

Evidenzbasierte Behandlung von Bipolaren Störungen. Empfehlungen der S3 Leitlinie

Martin Hautzinger

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



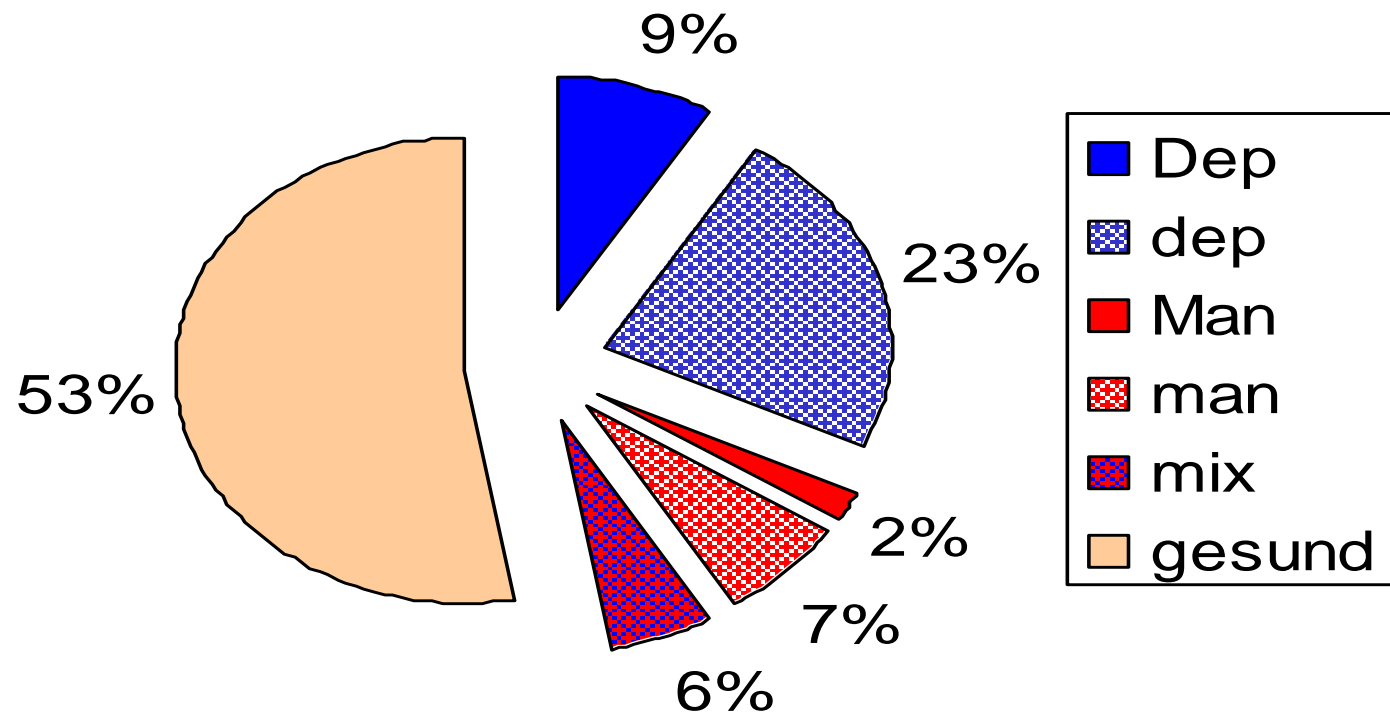
Kriterien zum Einschätzen der Wahrscheinlichkeit einer bipolaren Störung bei Abwesenheit von manischen/hypomanen Episoden in der Vorgeschichte

Kategorie	Bipolare Störung ^a	Unipolare Störung ^a
Psychopathologie	<ul style="list-style-type: none"> – ≥ 2 atypische depressive Symptome – Psychotische Symptome – Hypomane Symptome 	<ul style="list-style-type: none"> – Einschlafstörungen/frühes Erwachen – Appetitlosigkeit/Gewichtabnahme – Somatische Beschwerden
Krankheitsverlauf	<ul style="list-style-type: none"> – Früher Krankheitsbeginn (< 25. Lebensjahr) – Viele Episoden in der Vorgeschichte (< 5) – Rascher Episodenbeginn (< 1 Woche) 	<ul style="list-style-type: none"> – Später Krankheitsbeginn (< 25. Lebensjahr) – Lange Episodendauer (> 6 Monate) – Langsamer Episodenbeginn (> 1 Monat)
Familienanamnese	<ul style="list-style-type: none"> – Positive Familienanamnese für bipolare Störungen 	<ul style="list-style-type: none"> – Negative Familienanamnese für bipolare Störungen

^aEine hohe Wahrscheinlichkeit für eine bipolare/unipolare Störung liegt vor, wenn mindestens ein Kriterium aus jeder Kategorie oder insgesamt ≥ 5 der genannten Kriterien insgesamt vorliegt.

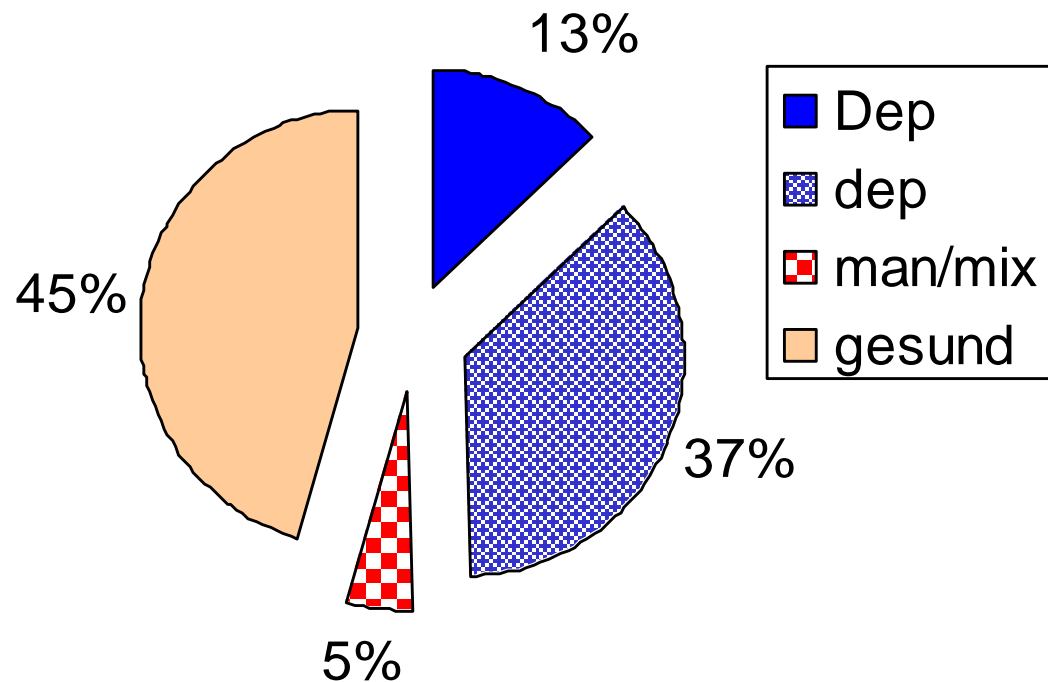


Die Wochen eines Menschen mit Bipolar I Störung (über 12,5 Jahre)





Die Wochen eines Menschen mit Bipolar II Störung (über 13,1 Jahre)



