

# De lifechart-methode

## Hoe vullen patiënten zelf een retrospectieve lifechart in met behulp van een handleiding

*door C.H. Hendriks, A. Honig, G.W. Akkerhuis en  
W.A. Nolen*

### Samenvatting

De lifechart-methode (LCM) geeft een volledig en snel overzicht over een ziektebeloop van stemmingstoornissen. Doel van dit onderzoek was te beoordelen of de LCM-handleiding geschikt is om patiënten zelfstandig een lifechart (LC) te laten maken. Het onderzoek is gedaan op de stemmingspolikliniek van het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM) bij patiënten gediagnosticeerd met een unipolaire of bipolaire stoornis volgens DSM-IV-criteria. Van de 74 benaderde patiënten waren 44 bereid mee te doen aan dit onderzoek. Hierbij werd hun gevraagd om aan de hand van de handleiding zelf over de voorafgaande zes jaar de LC in te vullen. Uiteindelijk hebben 36 patiënten de LC adequaat ingevuld. Van deze patiënten waren 20 in staat de LC goed (80% tot 100% volledig) in te vullen. Hoe meer tijd de patiënt besteedde aan het invullen van de LC, hoe beter de LC werd ingevuld. Patiënten die de LC invulden, vonden dit moeilijk maar over het algemeen ook nuttig. Geconcludeerd kan worden dat de handleiding goed bruikbaar is om patiënten zelfstandig een LC te laten maken.<sup>1</sup>

### Inleiding

De lifechart-methode (LCM), ofwel ziektebeloopkaart, is een in grafiek schematisch beschreven beloop van ziekte (Leverich en Post 1996; Kupka e.a. 1997). De handleiding LCM voor stemmingstoornissen is ontwikkeld in de USA en vertaald in het Nederlands (Akkerhuis e.a. 1996). In dit onderzoek bij patiënten die lijden aan een unipolaire of een bipolaire stoornis volgens DSM-IV-criteria, wilden wij nagaan of de handleiding geschikt is om patiënten zelfstandig een retrospectieve lifechart (LC) te laten maken. De LC werd gemaakt over de afgelopen zes jaar. Tevens hebben wij aan de patiënten gevraagd hun oordeel te geven over het gebruik van de LC. De onderzoeksvraag was of patiënten met minimale hulp zelf een LC in konden vullen, en of dit door hen zelf ook zinvol werd gevonden.

## Onderzoeksopzet

Het onderzoek is gedaan op de stemmingspolikliniek van de afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Maastricht. Patiënten werden geïncludeerd indien als hoofddiagnose een unipolaire of bipolaire stoornis volgens DSM-IV was gesteld, zij gedurende de afgelopen zes jaar minstens drie ziekteperiodes hadden doorgemaakt en in vervolgbehandeling waren op de polikliniek. Exclusiecriteria waren zwakzinnigheid, cognitieve functiestoornis (mede bepaald aan de hand van de Mini Mental State Examination (Folstein e.a. 1995), een andere psychiatrische stoornis als hoofddiagnose, of een ernstige auditieve of visuele handicap (bril of lenzen geen bezwaar). Alle patiënten die voldeden aan deze criteria, werden vervolgens benaderd door de onderzoeker. Hiertoe ontvingen alle patiënten een brief waarin uitleg werd gegeven over het onderzoek. Daarna werden ze opgebeld. Indien men mee wilde werken aan het onderzoek, werd er een afspraak gemaakt voor een voorgesprek. In dit eerste, ongeveer 25 minuten durende gesprek, werd uitgelegd wat er precies van de patiënt werd verwacht. Aan de hand van een voorbeeld-LC werd het principe van de grafiek uitgelegd. De patiënt kreeg vervolgens een pakket met drie vragenlijsten mee naar huis: de SCL-90-klachtenlijst (Arrindell en Ettema 1986), de Zung-depressie-zelfbeoordelingsschaal (Dijkstra 1974), een vragenlijst over sociodemografische gegevens, alsmede de LCM-handleiding.

