

A BIPOLÁRIS ZAVAR KEZELÉSÉBEN ALKALMAZHATÓ KLINIKAI PSZICHOLÓGIAI INTERVENCIÓK IRÁNYELVEI ¹

A bipoláris zavar olyan potenciálisan élethosszig tartó betegség, mely hipomániás vagy mániás és depressziós epizódok váltakozásából áll. Mániának tekintjük azt az állapotot, melyet a hangulat tartós emelkedettsége, vagy irritabilitás, kritikátlanság, felgyorsult beszéd és gondolkodás, felfokozott aktivitás, hallucinációk, lecsökkent alvásigény, megalomán téveseszmék és egyéb kapcsolódó tünetek jellemeznek, melyek a funkcionálás *károsodását* eredményezik és legalább 7 napon át tartanak. Hipomániás állapotról akkor beszélünk, ha a hangulat tartósan emelkedett vagy irritábilis és egyéb kapcsolódó tünetek jelentkeznek, melyek funkcionálás *növekedésével vagy csökkenésével járnak*, legalább 4 napon keresztül. A mániás vagy hipomániás epizód elkülönítésében tehát az epizód hossza, valamint a funkciókárosodás mértéke szolgál alapul. A bipoláris zavarok magas komorbiditást mutatnak a szorongásos zavarokkal, a szerhasználati zavarokkal, személyiségzavarokkal, valamint a figyelemhiányos/hiperaktivitás zavarral.

A bipoláris zavar kezdete leggyakrabban 15-19 éves korra tehető, azonban jelentős késéssel jelennek meg a betegek az egészségügyi ellátásban az első megjelenéshez képest. A bipoláris I zavarra (mániás és depresszív epizód) vonatkozó élettartam prevalencia 1%, míg a bipoláris II (hipomániás és depresszív epizód) élettartam prevalenciája 0,04%.

Diagnosztikai kritériumok a DSM 5 kézikönyv alapján:

Mánia	Hipománia
<p>A. Olyan tartósan emelkedett vagy irritábilis hangulat és fokozott tevékenységgel, energiával járó időszak, mely legalább 7 <i>napi</i>g tart.</p> <p>B. Az alábbi tünetek közül a fenti időszakban legalább 3 tartósan jelen van (4 tünet szükséges, ha a hangulat csak irritábilis): felfokozott önértékelés, csökkent alvásigény, szokásosnál nagyobb beszédesség, gondolatrohanás, elterelhetőség, tevékenység fokozódás vagy pszichomotoros agitáltság, túlzott részvétel nagy kockázatú tevékenységekben (mértéktelen</p>	<p>A. Olyan tartósan emelkedett vagy irritábilis hangulat és fokozott tevékenységgel, energiával járó időszak, mely legalább 4 <i>napi</i>g tart.</p> <p>B. Az alábbi tünetek közül a fenti időszakban legalább 3 tartósan jelen van (4 tünet szükséges, ha a hangulat csak irritábilis): felfokozott önértékelés, csökkent alvásigény, szokásosnál nagyobb beszédesség, gondolatrohanás, elterelhetőség, tevékenység fokozódás vagy pszichomotoros agitáltság, túlzott részvétel nagy kockázatú tevékenységekben (mértéktelen vásárlás, meggondolatlan szexuális magatartás)</p>

¹ <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/resources/bipolar-disorder-assessment-and-management-pdf-35109814379461> (letöltve: 2020. 04. 20.)

<p>vásárlás, meggondolatlan szexuális magatartás)</p> <p>C. A hangulati zavar elég súlyos ahhoz, hogy szociális vagy munkahelyi <i>funkcióképesség jelentős károsodását okozza</i> vagy kórházi felvételt tegyen szükségessé (önmagának, másoknak okozott ártalom megelőzésére vagy pszichotikus jegyek állnak fenn).</p> <p>D. Nem tulajdonítható valamilyen szer élettani hatásának.</p>	<p>C. Az epizód a funkcióképesség egyértelmű változásával jár.</p> <p>D. A hangulati zavar és funkció változása mások által is megfigyelhető.</p> <p>E. Az epizód <i>nem elég súlyos ahhoz, hogy szociális vagy munkahelyi funkcióképesség jelentős változását okozza</i> vagy kórházi felvételt tegyen szükségessé.</p> <p>F. Nem tulajdonítható valamilyen szer élettani hatásának.</p>
--	---

+ Major depresszív epizód

A. Ugyanazon kéthetes időszak során az alábbi tünetek közül 5 vagy több fennáll; a tünetek közül legalább az egyik a depressziós hangulat vagy az érdeklődés/öröm elvesztése:

