

Alles wat je moet weten over
de manisch-depressieve of bipolaire stoornis

ZELFZORGGIDS

Een informatiebron
voor patiënten en familieleden





Alles wat je moet weten over
de manisch-depressieve of bipolaire stoornis

ZELFZORGGIDS

Een informatiebron
voor patiënten en familieleden

Colofon

Coördinatie en eindredactie

Rebecca Müller, Voorzitter Ups & Downs

A+A Communication, Gent

Redactie Luik Psychotherapie:

Dr. Sabien Wyckaert, psychiater verbonden aan UC Sint-Jozef, Kortenberg

Redactie Luik Medicatie:

Dr. Luk Beelaert, psychiater verbonden aan Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge

Ontwerp en illustratie

www.magelaan.be

Druk

Parys Printing

Verantwoordelijke uitgever

Ups & Downs vzw

Vlaamse Vereniging voor manisch- en chronisch depressieve personen en betrokkenen

Tenderstraat 14, 9000 Gent

www.upsendowns.be

Ups & Downs regiogroepen in Brugge, Ieper, Aalst, Gent, Mechelen, Leuven,
Antwerpen en Hasselt.

contact@upsendowns.be

Deze publicatie kwam tot stand dankzij financiële ondersteuning verleend door
de Koning Boudewijnstichting, Brederodestraat 21, 1000 Brussel.

© Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door
middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder vooraf-
gaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Het gebruik van cijfers en/of tekst als
toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan mits de bron
duidelijk wordt vermeld



INHOUDSTAFEL

5	Voorwoord
6	Wat is de manisch-depressieve stoornis?
12	Mythes, onzin en verzinsels
14	Omgaan met de diagnose: wat nu?
17	Behandeling
22	Psychotherapie
28	Medicatie
39	Psycho-educatie
42	Zelfhulp
48	Werken aan je persoonlijke relaties
51	De toekomst
55	Bijkomende informatie
59	Crisis Card
60	Stemmingsdagboek
62	Advance directive
63	Woordenlijst



An illustration of a person with brown hair, wearing a pink shirt, sitting at a desk and using a laptop. A large, dark shadow of the person is cast behind them, showing them in a slumped, hunched position. The background is a stylized city skyline in shades of blue and grey. The word 'VOORWOORD' is written in large, white, sans-serif capital letters across the bottom of the illustration.

VOORWOORD

Zelfzorg is een essentieel onderdeel van het leren leven met de manisch-depressieve of bipolaire stoornis. Informatie over de aandoening en uitleg over de behandeling ervan zijn een hulpmiddel van onschatbare waarde voor patiënten om een beter inzicht te krijgen in wat hen is overkomen. In de meeste gevallen heeft de ziekte het leven van de patiënten en betrokkenen ondersteboven gegooid en moet er heel wat hersteld, verwoerd en uitgepraat worden.

Deze zelfzorggids tracht de essentiële informatie over de manisch-depressieve stoornis te bundelen.

Ups & Downs vzw, vereniging voor manisch en chronisch depressieve personen en betrokkenen, wil hiermee patiënten en familieleden ondersteunen bij het verwerkingsproces en het herstel.

Deze derde editie van behandelingsrichtlijnen is gebaseerd op

- een Amerikaanse tekst uit 2004 die vertaald werd met de toestemming van de National Depressive Association en de Manic-Depressive Association. De oorspronkelijke tekst werd samengesteld door Dr. David A. Kahn, Dr. assistente Ruth Ross en Dr. A. John Rush.
- een tekst die in 2011 tot stand kwam op initiatief van **Bristol-Myers Squibb Company and Otsuka Pharmaceutical Europe, Ltd.** en waarbij Ups & Downs mee deel uitmaakte van de stuurgroep die de redactie begeleidde.
- ‘Geestelijke gezondheid ontsluit: Anders zijn aanvaard?’, Paul Arteel, Cera 2008 (tweede herziene uitgave).

Het bijwerken en actualiseren van de informatie gebeurde door een constructieve samenwerking tussen Ups & Downs vzw en een aantal professionelen. De teksten werden o.a. nagelezen door Dr. Luk Beelaert en Dr. Sabien Wyckaert (onafhankelijke psychiaters).

Rebecca Muller ■ Voorzitter Ups & Downs vzw

Oktober 2011

Manisch-depressieve stoornis en bipolaire stoornis zijn twee benamingen voor dezelfde ziekte. We kunnen ze dan ook door elkaar gebruiken. Patiënten zullen eerder manisch-depressieve stoornis gebruiken, professionals geven er de voorkeur aan over bipolaire stoornis te spreken.

WAT IS DE MANISCH- DEPRESSIEVE STOORNIS?





Mijn eigen brein is voor mij het meest onbetrouwbare toestel – altijd zoemend, brommend, zwevend en duikend, om ten slotte in het slijk te eindigen. En waarom? Waarvoor deze passie?

Virginia Woolf (Engels auteur, 1882-1941)

WAT IS DE MANISCH-DEPRESSIEVE STOORNIS?

Waarom wordt de manisch-depressieve stoornis een ziekte genoemd?

Iedereen heeft wel eens ups and downs: geluk, verdriet en woede zijn normale emoties en een essentieel onderdeel van het leven van alledag. In tegenstelling hiermee is de manisch-depressieve stoornis een medische toestand waarin mensen stemmingsschommelingen kennen die de normale grenzen overschrijden. Deze schommelingen hebben invloed op gedachten, gevoelens, fysieke gezondheid (lichamelijke functies) en gedrag. Een manisch-depressieve stoornis is niet je eigen fout. Het is ook niet het resultaat van een 'zwakke' of onstabiele persoonlijkheid. Het is een behandelbare medische stoornis waarvoor er specifieke medicamenten bestaan die de meeste mensen kunnen helpen.

Wanneer begint de manisch-depressieve stoornis?

Een van de ongelukkigste aspecten van de manisch-depressieve stoornis is dat heel wat mensen jaren leven met een verkeerde diagnose, of zonder dat er een diagnose gesteld wordt. Hierdoor kan een aangepaste behandeling uitblijven of kunnen er behandelingen ingesteld worden die soms meer slecht dan goed doen. Symptomen blijven aanslepen, nieuwe episodes doen zich voor, waardoor het

geestelijk, lichamelijk en sociaal functioneren verder ondermijnd kan worden. Het leven van mensen met de bipolaire stoornis en dat van hun omgeving dreigt toenemend ernstige schade op te lopen.

Vroegtijdige diagnose is extreem belangrijk. Pas op, de manisch-depressieve stoornis is geen ziekte die je zelf gemakkelijk kan diagnosticeren (waarvoor je zelf de diagnose kan stellen). Om echt een medisch onderbouwde/verantwoorde diagnose te krijgen moet je een arts raadplegen.

Gidsen, zoals deze, geven lijstjes met symptomen en risicofactoren. Op het internet zijn er heel wat sites die beweren hulp te bieden bij het evalueren van het risico op bipolariteit. Dit zijn echter niet meer dan ruwe aanwijzingen. Zij kunnen nooit in de plaats komen van een echt medisch onderzoek.

Er zijn immers en aantal ziektebeelden die gelijkaardige of vergelijkbare symptomen vertonen als de manisch-depressieve stoornis. Wanneer je je zorgen maakt over je geestelijke gezondheid is het van groot belang zo vlug mogelijk een arts te raadplegen.

De manisch-depressieve stoornis begint gewoonlijk in de adolescentie of vroege volwassenheid. In sommige gevallen kan dit echter ook beginnen in de vroege kindertijd of zelfs op latere leeftijd (40-50 jaar). Wanneer iemand van boven de 50 voor de eerste keer een manische episode heeft, is de oorzaak meer dan waarschijnlijk een probleem dat lijkt op een manisch-depressieve stoornis (vb. een neurologi-

sche ziekte, de effecten van drugs, alcohol of van voorgeschreven medicatie). De manisch-depressieve stoornis komt bij vrouwen en mannen even vaak voor.

Waarom is het belangrijk om een manisch-depressieve stoornis zo vroeg mogelijk vast te stellen en te behandelen?

Gemiddeld zien mensen met een manisch-depressieve stoornis 3 tot 4 artsen en zoeken ze gedurende gemiddeld 8 jaar en meer naar een behandeling voordat ze een correcte diagnose krijgen. Een vroege diagnose, de juiste/aangepaste behandeling en het vinden van de juiste medicatie zijn van groot belang. Hoe langer de aandoening onbehandeld blijft, hoe meer kans er is op verwickelingen.

Wie wordt manisch-depressief?

Om het even wie kan manisch-depressief worden. De ziekte treft mannen, vrouwen, adolescenten en soms zelfs kinderen. Als men rekening houdt met alle mogelijke vormen van bipolaire stoornis, wijzen sommige studies erop dat 5 tot 6% van alle mensen erdoor getroffen worden tijdens hun leven.

Toch blijken sommigen mensen een groter risico te lopen dan anderen:

- risicofactoren (aangeboren kwetsbaarheid/uitlokkende factoren),
- familiale voorgeschiedenis – als een nabij familielid (ooit) manisch-depressief is/was, (kan) is het eigen risico verhoogd (zijn),
- drug- of alcoholmisbruik,

- stresserende gebeurtenissen – de ziekte kan uitgelokt worden door om het even welke stresstoestand. Gebeurtenissen die iemand van streek brengen (zoals een echtscheiding of de dood van een geliefd persoon) of positieve gebeurtenissen (zoals in het huwelijk treden),
- trauma tijdens de kindertijd,
- ziekte – lichamelijke ziekte kan de manisch depressieve stoornis veroorzaken,
- nachtwerk – een verstoord slaappatroon wordt soms in verband gebracht met het ontstaan van de manisch-depressieve stoornis.

Wat zijn de symptomen van

de manisch-depressieve stoornis?

Het kan beginnen met een hele reeks verschillende signalen of symptomen, afhankelijk van het individu. Geen van deze symptomen op zich betekenen dat je beslist manisch-depressief bent. Anderzijds, als je vaststelt dat meerdere van deze symptomen terzelfder tijd voorkomen, of wanneer je steeds omschakelt tussen manie en depressie, dan is medische hulp aangewezen.

1 Manische episode

De manische episode begint dikwijls met een aangenaam gevoel van verhoogde energie, creativiteit en sociale ongedwongenheid. Deze gevoelens kunnen echter vlug escaleren tot een volledig ontwikkelde manische episode. Mensen die manisch zijn hebben een typisch gebrek aan ziekte-inzicht, ontkennen dat er iets verkeerd is en worden boos op iedereen die zegt dat er een probleem bestaat.

- Opgeblazen zelfbewustzijn/ zelfwaardegevoel
- Verminderd beoordelingsvermogen
- Irritatiegevoeligheid
- Zenuwachtigheid of prikkelbaar gedrag of zelfs agressief gedrag
- Minder nood aan slaap
- Verhoogde energie
- Te veel geld uitgeven
- Onrealistisch geloof in de eigen capaciteiten
- Verhoogd libido (sexuele drift)
- Meer en vlugger praten dan gewoonlijk
- Onbekenden aanspreken
- Zich euforisch voelen, fantastisch, zoals je je nooit gevoeld hebt
- Gemakkelijk lachen (zelfs met zaken die niet grappig zijn)
- Tal van nieuwe en opwindende ideeën hebben
- Van de hak op de tak springen
- Concentratieverlies
- Vlug beslissen, zonder goed na te denken
- Tal van veranderingen doorvoeren of plannen
- Mensen 's avonds laat opbellen
- Te veel alcohol drinken of drugsmisbruik
- Verwaarloosd voorkomen, vreemde, ongepaste kleding dragen, overdreven opgemaakt zijn

2 Hypomane episode

Een hypomane episode is een mildere vorm van de manische episode met gelijkaardige maar minder uitgesproken symptomen, waarbij de betrokken persoon nog min of meer normaal kan functioneren, zonder veel schade te veroorzaken of zelfs met positieve gevolgen. In een hypomane episode kan iemand een vrolijke stemming hebben, zich beter voelen dan gewoonlijk en productiever zijn. Deze episodes geven dikwijls een goed gevoel en worden vaak over het hoofd gezien bij het stellen van een diagnose. Sommige mensen vinden het hypomaan zijn zo aangenaam dat ze hun medicatie stopzetten of onregelmatig innemen. Al te dikwijls wordt er echter een hoge prijs betaald voor de hypomane episode. Deze kan immers escaleren naar een manische episode of uitlopen op een zware depressie.

3 Depressieve episode

In een volledig ontwikkelde depressieve episode zijn de volgende symptomen aanwezig gedurende tenminste 2 weken. Ze maken het moeilijk voor jou om te functioneren.

- Zich droevig, angstig of leeg voelen
- Gebrek aan interesse of verlies van plezier in de meeste activiteiten
- Niets nog de baas kunnen
- Moeite hebben met normaal denken, traag van begrip, vergeetachtigheid
- Moeilijk inslapen en vroeg ontwaken
- Te veel slapen, de ganse dag in bed blijven
- Aankomen of gewicht verliezen
- Gebrekkige eetlust of overdreven eetlust
- Gebrek aan energie
- Zich dikwijls vermoeid voelen
- Zich veel zorgen maken of veelvuldig overdonderd worden door emoties
- Verslechterende lichamelijke gezondheid, allerlei lichamelijke klachten
- Verwaarloosde persoonlijke hygiëne
- Niet in staat zijn eenvoudige routine-taken uit te voeren
- Zelfmoordgedachten
- Concentratieverlies – niet in staat zijn een boek te lezen of een tv-programma te volgen

4 Gemengde episode

Misschien zijn de meest ziekmakende episodes deze waarin zowel symptomen van de manische episode als van de depressie aanwezig zijn. Deze symptomen kunnen op hetzelfde moment voorkomen of veelvuldig afwisselen gedurende de dag. In zo'n episode ben je prikkelbaar of opgewonden zoals in de manische episode, maar ook geïrriteerd en depressief in plaats van je eufor of almachtig te voelen. Deze zeer onstabiele episodes brengen een groot risico voor zelfmoord met zich mee.



