

Psychologie en psychotherapie van de bipolaire stoornis

R. W. KUPKA, D. DE BEEN

BESPROKEN BOEKEN

Johnson, S.L., & Leahy, R.L.

Psychological Treatment of Bipolar Disorder

Guilford Publications, New York 2005

340 pagina's, ISBN 1593852304, £25

Frank, E.

Treating Bipolar Disorder. A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy

Guilford Publications, New York 2005

212 pagina's, ISBN 1593852045, £35

Basco, M.R.

The Bipolar Workbook. Tools for Controlling Your Mood Swings

Guilford Publications, New York 2005

252 pagina's, ISBN 1593851626, \$18,95

SAMENVATTING In dit essay worden recente inzichten en theorieën over de psychologische achtergrond van de bipolaire stoornis besproken, en de psychotherapieën die daarop zijn gebaseerd. Alle gaan uit van de neurobiologische origine van de stoornis en de noodzaak van langdurige farmacotherapie, en bevatten veel psycho-educatieve elementen. De specifieke onderdelen vullen elkaar aan, en kunnen ook op eclectische wijze in de alledaagse praktijk worden toegepast. Daarbij kan tevens gebruik worden gemaakt van zelfhulpboeken.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)12, 915-920]

TREFWOORDEN bipolaire stoornis, psychologie, psychotherapie

“There is a particular kind of pain, elation, loneliness, and terror involved in this kind of madness. When you're high it's tremendous. The ideas are fast and frequent like shooting stars. Shyness goes, the right words and gestures are suddenly there. Feelings of ease, intensity, power, well-being, and euphoria pervade one's mind. But, somewhere, this changes. The fast ideas are far too fast, and far too many, overwhelming confusion replaces clarity. Memory goes. Humor and absorption on friend's faces are replaced by fear and concern. You are irritable, angry, frightened, uncontrollable, and enmeshed totally in the blackest caves of the mind. What then, after the medications, psychiatrist, despair, depression, and overdose? All those incredible feelings to sort through. What did I do? Why? Who knows what? Who is being too polite to say what? Then, too, are the bitter reminders – medicine to take, resent, forget, take, resent, and forget, but always to

take. Explanations due at work, apologies to make, friendships gone, a ruined marriage. And most hauntingly, when will it happen again? Which of my feelings are real? Which of the me's is me? The wild, impulsive, chaotic, energetic, and crazy one? Or the shy, withdrawn, desperate, suicidal, doomed, and tired one? Probably a bit of both, hopefully much that is neither.' (Jamison 1995; *An unquiet mind*)

Dit soort waanzin brengt een bijzondere pijn, extase, eenzaamheid en doodsangst met zich mee. Als je high bent, voel je je fantastisch. Je ideeën en emoties zijn flitsend als vallende sterren. Verlegenheid verdwijnt, en opeens vind je de juiste woorden en gebaren. Gevoelens van gemak, intensiteit, macht, welbehagen, rijkdom en euforie doordringen je geest. Maar dan verandert er iets. De snelle ideeën overspoelen en ontglippen je, de helderheid maakt plaats voor een verpletterende verwarring. Je geheugen werkt niet meer. De glimlach en aandacht op de gezichten van je vrienden veranderen in angst en bezorgdheid. Je wordt prikkelbaar, boos, angstig, onbeheerst, en je verdwaalt in de donkerste grotten van je geest. En dan, na de medicijnen, de psychiater, de wanhoop, de depressie en de overdosis? Al die ongelooflijke gevoelens om te ontwarren. Wat heb ik gedaan? Waarom? Wie weet wat? Wie is te beleefd om iets te zeggen? En steeds wordt je er weer aan herinnerd door de pillen die je met tegenzin neemt, vergeet, toch weer neemt, en weer vergeet, maar altijd weer neemt. De uitleg op het werk, de verontschuldigungen, verbroken vriendschappen, een verwoest huwelijk. En altijd achtervolgt je de vraag: wanneer zal het opnieuw gebeuren? Welke gevoelens zijn echt? Welke persoon ben ik? De wilde, impulsieve, chaotische, energieke, gekke? Of de schuwe, teruggetrokken, wanhopige, suïcidale, verdoemde, en vermoede? Waarschijnlijk heb ik iets van beide, en hopelijk nog meer dat er geheel niet op lijkt. (Jamison 1996; *De onrustige geest*, Vert. C. Benink)

