

Clïëntgerichte psychotherapie bij een vrouw met een bipolaire stoornis

Een voorbeeld van psychiatrische psychotherapie

door *M.C.L. Baljon en M.J. de Graaf*

Samenvatting

Bij de psychiatrische begeleiding van een vrouw van midden 40, die al jaren onder behandeling was in verband met een bipolaire stoornis, viel haar koppige boosheid op. Na enkele sessies focussen bij een cliëntgerichte psychotherapeute, waar patiënte baat bij bleek te hebben, werd besloten tot een steunende psychotherapie. Deze werd na vier jaar, waarbinnen negentig sessies plaatsvonden, succesvol afgesloten. Uitgangspunt voor de psychotherapie was dat de bipolaire stoornis een gegeven was waar patiënte mee moest leren leven. De behandeling was gericht op het verminderen van de persoonlijkheidsproblematiek.

Ons waren geen voorbeelden van een dergelijke psychotherapie bekend. Naar aanleiding van onze ervaringen met deze casus bespreken we de betekenis die psychotherapie voor deze patiëntencategorie zou kunnen hebben. We sluiten daarbij aan bij gedachten over psychiatrische psychotherapie, die al eerder in dit tijdschrift besproken werden (Themanummer psychiatrische psychotherapie 1997/2, Milders 1992; Breuk en van Tilburg 1995) en bij nieuwe ontwikkelingen in de cliëntgerichte psychotherapie (Swildens 1988; Gendlin 1981, 1970; Van Audenhoven 1995). De auteurs voerden als psychotherapeute, respectievelijk psychiater de behandeling uit.

Inleiding

In de dagelijkse praktijk komen we mensen tegen met een bipolaire stoornis, die goed ingesteld zijn op lithium, maar met persoonlijkheidsproblematiek kampen waarvoor psychotherapie geïndiceerd zou kunnen zijn. Er is weinig gepubliceerd over openleggende psychotherapie bij patiënten met een bipolaire stoornis. Scott (1995) concludeert op grond van literatuuronderzoek dat er vrijwel geen gecontroleerde studies zijn naar de effecten van psychotherapie voor deze doelgroep. Er zijn aanwijzingen dat medicatietrouw toeneemt en opnamefrequentie en -duur afnemen wanneer psychotherapie aan de behandeling wordt toegevoegd (Van Loenen Martinet-Westerling e.a. 1991; Benson 1975). Psychoanalytische beschrijvingen over psychodynamiek en behandeling van manisch-depressieve patiënten werden gepubliceerd door Cohen

e.a. (1954), Pao (1971), Winther (1994), en Winther en Sorensen (1989).

Milders (1997) omschrijft psychiatrische psychotherapie als 'de methodische uitwerking van de psychologische dimensie van het biopsychosociale model ten behoeve van psychiatrische diagnostiek en behandeling. Uitgangspunt voor dit concept is de patiënt, opgevat als een persoon in relatie tot zijn/haar psychopathologie (kwetsbaarheid) en de context. (...) Psychiatrische psychotherapie is altijd onderdeel van een totale psychiatrische behandelstrategie.' Swildens (1988) werkt een gedifferentieerde toepassing uit van de cliëntgerichte beginselen bij de behandeling van psychische stoornissen. Met Heeren e.a. (1997) onderscheiden we binnen de psychologische dimensie: psycho-educatie, waarbij uitleg wordt gegeven over de psychiatrische aandoening en haar gevolgen, en psychotherapie in engere zin, gericht op het leren omgaan met achterliggende gevoelens. In de literatuur over psychotherapie bij patiënten met een bipolaire stoornis is vaak niet duidelijk op welk van deze twee aspecten het accent ligt. Dit komt deels doordat een ruimere definitie van psychotherapie gehanteerd wordt dan in Nederland gebruikelijk is. Coursey e.a. (1995) verstaan daaronder zowel laagfrequente steunende begeleiding als wekelijkse op inzicht gerichte gesprekken. De voor hun onderzoek ondervraagde patiënten met een bipolaire stoornis hechtten veel waarde aan het bespreken van gevoelens. Ook Goodwin en Jamison hanteren in hun standaardwerk (1990) een ruime definitie. Miklowitz (1996) acht inzichtgevende psychotherapie mogelijk als er stabiliteit is bereikt met behulp van medicatie. Hallensleben (1994) en Kanas (1993) beschrijven een groepsbehandeling waarin aanvankelijk de stoornis en de gevolgen daarvan worden besproken, maar waarin vervolgens ook ruimte bestaat voor een psychodynamische werkwijze.

