται πολύ εύκολα. Έχει λογόρροια, γελάει πολύ, ντύνεται πολύ έντονα αυτό θα το καταλάβεις κυρίως στις γυναίκες. Φαίνονται ανήσυχοι, περπατάνε συνεχώς.’’.

Από τις πρώτες σκέψεις των νοσηλευτών είναι επίσης εάν ο ασθενής έχει έρθει με εισαγγελική παρέμβαση. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Ζ., ‘’Πρώτη μας σκέψη είναι σε τι κατάσταση θα έρθει ο ασθενής και σημασία έχει με ποιον θα έρθει. Υπάρχουν διαφορετικά πρωτόκολλα να έρθει με συγγενή ή με εισαγγελική παρέμβαση.’’. Επίσης, η Χ. αναφέρει: ‘’...Βέβαια στην οξεία φάση της μανίας ο ασθενής δεν θα έρθει μόνος του, θα είναι τις περισσότερες φορές με εισαγγελική παραγγελία ή τη παρότρυνση κάποιου συγγενικού-φιλικού προσώπου.’’.

### 3.1.3 Εμπιστοσύνη

Καθώς οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι δεν ξέρουν τι να περιμένουν, υπογραμμίστηκε η σημαντικότητα του εάν έχουν ξαναέρθει σε επαφή με τον ασθενή και η δημιουργία εμπιστοσύνης. Ο Ε. δήλωσε τα εξής: ‘’ Όταν έρχεται στο τμήμα διπολικός ασθενής παίζει πολύ μεγάλο ρόλο αν τον γνωρίζουμε τον ασθενή αν έχει ξανά έρθει. Πρώτος στόχος είναι η ασφάλεια του, γιατί είναι δύσκολο να τον αντιμετωπίσεις στην

φάση της μανίας ειδικά αν δεν τον γνωρίζεις. Χωρίς βέβαια αυτό να είναι σίγουρο απλά ο ασθενής που έχει ξανά έρθει ίσως ξέρουμε πόσο επικίνδυνος είναι και έχουμε ένα πλαίσιο που γνωρίζουμε πως κινείται στη νοσηλεία του. Η εμπιστοσύνη είναι από τα βασικότερα. Όταν έρχονται στο τμήμα έχουν ένταση, έντονη διάθεση ομιλίας, έχουν υπερκινητικότητα, διάσπαση προσοχής, ασχολούνται με πολλά πράγματα ταυτόχρονα. Όταν είναι στη φάση μανίας κάποιοι είναι επικίνδυνοι επειδή υπερεκτιμούν τις δυνάμεις τους. Συνεργάζονται πιο εύκολα στη διατροφή τους παρά στη φαρμακευτική τους αγωγή. Συχνό φαινόμενο για τους διπολικούς ασθενείς είναι το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας».”.

### 3.1.4 Νοσηλευτική εκτίμηση

Σε γενικές γραμμές, οι νοσηλευτές βρίσκονται σε επαγρύπνηση για να κάνουν τη σωστή νοσηλευτική εκτίμηση. Η Χ. αναφέρει τα εξής: “Οι τομείς που θα εξετάσει ο νοσηλευτής θα αφορούν την οργανικότητα. Οι ασθενείς αυτοί δεν κουράζονται. Θα παρατηρήσουμε τη διεργασία της σκέψης, την αντίληψη, αν έχει διάσπαση προσοχής, αν έχει ψευδαισθήσεις παραληρητικές ιδέες μεγαλείου. Θα παρατηρήσουμε επίσης και την υγιεινή του αν είναι καθαρός, θα δούμε την επικοινωνία αν έχει δηλαδή αποδιοργανωμένο λόγο. Έπειτα θα πρέπει να εκτιμήσουμε αν έχει την τάση να κάνει κακό στον εαυτό του ή στους υπόλοιπους. Πολλοί διπολικοί ασθενείς αρνούνται την συνεργασία. Κυρίως στόχος είναι να φάνε οι ασθενείς και να κοιμηθούν, δηλαδή να είναι ξεκούραστοι για να μπορέσουμε να έχουμε μια κάπως καλύτερη συνεργασία. Στην φάση της μανίας χρειάζεται πολύ προσωπικό και ειδικευμένο κυρίως προσωπικό. Παίζει σημαντικό ρόλο πως θα προσεγγίσουμε έναν ασθενή, γιατί μπορεί να γίνει και επιθετικός σ’ εμάς. Στην οξεία φάση οι ειδικότητες που αναλαμβάνουν τον ασθενή είναι οι νοσηλευτές και οι ψυχίατροι.”.



**Εικόνα 5. Πρώτες κινήσεις νοσηλευτών κατά την εισαγωγή ασθενούς με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας**

## 3.2 Συχνότερα προβλήματα και ανάγκες ασθενών

### 3.2.1 Προβλήματα

Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι τα κυριότερα συμπτώματα των ασθενών με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας είναι οι αυπνίες, η ευερεθιστότητα, ο εκνευρισμός, η επιθετικότητα, η υπερκινητικότητα, η χαοτική συμπεριφορά, οι ακραίες αντιδράσεις, η αντιδραστικότητα, η υπερεκτίμηση των ικανοτήτων τους, και η αυξημένη λογόρροια.

#### 3.2.1.1 Αυπνίες

Σύμφωνα με τους νοσηλευτές, οι ασθενείς με μανία δεν κοιμούνται – ούτε τη μέρα ούτε τη νύχτα. Οι ασθενείς τους λένε ότι δεν είναι κουρασμένοι, ότι δεν χρειάζεται να κοιμηθούν και ότι ο ύπνος είναι

χάσιμο χρόνου. Αυτοί οι ενεργητικοί ασθενείς φαίνεται να είναι πάντα απασχολημένοι με κάποια δραστηριότητα και θέλουν να γίνονται τα πράγματα αμέσως. Ωστόσο, η συμπεριφορά των ασθενών είναι χαοτική, χωρίς δομή, η οποία εξουθενώνει τον ασθενή σωματικά.

### *3.2.1.2 Λογόρροια και υπερκινητικότητα*

Επίσης, οι νοσηλευτές αναφέρουν ότι οι ασθενείς αυτοί συχνά μιλούν ασταμάτητα και δεν ανέχονται καμία διακοπή ή αντίφαση. Όταν συμβαίνει αυτό, συνήθως απαντούν με «Ναι αλλά...». Τα όρια δεν γίνονται δεκτά και οι ασθενείς είναι ανήσυχοι, μιλούν δυνατά και η ταραχή τους συχνά οδηγεί σε λεκτική ή μη λεκτική επιθετικότητα. Υπάρχει απώλεια τυπικότητας. Οι ασθενείς συχνά διαφωνούν με τους γύρω τους (π.χ. οικογένεια, επαγγελματίες φροντίδας, άλλους ασθενείς). Αυτή η συμπεριφορά συνεχίζεται μέρα και νύχτα, κάτι που μπορεί να ενοχλήσει τους άλλους. Οι ασθενείς είναι συχνά θυμωμένοι και αυτός ο θυμός μπορεί γρήγορα να φουντώσει.

Η Β. (58 ετών) ανέφερε τα εξής: “Καταλαβαίνεις αμέσως ότι αυτοί οι άνθρωποι χρήζουν νοσηλεία. Στη φάση της μανίας είναι δύσκολος ο χειρισμός. Πρέπει να είμαστε προσεκτικοί. Αυτοί οι ασθενείς βρίσκονται σε ένταση όταν έρχονται, μιλάνε συνεχώς, δεν κάθονται περπατάνε συνέχεια.”. Παρόμοια, ο Γ. ανέφερε τα εξής: “ Προσέχουμε να μην εμπλέκεται σε φασαρίες με άλλους ασθενείς επειδή στην φάση μανίας ενοχλούν τους υπόλοιπους από την έντονη διάθεση ομιλίας που έχουν. Στη φάση της μανίας απαιτούν πράγματα που θέλουν. Ο μανιακός ασθενής ξεχωρίζει, τα κάνει όλα στην υπερβολή με λίγα λόγια. Η εμφάνιση τους είναι έντονη κυρίως στις γυναίκες. Βάφονται έντονα, φορούν πολλά αξεσουάρ. Είναι ανήσυχοι, περπατάνε συνεχώς, μοιράζουν τα πράγματα τους, έχουν ιδέες μεγαλείου.”.

### *3.2.1.3 Έλλειψη επίγνωσης της ασθένειας*

Ακόμη, οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονται με μανία συχνά λένε ότι δεν είναι άρρωστοι. Οι ασθενείς υπερεκτιμούν τον εαυτό τους και δείχνουν ελάχιστη ή καθόλου επίγνωση της ασθένειάς τους και διορατικότητα για τη συμπεριφορά τους και τις συνέπειές της. Οι ασθενείς συχνά αρνούνται να πάρουν τα φάρμακά τους και δεν θέλουν να το συζητήσουν. Οι ασθενείς κάνουν μόνο ό,τι θέλουν και με τον δικό τους τρόπο, και επιμένουν να το κάνουν αυτό.

### *3.2.1.4 Έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου, κοινωνικά και διαπροσωπικά προβλήματα*

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα των ασθενών κατά τη γνώμη των νοσηλευτών είναι η έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου. Σημαντικό πρόβλημα είναι επίσης το νοσηρό οικογενειακό περιβάλλον, όπως επίσης και τα τραυματικά γεγονότα που ενδεχομένως έχουν ζήσει. Ακόμη ένα πρόβλημα είναι οι καταχρήσεις.

Τα προβλήματα σε κοινωνικό επίπεδο θεωρούνται από τους νοσηλευτές ως μια σημαντική συνέπεια της νόσου: απώλεια εισοδήματος, απώλεια αυτοεκτίμησης, απώλεια ουσιαστικών επαφών, απώλεια στέγης. Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή βιώνουν ντροπή, χρέη, στιγματισμό και ακατανοησία. Αρκετοί από τους νοσηλευτές αναφέρουν ότι οι κοινωνικοί ρόλοι των ασθενών αλλάζουν κατά την πορεία της νόσου με συνέπεια την αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων. Ένας άλλος αιτιολογικός παράγοντας που αναφέρθηκε από αρκετούς από τους νοσηλευτές είναι ότι οι άνθρωποι δεν τολμούν να μιλήσουν μαζί τους γιατί δεν ξέρουν πως να τους αντιμετωπίσουν.

Ακόμη, προβλήματα που σχετίζονται με την εργασία παρατηρούνται συχνά σε ασθενείς με διπολική διαταραχή. Οι νοσηλευτές δηλώνουν ότι αυτά τα προβλήματα προκαλούνται συχνά από μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, αδυναμία προγραμματισμού, δυσανεξία στο στρες, και μειωμένα επίπεδα ενέργειας. Αρκετοί από τους νοσηλευτές δήλωσαν επίσης ότι οι ασθενείς με διπολική διαταραχή συχνά εργάζονται κάτω από το επίπεδο νοημοσύνης τους, κάτι που μπορεί να θεωρηθεί ταπεινωτικό. Η εργασία σε βάρδιες αναφέρεται επίσης συχνά ως προβληματική λόγω της ανάγκης του ασθενούς για καθημερινή ρουτίνα. Ο φόβος του στιγματισμού αναφέρεται ως λόγος για να μην ενημερώνονται οι συνάδελφοι για την κατάστασή του, γεγονός που μπορεί να απογοητεύσει περαιτέρω τους ασθενείς, να οδηγήσει σε υπερβολική επιβάρυνση και στο τέλος να οδηγήσει σε απώλεια εργασίας.

Επιπλέον, υπάρχουν και τα προβλήματα στις προσωπικές σχέσεις. Οι νοσηλευτές αναφέρουν ότι μια αλλαγή ρόλων μέσα στη σχέση μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλα προβλήματα. Η αρχική ανησυχία για τον ασθενή μπορεί να μετατραπεί σε φόβο ή κριτική στάση. Αναφέρονται υψηλά επίπεδα εκφραζόμενων συναισθημάτων. Η μοιχεία και η αυξημένη σεξουαλική διέγερση κατά τη διάρκεια μανιακών επεισοδίων και η απώλεια της λίμπιντο κατά τη διάρκεια καταθλιπτικών επεισοδίων ή λόγω φαρμακευτικής αγωγής αναφέρονται συχνά ως πηγή προβλημάτων σχέσεων. Άλλα συμπτώματα είναι η σπασμένη εμπιστοσύνη, η μοναξιά, το αίσθημα αγνοίας από τον σύντροφο, οι συγκρούσεις αφοσίωσης και η παραμέληση της ασθένειας από τον σύντροφο.

