

Interpersoonlijke en sociaal-ritmeth therapie in een groep voor patiënten met een bipolaire stoornis

Marije de Kruiff (m.dekruiff@psyq.nl) is psychiater, IPT-therapeut en supervisor en groepspsychotherapeut NVGP. Ze werkt bij PsyQ Haaglanden.

Christian Bouwkamp is psycholoog en promovendus bij de afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC. Eerder werkte hij bij PsyQ Haaglanden.

Thea van Troost is verpleegkundig specialist en werkt bij PsyQ Haaglanden.

Dina Snippe is psychotherapeut, opleider-supervisor IPT, supervisor, cursusgever en leertherapeut NVGP. Ze werkt in eigen bedrijf Snippe-Supervisie in Den Haag en bij G-Kracht, Psychomedisch Centrum in Delft.

Dit artikel is een bewerking van de eerdere publicatie ‘Interpersonal and social rhythm group therapy for patients with bipolar disorder’ in het *International Journal of Group Psychotherapy* (Bouwkamp e.a., 2013).

Samenvatting

In dit artikel beschrijven we een groepsmodel voor interpersoonlijke en sociaalritmeth therapie (IPSRT) voor patiënten met een bipolaire stoornis. De kerngedachte van IPSRT is dat een manische of depressieve episode bij een bipolaire stoornis vaak voorafgegaan wordt door een ontregeling van het sociaal ritme of door stressvolle interpersoonlijke gebeurtenissen. De therapie grijpt in op deze aspecten, met als doel de stemming te verbeteren en terugval te voorkomen. Door deze therapie in groepsvorm aan te bieden, wordt een extra interpersoonlijke component toegevoegd. De eerste resultaten laten zien dat het sociaal ritme stabiliseert en de stemming verbetert, zowel gedurende de groepstherapie als in het jaar daarna. We concluderen dat IPSRT-groepstherapie toegevoegde waarde kan hebben voor patiënten met een bipolaire stoornis die instabiel blijven, ondanks adequate farmacotherapie en psycho-educatie.

Introductie

De bipolaire stoornis wordt gekenmerkt door afwisselende episoden van sterk verhoogde stemming (manie), euthymie (normale stemming) en sterk verlaagde stemming (depressie). De life-time prevalentie is 1% voor bipolaire I stoornis (manie met of zonder depressieve episoden) en 1.1% voor bipolaire II stoornis (hypomanie en depressieve episoden) (Merikangas e.a., 2007). De primaire behandeling voor de bipolaire stoornis is farmacotherapie. Stemmingsstabilisatoren, antipsychotica, anticonvulsiva, antidepressiva of een combinatie hiervan worden gegeven. Vaak is farmacotherapie alleen echter niet afdoende ter behandeling van de bipolaire stoornis. Soms hebben patiënten een ambivalente houding ten opzichte van de medicatie en daarbij moeite met het voldoende structureren van hun leven, waardoor manische en depressieve episoden blijven terugkeren. Alle huidige richtlijnen adviseren om, naast farmacotherapie, psychologische behandelingen aan te bieden die acceptatie van de stoornis vergroten, medicatietrouw bevorderen, psychosociale stress verminderen en verstoringen van het biologische ritme tegengaan. Naast psycho-educatie, die inmiddels onderdeel is van de standaardbehandeling, bestaan er verschillende vormen van aanvullende psychotherapie voor patiënten met een bipolaire stoornis, waaronder interpersoonlijke en sociaalritmetherapie (IPSRT, Miklowitz e.a., 2007a, 2007b). In dit artikel beschrijven we een groepsmodel voor IPSRT. Ook hebben we

getracht in kaart te brengen wat het klinisch effect was van deze interventie.

Theorie IPSRT

IPSRT werd ontwikkeld door Ellen Frank (2005) als psychotherapie naast primaire farmacotherapie voor patiënten met een bipolaire stoornis, en is gebaseerd op de observatie dat elke stemmingsepisode vooraf wordt gegaan door een belangrijk life-event, medicatieontrouw, of een verstoring van het sociaal ritme. IPSRT heeft als doel het vergroten van de acceptatie van de bipolaire stoornis, het vergroten van de therapietrouw, het verbeteren van de coping met belangrijke life-events en het herstellen en monitoren van een stabiel dag-en-nachtritme (Frank, 2005, 2007).

