
Možnosti a meze psychoterapie u bipolární poruchy

Látalová K.^{1,2}, Praško J.^{1,2,3}

Klinika psychiatrie LF UP a FN, Olomouc ¹
Centrum neuropsychiatrických studií, Praha ²
Psychiatrické centrum Praha ³

SOUHRN

Průběh bipolární afektivní poruchy je charakterizován častými relapsy, které jsou střídány remisemi. Základem léčby všech forem BAP je farmakoterapie. Ačkoli máme k dispozici řadu farmak, která vykazují velmi dobrý tymo-stabilizační efekt, dlouhodobě se daří stabilizovat pouze okolo 60 % pacientů. Navzdory pokrokům ve farmakoterapii do jednoho roku od akutní epizody zrelabuje 40 % pacientů, 62 % do dvou let a 73 % do pěti let. Opakované ataky nemoci pacientům výrazně narušují jejich každodenní život, slábnou jejich psychosociální schopnosti a celkově se stávají náchylnějšími k dalším relapsům. Zdá se, že slibnou cestou je pro posílení remise spojení farmakoterapie s psychoterapií nebo psychoeducací. Mezi hlavní cíle psychologických intervencí u bipolárních pacientů patří prevence relapsů, úprava špatných vzorců chování a psychosociálních funkcí. Výsledky randomizovaných pokusů s psychosociálními intervencemi: psychoeducací, rodinnou terapií, kognitivní terapií a terapií interpersonálních rytmtů potvrzují, že tyto přístupy posilují stabilizační efekt farmak.

Klíčová slova: bipolární afektivní porucha, psychoterapie, psychoeducace, kognitivní terapie, terapie interpersonálních rytmtů, rodinná terapie.

SUMMARY

Látalová K., Praško J.: Possibilities and Limits of Psychotherapy in Bipolar Disorder

Bipolar affective disorder runs a natural course of frequent relapses and recurrences. Treatment of the illness has consisted mainly of pharmacotherapy. However, we have many drugs with good mood stabilizing effect, only about 60% of patient are stabilized for long term period. Despite considerable advances in pharmacotherapy, about 40% of patients with bipolar disorder are reported to relapse within 1 year, 60% over 2 years and 73% over 5 years. Repeated recurrent episodes are highly disruptive to the patients' functioning in everyday life, with such poor psychosocial capacity itself becoming a vulnerability factor for more frequent relapses. One of the promising way how to enhance stability of remission seems to be combination pharmacotherapy and psychoeducation or psychotherapy. The main challenges for psychological treatments for bipolar disorder are preventing relapse, modifying dysfunctional attitudes, and improving psychosocial functioning. Randomized controlled trials of psychosocial interventions, such as psychoeducation, family intervention, cognitive therapy and therapy of interpersonal rhythms indicate that these approaches augment stabilizing effect of drug treatment.

Key words: bipolar affective disorder, psychotherapy, psychoeducation, cognitive therapy, therapy of interpersonal rhythms, family therapy.

Čes. a slov. Psychiat., 105, 2009, No. 2, pp. 71–78.

ÚVOD

První zmínky o možnosti psychoterapie u BAP (bipolární afektivní poruchy) se objevily už v roce 1954 (Cohen a spol.) [7]. Nicméně postupy, které se používaly zhruba do 80. let minulého století, byly poněkud nahodilé a příliš nerespektovaly znalosti o vzniku, podstatě a průběhu onemocnění. Současné přístupy vycházejí ze tří základních bodů: one-

mocnění má vysokou rekurenci a značně narušuje pacientovy schopnosti; stabilizátory nálady a anti-psychotika druhé generace mají omezenou efektivitu a jsou zatížena vysokou nespoluprací, důležitou roli v provokaci dalších epizod má rovněž psychosociální stres. Nálezy několika dlouhodobých studií tato nepříznivá východiska potvrzují. Čtyřicet procent ambulantních pacientů relabuje do jednoho roku, 60 % do dvou let a 73 % do tří let.

Nejméně 50 % pacientů má během epizod sub-

syndromální poruchu nálady [14]. U téměř 60 % pacientů vzniknou do čtyř až pěti let od první epizody potíže v zaměstnání, vztahové nebo jiné společenské problémy [11]. První rok po akutní epizodě je pro pacienty nejtěžší. Pouze 26 % z nich dosáhne plné remise onemocnění a pouze 24 % dosáhne plného funkčního uzdravení [19]. V této vysoce rizikové fázi může být psychosociální intervence užitečná a posilovat profylaktický efekt farmakoterapie.

Většina dlouhodobých sledování dokládá, že už jeden rok po akutní epizodě polovina až dvě třetiny pacientů užívá doporučenou medikaci nepřesně, nepravidelně nebo vůbec ne. Typická délka užívání lithia se pohybuje kolem dvou měsíců (!) [17, 20]. Pouze 21 % pacientů léčených lithiem jej užívá dlouhodobě [33]. Často mezi důvody neužívání léků patří nepříjemné vedlejší účinky (nárůst hmotnosti, únava, pocit útlumu), závislost na psychoaktivních látkách, nedostatečná podpora ze strany rodiny nebo okolí. Někteří pacienti si stěžují, že stabilizátory potlačují jejich citové vzrušení a pocity nezávanosti, a tím pádem nemají dostatečný anti-depresivní účinek [1]. Nespolupráce při užívání léků je ukazatelem špatné prognózy, náhlé vysazení lithia je jedním z nejsilnějších spouštěčů rychlého cyklování [32].

