

STUURGROEP

Multidisciplinaire
Richtlijnontwikkeling

GGZ



MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN DEPRESSIE (3E REVISIE, 2013)

Versie 1.0

Inhoudsopgave

Auteurs en Colofon	1
Voorwoord Wat is herzien (versie 2010)	2
Organisatiestructuur (versie 2010)	3
1. Inleiding en methodiek richtlijnontwikkeling (versie 2010)	6
1.1 Multidisciplinaire richtlijn depressie aan revisie toe (versie 2010).....	6
1.2 Levende richtlijnen (versie 2010).....	6
1.3 Methodiek van richtlijnontwikkeling en -herziening (versie 2010).....	6
1.4 Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ (versie 2010).....	6
1.5 Doel van richtlijnontwikkeling (versie 2010).....	7
1.6 Fasen in het zorgproces (versie 2010).....	7
1.7 Toepassing van de richtlijn (versie 2010).....	7
1.8 Patiëntenperspectief (versie 2010).....	8
1.10 Knelpunten (versie 2010).....	8
1.9 Juridische betekenis van richtlijnen (versie 2010).....	9
1.11 Uitgangsvragen (versie 2010).....	9
1.12 Samenstelling Kerngroep, Richtlijnwerkgroep en Klankbordgroep (versie 2010).....	9
1.13 Werkwijze Kerngroep, Richtlijnwerkgroep en Projectgroep (versie 2010).....	10
1.14 Wetenschappelijke onderbouwing (versie 2010).....	10
2. Samenvatting van de richtlijnaanbevelingen (versie 2010)	12
2.1 Stappenvolgorde (versie 2010).....	12
2.2 Vier behandelalgoritmes (versie 2010).....	12
2.3 Basisinterventies: psychoeducatie, dagstructurering en actief volgen.....	12
2.4 Eerste-stap interventies (versie 2010).....	13
2.5 Psychotherapie, farmacotherapie en combinatiebehandeling, andere bijz.....	13
2.6 Ondersteunende interventies (versie 2010).....	13
2.7 Terugvalpreventie en individuele reïntegratie (versie 2010).....	13
3. Uitgangspunten voor goede zorg (versie 2010)	14
3.1 Screening (versie 2010).....	14
3.2 Co-morbiditeit (versie 2010).....	14
3.3 Basisinterventies (versie 2010).....	14
3.4 Psychoeducatie en zelfmanagement (versie 2010).....	14
3.5 Patiëntenvoorkeur (versie 2010).....	15
3.6 Behandelplan (versie 2010).....	15
3.7 Monitoren en evalueren van behandelresultaten (versie 2010).....	15
3.8 Chroniciteit (versie 2010).....	16
3.9 Management en coördinatie van de zorg (versie 2010).....	16
3.10 Veiligheid (versie 2010).....	16
3.11 Stepped Care (versie 2010).....	17
3.12 Terugvalpreventie (versie 2010).....	17
3.13 Ondersteunende interventies (versie 2010).....	17
3.14 Individuele reïntegratie (versie 2010).....	17
4. Stepped-care model depressie: plaatsbepaling van de aanbevolen behand	18
4.1 Geselecteerde interventies op basis van consensus (versie 2010).....	18
4.2 Stappenvolgorde (versie 2010).....	18
5. Algoritmes depressie (versie 2010)	20
Algoritme toeleidende diagnostiek Depressieve Stoornis (versie 2010).....	20
Algoritme Depressieve episode, licht (versie 2010).....	20
Algoritme depressieve episode langer dan 3 maanden (versie 2010).....	20
Algoritme depressieve episode langer dan 3 maanden - vervolg(versie 2010).....	20
Algoritme matig ernstig (versie 2010).....	20
Algoritme matig ernstig vervolg (versie 2010).....	20
Algoritme recidief (versie 2010).....	20
Algoritme recidief vervolg (versie 2010).....	20
Algoritme recidief vervolg 2 (versie 2010).....	20

Inhoudsopgave

5. Algoritmes depressie (versie 2010)	
5.1 Toelichting bij de algoritmes voor depressie (versie 2010)	20
5.2 Gedetailleerde toelichting bij de algoritmes (versie 2010)	22
5.2.1 Lichte eerste episode korter dan 3 maanden bestaand (versie 2010)	22
5.2.2 Lichte eerste episode langer dan 3 maanden bestaand of recidief (v	22
5.2.3 (Matig) ernstige depressieve eerste episode (versie 2010)	23
5.2.4 Recidiverende (matig) ernstige depressieve episode (versie 2010)	26
6. Diagnostiek (versie 2005 en 2010)	30
6.1 Uitgangsvragen (versie 2005)	30
6.2 Zoekstrategie (versie 2005)	31
6.3 Patiëntenperspectief (versie 2005)	31
6.4 De verschillende voor de klinische praktijk relevante depressies	32
6.4.1 Depressieve stoornis (versie 2005)	32
6.4.2 Dysthymie (versie 2005)	33
6.4.3 Depressieve stoornis: subtypen (versie 2005)	33
6.4.4 Onderscheid met bipolaire en cyclothyme stoornissen (versie 2005)	34
6.5 Voor de klinische praktijk relevante beloopvormen (versie 2005)	34
6.6 Criteria voor de subtypen van de depressieve stoornis (versie 2005)	35
6.7 Indeling in ernst voor de klinische praktijk (versie 2010)	36
6.8 Classificatie (versie 2005)	37
6.9 Verschillen tussen de verschillende echelons of professionals	37
6.10 Andere, minder ernstige psychische stoornissen (versie 2005)	38
6.10.1 Depressie (versie 2005)	38
6.10.2 Stressgerelateerde stoornissen (versie 2005)	39
6.10.3 Aanpassingsstoornis (versie 2005)	39
6.10.4 Rouwreactie (versie 2005)	40
6.11 Andere psychische stoornissen in de differentiële diagnostiek	40
6.11.1 Angststoornissen (versie 2005)	41
6.11.2 Psychotische stoornissen (versie 2005)	41
6.11.3 Beginnende dementie (versie 2005)	41
6.12 Stemningsstoornissen door gebruik van (genees)middelen(versie 2005)	41
6.13 Persoonlijkheidsproblematiek (versie 2005)	42
6.14 Somatische aandoeningen in de diagnostiek (versie 2005)	43
6.15 Gevolgen van de verschillende typen depressies (versie 2005)	44
6.16 Het ontstaan van depressie (versie 2005)	44
6.16.1 Fysiopathogenese (versie 2005)	45
6.16.2 Psychopathogenese (versie 2005)	45
6.17 Het voortbestaan van depressies (versie 2005)	45
6.17.1 Patiëntgebonden factoren (versie 2005)	45
6.17.2 Hulpverlenergebonden factoren (versie 2005)	46
6.18 Het recidiveren van depressie (versie 2005)	46
6.19 Meetinstrumentarium voor de screening, classificatie en ...	47
6.19.1 Screening (versie 2005)	47
6.19.2 Overwegingen (versie 2005)	49
6.19.3 Classificatie (versie 2005)	51
6.19.4 Instrumentarium (versie 2005)	51
6.19.5 Ernstmeting (versie 2005)	53
6.20 Criteria voor (partieel) herstel (versie 2010)	55
7. Behandeling - Eerste-stap interventies (versie 2010)	58
8. Behandeling - Farmacotherapie (versie 2005 en 2010)	59
8.1 Uitgangsvraag (versie 2010)	59
8.2 Indicatie voor behandeling met farmacotherapie (versie 2010)	59
8.3 Eerste keuze-middelen (versie 2010)	60
8.4 Voortzetting van de behandeling na herstel (versie 2010)	65
8.5 Sint-janskruid (versie 2010)	67
8.6 Beleid bij nonrespons vier weken na de eerste stap (versie 2010)	69
8.7 Medicamenteuze vervolgstappen bij nonrespons op de eerste stap (vers	70
8.8 Lithiumadditie bij nonrespons op de eerste stap (versie 2010)	74

Inhoudsopgave

8. Behandeling - Farmacotherapie (versie 2005 en 2010)	
8.9 Klassieke MAO-remmers bij non-respons (versie 2010)	75
8.10 Biologische behandelmogelijkheden (versie 2010)	76
8.11 Benzodiazepinen bij de behandeling van depressie (versie 2005)	77
8.12 Samenvatting keuzevolgorde farmacotherapie (versie 2010)	79
8.13 Andere biologische interventies (versie 2005)	79
9. Behandeling - Psychologische/psychotherapeutische interventies (versie 2010)	81
9.1 Uitgangsvraag (versie 2010)	81
9.2 Duurzaam effectieve interventies (versie 2010)	82
9.3 Duurzaamheid van de resultaten (versie 2012)	86
Niveau 1	88
9.4 Benodigde therapieduur (versie 2010)	88
9.5 Psychotherapie versus farmacotherapie (versie 2010)	90
9.5.1 Effectiviteit van psychologische/psychotherapeutische behandelingen	90
9.5.2 De effectiviteit van psychologische behandelingen bij ... (versie 2010)	92
9.5.3 Effectiviteit op de lange duur (versie 2010)	94
10. Behandeling - simultane combinatiebehandelingen (versie 2010)	97
10.1 Uitgangsvraag (versie 2010)	97
10.2 Combinatiebehandeling (versie 2010)	97
10.3 Sequentiële (combinatie)behandelingen (versie 2010)	100
11. Het voorkomen van terugval bij depressie (versie 2013)	102
11.1 Preventie terugval na herstel met farmacotherapie (versie 2013)	102
11.2 Preventie terugval na herstel met psychotherapie	106
Niveau 1	107
11.3 Literatuur bij het voorkomen terugval bij depressie (versie 2013)	108
11.4 Bewijstabel bij het voorkomen van terugval bij depressie (2013)	110
12. Chronische en Therapieresistente Depressie (2011)	111
12.1 Inleiding (2011)	111
12.2 Biologische behandelingen (versie 2011)	112
12.3 Psychotherapeutische behandelingen (versie 2011)	114
12.4 Combinatiebehandeling (versie 2011)	115
12.5 Rehabilitatie en reïntegratie (versie 2011)	117
12.6 Organisatie van de zorg	118
Niveau 1	119
12.7 Plaatsbepaling m.b.t. chroniciteit en therapieresistentie (2011)	120
13. Ondersteunende interventies (versie 2005 en 2010)	121
13.1 Uitgangsvragen (versie 2005)	121
13.2 Praktisch ondersteuning cognitieve interventies (versie 2005)	122
13.3 Counseling en psychoeducatie (versie 2005)	123
13.4 Combinaties van interventies (versie 2005)	124
13.5 Supportgroepen (versie 2005)	125
13.6 Effect van praktische en sociale interventies (versie 2005)	126
13.7 Diagnostiek en interventies (versie 2005)	127
13.7.1 Diagnostiek in het maatschappelijk werk (versie 2005)	127
13.7.2 Interventies maatschappelijk werk (versie 2005)	128
13.8 Vaktherapieën (versie 2005)	130
13.8.1 Psychomotorische therapie (versie 2005)	130
13.8.2 Running-therapie (versie 2005)	130
13.8.3 Fysieke training (versie 2005)	131
13.8.4 Relaxatie (versie 2005)	133
13.8.5 Muziektherapie (versie 2005)	133
13.8.6 Dramatherapie (versie 2005)	135
13.8.7 Beeldende therapie (versie 2005)	137
13.8.8 Algemene samenvatting vaktherapieën (versie 2005)	138
13.9 Interventies gericht op verpleging (versie 2010)	139
13.9.1 Cognitieve interventies door verpleegkundigen (versie 2010)	139

Inhoudsopgave

<u>13. Ondersteunende interventies (versie 2005 en 2010)</u>	
<u>13.9.2 Gedragstherapeutische interventies (versie 2010)</u>	140
<u>14. Arbeid en functioneren (versie 2010)</u>	143
<u>14.1 Beperkingen in functioneren in een arbeidssituatie (versie 2010)</u>	143
<u>14.2 Rolfunctioneren en maatschappelijke participatie (versie 2010)</u>	146
<u>15. Gender (versie 2010)</u>	149
<u>16. Aanbevelingen vanuit het patiëntenperspectief (versie 2010)</u>	152
<u>16.1 Onderbouwing (versie 2010)</u>	152
<u>16.2 Diagnostiek (versie 2010)</u>	153
<u>16.3 Behandeling (versie 2010)</u>	154
<u>16.3.1 Farmacotherapie (versie 2010)</u>	155
<u>16.3.2 Psychologische/psychotherapeutische interventies (versie 2010)</u>	155
<u>16.3.3 Ondersteunende interventies (versie 2010)</u>	155
<u>16.3.4 Relationale aspecten van hulpverlening (versie 2010)</u>	156
<u>16.3.5 Organisatorische aspecten van de hulpverlening (versie 2010)</u>	156
<u>17. Gezondheidseconomische aspecten van multidisciplinaire zorg (v</u>	161
<u>Appendix: Systematische literatuursearch (versie 2010)</u>	178
<u>Appendix: Verkrijgbaarheid van de meetinstrumenten (versie 2010)</u>	181
<u>Appendix: Enkele definities (versie 2010)</u>	182
<u>Disclaimer</u>	183

Auteurs en Colofon

Richtlijntekst:

Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (derde revisie, 2013)

Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, Balkom ALJM van *namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie* (2013). Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.

© Trimbos-instituut, 2013

Uitgave: Trimbos-instituut, Utrecht.

Internet: www.ggzrichtlijnen.nl

In opdracht van: NVvP, Ministerie van VWS en ZonMw

Deze richtlijn is tot stand gekomen in samenwerking met:

Angst Dwang en Fobie stichting

Depressie centrum van het Fonds psychische gezondheid

Commissie Cliëntenparticipatie in de GGZ

Federatie Vaktherapeutische Beroepen

Federatie Verpleegkunde in de Geestelijke Gezondheidszorg

Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie

Nederlands Huisartsen Genootschap

Nederlands Instituut van Psychologen

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk werkers

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers

Stichting Fobievrienden

Verplegenden & Verzorgenden Nederland

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Voorwoord Wat is herzien (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Deze revisie

In deze gedeeltelijke herziening van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie uit 2005 zijn de wetenschappelijk evidentie en richtlijnaanbevelingen gerevisieerd voor de behandeling van de niet-psychotische, unipolaire depressieve stoornis. Hierbij stond de vraag naar de wijze waarop interventies („minimale” interventies, farmacotherapie, psychotherapie, combinatiebehandeling) ingezet dienen te worden voor de behandeling van patiënten, rekening houdend met aard, ernst en beloop (eerste episode, recidiverend) van de problematiek centraal.

Naast de evidence-based behandelvormen farmacotherapie, psychotherapie en combinatiebehandeling van farmacotherapie en psychotherapie, zijn ook beoordeeld zijn door de Richtlijnwerkgroep: basisinterventies en eerste-stap interventies, bestaande uit (begeleide) zelfhulp en e-health interventies. Nieuw is dat altijd wordt gestart met de basisinterventies psychoeducatie, actief volgen en dagstructurering.

De Richtlijnwerkgroep heeft tevens literatuur beoordeeld over genderverschillen bij depressie en over functioneren in een arbeidssetting. Ook is een budget-impact analyse uitgevoerd waarin is doorgerekend wat de budget impact is van het volgen van de richtlijnaanbevelingen in vergelijking met huidige zorg waarbij de richtlijn niet wordt gevolgd. Hieruit blijkt dat de richtlijnaanbevelingen zeer waarschijnlijk doelmatig zijn.

Wat is nieuw?

De belangrijkste verschillen tussen deze revisie en de eerste versie van de richtlijn zijn de volgende. Net als in de samenvatting van de eerste versie van de richtlijn zijn de aanbevelingen bijeengebracht in een behandelalgoritme, uitgesplitst naar ernst van de depressieve episode en rekening houdend met de duur van de episode en het al dan niet optreden van een recidief, resulterend in vier behandelalgoritmes. Het stepped-care model is uitgangspunt bij de opbouw van de algoritmes. Bij uitblijven van herstel wordt op verschillende plaatsen in het algoritme de mogelijkheid aangegeven de diagnose te heroverwegen of een second opinion in een expertisecentrum aan te vragen.

Doel van de behandeling is te streven naar herstel. Een aantal criteria voor herstel zijn in deze richtlijn gedefinieerd. Nieuw is ook dat na herstel terugvalpreventie wordt overwogen voordat de behandeling wordt afgesloten.

Lichte depressieve episode, korter dan 3 maanden bestaand

Voor lichte depressieve episodens korter dan 3 maanden bestaand worden naast de basisinterventies in overleg met de patiënt naar keuze eerste-stap interventies toegevoegd: bibliotherapie; zelfhulp of zelfmanagement (al dan niet als e-health interventie); activerende begeleiding, fysieke inspanning/lichamelijke activiteit of running therapie; counseling; of psychosociale interventies. Farmacotherapie is hier niet geïndiceerd.

Lichte depressieve episode, langer dan 3 maanden bestaand

In de behandeling van lichte depressieve episodens die langer dan 3 maanden bestaan of optreden als recidief wordt aanbevolen eerst probleemoplossende therapie of systematische kortdurende behandeling te overwegen en indien dit onvoldoende effect sorteert, cognitieve (gedrags)therapie (CT of CGT), gedragstherapie (GT) of interpersoonlijke therapie (IPT) te overwegen alvorens farmacotherapie te overwegen.

Indien dit onvoldoende effect sorteert is het tijdig heroverwegen van het behandelbeleid geïndiceerd en wordt farmacotherapie als behandelalternatief overwogen.

Matige of ernstige depressieve episode, eerste episode

Ook in de behandeling van eerste (matig) ernstige depressieve episodens zijn de basis-interventies altijd geïndiceerd, eventueel aangevuld met (continuering van) eerste-stap interventies. Tegelijkertijd is ook behandeling met psychotherapie danwel farmacotherapie geïndiceerd.

Matige of ernstige depressieve episode, recidiverend

In de behandeling van recidiverende (matig) ernstige depressieve episodens is, naast de basisinterventies, psychotherapie danwel combinatiebehandeling van psychotherapie en farmacotherapie geïndiceerd. Een behandelbeleid met uitsluitend farmacotherapie is niet geïndiceerd.

Organisatiestructuur (versie 2010)

Richtlijntekst:

Initiatief

Richtlijnconsortium Nederland

Projectgroep

Mw. drs. J.A.C. Meeuwissen (projectleider), senior wetenschappelijk medewerker Trimbos-instituut

Mw. drs. E. Fischer, adviseur, wetenschappelijk medewerker Trimbos-instituut

Mw. drs. A. Hagemeijer, adviseur, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Dr. H.C.A.M. van Rijswijk, adviseur-huisartsen, Nederlands Huisartsen Genootschap

Dhr. Drs. H.J.H. in den Bosch, adviseur Landelijk Expertisecentrum voor Verpleging & Verzorging (LEVV). Tot Juni 2008

Mw. Drs. E.P. Poot, senior adviseur-verpleegkundigen, Landelijk Expertisecentrum voor Verpleging & Verzorging (LEVV). Vanaf Juni 2008

Mw. Dr. T.L. Feenstra, gezondheidseconoom, UMCG

Prof. Dr. E. Buskens, hoogleraar HTA, UMCG

In samenwerking met

Angst Dwang en Fobie stichting

Depressie centrum van het Fonds psychische gezondheid

Commissie Cliëntenparticipatie in de GGZ

Federatie Vaktherapeutische Beroepen

Federatie Verpleegkunde in de Geestelijke Gezondheidszorg

Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie

Nederlands Huisartsen Genootschap

Nederlands Instituut van Psychologen

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk werkers

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers

Phorza, beroepsorganisatie voor professionals in de sociaal-pedagogische hulpverlening

Stichting Fobievrienden

Verplegenden & Verzorgenden Nederland

Met ondersteuning van

Trimbos-instituut

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

NHG

LEVV

NVTAG

Financiering

Deze richtlijnherzieningen zijn tot stand gekomen met financiële steun van ZonMw in het kader van het programma Kennisbeleid, Kwaliteit Curatieve zorg (KKCZ).

Samenstelling van de Kerngroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie

Prof. dr. A.J.L.M. van Balkom, psychiater, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (voorzitter)

Mw. drs. J.A.C. Meeuwissen, psycholoog, Trimbos-instituut (secretaris)

Mw. dr. C.L.H. Bockting, klinisch psycholoog-psychotherapeut, Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie

Prof. dr. P. Emmelkamp, psychotherapeut, Nederlands Instituut van Psychologen

Dr. P. Kop, psycholoog, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen

Dr. H.W.J. van Marwijk, huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap

Dr. J. Spijker, psychiater, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Dr. B. Terluin, huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap

Mw. dr. I.M. van Vliet, psychiater, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Samenstelling van de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie (de Richtlijnwerkgroep)

Prof. dr. A.J.L.M. van Balkom, psychiater, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (voorzitter)
Mw. drs. J.A.C. Meeuwissen, psycholoog, Trimbos-instituut (secretaris)
Mw. dr. C.L.H. Bockting, klinisch psycholoog-psychotherapeut, Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie
Dr. R.J. Bosscher, psychomotorisch therapeut, Federatie Vaktherapeutische Beroepen
Dr. P. Brock, verzekeringsarts, Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
Dr. D.J. Bruinvels, bedrijfsarts, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
Prof. dr. P. Emmelkamp, psychotherapeut, Nederlands Instituut van Psychologen
Mw. drs. A. Van Geleuken, Depressiecentrum/Fonds Psych. Gezondheid
Dhr. O. Glas, psychomotorisch therapeut, Federatie Vaktherapeutische Beroepen
Mw. J. van Hamersveld, Angst Dwang en Fobie stichting
Mw. B. Hoitzing, Federatie Verpleegkunde in de Geestelijke Gezondheidszorg
Dr. J. Huijser, psychiater, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Dr. P. Kop, psycholoog, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen
Dhr. I. Keuchenius, Angst Dwang en Fobie stichting
Dr. H.W.J. van Marwijk, huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap
Mw. E.M.A.A. Rozenbroek, ziekenhuisapotheker, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
Dr. J. Spijker, psychiater, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Mw. S. Stevens, Federatie Verpleegkunde in de Geestelijke Gezondheidszorg
Dr. B. Terluin, huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap
Prof. dr. S. Visser, klinisch psycholoog-psychotherapeut Nederlands Instituut van Psychologen
Mw. dr. I.M. van Vliet, psychiater, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Mw. S.J.W. Wessels-Basten, ziekenhuisapotheker, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers

Samenstelling van de Klankbordgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie

Dr. F.A. Albersnagel, psycholoog
Dhr. R. van Alphen, muziektherapeut
Dhr. W.A. de Boer, verzekeringsarts
Mw. M. Clijisen, verpleegkundige
Dhr. M. Cox, huisarts
Drs. J.A.C. Delimon, psychotherapeut
Mw. L. Doomen, dramatherapeut
Dhr. J. Dopper, huisarts
Dhr. R. van Dyck, psychiater
Dhr. W. Houtjes, verpleegkundige
Dhr. C. Hulshof, bedrijfsarts
Dhr. F. Jansen, nurse practitioner
Mw. M. de Kater, senior maatschappelijk werk
Mw. J. Kil, danstherapeut
Dhr. drs. H. van der Kleij, Directeur VGCT
Dhr. K. Korrelboom, psychotherapeut
Mw. Y. van der Leest-Tijmense, verpleegkundige
Drs. A. de Leeuw, psychiater
Dhr. P. Lucassen, huisarts
Dhr. K. van der Meer, huisarts
Mw. P. Moelker, verpleegkundige
Prof. Dr. W.A. Nolen, psychiater
Drs. J.C.G.J. Oomen, psychotherapeut
Mw. I. van der Padt, docent verpleegkundige
Dhr. H. Penninx, psychomotorisch therapeut
Mw. G.J.M. Roodbol, verpleegkundig specialist
Drs. A.G. Rutgers, verpleegkundig onderzoeker
Mw. R. Schalk, danstherapeut
Prof. dr. A.H. Schene, psychiater
Mw. K. Schouten, beeldend therapeut
Mw. M. Schouten, nurse practitioner
Dhr. F. Schüsler, apotheker
Mw. M.L. Seelen, nurse practitioner
Prof. dr. P. Spinhoven, psychotherapeut
Mw. T. Sporrel, huisarts
Dhr. R. Starmans, huisarts
Dr. J.C. van der Stel, senior onderzoeker

Dhr. A.H.J.M. Sterk, bedrijfsarts
Drs. J.M. Tromp, arts
Mw. E. van Weel-Baumgarten, huisarts
Dhr. P. Voskuilen, verpleegkundige

1. Inleiding en methodiek richtlijnontwikkeling (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken/paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofd- of paragraaftitel

1.1 Multidisciplinaire richtlijn depressie aan revisie toe (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Om van praktische waarde te zijn dienen klinische richtlijnen regelmatig te worden beoordeeld op actualiteit. De vraag daarbij is of de huidige richtlijnaanbevelingen nog geldig zijn en of er nieuwe kwesties zijn die aandacht verdienen. De eerste multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie is gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur tot 2001 en mist in de onderbouwing een aantal belangrijke recente studies op het gebied van farmacotherapeutische behandeling en gesprekstherapie. Nieuwe gezichtspunten en ontwikkelingen in het veld rechtvaardigen de revisie van de Multidisciplinaire richtlijn voor Depressie.

1.2 Levende richtlijnen (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Het up-to-date houden van richtlijnen op continue basis duiden we aan met het begrip „levende richtlijnen“. Goedbeschouwd is het meer dan dat. Beoogd wordt dat richtlijnen 'leven' bij professionals, dat kennis uit richtlijnen gebruikt wordt door behandelaars, dat er terugkoppeling plaatsvindt over toepasbaarheid in de dagelijkse praktijk en dat de richtlijnen op grond hiervan op continue basis worden herzien, zodat er voor professionals en patiënten een steeds actueel, hanteerbaar en werkzaam beslissings-ondersteunend instrument voorhanden is. Met deze eerste richtlijnrevisie willen de Projectgroep en de Kerngroep de aanzet geven voor „levende“ richtlijnen.

1.3 Methodiek van richtlijnontwikkeling en -herziening (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Een richtlijn berust op resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming door beroepsbeoefenaren en patiënten, gericht op het uitdrukkelijk omschrijven van goed handelen. Bij deze gedeeltelijke richtlijnherziening is de EBRO-methode van evidence-based richtlijnontwikkeling gevolgd en zijn de uitgangspunten van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ nagevolgd. Ook is het Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) instrument gehanteerd. Dit instrument is in Europees verband opgesteld om de kwaliteit van richtlijnen te kunnen beoordelen. Tenslotte heeft Health Technology Assessment een rol gekregen in de onderbouwing van de aanbevelingen.

1.4 Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren wordt meer en meer gewerkt volgens richtlijnen. In Nederland werd na een landelijke werkconferentie in 1999 de Landelijke Stuurgroep Richtlijnontwikkeling GGZ geïnstalleerd en sindsdien wordt op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) samengewerkt om te komen tot betere richtlijnen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Hierbij zijn vele beroepsgroepen en cliënten- en familieorganisaties betrokken. In 2005 is de Multidisciplinaire richtlijn Depressie tot stand gekomen, onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Het Trimbos-instituut en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, als leden van het Richtlijnconsortium Nederland, startten in opdracht van ZonMw het project „Herziening en doorontwikkeling van de Multidisciplinaire Richtlijnen Angststoornissen en Depressie“. Het project is samen met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Landelijk Expertisecentrum voor Verpleging & Verzorging (LEVV) uitgevoerd binnen de tweede fase van het programma Kennisbeleid, Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ) en is een van drie pilotprojecten over ontwikkeling, toepassing en evaluatie van innovatieve elementen binnen multidisciplinaire richtlijnontwikkeling van het Richtlijnconsortium Nederland, waarin onder andere Trimbos-instituut, CBO, NHG, LEVV, NVvP, V&VN, NVTAG en KWAZO zijn vertegenwoordigd. Dit pilotproject sluit aan bij het streven van ZonMw en het Richtlijnconsortium Nederland naar vernieuwde multidisciplinaire richtlijnontwikkeling.

1.5 Doel van richtlijnontwikkeling (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Het ontwikkelen van richtlijnen is geen doel op zich, maar dient op de eerste en de laatste plaats de kwaliteit van zorg. De patiënt moet er beter van worden en de behandelaar moet er daadwerkelijk advies aan kunnen ontleen bij beslissingen in het behandelbeleid. Een multidisciplinaire richtlijn is een leidraad met aanbevelingen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering. Dit uitgangspunt wordt geregeld met evaluatieonderzoek getoetst. De Multidisciplinaire richtlijn Depressie (eerste revisie) is te zien als een „moederrichtlijn“: een multidisciplinair basisdocument. Op basis hiervan zal een vertaling kunnen plaatsvinden naar monodisciplinaire richtlijnen van de afzonderlijke beroepsgroepen. De richtlijn biedt ook aanknopingspunten voor transmurale afspraken of lokale protocollen, hetgeen de implementatie van de aanbevelingen zal bevorderen.

1.6 Fasen in het zorgproces (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

De Multidisciplinaire richtlijn Depressie (eerste revisie) beschrijft de samenhang en interactie tussen de verschillende beroepsgroepen en tussen opeenvolgende fasen in het zorgproces. De richtlijn is bedoeld voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een depressie. Er worden verschillende fasen onderscheiden in het zorgproces. Deze fasen lopen van herkenning tot nazorg en kunnen in de eerste, tweede en derde lijn plaatsvinden. Dit betekent dat verschillende disciplines in deze fasen betrokken kunnen zijn bij het zorgproces.

1.7 Toepassing van de richtlijn (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Het toepassingsgebied van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (eerste revisie) is de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een depressieve stoornis (depressie). Indien aanbevelingen uit de richtlijn in de concrete praktijksituatie niet aansluiten bij de wensen of behoeften van de patiënt of de mening van de behandelaar kan beredeneerd worden afgeweken van de richtlijn. Deze richtlijnherzieningen bevatten aanbevelingen die op een transparante manier gebaseerd zijn op bewijs in combinatie met ervaring en opinie. De aanbevelingen zijn geldig voor de in de aanbeveling besproken patiëntengroep en zijn geldig voor zoveel mogelijk zorgverleners en settingen. Uiteraard vallen beslissingen over de daadwerkelijk toe te passen zorg onder de verantwoordelijkheid van de individuele zorgverlener in overleg met de individuele zorgvrager, toegespitst op diens unieke situatie. Tevens is het volgens de WGBO een vereiste om iedere behandelstap in overleg met de patiënt vast te stellen. Het is belangrijk om het systeem rondom de patiënt te betrekken in het overleg waarin een keuze wordt gemaakt over aanvullende interventies. Eveneens is het in de vervolgbehandeling belangrijk om het sociale systeem rondom de patiënt te betrekken in het afwegingsproces bij het bepalen van het behandelbeleid.

1.8 Patiëntenperspectief (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Bijzonder aandachtspunt bij deze richtlijnrevisie is het patiëntenperspectief vanuit de inbreng van patiëntenvertegenwoordigers. Een geïntegreerde richtlijn is uitdrukkelijk ook een beslissingsondersteunend instrument voor de patiënt, als medebeslisser in de behandeling. De Multidisciplinaire richtlijn Depressie (eerste revisie) beoogt de patiënt in staat te stellen een actieve rol te vervullen in de behandeling. Hiervoor kunnen patiëntversies van de richtlijn worden gebruikt.

1.10 Knelpunten (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Bij deze gedeeltelijke herzieningen van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie is uitgegaan van knelpunten in de zorg en knelpunten in de bruikbaarheid van de aanbevelingen. Deze knelpunten resulteerden in uitgangsvragen die gebruikt worden bij de revisie van de richtlijn. De knelpunten zijn geïnventariseerd op basis van veldraadpleging over de huidige multidisciplinaire richtlijn, praktijkervaringen in de Doorbraakimplementatieprojecten en prioriteiten die werden aangegeven door ZonMw. Op basis van de volgende rubricering zijn knelpunten geïnventariseerd:

1. Bewezen effectiviteit van farmacotherapie/psychotherapie/combinatiebehandeling
2. Culturele diversiteit
3. Gender (sexe-specificiteit)
4. Stepped care
5. Chroniciteit
6. Taakdelegatie en consultatie
7. Co-morbiditeit
8. Crisis (suïcide, psychose)
9. Diagnostiek
10. Arbeid en functioneren

Geprioriteerd voor de huidige ronde van richtlijnherziening zijn de eerste vier knelpunten, waarbij culturele diversiteit werd uitgewerkt voor angststoornissen en gender voor depressie. Nadat hiervoor extra financiering werd verworven is hieraan het knelpunt rondom functioneren in de arbeidssetting toegevoegd.

1.9 Juridische betekenis van richtlijnen (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar onderbouwde aanbevelingen om kwalitatief goede zorg te verlenen. De aanbevelingen in een richtlijn zijn gericht op het verlenen van optimale zorg zoals die voor ongeveer 80% van de relevante categorie patiënten van toepassing zou kunnen zijn. Zorgverleners kunnen op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken van een richtlijn. Als de situatie van de patiënt dat vereist, is afwijken van richtlijnen noodzakelijk. Als van de richtlijn wordt afgeweken, moet dit wel beargumenteerd en gedocumenteerd worden.

1.11 Uitgangsvragen (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Voor het opstellen van deze conceptringrichtlijnherzieningen zijn uitgangsvragen geformuleerd. Deze uitgangsvragen zijn naar de mening van de Projectgroep en de Kerngroep een zo goed mogelijke weergave van de geprioriteerde huidige knelpunten binnen de zorg voor patiënten met een depressieve stoornis.

Ad 1. Bewezen effectiviteit van farmacotherapie/psychotherapie/combinatiebehandeling van farmacotherapie en psychotherapie en ad 4. Stepped care:

Op welke wijze dienen interventies („minimale □ interventies, farmacotherapie, psychotherapie, combinatiebehandeling) ingezet te worden voor de behandeling van een patiënt met een depressieve stoornis (niet-psychotisch, unipolair), rekening houdend met aard, ernst en beloop (eerste episode, recidiverend) van de problematiek?

Ad 2. Gender

Op welke wijze dient de hulpverlener rekening te houden met gender bij behandeling van patiënten met een depressie?

1.12 Samenstelling Kerngroep, Richtlijnwerkgroep en Klankbordgroep (vers)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

De Richtlijnwerkgroep is multidisciplinair samengesteld: naast psychiaters, psychotherapeuten, (eerstelijns)psychologen, huisartsen en verpleegkundigen in de GGZ nemen ook patiënten, maatschappelijk werkers, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, ziekenhuisapothekers, sociaal pedagogisch hulpverleners en vaktherapeuten deel. Onderdeel van de Richtlijnwerkgroep is de Kerngroep, samengesteld uit twee psychiaters, twee psychotherapeuten, een eerstelijnspsycholoog, twee huisartsen, een voorzitter (psychiater) en secretaris (psycholoog). De voorzitter van deze Kerngroep is tevens voorzitter van de voltallige Richtlijnwerkgroep. Daarnaast werd een breed samengestelde Klankbordgroep ingesteld. Bij het samenstellen van de Richtlijnwerkgroep en de Kerngroep is rekening gehouden met de geprioriteerde uitgangsvragen in deze ronde van richtlijnherziening. Ook is zoveel mogelijk rekening gehouden met de geografische spreiding van Richtlijnwerkgroepleden en met een evenredige vertegenwoordiging van de verschillende verenigingen, „scholen □ en academische achtergronden. De Richtlijnwerkgroepleden handelen onafhankelijk en zijn gemandateerd door hun vereniging. De Richtlijnwerkgroepleden hebben geen relevante binding met (farmaceutische) industrieën, producten of diensten, noch met enige andere relevante derde partij.

1.13 Werkwijze Kerngroep, Richtlijnwerkgroep en Projectgroep (versie 2010)

Richtlijntekst: VERSIE 2010

De *Kerngroep* werkte aan de totstandkoming van deze conceptrichtlijnherzieningen en tevens aan de conceptrichtlijnherzieningen voor de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. De Kerngroepleden werkten aan de feitelijke revisie van de richtlijn door de betreffende uitgangsvragen te prioriteren en vervolgens te beantwoorden. De Kerngroepleden, ondersteund door de Projectgroep, droegen zoektermen voor de literatuursearces en literatuur aan, selecteerden, beoordeelden en wogen de literatuur op inhoud en betrouwbaarheid van de resultaten naar mate van bewijs en beoordelen en wegen praktijkkennis uitmondend in wetenschappelijke onderbouwing voor concrete conclusies en aanbevelingen. De Kerngroepleden, ondersteund door de Projectgroep, schrijven conceptrichtlijnteksten, met inbegrip van de formulering van overige overwegingen en van richtlijnaanbevelingen, en redigeren de conceptrichtlijnherzieningen teneinde deze gereed te maken voor commentaar van de voltallige Richtlijnwerkgroep, de Klankbordgroep en anderen. De voltallige *Richtlijnwerkgroep* is actief betrokken bij het proces van richtlijnherziening door gevraagd en ongevraagd advies te geven, met name in de startfase en commentaarfase van het traject. De Richtlijnwerkgroepleden worden hierin ondersteund door de adviseurs. De *adviseurs* in de Projectgroep adviseerden de Kerngroep en voltallige Richtlijnwerkgroep bij de richtlijnherzieningen, wat betreft zowel proces als inhoud, en geven methodologische en organisatorische ondersteuning volgens het format voor richtlijnherziening in het werkplan. De adviseurs ordenden commentaar op de conceptrichtlijnherzieningen en leggen dit voor aan de Kerngroep. De adviseurs schrijven mee met de Kerngroep aan de conceptrichtlijnteksten en redigeren de conceptrichtlijnherzieningen. HTA-experts in de Projectgroep droegen bij aan het gezondheidseconomische perspectief bij richtlijnontwikkeling.

1.14 Wetenschappelijke onderbouwing (versie 2010)

Richtlijntekst: VERSIE 2010

De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Relevante artikelen werden gezocht door het verrichten van systematische zoekacties. Er werd gezocht naar vanaf 2001 gepubliceerde artikelen in PsychINFO, Medline, Cochrane, Embase en databases. De zoekacties werden gesloten per juni 2007. Voor de gehanteerde zoekstrategie wordt verwezen naar Appendix 1. Daarnaast werden artikelen uit referentielijsten van opgevraagde literatuur gehaald. Ook werden andere (buitenlandse) richtlijnen aangaande depressie geraadpleegd. De geselecteerde artikelen zijn door de Kerngroepleden beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en gegradeerd naar mate van bewijskracht (zie tabel 1.1). De beoordeling van de verschillende artikelen is in de verschillende teksten terug te vinden onder het kopje *Samenvatting van de literatuur*. Het wetenschappelijke bewijs is vervolgens kort samengevat in de *Conclusies*, met daarbij een niveau van bewijs (zie tabel 1.1). Om te komen tot een aanbeveling zijn er naast het wetenschappelijk bewijs nog andere aspecten van belang, zoals patiëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid (in verschillende echelons) of organisatorische aspecten. Deze aspecten worden vermeld onder het kopje *Overige overwegingen*. De *Aanbevelingen* zijn het resultaat van het beschikbare bewijs en de overige overwegingen. Het volgen van deze procedure verhoogt de transparantie van de richtlijn. Het biedt ruimte voor een efficiënte discussie in de Richtlijnwerkgroep en vergroot bovendien de helderheid voor de gebruiker van de richtlijn.

Tabel 1.1 Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht

Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

	Interventie	Diagnostisch accuratesse onderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose*
A1			

	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een „gouden standaard“ □) met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohort onderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor „confounding“ □ en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiëntcontrole onderzoek, cohortonderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohort onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohort onderzoek of patiëntcontrole onderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

* Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies.

Niveau van conclusie

Conclusie gebaseerd op	
1	Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	1 onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	1 onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen

© Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO Handleiding voor Richtlijnwerkgroepleden, 2006.

2. Samenvatting van de richtlijnaanbevelingen (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken/paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofd- of paragraaftitel

2.1 Stappenvolgorde (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

De Richtlijnwerkgroep heeft uitgaande van het stepped-care model op basis van consensus de behandelalternatieven in een voorkeursvolgorde geplaatst om te komen tot een behandelalgoritme. Het stepped-care model gaat er vanuit een behandeling te starten met zo min mogelijk invasieve interventies (evidence-based of consensus-based), om symptomen van depressie en verergering van de problematiek te verminderen en vervolgens het behandelbeleid regelmatig te evalueren samen met de patiënt, om bij onvoldoende herstel tijdig over te stappen op een volgende interventie. In de voorkeursvolgorde is ook het patiëntenperspectief meegewogen.

De stappenvolgorde geeft de volgorde van overwegen van interventies weer.

2.2 Vier behandelalgoritmes (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

De duur van de depressieve episode, de ernst van de depressieve episode en het al dan niet optreden van een recidief resulteren in toewijzing aan een van de volgende vier algoritmes:

- Depressieve episode, licht, eerste episode korter dan 3 maanden bestaand
- Depressieve episode, licht, eerste episode langer dan 3 maanden bestaand of recidief
- Depressieve episode, (matig) ernstig, eerste episode
- Depressieve episode, (matig) ernstig, recidief.

2.3 Basisinterventies: psychoeducatie, dagstructurering en actief volgen

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

De basisinterventies psychoeducatie, actief volgen en dagstructurering worden aan alle patiënten gegeven, onafhankelijk van de ernst van de aandoening of eventueel aanwezige comorbiditeit.

Altijd wordt gestart met psychoeducatie en worden individuele adviezen gegeven teneinde de patiënt te activeren en een gezonde leefstijl te bevorderen. Het beloop van de depressieve episode wordt gemonitord.

2.4 Eerste-stap interventies (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Naast de basisinterventies kunnen patiënt en hulpverlener kiezen uit bibliotherapie; zelfhulp of zelfmanagement (al dan niet als e-health interventie); activerende begeleiding, fysieke inspanning/lichamelijke activiteit of running therapie; counseling; of psychosociale interventies.

2.5 Psychotherapie, farmacotherapie en combinatiebehandeling, andere bio

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Psychologische en psychotherapeutische interventies betreffen probleemoplossende therapie (PST; Problem Solving Treatment), kortdurende behandeling (KDB), cognitieve (gedrags)therapie (CT of CGT), gedragstherapie (GT), interpersoonlijke therapie (IPT), kortdurende psychodynamische therapie. Farmacotherapie volgt de beschreven farmacotherapie-stappenvolgorde, gekozen op basis van verwachte bijwerkingen op korte en lange termijn. Andere biologische behandeling betreft onder andere lichttherapie. De keuze tussen psychotherapie of farmacotherapie of voor andere interventies in dezelfde stap, wordt altijd in overleg met de patiënt genomen en kan medebepaald worden door: patiëntenvoorkeur, eerder behaalde behandelresultaten en behandelgeschiedenis, andere beoogde effecten (bijv. op het slaappatroon), (verwachte) bijwerkingen, interacties, of pragmatische overwegingen (zoals wachttijden). Indien geen herstel optreedt of indien er slechts partiëel herstel is, wordt overgegaan op de behandelstappen zoals aangegeven in het algoritme.

2.6 Ondersteunende interventies (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Afhankelijk van de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam worden in meer of mindere mate ondersteunende interventies aangeboden, die naast de stappen in de algoritmes kunnen worden toegepast.

2.7 Terugvalpreventie en individuele reïntegratie (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Nadat (voldoende) herstel is bereikt, worden altijd terugvalpreventie en individuele reïntegratie overwogen. Alhoewel er geen evidentie bestaat dat terugvalpreventie effectief is, adviseert de Richtlijnwerkgroep na een geslaagde CGT of na een geslaagde behandeling met farmacotherapie aandacht te besteden aan het voorkómen van terugval. Aanbevolen wordt altijd te overwegen of interventies gericht op individuele reïntegratie op het gebied van maatschappelijke participatie worden ingezet.

3. Uitgangspunten voor goede zorg (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken/paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofd- of paragraaftitel

3.1 Screening (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

In de eerste lijn en algemene ziekenhuizen dient screening plaats te vinden van depressie in hoogrisico-groepen, bijvoorbeeld bij patiënten met een eerdere depressie, met een lichamelijke ziekte die beperkingen in het functioneren veroorzaakt, of met andere psychische aandoeningen, zoals dementie.

3.2 Co-morbiditeit (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

- Indien de depressie comorbide is bij andere psychische of somatische aandoeningen wordt hiermee in de diagnostiek, de basisinterventies en behandeling rekening gehouden.
- Bij twijfel over de diagnostiek of (mogelijke) comorbiditeit vindt consultatie danwel second opinion van een specialist (psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog) plaats.

3.3 Basisinterventies (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

De basisinterventies worden aan alle patiënten gegeven en betreffen:

- Psychoeducatie: het verstrekken van informatie aan de patiënt en diens familie/omgeving over de aandoening, de prognose en de verschillende behandelmogelijkheden (zie ook onder „Psychoeducatie en zelfmanagement“).
- Activering: adviezen om actief te blijven en om de dag te structureren. In geval van angstsymptomen worden deze aangevuld met adviezen om zoveel mogelijk niet toe te geven aan de neiging om angstige situaties te vermijden.
- Actief volgen: het beloop van de depressieve episode wordt gemonitord.

3.4 Psychoeducatie en zelfmanagement (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

- Altijd krijgen de patiënt, partner/gezinsleden/familieleden en/of mantelzorgers mondelinge en schriftelijke informatie over de aandoening, mogelijke oorzaken, het te verwachten beloop en individuele adviezen voor leefstijl, zelfmanagement, (begeleide) zelfhulp en behandelmogelijkheden. Hiertoe kan gebruik worden gemaakt van websites (www.nedkad.nl, www.ggzrichtlijnen.nl, www.trimbos.nl, www.kiesbeter.nl), en informatiebrochures van patiëntenorganisatie of beroepsverenigingen.
- In het kader van de WGBO het noodzakelijk is dat mensen dusdanig geïnformeerd zijn over hun aandoening dat zij weloverwogen beslissingen kunnen nemen over/in kunnen stemmen met de aanpak ervan. Dit maakt een vorm van psychoeducatie in alle gevallen noodzakelijk.
- De patiënt dient te worden geattendeerd op het bestaan van patiëntenorganisaties, zelfhulpgroepen en informatie die hierover te verkrijgen is via onder andere het Depressie centrum van het Fonds psychische gezondheid (www.depressiecentrum.nl) en de Angst Dwang en Fobie stichting (www.adfstichting.nl).
- Het is belangrijk de patiënt te behandelen in diens sociale context (partner/gezin/familie). Met toestemming van de patiënt kunnen partner/gezinsleden/familie bij de behandeling worden betrokken.
- De behandelaar spreekt begrijpelijke taal en vermijdt overbodig medisch jargon. De behandelaar voorziet psychoeducatie, patiënteninformatie en interventies in een taal die de patiënt beheerst, voor zover mogelijk.

3.5 Patiëntenvoorkeur (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

- Beslissingen over het behandelbeleid worden gezamenlijk met de patiënt genomen, na psychoeducatie en overige patiënteninformatie en rekening houdend met de voorkeur van de patiënt ten aanzien van de behandelalternatieven.
- De keuze voor een interventie kan medebepaald worden door bijkomende interpersoonlijke of psychosociale problematiek, patiëntenvoorkeur, de uitkomsten van eerdere behandelingen, behaalde behandelresultaten bij een eerstegraads familielid, ander beoogde effecten (bijv. op het slaappatroon), (verwachte) bijwerkingen, interacties, of pragmatische overwegingen (zoals wachttijden).