Het risico van decompensatie door de onregelende werking van psychotherapie waarin gevoelens worden geëxploreerd, lijdt tot een terughoudende opstelling. Aan de hand van een casus laten we zien dat bij zorgvuldige indicatiestelling en een nauwe samenwerking tussen psychotherapeut en psychiater cliëntgerichte psychotherapie mogelijk is.

Casus: voorgeschiedenis

Het betreft een vrouw met een bipolaire stemmingsstoornis, voornamelijk gekenmerkt door manische episodes waarvoor vijf keer opname in een APZ noodzakelijk was (DSM-IV: 294.4 X). Er is sprake van een bovengemiddelde intelligentie en er zijn trekken van een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. De eerste psychose trad op op 29-jarige leeftijd in het kraambed. Destijds werd patiënte beschreven als een consciëntieuze vrouw met sensitieve karaktertrekken. Angst en onzekerheid werden door activiteit overdekt. Agressie leek voor een deel gesublimeerd in geforceerde activiteit en prestatie, anderzijds slecht in de persoonlijkheid geïntegreerd. Zij liet gevoelens van boosheid niet toe.

In de jaren die volgden, toonde patiënte veel moeite om haar stemmingsstoornis te accepteren. Ze stopte een aantal malen met het gebruik van lithium, waarna zich opnieuw een manie ontwikkelde. De laatste opname vond plaats vijf jaar voordat de hier beschreven therapie startte. Patiënte werd toen opnieuw op lithium ingesteld. Tien jaar geleden vond ook psychotherapie plaats. Een gedragstherapie gericht op het verlagen van haar extreem hoge streef- en activiteitsniveau en op het ontwikkelen van adequate assertiviteit, werd na een jaar omgezet in een partnerrelatietherapie bij dezelfde psychotherapeut. Tijdens deze behandeling escaleerden de echtpaarproblemen verder. Patiënte decompenseerde en werd met een manisch toestandsbeeld in het APZ opgenomen.

Als patiënte bij de tweede auteur in de praktijk komt, vinden een aantal kenningsmakingsgesprekken plaats. Patiënte is goed ingesteld op de lithiummedicatie. Een van de opvallendste kenmerken is in deze gesprekken de ontevreden kwaadheid van betrokkene. Er zijn tekenen van onverwerkte rouw rond het verlies van toekomstperspectief door de stemmingsstoornis. Ze geeft bij alles wat verkeerd gaat in haar leven de schuld aan haar 'ziekte'. Voor patiënte blijkt deze ongedifferentieerde boosheid ego-syntoon; ze is zich er niet van bewust en is verbaasd als dit benoemd wordt. Teneinde te bezien of middels focussen patiënte wellicht zou kunnen leren wat meer te differentiëren in haar innerlijke ervaringswereld, wordt ze naar de eerste auteur, cliëntgerichte psychotherapeute, verwezen.

De psychotherapeute ziet in het eerste gesprek een onrustige, druk pratende vrouw. Deze vertelt in een rap tempo een aantal incidenten van de afgelopen weken, waar ze ontevreden over is. Ze is boos op de kerk, op haar familie, op haar plaats in het leven: 'Waarom moet ik altijd degene zijn die luistert'. Ze is druk met 100 en 1 activiteiten, die ze meestal niet afmaakt; ze kan zichzelf niet stoppen. Ze komt door een inleidende ontspanningsinstructie tot rust. Bij specifieke focusinstructies komen er direct beelden bij haar boven. Ze voelt een buis in haar maag, die boven en onder scheidt. Haar benen rennen zonder dat ze daar van boven af vat op heeft. Het lukt haar deze buis in haar verbeelding in haar handen te nemen en dat geeft meer ruimte van binnen. In haar drukke, licht theatrale presentatie is patiënte vervreemd van zichzelf. Dit verdwijnt als ze middels de focusinstructie contact maakt met haar innerlijke belevingswereld. Patiënte vindt het een verrassende ervaring, die haar vertrouwen geeft in de psychotherapeute.

Focussen

Focussen is door Gendlin (1981, 1970), een leerling van Rogers, ontwikkeld als een techniek om cliënten die wegens te geringe neiging tot introspectie ongeschikt lijken voor psychotherapie, te leren zich meer bewust te worden van hun innerlijk ervaren. Daarbij wordt gebruikgemaakt van lichamelijke sensaties. Cliënt wordt gevraagd zich te concentreren op het midden van zijn lichaam. Hij wordt via gerichte vragen geleid naar een associatief stilstaan bij de innerlijke beleving en wordt verzocht deze te verwoorden. Door deze didactische aanpak blijken meer cliënten van psychotherapie te kunnen profiteren. Het focussen kan voor introspectief begaafde cliënten tot een verdieping van het therapieproces leiden.