Elke veralgemening is fout, ook deze.

Mark Twain (Amerikaans auteur. 1835-1910)

MYTHES, ONZIN EN VERZINSELS

De manisch-depressieve stoornis is weinig bekend. Daardoor blijft het stellen van de juiste diagnose soms lang uit. Dit gebrek aan bekendheid heeft ook aanleiding gegeven tot het ontstaan van heel wat mythes en misvattingen met betrekking tot deze ziekte. Soms bevat ten ze een kleine grond van waarheid. Soms is het klinkklare onzin. Hierna een opsomming van de meeste gehoorde stellingen over de manisch-depressieve stoornis:

- De manisch-depressieve stoornis komt zelden voor: **verkeerd**. Drie tot vijf procent van alle volwassenen zullen op een of ander moment tijdens hun leven met een manisch-depressieve stoornis geconfronteerd worden.
- De manisch-depressieve stoornis is een ander woord voor stemmingswisselingen: **verkeerd**. De manisch-depressieve of bipolaire stoornis is een ernstige ziekte met een waaier aan ernstige symptomen, stemmingswisselingen zijn een onderdeel ervan.
- Manie geeft een fantastisch gevoel: **soms**. Bij sommigen kan dat het geval zijn, maar voor velen is het eerder beangstigend en overheerst een gevoel van irritatie tijdens een manische episode. Manie kan ook leiden tot onaangename incidenten en ruzie met familieleden en veel andere schade berokkenen.
- Je voelt je altijd ofwel manisch ofwel depressief, er is geen ‘normale’ tussenweg: **verkeerd**. Meestal kent het ziekteverloop heel wat ‘normale’ episodes, zeker in de beginjaren. Eens de behandeling opgestart wordt zich ‘normaal’ voelen... normaal.
- Je moet accepteren dat het enige tijd duurt vooraleer de diagnose gesteld wordt: **tot op zekere hoogte**. Maar toch, je hebt het recht op een snelle diagnose en je moet voor jezelf opkomen als je vindt dat het te lang duurt.
- De behandeling zal heel wat geld kosten: **verkeerd**. De behandeling valt onder het normale terugbetalingstarief. De gevolgen van een onbehandelde manisch-depressieve stoornis kunnen veel meer geld kosten.
- Antidepressiva hebben geen zin bij de behandeling van manisch-depressieve stoornis: **dit verschilt van individu tot individu**. Het is waar dat gebruik van antidepressiva soms risico's inhoudt. Maar sommige patiënten kunnen er wel baat bij hebben.
- Bijwerkingen van medicatie zijn onvermijdelijk: **gebruikelijk, ja, maar onvermijdelijk, neen**. Een aanpassing van de dosering van de medicatie kan in veel gevallen tot significante verbetering leiden.
- Medicatie maakte een zombie van je: **onwaarschijnlijk**. Hoewel sommige medicamenten je een slaperig gevoel kunnen geven, is dit meestal van voorbijgaande aard of dosisafhankelijk. Je denkvermogen wordt veeleer door de ziekte zelf aangetast dan door de behandeling.
- Een ‘normaal’ leven leiden is voorgoed voorbij: **verkeerd**. Trouwens, wat is ‘normaal’? Wellicht zal je leven veranderen, maar dit hoeft niet altijd negatief te zijn.





Ik heb het liedje 'had ik maar kanker' geschreven omdat ik op een gegeven moment vond dat ik beter af was geweest met kanker dan met depressie.

Raf Coppens (stand-up comedian)

OMGAAN MET DE DIAGNOSE: WAT NU?

Voor bepaalde mensen is het vernemen van de diagnose een opluchting: eindelijk is er een verklaring voor wat hen overkomt. Voor anderen is het een slag in het gezicht. Heel wat mensen hebben gemengde gevoelens.

Hoe je je ook voelt, het is normaal dat je je zorgen zult maken en dat er heel wat vragen in je zullen opkomen over deze diagnose en wat dit voor de rest van je verder leven zal betekenen.

Hoe zal de manisch-depressieve stoornis mijn leven beïnvloeden?

Het is normaal dat eens de diagnose gesteld is je leven zal veranderen. Het goede nieuws is dat je nu een goede behandeling kan krijgen en dat de symptomen zullen afnemen of verdwijnen. Het lijkt geen twijfel dat daardoor je levenskwaliteit aanzienlijk zal verbeteren.

Anderzijds zal je er mee moeten leren leven dat je aan een chronische aandoening lijdt. Dit vormt ongetwijfeld een uitdaging. Het is echter een uitdaging die, met goede hulp en adequate zorg, helemaal niet onoverkomelijk is.

Zal het ooit weer beter gaan?

De meeste mensen vinden dat, eens de behandeling loopt, hun toestand significant verbetert. Er is niet zoiets als een wondermiddel tegen de manisch-depressieve stoornis, maar een efficiënte behandeling laat toe de ziekte onder controle te houden.

Langzaamaan zal je leren jezelf in de gaten te houden, je zult valkuilen leren herkennen en je zult een samenwerking uitbouwen met je hulpverlener(s) om de behandeling steeds bij te stellen. Terzelfder tijd zal je leren hoe je levensstijl aan te passen om zo weinig mogelijk hinder te ondervinden van je ziekte. Dit maakt het mogelijk een volwaardig actief leven te leiden.

Hoe zal de ziekte evolueren?

Met een goede behandeling zullen bij de meeste mensen de symptomen verdwijnen: symptoomvrije periodes worden de regel. Manische en/of depressieve episodes blijven echter op de loer liggen. Hoe dikwijls dit gebeurt, en hoe lang de symptoomvrije tussenperiode duurt, hangt af van persoon tot persoon. Het is ook afhankelijk van het al dan niet 'aanslaan' van de therapie, of van nog andere factoren, bvb. andere ziektes, nieuwe stresserende gebeurtenissen, ondersteuning door de omgeving en zelfzorg. Bij gebrek aan behandeling verergert de stoornis na verloop van tijd, precies daarom is een vroege diagnose en een aangepaste behandeling zo belangrijk.

Moet ik mij laten opnemen in een ziekenhuis?

Het is begrijpelijk dat heel wat mensen die net hun diagnose kregen bang zijn dat ze zich in een ziekenhuis zullen moeten laten opnemen. Dit is normaliter niet noodzakelijk als na de diagnose ook een goede behandeling opgestart wordt. Blijft de behandeling echter uit, of wordt de behandeling niet strikt opgevolgd, dan kunnen er manische of depressieve episodes optreden die een gevaar vormen voor het eigen welzijn of dat van de omgeving. Onder deze omstandigheden kan een opname overwogen worden om toe te laten alles weer onder controle te krijgen.

Is het mijn schuld?

Soms kan na de diagnose van een manisch-depressieve stoornis bij de patiënt of zijn omgeving de vraag rijzen of zij misschien iets gedaan hebben dat de ziekte veroorzaakt heeft. De waarheid is dat bij de manisch-depressieve stoornis niemand schuld treft. De ziekte ontstaat op basis van een aantal factoren, waarvan de wetenschap er momenteel nog heel wat niet of nauwelijks kent. Als je een manisch-depressieve stoornis hebt, is het weinig waarschijnlijk dat je zelf of je omgeving daarvoor iets tussenzit, of iets had kunnen doen om de ziekte te voorkomen.

BEHANDELING





Ik heb het geluk over een zeer dapper waakvlammetje te beschikken. Hoe zwart het leven ook, dat blijft flakkeren. Ook al geloof ik het op dat moment niet: ik wéét dat het wel goed komt. Dat er plots iets zal gebeuren, dat ik plots iemand zal ontmoeten, waardoor het weer kantelt. Waardoor alles weer beter wordt. Dat is al zo vaak gebeurd, dat ik daar intussen alle vertrouwen in heb.

Actrice Maaïke Cafmeyer, in *De Standaard* 10 oktober 2010

BEHANDELING

Depressief? Wat kan je zelf doen

Probeer uit te zoeken of je depressie een reactie is op een gebeurtenis of een probleem. Ga na of er iemand uit je omgeving is met wie je over je gevoelens en eventuele problemen kan praten. Neem eventueel deel aan een zelfzorggroep (Ups & Downs). Probeer te aanvaarden dat je een depressie doormaakt, vind je niet op omdat het herstel en de genezing trager verlopen dan je had verhoopt.

Depressie is geen verkoudheid maar een zware ziekte die tijd nodig heeft om te genezen en je moet jezelf deze tijd gunnen. Tracht op een normale tijd naar bed te gaan en tracht dat ook te doen voor het opstaan. Vaak is dit geen gemakkelijke opgave.

Zoek afleiding in activiteiten die voor jezelf ontspannend zijn. Dikwijls zul je hiervan op het moment zelf het nut niet inzien, omdat je er niet kan van genieten. Achteraf bekeken heeft dit echter een helende werking. In een depressie heb je een heel lage draagkracht. Je kan bijna niets aan en alles wordt je vlug te veel. Indien je de hele dag inactief in bed zou liggen, zou je draagkracht helemaal onder nul zakken. Dan wordt de heropbouw van onder nul naar een normaal niveau heel erg moeilijk. Dat mag je dus niet laten gebeuren. Je moet je draagkracht juist in stand houden door kleine activiteiten op regelmatige basis te ondernemen.

Blijf contact met anderen behouden, hoewel je je liever wil verschuilen. Zorg dat je ook positieve gebeurtenissen kan blijven meemaken.

Blijf je lichaam verzorgen, probeer aan lichaamsbeweging te doen, kies een activiteit waar je werkelijk zin in hebt, ook al vertegenwoordigt dit in de ogen van je omgeving niet veel. Tracht maatschappelijk actief te blijven en isoleer je niet.

Wacht met het nemen van beslissingen die verregaande of definitieve gevolgen kunnen hebben, zoals verhuizen of scheiden (dit laatste kan je nog dieper in depressie brengen). Zoek geen valse troost in alcohol of drugs. Ga er vanuit dat iedereen kan geholpen worden door het inwinnen van advies of het raadplegen van een arts. Ben je het niet eens met de voorgestelde behandeling of voel je binnen de maand geen vordering zonder dat de specialist zijn therapie aanpast, vraag dan elders een tweede mening. Misschien een moeilijke opgave, maar tracht toch assertief te blijven. Ook al heb je zin om de schouders te laten hangen, hou je staande (letterlijk en figuurlijk).

Professionele hulp inroepen

Wanneer je je zorgen maakt en vreest dat je zelf of iemand uit je omgeving aan een manisch-depressieve stoornis lijdt is het moment aangebroken om professionele hulp in te roepen.

Maar waar vind je die? Het antwoord zal wellicht afhangen van de omstandigheden waarin je je bevindt en van je houding

ten opzichte van de beschikbare gezondheidszorg.

Meestal is de huisarts het eerste aanspreekpunt. Deze moet in staat zijn een eerste beoordeling te maken en te beslissen of het bezoek aan een specialist aangewezen is.

Je kunt je ook rechtstreeks tot een psychiater of tot de ambulante geestelijke gezondheidszorg wenden (CGG = Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg).

Misschien hou je niet zo van medici en verkies je een gesprek met een maatschappelijk werker, iemand uit je omgeving die je vertrouwt, of iemand uit de filosofische of religieuze gemeenschap waartoe je behoort. Zij zullen je begeleiden, misschien zelfs vergezellen naar de best mogelijke medische opvang.

Zelfhulpgroepen van mensen die aan manisch-depressieve stoornis lijden, hun omgeving en familie kunnen een zeer waardevolle bron van informatieve en advies zijn, zowel bij het begin als in de loop van de behandeling. Een lijst van zelfhulpgroepen vind je op het einde van deze gids.

Wat te vertellen?

Eens je besloten hebt hulp te zoeken, komt het erop aan uit te maken welke informatie je zult moeten geven. Een van de redenen waarom mensen met manisch-depressieve stoornis zo dikwijls verkeerd of niet gediagnosticeerd worden is dat de arts niet het hele verhaal te horen kreeg. Mensen met

manisch-depressieve stoornis voelen zich niet echt ziek in periodes van opwinden en euforie, waardoor ze alleen in depressieve periodes een arts raadplegen. De arts ziet dan slechts de helft van de ziekte en kan een verkeerde diagnose stellen. Dit betekent dan weer vertraging bij het opstarten van de behandeling. Om er zeker van te zijn dat je arts over alle informatie beschikt om een juiste diagnose te stellen, moet je altijd de waarheid vertellen. Bepaalde informatie achterhouden, zelfs al lijken het onbelangrijk zaken, kan ertoe bijdragen dat de diagnose uitblijft. Het duurt dan langer vooraleer een aangepaste behandeling opgestart kan worden.

- Overweeg je te laten vergezellen door een familielid of een vriend. Zij kunnen een andere kijk geven op je gedrag en je stemming, over vroegere periodes.
- Geef de arts een zo volledig mogelijke beschrijving van alle symptomen die je ervaart, zowel de manische als de depressieve. Als het enigszins kan, noteer vooraf welke symptomen je had, en hoelang het duurde.

- Vermeld de familiehistoriek met betrekking tot de manisch-depressieve stoornis of andere vormen van psychische aandoeningen.
- Signaleer wijzigingen in je slaappatroon – langer slapen dan gewoonlijk, vroeger dan gewoonlijk wakker worden, enz.
- Neem de informatie mee die je hebt over andere ziektes die je hebt.
- Informeer de arts over alle medicijnen die je neemt, al of niet op voorschrift. Dus ook medicatie voor lichamelijke kwalen of andere geestelijke gezondheidsproblemen.
- Spreek over je levensstijl, je manier van leven, inclusief hoe je je voelt op het werk (stress) en eventuele recente gebeurtenissen waardoor je van streek raakte.
- Wees eerlijk over je drinkgewoontes/druggebruik.

