



STEMMINGSSTOORNISSEN

Dr. Sabien Wyckaert
Geert Vannieuwenhuyze (Red.)

1	INLEIDING	4
1.1	WAT IS STEMMING?	4
1.2	WAARVAN IS STEMMING AFHANKELIJK?	4
1.3	WAT IS GEWONE, NORMALE STEMMING?	5
1.4	SOORTEN STEMMINGSSTOORNISSEN	5
1.5	VOORKOMEN VAN SOORTEN STEMMINGSSTOORNISSEN	6
2	DEPRESSIE	7
2.1	BESCHRIJVING DEPRESSIEVE EPISODE	7
2.1.1	Naar DSM-IV	7
2.1.2	Verdere beschrijving	8
2.2	VOORKOMEN VAN DEPRESSIE	9
2.3	VERLOOP VAN DEPRESSIE	10
2.4	VERKLARINGEN VOOR DEPRESSIE	10
2.4.1	Biochemie	10
2.4.2	Gedragstheorie	11
2.4.3	Sociaal-psychiatrische inzichten	11
2.4.4	Psychodynamische theorieën	12
2.5	BEHANDELING VAN DEPRESSIE	13
2.5.1	Medicamenteuze behandelingen	13
2.5.2	Technische behandelingen	14
2.5.3	Psychotherapeutische behandelingen	14
3	BIPOLAIRE STOORNIS	17
3.1	BESCHRIJVING BIPOLAIRE STOORNIS	17
3.1.1	Kraepelin	17
3.1.2	Naar DSM-IV	17
3.1.3	Verdere beschrijving	20
3.2	VOORKOMEN VAN BIPOLAIRE STOORNIS	22
3.3	VERLOOP VAN BIPOLAIRE STOORNIS	22
3.4	VERKLARING VOOR BIPOLAIRE STOORNIS	23
3.4.1	Biochemische kwetsbaarheid	23
3.4.2	Verband met erfelijkheid	23
3.5	BEHANDELING VAN BIPOLAIRE STOORNIS	24
3.5.1	Medicamenteuze behandelingen	24
3.5.2	Psychotherapeutische behandelingen	25
4	AANVULLENDE LITERATUUR	27
4.1.1	Depressie	27
4.1.2	Bipolaire stoornis	27
5	ILLUSTRATIES	29

Situering

Deze tekst is geschreven naar aanleiding van de SEN-studiedagen 'Stemmingsstoornissen' bij mensen met een verstandelijke handicap (Antwerpen, 16 maart 2007; Gent, 30 maart 2007).

Deze studiedagen georganiseerd door de stuurgroep 'Personen met een verstandelijke handicap en bijkomende gedragsproblemen' van het SEN richtten zich tot basisedwerkers en stafmedewerkers. Het doel was om hen een eerste oriëntatie te verstrekken in de problematiek van stemmingsstoornissen, hun verschijningsvormen en symptomen, oorzaken en behandelingsmogelijkheden.

Kennis over de stemmingsstoornissen op zich stellen we met deze tekst ter beschikking van een zo ruim mogelijk publiek. De inhoud kan gebruikt worden in het kader van begeleiding, vorming en consulenterwerking.

In een eerste deel geven we informatie over stemming. We bepalen waar stemming van afhangt, wat we als gewone, normale stemming beschouwen en vermelden de verschillende soorten stemmingsstoornissen. We kijken naar het voorkomen van de soorten stemmingsstoornissen in de brede populatie.

In een tweede deel wordt de depressieve episode beschreven. Naast het voorkomen en het verloop van depressie komen uiteenlopende verklaringen voor depressie aan bod. Tevens wordt uitvoerig ingegaan op de behandeling van depressie.

In een derde deel wordt de bipolaire stoornis beschreven. Naast het voorkomen en het verloop van bipolaire stoornis komen verklaring en behandelingen voor bipolaire stoornis aan bod.

1 INLEIDING

1.1 Wat is stemming?

Stemming is een fundamentele gemoedstoestand eigen aan de mens. We staan er mee op en we gaan er mee slapen. Of we het willen of niet. Stemming is autonoom. We hebben er geen bewuste controle over. Net als onze hartslag autonoom is en een aantal andere lichamelijke processen autonoom zijn.

Stemming geeft een aangename of onaangename 'kleur' aan gebeurtenissen die we meemaken. Zijn we goed gestemd dan zie we het leven bij wijze van spreken door een roze bril. Zijn we slecht gestemd dan beleven we de mensen en situaties rondom ons als door een zwarte bril.

Stemming beïnvloedt ons energieniveau. Zijn we slecht gestemd dan is onze energie gedrukt. We hebben dan veel meer moeite om de activiteiten te doen die we normaal wel kunnen doen. Zijn we goed gestemd dan vliegen we door de dag, gaat alles als het ware vanzelf.

Stemming beïnvloedt ook onze gedachten, onze emoties, onze gevoelens en ons gedrag. Zijn we slecht gestemd en iemand passeert ons zonder een woord te zeggen, dan denken we: 'Och, ik heb de indruk dat die mij niet graag heeft, want die zegt geen goedendag.'. Zijn we goed gezind, dan denken we: 'Och, wat een nurks, goed dat ik zo niet ben.'. Dus we denken naargelang onze stemming totaal anders over dezelfde dingen die we meemaken. In het eerste geval glijpen we weg. In het tweede geval zeggen we misschien uitbundig 'Goedemorgen!' en hopen we dat die andere daarmee een beetje van onze positieve energie overneemt. Onze gedachten, onze gevoelens en ons gedrag worden mede gestuurd door ons stemmingsniveau.

1.2 Waarvan is stemming afhankelijk?

Onze stemming hangt van heel wat af. In onze hersenen bestaat er een biochemisch evenwicht dat de stemming onderbouwt. Hoewel stemming autonoom is, wordt evenwicht ervan beïnvloed door een aantal interne en externe factoren.

Inwendige verwerking van gebeurtenissen, de geschiedenis die we hebben meegemaakt is zo een interne factor. Ook hormonen oefenen een invloed uit. Denk aan premenstruele humeurschommelingen bij vrouwen of de babyblues na een bevalling. Daarnaast kunnen ook psychologische factoren een rol spelen: onze angstigheid, eventuele neurotisch zijn of mate van extraversie.

Niet alleen wat we als persoon in ons hebben beïnvloedt onze stemming. Externe factoren of gebeurtenissen waar we al dan niet controle over hebben spelen tevens een rol. Levensomstandigheden kunnen een negatieve of een positieve impact hebben op onze stemming. We kunnen een omgeving hebben die heel ondersteunend is, die warm is en die onze stemming beïnvloedt. We kunnen ook in een afwijzende omgeving verkeren, een omgeving waar weinig steun is of veel conflict. Seizoenen kunnen ook een rol spelen. Met het vallen van de bladeren zijn we een beetje meer gedrukt qua stemming. Of met

het botten van de bomen in de lente voelen we wat meer energie opborrelen. Bepaalde middelen kunnen stemming beïnvloeden. Er zijn medicamenten, bij voorbeeld bèta-blokkers (die courant worden voorgeschreven aan mensen met bloeddruk- en hartritme problemen) die depressie in de hand kunnen werken. Een ander voorbeeld zijn de corticosteroiden. Maar denk bij voorbeeld ook aan amfetamines (drugs). Deze zijn stemmingopwekkend.

1.3 Wat is gewone, normale stemming?

We hebben allemaal een stemming die zal fluctueren. De schommelingen zijn in verhouding tot de gebeurtenissen die we meemaken. We hebben bij voorbeeld de Lotto gewonnen en zijn uitzinnig van blijdschap. We hebben een standje van de baas gekregen en lopen daardoor nors rond. Die schommelingen komen bij normale stemming heel snel terug tot een normaal niveau. Abnormaal betekent: niet meer in verhouding tot de omstandigheden en niet meer zichzelf regulariserend; niet meer tot een normaal niveau evoluerend binnen een paar dagen. Een normale stemming noemen we in professionele termen: euthymie.

Wat voelen we als we normaal gestemd zijn? Wat denken we en wat doen we? We geven een voorbeeld rekening houdend met: 'Wat voel ik?', 'Wat denk ik?' en 'Wat doe ik?'.

Als ik een normale stemming heb, als ik dus niet depressief ben, niet manisch ben, dan voel ik 's morgens voldoende energie om aan de dag te beginnen. Dan heb ik eigenlijk geen probleem om de taken te realiseren die ik heb gepland. Ik kan trots zijn op mezelf als ik goede resultaten haal. Ik kan ook een aantal vraagtekens plaatsen bij activiteiten die wat minder goed lopen. Ik vind het fijn om de kinderen aan school te halen en te vragen hoe zij hun dag hebben doorgebracht. Ik ben blij wanneer ik mijn partner 's avonds zie. Ik zorg voor eten op tafel. Wat denk ik? Ik kan gebeurtenissen relativeren. Ik kan die plaatsen. Ik kan denken in logische stappen. Voor anderen is dit allemaal goed om volgen. Ik zie mijn omgeving als mensen die op een goede manier rondom mij staan, die mij ook proberen te begrijpen. Wat doe ik? Ik stap naar buiten. Ik sta open voor wat anderen zeggen. Ik ga daarop in. Ik doe dingen,... Ik slaap voldoende. Ik ga op tijd naar bed. Maar ik kijk ook nog wat televisie om mij te ontspannen.

1.4 Soorten stemmingsstoornissen

Als we het over stemmingsstoornissen hebben dan zeggen we eigenlijk dat het mis kan gaan met de stemming of de fundamentele gemoedstoestand. We onderscheiden de unipolaire depressie en bipolaire stoornis. De bipolaire stoornis werd vroeger 'manische-depressiviteit' of 'manisch-depressieve stoornis' genoemd. Momenteel wordt bipolaire stoornis als geprefereerde term gehanteerd.

Bij de unipolaire depressie onderscheiden we de:

- **eenmalige depressieve stoornis.** Iemand maakt op een bepaald ogenblik in zijn leven een majeure depressieve episode door.

- **recidiverende depressieve stoornis.** Dit komt voor wanneer iemand na een majeure depressie in zijn leven nog (een) majeure depressieve episode(s) doormaakt.
- **dysthymie.** Dit is een toestand van gedrukte stemming met depressieve stemmingssymptomen die meer dan twee jaar aanslepen. Er zijn minder symptomen aanwezig dan bij de majeure depressie. Maar de gedrukte stemming blijft duren en is daarom niet minder lastig voor de persoon in kwestie. Deze toestand heeft evenzeer impact op het functioneren en welzijn, kortom de levenskwaliteit van de persoon.
- **dubbele depressie.** We spreken van dubbele depressie wanneer iemand die meer dan twee jaar lang depressieve symptomen blijft vertonen op een bepaald ogenblik in een ernstiger beeld verglijdt. Dus iemand die dysthym is en tijdens die periode van meer dan twee jaar depressieve symptomen nog een majeure depressieve episode er bovenop doormaakt.

