

# *Kako pomagati osebam z bipolarno motnjo razpoloženja*

**Od pravilne diagnoze do boljše kakovosti življenja**

BARBARA DOLENC IN TATJANA NOVAK\*

## IZVLEČEK

Prispevek izhaja iz perečega problema neprepoznanosti in obsežnega psihosocialnega in ekonomskega bremena bipolarne motnje ter ponuja dve vrsti smernic za zagotavljanje boljše prognoze motnje in kakovosti življenja pri obolelih posameznikih. Prvo pot do hitrejše in uspešnejše diagnoze predstavlja ocena nekaterih značilnosti temperamenta. Druga možnost zagotavljanja uspešnejšega izida motnje pa zajema vključevanje psihoedukacije s poudarkom na strategijah odpravljanja kognitivnih težav.

## KLJUČNE BESEDE

bipolarna motnja, diagnostika, dimenzije afektivnega temperamenta, kognitivno-emocionalni primanjkljaji, psihoedukacija

## ABSTRACT

In the light of the problem of under-recognition of bipolar mood disorder and its substantial psychosocial and economic burden, this article offers two types of guidelines to ensure a better illness prognosis and quality of life in affected individuals. The first approach to faster diagnosis is the evaluation of certain temperament characteristics. The other approach to ensure successful illness outcome promotes the inclusion of psychoeducation with an emphasis on cognitive remediation strategies in the treatment of bipolar disorder.

## KEY WORDS

bipolar disorder, diagnostics, affective temperament dimensions, cognitive-emotional deficits, psychoeducation

Bipolarna motnja razpoloženja je definirana s ponavljajočimi se periodami visokega in nizkega razpoloženskega stanja, kar se odraža tudi v mišljenju in aktivnosti.<sup>1</sup> Prizadete so tako vegetativne kot tudi kognitivne

---

\* Barbara Dolenc, Znanstvenoraziskovalni center SAZU, Družbenomedicinski inštitut, e-pošta: dolenc.barbara@gmail.com

Tatjana Novak, Znanstvenoraziskovalni center SAZU, Družbenomedicinski inštitut, e-pošta: tnovak@zrc-sazu.si

<sup>1</sup> Benazzi, Bipolar disorder, str. 935–945.

funkcije, vse te spremembe pa privedejo do motenih medosebnih in socialnih odnosov ter slabšajo posameznikovo splošno funkcioniranje.

### **Težavnost diagnosticiranja bipolarnе motnje**

Raziskave kažejo, da je pri pacientih z bipolarno motnjo razpoloženja v kar 69 % primerov postavljena napačna diagnoza pri prvih obiskih zdravnika.<sup>2</sup> Ustrezno diagnozo bipolarnе motnje naj bi postavil šele tretji ali četrti zdravnik, ki je te bolnike pregledoval.

Raziskovalci poročajo, da naj bi bili določeni znaki in simptomi, ki se pojavijo že precej zgodaj v življenju in so jih včasih smatrali kot razvojne ali prehodne simptome, pravzaprav zgodnji pojav razpoloženskih motenj.<sup>3</sup> Poleg tega statistični podatki nakazujejo, da 20 do 40 % adolescentov z veliko depresijo v roku petih let razvije bipolarno motnjo.<sup>4</sup> Ker sta to dve razmeroma različni bolezni, je zelo pomembno, da odkrijemo tiste faktorje tveganja, na podlagi katerih bi lahko sklepali, ali bo posameznik v prihodnosti doživel tudi manično epizodo ali ne, saj se tudi sama terapevtska intervencija v obeh primerih lahko razlikuje.

V danes sprejeti in uporabljani klasifikaciji Diagnostičnega in statističnega priročnika za duševne motnje (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV) je prvi korak pri diagnozi ločevanje med bipolarnimi in unipolarnimi pacienti, vendar pa se v praksi bipolarnе bolnike v veliko primerih uvršča med unipolarnе. Če dodamo še dejstvo, da se simptomi velike depresije na videz ne razlikujejo bistveno od simptomov bipolarnе depresije, je diagnoza še težja. Vrh vsega je frekvenca depresivne simptomatike, še posebej pri bipolarni motnji tipa II, kjer se izmenjujejo obdobja depresije in blažje manije, t. i. hipomanije, tudi bistveno višja od frekvence manije. Bolniki tako preživijo veliko več časa s simptomi depresije kakor manije ali hipomanije, pri več kot polovici pacientov se bolezen tudi začne z depresivno fazo, manična faza pa lahko nastopi celo zelo pozno v življenju.<sup>5</sup> Vse to že takoj v začetni fazi postavi zdravnika pri odločanju o diagnozi v veliko dilemo. Večkrat do tovrstnih napak v diagnozah prihaja tudi zato, ker pacienti sami ne poiščejo zdravniške pomoči, oziroma jo poiščejo takrat, ko so v depresivni fazi. Samo manijo in še posebej hipomanijo je iz tega vidika precej težko oceniti tudi zato, ker pacienti včasih pozabijo ali celo zanikajo pretekle hospitalizacije zaradi manije, hipomanijo pa večkrat prepoznajo kot neko normalno vedenje. Takrat navadno niso funkcionalno okvarjeni, ampak

<sup>2</sup> Prelog-Dai, Diferencialna diagnostika bipolarnе afektivnе motnje, str. 24–32.

<sup>3</sup> Kochman in dr., Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity, str. 181–189.

<sup>4</sup> Prav tam.

<sup>5</sup> Koukopoulos in Ghaemi, The primacy of mania, str. 125–134.

kažejo celo povečan delovni potencial, kar pa pojmujejo kot svoje attribute in tako ne vidijo patoloških lastnosti hipomanične epizode.<sup>6</sup> Vse to pomeni, da mora biti prepoznavna bipolarnost opravljena med samim ocenjevanjem ali zdravljenjem trenutno diagnosticirane unipolarne depresije, zato raziskovalci menijo, da bi bila hitra ocena nekaterih vseživljenjskih lastnosti, kot so na primer dimenzije afektivnega temperamenta, zelo uporabna za približno oceno bipolarnosti kot klinične posebnosti posameznika.<sup>7</sup>

Posledice napačne diagnoze so številne. Na ravni posameznika vključujejo neprimerno zdravljenje in terapijo, kar vodi v še slabšo prognozo, povečane stroške zdravljenja in nižjo kakovost življenja,<sup>8</sup> vse skupaj pa poveča tudi tveganje za samomor.<sup>9</sup> Z vidika javnega zdravstva je zato izrednega pomena, da znamo oceniti stopnjo tveganja za razvoj bolezni, pri tem pa je pomembna tudi ocena določenih osebnostnih lastnosti, kot je temperament, ki lahko predstavlja rizični dejavnik za razvoj bipolarnosti. Iz tega vidika je razvoj inštrumenta, ki bi zanesljivo ocenil posameznikov temperament, izrednega pomena. Izraženost lastnosti afektivnega temperamenta v otroštvu bi tako lahko pomenila dejavnik tveganja za razvoj bolezni v prihodnosti, še posebej če lahko pri posamezniku opazimo tudi družinsko zgodovino afektivnih motenj. Identifikacija atributov dimenzij afektivnega temperamenta ima tako pomembne implikacije ne le za klasifikacijo motenj razpoloženja, ampak tudi za njihovo preprečevanje, zdravljenje in prognozo.

### **Pomen temperamenta pri razvoju bipolarnosti**

Empirične študije vedno znova potrjujejo, da osebnostne lastnosti pozitivno korelirajo z različnimi oblikami psihopatologije,<sup>10</sup> za razvoj bipolarnosti pa je zlasti pomemben posameznikov temperament. Temperament se nanaša na stabilne vedenjske in emocionalne reakcije, ki se pojavijo zgodaj v življenju in na katere delno vpliva tudi genetska konstitucija. Zajema torej relativno stabilne aspekte posameznikove individualnosti, hkrati pa predstavlja tudi mešanico lastnosti, ki lahko vodijo do bolezni ali modifikacij.<sup>11</sup>

Pomembnost osebnostnih lastnosti je tako z vidika diagnostike izrednega pomena, saj prisotnost določenih lastnosti lahko služi tudi kot diagnostični kriterij. Glede na model spektra<sup>12</sup> so osebnostne lastnosti in psihopatologija postavljeni na isti kontinuum, psihopatologija pa je le ekstrem normalnega

---

<sup>6</sup> Lewis, *Demystifying the Disease State*, str. S6–S15.

