

Psychotherapeutische Interventionen bei Bipolaren Erkrankungen: Eine Übersicht der Literatur!

Armand Hausmann^{1,2}, Christine Hörtnagl^{1,2}, Markus Müller³, Julie Waack⁴,
Michaela Walpoth¹ und Andreas Conca³

¹ Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Innsbruck

² Tagesklinik für Affektive Erkrankungen, Univ.-Klinik für Psychiatrie Innsbruck

³ Landeskrankenhaus Rankweil, Abteilung der Psychiatrie I

⁴ Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren

Schlüsselwörter:

Bipolare Erkrankungen – Psychotherapie, Psychoedukation – Verhaltenstherapie, Familien-fokussierte Therapie – Interpersonelle Psychotherapie

Keywords:

Bipolar disorder – psychotherapy – cognitive behavioural therapy – family focussed therapy – psychoeducation – interpersonal psychotherapy

Psychotherapeutische Interventionen bei Bipolaren Erkrankungen: Eine Übersicht der Literatur!

Die Begleitung und Behandlung einer Bipolaren Erkrankung stellt hohe Anforderungen an Patienten, Angehörige und Therapeuten. Von therapeutischer Seite aus muss viel in psychosoziale Therapien investiert werden, da die Erkrankung mit einem hohen Ausmaß an psychosozialen Belastungen einhergeht. Die klinische Wirksamkeit psychotherapeutischer Programme wurde im Rahmen von kontrollierten randomisierten Studien untersucht. Es sind dies Psychoedukation, kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen (CBT) eine modifizierte Form der

Interpersonellen Psychotherapie (IPSRT) oder familien-fokussierte Formen der Therapie (FFT). Da in diesen add-on Studien bessere Ergebnisse im Sinne von weniger Episoden, längere Zeiten bis zum Rezidiv, höhere Adhärenz, und allgemein verbesserte Lebensqualität im Vergleich zu den rein pharmakologischen Interventionen gesehen wurden, gilt die Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie derzeit als therapeutischer Standard in der Therapie der Bipolaren Erkrankung.

Die Interventionen sind besser wirksam, wenn die Patienten bei Beginn eine Euthymie aufweisen und verhindern eher manische als depressive Episoden. Es gibt derzeit keine Hinweise auf eine methodenspezifische Wirksamkeit. Psychoedukative Interventionen scheinen in ihrer Wirksamkeit von kurzer Dauer zu sein. Die präventive Wirksamkeit von Booster-Sitzungen wurde noch nicht evaluiert. Diese könnten aber hilfreich sein. Weitere Forschung soll Prädiktoren erarbeiten damit wir in Zukunft wissen welche Patienten besser von psychotherapeutischen Verfahren profitieren können.

Psychotherapeutic Interventions in Bipolar Disorder: A Review

The treatment of bipolar disorders is a demanding task involving

patients, therapists and relatives. As bipolar disorders are associated to multiple psychosocial disturbances, the management of a bipolar disease should focus on psychosocial interventions. Despite an exploding literature on this topic, psychopharmacological interventions applied as a monotherapy have shown unsatisfactory outcomes. In order to enhance outcome, psychotherapy, such as cognitive behavioural therapy (CBT), psychoeducation, a modified form of interpersonal psychotherapy (IPSRT) or family focussed psychotherapy (FFT) were investigated. When used in conjunction with pharmacotherapy, these interventions may prolong time to relapse, reduce symptom severity, and increase medication adherence. These combinations are currently considered being the golden standard in the treatment of bipolar disorders. Psychotherapeutic interventions as an add-on strategy exert better effects when patients are euthymic at entry. Prevention of manic episodes seems to be more successful as compared to the prevention of depressive episodes. There are currently no hints for a method specific efficacy. Efficacy of psychoeducation seems to be rather short lived. Currently not yet evaluated booster-sessions might help. More data are needed in order to identify patients with a putative good response to psychotherapeutic interventions.

This article discusses these interventions and summarizes the evidence for their efficacy in randomized trials.

Bipolare Erkrankungen sind mit hohen psychosozialen Belastungen verbunden

Bipolare Erkrankungen sind hochrekurrend mit einer mittleren Rezidivrate von circa 50 % im ersten Jahr und circa 70 % nach 4 Jahren [13]. Ein wichtiger Aspekt in der Ätiologie bipolarer Erkrankungen ist der Beziehungsaspekt. Affektive Erkrankungen können als Dysfunktionalität von Beziehungsmustern aufgefasst werden, respektiv durch solche unterhalten werden. Andererseits sind wiederum die psychosozialen Folgen der Bipolaren Erkrankung sehr groß. Ein Teil der Erkrankten verliert im Laufe der Jahre den sozialen Halt. Oft geht der Arbeitsplatz verloren, die Familie zerbricht, das soziale Umfeld wendet sich in vielen Fällen ab [18]. Die Bewältigung der oftmals verheerenden Auswirkungen einzelner Krankheitsepisoden und anderer psychosozialer Belastungsfaktoren, die hohe Tendenz zur Verleugnung der Erkrankung, und die damit verbundene geringe Medikamenten-Adhärenz, und die hohe Wahrscheinlichkeit des Auftretens weiterer Episoden, sowie das Bewältigen von Residualsymptomen stehen zusätzlich im Fokus therapeutischen Bemühens. Zusätzlich zu den affektiven Symptomen gesellen sich kognitive Defizite, von denen man früher glaubte, dass sie im Intervall, das heißt zwischen den Phasen bei Bipolaren Patienten nicht zu finden seien. So wiesen in einer Studie alle bipolaren Patienten auch die euthymen, dh. solche ohne akute manische, gemischte oder depressive Symptomatik, Defizite im Bereich verbales Gedächtnis und exekutive Funktionen im Vergleich zu Personen einer Kontrollgruppe auf, welche nie

an affektiven Symptomen zu leiden hatten [30]. Speziell die Defizite bei verbalen Gedächtnisleistungen könnten die verminderte alltägliche Funktionsfähigkeit im Normalleben erklären auch wenn die Patienten in Remission sind [31].

