

Katarzyna Jakuszkowiak-Wojten<sup>1</sup>, Maria Gatuszko-Węgielnik<sup>1</sup>, Anna Wojtas<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Klinika Chorób Psychicznych i Zaburzeń Nerwicowych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego  
<sup>2</sup>Poradnia Zaburzeń Snu Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku

## Rola psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych

*The role of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorders treatment*

### Abstract

The aim of this monograph was to present cognitive-behavioral conception of treatment of bipolar disorder. Short description of cognitive model of this disorder was presented and next basic rules of cognitive-behavioral treatment conception of bipolar disorder was suggested. Finally a short research on effectiveness of this kind of treatment was presented.

*Psychiatry 2012; 9, 1: 36–41*

**key words:** cognitive-behavioral therapy, bipolar disorders, cognitive-behavioral model of affective disorders

### Wstęp

Choroba afektywna dwubiegunowa (CHAD) jest ciężkim, przewlekłym schorzeniem charakteryzującym się występowaniem, z różną częstotliwością, faz depresyjnej i maniakalnej. Oba stany wpływają negatywnie na funkcjonowanie społeczne, powodują zmiany poznawcze, behawioralne i emocjonalne. Dla stanu depresji typowy jest smutek, dla stanu manii — euforia, ale w obu przypadkach można także obserwować rozdrażnienie, niepokój i gniew [1]. Opisywane są także stany mieszane, w których jednocześnie współwystępują objawy i cechy zarówno manii, jak i depresji. Rozpowszechnienie zaburzenia afektywnego dwubiegunowego wynosi około 4% populacji, a jeśli uwzględnić formy atypowe — nawet 6,5% populacji [2]. Wiek zachorowania to najczęściej 20.–30. rok życia, jednakowo często chorują kobiety, jak i mężczyźni [3].

Średnio w ciągu życia występuje 5–10 epizodów afektywnych. Jeżeli częstość epizodów afektywnych jest większa i wynosi 4 lub więcej w ciągu roku — mówi się o postaci CHAD z szybką zmianą faz [4]. Wyniki badań wskazują, że ryzyko nawrotu w ciągu pierwszych 6 miesięcy wynosi 19–30%, w ciągu roku 37–41%, po 2 latach od osiągnięcia remisji 25–59% [5]. Etiologię zaburzenia afektywnego dwubiegunowego najlepiej wyjaśnia model podatność–stres uwzględniający rolę czynników: biologicznych, psychologicznych i społecznych [6]. Wśród czynników biologicznych istotną rolę odgrywają geny, które w odpowiedniej konfiguracji i interakcji z czynnikami środowiskowymi mogą przyczynić się do zachorowania, jak również odpowiadają za przebieg lub nasilenie objawów choroby (np. determinują wystąpienie szybkiej zmiany faz czy pojawienie się zachowań samobójczych) [7].

Pacjentów z CHAD w porównaniu z grupą kontrolną charakteryzują: niestabilne poczucie własnej wartości, nadmiernie uogólniona pamięć autobiograficzna, słabsza umiejętność rozwiązywania problemów, wysoka potrzeba akceptacji społecznej i perfekcyj-

### Adres do korespondencji:

lek. Katarzyna Jakuszkowiak-Wojten  
Klinika Chorób Psychicznych i Zaburzeń Nerwicowych  
GUMed  
ul. Dębinki 7, 80–952 Gdańsk  
e-mail: k.jakuszkowiak@gumed.edu.pl

nizm [6, 8]. Dane te mogą sugerować, że samo leczenie farmakologiczne nie jest wystarczające w zapobieganiu nawrotom oraz osiągnięciu pełnej remisji. W swoich badaniach Neale wykazała, że występowanie chwiejnego poczucia własnej wartości w połączeniu z nierealistycznymi kryteriami sukcesu może predysponować do zaburzeń dwubiegunowych [9]. W badaniach, które przeprowadzili Bentall i Kinderman, osoby z CHAD w fazie depresyjnej wykazywały wysoką rozbieżność między ja realnym a ja idealnym w porównaniu z grupą kontrolną, natomiast pacjenci w fazie maniakalnej — większą zgodność między ja realnym a idealnym niż osoby z grupy kontrolnej [10].

