

Bipolaire stoornissen

De stoornis

De bipolaire stoornis is een (meestal) terugkerende stemmingsstoornis. Manie, hypomanie en depressie wisselen elkaar af in afgebakende perioden (episoden). Tussendoor heeft iemand doorgaans perioden van een normale stemming. De aandoening kan zich individueel zeer verschillend uiten.

De epidemiologische kenmerken

Naar schatting heeft 1.3% van de Nederlanders een bipolaire stoornis. Dat zijn ongeveer 211.000 personen, waaronder vrijwel even veel mannen en vrouwen. Als de stoornis eenmaal is opgetreden, houdt de persoon er een langdurige, soms levenslange kwetsbaarheid voor.

Vroege onderkenning en preventie

- **Risicogroepen:** Mensen van wie de eerstegraadsverwanten een bipolaire stoornis hebben, mensen met vaak terugkerende depressies en vrouwen die een post partum depressie of psychose hebben doorgemaakt.
- **Voortekenen bij de risicogroep:** Slaapstoornissen, hyperactiviteit en impulsiviteit, emotionele labiliteit, stemmingswisselingen, depressieve klachten, prikkelbaarheid, angst en paniek en psychotische verschijnselen.
- **Preventie:** Richt zich op het voorkómen van nieuwe episoden nadat de diagnose is gesteld.

Diagnostiek

Classificatie: criteria en symptomen

De stoornis wordt volgens DSM-5 geclassificeerd als:

- **Bipolaire I stoornis:** als iemand ten minste één manische episode heeft doorgemaakt en eventueel één of meerdere depressieve episoden. Een enkele manie volstaat om de stoornis te classificeren als bipolaire stoornis I.
- **Bipolaire II stoornis:** als iemand een hypomanische episode heeft doorgemaakt én één of meer depressieve episoden.

Een bipolaire stoornis is soms moeilijk te onderscheiden van een depressieve stoornis, een persoonlijkheidsstoornis of een psychotische stoornis. Er kunnen jaren voorbij gaan tussen de eerste depressieve klachten en het vaststellen van een bipolaire stoornis.

Aandachtspunten tijdens de diagnostische fase

- Bedenk dat de beschrijvende diagnose meer omvat dan de omschrijving van de klachten en de classificatie. Doel is om met de patiënt de oorzaken, gevolgen, uitlokkende situaties en gebeurtenissen en de samenhang daarvan bij hem te onderzoeken, bij voorkeur ook samen met zijn naastbetrokkene(n).
- Neem een heteroanamnese af bij een naastbetrokkene.
- Bij een eerste episode: sluit een lichamelijke oorzaak uit (bijv. medicijngebruik, een schildklierafwijking of hersenaandoening).
- Vraag in het belang van de differentiaaldiagnostiek het beloop van de klachten en de aanwezigheid van manische symptomen (nu of in het verleden) goed uit.