Weinigen hebben de subjectieve ervaring van de bipolaire stoornis zo indringend beschreven als Kay Jamison: psycholoog, hoogleraar psychiatrie, coauteur van het prijswinnende standaardwerk *Manic-Depressive Illness* (Goodwin & Jamison 1990) en patiënt. Zij was in mei van dit jaar enkele dagen in Nederland en gaf onder meer een masterclass voor artsen in opleiding tot psychiater over de psychologische aspecten van deze ernstige, levenslang recidiverende stemmingsstoornis. Over de intense verleidelijkheid van de hypomanie, de angstaanjagende verwarring van de psychose en de levensgevaarlijke wanhoop van de depressie. Over de toenemende onzekerheid over het zelf en het eigen kunnen. Hoe om te gaan met cognitieve problemen die ook na de episoden blijven bestaan. Wat moet je met de goedbedoelde maar inperkende leefregels die je opgelegd krijgt: regelmaat, op tijd naar bed, niet te veel drinken, goed op heftige emo-

ties letten, uitbundigheid en energie wantrouwen, signalen van anderen serieus nemen, enzovoort. En natuurlijk de medicijnen met hun bijwerkingen, die je er elke dag weer even aan herinneren dat je patiënt bent, en die naast hun onmiskenbare heilzame werking op de ellendige uitwassen van de ziekte ook de aangename hypomane kanten ervan kunnen uitvlakken. Wie wordt geconfronteerd met de diagnose bipolaire stoornis en de langdurige behandeling die daarop volgt, heeft doorgaans een bittere pil te slikken.

EEN ECHTE ZIEKTE?

De bipolaire (manisch-depressieve) stoornis wordt wel beschouwd als een van de meest 'biologische' en in belangrijke mate genetisch verankerde psychiatrische aandoeningen, waarop dan ook vaak het ziektemodel wordt toegepast. Dit

wordt onderstreept door het niet zelden familiale voorkomen, het schrille contrast tussen de toestand van de patiënt tijdens een manische of depressieve episode en zijn normale functioneren, de vaak abrupte overgangen tussen deze toestanden, en de soms opvallend geringe stress die zo'n episode lijkt uit te lokken. Anderzijds is het duidelijk dat allerlei 'subklinische' verschijnselen van depressie en hypomanie ook in de algemene populatie veel voorkomen, zodat ook hier de grens tussen ziek en gezond niet scherp te trekken is. En is de patiënt altijd ziek, of alleen als hij een 'echte' episode heeft?

Bij de behandeling en preventie van stemmingsepisoden neemt de farmacotherapie een prominente plaats in, en zeker met de uitbreiding van de medicamenteuze mogelijkheden in de afgelopen jaren wordt hieraan veel aandacht besteed in de wetenschappelijke literatuur en in de richtlijnen. Daarnaast is er echter een toenemende belangstelling voor de psychologische aspecten van de stoornis en de psychotherapeutische behandelingen die daaruit voortvloeien. Van de recent verschenen boeken bespreken wij er drie, elk met een ander karakter. Het eerste geeft een overzicht van de tegenwoordig meest gebruikte specifieke psychotherapieën, het tweede is een handleiding van een van deze psychotherapieën, en het derde is een zelfhulpboek voor patiënten dat gebaseerd is op cognitieve psychotherapie. Een vierde boek, dat de nadruk legt op psychologische processen bij de bipolaire stoornis (Jones & Bentall 2006), wordt in een volgend boeknummer besproken.

DE PSYCHOLOGIE VAN DE BIPOLAIRE STOORNIS

De psychologie van de bipolaire stoornis heeft nogal uiteenlopende aspecten: de rol van psychologische en psychosociale factoren bij de etiologie en pathofysiologie, emotionele verandering en gedragsverandering tijdens de episoden, suicidaliteit, acceptatie van de stoornis, omgaan met de aandoening en de gevolgen ervan, medicatietrouw, de interactie van persoonlijkheid en stem-

mingsstoornis, interpersoonlijke invloeden en complicaties, en de neuropsychologische afwijkingen die bij veel mensen met een bipolaire stoornis ook tussen de episoden worden gevonden.

