



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

## **Σύνδρομο Διπολικής Διαταραχής**

POST GRADUATE THESIS

## **Bipolar Disorder Syndrome**



ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ/NAME OF STUDENT

**Σοφία Σοκολάκη**

Sofia Sokolaki

ΟΝΟΜΑ ΕΙΣΗΓΗΤΗ/NAME OF THE SUPERVISOR

**ΟΥΡΑΝΙΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΗ**

URANIA KONSTANTI

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 Syndrome**

SOFIA SOKOLAKI  
mscedt21106  
mscedt21106@uniwa.gr

FIRST SUPERVISOR  
URANIA KONSTANTI

SECOND SUPERVISOR  
ELISAVET ANDRI

AIGALEO 2022

## **Επιτροπή εξέτασης**

Ημερομηνία εξέτασης: 6-7/10/2022

Ονόματα εξεταστών

Υπογραφή

1<sup>ος</sup> Εξεταστής **Ουρανία Κωνσταντή**

2<sup>ος</sup> Εξεταστής **Ελισάβετ Ανδρή**

## **Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας**

Η κάτωθι υπογεγραμμένη ΣΟΦΙΑ ΣΟΚΟΛΑΚΗ του ΣΠΥΡΙΔΩΝΟΣ, με αριθμό μητρώου mscedt21106 φοιτήτρια του Διιδρυματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Παιδαγωγική μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και Βιοϊατρικών Προσεγγίσεων του Τμήματος Βιοϊατρικών 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».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

Σοφία Σοκολάκη

## **Ευχαριστίες**

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στους καθηγητές του ιδρύματος συνολικά και ειδικά στον καθένα, για την άψογη διεξαγωγή του μεταπτυχιακού προγράμματος, καθώς και το Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής για την άριστη οργάνωση της σχολής.

## **Αφιερώσεις**

Αφιερώνω την παρούσα εργασία στην οικογένεια μου για την σημαντική στήριξη που μου παρείχε όλο αυτό τον καιρό.

## Περίληψη

Στην παρούσα εργασία γίνεται μία προσπάθεια ανασκόπησης και διερεύνησης του Συνδρόμου της Διπολικής Διαταραχής (ΔΔ). Στόχος της όλης προσπάθειας είναι να γίνουν γνωστά ευρήματα και μελέτες που έχουν απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα σε ποικίλα πεδία σχετικά με τη νόσο. Η σφαιρική προσέγγιση του θέματος με τη βοήθεια της επιστημονικής βιβλιογραφίας, ευελπιστεί να φωτίσει τα σημεία εκείνα που αιτιολογούν την ύπαρξη της διαταραχής και χρήζουν μεγαλύτερης αποκωδικοποίησης για την αντιμετώπιση της. Ειδικότερα εμβαθύνουμε σε τομείς της νόσου που αποκαλύπτουν καλύτερα τη δομή της και τις ανθρώπινες λειτουργίες που προσβάλλει. Η εργασία μας εστιάζεται στην εμφάνιση, διάγνωση και συμπτωματολογία της νόσου. Περιγράφει την εξέλιξη της και εμφανίζει τα χαρακτηριστικά της παθοφυσιολογίας της. Ερευνά τα γενετικά αίτια που την επηρεάζουν καθώς και την συννοσηρότητα και αλληλεξάρτηση που εμφανίζει με παράλληλες και σύγχρονες για τον ασθενή, νόσους. Παρουσιάζει της ηλικιακές περιόδους και την επίπτωση στη υγεία του ατόμου. Όσον αφορά την μελέτη των ηλικιακών περιόδων κρίναμε απαραίτητη την ενασχόλησή μας με την ΔΔ όπως αυτή εμφανίζεται στα αρχικά στάδια της ζωής του ανθρώπου. Έτσι προσπαθούμε να στοχεύσουμε με μεγαλύτερη προσέγγιση στα χαρακτηριστικά που εμφανίζει η νόσος κατά την πρώιμη εφηβική και εφηβική ηλικία για την αμεσότερη και πληρέστερη αντιμετώπισή της. Μελετά ακόμα την φαρμακευτική αγωγή, την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση καθώς και την αντίληψη της νόσου από την πλευρά του ασθενούς. Ελέγχεται η επιδημιολογία της νόσου και η συνάρτηση της με άλλες διαταραχές. Διερευνάται επίσης η κοινωνική και οικονομική επίδραση της νόσου τόσο σε ατομικό όσο και κοινωνικό επίπεδο. Θεωρούμε σε αυτό το σημείο, ότι η παραμόρφωση που δημιουργεί η νόσος στην κοινωνική ταυτότητα των ασθενών και η εύκολη ταύτισή τους με άλλες σοβαρότερες διαταραχές, πρέπει να αποτυπωθεί αναλυτικά για την προστασία των ασθενών.

Τα αποτελέσματα της μελέτης, παράγονται με την ελπίδα να προσφέρουν ένα επιπλέον κομμάτι στην κατανόηση της διαταραχής. Επιπλέον θεωρούμε πως αν και η αντιμετώπιση της νόσου κατά κύριο λόγο είναι ζήτημα με το οποίο ασχολείται η ιατρική και φαρμακευτική κοινότητα, η πλευρά του ασθενούς καθώς και ο συγγενικός και κοινωνικός του περίγυρος, χρειάζεται να έχει από την πλευρά του κατάλληλη γνώση για

να ελαχιστοποιεί τις συνέπειες που δημιουργούνται από την διαταραχή. Τέλος η συνολική χαρτογράφηση της ΔΔ μέσα από τέτοιου είδους μελέτες, πιστεύουμε πως μπορεί να γίνει έρευνα για περαιτέρω ανάλυση και δημιουργία νέων σημείων αφετηρίας μελετών και σκέψης.

**Λέξεις κλειδιά:** Συναισθηματικές Διαταραχές, Διπολική Διαταραχή, Παθοφυσιολογία, Συννοσηρότητα, Κοινωνικές επιπτώσεις



## **Abstract**

In the present work, an attempt is made to review and investigate Bipolar Disorder Syndrome (BP). The aim of the whole effort is to make known findings and studies that have occupied the scientific community in various fields related to the disease. The global approach to the subject, with the help of the scientific literature, hopes to shed light on those points that justify the existence of the disorder and need more decoding to address it. In particular, we delve into areas of the disease that better reveal its structure and the human functions it affects. Our work focuses on the appearance, diagnosis and symptoms of the disease. Describes its evolution and displays the characteristics of its pathophysiology. It investigates the genetic causes that affect it as well as the comorbidity and interdependence that it presents with parallel and modern for the patient, diseases. It presents the age periods and the effect on the health of the individual. Regarding the study of age periods, we considered it necessary to deal with BP as it appears in the early stages of human life. So we try to aim more closely at the characteristics of the disease during early adolescence and adolescence for its more immediate and complete treatment. It also studies the medication, the psychotherapeutic approach as well as the perception of the disease by the patient. The epidemiology of the disease and its relation to other disorders is checked. The social and economic impact of the disease on both the individual and social levels is also investigated. We believe at this point that the distortion that the disease creates in the social identity of patients and their easy identification with other more serious disorders, should be captured in detail for the protection of patients.

The results of the study are produced in the hope of offering an additional piece to the understanding of the disorder. In addition, we believe that although the treatment of the disease is primarily an issue addressed by the medical and pharmaceutical community, the patient's side as well as his relatives and social environment, need to have the appropriate knowledge to minimize the consequences created by the disorder. Finally, the overall mapping of the BP through such studies, we believe that can be a basis for further analysis and creation of new starting points for studies and thinking.

**Key words:** Emotional Disorders, Bipolar Disorder, Pathophysiology, Comorbidity, Social Impact

## Περιεχόμενα

Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας.....	iv
Ευχαριστίες.....	v
Αφιερώσεις.....	vi
Περίληψη.....	vii
Abstract .....	ix
Συνοτομογραφίες.....	xi
Κεφάλαιο 1 . Εισαγωγή .....	2
Κεφάλαιο 2. Συναίσθημα. Λειτουργία και ταξινόμηση.....	3
Κεφάλαιο 3. Συναισθηματικές Διαταραχές .....	4
Κεφάλαιο 4. Έννοια και συμπτωματολογία της ΔΔ .....	5
Κεφάλαιο 5. Επιδημιολογία, Παθοφυσιολογία και γενετική προσέγγιση της ΔΔ .....	8
Κεφάλαιο 6. Κριτήρια, Διάγνωση της ΔΔ .....	11
Κεφάλαιο 7. Ψυχοθεραπευτική Προσέγγιση.....	13
Κεφάλαιο 8. Φαρμακευτική Προσέγγιση.....	15
Κεφάλαιο 9. Η σημασία της φαρμακευτικής αγωγής για τους ασθενείς.....	17
Κεφάλαιο 10. Προεφηβική & Εφηβική Περίοδος με ΔΔ.....	19
Κεφάλαιο 11. Κοινωνικές Επιπτώσεις σε άτομα με ΔΔ .....	21
Κεφάλαιο 12. Οικονομικές Συνέπειες της ΔΔ .....	23
Κεφάλαιο 13. Συζήτηση.....	26
Κεφάλαιο 14. Αποτελέσματα .....	28
Αναφορές.....	29
Πηγές Εικόνων.....	32

## Συντομογραφίες

Αγγλική ορολογία

MOODLE Bipolar Disorder (BP)

Ελληνική ορολογία

Διπολική Διαταραχή (ΔΔ)

## Πρόλογος

Η πολυπλοκότητα του σημερινού τρόπου ζωής καθώς και η πολυεπίπεδη αντιμετώπιση των σύγχρονων προβλημάτων από τον άνθρωπο, δημιουργεί πέραν των γενετικών προδιαθέσεων σε πολλές περιπτώσεις, καταστάσεις και παθογένειες που εμφανίζονται ποικιλοτρόπως. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο εκδηλώνονται πολλές φορές, ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές που καθορίζουν την επιβίωση ενός ατόμου. Οι διαταραχές αυτές στην συνέχεια και κάτω από τις κατάλληλες προϋποθέσεις, μπορούν να οδηγήσουν σε παραβατικές συμπεριφορές και σε ακραίες καταστάσεις που στιγματίζουν και ταλαιπωρούν τα άτομα και πληγώνουν τον κοινωνικό ιστό.

Είναι επομένως σημαντικό για την επιστημονική κοινότητα αλλά και για το κοινωνικό σύνολο η έγκαιρη αντιμετώπιση της νόσου και η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ελαχιστοποίηση των συνεπειών. Η μελέτη αυτή όπως και άλλες ανάλογες προσπάθειες, έχουν σαν στόχο να προβάλλουν μία συνολική εικόνα του προβλήματος και να ενεργοποιήσουν τις ερευνητικές διαδικασίες προς την ίδια κατεύθυνση. Είναι γνωστό πως η πρόωγη αντιμετώπιση της ΔΔ συνιστά μία δύσκολη και επίπονη διαδικασία για τον επιστημονικό κόσμο εξαιτίας της πολυπλοκότητας της νόσου. Αν και για αρκετές δεκαετίες η αντιμετώπιση έχει μείνει σταθερή και αποκλειστικά στηριζόμενη στην φαρμακευτική αγωγή, εν τούτοις τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια για την υποστήριξη της θεραπείας με εναλλακτικούς τρόπους ίασης όπως για παράδειγμα η ψυχοεκπαίδευση. Επιπλέον η περαιτέρω έρευνα στα σημεία που η ασθένεια παρουσιάζει συννόσηρες καταστάσεις με υφιστάμενες παθογένειες, ψυχιατρικές και σωματικές καθώς και αλληλεπιδράσεις από την κατάχρηση ουσιών είναι άλλος ένας τομέας που πρέπει να διερευνηθεί. Αχαρτογράφητη ακόμα, παραμένει η νόσος στο πεδίο που αφορά την γενετική της προέλευση. Η ανάγκη για μελέτη των μηχανισμών και των αιτιών που δυνητικά μπορούν να επηρεάζονται ή να ενεργοποιούνται από την γενετική προδιάθεση, απαιτεί την προσοχή και το ενδιαφέρον του επιστημονικού κόσμου για παρεμβάσεις και τροποποιήσεις στα αρχικά στάδια.

