

Het signaleringsplan als instrument voor zelfmanagement bij bipolaire stoornissen

Peter Goossens, Titus Beentjes en Paul Daemen

Leren leven met de gevolgen van een chronische gezondheidskwaal. Een opgave die steeds meer Nederlanders treft. In dit artikel besteden we aandacht aan de zelfmanagementvaardigheden die kunnen helpen bij het leren leven met de symptomen van de bipolaire stoornis. Achtereenvolgens staan we stil bij de volgende onderwerpen: de bipolaire stoornis, zelfmanagement en de methodiek van het signaleringsplan. Dit wordt toegelicht aan de hand van twee casussen, waarna we het artikel afsluiten met een beschouwing.

De bipolaire stoornis

De bipolaire stoornis, ook wel manisch-depressieve stoornis genoemd, is een chronische psychische stoornis met een recidiverend verloop met episodes van depressie, hypomanie en manie en perioden die relatief symptoomvrij verlopen. De ziekte treft ongeveer 1 à 2% van de bevolking¹ en diagnose wordt vaak pas jaren gesteld nadat de eerste symptomen zich openbaarden.² De ziekte kan de ernstige gevolgen hebben voor de patiënt en zijn omgeving. Er is hoge lijdensdruk, veelal sociale problemen, alcohol- en drugsgebruik komen vaak voor. Bij patiënten met een bipolaire stoornis draait de behandeling globaal

Dr. P.J.J. Goossens is verpleegkundige en verplegingswetenschapper, Hoofd beleidsbureau bij Dimence, en Senior onderzoeker, IQ healthcare, Radboud Universiteit Nijmegen sectie verplegingswetenschap (p.goossens@dimence.nl); T.A.A. Beentjes, verpleegkundig expert, Expertisecentrum voor bipolaire stoornissen, Dimence, locatie Deventer; P. Daemen, ervaringsdeskundige, vrijwilliger Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen. Correspondentieadres: Dr. P.J.J. Goossens Dimence, Nico Bolkesteinlaan 1, 7416 SB Deventer

om het bestrijden van acute episoden van (hypo)manie of depressie en het voorkomen van een volgende episode. Medicatie, met name lithium als stemmingstabilisator, is de primaire behandeling.³

Zelfmanagement

In de herziene versie van de 'Richtlijn Bipolaire Stoornissen'⁴ is een hoofdstuk opgenomen over zelfmanagementinterventies. Deze interventies worden genoemd als een 'verplicht' onderdeel van de behandeling. In de vorige versie stonden nog de farmacotherapie, psycho-educatie en voorlichting als verplichte onderdelen centraal, op indicatie aangevuld met psychotherapie. Zelfmanagement is al jaren een bekend begrip in de zorg en behandeling van patiënten met een chronische ziekte. Barlow e.a. definiëren zelfmanagement als het individuele vermogen om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en psychosociale consequenties en leefstijlveranderingen inherent aan het leven met een chronisch gezondheidsprobleem. Tegenwoordig wordt van patiënten met een chronische gezondheidskwaal verwacht, dat zij zelf een actieve rol aannemen in het onderhouden en bevorderen van de eigen gezondheidstoestand. Eerder was met name de behandelaar actief en onderging de patiënt de behandeling.⁵

Het signaleringsplan

Bij zelfmanagement is het ontwikkelen van een signaleringsplan een sleutelinterventie.⁶ Na het doormaken van een ernstige manie of depressie leeft bij de patiënt en diens naastbetrokkenen vaak de vraag of het weer terug kan komen. Om patiënten te helpen inzicht te krijgen in de factoren die een volgende episode aankondigen en hoe

deze mogelijk te voorkomen is, is het opstellen van het signaleringsplan (ook wel noodplan genoemd) de aangegeven methodiek. In dit plan staat concreet beschreven welke signalen (prodromen) bij de patiënt wijzen op een mogelijke terugval en wat het beste kan worden ondernomen om terugval te voorkomen of de schade zoveel mogelijk te beperken. Daarnaast kunnen kwetsbaarheden, valkuilen en beschermende factoren in het plan worden opgenomen. Formats voor een signaleringsplan zijn gratis te downloaden op de website van het kenniscentrum bipolaire stoornissen (onder meetinstrumenten; www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl).

