

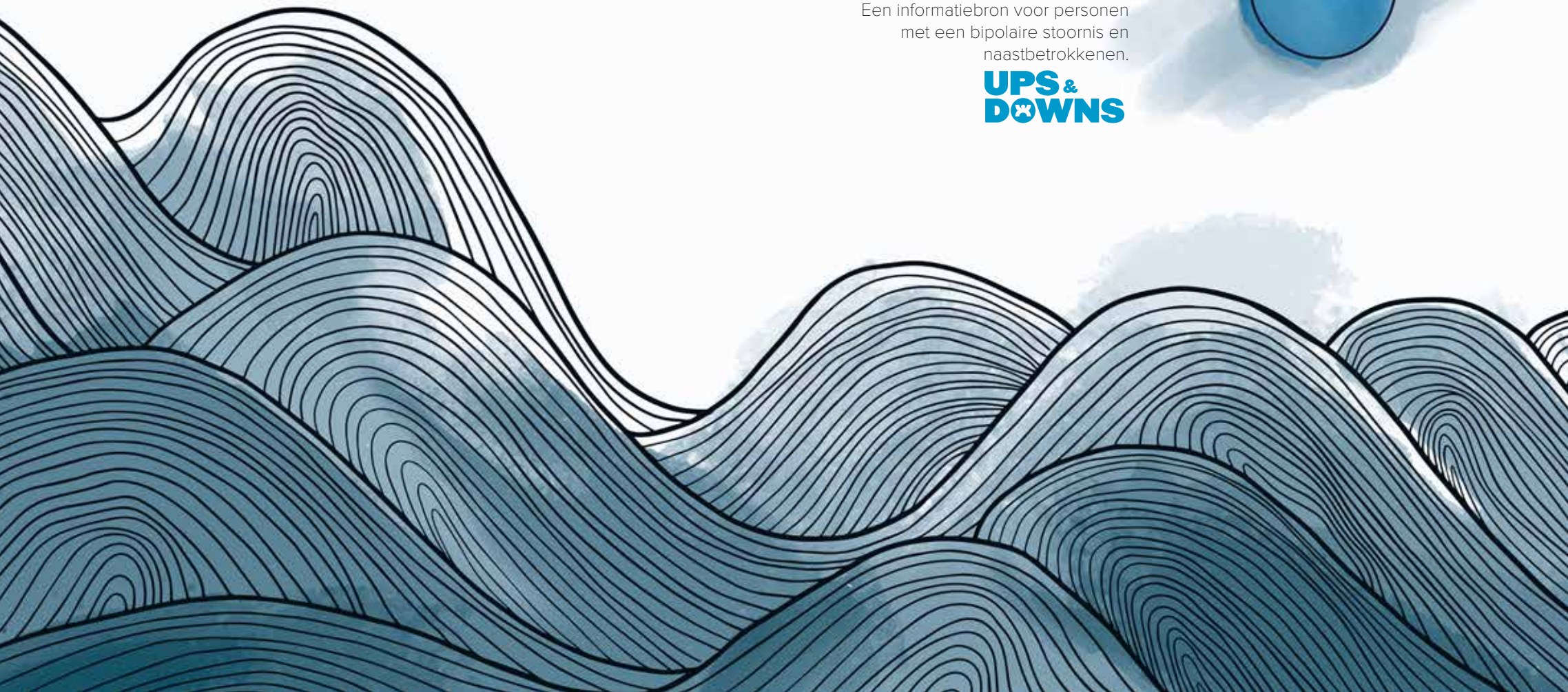


samen investeren
in welvaart
en welzijn

ZELF ZORG GIDS

Alles wat je moet weten over bipolariteit.
Een informatiebron voor personen
met een bipolaire stoornis en
naastbetrokkenen.

**UPS &
DOWNS**



UPS & DOWNS



COLOFON

Coördinatie en eindredactie

Lieve De Brabandere, Ondervoorzitter Ups & Downs

Werkten ook mee aan deze brochure

Anouk Drieskens, Erika Danckaers,
Wilfried Danschotter en Dirk Van Eeckhout van Ups & Downs.

Redactie Luik Psychotherapie

Dr. Sabien Wyckaert, psychiater verbonden aan UPC KU Leuven

Redactie Luik Medicatie

Dr. Luk Beelaert, psychiater verbonden aan Karus,campus Melle

Ontwerp en illustratie

Annemie Lemahieu, The Identity Builders

Druk

Graphius

Verantwoordelijke uitgever

Ups & Downs vzw
Vlaamse vereniging voor personen met een bipolaire stoornis
of depressie en hun omgeving.
Tenderstraat 14, 9000 Gent.
www.upsendowns.be - info@upsendowns.be

***Deze herdruk kwam tot stand dankzij
de financiële ondersteuning van Cera.***

© Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken



ZELF ZORG GIDS

Alles wat je moet weten over bipolariteit.
Een informatiebron voor personen
met een bipolaire stoornis en
naastbetrokkenen.





Voorwoord [Pagina 5](#)

1. Wat is de bipolaire stoornis? [Pagina 7](#)
2. Omgaan met de diagnose: wat nu? [Pagina 15](#)
3. Behandeling [Pagina 19](#)
- 3.1 Zelfzorg en zelfmanagement [Pagina 23](#)
- 3.2 Lotgenotencontact [Pagina 25](#)
- 3.3 Psycho-educatie en tools [Pagina 27](#)
- 3.4 Psychotherapie [Pagina 31](#)
- 3.5 Medicatie [Pagina 37](#)
4. Familie en naasten [Pagina 51](#)
5. De toekomst [Pagina 57](#)
6. Bijkomende informatie [Pagina 63](#)
7. Tool voor zelfmonitoring en -management:
Stemmingsdagboek of life chart [Pagina 69](#)

INHOUDS TAFEL



VOORWOORD

Zelfzorg is een essentieel onderdeel van het leren leven met bipolariteit, ook wel de bipolaire of manisch-depressieve stoornis genoemd, of een depressie. Informatie over deze psychische kwetsbaarheid en uitleg over de behandeling ervan zijn van onschatbare waarde om ondanks deze ziekte een kwaliteitsvol en betekenisvol leven te leiden. In de meeste gevallen heeft deze kwetsbaarheid het leven van de patiënten en betrokkenen ondersteboven gegooid. Kennis over en inzicht in deze aandoening is dan ook zeer welkom om dit zo goed mogelijk te 'managen'.

Deze zelfzorggids tracht de essentiële informatie over de bipolaire stoornis te bundelen. Ups & Downs vzw, de vereniging van en voor personen met een bipolaire stoornis of depressie en omgeving, wil hiermee patiënten en naastbetrokkenen ondersteunen bij het verwerkingsproces en het herstel.

Het bijwerken en actualiseren van de informatie gebeurde door een constructieve samenwerking tussen Ups & Downs vzw en een aantal professionelen. De teksten werden o.a. geschreven en nagelezen door Dr. Luk Beelaert en Dr. Sabien Wyckaert (onafhankelijke psychiaters).

Ups & Downs is 'sterk met' bipolariteit en depressie:

wij zetten kwetsbaarheid om in eigen kracht. Met onze bipolaire gevoeligheid streven we naar een kwaliteitsvol, zinvol en gelukkig leven, net zoals elke andere mens op deze planeet.

Ups & Downs is 'sterk met' werking door en voor lotgenoten:

hartelijkheid, herstel en hoop bij zelfhulpactiviteiten dragen we hoog in het vaandel, evenals de aandacht voor preventie en het behoud van het mentale evenwicht.

Ups & Downs is 'sterk met' loyale en geëngageerde vrijwilligers.

Ups & Downs is 'sterk met' het betrekken van familie en naasten.

Rebecca Muller

Voorzitter Ups & Downs vzw
juli 2024

Noot van de redactie

Voor de leesbaarheid gebruikt deze brochure consistent de hij-vorm, waar 'hij' ook staat voor andere voornaamwoorden.

Met 'patiënt', 'cliënt', 'lotgenoot', 'zorgvrager' of 'zorggebruiker' bedoelen we de persoon met een bipolaire gevoeligheid.

Met 'naaste' of 'naastbetrokkene' bedoelen we de familie in de ruime betekenis van het woord, de partner, de geliefde, de vrienden, collega's of burens.

Met andere woorden, iedereen die zich betrokken voelt bij een persoon met een bipolaire kwetsbaarheid of depressie, en daar ook op één of andere manier de impact van ondervindt of 'de omgeving'.

'Bipolaire stoornis', 'bipolariteit', 'bipolaire aandoening' of 'bipolaire gevoeligheid' worden door elkaar gebruikt om dezelfde psychische kwetsbaarheid aan te duiden.



1. WAT IS EEN BIPOLAIRE STOORNIS?

1. WAT IS EEN BIPOLAIRE STOORNIS

Waarom wordt de bipolaire stoornis een ziekte genoemd?

Iedereen heeft wel eens ups en downs: geluk, verdriet en woede zijn normale emoties en een essentieel onderdeel van het leven van alledag. Bipolariteit is echter een ziekte waarbij de stemmingsschommelingen veel ernstiger zijn, langer aanhouden, impact hebben op het functioneren en vaak niet meer in verhouding staan tot eventuele stressoren. Deze schommelingen hebben invloed op gedachten, gevoelens, fysieke gezondheid (lichamelijke functies zoals energie en slaap) en gedrag. Een bipolaire gevoeligheid is niet het resultaat van een 'zwakke' of onstabiele persoonlijkheid. Het is een behandelbare stoornis waarbij een aangepaste levensstijl, zelfmanagement-technieken, therapie en ook medicatie de meeste mensen kunnen helpen.

Wanneer begint de bipolaire stoornis?

Een bipolaire stoornis begint gewoonlijk in de adolescentie of vroege volwassenheid. In sommige gevallen in de vroege kindertijd of op latere leeftijd. De ziekte komt bij vrouwen en mannen evenveel voor.

Waarom is het belangrijk om een bipolaire stoornis zo vroeg mogelijk vast te stellen en te behandelen?

Gemiddeld zien mensen met bipolariteit drie tot vier artsen en zoeken ze gedurende gemiddeld acht jaar naar een behandeling voordat ze een correcte diagnose krijgen. Vaak gaan verkeerde diagnoses als depressie, angststoornis, stoornis in middelengebruik, persoonlijkheidsstoornis en/of psychose daaraan vooraf.

Een vroege correcte diagnose, de juiste/aangepaste behandeling en het vinden van de juiste (dosis) medicatie zijn nochtans van groot belang. Hoe langer een bipolaire stoornis onbehandeld blijft, hoe meer kans er is op verwickelingen. Symptomen blijven dan aanslepen, nieuwe episodes doen zich voor, waardoor het geestelijk, lichamelijk en sociaal functioneren verder ondermijnd kan worden.

Het leven van mensen met een bipolaire aandoening en dat van hun omgeving kan hierdoor toenemende schade oplopen. Vroegtijdige diagnose is dan ook bijzonder belangrijk.

Hoe kun je te weten komen of je een bipolaire stoornis hebt?

Bipolariteit is geen ziekte die je zelf gemakkelijk kunt diagnosticeren (waarvoor je zelf de diagnose kunt stellen). Om echt een medisch onderbouwde diagnose te krijgen moet je een arts raadplegen.

Er zijn immers een aantal ziektebeelden die vergelijkbare of overlappende

symptomen vertonen als een bipolaire stoornis. Wanneer je je zorgen maakt over je geestelijke gezondheid is het van groot belang zo vlug mogelijk een arts te raadplegen.

Informatiebrochures, zoals deze gids, geven lijstjes met symptomen en risicofactoren. Op het internet zijn er heel wat sites die beweren hulp te bieden bij het evalueren van het risico op een bipolaire stoornis. (bv. plusminus.nl/zelftest) Dergelijke sites vermelden echter niet meer dan oppervlakkige inschattingen en kunnen nooit in de plaats komen van een echt diagnostisch onderzoek.

Wie krijgt een bipolaire stoornis?

Een bipolaire stoornis treft mannen, vrouwen, adolescenten en soms zelfs kinderen. De prevalentie van bipolaire stoornis type I en II bedraagt 1 à 2 % van de bevolking.

Als men rekening houdt met alle mogelijke vormen van bipolaire stoornis (het zogenaamde 'bipolair spectrum'), wijzen recente studies erop dat dit kan oplopen tot 5 à 8 % van de bevolking.

Toch blijken sommige mensen een groter risico te lopen dan anderen. We spreken dan van het stress-kwetsbaarheidsmodel. Dat model gaat ervan uit dat enerzijds het individu een kwetsbaarheid in zich draagt en dat anderzijds omgevingsfactoren (stressbronnen) een belangrijke rol spelen. De kwetsbaarheid of hogere gevoeligheid voor stressoren is de aanleg voor de stoornis.

Risicofactoren

- familiale voorgeschiedenis
- als een nabij familielid een bipolaire stoornis heeft/had, is het eigen risico hoger
- drug- of alcoholmisbruik
- stresserende gebeurtenissen: bipolariteit kan uitgelokt worden door negatieve gebeurtenissen die iemand van streek brengen (zoals een relatiebreuk of de dood van een geliefd persoon), maar evengoed door minder heftige gebeurtenissen (zoals stress op het werk of relatieproblemen), of door positieve gebeurtenissen (zoals een nieuwe relatie, trouwen of de geboorte van een kind)
- trauma tijdens de kindertijd (misbruik, verwaarlozing of het verliezen van een ouder)
- lichamelijke of biologische factoren (beschadiging in de hersenen door een ziekte of ongeval)
- nachtwerk – een verstoord slaappatroon wordt soms in verband gebracht met het ontstaan van een bipolaire stoornis.

Wat zijn de symptomen van een bipolaire stoornis?

Het kan beginnen met een hele reeks verschillende signalen of symptomen, bv. een euforisch gevoel, afhankelijk van het individu. Geen van deze symptomen op zich betekenen dat je bipolariteit hebt. Anderzijds, als je vaststelt dat meerdere van deze symptomen terzelfdertijd voorkomen, of wanneer je steeds switcht tussen (hypo)manie en depressie, dan is medische hulp aangewezen.

Manische episode

De manische episode begint dikwijls met een aangenaam gevoel van verhoogde energie, creativiteit en sociale ongedwongenheid. Deze gevoelens kunnen echter (vlug) escaleren tot een volledig ontwikkelde manische episode. Mensen die manisch zijn, hebben een typisch gebrek aan ziekte-inzicht, ontkennen dat er iets verkeerd is en worden boos op iedereen die zegt dat er een probleem bestaat.

- Opgeblazen gevoel van eigenwaarde, zelfoverschatting of grootheidsideeën
- Verminderd beoordelingsvermogen
- Zenuwachtig, prikkelbaar of zelfs agressief gedrag
- Moeilijk inslapen en vroeg ontwaken of afgenomen behoefte aan slaap
- Verhoogde energie
- Te veel geld uitgeven
- Verhoogd libido (seksuele drift)
- Meer en vlugger praten dan gewoonlijk
- Onbekenden aanspreken
- Zich euforisch, fantastisch voelen
- Gemakkelijk lachen, zelfs met zaken die niet grappig zijn
- Tal van nieuwe en opwindende ideeën hebben
- Van de hak op de tak springen
- Concentratieverlies
- Vlug beslissen, zonder goed na te denken
- Tal van veranderingen doorvoeren of opvallend veel nieuwe plannen hebben
- Meer telefoneren of sms'en en mensen 's nachts opbellen
- Veel berichten op sociale media, dag en nacht mailen
- Te veel alcohol drinken, veel koffie, sigaretten of drugsmisbruik
- Verwaarloosd voorkomen, vreemde of ongepaste kleding dragen, overdreven opgemaakt zijn
- Gedachtevlucht of een subjectieve beleving dat de gedachten jagen
- In ernstige vorm: (paranoïde) wanen

Hypomane episode

Een hypomane episode is een mildere vorm van de manische episode met gelijkaardige maar minder uitgesproken symptomen, waarbij de betrokken persoon nog min of meer gewoon kan functioneren in de maatschappij, zonder veel schade te veroorzaken of zelfs met positieve gevolgen. In een hypomane episode kan iemand een vrolijke stemming hebben, zich beter voelen dan gewoonlijk en productiever of creatiever zijn, misschien zelfs ogenschijnlijk 'beter' functioneren.