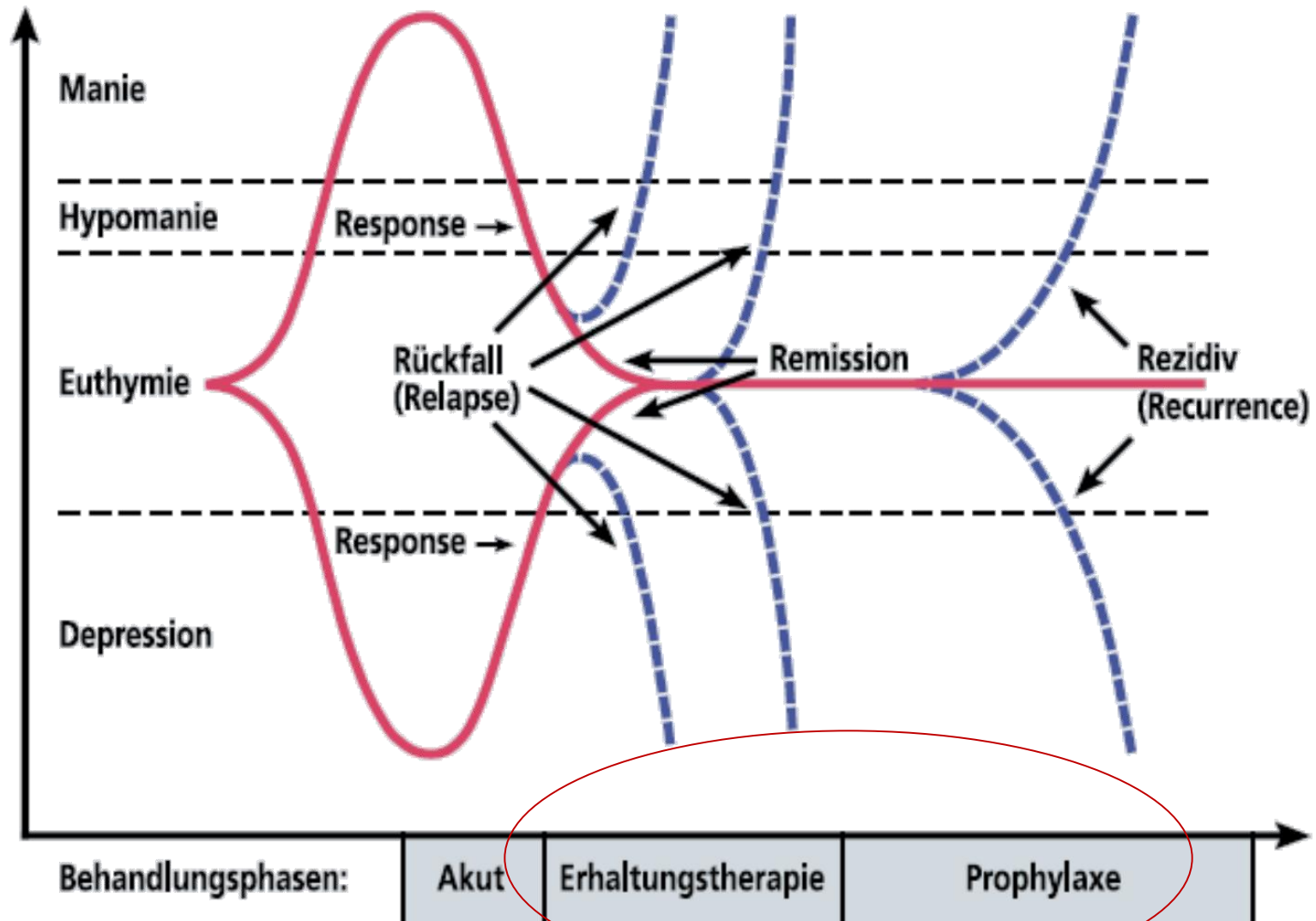


Was bedingt einen ungünstigen Verlauf (negative Prognose)?

- Hohe Episodenfrequenz
 - Schizoaffektive oder psychotische Episoden
 - Polyphasische Episoden
 - Gemischte Episoden
- Alkohol- oder Drogenmissbrauch
 - Kritische Lebensereignisse, Stress
 - Instabiler Lebensrhythmus
 - Wechselnder Schlaf-Wach-Rhythmus
 - Unzureichende Psycho- und Pharmakotherapie (Non-Compliance)



Behandlungsoptionen





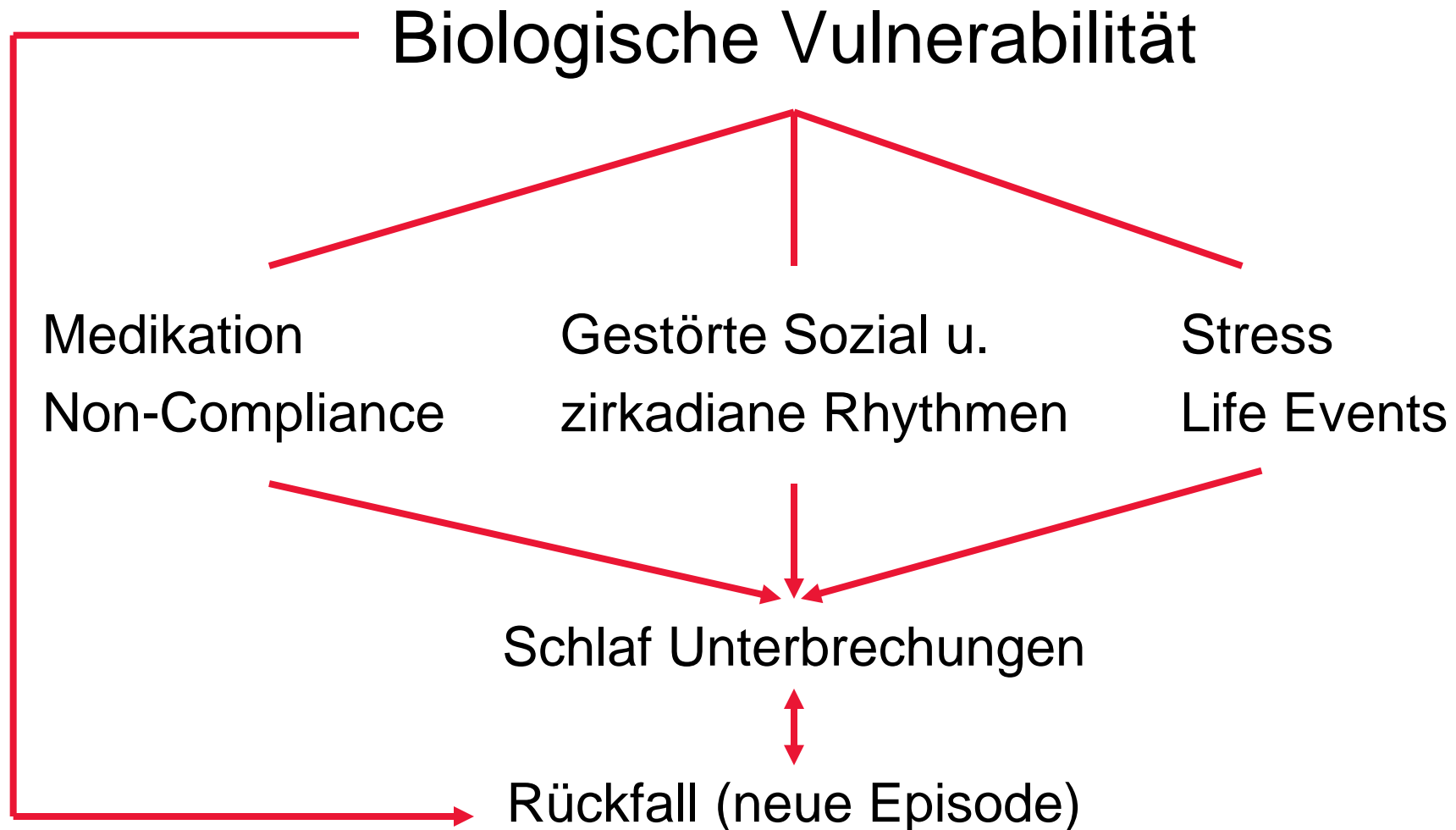
Typische Bipolare Patienten in Psychotherapie