## **Κεφάλαιο 1 . Εισαγωγή**

Αναφέρονται συχνά σε έντυπο και ηλεκτρονικό τύπο καθώς και σε εξειδικευμένες δημοσιεύσεις οι όροι ποιότητας ζωής και ψυχική υγεία. Χωρίς να γίνεται αυτό αντιληπτό η ποιότητα ζωής και η ψυχική υγεία είναι δύο αλληλοεξαρτώμενοι όροι με ισότιμη ισχύ. Η υποκειμενικότητα που μπορεί να περιέχεται σε αυτούς τους όρους έχει να κάνει αφενός με την εσωτερική αξιολόγηση του κάθε ανθρώπου και αφετέρου με τις αρχές από τις οποίες εμφορείται και διαβιώνει ο άνθρωπος. Ένα επιπλέον στοιχείο που είναι κυρίαρχο στην διατύπωση αυτών των όρων είναι η ασάφεια που παρουσιάζουν σχετικά με την εννοιολογική τους προσέγγιση. Ο κάθε άνθρωπος αλλά και η ίδια η επιστήμη χρησιμοποιεί τους όρους για να προσδιορίσει διαφορετικά πράγματα ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν. Παρόλα αυτά όμως η ποιότητα ζωής συχνά χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει ποσοτικά τις θεραπευτικές πρακτικές και σχεδιασμούς με σκοπό την βελτίωση της ψυχικής υγείας. Στον χώρο της ψυχιατρικής η ποιότητα ζωής παίρνει οντότητα ως συγκριτικός δείκτης για την παροχή καλύτερων θεραπευτικών παρεμβάσεων σε ασθενής με χρόνιες ψυχικές παθήσεις όπως η σχιζοφρένεια και η ΔΔ. Η ταύτιση της ποιότητας ζωής με την ψυχική υγεία γίνεται πιο εμφανής αν αναλογιστούμε το επίπεδο της ζωής ενός καταθλιπτικού ατόμου και την πραγματικότητα που αυτό βιώνει. Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του επιπέδου της ψυχικής υγείας έχουν σαν στόχο την σφαιρική αποτύπωση της κατάστασης του ασθενούς. Το περιβάλλον (οικογενειακό, κοινωνικό, επαγγελματικό), φαίνεται να συνιστά έναν σοβαρό παράγοντα διαμόρφωσης και καθορισμού της ψυχικής υγείας. Η ΔΔ ως χρόνια, υποτροπιάζουσα μορφή ασθένειας, απορροφά μεγάλο μέρος της επιστημονικής αναζήτησης για την βελτιστοποίηση της ζωής των ασθενών. Δηλωτικό αυτής της τάσης είναι η προσπάθεια που γίνεται για την αποτύπωση του προφίλ της αναπηρίας των ασθενών στους τομείς εκείνους της ζωής (οικογενειακούς, κοινωνικούς, εργασιακούς) που παρεμβαίνει η ΔΔ και δημιουργεί πρόβλημα. Η σύγκριση της αναπηρίας που προέρχεται από τις ψυχικές διαταραχές και συγκεκριμένα από την ΔΔ με τις αναπηρίες που προέρχονται από σωματικά νοσήματα, δημιουργεί άλλο ένα πεδίο μελέτης της επιστήμης. Οι έρευνες και εδώ έχουν επισημάνει την σημαντικότητα της ψυχικής αναπηρίας η οποία οδηγεί σε δυσλειτουργίες μεγαλύτερου βαθμού. Τελικά

αξίζει να αναφερθεί ότι σε μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, διαπιστώθηκε η ομοιογένεια της αναπηρίας ανάμεσα στα διάφορα είδη ψυχικών παθήσεων και διαταραχών (Οικονόμου κ.ά., 2001).

## **Κεφάλαιο 2. Συναίσθημα. Λειτουργία και ταξινόμηση.**

Ο άνθρωπος ως έμβιο ον, χαρακτηρίζεται από την συνύπαρξη και λειτουργία πολλών επιμέρους οργάνων μέσα σε αυτόν που απαρτίζουν τον οργανισμό του. Η σωστή τους λειτουργία και η απρόσκοπτη μεταξύ τους συνεργασία, καθιστούν το άτομο υγιές με βάση και τον ορισμό για την υγεία, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) κατά την ίδρυση του (1946). Ο ορισμός του ΠΟΥ έκανε σαφές επιπλέον, ότι δεν αρκεί ένα άτομο για να είναι υγιές να απουσιάζουν από αυτό η αναπηρία και η νόσος, αλλά παράλληλα να μπορεί να απολαμβάνει ψυχική και κοινωνική ευεξία. Ο ψυχολογικός τομέας του ανθρώπου περιλαμβάνει και τη λειτουργία του συναισθήματος.

Εξετάζοντας αναλυτικότερα το συναίσθημα θα μπορούσαμε να πούμε ότι ορίζεται ως *«μία σύνθετη κατάσταση που αφορά μία αυξημένη αντίληψη ενός αντικειμένου ή μίας κατάστασης και σε σωματικές αλλαγές μεγάλης διάρκειας»* (Νέστορος, Ι.Ν., & Ξενάκη, Χ, 1996). Από τον παραπάνω ορισμό μπορούμε να διακρίνουμε την ψυχοσωματική επίδραση των συναισθημάτων στον άνθρωπο. Η ανάγκη για μεγαλύτερη και πιο λεπτομερή προσέγγιση των συναισθημάτων, ώθησε τους επιστήμονες να προσπαθήσουν να τα ομαδοποιήσουν σε κατηγορίες. Αυτό επιλέχθηκε να γίνει εξαιτίας αφενός της ύπαρξης πλήθους κατηγοριών στο ζωικό βασίλειο και αφετέρου, της ίδιας της φύσης των κατηγοριών. Τα στοιχεία που εντάσσονται σε μία κατηγορία έχουν παρόμοια αντιληπτικά χαρακτηριστικά, έχουν συγκεκριμένη δομή, οι παρατηρήσεις πάνω σε αυτά μπορούν να έχουν συγκεκριμένες ομοειδής τιμές, τα πειράματα και αποτελέσματα μια μελέτης αντιπροσωπεύουν συνήθως το σύνολο της κατηγορίας και τέλος η λειτουργία της κατηγορίας μπορεί να επηρεάζεται από τη λειτουργία των επιμέρους στοιχείων της. Πέραν της κατηγοριοποίησης, η μελέτη των συναισθημάτων οδήγησε τους επιστήμονες στην υπόθεση ότι η λειτουργία τους προσφέρει λύση σε ένα σημαντικό βιολογικό πρόβλημα. Ενώ ο εγκέφαλός μας έχει προσαρμοστεί για επιβίωση και αναπαραγωγή, οι επιλογές που καθημερινά λαμβάνουμε μας απομακρύνουν από αυτό το στόχο. Αυτό

συμβαίνει επειδή οι προτεραιότητες που θέτουμε επηρεάζονται από το συναίσθημα. Επομένως η βιολογική τους εννοιολογική προσέγγιση (κατηγορίες), θα κρίνει πως οργανώνουν την συμπεριφορά. Η συναισθηματική εμπειρία που αποκομίζουμε όταν βιώνουμε συναισθήματα όπως για παράδειγμα ο θυμός ή το δέος, οδηγούν στην καλύτερη αναπαράσταση του εγκεφάλου. Τέλος η ένταση, η ποιότητα, η διάρκεια και η διέγερση, είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά των συναισθημάτων που οδηγούν στην ατομική, πολιτισμική και κοινωνική διαφοροποίηση της εκφραστικής συμπεριφοράς των ανθρώπων (Sander, 2013), (*The nature of emotion*, 1994).

### **Κεφάλαιο 3. Συναισθηματικές Διαταραχές**

Στην φυσιολογική λειτουργία του συναισθήματος, συμπεριλαμβάνονται συμπεριφορές και εκδηλώσεις που πολλές φορές μας οδηγούν σε λανθασμένο συμπέρασμα για την ψυχική υγεία των άλλων ανθρώπων. Η ψυχική υγεία ορίζεται ως «*μία κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει καθημερινά άγχη της ζωής, να ζει και να εργάζεται παραγωγικά και με άνεση και είναι σε θέση να συνεισφέρει στη κοινότητα του*» (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1948). Έτσι η υπερβολή σε μία θυμώδη συμπεριφορά ή η υπέρμετρη εκδήλωση στεναχώριας σε ένα τραυματικό γεγονός, μπορεί να θεωρηθεί ως μία λανθάνουσα συναισθηματική συμπεριφορά ή ακόμα και σαν διαταραχή. Αυτό μπορεί και να είναι φυσιολογικό εξαιτίας του ότι αφενός τα όρια που χωρίζουν το αποδεκτό από την παρέκκλιση είναι στενά και αφετέρου υπάρχει περιορισμένη ερευνητική δραστηριότητα στον τομέα των συσχετισμών, μεταξύ ρύθμισης των συναισθημάτων και συναισθηματικών διαταραχών. Οι προσπάθειες που έγιναν κατά καιρούς από τους επιστήμονες για την κατηγοριοποίηση των συναισθηματικών διαταραχών, έφεραν στην επιφάνεια στοιχεία που είχαν περιορισμένη εγκυρότητα ως προς τον προσδιορισμό και την ταξινόμηση τους. Αυτό συνέβη επειδή ορισμένα διαγνωστικά συστατικά που λαμβάνονταν υπόψιν, προσέκρουαν σε εμπόδια που ήταν συχνά δομικά ως προς τη φύση των διαταραχών. Αρχικά αναγνωρίστηκε ουσιαστική αλληλεπικάλυψη των χαρακτηριστικών που προσδιορίζουν αυτές τις διαταραχές. Για παράδειγμα ο μηρυκασμός παρατηρείται σε ολόκληρο το φάσμα των συναισθηματικών διαταραχών. Κατόπιν παρατηρήθηκε ότι εμφανίζεται σε ποσοστό κοντά στο 75% δια βίου

συννοσηρότητα διαταραχών άγχους και κατάθλιψης, υποδεικνύοντας έτσι ότι οι ασθενείς εμφανίζουν συμπτώματα που φεύγουν έξω από τα διαγνωστικά όρια. Επιπλέον σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς δεν εμφανίζουν τα απαραίτητα διαγνωστικά κριτήρια στο σύνολό τους ή στο βαθμό που τους αναλογεί για την ένταξη σε κάποια διαταραχή.

Σαν εναλλακτική επιλογή στο παραπάνω πρόβλημα οι επιστήμονες θεώρησαν ότι η κατηγορηματική δομή των συναισθηματικών διαταραχών σε πολλές περιπτώσεις, (πλην της μανίας), θα έπρεπε να εγκαταλειφθεί και να αντικατασταθεί με την διαστασιακή προσέγγιση τους. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να υπάρξει μία μεγαλύτερη κατανόηση των διαταραχών αν τις αντιμετωπίσουμε ως διαφορετικές εκδηλώσεις παραπλήσιων διαδικασιών βασικών διαστάσεων. Από την θεώρηση αυτή προέκυψε μια πιο ευέλικτη οπτική των συναισθηματικών διαταραχών που τονίζει κοινές (διαστασιακές) διεργασίες (Sachs κ.ά., 2002), (Gonzalez κ.ά., 2022), (Rakofsky & Raparport, 2018).

#### **Κεφάλαιο 4. Έννοια και συμπτωματολογία της ΔΔ**

Η ΔΔ, σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση, κατατάσσεται μεταξύ των καταθλιπτικών και των ψυχωτικών διαταραχών. Θεωρείται ως η γέφυρα μεταξύ αυτών των δύο κατηγοριών με βάση την συμπτωματολογία της, τη γενετική και το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς. Στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) αναφέρονται οι δύο τύποι της ασθένειας, η ΔΔ τύπου I (ΔΔ-I) και η ΔΔ τύπου II (ΔΔ-II). Οι διαφορετικές εκδηλώσεις της νόσου και η κατηγοριοποίηση σε διαφορετικούς τύπους, έχουν να κάνουν με τα χαρακτηριστικά των συμπτωμάτων, τόσο σε ένταση όσο και σε είδος, τα οποία εμφανίζουν οι ασθενείς. Η ψυχοπαθογένεια των επεισοδίων θεωρείται ενδεικτική, για το βαθμό και τον τύπο της νόσου που μπορεί να ενταχθεί ο κάθε ασθενής. Η ΔΔ-I περιλαμβάνει την εμπειρία τουλάχιστον ενός επεισοδίου μείζονος κατάθλιψης και στην πλειονότητα των περιπτώσεων και ενός μανιακού κατά τη διάρκεια της ζωής του διπολικού ατόμου, ενώ η ΔΔ-II χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ενός μείζονος καταθλιπτικού και ενός υπομανιακού επεισοδίου. Από τους δύο αυτούς τύπους σοβαρότερος θεωρείται η ΔΔ-I, κατά την οποία τα άτομα βιώνουν μεγαλύτερα διαστήματα κατάθλιψης και αστάθειας της διάθεσης, γεγονός το οποίο έχει δυσμενείς επιπτώσεις τόσο στην κοινωνική όσο και στην εργασιακή ζωή τους. Η σοβαρότητα της ΔΔ-I, έναντι της ΔΔ-II, έχει να κάνει όπως καταλαβαίνουμε με την ίδια τη ζωή του ατόμου που φαίνεται να βιώνει ισχυρότερα και πολύ πιο επώδυνα συναισθήματα.



Αναλυτικότερα όσον αφορά τα χαρακτηριστικά των επεισοδίων, θα πρέπει να διακρίνουμε τα κριτήρια που πρέπει να συνυπάρχουν σε καθένα για να μπορούμε να τα αναγνωρίσουμε (H. K. Manji & Lenox, 2006).