Deze episodes geven dikwijls een goed gevoel en worden vaak over het hoofd gezien bij het stellen van een diagnose. Sommige mensen vinden het hypomaan zijn zo aangenaam, dat ze hun medicatie stopzetten of onregelmatig innemen. Dikwijls wordt er echter een hoge prijs betaald voor de hypomane episode. Die kan immers escaleren naar een manie of uitlopen op een (zwarte) depressie.

Depressieve episode

In een volledig ontwikkelde depressieve episode zijn een aantal van de volgende symptomen aanwezig gedurende ten minste twee weken. Ze maken het vaak moeilijk voor een persoon om gewoon te functioneren.

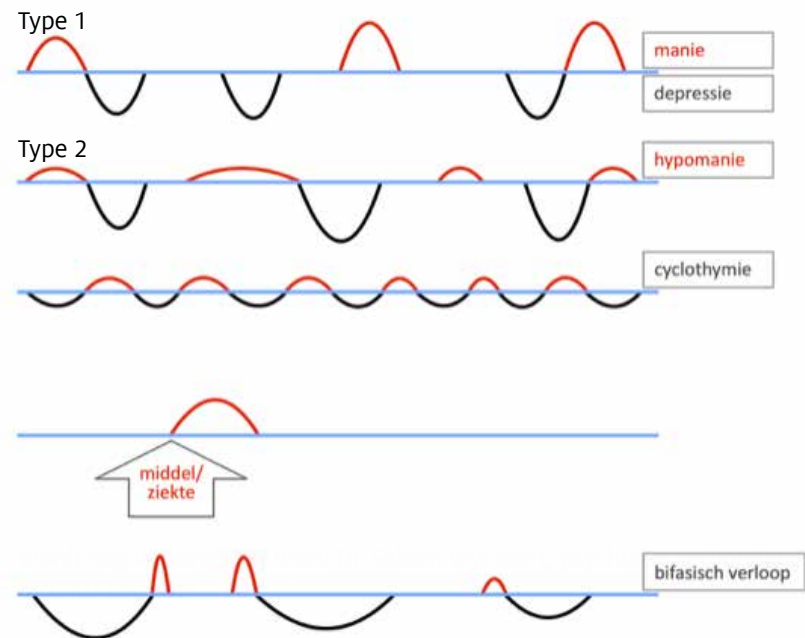
- Zich droevig, angstig of leeg voelen
- Gebrek aan interesse of verlies van plezier in de meeste activiteiten
- Niets nog de baas kunnen
- Besluiteloosheid
- Moeite hebben met normaal denken, traag van begrip, vergeetachtigheid
- Moeilijk inslapen en/of vroeg ontwaken
- Te veel slapen, de hele dag in bed blijven
- Verandering van gewicht en/of eetlust
- Gebrek aan energie
- Zich dikwijls vermoeid voelen
- Gevoelens van waardeloosheid, buitensporige of onterechte schuldgevoelens
- Twijfelzucht
- Loodzwaar gevoel in lichaam
- Zich veel zorgen maken of vaak overdonderd worden door emoties
- Verslechterende lichamelijke gezondheid, allerlei lichamelijke klachten
- Verwaarloosde persoonlijke hygiëne
- Niet in staat zijn eenvoudige routinetaken uit te voeren
- Zelfmoordgedachten en/of -poging
- Sociale contacten uit de weg gaan
- Concentratieverlies; niet in staat zijn een boek te lezen of een tv-programma te volgen

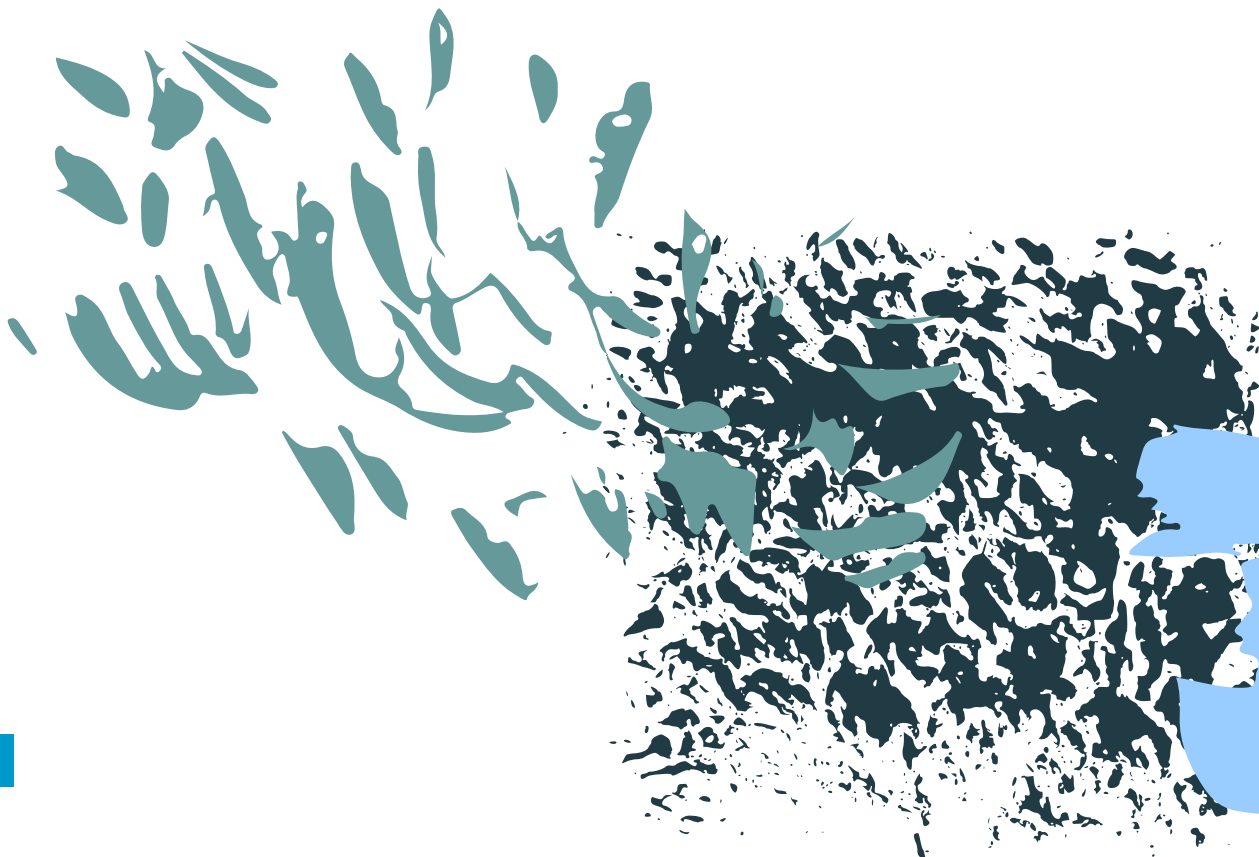
Gemengde episode

Dit zijn episodes waarin zowel symptomen van de (hypo)manie als van de depressie aanwezig zijn. Deze symptomen kunnen op hetzelfde moment voorkomen of veelvuldig afwisselen gedurende de dag. In zo'n episode ben je energiek of opgewonden zoals in een (hypo)manie, maar ook geïrriteerd en depressief in plaats van je eufor of almachtig te voelen. Deze gemengde, zeer instabiele episodes zijn bijzonder lastig om mee te maken en brengen een groot risico voor zelfmoord met zich mee.

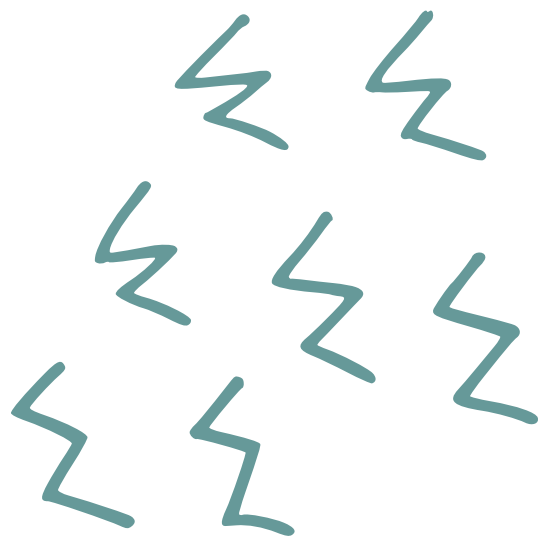
Stabiele episode

Als je gedurende een korte of langere periode geen klachten hebt, is er sprake van een stabiele periode. Een belangrijk doel van de behandeling en de levensstijl is om deze stabiele episode(s) zo vaak mogelijk te laten voorkomen en zo lang mogelijk te laten duren.





2. OMGAAN MET DE DIAGNOSE: WAT NU ?



2. OMGAAN MET DE DIAGNOSE: WAT NU?

Voor bepaalde mensen betekent het vernemen van de diagnose een opluchting: eindelijk is er een verklaring voor de duizelingwekkende pieken en ellendige dalen die ze ervaren. Het biedt hun ook een handvat om informatie te zoeken en met of ondanks die aandoening te streven naar een kwaliteitsvol en betekenisvol leven. Hoe dan ook vergt dit een aanvaardingsproces. Anderen hebben bij het horen van de diagnose gemengde gevoelens. Ze voelen het aan als een extra stempel die hen in een hokje duwt. Ieder persoon is uiteraard uniek en ervaart zijn eigen kwetsbaarheid op een hoogstpersoonlijke wijze. Een 'diagnose' kan de uniciteit en de complexiteit onmogelijk vatten. Hoe dan ook is het normaal dat je je zorgen zult maken en dat er heel wat vragen in je zullen opkomen over de impact die deze aandoening op jouw leven en dat van je geliefden zal hebben.

Hoe zal de bipolaire stoornis mijn leven beïnvloeden?

Het goede nieuws is dat je met die diagnose heel gericht aan de slag kunt gaan om de ziekte te 'managen' en in zo goed mogelijke banen te leiden. Een aanpassing van je levensstijl, zelfmanagement en -monitoring, contact met lotgenotengroepen, therapie en ook medicatie kunnen de symptomen doen afnemen of zelfs doen verdwijnen. Het lijdt geen twijfel dat je levenskwaliteit daardoor aanzienlijk zal verbeteren. Anderzijds zal je ermee moeten leren leven dat je een aandoening hebt waarvoor je levenslang zorg zal moeten dragen. Dat vormt ongetwijfeld een uitdaging, maar met gepaste hulp en degelijke behandeling is die helemaal niet onoverkomelijk.

Zal het ooit weer beter gaan?

De meeste mensen vinden dat, zodra de behandeling loopt - welke die ook is -, hun toestand significant verbetert. Er is niet zoiets als een wondermiddel tegen de bipolaire stoornis, maar met een efficiënte opvolging - mede dankzij stemmingsdagboeken of signaleringsplannen - is de ziekte onder controle te houden. Langzaamaan zal je leren om jezelf in de gaten te houden, je zult valkuilen leren herkennen en je zult een samenwerking uitbouwen met eventuele hulpverlener(s) om de behandeling indien nodig bij te stellen. Tezelfdertijd zal je ook leren hoe je levensstijl aan te passen om zo weinig mogelijk hinder te ondervinden van je psychische kwetsbaarheid. Dit maakt het mogelijk een volwaardig actief leven te leiden.

Hoe zal de ziekte evolueren?

Met een goede opvolging, zelfmanagement en behandeling zullen bij de meeste mensen de symptomen verdwijnen: symptoomvrije periodes worden

de regel. Manische en/of depressieve episodes blijven echter op de loer liggen. Hoe dikwijls dit gebeurt en hoe lang de symptoomvrije tussenperiode duurt, hangt af van persoon tot persoon. Het is ook afhankelijk van het al dan niet 'aanslaan' van een therapie, of van andere factoren, bv. andere ziektes, nieuwe stresserende gebeurtenissen, ondersteuning door de omgeving en de nodige zelfzorg. Bij gebrek aan behandeling - in welke vorm ook - verergert de aandoening na verloop van tijd. Precies daarom is een vroege diagnose en een aangepaste behandeling zo belangrijk.

Moet ik mij laten opnemen in een ziekenhuis?

Het is begrijpelijk dat heel wat mensen bij het horen van de diagnose bang zijn dat ze zich in een ziekenhuis zullen moeten laten opnemen. Dit is normaal gesproken niet nodig, als men na de diagnose zijn levensstijl aanpast, aan zelfmanagement doet en er ook een goede behandeling wordt opgestart. Blijft dat echter uit, of wordt de behandeling niet strikt opgevolgd, dan kunnen er manische of depressieve episodes optreden die een gevaar vormen voor het eigen welzijn of dat van de omgeving. Opname kan dus aangewezen zijn wanneer de manie of depressie ernstig tot zeer ernstig is om terug te kunnen keren naar een meer stabiele toestand. Mits een goede samenwerking kan een behandeling meestal ambulantly/poliklinisch georganiseerd worden. Bij zeer ernstige manie waarbij welzijn van de betrokkene en of diens omgeving ernstig in gevaar komt moet men soms overgaan tot een gedwongen opname wanneer er geen samenwerking te verkrijgen is (bv. door gebrek aan ziektebesef en ziekte-inzicht).

Is het mijn schuld?

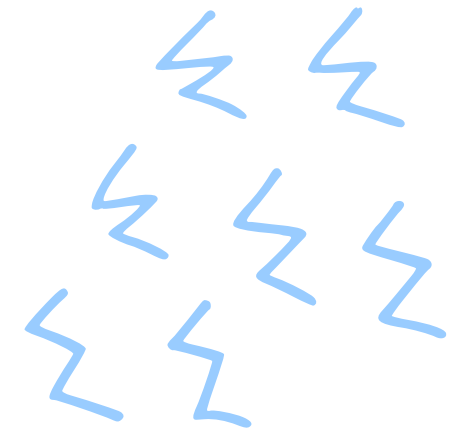
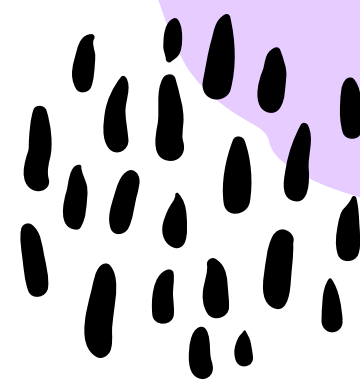
Soms kan na de diagnose van een bipolaire stoornis bij de patiënt of zijn omgeving de vraag rijzen of zij misschien iets gedaan hebben dat de ziekte veroorzaakt heeft. De waarheid is dat bij bipolariteit niemand schuld treft. De ziekte ontstaat door een samenspel van een heel aantal factoren, die de wetenschap op dit ogenblik nog niet kan doorgronden. Wel is het belangrijk om zoals - hoger gezegd - de eigen verantwoordelijkheid op te nemen om de ziekte zoveel mogelijk 'in goede banen' te leiden.

'Zelfzorg' staat in deze brochure centraal.

Daar gaan we in de volgende hoofdstukken verder op in. Heel belangrijk daarbij is ook de manier waarop je naar jezelf kijkt. Neem het jezelf dus niet kwalijk dat je met deze aandoening worstelt. Wees mild voor jezelf en behandel jezelf respectvol en liefdevol, zoals je dat spontaan zou doen bij een ander persoon die je liefhebt. Zadel jezelf niet op met schaamte of een zelfstigma, maar wees integendeel tevreden met wie je bent en trots op wat je tot dusver



3. BEHANDELING ?



3. BEHANDELING

De behandeling van een bipolaire kwetsbaarheid is idealiter gericht op 'herstel'. Dat betekent genezen mét de psychische aandoening in plaats van genezen ván de aandoening. Dit impliceert in eerste instantie zoveel mogelijk het bereiken en bewaken van stabiliteit in het dagelijkse leven. Maar evenzeer ook het bouwen aan een kwaliteitsvol en zinvol leven, ondanks de beperkingen van de psychische kwetsbaarheid. Daarbij verlaten we best de dwingende maatschappelijke norm van 'normaliteit'; een ideaalbeeld dat snel doorprikt kan worden. Veel beter is het te vertrekken vanuit de essentiële interesses, passies en intrinsieke kwaliteiten van een persoon.

