

Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych

Cognitive-behavioural therapy in the treatment of bipolar affective disorders

Maria Napierała

Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2017; 12, 3: 118–125

Adres do korespondencji:

mgr Maria Napierała
Klinika Psychiatrii Dorosłych
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań
e-mail: maria.napierala@op.pl

Streszczenie

Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) należy do zaburzeń afektywnych nawracających. Ze względu na istotny udział czynników biologicznych w etiopatogenezie choroby główną metodą leczenia jest farmakoterapia. Postępowanie psychoterapeutyczne stwarza możliwości poprawy efektywności farmakoterapii. Metody psychoterapeutyczne wspomagające leczenie ChAD, takie jak psychoedukacja czy terapia rodzinna (*family-focused therapy* – FFT), stosowane były uprzednio w leczeniu schizofrenii. Terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive behavioral therapy* – CBT) wykazała dużą skuteczność w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Dla potrzeb leczenia ChAD stworzono terapię interpersonalną i rytmów społecznych (*interpersonal and social rhythm therapy* – IPSRT). Wszystkie powyższe metody odznaczają się udowodnioną skutecznością wspomagania leczenia farmakologicznego.

Terapia poznawczo-behawioralna stanowi grupę interwencji psychoterapeutycznych o dobrze potwierdzonej efektywności w przypadku zaburzeń lękowych, depresyjnych, osobowościowych, odżywiania oraz zespołu uzależnień. Celem artykułu jest przegląd literatury na temat skuteczności metod terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej. Większość badań wskazuje na obiecujące wyniki stosowania CBT u chorych z ChAD. Ostatnia metaanaliza badań wskazuje, że pod wpływem CBT następuje zmniejszenie częstości nawrotów choroby, zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych oraz nasilenia manii, a także występuje poprawa funkcjonowania psychospołecznego, aczkolwiek w niektórych badaniach wyniki są niejednoznaczne. W wielu pracach podkreśla się potrzebę dalszych badań nad stosowaniem terapii poznawczo-behawioralnej w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych, wypracowania jednoznacznych standardów i zaleceń terapeutycznych jej prowadzenia oraz lepszych sposobów oceny ich skuteczności.

Słowa kluczowe: choroba afektywna dwubiegunowa, psychoterapia, terapia poznawczo-behawioralna.

Abstract

Bipolar disorder (BD) belongs to the group of recurrent affective disorders. As biological factors play an important role in its aetiopathogenesis, pharmacology remains the main treatment, while psychotherapy can augment its effectiveness. Psychotherapeutic methods, contributing to BD treatment, such as psychoeducation and family-focused therapy (FFT) have already been used in the treatment of schizophrenia. Cognitive behavioural therapy (CBT) has proved efficacious in the treatment of unipolar affective disorders. Specifically for BD, interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) was developed. All of the aforementioned procedures have proven to be efficacious in augmenting pharmacological treatment.

Cognitive behavioural therapy constitutes a group of well-proven psychosocial interventions for the treatment of anxiety, depressive, personality, and eating disorders as well as for addictions. The aim of this article is to review the literature on the effectiveness of cognitive behavioural therapy in the treatment of bipolar disorder. The majority of studies bring about promising results of the use of CBT in BD. A recent meta-analysis shows that, using CBT results in decreasing frequency of recurrences of the illness, a reduction of intensity of depressive and manic symptoms as well as improvement in psychosocial functioning were seen, although in some studies the results are not unequivocal. In many papers, the necessity of further studies on the use of cognitive-behavioural therapy in BD is emphasised, in order to elaborate definite standards and therapeutic indications as well as better methods to assess its efficacy.

Key words: bipolar disorder, psychotherapy, cognitive-behavioural therapy.

Choroba afektywna dwubiegunowa i jej leczenie farmakologiczne

Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) należy do zaburzeń afektywnych nawracających. Charakteryzuje się okresowym występowaniem zespołów maniакаlnych, depresyjnych i mieszanych (Pużyński 2006; Rybakowski 2008a; Anderson i wsp. 2012).

Epizody ChAD powodują zaburzenia poznawcze, emocjonalne i behawioralne, upośledzające funkcjonowanie społeczne osoby chorej. Od 25% do 50% pacjentów z ChAD podejmuje przynajmniej jedną próbę samobójczą, a ryzyko popełnienia skutecznego samobójstwa oceniane jest na 15–20% (Jamison 2000). Wskazuje się również na częste współwystępowanie w przebiegu ChAD zaburzeń lękowych i uzależnienia od substancji psychoaktywnych (Anderson i wsp. 2012).