Een centraal begrip binnen het focussen is de 'felt sense'. Het is moeilijk hier een vertaling voor te vinden. Depestele (1995) kiest voor 'ge-

voelde zin'. Het verwijst naar een impliciet weten hoe iets voelt en welke persoonlijke betekenis dat heeft. In aansluiting op fenomenologische filosofen als Merleau-Ponty en Heidegger gaat Gendlin uit van het zinvoelend lichaam. Het lichaam weet meer dan de persoon kan verwoorden. Als deze een passende verwoording vindt bij wat eerst onduidelijk gevoeld werd, doet zich een lichamelijk gevoelde opluchting voor, een 'body shift' (Depestele 1986). Ook als de innerlijke beleving op zichzelf onplezierig is, vinden veel cliënten het prettiger om te weten wat ze voelen dan om vervreemd te zijn van zichzelf. Niet elke cliënt ziet beelden voor zich als hij gaat focussen. De therapeut kan dit stimuleren door bijvoorbeeld te vragen of de 'felt sense' een vorm of een kleur heeft. Deze verbeelding helpt de cliënt om vanuit een observerend ego zijn innerlijke beleving te beschouwen (Gendlin en Olsen 1970). Leijssen (1995) verwoordt hoe belangrijk het is om de juiste afstand te vinden tussen het zelf en de ervaring: 'Bij "te veel afstand" ervaart de cliënt niets in zichzelf om mee in relatie te treden, bij "te weinig afstand" valt de cliënt helemaal samen met zijn ervaring en is er geen beleving van een zelf dat zich verhoudt tot het innerlijk gevoelde.'

Gendlin luidde met de ontwikkeling van het focussen een nieuwe fase in, in de cliëntgerichte psychotherapie, waarbij een actieve houding van de psychotherapeut om de cliënt in proces te brengen werd ontwikkeld. Het is inmiddels onder cliëntgerichte psychotherapeuten algemeen aanvaard dat Rogers' (1957) bekende 'necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change', namelijk empathie, onvoorwaardelijke acceptatie en echtheid, wel noodzakelijk, maar niet voldoende zijn.

Casus: indicatiestelling

Omdat de focusingsessies de patiënte goed lijken te doen, komt zowel van patiënte als van de psychotherapeute het voorstel door te gaan met het focussen in de vorm van een steunende psychotherapie. Er wordt uitgebreid overlegd in het team en met patiënte en haar echtgenoot. Er zijn vooral onzekerheden over de mogelijkheid dat een openleggende benadering decompensatie zou kunnen uitlokken. Het echtpaar wordt ervan op de hoogte gesteld dat ons geen ervaringen bekend zijn met een dergelijke psychotherapie bij een bipolaire stoornis en dat het daarom een experimentele behandeling is. We zijn bereid het te proberen, waarbij van onze kant als voorwaarde wordt gesteld: continuering van het lithiumgebruik en eventuele andere voorgeschreven medicatie, en begeleiding hiervan op de lithiumpolikliniek. Ook vragen we patiënte alert te zijn op vroege signalen van mogelijke decompensatie. De keus wordt uiteindelijk door patiënte zelf in overleg met haar echtgenoot gemaakt.

Indicatiestelling door overleg

De cliëntgerichte psychotherapie heeft lang vastgehouden aan een anti-diagnostische basishouding. Bij de bespreking van het focussen kwam al

aan de orde dat Gendlin onderzoek deed naar verschillen tussen cliënten die wel en niet van psychotherapie kunnen profiteren. Dit impliceert een diagnostische houding. De afgelopen vijftien jaar kwam indicatiestelling expliciet aan bod in de cliëntgerichte psychotherapie, vooral in de Nederlands- en Duitstalige literatuur (Hamelinck en Van Audenhove 1991). In Leuven wordt wetenschappelijk onderzoek gedaan naar besluitvorming in de indicatiefase en het effect daarvan op de psychotherapie. Daarbij is een model ontwikkeld waarbij niet het accent ligt op een verklaren van het 'disfunctioneren', maar op interpersoonlijke processen die verandering bevorderen of verhinderen. Het besluitvormingsproces omvat vier kernprincipes: grondig onderzoek naar het perspectief van de cliënt, het informeren van de cliënt, besluitvorming via overleg tussen cliënt en clinicus, en de eindbeslissing als gezamenlijke keuze van cliënt, intaker en verwijzer (Van Audenhove 1995). Doordat de cliënt actief betrokken is bij de besluitvorming, wordt hem vanaf het begin impliciet duidelijk gemaakt dat hij medeverantwoordelijk is voor het verloop van het therapeutisch proces. Dit in tegenstelling tot de klassieke diagnostische procedures, die de cliënt predisponeren tot een afwachterende houding: de deskundigen beslissen immers wat goed voor hem is.