De SCL-90 en de Zung werden afgenomen om de stemming van de patiënt tijdens het maken van de LC te beoordelen, omdat dit het invullen van de LC zou kunnen beïnvloeden. Nadat de LC was ingevuld, werd deze naar de onderzoeker teruggestuurd. Deze LC's werden nagekeken met behulp van het medisch dossier en door middel van een tweede gesprek met de patiënt. Tijdens dit tweede gesprek werden er ook vragen gesteld over eigen ervaringen met de handleiding, of men het maken van een LC nuttig had gevonden, en of men door het invullen van een LC meer inzicht in de ziekte had gekregen.

De LC's werden aan de hand van een gestandaardiseerde checklist beoordeeld op een zestal aspecten: klinische ziekteperiodes, ambulante ziekteperiodes, ernst van de ziekteperiodes, uitlokkende gebeurtenissen, psychofarmacagebruik, en eventuele aanvullende gegevens, zoals geschat aantal episoden, rapid cycling, ontstemde manie, suïcidepogingen, overmatig alcohol- of drugsgebruik en paniekaanvallen. Voor elk aspect kreeg men punten. Als een aspect slecht was ingevuld: 1 punt, matig: 2 punten, en goed: 3 punten. Deze punten werden opgeteld en gedeeld door het totaal aantal aspecten (6). Het totaalbeeld werd goed beoordeeld als de uitkomst van deze score hoger was dan 2.4 (80% tot en met 100% goed ingevuld); matig als de uitkomst tussen 1.8 en 2.4 lag (60% tot 80% goed ingevuld), en slecht als de uitkomst lager was dan 1.8 (minder dan 60% goed ingevuld).

De mening van de patiënt over de handleiding en over de LC werd tijdens het tweede gesprek aan de hand van een vragenlijst geïnventariseerd. Ook is bijgehouden hoeveel tijd de patiënt besteed had aan het invullen van de LC en hoeveel tijd het tweede gesprek in beslag nam. Tijdens het tweede gesprek werd tevens de eventueel nog niet volledig ingevulde LC aangevuld.

Voor de statistische analyse is gebruikgemaakt van het programma SPSS. Om een correlatie aan te tonen tussen het goed invullen van de LC en andere variabelen, zoals opleiding, leeftijd, tijdsbesteding, SCL-90, Zung- en MMSE-score, is gebruikgemaakt van de Spearman-correlatiecoëfficiënt voor ordinale variabelen.

## Resultaten

In totaal zijn 74 patiënten benaderd om aan het onderzoek mee te doen. 30 patiënten (41%) weigerden. Van de patiënten die weigerden deel te nemen, gaven 13 (44%) als voornaamste reden aan dat ze geen zin hadden om mee te doen aan onderzoek, 7 (23%) omdat ze niet herinnerd wilden worden aan moeilijke tijden, 7 (23%) omdat zij het onderzoek te ingewikkeld vonden, en 3 (10%) wegens verhuizing. Van de weigeraars waren 14 patiënten gediagnosticeerd met een unipolaire stoornis en 16 met een bipolaire stoornis. De gemiddelde leeftijd was 54 jaar.

Uiteindelijk deden 44 patiënten mee aan het onderzoek: 21 patiënten met een unipolaire stoornis en 23 met een bipolaire stoornis. Het gemiddeld aantal ziekteperiodes in de voorafgaande zes jaar was 5.1 (sd = 2.7). 16 patiënten (36%) waren tussen de 30 en 45 jaar oud, 19 (44%) tussen de 45 en 60 jaar, en 9 (20%) 60 jaar en ouder. 7 patiënten (14%) hadden alleen een lagere (beroeps)opleiding gevolgd, 23 (58%) een middelbare opleiding, en 14 (28%) een hoge opleiding.

