



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Δρ. Μαίρη Ζ. Νταφούλη

Adjunct Lecturer NKUA

Clinical Psychologist

CBT Therapist/Supervisor (EABCT)

MSc, PhD Uni of Athens/Uni of Bern

Clinical Fellow at Sleep Research Unit at Eginition Hospital/Henry Dunant Hospital Center

Διαταραχές της διάθεσης



Εισαγωγικά

- Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν βιώσει περιόδους με εναλλαγές διάθεσης ή θλιμμένες περιόδους λόγω στρεσογόνων γεγονότων.
- Ωστόσο, για ορισμένους ανθρώπους οι εναλλαγές διάθεσης είναι παρατεταμένες, έντονες και προκαλούν αναστάτωση και έκπτωση στη λειτουργικότητά τους. Στις περιπτώσεις αυτές μιλάμε για Διαταραχές Διάθεσης.
- Σημαντικό ρόλο παίζουν οι συνθήκες κάτω από τις οποίες εμφανίζονται αυτές οι αντιδράσεις (π.χ. παραμένει κανείς στο κρεβάτι για 2-3 εβδομάδες μετά από χωρισμό).

Εισαγωγικά

- Διάθεση: περιλαμβάνει γνωσιακές, συμπεριφορικές και σωματικές διαστάσεις. Οι διακυμάνσεις του συναισθήματος χαρακτηρίζουν πολλές μορφές ψυχοπαθολογίας.
- Συναίσθημα: Έκφραση της συγκινησιακής κατάστασης στη συμπεριφορά.
- Αίσθημα: Υποκειμενική βίωση της συγκινησιακής κατάστασης.

Εισαγωγικά

- Διαταραχές της διάθεσης όπου η συναισθηματική αντίδραση είναι η κεντρική συνιστώσα στην κλινική εικόνα.
- Βασικό χαρακτηριστικό αυτών των διαταραχών είναι ότι εμφανίζονται με τη μορφή περιοδικών επεισοδίων.
- Μέσα σε κάποιο χρονικό διάστημα ένα άτομο που λειτουργούσε «κανονικά» παρουσιάζει μανία ή κατάθλιψη.
- Όταν το επεισόδιο τελειώσει, το άτομο συχνά επιστρέφει στο προηγούμενο επίπεδο λειτουργίας, αν και είναι πιθανό να εμφανίσει περισσότερα από ένα επεισόδια διαταραχής στη διάρκεια της ζωής του.

Εισαγωγικά

- Οι διαταραχές της διάθεσης είναι γνωστές από την αρχή της ιστορίας της ιατρικής (Stefanis & Stefanis, 1999)
- Οι πρώτες αναφορές αποδίδονται στους Σουμερίους και τους Αιγυπτίους το 2600 π.Χ. Ο Ιπποκράτης έχει περιγράψει τη μανία και την κατάθλιψη τον 4ο αιώνα π.Χ.
- Ο Ασκληπιάδης τον 1ο αιώνα π.Χ., απέδιδε τις ψυχικές διαταραχές σε συναισθηματικά προβλήματα, ενώ ο Γαληνός θεωρούσε ότι τα πάθη δημιουργούν σωματικές ασθένειες.
- Ο Αριστοτέλης συνιστούσε τη χρήση της κάθαρσης συμπεριλαμβανομένης της χρήσης οινόπνεύματος, μουσικής, και αφροδισιακών για να απελευθερώσει διαταραγμένα συναισθήματα ή πάθη
- Ο Αρεταίος τον 1ο αιώνα μ.Χ. παρατήρησε ότι μανία και κατάθλιψη παρουσιάζονται πολλές φορές στο ίδιο άτομο και προέρχονται από μια κοινή διαταραχή

Διαταραχές Διάθεσης στο DSM-5

Καταθλιπτικές Διαταραχές:

- Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή
- Εμμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή (Δυσθυμία)
- Προεμμηνορρυσιακή Δυσφορική Διαταραχή
- Διαταραχή διασπαστικής απορρύθμισης της διάθεσης

Οι διπολικές και σχετιζόμενες διαταραχές

- Τοποθετούνται μεταξύ των διαταραχών στο φάσμα της σχιζοφρένειας/ άλλων ψυχωτικών διαταραχών και των καταθλιπτικών διαταραχών, διότι θεωρείται ότι οι διπολικές διαταραχές αποτελούν γέφυρα μεταξύ αυτών των δύο διαγνωστικών κατηγοριών, αναφορικά με την συμπτωματολογία, το οικογενειακό ιστορικό και την γενετική (APA, 2013)

- Διπολική I Διαταραχή • Διπολική II Διαταραχή • Κυκλοθυμική Διαταραχή

Διπολικές διαταραχές

- Ο όρος «μανιοκαταθλιπτική διαταραχή» προτάθηκε από τον Kraepelin το 1899, ο οποίος περιέγραψε την διαταραχή ως εναλλασσόμενες περιόδους ευφορίας και κατάθλιψης με ενδιάμεσες περιόδους φυσιολογικής λειτουργίας.

Διπολική Διαταραχή I

- Η διαγνωστική τοποθέτηση στο DSM 5 διαφέρει από την κλασσική περιγραφή μόνο σχετικά με το κριτήριο που ορίζει ότι ούτε η ψύχωση, ούτε η ύπαρξη μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου αποτελούν απαιτούμενα κριτήρια.
- Ωστόσο σημειώνεται ότι η πλειοψηφία των ατόμων που εμφανίζει ένα μανιακό επεισόδιο επίσης εμφανίζει μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια κατά τη διάρκεια της ζωής τους (APA, 2013)

Διπολική Διαταραχή I

- Η διαγνωστική τοποθέτηση στο DSM 5 διαφέρει από την κλασσική περιγραφή μόνο σχετικά με το κριτήριο που ορίζει ότι ούτε η ψύχωση, ούτε η ύπαρξη μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου αποτελούν απαιτούμενα κριτήρια.
- Ωστόσο σημειώνεται ότι η πλειοψηφία των ατόμων που εμφανίζει ένα μανιακό επεισόδιο επίσης εμφανίζει μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια κατά τη διάρκεια της ζωής τους (APA, 2013)