3.6 Behandelplan (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

- Behandelafspraken en toestemming met een behandeling worden vastgelegd in een behandelplan dat is overeengekomen met de patiënt.
- Indien van de richtlijnaanbevelingen wordt afgeweken beargumenteert de behandelaar dit in het behandelplan.

3.7 Monitoren en evalueren van behandelresultaten (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

- De behandelresultaten worden gedurende de behandeling gemonitord. Vaststellen van voldoende danwel onvoldoende herstel vindt plaats na een vastgestelde behandelduur conform de betreffende behandelprotocollen. Bij geen of partiële herstel op de behandeling, ondanks een adequate duur en intensiteit van de behandeling, wordt overgegaan op de behandelstappen zoals aangegeven in het betreffende algoritme.
- Bij oudere of vereenzaamde patiënten worden ook de lichamelijke conditie, de woonsituatie en de sociale omstandigheden gemonitord.
- Bij twijfel over de diagnose gaandeweg de behandeling, bij (vermoeden van) optredende comorbiditeit of wanneer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben vindt consultatie danwel second opinion van de tweede lijn of een specialist (psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog) plaats.
- Indien het volgen van het behandelalgoritme niet tot herstel heeft geleid wordt het behandelbeleid gericht op het voorkómen van verslechtering of van bijkomende problematiek en voorkómen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren. In overleg met de patiënt wordt dit behandelbeleid heroverwogen.
- Symptomen van patiënten met een depressie die geen interventie willen regelmatig door de behandelaar gemonitord.

3.8 Chroniciteit (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Ter voorkoming van een chronisch beloop van depressie worden interventies overwogen die de kans op terugval of herhaling voorkomen.

3.9 Management en coördinatie van de zorg (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

- De wijze van uitvoeren van een interventie, de uitvoerende discipline, setting en echelon vinden plaats conform de betreffende behandelprotocollen.
- Voor de continuïteit van zorg is samenwerking (overleg en overdracht) binnen de gehele zorgketen (eerste, tweede en derde lijn) een belangrijk aandachtspunt. Indien behandeling plaatsvindt door meerdere hulpverleners, in meerdere settings of echelons, worden afspraken gemaakt tussen de betrokken behandelaars over de monitoring en behandeling.
- Deze afspraken worden gedeeld met de patiënt en diens partner/familie en/of mantelzorgers.
- De behandelaar initieert contact met patiënten die vervolgafspraken niet nakomen.

3.10 Veiligheid (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Bij ernstige veiligheidsrisico's voor de patiënt of anderen wordt verwezen naar de tweede lijn.

3.11 Stepped Care (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

De behandelaar houdt rekening met aard, ernst en beloop van de problematiek bij beslissingen over het individuele behandelbeleid. Om zo tijdig mogelijk gezondheidswinst te bereiken en verergering van de problematiek te voorkomen kiest de behandelaar met de patiënt in eerste instantie de lichtste, eenvoudigste behandeling waarvan bekend is dat er resultaat mee kan worden bereikt bij vergelijkbare patiënten en bij onvoldoende herstel wordt overgestapt op intensievere interventies, in navolging van de richtlijnaanbevelingen. De stappenvolgorde in de behandelalgoritmes in de richtlijn geeft de volgorde van overwegen van interventies weer.

3.12 Terugvalpreventie (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Bij voldoende herstel op de behandeling en bij het bereiken van stabiele remissie vindt altijd terugvalpreventie plaats. Na een ernstige episode kan worden gedacht aan preventieve cognitieve therapie of mindfulness based cognitieve therapie (MBCT; aandachtgerichte cognitieve therapie).

3.13 Ondersteunende interventies (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Naast de stappen in de algoritmes kunnen ondersteunende interventies worden toegepast.

3.14 Individuele reïntegratie (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Bij voldoende herstel op de behandeling en bij het bereiken van stabiele remissie dient de behandelaar aandacht te besteden aan verder herstel van het functioneren en maatschappelijke participatie. Hiertoe wordt aanbevolen om interventies voor individuele reïntegratie in wonen en werken/opleiding te overwegen.

4. Stepped-care model depressie: plaatsbepaling van de aanbevolen behand

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Uit de hieraan voorafgaande teksten blijkt dat verschillende behandelingen ingezet kunnen worden bij een depressieve episode. Dit hoofdstuk gaat in op de plaatsbepaling van deze behandelingen ten opzichte van elkaar. Deze plaatsbepaling leidt dan tot een behandelalgoritme. Dit algoritme wordt in het volgende hoofdstuk gepresenteerd en toegelicht.

Geselecteerde interventies op basis van wetenschappelijke evidentie

Op basis van wetenschappelijke evidentie heeft de Richtlijnwerkgroep besloten de volgende behandelalternatieven in de richtlijn op te nemen:

- Eerste-stap interventies bestaande uit: bibliotherapie; zelfhulp of zelfmanagement (al dan niet via e-health interventies aangeboden); activerende begeleiding, fysieke inspanning/lichamelijke activiteit of running therapie; counseling; of psychosociale interventies.
- Psychologische en psychotherapeutische interventies bestaande uit: probleemoplossende therapie (PST), kortdurende behandeling (KDB), cognitieve gedragtherapie (CGT), gedragstherapie (GT), interpersoonlijke therapie (IPT), kortdurende psychodynamische therapie.
- Farmacotherapie bestaande uit: SSRI's, SNRI's, TCA's, mirtazapine, bupropion, augmentatie met lithium, en MAO remmers. De farmacotherapie-stappenvolgorde is gekozen op basis van verwachte bijwerkingen op korte en lange termijn.
- Combinatiebehandeling van psychotherapie en farmacotherapie.
- Terugvalpreventie na geslaagde Cognitieve gedragstherapie (CGT) of na een geslaagde behandeling met farmacotherapie om aandacht te besteden aan het voorkómen van terugval.
- Electroconvulsietherapie (ECT).

4.1 Geselecteerde interventies op basis van consensus (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Voor een aantal behandelmogelijkheden bestaat beperkte wetenschappelijke evidentie. De Richtlijnwerkgroep heeft op basis van consensus besloten de volgende interventies in de richtlijn op te nemen:

- Basisinterventies: psychoeducatie, dagstructurering en actief volgen. Altijd wordt gestart met psychoeducatie en worden individuele adviezen gegeven teneinde de patiënt te activeren en een gezonde leefstijl te bevorderen. Het beloop van de depressieve episode wordt gemonitord.
- Eerste-stap interventies: Naast de basisinterventies kunnen patiënt en hulpverlener kiezen uit bibliotherapie; zelfhulp of zelfmanagement; activerende begeleiding, fysieke inspanning/lichamelijke activiteit of running therapie; counseling; of psychosociale interventies. Deze interventies worden op deze plaats geadviseerd omdat de behandelwijze aansluit bij de eerstelijns behandelpraktijk.
- Individuele reïntegratie. Altijd wordt overwogen of interventies gericht op individuele reïntegratie op het gebied van maatschappelijke participatie worden ingezet.

4.2 Stappenvolgorde (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

De Richtlijnwerkgroep heeft uitgaande van het stepped-care-model op basis van consensus deze

behandelingen in een voorkeursvolgorde geplaatst om te komen tot een behandelalgoritme. Het stepped-care-model gaat er vanuit een behandeling te starten met zo min mogelijk invasieve interventies (evidence-based of consensus-based), om symptomen van depressie en verergering van de problematiek te verminderen en vervolgens het behandelbeleid regelmatig te evalueren samen met de patiënt, om bij onvoldoende herstel tijdig over te stappen op een volgende interventie. De stappen-volgorde in de behandelalgoritmes geeft de volgorde van overwegen van interventies weer.

De duur van de depressieve episode, de ernst van de depressieve episode en het al dan niet optreden van een recidief worden onderscheiden (ook al kunnen deze samenhangen; zie hoofdstuk Diagnostiek), resulterend in toewijzing aan een van de volgende algoritmes:

1. Depressieve episode, licht, eerste episode korter dan 3 maanden bestaand
2. Depressieve episode, licht, eerste episode langer dan 3 maanden bestaand of recidief
3. Depressieve episode, (matig) ernstig, eerste episode
4. Depressieve episode, (matig) ernstig, recidief.

In de voorkeursvolgorde is het patiëntenperspectief meegewogen. Het beloop wordt voorts als volgt meegewogen:

- Bij een recidief-episode, licht, na een eerdere lichte depressieve episode wordt het algoritme „Depressieve episode, licht, eerste episode langer dan 3 maanden bestaand of recidief“ gevolgd.
- Bij een recidief-episode, (matig) ernstig, na een eerdere lichte depressieve episode wordt het algoritme „Depressieve episode, (matig) ernstig, eerste episode“ gevolgd.
- Bij een recidief-episode, licht, na een eerdere (matig) ernstige depressieve episode wordt het effectieve beleid bij de vorige episode opgepakt: bij de betreffende interventie instappen in het algoritme „Depressieve episode, (matig) ernstig, recidief“.
- Bij een recidief-episode, (matig) ernstig, na een eerdere (matig) ernstige depressieve episode wordt het effectieve beleid bij de vorige episode opgepakt: bij de betreffende interventie instappen in het algoritme „Depressieve episode, (matig) ernstig, recidief“.

5. Algoritmes depressie (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

1. Algoritme toeleidende diagnostiek Depressieve stoornis
2. Algoritme Depressieve episode, licht, eerste episode korter dan 3 maanden bestaand
3. Algoritme Depressieve episode, licht, langer dan 3 maanden bestaand of recidief
4. Algoritme Depressieve episode, (matig) ernstig, eerste episode
5. Algoritme Depressieve episode, (matig) ernstig, recidie

Algoritme toeleidende diagnostiek Depressieve Stoornis (versie 2010)

Algoritme Depressieve episode, licht (versie 2010)

Algoritme depressieve episode langer dan 3 maanden (versie 2010)

Algoritme depressieve episode langer dan 3 maanden - vervolg)(versie 201)

Algoritme matig ernstig (versie 2010)

Algoritme matig ernstig vervolg (versie 2010)

Algoritme recidief (versie 2010)

Algoritme recidief vervolg (versie 2010)

Algoritme recidief vervolg 2 (versie 2010)

5.1 Toelichting bij de algoritmes voor depressie (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

De duur van de depressieve episode, de ernst van de depressieve episode en het al dan niet optreden van een recidief worden onderscheiden (ook al kunnen deze samenhangen), resulterend in toewijzing aan een van de volgende categorieën:

1. Depressieve episode, licht, eerste episode korter dan 3 maanden bestaand
2. Depressieve episode, licht, eerste episode langer dan 3 maanden bestaand of recidief
3. Depressieve episode, (matig) ernstig, eerste episode
4. Depressieve episode, (matig) ernstig, recidief

Bij een eerste lichte depressieve episode die korter dan 3 maanden bestaat wordt het algoritme „Depressieve episode, licht, eerste episode korter dan 3 maanden bestaand” gevolgd. Bij onvoldoende herstel na 3 maanden wordt overgegaan naar het beginpunt van het algoritme „Depressieve episode, licht, langer dan 3 maanden bestaand of recidief”.

Bij een (eerste) lichte depressieve episode die langer dan 3 maanden bestaat wordt het algoritme

„Depressieve episode, licht, eerste episode langer dan 3 maanden bestaand of recidief□ gevolgd. Bij onvoldoende herstel na 4 maanden farmacotherapie in stap 4 wordt overgegaan naar stap 4 in het algoritme „Depressieve episode, (matig) ernstig, eerste episode□.

Bij een recidief-episode, licht, na een eerdere lichte depressieve episode wordt het algoritme „Depressieve episode, licht, eerste episode langer dan 3 maanden bestaand of recidief□ gevolgd.

Bij een recidief-episode, licht, na een eerdere (matig) ernstige depressieve episode wordt het effectieve beleid bij de vorige episode opgepakt: bij de betreffende interventie instappen in het algoritme „Depressieve episode, (matig) ernstig, recidief□ gevolgd.

Bij een eerste (matig) ernstige depressieve episode wordt het algoritme „Depressieve episode, (matig) ernstig, eerste episode□ gevolgd.

Bij een recidief-episode, (matig) ernstig, na een eerdere lichte depressieve episode wordt het algoritme „Depressieve episode, (matig) ernstig, eerste episode□ gevolgd.

Bij een recidief-episode, (matig) ernstig, na een eerdere (matig) ernstige depressieve episode wordt het effectieve beleid bij de vorige episode opgepakt: bij de betreffende interventie instappen in het algoritme „Depressieve episode, (matig) ernstig, recidief□.

Bij twijfel over de diagnostiek of (mogelijke) comorbiditeit vindt consultatie danwel second opinion van een specialist (psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog) plaats.

Toepassen van de basisinterventies, i.e. psychoeducatie, actief volgen en dagstructurering wordt altijd gedaan, onafhankelijk van de ernst van de aandoening of eventueel aanwezige comorbiditeit. Bij een (matig) ernstige episode dient er intensief gemonitored te worden.

Bij een comorbide angststoornis wordt hiermee ook in de basisinterventies (psychoeducatie, actief volgen, dagstructurering) rekening gehouden.

Bij comorbide middelenafhankelijkheid wordt hiermee ook in de Basisinterventies (psychoeducatie, actief volgen, dagstructurering) rekening gehouden.

Bij een comorbide somatische aandoening wordt hiermee ook in de Basisinterventies (psychoeducatie, actief volgen, dagstructurering) rekening gehouden.

De keuze voor interventies in dezelfde stap wordt altijd in overleg met de patiënt genomen en kan medebepaald worden door: patiëntenvoorkeur, eerder behaalde behandelresultaten en behandelgeschiedenis, eerder behaalde behandelresultaten bij een eerstegraadsfamilielid, ander beoogde effecten (bijv. op het slaappatroon), (verwachte) bijwerkingen, interacties, of pragmatische overwegingen (zoals wachttijden).

De keuze tussen psychotherapie of farmacotherapie wordt altijd in overleg met de patiënt genomen en kan medebepaald worden door: patiëntenvoorkeur, eerder behaalde behandelresultaten en behandelgeschiedenis, eerder behaalde behandelresultaten bij een eerstegraadsfamilielid, ander beoogde effecten (bijv. op het slaappatroon), (verwachte) bijwerkingen, interacties, of pragmatische overwegingen (zoals wachttijden).

Voor farmacotherapie: zie farmacotherapie-stappenplan.

Afhankelijk van de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam worden in meer of mindere mate ondersteunende interventies aangeboden, die naast de stappen in de algoritmes kunnen worden toegepast. Vaststellen van voldoende of onvoldoende herstel gebeurt na een vastgestelde behandelduur conform de betreffende behandelprotocollen.

Bij geen of partiël herstel op de behandeling, bij adequate duur en intensiteit, wordt overgegaan op de behandelstappen zoals aangegeven in het algoritme.

Bij voldoende herstel op de behandeling en bij het bereiken van stabiele remissie vindt altijd terugvalpreventie plaats en is aandacht voor individuele reïntegratie. Na een (matig) ernstige episode kan worden gedacht aan Preventieve Cognitieve Therapie of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT; Aandachtgerichte Cognitieve Therapie).

Bij twijfel over de diagnose gaandeweg de behandeling, bij (vermoeden van) optredende comorbiditeit of wanneer twee of meer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben vindt consultatie danwel second opinion van de tweede lijn of een specialist (psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog) plaats.

Bij (dreigend) stagneren van de behandeling wordt overwogen om de behandeling te intensiveren, bijvoorbeeld door de patiënt te verwijzen naar een gespecialiseerde behandelsetting.

Indien alle eerdere stappen volgens het algoritme geen of onvoldoende resultaat hebben opgeleverd en ook een second opinion (in een gespecialiseerde setting) geen verdere opties aangegeven heeft dan schieten op dit moment therapeutische mogelijkheden tekort en wordt uitgegaan van begeleiding volgens het handicapmodel: psychoeducatie, voorkomen van verslechtering of bijkomende problematiek en voorkomen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren. In overleg met de patiënt wordt dit behandelbeleid heroverwogen.

5.2 Gedetailleerde toelichting bij de algoritmes (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Dit subhoofdstuk is onderverdeeld in paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de paragraaftitel

5.2.1 Lichte eerste episode korter dan 3 maanden bestand (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Altijd wordt gestart met de Basisinterventies psychoeducatie, actief volgen en dagstructurering.

In overleg met de patiënt worden de volgende eerste-stap interventies aan de Basisinterventies toegevoegd:

- Bibliotherapie
- Zelfhulp, zelfmanagement (al dan niet via e-health interventies aangeboden)
- Activerende begeleiding
- Fysieke inspanning/lichamelijke activiteit, running therapie
- Counselling
- Psychosociale interventie

Het beloop wordt gemonitord en na 3 maanden vindt behandel-evaluatie plaats. Bij onvoldoende herstel na 3 maanden wordt overgegaan naar het beginpunt van het algoritme „Depressieve episode, licht, langer dan 3 maanden bestand of recidief“. Bij voldoende herstel vindt terugvalpreventie plaats.

5.2.2 Lichte eerste episode langer dan 3 maanden bestand of recidief (v

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Altijd wordt gestart met de Basisinterventies psychoeducatie, actief volgen en dagstructurering. Eventueel met eerder aan de behandeling toegevoegde eerste-stap interventies:

- Bibliotherapie
- Zelfhulp, zelfmanagement (al dan niet via e-health interventies aangeboden)

- Activerende begeleiding
- Fysieke inspanning/lichamelijke activiteit, running therapie
- Counselling
- Psychosociale interventie

In overleg met de patiënt wordt een keuze gemaakt tussen:

- Probleemoplossende therapie (PST)
- Kortdurende behandeling (KDB).

Het beloop wordt gemonitord en na 6 weken vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij voldoende herstel wordt de behandeling voortgezet, met monitoring. Bij voldoende herstel na opnieuw 6 weken vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen.

Bij onvoldoende herstel na 6 weken of 3 maanden wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen:

- Cognitieve gedragstherapie (CGT)
- Gedragstherapie (GT)
- Interpersoonlijke therapie (IPT)
- Kortdurende psychodynamische therapie.

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij voldoende herstel na uiterlijk 4 maanden vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen.

Bij onvoldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen:

- Andere psychotherapie (keuze uit: CGT, GT, IPT, Kortdurende psychodynamische therapie)
- Farmacotherapie (met ondersteunende gesprekken).

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Psychotherapie

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij voldoende herstel na uiterlijk 4 maanden vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen.

Bij onvoldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt overgegaan naar stap 4 in het algoritme „Depressieve episode, (matig) ernstig, eerste episode“.

Farmacotherapie

Bij onvoldoende herstel na 4 maanden farmacotherapie in stap 4 wordt overgegaan naar stap 4 in het algoritme „Depressieve episode, (matig) ernstig, eerste episode“.

Bij partieel herstel na 4 maanden wordt CGT overwogen overwogen.

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij volledig herstel na uiterlijk 4 maanden vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen.

Bij onvolledig herstel vindt daarnaast continuering van het behandelbeleid plaats totdat stabiele remissie is bereikt.

5.2.3 (Matig) ernstige depressieve eerste episode (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Altijd wordt gestart met de Basisinterventies psychoeducatie, actief volgen en dagstructurering. Eventueel in overleg met de patiënt met toevoeging van eerste-stap interventies:

- Bibliotherapie
- Zelfhulp, Zelfmanagement (al dan niet via e-health interventies aangeboden)
- Activerende begeleiding
- Fysieke inspanning/lichamelijke activiteit, Running therapie
- Counselling
- Psychosociale interventie

In overleg met de patiënt wordt een keuze gemaakt tussen:

- Psychotherapie (CGT, GT, IPT of Kortdurende psychodynamische therapie)
- Farmacotherapie (met ondersteunende gesprekken).

Psychotherapie

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelevaaluatie plaats.

Bij voldoende herstel vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen.

Bij onvoldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen:

- Andere psychotherapie (keuze uit: CGT, GT, IPT, Kortdurende psychodynamische therapie)
- Farmacotherapie (met ondersteunende gesprekken).

Andere psychotherapie

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelevaaluatie plaats.

Bij voldoende herstel na uiterlijk 4 maanden vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen.

Bij onvoldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen Farmacotherapie toegevoegd (combinatiebehandeling):

- Farmacotherapie toegevoegd (combinatiebehandeling)
- Intensivering van de behandeling

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelevaaluatie plaats.

Bij voldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt. Het beloop wordt gemonitord en na opnieuw 4 maanden vindt behandelevaaluatie plaats. Bij volledig herstel vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen. Bij onvolledig herstel wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen.

Bij onvoldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt het behandelbeleid als volgt heroverwogen:

- Andere psychotherapie/psychotherapeutische technieken
- Andere (dosis) farmacotherapie
- Andere combinatiebehandeling

Het beloop wordt gemonitord en na opnieuw 4 maanden vindt behandelevaaluatie plaats. Bij volledig herstel vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen. Bij onvolledig herstel wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen.

Bij heroverwogen van het behandelbeleid wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen:
Intensivering van de behandeling

- ECT

- Handicapmodel

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij voldoende herstel na uiterlijk 4 maanden vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen.

Bij onvoldoende wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat een stabiele toestand is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen.

Farmacotherapie

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij voldoende herstel vindt continuering van het behandelbeleid plaats totdat stabiele remissie is bereikt. Terugvalpreventie vindt plaats en individuele reïntegratie overwogen.

Bij partiëel herstel wordt CGT overwogen. Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij volledig herstel vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen.

Bij onvoldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen Farmacotherapie toegevoegd (Combinatiebehandeling):

- Psychotherapie toegevoegd (Combinatiebehandeling)
- Intensivering van de behandeling

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij voldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt. Het beloop wordt gemonitord en na opnieuw 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats. Bij volledig herstel vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen. Bij onvolledig herstel wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen.

Bij onvoldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt het behandelbeleid als volgt heroverwogen:

- Andere psychotherapie/psychotherapeutische technieken
- Andere (dosis) farmacotherapie
- Andere combinatiebehandeling

Het beloop wordt gemonitord en na opnieuw 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats. Bij volledig herstel vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen. Bij onvolledig herstel wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen.

Bij heroverwogen van het behandelbeleid wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen:

- Intensivering van de behandeling
- ECT
- Handicapmodel

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij voldoende herstel na uiterlijk 4 maanden vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen.

Bij onvoldoende wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat een stabiele toestand is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen.

Farmacotherapie

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij voldoende herstel vindt continuering van het behandelbeleid plaats totdat stabiele remissie is bereikt. Terugvalpreventie vindt plaats en individuele reïntegratie wordt overwogen.

Bij partieel herstel wordt CGT overwogen. Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij volledig herstel vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen.

Bij onvolledig herstel wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen. Terugvalpreventie vindt plaats en individuele reïntegratie wordt overwogen.

Bij overwegen van het behandelbeleid wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen Farmacotherapie toegevoegd (Combinatiebehandeling):

- Psychotherapie toegevoegd (Combinatiebehandeling)
- Intensivering van de behandeling

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij voldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt. Het beloop wordt gemonitord en na opnieuw 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats. Bij volledig herstel vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen. Bij onvolledig herstel wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen.

Bij onvoldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt het behandelbeleid als volgt heroverwogen:

- Andere psychotherapie/psychotherapeutische technieken
- Andere (dosis) farmacotherapie
- Andere combinatiebehandeling

Het beloop wordt gemonitord en na opnieuw 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats. Bij volledig herstel vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen. Bij onvolledig herstel wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen.

Bij heroverwegen van het behandelbeleid wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen:

- Intensivering van de behandeling
- ECT
- Handicapmodel

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij voldoende herstel na uiterlijk 4 maanden vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen.

Bij onvoldoende wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat een stabiele toestand is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen.

5.2.4 Recidiverende (matig) ernstige depressieve episode (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Altijd wordt gestart met de basisinterventies psychoeducatie, actief volgen en Dagstructurering. Eventueel in overleg met de patiënt met toevoeging of continuering van eerste-stap interventies:

- Bibliotheapie

- Zelfhulp, zelfmanagement (al dan niet via e-health interventies aangeboden)
- Activerende begeleiding
- Fysieke inspanning/lichamelijke activiteit, running therapie
- Counselling
- Psychosociale interventie

Gelijktijdig wordt in overleg met de patiënt wordt een keuze gemaakt tussen:

- Psychotherapie (CGT, GT, IPT of kortdurende psychodynamische therapie)
- Combinatiebehandeling (psychotherapie en farmacotherapie)

Psychotherapie

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij voldoende herstel vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen.

Bij onvoldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen:

- Andere Psychotherapie (keuze uit: CGT, GT, IPT, kortdurende psychodynamische therapie)
- Combinatiebehandeling psychotherapie en farmacotherapie

Andere psychotherapie

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij voldoende herstel na uiterlijk 4 maanden vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen.

Bij onvoldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt:

- Combinatiebehandeling psychotherapie en farmacotherapie
- Intensivering van de behandeling

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij voldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt. Het beloop wordt gemonitord en na opnieuw 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats. Bij volledig herstel vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen. Bij onvolledig herstel wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen.

Bij onvoldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt het behandelbeleid als volgt heroverwogen:

- Andere psychotherapie/psychotherapeutische technieken
- Andere (dosis) farmacotherapie
- Andere combinatiebehandeling

Het beloop wordt gemonitord en na opnieuw 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats. Bij volledig herstel vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen. Bij onvolledig herstel wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen.

Bij heroverwogen van het behandelbeleid wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen:

- Intensivering van de behandeling
- ECT
- Handicapmodel

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij voldoende herstel na uiterlijk 4 maanden vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen.

Bij onvoldoende wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat een stabiele toestand is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen.

Combinatiebehandeling

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij voldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt. Het beloop wordt gemonitord en na opnieuw 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats. Bij volledig herstel vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen. Bij onvolledig herstel wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen.

Bij onvoldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt het behandelbeleid als volgt heroverwogen:

- Andere psychotherapie/psychotherapeutische technieken
- Andere (dosis) farmacotherapie
- Andere combinatiebehandeling

Het beloop wordt gemonitord en na opnieuw 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij volledig herstel vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen. Bij onvolledig herstel wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen.

Bij heroverwogen van het behandelbeleid wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen:

- Intensivering van de behandeling
- ECT
- Handicapmodel

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Combinatiebehandeling

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij voldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt. Het beloop wordt gemonitord en na opnieuw 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij volledig herstel vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen.

Bij onvolledig herstel wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen.

Bij onvoldoende herstel na uiterlijk 4 maanden wordt het behandelbeleid als volgt heroverwogen:

- Andere psychotherapie/psychotherapeutische technieken
- Andere (dosis) farmacotherapie
- Andere combinatiebehandeling

Het beloop wordt gemonitord en na opnieuw 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats. Bij volledig herstel vindt terugvalpreventie plaats en wordt individuele reïntegratie overwogen. Bij onvolledig herstel wordt het behandelbeleid gecontinueerd totdat stabiele remissie is bereikt of wordt het behandelbeleid heroverwogen.

Bij heroverwogen van het behandelbeleid wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt tussen:

- Intensivering van de behandeling
- ECT
- Handicapmodel

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk 4 maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

6. Diagnostiek (versie 2005 en 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005, behalve paragrafen 6.7 en 6.10, deze zijn VERSIE 2010

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken/paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofd- of paragraaftitel

6.1 Uitgangsvragen (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

- Welke voor de klinische praktijk relevante depressies worden onderscheiden?
- Welke voor de klinische praktijk relevante beloopvormen van depressies worden onderscheiden?
- Welke voor de klinische praktijk relevante indeling in ernst van depressies wordt gemaakt?
- Is het zinvol (en evidence-based) om voor de verschillende lijnen/echelons verschillende classificaties van depressies te gebruiken in verband met de klinische relevantie?
- Zijn er verschillen tussen de verschillende echelons of professionals met betrekking tot de differentiële diagnostiek van depressies?
- Aan welke andere minder ernstige psychische stoornissen moet in de diagnostiek van depressies aandacht worden besteed? Zijn er op dit punt verschillen tussen de verschillende echelons of professionals?
- Aan welke andere psychiatrische stoornissen moet in de diagnostiek aandacht worden besteed?
- Aan welke stoornissen door gebruik van (genees)middelen moet in de diagnostiek van depressies aandacht worden besteed?
- Aan welke typen persoonlijkheidsproblematiek (dan wel persoonlijkheidsstoornissen) moet in de diagnostiek van depressies aandacht worden besteed? Zijn er op dit punt verschillen tussen de verschillende echelons of professionals?
- Aan welke somatische aandoeningen moet in de diagnostiek van depressies aandacht worden besteed? Zijn er op dit punt verschillen tussen de verschillende echelons of professionals?
- Wat zijn de gevolgen van de verschillende typen depressies voor het functioneren op levensgebieden (privé, werk, sociaal, enz.)?
- Welke factoren spelen een rol bij het ontstaan van depressies?
- Welke factoren spelen een rol bij het voortbestaan van depressies?
- Welke factoren spelen een rol bij het recidiveren van depressies?
- Welk meetinstrumentarium is beschikbaar voor de screening, classificatie en ernstbepaling van depressies? Wat is hiervan de psychometrische kwaliteit?

Het diagnostische proces dat wordt toegepast bij de depressies wordt in dit hoofdstuk beschreven aan de hand van bovenstaande uitgangsvragen.

De volgende uitgangspunten zijn daarbij gehanteerd:

- Voor de diagnostiek en classificatie is de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) als uitgangspunt genomen (bv. voor de criteria van de verschillende vormen van depressie). Soms - in het bijzonder betreffende de eerstelijns hulpverlening - is een aantal eigen accenten gelegd.
- Van de verschillende deelgebieden van diagnostiek (descriptieve diagnostiek, classificerende diagnostiek, indicerende diagnostiek en evaluerende diagnostiek) krijgt de indicerende diagnostiek de nadruk. Met andere woorden: de diagnostiek is ondergeschikt aan het beoordelen van de therapeutische mogelijkheden en het opstellen van een behandelplan. In dit hoofdstuk worden dus die aspecten uitgewerkt die in de hiernavolgende hoofdstukken over de verschillende vormen van behandeling aan de orde komen.
- De DSM-IV kent een meerassige beoordeling:
 - ◆ As I klinische stoornissen
 - ◆ As II persoonlijkheidsstoornissen

- ◆ As III somatische aandoeningen
- ◆ As IV psychosociale problemen en omgevingsfactoren
- ◆ As V functioneren
- Diagnostiek bij psychische problematiek is geen eenmalige vaststelling van wat er met een patiënt aan de hand is, maar een zich herhalende activiteit, die steeds nieuwe informatie op kan leveren. Dit kan leiden tot een aanpassing of bijstelling van een eerder opgestelde werkhypothese en van een eerder geformuleerd behandelplan.

Diagnostiek van psychische problematiek, in dit geval depressie, moet voldoen aan de algemene normen van goed klinisch handelen. Dat impliceert dat gedurende de diagnostiek het contact met de patiënt plaats vindt in een open sfeer. Daarmee wordt de patiënt op zijn gemak gesteld, opdat de noodzakelijke, soms ook pijnlijke informatie kan worden verzameld. De diagnostische evaluatie moet per individu op maat worden gesneden, rekening houdend met persoonlijke ontwikkeling (biografie), culturele achtergrond, etniciteit, gender, seksuele oriëntatie, familie- of gezinsstructuur, religie en spiritualiteit, sociale klasse, en met de fysieke en sociale omgeving. Tevens verdient het aanbeveling waar mogelijk gezins- of familieleden, of andere belangrijke anderen, bij de diagnostiek te betrekken. Ten eerste in verband met het verkrijgen van hetero-anamnestiche gegevens, en ten tweede om een beeld te krijgen van hun ervaringen (positieve en negatieve) met de patiënt in het recente verleden.

6.2 Zoekstrategie (versie 2005)

Richtlijntekst: VERSIE 2005

Voor het beantwoorden van de uitgangsvragen van dit hoofdstuk werd gezocht in Medline, Cinahl en PsycINFO. Belangrijkste zoekwoorden waren „depression“, „depressive disorders“ met alle variaties, evenals „mood disorders“, „affective disorders“, „suicide“ met variaties als zoekwoorden en „subheadings“. Het totaal van resultaten op basis van deze termen werd gecombineerd met „diagnosis“ in alle variaties en met in titel of abstract „psychometric“, „test“, „scale“, „screening“, „instrument“, „assessment“ of „questionnaire“ in alle variaties. Gelimiteerd werd tot Nederlands en Engels, en verder werd om anekdotes, cases en kleine series te filteren doorgeselecteerd op „sensitivity“, „specificity“, „meta-analyses“, „(clinical) trial“, „prospective study“ in titel of samenvatting. Op deze manier werden ruim 70 samenvattingen geselecteerd die door de Richtlijnwerkgroepleden werden beoordeeld. Via referenties in de geselecteerde literatuur werd op indicatie handmatig verder gezocht naar aanvullende bronnen. Uit de referentielijsten van de gebruikte artikelen werden ook nog aanvullende bronnen geselecteerd.

6.3 Patiëntenperspectief (versie 2005)

Richtlijntekst: VERSIE 2005

1. Psychische klachten grijpen vaak sterk in het dagelijks leven in en kunnen het zelfvertrouwen van patiënten sterk ondermijnen. Door onbegrip en door eigen of andermans schaamte over de klachten, zullen patiënten hun klachten, en met name hun suïcidale klachten, vaak niet uiten.
2. De herkenning van depressieve klachten door hulpverleners is in de ogen van patiënten vaak een probleem. Hulpverleners hebben soms moeite met het duiden van de klachten, vooral als patiënten deze niet volgens de boekjes presenteren of zelf hun problemen niet als depressief interpreteren. Voor patiënten is het belangrijk dat hulpverleners doorvragen naar depressieve klachten en hun gevolgen, en initiatief nemen om iets aan de klachten te (laten) doen.
3. Tijdens de diagnostische fase is het belangrijk dat:
 - patiënten hun eigen verhaal kunnen vertellen en er niet uitsluitend naar klachten en symptomen wordt gekeken;
 - de gevolgen van de depressie voor verscheidene levensgebieden, zoals werk en relatie, besproken worden;
 - de diagnose gedeeld wordt door patiënt en hulpverlener. Hiervoor is het nodig dat de diagnose

duidelijk wordt verteld en toegelicht en dat men uitgelegd krijgt welke klachten er allemaal bij een depressie kunnen horen. Verder is het belangrijk dat de patiënt zelf kan vertellen wat zijn beeld van een depressie is;

bij een verschil van mening over de diagnose ieders visie ter tafel komt en dat daaruit toch gezamenlijke afspraken voortkomen; patiënten de diagnose kunnen toetsen door middel van bijvoorbeeld een second opinion of contact met lotgenotenorganisaties of door objectieve voorlichting over de stoornis.

4. De huisarts is voor patiënten een belangrijke sleutelfiguur in de herkenning en behandeling van een depressie. De huisarts wordt aanbevolen om in ieder geval:
patiënten voor zover mogelijk te informeren over het ziektebeeld, de behandelmogelijkheden, de investering in tijd en geld, het belang van de eigen motivatie om van de klachten af te komen en de kansen op verbetering;
de patiënt actief en gericht te helpen bij het vinden van een gespecialiseerde hulpverlener die bij de problematiek en de persoon van de patiënt past.
5. Hulpverleners dienen patiënten als de diagnose gesteld is, te wijzen op het bestaan van lotgenotenorganisaties en patiëntenverenigingen. Bij verwijzing naar patiëntenorganisaties geven behandelaars waar mogelijk een aanbeveling hoe van de diensten van deze organisaties gebruik te maken.
6. Als er in de ogen van hulpverleners sprake is van een depressie dan moet dit expliciet met de patiënt besproken worden. Het stellen van de diagnose en het praten over de diagnose kan een belangrijke eerste stap zijn in de opbouw van een goede werkrelatie van patiënt en hulpverlener.
7. De hulpverlener kan de diagnose met de patiënt delen door deze inzicht te verschaffen in de wijze waarop hij tot de diagnose is gekomen en de patiënt zelf, eventueel door het invullen van een zelftest, ook tot deze probleemformulering te laten komen. Het expliciet benoemen van de diagnose en de uitleg over de ziekte depressie kan voor veel patiënten een opluchting betekenen die hen stimuleert om samen met de hulpverlener aan herstel te werken. Vanuit deze motivatie kan er ruimte gecreëerd worden voor een actieve rol van de patiënt in het eigen genezingsproces.
8. Hulpverleners kunnen patiënten ondersteunen door aandacht te schenken aan de individuele beleving van de problemen, door begrip te tonen voor de door patiënten ervaren lijdensdruk en door onzekerheid over de juistheid van de hulpvraag weg te nemen. Zij moeten alert zijn op signalen van patiënten en doorvragen naar aanwezige doodswensen - ook na de intake.

6.4 De verschillende voor de klinische praktijk relevante depressies

Richtlijntekst:
VERSIE 2005

De DSM-IV onderscheidt de volgende depressieve stoornissen:
Depressieve stoornis, met subtypen:

- Naar aard
- Naar beloop
- Naar ernst
- Dysthyme stoornis

Ten slotte wordt nog een combinatie van beide stoornissen onderkend: de depressieve stoornis gesuperponeerd op de dysthymie, de zogenaamde *double depression*.

6.4.1 Depressieve stoornis (versie 2005)

Richtlijntekst:
VERSIE 2005

De depressieve stoornis kenmerkt zich door één of meerdere depressieve episoden. De diagnostiek van een depressieve episode vangt aan met het vaststellen van een of beide kernsymptomen:

- Depressieve stemming
- Duidelijke vermindering van interesse of een duidelijke vermindering van plezier

Een of beide kernsymptomen zijn gedurende zeker twee aaneengesloten weken, het grootste deel van de dag, bijna elke dag aanwezig. Dit mag zowel blijken uit de subjectieve mededeling door de patiënt, als uit de observatie door anderen. Deze kernsymptomen blijken in de eerstelijnspraktijk een screenende rol te kunnen vervullen.

Naast deze twee kernsymptomen wordt gelet op de volgende zeven aanvullende symptomen:

- Gewichtsverandering (toe- of afname) of eetlustverandering (toe- of afname)
- Slapeloosheid of overmatig slapen
- Agitatie of remming
- Moeheid of verlies van energie
- Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens
- Besluiteloosheid of concentratieproblemen
- Terugkerende gedachten aan de dood of aan suïcide, of een suïcidepoging

Van een depressieve episode wordt gesproken indien één of beide kernsymptomen aanwezig zijn, en, met inbegrip van de aanvullende symptomen, in totaal minimaal vijf van de negen symptomen. Als een depressieve episode is vastgesteld, wordt vervolgens gekeken naar de aard van deze episode: of deze episode specifieke kenmerken heeft (zie verder onder subtypen). Vervolgens worden het beloop en de ernst beoordeeld.

6.4.2 Dysthymie (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Voor de dysthymie is het eerste kernsymptoom, de depressieve stemming, het grootste deel van de dag aanwezig, meer dagen wel dan niet, maar nu gedurende ten minste twee jaar. Ook hier mag dit blijken zowel uit de mededelingen van de patiënt, als uit een observatie door anderen.

Naast dit ene kernsymptoom zijn er bij de dysthymie twee of meer bijkomende kenmerken:

- Slechte eetlust of te veel eten
- Slapeloosheid of overmatig slapen
- Weinig energie of moeheid
- Gering gevoel van eigenwaarde
- Slechte concentratie of besluiteloosheid
- Gevoelens van hopeloosheid

Aanbevelingen:

Stel de depressieve stoornis en de dysthymie (de twee belangrijkste depressieve aandoeningen) vast op basis van kernsymptomen en aanvullende symptomen. Onderscheid beide van de minder ernstige beelden. Doe dit op basis van het gegeven dat de symptomen in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren, of in het functioneren op andere belangrijke terreinen moeten veroorzaken.

6.4.3 Depressieve stoornis: subtypen (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

De depressieve stoornis kent een aantal subtypen, waarvan vooral voor de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg relevant zijn:

- Met psychotische kenmerken
- Met melancholische (vitale) kenmerken
- Met atypische kenmerken

De dysthymie kent één subtype: met atypische kenmerken.

6.4.4 Onderscheid met bipolaire en cyclothyme stoornissen (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Bij een vermoeden van een depressieve episode of een dysthymie moet in verband met de therapeutische (met name farmacologische) implicaties, altijd een bipolaire of een daaraan verwante stoornis worden uitgesloten. We onderscheiden hier:

- Bipolaire I stoornis
- Bipolaire II stoornis
- Cyclothyme stoornis.

Om deze stoornissen uit te sluiten, wordt de ziektegeschiedenis uitgevraagd en wordt geïnformeerd naar eerdere manische, hypomane of gemengde episoden. Symptomen die wijzen op dergelijke episoden, die enkele dagen tot weken (en soms maanden) kunnen duren, zijn:

- Abnormale, voortdurend verhoogde expansieve of prikkelbare stemming gedurende minimaal 4 dagen
- Opgeblazen gevoel van eigenwaarde
- Grootheidsideeën
- Afgenomen behoefte aan slaap
- Spraakzamer dan gebruikelijk
- Subjectieve beleving dat gedachten jagen
- Verhoogde afleidbaarheid
- Toename van doelgerichte activiteiten (sociaal, op werk of school, seksueel)
- Overmatig bezig met aangename activiteiten met kans op pijnlijke gevolgen

Aanbevelingen:

Het is bij het beoordelen van een depressie van groot belang te letten op psychotische kenmerken, omdat deze samenhangen met een verhoogd suïciderisico en omdat deze consequenties hebben voor het te volgen farmacologisch beleid. Bij het beoordelen van een depressie moet altijd gedacht worden aan een bipolaire stoornis en bij twijfel over de diagnose is het raadzaam een psychiater te consulteren. Indien de diagnose bipolaire stoornis is bevestigd, is het raadzaam voor het instellen van een behandeling naar een psychiater te verwijzen.

6.5 Voor de klinische praktijk relevante beloopvormen (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Beloopvormen van de depressieve stoornis zijn:

- Eenmalige episode

- Recidiverend

Met volledig herstel in de tussenliggende periode
Zonder volledig herstel in de tussenliggende periode

- Chronisch Gedurende de voorafgaande twee jaar is voortdurend voldaan aan de criteria van de depressieve episode

Met seizoensgebonden patroon
Met begin post partum

Bij depressies is de kans op een recidief hoog. Daarnaast heeft ongeveer 10% van de depressieve stoornissen een chronisch beloop.

Met seizoensgebonden patroon

- Er is een relatie tussen het begin van de depressieve episode en een bepaalde periode in het jaar.
- Volledige remissie of wisseling naar tegengestelde polariteit ook in een bepaalde periode in het jaar.
- Gedurende de laatste twee jaar twee depressies met seizoensgebonden relatie en in diezelfde periode geen niet-seizoensgebonden depressieve episoden.
- Voor het gehele leven geldend: de seizoensgebonden depressies overtroffen de niet-seizoensgebonden depressies.

Met begin post partum

- Episode startte binnen vier weken post partum.

De dysthymie kent twee beloopvormen:

- Met een vroeg begin (vóór 21e jaar)
- Met een laat begin (21 jaar of ouder)

Aanbevelingen:

Bij het diagnosticeren en behandelen van depressies moet rekening worden gehouden met het recidiverende karakter van deze aandoeningen. Het herstel is niet altijd volledig en een chronisch beloop komt voor bij één op de tien patiënten.

6.6 Criteria voor de subtypen van de depressieve stoornis (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Met psychotische kenmerken

- Wanen of hallucinaties waarvan de inhoud kan zijn:

Stemmingscongruent: de inhoud is in overeenstemming met typisch depressieve thema's

Stemmingsincongruent: de inhoud is niet in overeenstemming met typisch depressieve thema's.

Met melancholische (vitale) kenmerken

Ten minste één van de volgende twee symptomen tijdens de ernstigste periode in de huidige episode:

- Verlies van plezier in (bijna) alle activiteiten
- Ontbreken van reacties op gewoonlijk plezierige prikkels

én:

Drie of meer van de volgende symptomen:

- Depressieve stemming is duidelijk anders dan de stemming na bijvoorbeeld overlijden van dierbaar persoon
- Depressie doorgaans s morgens het ergst
- Vroegtijdig ontwaken: meer dan 2 uur voor het gebruikelijke tijdstip
- Duidelijke psychomotorische remming of agitatie
- Duidelijk anorexie of gewichtsverlies
- Buitensporige of onterechte schuldgevoelens

Met atypische kenmerken

- De stemming klaart op in reactie op positieve gebeurtenissen.

én:

Twee of meer van de volgende kenmerken:

- Duidelijke gewichtstoename/toegenomen eetlust
- Hypersomnia
- Dodelijke vermoeidheid
- Langdurig overgevoelig voor intermenselijke afwijzing

6.7 Indeling in ernst voor de klinische praktijk (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Na het vaststellen van de aard van de stoornis, vindt een nadere typering plaats van de ernst. De DSM-IV richt zich voor de beoordeling van de ernst van een episode sterk op het aantal symptomen. De Richtlijnwerkgroep is van mening dat voor de praktijk een uitgebreidere beoordeling zinvol is, waarbij de volgende factoren een rol spelen:

- Het algemeen sociaal en maatschappelijk functioneren en beperkingen daarin
- De mate waarin symptomen in significante mate (subjectief) lijden veroorzaken
- De hoeveelheid symptomen: de DSM onderscheidt:

Subklinische depressie (2-4 symptomen)

Lichte depressie (5 symptomen)

Matige depressie (6-7 symptomen)

- Ernstige depressie (8-9 symptomen)
- De aard van de symptomen, in het bijzonder:

Psychotische kenmerken

Suïcidaliteit

- Beloopkenmerken (duur van de depressieve episode, al dan niet optreden van stagnatie in het herstel, recidivering)
- Comorbiditeit

Samenvattend kan een depressieve stoornis als ernstiger worden omschreven, als deze met meer en met ernstiger symptomen gepaard gaat, langer duurt, vaker recidiveert, meer aantasting geeft van het algemeen functioneren en tussen de episoden door niet volledig herstelt. Instrumentarium (vragenlijsten) waarmee de ernst van depressies kan worden vastgesteld en gemonitord wordt besproken in paragraaf 6.19.

In verband met de soms noodzakelijke vrijheidsbeperking in de vorm van een inbewaringstelling (IBS), noemen we de punten voor het beoordelen van de aanwezigheid van suïcidale gedachten, intenties of plannen:

- Eerdere suïcidepogingen en de aard van deze pogingen
- Recente suïcidepoging door anderen
- Suïcidaliteit en suïcide in de familie
- Impulsiviteit
- Verlies van belangstelling
- Hopeloosheid
- Psychotische symptomen
- Paniekaanvallen
- Ernstige angst
- Alcoholmisbruik

Aanbevelingen:

Bij het beoordelen van de ernst van depressies wordt gelet op het aantal en de aard van de symptomen, op de gevolgen voor het algemeen functioneren, op de mate van suïcidaliteit en op psychotische kenmerken.

