



Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας

Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών

Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών

Τμήμα Αγωγής και Φροντίδας στην Πρώιμη Παιδική Ηλικία



Παιδαγωγικό τμήμα

Διδρυματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Παιδαγωγική μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και Βιοϊατρικών

Προσεγγίσεων



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διπολική διαταραχή: Ένας οδηγός για ασθενείς και οικογένειες

POST GRADUATE THESIS

Bipolar disorder: A guide for patients and families



ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ(ΤΩΝ)/NAME OF STUDENTS

Αναστασία Κυριακέα

Anastasia Kyriakea

ΟΝΟΜΑ ΕΙΣΗΓΗΤΗ/NAME OF THE SUPERVISOR

Ευστάθιος Μιχαλόπουλος

Eystathios Michalopoulos

ΑΙΓΑΛΕΩ/AIGALEO 2022



Faculty of Health and Caring Professions
Department of Biomedical Sciences
Faculty of Administrative, Financial and Social Sciences
Department of Early Childhood Education and Care



Department of Pedagogy



Inter-Institutional Post Graduate Program
Pedagogy through innovative Technologies and Biomedical approaches

POST GRADUATE THESIS

Bipolar disorder: A guide for patients and families

Anastasia Kyriakea

21047

mscedt21047@uniwa.gr

FIRST SUPERVISOR

Eystathios Michalopoulos

SECOND SUPERVISOR

Ourania Kwstanti

AIGALEO 2022

Επιτροπή εξέτασης

Ημερομηνία εξέτασης: 7 Οκτωβρίου 2022

	Ονόματα εξεταστών	Υπογραφή
1 ^{ος} Εξεταστής	Ευστάθιος Μιχαλόπουλος	
2 ^{ος} Εξεταστής	Ουρανία Κωσαντή	

Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αναστασία Κυριακέα του Ανδρέα, με αριθμό μητρώου 21047 φοιτήτρια του Διιδρυματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Παιδαγωγική μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και Βιοϊατρικών Προσεγγίσεων των Τμημάτων Βιοϊατρικών Επιστημών/ Τμήμα Αγωγής και Φροντίδας στην Πρώιμη Παιδική Ηλικία/Παιδαγωγική τμήμα των Σχολών Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας/Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής και της Ανώτατης Σχολής Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα

Αναστασία Κυριακέα

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Ευστάθιο Μιχαλόπουλο που με σωστή καθοδήγηση, τις συμβουλές του και τις υποδείξεις του με βοήθησε να ολοκληρώσω την διπλωματική μου εργασία.

Επίσης, ένα τεράστιο ευχαριστώ οφείλω στον σύζυγο μου Δημήτρη και στα δυο παιδιά μου, Στέλλα και Γιάννη για τη συμπαράσταση, την κατανόηση και την αγάπη τους.

Αφιερώσεις

Ως μια ταπεινή ένδειξη ευγνωμοσύνης τη διπλωματική μου εργασία την αφιερώνω στον
λατρεμένο μου μπαμπά που πρόσφατα έφυγε από κοντά μου...

Περίληψη

Η διπολική διαταραχή είναι μία ψυχική ασθένεια, η οποία εμφανίζεται αρκετά συχνά. Παγκοσμίως, 46 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από αυτήν τη διαταραχή. Οι ασθενείς παρουσιάζουν εναλλαγές στη διάθεση τους και στην ενέργειά τους, οι οποίες προκαλούν προβλήματα στην προσωπική τους ζωή, στο οικογενειακό και εργασιακό τους περιβάλλον. Όταν ο γιατρός διαγνώσει αυτή τη δια βίου υποτροπιάζουσα ασθένεια θα πρέπει να προτείνει θεραπεία στον ασθενή, η οποία θα είναι ένας συνδυασμός φαρμακευτικής και ψυχοθεραπευτικής αγωγής. Η βοήθεια ενός νοσηλευτή θεωρείται επίσης πολύ σημαντική. Είναι απαραίτητη η δυνατότητα συχνής επικοινωνίας με τον ιατρό για να δοθεί η απαραίτητη υποστήριξη και καθοδήγηση. Ο γιατρός θα πρέπει να μιλήσει και να δώσει χρήσιμες συμβουλές στην οικογένεια του ασθενή για να μπορέσουν να τον στηρίξουν. Τα παιδιά θα πρέπει να μάθουν να συνυπάρχουν με τους διπολικούς γονείς τους και οι διπολικοί γονείς να μάθουν να συμβιώνουν με τα παιδιά τους και να διατηρούν το ρόλο τους ως γονείς. Ο ασθενής χρειάζεται ειδική μεταχείριση ώστε να αποφεύγει το άγχος της καθημερινότητας, να ξεκουράζεται και να κοιμάται αρκετά καθώς να αφιερώνει και τον απαιτούμενο χρόνο στον εαυτό του. Το οικογενειακό περιβάλλον θα πρέπει να είναι σταθερό και οι οικείοι του να αντιλαμβάνονται τα πιθανά μανιακά, καταθλιπτικά ή μικτά επεισόδια και την υπομανία, ώστε να έρχονται σε επαφή με τον θεράποντα ιατρό το συντομότερο. Καλό θα ήταν, οι ασθενείς μόνοι τους ή και με άτομα από το οικογενειακό τους περιβάλλον να παρακολουθούν σεμινάρια και διαλέξεις και να ενημερώνονται από το διαδίκτυο σχετικά με τη διπολική διαταραχή με σκοπό να την αντιμετωπίσουν όσο το δυνατόν καλύτερα.

Λέξεις κλειδιά: διπολική διαταραχή, μανιακό επεισόδιο, υπομανιακό επεισόδιο, καταθλιπτικό επεισόδιο, μανιοκατάθλιψη, νορμοθυμία, θεραπευτική αγωγή, θυμοσταθεροποιητικά, μονοθεραπεία, πολυγονικά

Abstract

Bipolar disorder is a mental illness that occurs quite often. Worldwide, 46 million people suffer from this disorder. Patients show changes in their mood and energy, which cause problems in their personal life, family and work environment. When the doctor diagnoses this life-long relapsing disease he should recommend treatment to the patient, which will be a combination of pharmaceutical and psychotherapeutic treatment. The help of a nurse is also considered very important. It is necessary to be able to communicate frequently with the doctor in order to provide the necessary support and guidance. The doctor should talk and give useful advice to the patient's family so that they can support him. Children will have to learn to coexist with their bipolar parents and bipolar parents will have to learn to coexist with their children and maintain their role as parents. The patient needs special treatment in order to avoid the stress of everyday life, to rest and sleep enough as well as to devote the required time to himself. The family environment should be stable and the relatives should be aware of possible manic, depressive or mixed episodes and hypomania, so that they can contact the treating physician as soon as possible. It would be good for patients alone or with people from their family to attend seminars and lectures and to be informed from the internet about bipolar disorder in order to deal with it as best as possible.

Key words: bipolar disorder, manic episode, hypomanic episode, depressive episode, manic depression, norms, treatment, thymostatics, monotherapy, multigenitals

Περιεχόμενα

Δήλωση περί λογοκλοπής	iv
Ευχαριστίες	v
Αφιερώσεις	vi
Περίληψη	vii
Λέξεις κλειδιά.....	vii
Abstract	viii
Keywords	viii
Συνομογραφίες	xi
Πρόλογος.....	1
Κεφάλαιο 1. Γενική θεώρηση Διπολικής Διαταραχής.....	3
1.1 Έννοια	3
1.2 Διάγνωση.....	3
1.3 Χαρακτηριστικά γνωρίσματα.....	5
1.4 Συχνότητα.....	6
1.5 Αιτιολογία.....	6
1.6 Κληρονομικότητα.....	7
1.7 Αντιμετώπιση - Θεραπευτική αγωγή.....	8
1.7.1 Θεραπευτική Αγωγή.....	8
1.7.2 Ιατροθεραπευτική Αγωγή.....	9
1.7.3 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία.....	9
1.7.4 Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.....	9
Κεφάλαιο 2. Φαρμακευτική αγωγή.....	10
Κεφάλαιο 3. Ο ρόλος του Νοσηλευτή.....	12
Κεφάλαιο 4. Μαθαίνοντας να ζούμε με τη Διπολική Διαταραχή.....	15
4.1 Ιατρική βοήθεια στον ασθενή.....	15
4.2 Ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή.....	16
4.3 Ψυχολογική υποστήριξη στην οικογένεια.....	18
4.4 Συμβουλευτική παρέμβαση.....	18
4.5 Παιδιά με διπολικούς γονείς.....	20
Συμπεράσματα.....	22

Αναφορές.....	24
---------------	----

Συντομογραφίες

Δ.Δ: Διπολική Διαταραχή

Π.Ο.Υ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Αγγλική ορολογία

Rapid-cycling

Positive psychotherapy

Ελληνική ορολογία

Ταχεία εναλλαγή φάσεων

Θετική ψυχοθεραπεία

Πρόλογος

Η διπολική διαταραχή είναι μια ψυχική ασθένεια που εμφανίζει συνεχείς συναισθηματικές εναλλαγές, οι οποίες επηρεάζουν την καθημερινότητα του ασθενούς. Εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα στους άντρες και στις γυναίκες, δε θεραπεύεται και επηρεάζει σοβαρά τόσο την πνευματική όσο και τη σωματική δραστηριότητα του πάσχοντος ατόμου.

Στην παρούσα εργασία εξετάζεται το φαινόμενο της διπολικής διαταραχής σε σχέση με το άτομο που νοσεί και το οικογενειακό του περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, θα γίνει μια προσπάθεια κατανόησης της συμπεριφοράς του ασθενούς και θα δοθούν κατευθυντήριες γραμμές τόσο στον ασθενή όσο και στο οικείο του περιβάλλον για να μπορεί να αντιμετωπιστεί όσο γίνεται καλύτερα αυτή η ασθένεια, να βοηθηθεί ο ασθενής στην καθημερινότητα του και να αποφευχθεί οποιαδήποτε αυτοκτονική τάση του ασθενούς.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια συνολική θεώρηση του φαινομένου της διπολικής διαταραχής. Στην αρχή γίνεται μια προσπάθεια να δοθεί ο ορισμός της διπολικής διαταραχής και να διευκρινιστούν τα χαρακτηριστικά της. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στη διαδικασία της διάγνωσης της ασθένειας, τόσο σε ανήλικους όσο και σε ενήλικους ασθενείς, καθώς ταυτόχρονα, γίνεται και η αναζήτηση των αιτιών εμφάνισής της. Επιπρόσθετα, θα γίνει αναφορά στη συχνότητα εμφάνισης της ασθένειας στο γενικό πληθυσμό και θα προταθούν οι δυνατές θεραπευτικές αγωγές που μπορούν να ακολουθηθούν.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια σύντομη αναφορά στα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής και παρατίθενται οι ενδείξεις και οι αντενδείξεις του κάθε φαρμάκου.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στους ποικίλους τρόπους που μπορεί ένας νοσηλευτής να σταθεί πολύτιμος αρωγός στον ασθενή τόσο σε πρακτικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο.

