

Bartłomiej Budziński, Jacek Leszczyński, Jan Jaracz

Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Znaczenie psychoedukacji w terapii choroby afektywnej dwubiegunowej

The meaning of psychoeducation in bipolar affective disorder treatment

Abstract

The chronic nature of bipolar disease, its cyclic course and prevalence rates between 0,4 to 1,5% and implicates multiple consequences involving both individual functioning of the patient as well as public health. It is substantial to make every effort towards optimization of treatment effects. According to modern standards the basis of bipolar affective disorder therapy is the administration of mood stabilizers and psychotherapeutic methods. In most cases, patients between 2 and 4 weeks before the onset of full-blown episode, present prodromal symptoms specific for the patient. The aim of psychosocial guidance, such as psychoeducation, is development in a patient the strategy of early diagnosis and response. Psychoeducation (PE) combines elements of group therapy, interpersonal, cognitive-behavioral and family intervention. The outstanding example is the model designed by Francesco Colom and Eduardo Vieta from University of Barcelona. This model emphasizes the role of participant's identification with group process along detailed scenarios of the course of disease presented by professionals and other patients' own experience from autopsy. Results of studies performed with different methods estimated efficacy of PE in bipolar illness with regard to reduction of frequency and duration of manic episodes, depressive and mixed disorders, reduction in intensity of symptoms, improvement of patient's insight in the matter of the disease and growth of commitment in the cooperation with therapist. It highlights the relation of these aspects to such variables as the length of the disease, the number of episodes in the past, the moment of deployment of psychoeducation and specificity of particular like the one run by the authors of the article in Poznan Adult Psychiatry Clinic.

Psychiatry 2016; 13, 1: 31–38

Key words: bipolar affective disorder, normothymic drugs, psychoeducation

Wstęp

Rozpowszechnienie choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD), w zależności od przyjętych kryteriów diagnostycznych, mieści się w przedziale 0,4–1,5% (odpowiednio 0,7–1,0% dla ChAD typu I i ok. 0,5% dla typu II). Po uwzględnieniu postaci łagodnych, określanych jako spektrum ChAD, wzrasta do 5%. Według badań opublikowanych w marcu 2011 roku, w ramach których przebadano 61 392 osoby w 11 krajach, rozpowszechnienie ChAD typu I wynosi 0,6%, typu II: 0,4%,

a dla postaci subklinicznych: 1,4%, natomiast biorąc pod uwagę całe spektrum ChAD, wzrasta do 2,4% [1]. Przewlekły charakter choroby i jej cykliczny przebieg pociągają za sobą liczne konsekwencje dotyczące zarówno pacjentów, jak i szeroko rozumianego środowiska z nimi związanego. Zdaniem niektórych badaczy, znaczne pogorszenie funkcjonowania i samopoczucia pacjentów cierpiących na ChAD, nawet w okresie remisji, sprawia, że choroba afektywna dwubiegunowa stanowi jeden z głównych problemów zdrowia publicznego [2]. Ponieważ ChAD dotyczy w większości ludzi czynnych zawodowo, a nawroty wiążą się z upośledzeniem funkcjonowania społecznego i zawodowego oraz ryzykiem hospitalizacji, istotne znaczenie ma zatem aspekt materialny. W 1991 roku w Stanach Zjednoczonych, całkowity koszt ChAD oszacowano na 45 miliardów USD, z czego tylko 7 mi-

Adres do korespondencji:

Jacek Leszczyński
Klinika Psychiatrii Dorosłych UM
ul. Szpitalna 27/33, 60–572 Poznań
tel: 61 8491 531, faks: 61 8480 392
e-mail: jaleszczyński@gmail.com

liardów wyniosły koszty hospitalizacji i leków, natomiast pozostałe, 38 miliardów stanowiły, obciążenia związane z absencją, obniżoną zdolnością lub niezdolnością do pracy [3]. Zaburzenia afektywne są jedną z głównych przyczyn samobójstw. Ocenia się, że na 3275 przypadków śmierci samobójczej — 43,2% dokonali pacjenci cierpiący na zaburzenia afektywne [4]. Ponadto ChAD zwiększa liczbę konfliktów rodzinnych i małżeńskich, w tym także separacji i rozwodów. Choroba ta jest zaburzeniem o wysokim stopniu nawrotowości; Tohen i wsp [5]. podają, że nawroty występują u 51% pacjentów po roku od wystąpienia epizodu i u 72% pacjentów po czterech latach, natomiast Gitlin i wsp [6]. wykazują nawroty u 37% pacjentów po roku, u 60% po dwóch latach i u 73% pacjentów po pięciu latach od zakończenia hospitalizacji. Biorąc pod uwagę poważne obciążenie, jakie choroba afektywna dwubiegunowa niesie za sobą, istotne jest podejmowanie wszystkich możliwych działań zmierzających do optymalizacji efektów leczenia.

Leczenie ChAD

Według współczesnych standardów leczenia ChAD podstawą terapii jest stosowanie leków normotymicznych oraz metod psychoterapeutycznych. W farmakoterapii ChAD szczególne miejsce zajmują klasyczne leki normotymiczne: sole litu, walproiniiany oraz karbamazepinę. Do leków drugiej generacji zalicza się lamotryginę, kwetiapinę, olanzapinę oraz aripiprazol. Warunkiem skuteczności leków normotymicznych jest ich systematyczne zażywanie.

