



Miklowitz

Familienfokussierte Psychotherapie bei Bipolaren Störungen



E-Book inside +
Arbeitsmaterial

BELTZ

Miklowitz

Familienfokussierte Psychotherapie bei Bipolaren Störungen

David Miklowitz

Familienfokussierte Psychotherapie bei Bipolaren Störungen

Deutsche Bearbeitung von Lene-Marie Sondergeld,
Lydia Zönnchen, Thomas Stamm

| Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

BELTZ

David Miklowitz
Child & Adolescent Psychiatry
300 Medical Plaza
Suite 1200
Los Angeles, California 90095

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28859-0 Print
ISBN 978-3-621-28973-3 E-Book (PDF)

1. Auflage 2022

© 2022 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Sandra Schönfelder
Umschlagbild: gettyimages/Peter Cade
Herstellung: Uta Euler
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Vorwort David Miklowitz	12
Vorwort zur deutschsprachigen Auflage	16
I Theoretische Grundlagen	
1 Einführung in die Familienfokussierte Therapie	20
2 Verlauf und Symptomatik Bipolarer Störungen	26
3 Biopsychosoziales Modell und medikamentöse Therapie	36
4 Evidenzbasierte Übersicht zur Psychotherapie Bipolarer Störungen	45
5 Systemische Perspektiven Bipolarer Störungen	50
6 Evidenz zur Wirksamkeit der Familienfokussierten Therapie	55
7 Gegenwärtige Versorgungsrealität und Innovationen	58
II Manual	
8 Ausgangspunkt der Familienfokussierten Therapie	64
9 Diagnostik und Anamnese	79
10 Psychoedukationsmodul I: Beziehungsaufnahme und Index-Episode	94
11 Psychoedukationsmodul II: Ätiologie, Behandlung und Selbstmanagement	125
12 Psychoedukationsmodul III: Widerstände, Familienkonflikte und Non-Adhärenz	155
13 Kommunikationsentwicklungsstraining I: Vermittlung von Kommunikationsfertigkeiten	197
14 Kommunikationsentwicklungsstraining II: Therapeutische Haltung und Familiendynamik	219
15 Problemlösemodul: Problemlösestrategien und -prozesse	242
16 Kriseninterventionen	264
17 Behandlungsabschluss: Rückblick und Rückfallprophylaxe	297
Anhang	
Übersicht und Beschreibung der Arbeitsmaterialien	312
Literatur	339
Sachwortverzeichnis	350

Inhalt

Vorwort David Miklowitz	12
Vorwort zur deutschsprachigen Auflage	16

I Theoretische Grundlagen

1 Einführung in die Familienfokussierte Therapie	20
1.1 Wurzeln der Familienfokussierten Therapie	22
1.2 Die drei Phasen von Familienfokussierter Therapie	22
1.3 Behandlungsprinzipien	23
2 Verlauf und Symptomatik Bipolarer Störungen	26
2.1 Erkrankungsverständnis des Behandelnden	26
2.2 Störungsverlauf über die Lebensspanne	27
2.3 Symptomatik der akuten Episoden	32
2.4 Suizidalität	35
3 Biopsychosoziales Modell und medikamentöse Therapie	36
3.1 Biopsychosoziales Modell	36
3.2 Medikamentöse Behandlung	40
4 Evidenzbasierte Übersicht zur Psychotherapie Bipolarer Störungen	45
4.1 Entwicklung störungsspezifischer Verfahren	45
4.2 Psychotherapie im Kontext des Stadienmodells	46
5 Systemische Perspektiven Bipolarer Störungen	50
5.1 Prinzipien Systemischer Therapie	50
5.2 Einfluss des familiären Systems auf die Erkrankung	52
5.3 Einfluss der Erkrankung auf das familiäre System	53
5.4 Wirkprinzipien des familientherapeutischen Arbeitens	53
6 Evidenz zur Wirksamkeit der Familienfokussierten Therapie	55
6.1 Zusammenschau der Befunde	55
6.2 Aktuelle Weiterentwicklungen	56
6.3 Forschung zum Training der Behandelnden	57
7 Gegenwärtige Versorgungsrealität und Innovationen	58
7.1 Interkulturelle Unterschiede zur US-amerikanischen Versorgungspraxis	58
7.2 Psychosoziale Versorgungsdefizite	58
7.3 Innovationsprojekte	60

II Manual

8	Ausgangspunkt der Familienfokussierten Therapie	64
8.1	Kontaktaufnahme	64
8.1.1	Eignung von Betroffenen	65
8.1.2	Eignung von Familien	67
8.2	Behandlungsrahmen der Familienfokussierten Therapie	67
8.2.1	Behandlungsstruktur	68
8.2.2	Setting	69
8.2.3	Therapeutische Kompetenzen	70
8.3	Erstkontakt	71
8.3.1	Vernetzung im interdisziplinären Behandlungsteam	71
8.3.2	Behandlungsmotivation von Betroffenen	72
8.3.3	Behandlungsmotivation von Familien	74
9	Diagnostik und Anamnese	79
9.1	Strukturierte klinische Diagnostik	80
9.2	Anamnese	82
9.2.1	Krankheitsverlauf aus Betroffenenperspektive	83
9.2.2	Krankheitsverlauf aus Angehörigenperspektive	84
9.3	Diagnostik des prämorbidem sozialen Funktionsniveaus	86
9.4	Integration der Befunde in die Behandlungsplanung	87
9.5	Diagnostik des familiären Interaktionsverhaltens	88
9.5.1	Durchführung des Familieninterviews	89
9.5.2	Auswertung des Familieninterviews	91
9.5.3	Erfassung des Störungswissens	92
9.6	Therapieevaluation	93
10	Psychoedukationsmodul I: Beziehungsaufnahme und Index-Episode	94
10.1	Ziele des Moduls	95
10.2	Therapiebeziehung	95
10.3	Behandlungsbeginn	97
10.3.1	Vermittlung des Reintegrations-Ansatzes	98
10.3.2	Rational der familiären Integration	100
10.3.3	Psychoedukation bei Erstmanifestation	100
10.3.4	Psychoedukation bei häufigen Rezidiven	101
10.4	Behandlungsbausteine	102
10.4.1	Besonderheiten der Therapeutenrolle	103
10.4.2	Therapieziele	104
10.5	Aufarbeiten der Index-Episode	106
10.5.1	Akutsymptomatik	108
10.5.2	Prodromalstadium	110
10.5.3	Kritische Lebensereignisse als Auslöser	114
10.6	Widerstand	116

10.7	Auswirkungen stationärer Akutbehandlung	118
10.7.1	Traumata	118
10.7.2	Vertrauensbrüche	121
10.8	Vermittlung der Prognose	122
11	Psychoedukationsmodul II: Ätiologie, Behandlung und Selbstmanagement	125
11.1	Ätiologie	125
11.1.1	Vulnerabilitäts-Stress-Modell	126
11.1.2	Risiko- und Schutzfaktoren	134
11.1.3	Selbstbeobachtung durch Stimmungsprotokolle	136
11.1.4	Abschluss der ätiologischen Betrachtungen	136
11.2	Behandlungsoptionen	137
11.2.1	Förderung der Medikamentenadhärenz	138
11.2.2	Förderung der Therapiebereitschaft	139
11.3	Familiäre Unterstützung	143
11.3.1	Die Rolle der Familie	143
11.3.2	Toleranz und Akzeptanz	144
11.3.3	Leistungserwartungen	146
11.4	Selbstmanagement	147
11.5	Rückfallprophylaxe	150
12	Psychoedukationsmodul III: Widerstände, Familienkonflikte und Non-Adhärenz	155
12.1	Umgang mit Widerstand	156
12.1.1	Vorwegnahme und Reframing	158
12.1.2	Entstigmatisierung	160
12.1.3	Arbeit mit Analogien	161
12.2	Krankheitsakzeptanz	162
12.2.1	Identitätskrisen	162
12.2.2	Leugnung der Betroffenen	164
12.2.3	Überidentifikation der Betroffenen	165
12.2.4	Akzeptanz-Konflikte der Angehörigen	166
12.3	Familienkonflikte	167
12.3.1	Mangelnde Krankheitsakzeptanz von Angehörigen	170
12.3.2	Hoffungsvermittlung	171
12.3.3	Prozesskommentare	172
12.3.4	Validieren der Betroffenen	173
12.3.5	Validieren der Angehörigen	174
12.3.6	Scham und Schuld	175
12.3.7	Trauerprozesse	176
12.4	Therapieziele	177
12.5	Prodromalsymptomatik und Persönlichkeitseigenschaften	179
12.6	Herausforderungen im Kindes- und Jugendalter	181
12.7	Stigmatisierung	182
12.8	Umgang mit medikamentöser Non-Adhärenz	184

