

## Lekarze i pacjenci wobec choroby afektywnej dwubiegunowej – czy myślimy podobnie?

### Patients' and doctors' attitudes towards bipolar disorder – do we share our beliefs?

Grzegorz Mączka, Marcin Siwek, Michał Skalski, Dominika Dudek

Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

#### Summary

**Aim.** The aim of the presented study was an analysis and comparison of patients and psychiatrists beliefs regarding the most important aspects of bipolar disorder (BD) treatment.

**Method.** A group of 100 psychiatrists (with at least 5 years professional experience) and a group of 100 remitted patients fulfilling ICD-10 and DSM IV-TR BD criteria (aged 18–65) were enrolled. Their beliefs were investigated with a 41-item structuralized questionnaire (doctors group) and 27-item self evaluation inventory (patients group). The construction of both tools made it possible to compare the results and was based on hierarchical ranking of answers included in each item.

**Results.** A number of important concordances were indicated between doctors and patients beliefs e.g. both groups considered that: 1) the depression is the most burdensome episode in the course of BD; 2) the pharmacotherapy is the most crucial element of treatment; 3) the improvement of life quality is the most important aspect of recovery. On the other hand the results revealed that patients are convinced that doctors consider improving their life quality as much less important than alleviating symptoms severity. The hierarchy of problems proposed by the patients as the main obstacles in taking drugs appeared to be the exact antithesis of doctors beliefs in this issue. The patients indicated drug side effects as the main cause whereas doctors considered compliance as a crucial problem. Discrepancies in beliefs were also observed regarding the perceived importance of different psychoeducation topics: coping abilities and life quality improvement – two most important issues in patients opinion, were placed on the remote rank in doctors hierarchy, giving place to early recognition of relapse symptoms and suicidality prevention.

**Conclusion.** Discrepancies of psychiatrists and patients beliefs regarding crucial aspects of BD treatment that were revealed in the study may be responsible for worsening of compliance quality.

*Słowa kluczowe:* choroba afektywna dwubiegunowa, leczenie, psychoedukacja

*Key words:* bipolar disorder, treatment, psychoeducation

## Wprowadzenie

Pomimo wzrastającej skuteczności dostępnych metod farmakoterapii choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) wciąż stanowi poważny problem terapeutyczny oraz wiąże się ze znaczącym negatywnym wpływem na jakość życia pacjentów i ich rodzin. ChAD zajmuje szóste miejsce pośród najpoważniejszych przyczyn upośledzenia funkcjonowania i niezdolności do pracy [1]. Typowymi dla jej przebiegu zjawiskami pozostają wysoka nawrotowość, tendencja do chronicznego utrzymywania się objawów, trudności diagnostyczne oraz zbyt małe zaangażowanie pacjentów w proces leczenia [2]. Istotną przyczyną niepowodzeń terapeutycznych w ChAD jest brak współpracy w leczeniu (non-adherence), który według różnych szacunków dotyczy od 10 do 60% przypadków terapii [3, 4, 5]. Jamison [6] wyróżniła cztery grupy czynników odpowiedzialnych za tak znaczący jego odsetek i idącą za nim redukcję efektywności leczenia: 1) czynniki specyficzne dla choroby (typ i faza ChAD); 2) zmienne związane z leczeniem (reżim terapeutyczny, objawy niepożądane); 3) czynniki związane z pacjentem (parametry demograficzne, postawa i przekonania pacjenta dotyczące leczenia i choroby); 4) zmienne związane z lekarzem (przekonania o chorobie i leczeniu oraz ich oddziaływanie na pacjenta). Początkowe badania dotyczące przyczyn słabej współpracy terapeutycznej koncentrowały się głównie na czynnikach demograficznych, biologicznych oraz innych charakterystykach związanych z leczeniem (głównie działaniami ubocznymi), poświęcając tym samym niewystarczająco wiele uwagi zmiennym związanym z pacjentem oraz lekarzem [7]. Tymczasem rosnąca liczba dowodów wskazuje właśnie na istotną rolę tych czynników w przewidywaniu przebiegu leczenia oraz współpracy terapeutycznej w ChAD [8]. Konsekwencją tej, powoli dokonującej się, zmiany spojrzenia na ChAD jest uwzględnianie w jej rozumieniu i terapii szeroko pojętych czynników psychologicznych i społecznych. Pośród nich szczególne miejsce zajmują przekonania lekarzy i pacjentów dotyczące ChAD.

Zgodnie z założeniami psychoterapii poznawczo-behawioralnej, której użyteczność coraz częściej czyni ją jednym z podstawowych elementów kompleksowego leczenia ChAD, każdy z nas ma tendencję do postępowania w sposób zgodny z własnymi przekonaniami, a jako „racjonalni konsumenci” podejmujemy tylko te działania, w których sens i skuteczność wierzymy. W związku z tym przekonania pacjenta bądź lekarza dotyczące tego, który z aspektów leczenia ChAD jest priorytetowy, a w szczególności rozbieżność tych przekonań może w sposób znaczący kształtować przebieg i determinować powodzenie terapii. Zagadnienie to stało się przedmiotem prezentowanego poniżej badania.

