

Ερευνητική εργασία Research article

Αντιλήψεις των ατόμων με διπολική διαταραχή για τη φαρμακοθεραπεία και την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου τους*

Α. Χατζηγιάννου,^{1,2} Μ. Καρανικόλα,² Ελ. Παπαθανάσογλου,³
Αικ. Καϊκούσιη,^{2,6} Μ. Νυσταζάκη,⁴ Γ. Αλεβιζόπουλος^{4,5}

¹Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, Λευκωσία, Κύπρος,

²Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λεμεσός, Κύπρος,

³Νοσηλευτική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αλμπέρτα, Έντμοντον, Καναδάς,

⁴Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς-ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα,

⁵Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα,

⁶Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, Αμμόχωστος, Κύπρος

Ψυχιατρική 2017, 28:291–300

Η διπολική διαταραχή (ΔΔ) αποτελεί μια νευροβιολογική διαταραχή με ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες, η οποία επηρεάζει την ποιότητα ζωής των πασχόντων. Ωστόσο, οι μελέτες σχετικά με τις αντιλήψεις των πασχόντων για την εφαρμοζόμενη θεραπεία είναι περιορισμένες. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της βιωματικής εμπειρίας των ατόμων με ΔΔ, με έμφαση στις αντιλήψεις και στα νοήματά τους για την εφαρμοζόμενη θεραπεία αντιμετώπισης της νόσου τους. Εφαρμόστηκε ποιοτική, φαινομενολογική μεθοδολογία. Συμμετείχαν 13 άτομα κατόπιν συναίνεσης μετά από πληροφόρηση, τα οποία είχαν επιλεγεί με σκόπιμη δειγματοληψία και βάσει θεματικού κορεσμού. Η συλλογή δεδομένων έγινε με ατομικές συνεντεύξεις βάσει ημι-δομημένου οδηγού, διάρκειας 30 λεπτών έως μίας ώρας. Η ακρίβεια της ανάλυσης ελέγχθηκε βάσει των κριτηρίων Munhall και vanManen. Πλήθος κύριων θεμάτων αναδύθηκαν, τα οποία αφορούσαν κυρίως στη φαρμακοθεραπεία. Αρχικά, τονίστηκε ο κοινωνικός στιγματισμός που ακολουθεί τη λήψη ψυχοτρόπων φαρμάκων. Από την άλλη, περιγράφηκαν συναισθήματα αγωνίας, φόβου και ανασφάλειας σχετικά με την ανεξέλεγκτη πορεία της νόσου, κατάσταση που φάνηκε να επιδεινώνεται κυρίως λόγω διακοπής ή αλλαγής της φαρμακοθεραπείας. Μάλιστα, κάποιοι συμμετέχοντες περιέγραψαν τη φαρμακοθεραπεία σαν ένα θρεπτικό συστατικό, το οποίο θεωρούσαν ότι τους διατηρούσε στη ζωή, αποκαλύπτοντας με τον τρόπο αυτόν τη

*Η εργασία βραβεύτηκε στο 24ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 14–17 Απριλίου 2016, Αλεξανδρούπολη

σπουδαιότητα που της απέδιδαν. Αναφορικά με την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου, αυτή φάνηκε να είναι απότοκος συνδυασμού φαρμακοθεραπείας, ψυχοθεραπείας και προσωπικής προσπάθειας, ενώ από το σύνολο των συμμετεχόντων περιγράφηκε και η καθοριστική επίδραση της εκπαίδευσης σε θέματα παθοφυσιολογίας και θεραπείας της νόσου, προς τον στόχο αυτόν. Η απόκτηση ελέγχου στην κλινική πορεία της ΔΔ και κατ' επέκταση η ικανότητα αυτοδιαχείρισης της νόσου φαίνεται να είναι κυρίαρχη ανάγκη των πασχόντων από ΔΔ, και φαίνεται να συνδέεται με τη φαρμακευτική αγωγή και την εκπαίδευσή τους σε δεξιότητες αποτελεσματικής αυτοδιαχείρισης της νόσου. Επομένως, αναδεικνύεται η σπουδαιότητα σχετικών ατομικών παρεμβάσεων. Ακολούθως, προτείνονται παρεμβάσεις εκπαίδευσης της κοινότητας στην παθοφυσιολογία των ψυχικών διαταραχών, στοχεύοντας στον περιορισμό του κοινωνικού στιγματισμού, τόσο της ίδιας της νόσου όσο και της λήψης ψυχοτρόπου αγωγής.

Λέξεις ευρητηρίου: Διαταραχές διάθεσης, βιωματική εμπειρία, φαινομενολογία, φαρμακοθεραπεία, ακούσια νοσηλεία, στίγμα, αυτοδιαχείριση νόσου.

Εισαγωγή

Οι περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας γνωρίζοντας την αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας στην αντιμετώπιση της ΔΔ, και δεδομένου του μικρού αριθμού τυχαίοποιημένων κλινικών δοκιμών αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, εφαρμόζουν σε περιορισμένο βαθμό μη φαρμακολογικές θεραπείες.¹⁻³ Το γεγονός αυτό ενισχύεται από τα ερευνητικά δεδομένα που υποδεικνύουν ότι η φαρμακοθεραπεία αποτελεί μια από τις κύριες συνιστώσες βελτίωσης της ποιότητας της ζωής των πασχόντων από ΔΔ.⁴

Ταυτόχρονα, έχει φανεί ότι οι πάσχοντες από νευρο-βιολογικές διαταραχές αντιμετωπίζουν διλήμματα αναφορικά με τη λήψη ψυχοτρόπων φαρμάκων της αποτελεσματικότητας της αγωγής ως προς τον έλεγχο των συμπτωμάτων, από τη μία, και του τρόπου που οι παρενέργειές της επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής τους, από την άλλη, συμπεριλαμβανομένων του προσωπικού και κοινωνικού κόστους.⁴⁻⁷ Επίσης, τα άτομα αυτά δυσκολεύονται να εκφράσουν με σαφήνεια τις ανάγκες τους σχετικά με τη νόσο και τη θεραπεία⁷ και συχνά δεν συμμετέχουν στον σχεδιασμό των θεραπευτικών σχημάτων και στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.⁸ Όλα τα ανωτέρω έχουν σχετιστεί με πρώιμη διακοπή της θεραπείας, μη ορθή εφαρμογή της, καθώς και με απόκρυψη σημαντικών δεδομένων που αφορούν στη θεραπεία και στην πορεία της νόσου.⁹ Περαιτέρω, οι στάσεις αυτές σχετίζονται με αύξηση του αριθμού των υποτροπών και των επανεισαγωγών και τελικά τη χρονιότητα της νόσου.^{9,10}

Συνολικά, η κατανόηση των αναγκών των ατόμων με ΔΔ από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας φαίνεται να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη δόμηση θεραπευτικής σχέσης, και επομένως για την εκδήλωση εμπιστοσύνης από τους χρήστες των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΧΥΨΥ) προς τη θεραπευτική ομάδα, και ακολούθως για την ορθή εφαρμογή της φαρμακοθεραπείας.¹¹⁻¹⁷

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της βιωματικής εμπειρίας των ατόμων με ΔΔ από την εφαρμοζόμενη θεραπεία, συνολικά, και τη φαρμακοθεραπεία, ειδικότερα.

