

Psychologisch perspectief op de behandeling van de bipolaire stemmingsstoornis

E.J. Regeer, M.A. Koenders

Recent mocht één van ons haar onderzoeksplannen bij de afdeling Klinische psychologie presenteren aan het college van bestuur van de Universiteit Utrecht. De eerste reactie was ‘maar een bipolaire stoornis is toch een biologische aandoening, wat kun je met psychologische behandeling bereiken?’ Deze opvatting leeft nog steeds, ondanks de toenemende aandacht en groeiende evidentie voor de effectiviteit van psychologische behandeling bij het voorkómen van episoden en het behandelen van depressieve episoden.^{1,2} Toch is het zo dat slechts een minderheid van de mensen met een bipolaire stemmingsstoornis psychologische behandeling ontvangt.³ In 2018 stelden we een onderzoeksagenda op vanuit patiëntperspectief, waarin we de verdere ontwikkeling en evaluatie van niet-medicamenteuze behandelingen hoog prioriteerden.⁴ Ook behandelaren vroegen we naar de belangrijkste onderzoeksthema’s en zij onderschreven dit belang en benadrukten onder meer de noodzaak van psychologische verklaringsmodellen, onderzoek naar behandel-effectiviteit en aandacht voor niet-medicamenteuze behandeling van bipolaire depressie.⁵ Tot op heden wordt de behandeling volgens de (inter)nationale richtlijnen echter vooral vormgegeven rondom farmacotherapie, psycho-educatie en bevorderen van zelfmanagement. In vergelijking met andere psychische aandoeningen, zoals psychose, depressie en angst, is de implementatie van psychologische behandelingen voor de bipolaire stoornis achtergebleven, evenals onderzoek naar de effectiviteit daarvan. Dit neemt niet weg dat er diverse psychologische behandelingen zijn ontwikkeld en onderzocht.⁶ Bovendien is er steeds meer onderzoek gaande naar psychologische mechanismen die een rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van (hypo)manische en depressieve episoden. Dit verschuift de focus van symptomreductie naar het beïnvloeden van onderliggende

processen en opent de weg naar meer gepersonaliseerde psychologische behandeling.

In dit redactioneel staan we stil bij de vraag welke rol psychologische behandeling kan spelen binnen de behandeling van de bipolaire stemmingsstoornis.

Welke bipolair-specifieke thema’s en mechanismen spelen een rol?

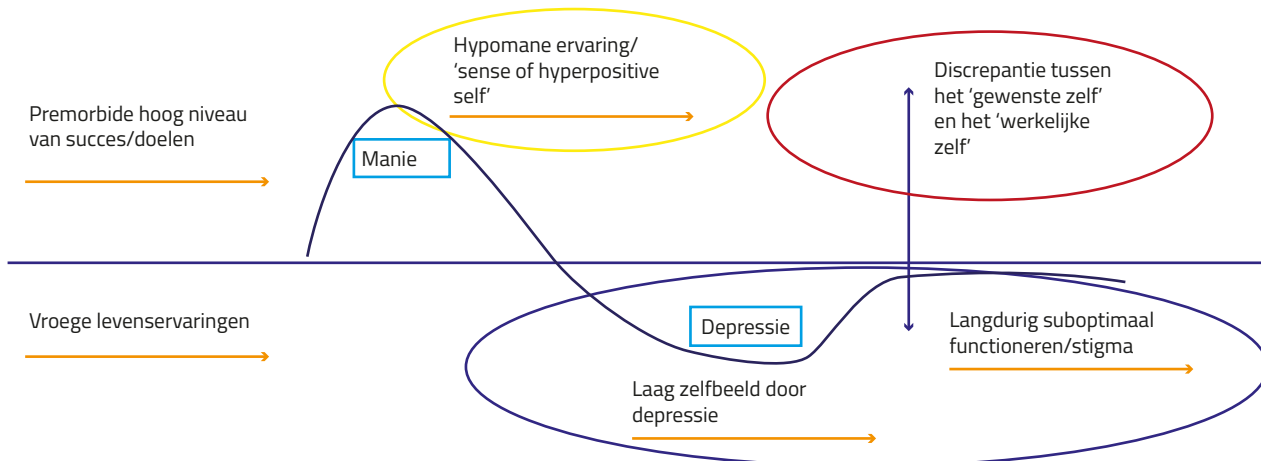
Ambitieuze doelen

Een thema dat vaak in de spreekkamer naar voren komt, is het streven naar ambitieuze doelen. Hoewel tijdens manische episoden sprake is van verhoogde doelgerichte activiteit, laat onderzoek zien dat ook vóór het ontstaan van de bipolaire stoornis en in euthyme fasen een subgroep van patiënten sterk gericht is op doelen en succes.⁷ Deze doelen ervaren zij als intrinsiek waardevol en ze variëren van het oprichten van een eigen bedrijf tot academische prestaties. Deze sterke doelgerichtheid lijkt samen te hangen met ervaringen tijdens een (hypo)manie, waarin mensen ervaren uitzonderlijk veel te kunnen bereiken. Dit kan leiden tot een zichzelf versterkend proces waarbij zij veel doen om doelen te behalen en doorzetten ondanks tegenslag. Het bereiken van doelen leidt tot meer zelfvertrouwen en versterkt daarmee het verlangen naar succes.