Ξεκινώντας από το μανιακό επεισόδιο για να μπορεί να διαγνωσθεί θα πρέπει να είναι σε ισχύ τα παρακάτω κριτήρια:

1. Ο ασθενής να βιώνει μία περίοδο κατά την οποία η διάθεση του παρουσιάζει ευερεθιστότητα ή είναι ανυψωμένη με παράλληλη υψηλή δραστηριότητα ασυνήθιστη για τον χαρακτήρα του, για διάρκεια μεγαλύτερης ή ίσης της εβδομάδας, εμφανιζόμενη στο μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας.
2. Κατά την περίοδο αυτή της διαταραγμένης διάθεσης να εμφανίζονται συγχρόνως τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα στοιχεία:
  - α. Υπερεκτίμηση ή μεγαλοπρέπεια.
  - β. Μείωση της ανάγκης του ύπνου.
  - γ. Έντονη λογόρροια.
  - δ. Διακύμανση ή απομάκρυνση ιδεών.
  - ε. Αδυναμία συγκέντρωσης, διάσπαση προσοχής.
  - στ. Υπερδραστηριότητα ή ψυχοκινητική διέγερση.
  - ζ. Άλογη ενασχόληση με επιζήμιες δραστηριότητες όπως για παράδειγμα άσκοπες αγορές.
3. Εξαιτίας της σοβαρής διαταραχής της διάθεσης, θα υπάρχει απώλεια μέρους ή καθ' ολοκληρία των κοινωνικών ή εργασιακών λειτουργιών, καθώς και πιθανότητα πρόκλησης ζημίας στον εαυτό του ασθενούς ή σε άλλους (αν εμφανίζονται ψυχωτικά χαρακτηριστικά) που μπορεί να οδηγήσει σε νοσηλεία.
4. Δεν συνδέεται το επεισόδιο με τις φυσιολογικές επιρροές οποιασδήποτε ουσίας (χρήσης ή κατάχρησης) ή με άλλες ιατρικές καταστάσεις.

Το μανιακό επεισόδιο μπορεί να προηγείται των επεισοδίων υπομανίας ή κατάθλιψης και αν επιμένει να εμφανίζεται και κατά την θεραπεία της κατάθλιψης, τότε εξάγεται το συμπέρασμα ότι πρόκειται για ΔΔ-I.

Στο υπομανιακό επεισόδιο παρατηρούμε μεγάλες ομοιότητες με τα συμπτώματα του μανιακού όμως με κάποιες διαφορές που το κάνουν να ξεχωρίζει.

1. Η περίοδος της διαταραγμένης διάθεσης έχει τα ίδια γνωρίσματα με το μανιακό, με τη διαφορά ότι η διάρκεια του φθάνει τις τέσσερις ημέρες έναντι εβδομάδας.

2. Τα συστατικά κατά τη διάρκεια της διαταραγμένης διάθεσης είναι τα ίδια με το μανιακό επεισόδιο.
3. Η λειτουργία του ατόμου επηρεάζεται από το επεισόδιο μόνο όταν αυτό παρουσιάζει τα συμπτώματα της νόσου.
4. Οι λειτουργικές και συμπεριφορικές αλλαγές όπως και της διάθεσης που συντελούνται στο άτομο, γίνονται αντιληπτές μόνο από τους άλλους.
5. Η επίδραση στις κοινωνικές και εργασιακές δραστηριότητες δεν προκαλούν σημαντικά προβλήματα και για το λόγο αυτό δεν χρειάζεται νοσηλεία.
6. Όπως και στο μανιακό επεισόδιο έτσι και εδώ δεν έχουμε σύνδεση με οποιαδήποτε ουσία ή άλλη θεραπεία.

Κατά την εμφάνιση του την περίοδο της αντικαταθλιπτικής θεραπείας, μας αποδεικνύει την ύπαρξή του.

Το επεισόδιο που αφορά την μείζονα κατάθλιψη εμφανίζει συμπτώματα που μπορούν να ομοιάζουν με άλλης διαταραχής.

1. Κυρίαρχη διαφορά αποτελεί το γεγονός ότι τουλάχιστον πέντε από τα παρακάτω συμπτώματα συνυπάρχουν με την καταθλιπτική διάθεση ή την απώλεια ευχαρίστησης ή ενδιαφέροντος να είναι παρούσα. Συγκεκριμένα:
  - α. Το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας το καταλαμβάνει η καταθλιπτική διάθεση, σχεδόν κάθε ημέρα.
  - β. Η μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης για την πλειονότητα των δραστηριοτήτων, όλη την ημέρα.
  - γ. Σημαντική μείωση, χωρίς δίαιτα, ή αύξηση βάρους πάνω από 5% μέσα σε ένα μήνα.
  - δ. Υπερυπνία ή αϋπνία σχεδόν κάθε μέρα.
  - ε. Επιβράδυνση ή διέγερση στον ψυχοκινητικό τομέα του ατόμου.
  - στ. Εμφάνιση κούρασης ή απώλειας ενέργειας, σχεδόν καθημερινά.
  - ζ. Υπερβολικές ενοχές ή αίσθηση αναξιοσύνης.
  - η. Απώλεια συγκέντρωσης ή ικανότητας σκέψης καθώς και αναποφασιστικότητα.
  - θ. Αυτοκτονικοί ιδεασμοί, απόπειρες αυτοκτονίας και διαδοχικές σκέψεις θανάτου.
2. Τα συμπτώματα δημιουργούν μεγάλη δυσφορία ή μείωση σε κοινωνικές ή επαγγελματικές λειτουργίες

3. Δεν έχουμε και εδώ σύνδεση της πρόκλησης του επεισοδίου, με άλλες ουσίες ή ιατρικές καταστάσεις, παρουσιάζεται όμως συν τοις άλλοις μηρυκασμός.

Το κυρίαρχο συναίσθημα όπως γίνεται κατανοητό είναι η θλίψη και τα αισθήματα κενού και απώλειας. Η δυσφορία μπορεί να μειωθεί σε επίπεδο έντασης για περιόδους ημερών ή και εβδομάδων, όμως εμφανίζεται ξανά σε κύματα (γνωστά και ως πόνοι του πένθους).

Η διαγνωστική διαδικασία της νόσου αναζητά και ταυτοποιεί τα πρόσφατα επεισόδια του ασθενούς, τον βαθμό της σοβαρότητά τους, την εμφάνιση ψυχωσικών χαρακτηριστικών και την αξιολόγηση της περιόδου ύφεσης (Regier κ.ά., 2013), (Phillips & Kupfer, 2013).

## **Κεφάλαιο 5. Επιδημιολογία, Παθοφυσιολογία και γενετική προσέγγιση της ΔΔ**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί το μεγάλο στοίχημα της ιατρικής κοινότητας είναι η έγκαιρη διάγνωση της ΔΔ όσον το δυνατό πιο κοντά στα αρχικά στάδια, για την καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου. Η επιτυχία αυτή θα μπορούσε να είναι η αιτία για την μείωση του πόνου που βιώνει το άτομο, τη μείωση των πιθανοτήτων αυτοκτονικού επεισοδίου καθώς και του κοινωνικοοικονομικού κόστους για το σύνολο της κοινωνίας. Η ΔΔ ως πολυπαραγοντική ασθένεια εμφανίζει μία ασαφή παθοφυσιολογία με δυσδιάκριτα μοριακά και μηχανικά αίτια.

Από τις απεικονιστικές μελέτες που κατά καιρούς έχουν δημοσιευθεί έχει διαπιστωθεί ότι οι ασθενείς με ΔΔ παρουσιάζουν ανωμαλίες στον προμετωπιαίο φλοιό του εγκεφάλου, στις ματαιχμιακές περιοχές, στο ραβδωτό σώμα, στον όγκο της κοιλίας και κάποιες φορές στην παρεγκεφαλίδα. Επιπλέον φασματοσκοπικές απεικονίσεις έδειξαν προβλήματα στην βιωσιμότητα και την πυκνότητα των νευρώνων. Οι νευροανατομικές έρευνες επιβεβαιώνουν την μειωμένη νευρωνική και νευρογλοιακή πυκνότητα στον προμετωπιαίο φλοιό. Η απόκλιση από την φυσιολογική δομή των περιοχών του εγκεφάλου, είναι πιθανόν αιτία για υποκείμενες νευροβιολογικές ανωμαλίες. Η μελέτη του οικογενειακού περιβάλλοντος των ασθενών έχει υποδείξει τη γενετική αφετηρία της ΔΔ. Τα γονίδια θεωρούνται σπουδαίοι παράγοντες μετάδοσης της νόσου ενδοοικογενειακά. Ενδεικτικό είναι το γεγονός, ότι οι μελέτες έδειξαν τους

συγγενείς πρώτου βαθμού ως και 10 φορές πιθανότερο να προσβληθούν από την νόσο (Dong & Zhen, 2015).

Η φυλετική διάκριση στην εκδήλωση και την εξέλιξη της νόσου είναι ένας σημαντικός παράγοντας. Η ΔΔ-II φαίνεται να προτιμά τις γυναίκες περισσότερο από τους άντρες σε αντίθεση με την ΔΔ-I όπου τα ποσοστά εμφάνισης είναι ίσα. Οι γυναίκες ασθενείς με κακοήγη τύπο ΔΔ ανέρχονται στο περίπου 80-90%. Επιπλέον οι γυναίκες παρουσιάζουν μικτή μανία και μανιακές αλλαγές συχνότερα από τους άντρες κατά την περίοδο της αντικαταθλιπτικής θεραπείας. Η ύπαρξη σωματικής συννοσηρότητας και ψυχιατρικών διαταραχών είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες. Τέλος η επιτυχία στην εφαρμογή του καταλληλότερου θεραπευτικού σχήματος κατά την διαδικασία της σύλληψης, εγκυμοσύνης και θηλασμού αποτελεί μία πρόκληση για τους επιστήμονες λόγω της ιδιόζουσας κατάστασης της γυναίκας.

Μία άλλη πραγματικότητα για τους ασθενείς της ΔΔ είναι οι συννόσηρες παθοβιολογικές και ψυχιατρικές καταστάσεις. Οι μελέτες αναφέρουν ότι το 22% των ασθενών υποφέρουν από μία ακόμα σωματική ασθένεια και το 39% παρουσιάζει μία επιπλέον δεύτερη ψυχιατρική όπως η κοινωνική φοβία ή η αγοραφοβία. Οι εξαρτήσεις και καταχρήσεις ουσιών που οδηγούν σε αυτοκτονικό ιδεασμό και κρίσεις πανικού ταλαιπωρούν συχνότερα τους διπολικούς ανθρώπους. Ακόμα όταν παρουσιάζονται παράλληλα οι κρίσεις πανικού και η ΔΔ τότε τα επεισόδια πανικού είναι ισχυρότερα και σοβαρότερα.

Στον ηλικιακό παράγοντα παρατηρούμε ότι η έναρξη της νόσου όπως επιβεβαιώνεται και σε σχετικές μελέτες, φαίνεται να τοποθετείται στο διάστημα περίπου μεταξύ 15 έως 19 ετών. Η περίοδος της εφηβείας εξαιτίας των μεγάλων διακυμάνσεων της διάθεσης και των βιολογικών αλλαγών που συντελούνται στον άτομο, μοιάζει να προσφέρει το κατάλληλο περιβάλλον στην νόσο. Η εμφάνιση της ΔΔ πριν την εφηβεία είναι αρκετά σπάνια και παράλληλα η διάγνωσή της είναι εξαιρετικά δύσκολο να επιτευχθεί λόγω άλλων σοβαρών ασθενειών (σχιζοφρένεια, μονοπολική κατάθλιψη και ΔΕΠΥ). Οι ηλικιωμένοι ασθενείς που παρουσίασαν την ασθένεια μετά τα 60 έτη δεν συνδέονται με οικογενειακό ιστορικό και τα καταθλιπτικά ή μανιακά συμπτώματα είναι συνήθως ελαφρά και δεν αντιμετωπίζονται. Πριν την έναρξη της θεραπείας συντήρησης, οι ασθενείς νοσούσαν σε ποσοστό 46,5% και σε ποσοστό 28,7% εμφάνιζαν το λιγότερο, δύο επεισόδια κατ' έτος.

Τα αυτοκτονικά επεισόδια είναι πολύ υψηλά στους διπολικούς ανθρώπους. Οι απόπειρες αυτοκτονίας ανέρχονται στο 30%. Περίπου το 20% των ασθενών οδηγείται στο θάνατο από αυτοκτονία. Οι παράγοντες που ευθύνονται για την μεγάλη πιθανότητα της αυτοκτονίας, είναι οι γενετικές και οικογενειακές επιδράσεις, παιδικές και πρόσφατες τραυματικές εμπειρίες, η απουσία κοινωνικής και ιατροφαρμακευτικής υποστήριξης και η ψυχιατρική συννοσηρότητα (Bauer & Pfennig, 2005), (Bebbington & Ramana, 1995).

Μία άλλη συνιστώσα είναι οι προγεννητικές και περιγεννητικές καταστάσεις. Οι ιογενείς λοιμώξεις που προηγούνται της γέννησης, όπως για παράδειγμα η σύνδεση οροθετικότητας και ΔΔ που οδηγεί σε λοίμωξη *T. gondii*. Περαιτέρω έρευνα για την συσχέτιση της ΔΔ με την μητρική λοίμωξη από CMV και γρίπη είναι απαραίτητη. Το μητρικό κάπνισμα όπως και σημαντικοί ψυχολογικοί στρεσογόνοι παράγοντες, δεν συνδέονται με την ΔΔ. Αντιθέτως η κακοποιητική συμπεριφορά που εκδηλώνεται σε παιδιά θεωρείται μία ισχυρή αιτία για μελλοντική εκδήλωση ΔΔ. Η συναισθηματική κακοποίηση ιδιαίτερα (τέσσερις φορές περισσότερο) και η συναισθηματική παραμέληση ακολούθως (με μειωμένες όμως πιθανότητες), φαίνεται να οδηγούν στην ΔΔ. Η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση διαδραματίζει επίσης έναν σημαντικό παράγοντα στην εμφάνιση της ασθένειας. Επιπλέον η παιδική κακοποίηση (ΠΚ) στο σύνολό της διευκολύνει την μετάβαση του ατόμου στην ΔΔ μετά από ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Οι ασθενείς που έχουν βιώσει ΠΚ εμφανίζουν χειρότερη κλινική εικόνα από τους άλλους, αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας και κατάχρησης ουσιών. Στοιχεία της ψυχοπαθολογίας (συναισθηματική αστάθεια, παρορμητικότητα και εχθρότητα) δείχνουν να είναι η γέφυρα κατά την εκδήλωση της νόσου έπειτα από ΠΚ. Ο μηχανισμός που μετατρέπει την ΠΚ σε πιθανότητα εκδήλωσης ΔΔ, είναι ασαφής και πρέπει να διερευνηθεί επιπλέον (Harvard School of Public Health & Johns Hopkins University, 1999).