Υλικό και μέθοδος

Εφαρμόστηκε ποιοτική φαινομενολογική μεθοδολογία κατά Munhall.¹⁸⁻²⁰ Ο πληθυσμός στόχος ήταν τα ενήλικα άτομα με ΔΔ, τα οποία χρησιμοποιούσαν εκούσια κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Αθήνα. Το δείγμα επιλέχθηκε με σκόπιμη δειγματοληψία και βάσει του κανόνα του θεματικού κορμού¹⁸ από την Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου της Αθήνας «Άγιοι Ανάργυροι» και από το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Ζωγράφου.

Τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη ήταν: (α) ηλικία 18 ετών και άνω, (β) διάγνωση ΔΔ από επίσημο φορέα υπηρεσιών ψυχικής υγείας, (γ) ικανότητα πλήρους κατανόησης και άριστης γνώσης της ελληνικής γλώσσας (μητρική), (δ) ικανότητα αφήγησης και περιγραφής του «βάθους και του πλάτους» της εμπειρίας, (ε) δυνατότητα πλήρους κατανόησης των σκοπών της μελέτης, (στ) εξασφάλιση γραπτής συναίνεσης

μετά από πληροφόρηση για συμμετοχή στη μελέτη, (ζ) μακροχρόνια εμπειρία της νόσου, βάσει μεγαλύτερης των δύο ετών χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, (η) ακέραιες γνωστικές λειτουργίες, και (θ) ικανοποιητικού βαθμού εναισθησία.

Στη μελέτη δεν συμμετείχαν άτομα: (α) τα οποία ήταν σε κατάσταση οξείας φάσης, υποτροπής ή ακούσιας νοσηλείας, (β) με πενία λόγου.

Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή δεδομένων έγινε μέσω ατομικών ημιδομημένων συνεντεύξεων διάρκειας 30–60 λεπτών, οι οποίες μαγνητοφωνήθηκαν μετά από συγκατάθεση των συμμετεχόντων τον Μάρτιο του 2015. Συνολικά, κλήθηκαν τηλεφωνικά 25 άτομα και τελικά προσήλθαν τα 15. Από αυτά, δύο αρνήθηκαν να μαγνητοφωνηθούν οι συνεντεύξεις τους, και επομένως αυτές δεν συμπεριλήφθηκαν στο τελικό δείγμα, το οποίο αποτέλεσαν 13 άτομα. Ο αριθμός αυτός θεωρείται ικανοποιητικός δεδομένου ότι μετά τον 8ο συμμετέχοντα η εισδοχή επιπλέον ατόμων δεν οδηγούσε στην ανάδειξη νέων κύριων θεμάτων κατά την ταυτόχρονη συλλογή και ανάλυση δεδομένων βάσει του κανόνα του θεωρητικού κορεσμού.¹⁸ Ο οδηγός της συνέντευξης, σχεδιασμένος από τους ερευνητές βάσει βιβλιογραφίας^{12,14} και της φαινομενολογικής μεθόδου²² περιελάμβανε ερωτήσεις όπως: «Μιλήστε μου για το πώς είναι να έχει κανείς διπολική διαταραχή και να λαμβάνει σχετική θεραπεία» ή «Έχει επηρεάσει η νόσος και η θεραπεία της τη ζωή σας με κάποιον τρόπο;»

Ηθική και δεοντολογία

Η μελέτη εγκρίθηκε από την Επιτροπή Βιοηθικής του Νοσοκομείου από όπου έγινε η συλλογή των δεδομένων.

Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε από τρία άτομα με εμπειρία στην ανάλυση ποιοτικών δεδομένων. Στόχος της ανάλυσης ήταν η ταυτοποίηση της δομής του φαινομένου μέσω σύγκρισης των περιγραφών των συμμετεχόντων και αντιπαράβολής των δεδομένων κάθε μίας βιωματικής εμπειρίας, προκειμένου να εντοπιστούν τα επαναλαμβανόμενα στοιχεία και να ταυτοποιηθούν επομένως τα κύρια δομικά χαρακτηριστικά του φαινομένου (κύρια θέματα). Η ταυτοποίηση του

τρόπου σύνδεσης των κύριων θεμάτων μεταξύ τους προσδιόρισε το πυρηνικό θέμα του φαινομένου.¹⁸ Για τον έλεγχο της ακρίβειας της ανάλυσης εφαρμόστηκαν τα κριτήρια κατά van Manen^{20,21} και Munhall.¹⁸

Αποτελέσματα

Ως πυρηνικό θέμα της βιωματικής εμπειρίας της θεραπείας της ΔΔ αναδύθηκε η αντίληψη των συμμετεχόντων για τη νόσο τους «ως μια πορεία χωρίς έλεγχο», καθώς οι συμμετέχοντες περιέγραψαν την κλινική εξέλιξη της νόσου ως μία διαδρομή, η οποία θα πρέπει να διανυθεί από τον πάσχοντα, και η οποία προσδιορίζεται από πολλαπλά σημεία διαφορετικών επιπέδων υγείας, στα οποία ενδέχεται κανείς να βρεθεί. Η περιγραφή της εξέλιξης της νόσου ως πορείας φάνηκε να σχετίζεται με τη χρονιότητά της.

Μαρία: «[...] Στην πορεία [...] πρέπει να διανύω αυτήν την κατάσταση σε σημείο [...] έχω φτάσει στο σημείο [...]».

