



Aut viam inveniam, aut faciam

Bipoliare stoornis

De bipolaire (manisch-depressieve) stoornis is een stemmingsstoornis die bij ongeveer 2% van de bevolking voorkomt. Deze stoornis wordt gekenmerkt door het afwisselend optreden van manische en depressieve episoden en heeft een sterk recidiverend karakter. In tegenstelling tot de “gewone” (unipolaire) depressies, die vaker bij vrouwen voorkomen, komen bipolaire stoornissen even vaak bij vrouwen als bij mannen voor.

Door het heterogene beloop en de onscherpe afgrenzing met normale stemmingsveranderingen enerzijds, en met andere psychiatrische stoornissen (b.v. unipolaire depressies en schizofrenie) en persoonlijkheidsstoornissen (b.v. de borderline stoornis) anderzijds, is de diagnose bipolaire stoornis in de klinische praktijk soms moeilijk te stellen. Dit gebeurt niet zelden pas jaren na het optreden van de eerste klachten en verschijnselen.

Bij de bipolaire stoornis wisselen symptomatische perioden (stemmingsepisoden) en symptoomvrije intervallen elkaar af. Stemmingsepisoden kunnen manisch, hypomanisch, depressief of gemengd zijn. De ernst van deze episoden kan variëren van licht, waarbij de afgrenzing met normale opgewektheid en somberheid slechts gradueel is, tot zeer ernstig, waarbij er ook psychotische verschijnselen kunnen optreden. De episoden kunnen jaren uiteenliggen of elkaar zodanig snel opvolgen dat er niet of nauwelijks nog sprake is van een tussenliggend herstel (rapid cycling).

De bipolaire stoornis komt in allerlei varianten voor; er wordt wel gesproken van het “bipolaire spectrum”. Naast de “klassieke” bipolaire I stoornis (depressie en manie) bestaat de bipolaire II stoornis (depressie met hypomanie) en de cyclothymie (frequent optredende perioden van depressieve en hypomane verschijnselen).

Manie

Een manische episode wordt gekenmerkt door een aanhoudend verhoogde (euforie) of prikkelbare (dysfore) stemming. Bijkomende symptomen zijn: een overdreven gevoel van eigenwaarde of grootheidsideeën, afgenomen behoefte aan slaap, toegenomen spraakzaamheid, gedachtenvlucht, verhoogde afleidbaarheid, toegenomen activiteit en/of psychomotorische agitatie, en het zich overgeven aan onbezonnen bezigheden met een grote kans op pijnlijke consequenties. Er treden duidelijke beperkingen op in het sociale, beroepsmatige en relationele functioneren, mede door een



verminderd oordeels- en kritiekvermogen. Er kunnen psychotische verschijnselen optreden, zoals grootheidswanen.

Veel manische patiënten hebben geen ziektebesef, zij zijn er van overtuigd dat zij beter dan ooit functioneren, en ervaren iedereen die hun op het tegendeel wijst als onbenullig, hinderlijk of zelfs vijandig. Hierdoor kunnen zij in grote moeilijkheden met hun omgeving komen, en is de behandeling vaak uiterst moeizaam.

Hypomanie

Indien de manische symptomen minder hevig zijn maar er wel een duidelijk waarneembaar verschil is met het normale gedrag van de desbetreffende persoon, spreekt men van een hypomane episode. Een hypomanie gaat nooit gepaard met psychotische verschijnselen en leidt per definitie niet tot een belangrijke verstoring van het sociaal functioneren. Overigens worden perioden van hypomanie door de betrokkene vaak positief gewaardeerd en ook door de omgeving niet altijd als afwijkend ervaren, in tegenstelling tot de depressies die bij dezelfde persoon optreden.

Depressie

Een depressieve episode bij de bipolare stoornis verschilt niet van de unipolaire depressie: op de voorgrond staan een aanhoudend depressieve stemming en het verlies van belangstelling. Daarnaast zijn er symptomen als afgenomen of toegenomen eetlust en gewicht, insomnia of hypersomnia, psychomotore remming of agitatie, moeheid en Energieloosheid, afgenomen concentratie en besluiteloosheid, gevoelens van waardeloosheid en schuld, preoccupatie met de dood en suïcidegedachten, -plannen of -pogingen. Ook bij een depressie kunnen in ernstige gevallen psychotische verschijnselen optreden.

Gemengde episode

Indien manische en depressieve verschijnselen aanhoudend gelijktijdig of in zeer snelle afwisseling optreden spreekt men van een gemengde episode. Een dergelijke dysfore manie ("ontstemd en ontremd") is vaak moeilijk te onderscheiden van een geagiteerde depressie ("rusteloos en lusteloos"). Versnelling en het niet kunnen stoppen van de gedachtegang duiden vaak op een onderliggende manie.

Beloop

Bipolaire stoornissen hebben een zeer heterogeen beloop. De eerste episode kan depressief, hypomanisch, manisch of gemengd zijn, en kan daarnaast gepaard gaan met uitgesproken psychotische kenmerken waardoor de aandoening aanvankelijk niet als een stemmingsstoornis wordt herkend.



