

Le lehet-e szállni a hullámvasútról? A bipoláris affektív zavarok pszichoterápiás kezelésének lehetőségei

ERDÉLYI-HAMZA BERTA¹, ELEK LÍVIA PRIYANKA^{1,2} ÉS GONDA XÉNIA²

¹ Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika

² Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszék

A bipoláris affektív zavar olyan krónikus betegség, mely általában jelentős pszichoszociális deficitet és funkcióromlást okoz, emellett emelkedett mortalitással is jár. A kórkép felismerésének nehézségei késleltethetik a megfelelő kezelés megkezdését, melynek alapja a betegség endogenitását tekintve a megfelelő gyógyszeres terápia alkalmazása. A gyógyszeres kezelés önmagában azonban számos esetben csekély adherenciával, emellett alacsony remissziós rátákkal, a relapszusok fokozott kockázatával és reziduális tünetekkel, pszichoszociális károsodásokkal bír, emiatt egyre több bipoláriszavar-specifikus pszichoterápiás és pszichoszociális intervenció nyer teret a betegség kezelésének fontos részeként. Számos bizonyíték és vizsgálat utal arra, hogy a kiegészítő pszichoterápiás beavatkozások javítják a betegek hosszú távú működését, és alátámasztják a pszichológusok és más segítő szakemberek szerves részvételét a bipoláris zavarban szenvedő betegek hosszú távú ellátásában.

Cikkünkben áttekintjük azokat a főbb terápiás irányzatokat, módszereket, melyek kifejezetten a bipoláris zavarban szenvedő páciensek számára lettek kidolgozva, köztük az egyéni és csoportos pszichoedukáció, kognitív viselkedésterápia, családterápia, Interperszonális és Szociális Ritmus Terápia (IPSRT – Interpersonal and Social Rhythm Therapy), integrált gondozásmenedzsment, „Gondolkodj Hatékonyan a Hangulatváltozásokról” (TEAMS - Think Effectively About Mood Swings), „Képeken Alapuló Érzelemszabályozás” (Imagery Based Emotion Regulation – IBER) módszerét, valamint egyéb egyéni és csoportos technikákat és pszichoterápiás intervenciókat, kitérve az ezekkel kapcsolatos hatásvizsgálatokra és a betegek esetében tapasztalható hatásokra is.

(Neuropsychopharmacol Hung 2021; 23(3): 296–307)

Kulcsszavak: bipoláris zavar, pszichoterápia, Interperszonális és Szociális Ritmus Terápia (IPSRT), Gondolkodj Hatékonyan a Hangulatváltozásokról (TEAMS), Képeken Alapuló Érzelemszabályozás (IBER), integrált gondozásmenedzsment, kognitív viselkedésterápia

BEVEZETÉS

A bipoláris affektív zavar olyan krónikus, major pszichiátriai betegség, mely a hangulati, mentális és egyéb tüneteken túl súlyos pszichoszociális károsodást is okoz. Biológiai hátterének és hatékony kezelésének kutatása jelentős előrelépést ért el az elmúlt évtizedben, azonban a két irányvonal még manapság is viszonylag elszigetelt területet képez egymás mellett (Kato, 2019). A bipoláris affektív zavarok a tizenhetedik helyen állnak világszerte a fő rokkantsági okok körében (Vigo et al., 2016). Az átfogó felmérések a bipoláris betegség élethosszig tartó és egyéves prevalenciáját 2,4 %-ra, illetve 1,5 %-ra becsülték (Merikangas et al., 2011), bár a prevalenciaráta országoként eltérőek lehetnek a módszertani kérdésektől és kulturális különbségektől függően (Zhang et al., 2017). Fontos hangsúlyozni, hogy a kórkép alapvetően biológiai hátterű, így a kezelési irányelvek alapján is elsődleges kezelési mód a farmakoterápia (Kanba et al., 2013; Fountoulakis, 2017; Yatham et al., 2018), viszont annak ellenére, hogy előrelépések történtek a gyógyszeres kezelések tekintetében, a legtöbb bipoláris beteg megfelelő funkcionáltsága nem tartható fenn kizárólag pszichofarmakonok alkalmazásával, emellett az egy-két éven belüli kiújulás aránya 40-60 % még folyamatos farmakoterápia ellenére is (Gitlin et al., 1995). Korábbi vizsgálatok szerint a betegek életük legalább 47 %-át tüneti állapotban töltik (Judd et al., 2002) és még ilyen adatok mellett is a betegeknek csak körülbelül 40 %-a tartja be teljes mértékben a gyógyszeres kezelést az epizódot követő egy éven belül, ami az adherencia problémáját tükrözi (Colom et al., 2005).

A gyógyszeres kezelés melletti nem kielégítő remisziós ráták (Prien et al., 1988; Yatham et al., 1997) és magas kiújulási arányok (Markar & Mander, 1989; Swartz & Swanson, 2014), valamint a reziduális tünetek (Goldberg et al., 1995) és a betegséggel járó jelentős pszichoszociális károsodás (Coryell et al., 1993) miatt az utóbbi időben megnőtt a farmakoterápiás és pszichoterápiás kombinált kezelés létjogosultsága (Yatham et al., 2013; Swartz & Swanson, 2014). Emellett az sem elhanyagolható, hogy a bipoláris zavarban szenvedő betegek 6-7 %-a követ el öngyilkosságot, és összességében az ezzel a betegséggel élők körében 20-30-szor magasabb az öngyilkossági kísérletek aránya, mint az átlagpopulációban (Plans et al., 2019), mely veszélyeztetettség felismerésében és prevenciójában is nagy szerepet játszhat a pszichoedukáció és a pszichoterápia.

A PSZICHOTERÁPIA LEHETŐSÉGEI BIPOLÁRIS ZAVAROKBAN

A bipoláris zavar tünetei a betegség korai indulású formái esetében gyermek- vagy serdülőkorban jelentkeznek, a fiatalok formatív éveiben, így gyakran hátrányosan érintik a fejlődési, oktatási és foglalkoztatási mérföldkövekhez társuló időszakokat, valamint a kognitív és pszichoszociális zavarok mind az akut epizódok alatt, mind remisszióban súlyosbítják a problémát (Carvalho et al., 2020). Emellett, mivel genetikailag meghatározott, biológiai betegségről van szó, sok esetben áll fenn családi-szülői terhelttség, mely már gyermekkortól kezdődően alakítja a beteg környezetét, befolyásolja személyiségfejlődését és működésmódját.

A megfelelő pszichoszociális funkcionáltság viszonylag nehezen definiálható fogalom, több átfogó vizsgálat alapján három fő pillérre helyezik a hangsúlyt, melyek a testi funkciók, az aktivitás, motiváció és részvétel, valamint a személyes környezeti faktorok (Bonnín et al., 2019). Az 1990-es évektől kezdve számos kutatás bizonyította a specifikus, bipoláris betegek részére kidolgozott pszichoterápia megjelenésének létjogosultságát a gyógyszeres terápia mellett (Swartz & Swanson, 2014), mely pszichoterápiás módszerek és stratégiák leginkább az intrapszichés konfliktusokra, a betegségbelátás hiányára, az adherencia növelésére, pszichoedukáció biztosítására, a családtagok bevonására, a visszaesés megelőzésére, a hangulat és kogníciók kapcsolatának feltárására, valamint rendszeres alvás-ébrenléti ciklusok kialakítására összpontosítottak. A pszichoterápiás beavatkozások típusait több szempont szerint csoportosíthatjuk, cikkünkben az egyéni és csoportos pszichoedukációt, egyéni pszichoterápiás módszereket, csoportos és családterápiás módszereket járjuk körül, kiemelve néhány fontos, bipolaritás-specifikus irányzatot.

