



# ADHD én bipolair

Het gezamenlijk voorkomen van ADHD en een bipolaire stoornis kan ernstige gevolgen hebben. Vroegherkenning van deze veelvoorkomende combinatie van psychische stoornissen is noodzakelijk, maar dat gebeurt in de dagelijkse praktijk onvoldoende. Stoornisspecifieke behandelrichtlijnen geven daarnaast onvoldoende handvatten voor een passende behandeling. In dit artikel wordt aan de hand van een casus de complexe procesdiagnostiek en totstandkoming van een geïntegreerde behandeling voor mensen met ADHD én een bipolaire stoornis beschreven.

**ANNE-MARIE DINGENOUTS**, verpleegkundig specialist GGZ, PsyQ Rotterdam

**SIMONE SCHADE**, verpleegkundig specialist GGZ, PsyQ Den Haag

## LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel:

- kunt u de overeenkomsten en verschillen tussen de klachten behorend bij ADHD en een bipolaire stoornis herkennen;
- kunt u leefstijlinterventies inzetten bij mensen met ADHD én een bipolaire stoornis;
- kunt u bij mensen aanwijzingen benoemen voor een bipolaire stoornissen én comorbide ADHD;
- kunt u als verpleegkundig specialist bij mensen met bipolaire stoornissen én ADHD behandelinterventies uit de richtlijnen toepassen en beargumenteren welke gecontra-indiceerd zijn.

## TREFWOORDEN

ADHD, bipolaire stoornis, diagnostiek, integrale behandeling, leefstijlinterventies

## 1 STUDIEPUNT

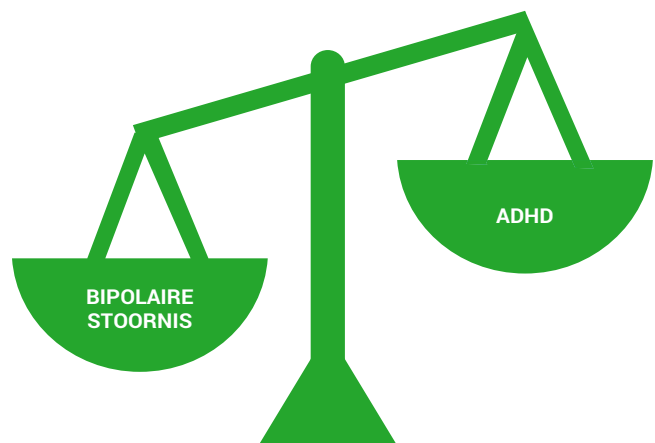
Ongeveer een zesde van alle patiënten met attention deficit hyperactivity disorder (aandachtstekortstoornis; ADHD) heeft ook te maken met een bipolaire stemmingsstoornis.<sup>1,2</sup> De symptomatische overlap en complexe combinatie van klachten bemoeilijken het onderscheid tussen beide stoornissen.<sup>3,4</sup> Daarnaast komt een bipolaire stoornis vaker voor bij mensen met ernstige ADHD<sup>5,6</sup> en manifesteert de bipolaire stoornis zich bij ADHD-patiënten vaak vijf à zes jaar eerder dan bij patiënten zonder ADHD.<sup>3</sup> Desondanks wordt de diagnose bipolaire stoornis bij patiënten met ADHD in de praktijk regelmatig gemist en wordt comorbide ADHD als in stand houdende factor van de bipolaire stemmingsklachten onvoldoende onderkend. De behandeling voorziet daardoor niet voldoende in de behoeften van deze doelgroep met een suboptimaal behandelresultaat als gevolg. De literatuur onderschrijft het belang van een integrale behandeling van beide stoornissen, omdat problemen bij deze populatie vaker

voorkomen en ernstigere gevolgen hebben dan bij patiënten met één van beide stoornissen.<sup>4-7</sup> Het gaat om problemen als gevolg van bijvoorbeeld:

- middelenmisbruik;
- disfunctioneren op het gebied van opleiding of werk;
- vastlopen in het sociale leven en relatie.

