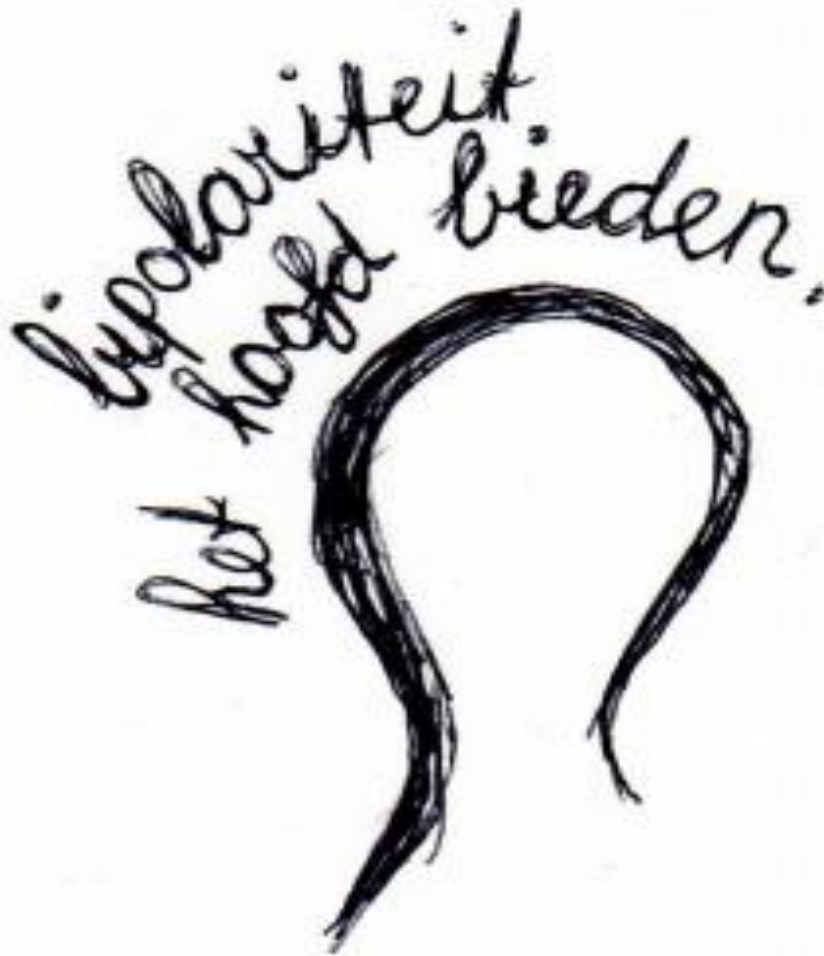




# Masterthesis

Petra van der Horst

Faculteit Gedragwetenschappen  
Master Positieve Psychologie en Technologie

UNIVERSITEIT TWENTE



Mastherthesis 'Bipolariteit het hoofd bieden.'

Datum: 24-03-2015

Student: Petra van der Horst

Studentnummer: s1312375

Vaknaam: Masterthesis Positieve Psychologie en Technologie

Universiteit Twente

Faculteit der Gedragwetenschappen

Periode: September '14 - Februari '15

Onderzoeksplek: PsyQ Rijnmond B.V.

Parnassia Groep

Max Euwelaan 70

3062 MA

Rotterdam

## Samenvatting

**Achtergrond-** De copingstijl die mensen met een bipolaire stoornis gebruiken om met levensgebeurtenissen om te gaan, heeft invloed op het verloop van ziekte en herstel. Mensen met een bipolaire stoornis blijken vaak geen effectieve copingstijl te hanteren. Het is belangrijk een duidelijk beeld te hebben van de gehanteerde copingstijl in zowel de stabiele- als instabiele periode van een bipolaire stoornis en de adequaatie hiervan. Bewustwording van deze informatie kan zelfmanagement bevorderen. De hoofdvraag van deze exploratieve pilot luidt: *‘Wat is de samenhang tussen de gebruikte copingstijl en de mate van stabiliteit bij mensen met een bipolaire stoornis?’* Met daarbij de kwalitatieve deelvraag: *‘Wat is het praktische effect van de gehanteerde copingstijl op de situatie en hoe wordt de omgang met de situatie door mensen met een bipolaire stoornis zelf ervaren in een periode van minder stemmingsklachten ten opzichte van een periode met meer stemmingsklachten?’*

**Methode-** De samenhang tussen stabiliteit en coping wordt bij twee klinische behandelgroepen onderzocht door de variabelen ritme en stemming te correleren met de UCL. Tevens wordt middels een kwalitatieve vragenlijst onderzocht hoe de gehanteerde copingstijlen tijdens een meer- en minder stabiele periode worden ervaren.

**Resultaten-** Er is slechts een te benoemen samenhang gevonden tussen een verminderde stabiliteit en het gebruik van de copingstijlen *‘palliatieve reactie’*, *‘sociale steun zoeken’* en *‘gerustellende gedachten’*. Het praktische effect en de retrospectieve waardering van de gebruikte copingstijlen geven een duidelijkere verdeling. Er werden positievere effecten van coping beschreven tijdens een stabiele periode en negatievere effecten tijdens een minder stabiele periode.

**Conclusie-** Dit onderzoek geeft aanwijzingen dat de onderverdeling tussen adequate- en niet adequate copingstijlen gekoppeld aan een meer- of minder stabiele episode niet eenduidig te stellen is. Informatie over de context lijkt bij de bepaling hiervan meer van belang.

**Background-** The coping styles that people with bipolar disorder use to deal with life events affect the course of illness and recovery. People with bipolar disorder often use ineffective coping styles. It is important to have a clear picture of the applied coping styles in both stable- and unstable periods of bipolar disorder, and the adequacy of those styles. Awareness of this information can promote self-management. The main question of this exploratory pilot says: *'What is the relationship between the used coping style and the degree of stability in people with bipolar disorder?'* With the qualitative question: *'What is the practical effect of the used coping style on the situation, and how do people with bipolar disorder experience their coping styles in a period of less mood symptoms compared to a period with more mood symptoms?'*

**Methods** - The relationship between stability and coping is investigated in two clinical treatment groups through a correlation of the variables mood and rhythm with the UCL. A qualitative questionnaire is used to find how the effects of the use of the coping styles are experienced during a stable period, compared to an unstable period.

**Results-** There is only found a correlation worth mentioning between a reduced stability and the use of the coping styles: *'palliative reaction'*, *'looking for social support'* and *'comforting thoughts'* The practical effect and retrospective measurement of coping styles used gives a clearer division. Positive effects of coping were described during a stable period and negative effects during a less stable period.

**Conclusion-** This study provides evidence that the division between adequate- and inadequate coping styles linked to a lower or less stable episode is not unequivocally. Information about the context seems in determining these more important.

## Inhoudsopgave

|         |                               |    |
|---------|-------------------------------|----|
| 1.0     | Inleiding .....               | 7  |
| 2.0     | Methode.....                  | 15 |
| 2.1     | Inleiding.....                | 15 |
| 2.2     | Design.....                   | 15 |
| 2.2.1   | Kwantitatieve hoofdvraag..... | 15 |
| 2.2.2   | Kwalitatieve deelvraag.....   | 15 |
| 2.2.3   | Ethische overwegingen.....    | 16 |
| 2.3     | Interventie.....              | 16 |
| 2.3.1   | Deelnemers.....               | 16 |
| 2.3.2   | Therapiegroepen.....          | 17 |
| 2.4     | Procedure.....                | 18 |
| 2.5     | Meetinstrumenten.....         | 18 |
| 2.5.1   | Kwantitatieve hoofdvraag..... | 18 |
| 2.5.1.1 | Sociaal Ritme Boekje.....     | 18 |
| 2.5.1.2 | Utrechts Coping Lijst.....    | 21 |
| 2.5.2   | Kwalitatieve deelvraag.....   | 23 |
| 2.5.2.1 | Survey.....                   | 23 |
| 2.6     | Data-analyse.....             | 23 |
| 2.6.1   | Kwantitatieve hoofdvraag..... | 23 |
| 2.6.2   | Kwantitatieve deelvraag.....  | 24 |
| 3.0     | Resultaten .....              | 27 |
| 3.1     | Populatie.....                | 27 |
| 3.2     | Kwantitatieve hoofdvraag..... | 28 |
| 3.2.1   | UCL met ritme.....            | 28 |

|                                                                    |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 3.2.1 UCL stemming.....                                            | 29                                                       |
| 3.3 Kwalitatieve deelvraag.....                                    | 30                                                       |
| 3.3.1 Interbeoordelaarbetrouwbaarheid.....                         | 30                                                       |
| 3.3.2 Overzicht antwoorden interview.....                          | 31                                                       |
| 3.3.2.1 Zelfbeschreven copingstijl stabiele episode.....           | 31                                                       |
| 3.3.2.2 Ervaren van handelen coping stabiele episode.....          | 32                                                       |
| 3.3.3.1 Zelfbeschreven copingstijl minder stabiele episode         | 33                                                       |
| 3.3.2.2 Ervaren van handelen coping                                |                                                          |
| minder stabiele episode.....                                       | 33                                                       |
| 3.3.4 Koppeling kwantitatief onderzoek met kwalitatief onderzoek.. | 34                                                       |
| 4.0 Discussie en conclusie.....                                    | 35                                                       |
| 5.0 Aanbevelingen.....                                             | 44                                                       |
| 6.0 Referentielijst.....                                           | 46                                                       |
| <br>Bijlage 1                                                      | <br>Informatiebrief                                      |
| Bijlage 2                                                          | Informed consent                                         |
| Bijlage 3                                                          | Interview                                                |
| Bijlage 4                                                          | Sociaal Ritme Boekje; Sociaal Ritme Matrix en Life Chart |
| Bijlage 5                                                          | ANOVA therapiegroepen                                    |
| Bijlage 6                                                          | Overzicht per therapiegroep en groep respons             |

## 1.0 Inleiding

Iedereen heeft wel eens een 'goede dag' of een 'slechte dag'. Bij sommige mensen kunnen deze goede of slechte momenten erg lang aanhouden of buitenproportioneel zijn en leiden tot beperkingen in het dagelijks functioneren. In dit geval spreken we van een stemmingsstoornis (Jabben & Arts, 2011).

In de *Diagnostic and statistic manual of mental disorders, vierde editie* (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association (APA), 2000) wordt een stemmingsstoornis met het voorkomen van (hypo)manische perioden omschreven als een bipolaire stoornis. Dit is een ernstige, recidiverende stemmingsstoornis die wordt gekenmerkt door het veelal afwisselend optreden van (hypo)manische, depressieve en gemengde episodes. Hierbij kunnen lange (maanden tot jaren), dan wel kortere (dagen tot weken) symptoomvrije perioden zijn (APA, 2000). Een bipolaire stoornis wordt onderscheiden in een bipolaire I en een bipolaire II stoornis. Een bipolaire stoornis wordt geclassificeerd als een 'bipolaire I stoornis' als er ten minste één manische of gemengde episode is voorgekomen, en als 'bipolaire II stoornis' als er naast een of meerdere depressieve episoden ten minste één hypomane episode en nooit een manie is voorgekomen (Nolen e.a., 2008). Een hypomane episode kenmerkt zich door een abnormaal verhoogde, expansieve of prikkelbare stemming (APA, 2000). Behrman (2001, p.12) omschreef dit als: *'Je probeert een heel leven te slijten in een dag.'* Bij een manische periode kunnen allerlei activiteiten zijn toegenomen met een kans op sociaal pijnlijke gevolgen. Zo kan er een verhoogd gevoel van zelfvertrouwen zijn, wat kan leiden tot een opgeblazen gevoel van eigenwaarde en grootsheidsideeën tot aan psychotische verschijnselen toe. Mensen in een manie zullen eerder toegeven aan hun impulsen, waardoor er bijvoorbeeld ongeremde koopwoede, ongepaste seksuele toenaderingen of zakelijk riskante investeringen gedaan kunnen worden.

Wanneer de manische symptomen minder heftig zijn, maar er wel sprake is van een verandering ten opzichte van het normale gedrag, spreekt men van een hypomane episode (Jabben & Arts, 2011).

Een onderzoek bij het *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* (NEMESIS) leverde voor de bipolaire I en II stoornis een lifetimeprevalentie op van 1,9% (Bijl, Zessen & Ravelli, 1997). Dit is gelijk aan epidemiologische studies uit andere landen. Mensen met een manische periode hebben vaak weinig ziektebesef, waardoor mensen met een bipolaire stoornis vaak slechts in een psychotische- dan wel de daarop volgende depressieve episode bij de behandelaar komen (Jabben & Arts, 2011). Deze stoornis wordt door behandelaren dan ook vaak verward met een reguliere depressie, ADHD, borderline of schizofrenie, waardoor het lastig te diagnostiseren is. Meer dan de helft van de patiënten met een bipolaire stoornis heeft tevens een andere psychiatrische stoornis. Daarbij gaat het vooral om alcohol- of drugsafhankelijkheid, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen (Zaane, Visser & Berg, 2008). Al deze comorbide stoornissen kunnen de diagnostiek en behandeling compliceren. Uit onderzoek van Hirschfield (2001) blijkt dat het bij 34% van de mensen met bipolaire stoornissen wel 10 jaar duurt voor zij de juiste diagnose ontvangen.

Bijna de helft van de patiënten lukt het niet recidief te voorkomen (Colom e.a., 2005). Uit een studie van Judd e.a.(2003) blijkt dat mensen met een bipolaire stoornis de helft van de tijd doorbrengen met depressieve symptomen en dat bij een grote groep patiënten het functionele herstel onvolledig is. Een longitudinale studie over een tijdsspanne van 15 jaar (Judd e.a., 2005) toont aan dat er een significante psychosociale verslechtering optreedt van de levenskwaliteit met elke depressieve of manische episode. De grootste verslechtering wordt gezien ten gevolge van de manische episode horende bij de bipolaire I stoornis.



