

# De plaats van psycho-educatie bij de behandeling van bipolaire stoornissen

P. SIENAERT, J. DE FRUYT

**ACHTERGROND** Er is een toegenomen wetenschappelijke aandacht voor psychosociale behandelingen van bipolaire stoornissen. Psycho-educatie (PE) is een essentieel onderdeel van verschillende psychosociale behandelingsmodellen en wordt ook als afzonderlijke behandeling aangeboden.

**DOEL** Onderzoeken van de werkzaamheid van PE bij de behandeling van patiënten met bipolaire stoornissen aan de hand van een systematisch literatuuroverzicht.

**METHODE** De Medline-database werd doorzocht met de MESH-termen 'bipolar disorder', 'psychotherapy' en 'patient education' en de zoekterm 'psychoeducation'.

**RESULTATEN** Uit de 34 gevonden onderzoeken bleek dat PE, bij patiënten die enige stabiliteit hebben bereikt, de kennis over de aandoening en de behandeling kan vergroten, de therapietrouw kan verhogen en terugval kan voorkomen.

**CONCLUSIE** PE dient deel uit te maken van de standaardbehandeling van patiënten met bipolaire stoornissen. Onduidelijk is nog in welk stadium van de aandoening en voor welke subgroepen van patiënten PE het zinvolst is.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)8, 509-518]

**TREFWOORDEN** bipolaire stoornis, psycho-educatie, psychotherapie

De wetenschappelijke aandacht voor psychosociale behandelingen van bipolaire stoornissen is in het voorbije decennium toegenomen. Van verschillende psychotherapeutische programma's zoals 'family-focused treatment' (Miklowitz & Goldstein 1997), interpersoonlijke therapie en sociaal-ritmetherapie (Frank 2005) en cognitieve therapie (Basco & Rush 2005; Newman e.a. 2002) werd de doeltreffendheid aangetoond (Frank e.a. 2005; Lam e.a. 2003; Miklowitz e.a. 2003a).

Psycho-educatie (PE) is een essentieel onderdeel van deze therapieën en wordt ook als aparte interventie aangeboden (Colom & Vieta 2006). PE wordt gedefinieerd als 'de educatie of training van een persoon met een psychiatrische stoornis, op die gebieden die bijdragen tot de doelstellingen van behandeling en

rehabilitatie' (Goldman 1988). Diens gezinsleden worden in deze definitie dus niet genoemd. Voorbeelden van PE zijn het bevorderen van de aanvaarding van het ziekteproces, het bevorderen van de actieve coöperatie met de behandeling en het versterken van copingstrategieën om de restverschijnselen te compenseren. PE is dan ook meer dan voorlichting over de aandoening en de behandeling. In de Nederlandse richtlijn Bipolaire Stoornissen wordt PE gedefinieerd als een systematisch uitgevoerd voorlichtingsprogramma, waarin men aandacht besteedt aan de symptomen, het beloop, vroege herkenning en het omgaan met de stoornis (Nolen e.a. 2001). In de richtlijn wordt de nadruk gelegd op de systematische uitvoering van deze voorlichting, met een interactief proces tussen

hulpverlener en patiënt (en familieleden of verwanten) en verankering in gezins- en systeemtherapeutische, cognitieve of interpersoonlijke principes (Nolen e.a. 2001).

In dit artikel geven wij een systematisch overzicht van de wetenschappelijke evidentie over psycho-educatie bij bipolaire stoornissen, zowel voor patiënten als familieleden.

## METHODE

De Medline-database werd doorzocht met als zoekopdracht: 'bipolar disorder' [MeSH] and ('psychotherapy' [MeSH] or 'patient education' [MeSH] or 'psychoeducation' [All Fields]) ('clinical trial' or 'randomized controlled trial'), met als zoekperiode uiterlijk eind

2006. Publicaties werden geselecteerd wanneer welomschreven PE deel uitmaakte van de interventie. In deze publicaties werden referenties doorgenomen. Tevens werden de websites van het Tijdschrift voor Psychiatrie en het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid doorzocht.

## RESULTATEN

Het Medline-literatuuronderzoek leverde 87 publicaties op, waarvan er 19 werden geselecteerd. Aanvullend literatuuronderzoek resulteerde in nog 15 bijkomende publicaties (totaal 34). In 25 publicaties werden resultaten besproken van gerandomiseerd onderzoek en in 9 resultaten van retrospectief en niet gerandomiseerd prospectief

