

TERAPIA INTERPERSONALA SI DE RITM SOCIAL A TULBURARII AFECTIVE BIPOLARE

Radu Vrasti, MD, PhD (*Huron-Perth Healthcare Alliance, Stratford General Hospital, Special Services Unit, Crisis Intervention Program, Stratford, Ontario, Canada*)

Contributia tulburarii bipolare la povara sociala globala data de tulburarile psihice este uina cu totul deosebita. Pe o populatie ca cea a Statelor Unite ale Americii, ponderea celor care au experimentat a tulburarea de spectru bipolar de-a lungul vietii este de 4,4% (Merikangas si colab. 2007). Printre consecintele cele mai des invocate provocate de tulburarea bipolara, se citeaza istoria dezordonata de munca, abuzul de alcool si droguri (Nusslock si colab. 2008) sau conflictele familiale, dezorganizarea cronobiologice si neaderenta la tratament (Scott si Gutierrez, 2004) . Toate acestea au condus Organizatia Mondiala a Sanatatii sa includa tulburarea bipolara printre cele 10 cauze importante de dizabilitate la adulti (Ayuso-Mateos, 2006).

Descoperirea litiului in 1949 si apoi datele genetice ale transmiterii tulburarii bipolare a facut ca aceasta tulburare sa fie conceptualizata ca un proces biologic tratat doar prin metode psihofarmacologice si astfel terapia medicamentoasa a fost mereu gandita ca cea mai viabila terapie pentru tulburarea bipolare. Desi apar mereu alti compusi farmacologici datele sugereaza ca rata recaderilor este de 40% la un an, 60% la doi ani si 73% la trei ani sau mai mult (Gitlin si colab. 1995). Mai mult, eficacitatea medicatiei este limitata si de faptul ca complianta la medicamente este in jur de 50-67% din bipolari in primul an de tratament (Keck si colab. 1998). Astfel, Raportul Institutului National de Sanatate Mentala a SUA din 1996 recunoaste limitele tratamentului farmacologic si recomanda dezvoltarea rapida a unor interventii psihosociale aditionale pentru a stapani tulburarea bipolara (Prien & Rush, 1996).

Cresterii popularitatii modelului stress-vulnerabilitate, a condus la acceptarea posibilitatii ca cel putin cursul clinic daca nu si debutul tulburarii bipolare sa fie determinat de factori socio-ambientali (Miklowitz si Otto, 2006; Jones, Sellwood, si McGovern, 2005; Scott si Gutierrez, 2004). La baza modelului stress-vulnerabilitate sta conceptua lui Zubin si Spring (1977) dupa care fiecare persoana are capacitatea si vulnerabilitatea sa individuala pe baza careia negociaza cu evenimentele stressante. Tulburarea bipolara poate fi conceptualizata ca o

vulnerabilitate individuala in ceea ce priveste abilitatea unei persoane de a depasi evenimentele stressante. In felul acesta factorii sociali si ambientali precum si mecanismul de coping au devenit tinte legitime pentru interventiile psihosociale din tulburarea bipolară (Buila, 2009). Mai mult, exista cercetari care arata ca un individ dezvolta atat tulburarea bipolară ca atare cat si polaritatea ei in functie de vulnerabilitatea sa (Nusslock si colab. 2007).

Actualmente exista patru interventii psihosociale pentru tulburarea bipolară care s-au impus prin studii controlate: terapia cognitiv-comportamentala, interventiile psicoeducationale terapia centrata pe familie si terapia interpersonală si de ritm social. O meta-analiza recentă a indicat ca aceste interventii psihosociale reduc cu 40% rata recaderilor (Scott, Colom si Vieta, 2007). Datele din studiul multicentru “*Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder – STEPBD*” indica ca fiecare din aceste interventii psihosociale duce la cresterea functionarii generale de viata (Miklowitz si colab. 2007a) si grabesc recuperarea din depresia bipolară (Miklowitz si colab. 2007b).

Cobb (1974) si Brown si Harris (1978) au fost primii care au postulat ideia ca ambianta poate determina, prin evenimentele stressante de viata, aparitia episoadelor afective. Ulterior Ehlers, Frank si Kupfer (1988) au constatat ca episoadele depresive pot aparea ca si consecinta a evenimentelor de viata care perturba stimulii externi care sustin ritmurile biologice care, la randul lor, perturba ritmurile sociale si biologice; acesti stimuli externi care sustin ritmurile sociale si biologice au fost numiti “*zeitgeber*” Conform acestei teorii, perturbarile din aceste ritmuri influenteaza simptomele somatice (de ex. somnul) ceea ce duce la aparitia unui episod afectiv la indivizii vulnerabili.