W etiopatogenezie ChAD zwraca się uwagę na istotną rolę czynników genetycznych. Ostatniego podsumowania badań genetyczno-molekularnych dokonali Craddock i Sklar (2013). Ostatnie dane wskazują również na rolę czynników środowiskowych w patogenezie i przebiegu ChAD (Aldinger i Schulze 2016). Jednym z istotnych czynników wpływających na powstanie i przebieg ChAD są negatywne wydarzenia życiowe w dzieciństwie (Jaworska-Andryszewska i Rybakowski 2016). Wykazano, że osoby z ChAD doświadczyły w tym okresie istotnie więcej w porównaniu z dobraną pod względem płci i wieku grupą kontrolną takich wydarzeń, jak alkoholizm, choroby psychiczne i samobójstwa w rodzinie, opuszczenie przez rodziców, rozwód, śmierć jednego z rodziców oraz długotrwała rozłąka z rodzicem (Jaworska-Andryszewska i wsp. 2016).

Współczesne standardy leczenia ChAD wskazują na podstawowe znaczenie farmakoterapii (Rybakowski 2008b). Obecnie najważniejszą rolę w leczeniu farmakologicznym odgrywają leki normotymiczne (stabilizujące nastrój), z których pierwszym był węgiel litu (Hartigan 1963). Z perspektywy chronologicznej wyróżnić można leki normotymiczne I generacji: lit, środki przeciwdrgawkowe (walproinian i karbamazepina), i II generacji: atypowe leki neuroleptyczne (klozapina, olanzapina, kwetiapina, aripiprazol i risperidon) oraz nowy lek przeciwpadaczkowy o działaniu normotymicznym – lamotryginę (Rybakowski 2007; 2008).

W leczeniu zespołów maniакаlnych w warunkach szpitalnych podstawową rolę odgrywają leki neuroleptyczne typowe i atypowe oraz leki

normotymiczne I generacji. W przypadku dużego nasilenia wskazane jest stosowanie kombinacji leków normotymicznych I i II generacji, natomiast w stanach hipomaniакаlnych skuteczna jest monoterapia lekiem normotymicznym I generacji lub atypowym lekiem neuroleptycznym. W leczeniu epizodów depresyjnych w przebiegu ChAD typu I konieczne jest stosowanie leków przeciwdepresyjnych w skojarzeniu z lekami normotymicznymi, natomiast monoterapia lekami przeciwdepresyjnymi możliwa jest w przebiegu choroby II typu (Rybakowski i wsp. 2015).

Ze względu na wyraźną nawrotowość w ChAD konieczne jest długoterminowe leczenie profilaktyczne (zapobiegające nawrotom). Leczeniem pierwszego wyboru dla profilaktyki jest lit. Dobór leków normotymicznych zależy od typu choroby, częstości i rodzaju epizodów oraz czasu trwania remisji (Rybakowski i wsp. 2015).

Metody psychoterapeutyczne w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej

Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej w Wielkiej Brytanii (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) zaleca zastosowanie w przebiegu ChAD, po ustąpieniu ostrych objawów, 16 sesji strukturalizowanej psychoterapii ukierunkowanej na psychoedukację, monitorowanie nastroju pacjenta, identyfikację symptomów prodromalnych i wypracowanie strategii radzenia sobie z objawami choroby (*coping*) (NICE 2006). U kobiet w ciąży cierpiących na depresję w przebiegu ChAD zaleca się stosowanie terapii poznawczo-behawioralnej zamiast leków przeciwdepresyjnych. Z kolei Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (*American Psychiatric Association*) rekomenduje psychoterapię obejmującą wypracowanie strategii radzenia sobie z objawami choroby i poprawę relacji interpersonalnych (Popiel i wsp. 2009).

Obecnie oddziaływania psychoterapeutyczne, w przeciwieństwie do wcześniejszych terapii psychodynamicznych nastawianych na rozwiązanie konfliktu wewnętrznego i zwiększenie samoświadomości, wykorzystują większą liczbę dyrektyw i strategii koncentrujących się na symptomach. Wśród potwierdzanych od lat 90. ubiegłego stulecia interwencji psychoterapeutycznych, zwiększających skuteczność w leczeniu ChAD, wymienić można: psychoedukację, terapię rodzinną, terapię rytmów społecznych oraz terapię poznawczo-behawioralną.

Psychoedukacja indywidualna i grupowa

Psychoedukacja indywidualna składa się zwykle z 6–21 ustrukturalizowanych sesji strukturalnych, które koncentrują się na dostarczeniu informacji o etiologii ChAD, przebiegu choroby, strategii identyfikowania objawów prodromalnych i radzenia sobie z nimi. Badania wskazują, że dołączenie psychoedukacji indywidualnej jest skuteczniejsze od „zwykajowego” leczenia (*treatment as usual* – TAU), szczególnie w zapobieganiu epizodom maniakalnym, natomiast w porównywaniu z CBT oraz terapią skoncentrowaną na rodzinie psychoedukacja jest mniej skuteczna (Swartz i wsp. 2014).

