

Psychotherapeutische behandel mogelijkheden voor bipolaire stoornissen

Een overzicht van gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken

B. VAN DEN BERG, E.A.M. KNOPPERT-VAN DER KLEIN, J. VAN ZAANE

ACHTERGROND In onderzoeken naar de effectiviteit van behandelingen van bipolaire stoornissen heeft lang de nadruk gelegen op farmacotherapeutische behandelingsmogelijkheden. De laatste jaren wordt steeds meer onderzoek gedaan naar psychotherapeutische behandelmethoden bij bipolaire stoornissen.

DOEL Een overzicht geven van de gepubliceerde gecontroleerde en gerandomiseerde onderzoeken naar de effectiviteit van psychotherapeutische behandelvormen voor bipolaire stoornissen.

METHODE Met Medline en Embase werden met de zoektermen 'psychotherapy', 'cognitive (behavioural) therapy', 'family therapy', en 'psychoeducation' acht gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken gevonden. Geïnccludeerd werden de onderzoeken waarin sprake was van een gerandomiseerde en gecontroleerde opzet, waarin beschreven werd welke interventies werden toegepast en waarin het terugvalpercentage een uitkomstmaat was.

RESULTATEN De volgende behandelmethoden zijn onderzocht: Noodplan, cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke en sociaal-ritme-therapie, gezinsgerichte therapie en groepspsycho-educatie. Deze behandelingen worden toegevoegd aan medicamenteuze behandelingen. De toevoeging van psychotherapeutische behandelingen leidt tot minder terugval in stemmingsepisoden en verbetering van functioneren.

CONCLUSIE Aanbevolen wordt om psychotherapeutische behandelingen aan te bieden bij patiënten met bipolaire stoornissen om de kans op terugval zo klein mogelijk te maken.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)12, 905-913]

TREFWOORDEN effectiviteit, bipolaire stoornis, gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek, psychotherapie

In het onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen voor bipolaire stoornissen heeft lang de nadruk gelegen op farmacotherapeutische mogelijkheden. Medicatietrouw is vaak een probleem, maar ook als medicatie volgens voorschrift wordt gebruikt, blijft er toch vaak terugval optreden. Daarnaast kunnen restsymptomen het functioneren op negatieve wijze beïnvloeden (Judd e.a. 2002; Judd e.a. 2003; Post e.a. 2003). De laatste jaren is er

in toenemende mate aandacht voor onderzoek naar psychologische behandelmethoden (Jones 2004; Scott 1995), zoals psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie en systeemtherapie. Er zijn de laatste jaren methodologisch goede onderzoeken gepubliceerd waarin sprake was van een gecontroleerde en gerandomiseerde onderzoeksopzet. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van deze onderzoeken.

METHODE

In Medline en Embase werd gezocht met de zoektermen 'bipolar disorder' gecombineerd met 'psychotherapy', 'cognitive (behavioural) therapy', 'family therapy' AND/OR 'psychoeducation'. Uit de literatuurlijsten van de gevonden artikelen werden bruikbare artikelen gehaald. Geïnccludeerd werden de onderzoeken waarin sprake was van een gerandomiseerde en gecontroleerde opzet, waarin beschreven werd welke psychotherapeutische technieken werden toegepast en waarin het terugvalpercentage een uitkomstmaat was.

RESULTATEN

De hierboven beschreven zoekmethode leverde elf artikelen op, waarin acht onderzoeken beschreven werden die aan de beschreven inclusiecriteria voldeden. Een aantal onderzoeken werd in twee artikelen beschreven (Colom e.a. 2003; Colom e.a. 2004; Frank e.a. 1999; Frank e.a. 2005; Lam e.a. 2003; Lam e.a. 2005a), waarbij in de tweede publicatie vaak een nadere analyse van het eerste onderzoek werd beschreven.

De onderzochte behandelmethoden in de geïnccludeerde onderzoeken waren: Noodplan, cognitieve gedragstherapie (CGT), interpersoonlijke en sociaal-ritme-therapie (IP-SRT), *family-focused treatment* (afgekort als GGT, gezinsgerichte therapie) en groepspsycho-educatie (zie tabel 1). In de beschreven onderzoeken werd de psychotherapeutische behandeling steeds toegevoegd aan de standaardbehandeling, die meestal bestond uit medicatiecontroles, controle van symptomatologie en crisiscontacten bij tekenen van terugval.