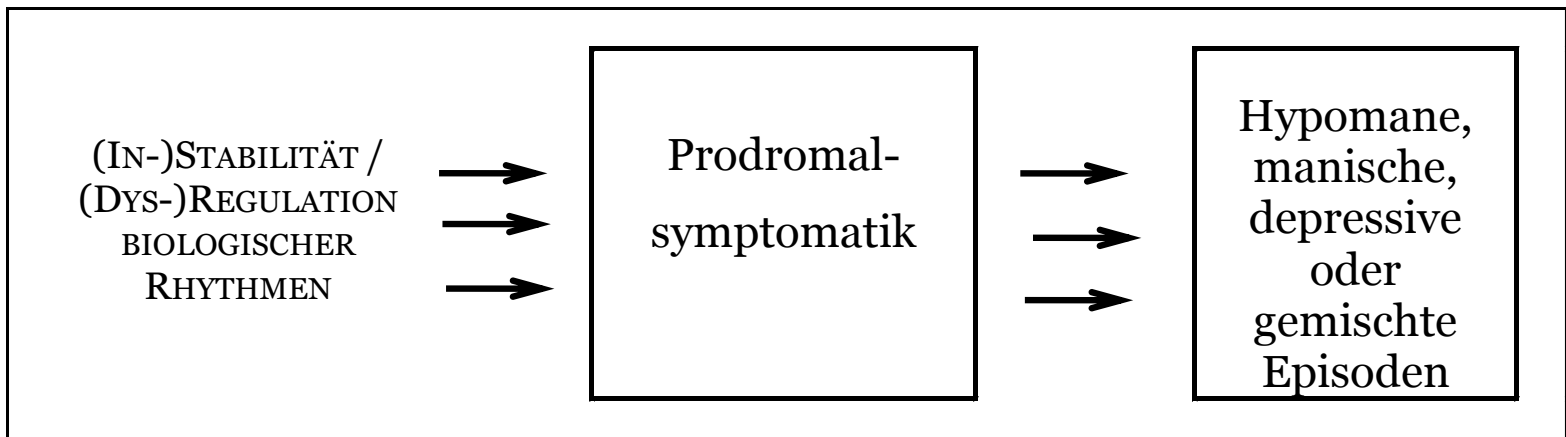
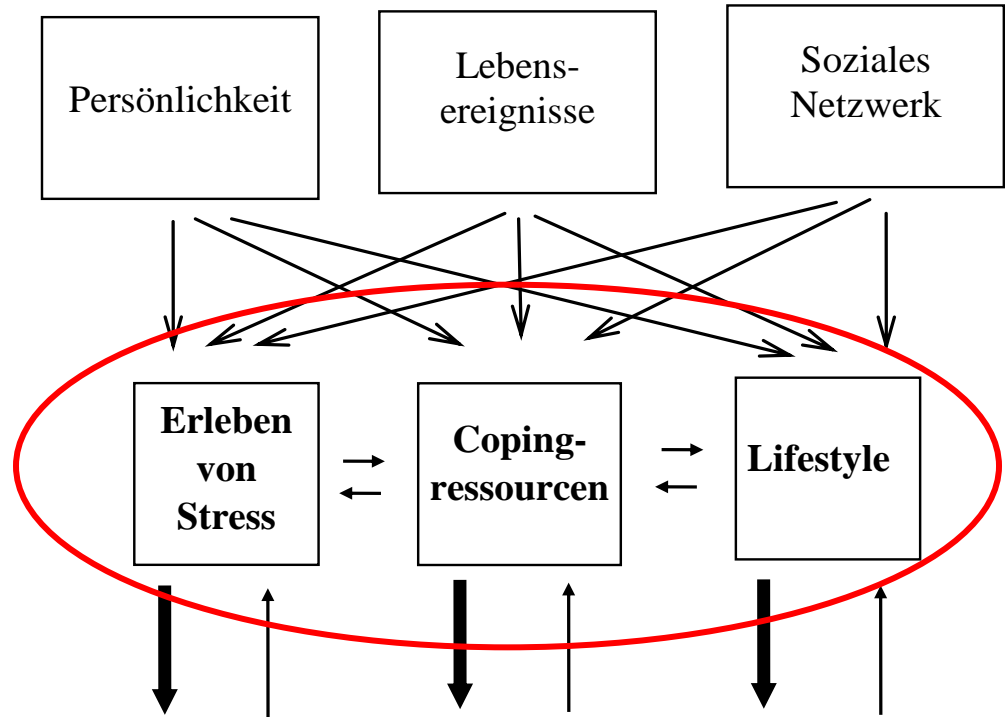
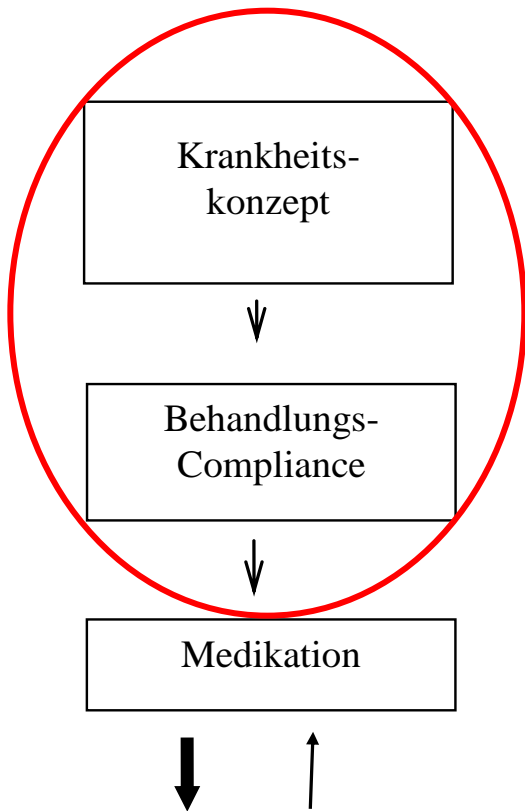
(Scott 2003)

Aktueller Zustand	Studie 1	Studie 2
Euthymic	11	14
Depressive disorder	5	5
Rapid cycling disorder	2	1
Hypomanic	2	0
Mixed state	1	0



Modell zum Verständnis Bipolar Affektiver Störungen







„Psychotherapien“ bei Bipolaren Affektiven Störungen

- Interpersonal Social Rhythm Therapy (IPSRT)
- Family Focused Behavior Therapy (FFT)
- Cognitive Behavioural Therapy (CBT)
- Psychoeducational Therapy (PET)

Nur diese 4 Formen wurden bislang in kontrollierten Studien eingesetzt und evaluiert



Psychotherapie (KVT):

1. Phase: Motivation und Information Psychoedukation

Was kann mir diese Therapie zusätzlich bringen?