Jeden z najważniejszych programów psychoedukacji grupowej opracowali Eduard Vieta i Francesk Colom w Barcelonie. Program realizowany jest w grupach liczących 6–12 osób i składa się z 21 sesji trwających 90 minut. Połowa czasu sesji obejmuje psychoedukację, a reszta przeznaczona jest na dyskusję. Tematyka psychoedukacji koncentruje się wokół obszarów:

- wiedzy na temat choroby (objawów, klasyfikacji, etiologii, przebiegu i rokowania),
- przestrzegania zaleceń dotyczących leków (informacji o lekach, terapii alternatywnych, ryzyku zaprzestania brania leków),
- unikania nadużywania substancji,
- wczesnego wykrycia objawów nawrotu (wykrywanie objawów prodromalnych, planowanie czasu dobowego),
- zarządzania stresem (regularności nawyków i strategii rozwiązywania problemów) (Colom i wsp. 2006).

Psychoedukacja grupowa wydłuża czas remisji choroby i zmniejsza ryzyko hospitalizacji w porównaniu z interwencjami wspierającymi w trakcie wizyt lekarskich. Korzyści są mniej widoczne w wypadku, gdy programy psychoedukacyjne porównywane są do innych oddziaływań terapeutycznych. Okazało się, że wyniki skróconej wersji programu (obejmującego sześć sesji) nie różniły się od tych uzyskanych przy zastosowaniu 20 sesji indywidualnych CBT (Parikh i wsp. 2012).

Terapia rodzinna (*family-focused therapy* – FFT)

Terapia skoncentrowana na rodzinach, opisana przez Davida Miklowitza i wsp. (2003), jest interwencją trwającą 21 sesji, prowadzoną wspólnie z pacjentem i członkiem (lub członkami) rodziny (rodzicem, rodzeństwem). Ukierunkowana jest na zwiększenie poczucia wsparcia społecznego.

Leczenie koncentruje się na psychoedukacji, szkoleniu doskonalącym komunikację i rozwiązywaniu problemów. Pacjenci otrzymujący jakąkolwiek interwencję rodzinną mieli około połowę mniej epizodów depresyjnych niż osoby otrzymujące tylko leczenie farmakologiczne (Miller i wsp. 2008). Jednakże w przypadku interwencji rodzinnych na wyniki leczenia wpływał istotnie stopień zaburzenia rodziny: w przypadku mocno upośledzonego funkcjonowania rodziny pacjenci wykazywali więcej epizodów depresyjnych i były one dłuższe (Miller i wsp. 2008). Zmniejszenie liczby nawrotów wskazane zostało zarówno dla terapii rodzinnych, jak i grupowych terapii multirodzinnych w porównaniu z osobami leczonymi tylko farmakologicznie (Miklowitz 2007; Solomon i wsp. 2008).

Terapia interpersonalna i rytmów społecznych (*interpersonal and social rhythm therapy* – IPSRT)

Terapia interpersonalna i rytmów społecznych opracowana przez Ellen Frank i wsp. (1999) zakłada, że poprawa regulacji rytmów społecznych (rytmami społecznymi są codzienne czynności, które pomagają ustalić rytm biologiczny, takie jak godziny snu i przebudzenia, godziny posiłków, czasu pracy itp.) wpływa na regulację rytmów biologicznych, zakładając przypuszczalny związek między zaburzeniami rytmu okołodobowego a genezą epizodów choroby. Terapia rytmów społecznych łączy zasady psychoterapii interpersonalnej ze strategiami behawioralnymi, mającymi na celu uregulowanie codziennych czynności oraz psychoedukację w celu zwiększenia przestrzegania zaleceń dotyczących leków. Terapia koncentruje się na:

- identyfikacji i leczeniu objawów afektywnych,
- związku między zmianami nastroju a zdarzeniami życiowymi,
- utrzymywaniu regularnych rytmów dziennych,
- identyfikacji i zarządzaniu potencjalnymi czynnikami powodującymi dysregulację rytmu, ze zwróceniem szczególnej uwagi na indywidualne preferencje,
- ułatwieniu pogodzenia się z chorobą (Frank 2005).

Wyniki badań nad skutecznością terapii rytmów społecznych wykazały jej skuteczność zarówno w ostrych fazach choroby, jak i leczeniu podtrzymującym (Frank i wsp. 2005). Co ciekawe, wydaje się, że stosowanie terapii w ostrej fazie choroby przynosi większe korzyści niż stosowanie terapii jako interwencji podtrzymującej (Miklowitz

2007). Wyniki Swartza i wsp. (2014) wskazują, że może być ona wykorzystana jako skuteczna monoterapia depresji (czyli bez leków) w przypadku epizodu depresyjnego w przebiegu ChAD.

Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej

Współczesna terapia poznawczo-behawioralna (CBT) to cała grupa interwencji psychoterapeutycznych, powstałych z połączenia metod terapii behawioralnej oraz poznawczej. Charakteryzuje się podejściem do psychopatologii wywiedzionym z teorii uczenia się oraz warunkowania (Popiel i wsp. 2009; Benjamin i wsp. 2011). Stąd wykorzystanie w terapii mechanizmów i pojęć, takich jak warunkowanie klasyczne i instrumentalne, habituacja, modelowanie poznawcze (*modeling*), restrukturyzacja poznawcza (*cognitive restructuring*), wygaszanie (*extinction*), rozwiązywanie problemów (*problem-solving*), samokontrola (*sense of self-control*) oraz strategie radzenia sobie z problemami (*coping strategies*) (Benjamin i wsp. 2011). Ponadto w CBT kładzie się duży nacisk na empiryczną weryfikację efektywności oddziaływań terapeutycznych.

Liczne badania wykazały skuteczność podejścia CBT w leczeniu m.in. zaburzeń lękowych (Hoffman i Smits 2008; Otte 2011), depresyjnych (Driessen i wsp. 2010; Foroushania i wsp. 2011; Lopez i wsp. 2015), osobowości (Matusiewicz i wsp. 2010), odżywiania (Murphy i wsp. 2010) oraz uzależnień od substancji psychoaktywnych (McHugh i wsp. 2010). Na dużą efektywność CBT wskazują także wyniki metaanaliz (Hofmann i wsp. 2012), choć podkreśla się potrzebę dalszych badań i rozwoju istniejących metod w celu wypracowania jednoznacznych standardów i zaleceń terapeutycznych oraz lepszych sposobów oceny ich skuteczności.

Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu ChAD opiera się na poznawczym modelu Becka i koncentruje się na rozpoznawaniu i modyfikowaniu nieadaptacyjnych schematów myślenia. Protokół CBT opracowany do leczenia ChAD przez Bosco i wsp. (2007) uwzględnia 20 ustrukturalizowanych sesji, na które składa się psychoedukacja dotycząca choroby i leków, systematyczna obserwacja objawów (w tym prodromalnych) charakterystycznych dla chorego, wypełnianie zaleceń lekarskich, analiza poznawczych i behawioralnych zmian w epizodach choroby, ocena funkcjonowania psychospołecznego i rozwój umiejętności rozwiązywania problemów psychospołecznych. Dodatkowo opracowując

strategię leczenia, zwraca się uwagę na wcześniej występujące problemy w przebiegu choroby, kładąc nacisk na określone interwencje. Badania potwierdziły skuteczność zarówno CBT indywidualnej, jak i grupowej w ChAD, porównywalną z innymi oddziaływaniami psychoterapeutycznymi w zakresie zmniejszenia liczby nawrotów choroby, zmniejszenia nasilenia objawów w trakcie epizodów choroby, czasu trwania remisji i poprawy funkcjonowania psychospołecznego (Lam i wsp. 2005; Ball i wsp. 2006; Scott i wsp. 2006).

Głównym celem interwencji psychoterapeutycznych w przebiegu ChAD jest zapobieganie nawrotom oraz poprawa funkcjonowania psychospołecznego pacjenta. Dodatkowymi celami mogą być zmniejszenie fluktuacji i nasilenia zaburzeń nastroju, wydłużenie okresów eutymii (stan neutralnego nastroju u osób z ChAD), poprawa relacji interpersonalnych, wreszcie wypracowanie skutecznych metod radzenia sobie z objawami choroby oraz standardów dotyczących przyjmowania leków (dyscyplina lekowa), przede wszystkim w leczeniu podtrzymującym (NICE 2006; Jakuszkowiak-Wojten, Gałuszko-Węgielnik i Wojtas 2012).

Randomizowane badanie pilotażowe z grupą kontrolną obejmujące 25 pacjentów przyjmujących leki normotymiczne wykazało, iż osoby otrzymujące CBT (12–20 sesji zaprojektowanych w celu zapobiegania nawrotom) doświadczały mniejszej liczby epizodów chorobowych, lepiej funkcjonowały oraz dysponowały strategiami radzenia sobie z objawami ChAD w porównaniu z grupą kontrolną. Ponadto charakteryzowały się większą dyscypliną lekową oraz miały przepisywane mniejsze dawki leków przeciwpsychotycznych w okresie 6 miesięcy po zakończeniu terapii (Lam i wsp. 2000). Podobne wyniki otrzymano w badaniu rocznym z grupą kontrolną (obie grupy otrzymywały leki normotymiczne), na większej liczbie pacjentów ($n = 103$ z ChAD I), którzy uczęszczali na 14 sesji w ciągu pierwszych 6 miesięcy oraz dwie dodatkowe przez kolejnych 6 miesięcy trwania badania. Również tutaj autorzy stwierdzili mniejszą liczbę epizodów afektywnych, krótsze ich trwanie oraz lepsze ogólne funkcjonowanie psychospołeczne chorych (Lam i wsp. 2003). Badanie po kolejnych 18 miesiącach (łącznie 30 miesięcy) wykazało, iż efekt prewencji nawrotów utrzymywał się głównie przez pierwszy rok, tak że podczas 18 ostatnich miesięcy nie stwierdzono znaczącej skuteczności CBT w zapobieganiu nawrotom w przebiegu ChAD (Lam i wsp. 2005).