Termenul de “*zeitgeber*”, ce s-ar traduce ca “sincronizator de timp”, este folosit pentru a descrie acei stimuli externi care intretin ritmul circadian uman. Acesti sincronizatori pot fi fizici, precum lumina care intretine si regleaza ritmul circadian hormonal, metabolic si activitatea fizica. Sunt si sincronizatori sociali precum orarul de mers la serviciu, orarul de culcat in pat, al meselor zilnice, a privitului la TV sau a anumitor contacte sociale. Conform teoriei “*social zeitgeber*” modificarea sincronizatorilor sociali conduce la perturbarea ritmurilor circadiane cu implicatii asupra tulburarilor afective si poate explica aparitia episoadelor hipomaniacale/maniacale la indivizii bipolari (Malkoff-Schwartz si colab. 2000), acestia prezentand o sensibilitate mai mare la disruptia ritmului social decat populatia generală (Grandin si colab. 2006).

Monk și colab (1991) concep o metoda de masurare a ritmului social numita *Social Rhythm Metric – SRM* care evalueaza frecventa cu care anumite activitati zilnice sunt efectuate și nivelul lor de regularitate, de ex. sculatul de dimineata, luatul micului dejun, plecatul la serviciu, ora de culcare, etc. Dacă o activitate are o abatere mai mare de 45 minute fata de ritualul zilnic in care este inclusa, inseamna ca aceasta activitate este neregulata și capabila sa desincronizeze ritmul social. Regularitatea ritmului social este definita de numarul de activitati care isi pastreaza orarul și se releva prin scorul mare la scala SRM. Teoria “*social zeitgeber*” dezvoltata de Frank și colab. (1999) evidentiaza relatia dintre disruptia ritmului social, respectiv scorul mic la SRM și perturbarea ciclului veghe-somn, ca indicatorul cel mai fidel și timpuriu al destructurarii ritmului biologic ce sta la baza aparitiei episodului bipolar. De exemplu, pierderea serviciului sau discordia maritala, ca desincronizatori sociali ai ritmului social (*social zeitgeber*), pot provoca dereglari ale ciclului veghe-somn și apoi la aparitia simptomelor afective. Astfel teoria ritmului social sau “*zeitgeber theory*” postuleaza ca evenimentele de viata care perturba ritmul zilnic sau rutina zilnica sunt capabile sa precipite episodul bipolar.

Terapia interpersonală și de ritm social (*Interpersonal Social Rhythm Therapy - IPSRT*) a fost dezvoltata special pentru a ajuta la mentinerea unui ritm social regulat prin identificarea și rezolvarea perturbarilor de ritm și a precipitantilor acestora (Frank, Holly, & Kupfer, 2000). Punctul central al IPSRT este similar cu cel al teoriei “*social zeitgeber*” și presupune ca disruptia ritmului circadian este elementul primar ce declanseaza cascada psihopatologica al tulburarii bipolare, iar regularizarea ritmului circadian conduce la reducerea simptomatologiei și în special a ciclului veghe-somn sau, așa cum spun autorii, aceasta terapie ajuta subiectul sa readuca ordinea în haosul vietii de zi cu zi. Disruptia ritmului circadian este în principal consecinta expunerii la stressul psihosocial.

IPSRT își propune ca invete indivizii cu tulburare bipolară deprinderi pentru a manipula stressorii sociali astfel incat sa existe o mai mare regularitate a ritmurilor biologice și circadiene. Ea se focalizeaza pe a) relatiile reciproce dintre evenimentele stressante de viata și debutul simptomelor b) importanta mentinerii regulate a ritmurilor zilnice și a ciclului veghe-somn, c) identificarea și managementul potentialilor precipitanti ai dereglării ritmului, cu atentie speciale pe stressorii interpersonalii. IPSRT implementeaza strategii comportamentale care sa ajute clientul sa modifice acele activitati care promoveaza iregularitati ale ritmului (de

ex. reducerea suprastimularii, monitorizarea frecvenței și intensității interacțiunilor sociale). Clientul este încurajat să facă schimbări semnificative de viață cu scopul de a proteja integritatea ritmului lui circadian și a ciclului veghe-somn.