TABEL 1 Psycho-educatie bij bipolaire stoornis: gerandomiseerd onderzoek (naar Sienaert & De Fruyt 2007)						
1ste auteur, jaar	Type interventie	N (controle)	Duur interventie	Meetinstrumenten	Resultaat	
Glick, 1985; Haas, 1988; Spencer, 1998; Clarkin, 1990; Glick, 1991; Glick, 1993	gezin en individueel	169 (21 met bipolaire stoornis)		GAS; PEF; RPTS; FAI	verbetering globaal functioneren	
Van Gent, 1991	partnergroep	14 (12)	5 sessies	TAI; IPSQ; SCL-90; 'knowledge test'	geen verandering van therapietrouw	
Peet, 1991	individueel	30 (30)	2 sessies	LKT; LAQ	betere kennis over lithium, betere therapietrouw	
Knoppert-van der Klein, 1997	individueel	22 (24)	1 sessie + brochure	LKT; LAQ; lithiumratio; bijwerkingenlijst	betere kennis over lithium, geen verandering van therapietrouw	
Clarkin, 1998	partners	18 (15)	11 maanden (25 sessies)	SADS; SADS-C; BPRS; GAS	verbetering globaal functioneren en verbeterde therapietrouw	
Perry, 1999	individueel	34 (35)	7-12 sessies	SCID; Standardized social functioning interview	langere tijd zonder manie; minder recidief van manie; geen effect op tijd tot recidief van depressie	
Dogan, 2003	individueel en groep	14 (12)	3 sessies	Personal and Disease Characteristics Information Form; Medication Information Questionnaire; BSI; WHO-QoL	betere kennis over lithium, betere therapietrouw, verbeterde QoL	
Miklowitz, 2000; Miklowitz, 2003a; Simoneau, 1999	IFIT	31 (70)	21 sessies	SADS-C; SCID; CFI	minder recidief; langere tijd zonder recidief; grotere verbetering op symptomatisch vlak; grotere therapietrouw; minder recidief; langere tijd zonder recidief	
Colom, 2003a	groep	60 (60)	21 sessies	SCID; HRSD; YMRS; Holmes & Rahe inventory for stressful life events	minder recidief; langere tijd zonder recidief	

TABEL 1 Psycho-educatie bij bipolaire stoornis: gerandomiseerd onderzoek (naar Sienaert & De Fruyt 2007)					
1ste auteur, jaar	Type interventie	N (controle)	Duur interventie	Meetinstrumenten	Resultaat
Simon, 2005	groep (PE + CBT + IPT)	212 (229)	5 sessies in eerste fase, open einde in tweede fase	SCID; PSR; LIFE	verbetering kennis, functioneren, QoL, vermindering ernst van symptomen
Rea, 2003	familie en individueel	28 (25)	12 maanden	PSE; SCID; SAS; BPRS; SADS-C	vermindering risico op recidief of opname
Fristad, 2003b	ouders	18 (17)	6 sessies	ChIPS; CDRS-R; MRS; MSI; UMDQ; EEAC; FAD; CASA; C-GAS	verbetering kennis; meer positieve familiale interacties
Colom, 2004	groep (persoonlijkheidsstoornis)	15 (22)	21 sessies	SCID; HRSD; YMRS; Holmes & Rahe inventory for stressful life events	minder recidief
Miller, 2004	groep (meerdere gezinnen)	33/30 (29)	6-10 sessies	SCID; HRSD; BRMS	geen invloed op herstel van acute episode
Reinares, 2004	groep (meerdere gezinnen)	30 (15)	12 sessies	SCID; HRSD; YMRS; SBAS; BDKQ; FES	verbetering kennis; vermindering draaglast

BDKQ = Bipolar Disorder Knowledge Questionnaire; BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale; BRMS = Bech-Rafaelsen Mania Scale; BSI = Brief Symptom Inventory; CASA = Child and Adolescent Services Assessment; CBT = cognitieve gedragtherapie; CDRS-R = Children's Depression Rating Scale-Revised; CFI = Camberwell Family Interview; C-GAS = Children's Global Assessment Scale; ChIPS = Children's Interview for Psychiatric Syndromes - Child and Parent Forms; EEAC = Expressed Emotion Adjective Checklist; FAD = Family Assessment Device; FAI = Family Attitude Inventory; FES = Family Environment Scale; GAS = Global Assessment Scale; HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression; IFIT = Integrated Family and Individual Therapy; IPSQ = Interactional Problem Solving Questionnaire; LAQ = Lithium Attitude Questionnaire; IPT = interpersoonlijke psychotherapie; LIFE = Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation; LKT = Lithium Knowledge Test; MRS = Mania Rating Scale; MSI = Mood Severity Index; PEF = Psychiatric Evaluation Form; PSE = Present State Examination; PSR = Psychiatric Status Rating; QoL = kwaliteit van leven; RPTS = Role Performance Treatment Scale; SADS = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Lifetime Version; SADS-C = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Change Version; SAS = Social Attainment Scale; SBAS = Social Behavior Assessment Schedule; SCID = Structured Clinical Interview for DSM Disorders; SCL-90 = Symptom Checklist; TAI = Trait Anxiety Inventory; UMDQ = Understanding of Mood Disorders Questionnaire; WHO-QoL = Quality of Life Assessment; YMRS = Young Mania Rating Scale.

onderzoek. Een aantal onderzoeken werd in twee of meer publicaties besproken (tabel 1). De beschreven PE werd in een groep of individueel gegeven, aan patiënten en/of aan familieleden.