Met de behandeling van deze chronische ziekte wordt derhalve een stabiele stemming ergo het voorkomen van recidieve stemmingsepisoden nagestreefd. De richtlijn bipolaire stoornissen (Nolen e.a., 2008) schrijft hierbij zelfmanagement, psycho-educatie, psychotherapie en farmacotherapie in de vorm van stemmingsstabilisatoren voor. Zelfmanagement is het individuele vermogen om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en psychosociale consequenties en leefstijlveranderingen inherent aan het leven met een chronisch gezondheidsprobleem (Barlow, Wright, Sheasby, Tuner & Hainsworth, 2002). In het kader van zelfmanagement wordt in therapie veelal de *lifechart* gebruikt. Dit is een meetinstrument dat het beloop van de bipolaire stoornis inzichtelijk maakt. Hiermee wordt na gegaan welke situaties luxerend kunnen zijn voor de patiënt en welke specifieke prodromen aangeduid kunnen worden als eerste tekenen van instabiliteit. In de *lifechart* worden onder andere medicatiegebruik, menstruatiecyclus en levensgebeurtenissen bijgehouden (Nolen e.a., 2008). Een andere vorm van zelfmanagement is het behouden van een stabiel biologisch ritme. Slaapdeprivatie en een verstoring van het reguliere sociale ritme kunnen een symptoom zijn van een episode of een episode uitlokken (Boland, Bender, Alloy, Conner, LaBelle & Abramson, 2012). Mensen met een bipolaire stoornis wordt derhalve aangeraden een stabiel biologisch ritme te hanteren. Het zicht op dit ritme wordt vergroot door de *Sociaal Ritme Matrix* (SRM), waar patiënten hun ‘*Sociaal Ritme Score*’ (SRT-score) mee kunnen berekenen. Deze managementtool geeft handvatten om het bioritme en de stemming in kaart te brengen. Het is ontwikkeld door Frank (2005) die ervan uitging dat het ontstaan van depressieve of (hypo)manische episoden bij een bipolaire stoornis te maken hebben met een verstoring van het biologische ritme. De SRM draagt naast het verkrijgen van inzicht bij aan de bewaking van de stabiliteit in gedragingen en circadiaanse ritmes. SRM blijkt een positieve invloed op de stabiliteit van patiënten te hebben. Het instrument geeft handvatten voor zelfmanagement wat ten goede komt aan de behandeling.

In een onderzoek van Frank e.a. (2005) ervoeren patiënten met SRM een grotere stabiliteit en hadden zij een langdurige stabiele periode vooraf aan terugval dan de controle groep. PsyQ, de organisatie waar dit onderzoek plaatsvindt heeft zowel de SRM als de Life Chart gecombineerd in een ‘sociaal ritme boekje’ wat patiënten dagelijks in kunnen vullen.

Op het moment dat een patiënt geen (hypo)mane episode of depressieve episode heeft, wordt deze als ‘stabiel’ gezien. In de behandeling wordt iemand als stabiel beschouwd indien deze een regelmatig bioritme en een stabiele stemming heeft (PsyQ, 2008).

Dit onderzoek gaat over mensen met een bipolaire stoornis in relatie tot copinggedrag. *Coping* wordt omschreven als aanpassing, gedragsstijl of omgaan met een probleemsituatie (Christensen & Kessing, 2005). Het is een reactie op een levensgebeurtenis die dient om emotioneel ongemak te voorkomen, vermijden of onder controle te houden (Pearlin & Schooler, 1987). Coping en levensgebeurtenissen zijn dientengevolge twee variabelen die niet los van elkaar kunnen worden gezien.

Levensgebeurtenissen zijn veelal gebeurtenissen die sporen achterlaten in een mensenleven (Meiera et al., 2011). Deze gebeurtenissen zijn een risicofactor voor het ontstaan en vertraagd functioneel herstel van een ziekte-episode bij mensen met een bipolaire stoornis (Ellicott, Hammen, Gitlin, Brown, & Jamison, 1990; Meiera et al, 2011; Koenders, Giltay, Spijker, Hoencamp, Spinhoven & Elzinga, 2014). Na een eerste stemmingsepisode zijn er daarnaast minder kwantitatief en kwalitatief ernstige levensgebeurtenissen nodig om een stemmingsepisode uit te lokken (Horeish en Lancu, 2010). Uit onderzoek van Vinkers, Houtepen, Kahn, Joels & Boks (2014) is gebleken dat mensen met een bipolaire stoornis tevens op hormonaal niveau een verschillende stress reactiviteit vertonen in reactie op levensgebeurtenissen in vergelijking tot andere leden uit het gezin van herkomst. Hier komt bij dat mensen met een bipolaire stoornis in relatie tot een controlegroep, significant meer levensgebeurtenissen rapporteren (Kissi e.a., 2013).

Bovenstaande onderzoeken maken duidelijk dat levensgebeurtenissen verwoven zijn met het ziektebeloop van iemand met een bipolaire stoornis.

Hoewel ieder individu met levensgebeurtenissen te maken krijgt, is het per individu afhankelijk welke coping gehanteerd wordt. Mensen met een bipolaire stoornis blijken vaak geen effectieve copingstijl hanteren. Zo is gebleken uit een onderzoek van Moon (2014) onder 206 participanten, dat mensen met een bipolaire stoornis een significant minder effectieve copingstijl hanteren dan een gezonde controlegroep. Een passieve, vermijdende coping werd veel gezien; patiënten bedienen zich van een selectieve waarneming, een gekleurde interpretatie en etikettering van een probleemsituatie. Vaak gaan zij over tot zelfdestructief rook-, eet-, en/of drinkgedrag in pogingen de spanningen te reduceren. Een studie van Goossens, Knoppert & Achterberg (2008) bevestigt deze uitkomsten. Hieruit blijkt dat ambulante bipolaire patiënten een minder actieve, meer passieve en ontwijkende copingstijl hanteren dan ambulante mensen zonder bipolaire stoornis. Een groot literatuurreview van 17 longitudinale en 11 cross-sectionele studies van Christenen en Kessing (2005) laat zien dat de copingstijl die bij levensstressoren gehanteerd wordt, invloed heeft op het verloop van de bipolaire stoornis. Zo blijkt uit de meeste van de betrokken studies dat passieve copingstijlen als een emotiegeoriënteerde copingstrategie en ontwijkende copingstrategie geassocieerd worden met een terugval naar depressieve episoden. Een passieve copingstijl blijkt gecorreleerd aan frequente acute perioden van depressies en/of (hypo)manie (Goossens, Knoppert- van der Klein & Achterberg, 2008). Bij een emotiegeoriënteerde copingstrategie wordt een zelf-georiënteerde emotionele reactie gegeven om te trachten de stress te verminderen (Ray, Lindop & Gibson, 1982). Zo zijn bipolaire patiënten eerder geneigd te rumineren (Fletcher, Parker & Manicavasager, 2013). Bij een ontwijkende copingstrategie wordt juist afleiding gezocht bij een probleem.

Hier kan gezien worden dat mensen meer gaan roken, risico's nemen, drinken of hun gedachten van het probleem afleiden (Fletcher, Parker & Manicavasager, 2013; Endler & Parker, 1999). Tegenovergesteld aan deze twee stijlen lijken volgens deze literatuurstudie actieve copingstijlen als een probleemgeoriënteerde copingstijl en taakgeoriënteerde copingstijl te correleren met gezondere uitkomsten in relatie tot de affectieve episoden. Bij deze copingstijlen wordt bijvoorbeeld helpende informatie gezocht, pogingen gedaan om de situatie te veranderen en worden strategieën bedacht tot het oplossen van problemen (Ray et al., 1982).

Ondanks deze verbanden benadrukt Schreurs et al. (1993) dat er nog geen uitsluitend eenduidig beeld bestaat over wat effectieve copingstijlen in zijn algemeenheid zijn. Schreurs raadt derhalve aan de bepaling van het criterium voor de effectiviteit ten dele te omzeilen door individuen te vragen in hoeverre men bij het gedrag baat heeft gehad en of dat het gedrag effectief is geweest. Evenals Schreurs stelt Ploeg (2013) dat met onderscheid van effectieve en minder effectieve strategieën genuanceerd moet worden omgegaan, omdat een effectieve strategie afhankelijk is van de situatie. Om een bepaald resultaat te bereiken kunnen in principe uiteenlopende strategieën worden ingezet, soms zelfs tijdelijk ineffectieve strategieën. Ploeg onderschrijft hierbij het belang van het in kaart brengen van het behaalde effect.

De copingstijlen die mensen met een bipolaire stoornis gebruiken om met levensgebeurtenissen om te gaan, hebben invloed op het verloop van hun ziekte en herstel (Christensen & Kessing, 2005). Goossens (2008) stelt dat het aanleren van copingvaardigheden voor mensen met een bipolaire stoornis zeer belangrijke handvatten kan geven. Zo kunnen mensen met de juiste coping leren omgaan met de gevolgen en het zelfmanagement van de ziekte. Gezien de rol die zelfmanagement inneemt in de behandeling van de bipolaire stoornis is dit erg belangrijk.

Hoewel is onderzocht welke copingstijlen gezondere uitkomsten hebben bij iemand met een bipolaire stoornis, is nog geen onderzoek gedaan naar de samenhang tussen stabiliteit en copingstijlen. Daarnaast mist kwalitatief onderzoek naar het door Ploeg (2013) en Schreurs et al. (1993) genoemde effect van de gehanteerde copingstijl bij mensen met een bipolaire stoornis.

In deze pilot wordt onderzocht wat de samenhang is tussen de gebruikte copingstijlen en de mate van stabiliteit bij mensen met een bipolaire stoornis. Dit wordt onderzocht in twee klinische behandelgroepen, waarbij een verschillende mate van stabiliteit wordt verwacht. Stabiliteit bestaat hierbij uit enerzijds de stabiliteit van de stemming en anderzijds het Sociale Ritme Score (SRT-score), in dit onderzoek verder benoemd als 'stemming' en 'ritme' in verband met de leesbaarheid. Als kwalitatieve deelvraag wordt het resultaat ofwel effect van de gehanteerde copingstijl onderzocht, en hoe de gehanteerde copingstijl door mensen met een bipolaire stoornis zelf wordt ervaren. Hiernaar wordt in dit onderzoek veelal verwezen als 'het praktische en retrospectieve effect'. Dit wordt onderzocht door mensen een vragenlijst in te laten vullen over een probleemsituatie in een stabiele- en minder stabiele periode en de wijze waarop zij hiermee zijn omgegaan. Vervolgens wordt hen gevraagd naar het effect van hun handelwijze en hoe zij hierop terug kijken.

De onderzoeksvraag luidt: *'Wat is de samenhang tussen de gebruikte copingstijl en de mate van stabiliteit bij mensen met een bipolaire stoornis?'*

Met daarbij de kwalitatieve deelvraag: *'Wat is het praktische effect van de gehanteerde copingstijl op de situatie en hoe wordt de omgang met de situatie door mensen met een bipolaire stoornis zelf ervaren in een periode van minder stemmingsklachten ten opzichte van een periode met meer stemmingsklachten?'*

In deze explorerende pilot wordt de copingstijl bij een bipolaire stoornis breed onderzocht, door variabelen als stabiliteit en praktisch en retrospectief effect mee te nemen.

Het is belangrijk een duidelijk beeld te hebben van de gehanteerde copingstijl in zowel de stabiele- als instabiele periode van een bipolaire stoornis. Dit omdat het eventuele verschil in copingstijl in een stabiele- dan wel instabiele periode bewustwording kan geven in de (in)effectiviteit van bepaalde copingstijlen bij mensen met een bipolaire stoornis. Gezien het belang van een effectieve copingstijl, kan duidelijke informatie over veelgebruikte en effectieve copingstijlen gebruikt worden bij de psycho-educatie van mensen met een bipolaire stoornis. Bewustwording van copingstijl kan zelfmanagement bevorderen wat uiteindelijk kan bijdragen aan het voorkomen van terugval naar ziekte-episoden.

De hypothese van dit onderzoek is dat bij meer stabiliteit een effectievere coping wordt gebruikt. Als effectieve coping worden de actieve copingstijlen van Schreurs (Schreurs et al 1993) gehanteerd. Daarnaast wordt verwacht dat de actieve copingstijlen een positievere uitwerking hebben op de genoteerde probleemsituaties in de vragenlijst, en dat deze copingstijlen als positiever wordt ervaren.

## 2.0 Methode

### 2.1 Inleiding

Dit onderzoek vindt plaats in de organisatie PsyQ in Rotterdam. PsyQ is onderdeel van de overkoepelende organisatie Parnassia, en verzorgt de ambulante zorg voor bepaalde patiëntengroepen, waaronder voor de mensen met een bipolaire stoornis. Dit onderzoek richt zich op de behandelgroepen; *Ritme en Balans* en *Sociaal Ritme Therapie groep* (SRT-groep).

### 2.2 Design

Tot op heden is er weinig onderzoek voorhanden omtrent de correlatie tussen stabiliteit en coping. De start van deze nieuwe onderzoekslijn betreft deswege een exploratieve pilot. De maximale sample voor dit onderzoek is N=18.

2.2.1 kwantitatieve hoofdvraag *‘Wat is de correlatie tussen de gebruikte copingstijl en de mate van stabiliteit bij mensen met een bipolaire stoornis?’*

De kwantitatieve hoofdvraag wordt beantwoord door een eenmalig inventariserend survey-onderzoek waarmee in de vorm van nominale meetwaarden de copingstijl wordt achterhaald. Deze uitkomsten worden vervolgens afgezet tegen de kwantitatieve gegevens vanuit de Sociaal Ritme Matrix; ritme en stemming. Deze kwantitatieve gegevens worden verder toegelicht in 4.5 *Meetinstrumenten*.

2.2.2 Kwalitatieve deelvraag: *‘Wat is het praktische effect van de gehanteerde copingstijl op de situatie en hoe wordt de omgang met de situatie door mensen met een bipolaire stoornis zelf ervaren in een periode van minder stemmingsklachten ten opzichte van een periode met meer stemmingsklachten?’*

De deelvraag wordt beschrijvend beantwoord met een eenmalig semi-gestructureerde survey met kwalitatieve gegevens. Hiermee wordt de copingstijl en de beleving van deze copingstijl uitgevraagd in een stabiele- en minder stabiel periode. Deze vragenlijst wordt toegelicht in 2.5.2.1 Survey.

### 2.2.3 Ethische overwegingen

In dit onderzoek zijn ethische overwegingen gemaakt om de veiligheid van de participant te waarborgen. Deelname aan dit onderzoek beïnvloed op geen wijze de behandeling van de participant.

De privacy van de respondenten wordt gewaarborgd door de gegevens anoniem te verwerken als beschreven bij *werving*, 4.4.3.

De respondenten worden tevens over de privacy geïnformeerd in de informatiebrief (*bijlage 1; Informatiebrief*) en informed consent (*bijlage 2; Informed consent*). De gegevens van de respondenten worden anoniem verwerkt waarbij eventuele resultaten en conclusies over de gehele sample worden gepresenteerd en niet tot individu te herleiden zijn. De gegevens worden niet door derden ingezien zonder toestemming van de respondent.

Dit onderzoek is goedgekeurd door de commissie ethiek van de Universiteit Twente en regionaal hoofd WOZI van Parnassia Groep. Op basis hiervan is het advies gegeven dat het onderzoek niet WMO plichtig is en niet beoordeeld hoeft te worden door de METC.

## 2.3 Interventie

### 2.3.1 Deelnemers

Deze studie richt zich op mannen en vrouwen met een bipolaire stoornis die in behandeling zijn bij PsyQ in Rotterdam en deelnemen aan de Ritme en Balans of de SRT-groep.