Van zowel depressie als bipolaire stoornis wordt aangenomen dat deze samengaan met een verstoring van circadiane biologische processen. Dit zijn bijvoorbeeld de slaap-waakcyclus, honger, de mate van activiteit, lichaamstemperatuur en de niveaus van het stresshormoon cortisol (Germain en Kupfer, 2008; Mansour e.a., 2005). Een veelgehoord voorbeeld van patiënten is de sterk verminderde behoefte aan slaap die voorafgaat aan een manische episode. Factoren die het circadiane ritme in de pas houden worden *zeitgebers* genoemd (Aschoff en Pohl, 1978). Deze *zeitgebers* kunnen van biologische aard zijn, zoals daglicht dat inwerkt op de biologische klok in de nucleus suprachiasmaticus via de nervus opticus. *Zeitgebers* kunnen ook van sociale aard zijn, in de

vorm van terugkerende sociale gebeurtenissen, zoals invulling van de dag met werk of andere activiteiten, afspreken met andere mensen, maaltijden, en het tijdstip van naar bed gaan.

De Sociaal Ritme Meter (SRM), die door Frank (2005) is ontwikkeld, wordt gebruikt om het sociaal ritme inzichtelijk te maken en te stabiliseren. Het instrument meet per dag het tijdstip waarop vijf dagelijkse activiteiten werden uitgevoerd, en de afwijking van dit tijdstip ten opzichte van de streeftijd. Deze activiteiten zijn: opstaan, eerste contact met een ander persoon, start van de daginvulling, avondmaaltijd en naar bed gaan. De SRM score geeft aan in welke mate de werkelijke tijdstippen overeenkwamen met de streeftijden. Een hogere SRM score weerspiegelt een stabiel sociaal ritme.

Interpersoonlijke therapie (IPT) voor de behandeling van unipolaire depressie (Klerman e.a., 1984) werd door Frank aangepast voor gebruik bij de bipolaire stoornis. In principe kunnen dezelfde probleemgebieden worden gebruikt als in IPT (rouw, rolverandering, rolconflict en interpersoonlijke sensitiviteit). Vaak wordt bij IPSRT als focus het life-event gekozen dat voorafging aan de meest recente bipolaire stemmingsepisode.

Frank heeft daarnaast een specifieke vorm van het focus interpersoonlijke rolverandering geïntroduceerd, *het verlies van het gezonde zelf*, dat goed aansluit bij patiënten met een bipolaire stoornis. Dit therapeutisch focus is bedoeld om de acceptatie van het leven met een chronische psychiatri-

sche stoornis te verbeteren. Ook helpt het om te gaan met de onvermijdelijke verliezen waar de stoornis vaak mee gepaard gaat, zoals het moeten bijstellen van bepaalde verwachtingen in het leven, het verlies van vertrouwen in de eigen gezondheid en capaciteiten, verlies van sociaal economische status, vriendschappen en relaties.

IPSRT in de individuele vorm bestaat uit 20 tot 24 sessies gedurende een periode van acht maanden. Hierbij wordt het tijdsinterval tussen de sessies geleidelijk groter om stabiliteit op de lange termijn te handhaven. In het geval van individuele IPSRT kan het focus en de intensiteit van de therapie worden aangepast aan de levensfase en actuele life-events van de patiënt. Onderzoek heeft uitgewezen dat individuele IPSRT verschillende belangrijke effecten sorteert: langere tijdsduur tot terugval in een bipolaire episode, beter niveau van remissie op de lange termijn (Frank e.a., 2005; Miklowitz e.a., 2007) en een lager aantal zelfmoordpogingen (Rucci e.a., 2002).

Een groepsmodel voor IPSRT

Het model voor de IPSRT-groep hebben we ontwikkeld uit een combinatie van individuele IPSRT en het bestaande groeps-IPT-model (IPT-G, Wilfley e.a., 2000; Snippe, 2009). Het groepsmodel is gesloten, kortdurend en semigestructureerd. De groep heeft acht tot tien deelnemers en twee therapeuten, en bestaat uit 16 wekelijkse sessies van twee uur met een kwartier pauze.

Elke zitting bestaat uit twee onderdelen: voor de pauze het IPT-gedeelte van vijf kwartier, na de pauze een half uur sociaalritmetherapie (SRT). Dit laatste is toegevoegd aan het IPT-G model, om voldoende tijd in te ruimen voor het sociaalritmegeredeelte.