Τα γεγονότα που περιέχουν την αυξημένη παρουσία του στρες έχουν καταδειχθεί ως υπαίτια για την εκδήλωση και την πορεία της ασθένειας. Συνήθως έπειτα από μία περίοδο 6 μηνών από το στρεσογόνο γεγονός, εμφανίζονται τα συμπτώματα της ΔΔ. Αυτά τα γεγονότα κάνουν την εμφάνισή τους ιδιαίτερα πριν από καταθλιπτικά επεισόδια ή υποτροπές. Η μορφή των έντονων γεγονότων εκτείνεται από την αυτοκτονία συγγενούς πρώτου βαθμού μέχρι τον πρόσφατο γάμο, το διαζύγιο, την αναπηρία ή

ακόμα και την ανεργία. Ο κίνδυνος της εμφάνισης της ΔΔ έχει συνδεθεί και με γεγονότα όπως η πρόωρη απώλεια γονέα και ο τοκετός. Ειδικότερα έχει συνδεθεί η επιλόχεια με την διπολική ψύχωση

Ένα σημαντικό συννόσηρο της ΔΔ θεωρείται η κατάχρηση ουσιών. Σε αυτήν συμπεριλαμβάνονται η χρήση της κάνναβης, των οπιοειδών, της κοκαΐνης, των ηρεμιστικών και του αλκοόλ. Ειδικότερα σε ότι αφορά την χρήση κάνναβης, έχει συσχετιστεί με την παρουσίαση διπολικών και ψυχωσικών διαταραχών καθώς και με την υποτροπή των συμπτωμάτων μανίας στους ήδη ασθενούντες. Κατά την εφηβική περίοδο, περίπου στα 17 έτη, η χρήση κάνναβης συνδέθηκε με τα συμπτώματα υπομανίας. Επίσης η χρήση της σχηματίζει έναν μηχανισμό συνεργασίας θα λέγαμε, με την παιδική κακοποίηση που αυξάνει την είσοδο του ατόμου στο περιβάλλον της ΔΔ (Rowland & Marwaha, 2018).

Οι παραπάνω αναφορές καθιστούν την επαναπροσέγγιση της νόσου με τον τρόπο που αυτή εμφανίζεται. Η πολυπαραγοντική της φύση, απαιτεί την πολυεστιακή της επανεννοιολόγησή της ως μία εξαιρετικά κακοήθη και υποτροπιάζουσα διαταραχή. Η ανάγκη της γνώσης της εκ μέρους των ασθενών, προκρίνεται ως επιπλέον παράγοντας αποταγής του κοινωνικού στιγματισμού (Bauer & Pfennig, 2005).

## **Κεφάλαιο 6. Κριτήρια, Διάγνωση της ΔΔ**

Τα κύρια χαρακτηριστικά της ΔΔ αναφέρονται στην συνεχή εκδήλωση καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ασθενούς, μανιακών ή υπομανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων. Ωστόσο καταλυτικός παράγοντας για την καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου και την βελτίωση της ζωής του διπολικού ατόμου, φαίνεται να είναι η έγκαιρη διάγνωσή της. Το χρονικό στάδιο που διανύει ένας ασθενής από την στιγμή της εκδήλωσης της ΔΔ μέχρι και την διάγνωση της, επηρεάζει και διαμορφώνει σημαντικά την εξέλιξη της νόσου, σε βασικούς λειτουργικούς τομείς, για την υπόλοιπη ζωή του.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η ΔΔ πρωτοεμφανίζεται συνήθως κατά την διάρκεια της εφηβείας ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή του ασθενούς. Μελέτες έχουν δείξει ότι το πρώτο επεισόδιο κατάθλιψης εμφανίζεται περίπου σε ηλικία 12 ετών. Το χρονικό σημείο αυτό φαίνεται να αυξάνεται όταν υπάρχει ήδη άλλη διαταραχή σε εξέλιξη. Ασθενείς με παράλληλη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή για παράδειγμα, εμφανίζουν το πρώτο

επεισόδιο διάθεσης στην ηλικία των 14,6 ετών και κατά 5,3 έτη αργότερα το (υπο)μανιακό. Η περίοδος αυτή ακριβώς επειδή σχετίζεται με την ανάπτυξη και την στερήωση των δεξιοτήτων, πνευματικών, κοινωνικών και σωματικών, θεωρείται ότι επηρεάζεται άμεσα από την εκδήλωση της νόσου. Το γεγονός ότι η ασθένεια παρουσιάζει μεγάλο επιπολασμό και σημαντική αναπηρία δεν φαίνεται μέχρι στιγμής ικανό να ωθήσει τους επιστήμονες στην κατεύθυνση για έγκαιρη και ακριβή διάγνωση. Τα αποτελέσματα που μπορούν να παραχθούν από την καθυστέρηση της διάγνωσης της ΔΔ, σχετίζονται με την γνωστική εξασθένηση του ατόμου, την απώλεια ιστού του εγκεφάλου και τέλος τη λειτουργική αναπηρία. Ειδικότερα, ανεξάρτητα από τον πόλο στον οποίο συγκαταλέγεται το πρώτο επεισόδιο (κατάθλιψη ή (υπο)μανία, οι συνέπειες στην υγεία και τη ζωή του ασθενούς περιλαμβάνουν διαταραχή της ανάπτυξης των ηλικιακών καθηκόντων, δυσκολίες στην κοινωνική προσαρμογή, δυσκολίες στην απασχόληση, ελλειμματική ανταπόκριση στην σταθεροποίηση της διάθεσης, εκδήλωση συχνότερων και σοβαρότερων επεισοδίων διάθεσης, μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης κυκλικότητας της νόσου, μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών χρήσης ουσιών και μεγαλύτερο κίνδυνο παρουσίας αυτοκτονικών επεισοδίων.

Η υστέρηση της έγκαιρης διάγνωσης οφείλεται σε αίτια που διαφέρουν από άτομο σε άτομο, από ηλικία σε ηλικία και από τον τύπο της ΔΔ. Κοινή διαπίστωση των μελετών ωστόσο, είναι ότι η καθυστέρηση παρατηρείται έπειτα από την εκδήλωση του πρώτου επεισοδίου διάθεσης, μέχρι την στιγμή που αυτό γίνεται αντιληπτό. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν αρχικά καταθλιπτική συμπεριφορά τείνουν να έχουν πιο δυσδιάκριτη διαγνωστική εικόνα. Αυτό συμβαίνει αφενός διότι η διάρκεια των επεισοδίων είναι μικρή και αφετέρου γιατί τα επεισόδια δεν χαρακτηρίζονται από ένταση και σοβαρότητα. Οι μελέτες έδειξαν ότι ο μέσος χρόνος διάγνωσης ασθενών με αρχικό το καταθλιπτικό επεισόδιο, ανέρχεται στα 11 έτη έναντι των ασθενών που πρωταρχικά εκδήλωσαν (υπο)μανία, που αναγνωρίστηκε στα 3,5 έτη. Επιπλέον λόγοι για την καθυστέρηση της διάγνωσης είναι η ύπαρξη άλλων ψυχιατρικών διαταραχών και η επικάλυψη από αυτές (όπως ΔΕΠΥ), διαταραχές που οφείλονται σε άγχος ή χρήση ουσιών, άλλες ψυχωσικές διαταραχές στα αρχικά τους στάδια και τέλος η ηλικιακή συμπεριφορά και η εκδήλωση συναισθημάτων της εφηβείας. Η φυλετική συμπεριφορά της νόσου έχει δείξει ότι οι γυναίκες καθυστερούν πλέον των 3 ετών έναντι των ανδρών να λάβουν διάγνωση, παρόλο που αναζητούν την επιστημονική γνώμη περισσότερο από

τους άνδρες. Αιτία της υστέρησης φαίνεται να είναι η προσοχή που δίνεται, εξαιτίας του φύλου, σε λανθασμένες διαγνώσεις όπως για παράδειγμα η οριακή διαταραχή προσωπικότητας.

Η απουσία έγκαιρης διάγνωσης είναι επομένως σημαντικός παράγοντας για την βελτίωση της συνολικής εικόνας των ασθενών. Η καθυστέρηση λήψης φαρμάκων και ειδικότερα σταθεροποιητών διάθεσης, σε συνδυασμό με την έλλειψη της κατάλληλης ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης, ανεξάρτητα από τον τύπο ΔΔ ή την πολικότητα του ατόμου, αυξάνουν τις πιθανότητες για μείωση της λειτουργικότητας του ασθενούς και ταυτόχρονα της εκδήλωσης αυτοκτονικών επεισοδίων. Η κληρονομικότητα στην ΔΔ φαίνεται να παρέχει βοήθεια στην διαγνωστική διαδικασία. Οι μελέτες τέλος έχουν δείξει, ότι κατά την πρώτη εξέταση του ασθενούς είτε αυτός παρουσίασε καταθλιπτικό είτε (υπο)μανιακό επεισόδιο, κρίσιμο είναι να ελέγχονται το ιατρικό ιστορικό, οι συννοσηρότητες καθώς και οι τυχόν απόπειρες αυτοκτονίας (Gonzalez κ.ά., 2022), (Hirschfeld & Vornik, 2004).

## **Κεφάλαιο 7. Ψυχοθεραπευτική Προσέγγιση**

Η θεραπεία της ΔΔ, είναι συχνά ένα περίπλοκο ζήτημα που η ιατρική κοινότητα το αντιμετωπίζει αποκλειστικά με την φαρμακευτική αγωγή. Η σημασία της ψυχολογικής θεραπείας των ασθενών, στην άλλη πλευρά, βοηθητικά και μέσω επικουρικών πρακτικών όπως η ψυχοεκπαίδευση, φαίνεται να κερδίζει συνεχώς έδαφος και να ανοίγει νέους δρόμους. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι τεχνικές όπως η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, παρέχει σοβαρή βοήθεια στην κοινωνική λειτουργία των διπολικών ατόμων, στον μετριασμό των συμπτωμάτων και στην ελάττωση της εμφάνισης υποτροπών. Είναι όμως απαραίτητο η μελέτη τέτοιων διαδικασιών να περάσει μέσα από συγκεκριμένα μοντέλα τα οποία θα μειώνουν την πιθανότητα του λάθους και έκθεσης των ασθενών σε άσκοπες και αναποτελεσματικές πρακτικές. Η ΔΔ ως γνωστό είναι μία πολυσύνθετη ψυχοσωματική κατάσταση στην οποία εμφανίζεται πολύ υψηλός ο κίνδυνος για αυτοτραυματικά και αυτοκτονικά επεισόδια. Το λίθιο ως κύριος παράγοντας της θεραπείας, δεν φαίνεται ικανό να μπορεί να αποτρέψει από μόνος του υποτροπές της νόσου. Επιπλέον, εναλλακτικές φαρμακευτικές εφαρμογές έχουν τα ίδια



ή χειρότερα αποτελέσματα εκθέτουν τον ασθενή στον συνεχόμενο κίνδυνο της υποτροπής της ασθένειας.