Průběh BAP významně ovlivňují životní události, zvláště ty, které narušují rytmus spánků/bdění (transatlantické lety), ale i ty, které podpořily dosažení cílů (povyšení v práci) [18]. Na průběhu onemocnění se podílejí další faktory jako vysoká míra kritiky, nevráživost, emoční chlad v manželství, ale na druhé straně přehnaný emoční zájem či citová angažovanost [25]. Studie z roku 2002 dokládá, že fyzické násilí a sexuální zneužívání v dětství nebo adolescenci negativně ovlivňuje průběh onemocnění v pozdějších letech a zvyšuje pravděpodobnost suicidia [23].

Pacienti s bipolární poruchou trpí následky předchozích epizod, jsou ohroženi trvalou vulnerabilitou vůči vzniku budoucích epizod a akutní i udržovací léčba je může zatěžovat omezujícími nežádoucími účinky medikace. U řady z nich je i mezi epizodami přítomná emoční nestabilita a přetrvávají reziduální či subsyndromální projevy poruchy. Většina se potýká s některým z následujících psychosociálních problémů [15]:

- uvědomění si, že trpí závažnou, potencionálně chronickou psychickou poruchou;
- obavy ze stigmatizace;
- zpoždění nebo odchylky v osobním zrání a vývoji psychiky;
- strach z relapsu nemoci s následným omezením samostatného sociálního fungování;
- potíže v mezilidských vztazích (partnerství, manželství, výchova dětí, pracovní vztahy i v navazování a udržování přátelství);
- problémy v pracovním zařazení a postupu;
- právní, sociální a emoční problémy, které jsou

důsledkem lehkomyšlného, neadekvátního, nespolečenského nebo násilného chování v období epizod.

Ukazuje se, že psychoterapie má stále více rostoucí význam v prevenci epizod BAP, může pacienta „posílit“ proti negativním vlivům životních událostí, zvýšit stabilizující efekt psychofarmak a zlepšit kvalitu a délku remisí.

VÝCHODISKA PRO PSYCHOTERAPII U BAP

Moderní výzkum psychosociálních aspektů BAP, který podněcuje vývoj psychotherapeutických přístupů, zdůraznil v posledních letech 3 oblasti zájmu [15]:

- vyjádřené emoce (expressed emotion – EE) u rodinných příslušníků;
- monitorování prodromů bipolární poruchy;
- narušení sociálních zvyklostí.

Míra vyjádřených emocí v rodině (stejně jako u schizofrenních poruch), souvisí s množstvím relapsů u BAP. Vysoká intenzita kritických projevů i nadměrná emoční účast rodičů nebo životních partnerů vedla k nárůstu počtu relapsů i zvýšenému přetrvávání reziduálních příznaků [16, 26, 28].

Pacienti trpící BAP jsou schopni poměrně úspěšně monitorovat prodromální příznaky [2, 21, 27]. Protože prodromy mohou předcházet rozvoji mánie až o týdny, je jejich včasné zjištění důležité. Časný zásah je schopen plnému rozvoji mánie zabránit [21].

Velmi důležitou roli v nástupu BAP hrají životní události, které narušují cyklus spánků – bdění. V průběhu 8 týdnů, které předcházejí manickou epizodu, prožije významná část pacientů událost, která naruší rytmické sociální návyky [24]. Bipolární pacienti rovněž častěji recidivují při cestování přes časová pásma [21].

Byla zjištěna rovněž souvislost mezi hlubšími osobními postoji (kognitivní schémata) a četností recidiv. Postoje typu „měl bych být stále úspěšný ve všem co dělám“, „měl bych být stále šťastný“ apod. vedou k tomu, že se pacienti snaží být nadměrně úspěšní na úkor pravidelné stravy, dostatečného spánku či tělesné aktivity. Korekce těchto dysfunkčních postojů (kognitivní restrukturační) vede k úpravě každodenních návyků, které pak umožňují redukovat stresující události [22].

PSYCHOEDUKACE U BAP

Jak bylo již řečeno, základní léčbou BAP je pravidelné užívání léků a psychoterapie je doplňkovou léčbou. Pokud je správně vedena, může zásadním

způsobem zlepšit kvalitu léčby, oddálit epizody a snížit jejich závažnost. Všechny moderní psychoterapeutické metody, které jsou zacíleny na konkrétní psychické poruchy, mají obecné zásady a vyžadují po pacientovi spolupráci a určitý stupeň edukace. Cíle psychoterapie u pacientů s BAP uvádí tabulka 1.

Tab. 1. Obecné cíle psychoterapie BAP.

Podat základní informace o BAP (edukovat).
Snížit popření a podpořit přijetí nemoci.
Opravit chybné předpoklady o nemoci (klinickém obrazu, průběhu, léčbě).
Posílit adherenci a spolupráci s lékařem.
Naučit pacienta sledovat náladu během dne.
Posílit důvěru pacienta ve schopnosti nepodléhat okolním vlivům (provokujícím faktorům).
Naučit pacienta rozeznat časné příznaky nemoci.
Uskutečnit plán zabránění relapsu.
Zvýšit společenské a pracovní fungování.

