

BIPOLAIR

Inhoudsopgave

Bipolair

De GGZTotaal van juni

[Naar artikel >](#)

De maakbaarheid voorbij: de egoloze hulpverlener

Gert Schout over een nieuwe vakman in de GGZ

[Naar artikel >](#)

'Jij kan geen PTSS hebben, want je bent geen veteraan'

Filmpjes in plaats van push ups voor de PTSS-challenge

[Naar artikel >](#)

De Psycholoog als kwaliteitskeurmerk

Column Linde Gongrijp, directeur NIP

[Naar artikel >](#)

"Coachen en begeleiden van raadsleden, advisering aan de raad, procesbewaking"

Maaik Haest, coach/ondersteuner van de cliëntenraad zorgbedrijf Dijk en Duin

[Naar artikel >](#)

'Voor altijd'

Een gedicht van Gisele Vranckx

[Naar gedicht >](#)

Lelijk eendje

Een column van Niki Stoker

[Naar column >](#)

Uit de put.

Manisch-depressief: ervaringen en analyses

Recensie Johan Atsma

[Naar recensie >](#)

GGZTotaal in de komende maanden

[Naar artikel >](#)

Over de top en in de put: de bipolaire stoornis

Ralph Kupka

[Naar artikel >](#)

Tussen hemel en hel: religieuze en spirituele ervaringen en de bipolaire stoornis

Eva Ouwehand

[Naar artikel >](#)

Hoe trauma het leven bipolair kan kleuren

José Hoekstra

[Naar artikel >](#)

Een wereld van verschil. Het effect van verschillende diagnoses ...

Siebe Haagsma (VMDB) over lotgenotencontact

[Naar artikel >](#)

BIPOLAIR

Hoewel het vergelijken van problemen een hachelijke zaak is, kun je gerust stellen dat de bipolaire stoornis één van de meest ontwrichtende psychiatrische aandoeningen is. Hevige depressies, soms gepaard met wanen, afgewisseld met een periode van extreme opgewektheid, waarin iemand gedrag laat zien dat alle grenzen overschrijdt. Als dat voorbij is volgt schaamte en het uitzicht op een mogelijk volgende depressie. Geen prettig scenario, en dat is voorzichtig uitgedrukt. Gelukkig is niet elke bipolaire stoornis zo hevig, maar een pretje wordt het nooit. Genoeg aanleiding om onze XL-bijlage er aan te wijden. Ralph Kupka geeft een overzicht over de essentie van de aandoening, Eva Ouwehand beschrijft hoe mensen hun manieën (en in mindere mate hun depressies) spiritueel of religieus kunnen ervaren, Siebe Haagsma benadrukt het belang van lotgenotencontact en José Hoekstra tenslotte onderzoekt of trauma's mogelijk een (mede-)oorzaak kunnen zijn voor bipolariteit.

Trauma's komen ook terug in het artikel over de PTSS-challenge, een opmerkelijk initiatief, afkomstig uit de Verenigde Staten. Jacco Scheer zag zichzelf geen 22 push-ups doen en vond een andere manier om aandacht te vragen voor PTSS.

En dan de hulpverlening, je zou bijna vergeten dat die er ook nog is. Gert Schout, van origine Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, pleit voor een bescheidener rol. Niet de interventies van de hulpverlener moeten centraal staan, maar de mogelijkheden van het netwerk. Dat betekent vooral dat er 'egoloos' hulpverlening moet worden geboden.

Enkele van onze vaste rubrieken staan ook in het teken van de bipolaire stoornis. Johan Atsma recenseert 'In de Put', waarin Godfried van Benthem van den Bergh zijn eigen bipolaire stoornis analyseert. Vaste lezers weten inmiddels dat onze vaste columnschrijver Niki Stoker ook een bipolair is, haar bijdrage(nog invullen).

Niet per se over een bipolaire stoornis gaat het gedicht 'Voor Altijd' van Gisele Vranckx. Linde Gongrijp, directeur van het NIP, vraagt zich ten slotte af of psychologen zich soms niet laten misbruiken.

Genoeg interessants, lijkt ons. Als je geen tijd hebt om het hele magazine te lezen, willen we je nog even wijzen op een simpele en kosteloze manier om de GGZTotaal financieel te steunen via Bol.com. Hoe dat in zijn werk gaat, staat onderaan de rubriek 'De GGZTotaal in de komende maanden' beschreven. ●

DE XL BIJLAGE van juni:
De Bipolaire stoornis

XL

De maakbaarheid voorbij: de egoloze hulpverlener

Naar een nieuwe vakman in de GGZ

Gert Schout werkt als principal investigator bij de afdeling Metamedica van het VUmc in Amsterdam.

Gert Schout

Hij is van huis uit sociaal psychiatrisch verpleegkundige en promoveerde in 2007 op een proefschrift over de wisselwerking tussen zorgvermijding en zorgverlamming. Tussen 2008 en 2012 was hij lector openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz) bij de Hanzehogeschool in Groningen. Hij deed onderzoek naar Eigen Kracht conferenties in de oggz en later naar de inzet van deze conferenties bij het voorkomen van dwang in de (jeugd)ggz. Sociale veerkracht, dwangpreventie, zelforganisatie en de inbedding van normatieve professionals in normatieve praktijken, zijn onderwerpen in zijn onderzoek. Correspondentie: g.schout@vumcl.nl

Hulpverleners schieten makkelijker in de stand van hulpverlener en probleemoplosser dan in de rol van netwerkorganisator, schreven Pieter Hilhorst en Jos van der Lans vorig jaar in het Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken. Als er iets moet gebeuren, dan wordt er geen netwerkanalyse gemaakt, maar wordt er gehandeld. Het inschakelen van het sociale netwerk blijft zo een papieren voornemen, ondanks alle recente belangstelling voor familiebeleid, triadisch werken, Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) en de familie als bondgenoot. Het blijkt, ook in de GGZ, moeilijk om oog te krijgen voor de sociale hulpbronnen van cliënten, laat staan ze te benutten.

Er zijn een aantal voor de hand liggende verklaringen voor deze terughoudendheid: bureaucratisering, juridisering en risicomijding samenhangend met privacywetgeving, waardoor het betrekken van anderen bij de hulpverlening bemoeilijkt werd; de marktwerking die een hinderpaal vormt om informele hulp in te schakelen; de medicalisering die gepaard ging met de DBC-financiering waardoor de hulpverlening zich ging concentreren op "ik-en-deze-cliënt". Deze verklaringen blijven echter teveel aan de oppervlakte en miskennen dat helpen verbonden is geraakt met verhelpen.

Waarom lukt het hulpverleners in de GGZ zo slecht om sociale hulpbronnen te benutten? En, hoe kan het anders? Hoe komen we weg van de zelfoverschatting, weg van de heldenrol die verbonden is met verhelpen?

De opkomst van de maakbare mens

In zijn boek 'Een nieuwe wereld' laat Auke van der Woud (2006) zien hoe ingrijpend de Westerse wereld in de tweede helft van de 19e eeuw veranderde.

Stoomschepen maakten veraf gelegen continenten ineens bereikbaar, spoorlijnen legden het land open, nieuwe communicatiemiddelen zoals de telegraaf en de telefoon overbrugden tijd en ruimte op een manier die voordien ondenkbaar was; het trage tempo van traditie en routine maakte plaats voor mobiliteit en vooruitgang. Elke grote wetenschappelijke ontdekking bevestigde de idee dat de werkelijkheid een systematische orde had. Dat gold voor sterrenstelsels, voor planten en dieren. Ook ons eigen lichaam bleek een stelsel, van ledematen, spieren en organen. Het systematische werd 'normaal', de werkelijkheid luisterde naar natuurwetten. Deze ontdekking leidde tot een grenzeloos optimisme; de toekomst hoefde niet meer afgewacht, maar kon gemaakt worden. Zelfs het weer werd voorspelbaar. Darwin liet bovendien zien dat de planten en dieren zich ontwikkelden; wat zich goed kan aanpassen of wat goed functioneert overleeft, het onaangepaste verdwijnt. Het christelijke idee van de mens als 'heer der aarde' kreeg een vliegwieltje met het door wetenschap gedreven vermogen om dit heersen ook waar te maken.

Zo ontstond ook het idee dat 'onaangepasten' ordelijk moesten en konden leren leven en kwamen engineering en social engineering in elkaars verlengde te liggen. Beschavingsidealen leidden tot plannen om armoede te bestrijden en zogenaamde 'onaangepasten' te verheffen. Die verheffing leidde tot aparte woonscholen, gestichten en koloniën waar ze moesten leren om met geld om te gaan, hun kinderen op te voeden en hygiënisch te leven. Het abjecte van het abnormale verdween uit het zicht naar de bossen en het veen, maar de goede bedoelingen van de verheffingsexperimenten leidden vaak ook tot culturele gelijkschakeling, standaardisatie, controle en de reproductie van afhankelijkheid.

Maakbaarheid in de GGZ

Een soortgelijke maakbaarheidsoptimisme kwam op in de GGZ. Vanaf de tweede helft van de 19e eeuw beschreven de psychiaters Emil Kraepelin en Eugen Bleuler etiologie, symptomatologie en beloop van allerlei ziektecategorieën. Het ordeloze, het ontoelaatbare en het abnormale werd het terrein van



"We moeten dus op een andere manier over maakbaarheid na gaan denken"

dokters. Patiënten ondergingen allerlei therapieën die achteraf gezien worden als inhumain, ondoelmatig of schadelijk: van wisselbaden, insulineuren, slaapdeprivatie, lobotomie tot elektroshocktherapie. De komst van Freud's inzichten en vooral de komst van het neurolepticum chloorpromazine (largactil) in 1953 voedden dit maakbaarheidsoptimisme, recent nog aangewakkerd door de mogelijkheden die de neurobiologie leek te hebben om het brein te helen. Was er in de jaren tachtig en daarvoor nog belangstelling voor het werk van Querido en Trimbos en de relatie die zij zagen tussen psychische problemen en maatschappelijke problemen als armoede en werkloosheid, in het midden van de jaren negentig en daarna groeit de belangstelling voor de klinische psychiatrie. Op de 'mythe van de klinische psychiatrie' is dan al de nodige kritiek, maar de hang naar maakbaarheid duurt, ook nu nog, voort.

Het gevolg: hele volksstammen wenden zich tot de hulpverlening met psychische klachten; 43% van de bevolking heeft inmiddels voor kortere of langere tijd een psychische aandoening gehad. De versmalling van

de psychiatrie tot klinische psychiatrie promoveert de psychiatrie van asylum tot reparatiewerkplaats, maar bemoeilijkt tegelijkertijd de beddenreductie die overal in Europa slaagt, behalve in België en Nederland.

De ontwikkelingen rond het hoofdbehandelaarschap is een verdere accentverschuiving van helpen naar verhelpen: van de negen beroepen die minister Schippers aanwees als mogelijke hoofdbehandelaar (lees eindverantwoordelijke in de behandeling) kiezen de verzekeraars in ieder geval de psychiater en de klinisch psycholoog. De sociaalpsychiatrisch verpleegkundige kan geen hoofdbehandelaar meer worden.

De GGZ was al in de ban van de maakbaarheid (klinische psychiatrie); zonder dat ze het misschien zelf zo graag gewild heeft, heeft ze nog meer het profiel aangenomen van een handelbedrijf van individuele diagnose-behandelcombinaties.

Indirecte maakbaarheid: het vergroten van de kring

Velen hebben er op gewezen dat maakbaarheidspraktijken (bijvoorbeeld DSM-diagnoses met behandelrichtlijnen) allerlei vormen van aangeleerde hulpeloosheid onbedoeld versterken. Verhelpen creëert een context van afhankelijkheid als eigenaren van problemen niet ook de eigenaren van oplossing worden. We moeten dus op een andere manier over maakbaarheid na gaan denken.

Er is onderscheid te maken tussen directe maakbaarheid en indirecte maakbaarheid via het stimuleren van leerprocessen en zelforganisatie. Het idee dat een deskundige een oplossing komt brengen staat niet op de voorgrond, maar het bijeenroepen van alle betrokkenen die ideeën kunnen aandragen om uit de moeilijkheden te komen. In plaats van problemen op te lossen wordt de groep gestimuleerd en gesteund in het vinden van oplossingen. Het stimuleren van leerprocessen en het bijeenroepen van betrokkenen rond een probleem komt tegemoet aan de complexiteit van hedendaagse vraagstukken.

Ook de problemen van GGZ-cliënten zijn complex, zeker in de Specialistische Geestelijke Gezondheid Zorg (SGGZ) en al helemaal bij de groep cliënten die bekend staan als EPA-patiënten (Ernstig Psychiatrische Aandoeningen). Los nog van de complexiteit van de psychiatrische symptomatologie zelf hebben veel cliënten nog andere problemen, zoals verslavingen, sociaal isolement, gebrek aan zingeving en dag invulling, schulden en woonproblemen. Problemen die tezamen een complex karakter hebben. De gedachte achter vormen van indirecte maakbaarheid is dat de denkkraft van zowel de groep als ook de deskundig-

heid van hulpverleners gebruikt wordt voor een plan dat de groep maakt. Voorbeelden hiervan zijn Restorative Circles, Vereende Kracht-conferenties en (familie)netwerkberaden, waarbij het steeds gaat om werkvormen waar professionals hun monopolie op de beste oplossingen laten varen.

