



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Τίτλος:**

<<Ο ρόλος της οικογένειας στην υποστήριξη των ατόμων με διπολική  
διαταραχή>>

**Υπό:**

Ανδρέσσας Βασίλης

Λεονταράκης Γιώργος

Μανουκάκη Παρασκευή

**Επιβλέπων καθηγητής:**

Κλεισιάρης Χρήστος

ΗΡΑΚΛΕΙΟ-Φεβρουάριος 2021

# Ευχαριστίες

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με θέμα «Ο ρόλος της οικογένειας στην υποστήριξη των ατόμων με διπολική διαταραχή» πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της πτυχιακής εργασίας του τμήματος Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, το έτος 2020.

Θα θέλαμε να θέσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής εργασίας, κύριο Χρήστο Κλεισιάρη, για την καθοδήγηση και τις ουσιώδεις συμβουλές που μας προσέφερε.

# Περιεχόμενα

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	<b>2</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ</b> .....	<b>5</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>7</b>
<b>1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>8</b>
<b>1.1 Έννοιες και ορισμοί της ψυχικής ασθένειας</b> .....	<b>8</b>
<b>1.2 Κλινική εικόνα</b> .....	<b>9</b>
<b>1.3 Αιτιοπαθογένεια</b> .....	<b>14</b>
<b>1.4 Διαφοροδιάγνωση και συννοσηρότητα</b> .....	<b>15</b>
<b>1.5 Αντιμετώπιση-Θεραπευτικές παρεμβάσεις</b> .....	<b>17</b>
1.5.1 Φαρμακευτική αγωγή .....	18
1.5.2 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία .....	18
1.5.3 Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.....	19
<b>1.6 Η επίδραση της διπολικής διαταραχής στην οικογένεια</b> .....	<b>20</b>
<b>1.7 Η επίδραση της οικογένειας στην πορεία της διπολικής διαταραχής</b> .....	<b>24</b>
<b>1.8 Η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη στις οικογένειες με διπολική διαταραχή</b> ....	<b>25</b>
<b>1.9 Η ψυχοθεραπεία των διπολικών ασθενών βασισμένη σε εφαρμογές κινητής τηλεφωνίας</b> .....	<b>30</b>
<b>2.ΣΚΟΠΟΣ</b> .....	<b>32</b>
<b>3.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b> .....	<b>33</b>
<b>4.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>35</b>
<b>5.ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b> .....	<b>39</b>
<b>6.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>41</b>

<b>7.ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ .....</b>	<b>42</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>44</b>

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

BRIAN	Biological rhythms interview of assessment in neuropsychiatry
CES-D	Center for Epidemiological Studies of Depression Scale
DAP	Disability Awareness Program
FAST	Functioning assessment short test
GHQ	General Health Questionnaire
HAM-D	Hamilton Rating Scale for Depression
HDRS	Hamilton depression rating scale
HRB	Health Research Board
IEQ	Involvement Evaluation Questionnaire
QIDS	Quick Inventory of Depressive Symptomatology
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders
SCID-P	Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Patient Version
SOFAS	Social and Occupational Functioning Assessment Scale
UCL	Utrecht Coping List
WHOQOL	World Health Organization quality of life assessment
YMRS	Young mania rating scale

# ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εν λόγω εργασία αφορά τη διπολική διαταραχή και ειδικότερα μελετά τη συμβολή του οικογενειακού περιβάλλοντος στην υποστήριξη των ατόμων με διπολική διαταραχή. Η εργασία ξεκινά με την κλινική εικόνα, την αιτιοπαθογένεια, τη διαφοροδιάγνωση και τη συννοσηρότητα, τα οποία βοηθούν τον αναγνώστη να κατανοήσει τη φύση της διαταραχής. Στη συνέχεια, αναφέρεται η αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής, για την οποία παρουσιάζονται ποικίλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες ανήκουν στις δύο κύριες θεραπείες της φαρμακοθεραπείας και της ψυχοθεραπείας. Έπειτα, η εργασία ασχολείται με τη συμβολή της οικογένειας στην υποστήριξη των ατόμων με διπολική διαταραχή. Αναφορικά με το συγκεκριμένο κομμάτι, άκρως σημαντική θεωρείται η μελέτη των απόψεων και των αντιλήψεων των μελών μιας οικογένειας όπου ανήκει ένα άτομο με διπολική διαταραχή και συνεπώς γίνεται εκτενής αναφορά στις απόψεις των οικείων προσώπων. Η οικογένεια, ωστόσο, αποτελεί σημαντική στήριξη στην απαιτητική καθημερινότητα της διαταραχής. Για το λόγο αυτό περιγράφονται λεπτομερώς παρεμβάσεις όπως η ψυχοεκπαίδευση οικογένειας και η θεραπεία οικογένειας αλλά και υποστηρικτικές εναλλακτικές όπως ειδικές υποστηρικτικές ομάδες και σύλλογοι. Η εργασία ολοκληρώνεται με το κομμάτι της συζήτησης και των συμπερασμάτων.

**Λέξεις-κλειδιά:** διπολική διαταραχή, οικογένεια, υποστήριξη, αντιμετώπιση, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

# Abstract

This study deals with bipolar disorder and in particular studies the contribution of the family environment to support people with bipolar disorder. The study begins with the clinical profile, the possible causes, differential diagnosis and the comorbidity, which help the reader understand the nature of the disorder. Subsequently, the confrontation of bipolar disorder is reported, for which a variety of therapeutic interventions are presented, which falls within two main categories of pharmacotherapy and psychotherapy. Afterwards, the study deals with the family's contribution to support people with bipolar disorder. In this regard, it is extremely important to study the views and perceptions of the members of a family belonging to a person with bipolar disorder and therefore extensive reference is made to the views of their relatives. Inevitably, family is an important support in the demanding daily life of the disorder. For this reason, interventions such as family psychoeducation and family therapy are described in detail, but also supportive alternatives such as specific support groups and clubs. The study ends with the discussion and conclusion section.

**Key- words:** bipolar disorder, family, support, confrontation, psychosocial interventions

# 1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## 1.1 Έννοιες και ορισμοί της ψυχικής ασθένειας

Η ψυχική ασθένεια, ως επίμονη και σημαντική παρέκκλιση από τη φυσιολογική λειτουργικότητα, πλήττει την κοινωνική ζωή του ατόμου και συνοδεύεται από συναισθηματική ταλαιπωρία. Περίπου το 50% των ενηλίκων, δεν βιώνουν σοβαρές ψυχικές ασθένειες κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Ωστόσο, κάτι τέτοιο δε συνεπάγεται απαραίτητα την ψυχική υγεία και την παραγωγικότητα των ατόμων αυτών. Η έννοια της ψυχικής υγείας περιλαμβάνει την επιτυχή λειτουργία της γνωστικής διαδικασίας, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την εκτέλεση παραγωγικών δραστηριοτήτων, την επίτευξη ικανοποιητικών διαπροσωπικών σχέσεων, την προσαρμοστικότητα στις αλλαγές και την αντιμετώπιση των αντιξοοτήτων. Εν πολλοίς, η ψυχική υγεία χρησιμοποιείται κυρίως με την έννοια της απουσίας ψυχικής ασθένειας (Keyes, 2002).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, το συνεχές της ψυχικής υγείας αποτελείται από την πλήρη και την ελλιπή ψυχική υγεία. Τα άτομα με πλήρη ψυχική υγεία «ευδοκιμούν» στη ζωή, σημειώνοντας υψηλά επίπεδα ευημερίας ή αλλιώς, τα άτομα αυτά φέρουν θετικά συναισθήματα και λειτουργούν ομαλά σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα με ελλιπή ψυχική υγεία «υποφέρουν» στη ζωή, σημειώνοντας χαμηλά επίπεδα ευημερίας. Η κατάσταση αυτή μπορεί να εκληφθεί ως κενότητα και στασιμότητα και σιωπηλή, ενίοτε, απελπισία (Keyes, 2002).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχολογική Ένωση (American Psychological Association, 2020), ως ψυχική ασθένεια, ή αλλιώς ψυχική διαταραχή, ορίζεται κάθε κατάσταση κατά την οποία εμφανίζονται γνωστικές και συναισθηματικές ενοχλήσεις, μη ομαλές συμπεριφορές, προβληματική λειτουργικότητα ή κάθε συνδυασμός των παραπάνω. Επιπλέον, οι διαταραχές αυτές δεν μπορούν να αποδοθούν αποκλειστικά στις περιβαλλοντικές συνθήκες και ενδέχεται να συνάδουν επιπλέον ψυχολογικοί, γενετικοί, βιοχημικοί, κοινωνικοί και άλλοι παράγοντες ("APA Dictionary of Psychology", 2021).

Συγκεκριμένα, η Διπολική Διαταραχή, αποτελεί Διαταραχή της Διάθεσης. Στην ομάδα αυτή συγκαταλέγονται επίσης οι Καταθλιπτικές Διαταραχές, η Διαταραχή της Διάθεσης οφειλόμενη σε Γενική Σωματική Κατάσταση και η Προκαλούμενη από Ουσίες Διαταραχή της Διάθεσης (DSM-IV-TR, 2004: 164). Η Διπολική Διαταραχή ορίζεται ως



μια χρόνια ψυχιατρική ασθένεια, πιθανότατα με κληρονομική βάση. Την ασθένεια συνοδεύουν σημαντικά ποσοστά θνησιμότητας (Soutullo et al., 2005). Κατά τη

σύγχρονη εποχή το επιστημονικό ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στη συγκεκριμένη ψυχική ασθένεια καθώς συνήθως η πορεία της στη ζωή του ατόμου είναι παρατεταμένη και μη ομαλή και επιφέρει σοβαρές δυσλειτουργίες στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα (Birmaher et al., 2006). Μάλιστα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατατάσσει τη διπολική διαταραχή στην έκτη θέση των αιτιών αναπηρίας για τις ηλικίες 15 έως 44 ετών, καθώς εκτός από χρόνια, η συγκεκριμένη διαταραχή προβλέπει πολλαπλές υποτροπές κατά τη διάρκεια ζωής του ατόμου. Επιπλέον, η διαταραχή συνδέεται με τις αυτοκτονικές τάσεις και η αυτοκτονία ευθύνεται για το 19% των θανάτων των ασθενών με διπολική διαταραχή (Οικονόμου & Χαρίτση, 2017).

## 1.2 Κλινική εικόνα

Η Διπολική Διαταραχή διακρίνεται σε τέσσερις ξεχωριστούς τύπους. Τη Διπολική I Διαταραχή, τη Διπολική II Διαταραχή, την Κυκλοθυμική Διαταραχή και τη Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Χαρακτηριστικά στοιχεία της διαταραχής αυτής αποτελούν τα επεισόδια μανίας, υπομανίας και τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια (Κούκια, 2014: 126).

Τα κριτήρια της Διπολικής Διαταραχής όπως τα κριτήρια των περισσότερων από τις Διαταραχές Διάθεσης προϋποθέτουν την παρουσία ή την απουσία επεισοδίων της διάθεσης, τα οποία αναλύονται στη συνέχεια.

Αρχικά, το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο απαιτεί την παρουσία πέντε ή περισσότερων συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια δύο εβδομάδων και συνάμα σηματοδοτεί σημαντική αλλαγή στην πρότερη λειτουργικότητα του ατόμου, η οποία γίνεται εμφανής και στο περιβάλλον του. Τα συμπτώματα είναι τα ακόλουθα:

- Καταθλιπτική διάθεση, με διάρκεια τις περισσότερες ώρες της ημέρας, σε καθημερινή βάση, η οποία είτε εκφράζεται από το ίδιο το άτομο είτε σημειώνεται μέσω της παρατήρησης των τρίτων. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι όταν πρόκειται για παιδιά και εφήβους, ενδέχεται να νοείται η ευερέθιστη διάθεση.

- Σημαντική μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης, στο σύνολο ή στις περισσότερες δραστηριότητες του ατόμου, κατά τις περισσότερες ώρες της ημέρας, σε καθημερινή σχεδόν βάση, με βάση την εκτίμηση του ατόμου ή των γύρω του.
- Σημαντική απώλεια/αύξηση βάρους (απώλεια ή προσθήκη του 5% του βάρους), χωρίς το άτομο να βρίσκεται σε ειδική διατροφή ή απώλεια της όρεξης σε καθημερινή βάση. Όταν πρόκειται για παιδιά, το κριτήριο αυτό αφορά την αποτυχία της πρόσληψης του αναμενόμενου, για το αναπτυξιακό στάδιο, βάρους.
- Αϋπνία ή υπερυπνία σε σχεδόν καθημερινή βάση.
- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σε σχεδόν καθημερινή βάση, όπως εκτιμάται υποκειμενικά από το άτομο ή από τις παρατηρήσεις των άλλων.
- Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας σε σχεδόν καθημερινή βάση.
- Αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ή άσκοπης ενοχής, ενδεχομένως παραληρητικά, σχεδόν καθημερινά.
- Ελάττωση της ικανότητας της σκέψης ή της συγκέντρωσης ή εμφάνιση αναποφασιστικότητας, σχεδόν σε καθημερινή βάση, όπως το ίδιο το άτομο εκτιμά ή με βάση τις παρατηρήσεις των άλλων.
- Αλλεπάλληλες σκέψεις θανάτου, οι οποίες δεν αποτελούν μόνο φόβο θανάτου, επανεμφανιζόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός, χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας.

Τουλάχιστον το ένα σύμπτωμα θα πρέπει να είναι η καταθλιπτική διάθεση ή η απώλεια ενδιαφέροντος/ευχαρίστησης. Επιπλέον, τα συμπτώματα θα πρέπει να προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή σημαντική μείωση στην κοινωνική, την επαγγελματική ή άλλη σημαντική πτυχή της λειτουργικότητας του ατόμου. Τέλος, τα συμπτώματα θα πρέπει να μην οφείλονται στις άμεσες αναμενόμενες δράσεις κάποιας ουσίας στον οργανισμό ή να είναι αποτελέσματα κάποιας νόσου ή ασθένειας αλλά ούτε να εξηγούνται μέσω του πένθους για την απώλεια αγαπημένου προσώπου.

Το Μανιακό επεισόδιο ορίζεται ως η συγκεκριμένη περίοδος κατά την οποία το άτομο διατηρεί μια παθολογικά και επίμονα ανεβασμένη ή ευερέθιστη διάθεση, με διάρκεια τουλάχιστον μια εβδομάδα. Η διάρκεια ενδέχεται να είναι μικρότερη όταν απαιτείται νοσηλεία. Το Μανιακό επεισόδιο απαιτεί την παρουσία τουλάχιστον τριών επιμέμοντων

συμπτωμάτων, τα οποία περιγράφονται παρακάτω. Απαιτείται η επίμονη παρουσία τεσσάρων συμπτωμάτων στην περίπτωση που η διάθεση είναι απλώς ευερέθιστη.

- Επαυξημένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου.
- Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο.
- Αυξημένη ομιλητικότητα από τη συνηθισμένη για το άτομο ή αίσθημα πίεσης για συνέχιση της ομιλίας.
- Απόδραση σκέψεων ή αίσθηση του ατόμου ότι οι σκέψεις του <<καλλάζουν>>.
- Διάσπαση της προσοχής από ασήμαντα εξωτερικά ερεθίσματα, τα οποία δε σχετίζονται με τις δραστηριότητες του ατόμου.
- Προσήλωση σε στοχοκατευθυνόμενες δραστηριότητες, οι οποίες μπορεί να αφορούν την εργασία, την εκπαίδευση, τη σεξουαλική ζωή του ατόμου ή ψυχοκινητική διέγερση.
- Υπερβολική ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες, οι οποίες όμως ενέχουν σημαντική πιθανότητα δυσάρεστων συνεπειών, όπως η υπερβολική οικονομική σπατάλη σε αγορές, παράτολμες σεξουαλικές πράξεις ή ασυνείδητες επιχειρηματικές επενδύσεις.

Τα παραπάνω συμπτώματα θα πρέπει να προκαλούν σημαντική έκπτωση στις κοινωνικές δραστηριότητες, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την επαγγελματική ζωή του ατόμου ή να χρήζουν νοσηλεία. Επιπλέον, τα συμπτώματα θα πρέπει να μην οφείλονται στις άμεσες αναμενόμενες δράσεις κάποιας ουσίας στον οργανισμό. Όταν τα συμπτώματα αποτελούν συνέπειες της φαρμακευτικής αντικαταθλιπτικής αγωγής δε θα πρέπει να συνυπολογίζονται.

Το Υπομανιακό Επεισόδιο παρουσιάζει την ίδια συμπτωματολογία με το Μανιακό Επεισόδιο, με τη διαφορά ότι η περίοδος ανεβασμένης ή ευερέθιστης διάθεσης διαρκεί τουλάχιστον τέσσερις ημέρες και είναι πιο ήπια. Το Υπομανιακό Επεισόδιο, σχετίζεται με μια εμφανή αλλαγή στη γενικότερη λειτουργικότητα του ατόμου και η αλλαγή αυτή είναι εμφανής στους άλλους. Ωστόσο, η διαταραχή αυτή της διάθεσης δεν είναι ιδιαίτερος σοβαρή ώστε να συνεπάγεται έντονη μείωση της κοινωνικής ή και επαγγελματικής λειτουργικότητας του ατόμου. Επιπλέον, δε χρήζει νοσηλείας με στόχο την προστασία του ατόμου και των γύρω του. Τέλος, τα συμπτώματα που προαναφέρθηκαν, δεν λαμβάνονται υπόψη για τη διάγνωση της Διπολικής Διαταραχής II

όταν είναι σαφές ότι αποτελούν συνέπειες φαρμακευτικής αντικαταθλιπτικής αγωγής με φάρμακα, ηλεκτροσπασμοθεραπεία ή με φωτοθεραπεία.

Το Μεικτό Επεισόδιο συμπεριλαμβάνει τα κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου και του Μανιακού Επεισοδίου, σε καθημερινή βάση, με διάρκεια τουλάχιστον μίας εβδομάδας. Προϋπόθεση αποτελεί η πρόκληση σημαντικής μείωσης στην κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου ή η απαιτούμενη νοσηλεία λόγω των συμπτωμάτων με στόχο την προστασία του ατόμου και των γύρω του. Τα συμπτώματα δεν θα πρέπει να αποτελούν συνέπειες της άμεσης και φυσιολογικής δράσης ουσιών στον οργανισμό ή συνέπειες της παρουσίας κάποιας νόσου (DSM-IV-TR, 2004: 164-168).

Στη Διπολική Διαταραχή I, παρατηρείται τουλάχιστον ένα επεισόδιο μανίας το οποίο εναλλάσσεται με μείζονα κατάθλιψη. Στη Διπολική Διαταραχή II, παρατηρείται ένα ή περισσότερα επεισόδια υπομανίας, τα οποία εναλλάσσονται με μείζονα κατάθλιψη. Στην Κυκλοθυμία παρατηρείται ένα επεισόδιο υπομανίας, το οποίο εναλλάσσεται με ελλάσσονα καταθλιπτικά επεισόδια διάρκειας τουλάχιστον 2 ετών (Κούκια, 2014:131).

Στις Διπολικές Διαταραχές, τα πρώτα συμπτώματα, συνήθως, κάνουν την εμφάνισή τους πριν την ηλικία των 25 ετών, με μέσο όρο 10 επεισόδια (19-30 ετών). Δεν φαίνεται να υπάρχει διάκριση ως αναφορά το φύλο των ασθενών. Κατά κύριο λόγο η διαταραχή πλήττει άτομα με υψηλότερο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Συχνά παρατηρείται η ταυτόχρονη χρήση ουσιών. Επιπλέον, η διαταραχή είναι πιθανόν να συνυπάρχει με αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας, διαταραχές διατροφής, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα (Κούκια, 2015: 128).

Η πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V), επέφερε έναν αριθμό αλλαγών σε σχέση με την προηγούμενη, τέταρτη έκδοσή του (DSM-IV), όσον αφορά τη διάγνωση της Διπολικής Διαταραχής. Συγκεκριμένα, αναφορικά με τα επεισόδια μανίας, αναφέρεται ότι οι διαταραχές στη διάθεση συνοδεύονται από ασυνήθιστη, επίμονη και στοχευμένη συμπεριφορά και ενεργητικότητα. Επιπλέον, σημειώνεται ότι τα σχετικά συμπτώματα πρέπει να παρουσιάζουν ουσιαστική διαφορά σε σχέση με τη συνηθισμένη συμπεριφορά του ατόμου και οι αλλαγές που παρατηρούνται διαρκούν για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά, για τουλάχιστον μία εβδομάδα σε συνεχή βάση. Τα κριτήρια αποκλεισμού για τα επεισόδια μανίας έχουν αλλάξει επίσης στο DSM-V, με

την μανία, η οποία εμφανίζεται μετά από αντικαταθλιπτική αγωγή να κατατάσσεται ως Διπολική Διαταραχή I, ενώ στο DSM-IV θεωρούνταν διαταραχή μανίας εξαιτίας φαρμακευτικής αγωγής. Λιγосτές αλλαγές παρατηρούνται επίσης, στα διαγνωστικά κριτήρια για το Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο και τη Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (MDE/MDD). Η διατύπωση στην περιγραφή της καταθλιπτικής διάθεσης έχει γίνει πιο αναλυτική στο DSM-V, κάτι το οποίο είναι πιθανόν να αυξήσει τον επιπολασμό του Μείζων Καταθλιπτικού Επεισοδίου και της Μείζων Καταθλιπτικής Διαταραχής. Η πιο ουσιαστική αλλαγή παρατηρείται στον τυπικό αποκλεισμό λόγω πένθους για τη διάγνωση του Μείζων Καταθλιπτικού Επεισοδίου/Διαταραχής, η οποία έχει αφαιρεθεί από το DSM-V, καθιστώντας την ύπαρξη πένθους υπό συνθήκες, ικανό κριτήριο για τη διάγνωση Μείζων Καταθλιπτικού Επεισοδίου/Διαταραχής. Ακόμα, οι υπότυποι της διαταραχής θεωρούνται πλέον προσδιοριστικοί του πιο πρόσφατου επεισοδίου. Σύμφωνα με το DSM-V, προέχει η διάγνωση της Διπολικής Διαταραχής I και ακολούθως η ανάλυση των χαρακτηριστικών του πλέον πρόσφατου επεισοδίου. Στην ουσία, οι αλλαγές οι οποίες επήλθαν με το DSM-V είχαν σκοπό να βελτιστοποιήσουν την περιγραφική διάγνωση με στόχο την πληρέστερη επικοινωνία με τους ασθενείς και το περιβάλλον τους και όχι να αλλάξει ριζικά τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV (Ringeisen, Casanueva, Stambaugh, Bose & Hedden, 2016).

Η συχνότητα εμφάνισης της Διπολικής Διαταραχής I σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου υπολογίζεται σε 1% για τις Ηνωμένες Πολιτείες, ενώ όταν προστίθενται και άλλες μορφές της διαταραχής, όπως η Διπολική Διαταραχή II, η συνολική εμφάνιση της διαταραχής ανεβαίνει στο 3-7%. Αντίστοιχα μονοψήφια ποσοστά συναντώνται στον Καναδά και σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες. Ωστόσο, τα ποσοστά αυξάνονται αισθητά όταν οι αντίστοιχες έρευνες εξετάζουν την εμφάνιση «ελαφράς» διπολικής διαταραχής στους ενήλικες (Δυσθυμία, Υπομανία, Ήπιο Καταθλιπτικό Επεισόδιο) (Soutullo et. al., 2005).

Οι επιδράσεις της διπολικής διαταραχής στις ζωές των ασθενών είναι πολλαπλές και ιδιαίτερα επίπονες. Ειδικότερα, τα καταθλιπτικά επεισόδια επιφέρουν ακόμη σημαντικότερες δυσλειτουργίες συγκριτικά με τα μανιακά και υπομανιακά επεισόδια. Σύμφωνα με σχετική έρευνα, περί το 92% των ασθενών με μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο στο πρόσφατο παρελθόν, αναφέρει σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητά του αναφορικά με τους ρόλους του στην εργασία, το σχολείο, την κοινωνική ζωή και την οικογένεια. Η μανιακή και υπομανιακή συμπτωματολογία οδηγεί επίσης, σε αντίστοιχη

έκπτωση της λειτουργικότητας σε ποσοστό 87%. Συνεπώς, η διπολική διαταραχή πλήττει την κοινωνική, οικογενειακή, ακαδημαϊκή και επαγγελματική εξέλιξη του ασθενούς και υποβαθμίζει κατά συνέπεια την ποιότητα ζωής του (Merikangas et al., 2007).

### 1.3 Αιτιοπαθογένεια

Όπως η σχιζοφρένεια έτσι και η διπολική διαταραχή αποτελούν σοβαρές νευροσυμπεριφοριστικές διαταραχές, οι οποίες πιθανότατα επηρεάζονται τόσο από γενετικούς, όσο και από μη γενετικούς παράγοντες και θεωρούνται περίπλοκες διαταραχές της συναπτικής νευροδιαβίβασης. Η σύγχρονη ερευνητική δραστηριότητα επικεντρώνεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ γονιδίων στη νευροδιαβίβαση του γλουταμινικού οξέος αλλά και τα συστήματα της σερετονίνης και της ντοπαμίνης. Ταυτόχρονα μελετάται η επιγενετική επίδραση στη δράση του γλουταμινικού οξέος, δηλαδή η επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων στη λειτουργία των γονιδίων, χωρίς να επέρχεται αλλαγή στο DNA (Cherlyn et al., 2010).

Οικογενειακές μελέτες που έχουν διεξαχθεί έχουν δείξει ότι σε πολλές περιπτώσεις, όπου εμφανίζεται στο οικογενειακό ιστορικό διπολική διαταραχή, σχιζοφρένεια ή διαταραχές της διάθεσης, οι συγγενείς εμφανίζουν επίσης, αυξημένο ποσοστό να νοσήσουν. Επιπλέον, μερικές μελέτες έχουν παρουσιάσει στατιστικά σημαντικές ενδείξεις, ότι η διπολική διαταραχή εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα στους συγγενείς που έχουν ανιχνευτεί με σχιζοφρένεια, διπολική ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Τα οικογενειακά αυτά δεδομένα εμφανίζουν μια πιο περίπλοκη σχέση μεταξύ των ψυχώσεων, στις οποίες εντοπίζεται γενετική σύνδεση (Craddock, O'Donovan & Owen, 2005).

Αν και η βαρύτητα των γενετικών παραγόντων ως προς την αιτιοπαθογένεια της διαταραχής φαίνεται να είναι ισχυρότερη συγκριτικά με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, ειδικά στα παιδιά και τους εφήβους (Faraone, Glatt & Tsuang, 2003), ιδιαίτερα σημαντικά θεωρούνται τα ψυχικά τραύματα, τα οποία βιώνει το άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του και ειδικά κατά την παιδική ηλικία, με αποκορύφωμα την πάσης φύσεως κακοποίηση. Ανάλογα τραυματικά συμβάντα συνδέονται με την εμφάνιση διπολικής διαταραχής σε μικρή ηλικία αλλά και με τη μη ομαλή και ευοίωνη πορεία της ασθένειας. Άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι οποίοι θεωρούνται αγωγόνοι

συνδέονται επίσης με την εμφάνιση της διπολικής διαταραχής αλλά και με τη μη ανταπόκριση στη θεραπευτική της αντιμετώπιση (Anderson, Haddad & Scott, 2012).

#### **1.4 Διαφοροδιάγνωση και συννοσηρότητα**

Οι διπολικοί ασθενείς είναι πιθανότερο να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια όταν βρίσκονται εν μέσω καταθλιπτικού επεισοδίου και στο στάδιο αυτό, η κλινική εικόνα του ασθενούς είναι πολύ πιθανό να μη διαφέρει από την αναμενόμενη κλινική εικόνα ενός ατόμου με κατάθλιψη. Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει αυξημένη πιθανότητα λανθασμένης διάγνωσης, δεδομένης της συχνότερης εμφάνισης της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό, έναντι της διπολικής διαταραχής, αλλά και των πολλών κοινών συμπτωμάτων. Μια λανθασμένη διάγνωση κατάθλιψης, έναντι της διπολικής, είναι πιθανόν να επιφέρει δυσάρεστες συνέπειες, καθώς η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή φαίνεται πως δεν αποδεικνύεται αποτελεσματική για τους ασθενείς που βρίσκονται σε καταθλιπτικό επεισόδιο (Hirschfeld, 2014). Η λάθος διάγνωση και η μη διάγνωση, συναντώνται συχνά στις περιπτώσεις ασθενών με διπολική διαταραχή. Υπάρχουν σημαντικές πιθανότητες να προκαλέσουν μακρά καθυστέρηση της έναρξης της αρμόζουσας θεραπείας. Ως συνέπεια αυτού, η πορεία της ασθένειας είναι πιθανόν να χειροτερέψει, με αποτέλεσμα να επέλθει σημαντική γνωστική φθορά στον ασθενή, συγκρούσεις με την οικογένεια και το περιβάλλον του και κατάπτωση της συνολικής λειτουργικότητας του στον κοινωνικό και τον εργασιακό του τομέα. Ακόμα, δεν αποκλείεται ο κίνδυνος εθισμού στο αλκοόλ και τις ναρκωτικές ουσίες, αλλά και ο κίνδυνος μιας απόπειρας αυτοκτονίας. Τόσο η συχνότητα και η οξύτητα των επεισοδίων, όσο και τα επίπεδα του στρες του ασθενούς, τείνουν να αυξάνονται για όσο διάστημα δεν λαμβάνει την κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση.