In *Psychological Treatment of Bipolar Disorder* (Johnson & Leahy 2005) worden behalve het eigenlijke onderwerp ook uitgebreid de symptomatologie, diagnose, differentiële diagnose, epidemiologie, beloop en farmacotherapie besproken. Dat ligt voor de hand, want kennis van deze 'medische' aspecten van de stoornis is een integraal onderdeel van de specifieke vormen van psychotherapie. In alle gepubliceerde therapiehandleidingen worden hoofdstukken hieraan gewijd. De psychologie van de bipolaire stoornis is eigenlijk altijd een psychobiologie.

Er zijn verschillende psychologische modellen voor het ontstaan van bipolaire stemmingsepisoden, variërend van de psychoanalytische *manic defense hypothesis* (het afweren van depressieve gevoelens met manisch gedrag) tot het ontregelen van circadiane bioritmen onder invloed van psychosociale stressfactoren (zie onder). Bij alle modellen wordt een neurobiologische dan wel genetische kwetsbaarheid verondersteld. Deze modellen worden uitgebreid besproken in het boek van Jones & Bentall (2006), maar komen ook in het boek van Johnson & Leahy (2005) aan bod. Johnson & Meyer veronderstellen in hun hoofdstuk '*Psychosocial predictors of symptoms*' dat psychologische en sociale factoren vooral van invloed zijn op de ernst en het beloop van de symptomen bij kwetsbare personen, en daardoor mede bijdragen aan de grote heterogeniteit van de stoornis. Voorspellers van een ongunstig beloop zijn bijvoorbeeld gezinsinteracties die worden gekenmerkt door een hoge mate van *expressed emotion* (EE), een gebrek aan sociale steun, negatieve *life-events* en dan in het bijzonder verlies, en onaangepaste persoonlijkheidstrekken. Daarbij dient zich al snel de vraag aan in hoeverre deze verschijnselen mede het gevolg zijn van de stoornis.

Specifieke voorspellende factoren van de bipolaire depressie lijken vergelijkbaar met die van de unipolaire depressie: negatieve *life-events*, ge-

brek aan sociale steun, neuroticisme, lage zelfwaardering en een negatieve cognitieve stijl. Het is in dit kader dus vooral interessant welke psychosociale factoren het uitbreken van een manie veroorzaken. Het lijkt hierbij te gaan om slaapdeprivatie (veroorzaakt door life-events die het circadiane ritme verstoren), en een toename van doelgerichte activiteit die gepaard gaat met een excessieve stimulatie van het *behavioral activation system* (BAS) dat bij bipolaire patiënten overgevoelig reageert. Gebeurtenissen zoals examens, een nieuwe baan, reizen, een nieuwe relatie, waarbij het doelgerichte handelen sterk op de voorgrond komt te staan, vergroten de kans op een (hypo)manie, al dan niet door een bijkomend slaapttekort. Als op deze onstuimige golven de lading eenmaal gaat schuiven, dreigt het schip te kapseizen.

PSYCHOTHERAPIE

Momenteel zijn er vijf vormen van psychotherapie die specifiek voor de bipolaire stoornis werden ontwikkeld: groepspsycho-educatie, gezinstherapie (*family focused treatment*), cognitieve gedragstherapie, de interpersoonlijke en sociaalritme-therapie (IP-SRT) en het hier minder bekende *Life Goals Program*. Voor de effectiviteit bestaat inmiddels wetenschappelijke evidentie uit gerandomiseerd onderzoek.

Groepspsycho-educatie is een in ons land goed ingeburgerde behandelingsvorm. Uitgangspunt is dat betere kennis over de aandoening de acceptatie bevordert, en daarmee de trouw aan de (medicamenteuze) behandeling. Daarnaast is er veel aandacht voor het vroeg herkennen van symptomen en het daar adequaat op reageren. Overigens hebben ook alle andere behandelingen uitgesproken psycho-educatieve elementen, en onderstrepen ze de noodzaak van adequate farmacotherapie.

De gezinstherapie is beschreven door Miklowitz & Goldstein (1997). De centrale aanname is dat verbetering van de gezinsinteracties het risico van recidief verkleint, en de interventies bestaan dan ook uit het trainen van communicatie en pro-

bleem oplossen. Voor de cognitieve gedragstherapie bestaan inmiddels drie handleidingen (Basco & Rush 2006, Lam e.a. 1999, Newman e.a. 2001). Het aangrijpingspunt vormen maladaptieve cognitieve schema's. Depressieve cognities ('ik voel me waardeloos, dus alles is waardeloos') laten zich eigenlijk moeiteloos spiegelen tot manische cognities ('ik voel me fantastisch, dus alles is fantastisch'). Typisch manische aannames gaan over onbeperkte mogelijkheden en competenties, en opwindende kansen die nu meteen gegrepen moeten worden, en dit alles met een gevoel van grote urgentie.