De onderzochte behandelingen hebben een aantal overeenkomsten: door middel van psycho-educatie wordt de kennis over de stoornis vergroot en richt men zich op verbetering van ziektebesef, er wordt gewerkt aan een regelmatige dagstructuur en voldoende rust, men richt zich op bevordering van medicatietrouw en het voorkomen van terugval door middel van vroege signalering van symptomen.

In de gevonden artikelen is de primaire uitkomstmaat meestal het terugvalpercentage of de tijd tot het optreden van terugval. Terugval wordt hierbij meestal gedefinieerd als het opnieuw optreden van de symptomen van een stemmingsepisode (manische, hypomane, depressieve of gemengde episode) volgens de criteria van de DSM-IV.

Noodplan Perry e.a. (1999) onderzochten een individuele interventie waarin een noodplan wordt opgesteld dat gericht is op het voorkómen van een terugval. Proefpersonen ($n = 69$) werden verdeeld over 2 behandelgroepen. De onderzochte behandeling bestaat uit 2 fasen: ten eerste wordt de patiënt getraind om vroege symptomen van zowel manische als depressieve episoden te herkennen. Vervolgens worden acties geformuleerd voor het geval dat deze symptomen zich in de toekomst voordoen. In het noodplan wordt bijvoorbeeld vastgelegd op welk moment of bij welke symptomen iemand uit de naaste omgeving ingeschakeld wordt, er contact opgenomen wordt met een hulpverlener of extra medicatie of extra rust genomen wordt. Van dit noodplan wordt een geplastificeerde kaart gemaakt, die de patiënt altijd bij zich kan dragen. De behandeling bestond uit sessies van 1 uur en per patiënt waren gemiddeld 9 sessies nodig. Naast deze behandeling werd een standaardbehandeling geboden, de controlegroep kreeg alleen de standaardbehandeling.

In de interventiegroep deden zich significant minder manische episoden voor dan in de controlegroep en de tijd tot het optreden van een manische episode was significant langer in de interventiegroep. Het aantal depressieve episoden en de duur tot optreden van depressieve episoden was in beide groepen gelijk. In de interventiegroep was het niveau van sociaal en beroepsmatig functioneren hoger.

Groepspsycho-educatie Colom e.a. (2003) onderzochten het effect van een groepspsycho-educatie. In 21 wekelijkse sessies kwamen de volgende onderwerpen aan de orde: uitleg over de

TABEL 1 Onderzoeken naar de effectiviteit van psychotherapeutische behandelvormen voor bipolaire stoornissen

Onderzoek	n	Onderzochte behandeling	Controlebehandeling	Onderzoeksduur	Resultaat
Perry e.a. 1999	interventie n = 34 controle n = 35	Identificatie vroege symptomen terugval en opstellen noodplan + TAU	TAU	18 maanden	Bij interventiegroep tijd tot manische episode langer; geen effect op tijd tot depressieve episode
Colom e.a. 2003	interventie n = 60 controle n = 60	21 sessies psycho-educatie in groep +TAU	20 sessies ongestructureerde groep + TAU	24 maanden (behandelfase 5 maanden)	Terugval: interventiegroep 67% controlegroep 92%
Colom e.a. 2004	comorbide PS: interventie n = 15 controle n = 22				Terugval bij comorbide PS: interventiegroep 67% controlegroep 100%
Scott e.a. 2001	interventie n = 21 wachttijst- controlegroep n = 21	CGT, maximaal 25 sessies + TAU	TAU (wachttijst)	18 maanden voor start behandeling vergeleken met 18 maanden na start behandeling	Terugval: na start CGT 21% voor start 65%
Scott e.a. 2006	interventie n = 127 controle n = 126	20 sessies CGT + TAU	TAU	17 maanden (behandelfase 6 maanden)	Terugval: interventiegroep 61,6% controlegroep 57,4%
Lam e.a. 2003 Lam e.a. 2005	controle n = 52 interventie n = 51	CGT 12-18 sessies + TAU	TAU	30 maanden (behandelfase 6 maanden)	Terugval na 12 maanden: interventiegroep 44% controlegroep 75% volgende 18 maanden in beide groepen gelijk terugvalpercentage
Frank e.a. 1999 Frank e.a. 2005	totaal n = 82	behandelfase / preventiefase IP-SRT / IP-SRT IP-SRT / CM CM / IP-SRT CM / CM		24 maanden	Bij personen die zelfde behandeling aangeboden kregen tijdens gehele onderzoek minder terugval (18% versus 41%) Bij IP-SRT in behandelfase langere tijd tot terugval
Miklowitz e.a. 2003	interventie n = 31 controle n = 70	GGT 21 sessies bij patiënt thuis + TAU	crisismanagement + TAU	24 maanden (behandelfase 9 maanden)	Terugval: interventiegroep 35% controlegroep 54%
Rea e.a. 2003	interventie n = 28 controle n = 25	GGT 21 sessies bij patiënt thuis, 2 therapeuten + TAU	Individueel 21 sessies, 1 therapeut + TAU	24 maanden (behandelfase 9 maanden)	Terugvalpercentage behandelfase in beide groepen gelijk Terugval 1 jaar na stoppen behandeling: interventiegroep 28% controlegroep 60%