### Individuele psycho-educatie

In een onderzoek in Engeland bood men 30 stabiele patiënten die met lithiumprofylaxe werden behandeld, een videofilm en een tekst met informatie over lithium aan (Peet & Harvey 1991). Tijdens een tweede sessie, zes weken later, konden de patiënten vrij vragen stellen. Patiënten in de controlegroep kregen geen informatie. Patiënten uit de interventiegroep hadden 24 weken na het starten van de studie een significante verbetering

in houding tegenover en kennis over lithium. Gegevens over therapietrouw werden niet gemeld.

Deze bevindingen werden gerepliceerd in een Nederlands gerandomiseerd onderzoek bij 46 patiënten met een stemmingsstoornis (het aantal patiënten met een bipolaire stoornis werd niet aangegeven) (Knoppert-van der Klein e.a. 1997). De interventie had geen invloed op therapietrouw, gemeten via de lithiumratio (de lithiumconcentratie in de erythrocyt gedeeld door die in het plasma).

In een enkelblind gerandomiseerd onderzoek kregen 34 patiënten met in het afgelopen jaar een bipolaire episode naast een standaardbehandeling 7 tot 12 sessies waarin het herkennen van prodro-

male symptomen werd aangeleerd en waarbij een noodplan werd uitgewerkt en geoefend (Perry e.a. 1999). Een controlegroep ( $n = 35$ ) kreeg alleen de standaardbehandeling. In de interventiegroep zag men een significante verbetering van sociaal functioneren en arbeidsdeelname, een vermindering van het aantal manische episoden over 18 maanden en een verlenging van de tijd tot het optreden van een manische terugval. De experimentele behandeling had geen invloed op het voorkomen van depressieve terugval.

PE werd in een gerandomiseerd onderzoek (Rea e.a. 2003) vergeleken met *family-focused psychoeducational therapy* (FFT), bij respectievelijk 25 en 28 patiënten die recent een manische episode hadden doorgemaakt en die werden behandeld met stemmingsstabilisatoren. Beide behandelmodaliteiten duurden ongeveer 9 maanden. Gedurende een follow-upperiode van 2 jaar hadden de patiënten uit de FFT-groep minder terugval en werden zij minder vaak opgenomen. Het is niet duidelijk of in het FFT-programma individuele sessies werden geïntegreerd, zoals dat gebruikelijk is (Miklowitz & Goldstein 1997).

In een gerandomiseerd onderzoek bij 14 patiënten met een bipolaire stoornis die behandeld werden met lithium bestudeerde men de effecten van 2 individuele voorlichtingssessies en één groepsessie (Dogan & Sabanciogullari 2003). Drie maanden na het eerste gesprek was de kennis over lithium significant toegenomen, alsook de levenskwaliteit. Bovendien hadden alle patiënten therapeutische lithiumspiegels, terwijl dit bij de start van de interventie slechts bij 57% van de patiënten het geval was.

#### Psycho-educatie in een groep

In retrospectief onderzoek werd aangetoond dat groepstherapie, met PE als wezenlijk deel van de behandeling, het aantal en de ernst van exacerbaties alsook het aantal en de duur van opnamen significant verminderde (Cerbone e.a. 1992) en de levenskwaliteit significant verhoogde (Michalak e.a. 2005).

In een Nederlands prospectief niet-gerandomiseerd onderzoek leidde groepstherapie (met elementen uit PE, rogeriaanse therapie en gedragstherapie), naast lithiumprofylaxe, tot een subjectieve verbetering en een verhoogd zelfvertrouwen bij 15 van 20 onderzochte patiënten. Deze verbetering hield ook na 15 maanden aan. De interventie verminderde het aantal opnamen tijdens de follow-upperiode van 18 maanden niet (Van Gent e.a. 1988). In een latere studie vergeleken men de effecten van een vergelijkbaar groepsprogramma van 10 sessies ( $n = 26$ ) met die van een gedragsprogramma met 5 sessies waarin eveneens voorlichting werd gegeven ( $n = 15$ ) (Van Gent 1998). In beide programma's werd een vermindering van psychosociale problemen gemeten. Na 3 jaar follow-up verbeterde de therapietrouw en daalde het aantal opnamen voor beide programma's.

In een gerandomiseerd onderzoek werden 120 gestabiliseerde patiënten met een bipolaire stoornis (met onderhoudsmedicatie en standaard ambulante zorg) verdeeld over een PE-groep of een ongestructureerde ondersteunende groep (Colom e.a. 2003a). Het PE-programma bestond uit 21 wekelijkse sessies. Van de patiënten uit de PE-groep had 38% tijdens de behandeling en in de follow-upperiode van 2 jaar een terugval, tegenover 60% van de patiënten uit de controlegroep; een significant verschil. De PE-groep vertoonde verder minder episodes van terugval per patiënt, een langere periode voor recidive van depressieve, manische of gemengde episode en een kleiner aantal opnamen en met kortere duur. Ook in de subgroep van patiënten met een comorbide persoonlijkheidsstoornis en dus een minder gunstige prognose werd een significante vermindering van terugval (67 versus 100%) aangetoond. Het aantal opnamen verschilde niet, maar de opnameduur was korter in de PE-groep (Colom e.a. 2004).

