



**Maja Polikowska**  
Asystent w Klinice  
Psychiatrii Oddziału  
Fizjoterapii WUM,  
specjalista psychiatra,  
psychoterapeuta,  
specjalista psychiatrii  
środowiskowej.  
Hobby:  
rozwiązywanie rzeczy  
nierozwiązywalnych.

# Psychoedukacja – brakujący element w terapii depresji

## Psychoeducation – the missing part of antidepressive treatment

**Maja Polikowska<sup>1,2</sup>, Bartosz Łoza<sup>1,2</sup>, Krystyna Anna Wiśniewska<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Klinika Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup> Instytut Amici

### STRESZCZENIE

Depresja jest chorobą wielowymiarową i niejednorodną w swoim przebiegu. Mimo coraz lepszej znajomości patomechanizmów oraz rosnącej wiedzy na temat etiologii zaburzeń afektywnych wciąż przegrywamy w tej nierównej walce. Pierwszym utrudnieniem są choroby somatyczne, a następnie osobowość pacjenta, towarzyszące zaburzenia lękowe czy choroby neurologiczne. Dodatkowym problemem jest fakt, że w ciągu ostatniego dziesięciolecia nie mieliśmy żadnych istotnych odkryć w zakresie farmakoterapii depresji. A wymagania pacjentów stają się coraz wyraźniejsze i głośniejsze. Leczenie farmakologiczne powinno być bezpieczne, dobrze tolerowane i dodatkowo skuteczne, co uzyskuje się tak naprawdę tylko w niewielu przypadkach leków przeciwdepresyjnych (przykładem jest escitalopram). Dlatego tak istotne wydają się wszelkie dodatkowe działania, które mogą usprawnić i przyspieszyć proces leczenia depresji. Najprostszą, ale też i najbardziej niedocenianą metodą jest psychoedukacja, która jest w stanie zabezpieczyć – wydaje się najważniejszą z rokowniczego punktu widzenia – współpracę w procesie leczniczym i zahamować nawrotowość zaburzeń afektywnych. Tym samym w lepszy sposób jest w stanie uchronić pacjentów przed jednym z najgorszych powikłań zaburzeń nastroju, inwalidyzacją, a co za tym idzie – wypadnięciem z odgrywanych ról życiowych, społecznych i ekonomicznych.

**Słowa kluczowe:** depresja, współpraca, psychoedukacja, jakość życia

#### NAJWAŻNIEJSZE

**Działania psychoedukacyjne skierowane do pacjenta istotnie zwiększają wiedzę na temat choroby oraz poprawiają przestrzeganie zaleceń lekarskich.**

#### HIGHLIGHTS

**Psychoeducation gives statistic improvement about knowledge of disorder and better drug compliance.**

## ABSTRACT

Depression is a disease of the multi-dimensional and heterogeneous in their course. Despite getting a better knowledge of pathomechanisms and increasing knowledge about the etiology of affective disorders we are still losing in this unequal fight. The first hurdle are somatic diseases, then the personality of the patient, the accompanying anxiety disorders or neurological diseases. Another problem is the fact that over the last decade we have had no significant findings in the pharmacotherapy of depression. And patients requirements become more clearly and boldly. Pharmacological treatment should be safe, well tolerated and also effective, which is really fulfilled only in a few of antidepressants (e.g. the escitalopram). Therefore so important seem to be any additional action that can improve and accelerate the process of treatment of depression. The simplest, but also the most underestimated method is psychoeducation, which is able to secure, cooperation in the process of healing and stop the recurrence of affective disorders and it seems the most important from a prognostic point of view. Thus it is better able to protect patients from one of the worst complications of mood disorders, being invalid and thus falling out of role: life, social and economic.

**Key words:** depression, compliance, psychoeducation, quality of life

## WSTĘP

Obecnie na Ziemi żyje ponad 7 miliardów ludzi, tymczasem według statystyk WHO 350 milionów z nich choruje na depresję. Dodatkowo nieubłaganie zbliżamy się do 2020 r. i zyskujemy już prawie pewność, że statystyki sprzed ponad 10 lat, według których depresja stanie się drugą najbardziej inwalidyzującą społeczeństwo chorobą, są bardzo realne [1].