## Opis metody

Badaniem objęto dwie grupy: lekarzy (grupa 1, n = 100) z minimum pięcioletnim stażem pracy oraz pacjentów (grupa 2, n = 100) z diagnozą ChAD w stanie remisji, ustaloną na podstawie kryteriów ICD-10 i DSM IV-TR. Grupa lekarzy obejmowała zarówno osoby w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z psychiatrii, jak i psychiatrów z I i II stopniem specjalizacji pracujących na szpitalnych oddziałach zamkniętych,

w poradniach zdrowia psychicznego oraz w gabinetach prywatnych. Przekonania lekarzy zostały zbadane za pomocą strukturalizowanego, 41-punktowego wywiadu, przeprowadzonego przez ankieterów Instytutu Badań Rynku Pentor. Pytania dotyczyły m.in. oceny istotności w leczeniu ChAD wybranych leków i interwencji oraz uciążliwości różnych aspektów choroby zarówno z perspektywy leczącego, jak i leczonego. Charakterystykę grupy 1 przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna i zawodowa grupy 1 (lekarze)

		Liczebność % Grupa: n = 100
	Kobiety	54
	Mężczyźni	46
Wiek	43,4 ± 9,6	
Miejsce zamieszkania	Miasto powyżej 500 tys.	30
	500–100 tys.	36
	100–25 tys.	23
	Poniżej 25 tys.	11
Miejsce pracy	Zamknięty Oddział Szpitalny	21
	Poradnia Zdr. Psych. Gab. Pryw.	38
	Zamknięty Oddział Szpitalny + PZP/GP	41
Staż w zawodzie lekarza	16,9 ± 10,7	
Etap szkolenia specjalizacyjnego	W trakcie szkolenia spec.	16
	I stopień spec.	19
	II stopień spec.	65
Etap szkolenia w psychoterapii	Szkoli się	29
	Ma certyfikat psychoterapeuty	17
	Nie szkoli się/ nie ma certyfikatu	54

Grupa 2 obejmowała pacjentów w wieku od 18 do 65 lat, pozostających w leczeniu w Klinice Psychiatrii Dorosłych w Krakowie. Badano zarówno chorych hospitalizowanych, jak i leczonych ambulatoryjnie (charakterystykę grupy 2 przedstawiają tabele 2 i 3).

Tabela 2. Charakterystyka demograficzna grupy 2 (pacjenci)

		Liczebność % Grupa: n = 100
Płeć	Kobiety	67
	Mężczyźni	33
Wiek (lata)	43,9 ± 12,9	
Miejsce zamieszkania	Wieś	23
	Miasto < 100 000	26
	Miasto > 100 000	51

*Dalszy ciąg tabeli na stronie następnnej*

Wykształcenie	Podstawowe	20
	Średnie	34
	Wyższe	46
Sytuacja zawodowa	Studia	6
	Praca	26
	Bezrobocie	6
	Emerytura	6
	Renta	56

Tabela 3. Wybrane parametry dotyczące dotychczasowego przebiegu choroby (pacjenci)

Okres trwania choroby (lata)	Liczebność % Grupa: n = 100
0–6	26
7–18	48
19–30	15
> 30	11
Liczba przebytych epizodów ChAD	
≥ 6	43
7–18	42
19–30	10
> 30	5
Liczba hospitalizacji z powodu ChAD	
≥ 4	72
5–12	24
13–20	3
> 20	1

Przekonania pacjentów zostały zbadane za pomocą kwestionariusza składającego się z 27 pytań. Podobnie jak w kwestionariuszu dla lekarzy, pytania koncentrowały się na kwestiach oceny istotności w leczeniu ChAD różnych form terapii oraz uciążliwości różnych aspektów choroby z perspektywy leczonego. Kwestionariusz zawierał również pytania dotyczące wyobrażeń pacjentów o przekonaniach lekarzy związanych z istotnymi aspektami terapii i przebiegu ChAD.

Konstrukcja pytań obydwu kwestionariuszy była taka sama i bazowała na szeregowaniu według hierarchii ważności poszczególnych wariantów odpowiedzi.

Niniejsza publikacja stanowi próbę zestawienia i porównania przekonań lekarzy i pacjentów dotyczących ChAD, opartą na analizie wybranych, odpowiadających sobie pytań obydwu kwestionariuszy.