Podobne wnioski można wyciągnąć z badania, w którym 52 pacjentów z ChAD I lub ChAD

II przydzielono losowo do grupy otrzymującej standardowe leczenie oraz do grupy eksperymentalnej, korzystającej z CBT (obie grupy przyjmowały leki normotymiczne). Ocena stanu pacjentów obejmowała częstość występowania nawrotów, częstość pojawiania się postaw dysfunkcyjnych, ogólne funkcjonowanie psychospołeczne, dyscyplinę lekową, samokontrolę oraz poczucie beznadziejności. Specjaliści oceniający stan chorych nie mieli dostępu do informacji o statusie grupy (ślepa próba). Chorzy z grupy eksperymentalnej osiągnęli niższe wyniki w skalach oceny depresji oraz charakteryzowali się mniej dysfunkcyjnymi postawami. W tej grupie zaobserwowano także tendencję statystyczną polegającą na wydłużeniu czasu pomiędzy kolejnymi nawrotami epizodów depresyjnych. Badanie wykonane po roku od zakończenia terapii sugerowało niższe wyniki w skali oceny manii oraz zwiększoną samokontrolę u pacjentów, którzy uczestniczyli w sesjach CBT. Okazało się także, że pozytywne efekty maleją wraz z upływem czasu, co może wskazywać na potrzebę stosowania dodatkowych sesji terapeutycznych (Ball i wsp. 2006).

Interesujące wyniki otrzymano w największym do tej pory praktycznym randomizowanym badaniu z grupą kontrolną ($n = 253$). Obie grupy otrzymywały standardowe leczenie, a grupa eksperymentalna uczestniczyła dodatkowo w sesjach CBT (22 sesje). Oszacowanie stanu zdrowia pacjentów odbywało się co 8 tygodni na przestrzeni 18 miesięcy. U ponad połowy chorych w tym okresie nastąpiły nawroty choroby, bez istotnych różnic między obiema grupami (eksperymentalną i kontrolną). Analizy *post hoc* wykazały jednak większą skuteczność CBT w zapobieganiu nawrotom w grupie pacjentów, którzy doświadczyli wcześniej mniej niż 12 epizodów afektywnych, oraz mniejszą efektywność CBT u tych chorych, którzy mieli więcej niż 12 epizodów afektywnych (Scott i wsp. 2006). Z tymi wynikami i interpretacjami polemizuje Lam (2006), zwracający uwagę na niedoskonały dobór próby (pacjenci z ChAD o przebiegu łagodnym oraz ciężkim, korzystający oraz niekorzystający z farmakoterapii) i ograniczenia analiz *post hoc*, zwłaszcza w odniesieniu do badań klinicznych. Ponadto Lam i wsp. (2009) nie odnotowali wpływu liczby wcześniejszych epizodów afektywnych na prawdopodobieństwo wystąpienia nawrotu choroby.

W randomizowanym badaniu trwającym rok pacjenci z diagnozą ChAD I lub ChAD II i epizodem dużej depresji ($n = 293$), w większości (83%) przyjmujący leki normotymiczne, zostali