Menschen mit bipolarer Erkrankung weisen eine niedrigere Lebenserwartung auf, welche eventuell durch eine geringere Innanspruchnahme einer medizinischen Versorgung verursacht wird. 25 – 50 % aller Patienten mit einer bipolaren Erkrankung unternehmen einen Suizidversuch. 5–10 % sterben durch Suizid [16].

Wie soll sich Psychotherapie bei Bipolaren Patienten gestalten?

Im Allgemeinen reicht Psychotherapie von der psychologisch kundigen ärztlichen Führung über beratende und unterstützende psychologische Interventionen bis hin zum Einsatz spezieller Verfahren durch Psychotherapeuten. Wie auch bei anderen Krankheitsbildern reicht das angestrebte Wirkungsziel, bestehende Symptome zu beseitigen oder zu modifizieren, gestörte Verhaltensweisen zu wandeln bis zur Förderung einer günstigen Reifung und Entwicklung der Person. Dabei soll Psychotherapie informieren Kontroll-Erfahrungen und Erfolgserlebnisse vermitteln, Spaß machen, und eine vertrauensvolle Bindung aufbauen [15].

Ebenso wie die Pharmakotherapie richtet sich auch die Psychotherapie nach dem jeweiligen Krankheitsstadium. Während in der akuten Phase, die häufig stationär durchlaufen wird, da die notfallmäßige unmittelbare symptom-orientierte Behandlung und medizinisch-psychiatrische Abklärung der Störung im Mittelpunkt stehen, fokussiert sich in der Stabilisierungsphase das therapeutische Handeln auf den Ausbau einer verlässlichen, transparenten, sicheren, kontinuierlichen Begegnung mit

einem spezifischen Krankheitsverständnis. Während eines solchen therapeutischen Prozesses gilt es psychotherapeutisch **1. die Problembe-wältigungs-** (Dem Patienten wird, mit Maßnahmen, die spezifisch auf dieses Problem zugeschnitten sind, direkt bei der Bewältigung eines ihn drückenden Problems zu helfen versucht,) **2. die Klärungs-** (dem Patienten wird geholfen, sich selbst, sein eigenes Erleben und Verhalten besser zu verstehen) und **3. die Beziehungsperspektive** (Behandlung von Beziehungsstörungen) zu erarbeiten, zu integrieren, zu differenzieren und umzusetzen. Im Wesentlichen hängt die Wirkungsweise der Psychotherapien nicht von der korrekten Anwendung der therapeutischen Techniken ab, sondern wird durch die komplexe Art und Weise der Beziehung zwischen Klient und Psychotherapeut bestimmt [14;27;36]. Für die Angehörigen-Arbeit gelten dieselben therapeutischen Beziehungsangebote und die Bearbeitung der Perspektive-Ebenen. Naturgemäß liegt dabei die Wahrnehmung der Beziehungsstörung im Vordergrund. Eine aktive Kontaktaufnahme und eine therapeutisch aktive Beziehungsarbeit mit den Betroffenen scheinen wichtig zu sein. So beschreiben Simon et al. [44] wie notwendig z.B. die Kontaktaufrechterhaltung auch mittels „Nachtelefonierens“ ist, um eine kontinuierliche und sichere Beziehung über die Zeit zu garantieren.

„Schließlich war die endlose Befragung beendet. Mein Psychiater schaute mich an. In seiner Stimme war nicht die geringste Spur von Unsicherheit: „Manisch-depressive Krankheit“. Ich bewunderte seine schonungslose Offenheit. Und wünschte ihm die Pest an den Hals. Stille, ungläubliche Wut. Ich lächelte freundlich. Er erwiderte mein Lächeln. Soeben hatte der Krieg begonnen.“

Kay Redfield Jamison, Meine ruhelose Seele Knopf, New York 1995

Hindernisse zum Gelingen psychotherapeutischer Interventionen

Aus dem Vorhin Gesagten geht hervor, dass psychotherapeutische Interventionen zu einem wesentlichen Teil als Behandlung von Beziehungsstörungen aufgefasst werden können. So ist verständlich, dass Komorbiditäten im Interaktionsbereich beispielsweise Persönlichkeitsstörungen z.B. vom Borderline Typ den gesamttherapeutischen Erfolgsprozess limitieren [46]. Auch könnten kognitive Beeinträchtigungen eine Rolle im Erfolg oder Misserfolg therapeutischer Interventionen spielen. Sehr konsistente Befunde berichten über kognitive Probleme auch bei euthymen BP Patienten [31]. Die Beeinträchtigungen scheinen sich neben den exekutiven Funktionen auf das episodische verbale Gedächtnis zu beziehen. Diese könnten sich auf Schwierigkeiten bei der Enkodierung zurückzuführen sein. Im Vergleich zu Kontrollpersonen konnten sich Bipolar I Patienten im Rahmen eines verbalen Gedächtnis Tests weniger Worte merken [7].