In een onderzoek met een identieke opzet (Colom e.a. 2003b) werd het effect van dit PE-programma nagegaan bij een groep van patiënten met een bipolaire stoornis type I en een goede therapietrouw. In de follow-upperiode van twee jaar was 92% van de patiënten uit de controlegroep

teruggevallen, terwijl de terugval in de PE-groep beperkt bleef tot 60%. Patiënten in de PE-groep bleven langer in remissie dan patiënten uit de controlegroep.

In een gerandomiseerd onderzoek bij 441 patiënten met een bipolaire stoornis, van wie bij inclusie 35% een depressieve episode en 16% een hypomane episode had, werd de effectiviteit nagegaan van een programma dat bestond uit zorgplanning, maandelijks telefonische monitoring en gestructureerde PE, over een periode van 12 maanden (Simon e.a. 2005). De experimentele groep werd significant minder vaak manisch en de hypomane en manische episodes duurden minder lang.

#### *Psycho-educatie voor patiënten én familieleden*

Glick en medewerkers rapporteerden in verschillende publicaties over hun gerandomiseerde onderzoek (Clarkin e.a. 1990; Glick e.a. 1985; 1991; 1993; Haas e.a. 1988; Spencer e.a. 1988). Daarbij behandelden zij 186 opgenomen patiënten met een schizofrene stoornis of een stemmingsstoornis en hun gezinsleden in een controlegroep en in een groep die naast de standaardbehandeling ook een gezinsinterventie kreeg. De interventie bestond uit gemiddeld 8,6 sessies PE en probleemoplossing met de patiënt en de gezinsleden. In het onderzoek waren 21 patiënten met een bipolaire stoornis geïncludeerd. Vooral vrouwelijke patiënten profiteerden van de interventie bij ontslag (minder symptomen en verbeterd globaal functioneren, verbeterde houding van de gezinsleden tegenover behandeling), en deze gunstige effecten bleven behouden tot 18 maanden na het ontslag (Clarkin e.a. 1990; Glick e.a. 1993). Een beperking van dit onderzoek was dat de behandeling na ontslag niet gecontroleerd werd.

In een gerandomiseerd onderzoek kregen 33 patiënten met een bipolaire stoornis of alleen medicamenteuze behandeling óf medicamenteuze behandeling plus een 11 maanden durend PE-programma samen met de partner (Clarkin e.a. 1998). De medicatietrouw was significant beter in

de experimentele groep en de patiënten uit deze groep vertoonden ook een grotere verbetering van het globaal functioneren.

Family-focused therapy (FFT) of *integrated family and individual therapy* (IFIT) van Miklowitz en Goldstein (1997) vormt een integratie van gezinstherapie en individuele therapie, gezins-PE, individuele interpersoonlijke therapie en sociaal-rithmetherapie, en medicamenteuze behandeling. De werkzaamheid van dit model werd onderzocht bij 101 patiënten met een depressieve, manische of gemengde episode in de afgelopen drie maanden, die werden gerandomiseerd in een IFIT-groep en een 'kortdurend crisismanagement'-groep (Miklowitz e.a. 2000; 2003a; Simoneau e.a. 1999). Gezinsleden die aan het programma deelnamen, toonden na 1 jaar follow-up significant meer positieve non-verbale interacties (Simoneau e.a. 1999). Tijdens 2 jaar follow-up vertoonden patiënten uit de IFIT-groep significant minder (35 versus 54%) en later (gemiddelde recidiefvrije periode 73,5 versus 53,2 weken) terugval. Patiënten uit de IFIT-groep ervoeren tevens een grotere verbetering op symptomatisch vlak en vertoonden een grotere therapietrouw.

Deze resultaten werden bevestigd in een open onderzoek met 30 patiënten, waarin dezelfde controlegroep werd gebruikt (Miklowitz e.a. 2003b). Een aangepaste versie van het IFIT-programma werd beproefd in een open onderzoek bij 20 adolescenten die in de 3 maanden voor het onderzoek een depressieve, manische of gemengde episode hadden (Miklowitz e.a. 2004). IFIT, gecombineerd met een stemmingsstabilisator, toonde een verbetering van manische en depressieve symptomen en gedragsproblemen over het verloop van één jaar.

Een belangrijke opmerking is dat het IFIT-programma intensiever is en meer contacturen met therapeuten inhoudt dan kortdurend crisismanagement. Om die reden werd FFT vergeleken met een individueel programma, met eenzelfde intensiteit en therapeutencontact, in het reeds genoemde onderzoek van Rea e.a. (2003). Ook hier bleek het gezinsgeoriënteerde programma efficiënter dan het individuele programma.