Zelfbeeld- en identiteitsproblematiek

De bipolaire stoornis kan grote invloed hebben op het zelfbeeld en identiteitsbeleving. Mensen met een bipolaire stoornis hebben gemiddeld een negatiever zelfbeeld dan mensen zonder deze stoornis, maar een positiever zelfbeeld dan mensen met een unipolaire depressie.⁸ Ernstige episoden, functionele beperkingen en stigma dragen bij aan een negatief zelfbeeld. De ernst van doorgemaakte (manische) episoden, slechter functi-

Figuur 1. Identiteit en zelfbeeld bij de bipolaire stoornis⁹



oneren nadien en stigma kleuren dit zelfbeeld negatief. Tegelijkertijd ervaart een deel van de mensen juist een sterk positief zelfbeeld, ook buiten manische episoden (*'sense of hyperpositive self'*), waarbij zij zich identificeren met de manische kant en ernaar streven zich energiek, productief en creatief te voelen.

Ervaringen met zowel depressie als (hypo)manie dragen bij aan verwarring over het 'ware zelf'. De vaak grote discrepantie tussen het werkelijke en het ideale zelf, versterkt door de eerdergenoemde neiging om ambitieuze doelen te stellen en beperkingen door de aandoening, bemoeilijkt het ontwikkelen van een consistent beeld van de eigen identiteit. Daarnaast is (zelf)stigma van invloed op het zelfbeeld. Deze complexiteit in het vormen van een eigen identiteit en zelfbeeld maakt processen, zoals eigen regie nemen en leren omgaan met de aandoening, ingewikkeld (zie **figuur 1** voor een schematische weergave hiervan).

Opvattingen over de stemmingstoestand en emotieregulatie

Extreem positieve en negatieve opvattingen over de eigen stemming dragen bij aan stemmingsinstabiliteit, zoals beschreven in het *integrative cognitive model* (ICM). Voorbeelden van overtuigingen die de stemming versterken, zijn: 'als ik energiek ben, ben ik de leukste versie van mezelf'; (positief), 'als ik heel actief ben, stort ik vervolgens in elkaar' (catastrofaal), of 'ik heb geen controle over mijn verhoogde stemming' (gebrek aan controle). De kern van het ICM-model is dat bij de bipolaire stoornis juist het hebben van tegenstrijdige overtuigingen en het daaruit voortkomende gedrag, de stemming in twee richtingen kan sturen: dan weer opstuwend richting de manie en dan weer te veel dempend waardoor er kans is op het ontstaan van een depressie.

Dit model wordt ondersteund door onderzoek dat laat zien dat mensen met deze aandoening ook buiten stemmingsepisodes meer emotionele fluctuaties laten zien en dat zij bij zowel positieve als negatieve emoties vaker gebruikmaken van strategieën die de emotie versterken,

zoals positief piekeren of overmatig bezig zijn met het behalen van doelen of successen.¹⁰ Dit kan depressie tegengaan, maar tegelijkertijd bijdragen aan manische ontregeling.

Daarnaast zijn er ook aanwijzingen dat mensen met een bipolaire stoornis meer gebruikmaken van het transdiagnostische fenomeen *mental imagery*: denken in beelden. Het gebruik van beelddenken lijkt een rol te spelen in het versterken van stemmingsinstabiliteit, bijvoorbeeld door het zich levendig inbeelden van toekomstige persoonlijke successen.¹¹ Hoewel het empirisch onderzoek beperkt is, biedt dit model aanknopingspunten voor behandeling, gericht op het uitdagen van de extreme cognities, ontwikkelen van alternatief gedrag en acceptatie van stemmingen en emoties.

Ingrijpende ervaringen

Net als bij andere aandoeningen moeten we aandacht besteden aan de mogelijke rol van ingrijpende ervaringen, zowel vroegkinderlijk trauma als ervaringen later in het leven. Ook komt vroegkinderlijk trauma vaker voor bij mensen met een bipolaire stoornis dan bij mensen zonder. Er is verder een aantal factoren die specifiek spelen bij mensen met bipolariteit die eraan bijdragen dat deze groep vaker belastende of traumatische ervaringen doormaakt. Door de genetische belasting die een rol speelt bij de bipolaire stoornis groeien mensen met een bipolaire stoornis vaker op met een ouder die ook een psychiatrische aandoening heeft. Daarnaast krijgen zij later in hun leven bovenmatig vaak te maken met ingrijpende ervaringen door (gedwongen) opname en ontremd gedrag bij manische episoden (en de reactie van anderen daarop).