Το τέταρτο κεφάλαιο αποτελεί έναν πλήρη οδηγό για τον ασθενή και την οικογένειά του. Δίνει συμβουλές για το πως μπορεί να αντιμετωπιστεί αυτή η ασθένεια, πως να αξιοποιηθεί σωστά η ιατρική βοήθεια που προσφέρεται, όπως και τα οφέλη από την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένου του ασθενούς και του στενού οικογενειακού του περιβάλλοντος. Παράλληλα, περιγράφονται κάποιοι τρόποι με τους οποίους ο ασθενής δύναται να μάθει να ζει με την ασθένεια και να κάνει ποιοτικότερη την καθημερινότητα του, να είναι σε θέση να «ακούει» τον οργανισμό του, να ερμηνεύει

σωστά τα συμπτώματα και να ζητάει βοήθεια όταν πραγματικά τη χρειάζεται. Από την άλλη, καθοδηγεί την οικογένεια πως να συμπαραστέκεται και να βοηθάει το άτομο, ώστε να ξεπερνάει τα προβλήματα που εμφανίζονται, όπως, επίσης δίνει χρήσιμες συμβουλές και οδηγίες για το πως να προετοιμαστούν τα παιδιά να αντιμετωπίσουν τους διπολικούς γονείς τους και πως πρέπει οι διπολικοί γονείς να μάθουν να συμπεριφέρονται και να διαχειρίζονται τα παιδιά τους.

Τέλος, στα συμπεράσματα συνοψίζονται οι προτάσεις των ειδικών επιστημόνων αναφορικά με τη σχέση αλληλεπίδρασης γιατρού, νοσηλεύτη, ασθενούς και φροντιστών προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με απώτερο σκοπό τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης του ασθενούς.

Κεφάλαιο 1. Γενική θεώρηση Διπολικής Διαταραχής

1.1 Έννοια

Η διπολική διαταραχή (Δ.Δ) είναι μία σύνθετη διαταραχή που χαρακτηρίζεται από έντονη συναισθηματική αστάθεια και επηρεάζει αισθητά τη συμπεριφορά και τη διάθεση του ατόμου.

Διακρίνεται από διαφορετικά είδη επεισοδίων, όπως μανιακά, υπομανιακά και καταθλιπτικά. Το άτομο παρουσιάζει αλληπάλληλες αλλαγές στην διάθεση του και αυτό αναμφισβήτητα κατά ένα μεγάλο βαθμό επηρεάζει την αντίληψη του καθώς επίσης του προσφέρει χαμηλή ποιότητα ζωής και μεγάλη δυσκολία ώστε να ανταπεξέλθει επαρκώς στις καθημερινές του δραστηριότητες. Βρίσκεται διαρκώς σε εναλλασσόμενα συναισθήματα μεγάλης ευφορίας ή έντονης μελαγχολίας χωρίς φυσικά να μπορεί να το ελέγξει.

Η Δ.Δ είναι μία χρόνια και συνάμα υποτροπιάζουσα διαταραχή που επηρεάζει >1% του πληθυσμού παγκόσμια. Δεν είναι μία ασθένεια η οποία θα υποχωρήσει σε κάποια στιγμή της ζωής το άτομο, με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή όμως, τη συχνή παρακολούθηση από τον γιατρό και τη συνεχόμενη ψυχοθεραπεία τα περισσότερα συμπτώματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής θα μπορούν να περιοριστούν ή και να αντιμετωπισθούν. Το άτομο θα αισθανθεί αισιοδοξία με αποτέλεσμα να διατηρήσει μια ισορροπία στη ζωή του. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να εκμεταλλεύεται σωστά το ελεύθερο του χρόνο με τους φίλους και την οικογένεια του, να ασκείται καθημερινά, να κοιμάται σωστά, να ακολουθεί υγιεινό πρόγραμμα διατροφής καθώς αυτά θα τον βοηθήσουν πολύ να καλυτερεύσει τη διάθεση του και την ποιότητα της ζωής του.

1.2 Διάγνωση

Σε ότι αφορά την διάγνωση της Δ.Δ υπάρχει μια μικρή περιπλοκότητα από την στιγμή που αρχίζουν να εκδηλώνονται τα συμπτώματα μέχρι τελικά να αρχίσει η κατάλληλη θεραπεία για το κάθε άτομο.

Συνήθως, οι ασθενείς παρουσιάζουν μεγάλη άρνηση ώστε να αποδεχτούν τα συμπτώματα και ζητούν ιατρική βοήθεια νομίζοντας πως πάσχουν από κατάθλιψη. Ο εκάστοτε γιατρός που θα αναλάβει την αντιμετώπιση της ασθένειας επιβάλλεται να κρατήσει ένα πλήρες ιστορικό με τα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή ή που παρουσίασε στο παρελθόν. Πρέπει να γίνουν όλες οι απαραίτητες

κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις προκειμένου να αποκλειστεί η πιθανότητα κάποιας παθολογικής αιτίας.

Επίσης, ένας εναλλακτικός τρόπος που θα μπορούσε να φανεί ιδιαίτερα σημαντικός ως προς την διάγνωση είναι ο ασθενής να δημιουργήσει ένα δικό του, προσωπικό ημερολόγιο όπου θα καταγράφει όλα του τα συναισθήματα και τις καθημερινές του συνήθειες και δραστηριότητες.

Θα ήταν πολύ εύλογο και βοηθητικό ο γιατρός να συνάψει προσωπική επαφή με τους συγγενείς και την οικογένεια του ατόμου γιατί μέσα από αυτούς θα καταλάβει πιο εύκολα τις σκέψεις και τα συναισθήματα που κατέχει ο ασθενής.

Κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα της διπολικής διαταραχής είναι ότι συνάδει με διαταραχές άγχους ή ψύχωσης.

Τύπος I: σχετίζεται απόλυτα με χαμηλή ποιότητα ζωής, με υψηλό ποσοστό αναπηρίας που αφορά το λειτουργικό κομμάτι του ατόμου και περιλαμβάνει το λιγότερο 1 επεισόδιο μανίας και 1 επεισόδιο κατάθλιψης.

Τύπος II: περιλαμβάνει το λιγότερο 1 επεισόδιο υπομανίας και 1 επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης καθώς αντιμετωπίζει την πρόγνωση της διπολικής συναισθηματικής διαταραχής.

Κυκλοθυμική διαταραχή: συμπτώματα υπομανίας και κατάθλιψης για 2 χρόνια το λιγότερο χωρίς όμως να εμφανίζονται τα τυπικά συμπτώματα.

Κάποιοι άλλοι τύποι περιλαμβάνουν διπολική διαταραχή ή άλλες διαταραχές που προέρχονται από την χρήση αλκοόλ, από φαρμακευτικές αγωγές ή από άλλες παθήσεις.

Η Δ.Δ εκδηλώνεται κατά την εφηβική περίοδο ή στην αρχή της ενηλικίωσης του ατόμου. Θεωρείται μία πολύ σοβαρή ψυχική ασθένεια γιατί το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών έχουν αυτοκτονικές σκέψεις.

Για το λόγο πρώτιστης σημασίας είναι η διάγνωση να γίνει έγκαιρα ώστε να ξεκινήσει άμεσα η φαρμακευτική – θεραπευτική αγωγή και το άτομο να μη κινδυνεύει από τάσεις, αυτοκτονίας και να περιοριστούν τα προβλήματα στην επαγγελματική και κοινωνική του ζωή.

1.3 Χαρακτηριστικά γνωρίσματα

Η νόσος εμφανίζει ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα τα οποία σε κάποια άτομα είναι πιο ήπια και σε κάποια άλλα πιο σοβαρά. Για να γίνει η διάγνωση της κατάθλιψης τα χαρακτηριστικά αυτά θα πρέπει να επιμένουν για περισσότερο από 15 μέρες. Ορισμένα από αυτά είναι:

- «*Συναίσθημα βαθιάς λύπης*».
- «*Κανένα ενδιαφέρον για οποιαδήποτε δραστηριότητα*».
- «*Σημαντικές αλλαγές στο σωματικό βάρος*».
- «*Διαταραχές ύπνου*».
- «*Έντονη κόπωση*».
- «*Εμφάνιση ενοχών και τύψεων δίχως να υπάρχει λόγος*».
- «*Δυσκολία στη συγκέντρωση - έντονες ανησυχίες*».
- «*Αυτοκτονικές σκέψεις ή θανάτου*».
- «*Παραισθήσεις – ψευδαισθήσεις*».

Η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται από ορισμένες φάσεις:

Καταθλιπτικό επεισόδιο

Η κατάθλιψη είναι μία χρόνια ασθένεια. Αν το άτομο παρουσιάζει αρκετά επεισόδια τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να υποτροπιάσει. Στην περίπτωση αυτή, δεν πρέπει να σταματήσει τη φαρμακευτική αγωγή. Όταν η κατάθλιψη είναι ήπια έως μέτρια αντιμετωπίζεται άρτια από τον θεράποντα γιατρό.

Μανιακό επεισόδιο

Οι ασθενείς που παρουσιάζουν συμπτώματα μανίας χρειάζονται εξατομικευμένη θεραπεία βάση της κλινικής τους εικόνας, αλλά και τα κριτήρια του κάθε ασθενή. Η θεραπευτική αγωγή χρειάζεται να είναι μακροχρόνια ώστε να έχει επιθυμητά αποτελέσματα. Τα χαρακτηριστικά της μανίας είναι η γρήγορη ομιλία, οι διαταραχές του ύπνου, η διάσπαση προσοχής και οι απότομες εναλλαγές διάθεσης. Όταν υπάρχουν αυτά τα συμπτώματα (ακόμα και αν διαρκέσουν λιγότερο από μία εβδομάδα) τότε πρόκειται για μανία και όχι υπομανία.