TAU= treatment as usual; PS = persoonlijkheidsstoornissen; IP-SRT= interpersoonlijke en sociaal-ritme-therapie;

CM= clinical management; GGT= gezinsgerichte therapie; CGT= cognitieve gedragstherapie

symptomen van de stoornis, medicamenteuze en psychotherapeutische behandel mogelijkheden. Technieken om vroege signalen van terugval te herkennen en strategieën om terugval te voorkomen werden aangeleerd. Er werd gewerkt aan het bereiken van een regelmatig dagritme, regelmatige medicatie-inname, een gezonde levensstijl, stressregulatietechnieken en oplossingsvaardigheden. Deze groepen werden geleid door 2 therapeuten en bestonden uit 8 tot 12 patiënten. Aan de controlegroep werd een ongestructureerde groepsbehandeling met een gelijk aantal sessies geboden, ook met 2 therapeuten. Er werden alleen patiënten geïncludeerd die langer dan 6 maanden euthym waren geweest, en zowel patiënten met bipolaire-I- als patiënten met bipolaire-II-stoornissen, en ook personen met comorbide persoonlijkheidsstoornissen werden geïncludeerd.

Het terugvalpercentage in de interventiegroep was significant lager dan in de controlegroep. Er waren vooral minder depressieve episoden en minder hypomane episoden; het verschil in manische episoden was niet significant. In de interventiegroep was het aantal opnamen lager dan in de controlegroep, en wanneer een opname nodig was, was de gemiddelde duur korter. De medicatietrouw was hoger in de groep die groepspsycho-educatie kreeg. Ook bij patiënten met comorbide persoonlijkheidsstoornissen bleek deze groepspsycho-educatie te leiden tot significant minder terugval (Colom e.a. 2004).

Cognitieve gedragstherapie Scott e.a. (2001; 2006) publiceerden twee onderzoeken naar het effect van cognitieve gedragstherapie. In het begin van de behandeling werd vooral psycho-educatie gegeven. Een gedetailleerde beschrijving werd gemaakt van symptomen van eerdere stemmingsepisoden en van de uitlokkende factoren. Disfunctionele gedachten betreffende de bipolaire stoornis werden geïdentificeerd en uitgedaagd, als voorbeeld kunnen ideeën betreffende stigmatisatie door de psychiatrische stoornis genoemd worden. Aandacht werd besteed aan het

veranderen van cognities die de medicatietrouw negatief beïnvloeden, zoals negatieve gedachten over het verslavende effect van medicatie. Vervolgens werden door middel van zelfmonitoring en zelfregulatie technieken geleerd om op effectieve wijze om te gaan met beginnende depressieve en hypomane symptomen. Er werd gewerkt aan het beter leren omgaan met stress en het verbeteren van tijdsindeling. Risicosituaties die tot terugval kunnen leiden, zoals alcohol- en/of middelenmisbruik, werden besproken en een passende strategie werd gezocht om risicosituaties te vermijden.