## Casus Timo

In 2010 meldt Timo zich op 33-jarige leeftijd met klachten speedgebruik bij een GGZ-instelling. Hij is opgegroeid in een harmonieus gezin, waarin hij zich gesteund en geborgen wist. Vanaf jonge leeftijd ondervindt hij concentratieproblemen, impulsiviteit, hyperactiviteit, slaapproblemen, stemmings- en energieschommelingen. Timo's drugsgebruik is tijdens zijn studie begonnen; het verbeterde zijn concentratie. Het gebruik van verdovende middelen heeft echter ook een negatieve invloed op het psychisch welzijn en vertroebelt het toestandbeeld voor een betrouwbare klachtenbeoordeling. Het staken van zijn speed- en alcoholgebruik wordt daarom als voorwaarde



	ADHD	OVERLAPPENDE SYMPTOMEN	(HYPO)MANIE
klachtenbeloop	continu aanwezig	snel wisselend	episodisch aanwezig
stemming en energie	<i>stemmingsinstabiliteit</i>	<i>plotseling omslaande stemmingen</i>	<i>verhoogde of prikkelbare stemming</i>
	<i>reactieve energiewisselingen hyperactiviteit/ friemelen uitputting/ traagheid</i>	<i>hyperactiviteit toegenomen activiteit motorische onrust voortdurend bezig, doordraven</i>  <i>rusteloosheid psychomotorische onrust niet kunnen ontspannen verstoord slaap-/waakritme niet kunnen blijven zitten</i>	<i>toegenomen energie toegenomen doelgerichte activiteit afgenomen slaapbehoefte toegenomen libido</i>
cognitief functioneren	<i>aandachtsproblemen vergeetachtig bij dagelijkse dingen moeite met organiseren van taken overzichtsproblemen</i>	<i>verhoogde afleidbaarheid moeite aandacht vast te houden achteloos fouten maken</i>	<i>gedachtevlucht sneller denken verhoogd associatief</i>
gedrag	<i>chaotisch dingen kwijtraken uitstelgedrag moeite taken af te maken</i>	<i>impulsiviteit toegenomen spraak/ activiteit voor de beurt praten voortijdig antwoorden</i>	<i>risicovol overmatige uitgaven (overmatig) middelengebruik delinquent promiscue</i>
	<i>focusproblemen gebrek aan doelgerichtheid geleefd worden aanwijzingen niet opvolgen overmatig gericht op trivialiteiten niet-reageren op aanspreken</i>	<i>sociale beperkingen hinderlijk of opdringerig in contact beroepsmatig of relationeel disfunctioneren</i>	<i>verstoord realiteitsbesef vertekend zelfinzicht opgeblazen eigenwaarde grootheidsideeën</i>
	<i>corrigeerbaar</i>	<i>beperkt corrigeerbaar</i>	<i>nauwelijks corrigeerbaar</i>

Tabel 1 Symptomatologie bij ADHD en bipolaire stoornissen.

gesteld bij start van de behandeling. Het stoppen veroorzaakt echter een toename van Timo's klachten en ondermijnt zijn (zelf)vertrouwen. Na een terugval in drugsgebruik beëindigt hij de behandeling in mei 2012. Nadat hij is vastgelopen in zijn studie en zijn relatie verbroken heeft, meldt Timo zich in september 2013 opnieuw voor behandeling. Hij kan zijn hobby's, muziek maken en schrijven, niet meer uitoefenen, omdat de klachten van energiegebrek en toenemende somberheid in stand gehouden en versterkt zijn door onderbehandeling en middelenmisbruik.<sup>8</sup>

### DIAGNOSTISCHE BESCHOUWING

Een bipolaire stoornis is een ernstige, recidiverende stemmingsstoornis die in de adolescentie of volwassenheid begint en bij 1,3% van de bevolking voorkomt.<sup>1</sup> De bipolaire stoornis wordt ook wel manisch-depressieve stoornis genoemd. De stoornis kenmerkt

zich door uitersten in stemming, energie en activiteit. Het is een aandoening met twee stemmingspolen: een episode met (hypo)manie, waarin mensen vaak uitbundig, daadkrachtig zijn en veel energie hebben, komt afwisselend voor met een episode met teruggetrokkenheid, passiviteit en energiegebrek als gevolg van een depressie.