W związku z przewlekłym przebiegiem schorzenia, nawrotowością i wysokim ryzykiem samobójstwa, chorzy z CHAD wymagają kompleksowego podejścia, uwzględniającego zarówno farmakoterapię, jak i pomoc psychoterapeutyczną.

#### **Współwystępowanie zaburzeń psychicznych z chorobą afektywną dwubiegunową**

Z chorobą afektywną dwubiegunową współwystępuje wiele zaburzeń. Najczęściej spotykanymi są: uzależnienie od substancji psychoaktywnych (głównie od alkoholu), zaburzenia lękowe (m.in. fobie specyficzne, fobia społeczna, lęk napadowy, zespół stresu pourazowego itp.), zaburzenia osobowości (najczęściej zaburzenie osobowości z pogranicza) oraz zaburzenia odżywiania [11–13].

Czasami choroby współlistniejące zamazują zasadniczy obraz CHAD, dlatego wymagana jest duża czujność diagnostyczna.

#### **Leczenie**

W leczeniu CHAD podstawową rolę odgrywa farmakoterapia. Stosuje się leki stabilizujące nastrój (np. karbamazepinę, kwas walproinowy, lit itp.) oraz neuroleptyki. Na świecie istnieją zalecenia i standardy dotyczące terapii CHAD. Również w Polsce w 2011 roku ogólnopolski zespół ekspertów, pod redakcją prof. Jaremy, opracował standardy leczenia niektórych zaburzeń psychicznych, między innymi CHAD. W szczegółowym opisie leczenia poszczególnych postaci CHAD uwzględniono, obok leczenia farmakologicznego, również rolę psychoterapii.

#### **Oddziaływania psychoterapeutyczne w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych**

Próby stosowania psychoterapii w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych sięgają początku XX wieku. Pierwsze działania zostały podjęte przez tera-

peutów psychoanalitycznych, jednak z perspektywy czasu okazały się one nieskuteczne [2].

Dalsze badania wykazały, że elementy terapii interpersonalnej w połączeniu z technikami behawioralnymi mogą być stosowane w leczeniu zaburzeń dwubiegunowych. Ich skuteczność przejawia się w dobrej współpracy w zakresie przyjmowania leków oraz utrzymywania pożądanego relacji interpersonalnych [2, 7].

Na uwagę zasługuje również opracowana przez Frank i wsp. terapia rytmów społecznych. Zakłada ona, że różne wydarzenia mogą znacznie zmienić normalne funkcjonowanie społeczne pacjenta. To w efekcie może prowadzić do zaburzenia rytmów biologicznych i w konsekwencji wywołać epizod choroby [14].

Ważną rolę wspomagającą leczenie CHAD odgrywa terapia rodzin. Dzięki niej pacjent może zyskać oparcie w bliskich, którzy lepiej rozumieją jego chorobę [15].

Terapia poznawczo-behawioralna (CTB, *cognitive behaviour therapy*) łączy w sobie elementy oddziaływań interpersonalnych, regulację rytmów biologicznych, z elementami poznawczymi i behawioralnymi — co decyduje o jej przydatności w leczeniu CHAD [16].

Oddziaływania psychoterapeutyczne mają zastosowanie w leczeniu fazy aktywnej choroby (głównie w depresji), jak również odgrywają istotną rolę w zapobieganiu nawrotom [2, 7, 17–20]. Pamiętać jednak należy, że pomimo dobrych efektów stosowania różnych metod terapeutycznych są one tylko uzupełnieniem farmakoterapii.