<sup>7</sup> Akiskal in Akiskal, *Epilogue*, str. 479–500.

<sup>8</sup> Lewis, *Demystifying the Disease State*, str. S6–S15.

<sup>9</sup> Bolge in dr., *Characteristics and Symptomatology of Unipolar Depression*, str. 216–224.

<sup>10</sup> Jang in dr., *What is the Role of Personality in Psychopathology?*, str. 153–173.

<sup>11</sup> Gandotra in Paul, *Affective Temperaments and Polarity*, str. 15–23.

<sup>12</sup> Widiger in Trull, *Plate tectonics in the classification*, str. 71–83.

osebnostnega funkcioniranja, kar pomeni, da si osebnost in določena psihiatrična motnja delita skupno etiološko osnovo. Ta model dopušča možnost, da na nastanek motnje vplivajo tako okoljski kot tudi genetski faktorji, bistveno pa je to, da je genetska nagnjenost ukoreninjena v osebnosti posameznika, ki na ta način tvori osnovo psihopatologiji. Veljavnost modela, po katerem osebnostne lastnosti posameznika lahko igrajo pomembno vlogo pri nastanku bolezni, temelji na genetskem vplivu na izpostavljenost okolju. Genetsko osnovane osebnostne lastnosti namreč pomagajo ustvariti ali preoblikovati okolje, ki lahko predstavlja tveganje za določeno psihopatologijo. Poleg tega tudi okolje, pri oblikovanju katerega imajo osebnostne lastnosti še kako velik vpliv, lahko sproži začetek neke druge, genetsko zasnovane bolezni.

Raziskovanje povezav med temperamentom in bipolarno motnjo razpoloženja ima precej dolgo zgodovino. Na pomembnost te povezave je že konec 19. stoletja opozarjal znani psihiater Emil Kraepelin, v novejšem času pa njegove nazore obuja tudi Hagop S. Akiskal. Ena od glavnih komponent koncepta »manično-depresivne norosti«, kot je bipolarno motnjo poimenoval Kraepelin, je bila vztrajnost določenih značilnosti oziroma t. i. razpoloženski temperament, saj naj bi pacienti z manično-depresivno norostjo imeli določeno dimenzijo temperameta bolj izraženo.<sup>13</sup> Na podlagi opazovanj pacientov, ki so bili v fazi remisije, je Kraepelin sklepal, da obstajajo dimenzije temperameta, ki bi jih lahko smatrali kot zasnovo bolezni, kot začetno stanje, iz katerega se kasneje lahko razvije prava bolezen. Te je Kraepelin poimenoval »fundamentalna stanja« (angl. *fundamental states*), ki jih je opisal kot »trajne motnje, ki se v šibkejši obliki ujemajo z bolezenskim fenomenom manično-depresivne psihoze«.<sup>14</sup> Definiral je štiri različna stanja oziroma dimenzije temperameta, in sicer depresivno, manično, razdražljivo in ciklotimno. Po Kraepelinu naj bi depresivno fundamentalno stanje oziroma depresivni temperament bil bolj pogost pri depresivni obliki manično-depresivne norosti, medtem ko naj bi imeli posamezniki, pri katerih se večkrat pojavlja epizoda manije, bolj izraženo hipertimno ali razdražljivo dimenzijo temperameta. Ciklotimni temperament, ki ga je Kraepelin definiral s pogostimi nihanji v razpoloženju, mišljenju in vedenju, pa naj bi bil prevladujoč pri pravi, klasični obliki manično-depresivne norosti.<sup>15</sup>

Perspektiva Kraepelina in še nekaterih drugih kasnejših raziskovalcev je skladna s t. i. spektrum modelom povezanosti osebnosti in psihopatologije, na podlagi tega pa se je razvil tudi koncept spektra razpoloženskih motenj. Na tem kontinuumu najdemo od najbolj skrite, latentne lastnosti oziroma poteze vse do popolnoma razvite in klinično prepoznane bolezni. Latentne oblike motenj razpoloženja pa niso le na kontinuumu skupaj z bolj patološkimi

---

<sup>13</sup> Trede in dr., *Manic-Depressive Illness*, str. 155–178.

<sup>14</sup> Mondimore, Kraepelin and manic-depressive insanity, str. 51.

<sup>15</sup> Trede in dr., *Manic-Depressive Illness*, str. 155–178.

razpoloženski stanji, temveč obenem predstavljajo tudi povezavo z normalnimi, zdravimi afektivnimi stanji. V tem kontekstu bi bil lahko temperament kot konstrukt, ki je del afektivne osebnosti, možen dejavnik za začetek motnje razpoloženja. Na tej teoretični osnovi je Akiskal skupaj s sodelavci predstavil koncept »subafektivnih dimenzij temperamenta«, ki temeljijo na Kraepelinovih fundamentalnih stanjih.<sup>16</sup> Te dimenzije temperamenta so karakteristike vsakega posameznika, za katere ni nujno, da se razvijejo v afektivno motnjo, lahko pa predstavljajo vzorec in s tem predispozicijo za afektivno epizodo. Ista genetska osnova, ki prispeva k razvoju bipolarnosti, naj bi tako prispevala tudi k izraženosti določene dimenzije afektivnega temperamenta, kar pomeni, da si afektivni temperament in razpoloženske motnje delijo tudi skupen patofiziološki mehanizem.<sup>17</sup>

Osebnostne poteze lahko torej vplivajo na klinično izraznost, potek in prognozo afektivnih bolezni, zato je zelo pomembno razumeti, če in kako so normalne in abnormalne osebnostne značilnosti povezane z razpoloženskimi motnjami. Ta fenomen pa lahko uporabimo tudi v diagnostiki, saj lahko z oceno nekaterih osebnostnih lastnosti določimo stopnjo verjetnosti za razvoj razpoloženske motnje v prihodnosti.

### **Razvoj lestvice za ocenjevanje afektivnih dimenzij temperamentov TEMPS (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego)**

Vedno več je dokazov, ki podpirajo pomembnost temperamenta in ostalih osebnostnih lastnosti kot podedovanih faktorjev, ki prispevajo k nastanku psihiatričnih motenj.<sup>18</sup> Te lastnosti naj bi bile najbolj vidne med afektivno epizodo, prisotne pa so tudi v evtимиčni fazi bolezni, ko simptomov ni opaziti. Prav zato je razvoj veljavnega in zanesljivega inštrumenta, ki bi meril variacije temperamenta, zelo pomemben, saj lahko z njegovo pomočjo lažje in hitreje identificiramo posameznike z določeno stopnjo tveganja.

Kraepelin je v svoji teoriji govoril o štirih fundamentalnih stanjih oziroma dimenzijah afektivnega temperamenta, in sicer o depresivni, manični, razdražljivi in ciklotimni. Akiskal s sodelavci pa je kasneje Kraepelinovim stanjem dodal še peto, anksiozno dimenzijo. Za ocenjevanje vseh petih dimenzij temperamenta je bila tako razvita lestvica TEMPS, sprva v obliki polstrukturiranega intervjuja (TEMPS-I: Interview), kasneje pa še v obliki samoocenjevalnega vprašalnika (TEMPS-A: Autoquestionnaire), ki je časovno nekoliko bolj ekonomičen in bolj primeren za klinično uporabo. Vprašalnik

---

<sup>16</sup> Akiskal in Akiskal, Epilogue, str. 479–500.

<sup>17</sup> Savitz in dr., Dysthymic and anxiety-related personality traits, str. 305–311.

<sup>18</sup> Prav tam.

