




Melancholie, Edvard Munch 1906/07

De bipolaire stoornis voor patiënt en betrokkenen

Een leidraad

De leidraad is een uitgave van de LithiumPlus Werkgroep  in samenwerking met de Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen.



Deze uitgave is mede mogelijk gemaakt door de Stichting NutsOHRA te Amsterdam



Voorwoord

In 2001 verscheen de eerste “Leidraad: de bipolaire stoornis voor patiënt en betrokkenen”, een product van de samenwerking tussen de Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen en de LithiumPlus Werkgroep van behandelaren. Nieuwe inzichten op het gebied van diagnostiek en behandeling en ook opmerkingen van de gebruikers van deze leidraad hebben een grondige herziening nodig gemaakt.

De herziene leidraad is opnieuw geschreven door patiënten, betrokkenen en behandelaren en is overzichtelijker, toegankelijker en weer geheel bij de tijd.

De leidraad geeft compacte informatie over de vele aspecten van de bipolaire stoornis en nodigt uit tot verder lezen in boeken en op het internet.

Wij hopen dat deze leidraad de lezer daarbij op het juiste spoor zet.

Ralph Kupka
voorzitter LithiumPlus Werkgroep

Hans Bal
wnd voorzitter VMDB

Inleiding

1	Inleiding	7
2	Doel van de leidraad	7
3	Gerichte informatie	7
4	Cliënten? Patiënten?	8
5	De behandelaar(s)	8

De bipolaire stoornis

6	De bipolaire stoornis	11
7	Vóórkomen	11
8	Historie	12
9	Episoden	12
10	Depressie	12
11	Manie en psychose	13
12	De hypomane episode	13
13	Het verloop	14
14	De oorzaken	14
15	Factoren	15
16	Combinatie van psychische aandoeningen	15
17	Combinatie met lichamelijke aandoeningen	16
18	De invloed van levensgebeurtenissen op het ontstaan en beloop van MD	16
19	Prognose	16
20	Reacties van de omgeving	17
21	Grote variaties	17
22	Maatschappij	18

Behandeling: algemene aspecten

23	Ervaringsdeskundig	21
24	De therapiestandaard	21
25	De behandelduur	21
26	De (mede)behandelaars	22
27	Ontwikkeling therapie	22
28	Therapietrouw	23
29	Noodplan	23
30	Life Chart	23
31	Stemming meten	24
32	Preventie (profylaxe)	24
33	Aanpassing	24
34	Na de diagnose	25

Zelfzorg, psycho-educatie en psychotherapie

35	Contragedrag	27
36	Psycho-educatie	27
37	Psychotherapie	28
38	Cognitieve therapie	28
39	Interpersoonlijke en sociaal ritme therapie	28
40	Gezinstherapie	29
41	Conclusie	29

Behandeling met medicijnen

42	Ontdekking van het eerste werkzame medicijn	31
43	Psychofarmaca	31
44	Stemmingsstabilisatoren	32
45	Medicijnen voor de behandeling van de depressieve episode	32
46	Medicijnen voor de behandeling van de manie	32
47	Medicijnen voor de onderhoudsbehandeling	33
48	Keuze-overwegingen bij de onderhoudsbehandeling	33
49	Lithium	34
50	Lithium controleren	34
51	Lithium bloedspiegelbepaling	34
52	Lithiumvergiftiging	35
53	Lithium en lichamelijke controles	35
54	Lithium bijwerkingen	35
55	Lithium middelen	36
56	Carbamazepine	36
57	Carbamazepine controleren	36
58	Carbamazepine bijwerkingen en risico's	37
59	Carbamazepine middelen	37
60	Valproaat	38
61	Valproaat controleren	38
62	Valproaat bijwerkingen	38
63	Valproaat middelen	39
64	Lamotrigine	39
65	Combinaties van stemmingsstabilisatoren	39
66	Tien hoofdregels bij het gebruik van stemmingsstabilisatoren	40
67	Antipsychotica	41
68	Antidepressiva	41
69	Wisselwerking medicatie	41
70	Therapieresistentie	42
71	Seksualiteit	42
72	Alternatieve medicijnen	43

73 Niet-medicamenteuze “biologische behandelingen”	44
74 Lichamelijke functies	44

De bipolaire stoornis in het verloop van het leven

75 Vrouwen en hormonen	47
76 Kinderwens	47
77 Zwangerschap	48
78 Na de bevalling	48
79 Adolescenten	49
80 Ouderen	50

Leven met een bipolaire stoornis

81 Werk	53
82 Arbeidsongeschiktheid	53
83 Studie	54
84 Verkeersvaardigheid	54
85 Ontspanning	55
86 Sport en spel	55
87 Vakantie	56
88 Bloed/donorschap	56
89 Alcohol - Drugs	56
90 Wetgeving	57
91 De rol van betrokkenen	58
92 Acceptatie	59
93 Rouwen over verlies van gezondheid	59
94 Stigma	60

Rondom de zorg

95 Behandelplan en zorgprogramma's	63
96 Second opinion	63
97 LithiumPlus Werkgroep	63
98 Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen	64
99 Lotgenoten	64
100 Patiënten- en betrokkenenvereniging	64

Bronnen

Colofon

Inleiding

1 Inleiding Als je als patiënt(e) te horen krijgt: “U heeft een manisch depressieve stoornis”, kan je wereld ineens storten. Vragen als: “Wat overkomt mij?” en “Kom ik hier ooit nog wel uit?” zijn heel gewoon. Veel patiënten hebben ons verteld, dat zij het gevoel hadden dat al hun ankers weggeslagen waren en dat ze op drift waren in een hen onbekende, nieuwe werkelijkheid. Voor hen, en voor u, is deze leidraad geschreven. Wij, de schrijvers, kennen de weg uit eigen ervaring als patiënt, als betrokkene, als (mede)behandelaar of als wetenschappelijk onderzoeker. Wij zijn allen tien jaar of meer actief als behandelaar, als patiënt- of als betrokkene-ervaringsdeskundige. Enkele van de psychiaters zijn gepromoveerd op het onderwerp en/of schreven mee aan de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Als leden van de Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB) en de LithiumPlus WerkGroep (Li+WG) zijn wij verheugd dat we onze kennis met u kunnen delen.

2 Doel van de leidraad Deze leidraad is bedoeld om u meer inzicht te geven in de bipolaire stoornis (dit is de wetenschappelijke term voor de manisch depressieve stoornis). Aan de orde komen mogelijkheden, moeilijkheden en oplossingen. De tekst begint steeds met een steekwoord als kopje. Zo kunt u gemakkelijk vinden wat u zoekt, bijvoorbeeld “doel van de leidraad”. (2) Wij willen u informatie verstrekken waar u zelf iets aan heeft. Wat wij weten hebben wij hier zo kort mogelijk samengevat. Indien u toch iets mist, dan komt dat waarschijnlijk omdat het naar onze mening hier niet paste: te specialistisch of te onzeker. U kunt uw vraag altijd stellen aan uw behandelaar, of mailen naar de vereniging vmdb@nsmd.nl. Ook lotgenoten kunnen u informatie geven, bijvoorbeeld via de lotgenotenlijn (0900-5 123 456) of het VMDB-discussieforum, te bereiken via de site www.vmdb.nl. Want het is onvermijdelijk dat deze tekst de nadruk meer op de stoornis legt, dan op uw eigen beleving daarvan. Wij beseffen dat uw vragen allemaal onderling verschillen. Sommigen van u willen bijvoorbeeld graag kinderen, bij anderen speelt dat niet. Lees wat bij uw situatie past. Denk niet slechts aan uw situatie nu, maar ook aan de toekomst en aan de mensen om u heen.

3 Gerichte informatie De informatie is gericht op alle patiënten en betrokkenen. Patiënt bent u als u de diagnose ‘bipolair’ te horen heeft gekregen. Uw leven is veranderd. Betrokkene bent u, als u sterk verbonden bent met een patiënt: als partner, ouder, kind en/of via een andere familieband, maar ook als vriend, collega, werkgever of werknemer. De problemen van de patiënt zijn ook voor u aangrijpend. U wilt informatie omdat deze voor ‘uw’ patiënt en ook voor uzelf van belang is. Bij het aanbieden van de informatie willen we vooral duidelijk zijn. Het kan zijn dat u alles in deze leidraad achter elkaar wilt lezen. Dat is niet noodzakelijk. Regelmatig een stukje over een

onderwerp dat u bezighoudt lezen is ook doelmatig. We streven er naar dit overzicht beknopt en compleet te houden. Indien wij daarin volgens u tekort schieten, dan horen wij het graag, liefst met voorstellen tot verbetering. Als u tevreden bent en dat wilt laten weten, dan is dat ook welkom! De informatie in deze leidraad kan overigens nooit de plaats innemen van het overleg met uw behandelaar(s). Als we bijvoorbeeld mogelijke bijwerkingen van medicatie bespreken, denk dan niet meteen: "Dat ik die bijwerkingen ga krijgen, daar heeft mijn behandelaar me niets over verteld!" Een kans op problemen is iets anders dan dat u ze daadwerkelijk krijgt. En als u weet wat mogelijke gevolgen van medicatiegebruik zijn, kunt u deze helpen voorkómen. Voel u vrij om te overleggen met uw behandelaar over de informatie die wij verstrekken.

4 Cliënten? Patiënten? Een tijd lang is de aanduiding patiënt, met name in de zogenaamde 'antipsychiatrie', gemeden omdat men deze als denigrerend zag. Patiënt betekent lijder; cliënt staat voor klant. Wij kiezen ervoor om het in deze leidraad over patiënten te hebben. De informatie die wij bieden is immers bedoeld om lijden te verlichten. Dat is onze eerste opzet. Wij geloven dat de psychiatrische patiënt net zo goed als de reguliere, recht heeft op verlichting van zijn of haar lijden. De geestelijke gezondheidszorg dient alle mogelijke middelen in te zetten om waar het nodig is aan uw vraag om hulp te voldoen. Uw recht op een betere kwaliteit van leven dient te worden gerespecteerd. Want als u als patiënt geholpen bent, zijn de betrokkenen (91) in uw omgeving dat ook. Zij zijn gediend met dezelfde informatie. Hun hulp, gebaseerd op hun betrokkenheid met u en de juiste aanpak, is een onmisbare steun voor patiënt en behandelaar. (5)

5 De behandelaar(s) Pillen slikken en periodieke gesprekken bij uw psychiater horen bij deze ziekte. De persoonlijke relatie met uw behandelaar is van grote betekenis. Het moet klikken. Doet het dat niet, ook niet na een aantal gesprekken, dan kunt u besluiten een andere behandelaar te zoeken. Behandeling door de huisarts is bij wijze van uitzondering mogelijk. (95) Wanneer u twijfelt over uw diagnose of behandelvoorstel (95) kunt u een second opinion (tweede mening) aanvragen, iedere goede behandelaar helpt daarbij. (96) Uw psychiater is verantwoordelijk voor het behandelplan als geheel. Als u behoefte heeft aan meer praktische hulp kunt u terecht bij sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) en voor de verwerking van alles wat uw stoornis met zich meebrengt bij een psycholoog-psychotherapeut. Ook hier moet het klikken. U en uw behandelaars zullen jarenlang regelmatig contact hebben en ook in crisissituaties kunt u altijd bij hen terecht om erger te voorkomen. Bij een crisis dienen u, uw betrokkenen en uw behandelaars samen uit te zoeken welke weg er gevolgd moet worden om zo goed mogelijk te herstellen. Het is van belang dat u als partner of familie actief betrokken bent bij de behandeling. Psycho-educatie, een vorm van verlichting waarbij alle partijen aanwezig zijn is een goede vorm van samenwerking tussen patiënt, betrokkene(n) en behandelaar(s). (36)



Er is sprake van....overactief zijn.

De bipolaire stoornis

6 De bipolaire stoornis Bi- komt uit het Latijnse bis, wat tweemaal betekent; polair uit het Griekse polos, oftewel draaipunt. Bipolair betekent dus: tweepolig. De ziekte kent twee stemmingspolen, namelijk een manische en een depressieve met tussendoor periodes van een normale stemming. De manische en depressieve verschijnselen, met of zonder psychotische kenmerken, komen nog aan de orde. (11) Er is een grote diversiteit mogelijk aan klachten, in aard, in ernst en in tijdsduur. De periode van normale stemming wordt een vrij interval genoemd. Als stemmingsepisoden snel op elkaar volgen, soms zelfs zonder tussenliggend interval, spreekt men wel van “rapid cycling”, of “snelle schommelingen”. (70) Het is mogelijk dat er vooral manische episoden zijn en wisselend ernstige depressies (bipolair type I), maar ook dat er hypomane (minder ernstige manische) verschijnselen voorkomen naast depressieve episoden (bipolair type II). Zelfs gemengde episodes (tegelijktijd depressieve klachten en manische verschijnselen) zijn mogelijk. Meer dan 60% van de patiënten heeft wel eens een psychose, met wanen of hallucinaties, tijdens een episode, doch zelden tijdens elke episode. Wanneer een psychose voorkomt in perioden, dat men niet manisch of depressief is, dan wordt de aandoening niet bipolair, maar schizoaffectief genoemd. (10,11,12) Indien de ziekte gedurende lange tijd (minstens twee jaar) verloopt met talrijke periodes van stemmingsneigend tot hypomane, afgewisseld met talrijke periodes neigend tot depressieve, dan wordt dat een cyclothyme stoornis genoemd. Dit kan uiteindelijk overgaan in de bipolaire stoornis.

De bipolaire stoornis kent vele varianten, die van elkaar verschillen in ernst, aard, frequentie en duur van de episoden en de mate waarin zij verstorend werken in het leven van de patiënt.

De verschillen tussen de patiënten die lijden aan een bipolaire stoornis zijn nog groter: er is niet een bepaald “bipolair type mens”. U bent niet “een bipolair”, maar u heeft “een bipolaire stemmingsstoornis”. En daarnaast heeft u nog vele andere eigenschappen.

7 Vóórkomen De bipolaire stoornis vormt een belangrijk gebied in de Geestelijke Gezondheidszorg (verder afgekort als GGz). In een recent bevolkingsonderzoek bleek, dat ongeveer 1,8% van de bevolking er tijdens hun leven aan zijn gaan lijden. In Nederland zijn dat naar deze berekening dus 288.000 mensen. Het is daarmee een frequent voorkomende stoornis. Bij 10-25% van de mensen, die alleen depressies hebben gehad, ontwikkelt zich later een (hypo)manie. (12) Gemiddeld wordt de diagnose gesteld rond het 30e jaar en dan zijn er meestal reeds twee episoden diagnostisch gemist. Manische episoden, zonder dat tevens sprake is van depressieve, zijn niet frequent. Maar een schatting is lastig, want manische mensen zijn moeilijk te volgen! Onbehandeld is de duur van episoden gemiddeld drie maanden, maar de variatie is

groot. In het verloop neigt de klachtenvrije periode ertoe korter te worden. Waarschijnlijk kan vroege behandeling dit tegengaan. Het ziektebeeld treedt even vaak op bij vrouwen als mannen. Er is een duidelijk verhoogd vóórkomen van dezelfde stoornissen bij bloedverwanten (tot 20%; bij eeneiige tweelingen zelfs 70%).

8 Historie De geschiedenis van deze stemmingsziekte gaat ver terug, maar de term manisch-depressieve stoornis werd pas beschreven rond 1900. Toen onderscheidde men dit ziektebeeld van de schizofrene psychosen en ontstond er een moderne richting in het onderzoek. Drie verschijnselen werden in dit syndroom samengebracht: psychose, manie en melancholie (ernstige depressie), optredend in voorbijgaande perioden, onderbroken door volledig herstel. Voor enkele van deze begrippen werd teruggegrepen op oudere gezichtspunten: melancholie is ontleend aan oud-Griekse denkbeelden over zwartgalligheid. De term bipolaire stoornis is pas later ontstaan, toen de unipolaire depressies (depressies zonder manie) apart werden benoemd. De levenservaringen van bekende manisch-depressieve personen in de wereldgeschiedenis worden beeldend verhaald door de Amerikaanse psychologe Kay Jamison in 'Touched with Fire' (1993). Zij effent, als lotgenote, ook met haar autobiografie 'De onrustige geest' en 'De uitbundige mens' het pad voor erkenning van de stoornis. De eerste doeltreffende therapie met lithium is voorgesteld door de Deense psychiater Mogens Schou rond 1960. Sindsdien wordt aanvaard, dat medicatie de noodzakelijke basis vormt voor behandeling. *(27,bronnen)*

9 Episoden De kern van het probleem, dat zijn de perioden met klachten: episoden. *(13)* Goede tijden met normale stemming (vrije interval) wisselen af met tijden, waarin de stemming boven of beneden normaal is. De patiënt is dan (hypo)manisch of depressief of er zijn gemengde episoden: verschijnselen van manie en depressie treden gelijktijdig op, of wisselen elkaar snel af, bijvoorbeeld op dezelfde dag. *(6)* In het algemeen is er een manisch-depressief patroon dat per patiënt constant blijft. Een betrokkene, die de patiënt goed kent, kan wijziging in het vaste patroon opmerken en er aandacht voor vragen. Die waakzaamheid is raadzaam. Is de medicatie niet meer werkzaam? Waardoor? Ontstaan er snelle wisselingen (rapid cycling) en is dat een gevolg van medicatie? Hieronder een schets, welke klacht of verschijnsel bij manische, depressieve of gemengde episoden kan voorkomen.

10 Depressie In een depressieve episode voelen patiënten zich meestal ziek en somber, er is een gevoel van malaise (malaise=zich beroerd voelen). Grofweg kan worden gesteld dat alles negatiever wordt ervaren dan normaal. Kenmerkend is de sombere stemming, beneden normaal, die zich ook kan uiten als onverklaard verdriet of een bedrukt gevoel. Soms voelt iemand in een depressie helemaal niets meer; zelfs de liefde voor partner of kinderen kan (tijdelijk) weg zijn. Het vermogen om plezier te bele-

ven, zin in iets te hebben, is verminderd of afwezig. Nadenken gaat slecht. Tijdens een depressie zijn mensen stil, teruggetrokken en besluiteloos; ze kunnen zich vaak niet meer goed concentreren bij lezen en luisteren; ze zijn vergeetachtig en zien overal als een berg tegenop. Sommige patiënten worden angstig. Het gevoel van eigenwaarde is slecht en ze maken zichzelf ten onrechte allerlei verwijten. Ook lichamelijke functies zijn ontregeld, zoals slaap en eetlust. (74) Meestal zijn deze verminderd, soms toegenomen. Soms wordt er, bij een depressie, door de arts aan een lichamelijke ziekte gedacht; dat komt omdat bij een depressie klachten horen als moeheid, pijn, verminderde seksuele belangstelling, en nog andere klachten zoals traagheid, of juist onrust en niet stil kunnen zitten. In de loop van de dag kan bij een depressief persoon enige verbetering optreden: dat staat bekend als dagschommeling. Gedachten aan de dood, of zelfs doodswens, komen vaak voor. Het gevaar van zelfdoding (suïciderisico) moet men dan ook serieus nemen.