Hoewel een eerste episode op elke leeftijd kan optreden, begint de stoornis meestal tussen het 15e en 24e jaar. Dit is voor mannen en vrouwen gelijk.

Onbehandeld varieert de duur van een stemmingsepisode van enkele dagen tot vele maanden, waarbij manieën over het algemeen korter duren dan depressies. De mate van herstel tussen de episoden hangt behalve van eventuele restsymptomen ook af van de psycho-sociale consequenties van de episoden. Deze kunnen in de loop van de stoornis toenemen, hetgeen niet zelden leidt tot bijvoorbeeld blijvende arbeidsongeschiktheid en het verbreken van betekenisvolle relaties. Depressieve restverschijnselen komen niet zelden voor, ook bij adequate behandeling.

Patiënten met een bipolaire stoornis hebben een twee- tot driemaal hogere mortaliteit dan de algemene populatie, o.a. door een hogere sterfte door cardiovasculaire aandoeningen. Suïcidepercentages worden geschat op 5-10 %.

Oorzaken en uitlokkende factoren

Over de oorzaken is de kennis vooralsnog beperkt, maar er zijn duidelijke aanwijzingen dat het daarbij gaat om een samenspel van genetische kwetsbaarheid, factoren in de ontwikkeling van het individu, en uitlokkende psychosociale factoren voorafgaand aan een episode. Familieonderzoek, tweelingstudies en adoptiestudies hebben aangetoond dat genetische factoren een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van bipolaire stoornissen.

De overerving is multigenetisch en complex, en er zijn vooralsnog veel open vragen. Patiënten met een kinderwens informeren vaak naar de erfelijkheid van de aandoening. Statistisch gezien is de kans dat een kind later een uni- of bipolaire stemmingsstoornis zal ontwikkelen ongeveer 20%. Indien beide ouders een stemmingsstoornis hebben neemt de kans verder toe.

Antenatale diagnostiek bestaat niet, en hoe men adviseert over het al dan niet kinderen krijgen hangt dan ook eerder af van andere factoren, zoals de kans op een recidief en de verwachte ernst daarvan, en de vraag of een zwangerschap en het ouderschap mogelijk een te grote belasting zullen vormen.

Episoden kunnen optreden na een stressvolle gebeurtenis, maar ook zonder duidelijke aanleiding. Veranderingen in het circadiane (24-uurs) ritme, bijvoorbeeld door ploegendiensten, doorwaakte nachten, en jet-lag, kunnen manische decompensaties in de hand werken. Stemmingsepisoden kunnen ook uitgelokt worden door een lichamelijke ziekte of het gebruik van alcohol, drugs, of geneesmiddelen.



Behandeling

De behandeling bestaat uit een combinatie van farmacotherapie, psychoeducatie, ondersteunende begeleiding, en eventueel gerichte psychotherapie. Voorlichting en begeleiding van eventuele partners of andere naasten is essentieel, mede omdat zij een belangrijke rol kunnen spelen bij de vroege detectie van decompensaties.

De behandeling kent twee fasen: de acute behandeling van stemmingsepisoden, en de profylactische onderhoudsbehandeling. De medicamenteuze behandeling van de acute ernstige manie, al dan niet met psychotische verschijnselen, bestaat uit antipsychotica en benzodiazepinen, waaraan in een vroeg stadium een stemmingsstabilisator wordt toegevoegd.

Bij de acute bipolaire depressie wordt de patiënt die nog geen stemmingsstabilisator gebruikt hierop ingesteld, en wordt in matig tot ernstige gevallen gelijktijdig begonnen met een antidepressivum. In de Nederlandse richtlijn wordt aanbevolen het antidepressivum na enkele maanden af te bouwen, en door te gaan met de stemmingsstabilisator.

Onderhoudsbehandeling

Als een stemmingsepisode in remissie is volgt eerst een voortgezette behandeling van enkele maanden om terugval te voorkomen. Daarna zal er vaak een indicatie zijn voor profylactische medicatie, zeker als er reeds meerdere (ernstige) episoden zijn opgetreden en/of er een familiale belasting voor bipolaire stoornissen bestaat.

Profylaxe met een stemmingsstabilisator wordt in principe op onbepaalde termijn voortgezet, aangezien de aandoening niet geneest maar de uitingen ervan slechts onder controle worden gehouden. Lithium is daarbij nog steeds het middel van eerste keuze, hoewel zeker niet bij alle patiënten effectief. Ook carbamazepine en valproïnezuur kunnen worden gebruikt als profylacticum.

De profylactische werking van atypische antipsychotica (olanzapine, quetiapine, risperidone en aripiprazol) en van het anticonvulsivum lamotrigine worden thans onderzocht. Indien één middel onvoldoende effectief blijkt te zijn om nieuwe episoden te voorkomen, kan of een combinatie van twee of zelfs drie stemmingsstabilisatoren gegeven worden.

De behandeling van de patiënt met een bipolaire stoornis is altijd langdurig en voor alle betrokkenen uitdagend. Behandeling en preventie van stemmingsepisoden en het optimaliseren van het psychosociaal functioneren staan daarbij centraal.