Το στοιχείο της «απουσίας ελέγχου» φάνηκε να απορρέει από το γεγονός ότι η πορεία αυτή βιωνόταν με συνεχείς αλλαγές και χωρίς όρια λόγω της ψυχοπαθολογίας της νόσου. Περιγράφηκαν απρόβλεπτες άνοδοι και κάθοδοι, απουσία προστατευτικών κιγκλιδωμάτων και μια μάλλον επικίνδυνη διαδρομή. Παράλληλα, δόθηκε έμφαση και στις σωματικές αισθήσεις που βιώνονταν κατά την πορεία αυτή, όπως εξάντληση από τις «συνεχείς ανηφόρες και κατηφόρες».

Καραφλός: «[...] (τώρα βρίσκομαι σε) μια πορεία πιο νορμάλ. Δεν έχω αυτό το *ανέβασμα*, το *κατέβασμα* [...]».

Νεφέλη: «[...] Είναι σαν το *τρενάκι* του λούνα-παρκ [...] Είναι λίγο *απρόβλεπτες* οι αλλαγές που γίνονται [...] εξαντλείς τις δυνάμεις σου».

Τα συναισθήματα, τα οποία είχαν συνδέσει οι συμμετέχοντες με τον απρόβλεπτο χαρακτήρα της πορείας ήταν η αγωνία, η οδύνη και η απόγνωση.

Γιάννης: «[...] μπορεί να φτάσεις και μέχρι την αυτοκτονία [...]».

Ξεκάθαρα, φάνηκε ότι εκείνο που κατεύθυνε την πορεία αυτή ήταν η ίδια η διάθεση, ενώ το άτομο φάνηκε να είναι ανίσχυρο απέναντι στη δύναμη της ορμής της.

Νεφέλη: «[...] ο οργανισμός μου οδηγήθηκε σε μανία [...] δεν νιώθω ότι είμαι αυτοδύναμη, και αυτό γιατί είμαι έρμαιο της διάθεσης ακόμα».

Κύρια θέματα της εμπειρίας της θεραπείας της Διπολικής Διαταραχής.

Η φαρμακοθεραπεία

Η σπουδαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής

Κάποιοι συμμετέχοντες περιέγραψαν τη φαρμακοθεραπεία σαν ένα συστατικό που τους έθρεφε και τους διατηρούσε στη ζωή, αποδίδοντας της ιδιότητες νερού και τροφής, αποκαλύπτοντας τη σπουδαιότητα που της απέδιδαν.

Εύα: «[...] Θα με συντηρήσει η θεραπεία [...]».

Κάποιοι άλλοι φάνηκε να αναγνωρίζουν τη φαρμακοθεραπεία ως απαραίτητη προκειμένου να επιτύχουν την επιθυμητή σταθεροποίηση της διάθεσης που θα τους βοηθήσει να επιτύχουν τους στόχους τους, περιγράφοντάς την σαν ένα ρυθμιστικό σύστημα.

Νεφέλη: «[...] Με ένα φάρμακο το ρυθμίζεις κάπως [...] ήρθα σε μια ισορροπία και συνέχισα τη σχολή μου [...]».

Άλλοι συμμετέχοντες περιέγραψαν τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους, καθώς θεωρούσαν ότι η φαρμακοθεραπεία επιδρούσε σε ζωτικές ψυχικές λειτουργίες, όπως ο ύπνος.

Βεντουζάκι: «[...] Το βράδυ για να κοιμάμαι καλά και να έχω ποιοτικό ύπνο».

Η καταλληλότητα της φαρμακοθεραπείας

Η καταλληλότητα της φαρμακοθεραπείας βάσει των αναγκών και της ιδιοσυστασίας του ατόμου απασχολούσε τους συμμετέχοντες, καθώς περιέγραφαν συγκεκριμένους παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την επιλογή της φαρμακοθεραπείας, όπως το «ταίριασμα» με τα προσωπικά χαρακτηριστικά.

Γιάνα: «[...] Εάν πω κάποιο φάρμακο [...] και είναι της ιδιοσυγκρασίας μου, μπορεί να είμαι καλά».

Η αναγκαία αναπροσαρμογή της φαρμακοθεραπείας και τα συνεπακόλουθα συναισθήματα

Περαιτέρω περιγράφηκαν συναισθήματα αγωνίας, φόβου και ανασφάλειας σχετικά με την πορεία της

νόσου λόγω διακοπής ή αλλαγής της φαρμακοθεραπείας, ενώ οι επιπτώσεις φάνηκε να αφορούν σε διάφορους τομείς της ζωής, όπως επαγγελματική πορεία και εκπαίδευση.

Μαρία: « [...] Δεν σημαίνει ότι το πρώτο που θα πάρεις θα είναι το κατάλληλο. Μπορεί να χρειαστεί να αλλάξεις (φάρμακο). Φοβάμαι μην αυτό έχει κακά αποτελέσματα και πάλι στη συγκέντρωση, και με δυσκολέψει ακόμα περισσότερο».

Το κοινωνικό στίγμα της λήψης φαρμακοθεραπείας

Αναφορές έγιναν και για τον κοινωνικό στιγματισμό της λήψης φαρμακοθεραπείας. Ειδικότερα, περιγράφηκε η πρόθεση των συμμετεχόντων να αποκρύψουν τη λήψη αγωγής, προκειμένου να αποφύγουν φαινόμενα ετικετοποίησης και κοινωνικής περιθωριοποίησης.

Βεντουζάκι: «[...] Κάποια φάρμακα [...] απλώς δεν ανοίγομαι. ΔΕΝ κρύβομαι δηλαδή, [...] Αυτό το στίγμα [...] "πώς θα πω αυτό πώς θα πω αυτό". Δηλαδή, αυτό το πράγμα πρέπει να το αποτινάξουμε λίγο από πάνω μας [...]».

Η εσωτερική νοσηλεία σε ψυχιατρικό νοσοκομείο

Χώρος προστασίας

Η εσωτερική νοσηλεία για κάποιους συμμετέχοντες φάνηκε να είναι αναγκαία, και μάλιστα η ψυχιατρική κλινική περιγράφηκε ως χώρος προστασίας ή σαν ένα καβούκι, το οποίο αποτελεί χώρο απομόνωσης και ασφαλούς παραμονής.

Ιωάννα: «[...] Ήταν κάτι που εγώ η ίδια το επέλεξα (τη νοσηλεία). Φοβόμουν, επειδή ήταν κάτι καινούργιο [...] αισθανόμουν απροστάτευτη [...] γιατί δεν μπορούσα να καταλάβω τι ακριβώς είναι η διπολική διαταραχή [...] ευτυχώς που υπάρχουν κλινικές που φροντίζουν κόσμο[...]. [...] γιατί καμιά φορά είναι αναγκαίο[...].».

