

Onder de stemmingsstoornissen vallen de depressieve stoornis, de dysthymie en de bipolaire stoornis. De volgende classificaties vallen onder de stemmingsstoornissen:



Classificatie volgens DSM –IV – TR	ICD-9
Depressieve stoornis, eenmalige episode	296.2x
Depressieve stoornis, recidiverend	296.3x
Depressieve stoornis, niet anders omschreven	311
Dysthymie	300.4
Bipolaire I stoornis	296.0x, 296.4x, 296.5x, 296.6x, 297
Bipolaire II stoornis	296.89
Cyclothyme stoornis	301.89
Bipolaire stoornis, niet anders omschreven	296.80

Het doel van de behandeling is herstel van de klachten of als dat niet mogelijk is verminderen of stabiliseren van de klachten met een verbetering van de kwaliteit van leven.

De behandeling vindt plaats volgens het stepped care model: in eerste instantie wordt de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling die mogelijk en geïndiceerd is aangeboden. Indien dat onvoldoende effect heeft wordt een intensievere interventie aangeboden. De voorkeur van de patiënt is belangrijk bij het vaststellen van de behandeldoelen en de keus voor de behandeling. Terugvalpreventie maakt onderdeel uit van de behandeling.

Behandeling kan plaatsvinden in de bGGZ als de verwachting is dat de behandeling binnen 5 tot 12 gesprekken kan worden afgerond. Als de verwachting is dat de behandeling langer dan 6 maanden zal duren is een behandeling binnen de sGGZ meer aangewezen.

De behandeling wordt regelmatig geëvalueerd, zowel met de cliënt/patiënt als met de verschillende behandelaren. Elke drie maanden vindt een evaluatie plaats, van de behandelmethode, de therapeutische relatie en de vorderingen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van ROM. Jaarlijks wordt de behandeling geëvalueerd in een MDO. Bij afsluiting van de behandeling vindt opnieuw een slotevaluatie plaats, waarbij de ROM wordt afgenomen en tevens de cliënttevredenheid wordt gemeten met een vragenlijst.

De nazorg wordt bepaald bij de eindevaluatie. Van belang achten wij een zorgvuldige afbouw van de behandeling met aandacht voor terugvalpreventie.

In geval van crisissituaties kan buiten kantooruren contact worden opgenomen met de huisartsenpost.

Bij de behandeling wordt in principe de multidisciplinaire richtlijn stemmingsstoornissen gevolgd (<https://richtlijnen database.nl/>, <https://www.ggzstandaarden.nl/>).

Dit zorgpad is bedoeld voor cliënten/ patiënten in de leeftijd vanaf 18 jaar.

Ons multidisciplinaire team bestaat uit psychotherapeuten, GZ-psychologen, psychotherapeuten in opleiding, basispsychologen, gedragstherapeutisch werker, maatschappelijk werker, sociaal psychiatrisch verpleegkundige. De regiebehandelaar kan zijn een GZ-psycholoog, psychotherapeut, of psychiater.



De behandeling van de depressieve stoornis (en de dysthymie)

Algemene aspecten

De behandeling bestaat in zijn algemeenheid uit een probleemanalyse, vormen van psychoeducatie (bijvoorbeeld e-health), herstel draagkracht-draaglast balans, gedragsactivering, cognitieve therapie, positieve psychologie, relationele factoren, en interpersoonlijke therapie.

De volgende behandelmodules en methodieken zijn beschikbaar binnen Prisma Praktijk:

Psychologische en psychotherapeutische interventies

Bij de psychotherapeutische interventies wordt gestreefd naar een zo kort mogelijke therapie-duur en naar stabiele remissie. Het is op grond van de wetenschappelijke literatuur niet mogelijk voor psychologische en psychotherapeutische interventies een algemene optimale therapieduur vast te stellen. De duur van een psychotherapiezitting is in het algemeen 45 minuten.