Gezien het psychiatrisch ziektebeeld wordt gekozen voor een steunende vorm van psychotherapie. (Van der Mast e.a. 1994). Uitgangspunt is dat steunende elementen, zoals een transparante opstelling van de psychotherapeut, uitleg, steun, expliciete aandacht voor de integratie in het dagelijks leven van wat gevoelsmatig ontdekt wordt en een duidelijke structuur binnen de zittingen, een holding creëren waarbinnen gevoelsexploratie mogelijk wordt.

Casus: de eerste helft van de psychotherapie

Nadat besloten is tot psychotherapie, zoeken we naar een vorm waarin wat tijdens het focussen bovenkomt, gekoppeld kan worden aan wat in het dagelijks leven speelt. Patiënte heeft de neiging volledig op te gaan in haar innerlijke beelden, maar onderkent dat dat niet helemaal wenselijk is. De volgende structuur blijkt goed te werken. De zitting begint met een ondersteunend gesprek van 10-15 minuten. Soms wordt patiënte zo door iets in beslag genomen, dat de hele zitting hieraan besteed wordt. Het focussen duurt 15-20 minuten. De psychotherapeute zorgt altijd minstens 10 minuten over te houden voor een nabespreking, waarin geprobeerd wordt de beelden te koppelen aan de dilemma's in het dagelijks leven van patiënte.

Opvallend is de rijkdom aan beelden die bij patiënte bovenkomen tijdens het focussen. Dit is ook voor patiënte zelf verrassend. De beelden hebben in deze eerste fase vaak een druk, kermisachtig karakter. Er is een sterk verlangen voelbaar enerzijds naar piekervaringen, anderzijds naar rust. De tegenstellingen in de beelden zijn opvallend: het is licht of donker, druk of extreem kalm. Door het nabespreken van deze beelden gaat patiënte zich realiseren dat het bipolaire als het ware in haar zit, onlosmakelijk met haar verbonden is, ook nu ze in een stabiele fase is met betrekking tot de psychiatrische ziekte. Bij het bespreken van de verbanden tussen de beelden en haar dagelijks leven blijkt dat ze mogelijkheden heeft voor een rijk gevuld bestaan. Ze doet interes-

sant vrijwilligerswerk. Ze houdt ervan creatief bezig te zijn en haar gezin doet niet moeilijk als ze de afwas laat staan. Toch is ze ontevreden. Het is nooit goed. Ze vindt bijvoorbeeld dat ze een perfecte huisvrouw moet zijn volgens de normen van haar moeder, maar tegelijkertijd komt ze daartegen in opstand. Als ze het huishouden laat sloffen, voelt ze zich schuldig; als ze staat te strijken, voelt ze zich gebruikt. Er is een soort bodemloos verlangen naar liefde en aandacht, terwijl ze ook niet kan accepteren dat ze psychiatrisch patiënt is. Patiënte presenteert zich in deze fase als een afhankelijke vrouw, die zich beter voelt door de aandacht en acceptatie die ze in de therapie ervaart, maar die weerstand toont ten aanzien van het bewerken van haar neurotische problematiek.

Sessie 21 is een overgangszitting. Patiënte meldt om te beginnen twee positieve ervaringen, die erop neerkomen dat ze heeft kunnen doen wat ze wilde en dat ze daar achteraf een tevreden gevoel over had. Tijdens het focussen is er voor het eerst iets levends in beeld, een bloembol, 'maar aangezien er geen aarde is waar die in kan groeien heb je daar ook niet veel aan', merkt ze schamper op. Ze zegt tijdens de nabespreking dat het aanvoelde alsof ze in een baarmoeder was, wachtend op de geboorte.

In de zittingen daarna is patiënte bereid stil te staan bij de manier waarop ze is opgegroeid. Er komt nu een beeld van moeder naar voren als een normatieve vrouw, altijd gericht op de buitenwereld. Patiënte focust op hoe ze zich als kind gevoeld heeft. Ze ziet zichzelf als 6-, 7-jarige, trots op haar mooie kleren. Als de psychotherapeute vraagt of ze kan voelen waar het kind het meeste behoefte aan heeft, komt er een totaal tegengesteld beeld naar voren. Het kind draagt vrijzittende, donkere kleding. Ze zit vrijspelend in de zandbak, uit de zon, maar warm. Patiënte krijgt een traan van ontroering, maar stapt ook acuut uit het focussen. Patiënte begint het focussen thuis te gebruiken om tot keuzes te komen. Het gaat met ups en downs. Een van de positieve ervaringen is dat ze de eisen van haar moeder weerstaat in verband met de verjaardag van een tante. Patiënte gaat niet en voelt zich ook niet schuldig. Patiënte gaat onder ogen zien dat haar wisselende stemmingen bij haar karakter horen en begint daar met anderen over te praten.

