

De stemmingsstoornisvragenlijst (MDQ-NL), een hulpmiddel voor betere herkenning van een bipolaire stoornis

D.H.Postma en P.F.J.Schulte

- Er is sprake van onderdiagnostiek van de bipolaire stoornis.
- Tussen het ontstaan van de eerste symptomen en het stellen van de juiste diagnose liggen gemiddeld 12 jaar. Deze vertraging kan een inadequate behandeling tot gevolg hebben.
- Er is een screeningsinstrument voor de bipolaire stoornis, de ‘Mood disorder questionnaire’ (MDQ). Deze zelfinvulvragenlijst is volgens het beschikbare onderzoek voldoende betrouwbaar en valide.
- Er is nu een Nederlandstalige versie van de MDQ, de MDQ-NL.
- De MDQ-NL vraagt weinig tijd van de patiënt en de onderzoeker en is goed bruikbaar voor screening.
- Bij een positieve uitslag zou een psychiater de patiënt nader moeten onderzoeken.
- Gebruik van de MDQ-NL zal leiden tot een betere herkenning en behandeling van de bipolaire stoornis in Nederland.

Ned Tijdschr Geneesk. 2008;152:1865-70

De bipolaire stoornis, ook wel bekend als de manisch-depressieve stoornis, kenmerkt zich door periodiek voorkomende stemmingswisselingen. Aan de ene kant is er de manische episode met overactiviteit, euforie of prikkelbaarheid en groothedsideeën of -wanen. Hiervan bestaat ook een lichtere variant, de hypomane episode, met dezelfde symptomen, maar zonder beperking van het functioneren (tabel 1). Aan de andere kant is er de depressieve episode met somberheid, inactiviteit en insufficiëntie- of minderwaardigheidsideeën. Aan de hand van de ernst van de manische klachten onderscheidt men de bipolaire stoornis type I (met manie en eventuele depressieve episode) van het type II (met depressieve episod en de hypomanie).¹ Daarbij is één episode van manie of hypomanie voldoende voor het stellen van de diagnose. Deze stemmingsepisoden worden meestal gevolgd door een episode met symptoomherstel, waarbij echter lang niet altijd sprake is van een functioneel herstel.^{2 3}

De ziekte manifesteert zich vaak op jongvolwassen leeftijd met een depressie als eerste uiting, en kan ernstige gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven. Het gaat om een levenslange aandoening, die vrijwel altijd medicamenteuze behandeling behoeft, naast andere vormen van behandeling. De behandeling van een bipolaire stoornis is ingewikkelder dan die van een depressieve stoornis. Het is daarom terecht dat de NHG-standaard ‘Depressieve stoornis’

aanbeveelt patiënten met een bipolaire stoornis naar een psychiater te verwijzen.⁴

ONDERDIAGNOSTIEK VAN DE BIPOLAIRE STOORNIS: OORZAKEN

Uit de NEMESIS-studie bleek de levensprevalentie van de bipolaire stoornis in Nederland 1,9% te zijn.⁵ Hoewel dit prevalentiecijfer hoog is, wordt de diagnose vaak gemist: tussen het ontstaan van de eerste symptomen en het stellen van de juiste diagnose liggen gemiddeld 12 jaar.⁶ Ook elders in de wereld signaleert men dat de diagnose laat wordt gesteld.⁷ Deze aanzienlijke vertraging kan gedeeltelijk verklaard worden doordat de eerste uiting van de stoornis een depressie kan zijn en de diagnose zonder een eerste (hypo)manie nog niet kan worden gesteld. Maar ook na de eerste manische episode wordt de stoornis vaak niet ontdekt.