Wodurch entstehen Rückschläge?

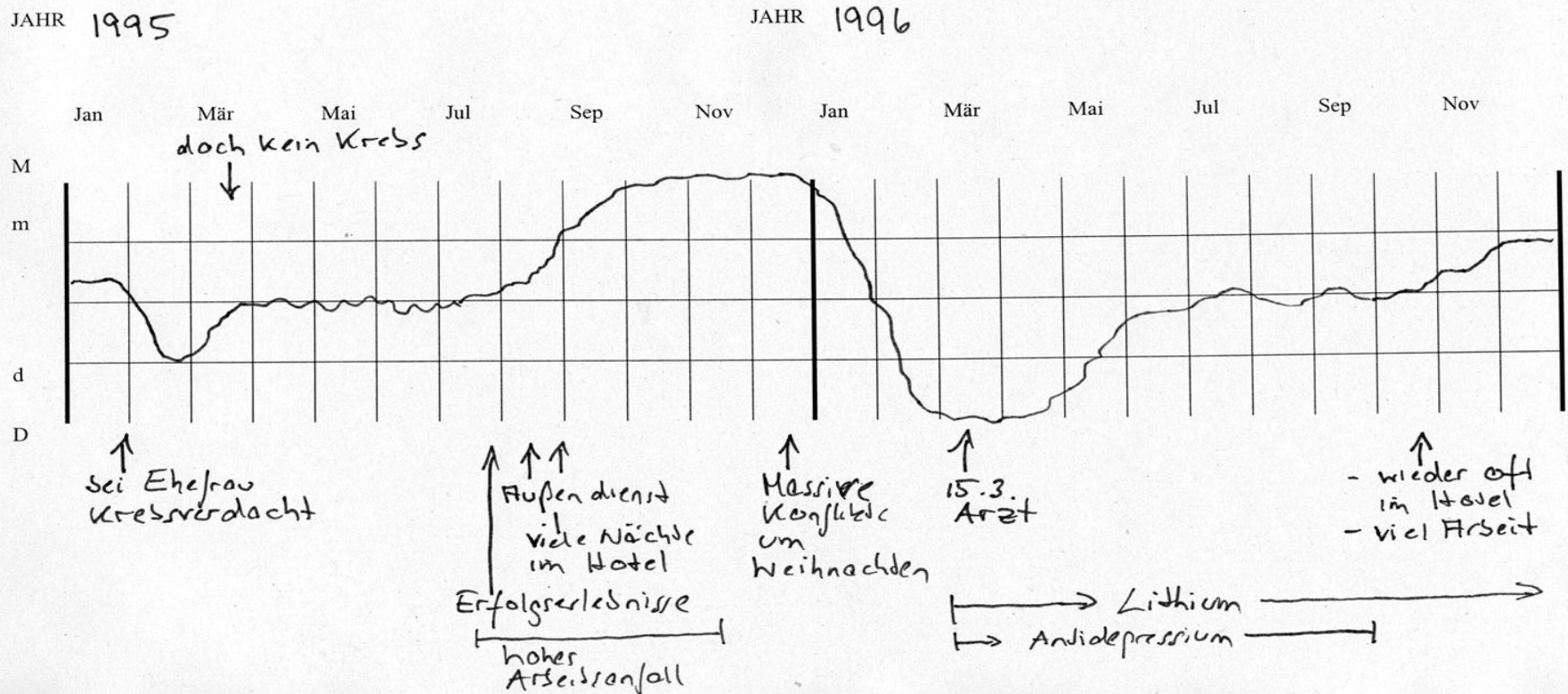
Was bedeutet manisch-depressiv für mich, für andere, für meine Kinder...?

Was bringen mir Medikamente?



Lifechart

In dem folgenden Schema kann ein Zeitraum von zwei Jahren eingetragen werden. Tragen Sie zuerst die bei „Jahr“ die Jahreszahlen ein, auf die Sie sich beziehen. Bitte versuchen Sie dann im Rückblick zu beurteilen, wie es Ihnen in den einzelnen Monaten gegangen ist. Die mittlere Linie bezeichnet eine normale durchschnittliche Stimmung. Nach oben hin werden hypomane Symptome (m) als Erreichen der ersten Linien abgetragen. Je manischer der Zustand war, desto höher müssen Sie dies abtragen, wobei „M“ am oberen Ende der Skala „manisch“ bedeutet. Analog werden nach unten leichte negative Verstimmungen (d) und depressive Phasen (D) abgetragen.





2. Phase: **Verhaltens-, Problemanalyse** **Selbstbeobachtung** **Aufbau eines „Frühwarnsystem“**

Zusammenhänge erkennen von
Alltagsereignissen, Verhalten und Befinden
Was sind Warnhinweise für erneute
depressive und/oder manische Episoden?
Symptom-Monitoring: Differenzierung
zwischen normalen und auffällige
Stimmungsschwankungen
Was kann ich tun? Selbstmanagement lernen



S T B (R)-VT

(Stimmungs-Tagebuch V4.rev)

Kalenderwochen Nr.: _____

Datum: _____ vom _____ bis _____

Probandencode: _____



Mood 06/10/03

Maximum today

minimum depressive maximum manic

Minimum today

maximum depression maximum mania

back cont.

Day 06/10/03

Function max +1 min -2

Mood max 58 min 29

Drugs unchanged

Life Events Effect ▼ -2

Comorbid Symptoms

hospitalized Sleep: 7 h

menses Switchcount:

dysphoric mania

change date back done



Psychotherapie (KVT):

3. Phase: Verhalten, Denken, Affekte in der Depression und in der Manie

Was und wie mache ich es? –

Planung von Aktivitäten: Aufbau bzw. Abbau

Wie beeinflusst mein Denken mein Fühlen
und Handeln? –

Erkennen und Verändern von
dysfunktionalen Gedanken

Emotionen, Impulse, Emotionsregulation



Emotionen, Impulse und Emotionsregulation

Ziel: Verschiedene Emotionen differenzieren lernen, Impulse und emotionale Ausnahmezustände erkennen und sich entwickeln lernen, Erklärungsmodell zu Emotionsregulation und bipolare Störung (Ergänzung des Erklärungsmodells aus Phase I), Akzeptanz von Gefühlen, Emotionsregulation lernen.

Hilfsmittel: Emotionscheck (Selbstbeobachtung), Arbeitsblatt „erst planen, dann handeln“, Akzeptanz- und Toleranzplan (ggf. Stimmungstagebuch)

Arbeitsblatt 15: Emotionsregulationsstrategien

Notieren Sie bitte in Stichworten, in welcher Situation Sie welche Strategie geübt haben.

Regulationsstrategie	Montag	Dienstag	Mittwoch	
Nicht-wertende Wahrnehmung und neutrales Benennen von Gefühlen				
Akzeptanz und Toleranz von Gefühlen (Sinn und Nutzen bewusst machen, leichtes Lächeln)				
Effektive Selbstunterstützung				
Kognitive Neubewertung				
Ablenkung (Hirn Flic-Flac, Aktivitäten, Untersützung anderer, Gefühle ersetzen, Augenblick verändern)				
Achtsamkeitsübungen				



Psychotherapie (KVT):

4. Phase: Problemlöseverhalten, Soziale Skills, Kommunikationsfertigkeiten

Wie gehe ich meine Probleme an?