### *3.2.1.5 Αστάθεια στη διάθεση*

Οι αλλαγές στη συμπεριφορά του ασθενούς αντανακλούν την αστάθεια της διάθεσης και αναφέρονται από τους νοσηλευτές ότι αποτελούν μείζον πρόβλημα για τους ασθενείς: αλλαγές στα πρότυπα ύπνου, αλλαγές στα επίπεδα ενέργειας και μεταβαλλόμενα επίπεδα δραστηριότητας με υπερφορτωμένα προγράμματα και πολλές ακυρώσεις σε περιπτώσεις μανίας. Οι νοσηλευτές αναφέρουν ότι δίνουν μεγάλη προσοχή στα μη λεκτικά σημεία και συμπτώματα. Υπάρχει μια λάμψη στα μάτια του ασθενούς; Είναι ο ασθενής ανήσυχος ή δείχνει καταθλιπτικός; Ο ασθενής κάνει εμφανή την παρουσία του ή εισέρχεται κρυφά; Είναι η ομιλία του ασθενούς πιο γρήγορη, πιο αργή, πιο δυνατή ή πιο ήσυχη από το κανονικό; Είναι δυνατή ή αδύναμη η χειραψία του ασθενούς; Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν την εξωτερική εμφάνιση του ασθενούς. Ποια είναι η κατάσταση της προσωπικής υγιεινής; Είναι ο ασθενής ντυμένος με προσοχή, εκκεντρικά ή ατημέλητα;

### *3.2.1.6 Μη συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία*

Άλλα σημαντικά προβλήματα που αναφέρθηκαν είναι το ότι οι ασθενείς αυτοί δεν ακολουθούν σωστά τη φαρμακευτική τους αγωγή ή/και την διακόπτουν εντελώς.

## *3.2.2 Ανάγκες*

Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι είναι επιθυμητές οι ακόλουθες στάσεις: φιλικότητα και σταθερότητα, ευγένεια, επιβεβαίωση του ασθενούς στις καθημερινές συναντήσεις και δυνατότητα διάκρισης μεταξύ των απαιτήσεων και των αναγκών του ασθενούς. Ο σεβασμός, η εξατομίκευση και η γενναιοδωρία είναι κεντρικές συμπεριφορές που εξουδετερώνουν τις εμπειρίες παραβίασης της ακεραιότητας.

### *3.2.2.1 Σχέσεις εμπιστοσύνης και υποστήριξη*

Η δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης και δεσμών αποτελούν ανάγκες των ασθενών. Όπως αναφέρει η Κ., “εισπράττει μεγάλη ικανοποίηση γιατί φροντίζεις ανθρώπους που δεν έχουν άλλους. Κάνουμε μαζί γιορτές Χριστούγεννα, Πάσχα. Οι ψυχικές παθήσεις έχουν μεγάλη διάρκεια με αποτέλεσμα οι συγγενείς να κουράζονται και να τους αφήνουν. Εμείς με αυτούς τους ασθενείς δενόμαστε.”. Παρόμοια, η Ν. ανέφερε τα εξής: “Ο ασθενής πρέπει να καταλάβει ότι νοιάζεσαι πραγματικά γι’ αυτόν . Ο τρόπος μας πρέπει να είναι πάντα συμβουλευτικός και όχι προστακτικός. Επίσης θα πρέπει ο ασθενής να έχει τη

δυνατότητα να μιλήσει, να πει τα προβλήματά του σε ψυχολόγο ή να ασχοληθεί με κάποια δραστηριότητα για να μπορεί να εκτονωθεί. Το να βλέπει συνεχώς δύο νοσηλευτές που να ο χρόνος τους να μην είναι αρκετός για 30 ασθενείς, για να κάνουν νοσηλεία και πολλά άλλα πράγματα δεν είναι θεραπευτικό.’’.

Η οικοδόμηση μιας σχέσης προϋποθέτει και την πρόσκληση και τη βούληση για συνεργασία. Αυτό σημαίνει ότι η συνεργασία γίνεται μια συντονισμένη προσπάθεια για την επίτευξη ενός κοινού στόχου, δηλαδή την ανακούφιση της ταλαιπωρίας (ταλαιπωρία από ασθένειες, υπαρξιακή ταλαιπωρία και ταλαιπωρία ως αποτέλεσμα φροντίδας και θεραπείας) και για να βοηθηθούν οι ασθενείς να συμβιβαστούν με την κατάστασή τους και να επανέλθουν σε τροχιά στο έργο της ζωής τους. Αυτό προϋποθέτει ότι τα μέλη του προσωπικού καταβάλλουν προσπάθειες για να κατανοήσουν τι ανακουφίζει τον πόνο του ασθενούς. Η λειτουργία του νοσηλευτή είναι κεντρική εδώ, βοηθώντας στη βελτίωση της αυτοπραγμάτωσης. Είναι καθήκον του νοσηλευτή να ερμηνεύσει τις επιθυμίες, τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του ασθενούς και να κοινοποιήσει αυτές τις πληροφορίες στην ομάδα προσωπικού. Επιπλέον, πρέπει να μεσολαβεί μεταξύ του προσωπικού και του ασθενούς. Ταυτόχρονα που πρέπει να ακούγονται και να λαμβάνονται υπόψη οι επιθυμίες του ασθενούς, πρέπει να εφαρμόζονται οι αποφάσεις της ομάδας προσωπικού σχετικά με τη θεραπεία του ασθενούς. Αυτά είναι συχνά ασυμβίβαστα. Ωστόσο, το καθήκον του νοσηλευτή είναι να διασφαλίζει τη συνέχεια, μέσω κανόνων συμπεριφοράς, σχεδίων φροντίδας και οργάνωσης της φροντίδας γύρω από τον ασθενή. Η ίδια η βάση της οικοδόμησης σχέσεων είναι η επικοινωνία και η κοινή κατανόηση.

Μια βασική στρατηγική στην οξεία φάση της μανίας είναι κατά τη Ζ. ‘να κάνουμε έναν υποστηρικτικό κύκλο γύρω από τον ασθενή κατά τη διάρκεια κάθε βάρδιας’. Η μεταφορά ενός κύκλου μεταφέρει την εικόνα του ασθενούς που περιβάλλεται από την ομάδα των μελών του προσωπικού. Ο ασθενής, που βρίσκεται σε κατάσταση ψυχικής ανισορροπίας και έχει ανάγκη από ασφάλεια, υποστήριξη και δομή, μπορεί να αισθάνεται ότι ο κύκλος είναι μια ευεργετική εμπειρία. Μπορεί να δώσει την εντύπωση ασφάλειας, επιτρέποντας έτσι στον ασθενή, όταν τον κυριεύει η ανασφάλεια και το άγχος, να αφεθεί γνωρίζοντας ότι βρίσκεται σε καλά χέρια. Η ποιότητα του κύκλου εξαρτάται από το βαθμό εμπιστοσύνης του ασθενή στο προσωπικό και από το πόση ασφάλεια εκπέμπουν τα μέλη του προσωπικού. Ένας καλός κύκλος εκφράζει μια ενωμένη στάση που χαρακτηρίζεται από ένα βαθμό ευελιξίας, καθώς και σταθερότητας. Το συγκεκριμένο περιεχόμενο του «υποστηρικτικού κύκλου» χαρακτηρίζεται από πληροφορίες προς τον ασθενή (προσαρμοσμένες στην ικανότητά του/της να αφομοιώνει πληροφορίες, καθώς και στην επικοινωνιακή του ικανότητα και κατανόηση της κατάστασης), σαφείς και απλούς κανόνες συμπεριφοράς (κατά προτίμηση διατυπώνεται από κοινού με τον ασθενή) και μια ενιαία στάση. Συνολικά, αυτές οι πτυχές του «υποστηρικτικού κύκλου» προορίζονται να συμβάλουν στην τάξη, την επισκόπηση και την προβλεψιμότητα καθώς και την

προστασία του ατόμου επιδεικνύοντας σεβασμό και διασφαλίζοντας ότι ο ασθενής δεν προκαλεί κακό στον εαυτό του/της. Με αυτόν τον τρόπο είναι δυνατό να αποφευχθεί η αίσθηση του ασθενούς ότι έχει παραβιαστεί η ακεραιότητά του.

### *3.2.2.2 Ενημέρωση φροντιστή*

Η παροχή πληροφοριών στον ασθενή και στους άτυπους φροντιστές είναι μια σημαντική παρέμβαση. Η παροχή σαφών πληροφοριών σχετικά με τους κανόνες του θαλάμου κατά την έναρξη της εισαγωγής —τόσο προφορική όσο και γραπτή— και η επανάληψη της όταν φαίνεται ότι ο ασθενής δεν τους τηρεί είναι σημαντική. Σε τακτική βάση, θα πρέπει να παρέχονται πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία και την ψυχοεκπαίδευση σχετικά με την ασθένεια. Ο άτυπος φροντιστής που ενεργεί ως πρώτο πρόσωπο επικοινωνίας για τους επαγγελματίες θα πρέπει να ενημερώνεται ενεργά για το σχέδιο θεραπείας και τους στόχους θεραπείας, την πιθανή ανάγκη να επιλέξει κανείς μέσα στη θεραπεία ένα περιβάλλον χαμηλού ερεθίσματος ή/και απομόνωση και για τους τρόπους με τους οποίους ο νοσηλευτής μπορεί να περιορίσει τη συμπεριφορά του ασθενούς. Τόσο ο ασθενής όσο και ο πρώτος υπεύθυνος επικοινωνίας πρέπει να ενημερωθούν εγκαίρως για την προβλεπόμενη ημερομηνία εξιτηρίου, ώστε η απαραίτητη μετέπειτα φροντίδα και υποστήριξη να μπορεί να οργανωθεί επαρκώς.

### *3.2.2.3 Εξατομίκευση φροντίδας*

Κάθε ασθενής απαιτεί μια ατομική νοσηλευτική προσέγγιση, προσαρμοσμένη στις ανάγκες του. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να έχει υποστηρικτική στάση και προσέγγιση προς τον ασθενή, όντας παρών και προσιτός. Ο νοσηλευτής πρέπει, στον επαγγελματικό του ρόλο, να δείχνει προσωπική προσοχή και συμμετοχή όσον αφορά τον ασθενή και τους άτυπους φροντιστές και να συνεργάζεται με την οικογένεια του ασθενούς. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να συνδέεται με τον ασθενή και να παραμένει συνδεδεμένος με αυτόν για να ενθαρρύνει την επιθυμητή συμπεριφορά. Η διαχείριση του μανιακού ασθενούς απαιτεί πολλές επικοινωνιακές δεξιότητες από τον νοσηλευτή. Το χιούμορ των νοσηλευτών πρέπει να είναι συντονισμένο στην κατάσταση των ασθενών. Συχνά, μια αυταρχική στάση του νοσηλευτή προκαλεί εκνευρισμό στον ασθενή. Είναι σημαντικό επίσης ο νοσηλευτής να μεσολαβεί όταν βλέπει να προκύπτει μια σύγκρουση μεταξύ του ασθενούς και των άτυπων φροντιστών.

## **3.3 Επιθυμητά αποτελέσματα κατά τη φροντίδα**

Κύριος στόχος των νοσηλευτών είναι η ασφάλεια του ασθενή και η ρύθμιση της σωματικής του υγείας. Αξιολογούν αν έχουν φάει, αν έχουν κοιμηθεί και αν ακολουθούν τη φαρμακευτική τους αγωγή. Μάλιστα, οι νοσηλευτές μεριμνούν εάν οι ασθενείς έχουν πάρει τη φαρμακευτική τους αγωγή, καθώς πολλοί κρύβουν τα φάρμακά τους ή δεν θέλουν να τα πάρουν. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Ζ., ‘‘..Να παίρνουν σωστά τα φάρμακα τους γιατί συνήθως δεν θέλουν και αντιδρούν ή πολλές φορές τα κρύβουν. Να μπορούμε να έχουμε μια καλή συνεργασία μαζί τους. Να έχουν μια συνοχή στο λόγο τους. Να αρχίσουν να καταλαβαίνουν ποια είναι τα όρια.’’.

### 3.3.1 Καθορισμός ορίων

Ο καθορισμός των ορίων είναι μια βασική παρέμβαση στη νοσηλεία ασθενών με μανία. Αν και ο νοσηλευτής πρέπει να επικοινωνεί με σαφήνεια ποια συμπεριφορά είναι επιθυμητή και ποια όχι, είναι σημαντικό να επικεντρωθεί στην επιβεβαίωση της επιθυμητής συμπεριφοράς αντί να αντιμετωπίζει την ανεπιθύμητη συμπεριφορά. Η υπερβολική χρήση ορίων και κανόνων μπορεί να οδηγήσει σε κλιμάκωση. Όταν ο νοσηλευτής θέτει όρια με πειθώ και χιούμορ και επικοινωνεί ορθά με τον ασθενή, τα όρια γίνονται πιο εύκολα αποδεκτά. Το αν ο ασθενής σέβεται τα όρια εξαρτάται όχι μόνο από την ψυχιατρική κατάσταση του ασθενούς αλλά και από τη στάση και την προσέγγιση του νοσηλευτή.

