

Het belang van tijdige herkenning van bipolaire stemmingsstoornissen

Rosalie Beekman, Willemijn Bedaux, Marc Lochmann van Bennekom, Judith Bisscheroux, Manon Hillegers, Eline Regeer

Wanneer patiënten zich presenteren bij de huisarts met klachten van depressieve aard, kan dit duiden op een (nog te ontwikkelen) bipolaire stoornis. Lastig om te herkennen, ook omdat de patiënt hypomanie vaak niet als problematisch ervaart. De patiënt actief bevragen over de voorgeschiedenis en familieachtergrond kan de prognose verbeteren.

CASUS: VROUW MET SOMBERHEIDSKLACHTEN

Mevrouw Groeneveld [25 jaar] bezoekt haar huisarts vanwege somberheidsklachten. Zij kan nergens meer van genieten, heeft geen energie, komt haar bed amper uit en eet slecht. Haar opleiding tot mondhygiëniste verliep voorspoedig, maar nu kan ze zich totaal niet concentreren. Het voelt onvoorstelbaar dat ze ooit zal slagen voor de opleiding en het lijkt haar eigenlijk ook geen leuk beroep, dus ze overweegt om zich uit te schrijven. Met de POH-ggz maakte ze eerder een weekprogramma om de dagstructuur te verbeteren. Ook voltooide zij een online CGT-cursus, maar de depressie bleef aanhouden. Nu komt patiënte om te bespreken of zij medicatie wil proberen: escitalopram. Haar vriend is mee. Hij verzucht: 'Ze is zo veranderd... toen ik haar 3 jaar geleden leerde kennen, was ze de hele dag vrolijk en had ze energie voor 10. We gingen vaak uit tot diep in de nacht en de volgende ochtend zat zij alweer tentamens te maken. Voor mij was het niet bij te houden. Na een paar weken werd dat allemaal gelukkig wat rustiger en hadden we het heel goed samen, maar zoals het de laatste tijd met haar gaat is echt vreselijk.'

Mevrouw Groeneveld heeft een depressieve episode. Haar vriend merkt dit ook op, maar zijn beschrijving hoe het bij hun kennismaking met haar ging is opvallend en zou kunnen passen bij een hypomanische episode van enkele weken. Als dat zo is moet haar huidige depressie begrepen worden in het kader van een bipolaire stemmingsstoornis. Bipolaire stoornissen komen naar schatting voor bij 2,1% van de Nederlandse bevolking.¹ De diagnose wordt bij een aanzienlijk deel van de patiënten niet of pas laat onderkend, zowel in de huisartsenpraktijk als in de ggz. Uit gepoolde data van 3803 patiënten in behandeling bij de huisarts vanwege een depressie bleek dat 17% een bipolaire stoornis had.² Na de eerste stemmings-episode duurt het gemiddeld 6 jaar totdat adequate behandeling wordt gestart.³ Onbehandelde stemmingsepisoden hebben potentieel ernstige gevolgen voor het welbevinden en functioneren van – vaak jonge – patiënten. Eerdere herkenning geeft ruimte om hun prognose te verbeteren. In dit artikel geven we handvatten voor tijdige herkenning en schetsen een bredere context van bipolaire stoornissen.

BIPOLAIRE STOORNISSEN

Kenmerkend voor een bipolaire stoornis is het optreden van manische of hypomanische stemmingsepisoden. Bij de meeste



Mensen die zich met depressieve klachten melden, kunnen een bipolaire stoornis hebben of deze gaan ontwikkelen.

Foto: Shutterstock

DE KERN

- Tijdige herkenning van een bipolaire stoornis is belangrijk.
- Een deel van de patiënten die zich bij de huisarts melden met depressieve klachten heeft een bipolaire stoornis of kan deze gaan ontwikkelen en dat heeft consequenties voor [het resultaat van] de behandeling.
- Vraag altijd naar een eerder doorgemaakte [hypo]manie en of een bipolaire stoornis in de familie voorkomt.

patiënten komen daarnaast depressieve episoden voor. Een depressie gaat doorgaans gepaard met vermindering van verschillende functies, zoals een sombere, ‘verlaagde’ stemming, anhedonie, minder eetlust en minder activiteit (apathie). Bij manie is juist sprake van een overmaat. De stemming is verhoogd: eufoor of prikkelbaar, het energieniveau is ongewoon hoog en de patiënt onderneemt ongewoon veel. Een uitgebreidere beschrijving van de symptomen staat in [tabel 1]. Manie kan uitmonden in een manische psychose. Hypomanie is een lichte vorm van manie waarbij het functioneren niet problematisch vermindert, maar wel verandert.⁴