TEMPS-A je bil razvit z namenom, da bi kvantificiral temperament tako pri psihiatričnih pacientih kot tudi pri zdravih posameznikih ter podal stopnjo tveganja za morebitni razvoj razpoloženske motnje v prihodnosti. Vprašalnik TEMPS-A smo prevedli in priredili tudi za slovenski prostor.<sup>19</sup> Psihometrična analiza vprašalnika je pokazala zadovoljivo zanesljivost lestvic ter dobro notranjo strukturo vprašalnika, psihometrične lastnosti slovenske verzije pa so primerljive tudi z originalno različico vprašalnika in drugimi nacionalnimi priredbami v Evropi, Aziji in obeh Amerikah.

Raziskave nadalje kažejo, da se pacienti z razpoloženskimi motnjami v svojem temperamentalnem profilu ne razlikujejo le v primerjavi z zdravimi posamezniki,<sup>20</sup> ampak se tako kvalitativne kot tudi kvantitativne razlike kažejo tudi znotraj afektivnih skupin.<sup>21</sup> Depresivna lestvica temperamenta meri povečano občutljivost na življenjske skrbi in razočaranja, pri posamezniku pa se ta dimenzija kaže tudi v obliki zaspanosti, otožnosti, nizke stopnje energije, pesimizma, negotovosti, občutkov krivde ter splošne obremenjenosti z negativnimi čustvi in dogodki. Kar 40 % depresivnih pacientov ter pacientov z bipolarno motnjo tipa I naj bi imelo visoko izražene lastnosti depresivne lestvice temperamenta, medtem ko je pri bipolarni motnji tipa II ta delež 20 %.<sup>22</sup> Pri zdravih posameznikih z visoko izraženimi lastnostmi depresivne lestvice naj bi v primerjavi s tistimi, pri katerih te lastnosti niso izražene, obstajala kar 5-krat večja verjetnost, da bodo v prihodnosti razvili depresijo.<sup>23</sup>

Ciklotimni temperament je že Kraepelin opisal kot enega od konstitucijskih substratov, iz katerega se lahko razvije manično-depresivna bolezen.<sup>24</sup> Ciklotimna lestvica temperamenta, kot jo meri vprašalnik TEMPS-A, je opredeljena z močnimi in hitrimi nihanji med razpoloženji, ki so si med seboj nasprotna. Gre torej za oblike ekstremne, s temperamentom povezane bipolarne motnje. To nihanje razpoloženja je hitro, nepredvidljivo in dvofazno, to je od disforičnega oz. depresivnega pa do privzdignjenega oz. maničnega razpoloženja. Obenem se usklajeno s tem nihanjem spreminjajo tudi lastnosti, kot so družabnost, zgovornost, samozavest in druge. Raziskave kažejo, da je ciklotimni temperament najpomembnejši napovednik pri razvoju bipolarne motnje,<sup>25</sup> vendar je povezanost temperamenta z bipolarnim spektrom veliko bolj kompleksna kakor pri depresivni lestvici. Visoka izraženost ciklotimnega temperamenta se namreč včasih razvije v klasično bipolarno

<sup>19</sup> Dolenc in Šprah, Psihometrične lastnosti slovenske priredbe TEMPS-A, str. 5–24.

<sup>20</sup> Dolenc, Affective temperaments in the group of bipolar outpatients, str. 91–95.

<sup>21</sup> Mendlowicz in dr., Temperament in the clinical differentiation of depressed bipolar and unipolar major depressive patients, str. 219–223; Savitz in dr., Hypomanic, cyclothymic and hostile personality traits, str. 920–929.

<sup>22</sup> Savitz in Ramesar, Personality, str. 322–337.

<sup>23</sup> Angst in dr., Is bipolar I disorder heterogeneous?, str. 82–91.

<sup>24</sup> Trede in dr., Manic-Depressive Illness, str. 155–178.

<sup>25</sup> Akiskal in Akiskal, Epilogue, str. 479–500.

motnjo tipa I, številne raziskave pa so pokazale, da je ta lestvica pogosteje povezana z tveganjem za razvoj bipolarne motnje tipa II.<sup>26</sup> Med ciklotimnimi lastnostmi se je kot najpomembnejši prediktor za napoved bolezni izkazalo hitro nihanje razpoloženja in energije,<sup>27</sup> pri čemer se je labilnost razpoloženja izkazala kot pomembna temperamentalna lastnost z visokim odstotkom (86 %) napovedne vrednosti tudi za menjavo iz diagnoze unipolarne depresije v bipolarno motnjo tipa II.<sup>28</sup> V začetni fazi bolezni oziroma še prej, v fazi, ko se bolezen še ne kaže, je torej prisotnost hitrega in blagega nihanja iz enega pola v drugega tako lahko znak, zgodnji fenotip, da pri posamezniku obstajajo domnevni bipolarni geni. Akiskal na podlagi teh ugotovitev meni, da je ciklotimni temperament vmesno stanje med genetskimi predispozicijami, razvojnimi dejavniki, spolom in stresorji na eni strani ter kliničnimi epizodami razpoloženskih motenj na drugi.<sup>29</sup> Razlike v življenjskih pogojih, spolu in stresorjih lahko dokončno determinirajo, ali se bo temperamentalna disregulacija manifestirala kot velika depresija, bipolarna motnja ali pa le kot neka osebna lastnost.

Medtem ko naj bi bila ciklotimna lestvica napovednik za razvoj bipolarne motnje tipa II, nekateri raziskovalci menijo, da bi bila visoka izraženost lastnosti hipertimne lestvice temperamenta lahko napovednik za razvoj bipolarne motnje tipa I,<sup>30</sup> čeprav si različni raziskovalci glede tega niso povsem enotni. Hipertimni temperament v splošnem predstavlja množico lastnosti, kot so veselost, optimističnost, ekstravertiranost, zgovornost, šaljivost, samozavest, visoka stopnja energije. Ti posamezniki so polni načrtov, a hkrati lahkomiselni, lahko se vpletajo v življenja drugih in so vsiljivi, neinhibirani ali celo promiskuitetni. Meja med zdravim in patološkim je pri hipertimnem temperamentu pogosto zabrisana. Na eni strani je večina hipertimnih lastnosti v družbi razmeroma zaželenih, medtem ko po drugi strani te posameznike njihovo pogosto brezskrbno vedenje in nagnjenost k tveganju pripelje na sam rob – še posebej na področju financ in spolnega življenja. Medtem ko hipertimni temperament *per se* ne določa afektivne patologije in celo predstavlja konstelacijo adaptativnih lastnosti, lahko pretirana izraženost tega temperamenta kljub temu vodi do nezaželenih posledic.<sup>31</sup> Tudi trenutni rezultati raziskav mečejo negotovo luč na mejo med hipertimnim temperamentom in zdravo osebnostjo, zato nekateri menijo, da lahko to vrsto temperamenta

---

<sup>26</sup> Benazzi, Does temperamental instability support a continuity between bipolar II disorder and major depressive disorder?, str. 274–279.

<sup>27</sup> Hantouche in Akiskal, Toward a definition of a cyclothymic behavioral endophenotype, str. 233–237.

<sup>28</sup> Prav tam.

<sup>29</sup> Akiskal, Toward a temperament-based approach to depression, str. 99–112.

<sup>30</sup> Angst in dr., Is bipolar I disorder heterogeneous?, str. 82–91.

<sup>31</sup> Koukopoulos in Ghaemi, The primacy of mania, str. 125–134.

smatramo kot abnormalno le v prisotnosti klinične depresije.<sup>32</sup> Raziskovalci tako menijo, da pri bipolarni motnji tipa I pogosto srečamo visoko izraženo lastnosti depresivne in hipertimne lestvice, pri tipu II pa ciklotimne in razdražljive lestvice temperamenta.<sup>33</sup>

Četrta dimenzija temperamenta, to je razdražljiva lestvica, se manifestira v obliki stalnega pritoževanja, pretirane kritičnosti in izbruhov jeze. Glede na nekatere študije naj bi bila razdražljiva lestvica temperamenta eden od faktorjev manije,<sup>34</sup> drugi pa menijo, da naj bi bila prisotnost lastnosti razdražljive lestvice temperamenta takoj za ciklotimnim temperamentom pri posamezniku druga najbolj pomembna lastnost za spremembo diagnoze iz unipolarne depresije v bipolarno motnjo,<sup>35</sup> čeprav so si izsledki študij glede tega precej različni.