Voorbereidende SRT-groep

IPSRT begint met het stabiliseren van het sociaal ritme. Er is grote variatie tussen patiënten in de benodigde tijd voor het leren werken met de Sociaal Ritme Meter (SRM). Om die reden hebben we een afzonderlijke SRT-groep opgezet, waarin deze vaardigheid geleerd wordt. Alle patiënten die in aanmerking komen voor IPSRT, moeten eerst ter voorbereiding de SRT-groep volgen. Hierna kunnen ze eventueel doorstromen naar de IPSRT-groep (zie ook Figuur 1).

SRT zoals beschreven door Frank is ontworpen voor individuele patiënten, niet voor een groepssetting. Het omvat psycho-educatie, structuur, huiswerk en het stellen van haalbare doelen. Het groepsmodel dat wij ontwikkelden om deze aspecten aan bod te laten komen, is open, gestructureerd, tijdgelimiteerd, en bevat gedrags- en educatie-elementen.

Patiënten kunnen zo lang als nodig is deelnemen aan de SRT-groep, van vier weken tot vier maanden. De sessies zijn wekelijks en duren anderhalf uur, elke week kunnen nieuwe patiënten instromen. De attitude van de therapeuten is steunend.

Psycho-educatie wordt gegeven over het belang van een stabiel sociaal ritme en het gebruik van de SRM. Van deelnemers

wordt gevraagd deze dagelijks in te vullen. Tijdens de sessie wordt ieders SRM van de afgelopen week besproken, evenals gebeurtenissen en gedrag die het sociaal ritme verstoorden en de invloed hiervan op de stemming. Verbeterpunten voor het sociaal ritme en het invullen van het schema komen aan bod. Na de pauze is het laatste half uur gewijd aan relevante onderwerpen ingebracht door de deelnemers. Eenmaal per vier weken krijgt de groep psycho-educatie over specifieke thema's gerelateerd aan sociaal ritme: circadiane ritmiek, resocialisatie naar (vrijwilligers)werk, en middeleengebruik.

In- en exclusiecriteria

Patiënten met de diagnose bipolaire stoornis kunnen deelnemen aan de IPSRT-groep als het ziektebeloop instabiel is of als zij moeite hebben de stoornis te accepteren of hun leven eraan aan te passen. Affectieve symptomen moeten geheel of gedeeltelijk in remissie zijn. Voorafgaand aan de IPSRT-groep zijn er een of twee individuele gesprekken, waarin een inschatting wordt gemaakt of groepstherapie passend is. In deze sessie(s) komen interpersoonlijke doelen aan bod, eerdere groepservaringen, bereidheid om naar het eigen aandeel in het verloop van de ziekte te kijken, empathisch vermogen en in staat zijn tot het geven en krijgen van feedback. Ook worden groepsregels met betrekking tot vertrouwelijkheid en aanwezigheid besproken. Verder moeten patiënten minimaal vier weken aan de voorbereidende SRT-groep hebben deelgenomen.

Patiënten worden geëxcludeerd als er sprake is van actuele ernstige manie of depressie, middelengebruik, suïcidaliteit, psychotische symptomen of ernstige persoonlijkheidsproblematiek.

Werkwijze IPSRT-groep

IPT-gedeelte

Het doel van het IPT-gedeelte is het verminderen van affectieve symptomen en het verbeteren van interpersoonlijke relaties. In IPT vormt een interpersoonlijk focus de rode draad door de therapie. Een belangrijke aanpassing van het IPT-G-model is de keuze voor een gemeenschappelijk focus in de IPSRT-groep. Het focus interpersoonlijke rolverandering, of meer specifiek ‘verlies van het gezonde zelf’ zoals hierboven beschreven, sluit aan bij de indicaties voor deelname aan de groep: moeite met acceptatie van de ziekte of terugkerende episodes ondanks adequate farmacotherapie. Ook draagt dit gedeelte focus direct bij aan de groepscohesie. Een beperking is dat het focus niet op de individuele patiënt is afgestemd. Daarom maakt elke deelnemer in de groep een sociogram, waaruit meer specifieke interpersoonlijke doelen naar voren komen.

In individuele en groeps-IPT doorlopen patiënten drie fasen: in de beginfase wordt de interpersoonlijke anamnese afgenomen en het focus geformuleerd, in de behandel-fase werkt de patiënt aan de interpersoonlijke doelen, en de eindfase is gericht op evalueren en consolideren van het behandelresultaat (Klerman e.a., 1984; Wilfley

e.a., 2000). In een kortdurende focusgeoriënteerde groepspsychotherapie maakt de groep een aantal natuurlijke ontwikkelingsstadia door: parallelfase, differentiatiefase, wederkerigheidsfase en eindfase. De therapeuten faciliteren deze ontwikkelingsfasen van de groep (MacKenzie, 1990; Berk, 2005).