Bij de bipolaire stoornis onderscheiden we drie types:

- de eerste en meest klassieke vorm is de **bipolaire I-stoornis**. Het gaat over mensen die minstens één duidelijke manische fase hebben doorgemaakt en daarnaast ook depressieve episodes doormaken. Er moet minstens sprake zijn van één duidelijke manische episode.
- de **bipolaire II-stoornis**. Hier gaat het over iemand die nooit een echte manie heeft doorgemaakt, maar enkel een hypomanie (dit is een beperkte manie) en een depressieve fase; die dus minstens één depressie en één hypomane episode heeft doorgemaakt.
- daarnaast is er de **cyclothyme stoornis**. Hier gaat het over mensen die voortdurend stemmingsschommelend zijn, maar binnen zekere grenzen. Zij gaan mineure depressieve fases tegemoet. Zij gaan ook mineure manische fases tegemoet. Met andere woorden: zij blijven dus op het niveau van de mineure depressiviteit en de hypomanie, waarbij deze elkaar afwisselen.

De bipolaire I-stoornis is het meeste bestudeerd. De andere categorieën zijn dan wel beschreven als dusdanig, maar daar weten we eigenlijk veel minder over.

1.5 Voorkomen van soorten stemmingstoornissen

Hoe vaak komen stemmingstoornissen voor? Vooral het aantal majeure depressies zijn in een belangrijke mate aan het toenemen. Dat heeft een enorme impact op de algemene gezondheid.

Ongeveer 20 % van het aantal mensen zal een majeure depressieve episode doormaken. Majeure depressies zullen wellicht dubbel zo veel bij vrouwen voorkomen dan bij mannen. De dysthymen (chronische depressiviteit) vormen onderaan een dunne laag en het topje van de stemmingberg wordt ingevuld door de bipolaire stoornis. Het hooftaandeel van de stemmingstoornissen wordt nog altijd uitgemaakt door de majeure depressieve episode.

Men is een beetje aan het schuiven met de 'ijsberg' van stemmingstoornissen: milde depressies, namelijk waar we niet het volledige toestandsbeeld hebben, zijn misschien veel meer aanwezig dan we denken en

onderschatten we misschien wel in aantal. En bij de majeure depressies zijn misschien veel meer bipolaire stoornissen onderliggend dan we tot op heden veronderstelden. Momenteel is men nog niet uit deze discussie.

2 DEPRESSIE

2.1 Beschrijving depressieve episode

2.1.1 Naar DSM-IV

Een depressieve stemming hebben betekent een stemming die gedurende minstens twee weken gedrukt is. Het criterium van de twee weken aanhoudende stemmingsdaling of triestheid is belangrijk. Het is het eerste kernsymptoom: gedrukte stemming die aanhoudt, die niet ophoudt na enkele dagen. Een tweede kernsymptoom is dat er vermindering is van interesse of plezier. Niet meer van die activiteiten kunnen genieten, niet meer in die activiteiten kunnen opgaan die normaal wel aanspreken.

De twee kernsymptomen moeten, al dan niet samen, aanwezig zijn. Daarnaast moeten vier andere symptomen aanwezig zijn. We vermelden hieronder verschillende symptomen.

- Eetlust en gewicht. Eetlust kan gedaald zijn. Niet meer willen eten, geen honger hebben, geen zin hebben in het eten, eten zelfs vies vinden, waardoor er ook een belangrijke gewichts­daling kan zijn op korte termijn. Sommige mensen blijven zich forceren met eten en hebben geen gewichtsafname. Anderzijds is er ook een beperkte groep mensen die juist een toegenomen eetlust kent. Eetlust kan zich in de twee richtingen afwijkend van normaal presenteren.
- Slaap kan gestoord zijn. In de meeste gevallen gaat dat over slaap missen in de zin van niet meer kunnen inslapen, maar ook regelmatig wakker worden (elk uur van de klok zien) of het in de vroege ochtend ontwaken (inslapen, een aantal uren slapen, om vier uur wakker worden en niet meer de slaap vinden). Er is een beperkte groep mensen die overdreven slaap vertoont. Ze slapen bijna de klok rond. We duiden dit aan met hypersomnie. Het is niet omdat ze veel slapen dat dit uitsluit dat ze depressief zijn.
- Geremdheid en agitatie. Sommige mensen vertonen een totale motorische remming. Ze gaan letterlijk 'minder bewegen' en dat kan men op eerste zicht al zien. De bewegingen verlopen trager. We zien hen 'stijver' door de gang stappen. Zelfs hun mimiek is afgestreken. Hun gezicht beweegt minder mee met wat ze te zeggen hebben. Ze zijn afgevlakt. Andere mensen zijn juist heel geagiteerd, vertonen onrust, ijsberen, friemelen voortdurend met hun handen.
- Moeheid, energieloosheid, geen aanzet hebben om vooruit te geraken is een heel frequente klacht.
- Zichzelf waardeloos vinden. Zichzelf een last voor de omgeving vinden en in die mate schuldig voelen dat men er is en dat anderen moeten zorgen voor je is tevens een klacht, die in de richting van een psychose kan evolueren.

- Denkstoornissen, cognitieve stoornissen komen voor. Besluiteloosheid ('Wat moet ik vandaag doen? Moet ik nu eerst mij aankleden of moet ik eerst ontbijten? Wat moet ik nemen voor ontbijt...?'), het voortdurend bij alle dagelijkse routines twijfelen, geen beslissingen meer kunnen nemen, is tevens een symptoom. Ook belangrijke concentratie- en geheugenstoornissen: zich niet meer kunnen focussen, zijn aandacht niet meer kunnen houden bij iets, zelfs beperkt: een klein artikeltje lezen, televisie volgen, een gesprek kunnen volgen, ... lukt niet meer. Het geheugen laat in de steek en dan gaat het niet over het lange termijn geheugen. Vandaar kunnen mensen die depressief zijn zich meestal nog wel hun geboortedatum herinneren. En ze kunnen een heel aantal belangrijke zaken reconstrueren. Maar gebeurtenissen van pas geleden, bij voorbeeld 'Wie is er gisteren op bezoek gekomen?', zijn ze kwijt.
- Uiteindelijk kan het denken evolueren naar een echte doodswens: 'Het leven is voor mij niet meer de moeite waard.' en naar wat actievere, suïcidale ideatie als 'Misschien moet ik maar zorgen dat ik er niet meer ben.'. Sommige mensen maken plannen. Sommige mensen ondernemen dan ook pogingen.

Kortom: we kunnen een depressieve stoornis eigenlijk begrijpen in wat er mis gaat in de gevoelswereld (trieste stemming, hopeloosheid, zich waardeloos voelen, zich schuldig voelen), in denkproblemen (geen concentratie meer hebben, twijfelzucht vertonen, geheugenproblemen hebben) en in doen (vertraagd zijn, minder interesse, sociale isolatie).

2.1.2 Verdere beschrijving

Een depressieve episode kan met psychose (verlies van realiteit) gepaard gaan. Dan hebben we het over ernstige depressie. Psychotische symptomen kunnen invoelbaar zijn, kunnen passen bij het stemmingsbeeld, bij voorbeeld: 'Ik ben ongeneeslijk ziek. Er zitten allemaal wormen in mijn lichaam en in mijn hersenen.'. We zijn allen overtuigd dat dit de realiteit niet is - de persoon is daar wel van overtuigd - maar we kunnen het thema verstaan, want deze mens voelt zich inderdaad heel ziek. Het kan echter ook gaan over zeer bizarre psychotische symptomen. Het kan gerust zijn dat de persoon bij voorbeeld zegt: 'Een marsmannetje heeft deze nacht een zendertje in mijn tand geplaatst.'. Dit is een uitspraak die men niet kan plaatsen bij het depressieve gevoel waarmee de persoon ook zit, maar die toch wel de ernst aangeeft.

Katatone kenmerken zijn tevens een teken van ernst. Katatonie is een toestand waarin mensen niet meer bewegen en waar we geen enkel verbaal contact meer mee hebben. Dit is een urgentietoestand die meer voorkomt dan we denken. Deze toestand kan partiële of meer geagiteerde vormen aannemen. Het is een toestand waardoor men gealarmeerd moet zijn.

Met vitale kenmerken bedoelen we: de slaap en eetlust is gestoord en er is een dagschommeling qua stemming. Sommige mensen staan 's ochtends goed op en vallen stil naar de avond toe. Meestal is dit het omgekeerde: de dag wordt moeilijk begonnen en de stemming verbetert iets naar de avond toe.

Atypische kenmerken zijn reeds aangehaald (zie 2.1.1). Ze duiden op: mensen die depressief zijn en dan een verhoogde eetlust vertonen, véél slapen, die een omgekeerde dagschommeling vertonen én een

reactiviteit van stemming vertonen. Ze voelen zich slecht, ze voelen zich somber, ze hebben minder interesses. Dus ze zijn echt depressief. Maar als er iets aangenaams op hun weg komt, kunnen ze daar toch nog van genieten. Dus kunnen ze toch nog reageren op iets aangenaams.

Sommige depressies kennen een seizoensgebonden verloop: depressieve symptomen verschijnen telkens in een welbepaald deel van het jaar, meestal de winter.

Een depressieve episode die volgt op een bevalling noemen we een postpartum depressie. Heel veel vrouwen kennen de babyblues (normaal) maar bij de postpartum depressie gaat het over een ernstige depressie die lang aanhoudt na de bevalling.

Depressie en borderline persoonlijkheidsstoornis

Personen met borderline persoonlijkheidsstoornis vertonen bijna voortdurend een affectieve instabiliteit, waarbij de stemming binnen de dag heftig kan schommelen: 's morgens slecht geluimd, 's middags uitgelaten, 's avonds suïcidaal. Uitgesproken impulsiviteit, potentieel zelfbeschadigend gedrag, paranoiale toestand of betrekkingsideatie kan voorkomen naast een identiteitsstoornis en een krampachtig voorkomen om in de steek te worden gelaten.

De borderline problematiek brengt een grote kwetsbaarheid met zich mee om ook een majeure depressieve episode door te maken. Bijna 90 % van het aantal mensen met een borderline problematiek zullen in hun leven een ernstige depressie doormaken en het is de kunst van de zorgverlener om het één en ander te kunnen onderscheiden en een ernstige stemmingsepisode te identificeren en te begeleiden, ook al is daar op de achtergrond heel de persoonlijkheids-dynamiek aanwezig.