6.8 Classificatie (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

De Richtlijnwerkgroep acht het zinvol om voor de verschillende echelons dezelfde criteria, zoals in de DSM-IV omschreven, te hanteren. Wel geeft het grote verschil in populaties tussen eerste, tweede en derde lijn een sterk verschillende kans op het aantreffen van bepaalde stoornissen. Dit heeft consequenties voor de differentiële diagnostiek in de verschillende echelons. Graag benadrukt de Richtlijnwerkgroep dat de DSM-IV voornamelijk een hulpmiddel is bij de diagnose in *classificerende* zin. Om te komen tot een meeromvattende klinisch relevante diagnostiek is het noodzakelijk eveneens een aantal andere kenmerken van de patiënt in de beoordeling mee te nemen, zoals biografische kenmerken, persoonlijkheidskenmerken, kenmerken van het functioneren in de sociale omgeving, het lichamelijk functioneren en eventueel aan-wezige lichamelijke ziekten en verslavingsproblematiek.

Aanbevelingen:

Door de Richtlijnwerkgroep wordt voor de classificatie van depressies in deze richtlijn voor alle echelons geadviseerd de DSM-IV als classificatiesysteem te hanteren. Om tot een voor het praktisch handelen relevante diagnose te komen, moeten meerdere aspecten worden beoordeeld.

6.9 Verschillen tussen de verschillende echelons of professionals

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

In de eerste lijn kan in het algemeen met een versoepelde classificatie worden volstaan. Hierover is in een gemeenschappelijke samenwerkingsrichtlijn voor huisartsen en bedrijfsartsen consensus bereikt tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (Van der Klink, 2000). Men onderscheidt daar:

- Stressgerelateerde stoornissen:

Spanningsklachten
Overspanning
Burn-out

- Angststoornis
- Depressieve stoornis
- Overige psychiatrie

In de gemiddelde huisartspraktijk maakt de categorie „overige psychiatrie“ ten hoogste 5% van het totale aanbod aan psychische problematiek uit (exclusief verslavingsproblematiek). Voor bedrijfsartsen ligt dit percentage, vanwege het „healthy worker effect“, nog lager. Gezien deze „voorafkans“ kunnen generalisten, zoals huis- en bedrijfsartsen, beter een beperkt aantal relevante categorieën goed diagnosticeren, dan te werken met een groot aantal categorieën die voor hun praktijk geen therapeutische consequenties hebben. Het kleine aandeel „overige psychiatrie“ leidt immers meestal tot verwijzing. Voor de eerste lijn zijn de depressieve stoornis en de dysthymie relevante beelden. Zowel het kunnen afbakenen van ernstiger beelden, zoals bipolariteit of psychotische stoornissen, als het kunnen afbakenen van minder ernstige stoornissen, is relevant en noodzakelijk. In de tweede en derde lijn is de afbakening ten opzichte van andere psychiatrische stoornissen van belang.

6.10 Andere, minder ernstige psychische stoornissen (versie 2005)

Richtlijntekst:
VERSIE 2005

In de eerste lijn moeten depressies worden herkend uit een klachtenpatroon dat kan behoren bij vele verschillende lichamelijke en psychische ziektebeelden.

6.10.1 Depressie (versie 2005)

Richtlijntekst:
VERSIE 2005

Er moet aan depressie gedacht worden bij:

- Een aanhoudende sombere stemming
- Angst en paniek
- Slapeloosheid
- Aanhoudende vermoeidheid zonder lichamelijke oorzaak
- Chronische pijnklachten
- Klachten van nervositeit
- Verslavingsproblematiek (alcohol, drugs, slaap- en kalmeringsmiddelen)
- Relatie-, gezins-, en of werkproblematiek
- Signalen van een vermindering van het algemeen functioneren
- Frequent spreekuurbezoek en wisselende klachten

De bedrijfsarts heeft daarnaast als indicatoren:

- Signalen van (onbegrepen) disfunctioneren in het werk
- Onbegrepen en/of frequent kortdurend ziekteverzuim

6.10.2 Stressgerelateerde stoornissen (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

In de genoemde samenwerkingsrichtlijn (Van der Klink, 2000) worden voor de reeds onder punt 2.6 vermelde stressgerelateerde stoornissen de volgende (inclusie)criteria genoemd:

- Een of meer psychische spanningsklachten (distress)
- En/of een of meer lichamelijke spanningsklachten
- En de klacht(en) is (zijn) zodanig dat de patiënt eronder lijdt of (dreigende) functioneringsproblemen ervaart

De volgende stressgerelateerde stoornissen worden onderscheiden:

- **Spanning:** er bestaan geen zodanige beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren dat betrokkene rollen (zoals de werkrol) of substantiële delen daarvan laat vallen.
- **Overspanning:** er zijn substantiële beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren. De periode tussen aanvang van de herkenbare stressveroorzakende situatie en de ontstane functioneringsproblematiek is relatief kort (tot circa 12 weken).
- **Burn-out:** er is een relatief lange voorgeschiedenis van blootstelling aan stressoren (1 jaar of langer) en een chronisch klachtenbeloop. De patiënt is emotioneel uitgeput en heeft bovendien een grote distantie ten opzichte van het werk en/of een verminderd gevoel van competentie.

Op klachtniveau bestaat overlap tussen de stressgerelateerde stoornissen en depressie. Onderscheidend voor de diagnose depressie zijn in het bijzonder de blijvend sombere stemming, de anhedonie (het geen plezier meer beleven aan), en de depressieve cognities over wie men is, wat men presteert, en vaak ook over het verleden en de nabije toekomst.

Dergelijke klachten treft men niet of minder aan bij overspanning (ook wel als surmenage aangeduid). Bij overspanning is het gevoelsleven verward, soms chaotisch, maar niet noodzakelijkerwijs depressief van kleur, hoewel mensen somber kunnen zijn. Bij depressie ontbreken de positieve emoties en kan sprake zijn van een algehele emotionele vervlakking: het leven heeft zijn kleur verloren. Sterke gevoelens van schuld en waardeloosheid en suïcidaliteit behoren niet tot de symptomatologie van de stressgerelateerde stoornissen (Terluin, 1994; Schmidt, 2001). Omdat overspanning, vooral als de patiënt niet snel weer greep krijgt op zijn situatie, zich secundair tot een depressie kan ontwikkelen, moet de diagnostiek regelmatig worden herhaald, vooral bij stagnatie van herstel.

6.10.3 Aanpassingsstoornis (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

De diagnose „overspanning“ komt vrijwel overeen met de DSM-IV-classificatie „aanpassingsstoornis“. De criteria voor deze aandoening zijn:

- Het ontstaan van emotionele en gedragssymptomen in reactie op (een) herkenbare stressveroorzakende factor(en) binnen drie maanden na het begin van de stressveroorzakende factor(en).
- Het lijden is ernstiger dan op basis van de stressveroorzakende factor verwacht kan worden of er zijn belangrijke beperkingen in beroepsmatig of sociaal functioneren.
- De stoornis voldoet niet aan de criteria van een andere psychische stoornis (zoals bijvoorbeeld de depressieve stoornis of de dysthymie).
- De klachten duren niet langer dan zes maanden na het stoppen van de stressveroorzakende factoren.

Voor de differentiële diagnostiek van depressieve stoornissen zijn vooral de „aanpassingsstoornis met depressieve stemming“ en de „aanpassingsstoornis met gemengd angstige en depressieve stemming“

relevant.

6.10.4 Rouwreactie (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

In aansluiting op het overlijden van een dierbaar persoon kan iemand overspoeld raken door verdriet en de daarbij voorkomende emoties en symptomen: droefheid, boosheid, schuldgevoel, zelfverwijt, angst, slapeloosheid, terugtrekken, tijdelijke auditieve en visuele hallucinaties van het voorbije, gevoelens van kwetsbaarheid, rusteloosheid, zoekgedrag, wanhoop, verlies van zingeving en richting in het leven en apathie.

Sommigen tonen in hun reactie op het verlies symptomen en klachten die karakteristiek zijn voor een depressieve episode. Dit wordt als normaal beschouwd. Het volgende onderscheid wordt gemaakt:

- Normale rouw: gekenmerkt door onder meer ongeloof en ontkenning, boosheid en onderhandelen, somberheid en uiteindelijk acceptatie
- Abnormale of pathologische rouw: gekenmerkt door onder meer het (emotioneel) niet accepteren van het gebeuren, vermijdingsgedrag leidend tot beperkingen in functioneren, irreële hoop op terugkeer van de oude situatie, onvermogen de goede herinneringen los te laten en zich op nieuwe zaken te concentreren
- Depressieve stoornis: aan een depressieve stoornis moet worden gedacht als de rouwepisode langer duurt dan twee maanden na het overlijden, of gekenmerkt wordt door (American Psychiatric Association, 1994):

Schuldgevoel over andere dingen dan de wel of niet door de overlevende ondernomen handelingen rond het overlijden

Gedachten over de dood anders dan het gevoel van de overlevende dat hij beter dood zou kunnen zijn of samen met de overledene had moeten sterven

Ziekelijke preoccupatie met waardeloosheid

Duidelijke psychomotorische remming

Langdurige en duidelijke functionele beperkingen

Hallucinatoire belevingen anders dan denken dat hij of zij de stem hoort of voorbijgaand het beeld ziet van de overledene

Aanbevelingen:

Bij het diagnosticeren van depressies moet bij de afgrenzing van de minder ernstige psychische stoornissen worden gedacht aan spanningsklachten, overspanning, burn-out, een aanpassingsstoornis of een rouwreactie.

6.11 Andere psychische stoornissen in de differentiële diagnostiek

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Bij de diagnostiek van de depressie en de dysthymie moet aan een aantal andere psychische stoornissen aandacht worden besteed, te weten:

- Angststoornissen
- Bipolaire stoornissen
- Schizofrene of verwante psychotische stoornissen
- Beginnende dementie

6.11.1 Angststoornissen (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Gevoelens van buitensporige angst, paniek en/of overmatige bezorgdheid staan centraal bij de angststoornissen. Er bestaat aanzienlijke comorbiditeit van depressieve stoornissen en angststoornissen, dus er moet altijd naar angst worden gevraagd. Voor de angststoornissen is eveneens een multidisciplinaire richtlijn opgesteld (Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis - Eerste Revisie, 2009; in voorbereiding).

6.11.2 Psychotische stoornissen (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Depressieve symptomen kunnen voorkomen gedurende psychotische aandoeningen, zoals schizofrenie, de schizo-affectieve stoornis, de waanstoornis of een psychotische stoornis Niet Anders Omschreven (NAO). Meestal zullen in dat geval de symptomen niet vragen om een aparte diagnose in de rubriek stemmingsstoornissen. Als naast deze psychotische aandoeningen ook wordt voldaan aan de criteria van een depressieve episode, zal deze volgens de DSM-IV worden geclassificeerd als depressieve stoornis NAO'.

6.11.3 Beginnende dementie (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Het kan moeilijk zijn om een beginnend dementieel syndroom te onderscheiden van een depressie. Een depressie kan voorkomen bij het begin van een dementieel syndroom, maar kan ook oorzaak zijn van een dementieel syndroom. Bij het stellen van de differentiële diagnose valt op dat de depressieve patiënt zich bewust is van het optreden van zijn cognitieve stoornissen (aandacht, concentratie, geheugen). De houding van een depressieve patiënt is vaak onverschillig, somber. Het 'ik weet het niet' komt hieruit voort. Gissen of confabuleren komt meestal niet voor. Een proefbehandeling met antidepressiva kan bijdragen aan de diagnostiek. Daarbij hebben gezien de oudere leeftijd de niet-tricyclische antidepressiva de voorkeur wegens de kleinere kans op bijwerkingen.

Aanbevelingen:

Bij het diagnosticeren van depressies moet bij een afgrenzing ten aanzien van de ernstige psychische stoornissen worden gedacht aan angststoornissen, bipolaire stoornissen, schizofrene of verwante psychotische stoornissen en aan beginnende dementie.

6.12 Stemmingsstoornissen door gebruik van (genees)middelen(versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Als sprake is van gebruik of misbruik van een genees- of genotmiddel of een ander middel en de depressie ontstond tijdens recent gebruik of het recent staken of verminderen van het gebruik van het betreffende middel, wordt de diagnose „*stemmingsstoornis door een middel*” gesteld. Het gebruik van of het minderen dan wel stoppen van het middel heeft etiologisch een verondersteld verband met de stoornis.

Het kan gaan om de volgende middelen:

- Genotmiddelen: alcohol, cannabis, amfetamine (of verwant middel), cocaïne, hallucinogenen, opioïden, fencyclidine (of verwant middel)
- Voorgescreven geneesmiddelen:

Antihypertensiva (reserpine, propranolol, clonidine, methyldopa)

Anti-arrhythmica (digitalis, procaïnamide)

Anticholesterolmiddelen (cholestyramine, pravastatine)

Hormonen (corticosteroïden, anabole steroïden, orale anticonceptiva)

Chemotherapeutica (methotrexaat, vinblastine, asparaginase, procarbazine, interferon)

Antibiotica (ampfotericine, cycloserine, dapson, ethionamide)

Malaria'smiddelen (mefloquine)

H2-receptorantagonisten (cimetidine, ranitidine)

Anti-epileptica (fenobarbital)

Psychofarmaca (antipsychotica, sedativa, hypnotica en/of anxiolytica)

- Middelen waaraan men door werk of hobby is blootgesteld (oplosmiddelen, vluchtige stoffen, lood)

De genoemde lijst van middelen is niet uitputtend. Voor veel van de genoemde middelen is de depressogene werking slechts in beperkte mate evidence-based. Bij een vermoeden van een depressie (mede) ontstaan door het gebruik van een middel wordt overleg met een apotheker geadviseerd.

Aanbevelingen:

Bij het diagnosticeren van depressies moet altijd aan een (mede)oorzakelijke samenhang met het gebruik van middelen worden gedacht. Het betreft zowel geneesmiddelen als drugs en genotmiddelen en in een uitzonderlijk geval andere middelen bijvoorbeeld die welke men in arbeidsomstandigheden kan tegenkomen.

6.13 Persoonlijkheidsproblematiek (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Bij de diagnostiek van de persoonlijkheid wordt een onderscheid gemaakt tussen persoonlijkheidskenmerken en persoonlijkheidsstoornissen. Persoonlijkheidskenmerken kunnen de aanpassing en het functioneren van iemand gunstig en ongunstig beïnvloeden. Kenmerken met een ongunstige invloed treffen we vaak aan als onderdeel van het symptomencomplex van de persoonlijkheidsstoornissen, zoals beschreven op as II van de DSM-IV. Deze kenmerken zijn doorgaans: star, stabiel en disfunctioneel.

In het kader van deze richtlijn is bij het beoordelen van de persoonlijkheid bovendien van belang dat andere psychische stoornissen, in het bijzonder de stoornissen omschreven op as I van de DSM-IV, de diagnostiek van persoonlijkheid(sstoornissen) kan bemoeilijken of onmogelijk kan maken. Daarbij valt in het bijzonder te denken aan angststoornissen en depressieve stoornissen. Met andere woorden: als deze as-I-stoornissen zijn hersteld, blijken veel kenmerken die men zou kunnen zien als persoonlijkheidskenmerken/stoornissen, eveneens te zijn verdwenen of op zijn minst een stuk verminderd.

De Richtlijnwerkgroep meent dat persoonlijkheid in een meer longitudinaal perspectief moet worden beoordeeld. Zij adviseert in relatie tot depressies aandacht te besteden aan de volgende, gedeeltelijk overlappende persoonlijkheidskenmerken, omdat deze het beloop en de behandelbaarheid van depressies kunnen beïnvloeden:

- Neuroticisme
- Afhankelijkheid
- Vermijdingsgedrag
- Subassertiviteit
- Laag zelfgevoel
- Extreem perfectionisme en dwangmatigheid
- Lage frustratietolerantie
- Hoge eisen stellen aan zichzelf en/of anderen

Tevens adviseert zij, om dezelfde redenen, in de diagnostiek aandacht te besteden aan de volgende persoonlijkheidsstoornissen:

- Borderline persoonlijkheidsstoornis
- Theatrale persoonlijkheidsstoornis
- Narcistische persoonlijkheidsstoornis
- Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis
- Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis
- Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis.

Aanbevelingen:

Bij de diagnostiek van depressies moeten persoonlijkheidskenmerken en persoonlijkheidsstoornissen in de overwegingen worden betrokken, omdat deze relevant zijn bij het ontstaan, behandelen en recidiveren van depressies. Voorzichtigheid is geboden bij het doen van uitspraken over de persoonlijkheid in de actieve fase van depressies, omdat depressies persoonlijkheidskenmerken beïnvloeden. Bij het stellen van een diagnose van de persoonlijkheid is het van belang dat, naast autoanamnese, de heteroanamnese in acht wordt genomen omdat een depressie de autoanamnese kleurt.

6.14 Somatische aandoeningen in de diagnostiek (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Aandacht voor somatische aandoeningen is om verscheidene redenen noodzakelijk: depressies beïnvloeden het beloop van somatische aandoeningen in negatieve zin (Mayou, 2000; Connerney, 2001);

- Depressies kunnen het directe fysiologische gevolg zijn van een somatische aandoening.
- Depressies gaan vaak samen met somatische aandoeningen.
- De depressieve patiënt presenteert zich vaak met lichamelijke klachten.
- in de behandeling moet rekening worden gehouden met de somatische comorbiditeit.
- Sommige somatische aandoeningen zijn een contra-indicatie voor bepaalde psychiatrische behandelingen.

In de differentiële diagnostiek zijn in de eerste lijn de vermoeidheidsbeelden (zoals fibromyalgie en het chronisch-vermoeidheidssyndroom) van belang. Bij ouderen is het eerder geïndiceerd nader onderzoek te doen naar somatische aandoeningen, omdat de klachten minder specifiek kunnen zijn en er bij hen veel meer comorbiditeit kan bestaan. Als sprake is van een somatische aandoening en nader onderzoek waarschijnlijk maakt dat de depressie (mede) het gevolg is van die somatische aandoening, wordt de diagnose „stemmingsstoornis door een somatische aandoening“ gesteld.

Gedacht moet worden aan de volgende aandoeningen:

- Neurologisch: beroerte, dementie, ziekte van Parkinson, amyotrofe laterale sclerose (ALS), multipele sclerose (MS)
- Endocrien: diabetes mellitus, schildklierstoornissen
- Hart- en vaatziekten
- Maligniteiten (bv. pancreaskopcarcinoom)
- Nierziekten
- Auto-immuunziekten (bv. reumatische aandoeningen)
- Infectieziekten (bv. humaan immunodeficiëntievirus (HIV)/acquired immunodeficiency syndrome (AIDS))
- Onverklaarde syndromen (zoals chronisch-vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie, onverklaarde chronische pijn).

Deze opsomming is zeker niet volledig. Van belang is dat de relatie tussen de lichamelijke ziekte en de depressieve klachten of stoornis wordt geëxploreerd. Er bestaan verschillende mogelijkheden. De depressie kan het fysiologische gevolg zijn van de somatische ziekte. Ook kan sprake zijn van een psychologische reactie op de pijn, beperkingen of slechte prognose van de lichamelijke aandoening. In beide gevallen bestaat er een temporele relatie tussen de depressie en het begin, de exacerbatie en/of de remissie van de lichamelijke aandoening. Uitsluitend in het eerste geval wordt gesproken van een "stemmingsstoornis door een somatische aandoening". In het tweede geval moet eerder aan een "aanpassingsstoornis" worden gedacht. Ook kan sprake zijn van een coïncidentie. Dan ontbreekt een causaal verband tussen de beide aandoeningen. Ten slotte kan de depressie voorafgaan aan de aandoening.

Aanbevelingen:

Bij het diagnosticeren van een depressie moet altijd worden gedacht aan een somatische ziekte als (mede)oorzakelijke factor.

6.15 Gevolgen van de verschillende typen depressies (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Bij matig ernstige en ernstige depressies is, ook in de eerste lijn, synchroniciteit tussen klachten en functioneren op levensgebieden (privé, werk, sociaal, enz.) aangetoond (Ormel e.a., 1993). Hoe ernstiger het klachtenbeeld, des te ernstiger de beperkingen in het functioneren. Het is aannemelijk dat in de herstelfase een zeker symptoomherstel voorwaarde is voor functioneringsherstel. Bij lichte depressies is een dergelijk verband niet aangetoond en bij de aanpassingsstoornissen lijkt het niet te bestaan (Van der Klink e.a., 2003). Bij lichte depressies hoeft het klachtenpatroon dus weinig of geen invloed te hebben op het sociaal en beroepsmatig functioneren. Bij stressgerelateerde stoornissen werken deactiverende adviezen contraproductief en herstelbelemmerend. Ook bij (lichte) depressies, waarbij structuur en activering doorgaans een positieve uitwerking hebben, zou dit het geval kunnen zijn.

Aanbevelingen:

Depressies hebben afhankelijk van ernst en duur gevolgen voor het algemeen functioneren. Bij de diagnostiek van depressie dient te worden beoordeeld in welke mate de depressie het functioneren in de verschillende sociale rollen (werk, relaties, sociale contacten, zelfverzorging etc.) heeft aangetast.

6.16 Het ontstaan van depressie (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Multicausale verklarmodellen voor het syndroom depressie lijken het beeld depressie en de mogelijke behandelingen beter in kaart te brengen dan het vroeger gehanteerde monocausale model (óf endogeen, óf reactief). Er zijn factoren die predisponeren voor een depressie (bijv. genetische factoren en ongunstige ontwikkelingsfactoren), factoren die een depressie kunnen uitlokken (verlieservaringen waarbij de beleving van de persoon centraal staat, niet de „feitelijke grootte" van het verlies) en factoren die de uitingsvorm (zoals matig ernstig of ernstig) van de depressie beïnvloeden (genetische invloeden en de voorgeschiedenis van de betreffende persoon).

In het pathogenetische denken kan onderscheid worden gemaakt tussen de fysiopathogenese en de psychopathogenese. Endocriene systemen en neurotransmissiesystemen lijken in samenhang met de depressie uit balans te raken. Dit zou kunnen wijzen op (het ontstaan van minder reversibele) veranderingen op het niveau van gen-transmissie en hersenstructuren onder invloed van stress.

6.16.1 Fysiopathogenese (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Fysiopathogenese veronderstelt dat er een verhoogd risico op depressie bestaat bij het voorkomen van depressie binnen de familie (genetische factor). De invloed van fysiologische factoren komt naar voren bij de depressie die ontstaat bij of door middelengebruik, of bij of door een onderliggende lichamelijke ziekte (zie ook 6.14).

6.16.2 Psychopathogenese (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

In de psychopathogenese spelen ingrijpende ervaringen in de levensgeschiedenis (zoals het overlijden van een van de ouders op jonge leeftijd), het bestaan van angststoornissen, en eerdere depressies en suïcidepogingen een rol. Sociaal gezien zijn stressvolle gebeurtenissen of omstandigheden (discriminatie, marginalisering), het al dan niet hebben van een steunend sociaal netwerk en het al dan niet vrouw zijn van belang. Ten aanzien van dit laatste, is het verschil in de incidentie en prevalentie van depressie tussen mannen en vrouwen (in westerse culturen globaal 1:2; in niet-westerse culturen 1:1,2) van belang. Dit verschil wordt op dit moment voornamelijk geïnterpreteerd met psychosociale verklaringen en veel minder met biologische (zoals genetische, endocriene en neurochemische). Psychosociaal gaat het bij vrouwen onder meer om meer ongunstige ervaringen op jongere leeftijd (vooral ook seksueel misbruik), een grotere gevoeligheid voor deze ervaringen, een grotere kans op angst en depressie op jongere leeftijd, sociale rollen (meer zorggericht, conflicterende rolpatronen, rolverbelasting, beperktere rolkeuze), andere attributie- en coping-stijlen, een meer kwetsbare eigenwaarde en meer negatieve levensgebeurtenissen (onder meer seksueel en fysiek).

Depressie is dus een ziektebeeld waarbij korte en lange termijnveranderingen in het centrale zenuwstelsel in een niet-lineair verband staan met levenservaringen en sociale relaties. Interventies op elk punt in de cirkel kunnen therapeutisch zijn, zoals medicatie, sociale steun en psychotherapie (McWinney, 1997).

Aanbevelingen:

Bij het diagnosticeren van een depressie zal aandacht worden besteed aan de familiegeschiedenis, de levensloop en de stressvolle gebeurtenissen/verlieservaringen hierin, de persoonlijkheid, het sociale netwerk en recente stressvolle gebeurtenissen.

6.17 Het voortbestaan van depressies (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Dit subhoofdstuk is onderverdeeld in paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de paragraaftitel.

6.17.1 Patiëntgebonden factoren (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Patiëntgebonden factoren die een rol spelen bij het voortbestaan van depressie zijn:

- Ernst van het ziektebeeld
- Onderkenning en de acceptatie van de aandoening door de patiënt en zijn omgeving
- Openstaan voor behandeling (persoonlijkheid, netwerk, comorbiditeit)
- Mogelijkheden voor, en toegankelijkheid van behandeling (geen kosten en wachtlijst voor medicatie, of wel kosten (eigen bijdrage) en wachtlijst voor psychotherapie)

Voortdurende stressvolle situaties zoals rolconflicten, ambiguïteit in het gezin, conflictueuze verhoudingen in de beroepsmatige of sociale omgeving (bv. herkeuring voor de WAO) of conflicten rond macht met eventuele krenkingen ('pesten'), kunnen een belangrijke onderhoudende rol spelen.

6.17.2 Hulpverlenergebonden factoren (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Hulpverlenergebonden factoren die een rol spelen in het onderhouden van depressies zijn:

- Vaardigheid van de hulpverlener in het herkennen van depressieve stoornissen
- Voldoende scholing in communicatie om de diagnose en het therapievoorstel aan de patiënt duidelijk te maken om vervolgens samen met de patiënt tot een plan van aanpak te komen
- Tijdsinvestering die het kost om een aandoening goed te diagnosticeren en te behandelen moet vertaald worden in een reële beloningsstructuur

De hulpverlener moet letterlijk (niet te ver weg, geen financiële drempel) en figuurlijk (geen moeilijke taal, empathische houding en goede communicatieve vaardigheden) toegankelijk zijn voor de patiënt. Bij doorverwijzing of terugverwijzing is de toegankelijkheid van de verschillende hulpverleners ten opzichte van elkaar van belang. Voor de patiënt is continuïteit in de benadering en het denken rond zijn ziekte van grote waarde (Grundmeyer, 1999)

Aanbevelingen:

Vooroordelen in de maatschappij ten aanzien van depressie als stoornis dienen te worden tegengegaan. Psychohygiënische maatregelen in werk- en/of privé-omgeving kunnen belangrijk zijn. Hulpverleners dienen voldoende geschoold te zijn om adequaat te diagnosticeren en te behandelen. Communicatieve vaardigheden zijn hierbij een basisvoorwaarde. De hulpverlening dient goed toegankelijk te zijn voor de patiënt.

6.18 Het recidiveren van depressie (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

In grote lijnen spelen bij het recidiveren van depressies dezelfde factoren een rol als bij etiologie en het voortbestaan. Voorbeelden zijn een traumatische verlieservaring of stress door conflicten in het gezin of in andere sociale verbanden.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur (1996). *Guidelines for the treatment and management of depression by primary healthcare professionals*. New Zealand

Agency for Health Care Policy and Research. (1993). *Depression in primary care: volume 1. Detection and diagnosis*.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. (1994). *DSM IV Primary care* (international edition).

American Psychiatric Association. (1995). *Guideline Psychiatric Evaluation of Adults*. Washington, DC: American Psychiatric Press .

American Psychiatric Association. (2000). *Practice guideline for the treatment of patients with Major*

Depressive Disorder.

Connerney, I., Shapiro, P.A., McLaughlin, J.S., e.a. (2001). Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study. *Lancet*, 358, 1766-1771.

Grundmeijer, H.G.L.M., Reenders, K., & Rutten G.E.H.M. (1999). *Het geneeskundig proces, van klacht naar therapie*. Maarssen: Elsevier.

Klink, J.J.L. van der (Red.). (2000). *Eerstelijns handelen bij psychische klachten en arbeid. Richtlijn voor huisartsen en bedrijfsartsen. Testversie*. Amsterdam: SKB/KNMG.

Klink, J.J.L. van der, Blonk, R.W., Schene, A.H., e.a. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 429-437.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. (1999). *Passende ambulante zorg bij depressie*.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (1994). *Depressie bij volwassenen*.

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. (1997). *Richtlijn voor de psychotherapeutische behandeling van depressie*.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen GGZ. (2003). Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen.

Mayou, R.A., Gill, D., Thompson, D.R., e.a. (2000). Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 62, 212-219.

McWinney, (1997). *A textbook of family medicine* (2de druk), pp.2907-303. Oxford: Oxford University Press.

Nederlands Huisartsen Genootschap. (1994). *Standaard Depressie*.

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. (2000). *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Psychische Klachten. Richtlijn voor Bedrijfsartsen*

Ormel, J., Von Korff, M., van den Brink, W., e.a. (1993). Depression, Anxiety, and Social Disability show synchrony of change in primary care patients. *American Journal of Public Health*, 83, 385-390.

Paykel, E.S. (1991). Depression in women. *British Journal of Psychiatry*, 158(Suppl. 10), 22-29.

Schmidt, A. (2001). Overspannen, depressief, burnout of chronisch vermoeid: een diagnostische grabbelton? *Huisarts en Wetenschap*, 44, 283-287.

Terluin, B. (1994). *Overspanning onderbouwd*. Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht.

6.19 Meetinstrumentarium voor de screening, classificatie en ...

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

De Richtlijnwerkgroep heeft onderzocht welke meetinstrumenten beschikbaar zijn waarvan een Nederlandse bewerking beschikbaar is en waarbij de psychometrische eigenschappen bij een representatieve Nederlandse populatie werden onderzocht. Als aan dit laatste criterium niet werd voldaan, werd nagegaan of er psychometrische gegevens bekend zijn uit buitenlands onderzoek. Een enkele keer waren meta-analyses en/of systematische overzichtsartikelen beschikbaar.

Voor de behandeling van een patiënt met een depressie is adequate diagnostiek noodzakelijk. Hoewel het in de praktijk niet altijd nodig is alle fasen volledig te doorlopen, is bij het overzicht van het meetinstrumentarium een drietal diagnostische fasen onderscheiden: screening, classificatie en ernstmeting. Bij de selectie van de instrumenten werd dan ook deze driedeling aangehouden. De beschikbaarheid van de meetinstrumenten is weergegeven in de Appendix.

6.19.1 Screening (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

De eerste stap in het diagnostische proces kan screening met een instrument zijn. Voldoet iemand wel of niet aan de minimale voorwaarden die besloten liggen in de definitie voor aanwezigheid van een psychiatrische stoornis?

Een screener moet daarom kort en betrouwbaar zijn. Voorts moet een screener vooral een hoge sensitiviteit en specificiteit hebben, met andere woorden: de test moet gevoelig zijn en idealiter leiden tot correcte classificatie in wel/niet ziek. Omdat de formulering van de vragen de psychometrische kwaliteiten van een instrument in belangrijke mate beïnvloedt, en dit fenomeen naarmate minder vragen worden gesteld aan

belang wint, is het belangrijk Nederlandse instrumenten of Nederlandse versies van screeners te gebruiken, die in een Nederlandse populatie zijn onderzocht.

Screeningsinstrumentarium

- *Interventie Studie Eerste Lijn (INSTEL) screeningsvragenlijst* De INSTEL-screeningsvragenlijst is een interview. Het is een verbeterde versie van het Goldberg-screeningsinstrument (Goldberg e.a., 1988). Eén ja op de eerste 2 vragen geeft een sensitiviteit van 95,8%, een specificiteit van 80,8%, een PVW (positief voorspellende waarde) van 50,5% en een NVW (negatief voorspellende waarde) van 99,0% voor een depressie en/of een gegeneraliseerde angststoornis. Als vervolgens op de depressieschaal (6 vragen) 3 of meer ja-antwoorden gegeven worden, is de sensitiviteit 82,5%, de specificiteit 96,5%, de PVW 80,5% en de NVW 97,1%. In vergelijking met het Goldberg-screeningsinstrument kan gemiddeld met 5 in plaats van 11 vragen worden volstaan (Tiemens e.a., 1995). De betrouwbaarheid en validiteit van dit instrument zijn nog onvoldoende onderzocht.
- *Depressieherkenningschaal (DHS)* De DHS is eveneens een interview dat gebaseerd is op het Goldberg-screeningsinstrument. Wanneer op 1 van de eerste 4 vragen een ja-antwoord wordt gegeven, worden ook de 5 volgende vragen gesteld. Bij een afkappunt van 4 is de PVW 54% en de NVW 100%. Het gaat hier echter om een groep patiënten bij wie de huisarts reeds een depressie vermoedt. De convergerende validiteit met de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) is 0,73, terwijl die met de Symptom Checklist (SCL-90) 0,66 bedraagt. De interne consistentie was op basis van Cronbachs alfa 0,63 - 0,75 (Van Marwijk e.a., 1996). Verder onderzoek op het gebied van betrouwbaarheid en validiteit is aangewezen.
- *Vierdimensionale Vragenlijst (4DKL)* De 4DKL is een zelfinvulvragenlijst waarvoor ook een computerprogramma beschikbaar is. De vragenlijst bestaat uit 50 items, de duur van de afname is 5 - 10 minuten. De vragenlijst meet spanningsklachten en surmenage (distress), depressie, angst en somatisatie als aparte dimensies en kan helpen onderscheid te maken tussen ongecompliceerde stressgerelateerde problematiek en psychiatrische stoornissen. De vier dimensies van deze vragenlijst bestrijken tevens het grootste deel van het spectrum van psychische symptomatologie in de huisartspraktijk. De meeste ervaring is tot nu toe dan ook opgedaan in de huisartspraktijk en in de bedrijfsgezondheidszorg. Bij onderzoek is een interne consistentie gevonden van 0,84 - 0,94 (Cronbachs alfa) en een testherstestbetrouwbaarheid (Pearson) van 0,89 - 0,94. De 4DKL laat een logische samenhang zien met overeenkomstige schalen zoals de SDS (Self-Rating Depression Scale) (Zung), de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), de GHQ (General Health Questionnaire) en de MV (Maastrichtse Vragenlijst). Dit neemt niet weg dat de validiteit van de 4DKL nog verder onderzocht moet worden. Bij individueel gebruik in de klinische praktijk kan gebruik worden gemaakt van normscores voor onderscheiden doelgroepen (Terluin, 1998a, 1998b, 1996). De 4DKL is beoordeeld door de COTAN (Commissie TestAangelegenheden Nederland van het NIP) (Evers e.a., 2000): de uitgangspunten bij de testconstructie en de begripsvaliditeit zijn als goed beoordeeld; de kwaliteit van het testmateriaal, de betrouwbaarheid en de criteriumvaliditeit zijn als voldoende beoordeeld; de kwaliteit van de handleiding en de normen zijn als onvoldoende beoordeeld. *Mood Disorder Questionnaire (MDQ)* De MDQ is een zelfinvulvragenlijst bestaande uit 15 vragen. De afname duurt ongeveer 5 minuten. De lijst is bedoeld als screeningsinstrument voor het opsporen van bipolaire stoornissen in een populatie van patiënten van psychiatrische poliklinieken (Hirschfeld e.a., 2000), maar kan ook in de eerste lijn enig nut hebben (Hirschfeld e.a., 2003). Als patiënten van psychiatrische poliklinieken op de eerste 13 vragen 7 maal een ja-antwoord geven, en vervolgens op vraag 14 ook ja antwoorden, en bij vraag 15 aanzienlijke of ernstige problemen worden aangegeven, bestaat er een grote kans op een stoornis uit het bipolaire spectrum (sensitiviteit 73,0%; specificiteit 90,0%). In de algemene bevolking bedraagt de sensitiviteit 28,1% en de specificiteit 97,2%. Er is een Nederlandse vertaling beschikbaar (MDQ-NL) die echter nog niet op psychometrische kwaliteiten is onderzocht. (Hirschfeld, 2000, 2003) *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* De HADS is een zelfinvulvragenlijst die bij diverse Nederlandse patiëntenpopulaties werd onderzocht. De vragenlijst bevat 14 items. Op basis van in Nederland uitgevoerd onderzoek wordt aanbevolen de gehele vragenlijst te gebruiken, in plaats van alleen de depressiesubschaal. De Nederlandse versie van de HADS lijkt eerder algemene distress te meten dan het mogelijk te maken een onderscheid te maken tussen depressie en angst. Afhankelijk van de onderzochte populatie moet gezocht worden naar het afkappunt dat de beste verhouding oplevert tussen sensitiviteit, specificiteit en PVW. De interne consistentie voor de hele schaal en voor de beide subschalen bedraagt 0,71 - 0,90 (Cronbachs alfa). Er is een testherstestbetrouwbaarheid (Pearson) gevonden van 0,89 (angst), 0,86 (depressie) en 0,91 voor de totale schaal (Spinhoven e.a., 1997). De HADS is beoordeeld door de COTAN: de kwaliteit van het testmateriaal en de betrouwbaarheid zijn als goed beoordeeld; de uitgangspunten bij de testconstructie zijn als voldoende beoordeeld; de kwaliteit van de handleiding, de normen, en de begrips- en criteriumvaliditeit zijn als onvoldoende beoordeeld. Een review van onderzoek van de HADS in andere landen leidde tot de conclusie dat de afzonderlijke subschalen gebruikt kunnen

worden (Herrmann, 1997). De Expert Working Group van de European Association of Palliative Care concludeert dat het nut van de HADS als screener in de palliatieve zorg twijfelachtig is (Stiefel e.a., 2001).

Conclusies:

Niveau 3	<ul style="list-style-type: none">• Als screeners komen in aanmerking de interviews INSTEL-screen (INterventie STudie Eerste Lijn) en de Depressieherkenningschaal (DHS).• Voor het onderscheiden van spanningsklachten en surmenage (distress), depressie, angst en somatisatie in de eerstelijnsgezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg kan een zelfinvulvragenlijst de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) worden gebruikt.• Voor het opsporen van patiënten met een bipolaire stoornis kan gebruikgemaakt worden van de Mood Disorder Questionnaire (MDQ-NL).• Verder kan de zelfinvulvragenlijst Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) gebruikt worden.
-----------------	--

6.19.2 Overwegingen (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Depressie als syndroom is een ziektebeeld waarbij subjectieve aspecten een grote rol spelen. Depressie is niet een eenduidig gedefinieerd begrip. Dit vindt zijn weerslag in de constructie van het instrumentarium dat voor het meten van depressie gebruikt wordt. Zo worden er verschillende accenten gelegd op bijvoorbeeld gedrag, cognities of ziekte. Er bestaat dan ook geen 'gouden standaard' voor het meten van depressieve stoornissen. De keuze van instrumenten die in onderzoekssituaties worden ingezet als 'gouden standaard' is gebaseerd op ad hoc afspraken. Dit heeft als gevolg dat vooral de validering van (meet)instrumenten discussie oproept. Ondanks de tekortkomingen zijn er toch instrumenten voorhanden die een hulpmiddel kunnen zijn in de eerstelijns- en de bedrijfsgezondheidszorg.

Aanbevelingen:

Hoewel in sommige gevallen de betrouwbaarheid en in alle gevallen de validiteit van de besproken screeners nog verder onderzocht moet worden, zijn zij toch in bepaalde situaties bruikbaar in de eerstelijns gezondheidszorg (voor de huisarts en de eerstelijns psycholoog) en de bedrijfsgezondheidszorg.

De Richtlijnwerkgroep acht het niet wenselijk bij alle patiënten in de eerste lijn een screener te gebruiken. Het gebruik van dergelijk instrument is mogelijk zinvol bij onverklaarde somatische klachten of onduidelijke symptomatologie; dan kan een screener een indicatie geven van een psychiatrische stoornis. Het alternatief is bij het vermoeden van een depressie te vragen naar een depressieve stemming en/of naar het verlies van

interesse of plezier, om bij een positief antwoord over te gaan tot nadere diagnostiek (Valenstein e.a., 2001; Williams e.a., 1999; Chochinov e.a., 1997; Whooley e.a., 1997).

In de literatuur worden afkappunten gepresenteerd die het mogelijk maken te besluiten of een casus mogelijk tot de zieken of niet-zieken behoort. Afhankelijk van de populatie waarmee wordt gewerkt en de doelstelling die men nastreeft - bijvoorbeeld zoveel mogelijk zieken vinden, of zoveel mogelijk niet-zieken uitsluiten - dient het meest bruikbare afkappunt te worden gekozen.

De INSTEL en de DHS zijn korte interviews die in de eerstelijnspraktijk en de bedrijfsgezondheidszorg kunnen helpen om een snelle indicatie te krijgen of er sprake zou kunnen zijn van een depressieve stoornis, al dan niet in combinatie met (gegeneraliseerde) angst.

De zelfinvulvragenlijst 4DKL kan vooral een rol spelen bij het maken van een onderscheid tussen 'echte' surmenageklachten en uitgebreidere, meer psychiatrische symptomatologie. De MDQ-NL is een korte zelfinvulvragenlijst die kan helpen bij het opsporen van bipolaire stoornissen.

De HADS is een korte zelfinvulvragenlijst die kan helpen psychiatrische stoornissen op te sporen bij patiënten met somatische problemen.

De uitkomst van een screener is geen diagnose, maar kan een 'verdenking' opleveren die moet worden getoetst.

Er moet worden nagegaan of er daadwerkelijk sprake is van een depressieve stoornis volgens een overeengekomen set van criteria, en hoe de stoornis volgens de nosologische classificatieregels moet worden benoemd.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

- Chochinov, H.M., Wilson, K.G., Enns, M., e.a. (1997). "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*, 154, 674-676. (B)
- Evers, A., van Vliet-Mulder, J.C., & Groot, C.J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, Deel I & II*. Assen: Van Gorcum & Comp. (B)
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., e.a. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297, 897-899. (B)
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the hospital anxiety and depression scale - a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 17-41. (B)
- Hirschfeld, R.M.A., Holzer, C., Calabrese, J.R., e.a. (2003). Validity of the Mood Disorder Questionnaire: a general population study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 178-180. (B)
- Hirschfeld, R.M.A., Williams, J.B.W., Spitzer, R.L., e.a. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1873-1875. (B)
- Marwijk, H.W.J. van, van der Linde, J., Nolen, W.A., e.a. (1996). De 'Depressieherkenningsschaal': een hulpmiddel bij het diagnosticeren van depressie in de huisartspraktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 2127-2131. (B)
- Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P.P.A., e.a. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370. (B)
- Stiefel, F., Die Trill, M., Berney, A., e.a. (2001). Depression in palliative care: a pragmatic report from the Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. *Support Care Cancer*, 9, 477-488. (B)
- Terluin, B. (1998a). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de huisartspraktijk. Psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog*, 33, 18-24. (B)
- Terluin, B. (1998b). Wat meet de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in vergelijking met enkele bekende klachtenlijsten. *Tijdschrift Gezondheidswetenschappen*, 76, 435-441. (B)
- Terluin, B. (1996). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts en Wetenschap*, 39, 538-547.
- Tiemens, B.G., Ormel, J., van den Brink, R.H.S., e.a. (1995). Signalering van depressie en gegeneraliseerde angst in de huisartspraktijk. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, 73, 520-527. (B)
- Valenstein, M., Vijan, S., Zeber, J.E., e.a. (2001). The cost-utility of screening for depression in primary care. *Annals of Internal Medicine*, 134, 345-360. (B)
- Whooley, M.A., Avins, A.L., Miranda, J., e.a. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 439-445. (B)
- Williams, J.W., Mulrow, C.D., Kroenke, K., e.a. (1999). Case-finding for depression in primary care: a randomized trial. *American Journal of Medicine*, 106, 36-43. (B)

6.19.3 Classificatie (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Als er bij screening sprake is van een vermoedelijke depressie die wellicht behandeling behoeft, moet worden nagegaan in hoeverre de nosologische classificatieregels op dit ziektebeeld bij deze patiënt van toepassing zijn. Daarvoor zijn diverse instrumenten beschikbaar.

6.19.4 Instrumentarium (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

- *Structured Clinical Interview voor de DSM-IV (SCID)*
De SCID is een semi-gestructureerd interview voor de classificatie van psychiatrische stoornissen volgens de DSM-IV-criteria. SCID-I is bedoeld voor de as-I-stoornissen en SCID-II voor de as-II-stoornissen. Er zijn 2 versies: één voor researchdoeleinden en één voor gebruik in de klinische praktijk. De benodigde tijdsduur is 60 - 120 minuten. Indien gewenst, kunnen afzonderlijke modules worden gebruikt. Een Nederlandse versie is beschikbaar. Daarnaast bestaat er een SCID-D voor de vaststelling van dissociatieve stoornissen. Ook hiervan is een Nederlandse versie beschikbaar. Segal e.a. (1994) gaven een overzicht van de betrouwbaarheidsonderzoeken met de DSM-III-R-versie. De waarden varieerden tussen kappa 0,61 voor de testherstestbetrouwbaarheid van de SCID-I en kappa 0,70 - 0,92 voor interbeoordelaarsbetrouwbaarheid op het specifieke gebied van de stemmingsstoornissen. De Nederlandse versie is nog niet onderzocht op psychometrische eigenschappen.
- *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN 2.1)*
De SCAN 2.1 is een semi-gestructureerd interview voor onderzoek van de belangrijkste psychiatrische stoornissen, dat in verschillende nosologische systemen gescoord kan worden, onder meer op de DSM-IV-as-I. De benodigde tijdsduur bedraagt al gauw 90 minuten, maar kan bij een ingewikkelde casus oplopen tot 4 uur. Het interview kan echter ook gedeeltelijk worden afgenomen, bijvoorbeeld alleen de secties betreffende depressie. De Mini-SCAN is een praktische verkorte versie. De SCAN 2.1 bestaat uit de 10e editie van het Present State Examination (PSE-10), de Item Group Checklist (IGC) en de Clinical History Schedule (CHS). Een algoritme genereert de diagnose. Daarnaast is er een verklarende woordenlijst met definities beschikbaar. Van de SCAN 2.1 en de Mini-SCAN is een Nederlandse versie beschikbaar. Rijnders e.a. (2000) vonden voor het PSE-10-onderdeel een test-hertestbetrouwbaarheid van kappa 0,24 - 0,64 voor verschillende diagnoses. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor stemmingsstoornissen bedroeg 0,84 - 0,90. Verder onderzoek van de psychometrische eigenschappen is aangewezen.
- *Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)*
- MINI is ontwikkeld als een beknopt gestructureerd interview voor de belangrijkste psychiatrische aandoeningen op as-I volgens de DSM-IV en op de ICD-10. De MINI kan in 15 - 30 minuten worden afgenomen. De MINI Plus is een meer gedetailleerde versie van de MINI. Er is van de MINI (Plus) een Nederlandse versie beschikbaar. Van de MINI bestaat ook een door patiënten als zelfinvulvragenlijst te gebruiken MINI-screen. Sheehan e.a. (1998) vermeldden voor de diagnose depressie in engere zin een sensitiviteit van 0,94 - 0,96, een specificiteit van 0,79 - 0,88, een PVW van 0,82 - 0,87 en een NVW van 0,93 - 0,97. Voor dysthymie is de sensitiviteit 0,67, specificiteit 0,99, de PVW 0,45 en de NVW 0,99. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bedroeg kappa 1,00 en de test-hertestbetrouwbaarheid was kappa 0,87. De Nederlandse versie is nog niet onderzocht op psychometrische eigenschappen.
- *Calgary Depression Scale (CDS)*
De CDS is ontworpen voor het meten van depressie bij patiënten met schizofrenie. Dit gestructureerde interview bestaat uit 8 vragen die gevolgd worden door een observatie-item. Dit item wordt gescoord op grond van observaties tijdens het hele interview. Dit instrument is bedoeld om een onderscheid te kunnen maken tussen depressie, negatieve symptomen en extrapiramidale symptomen. De benodigde tijdsduur is 15 - 20 minuten. Er is een Nederlandse versie beschikbaar. Addington e.a. (1993, 1994, 1996) vonden voor de Engelstalige versie een interne consistentie

(Cronbachs alfa) van 0,71 - 0,86 en een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van 0,89. De convergerende validiteit varieerde van 0,79 met de Beck Depression Inventory (Beck) tot 0,82 met de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) (Hamilton). Voor deze Engelstalige versie werden geen correlaties gevonden met de positieve en negatieve symptoomschalen van de Positive and Negative Symptom Scale (PANSS) en de schaal van de Simpson-Angus Scale (SAS). Voor de Franstalige versie werd een lage, maar significante correlatie gevonden tussen de CDS en de PANSS-pos-subschaal (Lançon e.a., 1999). Afhankelijk van het belang dat men hecht aan sensitiviteit of specificiteit kan met de afkappunten worden geschoven. De Nederlandse versie is nog niet onderzocht op psychometrische eigenschappen.