Egyéni és csoportos pszichoedukáció

A bipoláris zavarral élők esetében fontos a folyamatos pszichoedukáció már az első epizódtól kezdve. Mivel krónikus betegségről van szó, így a betegség etiológiájával, kezelésével, lefolyásával és kimenetelével kapcsolatos információk segítik a betegeket a mindennapokban, valamint olyan stratégiákat tanulhatnak, melyek segítségével felismerhetik a prodromális állapotokat, a visszaesés korai figyelmeztető jeleit, vagy könnyebben megbirkózhatnak betegségükkel (Soares et al., 1997; Swartz & Swanson, 2014).

A pszichoedukáció fókuszában az áll, hogy a betegek a betegségük jobb megismerése után egyéni visszaesés megelőzési terveket dolgoznak ki, mely a kezeléssel való kooperációs hajlandóságot is javítja, ezáltal hosszabb ideig maradnak kompenzált állapotban, emellett csökkenthetőek a betegséggel kapcsolatos diszhiedelmek és megbélyegzés is (Miklowitz, 2008). Az egyik első randomizált, kontrollált vizsgálat során 69 bipoláris I és II zavarral élő beteg esetében a farmakoterápia mellett a rutineljárás és 7-12 alkalmas egyéni pszichoedukációs eljárás hatékonyságát hasonlították össze, melyben másfél éves utánkövetés alapján a pszichoedukáció egyértelmű és szignifikáns előnyeit mutatták ki. A pszichoedukációban részesülő csoportban a mániás epizód kiújulása 27%-ra csökkent, míg a rutin eljárásban részesülő betegek 57%-a került relapszusba (Perry et al., 1999).

Colom és Vieta (2006) 21 ülésből álló csoportos pszichoedukációs módszert dolgozott ki bipoláris affektív zavarra, melyben az egyéni pszichoedukációhoz hasonlóan a betegség tüneteire, osztályozására, prognózisára, a gyógyszeres kezelésre, adherenciára, a szerekllel való visszaélés elkerülésére, az új epizódok felismerésére és megelőzésére és a stresszkezelésre helyezték a hangsúlyt. Különböző vizsgálatokban beszámoltak róla, hogy ez a pszichoedukációs módszer a rutinszerű betegellátással szemben rövidebb kórházi kezeléseket, hosszabb remissziókat és jobb együttműködést eredményezett a betegek körében (Colom, et al., 2003; Colom et al., 2009; Candini et al., 2013).

Bár a pszichoedukáció alkalmazása önmagában előnyösebb a hagyományos eljárásokkal összehasonlítva, különösen a mániás epizódok megelőzését szolgálja, viszont pszichoterápiás módszerekkel összevetve mind a CBT, mind a családfókuszú terápiák további előnyöket és nagyobb hatékonyságot mutatnak a vizsgálatok alapján (Swartz & Swanson, 2014) különösen a depressziós epizódok megelőzésében.

Egyéni és csoportos kognitív terápia (CT) és kognitív viselkedésterápia (CBT)

A kognitív terápia és kognitív viselkedésterápia a bipoláris zavarok kezelése esetében is a Beck és munkatársai (1979) által depresszióra kifejlesztett kognitív terápia alapjaira épül, mely olyan készség alapú eljárás, ami segít a betegeknek felismerni a maladaptív gondolatokat, a kapcsolatot ezen gondolatok és hangulatuk között, valamint szükség szerint módosítani azokat. A gondolatnaplók segítségével, hangulatuk naplózásával és a tevékenységek ütemezésével, viselkedésaktiváció

alkalmazásával a betegek megtanulják módosítani a negatív automatikus gondolatokat, megszüntetik a rossz gondolati spirált, ezáltal akár a depressziós és mániás epizódok ciklusai is visszaszoríthatóak. Ahogy a depressziós betegek pesszimista gondolkodásmódot, attitűdöt mutatnak, úgy a mániás vagy hipomániás betegek a túlzóan optimista attitűd, gondolati magyarázatok jellemzőek, így akár mindkét esetben célzott lehet ezen gondolati torzulások átstrukturálása (Johnson, 2005). A bipoláris affektív zavarok kognitív terápiáját olyan további modulokkal egészítették ki, mint a pszichoedukáció, a prodromákkal való megküzdési stratégiák elsajátítása, az alvás szabályozására irányuló tevékenységek alkalmazása, valamint olyan rutinok beépítése, mely a betegség hosszú távú megelőzésében segíti a bipoláris zavarban szenvedőket (Lam et al., 2000). Számos kutatócsoport foglalkozott a kognitív viselkedésterápia speciálisan bipoláris betegek részére kialakított változatának létrehozásával, többek között Basco és Rush (1996), Scott (1996), Otto és munkatársai (2008), valamint Lam és kollégái (2010). A vizsgálatok szerint a 12-18 alkalommal egyéni kognitív terápiában részesülő betegek körében egy évvel később szignifikánsan kevesebb volt a visszaesések vagy kórházba kerülések száma és a depressziós epizódok relapszusának gyakorisága, mint az általános eljárásban részesülők körében, a mániás vagy hipomániás időszakok esetében azonban nem találtak szignifikáns különbséget (Miklowitz, 2008; Swartz & Swanson, 2014).

A kognitív terápia csoportos formában is alkalmazható, melynek szintén része a pszichoedukáció, illetve a betegség kezelését szolgáló kognitív és viselkedéses készségek fejlesztése. Williams és munkatársai 8 üléses mindfulness-alapú kognitív terápiát (MBCT) fejlesztettek ki bipoláris betegek részére, melynek alkalmazása a depresszív tünetek nagyobb mértékű javulásához vezetett a várólistán lévő betegek eredményeivel szemben, illetve kevesebb szorongásos tünetet mutattak a kezelés után (Williams et al., 2008), emellett a csoportos kognitív viselkedésterápia hatására szignifikánsan nagyobb életminőség-javulásról és a depresszív relapszusok idejének csökkenéséről számoltak be (Swartz & Swanson, 2014).

Családdterápiás módszerek

A major pszichiátriai betegséggel küzdők kezelésének egyre gyakrabban szerves része a családokkal való közös munka, emellett mind a terápiás hatékonyság

ság, mind pedig a költséghatékonyság figyelembevétele miatt egyre elterjedtebb, hogy a szakemberek egyszerre több családdal dolgoznak együtt (Miller et al., 2008). Miller és munkatársai közel száz bipoláris I beteg esetében hasonlították össze a gyógyszeres monoterápiát, a gyógyszeres monoterápia és a problémaközpontú, rendszerszemléleten alapuló, 12 üléses egyéni családterápiás kezelés kombinációját, valamint a farmakoterápiát kiegészítő 6 üléses, többcsaládos pszichoeducációs csoportot, és azt találták, hogy bár 28 hónap alatt összességében nem volt szignifikáns különbség a három csoport között a gyógyulásig eltelt idő vagy a kiújulás szempontjából, azonban azok a betegek, akik konfliktusos vagy alacsony problémamegoldó képességű családokból származtak és a családterápia bármely formájában részesültek, évente feleannyi depresszív epizódot szenvedtek el (Miklowitz, 2008). A vizsgálatok szerint a családterápiának erőteljesebb hatása van a depresszív, mint a mániás epizódokra, a mániás és hipomániás állapotokra gyakorolt hatása esetében azonban nem találtak szignifikáns különbséget.