losowo przydzieleni do dwóch grup: jedna otrzymywała intensywną psychoterapię ($n = 163$), w tym CBT ($n = 75$), program terapii rodzinnej (FFT) ($n = 26$) lub terapię interpersonalną i rytów społecznych (IPSRT) ($n = 62$), druga zaś ($n = 130$) opiekę łączoną, obejmującą interwencję psychoedukacyjną. Intensywna psychoterapia (do 30 sesji) odbywała się raz bądź dwa razy w tygodniu, średnio 14 miesięcy, natomiast opieka łączona składała się z trzech 50-minutowych sesji indywidualnych w okresie ok. 6 tygodni. Analiza wykazała większą skuteczność intensywnej psychoterapii w porównaniu z opieką łączoną, lecz nie osiągnięto istotnych statystycznie różnic między efektywnością CBT, FFT i IPSRT, co autorzy tłumaczą podobieństwem technik wykorzystywanych w różnych podejściach terapeutycznych. Największym ograniczeniem metodologicznym tego badania jest niemożność wykrycia wielkości efektu w odniesieniu do małych różnic między poszczególnymi interwencjami. Ponadto problematyczna jest kwestia liczby sesji, w których uczestniczyli badani. Mimo że nie stwierdzono znacznych różnic między grupami ani w odniesieniu do liczby sesji, ani liczby miesięcy, to istnieje duży rozrzut w zakresie liczby sesji w ramach samych grup; dla CBT: $\bar{X} \pm s = 13.3 \pm 11.3$ sesji (mediana = 11.0) podczas $\bar{X} \pm s = 6.5 \pm 4.0$ miesięcy; dla FFT: $\bar{X} \pm s = 11.5 \pm 11.4$ sesji (mediana = 11.5) podczas $\bar{X} \pm s = 6.5 \pm 2.9$ miesięcy; dla IPSRT: $\bar{X} \pm s = 16.7 \pm 11.2$ sesji (mediana = 18.5) podczas $\bar{X} \pm s = 7.2 \pm 3.7$ miesięcy (Miklowitz i wsp. 2007). Należy też pamiętać, że niektóre randomizowane badania z grupą kontrolną nie potwierdziły skuteczności IPSRT w leczeniu ChAD (Frank i wsp. 1999), a metaanalizy zwracają uwagę na brak dowodów na efektywność FFT w terapii schorzeń afektywnych dwubiegunowych (Justo i wsp. 2007). Ostatnim wartym odnotowania faktem jest ten, że dla pacjentów nieposiadających rodziny bądź posiadających rodzinę niewspółpracującą ($n = 134$) jedynymi opcjami terapeutycznymi były CBT, IPSRT oraz terapia łączona.

Oszacowania skuteczności CBT w porównaniu z samą psychoedukacją dotyczy także badanie pilotażowe na grupie 79 osób z ChAD w fazie remisji częściowej lub pełnej. Grupa kontrolna otrzymała 7 sesji indywidualnej psychoedukacji, natomiast grupa eksperymentalna dodatkowo 13 indywidualnych sesji CBT. Zmiany nastroju i dyscyplina lekowa były oceniane raz w tygodniu, a funkcjonowanie psychospołeczne i korzystanie z opieki psychiatrycznej – raz w miesiącu. Czterdziestu sześciu pacjentów ukończyło badanie. Osoby z grupy eksperymentalnej do-

świadczyły 50% mniej dni obniżonego nastroju w ciągu roku. Odnotowano także mniejsze dawki leków przeciwdepresyjnych w tej grupie chorych. Nie stwierdzono różnic między grupą eksperymentalną a kontrolną w zakresie częstości hospitalizacji, funkcjonowania psychospołecznego, dyscypliny lekowej czy korzystania z opieki psychiatrycznej. Autorzy zwracają uwagę na perspektywy dalszych badań, w których należałoby wyrównać czas trwania terapii w obu grupach (eksperymentalnej oraz kontrolnej), co pozwoliłoby zniwelować możliwy efekt czasu trwania interwencji psychoterapeutycznej (Zaretsky i wsp. 2008).

Wyniki obszernych metaanaliz również nie są rozstrzygające. Lynch i wsp. (2010) przeanalizowali piśmiennictwo dotyczące efektywności CBT w leczeniu ChAD, schizofrenii i depresji nawracającej, uwzględniając badania na grupie dorosłych, w których stosowano tzw. interwencję kontrolną. W odniesieniu do prewencji nawrotów w ChAD, cztery badania spełniły kryteria doboru (Lam i wsp. 2003; Ball i wsp. 2006; Scott i wsp. 2006; Zaretsky i wsp. 2008), we wszystkich zastosowano ślepią próbę, wszystkie też jako interwencję kontrolną stosowały TAU. Autorzy metaanalizy reasumują, że skumulowany iloraz szans (*pooled odds ratio*) dla tych czterech badań nie osiągnął poziomu istotności i wynosi 0.78 (95% przedział ufności 0.53–1.15, $p = 0.22$). Tylko jedno badanie (Lam i wsp. 2003) wskazuje na skuteczność CBT w prewencji nawrotów w przebiegu ChAD.

W innej metaanalizie uwzględniono wyłącznie badania randomizowane z grupą bądź interwencją kontrolną. Celem analizy było oszacowanie skuteczności różnych metod psychoterapeutycznych podczas ostrego epizodu afektywnego lub, w perspektywie długoterminowej, ocena efektywności różnych interwencji psychoterapeutycznych u pacjentów, którzy przeżyli ostry epizod afektywny. Pięć badań, obejmujących w sumie 457 pacjentów (ok. 94% z rozpoznaniem ChAD I i ok. 7% z rozpoznaniem ChAD II), spełniło kryteria doboru (w tym Lam i wsp. 2000; Scott i wsp. 2006). Autorzy metaanalizy stwierdzają, iż w większości analizowanych obszarów badania te charakteryzują się niską do umiarkowanej jakością, a klinicznej istotności prezentowanych wniosków nie sposób oszacować. Podają, że dowody na akceptację lub tolerancję CBT w przebiegu ChAD są słabe, natomiast na prewencję nawrotów – umiarkowane (NICE 2006).