Przy opracowywaniu danych o charakterze ilościowym została przeprowadzona analiza statystyczna na podstawie średniej arytmetycznej oraz odchylenia standardowego. W następnej kolejności zostały wykonane odpowiednio testy parametryczne – test t dla prób niezależnych lub testy nieparametryczne – test U Manna–Whitneya dla prób niezależnych. W przypadku porównywania cech o charakterze jakościowym został wykonany test Chi<sup>2</sup> z poprawką Yatesa lub, przy niewielkiej liczebności porów-

nywanych grup, dokładny test Fischera [9]. Wyniki analiz były uznawane za istotne statystycznie dla  $p < 0,05$ .

## Wyniki

Zarówno w grupie lekarzy, jak i w grupie pacjentów największa liczba osób uznała epizod depresyjny za najbardziej uciążliwy w przebiegu ChAD (52% vs. 67%). Obydwie grupy uplasowały na drugim miejscu epizod maniakalny (29% vs. 17%), a w dalszej kolejności epizody mieszane (13% vs. 8%) i hipomaniakalny (6% vs. 6%). Należy jednak podkreślić, że istotnie więcej pacjentów niż lekarzy przyznało depresji pierwsze miejsce pod względem uciążliwości ( $p = 0,031$ ), podczas gdy istotnie więcej lekarzy uplasowało epizod maniakalny na pozycji drugiej ( $p = 0,044$ ).

Farmakoterapia została uznana przez obie badane grupy za najistotniejszy element leczenia ChAD (84% lekarzy vs. 55% pacjentów), niemniej jednak pierwszeństwo farmakoterapii było uznawane przez lekarzy istotnie częściej niż przez pacjentów ( $p = 0,007$ ). Pacjenci na drugim miejscu umieścili psychoterapię (23% osób uznało ją za najistotniejszą), ostatnią pozycję przyznając psychoedukacji (11%), podczas gdy lekarze w porównywalnym i niskim stopniu ocenili ważność dwóch ostatnich elementów (odpowiednio 7% i 9%).

Analiza kolejnych pytań ujawniła, iż zdaniem lekarzy pacjenci – podobnie jak oni – uważają farmakoterapię za najważniejszy element leczenia ChAD. Aż 75% lekarzy uznało, że ta forma terapii jest zdaniem pacjentów priorytetowa. Co ciekawe, jak przedstawiono wcześniej, istotnie mniej, bo jedynie niewiele ponad połowa (55%) badanych pacjentów, umieszcza farmakoterapię na pierwszym miejscu ( $p = 0,04$ ). Niewielki odsetek lekarzy (12%) był zdania, iż w przekonaniu pacjentów psychoterapia i psychoedukacja mają istotne znaczenie (odpowiednio: 12% i 13%). W porównaniu z tymi danymi istotnie więcej pacjentów uznaje psychoterapię za najważniejszą (23%,  $p = 0,016$ ).

Analogicznie skonstruowane pytanie skierowane do pacjentów, dotyczące tego, czy ich zdaniem lekarze są szczególnie skoncentrowani na którymś ze wspomnianych wcześniej elementów leczenia, wykazało taką samą jak przedstawiona przez lekarzy hierarchię odpowiedzi bez istotnych różnic statystycznych: 1 – farmakoterapia (lekarze 84%, lekarze zdaniem pacjentów 69%); 2 – psychoterapia (9% vs. 16%); 3 – psychoedukacja (7% vs. 6%).

Kolejne pytanie dotyczące najważniejszych problemów związanych z zażywaniem leków ukazało istotne różnice pomiędzy hierarchią przedstawioną przez lekarzy a poglądami pacjentów. Pacjenci na pierwszym miejscu umieścili objawy niepożądane leków, podczas gdy lekarze przyznali im ostatnią pozycję (45% vs. 12%,  $p = 0,0001$ ). Z drugiej strony 69% lekarzy za kluczową uznało kwestię współpracy w leczeniu, podczas gdy zaledwie 30% pacjentów uznało ją za najważniejszy czynnik wpływający na zażywanie leków ( $p < 0,0001$ ).

Kolejnym zagadnieniem będącym przedmiotem porównania były problemy związane z uczestnictwem cierpiących na ChAD pacjentów w psychoterapii. Za najistotniejsze ograniczenie pacjenci uznali konieczność regularnego uczestnictwa w spotkaniach

terapeutycznych (26%). Lekarze przyznali natomiast pierwszeństwo trudnościom związanym z dostępem do terapeuty (38%). Niewiele mniejsza ich grupa (36%) za najistotniejszą przeszkodę uznała, podobnie jak pacjenci, konieczność regularnego udziału w terapii; w dalszej kolejności obydwie grupy uplasowały długość okresu terapii oraz otwartość i szczerłość w relacji z terapeutą. Zarówno zdaniem lekarzy, jak i pacjentów najmniej istotny problem stanowi odrabianie zadań zleconych przez terapeutę.