Η ψυχοεκπαίδευση οδηγώντας το διπολικό άτομο σε παράλληλη τροχιά με την φαρμακακοθεραπεία, επιθυμεί να τον εξοπλίσει με πληροφορίες που έχουν να κάνουν με τη φύση και την αντιμετώπιση της ΔΔ. Ο ρόλος που διαδραματίζει στην θεραπευτική πορεία του ασθενούς, έχει να κάνει με την ενδυνάμωση των δεσμών του με την θεραπεία ως κύριο πυλώνα της βελτιστοποίησης της ψυχικής του υγείας. Οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται μπορεί να είναι βραχυχρόνιας ή και μακροχρόνιας διάρκειας με ποικίλους στόχους. Το άτομο πρέπει να καταφέρει να εκπληρώσει μέσα από αυτές την συμμόρφωση με την φαρμακευτική του αγωγή, την αποτροπή της χρήσης ναρκωτικών και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, την δυνατότητα αναγνώρισης των συμπτωμάτων υποτροπής, την διαχείριση των στρεσογόνων περιόδων και του άγχους και τέλος την προσαρμογή του στη καινούργια πραγματικότητα. Τα αποτελέσματα από τέτοιες προσπάθειες έχουν αποτυπώσει την αύξηση της γνώσης των ασθενών και την καλύτερευση της στάσης τους έναντι του λιθίου. Επιπλέον μελέτες που ασχολήθηκαν με την ψυχοεκπαίδευση των συντρόφων των ασθενών, ανέδειξαν με την δική τους σειρά την αύξηση της γνώσης σχετικά με την ΔΔ. Ως εκ τούτου η ψυχοεκπαίδευση ως συμπληρωματική θεραπευτική προσέγγιση μπορεί να αποτελέσει τον δίαυλο επικοινωνίας μεταξύ του ασθενούς και της επιθυμητής του κανονικότητας. Μία ακόμα παρόμοιας φιλοσοφίας ψυχοθεραπευτική τεχνική, θεωρείται η ατομική και ομαδική γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT). Οι μελέτες που έχουν δημοσιευθεί για αυτή την παρέμβαση έχουν δώσει μικτά αποτελέσματα. Το γεγονός είναι ότι υπήρχαν πολλά ενθαρρυντικά στοιχεία για ολόκληρο το φάσμα της ΔΔ. Ειδικότερα υπήρξαν βελτιωμένα στοιχεία σχετικά με την διάθεση, το άγχος και την απελπισία. Όταν χρησιμοποιήθηκαν πεπειραμένοι κλινικοί ιατροί παρατηρήθηκε μείωση της εκδήλωσης υποτροπής για τα μανιακά και υπομανιακά επεισόδια και ισχυρότερη έντασης μείωση στην κατάθλιψη. Όσο συνεχίζονταν η παρακολούθηση των παρεμβάσεων πέρα των αναφερθέντων παρατηρήθηκε και καλύτερευση της κοινωνικής λειτουργίας. Η διαπροσωπική και κοινωνική θεραπεία ρυθμού (IPSRT) εμφανίζεται ως μία ακόμα παρέμβαση που στοχεύει στη θεραπεία προβληματικών τομέων όπως ο θρήνος, η διαφωνία των ρόλων, η μετάβαση διαπροσωπικών ρόλων και τα διαπροσωπικά ελλείμματα. Αυτή η τεχνική επικεντρώνεται στον καθορισμό της προβληματικής περιοχής, καθώς γίνεται η

επεξεργασία του συναισθήματος και προσπαθεί να λύσει τα προβλήματα που προκύπτουν από τις συνέπειες. Η ανακούφιση του διπολικού ατόμου προκύπτει από την σταθεροποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Έτσι μπορεί να βιώσει μεγαλύτερο χρόνο ευθυμίας κατά τη διάρκεια της κατάθλιψης. Με αυτή την παρέμβαση δεν παρατηρούμε διαφορές στον χρόνο της ύφεσης ή της υποτροπής, αλλά μπορεί και επηρεάζει σημαντικά τα υποσυνδρομικά συμπτώματα. Τέλος συναντάμε τις οικογενειακές ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις οι οποίες ασχολούνται με το ρόλο που παίζει το εκφρασμένο συναίσθημα μεταξύ οικογενειακών ασθενών, το πως δηλαδή διευκολύνει την υποτροπή ένα εχθρικό, συναισθηματικά υπερβολικό και κριτικό οικογενειακό περιβάλλον. Κατά την λειτουργία της ψυχοθεραπευτικής αυτής παρέμβασης, υπάρχει εστίαση στην οικογένεια. Δεν παρατηρούνται αλλαγές στα ψυχιατρικά συμπτώματα αλλά δρα ως επιβραδυντικό και μόνο των πιθανοτήτων υποτροπής.

Όπως αντιλαμβανόμαστε ήδη και επειδή οι μελέτες έχουν ακόμα δρόμο να διανύσουν έτσι ώστε οι παραπάνω παρεμβάσεις να υπαχθούν σε ήδη υπάρχοντα θεραπευτικά σχήματα, θα πρέπει να ακολουθηθούν καθορισμένα στάδια, για να υπάρξει επιτυχία στην θεραπεία της ΔΔ. Τα στάδια θα πρέπει να αφορούν:

1. Την τυποποίηση των μέτρων διάγνωσης και συμπτώματος.
2. Την διάκριση των επιπτώσεων σε μανία και κατάθλιψη.
3. Την στόχευση των θεραπειών λόγω της πολυπλοκότητας της ασθένειας.
4. Σαφής ένδειξη για τους υποτύπους της ΔΔ.
5. Οι μελέτες να πληρούν προκαθορισμένα και επιστημονικά κριτήρια.
6. Οι μελέτες να αναφέρονται αποκλειστικά σε θεωρητικά μοντέλα ΔΔ (Jones, 2004), (Miklowitz, 2008), (Swartz & Swanson, 2014).

## **Κεφάλαιο 8. Φαρμακευτική Προσέγγιση**

Η ψυχιατρική επιστήμη έχει θέσει εδώ και χρόνια σαν σημαντικό στόχο, την αποτελεσματική θεραπεία και ιδανικότερα την πρόληψη της ΔΔ. Οι κύριες αιτιάσεις που έχουν οδηγήσει τους επιστήμονες σε αυτή την κατεύθυνση, θεωρούνται τα ψυχοπαθητικά χαρακτηριστικά της νόσου καθώς και οι τραγικές συνέπειες για την ζωή των ασθενών και του κοινωνικού συνόλου εν γένει. Ενδεικτικά θα μπορούσαμε να

αναφέρουμε την νοσηρότητα, τον επιπολασμό, τη θνησιμότητα και το κόστος της νόσου, στοιχεία που επηρεάζουν και επιβαρύνουν όχι μόνο το ίδιο το διπολικό άτομο αλλά και την κοινωνία κατ' επέκταση. Στην προσπάθεια της ψυχιατρικής κοινότητας για την αποδοτικότερη θεραπεία της ΔΔ, έχουν κατά καιρούς υιοθετηθεί ιατρικές πρακτικές, φαρμακευτικές εφαρμογές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις με στόχο την βελτιστοποίηση της πορείας του ασθενούς (Harrison κ.ά., 2016).

Από φαρμακευτικής απόψεως, η αντιμετώπιση της ΔΔ εστιάζεται σε τρεις κυρίως κατηγορίες φαρμάκων ανάλογα με τα επεισόδια που εκδηλώνονται, στους σταθεροποιητές της διάθεσης, στα αντιψυχωσικά, όταν εμφανίζονται ψυχωσικά επεισόδια και στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Κατά την διάγνωση της νόσου και με σκοπό να αντιμετωπισθούν όσο το δυνατόν γρηγορότερα τα έντονα συμπτώματα ξεκινάει η φαρμακοθεραπεία που είναι επικεντρωμένη στο επεισόδιο. Μόλις επιτευχθεί η αποκλιμάκωση της έντονης συμπτωματολογίας, η φαρμακευτική αγωγή προσπαθεί να βελτιστοποιήσει την εικόνα του ασθενούς και παράλληλα να αποτρέψει μελλοντικές υποτροπές. Όταν επικρατούν τα ψυχωσικά συμπτώματα, ψευδαισθήσεις ή παραληρητικός ιδεασμός, τότε χορηγούνται αντιψυχωσικά σε συνδυασμό με σταθεροποιητές διάθεσης. Γενικά αυτός ο συνδυασμός φαίνεται να έχει καλύτερα αποτελέσματα και σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα (Muralidharan κ.ά., 2013).

Οι ουσίες που χρησιμοποιούνται στην θεραπευτική αγωγή, αν και έχουν εξελιχθεί ως προς την σύστασή τους, εν τούτοις έχουν διατηρήσει την ίδια φιλοσοφία για πολλές δεκαετίες. Το λίθιο για παράδειγμα εξακολουθεί να παραμένει βασική παράμετρος στην θεραπεία της ΔΔ. Οι παράγοντες που ευθύνονται για αυτή την στασιμότητα έχουν να κάνουν με την έλλειψη γνώσης σχετικά με την διαταραγμένη παθοφυσιολογία όπως επίσης και με την συνθετότητα του κλινικού φαινοτύπου. Αυτό δηλαδή που δικαιολογεί αυτή την καθυστέρηση είναι ο πυρήνας της ΔΔ, ένα πολύπλοκο και ετερογενές προφίλ. Ωστόσο εάν οι επιστήμονες επιθυμούν να προκαλέσουν καλύτερα αποτελέσματα στην διαδικασία της θεραπείας, θα πρέπει στηριχτούν περισσότερο σε συγγενείς επιστημονικούς τομείς όπως η νευροεπιστήμη και η μοριακή γενετική. Θα πρέπει να χρησιμοποιήσουν άλλες τεχνικές για την κατανόηση και τη μέτρηση του διπολικού φαινοτύπου καθώς και την εξερεύνηση της σύνδεσής του με υποκείμενα γενετικά, μοριακά και νευρικά κυκλώματα. Ακόμα η διαγνωστική διαδικασία θα μπορούσε να συντελέσει στην αποτελεσματικότερη δράση των φαρμάκων εάν επιτυγχάνονταν ο

εμπλουτισμός της περιγραφής του κλινικού προφίλ με νέες μεθόδους, εάν λαμβάνονταν υπόψιν οι πρώιμες ενδείξεις που η πειραματική ιατρική προσφέρει για την αξιολόγηση των σταθεροποιητών διάθεσης, η λήψη και αξιολόγηση γονιδιωματικών δεδομένων ως προς τη λειτουργία της νόσου και τέλος αν μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν νέα μοντέλα και μέθοδοι μελέτης βλαστοκυττάρων και γενετικά τροποποιημένων ποντικών για την μελέτη της πορείας των φαρμάκων σε αυτούς (Harrison κ.ά., 2016), (Derry & Moore, 2007).

## **Κεφάλαιο 9. Η σημασία της φαρμακευτικής αγωγής για τους ασθενείς**

Η Δ.Δ. αποτελεί μία σύνθετη ασθένεια η οποία επηρεάζει το νευρικό και κατ' επέκταση το βιολογικό πεδίο του ατόμου. Στις περισσότερες περιπτώσεις η αστάθεια και η μεταβλητότητα της διάθεσης, συνθέτουν ένα επώδυνο ψυχικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ο ασθενής καλείται να αντεπεξέλθει και να αντιμετωπίσει τις καθημερινές του λειτουργίες. Τα συναισθήματα και οι ψυχολογικές μεταπτώσεις που βιώνει το άτομο, αντιμετωπίζονται με φαρμακευτική αγωγή και κατάλληλη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Συνήθως όμως αναφερόμαστε στις θεραπευτικές πρακτικές της ΔΔ, από την απέναντι πλευρά του προβλήματος. Το ιατρικό και ψυχοθεραπευτικό περιβάλλον από τη μία, όπως και το οικογενειακό και κοινωνικό σύνολο του ασθενούς από την άλλη, αν και είναι μείζονος σημασίας γι' αυτόν, δεν είναι σε θέση να αποτυπώσουν το πως ο ασθενής βιώνει την θεραπεία. Η αναζήτηση αυτής της παραμέτρου και η διατύπωση της σε όρους βιωματικούς, θα μπορούσε να διευκολύνει τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας να εφαρμόσουν καλύτερες ψυχοπαρεμβάσεις και αποτελεσματικότερες φαρμακευτικές πρακτικές, που σαν αποτέλεσμα θα είχαν την πληρέστερη και αποδοτικότερη συνταγή για την αντιμετώπιση της νόσου. Γι' αυτό το λόγο κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό να έχουμε μια εικόνα για το πως ο ασθενής αντιμετωπίζει την φαρμακευτική καθώς και οποιαδήποτε άλλη παρέμβαση, σε προσωπικό και βιωματικό επίπεδο. Τα βασικά αντικείμενα που εξετάζονται σε αυτή την ενότητα, αφορούν τόσο την συναισθηματική όσο και την κοινωνική υπόσταση του διπολικού ατόμου. Μέσα από ερευνητικές προσεγγίσεις αναδύθηκαν τα ζητήματα που φαίνεται να απασχολούν τους ασθενείς κατά τη λήψη βοήθειας σε ιατρικό, φαρμακευτικό και επικουρικό επίπεδο.

Το κυρίαρχο βιωματικό ζήτημα που απασχολεί το άτομο σε αυτή την νόσο όπως αναφέρεται στις έρευνες, περιγράφεται «ως μία διαδρομή χωρίς έλεγχο». Η απουσία του «ελέγχου», που είναι παρούσα καθ όλη την διάρκεια της ασθένειας, παρουσιάζεται ως ανεξέλεγκτες διαρκείς αλλαγές στην διάθεση, έξω από κάθε προστατευτικό για τον ψυχισμό του ατόμου πλαίσιο και μία συνεχής σωματική εξάντληση λόγω των συνεχόμενων ανόδων και καθόδων της διάθεσης. Η κυρίαρχη δύναμη που άγει το άτομο είναι η διάθεση, εξαιτίας της οποίας βιώνει αγωνία, οδύνη και απόγνωση. Η σημαντικότητα της φαρμακευτικής βοήθειας επομένως, αναγνωρίζεται ως την σημαντικότερη παράμετρο αντιμετώπιση της νόσου. Ενδεικτικά φαίνεται να παρομοιάζεται ως στοιχείο διατήρησης στη ζωή, αντίστοιχο με το ψωμί και το νερό, απαραίτητο για την σταθεροποίηση του συναισθήματος. Αναγνωρίζεται επίσης ως βελτιωτικό της ποιότητας ζωής τους δρώντας σε δομικές οργανικές λειτουργίες όπως για παράδειγμα ο ύπνος. Η φαρμακοθεραπεία για αρκετούς διπολικούς ανθρώπους δεν θεωρείται απόλυτη και συγκεκριμένη. Η ιδιοσυγκρασία του ατόμου καθώς και η οργανική του δομή, θεωρούνται ως στοιχεία που πρέπει καθορίζουν τα φάρμακα που θα λάβει. Οποιαδήποτε αλλαγή ή διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, δείχνει να τροφοδοτεί τα άτομα με ανασφάλεια, αγωνία και φόβο για την πορεία της νόσου. Ο κοινωνικός στιγματισμός από τη χρήση φαρμάκων, απασχολεί σοβαρά τα άτομα που πάσχουν από ΔΔ και φαίνεται να είναι κοινός και παράγοντας με την νοσηλεία σε ψυχιατρικό ίδρυμα. Πολλοί θεωρούν ότι ετικετοποιούνται και εμποδίζονται με αυτό τον τρόπο, μεταξύ των άλλων και στο μετέπειτα επαγγελματικό τους πεδίο. Η εσωτερική νοσηλεία από ότι φάνηκε διχάζει τα άτομα που πάσχουν. Για άλλους το ψυχιατρικό νοσοκομείο είναι ένας χώρος προστασίας και απομόνωσης που μπορούν να κινηθούν εντός του με ασφάλεια. Επίσης θεωρείται και ως την αρχή μιας νέας διαδρομής προς την υγεία. Γι' άλλους εκλαμβάνεται ως μέρος στον οποίο παραβιάζονται τα βασικά τους δικαιώματα και τους αφαιρείται η δυνατότητα λήψης αποφάσεων.