Miklowitz kollégáival (2003) 21 ülésből álló, család-fókuszú terápiát dolgoztak ki, amelyet a beteggel és családjával, szülővel és testvérekkel közösen végeznek. A kezelés középpontjában a pszichoeducáció, kommunikációs tréning és problémamegoldó készségek gyakorlása áll. Ezt a beavatkozást vizsgálatukban 3 üléses krízisintervenciós eljárással hasonlították össze, melynek eredményei szerint a családfókuszú terápiában részesülők esetében hosszabb időszakok teltek el az újabb hangulati epizód előtt. Emellett a korábbi eredményeknek megfelelően számos vizsgálat azt találta, hogy a családterápia bármely formájában részesülő betegek feleannyi időt töltöttek depressziós epizódban és feleannyi depressziós epizódot éltek meg, mint azok, akik csak farmakoterápiát kaptak, valamint a kiegészítő többcsaládos csoportterápiás kezelésben résztvevők közül szignifikánsan kevesebb beteg igényelt kórházi kezelést, mint azok, akik kiegészítő egyéni családterápiában vagy csak farmakoterápiás kezelésben részesültek (Solomon et al, 2008; Miller et al., 2008; Swartz & Swanson, 2014).

Az eredmények összességében azt tükrözik, hogy olyan betegek számára, akiknek a családtagjai képesek és hajlandóak részt venni a családterápiás kezelésben, ez a beavatkozás pszichoeducációval összehasonlítva további terápiás előnyöket valamint gyorsabb remissziót eredményez, és hosszabb védelmet nyújt a kiújulással szemben (Miklowitz et al., 2007).

Interperszonális és Szociális Ritmus Terápia (IPSRT)

Az Interperszonális és Szociális Ritmus Terápia a depresszió interperszonális pszichoterápiájának adaptációja bipoláris zavarban szenvedő betegek számára. Alkalmazása két megfigyelésből ered: a bipoláris zavar gyakran társul rossz interperszonális működéssel, különösen depresszív fázisokban, illetve az alvás-ébrenlét ciklusokban bekövetkező felborulások mániás epizódokat válthatnak ki (Malkoff-Schwartz, 1998). Ezt a módszert Frank és munkatársai fejlesztették ki azzal a céllal, hogy a bipoláris zavarral élők interperszonális készségeinek fejlesztésével és szociális ritmusuk szabályozásával javítsák funkcionalitásukat és életminőségüket (Frank, 2005). A társas-szociális ritmus azokat a mindennapi tevékenységeket takarja, melyek segítenek beállítani a napi biológiai ritmust, felborulásuk azonban megzavarhatja a szervezet működését, ilyenek többek között az alvás és ébrenléti időszakok, a munka vagy iskola kezdési időpontja, és a napi testmozgás. Az IPSRT azt feltételezi, hogy a társas-szociális ritmus szabályozottsága, tudatos beállítása segít a kiegyensúlyozott biológiai ritmus fenntartásában is, illetve megelőzheti a cirkadián ritmus zavarát, mely összefüggésben lehet a hangulatzavarok, köztük a bipoláris zavar kialakulásával is (Harvey, 2008). Az IPSRT az unipoláris depresszió esetében jól bevált interperszonális pszichoterápia (IPT) elveit alkalmazza kombinálva olyan viselkedéses stratégiákkal, melyek a napi rutin rendszeresítésére irányulnak, kiegészítve pszichoeducációval, mely a gyógyszeres kezelésre irányuló adherenciára helyezi a fő hangsúlyt. Az Interperszonális és Szociális Ritmus Terápia az affektív tünetek azonosítására és kezelésére, a hangulat és életesemények közötti kapcsolatra, a rendszeres napi ritmus fenntartására, a ritmuszavar lehetséges kiváltó okainak azonosítására és kezelésére, az interperszonális kiváltó okokra és ezeket célzó intervenciókra, és az elvesztett egészséges szelf elgyászolására, illetve az ezzel való megküzdésre és elfogadásra összpontosít (Frank et al., 2000).

A terápia során poszt-epizód időszakokban a betegek megpróbálják követni és szabályozni napi rutinjukat, alvás- és ébrenléti ciklusukat, illetve azonosítják azokat az eseményeket, melyek hatással lehetnek rájuk a mindennapokban, mint például a munkahelyi változások, munkaidő, emellett pedig megtanulják kezelni az interperszonális konfliktusokat, problémákat, és új készségeket, stratégiákat sajátítanak el a hiányosságok kompenzálása érdekében (Miklowitz, 2008).

A hatékonyságvizsgálatok alátámasztották az IPSRT hatékonyságát, ahol leginkább a mindennapi funkcionális javulását tapasztalták, valamint az epizódmentes időszakok hosszának növekedését és a depressziós állapot rövidülését írták le a bipoláris betegek körében a kontroll csoportok betegeivel szemben (Jones, 2004; Miklowitz, 2008; Swartz & Swanson, 2014).

Frank és munkatársai (2000) egyik korai kutatásukban 175 bipoláris beteg esetében vizsgálták az IPSRT hatékonyságát az általános fenntartó kezelésekkel szemben, és a kétéves utánkövetés során ők is azt találták, hogy farmakoterápia mellett az IPSRT terápiában részt vevő betegek szignifikánsan hosszabb ideig voltak epizódmentesek, illetve hamarabb tudtak visszatérni a foglalkoztatásba, nyerték vissza hétköznapi funkcionálisukat.

Steardo és kollégái (2020) is megvizsgálták a módszer effektivitását, a 12 hétig tartó terápiás beavatkozást egyéni formában, heti egy 90 perces ülés keretében alkalmazták tapasztalt szakemberek segítségével a gyógyszeres kezelés kiegészítéseként, eredményeiket összehasonlítva átlagos ellátásban részesülő bipoláris betegekével. A beavatkozást négy fázisra osztották, a kezdeti két ülés a kórtörténetre és pszichoedukációra összpontosított, azzal a céllal, hogy a beteg megtalálja a stresszt okozó életesemények és hangulatváltozások közötti összefüggéseket. A második fázis négy ülésből állt, mely a társas-szociális ritmusok újraszervezésére és a társas-szociális stresszorokkal való megbirkózáshoz szükséges készségek fejlesztésére fókuszált, a harmadik, fenntartási fázis pedig négy ülésben az új társas-szociális rendszerek megerősítésére, a tanultakba vetett bizalom kiépítésére, valamint a jövőbeli epizódok elkerülése érdekében tanult technikák mélyebb elsajátítására összpontosított. A negyedik, befejező fázis két ülésből állt, melyek során az IPSRT-vel elért készségek további megbeszélésére került sor és a betegek tanácsokat kaptak a jövőre nézve. A beavatkozás végén a kísérleti csoport a kontrollcsoportéhoz képest jelentős javulásról számolt be a depressziós és mániás epizódok tekintetében is, emellett nőtt a globális funkcionálisuk és a hangulatstabilizátorokkal kapcsolatos adherenciájuk is javult.

Az Interperszonális és Szociális Ritmus Terápiás módszer tehát több kutatás szerint is bizonyítottan hatékony a bipoláris zavarokkal élők klinikai tüneteinek és affektív morbiditási mutatóinak javításában, és a betegek mindennapi megfelelő funkcionálisának elősegítésében.

