

Bipolaire stoornissen en middelengebruik

Auteur: Jan van Zaane, psychiater Stichting Buitenamstel Geestgronden | Datum: 05.01.07

Veel patiënten met een bipolaire stoornis hebben in hun leven episoden van misbruik van of verslaving aan alcohol en of drugs. Het gezamenlijk voorkomen heeft een negatieve invloed op het beloop en kosten van beide stoornissen. De diagnostiek en behandeling van deze gezamenlijk voorkomende stoornissen is complex en tijdrovend. Beide aandoeningen moeten tegelijkertijd behandeld worden.

Inleiding

Het gezamenlijk voorkomen van misbruik en of afhankelijkheid van alcohol en drugs en bipolaire stoornissen vormen een probleem voor zowel patiënten als psychiaters. Deze “dubbele diagnose” leidt vaak tot teleurstellende behandelingsresultaten. Regelmatig heeft de behandelaar alleen aandacht voor òf de verslavingsproblematiek òf de psychiatrische problematiek, afhankelijk bij welke organisatie de patiënt voor hulp aanklopt. Vaak vertelt de patiënt niet aan zijn psychiater, die hem behandelt voor een bipolaire stoornis, dat hij veel drinkt of blowt of de psychiater vergeet er naar te vragen. Zodoende loopt de patiënt het gevaar onvoldoende behandeld te worden.

Hoe vaak komen beide stoornissen gezamenlijk voor?

Ongeveer 50% van de patiënten met een bipolaire stoornis heeft in zijn leven perioden van misbruik van of verslaving aan alcohol en of drugs 1,2,3. De onderzoeken tot nu toe richten zich voornamelijk op het gebruik (misbruik en verslaving) van alcohol. Dit ligt in het feit dat het gemiddeld 6-10 jaar duurt voordat de diagnose bipolaire stoornis wordt gesteld. De meeste patiënten zijn dan al gestopt met het gebruik van drugs (cannabis, cocaïne, XTC, amfetamine) en gebruiken alleen nog maar alcohol. Regelmatig is dan al veel kwaad geschied.

Wat is de reden dat een bipolaire stoornis en verslaving gezamenlijk voorkomen?

Er zijn een aantal veronderstellingen wat de reden is dat deze beide stoornissen tegelijkertijd voorkomen. Zo zijn er aanwijzingen dat patiënten alcohol of drugs gebruiken om een stemming positief te beïnvloeden of om bijwerkingen van de medicijnen die zij gebruiken te niet te doen. Al doende zou men verslaafd raken.

Daarnaast valt het op dat patiënten eerst verslaafd raken, waarna pas daarna de bipolaire stoornis zich openbaart. Met andere woorden; door te drinken wordt je manisch depressief. Omdat beide stoornissen regelmatig tegelijkertijd voor het eerst ontstaan kan men ook veronderstellen dat beide aandoeningen door één factor veroorzaakt worden. Zo zijn er nog een paar veronderstellingen, maar tot nu toe is er geen een bewezen.

Wat zijn de gevolgen?

Uit onderzoek blijkt steeds meer dat bij overmatig gebruik van middelen er sprake is van: een vroeger begin van de ziekte, een verkorting van de latentieperiode (de periode tussen twee episoden), persisterende symptomen tijdens de episoden, een vertraagde tijd tot herstel, een kortere tijd tot terugval, een hoger aantal episoden, een groter aantal symptomen, meer depressieve symptomen, vaker een ‘rapid cycling’ patroon (dwz vier of meer episoden per jaar), vaker episoden van het gemengde of ontstemde type en de episoden beginnen abrupter en duren langer 5. Daarnaast is er een 2-3 hogere kans op zelfmoord.

De World Health Organization (WHO) heeft in 2001 een top-20 van 'Years of Life lived in Disability' (YLD's) samengesteld 6. Dit zijn de jaren dat een patiënt ten gevolge van een ziekte – zowel geestelijke als lichamelijke – arbeidsongeschikt is. Alcohol en bipolaire stoornissen (beide seksen en alle leeftijden) nemen respectievelijk de 5e en de 9e plaats in. In de leeftijdsgroep van 15 tot 44 jaar (beide seksen) staan alcohol, bipolaire stoornissen en drugsgebruik respectievelijk op de 2e, 5e en 16e plaats! Dit laat zien dat de comorbiditeit van bipolaire stoornissen en alcohol en drugsgebruik een geweldige economische kostenpost vormen.