Pytanie o to, jakie aspekty poprawy stanu zdrowia są najistotniejsze w leczeniu ChAD, ujawniło zgodność przekonań lekarzy i pacjentów. Obydwie grupy przyznały pierwszeństwo kwestii ogólnej poprawy samopoczucia i jakości życia (40% pacjentów, 35% lekarzy). Na drugim miejscu uplasowało się zmniejszenie nasilenia objawów (22% vs. 31%), a w dalszej kolejności uzyskanie większej stabilności nastroju (16% vs. 27%) i skrócenie czasu trwania epizodów choroby, które umieszczono na ostatnim miejscu (6% vs. 7%). Co ciekawe, analiza wyobrażeń lekarzy o przekonaniach pacjentów ujawniła identyczną kolejność ważności poszczególnych elementów poprawy. Tymczasem odmiennie przedstawiają się wyniki odwróconego pytania zadanego pacjentom, dotyczącego ich wyobrażeń o przekonaniach lekarzy. Zdaniem pacjentów lekarze na pierwszym miejscu stawiają zmniejszenie nasilenia objawów (37%), a na ostatnim poprawę samopoczucia i jakości życia pacjenta (11%).

Kolejne pytanie dotyczyło poprawy różnych elementów funkcjonowania społecznego. Zarówno lekarze, jak i pacjenci za najważniejszą uznali poprawę funkcjonowania w rodzinie i małżeństwie. Na kolejnych miejscach zgodnie umieścili: aktywność zawodową, poprawę relacji interpersonalnych, spędzanie wolnego czasu.

Ostatnim analizowanym zagadnieniem była kwestia znaczenia, jakie dla lekarzy i pacjentów ma 13 zamieszczonych w ankietach badawczych celów psychoedukacji. Badani szeregowali je w kolejności malejącego znaczenia. Znaleziono tutaj liczne rozbieżności pomiędzy grupami (tabela 4). Podczas gdy pacjenci za najważniejszy cel uznali poprawę radzenia sobie ze stresem, lekarze umieścili tę kwestię dopiero na miejscu jedenastym. Co więcej, poprawa samopoczucia i jakości życia umieszczona przez pacjentów na miejscu drugim znalazła się w hierarchii lekarzy dopiero na miejscu siódmym. Z kolei uznana za istotną przez lekarzy poprawa współpracy w procesie leczenia (piąta pozycja w hierarchii) w grupie pacjentów otrzymała dopiero jedenaste miejsce. Warto również podkreślić rozbieżności dotyczące kwestii zapobiegania myślom i próbom samobójczym. Cel ten w grupie lekarzy znalazł się na drugim miejscu, tuż za nauką rozpoznawania objawów nawrotu choroby, natomiast pacjenci zapobieganie myślom i próbom samobójczym umieścili na miejscu szóstym. Dokładne informacje dotyczące hierarchii ważności poszczególnych celów psychoedukacji w obydwu grupach przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Zestawienie hierarchii celów psychoedukacji według lekarzy i pacjentów

Hierarchia celów psychoedukacji według pacjentów	Hierarchia celów psychoedukacji według lekarzy
1. poprawa radzenia sobie ze stresem	1. rozpoznawanie objawów nawrotu choroby
2. poprawa samopoczucia i jakości życia	2. zapobieganie myślom i próbom samobójczym
3. rozpoznawanie objawów nawrotu choroby	3. zwiększenie samokontroli w zakresie objawów choroby
4. zwiększenie samokontroli w zakresie objawów choroby	4. zapobieganie nawrotom choroby
5. zapobieganie nawrotom choroby	5. poprawa współpracy w procesie leczenia
6. zapobieganie myślom i próbom samobójczym	6. dostarczenie informacji o chorobie, wsparcie dla pacjenta i jego rodziny
7. dostarczenie informacji o chorobie, wsparcie dla pacjenta i jego rodziny	7. poprawa samopoczucia i jakości życia
8. uniknięcie uzależnienia od leków, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych	8. uniknięcie uzależnienia od leków, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych
9. poprawa interpersonalnego i społecznego funkcjonowania w okresach remisji	9. poprawa interpersonalnego i społecznego funkcjonowania w okresach remisji
10. poszerzenie wiedzy i umiejętności radzenia sobie z psychospołecznymi konsekwencjami przeżytych i przyszłych epizodów choroby	10. poszerzenie wiedzy i umiejętności radzenia sobie z psychospołecznymi konsekwencjami przeżytych i przyszłych epizodów choroby
11. poprawa współpracy w procesie leczenia	11. poprawa radzenia sobie ze stresem
12. radzenie sobie z resztkowymi objawami i zaburzeniami funkcjonowania wynikającymi z choroby	12. radzenie sobie z resztkowymi objawami i zaburzeniami funkcjonowania wynikającymi z choroby
13. zapobieganie stygmatyzacji osób chorych	13. zapobieganie stygmatyzacji osób chorych