13	Kommunikationsentwicklungsstraining I: Vermittlung von Kommunikationsfertigkeiten	197
13.1	Ziele des Moduls	197
13.2	Einführung in das Kommunikationsentwicklungsstraining	199
13.3	Kommunikationsfertigkeiten	202
13.3.1	Tiefgreifende Familienkonflikte begrenzen	204
13.3.2	Einführung in die Technik des Rollenspiels	204
13.3.3	Ausdruck positiver Gefühle	205
13.3.4	Aktives Zuhören	208
13.3.5	Ausdruck von Veränderungswünschen	212
13.3.6	Ausdruck negativer Gefühle	215
14	Kommunikationsentwicklungsstraining II: Therapeutische Haltung und Familiendynamik	219
14.1	Therapeutische Haltung	220
14.2	Generalisierung von Fertigkeiten	223
14.2.1	Familien mit überangepasstem Verhalten	223
14.2.2	Familien mit Zeitproblemen	225
14.2.3	Familien mit ablehnendem Mitglied	226
14.2.4	Übertragung und Gegenübertragung	228
14.3	Umgang mit schwierigen Familiendynamiken	229
14.3.1	Jähzornige Familien	230
14.3.2	Vermeidende Familien	234
14.3.3	Anklagend-distanzierte Familien	237
15	Problemlösemodul: Problemlösestrategien und -prozesse	242
15.1	Ziele des Moduls	243
15.2	Einführung in das Problemlösemodul	243
15.2.1	Problemfelder nach Erkrankungsepisoden	244
15.2.2	Änderungsmotivation	245
15.3	Vermittlung von Problemlösestrategien	246
15.4	Umgang mit Widerstand gegenüber Problemlösestrategien	251
15.5	Problemlöseprozesse	256
15.5.1	Medikamenteneinnahme und Adhärenz	256
15.5.2	Gesellschaftliche Reintegration	258
15.5.3	Zerstörerische Auswirkungen der Erkrankungsepisoden	260
15.5.4	Beziehungs- und Lebenssituationskonflikte	261
16	Kriseninterventionen	264
16.1	Allgemeine Grundsätze	265
16.2	Stufenplan	265
16.3	Krisensitzungen	268
16.4	Manische Episoden	269
16.4.1	Manie-bedingte Klinikaufenthalte	270

16.4.2	Krisenbegleitung der Angehörigen	273
16.4.3	Hypomanie-bedingte Krisen	273
16.4.4	Präventionsmaßnahmen nach einem Rückfall	275
16.5	Depressive Episoden	276
16.6	Suizidale Krisen	277
16.6.1	Diagnostische Abklärung	279
16.6.2	Psychoedukation	281
16.6.3	Anwendung von Kommunikationsfertigkeiten	283
16.6.4	Anwendung erarbeiteter Problemlöseprozesse	285
16.7	Alkohol- und Substanzmissbrauch	286
16.7.1	Selbsthilfegruppen	287
16.7.2	Diagnostische Einschätzung	288
16.7.3	Psychoedukation	289
16.7.4	Kommunikationsfertigkeiten	290
16.7.5	Problemlöseprozesse	291
16.7.6	Funktionalität des Substanzmissbrauchs	292
16.7.7	Zusätzliche Behandlungsangebote	293
16.8	Psychosoziale Krisen	294
16.8.1	Scheidung oder Trennung	294
16.8.2	Kindesmissbrauch und Partnergewalt	295
17	Behandlungsabschluss: Rückblick und Rückfallprophylaxe	297
17.1	Behandlungsabschluss	297
17.2	Struktur der Abschlusssitzungen	301
17.2.1	Rückblick auf den Behandlungsverlauf	301
17.2.2	Antizipieren zukünftiger Probleme	303
17.2.3	Zukünftiger Behandlungsbedarf	304
17.3	Katamnese	309
Anhang		
	Übersicht und Beschreibung der Arbeitsmaterialien	312
	Literatur	339
	Sachwortverzeichnis	350

Vorwort David Miklowitz

Bipolare affektive Störungen sind eine faszinierende, aber auch schwerwiegende psychiatrische Erkrankung. Als Psychotherapeut und Forscher bin ich oft erstaunt über die Intensität, mit der Menschen mit dieser Störung das Leben erleben. Ihre Kreativität, Energie und künstlerischen Beiträge sind in der Literatur gut dokumentiert. Bei der Würdigung dieser Stärken wird jedoch leicht übersehen, welch schweres Leiden diese Menschen und ihre Familien durchmachen. Auch wenn stimmungsstabilisierende Medikation hilft, leiden Menschen mit Bipolaren Störungen stark, oft in Form von zerstörten Familienbeziehungen, finanziellen Problemen oder verlorenen Hoffnungen und Träumen. Es liegt auf der Hand, dass die Behandlung Bipolarer Störungen über die medikamentöse Behandlung hinausgehen und auch die familiären, sozialen und interpersonellen Aspekte dieser Erkrankung berücksichtigen muss.

In den frühen 1980er-Jahren, als ich als Doktorand an der University of California, Los Angeles (UCLA) mit meinem Kollegen und Doktorvater, dem verstorbenen Michael J. Goldstein, zusammenarbeitete, interessierte ich mich sehr für die Patient:innen und Familien, die mit dieser Störung zurechtkommen. Zunächst diente dies nur dem Zweck, ihre Probleme mit denen von Patient:innen und Familien zu vergleichen, die mit Schizophrenie zu kämpfen haben. Goldstein hatte als erster die Wirksamkeit einer kurzfristigen psychoedukativen, krisenorientierten Familienintervention für Patient:innen mit Schizophrenie nachgewiesen (Goldstein et al., 1978) und war begeistert, als ich zum ersten Mal vorschlug, die familiären Prozesse – und möglicherweise die familiäre Behandlung – bei einer anderen schweren, wiederkehrenden psychiatrischen Störung zu untersuchen. Manchmal kommen unsere besten Forschungsideen direkt aus unseren klinischen Beobachtungen. Als ich eine Therapiegruppe für bipolare Patient:innen leitete, war ich beeindruckt, dass die Patient:innen immer wieder berichteten, dass ihre Krankheitsepisoden mit intensiven familiären Konflikten verbunden waren. Es war mir und den Anderen damals unklar, ob die familiäre Umgebung der Patient:innen ursächlich mit den Episoden in Verbindung stand, ob die Symptome der Erkrankten ausschlaggebend für das hohe Maß an familiären Konflikten waren, oder ob sowohl die Erkrankungssymptome als auch die familiären Reaktionen durch eine dritte Variable generiert wurden, wie eine geteilte genetischen Prädisposition für affektive Störungen. Wir näherten uns diesen Fragen durch Längsschnittstudien: War die familiäre Umgebung ein Prädiktor für affektive Episoden, auch wenn sie nicht kausal mit dem Beginn einer affektiven Episode zusammenhing? Diese Hypothese konnten wir bestätigen (Miklowitz et al., 1988).

Aufgrund dieser Längsschnittuntersuchungen und ähnlicher Literatur, die etwa zur gleichen Zeit erschien, sahen wir unseren nächsten Schritt darin, ein Konzept für Familien und Paare, die mit Bipolaren Störungen zurechtkommen müssen, zu entwickeln und zu erproben. Als wir unsere Studien begannen, waren die primären Behandlungsmethoden für Bipolare Störungen ausschließlich medikamentös und in den meisten Fällen auf Lithiumcarbonat und Carbamazepin beschränkt. Der Glaube an den prophy-

laktischen Wert einer Psychotherapie, sei es allein oder in Kombination mit Standardmedikation, war gering.

Michael Goldstein und ich hatten das Glück mit dem UCLA Clinical Research Center for the Study of Schizophrenia zusammenzuarbeiten, das seit Jahren Studien über die Rolle der psychoedukativen Familienbehandlung in Kombination mit einer Pharmakotherapie bei Patient:innen mit Schizophrenie durchführt. Wir adaptierten die Struktur einer der vom UCLA-Zentrum entwickelten Behandlungsmethoden, dem »Behavioral Management for Schizophrenia« (Falloon et al., 1984). Dieses Modell bestand aus vier Komponenten: (1) der Bewertung der Funktionsfähigkeit einer Familie während und nach dem Krankenhausaufenthalt eines/einer Patient:in aufgrund einer akuten Psychose, (2) Psychoedukation für den / die Patient:in und dessen / deren Familie über Schizophrenie, (3) Training der Kommunikationsfähigkeit und (4) Training der Problemlösefähigkeit.