Μανιακό Επεισόδιο

- Υπερβολικά ευφορική (παθολογικά ανεβασμένη, ευτυχία, ενθουσιασμός, ιλαρότητα, αισιοδοξία, αίσθημα ασφάλειας) ή δυσφορική διάθεση (συχνά ευερεθιστότητα) και αυξημένη ενεργητικότητα.
- Αύξηση στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας (κοινωνικά, εργασιακά) ή ψυχοκινητική ανησυχία.
- Διογκωμένη αυτοεκτίμηση (έως και ιδέες μεγαλείου).
- Ιδεοφυγή («σκέψεις που καλπάζουν»).
- Πίεση λόγου, επιτάχυνση λόγου (λογόρροια).
- Διάσπαση της προσοχής και αδυναμία συγκέντρωσης.

Μανιακό Επεισόδιο

- Σοβαρά διαταραγμένος ο ύπνος, πολύ μεγάλη μείωση των ωρών του ύπνου χωρίς ο ασθενής να παραπονείται για την έλλειψή του. Τις περισσότερες φορές αποτελεί πρώιμο σύμπτωμα.
- Υπερεμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες με δυνητικά οδυνηρές συνέπειες (π.χ. αλόγιστες αγορές, ταξίδια, υπερσεξουαλικότητα).
- Διαταραχή κρίσης απότοκος των υπερτιμημένων ιδεών που οδηγούν τον ασθενή σε σοβαρά σφάλματα με σοβαρές συνέπειες.
- Σπάνια, ακουστικές ψευδαισθήσεις που προτρέπουν τον ασθενή να μεγαλουργήσει.
- Όρεξη: συχνά αυξημένη, ο πάσχων όμως δεν τρώει αρκετά καθώς δε του μένει χρόνος από τις πολλές δραστηριότητες.
- Διάρκεια: > 7 ημέρες.

Μανιακό Επεισόδιο

- Συνήθως χαρακτηρίζεται από υποτροπές.
- Συχνά αλληλοδιαδοχή μανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων.

Μεικτό επεισόδιο

- Χρονική περίοδος (διάρκειας τουλάχιστον 1 εβδομάδας) κατά την οποία είτε πληρούνται τα κριτήρια μανιακού και μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου (αμφότερα) είτε τα κριτήρια μανιακού επεισοδίου και 3 τουλάχιστον κριτήρια καταθλιπτικού επεισοδίου.
- Η συμπτωματολογία είναι αρκούντως σοβαρή, ώστε να επιφέρει διαταραχή της λειτουργικότητας ή να απαιτήσει νοσοκομειακή νοσηλεία.
- Δυσχέρεια διαφορικής διάγνωσης από διεγερμένη κατάθλιψη.
- Συνηθέστερη σε γυναίκες.

Υπομανιακό Επεισόδιο

- >4 ημερών υπερυψωμένο ή ευερέθιστο συναίσθημα και αυξημένη ενεργητικότητα 3 ή περισσότερα (4 αν το συναίσθημα είναι ευερέθιστο) από τα εξής:
 - υπερυψωμένο Εγώ, αίσθημα μεγαλείου
 - μειωμένη ανάγκη για ύπνο
 - λογόρροια, πίεση λόγου
 - ιδεοφυγή
 - διάσπαση προσοχής
 - αυξημένη στοχο-κατευθυνόμενη δραστηριότητα, ψυχοκινητική ανησυχία
 - υπερβολική εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες με δυνητικά επώδυνες συνέπειες
- ✓ Το επεισόδιο δεν είναι αρκούντως σοβαρό, ώστε να προκαλέσει σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας (δεν απαιτεί νοσοκομειακή νοσηλεία, δεν υφίστανται ψυχωτικά συμπτώματα).

Διπολική Διαταραχή I

- Τουλάχιστον 1 μανιακό ή μεικτό επεισόδιο.
- Συχνά (όχι όμως απαραίτητα) υφίστανται μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια.

Διπολική Διαταραχή II

- Τουλάχιστον ένα υπομανιακό επεισόδιο και τουλάχιστον ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.
- Απουσία μανιακών ή μικτών – μανιακών επεισοδίων.

Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-5 για τη Διπολική I Διαταραχή

- Για τη διάγνωση της Διπολικής I Διαταραχής, είναι απαραίτητο να πληρούνται τα ακόλουθα κριτήρια για ένα μανιακό επεισόδιο. Μπορεί να έχουν προηγηθεί αλλά και να έχουν ακολουθήσει Υπομανιακά ή Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια.

Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-5 για τη Διπολική I Διαταραχή

- Μανιακό Επεισόδιο

A. Μια διακριτή περίοδος παθολογικά και επίμονα ανεβασμένης, διαχυτικής ή ευερέθιστης διάθεσης και παθολογικά και επίμονα αυξημένης στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας ή ενεργητικότητας, η οποία διαρκεί τουλάχιστον 1 εβδομάδα και είναι παρούσα κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.

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

- Διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου.
- Μειωμένη ανάγκη για ύπνο (π.χ., νιώθει ότι αναπαύτηκε μετά από μόνο 3 ώρες ύπνου).
- Μεγαλύτερη ομιλητικότητα από ότι συνήθως ή πίεση να συνεχίσει να μιλά. • Φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν.
- Περίσπαση της προσοχής (δηλαδή, η προσοχή έλκεται πάρα πολύ εύκολα από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα), όπως αναφέρεται ή παρατηρείται.
- Αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας (κοινωνικά, στην εργασία ή στο σχολείο, ή σεξουαλικά) ή ψυχοκινητική διέγερση (π.χ. άσκοπη μη στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα). • Υπέρμετρη εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που έχουν μεγάλη πιθανότητα για οδυνηρές συνέπειες (π.χ., διενεργεί χωρίς περιορισμούς υπερβολικές αγορές, σεξουαλικές αδιακρισίες ή ανόητες επιχειρησιακές επενδύσεις).

Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-5 για τη Διπολική Ι Διαταραχή

- Γ. Η διαταραχή της διάθεσης είναι αρκετά βαριά ώστε να προκαλεί έντονη έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα ή να κάνει απαραίτητη τη νοσηλεία για την πρόληψη βλάβης στον εαυτό ή στους άλλους, ή υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία.
- Δ. Το επεισόδιο δεν οφείλεται στις άμεσες παθοφυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ., ουσία κατάχρησης, φάρμακα, άλλη θεραπεία) ή σε άλλη γενική σωματική κατάσταση. Σημείωση: Ένα Πλήρες Μανιακό Επεισόδιο το οποίο προκαλείται κατά τη διάρκεια σωματικής αντικαταθλιπτικής αγωγής (π.χ., φάρμακα, ηλεκτροσπασμοθεραπεία) αλλά επιμένει σε επίπεδο πλήρους συνδρόμου πέρα από τη φυσιολογική επίδραση της αγωγής, συνιστά επαρκή ένδειξη για ένα μανιακό επεισόδιο και κατά συνέπεια της διάγνωσης της διπολικής Ι.

Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-5 για τη Διπολική I Διαταραχή

Υπομανιακό Επεισόδιο

- Α. Μια διακριτή περίοδος παθολογικά και επίμονα ανεβασμένης, διαχυτικής ή ευερέθιστης διάθεσης και παθολογικά και επίμονα αυξημένης στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας ή ενεργητικότητας, η οποία διαρκεί τουλάχιστον 4 συνεχόμενες ημέρες και παρουσιάζεται κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.
- Β. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της Διαταραχής της Διάθεσης και της αυξημένης ενεργητικότητας ή δραστηριότητας, τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα (τέσσερα, αν η διάθεση είναι μόνο ευερέθιστη) επιμένουν και αντιπροσωπεύουν μια αξιοσημείωτη αλλαγή στη συνήθη συμπεριφορά και ήταν παρόντα σε σημαντικό βαθμό:
- Διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου.
- Μειωμένη ανάγκη για ύπνο (π.χ., νιώθει ότι αναπαύτηκε μετά από μόνο 3 ώρες ύπνου).
- Μεγαλύτερη ομιλητικότητα από ό,τι συνήθως ή πίεση να συνεχίσει να μιλά.
- Φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν.
- Περίσπαση της προσοχής (δηλαδή, η προσοχή έλκεται πάρα πολύ εύκολα από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα), όπως αναφέρεται ή παρατηρείται.
- Αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας (κοινωνικά, στην εργασία ή στο σχολείο, ή σεξουαλικά) ή ψυχοκινητική διέγερση (π.χ., άσκοπη μη στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα).
- Υπέρμετρη εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που έχουν μεγάλη πιθανότητα για οδυνηρές συνέπειες (π.χ., διενεργεί χωρίς περιορισμούς υπερβολικές αγορές, σεξουαλικές αδιακρισίες ή ανόητες επιχειρησιακές επενδύσεις).

Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-5 για τη Διπολική I Διαταραχή

Υπομανιακό Επεισόδιο

- Α. Μια διακριτή περίοδος παθολογικά και επίμονα ανεβασμένης, διαχυτικής ή ευερέθιστης διάθεσης και παθολογικά και επίμονα αυξημένης στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας ή ενεργητικότητας, η οποία διαρκεί τουλάχιστον 4 συνεχόμενες ημέρες και παρουσιάζεται κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.
- Β. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της Διαταραχής της Διάθεσης και της αυξημένης ενεργητικότητας ή δραστηριότητας, τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα (τέσσερα, αν η διάθεση είναι μόνο ευερέθιστη) επιμένουν και αντιπροσωπεύουν μια αξιοσημείωτη αλλαγή στη συνήθη συμπεριφορά και ήταν παρόντα σε σημαντικό βαθμό:
- Διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου.
- Μειωμένη ανάγκη για ύπνο (π.χ., νιώθει ότι αναπαύτηκε μετά από μόνο 3 ώρες ύπνου).
- Μεγαλύτερη ομιλητικότητα από ό,τι συνήθως ή πίεση να συνεχίσει να μιλά.
- Φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν.
- Περίσπαση της προσοχής (δηλαδή, η προσοχή έλκεται πάρα πολύ εύκολα από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα), όπως αναφέρεται ή παρατηρείται.
- Αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας (κοινωνικά, στην εργασία ή στο σχολείο, ή σεξουαλικά) ή ψυχοκινητική διέγερση (π.χ., άσκοπη μη στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα).
- Υπέρμετρη εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που έχουν μεγάλη πιθανότητα για οδυνηρές συνέπειες (π.χ., διενεργεί χωρίς περιορισμούς υπερβολικές αγορές, σεξουαλικές αδιακρίσιες ή ανόητες επιχειρησιακές επενδύσεις).

Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-5 για τη Διπολική I Διαταραχή

Γ. Το επεισόδιο συνδέεται με σαφή αλλαγή της λειτουργικότητας, η οποία δεν χαρακτηρίζει το άτομο όταν δεν είναι συμπτωματικό. Δ. Η διαταραχή της διάθεσης και η αλλαγή της λειτουργικότητας είναι παρατηρήσιμη από τους άλλους. Ε. Το επεισόδιο δεν είναι αρκετά βαρύ ώστε να προκαλέσει έντονη έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα ή να κάνει απαραίτητη τη νοσηλεία. Εάν υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία, το επεισόδιο, εξ ορισμού, είναι μανιακό. ΣΤ. Το επεισόδιο δεν οφείλεται στις άμεσες παθοφυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ., ουσία κατάχρησης, φάρμακα, άλλη θεραπεία).

Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-5 για τη Διπολική I Διαταραχή

Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο

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

- Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά, όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική αναφορά (π.χ., αισθάνεται θλίψη, κενό ή απελπισία) είτε με την παρατήρηση των άλλων (π.χ., φαίνεται ευсуυγκίνητος/-η). (Σημείωση: Στα παιδιά και στους εφήβους, μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση).
- Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες, ή σχεδόν όλες, τις δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά (όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική εκτίμηση είτε με την παρατήρηση των άλλων).
- Σημαντική απώλεια βάρους ενώ δεν κάνει δίαιτα ή αύξηση του βάρους (π.χ., μεταβολή πάνω από 5% του σωματικού βάρους σε ένα μήνα) ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν καθημερινά. (Σημείωση: Στα παιδιά λάβετε υπόψη την αποτυχία στην αναμενόμενη αύξηση του βάρους).
- Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν καθημερινά.

Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-5 για τη Διπολική I Διαταραχή

- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά (παρατηρήσιμη από τους άλλους, όχι απλώς υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας ή επιβράδυνσης).
- Κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας σχεδόν καθημερινά.
- Αισθήματα αναξιότητας ή υπέρμετρης ή απρόσφορης ενοχής (τα οποία είναι δυνατόν να είναι παραληρητικά) σχεδόν καθημερινά (όχι απλώς αυτομομφή ή ενοχή επειδή είναι ασθενής).
- Ελαττωμένη ικανότητα να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί, ή αναποφασιστικότητα σχεδόν καθημερινά (είτε από την υποκειμενική εκτίμηση είτε με την παρατήρηση των άλλων).
- Επερχόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επανερχόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο, ή απόπειρα αυτοκτονίας, ή συγκεκριμένο σχέδιο να αυτοκτονήσει.

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

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

Σημείωση: Τα Κριτήρια Α-Γ είναι αντιπροσωπευτικά του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου²⁵

Κλινική εικόνα

- Η μειωμένη ανάγκη για ύπνο είναι χαρακτηριστική και διαφέρει από την αϋπνία όπου το άτομο θέλει να κοιμηθεί ή αισθάνεται την ανάγκη για ύπνο αλλά αδυνατεί να κοιμηθεί.
- Στην περίπτωση της Διπολικής Ι Διαταραχής ο πάσχων κοιμάται λίγο έως και καθόλου ξυπνώντας ώρες νωρίτερα από το σύνηθες και αισθάνεται ξεκούραστος και γεμάτος ενέργεια.
- Όταν η διαταραχή είναι σοβαρής μορφής ο πάσχων μπορεί να μην κοιμηθεί για ημέρες χωρίς να αισθάνεται κόπωση.
- Η μειωμένη ανάγκη για ύπνο συχνά είναι προάγγελος του μανιακού επεισοδίου.

Κλινική εικόνα

- Η ομιλία του πάσχοντα είναι ταχύτατη και πιεσμένη.
- Μιλά πολύ δυνατά χωρίς να τον ενδιαφέρει το περιεχόμενο της ομιλίας.
- Δεν λαμβάνει υπόψιν τις επιθυμίες των άλλων όσον αφορά την επικοινωνία, και είναι δύσκολο να τον διακόψει κανείς.
- Μπορεί να παραβιάζει τα διαπροσωπικά όρια των άλλων, για παράδειγμα να διακόπτει ομιλίες άλλων, ή να στέκεται υπερβολικά κοντά τους.
- Η ομιλία του χαρακτηρίζεται από ανέκδοτα τα οποία συχνά μόνο ο ίδιος βρίσκει αστεία, λογοπαίγνια, θεατρικότητα, με δραματικούς μανιερισμούς, τραγούδια και υπερβολικές χειρονομίες.
- Για τον πάσχοντα το να μιλάει δυνατά και έντονα συχνά είναι πιο σημαντικό από αυτά που λέει.
- Εάν η διάθεση του πάσχοντα είναι πιο ευέξαπτη παρά ανεβασμένη η ομιλία του μπορεί να χαρακτηρίζεται από παράπονα, επιθετικά σχόλια, ξεσπάσματα θυμού, ειδικά εάν κάποιος πάει να τον διακόψει.

Κλινική εικόνα

- Οι σκέψεις του πάσχοντα συχνά καλπάζουν πολύ πιο γρήγορα απ' ότι μπορούν να εκφραστούν και μιλά με αυξημένη ταχύτητα, με απότομες αλλαγές από το ένα θέμα στο άλλο.
- Σε σοβαρές περιπτώσεις, η ομιλία μπορεί να γίνει αποδιοργανωμένη, ακατανόητη καθώς και οδυνηρή για τον πάσχοντα.
 - Μπορεί ακόμα να αισθάνεται ότι οι σκέψεις του είναι τόσο πυκνές που δεν μπορεί να τις εκφράσει με ευκολία.
- Η διάσπαση της προσοχής διαφαίνεται από την ανικανότητα του ατόμου να καταστείλει άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα (για παράδειγμα ήχους ή συζητήσεις διπλανών).
- Η διάσπαση εμποδίζει το άτομο από το να μπορεί να συμμετέχει σε μια λογική συζήτηση, ή να εστιάσει την προσοχή του σε οδηγίες που του δίνονται.