Integrált gondozásmenedzsment (Integrated Care Management – ICM)

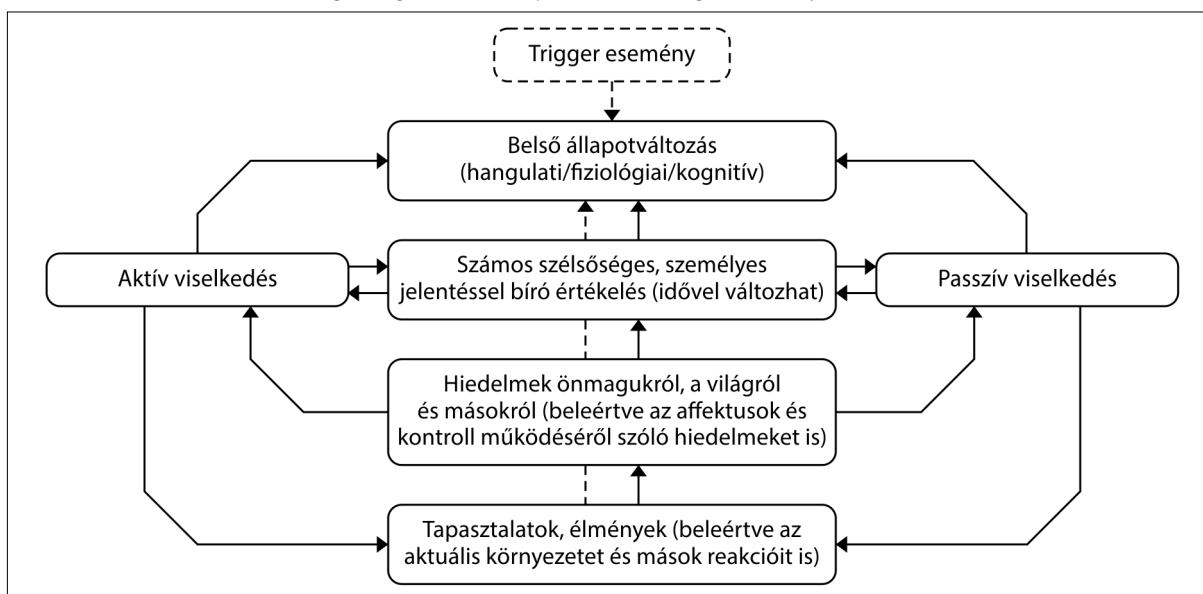
Az integrált gondozásmenedzsment az esetkezelés stratégiai mellett pszichoterápiás módszerekkel igyekszik támogatni a bipoláris zavarban szenvedő betegek eredményeinek optimalizálását. Bauer és munkatársai (2006) a betegkezelés krónikus ellátási modelljét alkalmazva úgy definiálták az integrált gondozásmenedzsment fogalmát, hogy ez a módszer a beavatkozás olyan szervezése, mely a betegek betegségkezelésének fejlesztésére helyezi a fő hangsúlyt, valamint az ellátórendszer olyan szempontú fejlesztése és elérhetőségének növelése, amely lehetővé teszi, hogy a pácienseket mihamarabb bevonják a betegellátásba és a betegségükkel kapcsolatos döntéshozatalba. Így az ICM magába foglalja mind a beteg-, mind a szolgáltatói szintű beavatkozásokat.

Bauer és kollégái (2006) 306 kórházból hazabocsátott bipoláris beteg esetében hasonlították össze az ICM és az általános ellátás hatékonyságát. E vizsgálat során a páciensek az integrált gondozásmenedzsment keretében rendszeresen csoportos pszichoedukációban vehettek részt, ahol a korai figyelmeztető tünetekre és a relapszus kiváltó okaira összpontosítottak, emellett pszichiáter szakorvos által felügyelt farmakoterápiát alkalmaztak, melyet egy bipoláris betegségek területén képzett szakember vagy ápoló koordinált, és szervezte a betegek hatékony gondozását is. A hároméves utánkövetés során azt találták, hogy az ICM-ben részesült betegek szignifikánsan kevesebb hetet töltöttek bármely affektív epizódban, mint az általános kezelésben résztvevők, illetve a társas-szociális diszfunkcionális is szignifikánsan csökkent ezeknél a betegeknél.

Simon és munkatársai (2005) is az integrált ellátási intervenciót vizsgálták bipoláris betegek körében, az ICM esetükben is csoportos pszichoedukációs alkalmakból, a tünetek havi telefonos monitorozásából, és gyógyszeres kezelésből, illetve a mentálhigiénés kezelőcsoportnak adott folyamatos visszajelzésekből állt. Az ICM résztvevői szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el az alkalmazott mániaskálán a hagyományos gondozásban részesülőkkel szemben, valamint a depresszió értékek is szignifikáns javulást mutattak idővel.

A bipoláris affektív zavarral élők általános ellátása mellett ez a szervezett, szakemberek által kontrollált ellátási forma is hatékonyan bizonyult a visszaesések számát, hosszát és a betegek mindennapi funkcionálisát tekintve, a pszichoedukáció és a gyógyszeres

1. ábra A hangulatingadozások és bipoláris zavarok kognitív modellje (Mansell et al., 2007)



kezelés gördülékenységének, valamint a személyzettel való kommunikáció javítása szignifikáns pozitív változásokat hozott a vizsgált személyek életminőségében (Swartz & Swanson, 2014; Culver et al., 2007).

„Gondolkodj Hatékonyan a Hangulatváltozásokról” módszere (Think Effectively About Mood Swings – TEAMS)

A bipoláris zavarok hatékony kezelése folyamatos kihívás (Geddes & Miklowitz, 2013). Szinte valamennyi e betegsége fókuszáló pszichológiai intervenció a visszaesés megelőzését, a hangulat stabilizálását és a hétköznapi funkcionalitás javítását tűzi ki célul, ugyanakkor Vieta és kollégái (2010) azt is hangsúlyozandónak ítélik, hogy sok beteg az epizódok között is szubklinikus depressziós vagy szorongásos panaszokkal küzd, illetve a komorbid zavarok gyakran erősítik a prognózis negatív kimenetelét (De Dios et al., 2012). A meglévő beavatkozások általában kevés hangsúlyt fektetnek a szubklinikus tünetek vagy egyéb szorongásos panaszok kezelésére, leginkább jövőorientált eredményekre, a major epizódok megelőzésére, és a hosszú távú társas-szociális és foglalkoztatásban való működőképesség javítására koncentrálnak. Emiatt előfordulhat, hogy egyes terápiás kezeléseket kevésbé hatékonyak olyan bipoláris zavarral élők esetében, akik komorbid betegségekkel, erőteljes szorongással is küzdenek, számukra intenzívebb intervenciókra lehet szükség az akut depressziós epizódból való felépüléshez (Deckersbach et al., 2014).

Mansell és munkatársai (2007) írták le a bipoláris zavar kognitív modelljét (1. ábra), mely alapján a hangulati ingadozások hátterében a belső állapotváltozásokkal kapcsolatos extrém, szélsőséges, és konfliktusos személyes hiedelmek állhatnak, például az izgatottság érzése jelentheti azt is a beteg számára, hogy ismét relapszus közeledhet, de jelentheti azt is, hogy e mentén korlátlan kreatív energiákkal rendelkezik. Következésképpen a betegek megpróbálják önállóan kontrollálni a belső állapotváltozásait szélsőséges és sok esetben kontraproduktív módon, különböző időszakokban meghatározott viselkedési stratégiákkal igyekeznek fokozni vagy elnyomni belső megéléseiket, előre vetítve a depresszió vagy (hipo)mánia tüneteit. A bipoláris betegek beszámolóiban is összhangban vannak a kognitív modellel, a felépülésre fókuszáló vizsgálatokban résztvevők azt tapasztalták, hogy konfliktusos nézetek, gondolatok alakultak ki bennük a jólétre való törekvés, a jó állapot visszatérése, és a mánia pozitív hatásainak megőrzése között (Joyce et al., 2017). A vizsgálat azt is feltárta, hogy különböző személyek ellentmondásos nézeteket vallottak a mániáról, gondolkodásukban az intenzív és pozitív megélésektől a veszélyes, kontrollvesztett állapot gondolatáig is eljutottak, emellett több kutatás is alátámasztotta, hogy a betegeknek eltérő és akár ellentétes nézeteik lehetnek belső állapotaikról és arról, hogy ezeket hogyan lehet megfelelően kontrollálni. A hipománia ezzel szemben kevésbé katasztrofizált, mint inkább kívánt állapotként szerepelt a bipoláris II zavarral élők körében, melyre akár gyakran törekedtek is a betegek (Seal et al., 2008).