- depressziós hangulat a nap legnagyobb részében, csaknem minden nap, érdeklődés/öröm elvesztése, jelentős testsúlycsökkenés vagy súlygyarapodás, inszomnia vagy hiperszomnia csaknem minden nap, pszichomotoros agitáció vagy gátoltság, fáradtság vagy energiahiány, értéktelenség vagy inadekvát büntudat, csökkent gondolkodási vagy koncentrációs képesség, halállal kapcsolatos visszatérő gondolatok/visszatérő öngyilkossági gondolatok tervvel vagy terv nélkül

B. A tünetek klinikailag jelentős szenvedést vagy társas, munkahelyi működésének a károsodását okozzák.

C. Az epizód nem tulajdonítható szer vagy más egészségi állapot élettani hatásainak.



Bipoláris I zavar	Bipoláris II zavar
<p>A. Legalább egy mániás epizód kritériumai teljesültek.</p> <p>B. A mániás és a major depresszív epizód(ok) nem magyarázhatók jobban szkizoaffektív zavarral, szkizofréniával, szkizofreniform zavarral, paranoid pszichotikus zavarral vagy egyéb meghatározott vagy nem meghatározott szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavarral.</p>	<p>A. Legalább egy hipomániás epizód és legalább egy major depresszív epizód kritériumai teljesülnek.</p> <p>B. Sosem alakult ki mániás epizód.</p> <p>C. A hipomániás epizód(ok) és a major depresszív epizód(ok) nem magyarázhatók jobban szkizoaffektív zavarral, szkizofréniával, szkizofreniform zavarral, paranoid pszichotikus zavarral vagy egyéb meghatározott vagy nem meghatározott szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavarral.</p>

1. A BIPOLÁRIS ZAVAR FELISMERÉSE FELNŐTTEKNÉL AZ ALAPELLÁTÁSBAN

1.1. A BIPOLÁRIS ZAVAR FELISMERÉSE ÉS TOVÁBBKÜLDÉS

- Ha egy depressziós beteg az alapellátásba kerül, fontos rákérdezni korábbi fokozottan tevékeny vagy gátolatlan viselkedésre. Ha ez az időszak négy vagy több napig tartott, a háziorvosnak meg kell fontolnia a páciens továbbküldését pszichiáter szakorvoshoz a mentális egészségi állapot felmérése céljából.
- Sürgősen utaljuk a beteget szakellátásba kivizsgálásra, ha a betegnél mániát vagy súlyos depressziót észlelünk, vagy ha önmagára vagy másokra veszélyt jelent.
- Ne használjunk kérdőíveket az alapellátásban a bipoláris zavar felméréséhez.

1.2. A BIPOLÁRIS ZAVAR MEGJELENÉSE AZ ALAPELLÁTÁSBAN

- Fontos a folyamatos kapcsolat kiépítése a beteggel és a hozzátartozójával.
- Támogassuk a beteget abban, hogy kövesse a szakellátásban javasolt kezelési tervet a felépülés érdekében.
- Kövessük a szakellátásban kidolgozott, személyre szabott krízistervet (bővebben a 2.1. bekezdés tárgyalja) valamint, amennyiben szükséges, vegyük fel a kapcsolatot a pszichiáter szakorvossal.
- Évente legalább egyszer nézzük át a beteg gyógyszeres kezelését, vagy akár több alkalommal, amennyiben a hozzátartozónak vagy szakembernek aggodalma támadna.
- Ajánljunk a bipoláris zavarral élő betegek:
 - o a bipoláris zavarra specifikusan kifejlesztett, bizonyítottan hatékony pszichológiai intervenciót vagy
 - o magas intenzitású pszichológiai intervenciót (kognitív viselkedésterápia, interperszonális terápia vagy pár-viselkedésterápia), mely követi a NICE Guideline ajánlásait a depresszióra (magyar nyelvű összefoglaló megtalálható a Klinikai Pszichológia Tanszék honlapján (<https://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/betegellatas-es-szakmai-profilok/kezelesi-iranyelvek-nice/>))
- Beszéljük meg a beteggel a pszichológiai intervenció lehetséges előnyeit és rizikótenyezőit, valamint a páciens egyéni preferenciáit. Monitorozzuk a páciens hangulatát; ha hipománia jeleit vagy a depressziós tünetek súlyosbodását tapasztaljuk, *utaljuk* szakellátásba. Amennyiben a páciensen a mánia vagy súlyos depressziós állapot tüneteit tapasztaljuk, *sürgősen utaljuk* szakellátásba.
- A pszichológiai intervenciók kivitelezéséhez fontos, hogy olyan ellátóhelyre irányítsuk a páciens, ahol a szakembereknek van tapasztalatuk a bipoláris zavarban szenvedő páciensek ellátásában.
- Ne kezdjük lítium kezelésbe olyan pácienseknél, akik korábban nem szedtek lítiumot.
- Ne kezdjük valproát terápiát a bipoláris betegnél az alapellátásban.