Onderzoek in het Verenigd Koninkrijk wees uit dat het aanleren van vaardigheden om de vroege signalen te herkennen, leidde tot minder terugval in manische episoden, korte perioden van manische terugval, een verbeterd sociaal functioneren en een verbetering van het functioneren tijdens het werk. Er werd geen verbetering gevonden in het voorkomen van depressieve episoden.⁷ Uit onderzoek op 20 psychiatrische poliklinieken in Nederland bleek dat in 85% van deze organisaties verpleegkundigen met hun patiënten signaleringsplannen opstelden.⁸ Uit onderzoek bij 157 patiënten met een bipolaire stoornis op vijf psychiatrische poliklinieken in Nederland kwam naar voren dat 51% van deze patiënten een signaleringsplan heeft, heeft gehad of er één in ontwikkeling heeft. Verder bleek er een verband tussen het hebben van een signaleringsplan en het hanteren van een actieve copingstijl bij het oplossen van problemen. Patiënten daarentegen die nooit een signaleringsplan hebben ontwikkeld stellen zich vaak passief en afwachtend op en laten zich overrompelen door problemen.⁹ Het ontwikkelen van een signaleringsplan doe je niet zo maar even. Het vraagt om aanvaarding van de patiënt, aanvaarding van het feit dat men lijdt aan een ziekte die niet meer overgaat, maar ook aanvaarding van het feit dat men de ziekte niet lijdzaam hoeft te ondergaan en dat men zelf een actieve bijdrage kan leveren aan de behandeling. Het signaleringsplan is primair het plan van de patiënt. Het geeft de patiënt handvatten in het leren omgaan met symptomen en de eigen kwetsbaarheden in dit ziekteproces.

Casussen

Aan de hand van twee casussen zullen we dit trachten te verduidelijken. In de eerste casus wordt het verhaal van mw L. beschreven door haar verpleegkundige. Het geeft inzicht in de ontwikkeling van het signaleringsplan door de jaren heen. De tweede casus is geschreven door Paul Daemen, ervaringsdeskundige. Hij geeft een beeld van de waarde die een signaleringsplan kan hebben in de behandeling en in het leven van de patiënt en diens naasten. Beide signaleringsplannen zijn als illustratie opgenomen in dit artikel. Het zijn persoonlijke documenten.

Casus mw L.

Bij mw L. werd de diagnose bipolaire 1 stoornis gesteld in 2002 toen zij voor het eerst met manisch-psychotische symptomen werd opgenomen. Mw L. is familiair belast met de bipolaire stoornis. Haar moeder en zussen van haar moeder zijn ook meerdere keren opgenomen geweest. Om beter met zichzelf te leren omgaan, volgde ze in de week voor de eerste opname in 2002 een cursus 'innerlijk kind', een Reiki-cursus van een vijftal dagen. De hoeveelheid vrijgekomen energie kon ze niet meer hanteren en ze werd manisch-psychotisch. Tijdens de opname en deeltijdbehandeling van totaal 8 maanden werd ze ingesteld op Lithium en zo nodig Lorazepam. Met de eerstverantwoordelijke verpleegkundige stelde zij in die periode een signaleringsplan op. Binnen de kliniek is dat een standaardmodule bij de behandeling van een bipolaire stoornis. In dit plan werden de manische en depressieve episodes in kaart gebracht en werd beschreven wat te doen als de eerste signalen van een manische fase zich aandienen.

Gedurende 2003 en 2004 is de stemming stabiel gebleven. Bij stresssituaties en slaapgebrek gebruikte ze, geheel volgens het signaleringsplan, de voorgeschreven medicatie. In 2004 werd de Lithium langzaam afgebouwd nadat een hypothyreoïdie werd vastgesteld. In januari 2005 werd ze wederom psychotisch. Na drie nachten slecht slapen werd ze opgenomen, waar de psychose geheel opbloede. Hallucinaties en waanideeën werden ervaren als realiteit.

Het signaleringsplan werd na deze episode geactualiseerd. Ze kon duidelijker differentiatie aanbrengen in de verschillende manische fases. Wat begint met actiever zijn en te helder ('licht') voelen kan oplopen naar levenslustig voelen en via magische gedachten leiden tot een psychose. De overgang van hypomanie naar psychotisch kan zich binnen een paar dagen voltrekken. Ook werd bekeken hoe ze functioneert als ze in evenwicht is en welke problemen ze dan ervaart. Het preciezer uitpluizen van de symptomen en prodromen had een psycho-educatief doel om de grenzen tussen ziek en normaal gedrag te kennen en te weten wanneer hulp ingeschakeld moet worden. Het sprak mw L. wel aan om op deze wijze het plan up to date te houden.