Derhalve is de in- en exclusiecriteria van de therapiegroepen gelijk aan de in- en exclusiecriteria van het onderzoek. Patiënten moeten voor deelname aan de groep de Nederlandse taal machtig zijn, met een hoofddiagnose bipolaire stoornis. Eventuele comorbiditeit mag niet conflicteren met de groepsbehandeling.

### 2.3.2 Therapiegroepen

De ritme en balans en SRT-groep zijn open groepen van heterogene samenstelling. De deelname betreft maximaal 16 weken, waarbij bij de SRT-groep vroegtijdige stop mogelijk is. In beide groepen wordt aandacht gegeven aan het verkrijgen en behouden van een regelmatig ritme met als doel de bipolaire stoornis te stabiliseren. Het Sociaal Ritme Boekje (2.5.1.1 *Sociaal Ritme Boekje*) is hierbij een belangrijk handvat. De eerste groep is vooral bedoeld voor patiënten die regelmatig instabiel zijn, moeite hebben met een stabiel dagelijks ritme behouden en het accepteren van de diagnose. Dit is een intensievere deeltijd behandelgroep waarbij zelfmanagement, psycho-educatie, psychotherapie en farmacotherapie een grote rol spelen. Patiënten ontmoeten elkaar 16 weken lang, gedurende 3 dagen per week. De deelnemers van de SRT-groep ontmoet elkaar slechts 1,5 uur per week gedurende een periode van 16 weken. De deelnemende patiënten hebben merendeels een redelijk stabiel ritme en hebben naast de groep laag frequent onderhoudend contact met een behandelaar. Zij houden zich tevens bezig met het behouden van hun ritme en voeren groepsgesprekken over ingebrachte thema's. Beide groepen zijn open groepen met in principe ruimte voor maximaal 9 patiënten tegelijkertijd, hoewel bij de SRT groep eventueel een aantal boven de 9 mogelijk is (PsyQ, 2008). Deze beide groepen zijn geselecteerd in het onderzoek omdat verwacht wordt dat deze groepen tezamen een grotere verscheidenheid aan mate van stabiliteit laten zien dan een onderzoek in één van deze groepen.

## 2.4 Procedure

Iedere groepsdeelnemer krijgt een informatiebrief (*bijlage 1; Informatiebrief*) en informed consent (*bijlage 2; Informed consent*) uitgereikt door de onderzoeker P. van der Horst tijdens een therapie-uur op maandag. Hen wordt gevraagd dit binnen een week door te lezen, en in geval van deelname te ondertekenen en te retourneren. Nadat de formulieren zijn ondertekend wordt door de onderzoeker eenmalig de *Utrechtse Coping Lijst (UCL)* (2.5.1.2 *Utrechtse Coping Lijst*) via de mail toegestuurd. Daarnaast wordt tijdens een therapie-uur eenmalig een papieren survey (2.5.2.1 *Survey*) uitgedeeld. Deelnemers worden gevraagd de online UCL en papieren survey binnen een week te retourneren. Met het uitdelen van de papieren survey worden de patiënten gevraagd of de onderzoeker een kopie mag maken van het Sociaal Ritme boekje (2.5.1.1 *Sociaal Ritme Boekje*) van de week waarin de UCL en de survey zijn ingevuld. Bij het retour ontvangen van de UCL en survey wordt de uitslag geanonimiseerd en via getallen door een tweede beoordelaar J. de Vries gekoppeld aan de kopie van het Sociaal Ritme boekje. J. De Vries is een studiegenoot van de onderzoeker en heeft praktische ervaring met de UCL. Er wordt in de nummering slechts een onderscheid gemaakt in behandelgroep, zodat verder persoonlijke identificatie bij de verwerking van de gegevens onmogelijk is.

## 2.5 Meetinstrumenten

2.5.1 Kwantitatieve hoofdvraag: *‘Wat is de samenhang tussen de gebruikte copingstijl en de mate van stabiliteit bij mensen met een bipolaire stoornis?’*

### 2.5.1.1 Sociaal Ritme Boekje

Stabiliteit wordt in dit onderzoek geoperationaliseerd door de nominale waarden van de variabelen ‘stemming’ en ‘ritme’.

Deze variabelen zijn terug te vinden in de Sociaal Ritme Matrix (SRM) (*figuur 2; voorbeeld Sociaal Ritme Matrix*), welke het bovenste gedeelte vormt van het Sociaal Ritme boekje (*Bijlage 4; Sociaal Ritme Boekje; Sociaal Ritme Matrix en Life Chart*). In het onderste gedeelte van het boekje staat de lifechart vormgegeven per week. De lifechart wordt in dit onderzoek gebruikt om de groepssamenstelling in kaart te brengen.

De SRM is een managementtool dat inzicht geeft in de samenhang tussen dag- en nachtritmes, stemming, structuur van dagelijkse activiteiten en sociale contacten door het invullen van activiteitschema's, ofwel 'zeitgebers' en stemming (Jabben & Arts, 2011). De variabele 'ritme' van stabiliteit wordt in dit onderzoek bepaald door de Sociaal Ritme Therapie score (SRT-score). Deze kan variëren van 0-7, waarbij hogere ritmescores duiden op meer stabiliteit. Een SRT-score van 4-5 wordt als wenselijk beschouwd (Frank, 2005). In de SRM staan vijf zeitgebers beschreven; 'opstaan', 'eerste contact met een andere persoon', 'begin werk/school', 'avondeten', 'naar bed'. Wanneer patiënten binnen 45 minuten binnen hun gemaakte planning aan deze zeitgebers voldoen, ontvangen zij een punt (*figuur 2; voorbeeld Sociaal Ritme Matrix*). Omdat er vijf zeitgebers zijn, worden de behaalde punten aan het einde van de week gedeeld door vijf, wat het aantal punten weergeeft per zeitgeber. Dit vormt de hiervoor benoemde SRT-score tussen de 0-7. Deze score vertelt de patiënt in hoeverre hij heeft voldaan aan de eigen geplande dagstructuur.

*patiënte vrouw 56 jaar*

Gebruiksaanwijzing:

- Noteer de ideale richttijd die je zou **willen** voor elke activiteit
- Noteer de **tijd** waarop je de activiteit **werkelijk** uitvoerde
- Noteer welke **mensen** betrokken waren bij elke activiteit en hoe: 0 = alleen; 1 = anderen deden ook mee; 3 = anderen stimuleerden me

*2 = anderen waren aanwezig*

Datum *4-10-2007*

| Activiteit                                                                                | Richttijd     | Zondag  |        | Maandag |        | Dinsdag |        | Woensdag |        | Donderdag |        | Vrijdag |        | Zaterdag |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|----------|--------|-----------|--------|---------|--------|----------|--------|
|                                                                                           |               | Tijd    | Mensen | Tijd    | Mensen | Tijd    | Mensen | Tijd     | Mensen | Tijd      | Mensen | Tijd    | Mensen | Tijd     | Mensen |
| Opstaan                                                                                   | 7.15          | 7.15/0  |        | 7.15/2  |        | 7.15/2  |        | 7.15/2   |        | 7.15/2    |        | 7.15/0  |        | 7.15/0   |        |
| Eerste contact met een andere persoon                                                     | 9.30          | 9.00/0  |        | 9.00/2  |        | 9.15/1  |        | 8.00/1   |        | 9.30/2    |        | 10.00/0 |        | 10.00/0  |        |
| Begin Hobby - cursus werk/school/vrijwilligerswerk                                        | 11.00         | 11.30/2 |        | 9.30/1  |        | 10.30/2 |        | 11.00/1  |        | 10.00/1   |        | 11.00/0 |        | 11.00/0  |        |
| Avondeten                                                                                 | 18.00         | 18.00   |        | 18.00   |        | 18.00   |        | 18.00    |        | 18.00     |        | 18.00   |        | 18.00    |        |
| Naar bed                                                                                  | 23.00         | 23.00   |        | 23.00   |        | 23.00   |        | 23.00    |        | 23.00     |        | 23.00   |        | 23.00    |        |
| Bepaal STEMMING elke dag gaande van -5 tot +5<br>-5 = erg depressief<br>+5 = erg opgewekt | <i>+1 1/2</i> | + 1 1/2 |        | +1      |        | 0       |        | 0        |        | +1        |        | +1      |        | + 1 1/2  |        |

Figuur 2. Voorbeeld Sociaal Ritme Matrix (Frank, 2005).

De variabele 'stemming' van stabiliteit wordt in dit onderzoek bepaald door de stemmingscore uit de SRM (figuur 2; voorbeeld Sociaal Ritme Matrix).

Deze score loopt van -5 tot +5, waarbij de getallen in de min de depressievere episoden aangeven en de getallen in de plus de meer (hypo)manische episoden. De '0' wordt gezien als stabiel en is wat wordt nagestreefd. Als interval van stabiliteit wordt een score van -0,5 tot +0,5 aangehouden.

Het onderste gedeelte van het Sociaal Ritme Boekje is de Life Chart (NIMH Stanley Foundation; Post, roy-Byrne & Uhde, 1988). Dit is een meetinstrument, waarmee grafisch in beeld kan worden gebracht hoe het symptoomverloop er in het leven uit heeft gezien en hoe het er nu uitziet (Bijlage 4; Sociaal Ritme Boekje; Sociaal Ritme Matrix en Life Chart). In de Life Chart worden zaken als therapieduur, menstruatiecyclus, slaap, medicatie, gebeurtenissen en eventuele andere relevante factoren als alcohol- en drugsgebruik vastgelegd (Jabben & Arts, 2011).

De Life Chart is valide bevonden voor het vaststellen van manische en depressieve episoden, en is daarnaast valide bevonden in het aantonen van het therapie-effect (Denicoff et al., 2000).

Het boekje wordt in therapie zowel als meetinstrument (life chart) en managementtool (SRM) gebruikt. Wekelijks wordt het boekje besproken in een daarvoor ingericht therapie-uur, waarbij de life chart bedoeld is om inzicht te geven in het verloop van- en invloeden op de bipolaire stoornis. De SRM is bedoeld om zelfmanagement in ritme te bevorderen. Gedurende de behandeling worden de patiënten thuis in het gebruik van het boekje. Aansluitend op de therapie wordt in het kader van zelfmanagement sterk aangeraden het boekje met name te gebruiken wanneer de eerste tekenen van instabiliteit zich laten zien.

#### 2.5.1.2 Utrecht Coping Lijst

De Utrecht Coping Lijst (UCL) (Schreurs et al. 1993) brengt middels een vierpuntsschaal de cognitieve en gedragsmatige strategieën in kaart die de respondent hanteert om met probleemsituaties om te gaan. Het is een zelfbeoordelvragenlijst met 47 items verdeeld over zeven subschalen, welke ongeveer 15 minuten zal duren om in te vullen. De 7 schalen zijn onder te verdelen in vier actieve en drie passieve copingstijlen.

De actieve copingstijlen zijn: Actief aanpakken ( $\alpha$  .79), Sociale steun zoeken ( $\alpha$  .89), Expressie van emoties ( $\alpha$  .69) en Geruststellende en troostende gedachten hanteren ( $\alpha$  .69).

De passieve copingstijlen zijn: Palliatieve reactie ( $\alpha$  .62), Vermijden ( $\alpha$  .74) en Passief reactiepatroon ( $\alpha$  .71). De inhoud van de schalen wordt toegelicht in Tabel 1. De interne consistentie is redelijk tot goed en kan gezien worden als een betrouwbaar en valide instrument (Schreurs et al 1993).

Tabel 1. Beschrijving van de schalen van de Utrechts Coping Lijst (Schreurs et al., 1993).

| Actieve Copingstijlen                   | Omschrijving                                                                                                                                                                       | Passieve copingstijlen | Omschrijving                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Actief aanpakken                        | De situatie rustig van alle kanten bekijken, de zaken op een rijtje zetten; doelgericht en met vertrouwen te werk gaan om het probleem op te lossen.                               | Palliatieve reactie    | Afleiding zoeken en zich met andere dingen bezighouden om niet aan het probleem te hoeven denken; proberen zich wat lekkerder te voelen door te roken, drinken of zich wat te ontspannen.             |
| Sociale steun zoeken                    | Het zoeken naar troost en begrip bij anderen; zorgen aan iemand vertellen of hulp vragen.                                                                                          | Vermijden              | De zaak op zijn beloop laten, de situatie uit de weg gaan of afwachten wat er gaat gebeuren.                                                                                                          |
| Geruststellende en troostende gedachten | Zichzelf geruststellen met de gedachte dat na regen zonneshijn komt, dat anderen het ook wel eens moeilijk hebben of dat er nog wel ergere dingen gebeuren; jezelf moed inspreken. | Passief reactiepatroon | Zich volledig door de situatie in beslag laten nemen, de zaak somber inzien, zich piekerend in zichzelf terugtrekken. Niet in staat zijn om iets aan de situatie te doen: piekeren over het verleden. |
| Expressie van emoties                   | Het laten blijken van ergernis of kwaadheid; spanningen afreageren                                                                                                                 |                        |                                                                                                                                                                                                       |

2.5.2 Kwalitatieve deelvraag: *‘Wat is het praktische effect van de gehanteerde copingstijl op de situatie en hoe wordt de omgang met de situatie door mensen met een bipolaire stoornis zelf ervaren in een periode van minder stemmingsklachten ten opzichte van een periode met meer stemmingsklachten?’*

#### 2.5.2.1 Survey

De survey is een zelf samengestelde survey, welke ongeveer 10 minuten zal duren om in te vullen (*bijlage 3; Interviewformat*). De survey vraagt naar de beschrijving van een probleemsituatie en de wijze waarmee met de situatie is omgegaan tijdens een meer- en minder stabiele periode. Daarnaast wordt per beschreven situatie gevraagd naar het praktische effect (wat was het effect op de probleemsituatie van het handelen) en retrospectieve effect (hoe kijkt u terug op de wijze waarop u met het probleem om bent gegaan). Door zowel naar een meer stabiele periode als een minder stabiele periode te vragen, wordt een variantie in gebruikte copingstijlen verwacht en wordt een breder zicht verkregen op de wijze waarop de verschillende copingstijlen worden beleefd in praktisch en retrospectief effect door de patiënt. De kwaliteit van deze survey is onderzocht middels een kleine pilot waarbij de survey is ingevuld door één persoon uit de doelgroep. Deze persoon gaf aan dat hij wel erg na moest denken omdat het open vragen betreft. Gesloten vragen hadden zijn voorkeur. Er was op basis van deze respons geen mogelijkheid om de survey aan te passen zonder kwaliteit van het onderzoek te verliezen.