- Ha a bipoláris zavarral élő páciens megjelenik az alapellátásban, utalja be szakellátásba, ha a következőket tapasztalja:
 - o ha páciens nem reagál megfelelően a kapott terápiára
 - o ha a páciens funkcionálóképessége jelentősen csökken
 - o ha a kezelési adherencia alacsony
 - o ha a páciensnél tolerálhatatlan mellékhatások jelentkeznek
 - o ha szerhasználat gyanúja áll fenn
 - o ha a páciens egy stabil hangulati epizódot követően a gyógyszereszedés felfüggesztését fontolgatja
 - o ha a bipoláris zavarral élő nő várandós vagy tervezi, hogy várandós lesz.

1.3. A FIZIKAI EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT KÖVETÉSE

Évente legalább egyszer fontos a bipoláris zavarral élő páciens fizikai egészségének a vizsgálata, melyek során a következőkre fontos kitérni:

- o súly, BMI érték, tápláltsági adatok, valamint a fizikai aktivitás mértéke
- o kardiovaszkuláris státusz, beleértve a vérnyomás és pulzus értékeket
- o metabolikus státusz, beleértve a vércukorszintet, hemoglobinszintet, valamint a lipid profilt
- o májfunkciók
- o vese és pajzsmirigy funkciók, kalcium szint azok számára, akik hosszútávon szednek lítiumot

2. A BIPOLÁRIS ZAVAR FELMÉRÉSE A SZAKELLÁTÁSBAN

- Nélkülözhetetlen nagyon pontos és részletes élettörténeti interjút felvenni a pácienssel, melyben fontos kitérni a hangulati tünetekre, tevékenység fokozódásra vagy gátolatlan állapotokra, vagy más olyan epizódra, amely változásnak számít a páciens viselkedésében, a korábbi epizód triggereire, (vagyis mi válthatta ki az előző epizódot), a relapszusokra, valamint a családi anamnézisre.
- Mérjük fel a páciens fejlődését és a hangulatának változó természetét és ahhoz kapcsolódó klinikai problémákat a páciens élettörténetén keresztül (Például kora gyermekkori trauma, fejlődési rendellenesség vagy kognitív diszfunkció az élete során).
- Mérjük fel a páciens funkcionalitását mind szociális, mind egyéni szempontból (social and personal functioning) és azonosítsuk az aktuális pszichoszociális stresszorokat.
- Mérjük fel a potenciális komorbid mentális és fizikai zavarokat.
- Mérjük fel a páciens fizikai egészségét, tekintsük át a páciens gyógyszerelését és azok mellékhatásait, beleértve a súlygyarapodást is.
- Beszéljük át a pácienssel a kezelési történetét, térképezzük fel, hogy a múltban mely beavatkozások bizonyultak hatékonyak és melyek voltak kevésbé hatékonyak.

- Biztassuk a páciens, hogy vonja be a családtagjait és/vagy hozzátartozóit a kezelést érintő kérdésekbe, tájékoztassa őket.
- Alaposan beszéljük át a lehetséges tényezőket, melyek szerepet játszhattak/nak a hangulatváltozásban (párkapcsolati, pszichoszociális faktorok, életmódváltozás).
- Beszéljük meg a személyes felépülési célokat (például kiegyensúlyozottabb hangulati élet elérése, párkapcsolati elégedettség növelése, szociális életre való fokozott odafigyelés).
- Fontos észben tartani a lehetséges differenciáldiagnózisokat, mint például a szkizofrénia spektrum zavarokat, személyiségzavarokat, szerhasználati zavarokat, ADHD-t, és fennálló fizikai betegségeket, mint a pajzsmirigy alul vagy túlműködés.
- Ha a páciens bipoláris zavarral diagnosztizáltak, dolgozzunk ki egy kezelési tervet a pácienssel együttműködésben személyre szabva, igényei figyelembevételével. Biztassuk a páciens, hogy beszélje meg a dokumentumot a hozzátartozójával is.
- Veszélyeztető tényezők feltérképezése: kverulálás, fokozott konfliktusok, önmaga elhanyagolása, önkárosítás, szuicid ideák és szándék, másokra való veszélyeztetettség, beleértve a családtagokat is, mértéktelen pénzköltés, családi és párkapcsolatok felbomlása, felelőtlen autóvezetés, gátlástalan és szexuálisan kihívó viselkedés, szexuális úton történő betegségekkel történő megfertőződés.

