

Depressie en manie

Informatie over verloop, oorzaken en behandelingen

In overleg met uw behandelend arts bent u opgenomen omdat u lijdt aan de stemmingsziekte(s) depressie en/of manie. Met deze informatie geven wij u als patiënt en uw familieleden en directbetrokkenen inzicht in het verloop, de mogelijke oorzaken en behandelingen.

In deze tekst spreken we over 'de patiënt', 'hij' en 'zijn' ziekte. Hierbij wordt altijd zowel de mannelijke als vrouwelijke patiënt bedoeld. Depressie en manie kan ieder van ons overkomen.



Verloop van depressie en manie

Een depressie kan geleidelijk ontstaan, maar soms ook binnen een week of zelfs binnen een dag. Bijna alle depressies gaan ook weer over, soms zelfs zonder behandeling. Een niet behandelde depressie duurt gemiddeld 4 tot 6 maanden, maar er zijn zeldzame uitzonderingen die jaren duren. Met een behandeling proberen we de depressie zolang die voortduurt te onderdrukken. Behandelingen met bijvoorbeeld antidepressieve medicijnen zijn niet genezend, maar ze verminderen wel een groot deel van de klachten.

Een manie kan ook geleidelijk ontstaan, maar meestal ontstaat die binnen enkele dagen of zelfs binnen een dag. Een dergelijke snelle verandering treedt soms op als men de hele nacht ervoor niet geslapen heeft. Net zoals bij de depressie gaan ook de meeste manieën uiteindelijk vanzelf over. Een onbehandelde manie duurt gemiddeld 2 à 3 maanden, maar ook hierop zijn langdurige uitzonderingen mogelijk. Met behandeling verdwijnen de meeste manieën grotendeels in 2 tot 6 weken.

Verskillende vormen

Een depressie kan eenmalig in iemands leven optreden. Meestal echter maken patiënten in hun leven verscheidene depressies door, terwijl ze tussen deze perioden door meestal geheel gezond zijn. We spreken dan van terugkerende (recidiverende) depressies. Daarnaast kennen we nog een vorm waarbij iemand in zijn leven naast depressie(s) ook manie(ën) doormaakt. In zo'n geval spreken we van een bipolaire ofwel een manisch-depressieve stoornis, een ziekte met twee polen. Ook hier geldt dat iemand tussen zijn manieën en/of depressies helemaal normaal kan functioneren. Maar het komt ook voor dat een manie rechtstreeks in een depressie overgaat of omgekeerd. Wanneer bij iemand alleen depressies of alleen manieën optreden, wordt dit een unipolaire stoornis (één pool) genoemd.

Oorzaken van depressie en manie

- **Psychische oorzaken**
Hiertoe rekenen we de oorzaken die samenhangen met iemands functioneren. Ieder mens heeft zijn eigen psychische ofwel karaktereigenschappen die bepalen hoe men in een gegeven situatie reageert en hoe men problemen al dan niet oplost. Mensen die psychisch minder sterk in hun schoenen staan, dat wil zeggen die een persoonlijkheidsstoornis of een neurotisch karakter hebben, blijken over het algemeen meer risico te lopen om een depressie te krijgen dan mensen met een sterke persoonlijkheid.
- **Sociale oorzaken**
Stressvolle gebeurtenissen zoals een echtscheiding, verlies van de levenspartner, spanning op het werk of grote veranderingen in het leven, kunnen een aanleiding vormen voor een depressie of manie.
- **Biologische oorzaken**
Bij sommige patiënten lijkt een depressie of manie te ontstaan zonder een duidelijke

aanleiding, alsof de depressie of manie van binnenuit is ontstaan. Sommige mensen lijken al bij geringe psychische of sociale belasting een depressie te krijgen. Waarschijnlijk is in deze gevallen een (erfelijke) biologische factor de oorzaak. Andere biologische oorzaken kunnen een schildklierandoening, de gevolgen van een vergiftiging en/of (onjuist) medicijngebruik zijn. We spreken dan ook wel van organisch of lichamenlijk veroorzaakte depressies.

- **Combinatie van oorzaken**

Vaak is het niet mogelijk om één oorzaak aan te geven van een depressie of een manie. Bij bijna iedereen gaat het om een combinatie van oorzaken. Hierbij wordt aangenomen dat de biologische factor bepaalt of men aanleg heeft tot een bepaalde ziekte en dat de psychosociale factoren bepalen of de ziekte ook daadwerkelijk optreedt. Omgekeerd zou je kunnen zeggen dat zonder aanleg een bepaalde ziekte niet, of niet gauw, zal optreden.

Behandeling van depressie en manie

Bij een ernstige depressie of manie worden altijd medicijnen gegeven om de biologische oorzaken tegen te gaan. Daarnaast worden de psychische en sociale oorzaken vastgesteld, waarop met gesprekken, eventuele psychotherapie en maatschappelijke hulp gereageerd kan worden. Om alle oorzaken van een ernstige depressie of manie te bestrijden, bestaat een goede behandeling dus uit gesprekken in combinatie met medicijnen. Bij een minder ernstige depressie of manie is het niet altijd noodzakelijk om dit totaalpakket aan hulp te bieden en reageert de patiënt vaak al heel goed op enkele gesprekken en kunnen medicijnen achterwege blijven.

