

Behandelprogramma

Stemmingsstoornissen

GGZ 's-Hertogenbosch
Afdeling Ambulante Psychiatrie
Team 2 stemmingsstoornissen
Maart 2003

INHOUDSOPGAVE

1.	Doelgroep algemene beschouwing.	Blz. 4
	1.1 Wat zijn stemmingsstoornissen	
	1.2 Wat zijn de gevolgen	
	1.3 Seksespecifieke aspecten	
	1.4 Allochtonen, migranten	
	1.5 Prevalentie	
	1.6 Beloop en gevolgen	
2.	Doelgroep en diagnostiek.	Blz. 7
	2.1 Diagnostische indeling van stemmingsstoornissen	
	2.2 Specifieke classificatie	
	2.3 Differentiële diagnose en comorbiditeit	
3.	Doelgroep en 1 ^e lijn	Blz. 11
4.	Diagnostiek.	Blz. 12
	4.1 Psychiatrische diagnostiek	
	4.2 Psychodiagnostiek	
	4.3 Somatische diagnostiek	
	4.4 Sociaal onderzoek	
	4.5 Systeem onderzoek	
5.	Hulpvraag	Blz. 16
	5.1 Cliënt en diens omgeving	
	5.2 Psycho-educatie	
6.	Doelstellingen	Blz. 18
7.	Behandelaanbod	Blz. 19
	7.1 Ambulante behandeling	
	7.1.1 ambulante behandeling unipolaire depressie	
	7.1.2 ambulante behandeling bipolaire stoornissen	Blz. 20
	7.1.3 therapie: de verschillende mogelijkheden	Blz. 21
	7.1.4 biologische behandeling	Blz. 23
	7.1.5 intensieve ambulante behandeling	
	7.2 Deeltijdbehandeling	Blz. 24
	7.2.1 ambulante deeltijd behandeling vanuit Ambulante Psychiatrie	
	7.2.2 opname voorkomende - of vervangende deeltijdbehandeling (OVDB) vanuit Acute Psychiatrie	
	7.3 Klinische opname	Blz. 25
	7.3.1 Klinische opname PAAZ Jeroen Bosch ziekenhuis	
	7.3.2 Klinische opname binnen de afdeling Acute Psychiatrie	
	7.3.3 Gespecialiseerde klinische behandeling: ECT	Blz. 26
8.	Preventie	Blz. 27

9.	Bijlagen	
	9.1 Bijzondere aandachtspunten.	Blz. 28
	9.2 Allochtonen	Blz. 29
	9.3 Groepsbehandeling	Blz. 31
	9.4 Crisis opvang	Blz. 32
	9.5 Het noodplan in 10 stappen	Blz. 34
	9.6 Informatie en voorlichting	Blz. 36
	9.7 Behandelgroepen van het behandelhuis	Blz. 36
	9.8 Beslisboom	Blz. 38

Inleiding

Als behandelaars van het team stemmingsstoornissen hebben wij het genoegen u ons behandelprogramma stemmingsstoornissen aan te bieden.

Wij willen graag toelichten vanuit welke visie wij werken en welke uitgangspunten wij bij ons behandelprogramma hanteren. Ons behandelprogramma richt zich op het behandelen van complexe psychiatrische en psychosociale hulpvragen van volwassenen op het gebied van stemmingsstoornissen. Onze hulp is gericht op het herstel van het maatschappelijk functioneren van de cliënt waarbij deze zoveel mogelijk binnen zijn eigen leefomgeving blijft.

Dit betekent dat:

- wij zoveel mogelijk zullen samenwerken met de cliënt en diens familie, met huisartsen en andere maatschappelijke dienstverleners en met professionals binnen en buiten de GGZ
- we ernaar streven om de balans tussen draagkracht en draaglast te herstellen, waardoor de cliënt zo veel mogelijk zijn oorspronkelijke ambities kan vormgeven
- wij willen voorkomen dat (bepaalde groepen) cliënten in de samenleving worden gemarginaliseerd en uitgestoten.

In het contact met cliënten zullen wij op een respectvolle wijze, die aansluit bij de individuele hulpvraag van de cliënt, streven naar een gelijkwaardige hulpverleningsrelatie. De wederkerigheid van de relatie impliceert dat alle betrokkenen verantwoordelijkheid dragen voor de voortgang van het hulpverleningsproces.

Wij realiseren ons dat een behandelprogramma eigenlijk nooit af is, maar steeds voor verbetering vatbaar is en verder ontwikkeld kan worden. Van tijd tot tijd zullen wij dit behandelprogramma evalueren en bijstellen. Daarnaast ontvangen wij graag uw opmerkingen en suggesties. Wij willen graag recht doen aan het motto: Altijd samen werken.

Voor de uitwerking van dit behandelprogramma is gebruik gemaakt van het Zorgprogramma Stemmingsstoornissen van de GGZ Utrecht MWU versie 1.0. Aan de totstandkoming van het programma werkten mee:

B. Jansen, **klinisch psycholoog**

Mw. A. Landsbergen, **sociaal psychiatrisch verpleegkundige**

M. Nicolai, **psychiater**

Mw. M. Verhoeven, **klinisch psycholoog/psychotherapeut**

C. Visser, **klinisch psycholoog/psychotherapeut** (programmaleider)

R. Vonk, **psychiater**

K. Vringer, **sociaal psychiatrisch verpleegkundige**

S. de Wael, **psychiater** (voorzitter)

's-Hertogenbosch, maart 2003

1. DOELGROEP: Algemene Beschouwingen

1.1 Wat zijn stemmingsstoornissen?

Stemmingsstoornissen zijn stoornissen waarbij als belangrijkste kenmerk de stemming min of meer langdurig veranderd is: in de vorm van ernstige somberheid (depressie) of abnormaal verhoogde of geïrriteerde stemming (manie). Dit betekent overigens niet dat elke stemmingsverandering ook op een stemmingsstoornis wijst. Stemmingsveranderingen kunnen ook optreden als normale emotionele reacties op tegenslag of voorspoed. Hierbij horen respectievelijk verdriet en vreugde. Een belangrijk kenmerk van deze normale reacties is dat zij veelal vrij kort duren: enkele uren tot veelal niet meer dan enkele dagen. Bij een stemmingsstoornis is de verstoring van de stemming meer intensief en duurt het ook langer: tenminste enkele dagen tot weken, vaak zelfs maanden. Al met al zijn mensen met een stemmingsstoornis niet alleen gekenmerkt doordat ze erg somber of te opgewekt zijn, maar ook doordat ze somber of te opgewekt blijven.

Binnen de stemmingsstoornissen kunnen overigens diverse vormen onderscheiden worden, waaronder de depressieve stoornissen (ernstige depressies), de dysthyme stoornis (chronische 'beperkte' depressie) en de bipolaire stoornissen (naast depressieve episoden ook manische episoden)

Overigens gaat het bij stemmingsstoornissen niet om absolute maar om graduele verschillen ten opzichte van de normaliteit. Vaak is het moeilijk om uit te maken of een veranderde stemming een 'normale' emotionele reactie is of een symptoom van een depressie of een manie. Evenzeer is het vaak moeilijk om uit te maken of een lang aanhoudende somberheid of vrolijkheid nog normaal is, of wijst op een stemmingsstoornis. Ook normale reacties kunnen heel lang duren. Een duidelijk voorbeeld is de rouwreactie die kan ontstaan na het overlijden van een dierbare en die weken tot zelfs maanden kan duren zonder dat gesproken wordt van een depressie.

1.2. Wat zijn de gevolgen.

Mensen met een stemmingsstoornis lijden niet alleen aan hun depressie of manie, ook kan het grote gevolgen hebben voor hun functioneren in de maatschappij. Als mensen worden getroffen in de periode dat ze nog een opleiding volgen, kan dit leiden tot het niet kunnen afronden van de opleiding. Daarnaast kan het gevolgen hebben voor de verdere maatschappelijke carrière, zoals het niet kunnen krijgen of volhouden van een baan.

Ook de omgeving kan getroffen worden. Daarbij kan er sprake zijn van een wisselwerking, waarbij reacties in en vanuit de omgeving ook weer een effect hebben op de patiënt. Daarom is het belangrijk om aandacht te besteden aan het systeem (partner, kinderen en andere verwanten). Dit kan enerzijds gebeuren door het systeem in de behandeling te betrekken, anderzijds door aandacht te hebben voor de gevolgen van de stemmingsstoornis op het systeem.

Stemmingsstoornissen hebben ook grote economische gevolgen. Naast de (nodige) kosten voor de gezondheidszorg gaat het daarbij ook om andere grote bedragen, bijvoorbeeld door kosten van ziekteverzuim en WAO. Dit alles maakt het belang duidelijk van een effectieve en doelmatige behandeling die het liefst ook kosteneffectief is.

1.3. Seksespecifieke aspecten

In het voorkomen van stemmingsstoornissen, en in de gevolgen ervan, bestaan enkele grote verschillen tussen mannen en vrouwen. Zo hebben vrouwen in vergelijking met mannen een twee maal zo grote kans op een depressie. Dit geldt niet of in mindere mate voor de bipolaire stoornis. Voor de verschillen in prevalentie bestaat geen eenduidige verklaring. Enerzijds wordt verondersteld dat er een biologische (hormonaal bepaalde) factor meespeelt, daarnaast kunnen ook sociale factoren een rol spelen. Een ander aspect is dat vrouwen mogelijk makkelijker de symptomen bij zichzelf onderkennen. Mannen daarentegen neigen er vaker toe hun depressie te verhullen. Een ander verschil

tussen mannen en vrouwen is dat mannen relatief gezien een grotere kans hebben om zich tijdens een depressie te suïcideren.

Het is belangrijk om zowel in de diagnostiek als in de behandeling aandacht te hebben voor de (mogelijke) aanwezigheid van seksespecifieke thema's

Vrouwen

- De late gevolgen van mogelijke vroege traumatische gebeurtenissen (incest, mishandeling)
- Generationele aspecten (moeder-dochter relatie)
- De maatschappelijke positie (opleiding, beroep, combinatie werk en gezin)
- De kwaliteit van het systeem en het sociale netwerk
- De gevolgen voor de rol in het gezin en de huishouding
- De gevolgen voor werk en opleiding
- Medicijnverslaving (relatief meer bij vrouwen dan bij mannen)
- Eventuele behoefte aan een vrouwelijke of juist mannelijke hulpverlener
- Seksuele oriëntatie en seksualiteitsbeleving
- Menopauzale fase
- Subassertiviteit door socialisatieproces

Mannen

- Arbeidsgebonden problematiek
- Agressieproblematiek
- Mogelijk ouderschap (mishandeling, misbruik)
- Eenzaamheidsproblematiek (echtscheiding, ontbreken van sociaal netwerk)
- Positie als man (vader-zoon relatie, positie in vriendenkring)
- De maatschappelijke positie (verlies van status)
- De gevolgen voor werk en opleiding
- De gevolgen voor de rol in het gezin en de huishouding
- Alcoholverslaving (relatief meer bij mannen dan bij vrouwen)
- Eventuele behoefte aan een mannelijke of juist vrouwelijke hulpverlener
- Seksuele oriëntatie en seksualiteitsbeleving

1.4. Allochtonen en migranten

De groep allochtonen wordt gekenmerkt door relatief veel/vaak:

- Grote gezinnen met vaak complexe en gefaseerde gezinsherenigingen
- Lage sociaal-economische klasse met slechte huisvesting
- Laag opleidingsniveau, veel analfabetisme
- Werkloosheid en/of een uitkering
- Eigen netwerken met eigen omgangsregels
- Problemen met de Nederlandse taal
- Achterstelling en discriminatie
- Verlieservaringen

Hoe hoog de *prevalentie* is van stemmingsstoornissen onder allochtonen, en of er verschillen bestaan tussen de diverse groepen, is niet bekend. De indruk bestaat dat depressies veel voorkomen, maar dat ze zich ook vaak wat anders voordoen. Bipolaire stoornissen lijken relatief weinig voor te komen, althans er zijn relatief weinig allochtonen onder de bij de GGZ herkende patiënten met een bipolaire stoornis. Ook is er relatief vaak sprake van co-morbiditeit, bijvoorbeeld met angststoornissen.

1.5. Prevalentie

In het Nederlandse NEMESIS onderzoek bedraagt de *lifetime prevalentie* van stemmingsstoornissen bijna 19%, dat wil zeggen dat bijna één van elke vijf volwassen Nederlanders ooit een stemmingsstoornis heeft gehad. De lifetime-prevalentie van de bipolaire stoornis bedraagt 1,8%, wat

betekent dan één van elke tien personen met een depressie ook tenminste een keer (hypo)manisch is geweest.

