

Consultatiedocument Farmacotherapeutisch Kompas voor registratiehouders  
Graag reactie voor 30 juni van de registratiehouders die volgens de  
consultatieprocedure kunnen reageren.

## 5 Bipolaire stoornis

### Advies

10 Start bij een acute manische episode zo snel mogelijk met een antipsychoticum van eerste keus: aripiprazol, cariprazine, haloperidol, olanzapine, paliperidon, quetiapine of risperidon. Start daarnaast bij iemand die nog geen onderhoudsbehandeling krijgt, al in de acute fase zo snel mogelijk een stemmingsstabilisator; bij voorkeur lithium, valproïnezuur (tweede keus) of carbamazepine (derde keus).

15 Bij een acute depressieve episode in het kader van een bipolaire I of II stoornis is de medicatie van eerste keus, al dan niet toegevoegd aan een bestaande onderhoudsbehandeling: cariprazine, lamotrigine, lurasidon, olanzapine (al dan niet in combinatie met fluoxetine), quetiapine. Daarnaast is er bij een bipolaire II stoornis zonder gemengde kenmerken plaats voor monotherapie met een antidepressivum, bij voorkeur een SSRI of bupropion.

### Advies

broomperidol, chloorprotixeen, flupentixol, sulphiride, zuclopentixol	<geneesmiddel> komt niet voor in de Nederlandse richtlijn voor de behandeling van bipolaire stoornissen.
tranylcypromine	Overweeg toevoeging van tranylcypromine bij een bipolaire depressie die onvoldoende reageert op eerdere medicamenteuze behandelopties.
TCA's, SNRI's	Overweeg het toevoegen van een serotonine-noradrenaline heropnameremmer (SNRI) of een tricyclisch antidepressivum (TCA) pas na onvoldoende effect van een SSRI en/of bupropion. Let hierbij goed op het optreden van manische symptomen of het destabiliseren van de stemming.

## 20 Behandelplan

Let op: later volgen nog stappenplannen voor de behandeling van **rapid cycling** en voor de **onderhoudsbehandeling** van een bipolaire stoornis.

25 In dit behandelplan worden de belangrijkste behandelaspecten van een bipolaire stoornis bij volwassenen in de tweedelijnszorg besproken. Aan bod komen de behandeling van een acute manische episode en de behandeling van een acute depressieve episode. Zie voor het beleid van een bipolaire stoornis bij **kinderen, ouderen** of **zwangerschap(swens)** de NVvP-richtlijn Bipolaire stoornissen [\[1\]](#).

## **Stappenplan** **Acute manische episode**

- 5 Behandel een manische episode met **gemengde kenmerken** als een acute manie. Behandel een **hypomanische episode** alleen als een acute manie, indien deze een voorbode lijkt te zijn van een manie (bv. bij een hypomanie bij een patiënt met een bipolaire-I-stoornis) of op verzoek van de patiënt als hij of zij (b.v. in de werksituatie) veel hinder ondervindt van aanhoudende verschijnselen [1].

### **Stap 1 Niet-medicamenteus beleid**

- 10
- Psycho-educatie;
  - Zelfmanagementinterventies, o.a.:
    - actieve coping en contragedrag bevorderen;
    - sociale steun en hulp organiseren;
    - leefstijladvies en helpen omgaan met stressvolle levensgebeurtenissen;
- 15
- de somatische gezondheid bewaken;
  - zelfmanagementprogramma's aanbieden [1].
  - Evt. psychotherapie, enkel ná de acute fase [1,2].

Verwijs ook naar [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl) *Verwijzing*: bipolaire stoornis.

- 20 Als de patiënt een antidepressivum of ADHD-medicatie gebruikt, deze afbouwen en staken.

Combineer niet-medicamenteus beleid met medicamenteuze behandeling, zie stap 2.