In het eerste onderzoek (Scott e.a. 2001) was sprake van een opzet met een wachtlijstcontrolegroep (n = 42). In de behandelgroep was sprake van significant minder terugval, vooral het aantal depressieve episoden was significant lager, het aantal manische episoden was niet significant verschillend.

In het tweede onderzoek (Scott e.a. 2006) werd een meer heterogene groep patiënten geïncludeerd: er mocht sprake zijn van diverse soorten comorbiditeit (alcohol- of drugsproblemen, persoonlijkheidsstoornissen, angststoornissen, enzovoort) en patiënten mochten starten tijdens een matig tot ernstige stemmingsepisode. Per persoon werden twintig sessies aangeboden; bij een aantal patiënten bleek dit te weinig. Er was geen significant verschil in terugvalpercentage tussen de interventiegroep en de controlegroep. Wel bleek de CGT effectiever te zijn in de groep die nog relatief weinig stemmingsepisoden had doorgemaakt.

Lam e.a. (2003) onderzochten eveneens het effect van een cognitief-gedragstherapeutische behandeling. Er werden 103 patiënten met een bipolaire-I-stoornis geïncludeerd, die ondanks medicatie frequent terugvielen, maar op het moment van start van de behandeling euthym waren. De behandelgroep kreeg gemiddeld 14 sessies CGT in de eerste 6 maanden en nog 2 boostersessies in de daaropvolgende 6 maanden. De behandeling werd gecombineerd met de standaardbehandeling. De controlegroep kreeg alleen de standaardbehandeling. De inhoud van de behandeling wordt be-

schreven in het boek *'Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's Guide to Concepts, Methods and Practice'* (Lam e.a. 1999). De gebruikte technieken vertonen veel overeenkomsten met de cognitieve gedragstherapie zoals beschreven door Scott en anderen (Scott e.a. 2001; Scott e.a. 2006).

In de metingen na een jaar was er in de behandelgroep significant minder terugval dan in de controlegroep. Er waren significant minder opnamen, er waren minder dagen met manische symptomen en het sociaal functioneren verbeterde. Door deze gunstige resultaten was de CGT kosteneffectiever dan de controlebehandeling (Lam e.a. 2005b). Dit effect leek niet lang aan te houden: bij metingen in de daaropvolgende achttien maanden (Lam e.a. 2005a) was het terugvalpercentage in beide groepen gelijk. Het aantal dagen met symptomen van een stemmingsepisode was wel significant lager in de groep die cognitieve therapie kreeg. De auteurs doen hierop de suggestie dat een onderhoudsbehandeling tot langer aanhoudend effect zou kunnen leiden.

Interpersoonlijke en sociaal-ritme-therapie De *'interpersonal and social rhythm therapy'* (interpersoonlijke en sociaal-ritme-therapie, afgekort IP-SRT), die ontwikkeld werd door Frank e.a. (1999), is een behandeling die gebaseerd is op de interpersoonlijke therapie (IPT) voor unipolaire depressies, zoals ontwikkeld door Klerman e.a. (1995).

Inhoudelijk bestaat de behandeling uit de volgende elementen (Frank 2005): Er worden verbanden gelegd tussen belangrijke levensgebeurtenissen en stemmingswisselingen. Er wordt gestreefd naar een regelmatige dagstructuur, hierbij wordt de *'sociaal ritme meter'* (SRM) gebruikt. Dit is een soort dagboek waarin de vaste activiteiten op de dag, zoals de maaltijden, het opstaan en naar bed gaan worden geregistreerd. Daarna wordt gewerkt aan het identificeren en leren hanteren van mogelijke factoren die verstoring van ritme geven. Ook in deze behandeling wordt gewerkt aan het identificeren en leren hanteren van vroege symptomen van een terugval.

In de oorspronkelijke IPT wordt altijd een focus gekozen, een centraal thema waarover in de behandeling gesproken wordt (rouw, rolveranderingen, rolconflicten, interpersoonlijke tekorten). Ook in de IP-SRT wordt een dergelijke focus gekozen; bij patiënten met een bipolaire stoornis is het thema vaak rouw over het feit dat er sprake is van een chronische psychiatrische ziekte ('het verlies van het gezonde zelf'). In de beginfase zijn de sessies wekelijks, tijdens de preventieve fase vinden de sessies maandelijks plaats.