Κλινική εικόνα

- Η ανεβασμένη διάθεση, υπερβολική αισιοδοξία, αίσθηση μεγαλείου και κακή κρίση συχνά οδηγούν σε ριψοκίνδυνη συμμετοχή σε δραστηριότητες όπως υπερβολικές αγορές, ριψοκίνδυνη οδήγηση, κακές οικονομικές επενδύσεις και σεξουαλικές συμπεριφορές που είναι ασυνήθιστες για τον πάσχοντα, και έχουν συχνά καταστροφικές επιπτώσεις.
- Για παράδειγμα μπορεί ο πάσχων να αγοράσει πολλά ακριβά πράγματα που δεν χρειάζεται με κάρτες, ενώ δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να τα πληρώσει και στη συνέχεια χαρίζει τα ψώνια σε ξένους.
- Η σεξουαλική συμπεριφορά μπορεί να περιλαμβάνει απιστίες ή σεξουαλικές επαφές με ξένους, αγνοώντας τους υγειονομικούς και διαπροσωπικούς κινδύνους.
- Το μανιακό επεισόδιο οδηγεί σε σημαντική βλάβη στην κοινωνική ή/και επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου.
- Μπορεί να χρειαστεί να νοσηλευτεί για να αποτρέψει τη βλάβη στον εαυτό ή άλλους, για παράδειγμα σημαντική οικονομική απώλεια, παράνομες δραστηριότητες, την απώλεια της θέσης εργασίας.

Επιδημιολογία

- Ο επιπολασμός της διαταραχής είναι 0.0-0.6%.
- Ο μέσος όρος ηλικίας για το πρώτο μανιακό ή μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο είναι τα 18 έτη για τη Διπολική 1 Διαταραχή.
- Περισσότερο από 90% των ανθρώπων που έχουν ένα μανιακό επεισόδιο συνεχίζουν με επαναλαμβανόμενα επεισόδια.
- Περίπου 60% των μανιακών επεισοδίων εμφανίζονται ακριβώς πριν από ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Άτομα με διπολική διαταραχή που έχουν πολλαπλά (τέσσερα ή περισσότερα) επεισόδια μέσα σε ένα χρόνο θεωρούνται ότι έχουν ταχυφασική μορφή της διαταραχής «rapid cycling».
- Η διαταραχή είναι πιο συνηθισμένη σε χώρες με υψηλότερο οικονομικό συντελεστή.
- Άτομα που είναι διαζευγμένα, σε διάσταση, ή χήροι έχουν υψηλότερα ποσοστά της διαταραχής από άτομα που είναι παντρεμένα ή δεν έχουν παντρευτεί ποτέ.

Διπολική Διαταραχή II

- Η Διπολική II Διαταραχή απαιτεί την εμφάνιση τουλάχιστον ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου κατά τη διάρκεια της ζωής του πάσχοντα καθώς και τουλάχιστον ένα υπομανιακό επεισόδιο.
- Ενώ παλαιότερα εθεωρείτο πιο “ήπια” διαταραχή από την Διπολική I Διαταραχή, τώρα θεωρείται εξίσου σοβαρή επειδή αναγνωρίζεται ότι οι πάσχοντες εμφανίζουν κατάθλιψη για σημαντικά χρονικά διαστήματα και επειδή η συναισθηματική αστάθεια των πασχόντων συνοδεύεται από σοβαρή βλάβη όσον αφορά την επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητά τους.

Διπολική Διαταραχή II

Υπομανιακό Επεισόδιο

Α. Μια διακριτή περίοδος παθολογικά και επίμονα ανεβασμένης, διαχυτικής ή ευερέθιστης διάθεσης και παθολογικά και επίμονα αυξημένης στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας ή ενεργητικότητας, η οποία διαρκεί τουλάχιστον 4 συνεχόμενες ημέρες και παρουσιάζεται κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.

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

- Διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου.
- Μειωμένη ανάγκη για ύπνο (π.χ., νιώθει ότι αναπαύτηκε μετά από μόνο 3 ώρες ύπνου).
- Μεγαλύτερη ομιλητικότητα από ό,τι συνήθως ή πίεση να συνεχίσει να μιλά.
- Φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν.
- Περίσπαση της προσοχής (δηλαδή, η προσοχή έλκεται πάρα πολύ εύκολα από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα), όπως αναφέρεται ή παρατηρείται.
- Αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας (κοινωνικά, στην εργασία ή στο σχολείο, ή σεξουαλικά) ή ψυχοκινητική διέγερση (π.χ., άσκοπη μη στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα).

Διπολική Διαταραχή II

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

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

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

ΣΤ. Το επεισόδιο δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ., ουσία κατάχρησης, φάρμακα, άλλη θεραπεία).

Διπολική Διαταραχή II

Α. Τα Κριτήρια πληρούνται για τουλάχιστον ένα Υπομανιακό Επεισόδιο (Κριτήρια Α-ΣΤ σύμφωνα με το «Υπομανιακό Επεισόδιο» παραπάνω) και τουλάχιστον ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (Κριτήρια Α-Γ σύμφωνα με το «Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο» παραπάνω).

Β. Δεν υπήρξε ποτέ Μανιακό Επεισόδιο.

Γ. Η εμφάνιση του υπομανιακού(-ών) και μείζονος (-νων) καταθλιπτικού(-ών) επεισοδίου(-ων) δεν εξηγείται καλύτερα από τη Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή, τη Σχιζοφρένεια, τη Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, την Παραληρητική Διαταραχή ή άλλο Φάσμα Προσδιορισμένης ή Απροσδιόριστης Σχιζοφρένειας και άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές.

