

Psychoedukacja grupowa w kompleksowym leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej – doświadczenia krakowskie

Group psychoeducation in the complex treatment of bipolar disorder – Cracow experiences

Grzegorz Mączka¹, Bartosz Grabski¹, Józef Krzysztof Gierowski²
Dominika Dudek³

¹ Oddział Kliniczny Kliniki Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego UJ CM w Krakowie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

² Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. n. hum. J. K. Gierowski

³ Klinika Psychiatrii Dorosłych Katedry Psychiatrii UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

Summary

Aim. To share our experience in introducing an original, structured group psychoeducational programme entitled “Familiarizing bipolar disorder” into the integrated complex treatment of bipolar disorder (BP).

Method. The programme is partially based on the Barcelona Bipolar Disorders Program format and represents our proposal of a short, easily applied group psychoeducation. It consists of 8 meetings, conducted by a psychiatrist and a psychologist who are both trained in cognitive-behavioural therapy. Two groups of patients accomplished the programme so far. We would like to present our conclusions and qualitative observations.

Results. The patients noticed a change in a philosophical view on the bipolar disorder treatment (access to information, partnership between a doctor and a patient, appreciation of psychological aspects of bipolar illness), which is embodied by the psychoeducational approach. They welcomed our programme with enthusiasm and interest. Many questions were asked about different aspects of bipolar disorder, especially concerning pharmacotherapy, genetic and legal issues. Our participants assessed the number of sessions as optimal, but some of them insisted on devoting one more meeting to interactively discuss pharmacotherapy of BP. The programme revealed many other relevant issues concerning patients’ attitudes toward bipolar disorder like: common presence of dysfunctional beliefs patients hold regarding their illness, unawareness of importance of mood stabilizer serum level examination, insufficient knowledge on hypomania or – in some cases – ignorance of a hypomania phenomenon. Moreover, patients appreciated the fact that the psychoeducational programme helped them to diminish the sense of stigma, shame, and the feeling of being different or worse. Finally we are amazingly impressed by the unsatisfied need existing in bipolar patients to share their fears, emotions and to be fully informed.

Conclusion. Our observations support the statement, that the psychoeducational approach to BD is a crucial element of a complex treatment. It surely satisfies patients needs for information and may help to reformulate beliefs about their illness and its treatment. Further studies on the effectiveness and mechanisms of psychoeducational interventions are needed.

Słowa klucze: choroba afektywna dwubiegunowa, psychoedukacja

Key words: bipolar disorder, psychoeducation

Wstęp

W ostatnich latach nastąpiła wyraźna zmiana w podejściu terapeutycznym do choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD). Chociaż farmakoterapia wciąż stanowi zasadniczy i niezbędny element leczenia, trudno wyobrazić sobie prawidłowo, tj. kompleksowo, przeprowadzoną terapię ChAD bez wprowadzenia oddziaływań psychoedukacyjnych. Podobnie jak trudno wyobrazić sobie skuteczne leczenie cukrzycy bez zrozumienia przez pacjenta jej istoty, znaczenia codziennych iniekcji insuliny i monitorowania poziomu cukru w surowicy. Dodatkowo, jak zauważają Colom i Lam, poprzez psychoedukację respektujemy podstawowe prawo naszych pacjentów – prawo do informacji o chorobie [1].

Szczegółowy przegląd badań nad psychoedukacją, wraz z prezentacją poszczególnych programów i analizą możliwych mechanizmów zmiany w procesie psychoedukacyjnym przedstawiliśmy w naszej publikacji w „Archives of Psychiatry and Psychotherapy”, pt. *The role of psychoeducation in the complex treatment of bipolar disorder* [2]. W niniejszej pracy pragniemy jedynie ponownie zwrócić uwagę na program barceloński – najbardziej obszerny – którego skuteczność poddano ocenie w dużym, randomizowanym i kontrolowanym badaniu (tabela 1). To właśnie na analizie wyników tego badania oraz doskonałej publikacji książkowej [3] szczegółowo prezentującej wspomniany program oparliśmy naszą propozycję grupowej psychoedukacji dla pacjentów z ChAD, z nadzieją, iż będzie ona kompromisem, praktycznie realizowalnym w warunkach krajowych.