Według danych World Health Organization z 2003 roku, tylko 50% chorych na schorzenia przewlekłe w krajach o wysokim rozwoju ekonomicznym stosuje leki według zaleceń lekarskich. Wyniki badań Keck i wsp. [7] oraz Maarbjerg i wsp. [8] wykazały, że 25–64% pacjentów z ChAD, zażywało leki nie w pełni zgodnie z instrukcją, natomiast wśród pacjentów wyrównanych 60% stosowało się w pełni do zaleceń, 27% częściowo, a aż 13% nie stosowało leków wcale [9]. W przypadku pacjentów leczonych litem, średni okres stosowania się do zaleceń wynosił tylko 76 dni [10]. Powodów wpływających na niewłaściwą współpracę pacjentów jest wiele, zazwyczaj wiążą się one z brakiem wglądu, co prowadzi do wyparcia informacji na temat cyklicznego i przewlekłego charakteru choroby i zaniegowania konieczności długotrwałej farmakoterapii [11]. Czynniki związane ze zjawiskiem niestosowania się do zaleceń przedstawiono w tabeli 1 [12].

Objawy prodromalne depresji i manii

U większości pacjentów z ChAD w okresie 2–4 tygodni przed wystąpieniem pełnoobjawowego epizodu występują specyficzne dla pacjenta i rodzaju epizodu

Tabela 1. Czynniki związane z niestosowaniem się do zaleceń lekarskich w chorobie afektywnej dwubiegunowej

Table 1. Clinical factors associated with treatment noncompliance in bipolar patients

Brak wglądu
Zaprzeczenie hipomanii
Podwyższony nastrój
Płeć męska
Młody wiek
Stan wolny
Niski poziom wykształcenia
Niestosowanie się do zaleceń, w wywiadzie
Dysfunkcje poznawcze
Liczba przebytych epizodów
Współwystępujące zaburzenia osobowości
Wczesny początek
Liczne hospitalizacje
Nadużywanie substancji psychoaktywnych
Niskie wsparcie społeczne
Niezgodne z nastrojem objawy psychotyczne
Stopień nasilenia objawów manii
Politerapia
Działania niepożądane

objawy prodromalne [13]. Kilka badań wskazuje, że pacjenci łatwiej rozpoznają objawy prodromalne manii niż depresji. W badaniu Molnar i wsp. [14] (1988 — 20 pacjentów) 30% pacjentów nie rozpoznawało prodromów depresji, objawy prodromalne manii potrafiło rozpoznać 100% pacjentów. Podobnie Keitner i wsp. [15] opisali nierozpoznanie objawów prodromalnych depresji u 22%, a manii u 13% oraz Lam i wsp. [16] gdzie wczesnych objawów depresji nie rozpoznawało 25% pacjentów, manii tylko 7,5%. Natomiast w badaniu Smith i wsp. [17]. 85% pacjentów potrafiło zidentyfikować objawy zbliżającej się depresji, a 75% objawy manii. Objawy prodromalne manii trwają dłużej niż objawy poprzedzające depresję — zgodność w badaniach Molnar i wsp. oraz Smith i wsp. — odpowiednio 20, 5 i 28,9 dni dla manii oraz 11 i 18,8 dni dla depresji. Symptomy poprzedzające manię mają charakter behawioralny, natomiast przed depresją można mówić zarówno o objawach behawioralnych, jak i poznawczych i somatycznych [18]. Wśród pacjentów uczestniczących we wspomnianych 4 badaniach istniała duża zgodność w zgłaszanych dolegliwościach poprzedzających manię,

Tabela 2. Sesje wchodzące w skład programu barcelońskiego**Table 2.** Sessions of psychoeducational program by University of Barcelona

1.	Wprowadzenie
2.	Czym jest ChAD
3.	Przyczyny i czynniki spustowe
4.	Objawy: mania i hipomania
5.	Objawy: depresja i epizody mieszane
6.	Przebieg i rokowanie
7.	Leczenie: leki normotymiczne
8.	Leczenie: leki stosowane w fazie maniakalnej
9.	Leczenie: leki przeciwdepresyjne
10.	Poziomy litu, walproinianów i karbamazepiny w surowicy
11.	Ciąża i poradnictwo genetyczne
12.	Psychofarmakologia a terapie alternatywne
13.	Ryzyko związane z odstawieniem leków
14.	Alkohol i inne substancje psychoaktywne; ryzyko w ChAD
15.	Wczesne wykrywanie epizodów maniakalnych i hipomaniakalnych
16.	Wczesne wykrywanie epizodów depresyjnych i mieszanych
17.	Co robić, kiedy zostaje rozpoznany nowy epizod?
18.	Regularny tryb życia
19.	Sposoby kontrolowania stresu
20.	Sposoby rozwiązywania problemów
21.	Zakończenie

ChAD — choroba afektywna dwubiegunowa

najczęściej były to: zmniejszenie potrzeby snu, zwiększenie aktywności i poczucia energii, a także potrzeby kontaktów towarzyskich, gonitwa myśli, podwyższenie samooceny, zwiększenie koncentracji i podwyższenie optymizmu. Najczęściej występującymi objawami prodromalnymi depresji były: zmniejszenie zainteresowań aktywnościami i kontaktami towarzyskimi, niezdolność do dystansowania się do obaw i lęków, zaburzenia snu, smutek i płaczliwość.

Celem oddziaływań psychoterapeutycznych i psychospołecznych jest między innymi wykształcenie u chorego strategii wczesnego reagowania, poprzez identyfikację objawów prodromalnych i kształtowanie umiejęt-

ści radzenia sobie z problemami. Umożliwiają one zrozumienie choroby oraz budują lub zwiększają jej świadomość, co wpływa korzystnie na stosowanie się do zaleceń lekarskich. Konsekwencją jest poprawa funkcjonowania społecznego i zawodowego.