De groepstadia komen overeen met de IPT-fasen: de beginfase van IPT met de parallel- en differentiatiefase van de groep; de behandel-fase van IPT met de wederkerigheidsfase; de eindfase van IPT met die van de groep (Wilfley e.a., 2000).

In de eerste sessie stellen patiënten zich aan elkaar voor en vertellen zij kort over hun ziektegeschiedenis. Ervaringen uitwisselen en wederzijdse herkenning stimuleert de interactie en de groepscohesie. In vergelijking met reguliere IPT wordt weinig tijd besteed aan psycho-educatie, omdat de IPSRT-groep een vervolgbehandeling is en de deelnemers al (groeps)psycho-educatie hebben gehad. De tweede en derde sessie besteden we aan de interpersoonlijke inventarisatie die bij elke IPT-behandeling hoort. Iedere deelnemer maakt een eigen sociogram – een grafische weergave van belangrijke interpersoonlijke relaties. In de groep worden veranderingen in aard of frequentie van het contact sinds de ziekte en verwachtingen en wensen ten aanzien van deze relaties besproken (Snippe, 2009). Uitgaande van het sociogram identificeren we een specifiek interpersoonlijk doel voor elke patiënt.

In de eerste drie sessies (parallelfase) zijn de therapeuten actief en steunend, de

meeste interacties vinden plaats tussen patiënten en therapeuten, en minder tussen patiënten onderling.

In de derde tot vijfde sessie (differentiatiefase), zijn de therapeuten meer confronterend en zij verduidelijken onderlinge verschillen tussen patiënten. Dit geeft meer interactie tussen de groepsleden. In de vijfde tot dertiende sessie (de behandel- of wederkerigheidsfase) bespreekt de groep zelf ingebrachte thema's gerelateerd aan het focus. Net als bij individuele IPT begint de sessie met de ervaringen van de afgelopen week. Er is geen vaste structuur waarbij ieder na elkaar aan de beurt komt. De therapeuten moedigen groepsleden aan om op elkaar te reageren vanuit hun eigen ervaring, gevoelens over hetgeen wordt verteld te bespreken, of constructieve feedback te geven. De taak van de therapeuten is het groepsproces te stimuleren, de relatie van het thema met het focus te verhelderen, de aandacht te vestigen op interpersoonlijke aspecten. Het bewust worden en uiten van emoties wordt aangemoedigd. De therapeuten kunnen hier-en-nu-interacties in de groep in verband brengen met de individuele doelen.

Groepsleden gaan steeds meer samenwerken en de interventies zijn erop gericht om dat te faciliteren. Specifieke IPT-technieken als communicatie-analyse en rollenspel zijn ook bruikbaar in de groep (Wilfley e.a., 2000; Snippe, 2009).

De veertiende tot en met de zestiende sessie (de eindfase) worden besteed aan evaluatie en afscheid. In deze sessies geven de therapeuten weer meer steun en structuur. Dit

helpt de patiënten om de aandacht te richten op het naderende einde van de groep en gevoelens hierover te bespreken. Ook wordt er vooruit gekeken, vooral naar het voorkomen van terugval in bipolaire episodes in de toekomst.

SRT-gedeelte

De ruimtelijke opstelling voor het IPT-gedeelte is een kring van stoelen. In het SRT-gedeelte zitten allen aan een grote rechthoekige tafel. Voor het bespreken van de Sociaal Ritme Meters van de afgelopen week is dit praktischer, en het maakt duidelijk dat beide therapievormen een eigen functie hebben. Tegelijkertijd zijn IPT- en SRT-gedeelte van de therapie ook met elkaar verbonden, omdat interpersoonlijke thema's en sociaal ritme elkaar wederzijds beïnvloeden.