In de volgende hoofdstukken komen verschillende benaderingswijzen aan bod. Niet toevallig hebben we zelfzorg en zelfmanagement als eerste bovenaan geplaatst want voor een duurzaam herstel is het zaak om als patiënt zelf grip te krijgen op je eigen kwetsbaarheid en de herstelregie in handen te nemen. Wat niet betekent dat we geen hulp van buitenaf mogen inroepen, wel integendeel.

Professionele hulp inroepen

Wanneer je je begint zorgen te maken over je mentale welzijn of vreest dat iemand uit je omgeving een bipolaire gevoeligheid heeft, is het raadzaam om hulp in te roepen. In dat geval is de huisarts meestal het eerste aanspreekpunt. Deze moet in staat zijn een eerste inschatting te maken en te beslissen of een bezoek aan een psychiater aangewezen is. Je kunt je ook rechtstreeks tot een psychiater of tot de ambulante geestelijke gezondheidszorg wenden (CGG = Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg).

Misschien hou je niet zo van medici en verkies je eerder een gesprek met een filosoof of therapeut die nieuwe inzichten aanreikt, die je anders doet kijken naar jezelf en de dingen en die je zo helpt je mentale evenwicht te herstellen. Die gesprekken kunnen je ook aanzetten tot zelfreflectie, waardoor je een grotere zelfkennis krijgt, een beter zicht krijgt op je eigen behoeftes en hoe daarmee op een constructieve manier om te gaan. Mocht de zin in en van het leven verdwenen zijn, dan kunnen die gesprekken dat opnieuw scherpstellen. Dit laatste is overigens een bijzonder essentieel onderdeel van herstel. Maar ook die therapeut kan je adviseren om medische begeleiding te zoeken.

Wat te vertellen

Een van de redenen waarom mensen met een bipolaire aandoening vaak verkeerd of niet gediagnosticeerd worden, is dat de arts niet het hele verhaal te

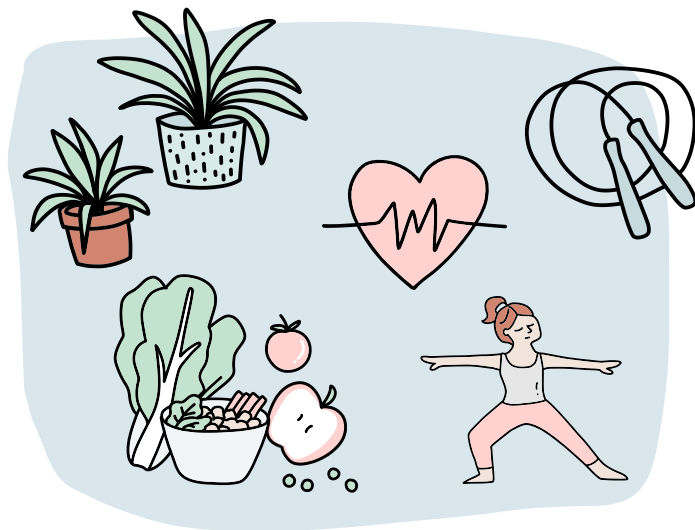
horen krijgt. Mensen met een bipolaire kwetsbaarheid zijn niet vaak geneigd om naar de dokter of psychiater te gaan als ze in een hypomane of manische episode verkeren. Meestal raadplegen ze die alleen in depressieve periodes. De arts ziet dan slechts één zijde van de ziekte en kan de verkeerde diagnose stellen.

Dit betekent dan weer vertraging bij het opstarten van de juiste behandeling. Geef de arts daarom een zo volledig mogelijke beschrijving van alle symptomen die je ervaart, zowel de (hypo)manische als de depressieve. Als het enigszins kan, noteer vooraf welke symptomen je had en hoe lang ze duurden.

Laat je vergezellen door een vertrouwenspersoon (bijvoorbeeld partner, familielid of vriend). Hij kan een andere kijk geven op je gedrag en stemming. Dit kan van cruciaal belang zijn voor het stellen van de juiste diagnose. Vermeld de familiegeschiedenis van bipolaire gevoeligheid of andere vormen van psychische aandoeningen.

Signaleer wijzigingen in je slaappatroon. (Meer, minder, nauwelijks of niet meer slapen.) Neem de informatie mee over andere ziektes - psychisch of lichamelijk - die je eventueel hebt. Informeer de arts over alle medicijnen die je neemt, al dan niet op voorschrift. Dus ook medicatie voor lichamelijke kwalen of andere geestelijke gezondheidsproblemen.

Spreek over je leefstijl, je manier van leven, inclusief hoe je je voelt op het werk (stress) en eventuele recente gebeurtenissen waardoor je van streek raakte. Wees eerlijk over je drinkgewoonten, cafeïne-, tabak- of drugsgebruik.



3.1 ZELFZORG EN ZELFMANAGEMENT

Zelfzorg betekent letterlijk 'voor jezelf zorgen'. Het lijkt eenvoudig maar het omvat veel meer dan 'me-time'. Voor een goede zelfzorg ga je in verbinding met jezelf en kijk je naar je eigen behoeftes. Dit is een proces van bewustwording en luisteren naar je lichaam en geest.

Een goede zelfzorg vergt doorgaans ook een aanpassing van je leefstijl.

Voor mensen met een bipolaire gevoeligheid zijn onderstaande thema's van groot belang.

1. Kennis van de bipolaire stoornis

Hoe meer je weet over bipolariteit, hoe beter je de kenmerken kent. Vraag informatie aan je arts, lees over bipolariteit en ga eventueel naar lezingen. Zo kom je te weten welke symptomen jij ervaart of ervaren hebt. Met deze informatie kun je aan de slag om een signaleringsplan op te stellen. (Zie hoofdstukken 'Psycho-educatie' en 'Bijkomende informatie' voor meer informatie.)

2. Bioritme

Mensen met een bipolaire kwetsbaarheid zijn bijzonder gevoelig voor - zelfs geringe (!) - veranderingen in dag- en nachtritme. Zorg voor regelmaat, sta op tijd op en ga op tijd naar bed. Probeer zo veel mogelijk dezelfde tijden aan te houden. Inboeten op kwaliteit en kwantiteit van slaap kan leiden tot stemmingswisselingen. Vermijd voor het slapengaan het blauwe licht van een computerscherm, smartphone of TV. Zorg voor structuur in je dagindeling. Voor mensen met een bipolaire gevoeligheid is het af te raden om ploegenwerk te doen.

3. Stress

Te veel prikkels of activiteiten kunnen stress veroorzaken en je uit evenwicht brengen. Soms leidt stress onmiddellijk tot een (hypo)manische of depressieve episode.

Vermijd situaties waarvan je weet dat ze spanningen veroorzaken (zoals drukte, lawaai). Zorg voor rust om je heen.

Doseer je activiteiten en neem indien nodig gas terug. Plan in je agenda voldoende rustperiodes en/of rustdagen in.

Waak erover dat je niet over je grenzen gaat. Luister naar je lichaam en durf 'nee' te zeggen!

Ga na welke activiteiten ontspannend zijn voor jou en waarvan je hoofd leeg wordt (muziek beluisteren, natuur opzoeken ...). Doe dingen waar je plezier aan beleeft (hobby's, afspreken met vrienden ...)

Ook ontspanningsoefeningen kunnen je helpen (ademhalingsoefeningen,

mindfulness, meditatie ...)

Zorg voor orde in je woning. Ook dit geeft rust in je hoofd.

4. Bewegen en gezonde voeding

Volgens wetenschappelijk onderzoek komen tijdens het bewegen in de hersenen talloze stofjes vrij die je gemoedstoestand reguleren.

Plan dagelijks een bewegingsactiviteit in, liefst in de natuur. Wandelen, fietsen en zwemmen zijn zeer goede, ontspannende activiteiten.

Combineer deze goede gewoonte met een regelmatig en gezond eetpatroon. Beperk zoveel mogelijk toegevoegde suikers en bewerkte voeding. Ze hebben een negatieve invloed op je gezondheid.

5. Cafeïne, alcohol, drugs

Deze middelen veroorzaken een onevenwicht in de werking van de hersenen. Dit kan stemmingswisselingen op gang brengen en de werking van de voorgeschreven medicatie beïnvloeden. Wees zuinig met cafeïne. Vermijd alcohol en drugs. Je kunt soms in verleiding gebracht worden om deze middelen te gebruiken om je stemmings- of slaapproblemen te 'behandelen'. Maar dit interfereert met de werking van je medicatie en heeft een nefaste invloed op je stabiliteit.

6. Contragedrag

Pas contragedrag toe bij beginnende klachten of symptomen. Dat wil zeggen: blijf actief als je geneigd bent passief te worden en doe het rustiger aan als je overactief bent.

Bij depressieve gevoelens heb je een lage draagkracht. Je kunt bijna niets aan en alles wordt je vlug te veel. Desondanks plan je best dagelijks een ontspannende activiteit in. Je zal er op dat moment het nut niet van inzien, omdat je er niet van kunt genieten. Een wandeling maken in de natuur is op zulke momenten nochtans heilzaam.

Tijdens depressieve episodes heb je geen zin in sociale contacten. Toch blijf je best contact houden met anderen. Spreek af met een vertrouwenspersoon om samen bijvoorbeeld een wandeling te maken.

Als je drukte in je hoofd ervaart (hypomanie), doe het dan rustiger aan. Beperk je sociale activiteiten. Schrap activiteiten uit je agenda en plan rustperiodes en/of rustdagen in. Zoek een prikkelarme omgeving (ruimte) op. Een wandeling in de natuur is rustgevend en kan wonderen doen.

7. 'Anders kijken'

Veel mentaal lijden en dus ook depressies ontstaan vanuit een 'negatieve blik'. Als je niet aanvaardt wat het leven te bieden heeft, dan is dit een uitste-

kende voedingsbodem om te beginnen piekeren, 'rumineren' en dus op weg te gaan naar een depressie. Zeer belangrijk is dus ook je steeds bewust te zijn van je mentale houding; om paal en perk te stellen aan je zwarte gedachten en indien nodig heel bewust te switchen van een negatieve naar een positieve kijk op de dingen.

3.2 LOTGENOTENCONTACT

Word lid van een zelfhulpgroep

Leven met een bipolaire stoornis kan zeer eenzaam zijn. Je kunt de indruk hebben dat je problemen onoverkomelijk zijn. Hier heeft een lotgenotengroep of zelfzorggroep heel wat te bieden om je wegwijs te maken en je er met een gebruiksaanwijzing terug bovenop te helpen.

Een zelfzorggroep brengt mensen in contact met lotgenoten die zich in een vergelijkbare situatie bevinden. Tijdens een lotgenotenbijeenkomst vind je begrip en ondersteuning en krijg je tegelijk ook heel wat informatie, tips en advies aangereikt. Kennis- en ervaringsuitwisseling is belangrijk. Er wordt veel gepraat in een lotgenotengroep, uiteraard over gemeenschappelijke thema's en dat heeft een positief effect.

Wetenschappelijk onderzoek heeft namelijk aangetoond dat mensen die goed over hun problemen en gevoelens kunnen praten tegen de juiste personen – dit is niet onbelangrijk – hun problemen sneller en beter kunnen verwerken. Vertellen is verwerken. Wanneer mensen de gelegenheid krijgen om vrijuit over hun gevoelens en de feiten te praten, krijgt hun innerlijke beleving ruimte en wordt het verwerkings- en herstelproces gestimuleerd.

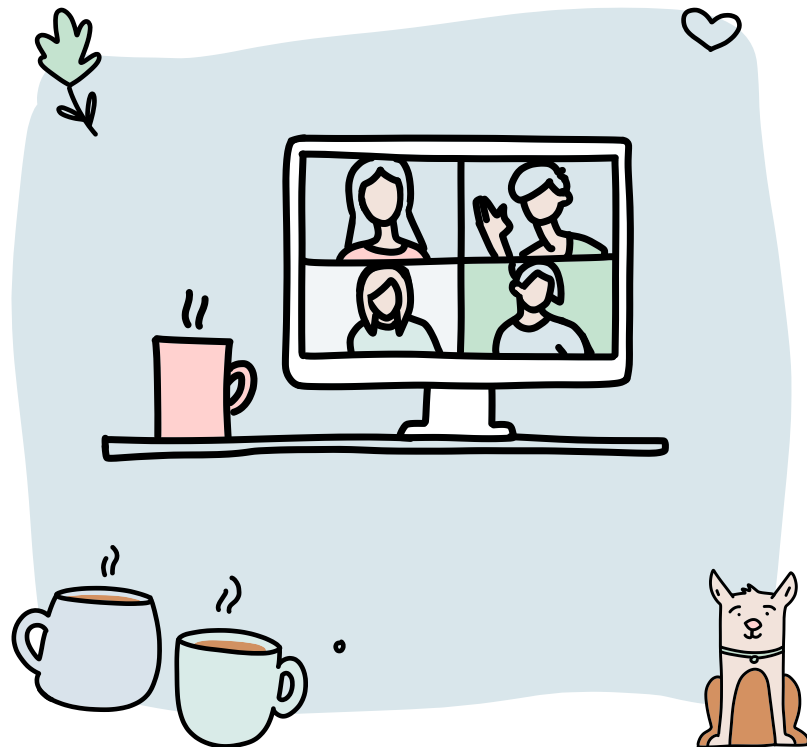
De wijze waarop lotgenoten met elkaar praten is vaak bijzonder doeltreffend. Ze zitten snel op dezelfde golflengte, ze weten precies waarover het gaat; de groep zit immers barstensvol vergelijkingsmateriaal. Door het herkennen van het eigen verhaal in het verhaal van een ander, krijgt iemand er een bredere kijk op. Want mensen die het moeilijk hebben of zich verward en neerslachtig voelen, bevinden zich vaak in een toestand van bewustzijnsvernaauwing. Ze geraken vast in een uiterst negatief en eenzijdig denkpatroon. Hun eigen situatie spiegelen aan een gelijkaardige situatie doorbreekt deze negatieve denkspiraal en relativeert de hele toestand. Verhalen van lotgenoten die hun leven weer in eigen handen nemen en grip krijgen op hun aandoening, kunnen bijzonder inspirerend zijn. Ook al is de verwerking en het herstel steeds een proces van vallen en opstaan dat tijd en energie vergt.

Zelfhulp- of zelfzorggroepen delen informatie en expertise, hebben vaak ook een ombudsfunctie of doen aan belangenbehartiging, bouwen (internatio-

nale) netwerken uit en strijden tegen onwetendheid en discriminatie. Het is niet alleen wie met bipolariteit geconfronteerd wordt die nood heeft aan informatie over de ziekte. De maatschappij in haar geheel blijkt meestal zeer slecht op de hoogte. Dit ligt aan de basis van misvattingen, stigma, vooroordelen en uitsluiting. Zelfhulpgroepen bestrijden dit door het opzetten van activiteiten en campagnes gericht op een positieve beeldvorming.

De regionale zelfzorggroepen (ook lotgenotengroepen, praatgroepen of regiogroepen genaamd) van Ups & Downs worden begeleid door ervaringsdeskundigen (regioverantwoordelijken). Zij leven ook met een bipolaire gevoeligheid, hebben al een hele weg afgelegd in hun herstel en kunnen zo ook anderen inspireren. Sommige groepen worden mee begeleid door een partner of familielid.

De regioverantwoordelijke stelt telkens een gevarieerd programma op met boeiende thema's die inspelen op de vragen van de groep. Op de website van Ups & Downs (www.upsanddowns.be) staan de verschillende groepen vermeld met de data en uren van de bijeenkomsten en de desbetreffende thema's.



3.3 PSYCHO-EDUCATIE

Hoe meer je over je ziekte leert, hoe beter je geplaatst bent om de controle erover te verwerven. Dit uitgangspunt van psycho-educatie ligt aan de basis van een specifiek therapeutisch programma waarbij een daartoe opgeleide therapeut informatie verschaft die ertoe moet leiden zowel de frequentie als de ernst van de symptomen in de toekomst te beperken.

Psycho-educatie maakt deel uit van een globaal behandlingsplan. Je zult heel wat kennis vergaren en je zult je ziekte en de behandeling beter leren begrijpen, het zal je helpen er beter mee om te gaan. Het zal ook een steun betekenen om door te gaan met medicatie. Veel mensen vinden dat niet alleen de informatie hen helpt, maar ook het leerproces zelf.