Programy psychoedukacyjne

Psychoedukacja (PE) przeznaczona dla pacjentów z ChAD, łączy w sobie cechy terapii grupowej, interpersonalnej, poznawczo-behawioralnej oraz interwencji rodzinnej. Mimo że w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych była stosowana już w latach 70. i 80. XX wieku, dopiero pod koniec lat 90. [14] i na początku XXI wieku [19] ukazały się pierwsze poprawne metodologicznie badania potwierdzające jej skuteczność. Wzorcowym jest model opracowany przez Francesca Coloma i Eduarda Vietę z uniwersytetu w Barcelonie. Mimo że jej twórcy korzystają z wielu form oddziaływań psychoterapeutycznych, cały program eksponuje rolę informacji, jako głównego mechanizmu działań psychoedukacyjnych. Cele psychoedukacji zostały podzielone na 3 poziomy. Do pierwszorzędowych zaliczono: świadomość choroby, wczesne wykrywanie objawów prodromalnych i stosowanie się do zaleceń dotyczących leczenia. Cele drugorzędowe to: kontrolowanie stresu, unikanie substancji psychoaktywnych, prowadzenie regularnego trybu życia oraz zapobieganie zachowaniom suicydalnym. Natomiast za cele pożądate — trzeciorzędowe, uznano: poszerzenie wiedzy i radzenie sobie z psychospołecznymi konsekwencjami minionych i przyszłych epizodów, poprawa funkcjonowania między epizodami, radzenie sobie z rezydualnymi objawami subklinicznymi i upośledzeniem funkcjonowania, poprawa samopoczucia (dobrostanu) i jakości życia, osiągniętych jako zmniejszenie liczby epizodów i hospitalizacji. Program składa się z 21 sesji (tab. 2) [19].

Zazwyczaj w sesjach uczestniczy 8–12 pacjentów w wieku od 18. do 55. roku życia. Warunkiem uczestnictwa jest osiągnięcie stanu remisji objawów. Spotkania są prowadzone przez minimum 2 terapeutów (psychologów lub psychiatrów), trwają 90 minut i powinny odbywać się z częstotliwością: jeden raz w tygodniu. Pierwszą część każdej sesji otwiera nieformalna rozmowa, niekoniecznie związana z ChAD. Po kilku minutach pojawiają się zagadnienia związane tematem PE i często dyskusja, w której może uczestniczyć każdy członek sesji. Około 40 minut trwa interaktywny wykład dotyczący konkretnego tematu. Potem następują ćwiczenia grupowe — na przykład tworzenie różnych wykresów i dyskusja. Uczestnicy są zachęceni do zabierania głosu, lecz nie jest to konieczne. Terapeuci czuwają także nad tym, aby nikt nie zmonopolizował spotkania [19].

Badania skuteczności psychoedukacji

Opublikowano wyniki kilku badań oceniających skuteczność psychoedukacji. Wyniki Pierwszego badania ukazały się w 1991 roku. Objęto nim 60 pacjentów z rozpoznaniem ChAD [20], z których połowa obejrzała film informujący o działaniu litu. U pacjentów oglądających film zaobserwowano poprawę nastawienia do terapii litem. W 1996 roku wskazano, że interwencja psychologiczna poprawia stopień stosowania się do zaleceń lekarskich — badanie dotyczyło 47 pacjentów z objawami psychotycznymi, uczestniczących w 4–6 sesjach psychoterapeutycznych [21]. W 1998 roku udowodniono poprawę funkcjonowania pacjentów uczestniczących w 11-miesięcznej psychoedukacyjnej interwencji rodzinnej [22]. W 1999 roku Perry i wsp. [12] wykazali, że udział w 7–12 zajęciach psychoedukacyjnych dla pacjentów z ChAD wydłużał czas pomiędzy epizodami manii i zmniejszał ich liczbę. Podobnej zależności nie zaobserwowano natomiast w odniesieniu do depresji. W 2003 roku pierwsze wnioski z badań pacjentów uczestniczących w psychoedukacji, opublikowali twórcy Barcelońskiego Programu Psychoedukacyjnego [19]. Badaniem objęto 120 pacjentów z ChAD, którzy uczestniczyli w PE i w 6, 12, 18 i 24 miesiące po zakończeniu sesji. Uzyskane wyniki udowodniły profilaktyczną skuteczność psychoedukacji w zapobieganiu nawrotom wszystkich typów epizodów i zmniejszaniu ilości i czasu trwania hospitalizacji. Liczba nawrotów podczas trwania psychoedukacji (21 tygodni) wynosiła: 36 (60%) pacjentów w grupie kontrolnej (nie uczestniczących w PE), wobec 23 (38%) pacjentów biorących udział w sesjach. Po 2 latach liczby te wynosiły odpowiednio: 55 (90%) i 40 (67%). Podczas 21 tygodniowego okresu, hospitalizowanych było 8 (13,3%) pacjentów z grupy kontrolnej i 9 (16,1%) z grupy edukowanej, po 2 latach natomiast odpowiednio: 21 (35%) i 14 (25%). W grupie pacjentów uczestniczących w psychoedukacji zmniejszeniu uległ także średni czas trwania hospitalizacji w przeliczeniu na 1 pacjenta: 4,75 dnia wobec 14,83 dnia dla pacjentów z grupy kontrolnej. W 2009 roku opublikowano kolejne wnioski z programu barcelońskiego: 5 lat po zakończeniu psychoedukacji pacjenci uczestniczący w programie mieli mniej nawrotów niż ci, którzy nie brali w nim udziału (3,86 v. 8,37; $F = 23,6$; $p < 0,0001$), hospitalizowanych było odpowiednio 17 (30,4%) i 24 (40%) pacjentów z każdej grupy, a średni czas hospitalizacji na osobę wynosił 30 i 45 dni w odpowiednich grupach [23]. W 2010 roku opublikowano badania innej grupy, wskazujące na skuteczność psychoedukacji prowadzonej w dwunastu 90-minutowych sesjach przeznaczonych dla pacjentów i ich najbliższych. W badaniu wzięło udział 57 osób, z których 27 uczestniczyło w psychoedu-

