



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

---

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:**

**Διπολική διαταραχή και νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ**

**Ντούτση Λαμπρινή**

**Παππά Δήμητρα**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**Γκούβα Μαίρη**

**Αν. Καθηγήτρια**

**Ιωάννινα 2019**



## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η παρούσα εργασία αποτελεί το επιστέγασμα των σπουδών μας στη νοσηλευτική. Αποτελεί μια συστηματική προσέγγιση ενός θέματος, που μας δίνει την ευκαιρία να χρησιμοποιήσουμε γνώσεις και πρακτικές που αποκτήσαμε στη διάρκεια των σπουδών μας. Η βοήθεια της καθηγήτριας μας κ. Γκούβα Μαίρης συνετέλεσε στην ολοκλήρωση του παρακάτω πονήματος και για το λόγο αυτό εκφράζουμε τις ευχαριστίες μας.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	10
1.ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	11
2.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	13
3.ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	15
4.ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	17
4.1.Γενετικοί παράγοντες	17
4.2.Νευροδιαβιβαστές (Βιοχημικοί παράγοντες)	17
4.3.Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	18
5.ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	20
5.1.Μανιακό επεισόδιο	21
5.2.Υπομανιακό επεισόδιο	21
5.3.Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο	22
6.ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	24
6.1.Αξιολόγηση του ασθενούς	25
6.2.Φαρμακοθεραπεία	25
6.3.Σταθεροποιητές διάθεσης	27
6.4.Άτυπα αντιψυχωσικά	27
6.5.Αντικαταθλιπτικά	28
6.6.Ψυχοκοινωνικές θεραπείες	28
6.7.Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	30
7.ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ	32
8.ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	34
9.ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	35
10.ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ	37
10.1.Προτεινόμενες ερωτήσεις παρακολούθησης	38
10.2.Διάκριση ασθενών και παραπομπή σε ειδικό	40
11.ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ	41

11.1.Προσέγγιση του ασθενούς	41
11.2.Φαρμακολογική θεραπεία μανιακών επεισοδίων	43
11.3. Φαρμακολογική θεραπεία υπομανιακών επεισοδίων	43
11.4.Φαρμακολογική θεραπεία καταθλιπτικών επεισοδίων	44
11.5.Φαρμακολογική θεραπεία συντήρησης	44
11.6.Κίνδυνος τραυματισμού	45
11.7.Διατροφικό και ενεργειακό έλλειμμα	46
12.Η ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	48
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	52
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ – ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ	53
1.Ερευνητικό Ερώτημα και Σκοπός της Παρούσας Μελέτης	53
2.Μεθοδολογική Προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος	54
2.1.Παρουσίαση του Ιστορικού των συμπτωμάτων	54
2.2.Παρουσίαση του Κοινωνικού Ιστορικού	55
2.3.Αναπαράσταση για τα αίτια της νόσου	56
2.4.Στόχοι φροντίδας	56
2.5.Συμπεράσματα – Προτάσεις	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	60

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η διπολική διαταραχή είναι μια από τις σοβαρότερες ψυχικές νόσους στις μέρες μας. Πρόκειται για μια χρόνια, υποτροπιάζουσα ασθένεια που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης, που χαρακτηρίζονται από μανιακά ή καταθλιπτικά συμπτώματα, τα οποία εναλλάσσονται με περιόδους κανονικής διάθεσης.

**Σκοπός:** Η παρούσα εργασία έχει σαν σκοπό την διερεύνηση και την τεκμηριωμένη παρουσίαση των δεδομένων που αφορούν τη συγκεκριμένη νόσο, με βάση τις μελέτες, τις έρευνες και τα άρθρα που έχουν δημοσιευθεί σε έγκυρα ιατρικά και νοσηλευτικά περιοδικά στο διαδίκτυο.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Cinahl, Cochrane και Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο τα τελευταία 2 έτη και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν: διπολική διαταραχή, κατάθλιψη, μανία, υπομανία, φαρμακευτική θεραπεία, ψυχοθεραπεία.

**Αποτελέσματα:** Η διπολική διαταραχή αποτελεί μια διαταραχή που οφείλεται σε πολλαπλά αίτια. Η νόσος αφορά νέα άτομα και εκδηλώνεται με επεισόδια μανίας και κατάθλιψης. Η νόσος διαταράσσει την φυσιολογική ζωή του ατόμου, επηρεάζει την κοινωνική ζωή του ατόμου, συνδέεται με άλλες ψυχιατρικές και μη νοσηρότητες και συνδέεται με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την αυτοκτονία. Η θεραπεία της είναι μακροχρόνια και πολύπλοκη, καθώς απαιτεί ένα συνδυασμό φαρμάκων και ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, ενώ σε προχωρημένα στάδια εφαρμόζεται η ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίνεται στη συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή και στην αντιμετώπιση των παρενεργειών των φαρμάκων.

**Συμπεράσματα:** Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών αυτών είναι σημαντική για τη βελτίωση των συμπτωμάτων και ελέγχου της νόσου. Αναφέρεται στην συμμόρφωση στην φαρμακοθεραπεία, στην νοσοκομειακή φροντίδα και στην πρόληψη της αυτοκτονικότητας.

**Λέξεις ευρητηρίου:** διπολική διαταραχή, κατάθλιψη, μανία, υπομανία, φαρμακευτική θεραπεία, ψυχοθεραπεία.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Bipolar disorder is one of the most serious mental illnesses nowadays. This is a chronic, recurrent illness characterized by recurrent episodes of mood disorder characterized by manic or depressive symptoms that alternate with periods of normal mood.

**Aim:** The purpose of this work is to investigate and document the data on the specific disease based on studies, research and articles published in valid medical and nursing magazines on the Internet.

**Materials and Methods:** A review of the international bibliography in the PubMed, Cinahl, Cochrane, and Google Scholar electronic databases has been reviewed. The study material consisted of selected articles published predominantly in the last 2 years and the material was collected following a detailed study of the relevant literature. Words used in combinations during the search were: bipolar disorder, depression, mania, hypomania, medication therapy, psychotherapy.

**Results:** Bipolar disorder is a disorder due to multiple causes. The disease concerns young people and is manifested by episodes of mania and depression. Disease disrupts a person's normal life, affects the individual's social life, is associated with other psychiatric and non-morbidities and is associated with suicidal ideation and suicide. Its treatment is long-lasting and complicated, as it requires a combination of medications and psychotherapeutic interventions, while in advanced stages electroconvulsive therapy is applied. Particular importance should be attached to patients' compliance with medication and the treatment of side effects of drugs.

**Conclusions:** The nursing care of these patients is a significant improvement in the symptoms and control of the disease. It refers to compliance in pharmacotherapy, hospital care and the prevention of suicide.

**Key words:** bipolar disorder, depression, mania, hypomania, pharmaceutical therapy, psychotherapy.



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα συναισθήματα ή αλλιώς τα πρωτογενή συναισθήματα είναι ταχείες, βραχύχρονες φυσιολογικές αντιδράσεις σε ερεθίσματα. Αυτή η πρωτογενής συναισθηματική απόκριση διαμορφώνεται κυρίως στο μεταιχμιακό δίκτυο, περιλαμβάνοντας την αμυγδαλή, αλλά και άλλα σημεία, όπως τα νησίδια. Τα δευτερογενή συναισθήματα είναι ένα πιο περίπλοκο σύστημα συναισθημάτων, με νοητικές αναπαραστάσεις που προκύπτουν σε συνάρτηση με προγενέστερες αναμνήσεις και εμπειρίες οι οποίες βασίζονται νευρωνικά στο μεταιχμιακό σύστημα και στα νεοφλοιικά δίκτυα (Links et al., 2009).

Όταν μια συναισθηματική κατάσταση είναι διάχυτη και διατηρείται για μεγάλο χρονικό διάστημα, τότε αφορά τη διάθεση. Η αστάθεια της διάθεσης συχνά συνδέεται με τη διπολική διαταραχή. Η συναισθηματική αστάθεια είναι μικρότερης διάρκειας και πιο ευμετάβλητη, αναφέρεται δηλαδή σε συχνές αλλαγές συναισθημάτων. Τα άτομα με διπολική διαταραχή μπορεί να έχουν χαρακτηριστικά συναισθηματικής αστάθειας, αλλά να πάσχουν και από αστάθεια της διάθεσης ή ταχεία κυκλικότητα (Jones & Jones, 2017).

Η διπολική διαταραχή είναι μια από τις σοβαρότερες ψυχικές νόσους στις μέρες μας. Πρόκειται για μια χρόνια, υποτροπιάζουσα ασθένεια που χαρακτηρίζεται από την εναλλαγή περιόδων υπερθυμίας και κατάθλιψης, με συχνά σοβαρή συμπτωματολογία, η οποία μπορεί να οδηγήσει μάλιστα σε λειτουργική ανικανότητα ή ακόμα και στο θάνατο με τις αυτοκτονικές τάσεις των ασθενών (Οικονόμου & Χαρίτση, 2017).

Η διπολική διαταραχή, που οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην χρόνια και επαναλαμβανόμενη πορεία της, αποτελεί σημαντικό βάρος για τον ασθενή, την οικογένεια και την κοινωνία και η θεραπεία της είναι απαραίτητη για την πρόληψη των κύριων επιπλοκών της νόσου. Στις ανεπτυγμένες χώρες, η διπολική διαταραχή κατατάσσεται στις 10 πρώτες αιτίες της αναπηρίας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η διπολική διαταραχή

είναι η τέταρτη αιτία νευροψυχιατρικής αναπηρίας σε άτομα ηλικίας 15-44 ετών. Επιπλέον, η χρήση των πόρων υγείας που κάνουν οι διπολικοί ασθενείς είναι μεγαλύτερη από αυτή των ασθενών με καταθλιπτικές ή άλλες χρόνιες παθήσεις. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι η πιο σοβαρή επιπλοκή της διπολικής διαταραχής είναι η αυτοκτονία. Άλλες σημαντικές επιβαρύνσεις που συνδέονται με τη διπολική διαταραχή είναι η αυξημένη θνησιμότητα από ιατρικά αίτια, η κατάχρηση ουσιών (κυρίως αλκοολισμός), η συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές όπως το άγχος, η συμπεριφορά και οι διατροφικές διαταραχές και τα χρόνια συναισθηματικά συμπτώματα (Novick et al., 2010). Πρέπει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς με διπολική διαταραχή έχουν τεράστια οικονομική επιβάρυνση λόγω αυτής της διαταραχής, υπολογίζεται στις ΗΠΑ ότι είναι περίπου 31 δισεκατομμύρια δολάρια σε άμεσο κόστος και 120 δις δολάρια σε έμμεσες δαπάνες (Dilsaver, 2011).

Όλα τα παραπάνω στοιχεία γέννησαν τα σχετικά ερεθίσματα και μας έδωσαν το κίνητρο να ασχοληθούμε με το συγκεκριμένο θέμα. Μέσα από την

κριτική ανάλυση και την παράθεση των στοιχείων της νοσηλευτικής επιστήμης, επιδιώκουμε να παρουσιάσουμε το θέμα από τη θέση της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, με την ανάδειξη νέων στοιχείων και προσεγγίσεων για τη νόσο.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## 1.ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο Ιπποκράτης (460-337 π.Χ.) ήταν ο πρώτος που περιέγραψε τη μανία και τη μελαγχολία με τις αρχικές αντιλήψεις να είναι ευρύτερες από τις σύγχρονες. Οι γιατροί της ελληνικής αρχαιότητας περιέγραψαν τις ψυχικές διαταραχές με όρους που ακούγονται εξαιρετικά σύγχρονοι. Πίστευαν ότι η μελαγχολία ήταν μια ψυχολογική εκδήλωση μιας υποκείμενης βιολογικής διαταραχής, και συγκεκριμένα, μια διαταραχή στην λειτουργία του εγκεφάλου. Η κατάθλιψη, ο κλινικός όρος για τη μελαγχολία, είναι πολύ περισσότερο πρόσφατος και προέρχεται από τα λατινικά *deprimere* (πιέζω-βυθίζω) (Goodwin & Jamison, 2007).

Ο Αρεταίος ο Καππαδόκης υποστήριξε ότι η μανία και η μελαγχολία είναι δύο μορφές της ίδιας νόσου. Ο Αρεταίος περιγράφει μια ομάδα ασθενών που «γελούν, παίζουν, χορεύουν νύχτα και μέρα και μερικές φορές πηγαίνουν στεφανωμένοι στην αγορά, σαν να νίκησαν σε κάποιο διαγωνισμό ικανότητας» (Goodwin & Jamison, 2007).

Η ξεκάθαρη αντίληψη της μανιοκαταθλιπτικής ασθένειας ως μοναδικής νοσολογικής οντότητας χρονολογείται από τα μέσα του δέκατου ένατου αιώνα. Οι Γάλλοι Falret και Baillager, ανεξάρτητα και σχεδόν ταυτόχρονα διατύπωσαν την ιδέα ότι η μανία και η κατάθλιψη αντιπροσωπεύουν διαφορετικές εκδηλώσεις μίας μόνο ασθένειας (Goodwin & Jamison, 2007).

Το 1854, ο Falret περιγράφει μια κυκλική διαταραχή, "La folie circulaire", η οποία για πρώτη φορά ορίζει ρητά μια ασθένεια στην οποία η διαδοχή της μανίας και της μελαγχολίας εκδηλώνεται με συνέχεια και με ένα τρόπο σχεδόν κανονικό (Goodwin & Jamison, 2007).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1900, ο Γερμανός ψυχίατρος Emil Kraepelin (1856-1926) μελέτησε την φυσική πορεία της διαταραχής. Σε αυτή τη βάση, διέκρινε τη διαταραχή αυτή από τη σχιζοφρένεια και χρησιμοποίησε τον όρο μανιοκαταθλιπτική ψύχωση για να την περιγράψει. Ο Kraepelin περιέγραψε με μεγαλύτερη σαφήνεια τη νόσο. Πρότεινε ένα διαχωρισμό

μεταξύ των ψυχιατρικών ασθενειών που χαρακτηρίζονται από τακτικά επαναλαμβανόμενα επεισόδια και των ασθενειών που χαρακτηρίζονται από ανώμαλες πεποιθήσεις και εμπειρίες (δηλ. ψυχωτικά συμπτώματα). Ο Kraepelin αναφέρεται στην πρώτη κατηγορία ως «μανιοκαταθλιπτική ψύχωση», συμπεριλαμβανομένων των ασθενειών που αναφέρουμε τώρα όπως οι συναισθηματικές διαταραχές (π.χ. διπολική διαταραχή), και η δεύτερη ως «dementia praecox» (πρόωρη άνοια), που περιλαμβάνει ασθένειες που τώρα αναφέρονται ως ψυχωτικές διαταραχές (π.χ. σχιζοφρένεια). Ο όρος διπολική χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1957 από τον Leonhard για διαταραχές που περιλαμβάνουν τόσο μανιακά όσο και καταθλιπτικά συμπτώματα. Το 1980, η ονομασία διπολική διαταραχή υιοθετήθηκε από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για τις Ψυχικές Διαταραχές (DSM) για να αντικαταστήσει τον όρο μανιακή κατάθλιψη (Phillips & Kupfer, 2013).