Hulp van familieleden en/of betrokkenen

De meeste patiënten met een depressie of manie krijgen de eerste steun van hun familieleden of directbetrokkenen. Deze doen er over het algemeen goed aan te luisteren naar wat de patiënt vertelt en kunnen anderzijds proberen om hem te steunen, vooral door hem hoop te bieden en moed in te spreken. Soms heeft de patiënt zelf onvoldoende of zelfs helemaal geen inzicht in zijn eigen situatie. In dat geval kunnen familieleden of verwanten proberen de patiënt uit te leggen wat er met hem aan de hand is. Het kan moeilijk zijn om de patiënt te overtuigen dat hij ziek is en dat hij naar de huisarts of zelfs de psychiater moet en/of medicijnen moet slikken. De reacties van een patiënt kunnen ontmoedigend en afwijzend zijn. Het is de kunst om dan toch vol te houden. Familieleden of directbetrokkenen kunnen meegaan naar de dokter om de patiënt te ondersteunen bij het gesprek en om zo nodig aanvullende informatie te geven. Veel depressieve patiënten hebben namelijk concentratie- of geheugenstoornissen of zijn te geremd om zelf hun verhaal goed te vertellen.

Geneesmiddelen bij depressie

Bij de behandeling van een depressie, zeker als deze gepaard gaat met de lichamenlijke verschijnselen, worden vaak medicijnen gegeven. Er zijn zo'n 20 antidepressiva en antipsychotica beschikbaar die vergelijkbaar werkzaam zijn, maar verschillen in hun eventuele bijwerkingen en werkingsmechanismen.

Effectiviteit

Antidepressiva leiden bij 60 tot 70% van de depressieve patiënten tot een vermindering van de depressie. In de eerste dagen verandert er meestal nog maar weinig in de stemming zelf, maar soms verminderen dan wel al de eventueel aanwezige angst, spanning en/of slaapstoornissen. Doorgaans kan het 1 tot 4 weken duren voordat het middel antidepressief gaat werken. De stemming wordt dan minder somber, de activiteit neemt toe en de lichamenlijke klachten worden geleidelijk minder. Vaak ervaart de patiënt dit in het begin zelf nog niet, maar zeggen anderen dat hij er wat beter uitziet, een wat minder gespannen indruk maakt of wat makkelijker praat. Zodra de verbetering doorzet, zal de patiënt het ook zelf merken. Al met al duurt het meestal 2 tot 4 weken voordat de depressie geheel of grotendeels verdwenen is.

Antidepressiva verminderen de verschijnselen van de depressie door de symptomen te onderdrukken. Ze genezen de depressie niet en vaak zal de patiënt daarom toch enkele lichte klachten blijven houden en blijft de depressie onder de oppervlakte aanwezig. Men heeft bijvoorbeeld moeite om op gang te komen of houdt het idee toch niet in dezelfde mate van het leven te kunnen genieten als voor de

depressie. De patiënt zal dan de medicijnen nog enkele maanden moeten blijven gebruiken. Pas wanneer de depressie geheel verdwenen is, kan de dosering geleidelijk worden verminderd. Over het algemeen is het vrij moeilijk te bepalen of de depressie inderdaad helemaal over is of dat die onder de oppervlakte nog aanwezig is. Het kan dan ook gebeuren dat iemand die zich heel goed voelt en de medicijnen staakt, daarna toch weer geleidelijk depressief wordt. Er zijn patiënten die de medicijnen vele jaren willen of moeten blijven doorgebruiken om depressies te voorkomen.

Stemmingsstabilisatoren

Naast antidepressiva bestaat er nog een groep van geneesmiddelen die bij depressie en manie worden toegepast: de stemmingsstabilisatoren lithium, carbamazepine en valproaat. Deze kunnen een gunstig effect hebben bij zowel een manie als een depressie. Daarnaast kunnen ze patiënten met terugkerende depressies of een bipolaire (manisch-depressieve) stoornis helpen om nieuwe manische en/of depressieve episoden te voorkomen. De medicijnen zorgen ervoor dat de episoden minder vaak en/of minder ernstig terugkeren. De stemmingsstabilisatoren hebben een gunstig effect bij 60 tot 70% van de patiënten, al kan het soms maanden duren voordat ze hun maximale werking hebben. Soms is het noodzakelijk een of meer stemmingsstabilisatoren met elkaar te combineren, of antidepressiva of antipsychotica aan de behandeling toe te voegen.

Bijwerkingen

Alle antidepressiva kunnen bijwerkingen veroorzaken, maar deze zijn vaak tijdelijk en komen lang niet bij iedereen en nooit allemaal tegelijk voor. Mogelijke bijwerkingen kunnen zijn: sufheid, slaperigheid, droge mond, wazig zien, moeite met urineren en de ontlasting, transpireren, hartkloppingen, vermindering van seksuele gevoelens, misselijkheid, hoofdpijn, duizelingen en slaapstoornissen.

