

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

# Διπολική διαταραχή και οικογένεια Η συμβολή της ψυχοεκπαίδευσης

Η διπολική διαταραχή (ΔΔ), μια χρόνια, υποτροπιάζουσα ασθένεια με συχνά σοβαρή συμπτωματολογία που μπορεί να αποτελέσει αιτία λειτουργικής ανικανότητας για τους πάσχοντες, θέτει σημαντικές προκλήσεις στη διαχείρισή της. Ο χαρακτήρας των συμπτωμάτων της, που περιλαμβάνουν ακραίες εναλλαγές της διάθεσης, συνιστά σοβαρό στρεσογόνο παράγοντα για τους συγγενείς/φροντιστές. Οι απαιτήσεις της φροντίδας έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη λειτουργικότητα της οικογένειας και μπορεί να αποτελέσουν αιτία οικογενειακής αποδιοργάνωσης. Είναι επίσης τεκμηριωμένο ότι η λειτουργία του οικογενειακού συστήματος μπορεί να επηρεάσει θετικά ή αρνητικά την πορεία της σοβαρής και χρόνιας ψυχικής διαταραχής. Σχετικές μελέτες έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη ειδικών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, αρχικά απευθυνόμενων σε οικογένειες ασθενών με σχιζοφρένεια. Σήμερα, οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στην οικογένεια, με προεξάρχουσα την ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση, εφαρμόζονται με ιδιαίτερα ικανοποιητικά αποτελέσματα στη ΔΔ και, συμπληρωματικά στη φαρμακοθεραπεία, αποτελούν πολύτιμο σύμμαχο για την αποτελεσματική, δια βίου διαχείριση της νόσου. Το ψυχοεκπαιδευτικό μοντέλο, συνδυάζοντας την παροχή ενημέρωσης για την ασθένεια και τη θεραπεία της με την εκπαίδευση σε τεχνικές επικοινωνίας και διαχείρισης των προβλημάτων, υποστηρίζει την οικογένεια συνολικά ώστε να κατανοήσει και να αποδεχθεί την ασθένεια, να συμβάλει στην καλή φαρμακευτική συμμόρφωση του ασθενούς και να διαχειριστεί αποτελεσματικά τις απαιτήσεις της φροντίδας. Η βελτίωση του ενδοοικογενειακού κλίματος, η επιτυχής διαχείριση των προβλημάτων που απορρέουν από τη νόσο και η μείωση του αισθήματος επιβάρυνσης των φροντιστών αποδεικνύονται αποφασιστικοί συντελεστές της συνολικής θεραπευτικής έκβασης του ασθενούς. Η διεθνής βιβλιογραφία τεκμηριώνει την αποτελεσματικότητα των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με ΔΔ, ως προς τη μείωση των υποτροπών και την επιμήκυνση των διαστημάτων νορμοθυμίας, καθώς και τη μείωση του αριθμού και της διάρκειας των νοσηλείων.

### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συμβολή ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην πορεία και στη θεραπευτική έκβαση των ψυχικών διαταραχών είναι σήμερα ευρέως αναγνωρισμένη, στο πλαίσιο της σύγχρονης βιο-ψυχο-κοινωνικής ιατρικής προσέγγισης. Παρ' όλα αυτά, η επιστημονική βιβλιογραφία τείνει να προσανατολίζεται στην ανάδειξη μελετών που εστιάζουν σε βιολογικές κυρίως παραμέτρους της σοβαρής ψυχικής νόσου, ενώ πολύ μικρότερο μέρος των επιστημονικών εργασιών πραγματεύονται θέματα που αφορούν στην αλληλεπίδραση των βιολογικών και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, καθώς και τον αντίκτυπό τους στη μακροπρόθεσμη εξέλιξη μιας χρόνιας ψυχοπαθολογικής οντότητας.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2017, 34(1):32-41  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2017, 34(1):32-41

Μ. Οικονόμου,<sup>1,2</sup>  
Μ. Χαρίτση<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Νοσοκομείο «Αιγινήτειο», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

<sup>2</sup>Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), Αθήνα

<sup>3</sup>Κέντρο Ημέρας Συλλόγου Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ), Αθήνα

Patients with bipolar disorder and their families: The contribution of psychoeducation to the management of bipolar disorder

Abstract at the end of the article

### Λέξεις ευρετηρίου

Διπολική διαταραχή  
Επιβάρυνση  
Οικογένεια  
Ψυχοεκπαίδευση  
Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Υποβλήθηκε 25.4.2016  
Εγκρίθηκε 9.5.2016

Εστιάζοντας στη διπολική διαταραχή (ΔΔ), η παρούσα περιγραφική ανασκόπηση επιδιώκει να συμβάλει στην κάλυψη του εν λόγω βιβλιογραφικού κενού και να εμπλουτίσει την ελληνική, ειδικότερα, επιστημονική βιβλιογραφία, αναδεικνύοντας τη διεθνή ερευνητική εργασία των τελευταίων δεκαετιών στο πεδίο. Αντλώντας στοιχεία από τις πρώτες μελέτες, οι οποίες διερεύνησαν την αλληλεπίδραση ψυχοκοινωνικών παραγόντων με κλινικές εκδηλώσεις της νόσου, σκιαγραφεί τη σταδιακή ανάπτυξη των ψυχοκοινωνικών προσεγγίσεων που απευθύνονται σε ασθενείς με ΔΔ και κυρίως του ψυχοεκπαιδευτικού μοντέλου, φθάνοντας μέχρι τα πλέον σύγχρονα ερευνητικά ευρήματα.

Η παρούσα περιγραφική ανασκόπηση βασίστηκε σε

αγγλόφωνες εργασίες που δημοσιεύτηκαν έως τον Φεβρουάριο του 2016, οι οποίες συλλέχθηκαν μέσω διαδικτυακής αναζήτησης στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων της διεθνούς ερευνητικής βιβλιογραφίας σε θέματα Ιατρικής και επιστημών υγείας. Ως λέξεις ευρητηρίου τέθηκαν οι όροι “bipolar disorder”, “psychosocial interventions”, “psychoeducation”, “treatment compliance”, “relapse prevention”, “functioning” και “quality of life”.

Παρ’ ότι σε ορισμένες από τις συλλεχθείσες εργασίες, ιδιαίτερα στις πιο πρώιμες, εντοπίζονται μεθοδολογικές αδυναμίες, κρίθηκε σκόπιμο να μην αποκλειστούν από την παρούσα ανασκόπηση, καθώς παρέχουν σημαντικά στοιχεία για το πώς διαμορφώθηκαν μέσα στον χρόνο τα θεωρητικά μοντέλα στα οποία βασίζονται οι σύγχρονες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στη ΔΔ. Οι σκοποί, άλλωστε, της παρούσας εργασίας δεν προσανατολίζονται στη σύγκριση ή στη μετα-ανάλυση των ερευνητικών ευρημάτων –γεγονός που θα ήταν ιδιαίτερα περιοριστικό εξ αιτίας του μικρού αριθμού μελετών μεθοδολογικά ομοιογενών μεταξύ τους– αλλά περισσότερο στην ανάδειξη της σημασίας των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για τη διαβίου θεραπευτική διαχείριση της ΔΔ.