Psycho-educatie kan vele vormen aannemen. Er zijn de een-op-eensessies met de therapeut, of sessies bedoeld voor de omgeving en familieleden, of groepsbijeenkomsten met andere patiënten of gemengde bijeenkomsten waarbij zowel patiënten als familieleden samen deelnemen. Er bestaan overigens ook al diverse psycho-educatieve boeken en websites.

Psycho-educatie gebeurt in meerdere sessies over een paar maanden gespreid, soms zelfs jaren. Het effect blijkt het grootst te zijn wanneer de sessies plaatsvinden in stabiele periodes, gezien je dan meest openstaat om informatie op te nemen. Een typisch psycho-educatieprogramma zou kunnen bestaan uit:

- Oorzaken en uitlokkende factoren van (hypo)manische en depressieve episodes leren herkennen
- Symptomen van (hypo)manie en depressie vroegtijdig leren opsporen
- Aanleren van strategieën om te verhinderen dat eerste symptomen uitlopen op echte episodes
- Leren werken met dagboeken om je ziekteverloop in de gaten te houden
- Medicatie correct innemen en opvolgen
- Herkennen van bijwerkingen van medicatie en hoe hierop reageren
- Bewust maken van het risico dat het stopzetten van de behandeling inhoudt
- Info over nadelen van drank- en druggebruik en hoe minderen of stoppen
- Info over erfelijkheid van de bipolaire stoornis en kinderwens
- Helpen bij het uitbouwen van een regelmatige levensstijl
- Leren aanpakken van slaapproblemen – zowel bij te veel als bij te weinig slaap
- Leren omgaan met stress
- Leren hoe een gezonde slaaphygiëne uitbouwen en omgaan met slaaptkort of teveel
- Aanleren van probleemoplossend gedrag.

Familiegericht psycho-educatie zal het ook hebben over de financiële, sociale en psychologische druk die kan optreden wanneer je voor iemand met een bipolaire aandoening zorg draagt. Diensten die aan psycho-educatie doen kun je ofwel rechtstreeks benaderen, of je kunt je behandelteam, je huisarts of je zelfhulpgroep vragen je ermee in contact te brengen.

Enkele bijzonder efficiënte tools om meer grip te krijgen op je stemmingsschommelingen en zo via zelfmonitoring en -management je ziekte onder controle te houden.

1. Signaleringsplan

Een **signaleringsplan** is een plan dat je opstelt met als doel een depressieve of (hypo)mane episode te voorkomen. Je kunt het raadplegen om stemmingsontregeling zoveel mogelijk te voorkomen, te beperken of terug te stabiliseren. Je kunt dit plan alleen opstellen, maar vaak is het extra bruikbaar als je het samen met een vertrouwenspersoon (vriend, familielid, ervaringsdeskundige en/of hulpverlener) opstelt. Vaak kunnen zij bruikbare informatie toevoegen waar je zelf nog niet aan gedacht hebt.

Een signaleringsplan maak je best op wanneer je stemming stabiel is en met de gepaste afstand kunt terugblikken op een episode.

Een signaleringsplan beschrijft concreet:

1. Welke gebeurtenissen of omstandigheden je uit evenwicht brengen (jouw triggers).
2. Welke signalen een specifieke stemmingsepisode voorafgaan (jouw waarschuwingssignalen)
3. Welke symptomen er tijdens een episode aanwezig zijn
4. Wat jij of je omgeving kan doen om je stemming terug te stabiliseren (jouw actieplan)

Elke soort episode krijgt een apart actieplan, omdat er bij elke episode andere acties moeten gesteld worden. Zo zijn er acties voor milde, matige of zware depressie, hypomane of manische episodes. Geef eventueel een kopie van dit plan aan vertrouwenspersonen en je behandelaar.

Tips bij het invullen:

- Start met de stabiele fase. Duid zowel je sterktes aan als zaken waar je het altijd moeilijk mee hebt.
- Vul vervolgens de meest ernstige vorm van de episode in (manie, zware depressie).
- Vul tenslotte de milde en matige vormen in.

Je vindt een goed en bruikbaar signaleringsplan - al dan niet invulbaar - op de website van het Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen (kortweg: KenBis):

<https://www.rb.gy/p0xh5>

Ook op de website www.psychosenet.be: www.psychosenet.be/hulp-en-herstel/tools-voor-je-herstel/signaleringsplan.

Deze zelfzorggids kun je downloaden van de site van Ups & Downs bij de rubriek 'publicaties'. Op die manier kun je bovenstaande links gemakkelijk gebruiken.

2. Stemmingdagboek

Een **stemmingdagboek**, ook wel life chart genoemd, is een methode die gebruikt wordt om je stemming, medicijngebruik en stressfactoren in kaart te brengen. Je noteert dagelijks je stemming en de daarbij belangrijke informatie van die dag (bv. verandering van medicatie of een belangrijke gebeurtenis). Het invullen van een stemmingdagboek helpt je bij het snel opmerken van veranderingen in je stemming. Je leert jouw triggers en waarschuwingssignalen kennen. Wanneer je stemmingsontregeling opmerkt, kun je ervoor kiezen je signaleringsplan erbij te nemen. Afhankelijk daarvan kun je de specifieke acties die je op je signaleringsplan vermeld hebt uitvoeren. Je kunt dan adequaat optreden om je stemming opnieuw te stabiliseren.

Je stemmingdagboek kun je ook meenemen naar je afspraak bij je psychiater, huisarts of psycholoog. Zo krijgen ook zij een goed zicht op het verloop van je stemming en kunnen bepaalde interventies beter afgestemd worden op wat jij écht nodig hebt.

Er bestaan ook verschillende applicaties (al dan niet betalend) die je kunt downloaden op je gsm en waar je je stemming digitaal kunt invoeren. Er bestaan verschillende apps, bv. Emoods, Imood Journal en Daylio. Emoods heeft een gratis versie die dicht aanleunt bij de papieren versie en kan zeer gemakkelijk worden ingevuld. Als je het elke dag bijhoudt, krijg je via een grafiek inzicht in je stemming over een langere periode. Deze informatie kun je dan bespreken met je behandelaar.

Een voorbeeld van een stemmingdagboek vind je in het hoofdstuk 'Bijkomende informatie' maar ook op de site van KenBis: <https://rb.gy/oje83>

Een voorbeeld van een stemmingdagboek kun je downloaden van de site van Ups & Downs bij de rubriek 'publicaties'. Op die manier kun je bovenstaande link gemakkelijk gebruiken.

3. Crisiskaart

Een **crisiskaart** beschrijft hoe er bij een (dreigende) crisis gehandeld moet worden en heeft tot doel crisissen en (gedwongen) opnames te voorkomen en de kwaliteit van de acute zorg te verbeteren. Je kunt deze kaart meenemen in je portfeuille. In sommige gevallen is er niet veel tijd om in te grijpen, dus is het belangrijk de hoognodige informatie snel te kunnen raadplegen (bv. welke medicatie je neemt) en door te geven aan je omgeving. Op een crisiskaart worden persoonlijke gegevens genoteerd, maar ook: vertrouwenspersonen, medicijngebruik, diagnose of omschrijving van een crisissituatie, afspraken met de huisarts of de behandelaar, wensen, praktische informatie zoals: huisdieren die verzorging nodig hebben enzovoort. Je bepaalt helemaal zelf hoeveel informatie je op de crisiskaart zet.

Meer info en een voorbeeld van een crisiskaart: <https://www.psychose-net.nl/wat-is-herstel/zelf-werken-aan-je-herstel/crisiskaart/>



3.4. PSYCHOTHERAPIE

Elk van ons heeft zijn eigen manier van fysiek en psychisch functioneren, en ieder mens reageert dan ook op zijn manier op de dingen die hem overkomen. De een kan meer hebben dan de ander. Sommige mensen schrikken zich rot als een lucifertje op de grond valt, anderen blijven stoïcijns kalm, zelfs al ontploft er een bom naast hen.

We weten echter allemaal zeer goed wanneer het voor ons te veel wordt: wanneer we lijden onder onze emoties, psychisch in de knoei zitten en het gevoel hebben dat het ons allemaal te veel wordt. Dan kan een therapeut helpen om een en ander in perspectief te plaatsen, zicht te krijgen op niet-behulpzame patronen en met een andere, frisse blik naar de dingen te kijken zodat we terug (meer) grip krijgen op ons leven.

Er zijn geen objectieve criteria die aangeven wanneer iemand best professionele hulp gaat zoeken. Maar er zijn wel signalen die aangeven dat iemand de controle over zijn eigen handelen aan het verliezen is. Dan is het tijd om verder te kijken.

“Zal dat wel iets bijbrengen, die professionele hulp? Zal het niet nog erger worden, moet ik er zelf niet overheen geraken? Misschien ben ik wel beschaamd voor mijn zelfverkleerde ‘zwakte?’”. Dit zijn vragen waar iedere mens mee worstelt als hij op het punt staat hulp te zoeken.

Voor de bipolaire stoornis wordt eerder gewerkt met andere therapievormen dan de klassieke psychoanalyse. In de praktijk zit je meestal tegenover de therapeut, soms alleen, soms in groep, en praat je over je ziekte en hoe je ermee omgaat. Niet voor niets wordt psychotherapie weleens ‘praattherapie of gesprekstherapie’ genoemd.

Psychotherapie is een belangrijk onderdeel van de behandeling van bipolariteit en is de noodzakelijke aanvulling op de medicatie. Bedoeling is om, eens de symptomen onder controle zijn, je de vaardigheden en de strategieën eigen te maken om je leven weer op de sporen te krijgen; terug zin te doen krijgen in het leven, terug een zinvol leven op te bouwen.

Psychotherapie zal je ook helpen je gevoelens te reguleren, te reageren op gebeurtenissen die symptomen zouden kunnen uitlokken en een omgeving op te bouwen waarbinnen je voldoende steun vindt om met je ziekte verder te leven. Er zal ook gefocust worden op het aanleren van vaardigheden die nodig zijn om je leven te structureren, eens je de weg van het herstel hebt aangevat.

Types professionele hulpverleners

Als iemand 'professionele' hulp zoekt, kan dat bij drie types professionele hulpverleners:

- Psychologen zijn universitair opgeleid, licentiaten psychologie die zich hebben gespecialiseerd in het onderkennen van persoonlijkheidskenmerken en in de mechanismen van denken en voelen en hun weerslag op en wisselwerking met gedrag en lichamelijke symptomen.
- Psychiaters zijn artsen die gespecialiseerd zijn in psychische problemen. Vermits ze arts zijn kunnen ze medicatie voorschrijven en betaalt het ziekenfonds een deel van de consultatie.
- Psychotherapeuten hebben een bijkomende opleiding gevolgd om aan psychotherapie te (mogen) doen. Het gaat zowel om artsen (psychiaters), psychologen, maatschappelijk werkers, logopedisten, verpleegkundigen enzovoort. Inmiddels is er een wettelijke erkenning van psychotherapie; niet iedereen kan zich dus zomaar therapeut noemen: daar zijn voorwaarden aan verbonden van basisopleiding en psychotherapie-opleiding.

Er bestaan heel wat verschillende vormen van psychotherapie, en de manier van werken kan zeer verschillend zijn. Je hebt dus keuze, en je kunt een therapie kiezen waar je je goed bij voelt. Je arts zal je begeleiden en samen met jou op zoek gaan naar de meest aangepaste therapie. Er zijn ook beroepsverenigingen van therapeuten die informatie verstrekken en vergeet ook de zelfhulpgroepen niet.

Dat bijkomende psychotherapeutische begeleiding naast een medicamenteuze behandeling noodzakelijk en bijzonder zinvol is voor mensen met bipolariteit, staat vast. Want zelfs een zeer goed uitgedacht geneesmiddelen-schema dat correct gevolgd wordt, faalt bij sommige patiënten om de acute symptomen volledig onder controle te krijgen of om nieuwe episodes te vermijden. Inzicht in de ziekte en in de eigen verantwoordelijkheid om de ziekte te 'managen' is onontbeerlijk.

Bovendien is het ook zeer belangrijk dat mensen na een depressie of manie terug kunnen functioneren op de verschillende terreinen van hun leven en de draad thuis terug kunnen oppakken. Inzicht in de impact van de ziekte op hun leven en hun relaties mag daarbij niet ontbreken. Psychotherapie kan helpen om te gaan met eventuele schuld- of schaamtegevoelens die daarbij ontstaan.

Medicatierouw blijft een groot aandachtspunt met tal van valkuilen waardoor mensen weleens durven stoppen met hun behandeling. Gezien ingrijpende levensgebeurtenissen en stress, maar ook een ontregeling van het dagdagelijkse ritme – vaak met slaapgebrek tot gevolg – bijdragen tot nieuwe episodes, is het noodzakelijk de nodige tools aan te leren om er anders en beter mee om te gaan. Naast de stemmingswisselingen moeten ook bijkomende problemen, zoals alcoholmisbruik en angsten de nodige aandacht krijgen en aangepakt worden.

Types van psychotherapie

Volgende types van psychotherapie kunnen bijzonder nuttig zijn bij het herstelproces:

Cognitieve Gedragstherapie (CBT)

Richt zich op het herkennen en eventueel bijsturen van gedachten, emoties en gedragingen en hun wisselwerking. Deze therapievorm wil mensen wapenen met een brede waaier aan zelfhulpstrategieën om hun reacties op stress te milderen en een sterker gevoel te creëren van efficiënt omgaan met de uitdagingen en moeilijkheden die men in het leven tegenkomt. Specifiek voor bipolariteit zal deze behandeling ook ziekte-inzicht en acceptatie aankaarten, zichzelf leren monitoren qua stemming om zo ook vroegtijdig symptomen te detecteren, en misvattingen over medicatie aankaarten en uitklaren, CBT richt zich ook op andere hindernissen die de medicatierouw in het gedrang brengen, alsook op strategieën om sociale steun te durven inroepen indien nodig of problemen in de sociale relaties aan te pakken.

Gezinstherapie

In de relatietherapie en gezinstherapie zijn partners of gezinsleden meestal samen in psychotherapie en staan de problemen van een of meerdere betrokkenen centraal. Tegenwoordig worden relatietherapie en gezinstherapie ook wel systeemtherapie genoemd en heet de therapeut systeemtherapeut. De term 'systeem' duidt op het sociale systeem waar mensen deel van uitmaken. Hiermee wordt bedoeld: de mensen die wij kennen en waar we een band mee hebben. Iedereen maakt deel uit van verschillende sociale systemen: thuis, op school of in ons werk hebben we contact met andere mensen. Met sommige mensen hebben we een oppervlakkig contact, met anderen onderhouden we een intensieve of intieme relatie. Binnen een sociaal systeem beïnvloeden mensen elkaar. Gedachten, gedragingen, gevoelens en verwachtingen ontstaan in wisselwerking met anderen uit onze omgeving. Dit is een complex proces waarbij problemen kunnen optreden. Bijvoorbeeld: twee partners

krijgen ruzie over de taakverdeling in huis; een kind krijgt gedragsproblemen op school na een ernstige ziekte van moeder. Een systeemtherapeut zal de problemen altijd bekijken tegen de achtergrond van de wisselwerking met anderen. Ook wordt bekeken wie kan bijdragen tot het oplossen van de problemen. Bij bipolaire stoornis gaat er veel aandacht naar communicatie, begrijpen van wat de bipolaire stoornis is en niet is om de impact ervan in kaart te krijgen en te verminderen.

Mindfulness

is een therapie die erg geschikt is voor mensen die al verschillende depressies hebben doorgemaakt. Algemeen helpt mindfulness stress te verminderen. Deze therapie is gebaseerd op de klassieke meditatietechnieken en zal via aandachtstraining de focus richten op onze 'innerlijke wereld' die zelden rustig is maar waarin voortdurend allerlei gedachten, emoties, oordelen elkaar opvolgen waarover we blijkbaar weinig controle hebben. Deze erg onrustige denken gevoelsprocessen hebben echter een grote impact op ons in het hier en nu. Via de aandachtstraining beogen we de emoties en gedachten in onszelf op te merken zonder te oordelen. Aldus zullen deze processen hun impact verliezen en zijn we in staat om de werkelijkheid te zien zoals deze zich aanbiedt, zonder de innerlijke ruis. Geleidelijk aan kun je aldus een grotere alertheid ontwikkelen voor je eigen functioneren in de verschillende aspecten van je leven.