De verdeling over mannen en vrouwen is verschillend. Terwijl depressies ongeveer twee keer zo vaak voorkomen bij vrouwen als bij mannen, is de verhouding voor de bipolaire stoornis ongeveer gelijk. Een eerste episode bij de bipolaire stoornissen ontstaat over het algemeen op wat jongere leeftijd (gemiddeld rond het 25^e levensjaar) dan bij de depressieve stoornissen (gemiddeld rond het 30^e levensjaar).

Landelijk zou 60% van de depressies door de huisarts worden herkend. Per jaar zou dat voor regio 's-Hertogenbosch 14.400 nieuwe gevallen zijn. Hiervan zou 20% worden doorverwezen. Voor de situatie in 's-Hertogenbosch zouden dit 2880 cliënten zijn.

1.6. Beloop en gevolgen

Het beloop van de stemmingsstoornissen wordt gekenmerkt door de grote kans op *recidieven*.

Betrouwbare cijfers ontbreken, maar van de patiënten met een depressie krijgt zeker de helft een recidief, terwijl dit percentage voor de bipolaire stoornis tenminste 80% bedraagt. Bij de bipolaire stoornissen ligt het gemiddeld aantal recidieven rond de 10, terwijl bij 10-15% sprake is van een rapid cycling beloop, dat wil zeggen tenminste vier episoden per jaar. Tussen de episoden door kan sprake zijn van een volledig of partieel herstel maar een aanzienlijk aantal patiënten vertoont een min of meer *chronisch beloop*. Voor de depressieve stoornissen bedraagt dit zo'n 15-20%, voor de bipolaire stoornissen iets lager (10-15%).

De *gevolgen* van het hebben van een stemmingsstoornis zijn aanzienlijk. De kans dat iemand met een stemmingsstoornis zich suïcideert bedraagt zo'n 15-20%. Dit geldt zowel voor de unipolaire stoornissen (depressies) als voor de bipolaire stoornissen. Daarnaast zijn ook de sociale gevolgen aanzienlijk: een lager beroepsniveau dan men op grond van het opleidingsniveau zou mogen verwachten (als de opleiding al is afgerond), minder vaak een vaste relatie en hogere medische kosten, ook bij somatische artsen. In termen van kwaliteit van leven zijn stemmingsstoornissen tenminste even invaliderend als vele chronische lichamelijke aandoeningen.

2. DOELGROEP EN DIAGNOSTIEK

2.1. Diagnostische indeling van stemmingsstoornissen.

Stemmingsstoornissen kunnen verschillende vormen aannemen: unipolaire depressies en bipolaire stoornissen. Het behandelprogramma stemmingsstoornissen is primair voor patiënten/cliënten met deze stoornissen bedoeld. Daarbij geldt wel dat de stemmingsstoornis de hoofddiagnose, dan wel - tenminste tijdelijk - het primaire aandachtspunt in de behandeling dient te zijn.

Unipolaire depressies

Het *deel-behandelprogramma (unipolaire) depressies* is bedoeld voor mensen met depressies die door hun depressies in hun functioneren ernstig beperkt worden. Daaronder vallen primair

- De depressieve stoornis en de dysthyme stoornis.
- Depressie niet anders omschreven (NAO) (waaronder de depressie in het beloop van schizofrenie): maar alleen als deze gepaard gaat met ernstig disfunctioneren. Overigens hoeft niet elke patiënt met een depressie ook daadwerkelijk binnen het behandelprogramma behandeld te worden. In het stepped care model is een belangrijke rol in de behandeling van patiënten met depressies weggelegd voor de *huisarts*. Alleen de patiënten met meer ernstige, chronische, recidiverende en therapieresistente depressies komen in aanmerking voor het behandelprogramma.

Bipolaire stoornissen

Het *deel-behandelprogramma bipolaire (manisch-depressieve) stoornissen* is bedoeld voor alle bipolaire stoornissen, die zich overigens op diverse manieren kunnen uiten in manische, hypomanische, gemengde en depressieve episoden. Dit betreft de bipolaire I stoornis, de bipolaire II

stoornis. Een bipolaire stoornis als hoofdproblematiek bij een comorbide somatische stoornis (d.w.z. wanneer er gelijktijdig ook sprake is van een lichamelijke ziekte) .De cyclothyme stoornis: alleen als deze gepaard gaat met ernstig disfunctioneren en de bipolaire stoornis NAO: alleen als deze gepaard gaat met ernstig disfunctioneren

Stemmingsstoornissen door een lichamelijke aandoening

Wanneer een stemmingsstoornis voorkomt als psychiatrische hoofdproblematiek bij een (comorbide) somatische stoornis, kan het zinvol zijn deze binnen het behandelprogramma te behandelen, met name wanneer sprake is van ernstig disfunctioneren.

Aanpassingsstoornissen

De aanpassingsstoornissen met een depressieve stemming, met angst en met een gemengd angstige en depressieve stemming betreffen stoornissen die niet voldoen aan de criteria van een specifieke stemmingsstoornis. Zij ontstaan als een reactie op een herkenbare stressfactor, en gaan na verdwijnen van de stressor binnen zes maanden weer over. Deze patiënten kunnen binnen de eerste lijn behandeld worden.

2.2. Specifieke classificatie

Unipolaire depressies

De meest kenmerkende vorm van depressie is de *depressieve stoornis* (major depression), een syndroom dat zich op vele verschillende manieren kan voordoen.

Er is sprake van een depressieve stoornis als een patiënt gedurende tenminste twee weken last heeft van tenminste vijf van de volgende negen symptomen:

- Sombere stemming; *en/of*
- Vermindering van interesse of plezier; *alsmede*
- Verminderde of toegenomen eetlust en/of gewicht;
- Slaapproblemen;
- Psychomotore onrust of remming;
- Moeheid of energieverlies;
- Gevoelens van waardeloosheid of schuld;
- Problemen met nadenken of concentreren;
- Doods- of suicide gedachten

Daarbij dienen de klachten gepaard te gaan met subjectief lijden of verminderd functioneren. Ook mogen de klachten niet toe te schrijven zijn aan een rouwproces. In het laatste geval mag, conform de DSM-IV, pas van een depressie worden gesproken als de symptomen langer dan twee maanden aanhouden of buitensporig ernstig zijn (bijvoorbeeld gepaard gaan met ernstige functionele beperkingen, suïcide gedachten, psychomotore remming of psychotische symptomen).

Een depressieve stoornis kan beperkt blijven tot een *eenmalige depressieve episode*. Meestal echter treden, na aanvankelijk herstel, één of meer recidieven op. In dergelijke gevallen spreken we van een *recidiverende depressie*.

Naast de depressieve stoornis komen ook unipolaire depressieve syndromen voor waarbij niet tenminste vijf van de hiervoor genoemde symptomen aanwezig zijn, maar bijvoorbeeld drie of vier. In dergelijke gevallen kan sprake zijn van een *beperkte depressie* (minor depression) met een duur van tenminste twee weken, of van een *dysthyme stoornis* met een duur van tenminste twee jaar, met hooguit enkele maanden min of meer zonder depressieve symptomen.

Bipolaire stoornissen

Depressieve episoden kunnen ook worden afgewisseld met (hypo)manische episoden. Tijdens een (hypo)manie is de stemming verhoogd of prikkelbaar en dienen tenminste drie (of vier bij alleen geprikkelde stemming) van de volgende symptomen aanwezig zijn:

- Verhoogd gevoel van eigenwaarde
- Afgenomen behoefte aan slaap
- Toegenomen spraak
- Gedachtenvlucht
- Verhoogde afleidbaarheid
- Toegenomen activiteit
- Onverantwoorde activiteiten

In dergelijke gevallen luidt de diagnose bipolaire stoornis (manisch-depressieve stoornis).

Bij één of meer manische episoden, gekenmerkt door het feit dat er ernstige psychosociale gevolgen waren en/of een opname nodig was, is sprake van een *bipolaire I stoornis*; wanneer naast depressies alleen maar mild verlopende hypomanieën zijn voorgekomen, van een *bipolaire II stoornis*. Bij alleen hypomanieën en beperkte depressies, gedurende tenminste twee jaar, wordt gesproken van een *cyclothyme stoornis*.

2.3. Differentiële diagnose en co-morbiditeit.

Bij veel patiënten met een stemmingsstoornis kan het moeilijk zijn om vast te stellen of er daadwerkelijk sprake is van een stemmingsstoornis. Met name kan dit moeilijk zijn wanneer bij het depressieve of manische syndroom symptomen voorkomen die ook kunnen passen bij een stoornis uit een andere categorie.

Zo kunnen *psychotische symptomen* voorkomen bij een depressie of manie, maar ook wijzen op een primaire psychotische stoornis, zoals schizofrenie. In de praktijk kan het dan moeilijk zijn om uit te maken of er sprake is van een primaire stemmingsstoornis met psychotische kenmerken of een depressie (of bipolaire stoornis) NAO in het kader van bijvoorbeeld schizofrenie. Wanneer dit ondanks anamnese en psychiatrisch onderzoek toch niet mogelijk is, wordt gesproken van een *schizo-affectieve stoornis*, een diagnose die overigens niet betrouwbaar te stellen valt. Over het algemeen zal het beloop op lange termijn duidelijk maken of vooral aan een stemmingsstoornis of vooral aan een psychotische stoornis moet worden gedacht.

Andere as I stoornissen die vaak moeilijk zijn te differentiëren van de stemmingsstoornissen, met name van de unipolaire depressies, zijn de *angststoornissen* en de *somatoforme stoornissen*.

Wat betreft as II stoornissen kan het moeilijk zijn om bipolaire stoornissen te onderscheiden van cluster B persoonlijkheidsstoornissen (met name de *borderline persoonlijkheidsstoornis*) en unipolaire depressies van cluster C persoonlijkheidsstoornissen.

Een stemmingsstoornis kan ook *tegelijkertijd met een andere psychiatrische stoornis* voorkomen.

Soms lijkt de stemmingsstoornis dan secundair te zijn aan een andere primaire (onderliggende) psychiatrische stoornis, zoals het geval kan zijn bij de combinatie van schizofrenie met een depressie NAO. Depressies kunnen echter ook naast andere psychiatrische stoornissen voorkomen zonder dat duidelijk is wat primair en secundair is; in dergelijke gevallen spreekt men wel van *co-morbiditeit*.

Veel patiënten met een depressie voldoen tegelijkertijd aan de criteria van een andere DSM-IV stoornis op as I, zoals bijvoorbeeld angststoornissen (paniekstoornis, fobie, obsessieve compulsieve stoornis en met name gegeneraliseerde angststoornis) en somatoforme stoornissen. Hierbij is het over het algemeen moeilijk uit te maken of er sprake is van twee verschillende stoornissen of dat beide stoornissen een gemeenschappelijke basis hebben. De DSM-IV sluit in elk geval de ene stoornis bij de aanwezigheid van een andere stoornis hiërarchisch niet uit, met uitzondering van depressies in het beloop van schizofrenie (deze worden dan depressies NAO genoemd)

Stemmingsstoornissen gaan ook vaak samen met *stoornissen in het gebruik van middelen*. Veel depressieve patiënten zoeken verlichting van de klachten in alcoholgebruik en veel manische patiënten misbruiken alcohol of drugs. Dit kan leiden tot complicerende stoornissen in het gebruik van deze middelen zoals intoxicaties, afhankelijkheid en ontwenningssyndromen. Omgekeerd ontwikkelen veel alcoholisten en drugsverslaafden depressies, en kunnen bij het gebruik van diverse drugs zoals amfetaminen en cocaïne maniforme syndromen met weinig slapen en ontremming ontstaan.

Naast as I stoornissen gaan stemmingsstoornissen vaak gepaard met *persoonlijkheidsstoornissen*. Veelal is het moeilijk, zo niet onmogelijk uit te maken of daarbij sprake is van een (premorbid) persoonlijkheidsstoornis die mede de kwetsbaarheid bepaalt, óf dat de ogenschijnlijke kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis bepaald worden door de actuele depressie of manie, óf dat het doormaken van veel episoden tot een persoonlijkheidsverandering heeft geleid. Toch is dit onderscheid belangrijk omdat informatie hierover zicht kan bieden op het potentiële niveau dat wel of niet behaald kan worden na herstel van een depressie of manie. Een anamnese en vooral heteroanamnese, gericht op het functioneren voor de eerste episode van de stemmingsstoornis, kan hierbij helpen.