Tot 40% van de depressieve patiënten blijkt een niet eerder vastgestelde bipolaire stoornis te hebben.^{8 9} Een verklaring hiervoor is dat 20% van de patiënten met een bipolaire stoornis niet spontaan eerdere manische klachten aan zijn of haar arts rapporteert,⁵ omdat de euforie en overactiviteit van een manie niet als ziekelijk worden ervaren; deze worden alleen door mensen in de directe omgeving als zodanig herkend.¹⁰ Ook kan schaamte achteraf over ontremd gedrag de patiënt beletten zijn of haar arts adequaat te informeren. Een heteroanamnese is in beide gevallen de enige manier om dit probleem op te lossen. De veelvoorkomende comorbiditeit, zoals middelenmisbruik en angststoornissen, bemoeilijkt de diagnose.¹¹

Om onderdiagnostiek van de bipolaire stoornis te voorkomen geeft zowel de multidisciplinaire richtlijn ‘Depressie’ als de NHG-standaard ‘Depressieve stoornis’ aan dat

GGNet, locatie Zutphen, Molengracht 2a, 7201 LX Zutphen.
Mw.dr.s.D.H.Postma, psychiater.
GGZ Noord-Holland Noord, locatie Alkmaar, divisie Kortdurende Psychiatrie, polikliniek Bipolaire Stoornissen, Alkmaar.
Hr.dr.P.F.J.Schulte, psychiater.
Correspondentieadres: mw.dr.s.D.H.Postma (d.postma@ggnet.nl).

TABEL 1. Verkorte DSM-IV-criteria voor manie en hypomanie

manische episode

herkenbare episode met voortdurend verhoogde, expansieve of prikkelbare stemming, langer dan een week

tijdens de stemmingsstoornis zijn tenminste 3 van de volgende symptomen voortdurend en in belangrijke mate aanwezig:

- sterk toegenomen gevoel van eigenwaarde of grootheidsideeën
- afgenomen slaapbehoefte
- grotere neiging tot spreken dan gebruikelijk
- gedachtevlucht of de beleving dat gedachten zeer snel gaan
- verhoogde afleidbaarheid
- toename van doelgerichte activiteit of psychomotorische agitatie
- vaker ondernemen van aangename activiteiten waarbij een grote kans bestaat op pijnlijke gevolgen

de stemmingsstoornis is ernstig genoeg om duidelijke beperkingen in werk, normale sociale activiteiten of relaties met anderen te veroorzaken, of opname in het ziekenhuis noodzakelijk te maken om schade voor zichzelf of anderen te voorkomen; of er zijn psychotische kenmerken

hypomane episode

herkenbare episode met voortdurende verhoogde, expansieve of prikkelbare stemming gedurende meer dan 4 dagen met een duidelijk verschil ten opzichte van de niet-depressieve stemming

symptomen als bij de manische episode

de episode gaat gepaard met een onmiskenbare verandering in het functioneren die niet kenmerkend is voor betrokkene wanneer deze symptoomvrij is

de stemmingsstoornis en de veranderingen in functioneren kunnen door anderen worden waargenomen

de episode is niet ernstig genoeg om duidelijke beperkingen in het sociaal of het beroepsmatig functioneren te veroorzaken of opname in het ziekenhuis noodzakelijk te maken, en er zijn geen psychotische verschijnselen

men bij een depressie gericht moet vragen naar (hypo)manische klachten.^{4 12} De late ontdekking van een bipolaire stoornis bij veel patiënten wijst er echter op dat dit niet optimaal gebeurt.¹³ Dit komt vermoedelijk omdat de behandelaar onbekend is met de symptomen.

DE GEVOLGEN VAN DE ONDERDIAGNOSTIEK

Artsen herkennen bij bipolaire patiënten veelal alleen de depressies en dat kan ernstige consequenties hebben. Zowel in Nederland als in de VS ontvangt twee derde tot driekwart van de patiënten met een bipolaire stoornis geen adequate behandeling.^{6 14}

De behandeling van de bipolaire depressie en de depressieve stoornis zijn namelijk verschillend: terwijl de richtlijn ‘Depressie’ bij een depressieve stoornis antidepressiva als medicatie aanbeveelt,¹² raadt de richtlijn ‘Bipolaire stoornissen’ bij een bipolaire depressie antidepressiva juist af.¹⁵ Antidepressiva kunnen namelijk manieën of een ernstig beloop met tenminste vier episoden per jaar (‘rapid cycling’) induceren.^{12 16} Daarom moet de patiënt eerst op een stemmingsstabilisator zoals lithium worden ingesteld.