Acceptance and Commitment Therapy (kortweg ACT) is een wetenschappelijk onderbouwde vorm van gedragstherapie die je helpt een bewust en waardevol leven te leiden, door te leren omgaan met onaangename gevoelens, een gezonde afstand te nemen van negatieve gedachten (Acceptance), je te richten op wat écht belangrijk is in jouw leven en haalbare doelen te stellen (Commitment).



Interpersoonlijke therapie/Interpersoonlijke Sociaal Ritme Therapie (IPSRT)

voorziet in begeleiding in de aanpassingen die mensen met bipolariteit zullen moeten maken om sterke wisselingen in hun levenspatroon (sociaal ritme) te verminderen. Een grotere bewustwording over hoe bijna elke gebeurtenis ook een ritmeverandering teweegbrengt en aldus kan bijdragen tot destabiliseren wordt nagestreefd. Niet enkel ritmeverstoorders maar ook ritmeversterkers worden voor een persoon in kaart gebracht. Als de stemmingsepisode beter onder controle is, wordt verder gewerkt op een aantal thema's:

- Rouw om het verlies van het gezonde zelf: acceptatie dat je een chronische aandoening hebt
- Rolverlies en -verandering
- Interpersoonlijke conflicten
- Sociale vaardigheden en coping
- Interpersoonlijke moeilijkheden

Clïëntgerichte therapie

(Rogeriaanse, experiëntiële of non-directieve psychotherapie)

Zoals de naam aangeeft, staat in deze behandeling de patiënt in het centrum. Een sessie verloopt ongeveer als volgt: de patiënt is aan het woord over onderwerpen die hem geestelijk hinderen. Die onderwerpen komen buiten de psychotherapie zelden naar buiten. De therapeut luistert, geeft tekenen van begrip, stelt al eens een vraag, maar stuurt het gesprek niet. Dit soort behandeling staat of valt met de houding van de therapeut. Hij moet een positieve ingesteldheid hebben tegenover zijn patiënt, eerlijk zijn tegenover eigen gevoelens en voldoende inlevingsvermogen bezitten. De aandacht van de therapeut gaat vooral uit naar de huidige situatie en de toekomst van de cliënt, niet zozeer naar diens verleden. Gedurende het therapieverloop exploreert de cliënt zijn eigen en andermans beleving en ontdekt zo zelfgenezende mogelijkheden. Clïëntgerichte therapie is duidelijk verwant aan psychoanalyse maar is minder langdurig.

Andere psychotherapievormen

Er zijn nog heel wat meer therapievormen die aangewezen kunnen zijn voor personen met bipolariteit, bijvoorbeeld kunsttherapie of muziektherapie, lichaamsgerichte therapie, Wellness Recovery Action Plan (WRAP) Er bestaat ook grote interesse om de Dialectische Gedragstherapie (DGT), een vorm van cognitieve gedragstherapie ontwikkeld door prof. Martha Linehan, te onderzoeken als behandelwijze. De ene therapievorm kan een beter resultaat opleveren dan de andere. Soms kan er echter een probleem zijn als de therapievorm niet aansluit bij de globale behandeling die je krijgt. Houd dus altijd je arts op de hoogte als je eens iets wilt uitproberen.

Gedurende de depressie werkt psychotherapie gewoonlijk trager dan de medicatie; het kan twee maanden of langer duren vooraleer het volledige effect zichtbaar wordt. Algemeen mogen we toch stellen dat de eerste focus moet zijn op een herstel van episodes en behoud van stabiliteit. Daarna wordt psychotherapeutisch werken op andere thema's makkelijker en kunnen de effecten ervan zeer duurzaam zijn. Met name het inzicht in de ziekte, welke de triggers zijn en hoe je dit zelf mentaal kunt sturen, is van zeer groot belang om zelf grip te krijgen op je psychische kwetsbaarheid.

Denk eraan dat mensen verschillend kunnen reageren op psychotherapie, juist zoals ze verschillend reageren op medicatie. Uitgaand van het unieke van elk persoon, is het aangewezen dat je zelf op zoek gaat naar wat jou specifiek helpt in jouw zoektocht naar stabiliteit. Bijvoorbeeld ook websites of boeken die jou daarbij kunnen inspireren. Niet alleen (hand)boeken over de bipolaire stoornis zelf, maar ook over het leven in het algemeen, met name hoe 'levenskunstig' te leven. Filosofen en auteurs die daarbij inspiratie kunnen leveren: de stoïcijnen, Marcus Aurelius, Michel de Montaigne, Gerbert Bakx, Thich Nhat Hanh, Edel Maex, Jon Kabat-Zinn ...



3.5 MEDICATIE

Bij de behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis wordt een onderscheid gemaakt tussen de behandeling van acute stemmingsepisodes (weken), de voortgezette behandeling (maanden) en de onderhoudsbehandeling (jaren) die in de praktijk geleidelijk aan in elkaar overgaan. Geneesmiddelen zijn in de verschillende fasen een essentieel onderdeel van de behandeling. Tijdens de acute behandeling wordt een remissie (afname) van de klachten nagestreefd. Na remissie van de klachten volgt een voortgezette behandeling van enkele maanden om terugval te voorkomen. Na maanden voortgezette behandeling zal meestal in overleg gekozen worden voor een onderhoudsbehandeling. Dat geldt zeker als er al meerdere ernstige stemmingsepisodes geweest zijn, of als er een familiale belasting voor bipolaire stoornissen aanwezig is.

Omdat je niet "geneest" van een bipolaire stoornis, maar de symptomen ervan zoveel mogelijk onder controle worden gehouden, wordt de onderhoudsbehandeling voor onbepaalde termijn voortgezet. Dit gebeurt na psycho-educatie en grondig overleg tussen de behandelende arts en de patiënt, waarbij rekening wordt gehouden met de effecten van de behandeling in de acute en de voortgezette fase, eerdere ervaringen van de patiënt en voorkeuren van de patiënt.

In de wetenschappelijke literatuur verschenen richtlijnen voor de behandeling van de verschillende fasen van de bipolaire stoornis (acute depressieve, (hypo)manische of gemengde episode en onderhoudsbehandeling). Omdat elke fase anders behandeld wordt, zal je arts de medicatie (of de dosis ervan) regelmatig moeten evalueren en soms veranderen. De geneesmiddelen die bij de behandeling van bipolaire stoornissen het meest gebruikt worden, zijn stemmingsstabilisatoren en antipsychotica. Soms worden ook benzodiazepines en antidepressiva voorgeschreven, al bestaat voor de doeltreffendheid van deze middelen bij de bipolaire stoornis minder wetenschappelijk bewijs. Vaak moeten verschillende geneesmiddelen gecombineerd worden om de symptomen onder controle te krijgen of te houden.

Voor veel patiënten is het geen aantrekkelijke gedachte dat je misschien wel levenslang medicatie zal moeten nemen om de symptomen van je aandoening onder controle te houden. Dat geldt voor patiënten met andere levenslange aandoeningen zoals diabetes, hoge bloeddruk of chronisch longlijden, maar vaak nog meer voor patiënten met een psychiatrische aandoening, waar de geneesmiddelen op de hersenen inwerken. Terecht wordt er gewaarschuwd voor het overmatig en ondoelmatig gebruik van psychofarmaca, die dan bovendien ook nog eens vervelende bijwerkingen kunnen hebben.

Dat leidt ertoe dat nogal wat patiënten noodzakelijke geneesmiddelen stoppen zonder grondig overleg met de behandelende arts en hun omgeving. Bij de bipolaire stoornis is dat helaas nooit een goed idee. Na het stoppen van de behandeling is herval vaker wel dan niet het geval, omdat ook na het behandelen van de acute episode de kwetsbaarheid blijft. Als je toch beslist de medicatie te stoppen, doe dat dan nooit op eigen houtje, maar in overleg met je arts, en breng je naasten op de hoogte.

Medicatie voor bipolaire stoornis kan in drie hoofdcategorieën ingedeeld worden: medicatie die gebruikt wordt om te stabiliseren en om herval te voorkomen; medicatie die gericht is op de aanpak van manische of gemengde episodes; en medicatie die depressie behandelt.

De dosering van medicatie gericht op de behandeling van (hypo)manische, gemengde of depressieve episodes zijn meestal hoger dan bij de dosering gericht op stabilisering. Wanneer je last hebt van bijwerkingen tijdens de behandeling van een acute episode, bedenk dat deze wellicht zullen verdwijnen eens je weer stabiel bent en de dosis naar beneden kan.

Stemmingsstabilisatoren

Stemmingsstabilisatoren vormen vaak de basis van de langdurige onderhoudsbehandeling. Omdat een bipolaire stoornis een chronische aandoening is, moet de onderhoudsmedicatie vaak levenslang ingenomen worden. Hoewel ook patiënten die hun onderhoudsmedicatie trouw innemen nog opstoten van depressie of (hypo)manie kunnen doen, zullen deze geneesmiddelen het aantal hervallen en/of de ernst van het herval verminderen. Hoewel een aantal antipsychotica (die later worden besproken) ook stemmingsstabiliserende eigenschappen hebben, heeft men het wanneer men over stemmingsstabilisatoren spreekt meestal over Lithium, Valproaat, Lamotrigine en Carbamazepine.

Dit zijn de stofnamen van de geneesmiddelen. Tussen haakjes wordt de merknaam vermeld.

Lithium (Camcolit®, Priadel®)

In 1949 werd reeds ontdekt dat het toen al lang gekende lithiumzout de symptomen van manie bij patiënten met bipolaire stoornis kon verminderen. Bij de behandeling van de acute manie is het sindsdien één van de voorkeursproducten. Lithium wordt ook in de onderhoudsfase gebruikt om nieuwe opstoten van zowel depressie als manie te voorkomen. Het vermindert bovendien het risico op suïcide.

Lithium is niet effectief wanneer het te laag gedoseerd is en toxisch als de dosis te hoog is. Daarom moeten regelmatig bloedspiegels geprikt worden. Een lithiumspiegel is altijd een dalspiegel (12 uur na inname van de laatste dosis), die bepaald wordt 5-7 dagen na instellen van de behandeling, bij dosisverandering en om de 3 à 6 maanden. Op basis van de bloedwaarden zal de dosis van de medicatie worden aangepast.

Bij lithiumvergiftiging zijn hevig beven, misselijkheid en verwardheid de belangrijkste symptomen. Een aantal andere geneesmiddelen zoals ontstekingsremmers (NSAID's) kunnen de lithiumspiegel beïnvloeden en worden daarom afgeraden in combinatie met Lithium. Een tijdelijke dosisverlaging kan nodig zijn. Bespreek dit zo nodig zeker met je arts!

Belangrijke nevenwerkingen van lithium zijn beven, acné, concentratieproblemen, gewichtstoename, nier- en schildklierproblemen. De arts zal dan ook regelmatig de nier- en schildklierparameters controleren.

Enkel Camcolit® is bij het ter perse gaan van deze brochure nog in België beschikbaar.

Valproaat (Depakine®)

Valproaat is een anti-epilepticum dat zowel bij de behandeling van acute manie als in de onderhoudsfase ter preventie van manische en depressieve episodes wordt voorgeschreven, vaak in combinatie met lithium, als behandeling met alleen lithium onvoldoende effectief is.

Bij Valproaat worden bloedspiegels geprikt bij het begin van de behandeling of als dat nodig geacht wordt. Ook een Valproaatspiegel is altijd een dalspiegel (12 uur na inname van de laatste dosis), die bepaald kan worden 5-7 dagen na instellen of dosisverandering. De dosis is goed als twee achtereenvolgende metingen constante therapeutische bloedspiegels aantonen.

Tijdens de onderhoudsbehandeling wordt niet zoals bij lithium systematisch, maar enkel op indicatie (bijwerkingen, therapietrouwproblemen, veranderingen van de dosis, enzovoort) een spiegel bepaald. Bij te hoge Valproaatspiegels is slaperigheid het belangrijkste symptoom. In extreme gevallen kan een intoxicatie tot coma aanleiding geven.

De belangrijkste nevenwerkingen van Valproaat zijn slaperigheid, maag- en darmproblemen, duizeligheid, beven en gewichtsproblemen. Zelden, maar mogelijk gevaarlijk, treedt leverbeschadiging op. De arts kan daarom leverparameters laten bepalen bij een bloedafname.

Bij (kans op) zwangerschap wordt Valproaat niet voorgeschreven vanwege een verhoogd risico op spina bifida: van 0,5 per 1.000 niet blootgestelde kinderen naar 6 per 1000 blootgestelde kinderen. Valproaat bij vrouwen in hun vruchtbare periode kan pas voorgeschreven worden als er geen alternatieven zijn en mits combinatie met een betrouwbare contraceptieve methode.

Lamotrigine (Lambipol®)

Lamotrigine is net zoals Valproaat een anti-epilepticum dat als stemmingsstabilisator wordt gebruikt. Het wordt enkel voorgeschreven ter preventie van nieuwe depressieve episodes bij een bipolaire stoornis. Vanwege de werkzaamheid van Lamotrigine ter preventie van bipolaire depressie wordt het middel soms als enig geneesmiddel voorgeschreven bij een bipolaire-2-stoornis.

Eén van de voordelen van Lamotrigine, is dat bij dit geneesmiddel meestal geen bloedspiegels moeten geprikt worden. Toch kan een ernstige overdosis leiden tot neurologische problemen zoals bewegingsstoornissen en zelfs coma.

De meest gevreesde, maar gelukkig erg zeldzame nevenwerking van Lamotrigine is een zeer ernstige huidaandoening. Gelukkig blijven huidproblemen als nevenwerking vaak beperkt tot een goedaardige uitslag. Andere nevenwerkingen die soms gemeld worden, zijn o.a. duizeligheid, beven, vermoeidheid en troebel zicht.

Carbamazepine (Tegretol®)

Carbamazepine is een anti-epilepticum dat als stemmingsstabilisator wordt gebruikt, al krijgen sinds enkele jaren andere geneesmiddelen vaak de voorkeur. Carbamazepine wordt zowel bij de behandeling van een manische episode, als in de onderhoudsfase gebruikt.

Ook bij Carbamazepine worden bloedspiegels bepaald om de juiste dosis te kunnen toedienen.

De meest voorkomende nevenwerkingen van carbamazepine zijn sufheid, duizeligheid, troebel zicht en hoofdpijn. Zeldzaam zijn leverproblemen, een ernstige huiduitslag en een daling en afbraak van witte bloedcellen.

Antipsychotica

De meeste antipsychotica worden zowel voor de behandeling van de (hypo)manische fase als in de onderhoudsfase gebruikt. Wat de doeltreffendheid tegen manische symptomen betreft, zijn er tussen de verschillende antipsychotica weinig verschillen als ze in een werkzame dosis worden voorgeschreven. Quetiapine (Seroquel®) is als enige antipsychoticum in monotherapie aan te raden bij de behandeling van de bipolaire depressie, en is er zelfs onbetwistbaar de eerste keuze. Een alternatief is de combinatie van het antipsychoticum Olanzapine (Zyprexa®) met het antidepressivum Fluoxetine (Prozac®, Fluoxone®).

Antipsychotica worden voor de behandeling van een acute manische episode niet zelden gecombineerd met lithium of Valproaat. Geschat wordt dat de kans op een effectieve behandeling met 25% toeneemt als de stemmingsstabilisator en het antipsychoticum worden gecombineerd. Wellicht zijn deze middelen effectief in de behandeling van manie omdat zij in de hersenen dopaminereceptoren blokkeren. Helaas worden ook andere receptoren beïnvloed, wat aanleiding geeft tot nevenwerkingen.

De antipsychotica verschillen wat hun binding aan de verschillende receptoren in de hersenen en dus wat hun nevenwerkingen betreft. Welk antipsychoticum gekozen wordt bij de behandeling van acute manie, hangt vaak af van de te verwachten nevenwerkingen. De nevenwerkingen van een bepaald geneesmiddel zijn echter niet bij elke patiënt gelijk. Nevenwerkingen die de ene patiënt heeft, hoeft een andere patiënt daarom niet te hebben. Als nevenwerkingen te storend zijn, kan soms de dosis verminderd worden of een antipsychoticum met een ander nevenwerkingsprofiel gekozen worden. Soms komen nevenwerkingen alleen in het begin van de behandeling voor en verdwijnen ze nadien. Andere nevenwerkingen treden pas na verloop van tijd op. Het is erg belangrijk hierover vooraf en tijdens de behandeling met de arts te overleggen. Alleszins is het belangrijk de geneesmiddelen niet op eigen houtje te stoppen.