Tabela 1. **Barceloński program psychoedukacyjny [3]**

| Sesje składające się na barceloński program psychoedukacyjny |
|--|
| Sesja 1. Wprowadzenie. Prezentacja grupy i obowiązujących w niej zasad <i>Wiedza o zaburzeniu</i> |
| Sesja 2. Co to jest zaburzenie afektywne dwubiegunowe? |
| Sesja 3. Czynniki etiologiczne i wywołujące epizod |
| Sesja 4. Symptomy I: mania i hipomania |
| Sesja 5. Symptomy II: depresja i epizody mieszane |
| Sesja 6. Rozwój zaburzenia i rokowanie |
| <i>Stosowanie się do zaleceń dotyczących leczenia</i> |
| Sesja 7. Leczenie I: leki normotymiczne |

Sesja 8. Leczenie II: leki stosowane w terapii manii

Sesja 9. Leczenie III: leki przeciwdepresyjne

Sesja 10. Stężenie leków normotymicznych w surowicy

Sesja 11. Ciąża i poradnictwo genetyczne

Sesja 12. Psychofarmakologia a terapie alternatywne

Sesja 13. Ryzyko związane z przerwaniem leczenia

Unikanie nadużywania substancji psychoaktywnych

Sesja 14. Substancje psychoaktywne: ryzyko w zaburzeniach dwubiegunowych

Wczesne rozpoznawanie nowych epizodów

Sesja 15. Wczesne rozpoznawanie manii i hipomanii

Sesja 16. Wczesne rozpoznawanie epizodów depresyjnych i mieszanych

Sesja 17. Co robić, kiedy rozpozna się nowy epizod?

Regularność nawyków i radzenia sobie ze stresem

Sesja 18. Regularność nawyków

Sesja 19. Techniki kontroli stresu

Sesja 20. Strategie rozwiązywania problemów

Sesja 21. Zakończenie

Metoda

Doświadczenia krakowskie – idea programu

Naszemu programowi przyświeca idea zapożyczona z terapii opartej na wzajemnym porozumieniu (concordance therapy) wywodzącej się z paradygmatu poznawczego. Bazuje ona na założeniu, że człowiek, jako racjonalny konsument, podejmuje decyzje mające dla niego sens [4]. Jeśli jest więc przekonany, że leki normotymiczne są szkodliwe i mało skuteczne, że choroby nie da się ustabilizować, a do tego wymyślili ją lekarze, jego motywacja do leczenia jest – ze zrozumiałych względów – ograniczona, co może skutkować poważnymi trudnościami we współpracy terapeutycznej. Obraz choroby u pacjentów dotkniętych ChAD często cechują podobne do wspomnianych dezadaptacyjne przekonania. Badacze hiszpańscy [3] mówią nawet o „dziesięciu paskudnych kłamstwach na temat zaburzeń afektywnych dwubiegunowych” (tabela 2).

Tabela 2. Lista błędnych i dysfunkcyjnych przekonań o ChAD

| „Dziesięć paskudnych kłamstw na temat zaburzeń afektywnych dwubiegunowych” [3] |
|--|
| 1. Wymyślili ją lekarze |
| 2. Jest zaburzeniem typowym dla krajów zachodnich |
| 3. To choroba tego stulecia |
| 4. Przydarza się tylko ludziom słabym |
| 5. Jest schorzeniem zaraźliwym |
| 6. Może być skutecznie leczona psychoanalizą i homeopatią |
| 7. Jest darem od Boga |
| 8. Chory sam ją spowodował |
| 9. Można ją kontrolować bez stosowania leków |
| 10. Czyni człowieka niesprawnym |

W badaniu BEAM (*Bipolar Education Awareness Materials*), którego celem było zwiększenie świadomości choroby pośród lekarzy i pacjentów, Morselli i Elgie [5] ocenili za pomocą kwestionariusza obawy chorujących związane z leczeniem ChAD (tabela 3). Poddając je analizie można zauważyć, że są one w znacznej mierze spowodowane niedostatecznym poinformowaniem pacjentów lub błędną, dysfunkcyjną wiedzą. Celem psychoedukacji powinno być zatem dostarczenie pacjentom informacji wskazujących na to, że zaangażowanie w proces leczenia oraz poznanie mechanizmów wpływających na obraz ChAD może być dla nich źródłem wymiernych korzyści zdrowotnych. Mówiąc prościej – że leczenie oparte na modelu przymierza terapeutycznego ma dla nich sens.

