



in gesprek over:

Manisch-depressieve stoornis

Een uitgave van:



Nederlandse
Vereniging
voor
Psychiatrie

Colofon

Redactie:

W. Smith-van Rietschoten (eindredacteur)

J.L.M. van der Beek

E.A.M. Knoppert-van der Klein

R.B. Laport

C.R. van Meer

E. Olivier

M. van Verschuer

Publicatie:

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Drukkerij en distributie:

Secrass, Schoolstraat 24, 3451 AD Vleuten

Grafisch ontwerp:

Studio PXL, Maastricht, info@studiopxl.nl

Copyright ©

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 1994

Manisch-depressieve stoornis

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

Indien iemand gedurende langere tijd te uitgelaten en vol energie is, of juist veel te somber is zonder zich erover heen te kunnen zetten, spreken we van een manie, respectievelijk een depressie. De manie is het tegenovergestelde van de depressie.

Als de stemming dan eens veel te opgewekt en dan weer veel te somber is, is er sprake van een manisch-depressieve ziekte (stoornis). Dit wordt ook wel bipolaire stoornis genoemd, hetgeen wil zeggen wisselende stemmingen aan de uiteinden (polen) van de stemmingsmogelijkheden.

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

De stemmingswisselingen kunnen af en toe optreden, met periodes van een normale stemming tussendoor. Ze kunnen ook snel achter elkaar optreden. Bij sommige mensen staat de manie(ën) op de voorgrond, bij anderen de depressie(s). Een manische periode kan worden gevolgd door een depressie, maar andersom is ook mogelijk. De stemmingen kunnen extreme vormen aannemen, zowel naar de depressieve als naar de manische kant.

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

Verschijnselen

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

Manie:

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

Depressie:

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

- Depressies kunnen gepaard gaan met psychotische kenmerken. Patiënten kunnen dan gaan denken dat zij de schuld zijn van alle narigheid en dat er nog veel meer narigheid te wachten staat. Ook kunnen meer of minder ernstige achterdochtige ideeën bestaan.
- Er kunnen doodsgedachten of doodswensen ontstaan. Soms worden concrete zelfmoordplannen gemaakt en uitgevoerd.

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

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

Verloop van de manisch-depressieve stoornis

Zowel een manie als een depressie kan geleidelijk ontstaan, maar ook min of meer acuut, soms zelfs binnen een dag. Vooral de manie kan snel ontstaan, bijvoorbeeld als men een hele nacht niet geslapen heeft. Manie en depressie kunnen elkaar afwisselen, maar een van de twee kan op de voorgrond staan. Zonder behandeling gaan beide stoornissen meestal vanzelf over, maar vooral depressies kunnen vele maanden, soms zelfs jaren voortduren.

Met behandeling kunnen de verschijnselen van een depressie of een manie verminderen of kan de duur worden verkort. Een depressie of een manie is soms eenmalig, maar depressies of manieën komen toch vaak weer terug. In dat geval dient de behandeling ook gericht te zijn op het voorkomen van volgende ziekteperiodes.

Een depressie of een manie is soms eenmalig. Vaak herhaalt de stoornis zich.

Oorzaken

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

- **Biologische oorzaken**

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

Onderzoek heeft verder uitgewezen dat er bij stemmingsstoornissen sprake is van een verstoord evenwicht tussen stoffen, die nodig zijn voor de werking van de zenuwcellen. Met medicijnen kan dit evenwicht worden hersteld. Tot de biologische oorzaken worden ook de gevolgen van bepaalde lichamelijke ziekten gerekend, zoals een depressie bij een schildklierandoening, of de gevolgen van onjuist of te veel medicijngebruik. Verder kan wekamine- en cocaïnemisbruik een toestand oproepen die op manie lijkt. Stemmingsstoornissen kunnen in het algemeen vooraf gegaan en gevolgd worden door middelenmisbruik (alcohol, drugs).

- **Psychische oorzaken**

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

- **Sociale oorzaken**

Met sociale oorzaken worden gebeurtenissen bedoeld, die, bij een bepaalde gevoeligheid, aanleiding tot een depressie of manie kunnen geven. Het gaat aan de ene kant om negatieve gebeurtenissen die spanningen veroorzaken, zoals huwelijksconflicten of een echtscheiding, ziekte of dood van de partner, spanningen op het werk, maar ook om positieve, maar soms heel ingrijpende gebeurtenissen.