Wenn sich die Betroffenen während eine CBT zudem als produktiv, überzeugend und dynamisch fehleinschätzen, ein Zustand der nicht der Manie zugeordnet werden kann, so werden diese kaum von der Psychotherapie profitieren [23].

Welche psychotherapeutische Verfahren sind evaluiert?

Aus dem Verständnis des biopsychosozialen Konzeptes psychischer Störungen wurden in den letzten Jahren Anstrengungen unternommen, parallel zur Psychopharmakotherapie auch psychotherapeutische Verfahren anzubieten und systematisch zu untersuchen [40]. Obwohl bis heute erst wenige systematische Untersuchungen existieren, gibt es

bereits evidenzbasierte Daten, dass bipolar erkrankte Patienten von Pharmako- und Psychotherapie deutlich profitieren [1]. Die kognitive Verhaltenstherapie kann mittlerweile als das am besten untersuchte Psychotherapieverfahren bei bipolaren Störungen angesehen werden. Psychoedukative Gruppen (PE) sind mittlerweile gut evaluiert.

Auch wurde die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) oder eine Kombination aus interpersoneller Psychotherapie und sozialer Rhythmustherapie (IPSRT) als therapeutische Verfahren in der Behandlung der bipolaren Erkrankung eingesetzt und evaluiert.

Zusätzlich wurden familienfokussierte psychotherapeutische Interventionen (FFT) untersucht.

Verhaltenstherapeutische (kognitiv-behaviorale) Verfahren (CBT)

Kognitiv behaviorale Therapie hilft dem Patienten jene angelernten dysfunktionalen Kognitionen und Verhalten zu ändern, welche die bipolare Erkrankung unterhalten, oder einer Heilung im Weg stehen. Die in der Therapie der Bipolaren Erkrankung angewandten CBT-Verfahren unterscheiden sich von einer mehr traditionellen Anwendung der CBT durch mehrere Faktoren. Die Patienten sind meistens nicht akut erkrankt; die Befähigungen werden in einer mehr didaktischen Art dem Patienten vermittelt, mit nur wenigen respektiv einer reduzierten Anzahl an CBT-Techniken. Die Agenda der einzelnen Sitzungen ist mehr Protokoll- als Patienten orientiert. Vier Aspekte sind in diesem Behandlungsansatz der bipolaren Störung wichtig: Psychoedukation, Coping mit Prodromalsymptomen, Umgang mit der Vulnerabilität und Problemen als Folge der Erkrankung [25]. Einen zusätzlich interessanten Beitrag kann die CBT leisten. Betroffene lernen

durch diese Therapieform auch ihre Tagesrhythmen wie beispielsweise den Schlaf gezielt zu beeinflussen [17].

Kontrollierte CBT Studien als add-on-Therapie bei der Behandlung der Bipolaren Erkrankung:

Die systematische Anwendung kognitiver Therapie bei bipolaren Patienten befindet sich derzeit in einigen klinischen Zentren in Untersuchung [3]. Erste kontrollierte Studien hatten nur wenige Patienten und erbrachten eine Verbesserung der Adhärenz [5], eine Reduktion der Episoden in der Therapie-Gruppe [19], sowie eine Verbesserung der sozialen Funktionsniveaus [41]. Die Selbstbeobachtung zur Aufdeckung prodromaler Symptome und der angemessene Umgang damit stellen einen weiteren Bestandteil des von CBT-Interventionen dar. Hirshfeld-Becker et al. [19] untersuchten kognitive Verhaltenstherapie bei Patienten mit bipolarer Störung mit einem Behandlungsansatz über 11 Therapie-sitzungen. Die Therapiegruppe zeigte im Vergleich mit einer Kontrollgruppe signifikant weniger Rückfälle im dreimonatigen follow-up Intervall. Lam et al [21] konnten nachweisen, dass eine mit kognitiver Verhaltenstherapie behandelte Gruppe im Einjahres-Verlauf weniger Rückfälle im Vergleich zu einer Kontrollgruppe aufwies. Gleichzeitig zeigte die CBT-Gruppe eine Verbesserungen des allgemeinen Funktionsniveaus und Verbesserungen im Bereich sozialer Aktivitäten

Eine erste Studie mit ausreichend Patienten (n=103) wurde auch von Lam et al. [22] publiziert. BP I Patienten mit frequenten Episode in der Anamnese, wurden zu entweder einer CBT-Gruppe (14 Sitzungen in den ersten 6 Monaten und 2 Booster Sitzungen in den nächsten 6 Monaten), oder einer naturalistischen (treatment as usual) TAU -Gruppe randomisiert. Die Resultate im Follow-up nach einem Jahr waren folgende. In der CBT-Gruppe zeigten sich weni-

ger Episoden (43,8% vs 75%), eine kürzere Dauer der Episoden (27 vs. 88 Tage), sowie eine Reduktion der stationären Aufnahmen (15% vs. 33%). Allerdings konnten keine Gruppenunterschiede in Depressions oder Manie Rating Scales oder im sozialen Funktionsniveaus gefunden werden. Daten über 18 Monate wurden 2005 publiziert [24]. Allerdings zeigten die Resultate, dass kognitive Therapie keinen signifikanten Effekt in der Rückfallreduktion über 18 Monate erbrachte. Im Vergleich der beiden Studien von Lam und Mitarbeitern [22;24] könnte man annehmen, dass CBT zwar kurzfristig Effekte zeigt, dass aber eine längerfristige Wirkung fehlt. Es stellt sich die Frage nach der Dauer solcher CBT-Interventionen. Könnten Boostersitzungen, d.h. Auffrisch-Sitzungen hilfreich sein? Hierzu gibt es noch zuwenig an Evidenz als dass man eine Empfehlung aussprechen könnte.