Από κάποιους άλλους η νοσηλεία περιγράφηκε ως χώρος αφετηρίας μιας νέας πορείας.

Καραφλός: «[...] Ήταν η αρχή του τέλους. Εκεί έγινε η αρχή να θεραπευτώ από τη διπολική διαταραχή, με βοήθησε πάρα πολύ [...]».

Χώρος παραβίασης δικαιωμάτων

Ωστόσο, για κάποιους άλλους η εσωτερική νοσηλεία υπήρξε μια εμπειρία παραβίασης των βασικών τους δικαιωμάτων και κυρίως της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων.

Νεφέλη: «[...] Το μετανιώνω που ξαναπήγα [...]. Όχι γιατί δεν έχεις την κατάλληλη φροντίδα [...] [...] μου έβαλαν και άλλο φάρμακο, και ήθελα να μάθω γιατί. Δικαίωμά μου δεν είναι; η ουσία μπαίνει μέσα μου, δεν πρέπει να ξέρω; [...] και μου λέει (η γιατρός): "φαρμακολόγος θα γίνεις;" με αντιμετώπισε με έναν τρόπο "τι θες τώρα; παρ' τα φάρμακά σου και σταμάτα να μιλάς" [...].»

Χώρος στιγματισμού

Ένα άλλο σχετικό με τη νοσηλεία φαινόμενο ήταν ο κοινωνικός στιγματισμός, ο οποίος αποτέλεσε για κάποιους συμμετέχοντες καθοριστικό παράγοντα της επιλογής τους να μη νοσηλευτούν, ακόμη και όταν αυτό κρινόταν αναγκαίο. Επίσης, η νοσηλεία σε ψυχιατρική μονάδα περιγράφηκε και ως εμπόδιο επαγγελματικής ανέλιξης.

Νίνα: «[...] Δεν ήθελα να νοσηλευτώ [...] ο μεγάλος γιος μου λέει θα το μάθαινε όλο το Περιστερί [...] μέσα στον φάκελο μια νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική δεν είναι ό,τι καλύτερο [...].»

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου

Η αναγκαιότητα συνδυασμού παρεμβάσεων και η σπουδαιότητα της εκπαίδευσης σε θέματα νόσου

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου φάνηκε να απορρέει από τον συνδυασμό φαρμακοθεραπείας, ψυχοθεραπείας και προσωπικής προσπάθειας, ενώ περιγράφηκε και η καθοριστική επίδραση της εκπαίδευσης στην ψυχοπαθολογία και θεραπεία της νόσου.

Νεφέλη: «[...] Πάω έξω για ψυχοθεραπεία, έχω κάνει και ψυχοεκπαίδευση εκτός [...].»

Η ποιότητα της συνεργασίας με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Επιπρόσθετα, ως σημαντικός παράγοντας αποτελεσματικής αντιμετώπισης της νόσου περιγράφηκε η ποιότητα της συνεργασίας με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Άννα: «[...] Με βοηθάνε πολύ οι νοσηλεύτριες κάθε μήνα που έρχομαι εδώ [...] ήρθα εδώ στον κύριο Χ (ψυχίατρο). [...] με βοήθησε πάρα πολύ [...].»

Επίσης φάνηκε ότι η ενίσχυση της αυτονομίας των συμμετεχόντων και της συμμετοχής τους στη λήψη αποφάσεων ήταν κεντρικές παράμετροι για την αξιολόγηση της ποιότητας της συνεργασίας τους με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας όλων των ειδικοτήτων.

Βεντουζάκι: « [...] Με βοηθάει, γιατί κάποια πράγματα τα έχουμε μπερδεμένα στο μυαλό μας [...] θέλω να παίρνω απόψεις για τα προβλήματα που έχω, με στόχο να πάρω την καλύτερη δυνατή απόφαση».

Ο πάσχων στο επίκεντρο της θεραπείας

Η τάση των συμμετεχόντων να μιλάνε στον πληθυντικό αριθμό όταν αναφέρονταν στη θεραπευτική διαδικασία φάνηκε να υποδηλώνει τον ενεργό ρόλο τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και στην επιλογή των κατάλληλων παρεμβάσεων βάσει των αναγκών τους, αλλά και την αμοιβαιότητα ως πυρηνικά χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης.

Κώστας: «[...] Βρήκα τον συνδυασμό που με βοήθησε να στρώσω λιγάκι [...] ψάχνουμε να βρούμε μια φαρμακευτική αγωγή».

Η σπουδαιότητα των οικογενειακών υποστηρικτικών σχέσεων

Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες μίλησαν για τη στήριξη από τα κοντινά τους πρόσωπα σε σχέση με τη δύσκολη πορεία της νόσου και την έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση και θεραπεία της νόσου.

Ιωάννα: «[...] Θεωρώ τον εαυτό μου πάρα πολύ τυχερό άνθρωπο γιατί είχα στήριξη από κοντινούς μου ανθρώπους [...].»

Η επίδραση της φαρμακοθεραπείας στην απόκτηση επίγνωσης των φάσεων της νόσου

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν με ακρίβεια διακριτές χρονικές φάσεις της νόσου, με ειδοποιό διαφορά τον βαθμό στον οποίον το άτομο είχε συνειδητή επίγνωση της παρουσίας συμπτωμάτων ενεργού ψυχοπαθολογίας. Η πρώτη φάση της

νόσου αφορούσε στην περίοδο της πυροδότησης των κλινικών συμπτωμάτων, στο πλαίσιο της οποίας περιγράφηκαν συγκεκριμένοι στρεσογόνοι εκλυτικοί παράγοντες. Σε αυτούς περιλαμβάνονταν εξωτερικοί προς το άτομο παράγοντες, ιδιαίτερα πιεστικοί έως και συντριπτικοί για έναν ευάλωτο, λόγω κληρονομικής προδιάθεσης οργανισμό, όπως οικογενειακές συγκρούσεις ή πίεση εκπλήρωσης κοινωνικών ρόλων. Επισημαίνεται ότι το στοιχείο της κληρονομικής προδιάθεσης αναφέρθηκε από όλους τους συμμετέχοντες αναφορικά με την αιτιολογία της νόσου.

Νίνα: «[...] αυτό έχει κάποια δείγματα κληρονομικότητας, αρκεί να βρεθείς σε στρεσογόνες καταστάσεις [...]».