Crearea acestei psihoterapii, Elen Frank spune: *“Noi credem că Social Zeitgeberii, precum relațiile personale, cerințele sociale sau sarcinile care întretin ritmurile biologice, pot servi ca legătura între procesele biologice și cele psihosociale care plasează un individ la risc pentru a dezvolta simptome afective. Noi lansăm ipoteza că pierderea Social Zeitgeber poate reprezenta agentul cauzal al episodului afectiv prin generarea unei dereglări a ritmului biologic”* (Frank și colab. 2000). Modelul acesta include și conceptul de *“Zeitstörer”* (perturbator al timpului), dacă *Zeitgeber* reprezintă persoane, cerințe sociale sau sarcini care setează ceasul biologic, *“Zeitstörer”* reprezintă evenimente psihosociale, fizice sau chimice care dereglează ceasul biologic. Calatoria peste fusele orare reprezintă un exemplu tipic de *Zeitstörer*. Schimbarea abruptă a timpului expunerii la lumină și timpul de somn poate produce un evantai de simptome de la simple tulburări de adormire la tabloul complet al unui episod afectiv la indivizii predispuși. Alte exemple de potențiali *Zeitstörer* includ nașterea unui copil, separarea maritală, termenele stricte de predare a unei lucrări, turele de lucru.

Terapia interpersonală de ritm social este o psihoterapie standardizată, manualizată (Ellen Frank, 2005) care integrează abordări comportamentale, interpersonale și psihoeducative într-un model unitar, cu scopul de a preveni apariția de noi episoade bipolare. Ea este orientată pe 1) legătura dintre dispoziție și evenimentele de viață, 2) importanța menținerii regularității ritmului zilnic așa cum este evidențiat de SRM, 3) identificarea și modificarea potențialilor precipitanți ai dereglării ritmului cu atenție specială pe stressorii interpersonali, 4) furnizarea de sprijin în rezolvarea sentimentului de pierdere a ceva important sau drag și pe 5) identificarea și managementul simptomelor afective.

Procesul terapeutic este divizat în patru faze: faza inițială, faza intermediară, faza preventivă și terminarea terapiei.

În faza inițială clinicianul 1) obține istoria bolii individului, 2) evaluează problemele interpersonale prin aplicarea unui interviu specific, 3) identifică aria în care sunt probleme interpersonale, 4) furnizează informații despre boala bipolară, 5) și aplică SRM. Tratamentul poate fi inițiat atât în timp ce subiectul este asimptomatic cât și atunci când este într-o fază subclinică sau clinică evidentă. Durata acestor faze depinde de cât de ușor se pot

controla simptomele acute atunci cand sunt prezente si poate dura intre cateva saptamani la cateva luni, in functie de severitatea simptomelor. In timpul acestei perioade terapeutul vede subiectul o data pe saptamana.

Faza intermediara dureaza de la cateva saptamani la cateva luni si furnizeaza o sedinta saptamanala. In aceasta perioada pacientul dezvolta strategii de a controla simptomele afective, de a stabili ritmurile zilnice si de a rezolva problemele interpersonale evidentiate in faza initiala. Terapeutul furnizeaza si suport pentru ca pacientul sa rezolve pierderile si pagubele suferite in viata individuala si sa obtina un echilibru intre spontaneitate si stabilitate in viata de toate zilele. In aceasta faza se folosesc strategii de regularizare a ritmului social si strategii de realitare a relatiilor interpersonale.

IPSRT utilizeaza o abordare comportamentala care ajuta pacientul sa modifice acele activitati care promoveaza iregularitati ale ritmului. Terapeutul si pacientul trec in revista activitatile din primele 3-4 saptamani care au fost identificate cu ajutorul SRM ca fiind particular instabile. Terapeutul si pacientul discuta strategii de regularizare a ritmului (de ex. minimalizarea suprastimularii, monitorizarea frecventei si intensitatii interactiunii sociale) si seteaza un nivel SRM care ar trebui realizat. Acest nivel este gradat si include obiective pentru termen scurt (de ex. aderarea la scularea la 7 dimineata pentru 7 zile consecutive), pentru termen intermediar (de ex. mentinerea unui ciclu veghe somn regulat pentru o luna) si pentru termen lung (de ex. obtinerea unui loc regulat de munca). In afara de scala SRM manualul mai cuprinde o serie intreaga de instrumente de evaluare si de tinere a jurnal zilnic de stabilizare a ritmului

Tehnicile interpersonale utilizate de IPSRT sunt similare cu cele descrise de Klerman si colab. (1984) in cazul terapiei interpersonale pentru depresia unipolara. Acestea se adreseaza rezolvarii pierderilor, a disputelor interpersonale, a tranzitiei de rol si deficitului interpersonal.