In een Nederlands niet-gerandomiseerd onderzoek bij 52 patiënten, van wie 23 in een wachtlijstcontrolegroep, werd aangetoond dat zes PE-sessies voor familiegroepen leidden tot een significante vermindering van *expressed emotions* (EE) (affectieve attitudes en gedragingen zoals kritiek, vijandigheid en/of emotionele overbetrokkenheid van familieleden ten opzichte van een patiënt) (Honig e.a. 1997).

#### *Psycho-educatie voor familieleden*

Van Gent en Zwart (1991) randomiseerden de partners van 26 patiënten met een bipolaire stoornis in een PE- en een controlegroep. De interventie bestond uit vijf PE-sessies over de aandoening en de behandeling. Na de interventie hadden de partners een verhoogde kennis over de aandoening en de behandeling en dat was ook nog zo na zes maanden. Er werd geen verandering gezien van de therapietrouw van de patiënten.

In een gerandomiseerd onderzoek bij 47 ouders van 35 kinderen van 8-11 jaar met een bipolaire stoornis of een stemmingsstoornis, bleek een multi-family-PE-programma, gecombineerd met een standaardbehandeling, significant effectiever in het verhogen van kennis en positieve gezinsinteracties dan een controleconditie (wachtlijst). Na zes maanden rapporteerden de kinderen uit de PE-groep een significante toename van de sociale steun van hun ouders. De ouders maakten ook duidelijk meer gebruik van passende gezondheidsvoorzieningen voor hun kinderen (Fristad e.a. 2002; 2003b). Dezelfde onderzoeksgroep toonde in niet-gerandomiseerd onderzoek aan dat een anderhalf uur durende PE-workshop de kennis van ouders significant verhoogde, terwijl EE significant verminderden (Fristad e.a. 1998a), en dat een multi-family-PE-programma van zes sessies de positieve houding en gedragingen van de ouders tegenover hun kinderen verhoogde en de negatieve houding en gedragingen verminderde (Fristad e.a. 1998b).

In een gerandomiseerd onderzoek vergeleek men farmacotherapie alleen, farmacotherapie

gecombineerd met gezinstherapie in een groep (gemiddeld 12 sessies) en farmacotherapie gecombineerd met gezins-PE in een groep (gemiddeld zes sessies) bij 92 patiënten tijdens een manische, depressieve of gemengde episode (Miller e.a. 2004a; 2004b). Er werd geen verschil vastgesteld in de tijd tot herstel van een manische episode (Miller e.a. 2004a); het beperkte aantal deelnemers met een depressieve of gemengde episode liet geen analyses toe. Ook tijdens de follow-upperiode van 24 maanden was er geen verschil tussen de drie behandelgroepen (Miller e.a. 2004a; 2004b).

In een gerandomiseerd onderzoek ging men het effect na van 12 PE-sessies voor familieleden van euthyme patiënten (Reinares e.a. 2004). De kennis verbeterde significant en de subjectieve draaglast die de gezinsleden ervoeren, verminderde significant meer dan in een controlegroep. Er werd geen verschil gezien in de objectieve draaglast, en evenmin werd een verschil gemeten op schalen die de kwaliteit van de gezinsrelaties maten.

#### DISCUSSIE

Meerdere factoren bemoeilijken een eenduidige conclusie van de onderzoeksliteratuur aangaande PE. Er is diversiteit in de aangeboden PE: zowel wat betreft inhoud, vorm, tijdstip in het ziekteverloop, aanbod aan patiënten en/of familieleden, individueel of in een groep. Ook is er diversiteit in de gebruikte evaluatiecriteria.

**Diversiteit PE** Een duidelijke definitie van PE, en vooral van wat het niet is, ontbreekt. In het onderzoek van Peet en Harvey (1991), het replicatieonderzoek van Knoppert-van der Klein e.a. (1997) en het onderzoek van Dogan en Sabanciogullari (2003) is de onderzochte interventie beperkt tot het geven van voorlichting. In de andere onderzoeken is er een ruimer programma, waarin naast voorlichting ook het vroegtijdig herkennen van waarschuwingssignalen en het omgaan met de stoornis een plaats krijgen. PE wordt in deze onderzoeken in wisselende mate gecombineerd

met elementen uit gezinstherapie, cognitieve therapie, interpersoonlijke therapie en/of sociaalritmeth therapie.

De onderzochte programma's hebben een erg verschillende intensiteit, van 2 (Peet & Harvey 1999) tot 50 sessies (Miklowitz e.a. 2003b). De gunstigste resultaten werden bereikt met de langdurige programma's (Colom e.a. 2003a; Miklowitz e.a. 2003b). Bij langdurige programma's of een lange follow-upperiode is het echter moeilijk om uit te maken of de geobserveerde verbeteringen het gevolg zijn van de onderzochte interventie dan wel van een aangehouden medicamenteuze onderhoudsbehandeling of dat het gaat om een verbetering met de tijd (Miklowitz e.a. 2004).