### 2.6 Data-analyse

2.6.1 Kwantitatieve hoofdvraag: *‘Wat is de samenhang tussen de gebruikte copingstijl en de mate van stabiliteit bij mensen met een bipolaire stoornis?’*

Een meer- of minder stabiele periode wordt uit het Sociaal Ritme Boekje afgelezen middels 'ritme' (SRT-score: 0-7) en 'stemming' (-5 tot +5) (zie 2.5.1.1. Sociaal ritme boekje). De stemming van de dag van het inleveren van de UCL wordt geselecteerd als stemming score. In eerder onderzoek is tot op heden niet onderzocht op welke wijze deze twee stabiliteitspeilers samenhangen. Cronbach's alpha van ritme en stemming tezamen is .54 waaruit blijkt dat ritme en stemming niet als één schaal kunnen worden gezien. Ritme en stemming worden afzonderlijk van elkaar middels een correlatie-analyse gecorreleerd met de verschillende copingstijlen verkregen van de UCL. Als betrouwbaarheid van correlatie bij Spearman wordt het volgende aangehouden (Boeije, 2005):  $\rho$  'slecht' ( $k < 0$ ),  $\rho$  'gering' (0 – 0.20),  $\rho$  'matig' (0.21 – 0.40),  $\rho$  'matig tot goed' (0.41 – 0.80), en  $\rho$  'bijna perfect' (0.81 – 1.00). Voor analyse zijn de scores verkregen op stemming omgescoord tot positieve meetwaarden op een schaal van 0 (meest instabiele stemming) naar 5 (meest stabiele stemming). Dit is mogelijk doordat alle verkregen data negatief waren. Zo is een stemming van -3.1 omgeschaald een 1.9. De score op de copingstijlen zijn gecodeerd aan de hand van de normgroep voor volwassenen in de categorische variabelen: 1=zeer laag, 2=laag, 3=gemiddeld, 4=hoog en 5=zeer hoog. Vanwege de kleine  $N(=7)$  in dit onderzoek is bij de statistische verwerking van de gegevens uitgegaan van een niet normale verdeling en ligt de focus op de trends in de correlatie bij het interpreteren van de gegevens. Hierbij wordt voor de correlatieanalyse gebruik gemaakt van Spearman.

2.6.2 Kwalitatieve deelvraag: *'Wat is het praktische effect van de gehanteerde copingstijl op de situatie en hoe wordt de omgang met de situatie door mensen met een bipolaire stoornis zelf ervaren in een periode van minder stemmingsklachten ten opzichte van een periode met meer stemmingsklachten?'*



De kwalitatieve analyse wordt gedaan door de reacties op de survey te coderen aan de hand van de 7 categorieën uit de UCL (tabel 1, Beschrijving van de schalen van de Utrechtse Coping Lijst). De beoordelaars bepalen daarmee welke vorm van coping is toegepast aan de hand van de beschreven probleemsituaties en de wijze waarop in de probleemsituatie is gehandeld. Dit gebeurt zowel door onderzoeker P. van der Horst alsmede door studiegenoot J. de Vries. Naast de codering per copingstijl beoordelen P. van der Horst en J. De Vries of het praktische effect en de retrospectieve ervaring positief dan wel negatief zijn beschreven door de deelnemers (vraag 2,3,5,6 van het interview). Dit wordt gecodeerd door een + (positief) of een – (negatief). Ter overzicht worden de antwoorden bij de resultatensectie verdeeld in zes kolommen weergegeven (Tabel 5, uitkomst kwalitatieve vragenlijst). In de eerste kolom staat de codering van de copingstijl vermeld aan de hand van de probleemsituatie en de wijze waarop daarmee is omgegaan door de patiënt. De tweede kolom betreft het ervaren van de patiënt van het praktische effect van de omgang met de situatie weergegeven in ofwel een + of een -. De derde kolom betreft de subjectieve retrospectieve ervaring volgens de patiënt van de omgang met de situatie eveneens weergegeven met een + of een -. Kolom vier, vijf en zes beslaan dezelfde informatie omtrent de minder stabiele episode. Door twee beoordelaars onafhankelijk van elkaar te laten coderen, wordt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gewaarborgd. Op basis hiervan wordt Cohen's Kappa berekend waarbij correlatie waarden geïnterpreteerd worden in termen van 'slecht ( $k < 0$ ), 'gering' ( $0 - 0.20$ ), 'matig' ( $0.21 - 0.40$ ), 'redelijk' ( $0.410 - 0.600$ ), 'voldoende tot goed' ( $0.61 - 0.80$ ) en 'bijna perfect' ( $0.81 - 1.00$ ) (Landis & Koch, 1977).

De populatie wordt in kaart gebracht door middel van de variabelen ‘therapieduur’, ‘medicatie’, ‘aantal uren slaap’ ‘energieniveau’ en ‘alcoholgebruik’ verkregen uit de lifechart. Met een ANOVA analyse wordt de homogeniteit van de twee deelnemende therapiegroepen gecontroleerd.

### 3.0 Resultaten

#### 3.1 Populatie

Van de dertien deelnemers aan het onderzoek, zijn zes deelnemers van de ritme en balans groep en zeven deelnemers van de sociaal ritme groep (Bijlage 6, overzicht per therapiegroep en groep respons). Alle deelnemers rapporteerden depressieve stemmingen op de dag die gescoord is in het onderzoek. De gemiddelde stemming wordt gescoord op -1,36 (Tabel 2, klinische informatie populatie) wat terug vertaald naar het Sociaal Ritme boekje een stemming is die tussen de volgende omschrijvingen in zit: 'Dingen met tegenzin doen, stemming licht gedaald' en 'Sommige dingen blijven liggen, stemming licht somber.' De gemiddelde score op het ritme was 4.36, wat als een redelijk stabiel ritme wordt gezien (Frank, 2005). Alle deelnemers hebben een kopie van hun sociaal ritme boekje laten maken. Van het totaal aantal patiënten van de twee therapiegroepen vulde zeven deelnemers (53%) de UCL in en 11 (85%) de kwalitatieve vragenlijst (De Sociaal Ritme Groep (N=7) betreft de meeste non-respons. Vijf van de zeven kwalitatieve vragenlijsten (71%) en drie van de zeven UCL-vragenlijsten (42%) zijn ingevuld. Bij de Ritme en Balans groep (N=6) werden vier UCL-vragenlijsten ingevuld (67%) en alle kwalitatieve vragenlijsten (100%). De stemming bij de completers van de UCL is relatief stabiel (-1.06) dan bij de non-responsgroep (-1.71). Ditzelfde verschil is in mindere mate te zien voor het ritme, respectievelijk 4.40 versus 4.33 hoewel significantie op deze gegevens niet te bepalen valt in verband met N=7.

Op basis van de ANOVA (bijlage 5, ANOVA therapiegroepen) blijken de twee deelnemende therapiegroepen homogeen op de variabelen verkregen uit het sociaal ritme boekje, met uitzondering van het aantal weken therapie.

Tabel 2. klinische informatie populatie

|                        | N  | Minimum | Maximum | M (SD)       |
|------------------------|----|---------|---------|--------------|
| Weken in therapiegroep | 13 | 1       | 26      | 10,54 (8,10) |
| Ritme in week          | 13 | 3,60    | 5,80    | 4,37 (.66)   |
| Gem. stemming dag      | 13 | -3,10   | -,21    | -1,36 (.95)  |
| Gem.uren slaap p/n     | 13 | 7,40    | 11,20   | 8,70 (1,17)  |

N.B.: M=gemiddelde en SD=standaard afwijking

3.2 kwantitatieve hoofdvraag: *‘Wat is de samenhang tussen de gebruikte copingstijl en de mate van stabiliteit bij mensen met een bipolaire stoornis?’*

### 3.2.1 UCL met ritme

Geen van de resultaten is significant (Tabel 3; correlatie tussen copingstijl en ritme), waardoor de trends in de waargenomen correlaties besproken worden.

Van de actieve copingstijlen blijkt de copingstijl ‘geruststellende gedachten’ ( $\rho$  -.66) voldoende tot goed negatief te correleren met ritme. Wanneer er een lager ritme is en minder stabiliteit wordt aangenomen, wordt er meer gebruik gemaakt van de copingstijl ‘geruststellende gedachten’. Dit komt niet overeen met de hypothese. Overige actieve copingstijlen correleren matig tot gering (tabel 3, correlatie tussen copingstijl en ritme) waardoor deze in verdere besprekingen buiten beschouwing worden gelaten.

Alle passieve copingstijlen correleren negatief met ritme, waarbij de copingstijl ‘palliatieve reactie’ matig tot goed correleert ( $\rho$  -.47) met ritme. Wanneer er minder ritme wordt gehanteerd en er naar verwachting minder stabiliteit is, wordt er meer gebruik gemaakt de copingstijl ‘palliatieve reactie’, wat overeenkomt met de hypothese. Overige correlaties tussen passieve copingstijlen en ritme zijn gering (tabel 3, correlatie tussen copingstijl en ritme) waardoor deze in verdere bespreking buiten beschouwing worden gelaten.

Tabel 3. Correlatie tussen copingstijl en ritme

|         | Copingstijlen             | Correlatie  |
|---------|---------------------------|-------------|
| Actief  | Actief aanpakken          | -.04        |
|         | Sociale steun zoeken      | .39         |
|         | Expressie van emoties     | .29         |
|         | Geruststellende gedachten | <b>-.66</b> |
| Passief | Palliatieve reactie       | <b>-.47</b> |
|         | Vermijden                 | -.20        |
|         | Passief reactiepatroon    | -.24        |

N.B: 'Matige tot goede' correlaties ( $p > .41$ ) zijn vet gedrukt.

### 3.2.2 UCL met stemming

Evenals de resultaten verkregen uit de correlatie tussen copingstijl en ritme, is geen van de resultaten tussen copingstijl en stemming significant, waardoor trends in correlatie besproken worden (Tabel 4, correlatie tussen copingstijl en stemming).

De enige actieve copingstijl die matig of hoger correleert met stemming, is de actieve copingstijl 'sociale steun zoeken' die een 'matig tot goede' correlatie vertoont ( $p .47$ ) (Boeije, 2005). Dit wil zeggen dat wanneer er een lagere mate van stabiliteit is (d.w.z. meer depressieve stemming), er meer gebruik wordt gemaakt van de actieve copingstijl 'sociale steun zoeken'. Dit komt niet overeen met de hypothese.

Van de passieve copingstijlen correleert 'palliatieve reactie' ( $p .44$ ) 'matig tot goed' met stemming. Dit wil zeggen dat bij een lagere mate van stabiliteit (lagere stemming) meer gebruik wordt gemaakt van de passieve copingstijl 'palliatieve reactie'. Dit komt overeen met de verwachting.

Tabel 4 Correlatie tussen copingstijl en stemming

|         | Copingstijlen             | Correlatie |
|---------|---------------------------|------------|
| Actief  | Actief aanpakken          | .26        |
|         | Sociale steun zoeken      | <b>.47</b> |
|         | Expressie van emoties     | .14        |
|         | Geruststellende gedachten | -.07       |
| Passief | Palliatieve reactie       | <b>.44</b> |
|         | Vermijden                 | .24        |
|         | Passief reactiepatroon    | -.30       |

N.B: 'Matige tot goede' correlaties ( $\rho > .41$ ) zijn vet gedrukt.

3.3 Kwalitatieve deelvraag; *'Wat is het praktische effect van de gehanteerde copingstijl op de situatie en hoe wordt de omgang met de situatie door mensen met een bipolaire stoornis zelf ervaren in een periode van minder stemmingsklachten ten opzichte van een periode met meer stemmingsklachten?'*

#### 3.3.1 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Cohen's Kappa gaf een resultaat van  $Kappa = .88$  met  $p < 0.00$  voor de interbetrouwbaarheid bij de codering van de verschillende copingstijlen uit het kwalitatieve interview. Deze mate van overeenkomst wordt gezien als bijna perfect (Landis & Koch, 1977). Hierdoor is aangenomen dat de codering van de kwalitatieve antwoorden op een uniforme wijze heeft plaatsgevonden.

De vragen met betrekking tot het praktische effect en retrospectieve ervaring (positief dan wel negatief) werden 100% gelijk beoordeeld. Kappa was op basis van deze vragen derhalve  $Kappa = 1$  met  $p < 0.00$ .

### 3.3.2 Overzicht antwoorden van interview

Als in de data-analyse (2.6) beschreven zijn de antwoorden van het kwalitatieve interview gecodeerd weergegeven in Tabel 5 (uitkomst kwalitatieve vragenlijst).

Tabel 5. uitkomst kwalitatieve vragenlijst

| Copingstijl stabiele periode | Praktisch effect | Retrospectieve waardering | Copingstijl minder stabiele periode | Praktisch effect | Retrospectieve waardering | N |
|------------------------------|------------------|---------------------------|-------------------------------------|------------------|---------------------------|---|
| Actief Aanpakken             | +                | +                         | Expressie van emoties               | -                | -                         | 4 |
| Actief aanpakken             | +                | +                         | Vermijden                           | -                | -                         | 2 |
| Actief aanpakken             | +                | +                         | Palliatief reactiepatroon           | -                | -                         | 1 |
| Actief aanpakken             | +                | +                         | Sociale steun zoeken                | +                | +                         | 1 |
| Expressie van emoties        | +                | +                         | Palliatief reactiepatroon           | -                | -                         | 1 |
| Vermijden                    | +                | +                         | Vermijden                           | -                | -                         | 1 |
| Palliatief reactiepatroon    | +                | +                         | Palliatief reactiepatroon           | -                | -                         | 1 |

#### 3.3.2.1 Zelfbeschreven copingstijl stabiele episode

De deelnemende patiënten rapporteerden bij het ervaren van een (meer) stabiele periode veelal actieve copingstijlen. Acht patiënten schreven een situatie op basis waarvan de copingstijl 'actief aanpakken' gecodeerd werd. Zo beschreef een patiënt; *'Mijn broertje was in de badkamer met de deur op slot en ik moest iets hebben uit de badkamer. Ik vroeg mijn broertje rustig of hij open wilde doen. Dat deed hij.'* Dit antwoord werd door beide codeurs als 'actief aanpakken' gecodeerd. Naast de actieve copingstijl 'actief aanpakken', werd eenmaal de actieve copingstijl 'expressie van emoties' gecodeerd. De volgende situatie werd beschreven: *'Ruzie in bar gehad met man, schold mijn vriendin uit. Wel terug gescholden maar om escalatie te voorkomen, weggegaan en probleem voorgelegd aan barman.'* 'Expressie van emoties' wordt in de UCL omschreven als: 'Het laten blijken van ergenis of kwaadheid; spanningen afreageren.'