Aanbevelingen:

De (semi)gestructureerde interviews zijn bedoeld om de betrouwbaarheid en de validiteit van het gebruikelijke ongestructureerde klinisch gesprek dan wel interview te verhogen. De Richtlijnwerkgroep vindt dat het vooral zinvol is deze instrumenten te gebruiken in bijzondere situaties in de tweede lijn, bijvoorbeeld bij ingewikkelde differentiële diagnostiek.

Wie voldoende tijd heeft of volledigheid betracht, kan (modules uit) de SCID gebruiken. Patiënten die symptomen vertonen van een sterke cognitieve deterioratie, die zeer geagiteerd zijn of die ernstige psychotische symptomen vertonen, kunnen niet met behulp van de SCID geïnterviewd worden. De SCID kan in deze gevallen dienen als een checklist bij het verzamelen van informatie uit andere bronnen. Een alternatief voor de SCID vormt de SCAN, waarvan de afname echter meestal meer tijd vergt.

Wie minder tijd te spenderen heeft en tevreden is met minder gedetailleerde informatie kan gebruik maken van de MINI.

Met behulp van de CDS is het mogelijk een onderscheid te maken tussen depressie, negatieve symptomen en extrapiramidale symptomen bij patiënten met schizofrenie.

Voor een betrouwbaar gebruik van genoemde instrumenten is een specifieke training noodzakelijk.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

Addington, D., Addington, J., & Atkinson, M. (1996). A psychometric comparison of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia and the Hamilton Depression Rating Scale. *Schizophrenia Research*, 19, 205-212. (B)

Addington, D., Addington, J., & Maticka-Tyndale, E. (1993). Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 163(Suppl. 22), 39-44. (B)

Addington, D., Addington, J., & Maticka-Tyndale, E. (1994). Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 11, 239-44. (B)

Lançon, C., Auquier, P., Reine, G., e.a. (1999). Evaluation of depression in schizophrenia: psychometric properties of a French version of the Calgary Depression Scale. *Psychiatry Research*, 89, 123-132. (B)

Rijnders, C.A.T., van den Berg, J.F.M., Hodiament, P.P.G., e.a. (2000). Psychometric properties of the schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN-2.1). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 348-352. (B)

Segal, D.L., Hersen, M., Van Hasselt, V.B. (1994). Reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R: an evaluative review. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 316-327. (B)

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., e.a. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl. 20), 22-33. (B)

Conclusies:

Niveau 3	Als hulpmiddel om tot de nosologische classificatie van depressieve stoornissen volgens de DSM-IV te komen, kan gebruik gemaakt worden van het Structured
-----------------	---

Clinical Interview voor de DSM-IV-as-I (SCID-I), de Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN 2.1) en het Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) en de MINI Plus. Voor het beoordelen van depressie bij schizofrene patiënten kan de Calgary Depression Scale (CDS) worden gebruikt.

Overige overwegingen:

Over de validiteit van de hier genoemde gestructureerde interviews is moeilijk een definitieve uitspraak te doen, omdat een 'gouden standaard' ontbreekt.

Voor een betrouwbaar gebruik van genoemde instrumenten is een specifieke training noodzakelijk.

6.19.5 Ernstmeting (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

De basis van de classificatie wordt gevormd door het evalueren van de symptomen, met name de aanwezigheid ervan. Voor het meten van de ernst van de symptomen kan men een beroep doen op interview-/observatieschalen en zelfinvulvragenlijsten. Het kunnen meten van de ernst van de symptomen en veranderingen van de ernst is, behalve bij initiële keuzen in het behandelbeleid, met name van belang bij effectonderzoek van behandeling.

Instrumentarium: interview- en observatieschalen

- *Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)*

Er bestaan verschillende versies van de HRSD. De meest gebruikte is de oorspronkelijke 17-itemversie. Daarnaast is er onder meer een veel gebruikte 21-itemversie, waarbij de toegevoegde items betrekking hebben op variatie in het dag-nachtritme, depersonalisatie, paranoïde denken en obsessief-compulsief gedrag. Ook in Nederland zijn verschillende versies in gebruik en zijn meerdere vertalingen gemaakt. Voor de Nederlandse vertaling wordt verwezen naar de publicatie van de Richtlijnwerkgroep Standaardisering Vragenlijsten (Zitman e.a., 1989). Deze vertaling is op haar psychometrische eigenschappen onderzocht. Hermans e.a. (1981) vonden in een onderzoek met de HRSD en de Self-Rating Depression Scale (SDS) (Zung) voor de HRSD een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van 0,92 (Pearson) en een interne consistentie van 0,82 (Cronbachs alfa); de correlatie tussen de HRSD en de SDS bedroeg 0,74 (Spearman). Hartong en Goekoop (1985) vonden in een onderzoek met de HRSD en de Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor de HRSD van 0,98 (Spearman) en een interne consistentie van 0,85 (Cronbachs alfa), terwijl de correlatie tussen de totaalscores op de HRSD en de MADRS 0,83 - 0,94 bedroeg. De Carroll Rating Scale (CRS) is de zelfinvulversie van de HRSD. Hiervan is geen officiële Nederlandstalige versie voorhanden. Carroll e.a. (1981) rapporteerden voor de zelfinvulversie op het gebied van interne consistentie een itemtotaal-correlatie van 0,05 - 0,78 (mediaan 0,55) en een split-half-correlatie van 0,74 - 0,98 (afhankelijk van de gekozen verdeling van de testhelften). De convergerende validiteit met de HRSD bedroeg in dit onderzoek 0,80 en met de Beck Depression Inventory (BDI) 0,86. De HRSD is beoordeeld door de COTAN: de uitgangspunten bij de testconstructie, de betrouwbaarheid en de begripsvaliditeit zijn als voldoende beoordeeld; de kwaliteit van het testmateriaal en de handleiding, de normen en de criteriumvaliditeit zijn als onvoldoende beoordeeld.

- *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)*

Voor de Nederlandse vertaling van de MADRS wordt verwezen naar de publicatie van de Richtlijnwerkgroep Standaardisering Vragenlijsten (Zitman e.a., 1989). Hartong en Goekoop (1985) vonden in een onderzoek met de HRSD en de MADRS interbeoordelaarsbetrouwbaarheidswaarden voor de MADRS variërend van 0,94 - 0,99 (Spearman), een interne consistentie van 0,89 (Cronbachs alfa) en een correlatie tussen de totaalscores op de HRSD en de MADRS van 0,83 - 0,94. Er bestaat

ook een zelfinvulversie van deze schaal, de MADRS-S (Svanborg & Åsberg, 2001), die vergelijkbare kenmerken heeft als de BDI (Beck), maar waarvan geen officiële Nederlandse versie voorhanden is. De MADRS is beoordeeld door de CO-TAN: de uitgangspunten bij de testconstructie, de kwaliteit van het testmateriaal en de betrouwbaarheid zijn als voldoende beoordeeld; de kwaliteit van de handleiding, de normen, de begrips- en criteriumvaliditeit zijn als onvoldoende beoordeeld.

- *Bech Rafaelsen Melancholia Rating Scale (BRMS)*

Er is een Nederlandse vertaling van de BRMS beschikbaar. Maier e.a. (1988) en Bech (1992) rapporteerden een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van 0,71 - 0,88. In het onderzoek van Maier, waarbij de BRMS werd vergeleken met de HRSD en de MADRS, scoorde de BRMS beter dan de 2 andere schalen, die echter ook in dit onderzoek voldoende betrouwbaar bleken. Ook op het vlak van interne consistentie, geanalyseerd met Rasch-analyse, scoorde de BRMS beter dan de HRSD en de MADRS, waarbij de 2 laatste schalen in dit onderzoek onvoldoende intern consistent bleken. Ten slotte bleek de BRMS van deze 3 schalen het meest gevoelig voor veranderingen in de ernst van depressie. De Nederlandse versie is nog niet onderzocht op psychometrische eigenschappen.

- *Inventory for Depressive Symptomatology (IDS-C)*

Er is een Nederlandse vertaling beschikbaar van de IDS-C. Rush e.a. (1986, 1996) en Corruble e.a. (1999) rapporteerden een interne consistentie van 0,75 - 0,94 (Cronbachs alfa). De convergerende validiteit met de HRSD bedroeg 0,68 - 0,92 en met de BDI 0,61 tot 0,86, terwijl die met de MADRS 0,81 was. De IDS-C is een goed instrument gebleken voor het meten van veranderingen in de ernst van depressie. Rush e.a. (1996) vonden een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor de IDS-C van 0,96 en een correlatie tussen de IDS-C en de zelfinvulversie, de IDS-SR, van 0,88 - 0,91. De Nederlandse versie is nog niet onderzocht op psychometrische eigenschappen.

Er is bij een aantal van de gepresenteerde schalen sprake van een selectieve (over)representatie van bepaalde symptoomgebieden. Deze itembias is door Dingemans en Nolen (1998) in kaart gebracht. Uit dit overzicht (zie tabel 6.1) blijkt dat, globaal genomen, de BRMS en de IDS de onderscheiden symptoomdimensies relatief evenwichtiger bestrijken.

Tabel 6.1 Ernstschaalen voor depressie: representatie van symptoomgebieden

Symptoomgebied	IDS	HRSD	BRMS	MADRS	BDI	SDS	CRS
Stemming	20	8	18	30	9,5	15	8
Vegetatief	27	28	18	30	29	35	35
Motorisch	10	12	18	-	-	5	15
Sociaal	13	8	9	-	5	-	-
Cognitief	13	28	27	30	52	35	27
Angst	10	16	9	10	-	5	15
Prikkelbaar	7	-	-	-	5	5	-

De representatie is weergegeven per dimensie als percentage van het aantal items dat op dit symptoomgebied betrekking heeft.

IDS = *Inventory for Depressive Symptomatology*; HRSD = *Hamilton Rating Scale for Depression*; BRMS = *Bech Rafaelsen Melancholia Rating Scale*; MADRS = *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale*; BDI = *Beck Depression Inventory*; SDS = *Self-Rating Depression Scale*; CRS = *Caroll Rating Scale*.

Instrumentarium: zelfinvulvragenlijsten

- *Self-Rating Depression Scale (SDS)*

Voor de Nederlandse vertaling van de SDS van Zung wordt verwezen naar de publicatie van de Richtlijnwerkgroep Standaardisering Vragenlijsten (Zitman e.a., 1989). Dijkstra (1974) rapporteerde een testhertestbetrouwbaarheid van 0,84 - 0,92; als interne consistentie werd een KR20 van 0,70 - 0,87 gerapporteerd; de convergerende validiteit met de BDI varieerde van 0,74 - 0,83 en bedroeg met de HRSD 0,56. Er werd echter een lage overeenkomst gevonden met het klinisch oordeel. Verder bleek er veel overlap te bestaan met angst en neuroticisme, waardoor de discriminerende validiteit van de SDS in het geding is. De SDS is beoordeeld door de COTAN: de uitgangspunten bij de testconstructie zijn als goed beoordeeld; de kwaliteit van het testmateriaal, de betrouwbaarheid en de begripsvaliditeit zijn als voldoende beoordeeld; de kwaliteit van de handleiding, de normen, en de criteriumvaliditeit zijn als onvoldoende beoordeeld.

- *Beck Depression Inventory (BDI)*

Voor de Nederlandse vertaling van de BDI wordt verwezen naar de publicatie van de Richtlijnwerkgroep Standaardisering Vragenlijsten (Zitman e.a., 1989). Bouman e.a. (1985) rapporteerden een interne consistentie van 0,82 - 0,86 (Cronbachs alfa); de lange en korte versie van de BDI vertoonden een correlatie van 0,95 met elkaar. Een Rasch-analyse leverde 3 unidimensionale schalen op (Bouman & Kok, 1987). Luteijn en Bouman (1988) vonden diverse aanwijzingen voor de begripsvaliditeit van deze schaal, maar er is te veel overlap met neuroticisme en angst, waardoor de discriminerende validiteit in het geding is. Tevens werd onvoldoende overeenkomst met het klinisch oordeel gevonden. De BDI is beoordeeld door de COTAN (Evers e.a., 2000): de uitgangspunten bij de testconstructie zijn als goed beoordeeld; de kwaliteit van het testmateriaal, de betrouwbaarheid en de begripsvaliditeit zijn als voldoende beoordeeld; de kwaliteit van de handleiding, de normen, en de criteriumvaliditeit zijn als onvoldoende beoordeeld.

- *Inventory for Depressive Symptomatology (IDS-SR)*

Er is een Nederlandse vertaling van de IDS-SR beschikbaar. De IDS-SR heeft een goede interne consistentie (Cronbachs alfa 0,79 - 0,85) en correleert met de HRSD (0,67) en de BDI (0,78 - 0,93) (Rush e.a., 1986, 1996; Corruble e.a., 1999). Rush e.a. (1996) vonden een correlatie tussen de IDS-C en de zelfinvalversie, de IDS-SR, van 0,88 - 0,91. De Nederlandse versie is nog niet onderzocht op psychometrische eigenschappen.

Bij alle schalen worden afkappunten gebruikt om een onderscheid aan te brengen tussen scores die wijzen op 'geen depressie' en scores die wijzen op „lichte“, op „matige“, of op „ernstige depressie“. In de literatuur worden verschillende afkappunten gehanteerd. Hier wordt voor te hanteren afkappunten bij de besproken meetinstrumenten verwezen naar het Handbook of Psychiatric Measures (American Psychiatric Association, 2000). Voor de BRMS, die niet is opgenomen in dit handboek, kunnen de volgende afkappunten aangehouden worden: geen depressie: 0-5; lichte depressie: 6-9; depressie in engere zin: 10-14; ernstig: 15-24; extreem: ≥ 25 .

Depressie is - zoals eerder opgemerkt - geen eenduidig gedefinieerd begrip, en dat vindt zijn weerslag in de constructie van het instrumentarium dat voor het meten van depressie gebruikt wordt. Doordat er verschillende accenten worden gelegd, bijvoorbeeld op gedrag, cognities, en lichamelijke symptomen, kunnen, afhankelijk van het gekozen instrumentarium, ook verschillen in bevindingen wat betreft effect van behandeling worden gevonden.

6.20 Criteria voor (partieel) herstel (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Voor het definiëren van herstel en partieel herstel, van belang in het actief volgen van de depressie en het monitoren van het beloop, adviseert de Richtlijnwerkgroep om afkappunten van meetinstrumenten te gebruiken (Nolen, Dingemans 2004). De Richtlijnwerkgroep kiest hier voor de HRDS, IDS en BDI aangezien deze veelal in de praktijk worden gebruikt, maar met diverse andere instrumenten kan dezelfde methode worden aangehouden. Deze afkappunten van meetinstrumenten dienen in de klinische praktijk flexibel te worden gehanteerd en steeds in combinatie met het oordeel van de patiënt en de behandelaar.

Voor de HDRS geldt dat herstel wordt gedefinieerd als een score < 8 ; partieel herstel is gedefinieerd als een score 8-14. Voor de IDS geldt dat herstel wordt gedefinieerd als een score < 14 ; partieel herstel is gedefinieerd als een score 14-22. En voor de BDI geldt dat herstel wordt gedefinieerd als een score < 14 ; partieel herstel is gedefinieerd als een score 14-20.

Aanbevelingen:

Alhoewel geen van de gepresenteerde meetinstrumenten voldoet aan alle psychometrische eisen, bieden zij toch de mogelijkheid om een betrouwbare en redelijk valide inschatting te maken van de ernst van een depressie en de veranderingen die hierin in de loop van de tijd optreden.

Het wordt aangeraden het verloop van de ernst van een depressie te monitoren, ook als niet meteen tot behandeling wordt overgegaan. De Richtlijnwerkgroep beveelt aan hierbij gebruik te maken van de hier

gepresenteerde meetinstrumenten.

Bij de keuze tussen het gebruik van zelfinvulvragenlijsten en een interview dan wel beoordeling door de clinicus moet rekening worden gehouden met de neiging van ernstig depressieve patiënten om de ernst van de symptomen te verkleinen, terwijl patiënten met lichtere symptomen deze neigen uit te vergroten. De Richtlijnwerkgroep beveelt aan voor de ernstige ziektebeelden te kiezen voor interview- en observatieschalen. Ook kan het gecombineerd gebruik van de IDS-C en de IDS-SR, en in mindere mate van de HRSD en de CRS, hier een optie zijn.

Voor het evenwichtig in kaart brengen van de verschillende symptoomdimensies lijkt de IDS momenteel het beste perspectief te bieden. De psychometrische kwaliteiten van dit instrument moeten echter nog bij een Nederlandse populatie getest worden.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2000). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bech, P. (1992). Symptoms and assessment of depression. In E.S. Paykel (Red.), *Handbook of affective disorders* (pp. 3-13). Edinburgh: Churchill Livingstone. (B)
- Bouman, T.K., & Kok, A.R. (1987). Homogeneity of Beck's Depression Inventory (BDI): applying Rasch analysis in conceptual exploration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *76*, 568-573. (B)
- Bouman, T.K., Luteijn, F., Albersnagel, F.A., e.a. (1985). Enige ervaringen met de Beck Depression Inventory. *Gedrag: tijdschrift voor psychologie*, *13*, 13-24. (B)
- Carroll, B.J., Feinberg, M., Smouse, P.E., e.a. (1981). The Carroll Rating Scale for depression I. Development, reliability and validation. *British Journal of Psychiatry*, *138*, 194-200. (B)
- Corruble, E., Legrand, J.M., Duret, C., e.a. (1999). IDS-C and IDS-SR: psychometric properties in depressed in-patients. *Journal of Affective Disorders*, *56*, 95-101. (B)
- Dijkstra, F. (1974). De zelfbeoordelingsschaal voor depressie van Zung. In H.M. van Praag & H.G.M. Rooymans (Red.), *Stemming en ontstemming* (pp. 98-120). Amsterdam: De Erven Bohn. (B)
- Dingemans, P.M., & Nolen, W.A. (1998). Instrumentarium voor het meten van depressie. In W.A. Nolen & C.A.L. Hoogduin (Red.). *Behandelingsstrategieën bij depressie* (pp. 13-24). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Evers, A., van Vliet-Mulder, J.C., & Groot, C.J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, Deel I & II*. Assen: Van Gorcum. (B)
- Hartong, E.G.T.M., & Goekoop, J.G. (1985). De Montgomery-Åsberg beoordelingsschaal voor depressie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *27*, 657-668. (B)
- Hermans, P.J., van Ree, F., Betgem, P., e.a. (1981). Betrouwbaarheid en validiteit van het Hamilton Interview. *Gedrag: tijdschrift voor psychologie*, *9*, 219-233. (B)
- Luteijn, F., & Bouman, T.K. (1988). De validiteit van Beck's Depression Inventory. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, *43*, 340-343. (B)
- Maier, W., Philipp, M., Heuser, I., e.a. (1988). Improving depression severity assessment-I. Reliability, internal validity and sensitivity to change of three observer depression scales. *Journal of Psychiatric Research*, *22*, 3-2. (B)
- Nolen, W.A., & Dingemans, P.M.A.J. Meetinstrumenten bij stemmingsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2004; *46* (10), p. 681-686.
- Paykel, E.S., & Norton, K.R.W. (1986). Self-report and clinical interview in the assessment of depression. In N. Sartorius & T.A. Ban (Red.). *Assessment of depression* (pp. 356-366). 1986. Berlin: Springer. (D)
- Rush, A.J., Giles, D.E., Schlessler, M.A., e.a. (1986). The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): preliminary findings. *Psychiatry Research*, *18*, 65-87. (B)
- Rush, A.J., Gullion, C.M., Basco, M.R., e.a. (1996). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychological medicine*, *26*, 477-486. (B)
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders*, *64*, 203-216. (B)
- Zitman, F.G., Griez, E.J.L., & Hooyer, C. (1989). Standaardisering depressievragenlijsten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *31*, 114 -125; 126-135.

Conclusies:

Niveau 3	<p>Voor het meten van de (veranderingen in de) ernst van de depressie kan een beroep gedaan worden op interview- en observatieschalen en op zelfinvulvragenlijsten.</p> <p>Voor interview- en observatieschalen kan gekozen worden uit de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), de Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), de Bech Rafaelsen Melancholia Rating Scale (BRMS) en de Inventory for Depressive Symptomatology (IDS-C).</p> <p>Voor zelfinvulvragenlijsten kan gekozen worden uit: de Self-Rating Depression Scale (SDS) van Zung, de Beck Depression Inventory (BDI) en de Inventory for Depressive Symptomatology (IDS-SR).</p>
-----------------	---

Overige overwegingen:

Ernstig depressieve en psychotische patiënten hebben de neiging om de ernst van hun symptomen te 'verkleinen', terwijl patiënten met minder ernstige symptomen er toe neigen de ernst van de klachten wat uit te vergroten. Paykel en Norton (1986) stellen dan ook dat zelfinvulvragenlijsten vooral bruikbaar zijn bij de lichtere ziektebeelden.

7. Behandeling - Eerste-stap interventies (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Tekst is nog in bewerking.

8. Behandeling - Farmacotherapie (versie 2005 en 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken/paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofd- of paragraaftitel

8.1 Uitgangsvraag (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Op welke wijze dienen farmacotherapeutische interventies ingezet te worden in de behandeling van een patiënt met een depressieve stoornis (niet-psychotisch, unipolair), rekening houdend met aard, ernst en beloop (eerste episode, recidiverend) van de problematiek?

8.2 Indicatie voor behandeling met farmacotherapie (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Wetenschappelijk bewijs

Alle in Nederland geregistreerde antidepressiva (AD) zijn werkzaam bij de depressieve stoornis, zij het dat de werkzaamheid ten opzichte van placebo beperkt is (Bijl & Verhoeven, 2002). Globaal leiden antidepressiva bij 50-55% van alle patiënten met een depressieve stoornis tot respons (een vermindering van de ernst van de depressie van ten minste 50%, gemeten met een depressieschaal, en binnen 4-6 weken), vergeleken met een respons op placebo bij 30-35%. Deze percentages gelden zowel voor patiënten die in de GGZ behandeld worden als voor patiënten in de eerste lijn (Williams e.a., 2000). Antidepressiva zijn vooral effectiever dan placebo bij patiënten met meer ernstige vormen van de depressieve stoornis, zoals de depressieve stoornis met melancholische kenmerken (Peselow e.a., 1992; Moleman, 1998) en de depressieve stoornis met psychotische kenmerken (zie 8.10 Biologische behandelingsmogelijkheden bij een psychotische depressie). Tevens zijn enkele antidepressiva werkzaam gebleken bij de dysthyme stoornis (zie Antidepressiva bij de behandeling van de dysthyme stoornis).

Bij de depressieve stoornis kan overigens ook verbetering verwacht worden van andere therapievormen, zoals begeleidende gesprekken, psychotherapie, lichttherapie, running therapie en elektroconvulsietherapie.

Een beperking bij het beoordelen van de effectiviteit van antidepressiva is dat slechts een deel van de studies gepubliceerd wordt. Doordat studies die een superieur effect vinden van antidepressiva ten opzichte van een controleconditie meer kans maken te worden gepubliceerd (publicatiebias), is een te positief beeld ontstaan van de effectiviteit van deze medicamenten bij de depressieve stoornis. Slechts een beperkt deel van de studies met een negatief resultaat of onduidelijke uitkomst wordt gepubliceerd. Uit een recente publicaties blijkt dat, als ook niet gepubliceerde trials meegenomen worden in een meta-analyse, de effect grootte van antidepressiva met gemiddeld 32% afneemt (range 11- 69%) (Turner e.a. 2008) en dat het verschil tussen placebo en antidepressivum slechts duidelijk wordt bij zeer ernstige depressieve patiënten (Kirsch e.a. 2008). Het optreden van publicatiebias is niet specifiek voor studies naar de effectiviteit van antidepressiva. Omdat wetenschappelijke tijdschriften eerder geneigd zijn studies te publiceren waarin een positief effect wordt gevonden voor een bepaalde behandeling, geldt dit probleem vermoedelijk ook voor andere geneesmiddelen en psychotherapeutische interventies.

Aanbevelingen:

Antidepressiva zijn geïndiceerd bij patiënten met een depressieve stoornis, vooral bij (matig) - ernstige episoden en in het bijzonder bij de depressieve stoornis met melancholische of psychotische kenmerken.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

- Bijl, D., & Verhoeven, W.M.A. (2002). Antidepressiva bij depressie: een kritische beschouwing. *Ge-neesmiddelenbulletin*, 36, 51-59.
- Moleman, P. (1998). *Praktische psychofarmacologie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum. (A1)
- Kirsch, I, Deacon BJ, Huedo-Median TB, Scoboria A, Moore, TJ, Johnson BT (2008) PloS Medicine, 5, 260-268.
- Peselow, E.D., Sanfilipo, M.P., Difiglia, C., e.a. (1992). Melancholic/endogenous depression and re-sponse to somatic treatment and placebo. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1324-1334.
- Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*. 2008 Jan 17;358(3):252-60.
- Williams, J.W., Mulrow, C.D., Chiquette, E., e.a. (2000). A systematic review of newer pharmaco-therapies for depression in adults: evidence report summary. *Annals of Internal Medicine*, 132, 749-756. (A1)

Conclusies:

<p>Niveau 1</p>	<p>Het is aangetoond dat antidepressiva werkzaam zijn bij de depressieve stoornis A1 Bijl & Verhoeven, 2002</p>
------------------------	---

8.3 Eerste keuze-middelen (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Bij deze vraag spelen diverse factoren mee: naast eventuele verschillen tussen antidepressiva in effectiviteit en in tolerantie, ook verschillen in mogelijkheden om adequaat te behandelen.

De antidepressiva kunnen worden onderscheiden in de (klassieke) tricyclische antidepressiva (TCA's), de niettricyclische antidepressiva (niet-TCA's) en de mono-amine-oxidase-(MAO)-remmers. Tot de TCA's behoren imipramine en amitriptyline (die de heropname remmen van zowel serotonine als noradrenaline - ofwel gemengde herop-nameremmers), clomipramine (dat vooral de heropname remt van serotonine) en nortriptyline (dat selectief de heropname van noradrenaline remt). De belangrijkste representanten van de niet-TCA's zijn de selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's; citalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine en sertraline), venlafaxine (dat in lage dosering vooral een SSRI is, maar in hoge dosering een serotonine-norepinefrineheropnameremmer (SNRI), mirtazapine (een presynaptische alfa-2-antagonist en serotonine-2-antagonist) en ook trazodon (een serotonineheropnameremmer en serotonine-2-antagonist). De MAO-remmers omvatten de reversibele, selectieve MAO-A-remmer (RIMA) moclobemide en de irreversibele, niet selectieve (klassieke) MAO-remmers tranlycypromine en fenelzine. Deze laatste twee zijn niet in Nederland geregistreerd, maar wel voor te schrijven als „orphan drug'. Nieuw verschenen antidepressiva zijn escitalopram (een SSRI) en duloxetine (een SNRI). Recent is ook bupropion (een norepinefrine en dopamine heropnameremmer) en hyperiplant (op basis van sint-janskruid) voor de nederlandse markt geregistreerd als antidepressivum.

De verschillen in werkzaamheid (in de onderzoekssituatie) en effectiviteit (in de gewone behandelpraktijk) tussen de diverse antidepressiva zijn doorgaans klein. Om statistisch significante verschillen te kunnen aantonen zijn mede daarom in onderzoek aantallen nodig van 500 of meer patiënten. Dergelijke aantallen zijn in geen enkel onderzoek haalbaar. Vragen over verschillen in werkzaamheid zijn daarom alleen te beantwoorden via meta-analyses of systematische reviews van alle gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's) met de betreffende antidepressiva.

Aanbevelingen:

Bij ambulante behandelde patiënten met een depressieve stoornis maakt de Richtlijnwerkgroep onderscheid tussen de eerste lijn (conform de NHG standaard) en de tweede lijn:

- Voor de eerste lijn wordt een TCA of een SSRI aanbevolen afhankelijk van de aanwezigheid van (relatieve) contra-indicaties en comorbiditeit, en potentiële bijwerkingen., eerdere ervaringen, prijs en voorkeur van de patiënt. Vanwege de wat lagere kans op bijwerkingen hebben de SSRI's een lichte voorkeur als eerste keuze middel.
- Voor de tweede lijn heeft de Richtlijnwerkgroep geen uitgesproken voorkeur: een behandeling kan gestart worden met een TCA, een SS-RI, SNRI, mirtazapine of bupropion.

Bij klinisch opgenomen patiënten met een depressieve stoornis heeft starten met een TCA de sterke voorkeur. Als echter toch voor een modern antidepressivum wordt gekozen, beveelt de Richtlijnwerkgroep een SNRI aan.

Bij de keuze voor een TCA beveelt de Richtlijnwerkgroep aan die middelen te kiezen waarvan in de tweede lijn bij eventuele non-respons de dosering verder kan worden bepaald op geleide van de plasmaspiegel: amitriptyline, clomipramine, imipramine of nortriptyline.

De Richtlijnwerkgroep is daarnaast van mening dat de keuze van een antidepressivum mede gebaseerd dient te zijn op individuele patiëntfactoren zoals (in willekeurige volgorde):

- Comorbide psychische stoornissen: bijvoorbeeld serotonineheropnameremmers bij patiënten met ook een angststoornis, een obsessief-compulsieve stoornis of boulimia nervosa
- Een eventueel ander beoogd effect: bijvoorbeeld extra beïnvloeding van het slaappatroon met trazodon of mirtazapine
- Comorbide somatische aandoeningen, die kunnen gelden als eventuele contra-indicatie
- Eerdere positieve respons op een bepaald antidepressivum, dat dan opnieuw toegepast kan worden
- Positieve respons van een eerstegraads familielid op een bepaald antidepressivum, dat dan ook bij de betreffende patiënt toegepast kan worden
- Individuele verschillen in risico's op bijwerkingen
- Mogelijke interacties, zoals bij SSRI's bij comedatie van NSAID's een verhoogd risico op maagdarmbloedingen en bij psychotrope comedatie op een serotoninesyndroom (in verband met interacties)
- De wens van de patiënt

Ook andere factoren kunnen een rol spelen zoals:

- Vergoeding van het antidepressivum
- Ervaring van de behandelaar met het antidepressivum

Wetenschappelijke onderbouwing:

Wetenschappelijk bewijs

Diverse meta-analyses werden gevonden, waarvan er uiteindelijk 5 werden geselecteerd (Geddes e.a., 2000; Anderson, 2000; Williams e.a., 2000; Anderson, 2001; MacGillivray e.a., 2003). De andere meta-analyses werden terzijde gelegd, omdat deze eerdere publicaties betroffen van dezelfde auteurs van wie later gepubliceerde meta-analyses waren geselecteerd, omdat de meta-analyse ook ongepubliceerde onderzoeken betrof (o.a. Thase e.a., 2001; Smith e.a., 2002; Stahl e.a., 2002), en/of omdat de auteurs financiële banden hadden met de producent van het antidepressivum dat in de meta-analyse werd besproken.

In 3 meta-analyses zijn de SSRI's met de TCA's vergeleken, respectievelijk omvatten de 98 RCT's (Geddes e.a., 2000) en 102 RCT's (Anderson, 2000), en 11 RCT's specifiek in de eerste lijn (MacGillivray e.a., 2003). In de vierde meta-analyse zijn SSRI's vergeleken met venlafaxine (20 onderzoeken) dan wel met mirtazapine (3 onderzoeken) (Anderson, 2001). In de vijfde meta-analyse werden 315 RCT's opgenomen waarin - onder meer - diverse nieuwe farmacotherapieën werden onderzocht: SSRI's (vergeleken met TCA's, trazodon of moclobemide); venlafaxine (vergeleken met TCA's en trazodon) en 2 selectieve MAO-A-remmers (RIMA's), moclobemide en brofaromine (brofaromine is niet in Nederland geregistreerd) (vergeleken met TCA's) (Williams e.a., 2000). Er werd geen meta-analyse of systematisch review gevonden waarin mirtazapine is vergeleken met TCA's.

Toegevoegd werd een kleine meta-analyse bestaande uit 15 studies waarin TCA's, SSRI's en SNRI's werden vergeleken en waarin remissie als uitkomstmaat werd genomen (Machado e.a., 2006). Een andere meta-analyse met 8 onderzoeken vergeleek de twee SNRI's venlafaxine en duloxetine onderling (Vis e.a., 2005). Een aantal meta-analyses werd niet geselecteerd in verband met de banden van de auteurs met de

producent van het besproken middel. Dit betreft 2 studies waarin venlafaxine werd onderzocht ten opzichte van de SSRI's (Rudolph, 2002; Shelton e.a., 2005), 2 studies waarin escitalopram werd vergeleken met citalopram (Llorca e.a., 2005) en met SSRI's en venlafaxine (Kennedy e.a., 2006) en een meta-analyse betreffende duloxetine (Hudson e.a., 2005). Bupropion is uitgebreid onderzocht in de meta-analyse van Williams e.a., 2000.

Werkzaamheid

Wat betreft werkzaamheid (en deels effectiviteit, omdat een deel van de onderzoeken ook minder geselecteerde groepen omvatten) vonden zowel Geddes e.a. (2000) als Anderson (2000) en Williams e.a. (2000) globaal geen statistisch verschil tussen SSRI's en TCA's. Anderson verrichtte ook enkele analyses bij subgroepen van patiënten. Er werd geen statistisch significant verschil gevonden tussen SSRI's en TCA's bij ambulante behandelde patiënten, bij patiënten in de eerste lijn, bij oudere patiënten, bij patiënten met een hoge of juist een lage depressiescore en bij RCT's waar een lage of juist een hoge dosering van de TCA's was gebruikt. De enige subgroep waarbij TCA's statistisch significant effectiever bleken dan SSRI's was bij opgenomen depressieve patiënten: relatieve effectgrootte (REG) SSRI's versus TCA's -0,23 (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) -0,40 tot -0,05). Dus ongeveer 10 patiënten moeten met een TCA behandeld worden om 1 responder meer te hebben dan bij behandeling met een SSRI het geval zou zijn geweest (number needed to treat, NNT).

In de meta-analyse van 11 RCT's in de eerste lijn werd een klein en statistisch niet significant verschil in effectiviteit gevonden in het voordeel van TCA's (MacGillivray e.a., 2003).

In de meta-analyse van mirtazapine versus SSRI's werd geen statistisch significant verschil gevonden (Anderson, 2001). Uit de onderzoeken met venlafaxine versus SSRI's kwam wel een statistisch significant verschil naar voren ten voordele van venlafaxine met een relatief risico van 1,09 (95%-BI 1,02 tot 1,17), overeenkomend met een NNT van 18 (Anderson, 2001). De meta-analyse van Machado e.a. (2006) kwam uit op een significant voordeel van zowel de TCA's als de SNRI's ten opzichte van de SSRI's met betrekking tot remissie.

In de meta-analyse van Williams e.a. werden geen verschillen gevonden tussen SSRI's en onder meer TCA's en trazodon, tussen venlafaxine en TCA's (maar wel een beter effect van venlafaxine ten opzichte van trazodon), en tussen RIMA's en TCA's. Er werd voor citalopram geen verschil gevonden ten opzichte van de andere SSRI's. Bupropion werd vergeleken met TCA's en nu bleek ook geen verschil in werkzaamheid (Williams e.a., 2000).

Een systematische vergelijking van venlafaxine en mirtazapine met de TCA's of met de SSRI's in de subgroep van opgenomen patiënten ontbreekt, maar wel zijn er individuele RCT's waarin venlafaxine in deze populatie effectiever is bevonden dan de SSRI fluoxetine (Clerc e.a., 1994) en mirtazapine minder effectief dan het TCA imipramine (Bruijn e.a., 1996). In de meta-analyse van Machado e.a., 2006 bleek voor de subgroep van opgenomen patiënten de bereikte remissie percentages het hoogst voor de SNRI's (52%), dan voor de TCA's (46.1%) en het laagst voor de SSRI's (28.6%).

Effectiviteit

Bij effectiviteit gaat het ook om verschillen in voortijdig staken van de behandeling (grotendeels op basis van verschillen in tolerantie) met SSRI's en met TCA's. Hierover biedt de meta-analyse van Anderson (2000) veel informatie. In 95 RCT's stopte 27,0% van de met SSRI's behandelde patiënten vóór afloop van het onderzoek de behandeling; met de TCA's was dit 31,4%. Dit komt neer op een gewogen verschil van -3,9% (95%-BI -5,6 tot -2,2), overeenkomend met een NNT van 26. In de meta-analyse van de studies in de eerste lijn werd ook een verschil gevonden tussen SSRI's en TCA's: 20,7% van de patiënten stopten voortijdig met de SSRI versus 27,9% voortijdig met de TCA, overeenkomend met een NNT van 14 (95%-BI 10 tot 27) (MacGillivray e.a., 2003). Daarentegen vonden Williams e.a. (2000) geen verschillen in voortijdig stoppen om welke reden dan ook tussen de SSRI's en TCA's, of tussen RIMA's en TCA's, maar wel minder vaak voortijdig staken wegens bijwerkingen met de SSRI's of de RIMA's in vergelijking met de TCA's (met name de oudere TCA's). Machado e.a. 2006 daarentegen vond wel weer een significant hogere drop-out rate bij TCA's ten opzichte van de SSRI's en de SNRI's.

Er zijn geen verschillen tussen de tweede generatie AD met betrekking tot bijwerkingen (Garthlener e.a., 2005). In 20 RCT's werden SSRI's vergeleken met andere twee-de generatie AD in ambulante behandelde patiënten met een depressieve stoornis. In 10 studies (2314 patiënten) werd venlafaxine vergeleken met SSRI en werden er geen significante verschillen gevonden in uitval of door bijwerkingen of door gebrek aan effectiviteit tussen beide AD. In 5 studies met mirtazapine vs SSRI (1204 patiënten) werden eveneens geen significante verschillen gevonden. In 6 studies waarin 1254 patiënten met bupropion werd vergeleken met SSRI werden opnieuw geen significante verschillen gevonden.

Specifiek voor eerstelijnspatiënten wordt het beeld bevestigd dat de AD elkaar nauwelijks ontlopen in effectiviteit (Arrol e.a., 2005). Er werden 10 RCT's beoordeeld waarin TCA's met placebo werden vergeleken, 3 met SSRI's versus placebo, en 2 waarin zo-wel SSRI's en TCA's werden vergeleken met placebo. RR voor TCA was 1.26 (95%CI 1.12-1.42) overeenkomend met een NNT van 4 en voor SSRI 1.37

(95% CI 1.21-1.55) met een NNT van 6. Number needed to harm verschilde wel tussen TCA's en SSRI's en liep voor TCA's uiteen van 5-11 en voor SSRI's van 21-94. Zowel hoge dosis als lage dosis TCA bleken effectief. Dit komt ook naar voren uit een meta-analyse van Furukawa e.a. 2002. Er werden 35 studies gevonden met in totaal 2013 patiënten waarin lage dosis TCA met placebo werden vergeleken; 6 studies met 551 patiënten vergeleken lage dosis TCA met standaard dosis TCA. Lage dosis TCA (meestal 75-100 mg/dag) waren effectiever dan placebo met een RR van 1.65 (95% CI 1.36-2.0) mbt respons bij 4 weken en 1.47 (95% CI 1.12-1.94) bij 6-8wk. Lage en hoge dosis TCA waren niet verschillend in effectiviteit terwijl hoge dosis TCA meer uitval opleverden. In de analyse werden verschillende TCA's opgenomen en waren de patiëntengroepen zowel eerste- als tweedelijns populaties als ook volwassenen en ouderen. Er werden geen andere uitkomsten voor de subgroepen gevonden.

Duurzaamheid

Antidepressiva hebben geen profylactische werking na het staken van antidepressiva (Geddes e.a., 2003; Kaymaz e.a., 2008).

Literatuur

- Anderson, I.M. (2001). Meta analysis of antidepressant drugs: Selectivity versus multiplicity. In J.A. den Boer & M.G.M. Westenberg, *Antidepressants: Selectivity versus multiplicity* (pp. 85-99). Amsterdam: Benecke NI.
- Anderson, I.M. (2000). Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *Journal of Affective Disorders*, 58, 19-36. (A1)
- Arrol B, MacGillivray S, Ogston S, Reid I, Sullivan F, Williams B, Crombie I (2005). Efficacy and tolerability of tricyclic antidepressants and SSRI's compared with placebo for treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Ann Fam Med* 3 : 449-456. A1
- Bruijn, J.A., Moleman, P., Mulder, P.G.A., e.a. (1996). A double-blind, fixed plasma level study comparing mirtazapine with imipramine in depressive in-patients. *Psychopharmacology*, 127, 231-237. (A2)
- Clerc, G.E., Ruimy, P., & Verdeau-Paillès, J. (1994). A double-blind comparison of venlafaxine and fluoxetine in patients hospitalized for major depression and melancholia. *International Clinical Psychopharmacology*, 9, 139-143. (A2)
- Furukawa TA, McGuire H, Barbui C (2002). Meta-analysis of effects and side effects of low dosage tricyclic antidepressant in depression: systematic review. *Br Med J* 325: 991-1000. (A1)
- Gartlehner G, Hansen, RA, Carey TS, Lohr KN, Gaynes BN, Randolph LC (2005). Discontinuation rates for selective serotonin reuptake inhibitors and other second generation antidepressants in outpatients with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Internat Clin Psychopharmacology* 20, 59-69 (A1).
- Geddes, J.R., Freemantle, N., Mason, J., e.a. (2000). SSRI's versus other antidepressants for depressive disorder. *The Cochrane Library, Issue 2*, 1-24. (A1)
- Geddes, J.R., Carney, S.M., Davies, C., e.a. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet*, 361, 653-661.
- Hudson JI, Wohlreich MM, Kajdasz DK, Mallinckrodt CH, Watkin JG, Martynov OV (2005). Safety and tolerability of duloxetine in the treatment of major depressive disorder: analysis of pooled data from eight placebo-controlled clinical trials. *Human Psychopharmacology* 20, 327-341.
- Isometsa, E.T., Henriksson, M.M., Aro, H.M., e.a. (1994). Suicide in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 151, 530-536. (B)
- Kaymaz, N., van Os, J., Loonen, A.J.M., Nolen, W.A. (2008). Long-term treatment with antidepressants: evidence that patients with single versus recurrent depressive episodes are differentially sensitive to treatment discontinuation. A meta-analysis of placebo controlled trials *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1423-36.
- Kennedy SH, Andersen HF, Lam RW (2006) Efficacy of escitalopram in the treatment of major depressive disorder compared with selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine. *Journal Psychiatric Neurosciences* 31 (2) 122-31.
- Lawrenson, R.A., Tyrer, F., Newson, R.B., e.a. (2000). The treatment of depression in UK general practice: selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants compared. *Journal of Affective Disorders*, 59, 149-157. (B)
- Llorca PM, Azorin JM, Despiegel N, Verpillat P. (2005) Efficacy of escitalopram in patients with severe depression: a pooled analysis. *International journal of Clinical Practice* 59, 3, 268-275.
- MacGillivray, S., Arroll, B., Hatcher, S., e.a. (2003). Efficacy and tolerability of selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants in depression treated in primary care: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 326, 1014-1017. (A1)
- Machado, M., Iskedjian, M., Ruiz, I., Einarson, T.R. (2006) Remission, drop-outs, and adverse drug reaction rates in major depressive disorder: a meta-analysis of head-to-head trials. *Current Medical Research and Opinions*, 22, 9, 1825-1837.
- Moleman, P. (1998). *Praktische psychofarmacologie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum. (A1/B)

- Mulrow, C.D., Williams, J.W., Chiquette, E., e.a. (2000). Efficacy of newer medications for treating depression in primary care patients. *American Journal of Medicine*, 108, 54-64. (A1)
- Rudolph RL (2002). Achieving remission from depression with venlafaxine and venlafaxine extended release: a literature review of comparative studies with selective serotonin reuptake inhibitors. *Acta Psychiatrica Scand* 106, suppl 415, 24-30.
- Shelton C, Entsuah R, Padmanabhan, K, Vinall P (2005) Venlafaxine XR demonstrates higher rates of remission compared to fluoxetine, paroxetine or placebo. *Internat Clin Psychopharmacology* 20, 233-238.
- Smith, D., Dempster, C., Glanville, J., e.a. (2002). Efficacy and tolerability of venlafaxine compared with selective serotonin reuptake inhibitors and other antidepressants: a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 180, 396-404. (A1)
- Stahl, S.M., Entsuah, R., & Rudolph, R.L. (2002). Comparative efficacy between venlafaxine and SSRIs: a pooled analysis of patients with depression. *Biological Psychiatry*, 52, 1166-1174.
- Thase, M.E., Entsuah, A.R., & Rudolph, R.L. (2001). Remission rates during treatment with venlafaxine or selective serotonin reuptake inhibitors. *British Journal of Psychiatry*, 178, 234-241. (A1)
- Vis, P.M.J., van Baardewijk, M., Einarson, T.R. (2005). Duloxetine and venlafaxine-XR in the treatment of major depressive disorder: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Annals Of Pharmacotherapy* 39, 1798-807.
- Williams, J.W., Mulrow, C.D., Chiquette, E., e.a. (2000). A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary. *Annals of Internal Medicine*, 132, 749-756. (A1)

Conclusies:

<p>Niveau 1</p>	<p>Als effectiviteit het keuzecriterium is, moet onderscheid gemaakt worden tussen ambulante en klinisch opgenomen patiënten: Bij ambulante behandelde patiënten met een depressieve stoornis komen als middelen van eerste keus de TCA's, de SSRI's, SNRI's, mirtazapine en bupropion in aanmerking. De plaats van de andere antidepressiva is minder duidelijk, maar ook zij lijken globaal even effectief als de andere anti-depressiva. A1 Geddes e.a., 2000; Anderson 2000, 2001; Williams e.a., 2000, Machado e.a., 2006.</p>
<p>Niveau 1</p>	<p>Bij klinisch opgenomen patiënten met een depressieve stoornis zijn de TCA's middelen van eerste keus. A1 Anderson, 2000</p>
<p>Niveau 1</p>	<p>Wat betreft voortijdig staken van de behandeling (deels op basis van verschillen in tolerantie) hebben de SSRI's enig voordeel boven de TCA's, omdat zij beter worden verdragen. A1 Anderson, 2000; MacGillivray e.a., 2003; Arrol e.a., 2005</p>
<p>Niveau 1</p>	<p>Er lijken geen verschillen in tolerantie tussen de SSRI's, de SNRI's, mirtazapine en bupropion A1 Garlehner e.a., 2005</p>

Niveau 2	Het is aannemelijk dat de SNRI's een goed alternatief zijn voor een TCA bij klinisch opgenomen patiënten met een depressieve stoornis. A2 Clerc e.a., 1994; Machado e.a., 2006
-----------------	---

Overige overwegingen:

Het meeste onderzoek naar de werkzaamheid van antidepressiva is van korte duur. Juist in verband met de vaak chronische aard van de depressieve stoornis is meer onderzoek naar de werkzaamheid van antidepressiva op de lange termijn (één tot enkele jaren) noodzakelijk.

