

Gebruik van een ‘noodplan’ bij de behandeling van patiënten met een recidiverende uni- of bipolaire stemmingsstoornis

door A. Hofman, A. Honig en A. de Witt

Gepubliceerd in 1996, no. 8

Samenvatting

In het beloop van recidiverende uni- en bipolaire stemmingsstoornissen worden periodes van ziekte afgewisseld met periodes waarin de patiënt relatief klachtenvrij kan functioneren. Veel patiënten die één of meerdere manische en/of depressieve decompensaties hebben doorgemaakt, zijn erg bang voor een recidief. Ze weten vaak niet precies wat ze moeten doen of laten om een recidief te voorkomen of de schade ervan te beperken. In dit artikel wordt beschreven hoe met hen een noodplan kan worden opgesteld en gebruikt. Aan de hand van casuïstiek wordt ingegaan op onze ervaringen met een dergelijk noodplan. Het opstellen van een noodplan, waarin concreet staat beschreven welke signalen duiden op een terugval en wat dan het beste kan worden ondernomen om een terugval te voorkomen of de schade ervan te beperken, is een manier om meer greep te krijgen op de angst voor een recidief alsook op het recidief zelf. Het noodplan is bedoeld om nieuwe ziekteperiodes in duur en ernst te beperken of soms zelfs geheel te voorkomen.

Inleiding

Systematische psychotherapeutische preventieprogramma's ter voorkoming van recidieven van een depressie of manie bij de bipolaire stoornis, meer omvattend dan ondersteunende gesprekken, worden slechts schoorvoetend toegepast (Hofman e.a. 1992; Scott 1995). De bipolaire stoornis is een chronisch verlopende ziekte met negatieve effecten op het functioneren van zowel de patiënt als directe familieleden (Honig en Van Praag 1994; Goldberg e.a. 1995). Evenals bij schizofrenie heeft een overbetrokken of overkritische houding van de partner of andere directe familieleden een negatieve invloed op het beloop van de bipolaire stoornis (O'Connel e.a. 1991). Psycho-educatie (Hofman e.a. 1992) van patiënten met een bipolaire stoornis en hun partners kan een dergelijke houding veranderen (Honig e.a. 1995) en daarmee het beloop van de ziekte positief beïnvloeden. Een van de aspecten die bij psycho-educatie aan bod komen, is het leren herkennen van - en omgaan met - vroege symptomen van een recidief. Recidieven van een depressie en een manie hebben over het algemeen een vrij lange prodromale fase van respectievelijk gemiddeld 28 en 18 dagen (Smith en Tarrier 1992). Mits de stoornis wordt herkend in een vroeg stadium, zou vroegtijdig ingrijpen een minder ernstige ziekteperiode en eerder herstel tot gevolg kunnen hebben.

Veel patiënten die één of meerdere manische en/of depressieve decompensaties en eventuele psychiatrische opnames hebben doorgemaakt, zijn erg bang 'dat het terugkomt'. Ze hebben er veel voor over om dat niet meer te hoeven meemaken, maar weten vaak niet precies wat ze dan zouden moeten doen of laten. Men ervaart de ziekte vaak als iets dat hen overkomt. Iets waar ze weinig of geen invloed op kunnen uitoefenen, maar waarvan de consequenties zeer ingrijpend kunnen zijn. De angst wordt daardoor diffuus; het is niet duidelijk waarvoor men nou precies bang moet zijn. Hetzelfde geldt vaak voor de partner of bijvoorbeeld de ouders. Het opstellen van een noodplan is een manier om

meer controle te kunnen krijgen op de angst voor recidief.

Het noodplan

Een noodplan is in feite een op maat gesneden uitgeschreven protocol met betrekking tot decompensaties (manie en/of depressie) van de betreffende patiënt. In het plan wordt beschreven welke signalen duiden op een beginnende terugval en wat dan het beste kan worden ondernomen. Het is bedoeld om nieuwe ziekteperiodes in duur en ernst te beperken of zelfs geheel te voorkomen. Het noodplan is gebaseerd op ervaringen uit eerdere ziekteperiodes van de betreffende patiënt en wordt opgesteld in een periode waarin de stemming van de patiënt normaal is.