Statystycznie ryzyko zachorowania na depresję w ciągu roku wynosi ok. 10%, a w ciągu całego życia – 14,4–18%. U kobiet depresja rozpoznawana jest dwa razy częściej, ale wydaje się, że mężczyźni częściej umierają z powodu powikłań nieleczonych zaburzeń afektywnych, takich jak choroby układu krążenia (zawał serca, udar mózgu) [2, 3]. Wzrost ryzyka zachorowalności i częstości występowania zaburzeń afektywnych możemy wyraźnie zaobserwować w ciągu ostatnich czterech dekad [4]. To ponure żniwo, które zbiera depresja, w dużej mierze wynika z czasów, w jakich przyszło nam żyć. Tempo życia, niejednokrotnie przekraczające granice zdolności kompensacyjnych pacjentów, powoduje, że stres staje się zjawiskiem wszechobecnym. Ale nie tylko. Staje się też czynnikiem spustowym do wystąpienia zaburzeń afektywnych. W ten patomechanizm zaangażowany jest układ neuroendokryny, czyli oś przysadka–podwzgórze–nadnercza (p.p.n.) [5].

Zaburzenia w zakresie osi p.p.n. dotyczą bardzo dużego odsetka pacjentów z zaburzeniami afektywnymi (aż 60–70% z depresją melancholiczną oraz 30–40% pacjentów z innymi obrazami depresji) i są ściśle powiązane z nadmiernym wydzielaniem kortyzolu (głównym hormonem stresu), a co za tym idzie – ze zmniejszoną gęstością receptorów glikokortykosteroidowych (*down regulation*) [6].

W tym kontekście ciekawa jest teza o depresji jako chorobie zapalnej mózgu. Wciąż poszerzająca się baza danych

w sposób dość jednoznaczny pokazuje rolę mediatorów immunologicznych (glikokortykosteroidów, interferonu  $\alpha$ ) [7, 8] w występowaniu depresji, a także dowodzi, że u tych pacjentów w porównaniu z osobami bez depresji oznaczalny jest wyższy poziom markerów zapalnych [9]. Dodatkowo drogi zapalne w sposób znaczący wchodzą w interakcję z osią p.p.n., a rezultatem tego są zaburzenia nastroju i idące za nimi zaburzenia zachowania [10].

Najistotniejsze zarówno z punktu widzenia badacza, jak i klinicysty jest zapewnienie największej skuteczności danego procesu leczniczego. Skuteczność z kolei jest pojęciem, które w tym przypadku jest dość skomplikowane. Właściwości farmakokinetyczne oraz farmakodynamiczne danego leku mają znaczenie kluczowe. Jak wynika z badań, dysfunkcje serotonergiczne odgrywają bardzo ważną rolę w patofizjologii depresji [11, 12], co powoduje, że zastosowanie leków o typowym mechanizmie (SSRI – inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny) daje pozytywne wyniki u prawie 60% pacjentów [13]. Dodatkowo skuteczność leku i jego tolerancja są miarą sukcesu pod względem odsetka pacjentów porzucających leczenie. Ten efekt można osiągnąć, stosując najbardziej selektywny z grupy leków SSRI, czyli escitalopram [14]. Dzięki temu mamy możliwość zapobiec zjawisku depresji nawrotowej, która sprawia, że pacjenci wypadają z ról społecznych (pracy, życia rodzinnego, towarzyskiego) [15]. Skutek ekonomiczny tego zjawiska jest druzgocący nie tylko w wymiarze osobistym – dla pacjenta, ale i globalnym – dla całego społeczeństwa. Coraz więcej obywateli korzysta z zasiłków chorobowych oraz rent [16].