Behandeling

De manisch-depressieve stoornis behoort tot de goed behandelbare psychiatrische ziekten. Soms is opname in een psychiatrisch ziekenhuis wenselijk; bij acuut (levens)gevaar kan een (gedwongen) opname noodzakelijk zijn. Bij zo'n zeventig procent van de patiënten hebben behandelingen een gunstig effect. Een gecombineerde behandeling bestaande uit het geven van medicijnen (farmacotherapie) en praten (ondersteunende gesprekken of psychotherapie) geeft de gunstigste resultaten. Echter, overmatig gebruik van alcohol en/of drugs kan de behandeling ernstig compliceren.

De combinatie van pillen en praten, geeft het beste resultaat.

- Behandeling met medicijnen.

Bij de manisch-depressieve stoornis is het nodig met medicijnen te werken. Afhankelijk van de verschijnselen kan een keuze worden gemaakt uit verschillende groepen middelen. Soms worden middelen uit meer dan één groep gecombineerd.

Medicijnen hebben naast de hoofdwerving, namelijk bestrijden van de verschijnselen van de stoornis, nogal eens bijwerkingen. Hoofdwerving en voornaamste bijwerkingen worden hieronder per medicijn behandeld. Het is niet mogelijk binnen het bestek van deze folder uitgebreid op de bijwerkingen in te gaan. Uw psychiater zal u hierover nader informeren. Overigens treden bijwerkingen lang niet bij iedere patiënt op en variëren in ernst. Ze kunnen ook van tijdelijke aard zijn. Indien veel bijwerkingen optreden, is het belangrijk om, samen met de behandelaar, te zoeken naar manieren om de bijwerkingen te verminderen.

Stemmingsstabilisatoren

Stemmingsstabilisatoren zijn medicijnen die stemmingsschommelingen tegengaan en voorkomen. De drie meest gebruikte stemmingsstabilisatoren zijn:

- Lithium

Een belangrijk medicijn bij de behandeling van de manisch-depressieve stoornis is lithium. Dit middel kan de stemmingstoornis (depressie of manie) normaliseren, maar wordt vooral toegepast om na herstel van de manie of de depressie de stemmingsschommelingen te voorkomen. Soms duurt het enige tijd voor het middel werkzaam is. De werking van lithium is afhankelijk van een goede hoeveelheid van het middel in het bloed. Daarom is regelmatige bloedcontrole nodig. De meest voorkomende bijwerkingen van lithium zijn dorstgevoel, veel plassen, gewichtstoename, opgeblazen gevoel in de maagstreek en trillen. Omdat de dosering van lithium aan nauwe grenzen is gebonden, is het belangrijk dat zowel het instellen op lithium als de verdere controle zorgvuldig medisch wordt begeleid. Lithium dient vaak jarenlang te worden gebruikt. Het is van belang om het middel niet op eigen gelegenheid te stoppen of te veranderen van dosering, maar dit slechts in overleg met de behandelend psychiater te doen.

- Carbamazepine

Indien lithium onvoldoende werkt of te veel bijwerkingen veroorzaakt kan carbamazepine worden gebruikt met hetzelfde effect als lithium, namelijk tegengaan van ernstige stemmingsschommelingen. De voornaamste bijwerkingen zijn: duizeligheid, sufheid, moeheid en misselijkheid.

Ook het instellen op en begeleiden van de behandeling met carbamazepine dient onder regelmatige medische controle te gebeuren.

- Valproaat

Een tweede alternatief voor lithium, naast carbamazepine, is valproaat.

Ook dit middel is werkzaam tegen zowel manie als depressie.

De voornaamste bijwerkingen zijn misselijkheid, veranderingen van de eetlust, diarree, obstipatie en sufheid. Het instellen dient onder regelmatige medische controle te gebeuren.

Overige medicijnen bij acute ziekteverschijnselen

Er zijn ook andere medicijnen die vaak gebruikt worden bij de behandeling van acute episoden: antidepressiva, antipsychotica en benzodiazepinen.

- Antidepressiva

Antidepressiva zijn de belangrijkste medicijnen die werkzaam zijn tegen depressies.

Bij iemand met een manisch-depressieve stoornis kan een antidepressivum de depressie echter doen omslaan in een (hypo)manie, of kan het leiden tot het sneller achter elkaar optreden van ziekte-episoden van een stemmingsstoornis.

Antidepressiva mogen daarom bij iemand die bekend is met een manisch-depressieve stoornis in principe alleen gebruikt worden in combinatie met lithium, carbamazepine of valproaat. Ook worden ze meestal minder lang achtereen gebruikt dan bij een "gewone" depressie.

