

Het manisch depressief syndroom; psycho-educatie als onderdeel van behandeling

door *A. Hofman, A. Honig en M. Vossen*

Samenvatting

Dit artikel beschrijft de eerste bevindingen van een psycho-educatieprogramma bij unipolaire en bipolaire depressie. Psycho-educatie wordt steeds meer als regulier onderdeel van de behandeling van schizofrenie beschouwd. De belasting van een unipolair of bipolair stoornis voor patiënten en familieleden is kwantitatief vergelijkbaar met die van schizofrenie. Het programma werd aangeboden aan groepen ambulante patiënten met een manisch depressief syndroom, te zamen met hun partner en/of andere direct betrokken familieleden. Het blijkt een goede manier te zijn om zowel de patiënt als zijn of haar partner bij een behandeling te betrekken en heeft een positief effect op acceptatie van de ziekte.

Inleiding

Het systematisch aanbieden van medische informatie aan patiënten of familieleden is zeker niet nieuw in de geneeskunde. Dergelijke programma's bestaan voor zeer uiteenlopende ziektebeelden zoals hypertensie en diabetes mellitus. In de psychiatrie in Nederland is psycho-educatie als regulier onderdeel van een behandeling pas goed op gang gekomen door het werk van Van Meer (1986) met familieleden van schizofrenen. Een gemeenschappelijk doel van de meeste psycho-educatieprogramma's is het verminderen van de last die vooral een chronische ziekte legt op patiënten, hun partner en familieleden. Terzake kundige informatie wordt zowel gegeven omdat patiënten, partners en familieleden daarom vragen, alsook omdat verondersteld wordt dat het angst voor de chronische ziekte kan verminderen en een betere omgang met de ziekte en zijn symptomen bevordert (McGill e.a. 1983; Anderson e.a. 1986). Daarnaast zijn psycho-educatiegroepen relatief goedkoop, is de techniek zonder uitgebreide nascholing uit te voeren en blijkt het een krachtig middel te zijn om partners en familieleden effectief bij een behandeling te betrekken (Leff e.a. 1989). Ook wordt op deze wijze de ziekte sneller geaccepteerd als onderdeel van het dagelijks leven.

Psycho-educatie als onderdeel van de behandeling van schizofrenie vloeide voort uit het werk van Brown, Birley en Wing (1972) over Expressed Emotion (EE). De houding van gezinsleden van schizofrenen, met name overbezorgdheid en kritiek, werd gerelateerd aan het verloop van schizofrenie. De mate van EE bij direct betrokken gezinsleden was daarbij voorspellend voor het opnieuw optreden van een psychotische fase bij een schizofrene patiënt. Systematische en accurate informatie over schizofrenie aan patiënten en/of hun direct betrokken familieleden wordt beschouwd als één van de methodes om EE te verminderen en zo het aantal recidief psychosen te verminderen (Leff e.a. 1982).

Vaughn en Leff (1976) bevestigden deze positieve relatie tussen hoge EE en recidief niet alleen bij schizofrenie, maar ook bij neurotisch depressieve patiënten. De voorspellende waarde van EE bleek bij deze vorm van depressie wat betreft de kans op recidief zelfs nog hoger te zijn. De voorspellende waarde van EE is sindsdien ook beschreven bij bipolaire stoornissen (Hooley e.a. 1986; Miklowitz 1987; Priebe e.a. 1989).

Een systematische psycho-educatieve aanpak bij unipolaire of bipolaire depressie wordt nog niet toegepast in de dagelijkse psychiatrische praktijk, ondanks positieve eerste ervaringen hiermee (Anderson e.a. 1986; Peet en Harvey 1991). De belasting van een uni- of bipolaire stoornis voor patiënten en familieleden is daarbij zeker kwantitatief vergelijkbaar met die van schizofrenie (Davenport 1981; Jacobs e.a. 1987; Honig e.a. 1987; Birtchnell 1988). Bovengenoemde argumenten gaven aanleiding om ook voor het manisch depressief syndroom een psycho-educatieprogramma te ontwerpen. Dit programma werd aangeboden aan groepen ambulante patiënten met een manisch depressief syndroom te zamen met hun partner of direct betrokken familieleden. Dit artikel beschrijft de eerste bevindingen met dergelijke groepen. Om de leesbaarheid van dit artikel te vergroten zal de aanduiding 'partner en/of direct betrokken familieleden' waar mogelijk worden vervangen door de term 'partner'. Het manisch depressief syndroom zal worden afgekort met MD.