### **Toelichting**

- 25 Staak voorafgaand aan de behandeling van een manie een eventueel antidepressivum of stimulantia (ADHD-medicatie). Er zijn aanwijzingen dat antidepressiva bij sommige patiënten een (hypo)manische episode kunnen induceren. Wees hierbij alert op eventuele onttrekkingsverschijnselen, vooral bij antidepressiva met een korte halfwaardetijd. Zie voor adviezen over afbouwen de *Verwijzing*: NVvP-richtlijn Depressie module 28 of de Multidisciplinaire documenten *Verwijzing*: Afbouwen SSRI's en SNRI's of *Verwijzing*: Afbouwen
- 30 overige antidepressiva. Hervat bij comorbide ADHD stimulantia pas na volledige remissie van de manie in de onderhoudsfase. Beoordeel tot slot of er nog andere geneesmiddelen worden gebruikt die tot manie kunnen leiden (zoals systemische corticosteroiden, sommige antibiotica) en stop deze indien mogelijk.

- 35 Zelfmanagementinterventies omvatten diverse interventies die kunnen worden ingezet om de patiënt te helpen zelfmanagementvaardigheden te ontwikkelen of te vergroten. Voorafgaand vindt een zelfmanagementtaxatie plaats. Hierbij wordt o.a. nagegaan wat de patiënt en naasten al over de aandoening weten en wordt een signaleringsplan opgesteld. Dit signaleringsplan ondersteunt de patiënt om een eventuele volgende episode zo vroeg mogelijk te herkennen. Zie voor meer
- 40 informatie de NVvP-richtlijn Bipolaire stoornissen module 4 [1].

- 45 Voor een acute manie zijn geen evidente psychologische behandelingen. De behandeling van eerste keuze in deze fase is farmacotherapie en steunend/structurend contact. Overweeg tijdens de voortgezette behandeling, nadat de manie in remissie is, te starten met een psychologische behandeling gericht op verwerking van het beleven van de manische episode [1,2].

## Stap 2. Start antipsychoticum en/of stemmingstabilisator

Optimaliseer eerst een eventueel bestaande onderhoudsbehandeling (therapietrouw/dosering).

Start een **antipsychoticum** bij een:

- 5
- Patiënt die nog geen onderhoudsbehandeling krijgt
  - Patiënt die al wel een onderhoudsbehandeling krijgt:
    - o Bij onvoldoende respons 1 week na optimaliseren onderhoudsbehandeling of;
    - o Direct bij een ernstige manie.
- 10
- *Verwijzing:* aripiprazol (ook i.m. beschikbaar) of
  - *Verwijzing:* cariprazine of
  - *Verwijzing:* haloperidol (ook i.m. beschikbaar) of
  - *Verwijzing:* olanzapine (ook i.m. beschikbaar) of
  - *Verwijzing:* paliperidon of
- 15
- *Verwijzing:* quetiapine of
  - *Verwijzing:* risperidon

Als de patiënt nog geen onderhoudsbehandeling krijgt, voeg in de acute fase zo snel mogelijk een **stemmingsstabilisator** toe óf overweeg als monotherapie bij **lichte of matig ernstige manie**:

- 20
- *Verwijzing:* lithium (eerste keus)
  - *Verwijzing:* valproïnezuur (tweede keus)
  - *Verwijzing:* carbamazepine (derde keus)

**Waarschuwing:** Geef geen carbamazepine of valproïnezuur bij vruchtbare meisjes en vrouwen.

25 Beoordeel het effect na één week:

- Bij voldoende respons: zet de behandeling tot minstens 8 weken na remissie voort en verlaag de dosis van het antipsychoticum geleidelijk (voortgezette behandeling). Overweeg daarna de behandeling verder voort te zetten als onderhoudsbehandeling of de bestaande onderhoudsbehandeling bij te stellen.
- 30
- Bij onvoldoende respons of niet goed verdragen, wissel van antipsychoticum met behoud van de stemmingstabilisator.
  - Bij non-respons van meerdere achtereenvolgende antipsychotica, ga naar stap 3.

35 Overweeg bij een bijkomende **ernstige slaapstoornis of ernstige onrust** het kortdurend toevoegen van:

- *Verwijzing:* benzodiazepine, zoals lorazepam
- *Verwijzing:* promethazine

Bouw zo snel mogelijk weer af.