- **Psychoeducatie**
Psychoeducatie is een vast onderdeel van de behandeling van de depressieve stoornis en de dysthymie. Dit is ingebed in de gesprekken met de behandelaar.
 - **Cognitieve gedragstherapie (CGT)**
CGT is een behandelvorm waarin samen met de cliënt gedrag en gedachten worden onderzocht, om zo niet-helpende patronen op te sporen en te veranderen. CGT omvat psychoeducatie, cognitieve herstructurering, exposure en responspreventie, gedrags-experimenten en taak-concentratie training. De negatieve automatische gedachten die leiden tot depressieve klachten worden geïdentificeerd, uitgedaagd en vervangen door rationele gedachten (www.vgct.nl).
 - **Affectfobie Therapie (AFT)**
Affectfobie Therapie is een vorm van kortdurende psychodynamische psychotherapie. De therapie bevat elementen uit de gedragstherapie en de psychoanalytische therapie. Klachten worden verondersteld voort te komen uit het vermijden van bepaalde gevoelens uit angst, schaamte of schuldgevoelens. De manier waarop gevoelens weg worden gehouden noemen we afweer. In AFT leer je deze afweer herkennen en veranderen, waarmee ruimte ontstaat voor de beleving van adequate en gezonde emoties (www.affectfobie.nl).
 - **Oplossingsgerichte therapie**
Dit is een behandelvorm die zich richt op de krachten van de persoon. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de antwoorden al in eenieder zelf aanwezig zijn. De focus ligt hierbij niet zozeer op de problemen, als wel op de mogelijke oplossingen. Het uitgangspunt is dat het niet altijd nodig is om inzicht te hebben in het ontstaan van problemen om deze te kunnen oplossen.
 - **Interpersoonlijke therapie (IPT)**
IPT is een kortdurende, focale, steunende gesprekstherapie specifiek ontworpen voor de behandeling van ambulante depressieve patiënten. IPT is gebaseerd op de aanname dat veranderingen in het aantal of de aard van belangrijke relaties een depressie kunnen uitlokken bij mensen die daar gevoelig voor zijn. In de behandeling worden één of hooguit twee probleemgebieden uitgekozen om de behandeling op te richten. Hier wordt steeds gefocust op recente veranderingen in relaties met belangrijke anderen (www.iptnederland.nl).
 - **Cliëntgerichte psychotherapie**
Cliëntgerichte psychotherapie is een persoonsgerichte therapie die de cliënt helpt om emoties, gedachten en gedrag in een doorleefde samenhang met de eigen situatie en geschiedenis een plaats te geven en/of te verwerken. Men leert zichzelf beter kennen, leert de eigen mogelijkheden benutten en om te gaan met beperkingen, waardoor symptomen verminderen. Methodisch staan de houding van de therapeut en de werkelatie met de cliënt centraal (www.vcgp.nl).
 - **Acceptance and Commitment therapy (ACT)**
Binnen ACT leren cliënten om het zinloze gevecht met vervelende gedachten, emoties en lichamelijke sensaties te staken. Hierdoor kunnen cliënten beter in staat worden om hun aandacht te richten op de dingen die ze werkelijk belangrijk vinden in het leven (waarden). De kern van ACT is de filosofie dat vechten tegen onvermijdelijke omstandigheden uiteindelijk ten koste gaat van een vitaal en waardevol leven. De focus van ACT ligt op het vergroten van de psychologische flexibiliteit. Deze is gestoeld op zes zuilen: Mindfulness, Acceptatie, Zelf als context, Defusie, Waarden en Toegewijde actie (www.timetoact.nl).
 - **Kortdurende Psychoanalytische Steungevende Psychotherapie (KPSP)**
KPSP is een behandeling, waarin de therapeut en de cliënt samen zoeken naar verbanden tussen enerzijds de depressie en anderzijds de levensomstandigheden, huidige relaties, de invloed van vroegere ervaringen en hoe de cliënt naar zichzelf kijkt. De nadruk ligt op het bereiken van verbetering in het heden, maar ook wordt onderzocht welke belemmerende ervaringen uit het verleden hierop van invloed zijn. Hierdoor ontstaat meer inzicht en worden groeimogelijkheden bevorderd. Dat leidt ook tot beter herkennen van ondermijnende gedachten, onverwerkte emoties en negatieve verwachtingen die bijdragen aan depressieve gevoelens (www.nvpp.nl).
 - **Psychodynamische psychotherapie**
- ### Psychiatrische behandelvormen
- **Farmacotherapie**
De farmacologische behandeling wordt uitgevoerd door een psychiater volgens de richtlijn stemmingsstoornissen van de NVvP. Er kan gekozen worden uit een grote groep antidepressiva. Bij de keuze dient rekening te worden gehouden met het risico van bijwerkingen, interacties en het voorkomen van comorbiditeit. Bij de behandeling met antidepressiva dient lang genoeg profylactisch te worden behandeld. Na een eerste depressie kan 6 maanden na het herstel de medicatie worden gestaakt, na een tweede depressie wordt minimaal een jaar doorbehandeld.
 - **Overige behandelvormen.**
Hierbij kan gedacht worden aan deeltijdbehandeling, een klinische opname, en ECT behandeling. Indien een van deze behandelvormen geïndiceerd is zal de patiënt worden doorverwezen naar een instelling die deze behandelvormen aanbiedt.