In sessie 33 komt echtgenoot mee. Hij is in grote lijnen positief over de ontwikkelingen, met name omdat patiënte beter kan uitleggen wat ze voelt en meer stelling neemt ten aanzien van haar moeder. De indruk is dat de communicatie in de echtpaarrelatie beter wordt.

Casus: stagnatie in de therapie

In de maanden die volgen, gaat het minder goed. Vooral depressieve klachten staan op de voorgrond. Patiënte praat veel over frustraties in de relatie met haar man. Ze ervaart hem als een workaholic. Patiënte heeft meer behoefte aan emotionele beschikbaarheid dan ze bij hem ervaart. De psychotherapeute bespreekt met haar hoe ze dat binnen de relatie ter sprake zou kunnen brengen, maar patiënte ziet daar geen kans toe. De psychotherapeute legt aan patiënte voor dat, gezien het aanhouden van de depressieve klachten, ze het gewenst vindt dat patiënte in overleg treedt met de psychiater. Patiënte maakt een afspraak. Er vinden twee consulten plaats, de tweede keer in aanwezigheid van de echtgenoot. Antidepressieve medicatie wordt overwogen, maar mede gezien de heftige weerstanden van patiënte daartegen, wordt eerst gekozen voor een tweetal gezinsgesprekken, uitgevoerd door een systeemtherapeute. Aanleiding hiervoor is dat de spanningen in het gezin oplopen, terwijl patiënte enig oog lijkt te krijgen voor haar eigen aandeel in de interacties. In de gezinsgesprekken spreken haar kinderen zich over een aantal zaken voor het eerst uit. Patiënte realiseert zich dat ze zich te veel als een klein kind gedraagt en dat ze dat niet meer wil. De depressieve klachten verdwijnen en antidepressieve medicatie is niet nodig.

Samenwerking tussen psychiater en psychotherapeut

Op de polikliniek van het APZ-Drenthe (voorheen Licht en Kracht) is gekozen voor een scheiding van regulatiezaken rond de patiënt en de psychotherapie. Dit model is beschreven door Pols (1987). Deze scheiding biedt voor de psychotherapie het voordeel dat het psychotherapieproces in engere zin ongestoord plaats kan vinden, terwijl de regulator indien nodig de medisch-somatische en maatschappelijke belangen van de patiënt behartigt tijdens het verloop van de psychotherapie. De regulator is een psychiater of een arts-assistent in opleiding, die nooit tevens de psychotherapeut van deze patiënt is. In de indicatiestellingsfase vindt er open overleg plaats tussen de regulator en de psychotherapeut die het indicatieonderzoek psychotherapie doet. Als de therapie eenmaal is gestart, geldt de vertrouwelijkheid die binnen de therapie geldt, ook ten aanzien van de regulator. Er is eenrichtingsverkeer in de informatieverstrekking. De regulator kan de psychotherapeut informeren, maar de psychotherapeut zwijgt over de inhoud van de therapie, tenzij in samenspraak met patiënt wordt besloten dat overleg gewenst is. In de hier besproken casus vond de lithiumcontrole plaats door de B-verpleegkundige van de polikliniek, onder verantwoordelijkheid van de psychiater. De psychiater was op afroep voor consult beschikbaar.