11 Manie en psychose Een eerste manische periode wordt vaak door de patiënt niet als zodanig herkend. De omgeving (vaak de familie) heeft wel in de gaten dat er 'iets aan de hand' is maar men weet niet wat, en zeker niet dat er sprake is van een ziekte. Iemand die manisch is, beleeft alles intenser en vaak positiever dan normaal. De stemming is uitgelaten, euforisch of juist prikkelbaar. Er is sprake van onrust en overactief zijn. Het denken is te snel, van de hak op de tak. Manische mensen praten erg veel en bemoeien zich met alles en iedereen. De slaapbehoefte is afgenomen, terwijl de patiënt blaakt van energie. Het gevoel van eigenwaarde is toegenomen (zich uitbreidend=expansief) met neiging tot overschatting. Het risico van manie zit in het ontremd zijn en de neiging om gevaar te onderschatten: veel geld uitgeven, drugs- en alcoholgebruik, seksuele ontremming, uitputting. Soms staat de ontstemming (ontstemde manie, dysforie zo op de voorgrond dat de patiënt op alles en iedereen boos lijkt te zijn. Iemand voelt dan een toename van energie en heeft weinig behoefte aan slaap, gecombineerd met een versnelde gedactengang, maar de stemming is niet uitgelaten. Die is juist prikkelbaar, angstig, depressief of boos. Een manie is een ramp voor betrokkenen, relaties, voor iemands positie en (niet te vergeten) ook nog voor de behandeling. Bij een psychose is sprake van stoornissen in het logisch denken en het waarnemen. Dat uit zich in hallucinaties, het waarnemen van wat voor anderen onbestaand is, zoals bijvoorbeeld het horen van stemmen, die opdrachten geven. Ook kan het zich voordoen als een waan: een persoonlijke, oncorrigeerbare, overtuiging, die in strijd is met de werkelijkheid. Psychotische verschijnselen kunnen zich voordoen in het kader van de manie, maar ook bij een ernstige depressie.

12 Hypomane episode Soms is er geen sprake van manie, maar is er wel een duidelijk herkenbare, voortdurende, expansieve, prikkelbare stemming, gedurende vier of meer dagen. Dan zijn er ook enkele van de volgende verschijnselen: minder behoefte aan slaap; spraakzamer; gedachtenvlucht, gejaagdheid, afleidbaarheid; overmatig

bezig zijn met aangename activiteiten. De episode gaat gepaard met verandering in gedrag, dat niet karakteristiek is voor de patiënt en dat door anderen wordt opgemerkt. Hypomanie is niet ernstig genoeg om sociaal of beroepsmatig uit de bocht te vliegen en er zijn geen psychotische verschijnselen. Een hypomanie kan zelfs als heel plezierig, creatief of waardevol beleefd worden. Van drugs, alcohol, of een nieuw geneesmiddel kan iemand hypomane verschijnselen krijgen; de verschijnselen kunnen ook komen door een veranderde schildklierwerking, of een andere lichamelijke aandoening. Het is belangrijk een hypomanie die ontstaat als episode van de bipolaire stoornis, goed te herkennen en te behandelen. (14,16,17)

13 Het verloop Kenmerkend is het verloop: kortere of langere perioden met dezelfde klachten. Op een levenslijn getekend met een dag per streepje, is — drie dagen normale stemming: —|--- gevolgd door drie dagen manie en —|---|___|— dan weer door drie dagen depressief en daarna normaal. Dan begrijpt u wat we bedoelen met —|---|—|___|—. Dat zijn drie normale perioden met daartussen een manische en een depressieve episode. Trek de lijn langer door en het is een life chart: het stemmingsbeeld getekend op de tijdslijn. (70) De klachten kunnen worden ingedeeld op drie niveaus: licht (stemming verschilt van normaal); matig (met beperking in functioneren); ernstig (niet in staat te functioneren, soms is er zelfs een opname nodig). Daardoor kunnen de lijnen hoger en lager worden en getrapt zijn (van licht naar matig en naar ernstig). Als de allereerste episode depressief is, dan weet u niet of er manische zullen volgen. Patiënten kunnen dan worden behandeld als in een depressie met antidepressieve medicijnen. Omgekeerd kan een eerste manische episode worden miskend als psychose en behandeld met antipsychotische medicijnen. (9,21,30)

14 De oorzaken Aanleg (overerving) is belangrijk, maar daarnaast spelen vele andere factoren een rol. Dat weten we door onderzoek bij eenige tweelingen waarvan de ene wel en de andere niet de bipolaire stoornis heeft. Naast overeenkomst is er verschil, terwijl zij dezelfde aanleg hebben geërfd. Welke factoren zijn er bekend, behalve die meegekregen bij geboorte? Dat is een lange lijst van uiteenlopende invloeden. Denk dus niet meteen: 'dat is bij mij ook zo...of juist niet zo'. We noemen: hersenbeschadiging (geboortelletsel, ongeval, bloeding of infectie), maar ook een psychisch trauma, zoals verlies van een ouder op jonge leeftijd en ook of vader of moeder een ziekte hebben. Misbruikt of verwaarloosd zijn als kind kan een belangrijke invloed zijn geweest. De oorzaak staat nooit alleen, maar is het resultaat van 1.) kwetsbaarheid, genetisch vastgelegd 2.) kwetsing, aanslag op het geestelijke evenwicht 3.) kwetsuur, verzwakking van binnen. Dat laatste kan een ziekte zijn (zoals een schildklier-aandoening), maar ook (bij)werking van medicijnen of drugs. Dat laatste lijkt tegenstrijdig, want een andere ziekte of een bijwerking, kan dat wel aanvaard worden als een echte oorzaak? Aanvaard is, dat er niet meer sprake is van een bipolaire stoornis, indien de bipolaire

verschijnselen verdwijnen na het wegnemen van deze factor. Maar... een principeel onderscheid proberen te maken tussen lichamelijke (somatische) en geestelijke (psychische) factoren is een illusie, zo blijkt uit de praktijk en in het wetenschappelijk onderzoek. Dat lijkt vaag en onbevredigend, maar toch verklaart het de verbanden veel beter dan 'of-of': hersenen -of- trauma -of- psyche -of- sociaal. Alle oorzaken komen uiteindelijk samen in de hersenen, en uiten zich op een bepaald moment in de vorm van verstoord gevoel en gedrag. (12,74)

15 Factoren Vervolgens worden de klachten zelf uitgelokt door weer andere invloeden. Sommige antidepressieve medicijnen kunnen het karakter van de stoornis veranderen naar snelle schommelingen van de stemming (rapid cycling). Verstoring van het biologische ritme (ploegendienst, vliegen door verschillende tijdzones) kan een manie uitlokken. Drugsgebruik verandert bij sommigen het evenwicht. Stimulerende middelen ('speed', ecstasy - XTC) kunnen een manie uitlokken. Maar omgekeerd kan een depressie of manie een mens ook drijven naar het gebruik van drugs of alcohol. (89) Het kan betekenen, dat u gevoeliger bent voor die ongewenste, afhankelijk makende, werking van drugs en vergelijkbare middelen. Factoren zijn er evenveel als er mensen zijn met bipolaire stoornissen. Het is echter te somber, indien u hieruit afleidt, dat bij u de oorzaak wel nooit zal blijken en daaraan een gevoel van hopeloosheid overhoudt. In het ziekteverloop kunnen bijvoorbeeld steeds dezelfde gebeurtenissen een episode uitlokken en dan is het mogelijk dat duidelijk te krijgen. Voor de keuze van behandeling en preventie telt dit inzicht mee. U kunt dan beter leren omgaan met die gebeurtenissen. (18)

16 Combinatie van psychische aandoeningen Dit is vooral van belang voor de diagnose en daaraan te koppelen behandeling. Voorbeelden van gelijktijdige andere stoornissen zijn: paniekaanvallen in de vorm van angst met plotselinge lichamelijke klachten als hartkloppingen, ademnood of transpireren. Ook persoonlijkheidsstoornissen komen vaker voor bij bipolaire stoornissen. Omdat er grote overeenkomst kan bestaan tussen de klachten van, bijvoorbeeld, borderline persoonlijkheidsstoornis en bipolaire verschijnselen, wordt soms de tweede diagnose niet tijdig onderkend. Bijzondere aandacht verdient het risico op verslavingsziekte (of eetverslaving) met misbruik of afhankelijkheid van uiteenlopende middelen. Onderzoekers vinden dergelijke combinaties (dubbele diagnose) tot 50% voor alcohol en/of drugs. Denk ook eens aan de lichamelijke gevolgen. Helaas worden alle persoonlijke problemen hierdoor alleen maar ernstiger. Beide stoornissen verdienen aparte aandacht. Soms kan het nodig zijn aanvullende behandeling te zoeken bij een instelling voor verslavingszorg. (89)

17 Combinatie met lichamelijke aandoeningen Een lichamelijke ziekte kan toevallig samengaan met de stemmingsstoornis, of er een medeoorzaak van zijn. (14) Lichamelijke verschijnselen kunnen echter ook een onderdeel zijn van een depressie. Veel voorkomende verschijnselen in de lichamelijke sfeer zijn verminderde eetlust en gewicht, vermoeibaarheid, klachten van het bewegingsapparaat, en toegenomen vatbaarheid voor alledaagse ziekten als griep en verkoudheid. Verder spier- en hoofdpijn, verstopping (obstipatie) en droge mond met slikklachten. Tijdens een manie is men juist totaal ongevoelig voor dergelijke lichamelijke ongemakken. Dat kan nare gevolgen hebben, wanneer dat tot gevolg heeft dat er signalen gemist worden van somatische aandoeningen. Het is dan ook begrijpelijk dat een depressieve of manische toestand tot zelfverwaarlozing kan leiden; bij een depressie verzorgt men zichzelf niet meer, bij een manie put men zichzelf uit. Neurologische en interne aandoeningen, o.a. Multipele Sclerose (MS), ziekte van Parkinson en schildklierstoornissen (vertraagde werking: hypothyreoïdie, of verhoogde werking: hyperthyreoïdie) hebben vaak invloed op de behandeling. De lijdenslast wordt door die lichamelijke klachten vergroot. De behandeling wordt ingewikkelder, ook omdat sommige medicijnen minder goed worden verdragen. Bij iedere vorm van therapieresistentie (de behandeling slaat niet aan) is dat een van de eerste vragen. Is de behandelingsrichtlijn op de juiste wijze toegepast en aangepast bij de behoeften, dan is de volgende vraag: zijn er bijzondere omstandigheden, zoals complicerende lichamelijke ziekten?

18 De invloed van levensgebeurtenissen op het ontstaan en beloop van MD

Kinderen met een manisch-depressieve ouder hebben een grotere kans op het krijgen van een stemmingsstoornis, maar ze krijgen het niet 'automatisch ook'! Het is niet alleen de genetische aanleg die bepaalt hoe veel last u van de stoornis krijgt. Psychische en sociale factoren zijn daarop ook van invloed. Psychische factoren, die daarbij een rol kunnen spelen zijn persoonlijke eigenschappen, bijvoorbeeld hoe u problemen oplost, of u steun kunt vragen; een gebrek aan zelfvertrouwen of een neiging tot perfectionisme. Ingrijpende levensgebeurtenissen, die de ziekte kunnen uitlokken, zijn: een bevalling, verlies van een dierbaar persoon, problemen op het werk, maar ook hevige verliefdheid. Iets vergelijkbaars is er in iedere levensfase, partnerkeuze, huwelijk en beroeps carrière. Op deze keerpunten kan de aandrang sterker worden om de stemmingsstoornis te negeren en de behandeling niet langer te accepteren. Juist dan wordt vaak, zonder overleg, gestopt met lithium, waarna zich opnieuw een manie of depressie ontwikkelt. Ga daar tegenin. Handhaaf de therapie juist zo goed mogelijk, zodat uw vermogen zelfstandig te blijven en zelf te beslissen, wordt vergroot. Het gebruik van life charts kan inzicht geven op welke wijze levensgebeurtenissen de stemming beïnvloeden.

19 Prognose Hoe gaat het verder en hoe loopt het af? De prognose van de individuele patiënt is afhankelijk van een goede behandeling, en dus ook van therapietrouw.

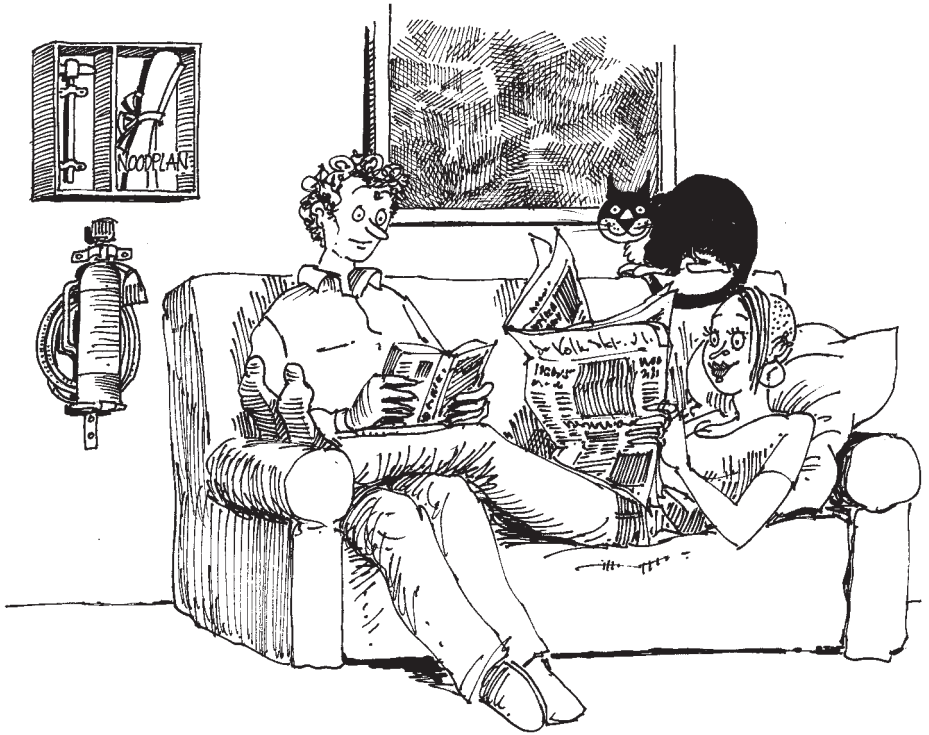
Daarnaast is het verloop —|---|—|___|— (13) voor de behandelaar aanwijzing voor bepalen van vooruitzichten. De beste prognose heeft waarschijnlijk het verloop gekenmerkt door manische en depressieve episoden zonder psychotische verschijnselen en ook zonder gemengde episoden of snelle wisselingen (rapid cycling). Het is moeilijk om het verloop te voorspellen van de schizoaffectieve stoornis, die nu eens bipolair kan lijken te zijn, dan weer meer op schizofrenie kan lijken. (6) Goede therapie, therapietrouw en het bovengenoemde kenmerkende verloop voorspelt dat de helft van de patiënten geen episode meer zal hebben gedurende vijf jaar. Bij middelmatige therapietrouw is dit echter maar 20%. Dat lijkt een slecht bericht, maar u kunt er ook aan zien, dat de therapie echt werkt en dat u er zelf veel aan kunt doen. De behandeling ontwikkelt zich bovendien voortdurend. Echter ook behandelingen die de klachten niet geheel wegnemen, kunnen een aanzienlijke verbetering bewerkstelligen.

20 Reacties van de omgeving Voorafgaand aan het stellen van de diagnose bestaat er vaak onbegrip en angst. Dit komt, omdat de hoofdpersoon tijdelijk totaal van stemming en persoonlijkheid verandert. Hij of zij lijkt een ander mens en er kan verwijdering ontstaan. In het begin weet men nog niet, wat manie of depressie inhoudt en vaak is de betrokkene net zo wanhopig als de patiënt. Tijdens de manie kunnen mensen in de directe omgeving uitgeput raken van de tomeloze energie van de patiënt. Bij een depressieve patiënt voelen zij zich machteloos en niet in staat het lijden te verlichten, wat weer schuldgevoelens kan oproepen. Is de diagnose eenmaal gesteld, dan kunnen voorlichting en betrokkenheid de omgang eenvoudiger maken. Betrokkenheid kan dan belangrijk, zelfs van levensbelang zijn. Het is mogelijk om in stabiele perioden afspraken te maken en het noodplan (29) op te stellen. Nu weten patiënt en betrokkene waarvoor zij dat doen. Voorbeeld: beheer van de pinpas, zodat voorkomen kan worden, dat er in een manie veel geld in rook opgaat. Positieve aandacht werkt: 'het gaat over en samen komen we er doorheen'. Te grote bezorgdheid werkt averechts. Het is lastig de balans te vinden. Vertrouwen schenken kan het zelfvertrouwen van de patiënt vergroten en daarmee het ziekteverloop gunstig beïnvloeden. Men moet ermee rekening houden, dat de partner niet 'alles' moet bieden en ook zelf een uitlaatklep nodig heeft. Die aspecten komen aan de orde bij de psycho-educatie. (36)

21 Grote variaties Nu hebben we overzichtelijk trachten te maken, wat de verschijnselen zijn en welke reacties daarop mogelijk zijn. Helaas, vooral in de aanloop zijn klachten en verschijnselen vaak onoverzichtelijk. Chaos heerst. Daardoor ontstaan er moeilijkheden bij het stellen van de diagnose. De ziekte begint meestal op volwassen leeftijd maar kan later ontstaan of herkend worden. Soms loopt men jaren rond met ellendige problemen, waarin de stemmingsstoornis niet wordt (h)erkend. Het kunnen lichamelijke klachten zijn, die verhullend werken. (74) Soms wordt er, invoelbaar, gedacht dat het verband andersom is. De buien van somber en rusteloos gedrag worden opgevat als onbegrepen kwalen. De patiënt zelf, de betrokkenen, niet zelden ook

de (huis)arts, raken het spoor bijster. Indien er wel gesproken wordt van bipolaire stoornis, dan kunnen variaties optreden, waarvan men denkt, dat die er niet op lijken; dat die toch zeker iets anders moeten zijn. Niet alleen patiënt en betrokkenen hebben het moeilijk. De dokter aarzelt: moet de diagnose worden herzien? Is het beter de huidige medicatie te staken en opnieuw te beginnen? We geven toe: dat is moeilijk en een algemeen antwoord is er niet. Geef het zoeken niet op totdat het moment komt, dat de goede manier is gevonden om het werkzame te onderscheiden van het onwerkzame, onwerkbare en de bijwerkingen. Wat er zeker toe kan bijdragen dat de uitweg wordt gevonden, is continuïteit van behandelaar(s). Er is altijd wel een therapie en een behandelaar die bij u past. (26)

22 Maatschappij De stoornis is ook voor de gemeenschap een last. Ongeveer 1-2% van de bevolking is vaak en langdurig uitgeschakeld. Hoewel er veel wordt gedaan om dat te voorkomen, zijn sommige van deze mensen frequent opgenomen. Behandelaars en patiënten zijn bereid dat samen tegen te gaan. De patiënt behoort centraal te staan en betrokkenen (het woord zegt het) moeten betrokken worden bij behandeling. Het feit, dat het nog niet overal zo werkt is een uitdaging. Bij contacten tussen de GGz, de algemene gezondheidszorg en maatschappelijke organisaties ('de politiek') worden nieuwe eisen gesteld, ook door de ervaringsdeskundige vrijwilligers. Bij veel wetenschappelijk onderzoeken is gebleken dat de stoornis vaak slecht herkend wordt. Er zijn meer dan 100.000 mensen in Nederland, die voor behandeling in aanmerking komen, doch minder dan de helft is daadwerkelijk in therapie. Voor die onderbehandeling is aandacht nodig.



Noodplan

Behandeling: algemene aspecten

23 Ervaringsdeskundig Behandelars hebben zich ingespannen uit te zoeken wat de beste therapie kan zijn en dat neer te zetten in een richtlijn. Ervaringsdeskundigen hebben dat voorstel acceptabel bevonden. Ervaringsdeskundig wordt iemand van het zelf doormaken van dezelfde stoornis of door het betrokken zijn bij een patiënt. Zij hebben met vallen en opstaan geleerd om goed met de ziekte om te gaan en willen dit doorgeven aan anderen, die aan het begin staan. Zowel patiënten als betrokkenen kunnen dus die deskundigheid ontwikkelen en voor lotgenoten van grote betekenis zijn door informatie maar ook door steun te bieden bij het verwerken en accepteren van de ziekte. Alle vrijwilligers-medewerkers van de VMDB zijn ervaringsdeskundig. (100) Zij weten als geen ander, wat het is om ermee door het leven te moeten.