### Let op!

40 Valproïnezuur en carbamazepine zijn gecontra-indiceerd bij vruchtbare meisjes en vrouwen. Valproïnezuur en in mindere mate carbamazepine geven een verhoogde kans

op aangeboren afwijkingen, vooral spina bifida, en op ontwikkelingsstoornissen bij het kind (valproïnezuur).

Lithium heeft een smalle therapeutische breedte; de dosering dient getitreerd te worden op geleide van de plasmaspiegel.

## 5 Toelichting

10 Een manische episode moet zo snel mogelijk medicamenteus worden behandeld. Bij een acute manie weegt de effectiviteit van de behandeling zwaarder dan eventuele bijwerkingen, gezien de ernst van de toestand en de relatief korte duur van de behandeling. Uit twee netwerkmeta-analysen van interventies voor acute manie (Kishi et al. 2022, Hong et al. 2022) is geconcludeerd dat aripiprazol, carbamazepine, cariprazine, haloperidol, lithium, olanzapine, paliperidon, quetiapine, risperidon en valproïnezuur waarschijnlijk een effectievere behandelrespons geven en effectiever zijn in het verminderen van manische episodes dan placebo.

15 Houd bij de keuze van het antipsychoticum rekening met het werkingsprofiel (uitsluitend anti-manisch, of ook antidepressief), het bijwerkingenprofiel en patiëntkarakteristieken, met name het vóórkomen van depressieve episodes.

20 Uit een andere netwerkmeta-analyse (Taijka 2022) blijkt dat de combinatie van een antipsychoticum en een stemmingsstabilisator bij acute manie effectiever is dan monotherapie met één van beide. Vanwege het acute karakter van een manie en de noodzaak om snel in te grijpen is het advies om eerst te starten met een antipsychoticum en vervolgens zo snel mogelijk, als de toestand van de patiënt een gesprek en besluit hierover mogelijk maken, een stemmingsstabilisator toe te voegen. Dit geldt met name bij een eerste manische episode of als de patiënt nog geen stemmingsstabilisator gebruikt. Bij de keuze voor een stemmingsstabilisator heeft  
25 lithium de voorkeur vanwege de superieure effectiviteit.

Als bij een ernstige manie medicatie wordt geweigerd en in overeenstemming met de regelgeving tot dwangbehandeling wordt overgegaan, is een kortwerkende intramusculaire toedieningsvorm beschikbaar van aripiprazol, haloperidol en olanzapine.

## 30 **Stap 3. Overweeg alternatief beleid**

Bij onvoldoend effect van de eerste keus antipsychotica kunnen de volgende behandelingen worden overwogen:

- *Verwijzing:* clozapine (offlabel) of;
- elektroconvulsie therapie (ECT)

35 Zie voor meer informatie de NVvP-richtlijn Bipolaire stoornissen [1].

## Opmerking

5 Lamotrigine is niet effectief bij acute manie maar hoeft in de meeste gevallen niet te worden gestopt als de patiënt dit al gebruikt, tenzij (in zeldzame gevallen) er sterke aanwijzingen zijn dat de behandeling met lamotrigine heeft bijgedragen aan de huidige manische episode.

## Stappenplan

### 10 *Acute depressieve episode*

#### Stap 1 Niet-medicamenteus beleid

- Psycho-educatie;
- Psychotherapie;
- 15 • Zelfmanagementinterventies, o.a.:
  - actieve coping en contragedrag bevorderen;
  - sociale steun en hulp organiseren;
  - leefstijladvies en helpen omgaan met stressvolle levensgebeurtenissen;
  - de somatische gezondheid bewaken;
  - zelfmanagementprogramma's aanbieden [1].

20 Verwijs ook naar [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl) *Verwijzing*: bipolaire stoornis.

Combineer niet-medicamenteus met beleid met medicamenteuze behandeling, zie stap 2.