Over het algemeen zijn patiënten met zowel een stemmingsstoornis als een co-morbide stoornis op as I of as II moeilijker te behandelen. In de behandeling is het daarom van belang met deze co-morbide stoornissen rekening te houden: door de behandeling aan te passen. Zo kan een depressie die gepaard gaat met een angststoornis wat betreft medicatie het beste behandeld worden met antidepressiva die aangrijpen via het serotonine systeem, bijvoorbeeld selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's). Daarnaast biedt een paniekstoornis of een obsessieve compulsieve stoornis een goed uitgangspunt voor een gedragstherapeutische of cognitieve aanpak.

Bij mensen met co-morbide stoornissen kan ook de vraag gesteld worden tot welk behandelprogramma zij gerekend worden. Uitgangspunt daarbij is welke stoornis hoofddiagnose vormt, dan wel - tenminste tijdelijk - het primaire aandachtspunt in de behandeling.

3. DOELGROEP EN 1^E LIJN.

Lang niet elke cliënt met een stemmingsstoornis zal binnen het behandelprogramma behandeld worden.

Van de mensen met *unipolaire depressies* wordt jaarlijks zo'n 10% naar de GGZ verwezen. Bij een herkenning van 50-70% van alle depressies door de huisarts betekent dit dat 40-60% van alle mensen met depressies in de eerste lijn behandeld wordt. Het merendeel van de mensen met depressies wordt dus alleen door de huisarts gezien en behandeld, waarbij naast enkele gesprekken (*counseling, voorlichting, eventueel ook met een eerstelijns psycholoog*) en zo nodig met *maatschappelijke hulp (veelal via het Algemeen Maatschappelijk Werk)* ook antidepressiva kunnen worden toegepast, al dan niet in combinatie met een anxiolyticum of hypnoticum. Het is bekend dat met deze behandelingen door de huisarts het merendeel van de patiënten na enige maanden weer van zijn depressie af is. Alleen de patiënten met meer ernstige, chronische en therapieresistente depressies komen in het behandelprogramma van de GGZ. In principe vallen alle patiënten met een bipolaire stoornis binnen het behandelprogramma. Alleen als er sprake is van volledige stabiliteit kan het verantwoord zijn dat de behandeling in de eerste lijn plaatsvindt. Patiënten met aanpassingsstoornissen kunnen over het algemeen goed in de eerste lijn behandeld worden.

3.1 Diagnose, advies en consultatie.

Het is vooralsnog niet de bedoeling van het programma stemmingsstoornissen om meer mensen vanwege depressies doorverwezen te krijgen. Wel dient service aan de eerste lijn verleend te worden door o.a. ruime mogelijkheden voor *diagnostiek, advies en consultatie (DAC)*. Hierbij kunnen de volgende vragen spelen:

- Kan de cliënt na diagnostiek en/of consultatie met een advies terug naar de huisarts?
- Hoort deze patiënt 'thuis' in de GGZ, of bij een vrijgevestigd psychiater of vrijgevestigd psychotherapeut of 1^e lijns psycholoog?
- Hoort deze patiënt bij een andere instelling (bijvoorbeeld algemeen maatschappelijk werk) of bij een gespecialiseerde instelling buiten de GGZ (bijvoorbeeld verslavingszorg, forensische psychiatrie, e.d.)?

Voor mensen met *bipolaire stoornissen*, zowel de bipolaire I en bipolaire II stoornis, geldt dat er eigenlijk altijd een indicatie bestaat tot doorverwijzing naar de GGZ.

- In elk geval voor nadere *diagnostiek en advisering*, bijvoorbeeld over instelling op een stemmingsstabilisator
- Als de diagnose bevestigd en een behandeling ingesteld wordt, zal de *behandeling* plaatsvinden binnen het deel-behandelprogramma.
- Slechts wanneer de stoornis helemaal stabiel is én er geen sprake is van disfunctioneren, kan de huisarts de verantwoordelijkheid voor de behandeling terugnemen. Wel lijkt het verstandig betrokkene dan toch op geregelde tijden, bijvoorbeeld eens per twee tot drie jaar, voor een *tussentijdse evaluatie* naar het behandelprogramma te verwijzen.

4. DIAGNOSTIEK

4.1. Psychiatrische diagnostiek.

Ten behoeve van een goede diagnostische inschatting vindt inventarisatie plaats van de aard, ernst, duur en beloop van de klachten. Daarbij zijn de volgende aspecten van belang :

- Auto-anamnese
- Ziektegeschiedenis
- Behandelgeschiedenis
- Biografie
- Intoxicaties
- Hetero-anamnese zowel bij uni als bipolaire stoornissen indien mogelijk.

Aandachtspunten bij de diagnostiek van unipolaire depressie en van bipolaire stoornissen worden hieronder weergegeven.

Unipolaire depressie

Bij patiënten met een depressie dient in de **diagnostiek** speciaal aandacht te worden besteed aan:

- Eventuele eerdere (hypo)manische episoden, daar dit consequenties heeft voor de behandeling (wel of geen stemmingsstabilisator)
- Daarbij is het belangrijk hiermee ook in het beloop rekening te houden, zeker wanneer de vorige depressie enige tijd geleden is en de patiënt tussendoor niet gezien is
- Speciale aandacht dient er te zijn voor eventuele suïcidaliteit. Belangrijk hierbij is te letten op factoren die het risico op een (geslaagde) suïcide kunnen voorspellen
- Aanwezigheid van suïcide of homocide gedachten, plannen of handelingen (voorbereidingen, brieven e.d.)
- Beschikbaarheid over of toegankelijkheid tot suïcidemethoden of -middelen (bijvoorbeeld medicijnen)
- Eventuele eerdere (met name serieuze) suïcidepogingen
- Familiegeschiedenis betreffende suïcides
- Aanwezigheid van psychotische verschijnselen (bevelshallucinaties) of grote angst
- Ernstige gevoelens van hopeloosheid
- Recent belangrijk verlies
- Psychiatrische co-morbiditeit: angststoornissen, middelenmisbruik, persoonlijkheidsstoornissen.
- De ernst van de depressie dient vanaf aanvang van behandeling en later op geregelde tijden te worden geobjectiveerd met een meetinstrument nl. de Beck depression inventory scale (BDI).

Bipolaire stoornissen

Bij patiënten met een bipolaire stoornis is het van belang het beloop in kaart te brengen. Hiertoe wordt de lijst: "hoe voel ik me vandaag" het meest geschikt geacht.

Aanbevolen wordt de voorgeschiedenis onder andere met betrekking tot een heteroanamnese in kaart te brengen. Van belang is inzicht te krijgen in de hoeveelheid stemmingsstoornissen per tijdseenheid, bijvoorbeeld een jaar., en de medicatie die werd voorgeschreven: Hiervoor kan de zogenaamde life-chart gebruikt worden.

- Voor de ernst van de depressieve episoden kan ook gebruik gemaakt worden van hetzelfde meetinstrumenten als bij de unipolaire depressie.
- Voor het meten van de ernst van de manische episoden worden twee schalen aanbevolen
 - YMRS: Young Mania Rating Scale
 - BRMAS: Beck Rafaelsen Mania Rating Scale.

4.2. Psychodiagnostiek.

Een psychodiagnostisch onderzoek kan van nut zijn voor nadere diagnostiek (bij twijfel over de diagnose, ter inventarisering van klachten en het meten van de ernst van symptomen; bij onvoldoende resultaat van een behandeling); voor persoonlijkheidsonderzoek (bij twijfel over persoonlijkheidspathologie en bij de indicatiestelling voor een meer langdurende psychotherapie) en voor onderzoek naar eventuele psycho-organische stoornissen.

Klachteninventarisatie en diagnostiek

Een inventarisatie van klachten, die ook informatie kan geven over eventuele co-morbide klachten. De SLC-90 wordt aanbevolen indien de anamnese onvoldoende aanknopingspunten geeft. Voor het inschatten van de E.E. Expressed Emotions bij de partner of andere belangrijke anderen wordt het Four Minute Interview aanbevolen.

Persoonlijkheidsonderzoek

Op indicatie (bij twijfel over een persoonlijkheidspathologie/-stoornis): screenend onderzoek naar eventuele persoonlijkheidspathologie door een klinisch psycholoog met behulp van psychodiagnostisch onderzoek.

Cognitief functioneren

Op indicatie (bij instelling op lithium; bij klachten over geheugen, concentreren e.d.):

CFQ (Cognitive Functioning Questionnaire).

- Een zelfinvullijst om de subjectieve last van eventueel verminderd cognitief functioneren te meten en met name te vervolgen. Van de CFQ zijn normgegevens beschikbaar

Op indicatie (bij screening op cognitief verval zoals bij geheugenproblemen):

MMSE (Minimal Mental State Examination).

- De MMSE dient vooral als een screeningsinstrument voor cognitief verval, af te nemen door een arts of psycholoog. Elke afwijking van de hoogste score kan aanleiding zijn tot een uitgebreider neuropsychologisch vervolgonderzoek door een klinisch psycholoog.

4.3. Somatische diagnostiek

Bij ongeveer een kwart van de patiënten met een stemmingsstoornis kan een co-morbide somatische aandoening worden vastgesteld. Daarbij komt dat depressies vaak gepaard gaan met lichamelijke klachten en verschijnselen, waaronder diverse vitale kenmerken. Onduidelijk hierbij is hoe vaak somatische aandoeningen de enige of belangrijkste oorzaak zijn van de stemmingsstoornis. Is dat echter het geval, dan dient de onderliggende somatische stoornis wel te worden behandeld. Om deze reden is het aangewezen bij elke patiënt alert te blijven op het bestaan van een eventuele somatische aandoening en hiernaar diagnostiek te verrichten, tenminste in de vorm van een somatische anamnese.

Indicaties: bij elke eerste episode van een depressie of (hypo)manie dient een organische factor te worden uitgesloten. Dit geldt met name wanneer de eerste episode zich op latere leeftijd openbaart, dat wil zeggen na het 50^e levensjaar, en bij een negatieve familieanamnese

Standaard dient een *somatische anamnese* plaats te vinden. Indien dit afwijkingen toont dan is nader lichamelijk onderzoek aangewezen. (Nota bene: ook ogenschijnlijke vitale kenmerken dienen in principe als een somatische afwijking te worden beschouwd)

In de somatische anamnese dient ook gevraagd te worden naar het gebruik van *geneesmiddelen* die een depressie of manie kunnen veroorzaken.

- Op indicatie een lichamelijk onderzoek:* in elk geval bij een eerste episode na het 40^e jaar en bij therapieresistentie
- Routine laboratorium onderzoek* wordt zeker bij ernstige depressies met vitale kenmerken aanbevolen
- Aanvullend onderzoek* op indicatie met name in overleg met huisarts, consulterend internist en/of neuroloog.

Enkele lichamelijke aandoeningen waarbij depressie als syndroom kan optreden

- Maligne aandoeningen, hersenmetastasen
- Neurologische aandoeningen (CVA, MS en ziekte van Parkinson)
- Endocrinologische aandoeningen (bijnier, schildklier)
- Systeemziekten (SLE, reuma)
- Infecties (ziekte van Pfeiffer, influenza, hepatitis en AIDS)
- Metabole stoornissen (hyponatriëmie)
- Deficiënties (vitamine B, C, ijzer, eiwit, zink)

Enkele lichamelijke aandoeningen waarbij manie als syndroom kan optreden

- Maligne aandoeningen, hersenmetastasen
- Endocrinologische aandoeningen (bijnier, schildklier)
- Multiple sclerose

Diverse medicijnen die mogelijk tot depressies kunnen leiden

- Antihypertensiva, met name alpha-methyldopa en reserpine
- Clonidine
- Digoxine
- β -Blokkeers
- Cholesterolverlagers
- Geslachtshormonen: oestrogenen, prostagenen
- Corticosteroïden
- Cytostatica: vincristine
- Antiparkinsonmiddelen: levodopa, amantadine
- Antipsychotica
- Sedativa/Hypnotica

Diverse medicijnen die mogelijk tot manieën kunnen leiden

- Corticosteroïden
- Antiparkinsonmiddelen: levodopa, amantadine
- Antidepressiva
- Stimulantia: methylfenidaat, amfetaminen

4.4. Sociaal onderzoek.

Doel van de sociale diagnostiek is het in kaart brengen van de sociale aspecten van het SSKK-model (oftewel Steun Stress Kracht en Kwetsbaarheidmodel). Hierbij kan de sociale omgeving ruim worden opgevat: familie, wonen, werken, vrienden, vrije tijd, religie enz. Ook het in kaart brengen van sociale beperkingen is van belang, omdat er op het gebied van maatschappelijk functioneren vaak grote verliezen worden geleden (b.v. van werk of relatie) of anderszins problemen kunnen bestaan.