Lékař, který pečuje o pacienta s BAP, by se měl ujistit, že jsou splněny pro psychoterapeutické vedení předpoklady. Mezi základní patří pacientovo přijetí skutečnosti, že je psychicky nemocný a pochopení základních informací o podstatě, průběhu a léčbě nemoci. Jedná se o nepodkročitelné minimum, které ale není vždy snadné splnit. Navíc v průběhu dalšího období může pacient jakoby tyto předpoklady ztrácet. K tomu může dojít bez zjevné příčiny, nebo to může být způsobeno další epizodou nemoci, nově vzniklou komorbiditou, zvýrazněním pacientových osobnostních rysů a podobně.

Psychiatr by měl vždy povzbuzovat pacienta k pravidelnému užívání medikace, k dodržování režimu doporučeného lékařem. Zároveň by jej měl motivovat k otevřené diskusi s ošetřujícím lékařem, například ohledně fyzického stavu, nežádoucích účinků medikace. Měl by stále pacientovi připomínat skutečnost, že úspěšná léčba může být postavena pouze na jeho spolupráci (případně jeho rodiny) s lékařem, kterému důvěřuje.

Součástí prevence relapsu je rozpoznání časných varovných příznaků. Jestliže se tyto příznaky pacient naučí sledovat a závčas ohlásit ošetřujícímu lékaři, může tak být zabráněno rozvoji epizody nebo oslabena její závažnost. Toho je dosaženo specifickými postupy, jejichž podstata je v navýšení dávkování farmaka o poměrnou část, v intenzivnějším monitorování situace a udržení tzv. pohotovostní situace.

Ve všech modelech je také zahrnuto cvičení dovedností. Například terapie interpersonálních a sociálních rytmů trénuje pacienty, aby dokázali sledovat a částečně ovlivňovat jejich cykly spánku/bdění. Terapie zaměřená na rodinu trénuje pacienty a jejich opatrovníky, aby mezi sebou lépe a efektivněji komunikovali.

Všechny modely jsou sestaveny tak, aby pomohly pacientům udržet, resp. zlepšit jejich společen-

ské fungování, udržely pacienty v zaměstnání a aby zabránily rozkolům v rodinách.

SPECIFICKÉ PSYCHOTERAPIE U BAP

Psychoterapie zaměřené na pacienty s BAP můžeme zhruba rozdělit do tří oblastí: individuální modely, rodinná terapie a psychoedukační skupiny. V následující části budou popsány jednotlivé psychoterapeutické přístupy a uvedeny výsledky studií, v nichž byly použity. Všechny psychoterapie byly sledovány jako přídatná léčba k léčbě farmaky, žádná z nich nebyla vedena jako monoterapie.

Individuální kognitivně-behaviorální terapie

Původně byla kognitivně-behaviorální terapie (KBT) vytvořena pro léčbu depresivních poruch a později také pro úzkostné poruchy [4]. Původní KBT pro depresi obsahovala aktivní část (například plánování příjemných denních aktivit k potlačení depresivní nálady), nácvik technik snižujících úzkost (postupná expozice podnětům, kterým vyvolávají úzkost) a rozpoznání chybné interpretace denních událostí a její oprava. To je jistě užitečné i v léčbě BAP. Ve všech akutních fázích onemocnění (hypomanické, manické, depresivní) mají pacienti s BAP potíže s atribucí a menší kognitivní zkreslení je pravděpodobně provází i v obdobích remise. Moderní kognitivně behaviorální přístupy k BAP se soustředí na snížení vulnerability tím, že učí pacienty snížit celkový stres přepracováním dysfunkčních maladaptivních postojů (kognitivních schémat), které jinak vedou k častému přepracování a narušení sociálních rytmů [30, 35].

V roce 1984 provedl Cochran první randomizovaný pokus s vedením KBT u pacientů léčených lithiem [6]. První skupina kromě základní léčby absolvovala šest KBT sezení zaměřených na zvýšení adherence. Kontrolní skupina prošla základní standardní léčbou. Po šestiměsíční kontrole měla KBT skupina lepší adherenci, lepší spolupráci při užívání léků a méně hospitalizací než kontrolní skupina. Výhody KBT se projeví především v odstranění chybných postojů ve vztahu k medikaci (například: je mi špatně, protože užívám lithium). Cochranova studie byla zaměřena na jediný aspekt léčby - spolupráci při užívání léků. Jiné přístupy, ačkoli nejsou přísně kognitivně-behaviorální, se zaměřují na nácvik dovedností, které mohou zabránit relapsu. Perry a spol. [29] v rámci 7 až 12 setkání učili pacienty rozeznávat časné varovné příznaky mánie a deprese a vyhledat pomoc ihned, jakmile se příznaky objeví. Do 18měsíční studie bylo zařazeno 69 pacientů. Výsledkem byl 30% pokles relapsů mánie, oddálení relapsů mánie a zlepšení sociálního fungování. Tato intervence neměla vliv na relapsy deprese pravděpodobně pro-

to, že prodromy deprese jsou méně zřetelné a rozvíjejí se déle a postupněji než příznaky mánie [27].