## Toelichting

25 Bij een acute depressieve episode is de combinatie van farmacotherapie en psychologische behandeling het meest effectief [1,2]. In tegenstelling tot een unipolaire depressie heeft een bipolaire depressie altijd farmacotherapie. Zet daarnaast tijdens de acute fase van de depressieve episode al in op een psychologische behandeling, in combinatie met medicamenteuze behandeling en leefstijlinterventies. De eerste keus psychologische behandelingen bij een acute bipolaire depressie zijn cognitieve gedragstherapie (CGT), interpersoonlijke en sociaal-ritmeth therapie (IPSRT) en  
30 mindfulness-based cognitieve therapie (MBCT).

Zelfmanagementinterventies omvatten de diverse interventies die kunnen worden ingezet met het doel de patiënt te helpen zelfmanagementvaardigheden te ontwikkelen of te vergroten. Voorafgaand vindt een zelfmanagementtaxatie plaats.  
35 Hierbij wordt o.a. nagegaan wat de patiënt en naasten al over de aandoening weten en wordt een signaleringsplan opgesteld. Dit signaleringsplan ondersteunt de patiënt om een eventuele volgende episode zo vroeg mogelijk te herkennen. Zie voor meer informatie de NVvP-richtlijn Bipolaire stoornissen module 4 [1].

#### Stap 2. Start medicamenteuze behandeling

#### 40 **Alternatief: Bipolaire-I-stoornis**

Optimaliseer eerst een eventuele onderhoudsbehandeling (therapietrouw/dosering).

Start medicatie bij:

- patiënt die nog geen onderhoudsbehandeling krijgt, als monotherapie;
- patiënt die al wel een onderhoudsbehandeling krijgt, als combinatietherapie:
  - o bij onvoldoende respons 2 weken na optimaliseren onderhoudsbehandeling;
  - o direct bij een ernstige depressie.

Geef een **antipsychoticum**:

- *Verwijzing*: cariprazine (offlabel) of
- *Verwijzing*: lurasidon (offlabel) of
- *Verwijzing*: olanzapine (offlabel) al dan niet in combinatie met *Verwijzing*: fluoxetine of
- *Verwijzing*: quetiapine

Of een **stemmingstabilisator**:

- *Verwijzing*: lamotrigine

15 Overweeg bij een **matig ernstige depressieve episode** al in de acute fase een stemmingstabilisator als monotherapie:

- *Verwijzing*: lithium of
- *Verwijzing*: valproïnezuur

**Waarschuwing**: Geef geen valproïnezuur bij vruchtbare meisjes en vrouwen.

20 Beoordeel het effect na 4 weken (6 weken bij lamotrigine):

- Bij voldoende respons: zet de behandeling tot minstens 8 weken na remissie voort (voortgezette behandeling). Overweeg daarna de behandeling verder voort te zetten als onderhoudsbehandeling of de bestaande onderhoudsbehandeling bij te stellen.
- Bij non respons of niet goed verdragen, wissel van middel of ga naar stap 3.
- Overweeg ECT bij een voorkeursindicatie al vroeg in de behandeling, zie stap 4.

Overweeg bij een bijkomende **ernstige slaapstoornis of ernstige onrust** het kortdurend toevoegen van:

- *Verwijzing*: benzodiazepine, zoals lorazepam
- *Verwijzing*: promethazine

Bouw zo snel mogelijk weer af.

**Let op!**

35 Valproïnezuur is gecontra-indiceerd bij vruchtbare meisjes en vrouwen. Valproïnezuur en in mindere mate carbamazepine geven een verhoogde kans op aangeboren afwijkingen, vooral spina bifida, en op ontwikkelingsstoornissen bij het kind.

**Toelichting**

In een netwerk meta-analyse (Yildiz et al., 2023) werd de effectiviteit van farmacologische interventies voor bipolaire depressie bij volwassenen onderzocht.

Hieruit blijkt dat olanzapine (in combinatie met fluoxetine), quetiapine, lurasidon, cariprazine, en lamotrigine waarschijnlijk effectiever zijn in het verminderen van depressieve symptomen dan placebo (in aflopende mate van effectiviteit).

5 Lamotrigine is niet geschikt wanneer snel resultaat gewenst is, vanwege de zeer langzame opbouw (6 weken tot effectieve dosis).