Als de juiste diagnose niet wordt gesteld en daardoor een adequate behandeling uitblijft, kunnen recidieven ontstaan. Als een patiënt meerdere episoden doormaakt, hangt dat samen met een verslechtering van zijn of haar psychosociaal functioneren op langere termijn.¹⁷ De sterfte door suïcide is bij een bipolaire depressie hoger dan bij een unipolaire depressie.^{16 18}

Een patiënt met een bipolaire stoornis bij wie de diagnose niet is gesteld, krijgt meestal geen lithium voorgeschreven, terwijl dit middel een antisuïcidaal effect heeft.¹⁹ Er is dus alle reden om patiënten met een bipolaire stoornis op te sporen, omdat men dan sneller met een adequate behandeling kan beginnen. Een screeningsinstrument kan hierbij een hulpmiddel zijn. Hiermee kan men weliswaar geen diagnose stellen, maar bij een positieve uitslag van de screening kan een psychiater dan een gericht diagnostisch onderzoek beginnen.

DE VALIDITEIT VAN DE STEMMINGSSTOORNISVRAGENLIJST

Hirschfeld heeft in 2000 een zelfinvulvragenlijst, de ‘Mood disorder questionnaire’ (MDQ), als screeningsinstrument ontwikkeld.²⁰ Wij hebben de Engelstalige versie met toestemming van Hirschfeld in het Nederlands vertaald. Deze vertaling werd vervolgens terugvertaald door een ggz-medewerker die Engels als moedertaal had. De verschillende versies werden met elkaar vergeleken en een definitieve Nederlandstalige versie werd vastgesteld. Deze versie van de stemmingsstoornisvragenlijst kreeg de naam ‘MDQ-NL’ (figuur). De MDQ-NL kan worden binnengehaald van de website van het Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen (www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl, klikken op ‘meetinstrumenten’ en ‘MDQ’). Overigens bestaan van de MDQ inmiddels ook een Spaanse, Italiaanse, Finse, Franse en een Turkse versie (eveneens te vinden op www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl) en ook een versie voor adolescenten.²¹⁻²⁶

Bij vraag A van de vragenlijst gaat het om 13 ja/nee-vragen die alle betrekking hebben op de klinische symptomen volgens de DSM-IV-criteria. Vraag B betreft het gelijktijdig vóórkomen van deze symptomen en verschijnselen, en vraag C het functioneren van de patiënt: in welke mate hebben de eerdergenoemde symptomen of verschijnselen geleid tot disfunctioneren? Op vraag C zijn 4 antwoorden mogelijk: geen, enige, aanzienlijke en ernstige problemen. De interne consistentie van de Engelse, Franse en Finse versie van de MDQ is onderzocht en goed bevonden. In 5 onderzoeken lag de cronbach- α voor de hele lijst tussen 0,79 en 0,90.^{20 23 24 27 28} De interne consistentie is voldoende bij cronbach- $\alpha > 0,7$. De patiënt kan de MDQ-NL binnen 5 minuten invullen en de arts kan snel en makkelijk de score bepalen. Het standaardafkappunt voor een MDQ die posi-

Stemmingsstoornis Vragenlijst (MDQ-NL)

Naam :

Datum:

Wilt u de volgende vragen zo goed mogelijk beantwoorden door het juiste antwoord aan te kruisen?