Eine Übersicht der Literatur [32] konkludiert, dass CBT in der Therapie der Bipolaren Erkrankung wirksam ist. Allerdings wurden auch negative Studien über Akutinterventionen teilweise als Poster [33], teilweise in der Literatur publiziert [42].

Bei der letztgenannten publizierten Studie handelt es sich um eine prospektive Multizenter Studie, in welcher Patienten (n=253) über 18 Monate zu zwei Gruppen randomisiert wurden. Die erste Gruppe erhielt CBT plus Medikation und die Kontrollgruppe wurde von einer TAU-Gruppe gebildet. Ausschlusskriterien waren eine akute Manie, Borderline Persönlichkeitsstörung, rapid cycling, sowie eine gleichzeitige Psychotherapie. Mehr als die Hälfte der Patienten hatte einen Rückfall nach 18 Monaten wobei kein Gruppenunterschied feststellbar war. Allerdings erbrachte eine post hoc Analyse der Daten, dass die adjuvante CBT signifikant wirksamer als die TAU Behandlung bei jenen Patienten war, welche weniger als 12 vorherge-

hende Episoden durchlitten hatten, und weniger wirksam bei jenen mit mehr Episoden ($p=0,04$). Auch scheint es sich bei der CBT add-on Therapie um eine kostengünstige Therapieform zu handeln, denn die zusätzlich verursachten Kosten, konnten, wie es in einer Studie bewiesen wurde, über 30 Monate durch Verminderung der Inanspruchnahme sonstiger medizinischer Leistungen aufgewogen werden [25].

Psychoedukation

Allgemein wird unter Psychoedukation die zielorientierte und strukturierte Vermittlung präventiv relevanter Informationen von Professionellen an die Betroffenen, kombiniert mit den psychotherapeutischen Wirkfaktoren einer Gruppentherapie verstanden. Als allgemeine Ziele von Psychoedukation werden eine umfassende Aufklärung über die Erkrankung, die Förderung von Compliance, Angstreduktion, eine Veränderung der Lebensweise und eine Veränderung der Copingfähigkeiten angeführt.

Fokussiert man die psychoedukativen Gruppen mehr auf Edukation (z. B. Vermittlung von Informationswissen: Krankheitsbezogene Informationen über Rhythmus, Frühzeichen, Stressbewältigungsstrategien, Medikamentöse Aufklärung; Problembewältigungsperspektive) und die psychotherapeutischen Gruppen mehr auf individuelle und gruppendynamische Aspekte (Klärungs- und Beziehungsperspektive) so können beide Formen sich ergänzen. Besonders die manualisierten, psychoedukativen Gruppeninterventionen werden als eine Form störungsspezifischer Verhaltenstherapie betrachtet [39].

Erste psychoedukative Programme wurden schon sehr früh evaluiert. Allerdings handelte es sich um eine Studie mit Angehörigen von Patienten, mit einer sehr geringen Anzahl an

Teilnehmern [47], oder es handelte sich um eine gemischte Gruppe von Patienten mit Angehörigen [20].

Zu psychoedukativen Behandlungsansätzen liegen aber mittlerweile auch mehrere Therapievergleichsstudien vor. Perry et al. [37] betreuten 69 Patienten in einem psychoedukativen Programm mit bis zu 12 Sitzungen, welches auf das Erkennen und den Umgang mit prodromalen Symptomen bei Bipolarer Erkrankung fokussierte. Mit einem randomisierten kontrolliertem Studiendesign, in einem Beobachtungszeitraum von 18 Monaten, konnten die Autoren zeigen, dass ein solches Programm mit einer Reduktion manischer Rückfälle einherging, nicht aber mit der Verringerung von depressiven Rückfällen. Insgesamt verbesserte sich die Therapiegruppe aber sowohl bezüglich des sozialen Funktionsniveaus als auch der Arbeitsfähigkeit.

Colom und Mitarbeiter [6] untersuchten für mindestens ein halbes Jahr remittierte bipolar I und II erkrankte Patienten (n=120). Ziel war, die Überprüfung der Wirksamkeit eines psychoedukativen Behandlungskonzepts zur Rückfallsprophylaxe zu ermitteln. Ein Programm mit 21 therapeutischen Gruppensitzungen über 21 Wochen, jeweils über 90 Minuten war unstrukturierten Gruppensitzungen signifikant in einem 2 Jahres Follow-up überlegen. Dies betraf eine geringere Anzahl von Rückfällen während der Interventionsphase ($P<0,05$), geringere Rückfallraten nach 2 Jahren ($P<0,001$), und einer längeren Zeit bis zum Rückfall für jene Patienten, welche an den psychoedukativen Gruppen teilnahmen. Auch war die Adhärenz zur Therapie besser. Die Lithiumspiegel nicht aber Valproat- oder Carbamazepin-Spiegel unterschieden sich signifikant ($p=0,03$) nach 2 Jahren zugunsten der Psychoedukations-Gruppe.