Podobný kognitivně - behaviorální přístup zvolil i Lam a spol. [22]. Celkem 103 pacientů bylo rozděleno do dvou skupin, KBT skupina kromě standardní farmakologické léčby absolvovala během prvních šesti měsíců v průměrně 14 sezení (12-18) a další 2 „upevňovací“ sezení v prodloužené šestiměsíční fázi. KBT přístup byl zaměřený na pochopení role biologické vulnerability ke stresu, ovlivnění rytmu spánku/bdění a včasnou intervenci při prodromálních symptomech. Kontrolní skupina měla pouze standardní farmakologickou léčbu. Během jednoho roku bylo v KBT skupině zaznamenáno 44 % relapsů ve srovnání se 75 % v kontrolní skupině. Pacienti KBT měli také kratší hospitalizace (více depresivní fáze) a byli schopni lépe zvládat prodromální symptomy onemocnění (více mánie) a statisticky významně se u nich prodloužily periody remisí. Podobné výsledky uvádí Glasgowská studie, ve které bylo zařazeno 42 pacientů, kteří podstoupili KBT v kombinaci s farmakoterapií (20 sezení během 26 týdnů) [31].

Zdá se, že KBT přístupy v kombinaci se stabilizátory nálady mají příznivý efekt v prodloužení remisí, zlepšení lékové adherence, udržení společenského postavení pacienta a zlepšení sociálního fungování. Všechny studie srovnávaly KBT skupiny s ne-psychotherapeutickými kontrolami. Takže není jisté, zda může KBT mít lepší výsledky než jiné formy psychoterapií.

Limity KBT

Kognitivně-behaviorální terapie je účinná při léčbě unipolární deprese jak v kombinaci s psychofarmaky tak v monoterapii [21, 32]. Nemůžeme ale automaticky předpokládat, že bude stejně účinná u bipolární deprese. Mezi oběma depresemi jsou menší, ale klinicky významné rozdíly. Pro unipolární depresi jsou charakteristické pesimistické obsahy myšlení, zoufalství a pocity beznaděje. Tyto symptomy se u bipolární deprese mohou vyskytnout, ale více typické jsou pro ni tzv. „behaviorální symptomy“: celkový útlum, apatie a hypobulie. Potvrzují to i neúspěšné pokusy léčit bipolární depresi Bekovým modelem [4]. Modifikovaná KBT, která klade důraz na edukaci o důležitosti spánku a denních návyků, je testována úspěšně a v recentních studiích prokázala účinnost i v prevenci depresivních epizod [22]. Proto je pro bipolární depresi vhodnější terapie modifikovanou KBT - terapie zaměřená na chování než klasická KBT.

Interpersonální terapie sociálních rytmů

Hypotézu o stabilitě sociálních rytmů při bipolární afektivní poruše postulovalo několik autorů [3, 12]. Tato hypotéza předpokládá, že porucha spánku je finálním symptomem, který je společný pro všechny poruchy afektivity. Jinými slovy, různými cesta-

mi se všechny sejdou u poruchy spánku. Všechny jsou spojeny s geneticky podmíněnou vulnerabilitou, vykazují neurofyzilogické abnormality a jejich průběh je negativně ovlivňován životním stresem. Cyklus bdění a spánku je přímo ovlivňován sociálními rytmy. Například tím, v kolik hodin jde člověk do práce, s kolika lidmi se během dne dostane do styku, jaké má zvyky a podobně. Zátěžové faktory - cyklus spánku/bdění ruší tím, že mění společenské rytmy. Tyto změny s dopadem na spánkový rytmus mají největší potenciál urychlit rozvoj manické epizody. U řady pacientů s bipolární poruchou je přítomna menší emoční nestabilita, pokud udržují pravidelný režim každodenních aktivit (spánek, jídlo, tělesná aktivita a emoční podněty). Tyto poznatky vedly k vývoji specifického typu psychoterapie nazývaného interpersonální terapie a léčba sociálních rytmů (ITSP) [12]. Interpersonální terapie sociálních rytmů je založena na ideji, že pravidelný režim aktivit, zejména spánku (ale i stravování, cvičení a sociálních interakcí) a snížení interpersonálního stresu vede ke zpevnění cirkadiánní rytmicity, a tím vede k poklesu nadměrné stimulace, která předchází rozvoji epizod. Interpersonální složka terapie zahrnuje řešení čtyř možných zdrojů zvýšené vulnerability: reakce na ztrátu (rozchod, rozvod); změna role (odchod do důchodu, ztráta zaměstnání, ale např. i povýšení); konflikty (partnerské, pracovní, aj.); interpersonální deficit (osamění, pocity vyloučení ze společnosti).

Malkoff-Schwartz a spol. [24] zjistili, že u pacientů s mánií předcházela rozvoji epizody událost, která narušila jejich sociální rytmus (např. matka nemocného dítěte byla nucena často v noci vstávat) podstatně častěji než u pacientů s epizodou deprese [24].

Franková a spolupracovníci na základě výše popsaného modelu vypracovali individuální „interpersonální terapii sociálních rytmů“ (ITSR). Interpersonální terapie sociálních rytmů je odvozena od interpersonální terapie pro stabilizaci deprese, jejíž účinnost byla ověřena několika randomizovanými pokusy [9, 11, 12]. První fáze ITSŘ začíná záhy po nástupu epizody a zaměřuje se na hledání události, která zásadněji narušila běžné denní zvyklosti. Pacient je seznámen se sebesledovacím systémem „Měření sociálních rytmů“, ve kterém zaznamenává běžné denní činnosti. Klinik pak pomáhá pacientovi identifikovat problémové okamžiky, které mohly vyvolat nedávnou epizodu, společně mohou zmapovat pacientův životní styl, návyky a nálady a které mohou přispívat k rozvoji onemocnění. Ve druhé, přechodné fázi, se pacient učí odhalit a ujasnit si, co jsou pro něj běžné denní návyky a identifikovat události, které vyvolávají jejich změnu (např. neočekávaná návštěva příbuzných apod.). Tak se pacient učí do jisté míry regulovat svůj denní režim.