## 2.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η διπολική διαταραχή επηρεάζει περίπου 29,5 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως κατά το έτος 2004, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Miller et al., 2014). Τα στοιχεία από το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Γερμανία και την Ιταλία ανέφεραν ότι η επικράτηση της διπολικής διαταραχής στις ευρωπαϊκές χώρες ήταν περίπου 1%. Η επικράτηση κυμαίνεται από 0,6% έως 1% στη Γερμανία και 0,8% στην Ιταλία. Υπήρχαν ισχυρά στοιχεία που έδειξαν ότι η διπολική διαταραχή συχνά διαφεύγει τη διάγνωση και, κατά συνέπεια, τα ποσοστά επικράτησης και επίπτωσης υποτιμώνται (Fajutrao et al., 2009).

Πολλές μελέτες έδειξαν ότι οι ασθενείς με διπολική διαταραχή παρουσιάζουν συννοσηρότητα. Συγκεκριμένα, ως 75% των ασθενών με διπολική διαταραχή παρουσιάζει διαταραχές άγχους, κατάχρηση ουσιών, και κατάχρηση οινόπνευματος. Το 38% των διπολικών ασθενών με συννοσηρότητα είχε στο ιστορικό του απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με μόνο το 21% των ασθενών χωρίς συννοσηρότητα (Fajutrao et al., 2009).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο επιπολασμός της διπολικής διαταραχής κυμαίνεται από 0,3-1,5%. Η ηλικία εμφάνισης της διπολικής διαταραχής ποικίλλει σημαντικά. Και για τους δυο τύπους διπολικής διαταραχής, το εύρος ηλικίας είναι από την παιδική ηλικία ως τα 50 έτη, με μέση ηλικία περίπου τα 20 έτη. Οι περισσότερες περιπτώσεις διπολικής διαταραχής αρχίζουν όταν τα άτομα είναι ηλικίας 15-19 ετών. Το δεύτερο πιο συχνό εύρος ηλικίας εμφάνισης είναι 20-24 χρόνια. Η διπολική διαταραχή εμφανίζεται εξίσου και στα δύο φύλα. Ωστόσο, η διπολική διαταραχή με πολλαπλά επεισόδια ( $\geq 4$  επεισόδια / έτος) είναι συχνότερη στις γυναίκες παρά σε άνδρες (Patel et al., 2015).

Οι Biglu & Biglu (2014), συνοψίζοντας τα επιδημιολογικά στοιχεία για την διπολική διαταραχή καταλήγουν στα εξής συμπεράσματα:

- Η διπολική διαταραχή τείνει να είναι οικογενειακή υπόθεση. Περίπου τα μισά από τα άτομα με διπολική διαταραχή έχουν στην οικογένεια τους ένα μέλος με διαταραχή της διάθεσης, όπως για παράδειγμα κατάθλιψη.
- Ένα άτομο που έχει έναν γονέα με η διπολική διαταραχή έχει πιθανότητα 15 έως 25 τοις εκατό να καταλήξει να νοσήσει με το ίδιο νόσημα.

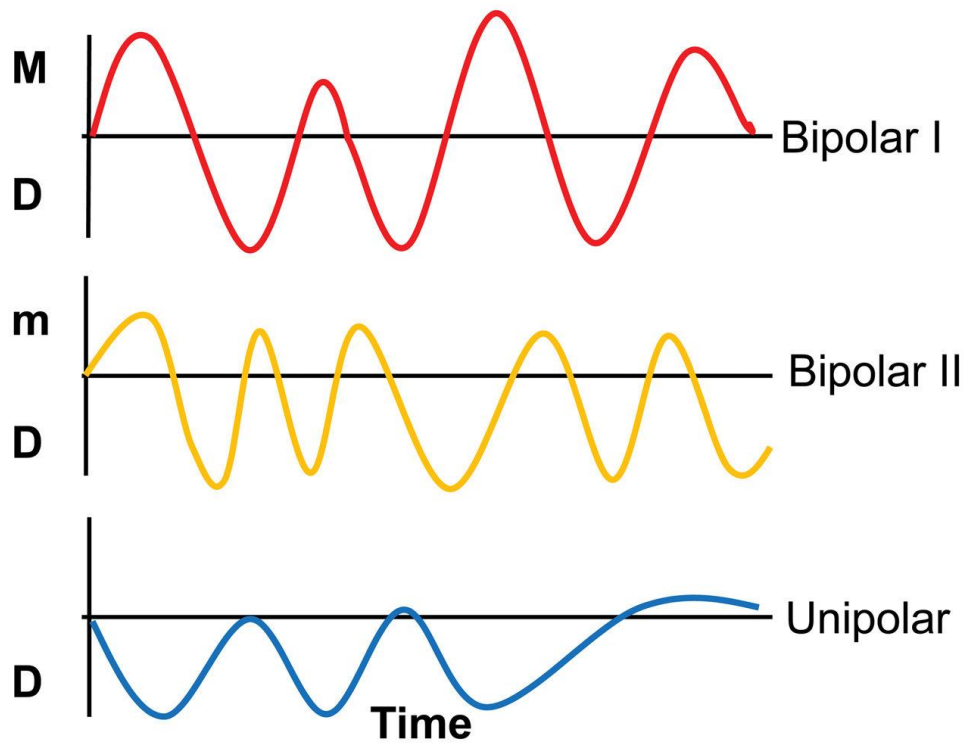
### 3.ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Στα σημερινά συστήματα ταξινόμησης, η διπολική διαταραχή αναφέρεται σε μια ομάδα συναισθηματικών διαταραχών στις οποίες οι ασθενείς εμφανίζουν επεισόδια κατάθλιψης που χαρακτηρίζονται από χαμηλή διάθεση και συναφή συμπτώματα (π.χ. απώλεια ευχαρίστησης και μειωμένη ενέργεια) και επεισόδια είτε μανίας, είτε ευερέθιστης διάθεσης ή και τα δύο, και συναφή συμπτώματα όπως αυξημένη ενέργεια και μειωμένη ανάγκη για ύπνο ή υπομανία, τα συμπτώματα των οποίων είναι λιγότερο σοβαρά ή λιγότερο παρατεταμένα από αυτά της μανίας (Phillips & Kupfer, 2013).

Η 5<sup>η</sup> έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-V) καταγράφει τέσσερις κύριους υποτύπους της διπολικής διαταραχής:

- διπολική διαταραχή τύπου I (επεισόδια κατάθλιψης και τουλάχιστον ένα επεισόδιο μανίας πλήρους εμφάνισης)
- διπολική διαταραχή τύπου II (μερικά παρατεταμένα επεισόδια κατάθλιψης και τουλάχιστον ένα υπομανιακό επεισόδιο αλλά όχι μανιακά επεισόδια)
- κυκλοθυμική διαταραχή (πολλές περιόδους υπομανιακών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, στις οποίες τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια για καταθλιπτικά επεισόδια)
- διπολική διαταραχή που δεν ορίζεται διαφορετικά (καταθλιπτικά και υπομανιακά συμπτώματα και επεισόδια που μπορεί να εναλλάσσονται ταχέως, αλλά δεν πληρούν τα πλήρη διαγνωστικά κριτήρια για οποιαδήποτε από τις προαναφερθείσες καταστάσεις (American Psychiatric Association, 2013).





Σχηματική αναπαράσταση: Οι εκδηλώσεις της νόσου σε σχέση με το χρόνο (M=μανία, m=υπομανία, D=κατάθλιψη).

## **4.ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Η έρευνα έχει εντοπίσει διάφορους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της διπολικής διαταραχής. Γενικά μπορεί να θεωρηθεί ότι η διπολική διαταραχή είναι μια ασθένεια που προκαλείται από βιοψυχοκοινωνικές επιδράσεις συμπεριλαμβανομένων των γενετικών, περιγεννητικών, νευροανατομικών, νευροχημικών και άλλες βιολογικών ανωμαλιών. Επιπλέον, υπάρχουν ψυχολογικοί και κοινωνικο-περιβαλλοντικοί παράγοντες που σχετίζονται με μεγαλύτερο κίνδυνο διπολικών διαταραχών (Frey et al., 2013).

### **4.1.Γενετικοί παράγοντες**

Διάφορες μελέτες έδειξαν ότι η διπολική διαταραχή παρουσιάζει υψηλό κίνδυνο γενετικής μετάδοσης. Μελέτες δείχνουν ότι οι συγγενείς πρώτου βαθμού των ατόμων με διπολική διαταραχή έχουν περίπου 7 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν διπολική διαταραχή, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι γονέας με διπολική διαταραχή, έχει 50% πιθανότητα να έχει μια άλλη σημαντική ψυχιατρική διαταραχή (Axelson et al.,2015).

### **4.2.Νευροδιαβιβαστές (Βιοχημικοί παράγοντες)**

Πολλαπλές βιοχημικές οδοί συμβάλλουν πιθανώς στη διπολική διαταραχή και για το λόγο αυτό είναι δύσκολο να ανιχνευτεί μια συγκεκριμένη ανωμαλία. Ένας αριθμός νευροδιαβιβαστών έχουν συνδεθεί με αυτή τη διαταραχή, βασισμένη σε μεγάλο βαθμό στις ψυχοκινητικές αντιδράσεις των ασθενών (Ayano, 2016).

Με δεδομένο τον ρόλο της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης στην κατάθλιψη, θα ήταν λογικό να υποτεθεί ότι αυτές οι χημικές ουσίες παίζουν κάποιο ρόλο και στη μανία. Εντούτοις, το βιολογικό μοντέλο που αναπτύχθηκε δεν είναι τόσο απλό όσο θα ήταν αναμενόμενο. Τα δεδομένα για τη νορεπινεφρίνη συμφωνούν με το απλό μοντέλο που ερμηνεύει τις διαταραχές

της διάθεσης. Τα υψηλά επίπεδα νορεπινεφρίνης συνδέονται με ανεβασμένη διάθεση και μανία, ενώ τα χαμηλά επίπεδα οδηγούν σε καταθλιπτική διάθεση. Δεν έχει όμως βρεθεί αντίστοιχη σχέση για τα επίπεδα της σεροτονίνης. Τέτοιου είδους ευρήματα οδήγησαν μερικούς ερευνητές να προτείνουν ότι τα χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης επιτρέπουν με κάποιον τρόπο στη δραστηριότητα της νορεπινεφρίνης να καθορίζει τη διάθεση. Τα χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης συνδυαζόμενα με χαμηλά επίπεδα νορεπινεφρίνης οδηγούν στην κατάθλιψη, ενώ συνδυαζόμενα με υψηλά επίπεδα νορεπινεφρίνης οδηγούν στη μανία (Bennett, 2010).

Ένα δεύτερο μοντέλο για τη διπολική διαταραχή απομακρύνεται από τη μελέτη των νευροδιαβιβαστών και εξετάζει την ηλεκτρική αγωγιμότητα των νευρώνων. Δύο διεργασίες που εμπλέκονται στη νευρωνική μεταβίβαση μπορεί να παίζουν ρόλο: πρώτον, η διατάραξη στη δραστηριότητα των φωσφοϊνοσιτιδίων, που προκαλούν την πυροδότηση των νευρώνων, και, δεύτερον, η μεταβολή της δραστηριότητας του νατρίου και του καλίου στους ίδιους νευρώνες (Bennett, 2010).

Ένας τρίτος παράγοντας που μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση διπολικής διαταραχής είναι μια βλάβη στους νευρώνες. Οι σχετικές μελέτες έκριναν ως περισσότερο πιθανό το ενδεχόμενο η βλάβη να αντικατοπτρίζει μια ελλιπή ανάπτυξη των δενδριτικών και των συνοπτικών συνδέσεων. Η βλάβη σε αυτούς τους νευρώνες φαίνεται να προκαλεί χαρακτηριστικά γνωστικά ελλείμματα σε άτομα με διπολική διαταραχή, συμπεριλαμβανομένων διαφόρων ελλειμμάτων στις εκτελεστικές λειτουργίες και στη λεκτική μνήμη (Bennett, 2010).

### **4.3. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

Αν και η πρόσφατη έρευνα επικεντρώθηκε στους βιολογικούς παράγοντες, αρκετές μελέτες έχουν επίσης εντοπίσει ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που μπορεί να είναι συναφείς σχετικοί με την κατανόηση και την εξέλιξη της διπολικής διαταραχής. Έτσι η παιδική κακοποίηση, μπορεί να

λειτουργήσει ως προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη της διαταραχής, ενώ παράλληλα άλλοι παράγοντες, όπως η κοινωνική τάξη, η κοινωνική υποστήριξη και η αυτοεκτίμηση μπορεί να ενεργήσουν ενισχυτικά στην εμφάνιση επεισοδίων (NCCMH, 2014).

Διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν εντοπιστεί ως δυνητικά εμπλεκόμενοι σε αυτή η διαταραχή, συμπεριλαμβανομένου του τραύματος της πρώιμης παιδικής ηλικίας, των αγχωδών συμβάντων της ζωής, των ιογενών λοιμώξεων, της χρήσης κάνναβης, των μαιευτικών επιπλοκών (Etain et al., 2008).

Η σχέση μεταξύ των αγχωδών γεγονότων της ζωής και της εμφάνισης της διπολικής διαταραχής φαίνεται να εξαρτάται από την ηλικία και την πορεία της ανάπτυξης του ατόμου. Η κακοποίηση και η παραμέληση στην παιδική ηλικία έχουν θεωρηθεί ότι επηρεάζουν τα ενδοκρινικά συστήματα, οδηγώντας σε συστημικές και νευρολογικές συνέπειες, συμπεριλαμβανομένης της δυσλειτουργίας του προμετωπιαίου φλοιού, της αμυγδαλής, του ιππόκαμπου, των ορμονών των γεννητικών οργάνων και του ανοσοποιητικού συστήματος (Brietzke et al., 2012).