Naast deze actieve copingstijlen werd tweemaal een passieve copingstijl beschreven:

*'Het verliezen van mijn bijbaan, dit was relatief kort geleden gebeurd. Ik was wel heel erg teleurgesteld maar was er een dag later al bijna niet meer mee bezig' (vermijden) en:*

*'Extreme bovenmatige drukte op het werk in verband met zieke collega, met veel stress tot gevolg. 's Avonds extra gaan sporten evenals in weekend. Tevens veel naar buiten (natuur). Normale alcoholconsumpties' (palliatieve reactie).*

### 3.3.2.2 Ervaren van handelen coping stabiele episode

In het interview is zowel naar het praktische effect als de retrospectieve ervaring van het handelen gevraagd. Het praktische effect van de probleemsituatie in een (meer) stabiele episode werd zonder uitzondering als positief ervaren (Tabel 5, uitkomst kwalitatieve vragenlijst). Al de beschreven handelingen resulteerden in ofwel een positief effect, ofwel het uitblijven van een negatief effect: *'Ik kon mijn zoontje helpen en vertrouwen geven.'* En: *'Door mijn handelen ontstond er geen gewelddadige escalatie.'*

Naast het praktische effect van de aanpak van de situatie was ook de ervaring in retrospect zonder uitzondering positief. Een patiënt beschreef: *'Ik kan trots op mezelf zijn. Mijn stemming is nu gelijk niet veel minder. Ook omdat ik nu niemand ergens mee heb gekwetst. Ook mijn stemming is hierdoor niet achteruit gegaan. Ik voel me sterker.'*

Het positieve praktische effect en de positieve retrospectieve ervaring werd eveneens beschreven bij de genoteerde passieve copingstijl 'vermijden' en 'palliatief reactiepatroon'.

Zowel de adequate (actieve) als de inadequate (passieve) copingstijlen hadden in de beschreven stabiele episode een positief praktisch en positief retrospectief effect.

### 3.3.2.3 Zelfbeschreven copingstijl minder stabiele episode

Gedurende het ervaren van een minder stabiele periode werden zowel actieve als passieve copingstijlen beschreven (tabel 5, uitkomsten kwalitatieve vragenlijst).



De copingstijl 'expressie van emoties' werd met vier keer het meest gerapporteerd.

Een voorbeeld hiervan is: *'Boodschappentas scheurde op de fiets naar huis. Ik pakte rollende sinaasappelen en gooide deze tegen een muur aan.'* Driemaal werd een palliatieve reactie beschreven: *'Ruzie met burens om de jongens (13 jaar geleden). Als de kinderen sliepen ging ik alcohol drinken.'* Vermijding werd drie keer omschreven: *'Als ik nog minder stabiel ben dan nu ga ik zoveel mogelijk probleemsituaties uit de weg.'* Eenmaal werd sociale steun gezocht: *'Omgaan met geld. Ik heb perioden mijn pinpas aan de ambulante thuiszorg gegeven.'* Er zijn in minder stabiele perioden dus zowel actieve copingstijlen (sociale steun zoeken, expressie van emoties) als passieve copingstijlen (vermijding, palliatieve reactie) gebruikt.

#### 3.3.2.4. Ervaren van handelen coping minder stabiele episode

Slechts één gehanteerde copingstijl resulteerde tijdens een minder stabiele episode in een positief praktisch effect (tabel 5, uitkomsten kwalitatieve vragenlijst). Bij het zoeken van sociale steun werd het volgende bereikt: *'Het voorkomen van grote financiële problemen in een tijd dat ik verslaafd was.'* De overige patiënten rapporteerden allemaal een negatief praktisch effect van de aanpak die zij gehanteerd hadden. Enkele voorbeelden: *'De boosheid die ik dan later voel als ik alleen ben is dan naar mezelf gericht. Stemming gaat gelijk omlaag. Voel me schuldig voor de ander. De boosheid slaat naar mezelf.'* En: *'Overdosis.'*

De retrospectieve ervaring van de aanpak was eveneens bij alle antwoorden negatief, met uitzondering van de casus waarbij sociale steun werd gezocht. Voorbeelden van de retrospectieve ervaringen zijn: *'Onhandig. Gevoel van onmacht en depressies worden groter.'* En: *'Negatief, had geen goede houvast. Was in een andere stemming niet gebeurd.'*

In een beschreven minder stabiele episode komen zowel adequate (actieve) als inadequate (passieve) copingstijlen voor.

Elke gehanteerde copingstijl had een negatief praktisch effect en werd retrospectief negatief op teruggekeken met uitzondering van de copingstijl 'sociale steun zoeken'. Deze werd als positief praktisch en met retrospectief positief ervaren.

### 3.3.4 Koppeling kwantitatief onderzoek met kwalitatief onderzoek

De kwantitatieve hoofdvraag laat zien dat bij de deelnemende patiënten bij minder stabiliteit in zowel stemming als ritme meer gebruik wordt gemaakt van de copingstijl palliatieve reactie, in overeenstemming met de hypothese. Deze zelfde copingstijl wordt tevens relatief vaak (27%) gecodeerd op basis van de gegeven antwoorden op de kwalitatieve survey in een minder stabiele periode.

#### 4.0 Discussie en conclusie

De hypothese van het onderzoek was dat er meer gebruik zou worden gemaakt van een actieve copingstijl bij het ervaren van meer stabiliteit, en dat er meer gebruik zou worden gemaakt van passieve copingstijlen bij het ervaren van minder stabiliteit. Daarnaast werd verwacht dat het praktische effect op de probleemsituatie met het gebruik van actieve copingstijlen positiever zou zijn evenals de retrospectieve waardering van de omgang met de situatie achteraf.

De kwantitatieve hoofdvraag *‘Wat is de samenhang tussen de gebruikte copingstijl en de mate van stabiliteit bij mensen met een bipolaire stoornis?’* laat zien dat zowel bij de variabele ritme als bij de variabele stemming bij een verminderde stabiliteit meer gebruik wordt gemaakt van de passieve copingstijl ‘palliatieve reactie’. Hoewel dit in overeenstemming is met de hypothese, is dit de enige passieve copingstijl die een matig tot goede correlatie laat zien bij verminderde stabiliteit. Bij een verminderde stabiliteit in stemming wordt meer gebruik gemaakt van de actieve copingstijl ‘sociale steun zoeken’. Bij een verminderde stabiliteit in ritme wordt meer gebruik gemaakt van de actieve copingstijl ‘geruststellende gedachten’. Het gebruik van deze twee actieve copingstijlen bij het ervaren van minder stabiliteit is niet in overeenstemming met de verwachting.

Uit de kwalitatieve deelvraag *‘Wat is het praktische effect van de gehanteerde copingstijl op de situatie en hoe wordt de omgang met de situatie door mensen met een bipolaire stoornis zelf ervaren in een periode van minder stemmingsklachten ten opzichte van een periode met meer stemmingsklachten?’* blijkt dat gedurende een stabiele episode met name actieve (adequate) copingstijlen zijn gecodeerd. Passieve (inadequate) copingstijlen zijn meer gecodeerd gedurende een minder stabiele periode. De gehanteerde copingstijl wordt door mensen met een bipolaire stoornis als praktisch effectiever en retrospectief positiever ervaren tijdens een meer stabiele periode dan tijdens een minder stabiele periode.

Met uitzondering van de effecten van de actieve copingstijl ‘sociale steun zoeken’ heeft iedere deelnemer de gevolgen van het handelen in een minder stabiele periode als negatief ervaren.

Bij de kwantitatieve hoofdvraag sluit slechts het gebruik van de passieve copingstijl ‘palliatieve reactie’ aan op eerder onderzoek van Goossens, Knoppert- van der Klein & Achterberg (2008), waaruit blijkt dat een passieve copingstijl gecorreleerd is aan frequente acute perioden van depressies en/of (hypo)manie. De kwalitatieve deelvraag laat het onderscheid in gebruik van passieve copingstijlen in een minder stabiele episode enerzijds en actieve copingstijlen in een stabiele periode anderzijds beter zien. In tegenstelling tot de vragenlijst bij de kwantitatieve hoofdvraag is de kwalitatieve vragenlijst echter niet onderzocht in validiteit en betrouwbaarheid en met name ontworpen om kwalitatief het praktische effect en de retrospectieve waardering te onderzoeken. Gezien het feit dat de UCL valide en betrouwbaar bevonden is (Schreurs et. al., 1993), is het van belang te trachten de kwantitatieve uitkomsten van de UCL in relatie tot ritme en stemming te verklaren. Deze verklaring wordt allereerst gezocht in de gemaakte verdeling van het onderzoek in actieve en passieve copingstijlen.

In dit onderzoek is uitgegaan van de onderverdeling van copingstijlen in passieve (inadequate) versus actieve (adequate) copingstijlen, in lijn met eerdere onderzoeken omtrent coping in relatie tot de bipolaire stoornis (Goossens, Knoppert- van der Klein & Achterberg, 2008; Moon, 2014). De kwantitatieve uitkomsten laten een dergelijke duidelijke samenhang niet zien. Inhoudelijke verkenning van de gebruikte copingstijlen is daarom gewenst. De copingstijlen ‘palliatieve reactie’, ‘sociale steun zoeken’ en ‘geruststellende gedachten’ toonden een matig/goede correlatie tijdens een minder stabiele episode. Deze copingstijlen worden niet bij naam genoemd in eerder onderzoek in relatie tot de instabiele periode van een bipolaire stoornis.

Wel beschrijft Moon (2014) dat mensen met een bipolaire stoornis eerder geneigd zijn over te gaan tot zelfdestructief rook-, eet-, en/of drinkgedrag in pogingen de spanningen te reduceren. Deze omschrijving komt grotendeels overeen met de beschreven copingstijl ‘palliatieve reactie’ van Schreurs (1993): ‘Afleiding zoeken en zich met andere dingen bezig houden om niet aan het probleem te hoeven denken; proberen zich wat prettiger te voelen door te roken, drinken of zich wat te ontspannen.’ De deelnemende patiënten lijken daarnaast relatief veel sociale steun te zoeken in een minder stabiele periode. Doordat de deelnemende patiënten groepstherapie volgen is sociale steun onderdeel van de therapievorm. Daarnaast wordt contact met een andere persoon als ‘zeitgeber’ gebruikt bij de managementtool de Sociaal Ritme Matrix. Wellicht dat deze correlatie hierdoor te verklaren is vanuit de specifieke doelgroep. Naast het verklaren van de herkomst van de specifieke copingstijlen bij deze groep, is de vraag of deze copingstijlen als adequaat kunnen worden bestempeld. Ploeg (2013) stelt dat het gebruik van een specifieke copingstijl niet onveranderd adequaat- of inadequaat is. Voor te stellen is bijvoorbeeld dat bij een onveranderbare probleemsituatie ‘geruststellende gedachten’ beter resultaat geeft voor het individu dan het ‘actief aanpakken’ van een situatie waarop dit toch geen effect zal hebben. Derhalve lijkt het te kort door de bocht te stellen dat de gebruikte copingstijlen ‘palliatieve reactie’ en ‘geruststellende gedachten’ per definitie niet adequaat zijn en de copingstijl ‘sociale steun zoeken’ altijd adequaat is.

Inachtneming van de context is een andere wijze om het effect van een copingstijl te benaderen. Zoals in de inleiding beschreven raden Schreurs et al. (1993) en Ploeg (2013) aan de effectiviteit van copinggedrag en het baat dat men bij het gedrag heeft gehad, mee te nemen bij de bepaling van de adequatie van een copingstijl. Wanneer de copingstijl beoordeeld wordt op het praktische effect op de probleemsituatie en de waardering van de omgang met de situatie achteraf, blijken de effecten van de copingstijlen in een instabiele periode beduidend negatiever beschreven te worden dan in een stabiele periode. Het negatieve

effect van het handelen in een instabiele periode sluit aan op eerder onderzoek (Goossens, Knoppert- van der Klein & Achterberg, 2008) waarin gesteld is dat ineffectieve copingstijlen geassocieerd worden met terugval naar depressieve episoden. Wanneer de adequatie van een copingstijl meer beoordeeld wordt op de context, lijken inadequate copingstijlen meer gebruikt te worden in instabiele perioden en adequate copingstijlen meer in stabiele perioden.

Bij het coderen van de beschreven situaties in de kwalitatieve survey naar een copingstijl gebaseerd op de UCL, kwam tevens het belang van context naar voren. Hierin werd de volgende omschrijving van een patiënt in een stabiele episode gecodeerd als de copingstijl expressie van emoties: *‘Een woordwisseling, als ik meer stabiel ben heb ik ook veel minder last van woede. Dus spreek ik uit hoe ik me daarbij voel.’* En in een minder stabiele periode als: *‘Woordwisseling: ik kon om de kleinste dingen echt heel erg boos worden tegen diegene. Ik zeg soms gemene dingen of kijk ze erg boos aan. Soms explodeer ik.’* Hoewel in beide gevallen gebruik wordt gemaakt van de actieve copingstijl ‘expressie van emoties’ is de uitwerking van deze situaties verschillend naargelang het toestandsbeeld en omstandigheden, ofwel de stabiliteit van de patiënt en de situatie. De UCL baseert de copingstijl ‘expressie van emoties’ op de volgende vragen stellingen: ‘Je ergernis laten blijken’; ‘Laten zien dat je kwaad bent op degene die verantwoordelijk is voor het probleem’; ‘je spanningen afreageren’. Deze stellingen maken het discutabel of het reageren op een dergelijke wijze wel als adequaat kan worden bestempeld. Dit lijkt in grote mate afhankelijk van de context. Het lijkt hierdoor te kort door de bocht de reacties die gecodeerd zijn als ‘expressie van emoties’ als per definitie adequaat te coderen. Informatie over het praktische en retrospectieve effect lijkt meer van belang.

De koppeling van het kwantitatieve hoofdvraag met de kwalitatieve deelvraag geeft derhalve signalen dat de onderverdeling tussen adequate- en niet adequate copingstijlen gekoppeld aan een meer- of minder stabiele episode bij een bipolaire stoornis niet eenduidig

te stellen is. Deze relativiserende gedachte over coping plaatst het concept in een ander perspectief; is het überhaupt wel juist om van een 'adequate' coping te spreken? De huidige gebruikte uitkomstmaten voor het bepalen van een adequate coping lijken in dit onderzoek niet te voldoen. De onderverdeling tussen passief/actief lijkt niet op zijn plaats, evenals het bestempelen van één specifieke stijl als robuust adequaat- dan wel inadequaat. Hetgeen wat in dit onderzoek meer naar voren komt als informatief, is het gebruik van de context. Juist doordat dit onderzoek zowel de 'zuivere coping' zonder context heeft bepaald aan de hand van de UCL, alsmede de uitkomstmaat van coping als samenvoeging van zowel coping als effect, komt naar voren dat de laatste methode beter geïndiceerd lijkt bij het bepalen van een 'adequate' coping. Hierdoor lijkt het onmogelijk per definitie van een copingstijl te spreken als 'adequaat'. Slechts door per situatie naar het effect te kijken, lijkt op basis van dit onderzoek te kunnen worden bepaald of de copingstijl adequaat is geweest of niet. Omdat probleemsituaties en de effecten van het gedrag op deze situaties per geval zullen verschillen, lijkt het onmogelijk om op absolute wijze een adequate copingstijl te bepalen. In praktische zin zou dit betekenen dat coping vooral iets zegt over bepaalde gedragspatronen, maar geen eenduidige informatie kan verschaffen over een juiste wijze van coping.