### 3.3.2 Λήψη φαρμακευτικής αγωγής

Η λήψη φαρμάκων είναι ζωτικής σημασίας για την ύφεση των μανιακών συμπτωμάτων. Συχνά, οι ασθενείς αρνούνται να λάβουν τα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Οι νοσηλευτές πρέπει να αφιερώνουν αρκετό χρόνο και προσοχή για να παρακινήσουν τους ασθενείς να λάβουν φάρμακα. Η ανταπόκριση σε προηγούμενες εμπειρίες και η επανάληψη πληροφοριών σχετικά με τις επιπτώσεις και τις πιθανές παρενέργειες μπορεί να αποδειχθεί επαρκώς παρακινητική. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ελέγξει εάν ο ασθενής έχει πάρει πράγματι τα φάρμακά του και να παρατηρεί την αποτελεσματικότητά τους και τις πιθανές παρενέργειες. Εάν ο ασθενής αρνηθεί να πάρει φάρμακα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αξιολογήσει γιατί ο ασθενής αρνείται. Εάν ο ασθενής έχει ερωτήσεις σχετικά με το φάρμακο, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή ότι μπορεί να μιλήσει με έναν ψυχίατρο. Επίσης, όπως ανέφερε η Α., ‘‘..πρέπει να ρωτάς τον ασθενή για τις παρενέργειες γιατί αλλιώς από μόνος του συνήθως δεν το λέει’’.

### 3.3.3 Ευθυμική διάθεση και πρόληψη υποτροπών

Η ευθυμική κατάσταση της διάθεσης είναι το κύριο επιθυμητό αποτέλεσμα που ορίζουν οι νοσηλευτές για τους ασθενείς τους. Η αξιολόγηση αυτού περιλαμβάνει αξιολόγηση της κατάστασης της διάθεσης, της συμπεριφοράς στον ύπνο, της αύξησης ή της απώλειας βάρους, της χρήσης φαρμάκων και της εμφάνισης συμβάντων ζωής. Άλλοι δείκτες που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της κατάστασης της διάθεσης είναι τα επίπεδα της φαρμακευτικής αγωγής στον ορό στο αίμα του ασθενούς, τα μη λεκτικά σημεία και το πρότυπο των καθημερινών δραστηριοτήτων.

Οι νοσηλευτές εστιάζουν επίσης στην πρόληψη υποτροπών, την εκπαίδευση και το χτίσιμο μιας σχέσης εμπιστοσύνης. Όπως αναφέρθηκε, οι νοσηλευτές φροντίζουν ώστε να μην υπάρξει το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας». Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Β. (47 ετών), «Αυτό που θέλουμε είναι οι λιγότερες δυνατές υποτροπές και αυτό μπορεί να συμβεί παρέχοντας στον άνθρωπο ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις, επικουρικά στην φαρμακοθεραπεία, λιγότερες νοσηλείες, ψυχοεκπαίδευση στην οικογένεια, δημιουργία πολύ καλών δομών, ενίσχυση φιλικών πλαισίων. Θα πρέπει οι ασθενείς να μάθουν να διαχειρίζονται τις συναισθηματικές τους πιέσεις, την κόπωση τους, τα αυξημένα επίπεδα άγχους. Σημαντικό είναι να καταλάβουν τη φαρμακευτική αγωγή, γιατί συχνά αντιστέκονται να πάρουν φάρμακα τους. Επιπλέον θα πρέπει να διατηρούν ισορροπία στη διάθεση τους. Γι' αυτό πρέπει να χτίσουμε μία σχέση εμπιστοσύνης.».

### 3.3.4 Κατανόηση βοήθειας

Είναι επίσης σημαντικό κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας η κατανόηση βοήθειας από τη μεριά του ασθενούς. Όπως χαρακτηριστικά ανέφερε ο Ε., «Να κατανοήσουν την βοήθεια μας. Αρχικά δεν πρέπει να μας παρασύρει το συναίσθημα. Σε αυτό βοηθάει η εμπειρία και η ιδιοσυγκρασία του καθ' ένα. Να ηρεμήσει ο ασθενής είναι ένα αποτέλεσμα, να παίρνει σωστά την φαρμακευτική του αγωγή, να έχει μια συνοχή ο λόγος του. Να μπορεί ο ασθενής να φροντίζει τον εαυτό του, να μπορεί να θέσει όρια, να περιορίσει ποτό, τσιγάρο να έχει τη δυνατότητα να ασχοληθεί με κάποια δραστηριότητα.».

### 3.3.5 Μείωση συναισθηματισμών

Για μια επιτυχημένη νοσηλευτική φροντίδα αναφέρθηκε επίσης ότι οι νοσηλευτές δεν πρέπει να παρασύρονται από το συναίσθημα. Όπως χαρακτηριστικά ανέφερε η Ν., «Η προσέγγιση στον μανιακό πρέπει να είναι πολύ προσεκτική. Αν του φωνάζεις μία φορά θα σου φωνάζει 10. Θέλει οριοθέτηση δεν πρέπει να σε παρασύρει το συναίσθημα.».

### 3.3.6 Διατροφή

Ακόμη, οι νοσηλευτές βοηθούν τον ασθενή να ακολουθήσει μια υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή, να βρει τις δεξιότητες που έχει χάσει, και να παρατηρήσουν εάν έχει διαταραχή επικοινωνίας. Ο νοσηλευτής κρατάει μια στάση υποστηρικτική, και όπως ανέφερε η Χ. ‘‘η επικοινωνία μας με τον ασθενή θα πρέπει να είναι σε ρεαλιστικό επίπεδο. Με τον ασθενή δεν πρέπει να εμπλεκόμαστε συναισθηματικά, ούτε όταν μας μιλάει άσχημα γιατί είναι συχνό φαινόμενο και αυτό.’’. Η επικοινωνία μας πρέπει να είναι ξεκάθαρη και οι φράσεις πρέπει να είναι μικρές για να μπορούν να τις κατανοήσουν. Επίσης, η Χ. επεσήμανε τα εξής: ‘‘Σε καμία περίπτωση δεν χλευάζουμε τον ασθενή. Επειδή συνήθως έχουν ιδέες μεγαλείου και μπορεί να λένε διάφορα πράγματα που δεν ισχύουν μπορούμε να αντλήσουμε πληροφορίες από αυτά που λένε να κάνουμε ερωτήσεις για να καταλάβουμε και τον τρόπο σκέψης αν είναι δηλαδή αυτοκαταστροφικός.’’.

### 3.3.7 Ανεξάρτητη διαβίωση και αυτοδιαχείριση

Όταν ο ασθενής βγει από τη φάση της μανίας οι νοσηλευτές τον βοηθούν στο να ανεξαρτητοποιηθεί, να μπορεί να φροντίζει τον εαυτό του, να μπορεί να πάρει τα φάρμακά του, να βγει από το νοσοκομείο και να κάνει τακτικά τις απαραίτητες εξετάσεις. Όπως υπογράμμισε η Β. (58 ετών), ‘‘φόβος μας είναι να τον παρακολουθούμε και να μην περάσει στην κατάθλιψη’’. Με άλλα λόγια, οι νοσηλευτές τόνισαν τη βοήθεια στην επιστροφή της φυσιολογικής καθημερινότητας. Χαρακτηριστικά, η Κ. ανέφερε: ‘‘ Να επανέλθει ο ασθενής συναισθηματικά σε μία κατάσταση που μπορεί διαχειρίζεται τον εαυτό του. Να παίρνει σωστά τα φάρμακα του, να τρέφεται σωστά, να κάνεις τις εξετάσεις του, να μην είναι επικίνδυνος για τους άλλους, να μην υπερτιμάει τις δυνάμεις τους, να μην μπλέκεται σε φασαρίες. Να περιποιείται τον εαυτό του να είναι καθαρός, να έχει καλές σχέσεις με την οικογένειά του, τους συγγενείς και τους φίλους του.’’.

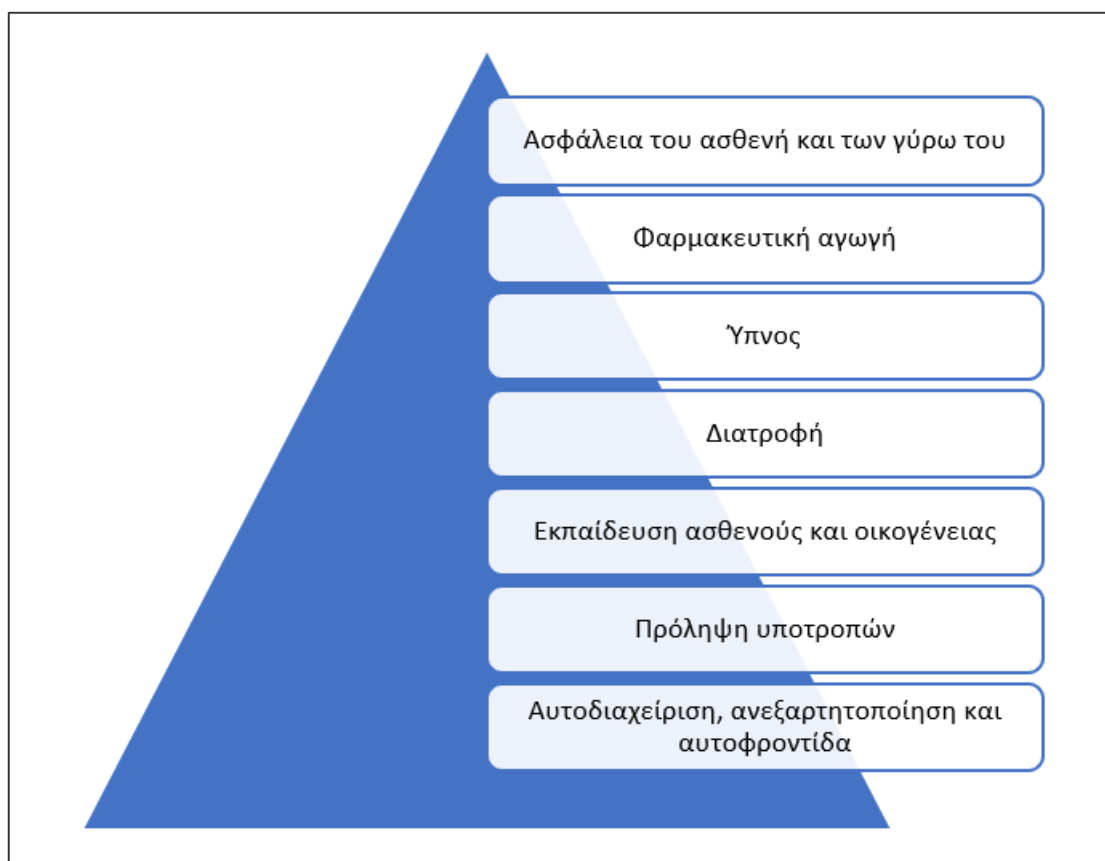
Η αυτοδιαχείριση είναι επίσης ένα επιθυμητό αποτέλεσμα και ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου να ενσωματώσει την ασθένεια στις καθημερινές του δραστηριότητες. Οι περισσότεροι από τους νοσηλευτές ανέφεραν αξιολόγηση της αυτοδιαχείρισης όσον αφορά την ικανότητα του ασθενούς να αναγνωρίζει πρώιμα σημεία ή συμπτώματα ενός επεισοδίου μανίας και την ικανότητά του/της να αντιμετωπίζει αυτά τα πρώιμα προειδοποιητικά σημάδια. Ένας άλλος αναφερόμενος δείκτης είναι η ικανότητα του ασθενούς να αναγνωρίζει τα τρωτά σημεία του και να αναλαμβάνει τις απαραίτητες ενέργειες για να αντιμετωπίσει αυτά τα τρωτά σημεία.

### 3.3.8 Δημιουργία ρουτίνας

Είναι σημαντικό καθήκον για τους νοσηλευτές να υποστηρίξουν τους ασθενείς να αποκαταστήσουν τους ρυθμούς καθημερινής ζωής και ημέρας-νύχτας παρέχοντας ρουτίνα και εξηγώντας πώς αυτό μπορεί να συμβάλει στην ανάρρωσή τους. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να διερευνούν τις καθημερινές δραστηριότητες και συνήθειες του ασθενούς στο ευθυμικό στάδιο και να ενεργούν σύμφωνα με αυτό. Ένα εξατομικευμένο καθημερινό πρόγραμμα, με επαρκή ισορροπία μεταξύ δραστηριότητας και ανάπαυσης που αναπτύσσεται μαζί με τον ασθενή, μπορεί να είναι χρήσιμο. Στο τέλος της ημέρας, ο νοσηλευτής αξιολογεί αυτό το πρόγραμμα με τους ασθενείς και, εάν χρειάζεται, το προσαρμόζει για την επόμενη ημέρα. Εάν είναι απαραίτητο, ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρέχει ένα περιβάλλον χαμηλού ερεθίσματος και πιθανώς να οργανώνει το άμεσο περιβάλλον του ασθενούς (βοηθά στον καθαρισμό του δωματίου του). Μια βόλτα κατά τη διάρκεια της ημέρας μαζί με το νοσηλευτή μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να παραμείνει συνδεδεμένος με τον έξω κόσμο.

