



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Psychosociale interventies bij bipolaire stoornissen

Pascal Sienaert, Tania Jacobs en Sien Schraepen*

Samenvatting

Dit artikel behandelt vier psychosociale behandelingen voor de bipolaire stoornis, die bovenop een medicamenteuze behandeling kunnen worden gegeven. Onderzoek laat zien dat zowel psycho-educatie, cognitieve therapie, gezinstherapie als de meer recente Interpersoonlijke Sociaal Ritme Therapie een belangrijke meerwaarde kunnen betekenen voor de levenskwaliteit van patiënten met een bipolaire stoornis en het voorkomen van terugval. Deze behandelvormen hebben met elkaar gemeen dat ze de patiënt informeren over de aandoening, en trachten regelmaat in de levensstijl te brengen en therapietrouw te verbeteren. Ook wordt veel nadruk gelegd op het verminderen van risicogedrag en het herkennen en beïnvloeden van stressfactoren en waarschuwingssignalen. De auteurs geven van alle behandelvormen een introductie en een overzicht van gecontroleerd onderzoek. Hun conclusie: elke patiënt met een bipolaire stoornis moet de mogelijkheid hebben om, naast een medicamenteuze behandeling, de onomstotelijke voordelen van psycho-educatie en een psychotherapeutische aanpak te genieten.

Inleiding

De bipolaire stoornis wordt beschouwd als een biologisch bepaalde psychiatrische stoornis. Om die reden was de behandeling tot dusverre vooral biologisch georiënteerd en werd ervan uitgegaan dat psychotherapie weinig aan de behandeling kon toevoegen. De laatste jaren is er een opvallende toename van de interesse in psychologische behandelingen van bipolaire stoornis (Scott & Gutierrez, 2004; Colom & Vieta, 2004; Vieta et al., 2005; Scott & Colom, 2005). Hiervoor kunnen verschillende redenen worden genoemd. Hoe goed de medicamenteuze behandelingsstrategieën ook mogen zijn, toch slagen ze er bij zowat de helft van de patiënten niet in recidief te voorkomen (Scott & Colom, 2005). Bovendien tonen recente studies dat patiënten met een bipolaire stoornis, ondanks adequate medicamenteuze behandeling, de helft van de tijd doorbrengen met depressieve symptomen (Judd et al., 2002; Judd et al., 2003), en dat bij een grote groep patiënten het functionele herstel onvolledig is (Tohen, Hennen, Zarate, & Baldessarini, 2000). Het kwetsbaarheid-stressmodel wordt in toenemende mate ook bij de bipolaire stoornis toegepast, en introduceert de notie dat een beïnvloeden van en het omgaan met stressfactoren een zinvolle strategie is. Psychotherapeutische benaderingen kunnen een belangrijke meerwaarde zijn om met de 'restverschijnselen' en de psychosociale gevolgen van de aandoening om te gaan. Daarnaast kunnen ze ook een meerwaarde betekenen in het voorkomen van terugval.

* P. SIENAERT werkt als psychiater bij de Opnamedienst Stemmingsstoornissen en Dienst ECT, Universitair Psychiatrisch Centrum, Katholieke Universiteit Leuven, Campus Kortenberg, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg, België. E-mail: pascal.sienaert@uc-kortenberg.be. T. JACOBS werkt als psychologe bij de Opnamedienst Stemmingsstoornissen, Universitair Psychiatrisch Centrum, Katholieke Universiteit Leuven, België. S. SCHRAEPEN werkt als psychologe bij de Opnamedienst Stemmingsstoornissen, Universitair Psychiatrisch Centrum, Katholieke Universiteit Leuven, België.

Uit een meta-analyse van zeven recente onderzoeken blijkt dat psychotherapie (cognitieve therapie en psycho-educatie) in combinatie met medicamenteuze behandeling de kans op terugval in het jaar na het starten van de behandeling significant vermindert in vergelijking met medicamenteuze behandeling en een niet-gestructureerde begeleiding (Scott & Gutierrez, 2004). Vandaar dat in de meeste recente richtlijnen voor de behandeling van bipolaire stoornissen cognitieve therapie en psycho-educatie zijn opgenomen (Goodwin & Young, 2003; Calabrese, Kasper, & Johnson, 2004).