Προτείνεται ότι οι διπολικοί ασθενείς κατά το καταθλιπτικό επεισόδιο πρέπει να λαμβάνουν αντικαταθλιπτική αγωγή μόνο ως συμπληρωματική θεραπεία σε συνδυασμό με τους σταθεροποιητές διάθεσης για τη διπολική διαταραχή. Δεδομένης της πληθώρας διαθέσιμων ψυχομετρικών εργαλείων για τη διάγνωση των σοβαρών καταθλιπτικών επεισοδίων, παρατηρείται αξιοσημείωτη έλλειψη σε εργαλεία διαφοροδιάγνωσης της διπολικής διαταραχής έναντι της καταθλιπτικής διαταραχής. Το πιο διαδεδομένο και αναγνωρισμένο εργαλείο για τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής αποτελεί το ερωτηματολόγιο MDQ, το οποίο μπορεί να αναγνωρίσει τυχόν υπομανιακά ή μανιακά

επεισόδια με τα οποία έχει έρθει αντιμέτωπος ο ασθενής στο παρελθόν. Συνεπώς, η προσεκτική κλινική εξέταση και ο επιπρόσθετος έλεγχος, για την πιθανότητα ο ασθενής να αντιμετωπίζει διπολική διαταραχή, μέσω της μελέτης του ιστορικού για μανιακά ή υπομανιακά επεισόδια, θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους ειδικούς της ψυχικής υγείας να εξάγουν τη σωστή διάγνωση (Hirschfeld, 2014).

Η συννοσηρότητα, η οποία συνοδεύει τη διπολική διαταραχή είναι ένας σημαντικός παράγοντας που δυσχεραίνει την πορεία της ασθένειας και ταλαιπωρεί τους πάσχοντες. Περίπου το 80% των ασθενών αντιμετωπίζει σύννοδα προβλήματα υγείας, όπως καρδιαγγειακά προβλήματα, στεφανιαία νόσο, υπέρταση, υπερθυρεοειδισμό, διαβήτη, ηπατίτιδα. Επιπλέον, τα άτομα με διπολική διαταραχή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν εξαρτήσεις με το αλκοόλ, το κάπνισμα, και τις ναρκωτικές ουσίες, ενώ παρατηρείται και φτώχη αυτό-φροντίδα στους συγκεκριμένους ασθενείς, κάτι που οδηγεί ενίοτε σε παχυσαρκία. Είναι λοιπόν επόμενο, η συννοσηρότητα να οδηγεί σε αύξηση των επιπέδων του στρες, της κατάθλιψης και της γενικευμένης ταλαιπωρίας της διαταραχής για το άτομο (Leahy, 2007).

Σύμφωνα με μία μελέτη κοορτής που διεξήχθη στον ενήλικο πληθυσμό της Σουηδίας, οι ασθενείς με διπολική διαταραχή πέθαιναν πρόωρα κατά 8.5-9 χρόνια σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, από διάφορες παθολογικές αιτίες, όπως καρδιαγγειακές νόσους, διαβήτη, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, γρίπη ή πνευμονία, ακούσιους τραυματισμούς και αυτοκτονία. Για την έρευνα αυτή εξετάστηκαν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού που μπορεί να σχετίζονται με τη διπολική διαταραχή και με τη συννοσηρότητα και θνησιμότητα αυτής, καθώς και η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν οι ασθενείς για τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής. Τα ευρήματα της έρευνας απέδειξαν πως, τόσο τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, όσο και η φαρμακευτική αγωγή, συνδέονται με τα πρόωρα ποσοστά θνησιμότητας. Πιο συγκεκριμένα, η φαρμακευτική αγωγή με αντιψυχωσικά φάρμακα δεύτερης γενιάς και άλλες ψυχοτρόπες ουσίες αυξάνουν τον κίνδυνο για καρδιαγγειακές νόσους, διαβήτη αλλά και θνησιμότητα οφειλόμενη στην παχυσαρκία, τη δυσανεξία στη γλυκόζη, τη δυσλιπιδαιμία και την καρδιακή ανεπάρκεια (Crump, Sundquist & Winkleby, 2013).

Εντούτοις, συννοσηρότητα παρατηρείται και αναφορικά με διαταραχές προσωπικότητας για τα άτομα με διπολική διαταραχή και μάλιστα με αυξημένη συχνότητα της τάξης του



57%. Ειδικότερα, φαίνεται πως τα άτομα με Διπολική Διαταραχή I εμφανίζουν συχνά και ιδεο-ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας καθώς και συναισθηματικές διαταραχές (Altindag, Yanik & Nebioglu, 2006).

Όπως είναι λογικό, κάθε συνοδή διαταραχή, δυσχεραίνει αναλόγως και την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής. Οι διπολικοί ασθενείς συχνά βιώνουν σημαντικά και ενίοτε ανυπέρβλητα εμπόδια στην εργασία τους, στην οικονομική τους ανεξαρτησία, στη συζυγική ζωή και τη γενικότερη ποιότητα ζωής τους (Leahy, 2007).

### **1.5 Αντιμετώπιση-Θεραπευτικές παρεμβάσεις**

Η πλειονότητα των ατόμων με διπολική διαταραχή χρειάζεται θεραπευτικές παρεμβάσεις σε μόνιμη βάση, τόσο μέσω της εξειδικευμένης υποστήριξης ψυχικής υγείας, όσο και ιατρικής περίθαλψης σε νοσοκομειακά πλαίσια, όταν τα συμπτώματα απειλούν την ακεραιότητα του πάσχοντα ή του περιβάλλοντός του. Αν και η φαρμακοθεραπεία συστήνεται κυρίως για την οξεία φάση της διαταραχής, οι υποτροπές είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα απειλήσουν τον ασθενή σε μεταγενέστερο στάδιο. Υπολογίζεται ότι κατά το 20% της διάρκειας της ζωής των ατόμων με διπολική διαταραχή, τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν εξάρσεις της διαταραχής και πως μόνο ένα μικρό σχετικά ποσοστό αντιμετωπίζει σχετικά ήπια την διαταραχή (Οικονόμου & Χαρίτση, 2017). Συγκεκριμένα σε μεγάλη σχετική έρευνα, το πρόγραμμα STEP-BD (the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder), περίπου οι μισοί συμμετέχοντες με διπολική διαταραχή παρουσίασαν υποτροπές σε διάστημα 24 μηνών και μάλιστα τα καταθλιπτικά επεισόδια είχαν διπλάσια πιθανότητα εμφάνισης σε σύγκριση με τα μανιακά επεισόδια (Perlis et. al., 2006).

Σε γενικές γραμμές, η συνδυαστική αντιμετώπιση με ψυχοθεραπευτικές μεθόδους και φαρμακευτική αγωγή, μπορεί να μειώσει τη συχνότητα, την ένταση και τη διάρκεια των επεισοδίων μανίας και κατάθλιψης (Leahy, 2007). Οι παρεμβάσεις σε επίπεδο οικογένειας, η γνωσιο-συμπεριφοριστική θεραπεία, η ομαδική ψυχοεκπαίδευση και η διαπροσωπική θεραπεία κοινωνικού ρυθμού (interpersonal social rhythm therapy), ενδείκνυται για την προληπτική τους αποτελεσματικότητα σε συνδυασμό με τη φαρμακοθεραπεία (Miklowitz, 2008).

### 1.5.1 Φαρμακευτική αγωγή

Η αντι-ψυχωσική αγωγή της λουρασιδόνης, χρησιμοποιείται εκτεταμένα στην αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής, όπως αναφέρει η σύγχρονη βιβλιογραφία, καθώς η συγκεκριμένη ουσία τείνει να ελαττώνει τα συμπτώματα της κατάθλιψης και να επιφέρει μια συνολική βελτίωση στα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής. Επιπλέον, φαίνεται να βοηθά στο μετριασμό του άγχους και στην αύξηση της λειτουργικότητας και ευημερίας, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην καλύτερη ποιότητα ζωής, των ατόμων με διπολική διαταραχή, ενώ παράλληλα δεν προκαλεί μεταβολικά προβλήματα και δεν επιδρά στο βάρος των ασθενών (DelBello et. al., 2017).

Επιπρόσθετα, η φαρμακευτική αγωγή των διπολικών ασθενών περιλαμβάνει σε πολλές περιπτώσεις το λίθιο, καθώς φαίνεται πως βοηθά στην εξισορρόπηση των αλλαγών της διάθεσης, βοηθώντας έτσι να αντιμετωπιστούν τα επεισόδια της μανίας και της κατάθλιψης. Το στοιχείο του λιθίου, αξιοποιείται φαρμακευτικά τόσο σε ενήλικες ασθενείς όσο και σε παιδιά και θεωρείται ιδιαίτερος αποτελεσματικό, χωρίς όμως να αποφεύγονται παράλληλα οι συνοδές παρενέργειες. Είναι βέβαιο, ότι η επιλογή φαρμακευτικής αγωγής θα πρέπει να γίνεται εξατομικευμένα και να ακολουθεί ενδελεχή εξέταση του ιατρικού ιστορικού κάθε ασθενούς καθώς και την πιθανή συννοσηρότητα με επιπρόσθετα προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας (Nandagopal, DelBello and Kowatch, 2009).

### 1.5.2 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η θεραπευτική μέθοδος της ηλεκτροσπασμοθεραπείας εφαρμόζεται σε περιπτώσεις ασθενών με διπολική διαταραχή καθώς και σε άλλες ψυχικές νόσους και ασθένειες. Μέσω της συγκεκριμένης μεθόδου ο εγκέφαλος του ασθενούς διεγείρεται με μια σειρά ελεγχόμενων ηλεκτρικών παλμών, ενώ ο ασθενής βρίσκεται σε ολική αναισθησία. Υπάρχουν δύο τρόποι εφαρμογής της ηλεκτροσπασμοθεραπείας, τοποθετώντας τα ηλεκτρόδια στη μία πλευρά του κεφαλιού (μονόπλευρη) και τοποθετώντας ηλεκτρόδια και στις δύο πλευρές (αμφίπλευρη). Το ηλεκτρικό ρεύμα, το οποίο διοχετεύεται στον ασθενή είναι έντασης 25-50mc έως 750-800mc. Η μονόπλευρη ηλεκτροσπασμοθεραπεία συνδέεται με μειωμένες παρενέργειες για τον ασθενή, όπως για παράδειγμα την έκταση της γνωστικής λειτουργίας. Από την άλλη πλευρά, η αμφίπλευρη προτιμάται καθώς επιφέρει συντομότερη ανταπόκριση και ανάρρωση του ασθενούς. Η συχνότητα

εφαρμογής της μεθόδου αποφασίζεται με βάση το θεραπευτικό πρόγραμμα του ασθενούς, από 6 έως 12 συνεδρίες, συνυπολογίζοντας των περιορισμό των πιθανών παρενεργειών, ιδιαίτερα σε ασθενείς με καρδιακές και νευρολογικές παθήσεις. Η ουσία της θεραπευτικής αυτής ενέργειας έγκειται στο να επέλθει αλλαγή στους νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου. Ωστόσο, υποστηρίζεται ότι η ηλεκτοσπασμοθεραπεία παρεμβαίνει στη ισορροπία των επιπέδων των ορμονών του εγκεφάλου και συνακόλουθα επέρχεται διαφοροποίηση των επιπέδων ενέργειας, διάθεσης, ύπνου και όρεξης (Στεργιοπούλου, 2015).

Λόγω του αυξημένου κινδύνου ανεπιθύμητων παρενεργειών της ηλεκτροσπασμοθεραπείας στους ασθενείς, θα πρέπει να γίνεται προσεκτική συνεκτίμηση των εν δυνάμει θετικών αλλά και αρνητικών συνεπειών. Η εφαρμογή της στηρίζεται στην αναισθητοποίηση του ασθενούς οπότε συνυπάρχει σχετικός κίνδυνος. Επιπλέον, λόγω του ότι τα σύννοδα προβλήματα υγείας αλλά και οι πιθανές γνωστικές ζημιές καθιστούν την απόφαση της εφαρμογής ένα κρίσιμο ζήτημα, συναποφασίζεται από την ιατρική ομάδα μαζί με την νόμιμη έγκριση του ασθενή, η οποία κρίνεται απαραίτητη σε όλες τις περιπτώσεις, εκτός από αυτές που κρίνεται η ζωή του (Στεργιοπούλου, 2015).

### **1.5.3 Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις**

Πέρα από τη χρήση φαρμακοθεραπείας για την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής, είναι διαθέσιμες εναλλακτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως η θετική ψυχοθεραπεία (positive psychotherapy) και η θεραπευτική προσέγγιση επίλυσης προβλημάτων (problem-solving). Η θετική ψυχοθεραπεία στηρίζεται στις αρχές και τη λογική της θετικής ψυχολογίας και δεν επικεντρώνεται στα συμπτώματα και τα ελλείμματα του πάσχοντα, όπως η συμβατική ψυχοθεραπεία, αλλά αντίθετα βασίζεται στα θετικά προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως είναι τα ενδιαφέροντα και οι αξίες του, τα οποία τονίζει και υποστηρίζει με στόχο το ίδιο το άτομο να τα αναγνωρίσει, να αντιμετωπίσει τη διαταραχή ενδυναμωμένο και με μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στην προσωπική του δύναμη (Rashid & Seligman, 2018). Η συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση στοχεύει στην ολική βελτίωση της συμπεριφοράς του πάσχοντα, ο οποίος μέσα από τις αλλαγές στη συμπεριφορά του θα καταφέρει να θέσει και να φέρει εις πέρας τους στόχους και τα όνειρα του, μη διαφέροντας ουσιαστικά λόγω της διαταραχής. Συγκεκριμένα, η θεραπευτική αντιμετώπιση προβλημάτων αποτελεί μια γνωστική-

συμπεριφοριστική παρέμβαση που επικεντρώνεται στην εκπαίδευση σε προσαρμοστικές στάσεις και δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων (Bell & Zurilla, 2009).

Αν και η συμβολή της φαρμακοθεραπείας στην πορεία της ασθένειας είναι σημαντική, δεν φαίνεται να είναι επαρκής, αλλά περιορισμένη. Η περιορισμένη αυτή αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής, οδήγησε την ερευνητική κοινότητα στη μελέτη της επίδρασης των αγχογόνων περιβαλλοντικών παραγόντων αλλά και τον εν δυνάμει λειτουργικό ρόλο της υποστηρικτικής ψυχοκοινωνικής θεραπείας στην πορεία και την εξέλιξη της διαταραχής. Έχει αποδειχθεί ότι η συμβολή των αγχογόνων γεγονότων ζωής και των υψηλών επιπέδων εκφρασμένου συναισθήματος της οικογένειας, στην εμφάνιση υποτροπών και στην καθυστερημένη ανάρρωση από καταθλιπτικά και μανιακά επεισόδια στους διπολικούς ασθενείς. Συνεπώς, αναδείχθηκε η σημασία της αξιοποίησης ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε ομαδικό και οικογενειακό επίπεδο σε συνδυασμό με τη φαρμακοθεραπεία ως μια πληρέστερη υποστηρικτική προσέγγιση, η οποία δύναται να οδηγήσει στην καθυστέρηση υποτροπών, την επανασταθεροποίηση της διάθεσης κατά τα επεισόδια και στη μειωμένη τους διάρκεια (Miklowitz, 2008).