Ως επόμενη φάση της νόσου περιγράφηκε η οξεία φάση, η οποία αφορούσε στην παρουσία της ενεργού ψυχοπαθολογίας, κατά την οποία το άτομο δεν είχε συνειδητή επίγνωση της διαταραχής, όπως προσδιορίζεται από απουσία γνωστικών ικανοτήτων όπως «κατανόησης», «σκέψης», «συνειδητοποίησης» βάσει των αντίστοιχων περιγραφών.

Νίκος: «[...] νόμιζα ότι ήταν φυσιολογικό όλο αυτό. Δεν σκέφτηκα ποτέ ότι δεν λειτουργούν έτσι όλοι οι άλλοι άνθρωποι».

Η επόμενη φάση φάνηκε να αφορά στη φάση της φαρμακοθεραπείας, μέσω της οποίας το άτομο προσέγγιζε μια κατάσταση ισορροπίας. Εκτός, όμως, από τη φαρμακοθεραπεία μια σημαντική διεργασία της φάσης αυτής ήταν η γνωστική επεξεργασία της προηγηθείσας εμπειρίας της οξείας φάσης μέσω της οποίας το άτομο φάνηκε να αποκτά γνώση αναφορικά με τη νόσο. Μάλιστα, η γνώση αυτή θεωρήθηκε από τους συμμετέχοντες ως καθοριστική προϋπόθεση για την πρόληψη των υποτροπών.

Νεφέλη: «Δεν είχα υπομανιακά στοιχεία για να καταλάβω τι θα γίνει (υποτροπή) [...] εκεί ήταν απaráδεκτο. Ξέραμε ότι είχα διπολική διαταραχή. Δεν ήταν όπως το πρώτο και το δεύτερο επεισόδιο που δεν ήξερα».

Η τελευταία φάση της νόσου αφορούσε στην περίοδο όπου έχει επιτευχθεί η προσαρμογή στη νόσο, η οποία περιγράφηκε ως μια εσωτερική διεργασία αποδοχής που περιελάμβανε το στοιχείο της πρόκλησης, από τη μία, και της διευρυμένης

γνώσης και μάθησης από την άλλη. Στη νέα αυτή κατάσταση, η νόσος αναγνωριζόταν πλέον ως μέσο εξέλιξης της προσωπικότητας και της συνειδητής αυτεπίγνωσης.

Η σπουδαιότητα του ρόλου των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και της φαρμακοθεραπείας για την επίτευξη της προσαρμογής αυτής περιγράφηκε με σαφήνεια. Κεντρικό σημείο φάνηκε να είναι η αντίληψη ελέγχου της πορείας της νόσου, η οποία επιπλέον φάνηκε να συνδέεται εκτός από την αποτελεσματική φαρμακοθεραπεία και με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.

Μαίρη: «[...] η αγωγή σε βοηθάει λίγο. Θεωρώ ότι όλο αυτό, όλη αυτή η ασθένεια, εάν γύριζα τον χρόνο πίσω δεν θα το άλλαζα. Δηλαδή, έχω αποδεχτεί το πρόβλημα και από τη στιγμή που το αποδέχεσαι το θέμα μετά είναι να συμφιλιωθείς [...] είμαστε πολύ τυχεροί που έχουν βγει όλα αυτά τα φάρμακα και μπορούμε να διαχειριζόμαστε όλες αυτές τις ασθένειες [...] αν ήμουν στη δεκαετία του '60 ή του '80 το πιο πιθανό θα είχα αυτοκτονήσει [...] πολύ τυχερή που έπεσα σε πολύ καλά χέρια, στον κύριο Χ. [...] και θα μάθω να ζω με αυτό».

Νίνα: «[...] το φάρμακο, ναι. Προσπαθούμε να εξισορροπήσουμε κάπως όλο αυτό [...] είναι λίγο υποστηρικτική (η αγωγή) και πιο πολύ είναι η θέληση [...]».

Παρόλο που οι συμμετέχοντες περιέγραφαν με σαφή τρόπο την αναγκαιότητα της φαρμακοθεραπείας αναφορικά με την αποτελεσματική προσαρμογή στη νόσο, ωστόσο, φάνηκε ότι είχαν και μια σαφή τάση να ανυψώσουν τον ρόλο της προσωπικής προσπάθειας για ανάρρωση.

Συζήτηση

Το κύριο εύρημα της μελέτης αφορά στην περιγραφή της νόσου ως μιας πορείας με απρόβλεπτες ανόδους και καθόδους, η οποία δημιουργεί αντίληψη απουσίας ελέγχου, ενώ τα κύρια ρυθμιστικά συστήματά της φαίνεται να είναι η αποτελεσματική φαρμακοθεραπεία και οι υποστηρικτικές οικογενειακές σχέσεις. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν προηγούμενα δεδομένα, βάσει των οποίων η απουσία ελέγχου της κλινικής πορείας της ΔΔ συνιστά κεντρικό βίωμα της εμπειρίας της νόσου.³⁰ Επίσης, επιβεβαιώνεται η διαδικασία προσαρμογής στη νό-

σο ως μια εσωτερική διεργασία αποδοχής, η οποία εκτός από το στοιχείο της πρόκλησης βασίζεται σε μια γνωστική διαδικασία που οδηγεί στη νέα γνώση, στο πλαίσιο της οποίας η νόσος αναγνωρίζεται ως μέσο εξέλιξης της προσωπικότητας και της συνειδητής αυτεπίγνωσης.²³

Ωστόσο, για πρώτη φορά περιγράφεται στη βιβλιογραφία, στον βαθμό που γνωρίζουμε, η σπουδαιότητα της γνωστικής επεξεργασίας της προηγηθείσας εμπειρίας της υποτροπής και των παραγόντων που την πυροδοτούν, προκειμένου να ενδυναμωθεί η γνώση του ατόμου για τη νόσο ως προς την πρόληψη υποτροπών και την αποτελεσματική αυτοδιαχείριση της νόσου. Η γνωστική επεξεργασία προηγούμενων εμπειριών υποτροπής και η σπουδαιότητά της για την αποτελεσματική προσαρμογή στη νόσο ενδεχομένως να ήταν χρήσιμο για τη διαμόρφωση παρεμβάσεων εκπαίδευσης στη νόσο, και φάνηκε μέσα από το γεγονός ότι όταν οι συμμετέχοντες περιέγραφαν δυσκολία στην κατανόηση της πολυπλοκότητας της νόσου και των αιτιών της υποτροπής περιέγραφαν συναισθήματα αβεβαιότητας και έντασης.