Het effect van het programma op de EE wordt nog onderzocht. Hierover zal op een later tijdstip gepubliceerd worden.

De psycho-educatiecursus

Doel van de cursus – Het doel van de cursus is drieledig. De cursus is in de eerste plaats bedoeld om patiënten en hun partners te informeren over MD. Een tweede doel is om met de deelnemers te bekijken op welke manier men met deze ziekte kan omgaan. Ten slotte is de (h)erkenning van de behoefte aan steun bij patiënten en partners een belangrijk derde doel.

Informatieverstrekking – Tijdens de eerste drie bijeenkomsten ligt de nadruk op verstrekking van direct ziektegebonden informatie. Hierbij komen onder andere symptomen, beloop, medicatiegebruik, prevalentie en aetiologie aan bod. Gedurende en na het bespreken van deze onderwerpen is er veel ruimte voor vragen en discussie. Na afloop van elke bijeenkomst krijgen de deelnemers een verslag mee met de informatie die tijdens de bijeenkomst is verstrekt. Deze verslagen zijn geschreven in eenvoudige taal waarbij het gebruik van vakjargon wordt vermeden, zoals onder andere aanbevolen door Leff e.a. (1982). De cursisten lezen dit verslag thuis door en de volgende bijeenkomst wordt telkens begonnen met een korte bespreking ervan. Bij een aantal onderwerpen wordt aanvullende literatuur verstrekt. Voor deelnemers die meer over MD willen lezen, is in het cursusboek tevens een literatuurlijst opgenomen.

Leren hanteren van MD – Tijdens de laatste drie zittingen wordt meer ingegaan op ervaringen met de ziekte en manieren van omgang ermee, aan de hand van problematiek die door de deelnemers wordt ingebracht. Tijdens de vierde bijeenkomst worden herkenning van en omgang met vroege signalen van de ziekte besproken. Middels huiswerkopdrachten worden eventuele prodromale verschijnselen geïnventariseerd door de patiënten en hun partners afzonderlijk. Deze worden vergeleken en de verschillen worden besproken. Vervolgens gaan de deelnemers bij zichzelf te rade hoe ze het uitbreken van een nieuwe ziekteperiode kunnen helpen voorkómen danwel de schade bij het eventuele uitbreken ervan kunnen beperken. Dit wordt onder andere gedaan door gebruik te maken van succesvolle interventies tijdens eerdere decompensaties. Het leren hanteren van medicatie vormt daarbij een onderdeel van de strategie. Werk en MD alsook gevoelens van schuld en schaamte zijn de onderwerpen van de vijfde bijeenkomst. Bij de laatste bijeenkomst worden contactpersonen van de Nederlandse Stichting voor Manisch Depressieven (NSMD) uitgenodigd. Zij geven informatie over het doel en de activiteiten van deze stichting. Daarnaast wordt ook besproken hoe de deelnemers als zelfhulpgroep met elkaar in contact kunnen blijven na het beëindigen van de cursus.

Steun – Een belangrijk doel van de cursus is om patiënten en partners in contact te brengen met lotgenoten. De psycho-educatie in een groep met meerdere systemen heeft wat dat betreft veel voordelen. Men ziet dat men niet de enige is die met dergelijke problemen kampt en men kan elkaar steunen en troosten. Men kan elkaar vanuit eigen ervaring van advies dienen (Van Meer 1986). Om dit aspect van onderlinge steun te bevorderen, wordt gestreefd naar een informele en ontspannen sfeer in de groep. Ook is er tijd gereserveerd voor koffiedrinken om de informele contacten te bevorderen.