24 De therapiestandaard De behandeling kan zeer succesvol zijn. Standaard is toepassing van medicijnen en systematische voorlichting, eventueel aangevuld met psychotherapie. Extra maatregelen zijn nodig wanneer er belemmeringen ontstaan in de vorm van psychosociale en andere, met de aandoening samenhangende, problemen. Het belangrijkste is de 'profylactische' (preventieve) behandeling, die gegeven wordt om nieuwe episoden tegen te gaan en stabiel te blijven. Daarnaast is er extra behandeling nodig bij iedere episode van manie of depressie: 'acute' behandeling. Hierna wordt meestal nog een tot enkele maanden doorgedaan met bijvoorbeeld de medicijnen, die tijdens acute behandeling gegeven werden. Dit is om terugval te voorkomen, direct na de episode. Het wordt 'voortgezette' therapie genoemd. Er is niet één 'gouden' standaard, noch een dwingend opgelegd protocol voor therapie, waarvan men niet kan afwijken. Er is wel een richtlijn, waarin een voorstel is opgenomen hoe men deze therapie in het algemeen het beste kan uitvoeren. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft die richtlijn in 2001 herzien. De bedoeling is dat dokters en patiënten zich daaraan houden tenzij er argumenten en omstandigheden zijn, die vergen, dat er iets anders wordt gedaan. (bronnen)

25 Behandelduur De bipolaire stoornis is een aandoening, die niet overgaat: de manische of depressieve episoden blijven terugkeren. Het blijft nodig om medicijnen te gebruiken, die nieuwe episoden tegengaan. Behandeling van de episoden en psychotherapie worden meest tijdelijk gegeven, tot de episode over is of tot de problemen opgelost zijn. De opmerking, dat je er nooit van af komt is natuurlijk zwaar te verteren. Na een goede behandeling, die volledig door de patiënt en betrokkenen is geaccepteerd, zijn - voorzichtig geschat - 70% van de patiënten in de 'onderhoudsfase' klachtenvrij. Daarvoor moeten zij de volgende inspanning over hebben: medicatie innemen, die door 70% van hen wordt verdragen zonder bijwerkingen. Verder bezoe-

ken zij, in die stabiele periode, twee- tot viermaal per jaar het laboratorium en spreken zij de behandelaar ook twee- tot viermaal maal per jaar. Zij voelen zich niet ziek meer omdat zij daar zelf voor blijven zorgen. Vergelijk het met suikerziekte, waarvoor geldt, dat mensen met diabetes, die zich goed voelen, niet genezen zijn, maar ook niet als ziek willen worden beschouwd. De tijd is gekomen, dat de stoornis vergelijkbaar wordt gesteld met diabetes of epilepsie. Het blijft een handicap en men moet er het hele leven rekening mee blijven houden, maar het hoeft niet dat hele leven te verzieken. Zelfstudie over de stoornis is langdurig nuttig en bij herhaling effectiever. (3,34)

26 De (mede)behandelaars Bij de behandeling kunnen volgens de richtlijn de volgende behandelaars en hulpverleners een rol spelen: psychiater, arts-assistent (onder supervisie), sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), psycholoog/psychotherapeut (PT), casemanager (een aan individuele behandeling gekoppelde psychiatrische deskundige). Ook: de psychiatrische intensieve thuiszorg (PIT), maatschappelijk werker (MW) en vaktherapeuten (psychomotore, creatief en drama) kunnen belangrijk bijdragen. De psychiater of psychiater-in-opleiding draagt de eindverantwoordelijkheid en schrijft de medicijnen voor. De SPV geeft vaak samen met de psychiater voorlichting over het ziektebeeld. (36) De overige behandelaars en hulpverleners worden alleen indien nodig (reden tot verwijzing=indicatie) ingeschakeld. De coördinatie wordt meestal door de casemanager of SPV gedaan. Afhankelijk van bijkomende, bijvoorbeeld lichamelijke, problemen, kan ook de huisarts of een andere medische specialist, bijvoorbeeld inter-nist, worden ingeschakeld als medebehandelaar. (74)

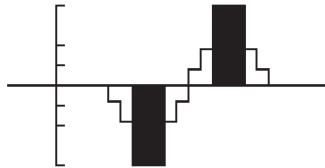
27 Ontwikkeling therapie In 1949 werd door de Australische arts Cade als eerste lithium gebruikt om de manie te bestrijden. In de zestiger jaren werd ook de preventieve werking van lithium aangetoond: het middel kon de episoden voorkomen. Later werd lithium als antidepressivum toegepast. (49) Nadat was gebleken, dat lithium niet bij iedereen werkte of soms niet goed verdragen werd, kwamen de reeds bekende mid-delen tegen epilepsie in beeld. (56,60) Het is uit onderzoek duidelijk geworden dat men bij de profylactische (preventieve) behandeling het beste kan beginnen met lithium. Carbamazepine en valproaat werken waarschijnlijk ook preventief, hoewel het weten-schappelijke bewijs hiervoor minder sterk is (48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63) Steeds duidelijker blijkt, dat daarnaast voorlichting en psycho-educatie noodzakelijk zijn. Er wordt onderzoek gedaan naar psychotherapieën (zoals cognitieve en interper-sonlijke), die bij mensen met depressies een goed resultaat tonen. (37) Gezinstherapie of psycho-educatie volgden, waarbij de psycho-educatie aanstuurt op scholing. Behandeling moet daarom bestaan uit voorlichting + psycho-educatie + farmaco-thera-pie; zo nodig directe hulp (psychosociale interventie) bij problemen met de werkgever, uitkering of huisvesting. Zo nodig wordt de behandeling aangevuld met psychothera-pie. Aandacht moet worden besteed aan het noodplan en de life chart. (29,30,70)

28 Therapietrouw Bij medische behandelingen komt soms een moment, waarop of de patiënt, of de behandelaar, zich niet meer houdt aan de voornemens. Dit is niets bijzonders en het gaat vaak ook weer voorbij. Aanleiding kan zijn 1.) behandelaar en/of patiënt vinden 'dat het al zo lang goed gaat' 2.) patiënt vindt 'dat het niet helpt, want nu ben ik weer ziek' 3.) opmerkingen van omstanders (ook onkundige artsen): 'zou je die troep nou niet eens stoppen?'; en tenslotte 4.) last van bijwerkingen. Vaak van alles wat. De consequentie is, dat de stoornis niet meer wordt behandeld zoals een van beiden, patiënt of behandelaar, zou wensen. Therapietrouw is bewijs van geslaagd overleg tussen behandelaar en patiënt. De arts moet geen instructies geven voordat de patiënt overtuigd is van het nut daarvan. De behandelaar stelt: 'ik kan slechts goed behandelen, indien ik tijdig hoor, wat u (niet) inneemt en hoe dat werkt; ook zelfmedicatie'. Wie dat niet ter harte neemt is niet te behandelen. Overeenstemming moet mogelijk zijn.

29 Noodplan Tijdens een ontstemde periode bent u uzelf niet en er gebeuren dingen, die u niet hebt gewild of bedoeld. Daarom zou u in uw normale stemming op papier moeten zetten wat er moet gebeuren als u ziek wordt. Houdt er rekening mee dat u alleen haalbare wensen opneemt. Met name in crisissituaties zijn er vaak slechts beperkte mogelijkheden. Het beste doet u dit samen met uw meest betrokkene en in gesprek met uw behandelaar. Er zijn voorbeelden beschikbaar (www.vmdb.nl > voor de patiënt). Bekijk deze zorgvuldig. Het belangrijkste is, dat u het zelf zo wilt en die dingen vermeldt waarvan u meent dat ze beslist gedaan moeten worden zoals dat bij u past. Het moet voor iedereen een duidelijk document zijn en alleen het allernoodzakelijkste bevatten: wat te doen...bij...door wie.... De omstandigheden kunnen worden genoteerd als: Vroege signalen - Wat merk ik zelf? - Wat merkt een ander? - Actieplan - Wat doe ik zelf? - Wat doet een ander? - Medicijnen - Gebruiksadvies - Aandachtspunten. (92,bronnen)

30 Life Chart De getekende bipolaire levenslijn toont een verloop (grafiek), vanaf begin tot heden (terugblikkend=retrospectief) waarop de stemming kan worden bijgehouden (70) In de tijd vervolgen is logisch als voortzetting (vooruitblikkend=prospectief). Een heel werk, waarbij u een handleiding nodig zult hebben. De gedetailleerde waarneming maakt mogelijk om allerlei invloeden en medicatie-effecten te onderscheiden. Het wordt de thermometer van uw stemming. Belangrijke feiten kunnen voor het eerst aan het licht komen, omdat u er samen met uw behandelaar of betrokkene naar kijkt en bijvoorbeeld een patroon ziet ontstaan. Dit kan helpen bij beslissingen over de huidige en toekomstige behandeling. Deze charts zijn vernieuwend en worden in de richtlijn van de NVvP sterk aangeraden. De Life Chart Methode (LCM) is de manier om alle fasen overzichtelijk te maken. Hiertoe wordt een uitgebreid gesprek met patiënt en betrokkenen gevoerd. Medische verslagen en dagboeken van patiënt of familieleden worden verwerkt. Prospectief worden wisselingen dagelijks of wekelijks bijgehouden door de patiënt. De chart wordt aanvankelijk, bijvoorbeeld maandelijks,

met de behandelaar besproken. Wanneer het aantal therapie sessies afneemt, dan is het een prima steun: 'waar waren we gebleven en wat is er bereikt?'



31 Stemming meten Het nauwkeurig in kaart brengen van ziekteverschijnselen is dus mogelijk. De bespreking van een goed bijgehouden life chart zelf hoeft per consult maar enkele minuten te kosten en kan het veelvoud opbrengen aan nuttige informatie. (30,70) De ernst van de klachten kan worden nagegaan met behulp van allerlei meetinstrumenten. Er zijn meetschalen voor de behandelaar (beoordelingslijst) en voor de patiënt (zelfinvullijst). Op grond van de antwoorden wordt een maat toegekend aan de ernst van de depressie, de manie, maar ook aan de slaapstoornis, lichamelijke klachten en problemen met het geheugen of de concentratie. Herhaald invullen van de vragenlijst geeft een goed zicht op het verloop van de stemmingsstoornis. Deze gegevens kunnen een belangrijke rol spelen bij de diagnose en de keuze van therapie. (37,38,39,40)

32 Preventie (profylaxe) Van de geneeskunde verwacht men genezing, zorg, en ook preventie. Maar een bipolaire stoornis is niet te voorkomen... of toch? Met het oog op preventie is belangrijk, dat na twee episoden ervan moet worden uitgegaan, dat er een derde zal volgen en dat het patroon is neergezet voor de toekomst. Behandeling, vooral tijdig, is het wapen tegen complicaties. In internationale studies is vastgesteld, dat patiënten, die met lithium werden behandeld minder vaak slachtoffer werden van een poging tot zelfdoding (suicide). Bij patiënten kwamen die pogingen, na staken van lithium, zesmaal vaker voor; met een dodelijke afloop negenmaal vaker dan in de groep die lithium bleef gebruiken. Zonder preventie is het verloop van de ziekte ernstig en kan dodelijk zijn. Therapietrouw is ook bij preventie onmisbaar. (28) In plaats van 'preventie' gebruiken we in de tekst ook het woord 'profylaxe': dat zijn gerichte preventieve maatregelen in bepaalde omstandigheden, denk bijvoorbeeld aan tetanus-profylaxe tegen het ontstaan van wondkoorts.

33 Aanpassing Voordat we over therapie beginnen, een voorstel. U dient het begin- en eindpunt van behandeling te zijn maar niet zelf de behandelaar. Stel niet uw eigen

diagnose. U bent niet uw eigen dokter. U hebt recht op goede behandeling en hoeft dat niet zelf te doen. Het is een gezamenlijke taak om te zoeken, wat het beste bij u past. Dat is de (be)handeling, die uw klachten verhindert, wegneemt of vermindert. U bent wel de persoon, die dat het beste kan aangeven of dat ook lukt, vaak de enige. Toch zijn er juist in het verloop van de stoornis verschijnselen, waarvoor u assistentie moet vragen aan uw behandelaar en betrokkenen. Bemoei u zo veel mogelijk met uw behandeling, zodat de kreet waarmee de GGz adverteert, inhoud krijgt. 'Zorg op maat' maar zorg er zelf voor, vraag erom. Daarbij zal ook aandacht moeten krijgen dat er nog leven is na de diagnose. De plannen, die u hebt voor de toekomst, en anderen met u, moeten een plaats krijgen in het behandelplan of u moet deze aanpassen bij de mogelijkheden.

34 Na de diagnose ..heeft u medicatie voor altijd. Mogelijk heeft u daarvoor niet eens bewust kunnen kiezen, omdat u manisch was op het moment van instellen van de medicijnen. Mogelijk krijgt u nog een terugslag in het eerste jaar van medicijngebruik. Wat helpt is veel lezen en praten over wat er nu eigenlijk aan de hand is door het samen met een betrokkene volgen van een psycho-educatiecursus. Verder kan het voor u werken om lid te worden van de VMDB (www.vmdb.nl). U krijgt hun blad PLUSminus en kunt naar bijeenkomsten, waar u lotgenoten ontmoet. (100) Herkenning en erkenning kan plezierig zijn. Weet wel: voor mensen als u is van belang om de regelmaat te koesteren. Dit betekent niet dat u nooit meer kunt gaan stappen of feesten, maar wel dat u daarna geen afspraken moet maken, zodat u even kunt uitrusten. Soms gebeurt er iets dat niemand heeft voorzien: zorg dus voor dat noodplan. (29) Het is opvallend dat het plan preventief lijkt te werken en een crisis kan voorkomen. Soms is de handicap zo, dat werken (tijdelijk) onmogelijk is en er een regeling moet worden gevonden. (81) Het inzicht van ervaren behandelaars of advies van een lotgenoot, die het zelf eerder heeft meegemaakt en opgelost, is dan goud waard. Beslissen, zonder hen te hebben aanhoord, is niet verstandig. (99)



Het laten rouwen om het verlies van het
seronde zelf

Zelfzorg, psycho-educatie en psychotherapie

35 Contragedrag Dit is een begrip uit ‘Zelfzorg bij de Manisch Depressieve Stoornis (MDS)’. (bronnen) Hiermee wordt gedrag bedoeld dat er op gericht is een ongewenste stemming naar het goede niveau te sturen. De aard van het contragedrag is individueel verschillend, afhankelijk van de eigen gedragspatronen bij stemmingen, die op de eerste plaats goed gekend moeten zijn en waar dan op ingegrepen wordt. Als dan bekend is hoe dat moet, is het ook nog een hele opgave om het te doen. Om ideeën te krijgen hoe het persoonlijke contragedrag eruit zou kunnen zien is het nuttig de dingen om te keren: bij de verhoogde stemming doe ik de dingen die eigenlijk horen bij een verlaagde stemming, dus ik ga bijvoorbeeld eerder naar bed en later eruit. Bij een verlaagde stemming doe ik alsof mijn stemming juist verhoogd is. Dus ik leg extra contacten en onderneem extra activiteiten. Contragedrag is als het ware omgekeerd gedrag. Door gedachten die de stabiliteit bemoeilijken te onderzoeken, uit te dagen en aan te passen, krijg ik meer grip op mijn gedrag om de stemming te stabiliseren.

36 Psycho-educatie Net als bij langdurige lichamelijke aandoeningen – denk aan suikerziekte of epilepsie – helpt het, als de patiënt en zijn/haar betrokkenen leren wat de ziekte precies inhoudt en hoe hiermee om te gaan. Deze voorlichting wordt ook wel psycho-educatie genoemd en kan individueel, per gezin of in groepsverband plaatsvinden. Bij velen – behandelaars, patiënten en betrokkenen – heeft een voorlichtingscursus ooit de basis voor een goede samenwerking gelegd. Veelal zijn de deelnemers opgelucht eindelijk te horen wat er aan de hand is. Zij krijgen immers een verklaring voor het vaak grillige en soms ontwrichtende gedrag in het verleden. Vaak draagt voorlichting bij tot betere acceptatie van de bipolaire stoornis. En dit is belangrijk, omdat ontkenning de valkuil graaft voor een nieuwe terugval. Ontkenning leidt immers tot ontrouw bij de inname van de medicijnen, maar ook tot slechte signalering van vroege symptomen van een terugval, waardoor de persoon in kwestie niet op tijd kan ingrijpen. In het algemeen behelzen voorlichtingsprogramma’s daarom informatie over de kenmerken van de ziekte, de symptomen van depressie en manie, de behandelmogelijkheden inclusief werking en bijwerking van medicijnen. Geregeld hoort ook een onderdeel “monitoren van de stemming” en “vroegherkenning van depressie en manie” tot het voorlichtingspakket, verbonden met een liefst individueel actieplan wat dan te doen. (29) Inmiddels heeft onderzoek aangetoond dat deelname aan een dergelijke cursus de kans op terugval en ziekenhuisopname verkleint. Op verschillende plaatsen in Nederland worden voorlichtingscursussen aangeboden (zie kaart). Bovendien heeft de VMDB ook nog huiskamerbijeenkomsten waarin lotgenoten, zowel patiënten als betrokkenen, in besloten kring over hun leven met de bipolaire stoornis

van gedachten kunnen wisselen en elkaar kunnen steunen. Deze bijeenkomsten worden – bij voldoende belangstelling – in het hele land georganiseerd. Als u interesse heeft, neem dan contact op met de VMDB (100) of kijk op de website www.vmdb.nl > alles-over-de-ziekte-mds > psycho-educatiecursussen.

37 Psychotherapie Hoewel farmacotherapie als eerst aangewezen behandeling wordt beschouwd, is deze vaak onvoldoende: terugval (recidieven), restverschijnselen, beperkingen en psychosociale problematiek zijn hindernissen, die door psychotherapie (systematische psychische interventie) kunnen worden aangepakt. Daarbij bestaat minstens in de besproken onderwerpen overlap met de genoemde psycho-educatie. Medicatie kan niet op zichzelf bij de acceptatie van de bipolaire stoornis helpen. De weerstand bij het erkennen van de ziekte kan therapie-ontrouw tot gevolg hebben. Psychotherapie kan helpen deze weerstand te verkleinen. Verder kan psychotherapie nuttig zijn bij het weer opbouwen van een leven na de soms verwoestende uitwerking van de stemmingsschommelingen.

38 Cognitieve therapie Hierbij wordt, naast voorlichting, aandacht besteed aan de gedachten bij de depressie en manie: stemming, gedachten en gedrag zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. De nadruk ligt op tijdige herkenning van beginnende ziekte-episoden. Patiënten leren om bij begin van manie weerstand te bieden aan ‘het steeds meer gaan doen’; bij een beginnende depressie aan ‘het nietsdoen’ door zinloze of ongunstige gedachten te bestrijden en te oefenen met alternatieven. Die therapie is aangepast voor de bipolaire stoornis. Cognitieve therapie bevordert de therapietrouw door aandacht te besteden aan negatieve gedachten en gevoelens tegenover medicijngebruik, met technieken om die te neutraliseren. Ontrouw uitlokkende factoren leert men te wantrouwen, bijvoorbeeld de adviezen van derden om te stoppen met behandeling. (28) Uit enkele kleine onderzoeken blijkt een positief effect. Cognitieve therapie werd in eerste instantie ontwikkeld voor de behandeling van mensen met een depressie (zonder manie). Alhoewel een definitief bewijs ontbreekt, is het aannemelijk dat dezelfde techniek ook bij bipolaire episodes toegepast kan worden.

