

# Symptomen en beloop van de manie: niet altijd een klassieke presentatie

A.C.M. VERGOUWEN, M.W.J. KOOPMANS, T. KUIPERS

**SAMENVATTING** Naar aanleiding van twee gevalsbeschrijvingen worden de symptomen en het beloop besproken van de manische episode bij de bipolaire stoornis. Deze gevallen illustreren dat na de acute fase andere dan de affectieve symptomen en hyperactiviteit op de voorgrond kunnen komen te staan en dat er sprake kan zijn van een chronisch beloop. Dit moet echter niet leiden tot wijziging van de diagnose. Een patiënt kan hierdoor verstoken blijven van de aangewezen vervolgbehandeling.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 10, 727-731]

**TREFWOORDEN** chroniciteit, manie, symptomen

De bipolaire stoornis treft ongeveer 1,3% van de volwassen populatie en wordt gekenmerkt door depressieve, manische, hypomanische en/of gemengde episoden. In de acute fase van de manie staan ontregeling van de stemming en een verhoogd activiteitsniveau op de voorgrond (American Psychiatric Association 1994; Hartong e.a. 1996). Na de acute fase kan het klinische beeld echter bepaald worden door andere symptomen. Dat brengt het risico met zich mee dat de diagnose wordt veranderd in 'schizo-affectieve of schizofrene stoornis' (Chen e.a. 1998). Op basis van restsymptomen kan tevens een comorbide waanstoornis (American Psychiatric Association 1994) of een persoonlijkheidsstoornis (Knoppert-van der Klein e.a. 1997) overwogen worden.

Bipolaire depressies vertonen vaak een chronisch beloop en klinici hebben er weinig moeite mee om die diagnose te handhaven (Sachs 1996). De diagnose chronische manie, waarbij symptomen passend bij een manie gedurende minstens een of twee jaar onafgebroken aanwezig zijn (Goodwin & Jamison 1990), stelt men echter zelden (Hare 1981). Wij vermoeden dat in deze geval-

len de diagnose dikwijls wordt gewijzigd of een comorbide diagnose wordt gesteld, omdat de kenmerkende manische verschijnselen naar de achtergrond verdwijnen.

Wij presenteren twee patiënten, bij wie op grond van de (rest)symptomen en het beloop inderdaad overwogen werd de diagnose bipolaire stoornis te wijzigen of een comorbide diagnose te stellen.

## GEVALSBESCHRIJVINGEN

**Patiënt A** Patiënt A is een 42-jarige alleenstaande gescheiden man, die gedwongen werd opgenomen omdat hij in een manische toestand verkeerde. De voorgeschiedenis vermeldt een manische episode en meerdere depressieve episoden. Over de perioden tussen deze episoden konden wij geen gegevens verzamelen. Patiënt is bij opname chaotisch en ontremd. Hij slaapt hooguit vier uur per nacht. Het denken is versneld, verhoogd associatief en incoherent. Een thema dat hem bezighoudt, is de wereldvrede: hij wil deze herstellen en belt vele officiële instanties op

om dat te bereiken. De stemming waarin dit gebeurt, is eufor, hoewel een sombere ondertoon onmiskenbaar is. Ook is hij verhoogd prikkelbaar: als iets niet direct te regelen is, reageert hij boos en verwijtend. Hij wil ook absoluut geen medicijnen gebruiken. De eerste weken verandert het toestandsbeeld nauwelijks. Vervolgens verdwijnt als eerste de euforie. De boosheid en verongelijkheid bepalen de stemming. Patiënt is zeer kritisch naar zijn omgeving. Hij is ervan overtuigd dat de nieuwe partner van zijn ex-vrouw hem moedwillig dwarszit. Pas na een maand accepteert hij valproaat (plasmaconcentratie 96 mg/ml; aanbevolen 80-120 mg/l). Daarna nemen de motorische onrust en het chaotische gedrag langzaam af. Vervolgens normaliseert de slaapbehoefte. De prikkelbare stemming met de sombere ondertoon en de achterdocht blijven aanwezig. Na vier maanden is het willen herstellen van de wereldvrede geen belangrijk thema meer. Het denken blijft, zij het duidelijk minder, nog wat incoherent. Geleidelijk wordt hij verdrietiger over de gevolgen van zijn gedrag voor zijn sociale situatie. Patiënt verlaat de kliniek na ruim vier maanden. Vier maanden daarna zijn de prikkelbare stemming en de achterdochtige instelling nog steeds niet verdwenen. Hij is vaak lang aan het woord en heeft moeite zijn verhaal te structureren. Overwaardige denkbeelden zijn evenmin verdwenen. Motorisch gezien is hij beweeglijk. De valproaatplasmaconcentratie vertoont weinig fluctuatie. Op grond van de prikkelbaarheid, de formele denkstoornis en de achterdocht overwogen wij de diagnose schizo-affectieve stoornis.