Hoewel de bipolaire stoornis zich bij iedereen anders uit, kunnen deze episoden grote gevolgen hebben voor patiënten en hun familie, vrienden of collega's.<sup>9</sup> In de tussenliggende tijd is er vaak sprake van een stabiele stemming met passende emotionele reacties op levensgebeurtenissen.

Mensen met ADHD ervaren naast problemen met aandacht of concentratie en organiseren ook motorische onrust, impulsiviteit en emotionele labiliteit ten gevolge van relatief kleine gebeurtenissen.

Deze klachten zijn ook vanaf de kindertijd aanwezig<sup>10</sup> en komen bij 3 tot 4% van de volwassenen voor.<sup>11</sup> Om de complexiteit van het gelijktijdig voorkomen van ADHD en de bipolaire stoornis te verduidelijken, zijn de overeenkomende en onderscheidende symptomen van beide stoornissen overzichtelijk samengevat in tabel 1.

Wanneer Timo zich aanmeldt voor behandeling, verzamelt de verpleegkundig specialist (VS) naast de huidige klachten ook informatie over het beloop in het verleden. Op basis van het vroege ontstaan van Timo's episodische stemmingsklachten en het stagneren van eerdere behandeling, wordt een bipolaire stoornis als onderliggende oorzaak van de klachten vermoed. Aanvankelijk zal deze diagnose echter, ook na een klinische opname in verband met een manisch-psychotisch toestandsbeeld niet worden bevestigd. Het recente drugsgebruik kon immers als onderliggende oorzaak van dit acute toestandsbeeld niet uitgesloten worden.<sup>12</sup>

Er wordt een 'diagnostisch interview voor ADHD bij volwassenen' (DIVA) afgenomen, met een klachteninventarisatie van de kindertijd op basis van hetero-anamnese van beide ouders en kenmerken uit schoolrapporten.<sup>13</sup> Er blijkt sprake van een levenslang klachtenpatroon, losstaand van de stemmingsepisoden en het middelengebruik, dat wordt gediagnosticeerd als ADHD van het gecombineerde type. Op basis van de episodische met depressieve en hypomane symptomen vóór zijn drugsgebruik, wordt als differentiële diagnose een bipolaire II-stoornis overwogen. Deze werkdiagnose moet te zijner tijd en na een periode van middelen-abstinentie worden geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Meedeinend met zijn stemmings- en energiewisselingen was Timo sterk geneigd in het moment te leven en

afhankelijk daarvan contact te zoeken met vrienden of familie. Als gevolg hiervan bleven zijn klachten van energieverlies en somberheid vaak verborgen voor zijn omgeving. Uit angst om te falen durfde Timo geen toekomstplannen te maken.

Verpleegkundige diagnoses<sup>14</sup> en disfunctionele factoren, volgens de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF),<sup>15</sup> bestaan uit:

- ineffectief gezondheidsmanagement, zich uitend in een verstoord dag-nachtritme en voedingspatroon;
- middelengebruik;
- onvoldoende sociale steun, versterkt door kennisgebrek en stemmingsinstabiliteit.

Bevorderende factoren voor Timo's herstel zijn:

- zijn eigen motivatie voor behandeling vanuit de wens zich stabiel te voelen;
- de betrokkenheid van zijn ouders.

Het hervatten van zijn hobby's en zijn opleiding vormen voor hem belangrijke vervolgoelen.