### 3.3.9 Ποιότητα ζωής

Η ποιότητα ζωής είναι ένα ακόμη επιθυμητό αποτέλεσμα και ορίζεται από τους νοσηλευτές ως η ικανότητα ενός ασθενούς να εκπληρώνει διάφορους κοινωνικούς ρόλους. Αυτή η ικανότητα μπορεί να αξιολογηθεί έμμεσα μέσω της αξιολόγησης του επιπέδου ικανοποίησης του ασθενούς με τις καθημερινές δραστηριότητες, της αυτοεκτίμησης του ασθενούς και του επιπέδου ικανοποίησης του ασθενούς. Τόσο η αποδοχή μιας χρόνιας νόσου όσο και η κατανόηση της νόσου αναγνωρίζονται επίσης ως επιθυμητά αποτελέσματα. Αυτά τα αποτελέσματα συνήθως αξιολογούνται ως προς τις ικανότητες αυτοδιαχείρισης, την ικανότητα του ασθενούς να αναγνωρίζει προβλήματα/τρωτότητες και την ικανότητα του ασθενούς να αντιμετωπίσει τις συνέπειες μιας τέτοιας κατάστασης και να αποφεύγει με αυτόν τον τρόπο επεισόδια (υπο)μανίας και κατάθλιψης στο μέγιστο δυνατό βαθμό.



**Εικόνα 6. Ιεράρχηση νοσηλευτικών στόχων**

### **3.4 Προτάσεις-παρεμβάσεις για αποτελεσματική φροντίδα**

#### **3.4.1 Διεπιστημονική συνεργασία**

Οι νοσηλευτές τόνισαν την αναγκαιότητα της συνεργασίας με τη διεπιστημονική ομάδα. Όπως ανέφερε χαρακτηριστικά η Θ., “στην φάση μανίας ο ασθενής χρειάζεται πολύ προσωπικό όλων των ειδικοτήτων...και νοσηλευτές και ψυχολόγοι για να μπορούν να ελέγξουν την υπερκινητικότητα”.

### 3.4.2 Εύρεση εργασίας και δημιουργικής απασχόλησης

Τονίστηκε επίσης η αναγκαιότητα εύρεσης εργασίας. Η Θ. ανέφερε τα εξής: “Όταν ο ασθενής βγει από τη φάση μανίας πρέπει να έχουν ενασχόληση. Εκεί τους βλέπεις ότι αλλάζουν κι ότι αρχίζουν να λειτουργούν πιο ενεργά και πιο σωστά.”.

Παρόμοια, τονίστηκε η σημασία της εύρεσης κάποιας δημιουργικής απασχόλησης. Ο Ε. ανέφερε τα εξής: “Πέρα από την φαρμακευτική αγωγή θα έπρεπε ίσως να υπάρχουν κάποιες ομάδες, δημιουργικές ομάδες περισσότερο για να ασχολούνται περισσότερο οι ασθενείς να είναι δραστήριοι να μπορεί να φεύγει η ένταση που έχουν, να μπορούν να εκτονωθούν. Μέσα σ’ ένα κλειστό χώρο όπως είναι το νοσοκομείο ή κάποια ψυχιατρική δομή είναι δύσκολο για τους ασθενείς όπως και για κάθε άνθρωπο, να περνάνε οι μέρες χωρίς να κάνουν κάτι χωρίς να έχουν κάποια πράγματα να ασχοληθούν κάποιες δραστηριότητες.”.

### 3.4.3 Εκπαίδευση και μείωση υποτροπών

Παράλληλα, οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι σημαντικός στόχος είναι η μείωση της πιθανότητας υποτροπών. Ο Γ. ανέφερε τα εξής: “Πολλοί από τους ασθενείς υποτροπιάζουν και εκεί πολλές φορές νιώθεις ότι ο κόπος σου πάει χαμένος. Για αυτό και στόχος μας είναι να ακολουθήσουν σωστά την φαρμακευτική αγωγή. Και ειδικά όταν φεύγει από το νοσοκομείο να είναι κάποιος συγγενής που τον παρακολουθεί.”.

Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές επεσήμαναν τη σημασία εκπαίδευσης στον ασθενή αλλά και στην οικογένειά του. Όπως ανέφερε η Β. (47 ετών), “οι διπολικοί ασθενείς θέλουν ιδιαίτερο χειρισμό. Πρέπει να είναι προσεκτικός ο λόγος σου.”.

### 3.4.4 Συνεργασία με φροντιστές και έλεγχος περιβάλλοντος

Για την παροχή της κατάλληλης νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή, σημαντική προϋπόθεση είναι η συνεχής συνεργασία με τους άτυπους φροντιστές. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να είναι εύκολα προσιτός από τους άτυπους φροντιστές. Ο νοσηλευτής πρέπει να ρωτήσει τους άτυπους φροντιστές για τις εμπειρίες τους κατά τη φάση που εμφανιζόταν η μανία, εάν αντιμετώπισαν επιβάρυνση και να τους συμβουλευτεί πώς να το αντιμετωπίσουν. Η παροχή πληροφοριών στους άτυπους φροντιστές σχετικά με το σχέδιο θεραπείας και την ψυχιατρική κατάσταση του ασθενούς γίνεται μετά από συζήτηση με τον ασθενή.

Ακόμη, οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι έχει σημαντικό ρόλο το περιβάλλον στο οποίο επιστρέφει ο ασθενής. Σημαντικό είναι να οι νοσηλευτές να γνωρίζουν εάν ο ασθενής έχει οικογενειακό και θεραπευτικό περιβάλλον, σε τι ηλικία είναι, και αν θα μπορέσει να πάρει μόνος του την φαρμακευτική αγωγή. Όπως δήλωσε η Κ., ‘... σημαντικό είναι και σε τι περιβάλλον θα γυρίσει ο ασθενής. Αν είναι κατάλληλο. Πολλοί είναι οι ασθενείς που γυρίζουν πάλι πίσω και να αναρωτιέσαι το γιατί.’.

### 3.4.5 Συλλογή πληροφοριών

Η συλλογή πληροφοριών είναι μια άλλη σημαντική νοσηλευτική διεργασία. Ο νοσηλευτής ρωτά πώς λειτουργεί ο ασθενής σε μια σταθερή περίοδο χωρίς συμπτώματα. Οι ατομικές ανάγκες του ασθενούς αξιολογούνται από το νοσηλευτή με παρατήρηση, και πληροφορίες από τον φάκελο του ασθενούς. Ο νοσηλευτής ρωτά ποιες θεραπευτικές στρατηγικές ήταν επιτυχείς κατά τη διάρκεια ενός προηγούμενου επεισοδίου μανίας. Αυτές οι πληροφορίες συμβάλλουν στο σχέδιο θεραπείας.

### 3.4.6 Εμπιστοσύνη

Επίσης, η εμπιστοσύνη αναφέρθηκε ως πολύ σημαντική για την αποτελεσματική φροντίδα. Όπως ανέφερε η Β. (58 ετών), ‘Έχω εισπράξει πολύ αγάπη και έχω ακούσει πολλά ευχαριστώ από αυτούς τους ασθενείς, έχω πάρει μεγάλη ικανοποίηση μέσα από αυτό. Σαν επαγγελματίας υγείας πρέπει όμως να βάζεις όρια. Με τους διπολικούς ασθενείς πρέπει να κάνεις συμμαχία για τον κοινό στόχο. Πρέπει να σε εμπιστευτούν.’.

### 3.4.7 Ηθικά διλήμματα

Τέλος, οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι έχουν και ορισμένα ηθικά διλήμματα, ειδικά αναφορικά με τη μηχανική καθήλωση, και προσπαθούν όσο μπορούν να μην κάνουν του ασθενείς να νιώθουν ότι είναι σαν σε φυλακή. Προκειμένου να ανακουφίσουν τον πόνο, οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι επικεντρώνονται στις ακόλουθες βασικές αξίες ως βάση της δουλειάς τους με μανιακά άτομα: φροντίδα (συμπεριλαμβανομένης της προστασίας), συνεργασία, σεβασμός στην αξιοπρέπεια, ακεραιότητα και αυτονομία του ασθενούς. Το γεγονός ότι το μανιακό άτομο εισάγεται συχνά ακούσια δημιουργεί μια ένταση στην ισορροπία μεταξύ πατερναλισμού και αυτονομίας. Ο ασθενής συχνά αισθάνεται ότι παραβιάζεται λόγω του υψηλού επιπέδου δραστηριότητάς του και του περιορισμού του δικαιώματος αυτοδιάθεσης. Από τη σκοπιά του προσωπικού, ένα συχνό πρόβλημα είναι το πόση ταλαιπωρία πρέπει

να επιτρέψουν να γίνει πριν αναλάβουν δράση με τη μορφή περιορισμών και, τελικά, καταναγκασμού. Η αρχή της ενημέρωσης των ασθενών για τις προγραμματισμένες θεραπευτικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις και τις συνέπειές τους, καθώς και η ανάγκη λήψης της ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς δεν τηρείται σε περιπτώσεις ακούσιας εισαγωγής. Ωστόσο, οι νοσηλευτές επιδιώκουν να ανακουφίσουν την περιοριστική κατάσταση του ασθενούς διαμορφώνοντας κανόνες συμπεριφοράς σε συνεννόηση με τον ασθενή και προσφέροντας ευκαιρίες για συμμετοχή. Συζητώντας τις παρεμβάσεις με τον ασθενή, δίνεται η ευκαιρία στον ασθενή να λάβει πληροφορίες για τον στόχο της νοσηλευτικής φροντίδας και θεραπείας.

Στην πιο οξεία φάση, η αρχή του γνήσιου πατερναλισμού (που βασίζεται στην υποθετική συναίνεση) γίνεται πρωταρχικής σημασίας για το νοσηλευτικό προσωπικό. Σε αυτό το πλαίσιο, μερικές φορές προκύπτουν συγκρούσεις στην ομάδα σχετικά με το τι πρέπει να επιτραπεί στον ασθενή να καθορίσει μόνος του (φάρμακα, άδειες απουσίας και «ειδική θεραπεία»). Αυτό φαίνεται από τα ακόλουθα αποσπάσματα: «Νιώθω ότι μερικές φορές περιορίζουμε τον ασθενή πάρα πολύ, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να αναπνεύσει και μερικές φορές νιώθω ότι αυτό προκαλεί ταλαιπωρία... εκ των υστέρων, βέβαια ο ασθενής πιθανώς συνειδητοποιεί ότι ο περιορισμός ήταν απαραίτητος...», «Η στέρηση της ελευθερίας από κάποιον και η εφαρμογή αυστηρών περιορισμών είναι επίσης δύσκολο για εμάς. Αλλά σκέφτομαι όλες τις περιπτώσεις που δεν τέθηκαν όρια...», «Η υποθετική συναίνεση είναι να σκέφτεσαι σύμφωνα με το τι θα ήθελε ο ασθενής, αν ήταν καλά...».

**Πίνακας 4. Σύνοψη προβλημάτων των ασθενών, επιθυμητών αποτελεσμάτων και χρησιμοποιούμενων παρεμβάσεων**

Προβλήματα ασθενών	Επιθυμητά αποτελέσματα	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις
Διαταραγμένος ρυθμός ημέρας-νύχτας	Σταθερή λειτουργικότητα	Καθορισμός ορίων
Οξυθυμία	Αύξηση επίγνωσης για την ασθένεια	Κίνητρο λήψης φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες
Λεκτική επιθετικότητα	Σταθεροποίηση ρυθμού ημέρας-νύχτας	Χορήγηση φαρμάκων
Υπερβολική φυσική δραστηριότητα	Πρόληψη τραυματισμών	Δόμηση του ρυθμού ημέρας-νύχτας
Προβλήματα σχετική με τη φαρμακευτική αγωγή	Αυτόνομη διαβίωση	Υποστηρικτική επικοινωνία
Χαοτική συμπεριφορά	Φαρμακευτική συμμόρφωση	Δημιουργία καθημερινής ρουτίνας
Απομόνωση	Ευθυμική κατάσταση διάθεσης	Συζήτηση συμπεριφοράς
	Βελτίωση ποιότητας ζωής	

Επαγγελματικά ζητήματα Έντονες αντιδράσεις Διαπροσωπικά προβλήματα Υπερεκτίμηση ικανοτήτων Λογόρροια Σωματική επιθετικότητα Ψυχωτικά συμπτώματα		Ψυχοεκπαίδευση για τον ασθενή Υποστήριξη αυτοφροντίδας Παρακολούθηση των επιδράσεων των φαρμάκων Διεπιστημονική συνεργασία Προληπτικά μέτρα ασφαλείας Επικοινωνία με άλλους φροντιστές Παρακολούθηση συμπεριφοράς και συμπτωμάτων
---	--	---

### 3.5 Προτάσεις-παρεμβάσεις για δημιουργία ενός ψυχικά υγιούς περιβάλλοντος για τους νοσηλευτές

#### 3.5.1 Προσλήψεις προσωπικού και κατάλληλη εκπαίδευση

Όλοι οι νοσηλευτές τόνισαν τη σημασία της ύπαρξης ικανοποιητικού αριθμού προσωπικού, αναφέροντας πως πρέπει να γίνουν αρκετές προσλήψεις νοσηλευτών. Όπως χαρακτηριστικά ανέφερε ο Ε., “είμαστε δυο νοσηλευτές για 30 ασθενείς”. Επισημάνθηκε επίσης ότι είναι σημαντικό να γίνουν και προσλήψεις ψυχολόγων και ψυχιάτρων ώστε να αποφορτιστούν οι νοσηλευτές. Μάλιστα, όπως ανέφερε η Ν., “αυτός είναι και ένας από τους κυριότερους λόγους που επιστρέφουν συνέχεια οι ίδιοι ασθενείς..”.

