



in gesprek over:

Manisch-depressieve stoornissen

NEDERLANDSE
VERENIGING VOOR
PSYCHIATRIE 

Colofon

2009 (herziene uitgave)

Auteurs:

A.W.M.M. Stevens
E.A.M. Knoppert-van der Klein
W.A. Nolen

Redactie:

E. van Meekeren (eindredactie)
E.A.M. Knoppert-van der Klein
M. van Verschuer
L. van Lin

Publicatie:

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Drukkerij en distributie:

Secrass, Schoolstraat 24, 3451 AD Vleuten

Grafisch ontwerp:

Studio PXL, Maastricht, info@studiopxl.nl

Copyright ©:

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009

Manisch-depressieve stoornissen

Iedereen voelt zich wel eens blij, gelukkig en vol energie, en ook wel eens lusteloos, neerslachtig of in de put. Dit zijn normale gevoelens, passend bij mee- of tegenvallers en geluk of problemen in het leven. Vaak gaat het om gevoelens, die enkele uren of enkele dagen duren. Het zijn de normale variaties van de stemming.

Indien iemand gedurende langere tijd afwisselend te uitgelaten en vol energie is, of juist veel te somber is zonder zich erover heen te kunnen zetten, kan er sprake zijn van een manisch-depressieve stoornis (ook wel bipolaire stoornis genoemd vanwege de wisselende stemmingen aan beide uiteinden [polen] van de stemming).

Als iemand lijdt aan sterke schommelingen in de stemming, waarbij de stemming gedurende langere periodes of te uitgelaten of zeer somber is, spreken we van een manisch-depressieve ofwel bipolaire stoornis.

De stemmingsepisoden (manie of depressie) kunnen af en toe optreden, met tussendoor periodes van een normale stemming, maar ze kunnen ook snel achter elkaar optreden. Bij sommige mensen staan de manieën op de voorgrond, bij anderen de depressies. Een manische episode kan worden gevolgd door een depressie, maar andersom is ook mogelijk. De stemmingen kunnen extreme vormen aannemen, zowel naar de depressieve als naar de manische kant.

Stemmingsstoornissen zijn psychiatrische ziekten, die veel voorkomen. Tien procent van de mannen en twintig procent van de vrouwen maakt gedurende zijn/haar leven een depressie door. Voor de manie, en daarmee voor de manisch-depressieve stoornis, is dat één tot twee procent, zowel bij vrouwen als mannen. De manisch-depressieve stoornis openbaart zich vaak voor het eerst rond het 20ste levensjaar. Maar ook bij kinderen en jongvolwassenen of bij ouderen kunnen de verschijnselen die op deze ziekte wijzen zich voor het eerst voordoen.

Verschijnselen

De verschijnselen van een manie en een depressie zijn min of meer tegenovergesteld.

Manie

- De stemming is te goed, uitgelaten en opgewekt. Wanneer men het gevoel heeft te worden tegengewerkt, raakt men snel geprikkeld.
- Men is te druk, overactief, vol levenslust en kracht. Men kan de hele wereld aan, is vol energie en heeft een grote dadendrang. Dit kan leiden tot onverantwoord of gevaarlijk gedrag met nare gevolgen voor de patiënt en zijn omgeving. Bijvoorbeeld onverantwoord geld uitgeven, grote risico's lopen. De overactiviteit kan omslaan in chaos.
- Lichamelijk voelt men zich optimaal. Aan slaap is weinig of geen behoefte meer. De eetlust is prima, al neemt men vaak geen tijd om te eten. Ook kan de seksuele behoefte toegenomen zijn wat kan leiden tot seksueel ontremd gedrag.
- Men voelt zich zekerder dan normaal. Daardoor kan iemand tot prestaties of tot activiteiten komen die men normaal niet zou (durven) ondernemen. Daarbij kan men ook de realiteit uit het oog verliezen, zichzelf overschatten en zich door niemand meer laten corrigeren. Verder kan men zich impulsief gedragen en kan men meer geïnteresseerd zijn in nieuwe mensen en nieuwe ervaringen.
- Naast het verlies aan realiteitszin kunnen psychotische verschijnselen optreden. Met name grootheds- en paranoïde wanen (ziekelijke achterdocht) komen voor.
- Lichamelijke uitputting dreigt in vele gevallen.
- Een manie gaat gepaard met problemen in het functioneren (zoals onverantwoorde activiteiten, het ontstaan van conflicten); wanneer dat niet het geval is spreken we van een hypomanie (lichte vorm van manie)