Faza de preventie este o faza cruciala a terapiei IPSRT. In aceasta perioada se mentin progresele si beneficiile obtinute in fazele precedente. Ritmul sedintelor este mai rar, de o sedinta pe luna sau chiar mai rar. Acum pacientul are ocazia sa consolideze succesele si sa dobandeasca mai multa incredere in capacitatea de a aplica tehnicile IPSRT si in rezultatele ei pozitive.

In faza de terminare terapeutul trece in revista rezultatele si potentialele vulnerabilitati ale pacientului ajutand subiectul sa identifice strategiile pentru viitor cu privire la

managementul dificultatilor interpersonale si a simptomelor acute. Terminarea se face gradual cu o sedinta la 2-3 luni sau chiar mai rar.

Referitor la eficacitatea acestei metode de interventie psihosociala, mentionam doua studii recente. Astfel, Frank si colab. (2005) raporteaza rezultatele unui studiu controlat efectuat pe 175 bipolari, aflati intr-o faza acuta a tulburarii lor, extrasi randomizat si apoi impartiti in doua grupe, unul care a beneficiat de un management clinic intensiv si altul care a primit IPSRT, pacientii din ambele grupe fiind vazuti odata pe saptamana in faza acuta, la doua saptamani in faza post-stabilizare si o data pe luna in urmatorii doi ani. In final, s-a constatat ca bolnavii care au primit IPSRT au avut perioade mai lungi fara simptome, comparativ cu faza pre-test, au recazut mai tarziu si au prezentat o mai mare stabilitate a ciclului veghe-somn si o mai buna functionare sociala. Ulterior Frank si colaboratorii (2008) reanalizeaza rezultatele esantionului si constata o ameliorare semnificativa a functionarii ocupationale la acesti bolnavi comparativ cu alte metode de interventie psihosociala. Miklowitz si colab (2007a) extrag randomizat 152 pacienti cu depresie bipolara si unipolara care sunt tratati timp de noua luni fie cu IPSRT, terapie cognitiv-comportamentala (TCC), terapie familiala sau numai cu interventie psihoeducativa si evalueaza rezultatele din fiecare grup in ceea ce priveste calitatea relatiilor, functionarea de rol si activitatile recreationale. Autorii gasesc ca cele mai bune rezultate s-au obtinut in cazul celor tratati cu terapie centrata pe familie, urmati de cei cu IPSRT, apoi cei cu terapie cognitiv-comportamentala. Aceiasi autori gasesc aceleasi rezultate pozitive semnificative pentru bipolarii tratati cu IPSRT timp de un an (Miklowitz si colab. 2007b).

Sarah Buila (2009) trece in revista studiile controlate care raporteaza rezultatele obtinute cu patru din interventiile psihosociale cele mai raspandite, respectiv IPSRT, TCC, terapie centrata pe familie si psihoeducatie si gaseste ca toate utilizeaza cam aceleasi ingrediente, respectiv monitorizarea dispozitiei, promovarea unui program zilnic riguros, detectarea simptomelor prodromale si activarea raspunsului timpuriu. Toate au condus in masura evidenta la o scadere a ratei recaderilor, la o simptomatologie redusa in timpul recaderilor ulterioare si la o functionare sociala, domestica si vocationala semnificativ mai buna.

O privire globala asupra felului cum se regasesc interventiile psihosociale din tulburarea bipolara in publicatiile internationale arata ca dupa o perioada in care terapia

cognitiv-comportamentala s-a bucurat de o mare trecere, ea cedeaza treptat locul terapiei interpersonale de ritm social in topul preferintelor cercetatorilor si clinicienilor practicanti.

Bibliografie:

Ayuso-Mateos, J. L. (2006). *Global burden of bipolar disorder in the year 2000*: Draft 21-06-06. http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_bipolar.pdf

Buila, S. (2009). *Evidence-Based Research on the Effectiveness of Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder*, *Social Work in Mental Health*, Vol. 7: 572-586.

Brown, G. W., & Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression*. London: Free Press.

Cobb, S. (1974). *A model for life events and their consequences*. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events: Their nature and effects*. New York: John Wiley & Sons.