De toevoeging van lamotrigine aan lithium is effectief gebleken bij een bipolaire depressie bij patiënten die ondanks een onderhoudsbehandeling met lithium een depressie kregen [1].

### **Alternatief: Bipolaire II stoornis**

10 Er zijn drie opties:

1. Overweeg bij een bipolaire II stoornis **zonder gemengde kenmerken** een antidepressivum als monotherapie, bij voorkeur één van de volgende middelen:

- 15
- *Verwijzing:* SSRI (uitgezonderd paroxetine) of
  - *Verwijzing:* bupropion

2. Overweeg bij een **matig ernstig depressieve episode** al in de acute fase als monotherapie:

- *Verwijzing:* lamotrigine

3. Behandel als **bipolaire I stoornis** zie stap 2a.

20 Beoordeel het effect na 4 weken (6 weken bij lamotrigine):

- Bij voldoende respons: zet de behandeling tot minstens 8 weken na remissie voort (voortgezette behandeling). Overweeg daarna de behandeling verder voort te zetten als onderhoudsbehandeling of de bestaande onderhoudsbehandeling bij te stellen.
- 25 • Bij non respons of niet goed verdragen, wissel van middel of ga naar stap 3.
- Overweeg ECT bij een voorkeursindicatie al vroeg in de behandeling, zie stap 4.

### **Toelichting**

30 De keuze van middelen voor farmacotherapie van de bipolaire-II-stoornis wijkt niet essentieel af van die van de bipolaire-I-stoornis. Omdat er minder kans is op het optreden van een manie dan bij de bipolaire-I-stoornis, is er wel een plaats voor monotherapie met een antidepressivum.

Lamotrigine is niet geschikt wanneer snel resultaat gewenst is, vanwege de zeer langzame opbouw (6 weken tot effectieve dosis).

### **35 Stap 3. Overweeg alternatief beleid**

Overweeg bij onvoldoende effect van de eerder genoemde behandelopties als toevoeging aan de stemmingsstabilisator:

- Een *Verwijzing*: SSRI (uitgezonderd paroxetine) of *Verwijzing*: bupropion
  - *Verwijzing*: esketamine i.v. of nasaal (offlabel) of
  - *Verwijzing*: pramipexol (offlabel) of
  - *Verwijzing*: tranylcypromine
- 5
- Elektroconvulsietherapie (ECT)

Zie voor meer informatie en de indicatiestelling de NVvP-richtlijn Bipolaire stoornissen [1].

### **Opmerking**

- 10 Ontraad monotherapie met een antidepressivum bij een bipolaire-I-depressie en bij een bipolaire-II-depressie met  $\geq 2$  bijkomende manische symptomen, vanwege de kans op omslag naar een (hypo-)manie.

### **Opmerking**

- 15 Overweeg het toevoegen van een serotonine-noradrenaline heropnameremmer (SNRI) of een tricyclisch antidepressivum (TCA) pas als een SSRI en/of bupropion tevergeefs zijn geprobeerd. Let hierbij goed op het optreden van manische symptomen of het destabiliseren van de stemming.

### **Toelichting**

- 20 Er zijn aanwijzingen dat antidepressiva een iets hoger risico geven op het induceren van een manie of hypomanie dan placebo, antipsychotica of stemmingsstabilisatoren; dit risico is mogelijk groter voor TCA's en SNRI's.

## Achtergrond

### Definitie

5 Een bipolaire stoornis is een recidiverende stemmingsstoornis die zich veelal in de vroege volwassenheid voor het eerst manifesteert met depressieve, manische, hypomane of gemengde episoden, afgewisseld met symptoomvrije perioden. Per definitie heeft de patiënt ten minste één manische, hypomane of gemengde episode doorgemaakt. Ook een relatief zeldzame (recidiverende) unipolaire manie valt onder de bipolaire stoornissen. Bij een *bipolaire-I-stoornis* is er ten minste één manische of gemengde episode voorgekomen. Bij een *bipolaire-II-stoornis* is er nooit sprake geweest van een manie, maar wel ten minste één episode van hypomanie. Bij *'rapid cycling'* wisselen de acute episoden (manisch, depressief, gemengd) elkaar snel af, ten minste vier episoden binnen een jaar. Bij een *cyclothyme stoornis* is nooit sprake van een volledige stemmingsepisode, maar wel van wisselende mild depressieve en hypomane symptomen. Overige vormen van bipolaire stoornissen die niet voldoen aan de criteria (DSM-5) vallen onder de restcategorie *bipolaire stoornis NAO* (niet anderszins omschreven). Deze vallen buiten het bestek van deze achtergrondinformatie.