39 Interpersoonlijke en sociaal ritme therapie Dit is een aparte benadering, waarbij het gesprek met de therapeut (interpersoonlijke psychotherapie: IP) gecombineerd wordt met adviezen gericht op een vast dag- en nachtritme en stabiele patronen van activiteit. Doel is acceptatie van de levenslang durende stoornis te verbeteren en de kans op recidief (terugval) te verminderen. Er kan gebruik worden gemaakt van een ‘sociaal ritme meter’ (SRM) om activiteit/regelmaat/interactie met anderen te meten. De SRM is op te vatten als een zelfinvullijst van activiteiten: dagelijkse thema’s zijn bijvoorbeeld het uit bed komen en de maaltijden. (31) Er kunnen twee of meer terugkerende activiteiten zelf ingevuld worden, zoals sport, hobby of vervullen van een ver-

plichting. Interessant en belangrijk is om, behalve daden, ook symbolen aan de orde te stellen. Het 'laten rouwen om verlies van het gezonde zelf' (de persoon, die men had verwacht te worden, voordat de ziekte begon) is daarbij een doel. Alhoewel de opbouw en samenstelling van deze vorm van psychotherapie zinvol lijkt, kon in onderzoek het nut nog niet worden bewezen.

40 Gezinstherapie Ook wordt onderzoek gedaan naar een derde systematische psychotherapie, die is gebaseerd op de idee, dat een omgeving, waarin voortdurend kritiek wordt geuit, de ziekte negatief kan beïnvloeden (Family Focus Therapy FFT). De behandeling bestaat uit psycho-educatie, communicatie-training en training in oplossen van problemen. Met name jongere patiënten, die nog veel contact hebben met ouders, broers en/of zusters en zelf nog thuis wonen, vinden dit nuttige therapie, die net als de IP/SRT aansluit bij wat toch al gebeurt. Bij deze psychotherapeutische/ psychosociale behandelingen gaat het om inbreng met als uitgangspunten: 1.) de behandeling is kort (10-20 gesprekken) 2.) start tijdens of kort na een acute episode 3.) komt naast en niet in plaats van farmacotherapie 4.) bevordert medicatietrouw 5.) start met psycho-educatie 6.) is gericht op het heden 7.) en is vooral praktisch, gericht op alledaagse dingen. In twee onderzoeken bleek deze vorm van gezinstherapie een gunstige invloed te hebben op het beloop van de ziekte.

41 Conclusie Er is redelijke overeenstemming over nut en methode van de psychotherapie bij de bipolaire stoornis. Voorlopige slotsom is dat IP/SRT niet beter is dan een gewone klinische behandeling, indien die specifiek rekening houdt met de bipolaire stoornis. Er kan op wetenschappelijke gronden geen geargumenteerde keuze gemaakt worden voor een van de psychotherapieën, maar daar staat tegenover dat er veel overeenkomst bestaat in aanpak. Nadruk ligt op acceptatie van de ziekte, regelen van de levensstijl (regelmaat van activiteit, (nacht)rust, beperken van stress), signaleren van vroege verschijnselen en een actieplan hoe dan te handelen. Indien er geen psychotherapeut beschikbaar is, dan kunnen diverse onderdelen toegepast worden door andere deskundigen, zoals een SPV. (26)



Medicijnen

Behandeling met medicijnen

42 Ontdekking van het eerste werkzame medicijn Het begin van de farmacotherapie (behandeling met medicijnen) bij de bipolaire stoornis is merkwaardig verlopen. In de vijftiger jaren van de vorige eeuw deed een Deense psychiater die de bipolaire stoornis in zijn nabije omgeving meemaakte de eerste pogingen om deze stoornis te behandelen met het geneesmiddel lithium. De omstandigheden waren ongunstig, want de gangbare mening was, dat deze stoornis ontstond louter als gevolg van verstoorde relaties in het gezin. Vaak werd naar een medicijnbehandeling met groot wantrouwen gekeken. Lithium had een slechte naam. Het zou giftig zijn en onherstelbare nierbeschadiging kunnen veroorzaken. Bij toepassing ervan moesten vele controles worden gevolgd in klinieken, die weinig of geen ervaring hadden met de bepalingstechniek. Juist dat wantrouwen gaf de doorbijters een kans om de waarde van het middel na te gaan. In wetenschappelijk onderzoek, waarbij groepen patiënten onbevooroordeeld werden vergeleken tijdens behandeling met lithium en zonder een geneesmiddel (maar met placebo=neppil), bleek lithium superieur. De resultaten deden de weerstand ertegen binnen de psychiatrie afnemen.

43 Psychofarmaca Veel patiënten hebben weinig zin in pillen, indien die levenslang moeten worden gebruikt. Het is van groot belang, dat u die negatieve gedachten over de medicatie met de behandelaar bespreekt. Als die bezwaren niet worden weggenomen, zal het niet mogelijk zijn om de discipline van jarenlange dagelijkse inname op te brengen. U moet samen met betrokkenen en behandelaar een team vormen ook wat de medicatie betreft. Niet zelden is het nodig verschillende combinaties te proberen om werking met weinig of geen bijwerking te bereiken. Hierbij moet de medicatie weken of zelfs maandenlang worden ingenomen, voordat het effect beoordeeld kan worden. Therapietrouw houdt in dat de administratie goed op orde is en u daarin door de behandelaar (soms huisarts of apotheek) wordt bijgestaan. Een weekdoos (cassette, dosette; soms - goedkoop - verkrijgbaar bij de lokale drogist) kan een hulp zijn om de soorten te rangschikken op innamestijdstip. Zorg ervoor dat de (merk)namen staan genoteerd en ook de sterkte (mg) is belangrijk. U doet er goed aan de pillen te kunnen herkennen, zodat u zich niet vergist tussen paracetamol- en lithiumtabletten. (49)

Bijwerkingen treden vaak op, en meestal al in het begin, met een neiging in de loop van de tijd te verbeteren. Indien u vermoedt bijwerkingen te hebben is het altijd raadzaam dit te bespreken met uw behandelaar. Hetzelfde geldt indien bij u de wens opkomt om met de medicijnen te stoppen. Ondanks jarenlange stabiliteit blijft de kans op terugval groot en helemaal nadat met de medicijnen is gestopt. (70) Indien u desondanks inname toch wenst te beëindigen, dan is geleidelijk minderen aan te

raden. Plotseling stoppen, zeker bij lithium, kan op zich al terugval uitlokken. Afgezien van slaapmiddelen en andere rustgevendende medicijnen (tranquillizers) waarvan de naam van de werkzame stof meestal eindigt op “-pam” (bijv. lorazepam) treedt verslaving bij de medicijnen voor de bipolaire stoornis niet op. De vrees voor verslaving is dus geen reden om met de medicatie te stoppen.

44 Stemningsstabilisatoren Bij de behandeling van de bipolaire stoornis gaat de voorkeur uit naar zogenaamde stemningsstabilisatoren. Hiermee worden in het algemeen medicijnen aangeduid die op minstens één van beide stemmingspolen een gunstig effect hebben (bijv. verbetering van een ziekte-episode of voorkomen daarvan), zonder de tegenoverliggende stemmingspool te verergeren. Lithium, lamotrigine, valproaat, carbamazepine voldoen aan deze definitie. Het “oude” lithium is echter tot nu toe nog steeds de stemningsstabilisator die het meest uitgebreid onderzocht en werkzaam is bevonden. Talrijke medicijnen die standaard bij de bipolaire stoornis worden gebruikt zijn weliswaar in Nederland geregistreerde (officieel toegelaten) medicijnen, echter niet altijd voor de specifieke indicatie van de bipolaire stoornis. Het kan dan verwarrend lijken als de bijsluiter alleen over epilepsie rept, terwijl het middel tegen een manie of depressie gebruikt wordt.

45 Medicijnen voor de behandeling van de depressieve episode Antidepressiva zijn geschikt om een bipolaire depressie te verbeteren. Echter kunnen zij tot omslag in een manie leiden. Antidepressiva zijn dus geen stemningsstabilisatoren. Daarom wordt in het algemeen aanbevolen om tegelijkertijd een middel te gebruiken dat manieën kan voorkomen (lithium, valproaat, carbamazepine, evt. ook olanzapine). Overigens zijn er aanwijzingen dat deze middelen op zich ook al een bipolaire depressie kunnen verbeteren. Daarom kan de behandeling ook als monotherapie (behandeling met een enkel middel, geen combinatie) worden begonnen, zonder antidepressivum. Het is niet geheel zeker wanneer het antidepressivum weer het beste gestaakt kan worden. De laatste jaren wordt ervaring opgedaan met monotherapie met lamotrigine als voor de behandeling met een antidepressivum plus antimanic middel.

46 Medicijnen voor de behandeling van de manie Antimaniche middelen zijn tevens geschikt voor de hypomanie en ook de gemengde episode. Lithium, valproaat, carbamazepine en alle antipsychotica werken antimanic. Deze middelen kunnen ook met elkaar worden gecombineerd als niet op een enkel middel effect optreedt. Geregeld worden ook slaapmiddelen en tranquillizers voorgeschreven vanwege de slaapstoornis en grote onrust. Klassieke antipsychotica (bijv. haloperidol of cisordinol) zijn geregistreerd voor behandeling, maar vooral in (te) hoge doseringen kunnen zij depressie in de hand werken. Daarom worden zij niet als stemningsstabilisatoren beschouwd, hoewel zij voor dat doel, in lage doseringen wel gebruikt kunnen worden.

De meeste atypische antipsychotica zijn ook voor de acute manie behandeling geregistreerd en veroorzaken geen depressie. Olanzapine heeft daarnaast een indicatie voor voortgezette behandeling na een manie.

47 Medicijnen voor de onderhoudsbehandeling Met een onderhoudsbehandeling wordt beoogd de kans op en de ernst van een terugval te verminderen. Helaas wordt de bipolaire stoornis door medicatie niet genezen. De stemmingsstabilisator moet daarom langdurig worden ingenomen. De bipolaire stoornis lijkt in dit opzicht op suikerziekte, waarbij de insuline ook levenslang gebruikt moet worden. Anders ontspoot de suiker weer. Net als de insuline geeft de stemmingsstabilisator echter meestal geen absolute bescherming. Niet zelden worden meerdere middelen gecombineerd voor een zo goed mogelijk effect. Het begin van een onderhoudsbehandeling hangt af van de ernst van de ziekte: hoe zwaar zijn de episoden en hoe vaak treden ze op? Meestal wordt uiterlijk na de derde episode tot profylaxe (langdurige onderhoudsbehandeling) overgegaan. Soms wordt zelfs na de eerste manische episode begonnen, bijvoorbeeld na een manie met psychotische kenmerken, indien opname noodzakelijk was of bij lange duur van die episode met veel persoonlijke schade.

48 Keuze-overwegingen bij de onderhoudsbehandeling Vijf stemmingsstabilisatoren worden geschikt geacht voor de onderhoudsbehandeling bij de bipolaire stoornis: lithium, valproaat, carbamazepine, olanzapine en lamotrigine. Daarbij wordt van de eerste vier aangenomen dat zij vooral manieën en in mindere mate depressies helpen voorkomen. Voor lithium is het bewijs het meest overtuigend en bestaat de grootste ervaring. Bovendien zijn er sterke aanwijzingen dat lithium levensverlengend werkt door het voorkomen van suïcide. In Nederland zijn lithium en olanzapine voor de onderhoudsbehandeling geregistreerd; olanzapine met name bij die patiënten die ook in de acute fase gunstig op dit middel reageerden. Lithium werkt daarentegen ook bij patiënten die nog niet eerder hiermee behandeld zijn en van wie daarom het effect in de acute fase niet bekend is. Voor valproaat en carbamazepine is het bewijs van werkzaamheid bij de onderhoudsbehandeling iets zwakker, maar er bestaat wel veel (gunstige) ervaring mee. Lamotrigine voorkomt aantoonbaar terugval in depressies en in mindere mate manieën bij patiënten die in hun acute fase op dit middel stabiliseerden. In de VS is het voor de onderhoudsbehandeling geregistreerd. De keuze voor een van deze middelen zal worden gemaakt in het licht van de hiervoor genoemde informatie, maar ook afhankelijk van de reactie op een bepaald middel tijdens de acute ziektefase, mogelijk te verwachten bijwerkingen en eventuele andere ziekten van de patiënt. Het komt geregeld voor dat een combinatie van middelen moet worden toegepast om redelijke stabiliteit te bereiken. Co(mbinatie-)medicatie kan soms bijwerking voorkomen of verminderen omdat dan van elk afzonderlijk medicijn een lagere dosis kan worden gegeven.

49 Lithium Lithium is een wateroplosbaar zout, dat in de natuur, bijv. in planten en water voorkomt. Lithium wordt gewonnen in zoutmijnen. Het smaakt als keukenzout met een metalige bijmaak. Waarom lithium werkt bij de bipolaire stoornis, is niet goed bekend. Zeker is wel dat het niet natuurlijk in het lichaam voorkomt. In tegenstelling tot veel andere medicijnen is te veel snel giftig en te weinig doet niets. Daarom wordt de spiegel van lithium in het bloed geregeld bepaald. Als stabiliteit bereikt is kan veelal met een spiegelmeting eens per drie maanden worden volstaan. Verder moet de arts en gebruiker oppassen bij het gebruik van diuretica (vochtafdrijvers, plaspillen) of NSAID's (pijnstillers: Aleve, Brufen, Indocid, Voltaren en andere ontstekingswerende medicatie, die in vrije verkoop is en veel wordt gebruikt!). Deze middelen kunnen de lithiumconcentratie namelijk tot toxische waarde verhogen. (69) Met artsen, die diuretica of NSAID's willen voorschrijven, is overleg gewenst. Frequentere controle (wekelijks) van de lithiumconcentratie is in zo'n geval noodzaak. Toch kunnen kortwerkende vochtafdrijvers zoals furosemide (o.a. Lasix) kort (enige dagen) worden toegepast, en, indien onvermijdelijk, ook langer, indien de vochtafdrijver 's ochtends wordt gegeven en lithium eenmalig 's avonds. (49,50,51,52,53,54,55) Voor NSAID's (veelgebruikte afkorting voor Non Steroid Anti Inflammatory Drug) is de afspraak dat die zo min mogelijk en niet langer dan 5 dagen wordt toegepast. Een betere optie is pijnbestrijding via 1.) Paracetamol; evt. met codeïne 2.) Sulindac (o.a. Clinoril), een relatief veiliger NSAID. (66)

50 Lithium controleren Behandeling vereist dat bepaalde organen (nier, schildklier, hart) normaal functioneren. Een onregelmatige hartslag, nieraandoening, hoge bloeddruk of verstoorde schildklier, kunnen aanleiding zijn tot aanpassing van lithiumbehandeling. Na recent hartinfarct, bij acuut falen van de nieren en in andere zeldzame situaties mag het slechts gegeven worden in overleg met internist, cardioloog of nier-specialist. (74) Het is juist om dan de andere stemmingsstabilisatoren te overwegen. Verstoring van zout en vocht in het lichaam (braken, diarree of koorts met heftig transpireren) kan reden zijn om (tijdelijk) van lithium af te stappen wegens gevaar voor vergiftiging. Ook combinaties met andere medicijnen en diëten eisen aandacht. Dit moet van tevoren worden overwogen en onderzocht. Het is mogelijk die controle uit te voeren, terwijl er met lithium is gestart, want het duurt een week voordat in de cellen die hoeveelheid aanwezig is (concentratie), waarop de werking berust. Het effect op de stemming laat vaak langer op zich wachten: een periode van 3 weken tot 6 maanden wordt vaak aangenomen. (55)

51 Lithiumbloedspiegelbepaling Om lithium succesvol en veilig te kunnen toepassen is het nodig dat men (12 uur na innemen van de tabletten) de concentratie in het bloed meet, de zogenaamde 'spiegel'. Die spiegel wordt tenminste elke 3-6 maanden bepaald, maar in het begin van de behandeling vaker. Er wordt gestreefd naar een

spiegel van 0,6-1,2 mmol/l (millimol per liter: laboratoriummaat). Bij ouderen streeft men ernaar tussen de 0,4 en 0,8 te blijven. In een acute behandeling kan tijdelijk de hogere spiegel worden aangehouden.

52 Lithiumvergiftiging Een beginnende, op dat moment nog niet gevaarlijke, lithiumvergiftiging kondigt zich aan met de volgende symptomen: verminderde eetlust, misselijkheid, braken, diarree en grove tremor (vooral van de handen). Ernstigere symptomen zijn spierzwakte, dronkenmansloop, met dubbele tong praten, slaperigheid, sufheid en traagheid. Iedere lithium-gebruiker moet deze klachten kennen om op tijd met een arts te overleggen.

53 Lithium en lichamelijke controles Bewaakt moet worden, hoe het lichaam reageert, bijvoorbeeld via schildklier, hart (elektrocardiogram, ECG) en nier. In het algemeen wordt halfjaarlijks de schildklier- en nierfunctie gecontroleerd. Er wordt bloed en urine onderzocht; ook het lichaamsgewicht en eventueel de hoeveelheid urine per 24 uur. Verder wordt de bijschildklier gecontroleerd (het bijschildklierhormoon regelt de kalkstofwisseling) en de bloedsuiker (suikerstofwisseling). Die laatste bepalingen en het ECG hoeven niet te worden herhaald, tenzij er wordt vermoed dat er afwijkingen ontstaan.

54 Lithium bijwerkingen Bijwerkingen in het begin zijn vaak: trillen (tremor), gewichtstoename, opgeblazen gevoel in de maagstreek en snellere darm passage (stoelgang wordt vaker). De tremor is te bestrijden met propranolol (bètablokker). Verder: droge mond, dorst, veel drinken en plassen, doordat het een zout is. Het heeft invloed op nieren en speekselklieren. U kunt dorst bestrijden met drinken van water, gekoeld en op smaak gebracht met citroen. Drink geen calorie-houdende en eiwitrijke dranken, want dan groeit u uit de kleren. Het speeksel wordt minder en u krijgt meer kans op tandwolf (gaatjes, cariës). Zorg voor goede mondhygiëne en overleg met tandarts of mondhygiënist. Het vele plassen kan problematisch blijven. Indien u steeds meer moet drinken, waardoor het plassen toeneemt en de urinehoeveelheid meer dan 3 liter per dag wordt, dan is verder onderzoek en aanvullende behandeling zinvol. Met name bij vrouwen is er een kans (ca. 15%, vooral indien schildklierandoeningen in de familie voorkomen) dat de schildklier te weinig schildklierhormoon gaat produceren. De in de hals gelegen klier neemt soms in omvang toe (struma, krop). Dit kan tijdig en zonder problemen worden hersteld met schildklierhormoon. Minder vaak komen voor: acne of psoriasis (droge huid met kaarsvetachtige uitslag), haaruitval, buikkoliek met diarree, klachten over concentratie en geheugen, vertraging hartritme. Zeldzaam zijn nierfunctiestoornissen of verandering in de suiker- of kalkstofwisseling. (74)

55 Lithium middelen Lithiumcarbonaattablet van 400 mg (=milligram): merknamen zijn Camcolit of Priadel. Tabletten kunnen door de apotheker echter ook 'merklóos' gemaakt worden, maar dat heeft niet onze steun wegens vergissingmogelijkheid en ook omdat merktabletten beter smaken (niet die sodasmaak hebben). Innemen met water of yoghurt. In bepaalde omstandigheden wordt gekozen voor citraat (Litarex 564 mg met vertraagde afgifte, waardoor de spiegels minder pieken). Beschreven is dat bij cognitieve klachten (geheugen- en concentratieproblemen) wijziging van lithiumcarbonaat in Litarex deze doet afnemen. De hoeveelheden lithium per mg carbonaat komen wel met elkaar overeen, maar dit is niet het geval met citraat. Omrekening tussen carbonaat en citraat is noodzakelijk via een tabel. Het is de wenselijke spiegel, die de dosis bepaalt. Door patiënt of betrokkene wordt wel eens gezegd dat 2000 mg (5 tabletten lithiumcarbonaat) wel erg véél is – maar de één (grote sterke man) heeft 2000 mg nodig voor 0,75 mmol/l en de ander (kleine oudere vrouw) 200 mg. Een spiegel hoger dan 1,50 mmol/l, dát is wel te véél. Het gaat dus op de eerste plaats om de veilige spiegel en niet het aantal tabletten of milligrammen. Lithium hoeft slechts eenmaal per dag te worden ingenomen. Het is handig om dat 's avonds te doen voor het naar bed gaan. (59) Bloedafname in het laboratorium is meest in de ochtend. Stel dat de laatste inname was om 11 uur 's avonds, dan is het gewenst om bloed af te nemen voor de spiegel rond 11 uur 's morgens (maximaal plus of min een half uur) de volgende dag. Een goed laboratorium noteert hoe laat u de medicatie hebt ingenomen.