## 5.ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η επιτυχής αξιολόγηση και διάγνωση του ασθενούς με διπολική διαταραχή απαιτεί τη γνώση του επεισοδιακού χαρακτήρα της νόσου. Οι ασθενείς που εξετάζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, με πιθανά συμπτώματα διπολικής διαταραχής, απαιτείται να παραπέμπονται σε ειδικούς ψυχιάτρους δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας, επειδή υπάρχει αυξημένος κίνδυνος βλάβης για τον εαυτό τους ή τους άλλους. Για το λόγο αυτό, όλοι οι ασθενείς που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, θα πρέπει να αξιολογούνται για ένα ιστορικό μανιακών ή υπομανιακών συμπτωμάτων (Cerimele et al., 2013).

Η κλινική συνέντευξη θα πρέπει να αποσκοπεί στη διαπίστωση των εξής (Price & Marzani-Nissen, 2012):

- στη παρουσία παρελθόντων ή σημερινών επεισοδίων μανίας ή συμπτώματα κατάθλιψης
- στη διάρκεια και τη σοβαρότητα αυτών των επεισοδίων, συμπεριλαμβανομένων της παρουσίας αυτοκτονικού ιδεασμού
- στην επίδραση των επεισοδίων διάθεσης στη λειτουργία του ατόμου στο εργασιακό, κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον
- στην παρουσία συννοσηρότητας (όπως η κατάχρηση ουσιών, η διαταραχή προσωπικότητας και διαταραχή άγχους συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής μετατραυματικού στρες)
- στο ιστορικό των θεραπειών που χορηγήθηκαν και η ανταπόκριση σε θεραπείες
- στο οικογενειακό ιστορικό.

## **5.1.Μανιακό επεισόδιο**

Σύμφωνα με το DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), ένα μανιακό επεισόδιο ορίζεται από μια ξεχωριστή περίοδο, κατά την οποία υπάρχει μια ασυνήθιστη και επίμονη, αυξημένη, επεκτατική ή ευερέθιστη διάθεση και αυξημένη ασυνήθιστη και επίμονη δραστηριότητα ή ενέργεια. Αυτή η περίοδος πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον μία εβδομάδα (ή λιγότερο εάν υπάρξει νοσηλεία σε ψυχιατρική δομή). Η συγκεκριμένη διαταραχή της διάθεσης πρέπει να συνοδεύεται από τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα συμπτώματα, τα οποία αντιπροσωπεύουν μια αξιοσημείωτη αλλαγή από τη συνήθη συμπεριφορά:

- Αυξημένη αυτοεκτίμηση ή μεγαλοπρέπεια
- Μειωμένη ανάγκη για ύπνο
- Ομιλητικότητα μεγαλύτερη από τη συνηθισμένη ή πίεση για συνεχή ομιλία
- Ασυνήθιστη ευερεθιστότητα
- Μη ρεαλιστική πίστη στις ικανότητες και δυνάμεις κάποιου
- Προκλητική ή επιθετική κοινωνική συμπεριφορά

## **5.2.Υπομανιακό επεισόδιο**

Ένα υπομανιακό επεισόδιο διαφέρει από ένα μανιακό επεισόδιο κατά το ότι έχει διάρκεια μόνο τεσσάρων ημέρες. Επιπλέον, σε αντίθεση με ένα μανιακό επεισόδιο, ένα υπομανιακό επεισόδιο δεν είναι αρκετά σοβαρό, για να προκαλέσει σημαντική φθορά στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργία του ατόμου, δεν απαιτεί νοσηλεία και δεν υπάρχουν ψυχωσικά χαρακτηριστικά. Για να γίνει η διάγνωση του υπομανιακού επεισοδίου,

πρέπει να πληρούνται τρία (τουλάχιστον) από τα παρακάτω συμπτώματα επιμένουν:

- διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου
- ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο (π.χ. το άτομο νιώθει ότι ξεκουράστηκε ύστερα από μόνο 3 ώρες ύπνο)
- μεγαλύτερη ομιλητικότητα από το συνηθισμένο ή πίεση να συνεχίσει να μιλά (αισθάνεται την ανάγκη να μιλά διαρκώς)
- φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν
- διάσπαση της προσοχής (η προσοχή έλκεται πολύ εύκολα από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα)
- αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας, δηλαδή το άτομο είναι υπερβολικά δραστήριο (είτε κοινωνικά, στην εργασία ή στο σχολείο, είτε σεξουαλικά) ή ψυχοκινητική διέγερση
- υπερβολική εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που έχουν μεγάλη πιθανότητα για οδυνηρές συνέπειες (π.χ. το άτομο εμπλέκεται σε χωρίς περιορισμό άκριτες αγορές, σε σεξουαλικές αδιακρισίες ή σε ανόητες επιχειρηματικές επενδύσεις) (American Psychiatric Association, 2013).

### **5.3.Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο**

Τα κριτήρια για ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο στη διπολική είναι τα ίδια με αυτά της μονοπολικής καταθλιπτικής διαταραχής. Το βασικό χαρακτηριστικό του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου είναι μια περίοδος τουλάχιστον δύο εβδομάδων κατά τη διάρκεια της οποίας υπάρχει, είτε καταθλιπτική διάθεση, είτε απώλεια ενδιαφέροντος ή απόλαυσης σχεδόν σε όλες τις δραστηριότητες. Το άτομο πρέπει επίσης να βιώσει τέσσερα των ακόλουθων συμπτωμάτων:

- σημαντική μεταβολή στο σωματικό βάρος (απώλεια ή αύξηση)
- μείωση ή αύξηση της όρεξης,
- αϋπνία ή υπερυπνία,
- ψυχοκινητική διέγερση ή καθυστέρηση αντίδρασης, κόπωση ή απώλεια ενέργειας
- αίσθημα άσκοπης ή υπερβολικής ή ακατανόητης ενοχής
- μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητας
- επαναλαμβανόμενες σκέψεις για θάνατο και επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός ή απόπειρα αυτοκτονίας ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο για αυτοκτονία.

Τα συμπτώματα πρέπει να είναι αρκετά σοβαρά, ώστε να προκαλούν σημαντικές διαταραχές σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργίας του ατόμου (American Psychiatric Association, 2013).



## **6.ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

### **6.1.Αξιολόγηση του ασθενούς**

Η αξιολόγηση αναφέρεται στο ιστορικό του ατόμου, όσον αφορά τον αριθμό των προηγούμενων επεισοδίων, τον τύπο του πρώτου επεισοδίου στη διάρκεια της ζωής, την επικρατούσα πολικότητα της νόσου, τη διάρκεια και τη σοβαρότητα των επεισοδίων, την παρουσία ή την απουσία αυτοκτονικής συμπεριφοράς ή την παρουσία βίας (Shah et al., 2017).

Μια εμπειριστατωμένη αξιολόγηση περιλαμβάνει την αξιολόγηση των συνυφασμένων ψυχιατρικών και ιατρικών συνθηκών. Συνήθως η συννοσηρότητα δεν είναι εμφανής κατά τη διάρκεια του οξέος επεισοδίου της ασθένειας. Οι συννοσηρές συνθήκες γίνονται πιο εμφανείς όταν ο ασθενής έχει βγει από το οξύ επεισόδιο της ασθένειας. Η λειτουργική δυσλειτουργία σε διάφορους τομείς της ζωής, συμπεριλαμβανομένης της επίδρασης της ασθένειας στην οικογενειακή λειτουργία και των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της ασθένειας στους φροντιστές, δεν πρέπει να παραμεληθεί. Πρέπει να διεξαχθεί διεξοδική φυσική εξέταση για να αποκλειστεί η ύπαρξη οποιασδήποτε σωματικής ασθένειας και επίσης να αποκλειστούν τα επεισόδια από φυσικές ασθένειες. Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή έχουν επίσης γνωστικά ελλείμματα. Συνεπώς, ανάλογα με την ανάγκη, μπορούν να εκτελεστούν ειδικές εξετάσεις. Η χρήση της νευροαπεικόνισης μπορεί να ενδείκνυται σε άτομα με άτυπα χαρακτηριστικά, νευρολογικά σημεία ή μη ανταπόκριση στη θεραπεία (Shah et al., 2017).

Η αξιολόγηση του φροντιστή μπορεί να περιλαμβάνει αξιολόγηση των γνώσεων του σχετικά με την ασθένεια, τη γνώση σχετικά με τη θεραπεία, τη στάση και τις πεποιθήσεις του σχετικά με τη θεραπεία, τον αντίκτυπο της ασθένειας σε αυτά και τους προσωπικούς και κοινωνικούς τους πόρους με τη μορφή βάρους, αγωνίας, στιγματισμού, προσωπικής και οικογενειακής ζωής κ.λπ. (Shah et al., 2017).

Σε περίπτωση που ο ασθενής έχει λάβει θεραπεία στο παρελθόν, τότε είναι σημαντικό να καταγραφεί ο τύπος των φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν, η ανταπόκριση στη θεραπεία, η διάρκεια χρήσης της θεραπείας, οι παρενέργειες που εμφανίστηκαν και οι λόγοι διακοπής της θεραπείας (Shah et al., 2017).

## **6.2.Φαρμακοθεραπεία**

Η θεραπευτική προσέγγιση της διπολικής διαταραχής αφορά γενικά 2 φάσεις: την οξεία φάση, κατά την οποία η θεραπεία επικεντρώνεται στη διαχείριση του επεισοδίου οξείας διάθεσης (μανιακό, υπομανιακό ή καταθλιπτικό) και τη θεραπεία φάσης συντήρησης, που επικεντρώνεται στην πρόληψη των υποτροπών των οξέων επεισοδίων (Fountoulakis & Vieta, 2008).

Οι βασικές θεραπευτικές επιλογές για τη διπολική διαταραχή περιλαμβάνουν τους σταθεροποιητές διάθεσης (λίθιο, βαλπροϊκό, καρβαμαζεπίνη, λαμοτριγίνη) και τα αντιψυχωσικά (παραδοσιακά και άτυπα αντιψυχωσικά) συνοδευόμενα από την κατάλληλη ψυχοκοινωνική θεραπεία. Κατά τα τελευταία 10 έως 15 χρόνια, έχουν καθιερωθεί θεραπείες για κάθε φάση της διπολικής διαταραχής, μέσα από μεθοδολογικά ορθές δοκιμασίες (Ostacher et al., 2015).

## **6.3.Σταθεροποιητές διάθεσης**

Οι περισσότεροι σταθεροποιητές της διάθεσης είναι αποτελεσματικά για την πρόληψη της μανίας. Το λίθιο, η λαμοτριγίνη, η κουετιαπίνη και η ολανζαπίνη είναι επίσης αποτελεσματικά στην πρόληψη των καταθλιπτικών επεισοδίων. Επίσης η συνδυασμένη φαρμακοθεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματικότερη από τη μονοθεραπεία για την πρόληψη των υποτροπών (Smith et al., 2009).

Το λίθιο αποτέλεσε το θεμέλιο της θεραπείας της διπολικής διαταραχής για πάνω από 60 χρόνια, αλλά η αποτελεσματικότητά του στην πρόληψη και

θεραπεία της διπολικής κατάθλιψης είναι περιορισμένη και δεν είναι ταχέως αποτελεσματικό για οξεία μανία. Σημειώνεται ότι το λίθιο παραμένει ο μόνος παράγοντας που αποδείχθηκε ότι μειώνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας σε ασθενείς με διπολική διαταραχή (Jann, 2014).

Πριν από την έναρξη θεραπείας με λίθιο, πρέπει να ληφθεί το ιστορικό του ασθενούς σχετικά με τη νεφρική δυσλειτουργία, τη δυσλειτουργία του θυρεοειδούς και πιθανές ανωμαλίες της καρδιακής αγωγιμότητας. Στην περίπτωση των γυναικών, πρέπει να εξακριβωθεί η τελευταία εμμηνορροϊκή περίοδος και, εάν απαιτείται, πρέπει να γίνει τεστ εγκυμοσύνης ούρων. Περαιτέρω, πριν από την έναρξη του λιθίου, οι ασθενείς πρέπει να εκπαιδεύονται σχετικά με τις διάφορες παρενέργειες του λιθίου, τη χρήση δίαιτας περιορισμένης χρήσης αλατιού και την αποφυγή φαρμάκων (διουρητικά, αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, αναστολείς κυκλοοξυγενάσης-2, κλπ.) που μπορούν να αυξήσουν τα επίπεδα λιθίου στον ορό. Οι ασθενείς πρέπει επίσης να ενημερώνονται για να αποφεύγουν την αφυδάτωση (Shah et al., 2017).

Καθώς τα επίπεδα σταθεράς κατάστασης του λιθίου επιτυγχάνονται μετά από περίπου 5 ημέρες από την έναρξη του φαρμάκου, τα επίπεδα ελέγχονται μετά από 5 ημέρες από την έναρξη της θεραπείας ή την αλλαγή της δόσης. Τα επίπεδα ορού του λιθίου, τα οποία συνήθως απαιτούνται για τη διαχείριση οξείας επεισοδίου, κυμαίνονται από 0,6 έως 1,0 meq /l (Shah et al., 2017).

Το βαλπροϊκό νάτριο είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος αντιεπιληπτικός σταθεροποιητής διάθεσης για ασθενείς με διπολική διαταραχή (Jann, 2014). Όπως και με το λίθιο, πριν ξεκινήσει το βαλπροϊκό, οι κλινικοί ιατροί πρέπει να εξετάσουν το ιατρικό ιστορικό για την παρουσία οποιωνδήποτε ηπατικών, αιματολογικών και αιμορραγικών προβλημάτων. Πριν από την έναρξη της χορήγησης βαλπροϊκού, ο ασθενής πρέπει να εκπαιδεύεται για τις παρενέργειες, ιδιαίτερα για σημεία και συμπτώματα

ηπατικής και αιματολογικής δυσλειτουργίας. Δεδομένου ότι το βαλπροϊκό σχετίζεται με αύξηση βάρους και μεταβολικές ανωμαλίες, καλή πρακτική θεωρείται η αξιολόγηση του προφίλ των λιπιδίων, των επιπέδων γλυκόζης αίματος νηστείας και της ανθρωπομετρίας (Shah et al., 2017).

Η λαμοτριγίνη είναι ο σταθεροποιητής της διάθεσης με τα καλύτερα στοιχεία για την προφύλαξη της διπολικής κατάθλιψης (Jann, 2014). Ο ρόλος της λαμοτριγίνης έχει μελετηθεί καλά και έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικός παράγοντας στη διαχείριση της διπολικής κατάθλιψης και στην πρόληψη της υποτροπής της κατάθλιψης. Ωστόσο, η πιο επικίνδυνη παρενέργεια της λαμοτριγίνης περιλαμβάνει το δερματικό εξάνθημα, συμπεριλαμβανομένου του συνδρόμου Stevens-Johnson και της τοξικής επιδερμικής νεκρόλυσης. Οι δερματικές αλλοιώσεις μπορούν να εμφανιστούν οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά αναφέρονται συχνότερα κατά την αρχική φάση της θεραπείας και όταν χρησιμοποιούνται μαζί με το βαλπροϊκό (Shah et al., 2017).