## 2. ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η ΔΔ είναι μια από τις σοβαρότερες ψυχικές νόσους και ως εκ τούτου συνιστά σημαντική αιτία επιβάρυνσης όχι μόνο για τους ασθενείς, αλλά και για τις οικογένειές τους και την κοινωνία ευρύτερα. Πρόκειται για μια χρόνια, υποτροπιάζουσα ασθένεια που χαρακτηρίζεται από την εναλλαγή περιόδων υπερθυμίας και κατάθλιψης, με συχνά σοβαρή συμπτωματολογία, η οποία μπορεί να οδηγήσει μάλιστα σε λειτουργική ανικανότητα: βάσει της κατάταξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η ΔΔ κατέχει την έκτη θέση παγκόσμια ως αιτία αναπηρίας για την ηλικιακή ομάδα των 15–44 ετών.<sup>1</sup> Μια ακόμη διάσταση της ασθένειας που δεν μπορεί να αγνοηθεί είναι η σχέση της με την αυτοκτονία, η οποία αποτελεί και αιτία θανάτου για το 19% των διπολικών ασθενών.<sup>2</sup>

Η επικράτηση της ΔΔ στην πλέον χαρακτηριστική μορφή της, αυτή της ΔΔ τύπου I, ανέρχεται περίπου στο 1% του πληθυσμού.<sup>3–5</sup> Εκτιμάται, ωστόσο, ότι, αν συνυπολογιστεί το σύνολο των διαταραχών του διπολικού φάσματος, η επικράτησή τους ανέρχεται στο 5%.<sup>6</sup> Η πλειοψηφία των ασθενών με ΔΔ χρήζει θεραπευτικών παρεμβάσεων σε συνεχή βάση, είτε λαμβάνοντας υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα, είτε ενδονοσοκομειακά κατά τις περιόδους έξαρσης των συμπτωμάτων.<sup>7</sup> Αν και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η οξεία φάση της ασθένειας μπορεί να

αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά με τη φαρμακοθεραπεία, αυτό δεν διασφαλίζει τη σταθεροποίηση του ασθενούς μακροπρόθεσμα: η ΔΔ είναι μια υποτροπιάζουσα νόσος και με την πάροδο του χρόνου η υποτροπή έρχεται σχεδόν αναπόφευκτα. Χαρακτηριστικά, οι εξάρσεις της νόσου καταλαμβάνουν περίπου το 20% της ζωής των ασθενών με διπολική διαταραχή.<sup>8</sup>

Ωστόσο, ακόμη και κατά τις περιόδους νορμοθυμίας συχνά παραμένει κάποια υπολειμματική συμπτωματολογία. Σχετικές ερευνητικές καταγραφές έχουν αποτυπώσει ότι μόνο ένα 25–33% των ασθενών με ΔΔ είχαν καλή πορεία της ασθένειας, με ήπια συμπτώματα που διαρκούσαν για μικρό μόνο διάστημα.<sup>9,10</sup> Για την πλειοψηφία των περιπτώσεων (41–48%) η πορεία της ασθένειας ήταν κυμαινόμενη, με ενεργή συμπτωματολογία κατά περιόδους, ενώ ένα επίσης αξιοσημείωτο ποσοστό των ασθενών (26–28%) ανέφεραν κακή πορεία της νόσου, με ενεργή συμπτωματολογία κατά το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Διαχρονική μελέτη σε ασθενείς με ΔΔ, η οποία είχε μέση περίοδο παρακολούθησης (follow-up) τα 13 έτη, κατέγραψε την παρουσία συμπτωμάτων κατά το 47% του εν λόγω χρονικού διαστήματος, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι το 10% των ασθενών ανέφεραν ότι είχαν συμπτώματα για όλο το χρονικό διάστημα της μελέτης.<sup>11</sup> Σε παρεμφερή μελέτη βρέθηκε ότι το ένα τρίτο των ασθενών είχαν ενεργή συμπτωματολογία για 10 έτη ή και περισσότερο.<sup>8</sup>

## 3. ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ: ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η διάρκεια στον χρόνο αλλά και η βαρύτητα των συμπτωμάτων της ΔΔ συχνά έχουν ως αποτέλεσμα τη σοβαρή αποδιοργάνωση της λειτουργικότητας του ασθενούς και την αδυναμία του να ανταποκριθεί στους κοινωνικούς και στους οικογενειακούς ρόλους του. Οι επιπτώσεις αυτές της ασθένειας, καθώς και η χρονιότητά της, καθιστούν σαφή τη σημασία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος που θα αναλάβει τον ρόλο του φροντιστή, αλλά και την επιβάρυνση την οποία ενέχει ο συγκεκριμένος ρόλος για το άμεσο περιβάλλον του ασθενούς.

Ο ιδιαίτερος χαρακτήρας της ΔΔ διαφοροποιεί αυτή από άλλες σοβαρές ψυχικές ασθένειες, όπου η κλινική εικόνα του ασθενούς ακολουθεί μια χρόνια, συνεχώς επιδεινούμενη πορεία. Στη ΔΔ, η πορεία των συμπτωμάτων μπορεί να σημειώσει εντυπωσιακές αλλαγές από μήνα σε μήνα: οι ασθενείς μπορεί να μεταβούν από την κατάθλιψη στη μανία μέσα σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα. Ενδέχεται επίσης, παράλληλα με τη μεταβολή της κλινικής εικόνας τους, να εκδηλώσουν εχθρική ή επιθετική συμπεριφορά και να πάψουν να είναι συνεργάσιμοι. Ευνόητο είναι ότι

και οι απαιτήσεις που θέτει η ασθένεια για την οικογένεια ποικίλλουν ανάλογα με τη φάση της νόσου και το είδος της συμπτωματολογίας που παρουσιάζεται, αλλά επίσης και ανάλογα με τον ρόλο του ασθενούς στο οικογενειακό σύστημα (π.χ. αν ο ασθενής είναι παιδί ή σύζυγος), καθώς και από το εάν πρόκειται για ένα πρώτο επεισόδιο ή αν η ασθένεια έχει εισέλθει σε μια σειρά περιοδικά επαναλαμβανόμενων υποτροπών.

Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί επίσης ότι πολλοί φροντιστές έχουν ανεπαρκή ενημέρωση για τη νόσο και κατακλύζονται από πλήθος αναπάντητων ερωτημάτων για το πώς θα πρέπει να χειριστούν τον πάσχοντα συγγενή τους. Κοινοί προβληματισμοί τους είναι το εάν θα πρέπει να αποδεχθούν τυχόν διαταρακτικές συμπεριφορές του ασθενούς ή θα πρέπει να αντιταχθούν σε αυτές, πώς να διαχωρίσουν τις σκόπιμες συμπεριφορές του από εκείνες που απορρέουν από την ασθένεια, πώς να χειριστούν τη μη συμμόρφωσή του, να αναγνωρίσουν τα πρόδρομα συμπτώματα, ή να φέρουν τον ασθενή σε κάποια υπηρεσία υγείας όταν εκείνος δεν συνεργάζεται.

Μελέτη αναφορικά με τις εμπειρίες των φροντιστών ασθενών με ΔΔ υπογραμμίζει, επιπρόσθετα στις δυσκολίες που αναφέρουν οι συγγενείς σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό και για άλλες ψυχικές διαταραχές, την έντονη αναστάτωση την οποία επιφέρει ένα επεισόδιο μανίας στην οικογενειακή ζωή.<sup>12</sup> Οι οικογένειες των οποίων ένα μέλος είχε ΔΔ εξέφρασαν εντονότερους φόβους για βίαιη συμπεριφορά του ασθενούς, ανησυχίες όσον αφορά στην ποιότητα της συζυγικής σχέσης και της γονεϊκής φροντίδας, καθώς και προβληματισμούς για τις συνέπειες του διαταραγμένου οικογενειακού περιβάλλοντος στα παιδιά. Ειδικότερα, το 71% των ερωτηθέντων ανέφεραν πολύ υψηλά επίπεδα stress συνδεδεμένα με τον ρόλο του φροντιστή, σε αρκετές δε περιπτώσεις ακόμη και όταν ο πάσχοντας συγγενής τους δεν ήταν σε κρίση.<sup>12</sup> Η αβεβαιότητα για την απρόβλεπτη πορεία της νόσου, το να μη γνωρίζει δηλαδή κάποιος πότε θα επανεμφανιστεί μια υποτροπή, αποτελεί αφ'εαυτού ισχυρό στρεσογόνο παράγοντα για τα μέλη της οικογένειας.<sup>13</sup>