Tabela 3. Typowe obawy pacjentów związane z przyjmowaniem leków

| Obawy pacjentów związane z przyjmowaniem leków |
|---|
| 1. Czuję się zależny/a – 22,7% |
| 2. Czuję się zniewolony/a, ograniczony/a – 9,9% |
| 3. Trochę się boję – 9,5% |
| 4. Strach przed długofalowymi efektami ubocznymi – 6,7% |
| 5. Wstydę się – 4,6% |
| 6. Są niezdrowe – 4,0% |
| 7. Efekty uboczne – 3,0% |
| 8. Mój stan fizyczny – 0,9% |
| 9. Leczenie jest bezużyteczne – 0,8% |
| 10. Leczenie nie jest potrzebne – 0,6% |
| 11. Zajdę w ciążę – 0,4% |

Struktura programu i tematyka spotkań

Charakteryzując strukturę programu krakowskiego, warto nadmienić, że stworzone dotychczas modele psychoedukacji cechuje znaczne zróżnicowanie w zakresie rozległości podejmowanych przez nie zagadnień – od zaledwie 12-minutowego filmu na temat działania litu [6], poprzez modele składające się z kilku–kilkunastu spotkań, jak np. trening rozpoznawania wczesnych objawów manii [7], po programy rozbudowane w czasie i strukturze, jak wspomniany wcześniej model barceloński [3]. Stosowany przez nas program psychoedukacyjny „Oswajanie choroby afektywnej dwubiegunowej” składa się z ośmiu 90-minutowych spotkań o charakterze wykładowo-warsztatowym. Elementy wykładu są uzupełniane własnymi doświadczeniami pacjentów biorących udział w programie, by podkreślić znaczenie indywidualnego obrazu choroby i umożliwić interaktywność kontaktu. Na każdym spotkaniu uczestnicy otrzymują wydrukowane materiały informacyjne, zawierające prezentowane danego dnia zagadnienia. Spotkania poprzedzone są zebraniem organizacyjnym szczegółowo zapoznającym uczestników z celem programu oraz zasadami udziału w grupie. Dodatkowym celem zebrania jest wzbudzenie motywacji do aktywnego uczestnictwa w programie. Zajęcia prowadzi psycholog i psychiatra – psychoterapeuci poznawczo-behawioralni. W skład grupy wchodzi przeciętnie od 10 do 15 pacjentów. Do tej pory poprowadziliśmy dwie grupy psychoedukacyjne, do których zrekrutowaliśmy 26 uczestników. 16 z nich ukończyło program. Trwa rekrutacja do trzeciej grupy, mamy nadzieję, że do końca roku program ukończy około 30 pacjentów.

Dlaczego psychoedukacja grupowa?

Wybierając model grupowy kierowaliśmy się względami organizacyjnymi i badawczymi. Taki tryb pracy umożliwia dotarcie z ofertą do większej liczby potrzebujących w krótszym czasie. Mając na uwadze, że nasz program mógłby stać się modelową ofertą psychoedukacji w ChAD w Polsce, charakter grupowy zdecydowanie zmniejszyłby koszty takiego postępowania. Dodatkowo, antycypując wpływ takich czynników, jak udzielanie sobie wzajemnego wsparcia, zmniejszanie poczucia napiętnowania i izolacji oraz możliwość poszerzania kontaktów społecznych, tworzenia więzi przez naszych pacjentów, uznaliśmy, że grupowy charakter zwiększy efektywność programu.

Dlaczego 8 sesji?

Wspomniani autorzy hiszpańscy [3] zaproponowali także skróconą wersję programu psychoedukacyjnego (tabela 4). Zalecają ją w sytuacji występowania ograniczeń logistycznych, takich jak brak odpowiedniej kadry czy pomieszczeń, aż po niestosowanie się wielu pacjentów do rozkładu zajęć. Podkreślają przy tym, iż jej efektywność nie została dotychczas udowodniona. Omawiając zagadnienie szczegółowo, za najważniejsze wady pracy z długim programem uznają większe prawdopodobieństwo porzucenia leczenia – do 25 % – oraz większe koszty leczenia. Do zalet zaliczają bogactwo poruszanych treści, większe zaangażowanie pacjentów, spójność grupy i możliwość modelowania zachowań i postaw oraz uważnego śledzenia przebiegu cho-

roby. Względy organizacyjne i czasowe oraz zamiar stworzenia programu o wysokich walorach użyteczności (user's friendly) były głównymi czynnikami, które wpłynęły na stworzenie przez nas programu ośmiوسesyjnego.