Het verschil in effectiviteit van TCA's en SSRI's bij klinisch opgenomen patiënten kan overigens niet zonder meer uit een verschil in ernst van de depressieve stoornis worden verklaard, omdat in de meta-analyses ernst geen voorspellende factor bleek voor een verschil in respons. Mogelijk spelen daarom andere factoren die bepalend waren voor een besluit tot klinische opname een rol, zoals psychotische kenmerken, suïcidaliteit en/of resistentie tegen eerdere ambulante behandelingen.

Wat betreft verschillen in uitval (deels door verschillen in tolerantie) in de onderzoeken van TCA's versus SSRI's dient nog aangetekend te worden dat de verschillen zijn voortgekomen uit RCT's, waarvan doorgaans patiënten met een verhoogd risico op tolerantieproblemen of bijwerkingen werden uitgesloten.

De TCA's zijn onveilig bij overdosering dan de SSRI's. Het suïciderisico met TCA's is echter niet groter dan met SSRI's, omdat het risico van een geslaagde suïcide meer bepaald wordt door het al of niet adequaat behandelen van de depressieve stoornis dan door het antidepressivum waarmee behandeld wordt (Isometsa e.a., 1994). Bovendien is een overdosis met alleen een antidepressivum een zeldzame methode in vergelijking met andere methodes.

In vrijwel geen enkele RCT met een TCA werd het TCA gedoseerd op geleide van de plasmaspiegel. In de praktijk zou de effectiviteit van een TCA dus nog groter kunnen zijn, wanneer wel wordt gedoseerd op geleide van de plasmaspiegel. Dit geldt met name voor imipramine, amitriptyline, nortriptyline en clomipramine (Moleman, 1998).

Bij opeenvolgende stappen bij non-respons heeft starten met een niet-TCA logistieke voordelen: in de tweede stap kan dan een TCA gedoseerd worden op geleide van de plasmaspiegel, in de derde stap kan dan lithium worden toegevoegd aan de TCA. Bij starten met een TCA (en dan doorgaans zonder plasmaspiegelcontrole), gevolgd door een niet-TCA, zou vóór lithiumadditie als tussenstap eerst opnieuw een TCA met plasmaspiegelcontrole moeten volgen (zie ook 8.8 Lithiumadditie bij nonrespons op de eerste (of volgende) stap en 8.9 Klassieke MAO-remmers bij nonrespons op de eerste (of volgende) stap).

De niet-TCA's zijn als medicament duurder dan de TCA's. Daarentegen kunnen de overige medische kosten bij TCA's hoger zijn, bijvoorbeeld door het bepalen van plasmaspiegels of bij een eventuele overdosering.

Huisartsen wordt aangeraden om ervaring op te bouwen en onderhouden met een beperkt aantal antidepressiva. Er is voorkeur voor antidepressiva waarmee veel marktervaring is opgedaan. Zo gaat wat betreft een TCA de voorkeur uit naar amitriptyline, imipramine of nortriptyline en (bij een comorbide angststoornis) clomipramine, en wat betreft een SSRI naar citalopram, fluvoxamine, fluoxetine, paroxetine en sertraline. Wat betreft de SNRI's lijken remissie en response percentages voor venlafaxine wat gunstiger dan voor duloxetine maar het verschil is niet significant. Drop out percentages en de mate van bijwerkingen verschillen niet (Vis e.a., 2005). Vooral nog lijkt daarmee venlafaxine de voorkeur te verdienen.

De plaatsbepaling voor escitalopram is nog niet te geven aangezien er geen vergelijkende meta-analyses zijn gemaakt met de bestaande antidepressiva.

8.4 Voortzetting van de behandeling na herstel (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

De richtlijntekst in deze paragraaf omvat geen verdere inleiding.

Aanbevelingen:

Bij patiënten met een eerste episode van een depressieve stoornis dient na herstel tijdens behandeling met

een antidepressivum, de behandeling te worden voortgezet. Daarbij beveelt de Richtlijnwerkgroep aan dezelfde dosis voor te schrijven die in de acute behandeling effectief was.

De optimale duur van de voortgezette behandeling is niet bekend en dient op grond van patiëntkarakteristieken en in overleg met de patiënt te worden vastgesteld. Voorspellende factoren voor een recidief zijn eerdere recidieven en restsymptomen van een depressieve episode. Bij patiënten die twee of meer episoden hebben gehad is de kans op hernieuwde recidivering groter en is daarom de duur van de onderhoudsbehandeling ook langer maar opnieuw is de optimale duur niet goed vast te stellen. De lang gehanteerde norm van 6 maanden voortzetten van behandeling bij een eerste depressieve episode en een jaar(of langer) bij recidief episoden heeft geen stevige onderbouwing maar kan toch een leidraad zijn voor de behandelpraktijk.

Wetenschappelijke onderbouwing:

De depressieve stoornis heeft meestal een recidiverend beloop: ongeveer 80% van de patiënten met een depressieve stoornis maakt in zijn leven meer dan 1 episode door, met een gemiddelde van 4 episoden. Na respons moet de behandeling worden voortgezet om een terugval (relapse) te voorkomen. Een voortgezette behandeling met antidepressiva (met name TCA's) gedurende 2-6 maanden na herstel van een depressieve stoornis, gaat gepaard met een ten opzichte van placebo ongeveer gehalveerd (0,5) relatief risico van een terugval (Loonen e.a., 1991). Hetzelfde lijkt te gelden voor de niet-TCA's (Anderson e.a., 2000): in de eerste 3-4 maanden na herstel krijgt bij doorbehandeling met antidepressiva 25% van de patiënten een terugval of recidief, tegenover 50% bij behandeling met placebo (Anderson e.a., 2000).

Na de fase van de voortgezette behandeling (2-6 maanden na respons) volgt de fase van onderhoudsbehandeling om een recidief (recurrence) te voorkomen. Geddes e.a. hebben recent een meta-analyse uitgevoerd van 31 placebogecontroleerde RCT's bij patiënten met doorgaans recidiverende depressieve stoornissen naar het effect van onderhoudsbehandeling gedurende meestal 12 maanden, maar in sommige onderzoeken 36 tot maximaal 60 maanden (o.a. Frank e.a. 1990; Kupfer e.a., 1992). Hieruit bleek dat de kans op een recidiefdepressie ongeveer de helft bedraagt ten opzichte van placebo (Geddes e.a., 2003). Dit geldt voor diverse antidepressiva, inclusief SSRI's en TCA's.

Een nieuwe meta-analyse naar de duur van AD behandeling heeft 30 studies met in totaal 4683 patiënten gevonden waarin zowel TCA's als SSRI's werden toegepast (Kaymaz et al.) Nu blijkt dat voortdurende AD therapie het risico op een terugval/recidief terugbrengt met 70% (OR = 0.30, 95%CI 0.25-0.35, p =0.000). Er was geen significant verschil in dit opzicht tussen de TCA's en de SSRI's. Het effect van risicoreductie op terugval/recidief was na drie maanden AD behandeling niet anders dan na 6, 9 of 12 maanden. Ook bleek de duur van de AD behandeling (< 1 maand, 1-3 maand, 3-6 maand) voordat de patiënten gerandomiseerd werden naar placebo versus actieve behandeling geen invloed te hebben op de risicoreductie ten aanzien van terugval of recidief.

Er werd een lager terugval/recidief-risico gevonden bij patiënten met een eerste depressieve episode ten opzichte van patiënten met recidief-episoden (OR = 0.12, 95%CI 0.06-0.26, p =0.000 versus OR = 0.37, 95% CI 0.31-0.44, p = 0.000). Er bleek geen verschil in terugval/recidief-risico te zijn bij langzaam uitsluipen van de AD ten opzichte van abrupt stoppen van AD maar bij patiënten met recidief-episoden was langzaam uitsluipen gunstiger met betrekking tot terugval en recidief-risico.

Ook onderhoudsbehandeling met venlafaxine waarbij randomisatie plaatsvond eerst na de acute fase behandeling (10 weken), vervolgens na 6 maanden voortgezette behandeling en dan na 12 maanden onderhoudsbehandeling, bleek significant effectiever tegen het optreden van een recidief dan placebo in het daarop volgende jaar van onderhoudsbehandeling (Keller e.a., 2007).

Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar wat de optimale dosering is bij doorbehandeling. Bij voortzetting van de behandeling met tricyclische antidepressiva lijkt de oorspronkelijk werkzame dosering echter effectiever dan wanneer de dosering wordt verlaagd (Frank e.a., 1993; Anderson e.a., 2000). Ook is onvoldoende onderzoek gedaan naar de optimale duur van onderhoudsbehandeling (Geddes e.a., 2003).

Voortzetting van behandeling met AD reduceert het risico op een terugval of recidief met globaal de helft (Geddes et al, 2003; Kaymaz et al). Dit effect is zowel voor TCA's, SSRI's aangetoond. De beschermende werking op terugval/recidief van AD is groter in patiënten met een eerste episode dan in patiënten met recidief episoden. Zeker ten opzichte van de laatste groep wordt aanbevolen, als behandeling met AD wordt gestaakt, dit geleidelijk te doen.

Literatuur

- Anderson, I.M., Nutt, D.J., & Deakin, J.F.W. (2000). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, 14, 3-20. (A1/B)
- Frank, E., Kupfer, D.J., Perel, J.M., Cornes, C., Jarrett, D.B., e.a. (1990). Three-year outcomes for

maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1093-1099. (B)

Frank, E., Kupfer, D.J., Perel, J.M., Cornes, C., Mallinger, A.G., e.a. (1993). Comparison of full-dose versus half-dose pharmacotherapy in the maintenance treatment of recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 27, 139-145. (B)

Geddes, J.R., Carney, S.M., Davies, C., e.a. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet*, 361, 653-661. (A1)

Kaymaz N, van Os, J, Loonen AJM, Nolen WA. Long-term treatment with antidepressants: evidence that patients with single versus recurrent depressive episodes are differentially sensitive to treatment discontinuation. A meta-analysis of placebo controlled trials *J. Clin Psychiatry* 69 (9), 1423-36 (A1).

Keller, M.M., Trivedi, M.H., Thase, M.E. Shelton, R.C., Kornstein, S.G e.a. (2007). The prevention of recurrent episodes of depression with venlafaxine for two years (PREVENT) study: outcomes of the two year and combined maintenance phases. *J Clin Psychiatry* 68, 1246-1256.

Kupfer, D.J., Frank, E., Perel, J.M., e.a. (1992). Five-year outcome for maintenance therapies in re-current depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 769-773. (B)

Loonen, A.J., Peer, P.G., & Zwanikken, G.J. (1991). Continuation and maintenance therapy with anti-depressive agents. meta-analysis of research. *Pharmaceutisch Weekblad, Scientific Edition*, 13, 167-175. (A1/B)

Conclusies:

<p>Niveau 1</p>	<p>Het is aangetoond dat voortzetting van de behandeling van een depressieve stoornis na herstel de kans op een terugval ten opzichte van doorbehandeling met placebo halveert. A1 Geddes e.a.2003 ; Kaymaz e.a.2008</p>
<p>Niveau 1</p>	<p>Het is aangetoond dat bij patiënten met een recidiverende depressieve stoornis voortzetting van de behandeling effectief is. A1 Geddes e.a.2003 ; Kaymaz e.a.2008</p>
<p>Niveau 4</p>	<p>Bij een eerste episode van depressie wordt geadviseerd om ten minste 6 maanden door te behandelen in de dosis die effectief was. Bij recidief episoden moet doorbehandeling eerder in perioden van een jaar tot jaren plaatsvinden, afhankelijk van het aantal recidieven en andere patiëntenkenmerken.</p>

Overige overwegingen:

Alle niet-TCA's zijn geregistreerd mede op grond van bewijs dat deze niet alleen werkzaam zijn in de acute behandeling gedurende 4-6 weken, maar ook in de voortgezette behandeling gedurende 6-12 maanden na herstel. In de betreffende onderzoeken wordt overigens over het algemeen geen onderscheid gemaakt tussen patiënten met een eerste versus een recidief depressieve episode.

Ook wordt geen onderscheid gemaakt tussen behandeling met antidepressiva als eerste stap in de behandeling en antidepressiva als tweede of volgende stap.

8.5 Sint-janskruid (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

De werkzaamheid van sint-janskruid (extracten) op korte termijn als behandeling van de lichte tot matig ernstige depressieve stoornis (tot 6 weken) is aannemelijk gemaakt. Het is significant effectiever dan placebo en er is geen verschil gevonden ten opzichte van standaard antidepressiva (Linde e.a., 2000; Williams e.a., 2000). De meest gebruikte dosering (van sint-janskruidextracten) is dan 3 dd 300 mg (Gaster e.a., 2000; Linde & Mulrow, 2000; Volz & Laux, 2000). Voor patiënten met ernstige depressieve klachten kon geen effectiviteit van sint-janskruid worden aangetoond (Shelton e.a., 2001).

In recente meta-analyses wordt de werkzaamheid meer betwijfeld. In een meta-analyse met 26 RCT's van patiënten met depressieve stoornis die werden behandeld met sint-janskruid versus placebo werd een minimale effectiviteit van RR 1.15 (1.02-1.29) gevonden (Linde e.a., 2005). In de tweede meta-analyse (Werneke e.a., 2004) werden twee meta-analyses vergeleken, een met 15 RCT en een meer recente met 18 RCT en het relatieve risico (RR) daalde van 1.97 (1.54-2.53) naar 1.73 (1.40-2.14). Dit duidt erop dat de effectiviteit van sint-janskruid, evenals bij andere antidepressiva, lijkt te dalen met een toename van uitgevoerde RCT's,

Het werkingsmechanisme van sint-janskruid is nog onduidelijk, maar het is aannemelijk dat verschillende bestanddelen ertoe bijdragen (Butterweck, 2003; Schulte, 2000).

De bijwerkingen van sint-janskruid zijn op placeboniveau, hoewel er een kleine kans op fotosensibilisatie bestaat. Hoofdpijn is beschreven en ook gastro-intestinale klachten en vermoeidheid zijn beschreven (Gaster e.a., 2000; Linde & Mulrow, 2000; Schulte, 2000; Volz & Laux, 2000). Risico's van interacties waren voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg reden artsen en apothekers te attenderen op het grote belang van medicatiecontrole hierbij (Staatstoezicht op de Volksgezondheid 2000). Er zijn onder meer interacties van sint-janskruid gerapporteerd met digoxine, cyclosporine, coumarinepreparaten (fenprocoumon), proteaseremmers (indinavir), hormonale anticonceptiva, SSRI's en theofylline.

Aanbevelingen:

De Richtlijnwerkgroep is van mening dat sint-janskruid als alternatief overwogen kan worden voor patiënten met een lichte tot matig ernstige depressieve stoornis die terughoudend zijn om reguliere antidepressiva te gebruiken en/of om aan psychotherapie te beginnen.

De behandelaar dient altijd bedacht te zijn op interacties bij gebruik van sint-janskruid.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

- Butterweck, V. (2003). Mechanism of action of St John's wort in depression: what is known? *CNS Drugs*, 17, 539-562.
- Gaster, B., & Holroyd, J. (2000). St John's wort for depression. *Archives of Internal Medicine*, 160, 152-156. (B)
- Linde, K., & Mulrow, C.D. St John's wort for depression. (2000). *Cochrane review, The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Update Software. (A1)
- Linde, K., & Mulrow, C.D. Berner M. Egger M St John's wort for depression. Review (2005). *Cochrane review, The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Update Software. (A1)
- Schulte, P.F.J. (2000). Sint-janskruid als antidepressivum. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144, 1820-1825.
- Shelton, R.C, Keller, M.B., Gelenberg, A., e.a. (2001). Effectiveness of St John's Wort in Major De-pression, a Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 285, 1978-1986. (A2)
- Staatstoezicht op de volksgezondheid, Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2000). *St. Janskruid.* „s Gravenhage.
- Volz, H.P., & Laux P. (2000). Potential treatment for subthreshold and mild depression: a comparison of St. John's wort extracts and fluoxetine. *Comprehensive Psychiatry*, 41(Suppl.), 133-137. (A2)
- Werneke U, Horn O, Taylor DM (2004) How effective is St John's wort? The evidence revisited. *J Clin Psychiatry* 65, 611-617 (A1)
- Williams, J.W., Mulrow, C.D., Chiquette, E., e.a. (2000). A systematic review of newer pharmaco-therapies for depression in adults: evidence report summary. *Annals of Internal Medicine*, 132, 749-756. (A1)

Conclusies:

<p>Niveau 1</p>	<p>Het is aangetoond dat bij patiënten met een lichte tot matig ernstige depressieve stoornis sint-janskruid werkzaam kan zijn op korte termijn, de werkzaamheid op lange termijn is nog onduidelijk <i>A1 Werneke e. a. 2004, Linde e.a. 2005</i></p>
<p>Niveau 3</p>	<p>Sint-janskruid heeft weinig bijwerkingen, maar geeft wel een kans op interacties.</p>

Overige overwegingen:

Onderzoek met sint-janskruid bij opgenomen of psychotisch depressieve patiënten ontbreekt. Tevens is de optimale dosering en de optimale behandelingsduur nog niet duidelijk. Overigens is het effect op de lange termijn (maanden tot jaren) nog onvoldoende onderzocht

8.6 Beleid bij nonrespons vier weken na de eerste stap (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Thase en Rush (1995) hebben vele achtergronden en opties besproken. Zij adviseren de behandeling te optimaliseren door middel van een maximale dosering, met eventuele bloedspiegelcontrole - met name bij een TCA - en de behandelperiode te verlengen tot 6 weken, eventueel tot maximaal 10 weken. Ook is verandering van de medicatie een optie (zie ook 8.7 Medicamenteuze vervolgstappen bij een nonrespons op de eerste stap).

Bij partiële responders (gedefinieerd als een verbetering van 20-50% op de Hamilton Rating Scale for Depression) bestaat voor een effect van een verlenging van de behandelingsduur tot 6 weken evidentie vanuit gecontroleerde onderzoeken (Ruhe e.a. 2003). Een langere behandeling, tot 10 weken, wordt zinvol geacht bij gelijktijdige toepassing van psychotherapie (Thase & Rush, 1995).

Aanbevelingen:

Voor patiënten met een depressieve stoornis die na 4 weken niet responderen op de eerste stap in de medicamenteuze behandeling (het eerste antidepressivum) worden de volgende opties aanbevolen:

- De diagnose te heroverwegen
- Instandhoudende factoren te evalueren, zoals comorbiditeit, en ongunstige sociale omstandigheden
- De therapietrouw na te gaan
- De behandeling te optimaliseren: maximale dosering, bloedspiegelcontroles (met name bij een TCA)
- Verlenging van de behandelperiode - tot 6 weken, en eventueel langer tot maximaal 10 weken
- Verandering van de medicamenteuze behandeling
- Kiezen voor een andere therapievorm, zoals (toevoeging van) psychotherapie
- Voor de huisarts: de patiënt te verwijzen naar een psycholoog-psychotherapeut, psychiater of klinisch psycholoog

Conclusies:

<p>Niveau 2</p>	<p>Voor een verlenging van de behandelingsduur van 4 tot 6 weken bestaat evidentie vanuit gecontroleerde onderzoeken, dit</p>
------------------------	---

	geldt in het bijzonder voor partiële responders. Een langere behandeling, tot 10 weken, wordt alleen zinvol geacht bij gelijktijdige toepassing van psychotherapie. B Thase en Rush 1995
Niveau 4	Er is weinig systematisch en kwalitatief goed onderzoek verricht naar het handelen bij het niet responderen van patiënten op de eerste stap in de medicamenteuze behandeling.

8.7 Medicamenteuze vervolgstappen bij nonrespons op de eerste stap (vers

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Er zijn enkele systematische reviews verschenen over het beleid bij een patiënt die na 4-6 weken niet respondeert op de eerste stap in de medicamenteuze behandeling (Ruhe e.a., 2006a, Aldi e.a., 2005, Ruhe e.a., 2006b).

Verhoging van de dosering tot boven de standaarddosering

Twee systematische reviews hebben dosisverhoging bestudeerd (Ruhe e.a., 2006a; Aldi e.a., 2005). Ruhe e.a. (2006a) vond 8 RCT's en drie eerdere meta-analyses, die overigens methodologische problemen hadden en daarom de vraag niet konden beantwoorden. Van de 8 RCT's lieten vier geen effect zien van dosisverhoging voor week vier, in een was dosisverhoging na 6 weken niet effectief en in twee andere bleek dosisverhoging voor fluoxetine na 8 weken effectiever dan augmenteren maar in een replicatiestudie bleek dit geen significant verschil meer te maken. Ook Aldi e.a. (2005) komt tot de conclusie dat er te weinig evidentie is voor dosisverhoging bij de SSRI's. Er zijn wel veel vergelijkende studies gedaan met TCA's die aanwijzingen geven dat hoge dosis effectief zijn bij therapieresistente patiënten. Dit lijkt in tegenspraak met de meta-analyse van Furukawa e.a. 2002 waarin geen verschil in effectiviteit tussen hoge en lage doseringen TCA werd gevonden. De selectie van de patiëntengroepen speelt waarschijnlijk een rol.

Overschakeling naar een ander antidepressivum

Een tweede mogelijkheid is overschakeling naar een ander antidepressivum. Bij non-respons op een SSRI werd in een systematische review (Ruhe e.a., 2006b) de vervolgstappen bekeken. Er werden 7 open studies en 3 RCT's gevonden voor overschakelen van een SSRI naar een andere SSRI. De respons percentages varieerden tussen 17.6% en 70%. Voor de overschakeling van een SSRI naar een TCA werden 4 open studies en twee RCT's gevonden. Respons was nu tussen de 16.5% en 48.5%, met lagere respons voor de meer therapieresistente patiënten. In 13 studies inclusief 4 RCT's werd de overstap van een SSRI naar mirtazapine, nefazodone of venlafaxine onderzocht. De studies waren erg verschillend en de respons percentages varieerden van 28% tot 50% waarbij de respons percentages afnamen bij patiënten met meer kenmerken van therapieresistentie. Pooling van de resultaten van drie RCT's lieten een bescheiden en klinisch mogelijk niet significante toegenomen remissie zien voor venlafaxine tov de SSRI's (NNT = 13 (95%CI 9.1-25.0)). Slechts een RCT en twee open studies hebben de omzetting van een SSRI naar bupropion onderzocht met respons percentages van 26.1% tot 34.6%. Een RCT en twee gerandomiseerde studies werden gevonden voor de omzetting naar een MAOI met respons tussen de 42.9% en 45.5%.

De conclusie is dat bij non-respons op een SSRI overschakelen naar een ander AD een redelijke optie lijkt met 50% kans op succes maar er is geen voorkeur aan te geven welke groep van AD dan in aanmerking komt behoudens de MAO-remmers die ivm de bijwerkingen niet in aanmerking komen. Bijwerkingen bij de eerste SSRI voorspellen geen intolerantie voor een tweede SSRI.

Toevoeging van een andere geneesmiddel

Toevoegen van een ander geneesmiddel, eventueel een AD, aan het bestaande antidepressivum wordt

augmentatie genoemd en moet goed onderscheiden worden van de combinatiestrategie (twee of meer middelen waaronder een antidepressivum tegelijk starten (DeBattista, 2006; Dodd e.a., 2005). De toevoeging van lithium wordt als de meest reële optie beschouwd (zie 8.8 Lithium-additie bij nonrespons op de eerste (of volgende) stap).

Toevoeging van trijoodthyrone (T3) is een optie. De werkzaamheid is aannemelijk gemaakt op basis van een meta-analyse (Aaronsen e.a., 1996). Bij in totaal 292 patiënten bedroeg de relatieve respons 2,09 (95%-BI 1,31 tot 3,32; $p = 0,002$) Toch zijn er ook diverse onderzoeken waarin geen gunstig effect kon worden vastgesteld (Joffe e.a., 2000).

Toevoegen van het atypische antipsychoticum olanzapine is werkzaam volgens enkele RCT's bij depressieve patiënten die niet responderden op fluoxetine (Shelton e.a., 2001; Thase e.a., 2007).

Daarnaast wordt toevoeging van een antipsychoticum vooral overwogen bij patiënten met een depressieve stoornis met psychotische kenmerken (zie 8.10 Biologische behandelingsmogelijkheden bij een psychotische depressie).

Pindolol augmentatie bij een SSRI is bestudeerd in 9 RCT's met in totaal 594 patiënten. In 5 van de studies was het doel van pindolol augmentatie om de respons van de SSRI te versnellen. De uitkomst was positief bij twee weken $OR = 2.8$ (95% CI 1.4-5.7). In zeven studies werd respons bij 4 tot 6 weken bestudeerd en dan was er geen voordeel meer voor pindolol augmentatie $OR = 1.4$ (95% CI 0.8-2.7) (Ballesteros, e.a. 2004).

Augmentatie met andere antidepressiva wordt vaak onderzocht: In een RCT was augmentatie van mianserine aan fluoxetine effectiever dan de switch van fluoxetine naar mianserine of voorzetten van fluoxetine therapie (Ferreri e.a., 2001). In een andere RCT werden patiënten die niet responderden op 50-100 mg sertraline gerandomiseerd naar sertaline 100 mg/daags, sertraline 200 mg daags of naar augmentatie met mianserine. De augmentatietherapie en sertaline 100 mg bleken even effectief en beter dan sertaline 200mg/daags (Licht & Qvitzau, 2002).

Er is geen bewijs gevonden voor de effectiviteit van een augmentatie van een SSRI met desipramine (Fava e.a., 1994; 2002).

Augmentatie met mirtazapine bleek effectiever dan met placebo bij 26 patiënten die niet responderden op SSRI's (N=22), venlafaxine (N=3) of bupropion (N=1) (Carpenter e.a., 2002).

In de STAR*D studie kregen 565 patiënten die niet in remissie waren gekomen op citalopram bupropion of buspirone toegevoegd. Remissiepercentages waren voor beide middelen 30% en respons percentages waren 32% voor bupropion en 27% voor buspirone (geen significante verschillen) (Trivedi e. a., 2006).

Andere opties zijn de toevoeging van een psychostimulans, van reserpine, van oestrogenen, van tryptofaan, van een klassieke MAO-remmer, en van anticonvulsiva. Van geen van deze opties is de werkzaamheid bij patiënten met therapieresistente depressies bewezen. Daarom worden deze opties niet aanbevolen.

Combinatie met een andere geneesmiddel

Bij combinatiebehandeling wordt de behandeling gestart met een combinatie van middelen waaronder een antidepressivum. Combinatiebehandeling wordt toegepast bij depressies waar een vorm van therapieresistentie een rol speelt. Het is niet duidelijk op welk moment combinatiebehandeling geïndiceerd is. Er zijn diverse combinatiestrategieën onderzocht. Het bewijs voor combinatiestrategieën berust over het algemeen op een enkele RCT.

Zo was de combinatie van fluoxetine en mianserine gelijk aan de combinatie van fluoxetine en pindolol maar beter dan fluoxetine monotherapie (Maes e.a., 1999) en bleek de combinatiebehandeling van fluoxetine met mianserine effectiever dan monotherapie van een van de middelen (Nelson e.ta., 2004). Ook de combinatie van bupropion en citalopram bleek beter dan bupropion alleen (Lam et.a., 2004)

De fluoxetine/olanzapine combinatie bleek in twee studies niet effectiever dan de monotherapieën maar had wel een sneller begin van de werking (Shelton e.a., 2005; Corya e.a., 2006).

Aanbevelingen:

Bij non-responders op een SSRI beveelt de Richtlijnwerkgroep aan om wanneer patiënten in de eerste stap na 4 weken niet reageren op behandeling met een SSRI te switchen naar een ander AD. Voor de effectiviteit van verhoging van de dosering boven de aanbevolen dosis bestaat geen bewijs. Verlenging van de duur van de behandeling is te overwegen als er wel enige respons is op het AD tot 6 (maximaal 10) weken. De keuzes zijn dan:

- Overschakeling naar een ander antidepressivum: een andere SSRI, een TCA, een SNRI, mirtazapine en bupropion.
- Toevoeging van lithium als beste additie-optie (Voor de concrete adviezen betreffende te toevoeging van lithium, de overschakeling naar klassieke MAO-remmers en elektroconvulsiotherapie wordt verwezen naar de volgende paragrafen.)
- Eventueel toevoeging van mirtazapine of mianserine.
- Eventueel toevoeging van een atypisch antipsychoticum

Bij non-responders op een ander niet-SSRI/niet-TCA is de Richtlijnwerkgroep van mening dat het bovenstaande ook de beste strategie is. Bij non-responders op een TCA beveelt de Richtlijnwerkgroep aan om het TCA na 4 tot 6 weken verder te doseren op geleide van de plasmaspiegel. Na 6 (tot maximaal 10) weken kan een keuze gemaakt worden uit de volgende opties:

- Eventueel overschakeling naar een ander antidepressivum: een niet-TCA
- Toevoeging van lithium
- Overschakeling naar een klassieke MAO-remmer
- Elektroconvulsietherapie

De Richtlijnwerkgroep is van mening dat bij non-responders op antidepressiva de toevoeging van trijoodthyronine (T3) pas in aanmerking komt als andere meer reële opties (lithiumadditie en een klassieke MAO-remmer) niet (meer) in aanmerking komen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

- DeBattista C. Augmentation and combination strategies for depression. *J Psychochopharmacology* 2006; 20 (3):11-18 (A2).
- Ferri M, Lavergne F, Berlin I, Payan, C Puech AJ, 2001. Benefits from mianserin augmentation of fluoxetine in patients with major depression non-responders to fluoxetine alone. *Acta Psychiatr Scand* 103, 66-72 (B).
- Dodd S, Horgan D, Malhi GS, Berk M. To combine or not to combine? A literature review of antidepressant combination therapy. *J Aff Dis* 2005; 89: 1-11 (A2).
- Maes M, Libbrecht I, van Hunsel F, Campens D, Meltzer HY, (1999). Pindolol and mianserin augment the antidepressant activity of fluoxetine in hospitalized depressed patients including those with treatment resistance. *J Clin Psychopharmacol* 19, 177-457 (B).
- Carpenter LL, Yasmin S, Price LH. A double-blind, placebo-controlled study of antidepressant augmentation with mirtazapine. *Biol Psychiatry* 2002; 51: 183-188 (B).
- Fava M, Alpert J, Nierenberg A et al. Double-blind study of high dose fluoxetine versus lithium or desipramine augmentation of fluoxetine in partial and non-responders to fluoxetine *J Clin Psychopharmacology* 2002; 22: 379-387 (B).
- Nelson JC, Mazure CM, Jatlow PI, Bowers MB, Price L Combining norepinephrine and serotonin inhibitors mechanism for treatment of depression: a double-blind randomized study. *Biol Psychiatry* 2004; 55: 296-300 (B).
- Lam RW, Hossie H, Solomons K, Yatham LN. Citalopram and bupropion-SR, combining versus switching in patients with treatment resistant depression. *J Clin Psychiatry* 2004 ; 5 : 337-340 (B).
- Trivedi MH, Fava M, Wisniewski SR et al. Medication augmentation after the failure of SSRI s for depression. *N Engl J Med*, 2006; 354: 1243-1252 (B).
- Ballesteros J, Callado LF. Effectiveness of pindolol plus serotonin uptake inhibitors in depression: a meta-analysis of early and late outcome from randomised controlled trials. *J Aff Dis* 2004; 79: 137-147.(A1)
- Thase ME, Corya SA, Osuntokun O, Case M, Henley DB, Sanger TM, Watson SB, Dube S (2007). A randomized, double-blind comparison of olanzapine/fluoxetine combination, olanzapine, and fluoxetine in treatment-resistant major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 68, 224-236 (A2).
- Aronson R, Offman HJ, Joffe RT, Naylor D. (1996). Triiodothyronine augmentation in the treatment of refractory depression. a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatr* 53; 842-848 (A2).
- Joffe RT, Sokolov ST. Thyroid hormone treatment of primary unipolar depression: a review. *Int J Neuropsychopharmacology* 2000; 3: 143-147(A2).
- Licht RW, Qvitzau S. (2002). Treatment strategies in patients with major depression not responding to first-line sertraline treatment. A randomised study of extended duration of treatment, dose increase or mianserin augmentation. *Psychopharmacology*, 161, 143-151 (B).
- Shelton RC, Tollefson GD, Tohen M, et al 2001 A novel augmentation strategy for treating resistant major depression. *Am j Psychiatry* 158, 131-134 (B).
- Fava M, Rosenbaum JF, McGrath PJ, Stewart JW, Amsterdam JD, Quitin FM 1994. Lithium and tricyclic augmentation of fluoxetine treatment for resistant major depression . *Am J Psychiatry* 151, 1372-1374 (B).
- Fava M, Alpert J, Nierenberg A et al. Double-blind study of high dose fluoxetine versus lithium or desipramine augmentation of fluoxetine in partial and non-responders to fluoxetine *J Clin Psychopharmacology* 2002; 22: 379-387 (B).
- Trivedi MH, Fava M, Wisniewski SR et al. Medication augmentation after the failure of SSRI s for depression. *N Engl J Med*, 2006b; 354: 1243-1252 (B).
- Shelton RC, Williamson DJ, Corya SA, Sanger TM, Van Campen LE, Case M, Briggs SD, Tollefson GD

(2005). Olanzapine/fluoxetine combination for treatment resistant depression: a controlled study of SSRI and nortriptyline resistance. *J Clin Psychiatry* 66, 1289-1297 (B).

Corya SA, Williamson DJ, Sanger TM, Briggs SD, Case M, Tollefson GD (2006). A randomized, double-blind comparison of olanzapine/fluoxetine combination, olanzapine, fluoxetine and venlafaxine in treatment-resistant depression. *Depression&Anxiety* 23, 364-372 (B).

Ruhe HG, Huyser J, Swinkels JA, Schene AH. Dose escalation for insufficient response to standard-dose selective reuptake inhibitors in major depressive disorder. A systematic review. *Br J Psychiatry* 2006a; 189: 309-316 (A1)

Aldi M, Baethge Ch, Heinz A, et al. Is dose escalation of antidepressants a rational strategy after a medium-dose treatment failed? A systematic review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255: 387-400 (A1).

Ruhe HG, Huyser J, Swinkels JA, Schene AH. Switching antidepressants after a first selective reuptake inhibitor in major depressive disorder. A systematic review. *J Clin Psychiatry* 2006b; 67: 1836-1855 (A1)

Conclusies:

Niveau 1	Bij non-reponders op een SSRI is er geen bewijs voor de effectiviteit van verhoging tot boven de standaarddosering. A1 Ruhe e. a. 2006a, Aldi e.a. 2005
Niveau 2	Bij non-responders op een SSRI is het aannemelijk dat overschakeling naar een tweede antidepressivum een reële optie is als volgende stap in de behandeling. Daarbij lijken zowel een tweede SSRI, een TCA, venlafaxine, mirtazapine en bupropion goede keuzes. A2 Ruhe e.a, 2006b
Niveau 1	Bij non-respons op een TCA is toevoeging van lithium een goede keuze. A1 Crossley & Bauer 2007
Niveau 1	Toevoeging van lithium lijkt ook een goede optie bij non-respons op een niet-TCA. A1 Crossley & Bauer 2007
Niveau 2	Ook toevoeging van mirtazapine, mianserine of atypisch antipsychoticum kan overwogen worden. A2 Thase et al 2007 B Ferreri et al 2001, Carpenter et al 2002, Shelton et al. 2002
Niveau 1	Over de werkzaamheid van de toevoeging van trijoodthyro-nine (T3) bij non-responders op antidepressiva bestaat geen zekerheid. A2 Aaronson et al 1996, Joffe et al 2000
Niveau 4	Bij non-responders op een TCA is het nog onduidelijk in hoeverre overschakeling naar een ander TCA

	of een niet-TCA een goede keus is
Niveau 4	Voor de stappen na lithiumadditie zijn overschakeling op een klassieke MAO-remmer en elektroconvulsietherapie de meest reële opties.
Niveau 3	Over de werkzaamheid van combinatiebehandeling van twee medicamenten bij therapie-resistentie bestaat nog weinig zekerheid.

8.8 Lithiumadditie bij nonrespons op de eerste stap (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

In een meta-analyse van 10 RCT's, inclusief de STAR*D studie, waarin lithium of placebo was toegevoegd aan een tot dan toe onsuccesvolle behandeling met een antidepressivum, is aangetoond dat lithiumtoevoeging effectief is. Lithium is superieur ten opzichte van placebo met een OR van 3.11 wat neerkomt op een NNT van 5 (Crossley & Bauer, 2007).

In 7 van deze onderzoeken was lithium toegevoegd aan een TCA, waardoor het bewijs van de werkzaamheid voornamelijk de TCA's betreft. In slechts 3 onderzoeken was lithium toegevoegd aan een SSRI. Er zijn echter geen aanwijzingen dat een toevoeging aan SSRI's minder effectief is of slechter wordt verdragen (Bauer & Döpfmer, 1999). In de 3 kwalitatief beste onderzoeken uit deze meta-analyse (met een lithium-dosering van ten minste 800 mg/dag of een lithiumbloedspiegel van ten minste 0,5 mmol/l, en tevens met een onderzoeksduur van ten minste 2 weken), bedroeg het absolute verschil in percentage responders 27% (95%-BI 9,8 tot 44,2), overeenkomend met een NNT van 3,7 (95%-BI 2,3 tot 10,2).

Het is aannemelijk dat een lithiumdosering van 600-800 mg/dag effectief is. De duur om het effect van lithiumtoevoeging te kunnen beoordelen bedraagt 2 weken; echter ook al vanaf 1 week is lithiumtoevoeging soms effectief gebleken. Het effect van lithiumaugmentatie bleef aan in een 4 maand durende RCT (Bauer e.a., 2000).

Aanbevelingen:

Als additiestrategie dient lithium minimaal 2 weken met een spiegel van tenminste 0,5 mmol/l te worden toegepast.

Als additiestrategie heeft toevoeging van lithium aan een TCA vooralsnog de voorkeur boven additie aan een niet-TCA

Bij respons na lithiumadditie beveelt de Richtlijnwerkgroep aan tenminste 4 maanden met zowel het antidepressivum als lithium door te gaan, terwijl overwogen kan worden nog langer door te gaan.

De Richtlijnwerkgroep beschouwt lithiumadditie als een stap die bij voorkeur door een psychiater dient uitgevoerd te worden.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

Bauer, M., Bschor, T., Kunz, D., e.a. (2000). Double-blind, placebo-controlled trial of the use of lithium to augment antidepressant medication in continuation treatment of unipolar major depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1429-1435. (A2)

Bauer, M., & Döpfmer, S. (1999). Lithium augmentation in treatment-resistant depression: meta-analysis of placebo-controlled studies. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19, 427-434. (A1)

Crossley NA, & Bauer, M., (2007). Acceleration and augmentation of antidepressants with lithium for depressive disorders: two meta-analyses of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry* 68, 935-940 (A1)

Conclusies:

Niveau 1	Het is aangetoond dat bij patiënten die niet op behandeling met antidepressiva reageren, de toevoeging van lithium gedurende ten minste 2 weken en met een bloedspiegel van ten minste 0,5 mmol/l, een effectieve volgende stap is.
Niveau 1	De werkzaamheid van lithiumadditie is bij TCA's overtuigend aangetoond. A1 Crossley & Bauer, 2007
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de toevoeging van lithium ook een goede optie lijkt bij non-respons op een niet-TCA A1 Crossley & Bauer, 2007

8.9 Klassieke MAO-remmers bij non-respons (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

De irreversibele (klassieke) mono-amine-oxidase(MAO)-remmers fenelzine, tranylcypromine en isocarboxazide (alle niet in Nederland geregistreerd) zijn alle effectief bevonden bij ambulante behandelde patiënten met een depressieve stoornis (50-60% responders, verschil met placebo 22-41%). MAO-remmers zijn daarbij in het bijzonder effectief gebleken bij een subtype van depressie, de depressieve stoornis met atypische kenmerken. In een meta-analyse met 8 studies (Henkel e.a., 2005) met patiënten met depressies met atypische kenmerken zijn MAO-remmers effectiever dan placebo (d= 0.45, 95% CI 0.35-0.60), effectiever dan TCA (d = 0.27, 95%CI 0.16-0.42), maar het verschil ten opzichte van SSRI's bleek minimaal (d= 0.02 95%CI -0.10-0.14). Echter in de laatste vergelijking waren drie studies opgenomen waarvan twee een reversibele MAO-remmer betrof.

Bij non-responders op SSRI's en/of TCA's is de werkzaamheid van zowel fenelzine als tranylcypromine aangetoond; het laatste overigens als enige bij opgenomen patiënten, bij wie tranylcypromine effectiever was dan nomifensine (niet meer in Nederland geregistreerd) (Nolen e.a., 1988). In STAR*D werd tranylcypromine als vierde stap in de depressiebehandeling toegepast met een laag remmissiepercentage (7%) maar ook met lage doseringen (gemiddeld 37 mg daags) (McGrath e.a., 2006).

Aanbevelingen:

Klassieke MAO-remmers (niet in Nederland geregistreerd) (vooral met name tranylcypromine) zijn geïndiceerd als volgende stap in de behandeling van de depressieve stoornis na een modern antidepressivum zoals een SSRI, na een TCA én na lithiumadditie.

Bij de depressieve stoornis met atypische kenmerken beschouwt de Richtlijnwerkgroep een klassieke MAO-remmer (met name fenelzine) als een reële optie in de tweede stap van de behandeling na een modern antidepressivum (zoals een SSRI).

In verband met mogelijke bijwerkingen en vooral de kans op interacties (met bepaalde voedingsmiddelen en

medicijnen) dienen klassieke MAO-remmers alleen voorgeschreven te worden door psychiater

**Wetenschappelijke onderbouwing:
Literatuur**

Henkel, V. Mergl, R Allgaier A-K, Kohnen R, Moller HJ, Hegerl U (2005) Treatment of depression with atypical features. A meta-analytic approach. *Psychiatry Research* 141, 89-101 (A1).

McGrath, P.J., Stewart, J.W., Fava, M. e.a. (2006). Tranylcypramine versus venlafaxine plus mirtazapine following three failed antidepressant medication trials for depression: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*, 163, 1531-1541 (A2).

Nolen, W.A., van de Putte, J.J., Dijken, W.A., e.a. (1988). Treatment strategy in depression. I. Non-tricyclic and selective reuptake inhibitors in resistant depression; a double-blind partial crossover study on the effects of oxaprotiline and fluvoxamine. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78: 668-675. (A2)

Thase, M.E., & Rush, A.J. (1995). Treatment-resistant depression. In F.E. Bloom & D.J. Kupfer (Red.). *Psychopharmacology: the fourth generation of Progress*. New York: Raven Press. (A1/B)

Thase, M.E., Trivedi, M.H., & Rush, A.J. (1995). MAOIs in the contemporary treatment of depression. *Neuropsychopharmacology*, 12, 185-219. (A1/B)

Conclusies:

<p>Niveau 2</p>	<p>Het is aannemelijk dat klassieke MAO-remmers effectief zijn bij patiënten met een therapieresistente depressieve stoornis, inclusief de depressieve stoornis met atypische kenmerken. A1 Henkel et al. 2005</p>
------------------------	--

Overige overwegingen:

Er zijn bij patiënten met therapieresistente depressies geen onderzoeken gepubliceerd waarin klassieke MAO-remmers zijn vergeleken met een andere strategie, zoals lithiumadditie of schildklierhormoonadditie. Klassieke MAO-remmers zijn in Nederland niet geregistreerd, maar tranylcypramine en fenelzine zijn wel als zogenaamde "orphan drugs" voor te schrijven en worden dan ook vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

8.10 Biologische behandelmogelijkheden (versie 2010)

**Richtlijntekst:
VERSIE 2010**

Een meta-analyse (Wijkstra et al, 2006) heeft 10 studies gevonden waarin de medicamenteuze behandeling van de psychotische depressie werd onderzocht. In 1 RCT werd een TCA vergeleken met placebo en werd geen significant verschil gevonden; vier studies vergeleken verschillende AD met elkaar, waarin sertraline effectiever bleek dan paroxetine en er geen verschil tussen fluvoxamine en venlafaxine werd gevonden. Twee studies waarin imipramine werd vergeleken met een ander AD konden gepoold worden en lieten zien dat imipramine significant effectiever was dan de niet-TCA (RR 2.36 (95% CI 1.32-4.23) p = 0.004). In deze studies werd imipramine onder spiegelbepaling toegediend.

In 3 RCTs werden SSRI's onderzocht. Gecombineerd leverden die studies een respons op van 51.5% voor de SSRI's. Een studie vergeleek AD met antipsychotica en vond geen verschil. Twee studies onderzochten antipsychotica versus placebo en vonden geen verschil. In twee studies werd een combinatie van AD en antipsychoticum vergeleken met AD en na pooling werd tussen beide condities geen significant verschil gevonden. In drie studies werd de combinatie van AD en antipsychoticum vergeleken met een antipsychoticum. Pooling van deze studies leverde een significant voordeel op voor de combinatie (RR 1.92 (95% CI 1.32-2.80) p = 0.0007. Conclusie luidt dat er geen bewijs is dat de combinatie AD plus antipsychoticum effectiever is dan AD alleen, maar wel dat antipsychoticum alleen geen goede stap is. Dus er kan met AD gestart worden waarbij een TCA onder spiegelbepaling de beste keuze lijkt. Een anti-psychoticum

kan toegevoegd worden als er geen adequate response is op monotherapie.

Aanbevelingen:

Bij de psychotische depressie acht de Richtlijnwerkgroep starten met alleen een TCA (op geleide van de bloedspiegel) een verantwoorde eerste stap. Na 4 weken kan dan bij onvoldoende resultaat met alleen een TCA als volgende stap een antipsychoticum worden toegevoegd. Als alternatief kan echter ook meteen gestart worden gestart met de combinatie van een TCA en een antipsychoticum.

Na de combinatie van een TCA én een antipsychoticum is elektroconvulsietherapie (ECT) de aangewezen volgende stap. Als alternatief dient ECT bij patiënten met een zeer ernstige psychotische depressie eerder te worden overwogen (zie Elektroconvulsietherapie bij de depressieve stoornis)

Een patiënt met een psychotische depressie dient zo mogelijk door een psychiater behandeld te worden.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

Wijkstra J, Lijmer J, Balk FJ, Geddes JR, Nolen WA (2006). Pharmacological treatment for unipolar psychotic depression. Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 188, 410-415 (A1).