Interpersonelle Psychotherapie (IPT)

Ursprünglich wurde die IPT als Kurztherapie nur für die Behandlung der unipolaren Depressionen entwickelt. Ihr zugrunde liegen die Arbeiten der interpersonellen Schule deren bekannteste Vertreter Sullivan und Adolph Meyer sind. Die IPT kombiniert Methoden und Verfahren aus verschiedenen Therapieschulen. Sie setzt sich aus Elementen der tiefenpsychologischen Psychotherapie, der kognitiven Verhaltenstherapie und der Gesprächspsychotherapie zusammen. Entscheidend in der Behandlung sind psychosoziale und zwischenmenschliche Erfahrungen des Patienten. Die Interpersonelle Psychotherapie der Depression modifizierte diesen Ansatz etwas indem sie den Einfluss der frühkindlichen Entwicklung nicht in die therapeutische Arbeit einbezieht, sondern sich auf das therapeutische Arbeiten an den Beziehungen im Hier und Jetzt konzentriert. Dabei wird angenommen, dass sich frühere zwischenmenschliche und psychische Erfahrungen des Patienten im aktuellen Verhalten zeigen.

Unterbrechung des sozialen Rhythmus als Risikofaktor zur Induktion affektiver, hauptsächlich manischer, Episoden.

Zusätzlich zu life-events als Risikofaktoren zur Destabilisierung der Stimmung wurden in der Literatur Unterbrechungen des sozialen Rhythmus angeführt [9]. Hierunter sind Unterbrechungen des zeitlichen Schlafablaufs, der Nahrungsaufnahme, des Arbeitsablaufs etc. zu verstehen. Dementsprechend sind eine Routine in der Partnerbeziehung, strukturierte Freizeitgestaltung sowie die Routine sozialer Rhythmen präventiv helfend [8]. Eine Veränderung dieser Rhythmen wurde dementspre-

chend mit der Induktion depressiver und manischer Episoden in Verbindung gebracht [12;26]. In der Tat konnte eine Korrelation zwischen einer akuten Unterbrechung sozialer Rhythmen und dem Auftreten vor allem manischer Episoden dokumentiert werden [28;29]. Chronotherapeutische Interventionen versuchen den Patienten die Bedeutung der Aufrechterhaltung sozialer Rhythmen für die Erhaltung ihrer Gesundheit nahe zu bringen. Interpersonelle und soziale Rhythmus Therapie (IPSRT) fokussiert auf die Stabilisierung der zirkadianen sozialen Abläufe und versucht dabei Schlüsselprobleme interpersoneller Konflikte zu lösen.

Eine Kombination aus IPT und sozialer Rhythmustherapie (IPSRT) wurde mit einem intensiven klinischen Management (ICM) bei Patienten mit BPI in einer randomisierten, kontrollierten Studie verglichen [11]. Hierzu wurden vier Behandlungsstrategien miteinander verglichen: 1) Akute und Erhaltungs IPSRT (IPSRT / IPSRT); 2) Akute und Erhaltungs ICM (ICM / ICM); 3) Akute IPSRT und Erhaltungs ICM (IPSRT / ICM); sowie 4) Akute ICM und Erhaltungs IPSRT (ICM / IPSRT). Die akute IPSRT wurde als eine 2 wöchentliche über 12 Wochen dauernde Therapie definiert. Die Erhaltungs ICM bestand in monatlichen Therapiesitzungen über 24 Monate. 175 akut erkrankte BPI Patienten wurden in diese prospektive Studie aufgenommen. Zwischen den vier Behandlungsstrategien gab es keinen Gruppenunterschied in der Zeit zur Stabilisierung über die Akutphase von 12 Wochen. Nach Adjustierung für Kovariablen fanden die Autoren, dass jene Patienten mit IPSRT in der Akutphase der Therapie längere Zeit ohne affektive Episode waren ($p=0,01$). Patienten in der IPSRT Gruppe hatten höhere Regelmäßigkeiten des sozialen Rhythmus am Ende der Akutbehandlung ($p<0,001$). Diese Fähigkeit während der akuten Behandlung war assoziiert mit einer reduzierten Wahrrscheinlich-

keit des Rückfalls in der Erhaltungsphase ($p=0,05$). Allerdings betrug die drop-out Raten in dieser Studie je nach Gruppe über 50% über 2 Jahre, so dass eine Verallgemeinerung dieser Daten schwierig ist.

Familien fokussierte Psychotherapie (FFT)

Aus dem systemischen Verständnis und auf dem Kommunikationstheoretischen Hintergrund versucht Familien-fokussierte Therapie, hohe Levels an Stress und Konflikte in Familien von bipolaren Patienten zu reduzieren, um so den Umgang und den Verlauf der Erkrankung günstig zu beeinflussen. Das prädiktive Konzept der „high expressed emotion“ (EE) selbst resultiert aus dem Wissen, dass die Bipolare Erkrankung bei Patienten aus EE-Familien, einen symptomatischeren Verlauf nimmt, wie im Vergleich zu Patienten aus Familien mit „low expressed emotion“ [45]. Die Familienfokussierte Therapie ist nach Simoneau als eine Art Familienpsychoedukation zu begreifen, welche auf dieses dysfunktionale Familien-Umfeld abzielt. FFT in Kombination mit Psychopharmakologischen Interventionen scheint, den Verlauf der Bipolaren Erkrankung zu verbessern.

In einer 9 monatigen kontrollierten Studie [34] wurden 101 kürzlich erkrankte Patienten zu entweder FFT (21 Sitzungen) und Psychopharmakotherapie oder einem intensiven Krisenmanagement plus Pharmakotherapie als Kontrollgruppe randomisiert. Die Patienten der FFT-Gruppe hatten weniger Rezidive (11/31, 35%) und längere stabile Intervalle (\pm SD, 73.5 \pm 28.8 Wochen) als Patienten in der Kontrollgruppe (38/70, 54%; \pm SD, 53.2 \pm 39.6 Wochen). Die Kombination aus FFT und Pharmakotherapie hatte nach 2 Jahren die affektive Symptomatik verbessert und die psychopharmakologische Adhärenz im Vergleich zur

Kontrollgruppe erhöht [38].