Nawet przy takim ograniczeniu liczby sesji odsetek porzucenia terapii przez uczestników naszego programu sięgnął ok. 20%. Tłumaczymy to głównie faktem częstszego drop-outu wśród pacjentów nie zamieszkałych w Krakowie.

Tabela 4. Wersja skrócona programu barcelońskiego

| Skrócona wersja programu barcelońskiego (8 sesji) [3] |
|--|
| 1. Pojęcia i przyczyny |
| 2. Mania i hipomania |
| 3. Depresja i stany mieszane |
| 4. Rozwój i rokowanie |
| 5. Leki normotymiczne |
| 6. Leki stosowane w epizodzie manii i leki przeciwdepresyjne |
| 7. Uczenie się wykrywania epizodów |
| 8. Co robić, kiedy wystąpi dekompensacja |

Dlaczego właśnie te zagadnienia?

Cenną wskazówką przy doborze zagadnień psychoedukacji były dla nas wytyczne sformułowane przez Meder [8] w odniesieniu do pacjentów chorujących na schizofrenię i ich rodzin (tabela 5). Są one ukierunkowane na przedstawienie choremu i jego rodzinie koncepcji choroby pozwalającej na aktywne uczestnictwo w procesie terapeutycznym.

Tabela 5. Cele psychoedukacji u pacjentów chorujących na schizofrenię

| Najważniejsze cele programów psychoedukacyjnych w grupie pacjentów chorujących na schizofrenię [8] |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Uzyskanie akceptacji choroby psychicznej i konieczności leczenia farmakologicznego • Czynne zapobieganie nawrotom choroby • Redukcja negatywnych emocji • Uaktywnienie pacjenta i przejęcie przez niego części odpowiedzialności za leczenie • Uwrażliwienie na to, że stresujące wydarzenia życiowe mogą być czynnikami wyzwajającymi nawrót schizofrenii |

Pierwsze dwie sesje: „Podstawy wiedzy o chorobie afektywnej dwubiegunowej” oraz „Leczenie choroby afektywnej dwubiegunowej”, poświęcone są zapewnieniu uczestnikom elementarnej wiedzy o ChAD. Ich zadaniem jest przedstawienie najistotniejszych informacji umożliwiających pacjentom zapoznanie się z jej charakterystyką kliniczną i możliwościami terapeutycznymi, a także stworzenie fundamentu do pracy

na kolejnych spotkaniach. Pierwsze spotkania są też ukierunkowane na udzielanie odpowiedzi na najczęściej stawiane przez uczestników psychoedukacji pytania (tabela 7). Sesje 3 do 7 odnoszą się bezpośrednio do tych aspektów choroby, na które pacjent może i powinien mieć bezpośredni wpływ: współpracy terapeutycznej (compliance), poznania indywidualnego obrazu choroby, wczesnego wykrywania nawrotów, stylu życia, który sprzyja utrzymaniu zdrowia, oraz umiejętności radzenia sobie ze stresem i rozwiązywania problemów. Ich głównym celem jest dostarczenie pacjentom odpowiedzi na pytanie: „Co ja sam (sama) mogę zrobić, by ograniczyć wpływ choroby na moje funkcjonowanie?” Tych pięć sesji ma też za zadanie ukazanie roli pacjenta jako aktywnego współuczestnika procesu leczenia i zapobiegania nawrotom ChAD. Ostatnie – ósme spotkanie – jest poświęcone podsumowaniu wcześniej poruszanych zagadnień. Spośród wszystkich sesji, pozostawia ono najwięcej miejsca na pytania, uwagi i informacje zwrotne od pacjentów, pozwalając ocenić użyteczność programu psychoedukacyjnego (tabela 6).

Tabela 6. **Tematyka sesji krakowskiego programu psychoedukacji w ChAD**

| Krakowski program psychoedukacyjny: „Oswajanie choroby afektywnej dwubiegunowej” |
|---|
| <i>Spotkanie organizacyjne i wprowadzające</i> |
| Sesja 1. Podstawy wiedzy o chorobie afektywnej dwubiegunowej |
| Sesja 2. Leczenie choroby afektywnej dwubiegunowej |
| Sesja 3. Współpraca terapeutyczna. Przestrzeganie zasad lekarskich. |
| Sesja 4. Indywidualny obraz ChAD |
| Sesja 5. Wczesne wykrywanie nawrotów i system wczesnego reagowania. |
| Sesja 6. Styl życia sprzyjający utrzymaniu zdrowia. |
| Sesja 7. Radzenie sobie ze stresem i rozwiązywanie problemów. |
| Sesja 8. Podsumowanie. Pytania. Informacje zwrotne. |