2.1. KRÍZISEK KEZELÉSE

Fontos, hogy a pácienssel közösen dolgozzunk ki egy tervet a krízisállapotok kezelésére, benne a következőkre kitérve:

- a relapszus korai jeleinek a meghatározására, valamint felismerhető kiváltó tényezőkre (triggerek), ami lehet személyes, szociális, foglalkozási vagy környezeti trigger (pl. konfliktusok számának növekedése, alvásidő csökkenése, aktivitás fokozódása)
 - a beteg lehetséges megküzdési stratégiáinak alkalmazására (pl.: családtag vagy közeli barátoktól történő segítségkérés, környezeti stimulus lecsökkentése, figyelem fókuszálásának mélyítése egy dologra), valamint a gyógyszer mennyiség növelésére, vagy plusz gyógyszer szedésére (amit lehet a páciensnek előre adni) azok számára, akiknél magas a kockázata a mániás epizód kezdetének vagy korai figyelmeztető jelek, tünetek jelennek meg
 - miként reagáljanak a kockázat növekedésére az alap-, és szakellátásban azaz a korai figyelmeztető jelek tudatosítása és felismerése
 - információk arról, hogy ki értesíthető, ha a páciens valószínűsíthetően krízisben van, beleértve az alapellátásban, valamint a szakellátásban dolgozó szakemberek elérhetőségeit.
- Fontos, hogy a tervről legyen a betegnek másolata, valamint biztassuk a beteget, hogy ossza meg a hozzátartozójával is.

- Ajánljunk krízis szolgáltatásokat azoknak a krízisben lévő betegek támogatására a NICE pszichózisra és szkizofréniára vonatkozó irányelvei alapján.
- Amennyiben a bipoláris zavarral élő páciens akut epizód során közvetlen veszélyt jelent önmaga vagy mások számára, járjunk el a NICE erőszak és agresszió irányelveinek megfelelően.

2.2. A MÁNIA VAGY A HIPOMÁNIA KEZELÉSE SZAKELLÁTÁSBAN FELNŐTTEKNÉL

- Biztosítsunk nyugodt környezetet a mániás vagy hipomániás epizódban levő betegek számára, valamint amennyire csak lehet, csökkentsük a pácienszt érő stimulust.
- Tanácsoljuk a betegeknek, hogy ne hozzanak fontos döntéseket addig, amíg tart a mániás/hipomániás epizód.
- Biztassuk, hogy lehetőség szerint tartsák a kapcsolatot a hozzátartozóikkal.

2.2.1. FARMAKOLÓGIAI INTERVENCIÓK

- Ha a beteg mániás vagy hipomániás állapotba kerül és antidepresszáns monoterápiás kezelésben részesül:
 - o fontoljuk meg az antidepresszáns leállítását,
 - o adjunk a betegnek antipszichotikumot, függetlenül attól, hogy az antidepresszánszt leállították-e vagy sem.
- Ha a beteg mániás vagy hipomániás állapotba kerül, és nem szed hangulat stabilizátort és antipszichotikumot, adjunk haloperidolt, olanzapine-t, quetiapine-t vagy risperidone-t, tekintettel a páciens preferenciájára.
- Ha ez első antipszichotikum nem hatásos, vagy a beteg nem tolerálja jól, ajánljunk másik antipszichotikumot, figyelembe véve a páciens preferenciáit.
- Ha az alternatív antipszichotikum nem effektív a maximálisan engedélyezett dózisonál sem, mérlegeljük a lítium alkalmazását. Ha a lítium nem bizonyul hatásosnak, vagy nem adekvát (például a beteg nem egyezik bele a gyakori vérvizsgálatba) fontoljuk meg valproát kezelést. Ne adjunk valproátot a fogamzóképes nőknek és lányoknak, sem az akut fázis, sem a hosszútávú kezelésben, hacsak más készítmény hatástalannak vagy nem tolerálhatónak bizonyult és a terhesség megelőzésre figyelnek.
- Ha a páciens mániás vagy hipomániás állapotba kerül és antidepresszánszt szed hangulatjavítóval kombinálva, fontoljuk meg az antidepresszáns leállítását.
- Ha a páciens lítium terápiás kezelésben részesül, ellenőrizzük a vérplazma lítium szintjét az optimális kezeléshez. Mérlegeljük a haloperidol, olanzapine, quetiapine vagy risperidone alkalmazását, figyelembevéve a páciens egyéni preferenciáit és korábbi terápiás reakcióit.