Předběžné výsledky několika zatím stále probíhajících studií vypadají slibně. Podporují předpo-

klad, že kombinace ITSR s farmakologickou terapií snižuje v porovnání s klasickou terapií počet rehospitalizací, oddaluje nebo zmírňuje nově vzniklé epizody a přispívá ke stabilizaci onemocnění.

Limity ITSR

Jedná se o náročnou terapii, která předpokládá, že se pacient časem naučí udržet rovnováhu mezi potřebou pravidelného denního režimu a nutností dostatečné flexibility, která je v běžném životě nutná. Vychýlení na jednu či na druhou stranu představuje sociální izolaci, resp. hrozbu další epizody. Pacient musí být vybaven poměrně značnou schopností sebe-reflexe a jeho kognitivní funkce by neměly být zásadnějším způsobem narušeny. Navíc, jak již bylo uvedeno, pacienti s BAP mají problémy s atribucí nejen v době epizody, ale i mezi nimi, což může zkruslit terapii nejen na začátku, ale i v jejím průběhu.

Terapie zaměřená na rodinu

Začlenění rodiny do péče o ambulantní pacienty bylo historií mnohokrát prověřeno a doloženo jako prospěšné. Moderní terapeutické přístupy jsou rodinám otevřené a snaží se ochoty ke spolupráci o pacienty využít. V rodinách, kde příbuzní nadměrně vyjadřují emoce, jsou nadměrně kritičtí, nepřátelští nebo nadměrně emočně zaangażovaní, mají pacienti s BAP významně horší průběh poruchy. Léčba zaměřená na rodinu se věnuje psychoedukaci, nácviku komunikačních dovedností a nácviku systematického řešení problémů v době po dosažení remise poruchy [15].

První, opravdu moderní model rodinné intervence, navrhl v roce 1990 Clarkin [5]. Tento model zahrnoval 9 sezení s rodinnými příslušníky v době hospitalizace pacienta. Sezení byla zaměřena tak, aby po ukončení hospitalizace podpořila bezproblémový přechod do domácího prostředí a maximálně zvýšila lékovou adherenci. Do studie bylo zařazeno 186 pacientů, kteří byli sledováni 6 až 18 měsíců po ukončení hospitalizace. Clarkinovy závěry jsou zajímavé v tom, že prokázal prospěšnost rodinné intervence, ale pouze u ženské části sledovaného souboru.

Jiná Clarkinova studie z roku 1998 zahrnovala pouze hospitalizované pacienty žijící v manželství (n=33), kteří byli rozděleni do dvou skupin. První byla léčena 25 sezeními s párovou intervencí plus stabilizátorem nálady a druhá pouze stabilizátory nálady. Po jedenácti měsících sledování nebyl zaznamenán rozdíl mezi skupinami v rekurenci epizod. Nicméně pacienti s párovou intervencí vykazovali vyšší úroveň všeobecného fungování (hodnoceno Global Assessment of Functioning - škála všeobecného fungování).

V roce 2003 uskutečnil Miklowitz randomizovaný pokus, do kterého postupně zařadil 101 pacientů, aktuálně hospitalizovaných pro manickou depresivní nebo smíšenou epizodu. Pacienti byli rozděleni do dvou skupin, obě skupiny byly léčeny

farmaky, první absolvovala 9měsíční rodinnou terapii, druhá skupina prošla standardním edukačním programem, který obsahoval dvě edukační setkání s rodinnými příslušníky a variabilní počet tzv. krizových intervencí (setkání klinika a pacienta podle potřeby). V následné dvouleté sledovací fázi se u první skupiny redukoval počet hospitalizací o 35 %, prodloužily se intervaly remisí (73,5, resp. 53,2 týdnů), zvětšila se pravděpodobnost dokončení sledování bez relapsu (52 %, resp. 17 %) a zlepšila se léková adherence. Byla rovněž zaznamenána lepší stabilizace depresivních, ale ne manických symptomů. Po jednom roce sledování měla terapie zaměřená na rodinu příznivý vliv na komunikační schopnosti v rodině [26]. Tento fakt bývá interpretován jako jeden ze základů prevence depresivních epizod. Největší význam měla rodinná léčba zaměřená na rodinu s vysokou emoční expresivitou.

Kombinace rodinné psychoedukace a farmakoterapie se jeví jako přístup, který pacientům pomáhá oddálit nebo se vyhnout potřebě hospitalizace, zlepšuje fungování v rodině a má pozitivní vliv na lékovou adherenci a celkovou complianci.

Limity terapie zaměřené na rodinu

V některých případech se mohou nejbližší příbuzní chovat jako stresující činitelé, kteří se podílejí na vzniku epizody (např. protektivní matka, despotický otec apod.). Začlenění takové rodiny do terapie přesahuje rámec terapie zaměřené na BAP.

Skupinová psychoedukace

Myšlenku prospěšnosti skupinové psychoedukace podpořilo několik prací. Skupiny jsou efektivní alternativou rodinné terapie, protože se redukuje počet hodin, které jinak klinik musí trávit s rodinou a pacientem. Teoretický základ spočívá v předpokladu, že pacient ve skupině lépe akceptuje své onemocnění, které často chápe jako stigmatizující. Ve skupině získá zkušenosti, jak se svým onemocněním žijí ostatní. To mu následně může pomoci vytvořit vlastní strategie zvládnání onemocnění (např. obranu proti suicidálním myšlenkám).

