



# Zelfmanagement van patiënten met een bipolaire stoornis

Ingrid van de Ven

Verpleegkundig Specialist

# Dit is Ben

41 jaar

Bipolaire-I-stoornis

In 2020 manisch beeld

Gedwongen opname volgt



# Zelfmanagement

- **Definitie**

Zelfmanagement is de individuele capaciteit van de patiënt om te kunnen omgaan met zijn of haar gezondheidsprobleem en om leefstijlveranderingen te maken inherent aan het hebben van het gezondheidsprobleem (Sassen, 2018).

- **Doel**

Patiënten voorzien van de nodige kennis en vaardigheden om symptomen en ziekte effectief te beheren, actief deel te nemen aan de gezondheidszorg, rollen in het leven te behouden en kwaliteit van leven te verbeteren (Janney et al., 2014).

- **Effect**

Positieve effecten op onder andere aantal heropnames, functioneren, zelfgewaardeerd herstel en zelfgewaardeerde kwaliteit van leven (Janney, Bauer en Kilbourne, 2014).

# Methodie

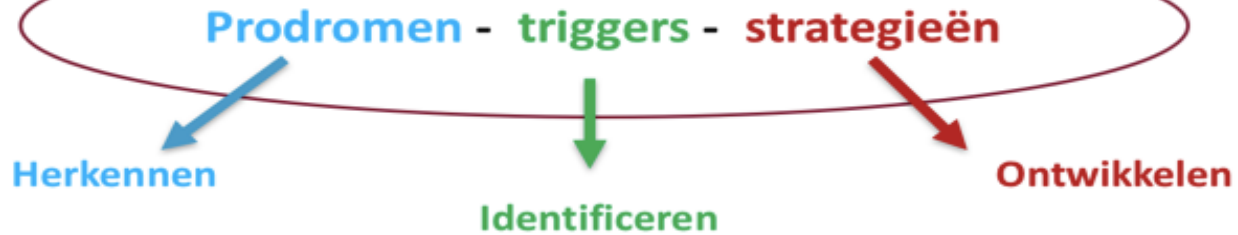
## Doelstelling

Inzicht in evidence based interventies ter bevordering van zelfmanagement, met als doel het ontwikkelen van een innovatie ter bevordering van zelfmanagement van bipolaire patiënten behandelt binnen het FACT.

## Mixed methods design

- systematisch literatuuronderzoek
- semigestructureerd interview afgenomen bij een expert
- empirisch veldonderzoek: semigestructureerde interviews bij verpleegkundig specialisten (N:5)

# Zelfmanagement



*De 3 pijlers van zelfmanagement bij bipolaire-stemmingsstoornissen  
(Hershko, 2018).*



# Prodromes

Prodromes worden gedefinieerd als de vroege symptomen die een volledige episode aankondigen (Lam et al., 2003; Lam & Wong, 2005; Parikh et al., 2013; Prasko et al., 2013).

Table 1  
Common prodromal symptoms in Mania

	Lam & Wong (1997): spontaneous recall (N=37) [%]	Keitner et al. (1996): <sup>a</sup> spontaneous recall (N=74)	Molnar et al. (1988): spontaneous recall (N=20) [%]	Smith & Tarrier (1992): 40-item checklist (N=20) [%]
Decreased sleep	58	Yes	90	80
More goal directed behaviour/more energy	56	Yes	100	87
Irritability	25	Yes	–	60
Increased sociability	25	Yes	85	80
Racing thoughts/ideas going too fast	19		80	80
Increased optimism/increased confidence	14	Yes		
Feeling important	11			93
Decreased concentration		Yes	65	67

<sup>a</sup> No percentage presented.

Table 2  
Common prodromal symptoms in depression

	Lam & Wong (1997) spontaneous recall of prodromes (N=28/40) [%]	Keitner et al. (1996): <sup>a</sup> spontaneous recall of prodromes (N=74)(?)	Molnar et al. (1988) spontaneous recall of prodromes (N=14) [%]	Smith & Tarrier (1992) 40-item checklist (N=20) [%]
Loss of interest in people or activity	45	Yes		100
Feeling sad or want to cry	20	Yes	86	88
Interrupted sleep	17	Yes	57	
Low motivation/loss of energy	14		86	82
Low self esteem/self confident	10			100
Negative thinking	10		64	65
Loss of concentration		Yes	79	71
Not able to put worries or anxiety aside	17			

<sup>a</sup> No percentage presented.

## Prodromes

Vroege detectie van prodromes  $\implies$  interventie  $\implies$   
voorkomen volledige terugval

**Het herkennen van depressieve prodromes wordt bemoeilijkt door (vaak) aanwezige restsymptomen.**

**Het herkennen van manische prodromes** wordt bemoeilijkt door de cognitieve disfunctie die gepaard gaat met een manische prodromes.