Conclusies:

<p>Niveau 2</p>	<p>Het is aangetoond dat bij de depressieve stoornis met psychotische kenmerken (psychotische depressie) het starten met een antidepressivum (TCA) een verantwoorde keuze is. Bij non-respons kan een antipsychoticum toegevoegd worden. A1 Wijkstra e.a., . 2006</p>
<p>Niveau 2</p>	<p>Er zijn aanwijzingen dat een TCA dat wordt gedoseerd op geleide van de bloedspiegel, effectief is bij de psychotische depressie. A1 Wijkstra e.a., 2006</p>

8.11 Benzodiazepinen bij de behandeling van depressie (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Over de toepassing van benzodiazepinen bij depressie bestaat een meta-analyse (Furukawa e.a., 2001) en een overzichtsartikel (Birkenhäger e.a., 1995).

Uit de meta-analyse van 9 onderzoeken waarin de combinatie van een antidepressivum en een benzodiazepine is vergeleken met een antidepressivum alleen, bleek dat de kans op uitval tijdens de gecombineerde behandeling kleiner was dan tijdens behandeling met alleen een antidepressivum, met een relatief risico van 0,63 (0,49-0,82), overeenkomend met een NNT van 8 (6-17) (Furukawa e.a., 2001).

Bovendien bleek de kans op respons na 4 weken met de gecombineerde behandeling groter, met een relatief risico bij 4 weken van 1,39 tot 1,43; NNT 7 (4-18).

Het overzichtsartikel betreft grotendeels dezelfde onderzoeken en geeft aanvullende informatie (Birkenhäger e.a., 1995). Benzodiazepinen kunnen worden onderscheiden in klassieke benzodiazepinen en

triazolo-benzodiazepinen (zoals alprazolam). In alle 5 onderzoeken bij patiënten met een depressieve stoornis waarin klassieke benzodiazepinen zijn vergeleken met placebo en een TCA, bleken klassieke benzodiazepinen niet effectiever dan placebo, terwijl de TCA wel effectiever waren dan placebo. Klassieke benzodiazepinen zijn in 11 onderzoeken bij patiënten met een depressieve stoornis vergeleken met placebo: in 8 onderzoeken waren triazolo-benzodiazepinen effectiever. Daarentegen waren triazolo-benzodiazepinen in 10 van de 19 onderzoeken waarin deze zijn vergeleken met een TCA minder effectief, terwijl in de overige onderzoeken geen verschil werd gevonden. De TCA's bleken met name effectiever bij patiënten met een depressie met melancholische kenmerken en/of met een ernstige depressie.

Wat betreft respons van specifieke symptomen zijn de TCA's effectiever gebleken dan de benzodiazepinen (zowel klassieke benzodiazepinen als triazolo-benzodiazepinen) bij zogenaamde kernsymptomen (stemming, remming, anergie, dagschommeling en gewichtsverlies).

Aanbevelingen:

Bij patiënten met een depressieve stoornis acht de Richtlijnwerkgroep een monotherapie met benzodiazepinen ongewenst, zeker als deze langer dan 4-6 weken zou duren.

De Richtlijnwerkgroep acht het wel verantwoord om in het begin van de behandeling met antidepressiva benzodiazepinen toe te voegen, zeker wanneer angstsymptomen of slaapklachten aanwezig zijn.

Wanneer benzodiazepinen worden toegevoegd aan antidepressiva, verdient het gezien de risico's van benzodiazepinen op het ontwikkelen van tolerantie en afhankelijkheid naar het oordeel van de Richtlijnwerkgroep aanbeveling om deze na 4-6 weken, nadat de gecombineerde behandeling effectief is gebleken, af te bouwen en de behandeling met alleen antidepressiva voort te zetten.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

Birkenhäger, T.K., Moleman, P., & Nolen, W.A. (1995). Benzodiazepines for depression? A review of the literature. *International Clinical Psychopharmacology*, 10, 181-195. (A1)

Furukawa, T.A., Streiner, D.L., & Young, L/T. (2001). Is antidepressant-benzodiazepine combination therapy clinically more useful? a meta-analytic study. *Journal of Affective Disorders*, 65, 173-177. (A1)

Conclusies:

<p>Niveau 1</p>	<p>Het is aangetoond dat benzodiazepinen als monotherapie niet effectief zijn tegen de kernsymptomen van depressieve stoornis. A1 Furukawa et al 2001, Birkenhäger et al 1995</p>
<p>Niveau 1</p>	<p>Wel is in de eerste 4-6 weken van de behandeling de combinatie van een antidepressivum en een benzodiazepine effectiever dan een antidepressivum alleen, in het bijzonder door een snelle vermindering van angstsymptomen en slaapklachten. Bovendien is de kans op uitval tijdens een gecombineerde behandeling kleiner dan bij behandeling met alleen een antidepressivum. A1 Furukawa et al 2001, Birkenhäger et al 1995</p>

8.12 Samenvatting keuzevolgorde farmacotherapie (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

De keuzevolgorde van farmacotherapie bij (matig) ernstige (niet-psychotische) depressieve episoden kan als volgt worden samengevat.

Stap 1

Uit het eerder besprokene blijkt er op grond van effectiviteit geen voorkeur te bestaan voor een van de groepen TCA's, SSRI's, SNRI, mirtazapine en bupropion. Ook binnen deze groepen lijkt de effectiviteit vergelijkbaar.

Bij ambulante behandelde depressiepatiënten maakt de werkgroep een onderscheid tussen de eerste lijn en de tweede lijn. Voor *de eerste lijn* wordt een TCA of een SSRI aanbevolen afhankelijk van de aanwezigheid van (relatieve) contra-indicaties en comorbiditeit, en potentiële bijwerkingen, eerdere ervaringen, prijs en voorkeur van de patiënt. Vanwege de wat lagere kans op bijwerkingen hebben de SSRI's een lichte voorkeur als eerste keuze middel.

Voor *de tweede lijn* heeft de Richtlijnwerkgroep geen uitgesproken voorkeur: een behandeling kan gestart worden met een TCA, een SSRI, SNRI mirtazapine of bupropion.

Bij *klinisch opgenomen patiënten* met een depressieve stoornis heeft starten met een TCA de sterke voorkeur; als echter toch voor een modern antidepressivum wordt gekozen, beveelt de Richtlijnwerkgroep een SNRI aan.

Stap 2

Wanneer patiënten in de eerste stap na 4 weken niet reageren op behandeling met AD raadt de Richtlijnwerkgroep aan te switchen naar een ander AD. Voor de effectiviteit van verhoging van de dosering boven de aanbevolen dosis bestaat geen bewijs. Verlenging van de duur van de behandeling is te overwegen als er wel enige respons is op het AD tot 6 (maximaal 10) weken. Bij non-responders op een TCA beveelt de Richtlijnwerkgroep aan om het TCA na 4 tot 6 weken verder te doseren op geleide van de plasmaspiegel. Bij de depressieve stoornis met atypische kenmerken beschouwt de Richtlijnwerkgroep een klassieke MAO-remmer (met name fenelzine) als een reële optie in de tweede stap van de behandeling na een modern antidepressivum (zoals een SSRI).

Stap 3

Wanneer patiënten in de tweede stap na 4 weken niet reageren op behandeling met AD raadt de werkgroep om een ander middel toe te voegen. Verlenging van de duur van de behandeling is te overwegen als er wel enige respons is op het AD tot 6 (maximaal 10) weken.

Lithium heeft de voorkeur bij additie; lithium dient dan minimaal 2 weken met een spiegel van tenminste 0,5 mmol/l te worden toegepast.

Alternatieven voor lithium zijn mirtazapine, mianserine of een atypisch antipsychoticum.

Stap 4

Klassieke MAO-remmers (niet in Nederland geregistreerd) en voornamelijk met name tranylcypromine, zijn geïndiceerd als vierde stap in de behandeling van de depressieve stoornis. In verband met mogelijke bijwerkingen en vooral de kans op interacties (met bepaalde voedingsmiddelen en medicijnen) dienen klassieke MAO-remmers alleen voorgeschreven te worden door psychiaters.

Stap 5

Electroconvulsieve therapie is de vijfde stap in de biologische behandeling voor de depressieve stoornis maar kan afhankelijk van ernst van de depressieve episode, bijwerkingen van medicatie en somatische karakteristieken van de patient, eerder overwogen worden.

Nota bene, al vanaf de eerste stap kan bij partiële respons of onvoldoende herstel toevoeging van cognitieve gedragstherapie overwogen worden.

8.13 Andere biologische interventies (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Lichttherapie

Lichttherapie wordt doorgaans toegediend in 1 tot enkele kuren van 5-10 sessies (10.000 lux in 30 minuten, meestal 's morgens), gedurende 5-7 dagen aan het begin van of tijdens het winterseizoen. Uit 2 overzichtsartikelen is gebleken dat lichttherapie effectief is bij zo'n 60% (50-80%) van de patiënten met een winterdepressie (Meesters & Van den Hoofdakker, 1998; Terman e.a., 1995).

De meest voorkomende, over het algemeen lichte, bijwerkingen zijn vermoeide ogen, misselijkheid en hoofdpijn. Eventueel kan geagiteerdheid of moeite met inslapen (vooral bij toediening 's avonds) ontstaan en sporadisch is een omslag naar een (hypo)manische episode beschreven.

Aanbevelingen:

De Richtlijnwerkgroep beveelt lichttherapie aan voor patiënten met een winterdepressie.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

Meesters, Y., & van den Hoofdakker, R.H. (1998). Winterdepressie en lichttherapie I: syndroom en behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 254-265. (B)

Terman, M., Lewy, A.J., Dijk, D.J., e.a. (1995). Light treatment for sleep disorders: Consensus report. IV. Sleep phase and duration disturbances. *Journal of Biological Rhythms*, 10, 135-147. (B)

Conclusies:

Niveau 3	Het is aannemelijk dat lichttherapie werkzaam is bij patiënten met een depressieve stoornis met een seizoensgebonden patroon (in het bijzonder winterdepressie) B Meesters & van den Hoofdakker 1998, Terman et al 1995
-----------------	--

Overige overwegingen:

Lichttherapie is een betrekkelijk eenvoudige behandeling die overigens wel expertise vereist voor de juiste diagnostiek en indicatiestelling, en ook voor de uitvoering en de hantering van eventuele bijwerkingen, vooral in de eerste 2 behandelseizoenen.

De Vereniging voor Winterdepressiepatiënten Nederland (VvWN) biedt voorlichting over de lichttherapie, de toepassingsmogelijkheden en over veilige en voldoende lichtsterke (10.000 lux) apparatuur.

9. Behandeling - Psychologische/psychotherapeutische interventies (versi

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken/paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofd- of paragraaftitel

9.1 Uitgangsvraag (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Op welke wijze dient systematische psychotherapie ingezet te worden in de behandeling van een patiënt met een depressieve stoornis (niet-psychotisch, unipolair), rekening houdend met aard, ernst en beloop (eerste episode, recidiverend) van de problematiek?

Voor de gehanteerde zoekstrategie wordt verwezen naar de bijlage. Een noodzakelijke nadere schifting heeft vervolgens plaats gehad op grond van successievelijk: a) het onderwerp of de titel; b) de samenvatting; en - zo nodig - c) de inhoud van het artikel. Het onderzoek naar effectiviteit heeft zich uiteindelijk beperkt tot niet-psychotische (unipolair) depressieve volwassen patiënten in de leeftijd van ongeveer 18 tot 65 jaar.

Hierbij werden onderzoeken uitgesloten die zich specifiek richtten op specifieke probleemgebieden, zoals depressies in verband met lichamelijke ziekten (zoals multiple sclerose, kanker), postnatale depressies en subsyndromale depressies, de ontrafeling van de mogelijk werkzame bestanddelen van (effectieve) psychotherapieën en mogelijke predictoren van therapie succes, met uitzondering van onderzoeken over de ernst van depressies.

Zeer kleine onderzoeken (met onderzoeksgroepen met minder dan 12 patiënten) zijn niet nader bestudeerd, evenmin als „dissertation abstracts' of onderzoeken gekenmerkt door obscuriteit van de behandeling of onduidelijkheid over de medicatie. Via referenties in de aldus geselecteerde onderzoeken, maar ook via andere bronnen konden nog (enkele) onderzoeken worden toegevoegd.

Uiteindelijk zijn zo'n 119 onderzoeken, voornamelijk in de vorm van artikelen, geselecteerd en beoordeeld, waaronder 22 meta-analyses en reviews en 25 (gecontroleerde) „nieuwe' onderzoeken, dat wil zeggen onderzoeken die nog niet in de meta-analyses en reviews betrokken waren. De in de meta-analyses geïnccludeerde onderzoeken verschilden onderling soms sterk op kenmerken als: ernst van de depressie, precieze inhoud en vorm van de interventie, gebruikte uitkomstmaten en leeftijd, vergelijkingsgroepen en follow-upduur. Veel voorkomende exclusiecriteria waren: schizofrenie, alcoholmisbruik, bipolaire stoornis, psychotische verschijnselen, drugsmisbruik, psycho-organische stoornis, suïcidaliteit, lopende psychotherapie, en antisociale persoonlijkheid.

Alvorens tot een gedetailleerde bespreking van de geselecteerde studies over te gaan, is nog een tweetal opmerkingen op hun plaats - betreffende de generaliseerbaarheid van onderzoeksresultaten en de optimale duur of intensiteit van de behandeling - opmerkingen die overigens niet alleen van belang zouden kunnen zijn voor psychologische/psychotherapeutische behandelingen maar voor behandelingen in het algemeen.

Er ontbreken tot nog toe empirische gegevens om een uitspraak te kunnen doen over de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten en over de optimale duur of intensiteit van behandeling.

Het over depressies gepubliceerde merendeels Amerikaanse en Britse onderzoek betreft - voorzover valt na te gaan - bijna uitsluitend autochtone westerse depressieve patiënten. In hoeverre de conclusies uit deze onderzoeken generaliseerbaar zijn voor andere culturen en subculturen is grotendeels onbekend. Overigens moet men zich realiseren dat ook de „autochtone' Amerikaanse en Britse samenlevingen al menig multicultureel aspect vertonen. Verder gaat het in deze onderzoeken voornamelijk om de effectiviteit van relatief kortdurende behandelingen, van gewoonlijk niet meer dan twintig sessies. Zelfs met psychotherapieën van korte duur kunnen al duurzame effecten worden bereikt. Over de effectiviteit van langerdurende therapieën bij depressies zijn tot nu toe nog niet veel wetenschappelijke gegevens voorhanden. Zouden de nu al positieve behandelingseffecten nog beter uitpakken of maakt het geen verschil?

Een aantal relevante onderzoek die na mei 2007 zijn verschenen zijn ook meegenomen, te weten; Vittengl e.a., 2007, Cuijpers e.a., 2007 in press, en de Maat e.a., 2007, Leykin e.a., 2007, JCCP.

Uiteindelijk bleven 17 artikelen over die relevant en van voldoende kwaliteit bleken om te verwerken in de update van deze uitgangsvraag (Bharucha, 2006 is buiten beschouwing gelaten gezien de zeer specifieke

doelgroep, namelijk ouderen in een verzorgingstehuis), het betrof 9 meta-analyses (waarvan 2 meta-regressie analyses), 3 reviews en 5 RCT's.

9.2 Duurzaam effectieve interventies (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

De richtlijntekst in deze paragraaf omvat geen verdere inleiding.

Aanbevelingen:

Als gekozen wordt voor psychotherapie wordt geadviseerd patiënten met een depressieve stoornis als eerste keuze cognitieve gedragstherapie, gedragstherapie of interpersoonlijke therapie aan te bieden. Er zijn aanwijzingen dat kortdurende psychodynamische psychotherapie tevens effectief is.

De Richtlijnwerkgroep is van mening dat, als er naast de depressieve stoornis ook relatieproblemen bestaan, (gedragstherapeutische) relatietherapie overwogen kan worden.

De Richtlijnwerkgroep is van mening dat groepstherapie, bij daarvoor gemotiveerde patiënten met een lichte of matig ernstige depressieve stoornis, als „even effectieve behandeling“ kan worden aangeboden als individuele psychotherapie. In geval van CGT lijkt individuele CGT effectiever dan groeps-CGT.

De Richtlijnwerkgroep adviseert verwijzers rekening te houden met therapeutvariabelen, zoals ervaring en de vaardigheid om een goede therapeutische relatie tot stand te brengen en te onderhouden. (Dit geldt overigens niet exclusief voor psychologische /psychotherapeutische interventies maar wellicht voor vele zo niet alle behandelingsvormen.)

De Richtlijnwerkgroep geeft ter overweging om in een in toenemende mate multiculturele samenleving als de Nederlandse, rekening te houden met de eventueel geringe generaliseerbaarheid van de resultaten van overwegend Amerikaans en Brits onderzoek. In geval van gebleken (grote) cultuurverschillen zou een niet-standaardbenadering overwogen kunnen worden.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In de gepubliceerde literatuur is gezocht naar bewijs voor verschil in posttherapie-effectiviteit van de verschillende psychotherapeutische behandelvormen.

Volgens een grote meta-analyse uit 1998 is de posttherapie-effectiviteit van cognitieve therapie (CT), cognitieve-gedragstherapie (CGT) en gedragstherapie (GT) groter dan van andere psychotherapievormen (Gloaguen e.a., 1998). Volgens een Nederlandstalige meta-analyse uit hetzelfde jaar is de effectiviteit van CT, CGT, GT en interpersoonlijke psychotherapie (IPT) ongeveer even groot, hoewel het aantal IPT-onderzoeken gering was (Dorrepaal e.a., 1998). Een recente meta-analyse waarin 16 RCT's (n=780) naar het effect van gedragmatige activatie (GT) opgenomen werden, wees uit dat GT effectief is (effectsize 0.87, 95% BI: 0.60-1.15). Daarnaast liet deze meta-analyse (10 studies met een controle groep bestaand uit CT) zien dat GT even effectief is als CT (pooled effectsizeverschil 0.02) (Cuijpers, Van Straten, Warmerdam, 2007). Uit een RCT verricht bij 241 depressie patiënten waarin gerandomiseerd werd over GT versus CT versus AD, bleek dat GT effectiever is dan CT, en even effectief als AD bij patiënten met een matig en ernstige depressie (Dimidijan, 2006). Een recente gerandomiseerde studie waarin IPT werd vergeleken met CGT, toonde aan dat IPT even effectief is als CGT, maar dat CGT effectiever is bij mensen met ernstige depressies (Luty e.a., 2007).

Een meta- (re)analyse van Wampold et.al. (2002) waarin een re-analyse werd uitgevoerd over de bovengenoemde meta-analyse van Gloaguen (1998) met als vergelijkingsgroep CT en GT versus andere psychologische behandelingen, wees uit dat CT niet superieur is aan GT, maar wel superieur ten opzichte van overige psychologische behandelingen zoals psychodynamische en interpersoonlijke psychotherapie. Cuijpers en Dekker (2005) voerden een systematische review uit over alle beschikbare meta-analyses van psychologische behandelingen van depressie bij verschillende doelgroepen. Het betrof de periode 2002-2004. De 132 studies die in de meta-analyses werden opgenomen vergeleken voornamelijk een specifieke behandelingsmethode met een controlegroep (wachtlIJst) of reguliere zorg. Uit deze review bleek dat

psychologische behandelingen een groot effect hebben op herstel bij depressie (oddsratio 3.01, gestandaardiseerde effectgrootte -0.90). Dit gold ook voor ouderen, zo bleek uit een meta-analyse van dezelfde groep onderzoekers waarin 25 studies naar de effectiviteit van psychologische behandeling van ouderen werden samengebracht (effectsize 0.72) (Cuijpers, van Straten, Smit, 2007). Deze systematische review van meta-analyses en een niet-numerieke review van Parker (2003) benadrukt dat hoewel CT en CGT de meest onderzochte behandeling was, er geen bewijs is dat deze twee behandelvormen superieur zijn ten opzichte van andere psychologische behandelingen als IPT of kortdurende psychodynamische interventies e.d. (Cuijpers, Dekker, 2005; Parker, 2003). Een Nederlandse mega-analyse (gebaseerd op 3 RCT's) wees uit dat kortdurende psychodynamische psychotherapie (16 sessies) even effectief is als een behandeling met antidepressiva en de combinatie van beide bleek effectiever dan de enkelvoudige behandeling (de Maat e.a., 2007, zie tabel bewijsklasse). Een meta-analyse waarin 13 studies op het gebied van probleemoplossende therapie (PST) werden samengebracht vonden dat PST een kleiner effect had bij MDD (overall effectsize 0.34-0.83) (Cuijpers, van Straten, Warmerdam, 2007).

Ook volgens niet-numerieke review-artikelen en richtlijnen in het buitenland zijn C(G)T, GT en IPT ongeveer even effectief (Chambless & Ollendick, 2001; Craighead e.a., 1998; Department of Health, 2001; DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; Rush & Thase, 1999). De effectiviteit van psychodynamische therapie (PDT), voor zover niet sterk overlappend met IPT (Leichsenring, 2001; Rush & Thase, 1999), is mogelijk kleiner (Rush & Thase, 1999) of minder duidelijk aangetoond (Chambless & Ollendick, 2001; Craighead e.a., 1998; Department of Health, 2001), maar soms werd vergelijkend onderzoek met CT/CGT uitgevoerd door aanhangers van CT/CGT, wat 'allegiance problemen' kan impliceren (Balslev Jorgensen e.a., 1998; Rush & Thase, 1999). Bij spanningen in het huwelijk is (behavioral) marital therapy eveneens effectief (Beach e.a., 1999; Chambless & Ollendick, 2001; Rush & Thase, 1999), ook ten opzichte van medicatie (Leff e.a., 2000), maar het aantal vergelijkende onderzoeken met CGT en IPT is gering (Beach e.a., 1999). Groepstherapieën zijn, voor daarvoor gemotiveerde patiënten, even effectief als individuele therapieën bij patiënten met een lichte/matig ernstige depressieve stoornis (McDermut e.a., 2001). Al wees de bovengenoemde systematische review van meta-analyses (Cuijpers, Dekker, 2005) uit dat individuele CGT effectiever is dan groeps-CGT. Dit werd niet gevonden in de meta-analyse bij ouderen (Cuijpers, van Straten, Smit, 2007). Een meta-analyse waarin 13 studies op het gebied van probleemoplossende therapie (PST) werden samengebracht vond weer dat groeps-PST effectiever is dan de individuele vorm (Cuijpers, van Straten, Warmerdam, 2007). Er zijn aanwijzingen dat groepstherapie op CGT-grondslag effectiever is dan op PST-grondslag (McDermut e.a., 2001). Een meta-analyse wees verder uit dat probleem oplossende therapie effectief is, maar men vond een minder grote effectsize bij MDD hetgeen zou kunnen wijzen op minder gunstige effect voor unipolaire depressies (Cuijpers, van Straten, Warmerdam, 2007). Al laat een zeer recente meta-regressieanalyse waarin over 83 studies ondermeer onderzocht werd wat het effect van ernst op therapierespons is, zien dat de ernst van de depressie geen voorspeller is van therapierespons (Cuijpers, van Straten, Warmerdam, Smits, in press). Wel dient men deze resultaten met enig voorbehoud te beschouwen. Er is namelijk in deze meta-regressieanalyse tussen de opgenomen studies grote variatie wat betreft ernst. Daarnaast zou het effect van ernst op therapierespons beter onderzocht kunnen worden in een RCT.

Relatief recent uitgevoerd gerandomiseerd onderzoek bevestigt de effectiviteit bij atypische depressies van CT ten opzichte van een controlegroep die placebomedicatie kreeg (Jarrett e.a., 1999).

De effectiviteit van experiëntiële (onder meer body-oriented therapy, cliënt-centered therapy, psychodrama, process-experiential therapy) en humanistische psychotherapieën is onvoldoende systematisch onderzocht om een uitspraak te kunnen doen over de werkzaamheid ervan en de bestendigheid van de effecten (Elliott e.a., 2003)

Literatuur

- Balslev Jorgensen, M., Dam, H., & Bolwig, T.G. (1998). The efficacy of psychotherapy in non-bipolar depression: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 1-13.
- Beach, S.R.H., Fincham, F.D., & Katz, J. (1998). Marital therapy in the treatment of depression: toward a third generation of therapy and research. *Clinical Psychology Review*, 18, 635-661.
- Chambless, D.L., & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Craighead, W., Craighead, L., & Ilardi, S. (1998). Psychosocial treatments for major depressive disorder. In P.E. Nathan & J.M. Gorman (Red.), *A guide to treatments that work* (pp. 226-239). Oxford: Oxford University Press.
- Cuijpers, P. (1998). Minimising interventions in the treatment and prevention of depression: Taking the consequences of the 'Dodo bird verdict'. *Journal of Mental Health*, 7, 355-365.
- Department of Health. (2001). *Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidence based clinical practice guideline*. Verkregen van internet via www.dh.gov.uk.
- Cuijpers P., Dekker J. (2005) Psychological treatment of depression; a systematic review of meta-analyses. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 20,149, 1892-7.

- Cuijpers P., van Straten A., Smit F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1139-1149.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. "Problem solving therapies for depression: a meta-analysis", *European Psychiatry: The Journal Of The Association Of European Psychiatrists.*, 2007 Jan; Vol., vol. 22, no. 1, pp. 9-15.
- Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L (2007). Behavioral treatment of depression: A meta-analysis of activity scheduling. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326.
- Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Smits N (2007). Characteristics of effective psychological treatments of depression; a meta-regression analysis. *Psychotherapy Research*. In press.
- de Maat, S. M., Dekker, J., Schoevers, R. A., & de Jonghe, F. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *European Psychiatry: The Journal Of The Association Of European Psychiatrists*. 2007 Jan; Vol., vol. 22, no. 1, pp. 1-8.
- DeRubeis, R.J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37-52.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalong, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L., & Jacobson, N. S. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 2006 Aug.; Vol., vol. 74, no. 4, pp. 658-670.
- Dorrepaal, E., van Nieuwenhuizen, C., Schene, A., e.a. (1998). De effectiviteit van cognitieve en interpersoonlijke therapie bij depressiebehandeling: een meta-analyse. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 27-39.
- Elkin, I. (1999). A major dilemma in psychotherapy outcome research: disentangling therapists from therapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 10-32.
- Elliott, R., Greenberg, L.S., & Lietaer, G. (2003). Research on Experiential Psychotherapies. In M.J. Lambert (Red.), Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5de druk). New York: Wiley.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., e.a. (1998). A meta-analysis of the cognitive effects of therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Jarrett, R.B., Schaffer, M., McIntire, D., e.a. (1999). Treatment of atypical depression with cognitive therapy or phenelzine, a double-blind placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 56, 431-437.
- Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C.R., e.a. (2000). The London intervention trial: randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21, 401-419.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D.A., e.a. (1999). The researcher's own therapy allegiances: a „wild card“ in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-106; commentaren 116-132.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., e.a. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well - mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2-12; commentaren 13-34.
- Luty, S.E., Carter, J.D., McKenzie, J.M., Rae, A.M., Frampton, C.M., Mulder, R.T., Joyce, P.R. (2007). Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *Br J Psychiatry*. 190 496-502.
- McDermut, W., Miller, I.W., & Brown, R.A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: a meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 98-116.
- Parker, G., Roy, K., & Eyers, K. "Cognitive behavior therapy for depression? Choose horses for courses", *The American Journal Of Psychiatry*, 2003 May; Vol., vol. 160, no. 5, pp. 825-834.
- Rush, A.J., & Thase, M.E. (1999). Psychotherapies for depressive disorders: a review. In M. Maj & N. Sartorius (Red.): *Depressive disorders* (pp. 161-206; commentaren 207-232). WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry, Vol.1. New York: Wiley.
- Scott, J. & Watkins, E. 2004. Brief psychotherapies for depression: Current status. *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 17, pp. 3-7.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate*. Models, methods and findings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wampold, B.E., Minami, T., Baskin, T.W., Callen Tierney S. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J Affect Disord*. 2002;68:159-65

Conclusies:

Niveau 1	
----------	--

	Het is aangetoond dat psychologische behandelmethoden, in het bijzonder cognitieve-gedragstherapie, gedragstherapie en interpersoonlijke therapie bij de depressieve stoornis effectief zijn; verschil in effectiviteit tussen de verschillende vormen is niet aangetoond.
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat als er naast de depressieve stoornis ook relatieproblemen bestaan (gedragstherapeutische) relatietherapie effectief is, zowel voor de depressie als voor de relatieproblemen.
Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat andere psychologische behandelingen zoals kortdurende psychodynamische psychotherapie tevens effectief zijn
Niveau 4	De effectiviteit van experiëntiële en humanistische psychotherapieën is nog onvoldoende vastgesteld.

Overige overwegingen:

Onderzoek doen naar de effectiviteit van verschillende vormen van psychotherapie brengt een aantal problemen met zich mee. Een kernprobleem is dat de in een onderzoek gebleken effectiviteit van een psychotherapievorm en ook de beoordeling van de effectiviteit niet gemakkelijk los gezien kunnen worden van de kwaliteiten van de therapeut die de therapie verrichtte. In dit verband zijn relevant de competentie van de therapeut, het vermogen een vruchtbare werkrelatie met een patiënt op te bouwen en vooral ook het effect van de therapie waar de therapeut zich het meest mee „verbonden“ voelt, de 'therapy allegiance'. Sommigen stellen daarom dat men relatieve effect-groottes statistisch zou moeten corrigeren voor competentie en allegiance (Elkin, 1999; Luborsky e.a., 1999).

Een goede verstandhouding tussen therapeut en patiënt zou dus wel eens - onder meer - een belangrijke („nodige“) voorwaarde kunnen zijn voor succes. Dat deze kennelijk „niet voldoende“ is, wordt echter duidelijk uit het omvangrijke gecontroleerd onderzoek dat verricht is en waarin gedragstherapie, gedragstherapeutische relatietherapie, cognitieve therapie en interpersoonlijke therapie, en ook psychodynamische therapie, zelfcontroletherapie en „social problem solving“ als „empirically supported therapies“ (EST's) konden worden vastgesteld (Chambless & Ollendick, 2001). En dat gold niet voor de in de controlegroepen van deze onderzoeken gebezigde interventies!

Dat onderling verschillende vormen van psychotherapie vergelijkbaar succes kunnen hebben, wordt door sommigen wel toegeschreven aan het bestaan van „common factors“, zoals een (geslaagde) therapeutische alliantie, een gestructureerd behandelingsplan, empathie en een voor de patiënt en therapeut overtuigende rationale van de aanpak (Luborsky e.a., 2002; Wampold, 2001). De conclusie van Luborsky e.a. luidde - in navolging van het oordeel van de vogel Dodo in Lewis Carroll's Alice's Adventures in Wonderland: „Everyone has won and all must have prizes“. Anderen betwijfelen de gerechtvaardigheid van deze conclusie, omdat zij het juist aanvechtbaar achten om oordelen te geven op basis van „gepoolde“ onderzoeken uitgevoerd bij patiënten met zeer verschillende symptomatologie (meta-analyses). Los hiervan zou de equivalentie van psychotherapievormen bij depressies wel eens niet kunnen gelden voor specifieke subgroepen van patiënten (Cuijpers, 1998; Luborsky e.a., 2002; Wampold, 2001). Te denken valt aan verschillen tussen bepaalde culturele minderheden, vrouwen (of mannen), aan ouderen of aan groepen met bepaalde persoonlijkheidskenmerken. De in de literatuur beschreven bevindingen laten hierover nog geen uitspraak toe. Zo zou bij patiënten met een hier niet-dominante culturele achtergrond een niet-standaardbenadering op zijn plaats kunnen zijn. Al wijst een review van Scott en Watkins (2004) uit dat korte evidence-based behandeling (met name CGT) ook effectief zijn bij etnische groepen (lage inkomensgroep vrouwen uit Chili, Aziatische vrouwen woonachtig in Londen, etnische minderheden in de VS) specifieke groepen (bijvoorbeeld adolescente kinderen van ouders met MDD) die vaak niet in RCT

worden opgenomen.

Verder is nog vermeldenswaard dat de meest prevalentie interventies, te weten „gemengde technieken“ (zoals bijvoorbeeld het vijfgesprekkenmodel) paradoxaal genoeg het minst lijken te zijn onderzocht (Department of Health, 2001). In de praktijk worden psychotherapeutische interventies immers succesvol uitgevoerd in een eclectische mix van activiteiten die ressorteren onder de hierboven genoemde verschillende therapeutische interventies. In theorie zou dit problemen met zich mee kunnen brengen voor de generaliseerbaarheid van de effectiviteitsbevindingen naar de praktijk van alledag. Gezien de ongeveer gelijke effectiviteit van de diverse therapeutische interventies, zoals die vanuit soms uiteenlopende referentiekaders worden geïmplementeerd, kan worden verwacht dat een mix van de interventies (wat in de praktijk dus het „gemengde“ is) op zich geen kwaad kan (en kennelijk zelfs goed is). Het valt overigens te betwijfelen of psychotherapeutische technieken in hun meest zuivere vorm - bijvoorbeeld „puur operante“ technieken of „puur cognitieve“ technieken - onderzoekbaar zijn zonder afbreuk te doen aan de externe validiteit van zulk onderzoek

9.3 Duurzaamheid van de resultaten (versie 2012)

Richtlijntekst: VERSIE 2012

Profylactisch effect

Een meta-analyse van Vittengl e.a. (2007) wees uit dat CT of CGT toegepast tijdens de acute depressieve fase een profylactisch effect heeft op de lange termijn. Deze meta-analyse (zes studies) wees uit dat de toevoeging van acute CT aan een acute behandeling met AD de kans op terugval significant reduceerde met 23% (Vittengl e.a., 2007). De toevoeging van CT aan AD was dus effectiever dan de behandeling met AD alleen.

Twee trials lieten bovendien zien dat het preventieve effect van een cognitieve therapie toegepast tijdens de acute fase vergelijkbaar is met het voortzetten van antidepressiva (Evans e.a., 1992; Hollon e.a., 2005). Hollon e.a. (2005) toonden aan in hun RCT (n=104) dat patiënten met een matige tot ernstige depressie die in de acute fase met CT behandeld werden (en stopten na herstel) beduidend minder vaak terugvielen dan patiënten die met AD behandeld werden (en stopten na herstel), respectievelijk 30,8% versus 76,2%. Het terugvalpercentage van de patiënten die doorgingen met AD na herstel (47,2%) was hoger, maar niet significant verschillend van de patiënten in de conditie die stopten met de acute CT. Een recente studie bevestigde deze preventieve werking van CGT opnieuw. In deze studie werden 106 patiënten 2 jaar gevolgd nadat ze hersteld waren op de behandelingen in het kader van een RCT (Dobson et al., 2008). Van de patiënten die behandeld zijn met antidepressiva die na herstel een placebo ontvingen, viel 59% terug gedurende een follow-up van een jaar, vergeleken met 50% terugval na een acute behandeling met gedragsmatige activatie en 39% na een acute behandeling met cognitieve therapie. Van de patiënten die het gebruik van antidepressiva niet stakten na herstel, viel na 1 jaar 53% terug. Beide psychologische interventies waren significant beter dan placebo-onderhoudstherapie. De drie actieve behandelingen samen (voorgaande gedragsmatige activatie, cognitieve therapie en voortzetting van antidepressiva) verschilden significant van placebo. Echter, het terugvalpercentage bij de groep patiënten die antidepressiva continueerde verschildte niet significant van continuatie met een placebo (59% voor placebo, 53% voor voortzetting van antidepressiva). Gedragsmatige activatie en cognitieve therapie welke gestopt was na herstel waren elk even effectief in de preventie van terugval na 2 jaar follow-up als voortzetting van antidepressiva na herstel (respectievelijk recurrence bij voorgaande gedragsmatige activatie 26%, bij CT 24% en bij continuatie met antidepressiva 52%). CT en gedragsmatige activatie reduceerde het risico op terugval met 63% ten opzichte van medicatieafbouw (hazard ratio BA en CT t.o.v. medicatie met afbouw: .37).

Cognitieve therapie is niet alleen net zo effectief als een behandeling waarin antidepressiva worden gecontinueerd ter preventie van terugval, maar ook kosteneffectief op de lange termijn (Hollon e.a. 2005). Gedragsmatige activatie lijkt tevens een profylactisch effect te hebben, al moeten deze bevinding gerepliceerd worden.

Volgens een andere meta-analyse is de follow-opeffectiviteit van IPT (inclusief 'psychodynamische interpersoonlijke therapie', PIT) even groot als van CGT, bij therapieën met minstens 13 sessies. Bij (ultra)korte therapieën zijn er 2 onderzoeken die aangeven dat de follow-up effectiviteit groter is bij CGT dan bij IPT, althans de PIT (respectievelijk 8 en 3 sessies) (Barkham e.a., 1996; Barkham e.a., 1999). In een oudere studie kwam de terugvalbeperkende werking van IPT eveneens (enigszins) naar voren, in het bijzonder wanneer deze van goede kwaliteit was (Frank e.a., 1991). Uit de analyse van National Institute of

Mental Health (NIMH) kwam een enigszins betere terugvalwerende werking van CGT naar voren dan van IPT (Dorrepaal e.a., 1998).

Benodigde therapieduur en herstel

Hoewel de meeste gepubliceerde onderzoeken een therapieduur van maximaal 20 sessies rapporteren, bestaat enige consensus over het feit dat dit aantal in de praktijk niet voor iedereen voldoende of nodig is (de Beurs e.a., 2001). Om snelle terugval te voorkomen, is het raadzaam te streven naar volledig herstel, bij voorkeur zonder restsymptomatologie (Beshai, e. a., 2011). Bij ernstig depressieve mensen duurt het doorgaans langer om dit resultaat te bereiken. Er is tevens een aanwijzing dat het bij lichte depressies juist goed is het aantal sessies te beperken (Barkham e.a., 1996).

Aanbevelingen:

Ook bij patiënten met een 'ernstige of recidiverende' depressieve stoornis dient een psychologische/psychotherapeutische interventie in overweging worden genomen, mede gezien het profylactische effect van met name C(G)T op toekomstige terugval.

CGT (en mogelijk ook gedragsmatige activatie en IPT), is aanbevolen in de acute fase van behandeling van depressie, vanwege de duurzaamheid van het effect ten aanzien van preventie van terugval.

Ter voorkoming van een recidief wordt ook een combinatie van farmacotherapie en CGT aanbevolen boven antidepressiva alleen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

- Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D.A., e.a. (1996). Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1079-85.
- Barkham, M., Shapiro, D.A., Hardy, G.E., e.a. (1999). Psychotherapy in two-plus-one sessions: outcomes of a randomized controlled trial of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapy for subsyndromal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 201-211.
- Beshai, S., Dobson, K.S., Bockting, C.L.H., Quigley, L. (2011) Relapse and recurrence prevention in depression: Current research and future prospects. *Clinical Psychology Review*, 31, 8, 1349-60.
- Beurs, E. de, van Dyck, R., van Balkom, A.J.L.M., e.a. (2001). Geven 'randomised controlled trials' de goede informatie voor de klinische praktijk? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 41-47.
- Bockting, C. L., Schene, A. H., Spinhoven, P., Koeter, M. W., Wouters, L. F., Huyser, J., & Kamphuis, J. H. (2005) Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 647-657.
- Bockting, C.L.H., Spinhoven, Ph., Koeter, M.W.J, Schene, A.H. (2009) Long term effects of preventive cognitive therapy in recurrent depression using: 5.5 years follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1621-1628.
- Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Gallop RJ, Rizvi SL, Gollan JK, Dunner DL, Jacobson NS. (2008) Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol.*, 76,468-77.
- Dorrepaal, E., van Nieuwenhuizen, C., Schene, A., e.a. (1998). De effectiviteit van cognitieve en interpersoonlijke therapie bij depressiebehandeling: een meta-analyse. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 27-39.
- Evans, M.D., Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., e.a. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 802-808.
- Frank, E., Kupfer, D.J., Wagner, E.F., e.a. (1991). Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1053-1059.
- Friedman MA, Detweiler-Bedel JB, Leventhal HE, Horne R, Keitner GI, Miller IW (2004) Combined psychotherapy and pharmacotherapy for the treatment of major depressive disorder. *Clin Psychol Sci Prac* 11, 47-68 (A2).
- Geddes, J.R., Carney, S.M., Davies, C., e.a. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet*, 361, 653-661.
- Guidi J, Fava GA, Fava M, Papakostas GI. (2011) Efficacy of the sequential integration of psychotherapy and pharmacotherapy in major depressive disorder: a preliminary meta-analysis. *Psychol Med*. 2011 Feb;41(2):321-31.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Young, P. R., Haman, K. L., Freeman, B. B., & Gallop, R. (2005) "Prevention of relapse following cognitive

therapy vs medications in moderate to severe depression", Archives of General Psychiatry, 62, 417-422.
 Kaymaz, N., van Os, J., Loonen, A.J.M., Nolen, W.A. (2008) Long-term treatment with antidepressants: evidence that patients with single versus recurrent depressive episodes are differentially sensitive to treatment discontinuation. A meta-analysis of placebo controlled trials Journal of Clinical Psychiatry, 69, 1423-36.
 Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB. (2007) Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75,475-88.

Conclusies:

Niveau 1	Het is aangetoond dat de lange termijn effectiviteit van CGT bij patiënten met een depressieve stoornis groter is dan die van een acute behandeling met antidepressiva zonder vervolghandeling <i>Vittengl e. a., 2007; Guidi e. a., 2011</i>
Niveau 1	Het is aangetoond dat de lange termijn effectiviteit van CGT zonder vervolghandeling na herstel, vergelijkbaar is met acute behandeling met antidepressiva mét vervolghandeling. <i>Vittengl e. a., 2007; Guidi e. a., 2011</i>

Niveau 1	Het is aannemelijk dat een combinatiebehandeling van CGT en antidepressiva bij patiënten met een recidiverende depressieve stoornis effectiever is dan of CGT of antidepressiva <i>alleen</i> ter voorkoming van nieuwe recidieven. <i>Vittengl e. a. 2007; Friedman e. a. 2004</i>
Niveau 2	Cognitieve therapie is niet alleen net zo effectief als een behandeling waarin antidepressiva worden gecontinueerd ter preventie van terugval, maar er zijn ook aanwijzingen dat het kosteneffectief is op de lange termijn <i>Hollon e.a. 2005</i>
Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat Gedragsmatige activatie en IPT tevens een profylactisch effect hebben. <i>Dobson e. a., 2008, Barkham e.a., 1996; Barkham e.a., 1999</i>

9.4 Benodigde therapieduur (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Hoewel de meeste gepubliceerde onderzoeken een therapieduur van maximaal 20 sessies rapporteren, bestaat enige consensus over het feit dat dit aantal in de praktijk niet voor iedereen voldoende of nodig is (de Beurs e.a., 2001). Om snelle terugval te voorkomen, is het raadzaam ernaar te streven de patiënt 'echt depressievrij' te krijgen, bijvoorbeeld met een HDRS-score lager dan 8 gedurende enige weken. Bij ernstig depressieve mensen duurt het doorgaans langer om dit resultaat te bereiken. Er is tevens een aanwijzing dat het bij lichte depressies juist goed is het aantal sessies te beperken (Barkham e.a., 1996). Voor patiënten met recidiverende depressies lijkt het bereiken van deze mate van herstel onvoldoende om te beschermen tegen terugval. Er zijn aanwijzingen dat het nuttig is na herstel een zeer kortdurende vorm (8-10 sessies) van cognitieve therapie te starten (Vittengl e.a., 2007, Ma & Teasdale, 2004, Bockting e.a., 2005). Een recente meta-analyse wees uit dat CT of CGT toegepast tijdens de acute depressieve fase een profylactisch effect heeft op lange termijn, daarnaast beschermt de toepassing van een kortdurende CT na herstel (al dan niet na een andersoortige behandeling, inclusief antidepressiva) bij patiënten met recidiverende depressies tegen opeenvolgende terugval (Vittengl e.a., 2007).

Aanbevelingen:

De Richtlijnwerkgroep is van mening dat het niet mogelijk is om voor psychologische/psychotherapeutische interventies bij de depressieve stoornis een algemene optimale therapieduur vast te stellen. De Richtlijnwerkgroep is van mening dat naar een zo kort mogelijke therapieduur moet worden gestreefd, en tevens naar een stabiele remissie. Om terugval te voorkomen, dient de therapie te worden „uitgesloten“ of te worden gevolgd door laagfrequente „onderhoudstherapie“. CGT toegepast tijdens de acute fase heeft een duurzaam effect ten aanzien van preventie van terugval. Een HDRS-score van minder dan 8 (of een vergelijkbare score op een ander instrument) gedurende 4 weken, kan als globaal criterium voor „stabiele remissie“ gehanteerd worden.

Wetenschappelijke onderbouwing: Literatuur

- Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D.A., e.a. (1996). Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1079-85.
- Barkham, M., Shapiro, D.A., Hardy, G.E., e.a. (1999). Psychotherapy in two-plus-one sessions: outcomes of a randomized controlled trial of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapy for subsyndromal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 201-211.
- Beurs, E. de, van Dyck, R., van Balkom, A.J.L.M., e.a. (2001). Geven „randomised controlled trials“ de goede informatie voor de klinische praktijk? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 41-47.
- Blatt, S.J., Zuroff, D.C., Bondi, C.M., e.a. (2000). Short- and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: further analyses of data from the NIMH TDCRP. *Psychotherapy Research*, 10, 215-234.
- Bockting, C. L., Schene, A. H., Spinhoven, P., Koeter, M. W., Wouters, L. F., Huyser, J., & Kamphuis, J. H. Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy. A randomized controlled trial. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 2005 Aug.; Vol., vol. 73, no. 4, pp. 647-657.
- Dorrepaal, E., van Nieuwenhuizen, C., Schene, A., e.a. (1998). De effectiviteit van cognitieve en interpersoonlijke therapie bij depressiebehandeling: een meta-analyse. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 27-39.
- Fava, G.A., Ottolini, F., & Ruini, C. (1999). The role of cognitive behavioural therapy in the treatment of unipolar depression. (Brief en reactie). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 394-396.
- Gortner, E.T., Gollan, J.K., Dobson, K.S., e.a. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377-384.
- Hautzinger, M., & de Jong-Meyer, R. (1996). Cognitive-behavioural therapy versus pharmacotherapy in depression. In C. Mundt M.J., Goldstein, K. Hahlweg e.a. (Red.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorder* (pp. 329-340). London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Jarrett, R.B., Basco, M.R., Risser, R., e.a. (1998). Is there a role for continuation therapy for depressed outpatients? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 1036-1040.
- Jarrett, R.B., Kraft, D., Doyle, J., e.a. (2001). Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase. *Archives of General Psychiatry*, 58, 381-388.
- Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C.R., e.a. (2000). The London intervention trial: randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21, 401-419.
- Ma, S.H., Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol*. 72,31-40.
- McDermut, W., Miller, I.W., & Brown, R.A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: a meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 98-116.
- Pintor, L., Gasto, C., Navarro, V., e.a. (2003). Relapse of major depression after complete and partial depression. *Journal of Affective Disorders*, 73 (3), 237-44.
- Rush, A.J., & Thase, M.E. (1999). Psychotherapies for depressive disorders: a review. In M. Maj & N. Sartorius (Red.), *Depressive disorders* (pp. 161-206; commentaren 207-232). WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry, Vol.1. New York: Wiley.
- Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75:475-88
- Westen, D., & Morrison K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875-899; commentaren 900-913.