## **1.6 Η επίδραση της διπολικής διαταραχής στην οικογένεια**

Παλαιότερα, το οικογενειακό σύστημα και οι δυσλειτουργικές σχέσεις μεταξύ των μελών μιας οικογένειας, ενοχοποιούνταν εν μέρει για την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών ορισμένων εκ των μελών της (Οικονόμου & Χαρίτση, 2017). Στη σημερινή εποχή, το βάρος μετατοπίζεται στην δυσφορία και την ταλαιπωρία των μελών του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος λόγω της εκάστοτε ψυχικής διαταραχής ενός μέλους της οικογένειας. Αυτός είναι ο λόγος που μεγάλο επιστημονικό και ερευνητικό ενδιαφέρον επικεντρώνεται στη μελέτη της ψυχολογικής επίδρασης των ασθενών με διπολική διαταραχή στους οικείους τους (Pompili et al., 2014). Είναι σαφές, ότι η διπολική διαταραχή έχει βιολογική βάση κατά κύριο λόγο, ωστόσο, ο τρόπος με τον οποίο η ασθένεια αυτή θα εξελιχθεί στην πορεία του χρόνου, εξαρτάται σαφώς και από επιπρόσθετους παράγοντες, ψυχοκοινωνικής, οικογενειακής και διαπροσωπικής φύσης (Οικονόμου & Χαρίτση, 2017). Επιπλέον, ενώ στο παρελθόν οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές περιθάλπονταν σε εξειδικευμένα ψυχιατρικά κέντρα, η σύγχρονη τάση της από-ιδρυματοποίησης μετακίνησε τη φροντίδα του ψυχικά ασθενούς ατόμου στο οικιακό

πλαίσιο με την ευθύνη της προσοχής και της φροντίδας του ατόμου να στρέφεται αντιστοίχως στους στενούς συγγενείς και οικείους του (Wijngaarden, Schene & Koeter, 2002).

Η διπολική διαταραχή ενέχει το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της μη αναμενόμενης εξέλιξης, με απρόσμενες υφέσεις και εξάρσεις, σε αντίθεση με άλλες ψυχικές διαταραχές, πορεία, η οποία ολοένα και επιδεινώνεται και την καθιστά απρόβλεπτη. Όπως σημειώνουν οι Οικονόμου και Χαρίτση (2017), η συμπτωματολογία της διπολικής διαταραχής ενδέχεται να διαφοροποιηθεί μέχρι και από μήνα σε μήνα, από τη φάση της κατάθλιψης σε ένα μανιακό επεισόδιο. Ταυτόχρονα, με την αλλαγή στα συμπτώματα ενδέχεται να επέλθει αλλαγή και στη δεκτικότητα του ασθενούς για φροντίδα από το περιβάλλον του και έτσι μπορεί να υπάρξει επιθετικότητα από μέρους του και απουσία διάθεσης για συνεργασία. Ο βαθμός όμως με τον οποίο η εκάστοτε οικογένεια επηρεάζεται, εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων, όπως η τρέχουσα φάση της διαταραχής, το ιστορικό υποτροπών, τα ειδικά συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής και ο ρόλος του ασθενούς στο σύστημα της οικογένειας. Τα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενούς, τα οποία έχουν αναλάβει τη φροντίδα του, συχνά βιώνουν σημαντική αβεβαιότητα σχετικά με το χειρισμό των συμπτωμάτων και της συμπεριφορά του ψυχικά ασθενούς συγγενή τους καθώς και υψηλά επίπεδα stress. Δεν γνωρίζουν επακριβώς, ποιά θα πρέπει να είναι η στάση που θα κρατήσουν απέναντι σε μη αποδεκτές συμπεριφορές και επίσης δεν είναι σε θέση να διαχωρίσουν ποιές από τις συμπεριφορές αυτές είναι απόρροια της συμπτωματολογίας της ασθένειας και ποιες όχι. Επιπλέον, συναντούν δυσκολίες στην αναγνώριση των πρόδρομων συμπτωμάτων και στην επίτευξη της παραπομπής του ασθενούς σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, στις περιπτώσεις κατά τις οποίες καθίσταται αδύνατη η οποιαδήποτε συνεργασία μαζί του (Οικονόμου & Χαρίτση, 2017).

Ο όρος «φροντιστής» ενός ατόμου με ψυχική διαταραχή, συναντάται συνήθως στη βιβλιογραφία με την έννοια ενός οικείου προσώπου του ασθενή, το οποίο κατά κύριο λόγο παρέχει στον πάσχοντα ουσιαστική βοήθεια σε σχέση με τη διαταραχή του και φροντίδα σε γενικότερο επίπεδο (Pompili et al., 2014). Ωστόσο, κατά την ειδικότερη μέθοδο των ερευνητών Pollack and Perlick (1991), αναφορικά με τον προσδιορισμό των φροντιστών, οι φροντιστές θα πρέπει να πληρούν τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω κριτήρια (τα απαιτούμενα κριτήρια μειώνονται σε δύο όταν πρόκειται για μη συγγενικά πρόσωπα). Πρώτον, πρόκειται για σύζυγο, γονέα ή σύντροφο. Δεύτερον, το πρόσωπο έχει την πιο συχνή επαφή με τον ασθενή. Τρίτον, το πρόσωπο στηρίζει οικονομικά τον

ασθενή. Τέταρτον, πρόκειται για πρόσωπο, το οποίο εμπλέκεται συχνότερα στη θεραπεία του ασθενούς και πέμπτον, πρόκειται για πρόσωπο με το οποίο το ιατρικό προσωπικό έρχεται σε επαφή μαζί του σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (Steele et al., 2010).

Σε πρόσφατη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Pompili και συν. (2014), επιχειρήθηκε να εξεταστεί η αντικειμενική και η υποκειμενική επιβάρυνση των κύριων φροντιστών. Το αντικειμενικό φορτίο αναφέρεται στην επίδραση στην οικογένεια, η οποία είναι δυνατόν να παρατηρηθεί και να επιβεβαιωθεί, όπως για παράδειγμα το διαζύγιο σε μια συζυγική σχέση, η μείωση των κοινωνικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων λόγω του φόβου για στιγματισμό και τα οικονομικά προβλήματα. Το υποκειμενικό βάρος ορίζεται ως η επίδραση στην οικογένεια, η οποία δεν δύναται να επαληθευτεί παρά μόνο μέσω της έκφρασης των συναισθημάτων των άμεσων υποκειμένων. Περιλαμβάνει τα προσωπικά συναισθήματα, τα οποία σχετίζονται με το βάρος του ατόμου λόγω των αυξημένων και πολυδιάστατων ευθυνών του, τον πόνο, τη θλίψη και την ανησυχία του. Η έρευνα στόχευε στο να συγκεντρώσει τα συμπτώματα εκείνα του ασθενούς, τα οποία θεωρούνταν περισσότερο καταπονητικά για τους φροντιστές. Ακόμα, έγινε προσπάθεια να αξιολογηθεί η επίδραση της διπολικής διαταραχής στη λειτουργικότητα της σχέσης των γονέων, των παιδιών και των συντρόφων των διπολικών ασθενών.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα μεγαλύτερα επίπεδα ψυχικού πόνου και stress των φροντιστών επήλθαν λόγω της συμπεριφοράς του διπολικού ασθενούς, καθώς κατά την πλειονότητα των φροντιστών η διπολική διαταραχή επηρέασε σημαντικά την συναισθηματική τους υγεία και τη ζωή τους σε γενικότερο επίπεδο. Επιπρόσθετα, σημειώθηκε η δυσλειτουργική ανταπόκριση του ασθενούς στους οικογενειακούς, ακαδημαϊκούς, εργασιακούς και κοινωνικούς τους ρόλους. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν εκείνα, τα οποία φαίνεται να θεωρήθηκαν από τους φροντιστές ως πιθανότερο να στιγματίσουν τους ασθενείς με διπολική διαταραχή αλλά και να μειώσουν την προσφορά κοινωνικής υποστήριξης προς την οικογένεια. Τα επεισόδια επιθετικότητας και βίας, που μπορεί να συνοδεύονται από υπερδραστηριότητα ή και αποθάρρυνση φαίνεται, ωστόσο, να αποτελούν τις σημαντικότερες αιτίες ανησυχίας και αγωνίας για τους φροντιστές. Η χρόνια πορεία της ασθένειας είναι και αυτή που την καθιστά ένα σημαντικό βάρος για τους φροντιστές των διπολικών ασθενών. Οι σχέσεις με φίλους, γνωστούς και λοιπά μέρη της οικογένειας φάνηκε να επηρεάζονται αρνητικά για τους φροντιστές και ειδικά στις περιπτώσεις όπου απαιτήθηκε η παρέμβαση της αστυνομίας, εξαιτίας της συμπεριφοράς του ασθενούς, ο στιγματισμός βιώθηκε έντονα. Επιπλέον, οι φροντιστές χρειάστηκαν

αρκετές φορές άδεια από την εργασία τους και σε ένα μεγάλο μέρος αυτών οι χρηματικές απολαβές ήταν μειωμένες, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα. Μέσω αυτής της μελέτης αποδείχθηκε λοιπόν, ότι ο κίνδυνος της “έκπτωσης” της ανταπόκρισης των φροντιστών στους κοινωνικούς τους ρόλους είναι μεγάλος, λόγω των επιπτώσεων της διπολικής διαταραχής των οικείων τους (Pompili et al., 2014).

Στην έρευνα των Goossens, Van Wijngaarden, Knoppert-Van Der Klein και Van Achterberg (2008), μελετήθηκαν οι συνέπειες της διπολικής διαταραχής στους φροντιστές των διπολικών ασθενών, οι τρόποι με τους οποίους αντιμετωπίζουν την ασθένεια του αγαπημένου τους προσώπου και τα επακόλουθά της, καθώς επίσης και η δυστυχία, η οποία περιβάλλει τα άτομα αυτά λόγω του βιώματος της ψυχικής ασθένειας. Η ψυχολογική καταπόνηση υπερίσχυσε μεταξύ των ψυχολογικών επιπτώσεων στους φροντιστές των διπολικών ασθενών. Σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης, όπως φάνηκε στην εν λόγω έρευνα, οι άντρες φροντιστές στην πλειονότητά τους ανέφεραν ένα μάλλον παθητικό στυλ αντιμετώπισης και έτειναν να καταπιαστούν με δραστηριότητες αντιπερισπασμού. Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες φροντιστές φάνηκε να υιοθετούν κυρίως μια λιγότερο ενεργητική στάση και να αναζητούν σπανιότερα κοινωνική υποστήριξη όταν αντιμετώπιζαν δυσάρεστα περιστατικά λόγω της διπολικής διαταραχής των αγαπημένων τους προσώπων. Επιπλέον, όπως φάνηκε, τα δυσάρεστα συναισθήματα είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτυχθούν στους φροντιστές εκείνους, οι οποίοι αντιμετώπιζαν περισσότερες άσχημες συνέπειες της διαταραχής του ασθενούς και σε εκείνους, οι οποίοι υιοθετούσαν αποφευκτικό ή παθητικό στυλ αντιμετώπισης της ασθένειας. Τέλος, όπως αναμενόταν, τα δυσάρεστα συναισθήματα των φροντιστών, έδειξαν να παγιώνονται και να εντείνονται όσο αυξανόταν η χρονιότητα της διαταραχής, ακόμα και στις περιπτώσεις, κατά τις οποίες οι φροντιστές αποδεχόντουσαν και συνήθιζαν τα συναισθήματα αυτά. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν τα συναισθήματα ψυχικού πόνου και στενοχώριας των φροντιστών, θεωρούνται απαραίτητες οι κατάλληλες παρεμβάσεις ενδυνάμωσης του αναφορικά με την αντιμετώπιση της διαταραχής. Με τον τρόπο αυτό, οι φροντιστές θα είναι σε θέση πιθανότατα να επιλέξουν έναν λιγότερο παθητικό τρόπο αντιμετώπισης. Ένα επιστημονικά πολλά υποσχόμενο παράδειγμα μιας τέτοιας προσέγγισης αποτελεί η οικογενειακή ψυχοεκπαίδευση (Goossens et al., 2008).

## 1.7 Η επίδραση της οικογένειας στην πορεία της διπολικής διαταραχής

Παρά την αδιαμφισβήτητη επίδραση της διπολικής διαταραχής στην οικογένεια, παρατηρείται και η αντίστροφη επίδραση. Βέβαια, έχει εγκαταλειφθεί η θεώρηση της οικογένειας ως κύριου αιτιώδους παράγοντα των ψυχικά ασθενών και του ψυχικά ασθενούς ως αποδιοπομπαίου τράγου των βαθύτερων δυσλειτουργιών της οικογένειας. Οι σύγχρονες προσεγγίσεις εστιάζουν στον τρόπο με τον οποίο η οικογένεια αντιδρά και αναπροσαρμόζεται στην πορεία της διαταραχής και στο κατά πόσο και με ποιο τρόπο η στάση αυτή της οικογένειας επηρεάζει την πορεία της ψυχικής νόσου. Η ψυχική διαταραχή σηματοδοτεί μια νέα χρονική περίοδο για την οικογένεια, κατά την οποία τα μέλη της καλούνται να τροποποιήσουν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, τις αλληλεπιδράσεις τους και τα μελλοντικά τους σχέδια (Miklowitz, 2003).

Σημαντική είναι επίσης, η σύγχρονη θεώρηση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου (biopsychosocial model) της ασθένειας. Σύμφωνα με αυτό, οι σοβαρές ψυχικές ασθένειες νοούνται εντός ενός διαπροσωπικού πλαισίου, στο οποίο περιλαμβάνονται οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ της βιολογικής και ψυχοκοινωνικής λειτουργίας του ασθενούς, του γνωστικού, κοινωνικού και συναισθηματικού του αναπτυξιακού σταδίου, του στενού οικογενειακού ή συζυγικού συστήματος, στο οποίο τα συμπτώματά του αναπτύσσονται και στο ευρύτερο κοινωνικό σύστημα, στο οποίο τα μέλη της οικογένειάς του περιορίζονται ως προς την έκφραση των αντιδράσεών τους στα συμπτώματα του ασθενή. Βάση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, η ψυχική ασθένεια ενός μέλους της οικογένειας απειλεί την ψυχική υγεία των υπόλοιπων μελών και ταυτόχρονα, οι αντιδράσεις των μελών της οικογένειας ενός ψυχικά ασθενούς ατόμου επηρεάζουν τη λειτουργικότητά του (Miklowitz, 2003). Στην προαναφερθείσα θεωρητική βάση, εντάσσεται η θεωρία του Εκφρασμένου Συναισθήματος (Expressed Emotion) και η θεωρία της Οικογενειακής Συμμόρφωσης (Family Concordance) (Fristad, Gavazzi & Mackinaw-Koons, 2003).