Υπομανία

Εξαιρετικά δύσκολη είναι η διάγνωση της υπομανίας, αφού ο ασθενής είναι λειτουργικός και πολύ παραγωγικός, χωρίς να φτάνει στα όρια της μανίας.

Μεικτά επεισόδια

Ο κάθε ασθενής αντιμετωπίζει διαφορετικά επεισόδια, μανιακά -καταθλιπτικά- άλλου τύπου. Οι γυναίκες συνήθως εμφανίζουν την διαταραχή με καταθλιπτικά επεισόδια τα οποία χωρίς θεραπεία διαρκούν 6 μήνες, ενώ οι άνδρες με μανιακά τα οποία χωρίς θεραπεία διαρκούν 3 μήνες.

Ορισμένα άτομα όμως εμφανίζουν εναλλακτικά τα παραπάνω συμπτώματα, για αυτήν την εναλλαγή γίνεται χρήση του όρου «*rapid-cycling*».

1.4 Συχνότητα

Από διπολική διαταραχή πάσχουν 46 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο, με περίπου ίσο αριθμό γυναικών και ανδρών. Το 76 % των ασθενών εμφανίζουν συμπτώματα πριν τα 21 έτη της ζωής τους. Ένας στους τέσσερις που λαμβάνουν συγκεκριμένη αγωγή, βιώνει ένα επεισόδιο κάθε χρόνο.

1.5 Αιτιολογία

Οι αιτίες της διπολικής διαταραχής είναι διαφορετικές στο κάθε άτομο. Αν και ερευνητές μελετούν συνεχώς τις πιθανές αιτίες της εμφάνισης της Δ.Δ, εντέλει ο τρόπος με τον οποίο εκδηλώνεται παραμένει έως και σήμερα ασαφής.

Για ορισμένους ανθρώπους η διπολική διαταραχή συνδέεται με ένα σοβαρό, αγχωτικό και στρεσογόνο γεγονός που έχει συμβεί στη ζωή τους στο παρελθόν.

Μπορεί όμως να οφείλεται σε διάφορα αίτια όπως:

Γενετικοί παράγοντες

Η διπολική διαταραχή κληρονομείται σχεδόν 80 % από γενετικούς παράγοντες. Είναι μια σοβαρή ψυχική ασθένεια η οποία έχει απόλυτη σχέση με την οικογένεια. Αν νοσεί μόνο ο ένας γονιός, τότε ο παιδί έχει 10% πιθανότητες να παρουσιάσει τη συγκεκριμένη ασθένεια. Αν όμως, και οι δύο γονείς πάσχουν από διπολική διαταραχή τότε σαφέστατα οι

πιθανότητες αυξάνονται στο 40 %. Παρόλα αυτά, επειδή ένα μέλος της οικογενείας έχει ασθενήσει δεν είναι απόλυτο ότι θα ισχύσει το ίδιο για όλα τα μέλη της οικογένειας.

Περιβαλλοντικά αίτια

Άνθρωποι με διπολική διαταραχή μπορούν να βρουν αρκετά ωφέλιμους τρόπους ώστε να διαχειριστούν και να μειώσουν το στρες και το άγχος που αντιμετωπίζουν. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να διατηρούνται ήρεμοι στην καθημερινή τους ζωή, γιατί οποιαδήποτε συναισθηματική διαταραχή είναι ικανή να αποτελέσει μια σημαντική υποτροπή. Οι εποχιακοί παράγοντες παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο στη εξέλιξη της νόσου.

Σύμφωνα με έρευνες η συγκεκριμένη ασθένεια φαίνεται να αναπτύσσεται περισσότερο την Άνοιξη και τις ώρες που δύει ο ήλιος τα άτομα να παρουσιάζουν μια έντονη κατάθλιψη και μανία.

Σωματικές ασθένειες

Δεν έχουν μεγάλη συνάφεια οι σωματικές ασθένειες που παρουσιάζει κάποιο άτομο με τη διπολική διαταραχή όμως σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να μπερδεύονται με τη μανία και την υπομανία.

Φαρμακευτικές αγωγές με στεροειδή ή άλλα διεγερτικά φάρμακα μπορούν να αντιμετωπίσουν ικανοποιητικά τη μανία και την υπομανία.

• Διάφορες ουσίες

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να αποτελούν την αιτία για την εμφάνιση μανιακών επεισοδίων σε ορισμένους ανθρώπους.

Βέβαια ουσίες όπως κοκαΐνη, διάφορα κορτικοειδή φάρμακα που αφορούν ορμονικά προβλήματα και μεγάλη ποσότητα καφεΐνης μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε έντονα επεισόδια τα οποία μοιάζουν με μανιακά.

1.6 Κληρονομικότητα

Γενικά, η διπολική διαταραχή κληρονομείται μερικώς. Έρευνες έχουν δείξει ότι η Δ.Δ. σχετίζεται με ένα συγκεκριμένο αριθμό γονιδίων και όχι μόνο σε ένα γονίδιο. Έτσι, η διπολική διαταραχή εμφανίζεται μόνο στα άτομα που έχουν τα υπεύθυνα γονίδια. Αλλαγές σε ορισμένα γονίδια όπως ANK3, CACNA1C, NCAN, ODZ4, αυξάνουν την ευαισθησία για να εμφανίσει ένα άτομο Δ.Δ., αλλά χωρίς αυτό να είναι υποχρεωτικό. Αν μέσα σε μία

οικογένεια πάσχει μόνο ο ένας γονέας από Δ.Δ., τότε τα παιδιά τους έχουν μόνο 1 πιθανότητα στις 7 να εμφανίσουν τη συγκεκριμένη νόσο. Όσοι περισσότεροι συγγενείς πάσχουν από διπολική διαταραχή τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος να κληρονομηθεί η Δ.Δ..

Η Δ.Δ. είναι μια ψυχική νόσος που εμφανίζει μεγάλο ποσοστό κληρονομικότητας σε σχέση με άλλες ψυχικές νόσους. Πιο συγκεκριμένα:

- Ένα παιδί έχει πιθανότητα να εμφανίσει Δ.Δ. 15% έως 30% αν πάσχει μόνο ο ένας γονέας.
- Εάν και οι δύο γονείς έχουν διπολική διαταραχή, υπάρχει 50% έως 75% πιθανότητα να έχει και ένα παιδί τους.
- Ένα παιδί μιας οικογένειας έχει πιθανότητα 15% έως 25% να εμφανίσει τη νόσο αν κάποιο άλλο παιδί της οικογένειας την έχει εμφανίσει ήδη.
- Αν στα μονοζυγωτικά δίδυμα το ένα από τα δύο νοσεί τότε το άλλο έχει πιθανότητα 85% να νοσήσει εξίσου, ενώ στα ετεροζυγωτικά δίδυμα αν το ένα νοσεί, τότε το άλλο φέρει πιθανότητα μόνο 4,5% έως 5,6% να νοσήσει.

1.7 Αντιμετώπιση – Θεραπευτικές παρεμβάσεις

1.7.1 Θεραπευτική αγωγή

Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή εμφανίζουν συμπτώματα που πολλές φορές θέτουν σε κίνδυνο τον εαυτό τους αλλά και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας τους. Στη περίπτωση αυτή χρειάζονται φαρμακευτική αγωγή ώστε να μπορέσουν άμεσα να αντιμετωπισθούν τα συμπτώματα. Ο κίνδυνος υποτροπής για το μέλλον είναι μεγάλος και η θεραπεία είναι μακροχρόνια. Σύμφωνα με τους ερευνητές το 20% των ασθενών παρουσιάζει έντονες υποτροπές στη διαταραχή ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό αντιμετωπίζει τη διαταραχή πιο ανώδυνα. Παρόλα αυτά η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να συνοδεύεται και με ψυχοθεραπεία γιατί έτσι μειώνονται αισθητά τα επεισόδια μανίας και κατάθλιψης.

1.7.2 Ιατροφαρμακευτική αγωγή

Οι ασθενείς που πάσχουν από διπολική διαταραχή ακολουθούν ιατροφαρμακευτική αγωγή που περιλαμβάνει ουσίες όπως η λουρασιδόνη η οποία μειώνει τα συμπτώματα της κατάθλιψης και βοηθάει το άτομο να ανταπεξέλθει στις καθημερινές του δραστηριότητες. Επίσης, χρησιμοποιείται το λίθιο, το οποίο μειώνει τις συνεχείς συναισθηματικές

εναλλαγές του ασθενούς, βοηθώντας έτσι, να αντιμετωπιστούν τα μανιακά και τα καταθλιπτικά επεισόδια που βιώνει ο ασθενής.

Η αγωγή όμως, για να είναι σωστή και αποτελεσματική θα πρέπει να είναι συγκεκριμένη για την κατάσταση του εκάστοτε ασθενούς ξεχωριστά και να έπεται της γνώσης του ιστορικού του ασθενούς.

1.7.3 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία αποτελεί μια θεραπεία όπου ο ασθενής έχει υποστεί ολική αναισθησία και ο εγκέφαλος του δέχεται ηλεκτρικούς παλμούς. Αυτό γίνεται με δύο τρόπους, τα ηλεκτρόδια τοποθετούνται είτε μονόπλευρα είτε αμφίπλευρα στο κεφάλι του ασθενούς. Η αμφίπλευρη τοποθέτηση προτιμάται γιατί έχει καλύτερα και πιο άμεσα αποτελέσματα. Συνίσταται η διάρκεια αυτής της θεραπείας να είναι από 6 έως 12 συνεδρίες ανάλογα την κατάσταση του κάθε ασθενούς. Θα πρέπει να σημειωθεί επίσης ότι έχει αρκετές ανεπιθύμητες παρενέργειες και για αυτό δεν προτιμάται.

1.7.4 Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις

Παράλληλα με τη φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής υπάρχουν και ορισμένες εναλλακτικές θεραπείες, όπως η θετική ψυχοθεραπεία, η οποία έχει αποδεικτική αρκετά αποτελεσματική στην καθυστέρηση των υποτροπών, την επανασταθεροποίηση της διάθεσης κατά τα επεισόδια και στη μείωση της διάρκειά τους.