Het is vaak mogelijk voor een persoon met de manisch-depressieve stoornis om een relatief stabiel en gelukkig leven te leiden op voorwaarde dat hij/zij een aangepaste behandeling krijgt.

Onderdelen van de behandeling

Psychotherapie

Dit kan vele patiënten en families helpen om problemen op te lossen en om beter te kunnen omgaan met stress. Psychotherapie zou steeds gecombineerd moeten worden met medicatie (behalve in speciale situaties zoals zwangerschap). De doelstellingen van psychotherapie zijn:

- informatie en acceptatie
- medicatietrouw bevorderen
- afname terugvalfrequentie: leren herkennen van eigen signalen en risicovolle situaties

- bevorderen van sociaal en occupationeel functioneren, van interpersoonlijke relaties
- verbeteren van levenskwaliteit
- omgaan met stress, coping, sociale risicofactoren beperken door betere sociale inbedding
- suiciderisico verminderen
- restsymptomen aanpakken

Medicatie

Wordt voorgeschreven voor bijna alle patiënten gedurende de acute en de preventieve fase. Het innemen van stemmingsstabilisatoren om toekomstige episodes te voorkomen, moet veelal levenslang gebeuren. Medicatie is erop gericht het acute beeld van depressie of manie tot rust te brengen, en dit liefst zo snel mogelijk om de schade die een dergelijke episode kan meebrengen te beperken of eventuele suicidaliteit terug te dringen. Nieuwe episodes van depressie of manie vermijden of in aantal en ernst te doen afnemen.

Informatie

Dit is belangrijk om de patiënten en de familie te helpen om te leren omgaan met de manisch-depressieve stoornis en om verdere verwickelingen hiervan te voorkomen.

Zelfhulp

Je zal in overleg met je psychiater en je behandelaar(s) moeten uitmaken wat voor jou de beste combinatie is. Wellicht zal de ideale aanpak elk van de 4 elementen benutten.

Wat moet je doen wanneer je de behandeling wil stopzetten?

Het is normaal dat je van tijd tot tijd twijfelt aan je behandeling en last hebt van ongemakken. Bespreek al je ongemakken met jouw dokter, therapeut en met je familieleden. Wanneer je voelt dat een behandeling niet werkt of dat ze heel onprettige bijwerkingen veroorzaakt, vertel het meteen aan je dokter. Stop in geen geval op eigen houtje met je medicatie. Symptomen die terugkomen na het stopzetten van medica-

tie zijn soms moeilijker te behandelen. Jij en je dokter kunnen samenwerken om het meest efficiënte en geschikte geneesmiddel voor jou te vinden. Wees ook niet verlegen om een tweede opinie te vragen aan een andere arts.



Je kan echt alles vertellen, zonder dat men je veroordeelt of een zeur vindt. Alles wat me dwars zat, alles wat door mijn hoofd ging, mijn dromen, alles. Ze luisterde maar stelde ook vragen. Ze plaatste dingen in een breder kader.

Betty Mellaerts over haar eerste bezoek aan een psychotherapeute

Een psychiater zou voor u nog zo gek niet zijn.

Gelezen in Vrij Nederland

PSYCHOTHERAPIE

Elk van ons heeft zijn eigen manier van fysiek en psychisch functioneren, en ieder mens reageert dan ook op zijn manier op de dingen die hem overkomen. De een kan meer hebben dan de ander. Sommige mensen schrikken zich rot als een lucifertje op de grond valt, anderen blijven stoïcijns kalm, zelfs al ontploft er een bom naast hen.

We weten echter allemaal zeer goed wanneer het voor ons teveel wordt: wanneer we lijden onder onze emoties, wanneer we ze niet meer aankunnen, we kennen allemaal het gevoel van 'trop is teveel'. Bij iemand die psychisch in de knoei zit, hebben het zelfvertrouwen en de eigenwaarde een behoorlijke knauw gekregen. Een therapeut kan dan helpen om dit zelfvertrouwen geleidelijk aan weer op te vijzelen, door de patiënt bewust te maken van wie en wat hij is. Gewapend met dat nieuwe gevoel van eigenwaarde en een diepere zelfkennis kan de patiënt dan ook makkelijker doordringen in de eigen behoeftes. Belangrijke beslissingen nemen en fundamentele veranderingen in het leven doorvoeren zijn weer mogelijk. Soms stelt de patiënt een beslissing beter uit of aanvaardt hij dat hij in een bepaalde situatie geen keuze heeft.



Er zijn geen objectieve criteria die aangeven wanneer iemand professionele hulp moet zoeken. Maar er zijn signalen die aangeven dat iemand de controle over zijn eigen handelen aan het verliezen is. Dan is het tijd om te handelen.

‘Zal dat wel iets bijbrengen, die professionele hulp? Zal het niet nog erger worden, moet ik er zelf niet overheen geraken? Misschien ben ik wel beschaamd voor mijn zelfverklaarde zwakte?’. Dit zijn vragen waar iedere mens mee worstelt als hij op punt staat hulp te zoeken.

Misschien denk je dat ‘psychotherapie’ eruit bestaat dat je languit op een zetel ligt in een verduisterde kamer terwijl een bebaarde analist vervelende vragen stelt over je kinderjaren. In werkelijkheid is psychotherapie heel anders: meestal zit je tegenover de therapeut, soms alleen, soms in groep, en praat je over je ziekte en

hoe je ermee omgaat. Niet voor niets wordt psychotherapie wel eens ‘praattherapie of gesprekstherapie’ genoemd.

Psychotherapie is een belangrijk deel van de aanpak van de manisch-depressieve stoornis en is de noodzakelijke aanvulling bij de medicatie. Bedoeling is, eens de symptomen onder controle zijn, je de vaardigheden en de strategieën eigen te maken om je leven weer op de sporen te krijgen.

Psychotherapie zal je helpen je gevoelens te beheersen, te reageren op gebeurtenissen die symptomen zouden kunnen uitlokken en een omgeving op te bouwen waarbinnen je voldoende steun vindt om met je ziekte verder te leven. Er zal ook gefocust worden op het aanleren van vaardigheden die nodig zijn om je leven te structureren, eens je de weg van het herstel aangevat hebt.

Types professionele hulpverleners

Als iemand ‘professionele’ hulp zoekt, kan dat bij drie types professionele hulpverleners:

- **Psychologen** zijn universitair opgeleid, licentiaten psychologie, die zich specialiseren in het onderkennen van persoonlijkheidskenmerken en in de mechanismen van de geest (de psyche) en van het denken.
- **Psychiaters**, vroeger ook neuropsychiaters of zenuwartsen genoemd, zijn artsen die gespecialiseerd zijn in psychische problemen. Vermits ze arts zijn kunnen ze medicatie voorschrijven en betaalt de mutualiteit de consultatie.
- **Psychotherapeuten** hebben een bijkomende opleiding gevolgd om aan psychotherapie te (mogen) doen. Het gaat zowel om artsen (psychiaters), psychologen, maatschappelijk werkers, logopedisten, verpleegkundigen, enz. Er bestaan geen specifieke erkenningscriteria. Diverse wetsvoorstellen werden in de voorbije jaren ingediend, maar werden vooralsnog niet door het parlement behandeld.

Er bestaan heel wat verschillende vormen van psychotherapie, en de manier van werken kan zeer verschillend zijn. Je hebt dus keuze, en je kan een therapie kiezen waar je je goed bij voelt. Je arts zal je begeleiden en samen met jou op zoek gaan naar de meest aangepaste therapie. Er zijn ook beroepsverenigingen van therapeuten die informatie verstrekken en vergeet de zelfhulpgroepen niet.

Dat bijkomende psychotherapeutische begeleiding naast een medicamenteuze behandeling aangewezen en zinvol is voor mensen met een bipolaire stoornis, staat vast. Want zelfs een zeer goed uitgedacht geneesmiddelschema dat correct gevolgd wordt, faalt bij sommige patiënten om de acute symptomen volledig onder controle te krijgen of om nieuwe episodes te vermijden. Bovendien is het ook belangrijk dat mensen na een depressie of manie ook terug kunnen functioneren op de

verschillende terreinen van hun leven, de draad terug oppakken thuis. Mensen moeten ook geholpen worden om de impact van de ziekte op hun leven en hun relaties te verwerken. Psychotherapie helpt om eventuele schuld- of schaamtegevoelens weg te werken. Medicatietrouw blijft een groot aandachtspunt doorheen heel het leven, met tal van valkuilen waardoor mensen wel eens durven stoppen met hun behandeling. Gezien levensgebeurtenissen en stress, maar ook een ontregeling van hun dagdagelijkse ritme – vaak met slaapgebrek tot gevolg – allen bijdragen tot nieuwe episodes, moeten zij voor de toekomst beter gewapend worden om hiervoor aandacht te hebben en beter/anders mee om te leren gaan. Naast de stemmingswisselingen moeten ook bijkomende problemen, zoals alcoholmisbruik en angsten, aandacht krijgen en aangepakt worden.

Types van psychotherapie

Volgende types van psychotherapie schijnen bijzonder nuttig te zijn bij depressie en kunnen ook helpen gedurende het herstel.

Cognitieve Gedragstherapie (CBT) focust op gedragingen, emoties en gedachten, die spanningen kunnen vermeerderen of verminderen. Deze therapievorm is gericht op het wapenen van mensen met een brede waaier aan zelfhulpstrategieën om hun reacties op stress te milderen, en een sterker gevoel van efficiënt omgaan met de uitdagingen en moeilijkheden die men in het leven tegenkomt. Specifiek voor de bipolaire stoornis zal deze behandeling ook ziekte-inzicht en acceptatie aankaarten, zichzelf leren monitoren qua stemming en aldus ook vroegtijdig symptomen te detecteren, misvattingen over medicatie aankaarten en uitklaren, of andere hindernissen die de medicatietrouw in het gedrag brengen, alsook strategieën om sociale steun te durven inroepen indien nodig of problemen in de sociale relaties aan te pakken.

Gezinstherapie. In de relatietherapie en gezinstherapie zijn partners of gezinsleden meestal samen in psychotherapie en staan de problemen van een of meerdere betrokkenen centraal. Tegenwoordig worden relatietherapie en gezinstherapie ook wel systeemtherapie genoemd en heet de therapeut systeemtherapeut. De term systeem duidt op het sociale systeem waar mensen deel van uitmaken. Hiermee wordt bedoeld: de mensen die wij kennen en waar we een band mee hebben. Iedereen maakt deel uit van verschillende sociale systemen: thuis, op school of in ons werk hebben we contact met andere mensen. Met sommige mensen hebben we oppervlakkig contact, met anderen onderhouden we een intensieve of intieme relatie.

Binnen een sociaal systeem beïnvloeden mensen elkaar. Gedachten, gedragingen, gevoelens en verwachtingen ontstaan in wisselwerking met anderen uit onze omgeving. Dit is een gecompliceerd proces waarbij problemen kunnen optreden. Bijvoorbeeld: twee partners krijgen ruzie over de taakverdeling in huis; een kind krijgt gedragsproblemen op school na een ernstige ziekte van moeder.

Een systeemtherapeut zal de problemen altijd bekijken tegen de achtergrond van de wisselwerking met anderen. Ook wordt bekeken wie kan bijdragen tot het oplossen van de problemen.

Mindfulness is een therapie die erg geschikt is voor mensen die al verschillende depressies hebben doorgemaakt. Algemeen helpt mindfulness stress verminderen. Deze therapie is gebaseerd op de klassieke meditatietechnieken en zal via aandachtstraining de focus richten op onze 'innerlijke wereld' die zelden rustig is maar waarin voortdurend allerlei gedachten, emoties, oordelen elkaar opvolgen, waarover we blijkbaar maar weinig controle hebben. Deze erg onrustige denk- en gevoelsprocessen hebben echter een grote impact op ons in het hier en nu. Via de aandachtstraining wordt beoogd de emoties en gedachten in onszelf op te merken zonder te oordelen. Aldus zullen deze processen hun impact verliezen en zijn we in staat om de werkelijkheid te zien zoals deze zich aanbiedt, zonder de innerlijke ruis. Geleidelijk aan kan je aldus een grotere alertheid ontwikkelen voor je eigen functioneren in de verschillende aspecten van je leven.

Interpersoonlijke therapie/Interpersoonlijke Sociaal Rythme Therapie (IPSRT) voorziet in begeleiding in de aanpassingen die mensen met bipolaire stoornis zullen moeten maken om sterke wisselingen in hun levenspatroon (sociaal ritme) te normaliseren. In een tweede fase (IPT) wordt gefocust op 4 aspecten:

- rolverandering
- interpersoonlijke conflicten
- sociale vaardigheden
- interpersoonlijke tekorten.