A		ja	nee
1	... u uzelf zo goed, of zo hyperactief voelde dat andere mensen vonden dat u niet uzelf was waardoor u in de problemen kwam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	... u zo prikkelbaar was dat u tegen andere mensen schreeuwde of een gevecht of een ruzie begon?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	... u veel meer zelfvertrouwen had dan normaal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	... u veel minder sliep dan gebruikelijk, zonder dat u daar last van had?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	... u veel spraakzamer was of veel sneller sprak dan gebruikelijk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	... gedachten door uw hoofd jaagden of u uw gedachten niet kon remmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	... u zo makkelijk afgeleid werd door uw omgeving dat u moeite had om u goed te concentreren of uw gedachten er bij te houden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	... u veel meer energie had dan normaal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	... u veel actiever was en veel meer dingen deed dan normaal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	... u veel meer sociale contacten had of vaker de deur uitging dan normaal, en bijvoorbeeld midden in de nacht vrienden opbelde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	... u veel meer interesse had in seks dan normaal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	... u dingen deed die ongebruikelijk waren voor u, of waarvan andere mensen zouden kunnen denken dat het overdreven, onverstandig of riskant was?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	... u veel geld uitgaf waardoor u of uw familie in de problemen kwam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B			
Als u op twee of meer vragen JA hebt geantwoord, wilt u dan deze vraag beantwoorden: Vonden een aantal van de bovengenoemde gedragingen ooit in dezelfde periode plaats?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C			
Hoeveel problemen leverden deze gedragingen u op, zoals niet meer kunnen werken, problemen met uw familie, geld of justitie, betrokken raken bij ruzies of vechtpartijen?			

Svp, slechts één antwoord uitkiezen.

0	1	2	3
geen problemen	enige problemen	aanzienlijke problemen	ernstige problemen

De Nederlandstalige versie van de 'Mood disorder questionnaire', een zelfinvulvragenlijst ontworpen voor de screening op bipolaire stemmingsstoornissen.

tief is en waarbij een sterk vermoeden van een bipolaire stoornis bestaat, is minimaal 7 keer 'ja' bij vraag A, een bevestigend antwoord bij vraag B, en tenminste 'aanzienlijke problemen' bij vraag C.

Onderzoek naar de validiteit. Behalve gebruiksgemak kan men ook een goede validiteit eisen van een screeningsinstrument. Om de validiteit te kunnen beoordelen hebben wij systematisch gezocht in de elektronische databases *Medline* en *Embase* voor de jaren 2000 tot 2005 met het tekstwoord 'mood disorder questionnaire' (laatste update begin november 2005). Ook keken wij de kruisverwijzingen na. Wij selecteerden artikelen met onderzoek dat aan de volgende criteria voldeed:²⁹ (a) gebruik van een valide referentietest, bijvoorbeeld het 'Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders' (SCID);^{30 31} (b) onafhankelijke, geblindeerde beoordeling van de MDQ en de referentietest; (c) geen selectie van patiënten op grond van het resultaat van de

MDQ (eventueel wel selectie 'at random'); (d) toepassing van een aselechte steekproef of selectie van opeenvolgende patiënten; (e) onderzoek bij een klinisch relevante populatie, zoals patiënten van een psychiatrische polikliniek of patiënten met psychiatrische klachten in een huisartsenpraktijk.

Aan deze criteria voldeden 4 onderzoeken (tabel 2).^{20 23 27 32} Alle studies gebruikten als referentietest de SCID, een in wetenschappelijk onderzoek veelgebruikt gestructureerd interview voor het stellen van een diagnose volgens de DSM.

Van de geselecteerde onderzoeken gingen er 3 over patiënten van psychiatrische poliklinieken bij wie stemmingsstoornissen bestonden of vermoed werden. Eén onderzoek werd verricht bij patiënten met de diagnose 'depressie' en antidepressivumgebruik in een universitair huisartsencentrum. De publicaties geven de sensitiviteit (in dit geval de fractie MDQ-positieve uitslagen van de patiënten met een