Met steun en stress worden situationele factoren bedoeld die vanuit de omgeving en levensomstandigheden van de patiënt hun invloed uitoefenen op de symptomatologie. Met kracht en kwetsbaarheid worden individuele persoonskenmerkende factoren bedoeld. Kracht en steun zijn gezondheidsbevorderende factoren: kwetsbaarheid en stress hebben veelal een negatieve invloed. In de praktijk is sprake van een wisselwerking.

Alle factoren werken op elkaar in en leiden tot psychiatrische symptomen en sociaal disfunctioneren, die op hun beurt weer inwerken op steun, stress, kracht en kwetsbaarheid.

Voor de sociale diagnostiek is het van belang in te gaan op de biografie gericht op betekenis en gevolgen van ziekte in het leven van de patiënt en eventueel de hetero-anamnese. Hieraan kan een netwerkonderzoek en/of een huisbezoek worden toegevoegd.

Het uitvoeren van een *huisbezoek* kan van grote waarde zijn. Belangrijke redenen zijn:

- Verbetering van de vertrouwensband en tevens de mogelijkheid om op natuurlijke wijze zo breed mogelijk contact te leggen met het gezin. In allochtone gezinnen kan zo ook kennis worden gemaakt met een veelal thuisblijvend deel van het netwerk.
- Met het huisbezoek wordt goed duidelijk welke andere hulpbronnen het meest adequaat aan te boren zijn (bijvoorbeeld contacten in de buurt).

4.5. Systeemonderzoek.

Een stemmingsstoornis heeft door de symptomatologie, het beloop, de behandeling en de maatschappelijke gevolgen grote invloed op de systeemleden van de patiënt en dit geldt ook andersom. In het onderzoek dienen de volgende factoren te worden onderzocht:

- Wat zijn de gevolgen voor het systeem: voor partner, kinderen en andere verwanten? Bijvoorbeeld: hoe gaat het thuis, bij de partner op het werk, met de kinderen op school, enz.
- Welke invloed heeft het systeem op de patiënt in positieve of negatieve zin (Expressed Emotion E.E.).
- Hoe zien de gezins- en communicatiepatronen eruit en welke kunnen een focus zijn voor behandeling?

5. HULPVRAAG

5.1. De patiënt en diens omgeving.

De aanmelding kan komen van de patiënt maar ook van anderen.

Bij *depressies* is vaak sprake van een subjectief lijden, waarvoor de *patiënt zelf* hulp zoekt. Sommige patiënten met depressies melden zich overigens niet zelf. Redenen hiervoor kunnen zijn het niet zelf onderkennen van de depressie, schaamte- of schuldgevoelens, het idee dat een depressie geen ziekte is (maar een teken van zwakte), of onvoldoende vertrouwen in de mogelijkheden van de hulpverlening (al dan niet op basis van psychotische kenmerken bij de depressie). In dergelijke situaties is het de *omgeving*, bijvoorbeeld de partner, die als eerste hulp vraagt. Dit betekent echter nog niet dat elke patiënt met een depressie zich ook daadwerkelijk vanwege zijn depressie bij de hulpverlener meldt. Wanneer lichamelijke klachten op de voorgrond staan richt de hulpvraag zich vaak tot de huisarts of tot een somatisch specialist, waarbij het bestaan van een depressie soms niet wordt herkend. Bij een vermoeden van een depressie kan dan verwijzing naar de GGZ plaatsvinden voor nadere diagnostiek en advisering.

Bij de *bipolaire stoornis* kan het ook de *patiënt* zijn die hulp zoekt, en dan meestal vanwege een depressie. Tijdens een manie ziet de patiënt echter vaak zelf niet in waarom hij hulp zou vragen en is het vaak juist de omgeving die hulp zoekt: *partner, andere familie of zelfs politie*. Een hypomanie geldt vaak niet als aanleiding om hulp te zoeken, omdat er geen sprake is van disfunctioneren in de mate dat de patiënt of de omgeving daar schade van ondervinden.

Uitgangspunt in de behandeling is dat deze plaats vindt op basis van een behandelingsplan en dat de patiënt op basis van informatie instemt (informed consent) met uitvoering van dit behandelingsplan. Met spreekt dan van een behandelingsovereenkomst. Wettelijk is dit geregeld via de wet WGBO. Bij opgenomen patiënten heeft het de voorkeur dat de behandelingsovereenkomst door zowel patiënt als verantwoordelijk behandelaar (veelal de arts) wordt ondertekend; bij ambulante behandelde patiënten gebeurt het veelal op basis van een mondelinge overeenstemming.

Een belangrijk aspect bij het opstellen van een behandelingsplan is dat rekening wordt gehouden met wensen en voorkeuren van de patiënt.

Het resultaat van een behandeling is niet alleen afhankelijk van de werkzaamheid zoals in wetenschappelijk onderzoek vastgesteld, maar ook van de vraag of deze behandeling wel of niet aansluit bij de wens van de patiënt.

De expertise van de hulpverlener op het gebied van behandelmogelijkheden moet worden ingebracht. Wat kan hier behandeld worden? Uitgangspunt is dat de cliënt in principe uneducated is en dat na voorlichting de primaire hulpvraag omgezet wordt in een secundaire hulpvraag. Dit gebeurt via onderhandeling. De vraag naar de hulpvraag van de verwijzer dient hierbij meegenomen te worden. Bij de hulpvraag hoort psycho-educatie en voorlichting (informatiemateriaal).

5.2. Psycho-educatie.

Depressies en bipolaire stoornissen zijn complexe aandoeningen met vele verschillende oorzaken, verschijnselen en een wisselend beloop, die vaak niet goed door de patiënt en zijn/haar omgeving wordt begrepen. Ook kan er sprake zijn van gevoelens van machteloosheid en het idee geen controle te hebben over het eigen leven. Het is daarom noodzakelijk dat de patiënt én zijn omgeving, zoals partner en/of kinderen over voldoende kennis beschikt. Daarnaast kunnen praktische adviezen (over activiteiten, slaap/waak ritme, ontspanning en beweging, recreatie, ontspanningsoefeningen, voeding en gebruik van alcohol en drugs) helpen om de patiënt weer controle over zijn eigen leven te laten krijgen. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat psycho-educatie zelfs een therapeutische waarde heeft.

De behandelaar dient zich er van te vergewissen of de patiënt (en eventueel ook diens verwanten) *over voldoende kennis beschikt* betreffende de volgende punten:

- De diagnose, de symptomen: wat is een depressie of een bipolaire stoornis?
- De gevolgen, het beloop en de verwachtingen
- De oorzaken (biologisch, psychologisch, sociaal), inclusief het 'steun-stress- kwetsbaarheids-kracht' model
- De behandelingsmogelijkheden zoals medicatie, psychotherapie, maatschappelijke hulp, sociaal psychiatrische begeleiding et cetera.

6. DOELSTELLINGEN

Het behandelprogramma stemmingsstoornissen heeft diverse doelstellingen.

Behandeling en rehabilitatie

Dit is de belangrijkste doelstelling gericht op een verbetering van de toestand van de patiënt. Dit kan, of de hulpvraag nu komt van de patiënt of van diens omgeving, op verschillende manieren

Het *bestrijden van de acute episode(n)* van een depressie of manie: het verminderen van de ernst van klachten en symptomen

Daarnaast het *beperken van de gevolgen* van een depressie of manie, zowel de directe gevolgen (lichamelijke problemen, zelfverwaarlozing, suïcidaliteit) als de indirecte gevolgen (sociale schade).

Hierbij kan ook gedacht worden aan gevolgen voor het systeem zoals partner, kinderen en andere verwanten

Bij depressies en bij de bipolaire stoornis is de behandelvraag ook gericht op voortgezette en onderhoudsbehandeling, dat wil zeggen op het *voorkomen van terugval en recidieven*.

Tenslotte kan de behandelvraag gericht zijn op *rehabilitatie*, met name wanneer er ondanks behandeling en het terugdringen van de stoornis, toch beperkingen (blijven) bestaan in het sociale functioneren

Consultatie

Medewerkers van het behandelprogramma stemmingsstoornissen kunnen door medewerkers van andere behandelprogramma's of 1^e lijns instanties ter consultatie of second opinion gevraagd worden.

Preventie

Tenslotte kan het behandelprogramma een doelstelling preventie hebben, gericht op het voorkomen van het ontstaan van een stemmingsstoornis of andere psychische problemen bij mensen die een verhoogd risico hebben op het ontstaan ervan.

7. BEHANDELAANBOD

Het behandelaanbod bestaat uit ambulante, deeltijd en klinische behandeling, individueel of in een groep, afhankelijk van de hulpvraag en de motivatie van de cliënt.

De behandeling maakt onderscheid tussen unipolaire en bipolaire stoornissen. Voor beiden kan de vorm zowel individueel als een groep betreffen, en zowel ambulant, deeltijd of klinisch zijn. Bij groepspsychotherapie doorloopt men doorgaans eerst een individueel traject, waarin individuele aspecten bewerkt worden en waarbij een psychologisch referentiekader ontwikkeld wordt. Dit is echter niet in alle gevallen noodzakelijk, soms is een directe plaatsing in een groep mogelijk.

In dit hoofdstuk komen het ambulante behandelprogramma (7.1), het deeltijd behandelprogramma (7.2) en de klinische opname (7.3) aan bod.

7.1 Programma Ambulante behandeling

In deze paragraaf zal achtereenvolgens worden ingegaan op de ambulante behandelprogramma's voor unipolaire depressie (7.1.1) en bipolaire stoornissen (7.1.2). Daarna wordt ingegaan op de verschillende therapievormen die in het behandelprogramma aan de orde kunnen komen (7.1.3) en op de biologische behandelmogelijkheden (7.1.4). Tenslotte worden mogelijkheden voor intensieve ambulante behandeling besproken (7.1.5).

7.1.1 Ambulante behandeling van unipolaire depressie

De ambulante behandeling binnen het deel-behandelprogramma *unipolaire depressies* kan de onderdelen omvatten:

- Voorlichting en psycho-educatie: Het wordt essentieel geacht dat patiënt, en bij voorkeur ook zijn/haar omgeving, goed geïnformeerd is over zijn ziekte. Hiertoe wordt standaard psycho-educatie aangeboden in de vorm van folders, audio-visuele hulpmiddelen en indien nodig gebruik gemaakt van tolken. Voor een deel vindt dit plaats binnen begeleiding en psychotherapie.
- Steunende begeleiding (door psychiater/arts, klinisch psycholoog- psychotherapeut, GZ-psycholoog of spv). Dit geldt ook voor patiënten die met medicatie of via andere behandelmodules behandeld worden.
- Op indicatie kan besloten worden tot een vorm van kortdurende geprotocolleerde psychotherapie, bij voorkeur cognitieve gedragstherapie (CGT) of interpersoonlijke psychotherapie (IPT). Dit kan zowel individueel als in een groep plaatsvinden.

Voor de indicatie tot psychotherapie gelden ten aanzien van de cliënt wel enkele voorwaarden:

- Geen ernstige depressieve stoornis (duidelijk disfunctioneren, suïcidaliteit, psychotische kenmerken)
- Voor het ontstaan van de depressie tenminste redelijk sociaal functioneren.
- Er moet sprake zijn van zelfreflecterend vermogen.
- Er moet voldoende steunsysteem zijn.
- Er moet een duidelijk aangrijpingspunt c.q. thema (focus) voor de therapie aanwezig zijn.
- Voor CGT zijn dit bijvoorbeeld de negatieve interpretaties van gevoelens en gebeurtenissen, en ongeschikte cognitieve schema's. Voor IPT zijn dit onder meer rouw (overlijden naaste) rolverandering, rolconflict (eventueel persoonlijk disfunctioneren).
- Er moet voldoende motivatie voor therapie zijn bij de cliënt.

Het kan verantwoord zijn om alleen met psychotherapie te beginnen. Een gecombineerde behandeling met medicatie kan effectiever zijn, en is met name geïndiceerd wanneer psychotherapie (of farmacotherapie) alleen onvoldoende effectief is gebleken en bij chronische depressies.

Wanneer CGT of IPT niet geïndiceerd zijn of niet effectief zijn gebleken, kunnen andere vormen van psychotherapie, die al dan niet binnen het behandelprogramma aanwezig zijn, in aanmerking komen. Therapievormen die dan overwogen kunnen worden zijn bijvoorbeeld gedragstherapie, psychodynamische/inzichtgevende psychotherapie, systeemtherapie en partner- of relatietherapie, cliëntcentered therapie of groepstherapie.