Casus: afscheidsfase

In sessie 75 geeft patiënte aan dat ze veel bereikt heeft en geen behoefte meer heeft om te focussen. We besluiten aan afbouwen te gaan denken. In de nu volgende periode doen zich in patiënte's omgeving vier sterfgevallen voor. Patiënte is in staat de gevoelens van verdriet en boosheid die deze oproepen, toe te laten, kan hierover in haar gezin praten en is beschikbaar om nabestaanden te steunen. Ze merkt steeds meer dat contacten dicht bij huis belangrijker voor haar zijn dan het op de buitenwereld gerichte vrijwilligerswerk, zoals lezingen, bestuurswerk en dergelijke, waar ze tot dan mee bezig was. In sessie 83 meldt patiënte dat het goed gaat, ze wil niet focussen en is na 20 minuten weer vertrokken. De psychotherapeute interpreteert dit als onvermogen om het afscheid door te werken en stelt voor de therapie verder af te bouwen via frequentieverlaging naar eens per vier weken. Omdat de stabilisering door lijkt te zetten, wordt na overleg met de psychiater beëindiging van de therapie aangekondigd in sessie 88. Er worden nog twee gesprekken afgesproken. Als patiënte zes weken later terugkomt, is ze hypomaan. Dit blijkt de inleiding te zijn tot een heftige manische episode, die drie maanden duurt. Patiënte wordt samen met haar echtgenoot wekelijks door de psychiater gezien. Het echtpaar is zeer stellig in hun besluit de manie thuis uit te laten woeden, uiteraard met adequate toevoeging van medicatie. Opname vindt niet plaats, ondanks de ernst van de manie. Zowel patiënte als haar echtgenoot kunnen met enige humor het nare, lastige gedrag relativeren, en patiënte houdt zich aan de leefregels die in overleg opgesteld worden om opname te voorkomen. Het lijkt of er iets van een observerend ego blijft functioneren tijdens de manie. Na de manische episode herstelt het evenwicht zich zonder dat een depressie volgt.

Separatieproblematiek bij een bipolaire stoornis

Het is verleidelijk een verband aan te nemen tussen het beëindigen van de psychotherapie en het uitbreken van de manie. In de weinige gepubliceerde studies over de psychodynamische benadering van patiënten met een bipolaire stoornis komt naar voren dat deze patiënten extreem gevoelig zijn voor separaties (Cohen e.a. 1954; Winther en Sorensen 1989; Winther 1994; Ping-Nie Pao 1971). Zij stellen dat de ambivalentie ten aanzien van de primaire objecten groot is, maar dat de agressieve kant daarvan niet beleefd wordt. Agressie is bedreigend omdat deze heftige scheidingsangst oproept. Een scheiding van een belangrijke ander roept een dusdanig heftige angst op voor de eigen agressie, dat deze ontkend moet worden. In manische toestand hebben volgens hen projectiemechanismen de overhand, inclusief massale ontkenning van de afhankelijkheid.

Achteraf kan de vraag gesteld worden of de kans op decompensatie verkleind had kunnen worden door in de psychotherapie nadrukkelijker aan de orde te stellen wat de relatie met de therapeut voor patiënte betekende en door met haar het afscheid door te werken.

Casus: tot slot

Enkele maanden na de manische episode komt patiënte alsnog afscheid nemen van de psychotherapeute. Ze toont zich dankbaar over wat ze bereikt heeft met behulp van de therapie. De therapeute merkt bij zichzelf dat het afscheid haar raakt. Patiënte toont in dit opzicht een 'belle indifférence'.

Inmiddels is anderhalf jaar verstreken. In deze periode maakte patiënte weer een aantal ernstige verlieservaringen mee. Op verzoek van patiënte zag de psychiater haar nog twee keer, waarbij met name de angst dat ze wellicht opnieuw manisch zou kunnen decompenseren centraal bleek te staan. Van een manische decompensatie was echter geen sprake. Integendeel. Juist in deze moeilijke periodes bleek hoezeer patiënte aan autonomie gewonnen had. Ze was goed in staat om in zichzelf de verschillende emoties te onderkennen die de diverse situaties met zich meebrachten, en middels actieve coping adequate steun in haar omgeving te vinden. De stemmingsstoornis lijkt nu door patiënte geaccepteerd te worden, hetgeen onder andere tot uiting komt doordat ze stelt inmiddels geheel overtuigd te zijn dat ze de lithium moet continueren. De overdekking van onzekere gevoelens door activiteit heeft plaatsgemaakt voor een adequaat steun zoeken als ze onzekerheid en twijfel bij zichzelf onderkent.

Conclusie

Bij de hier beschreven casus kreeg patiënte door middel van het focus-sen een mogelijkheid haar innerlijke belevingswereld te exploreren, en te communiceren met haar psychotherapeute. Ze ging hierdoor accepteren dat het bipolaire bijna als een karaktertrek bij haar hoort, terwijl ze anderzijds als persoon niet samenvalt met haar psychiatrische ziekte. Groei naar een grotere autonomie werd mogelijk doordat de somatische (medicatie), de psychische (individuele psychotherapie) en de so-