Zadnjo, anksiozno lestvico temperamenta, ki je bila kot samostojna lestvica dodana precej pozno, definiramo kot pretirano osebnostno dispozicijo v smeri vseživljenjske tendence zaskrbljenosti nad posameznikovo blaginjo.<sup>36</sup> Nekateri menijo, da naj bi lastnosti anksioznega temperamenta predstavljale predispozicijo posameznika za depresijo, fobične motnje, pa tudi zlorabo alkohola, drog in ostalih sedativov.<sup>37</sup> Tudi epidemiološke študije kažejo, da je komorbidnost anksioznosti in depresivnosti precej pogosta.<sup>38</sup> Anksiozni temperament pa naj bi bil visoko izražen tako pri pacientih z unipolarno depresijo kot tudi pri tistih bipolarnih pacientih, kjer je dominanten depresivni pol (bipolarna motnja tipa II),<sup>39</sup> kar bi lahko pomenilo, da ta lestvica predstavlja povezavo znotraj depresivne simptomatologije.

Če torej povzamemo vse izsledke, lahko zapišemo, da pri unipolarnih pacientih najdemo bolj izražene lastnosti depresivne in anksiozne lestvice temperamenta, pri bipolarnih pa ciklotimne in hipertimne, pri čemer je prva prevladujoča pri bipolarni motnji tipa II, druga pa pri tipu I. Raziskovalci zaključujejo, da je lahko temperament ključ do razlikovanja med unipolarnimi in bipolarnimi pacienti ne glede na dominantno polarnost v drugi skupini pacientov. Obenem menijo, da z vprašalnikom TEMPS-A lahko razlikujemo med pacienti z bipolarno motnjo ter tistimi z unipolarno depresijo, kar bi lahko služilo v zgodnjih presejanjih pacientov z depresivno epizodo, ko še ni znano, ali bo pri tej ostalo ali pa se bo v prihodnosti razvila prava bipolarna motnja.<sup>40</sup>

---

<sup>32</sup> Akiskal in dr., TEMPS-I: Delineating the most discriminant traits, str. 7–19.

<sup>33</sup> Doksat in dr., Atypical mixed and "soft" bipolar disorder, str. 100–105.

<sup>34</sup> Cookson, Toward a Clinical Understanding of Bipolar Disorders, str. 3–7.

<sup>35</sup> Savitz in dr., Hypomanic, cyclothymic and hostile personality traits, str. 920–929.

<sup>36</sup> Akiskal in dr., TEMPS-I: Delineating the most discriminant traits, str. 7–19.

<sup>37</sup> Mendlowicz in dr., A comparison of recovered bipolar patients, healthy relatives of bipolar probands, and normal controls, str. 147–151.

<sup>38</sup> Levine in dr., Anxiety disorders and major depression, str. 94–104.

<sup>39</sup> Mazarini in dr., Predominant polarity and temperament, str. 28–33.

<sup>40</sup> Prav tam.



## **Posledice afektivnih epizod in kognitivno-emocionalni primanjkljaji kot motivi za uporabo psihosocialnih intervencij pri bipolarni motnji**

Pravočasna postavitev pravilne diagnoze in pravilen izbor zdravljenja sta ključnega pomena za dolgoročni ugodni izid motnje. Na pomen pravočasnega in ustreznega izbora psihosocialnih intervencij opozarjajo psihosocialne posledice večkratnih afektivnih epizod, ki krnijo kakovost življenja pacientov z bipolarno motnjo. Kronični potek motnje, pogoste dvojne diagnoze, visoka raven samomorilnosti, neoptimalni učinki zdravljenja z zdravili ter spremljajoče težave na psihosocialnem in zaposlitvenem področju so dejavniki, ki vplivajo na pogosto slab funkcionalni izid motnje kljub odsotnosti afektivnih simptomov pri obolelih posameznikih. Raziskave namreč navajajo zaskrbljujoče podatke o kronično ponavljajočih se epizodah, ki zavzemajo velik del posameznikovega življenja, pogostih pridruženih anksioznih motnjah in motnjah odvisnosti od alkohola in drog, precejšnji stopnji prezgodnje umrljivosti in samomorilnosti, prevladujoči nezaposlenosti, zaposlenosti na manj kvalificiranih delovnih mestih ali v podpornih oblikah zaposlitve,<sup>41</sup> kot tudi o težavah z ohranjanjem partnerskih odnosov in socialne mreže.<sup>42</sup> Precejšnje je tudi ekonomsko breme motnje, saj se bipolarna motnja povezuje z visokimi stroški zdravljenja in hospitalizacije ter finančnimi stroški zaradi nezaposlenosti in samomorov.<sup>43</sup>

Zaradi navedenih kompleksnih posledic motnje se raziskave pri ugotavljanju izida motnje vse bolj opirajo na ocene psihosocialnega delovanja, kamor sodi tudi zaznana kakovost življenja, ki odraža posameznikovo vrednotenje različnih področij življenja.<sup>44</sup> Znano je, da osebe z bipolarno motnjo v primerjavi z zdravimi posamezniki tudi v obdobjih okrevanja doživljajo slabšo kakovost življenja na psihičnem področju, v socialnih odnosih in telesnem zdravju.<sup>45</sup> Zaznana kakovost življenja je po lastnih ocenah pacientov primerljiva ali slabša glede na kakovost življenja pri unipolarni depresiji<sup>46</sup> in shizofreniji.<sup>47</sup>

Vse več raziskav tudi kaže, da so s psihosocialnim okrevanjem oziroma s kakovostjo življenja<sup>48</sup> in zaposlitvenim delovanjem<sup>49</sup> tesno povezani tudi

<sup>41</sup> Fajutrao in dr., Review of the evidence of the burden of BD in Europe, str. 3–7. – Kratica BD se pojavlja v vsej literaturi in pomeni »bipolar disorder«.

<sup>42</sup> MacQueen in dr., Review of psychosocial outcome in BD, str. 164–168.

<sup>43</sup> Fajutrao in dr., Review of the evidence of the burden of BD in Europe, str. 4.

<sup>44</sup> Michalak in dr., Quality of life in BD: A review, str. 2.

<sup>45</sup> Prav tam, str. 4–6.

<sup>46</sup> Prav tam, str. 7.

<sup>47</sup> Brissos in dr., Quality of life in BD and schizophrenia, str. 55–62.

<sup>48</sup> Prav tam, str. 55–62.

<sup>49</sup> Bearden in dr., Impact of neurocognitive impairment on occupational recovery of clinically stable patients with BD, str. 323–333.

kognitivno-emocionalni primanjkljaji. Gre za bolezensko okrnjene kognitivne in emocionalne funkcije, ki so etiološko gledano najverjetneje posledica dolgotrajnega spremenjenega delovanja v nekaterih možganskih področjih, ki sodelujejo pri uravnavanju čustvenih odzivov, pri kognitivnem nadzoru in odločanju v zvezi z emocionalnimi dražljaji.<sup>50</sup> Kognitivni primanjkljaji se pri določeni podskupini pacientov pojavljajo v blagi do zmerni obliki v (hipo)maničnih in depresivnih fazah kot tudi v fazi okrevanja,<sup>51</sup> na vsaj enem kognitivnem področju.<sup>52</sup> Raziskave dosledno kažejo, da so pri pacientih z bipolarno motnjo najpogostejši kognitivno-emocionalni primanjkljaji na področju izvršitvenih funkcij in besednega učenja, vzdrževane pozornosti in psihomotorične hitrosti, slabšega prepoznavanja negativnih čustvenih izrazov, pristranskega procesiranja negativnih in pozitivnih dražljajev, skladno s trenutnim razpoloženskim stanjem, in večje emocionalne reaktivnosti ter posledično slabše inhibicije negativnih dražljajev (Tabela 1).<sup>53</sup> Glede na to, da imajo pacienti navadno okrnjenih več kognitivnih področij, bi lahko prej govorili o splošni okrnjenosti kognitivnih funkcij kakor o specifičnih ali izoliranih kognitivnih primanjkljajih.<sup>54</sup>