Belangrijk is te kijken naar middelenmisbruik. Mensen met een affectieve stoornis lopen een hoog risico om middelen te misbruiken (onder andere alcohol, sigaretten). Dat kan binnen de persoonlijkheidsproblematiek zijn. Maar ook bij het spectrum van stemmingsstoornissen ziet men dat men veel meer kans heeft middelen te misbruiken in vergelijking met de normale populatie. In het bijzonder vrouwen zijn zeer kwetsbaar. Vrouwen lijken nog altijd minder alcoholproblemen te hebben dan mannen, maar vrouwen met stemmingsstoornissen lopen een hoger risico dan vrouwen zonder stemmingsproblemen om een alcoholprobleem te ontwikkelen.

2.2 Voorkomen van depressie

We schrijven dat 15 tot 20 % van de algemene bevolking tijdens zijn leven een depressie zal doormaken. In 8% gaat dat over een ernstige vorm. We zien dat depressie op dit ogenblik de tweede grootste ziektemaker is (na hart- en vaatziekten). De verhouding vrouw - man is: 2/1.

2.3 Verloop van depressie

Depressie is typisch een probleem dat zich manifesteert bij personen tussen 30 en 40 jaar. Dat is belangrijk naar het herkennen van bipolaire stoornis, waarbij het begin van de aandoening zich meestal manifesteert tijdens de adolescentie of vroege volwassenheid.

Een depressieve toestand kan maanden aanslepen. Een gemiddelde depressie die men onbehandeld laat duurt 7 maanden. Maar de depressie zal ook opklaren na verloop van tijd. De behandeling is er vooral op gericht om de depressie sneller te doen verdwijnen.

80 % hervalt tijdens zijn leven. Wanneer je één depressie hebt doorgemaakt, dan is er zeer veel kans dat je in je leven nog eens een depressie doormaakt. Een groep evolueert naar chronisch en zal eigenlijk uit de depressie niet meer geraken.

Een aantal demografische factoren lijken geassocieerd met depressierisico. Lagere sociale klassen lijken nog altijd te predisponeren tot meer depressie. Burgerlijke staat: het huwelijk is nog altijd beschermend. Alleenstaanden blijven veel meer een risicogroep voor affectieve problemen. Daarnaast is er uiteraard het doormaken van bepaalde levensgebeurtenissen.

Als we kijken naar erfelijkheid, moeten we vaststellen dat er bij de unipolaire depressie wel een aantal aanwijzingen zijn voor erfelijkheid, maar veel minder uitgesproken dan voor de bipolaire stoornis. Het is vooral de bipolaire stoornis die duidelijk erfelijk bepaald is. We kunnen stellen dat wanneer we iemand in de familie hebben met depressie, we 10-15% kans hebben om ook door een depressie te worden getroffen.

2.4 Verklaringen voor depressie

2.4.1 Biochemie

Op biochemisch vlak zijn er verschillende stoffen die geïdentificeerd zijn als onderdelen die belangrijk lijken voor het fenomeen depressie. Maar of zij nu de oorzaak of het gevolg zijn ... het is eerder een verandering in de hersenen die gebeurt en die samenvalt met depressieve stemming.

Serotonine (een neurotransmitter, een stof die informatie overdraagt van zenuwcel naar zenuwcel) lijkt vooral die stof te zijn voor al wat echt met stemming of angst te maken heeft. Noradrenaline is ook een stof die in het vizier komt bij depressie, maar die blijkbaar veel meer met de andere componenten te maken heeft dan met stemming of angst, namelijk met drive, met motor, met energie. In depressie zie je het niveau van zowel Serotonine als Noradrenaline veranderen. Dopamine heeft vooral met motivatie en zichzelf kunnen belonen te maken. Deze drie stoffen leggen elk hun eigen accent.

Hormonaal hebben we het vooral over Cortisol, ons hormoon dat ons lichaam eigenlijk in staat stelt om met stress om te gaan. Een hypothese is dat depressie een gestoorde reactie is op stress. Stress kan ons

allemaal overkomen, maar op dat ogenblik lijkt dat te gaan over mensen die niet meer een proces in gang kunnen zetten om een goede, gepaste reactie te geven en blijkt bij een aantal inderdaad het gehalte Cortisol gedrukt te zijn.

2.4.2 Gedragstheorie

De uitgangstelling van gedragstheoretici (o.a. Lewinsohn) is dat depressief gedrag ontstaat als gevolg van uitdoving van normaal gedrag. Normaal gedrag valt weg. Het kan zijn dat onvoldoende positieve bekrachtigers (dingen die je in je gedrag bestendigen) aanwezig zijn; afwezigheid of het wegvallen van succes of waardering en/of een overmaat aan negatieve bekrachtigers (veel kritiek, veel verlies, veel krenkingen). Positieve bekrachtigers als succes en waardering hangen enerzijds af van onze omgeving (heb je mensen rondom je die je inspanningen benoemen en belonen?) maar ook van gebeurtenissen (als je thuis in je zetel zit, dan zal je veel minder positieve bekrachtiging krijgen dan wanneer je buiten één of andere taak op jou neemt) en ook van de persoon zelf (iemand met sociale, communicatieve vaardigheden en andere talenten lokt veel meer positieve bekrachtiging uit dan iemand met beperkte sociale vaardigheden, beperkte communicatieve vaardigheden en met een interpersoonlijke conflictueuze stijl waardoor hij meer kans loopt om negatieve bekrachtigers uit te lokken of positieve bekrachtigers te doen wegvallen).

Wanneer normaal gedrag wegvalt en er dus depressief gedrag in de plaats komt, zal dit gedrag in de eerste plaats bekrachtigend werken ('Ik ben ziek. Ik ben depressief. Ik moet dus niet naar mijn werk. Ik moet niet opstaan om de tafel mee te dekken.'). Eigenlijk wordt men als het ware beloond voor het ziek zijn. Mensen rondom zijn bezorgd ('Gaat het niet met je? Kan ik iets voor je doen? Kan ik je wat helpen?') wat ook een positieve bekrachtiger is van ziek gedrag. Dus taken en verantwoordelijkheden vallen weg en er komt extra aandacht en zorg waardoor men nog meer depressief gedrag vertoont. Wat er dan kan gebeuren, is dat op een bepaald ogenblik men op sociale afwijzing stuit (mensen zeggen: 'Ja maar zeg, hoe zit dat hier nu? Ben je nu nog niet goed? Gaat het nu nog niet? Zou je toch eens niet proberen meer je best te doen?') of burens komen niet meer op bezoek, want het is eigenlijk een hele opdracht om in iemand depressief te blijven investeren. Dan volgt vermijdingsgedrag. Men gaat al die kritiek uit de weg. Hierdoor komt men in een verder isolement, nog minder activiteit, dus nog minder kans om positieve waardering te krijgen. Het is een neerwaartse spiraal waarin men terecht komt. Eigenlijk moet men ervoor zorgen dat die neerwaartse spiraal (steeds minder doen, dus steeds minder kans hebben op sociale bekrachtiging, isolement, meer afwijzing en dus verergering van de depressie) wordt doorbroken. Progressie is er naarmate de persoon terug in staat is te doen waarvoor hij geapprecieerd kan worden, wanneer hij terug in contact kan komen, waar er terug positieve feedback kan zijn.

2.4.3 Sociaal-psychiatrische inzichten

Vanuit sociaal-psychiatrische inzichten stelt men dat depressie een kwetsbaarheid veronderstelt. De ene persoon is kwetsbaar voor het fenomeen en de andere niet (waarom maken maar 20 % van het aantal mensen een depressie door en niet 100 % van het aantal mensen?) en dit heeft te maken met

levensgebeurtenissen, met sociaal en familiaal milieu, met sociaal onaangepast zijn en met cognitief functioneren.

Levensgebeurtenissen kunnen zijn terugtrekking uit sociale activiteiten (bij voorbeeld pensionering), oncontroleerbare gebeurtenissen (denk aan overlijden van een familielid), conflicten of gebeurtenissen gepaard gaande met een bepaald verlies van eigenwaarde (bij voorbeeld bij werkloosheid en lichamelijke ziekte).

Bij de impact van het sociaal en familiaal milieu is de mate van aanwezige steun belangrijk. Valt die steun weg of is ze niet aanwezig, dan is dat een risicofactor (minder steun of mate van disfunctioneren in de omgeving: veel conflicten, vijandigheid of andere zaken die op iemand toch wel een negatieve impact kunnen hebben).

Sociale onaangepastheid: neiging tot interpersoonlijke wrijvingen, slechte communicatie-vaardigheden, zeer afhankelijk zijn (dus eigenlijk niet uit jezelf kunnen putten, enorm afhankelijk zijn van de omgeving, alles moeten halen uit je omgevingsfiguren), bij iemand die voortdurend piekert, over alles bezorgd is. Een ontoereikend arbeidsrendement lijkt ook een impactvolle factor: voelen dat je nooit voldoende presteert in wat van jou wordt verwacht.

Cognitief functioneren heeft vooral te maken met hoe men de wereld, hoe men zichzelf en hoe men de toekomst percipieert: 'Ik ben een nul. De wereld is slecht en vijandig en de toekomst ziet er zeer slecht uit en hopeloos.'. Als je zo'n beeld hebt, dan ga je ook onderhevig zijn aan het ontwikkelen van een depressieve stemming.

2.4.4 Psychodynamische theorieën

Volgens sommige psychoanalytische theorieën (cfr Freud) is depressie eigenlijk naar binnen gerichte agressie (kwaadheid, die men op één of andere manier zou moeten kunnen uiten, die men op één of andere manier niet kan uiten en die binnenin woelt). De psychodynamische theorieën gaan ook andere factoren aanhalen als: psychologische kwetsbaarheid, introversie, eigenwaarde die in hoge mate afhangt van externe bronnen en niet uit zichzelf te putten is. Vroegtijdig gebrek aan affectie, liefde, zorg en bescherming gelden ook als factoren. Mensen die hun moeder(figuur) op jonge leeftijd verliezen vormen een hoger risico op het ontwikkelen van een depressie. Depressieve voorbestemming wordt ook gevormd door een aantal persoonlijke kenmerken: gemakkelijk schuldgevoelens hebben, zich gemakkelijk hulpeloos voelen of heel bang zijn om de liefde van anderen te verliezen, in de steek te worden gelaten.

2.5 Behandeling van depressie

2.5.1 Medicamenteuze behandelingen

Verschillende medicamenten worden gebruikt in de behandeling van depressie. De tricyclische antidepressiva, de mao-inhibitoren, de SSRI's (Serotonine Reuptake Inhibitoren) en ondertussen zijn er een heleboel nieuwkomers. We mogen zeggen dat al die antidepressiva min of meer dezelfde doeltreffendheid hebben, dus even werkzaam zijn, maar het is vooral hun veiligheidsprofiel en hun nevenwerkingprofiel waarin ze verschillen. Of iemand gevoelig is aan het ene product of het andere is moeilijk voorspelbaar, dus er zullen altijd individuele keuzes moeten worden gemaakt.