- Ha a páciens már valproát vagy más hangulatjavító kezelésben részesül, fontoljuk meg a dózis emelését akár a maximális szintig, ha szükséges, a reakciótól függően. Ha nincs javulás, vegyük számításba a haloperidol, olanzapine, quetiapine, vagy risperidone alkalmazását, ügyelve az egyén preferenciáira.
- Ne használjunk lamotrigine-t a mánia kezelésére.

2.3. A BIPOLÁRIS DEPRESSZIÓ KEZELÉSE

2.3.1. FARMAKOLÓGIAI INTERVENCIÓK

- Ha a páciens közepes vagy súlyos bipoláris depresszióban szenved, és nem szed gyógyszert a bipoláris zavarra, adjunk fluoxetint olanzapinnal kombinálva, vagy quetiapine-t önmagában, a páciens egyéni preferenciáitól és a korábbi kezelési reakcióitól függően.
- Ha a páciens szeretné, fontoljuk meg az olanzapine vagy lamotrigine monoterápiát.
- Ha a páciens nem reagál a fluoxetine és olanzapine vagy quetiapine kombinációjára, fontoljuk meg a lamotrigine monoterápiát.
- Amennyiben a páciensnél mérsékelt, vagy súlyos bipoláris depressziós epizód lép fel és lítiumot szed, ellenőrizzük a vérplazma szintjét. Ha nem megfelelő, növeljük a lítium dózisát. Ha már elértük a maximális dózist, mérlegeljük a fluoxetin alkalmazását olanzapine-nal vagy quetiapine-nal kombinálva. Ha a páciens szeretné, fontoljuk meg az olanzapine vagy lamotrigine alkalmazását a lítium mellett. Ha a páciens nem reagál a fluoxetine olanzapine-nal vagy quetiapine-nal való kombinációra, hagyjuk abba a kiegészítő gyógyszereket és adjon lamotrigine-t a lítium mellé.
- Ha a páciens közepes vagy súlyos bipoláris depresszióban szenved és valproát kezelésben részesül, vegyük számításba a dózis növelését a terápiás tartományon belül. Ha ezt a dózist elérve a páciens nem, vagy alig reagál, fluoxetine és olanzapine vagy quetiapin kombinációjával egészítsük ki a kezelést, figyelembe véve az egyén preferenciáit. Amennyiben a páciens preferálja, fontoljuk meg a valproát kiegészítését olanzapine-nal vagy lamotrigine-nel. Ha a beteg nem reagál a kezelés fluoxetine és olanzapine/quetiapine kombinációjának kiegészítésére, állítsuk le a kiegészítő kezelést és mérlegeljük a valproát lamotrigine-nel való kombinációját.
- Azon periódusok alatt, amikor magas az öngyilkosság rizikója, a pszichotróp gyógyszerek felírása során mindig vegyük számításba a gyógyszer toxikusságának mértékét, amennyiben azt túladagolják. Vegyük figyelembe a felírt gyógyszer mennyiség limitálásának szükségességét, hogy túladagolás esetén csökkentse a veszélyt.

2.4. A BIPOLÁRIS ZAVAR HOSSZÚTÁVÚ KEZELÉSE A SZAKELLÁTÁSBAN

- Minden mániás/hipomániás vagy depressziós epizódot követően beszéljünk a pácienssel, és amennyiben lehet hozzátartozóval a hosszútávú kezeléstről. A megbeszélés célja segíteni a páciens megérteni és elfogadni, hogy a betegsége hosszútávon relapszusokkal és átmeneti időszakokkal járhat, amelyhez szükséges az önmenedzsmet, valamint az alap- és szakellátásban dolgozókkal való együttműködés, és a hozzátartozók bevonása.
- A beszélgetésben fontos kitérni a következőkre:
 - o a bipoláris zavar természetére
 - o a pszichológiai és farmakológiai intervenciókra, amelyek segíthetnek a tünetek csökkentésében és a relapszus megakadályozásában
 - o a relapszus veszélyére, amennyiben lecsökkenti vagy elhagyja a gyógyszereket
 - o a hosszútávú gyógyszeres és pszichológiai kezelés potenciális előnyeire
 - o a hangulatváltozás monitorozásának a fontosságára
 - o a gyógyszereszedés elhagyásának potenciális előnyeire és hátrányaira azon női betegek számára, akik várandósak, vagy tervezik a várandósságot
 - o a páciens bipoláris zavarának történetére, beleértve:
 - az epizódok súlyosságára és gyakoriságára, különös tekintettel a rizikóra és ártalmas következményekre
 - korábbi kezelésekre adott reakciókra
 - epizódok közötti tünetekre
 - potenciális triggerekre a relapszusra vonatkozóan, korai figyelmeztetőjelekre, és önmenedzsmet stratégiákra
 - o a kezelés várható hosszára, mikor és milyen gyakran szükséges felülvizsgálat