Niemniej jednak wciąż przegrywamy z depresją. Mimo że leki przeciwdepresyjne są w stanie zlikwidować objawy

choroby, a co za tym idzie – poprawić jakość życia pacjentów oraz zwiększyć efektywność psychoterapii, nie są w stanie wpłynąć na fakt zbyt wczesnego odstawienia leków przez pacjentów (czy to z powodu poprawy objawowej, czy to z powodu działań niepożądanych). A brak współpracy jest główną przyczyną klęski na tym polu. Pytanie więc, czy można to zmienić?

## BRAKUJĄCY ELEMENT – PSYCHOEDUKACJA

**Zasada Rumpelstilzchena.** Syndrom ten ma swoją genezę w jednej z baśni braci Grimm właśnie o tym tytule. Rumpelstilzchen to postać złowrogiego, podstępnego i sprytnego karła. Główna bohaterka tej baśni, by uratować swoje dziecko, musiała zgadnąć jego imię, dopiero wtedy mogła długo i szczęśliwie żyć.

Syndrom Rumpelstilzchena to zjawisko ulgi, jakiej doświadczają pacjenci w momencie nazwania ich choroby oraz objawów jej towarzyszących. Idealnie definiuje on zjawisko psychoedukacji, dzięki której pacjenci zyskują wiedzę pozwalającą przywrócić im poczucie kontroli, którą tracą na początku choroby. W rezultacie osiąga się lepszą współpracę z lekarzem, która jest ostatnim krokiem do poprawy jakości życia.

Zainteresowanie obszarem psychoedukacji i sam termin jest dość młodym zjawiskiem w psychiatrii. Początek swój zawdzięcza kryteriom DSM III, tzw. kryterium B – zaburzenia funkcjonalne (najtrwalsze kryterium). Pionierką jest Carol N. Anderson, Amerykanka, która w 1980 r. wprowadziła koncepcję psychoedukacji w schizofrenii. Według jej założeń ma się ona składać z czterech faz [17]:

1. Psychoedukacji w fazie ostrej
2. Rekonwalescencji
3. Rehabilitacji
4. Wyzdrowienia.

Od tego momentu postrzeganie pacjentów psychiatrycznych zaczyna się zmieniać, a sama psychoedukacja powoli staje się coraz bardziej nieodłącznym elementem planu terapeutycznego.

Głównym celem psychoedukacji jest zapobieganie nawrotom choroby poprzez poprawę współpracy oraz poprawę jakości życia pacjentów [18].

Psychoedukacja pomaga w prosty sposób uzyskać również *feedback* od pacjentów. Pewne ujednoczenie wiedzy pacjenta i lekarza dotyczące stanu zdrowia chorego ułatwia terapię jeszcze lepsze monitorowanie objawów

choroby i szybsze reagowanie. Najlepszym edukatorem jest lekarz prowadzący, a efekt psychoedukacji w dużej mierze zależy od czasu rozpoczęcia psychoedukacji (im szybciej, tym lepiej) [18].

Mimo że mamy świadomość, jak ważnym elementem leczenia jest psychoedukacja, istnieje tylko kilkanaście publikacji, które pokazują efektywność psychoedukacji w depresji. Wnioski z ich analiz są jednoznaczne i udowadniają poprawę kliniczną oraz poprawę w zakresie jakości życia u pacjentów poddanych tym zabiegom [19]. W przeprowadzonym badaniu obserwacyjnym w Polsce dotyczącym programu edukacyjnego pt. „Depresja i co dalej” oceniano poziom wiedzy chorych na depresję, wpływ psychoedukacji na jakość życia pacjentów, a także analizowano potrzebę chorych oraz ich ocenę znaczenia działań edukacyjnych.

Grupa badana obejmowała 12 020 pacjentów z rozpoznaną depresją (F32) w ciągu ostatnich 12 miesięcy, którzy od co najmniej miesiąca przyjmowali escitalopram. Kobiety stanowiły 63,3%, a mieszkańcy miast aż 84,4% badanych. Ankieta była przeprowadzana w czasie dwóch wizyt kontrolnych (odstęp 8–12 tygodni).