56 Carbamazepine Dit is een middel, dat veel bij de behandeling van epilepsie wordt toegepast. Sinds 1970 is gebleken, dat het niet slechts aanvallen bij die ziekte voorkomt, maar ook stemmingen tussen de aanvallen verbetert. Carbamazepine is effectief bij acute behandeling van manie, maar hierbij mogelijk iets minder werkzaam dan valproaat. Het duurt minimaal drie weken voordat stemmings-stabilisatie merkbaar is. Bepaling van een spiegel is mogelijk maar geen bekrachtiging van de therapie in tegenstelling tot een lithiumspiegel. Ook hier verschilt per individu de hoeveelheid in milligram noodzakelijk om de wenselijke spiegel te bereiken. Indien lithium niet kan worden toegepast is carbamazepine een optie. Echter: bij het begin van profylaxe is carbamazepine in het algemeen niet het middel van keuze, omdat een risico op nieuwe episoden groter is dan bij lithium. Het kan worden gecombineerd met lithium. Combinatie met valproaat komt voor maar is moeizamer dan met lithium.

57 Carbamazepine controleren Controle van de spiegel is gericht op veilig gebruik. Bewaakt moet worden, hoe het lichaam reageert, bijvoorbeeld aan de hand van leverfunctie en bloedvorming. Controle tenminste eenmaal per jaar, aan het begin van de behandeling vaker. Deze bepalingen, die een maat vormen voor de leverfunctie en het bloedbeeld, vragen enige uitleg. Twee bepalingen (vaak afgekort als AF – alkalisches fosfatase – en GGT of gamma-GT) zijn heel vaak licht tot matig verhoogd bij anti-epileptica en dat heeft niets te betekenen, dus ook niet dat de lever een beetje ver-

stoord is. Men noemt dat 'enzyminductie' omdat bepaalde enzymen harder gaan werken. Een echte afwijking wordt gekenmerkt door ontstekingsverschijnselen: geelzucht, koorts, jeuk (=hepatitis). Dat is een grote zeldzaamheid, net zoals agranulocytose. Dit laatste wordt gekenmerkt door plotseling verdwijnen van die witte bloedcellen (granulocyten), die afkomstig zijn uit het beenmerg en onmisbaar zijn voor weerstand tegen gewone infecties. Een zinvolle controle van het bloedbeeld bestaat hierin, dat het vóór carbamazepinetoepassing wordt bepaald, 2 weken erna en jaarlijks; vervolgens alleen dan, indien er onverklaarde ziekteverschijnselen zijn, die op een infectie lijken. Hierbij moet worden nagegaan of er sprake is van agranulocytose (beenmergdepressie met een bacteriële infectie). Het houdt geen verband met de hoogte van de carbamazepinespiegel en het heeft dus geen zin op willekeurige vaste tijden het bloedbeeld te laten controleren, want op die wijze kan de plotselinge en onvoorspelbare bijwerking niet eerder ontdekt of voorkómen worden. De bijsluiters raden wel aan vaker te controleren, maar van dit advies wordt hier dus afgeweken op de vermelde gronden en in overeenstemming met de richtlijn van de NVvP.

58 Carbamazepine bijwerkingen en risico's Carbamazepine heeft vooral in de eerste weken van behandeling vaak als bijwerkingen: duizeligheid en slaperigheid, misselijkheid, diarree, wazig of dubbel zien, tremoren en ataxie. Deze bijwerkingen zijn dosisafhankelijk. Het kan de werking van andere medicijnen veranderen door enzyminductie. (57) Bijvoorbeeld de anticonceptiepil met lage dosis wordt minder werkzaam, omdat hormonen sneller door de lever worden afgebroken. Tabletten, die meer hormoon bevatten moeten dan gebruikt worden of de dosis van de pil moet worden verdubbeld. Denk ook aan de mogelijkheid van een andere betrouwbare vorm van anticonceptie: het spiraaltje (IUD). Een ander voorbeeld is, dat bij gelijktijdig gebruik van carbamazepine het effect van de ontstolling met tabletten (Sintrom en Marcoumar) kan veranderen: de huisarts en stollingsdeskundige moeten dus worden ingelicht en erop toezien dat de dosering wordt aangepast. Deze inductie is niet uniek voor carbamazepine: er zijn diverse andere middelen, die elkaars werking ingrijpend kunnen wijzigen. Dit heet een interactie. (69) Voor de behandelaar is van belang dat via de enzyminductie carbamazepine-afbraak kan versnellen en dat de dosis dan op geleide van de spiegel moet worden aangepast. Minder vaak komen acute allergische huidreacties voor. Sommige vormen hiervan zijn gevaarlijk. Daarom moet de arts bij huiduitslag worden gewaarschuwd. Zeldzaam: koorts, keelpijn of koude rillingen – dit kan een teken zijn van die bijwerking, waarbij de arts gewaarschuwd moet worden. Beter tienmaal roepen 'is het agranulocytose?' dan een keer te weinig! Dit geldt ook voor verhoogde neiging tot bloeding (ongewone blauwe plekken).

59 Carbamazepine middelen De voorkeur gaat uit naar een tablet, waaruit carbamazepine langzaam beschikbaar komt. Meerdere fabrikaten zijn mogelijk: voorbeeld is Tegretol CR divitab – afkorting voor Controlled Release (geleide afgifte deelbare tablet).

Eenmaal daags doseren is hiermee mogelijk. Ter vergelijking: daarin verschilt het niet van lithium, dat ook eenmaal daags moet worden gedoseerd. Bij lithium is de reden ervoor dit: het heeft geen zin de dosis over de dag te verdelen, want het is via de spiegel (synoniem met concentratie) dat stabiliserende werking tot stand komt. De concentratie in de cellen ontstaat pas na enige dagen en, bij staken van lithium, verdwijnt dat ook pas na dagen. Je zou kunnen zeggen dat dit mechanisme zelf zorgt voor vertraagde werking bij lithium, terwijl bij carbamazepine datzelfde ontstaat door een vertraagde afgifte vanuit de CR-tablet. (55)

60 Valproaat Valproïnezuur (o.a. Depakine Chrono) is eveneens overgenomen uit de epilepsie-behandeling. Onduidelijk is nog of het zin heeft om valproaat te proberen nadat is gebleken dat carbamazepine niet effectief is. Dit middel heeft getoond goed antimanic effect te hebben en is matig antidepressief. Het werkt beter dan lithium bij de gemengde episode of bij een manie met vooral boze, prikkelbare stemming. Een gunstige preventieve werking is mogelijk, maar nog niet bewezen. Daarom is valproaat voor preventieve behandeling meestal niet het middel van eerste keus. Wanneer lithium niet helpt of te veel bijwerkingen veroorzaakt kan valproaat worden overwogen. Valproaat kan worden gecombineerd met lithium

61 Valproaat controleren Een spiegel van minimaal 45 maar maximaal 125 mg/l wordt als de juiste beschouwd. Controles van valproaat zijn vooral gericht op veilig gebruik, omdat een effectieve valproaatspiegel niet precies bekend is. Controle van de spiegel geschiedt in het begin maandelijks en later tenminste eenmaal per jaar. Er is geen enzyminductie en dat is prettig bij gebruik van andere medicijnen.

62 Valproaat bijwerkingen Bijwerking van valproaat is minder vaak een voorbijgaande misselijkheid, soms buikklachten, maar ook een toegenomen eetlust en gewichtstoename komt voor. Sufheid geeft het middel ook minder vaak, maar meer wanneer het wordt gecombineerd met benzodiazepinen (angstwerende en slaapmiddelen, die veel worden toegepast). Vermindering van dosis geeft vaak afname van bijwerking. Minder vaak treden op trillen en loopstoornissen. Leverbeschadiging kan voorkomen en is gevaarlijk bij kinderen. De controle van leverfuncties is overeenkomstig die bij carbamazepine. (57) Toch is het ook hier verstandig om op signalen van deze bijwerkingen te letten. Koorts, keelpijn of koude rillingen wijzen op ernstige bijwerking, agranulocytose, een zeldzame complicatie, waarbij de arts gewaarschuwd moet worden. Dit geldt ook weer bij verhoogde neiging tot bloeding (ongewone blauwe plekken) vanwege een vermindering van de bloedplaatjes.

63 Valproaat middelen De voorkeur gaat uit naar een 'slow release' (langzame afgifte) tablet (Depakine Chrono) en er zijn maagsapresistente tabletten, die minder maagklachten geven. Eenmaal daags doseren is hiermee meestal mogelijk. Bij ouderen is wenselijk de dosis stap voor stap op te bouwen. Bij een acute manie kan met een werkzame dosis van 20 mg per kg lichaamsgewicht worden gestart. Door zijn toepassing als anti-epilepticum zijn er vele uiteenlopende toedieningsvormen beschikbaar, bijvoorbeeld als drank, intraveneus (=via een infuus of injectie) en zelfs zetpillen. Dat lijkt nutteloze informatie, maar lithium is er alleen maar als tablet, capsule of drank – eventueel via een maagsonde. Soms is de situatie zo uitzonderlijk moeilijk, dat een antimanic middel beslist moet worden toegepast en dat het niet lukt langs een andere weg.

64 Lamotrigine Dit middel heeft vooral een plaats bij de onderhoudsbehandeling ter preventie van depressies. Er zijn sterke aanwijzingen dat het ook werkzaam is bij de acute depressieve episode. Lamotrigine heeft weinig bijwerkingen. Gemeld zijn misselijkheid, braken, slaperigheid en slapeloosheid. In het begin van de behandeling kan hoofdpijn voorkomen. Het meest wordt een zeldzame complicatie gevreesd, een gevaarlijke huiduitslag. Er komen echter ook ongevaarlijke huidafwijkingen voor. Om het risico klein te houden, moet de dosis langzaam opgebouwd worden. Het is raadzaam bij huiduitslag de arts te raadplegen. Als tegelijkertijd carbamazepine of valproaat wordt gegeven moet de dosis van lamotrigine worden aangepast vanwege interacties.

65 Combinaties van stemmingsstabilisatoren Combinatie valproaat met carbamazepine is moeizamer dan met lithium door de interacties die dit geeft. Hierin herkent u dilemma's. Wat te doen indien het middel van eerste keuze niet helpt (eerste monotherapie)? Staken en overgaan op tweede keuze (tweede monotherapie)? Combineren van eerste met tweede keuze (combinatietherapie)? Verdragen die elkaar wel? Hoe lang wachten om te kunnen zeggen, dat het niet werkt? Juist op deze beslismomenten is de richtlijn belangrijk, want het stelt een programma voor, dat tot stand is gebracht als afspraak tussen ervaren behandelaars en besproken binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. De richtlijn is gepubliceerd met verwijzingen naar wetenschappelijke studies en vergelijkingen (sleutelwoord: 'evidence based medicine').

66 Tien hoofdregels bij het gebruik van stemmingsstabilisatoren

Het is goed om nog eens naar voren te halen, wat u kunt doen om een bijwerking (eventueel intoxicatie) te voorkómen:

1. Neem de voorgeschreven medicatie in, iedere dag, op uw vaste tijd.
2. Een dosis vergeten is geen ramp bij stemmingsstabilisatoren (bedenk hoe dat kwam en tracht het te vermijden); inhalen hoeft niet en bij lithium is het zelfs beter van niet.
3. Neem niets minder maar ook niets meer dan de voorgeschreven dosis.
4. Let op controledata; besteed aandacht aan laboratorium-uitslagen; overleg met de behandelaar wat het betekent.
5. Geef (mede) behandelende artsen door wat u slikt en wat er is veranderd aan medicatie, dosis, innametijd. Schrijf het in uw agenda, indien het potjeslatijn u te veel wordt. Gebruik zo nodig een medicijnpasje van de apotheek.
6. Gebruik voor incidentele pijn paracetamol. (49) Vraag zo nodig advies aan uw apotheker.
7. Breng onbegrepen lichamelijke klachten onder de aandacht van uw huisarts, maar ook van uw behandelaar. Begrijpen zij het niet, vraag hen contact op te nemen met de voorschrijvend arts en als die het zelfs niet begrijpt, met deskundigen (LithiumPlus Werkgroep).
8. Bij kans op zwangerschap is er risico voor moeder en kind; een slimme meid is ook daarop voorbereid. Laat u voorlichten door een terzake kundige arts - doe het niet achteraf.
9. Zorg voor regelmaat in voeding en vochtinname, vooral bij ziekte, hevige transpiratie bij grote inspanning, vermageringsdieet. Bespreek extra maatregelen met uw behandelaar.
10. Zorg dat u zelf, en uw naastbetrokkenen, weten welke verschijnselen kunnen wijzen op intoxicatie.

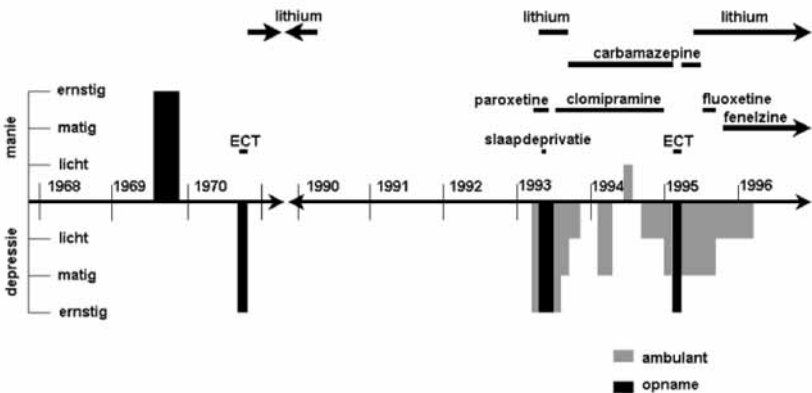
67 Antipsychotica Deze worden vooral ingezet bij de behandeling van de manie. De klassieke middelen (bijv. haloperidol en cisordinol) geven vooral aanleiding tot bewegingsstoornissen als spierstijfheid of -krampen, trillen en bewegingsonrust (met name in de benen). Antiparkinsonmiddelen kunnen nodig zijn om deze problemen te beheersen. Ook kunnen op den duur onwillekeurige bewegingen optreden. De atypische middelen (olanzapine, quetiapine, risperidon, clozapine) leiden meer tot gewichtstoename en worden in wisselende mate ervan verdacht suikerziekte en vetstofwisselingsstoornissen te veroorzaken. (46) Quetiapine bleek in één onderzoek gunstig bij de bipolaire depressie. Clozapine is een medicijn dat pas wordt toegepast als alle andere middelen falen (therapieresistentie). Dit middel heeft een hoger risico dan andere medicijnen op afbraak van de witte bloedlichaampjes. Daarom wordt regelmatig het bloed gecontroleerd.

68 Antidepressiva Deze kunnen worden ingezet bij de behandeling van een bipolaire depressie, liefst in combinatie met een antimanisch middel om een switch naar een manie te voorkomen. De kans hierop en op rapid cycling (meer dan vier episoden per jaar) is bij de klassieke, tricyclische antidepressiva (TCA) groter dan bij de modernere zogenaamde SSRI's (serotonine-heropname-remmers). Klassieke MAO-remmers (mono-amino-oxidase-remmers) worden soms ingezet als andere antidepressieve behandelingen falen. Zij vereisen dat de gebruiker een bepaald dieet volgt. De bijwerkingen van antidepressiva zijn bij de klassieke antidepressiva in het algemeen voor de patiënt vervelender en langduriger dan bij de andere antidepressiva. De meest voorkomende bijwerkingen bij de klassieke antidepressiva zijn trillen, droge mond, problemen met zien (met name lezen), trage stoelgang, problemen met plassen en hartkloppingen. De SSRI's hebben ook bijwerkingen: hoofdpijn, maag-darmklachten zoals misselijkheid, overgeven en diarree. Sommige andere antidepressiva zoals mirtazepine kunnen een enorme gewichtstoename geven met name in het begin van de behandeling.

69 Wisselwerking medicatie We noemen voorbeelden van medicijnen, die niet goed samengaan. Ook de apotheek wil u er graag over inlichten. Een therapiebewaking, zoals die door de computer wordt bijgehouden, is waardevol. Als u goed leest staat het ook in de bijsluiters. Voorbeeld: enzyminductie door carbamazepine. (57) De wisselwerkingen (interacties) kunnen twee tegengestelde kanten opgaan, ofwel 1.) het therapeutische effect verminderen of 2.) de spiegel, het effect, de bijwerkingen en dus ook de kans op medicijnvergiftiging (intoxicatie) doen toenemen. (61,68) Een stemmingsstabilisator moet u daarom melden bij een nieuwe behandelaar, maar ook vooraf bij een narcose of een plaatselijke verdoving. Alleen bij problemen deze arts vragen om contact op te nemen met uw psychiater. Interacties kunnen optreden bij gelijktijdig gebruik (langer dan enkele dagen) van pijnstillers, ontstekingswerende medicijnen (NSAID's zijn zonder recept bij de drogist verkrijgbaar!); diuretica, antihypertensieve medicijnen (plaspillen, ACE-remmers) en antibiotica (metronidazol bij darminfectie; trimethoprim bij blaasinfectie). In ieder geval moet de lithiumspiegel in de gaten wor-

den gehouden bij iedere ernstige ziekte, grote ingreep, narcose of intensieve behandeling. Carbamazepine mag niet worden gecombineerd met isoniazide (tegen tuberculose en kans daarop) of rifampicine (bij tuberculose en bij ernstige infectie).

70 Therapieresistentie Onderstaande life chart uit het Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde geeft een grafiektijdschema langs een ziekteverloop van 30 jaar. Een lang verhaal wordt overbodig, want u kunt het verloop in een oogopslag zien. (30) Dit verloop is getoond als een voorbeeld van door de behandeling heen breken van de stoornis: therapieresistentie tegen lithium ten gevolge van het staken ervan. Dat is een aantal malen beschreven. U ziet dat in de periode vanaf 1993 de episoden elkaar snel opvolgen. Zodra er vier of meer episoden binnen een jaar optreden, dan wordt gesproken van een 'rapid cycling' (snelle wisselingen van stemming) en de patiënt is een 'snelle schommelaar'. (6) Dit betekent dat de therapie, die tot dan toe is toegepast onvoldoende is. Bijvoorbeeld omdat deze niet zo goed als mogelijk zou zijn is toegepast. Denk daarbij ook aan de therapietrouw (28). Andere oorzaken die we eerder al noemden, zijn: een neveneffect van antidepressiva of een invloed van lichamelijke ziekten. (13,14,15,19,68,74) Het is dan opnieuw noodzakelijk aandacht te besteden aan alle bijkomende factoren.