2.4.1. PSZICHOLÓGIAI INTERVENCIÓK

- Családkonzultáció, melynek célja pl. pszichoedukáció, stigmatizáció csökkentése, további segítség elérése.
 - o Az önstigmatizáció csökkentésének egyik lehetséges módja a *normalizálás*, ami megjelenhet például abban, ha a beteg emlékezteti magát arra, hogy élete folyamán mindenki szed valamilyen gyógyszert, mindenkire jellemző bizonyos mértékben az aktivitásszint változása/fokozódása, egyéenként nagyon eltérő mértékben. További hatékony módja a betegségeire vonatkozó *negatív automatikus gondolatok felismerése, beazonosítása* (pl. „ha valaki megtudja, hogy pszichiátriai gyógyszereket kell szednem egy életen át, bolondnak fognak tartani, nem fognak velem barátkozni, fenntartásokkal fognak kezelni stb.), majd azok *átértékelése* (pl. krónikus betegséggel küzdök, amivel ha megtanulok együtt élni és kellőképpen odafigyelni rá, teljes értékű életet élhetek, ugyanúgy szerezhetek barátokat, ugyanúgy fogok tudni teljesíteni a munkahelyen, mint bárki más). További fontos elem lehet a stigma redukálásában, ha a beteg *nem azonosítja*

magát illetve nem azonos a betegségével. Ezért kívánatos, hogy úgy fogalmazzunk, hogy „bipoláris vagyok” vagy „bipoláris zavarral élek”.

- Strukturált pszichológiai intervenció (egyéni, csoport vagy család), amely speciálisan a bipoláris zavarral élők számára tervezett, mely segít a relapszusok csökkentésében (kognitív viselkedésterápia, interperszonális pszichoterápia).
- A visszaesések, relapszusok megelőzésében hatékonyan tartott pszichológiai intervenciók tartalma:
 - o betegtájékoztató, információ a betegség természetéről
 - o a gondolatok és viselkedés hatása a hangulatra és a relapszusra
 - o hangulat, gondolatok, viselkedés önmonitorozása
 - o korai figyelmeztető jelek felismerése (pl. fokozott kritikátlanság, kevesebb alvásigény, túlaktiváltság)
 - o visszaesés kezelésére vonatkozó terv kidolgozása.

A BIPOLÁRIS ZAVAR KOGNITÍV VISELKEDESTERÁPIÁS MEGKÖZELÍTÉSE

Többféle modell létezik más-más hangsúllyal a bipoláris zavar kognitív viselkedésterápiás fókuszú terápiájára.

- *Basco és Rush (2005)* modellje szerint a gondolatok, érzések, észlelés és a viselkedés közötti reciprok kapcsolat járul hozzá a prodromális tünetek teljes epizódba történő hirtelen átváltásához. Ennek mentén létrejön egy lefelé gyűrűző spirál, mely a hangulat és a gondolatok (grandiozitás, túlzott optimizmus, gyenge ítélőképesség), valamint a viselkedés (kockázatvállaló magatartás, alvászscökkenés, aktivitás szintje) változásainak az interakciójából fakad. Ez az egyén funkcióképességét tovább rontja, amely tovább gyűrűzve depressziós vagy mániás epizódot eredményez. Basco és Lam modellje a korai jelek meghatározására és önmonitorozásra helyezi a hangsúlyt, a teljes relapszus megelőzése érdekében.
- *Kelly és munkatársainak (2017) integratív kognitív modellje* szerint a hangulatingadozási nehézségekben központi szerepet játszik a belső állapot szélsőséges értékelése. Hipomán állapotok gyakori pozitív kiértékelése lehet például „ha tele vagyok energiával, nagyon vicces vagyok”, vagy ugyanezen állapot negatív kiértékelése „ha túlságosan aktív vagyok, széteshetek”. Az elmélet szerint ezek a szélsőséges kiértékelések nem azért maladaptívak, mert valótlannok lennének, hanem mert az egyének hajlamosak kisebb belső változásokat (pl. kismértékű energianövekedés) szélsőséges mértékben értékelni. A modell szerint ez a fajta katasztrófizálás az, ami hozzájárul a hangulat szabályozásának zavarához azáltal, hogy az egyén megkísérli visszaszerezni a belső állapota feletti kontrollt. Ez a viselkedés önbeteljesítővé válhat, hiszen belső állapotok további változásával jár, és fenntartja a tüneteket.
- *Mansell és munkatársai (2014)* által létrehozott *TEAMS (Think Effectively About Mood Swings)* modell nem a relapszus prevencióra helyezi a hangsúlyt, hanem páciens aktuális