### DOELBEPALING

Na Timo's eerdere negatieve ervaring in de GGZ, besteedt de VS in het begin van de behandeling extra aandacht aan het opbouwen van een therapeutische relatie op basis van wederzijds vertrouwen. Omdat onvervulde zorgbehoeften tot een lagere kwaliteit van leven kunnen leiden, worden tevens zijn zorgbehoeften verhelderd.<sup>16</sup> Hiervoor kan gebruikgemaakt worden van de Camberwell Assessment of Need (CAN)<sup>17</sup> of de Zorgbehoeftenlijst.<sup>18</sup> De vervulling van deze zorgbehoeften op psychologisch of psychiatrisch gebied en bij het sociaal functioneren wordt bij patiënten met een bipolaire stoornis verschillend beïnvloed:

- door het aantal klinische opnamen en de betrokkenheid van ambulant werkende verpleegkundigen;
- door het leren omgaan met de consequenties van de ziekte en de vaardigheden die nodig zijn voor het zelfmanagement van de ziekte.<sup>19</sup>

Overeenstemming tussen behandelaren en de patiënt over de behandeldoelen is voorwaarde voor een geslaagde behandeling en wordt sneller bereikt via gedeelde besluitvorming.<sup>20</sup> Om Timo's doelen – muziek maken, schrijven en sociale contacten uitbreiden – te bereiken, bespreekt de VS haalbare subdoelen op het gebied van structuur in zijn dag-nachtritme en een beter voedingspatroon. Hiervoor is het noodzakelijk dat zijn aandacht en concentratie, de plannings- en organisatievaardigheden, impulscontrole, slaap en stemming verbeteren.

Deze klachten worden echter in stand gehouden door zijn alcohol- en speedgebruik, een vorm van zelfmedicatie om rustiger en meer ontspannen te worden.



	ADHD	GEMEENSCHAPPELIJKE INTERVENTIES	(HYPO)MANIE
behandeling	coaching	gedragstherapie systeemtherapie	interpersoonlijke psychotherapie
medicamenteus	<i>stimulantia</i> methylfenidaat, dexamfetamine, modafinil	<i>kalmerings- en slaapmedicatie</i> benzodiazepine melatonine	<i>stemmingsstabilisatoren</i> lithium valproïnezuur lamotrigine carbamazepine topiramaat
	<i>niet-stimulantia</i> atomoxetine		
	<i>bloeddrukverlagers</i> clonidine, guanfacine		
	<i>antidepressiva</i> bupropion, nortriptyline, imipramine		
leefstijl	<i>lichttherapie</i>	<i>rust, reinheid en regelmaat</i> structuurplanning beweging ontspanning slaaphygiëne	<i>donkertherapie</i>
		<i>voedingsadviezen</i> abstinentie van middelen	
		<i>sociale steun</i> lotgenotencontact	
verpleegkundig	signaleringsplan	<i>psycho-educatie</i> onderzoeken van passend participatieniveau ontwikkeling van zelfmanagementstrategieën	Life Chart en Sociaal Ritme Meter noodplan

Tabel 2 Behandelinterventies, leefstijladviezen en verpleegkundige interventies bij ADHD en bipolaire stoornissen.

Hierdoor verbeteren concentratie, slaap en functioneren op de korte termijn. Maar de kans op het gebruik van verdovende middelen is groter wanneer de ADHD onbehandeld blijft. Zoals eerder gezegd hebben deze middelen op de lange termijn een negatief effect op de (geestelijke) gezondheid en een wisselwerking met medicatie. De VS bespreekt daarom met Timo

- het ongewenste effect van zijn middelengebruik op zijn klachten;
- de mogelijkheid dat bijwerkingen in ernst toenemen;
- de mogelijkheid dat de effecten van de medicatie afnemen.

### VERPLEEGKUNDIGE (BEHANDEL)INTERVENTIES EN ZELFMANAGEMENT

De complexe samenhang van klachten en (ineffectieve) copingstrategieën bij patiënten met een bipolaire stoornis én ADHD kunnen leiden tot een vicieuze klachtencirkel, onzekerheid over het startpunt van en vertraging in de behandeling. Om onderbehandeling van klachten en een verslechtering van het functioneren en de kwaliteit van leven te voorkomen, is

spoedig handelen gewenst. Een overzicht van de verschillende behandelstrategieën in tabel 2 laat zien dat ook verpleegkundige (behandel)interventies een overlap kennen die afdoende opties biedt om behandelstagnering te voorkomen.