kacji. Pacjentów obserwowano przez 60 tygodni po zakończeniu psychoedukacji. Wśród 45 pacjentów, którzy ukończyli badanie, 29 nie miało nawrotu w okresie prowadzonej obserwacji, z czego 17 uczestniczyło w psychoterapii, natomiast tylko 12 otrzymywało odpowiednie leczenie psychofarmakologiczne. Ponadto u pacjentów objętych psychoedukacją okres do pojawienia się nawrotu był o 11 tygodni dłuższy, a także osiągnęli oni mniejszą liczbę punktów w *Young Mania Rating Scale* (YMRS) w chwili nawrotu epizodu manii [24]. W 2011 roku opublikowano pracę, w której autorzy rozwijają i modyfikują model barceloński — powstaje program mający na celu poprawę jakości funkcjonowania — Functional Remediation for Bipolar Disorder. Składa się nań również 21 sesji, ale większy nacisk przywiązuje się do przykładów z codziennego życia, odgrywania konkretnych ról, rozwiązywaniu zadań, z którymi spotykają się pacjenci z ChAD, a także kontrolowania zaburzeń pamięci, zarządzania czasem i ustalania priorytetów. Oceny pacjentów dokonuje się wykorzystując baterię testów neuropsychologicznych, na przykład: *Frenchay Aphasia Screening Test* (FAST), *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHO-DAS-II), *The Short Form (36) Health Survey* (SF 36) [25], jak dotąd nie opublikowano jednak wyników.

W opublikowanym w 2009 roku przez Lama i wsp. [26] przeglądzie dziewięciu badań nad psychoedukacją w chorobie dwubiegunowej wskazano cztery badania [27–30], których wyniki wykazały silniejszy wpływ metody na redukcję objawów depresji oraz długość trwania epizodów depresyjnych. W jednym badaniu [31] ujawniono wyraźniejszy efekt w zapobieganiu nawrotom epizodów maniakalnych, w trzech [31–33] natomiast — zmniejszenie nasilenia objawów maniakalnych. Znacznie częstsze niż wśród pacjentów poddanych psychoedukacji przypadki występowania epizodów maniakalnych i mieszanych obserwowano w grupie kontrolnej randomizowanego badania skuteczności 12-tygodniowej interwencji psychospołecznych w ChAD [34], których wyniki opublikowano w 2013 roku. U żadnego z 50 pacjentów grupy badawczej w trwającej dziewięćmiesięcznej obserwacji nie wystąpił epizod mieszany bądź epizod manii. Odnotowano również skrócenie czasu trwania epizodów depresji. Nie obserwowano natomiast redukcji stopnia nasilenia objawów depresji i manii w ocenie z użyciem skal *The Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS) czy YMRS. Stafford i Colom w 2013 roku [35] donieśli o skuteczności psychoedukacji wyrażającej się wydłużeniem o 30% czasu do wystąpienia kolejnego epizodu manii, lepszym stosowaniem się pacjentów do zaleceń przyjmowania litu w 6-miesięcznej obserwacji, zmniejszeniem liczby hospitalizacji w dwuletniej

obserwacji oraz całkowitej liczby nawrotów w okresie 5-letniej obserwacji. Analiza wyników badania nad procesem psychoedukacji dla pacjentów z diagnozą ChAD prowadzonym przez Eker i Harbin w Zonguldak Karaelmas University Hospital w Turcji opublikowanych w 2012 roku [36] wykazuje znaczący wzrost współpracy w realizacji zaleceń farmakologicznych (86,7% w grupie badawczej w porównaniu z 38,9% w grupie kontrolnej) oraz wydłużenie czasu do kolejnej hospitalizacji. Metaanaliza wyników osiemnastu badań [34] dotyczących stosowania psychoterapii, terapii rodzinnej, terapii kognitywno-behawioralnej (CBT, *cognitive-behavioral therapy*) jako procedur wspomagających farmakoterapię pacjentów z rozpoznaniem ChAD przeprowadzona przez Castle, White i Chamberlain wykazała, że programy indywidualnej psychoterapii oraz oddziaływań, których celem zogniskowany jest na poprawę współpracy w realizacji zaleceń farmakologicznych skuteczniej redukują objawy maniakalne niż depresyjne. Przeciwnie efekty wynikają z wdrożenia CBT oraz terapii rodzinnej, które usprawniają kontrolę nad procesami poznawczymi i interpersonalnymi osłabiając symptomy depresji bardziej niż manii. Cennymi zmianami, których wystąpienie u pacjentów z ChAD Perry i wsp. [31] w badaniu w grupie 69 pacjentów interpretowali jako skutek korzystania z oddziaływań edukacyjnych w zakresie psychopatologii dwubiegunowości, było sprawniejsze funkcjonowanie w okresie remisji choroby, lepsza adaptacja społeczna i poziom funkcjonowania zawodowego. Szczególnym aspektem, na który w kontekście stosowania psychoedukacji w ChAD, zwrócili uwagę Colom i Stafford w artykule z 2011 roku, jest spadek ryzyka wysuwania przez pacjentów roszczeń prawnych wobec świadczeniodawcy. Dlaczego psychoedukacja jest skuteczna? Na to pytanie nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Dużą rolę odgrywają na pewno czas i forma spotkań; sam fakt, że pacjenci spotykają się co tydzień, może zwiększać ich bezpieczeństwo i pewność w radzeniu sobie z codziennymi problemami. Natomiast ilość czasu poświęcana pacjentom i indywidualne ich traktowanie podnoszą w ich oczach jakość opieki, ponadto, nie czują się osamotnieni w swoich dolegliwościach. Obok subtelnego oddziaływania wymienionych czynników na pozytywne działanie psychoedukacji wpływa zrozumienie choroby, co pozwala pacjentom na dalsze, efektywne planowanie wszelkich aktywności życiowych i znosi „element zaskoczenia” poprzez naukę rozpoznawania wczesnych objawów nawrotu. Poznanie istoty zarówno choroby, jak i działania leków oraz innych technik stosowanych w leczeniu ChAD, poprawia pewne stosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich. Nie bez znaczenia jest również fakt przedstawienia pacjentom ryzyka i zagrożeń wynikają-