Pleidooi voor een evenwichtiger, geïntegreerd behandelmodel

De beschreven thema's laten zien dat er veel aanknopingspunten zijn voor psychologische behandeling bij bipolariteit. In de geactualiseerde multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen wordt psychologische behandeling bij de bipolaire depressie expliciet aanbe-

‘Dit vraagt om een evenwichtiger en geïntegreerd behandelmodel, waarin psychologische behandeling een vanzelfsprekende plaats heeft.’

volen, naast farmacotherapie en leefstijlinterventies. Onder andere cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke en sociaal-ritmethotherapie en *mindfulness-based* cognitieve therapie worden daarbij als eerstekeuzemogelijkheden genoemd.¹²

In de vorige richtlijn was minder expliciet in welke fase van de bipolaire stoornis psychologische behandeling overwogen kan en moet worden. In de praktijk wordt deze daarom voornamelijk ingezet in de stabiele fase van de aandoening. Het verder en explicieter inbedden van psychologische behandeling in alle fasen van de aandoening kan echter veel opleveren. Wij verwachten dat dit bijdraagt aan het verminderen van stemmings-symptomen, het vergroten van veerkracht en eigen regie, het hervinden van identiteit na de diagnose, persoonlijk herstel en een betere kwaliteit van leven.¹³

Dit vraagt om een evenwichtiger en geïntegreerd behandelmodel, waarin psychologische behandeling een vanzelfsprekende plaats heeft. Daarom doen wij een oproep aan behandelaren om bij mensen die hulp zoeken voor bipolariteit vaker en eerder psychologische behandeling te overwegen.

LITERATUUR

- 1 Yilmaz S, Huguet A, Kisely S, e.a. Do psychological interventions reduce symptoms of depression for patients with bipolar I or II disorder? A meta-analysis. *J Affect Disord* 2022; 301: 193-204.
- 2 Yilmaz S, Huguet A, Kisely S, e.a. The clinical efficacy of psychological interventions for bipolar depression: a systematic review and individual patient data (IPD) meta-analysis. *Psychol Med* 2025; 55: e154.
- 3 Renes JW, Maciejewski DF, Regeer EJ, e.a. Guideline concordance and outcome in long-term naturalistic treatment of bipolar disorder – a one-year longitudinal study using latent change models. *J Affect Disord* 2021; 283: 395-401.
- 4 Maassen EF, Regeer BJ, Bunders JFG, e.a. A research agenda for bipolar disorder developed from a patients' perspective. *J Affect Disord* 2018; 239: 11-7.
- 5 Maassen EF, Regeer EJ, Bunders JFG, e.a. Research needs for bipolar disorder from clinicians' perspectives: narrowing the research-practice gap. *Sage Open* 2019; doi: 10.1177/2158244019853909.
- 6 Miklowitz DJ, Efthimiou O, Furukawa TA, e.a. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: a systematic review and component network meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2021; 78: 141-50.
- 7 Ironside ML, Johnson SL, Carver CS. Identity in bipolar disorder: Self-worth and achievement. *J Pers* 2020; 88: 45-58.
- 8 Nilsson KK, Jørgensen CR, Craig TK, e.a. Self-esteem in remitted bipolar disorder patients: a meta-analysis. *Bipolar Disord* 2010; 12: 585-92.
- 9 Koenders MA, Glas VFJ, Kupka RW, e.a. De psychologische behandeling van een bipolaire stoornis. *GZ-psychologie* 2024; 16: 7-11.
- 10 Hanssen I, Regeer EJ, Schut D, e.a. Ruminative and dampening responses to positive affect in bipolar disorder and major depressive disorder. *Compr Psychiatry* 2018; 85: 72-7.
- 11 van den Berg KC, Voncken M, Hendrickson AT, e.a. Exploring aspects of self-reported emotional mental imagery in patients with bipolar disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2023; 81: 101861.
- 12 Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen: herziening 2025, in de autorisatiefase.
- 13 Serbetci D, Koh ZH, Murray G, e.a. Active components and mechanisms of action of psychological interventions in bipolar disorder: A systematic literature review. *Bipolar Disord* 2024; 26: 661-83.

AUTEURS

Eline Regeer, psychiater, Altrecht Bipolair, plaatsvervangend opleider, Altrecht, en bijzonder hoogleraar Klinische psychopathologie: stemmingsstoornissen, Universiteit Utrecht.

Manja Koenders, GZ-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, De Waag, en universitair docent, afd. Klinische Psychologie, Universiteit Leiden.

Correspondentie

Prof. dr. Eline Regeer (e.regeer@altrecht.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-2-2026.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;68(04):153-155