De psychologische behandelingen die het meest onderzocht werden, zijn psycho-educatie (PE), cognitieve therapie (CT), gezinstherapie (GT), en Interpersoonlijke Sociaal Ritme Therapie (IPSRT). De laatste is een minder bekende benadering, waarbij het gesprek met de therapeut (interpersoonlijke psychotherapie) gecombineerd wordt met adviezen gericht op een vast dag- en nachtritme en stabiele patronen van activiteit en contact met anderen (sociaal ritme). Doel is acceptatie van de levenslang durende stoornis te bevorderen, het dagelijkse leven aangener en efficiënter te laten verlopen en de kans op terugval te verminderen. Er wordt hierbij vaak gebruikgemaakt van een 'sociaalritmemeter' (SRM); een zelf in te vullen vragenlijst om activiteit/regelmaat/ interactie met anderen te meten en te veranderen.

Van elk van de vier behandelwijzen worden kort de uitgangspunten met betrekking tot de behandeling van bipolaire stoornissen en de resultaten van het beschikbare gecontroleerde onderzoek besproken.

Psycho-educatie

Uitgangspunten

Uitgangspunt voor psycho-educatie (PE) is de veronderstelling dat patiënten met een bipolaire stoornis minder kans hebben op terugval, indien zij controle ervaren over hun ziekte. Dit gevoel van controle wordt verhoogd door de patiënt beter vertrouwd te maken met de symptomen van de ziekte, de risicofactoren en de beschermende factoren. Klassieke PE voor patiënten met een bipolaire stoornis omvat uitleg over de symptomen van de ziekte, de etiologie en risicofactoren, terugvalpreventie en aanbevelingen voor de familie. PE heeft vooral een plaats in de preventie van terugval. Nadruk ligt immers op het regelmatige gebruik van medicatie, het vroegtijdig herkennen van waarschuwingssignalen en het reduceren van uitlokkende factoren (Peeters, 1999; Colom et al., 2003b). Een gebrek aan kennis over de aandoening en de behandeling kan leiden tot verkeerde opvattingen over medicatiegebruik en zo aanleiding geven tot therapieontrouw. Maar zelfs bij patiënten met een hoge therapietrouw heeft PE een meerwaarde (Vieta & Colom, 2004). Ook voor familieleden is PE erg zinvol. Vaak worden zij te weinig bij een behandeling betrokken en hebben zij onvoldoende informatie over medicamenteuze behandelingen (Vieta & Colom, 2004). PE voor familieleden kan ook leiden tot een vermindering van *expressed emotion* waarvoor ook argumenten uit onderzoek voorhanden zijn (Honig, Hofman, Rozendaal, & Dingemans, 1997; Clarkin, Carpenter, Hull, Wilner, & Glick, 1998).

Effectstudies

Cochran (1984) vergeleek bij 28 patiënten een standaardbehandeling met een standaardbehandeling in combinatie met psycho-educatie gericht op het vergroten van therapietrouw. In de PE-groep stakten significant minder patiënten de lithiumbehandeling en kenden significant minder patiënten een ziekenhuisopname tijdens de follow-upperiode dan in de controlegroep. Colom et al. (2003a) randomiseerden 120 patiënten in remissie (onder medicamenteuze behandeling en standaard ambulante follow-up) in een PE-groep of een ongestructureerde ondersteunende groep. Patiënten uit de PE-groep kenden tijdens de behandeling en in de follow-upperiode van twee jaar minder manische en depressieve episodes. Colom et al. (2003b) onderzochten ook het effect van psycho-educatie bij therapietrouwe patiënten gedurende twee jaar. Van de 25 patiënten die geen psycho-educatie kregen was vrijwel iedereen teruggevallen (92%), terwijl het terugvalpercentage in de PE-groep beperkt bleef tot 60%. Ook het totale aantal bipolaire episodes en het aantal depressieve episodes was significant lager in de PE-groep. De auteurs suggereren dat de werkzaamheid van psycho-educatie verder gaat dan therapietrouw en ook leidt tot een regelmatige en gezonde levensstijl en vroegtijdige herkenning van prodromale symptomen. Dezelfde onderzoeksgroep publiceerde later (Colom et al., 2004) over het effect van PE bij patiënten met een bipolaire stoornis en een comorbide persoonlijkheidsstoornis – deze patiënten hebben in de regel een minder goede prognose. Ook in deze patiëntengroep bleek PE terugval duidelijk te voorkomen (67% versus 100%), over een follow-upperiode van twee jaar. Het aantal ziekenhuisopnames verschilde niet, doch de opnameduur was korter in de PE-groep.