cych ze stosowania środków psychoaktywnych, a także nieregularnego trybu życia. Bez wątplenia PE poprawia wgląd pacjentów, co pozwala im dostrzec ograniczenia wynikające z choroby.

Jak w 2013 roku dowodzili Colom i Stafford [35], obserwowane zmiany w przebiegu choroby i funkcjonowaniu pacjentów wynikają z możliwości zrozumienia mechanizmu procesu chorobowego w ujęciu biologicznym i psychospołecznym szczególnie w kontekście powiązań między oddziaływaniem stresorów środowiskowych a występowaniem faz choroby. Skuteczność metody jest według badaczy związana z aktywnym udziałem pacjenta w procesie planowania terapii i poznaniem metod zapobiegania rozwojowi nawrotu choroby. Włączenie członków rodzin pacjentów do struktury grupy psychoedukacyjnej zapewnia bardziej regularny monitoring postępowania poprawy stanu zdrowia pacjenta oraz lepszą identyfikację symptomów nawrotu. W badaniach istnieje zgodność odnośnie istotnego faktu dla przebiegu i skuteczności tej formy terapii, jakim jest odpowiedni moment jej wdrożenia. Psychoedukacja powinna być zastosowana, kiedy stan pacjenta jest na tyle stabilny, aby mógł w pełni skorzystać z uczestnictwa w strukturze grupy. Miklovitz [37] wskazuje na okres zdrowienia, po ustąpieniu ostrej fazy choroby, jako najefektywniejszy dla wprowadzenia psychoedukacji szczególnie w przypadku pacjentów w okresie uzyskanej farmakologicznie stabilizacji stanu psychicznego po epizodzie manii. Istnieje jednak, niepotwierdzone wynikami badań, prawdopodobieństwo, że pacjenci w ostrej fazie epizodu depresyjnego mogą odnieść korzyść z wdrażanych na bieżąco procedur psychospołecznych jak CBT czy terapia skupiona na procesach interpersonalnych.

Wieloletnie doświadczenie prowadzenia grup psychoedukacyjnych w ośrodku barcelońskim umożliwiło badaczom identyfikację również tych czynników, które ograniczają kliniczną skuteczność stosowanej metody. Według Colom [35] aspekty zaburzające proces osiągania funkcjonalnej zmiany na drodze przyswajania wiedzy o schorzeniu i poszerzenia kontroli nad jego objawami to przede wszystkim współistniejące u pacjenta deficyt neuropsychologiczny lub cechy zaburzeń osobowości. Limitujące efektywność omawianej strategii terapeutycznej okoliczności to także aktualny ostry epizod maniakalny oraz liczne przebyte epizody maniakalne. Jak jednak wynika z metaanalizy Lama i wsp. doniesienia o nieefektywności psychoedukacji stosowanej u pacjentów z historią co najmniej dwunastu epizodów maniakalnych nie uzyskały jednoznacznego potwierdzenia. Colom i Stafford zwracają również uwagę na większe trudności na polu zaangażowania pacjenta we współpracę w leczeniu w kontekście krótkich interwencji w porównaniu

z procedurami realizowanymi w dłuższej perspektywie oraz słabość przymierza terapeutycznego jako wynik kontaktu psychoedukacyjnego z niskowyspecjalizowanym personelem w kontraście do relacji z lekarzem psychiatrą. Według najnowszej metaanalizy dotyczącej zagadnienia oceny długoterminowej skuteczności PE w leczeniu ChAD, której twórcami są Bond i Anderson [38], psychoedukacja indywidualna wydaje się mniej skuteczna niż grupowa. Autorzy zwracają uwagę na znaczenie liczby godzin przeprowadzonej terapii jako istotnego czynnika wpływającego na heterogenność programów PE i ich wyników oraz konieczność prowadzenia dalszych badań nad mechanizmami skuteczności PE w ChAD.