In het onderzoek van Frank e.a. (1999) werden patiënten met een bipolaire-I-stoornis (n = 82) geïnccludeerd die minimaal 3 stemmingsepisodes hadden gehad. In de behandelgroep werd IP-SRT aangeboden. De controleconditie bestond uit medicatiecontacten, psycho-educatie en aandacht voor tekenen van terugval, waarbij de frequentie van de contacten gelijk was, maar de duur van de sessies korter. De opzet van het onderzoek was complex. Er werd namelijk op 2 momenten gerandomiseerd: bij aanvang van het onderzoek en na het bereiken van een stabiele stemming. Hierdoor kregen sommige patiënten dus in de acute fase IP-SRT en in de stabilisatiefase de controlebehandeling en andersom.

Er werden geen significante verschillen in terugvalpercentages gevonden, mogelijk doordat de groepen niet voldoende groot waren. Een mogelijke andere verklaring is dat in de controlebehandeling ook veel elementen geboden werden die ook in de experimentele behandeling voorkwamen. In de groep die steeds volgens dezelfde methode werd behandeld was er significant minder terugval dan in de groep die van behandeling wisselde. Het maakte daarbij niet uit of IP-SRT of de controlebehandeling was gegeven. In een tweede publicatie over dit onderzoek (Frank e.a. 2005), bleek dat IP-SRT in de acute fase op de lange termijn effectiever was dan de controlebehandeling.

Gezinsgerichte therapie Net als bij families van een patiënt met schizofrenie bleek dat ook bij een te kritische houding of overbetrokkenheid van gezinsleden van bipolaire patiënten de kans

op terugval groter is (Miklowitz e.a. 1988). Miklowitz & Goldstein (1997) ontwikkelden hierop de 'family-focused treatment' (GGT, gezinsgerichte therapie) waarin wordt beoogd constructievere gezinsinteracties te bewerkstelligen om de kans op terugval te verkleinen.

Miklowitz e.a. (2003) onderzochten het effect van deze behandeling, die bestond uit 21 onderzoeken door 2 therapeuten bij de patiënt en zijn gezinsleden thuis. De eerste 7 sessies werden besteed aan psycho-educatie, daarna volgden 7 tot 10 sessies communicatietraining (actief leren luisteren, positieve en negatieve feedback leren geven, leren vragen om gedragsveranderingen) en daarna 4 tot 5 sessies training van probleemoplossende vaardigheden.

De controlegroep kreeg een standaardbehandeling geboden, waarbij ook de familie werd geïnstrueerd om contact op te nemen bij tekenen van terugval. In de interventiegroep was het terugvalpercentage significant lager en waren er minder opnamen. Er was vooral een significant langere periode tot het optreden van depressieve symptomen.

In een ander onderzoek van dezelfde onderzoeksgroep (Rea e.a. 2003) werd een andere controlegroep gekozen. De gezinsgerichte therapie werd vergeleken met een individuele behandeling, met eenzelfde frequentie en behandelduur. Hieruit bleek dat het effect van beide behandelingen gelijk was zolang de interventies geboden werden, maar het effect van de gezinsgerichte therapie bleef ook na beëindiging van de behandeling aanhouden: een jaar na beëindigen was er significant minder terugval en waren er minder opnamen in de interventiegroep.

DISCUSSIE

De laatste jaren is een aantal methodologisch goede onderzoeken verschenen waarin het effect van psychotherapeutische behandelmogelijkheden (naast farmacotherapie) voor patiënten met bipolaire stoornissen is onderzocht. In het merendeel van deze onderzoeken leidt het toevoegen van

een psychotherapeutische behandeling tot een lager terugvalpercentage. In de onderzoeken komt ook naar voren dat de psychotherapeutische behandeling de medicatietrouw bevordert en het aantal opnamen of de duur van de opnamen vermindert.