Omdat veel (maar niet alle) antipsychotica aanleiding kunnen geven tot metabole nevenwerkingen (gewichtsstijging, vetstoornissen zoals verhoogde cholesterol en diabetes of suikerziekte), moet de huisarts af en toe bloed prikken om deze stoornissen op te sporen. Soms kan er bij deze nevenwerkingen voor gekozen worden om een ander antipsychoticum voor te schrijven. In andere gevallen worden de nevenwerkingen behandeld.

Aripiprazol (Abilify®)

Aripiprazol wordt zowel in de acute manische fase als in de onderhoudsfase voorgeschreven. De intramusculaire, langwerkende vorm heet Abilify Maintena®)

De belangrijkste mogelijke nevenwerkingen zijn opwinding, bewegingsdrang en slapeloosheid. In tegenstelling tot een aantal andere antipsychotica geeft Aripiprazol geen sterk verhoogd risico op metabole stoornissen zoals diabetes (suikerziekte), vetstoornissen of gewichtsstijging.

Asenapine (Sycrest®)

Asenapine wordt in de acute manische fase voorgeschreven.

In tegenstelling tot de ander antipsychotica moet Asenapine onder de tong opgelost worden en niet worden ingeslikt.

Asenapine heeft als belangrijkste nevenwerkingen slaperigheid, angst, bloeddrukverlaging, slapeloosheid, duizeligheid en gewichtstoename.

Olanzapine (Zyprexa®)

Olanzapine wordt in de acute manische fase en in de onderhoudsfase voorgeschreven.

De intramusculaire, langwerkende vorm heet Zypadhera®.

De belangrijkste nevenwerkingen zijn slaperigheid, duizeligheid, gewichtsstijging, diabetes (suikerziekte) en vetstoornissen.

Paliperidon (Invega®)

Hoewel paliperidon nog geen officiële goedkeuring kreeg voor de behandeling van acute manie, wordt het product daarvoor wel voorgeschreven.

De intramusculaire, langwerkende vorm heet Xeplion® en Trevicta®. Paliperidon is een metaboliet (afbraakproduct) van Risperidone (Risperdal®). De nevenwerkingen van beide producten zijn vergelijkbaar. De belangrijkste zijn hoofdpijn, gewichtsstijging en vooral bij hogere doseringen Parkinsonachtige verschijnselen (beven, spierstijfheid).

Quetiapine (Seroquel (XR)®)

Quetiapine is het enige antipsychoticum dat zowel in de depressieve fase, de manische fase en de onderhoudsbehandeling wordt voorgeschreven. In de depressieve fase is het zonder concurrentie de eerste keuze. Dan wordt het ook in een lagere dosis voorgeschreven dan bij psychotische stoornissen (300 mg). In de manische fase worden hogere dosissen gebruikt.

De belangrijkste nevenwerkingen van Quetiapine zijn slaperigheid en bloeddrukverlaging, vooral in het begin van de behandeling. Later moeten metabo-

le nevenwerkingen (gewichtsstijging, vetstoornissen en diabetes) in de gaten gehouden worden.

Risperidon (Risperdal®)

Risperidon wordt gebruikt in de manische fase en in de onderhoudsfase.

De langwerkende, intramusculaire vorm heet Risperdal Consta®.

De belangrijkste nevenwerkingen van Risperidon zijn slaperigheid, seksuele nevenwerkingen, metabole stoornissen (gewicht stijging, vetstoornissen en diabetes) en in hogere dosissen Parkinsonachtige verschijnselen (beven, spierstijfheid).



Medicatie: een beknopt overzicht van de sterkten en zwakten van de gebruikelijke medicatie voor de bipolaire stoornis:

	Behandeling depressieve periode	Behandeling manische periode	Preventie depressieve periode	Preventie manische periode
Antipsychotica				
Aripiprazole (Abilify)		X		X
Assenapine (Sycrest)		X		
Haloperidol (Haldol)		X		
Olanzapine (Zyprexa)	X in combinatie met fluoxetine	X		X
Paliperidone (Invega)		X		
Quetapine (Seroquel)	X	X	X	X
Risperidone (Risperdal)		X		X
Stemmingsstabilisatoren				
Carbapazepine (Tegreto)		X		X
Lamotigrine (Lambipol)			X	
Lithium (Camcolit & Priadel)	X	X	X	X
Valprïnezuur (Depakine)		X	X	X

Antidepressiva

Hoewel antidepressiva vaak worden voorgeschreven in de depressieve fase, zijn zij in tegenstelling tot bij de 'gewone' depressie bij de bipolaire depressie geen eerste keuze. In een aantal studies bleken antidepressiva niet effectief om de bipolaire depressie te behandelen. Alleszins wordt, tenzij in individuele gevallen, aangeraden om antidepressiva niet verder te nemen nadat de depressieve symptomen verdwenen zijn. Een aantal antidepressiva bleken zelfs manie uit te lokken. Zoals hierboven vermeld, wordt eerder Quetiapine aanbevolen. Toch kan een antidepressivum soms nodig blijken om de klachten onder controle te krijgen.

Benzodiazepines

Hoewel antipsychotica, lithium en valproaat momenteel als eerste keuzepreparaten worden aanbevolen, worden benzodiazepines vaak voorgeschreven in een hypomane of manische fase om de opwindings te verminderen of om de slaap te herstellen. Benzodiazepines zoals bv. lorazepam (Temesta®), alprazolam (Xanax®), diazepam (Valium®) of lormetazepam (Loramet®) mogen alleszins niet langdurig gebruikt worden omdat ze aanleiding kunnen geven tot tolerantie (steeds hogere dosissen nodig hebben om het effect te behouden) of afhankelijkheid (verslaving). Anderzijds mogen benzodiazepines niet zomaar worden gestopt. Ze moeten onder begeleiding van de arts afgebouwd worden.

Elektroconvulsietherapie (ECT of elektroshock)

Elektroconvulsietherapie is de oudste nog in gebruik zijnde biologische behandeling in psychiatrie. Het is de sterkst werkende behandeling voor bepaalde types van depressie, zoals de psychotische depressie, maar het heeft ook vaak een gunstig effect op psychose en manie. Meestal wordt ECT pas gebruikt als je verschillende medicijnen zonder resultaat hebt geprobeerd, als je medicijnen niet kunt verdragen, of als er dringend verbetering nodig is en er niet kan gewacht worden op het effect van medicijnen.

ECT is veel veiliger en comfortabeler dan het in film en media wordt afgeschilderd, maar is jammer genoeg niet zonder bijwerkingen. De meeste mensen ervaren voorbijgaande problemen met het kortetermijngeheugen en kunnen nieuwe dingen moeilijk onthouden. Die moeilijkheden verdwijnen na het stoppen van ECT. Een aantal mensen ervaart problemen met het langetermijngeheugen. Ze zijn dan sommige herinneringen kwijt. Dat kan blijvend zijn.

Als ECT als behandeling wordt overwogen, is het van groot belang erg goed geïnformeerd te zijn over de te verwachten effecten en de mogelijke risico's. Alleen zo kun je een weloverwogen beslissing maken.

Repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS)

Omschrijving wat rTMS juist inhoudt: <https://www.hersenstimulatie.com/tms>. rTMS is een relatief nieuwe behandelingsmogelijkheid voor patiënten met een therapieresistente depressie. Opgewekt met een spoel die tegen het hoofd wordt geplaatst, induceert rTMS via een sterk pulserend magnetisch veld elektrische stroompulsen in het onderliggend hersenweefsel.

Bij deze techniek blijven patiënten bewust en wordt er geen medicatie of anesthesie toegediend, en zijn de neveneffecten mild en kortdurend. rTMS wordt altijd gegeven in combinatie met een vorm van psychotherapie, soms tijdens het stimuleren maar meestal in een aparte afspraak met de psycholoog. Dertig tot zeventig procent van de patiënten met een depressie ervaart een significante vermindering van de klachten.

De rTMS behandelingen zijn FDA (Food and Drug Administration) goedgekeurd voor therapieresistente depressie en de obsessief compulsieve stoornis en worden wereldwijd toegepast. Jammer genoeg wordt het in Europa en België zelden of niet terugbetaald, de voornaamste reden waarom deze behandeling nog niet zo gekend is in onze contreien. Hoewel niet specifiek geïndiceerd voor bipolaire depressie, is er geen reden om aan te nemen dat rTMS hier minder effectief zou zijn en de angst om te switchen in manie, lijkt na de vele studies en behandelingen ongegrond.

Of rTMS de manie kan behandelen, staat nog niet vast. In de Lage Landen werd in 2016 de Stichting Hersenstimulatie (www.hersenstimulatie.com) opgericht met als voornaamste doelstelling het onderzoek naar en de klinische toepassing van voornamelijk niet-invasieve hersenstimulatie in België en Nederland beter op elkaar af te stemmen.

Preventieve medicatie voor het leven

Succesvolle behandeling van de bipolaire stoornis vereist heel wat volharding van patiënten en familieleden. Je zal op verschillende ogenblikken van je leven erg in verleiding worden gebracht om je medicatie stop te zetten. Enerzijds omdat je je erg goed voelt. Anderzijds omdat je misschien de hoge stemmingen een beetje mist of omdat je gehinderd wordt door lastige bijwerkingen.

Wanneer je jouw medicatie niet meer neemt, is de kans helaas heel erg groot dat je na verloop van tijd hervalt. Soms is de diagnose onzeker na een enkele episode en is het mogelijk om de medicatie af te bouwen in de periode van voortgezette behandeling. Nochtans, als je slechts één manische episode gehad hebt, maar een zeer sterke familiegeschiedenis of indien de episode zo erg was dat het bijna je leven ruïneerde, dan zou je toch moeten overwegen om medicatie te blijven nemen gedurende verscheidene jaren of zelfs gedurende heel je leven. Als je twee of meer manische of depressieve episodes gehad hebt, dan raden experts ten zeerste aan om voor altijd preventieve medicatie te nemen.

Hoe goed werkt preventieve medicatie?

Wat als ik symptomen begin te voelen?

Stemmingsstabilisatoren vormen de kern van de preventieve behandeling. Ongeveer een op drie mensen met de bipolaire stoornis zal helemaal vrij zijn van symptomen door stemmingsstabilisatoren te nemen gedurende hun hele leven. Bij de meeste mensen treedt een sterke vermindering op qua frequentie en ernst van ziekteperiodes. Wees niet ontmoedigd als je van tijd tot tijd voelt dat je misschien in een (hypo)manische of depressieve episode terecht komt. Rapporteer veranderingen altijd onmiddellijk aan je behandelende arts. Een snelle aanpassing van je medicatie bij de eerste waarschuwingen kan vaak een stabiele stemming terugbrengen. Soms is er alleen maar een kleine stijging van de hoeveelheid stemmingsstabilisator in het bloed nodig. Soms moeten andere geneesmiddelen toegevoegd worden. Medicatie-aanpassingen zijn normaal bij een jarenlang durende behandeling, net zoals het aanpassen van een insulinedosis bij suikerziekte normaal is. Wees nooit bang om veranderingen in symptomen te rapporteren. Gewoonlijk vereisen deze geen drastische verandering in de behandeling en je dokter zal je zeker proberen te helpen.

Neem je medicatie zoals voorgeschreven, zelfs als je je al lange tijd beter voelt.

Soms hopen mensen die zich een aantal jaren goed gevoeld hebben dat de bipolaire stoornis voorbij is en dat ze geen medicatie meer nodig hebben. Jammer genoeg is deze aandoening niet te 'genezen' door geneesmiddelen. Het zijn enkel de symptomen (de ontregeling van de stemming) die door medicatie behandeld kunnen worden. Het stopzetten van de medicatie, zelfs na vele jaren van goede gezondheid, kan leiden tot een noodlottig hervalt, soms binnen een paar maanden.

Toch kunnen er situaties zijn die een verandering van het medicatieschema of zelfs het (tijdelijk) stopzetten van de preventieve behandeling rechtvaardigen. Bij zwangerschap kun je bijvoorbeeld sommige geneesmiddelen beter wel en andere beter niet nemen. Telkens worden de te verwachten voordelen afgewogen tegen de te verwachten nadelen. Bespreek dit alleszins altijd met je arts, en experimenteer niet op eigen houtje!

Bespreek deze situaties altijd zorgvuldig met je dokter. Als je na overleg met je arts toch de medicatie gaat stoppen, is het belangrijk om de medicatie zeer langzaam (over weken tot maanden) af te bouwen.

Neveneffecten van medicatie

Zoals dit met veel medicijnen het geval is, kan de medicatie gebruikt bij bipolaire stoornis gepaard gaan met onaangename bijwerkingen. De mensen die je behandelen, zijn zich daarvan bewust en zullen dit normalerwijze in de gaten houden zodra je met de medicatie start. Sommige geneesmiddelen hebben meer bijwerkingen dan andere, en deze bijwerkingen kunnen anders zijn bij het begin van de behandeling dan na verloop van tijd. In ieder geval kan je arts je bijstaan om deze onaangename bijwerkingen te beperken door de dosis aan te passen of door naar een andere medicatie over te schakelen. Hierbij verwijzen wij ook naar de bijsluiter voor de volledige informatie over meestal dosisafhankelijke nevenwerkingen, contra-indicaties, mogelijke interacties enzovoort van elk product.

Soms is het moeilijk uit te maken of een bijwerking het gevolg is van je ziekte, dan wel van de medicatie die je neemt. Bijvoorbeeld, als je denkt dat je denkvermogen en besluitvaardigheid verminderd is, zou je dit aan de medicatie kunnen toeschrijven. Soms terecht. Maar het kan ook een symptoom van je bipolaire stoornis zijn. In beide gevallen: spreek erover met je behandelaar(s), zij zullen je kunnen helpen.

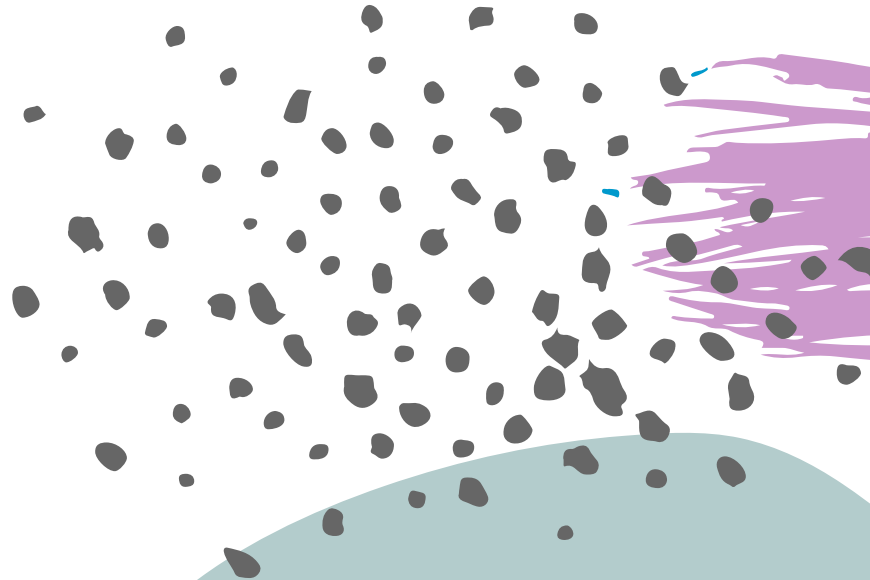
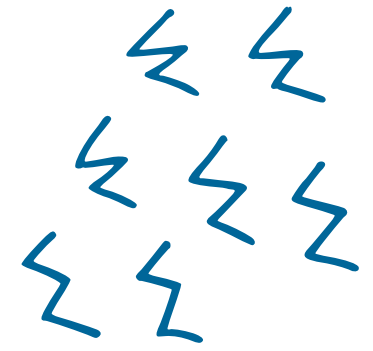
Vertel je dokter onmiddellijk over de neveneffecten die je ervaart. De neveneffecten verschillen van persoon tot persoon en hangen van veel factoren af: het type en de hoeveelheid van een geneesmiddel, je eigen stofwisseling en fysiologie ... Ook het waterverlies te wijten aan warm weer speelt een rol, je leeftijd, andere geneesmiddelen die je neemt en andere ziekten die je hebt.