Για την αντιμετώπιση της ΔΔ προκρίνεται ένας συνδυασμός φαρμακευτικών αγωγών ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και εκπαίδευσης των ασθενών πάνω σε ζητήματα της νόσου. Για πολλούς διπολικούς ανθρώπους η συνεργασία τους με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, θεωρείται αναγκαία για την καλύτερη προσαρμογή τους στη νέα συνθήκη. Η δυνατότητα αυτονομίας, οι κοινές αποφάσεις για θέματα που τους αφορούν καθώς και η αμοιβαιότητα σε ζητήματα εμπιστοσύνης και κατανόησης με τους

θεραπευτές, καθιστούν την ποιοτικότερη διαβίωση τους πιο εφικτή. Το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον επιπλέον, όταν προσφέρει υποστήριξη και βοήθεια, θεωρείται ότι αγκαλιάζει την όποια προσπάθεια προς την σωστή κατεύθυνση.

Τελειώνοντας θα πρέπει να τονίσουμε ότι στον βασικό κορμό των θεραπευτικών προσεγγίσεων, πρέπει να στέκεται η εκπαίδευση των ασθενών. Οι έρευνες έχουν παράξει αποτελέσματα τα οποία είναι άκρως αντιπροσωπευτικά της αναγκαιότητας αυτής. Οι ασθενείς δείχνουν να διαχωρίζουν συνειδητά τις φάσεις που περνούν όταν εκδηλώνεται η ΔΔ. Στην αρχική φάση περιγράφονται οι στρεσογόνοι παράγοντες, εσωτερικοί (κληρονομική προδιάθεση) ή εξωτερικοί (ουσίες) που ευθύνονται για τα κλινικά συμπτώματα. Η φάση που ακολουθεί και έχει τα χαρακτηριστικά της ασυνείδητης συμπεριφοράς, περιλαμβάνει την εμφάνιση της ενεργής ψυχοπαθολογίας. Στην τρίτη φάση περιλαμβάνονται η φαρμακοθεραπεία και η κατανόηση από τον ασθενή της φύσης της νόσου και χαρακτηρίζεται από την επαφή του με ένα περιβάλλον ισορροπίας. Η φάση αυτή είναι σημαντική γιατί σύμφωνα με τον ασθενή, τον βοηθά να αναγνωρίσει και να προλάβει νέες υποτροπές. Η τελευταία φάση θεωρείται ως μία περίοδος προσαρμοστικότητας στην ΔΔ. Εδώ βρίσκεται η αφετηρία της εξέλιξης της προσωπικότητας του ασθενή και η συμφιλίωση με τη νέα πραγματικότητα που θα βιώνει.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι η ατομική προσπάθεια του κάθε διπολικού ατόμου, συμβάλει ουσιαστικά στην ψυχική του ισορροπία. Η συμμετοχή των θεραπευτών, φαρμάκων, ψυχοπαρεμβάσεων και κοινωνικού συνόλου του, αποτελεί την ιδανική θεραπεία και την εγγύηση για όσον το δυνατόν λειτουργικότερη ζωή (Χατζηιωάννου κ.ά., 2017).

## **Κεφάλαιο 10. Προεφηβική & Εφηβική Περίοδος με ΔΔ**

Η διαταραχές τις διάθεσης συνιστούν αποκλίσεις από τη φυσιολογική λειτουργία του συναισθήματος. Τέτοιες διαταραχές όπως η ΔΔ, η μείζονα κατάθλιψη και η δυσθυμία είναι ευρέως διαδεδομένες στις παιδικές και εφηβικές ηλικίες. Σε αυτά τα πρώιμα στάδια της ζωής του ανθρώπου η εκδήλωση τέτοιων ανωμαλιών μπορεί να δημιουργήσει συναισθηματική δυσλειτουργία και συμπεριφορική αποδυνάμωση σε βαθμό που να προκληθούν βλάβες σε λειτουργικούς τομείς όπως ο ακαδημαϊκός, ο

κοινωνικός και ο μετέπειτα εργασιακός. Επιπλέον ζημιά μπορεί να προκληθεί στον τομέα ανάπτυξης των δεξιοτήτων του ατόμου.

Τα νεαρά άτομα που αντιμετωπίζουν την ΔΔ ιδιαίτερα, βιώνουν μία άκρως εξουθενωτική και παράλληλα προβληματική καθημερινή πραγματικότητα. Οι βλάβες που δημιουργούνται στην κοινωνική και την διαπροσωπική λειτουργία, με ότι αυτό σημαίνει για την ευαισθησία της συγκεκριμένης ηλικιακής περιόδου, έρχονται να προστεθούν στην ακαδημαϊκή αναπηρία που παρουσιάζεται. Αυτή η επιβαρυντική ψυχοπαθογενετική κατάσταση δίνει ώθηση στην επικράτηση μίας διαρκούς δυσλειτουργίας και συναισθηματικής δυσφορίας. Παρόλο που η διακύμανση της διάθεσης από άκρως ευδιάθετη σε πλήρως καταθλιπτική είναι συνηθισμένη σε αυτές τις ηλικίες, η επιμονή αυτής της ανωμαλίας, φαίνεται να λειτουργεί εκφυλιστικά στα πεδία της κοινωνικότητας, της δημιουργίας δεξιοτήτων και της μάθησης.

Όπως και σε κάθε ηλικία, έτσι και εδώ η διάγνωση θεωρείται το κυριότερο όπλο κατά της νόσου. Η φύση όμως της ΔΔ τόσο σε συμπτώματα όσο και σε επίπεδο επιδημιολογίας παρόλο που ήδη θεωρείται εξαιρετικά πολύπλοκη, στα παιδιά και τους έφηβους προσλαμβάνει επιπλέον βαθμό δυσκολίας στην αναγνώρισή της. Τα εμπόδια έγκειται στον συνδυασμό της ΔΔ με τα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς και διαθέσεως της αναφερόμενης ηλικίας.

Το πρώτο σημείο δυσκολίας της διάγνωσης είναι η λανθασμένη εκτίμηση των συμπτωμάτων. Σε ένα παιδί οι υπερβολικές εκφάνσεις της ανυπακοής και της ευερεθιστότητας και οι εναλλαγές τις διάθεσης χαρακτηρίζονται πιο εύκολα ως συμπεριφορική και συναισθηματική απορύθμιση από ότι διπολικά συμπτώματα, ιδιαίτερος όταν απουσιάζει το ιστορικό επεισοδίων.

Ακόμα, στοιχεία της νόσου που εμφανίζονται στους ενήλικες, απουσιάζουν από την εφηβική ηλικία, όπως η απότομη έναρξη της συμπτωματολογίας, τα οριστικά επεισόδια ευερεθιστότητας και η σπάνια εμφάνιση συμπτωμάτων μεγαλοπρέπειας και ευφορικής διάθεσης.

Επίσης συμπεριφορές που αναφέρονται σε χαρακτηριστικά των υποτύπων της ΔΔ, όπως για παράδειγμα η άλογη ανάληψη κινδύνου, ο μικρής διάρκειας ύπνος ή η υπερβολική, γρήγορη και πολυθεματική συζήτηση ενός παιδιού, συχνά εκλαμβάνονται ως γνωρίσματα της ηλικίας.

Ένα άλλο σημείο δυσκολίας αναγνώρισης της ΔΔ είναι η αρχική της εμφάνιση ως κατάθλιψη. Η έλλειψη ταυτόχρονης παρουσίας μανίας για μία ορισμένη χρονική διάρκεια, εμποδίζει την διάγνωση της.

Η παρουσία διαφορετικών παθογενών καταστάσεων όπως η ΔΕΠΥ και η κατάχρηση ουσιών ή ακλόλ που μπορεί να επικαλύψουν συμπτωματολογικά την ΔΔ, είναι ένα ακόμα εμπόδιο που δυσχεραίνει την διάγνωση της.

Στην παιδική και εφηβική ηλικία η κοινωνικότητα του ατόμου και η δυνατότητα αλληλεπίδρασης με τους συνομήλικους του στα πεδία της μάθησης, του παιχνιδιού και της ψυχαγωγίας, δοκιμάζονται σοβαρά μέσα από το πρίσμα της ΔΔ. Θεωρείται μία από τις πιο σοβαρές αιτίες συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών που επηρεάζει όλη την ζωή του ανθρώπου. Η ομοιότητα των συμπτωμάτων με τα χαρακτηριστικά της ηλικίας, οδηγεί συχνά τους γιατρούς στην λανθασμένη διάγνωση και μεταχείριση ενός ασθενούς. Απαιτείται για τον λόγο αυτό η εξειδίκευση και η πολυμεθοδική προσέγγιση προσέγγιση έτσι ώστε να καταστεί η διάγνωση πιο έγκαιρη και έγκυρη (Lack & Green, 2009), (Wozniak, 2005).

## **Κεφάλαιο 11. Κοινωνικές Επιπτώσεις σε άτομα με ΔΔ**

Στοιχεία της ευζωίας και της ευημερίας του ανθρώπου ερίζουν την ύπαρξή τους σε μεγάλο βαθμό στην κοινωνική συναναστροφή, την επαγγελματική δραστηριότητα και το οικογενειακό περιβάλλον. Ιδιαίτερα οι κοινωνικές σχέσεις και οι επαφές αποτελούν τα κύρια στοιχεία της ανθρώπινης ύπαρξης και της επιβίωσης τα οποία συντροφεύουν το άτομο και εξελίσσονται καθ' όλη τη περίοδο της ζωής του. Όταν παρατηρηθεί δυσλειτουργία από εσωτερικού ή εξωτερικούς παράγοντες, αυτό τείνει να μας οδηγή στην αντίληψη ότι έχει εμφανιστεί κάποιο είδος ασθένειας στο ίδιο το άτομο ή στο περιβάλλον του.

Η ΔΔ ως ψυχοπαθολογική ασθένεια πέραν των νευροβιολογικών τομέων προσβάλει και ότι αφορά την κοινωνική πλευρά του ατόμου. Η εμφάνιση εργασιακής και κοινωνικής οικογενειακής αναπηρίας είναι ένα χαρακτηριστικό αποτέλεσμα της νόσου. Ένα ακόμα στοιχείο θεωρείται η απουσία διάκρισης στην κοινωνική αναπηρία, μεταξύ των τύπων της ασθένειας ή των επεισοδίων. Στις μελέτες αναφέρθηκε η ύπαρξη δύο



ειδών αναπηρίας σε πάνω από το ένα τρίτο των ασθενών και ενός είδους αναπηρίας σε πάνω από το 50% των ασθενών.

Αναλυτικότερα οι έρευνες σε δείγμα ασθενών που αντιμετώπιζαν ΔΔ-I και ΔΔ-II, έδειξαν ποσοστό επαγγελματικής αναπηρίας ίσο με 52%. Ακόμα βρέθηκε να υπάρχει σχέση με τα συμπτώματα της κατάθλιψης και σε σημαντικό βαθμό με την ύπαρξη προηγούμενων επαναλαμβανόμενων μανιακών επεισοδίων και συνεχόμενων νοσηλείων. Οι ασθενείς που εργάζονταν και εμφάνισαν εργασιακή αναπηρία είχαν λιγότερες νοσηλείες από αυτούς που δεν εργάζονταν και λιγότερα μανιακά επεισόδια.

Στις περιπτώσεις που παρατηρήθηκε κάποιας μορφής κοινωνική αναπηρία, διαπιστώθηκε προηγούμενο ιστορικό καταθλιπτικών επεισοδίων και ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Όταν υπήρξε κοινωνική υποστήριξη στα άτομα που υποφέρουν από την κοινωνική αναπηρία, παρατηρήθηκε η απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επιπλέον η κοινωνική υποστήριξη παρείχε καλύτερη κοινωνική προσαρμογή σε συνδυασμό της θεραπείας με λίθιο.