Η θεωρία της οικογενειακής συμμόρφωσης αναφέρεται στην απουσία αυξημένης διάστασης απόψεων μεταξύ των συγγενών-φροντιστών των ασθενών. Ειδικά οι διπολικοί ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στις διαπροσωπικές συγκρούσεις. Φαίνεται πως οι διαφωνίες μεταξύ γονέων και παιδιών με διπολική διαταραχή, σχετικά με την καταλληλότητα της θεραπευτικής οδού για το παιδί τους και τη διαχείριση των συμπτωμάτων της ασθένειας, δεν δυσχεραίνει την ανάρρωση του παιδιού μετά από ένα μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο. Συνεπώς, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες στοχεύουν στη βελτίωση της οικογενειακής συμμόρφωσης, βοηθούν τόσο το παιδί, όσο



και την οικογένεια στην αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής μέσω εντατικών προσπαθειών με θετική διάθεση ενότητας. Με τον τρόπο αυτό οι οικογενειακές σχέσεις επανακτούν τη λειτουργικότητά τους και το παιδί έχει την ευκαιρία να αναρρώσει, αντιμετωπίζοντας τη διαταραχή σε ένα θετικό και υποστηρικτικό οικογενειακό κλίμα (Fristad et al., 2003).

Η έννοια του εκφρασμένου συναισθήματος αναφέρεται στις στάσεις των στενών συγγενών και φροντιστών ενός ατόμου με ψυχική διαταραχή. Ως συγγενείς με υψηλό εκφρασμένο συναίσθημα νοούνται εκείνοι, οι οποίοι καταφεύγουν σε επικριτικά σχόλια, κάνουν δηλώσεις που φανερώνουν εχθρότητα ή επιθετικότητα και υπερεμπλέκονται συναισθηματικά δείχνοντας υπερπροστατευτικότητα ή δείχνοντας αυτοθυσία, υπερβολική ανησυχία και ενδιαφέρον. Η θεωρία του εκφρασμένου συναισθήματος φαίνεται να αποδίδει την ευθύνη κυρίως στον συγγενή- φροντιστή του ασθενούς και κυρίως στο γονέα που κρατά μια αρνητική στάση με αποτέλεσμα να απειλεί την αυτοεκτίμηση και τον αυτοσεβασμό του πάσχοντα και να συμβάλει στην επιδείνωσή του (Kim & Miklowitz, 2004). Ωστόσο, υπάρχουν και οι θετικές πλευρές του εκφρασμένου συναισθήματος, οι οποίες είναι επίσης μετρήσιμες και περιλαμβάνουν τη συναισθηματική ζεστασιά και τις θετικές παρατηρήσεις. Μέσω της συναισθηματικής θερμότητας εκφράζονται τα συναισθήματα ειδικά για τον ασθενή και με τις θετικές παρατηρήσεις επιτυγχάνεται η έγκριση και η εκτίμηση του ασθενούς για τις συμπεριφορές και την προσωπικότητά του, μέσω του επαίνου (Kaushik & Singh, 2017). Η θεωρητική βάση του εκφρασμένου συναισθήματος οδήγησε στην ανάπτυξη των παρεμβάσεων ψυχοεκπαίδευσης, εν μέσω προσπαθειών για τη μείωση της οξύτητας και της διάρκειας των επεισοδίων της διπολικής διαταραχής, τόσο σε ενήλικους, όσο και σε παιδιά. Ειδικότερα, όσον αφορά τα παιδιά, η σημασία των παρεμβάσεων αυτού του τύπου φαίνεται να είναι σημαντικότερη, υπό την έννοια του ότι ως αναπτυσσόμενα όντα, αναμένεται να εξαρτώνται κυρίως από τους γονείς και κηδεμόνες τους (Fristad et al., 2003).

## **1.8 Η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη στις οικογένειες με διπολική διαταραχή**

Σύμφωνα με τη σύγχρονη βιβλιογραφία, η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί ένα βασικό συστατικό της ψυχοθεραπείας στην αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής, καθώς

αποτελεί μια προσέγγιση, η οποία είναι κατά τρόπον διδακτική και παρέχει πλήθος σημαντικών πληροφοριών για τη διαταραχή. Η ψυχοεκπαίδευση οικογένειας εστιάζει στη διδασκαλία για την κατανόηση της φύσης της διαταραχής, στην ενθάρρυνση της συνεχιζόμενης τήρησης της φαρμακοθεραπείας αλλά και στην αξιολόγηση των πρόωρων συμπτωμάτων για έγκαιρη παρέμβαση και πρόληψη των υποτροπών. Οι μεταγενέστερες φάσεις της ψυχοεκπαίδευσης επικεντρώθηκαν στην ενίσχυση της αποτελεσματικής διαπροσωπικής επικοινωνίας με τεχνικές, όπως η ενεργητική ακρόαση, έτσι ώστε να εντοπιστούν τα προβλήματα και να εφαρμοστούν λύσεις που θα βελτιστοποιήσουν την καθημερινή ζωή της οικογένειας (Miklowitz, 2008).

Σχετική ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας αναδεικνύει την οικογενειακή ψυχοεκπαίδευση ως ιδιαίτερος αποτελεσματική στην γενικότερη βελτίωση της πορείας της διπολικής διαταραχής των συμμετεχόντων, καθώς επίσης ενίοτε η ψυχοεκπαίδευση επιφέρει θετικά αποτελέσματα και στη λειτουργικότητα του ασθενούς στο συζυγικό πλαίσιο. Ωστόσο, σημειώνονται αρκετές διαφορές στις μορφές της ψυχοεκπαίδευσης, οι οποίες εφαρμόζονται. Μερικές από αυτές δίνουν έμφαση στην έγκαιρη αναγνώριση των επεισοδίων, ενώ άλλες εστιάζουν στις διαπροσωπικές σχέσεις, τις επικοινωνιακές δεξιότητες και τη διαχείριση του στρες. Επιπλέον, εντοπίζονται σημαντικές διαφορές στο περιεχόμενο και τη δομή προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης αλλά και στις ομάδες ασθενών και των οικογενειών τους, στις οποίες απευθύνονται (Miklowitz, 2008). Επιπρόσθετα, η οικογενειακή ψυχοεκπαίδευση φαίνεται να αποφέρει αναμφισβήτητα οφέλη για την οικογένεια των ασθενών με διπολική διαταραχή, εστιάζοντας στις αρνητικές επιδράσεις της διαταραχής στην ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας. Οι συγγενείς των διπολικών ασθενών βιώνουν, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, αυξημένο άγχος και καταθλιπτική διάθεση, τα οποία χρήζουν ιατρικής φροντίδας από ειδικούς της ψυχικής υγείας, πέρα από την συμμετοχή των ατόμων αυτών σε προγράμματα οικογενειακής ψυχοεκπαίδευσης. Σύμφωνα με τα δεδομένα, παρατηρείται ότι τα ψυχιατρικά συμπτώματα που βιώνουν οι φροντιστές των ασθενών με διπολική διαταραχή, βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στη φύση της σχέσης του ασθενή με το φροντιστή του (Steele et. al., 2010).

Φαίνεται πώς οι διπολικοί ασθενείς, οι οποίοι διανύουν μια καλή φάση της διαταραχής είναι πιθανότερο να επωφεληθούν από την ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας σε σχέση με διπολικούς ασθενείς με ιστορικό πολλαπλών επεισοδίων. Σε σχετική έρευνα των Reinares και συν. (2010), οι συμμετέχοντες ασθενείς με διπολική διαταραχή, οι οποίοι

κατατάχθηκαν στο 1<sup>ο</sup> στάδιο, όπου συμπεριλαμβάνονταν ασθενείς με σταθερές περιόδους νορμοθυμίας, οι οποίοι έχουν επιστρέψει στο επίπεδο της κανονικής λειτουργικότητας και δεν παρουσιάζουν ψυχιατρική νοσηρότητα ανάμεσα στα κυκλοθυμικά επεισόδια, παρουσίασαν σημαντική απουσία υποτροπών, εν μέρει ως αποτέλεσμα της ψυχοεκπαίδευσης την οποία οι φροντιστές τους είχαν λάβει. Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η λειτουργικότητα του ασθενούς και η οξύτητα της διαταραχής έχουν μεγάλη επίδραση στην ανταπόκριση για τις ψυχολογικές παρεμβάσεις που επιχειρούνται στο οικογενειακό σύστημα. Για τους ασθενείς των κατώτερων σταδίων, με σαφώς μειωμένη λειτουργικότητα και άλλα συνοδά της προβλήματα, η αναδιαμόρφωση προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης κρίνεται δυσκολότερη έως και αδύνατη. Αναλόγως, οι φροντιστές των ατόμων αυτών ενδέχεται να έχουν αναπτύξει στάσεις και συμπεριφορές εξίσου άκαμπτες και ως εκ τούτου η λειτουργία του συστήματος της οικογένειας να είναι εξαιρετικά δύσκολο να τροποποιηθεί. Οι ερευνητές σημειώνουν ότι στις περιπτώσεις, κατά τις οποίες αναγνωρίζεται η οξύτητα και η χρονιότητα των συμπτωμάτων της διαταραχής, οι ασθενείς είναι καλό να ενσωματώνονται στα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης της οικογένειας, έτσι ώστε τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων να είναι όσο το δυνατόν πιο επικοδομητικά. Σαφέστατα, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, τα οποία σύμφωνα με την ερευνητική ομάδα έρχονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα ανάλογων ερευνών, δεν κρίνονται αποθαρρυντικά όσον αφορά τη συμβολή της ψυχοεκπαίδευσης στην υποστήριξη της οικογένειας και των ασθενών με διπολική διαταραχή σε προχωρημένο και οξύ στάδιο. Αντίθετα, τονίζουν την ανάγκη, οι συγκεκριμένοι ασθενείς και το περιβάλλον τους να λαμβάνουν θεραπευτικές παρεμβάσεις προσαρμοσμένες στις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Το είδος λοιπόν της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης θα πρέπει να επιλέγεται προσεκτικά και εξατομικευμένα (Reinares et al., 2010).

Με στόχο τη μελέτη της επίδρασης της οικογενειακής ψυχοεκπαίδευσης, σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε ένα σύνθετο θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο περιλάμβανε 21 συνεδρίες ψυχοεκπαίδευσης, καθώς και εκπαίδευση ενίσχυσης της επικοινωνίας και της επίλυσης προβλημάτων σε οικογένειες με ασθενείς διπολικής διαταραχής. Κατά το πρώτο μέρος του προγράμματος, 101 ενήλικοι διπολικοί ασθενείς αμέσως μετά από μανιακά, καταθλιπτικά ή μεικτά επεισόδια, χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, εκ των οποίων η πρώτη ομάδα έλαβε οικογενειακή θεραπεία και φαρμακοθεραπεία και η δεύτερη συμμετείχε με

οικογενειακά μαθήματα διαχείρισης κρίσεων και λάμβανε επίσης φαρμακοθεραπεία. Μετά το πέρας δύο ετών, οι ασθενείς οι οποίοι έλαβαν οικογενειακή θεραπεία, σημείωσαν μεγαλύτερα ποσοστά επιβίωσης και μικρότερα ποσοστά υποτροπών, σε σύγκριση με τους ασθενείς οι οποίοι έλαβαν μαθήματα διαχείρισης κρίσεων (Miklowitz et al., 2003).

Σε μία άλλη κλινική μελέτη των Rea και συν. (2003), η οποία βασίστηκε επίσης στην οικογενειακή θεραπεία έναντι της ατομικής θεραπείας σημειώθηκαν αξιοσημείωτα ευρήματα. Στην έρευνα συμμετείχαν 53 ασθενείς με Διπολική Διαταραχή I. οι οποίοι νοσηλεύτηκαν εξαιτίας μανιακού επεισοδίου, εκ των οποίων οι μισοί έλαβαν οικογενειακή θεραπεία και φαρμακοθεραπεία και οι υπόλοιποι ατομική θεραπεία και φαρμακοθεραπεία. Η ατομική θεραπεία διήρκησε ακριβώς όσο και η οικογενειακή θεραπεία και περιείχε τα ίδια ψυχοεκπαιδευτικά στοιχεία με την οικογενειακή θεραπεία. Αν και δεν παρατηρήθηκε καμία διαφορά στη συχνότητα των υποτροπών μετά τον πρώτο χρόνο του επανελέγχου, στο διπλάσιο χρονικό διάστημα μετά την παρέμβαση, οι ασθενείς οι οποίοι έλαβαν οικογενειακή θεραπεία σημείωσαν σημαντικά ποσοστά μείωσης των υποτροπών, νοσηλείας και επιβίωσης, σε σύγκριση με τους ασθενείς οι οποίοι έλαβαν ατομική θεραπευτική παρέμβαση (Rea et. al., 2003).

Μεταγενέστερη έρευνα των Miklowitz και συν. (2008), συμπεριέλαβε εφήβους διπολικούς ασθενείς και επιχείρησε να αντιπαραθέσει τα αποτελέσματα της υποστηρικτικής οικογενειακής θεραπείας (21 συνεδρίες) με τα αποτελέσματα ενός πολύ σύντομου προγράμματος ενισχυμένης περίθαλψης της οικογένειας (3 συνεδρίες) για την πρόληψη υποτροπών σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία. Η ομάδα των εφήβων οι οποίοι έλαβαν οικογενειακή θεραπεία και φαρμακοθεραπεία σημείωσε ταχύτερη ανάρρωση από καταθλιπτικά επεισόδια, μικρότερη διάρκεια επεισοδίων και ομαλότερη πορεία συνοδών καταθλιπτικών συμπτωμάτων, συγκριτικά με την ομάδα των εφήβων η οποία υπεβλήθη στο σύντομο πρόγραμμα ψυχοεκπαίδευσης της οικογένειας για την πρόληψη υποτροπών και φαρμακοθεραπεία. Ωστόσο, δεν σημειώθηκαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τους ασθενείς με μανιακά συμπτώματα (Miklowitz, 2008).