Videti je, da so kognitivno-emocionalni primanjkljaji predvsem na področju izvršitvenih funkcij, vzdrževane pozornosti, spomina in okrnjene prepoznave negativnih čustvenih izrazov dolgotrajno prisotni pri vsaj določeni podskupini obolelih za bipolarno motnjo, saj so njihovo prisotnost potrdili že pri otrocih in mladostnikih<sup>55</sup>, kot tudi v odraslosti in starosti (Tabela 1).<sup>56</sup> Po drugi strani pa raziskovalci med posamezniki z bipolarno motnjo opažajo tudi precejšnje razlike v stopnji kognitivne oškodovanosti,<sup>57</sup> kar je verjetno odvisno od podedovanih kognitivnih funkcij, vrste prejetega farmakoterapevtskega zdravljenja, kliničnega poteka motnje, trenutne afektivne simptomatike ali afektivne faze in širših sociodemografskih značilnosti.<sup>58</sup>

---

<sup>50</sup> Keener in Phillips, *Neuroimaging in BD*, str. 517.

<sup>51</sup> Murphy in Sahakian, *Neuropsychology of BD*, str. 120–127.

<sup>52</sup> Martino in dr., *Heterogeneity in cognitive functioning among patients with BD*, str. 149–156.

<sup>53</sup> Murphy in Sahakian, *Neuropsychology of BD*, str. 120–127; Mann Wrobel in dr., *Meta-analysis of neuropsychological functioning in euthymic BD*, str. 334–342.

<sup>54</sup> Prav tam, str. 339.

<sup>55</sup> Pavuluri in dr., *Neurocognitive function in pediatric BD*, str. 299–307.

<sup>56</sup> Young in dr., *Cognitive impairment in BD in old age*, str. 125–131.

<sup>57</sup> Martino in dr., *Heterogeneity in cognitive functioning among patients with BD*, str. 149–156.

<sup>58</sup> Mann Wrobel in dr., *Meta-analysis of neuropsychological functioning in euthymic BD*, str. 334–342; Bonnin in dr., *Clinical and neurocognitive predictors of functional outcome in bipolar euthymic patients*, str. 156–160.

Tabela 1: Pregled kognitivno-emocionalnih primanjkljajev pri bipolarni motnji glede na trajanje in razvojno obdobje

Razvojno obdobje	ZAČASNI PRIMANJKLJAJI, VEZANI NA AFEKTIVNO FAZO (manijo, depresijo)	DOLGOTRAJNO PRISOTNI PRIMANJKLJAJI, KI SE POJAVLJAJO NEODVISNO OD AFEKTIVNE FAZE
OTROŠTVO, MLADOSTNIŠTVO		izvršitvene funkcije, pozornost, besedni spomin, vidni spomin, vidnoprstorska percepcija, delovni spomin
ODRASLOST	slabša vedenjska inhibicija pozitivnih dražljajev v maniji in negativnih dražljajev v depresiji	hitrost procesiranja, delovni in epizodični spomin, izvršitvene funkcije, slabše prepoznavanje negativnih čustvenih izrazov
STAROST		spomin, izvršitvene funkcije

### **Vloga psihoedukacije pri zdravljenju bipolarne motnje**

Osnovni cilji terapije bipolarne motnje so usmerjeni k zmanjšanju akutnih simptomov, povrnitvi psihosocialnega delovanja ter preprečevanju poslabšanj in ponovitev epizod. Farmakoterapija predstavlja prednostno obliko zdravljenja bipolarne motnje, vendar preprečevalno zdravljenje dolgoročno zaščiti manj kot 50 % pacientov pred ponovnimi epizodami bipolarne motnje. Precej pogosto je tudi slabo sodelovanje ali nesodelovanje v zdravljenju, pojavljajo pa se tudi druge že prej omenjene neželene psihosocialne posledice.<sup>59</sup> Poleg teh dejavnikov je tudi večje sprejemanje stresno-diatezskih modelov nastanka motnje in naraščanje števila naključnih kontroliranih raziskav o učinkih psihosocialnih intervencij pospešilo razvoj za bipolarno motnjo prilagojenih intervencij v zadnjih 20 letih.<sup>60</sup> Osrednja ugotovitev teh raziskav je, da je kombinacija farmakoterapevtskega zdravljenja in psihosocialne intervencije bolj učinkovita kakor zgolj farmakoterapevtsko zdravljenje.<sup>61</sup> Empirično gledano med najbolj učinkovite psihosocialne intervencije sodijo vedenjsko-kognitivna terapija, terapija medosebnih odnosov in socialnega ritma, na družino usmerjena terapija in psihoedukacija.<sup>62</sup>

Psihoedukacija integrira psihoterapevtski in didaktični pristop s cilji

<sup>59</sup> Lam in dr., Psychological therapies in BD, str. 479; Scott, Psychotherapy for BD – efficacy and effectiveness, str. 46.

<sup>60</sup> Prav tam, str. 46–47.

<sup>61</sup> Lam in dr., Psychological therapies in BD, str. 474–482.

<sup>62</sup> Weber Rouget in Aubry, Efficacy of psychoeducational approaches on BD, str. 11–27.

pridobivanja večjega uvida v bolezen in razumevanja bolezni, zgodnjega prepoznavanja in ukrepanja ob opozorilnih znakih poslabšanj, izboljšanega sodelovanja v farmakoterapevtskem zdravljenju in razvoja zdravega življenjskega sloga.<sup>63</sup> Lahko se uporablja samostojno ali v sklopu kompleksnejših psihosocialnih intervencij, individualno ali v skupini.<sup>64</sup> Posebno psihoedukacija v skupini je časovno in finančno zelo ekonomična. Psihoedukacijo od daljših oblik psihoterapije ločujejo časovna omejenost, empirična podprtost, strukturiranost ter ponovljivost seans, saj se največkrat izvaja po psihoedukacijskih priročnikih.<sup>65</sup>

Učinkovitost psihoedukacije kot samostojne intervencije so v raziskavah merili v povezavi z različnimi izidi motnje, kot so klinično izboljšanje, psihosocialno delovanje in izboljšanje kognitivnih simptomov (shematski pregled ugodnih učinkov psihoedukacije se nahaja v Tabeli 2). Najbolje je raziskan vpliv skupinske psihoedukacije na potek in izraženost kliničnih simptomov. Randomizirane kontrolirane raziskave tako kažejo, da psihoedukacija vpliva na upad števila in trajanja ponovitev afektivnih epizod, redkejšo in krajšo hospitalizacijo in krajši čas v depresivnih epizodah ter daljša obdobja okrevanja brez klinično izraženih simptomov.<sup>66</sup> Kažejo se tudi trendi, da se pozitivni učinki psihoedukacije dolgoročno celo še povečujejo.<sup>67</sup>

Bistveno manj raziskav je bilo narejenih o vplivu skupinske psihoedukacije na psihosocialni izid pacientov z bipolarno motnjo. Že obiskovanje krajših psihoedukacijskih delavnic lahko izboljša posamezna področja kakovosti življenja, čeprav ne vsa v enaki meri.<sup>68</sup> Nepojasnjeno ostaja še, ali se boljše funkcioniranje po delavnicah povezuje z boljšo kontrolo simptomov in posledično redkejšimi poslabšanji epizod ali pa so posredi dejavniki, kot so prilagoditev na kronično bolezen, manj občutkov krivde, podpora bližnjih in izboljšanje kognitivnih funkcij.<sup>69</sup>

Posamezne redke raziskave kažejo, da bi psihosocialne intervencije lahko vplivale tudi na izboljšanje kognitivnih sposobnosti pri pacientih z bipolarno motnjo.<sup>70</sup> V ozadju te domneve je predpostavka, da bi lahko v okviru

---

<sup>63</sup> Zaretsky, Targeted psychosocial interventions for BD, str. 82.

