

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

Geen dagelijks nieuws, maar 'vragen van lezers'

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

De mooiste GGZ-verhalen

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

Onze nieuwe bijlage XL

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

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

Geld

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

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

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

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

BIPOLAIR



Over de top en in de put: de bipolaire stoornis

Ralph Kupka

Hoezo gestoord?

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

Manisch-depressief

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



Allerlei varianten

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

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

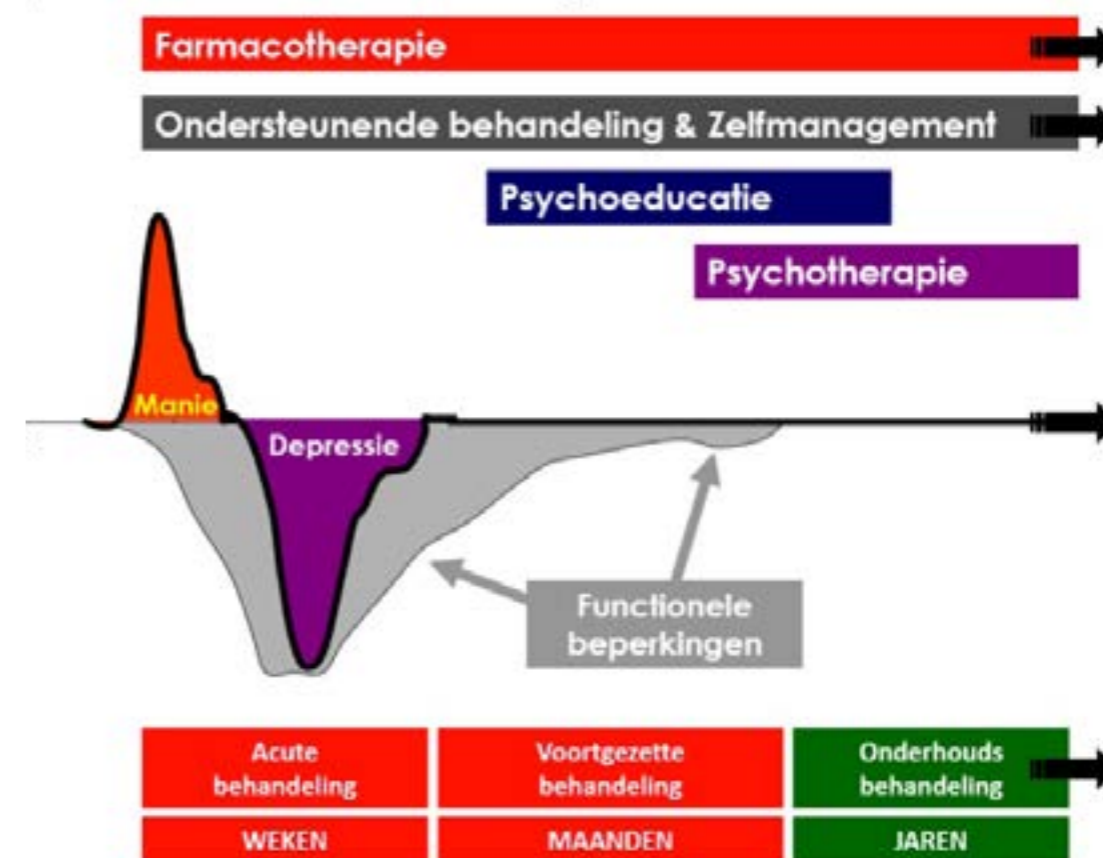
Wat zie je als iemand manisch wordt?

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

Een verraderlijke toestand

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

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



Behandeling

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

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

Voor de preventieve onderhoudsbehandeling is lithium nog steeds eerste keuze.

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

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

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

Begeleiding van patiënt en naastbetrokkenen

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

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

Richtlijn en zorgstandaard

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

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

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

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



AL



Tussen hemel en hel:

door Eva Ouwehand

religieuze en spirituele ervaringen en de bipolaire stoornis.

