

In deze rubriek wil de redactie collegae aan het woord laten die aan de hand van een format hun groep beschrijven. Als zevende in de serie stelt Susanne Demacker haar groep voor. Wilt u ook anderen laten delen in de doelgroep waarmee u werkt of uw specifieke werkwijze kenbaar maken, neem dan contact op met de redactie (nvgp@planet.nl) om het format aan te vragen.

Bipolaire stoornis

Susanne Demacker, GZ-psycholoog en Cognitief Gedragstherapeut VGCT, werkt op de afdeling Altrecht Bipolair in Utrecht.

Behandeling bipolaire stoornissen

De afdeling Altrecht Bipolair is een ambulante afdeling waar volwassenen met een bipolaire stoornis behandeld worden. Altrecht Bipolair houdt zich bezig met diagnostiek, consultatie en behandeling van mensen met een bipolaire stoornis. Er wordt nauw samengewerkt met de klinische afdelingen binnen en buiten Altrecht. Naast een bipolaire stoornis is er vaak sprake van comorbiditeit in de vorm van angststoornissen, ADHD, verslavingen en persoonlijkheidsproblematiek.

In de behandeling van de bipolaire stoornis heeft lang de nadruk gelegen op farmacotherapie. Een deel van de patiënten echter blijft ondanks medicamenteuze behandeling last houden van stemmingsepisoden. Hierdoor is er de laatste jaren steeds meer aandacht gekomen voor niet-farmacologische behandelingsvormen daarnaast (Kupka, 2008). Van cognitieve gedragsthe-

rapie (CGT), interpersoonlijke en sociaalritmetherapie (IP-SRT) en gezinsgerichte therapie (family-focused treatment, FFT) is de werkzaamheid bij de bipolaire stoornis aangetoond (van den Berg e.a., 2006).

De veelal multidisciplinaire behandeling van de bipolaire stoornis is vaak langdurig, waarbij de frequentie en intensiteit varieert afhankelijk van de fase van de stoornis. Er wordt naar gestreefd dat iedere patiënt behalve door een psychiater of arts ook wordt behandeld door een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV), verpleegkundig specialist of GZ-psycholoog (i.o.). Altrecht Bipolair heeft tevens een groepsaanbod dat onder meer bestaat uit structurerende weekgroepen, een psycho-educatiecursus, een sociaalritme-groep, een lotgenotengroep, een leefstijl-groep en een groep voor vrouwen met een zwangerschapswens.

Het groepsaanbod heeft onder andere tot doel opnames te voorkomen en/of te beperken en de kennis over de aandoening bij de deelnemers te vergroten. Deelname aan (een aantal) groepen biedt de patiënt extra ondersteuning. Daarnaast leiden de frequente contactmomenten met de behandelaren tot een eerdere signalering van symptomen en mogelijkheid tot vroegtijdige interventie.

Cognitieve gedragstherapiegroep

Sinds 2009 wordt er bij Altrecht Bipolair een Cognitieve Gedragstherapiegroep aangeboden. Deze gesloten groep bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur (inclusief tien minuten pauze). De groep is bedoeld voor patiënten die last hebben van steeds terugkerende stemmingswisselingen. Gemiddeld bestaat de groep uit acht deelnemers die voorafgaand aan de start van de groep een indicatiegesprek met een van de behandelaren hebben gehad. De groep wordt geleid door een GZ-psycholoog en een SPV. De groep is heterogeen qua samenstelling, met zowel mannen als vrouwen van verschillende leeftijden, die verschillen in het aantal jaren ervaring met de aandoening en het aantal doorge maakte ziekte-episodes. Daarnaast varieert de mate van comorbiditeit. Bij voorkeur hebben patiënten eerder deelgenomen aan de psycho-educatiecursus en hebben zij daardoor kennis van de bipolaire stoornis. Vaak neemt de partner of een ander belangrijk systeemlid ook deel aan de psycho-educatiecursus.