Przed wdrożeniem pacjentów do badania tylko 6,9% (!!!) z nich zadeklarowało, że wcześniej uczestniczyło w programach psychoedukacyjnych. W momencie wdrożenia do badania objawy swojej choroby znało 85,1%, a po zakończeniu programu – 99,7% osób. Znajomość nawrotu objawów różniła się w zależności od objawu. 82,3% badanych miało świadomość, że to obniżenie nastroju, ale tylko 60% wiedziało o anergii i anhedonii. Jeszcze słabiej ankietowani wypadli w zakresie wiedzy na temat wpływu depresji na masę ciała i apetyt oraz spowolnienie ruchów i niechęć do wykonywania aktywności fizycznej, poczucie nieuzasadnionej winy, zaburzenia uwagi i koncentracji oraz niemożność podjęcia decyzji (poniżej 50%). Do drugiej wizyty wiedza ta znacząco wzrosła. Na początku badania 77% pacjentów miało świadomość, że po okresie poprawy może dojść do nawrotu choroby, a na drugiej wizycie wiedzę tę posiadało już 99% pacjentów. Edukacja przyniosła również znaczącą poprawę w zakresie znajomości czynników mogących wywołać nawrót choroby.

Stan wiedzy na temat leków również znacząco się poprawił. W momencie rozpoczęcia badania 56,5% badanych uważało, że od momentu stosowania escitalopramu ich samopoczucie się poprawiło, a na drugiej wizycie informowało o tym już 82,7% pacjentów.

Z materiałami edukacyjnymi zapoznali się 93,7% osób. Dla 95,1% badanych przydatnymi informacjami zawartymi w materiałach edukacyjnych były te dotyczące rozpoznawania objawów zwiastunowych nawrotu choroby, a dla 94,1% – informacje dotyczące czynników wpływających na nawrót choroby.

71,4% lekarzy uczestniczących w badaniu uważało, że pacjenci wymagają dalszej edukacji, a 76% oceniło, że przeprowadzone działania edukacyjne wpłynęły na poprawę współpracy pacjentów w procesie leczenia w stopniu dość istotnym lub znacznym.

Ostateczne wnioski, które zostały sformułowane w trakcie badania, brzmią następująco:

1. Wiedza chorych na depresję na temat objawów choroby, objawów sygnalizujących nawrót choroby, działań niepożądanych leków i sposobów radzenia sobie z nimi jest fragmentaryczna i wymaga poszerzenia.
2. Podjęte działania edukacyjne przyniosły istotną poprawę stanu wiedzy badanej populacji oraz zwiększenie potrzeby stosowania leków, jak również poprawę jakości ich życia.
3. Większość badanych po przeprowadzeniu edukacji nadal odczuwała potrzebę poszerzenia swojej wiedzy na temat depresji i metod jej leczenia, a także rozmowy z lekarzem o informacjach zawartych w materiałach edukacyjnych.
4. Większość lekarzy uczestniczących w badaniu uważała, że przeprowadzona edukacja spowodowała poprawę współpracy pacjentów w procesie leczenia. Również większość lekarzy uznała za konieczne prowadzenie dalszej edukacji.

Wyniki te są zgodne z dostępnymi analizami wpływu psychoedukacji na proces zdrowienia. Metaanaliza badań dotyczących edukacji pacjentów na temat objawów nawrotu afektywnej choroby dwubiegunowej pokazała, że znajomość objawów nawrotu choroby wiąże się z mniejszą częstością hospitalizacji [20]. Taki sam wniosek dotyczący korzyści z psychoedukacji uzyskano również w randomizowanym badaniu oceniającym wpływ psychoedukacji na przebieg i wyniki leczenia osób z ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi [21]. Wykazano również, że długotrwała (sześciomiesięczna) psychoedukacja grupowa ma znaczenie w zapobieganiu nawrotom u chorych z zaburzeniami dwubiegunowymi [22].