Aan het begin van de IPSRT-groep hebben deelnemers de afzonderlijke SRT-groep al minstens vier weken gevolgd, en hebben zij de SRM leren gebruiken. Van de deelnemers wordt gevraagd de SRM te blijven invullen gedurende de IPSR-groep. Ter bevordering van een goed ritme krijgen de patiënten wekelijks een lijst waarop hun SRM-scores wordt bijgehouden en eventuele opmerkingen worden genoteerd. Het half uur staat grotendeels in het teken van doelen die de patiënt zichzelf stelt om ritme of sociale interacties te verbeteren. Wekelijks kijkt de patiënt of het doel verwezenlijkt is, waarom wel of niet, en hoe dit verband hield met de stemming. Eventueel stelt de patiënt het doel opnieuw, bijvoorbeeld met een minder hoge eis aan

zichzelf. De patiënten worden gestimuleerd om na afloop van de IPSRT-groep de SRM te blijven gebruiken. Zo kunnen patiënten steeds hun ritme en stemming in de gaten houden en bespreken met hun behandelaar.

Therapeuten

De voorbereidende SRT-groep wordt begeleid door twee verpleegkundig specialisten, die getraind zijn in SRT met gedragstherapeutische technieken. Vaak is een van de therapeuten van de SRT-groep tevens co-therapeut van de groepstherapeut van de IPSRT-groep. De groepstherapeut is een BIG-geregistreerde psychotherapeut, bij voorkeur gespecialiseerd in interpersoonlijke en groepspsychotherapie. Voor het werken met een IPSRT-groep is ervaring met de combinatie van groepsdynamische, interpersoonlijke en gedragstherapeutische technieken gewenst. De overgang van de gestructureerde werkwijze in de SRT-groep naar het semigestructureerde werken in de IPSRT-groep vraagt om flexibiliteit van de co-therapeut die beide groepen begeleidt. Voor de patiënten is het belangrijk dat ze goed voorgelicht worden over de verandering van werkwijze. Dit komt aan bod tijdens de individuele sessie(s) voorafgaand aan de IPSRT-groep.

Vignet 1

Janine, 27 jaar, met diagnose bipolaire II-stoornis, begon met de IPSRT-groep vanwege frequente terugval, ondanks medicamenteuze behandeling en psycho-educatie. Haar terugkerende hypomane

episoden werden vaak gevolgd door een depressie, waarin ze zich terugtrok en de neiging had om de hele dag in bed te blijven. In de werkfase vroeg de groep door naar de aanleiding voor haar meest recente periode van ontremming. Janine herinnerde zich dat deze was ontstaan na twee avonden uitgaan met vrienden. Hierbij had ze meerdere glazen wijn gedronken en was ze laat naar bed gegaan. Ze realiseerde zich dat dit een regelmatig terugkerend patroon was, waarbij verstoring van het sociaal ritme in combinatie met overstimulatie waarschijnlijk de hypomanieën luxeerde. Toch voelde ze zich niet in staat om iets aan deze gewoonte te veranderen. Ze zou dan haar vrienden moeten uitleggen waarom ze niet meer laat kon uitgaan of alcohol kon drinken. Ze vreesde door haar vrienden te worden afgewezen. Een groepslid herkende deze angst, een ander vertelde hoe het spreken over de stoornis juist een vriendschap had verdiept.

In de volgende sessie vertelde Janine dat ze een vriendin in vertrouwen had genomen, waarop deze heel begripvol had gereageerd. Ze spraken af dat zij haar de volgende keer bij het uitgaan zou steunen om maar één glas wijn te drinken, en op tijd naar huis te gaan. De groep gaf haar positieve feedback over de vooruitgang die ze had geboekt. Tijdens het verdere verloop van de groepstherapie lukte het Janine om haar alcoholgebruik te verminderen en haar sociaal ritme te stabiliseren. Toen ze toch weer een keer hypomane symptomen kreeg kon ze sneller ingrijpen door te zorgen voor voldoende slaap, en een

weekend niet uit te gaan. Hiermee kreeg ze de ontremming eerder onder controle dan voorheen, en de depressie, die er meestal op volgde, bleef uit.

Vignet 2

David, een alleenstaande werkloze man, nam deel aan de IPSRT-groep omdat hij frequent terugkerende depressieve episodes bleef houden, nadat hij al vele jaren bekend was met een bipolaire I-stoornis. In het verleden had hij tweemaal een manische episode gehad, sinds hij medicatie gebruikte was dat niet meer opgetreden. De depressieve episodes verliepen steeds volgens eenzelfde patroon. Een aantal maanden functioneerde hij redelijk, dan ontstond er vrij plotseling een depressieve stemming, was hij niet meer in staat zijn normale activiteiten vol te houden, en trok zich terug uit sociale relaties. Hij bleef drie tot vier weken depressief, waarna zijn stemming ook weer vrij plotseling opklaarde, en hij geleidelijk zijn dagelijkse routine weer kon hervatten. Tussen de episodes bleven subsyndromale symptomen van depressie aanwezig, zoals energiegebrek en concentratieproblemen. Na een aantal maanden begon de cyclus weer opnieuw. Vanwege dit herhalende patroon was hij de laatste jaren niet in staat geweest betaald werk te behouden. Hij deed vrijwilligerswerk waar zijn regelmatig verzuim geaccepteerd werd. In zijn sociogram stonden alleen een broer en schoonzus die hij weinig zag, en enkele vrienden. Zijn persoonlijke IPT-doel was in contact te blijven met belangrijke anderen tijdens depressieve episodes, en met hen te