Παρόλο που το ζήτημα της εκπαίδευσης στην αυτοδιαχείριση των χρόνιων νοσημάτων έχει μελετηθεί,²² η συμβολή της γνωστικής επεξεργασίας προηγούμενων εμπειριών υποτροπής, και ειδικότερα του αναστοχασμού στη σοβαρή ψυχική νόσο δεν έχει μελετηθεί.^{18,19} Γενικά, η αναστοχαστική σκέψη αφορά σε μια δομημένη διανοητική διαδικασία, με στόχο την εκπαίδευση και τη μάθηση.²⁴ Ειδικότερα, η αναστοχαστική μάθηση αναφέρεται στο σύνολο των ψυχονοητικών και συναισθηματικών διαδικασιών που μπορεί να ενεργοποιήσει το άτομο, προκειμένου να διερευνήσει σε βάθος τις εμπειρίες του, ώστε να οδηγηθεί σε μια νέα κατάσταση όπου κατανοεί και αξιολογεί τα γεγονότα με έναν καινούργιο τρόπο, ο οποίος διευκολύνει την προσαρμογή του.^{25,26}

Βέβαια, θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι σύμφωνα με τα κριτήρια εισδοχής στη μελέτη, τα αποτελέσματά της αφορούν στα ενήλικα άτομα που χρησιμοποιούσαν τις συγκεκριμένες Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Πανεπιστημιακής δομής στην Ελλάδα, και επομένως τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν.

Ειδικότερα, αρχικά τονίστηκε από τους συμμετέχοντες ο κοινωνικός στιγματισμός λόγω λήψης ψυχοτρόπων φαρμάκων, όπως περιγράφεται και στη διεθνή βιβλιογραφία.²⁷⁻²⁹ Η λήψη φαρμακοθεραπείας και η γνωστοποίηση της νόσου φάνηκε να έχουν επιπτώσεις, οι οποίες επηρέαζαν την επαγγελματική απόδοση των πασχόντων, ενώ σχετίζονται και με οικογενειακή απόρριψη, οδηγώντας τους στη μη ορθή τήρηση της φαρμακοθεραπείας.²⁷ Παρόλο που οι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης αναφέρθηκαν στον κοινωνικό στιγματισμό λόγω λήψης φαρμακοθεραπείας, ωστόσο περιέγραψαν ως κύρια μέθοδο περιορισμού των κοινωνικών επιπτώσεων όχι τη διακοπή της αγωγής αλλά την απόκρυψη της διάγνωσης και της λήψης αγωγής, ακόμη και την άρνηση για εσωτερική νοσηλεία. Συνολικά, ο κοινωνικός στιγματισμός της ψυχικής νόσου έχει συνδεθεί με υποτίμηση της προσωπικής αξίας και συμπεριφορές διάκρισης από το κοινωνικό σύνολο.²⁸ Ως αποτέλεσμα αυτών, τα άτομα με νευρονοητικά νοσήματα αναπτύσσουν στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως μυστικότητα σχετικά με την ασθένειά τους ή απόσυρση από το κοινωνικό σύνολο σε μια προσπάθεια αποφυγής της απόρριψης και του στίγματος.²⁸ Οι Perlick et al,³⁰ όμως, επισημαίνουν ότι η αγνία και η ανασφάλεια λόγω κοινωνικού στιγματισμού αποτελούν εμπόδιο για την ουσιαστική κοινωνική αλληλεπίδραση, επιδεινώνοντας την κοινωνική απομόνωση των ψυχικά πασχόντων.

Από την άλλη, περιγράφηκε η σπουδαιότητα της φαρμακοθεραπείας αναφορικά με τον περιορισμό των συναισθημάτων αγωνίας, φόβου και ανασφάλειας λόγω της ανεξέλεγκτης πορείας της νόσου, κατάσταση που φάνηκε μάλιστα να επιδεινώνεται κυρίως λόγω διακοπής ή αλλαγής της φαρμακοθεραπείας. Τα αμφιθυμικά συναισθήματα των ψυχικά πασχόντων για τη φαρμακοθεραπεία έχουν περιγραφεί αρκετές φορές με τους δύο πόλους αυτών των συναισθημάτων να αποτελούν ο κοινωνικός στιγματισμός από τη μία και η βελτίωση της ποιότητας της ζωής από την άλλη.^{14,28,29}

Στην παρούσα μελέτη, στο πλαίσιο της αμφιθυμίας αυτής περιγράφηκε μια έντονη διεργασία διαπραγμάτευσης αναφορικά με τη βαρύτητα της φαρμακοθεραπείας έναντι της προσωπικής προσπάθειας για

ανάρρωση. Μάλιστα φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες είχαν μια σαφή τάση να ανυψώσουν τον ρόλο της προσωπικής προσπάθειας για ανάρρωση έναντι της αγωγής. Με δεδομένο ότι η φαρμακοθεραπεία συνιστά εξωτερικό παράγοντα, ενδεχομένως αυτό να υποδηλώνει το μέγεθος της ανάγκης για απόκτηση ελέγχου από τον πάσχοντα, και μάλιστα ο έλεγχος αυτός να προέρχεται εσωτερικά και από το άτομο και όχι από εξωτερικό παράγοντα, όπως είναι η φαρμακοθεραπεία. Επομένως, προτείνονται παρεμβάσεις ενδυνάμωσης χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που προάγουν την αντίληψη ελέγχου, όπως αυτοπεποίθηση, αυτοεκτίμηση και αντίληψη αποτελεσματικών προσωπικών ικανοτήτων, αποφασιστικότητα και ικανότητα επίλυσης προβλημάτων.¹⁴ Επίσης, προτείνεται η ενίσχυση της συμμετοχής των πασχόντων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Επίσης, από το σύνολο των συμμετεχόντων περιγράφηκε η καθοριστική επίδραση της εκπαίδευσης σχετικά με την παθοφυσιολογία και τη θεραπεία της νόσου, και συνολικά η αναγκαιότητα συνδυασμού της φαρμακοθεραπείας, εκτός από εκπαίδευση, και με παρεμβάσεις ψυχοθεραπείας και προσωπική προσπάθεια. Μάλιστα, φάνηκε ότι όσοι από τους συμμετέχοντες μετείχαν σε εκπαιδευτικά προγράμματα για τη νόσο και τη διαχείρισή της, περιέγραφαν με θετικότερο τρόπο την ικανότητά τους να διαχειρίζονται τα συμπτώματά τους. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από τα ευρήματα άλλων μελετών,^{22,32} τα οποία δείχνουν ότι για τη θεραπεία της ΔΔ είναι αναγκαίος ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων προσανατολισμένων στην ενίσχυση της ικανότητας αυτόνομης διαχείρισης των συμπτωμάτων και των επιπτώσεων της νόσου.^{22,33} Επιπλέον, οι Koch et al³¹ περιγράφουν ότι οι παρεμβάσεις πρέπει να στοχεύουν στη βελτίωση του τρόπου ζωής του πάσχοντα βάσει των ιδιομορφιών του, στην προαγωγή της ορθής εφαρμογής της φαρμακοθεραπείας και στην ανάπτυξη στρατηγικών αποτελεσματικής διαχείρισης διαπροσωπικών και κοινωνικών παραγόντων πίεσης.³¹