7.1.2 Ambulante behandeling van bipolaire stoornissen.

De ambulante behandeling binnen het deel-behandelprogramma *bipolaire stoornissen* omvat dezelfde onderdelen als binnen het programma voor unipolaire depressies (zie 7.1). Deze zijn: psycho-educatie, steunende begeleiding en (op indicatie) psychotherapie.

Als psychotherapie bij bipolaire stoornissen geïndiceerd is zal deze veelal gericht zijn op de volgende aspecten waarmee de cliënt te maken krijgt:

- Problemen met het accepteren van de diagnose
- Het verlies van gezondheid en eigenwaarde
- De noodzaak van langdurig medicatie
- Stigmatisatie
- De dreiging van volgende episoden
- Gevolgen van reeds doorgemaakte episoden.

Voor de indicatie psychotherapie gelden de volgende voorwaarden:

- De cliënt is ingesteld op medicatie.
- Er moet sprake zijn van tenminste een redelijke stabiliteit van de stoornis, in elk geval geen manische episode en geen ernstig rapid cycling patroon.
- Er moet adequate psycho-educatie aan vooraf zijn gegaan, hoewel dit ook deel kan uitmaken van de therapie.
- Er moet sprake zijn van zelfreflecterend vermogen
- Er moet een voldoende steunsysteem zijn.

Bij cliënten met een bipolaire stoornis worden vier aspecten van belang geacht, die in therapie aandacht moeten krijgen:

- Het verwerven van kennis over de ziekte
- Het verwerven van cognitieve gedragstechnieken (met name herkenning van vroege symptomen en daarop adequaat reageren)
- Het onderkennen van het belang van vaste routines en slaap
- Het omgaan met kwetsbaarheid op lange termijn.

Van de diverse methoden zijn er twee enigszins systematisch onderzocht. De CGT, waarin men leert te gaan differentiëren tussen omgaan met normaal en met pathologisch gedrag en de IPT-SRT, waarin rolveranderingen ten gevolge van de ziekte (verliezen) streven naar acceptatie, rolconflicten en dergelijke al dan niet samenhangend met de stoornis behandeld kunnen worden. De SRT verwijst naar het belang van het aanleren van een vast sociaal ritme door middels van het bijhouden van een dagboekje.

Ook bij bipolaire stoornissen kan zowel individueel als in groepspsychotherapie behandeld worden en kan gebruik gemaakt worden van de nonverbale vaktherapieën.

7.1. 3 Therapie: de verschillende mogelijkheden

Bij stemmingsstoornissen zijn veel mogelijkheden voor (psycho)therapie, die variëren in systematiek en intensiteit. Het betreft dan: steunende, structurerende begeleiding, kortdurende psychotherapie en andere (deels langer durende) psychotherapieën. Hieronder volgt een korte beschrijving van de verschillende mogelijkheden.

Steunend (structurerende) begeleiding

Hierbij gaat het om meerdere, regelmatige, veelal relatief kortdurende gesprekken, waarbij de hulpverlener naar de cliënt luistert, met hem/haar problemen bespreekt en eventuele adviezen geeft. Onderwerpen zijn het beloop van de klachten, mogelijke suïcidaliteit, de eventuele effecten en bijwerkingen van medicatie, gevolgen van de stoornis voor het systeem (de familie, psychosociale gevolgen (zoals werk) en het structureren van activiteiten en dagindeling. Doorgaans is er geen indicatie voor een specifieke vorm van psychotherapie. Wanneer gekozen wordt voor een biologische behandeling met antidepressiva, dient deze tenminste gecombineerd te worden met een steunende begeleiding.

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

Een kortdurende specifieke therapie van doorgaans 12-16 zittingen. Het veronderstelde uitgangspunt van CGT is het versterken van copingsstrategieën. Bij stemmingsstoornissen worden kenmerkende tekorten in het omgaan met problemen van alledag gevonden. In de therapie worden situaties besproken en verbonden met “automatische gedachten”, die door de situatie worden opgeroepen en die gepaard gaan met negatieve mentale en lichamelijke gewaarwordingen. Vervolgens wordt systematisch nagegaan welke denkfouten (ongeschikte cognitieve schema's) bij zo'n automatische gedachte aan de orde zijn. Deze worden bevraagd en gecorrigeerd en de cliënt krijgt huiswerk om die correcties in vergelijkbare situaties toe te passen. De cognitieve therapie is een therapievorm waarbij behandelaar en cliënt beiden actief zijn en waarbij tussen de zittingen intensief huiswerk gemaakt wordt. Bij dat huiswerk wordt veel aandacht besteed aan blootstelling aan depressogene situaties en aan mogelijkheden voor verhoging van het activiteitsniveau.

Interpersoonlijke psychotherapie (IPT)

Bij IPT wordt uitgegaan van het medische model: de stemmingsstoornis is een tijdelijke ziekte waarvoor behandeling mogelijk is. IPT is psychodynamisch georiënteerd, waarbij wordt benadrukt dat (depressieve) episoden kunnen worden uitgelokt door interpersoonlijke gebeurtenissen, terwijl depressies tegelijkertijd zelf interpersoonlijke verhoudingen beïnvloeden. IPT wordt gekenmerkt door een protocollaire beperking in het aantal mogelijke interpersoonlijke thema's. Gekozen is voor de thema's rouw (alleen na overlijden van een naaste), rolverandering en rolconflict, terwijl contacttekort als reservethema wordt gebruikt.

In de praktijk betekent dit dat in de psychotherapie interpersoonlijke situaties besproken worden, die vervolgens worden belicht voor wat betreft hun relatie tot de depressie, de betekenisvolle andere persoon en het vooraf gekozen thema. De rol van de therapeut is relatief actief, omdat de grenzen van het gespreksonderwerp duidelijk moeten worden bewaakt.

Sociale interventie

Daarnaast kan het nuttig zijn om praktische hulpverlening op gang te brengen, bijvoorbeeld in de vorm van Gespecialiseerde Thuiszorg, schuldsanering, hulp bij aanvragen van een uitkering en dergelijke. Hulp bij het zoeken naar (andere) huisvesting.

Systeem interventie

Het is van groot belang systeemleden bij de behandeling te betrekken en bij voorkeur in een vroeg stadium van de behandeling. Bij bipolaire stoornissen dient dit *standaard* te gebeuren. Betrekken van familie/betrokkenen bij psycho-educatie.

Behandeling en begeleiding van patiënt en systeem binnen een geïntegreerde behandeling, eventueel in de vorm van systeempsychotherapie.

De behandeling dient onafhankelijk van de setting doorgang te kunnen vinden (transmuraal) en flexibel aangepast aan de fase van de behandeling te zijn.

Enkele specifieke aspecten die aan de orde moeten komen zijn:

- Relatieproblemen
- Betrekken van systeemleden bij het maken van een noodplan
- Thema's rondom kinderwens en erfelijkheid.

Nonverbale therapievormen

Andere behandel mogelijkheden betreffen het gebruik maken van nonverbale therapieën (vaktherapieën) zoals psychomotore therapie (PMT), creatieve therapie, ergotherapie, muziektherapie en haptonomie. De ambulante behandelaar treedt in deze gevallen aansturend op en blijft eindbehandelaar. De aanvragen hiervoor dienen via het hoofd van de afdeling te verlopen.

Ambulante groepsbehandeling.

Voor behandeling depressies en bipolaire stoornissen kan een groepspsychotherapie geïndiceerd zijn. Het deelnemen aan een groep biedt de mogelijkheid om meer inzicht te krijgen in de eigen psychodynamiek en de gevolgen van het ziek zijn. Daarnaast biedt de groep een mogelijkheid tot het aanleren van betere copingstrategieën, waardoor de kwetsbaarheid voor depressie of manie vermindert. Een groep biedt steun en het delen van problemen met anderen verhoogt de kans op acceptatie. Wanneer een cliënt zijn ziek zijn meer accepteert, leidt dit tot een betere motivatie om de leefstijl aan te passen en maatregelen te nemen bij de voorverschijnselen van een nieuwe depressieve of manische episode.

Er kan verwezen worden naar specifieke groepen:

- Cursus In de put uit de put.**
Dit is een gestructureerde behandelvorm voor depressies, waarbij met gedragstherapeutische en cognitieve technieken wordt gewerkt, zoals ontspanningsoefeningen, sociale vaardigheden, omgaan met negatieve gedachten en het verhogen van plezierige activiteiten.
- Sociale vaardigheidstraining**
Dit is een groep waarbij vooral de sociale vaardigheidstekorten in uiteenlopende situaties worden getraind. Hierbij kan men denken aan: een praatje maken, niet te passief blijven of juist te agressief reageren in sociale situaties en dergelijke.

Daarnaast kan men ook gebruik maken van andere ambulante groepen. Hiervoor wordt verwezen naar de bijlage of het groepenboek van afdeling Ambulant.

Noodplan.

Om bij (dreigende) recidieven optimaal te kunnen handelen teneinde verergering van een episode te voorkomen, kan het zinvol zijn om in dit verband afspraken te maken tussen cliënt partner en/of kinderen en/of andere betrokkenen en behandelaar: via het zogenaamde "noodplan". Het nut van een dergelijke aanpak is dat hiermee recidieven vroegtijdig kunnen worden herkend en (her)opnames kunnen worden voorkomen. Om deze reden verdient het maken van een noodplan aanbeveling, zeker voor cliënten met in hun voorgeschiedenis veel ernstige episoden en/of opnamen.

7.1.4 Biologische behandeling.

Soms is de behandeling van stemmingsstoornissen met medicatie afdoende ofwel de enige mogelijkheid voor behandeling van de client. In het voorgaande is herhaaldelijk genoemd dat de combinatie van een therapievorm met medicatie vaak geïndiceerd is en soms zelfs een belangrijke voorwaarde voor het in aanmerking komen voor een vorm van psychotherapie. Medicatie als behandeling voor zowel unipolaire depressies als bipolaire stoornissen wordt voorgeschreven aan de hand van de binnen de organisatie geldende protocollen, die regelmatig worden bijgesteld. Naast medicatie verstaan we onder biologische behandelmethoden ook lichttherapie. Deze kan effectief zijn in het geval van winterdepressies.

7.1.5 Intensieve ambulante behandeling

Binnen de ambulante behandeling van stemmingsstoornissen zijn twee initiatieven te onderscheiden die vallen onder de zogenaamde intensieve ambulante behandeling. Deze zijn de Psychiatrische Intensieve Thuiszorg (PIT) en daarnaast de crisisopvang.

Psychiatrische Intensieve Thuiszorg (PIT) vanuit afdeling Acute Psychiatrie

Als autonoom aanbod naast een ambulante behandeling, deeltijdbehandeling of een klinische opname kan tijdelijk een psychiatrisch intensieve thuiszorg (PIT) worden geboden. Hierbij kan sprake zijn van een deeltijd en/of opname voorkomende danwel verkortende hulpvraag en behandelaanbod. De cliënt heeft gedurende de PIT behandeling een (ambulante) behandelaar binnen de GGz.

De PIT verpleegkundige bezoekt cliënt in de thuissituatie en begeleidt deze indien geïndiceerd ook naar diverse instanties. Afhankelijk van de gestelde behandeldoelen wordt in overleg met cliënt, PIT verpleegkundige en behandelaar afspraken gemaakt over de frequentie en vorm van de huisbezoeken. In de methodiek wordt gebruik gemaakt van steungevende structurerende en directieve technieken naast psycho-educatie. Er wordt met name nadruk gelegd op praktische zaken. Via motiveringstechnieken wordt een beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van cliënt en zijn thijsysteem.

De frequentie van huisbezoeken kan variëren van 1 uur in de week tot 5 maal 3 uur in de week. De behandelduur is maximaal 3 maanden (met een eventuele verlengingsmogelijkheid van nogmaals 3 maanden)

Crisisopvang van de crisisdienst vanuit afdeling Acute Psychiatrie

Hierover zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen de afdelingen Ambulante en Acute Psychiatrie. Er zijn 4 vormen van crisissituaties te onderscheiden waarin samenwerking kan plaatsvinden. De afspraken zijn in bijlage 9.4 beschreven.

7.2 Deeltijdbehandeling

In deze paragraaf komen de twee mogelijkheden voor deeltijdbehandeling aan de orde. In paragraaf 7.2.1 wordt deeltijdbehandeling bij de afdeling Ambulante Psychiatrie beschreven. Paragraaf 7.2.2. gaat in op de (opnamevervangende) deeltijdbehandeling vanuit de afdeling Acute Psychiatrie.