TABEL 2. Overzicht van valideringsstudies van de 'Mood disorder questionnaire' (MDQ); in elk van deze studies werd onderzocht hoeveel patiënten met een stemmingsstoornis, gediagnosticeerd met het 'Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders' (SCID), ook een positieve MDQ-score* hadden

auteur, jaar, land	MDQ-versie	patiëntengroep	sensitiviteit (95%-BI)	specificiteit (95%-BI)
Hirschfeld et al., ²⁰ 2000, VS	Engels	198 opeenvolgende patiënten afkomstig van 5 poliklinieken voor stemmingsstoornissen	0,73 (0,65-0,81)	0,90 (0,84-0,96)
Miller et al., ³² 2004, VS	Engels	37 opeenvolgende patiënten met een bipolaire en 36 met een unipolaire depressieve stemmingsstoornis, afkomstig van twee psychiatrische poliklinieken†	totale patiëntengroep: 0,58 (0,42-0,74) bipolaire stoornis type I: 0,69 (0,52-0,87) bipolaire stoornis type II of NAO: 0,30 (0,02-0,58)	totale patiëntengroep: 0,67 (0,51-0,82) bipolaire stoornis type I: 0,46 (0,32-0,58) bipolaire stoornis type II of NAO: 0,51 (0,39-0,63)
Weber Rouget et al., ²³ 2005, Zwitserland	Frans	96 opeenvolgende poliklinische patiënten‡	totale patiëntengroep: 0,74 (0,62-0,84) bipolaire stoornis type I: 0,90 (0,83-0,97) bipolaire stoornis type II: 0,53 (0,32-0,74)	totale patiëntengroep: 0,91 (0,82-1,00) bipolaire stoornis type I: 0,91 (0,85-0,97) bipolaire stoornis type II: 0,91 (0,85-0,97)
Hirschfeld et al., ²⁷ 2005, VS	Engels	alle patiënten in een universitair huisartsencentrum met de diagnose 'depressie' die antidepressiva gebruikten (n = 649); bij een steekproef uit deze groep werd de SCID afgenomen (n = 180)§	0,58 (0,45-0,70)	0,93 (0,88-0,98)

NAO = niet anders omschreven.

*Een MDQ-score was positief als in de vragenlijst (zie de figuur) bij A minimaal 7 keer 'ja' was geantwoord, bij B 'ja' en bij C tenminste 'aanzienlijke problemen' werden aangegeven.

†Van 36 patiënten met een bipolaire stoornis werden er 4 niet herkend met de MDQ omdat zij niet voldeden aan de criteria voor vraag A, 7 omdat zij niet voldeden aan criterium C, en 4 omdat zij niet voldeden aan meerdere criteria (bij 1 van de 37 patiënten waren de MDQ-gegevens onvolledig).

‡Van deze patiënten nam een derde deel aan een algemeen programma voor psychiatrische stoornissen, een derde aan een gespecialiseerd programma voor unipolaire depressie, en een derde aan een gespecialiseerd programma voor bipolaire stoornissen (B.Weber Rouget, schriftelijke mededeling, 2005).

§Van de totale patiëntengroep had 21% een positieve MDQ-score. Slechts 35% van hen had ooit eerder de diagnose 'bipolaire stemmingsstoornis' gekregen. Op basis van de uitkomsten van de SCID wordt de prevalentie van bipolaire stoornissen geschat op 28% bij patiënten met de diagnose 'depressie' die tevens antidepressiva gebruikten.

bipolaire stoornis, vastgesteld met de SCID) en de specificiteit (de fractie MDQ-negatieve uitslagen van de patiënten zonder een bipolaire stoornis, vastgesteld met de SCID) of deze kunnen worden berekend op basis van de data.

Specificiteit en sensitiviteit. De specificiteit is hoog in 3 van de geselecteerde onderzoeken ($\geq 0,90$). In 1 klein onderzoek vond men een lagere, matige specificiteit (0,67). De sensitiviteit ligt lager, tussen 0,58 en 0,74. Overigens vinden 2 van 3 onderzoeken dat de sensitiviteit voor de bipolaire stoornis type I beter is dan voor de bipolaire stoornis type II; het verschil in sensitiviteit is ongeveer 0,40. Als echter het criterium 'ernst' (vraag 3 van de MDQ) werd geschrapt of verlaagd naar 'enige beperkingen', dan verbeterde de gehele sensitiviteit, met name door betere herkenning van patiënten met een bipolaire stoornis type II, zonder dat de specificiteit ernstig werd aangetast (R.M.A.Hirschfeld, schriftelijke mededeling, 2006).