Depressie

- De stemming is somber, mat of juist prikkelbaar.
- Men kan geen plezier meer beleven. Er is vaak interesseverlies en lusteloosheid.
- Aandacht- en concentratiestoornissen kunnen tekenen van een depressie zijn.
- Men voelt zich vaak erg vermoeid, maar slaapt slecht of helemaal niet.
- Men heeft vaak geen eetlust en een moeizame ontlasting. Seksuele gevoelens en behoeften kunnen verminderen of zelfs geheel verdwenen zijn.
- Men voelt zich onzekerder dan normaal, men kan aan alles gaan twijfelen. Beslissingen nemen, zelfs over de kleinste dingen, wordt moeilijk. Men kan zich nergens meer toe zetten, raakt geïsoleerd. Sommige mensen zijn ook

heel angstig. Depressies kunnen gepaard gaan met psychotische kenmerken. Patiënten kunnen dan gaan denken dat zij de schuld zijn van alle narigheid en dat er nog veel meer narigheid te wachten staat. Ook kunnen meer of minder ernstige achterdochtige ideeën bestaan.

- Er kunnen doodsgedachten of doodswensen ontstaan. Soms worden concrete zelfmoordplannen gemaakt en uitgevoerd.

Bij een manie kan lichamelijke uitputting optreden, die levensgevaarlijke vormen aan kan nemen. Een depressie is een belangrijke oorzaak van zelfmoordpogingen en zelfmoord. Herkenning en behandeling van manisch-depressieve stoornissen zijn dan ook van levensbelang.

De verhoogde kans op levensbedreigende complicaties maakt herkennen en behandelen van manisch-depressieve stoornissen van groot belang.

Verloop van de manisch-depressieve stoornissen

Een manie kan éénmalig zijn, maar in bijna alle gevallen maakt men meerdere manische en/of depressieve episoden door. Zowel een manie als een depressie kan geleidelijk ontstaan, maar ook min of meer acuut, soms zelfs binnen een dag. Vooral een manische episode kan snel ontstaan, bijvoorbeeld als men een hele nacht niet geslapen heeft. Manische en depressieve episoden kunnen elkaar afwisselen, maar één van de twee kan op de voorgrond staan. Zonder behandeling gaan episoden meestal vanzelf over, maar vooral depressies kunnen vele maanden, eventueel zelfs jaren voortduren. Met behandeling kunnen episoden worden voorkomen of de verschijnselen van een depressie of een manie worden verminderd en/of kan de duur ervan worden verkort.

Een manie is zelden éénmalig, bijna altijd maakt men meerdere manische en depressieve episoden door.

Oorzaken

In de meeste gevallen is het niet mogelijk één oorzaak aan te geven van stemmingsstoornissen. Het gaat meestal om een combinatie van factoren, zoals hieronder omschreven.

Biologische oorzaken

Onder meer via onderzoek binnen families waar manisch-depressieve stoornissen voorkomen, is duidelijk geworden dat de kans om een dergelijke ziekte te krijgen voor een deel erfelijk bepaald kan zijn.

Onderzoek heeft verder uitgewezen dat er bij stemmingsstoornissen sprake is van een verstoord evenwicht tussen stoffen, die nodig zijn voor de werking van de zenuwcellen. Met medicijnen kan dit evenwicht worden hersteld.

Tot de biologische oorzaken worden ook de gevolgen van bepaalde lichamelijke ziekten gerekend, zoals een depressie bij een schildklierandoening, of de gevolgen van onjuist of te veel medicijngebruik. Verder kan amfetamine- en cocaïnemisbruik een toestand oproepen die op manie lijkt. De manisch-depressieve stoornis gaat ook vaak gepaard met alcohol en drugsmisbruik.

Psychische oorzaken

Tot psychische oorzaken worden oorzaken gerekend die samenhangen met iemands psychische draagkracht. Onder andere karaktereigenschappen, de vaardigheid om problemen op te lossen en hulp en steun van de naaste omgeving kunnen vragen, zijn daarbij van belang.

Sociale oorzaken

Met sociale oorzaken worden gebeurtenissen bedoeld die, bij een bepaalde gevoeligheid, de aanleiding kunnen vormen tot het ontstaan van een depressieve of manische episode. Het gaat aan de ene kant om negatieve gebeurtenissen die spanningen veroorzaken, zoals relatieproblemen, ziekte of dood van een naaste of spanningen op het werk, maar ook om, soms heel ingrijpende, positieve gebeurtenissen.