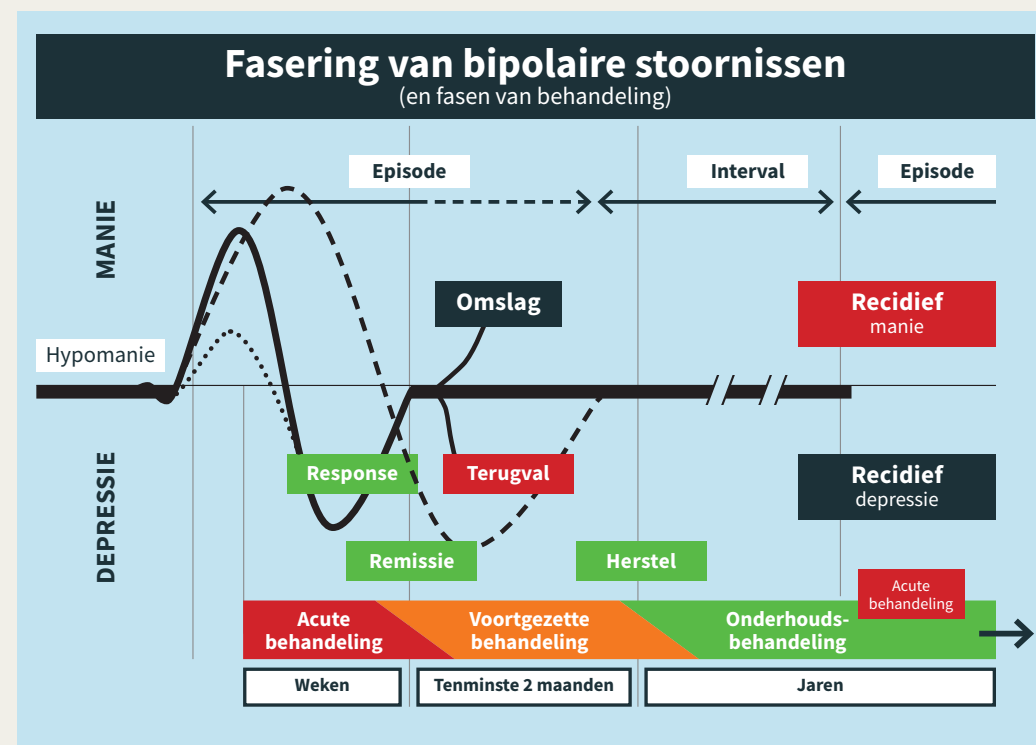
- Het gebruik van alcohol en drugs kan het beeld vertroebelen.
- Realiseer je de stigmatiserende effecten van het psychiatrisch label en gebruik dit niet buiten de context van het diagnosticeren.

Wanneer verwijzen?

- Is er twijfel of de patiënt een bipolaire stoornis heeft? Mogelijk moet de patiënt langere tijd worden gevolgd door een specialistisch team.
- Is het klinisch beeld zeer onduidelijk of complex? En kan de bipolaire stoornis niet worden bevestigd of uitgesloten? Verwijs naar een regionaal expertteam voor een second opinion.
- Heeft de patiënt lichamelijke klachten? Verwijs naar huisarts of medisch specialist.

Behandeling en begeleiding

De benodigde zorg hangt af van de fase in de behandeling (acute, voortgezette of onderhoudsbehandeling, zie figuur) en de persoonlijke situatie, zorgbehoeften en wensen van de patiënt. De zorg moet snel geïntensiveerd kunnen worden als de klachten toenemen.



De behandeling bestaat meestal uit een combinatie van psycho-educatie, medicatie, somatische controles, sociaalpsychiatrische ondersteuning en de bevordering van zelfmanagement. Ook kan, meestal na de acute fase, psychotherapie worden toegepast. Psychotherapie kan gericht zijn op de behandeling van de bipolaire stoornis of van comorbide aandoeningen of thema's van persoonlijk herstel.

- Medicatie: In de acute en voortgezette behandelfase van manie en depressie wordt vrijwel altijd ook met medicatie behandeld. In de onderhoudsbehandeling wordt veelal medicatie gebruikt om nieuwe episoden te voorkomen.
- Monitoring: Vanwege de vaak blijvende kwetsbaarheid voor stemmingsepisoden wordt het beloop bij de individuele patiënt met behulp van meetinstrumenten gevolgd. Zo kunnen patiënt, naastbetrokkene en zorgverlener veranderingen tijdig signaleren. Dit vergroot het inzicht in situaties die een manie of depressie uitlokken.

Herstel, participatie en re-integratie

Maatschappelijk en persoonlijk herstel spelen een belangrijke rol in alle fasen van de aandoening.

Aandachtspunten algemeen

- Help een patiënt om op een zo passend mogelijk niveau te participeren. Houd daarbij rekening met iemands mogelijkheden en beperkingen.
- Leg de patiënt zelfmanagementstrategieën voor, o.a. rond openheid over de stoornis (werk, opleiding, sociale verkeer) en help iemand om die strategie te kiezen en toe te passen, die het beste bij hem past.