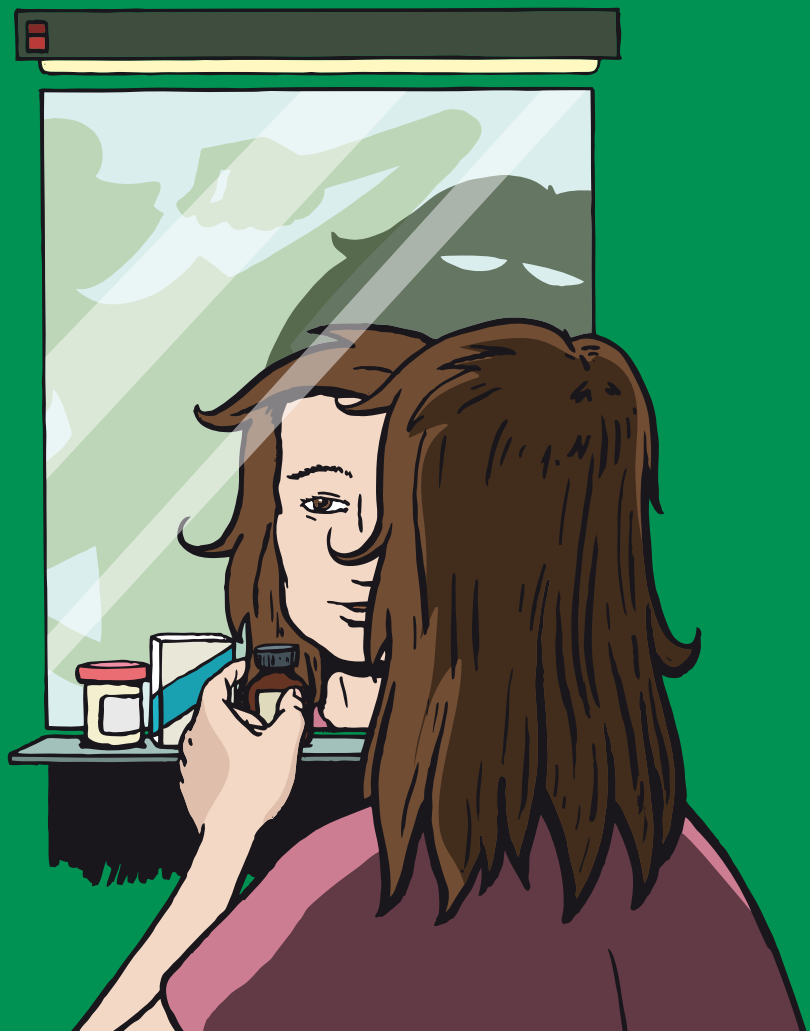
Client Centered Therapy (Rogeriaanse, experimentele of non-directieve psychotherapie). Zoals de naam aangeeft, staat in deze behandeling de patiënt in het centrum. Een sessie verloopt ongeveer als volgt: de patiënt is aan het woord over onderwerpen die hem geestelijk hinderen. Die onderwerpen komen buiten de psychotherapie zelden naar buiten. De therapeut luistert, geeft tekenen van begrip, stelt al eens een vraag, maar stuurt het gesprek niet. Dit soort behandeling staat of valt met de houding van de therapeut. Hij moet een positieve ingesteldheid hebben tegenover zijn patiënt, eerlijk zijn tegenover eigen gevoelens en voldoende inlevingsvermogen bezitten. De aandacht van de therapeut gaat vooral uit naar de huidige situatie en de toekomst van de cliënt, niet zozeer naar diens verleden. Gedurende het therapieverloop exploreert de patiënt eigen en andermans beleving en ontdekt zo zelfgenezende mogelijkheden. Client Centered Therapy is duidelijk verwant aan psychoanalyse maar is minder langdurig. Cliëntgerichte psychotherapie wordt gekenmerkt door 3 P's: de P van Persoonsgericht, Procesgericht en Pragmatisch. Met dat laatste bedoelt men dat cliëntgerichte psychotherapeuten verschillende methoden gebruiken, al naar gelang de persoon van de cliënt, diens problematiek en de persoonlijke stijl van de therapeut, om de cliënt (weer) in proces te krijgen.

Andere psychotherapievormen. Er zijn nog heel wat meer therapievormen die aangegeven kunnen zijn voor mensen met een manisch-depressieve stoornis, bijvoorbeeld kunsttherapie of muziektherapie, lichaamsgerichte therapie. De ene kan beter resultaat opleveren dan de andere. Soms kan er echter een probleem zijn als een therapievorm niet aansluit bij de globale behandeling die je krijgt. Houd dus altijd je arts op de hoogte als je eens iets wilt uitproberen.

Psychoanalyse. Psychoanalyse is een al lang bestaande vorm van gesprekstherapie. Sommige mensen die lijden aan manisch-depressieve stoornis vinden dat deze therapievorm nuttig is voor de aanpak van hun persoonlijke problemen. Om de manisch-depressieve stoornis zelf aan te pakken lijkt de psychoanalyse echter minder aangewezen.

Gedurende de depressie werkt psychotherapie gewoonlijk trager dan de medicatie en het kan twee maand of meer duren eer het volledige effect zichtbaar wordt. Nochtans kunnen de voordelen er-

van lang duren. Denk eraan dat mensen verschillend kunnen reageren op psychotherapie, juist zoals ze verschillend reageren op medicatie.





Ik ben zo lelijk, maar het geeft niet, jij bent het ook.
We sloegen al onze spiegels kapot.

Lithium door Kurt Cobain

(Amerikaanse leadzanger van Nirvana. 1967-1994)

MEDICATIE¹

Geneesmiddelen zijn bij de behandeling van bipolaire stoornissen² levenslang noodzakelijk. Ook wanneer de klachten onder controle zijn, moet preventief medicatie genomen worden om nieuwe depressieve of manische klachten te vermijden. Hoewel bij elke patiënt wel eens de verleiding ontstaat om op eigen houtje de medicatie te stoppen, moet dat ten zeerste afgeraden worden. In sommige gevallen kan er in overleg met de arts voor gekozen worden toch tijdelijk geen medicatie te nemen. Zo zijn bijvoorbeeld bij zwangerschap of borstvoeding een aantal geneesmiddelen potentieel gevaarlijk voor de foetus of baby. In dat geval kan ervoor gekozen worden die medicatie te vervangen of tijdelijk te stoppen. Praat er alleszins over met de arts.

De geneesmiddelen die bij de behandeling van bipolaire stoornissen het meest gebruikt worden zijn stemmingsstabilisatoren en antipsychotica. Soms worden ook antidepressiva en kalmeermiddelen (benzodiazepines) gebruikt, al bestaat voor de doeltreffendheid van deze middelen bij het behandelen van symptomen van een bipolaire stoornis minder wetenschappelijk bewijs. Vaak moeten verschillende (klassen van) geneesmiddelen gecombineerd worden om de symptomen onder controle te krijgen of te houden. In de wetenschappelijke literatuur verschenen richtlijnen voor de behandeling van de verschillende fases (acute depressieve episode, acute manische

¹ De wetenschap staat niet stil... nieuwe medicatie, nieuwe toedieningsvormen, nieuwe inzichten groeien dagelijks. Raadpleeg de update van dit hoofdstuk op de website van Ups & Downs (www.upsendowns.be).

² Manisch-depressieve stoornis en bipolaire stoornis zijn twee benamingen voor dezelfde ziekte. We kunnen ze dan ook door elkaar gebruiken. Patiënten zullen eerder manisch-depressieve stoornis gebruiken, professionals geven er de voorkeur aan over bipolaire stoornis te spreken.

episode of onderhoudsbehandeling) van bipolaire stoornissen. Omdat elke fase anders behandeld wordt, zal je arts de medicatie (of de dosis ervan) regelmatig moeten evalueren en eventueel veranderen.

Misschien is het wel aannemelijk dat heel wat mensen met een manisch-depressieve stoornis zich ongemakkelijk voelen als ze medicijnen moeten innemen die op de hersenen inwerken. Vergeet echter niet dat de manisch-depressieve stoornis een ziekte van de hersenen is, en dat er dus ook iets in de hersenen moet gebeuren als we resultaat willen bekomen. Medicatie voor de manisch-depressieve stoornis corrigeert fouten in de hersenfuncties die gevoels- en denkpatronen regelen.

Eens de medicatie haar werk begint te doen en effect heeft zodat je je beter voelt, kan er gedacht worden aan het verminderen van de dosis. Wees er echter van bewust dat het risico bestaat dat de symptomen terug de kop opsteken.

Plots ophouden met medicatie kan aanleiding geven tot slapeloosheid en verwardheid, zelfs een nieuwe episode uitlokken. Stop nooit op eigen houtje, wacht tot je behandelaar het licht op groen zet. En vooral, als je zelf beslist te stoppen, breng altijd iemand op de hoogte.

Omdat de manisch-depressieve stoornis een ziekte is die vele variaties kent, meerdere episodes doorloopt en elk individu op een andere manier treft, bestaan er heel wat verschillende types medicamenten die voor de behandeling ervan gebruikt worden.

In de loop van de behandeling kan het gebeuren dat je arts beslist om de medicatie te wijzigen, de dosis aan te passen naar boven of naar beneden, of een ander medicament voor te schrijven of toe te voegen. Dit betekent niet dat de medicatie niet meer werkt, het zou kunnen betekenen dat je ziekte in een nieuwe fase getreden is.

Medicatie voor manisch-depressieve stoornis kan in drie hoofdcategorieën ingedeeld worden: medicatie die gebruikt wordt om te stabiliseren en om herval te voorkomen; medicatie die gericht is op de aanpak van manische of gemengde episodes; en medicatie die depressie behandelt.

De dosering van medicatie gericht op de behandeling van manische, gemengde of depressieve episodes zijn meestal hoger dan bij de dosering gericht op stabilisering. Wanneer je last hebt van bijwerkingen tijdens de behandeling van een acute episode, bedenk dat deze wellicht zullen verdwijnen eens je weer stabiel bent en de dosis naar beneden kan.

Stemmingsstabilisatoren

Stemmingsstabilisatoren vormen vaak de basis van de langdurige onderhoudsbehandeling. Omdat een bipolaire stoornis een chronische aandoening is, moet de onderhoudsmedicatie vaak levenslang ingenomen worden. Hoewel ook patiënten die hun onderhoudsmedicatie trouw innemen nog opstoten van depressie of manie kunnen doen, zullen deze geneesmiddelen het aantal hervallen en/of de ernst van het herval verminderen. Hoewel een aantal antipsychotica (die later worden besproken)

ook stemmingsstabiliserende eigenschappen hebben, heeft men het – wanneer men over stemmingsstabilisatoren spreekt – meestal over de lithium, valproaat, lamotrigine en carbamazepine. Dit zijn de stoffen van de geneesmiddelen. Tussen haakjes wordt de merknaam vermeld:

Lithium (Maniprex®, Camcolit®, Priadel®):

- In 1949 werd reeds ontdekt dat het toen al lang gekende lithiumzout de symptomen van manie bij patiënten met bipolaire stoornis kon verminderen. Bij de behandeling van de acute manie is het sindsdien één van de voorkeursproducten.
- Lithium wordt ook in de onderhoudsfase gebruikt om nieuwe opstoten van zowel depressie als manie te voorkomen. Vooral voor de preventie van manie is het effectief.
- Lithium is niet effectief wanneer het te laag gedoseerd is en toxisch als de dosis te hoog is. Daarom moeten regelmatig bloedspiegels geprikt worden. Op basis van de bloedwaarden zal de dosis van de medicatie worden aangepast. Bij lithiumvergiftiging zijn hevige beven, misselijkheid en verwardheid de belangrijkste symptomen.
- Belangrijke nevenwerkingen van lithium zijn beven, acné, concentratieproblemen, gewichtstoename, nier- en schildklierproblemen. De arts zal dan ook regelmatig bij de boedafnames nier- en schildklierparameters controleren.

Valproaat (Depakine®):

- Valproaat is een anti-epilepticum dat zowel bij de behandeling van acute manie als in de onderhoudsfase ter preventie van manische en depressieve episodes gebruikt.
- Ook bij valproaat moeten regelmatig bloedspiegels geprikt worden. Bij te hoge valproaatspiegels is slaperigheid het belangrijkste symptoom. In extreme gevallen kan een intoxicatie tot coma aanleiding geven.
- De belangrijkste nevenwerkingen van valproaat zijn slaperigheid, maag- en darmproblemen, duizeligheid, beven en gewichtsproblemen. Zelden, maar mogelijk gevaarlijk, treedt leverbeschadiging op. De arts zal daarom af en toe leverparameters laten bepalen bij de bloedafname.

Lamotrigine (Lambipol®):

- Lamotrigine is net als valproaat een anti-epilepticum dat meer en meer gebruikt wordt als stemmingsstabilisator. Lamotrigine wordt als Lambipol® na goedkeuring van de medisch adviseur door het ziekenfonds terugbetaald voor de preventie van nieuwe depressieve episodes, en wordt voor deze indicatie meer en meer één van de eerste keuze preparaten.
- Een van de voordelen van lamotrigine, is dat bij dit geneesmiddel meestal geen bloedspiegels moeten geprikt worden. Toch kan een ernstige overdosis leiden tot neurologische problemen zoals bewegingsstoornissen en zelfs coma.

- De meest gevreesde, maar gelukkig erg zeldzame nevenwerking van lamotrigine is een zeer ernstige huidaandoening. Gelukkig blijven huidproblemen als nevenwerking vaak beperkt tot een goedaardige uitslag. Andere nevenwerkingen die soms gemeld worden zijn o.a. duizeligheid, beven, vermoeidheid en troebel zicht.

Carbamazepine (Tegretol®):

- Carbamazepine is een anti-epilepticum dat als stemmingsstabilisator wordt gebruikt, al krijgen sinds enkele jaren andere geneesmiddelen vaak de voorkeur. Carbamazepine wordt zowel bij de behandeling van een manische episode, als in de onderhoudsfase gebruikt.
- Ook bij carbamazepine worden bloedspiegels bepaald om de juiste dosis te kunnen toedienen.
- De meest voorkomende nevenwerkingen van carbamazepine zijn sufheid, duizeligheid, troebel zicht en hoofdpijn. Zeldzaam zijn leverproblemen, een ernstige huiduitslag en een daling en afbraak van witte bloedcellen.

Antipsychotica

De meeste antipsychotica worden zowel voor de behandeling van de manische fase als in de onderhoudsfase gebruikt. Wat de doeltreffendheid tegen manische symptomen betreft, zijn er tussen de verschillende antipsychotica weinig belangrijke verschillen.

Quetiapine (Seroquel®) is als enige antipsychoticum in monotherapie aan te raden bij de behandeling van de bipolaire depressie, en is er zelfs onbetwistbaar de eerste keuze.