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

Κλινική εικόνα

- Άτομα με Διπολική Διαταραχή II χαρακτηριστικά αναζητούν βοήθεια κατά τη διάρκεια ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και σπανίως διαμαρτύρονται για την υπομανία.
- Τα υπομανιακά επεισόδια καθαυτά συνήθως δεν δημιουργούν κάποια δυσλειτουργία ενώ οι πάσχοντες δεν θεωρούν τα υπο-μανιακά επεισόδια ως παθολογικά ή προβληματικά.
- Η δυσλειτουργία προέρχεται από τα καταθλιπτικά επεισόδια ή από χαρακτηριστικές επίμονες απρόβλεπτες διακυμάνσεις τις διάθεσης και αναξιόπιστη διαπροσωπική και επαγγελματική λειτουργία.
- Η παρορμητικότητα είναι χαρακτηριστική στη διαταραχή και συμβάλλει σε απόπειρες αυτοκτονίας καθώς και χρήση ουσιών.
- Υπάρχουν αυξημένα επίπεδα δημιουργικότητα σε ορισμένους πάσχοντες με την διαταραχή.
- Η εκτίμηση του πάσχοντα για την αυξημένη δημιουργικότητα και τη διάρκεια των υπομανιακών επεισοδίων μπορεί να συμβάλει στην αμφιθυμία του σχετικά με τη συμμετοχή του σε θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Επιδημιολογία

- Η διαταραχή εκδηλώνεται χαρακτηριστικά μεταξύ 19-22 ετών (Angst, 2009; Merikangas & Pato, 2009).
- Συχνά ξεκινά ένα καταθλιπτικό επεισόδιο και δεν αναγνωρίζεται ως Διπολική II Διαταραχή μέχρι να εμφανιστεί ένα υπομανιακό επεισόδιο.
- Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι υψηλός, και περίπου το 1/3 των ατόμων με την διαταραχή αναφέρουν απόπειρα αυτοκτονίας κατά διάρκεια της ζωής τους.
- Ο επιπολασμός της διαταραχής είναι 0.3 % διεθνώς. Μεταξύ 10-25% των ατόμων με Διπολική II Διαταραχή θα εμφανίσουν αργότερα και Διπολική I Διαταραχή (Birmaher et al., 2009).
- Το ερευνητικό έργο αποδεικνύει ότι μέχρι και 67.5% των ατόμων που εμφανίζουν Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή εκδηλώνουν και συμπτώματα μανίας, εύρημα που οδηγεί στην αμφισβήτηση του διαχωρισμού των καταθλιπτικών και διπολικών διαταραχών, οδηγώντας στην ιδέα ότι ίσως βρίσκονται σε ένα συνεχές ή φάσμα.
- Τόσο η Διπολική I όσο και Διπολική II μπορεί να είναι ταχυφασικές, όπου υπάρχουν σύντομες και ταχείες εναλλαγές μεταξύ καταθλιπτικών και μανιακών επεισοδίων.
- Από 20% έως 50% των ατόμων με Διπολική Διαταραχή έχουν αυτές τις διακυμάνσεις, που συχνά αυξάνονται και μπορεί να φτάσουν στο σημείο όπου ο πάσχων είναι είτε σε μανιακό είτε σε καταθλιπτικό επεισόδιο, χωρίς περίοδο ανάκαμψης.

Αιτιολογία

- Δεν υπάρχει μία συγκεκριμένη αιτία για τις διαταραχές της διάθεσης.
- Οι διαταραχές της διάθεσης πιο πιθανά δημιουργούνται από αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων.
- Οι διάφορες αιτιολογικές και θεραπευτικές είναι συμπληρωματικές και όχι ανταγωνιστικές μεταξύ τους

Γενετική-Κληρονομικότητα

- Το ποσοστό των διαταραχών της διάθεσης σε συγγενείς πασχόντων είναι δύο με τρεις φορές μεγαλύτερο από ότι είναι σε συγγενείς ατόμων χωρίς διαταραχές της διάθεσης (Lau & Eley, 2010· Levinson, 2009).
- Οι συγγενείς πρώτου βαθμού, όπως γονείς, αδέρφια, παιδιά, των ατόμων με κατάθλιψη είναι τρεις φορές πιο πιθανό να παρουσιάσουν και οι ίδιοι τη διαταραχή από ότι είναι άτομα στο γενικό πληθυσμό (Flint, Kendler, 2014).
- Συγγενείς πρώτου βαθμού πασχόντων με διπολική διαταραχή έχουν 10 φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν τη διαταραχή από ότι άτομα στο γενικό πληθυσμό (Craddock & Sklar, 2013).

Γενετική-Κληρονομικότητα

- Οι γενετικοί παράγοντες των διαταραχών της διάθεσης φαίνεται να αποτελούν μια γενική προδιάθεση προς την εκδήλωση κάποιας διαταραχής της διάθεσης ή αγχώδους διαταραχής.
- Η συγκεκριμένη μορφή της διαταραχής ενδέχεται να καθορίζεται από ψυχολογικούς, κοινωνικούς ή άλλους βιολογικούς παράγοντες οι οποίοι όμως δεν έχουν προσδιοριστεί επακριβώς.
- Σύμφωνα ναι το μοντέλο συσχέτισης γονιδίων-περιβάλλοντος, ενδέχεται η κληρονομικότητα να αυξάνει τις πιθανότητες ένα άτομο να βιώσει στρεσογόνα γεγονότα ζωής, που στη συνέχεια οδηγούν στην εκδήλωση της κατάθλιψης.
- Για παράδειγμα λόγω γενετικά βασισμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας, ένα άτομο μπορεί να δημιουργεί σχέσεις με προβληματικούς ανθρώπους και ως εκ τούτου το άτομο στη συνέχεια να υποφέρει από κατάθλιψη