Bij antidepressiva is het belangrijk om weten dat ze pas werken na een aantal weken, dat de behandeling verschillende maanden doorgezet moet worden, dat ze geen afhankelijkheid veroorzaken, dat ze de persoonlijkheid op zich niet gaan wijzigen, maar - voor sommige mensen - een risico inhouden dat ze doorschieten naar een manische fase.

Er zijn een aantal andere producten in onderzoek zoals antipsychotica. Die worden soms gegeven, ofwel om iemand ondertussen wat rustiger te maken, zijn angstniveau wat te verminderen, ofwel om eventuele psychotische symptomen onder controle te krijgen. Soms lijken ze toegevoegd aan antidepressiva sneller de depressie te doen opklaren of intrinsieke antidepressieve werking te vertonen. Lithium - eigenlijk een stemmingsstabilisator - wordt ook soms gegeven aan iemand die in een zware depressie zit. Optimaliseren van de schildklierfunctie met schildklierhormoon kan belangrijk zijn.

Sint-Janskruid is eigenlijk het enige kruid dat tot nu toe positieve onderzoeksresultaten heeft opgeleverd waaruit blijkt dat het bij lichte en matige depressiviteit zinvol kan zijn. Dus Sint-Janskruid is wel te beschouwen als een mogelijke behandeling bij depressie, maar niet voor de ernstige gevallen en het moet in voldoende dosis gegeven worden. Echter niet zonder gevaar: Sint-Janskruid kan ook ernstige bijwerkingen vertonen, dus moet het ook onder begeleiding van een arts genomen worden.

Melatonine wordt onderzocht. Dit gebruiken mensen soms tegen jetlag in verband met het slaapritme. Het is een stof die we ook zelf aanmaken.

We horen momenteel veel over de omega 3-vetzuren die hersencelondersteunend werken. Er zijn een aantal onderzoeken die aantonen dat - wanneer men omega 3's in voldoende mate toevoegt - zij bij mensen met depressie (en bipolaire stoornis) verbetering kunnen geven. Die onderzoeken zijn wel altijd bij mensen gebeurd die in combinatie met klassieke medicatie werden ondersteund.

Voeding is zeker een terrein dat verder wordt bekeken. We zien wereldwijd verschillen in het voorkomen van depressie, wat waarschijnlijk ook wel te maken heeft met voedingsgewoonten. Er zijn een aantal opbouwstoffen voor Serotonine bij voorbeeld in de voeding aanwezig en in sommige streken zijn dergelijke voedingsmiddelen minder voorhanden dan in andere. Onze voeding komt daarmee opnieuw in de kijker te staan. Men moet ook goed bedenken dat sinds de wereldoorlogen de voedingsgewoontes zijn veranderd. We hebben er weinig bij stilgestaan wat dat voor implicaties kan hebben.

2.5.2 Technische behandelingen

De elektroshockbehandeling, in de antipsychiatrische beweging van de jaren '70 helemaal in onmin geraakt, is momenteel terug in gebruik in heel wat centra omdat het nog altijd een zeer efficiënte behandeling is bij zware depressies. Zelfs bij mensen die niet reageren op welke medicamenten ook, gaat nog de helft duidelijke verbetering vertonen bij elektroshock-behandeling. De behandeling wordt tegenwoordig in veel humanere omstandigheden verricht als indertijd. Personen worden onder narcose gebracht en krijgen een middel toegediend waardoor de spierschokken uitblijven.

Transcraniële magnetische stimulatie leunt aan bij elektroshockbehandeling. Men gaat niet met elektrische velden werken, maar een magnetisch veld opwekken, om dan in welomlijnde hersengebieden een elektrische stroom te laten gaan.

Nervus Vagusstimulatie betekent het implanteren van een kleine stimulator die een bepaalde zenuw die naar de hersenen loopt regelmatig prikkelt. Deze behandeling lijkt op lange termijn voor mensen die chronisch depressief zijn toch verbetering in de hand te werken. Het is nog een heel dure behandeling, die nog maar net het experimentele stadium heeft verlaten.

Lichttherapie of blootstelling aan licht gaat stemmingsverbeterend werken (denk maar aan het grote aantal depressies in het noordelijke halfmond). Denk ook aan onze seizoenswisselingen: in de winter een beperkte blootstelling aan licht. In de zomer veel meer licht. Dit heeft impact op onze stemming. Mensen die stemmingsschommelingen hebben die vooral een seizoensgebonden karakter hebben, kunnen baat hebben bij lichttherapie.

Slaapdeprivatie ofwel 'iemand verhinderen om te slapen' werkt ook maar is klinisch moeilijk bruikbaar. We zouden iemand dan blijvend slapeloos moeten houden.

2.5.3 Psychotherapeutische behandelingen

Er zijn verschillende psychotherapeutische behandelingen mogelijk: cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, psychoanalytische therapie, psycho-educatie en familie interventies en ten slotte mindfulness, dat eigenlijk vooral het voorkomen van nieuwe depressies beoogt.

Cognitieve gedragstherapie gaat vooral inwerken op hoe mensen denken en denkfouten maken, zoals bij voorbeeld in het geval van generaliseren: 'Ik doe alles slecht.'. Je doet niet alles slecht. Dat heb je minder gedaan, maar dat heb je goed gedaan. Het is niet omdat je iets minder goed doet, dat je niks goed doet. Minimalisatie is bij voorbeeld: 'Men was wel tevreden, maar eigenlijk stelt dat niks voor.'. Maximalisatie is bij voorbeeld: 'Die ene persoon was helemaal niet blij met wat ik gedaan heb.', wat het enige is dat men belangrijk vindt, uitvergroot. Men gaat zijn eigen (meestal negatieve) conclusies als de waarheid

aannemen en alternatieve verklaringen niet in beschouwing nemen. Dit zijn denkfouten die bij depressieve mensen aanwezig kunnen zijn en moeten gecorrigeerd geraken.

Mensen zouden ook depressief worden omdat ze een referentiekader hebben waar het scheef mee zit. Ze hanteren onbewust een aantal belangrijke premissen en in bepaalde omstandigheden vallen ze daarop terug. En als het dan misloopt, geraken ze totaal overstuurd en worden depressief. Een voorbeeld van een denkschema waar we waarschijnlijk allemaal onbewust mee zitten en dat zeer positief is - laten we kijken naar de oude zegwijsheden: 'Verkoop het vel van een beer niet vooraleer je hem geschoten hebt.'. Dus eerst wat inspanningen doen, vooraleer je je met de mogelijke verdiensten gaat bezighouden, of met ander woorden: 'Eerst werken en dan beloond worden.'. Het is een schema dat ons allemaal helpt. En zo zijn er een hele reeks zegwijzen waar een heel grote wijsheid in zit. Een aantal mensen valt echter terug op schema's, bij voorbeeld: 'Ik ben maar een goed persoon, als iedereen mij lief heeft.'. Je hebt dan pech want als je dat denkt, gaat er wel vroeg of laat iemand jouw weg kruisen die jou niet lief heeft en zelfs ruzie met jou maakt. Wel, wanneer er dan op dat ogenblik een relatiebreuk of een conflict komt en de persoon dan zegt: 'Ik ben maar iemand, als iedereen mij graag heeft.' dan gaat die persoon in de knoop geraken en loopt het mis. De cognitieve gedragstherapeuten werken daar op in, gaan met de persoon op zoek naar achterliggende schema's waarnaar hij refereert en doen hem de schema's in vraag stellen.

Inter-persoonlijke therapie gaat over rouwverwerking (je hebt een verliessituatie die je een plaats moet geven in je leven), rolveranderingen (denk aan een adolescent die het 'grote' leven instapt of een vrouw die moeder wordt, een man die vader wordt (ook dat is een rolverandering); ook bij voorbeeld iemand die met pensioen gaat of iemand die vanuit een thuissituatie naar een voorziening vertrekt. Er zijn dus heel wat rolveranderingen in het leven waarrond kan gewerkt worden. Conflicten aanpakken en vaardigheden ontwikkelen (probleemoplossende vaardigheden, sociale vaardigheden, communicatieve vaardigheden) zijn zeker aangrijpingspunten voor behandeling van depressiviteit.

Psychoanalytische therapie gaat vooral onopgeloste conflicten naar boven proberen te halen om deze conflicten door te werken.

Psycho-educatie bestaat erin zoveel mogelijk informatie te geven aan de betrokkene en zijn omgeving over zijn aandoening maar ook om feedback terug te krijgen (een wederkerig proces waarbij wordt beoogd dat de persoon zoveel mogelijk bagage meekrijgt om met zijn probleem om te gaan).

Het is een vorm van samenwerking tot verbetering en herstel en dat betekent: de ziekte erkennen, herkennen, aspecten van medicatie duidelijk maken, trouw aan medicatie onderstrepen, kwetsbaarheidfactoren en stressoren in kaart brengen, sociale isolatie doorbreken, coping aanreiken. Ook aan de familie, de omgeving, wordt psycho-educatie gegeven waardoor hun subjectieve belasting afneemt.

Expressed emotion (EE)

We vermelden het fenomeen van expressed emotion (EE). Het is het emotionele klimaat rondom de patiënt, de gevoelsmatige houding van de zorgverleners, de mantelzorgers ten opzichte van patiënten met diverse psychiatrische en lichamelijke aandoeningen en wordt vaak uitgedrukt in de mate van kritiek, vijandigheid en emotionele overtrokkenheid.

Expressed emotion is een begrip dat aanvankelijk bestudeerd is bij mensen met schizofrenie, maar nadien ook bestudeerd is bij mensen met depressie en bipolaire stoornis. Het is aangetoond dat wanneer hij een hoge EE-omgeving heeft (een omgeving waarin heel veel kritiek of heel veel emotionele overtrokkenheid of vijandigheid aanwezig is) er een veel grotere kans is dat de persoon die in dergelijk milieu leeft een terugval van depressie kent. Depressieve patiënten lokken gemakkelijk negatieve reacties bij de omgeving uit. Denk maar aan de courante klacht van een depressieve patiënt: 'Mijn moeder zegt dat ik mij bijeen moet pakken en dat het dan wel beter zal gaan. Maar als het zo simpel was, dan had ik dat al lang gedaan.'. Expressed emotion, het emotionele klimaat, is belangrijker dan de materiële woonomstandigheden.