Gibt es Alternativen dazu?

Wie verhalte ich mich in sozialen
Situationen z.B. bei Streitigkeiten?

Gibt es andere Möglichkeiten?



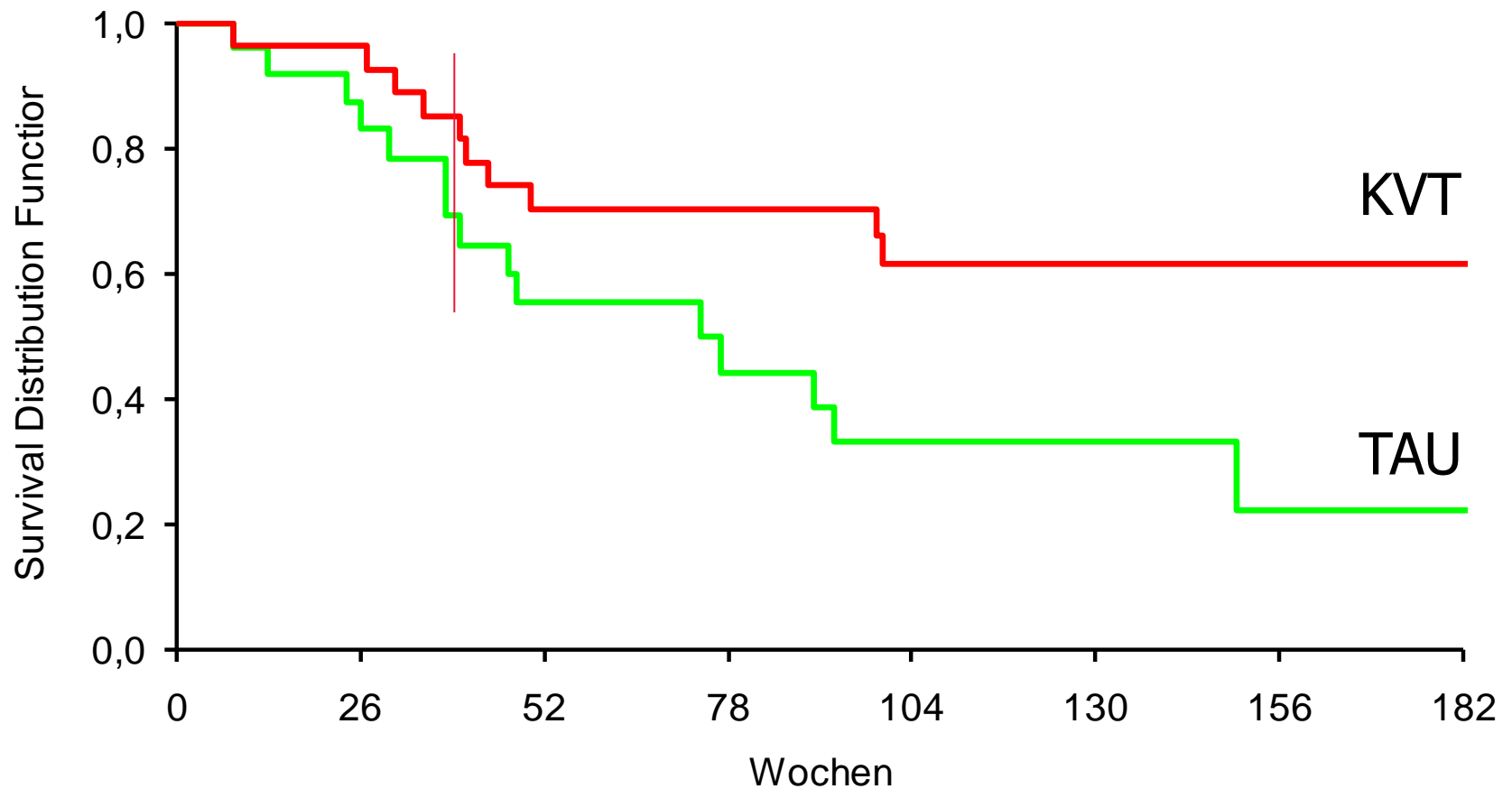
Psychotherapie (KVT):

5. Phase: Die Zeit danach, Beibehaltung des Gelernten

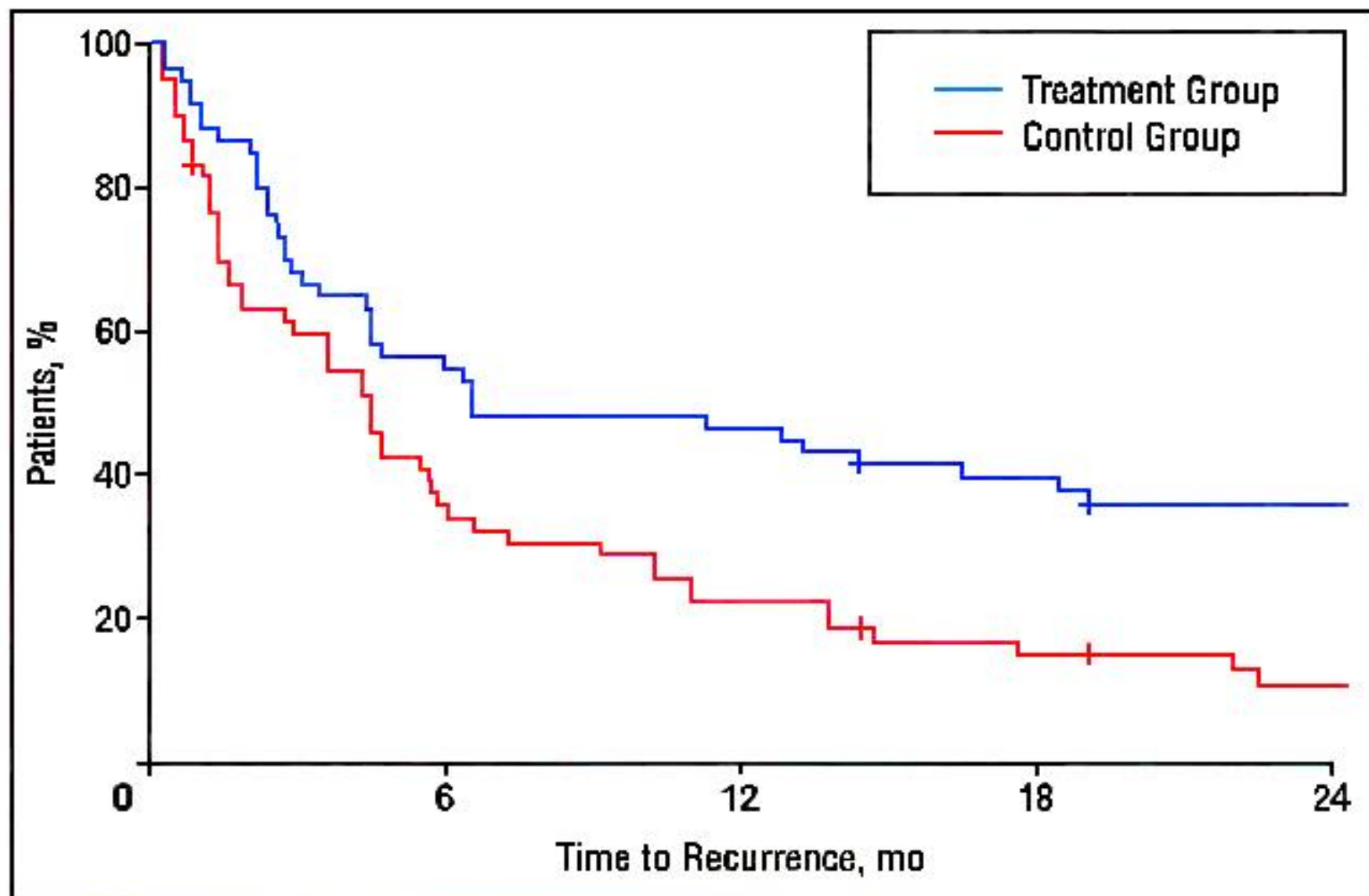
Ziel: Rückblick auf Gelerntes, Fortschritte und Zielerreichung klären, Ausblick auf Zeit ohne die Therapiekontakte, Krisen- und Notfallplanung