### Symptomen

20 De klinische presentatie van een *depressieve episode* bij een bipolaire stoornis is niet wezenlijk anders dan die van een unipolaire depressie. Kernsymptomen van een depressieve episode zijn een sombere stemming en duidelijke vermindering van interesse of plezier in bijna alle activiteiten gedurende minimaal twee weken. Andere symptomen zijn: afgenomen of toegenomen eetlust en gewicht, slaapproblemen, geagiteerd en rusteloos zijn of juist geremd, vermoeidheid of verlies van energie, concentratieproblemen, vertraagd denken en besluiteloosheid, gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuld en terugkerende suïcidale gedachten en -gedrag.

30 Kernsymptomen van een *manische episode* zijn een voortdurend verhoogde of prikkelbare stemming die minimaal één week duurt. Daarnaast komen andere symptomen voor, zoals een sterk verhoogd gevoel van eigenwaarde of groothedsideeën, verminderde slaapbehoefte, toegenomen spraakzaamheid, gedachtevlucht, verhoogde afleidbaarheid, toegenomen activiteit en energieniveau, psychomotorische agitatie, en het zich verliezen in bezigheden met een grote kans op negatieve gevolgen (bv. ongeremde koopwoede, zakelijk onverstandige investeringen of wisselende seksuele contacten). Ook treden soms psychotische episoden op met wanen en hallucinaties.

35 Een hypomane episode kent dezelfde symptomen als een manische episode, maar de symptomen zijn minder uitgesproken (zonder disfunctioneren) en duren korter (wel minimaal 4 dagen). Bij een gemengde episode is tegelijkertijd sprake van manische en depressieve symptomen, gedurende minimaal een week.

### Behandeldoel

40 Het doel van de behandeling is om de ernst van de symptomen te verminderen, indien mogelijk de stoornis in remissie te brengen en recidieven te voorkomen.

## Uitgangspunten

De behandeling van een bipolaire stoornis vindt, zeker in eerste instantie, veelal plaats in de specialistische geestelijke gezondheidszorg. De behandeling wordt in principe multidisciplinair uitgevoerd.

- 5 Bij een hypomanie of een lichte depressie kan soms een enigszins afwachtend beleid worden aangehouden, maar als herstel uitblijft of de klachten verder toenemen, moet de behandeling daarop worden aangepast. Bij een manie of een ernstige depressie is zonder uitstel behandeling nodig.

Farmacotherapie bij een manische of depressieve episode bestaat uit drie fasen:

- 10
- behandeling acute fase tot aan remissie (weken);
  - voortgezette behandeling tot aan herstel, ter voorkoming van een terugval (maanden);
  - onderhoudsbehandeling (profylaxe) (jaren).

15 De grens tussen voortgezette behandeling en onderhoudsbehandeling is in de praktijk niet scherp te trekken, aangezien het punt van herstel niet duidelijk te markeren is. Over de duur van de voortgezette behandeling is dan ook veel discussie; een termijn van 8 weken wordt als minimaal beschouwd. In de praktijk is dit vaak 6-12 maanden. Besluit tegen het einde van de voortgezette behandeling van een manische of  
20 (of voortzetten) van een medicamenteuze onderhoudsbehandeling. Heroverweeg de effectiviteit bij een bestaande onderhoudsmedicatie bij elke nieuwe episode, zodat een mogelijk onwerkzame behandeling niet wordt voortgezet.