Uitvoering van de cursus – De cursus wordt gegeven door een psychiater en een verpleegkundige. Beiden hebben in hun dagelijkse praktijk veel te maken met MD. Er is gekozen voor een relatief kortdurende cursus: 6 bijeenkomsten van elk 2 uur. Het aantal bijeenkomsten lijkt voldoende om de bedoelde informatie te verstrekken en om een aanzet te maken tot het vergroten van het probleemoplossend vermogen in het omgaan met de ziekte. De voorkeur voor een kortdurende cursus stamt uit eerdere ervaringen met begeleide steungroepen. Langer lopende, meer op steun gerichte groepen bij schizofrenie leidden tot afhankelijkheid en weerstand tegen afsluiting danwel zelfstandige voortzetting van de groep. Bij de psycho-educatiecursus worden initiatieven tot voortzetting van de groep in de vorm van een zelfhulpgroep van meet af aan aangemoedigd. Vooral wat betreft de omgang met de ziekte kan de cursus worden beschouwd als een eerste aanzet. Tijdens de cursus wordt een omgangsvorm met MD gepresenteerd, waarbij de patiënt en diens partner worden gestimuleerd in een actieve, assertieve participatie in de behandeling. De praktische consequenties van dit model kunnen uitgewerkt worden met de behandelaar, eventueel ondersteund door een steungroep met lotgenoten.

Deelnemers – Alle patiënten waren afkomstig uit de Sociaal Psychiatische Dienst van de RIAGG Maastricht en de Lithium Polikliniek van het lokale APZ. Door middel van een folder werden alle patiënten met MD, onder behandeling bij deze beide diensten, gattendeerd op de bovengenoemde groepen. De nadruk werd gelegd op het cursorische karakter ervan, alsook op het leren hanteren van omgangsvormen met de ziekte. Het programma werd gepresenteerd als een cursus, om zo vooral het informatieve karakter ervan te benadrukken. Tevens werd daarmee gepoogd de eventuele weerstand, zoals die bij veel mensen bestaat ten aanzien van het deelnemen van 'een groep(sterapie)', te voorkómen. Er werd gestreefd naar een groeps-grootte van ongeveer 14 deelnemers. Inmiddels hebben 20 patiënten (8 mannen en 12 vrouwen) en 22 direct betrokkenen (9 mannen en 13 vrouwen) deelgenomen aan de eerste drie cursussen. De 19 systemen waren als volgt vertegenwoordigd: patiënt en partner ($n = 13$), patiënt en ouders ($n = 1$), patiënt en dochter ($n = 2$), patiënt met een goede vriendin ($n = 1$), patiënt met ex-partner ($n = 1$) en patiënt met zuster en moeder ($n = 1$). Twee deelnemers kwamen alleen (één patiënt en één partner). Alle patiënten voldeden aan de DSM-III-R criteria voor MD. De diagnose werd gebaseerd op informatie van de behandelend psychiater, aangevuld met gegevens uit de medische dossiers van de patiënten en heteroanamnestische gegevens. Alle deelnemers (patiënten en partners) werden voorafgaand aan de cursus geïnterviewd. Daarbij werden de demografische gegevens en de ziektegeschiedenis geïnventariseerd. De jongste patiënt was 21 jaar, terwijl de oudste 66 jaar was. Ook bij de direct betrokkenen varieerden de leeftijden; de jongste

was 20, terwijl de oudste 83 jaar was. De gemiddelde ziekteduur was 13 jaar. De diagnose was gemiddeld 6 jaar bekend, waarbij één deelnemer de diagnose pas zeer recentelijk had vernomen. Ook het aantal ziekte-episodes varieerde sterk; minimaal 2 en maximaal 45 episodes, met een gemiddelde van 8,8. Twee patiënten hadden vlak voorafgaand of tijdens de cursus een terugval; anderen hadden al 13 jaar geen ziekte-episode doorgemaakt. De gemiddelde ziekte-vrije periode bedroeg 2,5 jaar. Van de twintig patiënten gebruikten 19 patiënten lithiumcarbonaat, met een gemiddelde dagelijkse dosis van 1150 mg.