Bij mensen met een manisch-depressieve stoornis bestaat het risico dat antidepressiva een manie veroorzaken. Ook kunnen hierdoor manische en depressieve episoden elkaar sneller opvolgen. Daarom wordt de voorkeur gegeven aan lithium, carbamazepine of valproaat en mogen antidepressiva alleen worden toegepast als ze met een of meer van deze stemmingsstabiliserende middelen worden gecombineerd.

Lithium kan veel bijwerkingen veroorzaken, vaak afhankelijk van de concentratie van lithium in het bloed. De meest bekende bijwerkingen van lithium zijn beven, spierschokjes, misselijkheid en diarree. Lithium kan op den duur leiden tot een verminderde werking van de nieren en de schildklier. Lithium kan ook psychische effecten hebben en kan het concentratievermogen en het geheugen beïnvloeden. Het grootste gevaar bij lithiumgebruik is dat het bij te hoge doseringen (en lithiumspiegels) kan leiden tot vergiftigingsverschijnselen. Om deze reden moet de lithiumspiegel regelmatig worden gecontroleerd en dienen de patiënten die lithium gebruiken uitvoerig te worden geïnformeerd over het hoe en waarom van een behandeling met lithium.

Carbamazepine en valproaat kennen als mogelijke bijwerkingen: misselijkheid, duizeligheid en beven. Daarnaast kan carbamazepine huiduitslag veroorzaken en kan het in zeer zeldzame gevallen de aanmaak van witte bloedlichaampjes remmen. Ook bij carbamazepine en valproaat is het nodig om regelmatig de spiegel in het bloed te controleren.

Angstdempende middelen en slaapmiddelen

Naast antidepressiva gebruiken veel patiënten met een manie of een depressie angstdempende middelen en slaapmiddelen. De werking van deze zogenaamde benzodiazepinen is, in tegenstelling tot die van de antidepressiva, meestal al kort nadat men het middel heeft ingenomen merkbaar. Na de eerste inname kan de patiënt binnen een of enkele uren de angst en de spanning voelen verminderen. De benzodiazepinen hebben echter weinig of geen effect op de andere verschijnselen van een depressie of een manie en zijn daarom ongeschikt als de enige behandeling. Zeker niet bij een manie en de ernstigere vormen van depressie. Wel kunnen benzodiazepinen over het algemeen goed gecombineerd worden met antidepressiva, antipsychotica en/of stemmingsstabilisatoren. Benzodiazepinen verliezen soms na wekenlang of maandenlang gebruik hun oorspronkelijke uitwerking op de patiënt, waardoor sommige patiënten steeds hogere doseringen moeten gebruiken. De benzodiazepinen kunnen daardoor tot gewenning, afhankelijkheid en soms zelfs tot verslaving

leiden. Doorgaans wordt daarom aangeraden om benzodiazepinen alleen tijdelijk – enkele weken tot maximaal enkele maanden – te gebruiken, liefst in lage doseringen.

Andere behandelingen

Naast psychotherapie en medicijnen kan lichttherapie effectief zijn bij een bepaalde vorm van depressie die vooral in de wintermaanden optreedt. Daarnaast kan elektroconvulsiotherapie (ECT, elektroshock) worden ingezet voor patiënten die niet op medicijnen reageren.

Meer informatie en contact

Het is onmogelijk om in deze tekst alles over de behandeling van depressie en manie te vertellen. Meer informatie over de verschijnselen depressie en manie is te vinden in onze patiënteninformatie 'Verloop en behandeling van depressie en manie', verkrijgbaar op de verpleegafdeling Psychiatrie en bij de Patiëntenvoorlichting. Deze tekst is ook beschikbaar via www.mumc.nl met de zoekwoorden: psychiatrie patiëntenfolders.

De tekst van deze patiënteninformatie is gebaseerd op het boekje 'Depressie en Manie' van W.A. Nolen (uitgave 2000, 9e druk, uitgeverij Lundbeck BV). Hierin vindt u ook uitvoerige aanvullende informatie over de medicatie bij depressie en manie.

Andere aanbevolen boeken over depressie en manie:

- *Depressie en manisch-depressieve stoornis; oorzaken, symptomen en behandelingsmogelijkheden*, uitgegeven bij Trion Medisch, Baarn, 1997.
- *Omgaan met depressie, een leidraad voor patiënten en hun omgeving*, van F. de Jonghe, uitgegeven bij Kosmos - Amsterdam, 1992.

Met uw vragen kunt u ook terecht bij verpleegafdeling B1: 043-387 41 20.

Patiëntenvereniging

De Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB) zet zich in voor mensen met een manisch-depressieve stoornis en hun directbetrokkenen.

T: 033-303 23 50
Lotgenotenlijn: 0900-512 34 56 (€ 0,10 per minuut)
E: bureau@vmdb.nl
W: www.vmdb.nl

Websites

- www.mumc.nl
- www.gezondidee.mumc.nl

Odin 045980 / uitgave november 2017

Bezoekadres
P. Debyelaan 25
6229 HX Maastricht

Postadres
Postbus 5800
6202 AZ Maastricht

Algemeen telefoonnummer
043-387 65 43
www.mumc.nl