Wyniki

Nie wszyscy pacjenci jednakowo przyjęli propozycję udziału w programie. Prawie połowa z zaproszonych 43 osób przystąpiła do niego z zainteresowaniem i entuzjazmem. Mniej więcej 1/3 pacjentów nie zdecydowała się na udział w nim, najczęściej tłumacząc odmowę niechęcią do podejmowania tematu choroby w remisji lub trudnościami w pogodzeniu systematycznego uczestnictwa w sesjach z codziennymi zajęciami. Pozostali przyjęli propozycję udziału w programie powściągliwie. Entuzjazm wyrazili jednak wszyscy, którzy uczestniczyli w nim do ostatniego spotkania.

Osoby dłużej chorujące zauważyły wyraźną zmianę filozofii podejścia do leczenia ich choroby w stosunku do wcześniejszych doświadczeń – dostępność informacji, partnerskie relacje lekarz–pacjent, rola współpracy terapeutycznej opartej na zrozumieniu problemu, partnerstwie i docenieniu aspektów psychologicznych chorowania na ChAD – której wyrazem była propozycja uczestnictwa w programie. Uznanie

w odbiorze uczestników znalazł też grupowy charakter sesji z zauważalnym wpływem takich czynników, jak: uniwersalność doświadczeń i możliwość spotkania z osobami o podobnych przeżyciach, dzielenie się praktycznymi informacjami z innymi, a także, do pewnego stopnia, rozbudzanie nadziei i wzajemne bezinteresowne wspieranie siebie w budowaniu satysfakcjonującego życia pomimo choroby. Pacjenci podkreślili również destygmatyzujący walor spotkań, docenili odbarczenie z poczucia winy związanego z etykietą chorego psychicznie.

Pacjenci uznali liczbę spotkań za optymalną, choć pojawiły się sugestie, aby wydłużyć czas spotkania poświęconego farmakoterapii ChAD, z szerszą możliwością zadawania pytań i interaktywnego uczestnictwa, co w praktyce oznaczałoby rozszerzenie cyklu o jedno spotkanie. Uczestnicy wyrazili potrzebę omówienia wybranych aspektów prawnych związanych z leczeniem psychiatrycznym i samym faktem chorowania, które to nie znalazły się pierwotnie w naszym programie. Aspekty te to m.in. okoliczności i regulacje prawne dotyczące hospitalizacji przymusowej i ubezwłasnowolnienia, prowadzenie pojazdów mechanicznych czy wykonywanie czynności zawodowych. W trakcie spotkań postawiono wiele szczegółowych pytań, które utwierdziły nas w przekonaniu, iż realizowany przez nas projekt, spełniając swoje zadanie, wypełnia rozległą lukę w podejściu terapeutycznym do ChAD (tabela 7). Luka ta obejmuje to wszystko, czego nie można zmienić za pomocą farmakoterapii – od błędnych, niepełnych lub dysfunkcyjnych poglądów na naturę choroby afektywnej dwubiegunowej i jej leczenie, po samotność, poczucie odrzucenia, niezrozumienia lub stygmatyzację osób z nią żyjących.

Tabela 7. Pytania stawiane najczęściej w trakcie spotkań psychoedukacyjnych

| Najczęściej stawiane pytania |
|---|
| <p><i>Farmakoterapia i leczenie choroby afektywnej dwubiegunowej</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Czy chorobę można trwale wyleczyć? 2. Czy można pokonać ją siłą woli? 3. Jaką rolę w leczeniu ma psychoterapia i czy może zastąpić farmakoterapię? 4. Szczegółowe pytania o leki: przynależność farmakologiczną, wpływ na narządy, interakcje, objawy uboczne, wskazania do ich zastosowania, nazwy, zasłyszane opinie, konsekwencje wieloletniego przyjmowania <p><i>Natura i objawy choroby afektywnej dwubiegunowej</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Czy ChAD jest chorobą dziedziczną? 2. Jakie jest ryzyko dla potomstwa? 3. Czy można mieć dzieci? 4. Czy to już mania, czy po prostu radość? 5. Jak odróżnić manię od hipomanii? 6. Co jest przyczyną ChAD? 7. Czy trudne dzieciństwo jest przyczyną mojej choroby? 8. Czy moi rodzice i wychowanie odpowiadają za jej rozwój? |