Μελέτες που εξετάζουν τη ΔΔ στη χρονιότητά της επιβεβαιώνουν ότι η ασθένεια αποτελεί πηγή σημαντικής ψυχοκοινωνικής δυσχέρειας για τους συγγενείς/φροντιστές των πασχόντων και συμβάλλει σε συζυγική και σε οικογενειακή κατάρρευση.<sup>12,14</sup> Χαρακτηριστικό είναι επίσης ότι, σε ποσοστό 72%, οι φροντιστές ασθενών με χρόνιες, υποτροπιάζουσες διαταραχές της διάθεσης (δηλαδή μονοπολικές και διπολικές διαταραχές) αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης.<sup>15</sup> Ωστόσο, οι επιπτώσεις της ασθένειας ενός συγγενούς δεν αξιολογούνται μόνο ως προς την εκδήλωση ψυχιατρικών συμπτωμάτων στους φροντιστές, αλλά

αποτυπώνονται επίσης στην ευεξία, στη λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής της οικογένειας.<sup>16</sup>

Η ΔΔ μπορεί να έχει αντίκτυπο σε πολλαπλά πεδία της οικογενειακής ζωής, διαταράσσοντας την επικοινωνία μέσα στην οικογένεια και αποσταθεροποιώντας τους ρόλους των μελών της.<sup>15</sup> Η έλλειψη εναισθησίας, η υπερδραστηριότητα και η ευερεθιστότητα κατά τα μανιακά επεισόδια ή, από την άλλη πλευρά, η απόσυρση και η απάθεια κατά τις καταθλιπτικές φάσεις, δημιουργούν προβλήματα στην επικοινωνία με τον ασθενή. Η οικογενειακή λειτουργία διαταράσσεται επίσης όταν, για παράδειγμα, ένα άλλο μέλος της οικογένειας πρέπει να αναλάβει ευθύνες του ασθενούς επιπρόσθετα στην εκπλήρωση των δικών των καθηκόντων, ή, άλλοτε, όταν ο ασθενής αρνείται να παραιτηθεί από ρόλους στους οποίους δεν είναι ικανός να ανταποκριθεί. Επί πλέον, η επιβάρυνση την οποία έχουν να αντιμετωπίσουν τα μέλη της οικογένειας, εκτός από τα διαπροσωπικά προβλήματα, τα προβλήματα στη συζυγική σχέση και στη γονεϊκή φροντίδα που προαναφέρθηκαν, ενδεχομένως περιλαμβάνει επίσης την οικονομική δυσχέρεια, τις κοινωνικές πιέσεις του στιγματισμού, αλλά και προβλήματα με τον νόμο.<sup>17-21</sup>

Συνολικά, η υψηλή οικογενειακή επιβάρυνση –ο βαθμός της οποίας έχει βρεθεί να συνδέεται με τη διάρκεια της ασθένειας (χρονιότητα) και τον βαθμό δυσλειτουργίας του ασθενούς–, οι σημαντικές δυσκολίες στις ενδοοικογενειακές σχέσεις και οι αυξημένες διαπροσωπικές συγκρούσεις, παράλληλα με το βίωμα βίαιων περιστατικών ή τον φόβο της βίας, σκιαγραφούν το οικογενειακό τοπίο της ΔΔ.<sup>12,22</sup>

#### 4. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Παρ'ότι είναι σαφές ότι η ΔΔ είναι μια νόσος βιολογικής αιτιολογίας, είναι επίσης αναγνωρισμένος ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζουν στην πορεία και στην έκβασή της διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, κυρίως διαπροσωπικοί και οικογενειακοί. Στο παρελθόν, η μελέτη της σχέσης του οικογενειακού περιβάλλοντος με τη σοβαρή ψυχική νόσο έχει αφήσει να εννοηθεί ότι, κατά κάποιον τρόπο, η οικογένεια «ενοχοποιείται» για την ασθένεια του πάσχοντος μέλους της. Αν και πλέον η υπόθεση μιας τέτοιας αιτιακής σχέσης έχει εγκαταλειφθεί, είναι σαφές ότι, όπως ακριβώς μια ασθένεια μπορεί να έχει αντίκτυπο στην οικογένεια του ασθενούς, το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί επίσης να επηρεάσει την πορεία και την έκβασή της.<sup>23</sup>

Είναι γεγονός ότι, συγκριτικά, λίγες μελέτες για τη ΔΔ έχουν συμπεριλάβει στην ανάλυσή τους παράγοντες σχετικούς με την οικογενειακή λειτουργία. Σε πρώιμη συγχρονική μελέτη, όπου συγκρίθηκαν οικογένειες ασθενών με ποικίλες

ψυχιατρικές διαγνώσεις, οι οικογένειες των οποίων ένα μέλος τους είχε ΔΔ ανέφεραν μη υγιή λειτουργικότητα σε έξι από τις επτά διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας που εξετάστηκαν.<sup>24</sup> Επίσης, ως δείκτης έκβασης της ΔΔ έχει χρησιμοποιηθεί και το μοντέλο του εκφραζόμενου συναισθήματος (ΕΣ), που εφαρμόστηκε αρχικά σε οικογένειες ασθενών με σχιζοφρένεια.<sup>25</sup> Το ΕΣ και κυρίως κάποιες από τις διαστάσεις του, ειδικότερα η παρουσία επικριτικής συμπεριφοράς, εχθρικότητας ή συναισθηματικής υπερεμπλοκής απέναντι σε συγγενή με ψυχιατρική νόσο, έχουν αποδειχθεί αξιόπιστο προγνωστικό μέσο των πιθανοτήτων υποτροπής στη σχιζοφρένεια, αλλά επίσης στη μονοπολική κατάθλιψη και στη ΔΔ.

Μελέτη αναφορικά με την οικογενειακή επιβάρυνση στη ΔΔ υποστήριξε ότι η επιβάρυνση του φροντιστή ή της οικογένειας προδιαγράφει δυσμενή κλινική έκβαση για τον ασθενή και επηρεάζει την πορεία της νόσου, ακόμη και όταν η συμπτωματολογία της δεν είναι σημαντικής βαρύτητας.<sup>20</sup> Οι πρακτικές δυσχέρειες και οι συναισθηματικές πιέσεις που βιώνει η οικογένεια εξ αιτίας της ΔΔ είναι πιθανό να έχουν δυσμενείς συνέπειες τόσο στα υγιή μέλη της όσο και στον ασθενή. Για παράδειγμα, οι συγγενείς μπορεί να δυσχεραίνουν την ανάρρωσή του, πιέζοντάς τον να επιστρέψει πρόωρα στις υποχρεώσεις που είχε πριν από την εκδήλωση του επεισοδίου, ιδιαίτερα αν αυτό απαιτήσε μια παρατεταμένη περίοδο νοσηλείας ή απουσίας από την εργασία. Το άγχος και η ανησυχία των υπολοίπων μελών της οικογένειας μπορεί να επιδεινώσουν την ήδη επιβαρυσμένη ψυχική υγεία του ασθενούς, έτσι ώστε η λειτουργικότητά του ενδέχεται να αποδιοργανωθεί περαιτέρω.