Naast de discussie omtrent adequate- en niet adequate copingstijlen is het belangrijk de factoren te bespreken die invloed kunnen hebben gehad op de resultaten. Een belangrijke factor hierbij zijn de deelnemers aan het onderzoek. De twee therapiegroepen zijn samengevoegd vanwege een verwachte heterogeniteit in het klachtenpatroon. Daar waar minder stabiliteit in stemming en ritme werd verwacht bij de Ritme en Balans-groep, vertoonden beide groepen tegen verwachting in een redelijk homogeen klachtenpatroon. Zelfs wanneer de afzonderlijke groepen uit elkaar worden gehaald, lijkt er op het oog geen duidelijk onderscheid te zijn in stabiliteit of onderdelen beschreven in het Sociaal Ritme boekje. Slechts de therapieduur is hierop de uitzondering; deze is bij de Sociaal Ritme therapiegroep langer.

Wanneer deze variabele ‘therapieduur’ wordt afgezet tegen stabiliteit of coping lijkt een langere behandeling in dit onderzoek niet duidelijk van invloed te zijn op deze factoren. Heterogeniteit met betrekking tot variabelen als voorgeschiedenis, geslacht, leeftijd en dergelijken zijn niet meegenomen in het onderzoek waardoor de invloed van deze factoren op coping of stabiliteit niet kan worden onderzocht. Meer heterogeniteit in het klachtenpatroon tussen de groepen, had naar verwachting geresulteerd in een grotere variatie in copingset. Door de geringe mate van contrast in het klachtenpatroon kan de variatie in het gebruik van de copingstijlen kleiner zijn dan wanneer zich ernstige depressies, manieën of zeer onregelde ritmes hadden voorgedaan. Patiënten met een (hypo)manie, ernstige depressie en zeer onregelde ritmes zijn nu onderbelicht. Naast de onderbelichting van klachtenpatronen was het door deze onverwachte mate van homogeniteit niet mogelijk uiteenlopende gegevens tegen elkaar af te zetten en waren de correlaties minder duidelijk in kaart te brengen.

De resultaten zijn gebaseerd op een kleine groep deelnemers (N=13), wat het ontbreken van significante gegevens kan verklaren. Er was een hoge mate van non-respons, met name op de digitaal gestuurde UCL. Ondanks het meermaals versturen van digitale ‘reminders’, gaven veel patiënten aan dat zij vergeten waren de vragenlijst in te vullen. De stemming van de dag waarop de UCL is toegestuurd en survey is uitgedeeld, is gebruikt bij het verkrijgen van de resultaten. De patiënten werden gestimuleerd dezelfde dag thuis nog de UCL in te vullen via de online vragenlijst. Zij vulden de UCL daarentegen later in, verdeeld over een tijdsperiode van twee weken na het uitdelen van het testmateriaal. Het kan hierdoor zijn dat de coping op het moment van invullen van de UCL weinig zegt over de eerder bepaalde stemmingscore bij het uitdelen van het testmateriaal. De grootste non-respons is te zien bij de laag frequente therapiegroep. Dit kan verklaard worden doordat deze groep minder intensief contact had met de onderzoeker, waardoor de deelname makkelijker vergeten is en de motivatie tot deelname wellicht lager was.



De patiënten die de UCL hebben ingevuld hadden een betere stemming en meer stabiel ritme dan de patiënten die deze niet hebben ingevuld. De verklaring van deze non-respons kan wellicht gevonden worden in de stemmingsklachten van de patiënten. De betere stabiliteit van de completers kan hebben bijgedragen aan de onderbelichting van de copingstijlen van patiënten met een hoger klachtenpatroon. Klachten van een (milde) depressie worden daarnaast vaak egosyntoon ervaren. Hierdoor kan het zijn dat het huidige gevoelsleven als ‘baseline’ wordt gehanteerd. De copingstrategieën die uit de test komen kunnen hierdoor als reactiepatroon gelden van de persoon in het algemeen en niet specifiek zijn voor de ‘depressieve episode’.

Een ander discussiepunt zijn de gebruikte meetinstrumenten. De stemming is afzonderlijk van de variabele ritme gecorreleerd met copingstijlen, bij het in kaart brengen van de samenhang tussen stabiliteit en copingstijlen bij een bipolaire stoornis. Dit is het eerste onderzoek dat stabiliteit bij een bipolaire stoornis op dusdanige wijze tracht te operationaliseren. Over de samenhang tussen ritme en stemming als één onderzoeksmaat is geen informatie bekend. Dit onderzoek verschaft geen duidelijke aanwijzingen voor het samenvoegen van de twee variabelen als één uitkomstmaat ( $\alpha = .54$ ). Omdat het verder onderzoeken van deze samenhang te ver gaat voor dit onderzoek, is er gekozen voor de optimale belichting van beide variabelen in relatie tot coping, door de variabelen apart van elkaar te correleren met de copingstijlen.

Andere onderzoeksinstrumenten zijn de kwalitatieve vragenlijst en de UCL. De kwalitatieve vragenlijst neemt de context bij de copingstijl mee door zowel het praktische als retrospectieve effect te onderzoeken. Bij het verwerken van de resultaten blijkt dat veel praktische en retrospectieve effecten per deelnemer soortgelijk zijn beantwoord. Hierdoor is het de vraag of er daadwerkelijk een benoemenswaardig onderscheid is tussen het praktische en retrospectieve effect.

Wanneer het handelen een positieve praktische uitwerking heeft op de probleemsituatie, is het niet ondenkbaar dat dit handelen doorwerkt in het gevoelsleven en retrospectieve waardering. Dit onderzoek duidt er dan ook op dat het praktische en retrospectieve effect samengevoegd kunnen worden als één onderzoeksmaat voor het effect van het handelen. Bij het meten van zowel het effect als de coping is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend om de betrouwbaarheid zo hoog mogelijk te houden. De codering van de copingstijlen was zeer goed en codering van het praktische en retrospectieve effect was perfect. Hoewel deze kwalitatieve inbreng rijke informatie geeft, is de bepaling van de copingstijlen minder valide dan een gevalideerde vragenlijst als de UCL. Dit kan dan ook de verschillen verklaren tussen de gecodeerde copingstijlen van de kwalitatieve vragenlijst en de copingstijlen verkregen van de UCL. Ondanks de betrouwbaarheid en validiteit lijkt de UCL echter beperkt in dit onderzoek, doordat het achterhalen van de copingstijl in retrospect niet mogelijk is. De UCL gaat uit van een gelijkmatig reactiepatroon in reactie op problematische gebeurtenissen. Een aanpassing van de UCL op een reactiepatroon naargelang de stemmingsepisode zou meer informatie kunnen verschaffen over de variatie in de copingstijlen. Praktische aanbevelingen hiervoor worden gegeven in hoofdstuk 5.0 (*aanbevelingen*).

Een laatste discussiepunt betreft de causale samenhang van de gebruikte concepten stabiliteit en coping bij een bipolaire stoornis. Dit onderzoek richt zich op de samenhang tussen de concepten, maar laat daarbij de causaliteit buiten beschouwing. Het gebrek aan onderzoek naar causaliteit is tevens te zien in eerder onderzoek naar de correlatie tussen coping en de bipolaire stoornis (Goossens, Knoppert- van der Klein & Achterberg, 2008; Christenen en Kessing, 2005; Moon, 2014). Dit onderzoek maakt niet duidelijk of de gehanteerde coping een symptoom is van minder stabiliteit of dat minder adequate coping wellicht stemmingsklachten in de hand kan werken. Hierover worden bij het volgende hoofdstuk (5.0, *aanbevelingen*) verdere suggesties gedaan.

In deze exploratieve pilot is de copingstijl bij een bipolaire stoornis breed getrokken, door variabelen als stabiliteit en praktisch- en retrospectief effect mee te nemen in het bepalen van een adequate copingstijl. Juist door het effect en de ervaring van het handelen op de probleemsituatie achteraf mee te nemen in het onderzoek, zijn er signalen gevonden dat het onmogelijk is een copingstijl te bestempelen als per definitie adequaat- of in adequaat. Dit onderzoek suggereert dat de adequatie slechts per situatie bepaald kan worden door het effect mee te nemen in de bepaling ervan. Juist door de gevolgen van de gebruikt copingstijl in kaart te brengen, lijkt er op basis van dit onderzoek een onderscheid gemaakt te kunnen worden in een stabiele- of instabiele periode. Praktisch kan dit betekenen dat het achterhalen van een bepaalde copingstijl middels de UCL inzicht geeft in gedragspatronen maar dat in gesprek met een behandelaar situaties besproken kunnen worden om de adequatie ter discussie te stellen van de copingstijlen. Juist het gesprek aangaan over de effecten van het copinggedrag stimuleert tot bewustwording en wellicht commitment bij het zelfmanagement van het gedrag. Dit zou kunnen bijdragen in het voorkomen van terugval naar ziekte-episoden. Gezien het belang van een effectieve copingstijl bij bipolariteit, is deze informatie van wezenlijk belang.

## 5.0 Aanbevelingen

Dit onderzoek laat zien dat de onderverdeling tussen adequate- en niet adequate copingstijlen bij een bipolaire stoornis niet eenduidig te stellen is. Per situatie zal het effect meegenomen moeten worden in de beoordeling van de adequatie van de copingstijl. Aanbevolen wordt hier aandacht aan te besteden tijdens therapiesessies, om uiteindelijk zelfmanagement te bevorderen. Met betrekking tot meetinstrumenten wordt een aanpassing van de UCL aangeraden voor het meten van de copingstijl bij iemand met een bipolaire stoornis. De UCL richt zich niet op wisselende stemmingen maar gaat uit van een stabiel reactiepatroon in reactie op probleemsituaties. Dit onderzoek toont aanwijzingen dat dit bij een bipolaire stoornis niet het geval is. Een aanpassing van de UCL op een reactiepatroon naargelang de stemmingsepisode zou meer informatie verschaffen over de variatie in de copingstijlen. Praktisch zou dit een uitbreiding van de UCL kunnen zijn waarbij situaties uitgevraagd worden van zowel een stabiele, depressieve en (hypo)manische stemmingsepisode. Er kan dan gevraagd worden bij het beantwoorden van de ‘stabiliteits-vragen’ een stabiele periode- bij het beantwoorden van de ‘depressie-vragen’ de meest depressieve periode- en voor het beantwoorden van de ‘(hypo)manische-vragen’ de meest (hypo)manische periode in gedachten te houden. Dit zou een beeld kunnen verschaffen van een copingstijl naargelang de stemmingsepisode, waarmee patiënten zelfherkenning en zelfmanagement kunnen bevorderen. Een nadere operationalisering van stabiliteit lijkt daarnaast gewenst om handvatten te geven voor verder onderzoek naar de bipolaire stoornis gerelateerd aan stemmingsepisoden. Een gevalideerde onderzoeksmaat voor stabiliteit van stemmingsepisoden bij een bipolaire stoornis lijkt nu te ontbreken, wat een hiaat lijkt in wetenschappelijk onderzoek naar de bipolaire stoornis. Daarnaast zou het interessant zijn een stap verder te gaan dan deze exploratieve pilot en een nadere blik te werpen op de causale relatie tussen stabiliteit en coping.

Indien coping invloed heeft op het veroorzaken of instandhouden van stemmingsepisoden, is dit belangrijke informatie voor de behandeling van een bipolaire stoornis. Een longitudinaal onderzoek naar de gebruikte copingstijlen afgezet tegen de mate van stabiliteit zou hier meer informatie over kunnen verschaffen.

## 6.0 Referentielijst:

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders. fourth edition-text revision*. Washington: American Psychiatric Association.
- Barlow, J., Wright, S., Sheasby, J., Tuner, A., & Hainsworth, J. (2002). *Self-management approaches for people with chronic conditions: a review*. *Patient Educ Couns*, 48, 177-187.
- Bijl, R.V., Zessen, G. van & Ravelli, A., (1997). Psychiatrische coorbiditeit onder volwassenen in Nederland, het NEMESIS-onderzoek: *Prevalentie van psychiatrische stoornissen*. *Nederlands tijdschrift van de geneeskunde*, 141, 2453-2460.
- Billings, G.A., Moos, R. H. (1980). The role of coping responses in attenuating the stress of life events. *Journal of behavioral medicine*; 4,2.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Boom Uitgevers: Amsterdam.
- Boland, M.E., Bender, R.E., Alloy, L.B., Conner, B.T., LaBelle, D.R., Abramson, L.Y. (2012). Life events and social rhythms in bipolar spectrum disorders: an examination of social rhythm sensitivity. *Journal of effective disorders*, 139, 264-272.
- Christensen, V.M., & Vedel Kessing, L. (2005). Clinical use of coping in affective disorder, a critical review of the literature. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2005.

- Colom, F., Vieta, E., Tacchi, M.J., Sanchez-Moreno, J., Scott, J. (2005). Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar disorders*; 24-31.
- Denicoff, K.D., Leverich, G.S., Nolen, W.A., Rush, A.J., McElroy, P.E., Keck, J.R., Suppes, T., altschuler, L.L., Kupka, ,R., Frye, M.A., Hatef, J., Brotman, M.A., Post, R.M. (2000). validation of the prospective NIMH-Life-Chart Method (NIMH-LCMtm-p) for longitudinal assessment of bipolar illness. *Psychological Medicine*, 30, 1391-1397
- Ellicott A., Hammen C., Gitlin M., Brown M., Jamison K. (1990). Life events and the course of bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 147, 1194-1198.
- Endler, N. S., Parker, J. (1999). CISS Coping Inventory for Stressfull Situations. Manual second edition, *Multi-Heath Systems*.
- Fletcher, K., Parker, G.B., Manicavasager, V. (2013). Coping profiles in bipolar disorder. *Comprehensive Psychology*, 54, 1177-1184.
- Frank, E. (2005). *Treating bipolar disorder. A clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy*. New York: The Guilford Press.
- Frank, E., Kupfer, D.J., Thase, M.E., Mallinger, M.DI, Swartz, H.A., Fagiolini, A.M., Grochocinski, V., Houck, P., Scott, J., Thompson, W., Monk, P. (2005). Two year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar1 disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 62;996-1004

- Goossens, P. (2008). *Nursing care for patients with bipolar disorders; a study of current practice needs, coping and quality of life*. Proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen.
- Goossens, P.J.J., Knoppert- van der Klein, E.A.M., Achterberg, van, T. (2008). Coping styles of outpatients with a bipolar disorder. *Archives of psychiatric nursing*, 22;5, 245-253.
- Horesh, N., Lancu, I. (2010). A comparison of life events in patients with unipolar disorder or bipolar disorder and controls. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 157-164.
- Jabben, N. & Arts, B. (2011). *Bipolaire stoornis, diagnostiek en behandeling voor de professional*. Hogrefe Uitgevers: Amsterdam
- Judd, L., Schellter, P. J., Akiskal, H.S., Maser, J., Coryell, W., Solomon, D., Endicott, J., Keller, M. (2003) Long term symptomatic status of bipolar 1 versus bipolar 2 disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 127-137.
- Judd, L., Schellter, P. J., Akiskal, H.S., Maser, J., Coryell, W., Solomon, D., Endicott, J., Keller, M. (2005) Psychosocial disability in the course of bipolar 1 and bipolar 2 disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology*;62, 1322-1330.
- Kissi, Y., Krir, M.W., Nasr, S.B., Hamadou, R., Hedda, R.E., Bannour, S., Hadj, B.B. (2013). Life events in bipolar patients: A comparative study with siblings and healthy controls. *Journal of affective Disorders* 15: 378-383.