De invloed van sociaal gebruik van alcohol (mannen 21 eenheden/week, vrouwen 14 eenheden/week) op het beloop van bipolaire stoornissen is nog onduidelijk en thans onderwerp van onderzoek.

Diagnostiek

Men moet verdacht zijn op comorbide alcoholisme bij bipolaire patiënten wanneer er sprake is van het gebruik van alcohol om de manie of depressie te verlichten en als de familieanamnese positief is voor verslaving. Misbruik van benzodiazepinen, slechte therapietrouw en medische of werkproblemen kunnen ook een aanwijzing zijn.

Wanneer verslavingsproblematiek op de voorgrond staat moet men aan een tegelijkertijd voorkomende bipolaire stoornis denken als er vaak stemmingswisselingen aanwezig zijn, er sprake is van impulsiviteit en oordeels- en kritiekstoornissen een rol spelen buiten de periode van actief middelengebruik.

Daarnaast kunnen patiënten seksueel overactief zijn en kunnen zij klagen over jagende gedachten en suïcidale gevoelens. Uiteraard is een positieve familieanamnese voor stemmingsstoornissen (met name bipolaire stoornissen) een duidelijke aanwijzing dat een bipolaire stoornis ook een rol zou kunnen spelen in het scala van klachten en symptomen van een verslaafde patiënt.

Behandeling

De behandeling van de bovengeschetste comorbiditeit is complex en tijdrovend 7. Beide aandoeningen moeten behandeld worden. Welke aandoening het eerst behandeld moet worden hangt af van de ernst van de stoornissen.

Het bijhouden van [life charts](#) kan een goed hulpmiddel zijn om als patiënt en behandelaar meer zicht te krijgen op de relatie tussen het (overmatig) gebruik van alcohol en andere middelen en het stemmingsverloop.

Patiënten kunnen ook veel steun ondervinden van een AA-groep (Anonieme Alcoholisten) of een zelfhulpgroep voor patiënten met bipolaire stoornissen.

Bij de behandeling van de verslavingsproblematiek zal er onder andere middels motiverende gespreksvoering gewerkt moeten worden aan de motivatie tot gedragsveranderingen van de patiënt. Deze gespreksvoering is gebaseerd op twee principes, te weten onvoorwaardelijke acceptatie en constructieve zelfconfrontatie 8. Daarnaast is de medicamenteuze behandeling van de alcohol en drugsverslaving van groot belang 9.

Conclusie

Het is belangrijk om, wanneer naast een bipolaire stoornis er sprake is van alcohol- of middelengebruik, beide aandoeningen te behandelen. Dit kan een positieve invloed hebben op het beloop van beide aandoeningen.

Terug naar boven

Referenties

1. Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. & Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*; 264: 2511-2518.
2. Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg, J. and Antony, J.C. (1997) Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of Gen. Psychiatry*, 54, 313-321.
3. Bijl, R.V., Ravelli, A., Van Zessen, G. (1998) Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 33, 587-595.
4. Salloum, I.M., Thase, M.E. (2000) Impact of substance abuse on the course and treatment of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2, 269-280.
5. Salloum, I.M., Thase, M.E. (2000) Impact of substance abuse on the course and treatment of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2, 269-280.
6. World Health Organization. World Health Report 2001. Mental health : New Understanding, New Hope. Geneva, Switzerland : WHO, 2001.
7. van Zaane, J.(2004). Ingewikkeld samenspel vergt lange adem. *Bipolaire stoornis en verslaving. Pharmaceutisch weekblad*, 139, 10,342-345.
8. Schippers, G.M. en Jonge, J. de (2002). Motiverende gespreksvoering. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 57, 250-265.
9. Schippers, G.M., Geerlings, P.J. en Brink, W. van den, (2001). Aandacht van huisartsen voor alcoholproblemen. *Bijlage Tijdschrift voor Huisartsengeneesk.* (18), 5, 9-13.