Aandachtspunten (arbeids)re-integratie

- Raad de patiënt af om op zeer onregelmatige tijden en in nachtdiensten te werken.
- Check of de patiënt ondersteuning wil bij contact met bedrijfsarts of leidinggevende bij ziekteverzuim.
- Adviseer om werkuren en werkhervatting geleidelijk op te bouwen. De belastbaarheid is wisselend door episodisch verloop.
- Pas enige tijd na symptomatisch herstel is een inschatting van het haalbare niveau mogelijk. Bij werkhervatting kan het, nadat de stemming genormaliseerd is, langere tijd duren voordat iemand weer op het oude niveau functioneert. Dat geldt vooral de uitvoering van cognitieve taken.

Organisatie van zorg

Mensen met een bipolaire stoornis krijgen bij voorkeur zorg van een multidisciplinair behandelteam met specifieke expertise van bipolaire stemmingsstoornissen. In aanvulling hierop kunnen ook vrijgevestigde behandelaars een rol spelen. De verschillende behandelaars maken dan duidelijke afspraken met elkaar en houden elkaar op de hoogte van de voortgang van de behandeling.

Kernteam

Na de diagnose wordt vanuit het multidisciplinaire team een kernteam rond de patiënt samengesteld. Dit bestaat uit: de patiënt, een naastbetrokkene, een psychiater, psycholoog en een verpleegkundig specialist of sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV). Op indicatie is uitbreiding met andere disciplines mogelijk. De regiebehandelaar leidt dit team. Het kernteam houdt in alle fasen van de aandoening de regie over de zorg. Het biedt reguliere zorg voor acute behandeling, voortgezette- en onderhoudsbehandeling. De huisarts blijft betrokken, zeker als de patiënt ook lichamelijke aandoeningen heeft.

Regionale expertteams (consultatie of second opinion)

Teams met een specifieke expertise op het gebied van bipolaire stoornissen fungeren vaak als hoog-specialistische ggz-voorziening, vanuit academische centra en hoogspecialistische afdelingen zoals centra aangesloten bij het kenniscentrum Bipolaire Stoornissen (KenBiS). Deze expertteams moeten laagdrempelig beschikbaar zijn voor consultatie, second opinion en (tijdelijke) overname van behandeling bij complexe situaties. U kunt ze bijvoorbeeld raadplegen bij complexe diagnostische vragen, twijfels over behandeling of als u advies wilt over behandeling bij onverwachte terugval of omgang met de patiënt en diens naastbetrokkenen.

Om optimale zorg te waarborgen moeten in ieder geval normen worden vastgesteld voor de omvang en samenstelling van multidisciplinaire expertteams.

Aandachtspunten in de organisatie van zorg

- In de acute fase is in ernstige gevallen vaak zorg nodig van crisisdiensten, opnameafdelingen of voorzieningen voor intensieve zorg aan huis.
- De zorg voor sommige langdurig stabiele patiënten kan worden geboden door de generalistische basis ggz of de huisarts met POH-GGZ. Consultatie en mogelijkheid tot snelle doorverwijzing naar de gespecialiseerde ggz moeten dan goed zijn geregeld.
- De onderhoudsbehandeling kan ook door een vrijgevestigde psychiater worden gegeven, mits er duidelijke afspraken zijn over hoe te handelen in een crisissituatie.
- Zorg voor zoveel mogelijk continuïteit van informatie over diagnostiek en behandeling, ook als de patiënt gelijktijdig of successievelijk in verschillende instellingen wordt behandeld.
- Wijkteams, instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, instellingen voor verslavingszorg, somatisch specialisten en bedrijfsartsen kunnen ook betrokken zijn. Essentieel hierbij is vlotte informatie-uitwisseling en laagdrempelig contact tussen de verschillende betrokkenen.

Samenhang met andere zorgstandaarden

Acute behandeling	Voortgezette behandeling	Onderhoudsbehandeling
Acute psychiatrie Dwang en drang Diagnostiek en behandeling Suïcidaal gedrag	Comorbiditeit Herstelondersteuning Psychotherapie	Arbeid als medicijn eHealth
In alle fasen van de behandeling		
Zelfmanagement, Bijwerkingen, (EPA) Naasten, Destigmatisering en Ernstige psychische aandoeningen		