## Dyskusja

W prezentowanym badaniu wykazano między innymi, że zarówno lekarze, jak i pacjenci uznają epizod depresyjny za najbardziej uciążliwy w przebiegu ChAD. Wyniki te wydają się zrozumiałe w świetle dotychczasowych wieloletnich badań. Judd i Akiskal [10] wykazali, że objawy depresyjne występowały przez 31,9% czasu trwania 13-letniej obserwacji u pacjentów z rozpoznaniem ChAD I (n = 146), podczas gdy pozostałe epizody stanowiły tylko 14,8%. Dysproporcja pomiędzy depresją a drugim biegunem jeszcze silniej zaznaczyła się w grupie pacjentów z ChAD II (n = 86), u których objawy depresji wypełniały 50,3% okresu poddanego obserwacji, a epizody hipomaniakalne lub mieszane tylko 3,4%. Z kolei Post i wsp. [11] w rocznej obserwacji wykazali, że spośród 258 leczonych ambulatoryjnie pacjentów z diagnozą ChAD 40% prezentowało nawracające objawy afektywne z wyraźną dominacją depresji utrzymujące się mniej więcej przez 120 dni. Co więcej, ciężkość przebiegu ChAD silnie korelowała z nasileniem objawów depresyjnych, a nie maniakalnych.

Zarówno lekarze, jak i pacjenci uczestniczący w prezentowanym badaniu za najistotniejszy element leczenia uznają farmakoterapię. Odzwierciedla to obecny w dzisiejszych standardach leczenia ChAD prymat działań farmakologicznych uznanych za podstawę leczenia. Należy podkreślić, że pierwszeństwo farmakoterapii było uznawane przez lekarzy istotnie częściej niż przez pacjentów. Aż 44% pacjentów i jedynie 16% lekarzy przyznało pierwszeństwo metodom niefarmakologicznym. Może to odzwierciedlać wciąż dominujący w rozumieniu klinicystów obraz ChAD jako choroby o zdecydowanie „biologicznym” charakterze. Warto przytoczyć tutaj jedną z głównych konkluzji konferencji NIMH z 1990 roku, postulującej, że najmniej rozwinięty obszar leczenia ChAD dotyczy zastosowania dodatkowych interwencji niefarmakologicznych (psychospołecznych) mogących łagodzić trudy adaptacji do choroby [za: 12]. Niedoceniane – szczególnie przez lekarzy – metody niefarmakologiczne, jak psychoedukacja i psychoterapia, znajdują jednak rosnące i coraz mocniejsze poparcie w świetle zarówno badań kontrolowanych, jak i obserwacji naturalistycznych. Niedawne wieloośrodkowe, kontrolowane badanie STEP-BD obejmujące 293 pacjentów z rozpoznaniem ChAD wykazało, że zastosowanie którejkolwiek z trzech badanych form psychoterapii (IPSRT – terapia interpersonalna i rytmów społecznych, FFT – terapia skoncentrowana na rodzinie, CBT – terapia poznawczo-behawioralna) przyczyniło się do istotnie szybszej poprawy stanu klinicznego pacjentów niż w przypadku zastosowania standaryzowanej interwencji minimalnej [13]. Do tej pory nie zaobserwowano jednak różnic pomiędzy IPSRT, FFT, CBT w zakresie ich skuteczności we wspomaganii i utrzymywaniu remisji. Wzrasta też liczba kontrolowanych badań nad skutecznością psychoedukacji (PE) pacjentów z ChAD, pośród których na szczególną uwagę zasługuje barceloński program psychoedukacyjny [14]. Wykazano w nim m.in. przewagę PE nad standardowym postępowaniem w zakresie ograniczenia nawrotowości po 6 miesiącach (38% nawrotów w grupie PE i 60% nawrotów w grupie kontrolnej), utrzymującej się nadal po zakończeniu dwuletniej obserwacji. PE okazała się również bardziej skuteczna w zakresie redukcji czasu hospitalizacji pacjentów. Warto nadmienić, że również w Polsce, w ośrodku krakowskim (Klinika



Psychiatrii Dorosłych CM UJ – projekt kierowany przez mgr. Grzegorza Mączkę) oraz poznańskim (Klinika Psychiatrii Dorosłych AM – projekt kierowany przez dr. hab. Jana Jaracza), trwają badania nad rozwojem, zastosowaniem i skutecznością programów psychoedukacyjnych w ChAD.