Metaanaliza różnych interwencji psychoterapeutycznych w ChAD uwzględniająca 35 badań

(w tym 28 randomizowanych badań kontrolnych, włączone badania: Lam i wsp. 2003, 2005; Ball i wsp. 2006; Scott i wsp. 2006; Miklowitz i wsp. 2008) wskazała na podobną skuteczność indywidualnych oraz grupowych oddziaływań CBT w porównaniu do pozostałych oddziaływań terapeutycznych: psychoedukacji, terapii rodzin, psychoterapii interpersonalnej i rytmów społecznych oraz opieki łączonej (Swartz i wsp. 2014).

W najnowszej metaanalizie badań randomizowanych, uwzględniającej 19 publikacji, obejmujących łącznie 1384 pacjentów z rozpoznaniem ChAD I i ChAD II, wykazano, że CBT może w stopniu umiarkowanym obniżyć wskaźnik nawrotu choroby, poprawić objawy depresyjne, zmniejszyć nasilenie manii oraz poprawić funkcjonowanie społeczne. Ponadto badacze dokonali analizy podgrup, uwzględniając skuteczność oddziaływań CBT w zależności od charakterystyki pacjentów, terapeutów i terapii. Analizy podgrup wskazują, że efekt zmniejszenia objawów depresji był istotnie większy, jeżeli sesje trwały 90 minut, w porównaniu z efektami uzyskanymi, gdy sesje były krótsze. Czas trwania samej terapii wpływał na efekt nasilenia manii – terapia trwająca powyżej 12 sesji wpływała także pozytywnie na zmniejszenie nasilenia manii. Częstość nawrotu choroby po oddziaływaniach CBT była niższa wśród pacjentów z ChAD I w porównaniu z pacjentami z ChAD II (Chiang i wsp. 2017).

Wnioski

Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu ChAD wspomaga terapię farmakologiczną, prowadzoną przy zastosowaniu leków normotymicznych, obniżając intensywność epizodów, czas ich trwania, zmniejszając ryzyko wystąpienia nawrotu oraz poprawiając funkcjonowanie psychospołeczne. Uwzględniając ryzyko indukcji zmiany faz przez leki przeciwdepresyjne, możliwe jest rozważenie zastosowania CBT w przypadku umiarkowanych epizodów depresyjnych w przebiegu ChAD jako alternatywy dla leków przeciwdepresyjnych. Niewątpliwie konieczne jest dalsze badanie skuteczności CBT w porównaniu z innymi interwencjami terapeutycznymi (takimi jak psychoedukacja, terapia rodzin czy rytmów dobowych), co do których wskazuje się podobną skuteczność.

Należy jednak zwrócić uwagę na trudność w ocenie skuteczności CBT w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Autorzy metaanaliz oraz systematycznych przeglądów piśmiennictwa wskazują na problemy interpretacyjne związane z krótko- i długotrwałymi korzy-

ściami płynącymi z uczestniczenia w sesjach CBT, liczbą nawrotów ChAD, doбором grupy eksperymentalnej i kontrolnej itp. Wyniki metaanaliz wskazują na problemy metodologiczne niektórych badań związane z brakiem przejrzystych zasad randomizacji, dużym zróżnicowaniem klinicznym w obrębie grup eksperymentalnych, niejasnymi kryteriami kwalifikacji do badań bądź brakiem odpowiedniej grupy kontrolnej. Niektóre doniesienia, zwłaszcza te bazujące na niewielkiej próbie, mają charakter pilotażowy. Wielu badaczy formułuje więc oceny ostrożne i zwraca uwagę na konieczność dalszych badań.