In een grootschalig gerandomiseerd onderzoek onder 441 patiënten met een bipolaire stoornis onderzochten Simon et al. (2005) over een periode van twaalf maanden de effectiviteit van een programma dat bestond uit zorgplanning, maandelijkse telefonische monitoring (symptoom- en medicatie-evaluatie) en een gestructureerd PE-programma. De experimentele groep werd minder vaak manisch en de hypomane en manische episodes duurden minder lang. De depressiescores verschilden niet, maar bij de experimentele groep werd de depressieve terugval minder naarmate de tijd vorderde.

In een niet-gerandomiseerd onderzoek van Michalak, Yatham, Wan en Lam (2005) werd bij 57 patiënten met een bipolaire I- of II-stoornis, met een euthyme stemming of met lichte symptomen, de levenskwaliteit gescoord voor en (acht weken later) na een PE-programma. Het onderzoek suggereert dat de levenskwaliteit van patiënten met een bipolaire stoornis duidelijk verlaagd is, en na een PE-programma significant verbetert.

Cognitieve therapie

Uitgangspunten

De cognitieve aanpak van de bipolaire stoornis is gebaseerd op het 'kwetsbaarheid-stressmodel' (Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington, & Gyulai, 2002; Scott, 2003). Een bipolaire stoornis is het resultaat van een complex samenspel tussen een erfelijk bepaalde kwetsbaarheid of vatbaarheid en stressfactoren (Sienaert & D., 2003). Een stressfactor in combinatie met negatieve, interne en globale attributies

veroorzaakt veel stress, en kan tot depressieve en/of manische symptomen leiden (Gregoris, 2004). Zowel het verminderen van stress als het beïnvloeden van attributiestijlen zijn een doelstelling van cognitieve therapie. Daarnaast vormt ook psycho-educatie een belangrijk onderdeel. Patiënten worden geïnformeerd over het ontstaan, verloop en behandeling van de aandoening, en over de invloed van slapen, eten en activiteiten op de stemming. Bibliotheerapie kan hier een uiterst waardevolle aanvulling betekenen.

Patiënten leren tevens de eerste waarschuwingssignalen te herkennen en op te vangen. Het leren onderscheiden van gezonde gevoelens van ziekte tekenen krijgt hierbij aandacht.

Door cognitieve herstructurering wordt de gedachtewereld getoetst aan de werkelijkheid (Newman et al., 2002) en wordt de patiënt aangezet tot voorzichtigheid met betrekking tot impulsieve beslissingen. Volgende onderdelen komen aan bod: een analyse leren maken van de afgelopen crises. Op belangrijke levensgebieden gaat men kortetermijndoelen bepalen en de stappen concretiseren die nodig zijn om deze doelen te bereiken. Mogelijke obstakels en complicaties worden geïnventariseerd. Basisvaardigheden als definiëren, genereren, evalueren en kiezen van oplossingen, het uitvoeren en terugbekijken behoeden de cliënt voor zijn 'alles of niets-strategie'. Aandacht voor controle van impulsiviteit is van groot belang bij hypomane toestanden. Uitstel- of vertragingstrategieën worden aangeleerd: tijdens een hypomane toestand moet elke beslissing minstens 24 of 48 uur worden uitgesteld en worden overlegd met een belangrijke derde. Tijdens depressieve fasen zijn gedragsactivatie en het reguleren van stemming prioritair. De therapeut moet zich voortdurend bewust zijn van de mate van hopeloosheid. Hij dient het suiciderisico te reduceren door de hopeloosheid bespreekbaar te maken en in kaart te brengen, en de therapeutische relatie te verstevigen (Johnson & Leahy, 2004).