Pieter Hilhorst en Jos van der Lans schreven in hun artikel dat voor al deze werkvormen geldt dat anderen betrekken bij de problematiek nieuwe ideeën en oplossingen kan genereren waar de hulpverlening soms niet aan heeft gedacht. Het gaat met andere woorden om het tegengaan van blinde vlekken, het zoeken naar bredere oplossingen, het vinden van oplossingen die gedragen worden door de mensen om wie het gaat. Deze werkvormen doen bovendien recht aan de realiteit dat hulpverleners altijd passanten zijn die zonder de hulp van mensen uit de omgeving veel moeilijker iets duurzaam op gang kunnen brengen dan met een één-op-één-betrekking mogelijk is.

Anderen serieus nemen is verwachten dat anderen samen met hun kring zelf oplossingen kunnen vinden en dat de expertise die de GGZ wel degelijk heeft wordt gebruikt om de planvorming te voeden. In dat licht is de term Vereende Kracht-conferentie verkozen boven Eigen Kracht-conferentie, omdat professionele kennis niet uitgesloten wordt.

De egolozе hulpverlener

De ideeën over indirecte maakbaarheid bracht Erik Gerritsen op de profilering van de professional die dit paradigma praktiseert, de zogenaamde 'egolozе hulpverlener'. Gerritsen typeert deze professional als iemand die anderen bevestigt, stimuleert, activeert,

"Iemand die anderen bevestigt, stimuleert, activeert, iemand die aanmoedigt en geniet van de resultaten die de groep bereikt"

iemand die aanmoedigt en geniet van de resultaten die de groep bereikt. Professionals die zich zo opstellen zoeken geen applaus voor hun interventies, leggen ook geen relatie tussen hun interventie en het behaalde resultaat maar werken vanuit het besef dat complexe problemen alleen opgelost kunnen worden als er sprake is van eigenaarschap, dat de mensen zelf een plan maken dat hun eigen culturele stempel draagt. Dit type professional houdt afstand van de heldenrol, hij is niet de behandelaar van stoornissen, maar ondersteunt mensen en hun netwerk zichzelf te helpen.

De nieuwe vakman

Waarom willen hulpverleners helpen? Waarom lukt het hulpverleners in de GGZ zo slecht om sociale hulpbronnen te benutten? En, hoe kan het anders? Hoe komen we weg van de zelfoverschatting, weg van de heldenrol die verbonden is met verhelpen?

Het aandragen van een 'oplossing' voor dit complexe en veelvormige probleem zou mijzelf paradoxaal genoeg in dezelfde maakbaarheidsvalkuil laten vallen. Laten we het houden op een uitdaging. Die uitdaging ligt in het vakmanschap van het egoloze hulpverleners en de werkvormen die voortvloeien uit het idee van

indirecte maakbaarheid. Veel hulpverleners zijn zelf in de hulpverlening gegaan omdat (ver)helpen erkenning oplevert: dat jouw behandeling tot genezing leidt, dat je nodig bent, dat je belangrijk bent voor anderen.

In dit nieuwe vakmanschap liggen echter nieuwe retourgiften en nieuwe mogelijkheden voor een professionele identiteit. Als de groep onverwachte resultaten bereikt doordat jij ze bij elkaar geroepen hebt, jij ze gevoed hebt met kennis over psychische kwetsbaarheid / weerbaarheid, jij ze bemoedigd en aangemoedigd hebt, dan geniet je mee van het resultaat.

De nieuwe vakman is beducht voor de afhankelijkheidsmachinerieën die verbonden zijn aan de maakbaarheidspraktijken en gaat ervan uit dat eigenaren van problemen ook eigenaren van oplossingen zijn. Hij weet dat bereikte resultaten maar zeer beperkt toegeschreven kunnen worden aan de eigen interventies of programma's, maar veel eerder aan de kracht van de primaire groep. Ook onderdrukt hij de neiging om op te lossen, om in te grijpen. Mocht het toch tot ingrijpen komen – wat soms in de GGZ onvermijdelijk is – dan wordt zo snel mogelijk de kring erbij gehaald en als die er niet is wordt met behulp van peer groups een beschermjas gezocht.

Deze nieuwe vaklui gaan ons met hun positief zichzelf waarmakende verwachtingen helpen om de 19e-eeuwse erfenissen van maakbaarheid achter ons te laten. Niet alleen een wenkend perspectief voor hulpverleners, maar ook doelstellingen op het gebied van sociale veerkracht en kostenreductie komen ermee binnen handbereik. ●

(Dit artikel is een samenvatting van een publicatie die in oktober 2016 in het Vakblad Sociale Psychiatrie verscheen. Die uitgebreide versie kun je hier vinden)

Voor altijd

*Ik luister met volle overgave naar alles
wat jij mij niet vertelt
niet laat horen, niet laat zien*

*Ik huil om mijn opgewekte tranen
ze proeven als vroeger
en toch ben ik hier*

*Ik vraag om een verklaarbaar antwoord
liever sla jij met woorden
dan ze te schenken*

*Ik dacht het vertrouwen te vinden
mijn kwetsbaarheid laat je koud
mijn tranen van goud*

*sijpelen op mijn shirt
richting onderbuik
dwars door mijn gevoel*

*wandel ik gesterkt verder
met vernieuwd
vertrouwen in mijzelf*

voor altijd

© Gisele Vranckx

LELIJK EENDJE

Van huis uit heb ik niet echt geleerd om vakantie te vieren. We gingen nooit. Op één uitzondering na. Mijn ouders huurde eens een huisje in Friesland. Ik was een jaar of zeven. Twee weken pret en ons kleine bootje ging mee op het dak van onze NSU. Lang hadden we ons erop verheugd en toen we eindelijk vertrokken, pakten de wolken boven ons zich samen in de anders zo strakblauwe zomerlucht.

Eenmaal onderweg begon het te stortregenen, maar dapper begonnen we bij Amsterdam al te zingen: 'We zijn er bijna, we zijn er bijna maar nog niet helemaal'. Het huisje was knus en er was water overal, herinner ik me. Alles verslindend water. Mijn vader verloor zijn kunstgebit tijdens een duik en had ook nog zijn niet-waterdichte nieuwe horloge om. Later gleed ook het speciaal voor deze gelegenheid aangeschafte fototoestel en een bril nog in het ruime sop. Tot verzuipens toe wist hij gelukkig het gebit weer op te diepen.

Na twee dagen hadden we de boot leeg geschept. Hij was halfvol komen te staan in de bui onderweg. Het regende nog steeds en het was een hele klus geweest. Eenmaal ter water gelaten, mocht mijn broer de buitenboordmotor starten. Dat vond hij prachtig en met het gas op voluit stootte hij tegen de zeilboot die in de buurt lag. De zeilboot kwam er goed vanaf maar ons vaartuig had een vuistgroot gat in de romp.

Toen we aan het einde van de vakantie de gerepareerde boot weer op de auto hadden vastgebonden, begon de zon te schijnen. Het had al die tijd geregend. Het werd een schitterende dag.

Nee, wij waren dagjesmensen. Het liefst vaak naar Zandvoort. We vertrokken altijd heel vroeg in de ochtend om voor de drukte uit te gaan. Mijn vader had in die jaren verschillende lelijke eendjes. Ken je ze nog? Op de achterbank zat in het midden een harde ijzeren stang.

Ik was de jongste van de drie dus ... inderdaad. De pijn in mijn kont mocht de pret niet drukken. We sleepten met koelboxen, kleden, windschermen, emmertjes en schepjes over het nog verlaten zand. Een paar uur later zat ons strand bomvol en hadden we alleen het kleed waarop we zaten nog voor onszelf. De koelboxen waren tegen die tijd al half leeg.

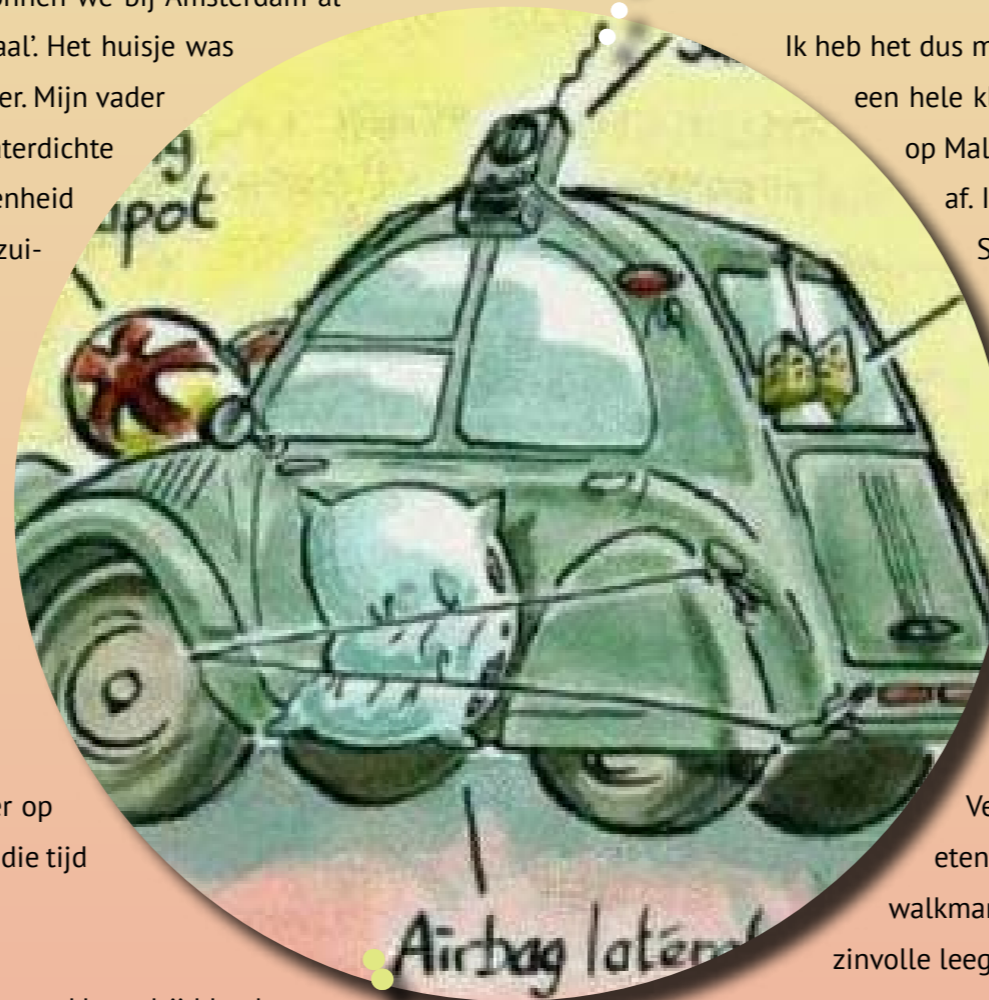
Ik herinner me dat ik ooit spelend met broer was afgedreven in de branding. Als kindje van een jaar of vijf huilde ik in de enorme massa aan zijn handje tranen met tuiten. "We vinden ze wel, joh", zei mijn grote broer van zes met grote bange ogen en een trillend lipje. Dat is kennelijk gelukt. Als in de middag alle proviand op was zei mijn moeder: "Zullen we lekker naar huis gaan?" Dan sleepten we met z'n allen door het hete zand alle spullen dat pukkeneind naar de auto weer terug en nam ik heerlijk rozig plaats op de stang.

Ik heb het dus moeten leren, langere tijd van huis en dat dan ook nog fijn vinden. Dat was nog een hele klus. Inmiddels ben ik vele vakanties verder. Maar of ik nou in Frankrijk, Spanje op Malta, Kreta of door Banjul liep, ik telde altijd stiekem de dagen voor de terugtocht af. Ik vond het wel leuk hoor, maar wilde liever in m'n eigen bed slapen 's nachts. Standaard vroeg ik mijn verkering na een paar dagen: 'Zullen we lekker naar huis gaan?'

Er is een reis geweest waar dat niet zo was. Ik had drie maanden met een depressie achter slot en grendel gezeten in het UMC, ingesteld op lithium en vrij gelaten omdat ik het leven wel weer aan zou kunnen. Dat kon ik eigenlijk niet en daarom verzon mijn verkering dat we een maandje naar Thailand zouden gaan. Mak als een lammetje volgde ik hem naar Koh Samui. Een paradijselijk eilandje waar ons witte huisje op palen met palmladeren dak op een bijna verlaten strandje stond. Op vijf meter afstand de zee en op een steenworp afstand een tentje, waar we vier weken aten en dronken. Verder was er niets. Vier volle weken van alleen maar 'zijn'. Slapen, zwemmen, eten, slapen en 's avonds langs de zee wandelen met ieder een oortje van mijn walkman met Lenny Krevitz 'Are you gonna go my way'. Een prachtige ervaring over de zinvolle leegheid van het bestaan.