Zowel de patiënt als diens partner vulden een stemmingslijstje in, betreffende de stemming van de patiënt over de afgelopen week. Op een schaal van -4 (depressief) tot +4 (manisch) werd de stemming van de patiënt vóór en na de cursus aangegeven. De aldus verkregen scores van patiënten en partners stemden over het algemeen overeen. Blijkbaar voelen de partners de stemming van de patiënt redelijk aan. Ook de stemming vóór en na de cursus kwam overeen, schommelend rond een 'normale stemming'. De hulpverleners van de patiënten vulden een Brief Psychiatric Rating Scale in (Dingemans e.a. 1983). De gemiddelde score voorafgaand aan de cursus bedroeg 3,9 (range: 0-73). Op basis van deze score kan worden geconcludeerd dat het mensen betrof met weinig overte psychiatrische symptomatologie. Bij twee patiënten trad gedurende de cursusperiode een verandering in het psychiatrisch toestandbeeld op. Eén patiënt maakte een manische episode door, waardoor ze één bijeenkomst heeft gemist. Een andere patiënt herkende de symptomen die tijdens de eerste bijeenkomsten werden besproken. Daardoor onderkende zij dat ze al enige tijd last had van depressieve verschijnselen. Nadat zij dit met haar behandelaar had besproken en ze adequaat werd ingesteld op een anti-depressivum, klaarde de stemming op en verdwenen de depressieve symptomen.

Evaluatie van de cursus – De cursus werd zowel mondeling als schriftelijk geëvalueerd. De uitkomsten van de mondelinge en de schriftelijke evaluatie zullen in het kort besproken worden. De mondelinge evaluatie vond groepsgewijs plaats tijdens de laatste bijeenkomst. Ten behoeve van de schriftelijke evaluatie werden twee – voor dit doel geconstrueerde – vragenlijsten afgenomen. Deze lijsten bestonden hoofdzakelijk uit gesloten vragen. De eerste lijst bestond uit vragen betreffende vorm en inhoud van de cursus. Naast algemene vragen (groeps-grootte, duur bijeenkomsten, ervaringen uitwisselen met lotgenoten, etc.) werd van elke bijeenkomst gevraagd in hoeverre men het gevoel had kennis te hebben opgedaan, danwel ervaringen te hebben uitgewisseld. Deze lijst werd bij alle deelnemers afgenomen. De tweede lijst ging over het effect van de cursus op een aantal aspecten die samenhangen met de ziekte. Deze lijst werd alleen bij de patiënten afgenomen (zie tabel 1). De cursus heeft vooral effect gehad op het gevoel van zelfcontrole. Dit item

heeft betrekking op het tweede doel van de cursus. Ook op de relatie is een positief effect geconstateerd. Dit pleit voor de opzet van de cursus samen met de partner. Wat betreft acceptatie van de ziekte geeft 45% aan dat de cursus een positief effect heeft gehad. Gezien het relatief geringe aantal bijeenkomsten is dit een redelijk percentage. Slechts 35% geeft aan dat de cursus een positief effect had op werk/dagbesteding. Dit hangt waarschijnlijk samen met de wijze waarop de bijeenkomst over werk en ziekte werd ingevuld. Dat werd voor een deel overgelaten aan de inbreng van de deelnemers. Daarbij bleek dat zij met name wilden praten over de gevoelens van schuld en schaamte naar aanleiding van manische episodes. In de volgende cursus zal het onderwerp 'werk' expliciet aan de orde worden gesteld (voorkómen dat men zijn/haar baan verliest, solliciteren, dagstructurering e.d.). Géén van de partners miste een bijeenkomst. Vier patiënten hebben (wegens ziekte) één bijeenkomst gemist. Alle deelnemers waren vooral erg te spreken over het feit dat niet alleen de patiënten, maar ook hun partners of andere direct betrokkenen bij de cursus werden uitgenodigd. Met name voor de meeste partners was het een unieke ervaring om op deze manier bij de behandeling betrokken te worden. Zij hadden over het algemeen slechte ervaringen met de hulpverlening, in die zin dat ze ook in geval van opname van de patiënt nauwelijks bij de behandeling betrokken werden en daarbij niet werden opgevangen door hulpverleners. Tijdens de cursus was een tendens merkbaar naar meer assertiviteit in deze, hetgeen werd gestimuleerd door de cursusleiding. De partners zijn immers nauw betrokken bij de patiënt. Ook tijdens een ziekteperiode kan juist met hen zinvol samengewerkt worden. Gebrek aan samenwerking tussen hulpverleners aan de ene kant en partners aan de andere kant heeft vaak tot onnodige strijd en daarmee verdere escalatie geleid.