W psychoedukacji pacjenta istotna wydaje się kwestia uwzględnienia jego preferencji co do poruszanych tematów, jak bowiem wykazaliśmy, lekarze i pacjenci mogą odmiennie postrzegać ich ważność i hierarchię. Priorytetowe dla pacjentów cele psychoedukacji, takie jak poprawa radzenia sobie ze stresem oraz poprawa jakości życia (odpowiednio pierwsze i drugie miejsce w hierarchii), zostały umieszczone przez lekarzy na odległych pozycjach (odpowiednio miejsce jedenaste i siódme), ustępując miejsca najważniejszym zdaniem lekarzy: nauce rozpoznawania objawów nawrotu choroby oraz zapobieganiu myślom i próbom samobójczym. Może to wskazywać na wciąż obecny w myśleniu klinicystów paradygmat patogenetyczny – koncentrowanie się na kwestii zniesienia objawów i zażegnania niebezpieczeństw związanych z chorobą, co nie do końca odpowiada salutogenetycznym potrzebom pacjentów – zwiększania swoich zasobów i poprawy umiejętności radzenia sobie i życia z chorobą.

W badaniu wykazano także, że hierarchia wskazanych przez pacjentów problemów związanych z zażywaniem leków stanowi odwrotność poglądów reprezentowanych przez lekarzy. Pacjenci za największe utrudnienie uznają objawy niepożądane leków, podczas gdy lekarze przyznają im ostatnią pozycję. Natomiast najważniejszy zdaniem lekarzy problem właściwej współpracy w terapii pacjenci uznali za najmniej istotny. Powyższe dane mogą stanowić dla lekarzy istotną wskazówkę, sugerując one bowiem, iż droga do dobrej współpracy powinna zacząć się od dbałości o jak najlepszą tolerancję zaordynowanego leczenia. Nie chodzi tu wyłącznie o kwestię właściwego dawkowania leków oraz uwzględniania interakcji lekowych i preferencji pacjenta. Istotna jest także należyta, wyczerpująca i przystępna informacja dotycząca: potencjalnego czasu trwania farmakoterapii, celowości podawania leków, mechanizmów działania, możliwych objawów niepożądanych, bezpieczeństwa związanego z ich stosowaniem oraz relacji pomiędzy ponoszonym przez pacjenta ryzykiem a korzyściami wynikającymi z leczenia. Jak wykazali Morselli i Elgie [15], najpoważniejszym obawom pacjentów, związanym z zażywaniem leków (np. zażywanie leków to zniewolenie, zależność, wstyd; zażywanie leków powoduje długotrwałe, nieodwracalne konsekwencje dla organizmu etc.), często brakuje racjonalnego uzasadnienia i mogą być spowodowane zwyczajnym niedoinformowaniem.

W prezentowanym przez nas badaniu zarówno lekarze, jak i pacjenci stwierdzili, że najistotniejszym aspektem poprawy stanu zdrowia w ChAD jest kwestia jakości życia chorego. Niemniej jednak pacjenci są przekonani, że dla lekarzy kwestia ta ma najmniejsze znaczenie, spośród wszystkich uwzględnionych w badaniu aspektów, i że skupiają się oni głównie na zmniejszaniu nasilenia objawów. Wskazuje to co najmniej na niedostatki komunikacji pomiędzy lekarzami a pacjentami, mogące stanowić potencjalne źródło braku współpracy. Po raz kolejny wydaje się, że lekarze powinni położyć większy nacisk na kwestię jasnego i wspólnego z pacjentem formułowania celów i priorytetów terapeutycznych. Być może lekarze wciąż częściej wybierają model, w którym pacjent winien w sposób bierny i zdyscyplinowany stosować się do ich

zaleceń (adherence), nie doceniając modelu przymierza terapeutycznego, w którym pacjent jest aktywnym, współodpowiedzialnym uczestnikiem leczenia (compliance).

### **Врачи и пациенты – их отношение к двухполюсной аффективной болезни – думаешь ли так как они?**

#### **Содержание**

**Задание.** Заданием представляемой работы был анализ и сравнение уверенности врачей-психиатров и пациентов, относящихся к наиболее важным аспектам лечения двухполюсной аффективной болезни (ДафБ).

**Метод.** Исследованием охвачена группа врачей-психиатров (100 человек) с минимум пятилетним стажем работы, а также пациентов (100 больных) с диагнозом ДафБ в состоянии ремиссии по критериям Международной классификации болезней – 10, DSM-IV – TR) в возрасте с 18 до 65 лет. Уверенность врачей и пациентов были исследованы при помощи соответственно подготовленного с 41 пунктом анамнеза и глоссария, содержащего 27 вопросов. Конструкция обоих глоссариев обусловила сравнение результатов и базировалась на упорядочивании по категории важности отдельных вариантов ответов.