Η θετική ψυχοθεραπεία (Positive Psychotherapy) στηρίζεται στις αρχές και τη λογική της θετικής ψυχολογίας και δε βασίζεται στα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής, κυρίως στηρίζεται στα θετικά χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως είναι τα ενδιαφέροντα και οι ικανότητές του, τα οποία αποκαλύπτει έτσι ώστε το άτομο να τα συνειδητοποιήσει και να καταφέρει να αντιμετωπίσει τη ψυχική του διαταραχή ευκολότερα έχοντας μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση. Η συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση στοχεύει στη βελτίωση της συμπεριφοράς του ατόμου, το οποίο μέσα από τις αλλαγές στη συμπεριφορά του θα καταφέρει να αντιμετωπίσει την καθημερινότητα του πιο αποτελεσματικά και με μεγαλύτερη ασφάλεια.

Κεφάλαιο 2. Φαρμακευτική αγωγή

ΦΑΡΜΑΚΟ	ΔΟΣΗ	ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
AREZIL XR	Η ημερήσια δόση εξατομικεύεται αλλά συνήθως είναι μεταξύ 150 mg και 800 mg. Το φάρμακο λαμβάνεται μία φορά την ημέρα και τουλάχιστον 1 ώρα πριν το φαγητό ή κατά την νυχτερινή κατάκλιση.	Αίσθημα αδυναμίας Πρήξιμο στα άνω και κάτω άκρα Θαμπή όραση Περίεργα όνειρα, εφιάλτες Διαταραχή του λόγου και της ομιλίας Ευερεθιστότητα Αύξηση των ηπατικών ενζύμων στο αίμα Μεταβολές της ποσότητας των ορμονών του θυροειδή στο αίμα	PL_3157101_1.docx (live.com)
QUATIPATINE	100 mg ημερησίως την πρώτη μέρα, 200 mg την δεύτερη, 300 mg την τρίτη, 400 mg την τέταρτη. Περαιτέρω προσαρμογή της δοσολογίας μέχρι τα 800 mg / ημέρα την έκτη μέρα, πρέπει να γίνεται με αύξηση της δόσης κατά 200 mg ημερησίως. Το σύνηθες εύρος δόσεων είναι από 400 έως 800 mg ημερησίως.	Συμπτώματα υπεργλυκαιμίας (πολυουρία, πολυδιψία, πολυφαγία) Αύξηση σωματικού βάρους Μεταβολές των λιπιδίων Υπνηλία Ζάλη Εμφάνιση ανεξέλεγκτων κινήσεων στο στόμα, γλώσσα, γνάθο, χέρια, πόδια.	https://www.healthyliving.gr/2016/07/18/kyetiapinh-quetiapine-parenergieis/

SEROQUEL XR	<p>Η ημερήσια δόση είναι μεταξύ των 150 mg και 800 mg. Λαμβάνεται 1 φορά την ημέρα τουλάχιστον 1 ώρα πριν το γεύμα ή πριν τη βραδινή κατάκλιση.</p>	<p>Αύξηση του βάρους Μη φυσιολογικές κινήσεις των μυών Μεταβολές της ποσότητας των λιπαρών ουσιών Οίδημα στα άνω ή κάτω άκρα Θολή όραση Διαταραχές της ομιλίας και του λόγου Χαμηλή Αρτηριακή Πίεση Σκέψεις αυτοκτονίας Εμετός Πυρετός</p>	<p>σύνδεσμος</p>
LAMICTAL	<p>Η αποτελεσματική δόση για ενήλικες και παιδιά ηλικίας 13 ετών και άνω είναι μεταξύ 100 και 400 mg. Για παιδιά ηλικίας 2 έως 12 ετών, είναι μεταξύ 1 mg και 15 mg για κάθε κιλό βάρους του παιδιού μέχρι το μέγιστο 400mg ημερησίως.</p>	<p>Πονοκέφαλος Διπλωπία ή αίσθημα αδυναμίας Επιθετικότητα Σοβαρή δερματική αντίδραση Ξηροστομία Διάρροια</p>	<p>συνδεσμος</p>

Κεφάλαιο 3. Ο ρόλος του Νοσηλευτή

Εξαιτίας του γεγονότος ότι οι ασθενείς που πάσχουν από διπολική διαταραχή παρουσιάζουν μειωμένη λειτουργικότητα και βιώνουν χαμηλή ποιότητα ζωής ο ρόλος του νοσηλευτή θα μπορούσε να φανεί πολύ χρήσιμος, αποτελεσματικός και να επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα στη θεραπεία του ασθενή όσο διαρκεί η ανάρρωσή του.

Ο νοσηλευτής προσφέρει στο άτομο ένα ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον, το βοηθά να εξωτερικεύει τις βαθύτερες σκέψεις του και τα συναισθήματα του χωρίς να φοβάται ή να ντρέπεται για αυτά.

Η μυϊκή δυσλειτουργία που εμφανίζουν οι ασθενείς είναι έντονη, τουλάχιστον στην αρχή της θεραπείας, όμως με την νοσηλευτική παρέμβαση αυτό μπορεί να αλλάξει σημαντικά.

Μέσα στα βασικά καθήκοντα του νοσηλευτή είναι να δημιουργήσει για τους ασθενείς συνθήκες κατάλληλες ώστε να τους εξασφαλίσει ένα ήρεμο περιβάλλον χωρίς εντάσεις και άγχος, να μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και να ανταπεξέλθουν άρτια στις ανάγκες της καθημερινότητας και να μάθουν να σέβονται τον εαυτό τους.

Ο νοσηλευτής αρχικά κάνει μια εκτίμηση – αξιολόγηση στον ασθενή με ένα σύγνομο ιστορικό. Καταγράφει τις σκέψεις και τα συναισθήματα του με σεβασμό, διατηρώντας μία ανοιχτή και μη επικριτική στάση, δείχνοντας του κατανόηση και προσοχή, προκειμένου να δημιουργηθεί μεταξύ τους μια σχέση εμπιστοσύνης που θα του επιδώσει ασφάλεια όπου στο άμεσο μέλλον θα του φανεί «παρηγορητική».

Το αίσθημα της ασφάλειας είναι ζωτικής σημασίας και οι νοσηλευτές μπορούν να το ενθαρρύνουν ή να το εμποδίσουν. Όμως, οφείλουν να είναι ιδιαίτερα προσεχτικοί στο κομμάτι της επικοινωνίας. Πιο συγκεκριμένα, πρέπει να αφήνουν το άτομο να μιλάει ακατάπαυστα και να εκφράζει ότι πραγματικά θέλει παραμένοντας ουδέτεροι. Δε χρειάζεται πάντοτε να βρίσκει απαντήσεις στα ερωτήματα ή στους προβληματισμούς του ασθενή. Η σιωπή μπορεί να φέρει θεαματικά αποτελέσματα.

Σε περίπτωση που το άτομο βρίσκεται σε σύγχυση και δεν είναι σε θέση να δώσει τις απαραίτητες πληροφορίες, ο νοσηλευτής απευθύνεται στο στενό οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή.

Κατόπιν, ενημερώνεται ο θεράπωντας γιατρός, ο οποίος αξιολογώντας το ιστορικό προσπαθεί να καταλήξει σε ένα θεραπευτικό πλάνο με το οποίο θα βοηθήσει τον ασθενή και θα επιφέρει μια ισορροπία στην καθημερινότητά του.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις ενός νοσηλευτή είναι οι ακόλουθες:

Ασφάλεια

Σημαντικό είναι να παρέχεται στον ασθενή από τον νοσηλευτή ασφάλεια. Παίζει πολύ σημαντικό ρόλο σε όλη την διάρκεια της θεραπείας, ο νοσηλευτής να δημιουργήσει σχέση εμπιστοσύνης και κατανόησης, ώστε το άτομο να αισθανθεί σιγουριά και να λειτουργεί πιο θετικά και με αμεσότητα στη θεραπευτική αγωγή.

Κάλυψη φυσιολογικών αναγκών

Υπάρχουν καταστάσεις που δε μπορούν εύκολα να διαχειριστούν οι ασθενείς με διπολική διαταραχή. Έχουν εκρήξεις συναισθημάτων αλλά και σωματική δυσλειτουργία, καθώς αισθάνονται συχνά καταβεβλημένοι, με μειωμένες σωματικές και ψυχικές δυνάμεις. Έτσι λοιπόν χρειάζονται αναμφισβήτητα, ειδικά το αρχικό διάστημα της θεραπείας, καταρτισμένους επαγγελματίες που θα τους παρέχουν καθημερινή φροντίδα.

Θεραπευτική επικοινωνία

Οι εμπειρίες που έχει το κάθε άτομο, ο τρόπος με τον οποίο μεγάλωσε, τα βιώματα του και τα συναισθήματα του αποτελούν σημαντικό κριτήριο στην επικοινωνία του με άλλα άτομα. Θα πρέπει να υπάρχει μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών ουσιαστική οπτική επαφή, να είναι έντονος ο τόνος της φωνής τους και ξεκάθαρες οι κινήσεις τους σε όλη τη διάρκεια της επικοινωνίας τους.

Κατάλληλη συμπεριφορά

Πρώτιστης σημασίας αποτελεί ο χρόνος που θα αφιερώσει ο νοσηλευτής για τον ασθενή, ο επαγγελματισμός που θα επιδείξει, η αμεσότητα του καθώς επίσης και ο σεβασμός που θα διατηρήσει ως προς τον ασθενή.

Διαχείριση φαρμάκων

Ιδίως στην έναρξη της θεραπευτικής αγωγής τον απόλυτο έλεγχο των φαρμάκων τον έχει ο εκάστοτε νοσηλευτής. Στις περισσότερες περιπτώσεις το άτομο δεν μπορεί να διαχειριστεί αυτό το κομμάτι. Είναι πιθανό να ξεχάσει να πάρει τα φάρμακα του, να του πέσουν χωρίς να το καταλάβει ή να μπερδέψει τα κουτιά και να λάβει λάθος φάρμακα σε λάθος ώρα.

Ο ασθενής για να μπορέσει να επανέλθει πλήρως στην καθημερινότητα του και να μπορέσει να ανακτήσει τις σωματικές και ψυχολογικές του δυνάμεις θα πρέπει να ακολουθήσει επακριβώς τις ιατρικές οδηγίες και συνάμα να νοσηλευτεί για όσο διάστημα κρίνεται απαραίτητο προκειμένου να εξελιχθεί άρτια η αποκατάσταση του.