**Patiënt B** Patiënte B is een 38-jarige ongehuwde vrouw zonder kinderen. Zij wordt opgenomen in verband met een manische decompensatie. In de maanden voorafgaand aan de opname heeft zij onaangekondigd enkele buitenlandse reizen gemaakt. Zij had zich hier niet op voorbereid en was volkomen impulsief vertrokken. Tijdens de reizen legde ze vele contacten en gaf ze buitensporig veel geld uit.

Bij opname zien wij een heftig gesticulerende vrouw met oranje geverfde haren. Zij spreekt veel en snel en wisselt vaak van onderwerp. Ze reageert overal op. Patiënte slaapt slechts enkele uren per nacht. Voor de verpleegkundigen is het erg lastig dat zij zich zo kritisch uitlaat over de afdeling en eist dat fouten direct hersteld worden. Patiënte is verder erg uitgelaten en maakt grappen die maar weinigen kunnen waarderen. Wanneer zij op haar gedrag wordt aangesproken, reageert zij met boosheid. Zij provoceert dan nog meer en neemt bovendien een hautaine houding aan.

De familie beschrijft patiënte als iemand die in haar normale doen rustig en bescheiden is. Zij was nooit zo ondernemend. Waarschijnlijk zijn er enkele periodes geweest waarin patiënte somber en lusteloos was. Hiervoor is zij echter nooit behandeld. Twee jaar voor deze opname maakte zij haar eerste manische episode door en werd om die reden ook opgenomen. Zij kreeg toen een antipsychoticum, maar nam dat na ontslag niet meer in. Sindsdien reageert zij geprikkeld op tegenspraak en vermeende kritiek. Tevens dicht zij zich bijzondere eigenschappen toe, zoals de gave om anderen met magnetisme te genezen. Regelmatig solliciteert zij op banen die haar capaciteiten te boven gaan.

Vijf weken na de instelling op lithium (plasmaconcentratie 0,9 mg/ml; aanbevolen 0,8-1,2 mmol/l) zijn de zelfoverschatting, de prikkelbaarheid en de provocerende houding nog aanwezig. Daarom stelden wij een verhoging van de dagdosis van lithium voor. Patiënte weigert echter iedere medicamenteuze verandering. De restsymptomen blijven gedurende de opnameperiode van vijf maanden onverminderd aanwezig. Zij weigert nazorg.

Bij patiënte vinden we zelfoverschatting, prikkelbaarheid en een provocerend-hautaine houding gedurende een periode van bijna twee jaar na de eerste manische episode en na de recente exacerbatie. Op basis van deze (rest)symptomen overwogen wij een comorbide persoonlijkheidsstoornis met narcistische trekken. Na

uitgebreid kennis te hebben genomen van het functioneren van voor de eerste manische episode de verwierpen wij deze comorbide diagnose.