Hilfsmittel: Liste (individuell) nützlicher Materialien und Übungen, Notfallplan

Kumulative Wahrscheinlichkeit für Hospitalisierung 9-Mon Intervention und Follow-Up



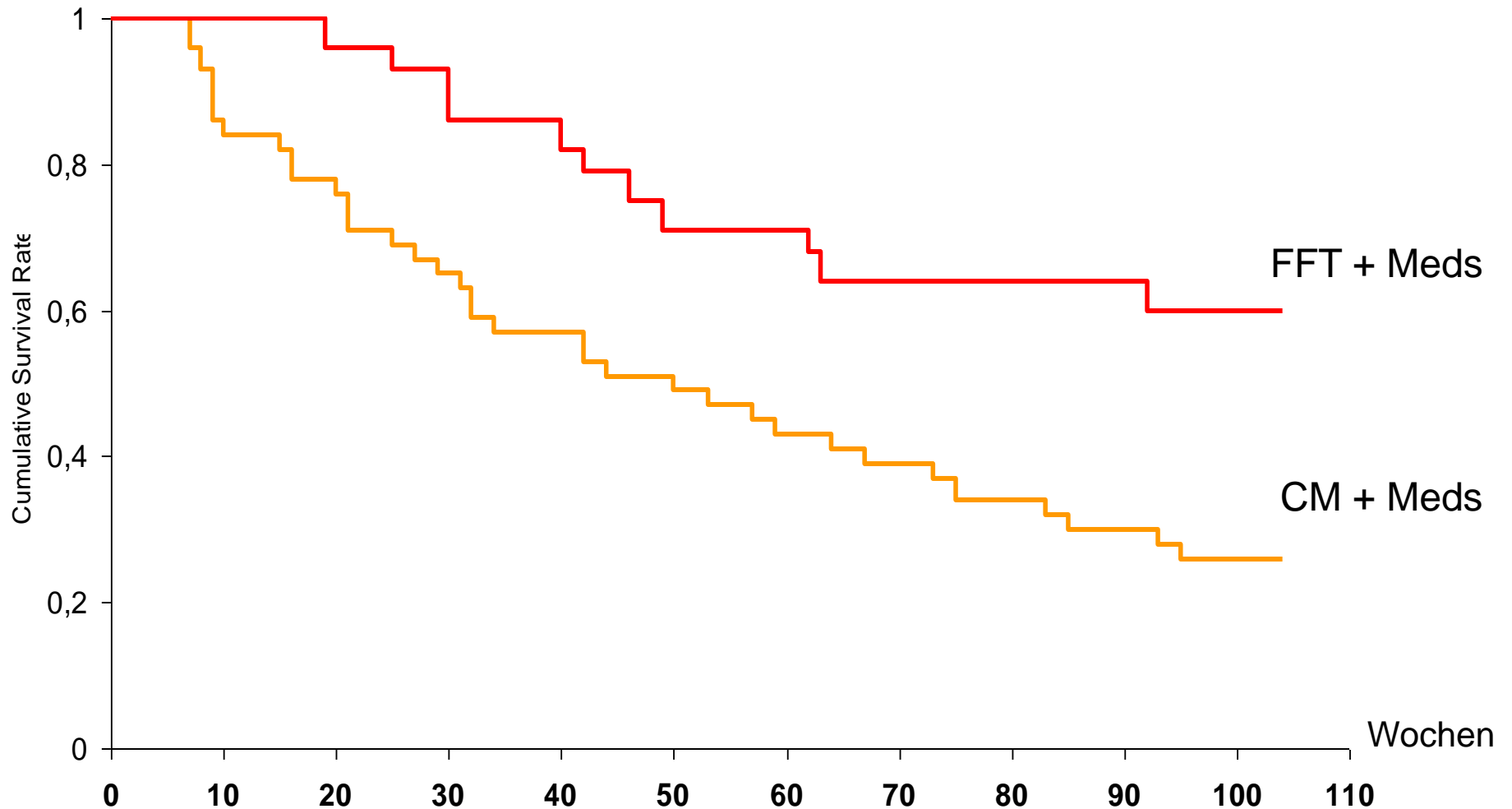
$\chi^2(1) = 3.87, p < .05$



Survival curves for recurrence with mania, depression, or mixed episode (log rank₁=9.3, $P<.003$).