Νευροδιαβιβαστές

- Οι νευροδιαβιβαστές που έχουν εντοπιστεί ως σημαντικοί σε σχέση με τις διαταραχές της διάθεσης είναι οι νορεπινεφρίνη, η σεροτονίνη και η ντοπαμίνη.
- Αυτοί οι νευροδιαβιβαστές βρίσκονται σε μεγάλες ποσότητες στο λιμβικό σύστημα, στο μέρος του εγκεφάλου που σχετίζεται με τη ρύθμιση του ύπνου, της όρεξης καθώς και των συναισθηματικών διεργασιών.
- Ενώ αρχικά θεωρείτο ότι η κατάθλιψη ήταν αποτέλεσμα χαμηλών επιπέδων των νευροδιαβιβαστών, το σύγχρονο ερευνητικό έργο αποδεικνύει μια πιο σύνθετη εικόνα (Savenau & Nemeroff, 2012).
- Σήμερα θεωρείται ότι η ισορροπία των νευροδιαβιβαστών, και η αλληλεπίδρασή τους με τα συστήματα αυτορρύθμισης είναι πιο σημαντικά από το επίπεδο του εκάστοτε νευροδιαβιβαστή (Carver, Johnson, Joorman, 2009. Whisman, Johnson, Smollen, 2011, Yatham et al, 2012).
- Χαμηλότερα επίπεδα σεροτονίνης σχετίζονται με διαταραχές της διάθεσης αλλά πάντα σε σχέση με τα επίπεδα άλλων νευροδιαβιβαστών, περιλαμβανομένων της νορεπινεφρίνης και της ντοπαμίνης (Thase, 2005, 2008).
- Ακόμη ο ρόλος της ντοπαμίνης στο πλαίσιο αυτής της ισορροπίας θεωρείται σημαντικός όσον αφορά τα μανιακά επεισόδια, την άτυπη κατάθλιψη ή την κατάθλιψη με ψυχωτικά χαρακτηριστικά (Dunlop, Nemeroff, 2007. Thase, 2009).

Νευροενδοκρινική Λειτουργία

- Έρευνες έχουν επίσης συνδέσει τον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια και το ανοσοποιητικό σύστημα την περίπτωση στις κατάθλιψης.
- Η ενεργοποίηση του άξονα οδηγεί στην ελευθέρωση προ-φλεγμονωδών κυτοκινών (cytokines).
- Ο σκοπός των κυτοκινών είναι να ετοιμάσουν το σώμα να επουλώσει πλήγματα. Το στρες και η ερωτική απόρριψη σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα κυτοκινών (Slavich, Irwin, 2014).
- Η αυξημένη έκθεση σε στρεσογόνες συνθήκες σχετίζονται με ανηδονία και απόσυρση.
- Μεταanalύσεις ερευνών δείχνουν ότι άτομα με κατάθλιψη έχουν υψηλότερα επίπεδα ορισμένων προ-φλεγμονωδών κυτοκινών σε σύγκριση με άτομα χωρίς κατάθλιψη, κι ότι αυτά τα υψηλά επίπεδα προβλέπουν την έναρξη της κατάθλιψης (Dowlati et al., 2010).

Διπολική Διαταραχή – Βιολογικές Παρέμβασεις

- Η φαρμακευτική αντιμετώπιση των διπολικών διαταραχών συνίσταται στη χορήγηση αντιμανιακών φαρμάκων (Karlson & Saddock, 2001).
- Πιο συχνά χορηγείται το λίθιο, ένα φυσικό άλας, το οποίο ανακαλύφθηκε το 1949 από τον Αυστραλό ιατρό John Cade, αλλά δεν χρησιμοποιείτο ευρέως εκτός Αυστραλίας μέχρι το 1960.
- Το λίθιο έχει σύντομη και αποτελεσματική δράση, οδηγώντας σε άρση το 70% των μανιακών και το 40% των καταθλιπτικών επεισοδίων. Ακόμη, χρησιμοποιείται για την πρόληψη υποτροπών -η θεραπεία συντήρησης ελαττώνει σημαντικά τη συχνότητα, τη βαρύτητα και τη διάρκεια των έντονων συναισθηματικών διακυμάνσεων που χαρακτηρίζουν τις διπολικές διαταραχές.
- Η χρήση του λιθίου απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, δεδομένου ότι η θεραπευτική δόση πολύ σύντομα μπορεί να γίνει τοξική, οδηγώντας σε ντελίριο, σε κώμα ή ακόμα και θάνατο.
- Συνεπώς, είναι αναγκαία η συνεχής παρακολούθηση του επιπέδου του λιθίου μέσω αιματολογικών εξετάσεων.
- Η διακοπή της αγωγής συχνά ακολουθείται από εκδήλωση μανιακού ή καταθλιπτικού επεισοδίου, ή ακόμα και από αυτοκτονικό ιδεασμό, δυσπεψία, εμετό και διάρροια.

Διπολική Διαταραχή – Βιολογικές Παρεμβάσεις

- Σε περιπτώσεις που το λίθιο δεν είναι αποτελεσματικό, χορηγούνται αντιεπιληπτικά (αντισπασμικά) φάρμακα, όπως η καρβαμαζεπίνη (Tegretol) για τη θεραπεία της οξείας μανίας και για την πρόληψη των υποτροπών της διπολικής I διαταραχής, με αποτελεσματικότητα σε περίπου 30% των πασχόντων.
- Οι παρενέργειες περιλαμβάνουν αιματολογικές δυσκρασίες, ηπατίτιδα και αποφολιδωτική δερματίτιδα.
- Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθούν άτυπα αντιψυχωτικά, ειδικά η ολανζαπίνη (Zyprexa) (Hirschfield, 2005).
- Η αντιμανιακή αγωγή περιλαμβάνει επίσης το βαλπροϊκό οξύ (Depakine), το οποίο έχει την ίδια αποτελεσματικότητα και ασφάλεια που έχει το λίθιο, όσον αφορά στην αντιμετώπιση της διπολικής I διαταραχής.
- Χορηγείται τόσο βραχυπρόθεσμα όσο για την πρόληψη των υποτροπών και έχει φανεί ιδιαίτερα αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση μεικτών επεισοδίων καθώς και για την διαταραχή τύπου ταχείας εναλλαγής φάσεων.

Ψυχολογικές Θεραπείες

Γνωσιακές-συμπεριφοριστικές τεχνικές χρησιμοποιούνται ως συμπληρωματικές σε βιολογικές παρεμβάσεις για διπολικές διαταραχές.