Polskim projektem, którego realizacja w latach 2009–2010 umożliwiła badanie skuteczności grupowej psychoedukacji, był prowadzony na drodze ośmiu 90-minutowych spotkań o charakterze wykładowo-warsztatowym, w grupie 10–14 pacjentów program „Oswajanie choroby afektywnej dwubiegunowej” [39]. Dla twórców tej krótkoterminowej interwencji: Mączki i Grabskiego z Kliniki Psychiatrii Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego punktem odniesienia był bardziej rozbudowany, bo obejmujący 21 spotkań, system barceloński autorstwa Coloma i Viety, a więc i postulat, że nabycie wiedzy na temat choroby, wczesnego wykrywania nowych epizodów oraz przestrzegania zaleceń farmakologicznych przyczynia się do poprawy obrazu klinicznego i psychospołecznego funkcjonowania pacjentów poprzez wzmocnienie współpracy terapeutycznej oraz prozdrowotnych przekonań wobec choroby. Krakowscy badacze skupili się na analizie wpływu psychoedukacji na poznawczą reprezentację choroby ujmującą takie zmienne, jak: akceptacja choroby, umiejscowienie kontroli zdrowia, uogólniona własna skuteczność, nadzieja na sukces, współpraca terapeutyczna, przekonania dotyczące choroby afektywnej dwubiegunowej. Udowodniono istotny wzrost wymienionych aspektów poznawczej reprezentacji choroby w badanej grupie (N = 24), szczególnie akcentując korzystny wpływ psychoedukacji na prozdrowotną lokalizację kontroli zdrowia skutkującą poczuciem większej odpowiedzialności za swoje zdrowie oraz silniejszym zaangażowaniem w proces leczenia. Limitowna liczba spotkań oraz brak dodatkowych ustrukturyzowanych oddziaływań utrwalających uzyskany rezultat są jednak prawdopodobną przyczyną nietrwałości opisanego efektu, zarejestrowaną w długoterminowej obserwacji (nie udało się w przekonujący sposób ustalić związku tej tendencji ze swoistymi elementami interwencji).

Od 2008 roku psychoedukacja grupowa dla pacjentów z ChAD jest również prowadzona w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Do udziału,

w cyklu dziesięciu 90-minutowych spotkań, których przebieg zaprojektowany jest według barcelońskiego wzorca Coloma i Viety, rekrutuje się pacjentów szpitala oraz kierowani z poradni. Zajęcia z udziałem 6–12 osób, prowadzone przez dwoje psychiatrów i psychoterapeutę, otwierane są krótką nieformalną rozmową, aby w dalszej ich części zainicjować dyskusję o własnych chorobowych doświadczeniach pacjentów. Formułowane przez specjalistów ogólne informacje o psychopatologii ChAD, służą uczestnikom do personifikowania omawianych zagadnień, na drodze opracowywania indywidualnych schematów przebiegu zmian nastroju i czynników z nimi związanych. Pacjenci, którzy ukończyli program psychoedukacji, wśród aspektów stanowiących o jego korzystnym wpływie na swoje funkcjonowanie, podkreślają znaczenie uzyskanych informacji o profilaktyce nawrotów, skutkach stosowania środków psychoaktywnych i prowadzenia nieregularnego trybu życia. Wiedza ta umożliwia chorym bardziej świadome przyjmowanie zaleceń lekarskich oraz poprawia wgląd, który jest oceniany z wykorzystaniem Skali Wglądu w Zaburzenia Nastroju (*Mood Disorder Insight Scale*), dwukrotnie trakcie procesu psychoedukacyjnego, na jego początku i końcu. Narzędzie to umożliwiło wstępną ocenę efektywności prowadzonych zajęć. Spośród badanych dotąd 38 pacjentów u 14 nie było różnicy w ocenie wglądu przed i po odbyciu cyklu psychoedukacyjnego natomiast u 24 wgląd uległ poprawie, a skutek ten obserwowano głównie u osób z krótkim wywiadem chorobowym.

Wyróżniającą się ze względu na swoją dostępność propozycję psychoedukacyjną dla pacjentów w Wielkiej Brytanii zaprojektowali w Univeristy of Glasgow Poole, Simpson i Smith [40]. W 2012 roku opublikowali wyniki jakościowej analizy wykonalności, możliwości akceptacji oraz wpływu programu *Beating Bipolar* — interaktywnej, osiągalnej przez internet psychoedukacji, której cele zogniskowano na zwiększeniu wglądu, poprawie współpracy w realizacji leczenia, wczesnej detekcji nawrotu oraz regulacji stylu życia. W bazującym na prowadzonych przez badaczy wywiadach z 24 uczestnikami podsumowaniu pierwszej edycji programu zwrócono uwagę na wysoką przyswajalność tej interwencji psychospołecznej wynikającą z przejrzystości formy przekazu oraz jakości zawartości teoretycznej portalu. Pacjenci raportowali większą świadomość choroby, zmianę postawy wobec leczenia oraz zmiany behawioralne jako efekt uczestnictwa w ośmiu modułach programu dotyczących odpowiednio: precyzyjnego rozumienia diagnozy, etiologii zaburzenia, znaczenia leczenia, powiązań objawów choroby ze stylem życia, profilaktyki nawrotu i wczesnego reagowania na objawy prodromalne, specyfiki płciowej oraz pozycji rodziny i opiekunów wobec pacjenta. Oceniając

efektywność zaproponowanego podejścia, badacze zwrócili uwagę na długość historii choroby pacjentów jako istotny czynnik różnicujący ich zaangażowanie w proces, a ostatecznie modyfikujący skuteczność metody. Program Beating Bipolar budził znacznie większe zainteresowanie uczestników, u których diagnoza ChAD została postawiona w nieodległym czasie od rekrutacji. Pacjenci zauważali także wyraźne zmiany w sposobie postrzegania swojej dolegliwości i postawie wobec leczenia. Chorzy z wieloletnim przebiegiem choroby komentowali merytoryczną ofertę przekazu jako nie wzbogacającą ich aktualnego stanu wiedzy. Jedną z wiodących konkluzji autorów programu było twierdzenie, że powinien on być dedykowany pacjentom z tak zwanym „świeżym rozpoznaniem”.