**Результаты.** Исследование показало согласность уверенности врачей и пациентов во многих существенных аспектах: например обе группы признали, что 1) депрессивный эпизод – наиболее трудный во время ДафБ, 2) фармакотерапия является наиболее существенным элементом лечения, 3) улучшение качества жизни составляет наиболее важный аспект для больного. Однако, исследование показало, что пациенты уверены в том, что это обстоятельство мало интересует врачей, а эти последние только следят за уменьшением их болезненных симптомов. Значение указанных больными проблемами связанными с приемом лекарств составляла оборотность воззрений врачей. Пациенты за наиболее отрицательное явление во время лечения признавали присутствие побочных симптомов, тогда как наибольшее значение придавали совместной работе с больными.

**Выводы.** В ходе исследований показано также разногласие в радиусе важности отдельных проблем при проведении психоэдукации. Приоритетные для пациентов задания были: улучшение в преодолении жизненных препятствий и улучшение качества жизни, врачами были оценены на отдаленных позициях. Врачи, прежде всего, указывали на необходимости диагностирования рецидивов болезни, предотвращении мыслей и пробам самоубийства, Показанные в исследовании разногласия во взглядах врачей и пациентов по отношению к основным аспектам лечения ДафБ могут отвечать за ухудшение качества терапевтических воздействий.

### **Ärzte und Patienten gegenüber affektiver zweipoliger Krankheit – denken wir ähnlich?**

#### **Zusammenfassung**

**Ziel.** Das Ziel der vorgetragenen Studie war die Analyse und der Vergleich der Überzeugungen der Psychiater und ihrer Patienten zu den wichtigsten Aspekten der Behandlung der affektiven zweipoligen Krankheit.

**Method.** An die Studie wurden eine Gruppe der Psychiater (n=100) mit mindestens 5-jähriger Arbeitszeitdauer und eine Gruppe der Patienten (n=100) mit der affektiven zweipoligen Krankheit in der Remissionszeit (nach ICD-10, DSM-IV-TR-Kriterien) im Alter von 18 bis 65 Jahren eingeschlossen. Die Überzeugungen der Ärzte und Patienten wurden mit dem entsprechend strukturalisierten Interwiew mit 41-Items und mit dem Fragebogen mit 27 Fragen untersucht. Die Konstruktion beider Fragebögen ermöglichte, die Ergebnisse zu vergleichen und basierte auf Rangordnung der Wichtigkeit der einzelnen Antwortvarianten.

**Ergebnisse.** Die Studie zeigte die Übereinstimmung der ärztlichen Überzeugungen und Patienten in vielen wichtigen Aspekten, z.B. Beide Gruppen waren der Meinung:

1. Die Depressionsepisode war am beschwerlichsten im ganzen Verlauf der affektiven zweipoligen Krankheit
2. Die Pharmakotherapie war der wichtigste Bestandteil der Behandlung
3. Die Frage der Verbesserung der Lebensqualität ist der wichtigste Aspekt der Verbesserung des Gesundheitszustandes.

Die Studie zeigte aber, dass die Patienten überzeugt sind, dass die Verbesserung ihrer Lebensqualität für die Ärzte eine geringe Bedeutung hat und dass sie hauptsächlich auf die Senkung der Intensität der Symptome fokussieren. Die Hierarchie der von den Patienten gezeigten Probleme, die mit der Einnahme von Medikamenten verbunden war, war genau das Gegenteil der ärztlichen Ansichten. Die Patienten nannten die unerwünschten Symptome als die größte Erschwerung, dagegen war für die Ärzte die richtige Zusammenarbeit von größter Bedeutung. Es zeigten sich auch Unterschiede bei der Wichtigkeit der einzelnen Themen, die im Rahmen der Psychobildung berücksichtigt werden. Die wichtigsten Ziele für die Patienten:

Verbesserung der Stress – Selbsthilfe und Verbesserung der Lebensqualität, fanden sich auf weiten Stellen der ärztlichen Beurteilung. Am wichtigsten für die Ärzte waren: die Erkennung der Symptome des Krankheitsrezidivs und Prevention im Bezug auf Suizidgedanken und Versuchen.

**Schlussfolgerungen.** Die bei der Studie gezeigten Differenzen in den Überzeugungen der Ärzte und Patienten gegenüber den wichtigsten Aspekten der Behandlung der affektiven zweipoligen Krankheit können für die Verschlechterung der Qualität der therapeutischen Zusammenarbeit verantwortlich sein

### **Les attitudes des médecins et des patients en présence de la maladie affective bipolaire – pensons nous d'une manière pareille ?**

#### **Résumé**

**Objectif.** Ce travail vise à analyser et à comparer les opinions des psychiatres et des patients concernant les plus importants aspects de la thérapie des troubles affectifs bipolaires.

**Méthode.** On examine le groupe de psychiatres (n = 100) ayant cinqans d'expérience professionnelle et le groupe de patients (n = 100, âgés de 18-65 ans) souffrant des troubles affectifs bipolaires (diagnostiqués d'après les critères d'ICD-10 et DSM IV-TR. Les opinions des psychiatres et des patients sont analysées avec le questionnaire structuré de 41 points (psychiatres) et l'autre questionnaire de 27 points (patients). La construction de ces questionnaires rend possible la comparaison des résultats et elle base sur le rang hiérarchisé des réponses.