Συνολικά, προτείνονται μελέτες παρέμβασης που να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα δομημένων προγραμμάτων εκπαίδευσης που θα συμπεριλαμβάνουν την τεχνική της αναστοχαστικής σκέψης, καθώς

και γνωσιακών συμπεριφορικών παρεμβάσεων ενδυνάμωσης της αντίληψης ελέγχου με απώτερο στόχο την ενίσχυση της ικανότητας αυτοδιαχείρισης των συμπτωμάτων της νόσου και ορθής εφαρμογής της φαρμακοθεραπείας.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως τα αποτελέσματα της πιο πάνω μελέτης δημοσιεύονται υπό συγκεκριμένους περιορισμούς. Σημειώνεται πως στη μελέτη δεν συμπεριλήφθηκαν άτομα που δεν μιλούσαν Ελληνικά, καθώς και άτομα ειδικών ηλικιακών ομάδων όπως παιδιά ή ηλικιωμένοι, με αποτέλεσμα να έχει περιοριστεί το εύρος της εμπειρίας που περιγράφηκε. Ο βαθμός ακρίβειας της ανακλιθείσας εμπειρίας,¹⁸ και ο μικρός αριθμός των συμμετεχόντων αποτέλεσαν περιορισμό για τη μελέτη αυτή. Παράλληλα, η ικανότητα αφήγησης και περιγραφής του «βάθους και του πλάτους» της εμπειρίας, δεδομένου ότι αποτέλεσε απαραίτητο κριτήριο για την άντληση των δεδομένων, ωστόσο είχε ως αποτέλεσμα να αποκλειστούν άτομα τα οποία αν και νοσούσαν από ΔΔ δεν είχαν αυτή τη γνωστική ικανότητα. Όμοια, το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες παρουσίαζαν εναισθησία, βάσει των κριτηρίων εισόδου, είχε ως αποτέλεσμα να αποκλειστούν άτομα τα οποία κατά τη χρονική περίοδο της μελέτης είχαν πτωχή ή περιορισμένη εναισθησία. Ως εκ τούτου, η βιωματική εμπειρία κατά την οξεία φάση ή οι αντιλήψεις και τα βιώματα αναφορικά με τη μη ορθή εφαρμογή της φαρμακοθεραπείας να έχουν υποεκτιμηθεί στην παρούσα μελέτη.

Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει την οδύνη της απρόβλεπτης και χρόνιας εναλλαγής της διάθεσης λόγω διπολικής διαταραχής και τη σημαντικότητα της ορθής λήψης της φαρμακοθεραπείας, καθώς επίσης και το κοινωνικό στίγμα της λήψης ψυχοτρόπου αγωγής και της νοσηλείας σε ψυχιατρική κλινική. Επιπλέον, αναδεικνύεται η σπουδαιότητα του συνδυασμού παρεμβάσεων φαρμακοθεραπείας και ψυχοκοινωνικής φροντίδας για την αποτελεσματικότερη διαχείριση της νόσου. Συνολικά, προτείνονται παρεμβάσεις ενδυνάμωσης της αντίληψης ελέγχου της κλινικής πορείας της νόσου και του τρόπου που επηρεάζει τις αντιδράσεις των πασχόντων στο πλαίσιο των καθημερινών απαιτήσεων.

Perceptions regarding pharmacotherapy and effective treatment disease in people diagnosed with bipolar disorder

A. Hatzioannou,^{1,2} M. Karanikola,² E. Papathanasoglou,³
Aik. Kaikoushi,^{2,6} M. Nystazaki,⁴ G. Alevizopoulos^{4,5}

¹Cyprus Mental Health Services, Nicosia, Cyprus,

²Department of Nursing, Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus,

³Faculty of Nursing, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada,

⁴Department of Psychiatry, University of Athens, "Agiou Anargyroi" Hospital, Athens,

⁵Department of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece,

⁶Mental Health Services, Famagusta, Cyprus

Psychiatriki 2017, 28:291–300

Bipolar disorder (BD) encompasses neuro-cognitive disturbances leading to psychological and social consequences affecting the quality of life of those suffering from it. However, the number of studies on the lived experience of people with BD about the treatment provided is relatively scant. The aim of this study is to investigate the lived experience of people with BD, focused on their perceptions and meanings about the treatment provided for their disorder. A qualitative, phenomenological design was applied. Following informed consent, thirteen people agreed to participate in the study, according to purposeful sampling and thematic saturation. Data collection was achieved through individual, semi-structural interviews with open-ended questions, of a 30 minutes to an hour. The rigor of the analysis was validated according to Munhall's and van Manen's criteria. With regard to the main themes emerged, those revolved mainly around the social stigmatization following psychotropic medication. Further, the participants described anguish, fear and insecurity about the winding road nature of the disease, a condition that seemed to be worsened mainly due to discontinuation of medication, or alterations of the therapeutic schema. Interestingly, some of the participants described medication as a nutrient ingredient that kept them alive, thus revealing the importance they attached to psychotropic medication. Participants highlighted the importance of psychotropic medication, along with psychotherapy and personal effort, as well as education on topics related to psychopathology and treatment interventions for BD. Control over the clinical outcome of the disorder and self-management of the symptoms seem to be the ultimate need of people suffering from BD, with a core association to the effective medication and psycho-education. Based on that, interventions aiming to patients' education in self-management skills are suggested. Furthermore, interventions towards the sensitization of the community on the biological aspects of mental disorders are proposed, tackling issues as stigma and medication concerns.

Key words: Mood disorders, lived experience, phenomenology, psychopharmacology, involuntary hospitalization, stigma, self-management.