Ten aanzien van het herkennen van vroege signalen van ziekte heeft een aantal patiënten samen met hun partner een 'noodplan' opgesteld dat ze met hun behandelaars hebben besproken. In dit plan staat beschreven wat de aanleidingen voor een hernieuwde ziekteperiode kunnen zijn. Ook wordt daarin beschreven wat de prodromen van manie en/of depressie van de betreffende patiënt zijn en op wélk moment wélke acties door wíe ondernomen moeten worden. Ervaringen die men heeft opgedaan in eerdere ziekteperiodes worden gebruikt om voor zichzelf bepaalde leef- en omgangsregels op te stellen. De patiënt en diens partner kunnen op deze manier het uitbreken van een nieuwe ziekteperiode helpen voorkómen, danwel de schade bij het eventuele uitbreken ervan beperken. Hoewel men soms wat onwennig stond tegenover de uitvoerbaarheid van dit plan in geval van dreigende terugval, is een eerste stap gezet in het leren de verantwoordelijkheid op zich te nemen aangaande de vroege herkenning en erkenning van verschijnselen van MD. Met name het engageren van de behandelend psychiater voor een dergelijk plan werd als problematisch ervaren.

De deelnemers waren tevreden over de groeps grootte en de duur van de bijeenkomsten. De helft van de deelnemers heeft behoefte aan meer bijeenkomsten. Zij zouden deze vooral willen gebruiken om meer ervaringen uit te wisselen met lotgenoten.

Over het algemeen geven de deelnemers aan dat ze de eerste helft van de cursus vooral kennis hebben opgedaan, terwijl ze het laatste deel van de cursus vooral veel ervaringen hebben uitgewisseld. Het kennisniveau van de deelnemers omtrent MD bij aanvang van de cursus varieerde, hetgeen leek samen te hangen met de ziekte duur. Men zou kunnen verwachten dat een dergelijke heterogeniteit storend is voor een psycho-educatie cursus, waarbij de nadruk ligt op informatie verstreking. Dit bleek niet het geval. De gestructureerde informatie verstreking in de vorm van een lezing, met na afloop het uitdelen van de verslagen, werd door alle deelnemers als zeer prettig ervaren. Aan de hand van kritische vragen, opmerkingen en eigen ervaringen kwam telkens een levendige discussie op gang.

Tijdens de vierde en vijfde zitting (vroegge signalen, schuld en schaamte) werden veel ervaringen besproken; er was met name veel behoefte aan het bespreken van manische symptomatologie. Dit is niet zo verwonderlijk, aangezien men juist in manische episodes vaak dingen doet waarover men zich later schaamt. Dit geldt overigens niet alleen voor de patiënt in de beoordeling van zijn gedrag, maar ook voor de partner. Vrijwel unaniem gaven de patiënten aan het meeste last te ondervinden van de depressieve episodes, terwijl de partners vooral de manische episodes als erg belastend ervoeren. Met uitzondering van één patiënt gaven alle deelnemers aan dat ze veel baat hebben gehad bij deze cursus. De meeste deelnemers hadden behoefte aan een voortzetting in de vorm van een zelfhulp groep en hebben hiertoe zelf initiatieven ondernomen. De groepen hebben afzonderlijk vervolgbijeenkomsten gepland. Deze bijeenkomsten worden door de groepsleden zelf georganiseerd.

Psycho-educatie versus groepspsychotherapie bij MD

Dezelfde vragen als aangegeven in tabel 1 werden in een ander onderzoek (Van Loenen Martinet-Westerling e.a. 1991) gesteld aan patiënten die hadden deelgenomen aan een groepspsychotherapie voor manisch depressieve patiënten onder lithiumprofylaxe. Het betrof groepsbijeenkomsten van wekelijks anderhalf uur, gedurende een heel jaar. De vragen werden bij de evaluatie gesteld aan patiënten die aan meer dan twaalf groepszittingen hadden deelgenomen. Om de effecten van een psycho-educatie cursus en van groepspsychotherapie bij MD te vergelijken, zijn de gegevens naast elkaar in tabel 1 geplaatst. De gegevens van de psychotherapie groep betreffen 14 deelnemers. De vergelijking van beide onderzoeken kan slechts marginaal zijn, alleen al omdat niet alle vragen exact hetzelfde geformuleerd waren. Ook was de context verschillend;