Toen we na twaalf uur vliegen voet zetten op Schiphol deed mijn kont pijn van het zitten. Dat heb ik na iedere lange vakantie reis net als na ieder dagje Zandvoort vroeger, met het lelijk eendje van mijn vader.

Niki Stoker



'Jij kan geen PTSS hebben, want je bent geen veteraan'

Geen tweeëntwintig keer
opdrukken voor
de PTSS-challenge,
maar 22 filmpjes
over PTSS



Misschien heb je ze langs zien komen, op Facebook of YouTube: filmpjes of foto's van mensen die zich opdrukken, 22 keer, en dan ook nog 22 dagen achter elkaar. Wellicht ben je zelf ook benaderd ('uitgedaagd' of het vriendelijker klinkende 'genomineerd') om mee te doen. Het doel: aandacht voor de gevolgen van een post-traumatische stress stoornis, ook bekend als PTSS.

In 2012 verscheen in de Verenigde Staten een verontrustend rapport over het hoge suïciderisico onder Amerikaanse veteranen. Dagelijks maakten gemiddeld 22 van hen een einde aan hun leven. De oorzaak werd vooral gezocht in een post-traumatische stress stoornis, een gevolg van de heftige gebeurtenissen die zij hadden meegemaakt. Het signaal werd opgepikt door een groep veteranen, die manieren zocht om aandacht te vragen voor het probleem. Eén van die manieren was om mensen te motiveren een 'ring of honor' te dragen, een zwarte band om de rechterwijsvinger, de vinger die ergens op attendeert, maar die ook de trekker overhaalt. De vraag 'wat is dat?' moest de aanleiding worden voor een gesprek over het onderwerp. Een tweede manier was mensen uit te dagen mee te doen aan de PTSS-challenge: 22 dagen lang 22 push-ups doen, en een filmpje daarvan op het internet zetten. En belangrijk: vervolgens weer iemand anders uit te dagen hetzelfde te doen. De push-ups verwezen naar de militaire training, het getal 22 uiteraard naar het aantal dagelijkse suïcides.

De campagne vond wereldwijd navolging. De site van de oorspronkelijke initiatiefnemers telt op het moment van schrijven ruim 193 miljoen push-ups, goed voor 400.000 deelnemers. Aangenomen mag

worden dat lang niet iedereen zich daar gemeld heeft, ondertussen is het doel veel ruimer geworden: aandacht voor PTSS in het algemeen.

Van overval tot traumatische bevalling

In Nederland werd in augustus 2016 ook Jacco Scheer genomineerd. Uit zijn verhaal blijkt een lichte tegenzin om zich 22 dagen lang te gaan opdrukken, maar ook vroeg hij zich af of 484 push-ups wel de ideale manier was om aandacht te vragen voor PTSS. Hij bedacht een alternatief: samen met filmmaker Olaf Robberse en hulpverleners Marlies Veltman en Amber Hall maakt hij tweeëntwintig informatieve filmpjes over oorzaak, gevolgen en behandeling van PTSS om op die manier aandacht te vragen voor het fenomeen. Ondertussen staat aflevering tien op de site.

Marlies Veltman: "We krijgen veel reacties en vragen. Het gaat bijvoorbeeld om mensen die misbruikt zijn, slachtoffer zijn van huiselijk geweld, een traumatische bevalling hebben gehad. Daarnaast natuurlijk de dingen waar je eerder aan denkt: overvallen en verkeersongelukken. Rond trauma's leven heel veel misverstanden, wat deels veroorzaakt wordt door de diversiteit van de problematiek. Iemand die in zijn jeugd veelvuldig is misbruikt, dat is toch iets anders dan iemand die een auto-ongeluk heeft gehad. Beide is trauma-gerelateerd.

Mensen die contact opnemen zitten met vragen als 'waar vind ik hulp', of 'hoe kan ik mijn problemen aan anderen vertellen?'"

'Dit kán niet waar zijn!'

Het doel van de site met de filmpjes is breed. Allereerst natuurlijk dat er meer bekend wordt over PTSS, voor hulpverleners, cliënten en mantelzorgers. De hoop is ook dat mensen zich niet meer alleen voelen (dat ze bijvoorbeeld niet meer denken dat ze de enige zijn die getraumatiseerd zijn door een narcistische man).

“We krijgen ook veel klachten over de hulpverlening,” zegt Marlies Veltman. “Het gaat dan bijvoorbeeld over mensen die al vijf jaar aan het stabiliseren zijn, terwijl ze eigenlijk behandeld willen worden. Mensen die vinden dat ze te lang moeten stabiliseren, lange wachttijden (‘komt u over een half jaar maar terug’), wantrouwen of het gewoon niet snappen. Sommige hulpverleners denken dat het goed is om het helemaal niet over het trauma te hebben, maar dat je het alleen over het ‘hier-en-nu’ moet hebben.”

Bij hulpverlening die vanuit het werk wordt geregeld, bijvoorbeeld bij brandweer en politie is het volgens Veltman niet veel beter. Op papier is dat allemaal goed geregeld, in de praktijk valt het nogal eens tegen. “Via de sociale media kregen we honderden reacties. We schrokken wel van wat we hoorden en hoe het speelde. We dachten echt ‘dit kán niet waar zijn’. Ondertussen hebben we een samenwerking met Korrelatie en 113-online. Zodra een vraag om méér gaat dan om het krijgen van feitelijke informatie gaan de vragen daarheen.”

Dat niet elke klacht gegrond is, begrijpt Veltman ook. “Ik weet best dat het een kwestie van hoor- en wederhoor is. Wij horen de dingen natuurlijk vooral van de kant van de hulpvragers, en dan vooral van de hulpvragers die zich onvoldoende gehoord voelen. Maar dat neemt niet weg dat we opvallend vaak horen dat, als mensen iets anders willen, de reactie is dat ze óf geen ziekte-inzicht hebben, óf aan het vermijden zijn. En soms is de reactie alleen maar ‘dat doen we zo niet.’

We moeten er natuurlijk bij zeggen dat de bezuinigingen in de GGZ veel extra werkdruk hebben opgeleverd. Ik ben wel nieuwsgierig hoe de GGZ-instellingen hier tegenaan kijken. Wat zij zoal horen over dit soort verhalen. Tot nu toe hebben we geen reactie gehad.”

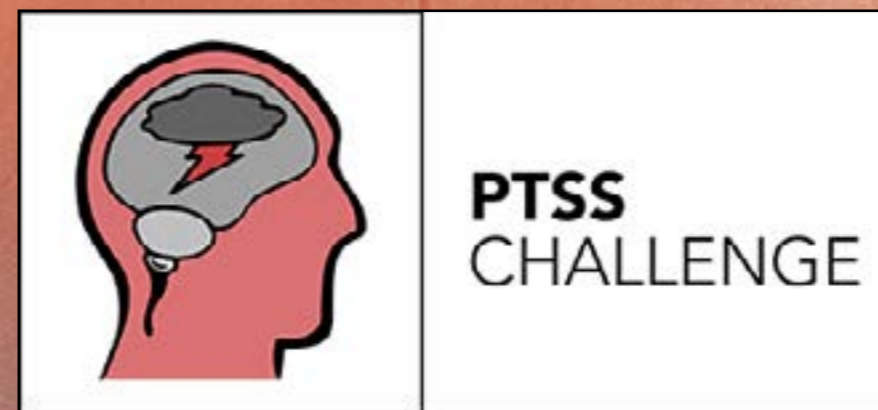
Ervaringsdeskundige

In 2013, als groepsleider bij Justitie, maakte ze zelf een ingrijpende gebeurtenis mee op haar werk. Het duurde even voor de diagnose PTSS werd gesteld, er was een intensieve therapie voor nodig om haar klachten te verminderen. Een behoorlijk traject, wat ook in de thuissituatie voor spanningen zorgde. “Mijn man heeft een pittige tijd gehad.” Verder terugkijkend ziet ze nu ook dat ze haar eigen cliënten destijds soms anders had moeten benaderen. “Dat is wetenschap die ontstaat door ervaringsdeskundigheid”.

Sinds twee jaar is ze PTSS vrij. In combinatie met haar activiteiten voor de PTSS-challenge ontdekte ze daarbij een merkwaardige tweestrijd onder mensen met PTSS. “Sommigen zeggen dat je er niet van kan herstellen. Of sterker, dat als je er van bent hersteld, je eigenlijk geen PTSS hebt gehad. Of: ‘Jij kan geen PTSS hebben, want je bent geen veteraan’. Ik weet niet zo goed waar die strijd vandaan komt. Misschien is het wel een gevolg van de PTSS-challenge, dat trauma alleen nog maar geassocieerd wordt met veteranen. Ook binnen de hulpverlening blijken verschillende stromingen te bestaan. De één wil meteen EMDR, de ander gaat er van uit dat er eerst gestabiliseerd moet worden.”

Laatste filmpje is in januari 2018 klaar

Van de 22 filmpjes staan er 10 op de site, in januari 2018 moet het project afgerond zijn. Hoe gaat het project daarna verder? Marlies Veltman: “Nog geen idee, misschien is er een partij waar we het aan kunnen overdragen, of waarmee we kunnen samenwerken.” ●



PTSS-challenge is op internet onder andere te vinden via www.ptss-challenge.nl via [Twitter](#) [Facebook](#) en [LinkedIn](#)



Uit de put. Manisch-depressief: ervaringen en analyses

Godfried van Benthem van den Berg

'Uit de put' is een ervaringsverhaal over manisch-depressief zijn. Voor het boekje begint, geeft de schrijver expliciet aan dat het is geschreven voor lotgenoten en degenen die zich bij hen betrokken voelen. Met die opmerking in mijn achterhoofd ga ik lezen. Godfried van Benthem van den Bergh beschrijft vervolgens in enkele korte hoofdstukken wat hem overkwam, hoe hij dat ervaren heeft en hoe het gebruik van lithium hem er bovenop heeft geholpen.

"De eerste keer dat ik depressief werd, raakte ik geleidelijk gevangen in een proces dat ik niet begreep en waar ik niets tegen kon doen. Het begon met een verlies van energie, fysiek en mentaal, waarvan de oorzaak mij volstrekt duister was." Vervolgens beschrijft Van Benthem van den Berg wat hem in de daaropvolgende jaren overkwam en hoe hij dat heeft beleefd. De bewustwording van het cyclische proces nadat de depressie verdween maar ook weer terugkwam en het besef dat er ook hypomane en later ook manische episodes waren, werd bestendig na het beluisteren van een radioprogramma over Simon Vestdijk. Daarin spreekt Vestdijks weduwe over de steeds terugkerende depressies van haar man. Van Benthem van den Bergh herkent een lotgenoot die doormaakte wat hij zelf ook beleeft. Een belangrijk moment in zijn ziektegeschiedenis. "Wat ik toevallig op de radio over Vestdijk hoorde, had meer betekenis voor me dan wat mijn huisarts me kon vertellen (hoezeer ik zijn betrokkenheid en de aan mij bestede

tijd en aandacht ook waardeerde)." Hij blijkt zijn lot met iemand te delen, niet zomaar iemand, maar een schrijver die hij bewondert.

Vanuit dat perspectief kijkt de schrijver vervolgens terug op zijn leven en herkent dat zijn depressies en ook zijn manische periodes niet helemaal uit de lucht komen vallen maar in eerdere tijden ook wel herkenbaar zijn geweest. De ernst van de depressies en ook de manische perioden nemen toe.

"Mijn eerste depressie herinner ik me het scherpst van de reeks die erop volgde. Ik bleef thuis, lag lang in bed, was tot niets meer in staat, zelfs niet tot het lezen van een boek of naar muziek luisteren." Na vruchteloze hulpverlening van een drietal psychiaters die vooral freudiaans graven in het verleden, ontmoet hij een psychiater die meer praktisch is ingesteld, snel een diagnose stelt en antidepressiva voorschrijft om de weg vrij te maken voor Lithium. Aanvankelijke aarzelt van Benthem van den Bergh over het gebruik daarvan. Hij is bang voor het verlies van zijn creativiteit, maar ziet ook in dat het gevoel van creativiteit tijdens een manische periode discutabel is. Hij start met Lithium vanuit vertrouwen in zijn psychiater en ontdekt dat dit middel hem van zijn klachten verlost. In het boek volgt vervolgens een persoonlijke lofzang op het gebruik van lithium, wellicht als tegenwicht op de mogelijke aarzelingen die lotgenoten, net als hijzelf aanvankelijk, bij het middel kunnen hebben.