V roce 1998 navrhl Bauer dvoufázovou pětitédenní skupinovou edukaci známou pod názvem Life Goals program (Program životních cílů). První fáze skupinových setkání je zaměřena na prevenci relapsu. Druhá fáze na řešení sociálních a pracovních cílů. Bauer provedl otevřené sledování (n=27), po absolvování programu se zvýšily znalosti pacientů o jejich onemocnění a byla zaznamenána 70% úspěšnost dosažení jejich prvního životního cíle [2].

Colom v roce 2003 provedl studii se záměrem zjistit, zda skupinová psychoterapie, jako přídatná léčba standardní farmakoterapie, přispívá k efektivitě léčby. Do sledování bylo zařazeno 120 pacientů s BAP I, BAP II, kteří byli aktuálně alespoň v šestiměsíční remisi. První skupina jednou týdně

absolvovala celkem 21 sezení, která byla zaměřena na rozpoznání časných varovných příznaků, prodromálních symptomů a lékovou adherenci. Pacienti ve skupinách byli dále informováni o důležitosti správného životního stylu, o pravidelnosti spánku, vyhýbání se alkoholu a drogám. Byly také probírány dopady minulých epizod na jejich interpersonální vztahy. Skupiny trvaly 90 minut a účastnilo se jich 8 až 12 pacientů. Pacienti kontrolního souboru absolvovali nestrukturované skupiny, ve kterých nebyla zahrnuta psychoedukace. Výsledky studie byly v mnoha ohledech příznivější pro soubor pacientů se strukturovanou skupinovou terapií. Během dvouletého sledování došlo k relapsu v základní skupině u 67 % pacientů v porovnání s 92 % v kontrolní skupině. V základní skupině se prodloužila doba remise a pacienti vyžadovali kratší dobu hospitalizace. Ve skupinách nebyl zaznamenán rozdíl ve spolupráci při užívání léků [10].

Weiss a spol. [34] použili skupinový formát KBT pro léčbu pacientů s duální diagnózou – bipolární poruchou a závislostí na návykových látkách. Porovnali výsledky 21 pacientů léčených KBT s 24 pacienty léčenými standardním způsobem. Pacienti, kteří absolvovali skupinovou KBT, se významně více zlepšili jak psychopatologicky, tak ve schopnosti abstinovat. Výsledky byly významně lepší i v katabnéze za 6 měsíců [34].

Limity skupinové psychoterapie

V Colomově studii předčasně ukončovali sledování pacienti ze souboru strukturovaných skupin (27 %) v porovnání s kontrolní skupinou (12 %). Nejčastější příčinou odchodu ze studie byly manické epizody. Po zvládnutí relapsu se většinou pacienti do původní skupiny vrátit nechtěli. Nedařilo se je udržet v režimu psychosociální intervence. Zdůvodňovali to tím, že se před ostatními členy skupiny za své chování v akutní epizodě (většinou manické) stydí [10]. Omezujícím se tady stalo to, co na začátku a v průběhu terapie bylo považováno za výhodné, tj. sdílení s ostatními. I když v rámci skupiny dochází k povzbuzování a skupina nemusí projevovat známky odmítání, je pro některé pacienty nepřijatelné vracet se do prostředí, které bylo svědkem jejich „selhání“.

VLASTNÍ ZKUŠENOSTI

Podle našich zkušeností mají pacienti BAP zásadní prospěch z edukace. Pacient je vždy informován o epidemiologii poruchy, prognóze a souvislostech BAP s denními rytmy. Hovoříme o potřebě dlouhodobého užívání stabilizátorů nálady a korigujeme případné maladaptivní postoje k medikaci. V průběhu léčby hovoříme s pacienty a jejich rodinnými příslušníky, tak abychom zvýšili schopnost rozpoznat subsyndromální a prodromální příznaky nemoci a referovat je psychiatrovi. Zároveň se příbuzné snažíme naučit rozlišovat, co je projev nemoci a co je osobnostní rys pacienta. Snažíme se pacienta naučit sebesledování a seberegulaci, s jejichž pomocí může včas identifikovat počínající fáze nemoci a kontrolovat její rozvoj.

U pacientů se pokoušíme o identifikaci stresorů, které předcházejí relapsu poruchy nálady. Pacienti s bipolární poruchou mají prospěch z pravidelného vzorce denních aktivit, včetně práce, odpočinku, spánku, tělesné aktivity a sociální a emoční stimulace. Protože jedním z nejčastějších psychosociálních stresorů, které předcházejí fázím nemoci, jsou interpersonální konflikty, nedocení, kritika a nadměrná snaha po přijetí, snažíme se nacvičit komunikaci v těchto emočně vypjatých situacích. Nejdůležitějšími dovednostmi jsou vyžádání si ocenění a pochvaly, dávání komplementů a přijímání kritiky.

Společným základem všech psychoterapií zaměřených na bipolární afektivní poruchu je psychoedukace a monitorování varovných příznaků. Výše uvedené přístupy na základě znalostí, které pacient získá, rozvíjejí další specifické postupy, jejichž cílem je prevence vzniku akutních epizod. Ukazuje se, že nejjistější cestou, jak toho dosáhnout, je zlepšení lékové adherence. Výsledky studií ukázaly, že efektivita jednotlivých terapeutických přístupů se odvíjí od typu epizody, které chceme zabránit. Například pro profylaxi mánie je účinnější detekce časných varovných příznaků, naopak pro prevenci deprese je vhodnější rodinná terapie. Přehled terapeutických cílů a úspěšnost jejich dosažení jednotlivými přístupy je uvedena v tabulce 2.