Tabel 1: Vergelijking psycho-educatiecursus (PE) met langer durende groepspsychotherapie (GPT) bij patiënten met een manisch depressief syndroom

Op wat voor manier heeft de cursus volgens u invloed gehad op:	positief effect		geen effect		negatief effect	
	PE	GPT	PE	GPT	PE	GPT
Acceptatie	45%	71%	50%	21%	5%	7%
Zelfcontrole	65%	64%	35%	29%	0%	7%
Zelfvertrouwen	20%	43%	75%	50%	5%	7%
Zich uiten	50%	29%	50%	57%	0%	7%
Effect op relatie*	55%	64%*	40%	29%*	0%	7%*
Effect op werk/dagbesteding*	35%	64%*	55%	29%*	10%	7%*
Deelname in het algemeen	80%	78%	20%	14%	0%	7%

* Bij de groepspsychotherapie werd gevraagd naar het effect op werk én relatie. Bij de psycho-educatie werd het effect op werk en op relatie apart nagevraagd.

onze evaluatie vond schriftelijk plaats, terwijl die van de psychotherapiegroep middels een gestructureerd interview werd afgenomen. Desondanks levert een grove vergelijking interessante overeenkomsten op. Wat het effect op de zelfcontrole betreft lijkt een psycho-educatiecursus van zes weken minstens zo effectief te zijn als een langer durende groepspsychotherapie. Gezien de verschillende vraagstelling zijn de effecten op werk en relatie in wezen niet te vergelijken. Ten aanzien van het item 'zich uiten' is het percentage positief effect relatief hoog bij de psycho-educatiecursus. Dit is ook niet zo verwonderlijk, aangezien de partners eveneens aan de cursus deelnamen. Met elkaar praten over de ziekte werd hierdoor tijdens de cursus reeds bevorderd. Aan de groepspsychotherapie namen alleen patiënten deel. De items 'acceptatie' en 'zelfvertrouwen' scoren iets beter bij de groepspsychotherapie. Concluderend kan worden gesteld dat een 6 weken durende psycho-educatiecursus in vergelijking met een langer durende groepspsychotherapie min of meer vergelijkbare resultaten lijkt te boeken. De cursus is daarbij kostenbesparend in tijd en personeel. Zoals al eerder gesteld, is deze vergelijking slechts marginaal. Nader onderzoek, bij voorbeeld naar de meest effectieve ingrediënten van beide behandelvormen, is daarom wenselijk.

Conclusie

Gezien de positieve ervaringen van zowel de deelnemers als de cursusleiding lijkt een psycho-educatieve aanpak bij de behandeling van MD zinvol en in een behoefte te voorzien. Het is een goede manier om zowel de patiënt als diens partner actiever bij een behandeling te betrekken. Kennis over de ziekte is een belangrijke voorwaarde voor de acceptatie ervan. Daarnaast zal een gedegen kennis over symptomen, beloop, medicatiegebruik, prevalentie en aetiologie de patiënt en diens partner

in staat stellen zich assertiever op te stellen in de behandeling. Assertiviteit en acceptatie van de ziekte worden ook bevorderd door een analyse van de prodromen en de gewenste manier van ingrijpen door patiënt en partner. Hierdoor kan op een vroeg tijdstip adequaat worden ingegrepen tijdens periodes van ziekte. Zelfwerkzaamheid en een gevoel van controle over de ziekte en de behandeling zijn daarbij belangrijke factoren. Een ander positief element van de psycho-educatiecursus is dat patiënten en partners ervaringen kunnen uitwisselen met lotgenoten. Psycho-educatie verdient daarom een plaats in de reguliere ambulante behandeling van MD.

Onduidelijk is echter welk ingrediënt het meest effectief is: steun geven, erkenning van de partner als belangrijke schakel in de behandeling of het aanzetten tot onderlinge steun. De vergelijking psycho-educatie versus (groeps)psychotherapie is daarbij buitengewoon interessant en verdient nader onderzoek. De auteurs bereiden thans onderzoek voor naar de effecten van de psycho-educatiecursus op langere termijn. Belangrijke parameters daarbij zijn overbezorgdheid en kritiek in de zin van expressed emotion, de kans op recidief en het aantal opnames*.

* Informatie over de psycho-educatiecursus kan worden opgevraagd bij de auteurs.