Expressed emotion lijkt in sterke mate bepaald door de ziekte-theorie die men hanteert: als je weet als zorgverlener of als mantelzorger dat wat er gebeurt, te maken heeft met pathologie en niet met karakter, gaat dat objectief evenveel zorg met zich meebrengen, maar zal het subjectief veel gemakkelijker zijn om ermee om te kunnen. Als je het (regressieve) gedrag van mevrouw x kan plaatsen onder de noemer depressiviteit, dan is het veel makkelijker om daarmee aan de slag te gaan, dan wanneer je van het regressieve gedrag van mevrouw x zegt: 'Ze is onwillig, ze is ons aan het tegenwerken.'. Veel uitleg, veel psycho-educatie, veel over de aandoening kennen, kan in elk geval al een gunstige rol spelen in hoe men omgaat met het probleem. Psycho-educatie voor de mantelzorgers is aldus een belangrijk onderdeel van de behandeling.

Mindfulness is eigenlijk een combinatie van cognitieve gedragstherapie en oosterse meditatietechnieken die mensen die al verschillende depressies hebben doorgemaakt (dus zeer kwetsbaar zijn naar een depressieve episode) wapenen waardoor ze kunnen voorkomen van in een nieuwe depressie verzeild te geraken.

3 BIPOLAIRE STOORNIS

3.1 Beschrijving bipolaire stoornis

3.1.1 Kraepelin

We willen bij de beschrijving van bipolaire stoornis Kraepelin vermelden. Kraepelin was een bekende neuropsychiater, die ongeveer een eeuw geleden leefde. Hij vertrok vanuit zijn eigen observaties en had de gewoonte het ziekteverloop van zijn patiënten goed te documenteren.

Zo had hij van elk van zijn patiënten fiches opgesteld aan de hand van een welbepaalde kleurencode die hij gebruikte. Zijn werkkamer zou volgehangen hebben met dergelijke fiches. Gedurende opeenvolgende jaren beschreef hij patiënten. Hij gebruikte een rode kleur voor manie, roze voor hypomanie, donkerblauw voor depressie en lichtblauw voor milde depressie.

Op die manier kon hij de stemmingsevoluties van patiënten over de jaren heen in kaart brengen. Dit is een belangrijk gegeven. Op basis van zijn observaties (steunend op zijn fichesysteem) maakte Kraepelin een heel duidelijk onderscheid tussen 'manic depressive insanity' (manisch depressieve psychose) en paranoia. In manische depressiviteit komt immers ook heel vaak psychotische symptomatologie.

Wat Kraepelin toen reeds vastgesteld heeft, is dat - wanneer je kijkt naar het verloop van een patiënt met bipolaire stoornis - er een progressieve toename is van cyclusfrequentie (dus de episodes beginnen elkaar steeds sneller op te volgen doorheen de tijd en de intervallen waarin iemand in een gewone, normale stemming is, worden steeds korter in de verdere evolutie van de ziekte).

Een tweede vaststelling die Kraepelin deed is dat je heel vaak in de eerste episode een uitlokkende factor ziet (een gebeurtenis die de zaak triggert, die de ziekte zich doet manifesteren) terwijl naarmate de ziekte - eens op gang gekomen - verder gaat, die triggers (die externe of interne gebeurtenissen) niet meer zo'n belangrijke rol lijken te spelen. Dit zijn observaties die meer dan honderd jaar geleden gemaakt zijn. We kunnen een onderzoek in Denemarken (2000) citeren waar men een registratie deed van patiëntengegevens en men inderdaad vaststelde dat de eerste episode bij een bipolaire stoornis in 95 procent van de gevallen uitgelokt wordt door een duidelijke gebeurtenis (een verlies, een verandering of een andere majeure levensgebeurtenis). Nadien wordt dat veel minder belangrijk.

3.1.2 Naar DSM-IV

Bipolair - het woord zegt het zelf - houdt in dat beide polen van het affectieve spectrum optreden. Het is een stemmingsstoornis waarbij zowel de depressie als de (hypo)manie voorkomen.

We mogen echter niet vergeten dat er bij een groot aantal mensen ook gemengde toestandsbeelden zijn, bij wie tegelijkertijd zowel symptomen van een depressie als van een manie optreden (binnen eenzelfde

periode). Dit is een heel moeilijke toestand waarbij mensen bij voorbeeld 's morgens huilerig en moedeloos zijn en 's avonds gejaagd, gedreven en onbegrensd door het leven gaan.

We vermelden hier tevens het fenomeen 'rapid cycling'. We hebben het over 'rapid cycling' wanneer iemand vier of meer verschillende episodes doet per jaar. Dat is iemand die - in die wisselingen - in een soort van versnellingsproces is geraakt. Zo zijn er mensen die op een bepaald ogenblik zo snel wisselen, dat ze vier, vijf of zelfs zes episodes op één jaar tijd doormaken. Het gaat hier tevens over een moeilijke toestand, waarbij het heel moeilijk is iemand daar nog uit te krijgen. Dit fenomeen zou vooral vrouwen treffen en vermoedelijk ook geassocieerd zijn met het gebruik van antidepressiva.

De DSM-IV voorziet een subtype dat 'niet anders omschreven' wordt genoemd (not otherwise specified). Dit subtype verenigt gevallen die qua symptomen en verloop niet voldoen aan de criteria voor de drie gehanteerde diagnostische subtypes: bipolaire I-stoornis, bipolaire II-stoornis en cyclothyme stoornis (voor de omschrijving, zie: 1.4). Zo zou men volgend voorbeeld kunnen onderbrengen in het vierde subtype: een man die duidelijke manieën doet, maar nooit een depressie heeft doorgemaakt. Je zou in dit geval ook kunnen spreken van een unipolaire manie.

Wat is een manie?

Een manie is een overdreven uitgelaten of prikkelbare stemming. Dat is het kernsymptoom van deze stemmingsproblematiek. Bovendien moet het minstens een week aan één stuk door zo zijn of dermate ernstig dat hospitalisatie nodig is.

Dan zijn er nog een heel aantal symptomen die kunnen wijzen op manie, waarvan er minstens vier aanwezig moeten zijn.

- Gejaagd praten. Een woordenvloed dus: iemand die zich nog maar amper laat onderbreken of amper laat sturen in een gesprek; iemand die anderen ook voortdurend onderbreekt.
- Opwinding en toegenomen activiteit. Dat kan doelgerichte activiteit zijn wanneer de manie nog niet ernstig is (bij voorbeeld mensen die 's morgens vroeg hun huis al aan het poetsen zijn). In het begin gaat het dus over doelgerichte activiteit, maar naarmate een manie ernstiger wordt, is er ook sprake van overdreven activiteit, waarbij elke doelgerichtheid teloor gaat (mensen die tegelijkertijd met verschillende zaken bezig zijn, honderd projecten tegelijkertijd lanceren, maar geen enkel ervan echt afwerken). Typisch zijn huizen of woonruimten die er totaal chaotisch bij liggen. Mensen rennen de hele dag door en slagen er toch niet in om één ding af te werken.
- Minder slaapbehoefte. Er is een tekort aan slaap. Mensen slapen slechts enkele uren per nacht. Toch hebben ze geen last van dit tekort aan slaap, integendeel. Zij beschouwen dit als een voordeel, als extra tijd om actief te zijn. Het gaat dus over een slaapprobleem die niet als 'stoornis' wordt ervaren. Slapen wordt beleefd als verloren tijd.
- Overdreven zelfwaarde (zelfinflatie, zichzelf opblazen) niet normaal voor die ene persoon. Dit is algemeen geldend: de veranderingen die optreden, zijn kenmerken die veranderd zijn ten opzichte van hoe je de persoon kent. Het gaat dus niet over veranderingen ten opzichte van één of andere norm.

- Afleidbaarheid, concentratieproblemen (niet zoals het geval is bij depressieve mensen, die zich niet kunnen concentreren door moedeloosheid en een gebrek aan zelfvertrouwen; wel een tekort aan concentratie als gevolg van overprikkeld zijn). Het gaat over mensen die de inkomende prikkels niet meer weten te filteren. De aandacht wordt dus voortdurend getrokken door al hetgeen er rondom hen gebeurt. Er kan niet meer gefocust worden, ook niet in gespreksituaties.
- Gejaagde gedachten. Dit wordt vaak zelf al vroegtijdig bewust herkend. Men zegt dat het hoofd vol zit. In een ernstige vorm, kan dit leiden tot complete verwardheid en is de persoon in kwestie niet meer in staat om nog coherente zinnen uit te brengen (er wordt vrij geassocieerd; men springt van de hak op de tak).
- Prikkelbaarheid. Mensen die lastig worden wanneer je hen begrenst. Mensen die met veel overtuiging zeggen hoe anderen moeten handelen. Dit kan leiden tot agressieve incidenten. Achterdocht (iets wat zeker ook psychose kenmerkt, maar ook vaak voorkomt bij manische patiënten): men spreekt van paranoïde sensitiviteit. Opvallend is dat manische mensen - terwijl ze vaak geen inzicht hebben in hun ziekte - toch voortdurend bezig zijn met het camoufleren van de symptomen van hun manie. Het kan ook gaan over echte psychotische symptomen: achtervolgingswanen, betrekkingswanen. Als er psychotische symptomen aanwezig zijn, duiden ze op een ernstige manische toestand.
- Wisselende stemming. Men fluctueert heel snel. Men is heel labiel. Er is niet veel nodig om mensen van stemming te doen wisselen.
- Opzoeken van aangename activiteiten die echter meestal schadelijke gevolgen hebben. Voorbeelden zijn onder meer overdreven koopgedrag waardoor men zich financieel in moeilijkheden werkt; ook hyperseksualiteit: mensen die zich heel verleidend opstellen. Gevolg hiervan is het grootste aantal echtscheidingen bij manische mensen. Bedoeling is meestal niet om de partner te bedriegen, maar hun manie overprikkelt hen. Overdreven masturbatiegedrag kadert hier zeker ook in.
- Roekeloos gedrag. Bijvoorbeeld: racen met de wagen.

Wat is een hypomanie?

Een lichte manie betekent altijd dat je duidelijk merkt dat die ene persoon anders is dan je hem normaal gewoon bent. Als dat vier dagen duurt, kan je spreken van een hypomanie. Meestal heeft een hypomanie geen schadelijke gevolgen. Het zal meestal niet tot een opname leiden. Soms hoeft er geen medicatie gegeven te worden. We kunnen we stellen dat hypomanie minder ernstig is: het functioneren van de persoon wordt minder belemmerd, het vraagt veel minder bijsturing, het ziekte-inzicht is meestal nog bewaard (het oordeelsvermogen van de betrokkene is nog bewaard) en vaak kan men zulke episodes door goede slaap- en waakhygiëne onmiddellijk bijsturen of bijsturen met behulp van lichte medicatie.