<sup>64</sup> Weber Rouget in Aubry, Efficacy of psychoeducational approaches on BD, str. 12.

<sup>65</sup> Zaretsky, Targeted psychosocial interventions for BD, str. 82–83; Dernovšek in Šprah, Psihoedukacija pri bipolarni motnji razpoloženja, str. 53–56.

<sup>66</sup> Weber Rouget in Aubry, Efficacy of psychoeducational approaches on BD, str. 14–20; Simon in dr., Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for BD, str. 500–508; Gonzáles Isasi in dr., How effective is a psychological intervention program for patients with refractory BD?, str. 80–87.

<sup>67</sup> Colom in dr., Group psychoeducation for stabilised BD: 5-year outcome, str. 260–265.

<sup>68</sup> Michalak in dr., Quality of life in BD: A review, str. 8; Bauer in dr., Collaborative Care for BD, str. 937–945.

<sup>69</sup> Castle in dr., Psychosocial interventions for BD, str. 280–282.

<sup>70</sup> Colom in dr., Group psychoeducation for stabilised BD: 5-year outcome, str. 264; Martínez-Arán in dr., Functional remediation for BD, str. 112–116.

psihoedukacijskih intervencij posamezniki izboljšali svoje kognitivno delovanje z učenjem strategij kognitivnega nadzora in uravnavanja emocionalnih odzivov kot tudi strategij za obvladovanje kognitivnih simptomov na področju pozornosti, spomina in izvršitvenih funkcij v vsakdanjem življenju.<sup>71</sup> Prve spodbudne ugotovitve v tej smeri je dala raziskava,<sup>72</sup> v kateri je 12 pacientov z bipolarno motnjo v depresivni epizodi po 12 srečanj prilagojene oblike kognitivne terapije po končani intervenciji poročalo o znatno manjših težavah s pozornostjo, večji sposobnosti uravnavanja razpoloženja in manj izraženih depresivnih simptomih.

Na možnost učinkovite kompenzacije kognitivnih primanjkljajev v delovnem okolju, ki jo lahko nudi psihosocialna intervencija, kažejo tudi izsledki druge raziskave.<sup>73</sup> Osemnajst pacientov z bipolarno motnjo, ki se je udeležilo 14 individualnih srečanj z učenjem kognitivne remediacije, je po končani intervenciji in še po koncu 3-mesečnega spremljevalnega obdobja kazalo boljše rezultate na testih izvršitvenih funkcij in v psihosocialnem delovanju na splošno. Izboljšane izvršitvene funkcije so bile povezane tudi z boljšim funkcioniranjem v delovnem okolju, vendar samo takoj po zaključku intervencije, ne pa tudi na daljši rok po 3 mesecih.<sup>74</sup> Obe raziskavi sta torej pokazali na obetavne izboljšave v nekaterih vidikih kognitivnih funkcij pri pacientih z bipolarno motnjo, vendar sta hkrati tudi opozorili na omejen rok trajanja pozitivnih sprememb in potrebo po dlje časa trajajočih in bolj na kognitivne simptome usmerjenih intervencijah, ki bi utrdile novonastale izboljšave.

Vse omenjene raziskave o učinkovitosti psihoedukacijskih intervencij pri pacientih z bipolarno motnjo se žal srečujejo z vrsto metodoloških omejitev, kot so uporaba nenaključnih, nekontroliranih raziskovalnih načrtov, majhni vzorci, uporaba presečnih namesto vzdolžnih raziskav. Dodatno pa posplošljivost in zanesljivost dobljenih rezultatov omejujejo še težavno prepoznavanje učinkov, specifičnih za psihoedukacijo, neraziskani mehanizmi sprememb oz. načini učinkovanja psihoedukacije, pomanjkanje konsenza o optimalnem številu srečanj za doseganje najboljših učinkov in o prilagoditvi intervencij posameznikovim značilnostim v poteku motnje.<sup>75</sup>

Onkraj raziskav o bipolarni motnji pa nekatere raziskave s funkcionalno magnetno resonanco na bolnikih z unipolarno depresijo po kratki psihoterapiji kažejo na določene zaželene spremembe v aktivnosti tistih možganskih področij, katerih delovanje je okrnjeno tako v unipolarni depresiji kot

---

<sup>71</sup> Martínez-Arán in dr., Functional remediation for BD, str. 113–114.

<sup>72</sup> Deckersbach in dr., Mindfulness-based cognitive therapy for nonremitted patients with BD, str. 137–140.

<sup>73</sup> Deckersbach in dr., Cognitive rehabilitation for BD, str. 298–307.

<sup>74</sup> Prav tam, str. 304–306.

<sup>75</sup> Miklowitz in Scott, Psychosocial treatments for BD, str. 110–122.

pri bipolarni motnji. Izsledki<sup>76</sup> tako kažejo, da je pri 14 pacientih z depresijo po 20 seansah kognitivno-vedenjske terapije prišlo do povečane aktivnosti hipokampusa in anteriornega cingulata v kombinaciji z manjšo aktivnostjo določenih predelov prefrontalne skorje, kar so raziskovalci povezali z uresničitvijo zelenih terapevtskih ciljev, to je manjšim priklicem neustreznih asociativnih spominov, zmanjšano ruminacijo in manjšim usmerjanjem pozornosti na nerelevantne dražljaje. V drugi raziskavi<sup>77</sup> so na podobno majhnem vzorcu pacientov z depresijo po kratki terapiji vedenjske aktivacije zabeležili manjšo aktivacijo prefrontalnega korteksa ob nalogi, ki je terjala od udeležencev preusmeritev odgovorov na negativne dražljaje k nevtralnim dražljajem. Raziskovalci so pripisali manjšo aktivnost prefrontalne skorje pri pacientih učinkom intervencije. Glede na izhodiščno stanje (pred intervencijo) to pomeni, da je bil kognitivni napor, potreben za uspešno reševanje naloge, po intervenciji manjši.

Tabela 2: Pregled novejših raziskav, ki poročajo o ugodnih učinkih psihoedukacije glede na vrsto izida (klinični, psihosocialni in kognitivni)

VRSTA MERJENEGA IZIDA	AVTORJI RAZISKAVE	NAČRT RAZISKAVE IN VELIKOST VZORCA UDELEŽENCEV
KLINIČNI IZID		
manjše število in krajše trajanje afektivnih epizod	Colom in dr., 2009	randomizirana kontrolirana študija s 5-letnim spremljanjem učinkov, 60 pacientov vključenih v skupinsko psihoedukacijo (21 tedenskih srečanj), 60 pacientov v kontrolni skupini (nestrukturirana srečanja)
	Simon in dr., 2006	randomizirana kontrolirana slepa študija, 212 pacientov z bipolarno motnjo v epizodi ali v okrevalju, vključenih v 24 mesecev trajajočo skupinsko psihoedukacijo (5 tedenskih srečanj, nato 48 srečanj v intervalu 14 dni), 229 pacientov prejemale običajno farmakološko zdravljenje
manj afektivnih simptomov (predvsem maničnih)	Simon in dr., 2006	

<sup>76</sup> Goldapple in dr., Modulation of cortical-limbic pathways in major depression, str. 34–41.

<sup>77</sup> Dichter in dr., The effects of brief behavioral activation therapy for depression, str. 236–244.