Ένα παράδειγμα παρεμβατικών προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης αποτελεί το ομαδικό οικογενειακό πρόγραμμα ψυχοεκπαίδευσης (multifamily psychoeducation group, MFPG), το οποίο απευθύνεται σε οικογένειες παιδιών με διπολική διαταραχή. Κάθε συνεδρία του προγράμματος ξεκινά και ολοκληρώνεται με θεματολογία ένα

συγκεκριμένο συστατικό της οικογένειας. Στο μέσο κάθε συνεδρίας παιδιά και γονείς-κηδεμόνες συναντώνται ξεχωριστά, αν και οι συνεδρίες τους αφορούν τα ίδια ζητήματα. Κάθε μια συνεδρία επικεντρώνεται σε ένα συγκεκριμένο θέμα και τις αντίστοιχες δεξιότητες, οι οποίες διδάσκονται και εξασκούνται. Για το λόγο αυτό, ο εν λόγω τύπος οικογενειακής ψυχοεκπαίδευσης διαφέρει από τις υποστηρικτικές ομάδες, στις οποίες κατά κύριο λόγο οι συμμετέχοντες ανταλλάσσουν απόψεις και συζητούν βιωματικές ιστορίες μεταξύ τους. Στους γονείς συμμετέχοντες των προγραμμάτων MFPG, ανατίθενται εργασίες και μελέτη για το σπίτι, με στόχο την εμπέδωση εκπαιδευτικών παρεμβάσεων και σωστής εφαρμογής ιατρικών οδηγιών. Στα παιδιά τα οποία συμμετέχουν δίνονται βιβλία εργασιών με τις δραστηριότητες των συνεδρίων. Το δυνατό σημείο της εν λόγω παρέμβασης είναι ο τρόπος με τον οποίο, μέσω αυτής, οι οικογένειες αποκομίζουν σημαντικές πληροφορίες για τη διπολική διαταραχή και τις δυνατότητες, τις οποίες έχουν για να την αντιμετωπίσουν. Συγκεκριμένα, οι γονείς μαθαίνουν πώς να συνεργάζονται σωστά και εποικοδομητικά με τους ειδικούς της ψυχικής υγείας και τους εκπαιδευτικούς με στόχο την ολιστική αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής. Ταυτόχρονα, τα μέλη της οικογένειας εξασκούνται σε επικοινωνιακές τεχνικές και τις στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων αναφορικά με την βέλτιστη διαχείριση των συμπτωμάτων της διπολικής διαταραχής (Fristad et al., 2003).

Ένα ακόμα πολλά υποσχόμενο πρόγραμμα οικογενειακής ψυχοεκπαίδευσης εφαρμόστηκε περίπου πριν από μία δεκαετία από τους ερευνητές Perlick και συν. (2010). Η παρέμβαση της Οικογενειακής Θεραπείας και Προαγωγής Υγείας (Family Focused Treatment- Health Promoting Intervention, FFT-HPI), εφαρμόστηκε σε βραχύχρονη δράση των 12-15 συνεδριών, σε οικογένειες διπολικών ασθενών. Ο στόχος αναφορικά με τους φροντιστές ήταν να τους παρέχει δυνατότητα να ενισχύσουν τις δεξιότητες διαχείρισης της διπολικής διαταραχής και να θέσουν στόχους προσωπικής φροντίδας για τους ίδιους. Η παρέμβαση βοήθησε τους συμμετέχοντες να επανεξετάσουν θεμελιωμένες πεποιθήσεις, οι οποίες οδηγούν σε δυσλειτουργικές σχέσεις με τους ασθενείς-συγγενείς τους και να εξασκηθούν στην επίλυση προβλημάτων. Η παρέμβαση FFT-HPI είχε λοιπόν διττό στόχο, στο να βελτιώσει τόσο τα συμπτώματα των ασθενών της διπολικής διαταραχής, όσο και τη συμπεριφορά των φροντιστών απέναντι στις συνέπειες των συμπτωμάτων της διαταραχής, όπως το να είναι σε θέση να αναζητήσουν την κατάλληλη ιατρική βοήθεια και να ακολουθούν πιστά τις ιατρικές συστάσεις. Μετά το πέρας της παρέμβασης σημειώθηκε σημαντική μείωση στα

καταθλιπτικά συμπτώματα των φροντιστών, αλλά και των ασθενών με διπολική διαταραχή των οποίων οι φροντιστές έλαβαν μέρος στην παρέμβαση. Παράλληλα, παρατηρήθηκε βελτίωση των συμπεριφορών των φροντιστών υπέρ της προαγωγής της υγείας των ασθενών, υπό τη φροντίδα τους, συγκριτικά με τους φροντιστές, οι οποίοι έλαβαν συμβατική σχετική εκπαίδευση. Επιπλέον, οι φροντιστές ανέφεραν μεγάλη μείωση του υποκειμενικού συναισθηματικού βάρους, το οποίο συνδέεται με τα συμπτώματα του ασθενούς και τη λειτουργικότητα του αναφορικά με τους κοινωνικούς του ρόλους. Η διπλή θετική επίδραση της παρέμβασης, τόσο σε φροντιστές, όσο και σε ασθενείς, αποδεικνύει ότι η οικογενειακή ψυχοεκπαίδευση και η γνωσιακή θεραπεία των φροντιστών βελτιώνει τα συμπτώματα των ασθενών ακόμα και στην περίπτωση που δε βρίσκονται οι ασθενείς στο επίκεντρο των παρεμβάσεων αυτού του τύπου. Το χαρακτηριστικό αυτό, καθιστά την παρέμβαση FFT-HPI ως μια αξιοπρεπή εναλλακτική λύση ψυχικής υποστήριξης των φροντιστών των ασθενών με διπολική διαταραχή στις περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ασθενείς δεν είναι διαθέσιμοι για θεραπεία. Σε μεταγενέστερο στάδιο, βέβαια, καθώς η διάθεση των ασθενών σταθεροποιείται, είναι δυνατόν να εμπλακούν ενεργά στην οικογενειακή ψυχοκοινωνική θεραπεία και οι ίδιοι. Το ισχυρότερο χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης παρέμβασης είναι η δυνατότητα να παρέχει πρακτικές συμβουλές και στήριξη στους φροντιστές, αναφορικά με τη διαχείριση της ασθένειας της διπολικής διαταραχής και με τα καταθλιπτικά συμπτώματα που αναπτύσσονται στους ίδιους, ως απόρροια στους ρόλους του ως φροντιστές (Perlick et al., 2010).

### **1.9 Η ψυχοθεραπεία των διπολικών ασθενών βασισμένη σε εφαρμογές κινητής τηλεφωνίας**

Σύμφωνα με τους μελετητές Hidalgo και συν. (2015), έχουν δοκιμαστεί πρόσφατα νέες τεχνολογίες που αφορούν την παρακολούθηση των συμπτωμάτων και την ενδυνάμωση της αυτοδιαχείρισης της διπολικής διαταραχής, μέσω προσαρμοσμένων διαδικτυακών προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα μιας τέτοιας τεχνολογίας αποτελεί το έργο Simple, το οποίο είναι μια smart-phone εφαρμογή που σχεδιάστηκε από μια ομάδα ψυχιάτρων και ψυχολόγων, του προγράμματος Διπολικών Διαταραχών του νοσοκομείου της Βαρκελώνης, στα πλαίσια μιας μελέτης σκοπιμότητας. Στη διεκπεραίωση του έργου συνέβαλαν επίσης, μηχανικοί λογισμικού και γραφίστες, με σκοπό να αναπτύξουν και να επικυρώσουν μια εφαρμογή για την παρακολούθηση των

συμπτωμάτων και την αυτοδιαχείριση της διπολικής διαταραχής, προσφέροντας προσαρμοσμένο εξατομικευμένο περιεχόμενο ψυχοεκπαίδευσης. Στη μελέτη σκοπιμότητας προσφέρθηκε συμμετοχή σε 70 ενήλικες ασθενείς με διάγνωση Διπολικής I ή II Διαταραχής, εκ των οποίων οι 43 έλαβαν μέρος. Την κύρια αιτία μη συμμετοχής στο πρόγραμμα αποτέλεσε η μη συμβατή τηλεφωνική συσκευή. Μέσω της εφαρμογής, οι χρήστες καλούνταν να απαντήσουν σε ένα σύντομο καθημερινό test σχετικά με τα συμπτώματά τους καθώς και σε ένα εβδομαδιαίο περιεκτικό test, προκειμένου να εντοπιστούν τα πρώιμα συμπτώματα αλλά και να αποτραπούν τυχών υποτροπές ή νοσηλεία. Μεταξύ των ερωτήσεων του εβδομαδιαίου test υπήρχε και μια ερώτηση σχετικά με τυχών αυτοκτονικές σκέψεις. Σε περίπτωση καταφατικής απάντησης του ασθενή στη συγκεκριμένη ερώτηση, η ομάδα ψυχικής υγείας ειδοποιούταν με ένα αυτόματο email και στον ασθενή δινόταν η επιλογή να καλέσει τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης. Βάση των απαντήσεων τους οι χρήστες λάμβαναν καθημερινά ένα ψυχοεκπαιδευτικό μήνυμα σύμφωνα με την κατάστασή τους, ενώ ακόμη εάν παρατηρούνταν κλινικές διαφοροποιήσεις στη βαθμολογία της ημερήσιας δοκιμής ζητούνταν από το χρήστη να συνεχίσει το πρόγραμμα για μια επιπλέον εβδομάδα.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η εφαρμογή είχε υψηλή αποδοχή από τους ασθενείς που εγγράφηκαν. Ωστόσο, εξακολουθούν να εκκρεμούν δεδομένα σχετικά με την ικανοποίηση των χρηστών καθώς και τεχνικά, κοινωνιολογικά και ηθικά ζητήματα παραμένουν προς αντιμετώπιση. Επίσης, οι μελλοντικές μελέτες πρέπει να επικεντρωθούν εξίσου και στην διαδικτυακή ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας των ασθενών καθώς είναι εκείνοι που συχνά βιώνουν το βάρος και το άγχος της φροντίδας των διπολικών ασθενών (Hidalgo-Mazzei, Vieta and Colom, 2015).

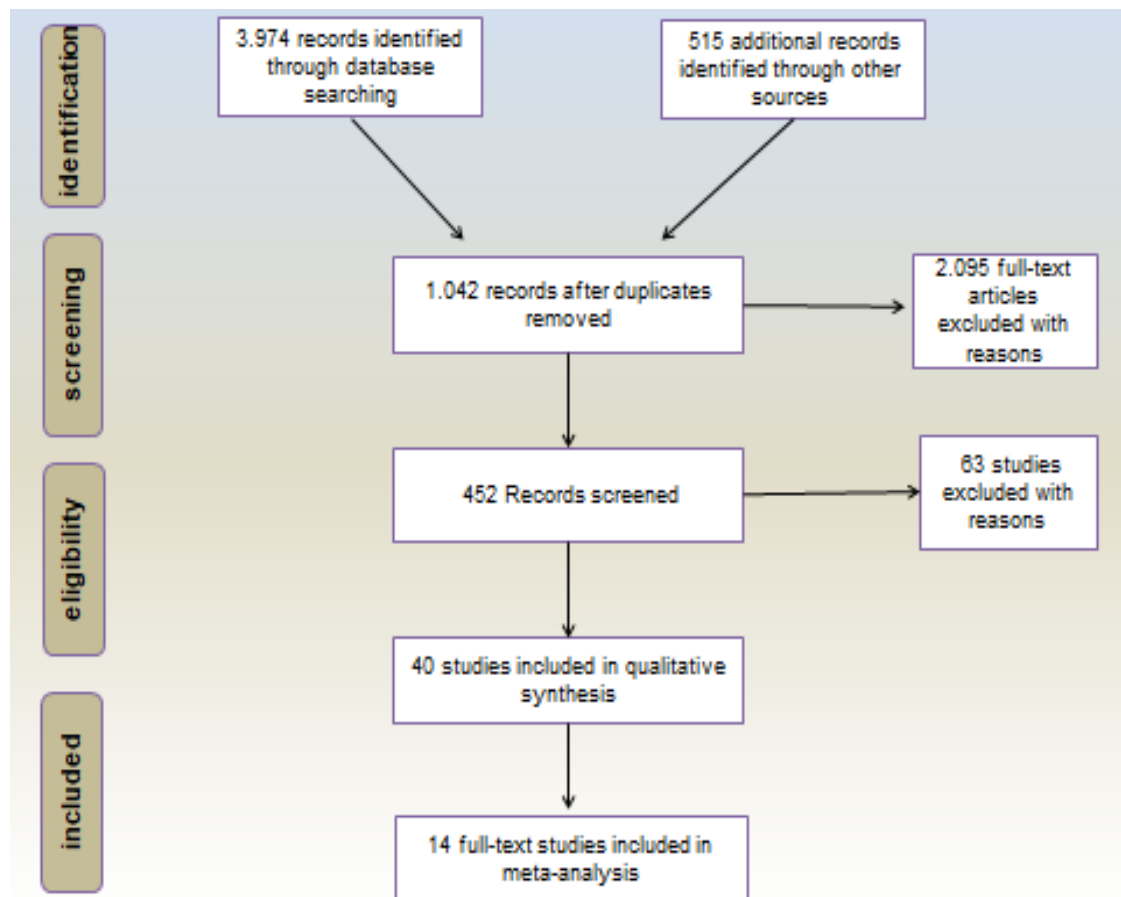
## 2.ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό να αναδείξει σημαντικές πτυχές της φύσης της διπολικής διαταραχής και να μελετήσει ζητήματα που αφορούν την αμφίδρομη επίδραση της διαταραχής με τη δομή της οικογένειας. Επιπλέον, αποσκοπεί στην ανάδειξη θεραπευτικών παρεμβάσεων, με επίκεντρο την οικογένεια. Με την παρούσα μελέτη αναμένεται να επισημανθούν ουσιώδη ζητήματα σχετικά με τη διπολική διαταραχή και την αντιμετώπιση της από τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς και ειδικότερα από τους λεγόμενους φροντιστές (caregivers). Επιπροσθέτως, αναμένεται να αναλυθούν τα προβλήματα που προκύπτουν στις διαπροσωπικές σχέσεις και το συναισθηματικό κόσμο των φροντιστών, καθώς επίσης και επιστημονικά τεκμηριωμένες για την αποτελεσματικότητα τους παρεμβάσεις, υπό το πρίσμα του οικογενειακού συστήματος.