Hypomanie versus manie

Manie daarentegen is een ernstig beeld. Alle ziekte-inzicht gaat teloor (men beseft niet dat men ziek is), men kan niet meer oordelen over wat men doet, men stelt zichzelf niet meer in vraag, psychotische symptomen kunnen het beeld verwickelen. Manie kan heel vaak tot hospitalisatie leiden en in ernstige

gevallen zelfs tot hospitalisatie onder gedwongen statuut omdat de persoon in kwestie het probleem niet ziet. Daar moeten vaak neuroleptica en stemmingsstabilisatoren - vaak zelfs in combinatie - worden gegeven. Het klassieke (uitgelaten, eufore) beeld komt in 60 procent van de gevallen voor, maar het meer geprikkelde of gemengde beeld maakt 40 procent van de manische beelden uit.

Als we kijken naar symptomen die voorkomen, merken we dat spraakversnelling bijna altijd voorkomt bij een manie (namelijk in 98 procent) en hyperactiviteit. In mindere mate voorkomend zijn de hyperseksualiteit (1 op 2), extravagantie, religiositeit, seksuele inhibitie (1 op 3), regressie, katatonie en zelfs faecale incontinentie. De slaapstoornis is bijna steeds de voorbode.

Wat belangrijk is, is dat mensen die majeure depressies en majeure manieën doormaken, tussendoor ook geplaagd blijven door restsymptomen. Waar men vroeger dacht, dat bipolaire mensen tussendoor 'terug goed' waren, besluit men nu dat deze mensen ook tussendoor vaak blijven zitten met restsymptomen, wat hun functioneren in ernstige mate belemmert. Eigenlijk stellen deze laatste het dus vaak niet beter op vlak van welzijn en functioneren dan mensen met een schizofrene problematiek. Dit in tegenstelling tot wat lang gedacht werd.

3.1.3 Verdere beschrijving

Cognitief zijn er belangrijke problemen, niet enkel tijdens de manie of depressie maar ook tussenin, zowel op gebied van geheugenfuncties als op gebied van uitvoerende functies en aandachtsfuncties.

De diagnose wordt frequent miskend: blijkbaar gaat er vaak vijf tot tien jaar over vooraleer een correcte diagnose gemaakt wordt. Dit heeft te maken met het feit dat de stoornis wisselende presentatievormen heeft (het lijkt op een psychose, een depressie, een gedragsstoornis). Het is maar door de verschillende episodes achter elkaar te plaatsen dat het beeld duidelijk wordt. Mensen moeten vaak heel lang wachten op een correcte diagnose en een correcte behandeling. Een uitstel van tien jaar is dus geen zeldzaamheid.

De meest frequente misdiagnoses zijn de unipolaire depressie (waarbij de manie miskend wordt, maar vooral de hypomanie niet noopt tot hulpvraag), angststoornissen, schizofrenie (omdat zowel de manische als de depressieve episode gepaard kan gaan met tal van psychotische symptomen), de borderline persoonlijkheid (stemmingswisselingen, roekeloos gedrag, impulsiviteit, seksueel hyperactief gedrag, verleidend gedrag) en alcoholmisbruik.

Angststoornissen komen zeer frequent voor. De belangrijkste angststoornissen bij mensen met bipolaire stoornis zijn de fobie, de obsessief compulsieve stoornis (dit is de dwangmatigheid) en de sociale fobie. Die dwangsymptomen schommelen bij mensen met bipolaire stoornis: zo hebben zij episodes waarin dwangsymptomen prominent aanwezig zijn, afgewisseld door episodes waarin dwangsymptomen in mindere mate aanwezig zijn.

Eetstoornissen komen minder frequent samen voor. We denken hier dan vooral aan boulimie eerder dan aan anorexie.

Wie een bipolaire stoornis heeft, heeft 1 kans op 2 om ook een andere psychiatrische stoornis te hebben. Dat noemen we de co-morbiditeit: het aanwezig zijn van een andere psychiatrische aandoening naast de beschreven aandoening. Persoonlijkheidsstoornissen, vooral de narcistische persoonlijkheid, de paranoïde persoonlijkheid en de borderline persoonlijkheid tref je bij bipolaire mensen heel vaak aan, alsook de angstige en vermijdende persoonlijkheid (de afhankelijke). En dan is er het grote probleem van overlapping met het ADHD-Syndroom, waarvan men niet goed weet of het hier gaat over overlappende aandoeningen (uitingsvormen van eenzelfde problematiek) dan wel over echte co-morbiditeit. Wat je veel minder vaak terugvindt bij mensen met bipolaire stoornis, zijn de schizoïde persoonlijkheden.

Manische versus schizofrene acute psychose

Hallucinaties, wanen en opwinding (agitatie) kunnen in beide aandoeningen voorkomen.

Belangrijk naar manische psychose is het feit dat je vaak een familiale bipolaire belasting terug vindt (een broer, een vader, een oom met eenzelfde diagnose). Er kan in dat ziekteverloop ook sprake zijn van depressies of dysthymie. Typisch voor een manische psychose is ook dat het zeer abrupt begint. Dit in tegenstelling tot een schizofrene psychose waar er meestal sprake is van een aanloop (een geleidelijke aftakeling, zoals bij voorbeeld het minder functioneren op school, zich terugtrekken uit sociale activiteiten). Vaak is er een jaar tot twee jaar van achteruitgang in functioneren vooraleer een duidelijke psychose zich manifesteert.

Bij een manie gaat dat abrupt (daar is het een kwestie van enkele weken; daar gaat geen geleidelijke aftakeling aan vooraf). Het grandioze (het zichzelf opblazende) is erg kenmerkend bij manie, alsook het plotse switchen (van agressie, uitgelatenheid, hyperseksueel gedrag naar een totale regressie).

Bij de schizofrene psychose ga je familiaal meer schizofrenie terugvinden, ga je prodromen hebben over verloop van jaren van meer bizar gedrag, meer terugtrekkingsgedrag, naar meer persisterende bizarre wanen.

Drug- en alcoholgebruik is een groot probleem bij patiënten met bipolaire stoornis. Heel vaak zal het ook zo zijn dat mensen met een alcoholprobleem onderliggend een bipolaire stoornis hebben. Maar men kan geen diagnose stellen vooraleer het alcoholprobleem onder controle is.

Als we dan even concreet kijken naar de alcoholproblemen binnen de algemene populatie, zien we dat 14 procent (cijfers '99) kampt met een alcoholverslaving, bij de schizofrene populatie is dat bijna 34 procent, bij de mensen met een paniekstoornis is dat bijna 30 procent, bij de unipolaire depressie is dat 16,5 procent, bij de bipolaire I-stoornis is dat 46 procent.

We moeten zeker ook altijd aandacht hebben voor somatische co-morbiditeit: bipolaire mensen kunnen immers ook kampen met lichamelijke en cardiovasculaire problemen. Ook op gebied van diabetes verdienen zij extra aandacht. Wanneer er co-morbiditeit aanwezig is, heeft dat meestal een negatieve impact: zowel op het verloop van de aandoening als op de behandeling. Het zal minder evident zijn om deze mensen goed te behandelen. Ze zullen veel minder respons vertonen op de ingestelde medicatie.

3.2 Voorkomen van bipolaire stoornis

Als we de klassieke vorm bekijken (dit is de bipolaire I-stoornis, mensen met een duidelijke manie en een duidelijke depressie), zien we een voorkomen van 1 tot 1,5 procent (dat wil zeggen 1 op 100 mensen kunnen tijdens hun leven de diagnose van manische depressiviteit krijgen). Voor de bipolaire II-stoornis waarbij het niet echt over duidelijke manieën gaat, maar over hypomanieën, ligt dat percentage veel hoger (dan gaat het over 5 tot 8 procent van de populatie). In tegenstelling tot unipolaire depressie, waarmee vrouwen twee maal meer te maken krijgen dan mannen, komt de bipolaire stoornis evenveel voor bij vrouwen als bij mannen. En ook wereldwijd zijn er geen verschillen: bipolaire stoornis komt overal evenveel voor. Vrouwen hebben echter vaak 'rapid cycling', zij kennen ook veel meer depressiviteit tijdens hun verloop, terwijl mannen vaker met een manie beginnen.

3.3 Verloop van bipolaire stoornis

De meerderheid van de mensen doet meer dan drie episodes in twintig jaar. De episodes van de manie zijn meestal het kortst (ze duren meestal weken; hoewel er ook uitzonderingen zijn bij wie manieën maanden lang duren). De depressie duurt veel langer dan de manie.

We zien dat bij een eerste manie een levensgebeurtenis vaak cruciaal is. Dat is blijkbaar een fenomeen dat bovenop de kwetsbaarheid moet komen. Men kan dus bipolair kwetsbaar zijn; maar vooraleer zich dat manifesteert, moet er een bepaalde gebeurtenis aan vooraf gaan. Nadien spreekt men van het 'kindling-phenomenon': het is zo dat wanneer je één keer één episode hebt gehad, er niet meer veel nodig is om je een nieuwe episode te doen doormaken. De drempel om ziek te worden, wordt dus steeds lager.

Wanneer je mensen met een manische depressiviteit optimaal behandelt, dan zal maar de helft ervan gedurende vijf jaar aanvalsvrij blijven. Dit toont heel duidelijk aan dat het echt moeilijk is deze mensen stabiel te houden. En we zien dat een derde aantal van deze mensen naar chronisch evolueert. Mensen die volledig terugkeren naar hun normaal niveau van functioneren, vormen een minderheid (+/- 20 %). Als we naar recent onderzoek kijken, zien we dat van de mensen, die na een manie een jaar lang zijn opgevolgd, de helft niet bekwaam is om zijn activiteiten (school, werk) op te nemen van vóór de ziekte. Het is minder dan 10 % die dat wel kan.

Suïcide is een groot probleem binnen de manisch depressieve populatie, met een twintig maal hoger risico wanneer ze ook nog eens middelen misbruiken. Bipolaire stoornis is één van de aandoeningen met de hoogste suïcide. Tot 20 procent zal geslaagd zelfmoord plegen. Het aantal zelfmoordpogingen liggen heel hoog: in de bipolaire populatie is dat bijna dubbel zo veel. Het is vooral in de depressieve episodes dat suïcide een probleem is maar ook in de gemengde episodes.

Uit een Zwitsers onderzoek - waarin mensen met bipolaire stoornis gevolgd werden van in de jaren '70 tot aan hun dood - blijkt dat de kans op zelfmoord (aan de hand van de 'standard mortality rate') bij een niet-behandelde patiënt met bipolaire stoornis 30 maal hoger ligt vergeleken met het risico op suïcide bij een niet-bipolair persoon. Wanneer een persoon met bipolaire stoornis behandeld wordt, is die kans kleiner (6 maal meer kans op suïcide dan een niet-bipolair persoon). Mensen met een bipolaire stoornis hebben ook cardiovasculair meer moeilijkheden dan niet-bipolaire mensen. Ook diabetesrisico is een beetje verhoogd bij deze populatie.