Behandeling

Manisch-depressieve stoornissen behoren tot de goed behandelbare psychiatrische ziekten. Soms is opname in een psychiatrisch ziekenhuis wenselijk; bij acuut (levens)gevaar kan een (gedwongen) opname noodzakelijk zijn.

Een behandeling bestaat uit het geven van voorlichting en psycho-educatie, het geven van medicijnen (farmacotherapie) en gesprekken, waarin van patiënten

ook een eigen inbreng wordt verwacht in de vorm van zelfmanagement (zie verder). In sommige situaties is het zinvol psychotherapie toe te voegen aan de behandeling met medicijnen.

Bij zo'n 60% procent van de patiënten hebben behandelingen - met name medicijnen - een gunstig effect. Bovendien kunnen, als een bepaald medicijn niet of onvoldoende werkt, andere medicijnen wel effectief zijn

Voorlichting/psycho-educatie

Het is belangrijk dat de patiënt goede informatie krijgt over de stoornissen. Dit kan in de vorm van voorlichtingsmateriaal (zoals deze folder), of in de vorm van persoonlijke voorlichting, waarbij een combinatie het beste is.

Psycho-educatie is een gestructureerde vorm van voorlichting waarin symptomen (ziekteverschijnselen), beloop van de stoornis, vroege herkenning en preventie en het omgaan met en behandelen van de stoornis worden besproken met de patiënt. Dit liefst ook met de partner, familieleden of andere betrokkenen erbij. Geadviseerd wordt een psycho-educatiecursus te volgen samen met een directbetrokkene. Meestal omvat zo'n cursus 6-8 bijeenkomsten. Het contact met lotgenoten en tussen betrokkenen wordt door de meeste deelnemers als prettig en nuttig ervaren. Men wisselt ervaringen uit en leert van elkaar. Uw behandelaar kan u vertellen waar en wanneer deze cursussen gegeven worden.

Behandeling met medicijnen

Medicijnen zijn de basis van de behandeling van de manisch-depressieve stoornis. In de behandeling wordt onderscheid gemaakt tussen de acute behandeling, d.w.z. de bestrijding van manische of depressieve episoden (weken tot enkele maanden), en de onderhoudsbehandeling die erop gericht is om na herstel van de episode het ontstaan van volgende stemmingsepisoden te voorkomen (jaren).

Er zijn veel verschillende medicijnen voor de behandeling van manisch-depressieve stoornissen geregistreerd:

- Lithium
- Diverse middelen die ook werkzaam zijn bij epilepsie: valproïnezuur, carbamazepine en lamotrigine
- Antipsychotica: de "oude" antipsychotica zoals haloperidol en zuclopentixol; en de nieuwere zogenaamde "atypische" antipsychotica zoals olanzapine, risperidon, quetiapine en aripiprazol

Daarnaast worden ook diverse medicijnen gebruikt die niet voor de manisch-depressieve stoornis zijn geregistreerd maar voor andere psychiatrische aandoeningen:

- Antidepressiva: deze zijn alleen geregistreerd voor "gewone" depressies

- Slaap- en angstdempende middelen (zoals de benzodiazepinen).

Medicijnen tegen manisch-depressieve stoornissen zijn niet verslavend zoals dat wel het geval is bij slaap- en angstdempende middelen.

Zie ook de folders 'In gesprek over medicijnen bij manisch-depressieve stoornissen', 'In gesprek over medicijnen tegen depressies' en 'In gesprek over medicijnen tegen psychose'.

Zelfmanagement

Hiermee wordt bedoeld het vermogen van een patiënt om om te gaan met symptomen, behandelingsproblemen, lichamelijke en psychosociale gevolgen, die er zijn door het hebben van een chronisch gezondheidsprobleem. Met andere woorden: hoe ga je als patiënt het best om met je ziekte.

Belangrijk is een beeld te krijgen van het beloop van de ziekte, de vroege verschijnselen van een episode, en de kwetsbaarheden en krachten van de patiënt. Het beloop kan goed in kaart gebracht worden met de lifechartmethode: een grafiek waarin over de tijd (van dag tot dag, van week tot week of van maand tot maand) het beloop van de ziekte en het medicijngebruik kan worden bijgehouden, evenals het slaappatroon en of er belangrijke gebeurtenissen (positief of negatief) zijn geweest die wel of niet aanleiding vormden voor een episode. Via deze methode kan men een goed inzicht in het beloop van de ziekte krijgen én in het effect van behandelingen. Voor het bijhouden zijn formulieren beschikbaar op A4 formaat of in handzame boekjes te verkrijgen via uw behandelaar. Om te helpen een volgende episode te voorkomen, is het zinvol om een noodplan of crisisinterventieplan op te stellen. Hierin wordt beschreven welke omstandigheden en klachten/symptomen aan een eerdere ziekteperiode voorafgingen om zo een volgende episode vroegtijdig te kunnen herkennen, én wat dan te doen (door patiënt, directbetrokkene of behandelaar) om een volgende te voorkomen, bijvoorbeeld welke medicatie moet worden gebruikt.