ciale (systeembenadering) invalshoek op elkaar afgestemd werden toegepast. Op somatisch gebied hebben zich ten tijde van de therapie geen bijzonderheden voorgedaan. Patiënte en haar echtgenoot waren uitvoerig voorgelicht over de aard van de aandoening en de noodzaak van medicatie. Zowel in de periode voorafgaand aan de therapie, als tijdens en erna gebruikte patiënte de voorgeschreven medicatie. Verdwenen is het innerlijke protest ten aanzien van de noodzaak van medicatie. De laatste manische episode heeft patiënte geconfronteerd met de realiteit van het onvoorspelbare beloop van de aandoening. De bewustwording van haar innerlijk beleven middels het focussen heeft de acceptatie van binnenuit van het manisch-depressief zijn mogelijk gemaakt. Patiënte lijkt middels het focussen een meer observerend ego ontwikkeld te hebben, zozeer dat zelfs in de manische episode een restant hiervan in functie bleef, waardoor het mogelijk bleek om opname te voorkomen. Dit in tegenstelling tot eerdere vergelijkbare manische episodes.

De indicatiestelling in overleg met patiënte en haar echtgenoot, waardoor de verantwoordelijkheid voor de psychotherapie mede door patiënte en haar echtgenoot gedragen werd, betekende een eerste stap uit de afhankelijkheid. Doordat patiënte zich in haar eigenheid begrepen en geaccepteerd voelde, was ze in staat haar contra-afhankelijke opstelling los te laten. Ten aanzien van de systeembenadering was de timing belangrijk. De gezinsgesprekken vonden plaats nadat patiënte begonnen was oog te krijgen voor haar aandeel in interacties. Daardoor stond ze open voor de feedback die haar kinderen, gesteund door de systeemtherapeut, gaven. Opvallend blijft het niet in contact zijn met zichzelf bij het afscheid van de psychotherapeute. Dit doet aan als onvermogen tot het aangaan van werkelijke intimiteit. Mogelijk is er sprake van een vroege, preoedipale stoornis, met meer affectieve verwaarlozing dan aanvankelijk uit de voorgeschiedenis viel op te maken.

We pleiten ervoor om, nadat een redelijk stabiele situatie is ontstaan, middels medicatie en psycho-educatie, psychotherapie niet langer bij voorbaat gecontraïndiceerd te achten voor patiënten met een bipolaire stoornis. In de indicatiestellingsfase geven we de voorkeur aan enkele proefsessies, gevolgd door indicatiestelling in overleg.

Een psychiatrische psychotherapie kan door een niet-medicus worden uitgevoerd, mits deze nauw samenwerkt met de behandelend psychiater, die verantwoordelijk blijft voor de coördinatie van de behandeling. Beide partijen dienen in een dergelijke samenwerking bekend te zijn met elkaars denk- en werkwijze. Dit impliceert voor de opleiding dat voor de psychiater scholing in het psychotherapeutisch denken en voor de psychotherapeut scholing in het psychiatrisch denken noodzakelijk is. Een psychiatrische setting, zoals een polikliniek van een APZ, is bij uitstek geschikt om een dergelijke behandeling uit te voeren.

Wij willen patiënte bedanken voor wat we van haar geleerd hebben over de binnenwereld van iemand met een bipolaire stoornis en voor haar toestemming om haar ziektegeschiedenis in deze vorm te publiceren.

Dr. J. Pols zijn we dank verschuldigd voor zijn commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