BELOOP EN RISICOFACTOREN

Een bipolaire stoornis ontstaat meestal tussen het 15e en 30e levensjaar en komt ongeveer even vaak voor bij mannen als bij vrouwen. De meeste patiënten maken 1 of meerdere depressies door voordat de eerste (hypo)manie zich aandient. Depressie is dan ook een belangrijke risicofactor: de kans dat een depressieve patiënt een bipolaire stoornis ontwikkelt wordt in een recen-

te meta-analyse geschat op 22,5% na 12-18 jaar follow-up.^{2,5} Vervolgens is een grote variatie aan beloopvormen mogelijk. Sommige patiënten zijn jarenlang stabiel tussen stemmingsepisoden. Aan de andere kant van het spectrum zijn de patiënten met een ‘rapid cycling’-beloop: zij maken minstens 4 keer per jaar een (hypo)manische of depressieve episode door. Stemmingsepisoden hebben doorgaans een grote impact op verschillende levensdomeinen, zoals relaties, zelfzorg en functioneren op studie of werk, waarin juist tijdens de adolescentie en jongvolwassenheid grote ontwikkelingen moeten plaatsvinden. Naar schatting overlijdt 5% van de patiënten door suicide.^{3,5} Minstens de helft van de patiënten met een bipolaire stoornis heeft comorbide psychopathologie: angststoornissen, trauma, ADHD, verslaving en persoonlijkheidsstoornissen komen het meest frequent voor. Differentiaaldiagnostisch kan het uitdagend zijn om manische symptomen te onderscheiden van ADHD, maar in tegenstelling tot (hypo)manie zijn symptomen van ADHD niet episodisch maar voortdurend aanwezig en van jongs af aan. Ook de afgrenzing van borderline persoonlijkheidsproblematiek kan lastig zijn, maar hierbij zijn stemming- en emotieregulatieproblemen vaak gerelateerd aan de interactie met andere mensen. Zie het [kader] voor de beschikbare effectieve behandelmethoden.⁶

Bipolaire stoornissen hebben een erfelijke component: kinderen van een ouder met een bipolaire stoornis hebben een risico van 10-20% om zelf een bipolaire stoornis te ontwikkelen. Andere risicofactoren staan in [tabel 2].⁴

EEN SPELD IN EEN HOOIBERG?

Dat bipolaire stoornissen weinig herkend worden, blijkt uit vergelijking van de prevalentiecijfers in de algemene bevolking met de huisartsenpraktijk. Het recentste bevolkingsonderzoek (NEMESIS-3) vond een *lifetime*-prevalentie van 2,1% en een 12-maands prevalentie van 1,2% in een representatieve steekproef onder 6194 volwassen Nederlanders.¹ Een grondig uitgevoerd onderzoek in de huisartsenpraktijk resulteerde in een veel lagere prevalentie van 0,16% gedurende de onderzoeksperiode van 11 jaar. De onderzoekers doorzochten hiervoor 400.000 geanonimiseerde huisartsendossiers, inclusief vrije tekst, diagnoselijst, correspondentie met de psychiater en medicatielijst.^{2,6}

Hoe komt het dat we deze stoornis zo vaak over het hoofd zien? Een belangrijke reden is dat patiënten een hypomanie doorgaans niet als afwijkend of problematisch ervaren. Integendeel: het functioneren kan zelfs tijdelijk verbeterd zijn. Zij zullen zo’n episode daarom niet spontaan melden als zij bij de huisarts komen met depressieve klachten. Zelfs manische episoden worden soms niet herkend als afwijkend.

WAT LEVERT TIJDIGE HERKENNING OP?

Het herkennen van een depressie als onderdeel van een bipolaire stoornis is van belang omdat een bipolaire depressie vaak minder goed reageert op antidepressiva en een andere farmacologische behandeling vraagt dan unipolaire (‘gewone’) depressies. Er kan beter gekozen worden voor medicijnen als