delen hoe hij zich voelde. Zijn SRM liet zien dat hij normaal rond 08.00 uur opstond, maar tijdens depressieve weken tot 12.00 uur in bed bleef liggen. Het SRT-doel werd om het tijdstip van opstaan te handhaven wanneer de eerste depressieve symptomen zich voordeden. Hoewel hij niet geloofde dat zijn depressieve periodes op enige manier te beïnvloeden waren, was hij bereid het een kans te geven. In de beginfase van de therapie lukte het hem meer contact met zijn broer te krijgen, en hem te vertellen over zijn depressies. Hij was verrast hoe begripvol zijn broer reageerde, en hoe het contact tussen hen groeide door deze gesprekken. Echter, toen zijn stemming weer begon te dalen, voelde hij zich toch niet in staat zijn activiteiten vol te houden en kwam weer laat uit bed ondanks veel aanmoediging van zijn groepsleden. Hij miste hierdoor twee sessies tijdens de behandelfase van de groep. Ook verwaterde het contact met zijn broer. Toen hij na een paar weken terugkeerde in de groep, rapporteerde hij een lichte verbetering, maar had nog steeds verminderde interesse, en alles kostte moeite. Verschillende groepsleden steunden hem doordat ze de eenzaamheid en moedeloosheid van de depressie herkenden. De groep probeerde hem te helpen het contact met zijn broer weer te herstellen en op tijd uit bed te komen. Het werd echter snel duidelijk dat hij alle suggesties van de groep afwees, omdat hij niet het idee had dat het zijn stemming zou veranderen. Hiermee werd een patroon zichtbaar waarin hij afstand nam van anderen met het idee dat hulp

onmogelijk was, daarmee anderen machteloos makend zodat die het ten slotte opgaven. Toen de therapeuten hem dit duidelijk maakten, herkende hij het patroon. Hij deed zijn best om actiever in de groep te participeren, maar dit bleef moeilijk, net als in zijn sociale leven. Wel lukte het hem eerder op te staan en naar zijn vrijwilligerswerk terug te keren. Bij het beëindigen van de therapie rapporteerde David geen duidelijke verbetering. Zijn laatste depressieve episode had iets minder lang geduurd dan normaal en er was een lichte vermindering van inter-episodische symptomen, maar dit schreef hij toe aan het grillige verloop van zijn bipolaire stoornis, en niet aan zijn eigen ontwikkeling.

De kortdurende IPSRT-groep kan onvoldoende zijn als er een beperkte motivatie voor verandering is, zoals bij deze patiënt. Mogelijk was meer tijd nodig, ofwel in de vorm van extra voorbereidende individuele sessies, ofwel een langere periode in de SRT-groep voorafgaand aan IPSRT. Als motivatieproblemen onderdeel zijn van een vermijdende of passieve persoonlijkheid, kan het nodig zijn verwachtingen te beperken en realistische doelen te stellen voor therapie. Na beëindiging van de groep kan een follow-upperiode overwogen worden van een vorm van groepstherapie, omdat consolideren van verandering meer tijd zal vergen. Nogmaals deelnemen aan de SRT-groep is een optie, of een tweede keer de IPSRT-groep doen, na een interval van een aantal maanden. De keuze voor een groep was naar ons idee wel passend voor deze patiënt. De interacties in de groep

maakten goed duidelijk hoe zijn interpersoonlijke stijl het herstel belemmerde. Ook hebben de werksfeer en de individuele processen van groepsgegoten hem gemotiveerd om in ieder geval nieuw gedrag uit te proberen, wat uiteindelijk toch enige verbetering van zijn klachten lijkt te hebben gegeven.