7.2.1. Ambulante Deeltijdbehandeling vanuit afdeling Ambulante Psychiatrie.

Wanneer intensieve therapie nodig is om veranderingsprocessen op gang te brengen is ambulante Deeltijdbehandeling een goede optie. Men kan hierbij denken aan verandering in het omgaan met alledaagse problemen, zichzelf positiever gaan waarderen, leren anderen te vertrouwen, leren omgaan met depressieve, dysfore of maniforme stemmingen, leren omgaan met conflicten, het vinden van een goede en duurzame daginvulling (arbeid of anders) en het verbeteren van sociale omgang met anderen (dit kunnen ook kinderen of ouders zijn).

Wanneer door een ambulante hulpverlener verwezen wordt heeft het de voorkeur dat deze bij de behandeling betrokken blijft.

Ambulante deeltijdbehandeling is vooral geïndiceerd wanneer:

- de klachten onvoldoende verminderen door de ambulante behandeling
- de klachten al erg lang bestaan
- het niveau van functioneren van de cliënt sterk achteruit is gegaan
- er sprake is van belangrijke inactiviteit of wegvallen van de dagstructuur
- om andere reden een meer intensieve behandeling aangewezen is
- de cliënt er om vraagt.

Afhankelijk van de aard en complexiteit van de problematiek en de hulpvraag kan gekozen worden voor een bepaalde groep. Deeltijdbehandeling kan met name effectief zijn als er sprake is van acceptatieproblemen en recidiverende klachten.

Voor een overzicht van alle groepen wordt verwezen naar bijlage 9.3

7.2.2 Opnamevervangende Deeltijdbehandeling vanuit afdeling Acute Psychiatrie

Deze vorm van deeltijdbehandeling (ook wel stoelbehandeling genoemd) kan aangeboden worden als autonoom aanbod naast een ambulante behandeling of als een opname voorkomend danwel verkortend behandelaanbod. Deeltijdbehandeling kan worden ingezet, wanneer de ernst van de stoornis of de draagkracht van het thuisstelsel dat noodzakelijk maken.

De ambulante behandelaar bewaakt de continuïteit in het behandelaanbod, o.a. door te zorgen voor een goede overdracht naar de lokatiebehandelaar van het Behandelhuis met daarbij een advies over verder beleid en door betrokken te blijven bij het beleid gedurende de deeltijdbehandeling.

Binnen de (opnamevervangende) deeltijdbehandeling van de afdeling Acute Psychiatrie kunnen cliënten behandeld worden behorend tot de diverse behandelprogramma's (angststoornissen, stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen).

Bij deze cliënten kan sprake zijn van gemengde problematiek in de zin van een stoornis op as-I en persoonlijkheidsproblematiek op as II. Behandeling vindt dan plaats middels de gecombineerde methodiek van het behandelprogramma voor de as-I stoornis en de persoonlijkheidsstoornis, waarbij de ernst van een van beide stoornissen in een bepaalde fase van de behandeling de prioriteit bepaalt. De (opnamevervangende) deeltijdbehandeling wordt niet aangeboden als er sprake is van manifeste verslavingsproblematiek naast de stemmingsstoornis, waarbij de verslavingsproblematiek op de voorgrond staat. De behandeling is tevens geen optie als er sprake is van ernstige suicidaliteit en/of dreigend gevaar naar omgeving.

De duur van de behandeling binnen de opnamevervangende deeltijd bedraagt maximaal 3 maanden. Zo nodig kan deze periode worden verlengd met 3 maanden.

Intake en indicatiestelling kunnen binnen enkele dagen gerealiseerd zijn.

De deeltijdbehandeling vindt plaats binnen het Behandelhuis van de afdeling Acute Psychiatrie, waarbij cliënten deelnemen aan een van de behandelgroepen.

Voor een overzicht van alle behandelgroepen uit het Behandelhuis wordt verwezen naar bijlage 9.7

Deeltijdbehandeling van de afdeling Acute Psychiatrie verschilt van de deeltijdbehandeling van de afdeling Ambulante Psychiatrie middels een snellere indicatiestelling en mogelijkheid van aanvangen, een meer flexibel zorgaanbod op het individu afgestemd en een kortere duur van de gehele deeltijdbehandeling. Over het algemeen gaat het om cliënten, die in crisis zijn en waarbij zo nodig aan een klinische opname wordt gedacht.

7.3 Klinische opname

In deze paragraaf komen de verschillende mogelijkheden voor klinische behandeling aan de orde. Paragraaf 7.3.1. gaat in op klinische opname binnen de PAAZ van het Jeroen Bosch Ziekenhuis en paragraaf 7.3.2 op klinische opname op de afdeling Acute Psychiatrie van de GGZ 's-Hertogenbosch. In de laatste paragraaf (7.3.3.) komt tenslotte de gespecialiseerde klinische behandeling (ECT) aan de orde.

7.3.1 Klinische opname binnen de PAAZ van het Jeroen Bosch Ziekenhuis

Cliënten met een stemmingsstoornis, die in behandeling zijn binnen de GGZ 's-Hertogenbosch kunnen ook opgenomen worden op de PAAZ van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Dit wordt veelal geïndiceerd, wanneer er sprake is van een eerste opname van de cliënt, of wanneer sprake is van een stemmingsstoornis met comorbiditeit van een somatische aandoening, waarvoor (mede)behandeling noodzakelijk is binnen een algemeen ziekenhuis.

7.3.2 Klinische opname binnen afdeling Acute Psychiatrie

Een klinische opname wordt slechts aangeboden, indien de ernst van de stoornis of de draagkracht van het thuissysteem dat noodzakelijk maken. Een acute opname op een gesloten (unit 1) of open (unit 2) opname-unit van de afdeling Acute Psychiatrie wordt in principe beschouwd als een crisisopname.

In een aantal gevallen zal het hierbij gaan om een gedwongen opname binnen een BOPZ kader. Zodra de crisis voorbij is, wordt nagegaan of de behandeling minder intensief kan worden voortgezet ; binnen de open opname-unit (unit2), binnen de opname verkortende deeltijdbehandeling (in behandelhuis) of ambulante.

Evenals bij deeltijdbehandeling bewaakt de ambulante behandelaar de continuïteit in het behandel aanbod, o.a. door te zorgen voor een goede overdracht naar de lokatiebehandelaar verbonden aan de opnameafdeling met daarbij een advies over verder beleid en door betrokken te blijven bij het beleid gedurende de klinische opname.

Ook hiervoor geldt dat binnen de opnameafdeling van de afdeling Acute Psychiatrie cliënten opgenomen kunnen worden die behoren tot de diverse behandelprogramma's (angststoornissen, stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen persoonlijkheidsstoornissen en vluchtelingen). Bij opgenomen cliënten kan sprake zijn van gemengde problematiek in de zin van een stoornis op as-I en persoonlijkheidsproblematiek op as II. Behandeling vindt dan plaats middels de gecombineerde methodiek van het zorgprogramma voor de as-I stoornis en de persoonlijkheidsstoornis, waarbij de ernst van een van beide stoornissen in een bepaalde fase van de behandeling de prioriteit bepaalt.

De duur van de behandeling binnen de klinische units bedraagt maximaal 3 maanden. Zo nodig kan deze periode worden verlengd met 3 maanden klinische vervolgbehandeling, welke dan veelal plaatsvindt binnen unit 2.

Bij klinische opname komen de volgende aspecten in de behandeling aan de orde:

- steunend structurende begeleiding tav. handhaven dag/nacht –ritme en ADL vaardigheden
- individuele gesprekscontacten met behandelaar
- instellen op medicatie
- deelname aan dagactiviteitenprogramma binnen een van de behandelgroepen
- overleg met familieleden of significante betrokkenen
- psycho-educatie

Binnen de afdeling Acute Psychiatrie kunnen opgenomen cliënten deelnemen aan een van de behandelgroepen.

Behandeling binnen de groepen vindt plaats binnen het behandelhuis, waardoor voor de opnameafdeling een nadrukkelijke scheiding is aangebracht tussen behandeling en verblijf op de afdeling.

Binnen de diverse behandelgroepen zijn cliënten in behandeling behorende tot de diverse behandelprogramma's.

Voor een overzicht van alle behandelgroepen uit het Behandelhuis wordt verwezen naar bijlage 9.7

7.3.3 Gespecialiseerde klinische behandeling ; Elektroshock behandeling (ECT)

Binnen de GGz 's-Hertogenbosch bestaat geen mogelijkheid om ECT behandeling te geven aan cliënten met een stemmingsstoornis. Indien er een indicatie bestaat voor ECT kan een cliënt voor de duur van de ECT behandeling worden verwezen naar IPZ Oost-Brabant, de PAAZ van het Tweesteden Ziekenhuis in Tilburg, het UMC Utrecht, danwel een andere instelling met ECT mogelijkheid. Aansluitend aan de ECT behandeling neemt de GGz 's-Hertogenbosch de behandeling weer over (klinisch, deeltijd of ambulant).

ECT kan een geschikte behandelmethode zijn indien er sprake is van een therapieresistente depressie, een psychotische depressie, een ernstige manie, katatonie of het Maligne Neurolepticum Syndroom.

8. PREVENTIE

Het behandelprogramma voor stemmingsstoornissen heeft ook preventie als doelstelling. Het aanbod wordt gedaan in samenwerking met de afdeling Zorgontwikkeling en Preventie. Tot nu toe bestaat dit uit:

- Kopp-project.** Kinderen van ouders met psychische problemen kunnen deelnemen aan een groep om aan hun problemen voor zover die samenhangen met de psychische problematiek van hun ouders (opnamen) te werken.
- Cursus In de put uit de put.** Deze cursus wordt ook aangeboden aan cliënten die niet in reguliere behandeling zijn, maar wel een verhoogd risico op het ontwikkelen van stemmingsstoornissen hebben.
- Voorlichtingsavonden** voor patiënten en familieleden met een **bipolaire stoornis**.
- Voorlichtingsmateriaal** dat via de Informatiewinkel GGz 's-Hertogenbosch wordt aangeboden (zie ook bijlage 9.6).

9. BIJLAGEN

9.1 Bijzondere aandachtspunten

In elke behandelvorm komen seksespecifieke elementen aan de orde. Een actieve inbreng van de client wordt hierbij gestimuleerd, zodat de hulpverlener zo goed mogelijk op zijn of haar wensen kan inspelen. Enkele mogelijke seksespecifieke thema's hierbij zijn:

Hulpverlener van gelijke sekse?

Soms kan het wenselijk zijn dat de hulpverlener van dezelfde sekse is. Bijvoorbeeld wanneer er negatieve seksuele ervaringen zijn geweest waarover gesproken gaat worden, of wanneer de stemmingsstoornis belangrijke seksespecifieke levensterreinen raakt, zoals de positie in het gezin, op het werk of in de maatschappij. Wanneer het niet mogelijk is om aan de wens van een cliënt tegemoet te komen, om welke reden dan ook, dient dit aan de cliënt uitgelegd te worden.

Deelname aan een seksehomogene groep?

Gedacht kan worden aan steunende gespreks- of therapie groepen voor mannen of vrouwen met vergelijkbare problematiek, waarbij in de groep diverse problemen op voor iedereen herkenbare manieren aan de orde kunnen komen.

Seksuele gevolgen (bijwerkingen) van medicatie

Diverse geneesmiddelen kunnen seksuele bijwerkingen bij vrouwen en mannen veroorzaken. Dit geldt voor de meeste antipsychotica, maar ook voor diverse antidepressiva (met name enkele SSRI's) en ook stemmingsstabilisatoren. Het is bekend dat deze effecten vaak niet ter sprake worden gebracht, door aarzeling om erover te praten of door schaamte. Dit geldt zowel voor veel patiënten als voor veel behandelaars.

Geneesmiddelen en zwangerschap

Diverse geneesmiddelen worden afgeraden tijdens de zwangerschap. Toch kan het nodig en verantwoord zijn om tijdens de zwangerschap door te gaan met de medicijnen, omdat het risico op een recidief manie of depressie na staken van een stemmingsstabilisator of antidepressivum ook aanzienlijk kan zijn. In elk geval wordt aangeraden dat bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd gesproken wordt over een eventuele kinderwens, en bij een (voorgenomen) zwangerschap over de eventuele risico's van stoppen van de medicatie én van doorgaan met de medicatie.