# Interventies

## Interventies ter bevordering van het herkennen van prodromes:

- **Psycho-educatie** (Rabelo et al., 2021; Colom et al., 2002; Lam & Wong, 2005; Morriss et al., 2007; Zaretsky, 2008; Parikh et al., 2013; Kupka, 2022; 5/5 respondenten)

Figure 1. Survival Analysis of Relapsed Bipolar I Patients

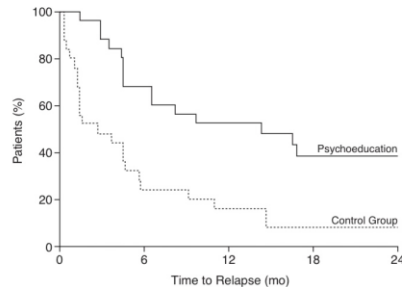


Table 3. Number of Bipolar I Patients Who Relapsed During the Treatment and the Follow-Up Phase<sup>a</sup>

State	Treatment Phase				Follow-Up Phase			
	Control Group	Psychoeducation Group	$\chi^2$	p	Control Group	Psychoeducation Group	$\chi^2$	p
Any relapse	14 (56)	4 (16)	8.68	.003	23 (92)	15 (60)	7.01	.008
Mania or hypomania	9 (36)	3 (12)	3.94	.04	20 (80)	12 (48)	5.55	.01
Mania	5 (20)	0	5.55	.01	11 (44)	4 (16)	4.66	.03
Hypomania	5 (20)	3 (12)	0.59	NS	14 (56)	10 (40)	1.28	NS
Mixed	6 (24)	1 (4)	4.15	.04	12 (48)	5 (20)	4.36	.03
Depression	5 (20)	1 (4)	3.03	NS	16 (64)	6 (24)	8.11	.004

<sup>a</sup>Relapses do not sum to the total number of patients because some patients had more than 1 relapse. Abbreviation: NS = nonsignificant.

- **Signaleringsplan** (Kupka, 2022; 5/5 respondenten)
- **Naasten betrekken!** (Kupka, 2022; 5/5 respondenten)



## Interventies gericht op het hanteren van prodromen:

Contragedrag moet gestimuleerd worden:

- Bij prodromes van depressie: gedragsactivatie strategieën
- Bij prodromes van een manie: verminderen van prikkels en verminderen van activiteiten (Zaretsky et al., 2008), of het organiseren van aanvullende behandeling (Janney et al., 2014).

- **Psycho-educatie** (Lam & Wong, 2005; Morriss et al., 2007; Zaretsky et al., 2008; Parikh et al., 2013)
- **Cognitieve gedragstherapie (CGT)** (Lam & Wong, 2005; Zaretsky et al., 2008; Parikh et al., 2013)
- **Signaleringsplan** (Lam et al., 2005; Kupka, 2022; 5/5 respondenten). **Betrek naasten!**
- **Zelfmonitoring**

*'In feite is het signaleringsplan de gebruiksaanwijzing voor het zelfmanagement voor een persoon' (Kupka, 2022).*

# Triggers

Triggers zijn factoren die het ziektebeloop kunnen beïnvloeden.

Per individu kunnen triggers verschillen, en het is dan ook van belang dit per patiënt te identificeren om ze optimaal te kunnen minimaliseren (Prasko et al., 2013).

## Interventies:

- **Psycho-educatie** vergroot de kennis van patiënten over factoren die het ziektebeloop beïnvloeden (Javadpour et al., 2013).
- In kaart brengen triggers van ontregeling mbv **Life-Charts** en **naasten**

# Strategieën om episodes te voorkomen en een stabiele stemming te ondersteunen.

- Vergroten acceptatie: lotgenotencontact en psycho-educatie
- Medicatierouw: Cognitieve therapie en psycho-educatie
- Leefstijl: Psycho-educatie
- Zelfcontrole: stemmingsmonitoring (life-Chart, Social Rhythm Metric) en signaleringsplannen
- Psychologische factoren: cognitieve therapie
- Restsymptomen: psycho-educatie en cognitieve therapie

# Shared Decision Making

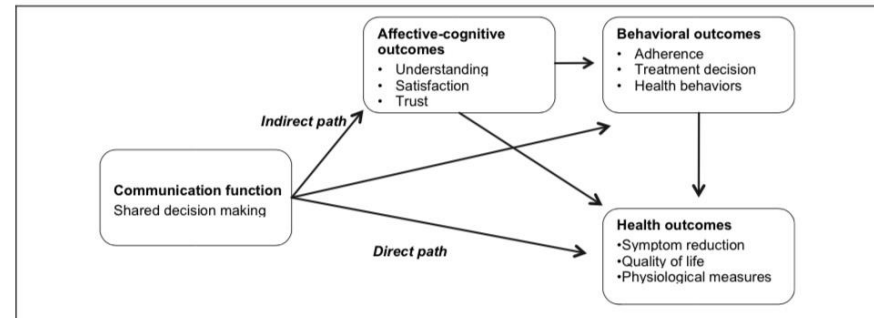
Het werken volgens de methode van shared decision making (SDM) wordt gezien als mede bepalend voor het effect van de interventie (Zorgstandaard Bipolaire stoornissen, 2017).