Αναγνωρίστηκε επίσης η σημαντικότητα της κατάλληλης εκπαίδευσης των νοσηλευτών ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν ασθενείς με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας. Όλα αυτά είναι σημαντικά και για την πρόληψη επαγγελματικής εξουθένωσης και την αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης.

#### 3.5.2 Ψυχολογική υποστήριξη και αύξηση μισθού

Η Β. (47 ετών) ανέφερε τα εξής: “Αν εργάζεσαι σ’ ένα καλά οργανωμένο χώρο μιλάμε για ένα πλαίσιο που θα προχωρήσει καλά. Δυστυχώς οι συνθήκες είναι δύσκολες. Το κίνητρο εκτός από το οικονομικό

που είναι και αυτό πολύ σημαντικό, είναι επίσης και τα ηθικό και ψυχολογικό. Ένα άλλο είναι οι συνεχείς επιμόρφωση. Πρέπει να έχουμε γνώση να εξελισσόμαστε. Πρέπει να εκπαιδεύονται όλοι γι' αυτό που κάνουν. Σημαντικό είναι η συμμετοχή ενός εξωτερικού φορέα, υποστηρικτικού τομέα που μπορεί να είναι μία δομή που ασχολείται με την ψυχοθεραπεία, να γίνουν ομάδες προσωπικού. Ωστε να μπορεί το προσωπικό να αποφορτίζεται, να μπορεί να διαχειριστεί τους προβληματισμούς του.'.

Πράγματι, αρκετοί νοσηλευτές τόνισαν την ανάγκη ύπαρξης ενός υποστηρικτικού φορέα, καθώς η ψυχολογία τους συχνά επιβαρύνεται. Αν και οι περισσότεροι νοσηλευτές ανέφεραν ότι δεν είχαν αισθανθεί άμεσο κίνδυνο από ασθενείς με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας, βρέθηκαν και περιπτώσεις όπου οι νοσηλευτές δέχτηκαν λεκτική και σωματική βία από επιθετικούς και εκνευρισμένους ασθενείς. Όλα αυτά δημιουργούν αυξημένο στρες, ψυχολογική δυσφορία, αλλά και κόπωση συμπόνοιας. Παρατίθεται κάποια χαρακτηριστικά αποσπάσματα: 'Ναι έχω φοβηθεί για τη σωματική μου ακεραιότητα, αλλά κυρίως στενοχωριέμαι να βλέπω κάποιον να έρχεται για παράδειγμα με εισαγγελική εντολή και να είναι σε μια χαοτική κατάσταση...', 'Έχει συμβεί να με δαγκώσουν αρκετές φορές...κατά καιρούς έχουν προσπαθήσει να με χτυπήσουν με γροθιές ή με κάποιο αντικείμενο. Ενώ προσπαθούμε να συγκρατήσουμε τους ασθενείς, τραυματιζόμαστε επίσης στη διαδικασία.', 'Μερικές φορές σκίζουν τα ρούχα τους, κάνουν άνω κάτω το δωμάτιό τους...', 'Οι άνθρωποι που έρχονται εδώ σπάνια το κάνουν εθελοντικά. Έρχονται εδώ με τη βία που συνήθως τους φέρνει η αστυνομία... Οι συγγενείς των ασθενών καλούν την αστυνομία για να τους βοηθήσει να φέρουν τους ασθενείς εδώ... Φανταστείτε ένα άτομο που φέρεται κάτω από αυτές τις συνθήκες... όταν φτάνουν εδώ, μερικές φορές κλωτσούν ή χτυπούν...', 'Δεν το έχω ζήσει εγώ η ίδια, αλλά έχω ακούσει για περιστατικό έντονης σεξουαλικής παρενόχλησης, με τον ασθενή να κυκλοφορεί γυμνός και να προσπαθεί να αγγίξει τη νοσηλεύτρια νομίζοντας ότι είναι η γυναίκα του.', 'Είμαστε επίσης εκτεθειμένοι σε συναισθηματικό τραύμα... πολύ συχνά μας βρίζουν.. Εντάξει, ξέρουμε ότι ζουν με ψυχικές ασθένειες, αλλά επειδή είμαστε και άνθρωποι, πονάμε..'

Το οικονομικό κίνητρο τονίστηκε και από τον Z., και από την B. (58 ετών), η οποία επίσης ανέφερε ότι θα πρέπει να υπάρχει νομικό πλαίσιο για να ξέρει ο νοσηλευτής ότι καλύπτεται νομικά, και ότι θα πρέπει επίσης να υπάρχει επόπτης εργασίας.

### 3.5.3 Βελτίωση εργασιακού περιβάλλοντος

Τέλος, αναγνωρίστηκε και η αναγκαιότητα βελτίωσης του εργασιακού χώρου και η ύπαρξη καλύτερου εξοπλισμού. Όπως ανέφερε ο Z., '..οι αίθουσες χρειάζονται βάψιμο, υπάρχει υγρασία, ορισμένα καλοριφέρ δεν λειτουργούν...'

**Πίνακας 5. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας**

<p><b>Πρώτες σκέψεις και συναισθήματα</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Οι ασθενείς με μανία διακρίνονται εύκολα, συνήθως έχουν αυξημένη λογόρροια, είναι νευρικοί, έχουν έντονη εμφάνιση και παραλήρημα μεγαλείου</li> <li>• Ανησυχία, στρες, αίσθημα ευθύνης</li> <li>• Προτεραιότητες είναι η ασφάλεια του ασθενή, ώστε να μην βλάψει ούτε τον εαυτό του, ούτε τους γύρω του, ο ύπνος και το φαγητό, καθώς και η γρήγορη έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής</li> <li>• Εξέταση οργανικότητας, σκέψης, αντίληψης, διάσπασης προσοχής, ψευδαισθήσεων, παραληρήματος, υγιεινής, επικοινωνίας</li> <li>• Εκούσια εισαγωγή ή με εισαγγελική παρέμβαση</li> <li>• Οι νοσηλευτές δεν ξέρουν τι να περιμένουν, οι ασθενείς έχουν απρόβλεπτη συμπεριφορά και μπορεί να γίνουν επιθετικοί</li> <li>• Συναίσθημα επαγρύπνησης των νοσηλευτών</li> <li>• Σκέψη των αναγκών των ασθενών</li> <li>• Τοποθέτηση σε μονόκλινο ήσυχο δωμάτιο</li> <li>• Έλεγχος να μην εμπλακεί σε καυγάδες με άλλους ασθενείς</li> <li>• Σημασία εάν ο ασθενής έχει ξαναέρθει</li> <li>• Δημιουργία εμπιστοσύνης</li> <li>• Φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας»</li> </ul>
<p><b>Συχνότερα προβλήματα και ανάγκες ασθενών</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κύρια συμπτώματα: απνίες, ευερεθιστότητα, εκνευρισμός, επιθετικότητα, υπερκινητικότητα, χασοκή συμπεριφορά, ακραίες αντιδράσεις, αντιδραστικότητα, υπερεκτίμηση των ικανοτήτων τους, αυξημένη λογόρροια</li> <li>• Προβλήματα: έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου, νοσηρό οικογενειακό περιβάλλον, παρελθοντικά τραυματικά γεγονότα, καταχρήσεις, μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική διακοπή ή/και διακοπή της, κοινωνικά προβλήματα, προβλήματα στις προσωπικές σχέσεις, απώλεια εργασίας, αστάθεια στη διάθεση, στιγματισμός</li> <li>• Ανάγκες: δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης και δεσμών, ο ασθενής πρέπει να καταλάβει ότι νοιάζεσαι πραγματικά γι' αυτόν, συμβουλευτικός και όχι προστακτικός ρόλος των νοσηλευτών,</li> </ul>

	<p>ενασχόληση με κάποια δραστηριότητα για εκτόνωση, παροχή πληροφοριών, υποστηρικτικός κύκλος</p>
<p><b>Επιθυμητά αποτελέσματα κατά τη φροντίδα</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ασφάλεια του ασθενή και των γύρω του</li> <li>• Ρύθμιση σωματικής υγείας</li> <li>• Αξιολόγηση πρόσληψης τροφής, ύπνου και ακολούθησης φαρμακευτικής αγωγής</li> <li>• Έλεγχος ότι οι ασθενείς έχουν πάρει τη φαρμακευτική τους αγωγή, καθώς πολλοί κρύβουν τα φάρμακά τους ή δεν θέλουν να τα πάρουν</li> <li>• Παρατήρηση αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής και πιθανών παρενεργειών</li> <li>• Καθορισμός ορίων</li> <li>• Πρόληψη υποτροπής</li> <li>• Εκπαίδευση ασθενούς και οικογένειας</li> <li>• Χτίσιμο σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή και δημιουργία φιλικής σχέσης</li> <li>• Αυτοδιαχείριση</li> <li>• Βοήθεια του ασθενούς να μάθει να διαχειρίζεται τις συναισθηματικές πιέσεις, την κόπωση και το άγχος</li> <li>• Κατανόηση βοήθειας από τη μεριά του ασθενούς</li> <li>• Οι νοσηλευτές δεν πρέπει να παρασύρονται από το συναίσθημα</li> <li>• Ενθάρρυνση ασθενούς να ακολουθήσει μια υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή</li> <li>• Βοήθεια του ασθενούς να βρει τις δεξιότητες που έχει χάσει</li> <li>• Ποιότητα ζωής</li> <li>• Ξεκάθαρη επικοινωνία με τη χρήση μικρών φράσεων</li> <li>• Όχι γλευασμός του ασθενούς</li> <li>• Ερωτήσεις στον ασθενή για άντληση πληροφοριών για να κατανοηθεί ο τρόπος σκέψης του και το εάν είναι αυτοκαταστροφικός</li> <li>• Βοήθεια στον ασθενή να ανεξαρτητοποιηθεί, να μπορεί να φροντίζει τον εαυτό του, να μπορεί να πάρει τα φάρμακά του, να βγει από το νοσοκομείο και να κάνει τακτικά τις απαραίτητες εξετάσεις</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πρόληψη κατάθλιψης</li> <li>• Βοήθεια στην επιστροφή της φυσιολογικής καθημερινότητας</li> <li>• Δημιουργία καθημερινής ρουτίνας</li> </ul>
<b>Προτάσεις- παρεμβάσεις για αποτελεσματική φροντίδα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα</li> <li>• Αναγκαιότητα εύρεσης εργασίας</li> <li>• Αναγκαιότητα εύρεσης κάποιας δημιουργικής απασχόλησης</li> <li>• Εκπαίδευση οικογένειας και συνεργασία με τους άτυπους φροντιστές</li> <li>• Έλεγχος του περιβάλλοντος στο οποίο επιστρέφει ο ασθενής</li> <li>• Εμπιστοσύνη</li> <li>• Ηθικά διλήμματα νοσηλευτών για μηχανική καθήλωση</li> </ul>
<b>Προτάσεις- παρεμβάσεις για δημιουργία ενός ψυχικά υγιούς περιβάλλοντος για τους νοσηλευτές</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αύξηση προσλήψεων νοσηλευτών, ψυχολόγων και ψυχιάτρων</li> <li>• Αποφόρτιση νοσηλευτών</li> <li>• Κατάλληλη εκπαίδευση των νοσηλευτών</li> <li>• Δημιουργία φορέα για ψυχολογική υποστήριξη νοσηλευτών</li> <li>• Αύξηση μισθού των νοσηλευτών για αύξηση επαγγελματικής ικανοποίησης</li> <li>• Ύπαρξη και τήρηση νομικού πλαισίου για να ξέρει ο νοσηλευτής ότι καλύπτεται νομικά</li> <li>• Ύπαρξη επόπτη εργασίας</li> <li>• Βελτίωση του εργασιακού χώρου</li> <li>• Ύπαρξη καλύτερου εξοπλισμού</li> </ul>