#### **Terapia poznawczo-behawioralna**

Terapia poznawczo-behawioralna powstała w latach 60. XX wieku jako odpowiedź na ograniczenia istniejących już form psychoterapii. Połączenie teorii poznawczej i behawioralnej koncentruje się na sposobie, w jaki człowiek postrzega siebie, świat i innych ludzi, oraz na tym, jakie działania podejmuje. Na różnych etapach życia sformułowane są przekonania o sobie, świecie i innych ludziach. Część z tych przekonań utrzymuje się przez całe życie, a niektóre z nich podlegają modyfikacji wraz z nabywaniem doświadczeń życiowych — tak powstaje schemat poznawczy każdego człowieka. Niektóre elementy schematu bywają zniekształcone przez błędy we wnioskowaniu, tak zwane zniekształcenia poznawcze. Do często występujących zniekształceń poznawczych należą: myślenie czarno-białe, wyolbrzymianie, katastrofizacja, pomniejszanie pozytywów itp. [21] Zauważono, że pacjenci z taką samą diagnozą prezentują podobne myślenie (tzw. specyficzność poznawcza), na przykład „jestem do niczego” w depre-

sji, „ośmieszę się” w fobii społecznej itp. Fakt ten umożliwił stworzenie ogólnych modeli poznawczych dla większości zaburzeń na bazie wiedzy medycznej i specyficzności poznawczej [21].

Terapia poznawczo-behawioralna stosowana jest na całym świecie jako wyłączna lub dodatkowa metoda leczenia wielu zaburzeń, na przykład zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, zaburzeń stresu pourazowego, zaburzeń osobowości, zaburzeń odżywiania, depresji nawracającej, w przewlekłym bólu, hipochondrii i schizofrenii [22]. Terapię można stosować niezależnie od wieku pacjenta i stopnia wykształcenia.

W pracy z pacjentem poszczególne modele dostosowuje się do jego indywidualnych cech i potrzeb. Terapia jest zorientowana na cel, ma określoną strukturę i zakres czasowy. Ze względu na jej charakter edukacyjny wymagana jest ścisła współpraca pacjenta z terapeutą. Podczas pracy z pacjentem korzysta się z wielu technik poznawczych i behawioralnych, które mają na celu zmianę myślenia, emocji i zachowań [23, 24].

#### Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu CHAD

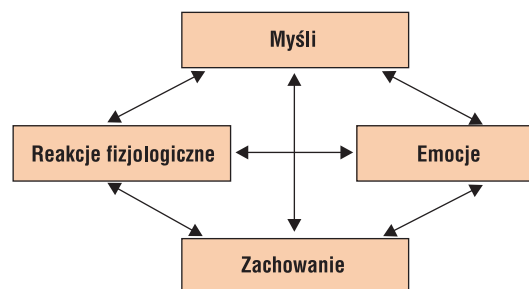
Jak wspomniano wcześniej, w CBT istotne jest oparcie się na modelu poznawczym zaburzenia i dostosowanie jego ogólnych zasad do potrzeb konkretnego pacjenta. W pracy nad CHAD oparto się na istniejącym modelu depresji Becka opracowanym dla zaburzenia afektywnego jednobiegunowego (CHAJ).

Beck opisał negatywną triadę poznawczą obejmującą negatywne postrzeganie siebie, otaczającej rzeczywistości i przyszłości. Pacjenci prezentujący taki typ myślenia są bardziej podatni na powstanie depresji [25]. Model manii Becka jest lustrzanym odbiciem modelu depresji. Triada maniakałna obejmuje pozytywnie zniekształcony obraz siebie, otaczającej rzeczywistości i przyszłości [6].

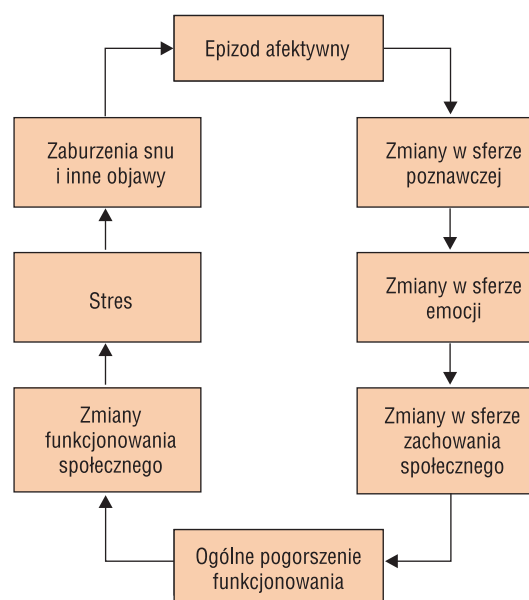
Taki charakterystyczny rodzaj myślenia wpływa na nastrój, zachowanie i reakcje fizjologiczne na zasadzie sprzężeń zwrotnych [26] (ryc.1).