Bij SDM staat de patiënt centraal als deskundige op het gebied van persoonlijke problematiek, behoeften en eigen sterke en zwakte punten, en fungeert de hulpverlener als deskundige op het gebied van evidence based behandelingsmogelijkheden. Samen maken zij de keuze hoe individuele behandeling in te zetten (Goossens & Zijlstra, 2007).

Patiënttevredenheid, kennis en betrokkenheid bij het besluitvormingsproces, functioneren en kwaliteit van leven verbeterde bij SDM (Samalin et al., 2018).

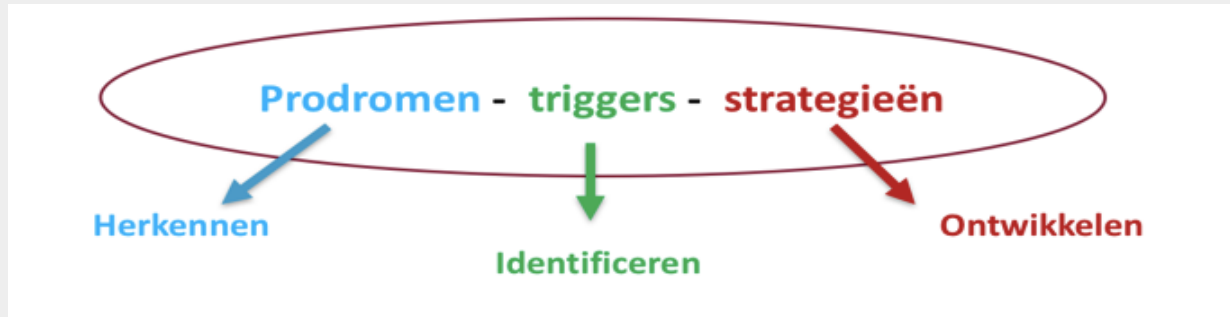
De positieve resultaten van SDM worden verklaart door de effecten die SDM heeft op onder andere cognities en vervolgens op gedrag.

## PRAKTIJK en SDM



Figuur 4. effect van SDM (Samalin et al., 2018)

# Take home message



**Psycho-educatie is effectief op de drie pijlers, waardoor zelfmanagement verbeterd.  
Daarnaast: betrek naasten en maak samen een plan.**

Bedankt voor de aandacht!



Einde



Table 3

Intervention studies that incorporate coping with bipolar prodromes as a therapy component

Study	Nature of subjects	Therapy component	Comparison group	Duration of therapy	Outcome
Identifying prodromes and seek treatment early: Perry et al. (1999)	69 bipolar patients (63 bipolar I and 6 bipolar II patients) who had one relapse in the previous 12 months	Training patients to identify bipolar prodromes Rehearse an action plan when prodromes been recognised	Routine treatment of drugs, monitoring and support from key-workers	7–12 individual sessions	Over 18 months, treatment produced: –Significantly longer time to relapse for mania –No beneficial effects on depression
Focused Family Treatment (FFT): Miklowitz et al. (2000, 2003)	101 bipolar I patients with an episode in previous three months Random allocation: 1/3 FFT, 2/3 medication and crisis management Living or have regular contact (>4 h/week)—37 with parents, 56 with spouse, 7 with siblings and one with adult offspring Majority inpatients when recruited	Psycho-education about symptoms, nature and treatment of bipolar disorder Identify prodromal signs and relapse prevention plans Problem solving Communication training	Medications, two sessions of family education and crisis management	9 months of focused family therapy	Over 24 months, FFT group had: –Significantly fewer relapses –Longer time to relapse –Better medication compliance –Greater reduction in mood symptoms
Cognitive Therapy: Lam, Hayward et al. (2005); Lam et al. (2003)	103 bipolar I outpatients All been prescribed mood stabilisers at an adequate dose At risk of relapses: two episodes in the last 3 years or five episodes in the last 5 years despite the prescription of mood stabilisers Majority inpatients when recruited	12 to 20 individual sessions of cognitive therapy which consisted of: –Psycho-education about symptoms, nature and treatment of bipolar disorder –Training to identify prodromal signs of relapse early and use of cognitive behavioural –Techniques to cope with the prodromal phase –The importance of routine and sleep –Target high goal-attainment beliefs and behaviour	Psychiatric outpatients and mood stabilisers	6 months of therapy and two booster sessions during the second 6 months	Over 30 months, cognitive therapy group had: –Significantly fewer bipolar relapses in the follow-up phase –Significantly fewer days in bipolar episode –Lower depression scores and less fluctuation of manic symptoms –Significantly better coping strategies of coping with manic prodromes