INTERPERSOONLIJKE EN SOCIAAL-RITMETHERAPIE

In *Treating Bipolar Disorder. A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy* (2005) beschrijft Ellen Franke een psychotherapie die de voorbehandeling van unipolaire depressie al langer bestaande interpersoonlijke therapie (IPT) combineert met stabilisatie van het sociale ritme (IP-SRT). Het doel van de behandeling is het voorkomen van nieuwe stemmingsepisoden. De behandeling is gebaseerd op het theoretische uitgangspunt dat een verstoring in het circadiane (24 uren) ritme een sleutelrol speelt bij de bipolaire stoornis. Verondersteld wordt dat naast fysische *Zeitgebers* (zoals het opkomen en ondergaan van de zon) ook sociale *Zeitgebers* (zoals het tijdstip van opstaan, werk en maaltijden) bepalend zijn voor het circadiane ritme van een persoon. Stressvolle gebeurtenissen of interpersoonlijke problemen geven verschuivingen in sociale routines, wat leidt tot verstoring van het circadiane ritme en wat bij een persoon met een bipolaire stoornis kan resulteren in een manische of een depressieve episode.

De 3 belangrijkste elementen in de therapie zijn psycho-educatie, de reductie van interpersoonlijke stressfactoren en de stabilisatie van de sociale ritmen van de patiënt. De behandeling heeft 3 fasen. In de startfase wordt psycho-educatie gegeven en wordt onderzocht in hoeverre verstoringen in sociale routine of interpersoonlijke pro-

blemen zijn geassocieerd met stemmingsepisoden. Vervolgens wordt een inventarisatie gemaakt van probleemgebieden en wordt de focus gekozen voor behandeling: rouwverwerking van een onverwerkt verlies (en altijd het verlies van 'het gezonde zelf'); rolverandering; interpersoonlijk conflict; of interpersoonlijke beperking. De sociale routines van de patiënt worden beschreven met behulp van de *Social Rhythm Metric*, een zelfrapportage-lijst waarop 17 (of in de verkorte vorm 5) Zeitgebers worden bijgehouden. In de middenfase van de behandeling wordt meer nadruk gelegd op het reguleren van de bestaande sociale routines en worden interventies uitgevoerd binnen het geselecteerde interpersoonlijke probleemgebied. Daarbij wordt uitgebreid stilgestaan bij de relatie tussen stemmingsepisoden en verstoringen van het ritme en interpersoonlijke problemen om de patiënt te blijven motiveren aanpassingen te maken in zijn levenswijze. De onderhoudsfase kan jaren duren en is gericht op het handhaven van regelmatig in sociale routines en het optimaliseren van interpersoonlijke relaties.

Het boek bevat veel casuïstiek die illustreert hoe IP-SRT ingezet kan worden in iedere fase van de behandeling.

WERKEN AAN JE STEMMINGS-SCHOMMELINGEN

The Bipolar Workbook. Tools for controlling your mood swings (Basco & Rush 2005) biedt de patiënt met een bipolaire stoornis manieren om vroege symptomen te herkennen, de verleiding van de manie te weerstaan, en aan de verlamming van de depressie te ontsnappen. Geschreven door de auteur van een handleiding voor cognitieve therapie hanteert het boek dezelfde uitgangspunten. In vier stappen (*see it coming; take precautions; reduce your symptoms; check your progress*) leert de patiënt meer greep te krijgen op zijn stemmingen. Daarbij wordt gebruikgemaakt van *life charting*, ook in Nederland inmiddels ingeburgerd, en persoonlijke lijsten van karakteristieke symptomen, gedachten en gedragingen. Dit wordt verduidelijkt met inge-