Według Coloma i Viety leczenie depresji w przebiegu CHAD z wykorzystaniem klasycznego modelu Becka nie sprawdza się. Uważają oni, że inna specyfika objawów depresji w przebiegu CHAD (większe nasilenie zmęczenia, apatia, duże zahamowanie, hipersomnia) w porównaniu z CHAJ (chorobą afektywną jednobiegunową), wymagają głównie podejścia behawioralnego, a nie poznawczego [2].

Model uwzględniający większość aspektów CHAD zaproponowała Basco (ryc. 2). Zakłada on, że epizod afektywny i związana z nim zmiana poznawcza powodują konsekwencje w zakresie emocji oraz za-



**Rycina 1.** Zależność między myślami, emocjami, reakcjami fizjologicznymi i zachowaniem według Padesky (źródło: [26])  
**Figure 1.** The correlation between thoughts, emotions, physiological reactions and behaviour according to Padesky



**Rycina 2.** Poznawczo-behawioralny model zaburzeń afektywnych według Basco (źródło: [27])

**Figure 2.** Basco's cognitive-behavioural model of affective disorders

chowania. Zmiany te prowadzą do pogorszenia ogólnego funkcjonowania (w tym społecznego), co z kolei jest związane z nasileniem stresu, zaburzeniem rytmów biologicznych i ma wpływ na zaostrzenie objawów afektywnych [27].

Terapia poznawczo-behawioralna poprzez zmiany na poziomie poznawczym, behawioralnym i afektywnym może korzystnie wpływać na przebieg choroby i lepszy sposób radzenia sobie z nią.

Powinna zawierać kilka elementów: konceptualizację problemu pacjenta (zbadanie schematu poznaw-

czego na podstawie wywiadu, zidentyfikowanie niekształceń poznawczych, sposobów kompensacji itp.), psychoedukację dotyczącą natury zaburzenia i leczenia (rola farmakoterapii), oddziaływania behawioralne (np. higiena snu, planowanie aktywności itp.), pracę poznawczą związaną ze zmianą dysfunkcyjnych przekonań, naukę rozwiązywania problemów i zapobiegania ich powstawaniu, stworzenie planu działania na wypadek nawrotu [28].

Model CBT nie wyjaśnia manii z dysforią ani stanów mieszanych [28]. Interwencje poznawczo-behawioralne możliwe są na każdym etapie choroby, w zależności od stanu pacjenta. Ciężkie objawy psychotyczne, znaczne zahamowanie psychoruchowe, niemożność utrzymania uwagi są przeszkodą w zastosowaniu CBT. Czas trwania kontaktu terapeutycznego zależy od stopnia nasilenia objawów: w okresach zaostrzeń są to raczej krótkie interwencje (15–20 min), w eutmii około 60 min [1].

#### **Barceloński Program Psychoedukacyjny**

Psychoedukacja odgrywa szczególnie ważną rolę w leczeniu CHAD i zapobieganiu nawrotom. Jej skuteczność została potwierdzona w badaniach [29–31].

Colom i Vieta opracowali specjalny program dla pacjentów z rozpoznaniem CHAD [2]. Zakłada on spotkania raz w tygodniu przez około 6 miesięcy. Spotkania odbywają się w grupach liczących około 10 osób, trwają 90 min. Plan każdego spotkania jest ściśle określony.

Przez pierwsze 6 spotkań przedstawiane są informacje na temat choroby: czynniki etiologiczne, objawy, przebieg zaburzenia, rokowanie. Kolejne spotkania koncentrują się na farmakoterapii. Omawia się grupy leków, działania niepożądane, ryzyko związane z przerwaniem leczenia. Osobnym tematem poruszonym z pacjentami jest wpływ substancji psychoaktywnych na przebieg choroby i leczenia. Dalsze spotkania koncentrują się na nauce wczesnego rozpoznawania nawrotów i sposobów radzenia sobie z nimi. Końcowym elementem programu jest nauka radzenia sobie ze stresem, wyrabiania nawyków regularnego trybu życia, jak również umiejętności rozwiązywania problemów.