problémáira. A modell szerint a bipoláris zavarral élők hangulatingadozásai abból fakadnak, hogy szélsőséges módon igyekeznek kontrollálni a hangulatukat, amely negatívan befolyásolja azon képességüket, hogy kontrollálják és hosszabb távú céljaikat elérjék.

A többféle modell közös eleme a korai figyelmeztetőjelek meghatározása, a hangulat monitorozása, a személyre szabott kezelés, valamint az egyéni hosszútávú célok figyelembevétele.

2.5. A FELÉPÜLÉS ELŐSEGÍTÉSE, VISSZATÉRÉS AZ ALAPELLÁTÁSBA / GONDOZÁSBA

- Ha a páciens tünetei hatékonyan reagáltak a kezelésre és a személy állapota stabil, kínáljuk fel az alapellátásba való visszatérés lehetőségét.
- Az alapellátásba történő visszahelyezéskor fontos a kezelési tervet a pácienssel együtt kidolgozni, melyben a következőkre érdemes kitérni:
 - o a világos, személyre szóló felépülési célokra
 - o a krízistervre, melyben meghatározzuk a mánia és a depresszió relapszus korai figyelmeztető jeleit és triggereit
 - o a páciens mentális státuszának értékelésére
 - o gyógyszeres kezelési tervre.

3. A BIPOLÁRIS ZAVARRAL ÉLŐ PÁCIENSEK HOZZÁTARTOZÓINAK A TÁMOGATÁSA

Szintén fontos a bipoláris zavarral élők családtagjainak támogatása, hiszen a betegség jellegéből kifolyólag a fokozott kiszámíthatatlanság, az egyensúly hiánya, hirtelen fellépő állapotrosszabbodás, valamint a stigmatizáció nagymértékben megnehezítheti a család mindennapjait.

- Fontos világos írásbeli és szóbeli tájékoztatás adni a hozzátartozóknak a következőkről:
 - o a bipoláris zavar diagnózisáról és a kezeléséről
 - o a lehetséges pozitív kimenetelekről és felépülésről
 - o a hozzátartozók támogatásának formáiról (pl. pszichoedukáció, hozzátartozói csoport, családterápia, egyéni terápia)
 - o a szolgáltatások szerepéről, pl. pszichiátriai gondozók, rehabilitációs intézmények igénybeviteléről
 - o a krízis során igénybe vehető segítségről, például területileg illetékes pszichiátriai intézmény vagy krízisambulancia elérhetőségeiről
- Amilyen korán csak lehet, egyeztessünk a bipoláris zavarral küzdő személlyel és hozzátartozójával, hogy a személy információi milyen módon lesznek megosztva. Amikor a titoktartást tárgyaljuk, hangsúlyozzuk az információ megosztás fontosságát, és

a páciens nézőpontjának megértésének szükségességét a hozzátartozó részéről. Segítsük elő az együttműködő hozzáállást, ami mind a betegek, mind a hozzátartozó előnyére válik, az egyéni szükségleteik, és a kölcsönösen függő helyzetük figyelembevételével.

- Amennyiben a páciens hozzájárul, vonjuk be a beteg hozzátartozóját a döntéshozatalba.
- Időnként ellenőrizzük az információáramlást a páciens és hozzátartozója között, különösen akkor, ha kommunikációs vagy együttműködési nehézségekkel küzdenek.
- Biztosítsunk a hozzátartozó számára edukációt és támogatói programokat, amely lehet a bipoláris zavarral élő számára biztosított családi intervenció része.
- Mérjük fel az esetlegesen abúzusnak vagy elhanyagolás kockázatának kitett gyermekeket, fiatal felnőtteket, akik függő helyzetben vannak a bipoláris zavarral élővel, együtt laknak vagy gondozzák.