Ezeknek a vizsgálatoknak és tapasztalatoknak a felhasználásával alakították ki a kognitív viselkedésterápia alapjaira épülő TEAMS („Gondolkodj Hatékonyan a Hangulatváltozásokról” – „Think Effectively About Mood Swings”) módszert, mely elnevezése szerint is a hatékony gondolkodást tűzi ki célul a hangulatváltozásokkal kapcsolatban, és célja, hogy a betegek körében növeljék a belső állapotokról alkotott szélsőséges értékítéletek tudatosítását és kontrollálási készségét, illetve hasznosabb és adekvátabb reakciói, megoldási módokat fejlesszenek ki az ilyen élmények esetében (Searson et al., 2012). A TEAMS a kognitív viselkedésterápiás technikák mellett olyan metakognitív elemeket is magában foglal, mint az aggodás és rumináció megfigyelése; a beteg által irányított terápiás folyamatban a jelen pillanatra, aktuális tünetekre összpontosítanak, a jövőbeli epizódok megelőzéséről a fókusz az aktuális tünetek kezelésére tevődött át. Emellett a módszer célja a komorbid betegségekkel és szubklinikus tünetekkel való hatékony megküzdés, melyek rontják az alapbetegség prognózisát is (Mansell et al., 2010). Beszámolók szerint a TEAMS terápiát követően a betegek kevésbé választották megküzdésként az elkerülést, céltudatosabban tudtak élni a mindennapokban, a depressziós hangulat hatékonyabb kezelése és a saját, reális célok könnyebb elérése, a családtagokkal, ismerősökkel kialakított jobb kapcsolat jellemezte őket, melyet a TEAMS terápia jótékony hatásának tulajdonítottak (Mansell et al., 2010; Joyce et al., 2017).

Egy 82 bipoláris beteggel végzett TEAMS pszichoterápia hatékonyságvizsgálatának tapasztalatait összefoglalva a szerzők összegyűjtötték a betegek által hangsúlyozott terápiás előnyöket (Joyce et al., 2017), az eredmények között megkülönböztették a terápia hasznos elemeit, illetve a terápiás intervenció általi változásokat. Az előbbihez olyan pozitívumokat jegyeztek fel, mint lehetőség a terápiás beszélgetésre, megnyugtató és kompetens terapeutákkal való együttműködés, normalizáló és személyközpontú terápia, a hangulati állapotok mélyebb megértésének módszerei, valamint új terápiás technikák és metaforák alkalmazása. A változásokat a betegek a hangulatingadozások eredményesebb kezelésében, a gondolkodásuk megváltozásában, a bipoláris zavar, a hangulatok és az én elfogadásában, a produktív és pozitív mintázatokban, valamint erőteljesebb fellépésükben és szociális szorongásuk csökkenésében látták.

A Képeken Alapuló Érzelemszabályozás módszere (Imagery Based Emotion Regulation – IBER)

A pszichoterápiás intervenciók körében egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek a szorongás kezelésére bipoláris zavarral küzdő betegek esetében, amely a depresszív és mániás epizódok között is gyakran fennállhat (Steel et al., 2020), és amely összefüggésben állhat az öngyilkos viselkedés, a relapszus és hangulatingadozások gyakoriságával. A Képeken Alapuló Érzelemszabályozás (IBER) olyan rövid, strukturált pszichológiai beavatkozás kifejezetten bipoláris zavarral élőknél, mely az érzelmekkel, érzelmi képekkel kapcsolatos képességek javítását, készségfejlesztését, a betörő képek adekvát kezelését, a szorongás szabályozását tűzi ki célul. A vizsgálatok szerint, a bipoláris zavarban szenvedők különösen fogékonyak a gyakran tapasztalt, intruzív és emocionális mentális képekre, melyek táplálják a szorongást és a hangulati instabilitást (Holmes et al., 2008; Di Simplicio et al., 2016). Bipoláris zavarban az intruzív mentális képek jellemzően elképzelt, érzelmileg intenzív, jövőbeli eseményekhez kapcsolódnak, például egy öngyilkossági kísérlet képéhez, amely szorongást kelt, vagy pozitív élményhez, melyet fokozott örömmézzel él meg a beteg. Képkeltő eljárásokkal végzett vizsgálatok szerint az esemény elképzése hasonló reakciót vált ki az idegrendszerben, mint a helyzet valós átélése, mely alátámasztja azokat a tapasztalatokat is, hogy a képalapú gondolkodás erősebb érzelmi reakciót vált ki, mint a verbális alapú, tehát egy épületről való leugrás képe intenzívebb emocionális hatással bír, mint a leugrásról való gondolkodás (Joyce et al., 2016). A bipoláris betegek ezeket a mentális képeket élethűbbnek, nehezebben figyelmen kívül hagyhatónak és kontrollálhatónak érzik, mint azok, akiket más mentális problémákkal diagnosztizáltak (Di Simplicio et al., 2016). A Képeken Alapuló Érzelemszabályozás (IBER) módszerrel végzett vizsgálatokban nyert első eredmények szerint a kezelésben résztvevők a szorongás és a depressziós tünetek csökkenéséről, a hangulat stabilitásának javulásáról, és javuló adherenciáról számoltak be (Holmes et al., 2016; Joyce et al., 2016).

Egyéb egyéni és csoportos pszichoterápiás lehetőségek

A korábban tárgyalt, kifejezetten bipoláris affektív zavarra kifejlesztett pszichoterápiás módszerek mellett a betegek számára hatékonyak lehetnek más, például

1. táblázat A bipoláris zavarok kezelése során alkalmazható pszichoterápiás módszerek