### 3.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Διενεργήθηκε ανασκοπική μελέτη πεδίου (scoping review) ακολουθώντας τις κατευθυντήριες οδηγίες PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR), (Tricco et al., 2018) προκειμένου να συλλεχθούν συγκεκριμένα στοιχεία για τις διαστάσεις της διπολικής διαταραχής και των μεθόδων αντιμετώπισης της. Σε πρώτο στάδιο αναπτύχθηκε πρωτόκολλο στρατηγικής έρευνας και μεθοδολογικής προσέγγισης. Ειδικότερα, διενεργήθηκε συγχρονικός σχεδιασμός (cross-section) με αναφορές στους όρους αναζήτησης Medical Subjects Headings (MeSH) όπως: “Mental Health”, “Bipolar Disorder”, “Depression”, “Mania”, “Hypomania”, “Causes”, “Comorbidity”, “Differential Diagnosis”, οι οποίοι σχετίζονται με τις διαστάσεις του ερευνητικού σκοπού της εργασίας για τη μελέτη της διπολικής διαταραχής. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις της οικογένειας αναζητήθηκαν με τη μέθοδο προηγμένης αναζήτησης και τη χρήση των όρων: “family care”, “family support”, “caregiving”, αναζήτησης (advanced) και την εφαρμογή φίλτρων (AND, OR, NOT) ενίοτε, στις βιοϊατρικές βάσεις δεδομένων PubMed και Scopus, καθώς και στο Google Scholar. Συμπεριλήφθηκαν σύγχρονες επιστημονικές μελέτες, ως επί το πλείστον, των τελευταίων 15 ετών. Όλες οι μελέτες που διερευνήθηκαν ήταν μόνο στην ελληνική και την αγγλική γλώσσα. Τα ευρήματα της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, μελετήθηκαν προσεκτικά, ομαδοποιήθηκαν και παρουσιάστηκαν σε μια δομημένη μορφή ακαδημαϊκού κειμένου. Έπειτα μελετήθηκαν αναλυτικότερα 14 μελέτες από το σύνολο των αναζητήσεων και τα αποτελέσματά τους παρουσιάστηκαν σε πίνακες με τα σημαντικότερα ευρήματα.



## 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Πίνακας 1.

Ανάδειξη της αμφίδρομης επίδρασης της διπολικής διαταραχής με τη δομή της οικογένειας.

Συγγραφέας	Συμμετέχοντες	Εργαλείο	Τύπος μελέτης	Ευρήματα
<a href="#">Goossens</a> et al., 2008, Ολλανδία	115 φροντιστές διπολικών ασθενών	IEQ, UCL, GHQ-12, visual analogue scale	Διατομή	Οι φροντιστές, οι οποίοι επιλέγουν μια πιο παθητική στάση αντιμετώπισης, είναι και αυτοί που εμφανίζουν μεγαλύτερη δυσφορία.
<a href="#">Reinares</a> et al., 2010, Ισπανία	113 ευθυμικοί διπολικοί ασθενείς που ζουν με τους φροντιστές τους	SOFAS, HDRS, YMRS	Μετα-ανάλυση	Η ψυχοεκπαίδευση των φροντιστών σε πρώιμο στάδιο της ασθένειας μπορεί να βελτιώσει το χρόνο πιθανών επερχόμενων υποτροπών, μέσω θεραπειών και ψυχολογικών παρεμβάσεων.
<a href="#">Perlick</a> et al., 2010, Νέα Υόρκη	46 φροντιστές διπολικών ασθενών	SCID, HAM-D, YMRS, MINI Plus version 5.0, CES-D, QIDS-C, DAP, HRB, SBAS	Τυχαιοποιημένη μελέτη	Η μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των ασθενών προκαλείται εν μέρει από την μείωση των επιπέδων κατάθλιψης των φροντιστών. Έτσι, οι οικογένειες που αντιμετωπίζουν τη διπολική διαταραχή μπορούν να επωφεληθούν από οικογενειακές παρεμβάσεις ακόμα και όταν ο ασθενής δεν είναι διαθέσιμος για θεραπεία.
<a href="#">Kim &amp; Miklowitz</a> , 2004, Κολοράντο	125 διπολικοί ασθενείς που έλαβαν είτε οικογενειακή ψυχοθεραπεία είτε θεραπεία διαχείρισης κρίσεων για 2 έτη.	SCID	Μελέτη κοορτής	Τα επίπεδα εκφρασμένου συναισθήματος και συμπτωμάτων μανίας είναι ισχυρότερα σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία διαχείρισης κρίσεων από ότι σε ασθενείς που έλαβαν οικογενειακή θεραπεία.

<a href="#">Pompili</a> et al., 2014	-	PRISMA	Ανασκόπηση	Οι φροντιστές αποτελούν τη βάση της ευημερίας των διπολικών ασθενών, κατά συνέπεια υπάρχει ανάγκη για καλύτερη κατανόηση των απόψεων τους σχετικά με το «βάρος» που προκύπτει από τη φροντίδα κάποιου με διπολική διαταραχή.
<a href="#">Miklowitz</a> et al., 2003, Κολοράντο	101 διπολικοί ασθενείς 18-62 ετών	SCID-P	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή-Θεραπεία βασισμένη στην οικογένεια με φαρμακοθεραπεία vs παρέμβαση διαχείρισης κρίσεων με φαρμακοθεραπεία	Ο συνδυασμός της οικογενειακής ψυχοεκπαίδευσης με τη φαρμακοθεραπεία επιφέρει μείωση των συμπτωμάτων διάθεσης και συμμόρφωση των ασθενών στην τήρηση της φαρμακοθεραπείας.
<a href="#">Wijngaarden</a> et al., 2002, Ολλανδία	260 φροντιστές ασθενών	IEQ	Ποιοτική ανάλυση	Οι συνέπειες στους φροντιστές σχετίζονται άμεσα με τα συμπτώματα του ασθενούς και το μέλλον του ασθενούς φαίνεται να είναι η μεγαλύτερη πηγή ανησυχίας των φροντιστών.
<a href="#">Steele</a> et al., 2010, ΗΠΑ	-	-	Ανασκόπηση	Η πλειονότητα των μελετών αναφέρουν την παρουσία ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε φροντιστές, όπως κατάθλιψη, άγχος και αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας.

## Πίνακας 2.

### Ψυχοκοινωνικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις

Συγγραφέας	Συμμετέχοντες	Εργαλείο	Τύπος μελέτης	Ευρήματα
<a href="#">Rashid</a> 2014, Καναδάς	-	-	Ανασκόπηση	Η θετική ψυχοθεραπεία δεν αρνείται στους ενδιαφερόμενους τα αρνητικά συναισθήματα, αλλά τους ενθαρρύνει να αναζητήσουν τα θετικά που θα τους οδηγήσουν στην ευημερία.
<a href="#">Miklowitz</a> et al., 2008, Βοστώνη	58 έφηβοι διπολικοί ασθενείς	PSR	Τυχαιοποιημένη μελέτη	Η θεραπεία βασισμένη στην οικογένεια σε συνδυασμό με τη φαρμακοθεραπεία πρέπει να είναι συμπληρωματική της συστηματικής φροντίδας των μανιακών συμπτωμάτων, για να είναι πλήρως αποτελεσματική.
<a href="#">Hidalgo-Mazzei</a> et al., 2015, Μπαρτσελόνα	1 <sup>η</sup> φάση-30 σταθεροί ασθενείς >18  2 <sup>η</sup> φάση-3 ομάδες ασθενών, ψυχιάτρων, ψυχολόγων, μηχανικών λογισμικού και γραφιστών.  3 <sup>η</sup> φάση-74 διπολικοί ασθενείς	YMRS, HDRS, BRIAN, Morisky Green 8-item test, FAST, WHOQOL-BREF	1 <sup>η</sup> φάση-Μελέτη σκοπιμότητας  2 <sup>η</sup> φάση-Ποιοτική μελέτη  3 <sup>η</sup> φάση-Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή	Η εφαρμογή χρήζει υψηλής αποδοχής από τους εγγεγραμμένους χρήστες και μπορεί να οδηγήσει σε μια εξαιρετικά διαθέσιμη, φιλική προς το χρήστη και μη δαπανηρή παρακολούθηση καθώς και ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση.
<a href="#">DelBello</a> et al., 2017, ΗΠΑ	347 διπολικοί ασθενείς - 10-17 ετών	CDRS-R	Ελεγχόμενη μελέτη	Η χορήγηση 20-80mg την ημέρα λουρασιδόνης μειώνει σημαντικά τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε παιδιά και εφήβους με διπολική διαταραχή σε σχέση με εικονικά φάρμακα.

<a href="#">Crowe et al.</a> , 2010, Νέα Ζηλανδία	-	-	Ανασκόπηση	Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην ενσωμάτωση ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στην κλινική πρακτική με αποτελεσματικότητα, μέσω χρόνιας παρακολούθησης και της εμπειρίας τους με διπολικούς ασθενείς.
<a href="#">Bell &amp; Zurilla</a> , 2009, ΗΠΑ	-	-	Μετα-ανάλυση	Η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων είναι αποτελεσματική παρέμβαση για τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

## 5.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ειδικά χαρακτηριστικά της διαταραχής, όπως η διάρκειά της και η οξύτητα της συμπτωματολογίας, καθιστά τη διπολική διαταραχή ιδιαίτερα αποδιοργανωτική, αναφορικά με τη λειτουργικότητα του πάσχοντα και συνακόλουθα της μειωμένης του ικανότητας να ενεργήσει κατάλληλα σε οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο. Η χρόνια φύση της διαταραχής και οι συνέπειες της συμπτωματολογίας της, καθιστούν την ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος με σταθερότητα και ανθεκτικότητα απαραίτητη. Δυστυχώς, η επιβάρυνση της οικογένειας και των άμεσων φροντιστών του διπολικού ασθενούς δεν είναι δυνατόν να αποφευχθούν πλήρως (Reinares et al., 2010).

Όπως φαίνεται, παρά τα τεράστια βήματα στην εξέλιξη και την αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας, οι περισσότεροι διπολικοί ασθενείς δεν δύνανται να βελτιωθούν συνολικά αποκλειστικά μέσω των φαρμάκων (Miklowitz, 2008). Γίνεται λοιπόν κατανοητό, ότι η συνδυαστική αντιμετώπιση της διαταραχής αποτελεί μονόδρομο. Ειδικά όμως όταν πρόκειται για τη διπολική διαταραχή, είναι πολύ εύκολο, τόσο να διαφύγει της διάγνωσης, όσο και να διαγνωστεί λαθεμένα. Για το λόγο αυτό, όπως προαναφέρθηκε, ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην προσεκτική εκτίμηση των τρεχόντων συμπτωμάτων και του ιστορικού του ασθενούς, καθώς επίσης και τα κατάλληλα ψυχομετρικά εργαλεία για τη σωστή διάγνωση του ασθενούς. Από εκεί και πέρα, δε θα πρέπει να παραλείπεται να αναφερθεί η σημαντική επίδραση του στίγματος, η οποία συνοδεύει όλες τις ψυχικές διαταραχές και όχι μόνο τη διπολική. Αναμενόμενα, όταν δεν υπάρχει σωστή ενημέρωση γύρω από τη διαταραχή, το άκουσμα και μόνο της διάγνωσης επιφέρει νευρική και φόβο για το άγνωστο. Τόσο ο πάσχων, όσο και τα οικεία σε αυτόν πρόσωπα, είναι κρίσιμο να ενημερωθούν σωστά για τη διαταραχή, τα συμπτώματα, την αναμενόμενη πορεία στο χρόνο και φυσικά για τις δυνατότητες που υπάρχουν πλέον αναφορικά με την αντιμετώπιση της διαταραχής αυτής. Είναι άκρως σημαντικό, τόσο το άτομο, όσο και τα πρόσωπα της οικογένειάς του να αντιμετωπίσουν την κατάσταση με ψυχραιμία, να μην παραδοθούν αμαχητί στις δυσοίωνες προβλέψεις τις οποίες αναπόφευκτα, ωστόσο αυθαίρετα, σχηματίζουν μη γνωρίζοντας τις πραγματικές και ρεαλιστικές διαστάσεις της κατάστασης. Άλλωστε, η υποστήριξη των στενών συγγενών του πάσχοντα της διπολικής διαταραχής, αποτελεί έναν βασικό παράγοντα ανόδου της ποιότητας ζωής του ασθενούς και της βελτιωμένης πορείας της διαταραχής αναφορικά με την εμφάνιση υποτροπών και την απάλυνση της σχετικής συμπτωματολογίας.

Επιπλέον, δε θα πρέπει να παραλείπεται η αξία της πρόληψης ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών στους συγγενείς ενός διπολικού ασθενούς, ως αποτέλεσμα του επίμονου στρες και του μόνιμου άγχους που έχει αναπτύξει για το οικείο του πρόσωπο που πάσχει από διπολική διαταραχή (Pompili et. al., 2014).

Δεδομένης της σύνθετης φύσης των συμπτωμάτων της διαταραχής, είναι πιθανόν να εφησυχαστούν οι συγγενείς φροντιστές των πασχόντων, στις χρονικές περιόδους που δεν περιλαμβάνουν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε, τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι και εκείνα τα οποία φέρουν ειδικό βάρος στην ψυχολογική επιβάρυνση των οικείων προσώπων, κάτι που θα πρέπει να θεωρηθεί ως απόδειξη της ανάγκης της άμεσης και έγκαιρης εφαρμογής αποτελεσματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων για τη διαταραχή. Οι παρεμβάσεις αυτές θα ήταν εποικοδομητικό να περιλαμβάνουν δομημένη ψυχοθεραπεία, οικογενειακή ψυχοθεραπεία και άλλες αποδεδειγμένα αποτελεσματικές παρεμβάσεις, έτσι ώστε να μειωθεί η επιβάρυνση των φροντιστών (Pompili et. al., 2014).

Άκρως σημαντική θεωρείται η συμβολή των νοσηλευτών σε όλες τις θεραπευτικές παρεμβάσεις της διπολικής διαταραχής. Για το λόγο αυτό, η εκπαίδευση των μελλοντικών νοσηλευτών αλλά και η κατάρτιση των εν ενεργεία επαγγελματιών θα πρέπει να περιλαμβάνει ειδικές οδηγίες και πρακτικές ειδικά για θέματα ψυχικής υγείας και υποστήριξης ασθενών και των οικογενειών τους. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, έχοντας εμπειρία φροντίδας ατόμων με διπολική διαταραχή, αναλαμβάνουν έναν ακόμα πολύ σημαντικό ρόλο, αυτόν της ενσωμάτωσης των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στην κλινική πρακτική, αξιολογώντας, με τον τρόπο αυτό, την αποτελεσματικότητά τους. Το έργο των νοσηλευτών δεν περιορίζεται στην ενημέρωση των ασθενών και των οικογενειών τους για τη διαχείριση της διπολικής διαταραχής, αλλά και στη σωστή προετοιμασία συγγενών και ασθενών, έτσι ώστε να προχωρήσουν σε ριζικές αναδιαμορφώσεις στον τρόπο θέασης και αντιμετώπισης της διπολικής διαταραχής (Crowe et. al., 2010).



## 6.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μετά από κριτική σκέψη των αποτελεσμάτων συμπεραίνεται ότι, ο ρόλος της οικογένειας στην υποστήριξη των ατόμων με διπολική διαταραχή είναι καθοριστικός για την πορεία και την εξέλιξη της ασθένειας, καθώς η οικογένεια αποτελεί τη βάση της ευημερίας των ασθενών. Επίσης, η επίδραση της διαταραχής με την οικογένεια είναι αμφίδρομη, με αποτέλεσμα να προκύπτουν προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και το συναισθηματικό κόσμο, τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών. Συνεπώς, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας προτείνεται να ενσωματώσουν στην κλινική πρακτική εξατομικευμένες ψυχικές παρεμβάσεις και να προτείνουν προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης του οικογενειακού συστήματος, μέσω της εμπειρίας τους με διπολικούς ασθενείς, έτσι ώστε να αποτραπούν πιθανές υποτροπές της ασθένειας.