Koenders, M., Giltay, E., Spijker, A., Hoencamp, E., Spinhoven, P., Elzinga, B. (2014).

Stressful life events in bipolar I and II disorder: cause or consequence of mood symptoms?

*European Psychiatry*, 29:1.

Landis, J. R., Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical

data. *Biometrics* 33:159-174.

Moon, E., Seung Chang, J., Choi, S., Hyon Ha T., Cha, B., Sang Cho, H., Park Min. J., Dae

Lee, B., Min Lee, Y., Choi, Y., Ha, K. (2014). Characteristics of stress-coping behaviors in

patients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 218, 69-74

Nolen, W.A., Kupka R.W., Schulte P.F.J., Knoppert- van der klein, E.A.M., Honig, A.,

Reichart, C.G., Goossens, P.J.J., Daemen, P., Ravelli, D.P. (Richtlijncommissie bipolaire  
stoornissen van de Commissie Kwaliteitszorg van de Nederlandse

Vereniging voor Psychiatrie) (2008). *Richtlijn bipolaire stoornissen*.

De Tijdstroom uitgeverij: Utrecht

Pearlin L. I., Schooler C. (1987). The structure of coping. *J Health Soc Behav*, 19:2-21.

Ploeg, v.d. J. (2013) *Wanneer is de copingstrategie effectief*. 21-28. Bohn Stafleu van

Loghum: Houten

Post, R.M., Roy-Byrne, P.P. & Uhde, T.W. (1988). Graphic representation of the life course  
of illness in patients with affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145 (7), 844-

848.

PsyQ (2008). *Bipolaire stoornis, programma depressie*. PsyQ, Psycho-medische programma's: Den Haag.

Ray, C. Lindop, J. & Gibson, S. (1982). The concept of coping. *Psychol Med* 12; 385-95.

Redfield, Jamison, K. (2003). *De onrustige geest. Een leven met manisch-depressiviteit*. Luitingh-Sijthoff: Amsterdam.

Scheurs, P.J.G., Willige, G., van de., Brosschot, JF., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst omgaan met problemen en gebeurtenissen*. Amsterdam: Pearson Assessment & Information B.V.

Sienaert, P. & E. D. (2003). *Manisch depressief: een gids voor patiënt, familie, hulpverlener en geïnteresseerde*. Tielt: Lannoo, cop.

Souza, E.L., Grassi-Oliveira, R., Brietzke, E., Sanvicente-Vieira, B., Duray-Filho, L., Moreno, R.A. (2014). Influence of personality traits in coping skills in individuals with bipolar disorder. *Revista de psiquiatria*. 41; 95-100.

Vinkers, C., Houtepen, L., Kahn, R.S., Joels, M., Boks, M.P.M. (2014). Stress reactivity in euthymic bipolar patients and their unaffected siblings. *European Psychiatry*, 22, 1.

Yan-Meiera, L., Eberthartb, N.K., Constance, L. H., Gitlinc, M., Sokolskid, K., Althulerc, L.  
(2011). Stressful life events predict delayed functional recovery following treatment for  
mania in bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 30; 186(2-3): 267–271.

Zaane, J. Van, Visser, H., & Berg, B. Van den. (2008). *Comorbiditeit. Handboek bipolaire  
stoornissen.*, De tijdstroom: Utrecht. 421-438.

*Bijlage 1; Informatiebrief***Informatiebrief voor het onderzoek: 'Bipolariteit het hoofd bieden.'***Delft, 13-11-14*

Geachte heer/mevrouw,

Door middel van deze brief vraag ik u vriendelijk deel te nemen aan een wetenschappelijk onderzoek voor mijn masterscriptie vanuit de Universiteit Twente. Voordat u deze beslissing neemt, is het belangrijk meer te weten over het onderzoek. Lees deze informatiebrief rustig door. Indien u na het lezen van deze brief nog vragen heeft, kunt u deze aan mij stellen. Onderaan deze brief kunt u mijn gegevens vinden.

Het doel van dit onderzoek is te kijken of mensen die een regelmatig ritme hebben en een stabielere stemming ervaren, op een andere wijze met problemen omgaan dan mensen met een onregelmatig ritme en instabieler stemming. Daarnaast wordt onderzocht hoe deze omgang met problemen wordt ervaren. Het onderzoek kan aanwijzingen verschaffen die handvatten kunnen aanreiken aan behandelaren en cliënten voor een betere en effectievere behandeling. Hierdoor kan de behandeling beter bij de behoeften van de cliënt aansluiten, en kan mogelijk terugval in de toekomst worden voorkomen.

De vragenlijst waarmee ik de wijze waarop u met uw problemen omgaat is te achterhalen, zou ik graag naar uw e-mailaccount sturen zodat u deze thuis in kunt vullen. Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer 20 minuten in beslag nemen. Daarnaast krijgt u van mij een vragenlijst op papier. Deze vragenlijst kunt u ook thuis invullen en zal ongeveer 15 minuten bedragen. De vragenlijst bevat verdiepende vragen over hoe u zelf denkt over de wijze waarop u met dagelijkse situaties omgaat.

Tenslotte vraag ik u om een kopie van uw ritmeschema van de week waarin u de vragenlijsten invult.

Dit boekje verschaft mij informatie over onder andere uw ritme, aantal uren slaap, stemming en energieniveau.

Het doel van het onderzoek is om te kijken of er een relatie bestaat tussen deze informatie en de wijze waarop u met problemen omgaat.

Dit onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van de Universiteit Twente. Deelname aan dit onderzoek is op vrijwillige basis. U kunt ten alle tijden besluiten de vragenlijsten niet (verder) in te vullen. Het niet deelnemen aan het onderzoek zal op geen enkele wijze gevolgen hebben voor uw behandeling. Daarnaast kunt u tot 24 uur na het inleveren van de vragenlijsten besluiten dat u niet wilt dat de gegevens worden meegenomen in het onderzoek. Uw gegevens worden op een vertrouwelijke wijze behandeld en worden anoniem verwerkt.

Verder zullen uw gegevens niet door derden worden ingezien zonder uw uitdrukkelijke toestemming.

Indien u interesse heeft in een samenvatting van de onderzoeksuitkomsten, kunt u dit bij het interview aangeven.

Met vriendelijke groet,

Petra van der Horst

Email: [P.Horst@parnassiabavogroep.nl](mailto:P.Horst@parnassiabavogroep.nl)

Eventuele klachten kunt u indienen bij;

Commissie Ethiek Faculteit Gedragswetenschappen Universiteit Twente

Postbus 217

7500 AE Enschede

Tel: 053-4894591

Email: [j.rademaker@utwente.nl](mailto:j.rademaker@utwente.nl)

## Bijlage 2; Informed Consent

### INFORMED CONSENT ONDERZOEK 'BIPOLARITEIT HET HOOFD BIEDEN.'

*'Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard en methode van het onderzoek, zoals uiteengezet in de bovenstaande informatiebrochure 'Een bipolaire stoornis het hoofd bieden.' Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud daarbij het recht deze instemming weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft op te geven en besef dat ik op elk moment mag stoppen met het onderzoek. Mijn beslissing heeft geen invloed op de behandeling, ook wanneer ik gaandeweg het onderzoek toch besluit van deelname af te zien. Indien mijn onderzoeksresultaten gebruikt zullen worden in wetenschappelijke publicaties, dan wel op een andere manier openbaar worden gemaakt, zal dit volledig geanonimiseerd gebeuren. Mijn persoonsgegevens zullen niet door derden worden ingezien zonder mijn uitdrukkelijke toestemming. Als ik nog verdere informatie over het onderzoek zou willen krijgen, nu of in de toekomst, kan ik me wenden tot Petra van der Horst.*

Voor eventuele klachten over dit onderzoek kunt u zich wenden tot de secretaris van de Commissie Ethiek van de faculteit Gedragswetenschappen van de Universiteit Twente, mevr. J. Rademaker (telefoon: 053-4894591; e-mail: j.rademaker@utwente.nl, Postbus 217, 7500 AE Enschede).

Aldus in tweevoud getekend:

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| .....             | .....        |
| Naam proefpersoon | Handtekening |

*Ik heb toelichting verstrekt op het onderzoek. Ik verklaar mij bereid nog opkomende vragen over het onderzoek naar vermogen te beantwoorden.'*

|                  |              |
|------------------|--------------|
| .....            | .....        |
| Naam onderzoeker | Handtekening |

*N.B. De informatiebrief en één informed consent is voor uw eigen archief. Het tweede ondertekende exemplaar van het informed consent heb ik graag retour. Deze is af te geven bij mij of het secretariaat van PsyQ Bipolaire stoornissen te Rotterdam.*

*Bijlage 3; interview*

**Interview onderzoek 'Bipolariteit het hoofd bieden.'**

Beste respondent,

Deze vragenlijst bevat vragen voor mijn masteronderzoek '*Een bipolaire stoornis het hoofd bieden.*'

Op de volgende pagina wordt u gevraagd voorbeelden te geven over de wijze waarop u in het heden en verleden met bepaalde problemen om bent gegaan. Het beantwoorden van deze vragen zal ca. 10 minuten in beslag nemen. De gegevens worden op een vertrouwelijke wijze behandeld, en anoniem verwerkt.

Meer informatie over dit onderzoek heeft u ontvangen in de informatiebrief.

Alvast bedankt voor het meewerken aan mijn onderzoek.

Met vriendelijke groet,

Petra van der Horst

Email: [P.Horst@parnassiabavogroep.nl](mailto:P.Horst@parnassiabavogroep.nl)

Eventuele klachten kunt u indienen bij;

Commissie Ethiek Faculteit Gedragswetenschappen Universiteit Twente

Postbus 217

7500 AE Enschede

Tel: 053-4894591

Email: [j.rademaker@utwente.nl](mailto:j.rademaker@utwente.nl)

1. Kunt u een voorbeeld noemen van een probleemsituatie, en de manier waarop u hiermee bent omgegaan op een moment dat u meer stabiel was dan nu?

N.B. Deze situatie kan van alles zijn; van het aanbranden van het eten, tot een woordwisseling met iemand. Schrijf enkel op wat u kwijt wilt.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Wat was het effect van uw handelen op uw probleemsituatie?

.....

.....

.....

.....

.....

3. Hoe kijkt u nu terug op de wijze waarop u met de situatie om bent gegaan?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Kunt u een voorbeeld noemen van een probleemsituatie, en de manier waarop u hiermee bent omgegaan op een moment dat u minder stabiel was dan nu?

N.B. Deze situatie kan van alles zijn; van het aanbranden van het eten, tot een woordwisseling met iemand. Schrijf enkel op wat u kwijt wilt.

.....

.....

.....

.....

.....

5. Wat was het effect van uw handelen op uw probleemsituatie?

.....

.....

.....



6. Hoe kijkt u nu terug op de wijze waarop u met deze situatie om bent gegaan?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Heeft u op- of aanmerkingen over deze vragenlijst?

.....

.....

☐ Ja, ik wil graag het de onderzoeksuitkomsten van dit onderzoek ontvangen het volgende e-mailadres .....

## Bijlage 4; Sociaal Ritme Boekje; Sociaal Ritme Matrix en Life Chart (Frank, 2005).

### Toelichting Sociaal Ritme Meter (SRM):

**Richttijd:** Stel een haalbare richttijd waarop je de activiteit wilt uitvoeren.

**Tijd:** Noteer de tijd waarop je de activiteit werkelijk uitvoerde.

**P:** Noteer welke personen betrokken waren bij elke activiteit en hoe:

0 = alleen, 1 = anderen aanwezig, 2 = anderen deden ook mee, 3 = anderen stimuleerden mij

### Toelichting op de Activiteiten:

**Opstaan:** Hieronder wordt verstaan: uit je bed, wassen, aankleden en ontbijten.

**Het eerste contact met een andere persoon:** Dit kan ook plaatsvinden tijdens het opstaan ritueel. Van belang is dat er direct contact is met een ander. Er vindt dus een kort gesprek plaats. Telefonisch contact telt voor een halve punt. Mail en chat contact tellen niet mee, er is geen wezenlijk contact.

**Begin school / (vrijwilligers)werk / gezinszorg / hobby:** Het gaat hier om een terugkerende activiteit, die je helpt om de stemming positief te beïnvloeden. Het is niet gebruikelijk dat er 7 punten per week gescoord worden omdat een werkweek uit maximaal 5 dagen bestaat.

Als er diezelfde week nog een tweede activiteit is kan deze worden toegevoegd aan de regel school/(vrijwilligers)werk/gezinszorg/hobby.

Er kan echter maar één richttijd worden gebruikt.

**Avondeten:** Hieronder wordt verstaan: het aan tafel eten met of zonder anderen.

**Naar bed:** Hieronder wordt verstaan: het tijdstip waarop je daadwerkelijk het licht uit doet en probeert te gaan slapen. Eventueel daarna nog een tijdje wakker liggen maakt daarbij niet uit. De kwaliteit van de slaap is het beste tussen 23.00 en 4.00 uur. De voorbereiding is van groot belang. Tot 1 uur voor het slapen gaan kan er op de computer worden gewerkt of TV gekeken. Daarna is het van belang om je voor te bereiden op de nacht. Stap je in bed, neem dan geen eten meer, en neem geen laptop mee. Als je toch nog even wilt lezen bepaal dan vooraf wanneer het boek echt dicht gaat. Doe de verlichting uit. Voor sommige mensen is bij het inslapen een licht muziekje een goede voorbereiding. Wel is het van belang dat een vooraf ingestelde timer de radio na 20 minuten uitzet.