Kürzlich manische Patienten wurden entweder zu einer 9 monatigen FFT (n = 28) oder zu einer individuellen Therapie (n = 25) als Kontrolle randomisiert. Zusätzlich erhielten alle Patienten als Basistherapie Stimmungsstabilisatoren. Im Vergleich zur Kontrollgruppe hatten die Patienten in der FFT-Gruppe nach 2 Jahren eine weniger hohe Wahrscheinlichkeit rehospitalisiert worden zu sein.

Die Familien fokussierte Therapie (FFT) erfuhr eine Ergänzung durch individuelle Sitzungen interpersoneller- und sozialer Rhythmus-Therapie (IPSRT) und wurde als IFIT in einer offenen Studie, versus eine Gruppe von Patienten (n=70) mit Standard Intervention, aus einer früheren Studie verglichen. Die Resultate in einem Jahres Follow-up waren folgende. Die 30 Patienten in der IFIT-Gruppe welche kurz nach einer akuten Episode in das Programm aufgenommen wurden, boten nach 1 Jahr Follow up längere Intervalle zum Rezidiv, sowie weniger hohe Depressionswerte im Vergleich zur Kontrollgruppe. Dieses Resultat konnte nicht erklärt werden durch unterschiedliche pharmakologische Therapien, oder durch andere Baselinewerte der 2 Gruppen [35].

Die höchste Stufe an Evidenz: Metaanalytische Daten zur psychotherapeutischen add-on Therapie

Eine rezente Metaanalyse [43] untersucht 8 randomisierte kontrollierte Studien, welche psychologische Interventionen als add-on zu Standard psychiatrischen Therapien vs. Standard Therapie beschreiben. Rezidiv Raten wurden für selektierte Studien errechnet indem gepoolte odds-ratios mittels meta-analytischer Techniken, welche die jeweiligen Differenzen der Wirksamkeit zwi-

schen den Gruppen und entsprechend des angewandten Therapiemodells ermittelt. Zusätzlich wurden in der Kalkulation die Art der Auslenkung des Rezidivs, sowie der Status der Patienten bei Eintritt (euthym vs. symptomatisch) berücksichtigt. Die add-on Studien zeigten im Vergleich zu den Studien mit Standard Therapie eine signifikante Reduktion der Rezidive (circa 40%). Die add-on Therapien waren wirkungsvoller, wenn die Patienten bei Eintritt eine Euthymie aufwiesen. Sie scheinen weniger wirkungsvoll zu sein bei Patienten, welche eine hohe Anzahl (>12) an vorangegangenen Episoden aufweisen. Die Autoren schließen, dass weiterhin eine Notwendigkeit nach pragmatischen Wirksamkeitsstudien besteht um jene Personen besser charakterisieren zu können, welche am meisten von psychotherapeutischen Interventionen profitieren könnten.

„Ich kann mir nicht vorstellen ein normales Leben zu führen ohne beides, Lithium einzunehmen und die Vorteile der Psychotherapie zu erfahren. Ohne Zweifel, Psychotherapie heilt!“

Kay Redfield Jamison. Meine ruhelose Seele Knopf, New York 1995

Schlussfolgerung

Schlussfolgernd ist festzuhalten, dass wenn auch nicht alle derzeit durchgeführten Kombinations-Studien positive Ergebnisse berichten, eine Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie als therapeutischer Standard in der Bipolaren Erkrankung anzusehen ist.

Psychotherapeutische add-on Interventionen sind besser wirksam, wenn die Patienten bei Beginn eine Euthymie aufweisen. Bessere Wirksamkeit scheint auch im Verhindern von manischen im Vergleich zu depressiven Episoden zu bestehen. Es gibt derzeit keine Hinweise auf

unterschiedliche therapiespezifische Wirksamkeit. Allgemein lässt sich sagen, dass therapeutisch aktiv in die Beziehungsarbeit mit den Betroffenen einzutreten ist und dass so vordergründig scheinbar untherapeutische Vorgehensweisen z.B. mittels „Nachtelefonierens“ eine kontinuierliche und sichere Beziehung über die Zeit garantieren kann. Die therapeutische Wirksamkeit von CBT und PE nehmen über die Zeit ab [2]. Man könnte annehmen, dass CBT zwar kurzfristig Effekte zeigt, dass aber eine längerfristige Wirkung abhanden kommt. Hier könnten Boostersitzungen das heisst Auffrischungssitzungen, hilfreich sein. Aber es gibt noch zuwenig Evidenz als dass man eine Empfehlung aussprechen könnte.