We zien dat naarmate mensen meer episodes doen, de euthyme tijdsintervallen steeds korter worden (zie 3.1.1 Kraepelin). Wat we ook vaststellen - in tegenstelling tot wat we vaststellen bij de unipolaire depressie - is dat de grootste groep van patiënten met bipolaire stoornis de eerste manifestatie van hun aandoening krijgen als jong volwassene (net zoals ook de schizofrene problematiek veelal klinisch duidelijk wordt in de late adolescentie, jonge volwassenheid). De bipolaire stoornis is een stoornis die typisch begint tussen 15 en 20 jaar. De depressie is een stoornis die begint tussen 25 en 35. Er is ook een groep die wat later begint (wat we noemen 'late onset'): mensen die pas op gevorderde leeftijd een eerste bipolaire episode doormaken.

Wanneer je op 25-jarige leeftijd de diagnose van bipolaire stoornis krijgt, verlies je 9 jaar aan levensverwachting, 14 jaar aan productiviteit en 12 jaar aan gezondheid. Bipolaire stoornis hebben betekent niet dat je geen belangrijke dingen kan verwezenlijken. Zo blijken bijvoorbeeld Virginia Woolf, Kurt Cobain (Nirvana), Lord Byron, Beaudelaire en Hans Christian Andersen aan bipolaire stoornis geleden te hebben.

3.4 Verklaring voor bipolaire stoornis

3.4.1 Biochemische kwetsbaarheid

Wat is nu de oorzaak van bipolaire stoornis? Waar we heel zeker van zijn, is dat er een duidelijke genetische achtergrond is. Erfelijkheid speelt bij bipolariteit veel meer mee dan bij unipolariteit. Deze veroorzaakt een biochemische kwetsbaarheid in de hersenen. Wanneer er zich dan een interne of externe gebeurtenis voordoet, kan deze de aandoening triggeren, waardoor op het niveau van de neurotransmissie, Serotonine, de Dopamine en de Noradrenaline een ontregeling optreedt wat resulteert in het verschijnen van manische en depressieve episodes.

3.4.2 Verband met erfelijkheid

Wanneer je geen familiale belasting hebt op gebied van bipolariteit, dan heb je ongeveer 1 procent kans om zelf een bipolaire stoornis te krijgen tijdens je leven. Als er een verwant tweede graad (een tante, een oom) is in de familie met een bipolaire diagnose, dan heb je dubbel zoveel kans om zelf een bipolaire stoornis te krijgen. Heb je een verwant eerste graad met bipolaire diagnose, dan verhogen de kansen al met een factor vijf tot tien. Dus we merken hoe de erfelijkheid hier een rol speelt. Wanneer dus één van

de ouders een bipolaire stoornis heeft, heb je zelf 10 procent kans op een bipolaire stoornis (in de normale populatie is die kans slechts 1 procent). Heb je ouders die beide affectief belast zijn en één iemand (of beide) hebben ook bipolaire stoornis, dan verhoogt het risico naar 50 procent (dan is dus de kans 1 op 2 dat ook jij later affectieve problemen zal krijgen). Voor eeneiige tweelingen (wat de ideale populatie is om te bestuderen wat erfelijkheid betreft, aangezien zij hetzelfde erfelijke materiaal hebben) is de kans op bipolariteit 40 tot zelfs 70 procent.

Toch betekent dit meteen ook dat er nog andere factoren zijn die een rol spelen. Wanneer bipolariteit immers een puur erfelijke aandoening zou zijn, zouden eeneiige tweelingen 100 procent kans hebben om allebei altijd de aandoening te hebben. Omgevingsfactoren blijken dus toch nog altijd een bijdrage te leveren bij het ontwikkelen van de ziekte (een interne of externe gebeurtenis die er toch nog bovenop moet komen).

Een voorbeeld om de invloed van de erfelijkheid aan te tonen, is de stamboom van Ernest Hemmingway. Het is zijn vader, Clarence, die de aandoening heeft doorgegeven (het is dus doorgegeven via vaderlijke lijn). Hemmingway, zijn broer en zijn zus waren alledrie ook aangedaan door bipolaire stoornis en hebben alledrie zelfmoord gepleegd (alsook hun vader). Zijn kleindochter, Margot Hemmingway, had ook bipolaire stoornis en heeft ook zelfmoord gepleegd. Dan is er nog één zoon, Gregory, die in de gevangenis zat als gevolg van agressief gedrag (mogelijk te kaderen binnen manie) en die is daar gestorven in verdachte omstandigheden.

3.5 Behandeling van bipolaire stoornis

3.5.1 Medicamenteuze behandelingen

Wat de behandeling van een bipolaire stoornis betreft, is medicatie de basis. Maar men moet ook met het individu en zijn omgeving (familie) aan de slag. Medicatie alleen is dus zeker onvoldoende. Doel is een acute manie tot rust te brengen of een acute depressie terug herstellen. We willen niet alleen dat de symptomen onder controle geraken. We willen ook dat de persoon zich volledig herstelt in zijn functioneren en eigenlijk willen we vooral dat het goed blijft gaan (dat hij of zij niet opnieuw ziek wordt). We moeten dus zeker investeren in onderhoudsbehandeling en in preventieve behandeling.

Producten die heel courant in de behandeling voorkomen, zijn de stemmingstabilisatoren (Lithium is nog altijd de gouden standaard); daarnaast ook Depakine, Lamipol (een nieuwkomer, vooral goed om de depressieve nieuwe episodes tegen te houden) en Tegretol. Ook klassieke neuroleptica kunnen nog altijd hun plaats krijgen, zeker om zware agitatie-toestanden, zware manische toestanden en ernstige slaapstoornissen tijdelijk tot rust te brengen. Benzodiazepines worden ook voorgeschreven. En dan zijn er nog een heel aantal atypische antipsychotica voor het onder controle brengen van manieën. Sommige hebben al in de onderhoudsfase hun nut bewezen, sommige zelfs al naar de depressieve fase van bipolariteit toe, maar voornamelijk voor de behandeling van manie. Combinatietherapie is zeker niet de uitzondering: mensen die drie of vier verschillende medicamenten moeten nemen om het syndroom onder controle te krijgen, zijn geen uitzonderingen.

Medicatierouw lijkt daarbij een belangrijke spelbreker: onder de bipolaire patiënten zijn er de helft die hun medicamenten niet nemen. Dat is zeker ook een taak voor de zorgverlener, daarop te werken en dat mee onder toezicht te houden.

3.5.2 Psychotherapeutische behandelingen

Wat is de rol van psychotherapie? Zelfs wanneer men een optimale behandeling geeft (de beste pillen in de beste combinaties) zal men bij een kleine helft van het aantal patiënten toch nog geen resultaat boeken. Er is dus een kloof tussen wat men zou verwachten van een medicament en wat dat medicament effectief doet bij een klinische populatie. Daarenboven is het niet zo dat, wanneer de medicatie werkt, alles onder controle is. Er kan wel een vermindering zijn van een aantal symptomen, maar dat betekent zeker nog niet dat iemand terug in het normale leven kan ingeschakeld worden.

En er zijn sowieso nog een aantal andere factoren die we met medicatie alleen niet kunnen verhelpen en die een belangrijke rol spelen in geval van bipolariteit: wanneer we het stress-kwetsbaarheidsmodel volgen voor deze aandoening, merken we op dat levensgebeurtenissen een rol spelen (triggeren) en dat vooral ook circadiane verstoringen (dag-nachtverstoringen) een cruciale rol spelen bij bipolariteit. Dat laatste is iets waaraan we zeker veel aandacht moeten besteden bij de behandeling van patiënten met bipolaire stoornis.

Bipolaire stoornis gaat ook telkens met heel wat psychosociale problemen gepaard: statusverlies, persoonlijke relaties die op de klippen kunnen gaan, schulden die gemaakt worden, schaamte achteraf voor gedrag dat tijdens de manie is gesteld. Dat zijn zeker genoeg aangrijpingspunten om met psychotherapie te starten.

Psycho-educatie is daar weer een belangrijk onderdeel van, ook cognitieve gedragstherapie, sociale ritmeth therapie (dag-nacht, regelmaat van activiteiten), collaborative practice (intense samenwerking tussen behandelaar en patiënt), familie focus-therapy (therapie die gericht is op het familiaal milieu) en ten slotte ook 'intensive clinical management'.

Al die psychotherapeutische benaderingen hebben eigenlijk allemaal dezelfde doelstellingen, met name ziekte-inzicht vergroten (hen leren wat ze doormaken, hen er alert op maken), werken op medicatierouw, leren letten op vroegtijdige signalen (een manie komt meestal vrij snel, maar gaat doorgaans gepaard met waarschuwingssignalen in de weken vooraf, zoals bijvoorbeeld verminderde slaap) en regelmaat (nachtrust, planningen maken, regelmaat, structuur in activiteiten).

Psycho-educatie is hier zeker belangrijk: er wordt informatie verschaft en de vragen die er zijn, krijgen een antwoord.

Dan is er ook de **sociale ritmeth therapie**: mensen met bipolaire stoornis zijn immers nog veel gevoeliger dan andere met betrekking tot alles wat met klokveranderingen te maken heeft. Een voorbeeld hiervan is de overgang van zomertijd naar wintertijd: een patiënt met bipolaire stoornis heeft vier maal zoveel tijd

nodig om die overgang te maken. Ook bij jetlag gaat een patiënt met bipolaire stoornis bij voorbeeld veel meer moeite hebben om zijn interne klok aan te passen aan de nieuwe tijdszone. Voorspelbaarheid, regelmaat en tijd zijn dus heel belangrijk.

Cognitieve gedragstherapie is voornamelijk gericht op educatie. Zo gaat men ervoor zorgen dat patiënten hun eigen symptomen goed in de gaten kunnen houden en signaleren. Ook wordt de medicatietrouw bevorderd en gaat men op de cognitieve en gedragssymptomen werken (dit laatste heeft vooral betrekking op de depressieve zijde) en werken op coping (met andere woorden sociale vaardigheden bevorderen; wanneer je immers betere vaardigheden hebt, betere communicatieve stijlen, beter problemen kan oplossen en conflicten minder lang laat aanslepen, dan heb je ook minder stress die nieuwe episoden kan uitlokken).