vulde voorbeelden van patiënten als Amanda, Raquel en Paul. Het gaat ook over uiteenlopende zaken zoals omgaan met gewichtstoename, slaapgewoonten, activiteitenplanning, medicatie, en een in het kader van ontkenning veelgestelde vraag: *couldn't the diagnosis of bipolar disorder be wrong?* Het boek is echt vanuit de praktijk geschreven, en voor Engelstalige personen beslist de moeite waard. Het is echter te betwijfelen of het iets toevoegt aan reeds vertaalde zelfhulpboeken zoals dat van Jan Scott (2003) – ook gebaseerd op cognitieve therapie – en dat van David Miklowitz (2004), dat uitgaat van de gezinstherapie. Dat dergelijke boeken de patiënt en zijn naasten zelf iets in handen geven is juist bij deze recidiverende aandoening, die vaak als een tijdbom wordt beleefd en die je van soms al even veranderlijke behandelaars afhankelijk maakt, van niet te onderschatten waarde.

CONCLUSIE

'Pillen en praten' gaat ook bij de patiënt met een bipolaire stoornis verder dan 'praten over pillen'. Dat dit heel systematisch kan, bewijzen de hier besproken psychotherapievormen en hun zelfhulpvarianten. Alle zijn primair stoornisgericht, maar door het grote belang dat gehecht wordt aan de impact van stress in het persoonlijke leven, zijn zij tegelijkertijd probleemgeoriënteerd, en richten ze zich op de wijze waarop deze persoon zich probeert aan te passen. Ingrediënten van al deze concepten en behandelingen zijn goed in te passen in de alledaagse eclectische praktijk. Daarnaast verdienen deze psychotherapieën het om in hun zuivere vorm ook in ons land geïmplementeerd te worden. Daar wordt niet alleen de patiënt wijzer van.

LITERATUUR

- Basco, M.R., & Rush, A.J. (2005). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder, second edition*. New York: Guilford Press.
- Goodwin, F.K., & Jamison, K.R. (1990). *Manic-depressive illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Jamison, K.R. (1996). *De onrustige geest. Een leven met manisch depressiviteit* (Vert. C. Benink) Amsterdam: Luitingh-Sijthoff. (Oorspronkelijk werk uitgegeven 1995)
- Jamison, K.R. (1995). *An unquiet mind. A memoir of moods and madness*. New York: Alfred Knopf.
- Jones, S.H., & Bental, R.P. (Red.). (2006). *The psychology of bipolar disorder. New developments and research strategies*. Oxford: Oxford University Press.
- Lam, D.H., Jones, S.H., Hayward, P., e.a. (1999). *Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Therapist's Guide to Concepts, Methods and Practice*. New York: Wiley.
- Miklowitz, D.J. (2004). *Hulpguides bipolaire stoornis. Alles wat jij en je omgeving moeten weten over manisch-depressiviteit*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Miklowitz, D.J., & Goldstein, M.J. (1997). *Bipolar disorder: a family-focused treatment approach*. New York: Guilford Press.
- Newman, C.F., Leahy, R.L., Beck, A.T., e.a. (2001). *Bipolar Disorder. A Cognitive Therapy Approach*. New York: Guilford Press.
- Scott, J. (2003). *Omgaan met stemmingsschommelingen. Zelfhulp op basis van cognitieve gedragstechnieken*. Lisse: Zwets & Zeitlinger.

AUTEURS

R.W. KUPKA is psychiater en werkzaam als A-opleider in Altrecht, Behandelcentrum Bipolaire Stoornissen te Utrecht.
D. DE BEEN is als psycholoog werkzaam in Altrecht, Behandelcentrum Bipolaire Stoornissen te Utrecht.
Correspondentieadres: R.W. Kupka, Tolsteegsingel 2A, 3582 AC Utrecht.
E-mail: r.kupka@altrecht.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-10-2006.

SUMMARY

Psychology and psychotherapy in bipolar disorder – R.W. Kupka, D. de Been –
This essay presents recent insights and theories relating to the various psychological mechanisms underlying bipolar disorder and describes a number of the psychotherapies that are based on these mechanisms. Each type of psychotherapy derives from the assumption that bipolar disorder has a neurobiological origin and all the psychotherapies involve long-term pharmacotherapy and comprise many psychoeducational elements. The psychotherapies complement each other and the best and most useful parts of one therapy can be combined with those of others in everyday practice. Patients participating in these psychotherapies can obtain additional support from self-help manuals.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)12, 915-920]

KEY WORDS bipolar disorder, psychology, psychotherapy