Η συνολική προβληματική ατμόσφαιρα που δημιουργείται στην οικογένεια εξ αιτίας της χρόνιας ψυχικής νόσου, καθώς και η αναγνώριση των επιπτώσεων αυτής στην πορεία της ασθένειας, οδήγησε στην ανάπτυξη μιας ποικιλίας ειδικών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που απευθύνονται στην οικογένεια του ασθενούς με ΔΔ. Οι εν λόγω ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις έχουν ως στόχο την τροποποίηση των διαπροσωπικών και των οικογενειακών παραγόντων που εμπλέκονται στην πορεία της νόσου κατά τέτοιο τρόπο ώστε να έχουν θετική επίδραση στη θεραπευτική της έκβαση. Κεντρικό άξονα των συγκεκριμένων παρεμβάσεων αποτελεί η κατάλληλη πληροφόρηση και η εκπαίδευση της οικογένειας, καθώς έχει βρεθεί ότι τα μέλη της αντεπεξέρχονται καλύτερα και βιώνουν μικρότερη υποκειμενική επιβάρυνση όταν κατανοούν ότι οι προβληματικές συμπεριφορές του συγγενούς τους δεν είναι σκόπιμες και ότι οφείλονται στη νόσο και όχι στον χαρακτήρα του. Αντίθετα, η οικογενειακή επιβάρυνση είναι μεγαλύτερη όταν οι συγγενείς έχουν την πεποίθηση ότι ο ασθενής θα μπορούσε να ελέγξει τα συμπτώματά του.<sup>18</sup>

Επιπλέον, οι εν λόγω οικογενειακές παρεμβάσεις εστιάζουν στη βελτίωση των δεξιοτήτων διαχείρισης των προβλημάτων, στην ανάπτυξη θετικής επικοινωνίας και στην αύξηση της κοινωνικής συμμετοχικότητας της οικογένειας, προκειμένου να επιτευχθεί μια σφαιρικά υγιέστερη αντιμετώπιση των καταστάσεων που απορρέουν από την ασθένεια και τη φροντίδα του ασθενούς.<sup>26</sup> Έτσι, η οικογένεια μπορεί να συνεισφέρει θετικά στην πορεία της νόσου, ενισχύοντας τον ασθενή στη θεραπευτική συμμόρφωσή του, παρακολουθώντας τη συμπτωματολογία του, αναγνωρίζοντας τα πρόδρομα και τα υπολειμματικά συμπτώματα της νόσου, καθώς και τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, βοηθώντας τον με πρακτικά θέματα, π.χ. στα καθήκοντα που απορρέουν από τους ρόλους του, και φροντίζοντας για την καλύτερη διατροφή και τη φυσική κατάστασή του.<sup>23,27,28</sup>

## 5. ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Σε γενικές γραμμές, οι μελέτες που εξετάζουν την επίδραση ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων σε οικογένειες ασθενών με ΔΔ υποδεικνύουν ότι οι παρεμβάσεις αυτές, σε συνδυασμό πάντα με τη φαρμακευτική θεραπεία, μπορούν να τροποποιήσουν την οικογενειακή λειτουργικότητα και, σε δεύτερο επίπεδο, την πορεία της ΔΔ.

Η σημασία της συμμετοχής της οικογένειας του ασθενούς στη θεραπεία του έχει αποτυπωθεί ήδη από μια πρώιμη μελέτη του 1972, όπου, παρ' ότι δεν συλλέχθηκαν συστηματικά στοιχεία, η κλινική εντύπωση των μελετητών ήταν ότι η θεραπεία οικογένειας συνέδραμε στη βελτίωση της επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια και στην κατανόηση της ασθένειας, με συνέπεια να συμβάλλει στη συμμόρφωση με τη φαρμακοθεραπεία.<sup>29</sup> Λίγα χρόνια αργότερα, σε συνέχεια αυτού του πρώτου κλινικού παραδείγματος, μελετήθηκαν τρεις ομάδες ασθενών σε νορμοθυμία, από τους οποίους η μία, επιπρόσθετα στη φαρμακοθεραπεία, λάμβανε ομαδική θεραπεία ζεύγους. Σε αντίθεση με τις άλλες ομάδες της μελέτης, οι ασθενείς που λάμβαναν μαζί με τους(τις) συντρόφους τους την ομαδική θεραπεία ζεύγους δεν είχαν νοσηλείες, διάλυση του γάμου τους ή αυτοκτονίες, ενώ ανέφεραν επίσης καλύτερη κοινωνική και οικογενειακή λειτουργικότητα.<sup>30</sup>

Η πρώτη συστηματική τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμασία για τη (συμπληρωματική στη φαρμακοθεραπεία) θεραπεία οικογένειας εξέτασε την επίδραση ενδονοσοκομειακής παρέμβασης (Inpatient Family Intervention, IFI), οι στόχοι της οποίας ήταν να συνδράμει τον ασθενή και την οικογένεια ώστε να αποδεχθούν την ασθένεια και να κατανοήσουν την ανάγκη για συνεχή ιατρική παρακολούθηση.<sup>31</sup> Παράλληλα,

η παρέμβαση αποσκοπούσε να συνδράμει την οικογένεια ώστε να προσδιορίσει πιθανούς στρεσογόνους παράγοντες που επέφεραν τα προηγούμενα επεισόδια, καθώς και αντίστοιχους μελλοντικούς στρεσογόνους παράγοντες, και να αναπτύξει στρατηγικές για τη διαχείρισή τους.<sup>32</sup> Η θεραπεία οικογένειας συσχετίστηκε με καλύτερη γενική έκβαση των συμπτωμάτων και λειτουργικότητα στους κοινωνικούς ρόλους για τις γυναίκες ασθενείς. Επίσης, οι οικογένειες που έλαβαν την IFI ανέφεραν θετικότερη στάση απέναντι στον ασθενή και μικρότερο αίσθημα επιβάρυνσης, το οποίο δεν φάνηκε να σχετίζεται τόσο με τη φαρμακευτική συμμόρφωση και με τη λήψη της ψυχοκοινωνικής θεραπείας και τη μειωμένη απόρριψη του ασθενούς από τα άλλα μέλη της οικογένειας.<sup>33</sup>

Παράλληλα, η εφαρμογή της συστημικής προσέγγισης σε οικογένειες ασθενών με ΔΔ, επιπρόσθετα στη φαρμακοθεραπεία, βρέθηκε σε σχετική μελέτη να συνδέεται με μείωση κατά 68% του ποσοστού επανανοσηλείας των ασθενών που έλαβαν την οικογενειακή θεραπεία, σε σχέση με το μοτίβο το οποίο προδιαγραφόταν από το ιστορικό νοσηλείων τους, καθώς και με μείωση της πιθανότητας να τους συνταγογραφηθούν νέα φάρμακα.<sup>34</sup> Οι ερευνητές απέδωσαν τις συγκεκριμένες διαφοροποιήσεις στην αλλαγή του τρόπου σκέψης των συμμετεχόντων, που οδήγησε τους συγγενείς να υιοθετήσουν μια περισσότερο διαλλακτική και δεκτική στάση απέναντι στους ασθενείς, αλλά και τους ασθενείς να μετακινηθούν από τον ρόλο του «θύματος» σε αυτόν του «ενεργού συντελεστή» στη ζωή τους, με αποτέλεσμα μια μεγαλύτερη αίσθηση αυτονομίας.