Στο σημείο αυτό, ο ρόλος του νοσηλευτή φαίνεται πως έχει ύψιστη σημασία για τον ασθενή. Με τη βοήθεια του θα μπορέσει να αντιμετωπίσει όλα τα προβλήματα (σωματικά και ψυχολογικά) που συνοδεύονται με την ασθένεια του. Με τον τρόπο αυτό θα

βελτιώσει την ποιότητα ζωής του και θα καταφέρει να είναι ενεργητικός και παραγωγικός στην καθημερινότητα του.

Εξίσου σημαντικό είναι να εμπεδώσει ο ασθενής ότι σε όλο το διάστημα της νοσηλείας του δεν είναι μόνος.

Στην πετυχημένη αποκατάσταση του συμβάλλουν πολλές ειδικότητες (γιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) και κατ'επέκταση η οικογένεια του και το φιλικό του περιβάλλον. Επιβάλλεται όμως, και το ίδιο το άτομο να είναι δραστήριο με υπομονή και επιμονή προκειμένου να επανέλθει γρήγορα και αναίμακτα στην καθημερινότητα του.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να προσεγγίσει τον ασθενή και να προσπαθήσει να κατανοήσει τις σκέψεις του, τα συναισθήματα του, τις ανάγκες του και να αποκομίσει μια σφαιρική άποψη για το - αν και πόσο - έχει αποδεχτεί την ασθένεια του. Εξαιρετικά σημαντικό είναι να τον αντιμετωπίζει με ειλικρίνεια, χωρίς υπεκφυγές σε οποιοδήποτε ερωτήματα ή απορίες του και να υπάρχει απόλυτη συνεργασία με την οικογένεια. Έτσι, θα φεύγει κάθε φόβος από τον ασθενή και θα δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης και ασφάλειας.

Δεν είναι απαραίτητο συνεχώς να μιλούν. Καμιά φορά, αρκετά επικοινωνιακό είναι χωρίς λόγια να λαμβάνει ο ασθενής τη ζεστασιά και το αίσθημα εμπιστοσύνης ότι θα επιτευχθεί ο στόχος του.

Σύμφωνα με μία έρευνα 195 ασθενείς με ψυχωτική ή διπολική διαταραχή, έκριναν εξαιρετικά θετικά την παρέμβαση των νοσηλευτών όταν αισθάνθηκαν μεγαλύτερη ανάγκη για θεραπεία, αντιμετώπισαν λιγότερα κοινωνικά και συμπεριφοριστικά προβλήματα. Ενώ, οι κλινικοί γιατροί τους έκριναν πιο θετικά ως άτομα που δεν αντιμετώπιζαν τόσα πολλά κοινωνικά προβλήματα και είχαν πολύ καλή ενημέρωση για την έκβαση της ασθένειάς τους. Υπάρχει αναμφισβήτητα εντελώς διαφορετική αντίληψη μεταξύ των γιατρών και των ασθενών για την προσφορά και τον ρόλο του νοσηλευτή.

Μία άλλη έρευνα έδειξε ότι σε 58 άτομα με διπολική διαταραχή I η κοινωνική υποστήριξη που δέχτηκαν από τους νοσηλευτές βοήθησε στο να μειωθούν τα συμπτώματα κατάθλιψης που παρουσίαζαν. Επίσης, βοήθησαν ενεργά να μειωθούν τα μανιακά συμπτώματα.

Ως συμπέρασμα, προκύπτει ότι όλη η νοσηλευτική ομάδα αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι μιας πετυχημένης και πιο άμεσης αντιμετώπισης των συμπτωμάτων που παρουσιάζουν οι ασθενείς με διπολική διαταραχή.

Κεφάλαιο 4. Μαθαίνοντας να ζούμε με τη Διπολική Διαταραχή

4.1 Ιατρική βοήθεια στον ασθενή

Ο ασθενής που εμφανίζει διπολική διαταραχή πρέπει άμεσα και μεθοδευμένα να ζητήσει ιατρική βοήθεια.

Όταν βρίσκεται σε μανιακό επεισόδιο, το άτομο είναι πολύ χαρούμενο, ενεργητικό και έχει την τάση να μιλάει ακατάπαυστα. Το διακρίνει έντονη διάσπαση προσοχής και διακατέχεται από εμμονές για μια συγκεκριμένη δραστηριότητα. Παρουσιάζει διαταραχές ύπνου και έχει την τάση να καταπιάνεται με επικίνδυνες ασχολίες, όπως υπερκατανάλωση, άστατη σεξουαλική ζωή ή παράτολμες επιχειρηματικές επενδύσεις.

Σε ορισμένες περιπτώσεις η νοσοκομειακή νοσηλεία είναι απαραίτητη όταν τα συμπτώματα διαρκούν περισσότερο από μία εβδομάδα, προκειμένου να υπάρξει ύφεση στα συμπτώματα και να επέλθει μια σχετική σταθεροποίηση.

Όταν βρίσκεται σε καταθλιπτικό επεισόδιο, το άτομο έχει πολύ κακή διάθεση, χωρίς κανένα ενδιαφέρον. Δεν του προσφέρει χαρά καμία δραστηριότητα, δυσανασχετεί και κουράζεται με ό,τι και αν ασχοληθεί. Αισθάνεται λύπη, απελπισία, άδειος από συναισθήματα. Αυτά όλα διαρκούν για αρκετές εβδομάδες, επηρεάζοντας την ικανότητα εργασίας και τη συναναστροφή του με τους ανθρώπους της οικογένειας τους αλλά και με το φιλικό του περιβάλλον.

Είναι απαραίτητη η επίσκεψη στον θεράποντα ιατρό, προκειμένου να χορηγηθεί έγκαιρα η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Θα πρέπει να υπάρχει συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς, έτσι ώστε να ελέγχεται και να αξιολογείται η εξέλιξη του επεισοδίου, για να αποφευχθούν οι χειρότερες συνέπειες και να δοθεί η απαραίτητη βοήθεια στον ασθενή ώστε να ξεπεράσει το επεισόδιο όσο γίνεται πιο ανώδυνα.

4.2 Ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή

Αρκετά αποτελεσματικό είναι το άτομο να γνωρίζει τα πάντα για την ασθένειά του. Αυτό επιτυγχάνεται με τη σωστή πληροφόρηση του μέσω σεμιναρίων και διαλέξεων ή ακό-

μα και μέσα από τη συζήτηση με τον θεράποντα ιατρό του. Επίσης, ο ασθενής θα μπορούσε να μάθει σχετικά με τη Δ.Δ. ψάχνοντας πληροφορίες από το διαδίκτυο. Επίσης, πρέπει να ελέγχει τις όποιες αλλαγές στη διάθεση του είτε είναι μικρές είτε μεγάλες, οι οποίες σηματοδοτούν την έναρξη ενός νέου επεισοδίου της νόσου. Θα πρέπει λοιπόν ο ασθενής να προσέχει τα κάτωθι:

- Διατήρηση σταθερού προγράμματος ύπνου: το άτομο είναι σημαντικό να κοιμάται και να ξυπνάει την ίδια ώρα κάθε μέρα.
- Διατήρηση σταθερού προγράμματος δραστηριοτήτων: να μην πιέζει τον εαυτό του για να ασχοληθεί με κάτι, αλλά και, όταν είναι κακοδιάθετος να προσπαθεί έστω κι αν δε το επιθυμεί να βρει κάτι να ασχοληθεί, προκειμένου να ξεπεράσει τη δυσκολία.
- Να μην καταναλώνει αλκοόλ ή άλλες εθιστικές ουσίες.
- Βοήθεια από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον: Ο γιατρός οφείλει να επικοινωνεί με την οικογένεια του ασθενή και να συζητάει μαζί τους σχετικά με τη νέα πραγματικότητα και να τονίσει τις επικείμενες δυσκολίες, προκειμένου να είναι προετοιμασμένοι για τα επακόλουθα. Είναι εξαιρετικά δύσκολο να μοιράζεται κανείς το ίδιο σπίτι με άτομο που πάσχει από διπολική διαταραχή. Χρειάζεται κατανόηση και υπομονή από όλους μέχρι να σταθεροποιηθεί και να καλυτερεύσει το άτομο.
- Μειώστε το άγχος που προέρχεται από το εργασιακό περιβάλλον: Μόνο θετικά αποτελέσματα θα επιφέρει το γεγονός να μιλήσει το άτομο με ειλικρίνεια στην εργασία του και να εξηγήσει χωρίς να ντρέπεται ή να αισθάνεται ενοχές, ακριβώς για τη ψυχική διαταραχή που βιώνει. Αν νιώθει όμως, ότι πιέζεται δε μπορεί να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις του, τότε θα ήταν φρόνιμο για όσο διάστημα χρειάζεται να λάβει μια αναρρωτική άδεια.
- Αναγνώριση των πρώιμων προειδοποιητικών σημαδιών ενός επεισοδίου: Στο κάθε άτομο είναι διαφορετικά. Αλλαγές στην καθημερινή ρουτίνα του ατόμου, η εμφάνιση αυτοκτονικών σκέψεων ή σκέψεων γύρω από το θάνατο και η ξαφνική αίσθηση υπεραισιοδοξίας μπορεί να αποτελέσουν σημάδια μανιοκατάθλιψης. Ο ασθενής θα πρέπει να έχει την άνεση να ζητήσει βοήθεια από την οικογένεια, σημειώνοντας τις διακυμάνσεις στη διάθεση του, εφόσον αυτό δεν είναι σε θέση να το κάνει μόνος του.

Είναι απόλυτα φυσιολογικό και αναμενόμενο ο ασθενής να δυσανασχετεί με την αγωγή που ακολουθεί. Στην περίπτωση αυτή, συζητάει με τον ιατρό και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να διακόψει από μόνος του τη θεραπεία γιατί τα συμπτώματα που επανεμφανίζονται μετά τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής αντιμετωπίζονται πάρα πολύ πιο δύσκολα.

Όταν ο ασθενής διανύει το διάστημα που βιώνει ένα επεισόδιο, η επίσκεψη στο γιατρό θα πρέπει να γίνεται μια φορά την εβδομάδα.

Ανεξάρτητα όμως από τα προκαθορισμένα ραντεβού, το άτομο θα πρέπει να επικοινωνεί άμεσα με τον γιατρό όταν αισθάνεται έντονες αλλαγές στη διάθεση του, όταν νιώθει πως δε θέλει πια να συνεχίζει να ζει και φυσικά όταν συμβεί κάτι ανεξάρτητο από τη διαταραχή και είναι αναγκαίο να του χορηγηθεί κάποιο άλλο φάρμακο.