Minstens de helft van de mensen die stemmingsstabilisatoren neemt, heeft last van een aantal bijwerkingen. Deze neveneffecten komen voornamelijk voor als hoge dosissen worden ingenomen of bij een combinatie van geneesmiddelen gedurende de acute fase van de behandeling. Het verlagen van de dosissen en het verminderen van het aantal geneesmiddelen helpt gewoonlijk.

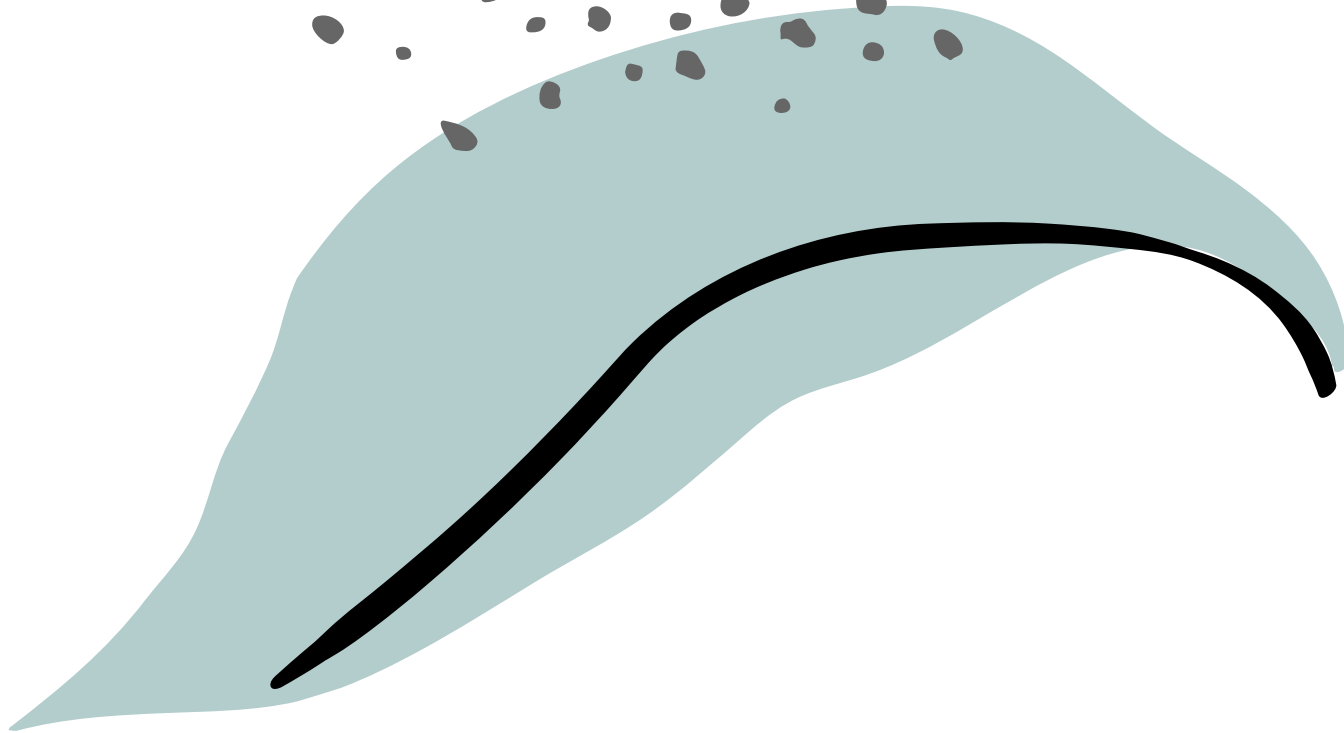
Sommige mensen hebben zodanig last van bijwerkingen dat een verandering van geneesmiddel vereist is. Neveneffecten zijn het ergste bij het begin van de behandeling. Sommige mensen die 20 jaar of langer lithium nemen met goed resultaat kunnen problemen ontwikkelen met neveneffecten of lithiumvergiftiging krijgen wanneer ze ouder worden. Gelukkig zijn er vaak goede alternatieven, maar de omschakeling dient geleidelijk te gebeuren. Valproaat schijnt de minste neveneffecten te veroorzaken gedurende langdurige inname.

Als neveneffecten een probleem zijn voor jou, zijn er een aantal benaderingen die je aan je dokter kunt voorstellen: de dosis van het geneesmiddel verminderen, een ander geneesmiddel proberen om te zien of het minder vervelende bijwerkingen heeft of bv. je geneesmiddel 's avonds innemen. Denk eraan: verandering van geneesmiddel is een ingewikkelde beslissing. Het is gevaarlijk om op eigen houtje je medicatie te veranderen. Bespreek dit dus altijd met je behandelende arts!





4. FAMILIE
& NAASTEN



4. FAMILIE EN NAASTEN

Wat kunnen familie en vrienden doen om te helpen?

Leven met sterke stemmingsschommelingen is allesbehalve eenvoudig. Bipolariteit kan ook een behoorlijke impact hebben op je relaties. Als je midden in een manische of depressieve episode zit, besef je meestal niet dat dit een negatieve invloed kan uitoefenen op je vriendschaps- en familierelaties.

Ook bij wie de zorg op zich neemt van een persoon met een bipolaire gevoeligheid, kan de relatie met vrienden, collega's of familieleden onder (zware) druk komen te staan. Dit zijn momenten waarin je je echte vrienden leert kennen. Het zou weleens kunnen dat mensen die je als vriend beschouwde, stilaan wegblijven. Of dat zelfs het familiebezoek afneemt. En als je al onderhuidse spanningen kende in je partnerrelatie, kunnen die op korte termijn aan de oppervlakte komen.

Er zijn geen gemakkelijke oplossingen voor deze problemen. Toch zijn er een aantal tips die het leven makkelijker kunnen maken.

Preventie biedt uiteraard de beste bescherming. Moedig als geliefde of naaste je partner, ouder, kind, broer, zus aan om de regie in eigen handen te nemen en het herstelproces aan te vatten.

Als iemand vatbaar is voor manische episodes, maak dan gebruik van een stabiele stemming om 'richtlijnen' af te spreken. Dit zijn plannen en afspraken die je met de zorggebruiker maakt wanneer hij stabiel is, met de bedoeling problemen te vermijden gedurende toekomstige ziekte-episodes. Je legt best regels vast die een bescherming inhouden. Er kunnen bijvoorbeeld afspraken worden gemaakt over maximaal te besteden bedragen, over een volmacht om een bankrekening tijdelijk te blokkeren, over het gebruik van de auto, of de toelating om professionele hulp in te roepen als een nieuwe manische episode dreigt. (Zie ook het hoofdstuk over psycho-educatie en de tools vermeld in 'Bijkomende informatie'.)

Net zoals bij (suïcidale) depressie kunnen oncontroleerbare manische episodes gevaarlijk zijn voor de patiënt zelf. Hospitalisatie kan in dat geval vaak veel schade voorkomen of zelfs het leven redden.

Moedig de zorgvrager ook aan om in behandeling te gaan of te blijven, om de dokter te zien en om alcohol en drugs te vermijden. Als de patiënt een bepaalde behandeling heeft ondergaan en gedurende bepaalde tijd weinig verbetering van symptomen ziet, of als hij last heeft van neveneffecten, moedig hem dan aan om een andere behandeling aan de dokter te vragen of om

een tweede opinie te zoeken. Stel voor om met de patiënt naar de dokter te gaan om jouw waarnemingen mee te delen. De zogenaamde 'trialoog' - het gesprek tussen de hulpverlener, zorgvrager en de naaste - is een essentiële hoeksteen van een duurzaam herstel!

Als de zorggebruiker herstelt van een episode, laat hem dan terugkeren naar het actieve leven op zijn eigen ritme. Verwacht niet te veel of te weinig van hem. Dring niet te hard aan. Denk eraan dat het stabiliseren van de stemming de belangrijkste stap is naar een volledig herstel. Aan de andere kant, wees ook niet te beschermend of te betuttelend. Probeer dingen te doen met hem, eerder dan voor hem, zodat hij in staat is om zijn zelfvertrouwen te herwinnen. Heb vertrouwen dat het goed komt. Dat bevordert een ontspannen sfeer, wat aangenamer is om te leven, zowel voor de naaste als voor de zorggebruiker.

Als er toch een herval dreigt, kan je als naaste de vroege symptomen vaak beter opmerken dan de persoon zelf. Bespreek dit op een zorgzame manier en stel een onderhoud met de behandelende arts voor.

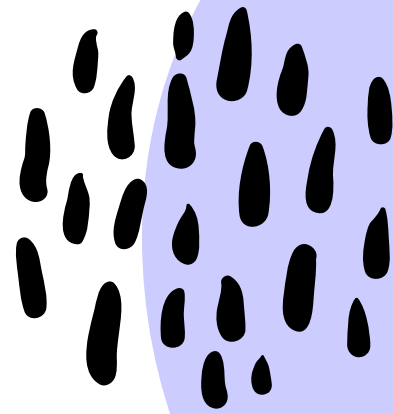
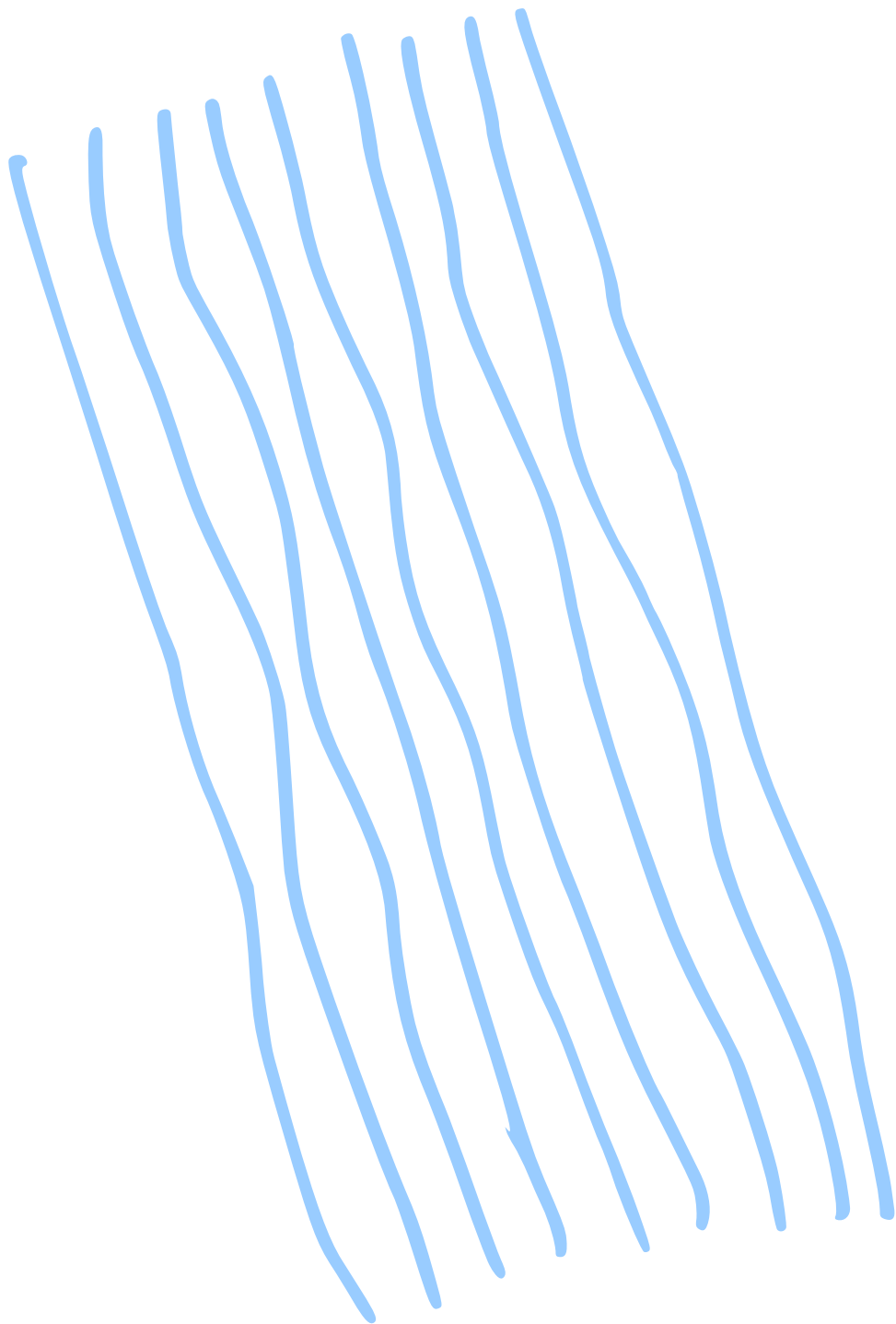
Zowel de naaste als de persoon met een bipolaire gevoeligheid moeten een onderscheid leren maken tussen een goede dag en een hypomane episode en tussen een slechte dag en een depressie. Personen die medicatie nemen voor hun bipolaire aandoening hebben, net als iedereen, goede en slechte dagen die geen deel uitmaken van hun ziektebeeld. Maak ook zeker gebruik van de ondersteuning van zelfzorggroepen zoals Ups & Downs.

Het zal duidelijk zijn dat het mentale welzijn van de naaste of mantelzorger invloed heeft op de zorggebruiker en omgekeerd. Die wederzijdse beïnvloeding kan leiden tot een verbetering of juist verslechtering van de bestaande situatie.

Voor de naasten is het dus zaak om in de eerste plaats ook goed voor zichzelf te zorgen. Pas dan kan men de zorg voor de psychisch kwetsbare persoon blijven opnemen. Mentale hygiëne is voor de naaste dus minstens even belangrijk!

Zorg ervoor dat je naast de zorg voor partner of familielid ook nog een eigen leven hebt. 'Leef je eigen leven', zoals Melody Beattie in haar boek. Voor de ene persoon kan mindfulness hulp betekenen, voor de andere persoon is dat een mooie wandeling in de natuur of een goed gesprek met een vriend(in). 'Afstandelijke betrokkenheid' is een gepaste houding. Dit impliceert liefdevolle betrokkenheid bij de kwetsbare geliefde, maar ook afstand om niet mee 'kopje onder te gaan'.





5. DE TOEKOMST



Wanneer je begint te herstellen van je ziekte is het normaal dat je ook in het gewone leven het heft opnieuw in handen wil nemen. Controle verwerven over je aandoening is een belangrijk aspect van het herstelproces. Hoe meer je terug op eigen benen kunt staan, hoe beter je geplaats bent om je psychische kwetsbaarheid op afstand te houden. Bipolariteit raakt alle levensdomeinen die om de nodige aandacht vragen.

Gezinsleven

Wat kun je het beste aan de kinderen vertellen? Kinderen zijn nieuwsgierig, en als jij geen antwoorden geeft op hun vragen zullen ze die wel elders zoeken. Niemand kent je kinderen beter dan jij. Aan jou dus te beslissen of je het vertelt, hoeveel je vertelt en wanneer je het vertelt. Misschien kan iemand uit de familie, zelfhulpgroep of hulpverlener je bij deze beslissing helpen.

Familieplanning

Als een vrouw met een bipolaire kwetsbaarheid een kinderwens heeft, kunnen de volgende vragen van belang zijn:

- wat kunnen een zwangerschap en kinderen opvoeden betekenen voor mijn stabiliteit?
- hoe groot is het risico dat mijn kind een stemmingsstoornis krijgt?
- hoe zit het met het gebruik van medicijnen tijdens mijn zwangerschap?
- hoe groot is het risico van een terugval tijdens de zwangerschap en na de bevalling?
- hoe kun je de stress tijdens de zwangerschap en na de bevalling verminderen?
- kun je indien nodig voldoende hulp krijgen?

Het is raadzaam dat je daarover in gesprek gaat met je behandelaar(s) en je partner. (Bron: plusminus.be.)

Loopbaan

Vele mensen met een bipolaire gevoeligheid blijven gewoon aan het werk. Anderen gaan op zoek naar aangepast werk of vrijwilligerswerk. Als je al werk hebt, maar door je depressie of bipolaire kwetsbaarheid niet meer goed in je vel zit en uitkijkt naar andere mogelijkheden op werkvlak, kun je terecht bij een centrum voor loopbaanbegeleiding: www.vdab.be/loopbaanbegeleiding. Misschien is een minder stressvolle werkomgeving te verkiezen, wat minder uren werken, een aangepast takenpakket, geen nachtwerk of kiezen voor deeltijds werken. De ene werkgever heeft al meer begrip voor dergelijke situaties dan de andere. Als werknemer ben je hoe dan ook beschermd door nationale en internationale regelgeving tegen discriminatie op het werk.