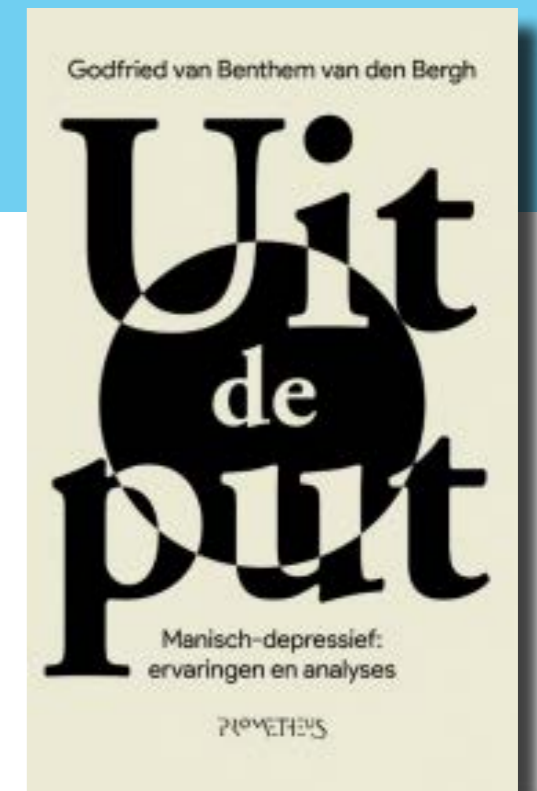
Maandelijks bespreekt Johan Atsma een recent uitgegeven boek, dat betrekking heeft op de GGZ.

Johan Atsma is docent/coach MBO verpleegkunde.

Godfried van Benthem van den Bergh biedt ons in een meer beschouwend hoofdstuk 'Zelfverheffing en zelfbeschuldiging' een interessante visie op de manisch-depressieve cyclus: "Een veel adequatere karakterisering van de twee polen van de manisch-depressieve cyclus lijkt mij daarom zelfbeschuldiging (met daarbij inbegrepen zelfvernedering) voor depressie en zelfverheffing voor manie. Somberheid kan niet als indicatie dienen van manisch – depressiviteit." Voorwaar een interessante gedachte. Maar verder is het bredere perspectief dat de schrijver ons biedt enigszins clichématig. Het boekje eindigt met een pleidooi de term 'ziekte' in dit verband te vervangen door begrippen als 'kwaal' en 'aandoening'. Het haalt de zwaarte uit de lucht en laat zien dat je er net als met 'jicht' prima mee kunt leven onder de preventieve werking van Lithium.

Wellicht kan 'Uit de put' tot steun zijn of helpen bij het eigen ziekte-inzicht van lotgenoten, met korte makkelijk leesbare teksten over het persoonlijk beleven van een aandoening. Maar verder voegt het boekje weinig toe aan al bestaande literatuur.

Godfried van Benthem van den Berg: Uit de put, Manisch-depressief: ervaringen en analyses. Uitgeverij Prometheus; 85 pagina's; € 16,99; ISBN 9789044632989



Laatst werd ik gebeld door De Telegraaf met vragen over Temptation Island. In deze realityshow van RTL vertrekken vier koppels naar Thailand voor 'de ultieme relatietest'. De kandidaten hebben vooraf gesproken met een psycholoog. De Telegraaf wilde weten wat we daarvan vinden bij het NIP. Dat daar een ethisch kantje aan zit is duidelijk. En dat is voor psychologen, verbonden aan het NIP, heel belangrijk. Er kleven nogal wat haken en ogen aan zo'n samenwerking. Het heeft me aan het denken gezet. Ik vind dat Nederland wel wat meer psychologie kan gebruiken, maar waar begint de verantwoordelijkheid van de psychologie en waar houdt die op? In dit geval lijkt het erop dat de psychologen die bij zo'n programma betrokken raken, als stempel van goedkeuring fungeren. Daarmee loop je het gevaar dat de psychologische kant van de zaak – zijn de kandidaten tegen een deelname opgewassen? – toebedeeld is aan een psycholoog. Rust daarmee ook de verantwoordelijkheid op de schouders van de psycholoog?

De makers willen een spannend programma maken, waarin kandidaten worden verleid om hun grenzen op te zoeken en er overheen te gaan. Want het moet natuurlijk wel spannend zijn; mensen moeten erover praten. Het gaat om de kijkcijfers.

Los van de programmamakers zijn er natuurlijk ook de kandidaten nog. Die weten waar ze aan meedoen en kiezen er zelf voor. De psycholoog is er om de kandidaten te wijzen op de gevaren, maar hoe kan hij hen behoeden als ze echt zelf willen?

We hebben een ethische code die ons helpt en richting geeft. Maar die geldt alleen voor psychologen die aangesloten zijn bij het NIP.

Bij programma's als bovengenoemd wordt 'een psycholoog' betrokken, ongeacht of hij nu wel of niet lid is van onze vereniging. En gaat het niet goed, dan schaadt dat het vak.

De vraag over Temptation Island is de aanleiding om me nog meer af te vragen waar de grens ligt van ethiek, verantwoording en verantwoordelijkheid. Dat speelt op veel meer vlakken. Psychologen worden overal in de maatschappij ingezet, en dat vind ik winst. Maar waar ligt de grens? En wanneer wordt er misbruik van gemaakt?

We hebben omgevingspsychologen die nadenken over veiligheid en hoe je een omgeving zo kunt inrichten dat mensen zich veilig voelen. Psychologen worden betrokken bij reclames en hoe het beste consumenten te beïnvloeden. Er worden computerspelletjes ontwikkeld die nog leuker (maar ook verslavender) worden. Mogelijk worden daar ook psychologen bij betrokken, in ieder geval wordt er psychologische kennis bij gebruikt.

Wat ik wil zeggen: Psychologie is meer dan alleen vakkennis. Er zit duidelijke een ethische kant aan het vak. Die hoort erbij en ik vraag mij af of die op alle vakterreinen waar de psycholoog zich begeeft wel goed is gewaarborgd.

Als we psychologie meer op de kaart zetten, gaat het niet alleen om psychologische kennis, maar ook de waarden die erbij horen. En de vraag is: wat kan het NIP doen om dat op een goede manier te bevorderen? Hoe passen we de ethiek die erbij hoort in, zonder het allemaal beter te weten en hoe houden we rekening met het feit dat mensen en ook organisaties een eigen verantwoordelijkheid hebben en zelf hun eigen afwegingen kunnen maken?

Linde Gonggrijp is directeur van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)



DE PSYCHOLOOG ALS KWALITEITSKEURMERK

Linde Gonggrijp

Op de stoel van de

DE COACH/ ONDERSTEUNER CLIËNTENRAAD

*“Coachen en begeleiden van raadsleden,
advisering aan de raad, procesbewaking”*

De [GGZTotaal van februari](#) portretteerde 18 beroepen in de GGZ. De maanden daarop kwamen de systeemtherapeut, de casemanager dementie en de maatschappelijk werker aan bod, en nu is het de beurt aan de coach/ondersteuner van de cliëntenraad. Is jouw beroep nog onbesproken in de GGZTotaal?

Lees [hier](#) de voorwaarden waaraan een stuk moet voldoen.

In het verleden heb ik ongeveer 30 jaar gewerkt als verpleegkundige in de GGZ, met een kleine tussenstap naar de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. In mijn vrije tijd was ik actief in belangenbehartiging op scholen en kinderopvang.

Op een gegeven moment kwam er een vacature langs voor coach/ondersteuner cliëntenraad. Toekomstgericht kijkend besloot ik te solliciteren, hoewel ik me nog als een vis in het water voelde in de zorg. Inmiddels doe ik dit 15 jaar, voor verschillende raden binnen dezelfde zorginstelling. En wat een fantastisch vak is dit! Vooral door het doel: belangenbehartiging en cliëntenparticipatie door de cliëntenraad voor de achterban.

De cliëntenraad is mijn opdrachtgever. Ik ben in dienst van de organisatie, mijn onafhankelijke positie als ondersteuner is geregeld via een convenant.

Mijn hoofdtaken zijn veelzijdig waardoor geen dag hetzelfde is. De taken bestaan onder andere uit het coachen en begeleiden van individuele raadsleden, advisering aan de raad, procesbewaking. Onderdelen daarvan zijn het waarborgen van de continuïteit van de cliëntenraad, het 'vertalen' van beleidsinformatie voor de cliëntenraad, advies/informatieverstrekking aan individuele raadsleden en voorzitter, deskundigheidsbevordering cliëntenraad. Dit laatste onder andere door de interne en landelijke ontwikkelingen bij te houden en de raad daarover informeren. Over de diverse wetswijzigingen zoals de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen en alle andere zaken die de cliëntenraad en de achterban aan kunnen gaan.

Het komt erop neer dat ik de leden en de gehele raad als het ware ondersteun hoe ze ideeën en adviezen goed kunnen verwoorden en kunnen onderbouwen naar de organisatie.

De organisatie heeft één cliëntenraad. De raad heeft daar zelf voor gekozen, zodat er één plek is waar de besluiten kunnen worden genomen. Daarnaast zijn er veel werkgroepen die zich op specifieke onderwerpen richten, zoals gastvrijheid, veiligheid, culinaire zorg en achterbanraadpleging. Deze werkgroepen ondersteun ik ook op verzoek van de raad.

Het voordeel daarvan is dat ik als het ware een "paraplu" functie heb. Doordat ik bij alle overleggen van de werkgroepen ben en hun overleggen met bijvoorbeeld managers, kan ik de raad informeren over overkoepelende of afwijkende informatie die aan de orde komt bij die overleggen. Dit alles maakt dat het werk zeer gevarieerd is en dat er een intensieve samenwerking is met alle raadsleden.

Naast de hoofdtaken zijn er ook verschillende projecten die de cliëntenraad doet, bijvoorbeeld een project over de-stigmatisering en de uitgave van een cliëntenkrant voor en door cliënten. Hierbij heb ik dezelfde taken als hierboven genoemd.

Maike Haest is coach/ondersteuner van de cliëntenraad zorgbedrijf Dijk en Duin, onderdeel van de Parnassia Groep

De zomervakantie staat voor de deur. Voor GGZTotaal betekent dat een aantal maanden rust: het laatste magazine verschijnt maandag 3 juli (een week eerder dan normaal). Maandag 11 september verschijnt dan pas weer het volgende magazine. Traditiegetrouw is dat een special: de mooiste columns van onze columnwedstrijd en een overzicht van de best-verdienende bestuurders in de GGZ.

Geen dagelijks nieuws, maar 'vragen van lezers'

Zolang er schoolvakanties zijn, plaatsen wij geen nieuwsberichten. Dat betekent dat het laatste nieuwsbericht op vrijdag 7 juli op de site verschijnt, op maandag 4 september zijn we weer paraat met de actualiteit. De nieuwsrubriek is in die periode beschikbaar voor onze lezers: wie prangende vragen heeft, kan ze sturen aan info@ggztotaal.nl. Wij plaatsen ze op de site en wie weet, heeft een andere lezer het antwoord. Voor alle duidelijkheid: als vraag verpakte reclame plaatsen we niet.

De mooiste GGZ-verhalen

Wellicht heb je het al meegekregen: onze jaarlijkse columnwedstrijd is weer van start. Heb je iets meegeemaakt wat je graag wilt delen? Iets ontroerends? Iets onvoorstelbaars? Iets waar je broek van afzakte? Iets waar je ontzettend blij van werd? Weet je dat bovendien een beetje leuk op te schrijven? Doe dan mee met onze columnwedstrijd. Het maakt niet uit of je psychiater, (ex-)cliënt, verpleegkundige, politieman, mantelzorger, ervaringsdeskundige, manager, tuinman of onderwijzer bent: als het verhaal maar met de GGZ te maken heeft en lezenswaardig is. De tien mooiste verhalen plaatsen wij in ons septembernummer, de drie allermooiste ontvangen bovendien een boekenbon van € 50,-. Hoe je mee kunt doen lees je [hier](#).

Onze nieuwe bijlage XL

Onze nieuwe bijlage XL is goed ontvangen. Daar zijn we heel blij om, want dat betekent dat we er even mee door kunnen gaan. Voor wie het gemist heeft: vanaf vorige maand is XL de bijlage, met drie á vier artikelen over één onderwerp. Zo kunnen we verdiepen en toch breed blijven.

De eerste XL, vorige maand, stond in het teken van Stigma, deze maand schenken we aandacht aan de bipolaire stoornis. In juli zal XL de POH-GGZ onder de loep nemen, in september gaat het over 'GELD', met onder andere dus de top-20 van best-verdienende bestuurders.

Geld

Nu we het toch over geld hebben: GGZTotaal zou graag wat meer inkomsten genereren. We maken nogal wat kosten voor hosting, de diverse programma's die we gebruiken, huur van ruimte en soms huur van mensen. Met meer geld zouden we de kwaliteit van onze artikelen kunnen verhogen. Bovendien moeten we zelf ook eten. Jij, als lezer, kunt heel eenvoudig bijdragen aan een iets riantere financiële positie zonder dat het je een cent kost.

Hoe? Als je wel eens iets bestelt via Bol.com, doe dat dan via onze site? Dat werkt als volgt: je gaat naar onze [literatuurlijst](#) en klikt op de banner van Bol.com. Verder doe je je bestelling zoals je gewend bent. Het enige verschil is dat wij nu een percentage van jouw aankoop krijgen, voor jou scheelt het slechts twee muisklikken.

Adverteren is natuurlijk ook een mogelijkheid. Lees hier [de tarieven en mogelijkheden](#).