## 7.ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Η ερευνητική περιοχή της μελέτης της επίδρασης των ψυχικών διαταραχών στους συγγενείς και τους φροντιστές των ασθενών, παρότι σχετικώς ανεπτυγμένη, απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση σε διεθνές επίπεδο. Ειδικότερα, οι πολιτισμικές και κοινωνικές διαφορές του συστήματος της οικογένειας σε πάρα πολλές χώρες της υφηλίου, απαιτεί μεθοδολογική διαφοροποίηση όσον αφορά τη μελέτη του εν λόγω ζητήματος, προκειμένου να κατανοηθούν τυχόν ιδιαίτεροι επιδραστικοί παράγοντες, τόσο αναφορικά με τη διπολική διαταραχή, όσο και για άλλες ψυχικές ασθένειες, όπως η σχιζοφρένεια.

Πιο αναλυτικά, οι επικείμενοι ερευνητικοί σχεδιασμοί θα ήταν ωφέλιμο να εξετάσουν τα ψυχικά προβλήματα, τα οποία οι συγγενείς των διπολικών ασθενών αναπτύσσουν, σε σχέση με την τρέχουσα φάση της ασθένειας, είτε εν μέσω επεισοδίου ή κατά τη διάρκεια σταθεροποίησης της διάθεσης του ασθενούς. Επιπλέον, χρήσιμο θα ήταν, τα αρνητικά συναισθήματα και προβλήματα των συγγενών να συσχετιστούν με την οξύτητα των συμπτωμάτων, μέσω αντίστοιχων μελετών, καθώς επίσης και με τη χρονιότητα της διαταραχής σε κάθε μεμονωμένη περίπτωση. Ακόμα, έχει μεγάλη σημασία να αξιολογηθεί η ψυχολογική κατάσταση των οικείων και φροντιστών σε ακραίες χρονικές στιγμές της πορείας της διπολικής διαταραχής, όπως για παράδειγμα κατά τη διάρκεια επιβεβλημένης νοσηλείας ή αστυνομικής κράτησης του ασθενούς. Σε κρίσιμες στιγμές όπως οι συγκεκριμένες, το πιθανότερο είναι οι συγγενείς να χρήζουν έντονης ψυχολογικής και γενικότερης υποστήριξης για να αποτραπεί ο κίνδυνος της συναισθηματικής τους κατάρρευσης. Τέλος, θα πρέπει να εξεταστεί η επίδραση του βαθμού και του είδους της συγγένειας και της σχέσης μεταξύ ασθενούς και φροντιστή, ούτως ώστε να αναδειχθούν οι παράγοντες εκείνοι, οι οποίοι οδηγούν συγκεκριμένα μέλη της οικογένειας και του περιβάλλοντος, και όχι ορισμένα άλλα, στη φροντίδα ενός ψυχικά ασθενούς ατόμου.

Καθότι η οικογένεια έχει συνδεθεί έντονα με την αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών, όπως η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή, είναι αναγκαία η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας οικογενειακών παρεμβάσεων ψυχοεκπαίδευσης. Μάλιστα, δεδομένων των αναμενόμενων διαφοροποιήσεων των χαρακτηριστικών των οικογενειών

ανά τον κόσμο, άκρως σημαντική θεωρείται η ερευνητική μελέτη της αποτελεσματικότητας ανάλογων παρεμβάσεων σε πληθυσμούς με διαφορετικά χαρακτηριστικά, όπως η εθνότητα, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, η χρονιότητα της διαταραχής, η ηλικία του ασθενούς και των φροντιστών, η ύπαρξη συννοσηρότητας και ενδεχόμενης αντίστασης στην υποστήριξη από φορείς της ψυχικής υγείας (Miklowitz, 2003).

Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να εστιάσουν στις τεχνικές αντιμετώπισης του ψυχικού πόνου, των συγγενών των ατόμων που πάσχουν από διπολική διαταραχή, μέσα από τις οποίες θα αναδειχθούν αποτελεσματικοί τρόποι, με τους οποίους οι οικείοι θα μπορούν να αντλήσουν υποστήριξη στο δύσκολο έργο τους, το οποίο αφορά τη φροντίδα ενός ασθενούς παράλληλα με την προσπάθεια να παραμείνουν λειτουργικοί συγγενείς των υπόλοιπων μελών αλλά και να ανταποκριθούν κανονικά στις λοιπές εργασιακές και κοινωνικές τους υποχρεώσεις.

Εντούτοις, παρά το γεγονός του ότι το μεγαλύτερο ερευνητικό βάρος αφορά τη μελέτη του ψυχικού πόνου τόσο των ασθενών της διπολικής διαταραχής, όσο και των οικείων και φροντιστών τους (Pompili et. al., 2014) , θα είχε εξαιρετικό ενδιαφέρον εάν η έρευνα επικέντρωνε το ενδιαφέρον της και στις ενδεχόμενες θετικές επιδράσεις στην οικογένεια, όπως για παράδειγμα τη σύμφιξη των σχέσεων και τη βαθύτερη γνωριμία του εαυτού και των δυνατοτήτων του εμπλεκόμενου ατόμου, ασθενούς ή συγγενούς, σε ανάλογη κατάσταση. Οι έρευνες αυτού του τύπου θα μπορούσαν να αποτελέσουν έναυσμα για τους πάσχοντες και τους οικείους τους, να ξεφύγουν από την αυτόματη θέαση της διπολικής διαταραχής ως «κατάρρα», η οποία έπληξε την οικογένεια και προδιαγράφει τη δυστυχία των μελών της. Έτσι, μέσω των ανάλογων ερευνητικών μελετών, οι άμεσα σχετιζόμενοι με τη διπολική διαταραχή, θα έχουν τη δυνατότητα να αντλήσουν δύναμη από τις θετικές της εκφάνσεις και συνακόλουθα να ενεργοποιηθούν και να δράσουν ολοκληρωμένα και δυναμικά, θεωρώντας την ως μια αντιμετωπίσιμη και όχι μη αναστρέψιμη διαταραχή.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Altindag, A., Yanik, M., & Nebioglu, M. (2006). Comorbid personality disorders in subjects with bipolar I disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(1), 33–37.

American Psychological Association. (2020). *APA Dictionary of Psychology*. Ανακτήθηκε από: <https://dictionary.apa.org/mental-disorder>

Anderson, I. M., Haddad, P. M., & Scott, J. (2012). Bipolar disorder. *BMJ*, 345(dec27 3), e8508–e8508. doi:10.1136/bmj.e8508

Bell, A. C., & D’Zurilla, T. J. (2009). The influence of social problem-solving ability on the relationship between daily stress and adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 33(5), 439–448.

Birmaher, B., Axelson, D., Strober, M., Gill, M. K., Valeri, S., Chiappetta, L., Ryan, N., Leonard, H., Hunt, J., Iyengar, H., & Keller, M. (2006). Clinical Course of Children and Adolescents With Bipolar Spectrum Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 63(2), 175. doi:10.1001/archpsyc.63.2.175

Γκοτζαμάνης, Κ. (Επιμ.) (Μτφρ.) (2004). *Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV-TR™*. Θεσσαλονίκη: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Cherlyn, S. Y. T., Woon, P. S., Liu, J. J., Ong, W. Y., Tsai, G. C., & Sim, K. (2010). Genetic association studies of glutamate, GABA and related genes in schizophrenia and bipolar disorder: A decade of advance. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(6), 958–977. doi:10.1016/j.neubiorev.2010.01.002

Craddock, N., O’Donovan, M., & Owen, M. (2005). The genetics of schizophrenia and bipolar disorder: dissecting psychosis. *Journal Of Medical Genetics*, 42(3), 193-204.

Crowe, M., Whitehead, L., Wilson, L., Carlyle, D., O’Brien, A., Inder, M., & Joyce, P. (2010). Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder—A systematic review of the evidence for mental health nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 896–908. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.02.012

- Crump, C., Sundquist, K., Winkleby, M. A., & Sundquist, J. (2013). Comorbidities and Mortality in Bipolar Disorder. *JAMA Psychiatry*, 70(9), 931. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1394
- DelBello, M.P., Goldman, R., Phillips, D., Deng, L., Cucchiaro, J., Loebel, A. (2017). Efficacy and Safety of Lurasidone in Children and Adolescents With Bipolar I Depression: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. doi: 10.1016/j.jaac.2017.10.006.
- Faraone, S. V., Glatt, S. J., & Tsuang, M. T. (2003). The genetics of pediatric-onset bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 53(11), 970–977. doi:10.1016/s0006-3223(02)01893-0
- Franklin, C., Biever, J., Moore, K., Clemons, D., & Scamardo, M. (2001). The Effectiveness of Solution-Focused Therapy With Children in a School Setting. *Research on Social Work Practice*, 11(4), 411–434. doi:10.1177/104973150101100401
- Fristad, M. A., Gavazzi, S. M., & Mackinaw-Koons, B. (2003). Family psychoeducation. *Biological Psychiatry*, 53(11), 1000–1008. doi:10.1016/s0006-3223(03)00186-0
- Goossens, P. J. J., Van Wijngaarden, B., Knoppert-Van Der Klein, E. A. M., & Van Achterberg, T. (2008). Family Caregiving in Bipolar Disorder: Caregiver Consequences, Caregiver Coping Styles, and Caregiver Distress. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(4), 303–316. doi:10.1177/0020764008090284
- Hidalgo-Mazzei, D., Vieta, E. and Colom, F., (2015). *Self-Monitoring And Psychoeducation In Bipolar Patients With A Smart-Phone Application (Simple) Project: Preliminary Results From A Feasibility Study*.
- Hirschfeld, R. M. (2014). Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 169, S12–S16. doi:10.1016/s0165-0327(14)70004-7
- Kaushik, P. and Singh, T., (2017). *Predictors Of Expressed Emotion, Caregiver's Burden, And Quality Of Life In Chronic Mental Illness*. IGI Global.
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.

Kim, E. and Miklowitz, D., (2004). Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. *Journal of Affective Disorders*, Volume 82(Issue 3), pp.343-352.

Κούκια, Ε. (2015). *Ψυχιατρική νοσηλευτική, νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Αθήνα : Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Leahy, R. L. (2007). Bipolar disorder: Causes, contexts, and treatments. *Journal of Clinical Psychology*, 63(5), 417–424. doi:10.1002/jclp.20360

Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M. A., 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. doi:10.1001/archpsyc.64.5.543

Miklowitz, D. J. (2008). *Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: State of the Evidence*. *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1408–1419. doi:10.1176/appi.ajp.2008.08040488

Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003). *A Randomized Study of Family-Focused Psychoeducation and Pharmacotherapy in the Outpatient Management of Bipolar Disorder*. *Archives of General Psychiatry*, 60(9), 904. doi:10.1001/archpsyc.60.9.904

Miklowitz, D. J., Axelson, D. A., Birmaher, B., George, E. L., Taylor, D. O., Schneck, C. D., Beresford, C. A., Dickinson, L. M., Craighead, W. E., & Brent, D. A. (2008). *Family-Focused Treatment for Adolescents With Bipolar Disorder*. *Archives of General Psychiatry*, 65(9), 1053. doi:10.1001/archpsyc.65.9.1053

Nandagopal, J. J., DelBello, M. P., & Kowatch, R. (2009). Pharmacologic Treatment of Pediatric Bipolar Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(2), 455–469. doi:10.1016/j.chc.2008.11.004

Οικονόμου, Μ. & Χαρίτση, Μ. (2017). Διπολική διαταραχή και οικογένεια. Η συμβολή της ψυχοεκπαίδευσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(1): 32-41.

Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Lopez, N., Chou, J., Kalvin, C., Adzhiashvili, V., & Aronson, A. (2010). Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *12*(6), 627–637. doi:10.1111/j.1399-5618.2010.00852.x

Perlis, R. H., Ostacher, M. J., Patel, J. K., Marangell, L. B., Zhang, H., Wisniewski, S. R., Thase, M. E. (2006). Predictors of Recurrence in Bipolar Disorder: Primary Outcomes From the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry*, *163*(2), 217–224. doi:10.1176/appi.ajp.163.2.217

Pompili, M., Harninc, D., Gonda, X., Forte, A., Dominici, G., Innamorati, M., Fountoulakis, K. N., Serafini, G., Sher, L., Janiri, L., Rihmer, Z., Amore, M., Girardi, P. (2014). Impact of living with bipolar patients: Making sense of caregivers' burden. *World Journal of Psychiatry*, *4*(1): pp. 1-12. doi: 10.5498/wjp.v4.i1.1.

Rashid, T. (2015). Positive Psychotherapy: A Strengths-Based Approach. In: *Research Digest*, Edition: 1, Chapter: Positive Psychotherapy: Strength-Based Assessment in Clinical Practice: Reflections & Implication, Publisher: Institute of Coaching, Editors: Irina Todorova, pp.8

Rea, M. M., Tompson, M. C., Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Hwang, S., & Mintz, J. (2003). Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(3), 482–492. doi:10.1037/0022-006x.71.3.482

Reinares, M., Colom, F., Rosa, A. R., Bonnín, C. M., Franco, C., Solé, B., Kapczinski, F., & Vieta, E. (2010). The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. *Journal of Affective Disorders*, *123*(1-3), 81–86. doi:10.1016/j.jad.2009.09.009

Ringeisen, H., Casanueva, C., Stambaugh, L., Bose, J., & Hedden, S. (2016). DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30199184/>

Soutullo, C.A., Chang, K.D., Diez-Suarez A., Figueroa- Quintana, A., Escamilla-Canales, I., Rapado- Castro, M., Ortuno, F. (2005). Bipolar disorder in children and adolescents: international perspective on epidemiology and phenomenology. *Bipolar Disorders*. *7*, 497–506.

Στεργιοπούλου, Α. (2015). Η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία ως θεραπευτική επιλογή στη ψυχιατρική. *Perioperative Nursing*, 4(1), 3-9.

Steele, A., Maruyama, N., & Galynker, I. (2010). Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 121(1-2), 10–21. doi:10.1016/j.jad.2009.04.020

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016 Jun. 3, DSM-5 Child Mental Disorder Classification.

Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. (2018) PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation The PRISMA-ScR statement. *Ann Intern Med*. 169(7), 467–473.

Wijngaarden, Bob & Schene, Aart & Koeter, Maarten. (2002). Caregiving Consequences in The Netherlands and Other European Countries: The Development and Use of the Involvement Evaluation Questionnaire. in H.P. Lefley & D.L. Johnson (Eds.). (2002). *Family interventions in mental illness: International perspectives*. Westport, CT, Praeger Publishers, pp. 145-169.