Stemmingsstoornissen post-partum

De eerste weken post-partum vormen een periode met een verhoogd risico op de ontwikkeling van een psychiatrische stoornis. Vaak betreft dit een stemmingsstoornis. In ernstige situaties kan er sprake zijn van een psychose, ook vaak in het kader van een stemmingsstoornis. Een psychose post-partum is vaak een (eerste) episode van een bipolaire stoornis.

In voorkomend geval kan bij noodzaak tot opname contact gemaakt worden met de PAAZ van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Daar kan overlegd worden of het kind mede opgenomen wordt.

9.2 Allochtonen

Bij allochtonen kunnen stemmingsstoornissen zich anders voordoen. Bovendien zal ook de behandeling vaak aangepast moeten worden.

Diagnostiek

- Ondanks dat tegenwoordig depressie steeds meer als een (medische) ziekte wordt benoemd, betekent het hebben van een depressie (of een bipolaire stoornis) toch vaak nog een schaamtevolle toestand. Om deze reden kan het ook moeilijk zijn om openhartig over een depressie te praten
- De meeste *onderzoeksinstrumenten* zijn redelijk tot goed bruikbaar, mits rekening gehouden wordt met het ontwikkelings- en opleidingsniveau, de taalvaardigheid en de eigen culturele achtergrond (vooroordelen, levensgeschiedenis) van de cliënt.
- Waar typische depressieve symptomen (somberheid, verminderde interesse en verminderd plezier beleven) vaak niet op de voorgrond staan, kan er toch sprake zijn van een depressie.
- Depressies worden vaak *niet intrapsychisch* beleefd en verwoord, maar veeleer *interpsychisch* (relatieproblemen)
- Stemmingsstoornissen worden vaak verwoord in *magische termen* of toegeschreven aan *bovennatuurlijke beïnvloeding*
- Depressies worden vaak vervat in *lichamelijke termen en klachten*. Daarom is het intensief uitvragen (en volgen) van de lichamelijke klachten zeer belangrijk
- Seksuele stoornissen* zijn vaak moeilijk bespreekbaar
- Suïcidaliteit* (op religieuze gronden vaak verboden) wordt veelal **Slechts** in bedekte termen aangegeven
- Dit alles kan extra van betekenis zijn wanneer met een tolk wordt gewerkt (twijfel bij de **cliënt** aan het beroepsgeheim van de tolk)
- Psychotische verschijnselen* zijn vaak moeilijk vast te stellen. Het kan moeilijk zijn ze te onderscheiden van bepaalde religieuze belevenissen en magische ervaringen. Ook *hallucinaties* zijn vaak moeilijk te beoordelen; het horen van stemmen in het hoofd en het horen van de eigen naam is in veel culturen gewoon
- Voor het vaststellen van psychotische kenmerken is het nodig dat er duidelijk sprake is van een afwijking van het gewone gedrag van de **cliënt** én een afwijking van de norm van de eigen populatie. In dit verband is het vaak nuttig om aan verwanten uit de cultuur van de **cliënt** te vragen of de belevenissen en ervaringen van de **cliënt** wel of niet in de eigen cultuur passen. Een hetero-anamnese is dus zeer aan te bevelen.
- Door Turkse en Marokkaanse **cliënten** wordt een depressie nogal eens als het volgende *syndroom* gepresenteerd: moeheid, lusteloosheid, hoofdpijn, slaapproblemen, overgevoeligheid voor licht en geluid, prikkelbaarheid en/of neiging zich terug te trekken (geen bezoek aan moskee, markt en familie). Over somberheid daarentegen wordt vaak niet geklaagd.
- In het Turks spreekt men dan van 'sinis-sikinti', in het Marokkaans spreekt men dan van 'asabia'

- Bij de klachtenpresentatie worden ook vaak psychosociale problemen benoemd, zoals heimwee naar het land van herkomst, juridische, financiële en arbeidsproblemen, discriminatie, sociale isolatie en problemen met de kinderen
- Relatieverstoring binnen de familie*, zowel in Nederland als in het land van herkomst kunnen aanleiding geven tot klachten.

Behandeling

- Het informeren naar de *hulpvraag* wordt vaak niet begrepen
- Het mondig meedenken over een *behandelingsplan* en het ondertekenen daarvan past ook niet goed in diverse niet-westerse culturen
- Naast de GGZ behandeling raadplegen veel **cliënten** tegelijkertijd ook alternatieve genezers, zowel in Nederland als in het land van herkomst
- Een belangrijk onderdeel in de behandeling, ook bij allochtonen, vormt *psycho-educatie*. Deze dient echter wel afgestemd te zijn op de culturele achtergrond van de **cliënt**
- Er is nauwelijks voorlichtingsmateriaal beschikbaar, waarvan bovendien een deel reclame maakt voor bepaalde medicijnen.
- Videoband “Pijn aan het gevoel”, algemene informatie over psychische klachten en op welke wijze hulp kan worden gezocht; in een Turkse, een Marokkaanse/Arabische en een Berberse versie (bestellen via NPS, allochtoon videocircuit, 035-6779333 of www.omroep.nl/nps/tv/allochtoon)
- Begeleidend schriftelijk materiaal en geluidscassettes (bestellen bij FORUM, 030-2940037)
- Wat betreft behandeling kunnen er ook grote verschillen bestaan
- Medicatie* wordt vaak verwacht
- Als ziektelegitimering (naar zichzelf, familie en omgeving)
- Als soms enige mogelijkheid om serieus te worden genomen, met name bij vrouwen
- De genetische samenstelling kan verschillen van die van Westerse rassen/bevolkingsgroepen. Dit kan zich uiten in een afwijkende activiteit van leverenzymen, waardoor bepaalde geneesmiddelen soms langzamer worden afgebroken. Om deze reden kan het nodig zijn om voorzichtiger te doseren ('start low, go slow') en af te zien van de gebruikelijke standaard dosering
- Lichamelijke bijwerkingen worden soms anders beleefd
- Met name is het belangrijk te wijzen op het mogelijke libidoremmende effect van sommige middelen. Het gesprek over medicatie kan ook het geschikte moment zijn om over libidovermindering te spreken; het kan helpen om hierover minder schuld en schaamte te hebben, als het 'komt door de medicijnen'
- Tijdens de Ramadan (islam) moet rekening worden gehouden met een ander dagnachtritme, overdag niet mogen eten en (meestal) overdag dus ook geen medicijnen mogen innemen
- CGT en IPT zijn *psychotherapievormen* die vooral gestoeld zijn op de Westerse cultuur: veel psycho-educatie, een (typische westerse) aandacht voor cognities interpersoonlijke ervaringen en gebeurtenissen
- (Nonverbale) *vaktherapieën* kunnen extra mogelijkheden bieden.

9.3 Groepsbehandeling

Bijgaand vindt u een overzicht van de groepen waarvoor geïndiceerd kan worden voor ambulante en deeltijdbehandeling

Groepsbehandeling Deeltijd.

Wanneer intensieve therapie nodig is kan gebruik worden gemaakt van ambulante deeltijdbehandeling. Afhankelijk van de aard en complexiteit van de problematiek en de behandelvraag kan gekozen worden voor een bepaalde groep. De behandelaar verwijst hiervoor schriftelijk naar de deeltijdbehandeling. Het betreft de volgende groepen:

4-Daagse laagdrempelige steunend-structurende groep.

Voor cliënten met ernstige bipolaire, unipolaire en bijkomende psychiatrische stoornissen, waaronder psychotische. De behandeling is gericht op stabilisatie, dagstructurering en rehabilitatie. De behandelduur is 6 tot 12 maanden.

2-Daagse steunend-structurende groep.

Voor cliënten met langdurige psychiatrische problematiek, die hulp nodig hebben bij dagstructurering en resocialisatie. De behandelduur is 6 tot 12 maanden.

2-Daagse psychagoge groep.

Voor cliënten van middelbare leeftijd met bijkomende levensfase problematiek, die tot voorheen redelijk goed gefunctioneerd hebben, en waarbij psychosociale stressfactoren (thuis, op het werk, e.d.) een belangrijke rol spelen in de huidige symptomatologie. De steunend-inzichtgevende behandeling richt zich op een veranderd perspectief in de nieuwe levensfase. Behandelduur 6 tot maximaal 9 maanden.

3-Daagse inzichtgevende groep.

Voor cliënten met uiteenlopende (niet-psychotische) psychiatrische symptomatologie, die onvoldoende **reageren** op ambulante behandeling. Vaak is er, naast een stemmingsstoornis sprake van persoonlijkheidsproblematiek (cluster B en C). De groepsdynamische behandeling is steunend waar nodig en inzichtgevend waar het kan. Behandelduur 6 tot maximaal 9 maanden.

3-Daagse steunend-confronterende groep.

Voor cliënten van middelbare leeftijd waarbij sprake is van al langer bestaande psychiatrische problematiek, waaronder persoonlijkheidsstoornissen. In een steunend kader worden de deelnemers aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid om aan concrete resocialisatiedoelen te gaan werken. Behandelduur 6 tot maximaal 9 maanden.

Stabilisatie/activeringsgroep.

Voor cliënten die meer nodig hebben dan een ambulante contact. Zoals het leren hanteren van crisisperiodes, als overbruggingscontact bij wachten op vervolghulpverlening, hulpvragen met een duidelijke doelstelling, zoals het vinden van een daginvulling, begeleiding bij werkhervatting of andere leerdoelen.

Groepsbehandeling Ambulant

Binnen de afdeling Ambulante Psychiatrie zijn de volgende mogelijkheden voor groepsbehandeling:

Cursus In de put uit de put

Dit is een gestructureerde behandelvorm voor depressies, waarbij met gedragstherapeutische en cognitieve technieken wordt gewerkt, zoals ontspanningsoefeningen, sociale vaardigheden, omgaan met negatieve gedachten en het verhogen van plezierige activiteiten.

Sociale vaardigheidstraining (Assertiviteit en Goldstein)

Voor mensen met vaardigheidstekorten in uiteenlopende sociale situaties, zoals niet weten wat te zeggen (te) agressief reageren, passief blijven en dergelijke.

Inzichtgevende-ondersteunende Mannengroep.

Voor mannen in de leeftijd van 40 tot 60 jaar met depressieve en persoonlijkheidsproblemen, gerelateerd aan levensfase problematiek.

Ondersteunende mannengroep.

Voor mannen in de leeftijd van 40 tot 60 jaar met depressieve **en** persoonlijkheidsproblemen, waarbij kenmerkend is dat deze mannen weinig baat hebben bij individuele behandeling.

Mannengroep langdurig autonoom

Voor mannen in de leeftijd van 40 tot 60 jaar met depressieve en persoonlijkheidsproblemen, die al langer in het hulpverleningscircuit zitten. De deelnemers hebben enige groepsondersteuning nodig, zonder dat veranderingsprocessen geïndiceerd zijn.

Autonomiegroep voor vrouwen.

Ondersteunende-confronterende groepstherapie voor problematiek die samen hangt met het socialisatieproces en bijbehorende interactiepatronen, factoren die met name bij vrouwen depressies kunnen onderhouden.

Gestructureerde vrouwengroep.

Inzichtgevend en verhoging van zelfsturing. Voor vrouwen met diverse psycho-somatische klachten (depressie-, fobie-, dwang-, panieklachten).

Vrouwengroep locatie Boxtel en Vrouwengroep locatie Den Bosch.

Ondersteunend-structurerende vrouwengroep. Laagdrempelige hulpverlening bedoeld voor ondersteuning en het delen van problemen voor vrouwen met een beperkt sociaal netwerk, coping en ego-functies, die zeer langdurig hulp nodig hebben.

9.4 Crisis opvang

Samenwerkingsafspraken tussen afdeling ambulante en afdeling acute psychiatrie inzake ambulante cliënten in crisis.

Er zijn een viertal crisisituaties te onderscheiden waarin samenwerking kan plaatsvinden tussen de afdeling ambulante psychiatrie en de crisisdienst.

1. Een ingeschreven cliënt heeft acute hulp buiten kantooruren.

- 1.a. De ambulante behandelaar is op de hoogte dat de cliënt crisisgevoelig, meldt dit aan de crisisdienst en geeft richtlijnen hoe te handelen middels het vooraanmeldingsformulier.
- 1.b. Bij complexe en/of multi-problem casuïstiek geeft de ambulante behandelaar richtlijnen aan de crisisdienst, het behandelplan van de cliënt is bekend bij de crisisdienst.
- 1.c. Wanneer een crisis zich onverwacht aandient handelt de crisisdienst naar eigen inzicht.