Uiteraard mag een directe financiële bijdrage ook: elke euro is meegenomen. Rekeningnummer NL41 INGB 0006 3301 81, t.n.v. GGZTotaal. Ontzettend bedankt!

BIPOLAIR



Over de top en in de put: de bipolaire stoornis

Ralph Kupka

Hoezo gestoord?

De menselijke stemming vertoont een grote variatie. Men kan zich, soms zonder duidelijke aanleiding, opgewekt en energiek voelen, maar ook neerslachtig en futloos. Bovendien is de ene mens van nature goedgemutst en optimistisch, terwijl een ander eerder neigt tot zwaarmoedigheid. Er is een vage grens tussen wat past bij het temperament van een bepaalde persoon, en een voor hem of haar abnormale stemmingsverandering. Je moet iemand al goed kennen om subtiele gedragsveranderingen die grenzen aan psychopathologie op te merken. Een wat langer aanhoudende neerslachtigheid of juist een opvallende gedrevenheid kunnen echter het begin zijn van ontwrichtende, destructieve, en soms zelfs fatale verstoringen van het emotionele evenwicht. In extreme vorm zijn manie en depressie dan ook goed herkenbaar als psychopathologische tegenpolen, temeer daar het contrast met het normale functioneren van de persoon in kwestie dan evident is. We benoemen manie en depressie altijd als stemmingsstoornis. Maar de verstoring betreft naast het voelen ook het denken, het handelen en het energieniveau, in feite dus de algehele vitaliteit. Bij een manie is er van alles teveel en bij een depressie is er van alles te weinig. Typerend voor de bipolaire stoornis is dat manie en depressie elkaar afwisselen, meestal met een langere periode tussendoor waarin de persoon weer normaal functioneert, en er eigenlijk niets aan hem of haar te merken is. Dat maakt het ook tot een verraderlijke aandoening: je denkt dat je er klaar mee bent, en dan is er, bijvoorbeeld in tijden van stress, opeens een terugval.

Manisch-depressief

De bipolaire stoornis wordt ook wel "manisch-depressiviteit" genoemd. De aandoening vindt men al terug in de eerste beschrijvingen van "mania" (Grieks voor razernij) en "melancholia" (zwartgalligheid) door Hippocrates. Toch zijn de onderliggende oorzakelijke mechanismen nog steeds onopgehelderd. Waarschijnlijk spelen erfelijke factoren een rol, naast ontwikkelingsfactoren en uitlokkende lichamelijke en psychologische stressoren. Aan het einde van de 19e eeuw schaarde de Duitse psychiater Kraepelin alle stemmingsstoornissen onder één noemer: de manisch-depressieve psychose. Later werden recidiverende ('unipolaire') depressies en bipolaire stoornissen onderscheiden. Bij zowel manische als depressieve toestanden kunnen psychotische verschijnselen optreden, zoals wanen en hallucinaties. De grens naar de schizofrene psychosen is niet altijd duidelijk, en als we er niet goed uit komen spreken we wel van een schizo-affectieve stoornis.



Allerlei varianten

De bipolaire stoornis komt voor bij ongeveer 0.5-2% van de bevolking, en even vaak bij mannen als bij vrouwen. De eerste klachten treden vaak al op tussen het 15e en 25e levensjaar. De 'klassieke' manisch-depressieve psychose wordt tegenwoordig bipolaire stoornis type I genoemd. Bij de bipolaire stoornis type II heb je wel ernstige depressies, maar alleen lichte (hypo)manieën. De hypomanie zit eigenlijk op de grens van normaliteit: veel energie, creativiteit, enthousiasme, ideeën, beetje overmoed, maar geen grote problemen. Daarvoor ga je dus niet naar de dokter. Wel als je vervolgens een depressie krijgt. Hopelijk wordt er dan gevraagd naar eerdere hypomanie, want de behandeling moet daarop worden aangepast. Bij frequent optredende stemmingsepisoden spreekt men wel van een 'rapid cycling' beloop.

Mensen die lijden aan manie en depressie hebben daarnaast vaak andere problemen, zoals angstklachten, afhankelijkheid van alcohol of drugs, persoonlijkheidsproblematiek, en lichamelijke aandoeningen.

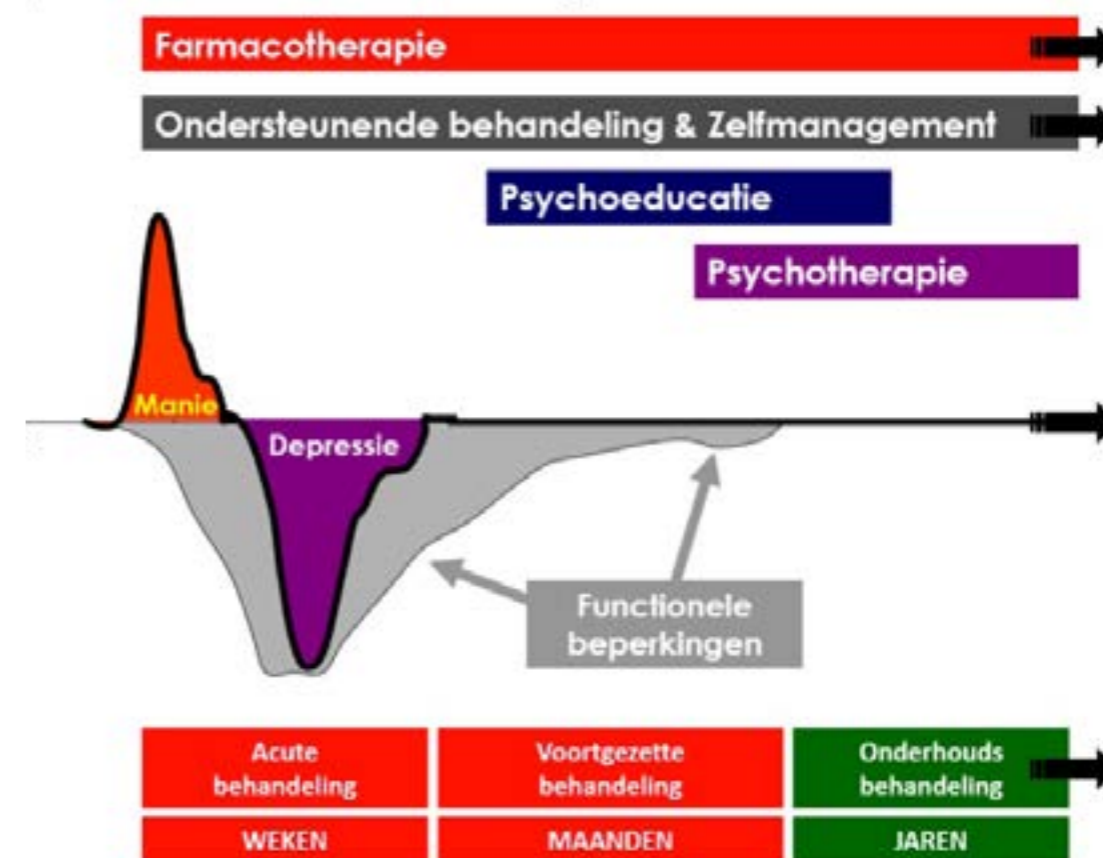
Wat zie je als iemand manisch wordt?

Bij een manie is er een veranderde stemming, die aanvankelijk wordt gevoeld als euforie, maar later steeds meer ervaren wordt als prikkelbaar, ongeduldig, opgejaagd en opgefokt zijn. Daarnaast zie je een opvallende toename van activiteit, die in het begin wel productief kan zijn, maar zich geleidelijk ontwikkelt tot een niet te stuiten dadendrang die niet zelden roekeloos of zelfs destructief wordt. Ook de verhoogde afleidbaarheid en impulsiviteit maken dat iemand dingen niet afmaakt en verzandt in een steeds grotere chaos. Het moet en het moet nu! Slaap hoeft niet meer, want ook in de nacht gaat de manische patiënt door. Gedachten jagen door zijn hoofd, wilde ideeën komen en gaan, de spraak versnelt. Het gevoel voor realiteit verzwakt, wat blijkt uit irreële plannen, zelfoverschatting, overmoed of zelfs grootheidswanen. Er is een verlies van inzicht in het eigen disfunctioneren. "Eindelijk ben ik mezelf!" De patiënt stort zich met een overweldigende en ongeremde energie in beroepsmatige, financiële en seksuele avonturen zonder dat hij zich laat afschrikken door de gevolgen daarvan. Wat aanvankelijk wordt beleefd als een plezierige, creatieve, productieve vitaliteit, onttaardt in een rampzalig scenario dat kan leiden tot grote emotionele, relationele, beroepsmatige en financiële schade, en niet zelden eindigt met een (gedwongen) opname op de gesloten psychiatrische afdeling. De reputatie maar ook het zelfbeeld kunnen zware schade oplopen. Een manie begint meestal geleidelijk in de loop van weken. Bij sommige mensen is er binnen uren of dagen een meer abrupte stemmingsomslag van depressiviteit naar manie, die gepaard gaat met het gevoel: "ik ben er weer!".

Een verraderlijke toestand

Een welbespraakte en intelligente manische patiënt kan in het vrij korte en gestructureerde moment van diagnostische beoordeling een hulpverlener behoorlijk om de tuin leiden. Voor alles wordt een plausibele verklaring gegeven, en soms is het enthousiasme zelfs aanstekelijk. Pas als de patiënt weg is bekruipt je het knagende gevoel dat er iets niet klopt. In dergelijke gevallen kan de familie doorslaggevende informatie geven, als men hen tenminste aanhoort en serieus neemt. Nogal eens wordt onder het mom van 'beroepsgeheim' contact met naastbetrokkene geweigerd. Dat is een kunstfout die tot grote miskening van de ernst van de stoornis kan leiden.

FIGUUR: schema van de behandeling van de bipolaire stoornis in verschillende fasen



Behandeling

De behandeling wordt onderscheiden in de acute behandeling van een manie of depressie, de voortgezette behandeling om de symptomatische remissie te bestendigen en terugval te voorkomen, en de profylactische onderhoudsbehandeling om een toekomstig recidief te voorkomen. Medicatie, ondersteunende begeleiding, psychoeducatie en het bevorderen van zelfmanagement zijn de belangrijkste onderdelen van de behandeling.

Bij een manie zal worden gekozen voor krachtig interveniëren met medicatie. Het meest effectief is behandeling met een antipsychoticum, lithium of valproïnezuur. De behandeling van de bipolaire depressie is anders dan die van de unipolaire depressie. Antidepressiva zijn veelal minder effectief, en kunnen bij sommige patiënten bovendien tot sterke agitatie of zelfs manische ontregeling leiden. Daarom worden antidepressiva niet als monotherapie voorgeschreven, maar altijd in combinatie met een stemmingsstabilisator. Ook sommige antipsychotica zijn effectief bij de bipolaire depressie. Ernstige depressies, met name als er sprake is van psychotische verschijnselen, katatonie of suïcidegevaar, kunnen ook worden behandeld met elektroconvulsie therapie (ECT).

Voor de preventieve onderhoudsbehandeling is lithium nog steeds eerste keuze.

De duur van een onderhoudsbehandeling is moeilijk van tevoren in te schatten, maar is ten minste 2 tot 5 jaar, of zelfs onbeperkt. Aangenomen wordt dat de onderliggende kwetsbaarheid niet geneest en terugkomt als de medicamenteuze behandeling wordt gestaakt.

Een effectieve psychologische interventie is psychoeducatie in groepsverband, waarbij zowel patiënten als naastbetrokkenen participeren. Hierbij worden achtergronden van de aandoening en de behandeling toegelicht, en een persoonlijk signaleringsplan opgesteld om vroege signalen van een recidief te herkennen en daarop actie te ondernemen.

Daarnaast zijn er enkele specifiek op de bipolaire stoornis afgestemde psychotherapieën, zoals cognitieve-gedragstherapie (CGT) en interpersoonlijke en sociale ritme therapie (IP-SRT). De werkzaamheid van psychologische interventies is overigens alleen aangetoond in combinatie met medicatie.

Begeleiding van patiënt en naastbetrokkenen

Essentieel in de acute behandel fase is dat men de patiënt beschermt tegen de potentiële schade die een ernstige manie en depressie teweeg kunnen brengen, inclusief suïcide. Een klinische opname kan noodzakelijk zijn. Bij ernstig gevaar en een gebrekkig ziekte-inzicht is een gedwongen opname veelal onvermijdelijk. De meeste behandelingen kunnen echter ambulante plaatsvinden. De acceptatie van het gegeven kwetsbaar te zijn om de controle over de stemming en gedrag tijdelijk kwijt te raken is niet gemakkelijk. Niet zelden krijgt iemand pas na enkele doorgemaakte episod en zicht op deze kwetsbaarheid. Vooral de manie blijkt vaak moeilijk te accepteren. Een diagnose als "bipolaire stoornis" of "manisch-depressief", met de implicatie dat het waarschijnlijk om een langdurige, zo niet levenslange aandoening gaat, moet dan ingepast worden in het zelfbeeld: wat van mijn gevoelens en gedragingen is een uiting van mijn gezonde zelf, en wat is ziek? Dit is een steeds terugkerend onderwerp in de behandeling, dat maatwerk in uitleg en aanpak vergt. Dit geldt zeker ook voor het advies om langdurig medicatie te gebruiken, ook in goede perioden.