Het fundament van de integrale behandeling van ADHD én de bipolaire stoornis wordt gevormd door adequaat zelfmanagement in combinatie met medicatie, waarbij patiënten de behandel- en leefstijladviezen optimaal in hun dagelijks leven inpassen.<sup>21</sup> In de vaak jarenlange behandeling kan het ontwikkelen van zelfmanagement in de samenwerking tussen patiënt, naasten en behandelaren worden ondersteund door de SAMEN-stappen.

- S** *Structureren* van ervaringskennis omtrent symptomen en gevolgen uit het verleden
- A** *Aansluiten* bij aanwezige kennis van patiënt en naasten
- M** *Middelengebruik* navragen en analyseren
- E** *Exploreren* zorgbehoeften
- N** *Nabespreken* resultaten van toegepast zelfmanagement

- *Psycho-educatie*. In alle behandeloverwegingen is psycho-educatie de voornaamste interventie en voorwaarde voor gedeelde besluitvorming. Cursussen met psycho-educatie in lotgenotengroepen zijn voor psychische stoornissen een effectieve methode om het ziekte-inzicht en de behandelresultaten te vergroten.<sup>22</sup> Er bestaan echter nog geen psycho-educatiegroepen voor patiënten met ADHD én een bipolaire stoornis.<sup>23</sup> Veel patiënten en hun naasten kunnen wel vanuit eigen ervaringen het ontstaan van klachten, de onderlinge wisselwerking en het beloop met bijkomende gevolgen duidelijk toelichten.
- *Inventarisatie*. Het inventariseren van deze aanwezige kennis en hierbij aansluiten met geïntegreerde psycho-educatie ondersteunen het actief meedenken over passende behandelstrategieën. Herhaling van deze informatie en aandacht voor (de functie van) middelengebruik blijft bij de complexe interactie tussen beide stoornissen gedurende de hele behandeling nodig.
- *Life Chart en SRM*. Ten slotte kan deze (nieuwe) informatie het regulerend vermogen vergroten, door tijdens inzichtgevende gesprekken de onderlinge verbanden te verhelderen met behulp van de retrospectieve en prospectieve Life Chart Methode (LCM)<sup>24</sup> en de Sociaal Ritme Meter (SRM).<sup>25</sup> Patiënten en naasten worden hierdoor ondersteund bij het herkennen van klachten in een nieuwe episode en het toepassen van zelfmanagementtechnieken om zo verdere ontregeling te voorkomen.<sup>26</sup>

### Inventarisatie

De GGZ-verpleegkundige bespreekt met Timo eerst de wisselwerking tussen zijn klachten, leefstijl en middelengebruik. Vervolgens inventariseert en evalueert de VS, als regiebehandelaar, de behandeldoelen en -interventies met Timo en stemt deze met de verschillende disciplines op elkaar af. Het belang van leefstijlinterventies en stoppen met middelengebruik wordt bij het bepalen van de (volgorde van) te nemen stappen herhaaldelijk benadrukt in relatie tot zorgvuldige diagnostiek en te verwachten behandelresultaten.

De inventarisatie van Timo's klachtenbeloop bracht tevens een verlate slaafase als gevolg van een circadian ritme slaap-waakstoornis naar voren. Deze bij ADHD veelvoorkomende verstoring van de biologische klok vormt een in stand houdende factor van de stemmingsklachten. Toepassing van lichttherapie kan de interne klok van Timo positief beïnvloeden, maar vergroot het risico op een (hypo)manische ontregeling.<sup>27</sup> Bescherming door middel van een stemmingsstabilisator is daarom een voorwaarde om lichttherapie te starten. De VS zal Timo eerst op lithium instellen, de eerste keuze in de richtlijn, alvorens lichttherapie in te zetten.