Effectonderzoek

Verscheidene studies konden aantonen dat cognitieve therapie een waardevolle aanvulling kan zijn bij de medicamenteuze behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis. In een gerandomiseerd onderzoek van Scott, Garland en Moorhead (2001) deden 21 patiënten die twintig sessies cognitieve therapie kregen, het na zes maanden significant beter op het vlak van symptomen en sociaal functioneren dan een groep wachtlijstpatiënten. In de anderhalf jaar na het starten van de cognitieve therapie was er een vermindering van het aantal opnames met 60% in vergelijking met een periode van achttien maanden voor de behandeling. In een studie van Lam et al. (2003) werden 103 stabiele patiënten met een bipolaire I-stoornis gerandomiseerd in een CT-groep ($N = 51$) en een controlegroep ($N = 52$). Alle patiënten namen stemmingsstabilisatoren. In de CT-groep werd over het verloop van twaalf maanden een significante vermindering van frequentie en duur van de bipolaire episodes en van de hospitalisaties gerapporteerd. Bovendien functioneerden de patiënten uit de CT-groep beter op sociaal vlak, hadden zij minder schommelingen en een betere manier van omgaan met manische prodromen. In een vervolgstudie bij dezelfde patiëntengroep werd aangetoond dat deze gunstige resultaten ook na twee jaar behouden bleven (Lam, Hayward, Watkins, Wright, & Sham, 2005a). Wat terugvalpercentage betreft kon na twee jaar echter geen significant verschil aangetoond worden tussen de CT-groep en de controlegroep.

Gezinstherapie

Uitgangspunten

Lange tijd werd de oorzaak van de bipolaire stoornis, naar analogie met schizofrenie, binnen de context van het gezin gezocht. Tegenwoordig worden vooral genetische en neurobiologische factoren als oorzakelijk beschouwd. Het verloop van een bipolaire stoornis wordt echter wel degelijk mede bepaald door psychosociale factoren (Johnson & Leahy, 2004; Miklowitz & Goldstein, 1997). Een van de belangrijkste vaststellingen in dit verband is dat patiënten in gezinnen met een hoge graad van *expressed emotion* vaker of sneller terugvallen. Een hoge graad van *expressed emotion* verwijst naar een emotioneel klimaat dat wordt gekenmerkt door een hoge mate van betrokkenheid en/of een hoge mate van negativiteit, vijandigheid en kritiek, en een conflictueuze interactiestijl. De uitgangspunten van gezinstherapie zijn dat het verlagen van *expressed emotion* kan bijdragen tot een verminderde terugvalkans. In een eerste fase van een 'family-focused programma' (Miklowitz & Goldstein, 1997) ligt veel nadruk op informatie over de ziekte en haar impact op de familie, over hoe sociale en omgevingsfactoren stresserend en dus uitlokkend kunnen zijn voor een bipolaire episode op het efficiënt leren omgaan met stressfactoren en het optimaliseren van familie- en partnerrelaties om de noodzakelijke steun na een fase van ziek zijn goed te kunnen realiseren (Johnson & Leahy, 2004).

Effectonderzoek

Clarkin et al. (1990) bestudeerden het effect van gezinsinterventies in combinatie met medicatie bij gehospitaliseerde patiënten met stemmingsstoornissen. Gezinsinterventies hadden tot zes maanden na de behandeling een gunstig effect op globaal functioneren en symptomatologie voor vrouwelijke patiënten met een bipolaire stoornis en hun families. Dit gunstige effect was niet aantoonbaar voor patiënten met een unipolaire depressie en hun gezin, en bij mannen werd na achttien maanden een negatief effect gezien.

Dezelfde onderzoeksgroep rapporteert gelijksoortige bevindingen in een onderzoek met gezinsinterventies bij 169 patiënten met schizofrenie of stemmingsstoornissen (Glick, Clarkin, Haas, Spencer, & Chen, 1991). Ook in dit onderzoek blijkt enkel een significant gunstig effect voor vrouwelijke patiënten. Het gunstige effect houdt tot zes maanden na hospitalisatie aan, en neemt na achttien maanden duidelijk af (Glick, Clarkin, Haas, & Spencer, 1993). Miklowitz, George, Richards, Simoneau en Suddath (2003) integreerden gezinstherapie met individuele therapie (IFIT) en medicatie, en combineren gezinspsycho-educatie met individuele sessies Interpersoonlijke Sociaal Ritme Therapie om terugval te voorkomen en aanhoudende depressieve symptomen te verbeteren. De werkzaamheid van dit therapiemodel wordt bevestigd in een gerandomiseerde studie bij 101 patiënten met een bipolaire stoornis. Over een periode van zes tot 24 maanden hadden patiënten uit de IFIT-groep minder en later terugval, minder uitgesproken symptomen en een grotere therapietrouw dan patiënten uit de groep die kortdurend crisismanagement had gekregen. Rea et al. (2003) vergeleken twee groepen patiënten die gedurende negen maanden ofwel familietherapie met PE ($N = 28$) ofwel individuele therapie hadden gekregen ($N = 25$), naast een behandeling met stemmingsstabilisatoren. Patiënten uit de gezinstherapiegroep werden minder