Με την πάροδο του χρόνου, οι παρεμβάσεις στην οικογένεια τροποποιήθηκαν έτσι ώστε να περιλαμβάνουν περισσότερη εκπαίδευση για τη ΔΔ, ως μέσο τροποποίησης των στάσεων και μείωσης των επικριτικών και απορριπτικών συμπεριφορών απέναντι στον ασθενή, οι οποίες έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν την πιθανότητα της υποτροπής.<sup>23</sup> Μια από τις πρώτες μελέτες σε αυτό το πεδίο, εξετάζοντας την επίδραση παρέμβασης η οποία δεν περιλάμβανε τους ασθενείς, έδειξε βελτιωμένα αποτελέσματα όσον αφορά στο επίπεδο γνώσεων των συγγενών, αλλά όχι αξιοσημείωτη διαφοροποίηση στα συμπτώματα, στον αριθμό νοσηλείων ή στις ενδοοικογενειακές σχέσεις.<sup>35</sup> Σε άλλη περίπτωση, όπου διερευνήθηκε η επίδραση της ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης ζεύγους η οποία χορηγήθηκε στον ασθενή και τον(τη) σύντροφό του, προέκυψε σημαντικά καλύτερη φαρμακευτική συμμόρφωση και βελτίωση στη λειτουργικότητα του ασθενούς, αλλά όχι εξ ίσου και στη συμπτωματολογία του.<sup>36</sup>

Μελέτη της επίδρασης της ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης σε οικογένειες ασθενών με ΔΔ επιβεβαίωσε

τη σημασία του ΕΣ ως προγνωστικού μέσου έκβασης της ασθένειας, καθώς ο υψηλός βαθμός του ΕΣ συσχετίστηκε με περισσότερες νοσηλείες και ανεπαρκή αποκατάσταση του ασθενούς.<sup>37</sup> Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι τα επίπεδα του ΕΣ βρέθηκαν να είναι ανθεκτικά στην προσπάθεια τροποποίησής τους μέσω της παρέμβασης. Παρ' όλα αυτά, η τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων μείωσης του ΕΣ σε οικογένειες ασθενών με σχιζοφρένεια οδήγησε στη διεξαγωγή μιας σειράς μελετών που είχαν ως σκοπό να διερευνήσουν αν η μείωση του επιπέδου επικριτικών στάσεων στην οικογένεια θα λειτουργούσε επίσης θετικά και σε ασθενείς με ΔΔ. Σε μια πρώτη πιλοτική μελέτη, όπου χορηγήθηκε το μοντέλο της FFT (Family Focused Therapy), το οποίο περιλάμβανε ενημέρωση για τη ΔΔ, εκπαίδευση στην επικοινωνία και σε δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, βρέθηκε ότι η παρέμβαση οδήγησε σε χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής σε σύγκριση με ασθενείς που λάμβαναν μόνο φαρμακοθεραπεία.<sup>38</sup> Προχωρώντας στη διεξαγωγή μιας τυχαίοποιημένης πειραματικής δοκιμασίας της FFT, με ομάδα ελέγχου που έλαβε μόνο δύο συνεδρίες εκπαίδευσης οικογένειας και διαχείρισης κρίσεων, οι μελετητές εξέτασαν ως δείκτες έκβασης τις υποτροπές, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και τη φαρμακευτική συμμόρφωση του ασθενούς. Παρά το σημαντικά μεγαλύτερο διάστημα χωρίς υποτροπές που καταγράφηκε στην ομάδα της FFT και την αποτελεσματικότητά της στην πρόληψη των καταθλιπτικών επεισοδίων και στη βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, η παρέμβαση δεν φάνηκε εξ ίσου αποτελεσματική ως προς την πρόληψη ή τη βελτίωση της υπερθυμικής συμπτωματολογίας. Αξιοσημείωτο είναι πάντως –και ενδεικτικό της επίδρασης της θεραπείας– ότι η μεγαλύτερη βελτίωση παρατηρήθηκε σε οικογένειες με υψηλό ΕΣ, τα υψηλότερα επίπεδα του οποίου καταγράφηκαν στις περιπτώσεις κατά τις οποίες οι συμμετέχοντες συγγενείς ήταν οι γονείς των ασθενών.

Πιο πρόσφατα, έγινε επανεξέταση της αποτελεσματικότητας της FFT μέσω ερευνητικού σχεδιασμού που εξίσωνε, αυτή τη φορά, τη διάρκεια της θεραπείας μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου, χορηγώντας στους ασθενείς της ομάδας ελέγχου ατομική θεραπεία, η οποία περιλάμβανε επιμόρφωση για την ασθένεια και εκπαίδευση στη διαχείριση δύσκολων καταστάσεων και στην επίλυση προβλημάτων. Παρ' ότι δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τη συμμόρφωση, οι ασθενείς που έλαβαν FFT είχαν περίπου το μισό ποσοστό υποτροπών (28%) από τους ασθενείς της ομάδας ελέγχου (60%) και, επίσης, αξιοσημείωτα λιγότερες νοσηλείες (12% και 60%, αντίστοιχα). Συνεπώς, η σπουδαιότερη επίδραση της παρέμβασης στην οικογένεια ήταν ότι βοηθούσε να

αποφευχθεί η νοσηλεία κατά την επιδείνωση των συμπτωμάτων.<sup>22</sup>

Την ίδια περίοδο αναπτύχθηκε η IFIT (Integrated Family and Individual Therapy), που αποτελούσε συνδυασμό του παλαιότερου μοντέλου της FFT με την IPSRT (Interpersonal and Social Rhythm Therapy), η οποία εστιάζει σε διαπροσωπικά προβλήματα, εντοπίζοντας παράλληλα τους παράγοντες που πυροδοτούν τη διατάραξη των κοινωνικών ρυθμών και στοχεύοντας στη σταθεροποίηση των καθημερινών συνθηκών και στην πρόληψη των υποτροπών.<sup>39</sup> Τα σχετικά ευρήματα κατέδειξαν και πάλι την υπεροχή της οικογενειακής παρέμβασης ως προς την επιμήκυνση του διαστήματος νορμοθυμίας, καθώς και τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητά της στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Η εφαρμογή ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε μοντέλο ομαδικής θεραπείας πολλών οικογενειών –χωρίς συμμετοχή του ασθενούς– έχει επίσης αποδειχθεί αποτελεσματική, κυρίως ως προς τη μείωση της επιβάρυνσης των φροντιστών.<sup>40</sup> Η παροχή γνώσεων για τη ΔΔ και τη διαχείρισή της, καθώς και η βελτίωση της οικογενειακής αλληλεπίδρασης και των δεξιοτήτων αντιμετώπισης προβλημάτων, είχαν ως αποτέλεσμα οι συγγενείς να αποδίδουν σε μικρότερο βαθμό στον ασθενή την ευθύνη για τη νόσο και τα συμπτώματά του και να βιώνουν λιγότερη επιβάρυνση από τον ρόλο τους ως φροντιστές.

Ένα άλλο, συστημικής κατεύθυνσης μοντέλο θεραπείας οικογένειας που έχει διερευνηθεί στην αντιμετώπιση της ΔΔ είναι το μοντέλο οικογενειακής λειτουργικότητας του McMaster και η PCSTF (Problem Centered Systems Therapy of the Family).<sup>41,42</sup> Η PCSTF δίνει έμφαση στην ενεργό σύμπραξη μεταξύ του θεραπευτή και των μελών της οικογένειας, εστιάζοντας στην ευθύνη της οικογένειας για αλλαγή, στη βελτίωση των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, στην αλλαγή συμπεριφορών, καθώς και στην ανοικτή και άμεση επικοινωνία με την οικογένεια και μέσα στην οικογένεια. Μελέτη που συνέκρινε το μοντέλο παρέμβασης της PCSTF με την προαναφερθείσα πολυ-οικογενειακή ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση, λαμβάνοντας ως δείκτες έκβασης τη μεταβολή των συμπτωμάτων του ασθενούς, το επίπεδο ανάρρωσης και την οικογενειακή λειτουργικότητα, δεν έδειξε αξιοσημείωτες διαφορές ως προς τη συνολική αποτελεσματικότητα των δύο θεραπειών οικογένειας.<sup>40,43</sup> Και στις δύο περιπτώσεις, όμως, η θεραπεία συνδέθηκε με σημαντική βελτίωση στην οικογενειακή λειτουργικότητα, η οποία βρέθηκε να σχετίζεται ευθέως με την επίδραση της οικογενειακής παρέμβασης και όχι να διαμεσολαβείται από την πορεία της συμπτωματολογίας του ασθενούς.