Wir stellten fest, dass dieses Familienbehandlungsmodell für bipolare Patient:innen und ihre Familien erheblich überarbeitet werden musste. Erstens schienen uns bipolare Patient:innen verbal durchsetzungsfähiger, sozialer und beruflich leistungsfähiger. Wir vermuteten, dass sie verglichen mit schizophrenen Patient:innen eher in der Lage sind, von explorativen psychologischen Interventionen zu profitieren. Zweitens waren bipolare Patient:innen häufiger in festen Partnerschaften und hatten Beziehungskonflikte im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung. Drittens waren die hartnäckige Verleugnung der Störung und die Weigerung, die notwendige Medikation einzunehmen, in Verbindung mit den emotionalen Reaktionen der Familienangehörigen auf diese Verhaltensweisen, für uns die wichtigsten Merkmale der anhaltenden Probleme der Patient:innen und ihrer Familienangehörigen. Mit finanzieller Unterstützung durch das National Institute of Mental Health und von der National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression waren wir in der Lage, die mit den Bipolaren Störungen verbundenen familiären Prozesse näher zu untersuchen und eine neue psychoedukative Intervention mit dem Titel »Familienfokussierte Therapie« (FFT) zu entwickeln und in einer klinischen Studie auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen. FFT richtet sich an Patient:innen mit Bipolaren Störungen, die kürzlich eine manische oder depressive Episode (mit oder ohne Klinikaufenthalt) hatten und die in die Familie zurückkehren, um mit der sich kümmernden Familie, meist den Eltern oder Lebenspartner:innen, zusammenzuleben.

Obwohl wir die Struktur der Familientherapie von Falloon et al. (1998) weitestgehend beibehalten haben, haben wir die Therapiemodule substanziell überarbeitet, um die charakteristischen Kernprobleme, Widerstände und innerpsychischen Konflikte bei der Bewältigung der Bipolaren Störung von Patient:innen und Familienmitgliedern zu erfassen.

Seit der Entwicklung von FFT haben meine Kolleg:innen und ich über 200 Patient:innen und Familien mit diesem Ansatz behandelt. Wir haben dabei das gesamte Altersspektrum abgedeckt, einschließlich Jugendlicher ab 13 Jahren, College-Studierende mit ersten Anzeichen einer Manie, Patient:innen mittleren Alters mit Lebenspartner:innen und ältere Menschen. Wir haben Patient:innen mit niedrigem und hohem sozioökonomischen Status sowie Patient:innen unterschiedlicher ethnischer Herkunft behandelt.

Unsere Patient:innen berichteten durchweg, dass sie von der Behandlung profitiert haben, auch nach Abschluss der 9-monatigen Behandlungsphase. Im Gegenzug haben wir viel von ihnen gelernt: Die Patient:innen teilen uns regelmäßig mit, welche Aspekte unserer Behandlung hilfreich sind und welche verbessert oder überarbeitet werden müssen. Tatsächlich spiegelt unser endgültiges Behandlungsmanual, das in diesem Buch vorgestellt wird, Überarbeitungen wider, die nicht nur auf unseren eigenen klinischen Einschätzungen beruhen, sondern auch auf dem Feedback, das wir von unseren Patient:innen und ihren Angehörigen sowie von den vielen Kliniker:innen erhalten haben, die wir im Laufe der Jahre für die Durchführung der Behandlung geschult haben.

Dieses Buch beschreibt den FFT-Ansatz in zwei Hauptteilen. In Teil I beschreibe ich den wissenschaftlichen und klinischen Hintergrund, der zur Entwicklung der Behandlung geführt hat.¹ Teil II ist ein Manual für die Durchführung der Module »Diagnostik«, »Psychoedukation«, »Kommunikationsentwicklungstraining« und »Problemlösetraining« der Behandlung. Das gesamte Buch enthält zahlreiche klinische Fallbeispiele. Obwohl die Beispiele auf tatsächlichen Patient:innen und Familien beruhen, habe ich alle Namen und andere identifizierende Informationen geändert. Außerdem habe ich die Dialoge der Behandlungssitzungen aus Gründen der Klarheit, der Kürze und des zusätzlichen Schutzes der Vertraulichkeit für Patient:innen und Familien geändert und bearbeitet.

Diese zweite Auflage unterscheidet sich in zweierlei Hinsicht von der ersten. Erstens enthält sie bedeutsame Ergebnisse von Forschungsstudien, die seit der ersten Ausgabe abgeschlossen wurden. Drei randomisierte Studien haben die Wirksamkeit von FFT in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung zur Stabilisierung oder Verhinderung von Episoden einer Bipolaren Störung bei Erwachsenen nachgewiesen. Eine der Studien war eine multizentrische Untersuchung im Kontrollgruppendesign mit 15 Standorten (Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder; STEP-BD), die den positiven Einfluss auf die Erholung von depressiven Episoden, verglichen mit einer psychosozialen Kontrollbedingung, belegt hat (Miklowitz et al., 2007).

In einer weiteren Wirksamkeitsstudie (Miklowitz et al., 2006) habe ich mit Kolleg:innen begonnen, die Arbeit mit FFT auf adolescente Patient:innen zu erweitern. Unsere Ergebnisse indizieren, dass sich FFT auf die Symptomstabilisierung positiv auswirkt und zur Krankheitsakzeptanz der Jugendlichen und ihrer Eltern beiträgt. Neue Fälle wurden zu dieser zweiten Ausgabe hinzugefügt, um die Arbeit mit Adoleszenten zu illustrieren. Alle Kerntechniken können so modifiziert werden (z. B. beim Kommunikationsentwicklungstraining), dass sie bei der Arbeit mit Jugendlichen durchgeführt werden können.

Ich hoffe, dass Sie als Leser:in dieses Buches ein klares Verständnis der bipolaren Syndrome und der Probleme, die Patient:innen und ihre Familienmitglieder während

1 Anmerkung der deutschen Bearbeiter:innen: Da wir im Rahmen der Übersetzungsarbeit in Rücksprache mit David Miklowitz eine umfassende Umgestaltung des ersten Buchteils vorgenommen haben, haben sich auch die wissenschaftlichen und klinischen Hintergründe geändert. Hintergrund der Anpassung sind die Notwendigkeit, FFT in den sozio-kulturellen Rahmen des deutschen Sprachraums einzubetten sowie der Einbezug jüngster Entwicklungen in der Behandlung bipolarer Erkrankungen.

und nach den Krankheitsepisoden erleben, gewinnen. Auch hoffe ich, kann das Buch verdeutlichen, wie die Erkrankung sich auf Familien in verschiedenen Krankheitsstadien auswirken kann. Darüber hinaus hoffe ich, dass Sie als Leser:in durch das Buch befähigt werden, eine Behandlung mit FFT mit Patient:innen und ihren Familien durchzuführen, unabhängig vom Alter der Patient:innen.

Viele Personen haben zur Entwicklung der in diesem Buch enthaltenen Ideen beigetragen. Mararet Rea, PhD, die als Familientherapeutin und Supervisorin für Familienbehandlungen an der UCLA und später an der University of California, Davis, tätig war, war sehr hilfreich, indem sie Fallbeispiele beisteuerte. Dank gebührt auch Ellen Frank, PhD, und David Kupfer, MD, für ihre einflussreichen Ideen zur individuell-interpersonellen Behandlung der Bipolaren Störung und für die Einführung in die Interventionen zur sozialen Rhythmusstabilität, die wir jetzt regelmäßig anwenden. Robert Prien, PhD, und Joel Sherrill, PhD, vom National Institute of Mental Health haben uns mit ihrer umfangreichen Erfahrung in der Durchführung von Längsschnittstudien und der Erforschung von Behandlungsergebnissen bei affektiven Störungen viele intellektuelle Anregungen gegeben.

Ein wunderbares Team von Doktorand:innen und Postdoktorand:innen unterstützte als Therapeut:innen in unseren kontrollierten Behandlungsversuchen. An der University of Colorado waren dies Elizabeth George, PhD, Dawn Taylor, PhD, Barbara Dausch, PhD, Aparna Kalbag, PhD, Kim Mullen, MA, Adrine Biuckians, MA, Jeffrey Richards, MA, Natalie Sachs-Ericsson, PhD, Teresa Simoneau, PhD, Tina Goldstein, PhD und Eunice Kim, PhD. An der UCLA waren dies Jeff Ball, PhD, Jennifer Christian-Herman, PhD, Meg Racenstein, MA, Martha Tompson, PhD, Dawn Velligan, PhD, und Joseph Ventura, PhD. Dank gebührt auch Shirley Glynn, PhD, Angus Strachan, PhD, und der verstorbenen Gayla Blackwell, MSW, die die Supervision der Familienbehandlungen übernahmen.

Ich möchte auch der Universität von Colorado in Boulder für die Bereitstellung einjähriger Fakultätsstipendien in den Jahren 1995-1996 sowie in 2006-2007 danken, während dieser die erste und zweite Auflage dieses Buches geschrieben wurde.