Tabel 1

Kenmerken van depressie en manie

Depressie: ‘van alles te weinig’	Manie: ‘van alles te veel’
Sombere, ‘verlaagde’ stemming	Eufore, prikkelbare, ‘verhoogde’ stemming
Verlies van levenslust, afgenomen activiteit	Toegenomen levenslust, dadendrang, verhoogde activiteit
Overmatig slapen of slapeloosheid, weinig energie	Minder behoefte aan slaap, overmaat aan energie
Gevoelens van waardeloosheid, schuld, zelfverwijt	Meer zelfvertrouwen, grootheidsgedoele, verminderde zelfkritiek
Minder eetlust en libido	Toegenomen seksuele interesse
Traagheid van denken en spreken	Gedachtevlucht, spraakwaterval
Hopeloosheid, uitzichtloosheid en suicidaliteit	Soms ernstige relationele en maatschappelijke schade

Depressie en manie kunnen beide een psychotische vorm aannemen.

quetiapine of lamotrigine [kader].⁶ Verder is het recidieve risico bij de bipolaire stoornis groter dan bij unipolaire depressie en kan adequate profylactische behandeling [kader] het risico op nieuwe stemmingsepisoden verkleinen. Dit vermindert niet alleen de directe ziektelast, maar ook restsymptomen en stigma. Het geeft de patiënt ruimte om zich als gezonde volwassene te ontwikkelen. Daarnaast blijken behandelingen effectiever te zijn als deze in een vroeg stadium starten en blijken herhaalde stemmingsepisoden de kans op een nieuw recidief te verhogen.^{8,9} Tot slot vermindert tijdige herkenning de kans op iatrogene schade, bijvoorbeeld door een door antidepressiva geïnduceerde manie.^{3,5}

BESCHOUWING

Tijdige herkenning van bipolaire stoornissen is niet eenvoudig, maar het kan veel opleveren. Patiënten zullen zich veelal in eerste instantie tot de huisarts wenden vanwege depressieve klachten. De NHG-Standaard Depressie adviseert om manische fasen in de voorgeschiedenis goed uit te vragen bij de evaluatie van depressie.¹⁰ Wij geven aanvullende praktische tips om bipolaire stoornissen te herkennen.

- Vraag aan alle patiënten met een depressie of zij ooit een ongewoon energieke of drukke episode hebben doorgemaakt waarin zij ongewoon productief waren en veel minder slaap nodig hadden. Deze kenmerken van (hypo)manie zijn vaak gemakkelijker terug te halen, terwijl de eufore stemming minder beklijft. (Hypo)manische episodes worden vaak beter herkend door naasten dan door de patiënt zelf, een heteroanamnese is dan ook belangrijk. Keert de depressie later terug, vraag dan opnieuw of zich in de tussentijd een (hypo)manie heeft voorgedaan, want (hypo)manie ontstaat doorgaans later dan de depressies. Vraag ook naar het voorkomen van bipolaire stoornissen in de familie.
- Gebruik zo nodig een screener. De *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ) is een nuttig screeningsinstrument met 13

Tabel 2

Risicofactoren voor het ontstaan van een bipolaire stoornis

Familiaire belasting	Met name: eerstegraads familielid met een bipolaire stoornis
Doorgemaakte depressie	In het bijzonder recidiverend en/of op jonge leeftijd
Postpartum	Doorgemaakte postpartumdepressie of -psychose
Subklinische manische symptomen	Bijvoorbeeld een eufore stemming en breedsprakigheid gedurende minimaal 4 dagen
Andere psychopathologie	Angststoornissen, slaapproblemen, middelengebruik en gedragsproblemen, stemmingslabiliteit

vragen over manische symptomen.¹¹ Een lage score maakt een bipolaire stoornis onwaarschijnlijk, een score van 7 of hoger is reden voor verdere diagnostiek. De *LifeChart*-methode is een gevalideerde methode om het beloop van de stemming te volgen.¹² Hiermee kan desgewenst al gestart worden door de huisarts of de POH-ggz. Beiden zijn, inclusief handleiding, beschikbaar via de website van het Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen (kenniscentrum-bipolairestoornissen.nl).

- De behandeling van een bipolaire depressie verschilt van de unipolaire depressie. Monotherapie met antidepressiva (SSRI, SNRI of TCA) is bij een bipolaire depressie in principe gecontraïndiceerd omdat het een manie kan uitlokken. Wees alert op tekenen van ontremming bij het voorschrijven van antidepressiva. Overleg bij twijfel laagdrempelig met een psychiater of verwijs door. Behandeling van bipolaire stoornissen vindt primair plaats in de (specialistische) ggz.