4.3 Ψυχολογική υποστήριξη στην οικογένεια

Οι συγγενείς και το φιλικό περιβάλλον ενός ατόμου που πάσχει από διπολική διαταραχή όταν έρχονται αντιμέτωποι με την ασθένεια τους διακατέχει έντονος πανικός, φόβος και απόγνωση.

Αρχικά, πρέπει να ενημερωθούν για τα αίτια και τον τρόπο με τον οποίο θα αντιμετωπίσουν την ασθένεια. Έχουν αγωνία αν θα μπορέσουν να προλάβουν ένα επεισόδιο ή αν θα αναγνωρίσουν τα συμπτώματα πριν ξεκινήσει το επεισόδιο. Ο ρόλος τους είναι καταλυτικός. Πρέπει διαρκώς να ενθαρρύνουν το άτομο προκειμένου να ακολουθήσει πιστά την αγωγή του. Να περνάνε ποιοτικό χρόνο μαζί του κάνοντας πολλές κοινές δραστηριότητες, χωρίς να καταπιέζεται και να νιώθει άβολα.

Όσο περνάει ο καιρός συνηθίζουν και μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τα προειδοποιητικά σημάδια. Σε περίπτωση που αντιληφθούν περίεργη και ασυνήθιστη συμπεριφορά και ο ασθενής απειλεί για αυτοκτονία, πρέπει να το λάβουν σοβαρά υπόψη τους και να καλέσουν άμεσα το ασθενοφόρο.

Εξίσου σημαντικό είναι να αντιμετωπίζουν το άτομο άκρως φυσιολογικά, να το βοηθούν και να το στηρίζουν. Χρειάζεται να καταβάλουν υπομονή και μεγάλη προσπάθεια.

Με το πέρασμα του χρόνου αποκτούν εμπειρία, συμβιβάζονται και αποδέχονται το γεγονός ότι όπως όλοι οι άνθρωποι, έτσι και ο ασθενής με διπολική διαταραχή θα έχει άσχημες μέρες με ακραίες αντιδράσεις.

Η ηρεμία, η συζήτηση και η προσήλωση θα επιφέρουν θετικά αποτελέσματα. Πολλές φορές όμως, κάποια μέλη της οικογένειας χρειάζονται και τα ίδια ψυχοθεραπεία. Είναι κάτι που θα τους βοηθήσει να αποδεχθούν τη διαταραχή και να χειριστούν την κατάσταση με θάρρος και αξιοπρέπεια.

4.4 Συμβουλευτική παρέμβαση

Υπάρχουν κάποια πράγματα που οφείλει ο ασθενής να κάνει ώστε να ελέγξει τα συμπτώματα και να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του.

Αρχικά, θα ήταν φρόνιμο να μπορεί να αναγνωρίζει τις εναλλαγές της διάθεσής του έγκαιρα και να αντιλαμβάνεται τα προειδοποιητικά σημάδια. Όπως για παράδειγμα, αλλαγή στην όρεξη ή ξαφνική αϋπνία. Αν καταφέρει να αντιληφθεί αυτά τα σημάδια τότε θα είναι πιο εύκολο να αναζητήσει την κατάλληλη βοήθεια ή να τα συζητήσει με την οικογένεια και/ή τους φίλους του, ώστε να μπορέσουν να τον βοηθήσουν. Θα πρέπει να ακολουθεί μια ρουτίνα σε καθημερινή βάση, ώστε να καταφέρει να νιώσει περισσότερο ήρεμος με ισορροπημένη διάθεση.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να εξασφαλίσει καθημερινά τον απαραίτητο χρόνο για τον εαυτό του καθώς επίσης και για την ξεκούραση του. Θα πρέπει να περιορίσει, όσο είναι εφικτό, τις πηγές που του προκαλούν άγχος και να ακολουθεί μια ισορροπημένη διαίτα, ώστε να επιτευχθεί γενικότερη υγεία του σώματος αλλά και να έχει αυξημένη διάθεση.

Επίσης, η γυμναστική θα αποτελούσε σημαντικό παράγοντα στη διοχέτευση της ενέργειας του ατόμου κατά τις περιόδους που έχει μεγάλη ενεργητικότητα, αλλά και για να το βοηθήσει να βελτιώσει την ψυχολογία του, όταν περνάει περιόδους κακής διάθεσης.

Πρέπει να λαμβάνει τα φάρμακά του, ακριβώς, όπως έχει δοθεί η οδηγία από τον θεράποντα ιατρό και την ίδια πάντα ώρα, ώστε να περιοριστεί ο κίνδυνος υποτροπών.

Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της διαταραχής κατέχουν και οι φίλοι οι οποίοι με σωστές κατευθύνσεις, υπομονή και αγάπη μπορούν αισθητά να βοηθήσουν το άτομο.

Αρχικά, θα πρέπει να ενημερωθούν γύρω από την πάθηση και τα συμπτώματά της ενώ παράλληλα, να είναι δίπλα στον ασθενή, να τον στηρίζουν και να μην είναι επι-

κριτικοί απέναντί του. Σημαντικό είναι να παραμένουν ψύχραιμοι και να δείχνουν απόλυτη κατανόηση.

Όμως, εξίσου σημαντικό είναι να φροντίζουν και τον εαυτό τους. Αν οποιαδήποτε στιγμή αισθανθούν πίεση ή δεν μπορούν να διαχειριστούν την κατάσταση, καλό είναι να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό, ο οποίος θα μπορέσει να δώσει τις κατάλληλες συμβουλές για το πως να συμπεριφέρονται στα επεισόδια κρίσης.

Αν ο ασθενής έχει αυτοκτονικές τάσεις, πρέπει η οικογένεια και οι φίλοι να μένουν κοντά του και να μην τον αφήνουν μόνο του. Συνάμα, καλούν γρήγορα ιατρική βοήθεια και απομακρύνουν από το σπίτι κάθε επικίνδυνο αντικείμενο με το οποίο θα μπορούσε να βλάψει ο ασθενής τον εαυτό του.

4.5 Παιδιά με διπολικούς γονείς

Η διπολική διαταραχή είναι μια ασθένεια που επηρεάζει τον τρόπο που ο ασθενής σκέφτεται και φέρεται. Χαρακτηρίζεται από επεισόδια έντονων εναλλαγών της διάθεσης του αρκετές φορές μέσα στο χρόνο.

Δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο πως προκαλείται η διπολική διαταραχή. Οι επικρατέστερες θεωρίες είναι στην εύρεση χημικών ανισορροπιών στον εγκέφαλο, ή γονιδιακό θέμα. Η κληρονομικότητα παίζει πολύ σημαντικό ρόλο αλλά όχι σε απόλυτο βαθμό.

Η ασθένεια αυτή ακόμη και του ενός μόνο γονέα επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, ειδικά αν μιλάμε για μια ασθένεια όπως η διπολική διαταραχή και ο ασθενής δεν έχει μάθει να διαχειρίζεται τα συμπτώματα που εμφανίζονται. Καλό θα ήταν παράλληλα με τον γονέα που νοσεί να δέχονται ψυχολογική υποστήριξη και τα παιδιά της οικογένειας, ειδικότερα, τα διαστήματα που εμφανίζονται τα μαυνοκαταθλιπτικά επεισόδια. Επίσης, θα ήταν φρόνιμο τα παιδιά να ενημερώνονται πλήρως σχετικά με τη φύση της ασθένειας και να υπάρχει δυνατότητα επικοινωνίας τους μαζί με τον θεράποντα ιατρό.

Τα περισσότερα παιδιά με διπολικούς γονείς αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα τόσο στην παρούσα φάση τους όσο και μελλοντικά. Τα προβλήματα αυτά εστιάζονται κυρίως στο σχολείο, στο σπίτι και αργότερα στην εργασία τους. Τα παιδιά αυτά επειδή πρέπει να μάθουν να είναι πολύ υπεύθυνα στρεσάρονται συναισθηματικά και βιώνουν αυξημένο άγχος γιατί πρέπει να φροντίζουν τους γονείς ισόβια. Δυσκολεύονται να ανα-

πτύξουν κοινωνικές σχέσεις εκτός οικογένειας, έχουν μεγάλο άγχος για τα οικονομικά τους και ζουν με το φόβο μήπως νοσήσουν και αυτά από διπολική διαταραχή.

Καθώς η διπολική διαταραχή μπορεί να προκαλέσει τόσο δραματικές αλλαγές στην προσωπικότητα ενός ατόμου, είναι πολύ εύλογο ένα παιδί να αναρωτιέται αν μπορεί να το πάθει κι εκείνο ή ακόμα και αν φταίει το ίδιο για την κατάσταση αυτή. Στο σημείο αυτό είναι πολύ σημαντικό να καταλάβουν πως δεν ευθύνονται τα ίδια σε κάτι αλλά έχει σχέση με την κληρονομικότητα και πως οι γονείς τους αντιμετωπίζουν τη συγκεκριμένη ασθένεια προτού αυτά γεννηθούν.

Η διπολική διαταραχή δε θεραπεύεται αλλά ο ασθενής καταφέρνει να τη διαχειριστεί λαμβάνοντας της κατάλληλη αγωγή.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι κάθε άνθρωπος λειτουργεί με διαφορετικό τρόπο. Κάποιοι ασθενείς προτιμούν να μην συζητούν για την ασθένεια τους ενώ κάποιοι άλλοι όχι. Ένα παιδί όμως θα πρέπει να ενημερωθεί πλήρως για να γνωρίζει πως θα διαχειριστεί ανά πάσα στιγμή μια κατάσταση επεισοδίου.

Πράγματι, η διπολική διαταραχή επιφέρει πολλά προβλήματα στο άτομο που νοσεί και ταυτόχρονα επηρεάζει αρνητικά τα παιδιά με διπολικούς γονείς γιατί εξαρτώνται από αυτούς συναισθηματικά και οικονομικά. Συνεπώς, χωρίς αμφιβολία τα παιδιά έρχονται αντιμέτωπα με υψηλά επίπεδα στρες και βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο για ανάπτυξη ποικίλων διαταραχών, ιδιαίτερα αν είναι τα μοναδικά πρόσωπα φροντίδας.