De behandeling van de bipolaire stoornis

In principe worden de richtlijnen van de Richtlijn Bipolaire stoornissen van de NVvP gevolgd. De regiebehandelaar van een patiënt met een bipolaire stoornis is altijd een psychiater. Van belang is goed te beoordelen of behandeling binnen Prisma Praktijk mogelijk en haalbaar is, waarbij het vooral belangrijk is de crisisgevoeligheid te beoordelen en daarmee de noodzaak om op korte termijn behandelingen te intensiveren b.v. naar een hogere behandel frequentie, deeltijdbehandeling of een klinische opname.

De volgende behandelmodules zijn beschikbaar:

- **Farmacotherapie**
Farmacotherapie vormt een essentieel onderdeel van de behandeling. De behandeling wordt afgestemd op de individuele patiënt. Bij de farmacotherapie is aandacht voor de somatische aspecten van de farmacotherapie. Voor een uitgebreide omschrijving hiervan wordt naar de richtlijn Bipolaire Stoornissen van de NVvP.
Voor de behandeling van de acute manie en de gemengde episode wordt naar de richtlijn verwezen.
Voor de behandeling van de acute bipolaire depressie wordt naar de richtlijn verwezen, en voor de onderhoudsbehandeling eveneens.
 - **Psychoeducatie en voorlichting**
Hierbij moet ook gedacht worden aan het geven van voorlichting aan partners en familieleden. Er zijn hiervoor ook cursussen beschikbaar opgezet in samenwerking met de Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB). Lotgenotencontact kan ook nuttig zijn.
 - **Zelfmanagementinterventies**
Zelfmanagementinterventies omvatten de diverse interventies die de patiënt en diens betrokkenen kunnen toepassen en daarnaast uit de ondersteuning die de behandelaar of verpleegkundige daarbij kan bieden. De mate van ondersteuning is afhankelijk van de zorgbehoefte van de patiënt.
Hierbij kan men denken aan het maken van life charts en het gebruik van een noodplan of crisissignaleringsplan en interventies op het gebied van de leefstijl.
Deze modules worden aan alle patiënten aangeboden en kunnen worden uitgevoerd door de hoofdbehandelaar of door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige.
- Daarnaast zijn nog de volgende behandelmodules beschikbaar, die op indicatie worden ingezet:
- **Psychosociale begeleiding** door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige of een B-verpleegkundige
 - **Psychotherapeutische behandelingen**
 - **Cognitieve gedragstherapie**
 - **Systeemtherapie**Van deze vormen van psychotherapie is de effectiviteit aangetoond bij de bipolaire stoornis.
 - **Kwaliteit**
Het gebruik van dit zorgpad wordt jaarlijks volgens de PDCA cyclus geëvalueerd in de organisatiebeoordeling. Op basis hiervan worden verbetervoorstellen gedaan en aanpassingen doorgevoerd.