Tab. 2. Terapeutické cíle dosažené jednotlivými přístupy (*).

Terapeutický cíl	Psychoedukace	Detekce časných varovných příznaků	KBT	ITSR	Rodinná terapie	ITSR+ rodinná terapie
Profylaxe deprese	++	?	++	+	++	++
Profylaxe mánie	++	++	++	?	?	?
Doba k dalšímu relapsu	++	++	++	++	++	++
Zvýšení adherence	++	?	++	+	++	?

++ silná evidence; + evidence existuje; ? nepotvrzeno

KBT - kognitivně-behaviorální terapie

ITSR - interpersonální terapie sociálních rytmtů

* upraveno dle: [10, 22, 26, 29]

ZÁVĚR

Účinnost farmakoterapie je zejména u dlouhodobé léčby BAP omezená. Kombinace se specifickou psychosociální intervencí se jeví jako slibný přístup, který zvyšuje kvalitu remise, prodlužuje její trvání a při vzniku akutní epizody snižuje počet dní nutných k hospitalizaci.

Randomizované pokusy ověřovaly účinnost u čtyřech přístupů: KBT, ITSR, rodinné terapie a skupinové psychoedukace. V dlouhodobých sledováních všechny prokázaly účinnost a byla dokumentována i jejich omezení. O mechanismech fungování těchto přístupů mnoho nevíme, většina opírá svůj efekt o zvýšenou lékovou adherenci, vzniklou na základech prvotní edukace. S výjimkou skupinových intervencí jsou všechny přístupy mimořádně časově náročné, odtud se také rozvíjí diskuse ohledně relativizace výhod individuálních přístupů v porovnání se skupinovými.

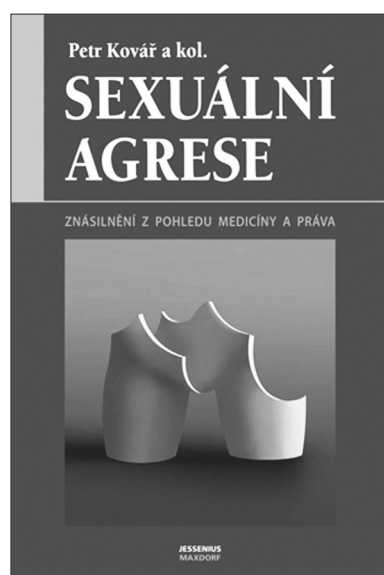
Práce byla podpořena projektem CNS MŠMT ČR 1M0517.

LITERATURA

1. **Aagaard, J., Vestergaard, P.:** Predictors of outcome in prophylactic lithium treatment: A 2-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 18, 1990, pp. 259-266.
2. **Altman, E. S., Rea, M. M., Mintz, J., Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Hwang, S.:** Prodromal symptoms and signs of bipolar relapse: a report based on prospectively collected data. *Psychiatry Research*, 41, 1992, pp. 1-8.
3. **Bauer, M. S., McBride, L., Chase, C., Sachs, G., Shea, N.:** Manual-based group psychotherapy for bipolar disorder: A feasibility study. *J. Clin. Psychiatry*, 59, 1998; pp. 449-455.
4. **Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. J., Emery, G.:** Cognitive therapy of depression. Guilford Press, New York, 1979.
5. **Clarkin, J. F., Glick, I. D., Haas, G. L., Spenser, J. H., Lewis, A. B., Peyser, J., Demane, N., Good-Ellis, M. V., Hartus, E., Lestelle, V.:** A randomized clinical triala of inpatient family intervention: Results for affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 18, 1990, pp. 17-28.
6. **Cochran, S. D.:** Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1984, pp. 873-878.
7. **Cohen, M., Baker, G., Cohen, R. A., Fromm-Reichmann, F., Weigert, V.:** An intensive study of 12 cases of manic-depressive psychosis., *Psychiatry*, 17, 1954, pp. 103-137.
8. **Colom, F., Vieta, E., Martínez, A., Jorquera, A., Gastó, C.:** What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? *Psychoter Psychosom*, 67, 1998, pp. 3-9.
9. **Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Benabarre, A., Gastó, C.:** Clinical factors associated to treatment non-compliance in euthymic bipolar patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 2000, pp. 549-554.
10. **Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Goikolea, J. M., Gastó, C.:** Psychoeducation efficacy in bipolar disorder beyond compliance enhancement. *Journal Clin. Psychiatry*, 64, 2003b, pp. 1101-1105.
11. **Coryell, W., Scheftner, W., Keller, M., Endicott, J., Maser, J., Klerman, G. L.:** The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1993, pp. 720-727.
12. **Ehlers, C. L., Frank, E., Kupfer, D. J.:** Social zeitgebers and biological rhythms: a unified approach to understanding the etiology of depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 45, 1988, pp. 948-952.
13. **Frank, E., Swartz, H. A., Maling, A. G., Thase, M. E., Weaver, E. V., Kupfer, D. J.:** Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: Effects of changing treatment modality. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 1999, pp. 579-587.
14. **Gitin, M. J., Swendsen, J., Keller, T. L., Hammen, C.:** Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1995, pp. 1635-1640.
15. **Herman, E., Grof, P., Hovorka, J., Praško, J., Doubek, P.:** Bipolární porucha. In: Seifertová D., Praško J., Hoschl C.: *Postupy v léčbě psychických poruch*. Amedra, Praha, 2004.
16. **Honig, A., Hofman, A., Rozendal, N., Dingemans, P.:** Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Research*, 72, 1997, pp. 17-22.
17. **Johnson, R. E., McFarland, B. H.:** Lithium use and discontinuation in a health maintenance organization. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1996, pp. 993-1000.
18. **Johnson, R., E., Sandrow, D., Meyer, B., Winter, R., Miller, I., Salomon, D., Keitner, G.:** Increases in manic symptoms following life events involving goal-attainment. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 2000, pp. 721-727.
19. **Keck, P. E. Jr., McElroy, S. L., Strakowski, S. M., West, S. A.:** Compliance with maintenance treatment in bipolar disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 1997, pp. 87-91.
20. **Keck, P. E. Jr., McElroy, S. L., Strakowski, S. M., West, S., Sax, K. W., Hawkins, J. M., Bourne, M. L., Haggard, P.:** Twelve-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1998, pp. 646-652.
21. **Lam, D., Wong, G.:** Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychol. Med.*, 27, 1997, pp. 1091-1100.
22. **Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Brigit, J., Wright, K., Kerr, N., Parr-Dvis, G., Sham, P.:** A randomized controlled study of cognitive therapy of relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Archives of General Psychiatry*, 60, 2003, pp. 146-152.
23. **Leverich, G. S., McElroy, S. L., Suppes, T., Keck, P. E. Jr., Denikoff, K. D. Nolen, W. A., Altshuler, L. L., Rush, A. J., Kupka, R., Frye, M. A., Autio, K. A., Post, R. M.:** Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biological Psychiatry*, 51, 2002, pp. 288-297.
24. **Makoff-Schwartz, S., Frank, E., Anderson, B.:** Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes. *Arch. Gen. Psychiatry*, 55 1998, pp. 702-707.
25. **Miklowitz, D. J., Simoneau, T. L., Georgie, E. L., Richards, J. A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N., Suddath, R.:** Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol. Psychiatry*, 48, 2000, pp. 582-592.
26. **Miklowitz, D. J., Richards, J. A., Georgie, E. L., Frank, E., Suddath, R. L., Powell, K. B., Sacher, J. A.:** Integrated family and individual therapy for bipolar disorder: Results of treatment development study. *J. Clin. Psychiatry*, 64, 2003, pp. 182-191.
27. **Molnar, G., Feeney, M. G., Fava, G. A.:** Duration and