Antipsychotica worden voor de behandeling van een acute manische episode niet zelden gecombineerd met lithium of valproaat. Geschat wordt dat de kans op een effectieve behandeling met 25% toeneemt indien de stemmingsstabilisator en het antipsychoticum worden gecombineerd.

Wellicht zijn deze middelen effectief in de behandeling van manie omdat zij in de hersenen dopamine-receptoren blokke-

ren. Helaas worden ook andere receptoren beïnvloed, wat aanleiding geeft tot nevenwerkingen. De antipsychotica verschillen wat hun binding aan de verschillende receptoren in de hersenen – en dus wat hun nevenwerkingen – betreft. Welk antipsychoticum gekozen wordt, hangt vaak af van de te verwachten nevenwerkingen. De nevenwerkingen van een bepaald geneesmiddel zijn echter niet bij elke patiënt gelijk. Nevenwerkingen die een bepaalde patiënt heeft, hoeft een volgende patiënt daarom niet te hebben. Indien nevenwerkingen te storend zijn, kan soms de dosis verminderd worden of een antipsychoticum met een ander nevenwerkingsprofiel gekozen worden. Soms komen nevenwerkingen alleen in het begin van de behandeling voor en verdwijnen ze nadien. Andere nevenwerkingen treden pas na verloop van tijd op. Het is erg belangrijk hierover vooraf en tijdens de behandeling met

de arts te overleggen. Alleszins is het belangrijk de geneesmiddelen niet op eigen houtje te stoppen.

Omdat veel (maar niet alle) antipsychotica aanleiding kunnen geven tot metabole nevenwerkingen (gewichtsstijging, vetstoornissen zoals verhoogde cholesterol

en diabetes of suikerziekte), moet de huisarts af en toe bloed prikken om deze stoornissen op te sporen. Soms kan er bij deze nevenwerkingen voor gekozen worden om een ander antipsychoticum voor te schrijven. In andere gevallen worden de nevenwerkingen behandeld.

Aripiprazol (Abilify®):

- Aripiprazol wordt zowel in de acute manische fase als in de onderhoudsfase voorgeschreven.
- De belangrijkste mogelijke nevenwerkingen zijn opwinding, bewegingsdrang en slapeloosheid. In tegenstelling tot een aantal andere antipsychotica geeft aripiprazol geen sterk verhoogd risico op metabole stoornissen zoals diabetes (suikerziekte), vetstoornissen of gewichtsstijging.

Asenapine (Sycrest®):

- Asenapine wordt in de acute manische fase voorgeschreven.
- In tegenstelling tot de ander antipsychotica moet asenapine onder de tong opgelost worden en niet worden ingeslikt.
- Asenapine heeft als belangrijkste nevenwerkingen slaperigheid, angst, bloeddrukverlaging, slapeloosheid, duizeligheid en gewichtstoename.

Olanzapine (Zyprexa®):

- Olanzapine wordt in de acute manische fase en in de onderhoudsfase voorgeschreven.
- De intramusculaire, langwerkende vorm heet Zypadhera®.
- De belangrijkste nevenwerkingen zijn slaperigheid, duizeligheid, gewichtsstijging, diabetes (suikerziekte) en vetstoornissen.

Paliperidon (Invega®):

- Hoewel paliperidon nog geen officiële goedkeuring kreeg voor de behandeling van acute manie, wordt het product daarvoor wel meer en meer voorgeschreven.
- De intramusculaire, langwerkende vorm heet Xeplion®.
- Paliperidon heeft vaak weinig nevenwerkingen. De belangrijkste zijn hoofdpijn, gewichtsstijging en vooral bij hogere doseringen parkinsonachtige verschijnselen (beven, spierstijfheid).

Quetiapine (Seroquel XR®):

- Quetiapine is het enige antipsychoticum dat zowel in de depressieve fase, de manische fase en de onderhoudsbehandeling wordt voorgeschreven. In de depressieve fase is het zonder concurrentie de eerste keuze. Dan wordt het ook in een lagere dosis voorgeschreven (300 mg). In de manische fase worden hogere dosissen gebruikt.
- De belangrijkste nevenwerkingen van quetiapine zijn slaperigheid en bloeddrukverlaging, vooral in het begin van de behandeling. Later moeten metabole nevenwerkingen (gewichtsstijging, vetstoornissen en diabetes) in de gaten gehouden worden.

Risperidon (Risperdal®):

- Risperidon wordt gebruikt in de manische fase en in de onderhoudsfase.
- De langwerkende, intramusculaire vorm heet Risperdal Consta®.
- De belangrijkste nevenwerkingen van risperidon zijn slaperigheid, seksuele nevenwerkingen, metabole stoornissen (gewichtstijging, vetstoornissen en diabetes) en in hogere dosissen parkinsonachtige verschijnselen (beven, spierstijfheid).

Antidepressiva

Hoewel antidepressiva vaak worden voorgeschreven in de depressieve fase, zijn zij in tegenstelling tot de ‘gewone’ depressie bij de bipolaire depressie geen eerste keuze. In een aantal studies bleken antidepressiva niet effectief om de bipolaire depressie te behandelen. Alleszins wordt, tenzij in individuele gevallen, aangeraden

om antidepressiva niet verder te nemen nadat de depressieve symptomen verdwenen zijn. Een aantal antidepressiva bleken zelfs manie uit te lokken. Zoals hierboven vermeld wordt eerder quetiapine aanbevolen. Toch kan een antidepressivum soms nodig blijken om de klachten onder controle te krijgen.

Benzodiazepines

Hoewel antipsychotica, lithium en valproaat momenteel als eerste keuzepreparaten worden aanbevolen, worden benzodiazepines vaak voorgeschreven in een hypomane of manische fase om de opwindings te verminderen of om de slaap te herstellen. Benzodiazepines zoals bv. lorazepam (Temesta®), alprazolam (Xanax®), diazepam (Valium®) of lormetazepam (Loramet®) mogen alleszins niet langdurig gebruikt worden omdat ze aanleiding kunnen geven tot tolerantie (steeds hogere dosissen nodig hebben om het effect te behouden) of afhankelijkheid (verslaving). Anderzijds mogen benzodiazepines niet zomaar worden gestopt. Ze moeten onder begeleiding van de arts afgebouwd worden.

Medicatie: een beknopt overzicht van de sterkten en zwakten van de gebruikelijke medicatie voor de manisch-depressieve stoornis:

	Behandeling depressieve periode	Behandeling manische periode	Preventie depressieve periode	Preventie manische periode
Antipsychotica				
Aripiprazole (Abilify®)		x		x
Assenapine (Sycrest®)		x		
Haloperidol (Haldol®)		x		
Olanzapine (Zyprexa®)		x		x
Paliperidone (Invega®)		x		
Quetiapine (Seroquel XR®)	x	x	x	x
Risperidone (Risperdal®)		x		x
Stemmingsstabilisatoren				
Carbamazepine (Tegretol®)		x		x
Lamotrigine (Lambipol®)			x	
Lithium (Maniprex, Camcolit®)		x	x	x
Valproïnezuur (Depakine®)		x	x	x

Elektroconvulsieve therapie (elektroshock)

Alhoewel elektroconvulsieve therapie (ECT) heel wat negatieve publiciteit heeft gehad, kan deze behandeling levens redden. Het is dikwijls de veiligste en meest effectieve behandeling voor een psychotische depressie. ECT kan ook nodig zijn indien je heel erg ziek bent en niet kan wachten op de werking van geneesmiddelen. Het kan ook aangewezen zijn indien je verschillende antidepressiva zonder resultaat geprobeerd hebt of indien je een bepaalde ziekte hebt of zwanger bent zodat geneesmiddelentherapie minder veilig is. Denk eraan dat ECT veel veiliger en veel comfortabeler is dan het in Hollywoodfilms wordt afgeschilderd en dat het opmerkelijk effectief kan zijn. Zoals alle behandelingen heeft ECT mogelijke neveneffecten. Hoewel er gewoonlijk een korte termijn geheugenstoornis optreedt, voelen de meeste ECT-patiënten dat de voordelen van de therapie ver uitstijgen boven het vooruitzicht van een zware, langdurige depressie. Ook bij ernstige manie is ECT een bruikbaar alternatief.

Omdat ECT een ingrijpende behandeling is moet de patiënt vooraf zeer goed geïnformeerd worden. De patiënt moet de kans krijgen alle vragen te stellen en elke bezorgdheid die hij heeft met de arts te bespreken. Slechts daarna moet je beslissen of de therapie kan toegepast worden.

Preventieve medicatie voor het leven

Succesvolle behandeling van de manisch-depressieve stoornis vereist heel wat volharding van patiënten en familieleden. Je zal op verschillende ogenblikken van je leven erg in verleiding gebracht worden om je medicatie stop te zetten. Enerzijds omdat je je erg goed voelt. Anderzijds omdat je misschien de hoge stemmingen een beetje mist of omdat je gehinderd wordt door lastige bijwerkingen. Wanneer je jouw medicatie niet meer neemt is de kans heel erg groot dat je na verloop van tijd hervalt. Soms is de diagnose onzeker na een enkele episode en is het mogelijk om de medicatie af te bouwen na ongeveer een jaar. Nochtans, indien je slechts één manische episode gehad hebt, maar een zeer sterke familiegeschiedenis of indien de episode zo erg was dat het bijna je leven ruïneerde,

dan zou je toch moeten overwegen om medicatie te blijven nemen gedurende verscheidene jaren of zelfs gedurende heel je leven. Indien je twee of meer manische of depressieve episodes gehad hebt, dan raden experts ten eerste aan om voor altijd preventieve medicatie te nemen.

Hoe dikwijls werkt preventieve medicatie? Wat indien ik symptomen begin te voelen?

Stemmingsstabilisatoren vormen de kern van de preventieve behandeling. Ongeveer één op drie mensen met de manisch-depressieve stoornis zullen helemaal vrij zijn van symptomen door stemmingsstabilisatoren te nemen gedurende hun hele leven. De meeste mensen bekomen een sterke vermindering qua frequentie en ernst van ziekteperiodes. Wees niet ont-

moedigd indien je van tijd tot tijd voelt dat je misschien in een manische of depressieve episode terecht komt. Rapporteer veranderingen altijd onmiddellijk aan je dokter. Een snelle aanpassing van je medicatie bij de eerste waarschuwingen kan vaak een normale stemming terugbrengen. Soms is er alleen maar een kleine stijging van de hoeveelheid stemmingsstabilisator in het bloed nodig. Of kan het voldoende zijn dat andere geneesmiddelen toegevoegd worden. Medicatie-aanpassingen zijn gewoonlijk een routinegedeelte van de behandeling (juist zoals insulinedosissen bij diabetes van tijd tot tijd veranderd worden). Wees nooit bang om veranderingen in symptomen te rapporteren. Gewoonlijk vereisen deze geen dramatische verandering in de behandeling en je dokter zal je zeker proberen te helpen.

Neem je medicatie zoals voorgeschreven, zelfs indien je je reeds lange tijd beter voelt

Soms hopen mensen die zich een aantal jaren goed gevoeld hebben dat de manisch-depressieve stoornis voorbij is en dat ze geen medicatie meer nodig hebben. Spijtig genoeg is deze aandoening niet te 'genezen' door medicamenten. Het zijn enkel de symptomen (de ontregeling van de stemming) die door medicatie behandeld kunnen worden. Het stopzetten van de medicatie, zelfs na vele jaren van goede gezondheid, kan leiden tot een noodlottig herval, soms binnen een paar maanden. De enige momenten waarop je ernstig zou moeten overwegen om preventieve medicatie te stoppen zijn de volgende: indien je

zwanger wil worden of indien je een ernstig medisch probleem hebt dat het verder gebruik van de geneesmiddelen onveilig zou maken. Zelfs deze gevallen zijn geen absolute redenen om de medicatie te stoppen. Bespreek deze situaties altijd zorgvuldig met je dokter. Als je met de medicatie gaat stoppen, is het belangrijk om de medicatie zeer langzaam (over weken tot maanden) af te bouwen.

Neveneffecten van medicatie

Zoals dit met veel medicijnen het geval is, kan de medicatie gebruikt bij manisch-depressieve stoornis gepaard gaan met onaangename bijwerkingen. De mensen die je behandelen zijn zich daarvan bewust en zullen dit normalerwijze in de gaten houden van zodra je met de medicatie start. Sommige medicaties hebben meer bijwerkingen dan andere, en deze bijwerkingen kunnen anders zijn bij het begin van de behandeling dan na verloop van tijd. In ieder geval kan je arts je bijstaan om deze onaangename bijwerkingen te beperken, door de dosis aan te passen of door naar een andere medicatie over te schakelen. Hierbij verwijzen wij ook naar de bijsluiter voor de volledige informatie betreffende meestal dosisafhankelijke nevenwerkingen, contra-indicaties, mogelijke interacties enz. van elk product.

Soms is het moeilijk uit te maken of een bijwerking het gevolg is van je ziekte, dan wel van de medicatie die je neemt. Bijvoorbeeld, als je denkt dat je denkvermogen en besluitvaardigheid verminderd is, zou je dit aan de medicatie kunnen toeschrijven.

Soms terecht. Maar het is ook een aspect van je ziekte. In beide gevallen: spreek erover met je behandelaar(s), zij zullen je kunnen helpen.

Vertel je dokter onmiddellijk over de neveneffecten die je ervaart.

De neveneffecten verschillen van persoon tot persoon. De bijwerkingen die je kan krijgen van een bepaalde medicatie hangen af van:

- het type en de hoeveelheid van een geneesmiddel,
- je eigen stofwisseling en fysiologie. Ook het waterverlies te wijten aan warm weer, speelt een rol,
- je leeftijd,
- andere geneesmiddelen die je neemt,
- andere ziekten die je hebt.