De aandoening heeft ook grote invloed op de mensen rondom de patiënt: partners, ouders, kinderen, maar ook vrienden en collega's. Vooral de manie leidt tot onbegrip en ruzie, nadat men vruchteloze pogingen heeft gedaan om in contact te blijven en bij te sturen. Begeleiding van naastbetrokkenen is dan ook een essentieel onderdeel van de behandeling, zowel in de acute fase als nadien. In dit verband wordt wel gesproken over de triade in de behandeling: patiënt, naastbetrokkene en behandelaars werken samen om de meest passende zorg te bieden.

Richtlijn en zorgstandaard

Binnenkort verschijnt de Zorgstandaard Bipolaire Stoornissen, waarin de zorg wordt beschreven vanuit het perspectief van de patiënt en de naastbetrokkene. Voor de behandelaar is er daarnaast de Multidisciplinaire Richtlijn Bipolaire Stoornissen (Kupka RW, Goossens P, Bendegem M van, Daemen P, Daggenvoorde T, Daniels M, Dols A, Duin D van, Hillegers M, Hoogelander A, Kulve E ter, Peetoom T, Schulte R, Stevens A. Multidisciplinaire Richtlijn Bipolaire Stoornissen. Utrecht, De Tijdstroom 2015).

Veel informatie is te vinden op de websites van het Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen KenBiS (www.kenbis.nl) en de patiëntenvereniging VMDB (www.vmdb.nl).

**Ralph Kupka is hoogleraar Bipolaire Stoornissen VU Medisch Centrum en
psychiater bij GGZinGeest en Altrecht**

"...wat van mijn gevoelens en gedragingen is een uiting van mijn gezonde zelf, en wat is ziek?..."



AL



Tussen hemel en hel:

door Eva Ouwehand

religieuze en spirituele ervaringen en de bipolaire stoornis.

Mensen die zich Jezus of Maria wanen, de hele wereld willen bekeren, of alles in kosmische dimensies zien, dat zijn associaties die behandelaars vaak hebben bij het thema spiritualiteit en de bipolaire stoornis. De religieuze en spirituele ervaringen die mensen hebben tijdens met name manieën, worden meestal als pathologisch gezien in de GGZ. In het schaarse onderzoek dat tot nu toe gedaan is naar het onderwerp, ligt de nadruk dan ook vooral op religieuze waandenkbeelden en hallucinaties in verband met de bipolaire stoornis. Spiritualiteit en geloof zijn echter belangrijke bronnen voor mensen en het is de vraag hoe cliënten zelf aankijken tegen de ervaringen die ze hebben gehad tijdens manieën en depressies.

Cliëntperspectief

De vraag naar het cliëntperspectief op religieuze en spirituele ervaringen is leidend voor een kwalitatief onderzoek dat momenteel uitgevoerd wordt aan de theologische faculteit van de Rijksuniversiteit Groningen in samenwerking met Altrecht GGZ. Nieuwsgierigheid naar hoe cliënten hun vaak indrukwekkende ervaringen een plek geven in hun leven als zij weer hersteld zijn was de motor erachter. Er werden 35 mensen met een bipolaire diagnose geïnterviewd door een geestelijk verzorger en artsen in opleiding van Altrecht. Participanten werden eerst gezocht via Altrecht en Eleos, maar later ook via het

project Ervaringrijk (www.ervaringrijk.nl) waaraan de patiëntenvereniging (VMDB) deel heeft genomen en via een blog op psychosenet.nl. Vooral deze laatste bron blijkt nog steeds mensen aan te spreken die geïnteresseerd zijn in het onderzoek. Onderwerpen die ter sprake kwamen tijdens het ongeveer twee uur durende interview waren:

- de religieuze en spirituele ervaringen die mensen hebben tijdens ziekte-episodes en ervaringen die zij gewoonlijk hebben in het dagelijks leven als ze hersteld zijn
- de interpretatie van deze ervaringen achteraf, dus na herstel
- de invloed van die ervaringen op hun leven
- ziektegeschiedenis
- levensbeschouwelijke achtergrond
- behandelervaringen en verwachtingen t.a.v. deze ervaringen en spiritualiteit in het algemeen

Uiteindelijk hebben veel meer mensen zich voor het onderzoek aangemeld dan geïnterviewd konden worden en de meeste participanten, die overigens allemaal stabiel waren, vonden het fijn om op een open manier over hun ervaringen en spiritualiteit bevraagd te worden. Vooral de psychiater werd soms uitvoerig bedankt voor de tijd die hij of zij hieraan besteedde; de meeste participanten hadden nog nooit met een psychiater zo uitvoerig over het onderwerp gesproken.

Resultaten: de ervaringen

Welke religieuze en spirituele ervaringen hebben participanten die aan dit onderzoek hebben meegedaan nu eigenlijk? Deze ervaringen kwamen meer voor tijdens manieën dan tijdens depressies. De ervaring van een transcendente werkelijkheid en de ervaring van het hebben van een missie kwamen het meest voor, ieder bij ongeveer de helft van de participanten. Het ging dan om de intense ervaring van aanwezigheid van God of het goddelijke, maar ook om eenheidservaringen met de natuur, de mensheid, de kosmos of met God. Een participant beschrijft zijn eerste opname bijvoorbeeld:

"Ik was vastgebonden op het bed en lag op mijn rug terwijl ik door het ziekenhuis reed. Ik had echt het gevoel: Ik ben één met alles, dat was zo bijzonder! In de weken ervoor had ik vergelijkbare ervaringen, een gevoel van eenheid, tussen mensen en eigenlijk tussen alles wat je kunt zien".

Een derde groep ervaringen tijdens manieën heeft te maken met een sterk gevoel van betekenis dat participanten hadden. Alles hangt met elkaar samen en niets wordt als toevallig ervaren. Een vierde groep positief gewaardeerde ervaringen waren verschijningen (van overledenen, engelen of heilige of bijbelse figuren), stemmen en allerlei paranormale ervaringen als bijv. uittredingen of visioenen. Ook negatief gewaardeerde ervaringen kwamen voor: angstige ervaringen van het oplossen van het ego en ervaringen van het kwaad.





... "waar ligt de grens tussen authentiek geloof of spiritualiteit en psychose."



Een derde van de deelnemers had periodes van angst ervaren tijdens manieën, hoewel de meeste van deze negatieve ervaringen geen religieuze inhoud hadden.

Tijdens depressies staat spiritualiteit en geloof voor veel deelnemers op een laag pitje of is helemaal afwezig. Voor sommigen betekent dit de afwezigheid van contact met een God of met de goddelijke werkelijkheid. Ervaringen van schuld en straf, twijfel en de aanwezigheid van het kwaad kwam in mindere mate voor. Interessant was dat bij suicidaliteit voor sommigen geloof een beschermende factor was, maar niet voor iedereen: voor een paar deelnemers had de hemel een aantrekkelijke plaats geleden tijdens een depressie.

Een belangrijke bevinding was dat voor iets meer dan de helft van de participanten de ervaringen tijdens met name manieën op een glijdende schaal liggen met spirituele ervaringen in het dagelijks leven als mensen hersteld zijn. De ervaringen tijdens manieën waren intenser en duurden langer dan wat men gewoonlijk in stabiele periodes meemaakt. Door anderen werd de missie of de grote betekenisvolheid van de manie misschien achteraf als 'over the top' ervaren, maar ook in het dagelijks leven na herstel was er bij hen een gevoel van samenhang en doel dat in het verlengde lag van hun manische ervaringen.

Interpretatie

Deelnemers gebruiken verschillende interpretatiemodellen voor hun ervaringen. Vaak ontstaat er een zoektocht naar de betekenis ervan. Opvallend is dat driekwart van hen er een religieuze of spirituele betekenis aan toekent, of aan het hebben van de bipolaire stoornis in zijn algemeenheid. Een derde van de deelnemers ervaart richting of besturing van bovenaf in zijn of haar leven. Veel participanten zeiden dat hun visie op de werkelijkheid en op de plaats van de mens daarin was veranderd; in 19 interviews spraken mensen van geloofsverdieping of spirituele ontwikkeling. Een enkeling noemde ook negatieve ervaringen als een bron van verdiepende reflectie achteraf, bijvoorbeeld op het thema goed en kwaad. Een participant verwoordt zijn veranderd inzicht als volgt:

"Je kan elke zondag naar de kerk gaan en dan kunnen allerlei dingen over je heenkomen, maar wat ik in die gewaarwordingen heb meegemaakt dat is voor mij zo doorslaggevend geweest voor hoe ik geloof, dat kan niet meer ongedaan worden gemaakt. Ik ben meer doordrongen geraakt van het feit dat er een soort hogere energie in het leven aanwezig is."

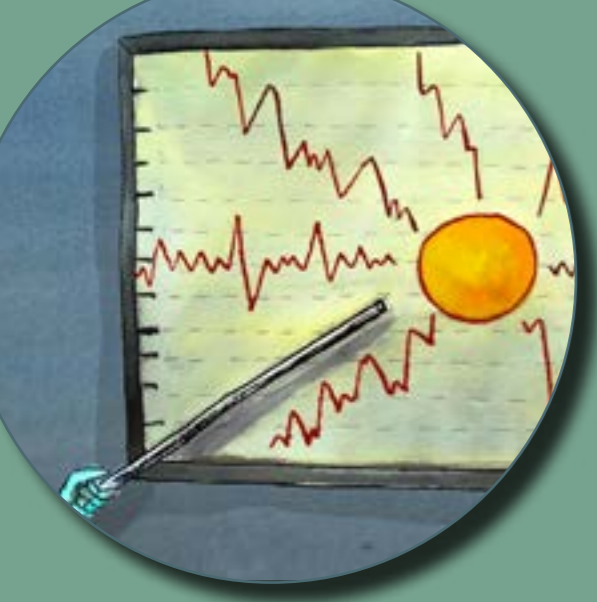


Spiritueel én bij de bipolaire stoornis horend

Een spirituele duiding wil niet zeggen dat participanten niet nadenken over het mogelijke pathologische karakter van hun ervaringen. In de interviews werd regelmatig gereflecteerd op de vraag waar de grens ligt tussen authentiek geloof of spiritualiteit en psychose. Een orthodox protestantse man vertelt bijvoorbeeld dat hij op een gegeven moment overal wat achter zocht tijdens een manie. Tv beelden in de fitness ruimte werden gecodeerde boodschappen van God "maar dat schrijf ik nu voor 90% aan het rijk der manieën toe". Andere ervaringen (beelden en dromen) beschouwt hij echter als een boodschap van God, die voor hem zorgt en hem laat weten dat hij niet bang hoeft te zijn. Anderen beschrijven eenheidservaringen van grote liefde en vrijheid, die op een gegeven moment "ontsporen". Een van de deelnemers schrijft deze ontsporing toe aan de "manische drive", die er ook voor zorgt dat je niet meer slaapt. Deze vervormt de oorspronkelijke ervaring, het geheel krijgt het karakter van een roes, je raakt de controle kwijt of wordt angstig. Er is kennelijk een glijdende schaal tussen wat participanten als authentiek religieus of spiritueel zien en wat zij op een gegeven moment als irreal, psychotisch of manisch gaan ervaren.

Twijfel, afstand en afwijzing

Dit zorgt ook voor onzekerheid en twijfel bij een deel van de participanten. Hoe moet je deze ervaringen nu eigenlijk beoordelen? Sommigen worstelen ook tijdens het interview met deze vraag. Anderen vertellen dat zulke ervaringen gevaarlijk zijn: ze zijn prachtig en voor sommigen verleidelijk, maar hebben ook een prijs. Een aantal mensen heeft (tijdelijk) afstand genomen van eerdere religieuze of spirituele ervaringen of zich een poos helemaal niet bezig gehouden met spiritualiteit. Een kleine groep verklaart de ervaringen vanuit een medisch model: ze horen bij de ziekte en zijn irreal. "Als je later naleest wat je hebt opgeschreven in zo'n periode, is dat vaak abacadabra", zegt één van de deelnemers. Een ander vindt dat zulke ervaringen door lotgenoten teveel geïdealiseerd worden.



Interpretatie als proces

Naarmate mensen de bipolaire stoornis langer hebben, verandert de manier waarop zij hun ervaringen interpreteren. Maar ook hier zien we verschillen. Bij sommigen is er meer in het begin sprake van een intens zoekproces naar de betekenis. Bij een aantal deelnemers wordt dat rustiger in de loop der jaren. Zij leggen de nadruk op het thema evenwicht, dat ook op andere levensterreinen belangrijk is als je de bipolaire stoornis hebt: "In de tuin werken kan net zo spiritueel zijn als allerlei mystieke boeken lezen". Bij anderen is het intensief bezig zijn met geloof of spiritualiteit afhankelijk van de wisseling in stemming: veel bij (hypo)manieën, weinig of niet bij depressies. De spirituele zoektocht leidt er soms toe dat mensen aansluiting zoeken bij een andere kerk, of zich met nieuwe vormen van spiritualiteit gaan bezighouden. Het interpretatieproces wordt onder andere beïnvloed door hoe de omgeving reageert op deze ervaringen. Veel cliënten vinden de communicatie hierover in de GGZ moeizaam, soms vermijden ze die. Communicatie over hun ervaringen is wel een belangrijk thema voor veel deelnemers, of het nu binnen of buiten de GGZ is. Een grotere openheid om het onderwerp onbevooroordeeld te kunnen bespreken in de behandeling is een wens van veel deelnemers.