In de onderzochte behandelingen is een aantal overeenkomsten in de geboden technieken: in de beginfase wordt psycho-educatie geboden, er wordt gewerkt aan een regelmatige dagstructuur, medicatietrouw, het signaleren van vroege tekenen van terugval en het aanleren van vaardigheden om hierop adequaat actie te ondernemen. De behandelingen zijn gericht op de acceptatie van de gevolgen van de stoornis voor de patiënt en zijn omgeving en op het aanleren van nieuwe vaardigheden of een adequate leefstijl.

Psycho-educatie en het leren signaleren van vroege tekenen van terugval lijken vooral een gunstig effect te hebben op het voorkómen van manische of hypomane episoden. Aandacht besteden aan de gevolgen van de stoornis voor het dagelijks leven van de patiënt en zijn gezinsleden en het aanleren van vaardigheden om hiermee om te gaan lijken vooral een positief effect te hebben op de depressieve symptomen.


De behandelingen beginnen meestal met enkele sessies psycho-educatie. Er zijn geen gecontroleerde onderzoeken bekend waarin het effect van alleen psycho-educatie op het terugvalpercentage is onderzocht. Ook de door Colom e.a. (2003) onderzochte behandeling wordt weliswaar groepspsycho-educatie genoemd, maar bestaat ook uit het leren signaleren van vroege symptomen van terugval en vaardigheden gericht op een regelmatige levensstijl. Deze groepspsycho-educatie is dus uitgebreider dan de groepspsycho-educatie die op vele plaatsen in Nederland geboden wordt (die uit zes sessies bestaat).

Er zijn aanwijzingen dat de onderzochte behandelingen kosteneffectief zijn (Lam e.a. 2005b). Het positieve effect op de terugvalpercentages houdt vooral bij de gezinsgerichte therapie ook na het afronden van de behandeling aan (Rea e.a. 2003).

De onderzochte behandelingen zijn over het algemeen geboden in de stabilisatiefase, gericht op het voorkomen van terugval. Alleen de onderzoeken naar het effect van IP-SRT (Frank e.a. 1999; Frank e.a. 2005) en het onderzoek van Scott (2006) naar het effect van CGT werden bij een deel van de patiënten gestart terwijl er nog symptomen van stemmingsepisoden aanwezig waren. Opvallend is dat deze onderzoeken geen significant effect van de behandeling laten zien. Nog nader onderzocht moet worden of psychotherapeutische behandelingen ook tijdens de acute fase effectief zijn. Hierbij kan vooral gedacht worden aan de behandeling van depressieve episoden van de bipolaire stoornissen. Tot nu toe is alleen een klein niet-gecontroleerd onderzoek naar het effect van cognitieve gedragstherapie voor bipolaire depressie (Zaretsky e.a. 1999) gepubliceerd, met een positief resultaat.

CONCLUSIE

Op basis van de resultaten van deze gecontroleerde en gerandomiseerde onderzoeken adviseren wij om bij patiënten met bipolaire stoornissen naast de farmacotherapeutische behandeling ook een psychotherapeutische behandeling in de stabilisatiefase aan te bieden om de kans op terugval zo klein mogelijk te maken. Psycho-educatie alleen is daarvoor niet afdoende. Naast het vroegtijdig kunnen signaleren van terugval en hierop adequaat actie ondernemen moet er aandacht zijn voor de gevolgen van de bipolaire stoornis voor het dagelijks leven van de patiënt en zijn betrokkenen. Het heeft de voorkeur om zo vroeg mogelijk na het vaststellen van de stoornis te starten met de psychotherapeutische behandeling. Een behandelteam voor patiënten met bipolaire stoornissen moet multidisciplinair zijn, en in ieder geval bestaan uit psychiaters, (sociaal-psychiatrisch) verpleegkundigen en (gz)-psychologen/psychotherapeuten.

 Wij bedanken R. Schulte, psychiater ggz Noord-Holland-Noord, voor zijn enthousiaste bijdrage aan dit artikel.