Hatékonyságvizsgálatok

Swartz és Swanson (2014) átfogó irodalmi áttekintése a bipoláris zavarral élők számára nyújtott pszichoterápiás intervenciók hatékonyságát vizsgálja. A 28 randomizált kontrollált vizsgálat eredményei alapján a gyógyszeres kezelés mellett a bipoláris zavar specifikus intervenciók (egyéni és csoportos pszichoedukáció, az egyéni és csoportos kognitív viselkedésterápia, valamint családterápia) szignifikánsan hatékonyabbnak bizonyultak, mint a farmakoterápiás kontrollcsoport. Egy kvantitatív metaanalízis szerint (Szentagotai és David, 2010) a kognitív viselkedésterápia pozitív hatással volt a bipoláris zavar tüneteire, a kezelési adherenciára és a betegek életminőségére, ugyanakkor kisebb hatékonyság mutatkozott a relapszus gyakoriságát illetően. Lam, Burbeck és munkatársainak (2009) a metaanalíziséből hasonló eredmények születtek, mint Chiang, Tsai és kutatócsoportjának 2017-ben elvégzett metaanalíziséből. Eredményeik szerint a kognitív viselkedésterápia hatékonyan bizonyult a depresszió és a mánia súlyosságának csökkentésében, a relapszusok számának csökkenésében, továbbá a pszichoszociális funkciókészség növelésében. Lam másik vizsgálatában (2005) egy és két éves utánkövetéssel vizsgálta a bipoláris zavarral élők farmakoterápia és a kognitív viselkedésterápia, mint adjuváns terápia alkalmazásának hatékonyságait. Eredményeik szerint a CBT kezelésben részesült csoport tagjai 30 hónap alatt 110 nappal kevesebb időt töltöttek bipoláris epizódban, az utolsó 18 hónap felmérése szerint pedig 54 nappal rövidült meg az akut epizódban eltöltött idő. Emellett a CBT csoport tagjai szignifikáns javulásról számoltak be a hangulati egyensúly, a szociális funkció, a prodrómával való megküzdés, valamint a diszfunkcionális célkitűzést illetően. Összességében tehát a bipoláris zavarban a farmakoterápia mellett a kognitív viselkedésterápia alkalmazásának hatékonysága számos kutatás által egyértelműen bizonyított, ugyanakkor limitáció, hogy jelenleg nagyon kevés helyen elérhető.

IRODALOMJEGYZÉK

American Psychiatric Association (2014). DSM-5 referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.

Basco, M. R., és Rush, A. J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder. Guilford Press.

Chiang, K. J., Tsai, J. C., Liu, D., Lin, C. H., Chiu, H. L., és Chou, K. R. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS one*, *12*(5), e0176849.

Kelly, R. E., Dodd, A. L., és Mansell, W. (2017). “When my moods drive upward there is nothing I can do about it”: A review of extreme appraisals of internal states and the bipolar spectrum. *Frontiers in psychology*, *8*, 1235.

Lam, D. H., Burbeck, R., Wright, K., és Pilling, S. (2009). Psychological therapies in bipolar disorder: the effect of illness history on relapse prevention—a systematic review. *Bipolar Disorders*, *11*(5), 474-482.

Lam, D. H., Hayward, P., Watkins, E. R., Wright, K., & Sham, P. (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *American Journal of Psychiatry*, *162*(2), 324-329.

Mansell, W., Tai, S., Clark, A., Akgonul, S., Dunn, G., Davies, L., és Morrison, A. P. (2014). A novel cognitive behaviour therapy for bipolar disorders (Think Effectively About Mood Swings or TEAMS): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *15*(1), 405.

Reiser, R. P., Thompson, L. W., Johnson, S. L., és Suppes, T. (2017). Bipolar disorder. Hogrefe Publishing.

Swartz, H. A., és Swanson, J. (2014). Psychotherapy for bipolar disorder in adults: a review of the evidence. *Focus*, *12*(3), 251-266.

Szentagotai, A., és David, D. (2010). The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: A quantitative meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*.

Az összefoglaló alapjául szolgáló részletes tájékoztató az irányelvekről elérhető a NICE honlapján:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/resources/bipolar-disorder-assessment-and-management-pdf-35109814379461>

Az összefoglalót a NICE irányelvek alapján összeállította Prof. Dr. Perczel-Forintos Dóra és Lohn Andrea