Familienbezogene VT vs Crisis Management

Cumulative Survival Rate (N = 101) nach Remission

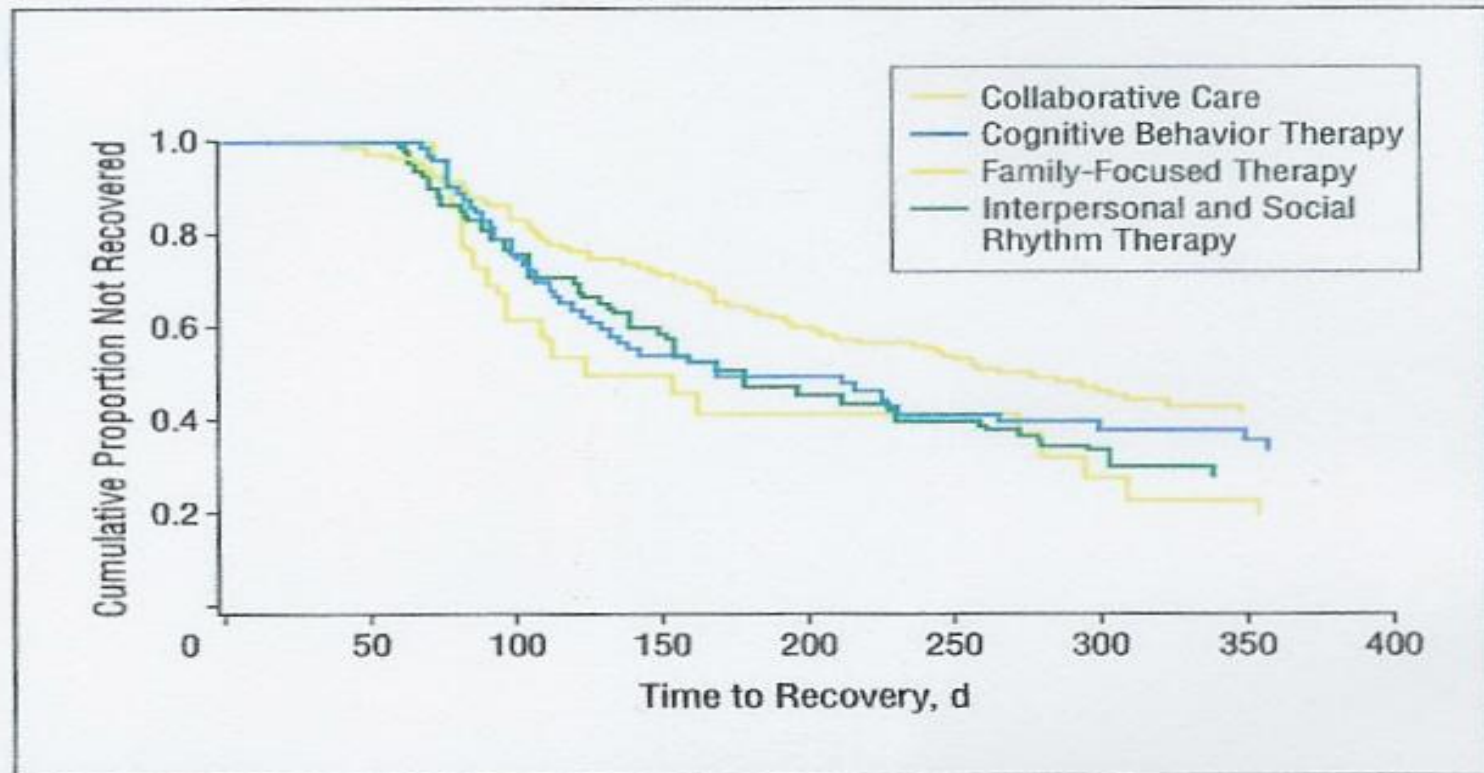


FVT mittlere survival = 73.5 wo; CM mittlere survival = 53.2 wo

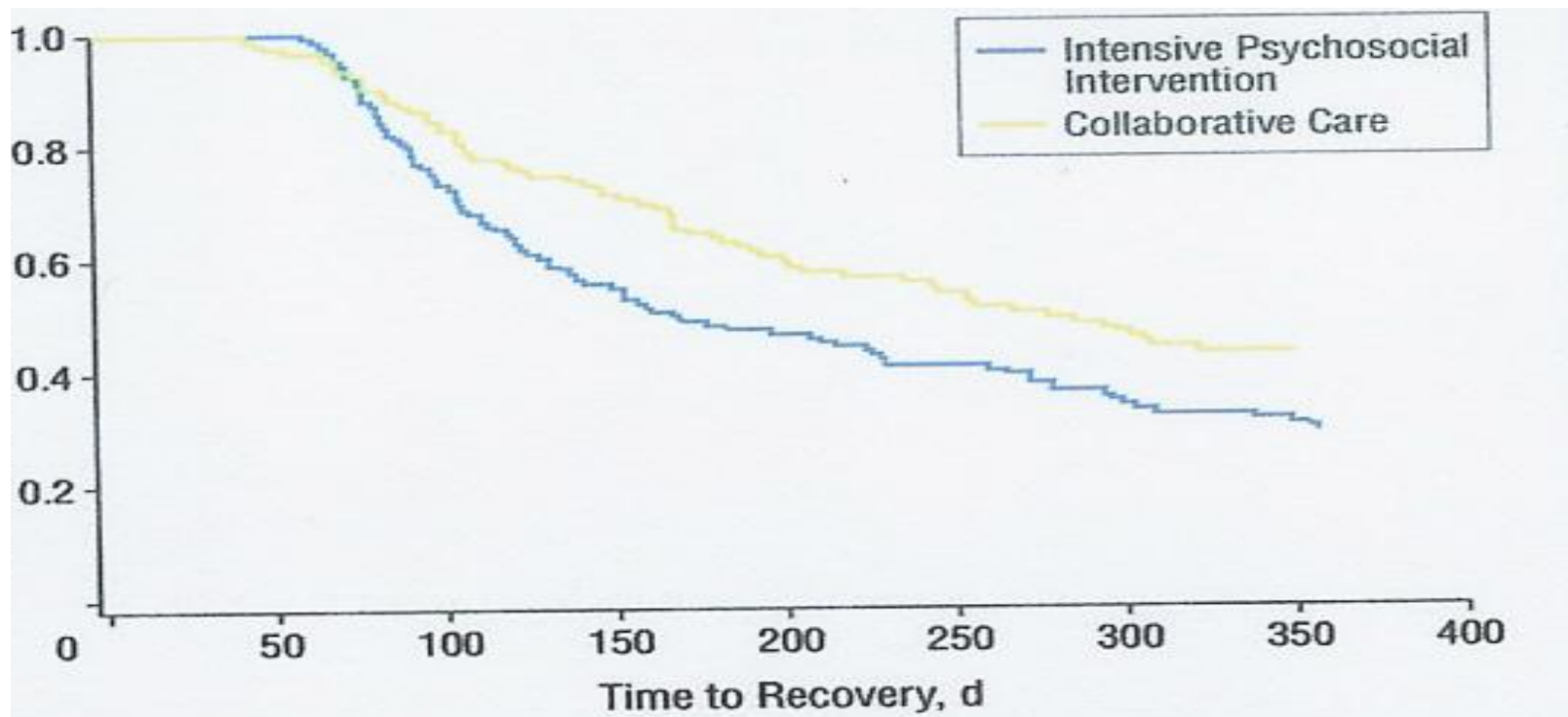


Bipolare depressive Episoden lassen sich erfolgreich mit Psychotherapie behandeln