Literatuur

- Anderson, C.M., S. Griffin, A. Rossi, I. Pagonis, D.P. Holder en R. Treiber (1986), A comparative study of the impact of education vs process groups for families of patients with affective disorders. *Family Process* 25, 185-205.
- Birtchnell, J. (1988), Depression and family relationships. *British Journal of Psychiatry* 153, 758-769.
- Brown, G.W., J.L.T. Birley en J.K. Wing (1972), Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry* 121, 241-258.
- Davenport, Y.B. (1981), Treatment of the married bipolar patient in conjoint couples psychotherapy groups. In: M.R. Lanskey (red.), *Family Therapy and Major Psychopathology*. Grune and Stratton, New York, p. 123-143.
- Dingemans, P.M., M.L. Frohn-de Winter, J.A.C. Bleeker en P. Rathod (1983), A cross-cultural study of the reliability and factorial dimensions of the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Psychopharmacology* 80, 190-191.
- Honig, A., P.K. Bridges en J.R. Bartlett (1987), The stalemate position. *The International Journal of Social Psychiatry* 33, 3, 195-203.
- Hooley, J.M., J. Orley en J.D. Teasdale (1986), Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry* 148, 642-647.
- Jacob, M., E. Frank, D.J. Kupfer en L.L. Carpenter (1987), Recurrent depression: an assessment of family burden and family attitudes. *Journal of Clinical Psychiatry* 48, 10, 395-400.
- Leff, J., L. Kuipers, R. Berkowitz, R. Eberlein-Fries en D. Sturgeon (1982), A controlled trial of intervention in the families of schizophrenia patients. *British Journal of Psychiatry* 141, 121-134.

- Leff, J., R. Berkowitz, N. Shavit, A. Strachan, I. Glass en C.E. Vaughn (1989), A trial of family therapy v.a. relatives groups for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 154, 58-66.
- Loenen Martinet-Westerling, N. van, H.R. van Tuijl en W.J. Bruning (1991), Vijf jaar ervaring met groepstherapie bij manisch depressieve patiënten onder lithiumprofyaxe. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 33, 175-185.
- McGill, C.W., I.R.H. Falloon, J.L. Boyd en C. Wood-Siverio (1983), Family educational intervention in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 34, 10, 934-938.
- Meer van, R. (1986), Steunende gezinsbegeleiding bij schizofrenie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 9, 867-876.
- Miklowitz, D.J. (1987), The family and the course of recent onset mania. In: K. Hahlweg en M.J. Goldstein (red.), *In understanding of Major Mental Disorder. The contribution of family interaction research*. Family Process Press, New York, p. 195-211.
- Peet, M., en N.S. Harvey (1991), Lithium maintenance: 1. A standard education programme for patients. *British Journal of Psychiatry* 158, 197-200.
- Priebe, S., C. Wildgrube en B. Müller-Oerlinghausen (1989), Lithium prophylaxis and expressed emotion. *British Journal of Psychiatry* 154, 396-399.
- Vaughn, C.E., en J.P. Leff (1976), The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry* 129, 125-137.

Summary: Bipolar depression; an educational multi-family group programme approach

Unlike Schizophrenia, psychoeducation is as yet not implemented in regular day to day psychiatry. Yet arguments in favour of psychoeducation in Schizophrenia hold as well for Bipolar Disorder. In this study, preliminary results of an educational multi-family group for non residential patients with a Bipolar Disorder, together with their spouses or other close relatives, are discussed. It appears to be a powerful means to involve both patient and partner in a more active and assertive role in treatment. The programme has a positive effect on acceptance of the disease. The participants learn to analyse the prodromes of illness and learn to describe a way in which interventions could best take place. It is felt that this form of psychoeducation is a useful adjunct in the treatment of bipolar disorder.

Mevr. A. Hofman en A. Honig zijn respectievelijk als gezondheidswetenschapper-gedragstherapeut en als sociaal-psychiater werkzaam bij de RIAGG Maastricht. Mevr. M. Vossen is als B-verpleegkundige werkzaam bij de lithiumpolikliniek van het PMS 'Vijverdal' te Maastricht. Correspondentieadres: A. Hofman, RIAGG Maastricht, Parallelweg 45-47, 6221 BD Maastricht.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 3-4-1992.