gehospitaliseerd gedurende een periode van twee jaar. Miller, Solomon, Ryan en Keitner (2004) vergeleken farmacotherapie, farmacotherapie gecombineerd met familietherapie en farmacotherapie gecombineerd met 'multifamily psychoeducational group therapy' bij 92 patiënten met een bipolaire stoornis. Na 22 maanden was er geen verschil tussen de effecten van de drie behandelingen op (manische) symptomen. In een gerandomiseerd onderzoek bij 23 patiënten werd aangetoond dat zes sessies van PE voor gezinsgroepen een grotere vermindering van *expressed emotion* veroorzaakten dan in een controlegroep waarbij geen interventie werd gedaan. De verschillen waren echter niet significant (Honig et al., 1997). In een andere studie blijkt het betrekken van de partners van patiënten met een bipolaire stoornis in een PE-programma dan weer wel significant beter dan een medicamenteuze behandeling alleen, zowel voor het globaal functioneren als voor de therapietrouw (Clarkin et al., 1998).

Interpersoonlijke en Sociaal Ritme Therapie

Uitgangspunten

Interpersoonlijke Therapie (IPT) is een kortdurende, geprotocolleerde vorm van psychotherapie met een eclectisch karakter. Belangrijkste uitgangspunt is dat stoornissen zich altijd voordoen in een sociale en interpersoonlijke context. Dit betekent niet dat een stoornis veroorzaakt wordt door relationele problemen, maar wel dat de evolutie van de stoornis beïnvloed wordt door interpersoonlijke relaties.

Interpersoonlijke Sociaal Ritme Therapie (IPSRT) is een aanpassing van Interpersoonlijke Therapie. Het brengt drie verschillende paradigma's samen: PE, Sociaal Ritme Therapie en Interpersoonlijke Therapie. IPSRT bij bipolaire stoornissen is gebaseerd op de hypothese dat verstoorde of onstabiele dagelijkse routines leiden tot instabiliteit van het bioritme en bij gevoelige individuen uitmonden in affectieve stoornissen (Peeters, 1999). Men gaat uit van het 'instabiliteitsmodel', dat veronderstelt dat instabiliteit van het biologisch ritme beïnvloed wordt door sociale regulatoren (*zeitgebers*), zoals zonsopgang en -ondergang, werk en maaltijden. Deze regulatoren kunnen uit balans raken door belangrijke levensgebeurtenissen (Frank & Swartz, 2004). De therapie focust op de link tussen gemoedswisselingen en de kwaliteit van sociale relaties en rollen, op het belang van stabiliteit in dagelijkse routines en op het identificeren van en omgaan met mogelijke voorlopers van verstoringen van het ritme. De invloed van IPT is voelbaar in de focus op het leren oplossen en voorkomen van interpersoonlijke problemen. Bij patiënten met een bipolaire stoornis wordt ook specifiek aandacht besteed aan het rouwen om het 'verlies van het gezonde zelf', zodat men kan leren omgaan met de beperkingen van de ziekte (Peeters, 1999).

De therapie kent vier fasen. In de diagnostische fase legt de therapeut een verband tussen interpersoonlijke problemen en de aandoening. Interpersoonlijke problemen kunnen zich voordoen in vier probleemgebieden: rouw, interpersoonlijke conflicten, rolveranderingen en interpersoonlijke tekorten. In een tweede fase wordt gepoogd één of twee problemen binnen deze probleemgebieden op te lossen. De derde fase, die jaren kan duren, focust op het behouden van stabiliteit in het sociaal ritme, het anticiperen op en oplossen van interpersoonlijke problemen voor ze stress veroorzaken en het behouden van een normale stemming. De afsluitingsfase is erop gericht de relatie met

de therapeut los te laten en zelf verder te gaan op de ingeslagen weg (Peeters, 1999; Frank & Swartz, 2004).