#### **Badania nad skutecznością terapii poznawczo-behawioralnej w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych**

Pierwsze badania nad skutecznością CBT przeprowadziła Cochran w 1984 roku. Celem jej badania była ocena wpływu stosowania CBT na współpracę w zakresie przyjmowania leków u pacjentów zażywających

lit. Program obejmował sześć 1-godzinnych sesji, odbywających się raz w tygodniu. Podczas 6-miesięcznej obserwacji po zakończeniu badania nawroty epizodów afektywnych w grupie kontrolnej (otrzymującej tylko farmakoterapię) były częściej wywołane odstawieniem litu niż w grupie z farmakoterapią i CBT [32].

Do chwili obecnej wykonano wiele badań oceniających skuteczność CBT jako metody uzupełniającej farmakoterapię. Badania różnią się w niewielkim stopniu protokołami terapeutycznymi: częstością i długością spotkań oraz zastosowaniem różnych technik poznawczych i behawioralnych, większość z nich zakładała jednak protokół 22-sesyjowy. Wyniki nie są jednoznaczne. W większości przypadków wykazano różnice pomiędzy badanymi grupami. U chorych, którzy oprócz farmakoterapii uczestniczyli w CBT, zaobserwowano poprawę ogólnego funkcjonowania, polepszenie jakości życia i przystosowania społecznego. Opisywano mniejszą częstotliwość i krótszy czas trwania epizodów afektywnych, a także częstość hospitalizacji. Zaobserwowano też poprawę w zakresie przyjmowania leków. Efekty te utrzymywały się nawet do 2 lat po zakończeniu terapii [33–35]. Okazało się jednak, że większość tych danych dotyczy grup pacjentów z niewielką liczbą epizodów afektywnych w przeszłości. Nie uwzględniano chorych ze stanami mieszanymi czy z szybką zmianą faz. Późniejsza metaanaliza częściowo podważyła te wnioski, wykazując, że liczba epizodów afektywnych w przeszłości nie ma wpływu na dobre efekty terapii [33].

Wyniki badań dotyczących skuteczności zastosowania CBT u pacjentów z nowo zdiagnozowaną CHAD nie różnią się od wyników uzyskanych w grupie pacjentów z długoletnim przebiegiem choroby. Podobne wyniki dotyczą grupy chorych z szybką zmianą faz [36, 37].

Metaanaliza (1980–2008) dotycząca skuteczności CBT w leczeniu CHAD wykazała pozytywny wpływ na objawy kliniczne, stosowanie się do leczenia, jakość życia. Jednak skuteczność CBT była większa w okresie zaraz po leczeniu niż w okresie *follow-up*. Wyniki te sugerują konieczność modyfikacji protokołu CBT z większym naciskiem na działania długofalowe [38].

Obiecujące efekty obserwuje się podczas stosowania CBT u pacjentów z CHAD w okresie eutmii. W porównaniu z grupą chorych leczonych tylko farmakologicznie, grupa badana charakteryzowała się dłuższymi okresami czasu oddzielającymi epizody afektywne [39].

**Podsumowanie**

Choroba afektywna dwubiegunowa jest ciężkim, przewlekłym schorzeniem wymagającym specjalnego podejścia terapeutycznego. Farmakoterapia jest podstawą leczenia, ale istotną rolę odgrywa też psychoterapia. Wydaje się, że psychoterapia poznawczo-behawioralna łączy w sobie najwięcej skutecznych oddziaływań. Nie znajduje to jednoznacznego potwierdzenia w piśmiennictwie. Większość badań podkreśla jej rolę w odniesieniu do poprawy dyscy-

pliny lekowej, zmniejszenia częstości hospitalizacji, wydłużenia okresów eutymii, zmniejszenia nawrotów i poprawy jakości życia. Niektóre prace zawężają pozytywne efekty tylko do określonych grup chorych, inne to negują, wykazując skuteczność u wszystkich pacjentów. Część badań wskazuje na długofalowość efektów CBT, inne z kolei temu zaprzeczają. Niejednoznaczność danych skłania do modyfikacji dotychczasowych protokołów terapeutycznych z uwzględnieniem działania długofalowego.