Besonderer Dank gilt Kitty Moore, ausführende Lektorin bei Guilford Press, eine talentierte, ermutigende, sachkundige, optimistische Lektorin, durch die der Schreibprozess dieses Buches Spaß gemacht hat.

Ich möchte Anerkennung für die Beiträge von Lyman Wynne, MD, und Ian Falloon, MD, aussprechen, die beide 2006 verstorben sind. Beide waren prägende Einflüsse meiner eigenen Karriere und ermutigten mich meine Interessen in der Familienbehandlung zu verfolgen, auch wenn neurobiologische und genetische Ansätze immer mehr im Fokus standen.

Dieses Buch, wie auch die erste Auflage, ist Michael J. Goldstein gewidmet, der am 1. März 1997 verstorben ist. Sein Einfluss auf mich, sowohl professionell als auch persönlich, war größer, als ich es mir hätte vorstellen können, als wir uns 1979 erstmals begegneten. Ich hoffe, dass dieses Buch ein ehrenwertes Andenken an seine unmessbaren Beiträge zu unserem Forschungs- und Arbeitsfeld sein wird.

David J. Mikowitz

Vorwort zur deutschsprachigen Auflage

Wir freuen uns, mit dem vorliegenden Buch einen weiteren Baustein zur verbesserten Versorgung von bipolar Betroffenen und ihren Familien zur Verfügung zu stellen. Die vergangenen zehn Jahre haben sehr viel Schub für die Implementierung von Psychotherapie für bipolare Menschen gegeben: 2012 wurde die erste S3-Leitlinie für Bipolare Störungen in Deutschland veröffentlicht, in der adjuvante Psychotherapie in der Phasenprophylaxe empfohlen wird. 2014 wurde die Psychotherapierichtlinie insofern geändert, als dass auch Schizophrene und Bipolare Störungen Indikationen für ambulante Psychotherapie wurden. 2018 wurde die Systemische Therapie als wissenschaftliches Verfahren anerkannt. 2018 und 2021 wurden mit der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) und ambulanten Netzwerken neue Versorgungsstrukturen in Deutschland angestoßen. Während des gesamten Zeitraums hat eine sich zunehmend emanzipierende Gruppe von Betroffenen und Angehörigen den Rahmen für Kommunikation und Behandlung von schwer psychisch Erkrankten neu definiert. All diese Entwicklungen passen aus unserer Sicht hervorragend zu einer Einführung des hier vorgestellten Manuals in Deutschland, das bislang lediglich in den USA einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von bipolar Betroffenen leistet.

Im Rahmen der Arbeitsgruppe Affektive Störungen an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Campus Mitte und später der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane arbeiten wir seit vielen Jahren intensiv und im Austausch mit anderen Universitäten Deutschlands daran, neue Behandlungsansätze für bipolar Erkrankte auf ihre Wirksamkeit zu untersuchen, diese in der Versorgungslandschaft zu implementieren und das Bewusstsein für die Wirksamkeit und Bedeutsamkeit psychotherapeutischer Angebote als adjuvanten Behandlungsbaustein bei Kolleg:innen, Betroffenen und Angehörigen zu schärfen.

Unser Bestreben ist es, in jedem Forschungsprojekt den Bedarfen in der Behandlung bipolar Betroffener besser zu entsprechen sowie stets die Individualisierung der Behandlungsangebote an die unterschiedlichen Bedarfe der Betroffenen in den Mittelpunkt zu stellen (Anwendung stadiengerechter Therapie). Hierunter fallen Präventionsansätze, wie die präventive Arbeit mit Menschen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko aufgrund genetischer Prädisposition bei diagnostizierter Prodromalsymptomatik, psychotherapeutische Angebote bei Erstmanifestation sowie unterstützende, stabilisierende Ansätze bei langjährig bekannter Diagnose oder chronischem Verlauf mit Funktionseinbußen. Bipolare Erkrankungen umfassen eine Vielfalt verschiedener persönlicher Schicksale und Krankheitsverläufe. Um diesen Rechnung zu tragen, benötigen wir vielseitige, integrative und innovative Behandlungsangebote (Abschn. 7.3).

Die Bedeutsamkeit des Einbezugs Angehöriger in die Behandlung war über all die Jahre, in denen wir klinisch und wissenschaftlich mit bipolar Erkrankten gearbeitet haben, stets in unserem Bewusstsein. Mit Bedauern haben wir immer wieder feststellen

müssen, wie gering die Möglichkeiten sind, Angehörige in den Therapieprozess aktiv einzubeziehen, obgleich ihnen eine wichtige Funktion in der Phasenprophylaxe, dem Krisenmanagement und der Genesungsphase zukommt und sie zudem meist selbst stark durch den Umgang mit dem / der erkrankten Angehörigen belastet sind.

Konkret begann die Arbeit an der Implementierung Familienfokussierter Therapie in den deutschen Sprachraum mit einer internen Forschungsförderung der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB), Neuruppin, über einen zweijährigen Zeitraum ab 2019. Im Rahmen des Forschungsprojektes war es uns möglich Prof. Dr. David Miklowitz zu uns nach Deutschland einzuladen und uns mit ihm persönlich über Familienfokussierte Therapie (FFT) auszutauschen, von ihm im Rahmen eines Workshops in die Methoden und Anwendung von FFT eingeführt zu werden und seine innere Haltung und Einstellung zur Arbeit mit bipolar Betroffenen persönlich zu erfahren. Wir sind sehr dankbar für die Möglichkeit einer Kooperation mit David Miklowitz und der University of California (UCLA) in Los Angeles (USA) sowie sein Vertrauen in unsere Expertise seinen Behandlungsansatz in die deutsche Sprache zu übersetzen sowie sein Interesse an und seine Offenheit für unsere Ideen zur Modifikation und Adaption des Buches.

Das vorliegende Buch besteht aus zwei Teilen. Einer theoretischen Einführung in die Behandlungsoptionen bipolarer Erkrankungen mit dem Schwerpunkt auf systemische, familienfokussierte Techniken und einer systematischen, manualisierten Darstellung der Familienfokussierten Therapie. Im Folgenden möchten wir einen Überblick über die kulturell bedingten Änderungen geben, die wir im Rahmen der Übersetzung vorgenommen haben, um die Inhalte schlüssig zu vermitteln und unsere Leserschaft bestmöglich zu adressieren.

Im ersten Teil des Buches geben wir Kolleg:innen, die sich erstmals mit der Behandlung bipolar erkrankter Menschen beschäftigen, einen umfassenden Einblick in das Störungsbild, die Behandlungsmöglichkeiten, die aktuelle Studienlage und neuere Veränderungen in der Versorgungslandschaft, die den Umgang mit dem Erkrankungsbild beeinflussen. Hierfür waren umfassende Modifikationen notwendig, die einerseits als Anpassung an neueste Forschungserkenntnisse und klinische Einstellungen zu verstehen sind und andererseits auf unserer Entscheidung, den Leser:innen weniger Vorwissen über bipolare Erkrankungen und systemische Therapieansätze abzuverlangen, fußt.

Um eine gute Orientierung und Wissensvermittlung über bipolare Erkrankungen zu geben, haben wir uns folglich vom Originalbuch im ersten Teil in Rücksprache mit David Miklowitz weitestgehend gelöst. Wir danken David Miklowitz für sein Vertrauen, seine Kooperationsbereitschaft und seine Wissensvermittlung und hoffen, seinen Behandlungsansatz würdig eingebettet zu haben.

Im zweiten Teil des Buches versuchen wir ein strukturiertes, eingängiges und anschauliches Manual zu gestalten, das die Leser:innen in die Lage versetzt, FFT im Anschluss an die Lektüre eigenständig durchzuführen. Dabei haben wir den praxisnahen, lebhaften Schreibstil von David Miklowitz beibehalten und die Fülle an Fallbeispielen belassen, da wir sie als überaus hilfreich erleben. Sie geben den Leser:innen hoffentlich einen anwendungsorientierten Einblick in die Herausforderungen familientherapeuti-

scher Sitzungen und therapeutischer Umgangsmöglichkeiten. Gleichzeitig haben wir das Manual sprachlich an unsere kulturellen Gepflogenheiten angepasst und eine übersichtliche Struktur geschaffen. Es soll mit Stringenz eine praktische Anleitung geben und auch als Nachschlagewerk für einzelne schwierige therapeutische Situationen fungieren.