Βιβλιογραφία

1. Μαδιανός ΓΜ. Κλινική ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη 2006, 259-262, ISBN: 978-960-03-4243-7 Top of Form Bottom of Form
2. Department of Health: Self care: a national view, 2007 Available from: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20090120141703/dh.gov.uk/en/healthcare/selfcare/index.htm>
3. 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, doi:10.1001/archpsyc.60.4.402

4. Thompson ML, Mental Illness: Health and Medical Issues Today, 2006 Conn, Greenwood Press, ISBN-10: 0313335656, ISBN-13: 978-0313335655
5. Deegan PE. The Lived Experience of Using Psychiatric Medication in the Recovery Process and a Shared Decision-Making Program to Support It. *Psychiatr Rehabil J* 2007, 31 62–69, PMID:17694717
6. Καϊτέ Χ. Φαινομενολογική διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας των ψυχικά πασχόντων από τη νόσο τους στην Κύπρο. «Έρευνα κοντά στον Άνθρωπο» Διδακτορικό Πρόγραμμα, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, 2014, http://www.cut.ac.cy/digitalAssets/119/119054_booklet.pdf
7. Russell L, Moss D. High and happy? Exploring the experience of positive states of mind in people who have been given a diagnosis of bipolar disorder. *Psychol Psychother* 2012, 86:431–446, doi:10.1111/j.2044-8341.2012.02064.x
8. Warne T, Andrew S. "Re-searching for therapy: The ethics of using what we are skilled in". *J Psychiatr Ment Hlth Nurs* 2010, 17:503–509
9. Haddad PM, Brain C, Scott J. Non adherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Relat Outcome Meas* 2014, 23:43–62, doi: 10.2147/PROM.S42735
10. Piat M, Sabetti J, Couture A, Sylvestre J, Provencher H, Botschner J et al. What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian mental health consumers. *Psychiatr Rehabil* 2009, 32:199–207, doi:10.2975/32.3.2009.199.207
11. Shattell MM, Starr S, Thomas SP. "Take my hand, help me out". Mental health service experience of the therapeutic relationship. *Intern J Ment Hlth Nurs* 2007, 16: 274–284, doi: 10.1111/j.1447-0349.2007.00477.x
12. Kaite C, Karanikola M, Merkouris A, Papathanassoglou EDE. "An Ongoing Struggle With the Self and Illness": A Meta-Synthesis of the Studies of the Lived Experience of Severe Mental Illness. *Arch Psychiatr Nurs* 2015, 29:458–473
13. Henderson C, Hales H, Ruggeri M. Cross-cultural differences in the conceptualization of patients satisfaction with psychiatric services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003, 38:142–148, doi: 10.1007/s00127-003-0606-7
14. Καϊτέ Χ. Καρανικόλα Μ. Σύστηματική ανασκόπηση ποιοτικών μελετών της βιωμένης εμπειρίας της ψυχικής νόσου. *Αρχ Ελλην Ιατρ* 2015, 32:451–460
15. George T. Defining care in the culture of the chronically mentally ill living in the community. *J Transcult Nurs* 2000, 11:102–110, doi: <https://doi.org/10.1177/104365960001100204>
16. Παπασταύρου Ε, Ευσταθίου Γ, Νικηταρά Μ, Τσαγκάρη Χ, Μερκούρης Α, Κάρλου Χ και συν. Η έννοια της φροντίδας: αποτελέσματα από μια πιλοτική εργασία. *Νοσηλευτική* 2010, 49:406–417
17. Panayiotopoulos C, Kerfoot, M. Evaluative Survey of Service Users and Professional Experiences of a Vocational Rehabilitation Unit for the Mentally Ill in Cyprus. *Intern J Ment Hlth* 2013, 42:2–3
18. Munhall P. *Revisioning Phenomenology. Nursing and Health Science Research*. National League of Nursing, New York, 1994, <http://trove.nla.gov.au/version/45499092>
19. Ponty MM. The Primacy of Perception. Northwestern University Press 1964, http://www.hass.rpi.edu/public_html/ruiz/AdvancedIntegratedArts/ReadingsAIA/Merleau-Ponty_The%20Primacy%20of%20Perception.pdf
20. Manen MV. *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. Series in the philosophy of education*, 1990, SBN10: 0-7914-0425-0, ISBN13: 978-0-7914-0425-6
21. Burns N. Standards for qualitative research. *Nurs Sci* 1989, 2:44–52, doi: 10.1177/089431848900200112
22. Crowe M, Inder D, Carlyle L, Wilson L, Whitehead A, Panckhurst A et al. Feeling out of control: a qualitative analysis of the impact of bipolar disorder. *J Psychiatr Ment Hlth Nurs* 2012, 19:294–302, doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01786.x
23. Hatfield AB, Lefley HP. *Surviving Mental Illness: Stress, Coping, and Adaptation*. The Guilford Press 1993, Hash File: e9b7b-97526fc375399468cff7d52b088.pdf
24. Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriu Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders. *Schizophr Research* 2007, 96:232–245, doi:10.1016/j.schres.2007.07.022
25. Dewey J. *How we think: A restatement of the relation of reflective thinking to the educational process*. D.C. Heath and Company, 1933
26. Boud D. Reflection: Turning Experience into Learning Published in USA by Nichols Publication Data, 1985
27. Boyd EM, Fales AW. Reflective learning: the key to learning from experience. *J Humanist Psychol* 1983, 23:99–117
28. Lee S, Marcus Y, Chiub L, Tsang A, Chua H, Kleinmand A. Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong. *Soc Sci Med* 2006, 62:1685–1696
29. Link GB, Phelan, JC. Conceptualising stigma. *Ann Rev Sociol* 2001, 27 363–385
30. Corrigan P, Wassel A. Understanding and influencing the stigma of mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Hlth Serv* 2008, 46:42–48, PMID:18251351
31. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey JA, Salahi J, Struening EL et al. Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatr Serv* 2001, 52:1627–1632, doi:10.1176/appi.ps.52.12.1627
32. Koch T, Jenkin P, Kralik D Chronic illness self-management: locating the 'self'. *J Advanc Nurs* 2004, 4:484–492, http://www.rima.org/web/medline_pdf/JAdvNurs_484-92.pdf
33. Candini V, Buizza C, Ferrari C, Caldera MT, Ermentini R, Ghilardi A et al. Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. *J Affect Disord* 2013, 151:149–155, doi: 10.1016/j.jad.2013.05.069

Αλληλογραφία: Α. Χατζηωάννου, Τριπτολέμου 10, 2044 Κύπρος
 Τηλ: (+357) 99896983
 e-mail: Hatzioannou.a@hotmail.com