VRSTA MERJENEGA IZIDA	AVTORJI RAZISKAVE	NAČRT RAZISKAVE IN VELIKOST VZORCA UDELEŽENCEV
manj afektivnih simptomov (maničnih, depresivnih, anksioznih)	Gonzáles Isasi in dr., 2010	randomizirana študija; 20 pacientov s ponavljajočo se bipolarno motnjo, vendar v fazi okrevanja, vključenih v kognitivno terapijo s psihoedukacijo, 20 pacientov v kontrolni skupini (običajno farmakološko zdravljenje)
manjše število in krajše trajanje hospitalizacij	Colom in dr., 2009 Gonzáles Isasi in dr., 2010	
daljše obdobje do poslabšanja v manično oz. depresivno epizodo	Bauer in dr., 2006	306 simptomatičnih pacientov, naključno razporejenih v kontrolno in eksperimentalno skupino (program obvladovanja bipolarne motnje s poudarkom na psihoedukaciji)
<b>PSIHOSOCIALNI IZID</b>		
boljša kakovost življenja (na področjih fizičnega funkcioniranja in splošnega zadovoljstva)	Michalak in dr., 2005	57 pacientov z bipolarno motnjo, klinično stabilnih ali z blagimi simptomi, vključenih v skupinsko psihoedukacijo (8 tedenskih srečanj), ni bilo kontrolne skupine
boljše socialno funkcioniranje (na delovnem mestu, starševstvo)	Bauer in dr., 2006	
<b>KOGNITIVNI IZID</b>		
boljša pozornost, boljše veščine uravnavanja čustvenih odzivov	Deckersbach in dr., 2012	12 pacientov s kroničnim potekom motnje, brez kontrolne skupine, je bilo vključenih v 12 srečanj na čuječnosti osnovane kognitivne terapije
boljše načrtovanje in reševanje problemov (izvršitvene funkcije) v povezavi z boljšim funkcioniranjem v delovnem okolju	Deckersbach in dr., 2010	18 pacientov v fazi okrevanja je 4 mesece obiskovalo 14 individualnih srečanj v sklopu programa kognitivne remediacije (z elementi psihoedukacije)

## **Zaključek**

Vzroki nezadovoljivega deleža pravih diagnoz bipolarne motnje so večplastni, posledice nezdravljene bipolarne motnje pa pereče z zdravstvenega, ekonomskega in družbenega vidika. Eno od zaenkrat precej

neuporabljenih, vendar dostopnih možnosti za boljšo prepoznavnost motnje predstavlja ocenjevanje afektivnih temperamentov, ki so veljavni napovedniki razvoja, poteka in prognoze razpoloženskih motenj pri posamezniku. V tem pogledu bi bilo dobro izkoristiti napovedno moč slovenske lestvice afektivnih temperamentov TEMPS-A pri oceni tveganja za razvoj prihodnjih maničnih epizod pri bolj rizični populaciji in jo vključiti v presejalne postopke rutinske klinične prakse. Drugo možnost vplivanja na klinični potek motnje pri obolelih posameznikih predstavlja uporaba psihosocialnih intervencij, med katerimi izstopa psihoedukacija zaradi svoje enostavne aplikacije, časovne in ekonomske učinkovitosti ter nenehne podvrženosti različnim empiričnim preverjanjem. Vse več raziskav potrjuje, da je kombinacija farmakoterapevtskega zdravljenja in psihosocialnih intervencij bolj učinkovita kakor farmakoterapevtsko zdravljenje samo. Psihoedukacijske intervencije so se izkazale kot klinično učinkovite pri izboljšanju poteka motnje, medtem ko so vplivi intervencij na posameznikovo psihosocialno in kognitivno delovanje v precejšnji meri neraziskani. Neizkoriščeni potencial psihoedukacije leži v učenju podpornih tehnik za obvladovanje kognitivnih primanjkljajev in boljšega nadzora emocionalnih procesov v vsakdanjih življenjskih situacijah. Trenutni maloštevilni izsledki kažejo na potrebo po vključevanju večjega nabora kognitivnih strategij za uspešnejše vkodiranje in manipulacijo informacij in tehnik reševanja problemov v psihoedukacijske intervencije, kar bi lahko premostilo težave, ki se pojavljajo v delovni, partnerski in družinski sferi, in s tem dolgoročno tudi izboljšalo funkcionalni izid posameznikov z bipolarno motnjo.

## Literatura

- Akiskal, Hagop S. in dr.: TEMPS-I: Delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive, hyperthymic and irritable temperaments in a nonpatient population. *Journal of Affective Disorders*, 51/1, 1998, str. 7–19.
- Akiskal, Hagop S.: Toward a temperament-based approach to depression: Implications for neurobiologic research. *Advances in Biochemical Psychopharmacology*, 49, 1995, str. 99–112.
- Akiskal, Hagop. S. in Kareem K. Akiskal: Epilogue: The Renaissance of the Ancient Concept of Temperament (with a Focus on Affective Temperaments). *Personality disorders* (ur. Mario Maj, Hagop S. Akiskal, Juan E. Mezrich in Ahmed Okasha). Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2005, str. 479–500.
- Angst, Jules in dr.: Is bipolar I disorder heterogeneous? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254/2, 2004, str. 82–91.
- Bauer, Mark S. in dr.: Collaborative Care for Bipolar Disorder, Part II: Impact



- on Clinical Outcome, Function, and Costs. *Psychiatric Services*, 57/7, 2006, str. 937–945.
- Bearden, Carrie E. in dr.: The impact of neurocognitive impairment on occupational recovery of clinically stable patients with bipolar disorder: a prospective study. *Bipolar Disorders*, 13, 2011, str. 323–333.
- Benazzi, Franco: Bipolar disorder – focus on bipolar II disorder and mixed depression. *The Lancet*, 369/9565, 2007, str. 935–945.
- Benazzi, Franco: Does temperamental instability support a continuity between bipolar II disorder and major depressive disorder? *European Psychiatry*, 21/4, 2006, str. 274–279.
- Bolge, Susan C. in dr.: Characteristics and Symptomatology of Patients Diagnosed with Unipolar Depression at Risk for Undiagnosed Bipolar Disorder: A Bipolar Survey. *CNS Spectrums*, 13/3, 2008, str. 216–224.
- Bonnin, Mar C. in dr.: Clinical and neurocognitive predictors of functional outcome in bipolar euthymic patients: A long-term, follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 121, 2010, str. 156–160.
- Brissos, Sofia in dr.: Quality of life in bipolar type I disorder and schizophrenia in remission: Clinical and neurocognitive correlates. *Psychiatry Research*, 160, 2008, str. 55–62.
- Castle, David J. in dr.: Psychosocial interventions for bipolar disorder. *Acta Neuropsychiatrica*, 21, 2009, str. 275–284.
- Colom, Francesc in dr.: Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 2009, str. 260–265.
- Cookson, John: Toward a Clinical Understanding of Bipolar Disorders: Classification and Presentation. *Epilepsia*, 43/4, 2005, str. 3–7.
- Deckersbach, Thilo in dr.: Cognitive rehabilitation for bipolar disorder: An open trial for employed patients with residual depressive symptoms. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 16/5, 2010, str. 298–307.
- Deckersbach, Thilo in dr.: Mindfulness-based cognitive therapy for nonremitted patients with bipolar disorder. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 18/2, 2012, str. 133–141.
- Dichter, Gabriel S. in dr.: The effects of brief behavioral activation therapy for depression on cognitive control in affective contexts: An fMRI investigation. *Journal of Affective Disorders*, 126/1–2, 2010, str. 236–244.
- Dernovšek, Mojca Z. in Lilijana Šprah: Psihoedukacija pri bipolarni motnji razpoloženja. *Sodobni vidiki bipolarne motnje* (ur. Blanka Kores Plesničar). Ljubljana: Psihiatrična klinika, 2011, str. 49–58.
- Dolenc, Barbara: Affective temperaments and trait impulsivity in the group of bipolar outpatients and healthy volunteers: Could it also be relevant in the early diagnostic picture of bipolar mood disorder? *Review of Psychology*, 17, 2010, str. 91–95.
- Dolenc, Barbara in Lilijana Šprah: Psihometrične lastnosti slovenske priredbe