Contra-gedrag is stemmingstegengesteld gedrag met de bedoeling terug te keren naar de stabiele fase. Dus bij zich somber voelen toch afspraken blijven maken en bij verschijnselen van hypomanie juist afspraken afzeggen. Dit contra-gedrag kan ook in het noodplan opgenomen worden.

Psychotherapie

Er zijn drie vormen van psychotherapie, die effectief kunnen zijn bij de manisch-depressieve stoornis: cognitieve (gedrags)therapie (CGT), interpersoonlijke en sociaalritmeth therapie (IP-SRT) en gezinsgerichte therapie (FFT).

Meestal wordt met psychotherapie begonnen als men eerst een psycho-

educatiecursus heeft gevold en men medicijnen gebruikt; als daarmee onvoldoende effect wordt bereikt, kan een aanvullende psychotherapie zinvol zijn.

Bij de cognitieve gedragstherapie ligt de nadruk op de invloed die stemming, gedachten en gedrag op elkaar hebben, bij de interpersoonlijke en sociaalritmeth therapie op het omgaan met levensgebeurtenissen en daaruit volgende stemmingswisselingen én het streven naar een regelmatige dagstructuur, en bij gezinsgerichte therapie op de invloed van de houding van het gezin op de patiënt en het omgaan van het gezin met de ziekte.

Bij alle therapieën geldt dat het omgaan met de ziekte en het bestrijden en voorkomen van volgende ziekte-episoden het doel is.

De basis van de behandeling van de manisch-depressieve stoornis bestaat uit een combinatie van medicijnen en psycho-educatie. Verder staat zelf-management centraal staat: het maken en bijhouden van een lifechart en het maken van een noodplan.

Tips voor patiënten (en hun naasten)

- Ga tenminste bij een deel van de behandelcontacten samen (d.w.z. met uw naaste) naar uw behandelaar
- Neem de voorgeschreven medicatie trouw, d.w.z. volgens voorschrift, in of bespreek het met uw behandelaar als dit problemen voor u oplevert
- Houd een life-chart bij
- Maak met uw behandelaar en naaste een noodplan

Bij de manie:

- Leef regelmatig en gezond; vermijd uitputting;
- Ga op normale tijd naar bed, maar sta ook op normale tijd op;
- Vermijd zaken of omstandigheden waarvan bekend is dat ze veel spanning kunnen geven;
- Trap op de rem door te proberen minder te doen dan waartoe u geneigd bent; schrap afspraken voor zover mogelijk
- (voor de naaste) Ga de strijd niet aan met een manisch gezinslid; probeer met tact te sturen.

Bij de depressie:

- Ga op normale tijd naar bed, maar sta ook op normale tijd op;
- Zoek afleiding in de vorm van ontspannende activiteiten;
- Isoleer u niet;
- Blijf in beweging: wandelen, fietsen, sporten;

- Ga niet op vakantie, als u er niet van kunt genieten;
- Durf de ziekte te accepteren.

Voor zowel manie als depressie:

- Leer verschijnselen herkennen die een manie aankondigen en trek tijdig aan de bel bij de behandelaar.

Folders en boeken over de manisch-depressieve stoornis

- Folder: In gesprek over medicijnen bij manisch-depressieve stoornissen. Uitgave Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Folder: In gesprek over medicijnen tegen depressies. Uitgave Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Folder: In gesprek over medicijnen tegen psychose. Uitgave Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Basco M.R.: Stemmingsschommelingen de baas. Hogrefe uitgevers BV, Amsterdam.
- Coene, E.H., Kok, S., Kollaard, S.,: Zorgboek manisch-depressieve stoornis. Stichting September, Meppel.
- Hoekstra, R., Kamp, H.: Als je geest een vuurpijl is, Uitgeverij Inmerc b.v. Wormer.
- Jamison, K.R.: De onrustige geest, Uitgeverij Luitingh-Sijthoff, Amsterdam.
- Kinderwensfolder, Vereniging voor Manisch-Depressieven en Betrokkenen
- Kragten, J: Leven met een manisch-depressieve stoornis. Uitgave Bohn, Stafleu, van Loghum, Houten/Diegem.
- Kupka, R.W, Knoppert-van der Klein, E.A.M., Nolen, W.A.,: Handboek bipolaire stoornissen. De Tijdstroom, Utrecht.
- Miklowitz, D.J.: Hulpboek bipolaire stoornis: Alles wat jij en je omgeving moeten weten over manisch-depressiviteit. Nieuwerzijds, Amsterdam.
- Scott, J: Omgaan met stemmingsschommelingen: zelfhulp op basis van cognitieve gedragstechnieken. Uitgeverij Swets&Zeitlinger, Lisse.