Positief en negatief voorspellende waarde. Om de waarde van een screeningsinstrument te beoordelen is naast kennis van sensitiviteit en specificiteit ook kennis nodig van de situatie waarin de test toegepast wordt, omdat de voorafkans (de prevalentie van de stoornis binnen de te screenen patiëntengroep) daarin een belangrijke rol speelt. Een maat voor het nut van een test zijn de positieve en negatieve voorspellende waarde (PVW respectievelijk NVW: de kans dat als de screening positief dan wel negatief is de patiënt inderdaad de stoornis wel of niet heeft).

In een huisartsenpraktijk heeft naar schatting 10-26% van de patiënten met een depressie een bipolaire depressie; dit is de voorafkans.²⁷⁻³³ Bij ongeselecteerde patiënten van psychiatrische poliklinieken ligt het percentage eveneens tussen 12-30%.³⁴ Bij het standaardafkappunt van de MDQ en een prevalentie van 10 en 30% kan een PVW worden berekend van 0,45 respectievelijk 0,76. De NVW ligt dan bij 0,97 en 0,89. Als het ernstcriterium wordt verlaagd naar 'enige beperkingen' is de PVW bij een prevalentie van 10% 0,40 en bij 30% 0,72 en de NVW 0,98 respectievelijk 0,94.

Deze cijfers worden bevestigd in een Fins onderzoek met de MDQ waarbij criterium 3 werd losgelaten. Bij alle hulpzoekende, niet-schizofrene psychiatrische patiënten in de tweede lijn van een omschreven verzorgingsgebied werd een PVW van 0,41 gevonden.³⁵ Nu is het denkbaar dat een deel van de patiënten in de hier geïnccludeerde en besproken onderzoeken was voorgelicht over manie en daardoor de MDQ beter kon invullen. Maar ook als men uitgaat van een lagere sensitiviteit van 0,28, zoals gevonden bij screening van de algemene bevolking met de MDQ, ligt de PVW nog steeds rond de 0,20, terwijl de NVW afhankelijk van de genoemde voorafkansen uitkomt tussen 0,92 en 0,76.²⁷ De voorspellende waarden van de MDQ maken duidelijk dat het instrument vooral een bipolaire stoornis uitsluit bij een negatieve uitslag, terwijl bij een positieve screening de kans op een bipolaire stoornis groot genoeg is om doorverwij-

zing te rechtvaardigen. Hierbij moet worden opgemerkt dat de validiteit van de Nederlandse MDQ nog niet is onderzocht. Tot nu toe werden bij onderzoek met vertalingen van de MDQ echter steeds overeenkomstige resultaten gevonden.

Naast de MDQ bestaan voor screening ook andere vragenlijsten die patiënten zelf kunnen invullen, namelijk de 'Hypomania checklist' (HCL-32) en de 'Bipolar spectrum diagnostic scale' (BSDS).³⁶⁻³⁷ Deze lijsten zijn echter vooralsnog minder uitvoerig onderzocht dan de MDQ en het invullen en bepalen van de score kosten meer tijd.

CONCLUSIE

De MDQ-NL is een zelfinvulvragenlijst die binnen 5 minuten door een patiënt kan worden ingevuld en daarna in dezelfde tijd door een arts kan worden geëvalueerd. De recent verschenen multidisciplinaire richtlijn 'Depressie' erkent het nut van de MDQ-NL als screeningsinstrument.¹² Het is een bruikbaar hulpmiddel om een geselecteerde patiëntengroep, namelijk patiënten met een depressie in een huisartsenpraktijk of ongeselecteerde patiënten van een psychiatrische polikliniek, te screenen op een bipolaire stoornis. In deze groepen wordt de herkenning van de bipolaire patiënt nog verbeterd als het ernstcriterium wordt verlaagd naar 'enige beperkingen' of geheel vervalft.