Inventarisatie van bekende aanleidingen en kwetsbaarheden - Door nauwkeurig onderzoek van de omstandigheden ten tijde van eerdere ziekteperiodes kunnen bepaalde belastende omstandigheden (seizoenen, sociale gebeurtenissen, bijzondere feestdagen, etc.) of persoonlijke kwetsbaarheden (bijv. moeilijk kunnen omgaan met mislukking, verlies, frustraties, drukte) opgespoord worden. Het maken van een 'life-chart' kan daarbij behulpzaam zijn (Post e.a. 1992). Wanneer blijkt dat confrontatie met bepaalde stressoren in het verleden mogelijk een uitlokkende rol heeft gespeeld ten aanzien van recidieven, is het van belang om hierop te anticiperen. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld altijd depressief wordt in de herfst, zou men kunnen besluiten om in de late zomer en herfst tijdelijk de lithiumdosis te verhogen, of additioneel lichttherapie toe te passen.

Voorbeeld van een noodplan

Noodplan

Betreft: mevr.

Geb. datum: ...-...-...

c.c.: crisiscentrum
huisarts

Belastende omstandigheden:

- examens
- zomervakantie
- feestdagen

Vroege signalen manie

- Veel praten en gefirteerd reageren als iemand dit probeert te onderbreken.
- Meer dan 7 glazen alcohol per dag drinken, gedurende 4 dagen aaneengesloten.
- Minder dan 3 uur per nacht slapen gedurende 1 week.
- 's Nachts opstaan om te gaan bellen.
- Veel plannen maken, dingen willen verbeteren en veranderen, maar niets concreets afmaken.
- Opnieuw gaan roken.

Wat te doen: actieplan:

- Als minimaal 3 van deze signalen gedurende 1 week optreden, dan:
 1. Gesprek met partner voeren. Samen een programma opstellen met rusttijden.
 2. De partner neemt contact op met de behandelaar indien 1. niet effectief blijkt.
 3. Bij afwezigheid van hulpverlening en indien partner en behandelaar het eens zijn over de manie: dan medicatie starten: 1 tablet Cisordinol (2 mg) en zo spoedig mogelijk contact opnemen met de hulpverlener.

Inventarisatie van vroege symptomen - Patiënten, partners en/of directe familieleden die reeds verschillende decompensaties achter de rug hebben, kunnen hierin vaak een bepaald patroon herkennen. Daarbij zijn er vaak kenmerkende vroege signalen in gedrag en beleving van de patiënt die duiden op een verstoring van het psychisch evenwicht, terwijl van een volledig recidief (nog) geen sprake is. Vaak horen we van patiënten en betrokkenen dat er in deze prodromale fase typische gedragingen zijn, die normaal gezien niet bij de patiënt passen, maar die bij elk recidief weer optreden. Bijvoorbeeld: telkens voorafgaand aan een manie gaat de patiënt roken, deze normaal gezien niet rookt en ook na herstel weer stopt. Of: de patiënt gaat zich opzichtig kleden en opmaken, dit normaal gezien helemaal niet bij deze persoon past. Andere veelgenoemde vroege signalen zijn milde symptomen van

manie of depressie, bijvoorbeeld slecht slapen, vroeg wakker worden, prikkelbaarheid, etc. Het gaat hier om een inventarisatie van concreet gedrag, dat eenvoudig objectiveerbaar is. Dergelijke vroege signalen staan zelden op zich; meestal gaat het om het samengaan van een aantal signalen tegelijkertijd gedurende meerdere dagen.

Opstellen van een actieplan - In het actieplan wordt beschreven wat het beste kan worden ondernomen, indien de vroege signalen en/of omstandigheden optreden. Het doel van het actieplan is een volledig recidief te voorkomen danwel de gevolgen te beperken (tentamen suicidis, gedwongen opname, burenruzies, financiële schulden).

In het actieplan wordt onder andere beschreven welke medicatie in welke dosis in het verleden heeft geholpen. Verder staat beschreven welke activiteiten in het verleden hebben geholpen. Bijvoorbeeld afleiding zoeken van het piekeren door te gaan wandelen, sporten, rusten, huishoudelijk werk te doen of zich terug te trekken. Ook wordt beschreven wat juist moet worden vermeden. Bijvoorbeeld mijden van prikkelrijke omgeving, of voorkomen dat men alleen thuis is. Ten slotte staat beschreven met welke hulpverleners (instanties) contact moet worden opgenomen (huisarts, tijdelijk hogere contactfrequentie met psychiater of andere hulpverlener, tijdelijke opname in een crisisopvangcentrum, etc.) en door wie (patiënt of partner)?