Wanneer je meent er het slachtoffer van te zijn, kun je je richten tot heel wat instanties. Je kunt terecht bij je eigen personeelsdienst, je vakbond, Unia, het Vlaams Patiëntenplatform of bij een zelfhulpgroep.

Opnieuw aan het werk

70% van de mensen die een psychisch probleem achter de rug hebben met (gedeeltelijke) werkloosheid tot gevolg, wil opnieuw aan het werk. Voel je je onzeker tijdens het solliciteren en wil je graag wat extra begeleiding? Dat kan! De VDAB legt uit wat ze jou te bieden hebben op: www.vdab.be/loopbaanbegeleiding.

Voor mensen met een fysieke, mentale en/of psychische arbeidsbeperking of een gezondheidsprobleem kun je ook terecht bij GTB, Gespecialiseerd Team Bemiddeling.

De bemiddeling bij GTB vertrekt vanuit jouw loopbaanvraag. Wat zijn je sterke punten? Welke jobs passen bij jou? Het maakt niet uit welke uitkering je hebt. Als je een ziekte-uitkering ontvangt, gebeurt de bemiddeling van GTB uiteraard in samenspraak met je adviserend geneesheer. De bemiddeling is in de eerste plaats gericht op betaald werk of vrijwilligerswerk als opstap naar betaald werk. Indien nodig volg je een stage, een opleiding, een versterkende actie (bv. een sollicitatietraining).

Je vindt GTB (www.gtb.be) in de lokale werkwinkels verspreid over heel Vlaanderen.

Financiële steun en andere rechten

Premie individueel maatwerk

Als je een bipolaire kwetsbaarheid hebt, kan je werkgever een premie individueel maatwerk ontvangen, als jouw psychische kwetsbaarheid een invloed heeft op het functioneren in jouw baan. Zo verhogen je kansen op de arbeidsmarkt.

Mogelijke toepassingen van de premie:

- extra minuten middagpauze
- half uur later opstarten
- meer tijd krijgen om een takenpakket aan te leren
- meer tijd krijgen om je taken af te werken
- meer ondersteuning van de leidinggevende

Deze premie kan ook aangevraagd worden als je zelfstandige bent.

Info: www.vdab.be/orienteren/gezondheidsproblemen/tegemoetkomingen/individueel-maatwerk

Vervangingsinkomen

Als je door je ziekte niet langer in staat bent te werken, kun je recht hebben op een vervangingsinkomen (ziekte-uitkering, inkomensvervangende en/of integratietegemoetkoming). Je kunt terecht bij je ziekenfonds als je daar meer over wil weten.

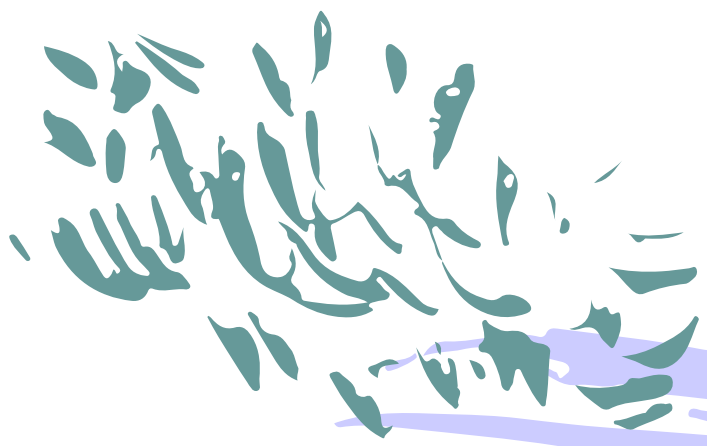
Juridisch advies

Soms kan je vreemde gedrag tijdens manische episodes juridische gevolgen hebben, denk bijvoorbeeld maar aan schulden die je aanging en waar je nu tegenaan kijkt.

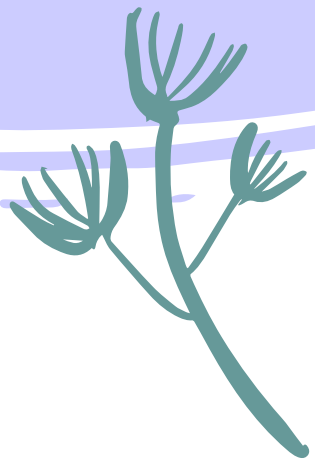
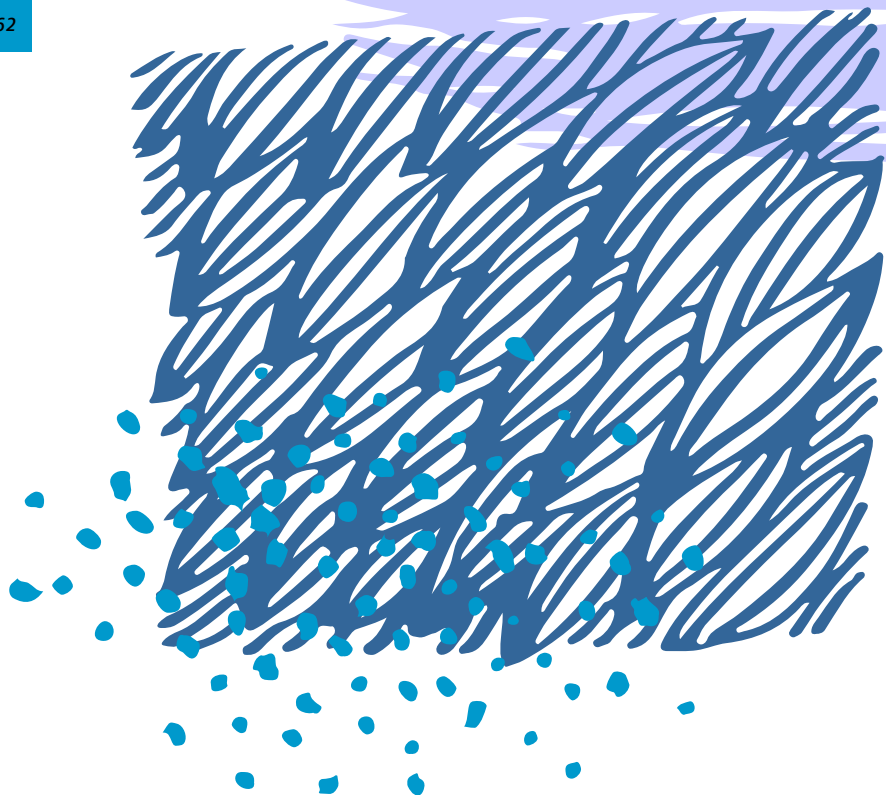
Vraag advies aan je behandelaar(s), wend je tot je ziekenfonds, het justitiehuis van je woonplaats of tot een zelfhulpgroep.

Vooruitkijken en plannen maken

Uiteraard vormen een goed signalerings- en behandelplan belangrijke hoekstenen van zelfmanagement en zelfredzaamheid die moeten leiden naar een duurzaam herstel. Zelf kun je het nodige doen om de kwaliteit van je leven te verbeteren en een nieuwe (hypo-)manische of depressieve episode te voorkomen. (Zie het hoofdstuk psycho-educatie en ook de bijlagen achteraan de brochure.)



6. BIJKOMENDE INFORMATIE



6. BIJKOMENDE INFORMATIE

Nederlandstalige bronnen

Alle informatiebronnen werden gecontroleerd op beschikbaarheid vooraleer deze gids naar de drukker ging. Het is niet uit te sluiten dat bij latere consultatie dat hier en daar niet meer het geval is.

Zelfhulp

www.upsendowns.be
www.zelfhulp.be
www.similes.org
www.uilenspiegel.net
www.tegek.be
www.buddyproject.be
www.centrageestelijkegezondheidszorg.be
www.allesoverlithium.nl
www.plusminus.nl
www.psychosenet.be
www.psychosenet.nl
www.psychosenet.nl/forum
www.levenmetbipolariteit.wordpress.com
www.petraetcetera.com
www.mindblue.nl
www.depressievereniging.nl
www.boven-jan.nl

Noodlijnen

www.preventiezelfdoding.be
www.tele-onthaal.be

Hulpverlening

www.bfp-fbp.be
www.bvrgs.be
www.vvcepc.be
www.vvpt.be
www.ombudsfunctieggz.be
www.hospitals.be
www.kleurjeleven.be
www.vind-een-psycholoog.be
www.vindeentherapeut.be
www.herstelplatform.be
zorg-en-gezondheid.be/adressen-psychiatrische-ziekenhuizen

Andere

www.gezondleven.be
www.dezorgsamen.be
www.geluksdriehoek.be
www.academievoorlevenskunst.be
www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl
www.psyche.be

Internationale Organisaties

www.eufami.org
www.gamian.eu
www.ibpf.org

Blogs

www.healthybipolarlifestyle.org
www.petraetcetera.com/category/blogs
www.psychosenet.be
www.tegek.be/herstel/ervaringsdeskundigen/blog

Apps

Zoek Gezond
G-Schema
Houvast
www.imoodjournal.com
Daylio
Emood

Podcasts

www.psychosenet.be/actueel/
<https://www.psychosenet.nl/podcasts/>
<https://levenmetbipolariteit.wordpress.com/ervaringen-bipolariteit/>
<https://www.omdenken.nl/podcast>

Boeken

Leven met een bipolaire stoornis (2021) *Pascal Sienaert en Ann Dierick*
Wordt het ooit weer licht? Als depressie je leven steelt. (2021) *An Peeters*
Petra Etcetera. Leven met een bipolaire stoornis (2021) *Petra D'Huy*
Vertel ik het wel of vertel ik het niet? Omgaan met het stigma op psychische aandoeningen (2021) *Anita Hubner*

Alles en niets. Gids voor mensen met een bipolaire stoornis en voor wie met hen samenwoont. (2017) *Erik Thys en Geerdt Magiels*

Kopzorgen. Psychose begrijpen (2022) *Stijn Vanheule, Jim van Os*

Geflipt. Leven met een bipolaire stoornis. (2017) *Thomas Alberico*

Vliegeren in een onweersbui : mijn leven met manisch-depressiviteit (2008) *Terri Cheney*

Tika (2010) *Alette van Bentum*

Ik houd van mezelf en dat is wederzijds (2010) *Pieter Overduin*

God is in de war, Hij denkt dat Hij Pieter is (2010) *Pieter Overduin*

Koosje diepbedroefd en dolgelukkig (2010) *Carice De Wildt*

Pillendoos. De ups en downs van een manisch depressieve vrouw (2017) *Cornelie E Sprenger*

Moeder van glas. (2018) *Roos Schlikker*

Het begin en zijn oneindigheid. (2022) *Corinne Heyrman*

Ik ben niet gek, ik ben Bipo. (2022) *Aaron Smits*

Liever zot dan zombie (2023) *Andy Buyst*

Depressie en manisch depressieve stoornis. Oorzaken, symptomen

en behandelingsmogelijkheden (1999) *William Anton Nolen*

Mindfulness en bevrijding van depressie, voorbij chronische

ongelukkigheid. (2007) *Mark Williams en John D. Teasdale*

Stemmingschommelingen de baas. Werkboek bipolaire stoornis.

(2008) *Ramirez Basco*

Manisch depressief en nu? Hoe ga je er mee om? (2012) *Rocco Hoekstra en Hans Kamp*

Samen werken aan herstel! Gids voor cliënten en hulpverleners (2015) *Grace Verween*

Omweg. *Mijn manisch-depressieve rondreis in 4-D* (2004) *Lizzie Simon*

Stemmingsklachten. Methoden, casuïstiek en oefeningen. (2016) *Corrie Baas*

Manisch depressief (2017) *Pascal Sienaert*

Eerste hulp bij psychische problemen (EHBP) Boek en opleiding bij www.rodekruis.be

100 definities van bipolariteit. *Een uitgave van www.psychosenet.nl*

Handboek bipolaire stemmingsstoornissen. (2022) *Ralph Kupka e.a.*

Voor familieleden en kinderen van

Het komt voor in de beste families (2023) *Griet Frère*

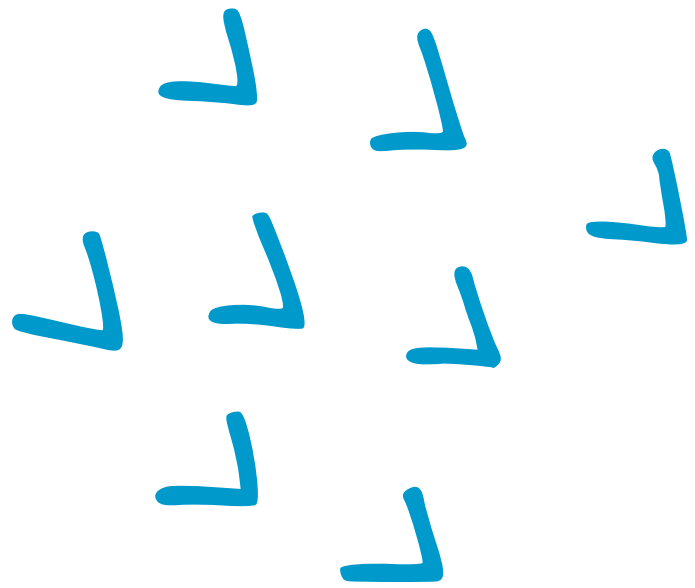
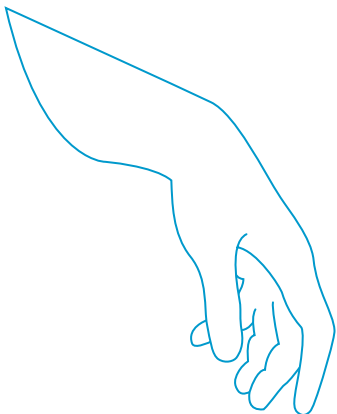
Pleister. Een bloem van een tante. (2019) *An Swerts*

Pleister. Een doosje sneeuw. (2022) *An Swerts*

Lege ogen (2003) *Leen van den Berg*

www.familieplatform.be/je-bent-kind-van-je-bent-een-kopp-kind

www.psychosenet.nl/naasten/kopp-kinderen/



7. TOOL VOOR ZELFMONITORING & ZELFMANAGEMENT

7. TOOL VOOR ZELFMONITORING EN -MANAGEMENT

STEMMINGS

Kruis het vakje aan dat best omschrijft hoe je je elke dag voelt. Neem aan het eind van elke dag even de tijd om je gemoedsgesteldheid te noteren. Bekijk dit samen met je hulpverlener bij elk bezoek.

Geef een cijfer aan je stemming		Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9
MANISCH	Ernstig: ik ben de controle kwijt; vrienden en familieleden dringen erop aan dat ik mij medisch laat verzorgen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hoog/Gemiddeld: ik kan me niet concentreren: mensen uit mijn omgeving worden boos of raken gefrustreerd		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Matig: ik begin aan iets maar maak het niet af, ik heb energie te over en heb minder slaap nodig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mild: ik gedraag me zeer sociaal en knoop met iedereen gesprekken aan, ik voel me heel productief		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stabiel: ik voel me noch manisch, nocht depressief			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPRESSIE	Mild: ik voel me futloos en droevig, ik functioneer wel nog normaal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Matig: ik ben in niets geïnteresseerd, ik moet moeite doen om te functioneren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hoog/Gemiddeld: ik leef teruggetrokken, ik spijbel veel of ga niet werken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ernstig: ik functioneer niet meer, ik heb zelfmoordgedachten, vrienden en familie dringen erop aan dat ik medische hulp zoek		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DAGBOEK

Er zijn ook verschillende apps (Emoods, Imood Journal en Daylio) waarin je zeer eenvoudig je stemming kan invoeren.

Gebeurde er vandaag iets belangrijks?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nam je medicijnen?		Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Medicatie: naam	Dagelijkse dosis	Aantal pillen per dag									
Aantal uren dat je vorige nacht sliep											
Voor vrouwen: was je vandaag ongesteld?											