#### **6.4.Άτυπα αντιψυχωσικά**

Ένα τεράστιο σύνολο αποδεικτικών στοιχείων υποστηρίζει τη χρήση άτυπων αντιψυχωσικών στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής. Ο πιο εδραιωμένος ρόλος αυτής της κατηγορίας είναι στη θεραπεία της οξείας μανίας. Τα νεότερα (ή άτυπα) αντιψυχωσικά παρουσιάζουν γενικά σε μικρότερο βαθμό τις σοβαρές κινητικού τύπου παρενέργειες αλλά κάποια από αυτά παρουσιάζουν σε εντονότερο βαθμό τις μεταβολικού, αιματολογικού, ενδοκρινολογικού, καρδιολογικού ή άλλου τύπου παρενέργειες. Τα πιο γνωστά είναι η ρισπεριδόνη (Risperdal), η παλιπεριδόνη (Invega), η κλοζαπίνη (Leronex), η κουετιαπίνη (Seroquel), η ολανζαπίνη (Zyprexa), η ζιπρασιδόνη (Geodon), η αμισουλπρίδη (Solian), η σουλπιρίδη (Dogmatyl). Όλα τα εγκεκριμένα άτυπα αντιψυχωσικά έχουν αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία μανιακών επεισοδίων διπολικής διαταραχής (Derry & Moore, 2007).

## **6.5.Αντικαταθλιπτικά**

Η χρήση των αντικαταθλιπτικών ως φαρμακοθεραπεία για τη διπολική διαταραχή είναι η περιοχή της μεγαλύτερης διαμάχης που σχετίζεται με αυτή τη νόσο. Τα αντικαταθλιπτικά δεν είναι εγκεκριμένα για τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής, με εξαίρεση τη φλουοξετίνη σε συνδυασμό με την ολανζαπίνη, αν και τα αντικαταθλιπτικά συχνά συνταγογραφούνται στην κλινική πρακτική για τα καταθλιπτικά συμπτώματα της διπολικής διαταραχής (Jann, 2014).

## **6.6.Ψυχοκοινωνικές θεραπείες**

Η προσθήκη κάποιας ψυχοθεραπείας στην υπάρχουσα φαρμακευτική αγωγή μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των ποσοστών υποτροπής κατά 50% ή περισσότερο, σε σύγκριση με τη συνήθη φροντίδα. Η ψυχοθεραπεία στη διπολική διαταραχή βελτιστοποιεί τη σταθερότητα της νόσου και την ψυχοκοινωνική λειτουργία του ατόμου. Η ψυχοθεραπεία καλύπτει θεραπευτικές πτυχές που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τα φάρμακα. Τέτοιες πτυχές μπορεί να είναι η έλλειψη υποστήριξης, η έλλειψη αποδοχής της διάγνωσης και της θεραπείας, η κατανόηση της ασθένειας και της διαχείρισης της, η βελτιστοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής, η διαχείριση άλλων τύπων άγχους και ο εντοπισμός πρώιμων συμπτωμάτων επεισοδίων υπότροπης (Altman, et al. 2006).

Οι ψυχοθεραπείες έχουν σαν σκοπό να ενθαρρύνουν τον ασθενή να συζητήσει σχετικά θέματα, να διερευνήσει όλες τις πτυχές και τα αποτελέσματα της ασθένειας και να προσπαθήσει να επιλύσει κρίσιμα προσωπικά, εργασιακά, κοινωνικά και άλλα προβλήματα. Πολλές εντατικές ψυχοθεραπείες έχουν αναπτυχθεί για ασθενείς με διπολική διαταραχή, όπως η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, η ομαδική ψυχοεκπαίδευση, η οικογενειακή θεραπεία και η διαπροσωπική κοινωνική θεραπείας (Bobo, 2017).

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία αποτελεί μια μη φαρμακολογική παρέμβαση, συχνά ως συμπληρωματική της φαρμακευτικής θεραπείας, με σκοπό την ανακούφιση των συμπτωμάτων, την πρόληψη υποτροπών και την ενισχυμένη στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία έχει σαν σκοπό να βοηθήσει τους ασθενείς με διπολική διαταραχή να μειώσουν την πιθανότητα να εμπλακεί ένας ασθενής σε μανιακά και υπομανιακά επεισόδια. Οι προληπτικές προσεγγίσεις αποσκοπούν στην αντιστάθμιση της παρορμητικότητας κατά τη διάρκεια ενός υπομανιακού επεισοδίου, ώστε να μην εξελιχθεί σε μανιακό επεισόδιο. Οι πρακτικές που εφαρμόζονται σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η αποφυγή διέγερσης και αποφυγή καταστάσεων διαπροσωπικής σύγκρουσης (Ye et al., 2016).

Η οικογενειακή θεραπεία έχει σαν σκοπό να διατηρήσει τη συνοχή της οικογένειας και να βοηθήσει να αναπτυχθούν εσωτερικός έλεγχος και στρατηγικές συναισθηματικής αυτορρύθμισης. Επίσης η οικογενειακή θεραπεία έχει σαν σκοπό την ενίσχυση της συμμόρφωσης των ασθενών στη φαρμακοθεραπεία και στη πρόληψη ή μείωση των υποτροπών. Η οικογενειακή θεραπεία αφορά όλα τα μέλη της οικογένειας (γονείς, παιδιά, συζύγους, αδέρφια και άλλους σημαντικούς συγγενείς ή φροντιστές στη ζωή ενός ατόμου) (Morris et al., 2007).

Η οικογενειακή θεραπεία βοηθά τον ασθενή και τους συγγενείς του:

- Να ενσωματώσουν τις εμπειρίες που σχετίζονται με επεισόδια διάθεσης στη διπολική διαταραχή
- Να αποδεχθούν την έννοια της ευπάθειας σε μελλοντικά επεισόδια
- Να αποδεχθούν την εξάρτηση των συμπτωμάτων από τη φαρμακευτική αγωγή

- Να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν τα αγχωτικά συμβάντα ζωής που προκαλούν υποτροπές
- Να μάθουν να επαναφέρουν τις ισορροπίες μετά από ένα επεισόδιο διαταραχής της διάθεσης (Morris et al., 2007).

## 6.7. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) έχει μια μοναδική θέση στο θεραπευτικό οπλοστάσιο για τη διπολική διαταραχή. Έχει αποδειχθεί χρήσιμη για την οξεία θεραπεία σοβαρών καταθλιπτικών, μανιακών και μικτών καταστάσεων, σε ασθενείς με εκδήλωση αυτοκτονικών τάσεων ή αποπειρών αυτοκτονίας, σε ασθενείς με κατατονία και σε ασθενείς με ανθεκτικότητα σε φάρμακα. Όλες οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία της υποδηλώνουν ότι η ECT θα πρέπει να εφαρμόζεται μόνο σε ανθεκτικές σε φαρμακοθεραπεία ή πολύ σοβαρές περιπτώσεις (Perugi et al., 2017).

Ωστόσο, στην κλινική πρακτική, υπάρχει ευρεία συναίνεση για τη χρήση της ECT σε διάφορες ομάδες ασθενών με σοβαρές κλινικές εικόνες, συχνά σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, ως θεραπεία πρώτης γραμμής. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η ECT πρέπει να εξεταστεί νωρίτερα από τα ψυχοτρόπα φάρμακα. Τέτοιες περιπτώσεις αφορούν ασθενείς με αυτοκτονικό ιδεασμό και συμπεριφορά, σοβαρή απώλεια βάρους, υποσιτισμό, αφυδάτωση και εξάντληση και νοσηλεία με παρατεταμένο καταθλιπτικό ή μανιακό επεισόδιο και κατατονία (Perugi et al., 2017). Η κατατονία είναι ένα νευροψυχιατρικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από κινητική δυσλειτουργία, που σχετίζεται με ανωμαλίες σκέψης, διάθεσης και ευαισθητοποίησης. Η ακινησία, ο αρνητισμός, η ακαμψία είναι τα πιο τυπικά συμπτώματα (Moskowitz, 3004).

Οι περισσότεροι επαγγελματίες λαμβάνουν υπόψη την ECT μόνο όταν ο ασθενής δεν έχει ανταποκριθεί σε πολλές φαρμακολογικές θεραπείες. Αυτές οι προσπάθειες μπορεί να διαρκέσουν για μήνες ή χρόνια, παρατείνοντας την ταλαιπωρία του ασθενούς (Perugi et al., 2017).

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) είναι χρήσιμη σε πολλές περιπτώσεις σε ασθενείς με διπολική διαταραχή ή μανιοκαταθλιπτική ασθένεια, όπως οι ακόλουθες:

- Όταν απαιτείται γρήγορη, οριστική ιατρική / ψυχιατρική θεραπεία
- Όταν οι κίνδυνοι της ECT είναι μικρότεροι από εκείνους άλλων θεραπειών
- Όταν η διπολική διαταραχή είναι ανθεκτική σε άλλες θεραπείας
- Όταν ο ασθενής προτιμά αυτή τη μέθοδο θεραπείας (Soreff, 2018).



## 7.ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Η ψυχιατρική συννοσηρότητα είναι παρούσα στο 50% έως 70% των ασθενών με διπολικές διαταραχές. Οι πιο συχνές διαταραχές από αυτές είναι οι διαταραχές άγχους (περίπου 70% των ασθενών) και η κατάχρηση αλκοόλ και η χρήση άλλων ουσιών (περίπου το 40% -50% των ασθενών). Η παρουσία αυτών των νοσημάτων σε ασθενείς με διπολική διαταραχή, συνδέεται με χειρότερη πορεία της νόσου, με περισσότερο συχνά επεισόδια διάθεσης και με προσπάθειες αυτοκτονίας, και φτωχότερη ποιότητα ζωής (Bobo, 2017).

Άλλες παθολογικές καταστάσεις που συχνά συνυπάρχουν με τη διπολική διαταραχή περιλαμβάνουν τις διατροφικές διαταραχές (π.χ. νευρική βουλιμία) και διαταραχές ελέγχου (π.χ. έλλειψη προσοχής ή διαταραχή υπερκινητικότητας). Περισσότερο από το 1/3 των ασθενών με διπολική διαταραχή, παρουσιάζει μια συνυπάρχουσα διαταραχή προσωπικότητας, ιδιαίτερα την οριακή διαταραχή της προσωπικότητας. Ασθενείς με συνυφασμένες διαταραχές προσωπικότητας τείνουν να έχουν συχνότερα επεισόδια διάθεσης, μικρότερα ευθυμικά διαστήματα και υψηλότερα ποσοστά κατάχρησης αλκοόλ, κατάχρηση ουσιών και αυτοκτονικότητα (Bobo, 2017).

Αυτές οι συνυπάρχουσες συνθήκες πρέπει να αντιμετωπίζονται επιθετικά και συχνά απαιτούν ολοκληρωμένη θεραπεία μαζί με τη διαχείριση των βασικών συμπτωμάτων της νόσου (Bobo, 2017).

Παραδοσιακά, ο υψηλός επιπολασμός των ιατρικών ασθενειών στους ασθενείς με προβλήματα ψυχικής υγείας έχει θεωρηθεί ως συνέπεια των ψυχοτρόπων φάρμακων και του ανθυγιεινού τρόπου ζωής. Η διπολική διαταραχή συνδέονται επίσης με μια ποικιλία από συνυπάρχουσες γενικές ιατρικές παθήσεις, συμπεριλαμβανομένης της παχυσαρκίας και του υπερβολικού βάρους, των νοσημάτων του καρδιαγγειακού συστήματος, του σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, των αυτοάνοσων νοσημάτων, των νεοπλασιών και υψηλά ποσοστά καπνίσματος. Συνδυασμένη παχυσαρκία και διπολική

διαταραχή συσχετίζονται με πιο σοβαρή και χρόνια διπολική ασθένεια, φτωχότερη ανταπόκριση στη φαρμακοθεραπεία, και αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Έτσι, η παχυσαρκία, το υπερβολικό βάρος και οι μεταβολικές διαταραχές πρέπει να εντοπίζονται και να δίνονται στους ασθενείς με διπολική διαταραχή, οι κατάλληλες οδηγίες, τόσο κατά την έναρξη όσο και μετά την έναρξη της φαρμακοθεραπείας, για τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας (Latalova, et al. 2013).

## 8.ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι κύριες επιπλοκές της διπολικής διαταραχής είναι η αυτοκτονία, η ανθρωποκτονία και οι εθισμοί. Οι ασθενείς που εμφανίζουν κατάθλιψη πιστεύεται ότι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και θανάτου θεωρείται ότι είναι δια βίου. Οι ασθενείς που έχουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά θεωρούνται ύποπτοι αυτοκτονική συμπεριφορά:

- Γυναίκες
- Ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ
- Ιστορικό κατάχρησης ουσιών
- Νεαρή ηλικία στην πρώτη θεραπεία για ένα επεισόδιο διάθεσης
- Μεγαλύτερη διάρκεια ασθένειας
- Μεγαλύτερη σοβαρότητα του καταθλιπτικού συμπτώματος (συνολική βαθμολογία 5 βαθμών Hamilton Depression Rating Scale [HAMD-5])
- Τρέχουσα χρήση βενζοδιαζεπινών
- Κακή συμμόρφωση (Bellivier et al., 2011).

Οι αυτοκτονικοί ασθενείς, συχνά στη μανιακή φάση, μπορεί να είναι πολύ απαιτητικοί και με έντονο αίσθημα μεγαλομανίας. Σε αυτό το πλαίσιο, είναι εξοργισμένοι αν άλλοι δεν συμμορφώνονται άμεσα με τις επιθυμίες τους, και μπορούν να γίνουν δραματικά βίαιοι. Τα άτομα με διπολική διαταραχή κινδυνεύουν από τον εθισμό. Αυτό δημιουργεί το πρόβλημα της διπλής διάγνωσης και συνεπώς περιπλέκει τη θεραπεία (Bellivier et al., 2011).

## 9.ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι ασθενείς εμφανίζουν γενικά το πρώτο τους μανιακό επεισόδιο στη δεύτερη δεκαετία της ζωής τους, αν και αυτό μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε στάδιο της ζωής, από την παιδική ηλικία έως το γήρας. Η διπολική διαταραχή επηρεάζει σημαντικά την κανονική ψυχοκοινωνική ανάπτυξη ενός παιδιού και αυξάνει τον κίνδυνο ακαδημαϊκών, κοινωνικών και διαπροσωπικών προβλημάτων. Συνδέεται επίσης με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, χρήσης ουσιών και επιβάρυνσης της υγείας λόγω υιοθέτησης ανθυγιεινών συνηθειών (Birmaher, 2013).