**Résultats.** L'analyse des résultats démontre l'existence de plusieurs concordances des opinions des psychiatres et des patients, par ex. les deux groupes trouvent que : 1) la dépression est un facteur le plus pénible dans le parcours des troubles bipolaires ; 2) la pharmacothérapie constitue l'élément le plus important du traitement ; 3) l'amélioration de la qualité de vie est l'élément le plus important de la rémission. Pourtant d'après les opinions des patients les médecins trouvent que l'amélioration de la qualité de vie n'est pas la plus importante et que les médecins considèrent la diminution d'intensité des symptômes comme plus importante. La hiérarchie des problèmes, liés avec les médicaments, indiqués par les patients, diffère de celle indiquée par les médecins. Les patients trouvent que les effets défavorables de la pharmacothérapie causent la plupart de difficultés tandis que les médecins constatent que c'est le manque de la coopération des patients et des médecins. On note aussi la divergence d'opinions quant à l'importance des problèmes particuliers de la psychoéducation : les problèmes les plus importants pour les patients tels que les méthodes de se débrouiller du stress et l'amélioration de la qualité de vie sont considérés comme moins importants par les médecins cédant place aux problèmes plus importants d'après eux tels que : reconnaissance précoce des symptômes de la rechute et la prévention des tentatives de suicide.

**Conclusion.** Cette divergence d'opinions des patients et des médecins concernant les aspects les plus importants du traitement des troubles bipolaires peut être responsable de la coopération thérapeutique insuffisante des patients et des médecins.

### Piśmiennictwo

1. Murray C, Lopez A. *Evidence-based health policy – lessons from Global Burden of Disease Study*. Science 1996; 274: 740–743.
2. Ghaemi SN, Sachs GS, Chiou AM, Pandurangi AK, Goodwin K. *Is bipolar disorder still under-diagnosed? Are antidepressants overutilized?* J. Affect. Disord. 1999; 52 (1–3): 135–144.
3. Lingam R, Scott J. *Treatment non-adherence in affective disorders*. Acta Psychiatr. Scand. 2002; 105 (3): 164–172.
4. Scott J, Pope M. *Nonadherence with mood stabilizers: prevalence and predictors*. J. Clin. Psychiatry 2002; 63: 384–390.
5. Keck PE Jr, McElroy SL, Strakowski SM i in. *Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania*. J. Clin. Psychiatry 1996; 57: 292–297.
6. Jamison K. *Medication compliance*. W: Goodwin F, Jamison K, red. *Manic depressive illness*. Oxford University Press; 1990: 746–762.
7. Adams J, Scott J. *Predicting medication non-adherence in severe mental disorders*. Acta Psychiatr. Scand. 2000; 101: 119–124.
8. Kessing LV, Hansen HV, Bech P. *Attitudes and beliefs among patients treated with mood stabilizers*. Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health 2006; 2, 8: 1745–1798.
9. Stanisław A. *Przystępny kurs statystyki*. Kraków: Statsoft Polska; 2000.
10. Judd LL, Akiskal HS. *Depressive episodes and symptoms dominate the longitudinal course of bipolar disorder*. Curr. Psychiatry Rep. 2003; 5 (6): 417–418.
11. Post RM, Denicoff KD, Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes TM, Rush AJ, Keck PE Jr, McElroy SL, Luckenbaugh DA, Pollio C, Kupka R, Nolen WA. *Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily prospective rating on the NIMH life chart method*. J. Clin. Psychiatry 2003; 64 (6): 860–890.
12. Prien RF, Potter WZ. *Report from the NIMH Workshop on the Treatment of Bipolar Disorder*. Rockville: NIMH Division of Clinical Research. W: Goodwin F, Jamison K, red. *Manic depressive illness*. Oxford University Press; 2007: 869.
13. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN, Nierenberg AA, Calabrese JR, Marangell LB, Gyulai L, Araga M, Gonzalez JM, Shirley ER, Thase ME, Sachs GA. *Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program*. Arch. Gen. Psychiatry 2007; 64: 419–427.
14. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Torrent C, Comes M, Corbella B, Parramon G, Corominas J. *A randomized trial on the efficacy of group psycho-education in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission*. Arch. Gen. Psychiatry 2003; 60: 402–407.
15. Morselli PL, Elgie R. *The BEAM survey: information on current and past treatment of bipolar disorder generated by a patient questionnaire*. Bipolar Disord. 2002; 4 (supl. 1): 131.

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

Otrzymano: 17.11.2008  
Zrecenzowano: 14.01.2009  
Otrzymano po poprawie: 12.02.2009  
Przyjęto do druku: 2.03.2009