71 Seksualiteit Psychofarmaca kunnen seksuele belevingen veranderen. Ontstemming doet dat door de fijnregeling tussen hormonen en gevoel (onderdeel van iedere lichamelijke beleving) te verstoren. (10,74) Veel patiënten zijn te weinig geneigd mee te delen, dat wel de stemming is verbeterd, maar dat het vrijen niet goed gaat; dat men de toppen mist. Carbamazepine en antidepressiva verminderen de vochtschei-

ding. Valproaat en lamotrigine kunnen slaperigheid veroorzaken als beletsel. Bij gebruikers van lithium is geen specifiek negatief effect aangetoond, hoewel klachten over seksuele bijwerking voorkomen tot 30%. De meeste antipsychotica geven vaak bijwerking op de wens of vermogen tot seksuele activiteit (libido en potentie). Sommige antipsychotica kunnen tepelvloed geven (melkafscheiding) bij de vrouw en borstvorming bij de man. Ditzelfde middel kan dan ook menstruatiestoornissen geven. Dit zijn effecten, die herleid worden tot het hormoon prolactine. De meeste moderne antidepressiva kunnen libido- en potentiëklachten veroorzaken. Mogelijk wordt dit versterkt als er ook benzodiazepinen of andere comedicaatie wordt gebruikt. Er is geen negatief effect beschreven van stemmingsstabilisatoren op de vruchtbaarheid zelf in de zin van beschadiging van het genetisch materiaal (overigens wel op de ontwikkeling van het ongeboren kind of de zwangerschap, want dat is iets anders!). (76,77,78)

Hulpverleners praten soms liever niet over die dingen..? Dat is maar een idee. Wanneer u merkt dat u niet meer zo lekker vrijt als voordat u medicijnen ging slikken, dan is het belangrijk dat u uw schroom overwint en het aankaart bij uw behandelaar. Is medicijngebruik de oorzaak, of zijn er andere verklaringen? Het kan goed zijn om de voor- en nadelen van het medicijngebruik af te wegen. Wanneer u depressief bent, is het heel verklaarbaar dat u geen zin heeft in vrijen vanwege uw depressie. Voor uw partner is het belangrijk te weten dat de depressie de reden is. In een manie raken sommige mensen seksueel ontremd. Dit komt zowel bij mannen als bij vrouwen voor. Voor de patiënt kan het -achteraf gezien- tot veel schaamte- en schuldgevoelens leiden. Voor de partner is het een vervelende, verwarrende ervaring, die soms leidt tot een relatiebreuk. Het onderwerp 'seksuele ontremming' is niet gemakkelijk om over te praten. Als u erover wilt praten, praat er dan het liefst over met uw partner en/of uw behandelaar; ook kunt u bellen met de Lotgenotenlijn van de VMDB. (2,99)

72 Alternatieve medicijnen Een heikel punt. De standaard in medicatie, die wij zullen beschrijven, gaat uit van 'een bewijs van werkzaamheid' ('evidence based medicine'). Natuurlijk begint ieder inzicht met vermoedens en experimenten, maar vervolgens moeten deze wetenschappelijk worden getoetst. Alternatieve middelen komen niet voor in de richtlijn van de NVvP. Er zijn er velen: visolie is een suggestie en sommige kruiden. Een actueel voorbeeld is, dat sommige patiënten het sint-janskruid, in hoge dosis, tegen depressieve klachten gebruiken, omdat zij bijwerkingen van andere antidepressiva ervaren of omdat zij denken dat een 'natuurlijk' middel beter en ongevaarlijk zou zijn. Dit is niet terecht. Sint-janskruidextracten (bijvoorbeeld Kira forte of Perica) hebben inderdaad onder andere een antidepressieve werking en ook hebben zij minder bijwerking dan sommige standaardmiddelen. Bij de bipolaire depressie echter is sint-janskruid (of een extract) niet onderzocht. Bovendien kan het, net als andere antidepressiva, tot omslag van depressie in manie leiden. Verder kan het kruid de werking van andere medicijnen, bijvoorbeeld de anticonceptiepillen, afzwakken. Het is ons

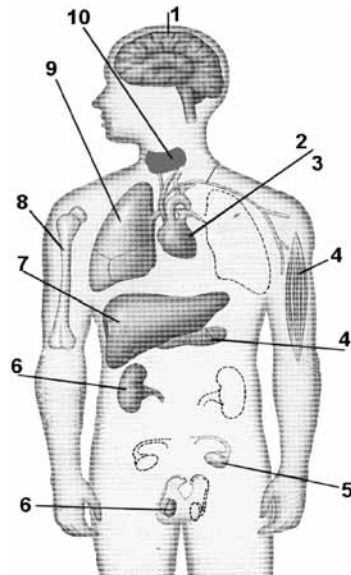
advies om sint-janskruid niet op eigen houtje in te nemen, maar met de behandelaar te bespreken. (28) Ook het gebruik van visolie is (nog?) niet voldoende effectief bewezen bij de bipolaire stoornis. Desalniettemin is twee keer per week vis eten een bewezen gezonde keuze, zeker wat hart- en vaatziekten betreft.

73 Niet-medicamenteuze “biologische” behandelingen Wij noemen hier enkele nog minder toegepaste therapievormen zonder diep in te gaan op techniek of voordelen, die verschillen van de farmaca of de psychotherapie. Vraag behandelaar of ervaringsdeskundige ernaar of lees er iets over alvorens eraan te beginnen. Lichttherapie, in combinatie met stemmingsstabilisatoren, is mogelijk effectief bij (winter)depressie in het kader van de bipolaire stoornis. Helaas zijn er ook bijwerkingen mogelijk en is er een kleine kans op manie. Slaapdeprivatie (het onthouden van slaap maar nu om de stoornis tegen te gaan) is kort werkzaam bij depressie, maar kan ook manie uitlokken. Electroconvulsivetherapie (ECT) is therapeutisch een mogelijkheid bij zowel depressie als manie. Voor een overzicht van aanvullende behandelingen verwijzen wij u naar de website van de VMDB www.vmdb.nl.

74 Lichamelijke functies

Lichamelijke functies en gevoelsleven hebben een nauwe samenhang: De hersenen zijn de zetel van voelen, denken en handelen. Het autonome zenuwstelsel is de schakel tussen hersenen en de organen in het lichaam. Gevoelstoornissen gaan meestal gepaard met verstoringen van lichamelijke functies, zoals hartkloppingen (2), bloeddrukveranderingen (3), spierzwakte of trillingen (4), verstoringen van de menstruele cyclus (5) en de seksualiteit (5,6), vaak plassen (6), veranderde eetlust en spijsverteringsstoornissen (7), pijn in botten en gewrichten (8), benauwdheid en hyperventilatie (9), schildklierstoornissen of andere hormonale stoornissen (10). Ook aan een droge huid of juist overmatige transpiratie kan men innerlijke spanning aflezen.

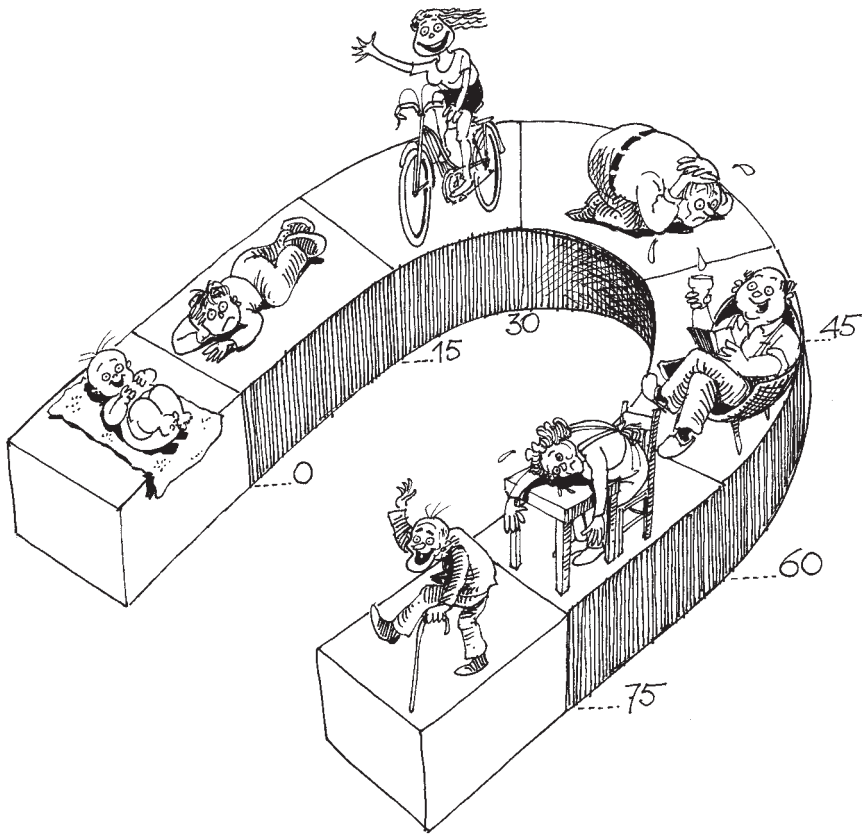
Bijwerkingen van medicijnen: Veel medicijnen voor psychische problemen hebben naast de werking op de hersenen en dus het gevoelsleven ook bijwerkingen die via



1 Hersenen 2 Hart 3 Bloedsomloop 4 Spieren
5 Geslachtsorganen 6 Nieren en urinewegen
7 Lever en spijsvertering 8 Botten en gewrichten
9 Longen en ademhaling 10 Schildklier

het autonome zenuwstelsel lichamelijke functies kunnen betreffen.

Medisch onderzoek: voorafgaand aan of gedurende de medicamenteuze behandeling zullen soms lichamelijke functies (bloeddruk, hartslag, gewicht, ECG, bloed- en urineonderzoek) worden onderzocht om de invloed van medicatie op organen te controleren.



Bipolaire stoornis in het verloop van het leven.

De bipolaire stoornis in het verloop van het leven

75 Vrouwen en hormonen Naast stemmingswisselingen heeft een vrouw met een bipolaire stoornis natuurlijk ook haar hormonale cyclus en menstruatie gedurende het vruchtbare deel van haar leven. Puberteit, gaan menstrueren, volwassen worden, eventuele zwangerschap(pen), moeder worden en zijn en daarna de menopauze: deze levensfasen kunnen een rol spelen in het tot uiting komen van de aanleg van de stoornis. Zwangerschap (en andere 'hormonale tijdperken van de vrouw') beschermen niet tegen de verschijnselen van een bipolaire stoornis. Hormonale verandering, op eigen benen staan, moeder worden, kunnen stressvolle gebeurtenissen zijn en daarom tot stemmingsverandering aanleiding geven. Denk aan het premenstrueel syndroom en de stemmingsproblemen na de bevalling of in de menopauze. Bepaalde aandoeningen, zoals schildklierproblemen, doen zich bij vrouwen vaker voor dan bij mannen en zijn niet altijd afhankelijk van lithiumgebruik. De vrouw is lang onderbedeeld geweest als het gaat om specifieke aandacht voor deze aspecten. Er komt steeds meer aandacht voor hormonen. Onderzoek van de afgelopen jaren heeft aangetoond dat diverse hormoonsystemen sterke invloed kunnen uitoefenen op de stemming.

76 Kinderwens Kinderwens moet, lang voordat er van zwangerschap sprake kan zijn, goed worden besproken met de behandelaar. Het krijgen van een kind is ingrijpend. Gebruik een betrouwbaar voorbehoedmiddel om ongewenste zwangerschap te voorkomen. Indien u medicatie gebruikt en zwanger wilt worden, stop dan nooit met anticonceptie zonder overleg met psychiater en huisarts. Met name in de eerste drie maanden van zwangerschap kunnen medicijnen aangeboren afwijkingen veroorzaken. Alle vrouwen die zwanger willen worden wordt aangeraden 0,5 mg foliumzuur te gebruiken van 2 maanden voor tot 4 maanden na de conceptie (bevruchting) om de kans op een spina bifida ('open ruggetje') te verkleinen. Voor lithiumgebruiksters geldt hetzelfde, voor Tegretol en Depakine gebruikers wordt zelfs tot 5 mg foliumzuur per dag geadviseerd. De manisch-depressieve stoornis op zich is geen reden om geen kinderen te krijgen, wel moet er een goede afweging worden gemaakt. Bij kindwens moet men rekening houden met de stress, veroorzaakt door alle veranderingen die het hebben van kinderen met zich meebrengt. Daarbij zijn de volgende factoren van belang: 1.) de stoornis zelf 2.) de noodzakelijke medicatie 3.) de verhoogde kwetsbaarheid bij zwangerschap, bevalling en meteen erna 4.) en het feit dat er 10 à 15 % kans is dat het kind ook de stoornis krijgt (tegen normaal 1-2%) en zelfs op jongere leeftijd dan de aangedane ouder. Afhankelijk van de ernst van de stoornis moet bekeken worden, welke medicatie noodzakelijk blijft. De kans op aangeboren afwijkingen zonder medicatie is 3%; bij lithiumgebruik wordt de kans op een aangeboren hartafwijking ver-

hoogd van 1 op de 20.000 tot 1 tot 2 op de 2000 en bij Tegretol en Depakine gebruik wordt de kans op een open ruggetje respectievelijk 0,5-1 % en tot 10 % terwijl de kans hierop zonder deze medicijnen 0,03% bedraagt. Het klassieke antipsychoticum (haloperidol_Haldol) lijkt veilig in lage dosering en van de nieuwere stemmingsstabilisatoren/antipsychotica is nog te weinig bekend om iets met zekerheid te kunnen zeggen. Wat betreft de antidepressiva: met fluoxetine (Prozac) en paroxetine (Seroxat) is er de meeste ervaring. Ook de andere antidepressiva uit de groep van deze moderne middelen (SSRI's) lijken geen echte problemen op te leveren zoals ook de klassieke antidepressiva amitriptyline (Tryptizol) en nortriptyline (Nortrilen). Met andere middelen is er nog te weinig ervaring.

Advies blijft: zo laag mogelijke dosering, bij voorkeur lithium, over de dag te verdelen en vaker spiegelcontrole tijdens de zwangerschap. (55) Tegen de achtergrond van die overwegingen: een kinderwens is bespreekbaar en uitvoerbaar. Indien op goede gronden besloten wordt de medicatie te stoppen, is het belangrijk lithium langzaam af te bouwen en niet ineens te stoppen vanwege een verhoogde kans op terugval.

77 Zwangerschap Wanneer de aanstaande moeder en vader de keuze hebben gemaakt vóór, dan zijn er twee mogelijkheden 1.) tijdelijk stoppen (voor de bevruchting) met de stemmingsstabilisator met kans op terugval (kondigt die zich aan dan andere medicijnen: antipsychotica, antidepressiva, benzodiazepinen) of 2.) doorgaan met stemmingsstabilisator in zo lage dosering dat èn stemming èn risico acceptabel is. In dat geval wordt aan Litarex de voorkeur gegeven vanwege de vertraagde afgifte. (55) Voor alle stemmingsstabilisatoren geldt dat de dosis over de dag verdeeld moet worden, omdat dit tot minder pieken in de spiegels leidt en daardoor minder risico's voor moeder en kind geeft. (Tegretol CR divitab, Depakine Chrono). (59,63) De spiegels moeten vaker gecontroleerd worden want de vochthuishouding wijzigt zich fors, waardoor soms de dosis moet worden aangepast. Er zijn methoden om bepaalde afwijkingen bij het kind vroegtijdig op te sporen. Bij het gebruik van lithium kan een echo worden gemaakt om een aangeboren hartafwijking te signaleren en bij Tegretol en Depakine kan een vruchtwaterpunctie verricht worden. Tot voor kort werd inname van lithium in principe enkele dagen voor de bevalling gestopt en werd de bevalling ingeleid om de periode zonder lithium zo kort mogelijk te houden. Inmiddels wordt op veel plaatsen in Nederland het uit Leiden afkomstige protocol gehanteerd. Volgens dit protocol wordt inname van lithium gestopt op het moment dat duidelijk is dat de bevalling is begonnen en hoeft er dus geen inleiding plaats te vinden. De geboorte vindt plaats in het ziekenhuis en daarna moet er meteen weer met lithium in de dosering van voor de zwangerschap, gestart worden, omdat juist in deze periode de kans op een terugval groot is.

78 Na de bevalling Vanwege het medicijngebruik van de moeder moet de baby meteen na de geboorte onderzocht worden door de kinderarts. Bij de geboorte kunnen de medicijnen van de moeder in te hoge concentraties bij het kind aanwezig zijn en

tot vergiftigingsverschijnselen leiden zoals bijvoorbeeld problemen met zelfstandig ademen. Indien tot de bevalling lithium is gebruikt, kan de lithiumspiegel van het kind te hoog zijn en problemen geven. Dit komt gelukkig weinig voor, maar het moet wel gecontroleerd worden. Lithium dringt door tot de moedermelk en daarom wordt borstvoeding afgeraden. Borstvoeding mag niet met bromocryptine (o.a. Parlodel) onderdrukt worden, omdat u daarvan manisch kunt worden. Indien een stemmingsstabilisator type anti-epilepticum is doorgebruikt, dan kan dit onttrekkingsverschijnselen geven in de vorm van epileptische aanvallen. Borstvoeding kan dit voorkomen omdat er kleine hoeveelheden via de moedermelk door het kind worden opgenomen en de onttrekking daardoor geleidelijk is. Over het gebruik van andere middelen zoals antidepressiva, antipsychotica en benzodiazepinen direct na en tijdens borstvoeding zijn er nog veel onzekerheden. Van alle middelen zijn complicaties voor de pasgeborene beschreven. Bij borstvoeding zie je bij lage doseringen in de praktijk weinig complicaties, de benzodiazepinen (bij voorkeur kortwerkend) dienen met terughoudendheid te worden gebruikt; goed onderzoek hierover ontbreekt. Uw stemming moet in het kraambed goed in de gaten worden gehouden vanwege de grote kans op terugval. Het grote voordeel van doorgebruiken van een stemmingsstabilisator tijdens de zwangerschap en na bevalling is dat de kans op manie, depressie of kraambedpsychose sterk wordt verminderd. Het nadeel is dat medicijngebruik extra risico oplevert voor moeder en kind. Het is altijd een enerverend tijdperk in uw leven, waarin uw psychiater u met raad en daad moet bijstaan en advies moet geven aan alle betrokkenen.