Es war an vielen Stellen notwendig inhaltliche Anpassungen vorzunehmen, um bspw. der Struktur des deutschen Gesundheitssystems mit der strikten Trennung stationärer und ambulanter Behandlungen Rechnung zu tragen, hier gängige Netzwerke zur Selbsthilfe einzufügen oder zeitgemäße Widerspiegelung multiprofessioneller Behandlung und Umgang mit Stigmatisierung bei psychischen Erkrankungen zu transportieren. Bei all unseren Anpassungen stand die Anwendbarkeit und Nützlichkeit von FFT im deutschen Sprachraum im Vordergrund. Änderungen haben wir nicht im Einzelnen gekennzeichnet, da sie zu zahlreich waren. Wir hoffen, dass unsere Anpassungen hilfreich und unterstützend für Leser:innen und Anwender:innen von FFT sind. Im Kern ist das Manual im zweiten Buchteil originalgetreu. Um den Charakter des Originalbuches aufzugreifen, haben wir ein paar Originalzitate übersetzt und in die Kapitel eingeflochten.

Wir danken allen Studierenden, die im Verlauf der Zeit das Forschungsprojekt zu FFT begleitet und uns mit ihrer Tatkraft und ihrem Engagement unterstützt haben. Insbesondere danken wir M.Sc. Psych. Amelie Braun und B.Sc. Psych. Rosalie Stolze für ihre umfassende Unterstützung bei der Bearbeitung des Manuskriptes für dieses Buch. Für die Unterstützung bei der Literaturrecherche und Zusammenstellung wichtiger Bausteine der Kapitel 5 und 6 danken wir M.Sc. Psych Jannis Lobs sehr herzlich.

Wenn wir eines aus diesem Projekt gelernt haben, dann, wie wichtig unser Familiensystem ist. Daher gilt ein großer Dank auch unseren Partner:innen und weiteren Familienmitgliedern, die uns besonders in der durch die Pandemie geprägten Fertigstellungszeit dieses Buches unterstützt haben, sei es beim Diskutieren der Inhalte oder beim Gewährleisten einer angenehmen Atmosphäre im Homeoffice.

Darüber hinaus danken wir unserem Verlag und unseren Verlegerinnen für ihre Unterstützung, Beratung und Geduld mit der Übersetzungsarbeit, dem amerikanischen Verlag für die Freigabe der Rechte zur Übersetzung und Prof. Dr. Martin Hautzinger für seine Mentorentätigkeit in unserem Projekt, vor allem die Vermittlung an den Verlag und die emotionale Unterstützung unseres Projektes. Unser höchster Dank gilt dem Begründer von FFT, David Miklowitz, dem wir für sein Vertrauen, seine Unterstützung und seine Kooperation sehr dankbar sind.

Berlin, im April 2022

Lene-Marie Sondergeld, Lydia Zönnchen, Thomas Stamm



Theoretische Grundlagen

Thomas Stamm • Lene-Marie Sondergeld • Lydia Zönnchen •
David Miklowitz

- 1 Einführung in die Familienfokussierte Therapie
- 2 Verlauf und Symptomatik Bipolarer Störungen
- 3 Biopsychosoziales Modell und medikamentöse Therapie
- 4 Evidenzbasierte Übersicht zur Psychotherapie Bipolarer Störungen
- 5 Systemische Perspektiven Bipolarer Störungen
- 6 Evidenz zur Wirksamkeit der Familienfokussierten Therapie
- 7 Gegenwärtige Versorgungsrealität und Innovationen

1

Einführung in die Familienfokussierte Therapie

1.1 Wurzeln der Familienfokussierten Therapie

1.2 Die drei Phasen von Familienfokussierter Therapie

1.3 Behandlungsprinzipien

Abrupte Aufbrüche aus dem Gewohnten und Abstürze zurück in ein Leben, das nicht mehr so ist wie zuvor. Es ist ein immenser Spagat, den Betroffene und ihre Angehörigen im Verlauf einer Bipolar affektiven Störung leisten müssen: Einerseits ringen Sie mit den belastenden Erlebnissen aus den vergangenen manischen oder depressiven Episoden und der Sorge darum, dass das alles wiederkommen könnte. Andererseits bietet der zunächst eher gutartige Verlauf dieser Erkrankung nach Abklingen der akuten Krankheitsphasen die Möglichkeit, alles Pathologisieren beiseitezuschieben und darauf zu hoffen, dass es an einmalig außergewöhnlichen Konstellationen lag, dass es überhaupt zum Krankheitsschub kam. In der professionellen Begleitung von bipolaren Betroffenen und ihren Angehörigen erleben Therapeut:innen, auf welch vielfältige Weise dieser Spagat gelöst werden kann. Dabei werden sie Zeug:innen oder sogar selbst Partei einer einseitigen Auflösung in Richtung einer vermeidenden, überfürsorglichen, überkritischen oder sogar feindseligen, familiären Kommunikation.

Wie ausgeprägt bipolare Episoden das familiäre System verändern und wie bedeutsam die innerfamiliäre Kommunikation für den weiteren Verlauf der Erkrankung ist, wird häufig schnell sichtbar. Im günstigen Falle kann Psychotherapie den Raum für eine Validierung der Erfahrungen mit der Erkrankung öffnen, der Betroffenen und Angehörigen während akuter Episoden meist nicht ausreichend zur Verfügung steht. Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Scham und Wut können durch einen wertschätzenden und offenen Austausch im therapeutischen Setting in eine neu ausgerichtete Kommunikation eingebettet und damit gemildert werden. Dabei entsteht die Voraussetzung für eine Integration der Erlebnisse während akuter Episoden in das Leben danach. Diese Integration ist wichtig, um Betroffenen und ihren Angehörigen dabei zu helfen, wieder-aufkeimende, zukünftige Episoden rechtzeitig zu erkennen, im besten Falle abzuwenden oder zumindest eingrenzen zu können.

Herausforderungen in der psychosozialen Versorgung

In der bislang vorherrschenden psychosozialen Versorgung erschwert die institutionelle, professionelle und personenbezogene Fragmentierung von Behandlungen von bipolar Betroffenen ein integriertes Verständnis von biologischen, psychologischen und sozialen Risikofaktoren für diese Erkrankung. Im ungünstigen, aber immer noch regelhaften, Falle sind Betroffene während akuter Episoden abgeschottet in stationär-psychiatrischen Einrichtungen und kehren nach deren Abklingen in ihr gewohntes Um-

feld zurück, ohne dass die Angehörigen ausreichend in die stationäre Behandlung einbezogen und die stationären Behandler:innen mit dem sozialen Umfeld der Betroffenen vertraut gemacht worden wären. Im Anschluss an die Akuttherapie neu auftauchende, ambulante Behandler:innen können sich unter Umständen kein Bild von der Wucht der akuten Symptomatik und ihrer Konsequenzen für die sozialen Interaktionen machen. Zudem arbeiten sie wiederum häufig fragmentiert, nach Profession getrennt, an unterschiedlichen, therapeutischen Baustellen, oftmals ohne das systemische Umfeld der Betroffenen zu kennen. Dabei können einseitige Krankheitskonzepte aufseiten der Betroffenen und ihren Angehörigen befördert werden, die eine Überbetonung neurobiologischer (z. B. Synapsenmodell), klärungsorientierter psychologischer Konzepte (z. B. manische Abwehr als Lösungsversuch einer Selbstwertkrise) oder sozialer Konstruktivismen (z. B. Patient:in mit manischer Episode als Symptomträger:in einer Familie mit überrigiden Regeln) beinhalten können. Die genannten Konzepte können hilfreich bei der Bewältigung von Bipolaren Störungen sein. Dennoch zeigt die empirische Forschung deutliche Grenzen auf, was einen eindimensionalen Theorie- und Behandlungsrahmen für diese im Kern weltweit und kulturunabhängig mit ähnlicher Inzidenz auftretende und somit offensichtlich zum Menschsein dazugehörige Erkrankung angeht. Weder ausschließlich an biologischen, noch an psychologischen oder systemischen Theorien orientierte Therapieformen konnten bislang überzeugend eine langfristige Stabilisierung von bipolar betroffenen Menschen zeigen.

Positive Entwicklungen in der Versorgungsrealität

Erfreulicherweise sind in den vergangenen drei Jahrzehnten diverse psychotherapeutische Methoden (in Kombination mit einer psychiatrischen Behandlung) für Betroffene mit einer Bipolaren Störung entwickelt und validiert worden, die ein biopsychosoziales Modell für die Erkrankung respektieren und empirisch nachprüfbar das Risiko für das erneute Auftreten von manisch-depressiven Episoden reduzieren können. Ein Einbezug des unmittelbaren sozialen Umfeldes der Betroffenen ist dabei direkt oder indirekt ein wesentliches Merkmal vieler dieser Methoden. Diese wirksamen Methoden lassen sich knapp zusammengefasst so beschreiben: Sie vermitteln Wissen zum Störungsbild, lenken den Blick auf interpersonelle Konsequenzen der Erkrankung und vermitteln basale Techniken des Kommunikations- und Problemlösetrainings. Zudem ist es empfehlenswert, die Arbeit mit den Betroffenen eingebettet in ein professionelles Netzwerk mit anderen Akteur:innen der psychosozialen Versorgung zu gestalten.