- dolge oblike samoocenjevalnega vprašalnika temperamentov TEMPS-A (Temperament evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego-Autoquestionnaire). *Psihološka obzorja*, 20, 2011, str. 5–24.
- Doksat, Kerem M. in dr.: Atypical mixed and “soft” bipolar disorder: Discussion of the frequently misdiagnosed concept and entity on four cases. *Yeni Symposium*, 39/2, 2001, str. 100–105.
- Fajutrao, Liberty in dr.: A systematic review of the evidence of the burden of bipolar disorder in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5/3, 2009, str. 1–8.
- Gandotra, Sachin in Sarita E. Paul: Affective Temperaments and Polarity in Bipolar I Disorder: Relationship and Predictive Value. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 14/4, 2004, str. 15–23.
- Goldapple, Kimberly in dr.: Modulation of cortical-limbic pathways in major depression. *Archives of General Psychiatry*, 61, 2004, str. 34–41.
- González Isasi, Ana in dr.: How effective is a psychological intervention program for patients with refractory bipolar disorder? A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 126, 2010, str. 80–87.
- Hantouche, Elie G. in Hagop S. Akiskal: Toward a definition of a cyclothymic behavioral endophenotype: Which traits tap the familial diathesis for bipolar II disorder? *Journal of Affective Disorders*, 96/3, 2006, str. 233–237.
- Jang, Kerry L. in dr.: What is the Role of Personality in Psychopathology? *Personality and psychopathology* (ur. V. Robert F. Krueger in Jennifer L. Tackett). New York in London: The Guilford Press, 2006, str. 153–173.
- Keener, Matthew T. in Mary L. Phillips: Neuroimaging in bipolar disorder. *Current Psychiatry Reports*, 9, 2007, str. 512–520.
- Kochman, Frederic J. in dr.: Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 85/1–2, 2005, str. 181–189.
- Koukopoulos, Athanasios in Nassir S. Ghaemi: The primacy of mania: A reconsideration of mood disorders. *European Psychiatry*, 24/2, 2009, str. 125–134.
- Lam, Dominic H. in dr.: Psychological therapies in bipolar disorder: The effect of illness history on relapse prevention—a systematic review. *Bipolar Disorders*, 11, 2009, str. 474–482.
- Levine, Joseph in dr.: Anxiety disorders and major depression together or apart. *Depression and anxiety*, 14/2, 2001, str. 94–104.
- Lewis, Frederick T.: Demystifying the Disease State: Understanding Diagnosis and Treatment Across the Bipolar Spectrum. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10/3, 2004, str. S6–S15.
- MacQueen, Glenda M. in dr.: A review of psychosocial outcome in patients

- with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 2001, str. 163–170.
- Mann Wrobel, Monica C. in dr.: Meta-analysis of neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: an update and investigation of moderator variables. *Bipolar Disorders*, 13, 2011, str. 334–342.
- Martínez-Arán, Anabel in dr.: Functional remediation for bipolar disorder. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 7, 2011, str. 112–116.
- Martino, Diego J. in dr.: Heterogeneity in cognitive functioning among patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 109, 2008, str. 149–156.
- Mazzarini, Lorenzo in dr.: Predominant polarity and temperament in bipolar and unipolar affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 119/1–3, 2009, str. 28–33.
- Mendlowicz, Mauro V. in dr.: A comparison of recovered bipolar patients, healthy relatives of bipolar probands, and normal controls using the short TEMPS-A. *Journal of Affective Disorders*, 85/1–2, 2005, str. 147–151.
- Mendlowicz, Mauro V. in dr.: Temperament in the clinical differentiation of depressed bipolar and unipolar major depressive patients. *Journal of Affective Disorders*, 84/2–3, 2005, str. 219–223.
- Michalak, Erin E. in dr.: Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3/72, 2005, str. 1–18.
- Miklowitz, David J. in Jan Scott: Psychosocial treatments for bipolar disorder: Cost effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disorders*, 11/2, str. 110–122.
- Mondimore, Francis M.: Kraepelin and manic-depressive insanity: An historical perspective. *International Review of Psychiatry*, 17/1, 2005, str. 49–52.
- Murphy, Fionnuala C. in Barbara J. Sahakian: Neuropsychology of bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 178/41, 2001, str. 120–127.
- Pavuluri, Mani N. in dr.: Neurocognitive function in pediatric bipolar disorder: 3-year follow-up shows cognitive development lagging behind healthy youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48/3, 2009, str. 299–307.
- Prelog-Dai, Hilda: Diferencialna diagnostika bipolarnе afektivne motnje in komorbidnost. *Zbornik prispevkov: Strokovno srečanje z učnimi delavnicami Zgodnja diagnostika bipolarnе motnje* (ur. Jure Koprivšek). Maribor: Splošna bolnišnica, Oddelek za psihiatrijo, 2005, str. 24–32.
- Savitz, Jonathan B. in dr.: Dysthymic and anxiety-related personality traits in bipolar spectrum illness. *Journal of Affective Disorders*, 109/3, 2008, str. 305–311.
- Savitz, Jonathan B. in dr.: Hypomanic, cyclothymic and hostile personality

- traits in bipolar spectrum illness: A family-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 42/11, 2008, str. 920–929.
- Savitz, Jonathan B. in Rajkumar S. Ramesar: Personality: is it a viable endophenotype for genetic studies of bipolar affective disorder? *Bipolar Disorders*, 8/4, 2006, str. 322–337.
- Scott, Jan: Psychotherapy for bipolar disorders – efficacy and effectiveness. *Journal of Psychopharmacology*, 20/2, str. 46–50.
- Simon, Gregory E. in dr.: Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 2006, str. 500–508.
- Trede, Katharina in dr.: Manic-Depressive Illness: Evolution in Kraepelin's Textbook, 1883–1926. *Harvard review of psychiatry*, 13/3, 2005, str. 155–178.
- Weber Rouget, Béatrice in Jean-Michel Aubry: Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 98, 2007, str. 11–27.
- Widiger, Thomas A. in Timothy J. Trull.: Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *The American Psychologist*, 62, 2007, str. 71–83.
- Young, Robert C. in dr.: Cognitive impairment in bipolar disorder in old age: Literature review and findings in manic patients. *Journal of Affective Disorders*, 92, 2006, str. 125–131.
- Zaretsky, Ari: Targeted psychosocial interventions for bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 5/2, 2003, str. 80–87.

## **How to Help Individuals with Bipolar Mood Disorder: From Correct Diagnosis to Better Quality of Life**

### Summary

Despite its debilitating and recurrent course, bipolar mood disorder is associated with a substantial portion of misdiagnosis and underestimated true prevalence due to multiple factors. The under-recognition of bipolar disorder alongside often inadequate treatment has profound health, economic, and psychosocial implications.

Given the difficulty of diagnosis, the question arises whether it would be possible to assess the risk for bipolar disorder on the basis of certain personality characteristics, such as temperament, even before the illness onset. One option for better recognition and diagnosis of the disorder is evaluation of affective temperaments, which are valid predictors of the development, course, and prognosis of mood disorders in individuals at risk for these disorders. With this in mind, we could use the predictive power of the Slovenian

affective temperaments scale TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, and San Diego – Autoquestionnaire) in estimating the risk for the development of future manic episodes in high-risk populations. Moreover, it would be useful to include the TEMPS-A scale in screening procedures for routine clinical practice. Correct and timely diagnosis is of key importance because bipolar disorder also implies persisting cognitive and emotional deficits (i.e., attention deficits, difficulties with emotion recognition, and diminished emotionally modulated cognitive control), all of which significantly worsen perceived quality of life in acute phases of the disease, as well as during recovery.

Concerning the goal of improving functional outcome in bipolar disorder, psychosocial interventions in combination with pharmacological treatment have recently been receiving solid empirical support. Psychoeducation has a number of benefits over other psychosocial treatments because it is characterized by simple application, time efficiency, cost effectiveness, and ongoing empirical evaluations. A wide range of studies confirms that a combination of pharmacotherapy and psychosocial interventions is more effective in comparison with pharmacotherapy alone. However, psychosocial interventions have demonstrated efficacy in preventing recurrences in patients with bipolar disorder, whereas the impact of interventions upon psychosocial and cognitive functioning is largely unexplored. In the future, psychoeducational interventions entailing supportive cognitive techniques may be delivered as part of cognitive remediation to achieve a better functional outcome in a subgroup of bipolar patients with cognitive difficulties.