Pszichoedukáció	<ul style="list-style-type: none"> → Egyéni vagy csoportos formában → A betegség etiológiájával, kezelésével, lefolyásával és kimenetelével kapcsolatos tájékoztatás → Prodromális állapot és visszaesés figyelmeztető jeleinek felismerése → Farmakoterápiát érintő téves hiedelmek csökkentése ✓ adherencia növelése és mániás epizódok megelőzése, hosszabb remissziók
Kognitív terápia (CT) & Kognitív viselkedésterápia (CBT)	<ul style="list-style-type: none"> → Egyéni vagy csoportos formában → Maladaptív gondolatok és hangulatra gyakorolt hatásuk felismerésének elősegítése gondolat- és hangulatnaplóval → Pszichoedukáció és prodromával való megküzdés támogatása → Alvási ciklus szabályozása, rutinok elsajátítása, viselkedésaktiváció → Mindfulness-alapú kognitív terápia ✓ depressziós és szorongásos tünetek enyhülése, a depresszív epizódok megelőzése, relapszusok idejének csökkenése
Családterápiás módszerek	<ul style="list-style-type: none"> → Egy vagy több család bevonásával → Pszichoedukáció, kommunikációs tréning, problémamegoldó készségek fejlesztése ✓ depresszív epizódok gyakoriságának és időtartamának csökkentése
Interperszonális és szociális ritmusterápia (IPSRT)	<ul style="list-style-type: none"> → Interperszonális készségfejlesztés és a szociális ritmus szabályozás kialakítása és fenntartása → A mindennapi biológiai ritmus és az alvás-ébrenlét ciklus egyensúlyozása, szabályozása → Affektív tünetek azonosítása és kezelése, a hangulat és életesemények közötti kapcsolat felismerésének támogatása → Interperszonális kiváltó okok feltárása → Az egészséges szelf elgyászolása → Posztepizódot követő hiányosságok kompenzálását segítő stratégiák kialakítása ✓ mániás és depresszív epizódok megelőzése, az epizódokat követő funkcionális visszaállítása, javuló adherencia
Integrált gondozás-menedzsment (ICM)	<ul style="list-style-type: none"> → Egyéni és csoportos formában → Beteg és ellátórendszer szintű beavatkozások → Esetkezelési stratégiák, pszichoedukációs és pszichoterápiás módszerek kombinált alkalmazása a betegségkezelés elősegítése céljából ✓ mániás és depresszív epizódok számának, időtartamának és intenzitásának csökkenése
„Gondolkodj Hatékonyan a Hangulatváltozásokról” módszere (TEAMS)	<ul style="list-style-type: none"> → A hangulatváltozásokkal kapcsolatos szélsőséges értékítéletek tudatosítása és kontrollálásának támogatása, hatékony gondolkodás kialakítása → Hasznos és adekvát reaklási módok kidolgozása → Aktuális és szubklinikus tünetekre irányított fókusz, komorbid betegségekkel mutatott összefüggések felismerése → Kognitív viselkedésterápiás és metakognitív elemek kombinálása ✓ elkerülő megküzdés csökkenése, depresszív epizódokkal való hatékonyabb megküzdés és a saját célkitűzések realizálása
„Képeken alapuló érzelmszabályozás” (IBER)	<ul style="list-style-type: none"> → Az epizódok között jellemző fokozott szorongás enyhítése → A szorongást és hangulati instabilitást tápláló intruzív mentális képekkel való megküzdés fokozása → Érzelmekkel és érzelmi képekkel kapcsolatos készségfejlesztés ✓ szorongásos és depresszív tünetek csökkenése, hangulati stabilitás fokozódása, javuló adherencia

a bipoláris zavarral gyakran komorbid betegségek esetében kidolgozott és alkalmazott intervenciós és terápiás módszerek is, például a csoportterápia drogfüggők számára, a MAPS csoportterápia, az integrált csoportterápia, vagy a dialektikus viselkedésterápia (Swartz & Swanson, 2014).

A MAPS mozaikszó a módszer különböző lépéseit, stratégiáit, így a hangulatváltozások monitorozását, a prodromák felmérését, a visszaesés megelőzését, valamint az elérhető, megvalósítható, reális, időhatáros célok kitűzését takarja (Castle et al., 2010). Castle és kollégái (2010) egy 84 bipoláris beteg bevonásával történő vizsgálat során 12 hétig tartó, heti egy üléssel operáló MAPS csoportterápiás beavatkozást alkalmaztak, havi emlékeztető alkalmakkal. Kilenc hónapos utánkövetés után a visszaesések száma szignifikánsan csökkent az intervencióban résztvevők körében az általános ellátásban részesülőkhöz képest.

Van Dijk és munkatársai (2013) a dialektikus viselkedésterápia módszereit alkalmazták bipoláris betegek körében, viszonylag kis elemszám mellett, és hasonlították össze a pszichoedukációs és általános ellátási formákkal. A csoportos beavatkozás 12 héten keresztül heti rendszerességgű, 90 perces ülésekből állt, ahol DBT készségfejlesztő technikák mellett mindfulness relaxációt tanítottak, pszichoedukációval kiegészítve. A csoportokon részt vevő betegek a depressziós tünetek csökkenésének tendenciáját mutatták, továbbá kisebb eséllyel kerültek sürgősségi ellátásba a kezelést követő fél évben.

A Funkcionális Remediáció módszerét is érdemes megemlíteni, mely a csoportos pszichoedukációs beavatkozások családjába tartozik, azonban olyan strukturált, csoportos intervenció, mely leginkább a végrehajtó funkciók fejlesztésében játszik szerepet (Torrent et al., 2013). 21 hétig tartó folyamat, mely heti egy alkalommal 90 percben szóbeli és írásos feladatokkal célozza az emlékezeti, figyelmi, problémamegoldási képességeket, a multitasking és rendszeresség betartásának, valamint a napi rutin javítását.

A cikkünkben bemutatott, leginkább a kognitív viselkedésterápia és az interperszonális pszichoterápia technikáira, módszereire építő specifikus pszichoterápiás intervenciók mellett kevés publikáció van a pszichoanalitikus, pszichodinamikus irányvonal hatékonyságáról. Az egyéni dinamikus pszichoterápiák esetében kis számú esetleírás áll rendelkezésre bipoláris betegek kezelésével kapcsolatban, elsősorban a személyiségműködés és stressz közötti összefüggéseket vizsgálták, illetve a farmakoterápia jelentőségét hangsúlyozták (Swartz & Swanson, 2014).

A pszichoanalitikus csoportos terápiák esetében a pszichoanalitikus fókusz mellett elsősorban az aktív tünetek kezelésével, a tüneteken keresztül a betegség megértésével foglalkoztak. Cerbone és kollégái (1992), illetve Retzer és munkatársai (1991) is beszámolnak a módszerek alkalmazása mellett terápiás előnyökről, változásokról, viszont e vizsgálatok módszertana és az ezek során alkalmazott elemzési eljárások, illetve a kontrollcsoport hiánya megnehezíti az eredmények értelmezését. Mivel a heti ülések olykor éveken keresztül tartanak, fontos lenne kvantifikálni, hogy milyen „dózisú” kezelésre van szükség ahhoz, hogy a betegek maximális terápiás haszonhoz juthassanak (Jones, 2004).

ÖSSZEFOGLALÁS

A bipoláris affektív zavarral élők körében egyre több pszichoterápiás intervenciós módszer alkalmazható hatékonyan a gyógyszeres kezelés mellett, melyek egyéni vagy csoportos formában is elérhetőek (1. táblázat). Alappillérük sok esetben a pszichoedukáció, ami a betegség megértését és az epizódok felismerését, valamint megelőzését célozza. Emellett segítik a mindennapi funkcionális javítását, melynek alapja a társas kapcsolatokban való aktív és adekvát részvétel, illetve a kommunikációs készségek fejlesztése. A bipoláris zavar alapvetően endogén betegség, sok esetben családi halmozódással, így ezek a betegek nem csak genetikai alapon veszélyeztetettek, hanem a korai kötődési mintáik is sérülhetnek, sokan közülük már gyermekkorukban traumatizálódnak, míg a későbbiek során a betegség epizódjaiban töltött jelentős időből fakadóan sérülhetnek az interperszonális és pszichoszociális működések és alapvető funkciók. Szintén gyakori a betegséggel járó stigmatizáció káros hatása is. Emellett nagyon fontos hangsúlyt fektetni a bipoláris zavarhoz gyakran társuló komorbid betegségek pszichoterápiájára is. A társuló szorongásos zavarok, személyiségzavarok, vagy esetleges addikciók súlyosan ronthatják a prognózist, akár erősítve a szuicid hajlamot. A farmakoterápia korlátai mellett mindenképp szükséges lehet a bipoláris betegek kiegészítő pszichoterápiás kezelése, az együttműködés és betegségbelátás erősítése, a funkció és az életminőség javítása. Az elmúlt években egyre többféle elméleti alapon nyugvó módszert dolgoznak ki a bipoláris zavarban szenvedő betegek pszichoterápiás lehetőségeinek bővítésére, melyek farmakoterápia kiegészítéseként történő alkalmazása szignifikánsan hatékonyabb a relapszusok számának, hosszának, vagy az epizódok

hosszának és intenzitásának befolyásolásában, mint az általános ellátás. Így a hatékonyságvizsgálatok is alátámasztják, hogy a pszichoterápiás beavatkozások a bipoláris betegségek kezelésében fontos szerepet töltenek be.