Bij **familie focust-herapie**, waarbij men de familie heel erg bij de behandeling betreft, gaat het ook vooral over communicatievaardigheden. Men gaat ervoor proberen te zorgen dat er minder stress in het milieu aanwezig is. Dat doet men door niet alleen negatieve gevoelens, maar ook positieve gevoelens te laten uiten. Ook actief leren luisteren staat hier centraal en leren om op positieve wijze te vragen naar het stellen van verandering (bij voorbeeld: 'Ik zou het leuk vinden dat jij ...' in plaats van 'Ik vind dat het nu welletjes is geweest en dat jij ...'). Feedback geven over ongewenst gedrag en problemen uitpraten komt hier ook aan bod (dit zorgt er niet voor dat de last voor de familie afneemt, maar het wordt wel beter om dragen). Als gevolg hiervan wordt het milieu rondom de patiënt rustiger waardoor hij minder kans heeft om met restsymptomen te blijven zitten of om een nieuwe fase tegemoet te gaan.

We vermelden '**intensive clinical management**': wanneer men op de eigen manier - zonder in een therapeutisch kader te stappen - informatie geeft aan de patiënt (over medicatie, bijwerkingen, slaap) en de patiënt steunt en zich beschikbaar opstelt, zal de patiënt daar uiteraard ook baat bij hebben. Het is dus een kwestie van goede zorgverlening met de beste intenties.

Tot slot: iets in kaart brengen kan veel helpen (cfr Kraepelin). Alles eens op een rijtje zetten, geeft een veel beter overzicht over wat er precies met iemand aan de hand is. Bipolariteit is een chronische aandoening, dus men moet er zeker voor zorgen dat men steeds naar het hele verloop blijft kijken.

4 AANVULLENDE LITERATUUR

4.1.1 Depressie

Behandelingsstrategie chronische depressie + dysthymie / M.B.J. Blom... [et.al.]

Uitgever: Bohn Stafleu van Loghum, 2002

ISBN: 9031337897

Cognitieve gedragstherapie bij depressie / D. Hermans en J. van de Putte

Uitgever: Bohn Stafleu van Loghum, 2003

ISBN: 9031339857

Depressie: gids voor familieleden / Cuijpers, P.

Uitgever: HBuitgevers, 2004

ISBN: 9055741175

Depressie: hoe een behandeling het levensplezier weer terug kan brengen / Houtman, Robert

Uitgever: Inmerc, 2002

ISBN: 906611228X

Depressie te lijf!: de complete gids voor het begrijpen en behandelen van depressieve aandoeningen / Illman, John

Uitgever: M.O.M, 2004

ISBN: 9026965869

Depressie: zorgboek

Uitgever: Stichting September, 2004

ISBN: 9072248899

Leven met een depressieve stoornis / J. Kragten

Uitgever: Bohn Stafleu van Loghum, 2004

ISBN: 9031339814

Leven met een winterdepressie / Y. Meesters

Uitgever: Bohn Stafleu van Loghum, 2002

ISBN: 9031339121

Over je depressie heen / Vanier, Jean

Uitgever: Kok, 2002

ISBN: 9043505951

4.1.2 Bipolaire stoornis

Alles of niets: zelfgids voor mensen met een bipolaire stoornis

Uitgever: Houtekiet, 2004

ISBN: 9052408319

Als je geest een vuurpijl is: alles over manisch-depressieve stoornis / Kamp, Hans

Uitgever: Inmerc, 2005

ISBN: 9066114509

Hulp gids bipolaire stoornis: alles wat jij en je omgeving moeten weten over manisch-depressiviteit / Miklowitz, David J

Uitgever: Nieuwezijds, 2004

ISBN: 9057121816

Leven met een manisch-depressieve stoornis / Kragten, J.

Uitgever: Bohn Stafleu van Loghum, 2000

ISBN: 9031334324

Manisch-depressief : een gids voor patiënt, familie, hulpverlener en geïnteresseerde /

Sienaert, P.

Uitgever: Lannoo, 2003

ISBN: 9020952587

Omgaan met stemmingsschommelingen: zelfhulp op basis van cognitieve gedragstechnieken /

Scott, Jan

Uitgever: Swets & Zeitlinger, 2003

ISBN: 902651719X

Personalia

Dr. Sabien Wyckaert is als volwassenenpsychiater verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Sint-Jozef te Kortenberg.

Geert Vannieuwenhuyze (Red.) is als pedagoog verbonden aan De Lovie, centrum voor begeleiding van personen met verstandelijke handicap, te Poperinge.

5 ILLUSTRATIES

Illustratie: Depressie

C. is een vrouw van 42 jaar. Ze woont in een tehuis voor werkenden. Haar IQ is 57. Ze is agressief en vertoont zelfverwondend gedrag. Ze is sterk beïnvloedbaar en stemmingslabiel. Ze kent geen grenzen. Ze vertoont regressie in zelfzorg.

Ze volgde gewoon kleuter en lager onderwijs, daarna het buitengewoon onderwijs (type 1, opleidingsvorm 3). Ze woonde bij haar ouders tot aan haar huwelijk. Inmiddels werkt ze twintig jaar in een beschuttende werkplaats. Ze heeft 1 zus. Ze is diabetespatiënte. Ze werd vanaf 2000 herhaaldelijk opgenomen in psychiatrie. Een projectief persoonlijkheids-onderzoek vond plaats in 2005.

Bij opname voor observatie gedraagt zij zich als een kameleon. Ze past zich direct aan. Alles verloopt zeer vlot, vooral de eerste dag van de opname. Ze denkt hoofdzakelijk zwart-wit en het 'ik' primeert. Ze kan geen afstand houden. Ze zit heel dicht op het vel en is zo weer weg. Ze scheidt een verwarrend beeld door twee gezichten. Enerzijds door de indruk te geven alles te kunnen en aan te kunnen en anderzijds zoekt ze steun door manipuleren en bij sigaretten. Bij tweede opname gedraagt zij zich als randpsychotisch. Steun en luxe vindt ze bij haar nieuwe vriend. Bij een derde opname is ze totaal ontredderd. Ze kent geen zelfzorg meer; enkel koffie en sigaretten. Ze irriteert, manipuleert en zorgt voor negatieve gevoelens bij het team. Ze is labiel en onrustig. Na het overlijden van haar moeder was ze fel agressief geworden.

Het team helpt haar afstand en nabijheid te reguleren. Door samen dingen te doen zorgen ze voor gedeelde verantwoordelijkheid. Ze ondersteunen haar met een minimum aan verwachtingen. Daarnaast krijgt ze medicamenteuze behandeling (Remergon, Seroxat en Risperal).

De evolutie is positief. Er is weer concentratie en taken geven mogelijk. Er is een betere zelfzorg. Ze voelt zich nu niet meer onmiddellijk aangevallen.

Commentaar

Het betreft een vrouw van 42 jaar met haar geschiedenis, met een heel aantal achtergrondgegevens, die haar meer op continue wijze typeren, maar waar we het volgende van kunnen stellen:

Ze kende verschillende opnames. De opname na overlijden van haar moeder is degene die ons het meeste interesseert, waar er een heel duidelijke omgevingsfactor aanwezig is, een wat we noemen 'majeure levensgebeurtenis' waarna de vrouw zich langere tijd presenteert met een stemming die niet goed is en die gepaard gaat met een duidelijke verandering in haar functioneren, haar doen en haar denken.

Ze heeft een hele persoonlijkheidsachtergrond die de stemmingsepisode mee kleurt. In zo'n casus is het zeer belangrijk zich niet te laten (mis)leiden door de persoonlijkheidsvariabelen die de stemmingproblematiek kleuren, maar de stemmingsepisode toch te blijven onderkennen en het beeld niet louter toe te schrijven aan 'persoonlijkheid'.

Illustratie: Bipolaire stoornis

L. is een man van 56 jaar. Hij heeft een ernstige verstandelijke handicap. Zijn intelligentie is 26. Hij komt uit een warm gezin met vier broers dat leeft in moeilijke omstandigheden.

Hij volgde buitengewoon onderwijs van zijn acht jaar tot zijn achttiende. Op 18 jaar blijft hij thuis en gaat naar een dagcentrum.

Er is een voorval van exhibitionisme op 18 jaar. Bij opname is hij uitermate vriendelijk en eufor. Dit slaat plots om na een fugue. Daarna volgen heel wat manische en regressieve periodes met korte en lange opnames.

Commentaar

We willen hier graag stil staan bij het exhibitionisme. Op het ogenblik zelf komt men wellicht niet verder dan de vaststelling dat de persoon in kwestie zich geëxhibitioneerd heeft. Maar retrospectief kan dergelijk gedrag toch wel gekaderd worden binnen een manische problematiek. Seksuele opwinding, seksuele exuberantie, is zeker een kenmerk van manie. Bijzonder belangrijk hierbij is dat bij jongeren, de manie zich vaak presenteert als seksueel ontremd gedrag. Adolescenten gaan misschien nog niet onmiddellijk het klassieke beeld vertonen van een manie, maar dat seksuele ontremde gedrag in combinatie met agressiviteit lijkt hier veel kenmerkender te zijn. Dit kadert vaak ook in een eerste manische fase.

Een tweede opmerking is de eufore stemming bij opname (de euforie of het uitgelaten stemmingsbeeld), maar van zodra hij binnenkomt, verdwijnt die euforie en keert zich om in een quasi katatonie. L. bevindt zich in een depressie: hij spreekt niet meer, eet niet meer, is eigenlijk volledig in zichzelf gekeerd. Ook dit kan best geïnterpreteerd worden vanuit de bipolariteit. Zo zijn er heel wat mensen die - onmiddellijk volgend op een manie - switchen naar de depressie, en dit in één vloeiende beweging, wat men in vakterminologie een bi-fasisch verloop noemt.

Behandeld met antidepressiva, omwille van depressie, verschijnt opnieuw een geagiteerd beeld, waarschijnlijk eerder manifom. Bij L. zijn een zevental episodes beschreven op een relatief korte tijdspanne. En inderdaad, als we dan kijken hoeveel episodes L. al doorgemaakt heeft, dan zou er een belletje moeten rinkelen. Bij iemand die zoveel affectief gekleurde episodes doormaakt, moet men denken aan bipolariteit.

In dit concrete geval volgde dan ook een medicamenteuze behandeling. Nadien zagen we veel minder depressies, wel nog een terugkeer van hypomanie en manie, iets wat minder typisch is. Doorgaans stellen we immers vast dat mannen veel vaker met manieën beginnen in het leven, maar - naarmate ze ouder worden - meer en meer depressies doormaken. In die zin gaat het hier dus over een atypisch voorbeeld, maar uiteraard bevestigen uitzonderingen de regel.

Ondanks de grote investeringen in medicatie, werd deze man opnieuw in een klassiek zwaar manische toestand opgenomen.