## PODSUMOWANIE

Wielowymiarowość depresji ma swoje odzwierciedlenie nie tylko w obrazie klinicznym choroby (depresji atypo-

wej, maskowanej czy z dominacją danych objawów lękowych, somatyzacyjnych, obsesyjno-kompulsywnych), lecz także w jej odpowiedzi na leczenie. Dlatego tak ważne jest używanie wszelkich dostępnych narzędzi w procesie terapeutycznym, by móc skutecznie leczyć depresję i zapobiegać jej nawrotom. Zarówno leczenie farmakologiczne, jak i pozafarmakologiczne, takie jak psychoedukacja, zwiększa szanse na wygranie tej walki. Leki przeciwdepresyjne likwidują objawy choroby, ale to psychoedukacja jest główną bronią w walce o poprawę jakości życia oraz większą świadomość choroby, a co za tym idzie – jej lepsze zrozumienie.

## PIŚMIENNICTWO

1. [online: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>].
2. Kessler RC, Zhao S, Blazer DG, Swart M. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *J Affect Disord* 1997; 45: 19-30.
3. Łoza B, Parnowski T. Nowa depresja. Nowe leczenie. *Medical Education*, Warszawa 2012: 56-58.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. The epidemiology of major depressive disorder: report from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association* 2003; 289: 3095-3105.
5. Posner JA, DeBattista C, Williams GH et al. 2-Hour monitoring of cortisol and corticotropin secretion in psychotic and nonpsychotic major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 755-760.
6. Wright P, Stern J, Phelan M. *Sedno Psychiatria*; t. I. Urban & Partner, Wrocław 2008: 287-311.
7. Brown ES, Suppes T. Mood symptoms during corticosteroid therapy: a review. *Harv Rev Psychiatry* 1996; 5: 239-246.
8. Lortis JM, Hauser P. The phenomenology and treatment of interferon-induced depression. *J Affect Disord* 2004; 82: 175-190.
9. O'Brien SM, Scott LV, Dinan TG. Cytokines: abnormalities in major depression and implications for pharmacological treatment. *Hum Psychopharmacol* 2004; 19: 397-403.
10. Raison CL, Capuron L, Miller AH. Cytokines sing the blues; inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends Immunol* 2006; 27: 24-31.
11. Asberg M, Thoren P, Traskman L et al. „Serotonin depression” – a biochemical subgroup within the affective disorders? *Science* 1976; 191: 478-480.
12. Mann JJ, Malone KM, Psych MR [sic] et al. Attempted suicide characteristic and cerebrospinal fluid amine metabolites in depressed inpatients. *Neuropsychopharmacology* 1996; 15: 576-586.

13. Nelsson JC. A review of the efficacy of serotonergic and noradrenergic reuptake inhibitors for treatment in major depression. *Biol. Psychiatry* 1999; 46: 1301-1308.
14. Polikowska M, Łoza B, Chorążka K et al. Obraz kliniczny i farmakoterapia depresji – przegląd dla lekarzy psychiatrów i lekarzy rodzinnych. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny* 2014; 6(1): 34-41.
15. Katon W. The epidemiology of depression in medical care. *Int J Psychiatry Med* 1987; 17: 93-112.
16. Pełka-Wysiecka J, Samochowiec J. Depresja – czy faktycznie zróżnicowana farmakoterapia? *Psychiatria* 2014; 11(3): 141-147.
17. Walsh F, Anderson CM. *Chronic Disorders and the Family* 1988.
18. Glick ID, Burti L, Okonogi K, Sacks M. Effectiveness in psychiatric care. III: Psychoeducation and outcome for patients with major affective disorder and their families. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 104-106.
19. Tursi MF, Baes CV, Camacho FR et al. Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2013; 47(11): 1019-31.
20. Morriss RK, Faizal MA, Jones AP et al. Interventions for helping people recognise early signs of recurrence in bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (1): CD004854.
21. Morokuma I, Shimodera S, Fujita H et al. Psychoeducation for major depressive disorders: a randomised controlled trial. *Psychiatry Res* 2013; 210: 134-139.
22. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry* 2009; 194: 260-265.

**Adres do korespondencji:**

Maja Polikowska  
Klinika Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego  
05-802 Pruszków, ul. Partyzantów 2/3