Minstens de helft van de mensen die stemmingsstabilisatoren neemt, heeft last van een aantal bijwerkingen. Deze neveneffecten komen voornamelijk voor indien hoge dosissen worden ingenomen of bij een combinatie van geneesmiddelen gedurende de acute fase van de behandeling. Het verlagen van de dosissen en het verminderen van het aantal geneesmiddelen helpt gewoonlijk. Sommige mensen hebben zo-

danig last van bijwerkingen dat een verandering van geneesmiddel vereist is. Neveneffecten zijn het ergste bij het begin van de behandeling. Sommige mensen die 20 jaar of langer lithium nemen met goed resultaat kunnen problemen ontwikkelen met neveneffecten of lithiumvergiftiging krijgen wanneer ze ouder worden. Gelukkig zijn valproaat of carbamazepine dikwijls zeer goede alternatieven maar de omschakeling dient geleidelijk te gebeuren. Valproaat schijnt de minste neveneffecten te veroorzaken gedurende langdurige inname.

Als neveneffecten een probleem zijn voor jou, zijn er een aantal benaderingen die je aan je dokter kan voorstellen:

- de dosis van het geneesmiddel verminderen,
- een ander geneesmiddel proberen om te zien of het minder vervelende bijwerkingen heeft,
- je geneesmiddel 's avonds innemen.

Denk eraan: verandering van geneesmiddel is een ingewikkelde beslissing.

Het is gevaarlijk om op eigen houtje je medicatie te veranderen. Bespreek dit dus altijd met je behandelende arts.

PSYCHO-EDUCATIE





Iedere patiënt draagt zijn of haar arts in zich.

Albert Schweitzer (Frans filosoof en arts . 1875-1965)

PSYCHO-EDUCATIE

Hoe meer je over je ziekte leert, hoe beter je geplaatst bent om de controle erover te verwerven.

Dit uitgangspunt van psycho-educatie ligt aan de basis van een specifiek therapeutisch programma waarbij een daartoe opgeleide therapeut informatie verschaft die ertoe moet leiden zowel de frequentie als de ernst van de symptomen in de toekomst te beperken.

Psycho-educatie maakt deel uit van een globaal behandelingsplan. Je zult heel wat kennis vergaren en je zult je ziekte en de behandeling beter leren begrijpen, het zal je helpen er beter mee om te gaan. Het zal ook een steun betekenen om door te gaan met medicatie. Veel mensen vinden dat niet alleen de informatie hen helpt, maar ook het leerproces zelf.

Psycho-educatie kan veel vormen aannemen. Er zijn de één-op-één-sessies, samen met de therapeut, sessies specifiek bedoeld voor omgeving en familieleden, groepsbijeenkomsten met andere patiënten of gemengde bijeenkomsten waarbij zowel patiënten als familieleden samen deelnemen.

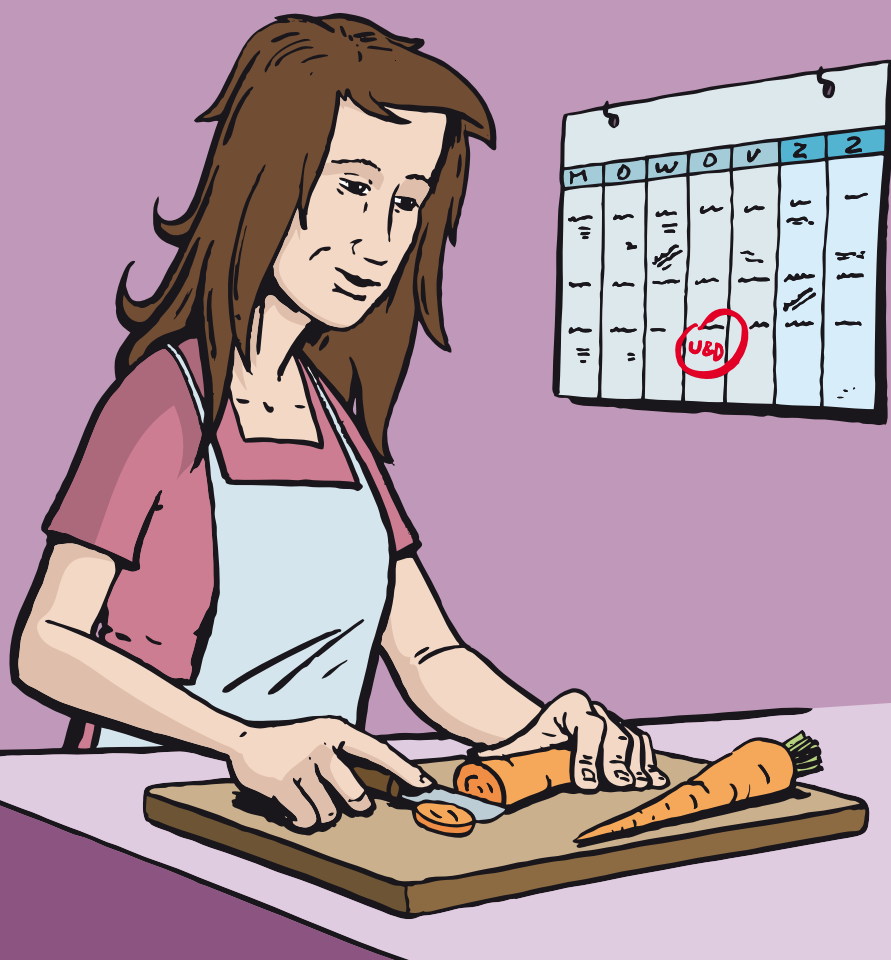
Psycho-educatie gebeurt in meerdere sessies over een paar maanden gespreid, soms zelfs jaren. Het effect blijkt het grootst te zijn wanneer de sessies plaatsvinden in stabiele periodes, gezien je dan meest openstaat om informatie op te nemen.

Een typisch psycho-educatieprogramma zou kunnen bestaan uit:

- Oorzaken en uitlokkende factoren van manische en depressieve episodes leren herkennen
- Symptomen van manie en depressie vroegtijdig leren opsporen
- Aanleren van strategieën om te verhindern dat eerste symptomen uitlopen op echte episodes
- Leren werken met dagboeken om je ziekteverloop in de gaten te houden
- Medicatie leren gebruiken
- Herkennen van bijwerkingen van medicatie en leren er iets tegen te doen
- Informeren over zwangerschap en genetisch onderzoek
- Bewust maken van het risico dat het stopzetten van de behandeling inhoudt
- Leren hoe drank- en druggebruik te vermijden
- Helpen bij het uitbouwen van een regelmatige levensstijl
- Leren aanpakken van slaapproblemen – zowel bij te veel als bij te weinig slaap
- Leren omgaan met stress
- Aanleren van probleemoplossend gedrag

Familiegerichte psycho-educatie zal het ook hebben over de financiële, sociale en psychologische druk die kan optreden wanneer je voor iemand met een bipolaire stoornis zorg draagt.

Diensten die aan psycho-educatie doen kan je ofwel rechtstreeks benaderen, of je kan je behandelteam, je huisarts of je zelfhulpgroep vragen je ermee in contact te brengen.





Wanneer je door de hel gaat, blijf gaan.

Winston Churchill (Brits politicus. 1874-1965)

ZELFHULP

Is er iets dat ik kan doen om mijn stoornis te verhelpen?

Zeer zeker kan je dat. Het is van groot belang om als het ware een expert i.v.m. je ziekte te worden. Vermits de manisch-depressieve stoornis een chronische aandoening is die je een leven lang zal begeleiden/meedragen (zoals o.a. diabetes), is het essentieel voor jou en je familie om alles leren over de aandoening en de behandeling ervan. Lees boeken, ga naar lezingen, praat met je dokter of therapeut en overweeg om lid te worden van Ups & Downs, vereniging voor manisch- en chronisch depressieve personen en betrokkenen. Langs deze weg kan je van anderen leren hoe zij omgaan met deze ziekte en met het innemen van de medicatie. Een geïnformeerde patiënt zijn is de meest zeker weg naar een stabiel leven met deze aandoening.

Neem je leven in eigen hand

Je kan helpen om de stemmingsschommelingen te verminderen door aandacht te schenken aan de volgende punten:

- Zorg voor een stabiel slaappatroon. Ga elke avond op ongeveer hetzelfde tijdstip naar bed en sta elke morgen op hetzelfde uur op. Onderbroken slaappatronen schijnen chemische veranderingen in je lichaam te veroorzaken die stemmingsschommelingen kunnen uitlokken. Wanneer je problemen hebt om te slapen, of indien je teveel slaapt, vertel het dan zeker aan je dokter. Als je een reis moet maken waarbij je van tijdzone zal veranderen en misschien last kunt hebben van 'jetlag', vraag dan raad aan je dokter.

- Zorg voor een regelmatig patroon van activiteit. Wees niet fanatiek of jaag jezelf niet teveel op. Houd rekening met je draagkracht. Neem indien nodig wat gas terug en bouw een periode van rust in. Te veel stress die je draagkracht overschrijdt kan immers een episode uitlokken.
- Gebruik geen alcohol of drugs. Deze scheikundige producten veroorzaken een onevenwicht in de werking van de hersenen. Dit kan stemmingswisselingen op gang brengen en kan de werking van de voorgeschreven medicatie beïnvloeden. Je kan soms in verleiding gebracht worden om alcohol of verboden drugs te gebruiken om je stemmings- of slaapproblemen te ‘behandelen’. Dit maakt de zaken altijd erger en is nefast voor je stabiliteit. Uiteraard is het in sociale situaties moeilijk om altijd nee te zeggen tegen een glaasje. Indien je bier of wijn drinkt, doe het dan zeker met mate. Het is beter om ’s avonds alcohol te drinken. In dat geval mag je zeker niet met de auto rijden, ook al heb je maar 1 glas gedronken, aangezien de medicatie het effect van alcohol versterkt.
- Wees voorzichtig met het ‘alledaags’ gebruik van alcohol, cafeïne en sommige medicamenten tegen verkoudheden, allergieën en pijn. Zelfs kleine hoeveelheden van deze stoffen beïnvloeden slaap, stemming of je medicatie. Misschien is het niet nodig dat je het genot van een aperitief voor het middagmaal of van een ochtendlijke kop koffie opgeeft, maar voor veel mensen kunnen deze middelen tot stemmingsschom-

melingen leiden. Het belangrijkste is dat je voor jezelf uitmaakt hoe ver je hierin kan gaan en dat je de grenzen respecteert zodat je je eigen stabiliteit niet in gevaar brengt.

- Steun van familie en vrienden kan heel veel helpen. Nochtans moet je ook beseffen dat het niet altijd gemakkelijk is om te leven met iemand die stemmingsschommelingen heeft. Indien we allemaal zoveel mogelijk over de manisch-depressieve stoornis leren, zijn we beter in staat om de onvermijdelijke spanningen en wederzijdse kritiek te doorstaan. Zelfs de ‘kalmste’ familie zal soms hulp van buitenstaanders nodig hebben om overweg te kunnen met de spanningen van een gezinslid dat voortdurend symptomen heeft. Vraag aan je dokter of therapeut om ook je familie te betrekken en hen te informeren over de manisch-depressieve stoornis. Familietherapie kan hierbij helpen en ook in de zelfzorggroepen van Ups & Downs is je familie welkom.
- Probeer om spanningen op het werk te verminderen. Natuurlijk wil je je best doen op het werk, maar denk er altijd aan dat het vermijden van herval prioriteit nummer één is. Probeer min of meer vaste werkuren te handhaven die je toelaten om op een redelijk tijdstip te gaan slapen. Als stemmingsschommelingen je functioneren op het werk storen, bespreek dan met je dokter wat je hieraan kan doen. Moet je doorgaan met werken of een tijdje stoppen? Hoeveel je over je aandoening vertelt aan je collega’s hangt uiteindelijk volledig van

jezelf af. Wanneer je niet in staat bent om te werken, dan kan een familielid aan je werkgever vertellen dat je je niet goed voelt, dat je onder doktersbehandeling staat en dat je zo spoedig mogelijk terug zal beginnen werken.

Word lid van een zelfhulpgroep

Leven met een manisch-depressieve stoornis kan zeer eenzaam zijn. Je kunt de indruk hebben dat de problemen onoverkomelijk zijn en je volkomen van elke hulp verstoken voelen. Hier heeft een zelfhulpgroep heel wat te bieden om je er terug bovenop te helpen.

Een zelfhulpgroep brengt mensen in contact met lotgenoten, met mensen die zich in ongeveer dezelfde situatie bevinden. Er wordt veel gepraat in een lotgenotengroep, uiteraard meestal over het gemeenschappelijke probleem.

Dat is maar goed ook. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat mensen die goed en veel over hun problemen en gevoelens kunnen praten tegen de juiste personen – dit is niet onbelangrijk – hun problemen sneller en beter verwerken. Vertellen is verwerken. Wanneer mensen de gelegenheid krijgen om vrijuit over hun gevoelens en de feiten te praten, krijgt hun innerlijke beleving ruimte en wordt het verwerkingsproces gestimuleerd.

De wijze waarop lotgenoten met elkaar praten is vaak bijzonder doeltreffend. Ze zitten snel op dezelfde golflengte, ze weten precies waarover het gaat. De groep zit immers barstensvol vergelijkingsmateriaal. Door het herkennen van het eigen verhaal in

het verhaal van een ander krijgt iemand er een bredere kijk op. Want mensen die het moeilijk hebben, die zich verward en neerslachtig voelen, bevinden zich vaak in een soort van bewustzijnsvernauwing. Ze geraaken vast in een uiterst negatief en eenzijdig denkpatroon. Hun eigen situatie spiegelen aan een gelijkaardige situatie doorbreekt deze negatieve denkspiralen en relativeert de hele toestand enigszins.