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

Cliëntperspectief

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

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

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

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

Resultaten: de ervaringen

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

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

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





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



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

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

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

Interpretatie

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

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

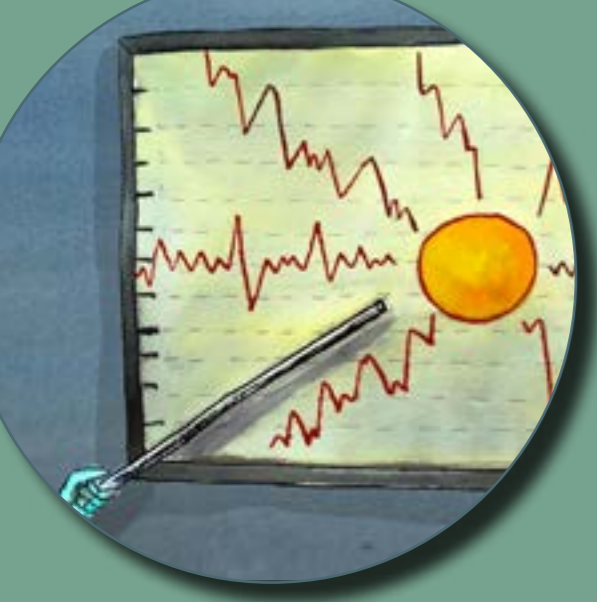


Spiritueel én bij de bipolaire stoornis horend

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

Twijfel, afstand en afwijzing

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



Interpretatie als proces

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

Beperking van het onderzoek

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

Drs. Eva Ouwehand

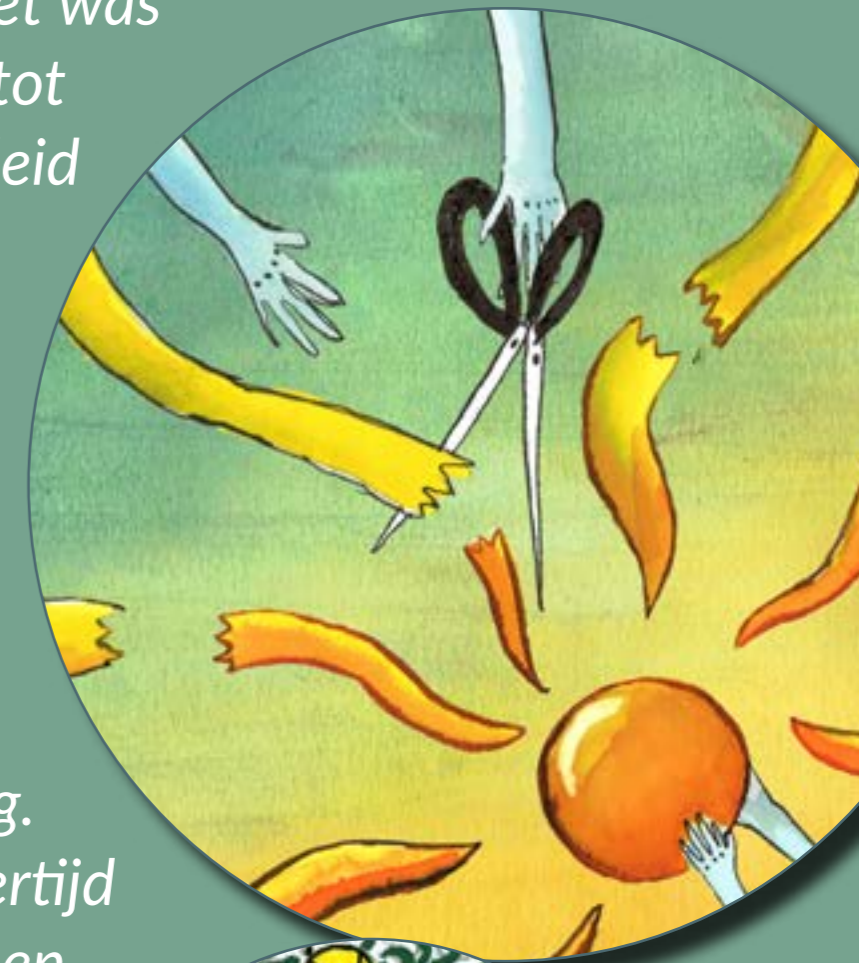
Geestelijk verzorger bij Altrecht

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

e.ouwehand@altrecht.nl

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

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





Hoe trauma het leven bipolair kan kleuren.

Het verhaal van drie professionele ervaringswerkers.
José Hoekstra

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Een wereld van verschil...

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

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

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

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

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

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

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

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

Het effect van verschillende diagnoses

door Siebe Haagsma

De VMDB: Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen

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

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

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

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





Pillen en praten!

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

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

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

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

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

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

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

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

Siebe Haagsma, coördinator Lotgenoten- & Betrokkenenlijn VMDB

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

Professionals die zich geen voorstelling kunnen maken bij de bipolaire stoornis

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

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

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