Ook antidepressiva kunnen bijwerkingen hebben, die soms eerder optreden dan de hoofdwerking. De voornaamste bijwerkingen, die per middel kunnen verschillen zijn: hartkloppingen, duizeligheid, droge mond, wazig zien, sufheid, slaperigheid, moeite met ontlasting en urineren, misselijkheid, hoofdpijn en vermindering van seksuele gevoelens.

- Antipsychotica

Antipsychotische medicijnen zijn de belangrijkste medicijnen die werkzaam zijn tegen psychotische verschijnselen. Ze worden ook gebruikt om een manie te bestrijden. De werking treedt niet direct in, maar kan een aantal dagen op zich laten wachten. Nadeel is dat de oudere (ook wel klassieke) antipsychotische medicijnen ook een depressie in de hand kunnen werken. De modernere middelen kunnen bij een manisch depressieve stoornis soms een antidepressieve werking geven.

Voornaamste bijwerkingen van de oudere middelen zijn: lichamelijke onrust, stijfheid van de spieren en spierkrampen, met kleine pasjes en voorovergebogen lopen, trillen en (pas later merkbaar) optreden van

onregelmatige en onwillekeurige bewegingen vooral in het gezicht. Gebleken is dat mensen met een manisch-depressieve stoornis extra gevoelig kunnen zijn voor het optreden van deze bewegingsstoornissen. Zowel bij de oudere als bij de moderne antipsychotica zijn de voornaamste bijwerkingen: toename van speekselproductie, sufheid en slaperigheid, gevoelsvervlakking, seksuele stoornissen. De moderne middelen kunnen tevens als bijwerking hebben: gewichtstoename.

- Benzodiazepinen

Benzodiazepinen zijn angstdempende middelen en slaapmiddelen, die sommige verschijnselen bij een depressie kunnen verminderen, maar die niet werken tegen de depressie zelf. Daarnaast kunnen deze medicijnen als slaapmiddel en extra kalmerend middel gebruikt worden, bijvoorbeeld bij een manie. Voordeel is dat deze middelen sneller werkzaam zijn dan antidepressiva en antipsychotica. Daarom worden ze nogal eens gebruikt ter overbrugging van de periode waarin de andere middelen nog niet werken. Belangrijk nadeel van deze middelen is dat er bij langer gebruik gewenning kan optreden, zodat men meer van het middel nodig heeft om hetzelfde effect te bereiken. De voornaamste bijwerkingen zijn sufheid en spierverslapping.

Bovengenoemde medicijnen kunnen tijdelijk nodig zijn naast een stemmingsstabilisator. Soms is echter een langere voortgezette behandeling met deze middelen noodzakelijk om terugkeer van een depressie of een manie te voorkomen.

Gesprekstherapie

In veel gevallen kunnen, in combinatie met medicijnen, eenvoudige steunende gesprekken met een behandelaar een gunstige werking hebben. Soms is ook een meer systematische vorm van gesprekstherapie nodig: psychotherapie. Psychotherapie is een behandeling via gesprekken met een deskundige: een psycholoog/psychotherapeut of psychiater. In deze gesprekken komen psychische en sociale oorzaken van de klachten aan bod. Er wordt gekeken hoe een andere kijk op het leven kan leiden tot vermindering van klachten en er wordt gezocht naar (andere) manieren om met de klachten om te gaan.

Tips voor patiënten en hun naasten

Bij de depressie:

- Ga op normale tijd naar bed, maar sta ook op normale tijd op;
- Zoek afleiding in de vorm van ontspannende activiteiten;
- Isoleer u niet;
- Blijf in beweging: wandelen, fietsen, sporten;
- Ga niet op vakantie, als u er niet van kunt genieten;
- Durf de ziekte te accepteren.

Bij de manie:

- Leef regelmatig en gezond; vermijd uitputting;
- Ga op normale tijd naar bed, maar sta ook op normale tijd op;
- Vermijd zaken of omstandigheden waarvan bekend is dat ze veel spanning kunnen geven;
- Trap op de rem door te proberen minder te doen dan waartoe u geneigd bent;
- Leer verschijnselen herkennen die een manie aankondigen en trek tijdig aan de bel bij de behandelaar;
- Ga de strijd niet aan met een manisch gezinslid; probeer met tact te sturen.

Folders en boeken over de manisch-depressieve stoornis

Folder: In gesprek over antidepressieve medicijnen. Uitgave Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Folder: In gesprek over stemmingsstabilisatoren. Uitgave Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Jamison, Kay Redfield: De onrustige geest, Uitgeverij Luitingh-Sijthoff, Amsterdam.