## BESPREKING

**Restsymptomen** Zoals deze gevalsbeschrijvingen laten zien, kunnen andere symptomen dan affectieve symptomen en hyperactiviteit een belangrijke plaats in het klinische beeld van de manie gaan innemen. Enkele auteurs hebben deze wijzigingen ook beschreven. Psychotische symptomen, prikkelbaarheid en agressie kunnen aanwezig zijn (Cassidy e.a. 1998; Serreti e.a. 1999). De megalomane ideatie en/of de paranoïde wanen kunnen bij de chronische manie voortduren, terwijl de andere manische symptomen verdwenen kunnen zijn (Akiskal e.a. 1989). Euforie, grandiositeit en psychotische symptomen zijn gevonden bij patiënten met een chronisch verlopende manie (Perugi e.a. 1998). Ook gedesorganiseerd denken en gedrag kunnen in het beloop van een manische episode voorkomen (Schatzberg 1998). Wanneer de stemmingsontregeling en de hyperactiviteit niet meer op de voorgrond staan, blijkt de diagnose vaak gewijzigd te worden in een schizofrene of schizo-affectieve stoornis (Chen e.a. 1998; Akiskal & Puzantian 1979). Wanneer een snel wisselende stemming, prikkelbaarheid, impulsiviteit, grootheidsideeën, een bovenmatige kritische instelling of antisociale gedragingen aanwezig zijn, kunnen de gedachten uitgaan naar een comorbide persoonlijkheidsstoornis (Knoppert-van der Klein 1997; Goodwin & Jamison 1990).

**Chronisch beloop** Er zijn verschillende definities van chronische manie. In het algemeen houden onderzoekers een periode van minimaal een (Sachs 1996) of twee jaar (Goodwin & Jamison 1990) aan waarin symptomen van een manie onafgebroken aanwezig zijn. Uit onderzoek bleek dat ongeveer de helft van de patiënten die waren opgenomen met een manie, een jaar na opname nog steeds voldeed aan de diagnostische

criteria van de manische episode. Een nog groter percentage had restsymptomen (Keck e.a. 1998). Perugi e.a. (1998) vonden bij 20 van 155 manische patiënten (13%) een chronisch beloop (manische episode duurt > 2 jaar). Wanneer een chronisch beloop ruimer wordt gedefinieerd, blijkt het beloop nog zorgwekkender. Cognitieve functiestoornissen, waaronder verminderde doelgerichtheid en ontsporing van het denken en bizar-idiosyncratisch denken, werden 2 tot 4 jaar na een manische episode bij 30% van de patiënten gevonden (Goodwin & Jamison 1990). Ook het functioneel herstel (psychosociaal functioneren en werk) is zorgwekkend (Keck e.a. 1998). Niet alleen het ziekteproces, maar ook de sociale gevolgen van de manische episode spelen een rol bij het beloop (Goodwin & Jamison 1990).

Bij patiënte B waren (rest)symptomen van de eerste manische episode gedurende twee jaar vóór de huidige exacerbatie en na de acute fase van de huidige manische exacerbatie aanwezig. Wij mogen hier spreken van een chronisch verlopende manie met een recente exacerbatie.

**Behandeling van een manie met een chronisch beloop** Wanneer een bipolaire stoornis is vastgesteld, ligt de nadruk op een behandeling met stemmingsstabilisatoren (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 1998). Wanneer restsymptomen aanwezig zijn en/of het beloop chronisch is, moet men de richtlijnen voor de behandeling van de bipolaire stoornissen blijven volgen. Wanneer de diagnose wordt gewijzigd, zal dit minder vaak ten onrechte gebeuren. Helaas werd de behandeling van de besproken patiënten beperkt doordat beiden iedere medicamenteuze verandering weigerden. Hoe het beloop zou zijn geweest wanneer de richtlijnen gevolgd hadden kunnen worden, weten wij niet.

## CONCLUSIE

Een manische episode kan een chronisch beloop hebben. Ook wanneer niet meer wordt voldaan aan de volledige criteria van een mani-

sche episode, kunnen restsymptomen blijven bestaan. De diagnose moet niet te snel worden gewijzigd. De ziektegeschiedenis, waaronder de volgorde in de symptoommanifestatie, het pre-morbide functioneren en de familieanamnese zijn van groot belang. Het wijzigen van de diagnose kan leiden tot een inadequate (medicamenteuze) behandeling, wat negatieve consequenties voor de prognose kan hebben.