Zoals aangegeven in tabel 1 scoorden 19 patiënten (43%), respectievelijk 9 patiënten (20%), boven de afkappens voor mogelijk actuele depressieve symptomatologie op de depressieschaal van de SCL-90 en

*Tabel 1:* Ernst van de symptomen van de deelnemende patiënten tijdens de onderzoeksperiode (n = 44)

			Score boven cut-off*
SCL-90-score depressieschaal	gemiddeld 32	sd = 14	mannen > 23; n = 10 (23%) vrouwen > 28; n = 9 (20%)
Zung-score	gemiddeld 44	sd = 10	allen > 50; n = 9 (20%)
MMSE-score	gemiddeld 29	sd = 1	geen

\* afkappunt waarbij een score boven een dergelijke waarde de aanwezigheid van een actuele psychopathologie waarschijnlijk maakt

de Zung. Niemand scoorde buiten de normale breedte van de MMSE. 8 van de 44 patiënten (18%) die meededen aan het onderzoek, hebben uiteindelijk geen LC ingevuld. Voor al deze patiënten gold dat het zelf invullen van de LC teveel emoties opriep.

Elk onderdeel van de LC werd apart gescoord. De onderdelen ambulante en klinische ziekteperiodes en psychofarmacagebruik werden in meer dan de helft (gemiddeld 70%) van de gevallen volledig ingevuld. De onderdelen life events, ernst van de ziekteperiodes, paniekaanvallen, middelenmisbruik, geschatte episoden, ontstemde manie en suïcidepoging werden iets minder volledig ingevuld, ongeveer 40% deed het volledig goed. Het totaalbeeld van de LC was bij 56% goed.

### Mening van de patiënt over de LC-handleiding

Over het algemeen vond men de handleiding duidelijk. Veel patiënten hadden in eerste instantie moeite om met het lezen van de handleiding te beginnen, omdat deze er op het eerste gezicht ingewikkeld en omvangrijk uitzag. Eenmaal met lezen begonnen bleek dit echter mee te vallen. 58% vond de handleiding heel duidelijk, 36% vond hem redelijk duidelijk, en maar 6% vond de handleiding niet duidelijk. Het voorgesprek om het principe van het invullen van de LC uit te leggen, vond 88% nuttig. Het invullen van de LC kostte tijd en moeite. Gemiddeld was men drie uur bezig met het invullen. 30% van de patiënten vond het heel moeilijk om een eigen LC te maken, 49% een beetje moeilijk, en 21% vond het makkelijk. Men ondervond vooral moeite met het achterhalen van ziekteperiodes die drie tot zes jaren geleden waren opgetreden. Hoe men de grafiek moest invullen was meestal wel duidelijk. Ondanks het gegeven dat de patiënt het moeilijk vond om een LC te maken, heeft 82% een poging gedaan. De reden hiervoor is dat men het nuttig vond. Maar 6% van de onderzochte patiënten zei dat ze het maken van een LC niet nuttig vonden, 34% vond het een beetje nuttig, en 60% vond het heel nuttig om een LC te maken, bijvoorbeeld om de arts zo een goed overzicht van de eigen ziektegeschiedenis te geven. 77% vond dat ze door het invullen van de LC zelf meer inzicht hadden gekregen in het ziekteverloop.

Van de variabelen die van invloed zouden kunnen zijn op het invullen van de LC (SCL-90, Zung, MMSE, leeftijd, opleiding en bestede tijd), bleek alleen een statistisch significante positieve relatie te bestaan tussen de hoeveelheid tijd die de patiënt had besteed aan het invullen van de LC, en de kwaliteit van de LC ( $p < 0,005$ ). Het aantal doorgemaakte ziekteperiodes was niet van invloed op het goed invullen van de LC. Wel werd een positieve correlatie gevonden tussen het aantal doorgemaakte ziekteperiodes en het verkrijgen van eigen inzicht in het ziektebeloop door het invullen van een LC ( $p < 0,05$ ).