Επεισόδια μανίας ή υπομανίας που εμφανίζονται για πρώτη φορά στη μεταγενέστερη ζωή (μετά την ηλικία των 40 ετών), ακολουθούνται συνήθως για πολλά χρόνια από επαναλαμβανόμενα επεισόδια μονοπολικής κατάθλιψης ή συνδέονται δευτερογενώς με άλλους παράγοντες όπως η χρήση στεροειδών φάρμακων, λοιμώξεις, νευροενδοκρινικές διαταραχές ή νευρολογικά προβλήματα (Dols et al., 2014).

Ένα αυξανόμενο ποσοστό ασθενών με διπολική διαταραχή σχετίζεται με πρόωρη θνησιμότητα. Αυτό αποδίδεται κυρίως σε αίτια, όπως η αυτοκτονία, η ανθρωποκτονία ή το ατύχημα, όπως επίσης και σε διάφορα νοσήματα, που οδηγούν σε σταδιακή επιδείνωση της υγείας και πρόωρο θάνατο (Hayes et al., 2015). Οι Crump και συν. (2013), στη μελέτη τους καταγράφουν ότι γυναίκες και άντρες με διπολική διαταραχή, είχαν αντίστοιχα, 2,3 φορές και 2,0 φορές αυξημένη θνησιμότητα και απεβίωσαν 9 (μέσος όρος ηλικία, 73,4 έναντι 82,4 ετών) και 8,5 (μέση ηλικία 68,9 έναντι 77,4 ετών) χρόνια νωρίτερα από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή είχαν αυξημένο κίνδυνο θανάτου από ισχαιμική καρδιοπάθεια, διαβήτη, ΧΑΠ, γρίπη ή πνευμονία, ακούσιο τραυματισμό και αυτοκτονία και για καρκίνο.

Δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι η θνησιμότητα από όλες τις αιτίες για ασθενείς με διπολική διαταραχή έχει βελτιωθεί με την πάροδο του χρόνου

(από τη δεκαετία του 1950) σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, παρά τις σύγχρονες θεραπείες από τότε. Άτομα με διπολική διαταραχή αντιπροσωπεύουν το 3,4% έως 14% όλων των θανάτων από αυτοκτονία, με τους αυτοτραυματισμούς και τους απαγχονισμούς να είναι οι πιο συνηθισμένες μέθοδοι (Schaffer et al., 2015).

## 10.ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ

Η παρουσία μανιακών ή υπομανιακών επεισοδίων αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της διάγνωσης της διπολικής διαταραχής, καθώς διαχωρίζει τη διπολική διαταραχή από άλλες συνθήκες, όπως η μονοπολική κατάθλιψη. Ως εκ τούτου, μια συστηματική προσέγγιση για τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής αρχίζει συχνά με τη διερεύνηση του ιστορικού για μανιακά και υπομανιακά συμπτώματα ή επεισόδια (Bobo, 2017).

Η ψυχιατρική αξιολόγηση περιλαμβάνει λεπτομερή διερεύνηση σχετικά με τα τρέχοντα ψυχιατρικά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένου του αυτοκτονικού ιδεασμού, (πρόθεση ή σχέδιο), το βαθμό λειτουργικής βλάβης που αποδίδεται στα υπάρχοντα ψυχιατρικά συμπτώματα ή τα παρελθόντα μανιακά, μικτά, υπομανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια (Bobo, 2017).

Η κλινική συνέντευξη, εκτός από την διάγνωση της διπολικής διάγνωσης, αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό στοιχείο στο προγραμματισμό της θεραπείας, βοηθώντας στην επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου. Οι συνεχείς συνεντεύξεις κατά τη διάρκεια της θεραπείας συμβάλλουν στη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης με τον ασθενή, ενθαρρύνουν την επικοινωνία και ενισχύουν την τήρηση της θεραπείας (Zolnierek & Dimatteo, 2009).

Η προσπάθεια δημιουργίας ενός κλίματος διαλόγου μεταξύ του νοσηλευτή ψυχικής υγείας και του ασθενούς αντιπροσωπεύει ένα βασικό στοιχείο των συνεντεύξεων των ασθενών. Άλλα στοιχεία της συνέντευξης ασθενούς θα πρέπει να περιλαμβάνουν τη φυσική εξέταση και τον έλεγχο των εργαστηριακών εξετάσεων, με στόχο τον αποκλεισμό διαταραχών που μιμούνται τα διπολικά συμπτώματα, όπως για παράδειγμα, ο υποθυρεοειδισμός ή ο υπερθυρεοειδισμός (Krishnan, 2005). Επίσης μέσα από τη συνέντευξη θα αναζητηθούν ψυχιατρικές διαταραχές (π.χ. διαταραχή πανικού, διαταραχή μετατραυματικό στρες), που υπάρχει περίπτωση να μιμούνται τα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαφορική διάγνωση (Goldberg, 2010).

## 10.1.Προτεινόμενες ερωτήσεις παρακολούθησης

1. Πόσο διαρκούν τα υπομανιακά / μανιακά επεισόδια (ώρες / ημέρες / εβδομάδες / μήνες); Σχόλιο: Τα επεισόδια που διαρκούν μερικές ώρες είναι πιο ενδεικτικά μιας εναλλακτικής διαταραχής, όπως μια διαταραχή της προσωπικότητας. Λίγες μέρες ή και περισσότερο είναι ενδεικτικό ενός υπομανιακού ή μανιακού επεισοδίου.
2. Πόσο συχνά συμβαίνουν τα υπομανιακά / μανιακά επεισόδια (π.χ. πόσες φορές το χρόνο); Σχόλιο: Τα επεισόδια που συμβαίνουν αρκετές φορές την εβδομάδα ή ακόμα και εβδομαδιαία δεν είναι χαρακτηριστικά της διπολικής διαταραχής.
3. Σχετίζεται η εκδήλωση των υπομανιακών / μανιακών επεισοδίων με φάρμακα; Σχόλιο: Είναι δύσκολο να εντοπιστεί η διπολική διαταραχή στο πλαίσιο λήψης φαρμάκων ή ουσιών. Τα επεισόδια που εμφανίζονται μόνο κατά τη χρήση ουσιών ενδέχεται να είναι πιο ενδεικτικά μιας διαταραχής διάθεσης που προκαλείται από την ουσία.
4. Πόσα καταθλιπτικά επεισόδια έχουν συμβεί μέχρι σήμερα (π.χ. λίγα, όπως <4, ή πολλά); Σχόλιο: Οι ασθενείς με υψηλό αριθμό καταθλιπτικών επεισοδίων είναι πιο πιθανό να έχουν διπολική διαταραχή.
5. Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής ή σχιζοφρένειας; Σχόλιο: Η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού διπολικής διαταραχής ή σχιζοφρένειας αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης διπολικής διαταραχής.
6. Έχει προηγουμένως διαγνωστεί διπολική διαταραχή και εάν ναι, από ποιον; Σχόλιο: Αυτό είναι σημαντικό για το συντονισμό της φροντίδας με προηγούμενους κλινικούς ιατρούς.
7. Έχει προηγουμένως λάβει θεραπεία με αντικαταθλιπτικά και, αν ναι, πώς ανταποκρίθηκε; Σχόλιο: Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή

ενδέχεται να εμφανίσουν αυξημένη ενέργεια, προβλήματα ύπνου ή συναισθηματική αστάθεια κατά τη διάρκεια της θεραπείας με αντικαταθλιπτικά.

8. Σε ποια ηλικία άρχισαν τα επεισόδια διάθεσης; Σχόλιο: Η διπολική διαταραχή έχει συνήθως νεότερη ηλικία εμφάνισης (πριν την ηλικία 18) από τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.
9. Εμφανίζονται τα επεισόδια διάθεσης ξαφνικά ή σταδιακά; Σχόλιο: Η ξαφνική εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι πιο συνεπής με τη διπολική διαταραχή. Επιπλέον, τα διπολικά καταθλιπτικά επεισόδια συνοδεύονται συχνά από ψύχωση (Cerimele et al., 2013).

## **10.2.Διάκριση ασθενών και παραπομπή σε ειδικό**

Ο νοσηλευτής κάθε βαθμίδας και κάθε τμήματος του υγειονομικού συστήματος, πρέπει να είναι γνώστης της πιθανής κλινικής εμφάνισης της διπολικής διαταραχής, ώστε να μπορεί μέσα από την επαφή του με τους ασθενείς, να ξεχωρίσει πιθανά άτομα με τη νόσο της διπολικής διαταραχής. Έτσι ύποπτα συμπτώματα για διπολική διαταραχή και για παραπομπή σε ειδικό είναι:

- Αϋπνία ή και αυξημένη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας - μειωμένος ύπνος
- Υπερφαγία ή και αυξημένο βάρος - μειωμένη όρεξη ή και απώλεια βάρους
- Άλλα άτυπα συμπτώματα κατάθλιψης
- Μειωμένη ψυχοσωματική αντίδραση - κανονικά ή αυξημένα επίπεδα δραστηριότητας



- Ψυχωτικά συμπτώματα- εκδήλωση ενοχών χωρίς σαφή αιτία - σωματικές εκδηλώσεις (π.χ. κεφαλαλγία)
- Εναλλαγή συναισθηματικών συμπτωμάτων / συνυπάρχοντα μανιακά συμπτώματα
- Θετικό οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής (Cerimele et al., 2013).

Κατά την οριστικοποίηση της διάγνωσης της διπολικής διαταραχής, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας θα πρέπει να προγραμματίσει μια ενημερωτική συζήτηση με τα μέλη της οικογένειας ή με τους στενούς φίλους. Αυτή είναι μια ευκαιρία για την αξιολόγηση της οικογένειας σχετικά με τις τρέχουσες σχέσεις με τον ασθενή (Judd et al., 2002).

## 11.ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ

### 11.1.Προσέγγιση του ασθενούς

Η θεραπεία της διπολικής διαταραχής σχετίζεται άμεσα με τη φάση του επεισοδίου (δηλαδή κατάθλιψη ή μανία) και τη σοβαρότητα αυτής της φάσης. Για παράδειγμα, ένα άτομο που είναι εξαιρετικά καταθλιπτικό και παρουσιάζει αυτοκτονική συμπεριφορά απαιτεί νοσοκομειακή θεραπεία. Αντίθετα, ένα άτομο με μέτρια κατάθλιψη, μπορεί ακόμη να αντιμετωπίζεται ως εξωτερικός ασθενής. Ο νοσηλευτής-τρια ψυχικής υγείας αξιολογεί αν τα τρέχοντα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν μανιακό, υπομανιακό ή μικτό μανιακό επεισόδιο. Σε αυτή την περίπτωση γίνεται διακοπή των φαρμακευτικών παραγόντων που συνδέονται με επεισόδια μανίας ή υπομανίας (Fagiolini, 2008).

Οι ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με διπολική μανία ή κατάθλιψη, που συνοδεύονται από σοβαρά συμπτώματα πρέπει να οδηγούνται για επείγουσα νοσηλεία σε δομή ψυχικής υγείας. Οι ενδείξεις για νοσηλεία σε κλειστό τμήμα ενός ασθενούς με διπολική διαταραχή περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Όταν υπάρχει κίνδυνος για τον εαυτό του
- Όταν υπάρχει κίνδυνος για τους άλλους
- Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε παραλήρημα
- Όταν ο ασθενής εμφανίζει ψυχωτικά συμπτώματα
- Όταν βεβαιώνεται συνολική αδυναμία λειτουργίας
- Όταν βεβαιώνεται συνολική απώλεια ελέγχου (π.χ. υπερβολική σπατάλη χρημάτων, πραγματοποίηση επικίνδυνου ταξιδιού)

- Όταν οι ιατρικές συνθήκες που δικαιολογούν παρακολούθηση (π.χ. χρήση ουσιών / δηλητηρίαση) (Soreff, 2018).

Οι ασθενείς με πιθανή διάγνωση διπολικής κατάθλιψης πρέπει επίσης να παραπέμπονται για επείγουσα φροντίδα ψυχικής υγείας εάν παρουσιάζουν σοβαρές ψευδαισθήσεις, ψευδαισθήσεις, σύγχυση, κατατονική συμπεριφορά, ακραία αρνητικότητα (Soreff, 2018).

Ένας ασθενής με διπολική διαταραχή, ειδικά ένας ασθενής σε καταθλιπτικό επεισόδιο, μπορεί να παρουσιάσει σημαντικό κίνδυνο για αυτοκτονία, ειδικά σε πρώιμη εμφάνιση συμπτωμάτων. Οι σοβαρές προσπάθειες αυτοκτονίας και οι αυτοκτονικοί ιδεασμοί αποτελούν σαφή ένδειξη της ανάγκης για συνεχή παρατήρηση και προληπτική προστασία (Soreff, 2018).

Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή μπορούν επίσης να αποτελέσουν απειλή για τους άλλους. Για παράδειγμα, ένας ασθενής που βιώνει μια σοβαρή κατάθλιψη πιστεύει ότι ο κόσμος ήταν τόσο ζοφερός, που μπορεί να σχεδιάζει να σκοτώσει τα παιδιά του για να τα ελευθερώσει από τη δυστυχία του κόσμου (Soreff, 2018).

Μερικές φορές, οι συμπεριφορές του ασθενούς είναι εντελώς εκτός ελέγχου, γεγονός που προκαλούν ιδιαίτερη ανησυχία κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου. Σε αυτή την κατάσταση, οι συμπεριφορές των ασθενών είναι τόσο πέρα από τα όρια και μπορεί να είναι επιβλαβείς για τους γύρω τους. Για παράδειγμα, ένας παραληρητικός ασθενής με μανιακό επεισόδιο μπορεί να πιστεύει ότι όλοι είναι εναντίον του και ψάχνει για ένα όπλο για να υπερασπιστεί τον εαυτό του (Soreff, 2018).

Μερικοί ασθενείς με διπολική διαταραχή έχουν άλλες ιατρικές καταστάσεις για τις οποίες απαιτείται παρακολούθηση. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με ορισμένες καρδιακές παθήσεις πρέπει να βρίσκονται σε θεραπευτικό

νοσοκομειακό περιβάλλον, ώστε να παρακολουθείται η καρδιακή λειτουργία τους και να υπάρχει ετοιμότητα για άμεση παρέμβαση (Soreff, 2018).