Zauważyliśmy, że: 1) w każdej z grup znalazł się przynajmniej jeden pacjent po raz pierwszy stykający się z terminem „hipomania”; 2) kilku pacjentów nie zdawało sobie sprawy z konieczności oznaczania poziomu leków normotymicznych w surowicy krwi i, jak twierdziło, nigdy takiego badania nie przechodziło; 3) dla wielu pacjentów zaskakująca była powszechność nieregularnego stosowania się do zaleceń lekarskich w ChAD, podobnie jak informacje o istotnym wpływie chorego na jej przebieg. Te spostrzeżenia skłaniają do refleksji nad obecną kondycją modelu przymierza terapeutycznego i jakością komunikacji w relacji lekarza z pacjentem.

Ciekawe spostrzeżenie dotyczy narracji, której jako prowadzący używaliśmy podczas sesji dotyczącej farmakoterapii. Psychiatra w swoich wypowiedziach najwięcej uwagi poświęcał kwestiom związanym z trudnościami w zażywaniu leków, często wspominając o: „ryzyku, niebezpieczeństwie, powikłaniach, konieczności stosowania leków”. Z drugiej strony psycholog podkreślał: „korzyści, celowość, szanse”, które wiążą się ze stosowaniem leków. W naszej ocenie komplementarność tych narracji była cenna i terapeutyczna.

Kolejna kwestia dotyczy sesji poświęconej radzeniu sobie ze stresem i rozwiązywaniu problemów, którą początkowo potraktowaliśmy jako najmniej istotny element programu. Uczestnicy zweryfikowali nasz błędny pogląd – w informacjach zwrotnych wielu z nich przyznało priorytetową rangę temu właśnie spotkaniu. To spostrzeżenie potwierdza nasze wcześniejsze obserwacje z badania przekonań pacjentów, opublikowane w artykule *Lekarze i pacjenci wobec choroby afektywnej dwubiegunowej – czy myślimy podobnie?* [9], w którym porównaliśmy trzynastopunktową hierarchię celów psychoedukacji w ChAD zaproponowaną przez lekarzy i przez pacjentów. Największa różnica dotyczyła właśnie technik radzenia sobie ze stresem. Lekarze przyznali im odległą pozycję – 11, podczas gdy pacjenci – pozycję 1.

Prowadząc naszą grupę, odczuliśmy bezpośrednie skutki naszych oddziaływań. Przywołać chcielibyśmy tutaj dwie sytuacje. W pierwszym przypadku jedna z pacjentek zwróciła się do nas z pytaniem dotyczącym zbliżającego się nawrotu depresji, doświadczała bowiem od kilku dni nieustępującego bólu głowy, z towarzyszącym gorszym samopoczuciem – objawu co prawda na ogół mało specyficznego dla tej pacjentki jednak w sposób powtarzalny poprzedzającego nawroty faz depresyjnych. Wykorzystała zatem wiedzę o identyfikowaniu własnego, niepowtarzalnego wzorca objawów nawrotu choroby, pamiętając, że wczesna interwencja i kontakt z lekarzem zwiększają szansę jej zapobieżenia lub złagodzenia. Druga sytuacja dotyczyła pacjenta, który sam zwrócił się z prośbą do własnego lekarza o oznaczenie poziomu leku normotymicznego w surowicy, co można uznać za przejaw bardziej aktywnego, partnerskiego i świadomego udziału w leczeniu. Pokazuje to zarazem duże zapotrzebowanie na taką wiedzę wśród pacjentów, ale niestety – także wśród lekarzy prowadzących. Miłe i potwierdzające sensowność naszych działań są też informacje zwrotne od kolegów psychiatrów, dotyczące korzystnego wpływu (przynajmniej na subiektywny dobrostan) psychoedukacji na pacjentów.

Wnioski

Psychoedukacja odpowiada na wciąż niedostatecznie spełnioną potrzebę pacjentów poznania swojej choroby oraz współudziału w leczeniu i kontrolowania go. Według

współczesnych standardów postępowania winna stanowić integralny element kompleksowego postępowania terapeutycznego w ChAD. Potrzebne są dalsze badania nad jej efektywnością i mechanizmami działania.