Tijdens de zomerperiode van 2005 leidden meerdere opeenvolgende gebeurtenissen tot slapeloosheid, wat wederom resulteerde in een opname. Weer bloeide de psychose op en na 14 dagen kwam ze tot rust. De aanleidingen waren zeer divers. Dit is in het signaleringsplan later omschreven als: teveel activiteiten en ingrijpende gebeurtenissen, een opstapeling van kleine stressfactoren. Er werd benadrukt dat het decompenseren heel snel kan verlopen en dat bijtijds ingrijpen met een opname noodzakelijk is. In de periode daarna volgde ze de

aanwijzingen uit het signaleringsplan op en bleef ze stabiel. In november 2006 startte mw L. met het gebruik van Olanzapine, omdat ze door stress op het werk minder was gaan slapen en ze zich 'te helder' was gaan voelen. Door het signaleringsplan te raadplegen had ze zich tijdig gemeld en kon de psychiater de medicatie bijstellen waardoor een psychose werd voorkomen.

In januari 2007 belde ze op dat de reeds gestarte Olanzapine en Lorazepam niet afdoende werkten. Een verhoging van de dosering heeft de volgende dag onvoldoende effect. Haar partner geeft die middag aan dat ze weer erg magisch denkt en het thuis niet meer te hanteren is. Er werd meteen besloten tot opname. Het was niet moeilijk om de dienstdoende psychiater te overtuigen dat dit nodig was. Het signaleringsplan was daar zeer duidelijk over. Tijdens de opname heeft ze hallucinaties. Ze herkende dit en ze kon er steeds de irrealiteit van blijven inzien. Ze toetste bij de verpleging steeds de realiteit van haar gedachten. De psychose en manie waren milder dan bij de eerdere opnames.

Na de revalidatie werd het signaleringsplan opnieuw aangepast. Het snelle ingrijpen had een positieve uitwerking. Ze heeft ervaren dat ze er zelf het nodige aan kon doen door niet in te gaan op de hallucinaties en magische gedachten. Het vergrootte haar gevoel van autonomie. Het steeds actualiseren van het signaleringsplan heeft bijgedragen aan het eerder herkennen en omgaan met de signalen. Gedurende de zomer van 2007 raakte zij een aantal malen uit evenwicht. Ze bemerkte echter tijdig dat ze wat hypomaan werd en zich te helder voelde. Ze greep steeds tijdig in met de zoonodige medicatie en zo werden opnames voorkomen. Wel werd in die tijd de onderhoudsdosering Lithium verhoogd en werd Valproaat toegevoegd.

Aan het eind van 2007 evalueerde zij het jaar en concludeerde dat er wel meer stemmingswisselingen waren geweest, maar minder heftig. Waar de schommelingen eerder heel plotseling kwamen, waren ze nu geleidelijker en kon ze met de aanwijzingen in het signaleringsplan ervoor zorgen dat ze niet ontregeld raakte. Dit vond zij winst. In 2008 is ze meer preventief gaan denken en voorzag dat 'op vakantie gaan' en saunabezoeken haar uit evenwicht brachten. Ze overlegde met de psychiater om in het vervolg op die momenten Olanzapine 2½ mg in te nemen. Het signaleringsplan is voor mw L. een goed hulpmiddel gebleken om inzicht in haar eigen ziekte te krijgen en deze te leren hanteren. Zij hecht veel waarde aan het plan en komt steeds nieuwe inzichten delen om die vervolgens toe te voegen aan het plan. Ze staat er ook steeds op dat het in het elektronisch patiëntendossier wordt opgenomen.

Casus Paul Daemen

Paul Daemen is 49 jaar, getrouwd en vader van 3 kinderen. In 1992 werd de diagnose bipolaire stoornis gesteld.