Jak zauważają Colon i Stafford [36] okoliczność, która może decydować o atrakcyjności psychoedukacji w ocenie pacjentów, to dająca możliwość wyrażania swoich oczekiwań wobec służby zdrowia oraz uczestniczenia w procesie podejmowania decyzji leczniczych bezpieczna przestrzeń terapeutyczna konstytuowana wspólnym celem uczestników grupy psychoedukacyjnej. Utrzymanie równowagi na polu aktywności werbalnej prowadzącego

i pacjentów umożliwia rozważna konstrukcja osiowych obszarów struktury tej grupy: charakteru komunikacji, ilości informacji oraz sposobu w jaki zostaje ona przekazana oraz ustanowienie przymierza terapeutycznego. Trudności z pozytywną realizacją ostatniego z założeń najczęściej wynikają z braku intelektualnego i emocjonalnego zaangażowania pacjenta, zbyt krótkiego czasu trwania relacji terapeutycznej oraz niedostatku w specjalistycznym przygotowaniu osoby prowadzącej grupę. Mimo istnienia wielu badań dotyczących psychoedukacji, temat ten jest nadal niedostatecznie rozpoznany i wymaga dalszych, pogłębionych badań i opracowań.

Podsumowanie

Psychoedukacja jest interwencją, która umożliwia w kontrolowany przez profesjonalistów sposób zrównać ich terapeutyczny autorytet z pozycją pacjentów zaangażowanych w tworzenie klinicznych implikacji, na bazie własnego chorobowego doświadczenia. Jako środek do budowania terapeutycznego przymierza oraz utrwalania, stabilnej mimo wahań nastroju, postawy gotowości pacjenta do współpracy z leczącym, stanowi niezwykle cenne uzupełnienie farmakoterapii [27].

Streszczenie

Przewlekły charakter choroby afektywnej dwubiegunowej, jej cykliczny przebieg oraz rozpowszechnienie na poziomie 0,4–1,5% pociągają za sobą liczne konsekwencje dotyczące zarówno indywidualnego funkcjonowania pacjentów jak i zdrowia publicznego. Istotne jest podejmowanie wszystkich możliwych działań zmierzających do optymalizacji efektów leczenia. Według współczesnych standardów, podstawą terapii ChAD jest stosowanie leków normotymicznych oraz metod psychoterapeutycznych. U większości pacjentów, w okresie 2–4 tygodni przed wystąpieniem pełnoobjawowego epizodu, występują specyficzne dla pacjenta symptomy prodromalne. Celem oddziaływań psychospołecznych, takich jak psychoedukacja, jest wykształcenie u chorego strategii wczesnego ich rozpoznawania i reagowania. Psychoedukacja (PE), łączy w sobie cechy terapii grupowej, interpersonalnej, poznawczo-behawioralnej oraz interwencji rodzinnej. Zzorcowy przykład stanowi model, którego twórcami są Francesco Colom i Eduardo Vieta z Uniwersytetu w Barcelonie. Eksponuje on rolę utożsamiania się uczestników procesu grupowego z prezentowanymi przez profesjonalistów, szczegółowymi scenariuszami przebiegu schorzenia oraz autopsyjnymi doświadczeniami innych chorych. Opublikowano wyniki kilku badań, oceniających przy zastosowaniu różnych metod parametry efektywności tej interwencji, między innymi: ograniczenie częstości i długości trwania epizodów maniakalnych, depresyjnych i mieszanych, redukcję natężenia objawów, poprawę wglądu pacjentów w istotę choroby czy wzrost ich zaangażowania we współpracę z leczącymi. Zwracano uwagę na zależność tych aspektów od takich zmiennych jak długość trwania choroby, liczba epizodów w przeszłości, moment wdrożenia psychoedukacji oraz specyfika poszczególnych programów, na przykład tego prowadzonego przez autorów artykułu w Klinice Psychiatrii Dorosłych w Poznaniu.

Psychiatria 2016; 13, 1: 31–38

Słowa kluczowe: choroba afektywna dwubiegunowa, psychoedukacja, leki normotymiczne

Piśmiennictwo:

1. Merikangas K.R., Jin R., He J.P. i wsp. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch. Gen. Psychiatry* 2011; 68: 241–251
2. Cooke R.G., Robb J.C., Young L.T. i wsp. Well-being and functioning in patients with bipolar disorder assessed using the MOS 20-ITEM short form (SF 20). *J. Affect. Disord.* 1996; 39: 93–97.
3. Wyatt R.J., Henter I. An economic evaluation of manic-depressive illness — 1991. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1995; 30: 213–219.
4. Coryell W., Scheftner W., Keller M., Endicott J., Maser J., Klerman G.L. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am. J. Psychiatry* 1993; 150: 131–144.
5. Tohen M., Waternaux C.M., Tsuang M.T. Outcome in mania. A 4-year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. *Arch. Gen. Psychiatry* 1990; 47: 1106–1111.
6. Gitlin M.J., Swendsen J., Heller T.L., Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am. J. Psych.* 1995; 152: 1635–1640.
7. Keck P.E. Jr, McElroy S.L., Strakowsky S.M. i wsp. Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania. *J. Clin. Psychiatry* 1996; 57: 292–297.
8. Maarbjerg K., Aagaard J., Vestergaard P. Adherence to lithium prophylaxis I: clinical predictors and patient's for nonadherence. *Pharmacopsychiatry* 1988; 21: 121–125.
9. Colom F., Vieta E., Martinez-Aran A., Reinares M., Banabarré A., Gasto C. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *J. Clin. Psychiatry* 2000; 61: 549–555.
10. Johnson R.E., McFarland B.H. Lithium use and discontinuation in a health maintenance organization. *Am. J. Psychiatry* 1996; 153: 993–1000.
11. Peralta V., Cuesta M.J. Lack of insight in mood disorders. *J. Affect. Disord.* 1998; 49: 55–58.
12. Vieta E. Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation. *J. Clin. Psychiatry* 2005; 66 (supl. 1): 24–29.
13. Tarrier N., Morriss R., McCarthy E., Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ* 1999; 318; 149.
14. Molnar G., Feeney M., Fava G. The duration and symptoms of bipolar prodromes. *Am. J. Psychiatry* 1988; 145: 1575–1578.
15. Keitner G.I., Solomon D.A., Ryan Ch.E. i wsp. Prodromal and residual symptoms in bipolar I disorder. *Comprehensive Psychiatry* 1996; 37: 362–367.
16. Lam D., Wong G. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorder. *Psychol. Med.* 1997; 27: 245–248.
17. Smith J., Tarrier N. Prodromal symptoms in manic depressive psychosis. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1992; 27: 245–248.
18. Lam D., Wong G. Prodromes, coping strategies and psychological interventions in bipolar disorders. *Clinical Psychology Review* 2005; 25; 1028-1042.
19. Colom F., Vieta E., Martinez-Aran A. i wsp. A randomized trial of 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.
20. Peet M., Harvey N.S. Lithium maintenance: a standard education programme for patients. *Br. J. Psychiatry* 1991; 158: 197–200.
21. Kemp R., Hayward P., Applewhaite G., Everitt B., David A. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ* 1996; 312: 345–349.
22. Clarkin J.F., 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.
23. Colom F., Vieta E., Sanchez-Moreno J. i wsp. A. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-years outcome of a randomised clinical trial. *Br. J. Psychiatry* 2009; 194: 260–265.
24. D'Souza R., Piskulic D., Sundram S. A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: a pilot randomised controlled trial. *J. Affect. Disord.* 2010; 120: 272–276.
25. Martinez-Aran A., Torrent C., Sole B. i wsp. Functional remediation for bipolar disorder. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health* 2011; 7: 112–116.
26. Lam D.H., Burbeck R., Wright K., Pilling S. Psychological therapies in bipolar disorder: the effect of illness history on relapse prevention — a systematic review. *Bipolar Disorders* 2009; 11: 474–482.
27. Miklovitz D.J., Simoneau T.L., George E. i wsp. Family focused treatment of bipolar disorder: 1 year effects of a psycho-educational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol. Psychiatry* 2000; 48: 582–592.
28. Colom F., Vieta E., Martinez-Aran A. i wsp. A randomized trial on efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003; 60: 402–407.
29. Lam D., Watkins E., Hayward P. i wsp. A randomised controlled study of cognitive therapy of relapse prevention for bipolar affective disorder—outcome of the first year. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003; 60: 145–152.
30. Miklovitz D.J., Otto M.W., Frank E. i wsp. Psychosocial treatment for bipolar depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 2007; 64: 419–427.
31. Perry A., Tarrier N., Morriss R., McCarthy E., Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ* 1999; 318: 139–153.
32. Simon G.E., Ludman E.J., Unutzer J., Bauer M.S., Operskalski B., Rutter C. Randomised trial of population-based care program for people with bipolar disorder. *Psychol. Med.* 2005; 35: 13–24.
33. Bauer M.S., Mc Bride L., Williford W.O. i wsp. Collaborative care for bipolar disorder: part II Impact on clinical outcome, function and cost. *Psychiatry Serv.* 2006; 57: 937–945.
34. Castle D., White W., Chamberlain J. i wsp. Group-based psychosocial intervention for bipolar disorder: randomised controlled trial. *BJP* 2010; 196: 383–388.
35. Stafford F., Colom F. Purpose and effectiveness of psychoeducation in patients with bipolar disorder in a bipolar clinic setting. *Acta Psychiatr. Scand.* 2103: 127 (supl. 442): 11–18.
36. Eker F., Harkin S. Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. *J. Affective Dis.* 2012; 138: 409–416.
37. Miklovitz J.D. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder. *Am. J. Psychiatry* 2008; 165: 1408–1419.
38. Bond K., Anderson I.M. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disord.* 2015; 17: 349–362.
39. Mączka G., Grabski B., Dudek D., Gierowski J.K. Grupowa psychoedukacja w dwubiegunowych zaburzeniach nastroju — wpływ na pozanwczą reprezentację choroby. Wyniki programu "Oswajanie choroby afektywnej dwubiegunowej". *Psychiatr. Pol.* 2014; 48: 1237–1252.
40. Poole R., Simpson S., Smith D. i wsp. Internet-based psychoeducation for bipolar disorder: a qualitative analysis of feasibility, acceptability and impact. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 139.