Effectonderzoek

Er is weinig effectonderzoek voorhanden over Interpersoonlijke en Sociaal Ritme Therapie. In een studie van Frank et al. (1999) werden 82 patiënten, na een stabilisatiefase met ofwel Interpersoonlijke en Sociaal Ritme Therapie ofwel een standaard intensief zorgprogramma, opnieuw gerandomiseerd toegewezen aan een preventieve fase met of IPSRT of intensief zorgprogramma, beide gecombineerd met onderhoudsmedicatie. Het risico op terugval en de ernst van de symptomatologie bleek groter te zijn, wanneer de therapie tijdens de acute behandel fase niet dezelfde was als tijdens de onderhoudsfase. De auteurs suggereren dat verandering van therapieprogramma de stabiliteit van het sociaal ritme verstoort en daardoor tot slechtere resultaten leidt. Later vergeleken Frank et al. (2005) de invloed van IPSRT en een intensief klinisch programma tijdens de acute therapiefase op het verloop van de bipolaire 1-stoornis bij 175 patiënten. Beide behandelvormen hadden evenveel effect op de tijd die men nodig heeft om te stabiliseren. Patiënten in de IPSRT-groep hadden minder terugval en hadden een stabiel sociaal ritme aan het einde van de acute therapiefase. Er was een significant verband tussen een stabiel sociaal ritme en een verminderde kans op terugval tijdens de onderhoudsfase.

Discussie

In de laatste jaren is er in toenemende mate wetenschappelijk bewijs voor het toevoegen van diverse psychotherapeutische behandelingen aan de standaard medicamenteuze behandeling van de bipolaire stoornis (Zaretsky, 2003). Zowel PE als cognitieve therapie, gezinstherapie en IPSRT kunnen een meerwaarde betekenen bij het verbeteren van de levenskwaliteit van patiënten met een bipolaire stoornis en bij het voorkomen van terugval. Welke psychotherapie het meest geschikt is voor een individuele patiënt blijft tot op heden een kwestie van klinische beoordeling. Het is evenmin bekend wat de specifieke werkzame factoren zijn van deze benaderingen bij de bipolaire stoornis.

Wel is duidelijk dat de psychotherapieën die hun werkzaamheid hebben aangetoond, een aantal gemeenschappelijke elementen delen (Scott & Gutierrez, 2004; Scott & Colom, 2005; Keller, 2004). Alle incorporeren ze PE over de aandoening, en trachten ze regelmaat in de levensstijl te brengen en therapietrouw te verbeteren. Ook wordt veel nadruk gelegd op het verminderen van risicogedrag en het herkennen en beïnvloeden van stressfactoren en waarschuwingssignalen. Nieuwe ontwikkelingen om de effecten van psychologische begeleiding te optimaliseren zijn te verwachten door het beter matchen tussen specifieke noden van patiënten en specifieke componenten van psychologische begeleidingen. Psycho-educatie is van belang wanneer ziekte-inzicht, therapietrouw en een algemeen gezonde leefstijl bevorderd dienen te worden. Interpersoonlijke Sociaal Ritme Therapie zou vooral nuttig kunnen zijn als het circadiane ritme van de patiënt in de war is. Cognitieve therapie zou bijvoorbeeld effect kunnen hebben door het verhogen van het zelfvertrouwen van de patiënt, het verminderen van perfectionisme, en om specifieke probleemoplossingsvaardigheden bij te brengen (Craighead & Miklowitz, 2000; Vieta et al., 2005).

Ondanks het feit dat voor het eerder beschreven cognitieve therapieprogramma is bewezen dat het kosteneffectief kan zijn (Lam, McCrone, Wright, & Kerr, 2005b), is het maar de vraag of het aanbieden van dergelijke intensieve zorgprogramma's haalbaar is vanwege enerzijds de hoge instapdrempel voor intensieve en soms langdurige programma's of anderzijds de beschikbaarheid van goed opgeleide therapeuten. Desalniettemin dient PE een vast onderdeel te zijn van de behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis. Het verdient aanbeveling de familie hierbij als een partner in de therapie te beschouwen. Bovendien zou ook elke patiënt met een bipolaire stoornis de mogelijkheid moeten kunnen hebben om, naast een medicamenteuze behandeling en PE, de mogelijke voordelen van een psychotherapeutische aanpak te genieten. Er is grote behoefte aan verder onderzoek over psychotherapeutische strategieën bij de behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis, die tevens lijden aan comorbide psychiatrische aandoeningen zoals angststoornissen, middelen gerelateerde stoornissen of persoonlijkheidsstoornissen.