Terugkijkend was het voor hem duidelijk dat er al 10 jaar eerder duidelijke signalen en symptomen waren. Hier volgt zijn verhaal:

Toen ik de juiste diagnose kreeg was ik natuurlijk niet van deze ingrijpende ziekte verlost. Integendeel, ik weigerde lange tijd met het stempel 'manisch-depressief' door het leven te gaan en werkte dus ook niet mee aan de noodzakelijke behandeling. Voor mijn gezin en naaste omgeving en natuurlijk ook voor mijzelf was dit een vreselijke periode. Disacceptatie, verdriet, strijd en verzet zorgden voor een jarenlange, vaak hopeloze tijd met ernstige depressies en manische episodes. Hoewel ik ervan overtuigd ben dat zo'n rouw- en verzetperiode bij het ziekteproces hoort, ben ik er ook van overtuigd dat een effectievere aanpak dit proces had kunnen versnellen en dat daarmee mijzelf en mijn familie jaren van ellende bespaard hadden kunnen blijven.

Ik heb ervaren dat de reguliere behandeling (pillen en praten) die ik jarenlang onderging, pas echt effectief werd op het moment dat ik met ervaringsdeskundige lotgenoten in contact kwam, die de diagnose geaccepteerd hadden en met een signaleringsplan werkten om hun stemming onder controle te krijgen. De praktijk is en blijft de beste leermeester. Dit gebeurde voor mij pas in 1997 tijdens een cursus psycho-educatie, vijf jaar na de diagnose en 15 jaar na de eerste ziekteverschijnselen. Naast het feit dat ik voor het eerst goede informatie kreeg over de bipolaire stoornis, kreeg ik ook voor het eerst een praktisch hulpmiddel in handen waarmee ik door eigen actie greep kon krijgen op mijn ziekteproces: het signaleringsplan.

Dit plan, dat ik samen met mijn partner en mijn casemanager heb opgesteld, helpt mij als ik voel dat mijn stemming uit evenwicht dreigt te raken. Samen hebben we mijn valkuilen (belastende omstandigheden) en de voorbodeken van een ziekte-episode (vroeg signalen) in kaart gebracht. Daardoor leerde ik mijzelf kennen en mijzelf te accepteren met de ziekte die ik had. Het zorgde ervoor dat ik mijn kop niet meer in het zand stak op die momenten dat actie nodig was. In het plan staat namelijk ook duidelijk omschreven welke actie ik op die momenten kan ondernemen om erger te voorkomen. Daardoor lukte het steeds beter om stabiel te blijven en kreeg ik eindelijk weer controle over mijn eigen leven. Ik heb geaccepteerd dat medicatie en therapietrouw onmisbare pijlers zijn voor een goede behandeling. Ik hoop echter ook dat psychiatrische behandelaars steeds meer zullen accepteren dat de reguliere behandeling meer effect zal hebben als zij -zoals bij het signaleringsplan nadrukkelijk gebeurt- meer verantwoordelijkheid bij de patiënt legt en zelfmanagement een groter aandeel in de behandeling krijgt. Het heeft mijn houding ten aanzien van mijzelf, mijn omgeving en mijn behandelaars en daardoor ook de ontwikkeling van mijn ziektebeeld een positieve wending gegeven.

1 Signaleringsplan van Mw L.

Stressfactoren/aanleidingen:

- te weinig slaap / teveel activiteiten (bv meerdaagse cursus)
- Ingrijpende gebeurtenis, of opstapeling van kleine stressfactoren (bv vakantie, sauna)
- teveel opgaan in eigen wereld, te weinig sociaal contact
- afbouw medicijnen
- schildklier en menstruatieproblemen

Beschermende factoren:

- medicijnen innemen
- gezond dag-, weekritme volgen, niet star en niet te los; goede nachtrust; zonodig begrenzen
- voorspelbaarheid en agendaplanning
- gezond eten/ drinken
- sociale contacten/ communicatie.
- noodmedicatie in huis hebben: Zyprexa en Lorazepam