De groep heeft een vaste structuur. Het programma voor elke bijeenkomst wordt op een flap-over geschreven. De deelnemers zitten aan een grote tafel en er is koffie, thee en water. Iedere deelnemer ontvangt een map met informatie over cognitieve gedragstherapie en registratie- en werkbladen. Elke bijeenkomst begint met een rondje waarin besproken wordt hoe alle deelnemers zich op dat moment voelen en hoe de afgelopen week verlopen is. De rest

van de bijeenkomst wordt besteed aan het bespreken van de huiswerkopdrachten, de theorie en het praktisch oefenen. Het oefenen vindt plaats in de hele groep of in subgroepjes. Iedere bijeenkomst wordt afgesloten met de uitleg van de huiswerkopdrachten voor de volgende bijeenkomst. Een vast huiswerkonderdeel is het bijhouden van gedachterapporten. Tevens wordt er in de groep ruimte geboden om specifiek op bepaalde onderwerpen in te gaan. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om hoe om te gaan met stemmingsklachten, de invloed van de ziekte op het zelfbeeld en de blijvende alertheid op stemmingsontregelingen vanuit de angst voor terugval. Na acht bijeenkomsten vindt er zowel een mondelinge als schriftelijke evaluatie plaats.

Doelstelling

Het doel van deze groep is inzicht krijgen in de veranderingen in denken, voelen en handelen die voorafgaan aan of samengaan met stemmingsveranderingen. Signalering van deze veranderingen heeft een belangrijke functie in het bevorderen van zelfmanagement. Hiermee wordt bedoeld dat een patiënt veranderingen in denken, voelen en gedrag kan signaleren en hier adequaat mee om kan gaan. Hierbij wordt gebruikgemaakt van de cognitieve gedragscirkel (Scott, 2003). Deze cirkel helpt de deelnemers zicht te krijgen op veranderingen in denken, voelen, gedrag en alledaags functioneren bij zowel (hypo)manische als depressieve episodes of de voorstadia daarvan. Tevens wordt er in de cirkel aan-

dacht besteed aan de invloed van stress en zorgen op de slaap. Stress wordt hierbij gezien als een belangrijke veroorzaker van slaapproblemen. Gebrek aan slaap is een veelvoorkomende uitlokkende factor voor een hypomane of manische episode.

Het in kaart brengen van bovenstaande veranderingen biedt aangrijpingspunten om een verdere toename van de klachten te voorkomen. Hiertoe wordt in de groep aandacht besteed aan het aanleren van het zogeheten ‘contragedrag’, dit is gedrag dat tegenovergesteld is aan je natuurlijke neiging in een bepaalde stemming.

Contragedrag helpt om de stabiliteit van de stemming te bevorderen. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om het tijdelijk (extra) nemen van slaapmedicatie om het slapen te bevorderen, het schrappen van afspraken uit de agenda en het verminderen van prikkels wanneer de patiënt merkt te druk of hypomaan te zijn. In het geval van een depressie bestaat het contragedrag juist uit het plannen van activiteiten en het opzoeken van sociaal contact.

Als het gaat om cognitieve interventies wordt aan deelnemers gevraagd te letten op typische denkfouten, zowel bij een depressie als bij een hypomanie. De negatieve kijk op zichzelf, de wereld en de toekomst, die kenmerkend is bij een depressie is vaak totaal tegenovergesteld aan die tijdens een (hypo)manie waarbij patiënten zichzelf veelal geweldig vinden en menen over veel capaciteiten te beschikken, terwijl ze anderen vooral als dom, traag en saai ervaren. In de periode tussen de stemmingsepisoden kunnen patiënten anders

over zichzelf en hun leven gaan denken vanwege het feit dat ze een bipolaire stoornis hebben: ze ervaren zichzelf als incompetent, ze voelen zich onzeker of kunnen het gevoel hebben dat ze er niet bijhoren. Het in de groep bespreken van deze patronen en interventies leidt tot veel herkenning en de mogelijkheid tot correctie van deze overtuigingen. Hierbij blijken de verschillen in de mate van ervaring met de aandoening stimulerend te werken.

Patiënten met meer ervaring kunnen vaak goed het verschil aangeven tussen het moment waarop ze net met de aandoening geconfronteerd werden en hoe ze nu in het leven staan.

Verloop

In de eerste bijeenkomst wordt aan de deelnemers gevraagd na te denken over de invloed van de bipolaire stoornis op hun leven. De antwoorden op deze vraag worden in de groep besproken en op een flap-over geschreven. Hierbij wordt veel ruimte geboden voor interactie en het bespreken van eenieders ervaringen. In de volgende bijeenkomsten wordt naast de cognitieve gedragscirkel ook aandacht besteed aan het bijhouden en bespreken van gedachterapporten. Deelnemers worden gestimuleerd denkfouten op te sporen en deze te vervangen door een realistisch alternatief. Elke bijeenkomst wordt het gedachterapport van een van de deelnemers in de groep besproken. De andere deelnemers worden gestimuleerd om vragen te stellen over de gerapporteerde gedachten.