Effectiviteit IPSRT-groep

Op basis van de eerste drie groepstherapieën die bij ons hebben plaatsgevonden, hebben wij getracht de effectiviteit van de IPSRT-groepstherapie in kaart te brengen. Het eerste deel bestaat uit de wekelijkse ratings die de patiënten en therapeuten bijhielden. Na iedere IPSRT-groepssessie scoorden de therapeuten voor elke patiënt de Clinical Global Impression scale - Bipolar (CGI-BP; Sachs, 2004), waarmee de ernst en de verandering ten opzichte van de voorgaande week van de bipolaire symptomen kan worden vastgesteld. Verder hielden de patiënten de SRM bij als deel van de therapie. De SRM-score werd wekelijks aan de patiënten teruggerapporteerd en we hebben gekeken of de score op groepsniveau verbeterde.

Van de 27 starters in drie IPSRT groepen, waren er 22 die de therapie hebben afge maakt. Vijf patiënten stopten voortijdig: één patiënt vanwege lithium intoxicatie, twee patiënten wegens het optreden van een manisch-psychotische episode, één patiënt vanwege de zwaarte van de therapie en één patiënt omdat deze teveel therapie sessies had gemist (zie Tabel 1 voor patiëntkarakteristieken).

Van de 22 patiënten die de groepstherapie volbrachten, hebben we getracht een retrospectieve *life chart* (Denicoff e.a., 2000) te maken over de periode van een jaar voor de groepstherapie tot en met een jaar na de groepstherapie op basis van de informatie van de patiënten zelf, met aanvullingen vanuit het medisch dossier. Van vijf patiënten was er onvoldoende informatie om een *life chart* te maken. Op de *life chart* wordt de stemming per maand gescoord op een schaal van 0 (erg depressief) tot 100 (erg manisch), waarbij een score van 50 als euthym geldt. We definieerden een depressieve episode als een *life chart* score < 40 en een manische episode als een score > 60. De analyse van de scores ten tijde van de groep liet zien dat er een significante verbetering was van de depressieve stemming en de sociaalritmescore. De maniescore bleef gelijk, waarbij moet worden opgemerkt dat maniescores al erg laag waren bij aanvang van de groep (zie Figuur 2).

Bij het vergelijken van de stemmingsscores per maand in het jaar na de groep versus het jaar voor de groep valt op dat het aantal 'depressieve maanden' verminderde (zie tabel 2). Ook het aantal ziekenhuisopnamen in het jaar na de IPSRT-groep was lager dan in het jaar voor de groep, maar dit was niet significant. Patiënten gaven aan de IPSRT-groep erg te waarderen, vooral het contact met andere patiënten met een bipolaire stoornis. Deze eerste bevindingen maken duidelijk dat IPSRT-groepstherapie de kwaliteit van leven van patiënten met een bipolaire stoornis kan verbeteren.

Literatuur

- Aschoff, J. & Pohl, H. (1978). Phase relations between a circadian rhythm and its zeitgeber within the range of entrainment. *Naturwissenschaften*, 65 (2), pp. 80-84.
- Berk, T. (2005). *Leerboek groepspsychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Bouwkamp, C.G., Kruiff, M.E. de, Troost, T.M. van, Snippe, D., Blom, M.J. e.a. (2013). Interpersonal and social rhythm group therapy for patients with bipolar disorder. *International Journal of Group Psychotherapy*, 63 (1), pp. 97-115.
- Denicoff, K.D., Leverich, G.S., Nolen, W.A., Rush, A.J., McElroy, S.L. e.a. (2000). Validation of the prospective NIMH-Life-Chart Method (NIMH-LCM-p) for longitudinal assessment of bipolar illness. *Psychological Medicine*, 30 (6), pp. 1391-1397.
- Frank, E. (2005). *Treating bipolar disorder: a clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy*. New York: Guilford Press.
- Frank, E. (2007). Interpersonal and social rhythm therapy: A means of improving depression and preventing relapse in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (5), pp. 463-473.
- Germain A. & Kupfer D.J. (2008). Circadian rhythm disturbances in depression. *Human Psychopharmacology*, 23, pp. 571-585.

Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rolinsaville, B.J. & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.

MacKenzie, K.R. (1990). *Introduction to time-limited group psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Mansour, H.A., Monk, T.H. & Nimgaonkar, V.L. (2005). Circadian genes and bipolar disorder. *Annals of Medicine*, 37, pp. 196-205.

Merikangas, K.R., Akiskal, H.S., Angst, J., Greenberg, P.E., Hirschfeld, R.M., Petukhova, M. e.a. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 64 (5), pp. 543-552.