Beperking van het onderzoek

Deelnemers aan dit onderzoek waren geïnteresseerd in het onderwerp, hoger opgeleid dan de gemiddelde bevolking en hadden ook voor een deel studie op het gebied van religie en spiritualiteit achter de rug. Zij waren van allerlei levensbeschouwelijke achtergrond (christelijk, nieuwe vormen van spiritualiteit, moslim), maar etnische minderheden en orthodoxe christenen waren ondervertegenwoordigd. Momenteel wordt een vragenlijstonderzoek uitgevoerd op de afdeling Altrecht Bipolair naar de prevalentie van deze ervaringen in de groep mensen met een bipolaire diagnose die de polikliniek bezoekt. Dat zal een duidelijker beeld geven van het belang van dit onderzoek voor de klinische praktijk. ●

Drs. Eva Ouwehand

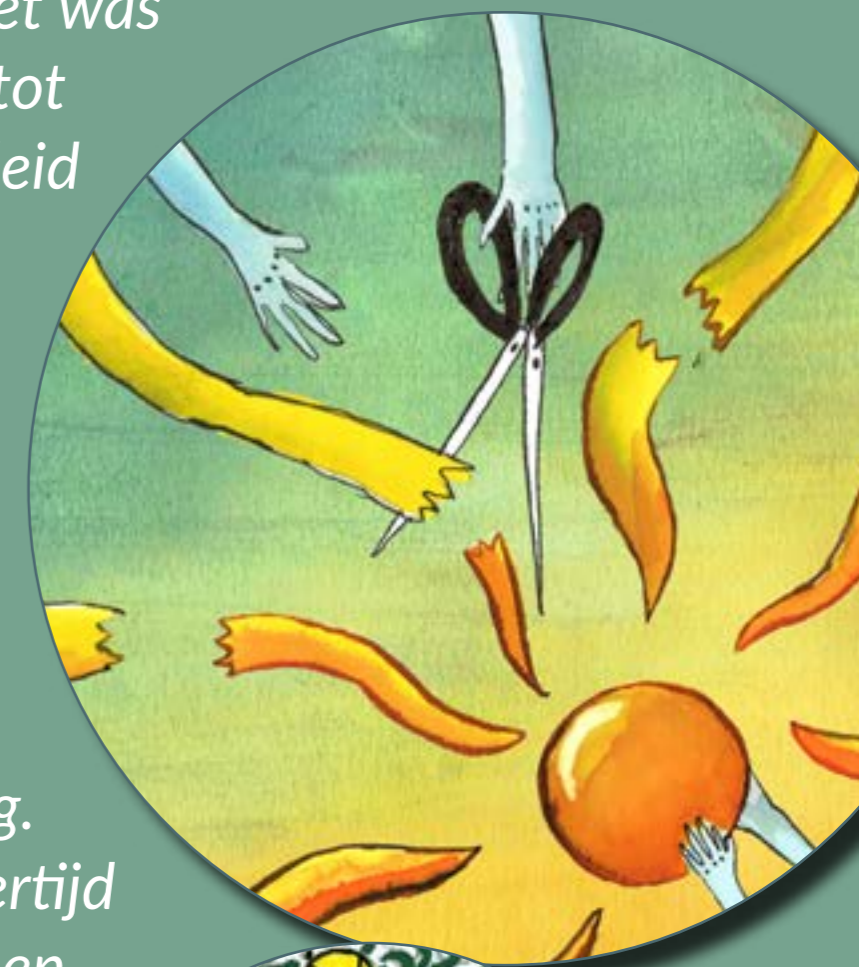
Geestelijk verzorger bij Altrecht

PhD student bij de faculteit voor godgeleerdheid en godsdienstwetenschappen van de RUG

e.ouwehand@altrecht.nl

De illustraties bij dit artikel zijn van [Judith de Haan](#)

"Ik heb er een tijd mee zitten worstelen, van wat is het nou. Maar wat maakt het uit? Het was wat het was en het was plezierig en het heeft tot een goed resultaat geleid in verandering van mezelf, dus ja, plak er maar een sticker op, het maakt niet uit. Dat was mijn conclusie. De een zegt het is een psychose, de ander het is verlichting. Die boekjes die ik indertijd gelezen heb, er was toen al geharrewar tussen geleerden. Iemand die gelooft in psychoses schreef: verlichting bestaat niet, het zijn alleen stroompjes in de hersenen. Nou ja (lacht) op die manier wil ik toch niet bezig zijn".





Hoe trauma het leven bipolair kan kleuren.

Het verhaal van drie professionele ervaringswerkers.
José Hoekstra

De invloed van trauma bij het ontstaan van ernstige problematiek zoals psychose en bipolaire stoornis wordt de laatste jaren steeds duidelijker. Voor velen is het een verhaal van levenslange kwetsbaarheid, een lange worsteling vaak met een ernstige aandoening. Toch lukt het sommigen om goed te herstellen en hun eigen ervaringen in te zetten. Omdat ik denk dat we daarvan kunnen leren zocht ik drie mensen op die mij openhartig hun verhaal vertelden over hun zoektocht naar de oorzaken van hun bipolaire stoornis. Drie mensen die het vonnis van een levenslange chronische ziekte niet zomaar wilden accepteren, drie mensen die veerkracht, eigenwijsheid en de wil tot verder blijven zoeken delen. Drie mensen die uiteindelijk van hun ervaringen hun beroep maakten en anderen vanuit hun professionaliteit en eigen ervaring bijstaan.

Mary Alles is 54 en werkt als coördinator opleidingen voor een cliëntenorganisatie.

“Mijn vader was tuinder, en ik groeide op op het land. Veel buitenspelen, slootje springen, sporen volgen, lopen lopen lopen. Dat hield me wel in mijn lijf. Hij was mijn held, maar op mijn 9e overkwam ons een vreselijk brommerongeluk. Ik zat achterop en was ongedeerd, maar mijn vader was op slag dood. Het veranderde alles, het bedrijf werd verkocht, en we verhuisden naar een flat in de stad. Niemand hielp mij met mijn herinnering, verlies en verdriet. Men zei: ga je moeder maar steunen. Zelf liep ik te ijsberen over de galerij van de

flat. Op school werd het doodgezwegen. Op mijn 14e werd ik depressief. Ik belandde in de GGZ waar een SPV-er mij een boek in de hand duwde over gestalttherapie... dat moest ik maar lezen. Ik snapte er niets van en dacht daardoor: ‘Oh, het ligt aan mij, er is iets mis met mij’. Vanaf dat moment vertrouwde ik volwassenen helemaal niet meer, ik kon school niet afmaken, niet studeren. Ik doe het wel alleen, dacht ik. Op mijn 30ste kreeg ik Prozac, wat een manie triggerde, ik kreeg de diagnose bipolair en werd op lithium ingesteld. Maar het maakte me vlak, dus stopte ik na een tijd en gebruik nu alleen medicijnen voor zo nodig. Ik heb 3 of 4 opnames gehad... de laatste in 2011, maar ik heb altijd gedacht: ‘dit komt toch gewoon door hoe mijn leven verlopen is, hoezo stoornis’.

Na werk in de ICT trouwde ik en werd fulltime moeder. Daardoor ging ik me wel ontwikkelen, ik deed vrijwilligerswerk, volgde cursussen waaronder bij Samen Sterk tegen Stigma. Daar leerde ik dat ik mijn kwetsbaarheid mocht laten zien. Ik was gaan geloven dat dat niet kon – omdat er continuïteit moest zijn.

Het trauma, en het feit dat ik er niet mee geholpen ben, maakt dat ik op slot ga als er veel op me afkomt. Mensen gaan dan ook snel over mijn grenzen. Ik heb mijn ogen gesloten voor mijn trauma, maar de manie maakt dat ik er na zo'n tijd van op slot zitten uitvlieg, weer volop ga leven, dan barst ik van de energie, gelukkig meestal wel binnen de perken.

Mijn vader heeft me het cadeau meegegeven van een positief mensbeeld, ik zie altijd het goede in de mens en dat zet ik nu ook in in mijn werk. Net als mijn vader heb ik me ontworsteld aan het calvinisme, het negatieve beeld van de mens geneigd tot het kwaad. Ik heb vertrouwen in het leven en geloof dat een mens tot veel in staat is, en dat geef ik de mensen ook mee die ik begeleid. Ik zie het zo: de bipolaire stoornis is misschien wel een herstelbeweging vanuit jezelf: het is een energie die er uit moet, die wil leven.”

Eric Otto is 51 en werkt als PRI-therapeut (Past Reality Integration).

“In 1996 kreeg ik, voor mij toen totaal onverwacht een depressie. Ik werkte bij de KLM, had problemen op het werk en strubbelingen in een relatie. Al vrij snel kreeg ik suïcidale gedachten en verschillende antidepressiva werden uitgetest. Van Triptizol werd ik manisch en na de manie kwam ik nog dieper in de depressie. Een eerste opname volgde. In 2002 kreeg ik een tweede depressie, weer een diepe, suïcidale depressie en een tweede opname volgde. Die tweede keer was dat in een oud, naargeestig ziekenhuis in IJmuiden waar ik zo'n oud ijzeren bed had met gordijntjes er om. Ik zat daar en voelde me verschrikkelijk, heb zelfs geprobeerd om niet meer te eten en te drinken. Ik wilde er niet meer zijn. Ik isoleerde mezelf achter dat gordijn, er was alleen enorme angst en depressie. Door medicijnen, dit keer Nortrilen werd ik hypomaan. In deze episode werd ik ook nog psychotisch, een enorm bewustzijnsverruimende ervaring maar ook traumatisch; ik werd platgespoten en geïsoleerd. Ik kreeg uiteindelijk de diagnose bipolaire stoornis en werd 'levenslang' op Depakine ingesteld. Diep van binnen voelde ik: hier klopt iets niet...

Ik ging zoeken, wat is er nou echt met me aan de hand? Ik zocht verdieping, ook in de spirituele hoek en werd wandelcoach. De natuur is voor mij heel belangrijk, daarom ben ik ook naar de rand van Haarlem verhuisd. Ik bleef zoeken. Ik las het boek van Alice Miller, 'Het drama van het begaafde kind' waarin ik mezelf erg herkende. Ik ging me steeds beter voelen en in 2007 ben ik met medicatie gestopt. In 2011 kwam het boek 'De herontdekking van het ware zelf' op mijn pad van Ingeborg Bosch. Snel daarna ben ik begonnen aan de opleiding tot PRI-therapeut. Wat me enorm aansprak in PRI is juist de gelijkwaardigheid tussen cliënt en therapeut – je bent beiden mens met een verhaal. In PRI werken we met diepere bewustzijnslagen en heb ik uiteindelijk ontdekt wat de bron bleek te zijn van mijn depressies. Niet alleen wat je meegemaakt hebt is traumatisch, ook juist het feit dat je er daarna helemaal alleen mee bent is een verpletterende ervaring voor een onschuldig kind zonder tijdsbesef. De gordijntjes in IJmuiden waren dus echt een herbeleving voor mij, ik was weer alleen... Al met al ging ik mezelf nu begrijpen, vele muntjes vielen en ik wist nu eindelijk waar mijn grote lijden vandaan kwam.

Zelfobservatie is heel belangrijk, leren herkennen wanneer je emoties de overhand nemen, voelen en weten dat deze emoties bij het kind van vroeger horen en niet bij NU! De heling zit 'm in het feit dat je dat steeds herkent, zo herprogrammeer je je emotionele brein. Alleen met cognitieve oefeningen verander je niets in de diepte – je moet het doorvoeld hebben. In de GGZ werd me alleen een soort copingstrategie geboden, dat is geen echte therapie. Ik gun het mensen dat zij de kracht kunnen vinden om te zoeken wat er onder de manie en de depressie zit. En die kracht is er, die hebben we allemaal in ons al lijkt hij soms ver weg. We kunnen weer gaan voelen, het is nu veilig, het is voorbij! Voelen is leven voor mij.”

Ronald van Aalten is 56 en werkt als coach en Zijnsgeoriënteerd psychotherapeut en is in opleiding als traumatherapeut.