Abstract

There is a growing interest in the role of psychotherapeutic strategies in treating bipolar disorder. Evidence shows that cognitive therapy, family therapy, interpersonal social rhythm therapy and psychoeducation, as an adjunct to usual treatment, may increase quality of life and help to prevent relapse in patients with bipolar disorder. All these approaches share the same targets: psychoeducation about the disorder, life style regularity and treatment adherence. Emphasis is also on decreasing risk behaviour, and recognition and management of stress factors and early warning signs. Every patient with a bipolar disorder should have access to the possible benefits of psychotherapy, apart from pharmacological treatment and psychoeducation.

Literatuur

- Calabrese, J.R., Kasper, S., & Johnson G. (2004). International Consensus Group on Bipolar I Depression Treatment Guidelines. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 571-579.
- Clarkin, J.F., Carpenter, D., Hull, J., Wilner, Ph., & Glick, I. (1998). Effects of Psychoeducational Intervention for Married Patients with Bipolar Disorder and Their Spouses. *Psychiatric Services*, 49, 531-533.
- Clarkin, J.F., Glick, I.D., Haas, G.L., Spencer, J.H., Lewis, A.B., Peyser, J., DeMane, N., Good-Ellis, M., Harris, E., & Lestelle, V. (1990). A randomized clinical trial of inpatient family intervention. V: Results for affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 18, 17-28.
- Cochran, S.D. (1984). Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 873-878.
- Colom, F., & Vieta, E. (2004). A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. *Bipolar Disorders*, 6, 480-486.
- Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J.M., Benabarre, A., Torrent, C., Comes, M., Corbella, B., Parramon, G., & Corominas, J. (2003a). A randomised trial on the efficacy of group Psycho-education in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease is in Remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407.
- Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Goikolea, J.M., & Gasto, C. (2003b). Psycho-education efficacy in Bipolar Disorders: beyond Compliance Enhancement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1101-1105.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Reinares, M., Goikolea, J.M., Benabarre, A., & Comes, M. (2004). Psychoeducation in Bipolar Patients with comorbid Personality Disorders. *Bipolar Disorders*, 6, 294-298.