**SRT score:** Er wordt per activiteit één punt toegekend als het tijdstip waarop de activiteit werd uitgevoerd, niet meer dan 45 minuten afwijkt van de richttijd, naar boven of naar beneden. Wanneer jouw richttijd voor het opstaan bijvoorbeeld 8.00 uur is, dan kan er een punt worden toegekend

of eerder is levert geen punten op. Per week zijn er maximaal 35 punten haalbaar (7 dagen x maximaal 5 punten per dag). Voor bepaalde activiteiten is het niet gebruikelijk dat er 7 punten per week gescoord worden omdat een werkweek uit maximaal 5 dagen bestaat. Voor het weekend gelden dezelfde richttijden als doordeweeks. Het gaat erom een stabiel sociaal ritme te krijgen, dat zowel doordeweeks als in het weekend zoveel mogelijk kan worden volgehouden.

### Toelichting op andere onderdelen van SRT en Life Chart:

**Alcohol (stimulerende middelen):** Deze regel kun je gebruiken voor de registratie van alcohol- en druggebruik. Deze registratie telt niet mee bij de puntentelling voor de score van de sociaal ritme meter maar geeft wel informatie over de mogelijke invloed op de stemming.

**Aantal uren slaap:** Noteer het aantal uren dat je werkelijk hebt geslapen en niet de uren die je in bed hebt gelegen.

**Stemming:** Voor het scoren van je gevoel/stemming staan hieronder de cijfers die je kunt geven, uiteenlopend van -5 tot +5.

- + 5 In de war, psychotisch, opname noodzakelijk.
- + 4 Fors manisch, tegen de grens van een psychose.
- + 3 Druk, veel dingen tegelijk doen, veel praten, kort slapen.
- + 2 Gehele dag te druk, minder slaap nodig.
- + 1 Momenten op de dag drukker, actiever dan gewoonlijk.
- 0 STABIEL
- 1 Dingen met tegenzin doen, stemming licht gedaald.
- 2 Sommige dingen blijven liggen, stemming licht somber.
- 3 Stemming gehele dag somber.
- 4 Alles kost veel moeite, neiging om de hele dag op bed te liggen.
- 5 Niet in staat voor zichzelf te zorgen, opname noodzakelijk.

Het scoren van de stemming kan je helpen om kleine veranderingen in je stemming op te merken. Als je stemming over de dag verandert, bijvoorbeeld wanneer het hoogste niveau van de stemming enigszins manisch is (bijv. +2) en het laagste niveau duidelijk depressief (bijv. -3), dan kun je deze verandering gesplitst aangeven door het invullen van +2/-3 in het vakje 'stemming'. Stemningsveranderingen binnen één dag kunnen ook in dezelfde fase liggen, bijvoorbeeld van licht depressief naar ernstig depressief en dan weer terug naar licht depressief. De gesplitste stemmingsstoornis is dan bijvoorbeeld

| Naam:                                                                          |                                                         | Week:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        | gewicht: |         | startdatum: |           |          |           |         |          |   |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------|---------|-------------|-----------|----------|-----------|---------|----------|---|
| Weekdoel:                                                                      |                                                         | • Noteer de ideale richttijd die je zou <b>willen</b> voor elke activiteit<br>• Noteer de <b>tijd</b> waarop je de activiteit werkelijk uitvoerde<br>• Noteer welke <b>(p)ersonen</b> betrokken waren bij elke activiteit en hoe:<br>0= alleen 1= anderen aanwezig 2= anderen deden ook mee 3= anderen stimuleerden mij |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
|                                                                                |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
| SOCIAAL RITME METER                                                            | Activiteiten:                                           | richttijd                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | zondag |          | maandag |             | dinsdag   | woensdag | donderdag | vrijdag | zaterdag |   |
|                                                                                | opstaan                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | tijd   | p        | tijd    | p           | tijd      | p        | tijd      | p       | tijd     | p |
|                                                                                | eerste contact met een andere persoon                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
|                                                                                | begin school / (vrijwilligers)werk / gezinszorg / hobby |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
|                                                                                | avondeten                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
|                                                                                | naar bed                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
|                                                                                | SRT score                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
|                                                                                | alcohol (stimulerende middelen)                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
|                                                                                | aantal uren slaap                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
|                                                                                | stemming                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
|                                                                                | ontstende manie (indien ja: x)                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
|                                                                                | aantal stemmingsomslagen/dag                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
|                                                                                | Manie                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | zondag | maandag  | dinsdag | woensdag    | donderdag | vrijdag  | zaterdag  |         |          |   |
|                                                                                | Ernstig Ernstige beperkingen of Opgenomen               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
|                                                                                | Matig hoog GROTE moeite met doelgerichte activiteiten   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
| Matig laag ENIGE moeite met doelgerichte activiteiten                          |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
| Licht Energiek en productief met WEINIG of geen beperkingen                    |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
| Stabiel                                                                        |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
| Licht WEINIG of geen beperkingen                                               |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
| Matig laag Functioneren met ENIGE moeite                                       |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
| Matig hoog Functioneren met GROTE moeite                                       |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
| Ernstig Ernstige beperkingen of Opgenomen                                      |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
| Depressie                                                                      |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |
| Vermeld hier andere psychische klachten en verschijnselen (angst, dwang, enz.) |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |          |         |             |           |          |           |         |          |   |

|                                                                                                                                                     |                                      |                                      | zondag                                                                                | maandag | dinsdag | woensdag | donderdag | vrijdag | zaterdag |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|----------|-----------|---------|----------|
| Naam medicatie                                                                                                                                      | dosering<br>(per tablet/<br>capsule) | eenheid<br>(milligram,<br>mcg, gram) | Noteer hieronder het totaal aantal tabletten / capsules dat u per dag heeft ingenomen |         |         |          |           |         |          |
|                                                                                                                                                     |                                      |                                      |                                                                                       |         |         |          |           |         |          |
|                                                                                                                                                     |                                      |                                      |                                                                                       |         |         |          |           |         |          |
|                                                                                                                                                     |                                      |                                      |                                                                                       |         |         |          |           |         |          |
|                                                                                                                                                     |                                      |                                      |                                                                                       |         |         |          |           |         |          |
|                                                                                                                                                     |                                      |                                      |                                                                                       |         |         |          |           |         |          |
|                                                                                                                                                     |                                      |                                      |                                                                                       |         |         |          |           |         |          |
|                                                                                                                                                     |                                      |                                      |                                                                                       |         |         |          |           |         |          |
|                                                                                                                                                     |                                      |                                      |                                                                                       |         |         |          |           |         |          |
|                                                                                                                                                     |                                      |                                      |                                                                                       |         |         |          |           |         |          |
| invloed (-4 tot +4)                                                                                                                                 |                                      |                                      |                                                                                       |         |         |          |           |         |          |
| Ingrijpende gebeurtenissen<br>(ruzie met collega, ruzie bijgeleegd, opname in ....., ontslagen uit .....,<br>dochter geslaagd voor ....., enz.)     |                                      |                                      |                                                                                       |         |         |          |           |         |          |
|                                                                                                                                                     |                                      |                                      |                                                                                       |         |         |          |           |         |          |
| <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); position: absolute; left: 50%; top: 50%; font-size: small;">gebeurtenissen:</div> |                                      |                                      |                                                                                       |         |         |          |           |         |          |
|                                                                                                                                                     |                                      |                                      |                                                                                       |         |         |          |           |         |          |
| Markeer de dagen van de menstruatie →                                                                                                               |                                      |                                      | zondag                                                                                | maandag | dinsdag | woensdag | donderdag | vrijdag | zaterdag |

SRM - uit: Treating Bipolar Disorder  
(E. Frank, Guilford Press 2005).  
Copyright 2009 PsyQ, depressie ambulant

Lifechart - oorspronkelijk ontwerp: G. L. Leverich en R. M. Post  
Nederlandse bewerking: G.W. Akkerhuis, R.W. Kupka en W.A. Nolen  
Aangepast voor PsyQ

#### Toelichting op de Life Chart:

**Ontstemde manie:** Als jouw stemming tijdens de manie onplezierig is, kruis dan het vakje 'ontstemde manie' aan. Dit geeft aan dat je – ondanks de manie – je ongelukkig voelt. Je hebt wel toegenomen energie, weinig behoefte aan slaap, versnelde gedachtegang etc. maar jouw stemming is prikkelbaar, angstig, boos, depressief of gejaagd.

**Aantal stemmingsomslagen binnen één dag:** Noteer hier het aantal plotselinge, duidelijk grote stemmingsveranderingen (d.w.z. ten minste 2 niveaus of 3 punten verschil) die binnen één enkele dag voorkomen.

**Invloed op functioneren:** Bepaal welke invloed je stemming heeft gehad op jouw sociaal of beroepsmatig functioneren en op je omgang met anderen, thuis, op het werk of op school.

- Opmerkingen:**
- Noteer alleen beperkingen die verband houden met je stemmingssymptomen, en niet de beperkingen die verband houden met andere medische problemen.
  - Maak de vakjes donker als je opgenomen bent.
  - Trek een lijn langs de streepjes en niet tussen de streepjes.

#### Manie:

Gebruik het bovenste gedeelte voor de manische symptomen (stemming kan ook geïrriteerd of ontstemd zijn).

Trek een lijn langs de streepjes in overeenstemming met de ernst van de beperkingen die je ervaart.

- |            |                                                                                                                             |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ernstig    | Familie en vrienden willen dat ik opgenomen word.                                                                           |
| Matig hoog | Ik krijg veel opmerkingen dat mijn gedrag overdreven en bizar is. Ik heb veel moeite om mijn aandacht ergens bij te houden. |
| Matig laag | Ik krijg enkele opmerkingen dat mijn gedrag vreemd is of problemen geeft.                                                   |
| Licht      | Erg energiek, verhoogd functioneren of een beetje ongeordend.                                                               |

#### Normale stemming:

Trek een lijn door de streepjes in het midden.

#### Depressie:

Gebruik het onderste gedeelte voor depressieve symptomen. Trek een lijn langs de streepjes in overeenstemming met de ernst van de beperkingen die je ervaart.

- |            |                                                                                              |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Licht      | Verlaagde stemming maar geen wezenlijke beperkingen in het gebruikelijke functioneren.       |
| Matig laag | Enige extra inspanning is nodig om gebruikelijke taken te vervullen.                         |
| Matig hoog | Veel extra inspanning is nodig om de gebruikelijke taken ten minste een beetje te vervullen. |
| Ernstig    | Vrijwel onmogelijk om te functioneren.                                                       |

**Andere psychische klachten of verschijnselen:** Wanneer je naast jouw klachten van manie of depressie andere psychiatrische klachten of verschijnselen hebt, kan je die apart vermelden.

**Medicatie:** Noteer de naam, de dosering per tablet/capsule (bijvoorbeeld in mg), en per dag de dosering (bijvoorbeeld 4 tabletten per dag) op de desbetreffende lijn.

**Ingrijpende gebeurtenissen:** Noteer hier belangrijke gebeurtenissen in je leven en de verwachte of mogelijke invloed daarvan op jouw stemming uitgedrukt in een cijfer: van uiterst positief (+4) tot neutraal (0) tot uiterst negatief (-4).

**Menstruatie:** Omcirkel hier de dagen van je menstruatie (alleen voor vrouwen).

*Bijlage 5: ANOVA therapiegroepen*
*ANOVA therapiegroepen*

|                      |                | Sum of Squares | df | Mean Square | F     | Sig. |
|----------------------|----------------|----------------|----|-------------|-------|------|
| SRT                  | Between Groups | ,35            | 2  | ,17         | ,36   | ,71  |
|                      | Within Groups  | 4,82           | 10 | ,48         |       |      |
|                      | Total          | 5,17           | 12 |             |       |      |
| Week                 | Between Groups | 574,23         | 2  | 287,12      | 13,48 | ,00  |
|                      | Within Groups  | 213,00         | 10 | 21,30       |       |      |
|                      | Total          | 787,23         | 12 |             |       |      |
| Stemming             | Between Groups | 3,39           | 2  | 1,69        | 2,24  | ,16  |
|                      | Within Groups  | 7,55           | 10 | ,76         |       |      |
|                      | Total          | 10,94          | 12 |             |       |      |
| Stemmingsomslagen    | Between Groups | 12,92          | 2  | 6,46        | ,54   | ,60  |
|                      | Within Groups  | 120,00         | 10 | 12,00       |       |      |
|                      | Total          | 132,92         | 12 |             |       |      |
| UrenSlaap            | Between Groups | 3,92           | 2  | 1,96        | 1,59  | ,25  |
|                      | Within Groups  | 12,36          | 10 | 1,24        |       |      |
|                      | Total          | 16,29          | 12 |             |       |      |
| Stemmingstabilisator | Between Groups | 1,10           | 2  | ,55         | 3,31  | ,08  |
|                      | Within Groups  | 1,67           | 10 | ,17         |       |      |
|                      | Total          | 2,77           | 12 |             |       |      |



### Bijlage 6: Overzicht per therapiegroep en groep respons

#### Ritme en balans

|                      | N | Gemiddeld | Std. afwijking   | Std. fout |
|----------------------|---|-----------|------------------|-----------|
| SRT                  | 6 | 4,28      | ,56              | ,23       |
| Week                 | 6 | 6,33      | 5,43             | 2,22      |
| Stemming             | 6 | -1,91     | 1,05             | ,43       |
| Stemmingsomslagen    | 6 | 2,00      | 4,90             | 2,00      |
| UrenSlaap            | 6 | 8,23      | ,42              | ,17       |
| Stemmingstabilisator | 6 | 1,00      | ,00 <sup>a</sup> | ,00       |

#### Sociaal Ritme Groep

|                      | N | Gemiddeld | Std. afwijking   | Std. fout |
|----------------------|---|-----------|------------------|-----------|
| SRT                  | 7 | 4,44      | ,77              | ,29       |
| Week                 | 7 | 14,14     | 8,59             | 3,25      |
| Stemming             | 7 | -,89      | ,59              | ,22       |
| Stemmingsomslagen    | 7 | ,00       | ,00 <sup>a</sup> | ,00       |
| UrenSlaap            | 7 | 9,10      | 1,47             | ,56       |
| Stemmingstabilisator | 7 | 1,57      | ,54              | ,20       |

Tabel 3

#### Groep Respons

|          | N | Minimum | Maximum | Gemiddeld | Std. Afwijking |
|----------|---|---------|---------|-----------|----------------|
| Stemming | 7 | -2,50   | -,21    | -1,06     | ,76            |
| SRT      | 7 | 3,80    | 5,80    | 4,40      | ,75            |