Η υποβάθμιση της οικογενειακής λειτουργίας των διπολικών ατόμων συνδυάστηκε με την εκδήλωση συνεχόμενων πρότερων μανιακών επεισοδίων και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα φάνηκε να ευθύνονται σημαντικά για την συσχέτιση της αναπηρίας της οικογενειακής ζωής με ευθυμικές ή μη καταστάσεις του ασθενούς. Ακόμα τα συμπτώματα αυτά ευθύνονται για την ύπαρξη υποσυνδρομικών επεισοδίων.

Η ύπαρξη αναπηριών σε ασθενείς με ΔΔ συνδέεται και με παράγοντες που είναι έξω από το φάσμα του συναισθήματος. Το μορφωτικό επίπεδο διαμορφώνει με τη σειρά του τα στοιχεία εκείνα που επηρεάζουν την κατάσταση του διπολικού. Η αναλογική σχέση του μορφωτικού επιπέδου με την πιθανότητα ύπαρξης της αναπηρίας συσχετίστηκε αρκετά καθαρά στις έρευνες. Όσο υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο είχαν οι συμμετέχοντες τόσο λιγότερες ήταν οι πιθανότητες αναπηρίας. Η περίπτωση της εκδήλωσης της ασθένειας σε πρώιμη ηλικία ως εμπόδιο της εκπαιδευτικής ανάπτυξης δεν φάνηκε να επιβεβαιώνεται από τις μελέτες. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο δείχνει να απωθεί την έκπτωση της εργασιακής ικανότητας και να βοηθάει στην διατήρηση της επαγγελματικής απόδοσης. Η απουσία έγκαιρης διάγνωσης της ΔΔ, ειδικότερα στην πρώιμη ηλικία, αποστερεί από τα άτομα την δυνατότητα δημιουργίας πρότυπων σχέσεων που λειτουργούν ως ρυθμιστές συναισθημάτων και τα εξοπλίζει με την

ικανότητα αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας. Οι προκαταλήψεις επίσης είναι πολύ πιθανόν να έχουν επίδραση στην πορεία της ΔΔ ενός ατόμου, επιτρέποντας τον κοινωνικό του στιγματισμό. Το ότι η κοινωνική γνώση και η κατανόηση των συναισθημάτων εμποδίζεται από την ΔΔ και ακολούθως επηρεάζει την ποιότητα της ζωής του ατόμου μέχρι το τέλος του βίου του είναι ο μόνος εγγενής παράγοντας που διαμορφώνει χαρακτηριστικά κοινωνικής αναπηρίας.

Σε ατομικό επίπεδο διακρίνουμε την συντήρηση ή εμφάνιση των αναπηριών κυρίως μέσα από ατομικές επιλογές. Η εξάρτηση ασθενών από την νικοτίνη έδειξε ότι ευθύνεται σημαντικά για την εργασιακή αναπηρία και για την εκδήλωση περισσότερων και πιο έντονων μανιακών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Σε πολλές περιπτώσεις το κάπνισμα αν και διαδραματίζει και αυτό το ρόλο του, εν τούτοις η εξάρτηση της νικοτίνης θεωρείται σημαντικότερη. Επιπλέον, καταχρήσεις ουσιών και αλκοόλ συνδέονται με την ελαχιστοποίηση της περιόδου απασχόλησης καθώς και με την οικογενειακή σχέση. Η αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας συμβάλλει μεν στην μείωση των αναπηριών, με την προϋπόθεση όμως ότι διενεργείται μέσα σε ένα πλαίσιο αμοιβαίας εμπιστοσύνης ασθενούς – παρόχου ψυχικής υγείας.

Ολοκληρώνοντας θα μπορούσαμε να πούμε ότι ασθενείς με ΔΔ εμφανίζουν σε ένα μεγάλο ποσοστό αναπηρία που διαμορφώνεται από προϋπάρχουσα στοιχεία της νόσου όπως μανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια, νοσηλείες και υποτροπές. Επίσης η αναπηρία επηρεάζεται από εξαρτίσεις νικοτίνης, ουσιών και αλκοόλ καθώς και από την έλλειψη αναζήτησης ψυχιατρικής βοήθειας. Οι κοινωνικές ομάδες, οι σχέσεις και οι αλληλεπιδράσεις διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της νόσου. Τέλος είναι ανάγκη να συσχετιστεί η κληρονομικότητα της ΔΔ σε σχέση με την αναπηρία (Gutiérrez-Rojas κ.ά., 2010), (Greenberg κ.ά., 2014), (Latalova κ.ά., 2013).

## **Κεφάλαιο 12. Οικονομικές Συνέπειες της ΔΔ**

Οι διαταραχές του νευρικού φάσματος όπως και οι διαταραχές διάθεσης, πλαισιώνουν μία αρκετά μεγάλη περιοχή ψυχιατρικών διαταραχών που εκτείνονται από την προσωπικότητα έως την ΔΔ. Η ΔΔ μέσα σε αυτό το πλαίσιο θεωρείται η σοβαρότερη διαταραχή σε όρους υγείας και η δαπανηρότερη σε όρους χρήματος. Αν αναλογιστεί κανείς ότι η δράση της εντοπίζεται μεταξύ του 0,5 – 1% του παγκόσμιου πληθυσμού,

τότε αντιλαμβάνεται κανείς το μέγεθος. Είναι βέβαιο απαραίτητο να αναφέρουμε ότι οι μελέτες που έχουν ασχοληθεί με αυτό το θέμα, επειδή χρησιμοποιούν διαφορετικές τεχνικές για να προσδιορίσουν το κόστος και ασχολούνται με διαφορετικές χώρες (Η.Π.Α., Γαλλία, Κάτω Χώρες και Ινδία) και διαφορετικά υγειονομικά συστήματα, παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια. Τα κοινά τους σημεία όμως που επιβεβαιώνονται και από την βιβλιογραφία, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι είναι προς την σωστή κατεύθυνση και ψηλαφούν το θέμα στην σωστή βάση. Ένα από τα κυριότερα κοινά τους σημεία είναι η εξέταση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών τεχνικών που χρησιμοποιούνται.

Εξετάζοντας τα στάδια εκδήλωσης της ΔΔ μπορούμε να διακρίνουμε καταρχάς ότι το κόστος της νοσηλείας είναι άμεσα εξαρτημένο με αυτό της υγειονομικής περίθαλψης. Η ΔΔ-I συνδυάζεται με μεγαλύτερο κόστος από ότι η ΔΔ-II και αυτό γιατί τα διπολικά άτομα τύπου I παρουσιάζουν συννοσηρότητες και μεγαλύτερες μανιακές εκδηλώσεις, γεγονότα που με τη σειρά τους επισύρουν τακτικές και ίσως μακροβιότερες νοσηλείες. Οι ηλικιακές ομάδες που συμμετέχουν περισσότερο στο κόστος αυτό, είναι οι ασθενείς με ηλικίες που ανέρχονται μέχρι τα 35 έτη, έναντι των ασθενών με ηλικία 48 ετών και άνω. Οι ηλικίες από 42 έως 53 ετών επιβαρύνουν το κόστος εξαιτίας της αυξημένη πιθανότητας υποτροπής και επανανοσηλείας. Καμία πάντως ηλικιακή ομάδα δεν συνδέεται με την διάρκεια της νοσηλείας και οι τιμές που περιγράφονται μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των υγειονομικών συστημάτων άλλων χωρών (Laidi κ.ά., 2022).

Η σπουδαιότητα της θεραπείας έναντι της μη θεραπείας της ΔΔ, πέραν της ψυχικής υγείας και της επίδρασης που έχει στις ζωές των ασθενών, αντικατοπτρίζεται και στην αύξηση του υγειονομικού κόστους. Αρχικά η εφαρμογή μη φαρμακευτικών θεραπειών όπως η ψυχοεκπαίδευση, συνηγορούν στην μείωση του κόστους θεραπείας έναντι των αποκλειστικών συμβατικών θεραπειών όπως η χρήση λιθίου. Η αύξηση της συμμόρφωσης και της ευαισθητοποίησης των ασθενών μέσα από την ψυχοθεραπεία για παράδειγμα βοηθάει στην πρόληψη των υποτροπών, παράγοντα που αυξάνει το συνολικό κόστος της θεραπείας. Φυσικά δεν πρέπει να συνδέεται η προτροπή για ψυχοπαρεμβάσεις ως μέτρο μείωσης του κόστους, ως μοχλός ακύρωσης της φαρμακοθεραπείας. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι η μη θεραπεία είναι σαφώς ακριβότερη από την φαρμακευτική πρακτική. Ειδικότερα το βαλπροϊκό οξύ ή το λίθιο όταν συνδυάζεται με αντιψυχωσικά φάρμακα παρουσιάζει βελτιωμένη οικονομική εικόνα για

την οξεία μανιακή, μικτή ή καταθλιπτική φάση έναντι της απουσίας θεραπείας, όπως επίσης και όταν το λίθιο χρησιμοποιείται για την συντήρηση (Kraiss κ.ά., 2020).

Σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Γαλλία και στις ΗΠΑ, το άμεσο υγειονομικό κόστος της περίθαλψης, φαίνεται να κυμαίνεται μεταξύ 6.910€ έως 14.414€ ανά ασθενή ετησίως (AAE). Το διάμεσο κόστος ανήλθε στα €1.101 AAE για την ΔΔ και για το σύνολο των νευρωτικών διαταραχών και διάθεσης στα €4.460 AAE για το 2018. Το κόστος ενός ασθενή με ΔΔ-I υπολογίστηκε στα €7.096 και για ένα μανιακό επεισόδιο στα €4.771.(Laidi κ.ά., 2022) Στην Αμερική το συνολικό κόστος για την αντιμετώπιση της ΔΔ-I υπολογίστηκε στα 213 δισεκατομμύρια δολάρια ανά έτος, ποσό που ξεπερνάει το σύνολο του ΑΕΠ αρκετών χωρών, με την ΔΔ-I να ηγείται και να διαμορφώνει κατά 2,5 φορές υψηλότερα την δαπάνη έναντι της ΔΔ-II (Kraiss κ.ά., 2020).

Οι μελέτες άσχετα από τις διαφορές που αντιμετώπισαν τόσο σε χωρικό όσο και υγειονομικό επίπεδο κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η πρόληψη της νοσηλείας έχει άμεση ανταπόκριση στην μείωση του κόστους. Η διαφορετικές χωρικές προσεγγίσεις της θεραπευτικής διαδικασίας των ασθενών με ΔΔ έχουν μεν αποκλίσεις ως προς το ύψος του κόστους σε απόλυτους αριθμούς, αλλά φαίνεται να έχουν συνέπεια ως προς τις ποσοστιαίες μονάδες. Οι μελέτες δεν υποδεικνύουν λάθη ή παραλήψεις, αλλά κατεύθυνση. Διαπιστώσεις όπως ότι, η λήψη της λήψης των φαρμάκων εκ μέρους των ασθενών, η σημασία της τοποθεσίας ένταξης, το ιστορικό αυτοκτονικών επεισοδίων και η απουσία εξειδικευμένης συμβουλευτικής αυξάνουν το υγειονομικό κόστος αποτελούν κοινούς τόπους συνάντησης για τις έρευνες. Τέλος για να μπορούν να αξιολογηθούν στο μέλλον παρόμοιες μελέτες θα πρέπει να υπάρχουν συγκεκριμένοι περιορισμοί για την χρήση δειγμάτων ασθενών (Laidi κ.ά., 2022).

Για τον ίδιο τον ασθενή η επιπτώσεις από την εκδήλωση της νόσου στον οικονομικό τομέα φαίνεται να επηρεάζουν την συνολική του αγοραστική και καταναλωτική του συμπεριφορά, φέρνοντάς τον συχνά σε οικονομικό αδιέξοδο. Η παρουσία υπομανιακών συμπτωμάτων που συνδέονται με την καταναγκαστική αγοραστική πράξη, οδηγούν το διπολικό άτομο σε αύξηση του οικονομικού άγχους και κάνουν την οικονομική του ευεξία σχεδόν αδύνατη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εμποδίζεται η οικονομική αντίληψη του ασθενούς και να αυξάνεται ο αυτοκτονικός ιδεασμός, με εκδηλώσεις της απόπειρας αυτοκτονίας, μπροστά στον φόβο μίας οικονομικής δυσχέρειας ή και καταστροφής (Richardson κ.ά., 2018).

Θα πρέπει να ακολουθείται τυποποίηση της μεθοδολογίας έρευνας με στόχο την μεγαλύτερη ομοιογένεια και να καθιερωθεί ελάχιστος χρόνος διεξαγωγής της έτσι ώστε τα αποτελέσματα να ανταποκρίνονται όσο το δυνατόν περισσότερο στην πραγματική τους διάσταση (Kraiss κ.ά., 2020).