## 6. Η ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΗΜΕΡΑ

Στη διάρκεια των δεκαετιών που έχουν μεσολαβήσει από τις πρώτες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε οικογένειες πασχόντων από σοβαρή ψυχική νόσο, η κλινική εμπειρία και η έρευνα έχουν οδηγήσει στη σταδιακή ανάπτυξη του ψυχοεκπαιδευτικού μοντέλου, το οποίο εφαρμόζεται σήμερα. Αν και σε αρχικές απόπειρες εφαρμογής του ο όρος «Ψυχοεκπαίδευση» αφορούσε ως επί το πλείστον σε προγράμματα ενημέρωσης και παροχής γνώσεων, σήμερα πλέον ως Ψυχοεκπαίδευση ορίζεται «κάθε δομημένο, ομαδικό ή ατομικό, πρόγραμμα που προσεγγίζει μια ασθένεια από μια πολυπαραγοντική προοπτική, περιλαμβανομένης της οικογενειακής, της κοινωνικής, της βιολογικής και της φαρμακολογικής της διάστασης, ενώ παρέχει στους λήπτες υπηρεσιών υγείας και τους φροντιστές τους ενημέρωση, υποστήριξη και στρατηγικές διαχείρισης».<sup>44</sup> Το σύγχρονο, απαρτιωμένο ψυχοεκπαιδευτικό μοντέλο για τη σοβαρή ψυχική νόσο ενσωματώνει μια ψυχοθεραπευτική διεργασία στο πλαίσιο της οποίας, παράλληλα με την παροχή γνώσεων, καλλιεργείται η ανάπτυξη δεξιοτήτων θετικής επικοινωνίας και επίλυσης προβλημάτων και εμπλέκεται ολόκληρη η οικογένεια ως συμμετέχων στη θεραπεία.<sup>45</sup>

Σε συνέχεια της επιτυχούς εφαρμογής ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε οικογένειες ασθενών με σχιζοφρένεια, σήμερα η ψυχοεκπαίδευση εφαρμόζεται με ιδιαίτερα ικανοποιητικά αποτελέσματα και στη ΔΔ. Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις που απευθύνονται στην οικογένεια –ή, ειδικότερα, στον(στη) σύζυγο του ασθενούς με ΔΔ– θέτουν ως πρωτεύοντες στόχους τους την πρόληψη των υποτροπών, τη μείωση των νοσηλείων, την αποτροπή της αυτοκτονίας και τη βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών.<sup>46</sup> Σε δεύτερο επίπεδο, η παρέμβαση επιδιώκει την αναστύλωση και τη θωράκιση της αυτοεκτίμησης, την επιτυχή διαχείριση του stress, την πρόληψη και την αντιμετώπιση της συννοσηρότητας (εξάρτηση από ουσίες) και, τέλος, τη γενικότερη βελτίωση της ποιότητας ζωής και του αισθήματος ευεξίας των ασθενών (πίν. 1).

Αναλυτικότερα, στο πλαίσιο της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης, η παροχή ενημέρωσης στον ασθενή και στην οικογένεια προωθεί την κατανόηση της νόσου, βοηθώντας έτσι στην αποδοχή της. Η γνώση για την ασθένεια και τη θεραπεία της συνιστά αποφασιστικό παράγοντα βελτίωσης της στάσης του ασθενούς απέναντι στη φαρμακοθεραπεία και της συνέπειάς του στη λήψη της, βελτιώνοντας κατ'επέκταση και τη θεραπευτική έκβαση. Τον βασικό στόχο της πρόληψης των υποτροπών υπηρετεί επίσης η έμφαση που δίνει η ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση σε θέματα, όπως η ικανότητα αναγνώρισης των πρώιμων/προειδοποιητικών

**Πίνακας 1.** Σημεία επιτυχών παρεμβάσεων για τη διπολική διαταραχή.

---

Ενημέρωση για τα υψηλά ποσοστά επικράτησης της διαταραχής και την πορεία της στον χρόνο
Ενημέρωση για τα αίτια και τους παράγοντες που ενδέχεται να πυροδοτήσουν την υποτροπή ή την αλλαγή φάσης
Ενημέρωση για τα φάρμακα
Εκπαίδευση για την έγκαιρη ανίχνευση προειδοποιητικών συμπτωμάτων
Κατάστρωση σχεδίου για να αντιμετωπιστούν οι επείγουσες καταστάσεις
Εκπαίδευση για τον έλεγχο των συμπτωμάτων
Πληροφόρηση για τους κινδύνους από τη χρήση απαγορευμένων ουσιών και την κατάχρηση οινόπνευματος και καφεΐνης
Ανάδειξη της σημασίας της διατήρησης ενός καθημερινού προγράμματος – ιδιαίτερα η σταθερότητα του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης
Προαγωγή ενός υγιεινού τρόπου ζωής
Εκπαίδευση για την αποτελεσματική διαχείριση του stress
Ενημέρωση για ειδικά θέματα (κύηση, αυτοκαταστροφικότητα, οικονομικά ζητήματα, νομικές περιπλοκές)
Καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος και των ψυχοκοινωνικών συνεπειών της νόσου

---

Προσαρμογή από Colom και Vieta<sup>46</sup>

σημείων της υποτροπής, οι δεξιότητες διαχείρισης του stress, η αποφυγή εκλυτικών παραγόντων, η προσαρμογή σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής και η υιοθέτηση ενός σταθερού προγράμματος ύπνου-εγρήγορσης. Παράλληλα, η προηγούμενη εμπειρία του ασθενούς αξιοποιείται για τον περιορισμό των ψυχοκοινωνικών συνεπειών που επάγουν τα επεισόδια, την αντιμετώπιση των υπολειμματικών συμπτωμάτων και τη βελτίωση της διαπροσωπικής και της κοινωνικής λειτουργικότητάς του, με στόχο τη σφαιρική και μακροπρόθεσμη βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

Θα πρέπει να σημειωθεί επίσης ότι, με δεδομένη την καλύτερη –σε σχέση με ασθενείς με σχιζοφρένεια– λειτουργικότητα την οποία σε γενικές γραμμές διατηρούν οι σταθεροποιημένοι ασθενείς με ΔΔ, η ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση μπορεί να εφαρμοστεί και μεμονωμένα στον ασθενή, ή, συχνότερα, σε ομάδες ασθενών. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της ομαδικής ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης σε ασθενείς με ΔΔ έναντι της ατομικής: το ομαδικό πλαίσιο στηρίζει την αποτελεσματικότητά του στο γεγονός ότι προάγει τη μίμηση προτύπου, ενώ, παράλληλα, καλλιεργεί την αλληλο-υποστήριξη μεταξύ των ασθενών, διευρύνει το κοινωνικό τους δίκτυο και μειώνει το αίσθημα στιγματισμού.<sup>47</sup>

Ωστόσο, σε ακόμη πιο βελτιωμένη έκβαση υποστηρίζεται ότι μπορεί να οδηγήσουν οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν την οικογένεια του ασθενούς, ενώ αποτελεσματικές έχουν αποδειχθεί επίσης παρεμβάσεις

απευθυνόμενες μόνο στους συγγενείς/φροντιστές.<sup>48-50</sup> Η ερευνητική βιβλιογραφία για τις αλληλεπιδράσεις της σοβαρής ψυχικής νόσου και του οικογενειακού συστήματος είναι, άλλωστε, εκτενέστατη: σύγχρονη ανασκόπηση επικυρώνει τα ερευνητικά ευρήματα των τελευταίων δεκαετιών, υπογραμμίζοντας ότι συγκεκριμένες στάσεις και μοτίβα αλληλεπίδρασης μέσα στην οικογένεια επηρεάζουν την πορεία της ΔΔ, αλλά και ότι η ασθένεια έχει εξ ίσου ισχυρό αντίκτυπο στην οικογενειακή λειτουργικότητα, λόγω της επιβάρυνσης των φροντιστών και των συνεπειών της στη δική τους υγεία και ποιότητα ζωής.<sup>51</sup> Πρόσφατη μελέτη επισημαίνει επίσης τη συσχέτιση της αυτοκτονικότητας των διπολικών ασθενών με τη χαμηλή οικογενειακή λειτουργικότητα.<sup>52</sup>

Η καταλληλότητα εφαρμογής της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης στη ΔΔ και τα θετικά αποτελέσματά της στη διαχείριση της νόσου και στη θεραπευτική της έκβαση είναι πλέον επαρκώς τεκμηριωμένα: η διεθνής βιβλιογραφία επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων ως προς τη μείωση των υποτροπών, την επιμήκυνση του χρονικού διαστήματος της νορμοθυμίας, τη μείωση του αριθμού και της διάρκειας των νοσηλείων, καθώς και τη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας των ασθενών.<sup>47,51,53,54</sup> Παράλληλα, αδιαμφισβήτητη είναι η βελτίωση του οικογενειακού κλίματος, η ανακούφιση των συγγενών από το βάρος της φροντίδας και η μείωση των ψυχοκοινωνικών συνεπειών της ΔΔ.