Das vorliegende Buch möchte mit der Familienfokussierten Therapie (FFT) ein Verfahren im deutschen Sprachraum vorstellen, dass sich in Forschung und klinischer Praxis seit vielen Jahren bewährt hat. Neben Elementen von Psychoedukation und Kognitiver Verhaltenstherapie integriert Familienfokussierte Therapie auch eine systemische Perspektive und ermöglicht so in einem gemeinsamen Therapieprozess für bipolar Betroffene und deren Angehörigen eine neue Ausbalancierung des familiären Systems nach einer akuten Episode.

Annahmen der Familienfokussierten Therapie

Es ist hilfreich, die wesentlichen Annahmen der Familienfokussierten Therapie zu kennen, um die grundsätzliche therapeutische Haltung und die Gestaltung der Beziehung zu Betroffenen und ihren Angehörigen im Rahmen einer FFT zu verstehen. Die Annahmen werden in den Abschnitten 1.1 bis 1.3 vorgestellt. Wie gut diese Grundannahmen durch empirische Evidenz abgesichert sind, wird ausführlicher in Kapitel 6 dargelegt.

1.1 Wurzeln der Familienfokussierten Therapie

Zusammengefasst sind die Wurzeln der FFT aus psychotherapeutischen Erfahrungen mit schizophrenen Patient:innen entstanden. Beginnend mit den 1980er-Jahren wurde der Fokus auf den Einfluss der familiären Kommunikation auf den Verlauf dieser Erkrankungen gelegt. Goldstein und Miklowitz (1990) konnten damit als eine der ersten klinischen Psycholog:innen zeigen, dass psychologische Konzepte hilfreich sind, um den Krankheitsverlauf von jungen, schizophrenen Patient:innen günstig zu beeinflussen. Diese Erkenntnisse wurden dann in mehreren Schritten auf die Arbeit mit bipolar Betroffenen übertragen bzw. angepasst und durch psychologische und psychotherapeutische Forschung untermauert. Hier soll zunächst übersichtsartig gezeigt werden, welche Grundgedanken dabei den Ausgangspunkt der therapeutischen Arbeit bilden. Miklowitz (2002) hat die folgenden systemischen Leitsätze für die FFT herausgearbeitet:

- (1) Jede akute Episode einer Bipolaren Störung bedeutet eine Katastrophe für das gesamte familiäre System.
- (2) Jede Episode ruft einen Zustand von (andauernder) Dysbalance im Familiensystem hervor.
- (3) Das übergeordnete Ziel von FFT ist die Unterstützung einer Familie, um einen Zustand von neuem Gleichgewicht wiederherzustellen.

Der systemische Charakter dieser Grundannahmen wird ergänzt durch neurobiologische und kognitiv-behavioristische Perspektiven auf Bipolare Störungen. Diese versuchen pragmatisch und integrativ vorhandenes, evidenzbasiertes Wissen um diese Erkrankung zu vereinen.

1.2 Die drei Phasen von Familienfokussierter Therapie

FFT besteht aus einem dreistufigen Psychotherapieprogramm, das folgende Elemente in der therapeutischen Arbeit mit der Familie etabliert:

- (1) Psychoedukation.** In der ersten Phase, der Psychoedukation, geht es darum, gemeinsam mit den Betroffenen und Angehörigen die Erkrankung und ihre oftmals katastrophalen Konsequenzen zu verstehen. Dazu gehört ein Modell für das Verständnis der Entstehung und den Verlauf der Erkrankung sowie für die verschiedenen Bestandteile einer erfolgreichen Behandlung zu erarbeiten. Neurobiologische, psychologische und soziale Komponenten werden als bedeutsam für den Langzeitverlauf

der Erkrankung etabliert und es wird auf die zentrale Bedeutung von medikamentöser Behandlung hingewiesen.

- (2) **Kommunikationstraining.** Die zweite Phase, ein Kommunikationstraining, schließt sich der Psychoedukation an. Die Erfahrung, dass es häufig signifikante Blockaden in der familiären Kommunikation durch die gemeinsame Erfahrung akuter Episoden gibt, ist der Ausgangspunkt für diesen Therapieabschnitt. Es sollen klare und hilfreiche Kommunikationsmuster entwickelt oder wiederbelebt werden, um diese Blockaden Schritt für Schritt aufzulösen.
- (3) **Problemlösetraining.** Die dritte Phase, ein Problemlösetraining, beinhaltet das Einüben wirksamer Strategien zur Lösung von Konflikten. Dabei ist zu beachten, dass die Familie in ihrer früheren Kompetenz Alltagsprobleme häufig gut zu bewältigen wusste und durch die Erfahrung akuter bipolarer Episoden in ein massives Ungleichgewicht geraten ist. Einfache und klare Techniken sollen dem Familiensystem daher helfen, wieder aktiv an die Bearbeitung bestehender Konflikte heranzugehen.

1.3 Behandlungsprinzipien

Bei der familienfokussierten Therapie werden sechs übergeordnete Behandlungsprinzipien formuliert, die unabhängig von der jeweiligen Behandlungsphase, handlungsleitend bei der Durchführung der Psychotherapie sein sollten (Miklowitz, 2002). Wir werden diese im Folgenden darstellen und eigene Modifikationen kenntlich machen.

Behandlungsprinzip 1: Betroffene und ihre Angehörigen bei der Integration von Erfahrungen der akuten Episoden unterstützen. Die erste wichtige Etappe dieses übergeordneten Ziels ist die Vermittlung von differenziertem Störungswissen und somit die Einordnung von erlebten Veränderungen in Affekt, Kognition und Verhalten in das Konzept von Bipolarität. Betroffene und ihre Angehörigen können dann (häufig erst retrospektiv) vieles von dem, was sie als massive Störung in ihrer Interaktion und Kommunikation erlebt haben, als ein Symptom der Erkrankung verstehen und die damit verbundenen Gefühle von Ohnmacht, Wut, Scham etc. neu bewerten und bearbeiten.

Behandlungsprinzip 2: Betroffene und ihre Angehörigen bei der Akzeptanz des Rückfallrisikos unterstützen. Ein wesentliches Merkmal von Bipolaren Störungen ist die Vollremission nach Abklingen einer akuten Episode. Gerade nach einer ersten Episode ist es für Betroffene und ihre Angehörigen schwer vorstellbar, dass es jederzeit zu Rückfällen kommen kann, ohne entsprechende Behandlung sogar äußerst wahrscheinlich kommen wird. Kritische Lebensereignisse, der Einfluss von Substanzen oder andere externe Faktoren werden von Betroffenen zunächst häufig als Grund dafür angesehen, dass die vergangene (oder abgeklungene) Episode ein einmaliges Ereignis gewesen sein muss und dass es sich wahrscheinlich auch nicht um die gestellte Diagnose, sondern um eine Art Anpassungsstörung handeln müsse. Im therapeutischen Prozess der FFT geht es darum, die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls psychoedukativ zu vermitteln und gemeinsam mit der Familie daran zu arbeiten, wie mit dem Risiko dieser ernst zu nehmenden Erkrankung umgegangen werden könnte.

Behandlungsprinzip 3: Betroffene und ihre Angehörige bei der Akzeptanz für stimmungsstabilisierende Medikation unterstützen. Während David Miklowitz an dieser Stelle formuliert, dass die FFT die Abhängigkeit von bzw. das Angewiesensein auf stimmungsstabilisierende Medikation vermitteln sollte, favorisieren wir eine etwas neutralere Variante. Es ist aus unserer Sicht wichtig, Betroffenen und ihren Angehörigen klar zu vermitteln, dass aus evidenzbasierter Perspektive eine langfristige Stabilisierung ohne Medikation kaum erfolgsversprechend ist. Bei einem längeren Krankheitsverlauf sollte gemeinsam erarbeitet werden, wie Rückfälle mit der Unterbrechung oder Reduktion von stimmungsstabilisierender Medikation in Zusammenhang gestanden haben könnten. Dennoch ist es aus unserer Sicht eine genuin psychotherapeutische Aufgabe, die Autonomie von Betroffenen zu stärken und sie zu einer informierten Entscheidung zu befähigen. Insbesondere würden wir die Durchführung einer FFT nicht an die durchgängige Einnahme von Psychopharmaka als Bedingung knüpfen. Sehr wohl drängen wir für den Fall einer gewünschten Medikationspause oder Reduktion auf eine psychiatrische Mitbehandlung, wie von der Psychotherapierichtlinie auch vorgesehen. Dies könnte etwa in Form von regelmäßigen, psychiatrischen »Check-ups« geschehen, welche auch ohne die Einnahme von Medikation als dauerhafte Bedingung für FFT verlangt werden können.