79 Adolescentie Tussen het 13^e en 21^e jaar kan de stoornis de ontwikkeling tot volwassene doorkruisen. In Nederland is er niet veel over bekend. Het is moeilijker om de diagnose te stellen en dit gebeurt zelden voor het 16e jaar. Ervaringsdeskundigen weten echter dat de leeftijd, waarop de eerste klachten ontstaan tot vijf jaar vroeger kan zijn. Ontstemmingen komen ook voor bij andere stoornissen op de kinderleeftijd. Bij een depressief kind wordt zelden gedacht aan de mogelijkheid van een eerdere (hypo)manische episode. De verschijnselen zijn anders dan bij volwassenen en voor henzelf nog moeilijker te begrijpen. Zij worden vaak weggewuifd: puberteit – je groeit er overheen. Een depressie verbergt zich soms achter agressie, schoolweigering, driftbuien. Jongeren gaan alcohol gebruiken of blowen om minder last te hebben. Emoties zijn niet meer te vertrouwen: 'Wat ik nu voel, ben ik dat zelf of is er iets met mij aan de hand?'. Angst om 'gek' te zullen worden of 'vreemd' te worden gevonden. Onzekerheid die leidt tot vermindering van eigenwaarde en zelfvertrouwen. De behandeling vraagt om een gespecialiseerde jeugdpsychiater. Kinderen tot 14 jaar komen niet zo gauw in aanmerking voor behandeling met lithium. Met carbamazepine (Tegretol) en valproaat (Depakine) is veel ervaring opgedaan bij epilepsie en die komen in aanmerking bij de therapie. In de psychologische begeleiding zal aandacht moeten worden besteed aan versterking van zelfbeeld, identiteit. Er moet tijd zijn om te rouwen en zich hervinden, zeker na een opname. Lukt dit niet, dan zal de groei naar volwassenheid belemmerd worden. (100)

80 Ouderen. MDS verdwijnt niet met de jaren. Het gaat om een levenslange kwetsbaarheid die tot de dood tot terugkerende stemmingsontregelingen kan leiden. Soms kan een manie of bipolaire depressie op hoge leeftijd voor het eerst optreden. Gewoonlijk wordt de diagnose op hoge leeftijd voor het eerst gesteld op grond van een manische episode. Juist dan is het raadzaam naar lichamelijke oorzaken te zoeken. Soms heeft de patiënt al eens eerder een depressie gehad. Men neemt dan aan dat de aanleg voor de stoornis zich pas laat presenteert. De verschijnselen zijn niet wezenlijk anders, zij het, dat een depressie soms trekken van dementie kan vertonen. De behandeling komt in beide gevallen, als u de 65 bent gepasseerd, overeen met die op een jongere leeftijd. Er is een belangrijk verschil in de dosering van psychofarmaca, omdat uitscheiding van lithium via de nieren en van andere medicijnen via de lever trager verloopt. Bijwerkingen van medicatie treden vaker op en zijn hardnekkiger vooral als er gelijktijdig met verschillende medicijnen wordt behandeld (plaspillen, antihypertensiva, ontstekingsremmers). (17,69) Psychische klachten en bijwerkingen worden vaak niet goed herkend en toegeschreven aan ouderdom of dementie. Indien u van meerdere artsen recepten krijgt, wees alert op risicodragende combinaties. Zowel het starten, het gebruik op zich, als het stoppen van deze medicijnen kan verhoging of verlaging van de spiegels veroorzaken. (49,68,69)



...en wat lacher over de studie doet.

Leven met een bipolaire stoornis

81 Werk Zoals bekend kan een bipolaire stoornis enorm in ernst verschillen, ook reageert de een veel beter op behandeling dan de ander. Er zijn mensen met een bipolaire stoornis, die fulltime werken en prima functioneren. Maar er zijn ook mensen, die niet in staat zijn aan het normale arbeidsproces deel te nemen. Bijvoorbeeld omdat de medicijnen onvoldoende effect hebben of omdat zij de stress niet aan kunnen, afhankelijk van de hoeveelheid emotionele energie die er wordt geëist. (82) Vermijd een baan met wisselende werktijden of onregelmatige (nacht)diensten. Te veel hooi op de vork nemen is niet slim, zeker niet in een episode met verschijnselen. In een hypomanische episode lijkt het erop dat het allemaal wel zal gaan, maar het lukt niet meer als de depressie zijn intrede doet... en dan is alles voor niets. De werkgever dient werknemers in staat te stellen de noodzakelijke medische behandeling te ondergaan en de gelegenheid te geven voor behandeling en controles. Dit hoeft niet in uw vrije tijd. Maar er bestaan ook goede en minder goede werkgevers! Als zelfstandige of vrije ondernemer liggen er andere kansen en gevaren, waarbij er op financieel gebied veel meer valkuilen zijn. Het gebruik van een signalerings- of noodplan (29) kan in de werksituatie veel ondersteuning bieden. Van belang voor u is, dat collega's en werkgevers heel goed de betrokkenen (91) kunnen zijn, waar we het over hebben gehad! Zij kunnen ondersteuning bieden mits ze weten wat er met u aan de hand is. Of dit verstandig is kunt u lezen in de brochure 'Solliciteren en gezondheid: Beter zwijgen of verstandig spreken?'. Deze is geschreven voor mensen met een chronische ziekte, een handicap of een ziekteverleden en uitgebracht door het Breed Platform Verzekerden en Werk (BPV&W). De brochure gaat in op de vraag wat u wel of niet bij sollicitaties over uw gezondheid moet vertellen. Beschreven wordt welke overwegingen een rol kunnen spelen. Daarbij gaat het zowel om juridische als persoonlijke overwegingen. De brochure kan worden besteld via 020-4800333 of gedownload via de website www.bpv.nl.

Werkhervatting na een episode is niet eenvoudig. Hoe langer je uit het arbeidsproces bent, hoe moeilijker het is weer aan de slag te gaan. Er is een woud aan wetten en regels waar je rekening mee moet houden en waar je gebruik van kunt maken. Maar hoe doe je dat? En waar moet je beginnen?

Annemarie Kolenberg, ervaringsdeskundige, heeft het reïntegratieboek 'Weer aan de slag' (verschijningsdatum april 2006) geschreven. Het boek biedt vooral zieke (ex)werknemers en mensen in de WW of de bijstand veel nuttige informatie, voorbeelden en tips. Het leert je zelf de regie over je werkhervatting te houden en je niet afhankelijk op te stellen van bedrijfs- of verzekeringsarts, consulent bij de Sociale Dienst of reïntegratiebedrijf.

82 Arbeidsongeschiktheid Het is ons advies in ieder geval bij de bedrijfsarts open kaart te spelen. Hij is dan beter in staat uw klachten te interpreteren en het juiste advies te geven. De arts heeft een beroepsgeheim. Dat houdt in, dat slechts aan de

werkgever mag worden meegedeeld, wat uw huidige geschiktheid voor het werk is – op grond van medische bevindingen. Deze moeten allereerst met u worden besproken. De strengere (her)keuringen voor de WAO vanaf 2004 en de invoering van de WIA in 2006 kunnen grote gevolgen hebben. Het is belangrijk dat een (her)keuring goed wordt voorbereid. De VMDB is uw belangenorganisatie, die gericht is op de maatschappelijke positie bij een manisch-depressieve stoornis, dus overleg met hen. Ook is er een website: www.waocafe.nl waar u veel informatie kunt vinden en vragen kunt stellen. Het Breed Platform Verzekerden en Werk (BPV&W) geeft ook velerlei informatie en brochures over werk en arbeidsongeschiktheid (www.bpv.nl) De VMDB heeft het meinummer van 2005 van haar kwartaalblad PLUSminus geheel gewijd aan arbeids(on)geschiktheid. Dit nummer is te bestellen via www.vmdb.nl of 030-280 30 30.

83 Studie Goed studeren is uitermate geschikt voor een goed levensritme. Je hebt een duidelijk doel in het leven. Eerst de studie afronden en daarna aan het werk. Verder zijn er gelijkgezinde mensen om je heen en die contacten gaan ongewenst isolement tegen. Het kan zijn dat door de stoornis en daarmee samenhangende concentratieproblemen of episoden men de jaargenoten niet bij kan houden en wat langer over de studie doet. Soms is het, net als bij alle mensen, een zoektocht naar de juiste studie. Pas op voor de vanzelfsprekendheid bij (hypo)manie en ongerechtvaardigde twijfel bij depressie. Maar...wees uw eigen vriend en laat de inspiratie u meenemen bij een onvermijdelijke hypomanie. Gooi die notities niet weg in een depressie. Medicatie heeft hopelijk een positieve invloed, maar kan soms ook belemmerend werken. Een goede behandelaar zoekt naar de meest effectieve behandeling en helpt de juiste afwegingen in deze te maken. Bij sommige patiënten zijn er ook beperkingen op het gebied van concentratie en geheugen op basis van de ziekte zelf zonder dat dit aan de medicatie kan worden toegeschreven.

84 Verkeersvaardigheid Iedereen, die achter het stuur zit, draagt verantwoordelijkheid. Bij deze stoornis ligt de zaak ingewikkeld, want zowel onbehandelde ziekte als medicijnen kunnen de rijvaardigheid belemmeren. Tijdens een manie kan zelfoverschatting en slechte impulsbeheersing beperkingen veroorzaken. Hetzelfde geldt voor traagheid en concentratieverlies, die bij depressie kunnen optreden. Slaap-, kalmeringsmiddelen en sommige antidepressiva en antipsychotica blijken een nadelig effect te hebben vooral als u net begint met het gebruik ervan. De rijvaardigheid wordt in ernstige mate negatief beïnvloed door de combinatie van deze zogenaamde ‘rijgevaarlijke’ geneesmiddelen en alcohol. De meeste psychiaters nemen aan, dat lithium geen invloed op de rijvaardigheid heeft en carbamazepine en valproaat, na gewenning, in het algemeen ook niet. Soms wordt er een keuring aan een psychiater gevraagd als het rijbewijs voor het eerst wordt aangevraagd. Of... nadat er een ongeluk heeft plaats gevonden. (90) Een onafhankelijke psychiater zal moeten beoordelen of de patiënt inmiddels voldoende lang stabiel is gebleven. In Nederland krijgen alle psychofarmaca gele stickers opgeplakt, als

waarschuwing tegen autorijden. Het is noodzakelijk, dat u dat inbrengt in uw gesprek met de behandelaar en dat er naar een oplossing wordt gezocht. Bij het verlengen en aanvragen van een rijbewijs moet er een gezondheidsverklaring worden ingevuld waar vragen over ziekte worden gesteld. Niet opgeven dat iemand ziek is, is niet alleen fraude maar ook zeer onverstandig in verband met de verzekering. Als er iets gebeurt, is er grote kans dat de verzekering niet betaalt. Dit kan zeer ernstige financiële gevolgen hebben. Volgens de 'regeling eisen geschiktheid 2000' mag men een jaar geen episode gehad hebben en moet men onder regelmatige controle zijn. Daarnaast kan besloten worden dat men, wanneer men medicijnen gebruikt, niet mag rijden. Zie voor de 'regeling eisen geschiktheid 2000': www.cbr.nl > personenauto, motor, bromfiets en luchtvaart > personenauto > medisch geschikt? > regeling eisen geschiktheid.

85 Ontspanning In situaties waarin u kwetsbaar bent, zoals confrontatie met moeilijke mensen, geldzorgen, lawaai of tijdnood, is het belangrijk om stress zo veel mogelijk te mijden. Een dagboek of life chart (30) bijhouden kan helpen om na te gaan op welke manier er stress optrad en wat eraan vooraf ging. Vervolgens kan men trachten dit te voorkomen. Methoden om stress te reduceren zijn: praten met vertrouwenspersonen, ontspannings-oefeningen, kunstgenot en sport. Is men er niet aan toe om over een moeilijk onderwerp te praten, dan kan het helpen om het weg te schrijven in een dagboek, agenda of gewoon op een papiertje, dat men vervolgens echt wegwerpt. Het dagboek helpt inzicht te krijgen in patronen van voelen, denken en zich gedragen. Direct voor of na stressvolle situaties hebben ontspanningsoefeningen een goede plaats. Muziek maken en luisteren, schilderen en knutselen zijn hobby's, die voor ontspanning zorgen. Het niveau maakt niets uit. Het is niet persé noodzakelijk om het iemand te tonen!

86 Sport en spel Denkt u... dat kan niet met deze medicijnen? U ziet het niet zitten weer te gaan tekenen, borduren, serveren bij tennis of afslaan bij golf, in verband met dat onzekere gevoel of de trillende handen. U geeft zich maar liever niet op voor het komende programma, want uitzitten van een opera is een te grote opgave; daarbij denkt u aan het vaak moeten plassen. Neem het als oefening voor contragedrag: toch doen wat u graag zou doen, maar niet denkt te kunnen. Ontspannen kan niet op commando, maar u kunt wel experimenteren. Blijven de gedachten malen, terwijl u tennist, golft, tekent, dart, borduurt of in de opera zit – dan zoekt u verder. U vindt altijd iets, waar die kwelgeesten niet van houden maar u wel. Is het de bijwerking die u hindert, praat er dan over met de behandelaar of een lotgenoot. Vraag vriend of familielid om samen te sporten. Van hardlopen is aangetoond dat dit een gunstig effect heeft op het beloop van een depressie. Het is het waard om er tijd voor te reserveren, desnoods in de agenda. Kies voor een mix van activiteiten en bouw het rustig op totdat conditie en inzet zo ver is dat u voelt: dat was lekker. Niet ontmoedigd raken. Pijn is een signaal dat u zich te veel inspannt.

87 Vakantie Vakanties zijn perioden, waarin er grotere kans is op manie of depressie. Naast plezier is er onrust en verandering: veel regelen, inpakken, de reis en de nieuwe indrukken. Het is van belang om te plannen tegen het risico dat u tijdens vakantie ziek wordt. Aandachtspunten worden bepaald door uw bestemming en of u al lange tijd geen manie of depressie hebt doorgemaakt. Betreft u uw reisgenoten bij uw voorbereiding? Informeer naar voorzieningen op uw vakantie-adres, voedings- en waterhygiëne. Reist u intercontinentaal? Verklein het risico op ontregeling door uw dag/nachtritme zo snel mogelijk weer te normaliseren met behulp van medicatie en leefregels. Preventie tegen risico's, bijvoorbeeld diarree en malaria kan een hobbel blijken, die uw behandelaar voor u moet nemen, samen met adviserende medische deskundigen. Denk aan uw vochtinname bij tropische temperaturen en bij onverhoopte diarree. Breng uw noodplan (29) op orde. Zijn de crisisnummers geactualiseerd? Inspecteer, wat u als noodvoorraad meeneemt. Verdeel het zo, dat u niet in problemen komt bij verlies: een deel in de handbagage en een reserve in de koffer. Vinden u en uw behandelaar het gewenst om een (vertaalde) doktersverklaring of medicijnpaspoort mee te nemen? Bedenk dat een artsrecept soms vereist is, indien medicatie argwanend wordt bekeken. Zie ook voor advies op www.antenna.nl/nsmd/vakantie.html.

88 Bloed/donorschap Er is geen bezwaar te bedenken om (bloed)donor te zijn. De afname van bloed verstoort de spiegel van medicatie heel weinig. Goede lichamelijke screening is nuttig. De keuringsarts krijgt van u natuurlijk alle gegevens, die zorgvuldig worden beschermd. Orgaandonatie is ook met lithium en andere medicatie onveranderd mogelijk, indien de artsen op de hoogte zijn.

89 Alcohol – Drugs Misbruik en/of afhankelijkheid van alcohol, drugs en pepmiddelen in combinatie met bipolaire stoornissen zijn voor zowel patiënt als behandelaar een probleem. Vaak wordt het onderwerp onvoldoende besproken tijdens de behandeling. Deze combinatie kan leiden tot slechte behandelresultaten. Sociaal gebruik van alcohol tot twee glazen per dag is over het algemeen geen bezwaar. *Het is onduidelijk of sociaal gebruik van alcohol schadelijk is.* Hier wordt nog onderzoek naar gedaan. Voor gezonde mannen geldt dat zij maximaal 3 glazen en gezonde vrouwen maximaal 2 glazen per dag mogen drinken, zonder dat dat lichamelijke schade oplevert. Dit verschil tussen man en vrouw wordt veroorzaakt door een andere verdeling van vet en lichaamswater. Men drinkt gauw meer dan men denkt! Uit een fles wijn gaan 7,5 glazen en uit een pijpje pils 1,2 glazen. Bedenk wel: alcohol kan leiden tot vocht- en zoutverlies en medicatiespiegels verstoren. En ook: alcohol kan de stemming ontregelen. Soms worden de effecten van medicijnen versterkt en omgekeerd wordt het effect van alcohol minder plezierig. Het af en toe gebruiken van softdrugs is nogal omstrede, want het kan stemmingswisselingen bevorderen. Gebruik van harddrugs wordt altijd ontraden. (15) Het is dus raadzaam om met uw behandelaar uw gebruik van middelen te bespreken.

90 Wetgeving Dit onderwerp valt uiteen in enkele onderdelen, die we kort aanstippen.

- 1 De Wet op Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) biedt mogelijkheid tot gedwongen opname en behandeling, met inbewaringstelling (IBS) of rechterlijke machtiging (RM). De IBS betreft een acute situatie, waarin patiënt gevaarlijk is voor zichzelf of voor anderen (uitputting, roekeloos gedrag, agressie of suïcide-dreiging; naakt rond lopen of de openbare orde verstoren). Hierbij moet er sprake zijn van een psychiatrische stoornis (bv manie of depressie), die door een psychiater moet worden vastgesteld. De patiënt wordt dan namens de burgemeester opgenomen en krijgt een advocaat toegewezen. De rechter komt binnen vijf werkdagen oordelen over maatregelen. Daarnaast bestaat de RM voor de gedwongen opname in een niet acute situatie. Een RM kan worden aangevraagd bij de officier van justitie door familie, psychiater en patiënt zelf, wanneer er gevaar op termijn bestaat of de patiënt maatschappelijk ten onder gaat. Voor details raadpleeg de folder nr. 1 uit de serie Rechten in de Psychiatrie door de Stichting PVP. (Er zijn 4 vormen van rechterlijke machtiging (RM): de observatie machtiging (nog niet in werking getreden), de voorlopige RM, RM tot voortgezet verblijf en de RM op eigen verzoek en sinds kort de voorwaardelijke RM.) Over de voorwaardelijke machtiging is veel te doen, met name in welke mate de patiënt akkoord moet gaan met de voorwaarden.) Dwangbehandeling binnen de instelling is mogelijk wanneer de patiënt binnen de instelling een gevaar vormt. Voor dwangbehandeling buiten de instelling biedt de Wet BOPZ formeel geen voorziening, wel kan er met behulp van een voorwaardelijke machtiging drang worden uitgeoefend op een patiënt om zich te laten behandelen.
- 2 Per januari 2006 wordt waarschijnlijk een wettelijke regeling voor zelfbinding van kracht. Zelfbinding is een verklaring die door de patiënt wordt opgesteld en ondertekend en waarin afspraken over de behandeling worden vastgelegd en dan met name over hoe te handelen in terugkerende crisissituaties. Zie hiervoor www.minvws.nl. (zoekwoord "zelfbinding")
- 3 De Wet Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO) regelt de relatie tussen patiënt en zorgverlener. In de WGBO is een aantal spelregels vastgelegd dat betrekking heeft op de plichten van de patiënt, het recht van de patiënt op informatie, het recht geen informatie te willen, het recht op inzage in het dossier en het recht op bescherming van zijn privacy; daarnaast is er de plicht van de zorgverlener om informatie te verstrekken, een medisch dossier bij te houden, de privacy van een patiënt te bewaren en het recht om verzoeken van een patiënt te weigeren. De toestemming van de patiënt is vereist bij ieder onderzoek en bij iedere behandeling. Zie voor uitgebreide informatie op www.hulpguids.nl/wetten/wgbo.htm
- 4 Verzekeringswetgeving: Het gaat om ziektekosten en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Voor vragen over de ziektewet en de uitvoering hiervan, verwijzen we naar Het Breed Platform Verzekerden & Werk. Het zogenaamde BPV&W is er voor alle mensen die toegang tot werk en zekerheid willen, maar door hun gezondheid een belemmering ervaren. Daar zijn mensen bij die nog door hun medisch dossier worden achtervolgd, terwijl ze weer kerngezond zijn. Of mensen die iets onder de leden hebben, maar waarvan onzeker is of en wanneer dat zich als gezondheidsprobleem

zal manifesteren. Zij hebben een Helpdesk die dagelijks, van maandag tot en met vrijdag van 12.00 tot 20.00 uur bereikbaar is onder nummer 020-4800300. Per e-mail bereikbaar op helpdesk@bpv.nl en er is een zeer informatieve en toegankelijke internetsite www.bpv.nl. Voor de WAO en de nieuwe WIA verwijzen we naar het desbetreffende hoofdstuk. (82)