## Discussie en conclusie

Het is in dit onderzoek van belang rekening te houden met consequenties van het relatieve grote aantal weigeraars (41%) en uitvallers (18%). Hieruit blijkt dat veel patiënten moeite hebben met het zelf invullen van een LC, onder meer omdat ze niet terug konden of wilden kijken naar vervelende perioden uit hun leven. Door degenen die wel een LC invulden, is dit niet door allemaal goed gedaan, maar ook een matig of slecht ingevulde LC kon met hulp in ongeveer 50 minuten snel worden aangevuld. Een aanmerkelijk deel van de onderzochte populatie vertoonde actuele stemmingsproblematiek, maar geen opvallende cognitieve stoornissen.

Voor behandelaars biedt de LC een schematisch overzicht over de ziekte dat erg praktisch is. Onze conclusie is dat het zelf invullen van een LC met behulp van de handleiding bij ongeveer de helft van de patiënten goed mogelijk is in de dagelijkse praktijk. Patiënten die wel een LC hebben ingevuld, blijken dit over het algemeen nuttig te vinden. De meeste patiënten zijn in staat een LC te maken over een relatief korte periode van zes jaar. Een voorgesprek met de patiënt, waarin uitleg wordt gegeven over de LCM, duurt ongeveer 25 minuten, en het nabespreken van de LC en eventueel aanvullen gemiddeld 50 minuten. Dit is afhankelijk van het aantal ziekteperiodes van de patiënt en hoe goed de LC door de patiënt is ingevuld. De baten die hier tegenover staan, zijn dat zowel patiënt als hulpverlener een schematisch overzicht krijgt over de ziektegeschiedenis, vroeger gebruik van medicatie, opnames en uitlokkende gebeurtenissen. Bovendien gaven de patiënten die een LC invulden, aan dat het maken van een LC hun meer inzicht in hun ziekteproces verschafte.

## Noot

1. De LCM en de handleiding zijn op te vragen bij dr. W.A. Nolen.

## Literatuur

- Akkerhuis, G.W., R.W. Kupka, A. Honig e.a. (1996), *Handleiding lifechart-methode voor stemmingsstoornissen*. Interne Uitgave Willem Arntsz Huis, Utrecht.
- Arrindell, W.A., J.H.M. Ettema (1986), *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Dijkstra, P. (1974), De zelfbeoordelingsschaal voor depressie van Zung. In: H.M. van Praag en H.G.M. Rooymans (red.), *Stemming en ontstemming*. De erven Bohn BV, Amsterdam, p. 98-121.
- Folstein, M.F., S.E. Folstein en P.R. McHugh (1975), Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Kupka, R.W., G.W. Akkerhuis, W.A. Nolen e.a. (1997), De lifechart-methode voor de manisch-depressieve stoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 232-239.

Leverich, G.S., en R.M. Post (1996), Life charting the course of bipolar disorder. *Current Review of Mood and Anxiety Disorders*, 1, 48-61.

### Summary: The Lifechart Method

The Lifechart Method (LCM) gives both patient and therapist a rapid and complete overview of the course of an affective disorder. The aim of this project was to evaluate if the LCM manual is useful for patients to complete their own lifechart (LC). All patients were recruited via the outpatient department for affective disorders of the Academic Hospital Maastricht (AZM). They were diagnosed with a unipolar or bipolar disorder according to DSM-IV-criteria. Of the 74 selected patients 44 were willing to participate. These patients were asked to complete their own LC over the past six years, using the manual. 36 patients completed a LC adequately (60%-80% complete). The more time the patient devoted to complete the LC, the better the results. Although patients experienced difficulties in completing the LC, they regarded the completion of the LC generally as useful. It is concluded that the manual is an adequate tool for patients with a major affective to complete their own LC.

---

C.H. Hendriks en A. Honig zijn verbonden aan de vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie van de Universiteit Maastricht. G.W. Akkerhuis en W.A. Nolen zijn verbonden aan de H.C. Rümke Groep, locatie Willem Arntsz Huis. Correspondentie-adres: dr. A. Honig, MRCP, Academisch Ziekenhuis Maastricht, Staf Psychiatrie, Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-6-1997.