De MDQ-NL is vooral aan te raden in situaties waarin de interviewer wel ervaring heeft met de diagnostiek van een depressie, maar niet zozeer met die van een bipolaire stoornis, bijvoorbeeld bij ontdekking van een depressie in een huisartsenpraktijk of bij een intakegesprek door een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige. De uitslag kan vervolgens leiden tot verder onderzoek van een psychiater en zo tot een betere herkenning en behandeling van een bipolaire stoornis.

Dr.E.Knoppert-van der Klein, drs.J.van Zaane en dr.K.Verburg, psychiaters, gaven commentaar op het manuscript.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 27 september 2007

Literatuur

- 1 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Press; 1994.
- 2 Tohen M, Hennen J, Zarate jr CM, Baldessarini RJ, Strakowski SM, Stoll AL, et al. Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry*. 2000;157:220-8.

- 3 Fagiolini A, Kupfer DJ, Masalehdan A, Scott JA, Houck PR, Frank E. Functional impairment in the remission phase of bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2005;7:281-5.
- 4 Marwijk HWJ van, Grundmeijer HGLM, Bijl R, Gelderen MG van, Haan M de, Weel-Baumgarten EM van, et al. NHG-standaard Depressieve stoornis (depressie). *Huisarts Wet.* 2003;46:614-23.
- 5 Have M ten, Vollebergh W, Bijl R, Nolen WA. Prevalentie en zorggebruik bipolaire stoornissen in Nederland. In: Polikar L, Vollebergh W. *De bipolaire stoornis. Een slecht herkend probleem.* Utrecht: Trimbo Instituut; 2000.
- 6 Akkerhuis G, Vollebergh W, Kupka R, Nolen W. Vertraging in diagnostiek en behandeling van MDS-patiënten. In: Polikar L, Vollebergh W. *De bipolaire stoornis. Een slecht herkend probleem.* Utrecht: Trimbo Instituut; 2000.
- 7 Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Arlen Price R, Hirschfeld RM. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord.* 1994;31:281-94.
- 8 Ghaemi SN, Sachs GS, Chiou AM, Pandurangi AK, Goodwin K. Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? *J Affect Disord.* 1999;52:135-44.
- 9 Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK. Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *J Clin Psychiatry.* 2000;61:804-8.
- 10 Keitner GI, Solomon DA, Ryan CE, Miller IW, Mallinger A, Kupfer DJ, et al. Prodromal and residual symptoms in bipolar I disorder. *Compr Psychiatry.* 1996;37:362-7.
- 11 Matza LS, Rajagopalan KS, Thompson CL, de Lissoyov G. Misdiagnosed patients with bipolar disorder: comorbidities, treatment patterns, and direct treatment costs. *J Clin Psychiatry.* 2005;66:1432-40.
- 12 Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Trimbo Instituut; 2005.
- 13 Brickman AL, LoPiccolo CJ, Johnson SL. Screening for bipolar disorder. *Psychiatr Serv.* 2002;53:249.
- 14 Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2003;64:161-74.
- 15 Richtlijn Bipolaire stoornissen. Amsterdam: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; 2001.
- 16 McElroy SL, Kotwal R, Kaneria R, Keck jr PE. Antidepressants and suicidal behavior in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2006;8(5 Pt 2):596-617.
- 17 Martinez-Arán A, Vieta E, Colom F, Torrent C, Sánchez-Moreno J, Reinares M, et al. Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome. *Bipolar Disord.* 2004;6:224-32.
- 18 Chen YW, Dilsaver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other axis I disorders. *Biol Psychiatry.* 1996;39:896-9.
- 19 Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disord.* 2006;8(5 Pt 2):625-39.
- 20 Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck jr PE, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry.* 2000;157:1873-5.
- 21 Das AK, Olfson M, Gameroff MJ, Pilowsky DJ, Blanco C, Feder A, et al. Screening for bipolar disorder in a primary care practice. *JAMA.* 2005;293:956-63.