- Craighead, W.E., & Miklowitz, D.J. (2000). Psychosocial interventions for bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *61*, 58-64.
- Frank, E., Kupfer, D.J., Thase, M.E., Mallinger, A.G., Swartz, H.A., Fagiolini, A.M., Grochocinski, V., Houck, P., Scott, J., Thompson, W., & Monk, T. (2005). Two-year Outcomes for Interpersonal and Social Rhythm Therapy in Individuals with Bipolar I Disorder. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 996-1003.
- Frank, E., & Swartz, H. (2004). Interpersonal and Social Rhythm Therapy. In: S. Johnson & R. Leahy (Eds.), *Psychological treatment of Bipolar Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Frank, E., Swartz, H.A., Mallinger, A.G., Thase, M.E., Weaver, E.V., & Kupfer, D.J. (1999). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: Effect of changing treatment modality. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*, 579-587.
- Glick I.D., Clarkin J.F., Haas G.L., & Spencer J.H. (1993). Clinical Significance of Inpatient Family Intervention: Conclusions From a Clinical Trial. *Hospital and Community Psychiatry*, *44*, 869-873.
- Glick I.D., Clarkin J.F., Haas G.L., Spencer J.H., & Chen C.L. (1991) A Randomized Clinical Trial of Inpatient Family Intervention: VI. Mediating Variables and Outcome. *Family Process* *30*, 85-99.
- Goodwin, G., & Young, A.H. (2003). The British Association for Psychopharmacology guidelines for treatment of bipolar disorder: a summary. *Journal of Psychopharmacology*, *17*(suppl. 4), 3-6.
- Gregoris, S. (red; 2004), & Geluk, H. (Ned. vertaling). *Cognitieve gedragstherapie. Handleiding voor de praktijk* (pp. 285). Baarn: HB uitgevers.
- Honig, A., Hofman, A., Rozendaal, N., & Dingemans, P. (1997). Psychoeducation in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Research*, *72*, 17-22.
- Johnson, S.L., & Leahy, R.L. (red.; 2004). *Psychological Treatment of Bipolar Disorder* (pp. 340). New York: The Guilford Press.
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Schettler, P.J., Endicott, J., Maser, J.D., Solomon, D.A., Rice, J.A., & Keller, M.B. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, *59*, 530-537.
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Schettler, P.J., Coryell, W., Endicott, J., Maser, J.D., Solomon, D.A., Leon, A.C., & Keller, M.B. (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.
- Keller, M.B. (2004). Improving the course of illness and promoting continuation of treatment of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*, 10-14.
- Lam, D.H., Hayward, P., Watkins, E.R., Wright, K., & Sham, P. (2005a). Relapse Prevention in Patients With Bipolar Disorder: Cognitive Therapy Outcome After 2 Years. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 324-330.
- Lam, D.H., McCrone, P., Wright, K., & Kerr N. (2005b). Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study. *British Journal of Psychiatry*, *186*, 500-506.
- Lam, D.H., Watkins, E.R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., Parr-Davis, G., & Sham, P. (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.
- Michalak, E.E., Yatham, L.N., Wan, D.D., & Lam, R.W. (2005). Perceived Quality of Life in Patients with Bipolar Disorder. Does Group Psychoeducation Have an Impact? *Canadian Journal of Psychiatry*, *50*, 95-100.
- Miklowitz, D.J., George, E.L., Richards, J.A., Simoneau, T.L., & Suddath, R.L. (2003). A Randomized Study of Family-Focused Psychoeducation and Pharmacotherapy 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* (pp. 318). New York: The Guilford Press.
- Miller, I.W., Solomon, D.A., Ryan, C.E., Keitner, G.I. (2004). Brief report: Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? *Journal of Affective Disorders*, *82*, 431-436.
- Newman, C.F., Leahy, R.L., Beck, A.T., Reilly-Harrington, N.A., & Gyulai, L. (2002). *Bipolar Disorder. A Cognitive Therapy Approach* (pp. 260). Washington, DC: American Psychological Association.
- Peeters, F. (1999). Stemmingsstoornissen. In: G. Smeets, S. Bögels, H. van der Molen, & A. Arntz (red.). *Klinische psychologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

- Rea, M.M., Tompson, M.C., Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., Hwang, S., & Mintz, J. (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., Garland, A., & Moorhead, S. (2001). A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychological Medicine, 31*, 459-467.
- Scott, J. (2003), & Scheen, W. (Ned. vertaling). *Omgaan met stemmingsschommelingen. Zelfhulp op basis van cognitieve gedragstechnieken* (pp. 232). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Scott, J., & Colom, F. (2005). Psychosocial treatments for bipolar disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 28*, 371-384.
- Scott, J., & Gutierrez, M.J. (2004). The current status of psychological treatments in bipolar disorders: a systematic review of relapse prevention. *Bipolar Disorders, 6*, 498-503.
- Sienaert, P., & D., E. (2003). *Manisch-Depressief. Een gids voor patiënt, familie, hulpverlener en geïnteresseerde* (pp. 215). Tielt: Uitgeverij Lannoo.
- Simon, G.E., Ludman, E.J., Unützer, J., Bauer, M.S., Operskalski, B., & Rutter, C. (2005). Randomized Trial of a Population-based Care Program for People with Bipolar Disorder. *Psychological Medicine, 35*, 13-24.
- Tohen, M., Hennen, J., Zarate, C.M. Jr., & Baldessarini, R.J. (2000). Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *American Journal of Psychiatry, 157*, 220-228.
- Vieta, E., & Colom, F. (2004) Psychological interventions in bipolar disorder: From wishful thinking to an evidence-based approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 110*(suppl. 422), 34-38.
- Vieta, E., Pacchiarotti, I., Scott, J., Sanchez-Moreno, J., Di Marzo, S., & Colom, F. (2005). Evidence-based research on the efficacy of psychologic interventions in bipolar disorders: a critical review. *Current Psychiatry Reports, 7*, 449-455.
- Zaretsky, A. (2003). Targeted psychosocial interventions for bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 5*, 80-87.