Kamp, drs. H. Manisch Depressief. Uitgave Immerc b.v. Wormer.

Kragten, J: Leven met een manisch-depressieve stoornis. Uitgave Bohn, Stafleu, van Loghum, Houten/Diegem.

Nolen, W.A.: Depressie en Manie. Folder van Lundbeck b.v., Postbus 12021, 1100 AA Amsterdam.

Nolen, W.A.: Psychofarmaca. De toepassing van medicijnen in de psychiatrie.

Folder van Lundbeck b.v., Postbus 12021, 1100 AA Amsterdam.

Nolen, W.A., Rafaëlsen, O.J.: Depressie en manisch-depressieve stoornis.

Oorzaken, symptomen en behandelingsmogelijkheden. Uitgave Tirion, Baarn.

Nolen, W.A., Hartong, E.G.Th.M., Knoppert-van der Klein, E.A.M.:

Behandelingsstrategieën bij de manisch-depressieve stoornis. Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Diegem.

Swinkels, J.: Gek zijn is zo gek nog niet. Uitgave Kosmos, Utrecht/Antwerpen.

Belangrijke adressen

Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB). Voorheen NSMD.

Postbus 24076, 3502 MB Utrecht.

Tel: 030 252 18 12 (secretariaat)

Tel: 0900 202 53 77 (informatie en advies € 0,10 per minuut)

E-mail: vmdb@nsmd.nl; www.nsmd.nl

Algemene organisaties voor psychiatrische patiënten zijn:

Cliëntenbond in de Geestelijke Gezondheidszorg

Meerkoethof 50, Postbus 645, 3500 AP Utrecht.

Tel: 030 252 1812 (advies en infolijn)

E-mail: info@clientsbond.nl; www.clientsbond.nl

Stichting Pandora

2e Constantijn Huygensstraat 77, 1054 CS Amsterdam.

Tel: 020 685 11 71

Tel: 0900 612 09 09 (depressielijn € 0,10 per minuut)

E-mail: info@stichtingpandora.nl; www.stichtingpandora.nl

Patiëntenvereniging "De Wegwijzer"

Postbus 85275, 3508 AG Utrecht.

Tel: 030 236 37 42, fax: 030 231 30 54

Zelfhulporganisatie van familieleden, partners en vrienden van psychiatrische patiënten:

Stichting Labyrint / In Perspectief

Meerkoethof 40, Postbus 12132, 3501 AC Utrecht.

Tel: 030 254 68 03 (secretariaat)

Tel: 030 254 66 74 (hulplijn € 0,20 per minuut)

E-mail: secretariaat@labyrint-in-perspectief.nl; www.labyrint-in-perspectief.nl

Deze folder maakt deel uit van een serie folders, bedoeld om informatie te geven over psychiatrische ziekten en de behandeling ervan.

Deze serie is bestemd voor mensen met psychiatrische klachten, voor mensen uit hun omgeving en hulpverleners. Bekendheid met psychiatrische problematiek kan leiden tot een meer gerichte hulpvraag. Het kan ook helpen taboes rond psychiatrische ziekten te doorbreken.

Door de beperkte omvang kan deze folder geen uitvoerige informatie over de ziekte geven. Praat er daarom verder over met uw behandelend arts.



Uitgave 2003

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

- Als uw kind te druk is (ADHD)
- ADHD bij volwassenen
- Autisme
- Borderline persoonlijkheidsstoornis
- Delier (acute verwardheid)
- Dementie
- Depressie
- Dwangstoornis
- Eetstoornissen
- Elektroconvulsietherapie (ECT)
- Gegeneraliseerde angststoornis
- Manisch-depressieve stoornis
- Medicijnen tegen angststoornissen
- Medicijnen tegen depressies
- Paniekstoornis en agorafobie
- Posttraumatische stress-stoornis
- Psychose
- Schizofrenie
- Slaapstoornissen
- Sociale fobie
- Stemmingsstabilisatoren
- Verslaving

Bestelinformatie

De verschillende folders zijn los of als serie bestelbaar. Ze kunnen schriftelijk, per fax of per e-mail worden aangevraagd bij:

Secrass, Schoolstraat 24, 3451 AD Vleuten, fax 030-6776376,

e-mail: secrass@xs4all.nl.

Prijs per folder € 0,35 incl. BTW en excl. verpakkings- en portokosten.