Εν τούτοις, οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια δεν είναι ευρέως διαδεδομένες στην κλινική πρακτική, ούτε έχουν ενσωματωθεί στη συνήθη φροντίδα ασθενών με ΔΔ.<sup>51,55</sup> Σχετικά ερευνητικά ευρήματα επισημαίνουν, παρ' όλα αυτά, ότι η ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες στην κλινική εφαρμογή της, ενώ προσφέρει σημαντικά θεραπευτικά πλεονεκτήματα· οι λόγοι για την ελλιπή ενσωμάτωσή της στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας φαίνεται να οφείλονται σε δομικές ή οργανωτικές ανεπάρκειες και σε χαρακτηριστικά των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.<sup>55</sup> Η εν λόγω διαπίστωση έρχεται σε θλιβερή αντίφαση με την αναγνώριση της αμφίδρομης σχέσης αλληλεπίδρασης μεταξύ της ασθένειας και του οικογενειακού συστήματος, πάνω στην οποία τεκμηριώνεται η αξία των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που απευθύνονται στην οικογένεια του πάσχοντα.

Σε μια συνολική προοπτική, η οικογενειακή επιβάρυνση αλλά και θέματα θεραπευτικής συμμόρφωσης και διαχείρισης «δύσκολων» συμπεριφορών του ασθενούς με ΔΔ φέρουν την οικογένεια στο προσκήνιο, όχι μόνο ως έχουσα σημαντική ανάγκη υποστήριξης αλλά και ως πολύτιμο σύμμαχο στη θεραπευτική διαδικασία. Οι ψυχοεκπαιδευτικές

παρεμβάσεις, επιπρόσθετα στη φαρμακοθεραπεία, απαιτούν σφαιρικά στις πολυσύνθετες απαιτήσεις διαχείρισης της σοβαρής και χρόνιας ψυχικής νόσου: υποστηρίζοντας και ενδυναμώνοντας τους φροντιστές στην αντιμετώπιση του stress και του βάρους της φροντίδας, εστιάζουν μεν

στη βελτίωση της έκβασης της νόσου για τον ασθενή, αλλά, παράλληλα, αποσκοπούν στη βοήθεια ολόκληρης της οικογένειας, τόσο ως προς τις ενδοοικογενειακές σχέσεις, όσο και ως προς την επίτευξη των προσωπικών στόχων του κάθε μέλους της.

## ABSTRACT

### Patients with bipolar disorder and their families: The contribution of psychoeducation to the management of bipolar disorder

M. ECONOMOU,<sup>1,2</sup> M. CHARITSI<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>First Department of Psychiatry, "Eginition" Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, School of Medicine, Athens, <sup>2</sup>University Mental Health Research Institute (UMHRI), Athens, <sup>3</sup>Day Center for Psychosocial Rehabilitation, Association of Families for Mental Health (SOPSI), Athens, Greece

*Archives of Hellenic Medicine 2017, 34(1):32–41*

Bipolar disorder (BD) is a serious, debilitating mental illness with frequent relapses and often challenging symptoms. The nature of its clinical manifestations, including severe mood swings, can be a significant stressor for caregivers. The patient's relatives may experience severe distress, which impinges on the overall family functioning and may even lead to family disruption. In turn, it is well established that family functioning may have a marked impact on the course and outcome of chronic mental illness. Relevant studies led to the development of psychosocial interventions as an adjunct to pharmacotherapy, initially addressing the families of patients with schizophrenia. Currently such forms of psychosocial interventions, of which the psychoeducational approach is the most usual, are widely implemented with families of patients with BD and can achieve a satisfactory outcome in its life-long management. Psychoeducation provides the patient's family with essential knowledge about the illness and its treatment, along with training in communication and problem solving skills. Psychoeducational interventions support the caregivers in coping effectively with the problematic behavior of the patient with BD and the challenges of care. Improvement in the family atmosphere, development of effective coping strategies and alleviation of the burden on the caregivers all constitute crucial determinants of the overall therapeutic outcome. Accumulative evidence documents the effectiveness of psychoeducational intervention for BD in decreasing relapses, prolonging the periods of euthymic state, and reducing the number and duration of hospitalizations.

**Key words:** Bipolar disorder, Burden, Family, Psychoeducation, Psychosocial intervention

## Βιβλιογραφία

- MURRAY CL, LOPEZ AD. *The global burden of disease*. 2nd ed. Oxford University Press, New York, 2007
- GOODWIN FK, JAMISON KR. *Manic-depressive illness*. Oxford University Press, Oxford, 1990
- WEISSMAN MM, BLAND RC, CANINO GJ, FARAVELLI C, GREENWALD S, HWU HG ET AL. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996, 276:293–299
- WOODS SW. The economic burden of bipolar disease. *J Clin Psychiatry* 2000, 61(Suppl 13):38–41
- NEWMAN CF, LEAHY RL, BECK AT, REILLY-HARRINGTON N, GYULAI L. *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach*. American Psychological Association, Washington, DC, 2002
- AKISKAL HS. Validating "hard" and "soft" phenotypes within the bipolar spectrum: Continuity or discontinuity? *J Affect Disord* 2003, 73:1–5
- BOURDON KH, RAE DS, NARROW WE, MANDERSCHIED RW, REGIER DA. National prevalence and treatment of mental and addictive disorders. In: Manderscheid RW, Sonnenschein MA (eds) *Mental health services, United States, 1993*. US Government Printing Office, Washington, DC, 1994
- ANGST J. Clinical course of affective disorder. In: Helgason T, Daly RJ (eds) *Depressive illness: Prediction of course and outcome*. Springer-Verlag, New York, 1988:1–44
- POST RM, LEVERICH GS, ALTSCHULER LL, FRYE MA, SUPPET TM, KECK PE Jr ET AL. An overview of recent findings of the Stanley Foundation Bipolar Network (Part I). *Bipolar Disord* 2003, 5:310–319
- MILLER IW, KEITNER GI, RYAN CE, BISHOP DS, KELLER MB, EPSTEIN NB ET AL. *Family treatment of bipolar disorder*. National Institute of Mental Health, grant ROIMH048171, 1997
- JUDD LJ, AKISKAL HS, SCHEFFLER PJ, ENDICOTT J, MASER J, SOLO-