Literatuur

- Audenhove, C. van (1995), Indicatiestelling in de psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 21, 182-193.
- Benson, R. (1975), The forgotten treatment modality in bipolar illness: psychotherapy. *Diseases of the Nervous System*, 36, 634-638.
- Breuk, R.E., en W. van Tilburg (1995), Psychoanalytische psychotherapie bij diabetes-patiënten; grensgebied tussen psychiatrie en interne geneeskunde. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 653-666.
- Coursey, R.D., A.B. Keller en E.W. Farrell (1995), Individual psychotherapy and persons with serious mental illness: the clients' perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 21/2, 283-301.
- Cohen, M.A., C. Baker, F. Fromm-Reichman e.a. (1954), An intensive study of manic depressive psychosis. *Psychiatry*, 11, 103-137.
- Depestele, F. (1986), Het lichaam in psychotherapie. In: R. van Balen, M. Leijssen en G. Lietaer (red.), *Droom en werkelijkheid in dienst-centered psychotherapie*. Acco, Leuven/Amersfoort, p. 87-123.
- Depestele, F. (1995), Gevoelde zin: een Nederlandse vertaling voor 'felt sense'. *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie*, 33, 3-16.
- Gendlin, E.T. (1970), A theory of personality change. In: J.T. Hart en T.H. Tomlinson (red.), *New directions in dienst-centered therapy*. Houghton Mifflin, Boston, p. 129-173.
- Gendlin, E.T. (1981), *Focusing* (2e ed.). Bantam Books, New York. Vertaald door R. Maas (1981), *Focussen*. De Toorts, Haarlem.
- Gendlin, E.T., en L. Olsen (1970), The use of imagery in experiential focusing. *Psychotherapy*, 7, 221-223.
- Goodwin, F.K., en K.R. Jamison (1990), *Manic-Depressive Illness*. Oxford University Press.
- Hallensleben, A. (1994), Group psychotherapy with manic-depressive patients on lithium: ten years' experience. *Group Analysis*, 27, 475-482.
- Hamelinck, L., en C. van Audenhove (1991), Intake en indicatiestelling. In: J.C.A.G. Swildens, O.P. de Haas, G. Lietaer e.a. (red.), *Leerboek gesprekstherapie. De cliëntgerichte benadering*. Acco, Amersfoort/Leuven, p. 269-304.
- Heeren, T.J., A.C.G. Linssen, J.D. Overduin e.a. (1997), Psychiatrische psychotherapie bij ouderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 146-160.
- Kanas, N. (1993), Group psychotherapy with bipolar patients: a review and synthesis. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43, 3, 321-333.
- Leijssen, M. (1995), Kenmerken van een helende innerlijke relatie. In: G. Lietaer en M. van Kalmthout (red.), *Praktijkboek gesprekstherapie*. De Tijdstroom, Utrecht, 27-37.
- Mast, R.C. van der, J.M.J. Smorenburg en F. de Jonghe (1994), Psychoanalytische steungevende psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 254-264.
- Miklowitz, D.J., Psychotherapy in combination with drug treatment for bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16, suppl. 1, 56-66.

- Milders, C.F.A. (1992), Psychiatrische psychotherapie: een omslachtig begrip met diepe gronden. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, 559-569.
- Milders, C.F.A. (1997), Psychiatrische psychotherapie: een inleiding. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 81-93.
- Pao, P.N. (1971), Psychopathological considerations of a case of recurrent manic psychosis. *British Journal of Medical Psychology*, 44, 239-248.
- Pols, J. (1987), De ontbrekende schakel tussen psychotherapie en rapportage. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 42, 1248-1250.
- Rogers, C.R. (1957), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Scott, J. (1995), Psychotherapy for bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 167, 581-588.
- Swildens, J.C.A.G. (1988), *Procesgerichte gesprekstherapie. Inleiding tot een gedifferentieerde toepassing van de cliëntgerichte beginselen bij de behandeling van psychische stoornissen*. Acco/de Horstink, Leuven/Amersfoort.
- Tijdschrift voor Psychiatrie* (1997), Themanummer psychiatrische psychotherapie, 39.
- Van Loenen Martinet-Westerling, N., N.H.R. van Tuijl en W.J. Bruning (1991), Vijf jaar ervaring met groepstherapie bij manisch-depressieve patiënten onder lithiumprofyaxe. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 33, 175-186.
- Winther, G., en T. Sorensen (1989), Group therapy with manic-depressives: dynamic and therapeutic aspects. *Group Analysis*, 22, 19-30. Ook verschenen in *Psychotherapeutisch Paspoort*, 1990-1.
- Winther, G. (1994), Psychotherapy with manic-depressives: problems in interaction between patient and therapist. *Group Analysis*, 27, 467-474.

Summary: Client centered psychotherapy in a case of bipolar disorder. An example of psychiatric psychotherapy

A woman in her forties, who was being treated for bipolar disorder for many years, showed externalized crossness. Since a few focusing sessions gave relief, a clientcentered psychotherapy was initiated. The objectives were that the patient had to learn to live with the bipolar illness and to diminish maladapting personality traits. The psychotherapy was succesfully concluded after four years and ninety sessions. The authors are not aware of any other literature about this kind of psychotherapy in bipolar disorder. They discuss the significance psychotherapy can have for these patients. Thoughts about psychiatric psychotherapy and new developments in clientcentered psychotherapy are illustrated by this case. The authors carried out the treatment as psychotherapist and psychiatrist, respectively.

Mevrouw M.C.L. Baljon (getuwd met Hesselink) en mevrouw M.J. de Graaf zijn als psychotherapeute respectievelijk psychiater werkzaam op de polikliniek van het APZ-Drenthe, locatie Assen. Beiden volgden een opleiding in de cliëntgerichte psychotherapie en zijn verbonden aan de A-opleiding Psychiatrie van het APZ-Drenthe, mevrouw De Graaf als waarnemend hoofdopleider en supervisor, mevrouw Baljon als docent cliëntgerichte psychotherapie en supervisor. Correspondentieadres: Polikliniek APZ Drenthe, Postbus 30007, 9400 RA Assen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-6-1997.