**Streszczenie**

Celem pracy było przedstawienie roli terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej. Zaprezentowano w niej skrótowy opis podejścia poznawczego, a następnie przedstawiono zasady terapii w nurcie poznawczo-behawioralnym. Na zakończenie dokonano przeglądu piśmiennictwa dotyczącego skuteczności CBT w leczeniu CHAD.

**Psychiatria 2012; 9, 1: 36–41**

**słowa kluczowe:** terapia poznawczo-behawioralna, choroba afektywna dwubiegunowa, model poznawczo-behawioralny zaburzeń afektywnych

**Pytania**

- O przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej z szybką zmianą faz mówimy, gdy:
  - liczba epizodów afektywnych w ciągu roku wynosi 4 i więcej
  - liczba epizodów afektywnych w ciągu roku wynosi 3 i więcej
  - liczba epizodów afektywnych w ciągu dnia wynosi 4 i więcej
  - liczba epizodów afektywnych w ciągu tygodnia wynosi 4 i więcej
- W leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej najlepsze efekty uzyskuje się, stosując:
  - farmakoterapię
  - psychoterapię
  - farmakoterapię oraz psychoterapię
  - psychoedukację
- Z chorobą afektywną dwubiegunową współwystępują najczęściej:
  - zaburzenia osobowości *borderline*
  - uzależnienie od substancji psychoaktywnych

- zaburzenia lękowe
- wszystkie wyżej wymienione

- Najczęstsze zniekształcenia poznawcze w fazie depresyjnej choroby afektywnej dwubiegunowej to:
  - myślenie czarno-białe
  - katastrofizacja
  - wyolbrzymianie
  - wszystkie wyżej wymienione
- Interwencje poznawczo-behawioralne możliwe są w następujących fazach chorobowych:
  - depresyjnej
  - maniakalnej
  - mieszanej
  - wszystkie wyżej wymienione

Poprawne odpowiedzi do numeru 3 na 2011

**Hematologiczne działania niepożądane leków psychotropowych — wskazówki dla lekarza praktyka**  
Tomasz Pawełczyk, Agnieszka Pawełczyk, Jolanta Rabe-Jabłońska