- 22 Mangelli L, Benazzi F, Fava GZ. Assessing the community prevalence of bipolar spectrum symptoms by the mood disorder questionnaire. *Psychother Psychosom.* 2005;74:120-2.
- 23 Weber Rouget B, Gervasoni N, Dubuis V, Gex-Fabry M, Bondolifi G, Aubry JM. Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *J Affect Disord.* 2005;88:103-8.
- 24 Isometsä E, Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Leppämäki S, Pippingköld M, et al. The mood disorder questionnaire improves recognition of bipolar disorder in psychiatric care. *BMC Psychiatry.* 2003;3:8.
- 25 Konuk N, Kiran S, Tamam L, Karaahmet E, Aydin H, Atik L. Validation of the Turkish version of the Mood Disorder Questionnaire for screening bipolar disorders. *Turk Psikiyatri Derg.* 2007;18:147-54.
- 26 Wagner KD, Hirschfeld RM, Emslie GJ, Findling RL, Gracious BL, Reed ML. Validation of the mood disorder questionnaire for bipolar disorders in adolescents. *J Clin Psychiatry.* 2006;67:827-30.
- 27 Hirschfeld RM, Cass AR, Holt MS, Carlson CA. Screening for bipolar disorder in outpatients treated for depression in a family medicine clinic. *J Am Board Fam Pract.* 2005;18:233-9.
- 28 Hirschfeld RM, Holzer C, Calabrese JR, Weissman MM, Reed M, Davies M, et al. Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study. *Am J Psychiatry.* 2003;160:178-80.
- 29 Scholten RJ, Offringa M. Diagnose. In: Offringa M, Assendelft WJ, Scholten RJ, redacteuren. *Inleiding in evidence-based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2000. p. 33-46.
- 30 Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). I. History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49:624-9.
- 31 Williams JB, Gibbon M, First MB, Spitzer RL, Davies M, Borus J, et al. The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49:630-6.
- 32 Miller CJ, Klugman J, Berv DA, Rosenquist KJ, Ghaemi SN. Sensitivity and specificity of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2004;81:167-71.
- 33 Manning JS, Haykal RF, Connor PD, Akiskal HS. On the nature of depressive and anxious states in a family practice setting: the high prevalence of bipolar II and related disorders in a cohort followed longitudinally. *Compr Psychiatry.* 1997;38:102-8.
- 34 Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord.* 2003;73:133-46.
- 35 Mantere O, Suominen K, Leppämäki S, Valtonen H, Arvilommi P, Isometsä E. The clinical characteristics of DSM-IV bipolar I and II disorders: baseline findings from the Jorvi Bipolar Study (JoBS). *Bipolar Disord.* 2004;6:395-405.
- 36 Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, Gamma A, Hantouche E, Meyer TD, et al. The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord.* 2005;88:217-33.
- 37 Nassir Ghaemi S, Miller CJ, Berv DA, Klugman J, Rosenquist KJ, Pies RW. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *J Affect Disord.* 2005;84:273-7.

Abstract

The Mood Disorder Questionnaire (MDQ-NL), an instrument to improve recognition of bipolar disorder

- Bipolar disorder is underdiagnosed.
 - On average there is a delay of about 12 years between the onset of symptoms and a correct diagnosis of the disorder. This delay may lead to inadequate treatment.
 - The Mood Disorder Questionnaire (MDQ) is a screening instrument to improve the detection of bipolar disorder. Research has shown that the English version of this self-administered questionnaire has sufficient reliability and validity.
 - A Dutch version of the MDQ (MDQ-NL) is now available.
 - The MDQ-NL is not time-consuming for both patient and investigator and is well suited for screening.
 - A positive test should be followed by assessment of the patient by a psychiatrist.
 - Application of the MDQ-NL will lead to better recognition and treatment of bipolar disorder in the Netherlands.
- Ned Tijdschr Geneesk. 2008;152:1865-70