Behandlungsprinzip 4: Betroffene und ihre Angehörige bei der Unterscheidung zwischen bipolaren Symptomen und der Persönlichkeit des Betroffenen unterstützen. Akute Psychopathologie und Eigenschaften der Persönlichkeit und des Temperaments sind nicht immer einfach voneinander zu trennen. Insbesondere deswegen nicht, da Betroffene einer Bipolaren Störung in vielen Fällen zylothyme oder hyperthyme Temperamentsausprägungen und erhöhte Impulsivitätswerte zeigen. Je häufiger bipolar Betroffene von akuten Episoden betroffen sind, desto schwerer fällt es ihnen oft, beginnende Symptome vom normalen Auf und Ab im Zuge ihres Temperaments zu unterscheiden. Nicht jede Schwermut ist jedoch der Beginn einer klinischen Depression und nicht jede impulsive Handlung oder überschäumende Verliebtheit eine beginnende Manie. Es ist für alle bipolar Betroffenen ein Langzeitprojekt herauszufinden, wie sie sich an dieser Stelle gut einschätzen und vertrauen können. In der Kommunikation mit Angehörigen dürfen sie zugleich einüben, sich bei überfürsorglichen oder überkritischen Kommentaren gut abzugrenzen und andererseits offen für Rückmeldungen zu sein, die sich auf die Unterscheidung von Symptomen und Persönlichkeit beziehen.

Behandlungsprinzip 5: Betroffene und ihre Angehörige beim Umgang mit Stressoren und Lebensereignissen, die Rückfälle auslösen können, unterstützen. Die FFT vermittelt, wie viele andere moderne Psychotherapieverfahren und -methoden, ein Vulnerabilitäts-Stress-Modell und verknüpft damit für Betroffene und ihre Angehörigen die Aufgabe, sich damit auseinanderzusetzen, wie der Umgang mit individuellen und systemischen Stressoren günstig beeinflusst werden kann. FFT betont dabei die Verantwortung, die alle im familiären System dafür tragen, dass Kommunikation gelingt und Probleme (wieder) besser gelöst werden können. Für Betroffene ist damit die Botschaft verbunden, dass sie nicht allein verantwortlich dafür sind, wie sich der weitere Verlauf ihrer Erkrankung gestaltet.

Behandlungsprinzip 6: Betroffene und ihre Angehörige bei der Reetablierung von erfüllten und funktionalen Beziehungen unterstützen. FFT wendet Techniken an, um einfache und klare Strategien zur verbesserten Kommunikation zu vermitteln. Es ist wichtig als Therapeut:in dabei zu vermitteln, dass mit dem »kleinen Einmaleins« von gelungener Interaktion häufig größere und schnellere Erfolge erzielt werden können, als mit komplizierten Paar- und Familienberatungsprozessen. Dabei gilt der ressourcenorientierte Grundsatz, dass die Familie nicht für die Störung verantwortlich ist, sondern dass auch gut adaptierte familiäre Systeme durch das Auftreten einer Bipolaren Störung nahezu zwangsläufig aus dem Gleichgewicht gebracht werden und lediglich Unterstützung dabei brauchen, wieder in einen gut adaptierten Zustand zurückzufinden.

Die handlungsleitenden Therapieprinzipien für FFT begleiten wie eine Grundhaltung die gesamte Therapie. Für das Planen (Kap. 9) und Abschließen (Kap. 17) der Therapie sowie das Evaluieren des Therapieerfolges (Kap. 9) wurden basierend auf den Behandlungsprinzipien folgende vier Therapieziele abgeleitet (Kap. 10):

- (1) Reduktion innerer familiärer Spannungen
- (2) Verbesserung innerfamiliärer Kommunikation
- (3) Entwicklung von Verständnis und Akzeptanz für die psychische Erkrankung
- (4) Entwicklung von Problemlösestrategien zum produktiven Umgang mit innerfamiliären Konflikten.

2 Verlauf und Symptomatik Bipolarer Störungen

2.1 Erkrankungsverständnis des Behandelnden

2.2 Störungsverlauf über die Lebensspanne

2.3 Symptomatik der akuten Episoden

2.4 Suizidalität

2.1 Erkrankungsverständnis des Behandelnden

Ein Verständnis der Symptomatik akuter Episoden und des Langzeitverlaufs Bipolarer Störungen ist wichtig, um als Therapeut:in ein hilfreiches Gegenüber für bipolar Betroffene zu sein. Es ist zudem empfehlenswert, sich eine Vorstellung von der Wucht der Symptomatik schwerer Depressionen, hypomaner und manischer Episoden bis hin zu psychotischer Dekompensation machen zu können. Das Verständnis für dadurch ausgelöste Scham- und Schuldgefühle der Betroffenen sowie für Sorgen, Hilflosigkeit und Wut aufseiten der Angehörigen ist eine gute Voraussetzung, um die Kommunikationsprobleme vieler familiärer Systeme nach einer akuten Episode zu erfassen.

Therapeutisches Erleben bipolarer Symptomatik

Bei der Anwendung der FFT sind therapeutische Erfahrungen z. B. aus der Akutpsychiatrie im Umgang mit schwer manischen, depressiven, suizidalen und psychotischen Menschen hilfreich. Im besten Fall konnten diese vermitteln, dass es auch in sich krisenhaft zuspitzenden Situationen Spielraum für eine wertschätzende und möglichst zwangsfreie Kommunikation geben kann. Zugleich vermittelt die professionelle Begleitung von akut erkrankten bipolar Betroffenen auch den Respekt davor, was es bedeutet, diese Erfahrungen in das Leben »danach« zu integrieren. Schließlich ist die Entwicklung eines feinen Sensoriums für wiederaufflammende manische oder depressive Symptome im Sinne von Frühwarnzeichen ein wichtiges Ziel der Therapie. Therapeut:innen können hier ein Modell für eine achtsam-fürsorgliche Haltung sein, ohne in eine ängstlich oder feindselig kontrollierende Kommunikation einerseits oder in einen vermeidenden oder verleugnenden Umgang andererseits abzugleiten. Das Management von Stimmungsschwankungen und Veränderungen in Antrieb oder Schlaf-Wach-Rhythmus kann so wiederholt zum Thema der gemeinsamen, therapeutischen Arbeit werden.

Praktische Vertiefung

Für eine vertiefte Beschäftigung mit den diversen Erscheinungsformen von Bipolarität und ihren Auswirkungen auf die interpersonellen Beziehungen ist der Besuch von trialogischen Veranstaltungen und Seminaren nachdrücklich zu empfehlen. Das Zuhören und die Kommunikation auf Augenhöhe außerhalb eines therapeutischen Kontextes ist

unserer Ansicht nach das beste (systemische) Training, um bipolar Betroffene und ihre Angehörigen zu verstehen.

2.2 Störungsverlauf über die Lebensspanne

In diesem Abschnitt werden einige wesentliche Merkmale der akuten Symptomatik und des Langzeitverlaufes Bipolar affektiver Störungen skizziert, die i. d. R. auch Teil der psychoedukativen Arbeit mit der Familie sind. Für weitere theoretische Informationen empfehlen wir, die in den jeweiligen Kapiteln erwähnten Übersichtsartikel und Lehrbücher (Assion et al., 2021; Meyer & Hautzinger, 2013).

Allen bipolar Betroffenen gemeinsam ist die Erfahrung von sich abwechselnden Episoden depressiver und (hypo-)manischer Stimmung. Allerdings ergeben sich vielfältige Unterschiede in Bezug auf die Erstmanifestation, die Schwere, Frequenz und die Dauer der einzelnen Episoden, das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein von psychotischen Symptomen, die Wiedergewinnung von Lebensqualität sowie der sozialen und kognitiven Funktionsfähigkeit in den Phasen zwischen den Episoden. Nicht zuletzt vermischt sich die individuelle Biografie, Persönlichkeit und das Temperament mit dem Erscheinungsbild »Bipolarität«. Vor dem individualisierten und kontextbezogenen Verständnis des Auftretens bipolarer Episoden bei den Betroffenen und ihrem System ist es jedoch zunächst hilfreich, die krankheitsspezifischen Differenzierungen zu betrachten.

Subtypen einer Bipolaren Störung

Eine erste Unterscheidung bezieht sich auf den Ausprägungsgrad der akuten Episoden und mündet in die Einteilung in Bipolar-I-, Bipolar-II-Störung und Zylothymie. Eine Darstellung dieser Subtypen in Form von prototypischen Verlaufskurven zeigt Abbildung 2.1.