Piśmiennictwo

- Aldinger F, Schulze TG. Environmental factors, life events, and trauma in the course of bipolar disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2017; 71: 6-17.
- Anderson IM, Haddad PM, Scott J. Bipolar disorder. *BMJ* 2012; 345: e8508.
- Ball JR, Mitchell PB, Corry JC, et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: focus on long-term change. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 277-286.
- Basco MR, Rush AJ. Zaburzenia afektywne-dwubiegunowe. Terapia poznawczo-behawioralna. WUJ, Kraków 2007.
- Benjamin CL, Puleo CM, Settipani CA, et al. History of cognitive-behavioral therapy (CBT) in youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2011; 20: 179-189.
- Colom F, Vieta E. Psychoeducation manual for bipolar disorder. Cambridge University Press, Cambridge 2006.
- Chiang KJ, Tsai JC, Liu D, et al. Efficacy of cognitive behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 2017; 12: e0176849.
- Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. *Lancet* 2013; 381: 1654-1662.
- Driessen E, Hollon SD. Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators. *Psychiatr Clin North Am* 2010; 33: 537-555.
- Frank E. Treating bipolar disorder: A clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy. Guilford Press, New York 2005.
- Frank E, Swartz HA, Mallinger AG, et al. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: effects of changing treatment modality. *J Abnorm Psychol* 1999; 108: 579-587.
- Foroushani PS, Schneider J, Assareh N. Meta-review of the effectiveness of computerized CBT in treating depression. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 131.
- Hartigan GP. The use of lithium salts in affective disorders. *Br J Psychiatry* 1963; 109: 810-814.
- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, et al. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit Ther Res* 2012; 36: 427-440.
- Hoffman SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A Meta-Analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 621-632.
- Jakuszkowiak-Wojten K, Gałuszko-Węgielnik M, Wojtas A. Rola psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. *Psychiatria* 2012; 9: 36-41.
- Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 47-51.
- Jaworska-Andryszewska P, Abramowicz M, Kosmala A, et al. Trauma wczesnodziecięca w chorobie afektywnej dwubiegunowej. *Neuropsychiatr Neuropsychol* 2016; 11: 39-46.
- Jaworska-Andryszewska P, Rybakowski J. Negatywne doświadczenia dziecięce a powstawanie i przebieg choroby afektywnej dwubiegunowej. *Psychiatr Pol* 2016; 50: 989-1000.
- Justo LP, Soares BG, Calil HM. Family interventions for bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; CD005167. doi: 10.1002/14651858.CD005167.pub2.
- Lam DH, Bright J, Jones S, et al. Cognitive therapy for bipolar illness: a pilot study of relapse prevention. *Cognit Ther Res* 2000; 24: 503-520.
- Lam DH, Burbeck R, Wright K, et al. Psychological therapies in bipolar disorder: the effect of illness history on relapse prevention: a systematic review. *Bipolar Disord* 2009; 11: 474-482.
- Lam DH, Hayward P, Watkins ER, et al. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 324-329.
- Lam DH, Watkins ER, Hayward P, et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 145-152.
- Lam DH. What can we conclude from studies on psychotherapy in bipolar disorder? Invited commentary on: Cognitive-behavioral therapy for severe and recurrent bipolar disorders. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 321-322.
- Lopez MA, Basco MA. Effectiveness of cognitive behavioral therapy in public mental health: comparison to treatment as usual for treatment-resistant depression. *Adm Policy Ment Health* 2015; 42: 87-98.
- Lynch D, Laws KR, McKenna PJ. Cognitive behavioral therapy for major psychiatric disorder: Does it really work? A meta-analytic review of well-controlled trials. *Psychol Med* 2010; 40: 9-24.
- Matusiewicz AK, Hopwood CJ, Banducci AN, et al. The effectiveness of cognitive behavioral therapy for personality disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2010; 33: 657-685.
- McHugh RK, Hearon BA, Otto MW. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2010; 33: 511-525.
- Miklowitz DJ, George EL, Richard JA, et al. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 904-912.
- Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 419-426.
- Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, et al. Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 732-740.
- Murphy R, Straepler S, Cooper Z, et al. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2010; 33: 611-627.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Bipolar disorder: The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. British Psychological Society 2006; NICE Clinical Guidelines 38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55366>.
- Otte C. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues Clin Neurosci* 2011; 13: 413-421.
- Parikh SV, Zaretsky A, Beaulieu S, et al. A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive-behavioral

- therapy in bipolar disorder: a Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) study. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: 803-810.
37. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behavioralna – praktyka oparta na badaniach empirycznych. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej* 2009; 2: 146-155.
 38. Pużyński S. Choroby afektywne (zaburzenia afektywne nawracające). W: A Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; 323-340.
 39. Rybakowski J, Dudek D, Jaracz J. Choroby afektywne. W: Jarema M (red.), *Standardy leczenia farmakologicznego*. VM Media, Gdańsk 2015; 55-134.
 40. Rybakowski J. Two generations of mood stabilizers. *Int J Neuropsychopharmacol* 2007; 10: 709-711.
 41. Rybakowski J. Aripiprazole joins the family of second-generation mood stabilizers. *J Clin Psychiatry* 2008a; 69: 862-863.
 42. Rybakowski J. *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej*. Termedia, Poznań 2008b.
 43. Scott J, Paykel E, Morriss R, et al. Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 313-320.
 44. Swartz HA, Swanson J. Psychotherapy for bipolar disorder in adults: a review of the evidence. *Focus (Am Psychiatr Publ)* 2014; 12: 251-266.
 45. Zaretsky AE, Lancee W, Miller C, et al. Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *Can J Psychiatry* 2008; 53: 441-448.