Belangrijke adressen

Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB).

Kaap Hoorndreef 56-C, 3563 AV Utrecht

Tel: 030 280 30 30 (elke werkdag van 10:00-14:00 uur)

E-mail: bureau@vmdb.nl

www.vmdb.nl

Algemene organisaties voor psychiatrische patiënten

Cliëntenbond in de Geestelijke Gezondheidszorg
Maliebaan 71H, Postbus 645, 3500 AP Utrecht.
Tel: 030 252 18 12 (advies en infolijn)
E-mail: infoadvies@clientsbond.nl
www.clientsbond.nl

Stichting Pandora
2e Constantijn Huygensstraat 77, 1054 CS Amsterdam.
Tel: 020 685 11 71
Tel: 0900 612 09 09 (depressielijn € 0,05 per minuut)
E-mail: info@stichtingpandora.nl
www.stichtingpandora.nl

Patiëntenvereniging “De Wegwijzer”
Parkweg 14, 8011 CK Zwolle.
Tel: 038 422 55 45
E-mail: info@dewegwijzer.info

Zelfhulporganisatie van familieleden, partners en vrienden van psychiatrische patiënten: Stichting Labyrint / In Perspectief
Postbus 12132, 3501 AC Utrecht.
Tel: 030 254 68 03 (secretariaat)
Tel: 0900-254 66 74 (hulplijn € 0,20 per minuut)
E-mail: secretariaat@labyrint-in-perspectief.nl

Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen
p/a Altrecht GGZ
Lange Nieuwstraat 119
3512 PG Utrecht
Tel: 030 230 86 17

Websites

- www.nvvp.net
- www.vmdb.nl
- www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl
- www.fondspsychischegezondheid.nl

Deze folder maakt deel uit van een serie folders, bedoeld om informatie te geven over psychiatrische ziekten en de behandeling ervan. Deze serie is bestemd voor mensen met psychiatrische klachten, voor mensen uit hun omgeving en hulpverleners. Bekendheid met psychiatrische problematiek kan leiden tot een meer gerichte hulpvraag. Het kan ook helpen taboes rond psychiatrische ziekten te doorbreken. Door de beperkte omvang kan deze folder geen uitvoerige informatie over de ziekte geven. Praat er daarom verder over met uw behandelend arts.

Beschikbare titels in de serie “In gesprek over.....” zijn:

- Als uw kind te druk is (ADHD)
- ADHD bij volwassenen
- Autisme spectrum stoornissen bij kinderen en jeugdigen
- Autisme spectrum stoornissen bij volwassenen
- Borderline persoonlijkheidsstoornis
- Delier (acute verwardheid)
- Dementie
- Depressie*
- Dwangstoornissen*
- Eetstoornissen
- Elektroconvulsietherapie (ECT)
- Gedragsstoornissen bij kinderen
- Gegeneraliseerde angststoornis*
- Manisch-depressieve stoornissen
- Medicijnen bij manisch-depressieve stoornissen
- Medicijnen tegen angststoornissen*
- Medicijnen tegen depressies*
- Medicijnen tegen psychose
- Onverklaarde lichamelijke klachten
- Oorzaken van psychiatrische stoornissen
- Paniekstoornis en agorafobie*
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Posttraumatische stress-stoornis*
- Psychiatrie rond zwangerschap en bevalling
- Psychose
- Psychotherapie
- Schizofrenie
- Slaapstoornissen
- Sociale fobie*
- Verslaving

* Ook Turkse en klassiek Arabische vertaling.

Bestelinformatie

De verschillende folders zijn los of als serie bestelbaar. Ze kunnen schriftelijk, per fax of per e-mail worden aangevraagd bij: Secrass, Schoolstraat 24, 3451 AD Vleuten
Fax 030-6776376, e-mail: secrass@xs4all.nl