### **11.2.Φαρμακολογική θεραπεία μανιακών επεισοδίων**

Για τους ασθενείς που παρουσιάζουν μανιακό ή μικτό επεισόδιο, ο πρωταρχικός στόχος της θεραπείας είναι ο έλεγχος των συμπτωμάτων και η επιστροφή σε φυσιολογικά επίπεδα ψυχοκοινωνικής λειτουργίας. Ο γρήγορος έλεγχος της διέγερσης, της επιθετικότητας και της παρορμητικότητας είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την ασφάλεια των ασθενών και του περιβάλλοντος τους (APA, 2002).

Ο μανιακός διπολικός ασθενής διακόπτει τη συμμαχία ιατρού-ασθενούς και δημιουργεί ένα ενοχλητικό, ακόμη και επικίνδυνο, περιβάλλον. Πρέπει να παρέχεται αρχικά θεραπεία με φάρμακα από τη στοματική οδό. Ενδομυϊκές ενέσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για ασθενείς που αρνούνται τη θεραπεία από το στόμα. Ουσίες που μπορούν να χορηγηθούν ενδομυϊκά είναι η ολανζαπίνη, η ζιπρασιδόνη, η αριπιπραζόλη ή συνδυασμός ενδομυϊκής αλοπεριδόλης και βενζοδιαζεπίνης (Fountoulakis et al., 2012).

Γενικά ουσίες όπως το λίθιο, η καρβαμαζεπίνη, το βαλπροϊκό, η αλοπεριδόλη και άτυπα αντιψυχωσικά (κουετιαπίνη, ολανζαπίνη, ρισπεριδόνη, αριπιπραζόλη, ζιπρασιδόνη, ασεναπίνη και παλιπεριδόνη) έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά κατά της μανίας (Smith et al., 2007).

### **11.3. Φαρμακολογική θεραπεία υπομανιακών επεισοδίων**

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις για την οξεία υπομανία συνήθως μιμούνται εκείνες για τα μανιακά επεισόδια. Η υπομανία μπορεί να είναι το προοίμιο της μανίας σε μεμονωμένους ασθενείς, οπότε η θεραπεία θα πρέπει να είναι παρόμοια με τη μανία. Σε περίπτωση που ο ασθενής λαμβάνει προφυλακτική θεραπεία με αντιμανιακό παράγοντα, συνίσταται έλεγχος για το επίπεδο του φαρμάκου στο πλάσμα και ανάλογα με το αποτέλεσμα,

συνίσταται αύξηση της δοσολογίας. Αν δεν προγραμματιστεί περαιτέρω προφύλαξη, βραχυπρόθεσμα η θεραπεία είτε με βαλπροϊκό είτε με άτυπο αντιψυχωσικό μπορεί να είναι η καλύτερη επιλογή, καθώς και οι δύο είναι καλά ανεκτές και έχουν καλό προφίλ ασφάλειας και σχετικά γρήγορη έναρξη δράσης, ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο υποτροπής της υπομανίας σε μανία μέσα στις επόμενες ημέρες (Fountoulakis et al., 2012).

#### **11.4.Φαρμακολογική θεραπεία καταθλιπτικών επεισοδίων**

Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή, ειδικά οι ασθενείς με διπολική διαταραχή II, περνούν πολύ περισσότερο χρόνο σε καταθλιπτικές φάσεις σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη οξεία φάση και έτσι η θεραπεία της κατάθλιψης είναι μείζονος σημασίας. Η καταθλιπτική φάση της διπολικής διαταραχής είναι χρόνια στο 20% των ασθενών και προκαλεί περισσότερη αναπηρία και μειωμένη ποιότητα ζωής από οποιαδήποτε άλλη φάση της ασθένειας. Σε γρήγορους κύκλους διπολικών ασθενών, τα καταθλιπτικά επεισόδια είναι πιο ανθεκτικά στη θεραπεία από τα υπομανικά ή μανιακά επεισόδια. Οι αυτοκτονικές πράξεις συνιστούν μια μεγάλη ανησυχία σε ασθενείς με διπολική διαταραχή και σχετίζονται με σοβαρή καταθλιπτική συνδρομή. Ωστόσο, δυστυχώς, η θεραπεία της διπολικής κατάθλιψης αποτελεί μείζονα πρόκληση, με λίγες θεραπείες να έχουν αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα (Geddes & Miklowitz, 2013).

#### **11.5.Φαρμακολογική θεραπεία συντήρησης**

Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι όλοι οι ασθενείς χρειάζονται μερικούς μήνες εντατικής φροντίδας, μετά την αποδρομή της οξείας φάσης. Αυτή η περίοδος μπορεί να διαρκέσει από μερικούς μήνες έως ένα χρόνο. Σε πολλές περιπτώσεις συνίσταται η έναρξη της θεραπείας συντήρησης πάντα μετά τη διάγνωση της νόσου. Για τους ασθενείς με διπολική διαταραχή I συνιστάται μόνιμη θεραπεία συντήρησης. Συνιστάται επίσης η ίδια σύσταση σε ασθενείς με διπολική διαταραχή II, εάν υπάρχει έντονη αυτοκτονική τάση, ψυχωτική καταθλιπτική διάθεση ή σημαντική λειτουργική αναπηρία. Το λίθιο, το

βαλπροϊκό, η ολανζαπίνη και η κουετιαπίνη, καθώς και η λαμοτριγίνη (κυρίως για την πρόληψη της κατάθλιψης), η αριπιπραζόλη και η μακράς δράσης ρισπεριδόνη μπορούν να χορηγηθούν ως μονοθεραπεία πρώτης γραμμής συντήρησης (Geddes & Miklowitz, 2013).

### **11.6.Κίνδυνος τραυματισμού**

Ο κίνδυνος τραυματισμού είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης περιβαλλοντικών συνθηκών με τους προσαρμοστικούς και αμυντικούς πόρους του ατόμου. Μπορεί να σχετίζεται με βιοχημική δυσλειτουργία, συναισθηματικό αποπροσανατολισμό, καταστροφικές συμπεριφορές, αυξημένη διέγερση και έλλειψη ελέγχου (Townsend, 2015). Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σχετικά με αυτόν τον κίνδυνο συνοψίζονται στα παρακάτω:

- Ο νοσηλευτής-τρια μειώνει τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Εξασφαλίζει ιδιωτικό χώρο, αν είναι δυνατόν, με απαλό φωτισμό, χαμηλό επίπεδο θορύβου και απλή διακόσμηση δωματίου. Σε υπερκινητική κατάσταση, ο ασθενής αντιδρά στα παραμικρά ερεθίσματα με υπερβολικό τρόπο.
- Ο νοσηλευτής-τρια περιορίζει τις δραστηριότητες της ομάδας. Η ικανότητα του ατόμου να αλληλεπιδρά με άλλους είναι μειωμένη. Αισθάνεται πιο ασφαλής στη σχέση ένας προς έναν.
- Ο νοσηλευτής-τρια αφαιρεί τα επικίνδυνα αντικείμενα και ουσίες από το περιβάλλον του ασθενούς (συμπεριλαμβανομένων των ειδών καπνίσματος). Ο ασθενής μπορεί να βλάψει τον εαυτό του κατά λάθος. Προτεραιότητα της νοσηλείας αποτελεί η ασφάλεια.
- Ο νοσηλευτής-τρια προσφέρει υποστήριξη και αίσθηση ασφάλειας.
- Ο νοσηλευτής-τρια παρέχει ένα δομημένο πρόγραμμα δραστηριοτήτων, που περιλαμβάνει καθιερωμένη περίοδο ανάπαυσης

καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας. Ένα δομημένο πρόγραμμα παρέχει μια αίσθηση ασφάλειας για τον ασθενή.

- Ο νοσηλευτής-τρια εξασφαλίζει σωματικές δραστηριότητες ως υποκατάστατο για άσκοπη υπερκινητικότητα (Παραδείγματα: βόλτες, γυμναστήριο, χορός, αεροβική άσκηση). Η σωματική άσκηση παρέχει ασφάλεια και αποτελεί ένα αποτελεσματικό μέσο για την ανακούφιση της έντασης.
- Ο νοσηλευτής-τρια χορηγεί την ηρεμιστική φαρμακευτική αγωγή, σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα συνήθως συνταγογραφούνται για την ταχεία ανακούφιση της διέγερσης και της υπερδραστηριότητας. Τα άτυπα αντιψυχωσικά περιλαμβάνουν ολανζαπίνη, ζιπρασιδόνη, κουετιαπίνη, ρισπεριδόνη, ασεναπίνη, και αριπιπραζόλη. Η χλωροπρομαζίνη είναι ένα τυπικό αντιψυχωτικό που ενδείκνυται για τη θεραπεία της διπολικής μανίας.
- Ο νοσηλευτής-τρια παρατηρεί την αποτελεσματικότητα της αγωγής και την παρουσία ανεπιθύμητων παρενεργειών (Townsend, 2015).

### **11.7.Διατροφικό και ενεργειακό έλλειμμα**

Ο διπολικός ασθενής παρουσιάζει μειωμένη πρόσληψη θρεπτικών συστατικών για την κάλυψη των μεταβολικών αναγκών. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε άρνηση ή ανικανότητα του ατόμου, σε έλλειψη όρεξης, σε υπερβολική φυσική διέγερση, σε σωματική άσκηση που υπερβαίνει την προσλαμβανόμενη διατροφική υποστήριξη και σε έλλειψη ενδιαφέροντος για φαγητό. Έτσι ο ασθενής χαρακτηρίζεται από απώλεια βάρους, μειωμένο μυϊκό τόνο, αμηνόρροια, κακή επιδερμίδα δέρματος, αναιμία, ανισορροπία ηλεκτρολυτών (Townsend, 2015). Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε αυτό τον τομέα συνοψίζονται στα παρακάτω:

- Ο νοσηλευτής-τρια σε συνεργασία με τον διαιτολόγο, καθορίζει τον αριθμό θερμίδων που απαιτούνται για την παροχή επαρκούς διατροφικής υποστήριξης ή για το ρεαλιστικό (ανάλογα με τη δομή του σώματος και το ύψος) κέρδος βάρους.
- Ο νοσηλευτής-τρια παρέχει στον ασθενή τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες, υψηλή περιεκτικότητα σε θερμίδες, και ποτά και τρόφιμα που μπορούν να καταναλωθούν γρήγορα. Ο ασθενής λόγω της υπερκινητικής κατάστασης, δυσκολεύεται να καθίσει αρκετά για να φάει ένα γεύμα.
- Ο νοσηλευτής-τρια διατηρεί ακριβή καταγραφή της πρόσληψης, της κατανάλωσης και του αριθμού θερμίδων. Αυτές οι πληροφορίες είναι απαραίτητες για την ακριβή διατροφική αξιολόγηση και τη διατήρηση της ασφάλειας του ασθενούς.
- Ο νοσηλευτής-τρια ζυγίζει καθημερινά τον ασθενή. Η απώλεια ή η αύξηση βάρους είναι σημαντικό θρεπτικό στοιχείο αξιολόγησης.
- Ο νοσηλευτής-τρια φροντίζει ο ασθενής να λαμβάνει συμπληρώματα βιταμινών και ανόργανων συστατικών, σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού, για τη βελτίωση της διατροφικής κατάστασης.
- Ο νοσηλευτής-τρια ενθαρρύνει και ενισχύει θετικά τον ασθενή για την αύξηση της αυτοεκτίμησης και την προώθηση των επιθυμητών συμπεριφορών.
- Ο νοσηλευτής-τρια εξηγεί τη σημασία της επαρκούς διατροφής και της πρόσληψης υγρών (Townsend, 2015).



## 12.Η ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η φαρμακοθεραπεία είναι το θεμέλιο της θεραπείας της διπολικής διαταραχής. Τα ποσοστά μη συμμόρφωσης στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής κυμαίνονται από 20% έως 66%, με μέσο όρο 41%. Αυτά τα ποσοστά δεν φαίνεται να έχουν αλλάξει σημαντικά από την εισαγωγή νέων φαρμακολογικών παραγόντων (Lingam & Scott, 2002).

Η κακή συμμόρφωση είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας στην κακή θεραπευτική ανταπόκριση σε ασθενείς με διπολική διαταραχή. Οι συνέπειες της έλλειψης συμμόρφωσης στη φαρμακοθεραπεία μπορεί να είναι απειλητικές για τη ζωή. Έτσι η έλλειψη συμμόρφωσης έχει συνδεθεί με μειωμένη πιθανότητα επίτευξης ύφεσης, με αυξημένα ποσοστά υποτροπής και εισαγωγής στο νοσοκομείο, με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς και με μεγαλύτερες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη (Hong et al., 2011).

Σε ένα καθαρά πρακτικό επίπεδο, η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής συνεπάγεται μια σειρά από συμπεριφορές, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης της θεραπείας, της λήψης φαρμάκων, της κατανόησης και της εφαρμογής των οδηγιών σχετικά με τη λήψη και την παρακολούθηση των φαρμάκων (Berk et al., 2010).

Η ακούσια μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή προκύπτει από προσωπικούς ή περιβαλλοντικούς περιορισμούς που παρεμποδίζουν τη λήψη φαρμάκων, ενώ η σκόπιμη μη συμμόρφωση απορρέει από τις απόψεις των ασθενών σχετικά με τα φάρμακα. Τέτοιες απόψεις αφορούν τις γενικές πεποιθήσεις που σχετίζονται με την εγγενή φύση των φαρμάκων και τους τρόπους με τους οποίους είναι τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται από τους γιατρούς. Άλλοι ασθενείς φαίνεται να φοβούνται τις παρενέργειες και τις βλάβες που προκαλούνται από τα φάρμακα, αρνούνται τη σοβαρότητα της ασθένειας και την ανάγκη για θεραπεία, έχουν δεχθεί την

αναποτελεσματικότητα των φαρμάκων, αναφέρουν φόβους για εξάρτηση, φοβούνται τον στιγματισμό (Chakrabarti., 2016).