Indien de periode tussen vroege signalen en recidief bij betrokken patiënt erg kort is, kan worden overwogen om de patiënt een 'noodvoorraad' medicijnen mee te geven, zodat men zo nodig ook kan ingrijpen als de eigen behandelaar niet beschikbaar is voor overleg, bijvoorbeeld in het weekeinde.

Praktische procedure

De omgeving (meestal de partner) speelt een belangrijke rol bij het opstellen en uitvoeren van het noodplan. De partner is immers als ervaringsdeskundige nauw betrokken bij de patiënt en heeft tijdens eerdere ziekteperiodes vaak allerlei vroege signalen opgemerkt. Het noodplan wordt daarom bij voorkeur samen met de partner of een eventuele andere belangrijke persoon uit de omgeving van de patiënt opgesteld. Praktisch wordt de volgende procedure gevolgd: de patiënt diens partner (of belangrijke andere persoon uit de omgeving) stellen elk afzonderlijk een lijst op van gedragsveranderingen van de patiënt die zij kenmerkend vinden voor de periode direct voorafgaand aan de ziekteperiodes. Ook beschrijft men elk afzonderlijk of bepaalde omstandigheden of kwetsbaarheden een rol hebben gespeeld ten aanzien van recidief. In het bijzijn van de behandelaar worden de lijsten van patiënt en partner naast elkaar gelegd en besproken. 'Late' signalen (wanneer de patiënt bijvoorbeeld reeds manisch ontremd is en eerder gemaakte afspraken niet meer wil nakomen) worden geschrapt. Onderhandeling tussen patiënt en partner is noodzakelijk; ze dienen het er volledig over eens te zijn dat de gedragingen die als vroege signalen op de lijst resteren, daadwerkelijk wijzen op een beginnend recidief. 'Vroeg' wil zeggen: op het moment dat de patiënt nog in staat en bereid is om in te grijpen c.q. te laten ingrijpen, dus in het algemeen vóórdat het volledige beeld van de manie c.q. depressie ontwikkeld is. Het actieplan wordt getypt, eventueel door patiënt en partner ondertekend en zowel bij het echtpaar thuis als in het dossier bewaard. Eventueel wordt in overleg een kopie van het actieplan opgestuurd naar de huisarts en de 7 x 24-uurs crisisdienst.

Voor het goed laten verlopen van een noodplan is een aantal aspecten van belang. Allereerst de timing; het noodplan kan het beste kort na een recidief worden opgesteld. Patiënt en partner zijn dan over het algemeen gemotiveerd, en de gebeurtenissen rondom het begin van de episode (aanleidingen en vroege signalen) liggen nog vers in het geheugen. Vaak blijkt dat het noodplan regelmatig moet worden aangepast, voordat het goed werkt. Bepaalde signalen worden bijvoorbeeld over het hoofd gezien of men grijpt toch nog te laat in. Indien in een vroeg stadium adequaat wordt ingegrepen, kan de depressie en/of manie in veel gevallen in ernst en duur worden beperkt of zelfs geheel worden

voorkomen.

Ervaringen met het noodplan

De auteurs, werkzaam op twee verschillende locaties in Maastricht (RIAGG, afdeling Sociaal Psychiatrische Dienst, en Academisch Ziekenhuis, afdeling Psychiatrie), behandelen in hun dagelijkse praktijk regelmatig patiënten met uni- of bipolaire stemmingsstoornissen en werken inmiddels reeds vele jaren met een dergelijk noodplan. Zowel patiënten, familieleden als behandelaars zijn enthousiast over deze werkwijze.

De derde auteur heeft ervaringen van patiënten en behandelaars geïnventariseerd middels een schriftelijke enquête. Hiertoe is via de hulpverleners van bovengenoemde instanties nagevraagd welke patiënten de afgelopen jaren een noodplan hebben opgesteld. Dit leverde een lijst op van zestien personen, aan wie vervolgens een vragenlijst is gestuurd met een aantal open vragen ten aanzien van de ervaringen met het noodplan. De enquête kon door de patiënt alleen of samen met de partner worden ingevuld. Ook de hulpverleners ontvingen een dergelijke schriftelijke enquête.