In der Konzeptualisierung des Empowerments, wobei hierunter Strategien und Maßnahmen, die geeignet sind, das Maß an Selbstbestimmung und Autonomie im Leben der Menschen zu erhöhen, verstanden werden, geht der Kontakt naturgemäß schnell verloren. Daher ist eine aktive professionelle Bindungsarbeit, ohne Abhängigkeiten zu erzeugen, zu fordern. Die kombinierten CBT und Psychoedukations-Gruppen respektive die Familien-fokussierten Programme könne auf evidenzbasiertem Wissen das Therapie-Angebot für Angehörige und Betroffene erweitern [4]. Zu beachten sind in der Synopse manche weitere Variablen von prädiktivem Charakter: die verbalen episodischen Gedächtnisleistungen, die psychiatrische Komorbidität und die Einschätzungsfähigkeit der Betroffenen. Dieser kategorialen empirisch-wissenschaftlichen Erfassung von Prädiktoren stehen dimensionale z.T. wissenschaftliche, z.T. rein hermeneutische aber auch schon systematisierte Behandlungs- und Prognosekriterien für eine Psychotherapie gegenüber. Diese letzteren orientieren sich an Persönlichkeits- bzw. Entwicklungsdiagnostik (Bedürfnis- und Beziehungserleben, die Ich-Leistungen, insbesondere die Anpassungs-, Abwehr, und Bewältigungsfunktionen, sowie die unbewus-

sten Selbst und Objekt-Repräsentanzen, also unbewusste Phantasien über sich und andere – und damit verbundene Gestaltung von Beziehungen und nicht symptomzentrierten Diagnosen. Wenn man die Organisation des Ich, des Selbst und der Beziehungen eines Patienten beurteilt, kann man einschätzen, ob ein mehr auf die Konflikt- und Beziehungsdynamik zentriertes Verfahren oder ein stärker auf das manifeste Verhalten zentriertes bzw. übendes Verfahren in Frage kommen und welche Modifikationen des üblichen Vorgehens erforderlich sind, damit die Behandlung dem Patienten optimal nützt [10]. Die Wirkungsweise der Psychotherapien ist nicht von der korrekten Anwendung der therapeutischen Techniken abhängig, sondern wird durch die komplexe Art und Weise der Beziehung zwischen Klient und Psychotherapeut bestimmt. So führen oft weniger schulenspezifische, eklektizistische Kombinationen aus unterschiedlichen Techniken zum Ziel.

„Keine Pille kann mir helfen mit dem Problem, keine Tabletten einnehmen zu wollen; gleichermaßen kann keine Psychotherapie allein, wie oft auch immer konsumiert, Manien oder Depressionen verhindern. Ich brauch beides“

Kay Redfield Jamison. *Meine Ruhelose Seele* 1995

Literatur

- [1] American Psychiatric Association. Practice guidelines bipolar disorder 2002. http://www.psych.org/psych_pract/treat/pg/prac_guide.cfm.
- [2] Ball J.R., Mitchell P.B., Corry J.C., Skillecorn A., Smith M., Malhi G.S.: A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: focus on long-term change. *J Clin Psychiatry* 67:277-286 (2006).
- [3] Basco M., Rush A.: Cognitive-behavioral treatment of manic-depressive disorder. New York: Guilford (1995).
- [4] Bernhard B., Schaub A., Kummeler P., Dittmann S., Severus E., Seemüller F., Born C., Forsthoef A., Licht R.W., Grunze H.: Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *Eur Psychiatry* 21:81-86 (2006).
- [5] Cochran S.D.: Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J Consult Clin Psychol* 52:873-878 (1984).
- [6] Colom F., Vieta E., Martinez-Aran A., Reinares M., Goikolea J.M., Benabarre A., Torrent C., Comes M., Corbella B., Parramon G., Corominas J.: A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease Is in Remission. *Arch Gen Psychiatry* 60:402-407 (2003).
- [7] Deckersbach T., Savage C.R., Dougherty D.D., Bohne A., Loh R., Nierenberg A., Sachs G., Rauch S.L.: Spontaneous and directed application of verbal learning strategies in bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder. *Bipolar Disord* 7:166-175 (2005).
- [8] Ehlers C.L., Frank E., Kupfer D.J.: Social Zeitgebers and biological rhythms: A unified approach to understanding the etiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 45:948-952 (1988).
- [9] Ehlers C.L., Kupfer D.J., Frank E., Monk T.H.: Biological rhythms and depression: The role of Zeitgebers and Zeitstörers. *Depression* 1:285-293 (1993).
- [10] Ermann M.: Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. 2. Auflage Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln 1997.
- [11] Frank E., Kupfer D.J., Thase M.E., Mallinger A.G., Swartz H.A., Fagioli A.M., Grochocinski V., Houck P., Scott J., Thompson W., Monk T.: Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 62:996-1004 (2005).
- [12] Goodwin F.K., Jamison K.R.: Manic-Depressive illness. Oxford University Press: Oxford (1990).
- [13] Gitlin M.J., Swendsen J., Heller T.L., Hammen C.: Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 152:1635-1640 (1995).
- [14] Grawe K., Parks B.K.: Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin A.E., Garfield S.L. (eds). *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. Wiley, New York (270-376) 1994.
- [15] Grawe K.: *Psychologische Therapie*. Hogrefe, Göttingen 1998.
- [16] Harris E.C., Barraclough B.: Suicide as an outcome for mental disorders: A metaanalysis. *Br J Psychiatry* 170:205-228 (1997).
- [17] Harvey A.G., Schmidt D.A., Scarna A., Semler C.N., Goodwin G.M.: Sleep-related functioning in euthymic patients with bipolar disorder, patients with insomnia, and subjects without sleep problems. *Am J Psychiatry* 162:50-57 (2005).
- [18] Hirschfeld R.M., Lewis L., Vornik L.A.: Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 64:161-174 (2003).
- [19] Hirschfeld-Becker D., Gould R., Reilly-Harrington N., Cosgrove F., Fredman S., Sachs G.: Short-term adjunctive cognitive-behavioral therapy for bipolar disorders. *Bipolar Disord* 1:35 (1999).
- [20] Honig A., Hofman A., Rozendaal N., Dingemans P.: Psychoeducation in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Res.* 72:17-22 (1997).
- [21] Lam D.H., Bright J., Jones S., Hayward P., Schuck N., Chisholm D., Sham P.: Cognitive therapy for bipolar illness – A pilot study of relapse prevention. *Cogn Ther Res.* 24:503-520 (2000).
- [22] Lam D.H., Watkins E.R., Hayward P., Bright J., Wright K., Kerr N., Parr-Davis G., Sham P.: A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry* 60:145-152 (2003).
- [23] Lam D., Wright K., Sham P.: Sense of hyper-positive self and response to cognitive therapy in bipolar disorder. *Psychol Med* 35:69-77 (2005).
- [24] Lam D.H., Hayward P., Watkins E.R., Wright K., Sham P.: Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *Am J Psychiatry* 162:324-329 (2005).
- [25] Lam D.H., McCrone P., Wright K., Kerr N.: Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study. *British J Psychiatr* 186:500-506 (2005).
- [26] Leibenluft E., Frank E.: Circadian rhythms in affective disorders. In: *Handbook of Behavioral Neurobiology: Circadian clocks* (eds: Takahashi F., Turek F., Moore RY). Plenum Publishing, NY (2000).
- [27] Leichsenring F.: Zur Wirksamkeit tiefenpsychologischer fundierter und psychodynamischer Therapie. Eine Übersicht unter Berücksichtigung der evidence based medicine. *Z Psychosom Med Psychother* 48:139-162 (2002).
- [28] Malkoff-Schwartz S., Frank E., Anderson B., Sherrill J.T., Siegel L., Patterson D., Kupfer D.J.: Stressful