### Niet-medicamenteuze behandelinterventies

In de tussentijd bespreekt de GGZ-verpleegkundige de niet-medicamenteuze behandelinterventies. Activiteiten voor een haalbare dag-, nacht- en weekstructuur, zoals regelmatige lichaamsbeweging, vaste en gezamenlijke eetmomenten en slaaphygiënemaatregelen, zijn gericht op het verbeteren van Timo's biologische ritme. De VS maakt daarnaast op basis van het middelengebruik in Timo's klachtenregistratie een functieanalyse.<sup>28</sup> Inzicht in zijn gedragspatroon en middelengebruik als zelfmedicatie vergroot de behandelmotivatie bij Timo.

Om het toekomstige klachtenbeloop met de verkregen inzichten positief te beïnvloeden en de kwaliteit van leven te vergroten, wordt een *signaleringsplan* opgesteld.<sup>29</sup> De stressvolle situaties en prodromen uit het verleden worden door de GGZ-verpleegkundige met Timo en de directbetrokkenen geïnventariseerd. Vervolgens wordt de gewenste ondersteuning samen met hen vertaald naar concrete acties en afspraken, waardoor het bijdraagt aan het zelfmanagement van patiënten en naasten. Timo houdt over dit hele proces de regie door sportactiviteiten te kiezen die bij hem passen en die afgestemd kunnen worden op eventuele instabiliteit van zijn toestandbeeld. Ook zal hij aan vrienden vragen om in geval van een afzegging door hem navraag te doen naar de reden ervan en alternatieven voor te stellen, zodat hij niet te veel ruimte krijgt om zich terug te trekken uit contact. Tegengestelde afspraken gericht op het afremmen van impulsiviteit verkleinen de kans op het 'doorschieten' naar een hypomanie. Het regulerend vermogen van Timo wordt vergroot, doordat de betrokkenen een actieve ondersteuningsrol krijgen in het signaleren en voorkomen van episodes. Ten slotte worden beknopte acties uit het signaleringsplan afgeleid en op een crisiskaart vastgelegd voor het geval zich een crisissituatie voordoet.<sup>30</sup>

### Aandachtspunten medicatie

De algemene richtlijn *Bipolaire stoornis* adviseert om patiënten eerst in te stellen op een stemmingsstabilisator alvorens medicamenteuze behandeling van comorbiditeit te starten.<sup>26</sup>

In verband met het verhoogde risico op een hypomanie of psychose, vergelijkbaar met het eerder beschreven effect van lichttherapie en middelengebruik, is het noodzakelijk patiënt eerst op een stemmingsstabilisator in te stellen en pas daarna te starten met stimulantia. Timo wordt daarom eerst ingesteld op een stemmingsstabilisator, waarna behandeling met stimulantia mogelijk is volgens de richtlijn.<sup>31,32</sup> Tevens wordt voor de verlate slaafase melatonine voorgeschreven als aanvulling, om het slaap-waakritme verder te stabiliseren.

In de onderhoudsbehandeling speelt een optimale balans tussen effectiviteit en bijwerkingen een grotere



rol in de therapietrouw dan in de acute fase van de bipolaire stemmingsepisodes. In de loop van de onderhoudsbehandeling blijft het daarom belangrijk aandacht te hebben voor factoren die toekomstige medicatietrouw beïnvloeden, zoals de door de patiënt ervaren meerwaarde van medicatiegebruik. ADHD-symptomen kunnen stemmingsinstabiliteit in stand houden, waardoor het spoedig starten van stimulantia naast leefstijlinterventies van belang is. Een van de mogelijke bijwerkingen van stemmingsstabiliserende medicatie is bijvoorbeeld een toegenomen eetlust, die door impulsiviteit van de onbehandelde ADHD versterkt kan worden. Timo: 'Als je medicijnen gaat slikken waar je onwijze vreetbuien van kan krijgen en je hebt niets om je impulscontrole te beheersen, dan maak je het drie keer zo moeilijk. Je komt aan in gewicht, verliest je zelfvertrouwen en je stemming gaat weer onderuit.'