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας πρέπει να εξασφαλίσει τη συμμόρφωση του ασθενούς με διπολική διαταραχή. Στρατηγικές που εφαρμόζονται σε αυτό το πλαίσιο είναι:

- **Θεραπευτική συμμαχία.** Η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας περιλαμβάνει έναν συνεργατικό και συναισθηματικό δεσμό μεταξύ του προσωπικού υγείας και των ασθενών. Η ισχυρή θεραπευτική συμμαχία συνδέεται με τη βελτίωση της προσκόλλησης των ασθενών με διπολική διαταραχή στη φαρμακευτική αγωγή. Η ισχυρή θεραπευτική συμμαχία ενισχύεται με διάφορους τρόπους, όπως η προώθηση θετικότερων στάσεων απέναντι στη θεραπεία και την ενίσχυση της αποδοχής της θεραπείας από τους ασθενείς. Για να προωθηθεί αυτή η ανοικτή και ενεργός στάση οι κλινικοί πρέπει όχι μόνο να ακούν καλύτερα, αλλά και να μάθουν να εκτιμούν αυτή την επικοινωνία με τους ασθενείς, ώστε να δημιουργήσουν αποτελεσματικούς δεσμούς με αυτούς (Chakrabarti., 2016). Αυτή η αμφίδρομη επικοινωνία διαμορφώνεται επίσης με την παροχή πληροφοριών σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία, δεδομένου ότι οι ασθενείς εκφράζουν συχνά την ανάγκη για τέτοιες πληροφορίες. Οι επιπλέον, πληροφορίες μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να διαλύσουν τις λανθασμένες πεποιθήσεις για τα φάρμακα, να μειώσουν τα συναισθήματα του στιγματισμού και να ενθαρρύνουν τη θετική στάση απέναντι στη θεραπεία. Η προσκόλληση βελτιώνεται επίσης όταν συμφωνούν τόσο οι ασθενείς όσο και οι επαγγελματίες υγείας, σχετικά με τους ρόλους και τις ευθύνες τους στο πλαίσιο της συμμαχίας. Οι ασθενείς θέλουν επίσης αυτή τη διαδραστική σχέση να είναι ευέλικτη και ανταποκρινόμενη στις αλλαγές της κλινικής κατάστασης και στις ανάγκες τους (Strauss & Johnson, 2006).

- **Γνώση της ασθένειας και της θεραπείας της.** Ένας άλλος πιθανός καθοριστικός παράγοντας διασφάλισης της προσκόλλησης είναι η γνώση σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία. Η έλλειψη τέτοιων γνώσεων είναι επικρατούσα πηγή δυσαρέσκειας μεταξύ των ασθενών με διπολική διαταραχή. Οι ασθενείς φαίνονται ιδιαίτερα δυσαρεστημένοι με την έλλειψη πληροφοριών σχετικά με τις παρενέργειες και άλλες πτυχές που σχετίζονται με τη φαρμακευτική αγωγή. Η ανεπαρκής γνώση θα μπορούσε να οφείλεται σε ανεπαρκείς προσπάθειες και αναποτελεσματικά μέσα παροχής πληροφοριών, καθώς και σε γνωστικές δυσκολίες ή έλλειψη διορατικότητας και κίνητρων μεταξύ των ασθενών (Chakrabarti., 2016).
- **Ο ρόλος της οικογένειας και σημαντικοί άλλοι.** Οι οικογένειες επηρεάζουν την προσήλωση των ασθενών στην φαρμακευτική αγωγή με διάφορους τρόπους. Μια αποδιοργανωμένη ή δυσλειτουργική οικογένεια έχει συσχετιστεί με υψηλότερο επιπολασμό της μη προσκόλλησης στην αγωγή. Μια διαταραγμένη οικογενειακή ατμόσφαιρα συχνά οδηγεί σε μη συμμόρφωση, με μείωση της κοινωνικής υποστήριξης που παρέχεται στον ασθενή. Γίνεται αντιληπτό ότι η κριτική, οι αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις και ο στιγματισμός ή η απόρριψη μέσα στην οικογένεια, οδηγούν στη μη προσκόλληση μεταξύ των ασθενών. Κατά συνέπεια, οι αρνητικές στάσεις και η μη κατανόηση της ασθένειας από την οικογένεια, μπορούν να επηρεάσουν την απόφαση του ασθενούς αν θα συνεχίσει τη θεραπεία (Berk et al., 2010).
- **Στίγμα, ικανοποίηση των ασθενών και παράγοντες που σχετίζονται με το σύστημα.** Για πολλούς ανθρώπους με διπολική διαταραχή το στίγμα της ύπαρξης μιας χρόνιας ψυχικής ασθένειας, που απαιτεί μακροπρόθεσμη θεραπεία, μπορεί να αποτρέψει την προσκόλληση. Τα συναισθήματα του στίγματος όσον αφορά τη διπολική διαταραχή και η θεραπεία της εμφανίζεται επίσης να προάγει

αρνητικές στάσεις απέναντι στη θεραπεία και να επηρεάζει δυσμενώς τη θεραπευτική συμμαχία. Παρεμβάσεις όπως η από κοινού λήψη αποφάσεων, η προσωπική ευθύνη και η συνεργατική φροντίδα, εφαρμόζονται όλο και περισσότερο για να ενισχύσουν την ακεραιότητα της θεραπείας σε χρόνιες ιατρικές διαταραχές (Tibaldi et al., 2011).

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ – ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

Κεντρικό ζήτημα για την διεξαγωγή μιας ποιοτικής έρευνας αποτελεί η επιλογή του ερευνητικού ερωτήματος. Πρόκειται για μια επιλογή που καθορίζεται τόσο από το προσωπικό ενδιαφέρον, τις εμπειρίες και το σύστημα αξιών του ερευνητή όσο και από περισσότερο «αντικειμενικούς» παράγοντες όπως η επικαιρότητα, η σημασία του υπό διερεύνηση ζητήματος καθώς και η ύπαρξη προηγούμενης επιστημονικής γνώσης γύρω από το θέμα, ο τρόπος δηλαδή με τον οποίο αυτό έχει προσεγγισθεί ή οι πλευρές που δεν έχουν τυχόν ερευνηθεί .

Πράγματι, όλοι οι παραπάνω παράγοντες ώθησαν στην επιλογή διερεύνησης της συγκεκριμένης μελέτης περίπτωσης. Η προσωπική φοιτητική εμπλοκή σε νοσηλευτικές διεργασίες στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων έπαιξαν καταλυτικό ρόλο στη συγκεκριμένη επιλογή. Σε πρώτη φάση η προσοχή μας στράφηκε στην όλο και πιο συχνά εμφανιζόμενη περίπτωση της διπολικής διαταραχής. Στην πορεία και μέσα απ' την βιβλιογραφική ανασκόπηση και την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας διαπιστώθηκε ότι αν και υπάρχει πληθώρα επιστημονικού υλικού γύρω από θέματα που αφορούν τη διπολική διαταραχή, δεν υπάρχουν πολλές ποιοτικές μελέτες που θα μπορούσαν να αναδεικνύουν με μεγαλύτερη σαφήνεια τα συναισθήματα αυτών των ατόμων αλλά και τους λόγους που οι ίδιοι επικαλούνται για αυτά τα συναισθήματα. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η εργασία μας να ενσωματώσει τα «λόγια του ασθενούς» σε αυτό το κεφάλαιο που αποτελεί και την ερευνητική προσπάθεια, στα πλαίσια πάντα της πτυχιακής μου εργασίας.

### **1.Ερευνητικό Ερώτημα και Σκοπός της Παρούσας Μελέτης**

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

## **2.Μεθοδολογική Προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος**

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

### **2.1.Παρουσίαση του Ιστορικού των συμπτωμάτων**

Η ασθενής περιγράφει:

«Στο δημοτικό σχολείο, ήμουν υπερκινητική, με περίσσεια ενέργειας και δυσκολευόμουν να καθίσω στο θρανίο τις πρώτες τάξεις του δημοτικού. Οι δάσκαλοι με έστειλαν συχνά στο γραφείο του διευθυντή επειδή ήμουν ζωηρή μέσα στην τάξη και δημιουργούσα αναστάτωση σε όλα τα παιδιά. Στο γυμνάσιο, συμπλήρωνα το πρόγραμμά μου με εξωσχολικές δραστηριότητες και κοινωνικές εκδηλώσεις, αφήνοντας ελάχιστο χρόνο για μελέτη των μαθημάτων στο σπίτι. Μεγαλώνοντας άρχισα να φοιτώ σε μια σχολή, έκανα συνέχεια νέους φίλους και συμμετείχα σε όλες τις δραστηριότητες: πορείες, καταλήψεις, εκδηλώσεις».

«Οι σκέψεις μου θα έτρεχαν από το ένα πράγμα στο άλλο. Έτρεξα μπροστά και πίσω στο έλεος των παρορμήσεών μου. Μεταπηδούσα γρήγορα ανάμεσα σε σχέσεις, σπίτια, γειτονιές και δουλειές. Ένιωθα έντονες διακυμάνσεις της διάθεσης και ακραίες αντιδράσεις στις καθημερινές καταστάσεις. Πετούσα από βαθιά ανασφαλείς καταστάσεις, σε καταστάσεις υπερβολικής αυτοπεποίθησης και από σκέψεις αυτοκτονίας και απαξίωσης του εαυτού μου, σε περιόδους έντονης δημιουργίας».

«Στο τέλος των σπουδών μου ο μπαμπάς μου αυτοκτόνησε με όσα χάπια υπήρχαν στο σπίτι. Αυτό το γεγονός άλλαξε τα πάντα. Για 2 χρόνια είχα χάσει την προηγούμενη ενεργητικότητα, απομακρύνθηκα και τελικά κατέρρευσα. Αυτό ήταν το πρώτο μου μεγάλο καταθλιπτικό επεισόδιο. Εντελώς ανίκανη να λειτουργήσω, να εργαστώ, να κάνω σχέσεις. Η μητέρα μου υποψιασμένη με πήγε σε γιατρό. Τότε τέθηκε η διάγνωση της διπολικής διαταραχής. Αυτό ήταν το δεύτερο σοκ. Ήμουν τρομοκρατημένη όταν έμαθα ότι είχα την ασθένεια που σκότωσε τον μπαμπά μου και ότι τελικά και εγώ θα αυτοκτονούσα».

«Τα συμπτώματά μου τώρα δεν είναι πολύ διαφορετικά, αλλά είμαι πιο ώριμη και έτσι ξέρω πώς να αναγνωρίσω τις μεταβολές της διάθεσης μου. Εξακολουθώ να νιώθω καταθλιπτικά συμπτώματα, που διαρκούν μερικές εβδομάδες κάθε φορά. Οι αυτοκτονικές σκέψεις έρχονται όταν είμαι σε καταθλιπτική διάθεση. Παρόλο που μπορώ να αναγνωρίσω τα συμπτώματα ως προσωρινές καταστάσεις λόγω της ασθένειας μου, δεν σημαίνει ότι αυτές οι σκέψεις είναι βαθιά ανησυχητικές. Από την άλλη τα επεισόδια μανίας γίνονται όλο και πιο σπάνια».

## **2.2.Παρουσίαση του Κοινωνικού Ιστορικού**

Η ασθενής περιγράφει:

«Η ζωή μου ξεκίνησε ως μέλος μιας τριμελούς οικογένειας, με δυο γονείς που ζούσαν μια ήσυχη ζωή και υπεραγαπούσαν το μοναχοπαιδί τους, που ήταν πάντα “το κοριτσάκι του μπαμπά”. Όσο ζούσε, ο μπαμπάς μου δεν ήξερα ποτέ ότι έχουμε πράγματι κάτι κοινό. Το κοινό που μας ένωνε ήταν ότι και οι δυο πάσχουμε από διπολική διαταραχή. Όταν ήμουν παιδί, η μαμά μου έλεγε ότι ο μπαμπάς μου είχε “μανιακή κατάθλιψη”. Για μένα, αυτό έφερε στο μυαλό συγκεκριμένη εικόνα: μια κατσαρόλα με βραστό νερό με το πώμα να δονείται και ο ατμός να διαφεύγει, έτοιμος να εκραγεί ανά πάσα στιγμή. Χαρακτηριστικά θυμάμαι ότι ο μπαμπάς μου ξόδευε πολλά χρήματα σε υπολογιστές και εξοπλισμό μουσικής και στη συνέχεια να κλειδώνεται στην



κρεβατοκάμαρά του για μέρες. Τη μια μέρα, με πειράζει με αγάπη, κάνοντας με να γελάω. Την επόμενη μέρα, έμενε απόμακρος και μου έδινε μια βαθιά θλίψη χωρίς κανένα λόγο. Είχε ξεσπάσματα που με τρομοκρατούσαν. Εξαντλούσα τον εαυτό μου προσπαθώντας να κατανοήσω τις ενέργειές του, λαμβάνοντας τα πάντα προσωπικά».

### **2.3.Αναπαράσταση για τα αίτια της νόσου**

Η ασθενής περιγράφει:

«Δεν έχω ψευδαισθήσεις. Γνωρίζω ότι η ασθένεια οφείλεται σε κληρονομικά αίτια. Όπως μου έδωσαν οι γονείς μου τα μάτια τους και το χρώμα των μαλλιών τους, έτσι μου έδωσαν και την αρρώστια. Έτσι είναι η φύση».

### **2.4.Στόχοι φροντίδας**

Η κατανόηση των συμπτωμάτων και οι τρόποι ελέγχου τους με τη χρήση των κατάλληλων φαρμάκων και της ψυχοθεραπείας, έδωσε σε πολλούς ανθρώπους που διαγνώστηκαν με διπολική διαταραχή μια ευκαιρία για μια καλύτερη ζωή. Η ανίχνευση των πρόδρομων συμπτωμάτων έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πρόβλεψη της εμφάνισης των μανιακών επεισοδίων (Sahoo et al., 2012). Ωστόσο απαιτεί υψηλό βαθμό κατανόησης της ασθένειας εκ μέρους του ασθενούς. Η διατήρηση ενός διαγράμματος διάθεσης είναι μια συγκεκριμένη μέθοδος που χρησιμοποιείται από τους ασθενείς και τους γιατρούς για τον εντοπισμό των διαταραχών της διάθεσης, της επίδρασης των περιβαλλοντικών παραγόντων και των παραγόντων πυροδότησης των επεισοδίων (Cerullo & Strakowski, 2007).

Τα προγράμματα αυτο-φροντίδας αποσκοπούν στη διευκόλυνση της ανάκαμψης, βελτιώνοντας την ικανότητα του ατόμου στη διαχείριση των συμπτωμάτων, στη θεραπεία, στις σωματικές και ψυχοκοινωνικές συνέπειες και στις αλλαγές στον τρόπο ζωής. Η αποτελεσματική αυτοδιαχείριση περιλαμβάνει την ικανότητα των ασθενών να παρακολουθούν την

κατάστασή τους και να επηρεάζουν τις γνωστικές, συμπεριφορικές και συναισθηματικές αντιδράσεις, με στόχο μια ικανοποιητικής ποιότητας ζωής (Cyhlarova et al., 2015).

Σχετική έρευνα των Villaggi και συν. (2015) σε ασθενείς με διπολική διαταραχή, αποτύπωσε στρατηγικές αυτοδιαχείρισης της νόσου. Πολλοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι αναζήτησαν και βρήκαν σημαντικά πρόσωπα που έπασχαν από τη νόσο και εμπνευσμένοι από αυτά τα πρόσωπα βοηθούνται στη διαδικασία ανάκτησης.