Die Bipolar-I-Störung beschreibt dabei einen Krankheitsverlauf, in dem sich ausgeprägte depressive mit ausgeprägten manischen Phasen abwechseln. Im Gegensatz dazu sind bei Patient:innen mit einer Bipolar-II-Störung neben ausgeprägten depressiven Phasen »lediglich« hypomane Phasen eruierbar. Hypomane Phasen unterscheiden sich von manischen Phasen im Wesentlichen dadurch, dass die Schwere der (im Prinzip identischen) Symptome nicht ausreicht, um einen Funktionsverlust zu bewirken. Häufig ist es im Gegenteil sogar so, dass sich hypomane Menschen besonders funktionsfähig und selbstwirksam fühlen und diesem Zustand daher selbst im Nachhinein häufig keinen Krankheitswert beimessen. Eine Bipolar-II-Störung kann im Verlauf in eine Bipolar-I Störung übergehen (Stamm & Bauer, 2021). Zylothyme Störungen sind Erkrankungen aus dem sog. »bipolaren Spektrum«, die die Kriterien für eine Bipolar-I- oder Bipolar-II-Erkrankung nicht erfüllen. Die Betroffenen berichten von einer oft durchgängigen Instabilität der Stimmung mit depressiven und hypomanen Anteilen, ohne dass es dabei zu langanhaltenden oder die Funktionsfähigkeit schwer beeinträchtigenden Episoden kommt.

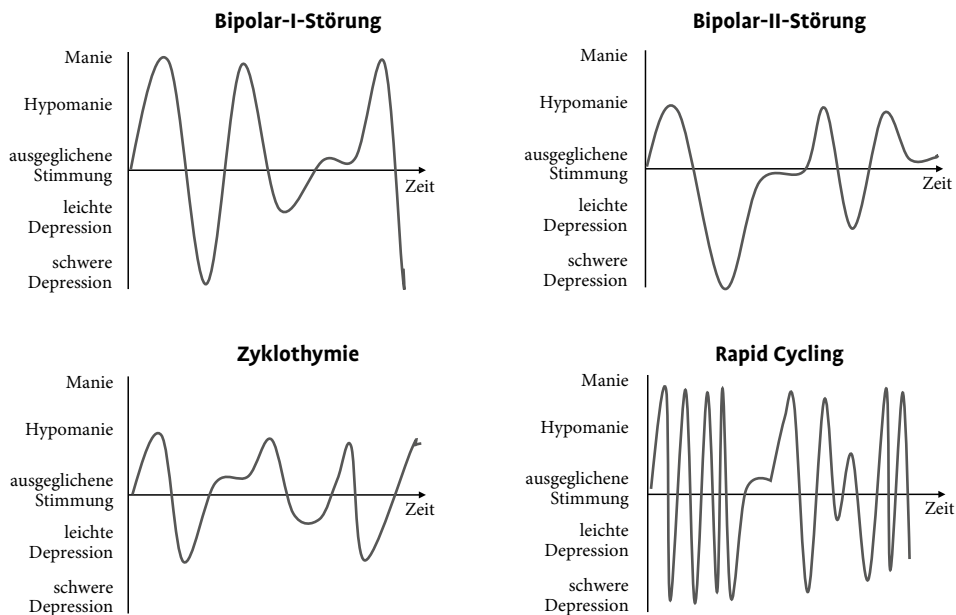


Abbildung 2.1 Subtypen der Bipolaren Störung mit prototypischen Verlaufskurven

Diagnostischer Prozess

Für die Einschätzung des Vorliegens einer Bipolaren Störung ist die Erfassung der aktuellen Psychopathologie im Querschnitt nicht ausreichend. Vielmehr ist eine Anamnese mit Erhebung des Langzeitverlaufes von Grundstimmung, Antrieb und Schlaf im diagnostischen Prozess unabdingbar. Neben den standardisierten Interviewleitfäden für die diagnostischen Manuale (DSM-5, ICD-11) ist bei Verdacht auf eine Bipolare Störung vor allem die sog. Life Chart Methode (LCM) empfohlen (Leverich & Post, 1998), die retrospektiv (in Monatsabschnitten) und prospektiv (täglich) Einschätzungen der genannten Hauptsymptome möglich macht. Es wird hierzu eine Stimmungskurve verschriftlicht. Die LCM kann zudem mit der gleichzeitigen Erhebung von Schlafmustern, Medikamenten, Alkohol, etwaigem Substanzkonsum und täglicher Stressbelastung wichtige Informationen über verhaltens- und umgebungsbezogene Einflüsse auf Stimmung und Antrieb liefern und ist damit bereits ein wichtiger Einstieg in das psychoedukative Arbeiten (Kap. 10). Für den diagnostischen Prozess ist zudem der Einbezug von Angehörigen häufig eine wichtige Informationsquelle, vor allem zur Detektion hypomaner Phasen. Angehörige haben häufig ein feines Gespür für diskretere Stimmungs- und Energieveränderungen und können daher die Diagnose einer Bipolaren Störung erleichtern (Kap. 9). Schließlich sind in den vergangenen Jahren hilfreiche Selbstbeurteilungsinstrumente, wie der Mood Disorder Questionnaire (MDQ; Hirschfeld, 2002) und die Hypomania Checklist (HCL-32; Angst et al., 2005) entwickelt worden, die mit zufriedenstellender Sensitivität und Spezifität die Diagnose einer Bipolar affektiven Störung auch in der Selbsteinschätzung durch Betroffene erleichtern.

Prädominante Polarität

Als weitere Subtypisierung hat sich in den vergangenen Jahren die Beschreibung der Sequenz manischer und depressiver Episoden durch die sog. prädominante Polarität etabliert. Dieses Konzept beschreibt das Verhältnis von depressiven (D) zu manischen (M) oder hypomanen (m) Phasen und kann bei einzelnen Betroffenen ganz unterschiedlich ausgeprägt sein (z. B. MDMD; DDDDDm; MmDMmMD). Allerdings zeigt eine deutliche Mehrheit von Patient:innen mit Bipolar-II-Störung eine ausgeprägte depressive prädominante Polarität. Bei Patient:innen mit Bipolar-I-Störung gibt es hingegen eine signifikant größere Gruppe von Betroffenen mit prädominant manischer Polarität (Sentissi et al., 2019).

Langzeitverlauf

Selbststigmatisierung durch Diagnosestellung. Vor allem junge Betroffene haben meist keine Vorstellung davon, wie sich eine Bipolar affektive Störung im Laufe des Lebens entwickeln kann. Die Botschaft, dass mit dieser Diagnose eine Erkrankung verknüpft ist, die mit hoher Wahrscheinlichkeit für den Rest des Lebens zum Begleiter wird, ist für viele Ersterkrankte kaum in ihr Selbstbild zu integrieren, das im Alter zwischen 15 und 25 Jahren i. d. R. von dem Gefühl der Unbegrenztheit und Drang nach Expansion bestimmt ist. Es ist daher aus der systemischen Therapietradition kommend eine intensive Diskussion darüber entstanden, ob die Vermittlung von Diagnosen, wie Schizophrenie, Bipolare Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung oder auch Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht vor allem zu einer Selbststigmatisierung führt und Betroffenen Spielraum nimmt, ressourcenorientiert und selbstwirksam mit Veränderungen ihres Erlebens und Verhaltens umzugehen. Ein standardisierter, diagnostischer Prozess kann aus diesem Blickwinkel dazu führen, dass Betroffene auf etwas festgelegt werden, das eventuell mit Chronifizierung, Ausschluss von gesellschaftlicher Teilhabe und persönlichen Defiziten assoziiert ist.

Frühzeitige Behandlungsangebote. Aus der jahrelangen Arbeit in der Früherkennung von affektiven und schizophrenen Erkrankungen und der Begleitung von Adoleszenten und jungen Erwachsenen steht für uns jedoch die Erfahrung im Vordergrund, dass Betroffene trotz erheblicher Symptome und Funktionseinschränkungen häufig viel zu lange nach einer effektiven Unterstützung suchen. Diese wertvolle Zeit geht für eine wirksame Behandlung verloren. Unter wirksamer Behandlung verstehen wir ausdrücklich *nicht* unbedingt eine sofortige oder alleinige medikamentöse Behandlung, sondern alle hilfreichen Angebote, die für Ersterkrankte zur Verfügung stehen. Mit der Botschaft, dass unter Einbeziehung der jeweiligen Lebenswirklichkeit und damit Aufbrechen der klassischen Versorgung (Abschn. 7.3) die Prognose einer bipolaren Erkrankung deutlich verbessert werden kann (Miklowitz, 2006; Meyer & Hautzinger, 2012), ist auch die Herausforderung verbunden, Betroffene darüber aufzuklären, wie ihre Erkrankung ohne Behandlung verlaufen könnte bzw. was aufgrund von epidemiologischer Forschung über den Langzeitverlauf manisch-depressiver Erkrankungen bekannt ist. Es lohnt sich also, sich und den Betroffenen einen Überblick über den möglichen Verlauf Bipolarer Störungen über die Lebensspanne zu verschaffen.