#### 4. Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας.

Όσον αφορά τις πρώτες σκέψεις και τα πρώτα συναισθήματα των νοσηλευτών όταν έρχεται στο τμήμα ένας ασθενής με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας, οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι οι ασθενείς με μανία διακρίνονται εύκολα, συνήθως έχουν αυξημένη λογόρροια, είναι νευρικοί, έχουν έντονη εμφάνιση και παραλήρημα μεγαλείου. Προτεραιότητες είναι η ασφάλεια του ασθενή, ώστε να μην βλάψει ούτε τον εαυτό του, ούτε τους γύρω του, ο ύπνος και το φαγητό, καθώς και η γρήγορη έναρξη της φαρμακευτικής

αγωγής. Οι νοσηλευτές εξετάζουν επίσης την οργανικότητα, τη σκέψη, την αντίληψη, τη διάσπαση προσοχής, την ύπαρξη ψευδαισθήσεων και παραληρήματος, την υγιεινή και την ικανότητα επικοινωνίας. Παράλληλα, οι νοσηλευτές νιώθουν ανησυχία, στρες, και αίσθημα ευθύνης και είναι σε επαγρύπνηση. Αυτό συμβαίνει και γιατί όπως ανέφεραν δεν ξέρουν τι να περιμένουν, αφού οι ασθενείς έχουν απρόβλεπτη συμπεριφορά και μπορεί να γίνουν επιθετικοί. Αυτό επιδεινώνεται αν οι ασθενείς έρχονται στο νοσοκομείο μετά από εισαγγελική παρέμβαση. Πολύ συχνά επίσης εμφανίζεται το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας». Οι νοσηλευτές προσπαθούν να σκεφτούν τις ανάγκες του ασθενή, τον τοποθετούν σε μονόκλινο ήσυχο δωμάτιο, φροντίζουν να μην εμπλακεί σε καυγάδες με άλλους ασθενείς και προσπαθούν να αναπτύξουν σχέσεις εμπιστοσύνης μαζί του.

Από την άλλη, η παρούσα μελέτη διαπίστωσε ότι τα κυριότερα προβλήματα των ασθενών είναι η έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου, το νοσηρό οικογενειακό περιβάλλον, τα παρελθοντικά τραυματικά γεγονότα, οι καταχρήσεις, η μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική διακοπή ή/και η διακοπή της, τα κοινωνικά προβλήματα, τα προβλήματα στις προσωπικές σχέσεις, η απώλεια εργασίας, η αστάθεια στη διάθεση και ο στιγματισμός. Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι οι ανάγκες των ασθενών αυτών είναι η δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης και δεσμών, το να καταλάβει ο ασθενής ότι νοιάζεσαι πραγματικά γι' αυτόν, το να έχει ο νοσηλευτής συμβουλευτικό και όχι προστακτικό ρόλο, ενώ παράλληλα υπογράμμισαν την αναγκαιότητα ενασχόλησης με κάποια δραστηριότητα για εκτόνωση, την παροχή πληροφοριών, και την ύπαρξη υποστηρικτικού κύκλου.

Όσον αφορά τα επιθυμητά αποτελέσματα της φροντίδας των ασθενών με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας, οι νοσηλευτές τόνισαν ότι η νοσηλευτική φροντίδα εστιάζει στην ασφάλεια του ασθενή και των γύρω του, τη ρύθμιση της σωματικής υγείας, την αξιολόγηση της πρόσληψης τροφής, του ύπνου και της ακολούθησης φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης, οι νοσηλευτές ελέγχουν ότι οι ασθενείς έχουν πάρει τη φαρμακευτική τους αγωγή, καθώς πολλοί κρύβουν τα φάρμακά τους ή δεν θέλουν να τα πάρουν. Παρατηρούν επίσης την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής και την πιθανή ύπαρξη παρενεργειών. Επίσης, οι νοσηλευτές τόνισαν τη σημαντικότητα του καθορισμού ορίων, της οικοδόμησης σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή και της δημιουργία φιλικής σχέσης, της εκπαίδευσης τόσο του ασθενούς όσο και της οικογένειάς του, καθώς και την πρόληψη υποτροπών. Βασικό συστατικό της φροντίδας αναφέρθηκε επίσης ότι είναι η προώθηση της αυτοδιαχείρισης, η βοήθεια του ασθενούς να μάθει να διαχειρίζεται τις συναισθηματικές πιέσεις, την κόπωση και το άγχος, η κατανόηση βοήθειας από τη μεριά του ασθενούς, η ενθάρρυνση του ασθενούς να ακολουθήσει μια υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή και η αύξηση της ποιότητας ζωής τους. Οι νοσηλευτές τόνισαν ότι δεν πρέπει να παρασύρονται από το συναίσθημα, και έχουν καθήκον να βοηθήσουν τον ασθενή να βρει τις δεξιότητες που έχει χάσει, να ανεξαρτητοποιηθεί, να μπορεί να φροντίζει τον εαυτό του, να μπορεί να πάρει τα φάρμακά του, να βγει από το νοσοκομείο και να κάνει τακτικά τις απαραίτητες εξετάσεις. Επιπλέον,

διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές πρέπει να χρησιμοποιούν ξεκάθαρη επικοινωνία με τη χρήση μικρών φράσεων, να σέβονται και να μην χλευάζουν τον ασθενή, να κάνουν ερωτήσεις στον ασθενή για άντληση πληροφοριών για να κατανοηθεί ο τρόπος σκέψης του και το εάν είναι αυτοκαταστροφικός. Τέλος, οι νοσηλευτές επεσήμαναν ότι ρόλος τους είναι και η πρόληψη της κατάθλιψης και η δημιουργία μιας καθημερινής ρουτίνας για τον ασθενή.

Μια σταθερή ευθυμική κατάσταση διάθεσης αναφέρεται ως το νούμερο ένα επιθυμητό αποτέλεσμα. Η σταθερή ευθυμική κατάσταση της διάθεσης αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την καθημερινή λειτουργία του ασθενούς και τις περισσότερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Ομοίως, μια σταθερή ευθυμική κατάσταση διάθεσης μπορεί να αποτελέσει προστατευτικό παράγοντα για άλλα προβλήματα που σχετίζονται με τη νόσο.

Ταυτόχρονα, οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας, είναι σημαντικό να υπάρχει συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα, να γίνεται εκπαίδευση της οικογένειας και να υπάρχει συνεργασία με τους άτυπους φροντιστές, καθώς και να ελέγχεται το περιβάλλον στο οποίο επιστρέφει ο ασθενής, αφού οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι πολλές φορές αυτό το περιβάλλον είναι ακατάλληλο. Επίσης, οι νοσηλευτές επεσήμαναν την αναγκαιότητα εύρεσης εργασίας και κάποιας δημιουργικής απασχόλησης για τον ασθενή, καθώς αυτό θα τον βοηθήσει να αποφύγει τις υποτροπές. Η εμπιστοσύνη τονίστηκε και πάλι ως απαραίτητη για μια αποτελεσματική φροντίδα, ενώ οι νοσηλευτές εξέφρασαν ότι υπάρχουν και ηθικά διλήμματα όσον αφορά τη μηχανική καθήλωση των ασθενών αυτών σε οξείες φάσεις, και το εάν πράγματι η καθήλωση είναι αποτελεσματική.

Ενώ οι δείκτες για την αξιολόγηση των επιθυμητών αποτελεσμάτων ασθενών δείχνουν μια σαφή σύνδεση με τις περιγραφές που παρείχαν οι νοσηλευτές των προβλημάτων των ασθενών, οι νοσηλευτικές δραστηριότητες που αναλήφθηκαν για την επίτευξη αυτών των αποτελεσμάτων και επομένως ως μέρος των νοσηλευτικών παρεμβάσεων ήταν πολλές και διαφορετικές. Η πιο συχνά αναφερόμενη παρέμβαση ήταν η ρύθμιση ορίων για την οποία είναι απαραίτητη η σύνδεση με τον ασθενή και η διατήρηση αυτής της σύνδεσης. Η προσαρμογή της επικοινωνίας ενός ατόμου στον μεμονωμένο ασθενή και τα συγκεκριμένα συμπτώματά του/της αναφέρεται ότι αποτελεί εξαιρετικό σημείο εκκίνησης για μια τέτοια σύνδεση. Οι νοσηλευτές πρέπει τουλάχιστον να κοινοποιούν ποια συμπεριφορά είναι αποδεκτή (και αναμενόμενη) και ποια όχι.

Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές πρότειναν ορισμένες παρεμβάσεις για τη δημιουργία ενός ψυχικά υγιούς περιβάλλοντος για τους ίδιους. Όλοι τόνισαν την αναγκαιότητα αύξηση προσλήψεων όχι μόνο των νοσηλευτών, αλλά και των ψυχολόγων και των ψυχιάτρων. Όπως τόνισαν, είναι αναγκαία η αποφόρτιση των νοσηλευτών. Αναγνωρίστηκε επίσης η σπουδαιότητα κατάλληλης εκπαίδευσης των νοσηλευτών, όπως επίσης και η δημιουργία φορά για την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, αφού όπως ανέφεραν

το ψυχολογικό φορτίο είναι μεγάλο. Αναφέρθηκαν μάλιστα και περιστατικά σωματικής βίας από τους ασθενείς. Επιπλέον, για την αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης προτάθηκε η αύξηση του μισθού, και προτάθηκαν επίσης η ύπαρξη και τήρηση νομικού πλαισίου για να ξέρει ο νοσηλευτής ότι καλύπτεται νομικά, η ύπαρξη επόπτη εργασίας, η βελτίωση του εργασιακού χώρου και η ύπαρξη καλύτερου εξοπλισμού.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν βρίσκονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα άλλων παρόμοιων ερευνών (Hummelvoll & Severinsson, 2002; Hem, Nortvedt & Heggen, 2008; Daggenvoorde, Geerling & Goossens, 2015; Goossens et al., 2008; Goossens et al., 2020).

Το πρώτο βήμα που πρέπει να κάνει ο νοσηλευτής όταν έχει έναν ασθενή με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας, είναι να κάνει νοσηλευτική αξιολόγηση. Η αξιολόγηση εστιάζει στα συμπτώματα του ασθενούς και ιδιαίτερα στη διεργασία/αντίληψη σκέψης, την οργανικότητα, τη βούληση/συμπεριφορά, το συναίσθημα, και την επικοινωνία. Ο νοσηλευτής εκτιμά επίσης εάν ο ασθενής εμφανίζει επιθετικότητα τόσο ως προς τον εαυτό του όσο και προς τους άλλους (Sheila, 2014). Οι στόχοι της θεραπείας ενός οξέος μανιακού επεισοδίου είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων και η επιστροφή στα συνήθη επίπεδα ψυχοκοινωνικής λειτουργίας. Η επίτευξη γρήγορου ελέγχου της διέγερσης, της επιθετικότητας και της παρορμητικότητας είναι ιδιαίτερα σημαντική για να διασφαλιστεί η ασφάλεια των ασθενών και των γύρω τους. Μερικές φορές, λόγω κακής αντίληψης για την ασθένεια και συχνά προβληματικής συμπεριφοράς (ακούσιου), απαιτείται νοσηλεία για να ξεκινήσει αποτελεσματική θεραπεία. Στη συνέχεια απαιτείται εντατική νοσηλευτική φροντίδα μαζί με φαρμακοθεραπεία (Goossens et al., 2020).

Η μη συμμόρφωση στη θεραπεία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα, καθώς ισχυρά στοιχεία δείχνουν ότι η μη συμμόρφωση στη θεραπεία ασθενών με διπολική διαταραχή είναι η πιο συχνή αιτία υποτροπής επεισοδίου. Επιπλέον, η γνωστική εξασθένηση με τη μορφή προβλημάτων με τη λήψη αποφάσεων, τον προγραμματισμό, τη λεκτική μνήμη, τη μνήμη εργασίας, την προσοχή/νοητικό έλεγχο και την απόκτηση πληροφοριών αποτελούν προβλήματα που ενδεχομένως επηρεάζουν τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή (Goossens et al., 2008).