De auteurs danken mevrouw dr. E.A.M. Knoppert-van der Klein voor haar commentaar op een eerdere versie en mevrouw M.C.Z. Arendsen voor de bibliothecaire ondersteuning.

#### LITERATUUR

- Akiskal, H.S., Cassano, G.B., Musetti, L., e.a. (1989). Psychopathology, temperament, and past course in primary major depressions. 1. Review of evidence for a bipolar spectrum. *Psychopathology*, 22, 268-277.
- Akiskal, H.S., & Puzantian, V.R. (1979). Psychotic forms of depression and mania. *Psychiatric Clinics of North America*, 2, 419-439.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental disorders* (4e druk). Washington: American Psychiatric Press.
- Cassidy, F., Forest, K., Murry, E., e.a. (1998). A factor analysis of the signs and symptoms of mania. *Archives of General Psychiatry*, 55, 27-32.
- Chen, Y.R., Swann, A.C., & Johnson, B.A. (1998). Stability of diagnosis in bipolar disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 17-23.
- Goodwin, F.K., & Jamison, K.R. (1990). Course and outcome. In F.K. Goodwin & K.R. Jamison, *Manic-depressive illness* (pp. 127-156). New York/Oxford: Oxford University Press.
- Hare, E. (1981). The two manias. A study of the evolution of the modern concept of mania. *British Journal of Psychiatry*, 138, 89-99.
- Hartong, E.G.Th.M., Knoppert-van der Klein, E.A.M., & Nolen, W.A. (1996). Diagnostiek en beloop. In W.A. Nolen, E.G.Th.M. Hartong & E.A.M. Knoppert-van der Klein (red.), *Behandelstrategieën bij de manisch-depressieve stoornis* (pp. 1-15). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keck, P.E., McElroy, S.L., Strakowski, S.M., e.a. (1998). 12-Month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *American Journal of Psychiatry*, 155, 646-652.
- Knoppert-van der Klein, E.A.M., Hoogduin, C.A.L., Nolen, W.A., e.a. (1997). Borderline of misschien toch bipolair? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 409-412.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1998). *Richtlijn farmacotherapie bipolaire stoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Perugi, G., Akiskal, H.S., Rossi, L., e.a. (1998). Chronic mania. Family history, prior course, clinical picture and social consequences. *British Journal of Psychiatry*, 173, 514-518.
- Sachs, G.S. (1996). Treatment-resistant bipolar depression. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19, 215-236.
- Schatzberg, A.F. (1998). Bipolar disorder. Recent issues in diagnosis and classification. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (suppl. 6), 5-10.
- Serreti, A., Rietschel, M., Lattuada, E., e.a. (1999). Factor analysis of mania (letter). *Archives of General Psychiatry*, 56, 671-672.

#### AUTEURS

A.C.M. VERGOUWEN is psychiater en werkzaam in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam.

M.W.J. KOOPMANS is psychiater in opleiding en T. KUIPERS is psychiater en A-opleider, beiden zijn werkzaam bij GGZ Meerkanten in Ermelo.

Correspondentieadres: A.C.M. Vergouwen, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Postbus 9243, 1006 AE Amsterdam. E-mail: avergouw@euronet.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-3-2001.

## SUMMARY

Diversity in symptomatology and course of the bipolar manic episode. A case study – A.C.M. Vergouwen, M.W.J. Koopmans, T. Kuipers –

*The diversity in symptomatology and the possibility of a chronic course after the acute phase of the bipolar manic episode is illustrated with two cases. Other symptoms than the alterations of mood and hyperactivity may predominate the clinical picture at a later stage when a manic episode takes a chronic course. This should not lead to changes in diagnosis, because the appropriate treatment will be discontinued too early.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 10, 727-731]

**KEYWORDS** chronicity, mania, symptoms