Miklowitz, D.J., Otto, M.W., Frank, E., Reilly-Harrington, N.A., Kogan, J.N., Sachs, G.S. e.a. (2007a). Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (9), pp. 1340-1347.

Miklowitz, D.J., Otto, M.W., Frank, E., Reilly-Harrington, N.A., Wisniewski, S.R. e.a. (2007b). Psychosocial treatments for bipolar depression: A 1-year randomized trial from the systematic treatment enhancement program. *Archives of General Psychiatry*, 64, pp. 419-427.

Rucci, P., Frank, E., Kostelnik, B., Fagiolini, A., Mallinger, A.G., Swartz, H.A. e.a. (2002).

Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during acute and maintenance phases of intensive treatment with pharmacotherapy and adjunctive psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 159 (7), pp. 1160-1164.

Sachs, G.S. (2004). Strategies for improving treatment of bipolar disorder: integration of measurement and management. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 422, pp. 7-17.

Snippe, D. (2009). *Interpersoonlijke psychotherapie in een ambulante groep*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Wilfley, D.E., MacKenzie, K.R., Welch, R.R., Ayres, V.E. & Weissman, M.M. (2000). *Interpersonal Psychotherapy for Group*. New York: Basic Books.

Tabel 1: Patiëntkarakteristieken

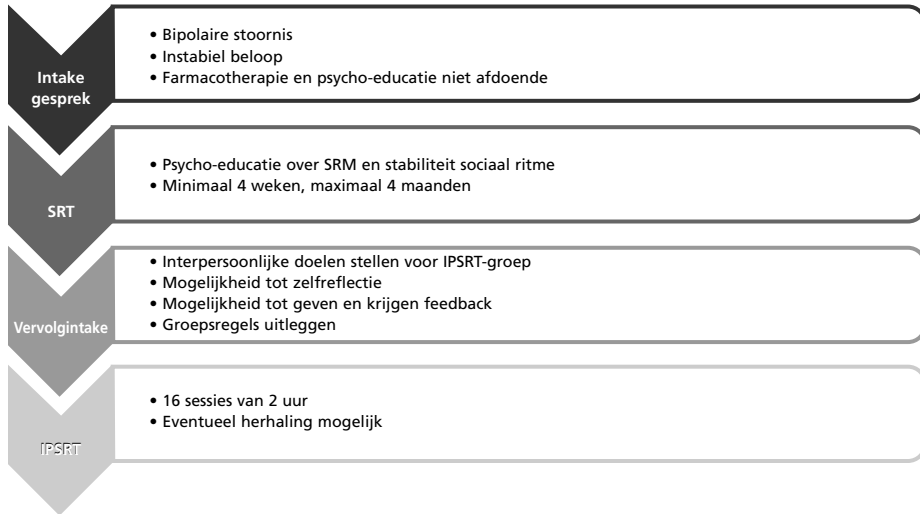
Karakteristiek n, (%)	IPSRT (n=17)	IPSRT onvoldoende info (n=5)
Leeftijd (jaren, gem. ± SD)	44.3 (9.88)	38.5 (16.0)
Man	8 (47.1)	4 (80)
Bipolaire I stoornis	9 (52.9)	1 (20)
Bipolaire II stoornis	4 (23.5)	0
Niet gespecificeerd	4 (23.5)	4 (80)
Symptomen bij aanvang IPSRT-groep (gem. ± SD)		
Quick Inventory of Depressive Symptoms (QIDS)	7.99 (4.61)	6.43 (1.67)
Young Mania Rating Scale (YMRS)	2.57 (4.05)	1.68 (3.00)

Tabel 2: Vergelijking van affectieve symptomen in het jaar na de groep ten opzichte van het jaar ervoor

Maat (life chart score)	Voor groep	Na groep	t-waarde	df	P-waarde
Maanden depressief (<40)	2.12 (3.16)	.59 (1.12)	2.15	16	.048*
Maanden manisch (>60)	.94 (1.20)	.35 (1.22)	1.27	16	.221
Cumulatieve depressie score (<50)	68.24 (56.29)	42.65 (41.76)	1.81	16	.089
Cumulatieve manie score (>50)	24.71 (30.13)	6.53 (18.33)	1.90	16	.076

* sig <.05

Figuur 1: Stroomschema IPSRT-groep



Figuur 2: Gemiddelde score op de Clinical Global Impression scale-Bipolar (CGI-BP) en Sociaal Ritme Meter (SRM) gedurende de sessies van de IPSRT-groep