Παρόλο που η διπολική διαταραχή επηρεάζει όχι μόνο τον ασθενή αλλά και το στενό του οικογενειακό περιβάλλον, οι περισσότερες έρευνες έχουν ως αντικείμενο μελέτης το άτομο που νοσεί, τους γονείς και τους συντρόφους του και ελάχιστα τα παιδιά που συμβιώνουν με τους διπολικούς γονείς τους. Αυτά τα παιδιά που καλούνται να έχουν το ρόλο του φροντιστή αποκτούν κάποιες θετικές εμπειρίες όπως να λαμβάνουν την εκτίμηση του ασθενούς, να νιώθουν ικανοποίηση από τη φροντίδα που παρέχουν και να δημιουργούν στενότερες σχέσεις με τον ασθενή και την υπόλοιπη οικογένεια.

Μία πρόσφατη έρευνα των Bauer, Spiessl & Helmbrecht (2015), ήταν η πρώτη που επιχειρήσε να περιγράψει το τρόπο που τα παιδιά βιώνουν την κατάθλιψη ή τη διπολική διαταραχή των γονιών τους. Η έρευνα έδειξε πως όλα τα παιδιά ανέφεραν δυσκολίες οι οποίες σχετιζονταν με το συναισθηματικό βάρος που επωμίζονται, την απογοήτευση που βιώνουν όταν η οικογενειακή τους ζωή χειροτερεύει, το άγχος για τη διαχείριση των συμπτωμάτων της ασθένειας και τη μη ικανοποίηση από τη θεραπεία του

γονέα τους που επιφέρει τη μη επαρκή δράση του γονέα, τη δική τους μειωμένη επίδοση στο σχολείο και τα προβλήματα υγείας που παρουσιάζουν τα ίδια.

Τα περισσότερα ενήλικα παιδιά ανέφεραν ότι τα προβλήματα ήταν περισσότερα όταν η ασθένεια του γονέα εμφανίστηκε στην ηλικία τους των 11 χρόνων ή λίγο μετά την ενηλικίωση τους και ειδικότερα αν ο γονέας τους είχε χρειαστεί να νοσηλευτεί.

Επίσης, πολλά παιδιά αναφέρθηκαν στο γεγονός ότι όταν ανακαλούν μνήμες από την παιδική τους ηλικία την χαρακτηρίζουν ως θετική και όχι ως επιζήμια και ότι είχαν αναπτύξει καλύτερη και κοντινότερη σχέση με τον υγιή γονέα και όχι με τον «ασθενή». Επιπλέον, αναφέρουν ως θετικό ότι λόγω της ασθένειας τα μέλη της οικογένειας τους είχαν αναπτύξει πολύ στενές και ισχυρές σχέσεις.

Από την έρευνα διαπιστώθηκε επίσης, ποια παιδιά χρήζουν άμεση βοήθεια λόγω της ψυχικής διαταραχής των γονιών τους. Αυτά τα παιδιά είναι:

- Ηλικίας 18-20 ετών.
- Ηλικίας μικρότερης των 10 ετών.
- Το παιδί συμβιώνει με τον γονέα που νοσεί.
- Το παιδί θεωρείται ο κηδεμόνας του γονέα που νοσεί.
- Το παιδί αναφέρει πως νιώθει πίεση και βάρος στις περισσότερες περιπτώσεις.
- Ο γονέας νοσεί σοβαρά.
- Ο γονέας δεν έχει σύντροφο και βιώνει τη διαταραχή μόνος του.
- Ο γονέας έχει αυτοκτονικές σκέψεις και έχει προσπαθήσει να αυτοκτονήσει.

Συνεπώς, τα παιδιά με διπολικούς γονείς έρχονται αντιμέτωπα με πολλές σοβαρές δυσκολίες οι οποίες τα ακολουθούν και στην ενήλικη ζωή τους. Γι' αυτό το λόγο η συμβουλευτική παρέμβαση και η ψυχολογική υποστήριξη είναι πολύ σημαντική σε αυτά τα παιδιά ώστε να ελαχιστοποιηθούν τυχόν μελλοντικές δυσχερείς συνέπειες.

Τα παιδιά με διπολικούς γονείς εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κάποιας ψυχικής διαταραχής και ειδικότερα πρώιμης εκδήλωσης διαταραχών του φάσματος του διπολισμού. Ομοίως, η ύπαρξη ενός γονέα με διπολική διαταραχή αυξάνει τις πιθανότητες οποιασδήποτε διαταραχής της διάθεσης, του άγχους και του Axis I κατά 5.2, 2.3 και 2.2 φορές, αντίστοιχα.

Οι απόγονοι των γονέων με υψηλό κοινωνικοοικονομικό στάτους που νοσούν με διπολική διαταραχή, διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο διαταραχών της διασπαστικής συμπεριφοράς και των διαταραχών Axis I.

Τα περισσότερα παιδιά που εμφάνισαν διπολική διαταραχή, βίωσαν το πρώτο τους επεισόδιο πριν την ηλικία των 12 ετών.

Συμπεράσματα

Η Δ.Δ είναι μια ψυχική νόσος, της οποίας τα συμπτώματα αν δεν αντιμετωπιστούν άμεσα τότε πιθανό να δημιουργηθούν πολύ σοβαρά προβλήματα στην καθημερινή ζωή του. Ο ασθενής γίνεται επιρρεπής σε καταχρήσεις, εμφανίζει τάσεις αυτοκτονίας και αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα. Ταυτόχρονα μπορεί να μην αποδίδει στην εργασία του και οι κοινωνικές και οικογενειακές του σχέσεις να είναι κακές.

Σύμφωνα με έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), τα άτομα με διπολική διαταραχή χάνουν κατά μέσο όρο 17 ημέρες εργασίας ή δραστηριοτήτων ετησίως, ενώ σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., η διπολική διαταραχή είναι η 12η αιτία μέτριας έως σοβαρής αναπηρίας παγκοσμίως.

Συχνά οι ασθενείς που νοσούν από διπολική διαταραχή πάσχουν και από άλλες συναισθηματικές, αναπτυξιακές ή αγχώδεις διαταραχές, οι οποίες απορρέουν από τη νόσο της Δ.Δ. ή την φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν.

Όταν η Δ.Δ. εμφανιστεί σε ένα μέλος μιας οικογένειας τότε θα πρέπει να γίνει γενετικός έλεγχος ώστε να διαπιστωθεί αν η Δ.Δ. θα εκφραστεί μέσω γονιδίων και σε άλλα μέλη της οικογένειας και να γίνει έλεγχος των περιβαλλοντικών παραγόντων για-τί είναι αυτοί που καθορίζουν την έκφραση των γονιδίων στις επόμενες γενιές.

Η ασθένεια αυτή είναι ανίατη αλλά διαχειρίσιμη με την κατάλληλη ιατρική και ψυχολογική βοήθεια. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι, επίσης, πάρα πολύ σημαντικός και καταλυτικός. Ακόμη, πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η φαρμακευτική αγωγή και το περιβάλλον στο οποίο ζει ο ασθενής. Η οικογένεια και οι φίλοι του θα πρέπει να είναι πολύ υποστηρικτικοί και σε συνεχή επικοινωνία τόσο μαζί με τον ασθενή όσο και με τον θεράποντα γιατρό και τον ψυχικό σύμβουλο.

Ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δίνεται στα παιδιά που έχουν διπολικούς γονείς. Θα πρέπει να ενημερωθούν σωστά και επαρκώς σχετικά με την ασθένεια και τους τρόπους διαχείρισης των επεισοδίων. Επίσης, θα πρέπει να δεχτούν ψυχολογική βοήθεια για να αποφευχθούν τα αρνητικά συναισθήματα και οι αρνητικές επιπτώσεις που θα έχουν στη μετέπειτα ενήλικη ζωή τους.

Τέλος, σε ό,τι αφορά τις αγωγές, τα αντικαταθλιπτικά δεν έχουν κύριο ρόλο στην αντιμετώπιση της Δ.Δ. τουλάχιστον ως μονοθεραπεία, ενώ τα άτυπα αντιψυχωτικά έχουν ρόλο μόνο στη φάση της μανίας και στην προφύλαξη από αυτή.

Αναφορές

1. Abdin E., Chong S.A., Subramaniam M. and Vaingankar J.A., 2013. Prevalence, correlates, comorbidity and sensitivity of bipolar disorder: results from Singapore Mental Health Study. Elsevier. [e-journal] 146(2), pp. 189-196. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.09.002>
2. Abelson J.M., Homles C., Kessler R.C., Rubinow D.R. and Zhao S., 1997. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in general population survey. PubMed.gov. [e-journal] 27(5), pp. 1079-1089. <https://doi.org/10.1017/s0033291797005333>
3. Akiskal H.S., Angst J., Greenberg P., Hirschfeld R.M.A., Kessler R.E., Merikangas K.R. and Petukhova M., 2007. Lifetime and 12 month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. SAMA Psychiatry. [e-journal] 64(5), pp. 543-552. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.543>
4. Alhamzawi A.O., Alonso J., Angermeyer M., Bromet E., Bruffaerts R., Chatterji S., Floresc S., Girolamo G., Gureje O., Haro J.M., Heeringa S., Hinkov H., Hu C., Karam E.G., Kessler R.C., Kovess V., Levinson D., Medina-Mora M.E., Nakamura Y., Ormel J., Petukhova M., Posada-Villa J., Sagar R., Scott K.M., Tsang A., Ustun T.B., Viana M.C., Vilagut G. and Williams D.R., 2011. Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. PubMed.gov. [e-journal] 16(12), pp. 1234-1246 <https://doi.org/10.1038/mp.2010.101>
5. Ali M., Bond D.J., Fountoulakis K.N., Lam R.W., Muralidharan K., Silveira L.E. and Yatham L.N., 2013. Efficacy of second generation antipsychotics in treating acute mixed episodes in bipolar disorder: a meta-analysis of placebo-controlled trials. PubMed.gov. [e-journal] 150(2), pp. 408-414. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.032>
6. Altamura A.C., Bortolussi S., Buoli M., Camuri G., Dell'Osso B. and Vecchi V., 2010. Patterns of Axis I comorbidity in relation to age in patients with Bipolar Disorder: a cross-sectional analysis. Europe PMC, [e-journal] 130(1-2), pp. 318-322. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.008>
7. American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington VA: American Psychiatric Association
8. Ametrano R.M., Bowden C.L., Calabrese J.R., Delbello M.P., Dennehy E.B., Miklowitz D.J., Nierenberg A.A., Ostacher M., Perlis R.H., Roy H., Sachs G., Thase M.E.