KADER: BEHANDELING VAN BIPOLAIRE STOORNISSEN IN VOGELVLUCHT

Behandeling bestaat doorgaans uit psycho-educatie, psychologische en medicamenteuze interventies. Door heel Nederland bieden ggz-instellingen psycho-educatiecursussen aan voor patiënten en hun naasten. Interventies zijn gericht op zelfmanagement: vroege herkenning van symptomen met behulp van de *LifeChart*-methode en een persoonlijk signaleringsplan, evenals preventie door verbeteren van de slaap, vermijden van middelenmisbruik en toepassen van contra-gedrag [bijvoorbeeld rust inbouwen en afspraken afzeggen bij manie]. Tevens is er aandacht voor de verschillende behandelmethoden, stigma en praktische zaken zoals arbeidsgelateerde problemen. Psychologische behandelingen richten zich op behandelen en voorkomen van stemmingsepisodes, alsook op

omgaan met de gevolgen van de bipolaire stoornis en behandeling van angst- en traumagerelateerde klachten, versterken van passende coping en emotieregulatiestrategieën en verminderen van stress. Verschillende effectieve medicamenteuze opties zijn beschikbaar: naast lithium ook anti-epileptica (valproïnezuur, lamotrigine), antidepressiva (onder andere fluoxetine) en antipsychotica (onder andere quetiapine en olanzapine). Antidepressiva worden bij voorkeur vaak gecombineerd met een medicijn met anti-manische werking. Tot slot kunnen ernstige en/of therapieresistente depressie en manie behandeld worden met elektroconvulsiotherapie (ECT). Meer informatie over de behandeling van bipolaire stoornissen vindt u in de Zorgstandaard Bipolaire stoornissen en de Multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen (zie gerelateerde content bij het online artikel).

Het hebben van een familiale belasting voor bipolaire stoornissen is de meest robuuste risicofactor voor het ontwikkelen van zowel een bipolaire stoornis als andere psychopathologie.¹³ Daarom verdienen kinderen van patiënten met een bipolaire stoornis, die vaak ten onrechte niet in beeld zijn, bijzondere aandacht. Zij zijn dubbel belast via erfelijke aanleg en het opgroeien in een mogelijk stressvolle omgeving bij een ouder met psychopathologie. Dit vertaalt zich in een hoog risico op psychiatrische problematiek zoals blijkt uit zowel internationaal als Nederlands onderzoek. Deze groep heeft een 10-20 maal verhoogd risico op een bipolaire stoornis. Ruim 60% ontwikkelt andere psychopathologie, zoals angst-, stemmingsstoornissen en verslavingsproblematiek.¹⁴ De tijd tussen het ontstaan van klachten en de juiste diagnose en behandeling is nog steeds te lang, met negatieve consequenties voor de prognose. Daarom is het vanuit preventie-oogpunt van belang om aandacht te hebben voor deze groep en al bij milde stemmingsklachten te behandelen of te verwijzen, zoals ook blijkt uit een recente review.¹⁵ Voor alle kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) kunnen KOPP/KOV-interventies helpend zijn. Een voorbeeld daarvan is 'PIEP zei de Muis', een programma voor 4-8-jarigen. Deze interventies zijn regionaal georganiseerd.¹⁶

CONCLUSIE

Door tijdige herkenning van bipolaire stoornissen kunnen patiënten eerder profiteren van effectieve behandeling van hun stemmingsklachten, het voorkomen van nieuwe stemmingsepisodes en management van de gevolgen ervan. De huisarts kan bijdragen aan tijdige herkenning door bij patiënten met een depressie structureel navraag te doen naar eerdere (hypo)manische episodens en naar risicofactoren, zoals het familiair voorkomen van bipolaire stoornissen. Bij aanwijzingen voor bipolaire stoornis is het zinvol om een heteroanamnese te verrichten, eventueel aangevuld met een korte screener en dagelijkse zelfmonitoring van de stemming, maar vooral om laagdrempelig te overleggen met of te verwijzen naar een (kinder- en jeugd)psychiater. ■

LITERATUUR

1. Ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer S, Schouten F, Luik AI, de Graaf R. Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psych* 2023;22(2):275-85. DOI:10.1002/wps.21087.
2. Daveney J, Panagioti M, Waheed W, Esmail A. Unrecognized bipolar disorder in patients with depression managed in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2019;58:71-6. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2019.03.006. Epub 2019 Mar 27.
3. Dagani J, Signorini G, Nielssen O, Bani M, Pastore A, De Girolama G, et al. Meta-analysis of the Interval between the Onset and Management of Bipolar Disorder. *Can J Psychiatry* 2017;62(4):247-58. DOI:10.1177/0706743716656607.
4. Kupka R, Hillegers M, Koenders M, Sienaert P. *Handboek Bipolaire Stemningsstoornissen*. Amsterdam: Boom uitgevers, 2022.