Voorafgaand aan de vierde bijeenkomst wordt aan de deelnemers gevraagd om de automatische gedachtelijst (ATQ-30) (Douma, 1991; Bockting, 2003) in te vullen. In deze bijeenkomst gaan de deelnemers in subgroepjes uiteen om op basis van de antwoorden uit deze lijst hun meest voorkomende leefregels te vinden. Een leefregel bepaalt hoe een patiënt in het leven staat en wat hij daarbij belangrijk vindt. Deze leefregels worden in de groep teruggekoppeld. Vervolgens wordt de deelnemers gevraagd welk (veiligheids)gedrag ze geneigd zijn te vertonen wanneer ze hun leven leiden volgens die leefregel. Onder veiligheidsgedrag wordt dat gedrag verstaan dat de patiënt vertoont om te voorkomen dat iets waar hij bang voor is gebeurt. Zo kan iemand de leefregel hebben: 'Ik moet mijn emoties onder controle houden, anders word ik manisch.' Iemand die leeft volgens deze regel zal geneigd zijn emoties te onderdrukken en deze niet aan anderen laten zien (veiligheidsgedrag). Bij leuke of plezierige activiteiten zal deze persoon zijn gevoelens van blijdschap onderdrukken uit angst manisch te worden. Dit heeft tot gevolg dat een patiënt minder kan genieten van prestaties of prettige gebeurtenissen en dit kan op den duur leiden tot minder zelfvertrouwen en somberheid. Ook wanneer deze patiënt verdrietig is kan het vermijden van dit verdriet ertoe leiden dat hij somber wordt. Andere patiënten kunnen als leefregel hanteren: 'Ik mag niet meer dan twee activiteiten op een dag doen, anders word ik manisch.' Deze dwangmatige en angstige manier van

omgaan met de ziekte verkleint de kans op een manie, maar ontnemt de patiënt de kans te ervaren dat wanneer deze leefregel minder strikt wordt toepast, het ook goed kan blijven gaan.

In de groep wordt de deelnemers gevraagd de voor- en nadelen van deze leefregels (en het veiligheidsgedrag) te inventariseren. Deze voor- en nadelen worden in de volgende bijeenkomst in de groep teruggekoppeld. Indien een leefregel meer nadelen dan voordelen blijkt te hebben, wordt de deelnemer gevraagd te zoeken naar een alternatieve leefregel. Op basis van deze alternatieve leefregel wordt de deelnemers gevraagd een gedragsexperiment te bedenken waarin ze proberen meer te handelen vanuit hun alternatieve leefregel en hun veiligheidsgedrag achterwege te laten. De patiënt uit bovenstaand voorbeeld kan dan proberen zijn blijdschap naar aanleiding van een bepaalde gebeurtenis juist wel te uiten in plaats van deze te onderdrukken of de patiënt met angst voor manische ontregeling bij meer dan twee activiteiten per dag kan proberen er eens drie op een dag te plannen.

Uiteraard is het per patiënt belangrijk te kijken in hoeverre het wenselijk is ander gedrag te vertonen. Jammer genoeg is de praktijk zo dat een aantal patiënten snel ontregelt. De stijl van omgang met de aandoening is per patiënt verschillend en dient meegenomen te worden in het bedenken van de gedragsexperimenten. De uitkomst van deze experimenten wordt in de laatste twee bijeenkomsten teruggekoppeld in de groep. Het terugkoppelen van de experi-

menten in de groep werkt erg stimulerend. Deelnemers zijn zeer enthousiast in het bedenken of aanpassen van experimenten voor groepsleden.

Het bespreken van leefregels, veiligheidsgedrag en kerncognities gebeurt conform de cognitieve behandeling van depressies volgens Bocking (2003). Inzicht in deze onderdelen draagt er aan bij dat mensen helder krijgen waar hun gevoeligheden liggen. Iemand die bijvoorbeeld als kerngedachte heeft: 'Ik ben waardeloos', en van daaruit steeds weer geneigd is het anderen naar de zin te maken en daarmee zijn eigen grenzen overschrijdt, zal hierdoor vaak stress ervaren. Dit vergroot de kans op een manische ontregeling, zeker als er op dat moment ook nog problematische gebeurtenissen of omstandigheden zijn.