Групповая психоздудация при комплексном лечении аффективной двухполюсной болезни – краковские наблюдения

Содержание

Задание. Описание собственных наблюдений из проведенного нашим коллективом сотрудников программы ультраструктурной групповой психоздудации. В эту группу входили больные с двухполюсной аффективной болезнью (ДАФБ) – „Освоение двухполюсной аффективной болезни”.

Метод. Программа базируется частично на исследованиях Барселонской программе психоздудации и составляет программу собственных предложений краткой и легкой для использования психоздудации в группе больных ДАФБ. Занятия состоят из восьми полуторачасовых встреч, проводимых психиатром и психологом, психотерапевтов познавательного-бихевиоральных. Программа закончена, до сего времени, двумя группами участников. Представляем наши выводы и качественные наблюдения.

Результаты. Участники программы обратили внимание на изменения в философии подхода к лечению ДАФБ (доступность информации, партнерские отношения с врачами, значение присутствующих психологических аспектов этой болезни). Участники программы приняли психоздудацию с энтузиазмом и заинтересованностью. Появилось много вопросов, относящихся к различным аспектам болезни, особенно к фармакотерапии, наследственности, а также юридических вопросов, связанных с болезнью. Участники оценили количество встреч как оптимальное число, но некоторые требовали дополнительной встречи интерактивной дискуссии на тему применяемых при ДАФБ лекарств. Программа проявила много существенных положений, связанных с отношением пациентов к своей болезни, как например, присутствие дисфункциональных уверенностей на тему этой болезни неосознанность значения исследования содержания лекарств в сыворотке крови, малое знание на тему гипомании или же, в нескольких случаях, отсутствия понятия такого термина. Пациенты оценили положительным образом психоздудацию, которая помогла им ограничить чувство вины, клейма и также быть иным или же худшим среди других.

Выводы. Проведенные наблюдения подтверждают факты, указывающие на психоздудацию, как основного элемента комплексного лечения ДАФБ. Полностью, исполняет потребность пациентов на получение информации, а также может помочь изменить уверенность по отношению к своей болезни и ее лечению. Необходимы дальнейшие исследования эффективности и механизмов действия психоздудационных воздействий.

Psychoedukation in Gruppen bei der komplexen Behandlung der zweipoligen affektiven Krankheit – Krakauer Erfahrungen

Zusammenfassung

Ziel. Die Beschreibung eigener Erfahrungen aus dem durch unser Team geführten Programm der strukturalisierten Gruppenpsychoedukation für Patienten mit der affektiven zweipoligen Krankheit unter dem Titel „Zähmung der affektiven zweipoligen Krankheit“.

Methode. Das Programm basiert teilweise auf den Erfahrungen des Barceloner Programms des Psychoedukation und bildet unseren Vorschlag einer kurzen und leicht anzuwendbaren Gruppen – Psychoedukation. Es besteht aus acht anderthalb Stunden dauernden Sitzungen mit einem Psychiater und einem Psychologen: kognitiv – behavioralen Psychotherapeuten. Das Programm schlossen bisher zwei Gruppen der Teilnehmer ab. Wir stellen unsere Schlussfolgerungen und Qualitätsbeobachtungen vor.

Ergebnisse. Die Teilnehmer merkten die im Programm presente Veränderung in der Einstellung zur Behandlung von zweipoligen affektiven Krankheit (Zugänglichkeit zur Information, Partnerbeziehungen zum Arzt, psychologische Aspekte von der Krankheit). Sie nahmen an der Psychoedukation mit Enthusiasmus und Interesse teil. Es gab viele Fragen nach unterschiedlichen Aspekten der Krankheit, insbesondere zur Pharmakotherapie, Vererbung und Rechtsfragen zur Erkrankung. Die Teilnehmer beurteilten die Zahl der Sitzungen als optimal, manche wollten noch eine Sitzung mit der interaktiven Diskussion zu den in Polen in dieser Krankheit angewandten Medikamenten. Das Programm zeigte viele wichtigen Aspekte der Haltungen der Patienten gegenüber der Krankheit, wie zB. Eine breite Anwesenheit der dysfunktionellen Überzeugungen zu der Krankheit, Unbewusstheit der Bedeutung der Untersuchung der Konzentration des Medikaments im Blutserum, ungenügende Kenntnisse zum Thema Hypomanie oder sogar – in einigen Fällen – der Begriff war unbekannt. Die Patienten schätzten auch das Gefühl hoch, dass die Psychoedukation ihnen half, das Schuldgefühl, Brandmarkung und das Gefühl anders oder schlechter zu sein zu begrenzen.