LITERATUUR

- Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., e.a. (2003). A randomized controlled trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., e.a. (2004). Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disorders*, 6, 294-298.
- Frank, E. (2005). *Treating Bipolar Disorder. A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy*. New York: Guilford Publications.
- Frank, E., Kupfer, D.J., Thase, M.E., e.a. (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 996-1004.
- Frank, E., Swartz, H.A., Mallinger, A.G., e.a. (1999). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: effects of changing treatment modality. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 579-587.
- Jones, S. (2004). Psychotherapy of bipolar disorder: a review. *Journal of Affective Disorders*, 80, 101-114.
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Schettler, P.J., Coryell, W., e.a. (2003). A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 261-269.
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Schettler, P.J., Endicott, J., e.a. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 530-537.
- Klerman, G.L., & Weissman, M.M. (1995). *Interpersonal Psychotherapy of Depression. A Brief, Focused, Specific Strategy*. Lanham: Jason Aronson.
- Lam, D.H., Hayward, P., Watkins, E.R., e.a. (2005a). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy, outcome after 2 years. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 324-329.
- Lam, D.H., Jones, S., Hayward, P., e.a. (1999). *Cognitive therapy for bipolar disorder: A Therapist's Guide to Concepts, Methods and Practice*. New York: John Wiley & Sons.
- Lam, D.H., McCrone, P., Wright, K., e.a. (2005b). Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 500-506.
- Lam, D.H., Watkins, E.R., Hayward, P., e.a. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Archives of General Psychiatry*, 60, 145-152.
- Miklowitz, D.J., George, E.L., Richards, J.A., e.a. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacother-

- apy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 904-912.
- Miklowitz, D.J., & Goldstein, M.J. (1997). *Bipolar Disorder. A Family-Focused Treatment Approach*. New York: Guilford Publications.
- Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., Nuechterlein, K.H., e.a. (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45, 225-231.
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., e.a. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, 318, 149-153.
- Post, R.M., Denicoff, K.D., Leverich, G.S., e.a. (2003). Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily prospective ratings on the NIMH life chart method. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 680-690.
- Rea, M.M., Tompson, M.C., Miklowitz, D.J., e.a. (2003). Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 482-492.
- Scott, J. (1995). Psychotherapy for bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 167, 581-588.
- Scott, J., Garland, A., Moorhead, S. (2001). A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychological Medicine*, 31, 459-467.
- Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., e.a. (2006). Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 313-320.
- Zaretsky, Z., Segal, V., & Gemar, M. (1999). Cognitive therapy for bipolar depression: a pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 491-494.

AUTEURS

B. VAN DEN BERG is psychiater bij Rivierduinen, GGZ Duin en Bollenstreek te Voorhout.

E.A.M. KNOPPERT-VAN DER KLEIN is psychiater bij Rivierduinen, GGZ Leiden e.o. te Leiden.

J. VAN ZAANE is psychiater bij de Geestgronden, locatie Spaarnepoort te Hoofddorp.

Correspondentieadres: B. van den Berg, Componistenlaan 248, 2215 ST Voorhout.

E-mail: b.vandenberg@ggzduinenbollenstreek.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-6-2006.

SUMMARY

Psychotherapeutic treatment options for bipolar disorders. A review of randomized controlled studies – B. van den Berg, E.A.M. Knoppert-Van der Klein, J. van Zaane –

BACKGROUND Until recently research into the efficacy of treatment of bipolar disorders focused mainly on the pharmacological treatment. Over the last few years more and more research has concentrated on the psychological treatments for bipolar disorders.

AIM To review published, controlled and randomised studies dealing with the efficacy of forms of psychotherapeutic treatment for bipolar disorders.

METHOD By searching Medline and Embase using the search terms, ‘psychotherapy’, ‘cognitive (behavioural) therapy’, ‘family therapy’ and ‘psychoeducation’ we found eight relevant reports of randomised, controlled trials, which described the interventions that were undertaken and recorded the relapse rates.

RESULTS The following forms of treatment were investigated: Relapse-Prevention Plan, Cognitive Behavioural Therapy, Interpersonal and Social Rhythm Therapy, Family-Focused Treatment and Group Psychoeducation. These forms of treatment were used in addition to standard pharmacological treatment. The addition of psychotherapeutic treatment was found to reduce lower the relapse rate, to lead to less hospitalisation and to improve functioning.

CONCLUSION The authors recommend that patients with bipolar disorders be offered psychotherapeutic treatment because it is likely to lower the risk of relapse.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)12, 905-913]

KEY WORDS bipolar disorder, psychotherapy, randomized controlled trials, treatment effectiveness