Kunnen en mogen praten over neerslachtige gevoelens lucht op. Het werkt bemoeidigend. Door naar anderen met hetzelfde verhaal te luisteren leert iemand met het probleem te leven. Dankzij de contacten binnen de groep stellen mensen vast dat het normaal is dat een verwerkingsproces tijd en energie vergt.

Er zijn verschillende zelfhulpgroepen actief, zowel voor wie zelf een manisch-depressieve stoornis heeft als voor mensen uit hun familie of omgeving. Deze groepen zijn actief op lokaal, nationaal en zelfs internationaal niveau, en kunnen mensen met een manisch-depressieve stoornis op heel wat vlakken van dienst zijn.

De meeste groepen putten voordeel uit het feit dat je er een groot aantal ‘gelijken’ ontmoet. Zij gaan uit van de stelling dat problemen best kunnen gedeeld worden met mensen die echt begrijpen waarover het gaat.

Binnen een zelfhulpgroep kun je de krachten bundelen met mensen die net hetzelfde doormaken als jij. Door samen te komen, door elkaar over problemen te vertellen of

gewoon door het gezellig samenzijn met mensen die weten wat het betekent met een manisch-depressieve stoornis te leven. Je zal wellicht tot besef komen dat veel van de problemen in jouw leven makkelijk overwonnen kunnen worden.

Groepen kunnen zich richten op specifieke vormen van ondersteuning. Het loont de moeite om even rond te kijken en uit te maken welke groep het dichtst bij jouw nood aansluit. Wie weet sluit je wel bij meer dan een groep aan.

De zelfhulpgroepen bieden volgende voordelen.

Gedeelde ervaring

De meeste zelfhulpgroepen worden opgericht door mensen die hetzelfde meemaken. Het kan echt een opluchting betekenen in het gezelschap te vertoeven van iemand die echt weet waarover je praat. Het helpt je beter en vrijer uit te drukken wat je echt voelt. Het kan een positieve invloed hebben op de verwardheid waar heel wat mensen met een manisch-depressieve stoornis mee af te rekenen hebben. Als je kwaad bent of je gefrustreerd voelt door je situatie of door je behandeling, is het heel wat makkelijker daarover te praten met iemand die hetzelfde doormaakte, dan met een professionele hulpverlener, die net aan de basis ligt van je frustratie.

Informatie en expertise

De enige echte deskundigen met betrekking tot het leven met een manisch-depressieve stoornis zijn die er zelf ook mee leven. Zelfhulpgroepen bestaan meestal uit mensen die in staat zijn te tonen hoe zij de ziekte leerden beheersen en hun leven terug in handen. Zij zullen heel wat antwoorden kunnen geven, of minstens weten waar je heen moet om het antwoord te vinden. Op basis van deze expertise maakten veel zelfhulpgroepen nuttige informatiefolders, video's of websites.

Ombudsfunctie en belangenbehartiging

Wie aan een manisch-depressieve stoornis lijdt kan wel eens botsen met de arm der wet, in financiële problemen komen, in de clinch gaan met de mutualiteit of geconfronteerd worden met discriminatie op het werk. Dit zijn situaties waarin je beter voor je rechten kan opkomen als je geruggensteund wordt door een sterke, goed geïnformeerde zelfhulpgroep.

Netwerken uitbouwen

Veel zelfhulpgroepen hebben contacten met zelfhulpgroepen die actief zijn op andere terreinen binnen en buiten de geestelijke gezondheid. Dit laat toe zo nodig de krachten te bundelen en samen campagne te voeren op tal van vlakken waar ook mensen met een manisch-depressieve stoornis baat bij hebben. Het laat ook toe gezamenlijk op te treden en invloed uit te oefenen in adviesprocedures waarbij belangrijker beleidsopties voorbereid worden.

Strijden tegen onwetendheid en vooroordelen

Het is niet alleen wie met de manisch-depressieve stoornis geconfronteerd wordt die nood heeft aan informatie over de ziekte. De maatschappij in zijn geheel blijkt meestal zeer slecht op de hoogte. Dit ligt aan de basis van misvattingen, vooroordelen en misbruik. Zelfhulpgroepen bestrijden dit door het opzetten van activiteiten en campagnes gericht op een positieve beeldvorming. Heel wat groepen of organisaties kunnen daarbij helpen, al is het maar met morele steun.

Zelfzorggroepen zijn een waardevol onderdeel van de behandeling. Deze groepen zorgen voor een gelegenheid om met lotgenoten te praten over het leven met de aan-doening en de aanvaarding ervan. Zij bevorderen het inzicht in de ziekte en helpen bij zelfontdekking. De deelnemers ontwikkelen een gevoel van kameraadschap met elkaar omdat ze allemaal leven met dezelfde stemmingsstoornissen.

Ups & Downs, vereniging voor manisch- en chronisch depressieve personen en betrokkenen is een dergelijke zelfzorggroep. Maandelijks worden er vergaderingen georganiseerd in de regionale zelfzorggroepen van Ups & Downs. Op dit moment bestaan er een achttal zelfzorggroepen. Zo zijn er groepen van Ups & Downs in Aalst, Antwerpen, Brugge, Gent, Hasselt, Ieper, Mechelen en Leuven. Het is vooral de steun die de deelnemers aan elkaar hebben door hun gelijkaardige ervaringen die deze bijeenkomsten onderscheiden van louter informatieve vergaderingen en de werking van de Ups & Downs zo uniek maakt. Tijdens de vergaderingen worden persoonlijke verhalen uitgewisseld zodat de deelnemers kunnen leren uit elkaars ervaringen. Tijdens deze vergaderingen wordt telkens de nadruk gelegd op medicatietrouw, therapietrouw en het belang om zoveel mogelijk structuur te brengen in elke dag.

Ups & Downs hecht ook heel veel belang aan informatieverstrekking. Binnen de lokale zelfzorggroepen geven wij ook duidelijke en gedetailleerde informatie over de manisch-depressieve stoornis en depressie.



Waarlijk, ik heb teveel gehuild!
Elke dageraad is hartverscheurend.
Elke maan is monsterachtig en de zon bitter.

Arthur Rimbaud (Frans dichter 1854–1891)

WERKEN AAN JE PERSOONLIJKE RELATIES



Wat kunnen familie en vrienden doen om te helpen?

Met een manisch-depressieve stoornis leven is niet eenvoudig. Het legt een dikwijls ondraaglijke last op je relaties die kunnen beginnen afbrokkelen of zelfs breken. Als je midden in een manische of depressieve episode vertoeft, besef je meestal niet welke schade je aanbrengt aan je vriendschaps- en familierelaties. Wanneer het dan weer beter gaat besef je plots dat je zeer eenzaam achterblijft.

Ook voor wie de zorg op zich neemt van een persoon die te kampen heeft met de bipolaire stoornis, kan de relatie met vrienden, collega's of familieleden onder zware druk komen. Dit zijn momenten waarin je je echte vrienden leert kennen. Het zou wel eens kunnen dat mensen die je als vriend beschouwde stilaan wegblijven. Zelfs familiebezoek neemt af. En als je al onderhuidse spanningen kende in je relatie kunnen die op korte termijn aan de oppervlakte komen.

Er zijn geen gemakkelijke oplossingen voor deze problemen. Toch zijn er een aantal praktische tips die het leven makkelijker kunnen maken.

Moedig de patiënt aan om in behandeling te blijven, om de dokter te zien en om alcohol en drugs te vermijden. Als de patiënt een bepaalde behandeling heeft ondergaan gedurende een bepaalde tijd met weinig verbetering van symptomen, of als hij last heeft van



neveneffecten, moedig de persoon dan aan om andere behandelingen aan de dokter te vragen of om een tweede opinie te zoeken. Stel voor om met de persoon naar de dokter te gaan om jouw waarnemingen mee te delen.

Als iemand vatbaar is voor manische episodes, maak dan gebruik van een stabiele stemming om 'richtlijnen' af te spreken. Dit zijn plannen en overeenkomsten die je met de persoon maakt wanneer hij of zij stabiel is met de bedoeling problemen te vermijden gedurende toekomstige ziekte-episodes. Je moet regels vastleggen die een bescherming inhouden. Er kunnen bijvoorbeeld afspraken gemaakt worden over het inhouden van kredietkaarten, bankmachtigingen en autosleutels, of toelating om professionele hulp in te roepen als een nieuwe manische episode dreigt. Juist zoals bij zelfmoord en depressie kunnen oncontroleerbare manische episodes gevaarlijk zijn voor de patiënt zelf. Hospitalisatie kan vaak veel schade voorkomen/beperken/het leven redden.

Als patiënten herstellen van een episode, laat hen dan terugkeren naar het actieve leven op hun eigen ritme. Verwacht niet te veel of te weinig van hen. Dring niet te hard aan. Denk eraan dat het stabiliseren van de stemming de belangrijkste stap is naar een volledig herstel. Aan de andere kant, wees ook niet te beschermend of te betuttelend. Probeer dingen te doen met hen, eerder dan voor hen, zodat ze in staat zijn om hun zelfvertrouwen te herwinnen.

Behandel mensen normaal eens ze hersteld zijn. Als er een herval dreigt, kan je de vroege symptomen vaak beter opmerken dan de persoon zelf. Bespreek dit op een zorgzame manier met de patiënt en stel een onderhoud met de behandelende arts voor.

Zowel jijzelf als de patiënt moeten een onderscheid leren maken tussen een goede dag en een hypomane episode en tussen een slechte dag en een depressie. Patiënten die medicatie nemen voor een manisch-depressieve stoornis hebben, net als iedereen, goede en slechte dagen die geen deel uitmaken van hun ziektebeeld. Maak gebruik van de hulp die beschikbaar is bij zelfzorggroepen (Ups & Downs).

DE TOEKOMST





‘Het beste aan de toekomst is dat ze dag per dag komt.’

Abraham Lincoln (Amerikaans politicus. 1809-1865)

DE TOEKOMST

Wanneer je begint te herstellen van je ziekte is het normaal dat je ook in het gewone leven het heft opnieuw in handen wil nemen. Controle verwerven over je herstel is een belangrijk aspect van het genezingsproces. Hoe meer je terug op eigen benen kan staan hoe beter je geplaatst bent om je ziekte op afstand te houden.

Een manisch-depressieve stoornis raakt alle levensdomeinen, er is dus werk aan de winkel.

Gezinsleven

Wat moet ik de kinderen vertellen? Daar heeft iedereen het moeilijk mee. Maar het is ook belangrijk dat je ziekte niet herleid wordt tot een groot geheim waar niemand over praat. Kinderen zijn nieuwsgierig, en als jij geen antwoorden geeft op hun vragen zullen ze die wel elders zoeken. Niemand kent je kinderen beter dan jij. Aan jou dus te beslissen of je het vertelt, hoeveel je vertelt en wanneer je het vertelt. Misschien zal iemand uit de zelfhulpgroep je bij deze beslissing kunnen helpen.

Familieplanning

Sommige medicijnen mogen niet genomen worden door zwangere vrouwen. Wanneer je aan gezinsuitbreiding denkt, dien je het daar altijd eerst over te hebben met je arts. Ook met je partner moet je een en ander doorpraten: is er sprake van erfelijkheid? Lopen je kinderen het risico dezelfde ziekte te krijgen? Zal je het aankunnen een kind op te voeden? De kans op hervat tijdens de zwangerschap of na de geboorte bestaat. Informatie van je behandelaar(s) zal jou en je partner toelaten deze vragen te beantwoorden.

Loopbaan

Vele mensen met een manisch-depressieve stoornis blijven gewoon aan het werk. Anderen gaan op zoek naar aangepast werk. Misschien is een minder stressvolle werkomgeving te verkiezen, wat minder uren werken, geen nachtwerk of kiezen voor deeltijds werk of een duobaan. De ene werkgever heeft al meer begrip voor dergelijke situaties dan de andere. Als werknemer ben je hoe dan ook beschermd door nationale en internationale regelgeving tegen discriminatie op het werk. Wanneer je meent er het slachtoffer van te zijn, kan je je richten tot heel wat instanties. Begin met de eigen personeelsdienst; je vakbond; mensenrechtenorganisaties; zelfhulpgroepen.

Financiële steun en andere rechten

Indien je door je ziekte niet langer in staat bent te werken heb je recht op een vervangingsinkomen.

Soms zal je vreemd gedrag gedurende manische episodes juridische gevolgen

hebben – denk maar aan schulden die je aanging en waar je nu tegen aan kijkt. Vraag advies aan je behandelaar(s), wend je tot je mutualiteit, het justitiehuis van je woonplaats of tot een zelfhulpgroep.

Opnieuw aan het werk

Wellicht heeft je ziekte aanleiding gegeven tot (al dan niet gedwongen) ontslag. Eens hersteld, wil je best terug aan het werk. Voel je je onzeker tijdens het solliciteren en wil je graag wat extra begeleiding? Dat kan! De VDAB legt uit wat ze jou te bieden hebben op: <http://vdab.be/werkinzicht/sollicitatiebegeleiding.shtml>.

Je kan ook terecht bij ‘Gespecialiseerde Trajectbepaling en -Begeleiding’ (GTB).

GTB is de gespecialiseerde dienst voor trajectbepaling en -begeleiding van personen met een arbeidshandicap. Zij begeleiden naar een gepaste job en bieden ondersteuning om deze ook te houden. Ze zoeken op de eerste plaats naar betaald werk. De eerste 3 maanden van de tewerkstelling kunnen zij de klant en de werkgever ondersteunen. Ook verder in de loopbaan kan men via hen advies en ondersteuning krijgen. GTB werkt samen met de VDAB. Als dat niet haalbaar is, kijken zij uit naar een passend alternatief, bijvoorbeeld arbeidszorg. Je vindt GTB in de lokale werkwinkels verspreid over heel Vlaanderen.