Fase	Weergave van gedrag	Acties	Door:
Psychotisch	<ul style="list-style-type: none"> - Grootheidswaan - Schreeuwen - Naakt rondlopen - Extreem kinderlijk gedrag - Toestand kan gevaarlijk zijn 	<ul style="list-style-type: none"> - Als ik nog niet opgenomen ben: Arts of iemand van de crisisdienst laten komen - Om mij te beschermen voor gevaar, verklaar ik dat een arts mij een injectie mag geven als ik mij in een psychose bevind 	Partner
Randpsychootisch	<ul style="list-style-type: none"> - Grootheidsgevoelens - Leef in een andere werkelijkheid dan normaal - Toon kinderlijke emoties - Haal namen door elkaar - Neem teveel ruimte in - Magisch / symbool denken 	<ul style="list-style-type: none"> - Als bij manisch - Begrenzing nodig - Ik wil opgenomen worden. Het beste is dit op de gesloten afdeling te doen. Het kan heel snel veel slechter gaan, dit wil ik voorkomen - Ik heb meer Zyprexa nodig (20mg) 	Hulpverlening
Manisch	<ul style="list-style-type: none"> - Overmatig levenslustig - Ik vind mezelf mooi - Voel me onuitputtelijk liefdevol - Ik kan ook snel geprikkeld en onstemd zijn - Voel me machtig/ krachtig <p>In de snelheid van de decompensatie sla ik deze stap wel eens over.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Polikliniek bellen (vragen om direct contact met de psychiater) - Zyprexa verhogen naar 10mg - Lorazepam 1-2,5mg: 2-4 tb dd - Simpel contact met anderen (bv spelletje, wandeling) om prikkels in het hoofd te verminderen (af te leiden) - Overweeg een opname. Als Partner aangeeft dat dit nodig is dan niet aarzelen een opname te regelen. 	Arts Partner en/of ikzelf
Hypomaan/gestrest	<ul style="list-style-type: none"> - Geen vermoeidheid voelen - Geen rust nemen / moeite om in slaap te komen - Gewicht neemt af / snelle stoelgang - Vindingrijk, helderheid en 'licht' voelen - Onrust in lichaam (in buik), hoge ademhaling - Snel huilen - Praten gaat makkelijker - Verdere decompensatie kan snel gaan 	<ul style="list-style-type: none"> - Neem rust! Zeg afspraken af! - Lithium 1200 mg - Lithium en schildklier laten prikken. - 5mg Zyprexa gaan slikken, zonodig voor de nacht Lorazepam 1mg, zn 2,5 mg - Partner is alert en geeft feedback - Met leidinggevende overleggen, ziek melden? - Bij polikliniek aangeven dat het minder gaat, daarna dagelijks contact. 	Partner en/of ikzelf partner verpleegkundige

Gezond	<ul style="list-style-type: none"> - Normaal zelfbeeld - Kan verdriet, angst, boosheid en blijheid voelen en daarmee omgaan, het blijft niet hangen - Meestal rustig - Ben soms vergeetachtig, chaotisch en onpraktisch 	<ul style="list-style-type: none"> - Indrukken ook weer kunnen 'uitdrukken' - Slecht geslapen? Volgende nacht 1 mg Lorazepam - Onderhoudsdosis medicatie: Lithium 1000mg; Valproaat 2000mg - Rondom saunabezoek 2½ mg Zyprexa dd - In vakantieperiode (zonder dagstructuur) preventief 2½ mg Zyprexa 	Partner en/of ikzelf
	<ul style="list-style-type: none"> - Bang een ander te kwetsen, negatieve gedachten - Onhandig - Neem weinig ruimte in - Besluiteloos, onduidelijk - Stil, star en traag - Contact met anderen moeizaam - Vertraagde stoelgang 	<ul style="list-style-type: none"> - Gedachten bespreekbaar maken - Contact zoeken met anderen - Activiteiten gaan doen - Let op dagplanning - Controleren van deze acties - Lithium en schildklierfunctie laten controleren 	ikzelf Partner
Depressief	<ul style="list-style-type: none"> - Liefdeloos voelen; Lelijk voelen - Ik ben moe; - Schuld-, en schaamtegevoelens; - Concentratieproblemen; - Destructieve gedachten - Verlangen naar einde van dit ondraaglijk gevoel 	<ul style="list-style-type: none"> - Zie somber - Polikliniek bellen 	Partner en/of ikzelf
		<ul style="list-style-type: none"> - Seroxat (lage dosering) heeft me geholpen in eerdere periode 	arts

Ik neem aan dat het duidelijk is wat dat voor mij en mijn gezin betekent. Ik heb via vrijwilligerswerk bij de patiëntenvereniging VMDB mijn sociale leven en werk weer kunnen hervatten en kan, als ik merk dat mijn stemming te uitbundig of te somber wordt, bijsturen zonder in paniek te raken. Ik zal hiervan een praktisch voorbeeld geven.