In sommige onderzoeken wordt het PE-programma gestart tijdens een depressieve, manische of gemengde episode (Simon e.a. 2005), terwijl in andere onderzoeken de interventie start wanneer de patiënt in remissie is of al geruime tijd stabiel is. In de onderzoeken waarin een duidelijk gunstig effect kon worden aangetoond, includeerde men patiënten in remissie of patiënten die al een langere tijd stabiel waren (Colom e.a. 2003a).

PE kan in verschillende modaliteiten worden aangeboden: individueel aan de betrokken patiënt, met een partner of gezinslid, aan patiëntengroepen of aan groepen met meerdere gezinnen. Het is niet onderzocht welke modaliteit de zinvolste is. Alleen in het onderzoek van Rea e.a. (2003) werden twee modaliteiten met elkaar vergeleken en bleek een op het gezin georiënteerde aanpak effectiever dan een individuele.

Eenduidige conclusies worden ook bemoeilijkt door het gebrek aan eenvormige uitkomstmaten en het gebruik van vele verschillende meetinstrumenten (zie tabel 1). Nu eens wordt de therapietrouw (of de lithiumspiegel) als uitkomstmaat gehanteerd of de kennis van en de houding tegenover de aandoening en de behandeling, dan weer de ernst van de symptomen, het aantal recidieven of het aantal opnamen.

**Doeltreffendheid PE** Ondanks deze methodologische moeilijkheden wijst het beschikbare

onderzoek op een significante doeltreffendheid van PE-programma's in de onderhoudsbehandeling van patiënten met een bipolaire stoornis. In de studies van Colom e.a. (2003a) en Miklowitz e.a. (2003) is de absolute vermindering van het risico op terugval respectievelijk 22 en 19%. Dit komt overeen met een 'number needed to treat' van ongeveer 5, dat wil zeggen dat 5 patiënten behandeld moeten worden om bij 1 het gewenste resultaat te bereiken (Sienaert & De Fruyt 2007). Zelfs vergeleken met biologische behandelingsmodaliteiten is dit een gunstig resultaat.

Ondanks de diversiteit in het begrip en de toepassing van PE is het wetenschappelijke bewijs zwaarwegend: 25 publicaties over gerandomiseerd onderzoek, 9 publicaties over retrospectief en niet-gerandomiseerd prospectief onderzoek. De resultaten van dit systematisch literatuuroverzicht bevestigen dan ook de centrale plaats van PE in de behandeling van bipolaire stoornissen, zoals onder andere beschreven en aanbevolen in de Richtlijn Bipolaire Stoornissen (Nolen e.a. 2001).

**Beperkingen van onderzoek** Beperkingen in de interpretatie van deze resultaten voor de klinische praktijk zijn uiteraard de strenge selectiecriteria. In de studie van Colom e.a. (2003a) werden uitsluitend patiënten geïncludeerd die geen affectieve symptomen hadden in de voorgaande 6 maanden, die geen enkele vorm van belangrijke comorbiditeit hadden en die prospectief gevolgd waren de voorafgaande 24 maanden. In het onderzoek van Miklowitz e.a. (2003) werden minder strenge selectiecriteria gehanteerd, maar toch werden uit 698 consecutief gescreeende patiënten met bipolaire stoornissen er slechts 101 geïncludeerd. De positieve resultaten zijn dus niet noodzakelijk extrapoleerbaar naar alle patiënten met een bipolaire stoornis.

**Onbeantwoorde vragen** Een aantal vragen blijft in het beschikbare onderzoek onbeantwoord. Het is bewezen dat PE doeltreffend is in het voorkómen van terugval wanneer deze wordt aangeboden aan patiënten die stabiel zijn, maar

het is onduidelijk of dat ook het geval is wanneer de interventie wordt gestart bij hypomane, manische of depressieve episoden. Ook is niet opgehelderd voor welke subgroep van patiënten deze interventie het effectiefst zal zijn. Verder is niet duidelijk of er meer effect is op het voorkómen van depressie (Colom e.a. 2003a), dan wel op het voorkómen van manie (Perry e.a. 1999). Ten slotte is het niet duidelijk welke van de verschillende PE-modaliteiten, individuele PE, PE in groep, met of zonder betrokkenen, het doeltreffendst is.

Verschillende auteurs lijken ervan uit te gaan dat PE werkt via een verhoging van therapietrouw. In een onderzoek bij patiënten met een optimale therapietrouw blijkt dat er in ieder geval ook andere factoren een rol spelen (Colom e.a. 2003b). De auteurs suggereren dat een regelmatige en gezonde levensstijl, het vroegtijdig herkennen van prodromale symptomen en het verminderen van alcohol- en middelengebruik evenzeer bijdragen tot de werkzaamheid van PE (Colom e.a. 2003b; Colom & Vieta 2006). Desalniettemin blijkt uit een subanalyse van hun data dat de patiënten die een PE-programma volgden significant hogere én stabielere lithiumspiegels hadden (Colom e.a. 2005). Wanneer bij PE ook partners en familieleden worden betrokken, zullen vermoedelijk ook andere factoren een rol spelen, zoals een verlaging van EE (Fristad e.a. 2003a; Honig e.a. 1997).