“Als kind groeide ik op met een dominante vader, die mij regelmatig sloeg, met veel agressieve energie. Mijn moeder was wel lief voor mij, maar zag mij vooral als knuffelbeer. Ze zag mij niet als kind en had geen respect voor mij. Ik speelde veel buiten, daar haalde ik kracht uit, ravotten, fikkies stoken. Maar op mijn 9e verhuisde ik... en verloor al mijn vriendjes. Op de middelbare school raakte ik verstrikt in mezelf. Op mijn 18e, tijdens het eerste jaar van mijn studie medicijnen, had ik een soort energetische doorbraak, naar aanleiding van een contact met een meisje, wat uitliep op een manische psychose. Het werd een opname, met daarna een depressie en ik stopte met mijn studie.

Tijdens mijn opname was er een bijzonder contact met een medestudent, Harry. Hij was bereid om naar mij te luisteren, was niet bang en nam mij serieus, zelfs toen ik vertelde dat ik dacht de nieuwe Jesus te zijn. Ik voelde me helderwetend, alwetend toen. Hij vroeg me: wat is er gebeurd dat je er nu zo bijzit? Daardoor nam de manie snel af. In de GGZ was men alleen maar bang voor me, ik had zwarte band karate... maar Harry was niet bang en praatte met mij van mens tot mens. Later werden mijn depressies wel steeds dieper, afgewisseld met hypomane episodes. Ik dronk veel alcohol bij wijze van zelfmedicatie. Op mijn 26e ontdekte ik diepgaande lichaamsgerichte therapieën in het complementaire veld, zoals Primal Scream therapie, waarin ik me volledige stortte. Gelukkig betaald door mijn ouders, die ook ten einde raad waren. Aan het eind van die periode was er veel veranderd, ik had heel veel spanning losgelaten, maar toch leek ik weer in een depressie te zakken. Ik hoorde dat er misschien een genetische oorzaak voor bipolaire stoornis was gevonden... en zocht een psychiater op, dacht dat ik dan

toch maar aan de lithium moest. Maar deze man was zo afstandelijk, dat ik het gevoel had: hier moet ik toch niet zijn. Een vriendin zei me toen: Sommigen breken een been en lopen dan op krukken, misschien ga jij geestelijk op krukken lopen nu... ik heb me toen aan dat gevoel overgegeven... en de depressie zette toen niet meer door. Vanaf dat moment ben ik nooit meer depressief geweest, dat was op mijn 28ste.

Ik ging in de ICT werken en volgde 20 jaar lang het pad van de Advaita Vedanta. Ik ging op mijn 50ste alsnog studeren voor Zijnsgeoriënteerd psychotherapeut. Inmiddels werk ik als coach en therapeut, ook met mensen met de bipolaire stoornis. Ik vind stoornis wel een goed woord, want het is een enorme verstoring voor je leven. Maar het is wel een psychisch emotionele verstoring, daar ligt de basis: trauma, verwaarlozing, vervreemding van jezelf. Genetische aanleg zal zeker een rol spelen, het zijn toch vaak gepassioneerde, creatieve mensen, vaak met een neiging naar extremen. Bij bipolaren raakt de passie gefrustreerd en gaat uiteindelijk met jou aan de haal, in plaats van dat jij je passie kunt beheren. Het is bij manie als het paard dat er met de ruiters vandoor gaat, in plaats van de ruiters met het paard. Ik leerde uiteindelijk dat het niet zozeer gaat om het wegwerken of overstijgen van je ego, maar, zoals Pete Walker (PTSD psychotherapeut) dat noemt, het ontwikkelen van “een gebruiksvriendelijk ego”.●

Een wereld van verschil...

Waarom krijgen patiënten met lichamelijke (somatische) klachten in Nederland meer steun en begrip?

Dit wordt geen narcistisch verhaal, maar toch is de persoonlijke ervaring meestal aanleiding om in actie te komen en verandering te bewerkstelligen. Daarom ontikom ik als bipolair (manisch depressief) mens en tevens kankerpatiënt er niet aan, om dit artikel te beginnen met die twee gegevens.

Medio 2011, toen 52, werd ik mij ervan bewust dat ik te maken heb met een (milde) vorm van de bipolaire stoornis. Drie jaar later bleek ik ook Non-Hodgkin (lymfeklierkanker/marginale zone lymfoom) te hebben; de laatste fase (4), dus 'het' zat overal: van top tot teen. Anderhalf jaar na de diagnose bleek het ook hier gelukkig om een milde vorm te gaan.

De eerste diagnose bleek ik, volledig onbewust, al een leven lang met me mee te dragen én aan de dag te hebben gelegd. Ik kwam er achter dankzij het internet. Door de kankerbehandeling die eerst door prednisontoeiening uit de klauwen liep, kreeg ik in januari van 2016 pas de officiële diagnose bipolair door de psychiater opgeprikt. Dat ging als volgt: "Dokter, binnen de VMDB zijn er mensen die er aan twijfelen of ik wel echt een manisch depressieve stoornis heb?" Mijn zielenknijper: "Voor mij geen twijfel mogelijk en zo klaar als een klontje!"

De somatische aandoening had zich, achteraf bekeken, waarschijnlijk in meerdere jaren opgebouwd. Mijn nieuwe huisarts had snel bekeken dat er sprake was van een vorm van kanker. De verklaring voor de levensbedreigende cellen in mijn steeds breder wordende nek en overige plaatsen waar zich lymfeklieren bevinden. En dat zijn er nogal wat: zo'n 45 plaatsen in onze body liet ik me vertellen.

De reacties van 'de buitenwereld' op de beide diagnoses bleken in mijn geval 180 graden anders te zijn; haaks tegenover elkaar. Eerst voelde ik me terzijde geschoven en keek men niet meer naar mij om; bij de tweede ervaring werd ik bedolven onder kaarten, fruitmanden en bloemen...

Van de zotte eigenlijk en al helemaal niet meer van deze tijd! Daarom schrijf ik hier, niet uit zelfmedelijden, maar omdat ik een bres wil slaan in het algemene beeld van stigmata en vooroordelen bij psychiatrische medemens die niet (helemaal) passen binnen de algemeen aanvaarde regels.

We hebben het toch niet voor het kiezen? Doe mij maar wat kanker, dan neem jij een psychiatrisch mankement? Waarom gaan we er dan vaak zo spastisch mee om als het 'tussen de oren zit'? In tegenstelling tot het gebroken been, dat mag rekenen op letterlijke én figuurlijke ondersteuning, medeleven en vooral de eerder genoemde attenties. Om over de vaak vele bezoeken aan jou als somatische patiënt maar te zwijgen.

Het effect van verschillende diagnoses

door Siebe Haagsma

De VMDB: Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen

Tot zover de constatering anno 2017 die een ervaring blijkt te zijn bij velen van de meer dan 2.600 leden tellende, inmiddels 30-jarige VMDB (Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen). Bipolair is zo gek nog niet, want bekende 'voorgangers' of nog levende zielen kunnen wij rekenen tot onze lotgenoten. Deelgenoten noem ik ze liever: staatsman Winston Churchill, president John F. Kennedy, auteur Heleen van Rooijen, cabaretier Mike Boddé, natuurkundige Isaac Newton, e.v.a.

Maar liefst zo'n 1 à 1,5 % van de wereldbevolking, dus de kans is vrij groot, dat iedereen in haar of zijn omgeving ten minste heeft te maken met 3-5 vrienden/collega's/familieleden/buren/... die deze stoornis onder de leden hebben, of al regelmatig hebben laten zien.

De (mede) VMDB-ers zijn je in bepaalde opzichten liever en dierbaarder dan je bloedeigen vrouw, vader of kind, omdat wij samen beter kunnen invoelen, wat het is om bipolair te zijn. Dat kan de ander zich wel proberen voor te stellen, in te beelden of eigen te maken, maar blijft meestal toch een wat 'verder van mijn bed-show'.

"Wat een geluk dat ik nu eindelijk eens kan praten met iemand, die hetzelfde voelt en ervaart als ikzelf...!". Dat horen we vaak als teamleden van de Lotgenoten- en Betrokkenenlijn van de VMDB; één van de pijlers van onze club: een vrijwilligersteam bestaande uit zo'n 35 personen, meestal tussen de 40-60 jaar, vrouwen en mannen, dat altijd op zoek is naar versterking, verjonging en uitbreiding. Een luisterend oor en ondersteunende schouder die bellers zeven dagen in de week van 's morgens elf tot 's avonds negen uur te woord wil staan. Gemiddeld zo'n 5.000-7.000 gesprekken per jaar.





Pillen en praten!

Dát is binnen de VMDB het parool: pillen en praten! De meeste collega-bipolairers ontkomen er niet aan om op tijd soms flinke porties medicijnen in te nemen. Maar daarnaast moet je veel praten. Niet over het weer of de politiek die er momenteel qua formatie een potje van maakt, maar over jouw aandoening, de reacties van je omgeving, je erfelijkheid, je schommelingen en ga maar door.

Daarom heeft de vereniging allerlei praatgroepen in de vorm van plaatselijke of regionale huiskamergroepen, waar lot-/deelgenoten of betrokkenen (partners/kinderen etc.) elkaar met een bepaalde regelmaat ontmoeten. Dat kan wisselend bij de deelnemers thuis, in een gebouw van de regionale of plaatselijke GGZ-instelling of gewoon wandelend door de Drentse of Gooise bossen.

Wie de jeugd heeft, heeft de toekomst. Daarom hebben we VMDB-Young! Want ook jonge mensen verdienen steun en een plek om samen uit te huilen en opnieuw te beginnen.

In informatieve zin kennen we viermaal per jaar de Landelijke Dagen; meestal in 'De Musketon' Lunetten/ Utrecht of anders in 'De Stolp' Den Bosch, waar 's morgens een bepaald thema door wetenschappers en meestal ervaringsdeskundigen wordt belicht. 's Middags zijn er deelthema's of wordt er lotgenoten-/betrokkenen contact georganiseerd in de vorm van praatgroepen. Toegangskosten zijn beperkt, want veel mensen met een bipolaire stoornis hebben een uitkering. En dan te weten dat 1 à 1,5 persoon op de 100 Nederlanders er mee te maken heeft.

Lobbyen is nodig, want in Rutte-1 is er gigantisch bezuinigd op de psychiatrie en met name de subsidies van patiëntenverenigingen. Van € 120.000,- jaarlijkse subsidie ging we in vier jaar tijd terug naar € 35.000,-. Twee van de drie functionarissen stonden op straat. Onze begroting om alles te kunnen doen, bedraagt zo'n € 150.000,-, dus we moeten jaarlijks proberen zo'n dikke ton te vinden bij leden, donateurs, goede doelen en zo mogelijk sponsoren. Beslist géén sinecure. En u begrijpt misschien ook beter, waarom er steeds meer verwarde personen wankelend in dakgoten staan of de gaskraan hebben opengezet. Dan blijkt ook hier weer, dat bij inzamelingen rondom kankerbestrijding het geld af en toe binnenstroomt...

Meer weten en/of ook meedoen? De VMDB-Lotgenoten- & Betrokkenenlijn is 7 dagen per week bereikbaar van 11-21 uur via 0900 – 5123456

Op www.VMDB.nl vindt u uitgebreidere informatie over de andere bovengenoemde activiteiten. Nieuwe vrijwilligers/geïnteresseerden kunnen zich altijd melden via de gegevens op de website.

Ook vindt u daar ons IBAN-nummer om onze vereniging financieel te ondersteunen.

Siebe Haagsma, coördinator Lotgenoten- & Betrokkenenlijn VMDB

mede-coördinator Landelijke dagen VMDB Reageren? Uitsluitend per mail via: S.A.Haagsma@VMDB.nl

Professionals die zich geen voorstelling kunnen maken bij de bipolaire stoornis

Dus proberen we veel aan voorlichting te doen, want die is nog broodnodig! Er blijken nog steeds huisartsen en zelfs psychiaters en psychologen te zijn, die zich beslist geen voorstelling kunnen maken bij de bipolaire stoornis en die diagnose ook niet stellen. Mensen worden soms jarenlang van het kastje naar de muur gestuurd of raken met hun gezin of geliefden volledig aan lager wal. We hebben daarom ons kwartaalblad PLUSminus en participeren binnen het KenBis (Kenniscentrum Bipolaire stoornis). Datzelfde geldt voor het Landelijk Platform GGz/MIND. We geven zoveel als we kunnen voorlichting op scholen, binnen instellingen, vrouwengroepen, de politieopleidingen en ga zo maar door.

Want wat helder moet worden is, dat we niet elke bipo aan de kant kunnen schuiven en met een korrel zout moeten nemen. "Zij spoort niet!" is een uitspraak die we gemiddeld vaker uiten dan verantwoord is, want je zult maar niet sporen: voor de één eenmaal in de acht jaar, voor de ander 'once in a lifetime', maar voor een enkeling helaas bijna maandelijks of soms jarenlang in depressies verkerend.

Daarom dus allemaal de handen uit de mouwen en aan het werk! De VMDB is nog steeds te weinig bekend bij professionals/behandelaars en daardoor ook niet bij hun cliënten/patiënten. Hopelijk kan dit artikeltje er toe bijdragen dat het begrip groter wordt en de stigma's en vooroordelen uiteindelijk verdwijnen, zodat ook bipolairers net zoveel begrip, steun, bijval én financiële ondersteuning krijgen als de kankerlijders. ●



GGZtotal