Ehlers, C. L., Frank, E., & Kupfer, D. J. (1988). *Social zeitgebers and biological rhythms*. *Archives of General Psychiatry*, 45: 948-952.

Frank, E., Malkoff-Schwartz, S., Sherrill, J. T., & Anderson, B. (1999). *Social Rhythm Disruption (SRD) criteria*. Pittsburgh: Western Psychiatric Institute and Clinic.

Frank, E., Holly, S. A., & Kupfer, D. J. (2000). *Interpersonal and social rhythm therapy: Managing the chaos of bipolar disorder*. *Biological Psychiatry*, 48, 593-604.

Frank, E. (2005). *Treating Bipolar Disorder. A clinician guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy*, New York: The Guilford Press Inc.

Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Mallinger AG, Swartz HA, et al (2005): *Two-year outcome for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder*, *Archives of general Psychiatry*, 62:996-1004.

Frank, E., Soreca, I., Swartz, H.A., Fagiolini, A.M. et al (2008); *The Role of Interpersonal and Social Rhythm Therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder*, *American Journal of Psychiatry* 165:1559-1565

Gitlin, M. J., Swendsen, J., Heller, T. L., & Hammen, C. (1995). *Relapse and impairment in bipolar disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1635-1640.

Grandin, L.D., Alloy, L.B., Abramson, L.Y. (2006). *The social zeitgeber theory, circadian rhythms, and mood disorders: Review and evaluation*, *Clinical Psychology Review* 26: 679-694

- Jones, S., Sellwood, W., & McGovern, J. (2005). *Psychological therapies for bipolar disorder: The role of model-driven approaches to therapy integration*. *Bipolar Disorders*, 7: 22–32.
- Keck, P. E., McElroy, S. L., Strakowski, S. M., West, S. A., Sax, K. W., Hawkins, J. M., et al. (1998). *12-Month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode*. *American Journal of Psychiatry*, 155: 646–652.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Malkoff-Schwartz, S., Frank, E., Anderson, B. P., Hlastala, S. A., Luther, J. F., Sherril, J. T., et al. (2000). *Social rhythm disruption and stressful life events in the onset of bipolar and unipolar episodes*. *Psychological Medicine*, 30:1005–1016.
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., et al. (2007). *Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication*. *Archives of General Psychiatry*, 64: 543–552.
- Miklowitz, D., & Otto, M. (2006). *New psychosocial interventions for bipolar disorder: A review of literature and introduction of the systematic treatment enhancement program*. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20: 215–230.
- Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E., Reilly-Harrington, N. A., Kogan, J. N., Sachs, G. S., et al. (2007a). *Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: Results from a 9-month randomized controlled trial*. *American Journal of Psychiatry*, 164: 1340–1347.
- Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E., Reilly-Harrington, N. A., Wisniewski, S. R., Kogan, J. N., et al. (2007b). *Psychosocial treatments for bipolar depression: A 1-year randomized trial from the systematic treatment enhancement program*. *Archives of General Psychiatry*, 64: 419–427.
- Monk, T. H., Kupfer, D. J., Frank, E., & Ritenour, A. M. (1991). *The Social Rhythm Metric (SRM): Measuring daily social rhythms over 12 weeks*. *Psychiatry Research*, 36:195–207.
- Nusslock, R., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Harmon-Jones, E., & Hogan, M. E. (2008). *Impairment in the achievement domain in bipolar spectrum disorders: Role of behavioral approach system hypersensitivity and impulsivity*. *Minerva Pediatrica*, 59: 41–50.
- Nusslock, R., Abramson, L. Y., Harmon-Jones, E., Alloy, L. B., & Hogan, M. E. (2007). *A goal-striving life event and the onset of bipolar episodes: Perspective from the Behavioral Approach System (BAS) dysregulation theory*. *Journal of Abnormal Psychology*, 116: 105–115.
- Prien, R. F., & Rush, A. J. (1996). *National Institute of Mental Health workshop report on the treatment of bipolar disorder*. *Biological Psychiatry*, 40: 215–220.

Scott, J., & Gutierrez, M.J. (2004). *The current status of psychological treatments in bipolar disorders: A systematic review of relapse prevention*. *Bipolar Disorders*, 6: 498–503.

Scott, J., Colom, F., & Vieta, E. (2007). *A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders*. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 10:123–129.

Zubin, J., & Spring, B. (1977). *Vulnerability: A new view on schizophrenia*. *Journal of Abnormal Psychiatry*, 86(2), 103–126.