Evaluatie en plannen

Op basis van de evaluaties op onze afdeling tot nu toe is naar voren gekomen dat deelnemers de CGT-groep overwegend als nuttig en zinvol ervaren. Patiënten ervaren het als zeer prettig hun ervaringen te kunnen delen met lotgenoten. Ze voelen zich gehoord en begrepen en krijgen hoop wanneer ze horen dat lotgenoten die al verder zijn in de acceptatie van hun ziekte er al beter mee om kunnen gaan. Ze ervaren hierdoor dat ze niet de enige zijn en zijn geneigd adviezen van lotgenoten serieus te nemen. Soms echter kunnen de verhalen van anderen een patiënt ook angstig maken. De therapeuten zien het dan als hun taak uit te leggen dat de aandoening veel verschil-

lende uitingsvormen kan hebben en niet bij iedereen hetzelfde verloop hoeft te hebben. Bij een groot aantal deelnemers bestond de behoefte het aantal bijeenkomsten uit te breiden om meer te kunnen oefenen en zich de geleerde vaardigheden meer eigen te kunnen maken. We overwegen dan ook om de groep uit te breiden met een tweetal sessies. Daarnaast bestaat het plan om deelnemers uit deze groep de mogelijkheid te bieden een nazorggroep te volgen, waarin ze kunnen blijven oefenen met het uitdagen van hun gedachten en het veranderen van hun gedrag. Het initiatief van deelnemers aan eerdere groepen die na afronding van de CGT-groep contactgegevens hebben uitgewisseld en nu buiten de afdeling om met elkaar afspreken, wordt alleen maar gestimuleerd. Een andere overweging is om op den duur twee groepen op een verschillend niveau te starten en deelnemers in te delen afhankelijk van hun niveau van functioneren en eerdere ervaring met cognitieve gedragstherapie.

De in de literatuur beschreven cognitief gedragstherapeutische behandelmodellen bij de bipolaire stoornis besteden veel aandacht aan het registreren van de stemming door middel van life-charts (stemmingsgrafieken) en het opstellen van een signaleringsplan (Basco & Rush, 2007; Lam & Hayward, 2010). Dit hangt samen met het gegeven dat deze behandelprotocollen veel aandacht besteden aan psycho-educatie, wat de meeste deelnemers aan onze groep eerder in een aparte groeps cursus aangeboden kreeg. Bij onze groep is er daarom voor gekozen niet expliciet aandacht te

besteden aan life-charts en signaleringsplannen. In de praktijk blijkt ook dat deze onderdelen bij veel van de patiënten in de individuele behandeling aan de orde komen. Er zijn echter andere GGZ-instellingen in Nederland waarbij binnen het kader van de Cognitieve Gedragstherapiegroep voor bipolaire stoornissen wel expliciet aandacht besteed wordt aan het werken met life-charts en signaleringsplannen.

Bij de evaluatie is tot nu toe nog geen systematische effectmeting gedaan. Hier zal in de komende tijd aandacht aan besteed worden.

Literatuur

Basco, M.R. & Rush, A.J. (2007). *Cognitive Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. New York: Guilford Publications.

Berg, B. van den, Knoppert-van der Klein, E. & Zaane, J. van (2006). Psychotherapeutische behandelmogelijkheden voor bipolaire stoornissen. Een overzicht van gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48 (12): 905-13.

Bockting, C.L.H. (2003). *Cognitieve therapie bij depressie. Protocollen Programma Stemmingsstoornissen*. Amsterdam: Psychiatrie AMC/de Meren.

Douma, M. (1991). The measurement of trait depression. Construction of Dutch Dysfunctional Attitude Scale (A version) of Arlene Weissman. Meerssen: St. Lois Marie Jamin.

Kupka, R., Knoppert-van der Klein, E. & Nolen, W. (red.) (2008). *Handboek bipolaire stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.

Lam, D.H., Jones, S. & Hayward, P. (2010). *Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: a Therapist's Guide to the Concept, Methods and Practice. Second edition*. Chicheser: Wiley-Blackwell.

Scott, J. (2006) *Omgaan met stemmingschommelingen. Zelfhulp op basis van cognitieve gedragstechnieken*. Lisse: Zwets & Zeitlinger.