LEVELEZŐ SZERZŐ: Gonda Xénia

Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás

Klinika, Szent Rókus Klinikai Tömb

1085 Budapest, Gyulai Pál utca 2.

E-mail: gonda.xenia@med.semmelweis-univ.hu

IRODALOM

- Basco, MR.; Rush, AJ. (1996). Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder. Guilford Press; New York, NY.
- Bauer MS, McBride L, Williford WO, Glick H, Kinoshian B, Altshuler L, Beresford T, Kilbourne AM, Sajatovic M. (2006). Cooperative Studies Program 430 Study Team: Collaborative care for bipolar disorder: part I. Intervention and implementation in a randomized effectiveness trial. *Psychiatr Serv.*, 57:927–936.
- Bauer MS, McBride L, Williford WO, Glick H, Kinoshian B, Altshuler L, Beresford T, Kilbourne AM, Sajatovic M. (2006). Cooperative Studies Program 430 Study Team: Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatr Serv.*, 57:937–945.
- Beck, AT.; Rush, AJ.; Shaw, BE.; Gary, E. (1979). Cognitive therapy of depression. Guilford Press; New York.
- Bonnín CDM, Reinares M, Martínez-Arán A, Jiménez E, Sánchez-Moreno J, Solé B, Montejo L, Vieta E. (2019). Improving Functioning, Quality of Life, and Well-being in Patients With Bipolar Disorder. *Int J Neuropsychopharmacol.*, 22(8):467–477.
- Candini V, Buizza C, Ferrari C, Caldera MT, Ermentini R, Ghilardi A, Nobili G, Pioli R, Sabaudo M, Sacchetti E, Saviotti FM, Seggioli G, Zanini A, de Girolamo G. (2013). Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. *J Affect Disord.*, 151:149–155.
- Carvalho AF, Firth J, Vieta E. (2020). Bipolar Disorder. *N Engl J Med.*, 383(1):58–66.
- Castle D, White C, Chamberlain J, Berk M, Berk L, Lauder S, et al. (2010). Group-based psychosocial intervention for bipolar disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.*, 196(5):383–388.
- Cerbone, M.J.A., Mayo, J.A., Cuthbertson, B.A., O'Connell, R.A., (1992). Group therapy as an adjunct to medication in the management of bipolar affective disorder. *Group* 16, 174 – 187.
- Colom, F., Vieta, E. (2006). Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder. Cambridge University Press; Cambridge.
- Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Torrent C, Comes M, Corbella B, Parramon G, Corominas J. (2003). 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.
- Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM, et al. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry.*, 194(3):260–265.
- Colom F, Vieta E, Tacchi MJ, Sanchez-Moreno J, Scott J (2005). Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disord.*, 7:24–31.
- Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL. (1993). The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry.*, 150:720–727.
- Culver JL, Arnow BA, Ketter TA. (2007). Bipolar disorder: improving diagnosis and optimizing integrated care. *J Clin Psychol.*, 63(1):73–92.
- Deckersbach, T., Peters, A. T., Sylvia, L., Urdhal, A., Magalhães, P. V. S., Otto, M. W., & Nierenberg, A. (2014). Do comorbid anxiety disorders moderate the effects of psychotherapy for bipolar disorder? Results from STEP-BD. *The American Journal of Psychiatry.*, 171(2), 178–186.
- De Dios, C., Ezquiga, E., Agud, J. L., Vieta, E., Soler, B., & García López, L. (2012). Subthreshold symptoms and time to relapse/recurrence in a community cohort of bipolar disorder outpatients. *Journal of Affective Disorders.*, 143(2), 160–165.
- Di Simplicio M, Renner F, Blackwell SE, Mitchell H, Lau-Zhu A, Stratford HJ, et al. (2016). An investigation of mental imagery in Bipolar Disorder: exploring “the mind’s eye”. *Bipolar Disord.*;18:669–83,
- Fountoulakis KN, Yatham L, Grunze H et al. (2017). The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 2: Review, grading of the evidence, and a precise algorithm. *Int. J. Neuropsychopharmacol.*, 20: 121–179.
- Frank, E. (2005). Treating bipolar disorder: A clinician’s guide to interpersonal and social rhythm therapy. Guilford Press; New York.
- Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ. (2000). Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biol Psychiatry.*, 48:593–604.
- Geddes, J. R., & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *Lancet.*, 381(9878), 1672–1682.
- Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry.*, 152:1635–1640.
- Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. (1995). Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *Am J Psychiatry.*, 152:379–384.
- Harvey AG. (2008). Sleep and circadian rhythms in bipolar disorder: seeking synchrony, harmony, and regulation. *Am J Psychiatry.*, 165:820–829.
- Holmes EA, Bonsall MB, Hales SA, Mitchell H, Renner F, Blackwell S, et al. (2016). Applications of time-series analysis to mood fluctuations in bipolar disorder to promote treatment innovation: a case series. *Transl Psychiatry.*, 6: e720.
- Holmes EA, Geddes JR, Colom F, Goodwin GM. (2008). Mental imagery as an emotional amplifier: application to bipolar disorder. *Behav Res Ther.*;10: 1251–8.
- Johnson SL (2005). Life events in bipolar disorder: towards more specific models. *Clin Psychol Rev.*, 25:1008–1027.
- Jones S. (2004). Psychotherapy of bipolar disorder: a review. *J Affect Disord.*, 80(2-3):101–14.