## CONCLUSIE

Op grond van de geïncludeerde literatuur concluderen wij dat PE een effectieve aanvulling is bij de standaardbehandeling van patiënten met een bipolaire stoornis zodra dezen enige stabiliteit hebben bereikt. Ook voor partners en familieleden kan PE zinvol zijn. Het is aangetoond dat PE de kennis over de aandoening en de behandeling vergroot, de therapietrouw verhoogt en terugval voorkomt. Het integreren van PE, in welke vorm dan ook, in de routinematige psychiatrische behandeling is een standaardvereiste voor een goede behandeling. Verder onderzoek moet uitwijzen in welk stadium van de aandoening en voor

welke subgroepen van patiënten PE het zinvolst is. Gezien de diversiteit van de aangeboden programma's (waarvan sommige zeer arbeidsintensief zijn), de diversiteit van patiënten met bipolaire stoornissen en met oog op de kosten is dergelijk onderzoek een noodzakelijke volgende stap.

## LITERATUUR

- Basco, M.R., & Rush, J.A. (2005). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorders*. Second edition. New York: Guilford Press.
- Cerbone, M.J.A., Mayo, J.A., Cuthbertson, B.A., e.a. (1992). Group therapy as an adjunct to medication in the management of bipolar affective disorders. *Group*, 16, 174-187.
- Clarkin, J.F., Carpenter, D., Hull, J., e.a. (1998). Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatric Services (Washington DC)*, 49, 531-533.
- Clarkin, J.F., Glick, I.D., Haas, G.L., e.a. (1990). A randomized clinical trial of inpatient family intervention. V. Results for affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 18, 17-28.
- Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. New York: Cambridge University Press.
- Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., e.a. (2003a). A randomised trial on the efficacy of group psycho-education in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407.
- Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., e.a. (2003b). Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1101-1105.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., e.a. (2005). Stabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disorders*, 7, (Suppl. 5), 32-36.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., e.a. (2004). Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disorders*, 6, 294-298.
- Dogan, S., & Sabanciogullari, S. (2003). The effects of patient education in lithium therapy on quality of life and compliance. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, 270-275.
- Frank, E. (2005). *Treating bipolar disorder: a clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy*. New York: Guilford Press.
- Frank, E., Kupfer, D.J., Thase, M.E., e.a. (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 996-1004.
- Fristad, M.A., Arnett, M.M., & Gavazzi, S.M. (1998a). The impact of



- psychoeducational workshops on families of mood-disordered children. *Family Therapy*, 25, 151-159.
- Fristad, M.A., Gavazzi, S.M., & Mackinaw-Koons, B. (2003a). Family psychoeducation: an adjunctive intervention for children with bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 53, 1000-1008.
- Fristad, M.A., Gavazzi, S.M., & Soldano, K.W. (1998b). Multi-family psychoeducation groups for childhood mood disorders: a program description and preliminary efficacy data. *Contemporary Family Therapy*, 20, 385-402.
- Fristad, M.A., Goldberg-Arnold, J.S., & Gavazzi, S.M. (2003b). Multi-family psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 491-504.
- Fristad, M.A., Goldberg-Arnold, J.S., & Gavazzi, S.M. (2002). Multi-family psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 4, 254-262.
- Gent, E.M. van (1998). Een driejarige follow-upstudie van twee groepstherapieprogramma's toegevoegd aan lithiumprofylaxe bij patiënten met een bipolaire stemmingsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 498-503.
- Gent, E.M. van, & Zwart, F.M. (1991). Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients. *Journal of Affective Disorders*, 21, 15-18.
- Gent, E.M. van, Vida, S.L., Zwart, F.M. (1988). Group therapy in addition to lithium therapy in patients with bipolar disorders. *Acta Psychiatrica Belgica*, 88, 405-418.
- Glick, I.D., Clarkin, J.F., Haas, G.L., e.a. (1993). Clinical significance of inpatient family intervention: conclusions from a clinical trial. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 869-873.
- Glick, I.D., Clarkin, J.F., Haas, G.L., e.a. (1991). A randomized clinical trial of inpatient family intervention. VI. Mediating variables and outcome. *Family Process*, 30, 85-99.
- Glick, I.D., Clarkin, J.F., Spencer, J.H., e.a. (1985). A controlled evaluation of inpatient family intervention. I. Preliminary results of the six-month follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 42, 882-886.
- Goldman, C.R. (1988). Towards a definition of psychoeducation. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 666-668.
- Haas, G.L., Glick, I.D., Clarkin, J.F., e.a. (1988). Inpatient family intervention: a randomized clinical trial. II. Results at hospital discharge. *Archives of General Psychiatry*, 45, 217-224.
- Honig, A., Hofman, A., Rozendaal, N., e.a. (1997). Psychoeducation in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Research*, 72, 17-22.
- Knoppert-van der Klein, E.A.M., Hoogduin, C.A.L., van Peski-Oosterbaan, A.S., e.a. (1997). Een standaardvoorlichtingsprogramma voor de lithiumbehandeling. Een replicatieonderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 240-248.
- Lam, D.H., Watkins, E.R., Hayward, P., e.a. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 145-152.
- Michalak, E.E., Yatham, L.N., Wan, D.D., e.a. (2005). Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 95-100.
- Miklowitz, D.J., George, E.L., Richards, J.A., e.a. (2003a). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 904-912.
- Miklowitz, D.J., Richards, J.A., George, E.L., e.a. (2003b). Integrated family and individual therapy for bipolar disorder: results of a treatment development study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 182-191.
- Miklowitz, D.J., Simoneau, T.L., George, E.L., e.a. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, 48, 582-592.
- Miklowitz, D.J., & Goldstein, M.J. (1997). *Bipolar disorder. A family-focused treatment approach*. New York: The Guilford Press.
- Miklowitz, D.J., George, E.L., Axelson, D.A., e.a. (2004). Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82, S113-S128.
- Miller, I.W., Solomon, D.A., Ryan, C.E., e.a. (2004a). Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? *Journal of Affective Disorders*, 82, 431-36.
- Miller, I.W., Uebelacker, L.A., Keitner, e.a. (2004b). Longitudinal course of bipolar I disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 431-40.
- Newman, C.F., Leahy, R.L., Beck, A.T., e.a. (2002). *Bipolar disorder. A cognitive therapy approach*. Washington DC: American Psychological Association.
- Nolen, W.A., Knoppert-van der Klein, E.A.M., Honig, A., e.a. (2001). *Richtlijn bipolaire stoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Peet, M., & Harvey, N.S. (1991). Lithium maintenance: 1. a standard education programme for patients. *The British Journal of Psychiatry*, 158, 197-200.
- Perry, A., Tarrier, N., Morris, R., e.a. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*, 318, 149-153.
- Rea, M.M., Tompson, M.C., Miklowitz, D.J., e.a. (2003). Family-focused

treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 482-492.

- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., e.a. (2004). Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 312-19.
- Sienaert, P., & De Fruyt, J. (2007). Patiënteninformatie en psycho-educatie inzake bipolaire stoornis. In A.H. Schene, F. Boer, J.P.C. Jaspers, B. Sabbe, & J. van Weeghel, (Red.), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2007-2008* (pp. 115-134). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Simon, G.E., Ludman, E.J., Unutzer, J., e.a. (2005). Randomized trial of a population-based care program for people with bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 35, 13-24.
- Simoneau, T.L., Miklowitz, D.J., Richards, J.A., e.a. (1999). Bipolar disorder and family communication: effects of a psychoeducational treatment program. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 588-597.
- Spencer, J.H. Jr, Glick, I.D., Haas, G.L., e.a. (1988). A randomized clinical trial of inpatient family intervention. III: Effects at 6-month

and 18-month follow-ups. *The American Journal of Psychiatry*, 145, 1115-1121.

#### AUTEURS

P. SIENAERT is psychiater-psychotherapeut bij de Opnamedienst Stemmingsstoornissen en Dienst ECT, Universitair Psychiatrisch Centrum, Katholieke Universiteit Leuven, campus Kortenberg.

J. DE FRUYT is psychiater-psychotherapeut bij de Eenheid voor Psychiatrische Spoed Interventie en Angst- en Depressieraadpleging, Dienst Psychiatrie-Psychosomatiek, AZ Sint-Jan AV, Brugge.

Correspondentieadres: P. Sienaert, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg (België).

E-mail: pascal.sienaert@uc-kortenberg.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-10-2007.

#### SUMMARY

Psychoeducation in the treatment of bipolar disorder – P. Sienaert, J. De Fruyt –

**BACKGROUND** There is a increasing interest in psychosocial treatment strategies for bipolar disorder. An essential ingredient of various psychosocial treatment models is psychoeducation (PE), which can also be used on its own as a psychotherapeutic strategy.

**AIM** To search the literature systematically in order to discover the efficacy of PE for the treatment of bipolar disorder.

**METHOD** Medline was searched using MeSH-terms ‘bipolar disorder’, ‘psychotherapy’ and ‘patient education’, and the search term ‘psychoeducation’.

**RESULTS** Thirty-four trials on psychoeducation for bipolar patients were found. The studies showed that PE can widen the patient’s knowledge about the disorder and its treatment, and increase compliance and prevent relapse when offered to patients in remission.

**CONCLUSION** PE should be part of the standard treatment for patients with bipolar disorder. Further study should reveal in which phase of the disease, for which subgroup of patients and under what circumstances PE can best be offered.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)8, 509-518]

**KEYWORDS** bipolar disorder, psychoeducation, psychotherapy