Twee maanden geleden was het duidelijk dat ik dreigde weg te glijden in een depressie. Ik had geen zin meer in mijn hobby's, kwam 's ochtends erg moeilijk uit bed, was erg prikkelbaar en kon eigenlijk nergens meer van genieten. Een geplande gezinsvakantie dreigde niet door te gaan als de toestand verergerde. Mijn echtgenote gaf aan dat ze deze vroege signalen ook opmerkte. Dat is voor ons het sein om een spoedafpraak te maken met mijn case-manager. Zij verzorgde meteen een afspraak om mijn bloedwaarden te testen en we bespraken welke stappen van het signaleringsplan worden gezet. Thuis heb ik mijn daginvulling en agenda doorgenomen en aangepast op de afgesproken wijze. Verhoging van de medicatie werd nog niet noodzakelijk geacht, wel kreeg ik een noodvoorradje slaapmedicatie om in te kunnen grijpen en voldoende nachtrust te behouden. Enige jaren geleden zou ik waarschijnlijk door angst en onmacht opnieuw in een depressie gegleden zijn. Nu ben ik een week geleden teruggekomen van een heerlijke vakantie met mijn gezin.

Beschouwing

Uit de twee gepresenteerde casussen blijkt dat het signaleringsplan een probaat hulpmiddel kan zijn bij het leren leven met de symptomen van de bipolaire stoornis. Het signaleringsplan kan leidend zijn om de vervolgbehandeling te structureren: werken aan een sociaal netwerk; goede dagstructuur; de stressfactoren verminderen. Dit kan de patiënt houvast geven om daarmee de regie te nemen over zijn of haar behandeling. Het geeft de patiënt een prominente rol, maar de patiënt moet deze rol wel op zich nemen.

Het signaleringsplan maakt duidelijk hoe de ziekte en het beloop ervan zich kunnen openbaren en welke acties er van wie verwacht kunnen en mogen worden. Het kan een handvat bieden bij het gesprek over de ziekte met huisarts, familie, de nieuwe behandelaar of verpleegkundige of de keuringsarts. Het signaleringsplan zorgt ervoor dat de belangrijke zaken met betrekking tot het zelfmanagement bovenaan de agenda blijven staan.

Desondanks is het signaleringsplan geen wondermiddel. Ontregelingen zijn niet altijd te voorkomen hoe goed het signaleringsplan ook in elkaar zit. Het is -zowel voor de patiënt en diens naastbetrokkenen als voor de behandelaar- een hulpmiddel om enerzijds inzicht te krijgen in het ziekteproces van de patiënt en anderzijds om handvatten te bieden bij de behandeling. Geen enkel signaleringsplan

2 Noodplan/actieplan

DIAGNOSE: Bipolaire stoornis

DOEL: Voorkomen / beperken van ziekteperiodes

Naam Cliënt:

Adres:

tel:

Partner van:

tel:

Betrokken behandelaars

Poli Psychiatrie AzMaastricht:

tel:

Case-manager:

tel:

Psychiater:

tel:

Huisarts:

tel:

Medicatie:

Ondergetekende geeft behandelaars toestemming zijn persoonlijke situatie te bespreken met de partner.

VROEGE SIGNALLEN M.B.T. DEPRESSIE:

- Slaapproblemen, midden in nacht wakker worden, piekeren
- Moeilijk uit bed komen
- Moeilijke ochtenden, 's middags verbetering
- Maag en darmklachten
- Afspraken afzeggen
- Klusjes uitstellen
- Minder contacten
- Geen zin meer in hobby's
- Sneller moe en geprikkeld
- Minder aandacht voor uiterlijk
- Negatiever denken, schuldgevoelens
- Fantasie, Inspiratie, humor, neemt af
- Normale interesse, plezier neemt af
- Lichaamshouding, blik.
- Concentratie, trager in denken en doen
- Ik voel me rot, angstig, geblokkeerd

AKTIEPLAN BIJ DREIGENDE DEPRESSIE:

Afspraken: Niet afwachten, situatie bespreken met partner. Wat doen we ??