5. Ratheesh A, Davey C, Hetrick S, Alvarez-Jimenez M, Voutier C, Bechdolf A, et al. A systematic review and meta-analysis of prospective transition from major depression to bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2017;135:273-84.
6. Kupka R, Goossens P, Van Bendegem M, Daemen P, Daggenvoorde T, Danielset M et al. *Multidisciplinaire Richtlijn Bipolaire Stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij, 2015.
7. Kroon JS, Wohlfarth TD, Dieleman J, Sutterland AL, Storosum JG, Denys D, et al. Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: A population-based cohort study. *Bipolar Disord* 2013;15(3):306-13. doi:10.1111/bdi.12058
8. Joyce K, Thompson A, Marwaha S. Is treatment for bipolar disorder more effective earlier in illness course? A comprehensive literature review. *Int J Bipolar Disord* 2016;4(1). DOI:10.1186/s40345-016-0060-6.
9. Berk M, Brnabic A, Dodd S, Kelin K, Tohen M, Malhi GS, et al. Does stage of illness impact treatment response in bipolar disorder? Empirical treatment data and their implication for the staging model and early intervention. *Bipolar Disord* 2011;13(1):87-98. DOI:10.1111/j.1399-5618.2011.00889.x.
10. NHG-werkgroep Depressie. *NHG-Standaard Depressie*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2022.
11. Postma DH, Schulte PFJ. De stemmingsstoornisvragenlijst (MDQ-NL), een hulpmiddel voor betere herkenning van een bipolaire stoornis. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152(34):1865-70.
12. Denicoff KD, Leverich GS, Nolen WA, Rush AJ, McElroy SL, Keck PE, et al. Validation of the prospective NIMH-life-chart method (NIMH-LCM(TM)-p) for longitudinal assessment of bipolar illness. *Psychol Med* 2000;30(6):1391-7. doi:10.1017/S0033291799002810
13. Uher R, Pavlova B, Radau J, Provenzani U, Najafi S, Fortea L, et al. Transdiagnostic risk of mental disorders in offspring of affected parents: a meta-analysis of family high-risk and registry studies. *World Psychiatry* 2023;22(3):433-448. DOI:10.1002/wps.21147.
14. Mesman E, Nolen WA, Reichart CG, Wals M, Hillegers MHJ. The dutch bipolar offspring study: 12-year follow-up. *Am J Psychiatry* 2013;170(5):542-9. DOI:10.1176/appi.ajp.2012.12030401.
15. Maciejewski D, Hillegers M, Penninx B. Offspring of parents with mood disorders: time for more transgenerational research, screening and preventive intervention for this high-risk population. *Curr Opin Psychiatry* 2018;31(4):349-57. DOI:10.1097/YCO.0000000000000423.
16. Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. KOPP/KOV. Overzicht van interventies. <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/kopp/inzetten-van-interventies/overzicht-van-interventies>.

Beekman RAL, Bedaux WLF, Lochmann van Bennekom MWH, Bisscheroux J, Hillegers MHJ, Regeer EJ. Het belang van tijdige herkenning van bipolaire stemmingsstoornissen. *Huisarts Wet* 2024;67:DOI:10.1007/s12445-024-2810-5.

Altrecht Bipolair, Utrecht: R.A.L. Beekman, aios psychiatrie, r.beekman@altrecht.nl; dr. E.J. Regeer, psychiater en onderzoeker, voorzitter Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen; Huisartsenpraktijk Zeist: dr. W.L.F. Bedaux, huisarts; Pro Persona Expertisecentrum Depressie, Nijmegen: M.W.H. Lochmann van Bennekom, psychiater en onderzoeker; J. Bisscheroux, ervaringsdeskundige; Erasmus MC Sophia Kinderziekenhuis, afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie/psychologie: prof. dr. M.H.J. Hillegers, afdelingshoofd, kinder- en jeugdpsychiater. Behalve W. Bedaux zijn alle auteurs lid van de werkgroep Tijdige Herkenning van Bipolaire Stoornissen van het Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen.

Mogelijke belangenverstrengeling: MH ontving subsidie van ZonMw voor het doen van onderzoek en ontvangt als redacteur van het handboek Bipolaire stemmingsstoornissen [Uitgeverij Boom/de Tijdstroom] royalties.