Η αποδοχή των ορίων που θέτουν οι νοσηλευτές για τους ασθενείς φαίνεται να συνδέεται με δύο παράγοντες: τη στάση του νοσηλευτή και την κατάσταση της διάθεσης του ασθενούς. Οι επικοινωνιακές και διαπραγματευτικές δεξιότητες του νοσηλευτή είναι σημαντικές (Cleary et al., 2012). Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι δημιουργικοί για να βρουν μια ισορροπία μεταξύ του να είναι σαφείς και αυστηροί σχετικά με τους κανόνες και να είναι ευέλικτοι για να ανταποκρίνονται στις ατομικές ανάγκες των ασθενών (Daggenvoorde et al., 2015). Η δημιουργικότητα και η ευελιξία είναι σημαντικές νοσηλευτικές δεξιότητες στην παροχή φαρμακευτικής αγωγής στον ασθενή. Αν και η παρακινητική συνέντευξη είναι γνωστό ότι δείχνει πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα για τη βελτίωση της

συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή σε ασθενείς με διπολική διαταραχή (McKenzie & Chang, 2015), δεν είναι γνωστό εάν αυτή η παρέμβαση είναι εφαρμόσιμη σε ασθενείς κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου.

Από τα κυριότερα προβλήματα των ασθενών είναι ο διαταραγμένος ρυθμός ημέρας-νύχτας, η διέγερση, η έλλειψη επίγνωσης της νόσου, η λεκτική επιθετικότητα και η υπερβολική σωματική δραστηριότητα. Από την άλλη, οι κυριότερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι ο καθορισμός ορίων, το κίνητρο για λήψη φαρμάκων, η επαρκής χορήγηση φαρμάκων, η δόμηση του ρυθμού ημέρας-νύχτας και η υποστηρικτική επικοινωνία. Η πιο συχνά αναφερόμενη παρέμβαση είναι η ρύθμιση ορίων για την οποία είναι απαραίτητη η σύνδεση με τον ασθενή και η διατήρηση αυτής της σύνδεσης. Η προσαρμογή της επικοινωνίας ενός ατόμου στον μεμονωμένο ασθενή και στα συγκεκριμένα συμπτώματά του/της αναφέρεται ότι αποτελεί εξαιρετικό σημείο εκκίνησης για μια τέτοια σύνδεση. Οι νοσηλευτές πρέπει τουλάχιστον να κοινοποιούν ποια συμπεριφορά είναι αποδεκτή (και αναμενόμενη) και ποια όχι. Επιπλέον, ως μέρος της καθημερινής τους εργασίας, οι νοσηλευτικές ομάδες φροντίζουν μια ομάδα ασθενών και πρέπει να φροντίζουν για την ασφάλεια και την ευημερία όλων των μελών της ομάδας και του προσωπικού. Συνιστάται επίσης ο προβληματισμός για την ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών σχετικά με πιθανώς αντικρουόμενους κανόνες, πεποιθήσεις και συναισθήματα στα οποία βασίζονται οι αλληλεπιδράσεις τους με τους ασθενείς και τη συμπεριφορά τους (Daggenvoorde, Geerling & Goossens, 2015).

Ο Rantala και οι συνεργάτες του (2016) υποστηρίζουν ότι η ικανότητα των νοσηλευτών να δημιουργούν μια χαλαρωτική ατμόσφαιρα είναι σημαντική επειδή η κατάσταση μπορεί να μετατραπεί από τους ασθενείς που είναι ανασφαλείς σε ασθενείς που νιώθουν αρκετά δυνατοί ώστε να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων. Το να αφιερώνουν χρόνο για να ακούνε τον ασθενή, κάτι το οποίο περιλαμβάνει ενσυναίσθηση, σιωπή, προσοχή τόσο στη λεκτική όσο και στη μη λεκτική επικοινωνία και την ικανότητα να μην επικρίνουν και να αποδέχονται, θεωρούνταν πάντα ένα κρίσιμο συστατικό της νοσηλευτικής φροντίδας (Johanna et al., 2022). Η ακρόαση του ασθενούς είναι σημαντική προκειμένου να αξιολογηθεί η κατάσταση της ψυχικής υγείας του ασθενούς και να δημιουργηθεί τάξη στο αντιληπτό υπαρξιακό χάος του ασθενούς. Ωστόσο, η έλλειψη γνώσης σχετικά με το τι θα μπορούσε ή δεν θα μπορούσε να πει ένας νοσηλευτής σε έναν ασθενή με ψυχική ασθένεια είχε αρνητικό αντίκτυπο και μειώνει την εμπιστοσύνη των ασθενών στη λεκτική συνομιλία (Holmberg, Hammarbäck & Andersson, 2020).

Μελέτες έχουν δείξει ότι η βία σε περιβάλλοντα ψυχικής υγείας είναι πολυδιάστατη και ότι σχετίζεται τόσο με τον ασθενή όσο και με το νοσηλευτικό προσωπικό (Nowrouzi-Kia et al., 2018; Konttila et al., 2018). Δυστυχώς, η βία έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει ανεπανόρθωτη ψυχολογική βλάβη που όχι μόνο μειώνει την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών, αλλά και την ποιότητα ζωής τους (Zeng et

al., 2013). Σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός της σεξουαλικής παρενόχλησης ήταν υψηλότερος μεταξύ των νοσηλευτών στα τμήματα ψυχιατρικής (28,5%) από ό,τι σε άλλα τμήματα (Zeng et al., 2019). Επίσης, ο Itzhaki και οι συνεργάτες του (2015) διαπίστωσαν ότι η λεκτική βία από ασθενείς αναφέρθηκε από το 88,1% των νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Ένας τόσο υψηλός επιπολασμός λεκτικής κακοποίησης που βιώνεται σε περιβάλλοντα ψυχικής υγείας αποδίδεται εν μέρει στη φύση της εργασίας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας καθώς και στο απρόβλεπτο των ψυχικών ασθενειών (Fahy & Moran, 2018). Ως εκ τούτου, οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν κατάλληλη εκπαίδευση για το πώς να χειρίζονται βίαιους ασθενείς και πώς να υπερασπίζονται τον εαυτό τους.

Η παρούσα έρευνα έχει δυο περιορισμούς που πρέπει να επισημανθούν. Ο πρώτος είναι το ότι δεν μελετήθηκαν τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές ως προς την προσφορά αποτελεσματικής νοσηλευτικής φροντίδας. Ο δεύτερος είναι το γεγονός ότι το δείγμα είναι μικρό, και καθίσταται ανέφικτη η γενίκευση των αποτελεσμάτων.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διπολική διαταραχή είναι μια ψυχική ασθένεια με πολλές αποτελεσματικές θεραπευτικές επιλογές, συμπεριλαμβανομένης της μακροχρόνιας θεραπείας με χρυσό πρότυπο λιθίου. Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών δεν ανταποκρίνεται καλά στις τρέχουσες θεραπείες, οδηγώντας σε αρνητικές συνέπειες, κακή ποιότητα ζωής και δυνητικά συντόμευση της διάρκειας ζωής. Πολλές νέες θεραπείες αναπτύσσονται, αλλά η περιορισμένη γνώση της βιολογίας της διπολικής διαταραχής παραμένει μια σημαντική πρόκληση για την ανακάλυψη νέων φαρμάκων. Ταυτόχρονα, ωστόσο, απαιτούνται προσπάθειες για να γεφυρωθεί το χάσμα εφαρμογής και να παρασχεθεί πραγματικά καινοτόμος και ολοκληρωμένη φροντίδα για ασθενείς με διπολική διαταραχή. Λόγω της πολυπλοκότητας της διπολικής διαταραχής, λίγοι ασθενείς λαμβάνουν βελτιστοποιημένη φροντίδα σε διάφορες τομείς της ψυχικής υγείας που επηρεάζονται σε άτομα με διπολική διαταραχή.

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι νοσηλευτές είναι σε επαγρύπνηση όταν έρχεται στο τμήμα κάποιος ασθενής με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας. Βασικά συστατικά της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η ασφάλεια του ασθενούς, η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, η ενθάρρυνση του ύπνου και της υγιεινής διατροφής, η εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειάς του, η πρόληψη υποτροπών, και η βοήθεια του ασθενούς αναφορικά με την αυτοδιαχείριση και την ανεξαρτητοποίηση. Χαρακτηρίστηκαν ως πολύ σημαντικά ο καθορισμός ορίων και η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Για τη βελτίωση της αποτελεσματικής φροντίδας τονίστηκε η συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα και η βοήθεια του ασθενούς στην εύρεση κάποιας δημιουργικής απασχόλησης. Τέλος, οι νοσηλευτές τόνισαν τη σημασία της αύξησης των προσλήψεων για τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης, και της δημιουργίας φορέα για την ψυχολογική υποστήριξή τους.

Όσον αφορά τις προτάσεις για περαιτέρω μελέτη, προτείνεται η αξιολόγηση των σχεδίων πρόληψης της υποτροπής για τους εξωτερικούς ασθενείς, η διερεύνηση των αναγκών υποστήριξης των φροντιστών κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου, καθώς και η μελέτη των αναγκών των ασθενών και η ικανοποίησή τους από τη νοσηλευτική φροντίδα.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Abé, C., Liberg, B., Klahn, A.L., Petrovic, P., & Landen, M. (2023). Mania-related effects on structural brain changes in bipolar disorder – a narrative review of the evidence. *Molecular Psychiatry*, <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02073-4>

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Baldessarini, R. J., Faedda, G. L., Offidani, E., Vázquez, G. H., Marangoni, C., Serra, G., & Tondo, L. (2013). Antidepressant-associated mood-switching and transition from unipolar major depression to bipolar disorder: a review. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 129–135.

Baldessarini, R. J., Tondo, L., & Vázquez, G. H. (2019). Pharmacological treatment of adult bipolar disorder. *Molecular Psychiatry*, 24(2), 198–217.

Cleary, M., Hunt, G. E., Horsfall, J., & Deacon, M. (2012). Nurse-patient interaction in acute adult inpatient mental health units: A review and synthesis of qualitative studies. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(2), 66-79.

Daggenvoorde, T. H., Geerling, B., & Goossens, P. J. J. (2015). A qualitative study of nursing care for hospitalized patients with acute mania. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 186-191.

D'Urso, G., Toscano, E., Barone, A., Palermo, M., Dell'Osso, B., Di Lorenzo, G., Mantovani, A., Martinotti, G., Fornaro, M., Iasevoli, F., & de Bartolomeis, A. (2023). Transcranial direct current stimulation for bipolar depression: systematic reviews of clinical evidence and biological underpinnings. *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 121, 110672.

Ernstmeyer, K., & Christman, E. (2022). *Nursing: Mental Health and Community Concepts*. USA: Open Resources for Nursing.

Fahy, G., & Moran, L. (2018). Who supports the psychiatric nurse? A qualitative study of the social supports that affect how psychiatric nurses cope with workplace risks and stressors. *Irish Journal of Sociology*, 26(3), 244–266.

Favre, P., Pauling, M., Stout, J., Hozer, F., Sarrazin, S., Abé, C., Alda, M., Alloza, C., Alonso-Lana, S., Andreassen, O. A., Baune, B. T., Benedetti, F., Busatto, G. F., Canales-Rodríguez, E. J., Caseras, X., Chaim-Avancini, T. M., Ching, C. R. K., Dannlowski, U., Deppe, M., Eyler, L. T., & ENIGMA Bipolar

- Disorder Working Group (2019). Widespread white matter microstructural abnormalities in bipolar disorder: evidence from mega- and meta-analyses across 3033 individuals. *Neuropsychopharmacology*, 44(13), 2285–2293.
- Ferrari, A. J., Stockings, E., Khoo, J.-P., Erskine, H. E., Degenhardt, L., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2016). The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Bipolar Disorders*, 18(5), 440–450.
- Ghaemi, S. N. (2013). Bipolar spectrum: a review of the concept and a vision for the future. *Psychiatry Investigation*, 10(3), 218–224.
- Gilman, S. E., Ni, M. Y., Dunn, E. C., Breslau, J., McLaughlin, K. A., Smoller, J. W., & Perlis, R. H. (2015). Contributions of the social environment to first-onset and recurrent mania. *Molecular Psychiatry*, 20(3), 329–336.
- Goes, F S. (2023). Diagnosis and management of bipolar disorders. *BMJ*, 381, e073591.
- Gomes, F. A., Cerqueira, R. O., Lee, Y., Mansur, R. B., Kapczinski, F., McIntyre, R. S., Yatham, L. N., Berk, M., Milev, R., & Brietzke, E. (2022). What not to use in bipolar disorders: A systematic review of non-recommended treatments in clinical practice guidelines. *Journal of Affective Disorders*, 298, 565–576.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic–depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression*. Oxford: Oxford University Press.
- Goodwin, G.M. (2012). Bipolar disorder. *Medicine*, 40 (11), 596–598.
- Goossens, P. J. J., Beentjes, T. A. A., de Leeuw, J. A. M., Knoppert-van der Klein, E. A. M., & van Achterberg, T. (2008). The Nursing of Outpatients with a Bipolar Disorder: What Nurses Actually Do. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(1), 3–11.
- Goossens, P. J. J., de Velde Harsenhorst, R., van Lankeren, J. E., Testerink, A. E., & Daggenvoorde, T. H. (2020). Nursing Care for Patients With Acute Mania: Exploring Experiential Knowledge and Developing a Standard of Good Care—Results of the Delphi Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 107839032096051.
- Gregersen, M., Søndergaard, A., Brandt, J. M., Ellersgaard, D., Rohd, S. B., Hjorthøj, C., Ohland, J., Krantz, M. F., Wilms, M., Andreassen, A. K., Knudsen, C. B., Veddum, L., Greve, A., Bliksted, V., Mors, O., Clemmensen, L., Møllegaard Jepsen, J. R., Nordentoft, M., Hemager, N., & Thorup, A. A. E. (2022). Mental disorders in preadolescent children at familial high-risk of schizophrenia or bipolar

disorder - a four-year follow-up study: The Danish High Risk and Resilience Study, VIA 11. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 63(9), 1046–1056.