1. D, 2. B, 3. D, 4. C, 5. B



## Piśmiennictwo

1. Basco M.R., Ladd G., Myers D., Tyler D. Combining medication treatment and cognitive-behavior therapy for bipolar disorder. *J. Cognitive Psychotherapy* 2007; 21 (1): 7–15.
2. Colom F., Vieta E. Podręcznik psychoedukacji w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych. MediPage. Warszawa 2009: 3–19.
3. Bilikiewicz A. (red.). *Psychiatria dla studentów medycyny*. PZWL. Warszawa 1998: 279.
4. Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. *Psychiatria Urban & Partner*, Wrocław 2003; 2: 384.
5. Jarema M. Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. *Via Medica*, Gdańsk 2011: 48.
6. Reinecke M.A., Clark D.A. *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005: 54–73.
7. Rybakowski J. Oblicza choroby maniako-depresyjnej. *Termedia*, Poznań 2008: 130–142.
8. Scott J., Stanton B., Garland A., Ferrier I.N. Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorders. *Psychol. Med.* 2000; 30: 467–472.
9. Neale J.M. Defensive function of manic episodes. W: T.F. Oltmanns, Maher B. *Delusional Beliefs*. Wiley, New York 1988: 48–61.
10. Bentall R.P., Kinderman P. Self-regulation, affect and psychosis: the role of social cognition in paranoia and mania. W: Dalglish T., Power M. *Handbook of cognition and emotion*. Wiley, New York 1999: 353–381.
11. Grabski B., Dudek D. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych a choroba afektywna dwubiegunowa. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 2007.
12. Swann A.C. The strong relationship between bipolar and substance-use disorder. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2010; 1187: 276–293.
13. Baldassano C.F. Illness course, comorbidity, gender and suicidality in patients with bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry* 2006; 67 (11): 8–12.
14. Frank E.D., Kupfer J., Ehlers C.L. i wsp. Interpersonal and social rhythm therapy for bipolar disorder: Integrating interpersonal and behavioural approaches. *Behaviour Therapy* 1994; 17: 153–166.
15. Miller I.W., Keitner G.I., Ryan C.E., Uebelacker L.A., Johnson S.L., Solomon D.A. Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. *J. Clin. Psychiatry* 2008; 69 (5): 732–740.
16. NICE. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
17. Lauder S.D., Berk M., Castle D.J., Dodd S., Berk L. The role of psychotherapy in bipolar disorder. *Med. J. Aust.* 2010; 16: 193 (4): 31–35.
18. Miklowitz D.J. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *Am J Psychiatry* 2008; 165 (11): 1408–1419.
19. Beynon S., Soares-Weiser K., Woolacott N., Duffy S., Geddes J.R. Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: systematic review of controlled trials. *Br. J. Psychiatry* 2008; 192 (1): 5–11.
20. Rizvi S., Zaretsky A.E. Psychotherapy through the phases of bipolar disorder: evidence for general efficacy and differential effects. *J. Clin. Psychol.* 2007; 63 (5): 491–506.
21. Popiel A., Pragłowska E. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Paradygmat*, Warszawa 2008.
22. Butler A.C., Chapman J.E., Forman E.M., Beck A.T. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review* 2006; 26: 17–31.
23. Alford B., Beck A. *Terapia poznawcza jako integrująca psychoterapię*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005: 9–20.
24. Beck J. *Terapia poznawcza*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005.
25. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. *Cognitive therapy of depression*. Guilford, New York 1979.
26. Padesky Ch., Greenberger D. *Umysł ponad nastrojem*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004: 18.
27. Basco M.R. *Zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Podręcznik pacjenta. Jak opanować wahania nastroju?* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008: 9.
28. Popiel A., Pragłowska E. Podstawy psychoterapii poznawczo-behawioralnej w zaburzeniach dwubiegunowych. *Wiadomości Psychiatryczne* 2005; 8 (1).
29. Colom F. Achieving remission and recovery in bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry* 2010; 71 (11): e32.
30. Vieta E. Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation. *J. Clin. Psychiatry* 2005; 66 (1): 24–29.
31. Colom F., Vieta E., Reinares M. i wsp. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *J. Clin. Psychiatry* 2003; 64 (9): 1101–1105.
32. Cochran S.D. Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J. Consult. Clin. Psychology* 1984; 52: 873–878.
33. Lam DH, Burbeck R, Wright K, Pilling S. Psychological therapies in bipolar disorder: the effect of illness history on relapse prevention — a systematic review. *Bipolar Disord.* 2009; 11 (5): 474–482.
34. da Costa R.T., Rangé B.P., Malagris L.E., Sardinha A., de Carvalho M.R., Nardi A.E. Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder. *Expert Rev. Neurother.* 2010; 10 (7): 1089–1099.
35. Scott J., Garland A., Moorhead S. A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychological Medicine* 2001; 31: 459–467.
36. Jones S.H., Burrell-Hodgson G. Cognitive-behavioural treatment of first diagnosis bipolar disorder. *Clin. Psychol. Psychother.* 2008; 15 (6): 367–377.
37. Reilly-Harrington N.A., Deckersbach T., Knaut R. i wsp. Cognitive behavioral therapy for rapid-cycling bipolar disorder: a pilot study. *J. Psychiatr. Pract.* 2007; 13 (5): 291–297.
38. Szentagotai A., David D. The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a quantitative meta-analysis. *J. Clin. Psychiatry* 2010; 71 (1): 66–72.
39. Gomes B.C., Abreu L.N., Brietzke E. i wsp. A randomized controlled trial of cognitive behavioral group therapy for bipolar disorder. *Psychother. Psychosom.* 2011; 80 (3): 144–150.