30. Joyce E, Tai S, Gebbia P, Mansell W. (2017). What are People's Experiences of a Novel Cognitive Behavioural Therapy for Bipolar Disorders? A Qualitative Investigation with Participants on the TEAMS Trial. *Clin Psychol Psychother*, (3):712-726.
31. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Leon AC, Rice JA, Keller MB (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 59:530-537.
32. Kanba S, Kato T, Terao T, Yamada K. (2013). Guideline for treatment of bipolar disorder by the Japanese Society of Mood Disorders, 2012. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 67: 285-300.
33. Kato, T (2019). Current understanding of bipolar disorder: Toward integration of biological basis and treatment strategies. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 73: 526-540.
34. Keck PE Jr, McElroy SL, Strakowski SM, West SA, Sax KW, Hawkins JM, Bourne ML, Haggard P (1998). Twelve-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry*; 155:646-652.
35. Lam DH, Bright J, Jones S, Hayward P, Schuck N, Chisholm D, et al. (2000). Cognitive therapy for bipolar illness—a pilot study of relapse prevention. *Cognit Ther Res.*, 24:503-520.
36. Lam, DH.; Jones, SH.; Hayward, P. (2010). Cognitive therapy for bipolar disorder: a therapist's guide to concepts, methods, and practice. John Wiley & Sons Ltd.; Chichester, U.K.
37. Malkoff-Schwartz S, Frank E, Anderson B, Sherrill JT, Siegel L, Patterson D, Kupfer DJ (1998). 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.
38. Mansell, W., Morrison, A. P., Reid, G., Lowens, I., & Tai, S. (2007). The interpretation of, and responses to, changes in internal states: An integrative cognitive model of mood swings and bipolar disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(5), 515-539.
39. Markar HR, Mander AJ. (1989). Efficacy of lithium prophylaxis in clinical practice. *Br J Psychiatry*, 155:496-500.
40. Merikangas KR, Jin R, He J-P, et al (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Arch Gen Psychiatry*; 68:241-51.
41. Miklowitz, DJ (2008). Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: State of the Evidence. *Am J Psychiatry*, 165:11.
42. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 60:904-912.
43. Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Uebelacker LA, Johnson SL, Solomon DA (2008). Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. *J Clin Psychiatry*, 69: 732-740.
44. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN, Nierenberg AA, Calabrese JR, Marangell LB, Gyulai L, Araga M, Gonzalez JM, Shirley ER, Thase ME, Sachs GS. (2007). Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry*, 64:419-426.
45. Otto, MW.; Reilly-Harrington, NA.; Kogan, J.; Henin, A. (2008). Managing bipolar disorder: A cognitive behavior treatment program therapist guide. Oxford University Press, Inc.; New York.
46. Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *Br Med J*, 318:149-15.
47. Plans L, Barrot C, Nieto E, et al. (2019). Association between completed suicide and bipolar disorder: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*, 242:111-22.
48. Prien RF, Himmelhoch JM, Kupfer DJ. (1988). Treatment of mixed mania. *J Affect Disord.*, 15:9-15.
49. Retzer, A., Simon, F.B., Weber, G., Stierlin, H.M., Schmidt, G., (1991). A follow-up study of manic depressive and schizo-affective psychoses after systemic family therapy. *Family Process*. 30, 139 - 153.
50. Seal, K., Mansell, W., & Mannion, H. (2008). What lies between hypomania and bipolar disorder? A qualitative analysis of 12 non-treatment-seeking people with a history of hypomanic experiences and no history of major depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81, 33-53.
51. Searson, R., Mansell, W., Lowens, I., & Tai, S. (2012). Think effectively about mood swings (TEAMS): A case series of cognitive-behavioural therapy for bipolar disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(2), 770-779.
52. Simon GE, Ludman EJ, Unützer J, Bauer MS, Operskalski B, Rutter C. (2005). Randomized trial of a population-based care program for people with bipolar disorder. *Psychol Med.*, 35:13-24.
53. Soares JFF, Stintzing CP, Jackson C, Skoldin B. (1997). Psychoeducation for patients with bipolar disorder - An exploratory study. *Nord J Psychiatry*, 51:439-446.
54. Solomon DA, Keitner GI, Ryan CE, Kelley J, Miller IW. (2008). Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disord.*, 10:798-805.
55. Steardo L Jr, Luciano M, Sampogna G, Zinno F, Saviano P, Staltari F, Segura Garcia C, De Fazio P, Fiorillo A. (2020). Efficacy of the interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) in patients with bipolar disorder: results from a real-world, controlled trial. *Ann Gen Psychiatry*, 19:15.
56. Steel, C., Wright, K., Goodwin, G. et al. (2020). The IBER study: study protocol for a feasibility randomised controlled trial of Imagery Based Emotion Regulation for the treatment of anxiety in bipolar disorder. *Pilot Feasibility Stud* 6, 83.
57. Swartz HA, Swanson J. (2014). Psychotherapy for Bipolar Disorder in Adults: A Review of the Evidence. *Focus (Am Psychiatr Publ)*, 12(3):251-266.
58. Torrent C, Bonnin CdelM, Martínez-Arán A, Valle J, Amann BL, González-Pinto A, Crespo JM, Ibáñez Á, García-Portilla MP, Tabarés-Seisdedos R, Arango C, Colom F, Solé B, Pacchiarotti I, Rosa AR, Ayuso-Mateos JL, Anaya C, Fernández P, Landin-Romero R, Alonso-Lana S, Ortiz-Gil J, Segura B, Barbeito S, Vega P, Fernández M, Ugarte A, Subirà M, Cerrillo E, Custal N, Menchón JM, Saiz-Ruiz J, Rodao JM, Isella S, Alegría A, Al-Halabi S, Bobes J, Galván G, Saiz PA, Balanzá-Martínez V, Selva G, Fuentes-Durá I, Correa P, Mayoral M, Chiclana G, Merchan Naranjo J, Rapado-Castro M, Salamero M, Vieta E. (2013). Efficacy of functional remediation in bipolar disorder: a multicenter randomized controlled study. *Am J Psychiatry*, 170:852-859.
59. Van Dijk S, Jeffrey J, Katz MR. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *J Affect Disord.*, 145:386-393.
60. Vieta, E., de Arce, R., Jiménez-Arriero, M. A., Rodríguez, A., Balanzá, V., & Cobaleda, S. (2010). Detection of subclinical depression in bipolar disorder: A cross-sectional, 4-month prospective follow-up study at community mental health services (SIN-DEPRES). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71 (11), 1465-1474.

61. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, 3:171-8.
62. Williams JM, Alatiq Y, Crane C, Barnhofer T, Fennell MJ, Dugan DS, Hepburn S, Goodwin GM. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *J Affect Disord.*, 107:275–279.
63. Yalom, I.D., 1975. In: 2nd Edition. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books, New York.
64. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M, O'Donovan C, Macqueen G, McIntyre RS, Sharma V, Ravindran A, Young LT, Milev R, Bond DJ, Frey BN, Goldstein BI, Lafer B, Birmaher B, Ha K, Nolen WA, Berk M. (2013). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disord.*, 15:1–44.
65. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV et al. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 Guidelines for the Management of Patients with Bipolar Disorder. *Bipolar Disord.*, 20: 97–170.
66. Yatham LN, Kusumakar V, Parikh SV, Haslam DRS, Matte R, Sharma V, Kennedy S. (1997). Bipolar depression: treatment options. *Can J Psychiatry*, 42(Suppl 2):87S–91S.
67. Zhang L, Cao X-L, Wang S-B, et al. (2017). The prevalence of bipolar disorder in China: a meta-analysis. *J Affect Disord*, 207:413-21.

Can you get off the rollercoaster? Psychotherapeutic interventions in bipolar disorder

Bipolar affective disorder is a chronic illness that usually causes significant psychosocial deficits and functional impairment and is also associated with excess mortality. It is underlied by an endogenous pathology with pharmacotherapy as primary treatment. However, in many cases, medication treatment alone is associated with limited adherence, low remission rates, increased potential for relapse and residual symptoms, which is why bipolarity-specific psychotherapeutic interventions are increasingly gaining ground as an integral part of the management of the disease. An increasing amount of research and evidence suggest that complementary psychotherapeutic interventions improve patients' long-term functioning, and argue for the involvement of psychologists and other helping professionals in the long-term care of patients with bipolar disorder.

In this article we overview the major therapeutic methods specifically targeted at this group of patients, including individual and group psychoeducation, cognitive behavioural therapy, family therapy, Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT), Integrated Care Management, Think Effectively About Mood Swings (TEAMS), Imagery Based Emotion Regulation (IBER), and other individual and group techniques and psychotherapeutic interventions, also mentioning efficacy studies and effects experienced by patients.

Keywords: bipolar disorder, psychotherapy, Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT), Think Effectively About Mood Swings (TEAMS), Imagery Based Emotion Regulation (IBER), Integrated Care Management, cognitive behaviour therapy