Hem, M. H., Nortvedt, P., & Heggen, K. (2008). “Only a manic depressive!” The zone of the untouchable and exceeding limits in acute psychiatric care. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 22(1), 56-77.

Hibar, D. P., Westlye, L. T., van Erp, T. G., Rasmussen, J., Leonardo, C. D., Faskowitz, J., Haukvik, U. K., Hartberg, C. B., Doan, N. T., Agartz, I., Dale, A. M., Gruber, O., Krämer, B., Trost, S., Liberg, B., Abé, C., Ekman, C. J., Ingvar, M., Landén, M., Fears, S. C., & Andreassen, O. A. (2016). Subcortical volumetric abnormalities in bipolar disorder. *Molecular Psychiatry*, 21(12), 1710–1716.

Hilty, D. M., Leamon, M. H., Lim, R. F., Kelly, R. H., & Hales, R. E. (2006). A review of bipolar disorder in adults. *Psychiatry*, 3(9), 43–55.

Holmberg, M., Hammarbäck, S., & Andersson, H. (2020). Registered nurses’ experiences of assessing patients with mental illness in emergency care: A qualitative descriptive study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(3), 151-161.

Hummelvoll, J. K., & Severinsson, E. (2002). Nursing staffs’ perceptions of persons suffering from mania in acute psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 38(4), 416-424,

Itzhaki, M., Peles-Bortz, A., Kostitsky, H., Barnoy, D., Filshtinsky, V., & Bluvstein, I. (2015). Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), 403–412.

Jain, A., & Mitra, P. (2023). *Bipolar disorder*. Treasure Island: StatPearls Publishing.

Johanna, Z., Elin, V., Mats, H., Henrik, A., & Jonas, A. (2022). Nurses' experiences of encountering patients with mental illness in prehospital emergency care - a qualitative interview study. *BMC Nursing*, 21(1), 89.

Jongsma, H. E., Turner, C., Kirkbride, J. B., & Jones, P. B. (2019). International incidence of psychotic disorders, 2002-17: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 4(5), 229–244.

Kendler, K. S. (2019). From Many to One to Many-the Search for Causes of Psychiatric Illness. *JAMA Psychiatry*, 76(10), 1085–1091.

Kessler, R. C., Kazdin, A. E., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Altwajri, Y. A., Andrade, L. H., Benjet, C., Bharat, C., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Almeida, J. M. C., Cardoso, G., Chiu, W. T., Cía, A., Ciutan, M., Degenhardt, L., de Girolamo, G., de Jonge, P., & WHO World Mental Health Survey collaborators (2022). Patterns and correlates of patient-reported

helpfulness of treatment for common mental and substance use disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *World Psychiatry*, 21(2), 272–286.

Kishi, T., Ikuta, T., Matsuda, Y., Sakuma, K., Okuya, M., Nomura, I., Hatano, M., & Iwata, N. (2022). Pharmacological treatment for bipolar mania: a systematic review and network meta-analysis of double-blind randomized controlled trials. *Molecular Psychiatry*, 27(2), 1136–1144.

Konttila, J., Pesonen, H. M., & Kyngäs, H. (2018). Violence committed against nursing staff by patients in psychiatric outpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1592–1605.

Launders, N., Kirsh, L., Osborn, D. P. J., & Hayes, J. F. (2022). The temporal relationship between severe mental illness diagnosis and chronic physical comorbidity: a UK primary care cohort study of disease burden over 10 years. *The Lancet Psychiatry*, 9(9), 725–735.

Lomholt, L. H., Andersen, D. V., Sejrsgaard-Jacobsen, C., Øzdemir, C. M., Graff, C., Schjerning, O., Jensen, S. E., Straszek, S. P. V., Licht, R. W., Grøntved, S., & Nielsen, R. E. (2019). Mortality rate trends in patients diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder: a nationwide study with 20 years of follow-up. *International Journal of Bipolar Disorders*, 7(1), 6.

Marangoni, C., Hernandez, M., & Faedda, G. L. (2016). The role of environmental exposures as risk factors for bipolar disorder: A systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 193, 165–174.

McAllister-Williams, R. H., Sousa, S., Kumar, A., Greco, T., Bunker, M. T., Aaronson, S. T., Conway, C. R., & Rush, A. J. (2020). The effects of vagus nerve stimulation on the course and outcomes of patients with bipolar disorder in a treatment-resistant depressive episode: a 5-year prospective registry. *International Journal of Bipolar Disorders*, 8(1), 13.

McKenzie, K., & Chang, Y. (2015). The effect of nurse-led motivational interviewing on medication adherence in patients with bipolar disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(1), 36-44.

Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543–552.

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241–251.

Mullins, N., Forstner, A. J., O'Connell, K. S., Coombes, B., Coleman, J. R. I., Qiao, Z., Als, T. D., Bigdeli, T. B., Børte, S., Bryois, J., Charney, A. W., Drange, O. K., Gandal, M. J., Hagenaars, S. P., Ikeda, M., Kamitaki, N., Kim, M., Krebs, K., Panagiotaropoulou, G., Schilder, B. M., & Andreassen, O. A. (2021). Genome-wide association study of more than 40,000 bipolar disorder cases provides new insights into the underlying biology. *Nature Genetics*, 53(6), 817–829.

Murray, G. K., Lin, T., Austin, J., McGrath, J. J., Hickie, I. B., & Wray, N. R. (2021). Could Polygenic Risk Scores Be Useful in Psychiatry?: A Review. *JAMA Psychiatry*, 78(2), 210–219.

Nestsiarovich, A., Gaudiot, C. E. S., Baldessarini, R. J., Vieta, E., Zhu, Y., & Tohen, M. (2022). Preventing new episodes of bipolar disorder in adults: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Neuropsychopharmacology*, 54, 75–89.

Nowrouzi-Kia, B., Isidro, R., Chai, E., Usuba, K., & Chen, A. (2019). Antecedent factors in different types of workplace violence against nurses: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 44, 1–7.

Nunes, A., Schnack, H. G., Ching, C. R. K., Agartz, I., Akudjedu, T. N., Alda, M., Alnæs, D., Alonso-Lana, S., Bauer, J., Baune, B. T., Bøen, E., Bonnin, C. D. M., Busatto, G. F., Canales-Rodríguez, E. J., Cannon, D. M., Caseras, X., Chaim-Avancini, T. M., Dannlowski, U., Díaz-Zuluaga, A. M., Dietsche, B., & ENIGMA Bipolar Disorders Working Group (2020). Using structural MRI to identify bipolar disorders - 13 site machine learning study in 3020 individuals from the ENIGMA Bipolar Disorders Working Group. *Molecular Psychiatry*, 25(9), 2130–2143.

Parker, G., Bayes, A., & Spoelma, M. J. (2022). Why might bipolar disorder and borderline personality disorder be bonded?. *Journal of Psychiatric Research*, 150, 214–218.

Perugi, G., Hantouche, E., & Vannucchi, G. (2017). Diagnosis and Treatment of Cyclothymia: The "Primacy" of Temperament. *Current Neuropharmacology*, 15(3), 372–379.

Pies, R. (2007). The historical roots of the "bipolar spectrum": did Aristotle anticipate Kraepelin's broad concept of manic-depression?. *Journal of Affective Disorders*, 100(1-3), 7–11.

Rantala, A., Ekwall, A., & Forsberg, A. (2016). The meaning of being triaged to non-emergency ambulance care as experienced by patients. *International Emergency Nursing*, 25, 65–70.

Rowland, T.A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(9), 251-269.

Serafini, G., Pardini, M., Monacelli, F., Orso, B., Girtler, N., Brugnolo, A., Amore, M., Nobili, F., & Team on Dementia of the IRCCS Ospedale Policlinico San Martino DM (2023). Neuroprogression as

an Illness Trajectory in Bipolar Disorder: A Selective Review of the Current Literature. *Brain Sciences*, 11(2), 276.

Sheila, L.V. (2014). *Psychiatric – Mental Health Nursing* (6th ed.). Philadelphia: Wolter Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.

Smoller, J. W., & Finn, C. T. (2003). Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. *American Journal of Medical Genetics-Part C: Seminars in Medical Genetics*, 123(1), 48–58.

Song, J., Bergen, S. E., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Landén, M., & Lichtenstein, P. (2015). Bipolar disorder and its relation to major psychiatric disorders: a family-based study in the Swedish population. *Bipolar Disorders*, 17(2), 184–193.

Taylor, R. H., Ulrichsen, A., Young, A. H., & Strawbridge, R. (2021). Affective lability as a prospective predictor of subsequent bipolar disorder diagnosis: a systematic review. *International Journal of Bipolar Disorders*, 9(1), 33.

Tondo, L., Vázquez, G., & Baldessarini, R. J. (2010). Mania associated with antidepressant treatment: comprehensive meta-analytic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(6), 404–414.

Tugrul, K. (2003). The nurse's role in the assessment and treatment of bipolar disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9(6), 180–186.

van Lankeren, J. E., Testerink, A. E., Daggenvoorde, T. H., Poslawsky, I. E., & Goossens, P. J. J. (2020). Patient experiences with nursing care during hospitalization on a closed ward due to a manic episode: A qualitative study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 37-45.

Zeng, J. Y., An, F. R., Xiang, Y. T., Qi, Y. K., Ungvari, G. S., Newhouse, R., Yu, D. S., Lai, K. Y., Yu, L. Y., Ding, Y. M., Tang, W. K., Wu, P. P., Hou, Z. J., & Chiu, H. F. (2013). Frequency and risk factors of workplace violence on psychiatric nurses and its impact on their quality of life in China. *Psychiatry Research*, 210(2), 510–514.

Zeng, L. N., Zong, Q. Q., Zhang, J. W., Lu, L., An, F. R., Ng, C. H., Ungvari, G. S., Yang, F. Y., Cheung, T., Chen, L., & Xiang, Y. T. (2019). Prevalence of sexual harassment of nurses and nursing students in China: a meta-analysis of observational studies. *International Journal of Biological Sciences*, 15(4), 749–756.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

- 1.Φύλο
- 2.Ηλικία
- 3.Ποια είναι η ειδικότητά σας;
- 4.Ποια είναι η κατάρτιση που έχετε λάβει; (ενδεχόμενη ύπαρξη κάποιου μεταπτυχιακού)
- 5.Ποια είναι η δομή της διεπιστημονικής ομάδας με την οποία συνεργάζεστε;
- 6.Τι είναι αυτό που σας έκανε να ασχοληθείτε με τη νοσηλευτική; Και τι σας έκανε να ασχοληθείτε με το κομμάτι της ψυχικής υγείας;
- 7.Θα μπορούσατε να περιγράψετε με λίγα λόγια την μέχρι τώρα εμπειρία σας με το αντικείμενο;
- 8.όταν σας ενημερώνουν ότι πρόκειται να έρθει στο τμήμα σας ένας ασθενής με διπολική διαταραχή σε φάση μανίας ποιες είναι οι πρώτες σκέψεις που κάνετε και ποια τα συναισθήματά σας;
- 9.Ποια είναι τα συχνότερα προβλήματα και ποιες οι ανάγκες των ασθενών που νοσηλεύονται σε κατάσταση μανιακής διάθεσης και πως εσείς τα αναγνωρίζετε;
- 10.Ποια είναι τα επιθυμητά αποτελέσματα της φροντίδας κατά τη νοσηλεία ασθενών που νοσηλεύονται σε κατάσταση μανιακής διάθεσης;
- 11.Ποιες προτάσεις-παρεμβάσεις θα προτεινάτε για μια αποτελεσματική φροντίδα ασθενών με διπολική διαταραχή;
- 12.Ποιες προτάσεις-παρεμβάσεις θα προτεινάτε για τη δημιουργία ενός ψυχικά υγιούς περιβάλλοντος για τους νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς με διπολική διαταραχή;