Conclusies:

Niveau 2	Uit follow-uponderzoeken met een duur van 3 maanden tot 2 jaar is aannemelijk gebleken dat de gemiddeld bereikte post-therapieverbeteringen op deze termijn behouden zouden kunnen worden.
Niveau 1	Het is aangetoond dat hoe minder volledig het herstel na acute behandeling is, hoe groter de kans op (spoedige) terugval.
Niveau 1	Het is aangetoond dat C(G)T toegepast tijdens de acute depressieve fase een profylactisch effect heeft op lange termijn.
Niveau 1	Het is aangetoond dat bij recidiverende depressie, met name bij patiënten met minimaal 3 voorgaande episoden, vervolg CT overwogen zou moeten worden (Preventieve Cognitieve Therapie of MBCT)

9.5 Psychotherapie versus farmacotherapie (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Dit subhoofdstuk is onderverdeeld in paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de paragraaftitel.

9.5.1 Effectiviteit van psychologische/psychotherapeutische behandelingen

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Zoals blijkt uit 2 meta-analyses betreffende 36 en 48 direct vergelijkende onderzoeken met een intention-to-treat-analyse is de posttherapie-effectiviteit van CGT bij overwegend matig ernstige depressieve stoornis groter (maat voor effectgrootte $d = 0,44$) dan van een antidepressivum (niet in alle onderzoeken optimaal gedoseerd, doorgaans alleen acute behandeling zonder vervolgbehandeling) (Dorrepaal e.a., 1998; Gloaguen e.a., 1998). De patiënten die CT en IPT kregen, hadden een gemiddelde BDI-score van 24 en een HDRS-score van 20 (17-itemversie). De gemiddelde verbetering met ongeveer 13 punten op de BDI ($d = 1,95$) en met 9 punten op de HDRS ($d = 2,20$) betekent dat een gemiddeld matig-ernstige depressie verminderde tot 'lichte depressieve symptomen', wat als een klinisch relevante verandering is te beschouwen. Vergelijkend onderzoek met betrekking tot specifieke subpopulaties (depressieve patiënten met een kritische partner (Leff e.a., 2000) (medicatie versus relatietherapie); recidiverende depressies (Blackburn & Moore, 1997) (CGT versus diverse - vrijgelaten - medicatie) werd gekenmerkt door relatief grote uitval in de follow-up. In deze twee onderzoeken werd een beter effect van de psychotherapeutische benaderingen gezien. Ook een recente RCT ($n=240$) waarin gerandomiseerd werd over medicatie, CT versus een pil-placebo conditie wees uit dat CT op lange termijn effectiever is dan AD (DeRubeis e.a., 2005). Een Nederlandse mega-analyse (gebaseerd op 3 RCT's) wees uit dat kortdurende psychodynamische psychotherapie (16 sessies) even effectief is als een behandeling met antidepressiva en de combinatie van beide bleek effectiever dan de enkelvoudige

behandeling (de Maat e.a., 2007).

In een driearmig onderzoek met (108) patiënten met een atypische depressie (CGT versus fenelzine versus placebo) waren CGT en medicatie even effectief en beide effectiever dan placebo (Jarrett e.a., 1999).

Aanbevelingen:

Bij de depressieve stoornis kan - in vergelijking met farmacotherapie - een globaal even effectieve psychologische/psychotherapeutische behandeling worden aangeboden. Dit geldt met name voor patiënten met een lichte, maar ook voor de matige en ernstige depressieve stoornis. Bij patiënten met een lichte depressie zou CGT als eerste keuze overwogen moeten worden, mede gezien het duurzame effect.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

Blackburn, I-M., & Moore, R.G. (1997). Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *British Journal of Psychiatry*, 171, 328-334.

de Maat, S. M., Dekker, J., Schoevers, R. A., & de Jonghe, F. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *European Psychiatry: The Journal Of The Association Of European Psychiatrists*. 2007 Jan; Vol., vol. 22, no. 1, pp. 1-8.

DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Gladis, M. M., Brown, L. L., & Gallop, R. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives Of General Psychiatry*, 2005 Apr; Vol., vol. 62, no. 4, pp. 409-416.

Dorrepaal, E., van Nieuwenhuizen, C., Schene, A., e.a. (1998). De effectiviteit van cognitieve en interpersoonlijke therapie bij depressiebehandeling: een meta-analyse. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 27-39.

Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., e.a. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.

Jarrett, R.B., Schaffer, M., McIntire, D., e.a. (1999). Treatment of atypical depression with cognitive therapy or phenelzine, a double-blind placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 56, 431-437.

Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C.R., e.a. (2000). The London intervention trial: randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.

Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., e.a. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well - mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2-12 ; commentaren 13-34.

Maat, S de. de Jonghe, F. (in press). Over de werkzaamheid van Kortdurende Psychoanalytische Therapie. Een overzicht van empirisch onderzoek.

Conclusies:

Niveau 1	Het is aangetoond dat de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie, gedragstherapie en kortdurende psychodynamische psychotherapie bij patiënten met een depressieve stoornis vergelijkbaar is met de resultaten van behandeling met antidepressiva.
----------	---

Overige overwegingen:

De methodologische kwaliteit van de CT-onderzoeken liep sterk uiteen en was over het algemeen niet hoog. Anders dan men misschien zou verwachten, bleek echter juist een hogere methodologische kwaliteit gerelateerd te zijn aan een groter gemeten effect. De onderzoeksresultaten lijken dan ook niet geflatteerd te zijn.

Volgens het onderzoek van het National Institute of Mental Health (NIMH) heeft CGT een wat groter preventief effect wat betreft het voorkómen van terugval dan IPT.

Niettemin lijkt de formulering gewettigd, mede gezien de doorgaans hogere drop-outpercentages bij medicatie en de bijwerkingen, dat CGT minstens zo effectief gebleken is als medicatie. Ook in deze onderzoeken kan - zowel in de medicatie als in de psychotherapieonderzoeken - 'allegiance' een rol hebben gespeeld (Luborsky

e.a., 2002).

Impliciet geldt ook voor de andere psychotherapievormen (zie boven), hoewel die nauwelijks rechtstreeks met medicatie zijn vergeleken, dat zij minstens even effectief zouden kunnen zijn als de behandeling met medicatie.

De twee meta-analyses van Dorrepaal e.a. (1998) en Gloaguen e.a. (1998) hebben de medicatieonderzoeken niet geselecteerd op adequaatheid wat betreft de toegepaste therapievormen en daardoor zijn onderzoeken waarin antidepressiva niet adequaat zijn gegeven, niet uitgesloten

9.5.2 De effectiviteit van psychologische behandelingen bij ... (versie

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Voornamelijk omdat volgens de Britse NIMH-analyse bij depressieve patiënten met een score groter dan 19 op de 17-item HDRS de posttherapie-effectiviteit van imipramine plus „clinical management“ groter was dan van CGT, is wel gesteld dat de effectiviteit bij CGT bij ernstig depressieve patiënten nog niet vast zou staan (Balslev Jorgensen e.a., 1998). Omdat andere onderzoeken dit 'ernst-effect' echter niet lieten zien en wegens mogelijke problemen bij de uitvoering van het NIMH-onderzoek, werd in andere reviews geconcludeerd dat deze kwestie eerst nog nader zou moeten worden onderzocht (Van den Burg, 1998; Craighead e.a., 1998). Een meta-analyse (Thase e.a.) van vier oudere onderzoeken (met inbegrip van het NIMH-onderzoek) (Department of Health, 2001; DeRubeis e.a. 1999), de resultaten van twee nieuwe onderzoeken (Blackburn & Moore, 1997; Hautzinger & De Jong-Meyer, 1996), en ook een nieuwe analyse van de NIMH-gegevens (Blatt e.a., 2000), hebben de oorspronkelijke analyse van de NIMH niet kunnen repliceren. In al deze onderzoeken wordt geconcludeerd dat er enig bewijs is dat patiënten met hoge scores op de HDRS minder goed reageren op CGT en dat er geen bewijs is dat ambulante patiënten met hogere HDRS-scores slechter reageren op IPT. Betreffende antidepressiva wordt geconcludeerd dat er geen bewijs is voor mindere respons bij ernstige depressie. Overigens wordt geconcludeerd dat de combinatie alleen bij ambulante patiënten met meer ernstige recidiverende depressies voordelen heeft boven psychotherapie (Thase, 2000). In theorie zou sprake kunnen zijn van een hogere 'grenswaarde' (het resultaat zou een artefact kunnen zijn van een hogere aanvangsscore) maar de resultaten van recent Duits onderzoek wijzen daar niet op (Hautzinger & De Jong-Meyer, 1996). Overigens is voor CGT juist bij hogere aanvangsscores op de HDRS en de BDI een hogere posttherapie-effectiviteit vastgesteld dan bij lagere aanvangsscores (Dorrepaal e.a., 1998). Daarnaast wees een recente RCT (n=240) waarin gerandomiseerd werd over medicatie, CT versus een pil-placebo conditie uit dat ook bij patiënten met een matig tot ernstige depressie CT even effectief is als AD (DeRubeis, 2005). Uit een RCT verricht bij 241 depressieve patiënten waarin gerandomiseerd werd over GT versus CT versus AD, bleek dat GT effectiever is dan CT, en even effectief als AD bij patiënten met een matig en ernstige depressie (Dimidjian, 2006). Een recente review concludeert dat C(G)T eveneens effectief is bij matige tot ernstige depressie (Beck, 2005). Een Nederlandse mega-analyse (gebaseerd op 3 RCT's van deze onderzoeksgroep) wees uit dat kortdurende psychodynamische psychotherapie (16 sessies) even effectief is als een behandeling met antidepressiva en de combinatie van beide bleek effectiever dan de enkelvoudige behandeling (de Maat e.a., 2007).

Het begrip 'ernst' kan echter ook aan een aantal andere aspecten gekoppeld worden, zoals subtype (depressie met melancholische kenmerken/endogene depressie, recidiverende depressie, psychotische depressie), de mate van functionele belemmering, suïcidaliteit, opgenomen zijn, duidelijk registreerbare biologische ontregelingen (Thase, 2000). Of depressies bij suïcidaliteit of bij psychotische symptomatologie minder vatbaar zijn voor (vormen van) psychotherapie valt niet te zeggen: zij vormen doorgaans exclusiecriteria voor onderzoek. Dat de nogal wisselend gedefinieerde depressie met melancholische kenmerken/endogene depressie op zich minder gevoelig is voor psychotherapie, is empirisch niet aangetoond. Veel onderzoek waaruit de effectiviteit van psychotherapieën blijkt, is uitgevoerd bij recidiverende depressies; recidivering is geen contra-indicatie voor psychotherapie. Er zijn aanwijzingen uit het NIMH-onderzoek dat meer functionele beperkingen gepaard gaan met relatief groter succes van farmacotherapie (Sotsky e.a., 1991).

Thase vermeldt een aantal bevindingen die aangeven dat duidelijke biologische ontregelingen (bijvoorbeeld hypercortisolisme) gepaard gaan met een slechte respons op psychotherapie (Thase & Friedman, 1999). Dit zal nog gerepliceerd moeten worden en kan vooralsnog moeilijk een praktisch toepasbaar criterium zijn voor een keuze tussen psychotherapie en medicatie. Wellicht is er een op dit moment nog niet 'hard' definieerbare (sub)groep patiënten met een combinatie van ernstfactoren (bijvoorbeeld opgenomen melancholische patiënten met biologische ontregelingen) die beter of uitsluitend op medicatie reageert (Thase & Friedman,

1999). In 240 zowel matig als ernstige depressieve patiënten werd in een RCT (Paroxetine versus CT) gevonden dat het aantal voorgaande AD behandelingen (1 en 2 of meer voorgaande behandelingen met antidepressiva) een slechte respons op deze farmacotherapie voorspelde, zelfs na controle voor demografische en ziektevariabelen. Dit gold niet voor de kans op herstel op CT. Patiënten met meerdere antidepressiva behandelingen lijken dus minder goed te reageren op een volgende antidepressiva behandeling (in dit geval Paroxetine), terwijl CT wel effect sorteert (Leykin e.a., 2007).

Aanbevelingen:

Ook bij patiënten met een ernstige of recidiverende depressieve stoornis dient een psychologische/psychotherapeutische interventie in overweging worden genomen, mede gezien het profylactische effect van met name C(G)T op toekomstige terugval.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

- Balslev Jorgensen, M., Dam, H., & Bolwig, T.G. (1998). The efficacy of psychotherapy in non-bipolar depression: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 1-13.
- Blackburn, I-M., & Moore, R.G. (1997). Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *British Journal of Psychiatry*, 171, 328-334.
- Blatt, S.J., Zuroff, D.C., Bondi, C.M., e.a. (2000). Short- and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: further analyses of data from the NIMH TDCRP. *Psychotherapy Research*, 10, 215-234.
- Burg, W. van den. (1998). De (in)effectiviteit van psychofarmaca. *Directieve Therapie*, 18, 5-68.
- Craighead, W.E., Craighead, L.W., & Ilardi, S.S. (1998). Psychosocial treatments for major depressive disorder. In P.E. Nathan & J.M. Gorman (Red.). *A guide to treatments that work* (226-239). Oxford: Oxford University Press.
- Department of Health. (2001). *Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidence based clinical practice guideline*. Verkregen van internet via www.dh.gov.uk.
- de Maat, S. M., Dekker, J., Schoevers, R. A., & de Jonghe, F. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *European Psychiatry: The Journal Of The Association Of European Psychiatrists*. 2007 Jan; Vol., vol. 22, no. 1, pp. 1-8.
- DeRubeis, R.J., Gelfand, L.A., Tang, T.Z., e.a. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1007-1013.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Gladis, M. M., Brown, L. L., & Gallop, R. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives Of General Psychiatry*, 2005 Apr; Vol., vol. 62, no. 4, pp. 409-416.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L., & Jacobson, N. S. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 2006 Aug.; Vol., vol. 74, no. 4, pp. 658-670.
- Dorrepaal, E., van Nieuwenhuizen, C., Schene, A., e.a. (1998). De effectiviteit van cognitieve en interpersoonlijke therapie bij depressiebehandeling: een meta-analyse. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 27-39.
- Hautzinger, M., & De Jong-Meyer, R. (1996). Cognitive-behavioural therapy versus pharmacotherapy in depression. In C. Mundt, Goldstein, K. Hahlweg e.a. (Red.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorder* (329-340). London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Leykin Y, Amsterdam JD, DeRubeis RJ, Gallop R, Shelton RC, Hollon SD. Progressive resistance to a selective serotonin reuptake inhibitor but not to cognitive therapy in the treatment of major depression. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75:267-76.
- Sotsky, S.M., Glass, D.R., & Shea, M.T. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry*, 148, 997-1008.
- Thase, M.E. (2000). Treatment of severe depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl.1), 17-25.
- Thase, M.E., & Friedman, E.S. (1999). Is psychotherapy an effective treatment for melancholia and other severe depressive states? *Journal of Affective Disorders*, 54, 1-19.

Conclusies:

Niveau 1	Het is aangetoond dat psychologische/psychotherapeutische interventies ook bij patiënten met een ernstige of recidiverende depressieve stoornis effectief kunnen zijn.
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat er een subgroep van patiënten met een ernstige depressieve stoornis bestaat die slecht reageert op psychologische/psychotherapeutische interventies, maar waarbij medicatie wel effect sorteert.
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat patiënten met multipale voorgaande antidepressiva behandelingen minder goed reageren op een volgende behandeling met antidepressiva (Paroxetine), terwijl de kans op herstel bij start met CT niet vermindert.

9.5.3 Effectiviteit op de lange duur (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

In 8 naturalistische onderzoeken werd op een termijn van 1-2 jaar een terugvalpercentage van 60% gevonden na acute behandeling met medicatie gedurende zo'n 4-12 weken. Dat is tweemaal zo groot als na een acute behandeling met CGT (30%) (Gloaguen e.a., 1998). In een andere meta-analyse wordt de terugvalpreventieve werking van CGT als 'incomplete evidence' beschouwd, waarschijnlijk vanwege het

natuurlijke karakter waardoor grotendeels onbekend was wat de behandeling was die patiënten in de follow-upperiode kregen (Rush & Thase, 1999). Bij een gemiddelde follow-up van 6 maanden werd een groot deel van de therapeutische verbetering na beëindiging van CGT gehandhaafd. CGT had een preventief effect, terwijl een onderhoudsdosering van IPT een vertragende werking op recidieven leek te hebben. Het sociaal functioneren verbeterde eveneens na zowel CGT als IPT. Bij IPT kwam dit effect pas na 8 maanden naar voren en was het sterker dan bij behandeling met een antidepressivum (overigens doorgaans zonder vervolgbehandeling). Door anderen worden de gegevens moeilijk interpreteerbaar geacht wegens grote en verschillende drop-outpercentages (Balslev Jorgensen e.a., 1998).

In 7 van de 8 bovengenoemde onderzoeken werd de acute behandeling met antidepressiva overigens niet gevolgd door vervolgbehandeling. In 1 onderzoek was het terugvalpercentage na een acute behandeling plus continueringbehandeling met medicatie even groot als na (alleen) een acute behandeling met CGT (Evans e.a., 1992). Het ging in dit onderzoek overigens om kleine groepen patiënten (n = 10). Uit een analyse bleek een (minstens) even grote terugvalpreventieve werking van acute CGT plus maandelijkse continuering-CGT als van een acute plus continueringbehandeling met medicatie (Blackburn & Moore, 1997). Patiënten die CGT of IPT gehad hadden, gaven blijkens de NIMH-analyse na 18 maanden follow-up, in vergelijking met patiënten die medicatie of placebo kregen, een grotere tevredenheid met de therapie aan, een betere 'life adjustment', en een beter vermogen 'to cope with interpersonal relationships', om depressieve symptomen te onderkennen, en om negatieve gedachten in bedwang te houden (Blatt e.a., 2000; Department of Health, 2001). In een groot Duits onderzoek waren bij follow-up van 1 jaar patiënten die medicatie kregen er slechter aan toe dan zij die CGT kregen (acute behandelingen van slechts 8 weken) (Hautzinger & De Jong-Meyer, 1996). Depressieve patiënten met een kritische partner die relatietherapie kregen, waren er na 1 jaar follow-up beter aan toe (op de Beck-score, niet op de Hamilton) dan zij die medicatie kregen (inclusief continueringbehandeling); de medicatie leidde tot nogal wat problemen en uitval (Leff e.a., 2000). Het onderzoek heeft zich tot nu toe hoofdzakelijk beperkt tot CGT. Een recente studie wees uit dat onderhouds IPT (met een frequentie van 1 keer per maand) in het bijzonder effectief is bij vrouwen die opknaptten op alleen IPT. Vrouwen die opgeknapt waren op de combinatie van IPT met antidepressiva profiteerden niet van onderhoudsIPT (Frank e.a., 2007). In een ouder onderzoek kwam de

terugvalbeperkende werking van IPT eveneens (enigszins) naar voren, speciaal wanneer deze van goede kwaliteit was (Frank e.a., 1991). Uit de NIMH-analyse kwam een enigszins betere terugvalwerende werking van CGT naar voren dan van IPT (Dorrepaal e.a., 1998). Hollon (e.a. 2005) toonde aan in zijn RCT (n=104) dat patiënten met een matige tot ernstige depressie die in de acute fase met CT behandeld werden (en stopten na herstel) beduidend minder terugvielen dan patiënten die met AD behandeld werden (en stopten na herstel), respectievelijk 30.8% versus 76.2%, het terugvalpercentage van de patiënten die doorgingen met AD (47.2%) was hoger, maar niet significant verschillend van de patiënten in de conditie die stopten met de acute CT. Een recente meta-analyse over 28 RCT's wees uit dat CT of CGT toegepast tijdens de acute depressieve fase een profylactisch effect heeft op lange termijn (23% reductie van terugval indien patiënten naast AD ook in de acute fase CT kregen), daarnaast beschermt de toepassing van een kortdurende CT na herstel (al dan niet na een andersoortige behandeling, inclusief AD) (Bockting e.a., 2005, Ma & Teasdale e.a., 2004., Teasdale ea., 2000) bij patiënten met recidiverende depressies tegen opeenvolgende terugval (Vittengl e.a., 2007).

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

- Balslev Jorgensen, M., Dam, H., & Bolwig, T.G. (1998). The efficacy of psychotherapy in non-bipolar depression: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 1-13.
- Blackburn, I.-M., & Moore, R.G. (1997). Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *British Journal of Psychiatry*, 171, 328-334.
- Blatt, S.J., Zuroff, D.C., Bondi, C.M., e.a. (2000). Short- and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: further analyses of data from the NIMH TDCRP. *Psychotherapy Research*, 10, 215-234.
- Bockting, C. L., Schene, A. H., Spinhoven, P., Koeter, M. W., Wouters, L. F., Huyser, J., & Kamphuis, J. H. Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 2005 Aug.; Vol., vol. 73, no. 4, pp. 647-657.
- Bollini, P., Pampallona, S., Tibaldi, G., e.a. (1999). Effectiveness of antidepressants, meta-analysis of dose-effect relationships in randomised clinical trials. *British Journal of Psychiatry*, 174, 297-303.
- Department of Health. (2001). *Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidence based clinical practice guideline*. Verkregen van internet via www.dh.gov.uk.
- Dorrepaal, E., van Nieuwenhuizen, C., Schene, A., e.a. (1998). De effectiviteit van cognitieve en interpersoonlijke therapie bij depressiebehandeling: een meta-analyse. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 27-39.
- Evans, M.D., Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., e.a. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 802-808.
- Fava, G.A., Ottolini, F., & Ruini, C. (1999). The role of cognitive behavioural therapy in the treatment of unipolar depression. (Brief). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 394-396.
- Frank, E., Kupfer, D.J., Wagner, E.F., e.a. (1991). Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1053-1059.
- Frank, E., Kupfer, D.J., Buysse, D.J., Swartz, H.A., Pilkonis, P.A., Houck, P.R., Rucci, P., Novick, D.M., Grochocinski, V.J., Stapf, D.M. (2007). Randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with recurrent depression. *Am J Psychiatry*, May;164(5):761-7.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., e.a. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Hautzinger, M., & De Jong-Meyer, R. (1996). Cognitive-behavioural therapy versus pharmacotherapy in depression. In C. Mundt, Goldstein, K. Hahlweg e.a. (Red.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorder* (pp.329-340). London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Young, P. R., Haman, K. L., Freeman, B. B., & Gallop, R. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives Of General Psychiatry*, 2005 Apr; Vol., vol. 62, no. 4, pp. 417-422.
- Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C.R., e.a. (2000). The London intervention trial: randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.
- Ma, S.H., Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol*. 72,31-40.
- Rush, A.J., & Thase, M.E. (1999). Psychotherapies for depressive disorders: a review. In M. Maj & N. Sartorius (Red.). *Depressive disorders*. WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry, Vol.1 (161-206; commentaren 207-232). New York: Wiley.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., & Lau, M.A. (2000). Prevention

of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Cons Clin Psychol.* 68,615-623.

Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75:475-88.

Conclusies:

Niveau 1	Het is aangetoond dat de lange termijn effectiviteit van CGT bij patiënten met een depressieve stoornis groter is dan die van een acute behandeling met antidepressiva zonder vervolgbehandeling.
Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat de lange termijn effectiviteit van CGT zonder vervolgbehandeling na herstel vergelijkbaar is met de acute behandeling met antidepressiva mét vervolgbehandeling.

Overige overwegingen:

In een deel van de onderzoeken was de farmacotherapeutische behandeling niet optimaal (Bollini e.a., 1999). Zo wordt geadviseerd antidepressiva na respons ten minste 6 maanden (en bij recidiverende depressies nog langer) door te geven (zie hoofdstuk 8). In de meeste onderzoeken waarin de langetermijneffectiviteit van psychotherapie en antidepressiva zijn vergeleken, is hiermee geen rekening gehouden. Met uitzondering van onder andere de RCT van Hollon waaraan al eerder gerefereerd werd (Hollon e.a., 2005). In zijn RCT vond hij bij patiënten met een matige tot ernstige depressie dat het terugvalpercentage van de patiënten die doorgingen met AD (47.2%) hoger was, maar niet significant verschillend van de patiënten in de conditie die stopten met de acute CT (30.8%).

10. Behandeling - simultane combinatiebehandelingen (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken/paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofd- of paragraaftitel

10.1 Uitgangsvraag (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Op welke wijze dient combinatiebehandeling ingezet te worden voor de behandeling van een patiënt met een depressieve stoornis (niet-psychotisch, unipolair), rekening houdend met aard, ernst en beloop (eerste episode, recidiverend) van de problematiek?

10.2 Combinatiebehandeling (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

De richtlijntekst in deze paragraaf omvat geen verder inleiding.

Aanbevelingen:

De Richtlijnwerkgroep is van mening dat een combinatiebehandeling van psychotherapie en farmacotherapie overwogen dient te worden bij patiënten met een ernstige en of chronische depressieve stoornis ter behandeling van de klachten. Ter voorkoming van recidivering wordt ook een combinatie van farmacotherapie en CGT aanbevolen boven farmacotherapie alleen. De Richtlijnwerkgroep is van mening dat wanneer voor een combinatiebehandeling wordt gekozen, deze behandeling goede afstemming van de zorg vereist.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Mede onder verwijzing naar oudere meta-analyses, is de strekking van verschillende reviews dat een combinatie van farmacotherapie en psychotherapie hoogstens marginale meerwaarde heeft boven een enkelvoudige behandeling (Blom e.a., 2000; Van den Burg, 1998; Rush & Thase, 1999). In een selectief, niet uitputtend overzicht wordt aangegeven dat het verschil tussen combinatiebehandeling en psychotherapie kleiner was dan het verschil tussen combinatiebehandeling en farmacotherapie (Van den Burg, 1998). In een andere meta-analyse wordt gewezen op een groot aantal methodologische tekortkomingen van het verrichte onderzoek (Blom e.a., 2000). Blijkens die meta-analyse zijn er, overigens kwalitatief matige, aanwijzingen dat combinatiebehandeling bij langdurige, ernstige of gecompliceerde depressies voordelen kan bieden. Een groot Duits onderzoek liet bij patiënten met een depressieve stoornis zonder melancholische kenmerken (alleen) bij follow-up een slechter resultaat zien van alleen een antidepressivum dan van alleen CGT en van CGT plus een antidepressivum; de laatste twee condities verschilden onderling niet. Een vergelijkbaar onderzoek bij patiënten met een depressieve stoornis met melancholische kenmerken liet een slechter resultaat zien van een antidepressivum dan van de combinatie antidepressivum en CGT (Hautzinger & De Jong-Meyer, 1996). In de meta-analyse van Thase werd gevonden, dat - bij overwegend recidiverende, ernstig depressieve patiënten - bij vergelijking van CGT of IPT met CGT of IPT plus medicatie, de combinatie tot een groter herstelpercentage leidde na een acute behandeling van 16 weken. Dit was echter niet het geval bij (recidiverende) minder depressieve patiënten (Thase e.a., 1997). Hetzelfde liet een cohortonderzoek van Frank e.a. zien: zij vergeleken IPT met IPT plus medicatie bij vrouwen (deels gebaseerd op dezelfde onderzoeken) (Frank e.a., 2000). In dit onderzoek werd echter ook gevonden dat een sequentiële behandeling

effectiever kan zijn.

Recente meta-analyses en systematische reviews laten zien dat combinatiebehandeling van psychotherapie en farmacotherapie meerwaarde kan hebben bij ernstige en chronische depressies.

Een meta-analyse onderzocht de combinatiebehandeling versus farmacotherapie. Er werden 16 studies opgenomen met in totaal 932 patiënten. In 10 studies betrof het patiënten met een depressieve stoornis en in 3 dysthyme stoornis. De psychotherapie betrof CGT, IPT, psychodynamische therapie, systeemtherapie, problem solving therapie en vaardigheden training. De resultaten laten een voordeel zien van de combinatiebehandeling versus alleen farmacotherapie OR=1.86 (95% CI 1.38-2.52) en geen verschil tussen combinatiebehandeling en farmacotherapie ten opzichte van uitval en nonrespons OR= 0.86 (95% CI 0.60-1.24). De studies langer dan 12 weken laten opnieuw een voordeel zien van de combinatiebehandeling OR=2.21 (95% CI 1.22-4.03) maar nu ook een lagere drop-out (OR=0.59 (95% CI 0.39-0.88)). De combinatiebehandeling lijkt de „compliance“ met medicatie te vergroten (Pampellona et al, 2004).

Een andere meta-analyse richtte zich op de combinatie versus psychotherapie alleen. Nu werden 7 studies gevonden met in totaal 903 patiënten. Remissierates waren bij de combinatiebehandeling hoger dan psychotherapie alleen (RR=1.32 (95% CI 1.12-1.56)). Bij matig ernstige depressie was er nog een verschil ten voordele van de combinatiebehandeling maar dit gold niet meer voor de milde depressie. Ook bij chronische depressie was er een voordeel voor combinatiebehandeling (de Maat et al, 2006).

Een andere meta-analyse, deels review komt tot dezelfde conclusie (Friedman et al, 2004). Nu werden 17 studies opgenomen in het overzicht. Er werd een kleine voordeel gevonden voor combinatiebehandeling ten opzichte van farmacotherapie als het gaat om symptoomreductie gemeten op de BDI (effect size $d = 0.34$, $X^2 = 6.42$) en HRDS ($d = 0.18$, $X^2 = 4.26$). Ten aanzien van herstel lijkt ook een voordeel voor de combinatie te zijn op de HRDS ($d = 0.65$, $X^2 = 5.35$) en BDI ($d = 0.61$, $X^2 = 19.24$, $p < 0.01$). Weinig studies hebben combinatiebehandeling vergeleken met psychotherapie alleen en dan is er nauwelijks voordeel van de combinatie op de BDI ($d = 0.10$, $X^2 = 0.01$). Enkele studies hebben ook het effect van combinatiebehandeling op terugval/recidief bestudeerd. Combinatiebehandeling heeft een matig effect op het reduceren van de terugval ten opzichte van medicatie alleen ($d = 0.68$, $X^2 = 4.06$) en ten opzichte van psychotherapie alleen een klein effect ($d = -0.12$, $X^2 = 1.48$).

Er wordt geconcludeerd dat de combinatiebehandeling vooral effectief lijkt bij de meer chronische en ernstige depressies. Ten aanzien van de terugvalpreventie is met name CGT bestudeerd en zijn de effecten van de combinatiebehandeling overtuigend aangetoond in studies met een naturalistische follow-up waarbij patiënten in de controle conditie hun medicatie staakten. De verschillen tussen combinatiebehandeling versus farmacotherapie nemen af, als ook de farmacotherapie wordt voortgezet.

In een Nederlandse systematische review van Cuijpers en Dekker (2005) komt men op basis van de meta-analyses van Friedman (2004) en Pampellona (2004) eveneens tot de conclusie dat de combinatiebehandeling effectiever lijkt dan een enkelvoudige behandeling met antidepressiva.

Ten aanzien van terugvalpreventie laat een meta-analyse van 28 RCT's (Vittengl e.a., 2007) dat CT of CGT toegepast tijdens de acute depressieve fase een profylactisch effect heeft op lange termijn, daarnaast beschermt de toepassing van een kortdurende CT na herstel (al dan niet na een andersoortige behandeling, inclusief AD) bij patiënten met recidiverende depressies tegen opeenvolgende terugval. Binnen deze meta-analyse wezen zes studies uit dat patiënten die behandeld werden met acute CT in combinatie met AD een 61% hogere kans hadden om niet terug te vallen vergeleken met patiënten die *alleen* behandeld werden met alleen AD. De toepassing van acute CT naast AD reduceerde de kans op terugval met 23% (Vittengl e.a., 2007).

Combinatiebehandeling lijkt ook kosten effectief te zijn voor ernstige depressies maar niet voor matig ernstige depressie (Simon et al., 2006).

Toegenomen complexiteit van de behandeling voor behandelaars en patiënten, met (en door) diversiteit van voorlichting en aanpak, zijn problemen die bij een combinatiebehandeling kunnen ontstaan. Vooral als de therapie door verschillende therapeuten uitgevoerd wordt, bijvoorbeeld een arts voor farmacotherapie samen met een psycholoog voor de psychotherapie (Blom e.a., 2000; Van den Burg, 1998).

Literatuur

- Blom, M.B.J., Jonker, K., Haffmans, P.M.J., e.a. (2000). Combinatie van medicatie en psychotherapie bij depressie: een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 399-408.
- Burg, W. van den. (1998). De (in)effectiviteit van psychofarmaca. *Directieve Therapie*, 18, 5-68.
- Burg, W. van den. (1998). Psychofarmaca. In W.T.A.M. Everaerd (Red.). *Handboek Klinische Psychologie. Aanvulling 12* (pp. 1-29). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Maat de SM, Dekker J, Schoevers RA, de Jonghe F (2006). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *European Psychiatry* 22, 1-8.
- Frank, E., Grochociski, V.J., Spanier, C.A., e.a. (2000). Interpersonal psychotherapy and antidepressant medication: evaluation of a sequential treatment strategy in women with recurrent major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 51-57.

- Friedman MA, Detweiler-Bedel JB, Leventhal HE, Horne R, Keitner GI, Miller IW (2004) Combined psychotherapy and pharmacotherapy for the treatment of major depressive disorder. *Clin Psychol Sci Prac* 11, 47-68 (A2).
- Hautzinger, M., & De Jong-Meyer, R. (1996). Cognitive-behavioural therapy versus pharmacotherapy in depression. In C. Mundt, Goldstein, K. Hahlweg e.a. (Red.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorder* (pp. 329-340). London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21, 401-419.
- Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kuepelnick, B, Munizza C (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression. *Arch Gen Psychiatr* 61, 714-719. (A1)
- Rush, A.J., & Thase, M.E. (1999). Psychotherapies for depressive disorders: a review. In M. Maj & N. Sartorius (Red.), *Depressive disorders. WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry, Vol.1*(pp. 161-206; commentaren 207-232). New York: Wiley.
- Simon J, Pilling S, Burbecka R, Goldberg D (2006). Treatment options in moderate and severe depression: decision analysis supporting a clinical guideline.
- Thase, M.E., Greenhouse, J.B., Frank, E., e.a. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1009-1015.
- Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75:475-88.

Conclusies:

<p>Niveau 1</p>	<p>Het is aannemelijk dat een combinatiebehandeling van PT en antidepressiva bij patiënten met een ernstige en of chronische depressieve stoornis effectiever is dan alleen PT of alleen antidepressiva. A1 Pampallona et al 2004, Friedman et al 2004, de Maat et al 2006</p>
<p>Niveau 1</p>	<p>Het is aannemelijk dat een combinatiebehandeling van CGT en antidepressiva bij patiënten met een recidiverende depressieve stoornis effectiever is dan of CGT of antidepressiva alleen ter voorkoming van nieuwe recidieven. A1 Vittengl et al 2007 A2 Friedman et al 2004</p>
<p>Niveau 3</p>	<p>Het is aannemelijk dat een combinatiebehandeling van psychotherapie en antidepressiva door de combinatie van verschillende behandelaars afstemmings- en communicatieproblemen met zich mee kan brengen</p>

Overige overwegingen:

Een aantal onderzoeken wijst op een groter verschil tussen farmacotherapie en combinatiebehandeling dan tussen psychotherapie en combinatiebehandeling (Van den Burg, 1998, Hautzinger & De Jong-Meyer, 1996). De studie van Thase en van Frank e.a. is de enige die superioriteit van de combinatiebehandeling aangeeft boven psychotherapie, maar alleen bij patiënten met een recidiverende ernstige depressieve stoornis (Frank e.a., 2000; Thase e.a., 1997). De resultaten worden in een andere analyse niet bevestigd (Hautzinger & De

Jong-Meyer, 1996).

Omdat er gering bewijs is voor een beter, op zijn minst sneller, resultaat van een combinatiebehandeling voor zeer depressieve, recidiverende depressies, kan men zich bij de overweging al dan niet met een combinatiebehandeling te beginnen, wellicht het beste oriënteren op het eventuele (ontbreken van) succes van eerdere behandelingen.

10.3 Sequentiële (combinatie)behandelingen (versie 2010)

Richtlijntekst: VERSIE 2010

De richtlijntekst in deze paragraaf omvat geen verdere inleiding.

Aanbevelingen:

De Richtlijnwerkgroep is van mening dat wanneer patiënten met een depressieve stoornis na respons op een acute behandeling met antidepressiva nog restsymptomen hebben, cognitieve gedragstherapie overwogen dient te worden.

Wetenschappelijke onderbouwing:

De waarde van sequentiële (combinatie)behandelingen, voor zover het psychologische/psychotherapeutische interventies betreft, of combinaties daarvan met farmacotherapie, was tot voor kort niet onderzocht. Recent zijn vier onderzoeken beschreven (van één onderzoek zijn drie follow-upperiodes gerapporteerd) van de terugvalpreventieve werkzaamheid van speciaal hierop gerichte CGT bij patiënten die goed verbeterd waren na een acute behandeling met medicatie, allen met goede resultaten (Fava e.a., 1994; Fava e.a., 1996; Fava e.a., 1998a en b; Paykel e.a., 1999; Teasdale e.a., 2000).

Soortgelijk waren de sequentiële opzetten en resultaten van een drietal andere onderzoeken, waarbij een acute behandeling met CGT gevolgd werd door een terugvalpreventieve CGT-vorm (Blackburn & Moore, 1997; Jarrett e.a., 1998; Jarrett e.a. 2001). Hoewel de diverse onderzoeken nogal verschillend van aard waren, lijkt de terugvalpreventieve werking van CGT, na een redelijk succesvolle acute behandeling, nu wel vast te staan. Dit neemt niet weg dat nog niet voldoende bewezen is dat het specifiek de CGT-inhoud was die de terugval verhinderde (of uitstelde). In de meeste onderzoeken was de terugvalpreventieve CGT namelijk een toevoeging en in theorie zou een andere, weinig specifieke toevoeging (bijv. 'support') ook gewerkt kunnen hebben (Fava e.a., 1994; Fava e.a., 1996). Deze kanttekening gaat echter niet op voor de beide onderzoeken van Fava e.a. uit 1998 (Fava e.a. 1998a en b).

Onderzoek naar de waarde van een sequentiële opzet om bestendig herstel te krijgen is nauwelijks gepubliceerd, maar een éénarmig onderzoek met een historisch controlecohort laat zien dat bij (vrouwen met) zeer recidiverende depressies (gemiddeld 6-7 eerdere episoden) na 20 weken behandeling met een sequentiële opzet ter voorkoming van terugval een terugvalwinst van ruim 10% kon worden behaald (Frank e.a. 2000).

Een recente meta-analyse over 28 RCT's wees uit dat CT of CGT toegepast tijdens de acute depressieve fase een profylactisch effect heeft op lange termijn met name bij patiënten met recidiverende depressies. Daarnaast beschermt de toepassing van een kortdurende CT na herstel (al dan niet na een andersoortige behandeling, inclusief AD) (Jarrett e.a., 2001, Bockting e.a., 2005, Ma & Teasdale e.a., 2004, Teasdale e. a., 2000) bij patiënten met recidiverende depressies (2 tot 5 voorgaande depressies) tegen opeenvolgende terugval (Vittengl e.a., 2007).

Literatuur

- Blackburn, I-M., & Moore, R.G. (1997). Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *British Journal of Psychiatry*, 171, 328-334.
- Bockting, C. L., Schene, A. H., Spinhoven, P., Koeter, M. W., Wouters, L. F., Huyser, J., & Kamphuis, J. H. Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 2005 Aug.; Vol., vol. 73, no. 4, pp. 647-657.
- Fava, G.A., Grandi, S., Zielezny, M., e.a. (1994). Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1295-1299.
- Fava, G.A., Grandi, S., Zielezny, M., e.a. (1996). Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 153, 945-947.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Grandi, S., Canestrati, R., e.a. (1998) Six-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1443-1445.

- Fava, G.A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., e.a. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Archives of Psychiatry*, 55, 816-820.
- Frank, E., Grochociski, V.J., Spanier, C.A., e.a. (2000). Interpersonal psychotherapy and antidepressant medication: evaluation of a sequential treatment strategy in women with recurrent major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 51-57.
- Jarrett, R.B., Basco, M.R., Risser, R., e.a. (1998). Is there a role for continuation therapy for depressed outpatients? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 1036-1040.
- Jarrett, R.B., Kraft, D., Doyle, J., e.a. (2001). Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase. *Archives of General Psychiatry*, 58, 381-388.
- Ma & Teasdale e.a, 2004
- Paykel, E.S., Scott, J., Teasdale, J.D., e.a. (1999). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 56, 829-835.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., e.a. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75:475-88.

Conclusies:

<p>Niveau 1</p>	<p>Het is aannemelijk dat bij patiënten met een depressieve stoornis die hebben gerespondeerd op een acute behandeling met antidepressiva, vervolgbehandeling met CT terugval kan voorkomen, met name bij mensen met 3 of meer voorgaande depressieve episoden.</p>
<p>Niveau 2</p>	<p>Het is aannemelijk dat bij patiënten met een depressieve stoornis die hebben gerespondeerd op een acute behandeling met C(B)T, vervolgbehandeling met CT terugval kan voorkomen, met name bij mensen met recidiverende depressies.</p>

11. Het voorkomen van terugval bij depressie (versie 2013)

Richtlijntekst:

De depressieve stoornis heeft vaak een recidiverend beloop: ongeveer 80% van de patiënten met een depressieve stoornis maakt in zijn leven meer dan één depressieve episode door, met een gemiddelde van vier episoden. De best bekende risicofactoren voor een recidief-episode zijn een eerder opgetreden recidief-episode en partieel herstel of restsymptomen na herstel van een depressieve episode (o.a. Hardeveld e.a. 2010 en 2012, Beshai e.a., 2011). Zelfs geringe restsymptomen (score op de Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)<10) vergroten de kans op terugval (Bockting e.a., 2006, Ten Doesschate e.a., 2009, Beshai e.a., 2011).

De behandeling van depressie wordt met het oog op de beloopkenmerken onderverdeeld in drie fasen. In de acute fase wordt herstel nagestreefd. Na herstel begint de zogeheten 'voortgezette fase' of 'continueringsfase', die gericht is op het voorkómen van terugval of relapse. Deze fase gaat over in de 'onderhoudsfase' die gericht is het voorkómen van recidief of recurrence (na een periode van herstel). De tijdsduur van de drie verschillende fasen is niet strikt gedefinieerd.

In veel onderzoeken wordt geen onderscheid gemaakt tussen terugval en recidief. Daarnaast is er weinig evidentie dat het onderscheid tussen terugval en recidief consequenties heeft voor strategieën ter preventie van terugkeer van de symptomen (Beshai e.a., 2011). In dit hoofdstuk gebruiken we de term 'terugval' in het geval van terugval én recidief, tenzij de genoemde onderzoeken terugval en recidief duidelijk van elkaar onderscheiden. Dit hoofdstuk betreft de behandeling gericht op preventie van terugval. Ondersteunende interventies in de behandeling gericht op terugval worden beschreven in hoofdstuk 12. De behandeling gericht op preventie van terugval valt in te delen in twee categorieën:

1. Behandelingen toegepast tijdens de acute fase van depressie met een profylactisch effect, dat willen zeggen een duurzaam effect in termen van preventie van terugval na het stoppen met de behandeling. Hiervoor verwijzen we naar de paragrafen 8.3 en 9.3, waar de acute behandeling van een depressie met respectievelijk farmacotherapie en psychotherapie wordt beschreven.
2. Behandelingen die toegepast worden in de 'voortgezette fase', gericht op het voorkómen van terugval na herstel of in de 'onderhoudsfase', gericht op het voorkómen van recidief na herstel. Het gaat bijvoorbeeld om het voortzetten van Cognitieve therapie (CT) en het voortzetten van antidepressiva na herstel of om een andersoortige behandeling die na herstel gegeven wordt, zoals Mindfulness Based CT na behandeling met antidepressiva, en Preventieve Cognitieve Therapie na behandeling met ofwel antidepressiva. Voor onderhoudsbehandeling met electroconvulsietherapie (ECT) en behandelopties ter recidiefpreventie na ECT wordt verwezen naar de Richtlijn electroconvulsietherapie (NVvP, 2010).

Zoekstrategie

Er is gezocht naar wetenschappelijke artikelen over farmacotherapeutische en/of psychotherapeutische interventies voor het voorkomen van terugval bij volwassenen met depressieve stoornissen. In de databases PsycInfo, PubMed en CINAHL is gezocht naar systematische reviews en meta-analyses over de periode 1 januari 2001 t/m 16 mei 2011. Alleen artikelen in het Engels, Duits, Frans en Nederlands zijn meegenomen.

De zoekstrategie is aangevuld met een handmatige search in de literatuurlijst van de geselecteerde studies. Daarnaast droegen werkgroepleden mogelijk relevante artikelen aan.

11.1 Preventie terugval na herstel met farmacotherapie (versie 2013)

Richtlijntekst:

VERSIE 2013

De richtlijntekst in deze paragraaf omvat geen verdere inleiding.

Aanbevelingen:

De optimale duur van de voortgezette behandeling is niet bekend en dient op grond van patiëntkenmerken (zoals bijvoorbeeld aard, ernst, beloop van de problematiek, comorbiditeit, voortdurende problemen en familie-anamnese) en in overleg met de patiënt te worden vastgesteld. Hierbij dient rekening te worden gehouden met voorspellende factoren voor een recidief-episode: eerdere recidieven en restsymptomen van een depressieve episode, de ernst van de depressies en familie-anamnese. Bij patiënten met een tweede of hoger aantal episoden, ernstiger c.q. psychotische depressies en een positieve familie-anamnese is de kans op een volgende recidivering groter.

Bij patiënten met een eerste episode van een depressieve stoornis is het aan te bevelen bij herstel na behandeling met een antidepressivum, de behandeling tenminste 6 maanden tot een jaar voort te zetten. Daarbij is het aan te bevelen hetzelfde middel en in dezelfde dosis voor te schrijven als in de acute behandeling effectief was. Hierbij dient adequate voorlichting te worden gegeven, en dat bij herhaling, over het nut van de vervolg- c.q. onderhoudsbehandeling. Indien bijwerkingen therapietrouw hinderen kan overgegaan worden op een ander antidepressivum.

Bij recidief-episoden is de kans op een volgende recidivering groter en is het aan te bevelen de behandeling gedurende minstens een jaar tot twee jaar voort te zetten en soms voor langere duur. Hierbij dient adequate voorlichting te worden gegeven, en dat bij herhaling, over het nut van de vervolg- c.q. onderhoudsbehandeling. Indien bijwerkingen therapietrouw hinderen kan overgegaan worden op een ander antidepressivum.
Bij recidief-episoden dient ná deze voortgezette behandeling het gebruik van het antidepressivum geleidelijk (in de loop van maanden) te worden afgebouwd.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Voortgezette behandeling

Een voortgezette behandeling met antidepressiva, met name Tricyclische antidepressiva (TCA's), gedurende 2-6 maanden na herstel van een depressieve stoornis, gaat gepaard met een ten opzichte van placebo ongeveer gehalveerd (0,5) relatief risico van een terugval (Loonen e.a., 1991). Hetzelfde lijkt te gelden voor de niet-TCA's (Anderson e.a., 2000): in de eerste 3-4 maanden na herstel krijgt bij doorbehandeling met antidepressiva 25% van de patiënten een terugval of recidief-episode, tegenover 50% bij behandeling met placebo (Anderson e.a., 2000). In een systematische review van Hansen e.a. (2008) werden tweede-generatie antidepressiva (SSRI's en SNRI's) onderzocht in een adequate dosering bij patiënten die voortgezette behandeling kregen. De effecten zijn berekend voor patiënten met een ernstige depressieve stoornis in de vervolgfase (behandeling korter dan 1 jaar, berekend over 12 RCT's). De terugval in de vervolgfase bedroeg 22% in de interventiegroep en 42% in de placebogroep en dit verschil was significant (RR=0.54, 95% BI 0.46-0.62; NNT=5, 95% BI 4-6). Ook hier halveerde de interventie de kans op terugval.