### BEHANDELEVALUATIE

Timo was bij start van de behandeling gemotiveerd en wilde deze keer niet falen. Inzichtgevende interventies werden enerzijds door zijn hoge intelligentie ondersteund en anderzijds versterkt door de klachtenvalidatie van zijn behandelaren. Ook zijn steunsysteem was betrokken en helpend bij het ontwikkelen en integreren van zelfmanagementstrategieën.

Na zestien weken evalueert de VS de behandeling met Timo, waarbij hij aangeeft zich serieus genomen te voelen en begrip te ervaren van zijn behandelaren en naasten.

- Hij is gestopt met middelengebruik en gebruikt zijn medicatie naar eigen tevredenheid volgens voorschrift.
- Zijn aandacht en concentratie zijn toegenomen en de impulsiviteit is verminderd.
- Hij heeft meer kennis over en inzicht in de bipolaire stoornis en ADHD en de interactie tussen zijn klachten.
- Plannen en organiseren gaan beter en hij past zelfmanagement toe.
- Structuur in zijn eetpatroon en het dag-nachtritme zijn verbeterd. Het lukt hem om eerder in te slapen en vroeger op te staan.
- Hij maakt weer muziek, schrijft op fora, doet vrijwilligerswerk en heeft meer sociale contacten.
- Zijn stemming is stabiel, er is sprake van een afname van het klachtenniveau en een toename van de kwaliteit van leven.

Gebaseerd op procesdiagnostiek gedurende een periode van zes maanden waarin patiënt abstinente was, worden de episodische stemmings- en energiewisseling alsnog gediagnosticeerd als een bipolaire II-stoornis. De eenmalige manie blijft gediagnosticeerd als gevolg van het eerdere middelenmisbruik.

### DO'S EN DON'TS IN DE BEHANDELING VAN PATIËNTEN MET ADHD ÉN EEN BIPOLAIRE STOORNIS

#### Do's

- Investeren in een constructieve en gelijkwaardige samenwerking met patiënten en naasten.
- Stimuleren van ervaringsdeskundigheid en behandelparticipatie van patiënten en naasten.
- Afstemmen van behandeltempo en -interventies op de (wisselende) hulpvragen en zorgbehoeften van patiënten en naasten.
- Structureren van de behandeling door concrete doelbepaling, prioritering en evaluatie.

#### Don'ts

- Behandeling van klachten met rechtlijnige behandelprotocollen.
- Vaststellen van eenzijdige behandelkaders.
- Nastreven van volledige klachtenremissie.

### SAMENVATTING

Ongeveer een zesde van alle patiënten met attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) heeft ook te maken met een bipolaire stemmingsstoornis. De diagnose bipolaire stoornis bij patiënten met ADHD wordt regelmatig gemist, evenals comorbide ADHD als in stand houdende factor van de bipolaire stoornis. Het gevolg hiervan is ernstiger disfunctioneren en een lagere kwaliteit van leven bij deze complexe combinatie van psychische stoornissen.

Belangrijk is:

- tijdige herkenning;
- zorgvuldige diagnostiek;
- integrale behandeling van beide stoornissen, met aandacht voor de onderlinge beïnvloeding en instandhouding van de klachten.

Verpleegkundige (behandel)interventies vanuit de verschillende richtlijnen kunnen in zorgvuldige afstemming met elkaar worden gecombineerd. ■

### LITERATUUR

1. Graaf R de, Have M ten, Dorsselaer S van. NEMESIS 2: De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
2. Rydén E, Thase M, Stråht D, Aberg-Wistedt A. A history of childhood attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) impacts clinical outcome in adult bipolar patients regardless of current ADHD. Acta Psychiatrica Scandinavica 2009;3:239-46.

Overige literatuur kunt u vinden op [www.nurseacademyggz.nl](http://www.nurseacademyggz.nl)