Alle patiënten hebben de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd. Vijf patiënten bleken een noodplan te hebben ten aanzien van een manie, drie ten aanzien van een depressie en acht ten aanzien van beide. Bij elf patiënten is een noodplan één of meerdere malen in werking getreden. In zeven gevallen lijkt door het gebruik van een noodplan een recidief minder ernstig te zijn verlopen en in vier gevallen een recidief geheel te zijn voorkomen. Bij vijf patiënten heeft het noodplan niet in werking hoeven treden.

Zowel patiënten als hulpverleners zijn van mening dat een noodplan voordelen biedt. Patiënten en partners geven daarbij aan het belangrijk te vinden dat ze door een noodplan nu weten hoe ze moeten handelen als de behandelaar niet bereikbaar is. Zo kan schade door de ziekte voorkomen worden of beperkt blijven.

Een (over)bezorgde of kritische houding kan mede door middel van een noodplan veranderd worden. Door duidelijk samen af te spreken wat wél en wat geen voorboden zijn voor recidief, hoeft men niet voortdurend bezorgd te zijn en op allerlei gedrag van de patiënt te letten. Ditzelfde geldt uiteraard ook voor de patiënt: wanneer duidelijk is wat bijvoorbeeld de vroege signalen van een depressie zijn, kan betrokkene op momenten dat hij zich niet zo goed voelt, het gevoel beter plaatsen en hoeft hij niet meteen te denken dat 'het' een depressie is.

Literatuur

Goldberg, J.F., M. Harrow en L.S. Grossman (1995), Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *American Journal of Psychiatry*

, 152, 379-384.

Hofman, A., A. Honig en M. Vossen (1992), Het manisch depressief syndroom; psycho-educatie als onderdeel van behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34 (8), 549-559.

Honig, A., A. Hofman, M. Hilwig e.a. (1995), Psychoeducation and expressed emotion in bipolar disorder: preliminary findings. *Psychiatry Research*, 56, 299-301.

Honig, A., en H.M. van Praag (1994), Manie: kliniek, oorzaak en behandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138 (18), 894-898.

O'Connel, R.A., J.A. Mayo, L. Flatow e.a. (1991), Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. *British Journal of Psychiatry*, 159, 123-129.

Post, R.M., G.S. Leverich, L. Altshuler e.a. (1992), Lithium-discontinuation-induced refractoriness: preliminary observations. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1727-1729.

Scott, J. (1995), Psychotherapy for bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 167, 581-588.

Smith, J.A., en N. Tarrier (1992), Prodromal symptoms in manic depressive psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 245-248.

Summary: The use of an 'emergency plan' in the treatment of uni- and bipolar disorder

During the course of uni- and bipolar disorder, episodes of relapse alternate with episodes of remission, in which patients can function with relative few symptoms. Many patients who experienced one or more manic and/or depressive episodes, have fear for a relapse. They often don't know exactly what to do to prevent a relapse or to restrict the damage. In this paper a strategy is described to develop, in cooperation with the patient, a so called 'emergency plan' and how to use this plan. In such an emergency plan, symptoms indicating a relapse and preventative measures in order to limit the damage or even prevent the full blown recurrence of a relapse are described. This treatment approach is a way to get a grip on fear for a relapse as well as on the occurrence or severity of the relapse itself. A clinical vignette is given and experiences with such a plan are discussed.

De auteurs zijn respectievelijk werkzaam als geestelijk gezondheidkundige (GGK)/ gedragstherapeute bij de afdeling Sociaal Psychiatrische Dienst van de RIAGG te Maastricht, als psychiater/hoofd opname Afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis te Maastricht en als SPV-VO bij de afdeling Sociaal Psychiatrische Dienst van de RIAGG te Maastricht. Correspondentieadres: Drs. A. Hofman, RIAGG Maastricht, afdeling Sociaal Psychiatrische Dienst, Parallelweg 45-47, 6221 BD Maastricht.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 22-1-1996.