### **Κεφάλαιο 13. Συζήτηση**

Θέλοντας να αποκρυπτογραφήσουμε και να εξετάσουμε από κοντά την έννοια και την εικόνα της ΔΔ, ερευνήσαμε ανασκοπικά μέσα από δημοσιευμένες μελέτες και έρευνες, την νόσο. Ξεκινώντας αυτό που έπρεπε να κατανοήσουμε ήταν τι και με ποιο τρόπο επηρεάζει τον άνθρωπο η ασθένεια. Η μελέτη μας έδειξε ότι η ΔΔ πρόκειται για μια διαταραχή που εντοπίζεται στο πεδίο του συναισθήματος. Το συναίσθημα επομένως ερευνήθηκε ως προς την λειτουργία του και την έννοιά του. Παρατηρούμε ότι η εξάρτηση του ανθρώπου από το συναίσθημα αποτελεί δομική λειτουργία της ολότητας του. Άνθρωπος χωρίς συναίσθημα δεν υπάρχει και γι' αυτό οτιδήποτε παρεμβάλλεται σε αυτή τη δομή αποτελεί παθογένεια της κατάστασής του. Οι συναισθηματικές διαταραχές στο σύνολό τους αποτελούν μία προσπάθεια αποκοπής ή διαστρέβλωσης της λειτουργίας του συναισθήματος. Ως εκ τούτου τα άτομα που βιώνουν αυτή την στρέβλωση, αδυνατούν να αντιληφθούν την φυσιολογική τους πορεία μέσα στο χρόνο. Καθ' όλη την διάρκεια του βίου τους προσπαθούν να κατανοήσουν με τις διαταραγμένες αισθήσεις τους τον κόσμο και να ανταποκριθούν σε λειτουργίες.

Η ΔΔ συγκαταλέγεται στις καταθλιπτικές και ψυχωτικές διαταραχές. Συναντάται σε δύο υποτύπους που αποτελούν και την κατηγοριοποίηση του ασθενούς την ΔΔ-I και ΔΔ-II. Οι βαθμοί σπουδαιότητας των επεισοδίων, αποτυπώνουν και την σημαντικότητα της θεραπείας. Πιο επώδυνος για τον ίδιο τον ασθενή θεωρείται η ΔΔ-I μιας και μέσα από αυτό βιώνει διαταραχές μανίας και κατάθλιψης. Τα κριτήρια υπαγωγής στον υποτύπο της ΔΔ δεν έχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ως προς τον χαρακτηρισμό. Αυτό που διαφέρει είναι η διάρκεια και η ένταση. Η ΔΔ-I παρουσιάζει επεισόδια μίας εβδομάδας έναντι τεσσάρων ημερών στην ΔΔ-II. Στην ΔΔ-I ακόμα, βλέπουμε ότι επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό οι ικανότητες που έχουν να κάνουν με την εργασία και την κοινωνικότητα. Τα καταθλιπτικά επεισόδια δεν παρουσιάζουν διαφορές και

στους δύο τύπους. Το βασικά συναισθήματα για τους ασθενείς της ΔΔ είναι η θλίψη, η αίσθηση κενού και η απώλεια.

Οι σωματικές αλλαγές της νόσου εμφανίζονται σε σημεία που εξωτερικά δεν είναι εμφανή. Οι αλλοιώσεις παρουσιάζονται σε μέρη του εγκεφάλου κατά κύριο λόγο και είναι πιθανόν υπεύθυνες και για άλλες νευροβιολογικές ανωμαλίες. Η φυλετική προτίμηση της νόσου διαπιστώνεται στο γεγονός ότι η ΔΔ-II φαίνεται να έχει περισσότερους ασθενείς στο γυναικείο φύλο. Οι συννόσηρες καταστάσεις είναι μία πολύ συχνή πραγματικότητα στους ασθενείς με ΔΔ. Εμφανίζονται αυξημένα τα ποσοστά απόπειρας αυτοκτονίας και θανάτων από αυτοκτονία των διπολικών έναντι των υγιών ατόμων. Οι καταχρήσεις ουσιών είναι συχνές στα άτομα με ΔΔ και συχνά οδηγούνται σε αυτήν, με τη βοήθειά τους.

Κατά την διαδικασία της διάγνωσης, οι γιατροί αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην αναγνώρισή της ασθένειας. Επειδή η εμφάνισή της πραγματοποιείται συνήθως κατά την διάρκεια της εφηβείας, τα κριτήρια υπαγωγής σε έναν από τους δύο τύπους της έχουν μεγάλες ομοιότητες με τα χαρακτηριστικά της ηλικίας. Σε αυτή την ηλικία τα επεισόδια κατάθλιψης αποτελούν μέρος της περιόδου και τα ψυχωσικά που είναι το κριτήριο για την υπαγωγή στην ασθένεια εφόσον συνυπάρχουν, είναι λιγότερο έντονα και γι' αυτό δυσδιάκριτα. Φυσικά η καθυστέρηση στην διάγνωση δημιουργεί προβλήματα σε μια σειρά από λειτουργικούς τομείς.

Η αντιμετώπιση της νόσου ερίζει την αποτελεσματικότητά της επάνω στην φαρμακοθεραπεία. Κατά κύριο λόγο χρησιμοποιείται το λίθιο σε συνδυασμό με σταθεροποιητές διάθεσης και άλλα αντιψυχωσικά, ανάλογα με την φάση, την ταχύτητα και την κυκλικότητα της νόσου. Τα τελευταία όμως χρόνια γίνονται προσπάθειες για επικουρικές ψυχοπαρεμβάσεις, όπως η ψυχοεκπαίδευση και η κοινωνική υποστήριξη του ατόμου. Η αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων φαίνεται να έχει σημαντικά αποτελέσματα σε βάθος χρόνου και να ελαχιστοποιείται η υποτροπή.

Οι ασθενείς προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της νόσου τόσο σε ατομικό όσο και σε ιατροφαρμακευτικό επίπεδο. Το γεγονός ότι πολλοί θεωρούν το φάρμακο ως το μοναδικό στοιχείο προστασίας τους δείχνει την εξάρτηση που φαίνεται να έχουν από αυτό, όχι με αρνητική έννοια. Επιπλέον οι ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης με του παρόχους της ψυχικής υγείας, διευκολύνει κατά πολύ την προσαρμογή τους στην νόσο. Ο κοινωνικός στιγματισμός, η κοινωνική, επαγγελματική

και οικογενειακή αναπηρία φαίνεται να είναι το αποτύπωμα της νόσου στο εξωτερικό περιβάλλον του ασθενή. Τα συναισθήματα απόρριψης και εγκατάλειψης που βιώνουν εσωτερικά πολλές φορές ταυτίζονται με την εξωτερική τους πραγματικότητα.

Τέλος το οικονομικό κόστος που επιβαρύνει την κοινωνία είναι αρκετά σημαντικό. Σύμφωνα με μελέτες που έχουν ασχοληθεί με το συγκεκριμένο πεδίο, μόνο ο ένας τύπος ΔΔ κοστίζει παραπάνω από το ΑΕΠ μιας χώρας όπως η Ελλάδα. Το κοινωνικό κόστος που δεν αποτυπώνεται με χρηματικούς όρους, θεωρείται πιο σημαντικό γιατί ακουμπά τη λειτουργία της κοινωνίας.

## **Κεφάλαιο 14. Αποτελέσματα**

Η ΔΔ είναι μία πολυπαραγοντική υποτροπιάζουσα ασθένεια που υπάγεται στις διαταραχές του συναισθήματος. Ο κυριότερος παράγοντας αντιμετώπισής της παραμένει η έγκαιρη διάγνωση. Εμφανίζεται χωρίς φυλετική εξαίρεση σε όλους του ανθρώπους, με μεγαλύτερο ποσοστό μόνο σε έναν υποτύπο, στις γυναίκες. Η συμπτωματολογία της είναι εξαιρετικά επώδυνη για τους ασθενείς και η παθοφυσιολογία της προσβάλλει μέρη του εγκεφάλου και είναι υπεύθυνη για άλλες νευροβιολογικές παθογένειες. Εμφανίζεται περίπου στην ηλικία των 15 ετών και είναι δυσδιάκριτη σε αυτή την ηλικία. Αντιμετωπίζεται με φαρμακευτικές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Έχει διαπιστωθεί συσχέτιση της κατάχρησης ουσιών (ναρκωτικά, αλκοόλ κ.α.) με την εμφάνιση και την υποτροπή της νόσου. Οι σημαντικότερες συνέπειές της θεωρούνται ο κοινωνικός στιγματισμός και οι οικογενειακές, μαθησιακές και εργασιακές αναπηρίες που προκαλεί. Τέλος το οικονομικό αποτύπωμα της ασθένειας επιβαρύνει σημαντικά τους κρατικούς προϋπολογισμούς και τα συστήματα υγείας.

## Αναφορές

1. Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & κ.α. (2001). *Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία*.
2. Χατζηγιάννου, Α., Καρανικόλα, Μ., Παπαθανάσογλου, Ε., Καϊκούση, Α., Νυσταζάκη, Μ., & Αλεβιζόπουλος, Γ. (2017). *Αντιλήψεις των ατόμων με διπολική διαταραχή για τη φαρμακοθεραπεία και την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου τους*. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2017.284.291>
3. Bauer, M., & Pfennig, A. (2005). Epidemiology of Bipolar Disorders. *Epilepsia*, 46(s4), 8–13. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2005.463003.x>
4. Bebbington, P., & Ramana, R. (1995). The epidemiology of bipolar affective disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30(6), 279–292. <https://doi.org/10.1007/BF00805795>
5. Derry, S., & Moore, R. A. (2007). Atypical antipsychotics in bipolar disorder: Systematic review of randomised trials. *BMC Psychiatry*, 7(1), 40. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-40>
6. Dong, X.-H., & Zhen, X.-C. (2015). Glial Pathology in Bipolar Disorder: Potential Therapeutic Implications. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 21(5), 393–397. <https://doi.org/10.1111/cns.12390>
7. Ekman, P., & Davidson, R. J. (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions* (σσ. xiv, 496). Oxford University Press.
8. Gonzalez, R., Dwivedi, A., Zeitzer, J., Suppes, T., Tohen, M., Forero, A., & Alvarado, A. (2022). Chronobiologically-based sub-groups in bipolar I disorder: A latent profile analysis. *Journal of Affective Disorders*, 299, 691–697. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.010>
9. Greenberg, S., Rosenblum, K. L., McInnis, M. G., & Muzik, M. (2014). *The role of social relationships in bipolar disorder\_ A review | Elsevier Enhanced Reader*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.047>
10. Gutiérrez-Rojas, L., Jurado, D., & Gurpegui, M. (2010). *Factors associated with work, social life and family life disability in bipolar disorder patients | Elsevier Enhanced Reader*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.06.020>
11. Harrison, P. J., Cipriani, A., Harmer, C. J., Nobre, A. C., Saunders, K., Goodwin, G. M., & Geddes, J. R. (2016). Innovative approaches to bipolar disorder and its



- treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1366(1), 76–89.  
<https://doi.org/10.1111/nyas.13048>
12. Harvard School of Public Health, & Johns Hopkins University. (1999). Association of prenatal and perinatal complications with subsequent bipolar disorder and schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 39(2), 113–119.  
[https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00109-7](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00109-7)
  13. Hirschfeld, R. M. A., & Vornik, L. A. (2004). *Recognition and Diagnosis of Bipolar Disorder*. 5.
  14. Jones, S. (2004). Psychotherapy of bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 80(2–3), 101–114. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00111-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00111-3)
  15. Kraiss, J. T., Wijnen, B., Kupka, R. W., Bohlmeijer, E. T., & Lokkerbol, J. (2020). Economic evaluations of non-pharmacological interventions and cost-of-illness studies in bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 276, 388–401. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.064>
  16. Lack, C. W., & Green, A. L. (2009). Mood Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(1), 13–25.  
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.04.007>
  17. Laidi, C., Godin, O., Etain, B., & κ.α. (2022). Direct medical cost of bipolar disorder: Insights from the FACE-BD longitudinal cohort. *Journal of Affective Disorders*, 306, 223–231. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.071>
  18. Latalova, K., Ociskova, M., Prasko, J., Kamaradova, D., Jelenova, D., & Sedlackova, Z. (2013). *Self-stigmatization in patients with bipolar disorder*. 9.
  19. Manji, H. K., & Lenox, R. H. (2006). The Nature of Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry*, 16.
  20. Miklowitz, D. J. (2008). *Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: State of the Evidence*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040488>
  21. Muralidharan, K., Ali, M., Silveira, L. E., Bond, D. J., Fountoulakis, K. N., Lam, R. W., & Yatham, L. N. (2013). Efficacy of second generation antipsychotics in treating acute mixed episodes in bipolar disorder: A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 408–414.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.032>

22. Phillips, M. L., & Kupfer, D. J. (2013). Bipolar disorder diagnosis: Challenges and future directions. *The Lancet*, *381*(9878), 1663–1671. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60989-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60989-7)
23. Rakofsky, J., & Rapaport, M. (2018). Mood Disorders. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, *24*(3), 804. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000604>
24. Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A., Clarke, D. E., & Et.Al. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American psychiatric association.
25. Richardson, T., Jansen, M., & Fitch, C. (2018). Financial difficulties in bipolar disorder part 1: Longitudinal relationships with mental health. *Journal of Mental Health*, *27*(6), 595–601. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1521920>
26. Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, *8*(9), 251–269. <https://doi.org/10.1177/2045125318769235>
27. Sachs, G. S., Guille, C., & McMurrich, S. L. (2002). A clinical monitoring form for mood disorders. *Bipolar Disorders*, *4*(5), 323.
28. Sander, D. (2013). Models of emotion: The affective neuroscience approach. *The Cambridge Handbook of Human Affective Neuroscience*, 5–53.
29. Swartz, H., & Swanson, J. (2014). *Psychotherapy for Bipolar Disorder in Adults: A Review of the Evidence*. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.12.3.251>
30. Wozniak, J. (2005). Recognizing and Managing Bipolar Disorder in Children. *J Clin Psychiatry*, *6*.

## Πηγές Εικόνων

Εικόνα 1: <https://bit.ly/3N8DNLL>