- Contact opnemen met behandelaar, actie
- Bloedspiegel, medicatie, slaapmiddel?
- Hulp van vaste Hulptroepen inschakelen (zowel regulier als alternatief en vrienden)
- Sta bewust stil bij ademhaling, ontspanning mindfulness
- Agenda aanpassen, duidelijke dagstructuur (Meer activiteit inbouwen, contragedrag)
- Eenvoudige huis/tuin klusjes plannen

- Zowel rust als actie inplannen: Bewegen, fietsen, wandelen, tuin.
- Ik weet dat ik er zelf iets aan doe als ik zelf actie onderneem
- Iedere avond een activiteit plannen om de volgende dag 'op te starten'

PERSOONLIJKE BELASTENDE OMSTANDIGHEDEN, VALKUILEN:

- Veel gelijktijdige prikkels: opdrachten, geluiden (Vermijden)
- Drukke, Stress, langdurig functioneren onder hoge druk: werksituatie, verbouwing (voorkomen)
- Lange termijn opdrachten (Vermijden)
- Tekort aan tijd voor mezelf (Middagrust inbouwen, dag opdelen)
- Nieuwe situaties, omgeving, vakantie, (dosen, rust inbouwen)
- Relatieproblemen (Snel bespreekbaar maken)
- Verstoorde nachtrust (event. Slaapmed.)
- Slow-start in de ochtend (ochtendactiviteit vooraf plannen)

VROEGE SIGNALLEN M.B.T. (HYPO)MANIE

- Laat naar bed, moeilijk in slaap, vroeg wakker
- Ik voel me actief en gelukkig
- Denken en handelen is snel en dominant
- Zelfvertrouwen. Ik durf meer, toon initiatief
- Meer conflicten in relatie
- Ik ben actiever dan mijn partner, normaal is dat andersom

- Niet snel moe, wel snel geprikkeld
- Gewichtsafname, meer aandacht voor uiterlijk
- Meer sociale contacten
- Alles is positief en heeft mijn interesse
- Van de hak op de tak springen
- Meer praten
- De behoefte aan rust neemt af
- Ik voel me heerlijk en creatief

ACTIEPLAN BIJ DREIGENDE (HYPO)MANIE

Afspraken: Niet afwachten, situatie bespreken met partner. Wat doen we ??

- Contact opnemen met behandelaar, actie
- Bloedspiegel, medicatie, slaapmiddel?
- Hulp van vaste Hulptroepen inschakelen (zowel regulier als alternatief en vrienden)
- Sta bewust stil bij ademhaling, ontspanning, mindfulness
- Voel dat je kunt genieten van 'niets doen'
- Ontspanningstechnieken toepassen
- Agenda aanpassen, duidelijke dagstructuur (Meer rust inbouwen, contragedrag)
- Mentale activiteiten schrappen, meer fysiek
- Evenwicht: rust ↔ actie

Handtekening

cliënt

partner

behandelaar

is hetzelfde. Standaardwerk is niet mogelijk. Het tempo van het ontwikkelen en het werken met het signaleringsplan hangen samen met het tempo van de ziekte en de mate van aanvaarding. Aanvaarding van de ziekte en aanvaarding van het feit dat de patiënt zelf een grote invloed kan hebben op zijn/haar eigen ziekteproces. Na elke ontregeling van de stemming dient nagegaan te worden of het signaleringsplan aangepast moet worden: zijn prodromen nog concreter te formuleren; waren voorkomende acties afdoende om de episode te voorkomen of te temperen, is er meer zicht gekomen op kwetsbaarheden en beschermende factoren? Therapietrouw betekent dan niet alleen trouw de medicatie slikken, maar ook trouw zijn aan de afspraken, die de patiënt met zichzelf heeft gemaakt, in samenspraak met zijn behandelaar en naastbetrokkenen, opgetekend in het signaleringsplan.

Noten

- 1 Pini S ea (2005) Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *European neuropsychopharmacology* 15: 425-434
- 2 Kupka R ea (2008) Screening en diagnostiek bij bipolaire stemmingsstoornissen. *PsychoPraxis* 10: 80-85

- 3 Kupka R ea (red) (2008) *Handboek bipolaire stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom
- 4 Nolen WA ea (2008) *Richtlijn bipolaire stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom
- 5 Barlow J ea (2002) Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling* 48: 177-187
- 6 Goossens PJJ & Beentjes TAA (2008) Zelfmanagement. In Kupka R ea (red), zie noot 3, p. 330-342
- 7 Perry A ea (1999) Randomised controlled trials of efficacy of teaching patients with bipolar mood disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British medical journal* 318: 149-153
- 8 Goossens PJJ ea (2008) The nursing of patients with a bipolar disorder: What nurses actually do. *Archives of psychiatric nursing* 22: 3-11
- 9 Goossens PJJ ea (2008) Coping styles of outpatients with a bipolar disorder. *Archives of psychiatric nursing*. In druk.