- MON DA ET AL. The long-term natural history of the weekly symptomatic states of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002, 59:530–537
12. DORE G, ROMANS SE. Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *J Affect Disord* 2001, 67:147–158
  13. CORRING DJ. Quality of life: Perspectives of people with mental illnesses and family members. *Psychiatr Rehabil J* 2002, 25:350–358
  14. HONIG A, HOFMAN A, ROZENDAAL N, DINGEMANS P. Psycho-education in bipolar disorder: Effect on expressed emotion. *Psychiatry Res* 1997, 72:17–22
  15. HERU A, RYAN CE. Depressive symptoms and family functioning in the caregivers of recently hospitalized patients with chronic/recurrent mood disorders. *Int J Psychosoc Rehabil* 2002, 7:53–60
  16. SZMUKLER GI, BURGESS P, HERRMAN H, BENSON A, COLUSA S, BLOCH S. Caring for relatives with serious mental illness: The development of the Experience of Caregiving Inventory. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996, 31:137–148
  17. PERLICK D, CLARKIN JF, SIREY J, RAUE P, GREENFIELD S, STRUENING E ET AL. Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry* 1999, 175:56–62
  18. SCHULZ R, VISINTAINER P, WILLIAMSON GM. Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *J Gerontol* 1990, 45:P181–P191
  19. PERLICK DA, ROSENHECK RR, CLARKIN JF, RAUE P, SIREY J. Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis* 2001, 189:31–37
  20. HIRSCHFLELD RM, CALABRESE JR, WEISSMAN MM, REED M, DAVIES MA, FRYE MA ET AL. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry* 2003, 64:53–59
  21. REA MM, TOMPSON MC, MIKLOWITZ DJ, GOLDSTEIN MJ, HWANG S, MINTZ J. Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: Results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2003, 71:482–492
  22. CHAKRABARTI S, KULHARA P, VERMA SK. Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1992, 86:247–252
  23. KEITNER GI, MILLER IW. Family functioning and major depression: An overview. *Am J Psychiatry* 1990, 147:1128–1137
  24. MILLER IW, KABACOFF RI, KEITNER GI, EPSTEIN NB, BISHOP DS. Family functioning in the families of psychiatric patients. *Compr Psychiatry* 1986, 27:302–312
  25. BUTZLAFF RL, HOOLEY JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998, 55:547–552
  26. CHAKRABARTI S, GILL S. Coping and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder: A preliminary study. *Bipolar Disord* 2002, 4:50–60
  27. RYAN CE. Clinical and research issues in the evaluation and treatment of families. *Med Health R I* 2002, 85:278–280
  28. KEITNER GI, SOLOMON DA, RYAN CE, MILLER IW, MALLINGER A, KUPFER DJ ET AL. Prodromal and residual symptoms in bipolar I disorder. *Compr Psychiatry* 1996, 37:362–367
  29. FITZGERALD RG. Mania as a message: Treatment with family therapy and lithium carbonate. *Am J Psychother* 1972, 26:547–554
  30. DAVENPORT YB, EBERT MH, ADLAND ML, GOODWIN FK. Couples group therapy as an adjunct to lithium maintenance of the manic patient. *Am J Orthopsychiatry* 1977, 47:495–502
  31. GLICK ID, CLARKIN JF, SPENCER JH Jr, HAAS GL, LEWIS AB, PEYSER J ET AL. A controlled evaluation of inpatient family intervention. I. Preliminary results of the six-month follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1985, 42:882–886
  32. HAAS GL, GLICK ID, CLARKIN JF, SPENCER JH, LEWIS AB, PEYSER J ET AL. Inpatient family intervention: A randomized clinical trial. II: Results at hospital discharge. *Arch Gen Psychiatry* 1988, 45:217–224
  33. CLARKIN JF, GLICK ID, HAAS GL, SPENCER JH, LEWIS AB, PEYSER J ET AL. A randomized clinical trial of inpatient family intervention. V. Results for affective disorders. *J Affect Disord* 1990, 18:17–28
  34. RETZER A, SIMON FB, WEBER G, STIERLIN H, SCHMIDT G. A follow-up study of manic-depressive and schizoaffective psychoses after systemic family therapy. *Fam Process* 1991, 30:139–153
  35. VAN GENT EM, ZWART FM. Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients. *J Affect Disord* 1991, 129:15–18
  36. CLARKIN JF, CARPENTER D, HULL J, WILNER P, GLICK I. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatr Serv* 1998, 49:531–533
  37. HONIG A, HOFMAN A, HILWIG M, NOORTHOOE E, PONDS R. Psychoeducation and expressed emotion in bipolar disorder: Preliminary findings. *Psychiatr Res* 1995, 56:299–301
  38. MIKLOWITZ DJ, GOLDSTEIN MJ. Behavioral family treatment for patients with bipolar affective disorder. *Behav Modif* 1990, 14:457–489
  39. MIKLOWITZ DJ, RICHARDS JA, GEORGE EL, FRANK E, SUDDATH RL, POWELL KB ET AL. Integrated family and individual therapy for bipolar disorder: Results of a treatment development study. *J Clin Psychiatry* 2003, 64:182–191
  40. REINARES M, VIETA E, COLOM F, MARTÍNEZ-ARÁN A, TORRENT C, COMES M ET AL. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychother Psychosom* 2004, 73:312–319
  41. EPSTEIN NB, BISHOP DS, LEVIN S. The McMaster model of family functioning. *J Marriage Fam Counsel* 1978, 4:19–31
  42. RYAN CE, EPSTEIN NB, KEITNER GI, MILLER IW, BISHOP DS. *Evaluating and treating families: The McMaster approach*. Routledge, New York & Hove, 2005
  43. MILLER IW, SOLOMON DA, RYAN CE, KEITNER GI. Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? *J Affect Disord* 2004, 82:431–436
  44. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. The management of bipolar affective disorder in adults, children and adolescents on primary and secondary care. NICE, London, 2006
  45. ECONOMOU MP. Psychoeducation: A multifaceted intervention. *Int J Ment Health* 2015, 44:259–262
  46. COLOM F, VIETA E. *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Oxford University Press, New York, 1990
  47. BOND K, ANDERSON IM. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: A systematic review of efficacy in randomized control trials. *Bipolar Disord* 2015, 17:349–362
  48. LUCIANO M, DEL VECCHIO V, SAMPOGNA G, DE ROSA C, FIORILLO A. Including family members in psychoeducation for bipolar disorder: Is it worth it? *Bipolar Disord* 2015, 17:458–459

49. REINARES M, COLOM F, SANCHEZ-MORENO J, TORRENT C, MARTÍN-EZ-ARÁN A, COMES M ET AL. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: A randomized controlled trial. *Bipolar Disord* 2008, 10:511–519
50. KOLOSTOUMPIS D, BERGIANNAKI JD, PEPOU LE, LOUKI E, FOUSKETAKI S, PATELAKIS A ET AL. Effectiveness of relatives' psychoeducation on family outcomes in bipolar disorder. *Int J Ment Health* 2015, 44:290–302
51. REINARES M, BONNÍN CM, HIDALGO-MAZZEI D, SÁNCHEZ-MORENO J, COLOM F, VIETA E. The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2016, 43:47–57
52. BERRUTI M, DIAS RS, PEREIRA VA, LAFER B, NERY FG. Association between history of suicide attempts and family functioning in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2016, 192:28–33
53. COLOM F, VIETA E, MARTINEZ-ARAN A, REINARES M, GOIKOLEA JM, BENABARRE A ET AL. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60:402–407
54. FIORILLO A, DEL VECCHIO V, LUCIANO M, SAMPOGNA G, DE ROSA C, MALANGONE C ET AL. Efficacy of psychoeducational family intervention for bipolar I disorder: A controlled, multicentric, real-world study. *J Affect Disord* 2015, 172:291–299
55. FIORILLO A, DEL VECCHIO V, LUCIANO M, SAMPOGNA G, SBORDONE D, CAPATANO F ET AL. Feasibility of a psychoeducational family intervention for people with bipolar I disorder and their relatives: Results from an Italian real-world multicentre study. *J Affect Disord* 2016, 190:657–662

*Corresponding author:*

M. Economou, University Mental Health Research Institute (UMHRI), 2 Soranou tou Efesiou street, GR-115 27 Athens, Greece  
e-mail: meconomu@otenet.gr; antistigma@epipsi.eu

.....