- and Wisniewski S.R., 2009. Retrospective age at onset of bipolar disorder and outcome during two-year follow-up: Results from the STEP-BD study. UT Health. [e-journal] 10(4), pp. 391-400 <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00686.x>
9. Amore M., Girardi P., Gonda X., Innamorati M., Pompili M., Rihmer Z., Serafini G., and Sher L., 2013. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. PubMed.gov. [e-journal] 15(5), pp. 457-490. <https://doi.org/10.1111/bdi.12087>
 10. Anmella G., Colomer C., Paccharotti I. and Vieta E., 2020. How to treat mania. Wiley Online Library, [e-journal]. <https://doi.org/10.1111/acps.13209>
 11. Baldessarini R.J., Holtzman S.N., Ketter T.A., Lolic M. and Vazquez G.H., 2015. Recurrence rates in bipolar disorder: Systematic comparison of long-term prospective, naturalistic studies versus randomized controlled trials. PubMed.gov. [e-journal] 25(10), pp. 1501-1512 <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.07.013>
 12. Bauer M., Frye M.A., Ha K., Lafer B., Perugi G., Scott J., Suppes T. and Swamm A.C., 2013. Bipolar Mixed States: An International Society for Bipolar Disorders Task Force Report of Symptom Structure Cause of Illness and Diagnosis. The American Journal of Psychiatry. [e-journal] 170(1), pp. 31-42 <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030301>
 13. Bauer M.S., Ludman E., Simon G.E. and Unutzer J., 2005. 'Biopolarity' in bipolar disorder: distribution of manic and depressive symptoms in a treated population. Cambridge Care. 187(1), pp. 87-88. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.87>
 14. Bauer R., Helmbrecht M.J. and Spiessi H., 2015. Burden, reward and coping of adult offspring of patients with depression and bipolar disorder. PubMed.gov. [e-journal] 3(2) <https://doi.org/10.1186/s40345-015-0021-5>
 15. Beekman A.T.F., Goossens P.J.J., Hooft T., Kupka R.W., Meijel B., Stegink E.E. and Voort T.Y.G.N., 2015. The Working Alliance between Patients with Bipolar Disorder and the Nurse: Helpful and Obstructive Elements during a Depressive Episode from the Patients' Perspective. Elsevier [e-journal] 29(5), pp. 290-296 <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.005>
 16. Belleza M., 2021. Bipolar Disorder. [online] Available at: < <https://nurseslabs.com/bipolar-disorder/#:~:text=Nursing%20interventions%20for>

%20bipolar%20disorder,Meeting%20physiologic%20needs > [Accessed 11 February 2021]

17. Benabarre A., Colom F., Corbella B., Gasto C., Martinez-Aran A., Reinares M. and Vieta E., 2001. Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. Wiley. [online] 3(5), pp. 253-258. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11903208/> [Accessed October 2001]
18. Berk M., Birmaher B., Grande I. and Vieta E., 2016. Bipolar Disorder. The Lancet. [e-journal] 387(10027), pp. 1561-1572 [https://doi.org/10.1016/50140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/50140-6736(15)00241-X).
19. Bryant-Comstock L., Devercelli G. and Stender M., 2002. Health care utilization and costs among privately insured patients with bipolar I disorder. Wiley, [e-journal] 4(6), pp. 398-405. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2002.01148.x>
20. Carlson G.A. and Strober M., 1978. Effective disorder in adolescence: issues in misdiagnosis. PubMed.gov. [e-journal] 39(1), pp. 59-66. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/580261/> [Accessed January 1978]
21. Carroll B.J., Cassidy F., Forest K. and Murry, 1998. A factor analysis of the signs and symptoms of mania. JAMA Psychiatry. [e-journal] 55(1), pp. 27-32. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.1.27>
22. Carroll B.J., Cassidy F., Forest K. and Murry, 1998. Signs and symptoms of mania in pure and mixed episodes. Elsevier. [e-journal] 50(2-3), pp. 187-201. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(98\)00016-0](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00016-0)
23. Carter J., Crowe M., Joyce P.R., Luty S. and Moor S., 2012. Effects of comorbidity and early age of onset in young people with Bipolar Disorder on self-harming behavior and suicide attempts. Elsevier. [e-journal] 136(3), pp. 1212-1215. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.018>
24. Cody M.M., Ganji V., McCarty F., Milone C. and Wang Y.T., 2010. Serum vitamin D concentrations are related to depression in young adults MS population: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. PubMed.gov. [e-journal] 3(29) <https://doi.org/10.1186/1755-7682-3-29>
25. Daggenvoorde T.H., Goossens P.J.J., E van Lankeren J., Poslawsky I.E. and Testerink A.E., 2019. Patient experiences with nursing care during hospitalization on a closed ward due to a manic episode: A qualitative study. PubMed, [e-journal] 56(1), pp.37-45 <https://10.1111/ppc.12370>

26. Dailey M.W. and Saadabadi A., 2022. Mania [e-book] Treasure Island: StatPearls. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29630220/> [Downloaded: 19 July 2022]
27. Dean B.B., Gerner D. and Gerner R.H., 2004. Asystematic review evaluating health-related quality of life, work impairment and health care costs and utilization in bipolar disorder. *PbMed.gov. [e-journal] 20(2), pp. 139-154* <https://doi.org/10.1185/030079903125002801>
28. Frank E., Novick D.M. and Swartz H.A., 2010. Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *PubMed.gov. [e-journal] 12(1), pp. 1-9* <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00786.x>
29. GBD 2017 Disease and injury incidence and Prevalence Collaborators, 2018. Global regional and national incidence, prevalence and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for all the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet. [e-journal] 392(10159), pp. 1789-1858* [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
30. George E.L., Kallbag A., Mklowitz D.J., Richards J.A., Simoneau J.L. and Suddath R., 2000. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *PubMed.gov. [e-journal] 48(6), pp. 582-592* [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)00931-8](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(00)00931-8)
31. Harvey A. and Murray G., 2010. Circadian rhythms and sleep in bipolar disorder. *PubMed.gov [e-journal] 12(5), pp. 459-472* <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2010.00843.x>.
32. Hirschfeld R.M., Lewis L. and Vornik L.A., 2003. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *PubMed.gov. [e-journal] 64(2), pp. 161-174.* Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12633125/> [Accessed February 2003]
33. Hoffman M., 2020. Bipolar Episodes With Mixed Features. [online] Available at: <https://www.webmd.com/bipolar-disorder/guide/mixed-bipolar-disorder> [Accessed 14 April 2020]
34. Johnson S.L. and Strauss J.L., 2006. Role of treatment alliance in the clinical management of bipolar disorder: stronger alliances prospectively predict fewer manic

- symptoms. Elsevier [e-journal] 145(2-3), pp. 215-223
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.01.007>
35. Kamperman A.M., Mulder N.C.L., Ruchlewska A., Van de Gaag M. and Wierdsma A.I., 2016. Working Alliance in Patients with Severe Mental Illness who need a Crisis Intervention Plan. SpringerLink [e-journal] 52(1), pp. 102-108
<https://doi.org/10.1007/s10597-015-9839-7>
36. Krishnan K.R., 2005. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. Psychosomatic Medicine. [e-journal] 67(1), pp. 1-8.
<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000151489.36347.18>
37. Malhi G.S., 2013. Diagnosis of bipolar disorder: who is in a mixed state? The Lancet. [e-journal] 381(987), pp. 1599-1600 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60893-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60893-4)
38. Miklowitz D.J., 2008. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. The American Journal of Psychiatry. [e-journal] 165(11), pp. 1408-1419.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040488>
39. Olgiati P. and Serretti A., 2005. Profiles of “manic” symptoms in bipolar I, bipolar II and major depressive disorders. Elsevier. [e-journal] 84(2-3), pp. 159-166.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.09.011>
40. OnMed, 2017. Διπολική Διαταραχή: Ποια είναι τα κυριότερα συμπτώματα. [online] Available at: < <https://www.onmed.gr/ygeia/story/361926/dipoliki-diataraxi-poia-einai-ta-kyriotera-symptomata> > [Accessed 9 December 2017]
41. Phelps J., 2016. Bipolar Mixed States: Dangerous, Common-and Sometimes Iatrogenic. [online] Available at: <https://www.psychiatrytimes.com/view/bipolar-mixed-states-dangerous-commonand-sometimes-iatrogenic> [Accessed 9 June 2016]
42. Rakel R.E., 1999. Depression. PubMed, [e-journal] 26(2), pp.211-224
[https://10.1016/s0095-4543\(8\)7003-4](https://10.1016/s0095-4543(8)7003-4)
43. Singh J.B. and Zarate C.A., 2006. Pharmacological treatment of psychiatric comorbidity in bipolar disorder: a review of controlled trials. Wiley. [e-journal] 8(6), pp. 696-709. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00371.x>

44. Valenti M. and Vieta E., 2013. Mixed states in DSM-5: Implications for clinical care, education and research. Science Direct. [e-journal] 148(1), pp. 28-36
<https://doi.org/j.jad.2013.03.007>
45. World Health Organization, 1992. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. [online] Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958> [Accessed 1992]
46. World Health Organization, 2011. World Report in Disabilities. [online] Available at: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability> [Accessed 17 September 2019].
47. Μάλλιαρης I., 2018. DrMalliaris. [online] Available at: <https://www.drmalliaris.com/>
48. Ζαχαριάδης Α., 2021. Διπολική Διαταραχή: Τι φταίει- ποια φάρμακα βοηθούν. [online] Available at: < <https://www.ygeiamou.gr/blogs/dipoliki-diatarachi-ti-ftei-ta-farmaka-pou-voithoun/> > [Accessed 8 April 2021]
49. Φιλιόγλου Μ., 2013. Η οικογενειακή θεραπεία της διπολικής διαταραχής. [online] Available at: https://www.maniokatathlipsi.gr/2013/09/family_therapy/#sthash.EH7a8Syg.dpuf [Accessed 12 September 2013]
50. Φιλιόγλου Μ., 2013. Διπολική Διαταραχή ή Οριακή Προσωπικότητα; [online] Available at: https://www.maniokatathlipsi.gr/2013/10/bipolar_vs_borderline/ [Accessed 29 October 2013]