- 5 Het ontbreken van wilsbekwaamheid. Het komt niet zelden voor dat in een hypomanie of manische fase beslissingen worden genomen die grote gevolgen hebben: abrupt ontslag genomen, veel te dure dingen aangeschaft, grote financiële verplichtingen aangegaan of bedragen weggegeven, enzovoorts. Op basis van de wet (art 3:34 BW) zijn er soms mogelijkheden om zulke zaken ongedaan te maken. Met de nadruk op 'soms', want er zitten allerlei haken en ogen aan. Zo geldt er een 'verjaringsstermijn' van 6 maanden. Als het om substantiële zaken gaat kan het zinvol zijn een advocaat te raadplegen.
- 6 Curatele, bewind- en mentorschap. In een manie kan de patiënt zodanig ontsporen dat er faillissement dreigt als persoon of als bedrijf. In dat geval kan een ondercuratelestelling of een onderbewindstelling worden overwogen. De aanvraag kan worden gedaan door de patiënt zelf, door familie of door de officier van justitie bij respectievelijk de rechtbank via een advocaat of de rechtbank sector kanton. Een curatele wordt door de rechtbank opgelegd o.a. na aanvraag met psychiatrische verklaring. Met een ondercuratelestelling worden persoon en vermogen beschermd. De bewindvoerder behartigt de financiële belangen van de patiënt. Dit is een lichtere maatregel dan de ondercuratelestelling. Met een mentorschap wordt de betrokkene op het persoonlijke vlak beschermd, met name bij beslissingen met betrekking tot verzorging, verpleging en behandeling. Een patiënten-vertrouwens-persoon (PVP), verbonden aan de regionale voorziening, is de instantie die klaar staat om cliënten te helpen om hun problemen op de best mogelijke wijze kenbaar te maken. Ook kunt u aanbevelingen vinden voor bewind en mentorschap op de internetsite: www.rechtspraak.nl (> naar de rechter > landelijke regelingen > sector kanton > aanbevelingen Landelijk Overleg Kantonsectorvoorzitters)

91 Rol van de betrokkenen Van ouders, partner, kinderen, broers en zussen, vrienden, kennissen en collega's wordt geduld en doorzettingsvermogen gevraagd. Het is niet eenvoudig om te gaan met iemand, die extreme stemmingswisselingen heeft. Het kost soms zoveel energie, dat de betrokkene zelf uitgeput raakt. Relaties kunnen in die momenten verslechteren en er is veel liefde nodig om die weer op de rails te krijgen. Maar het kan. Familie en vrienden kunnen veel doen, als zij een goed inzicht in het ziektebeeld krijgen. Een begin maken daarmee is informatie te vragen bij de VMDB (100) en een volgende stap is het volgen van de psycho-educatiecursus (36). De meest zekere bijdrage is door betrokken te zijn in de behandeling. Ga bijvoorbeeld een keer kennismaken met de behandelaar van de patiënt. Probeer mee te denken bij de opzet van een signalerings-of noodplan. (29)

De goede tijden, waarin de patiënt weinig klachten of verschijnselen heeft, moeten door betrokkenen worden gebruikt om samen de gevolgen van de laatste episoden op een rijtje te zetten. Het helpen ondersteunen van de patiënt in zijn eigen wereld en identiteit is dan het beste mogelijk. Ga als betrokkene niet verder dan dat en vergooi niet uw eigen toekomst bij die pogingen. Een voorbeeld van overbezorgdheid: iemand die zijn baan opgeeft om bij zijn vrouw te zijn die regelmatig depressief is. Hij verwaarloost zo de contacten met vrienden, raakt zijn eigen maatschappelijk perspectief kwijt en besteedt al zijn aandacht en energie aan het oplossen van de problemen van zijn echtgenote. In plaats van een oplossing te brengen krijgt hij er een probleem bij. Juist voor familieleden is het heel belangrijk om een eigen leven te houden, naast dat met de, bij tijd en wijle zieke, partner. Soms kan het nodig zijn om zelf behandeling te zoeken om goed voor je zelf te blijven zorgen en zodoende beschikbaar te blijven om de patiënt te ondersteunen. De VMDB organiseert éénmaal per jaar een aparte dag voor betrokkenen waarin veel aandacht is voor de moeilijkheden en mogelijkheden van betrokkenen.

92 Acceptatie De bipolaire stoornis is moeilijk te accepteren. Een leven wordt op zijn kop gezet. Er volgt vaak levenslang medicijngebruik. Wat voorheen vanzelf sprak, gemakkelijk en gewoon was, dat kan nu de stemming ontregelen. Men kan aan alles denken: stress, werk, vakantie en hoogtepunten in het sociale leven. Het is vallen en opstaan in een gevecht tegen het onvermijdelijke. Om te beginnen is er het verwerken van de diagnose. Is dat nu goed of slecht nieuws; niet 'gek' maar 'ziek'. Het ligt niet aan de persoon, maar de ziekte, waarvoor behandeling mogelijk is. Dan volgt het rekening houden met de behandeling. Het kan jaren duren totdat dit, wat u nooit hebt gewild, een aanvaard deel is geworden van uw persoon. Soms leidt dit tot twijfel aan de juistheid van de diagnose, soms leidt het tot het (gedeeltelijk) stoppen van de medicatie. In dergelijke gevallen kan het halen van een tweede opinie (second opinion) (96) bij een psychiater, gespecialiseerd in bipolaire stoornissen, soelaas bieden. Lid zijn van de patiëntenvereniging betekent zelferkenning en erkenning jegens de ander. (100) Het kan soms een tijdje duren voor men de stap om lid te worden zet: 'Denk maar niet, dat ik daar tussen ga zitten'. Men moet er zelf voor durven uitkomen en dat vraagt tijd. De ziekte kan... 'van vijand... een maatje' worden. (bronnen)

93 Rouwen over verlies van gezondheid Indien het gewone leven onderbroken wordt door manie of depressie, dan kan dat met schuld- en schaamtegevoelens gepaard gaan. Dit kan de terugkeer naar de gewenste situatie bemoeilijken. De bipolaire stoornis leidt niet alleen tot verlies aan gezondheid, maar ook tot verstoring van het toekomstperspectief en het vermogen zichzelf te begrijpen. Dit kan het zoeken en aanvragen van hulp verhinderen en het stellen van de diagnose belemmeren. De juiste diagnose is een voorwaarde voor effectieve behandeling. Indien dit over het hoofd wordt gezien of er een andere diagnose wordt gesteld, dan is de kans dat de patiënt

die behandeling krijgt nihil. Zeer belangrijk is de aanwijzing dat er in de familie bipolaire stoornissen voorkomen. Hoe moeilijk het ook is, ouders moeten hun kind door deze fase heen helpen en worden dan vaak gedwongen hun eigen gevoelens opzij te zetten. Dat is hun rouwproces. Hun zoon of dochter heeft een ziekte en ontkenning kan dat nog verergeren. Overmatige bezorgdheid leidt tot afscherming, die zelfstandigheid in de weg staat. Anderzijds: kinderen van een ouder met deze stoornis moeten binnen het gezin als betrokkenen erkend worden. Zij ervaren de stoornis bij hun ouder op hun eigen manier en kunnen daarbij geholpen worden. Ouders en kinderen die te maken krijgen met een dierbare met een manisch depressieve stoornis maken allen een rouwproces door, evenals partners en andere direct-betrokkenen. (100)

94 Stigma ... of brandmerk ontstaat door een gebrek aan respect: negatieve of discriminerende woorden gebruiken, als het gaat om psychiatrische problemen. Stigma kan ook een van de redenen zijn, waardoor zieke mensen en hun familie geen hulp zoeken, terwijl ze dit nodig hebben. Zoals alle vormen van discriminatie is het een uiting van angst en onbegrip. Het is bekend: dat zijn slechte raadgevers. Stigma is te overwinnen door het eigen inzicht en het begrip van anderen te vergroten. Ook al ondervindt u hinder van deze stoornis, u bent niet gestoord. Mensen, die bij psychische problemen van zichzelf moeten zeggen, dat ze lichamelijk ziek zijn, maar geestelijk niets mankeren, lopen in een val. Hun problemen worden door overbodig lichamelijk onderzoek niet opgelost. Dit negatieve resultaat stelt hen teleur en zorgt voor een nieuw probleem. Tijd, inspanning en aandacht gaat verloren en komt dan niet ten goede aan onderzoek naar de werkelijke oorzaak en behandeling.



Leden van deze groep kunnen
second opinions vertellen...

Rondom de zorg

95 Behandelplan en zorgprogramma's Uw behandeling moet enerzijds voldoen aan de geldende inzichten over de behandeling van de bipolaire stoornis en anderzijds toegesneden zijn op uw persoonlijke klachten, leefsituatie en problematiek. Dus behandeling conform de richtlijnen en ook zorg op maat. Hoe de behandeling voor de bipolaire stoornis (en voor allerlei andere psychische aandoeningen) in het algemeen het beste kan worden georganiseerd, staat beschreven in zorgprogramma's, zoals die in Nederland door vele instellingen worden gehanteerd (zie hieronder). Uw persoonlijke behandeling wordt in hoofdlijnen vastgelegd in een behandelplan. Dit stelt uw behandelaar op in overleg met u. Dat brengt dus wederzijds verplichtingen met zich mee. Het behandelplan wordt regelmatig op doelmatigheid beoordeeld en zo nodig bijgesteld. De Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WBG0) (90) vereist overigens het opstellen van zo'n behandelplan.

In een aantal GGZ-regio's bestaat een projectmatige programma-ontwikkeling. Dit betekent niet, dat het zorgaanbod vastligt. Programma's en dagelijkse praktijk blijven met elkaar verbonden. Bij de totstandkoming van een programma is zoveel mogelijk gelegenheid geboden voor inspraak van betrokkenen, zowel hulpverleners als cliënten.

Vrijwilligers hebben meegewerkt aan deze regionale programma's van een aantal grote ziekenhuizen, ook academische instellingen. Nieuwe inzichten en ontwikkelingen worden voortdurend getoetst en waar wenselijk opgenomen in het aanbod van de regio.

96 Second opinion Een second opinion (tweede mening) kan zowel door de patiënt, door de betrokkenen of de behandelaar worden aangevraagd. Meestal is de aanleiding een advieswens van de behandelaar of een meningsverschil tussen patiënt, betrokkenen en behandelaar over diagnose of behandelbeleid. Het verzoek gaat naar een niet bij de behandeling betrokken psychiater, die zich heeft gespecialiseerd in de behandeling van de bipolaire stoornis (97) of een andere specialist. Denk aan een internist voor lithium, een neuroloog voor bewegingsstoornis of een maatschappelijk werker in verzekeringskwesaties of huisvesting. Voordat dit plaatsvindt zal er altijd overleg moeten zijn tussen patiënt en behandelaar en dient de benodigde informatie opgestuurd te worden. Het is niet de bedoeling dat de behandeling door de opiniegever overgenomen wordt. De behandelaar en de patiënt krijgen een schriftelijk verslag, waarin de bevindingen en adviezen staan. De LithiumPlus Werkgroep heeft een lijst van deze specialisten beschikbaar (www.antenna.nl/lithium).

97 LithiumPlus Werkgroep Een groep behandelaren met een speciale interesse in de bipolaire stoornis heeft zich verenigd in de LithiumPlus Werkgroep. Anders dan de naam doet vermoeden, gaat het hierbij over niet alleen lithium of andere medicijnen,

maar over alle aspecten van de stoornis. Leden van deze werkgroep kunnen second opinions verrichten en individuele adviezen geven aan andere behandelaars, mits die aanvraagd worden door de patiënt en/of de behandelaar. Het is een stichting met als doel de kennisontwikkeling te stimuleren door bijeenkomsten, onderzoek, publicaties. Individuele leden werken meestal op een stemmingspolikliniek, doen onderzoek, begeleiden psycho-educatie of geven onderwijs. De VMDB treedt op als adviseur van de werkgroep. Er zijn ongeveer 150 leden, overwegend psychiaters, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen en wetenschappelijk onderzoekers. De groep onderhoudt banden met beroepsorganisaties en met de VMDB.

98 Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen In Nederland bestaan verschillende kenniscentra op het gebied van de psychiatrie (zie www.trimbos.nl). Het Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen is een recent opgericht samenwerkingsverband (netwerk) van enkele academische ziekenhuizen en GGz-instellingen met een speciale expertise op het gebied van de diagnostiek en behandeling van de bipolaire stoornis. Ook de LithiumPlus Werkgroep en de patiëntenvereniging VMDB participeren in het Kenniscentrum. Het Kenniscentrum stelt zich ten doel om de diagnostiek en behandeling in ons land te verbeteren en recente kennis hierover beschikbaar te stellen. Daarnaast stimuleert het (gezamenlijk) wetenschappelijk onderzoek. De website is: www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl

99 Lotgenoten Contact met lotgenoten kan prettig zijn omdat vaak één woord volstaat om gevoelens te delen. De VMDB organiseert landelijke bijeenkomsten en gespreksgroepen, ook regionaal. Er zijn kleinere huiskamerbijeenkomsten en er is een virtueel forum (internet). Er is ook een lotgenotenlijn: 0900-5 123 456, die wordt verzorgd door ervaringsdeskundige vrijwilligers van de VMDB. Wanneer u uw ziekte hebt geaccepteerd, wanneer u redelijk stabiel bent en goed kunt luisteren naar anderen, dan zou u zelf vrijwilliger kunnen zijn voor de lotgenotentelefoon. Dit is geen oproep aan cliënten om als ervaringsdeskundige te gaan optreden; eerst en vooral willen wij voor u een verdraagbare en succesvolle behandeling. Maar indien u daarin wijzer bent geworden, wat hebben de VMDB-lotgenoten dan te bieden? 1.) een team van medewerkers dat bereid is te helpen 2.) een inwerkgesprek over de werkwijze en een periode van drie maanden om erachter te komen of de taak bij u past 3.) een handboek met de meest gestelde vragen, informatie en verwijfsadressen 4.) deskundigheidsbevordering (éénmaal per jaar). Ook als betrokkene kunt u actief worden bij de lotgenotenlijn.

100 Patiënten- en betrokkenenvereniging De VMDB bereikt nu (in 2006) 3500 leden. Een klein deel van de 288.000, waarvoor zij zich inspant. Zij zet zich in voor gebruik van het noodplan (29) en heeft actief meegewerkt aan tot stand komen van de psycho-educatie cursus (36), die nu in heel Nederland gegeven wordt. Bel voor

een overzicht van de plaatsen waar deze cursussen gegeven worden met het kantoor van de VMDB: 030-2803030 of bezoek de website www.vmdb.nl. De VMDB bevordert dat de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie breed en goed wordt toegepast. De driehoek behandelaar/patiënt/betrokkene bepaalt het succes en de acceptatie. Zonder acceptatie is ook deze richtlijn, bij individuele behandeling of in het zorgprogramma, niet werkzaam. (95) Er is uitwisseling van kennis en ervaring met behandelaren op de bijeenkomsten van het Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen (98) en de LithiumPlus Werkgroep. (97)

Naast de VMDB bestaan er vele andere organisaties die zich bezighouden met de belangenbehartiging van mensen met een psychische aandoening, zoals de Cliëntenbond in de GGz, de Stichting Pandora, Fonds Psychische Gezondheid, Nederlandse Patienten/Consumenten Federatie (NP/CF), Informatiecentra Geestelijke Gezondheid (IGG). Zij zijn deskundig en hebben vaak veel goede informatie.

Enkele voorbeelden:

- 1 PC-infodisk NIGZ-wegwijzer en cd-r database (dwoolderink@nigz.nl en fax 0348-437666)
- 2 Landelijk Steunpunt voor voorlichting aan immigranten (mdrewes@nigz.nl)
- 3 Internetsites zoals www.psychowijzer.nl en www.zorgwijzer.nl voor overzichten en adressen
- 4 Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problematiek (KOPP) folders voor verschillende doelgroepen
- 5 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie – informatieserie 'In gesprek over...' met korte, kernachtige folders over alle onderwerpen in deze leidraad o.a. de bipolaire stoornis en de stemmingsstabilisatoren (www.nvvp.net).

Bronnen

- *De onrustige geest*. Kay R Jamison (2000). ISBN 90-2452-641-8
- *Behandelstrategieën bij vrouwen in de psychiatrie*. Onder redactie van Elise Knoppert-van der Klein e.a. (2002) In de reeks *Cure & Care development* ISBN 90n313 3788
- *Hulpguids bipolaire stoornissen*. D Miklowitz (2004). ISBN 90 5712 181 6
- *Samen en toch alleen*. A. Honig e.a. (1998). ISBN 90-5121-753-6
- *Als je geest een vuurpijl is*. H. Kamp (2005). ISBN 90-6611-450-9
- *Leven met manisch depressieve stoornis*. J. Kragten (2000). ISBN 90-3133-432-4
- *Zelfzorg bij de manisch depressieve stoornis*. J. La Poutré (1997). ISBN 90-8035-831-2, te bestellen bij de VMDB te Utrecht door overmaking van 8,88 euro op gironummer 227198
- *Depressie en manisch depressieve stoornis*. W.A. Nolen (1997) ISBN 90-5121-671-8
- *Richtlijn Bipolaire Stoornissen*. NVvP (2001). ISBN 05-3527-516
- *Ik houd van mezelf en dat is wederzijds*. Pieter Overduin. ISBN 90 76224 17X
- *God is in de war, Hij denkt dat Hij Pieter is*. Pieter Overduin. ISBN 90 7622 420X
- *Omweg - Mijn manisch depressieve rondreis in 4-D*. Lizzie Simon. ISBN 9057121832
- *Omgaan met stemmingsschommelingen* (2003). Jan Scott. ISBN 902651719X
- *PLUSminus*. Nieuwsblad voor de VMDB (kwartaalblad). ISSN 1380-8095

Colofon De leidraad is geschreven in een voorlichtingsserie, die sinds 1985 worden verspreid door de Stichting LithiumPlus WerkGroep (Li+WG) i.s.m. de Vereniging voor Manisch-Depressieven en Betrokkenen (VMDB) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

De eerste druk van de leidraad verscheen in 2001.

Deze geheel herziene druk verscheen in 2006.

Besteladres: VMDB/Leidraad, Kaap Hoordreef 56-C, 3563 AV Utrecht, vmdb@nsmd.nl, tel. 030-2803030 fax 030-2802880. Postbank 227198. Bij bestelling 2,50 euro per ex. overmaken met vermelding "leidraad" en het aantal exemplaren en uw adresgegevens.

Redactie eerste druk (2001):* VMDB ** Li+WG: mw A. Arnou*; mw M. Bakhuijsen, voorzitter*, ir K. de Jong, vice-voorzitter*; mw ing B.A.M. Wigchert, informatiekundige gezondheidszorg, contactpersoon* Noord Holland en webredactielid**; dr E.M van Gent, zenuwarts, PAAZ Slingeland Ziekenhuis Doetinchem, voorzitter werkgroep en webredactielid**; mw A. Groothuis, SPV, Mediant Twente, bestuurslid werkgroep**; dr E. Hartong**, CWZ Nijmegen; mw dr E.A.M. Knoppert -van der Klein, Rijngeest Groep Leiden, voorzitter raad van toezicht**, commissielid voorlichting en voorbereiding richtlijn 1998 en 2001, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; F. Oostervink**, psychiater Robert Fleury Stichting Leidschendam. Redactievoorzitter: dr P.F.J. Schulte, voorzitter geneesmiddelencommissie GGz Noord-Holland Noord, lid raad van toezicht**.

Eindredactie: dr H.A.P.C. Oomen, internist, Rijngeest Groep Leiden, secretaris raad van toezicht en webmaster**, redacteur rubriek bipolaire stoornissen psychiatrienet.nl

Redactie herziene druk (2006): Alette van Bentum, Sam Gerrits, Annemarie Kolenberg Lideke van Oosterum, Henk Schutte, Har Slots (VMDB); Pieterneel Kölling, Ralph Kupka, Dorine Postma, Raphael Schulte (Li+WG).

Eindredactie: Lideke van Oosterum (VMDB), Ralph Kupka (Li+WG)

Oplage 10.000 exemplaren
Herziene druk 2006
Drukkerij: Zuidam Utrecht