Miklowitz et al. (2007) FFT, KVT, IPSRT versus CC

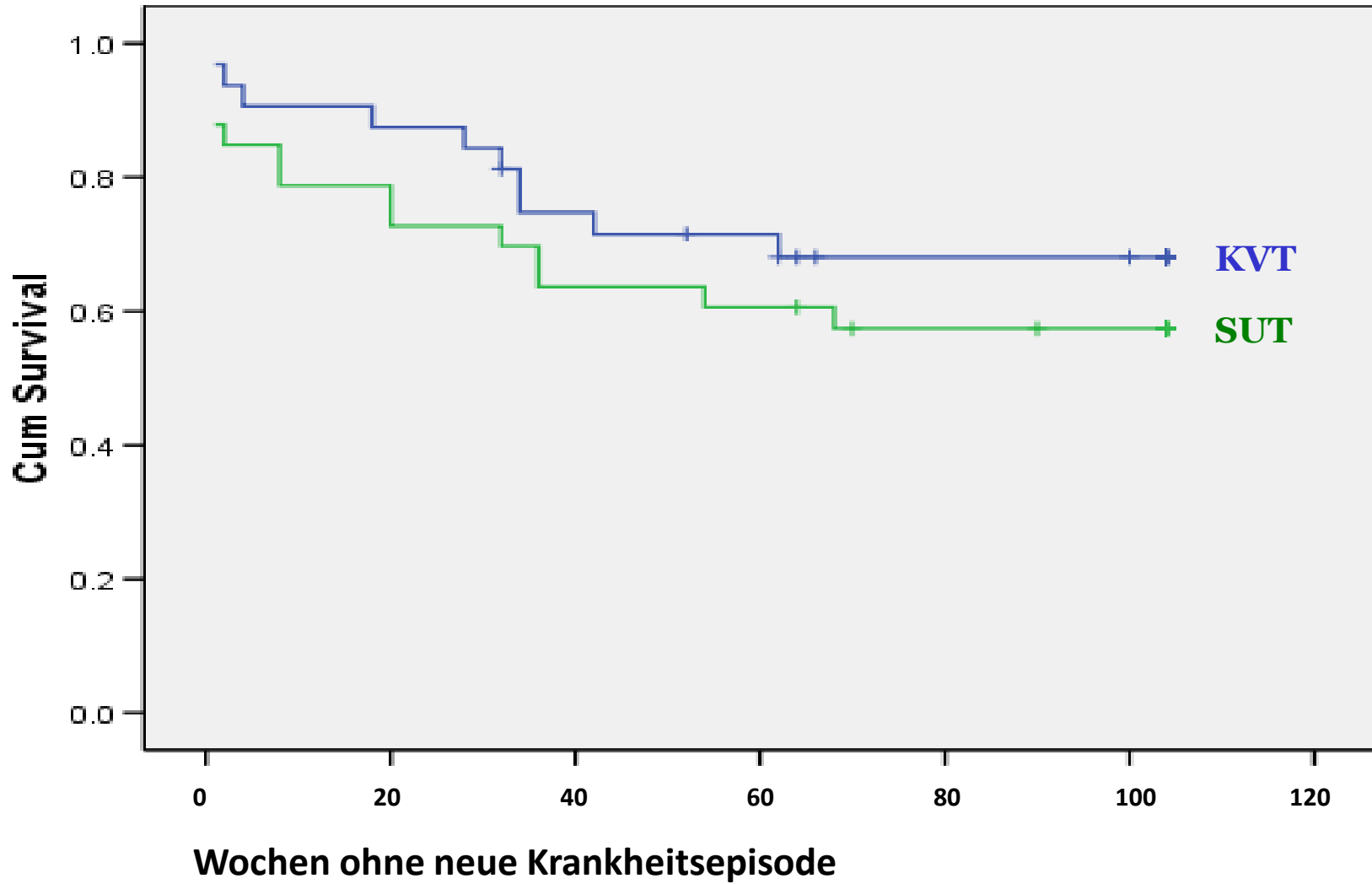


Bipolare depressive Episoden lassen sich erfolgreich mit Psychotherapie behandeln





Meyer & Hautzinger 2011





Meta Analyse (große Studien)

Studien	N	Effekte (OR)
Lam et al.	103	.26 PET
Miklowitz et al.	101	.46 FVT
Colom et al.	120	.41 KVT
zusammen	324	.37 **



Meta Analyse

(Scott et al. 2007)

Studien	N	Effekt (OR)
9 Studien	830	
Zeit bis neue Episode		.54 (.37 - .73)

Reduktion des Rückfallrisikos durch Psychotherapie in Kombination mit Pharmakotherapie um 40% verglichen mit Standardbehandlung.

Besonders effizient, wenn angewendet im euthymen Zustand und bei Patienten mit wenigen (< 12) Episoden

5 Jahre Katamnese (Colom et al. 2009)

- **PET 20% vs. TAU 2% ohne Rückfall** bzw. neue Episode (Log rank 9.953 $p < .002$)
- PET hatte für alle Arten von Episoden niedrigere Rate des Auftretens (.87)
Manie .40, Hypomanie .34, Depression .91
- Hospitalisierung: PET 30%, TAU 40%
- **Krankheitstage: TAU 586,5, PET 153,7**
Manie: TAU 61, PET 26
Hypomanie: TAU 60, PET 13
Depression: TAU 399, PET 264
Gemischt: TAU 66, PET 20



Psychotherapie bei Bipolaren Störungen...

(Mühlig et al. 2012 Cochrane Meta Analyse)

- erzielt mittlere Effekte auf depressive, doch auch manische Symptomatik
- Mittlere Effekte auf das soziale Funktionsniveau und die soziale Anpassung
- Mittlere Effekte auf die Dauer einer Episode
- reduziert die Hospitalisierungsrate kaum
- reduziert die Rückfallraten minimal



S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen





Leitendes Statement

Im Rahmen der Behandlung der Bipolaren Störung ist die trialogische Zusammenarbeit besonders wichtig. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation zwischen betroffenen Patienten, Angehörigen und anderen Bezugspersonen sowie Behandlern, auf deren Basis gemeinsame Interessen und Behandlungsziele verfolgt werden können. Ergebnisse der trialogischen Zusammenarbeit beschränken sich nicht nur auf die individuelle Therapiebeziehung, sondern haben Auswirkungen auf die angemessene Darstellung der Interessen der Patienten und Angehörigen in der Öffentlichkeit und Politik, auf die Qualitätsförderung und auf die Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen.



Diagnostik

Statement

Es gibt validierte Instrumente zur Selbst und Fremdbeurteilung der Manie und der Depression. Diese sind bislang jedoch wenig verbreitet. Ein vermehrter Einsatz ist wünschenswert.

Klinischer Konsens

Menschen mit Bipolaren Störungen wird empfohlen, Life-charts/Stimmungstagebücher zu führen und ihre Selbstwahrnehmung zu schulen, und diese Informationen für Gespräche untereinander und mit den Behandlern nutzen.



Therapie-Grundsätzliches

KKP

Die Akutbehandlung einer Episode der bipolaren Erkrankung muss bereits unter Berücksichtigung einer ggf. notwendigen Phasenprophylaxe gestaltet werden. Neben der akuten Symptomatik müssen dafür der anamnestiche Verlauf der Erkrankung sowie Risiko- bzw. prädiktive Faktoren für den weiteren Verlauf berücksichtigt werden.

Auch wenn es keine klaren Wirksamkeitsnachweise gibt, sollte die **einfache Psychoedukation** das Minimum sein, das in jeder ärztlichen, psychologischen oder psychosozialen Behandlung mit Patienten mit Bipolaren Störungen durchgeführt wird.



Effiziente Psychotherapie bei Bipolaren Störungen umfasst:

- Psychoedukation
- Selbstbeobachtung von Stimmungsveränderungen, Ereignissen, Verhalten und Denken
- Reflexion von Erwartungen und Maßstäben
- Förderung von Kompetenzen zum Selbstmanagement von Stimmungsschwankungen und Frühwarnzeichen
- Normalisierung und Stabilisierung von Schlaf-Wach- und sozialem Lebensrhythmus
- Stressmanagement
- Aktivitätsmanagement
- Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung
- Einbezug der Angehörigen
- Vorbereitung auf Krisen und Notfälle (Rückfälle).



Psychotherapie

Es gibt bislang **keine** empirischen Belege, dass eine spezifische Psychotherapie oder eine Psychoedukation bei der Behandlung einer **akuten manischen** Episode wirkt.

Zur Behandlung akuter **depressiver Episoden** im Rahmen einer Bipolaren Störung **sollte** eine Psychotherapie angeboten werden. Empirische Belege liegen für die KVT, FFT und IPSRT vor

B

Zur rezidiv-prophylaktischen Behandlung einer Bipolaren Störung **sollte** eine ausführliche und interaktive Gruppen- oder eine Einzeltherapie (KVT, PET weniger klar für FFT, IPSRT) durchgeführt werden.

B



Danke!

Die eigene Studien wurden möglich durch Förderung der
Deutschen Forschungsgemeinschaft

hautzinger@uni-tuebingen.de