Indicaties voor een onderhoudsbehandeling zijn:

- 25
- derde (of meer) episode, waarvan ten minste één (hypo)manie óf
  - tweede episode, waarvan ten minste één (hypo)manie + belaste (eerstegraads) familieanamnese en/of ernstig verlopen episode.

Overweeg een onderhoudsbehandeling bij:

- 30
- een eerste episode manie + belaste (eerstegraads) familieanamnese en/of ernstig verlopen episode óf
  - tweede episode, waarvan ten minste één (hypo)manie zonder belaste (eerstegraads) familieanamnese en/of ernstig verlopen episode.

35 De onderhoudsbehandeling heeft als doel om schade bij de patiënt (emotioneel, relationeel, sociaal, werk gerelateerd) door een nieuwe episode te voorkomen. Mogelijk leidt elke volgende stemmingsepisode (vooral een manische psychose) ook tot neurobiologische schade, die mede geassocieerd lijkt te zijn met cognitieve-functiestoornissen en andere functionele beperkingen. Bij een recidief van een ernstige depressie en van een gemengde episode bestaat een verhoogd suïciderisico.

40 Het is niet bekend hoe lang een onderhoudsbehandeling moet worden voortgezet. Een eenmaal manifeste bipolaire stoornis wijst op een blijvende onderliggende kwetsbaarheid. Overweeg een effectieve onderhoudsbehandeling (duidelijke vermindering van de ernst, de duur en frequentie van episodien) die goed wordt verdragen, voor onbepaalde tijd voort te zetten, al dan niet in combinatie met andere

- (medicamenteuze of psychosociale) interventies. Redenen om de behandeling toch te staken kunnen o.a. zijn: bijwerkingen, lichamelijke ziekte of zwangerschap of de wens van de patiënt om zonder medicatie op eigen kracht verder te gaan. Bouw in dat geval de behandeling geleidelijk af, om onttrekkingsverschijnselen en het induceren van een snel recidief te voorkomen. Het heeft de voorkeur om hiervoor een termijn van ten minste drie maanden aan te houden, zodat ook kan worden beoordeeld of al bij lagere doseringen tekenen van een recidief optreden. Het opnieuw starten van een eerder effectieve onderhoudsbehandeling (vooral lithium) is in de meerderheid van de gevallen opnieuw effectief.
- 5
- 10 Behandel een acute episode in voldoende hoge dosering; verlaag de dosis pas in tweede instantie op geleide van eventuele bijwerkingen. Gezien de ernst en relatief korte duur van een acute episode weegt effectiviteit zwaarder dan eventuele bijwerkingen. Het gebruik van antidepressiva kan mogelijk een (hypo)manische episode induceren; houdt bij de behandeling van een depressieve episode daarom rekening met een stemmingsomslag naar een (hypo)manie en destabilisatie van de stemming (*rapid cycling*). Suïcidaliteit is bij alle depressieve patiënten een belangrijk aandachtspunt, zeker bij een recidiverend beloop of bij een depressie met gemengde kenmerken [1].
- 15

### Sectie: Geneesmiddelen

Geneesmiddelgroep	Stofnaam
tricyclische antidepressiva	amitriptyline clomipramine dosulepine imipramine nortriptyline
antipsychotica, atypische	aripiprazol olanzapine quetiapine risperidon sulpiride
antipsychotica, klassieke	broomperidol chloorprotixeen

Geneesmiddelgroep	Stofnaam
	flupentixol haloperidol zuclopentixol
antidepressiva, overige	bupropion
anti-epileptica	carbamazepine lamotrigine valproïnezuur
serotonineheropnameremmers, selectief	citalopram escitalopram fluoxetine fluvoxamine paroxetine sertraline
serotonineheropnameremmers, niet-selectief	duloxetine trazodon venlafaxine
lithiumzouten	lithium
MAO-remmers, niet-selectief	tranylcypromine

**Bronnen:**

1. [NVvP. Richtlijn Bipolaire depressie. Maart 2026. Via richtlijndatabase.nl.](#)
2. Zorgstandaard Bipolaire stoornissen. 2017. Via [ggzstandaarden.nl](#).