- Οι παρεμβάσεις έχουν πέντε βασικούς στόχους:

α) την πληροφόρηση των πασχόντων και των οικογενειών τους σχετικά με τη διαταραχή, τη φαρμακευτική αγωγή, καθώς και τυχόν επιπτώσεις,

β) την εκμάθηση στον πάσχοντα της ικανότητας να παρακολουθεί την εμφάνιση, τη σοβαρότητα και την πορεία μανιακών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, προκειμένου να γίνει η πιο έγκαιρη παρέμβαση, εάν τα συμπτώματα χειροτερέψουν,

γ) να διευκολύνει την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, αφαιρώντας τυχόν εμπόδια που παρεμποδίζουν την τήρηση,

δ) την παροχή ψυχολογικών στρατηγικών αντιμετώπισης για τα γνωσιακά και συμπεριφοριστικά συμπτώματα της μανίας και της κατάθλιψης, και

ε) την εκμάθηση στρατηγικών για την αντιμετώπιση συχνών ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που είτε είναι εκλυτικοί παράγοντες ή αποτελέσματα καταθλιπτικών και μανιακών επεισοδίων.

- Αυτές οι συμπληρωματικές παρεμβάσεις αυξάνουν την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπών της διαταραχής (Fava et al., 2001).

Γνωσιακή προσέγγιση

- Η αρνητική γνωστική τριάδα, αφορά στην τάση του ατόμου να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον με αρνητικό πρίσμα (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979· Beck, 1997).
- Στρεσογόνα γεγονότα μπορεί να ενεργοποιήσουν τα αρνητικά σχήματα, ενώ ακόλουθες αρνητικές αντιλήψεις τα ενδυναμώνουν.
- Η αρνητική αυτο-προκατάληψη του ατόμου, ή το αρνητικό αυτο-σχήμα, δηλαδή η τάση του να βλέπει τον εαυτό του ως αποτυχημένο, θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική (Alloy et al., 2006).
- Πρόσφατες έρευνες έχουν προσδιορίσει δύο ειδών αρνητικά σχήματα που αφορούν στην εξάρτηση και στην αυτοκριτική.
- Άτομα με εξαρτητικά σχήματα εκδηλώνουν κατάθλιψη σε καταστάσεις όπου διαφαίνεται η εξάρτησή τους, ενώ άτομα με αυτοκριτικό σχήμα εκδηλώνουν κατάθλιψη σε περιπτώσεις που αποτυγχάνουν (Nietzel & Harris, 1990).
- Οι επίμονοι αρνητικοί τρόποι σκέψης ατόμων με κατάθλιψη τους ωθούν να επικεντρώνονται σε αρνητικές πληροφορίες στο περιβάλλον σε μεγαλύτερο βαθμό σε σύγκριση με άτομα χωρίς κατάθλιψη (Joorman, Stanton, 2016)

Γνωσιακή προσέγγιση

- Οι δυσπροσαρμοστικές στάσεις του καταθλιπτικού αφορούν σε σκέψεις σχετικά με τη σπουδαιότητα της επιτυχίας/ αποτυχίας και τις επιπτώσεις τους. Για παράδειγμα, ο πάσχων πιστεύει ότι η αξία του εξαρτάται αποκλειστικά από την επιτυχία του σε οτιδήποτε προσπαθεί να κάνει, καθώς και ότι η συμπάθεια των άλλων εξαρτάται επίσης από την επιτυχία του.
- Τα λάθη λογικού συλλογισμού ή λάθη λογικής στην ερμηνεία των πληροφοριών, έχουν διάφορες μορφές.
- Οι πιο σημαντικές είναι η τάση για αυθαίρετα συμπεράσματα, η επιλεκτική αφαίρεση, η υπεργενίκευση/ ή υπερβολική γενίκευση, η μεγέθυνση/ ελαχιστοποίηση, η προσωποποίηση και η διχοτομική σκέψη (Κλεφτάρας, 1998).
- Ο πάσχων έχει την τάση να βγάζει αυθαίρετα συμπεράσματα, κυρίως αρνητικά συμπεράσματα, βάσει ελάχιστων πληροφοριών. Για παράδειγμα, ένας άντρας που βαδίζει στον δρόμο δίπλα σε μία γυναίκα που έχει το βλέμμα της στο πεζοδρόμιο, βγάζει το συμπέρασμα ότι εκείνη σκόπιμα αποφεύγει να τον κοιτάξει.
- Η επιλεκτική αφαίρεση αφορά στην επικέντρωση του πάσχοντα σε μία λεπτομέρεια, συνήθως αρνητικής φύσης, ενώ αγνοεί άλλες διαστάσεις της κατάστασης και τελικά φτάνει σε μία ολικά αρνητική ερμηνεία της.

Η Ψυχαναλυτική Προσέγγιση στην Κατάθλιψη

- Ίσως το πιο γνωστό και θεμελιακό κείμενο για την κατάθλιψη είναι το “Trauer und Melancholie” (Πένθος και Μελαγχολία) του S. Freud (1917).
- Στο κείμενο αυτό καταρχάς ο Freud συγκρίνει τη μελαγχολία με το πένθος και σημειώνει πολλές ομοιότητες, αλλά και ορισμένες βασικές διαφορές.
- Και στις δύο περιπτώσεις ο πάσχων αισθάνεται μια επώδυνη θλίψη σχετικά με κάποια απώλεια, μια έλλειψη ενδιαφέροντος για τον εξωτερικό κόσμο, την απώλεια της ικανότητας να αγαπήσει, καθώς και μια αναστολή όσον αφορά στη δραστηριότητα του.
- Εντούτοις, ο μελαγχολικός διαφέρει ως προς τη μειωμένη αυτοαντίληψή του, κάτι που υποδηλώνεται από τη χαρακτηριστική τάση του για αυτομομφή και την παράλογη προσδοκία κάποιας τιμωρίας.
- Σύμφωνα με τον Freud, σε περιπτώσεις πένθους ο κόσμος γίνεται φτωχός και κενός για τον πάσχοντα, ενώ στην περίπτωση της μελαγχολίας αυτές οι καταστάσεις αφορούν στο ίδιο το Εγώ του πάσχοντα.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