- life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes: a preliminary investigation. *Arch Gen Psychiatry* 55:702-707 (1998).
- [29] Malkoff-Schwartz S., Frank E., Anderson B.P., Hlastala S.A., Luther J.F., Sherrill J.T., Houck P.R., Kupfer D.J.: Social rhythm disruption and stressful life events in the onset of bipolar and unipolar episodes. *Psychol Med* 30:1005-1016 (2000).
- [30] Martínez-Arán A., Vieta E., Reinares M., Colom F., Torrent C., Sánchez-Moreno J., Benabarre A., Goikolea J.M., Comes M., Salamero M.: Cognitive Function Across Manic or Hypomanic, Depressed, and Euthymic States in Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry* 161: 262-270 (2004).
- [31] Martínez-Arán A., Vieta E., Colom F., Torrent C., Sánchez-Moreno J., Reinares M., Benabarre A., Goikolea J.M., Brugue E., Daban C., Salamero M.: Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome *Bipolar Disord* 6:224-232 (2004).
- [32] Meyer T.D., Hautzinger M.: Cognitive behavioral therapy as supplement to pharmacotherapy of manic depressive disorders. What is the empirical basis? *Nervenarzt*. 73:620-628 (2002).
- [33] Meyer T.D., Hautzinger M.: Poster, International Conference Bipolar Disorder Pittsburgh (2003).
- [34] Miklowitz D.J., George E.L., Richards J.A., Simoneau T.L., Suddath R.L.: A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 60:904-912 (2003)
- [35] Miklowitz D.J., Richards J.A., George E.L., Frank E., Suddath R.L., Powell K.B., Sacher J.A.: Integrated family and individual therapy for bipolar disorder: results of a treatment development study. *J Clin Psychiatry* 64:182-191 (2003).
- [36] Orlinsky D.E., Grawe K., Parks B.K.: Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (eds). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley 270-376 (1994).
- [37] Perry A., Tarrier N., Morriss R., McCarthy E., Limb K.: Randomized controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ* 318:149-155 (1999).
- [38] Rea M.M., Tompson M.C., Miklowitz D.J., Goldstein M.J., Hwang S., Mintz J.: Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 7:482-492 (2003)
- [39] Schaub A., Bernhard B., Gauck L.: *Kognitiv-psychoedukative Therapie bei bipolaren Erkrankungen*. Hogrefe. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag (2004).
- [40] Scott J.: Psychotherapy for bipolar disorder: An unmet need? *Br J Psychiatry* 167:581-588 (1995).
- [41] Scott J., Garland A., Moorhead S.: A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychol.Med* 31:450-467 (2001).
- [42] Scott J., Paykel E., Morriss R., Bentall R., Kinderman P., Johnson T., Abbott R., Hayhurst H.: Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 188:321-322 (2006).
- [43] Scott J., Colom F., Vieta E.: Related Articles, A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 10:123-129. (2007)
- [44] Simon G.E., Ludman E.J., Unutzer J., Bauer M.S., Operskalski B., Rutter C.: Randomized trial of a population-based care program for people with bipolar disorder. *Psychol Med* 35:13-24 (2005).
- [45] Simoneau T.L., Miklowitz D.J., Saleem R.: Expressed emotion and interactional patterns in the families of bipolar patients. *J Abnorm Psychol* 107:497-507 (1998).
- [46] Swartz H.A., Pilkonis P.A., Frank E., Proietti J.M., Scott J.: Acute treatment outcomes in patients with bipolar I disorder and co-morbid borderline personality disorder receiving medication and psychotherapy. *Bipolar Disord.* 7:192-197 (2005).
- [47] Van Gent E.M., Zwart F.M.: Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients. *J Affect Disord* 21:15-18 (1991).

Ao. Univ.-Prof.
 Dr. Armand Hausmann
 Medizinische Universität Innsbruck
 Univ.-Klinik für Psychiatrie
 Tagesklinik für Affektive
 Erkrankungen
 armand.hausmann@i-med.ac.at