2. Een ingeschreven cliënt heeft acute hulp binnen kantooruren.

- 2.a. De ambulante behandelaar verleent in principe zelf de acute hulp.
- 2.b. Bij afwezigheid van de behandelaar heeft een teamlid van de behandelaar contact met de cliënt en treedt op als crisisinterventor.
- 2.c. Als de behandelaar/vervanger niet als crisisinterventor kunnen optreden nemen zij contact op met de crisisdienst. Ervaring met en kennis van crisisinterventie(methoden), alsmede agendabeheer zijn redenen contact op te nemen met de crisisdienst.

In dit gesprek komt aan bod:

- Welke vraag heeft de behandelaar aan de crisisdienst.
- De behandelaar geeft aan wat hij/zij heeft gedaan in de fase van de crisismelding.

In onderling overleg wordt besloten hoe en door wie de crisisinterventie zal plaatsvinden.

2.d. De beoordeling of er een IBS procedure gestart moet worden kan door behandelaar en/of de crisisdienst plaatsvinden (evt. zie 2c) Het uitschrijven van een IBS en de coördinatie daaromheen behoort tot het takenpakket van de crisisdienst.

3. Een uitgeschreven **cliënt** (minder dan 1 jaar) heeft acute hulp binnen kantoor tijden.

3.a. De laatste behandelaar treedt op als crisisinterventor. (evt. vervolg zie 2c).

3.b. Bij diens afwezigheid treedt een teamgenoot op als crisisinterventor. (evt. vervolg 2c).

3.c. Als de behandelaar niet meer in functie is, verzorgt de crisisdienst de eerste opvang.

De volgende werkdag is er contact met de teamcoördinator van het betreffende team.

Die organiseert binnen een week dat een nieuwe behandelaar beschikbaar is waarmee de crisisdienst afspraken maakt over overname van de casus.

3.d. Als het niet wenselijk is dat een **cliënt** weer bij dezelfde hulpverlener in behandeling komt is het de verantwoordelijkheid van de behandelaar dat deze informatie bij anderen bekend is. In de afsluiting is duidelijk vermeld hoe te handelen bij heraanmeldingen.

4. Een uitgeschreven cliënt (meer dan 1 jaar) heeft acute hulp binnen kantoor tijden.

4.1. Als **cliënten** langer dan 1 jaar zijn uitgeschreven verleent de crisisdienst de eerste opvang, heraanmelding plaats via het BAI.

Informatieoverdracht van de crisisdienst naar de ambulante teams.

De crisisdienst informeert de eerstvolgende werkdag de ambulante behandelaar over de aanmelding en de crisisinterventie. De ambulante behandelaar kan met de crisisdienst over gaan tot een coproductie tot de cliënt weer gestabiliseerd is. Indien nodig worden er afspraken gemaakt óf en door wie de verwijzer geïnformeerd moet worden.

9.5 Het noodplan in 10 stappen

De hulpverlener (liefst een vaste behandelaar die de omstandigheden van de cliënt en diens ziektegeschiedenis goed kent) stelt het noodplan samen met de cliënt en diens direct betrokkene op.

Het is niet aan te bevelen om het noodplan alleen met de cliënt op te stellen, omdat gebleken is dat de cliënt zelf de eerste symptomen vaak niet goed herkent (van een depressie beter dan van een manie)

Een noodplan wordt opgesteld in de volgende stappen:

1. Zowel de cliënt als diens direct betrokkene maken ieder voor zich een lijst van de vroegtijdige signalen van een naderende manie en/of depressie.
2. Deze lijsten worden vergeleken in een gesprek met de cliënt, de direct betrokkene en de behandelaar.
3. In dit gesprek wordt gestreefd naar overeenstemming over wat de voortekenen van een nieuwe ziekteperiode zijn. Onderhandelingen hierover tussen cliënt en direct betrokkene is noodzakelijk, late signalen (als de cliënt al ziek is) worden geschrapt. Belangrijk is om te benadrukken dat er altijd meerdere gelijktijdig optredende symptomen zijn die wijzen op een beginnende depressie of manie, bijvoorbeeld: slecht slapen, vroeg wakker en prikkelbaar etc. Het gaat meestal om het samengaan van een aantal signalen tegelijkertijd gedurende meerdere dagen.
4. Een apart onderdeel in het noodplan betreft de zgn. belastende omstandigheden. Hierin wordt beschreven wat volgens de cliënt en de direct betrokkenen belastende omstandigheden zijn (bijvoorbeeld seizoenen, sociale gebeurtenissen, bijzondere feestdagen) of persoonlijke kwetsbaarheden (bijvoorbeeld moeilijk om kunnen gaan met een mislukking, verlies, frustraties en drukte).
5. Samen wordt besproken wat moet gebeuren in geval van vroegtijdige signalen van een manie of depressie. Hierbij is de ervaring uit eerdere ziekteperiodes heel belangrijk. Dit heet het zgn. actieplan. In het actieplan wordt o.a. beschreven welke medicatie in welke dosis in het verleden geholpen heeft. Verder staat beschreven welke activiteiten in het verleden hebben geholpen, bijvoorbeeld afleiding zoeken van het piekeren, wandelen, sporten, rusten etc. Ook staat beschreven wat juist moet worden gemeden, bijvoorbeeld een prikkelbare omgeving of voorkomen dat men alleen thuis is. Tenslotte staat er beschreven met welke hulpverleningsinstanties contact moet worden opgenomen (huisarts, behandelaar etc.) en door wie (cliënt en/of betrokkene). Indien de periode tussen de vroege signalen en het opnieuw ziek worden bij cliënt erg kort is, kan worden overwogen om cliënt een noodvoorraad medicijnen mee te geven, zodat men zonodig kan ingrijpen, als de eigen behandelaar niet beschikbaar is voor overleg, bijvoorbeeld in het weekend.
6. Het uiteindelijke noodplan wordt opgesteld en nogmaals bekeken. Alle partijen geven hier hun goedkeuring aan. Wanneer de persoonlijke omstandigheden van de cliënt veranderen, moet het noodplan worden bijgesteld. Er moet regelmatig worden gekeken of bijstelling van het noodplan noodzakelijk is.
7. Het noodplan wordt uitgetypt.
8. Cliënt en direct betrokkene krijgen ieder een exemplaar.
9. Er komt een kopie van het noodplan in het dossier van de cliënt.
10. Een kopie van het noodplan wordt gestuurd aan de huisarts en eventueel aan de crisisdienst.

Voorbeeld noodplan manie

Noodplan: de heer Y

- c.c. - examens
- dossier
- cliënt zelf/eventueel familie

Belastende omstandigheden:

- examens
- verliefdheid
- drukte/teveel activiteiten

Eerste symptomen van een manie:

- snel prikkelbaar
- meer mopperen
- slecht slapen
 - * slecht inslapen
 - * vroeg wakker en piekeren
- veel schrijven: zinnen achter elkaar, groter schrijver
- veel afvallen in korte tijd (drukker, minder eten)

Actieplan:

1. Dagschema maken met rustperiodes.
2. Activiteiten inkorten.
3. Bij eerste symptomen 's-avonds en/of in het weekend Haldol tabletten tot max. 5 mg innemen.
4. Bij slecht slapen Noctamid tabletten 1 mg, 1 dd 's-avonds (max.1).
5. Zo spoedig mogelijk contact opnemen met de behandelaar, tijdens kantooruren of vragen naar een andere hulpverlener.
6. Bij noodgeval dienstdoende huisarts bellen.

Bij deze verklaar ik dat ik in geval dat ik manisch ben zo spoedig mogelijk vrijwillig, of indien noodzakelijk gedwongen opgenomen wil worden om ernstige schade voor mijzelf te voorkomen.

Deze verklaring heb ik in volledige gezondheid ondertekend.

De heer Y.

9.6 Informatie en voorlichting

Voor verdere informatie en voorlichting verwijzen wij u naar het Informatiecentrum Geestelijke Gezondheidszorg GGZ 's-Hertogenbosch. Deze bevindt zich in de Hinthamerstraat 209. Het telefoonnummer is 073-6586886.

Het informatiecentrum is er zowel voor cliënten als familieleden en andere betrokkenen. Hier vindt u alles over psychische stoornissen en -problemen in de vorm van literatuur, videomateriaal en brochures. Bovendien is het altijd mogelijk met een voorlichter ter plaatse te spreken of via deze persoon naar de juiste adressen doorverwezen te worden. Als u informatie wil over verschillende cliëntenverenigingen dan kunt u ook op het Informatiecentrum terecht.

9.7 Behandelgroepen van het Behandelhuis van de afdeling Acute Psychiatrie

In het Behandelhuis van de afdeling Acute Psychiatrie vindt de behandeling plaats binnen de verschillende behandelgroepen, waaraan zowel cliënten van de (opname vervangende) deeltijd als opgenomen cliënten aan kunnen deelnemen.

Binnen de diverse behandelgroepen zijn cliënten in behandeling behorende tot de diverse behandelprogramma's.

Groep 1 (Kernwoord: crisis)

Indicatie:

Ernstig gedecompenseerde cliënten, die een (veelal gesloten) opnamesetting nodig hebben, doch in staat geacht worden enkele activeringsonderdelen buiten de unit te volgen en voor wie deelname bijdraagt aan stabilisatie.

Doel:

Bereiken van stabiliteit en beheersen en verbeteren van de acute crisissituatie.

Groep 2 (Kernwoord: behoud)

Indicatie:

Cliënten in een (veelal open) opnamesetting die reeds positief geïndiceerd zijn (dan wel in de aanmeldingsprocedure zitten) voor het circuit CLZ of anderszins (o.a. verpleeghuis), doch die door de lange wachttijden niet snel doorgeplaatst kunnen worden.

Cliënten die de ergste crisis (decompensatie) achter de rug hebben, veelal nog wel een klinische opname behoeven en gebaat zijn bij een activeringsprogramma-aanbod, waardoor ze de verkregen stabiliteit verder kunnen consolideren, dan wel weten vast te houden.

Doel:

Verder consolideren van de verkregen stabiliteit en behoud van niveau van functioneren.

Groep 3 (Kernwoord: opbouw)

Indicatie:

Cliënten voor wie de veelal open opname therapeutische ingezet kan worden om een terugkeer naar systeem dan wel zelfstandig wonen mogelijk te maken.

Cliënten met een klinisch voortraject, die toe zijn aan een resocialisatieplan en (in opbouw) al dan niet toekomen aan (opname verkortende) deeltijdbehandeling.

Doel:

Vasthouden van de verkregen stabilisatie en deze basis versterken en uitbreiden van niveau van zelfstandigheid, passend bij het einddoel van behandeling.

□ Groep 4 (Kernwoord: structuur)

Indicatie

Cliënten voor wie een reguliere ambulante behandeling (tijdelijk) tekort schiet dan wel naar verwachting niet zal voldoen, doch voor wie enig perspectief op verbetering mogelijk is middels een activerende deeltijdbehandeling. Er is veelal sprake van een langerdurende behandelvoorgeschiedenis en een eenduidige diagnose, die in eerdere behandelingen adequaat behandeld is, uitgaande waarvan redelijkerwijs ingeschat kan worden welk niveau van functioneren haalbaar is.

Doel:

Toewerken naar een ambulante voortzetting van de behandeling, aanzet c.q. motivatie tot een betere structuur in het dagelijks leven, aanzet c.q. motivatie tot het verbeteren van het relationele functioneren (sociale inbedding), aanzet tot c.q. acceptatie van psychische beperkingen (leefregels) en het ontwikkelen van enige eigenwaarde en toekomstperspectief.

□ Groep 5 (Kernwoord: ontwikkeling)

Indicatie:

Cliënten voor wie een reguliere ambulante behandeling (tijdelijk) tekort schiet dan wel naar verwachting niet zal voldoen, doch voor wie enig perspectief op verbetering mogelijk is middels een deels inzichtgevende deeltijdbehandeling. Er is veelal sprake van een korte behandelvoorgeschiedenis, waarin de diagnostiek nog onvoldoende uitgekristalliseerd is, dan wel (adequate) behandel mogelijkheden nog onvoldoende ingezet zijn geweest. Er kan redelijkerwijs verwacht worden dat tenminste t.a.v. de reden van aanmelding een hoger niveau van functioneren ontwikkeld kan worden.

Doel:

Toewerken naar een ambulante voortzetting van de behandeling, aanzet c.q. motivatie tot een betere structuur in het dagelijks leven, aanzet c.q. motivatie tot het verbeteren van het relationele functioneren (sociale inbedding), aanzet tot c.q. acceptatie van psychische beperkingen (leefregels) en het ontwikkelen van enige eigenwaarde en toekomstperspectief.
Bereiken van een hoger niveau van functioneren.