- symptoms of bipolar prodromes. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1998, pp. 1576-1578.
28. **O'Connell, R. A., Mayo, J. A., Flatow, L., Cuthbertson, B., O'Brien, B. E.:** Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. *Br. J. Psychiatry*, 159, 1991, pp. 123-129.
29. **Perry, A., Tarrier, N., Morfia, R., McCarthy, E., Limb, K.:** Randomized controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*, 318, 1999, pp. 149-153.
30. **Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. (eds):** Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Triton, Praha, 2007, 1048 s.
31. **Sčoty, J., Garland, A., Moorhead, S.:** A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders, *Psychological Medicine*, 31, 2001 pp. 459-467.
32. **Suppes, T., Baldessarini, R. J., Faeda, G., Tondo, L., Tohen, M.:** Discontinuation of maintenance treatment in bipolar disorder: Risks and implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 1993, pp. 131-144.
33. **Weiss, R. D., Greenfield, S. F., Najavits, L. M. Soto, J. A., Wyner, D., Tohen, M., Griffin, M. L.:** Medication compliance among patients with bipolar disorder and substance use disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 1998, pp. 172-174.
34. **Weiss, R. D., Griffin, M. L., Greenfield, S. F., Najavits, L. M., Wyner, D., Soto, J. A.:** Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: Results of a pilot study. *J. Clin. Psychiatry*, 44, 2000, pp. 491-494.
35. **Zaretsky, A. E., Segal, Z. V., Gemar.:** Cognitive therapy for bipolar depression: A pilot study. *Can. J. Psychiatry*, 44, 1999, pp. 491-494.

MUDr. Klára Látalová, Ph.D.
Klinika psychiatrie LF UP a FN
I. P. Pavlova 6
775 20 Olomouc
e-mail: klaralat@seznam.cz



SEXUÁLNÍ AGRESE

Znásilnění z pohledu medicíny a práva

Petr Kovář a kolektiv

Kniha pohlíží na sexuální agresi z úhlů jednotlivých profesí, které se účastní procesního řízení v rámci vyšetřování násilného sexuálního deliktu. Jednotlivé kapitoly napsali kriminalista, genetik, právník, ženský lékař, soudní znalec v oboru sexuologie, soudní patolog a psycholog-psychiatr. Měly by postihnout možná úskalí a zásadní chyby při vyšetřování znásilnění. Tyto chyby totiž vedou v praxi k sekundární viktimizaci postižené, k zásadním omylům při zajištění usvědčujících materiálů a jiným pochybením v rámci procesního řízení.

*Vydalo nakladatelství Maxdorf v roce 2008, 296 str., formát: B5, brož.,
cena: 395 Kč, edice Jessenius, ISBN: 978-80-7345-161-5.*

Objednávky můžete posílat na adresu: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax: 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz. Na objednávce laskavě uveďte i jméno časopisu, v němž jste se o knize dozvěděli.