Schlussfolgerungen. Unsere Erfahrungen unterstützen die Feststellung, die davon spricht, dass die Psychoedukation ein Schlüsselement der komplexen Behandlung der affektiven zweipoligen Krankheit ist. Es erfüllt die Bedürfnisse des Patientens, informiert zu werden, sie kann auch helfen, die Überzeugungen zu der Krankheit und ihrer Behandlung zu umformulieren. Es sind auch weitere Studien an der Wirksamkeit und Wirkungsmechanismen der psychoedukativen Auswirkungen notwendig.

La psychoéducation de groupe du traitement complexe du désordre bipolaire – expériences de Cracovie

Résumé

Objectif. Présenter les expériences propres des auteurs venant du programme de la psychoéducation structurée, appelée « La familiarisation du désordre bipolaire », destinée aux patients souffrant de cette maladie.

Méthode. Le programme des auteurs base partiellement sur le Programme de la Psychoéducation de Barcelona. Ils présentent leur propre version de ce programme, version plus courte et plus facile à appliquer. Cette psychoéducation se compose de 8 meetings dirigés par les psychiatres et les psychologues qui pratiquent la thérapie cognitive-béaviorale. Deux groupes des patients ont déjà fini ce programme. Les auteurs présentent leurs observations et conclusions.

Résultats. Les patients notent le changement du point de vue concernant le traitement du désordre bipolaire (accès à l'information, relations de partenaire avec le médecin, appréciation des aspects psychologiques de cette maladie). Ils participent à cette psychoéducation avec l'enthousiasme et l'intérêt. Ils posent plusieurs questions concernant cette maladie et surtout sa pharmacothérapie, génétique ou problèmes judiciaires. Le nombre de meetings est jugé comme optimal, pourtant certains patients exigent encore un meeting supplémentaire pour la discussion interactive touchant les médicaments appliqués. Ce programme met au jour plusieurs problèmes liés avec les attitudes des patients envers leur maladie p.ex. la présence commune des opinions dysfonctionnelles concernant la maladie, méconnaissance de l'importance de l'examen du niveau du médicament dans le sérum, l'ignorance de l'hypomanie comme phénomène et même comme terme. Les patients apprécient le fait que la psychoéducation leur aide à diminuer leur sentiment de culpabilité, de stigmatisation.

Conclusions. Nos observations soutiennent la constatation que la psychoéducation est un élément crucial de la thérapie complexe du désordre bipolaire. Elle satisfait les patients quant aux informations, aide à changer leurs convictions concernant leur maladie et la thérapie. Il est donc nécessaire de continuer les analyses de son efficacité et de ses mécanismes d'agir.

Piśmiennictwo

1. Colom F, Lam D. *Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder*. *Europ. Psychiatry* 2005; 20: 359–364.

2. Grabski B, Mączka G, Dudek D. *The role of psychoeducation in the complex treatment of bipolar disorder*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2007; 3: 35–41.
3. Colom F, Vieta E. *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Cambridge University Press; 2006, s. 66.
4. Scott J, Tacchi MJ. *A pilot study of concordance therapy for individuals with bipolar disorders who are non-adherent with lithium prophylaxis*. Bipolar Disord. 2002; 4 (6): 386–392.
5. Morselli PL, Elgie R. *The BEAM survey: information on current and past treatment of bipolar disorder generated by a patient questionnaire*. Bipolar Disord. 2002; 4 (supl. 1): 131.
6. Peet M, Harvey NS. *Lithium maintenance: I. A standard education program for patients*. Brit. J. Psychiatry 1991; 158: 197–200.
7. Perry A, Tarrier N, Morris 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: 149–153.
8. Meder J. *Rehabilitacja*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2003, s. 311.
9. Mączka G, Siwek M, Skalski M, Dudek D. *Lekarze i pacjenci wobec choroby afektywnej dwubiegunowej – czy myślimy podobnie?* Psychiatr. Pol. 2009; 3: 301–312.

Adres: Grzegorz Mączka
Klinika Psychiatrii Dorosłych UJ CM
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 12.06.2009
Zrecenzowano: 22.07.2009
Otrzymano po poprawie: 21.08.2009
Przyjęto do druku: 30.08.2009