Κάποιοι ασθενείς προσπαθούσαν να αισθάνονται πιο αισιόδοξοι, θέτοντας σε σύγκριση τον εαυτό τους με ανθρώπους των οποίων τα προβλήματα ήταν πιο σοβαρά (κοινωνική σύγκριση προς τα κάτω). Επίσης η ανάμνηση των χρόνων που αισθανόταν καλύτερα αποτελούσε ένα μονοπάτι εξόδου από τις άσχημες στιγμές του παρόντος.

Άλλοι ασθενείς χρησιμοποίησαν στρατηγικές για να σκεφτούν πιο θετικά, όπως η προσπάθεια να αντιληφθούν την ασθένειά τους ως ευκαιρία για προσωπική ανάπτυξη. Με το ίδιο σκεπτικό άλλοι προσπάθησαν να εκτιμήσουν τα θετικά πράγματα στη ζωή τους, όπως τις οικογενειακές και εργασιακές σχέσεις. Για να αναπτύξουν μια θετική εικόνα για τον εαυτό τους, ορισμένοι ασθενείς προσπαθούν να αναγνωρίσουν και να τονίσουν τα δυνατά σημεία και τα επιτεύγματά τους και άλλοι να αναγνωρίσουν τις αδυναμίες τους.

Τέλος σαν στοιχείο αυτοδιαχείρισης αναφέρεται η αποδοχή της ψυχικής ασθένειας ως γεγονός της ζωής. Η συνειδητοποίηση της ψυχικής ασθένειας είναι το πρώτο δύσκολο βήμα. Για να βοηθήσουν τους εαυτούς τους, ορισμένοι ασθενείς προσπαθούν να κάνουν διάκριση μεταξύ της ψυχικής ασθένειας και της προσωπικότητάς τους. Ορισμένοι ασθενείς προσπαθούν να εξετάσουν την ψυχική ασθένεια στο ίδιο επίπεδο με μια φυσική ασθένεια, με βιολογικές και γενετικές βάσεις.

## 2.5.Συμπεράσματα - Προτάσεις

Η θεραπευτική φροντίδα πρέπει να ακολουθήσει μια σειρά από βήματα, με σκοπό να δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στον θεραπευτή και τον ασθενή:

- Αξιολόγηση της γνώσης του ασθενούς και των φροντιστών σχετικά με την αιτιολογία, τη διαχείριση και την πρόγνωση της ασθένειας.
- Συζήτηση για τα συμπτώματα της κατάθλιψης, της μανίας, της υπομανίας και των μεικτών επεισοδίων.
- Παροχή πληροφοριών για την αιτιολογία της νόσου.
- Αντιμέτωπιση της καθημερινής πίεσης.
- Παροχή πληροφοριών σχετικά με τη σημασία της διαχείρισης του άγχους και της καθημερινότητας.
- Παροχή πληροφοριών σχετικά με τις διαθέσιμες επιλογές θεραπείας, την αποτελεσματικότητά τους, τις παρενέργειες, ή τη διάρκεια χρήσης.
- Συζήτηση σχετικά με τη σημασία της φαρμακευτικής αγωγής και της συμμόρφωσης με τη θεραπεία.
- Παροχή πληροφοριών για πιθανή πορεία και την μακροπρόθεσμη έκβαση.
- Συζήτηση για προβλήματα κατάχρησης ουσιών, της δημιουργίας οικογένειας και τεκνοποίησης.
- Εκπαίδευση του ασθενούς στην ανίχνευση των πρώιμων συμπτωμάτων υποτροπής.
- Συζήτηση σχετικά με τα πρότυπα επικοινωνίας, την επίλυση προβλημάτων, την αναπηρία και το στίγμα.

- Βελτίωση της γνώσης για την ασθένεια. Χειρισμός εκφρασμένων συναισθημάτων και βελτίωση της επικοινωνίας. Ενίσχυση της προσαρμοστικής αντιμετώπισης για την αντιμετώπιση των επίμονων / υπολειπόμενων συμπτωμάτων.
- Εκπαίδευση στον τρόπο ζωής και τις διατροφικές συνήθειες (Shah et al., 2017).

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Altman S., Haeri S., Cohen LJ. (2006). Predictors of relapse in bipolar disorder: a review. *J Psychiatr Pract.*;12(5): 269-282
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
3. APA. (2002). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). *Am J Psychiatry*; 159(4 Suppl), 1-50.
4. Axelson D., Goldstein B., Goldstein T., Monk K., Yu H., Hickey MB., et al. (2015). Diagnostic Precursors to Bipolar Disorder in Offspring of Parents With Bipolar Disorder: A Longitudinal Study. *Am J Psychiatry*;172(7):638-646.
5. Ayano G. (2016). Bipolar Disorder: A Concise Overview of Etiology , Epidemiology Diagnosis and Management: Review of Literatures. *Symbiosis Open Access Journal of Psychology*; 3(1), 1–8.
6. Bellivier F., Yon L., Luquiens A., Azorin JM., Bertsch J., Gerard S., et al. (2011). Suicidal attempts in bipolar disorder: results from an observational study (EMBLEM). *Bipolar Disord.*;13(4):377-86.
7. Bennett P. (2010). *Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία*. Εκδόσεις Πεδίο.
8. Berk L., Hallam KT., Colom F., Vieta E., Hasty M., Macneil C., Berk M. (2010). Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. *Hum Psychopharmacol*; 25: 1-16
9. Biglu M., Biglu S. (2014). Scientific attitudes towards bipolar disorders. *J Anal Res Clin Med*;2(1): 1-10.

10. Birmaher B. (2013). Bipolar disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Ment Health*; 18(3).
11. Bobo., VW. (2017). The Diagnosis and Management of Bipolar I and II Disorders: Clinical Practice Update. *Mayo Clin Proc*, 92(10), 1532–1551.
12. Brietzke E., Mansur B., Soczynska J., Powell M., McIntyre S. (2012). A theoretical framework informing research about the role of stress in the pathophysiology of bipolar disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*; 39(1), 1-8.
13. Cerimele M., Chwastiak A., Chan F., Harrison A., & Unutzer J. (2013). The presentation, recognition and management of bipolar depression in primary care. *Journal of General Internal Medicine*; 28, 1648–1656.
14. Cerullo MA., Strakowski SM. (2007). The prevalence and significance of substance use disorders in bipolar type I and II disorder. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2: 29.
15. Chakrabarti S. (2016). Treatment-adherence in bipolar disorder: A patient-centred approach. *World J Psychiatr*, 6(4): 399-409.
16. Crump C., Sundquist K., Winkleby M. A., Sundquist J. (2013). Comorbidities and mortality in bipolar disorder: A Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry*; 70(9), 931-939.
17. Cyhlarova E., CrepazKeay D., Reeves R., Morgan K., Lemmi V., Knapp M. (2015). An evaluation of peerled selfmanagement training for people with severe psychiatric diagnoses, *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 10(1): 313-318.
18. Denzin N. & Lincoln Y. (1998). *Strategies of Qualitative Inquiry*. London: Sage Publications.

19. Derry S., Moore RA. (2007). Atypical antipsychotics in bipolar disorder: systematic review of randomised trials. *BMC Psychiatry*; 7: 40.
20. Dilsaver S.C. (2011). An estimate of the minimum economic burden of bipolar I and II disorders in the United States. *J. Affect. Disord.*;129:79–83.
21. Dols A., Kupka W., van Lammeren A., Beekman T., Sajatovic M., Stek L. (2014). The prevalence of late-life mania: A review. *Bipolar Disord.*; 16(2), 113-118.
22. Etain B., Henry C., Bellivier F., Mathieu F., Leboyer M. (2008). Beyond genetics: Childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord.*, 10(8), 867-876.
23. Fagiolini A. (2008). Medical monitoring in patients with bipolar disorder: a review of data. *J Clin Psychiatry*, 69(6):e16.
24. Fajutrao L., Locklear J., Prialux J., Heyes A. (2009). A systematic review of the evidence of the burden of bipolar disorder in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*; 5:3.
25. Fountoulakis KN., Vieta E. (2008). Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives. *Int J Neuropsychopharmacol*; 11(7):999-1029.
26. Fountoulakis N., Kasper S., Andreassen O., Blier P., Okasha A., Severus E., Vieta E. (2012). Efficacy of pharmacotherapy in bipolar disorder: A report by the WPA section on pharmacopsychiatry. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*; 262 Suppl 1, 1-48.
27. Frey BN., Andreatza AC., Houenou J., Jamain S., Goldstein BI., Frye MA, et al. (2013). Biomarkers in bipolar disorder: a positional paper from the International Society for Bipolar Disorders Biomarkers Task Force. *Aust N Z J Psychiatry*; (4):32132.

28. Geddes R., Miklowitz J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *Lancet*, 381(9878), 1672-1682.
29. Goodwin K., Jamison R. (2007). *Manic-depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
30. Hitchcock G. Hughes D. (1989) . *Research and the Teacher: A Qualitative Introduction to School-based Research*. London, Routledge.
31. Hong J., Reed C., Novick D., Haro J. M., Aguado J. (2011). Clinical and economic consequences of medication non-adherence in the treatment of patients with a manic/mixed episode of bipolar disorder: Results from the european mania in bipolar longitudinal evaluation of medication (EMBLEM) study. *Psychiatry Res.*;190(1), 110-114.
32. Jann M. (2014). Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders in Adults: A Review of the Evidence on Pharmacologic Treatments. *Am Health Drug Benefits*; 7(9): 489–499.
33. Jones, SC. & Jones, I. (2017). Pharmacological Management of Bipolar Disorder in Pregnancy. *CNS Drugs*; 31(9), 737–745.
34. Judd LL., Akiskal HS., Schletter PJ., et al. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*;59:530–7.
35. Latalova K., Prasko J., Kamaradova D., et al. (2013). Comorbidity bipolar disorder and personality disorders. *Neuro Endocrinol Lett.*;34(1):1-8
36. Lingam R., Scott J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand.*; 105(3), 164-72.
37. Links PS, Eynan R, Heisel MJ, Barr A, Korzekwa M, McMMain S, B. J. (2009). Affective instability and suicidal ideation and behavior in patients



- with borderline personality disorder. *J Pers Disord*; 21(1), 72–86.
38. Miller S., Dell’Osso B., Kettera T. (2014). The prevalence and burden of bipolar depression. *Journal of Affective Disorders*; 169: S1, S3–S11.
39. Morris CD., Miklowitz DJ., Waxmonsky JA.(2007). Family-focused treatment for bipolar disorder in adults and youth. *Journal of clinical psychology*,63(5):433-45.
40. Moskowitz A.K. (2004). “Scared stiff”: catatonia as an evolutionary-based fear response. *Psychol. Rev.*;111(4):984–1002.
41. NCCMH. (2014). *Bipolar disorder: The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care*, (updated edition). London: The British Psychological Society.
42. Novick M., Swartz A., Frank E. (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: A review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disord.*;12:1–9.
43. Patel R., Shetty H., Jackson R., Broadbent M., Stewart R., Boydell J., McGuire P., Taylor M. (2015). Delays before Diagnosis and Initiation of Treatment in Patients Presenting to Mental Health Services with Bipolar Disorder. *PLoS One*; 10(5):e0126530.
44. Perugi G., Medda P., Toni C., Mariani M., Socci C., Mauria M. (2017). The Role of Electroconvulsive Therapy (ECT) in Bipolar Disorder: Effectiveness in 522 Patients with Bipolar Depression, Mixed-state, Mania and Catatonic Features. *Curr Neuropsychopharmacol.*; 15(3): 359–371.
45. Phillips M., Kupfer D. (2013). Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *Lancet*; 381(9878): 1663–1671.

46. Price L., & Marzani-Nissen R. (2012). Bipolar disorders: A review. *American Family Physician*; 85, 483–493.
47. Sahoo MK., Chakrabarti S., Kulhara P. (2012). Detection of prodromal symptoms of relapse in mania and unipolar depression by relatives and patients. *The Indian Journal of Medical Research*, 135 (2): 177–83.
48. Schaffer A., Isometsa T., Tondo L., Moreno H., Sinyor M., Kessing V., Yatham L. (2015). Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the international society for bipolar disorders task force on suicide in bipolar disorder. *Aust.N.Z.J.Psychiatry*, 49(9), 785-802.
49. Shah N., Grover S., Rao GP. (2017). Clinical Practice Guidelines for Management of Bipolar Disorder. *Indian J Psychiatry*, 59:51-66.
50. Shah N., Grover S., Rao P. (2017). Clinical Practice Guidelines for Management of Bipolar Disorder. *Indian J Psychiatry*; 59(Suppl 1): S51–S66.
51. Smith A., Cornelius V., Warnock A., Bell A., Young A. H. (2007). Effectiveness of mood stabilizers and antipsychotics in the maintenance phase of bipolar disorder: A systematic review of randomized controlled trials. *Bipolar Disord.*; 9(4), 394-412.
52. Smith LA., Cornelius V., Warnock A., et al. (2009). Effectiveness of mood stabilizers and antipsychotics in the maintenance phase of bipolar disorder: a systematic review of randomized controlled trials. *Bipolar Disord.*;9(4):394-412.
53. Soreff S. (2018). Bipolar disorder. Available at <https://emedicine.medscape.com/article/286342-overview>

54. Strauss JL., Johnson SL. (2006). Role of treatment alliance in the clinical management of bipolar disorder: stronger alliances prospectively predict fewer manic symptoms. *Psychiatry Res*; 145: 215-223
55. Tibaldi G., Salvador-Carulla L., García-Gutierrez JC. (2011). From treatment adherence to advanced shared decision making: new professional strategies and attitudes in mental health care. *Curr Clin Pharmacol*; 6: 91-99.
56. Townsend M. (2015). *Psychiatric Nursing Assessment, Care Plans, and Medications*. 9th edition. Philadelphia: F. A. Davis Company
57. Villaggi B., Provencher H., Coulombe S., Meunier S., Radziszewski S. et al. (2015). Self-Management Strategies in Recovery From Mood and Anxiety Disorders. *Global Qualitative Nursing Research*, 2:1-10.
58. Ye BY., Jiang ZY., Li X., et al.(2016). Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: An updated meta-analysis with randomized controlled trials . *Psychiatry Clin Neurosci.*, doi:10.1111/pcn.12399.
59. Οικονόμου, Μ., & Χαρίτση, Μ. (2017). Διπολική διαταραχή και οικογένεια- Η συμβολή της ψυχοεκπαίδευσης. *Archives Of Hellenic Medicine*, 34(1), 32–41.