Vooruitkijken en plannen maken

Een specifieke manier om controle te behouden over je leven, zelfs als er een nieuwe crisis komt, is het opstellen van

een plan dat bepaalt hoe je behandeld wil worden indien dat nodig zou blijken. Wanneer je weet dat je tijdens manische episodes veel geld uitgeeft, kan je een familielid aanduiden die je bankkaarten kan blokkeren. Sommige behandelingen verkies je misschien boven andere. Sommigen mensen wil je graag informeren als je opgenomen wordt, anderen dan weer

niet. Je kunt dit opschrijven als ‘te volgen richtlijnen’ op een simpel blad papier of gebruik de fiche achteraan in dit boekje. Maak een video-opname waarin je deze instructies zelf geeft, zo ben je zeker dat het jouw instructies zijn die opgevolgd worden of stel een document op dat je dateert en ondertekent.

BIJKOMENDE INFORMATIE³

Vlaamse sites

Zelfhulp

Vlaamse sites

- www.upsendowns.be
website van Ups & Downs vzw, de Vlaamse Vereniging voor manisch- en chronisch depressieve personen en betrokkenen.
Regiogroepen in Brugge, Ieper, Aalst, Gent, Mechelen, Leuven, Antwerpen en Hasselt.
- contact@upsendowns.be
Dringend telefonische opvang nodig ? Bel 106 (Tele-onthaal).
- www.zelfhulp.be
Trefpunt zelfhulp. Overzichtssite van alle zelfhulporganisaties.
- www.similes.org
Vereniging voor gezinsleden en nabijbetrokkenen van personen met psychiatrische problemen.
- www.buddyproject.be
Buddy-project Vlaanderen.
- www.hulporganisaties.be
Website over gezondheid, preventie, hulpverlening en vrijwilligerswerking.

Noodlijnen

- www.preventiezelfdoding.be
De site van het Centrum ter Preventie van zelfdoding vzw.
- www.tele-onthaal.be
Tele-Onthaal. Je kan je verhaal altijd kwijt via de site of bellen naar 106.

Hulpverlening

- www.psychiatrie.be
Portaalsite voor psychiatrie in België.
- www.bfp-fbp.be
Portaalsite voor psychologen in België.
- www.vvgt.be
Vlaamse vereniging voor gedragstherapie.

³ Informatiebronnen kunnen wel eens wijzigen... raadpleeg de website van Ups & Downs (www.upsendowns.be) om de meest recente update van dit hoofdstuk te raadplegen

- www.vvcepc.be
Vlaamse Vereniging voor Cliëntgericht-Experiëntiële Psychotherapie en Counseling.
- www.bvrgs.be
Belgische Vereniging voor Relatietherapie, Gezinstherapie en Systeeminterventie.
- www.vvpt.be
Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie.
- www.hospitals.be
Overzicht van alle verzorgingsinstellingen van België.
- www.ombudsfunctieggz.be
Onafhankelijke klachtenbemiddelaars.

E-mental health tools

- blog.seniorennet.be/jekananders
Werken aan je depressieve klachten met technieken uit de cognitieve gedragstherapie.
- www.kleurjeleven.be
Een online cursus om zelfstandig je depressieve klachten aan te pakken.
- www.plukjegeluk.be
De nieuwe online gelukscoach (gratis voor CM-leden).
- www.stressbuster.be
Gratis online stresscoach.
- www.kilootjeminder.be
Online coach die je leert op een gezonde manier een paar kilootjes kwijt te raken.
- www.happybodytoyou.be
Je gratis persoonlijke online coach helpt je met dagelijkse tips om in vorm te geraken en te blijven.
- www.rookstopcoach.be
Gratis online coach die je helpt om te stoppen met roken.

Andere

- www.gelukkigerleven.be
Academie voor levenskunst vzw.
- www.sad.be/tegek
Te Gek!?

Internationale organisaties

- European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness (EUFAMI):
EUFAMI is de Europese vereniging van familieverenigingen. EUFAMI behartigt de belangen en het welzijn van familieleden en zorgverstrekkers van mensen met ernstige psychische problemen. Informatie over nationale en regionale afdeling vind je op hun website.
www.eufami.org
- GAMIAN-Europe:
Een door patiënten gestuurde, pan-Europese organisatie die de belangen van mensen met psychische problemen behartigt en voor hun rechten opkomt.
www.gamian.eu
- World Federation for Mental Health:
Internationale organisatie ter promotie van geestelijke gezondheid.
www.wfmh.org

Deze internationale organisatie kunnen je doorverwijzen naar hun lokale of nationale leden.

Aanbevolen boeken

Manisch-Depressieve Stoornis

- *Hulpguides BIPOLAIRE STOORNIS*. Alles wat jij en je omgeving moeten weten over manisch-depressiviteit (2010) door Dr. David J. Miklowitz.
- *Alles of Niets, Zelfgids voor mensen met de bipolaire stoornis* (2004) door Marc De Hert-Erik Thys-Geerdts Magiels-Sabien Wyckaert. Uitgeverij Houtekiet. Een creatief initiatief waarin via het gemakkelijk toegankelijk medium van het stripverhaal een zeer complexe aandoening in een vlotte en beeldrijke taal verduidelijkt wordt. Voor patiënten en familieleden is deze strip een goede manier om basisinformatie op te doen omtrent de manisch-depressieve stoornis.
- *Manisch Depressief* (2003) door Dr. Psychiater Pascal Sienaert, verbonden aan het Universitair Centrum Sint-Jozef te Kortenberg. In dit boek nemen een psychiater en een ervaringsdeskundige op unieke wijze beurtelings het woord. Uitgeverij Lannoo.
- *De onrustige geest* (2000) door Kay Jamison Redfield. Het verhaal van dokter Jamison, een psychiater die zelf een bipolaire stoornis heeft en één van de belangrijkste experts op vlak van bipolaire stoornis is geworden. Erg steunend voor mensen die zelf door deze aandoening getroffen zijn. Uitgeverij Luitingh-Sijthoff, Amsterdam.
- *Manie en manische depressie* (2000) door Arnoud Tanghe & Elisabeth Bollen. Gericht naar patiënten en hulpverleners. Veel gevalsbeschrijvingen. Uitgeverij Garant, Leuven/Apeldoorn.
- *Leven met de manisch-depressieve stoornis* door J. Kragten (2000). Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.

- *Behandelingsstrategieën bij manisch-depressieve stoornis* door Willem Nolen en anderen (1997). Bondig wetenschappelijk overzicht van de gangbare behandelingsmogelijkheden. Uitgeverij Garant: Leuven/Apeldoorn
- *Zelfzorg bij de manisch-depressieve stoornis: een handreiking aan patiënten bij het verwerken van mds* (1997) door Jos La Poutré. Uitgeverij Euthy-mos, Druivendrecht.
- *Depressie en manisch depressieve stoornis: oorzaken, symptomen en behandelingsmogelijkheden* door W.A. Nolen. Uitgeverij Tirion, Baarn.

Depressie

- *Depressie. Hoe een behandeling het levensplezier weer terug kan brengen* door R. Houtman (2002). Uitgeverij Davidsfonds, Leuven.
- *Demonen van de middag* (2001) door Andrew Solomon. Uitgeverij Athos/Amsterdam. ‘Een alom geprezen standaardwerk over alle aspecten van depressie, geschreven vanuit een diep doorleefde persoonlijke ervaring’ (New York Times). Bekroond met National Book Award 2001.
- *Leven met depressie* door J. Kragten. Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum, Houten. Beschrijft ontstaan en verloop ervan, hoe je er van afkomt en hoe je kunt voorkomen dat de depressie weer terugkomt.
- *Depressie Zelfzorgboek* door E.H. Coene (eindredactie) (1999). Uitgeverij St. September, Amsterdam.
- *Ik zie het weer zitten, Zelfhulpboek* bij Teleac-cursus over omgaan met depressiviteit door P. Cuijpers en H. Buijssen (1997). Stichting Teleac/NOT, Utrecht.
- *Het duister zichtbaar* (1990) door William Styron. Uitgeverij Nieuwzijds. De beroemde schrijver van *Sophie’s Keuze* (verfilmd met Meryl Streep) beschrijft zijn eigen depressie en hoe hij uiteindelijk herstelt. Pijnlijk maar troostrijk.

CRISIS CARD

In geval van nood

Persoonlijke gegevens

Naam

Adres

Telefoon

Contactgegevens

van mijn vertrouwenspersoon

Naam

Adres

Telefoon

GSM

Contactgegevens van mijn arts

Naam

Mutualiteit

Hospitalisatieverzekering

Bloedgroep

Medicatie

Andere details

.....

.....

.....

Voor politie en sociale dienst

Mijn naam is [NAAM INVVOEGEN].

Ik lijd aan [TYPE TOEVOEGEN].

Dit houdt in dat er momenten zijn waarop ik de controle over mijn gedrag verlies. Als dit het geval is: blijf kalm, begin niet te roepen.

Spreek me aan als
[VOEG IN HOE JE AANGESPROKEN WIL
WORDEN]

Spreek duidelijk en geef uitleg bij al wat gebeurt. Als ik het niet begrijp, herhaal de uitleg.

Neem aub zo vlug mogelijk contact op met mijn vertrouwenspersoon.
Dank je wel.

STEMMINGSDAGBOEK

Kruis het vakje aan dat best omschrijft hoe je je elke dag voelt. Neem aan het eind van elke dag even de tijd om je gemoedsgesteldheid te noteren. Bekijk dit samen met je hulpverlener bij elk bezoek.

[illegible][illegible]

ADVANCE DIRECTIVE

(Instructies voor de toekomst)

Voorbeeld

Ik begrijp dat ik in een crisismoment mijzelf niet altijd in de hand heb.
Als dit gebeurt, dan geef ik toelating aan [NAAM] om:

- ☐ Mijn autosleutels in beslag te nemen
- ☐ Mijn bankkaarten in beslag te nemen
- ☐ Contact op te nemen met mijn behandelaar

Ik verkies dat [NAAM]:

- ☐ Geen contact opneemt met mijn vrienden
- ☐ Geen contact opneemt met mijn werkgever

Ik verkies volgende medische behandeling:

.....

.....

.....

Ik wil niet behandeld worden met:

.....

.....

.....

Ik heb volgende allergieën:

.....

.....

.....

Overgenomen van Pieter Overduin

WOORDENLIJST

Advance directive

Een plan waarin je, op voorhand, zelf bepaalt wat je wilt dat er gebeurt bij een crisis of in geval van nood.

Antidepressivum

Medicijn dat gebruikt wordt om depressie te behandelen.

Antipsychoticum

Medicijn dat gebruikt wordt bij de behandeling van meerdere vormen van geestesziekte, inclusief de manisch-depressieve stoornis.

Atypisch antipsychoticum

Nieuw type antipsychoticum dat gebruikt wordt bij de behandeling van meerdere vormen van geestesziekte, inclusief de manisch-depressieve stoornis.

Bipolair I

Type van manisch-depressieve stoornis waarbij naast depressieve episode(s) er minstens één manische episode voorkomt.

Bipolair II

Type van manisch-depressieve stoornis gekenmerkt door zware depressie en milde manie (hypomanie), doch zonder ernstige manische episodes.

Comorbiditeit

Wanneer iemand tegelijkertijd aan twee of meer ziektes lijdt.

Depressie

Gevoel van diepe droefheid, wanhoop, lage zelfwaarde, lusteloosheid, schuldgevoelens, negatief denken, verminderde eetlust, slapeloosheid, suïcidegedachten.

Episode

Tijdspanne (tijdsperiode) waarin symptomen zich voordoen, zowel manie, depressie, hypomanie of gemengd.

Gemengde episode

Periode (tijdsperiode) waarbij zowel aspecten van manie als van depressie terzelfder tijd voorkomen.

Herval

Wanneer de symptomen opnieuw opduiken na een periode van afwezigheid ervan.

Hypomanie

Minder intense vorm van manie waarbij men zich wel euforisch voelt, maar niet in die mate dat het dagelijks leven eronder lijdt.

Manie

Extreem gevoel van gelukzaligheid en energie, gepaard met een verlies aan sociale remmingen, ongebreideld optimisme en minder nood aan slaap.

Psychose

Een geestestoestand waarbij je het contact met de werkelijkheid verliest. Kan gepaard gaan met hallucinaties en/of stemmen horen.

Remissie

De periode (tijdspanne) waarbinnen de symptomen verminderen of verdwijnen.

Schildklier

Orgaan aan de voorzijde van de hals dat hormonen produceert.

Stemmingsstabilisator

Medicijn dat gebruikt wordt om stemmingswisselingen te behandelen en te voorkomen dat iemand depressief of manisch wordt.

Tremor

Voortdurende schudbeweging van één of meer lichaamsdelen, veroorzaakt door een onwillekeurige contractie van spieren.

Uitlokkende factor

Iets, een gebeurtenis die ertoe aanleiding kan geven dat symptomen opnieuw opduiken.

Zorgverlener

Vriend of familielid die zorg draagt voor iemand die ziek is.





Wees voorzichtig als je een boek over gezondheid leest.
Je zou kunnen bezwijken aan een drukfout.

Mark Twain

Zelfzorg is een essentieel onderdeel van het leren leven met de manisch-depressieve of bipolaire stoornis. Informatie over de aanpak en uitleg over de behandeling ervan zijn een hulpmiddel van onschatbare waarde voor patiënten om een beter inzicht te krijgen in wat hen is overkomen. In de meeste gevallen heeft de ziekte het leven van de patiënten en betrokkenen ondersteboven gegooid en moet er heel wat hersteld, verwoord en uitgepraat worden.

Deze zelfzorggids tracht de essentiële informatie over de manisch-depressieve te bundelen.

Ups & Downs wil hiermee patiënten en familieleden ondersteunen bij het verwerkingsproces en het herstel.

Derde (herziene) uitgave 2011



Met de steun van
de Koning Boudewijnstichting