Onderhoudsbehandeling

Na de fase van de voortgezette behandeling met een antidepressivum volgt de fase van onderhoudsbehandeling om een recidief-episode (recurrence) te voorkomen. Geddes e.a. (2003) hebben een meta-analyse uitgevoerd van 31 placebogecontroleerde RCT's bij patiënten met een doorgaans recidiverende depressieve stoornis naar het effect van onderhoudsbehandeling gedurende meestal 12 maanden, maar in sommige onderzoeken gedurende 36 tot maximaal 60 maanden (o.a. Frank e.a. 1990; Kupfer e.a., 1992). Hieruit bleek dat de kans op een recidief-episode ongeveer de helft bedraagt ten opzichte van placebo. Dit geldt voor diverse antidepressiva, inclusief SSRI's en TCA's. In de systematische review van Hansen e.a. (2008) werd het effect onderzocht van tweede-generatie antidepressiva (SSRI's en SNRI's), die langer dan 1 jaar werden gegeven in een adequate dosering. De effecten zijn ook berekend voor patiënten in de onderhoudsfase (behandeling langer dan 1 jaar, berekend over 11 RCT's). In de onderhoudsfase halveerde de onderhoudsbehandeling met een antidepressivum het voorkomen van een recidief. De kans op een recidief-episode bedroeg 26% in de interventiegroep en 48% in de placebogroep en ook dit verschil was significant (R=0.56, 95% BI 0.48-0.66; NNT=5, 95% BI 4-6).

De systematische review van Williams e.a. (2009) omvat 11 dubbelblinde RCT's met in totaal 3.745 patiënten. Patiënten kregen een onderhoudsbehandeling met een antidepressivum of placebo na respons op een acute behandeling. De meta-analyse laat zien dat de onderhoudsbehandeling met een TCA, SSRI of een SNRI significant effectiever was in het voorkomen van een recidief-episode dan de placebobehandeling (df=21, F=12.12, p=0.0001). Na een jaar was het recidief-percentage in de interventiegroep 23% en in de

placebogroep 51%.

In een meta-analyse van 30 studies, met in totaal 4.683 patiënten, waarin zowel TCA's als SSRI's werden toegepast blijkt dat voortgezette behandeling met farmacotherapie het risico op een terugval/recidief terugbrengt met 70% (OR=0.30, 95% BI 0.25-0.35, p=0.000) (Kaymaz e.a., 2008). Er was geen significant verschil in dit opzicht tussen de TCA's en de SSRI's. Echter, bij mensen met meer voorgaande episodes was het beschermende effect van het doorslikken van het antidepressivum kleiner (OR=0.37 bij 2 of meer voorgaande episodes en OR=0.12 bij een eerste episode); Kaymaz et al., 2008). Deze meta-analyse laat zien dat patiënten resistent kunnen worden tegen het beschermende effect van antidepressiva wanneer er meer voorgaande episodes hebben plaatsgevonden.

Duur van de behandeling

De meta-analyse van Kaymaz (e.a., 2008) liet zien dat het effect van risicoreductie op terugval/recidief na drie maanden behandeling met antidepressiva niet anders was dan na 6, 9 of 12 maanden. Ook bleek de duur van de behandeling met een antidepressivum (<1 maand, 1-3 maanden, 3-6 maanden) voordat de patiënten gerandomiseerd werden naar placebo versus actieve behandeling, geen invloed te hebben op de risicoreductie ten aanzien van het optreden van terugval/recidief-episode. Williams e.a. (2009) concludeerden in een systematische review dat de kans op terugval elk jaar stijgt met 11%, zowel in de interventiegroep als in de placebogroep. Hun meta-analyse is gebaseerd op gegevens over terugval bij een behandelperiode van 3 jaar. In de interventiegroep bedroeg de recidief-episode na 1, 2 en 3 jaar respectievelijk 23%, 34% en 45% en in de placebogroep respectievelijk 51%, 62% en 73%. Dit maakt het moeilijk om conclusies te trekken over de optimale duur van de behandeling. In de systematische reviews van Geddes e.a. (2003) en Hansen e.a. (2008) konden de auteurs geen conclusies trekken over de meest optimale duur van de vervolghandeling.

Dosering en wijze van afbouw

Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar wat de optimale dosering is bij doorbehandeling. Bij voortzetting van de behandeling met tricyclische antidepressiva lijkt de oorspronkelijk werkzame dosering echter effectiever dan wanneer de dosering wordt verlaagd (Frank e.a., 1993; Anderson e.a., 2000).

Ten aanzien van de wijze van afbouwen van antidepressiva bleek er geen verschil in risico op een terugval/recidief-episode te zijn bij langzaam uitsluipen van het antidepressivum ten opzichte van het abrupt stoppen na een eerste episode. Maar bij patiënten met recidief-episoden was langzaam uitsluipen gunstiger met betrekking tot het risico op een terugval/recidief-episode risico (Kaymaz e.a., 2008). De duur van afbouwperiode liep in de studies op tot 10 weken.

Bijwerkingen

Patiënten uit de systematische review van Hansen e.a. (2008) tolereerden de medicatie in de vervolgfase en de onderhoudsfase goed. De meest voorkomende bijwerkingen waren hoofdpijn en misselijkheid (in de vervolgfase had 15.5% van de patiënten hiermee te maken en in de onderhoudsfase 7.4%). De uitval vanwege bijwerkingen was laag. Het verschil in uitval tussen de interventiegroep en de placebogroep was niet significant (respectievelijk 7% en 4%, RR=1.42, 95% BI 0.92-2.20). Niet alle systematische reviews naar de effectiviteit van vervolghandeling bevatten informatie over de bijwerkingen die samenhangen met die vervolghandeling (Williams e.a., 2009).

Uitval

De systematische review van Hansen e.a. (2008) keek ook naar de totale uitval van patiënten. De totale uitval was hoog in zowel de interventiegroep als de placebogroep (respectievelijk 50% en 68%, RR=0.75, 95% BI 0.69-0.83) en significant lager in de interventiegroep. Deze hoge totale uitval kan met de lange duur van de interventie (langer dan een jaar) en het preventieve karakter van de behandeling te maken hebben (bijv. door onvoldoende uitleg van de behandelaar over het nut van voortgezette behandeling).

Beperkingen

Er zijn beperkingen aan de aangehaalde meta-analyses. Er is geen rekening gehouden met het effect van publicatiebias (Turner e. a., 2008, Thornton, 2000). De meeste onderzoeken hebben een korte follow-up, tot maximaal 1 jaar (Geddes e.a. 2003). De studies zijn met name gedaan in de tweede lijn: reden om voorzichtig te zijn met de generaliseerbaarheid naar de eerste lijn. Het vaststellen van terugval en recidivering was bij sommige studies simpelweg op basis van de indruk van een behandelaar in plaats van vaststelling van een terugval of recidief-episode met een gevalideerd diagnostisch interview of een vragenlijst, terwijl andere studies terugval en recidief niet definieerden (Cook e.a., 1986; Koppen e.a., 1978; Davidson e.a., 1974; Glen e.a., 1984; Mindham e.a., 1972; Stein e.a., 1980; Eric, 1991; Klermen e.a., 1974; Lendresse e.a., 1985). Verschillende studies werden geïncludeerd met zeer kleine steekproeven met niet meer dan 20 patiënten (Cook e.a., 1986; Glen e.a., 1984; Bialos e.a., 1982; Harrison e.a., 1986; Kupfer e.a., 1992).

Conclusies:

Niveau 1	Het is aangetoond dat bij patiënten met een recidiverende depressieve stoornis voortzetting van de behandeling met een antidepressivum effectief is. <i>A1 Geddes e.a., 2003; Kaymaz e.a., 2008; Williams e.a., 2009; Hansen e.a., 2008</i>
Niveau 1	Het is aangetoond dat voortzetting van de behandeling met een antidepressivum bij een depressieve stoornis na herstel de kans op een terugval ten opzichte van doorbehandeling met placebo minimaal halveert. <i>A1 Geddes e.a. 2003; Kaymaz e.a., 2008; Hansen e.a., 2008; Williams e.a., 2009</i>
Niveau 1	De terugval-beschermende werking is zowel voor TCA's, SSRI's en SNRI's aangetoond. <i>A1 Geddes e.a., 2003; Kaymaz e.a., 2008; Hansen e.a., 2008; Williams e.a., 2009</i>
Niveau 1	De beschermende werking op een terugval of recidief-episode van antidepressiva is groter in patiënten met een eerste depressieve episode dan in patiënten met recidief-episoden. <i>A1 Kaymaz e.a., 2008</i>
Niveau 1	Bij afbouwen van antidepressiva is bij recidief-episoden een geleidelijke afbouw gunstiger ten aanzien van preventie van terugval. <i>A1 Kaymaz e.a. 2008</i>
Niveau 1	De optimale duur van onderhoudsbehandeling is onbekend. <i>A1 Geddes e.a., 2003, Kaymaz et al., 2008, Hansen e.a., 2008; Williams e.a., 2009</i>
Niveau 2	Het is aannemelijk dat patiënten in hoge mate niet-therapietrouw zijn of hulpverleners niet-adherent zijn bij vervolgbehandeling of onderhoudsbehandeling. <i>A2 Hansen e.a., 2008</i>

Overige overwegingen:

Alle niet-TCA's zijn geregistreerd mede op grond van bewijs dat deze niet alleen werkzaam zijn in de acute behandeling gedurende 4-6 weken, maar ook in de voortgezette behandeling gedurende 6-12 maanden na herstel. In de betreffende onderzoeken wordt overigens over het algemeen geen onderscheid gemaakt tussen patiënten met een eerste versus een recidiverende depressieve episode.

Ook wordt in de meeste onderzoeken geen onderscheid gemaakt tussen behandeling met antidepressiva als eerste stap in de behandeling en antidepressiva als tweede of volgende behandelstap.

Kennis van de behandelaar over het nut van onderhoudsbehandeling bij de preventie van terugval van de depressie en daarmee de kracht van het motiveren van de patiënt door de behandelaar voor onderhoudsbehandeling kan een belangrijke factor zijn bij het voorkomen van terugval. De optimale duur van de voortgezette behandeling is niet bekend en dient op grond van patiëntkenmerken (zoals bijvoorbeeld aard, ernst, beloop van de problematiek, comorbiditeit, voortdurende problemen en familie-anamnese) en in overleg met de patiënt te worden vastgesteld. Hierbij dient rekening te worden gehouden met voorspellende factoren voor een recidief-episode: eerdere recidieven en restsymptomen van een depressieve episode, de ernst van de depressies en familie-anamnese.

De reeds lang in de klinische praktijk gehanteerde norm van 6 tot 12 maanden voortzetten van behandeling in de dosering die effectief was bij de huidige depressieve episode en van minimaal een tot twee jaar (en soms veel langer, afhankelijk van bijvoorbeeld voorgeschiedenis, ernst, familie-anamnese en comorbiditeit) bij recidief-episoden blijkt geen stevige onderbouwing te hebben, maar kan toch een leidraad zijn voor de

behandelpraktijk. Voor sommige mensen is het belangrijk (veel) langer dan een jaar te behandelen met farmacotherapie, vanwege de beschermende werking (die bij farmacotherapie stopt zodra de behandeling stopt). Studies laten zien dat langer behandelen zinvol is, maar wat dit betekent voor de praktijk is niet bekend; voor welke patiënten dit zinvol is weten we niet.

Andere afwegingen voor het voorzichtig zijn met het te kort doorbehandelen met een antidepressivum is de mogelijkheid van het ontstaan 'kindling' d.w.z. dat een recidief depressie steeds 'makkelijker' bij geringere aanleidingen ontstaat dan eerste depressies, alsook de mogelijkheid van therapieresistentie op een antidepressivum dat eerder wel effectief was. Het beter stageren en profileren van de patiënt met een depressie zal mogelijk de keuze van behandeling en behandelingsduur bepalen (Peeters e.a., 2012).

Alhoewel er bewijs is voor het beschermende effect van antidepressiva ten aanzien van terugval en recidivering, zijn er aanzienlijke beperkingen aan de onderzoeken die in de afgelopen decennia gedaan zijn en dus ook aan de meta-analyses die deze studies hebben opgenomen. Er is behoefte aan onafhankelijk onderzoek met een grote steekproef naar het effect van antidepressiva ter preventie van terugval in de eerste en de tweede lijn. Nader onderzoek moet daarnaast uitwijzen voor wie welke vorm van preventie van terugval het beste werkt (predictoren) en wat de meest optimale duur van de vervolghandeling is. Bovendien zou onderzoek moeten uitwijzen of de indicatie voor doorbehandelen met antidepressiva op grond van deze profileringen tot een betere bescherming tegen recidive leidt. Ook onderzoek naar de duur en wijze van afbouw van antidepressiva is wenselijk.

Er is over het algemeen te weinig informatie over de negatieve gevolgen van een behandeling, waardoor het maken van een afweging tussen verschillende behandelmogelijkheden bemoeilijkt wordt. Toekomstig interventieonderzoek moet bijwerkingen van de interventies (zowel psychotherapeutische als farmacotherapeutische interventies) standaard meenemen.

Bij het opnieuw uitvoeren van interventieonderzoek is het belangrijk dat er ook uitkomstmaten ten aanzien van participatie worden meegenomen, zoals baan-behoud, produktieverlies en maatschappelijk functioneren.

11.2 Preventie terugval na herstel met psychotherapie

Richtlijntekst:

VERSIE 2013

De richtlijntekst in deze paragraaf omvat geen verdere inleiding.

Aanbevelingen:

Bij patiënten met een depressieve stoornis die na respons op een acute behandeling met een antidepressivum nog restsymptomen hebben, wordt cognitieve (gedrags)therapie aanbevolen.

Bij patiënten met een depressieve stoornis die hebben gerespondeerd op een acute behandeling met CGT, wordt een vervolghandeling na herstel met preventieve CT aanbevolen ter preventie van terugval.

Bij patiënten met een depressieve stoornis die hebben gerespondeerd op een acute behandeling met een antidepressivum of anderszins, wordt een vervolghandeling met preventieve CT of MBCT ter preventie van terugval aanbevolen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Drie meta-analyses wezen uit dat de toepassing van een kortdurende Cognitieve gedragstherapie (CGT), inclusief Mindfulness Based Cognitieve Therapie (MBCT), na herstel (al dan niet na een andersoortige behandeling, inclusief antidepressiva) bij patiënten met recidiverende depressie beschermend werkt tegen opeenvolgende terugval (Vittengl e.a., 2007; Coelho e.a., 2007; Piet e.a., 2011). In een systematische review van Guidi e.a. (2011) werd de effectiviteit van CGT alleen of in combinatie met een antidepressivum onderzocht als vervolghandeling na respons op een acute farmacotherapeutische behandeling danwel een

psychotherapeutische behandeling of reguliere zorg. De meta-analyse bevat 8 RCT's met in totaal 875 patiënten met een ernstige depressie (gemiddelde leeftijd 45 jaar, tweederde vrouwelijke patiënten). Voor de profylactische effecten van psychotherapeutische interventies zoals gegeven tijdens de depressie verwijzen we naar paragraaf 9.3 (Duurzaamheid van de resultaten). De interventie betrof face-to-face CGT (alleen of in combinatie met een antidepressivum) met een duur van 8 tot 26 weken met doorgaans wekelijkse sessies. De controlecondities waren antidepressiva met clinical management (3 RCT's; clinical management bestond uit het monitoren van medicatie, het monitoren van de klinische status van de patiënt en het geven van beperkt steun aan de patiënt), gebruikelijke zorg (3 RCT's; gebruikelijke zorg bestond in de studies doorgaans uit zorg zoals gegeven wordt bij herstelde mensen zoals contact met de huisarts, laag frequente onderhoudscontacten met een behandelaar uit de GGZ of geen zorg) of clinical management (2 RCT's; clinical management bestond uit het monitoren van de klinische status van de patiënt en het geven van beperkt steun aan de patiënt). De follow-up varieerde van een half jaar tot 6 jaar. Deze meta-analyse toont het relatieve voordeel aan van de toepassing van preventieve CGT (de meeste studies onderzochten een interventie bestaande uit 8 sessies) na herstel en na herstel met restklachten (na herstel op een antidepressivum danwel een psychologische behandeling) als vervolgbehandeling in het voorkomen van een recidief-episode bij een ernstige depressieve stoornis (RR 0.80, 95% BI 0.66-0.96, significant), een daling van 20% ten opzichte van de andere controle behandelingen. Toekomstig onderzoek zal duidelijkheid moeten geven over de relatieve effectiviteit van CGT ten opzichte van antidepressiva danwel de combinatie van antidepressiva met CGT ter preventie van terugval. Bijwerkingen van de interventie en het aantal patiënten dat gedurende het onderzoek uitviel werden door Guidi e.a. (2011) niet gerapporteerd.

In twee gerandomiseerde studies werd de preventieve werking van kortdurende psychologische behandelingen opnieuw bevestigd en uitgebreid (Kuyken e. a., 2008; Bockting e. a., 2009). In de eerste studie werden 123 patiënten gerandomiseerd (Kuyken e.a., 2008) over een groep MBCT terwijl de behandeling met een antidepressivum werd afgebouwd en een groep met voortzetten van het antidepressivum bij patiënten die hersteld zijn van 3 of meer voorgaande episodes. De terugvalpercentages over 15 maanden waren niet hoger in de psychologische interventie-groep ten opzichte van de antidepressiva-groep (47% bij MBCT, 60% bij de AD groep). De tweede studie (n=172) wees uit dat het beschermend effect van de kortdurende preventieve CT, na herstel op diverse behandelingen voor de acute depressie, voortduurde over 5,5 jaar (Bockting e. a., 2009).

Het onderzoek heeft zich tot nog toe hoofdzakelijk beperkt tot vormen van cognitieve therapie. Een onderzoek naar onderhouds-interpersoonlijke therapie (IPT) na herstel liet zien dat IPT in het bijzonder effectief is bij vrouwen die opknaptten op alleen IPT (IPT frequentie van 1 keer per maand, voortgezet na herstel). Echter, vrouwen die opgeknapt waren op de combinatie van IPT met een antidepressivum profiteerden niet van onderhouds-IPT (Frank e.a., 2007).

De meeste onderzochte interventie betrof een preventieve cognitieve behandeling gericht op het voorkomen van terugval bestaande uit 8-10 sessies toegepast na herstel van een recidiverende depressies (Vittengl e. a., 2007; Piet e.a. 2011; Guidi e.a., 2011). Het is nog niet onderzocht of het effect groter is of langer aanhoudt in geval men meer sessies ontvangt. De meeste studies lieten zien dat het beschermende effect van de interventie toenam met het aantal voorgaande episodes. Dit in tegenstelling tot de bevinding bij antidepressiva dat het beschermende effect afneemt met het aantal voorgaande episodes (Kaymaz et al., 2008).

Conclusies:

Niveau 1	Het is aangetoond dat bij patiënten met een depressieve stoornis die goed hebben gereageerd op een acute behandeling met een antidepressivum of anderszins, een vervolgbehandeling met preventieve CT of MBCT terugval kan voorkomen. Dit geldt met name bij patiënten met 3 of meer voorgaande depressieve episodien. <i>A1 Vittengl e. a., 2007; Piet e.a. 2011; Guidi e.a., 2011</i>
Niveau 1	Het is aangetoond dat bij patiënten met een depressieve stoornis die goed hebben gereageerd op een acute behandeling met CGT, vervolgbehandeling na herstel met CT, terugval kan voorkomen, met name bij patiënten met recidiverende depressie. <i>A1 Vittengl e. a., 2007</i>
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat MBCT toegepast na herstel bij patiënten met recidiverende depressie even effectief is als het doorgebruiken van een

antidepressivum. <i>B Kuyken e. a., 2008</i>

Overige overwegingen:

Voor sommige mensen is het belangrijk (veel) langer dan een jaar te behandelen met psychotherapie, vanwege de beschermende werking. Studies laten zien dat langer behandelen zinvol is, maar wat dit betekent voor de praktijk is niet bekend; voor welke patiënten dit zinvol is weten we niet.

Nader onderzoek moet uitwijzen voor wie welke vorm van preventie van terugval het beste werkt en wat de meest optimale duur en duurzaamheid is van de huidige preventieve psychologische interventies die beschermen tegen terugval over langer dan 2-5.5 jaar (Beshai e.a., 2011; Bockting e. a., 2010).

Er is over het algemeen te weinig informatie over de negatieve gevolgen van een behandeling, waardoor het maken van een afweging tussen verschillende behandelmogelijkheden bemoeilijkt wordt.

Toekomstig interventieonderzoek dient bijwerkingen van de interventies (zowel psychotherapeutische als farmacotherapeutische interventies) standaard mee te nemen. Het vervangen van het doorgebruiken van een antidepressivum door preventieve CT of MBCT is een te overwegen behandelalternatief. Toekomstig onderzoek dient het effect hiervan aan te tonen.

Bij het opnieuw uitvoeren van interventieonderzoek is het belangrijk dat er ook uitkomstmaten ten aanzien van participatie worden meegenomen, zoals baan-behoud, produktieverlies en maatschappelijk functioneren.

11.3 Literatuur bij het voorkomen terugval bij depressie (versie 2013)

Richtlijntekst:

Anderson, I.M., Nutt, D.J., & Deakin, J.F.W. (2000). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, 14, 3-20. (A1/B)

Barbui C, Cipriani A. Review: Maintenance antidepressants reduce risk of relapse but effect is not as great in recurrent depression. *Evidence Based Mental Health* 2009; 12(3):79.

Beshai, S., Dobson, K.S., Bockting, C.L.H., Quigley, L. (2011). Relapse and recurrence prevention in depression: Current research and future prospects. *Clinical Psychology Review*, 31, 8, 1349-60.

Bialos D, Giller E, Jatlow P, Docherty J, Harkness L: Recurrence of depression after discontinuation of long-term amitriptyline treatment. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 325-329.

Bockting, C.L.H., Spinhoven, Ph., Koeter, M.W.J, Schene, A.H. (2009). Long term effects of preventive cognitive therapy in recurrent depression using: 5.5 years follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1621-1628.

Bockting, C.L.H., Spinhoven, Ph., Koeter, M.W.J., Wouters, L.F., Schene, A.H. & the DELTA study group (2006). Prediction of recurrence in recurrent depression and the influence of consecutive episodes on vulnerability: a 2-year prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 747-755.

Bockting, C.L.H., Spinhoven, Ph., Huibers, M.J.H. (2010). Relapse prevention in recurrent depression using CBT. In: Richards, S., Perry, M. (Eds.) Relapse prevention for depression, *American Psychological Association*. Washington D.C.

Coelho, H.F. Canter, P.H., Ernst, E. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy: evaluating current evidence and informing future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 1000-1005. Review.

Cook BL, Helms PM, Smith RE, Tsai M: Unipolar depression in the elderly: reoccurrence on discontinuation of tricyclic antidepressants. *J Affect Disord* 1986; 10: 91-94.

Coppen A, Ghose K, Montgomery S, Rama RV, Bailey J, Jorgensen A: Continuation therapy with amitriptyline in depression. *Br J Psychiatry* 1978; 133: 22-33.

Davidson J, Raft D: Use of phenelzine in continuation therapy. *Neuropsychobiology* 1984; 11: 191-194.

Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Gallop RJ, Rizvi SL, Gollan JK, Dunner DL, Jacobson NS (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol.* Jun; 76(3): 468-77.

Eric L. A prospective double-blind comparative multi-centre study of paroxetine in preventing recurrent major depressive episodes. *Biol Psychiatry* 1991; 29: 11-14.

Frank, E., Kupfer, D.J., Buysse, D.J., Swartz, H.A., Pilkonis, P.A., Houck, P.R., Rucci, P., Novick, D.M., Grochocinski, V.J., Stapf, D.M. (2007). Randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 164, 761-7.

Frank, E., Kupfer, D.J., Perel, J.M., Cornes, C., Jarrett, D.B., e.a. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1093-1099. (B)

Frank, E., Kupfer, D.J., Perel, J.M., Cornes, C., Mallinger, A.G., e.a. (1993). Comparison of full-dose versus half-dose pharmacotherapy in the maintenance treatment of recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 27, 139-145. (B)

Geddes, J.R., Carney, S.M., Davies, C., e.a. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet*, 361, 653-661. (A1)

Glen AI, Johnson AL, Shepherd M: Continuation therapy with lithium and amitriptyline in unipolar depressive illness: a randomized, double-blind, controlled trial. *Psychol Med* 1984; 14: 37-50.

Glue P, Donovan MR, Kolluri S, Emir B. Meta-analysis of relapse prevention antidepressant trials in depressive disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2010; 44(8):697-705.

Guidi J, Fava GA, Fava M, & Papakostas GI (2011). Efficacy of the sequential integration of psychotherapy and pharmacotherapy in major depressive disorder: a preliminary meta-analysis. *Psychological Medicine*, 41, 321-31.

Hansen R, Gaynes B, Thieda P, Gartlehner G, Deveaugh-Geiss A, Krebs E et al. Meta-analysis of major depressive disorder relapse and recurrence with second-generation antidepressants. *Psychiatric Services* 2008; 59(10):1121-1130.

Hardeveld F, Spijker J, De Graaf R, Nolen WA, Beekman AT. Recurrence of major depressive disorder and its predictors in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychol Med.* 2012 Oct 31:1-10.

Hardeveld, F., Spijker, J., de Graaf, R., Nolen, W.A., Beekman, AT (2010) Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 184-191.

Harrison W, Rabkin J, Stewart JW, Grath PJ, Tricamo E, Quitkin F: Phenelzine for chronic depression: a study of continuation treatment. *J Clin Psychiatry* 1986; 47: 346-349.

Kaymaz, N., van Os, J., Loonen, A.J.M., Nolen, W.A. (2008) Long-term treatment with antidepressants: evidence that patients with single versus recurrent depressive episodes are differentially sensitive to treatment discontinuation. A meta-analysis of placebo controlled trials *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1423-36.

Keller, M.M., Trivedi, M.H., Thase, M.E. Shelton, R.C., Kornstein, S.G e.a. (2007). The prevention of recurrent episodes of depression with venlafaxine for two years (PREVENT) study: outcomes of the two year and combined maintenance phases. *J Clin Psychiatry* 68, 1246-1256.

Klerman GL, Dimascio A, Weissman M, Prusoff B, Paykel ES: Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1974; 131: 186-191.

Kupfer DJ, Frank E, Perel JM, Cornes C, Mallinger AG, Thase ME, McEachran AB, Grochocinski VJ (1992). Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 769-773. (B)

Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, Barrett B, Byng R, Evans A, Mullan E, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76:966-78.

Lendresse PH, Chen MC, LeMarie JC: Traitement prolonge par nomifensine 75 mg dans les etats depressifs neurotiques et reactionnels. *Psychiatr Fr* 1985; 16: 56-158.

Loonen, A.J., Peer, P.G., & Zwanikken, G.J. (1991). Continuation and maintenance therapy with antidepressive agents. meta-analysis of research. *Pharmaceutisch Weekblad, Scientific Edition*, 13, 167-175. (A1/B).

Mindham RH, Howland C, Shepherd M: Continuation therapy with tricyclic antidepressants in depressive illness. *Lancet* 1972;2: 854-855.

Peeters FPML, Ruhé HG, Beekman ATF, Spijker J, Schoevers R, Zitman F, Schene A. Staging en profilering van unipolaire depressies. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 54 (2012) 11, 957-963.

Piet, J. Hougaard, P.J. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 1032-40

Stein MK, Rickels K, Weise CC: Maintenance therapy with amitriptyline: a controlled trial. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 370-371.

Ten Doesschate, M.C., Bockting, C.L.H., Koeter, M.W.J., & Schene, A.H. (2010) Prediction of recurrence in recurrent depression: a 5.5-year prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 984-91.

Thornton A, Lee P: Publication bias in metaanalysis: its causes and consequences. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 207-216.

Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75:475-88.

Vos, T., Haby, M.M., Barendregt, J.J., Kruijshaar, M., Corry, J., Andrews, G. (2004) The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. *Archives of General Psychiatry*, 6, 1097-103.

Williams N, Simpson AN, Simpson K, Nahas Z. Relapse rates with long-term antidepressant drug therapy: A meta-analysis. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 2009; 24(5):401-408.

11.4 Bewijstabel bij het voorkomen van terugval bij depressie (2013)

Richtlijntekst:

U kunt de bewijstabel voor systematische reviews van interventies voor het voorkomen van terugval bij depressie [HIER](#) downloaden.

12. Chronische en Therapieresistente Depressie (2011)

Richtlijntekst:

VERSIE 2011

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken/paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofd- of paragraaftitel.

12.1 Inleiding (2011)

Richtlijntekst:

VERSIE 2011

De uitgangsvraag ten aanzien van chronische en therapieresistente depressie luidde: op welke wijze dienen interventies (basisinterventies, psychofarmaca, psychotherapie, combinatiebehandeling) ingezet te worden voor de behandeling van volwassen patiënten (18-65 jaar) met een chronische of behandelresistente, niet-psychotische (unipolaire) depressieve stoornis?

Er is systematisch gezocht naar literatuur uit de periode 1 januari 2001 tot en met 31 januari 2009 in de volgende internationale literatuur databases: Embase, Medline en PsycINFO. De zoekstrategie beperkte zich tot systematische reviews en/of meta-analyses. Dit leverde 830 artikelen op. Aanvullend werd gezocht naar specifieke artikelen (ook RCT's, tot en met september 2009) over chronische en behandelresistente depressie (65 artikelen) en over de behandeling Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) (23 artikelen); CBASP is een vorm van psychotherapie specifiek ontwikkeld voor chronische depressie.

Handmatig selecteerden inhoudelijk experts van de kerngroep de artikelen die een antwoord gaven op de uitgangsvraag. Artikelen over het onderwerp dysthymie werden gereserveerd voor een volgende herziening. De selectie vond plaats op grond van successievelijk de titel en de samenvatting en - zo nodig - het full-text artikel. Naast de systematische literatuursearch is ook gebruik gemaakt van de referenties in artikelen die relevant waren voor de beantwoording van de uitgangsvraag en zijn experts gevraagd naar ontbrekende artikelen.

De chronische depressieve stoornis wordt volgens de DSM-IV-TR (APA, 2000) gedefinieerd als een depressieve episode met een duur van 2 jaar of langer. In de wetenschappelijke literatuur worden ook dubbele depressies (dysthymie met bijkomende depressieve episoden) en de recidiverende depressieve stoornis met incompleet herstel tussen de episoden tot chronische depressies gerekend. Er zijn overigens sterke aanwijzingen dat de overeenkomsten tussen deze categorieën groter zijn dan de verschillen en dat het onderscheid dus niet altijd even relevant is (McCullough e.a. 2003).

Chroniciteit is een belangrijk klinisch probleem en gaat gepaard met psychische en somatische comorbiditeit.

Zo'n 10 tot 20% van de depressieve episoden gaan over in een chronisch beloop en de schatting is dat in specialistische behandelcentra meer dan 30% van de behandelde patiënten reeds een chronisch beloop kent (Rush e.a., 1995). Een groot deel van deze patiënten zal tevens therapieresistent zijn maar beide begrippen zijn niet identiek. Een depressieve patiënt kan gezien de duur van de klachten als chronisch worden beschouwd maar hoeft dan niet therapieresistent te zijn als er nog geen of inadequate behandeling is aangeboden. Complicerend is dat de definities van therapieresistentie niet eenduidig zijn en alleen maar betrekking hebben op de biologische behandelingen. De mate van therapieresistentie wordt dan uitgedrukt in het aantal niet-succesvolle medicatiestappen die adequaat zijn uitgevoerd met betrekking tot dosering en duur. Dit levert een stagering in therapieresistentie op (Mahli e.a., 2005, Berlim & Gurecki, 2007). In de literatuur worden chroniciteit en therapieresistentie ook nogal eens door elkaar gebruikt en bij de beoordeling van de literatuur wordt daarom steeds apart aangegeven of het om chronische dan wel therapieresistente depressie gaat.

In het vervolg komen eerst de biologische behandelingen aan bod, vervolgens de psychotherapeutische, en dan de combinatiebehandeling. Er wordt aandacht besteed aan rehabilitatie en de organisatie van de zorg alvorens met aanbevelingen af te sluiten.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

DSM-IV-TR American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (fourth ed, text revised) (DSM-IV-R). Washington, DC: APA.

Berlim MT, Turecki G (2007). What is the meaning of treatment resistant/refractory major depression (TRD)? A systematic review of current randomized trials. *Eur Neuropsychopharmacol*, 17, 696-707.

Mahli GS, Paker GB, Crawford J, Wilhelm K, Mitchell P (2005). Treatment resistant depression. Resistant to definition? *Acta Psychiatrica Scand* 112, 302-309.

McCullough JP, Klein DN, Borian FE, Howland RH, Riso LP, Keller MB, Banks PL (2003) Group comparison of DSM-IV subtypes of chronic depression. Validity of the distinctions. *J Abnorm Psychol* 112, 614-622.

Rush AJ, Laux G, Giles DE (1995). Clinical characteristics of outpatients with chronic major depression, *Journal of Affective disorders*, 34, 25-32.

12.2 Biologische behandelingen (versie 2011)

Richtlijntekst:

VERSIE 2011

De richtlijntekst in deze paragraaf omvat geen verdere inleiding.

Aanbevelingen:

De Richtlijnwerkgroep is van mening dat bij therapieresistente depressie antidepressieve medicatie de voorkeur heeft boven andere biologische behandelopties, gezien de beschikbare gegevens over effectiviteit en toepasbaarheid bij de depressiebehandeling.

De Richtlijnwerkgroep is van mening dat bij elke therapieresistente depressie ECT overwogen moet worden.

Van transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) is er zoveel onduidelijk over indicatiestelling, toepassingswijze, duur behandeling en duur van het effect dat er vooralsnog geen aanbevelingen voor de praktijk gedaan kunnen worden.

Van nervus vagus stimulatie (NVS) is nog zoveel onduidelijk over effectiviteit, indicatiestelling, toepassingswijze, duur behandeling dat er nu geen aanbevelingen voor de praktijk gedaan kunnen.

Er is geen specifieke aanbeveling welke biologische interventies te prefereren zijn bij chronische depressie. Ten aanzien van medicatie kan gesteld worden dat er sterke aanwijzingen zijn dat antidepressiva ook bij chronische depressie effectief zijn.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Antidepressiva

Voor de medicamenteuze behandeling bij therapieresistente depressie wordt verwezen naar het hoofdstuk farmacotherapie bij de depressieve stoornis. De conclusie luidt dat antidepressiva werkzaam zijn bij de depressieve stoornis (Bijl & Verhoeven, 2002). Ook worden daar de vervolgstappen bij non-respons op eerste of volgende stappen besproken, leidend tot het farmacotherapie stappenplan (fig. 12.1).

Er zijn geen reviews gevonden betreffende het effect van antidepressieve medicatie bij chronische depressie. Er is één RCT gevonden bij 168 patiënten die niet reageerden op een 12 weken durende behandeling met of sertraline of imipramine en daarop werden overgezet op het andere middel. Al deze patiënten hadden een chronische (major) depressieve stoornis inclusief de dubbele depressie. De remissiepercentages waren niet significant verschillend te weten 32% voor sertraline en 23% voor imipramine ($X^2 = 2.28$, $p = .13$). Ook behandeluitval was niet significant verschillend tussen de twee medicamenten (Thase e.a., 2002). Uit de STAR*D studie blijkt dat antidepressiva minder effectief zijn bij chronisch depressieve patiënten vergeleken met de niet-chronische groep (significante verschillen in remissiepercentages: 24% in de chronische groep

versus 30% in de niet-chronische groep). Opgemerkt wordt dat dit verschil verdween na controle voor kenmerken als hogere leeftijd, horend tot een minderheidsgroep, sociaal-economische achterstand, lagere kwaliteit van leven, psychiatrische en somatische comorbiditeit (Gilmer e.a.,2008). Dit zijn ook de kenmerken die in de klinische praktijk in verband staan met therapieresistentie.

Electro Convulsieve Therapie

Voor ECT wordt verwezen naar de recent gereviseerde richtlijn ECT(van den Broek e.a., 2010). Daarin wordt geconcludeerd dat het aannemelijk is dat patiënten met therapieresistente depressie baat kunnen hebben bij ECT en wordt ECT aanbevolen voor deze indicatie.

Transcraniële magnetische stimulatie (rTMS)

Transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) is ontwikkeld en toegepast als behandeling in de acute fase van depressie. De reviews en meta-analyses tot dusverre hebben te maken gehad met grote verschillen in toepassingswijze en duur van de interventie. De uitkomsten van de reviews zijn dan ook zodanig dat er veel vragen zijn over het nut, de toepasbaarheid en de plaatsbepaling van rTMS voor depressie (zie Daslakis e.a., 2008).

Een review heeft specifiek rTMS beoordeeld voor therapieresistente depressie (gedefinieerd als minstens één niet-effectieve AD behandeling) (Lam e.a., 2008). rTMS werd vergeleken met een 'sham' controle conditie. 24 Studies werden opgenomen met in totaal 1092 patiënten. De behandeling was zeer kort, 1-4 weken. Het effect voor rTMS was significant (SMD = 0.48, 95% CI 0.28-0.69) en leidde tot een bescheiden response percentage van 25% tegenover 9% voor de controle conditie, uitkomend op een NNT van 6 voor response. Uitval wegens bijwerkingen was zeer beperkt (2% in actieve conditie).

Nervus vagus stimulatie (NVS)

Nervus vagus stimulatie (NVS) is een vorm van neurostimulatie die wordt toegepast bij therapieresistente depressies. Er zijn verschillende gevalbeschrijvingen en open studies gepubliceerd (zie Daban e.a., 2008) maar slechts één RCT met 235 patiënten (bij 25 was sprake van een depressieve episode in het kader van een bipolaire stoornis). In deze studie was er geen significant verschil in effect na de acute fase van 10 weken met een response van 15.2% in de VNS groep en 10% in de 'sham' controle conditie (Rush e.a, 2005a) maar bij een naturalistische follow-up bij nog 205 patiënten nam het response percentage verder toe tot 27.2 % na 12 maanden (Rush e.a., 2005b). Bijwerkingen van NVS zijn o.a. stemveranderingen, hoesten, dyspnoe.

Deep brain stimulation

Deep brain stimulation (DBS) voor therapieresistente depressie verkeert nog in een experimentele fase en is daarom niet beoordeeld door de Richtlijnwerkgroep.

Literatuur

Broek van den WW, Birkenhager TK, de Boer D, Burggraaf JP, van Gemert B, Groenland THN, Kho KH, Stek ML, Verwey B, van Vliet IM, van Waarde JA, Wijkstra J (Werkgroep electroconvulsietherapie) Richtlijn electroconvulsietherapie. Tweede, herziene versie, 2010, Utrecht: De Tijdstroom.

Bijl, D., & Verhoeven, W.M.A. (2002). Antidepressiva bij depressie: een kritische beschouwing. Geneesmiddelenbulletin, 36, 51-59.

Daban C, Martinez-Aran A, Crus N, Vieta E (2008). Safety and efficacy of vagus nerve stimulation in treatment-resistant depression. a systematic review. J Affect Dis, 110, 1-25.

Daslakis ZJ, Levinson AJ, Fitzgerald PB (2008) Repetitive transcranial magnetic stimulation for major depressive disorder: a review. Can J Psychiatry 53, 555-566.

Lam RW, Chan P, Wilkins-Ho M, Yatham LN (2008). Repetitive transcranial magnetic stimulation for treatment-resistant depression: a systematic review and meta-analysis. Can J Psychiatry 53, 621-631.

Rush AJ, Marangell LB, Sackem HA, e.a. 2005a Vagus nerve stimulation (VNS) for treatment resistant depression: a randomized, controlled acute phase trial. Biol Psychiatry 58, 347-354.

Rush AJ, Sackem HA, Marangell LB e.a. 2005b Effects of 12 months of vagus nerve stimulation in treatment resistant depression: a naturalistic study. Biol Psychiatry 58, 355-363.

Thase ME, Rush J, Howland RH, e.a.(2002). Double-blind switch study of imipramine or sertralien treatment of antidepressant-resistant chronic depression. Arch Gen Psychiatry 59, 233-239.

Conclusies:

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat antidepressiva effectief zijn bij chronische depressie A2 Thase e.a. 2002
-----------------	---

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat antidepressiva minder effectief zijn bij chronische depressie dan bij niet-chronische depressie A2 Gilmer e.a. 2008
Niveau 1	Het is aangetoond dat antidepressiva effectief zijn bij therapieresistente depressie A1 (zie hoofdstuk 8 Behandeling - Farmcotherapie depressieve stoornis)
Niveau 2	Het is aannemelijk dat Electroconvulsietherapie (ECT) werkzaam is bij therapieresistente depressie A2 Richtlijn ECT (Broek et al., 2010)
Niveau 2	Er is enig bewijs dat, op korte termijn, transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) effectief is bij therapieresistente depressie. A2 Lam e.a., 2008
Niveau 2	Er is nog geen bewijs dat nervus vagus stimulatie (NVS) effectief is bij therapieresistente depressie. A2 Rush e.a., 2005a

Overige overwegingen:

De wetenschappelijke kennis over behandelopties bij chroniciteit en therapieresistentie is nog maar zeer beperkt. Het meeste bewijs is verzameld voor medicamenteuze stappen en ECT. Voor de plaatsbepaling van ECT geeft de richtlijn ECT aan dat met verschillende factoren rekening gehouden dient te worden. Onder andere dat bij gebleken medicatieresistentie en effectiviteit van ECT, ECT bij een volgende depressieve episode direct geïndiceerd kan worden. Ook kan uitstel van ECT de effectiviteit nadelig beïnvloeden omdat er aanwijzingen zijn dat bij een langere duur van de depressieve episode de effectiviteit van ECT afneemt. Nieuwe behandelmethoden zoals rTMS, NVS en DBS moeten zich nog bewijzen en zijn om die reden momenteel niet aanbevolen.

12.3 Psychotherapeutische behandelingen (versie 2011)**Richtlijntekst:**

VERSIE 2011

De richtlijntekst in deze paragraaf omvat geen verdere inleiding.

Aanbevelingen:

Er zijn geen specifieke aanbevelingen ten aanzien van psychotherapie bij chronische depressie. Meer onderzoek naar psychotherapie bij chronische depressie is wenselijk.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Er is weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van een psychotherapeutische behandeling specifiek gericht op patiënten met chronische depressie (o.a. Nemeroff, 2007). Cuijpers e.a. (2010) hebben een systematische review gemaakt over de behandeling van chronische depressie en dysthymie. Zeven van de zestien, voornamelijk oudere, studies van deze review hadden betrekking op chronische depressie (waaronder drie studies bij 'dubbele depressie'). Voor het effect van psychotherapie versus controle condities werd over alle studies een effect size gevonden van $d = 0.23$ (95%CI: 0.06-0.41) zonder dat er grote verschillen werden gevonden tussen studies die alleen dysthymie includeerden versus studies bij chronische depressie. De resultaten van psychotherapie bij chronische depressie lijken daarmee minder goed dan bij de behandeling van de niet-chronische depressie zoals ook uit ander onderzoek blijkt (Blom e.a., 2007; Riso & Newman, 2003; Markowitz, 2003; Kocsis, 2003; Fournier e.a., 2009). Er is enige evidentie dat patiënten met chronische depressie mogelijk meer dan een standaardvorm van psychotherapie nodig hebben. In een studie met 84 MDD patiënten versus patiënten met 'dubbele depressie' (Thase e.a. 1994) waren de herstelpercentages na CBT groter in de MDD groep (55% versus 27%). De herstelpercentages liepen uiteen toen de CBT sessies werden afgebouwd, hetgeen suggereert dat psychotherapie bij chronische depressies

langer en intensiever moet zijn dan bij niet-chronische depressie. Er ontbreekt echter nog empirische evidentie voor de wijze van intensivering en duur van verlenging van de behandeling; toekomstig onderzoek zal dit moeten uitwijzen. Een Nederlandse studie (den Boer e.a. 2007) vergeleek bij chronisch depressieve patiënten en patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis (n=151) cognitieve zelfhulptherapie ten opzichte van de reguliere zorg. De patiënten verbeterden in beide condities, maar er was geen verschil tussen beide behandelingen.

Literatuur

- Blom, M.B.J., Spinhoven, P., Hoffman, T.O., e.a. (2007). Severity and duration of depression, not personality factors, predict short term outcome in the treatment of major depression. *Journal of Affective Disorders*, 119-126.
- Boer den PC, Wiersma D, Ten Vaarwerk I, Span MM, **Stant AD**, Van den Bosch RJ. Cognitive self-therapy for chronic depression and anxiety: a multi-centre randomized controlled study. *Psychological Medicine*, 2007;37:329-39.
- Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G (2010). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depression and Anxiety* 26, 279-288.
- Fournier, J.C., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D., Gallop, R. (2009). Prediction of response to medication and cognitive therapy in the treatment of moderate to severe depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 775-87.
- Kocsis, J.H. (2003). Pharmacotherapy for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 885-892.
- Markowitz, J.C. (2003). Interpersonal psychotherapy for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 847-858.
- Riso, L.P. & Newman, C.F. (2003). Cognitive therapy for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 817-831.
- Thase ME, Reynolds CF III, Frank E, Simons AD, McGeary J, Fasiczka AL, and others. Do depressed men and women respond similarly to cognitive behavior therapy? *Am J Psychiatry* 1994;151:500-5

Conclusies:

Niveau 2	Er zijn sterke aanwijzingen dat psychotherapeutische behandelingen bij chronische depressie effectief zijn. B Thase e.a., 1994; Riso & Newman, 2003; Markowitz, 2003; Kocsis, 2003; Blom e.a. 2007; Fournier e.a., 2009; A1 Cuijpers e.a., 2010.
Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat psychotherapeutische behandelingen bij chronische depressie minder effectief zijn dan bij niet-chronische depressie. B Thase e.a., 1994; Riso & Newman, 2003; Markowitz, 2003; Kocsis, 2003; Blom e.a. 2007; Fournier e.a., 2009; A1 Cuijpers e.a., 2010.

Overige overwegingen:

Hoewel de onderzoeksresultaten wijzen op een verminderde effectiviteit van psychotherapie bij chronische depressie, is er voornamelijk onvoldoende reden om psychotherapie niet te indiceren bij chronische depressie. Er moet wel rekening gehouden worden met een mogelijke langere behandelduur en intensievere behandeling dan bij niet-chronische depressie.

12.4 Combinatiebehandeling (versie 2011)

Richtlijntekst:

VERSIE 2011

De richtlijntekst in deze paragraaf omvat geen verdere inleiding.

Aanbevelingen:

De Richtlijnwerkgroep is van mening dat combinatiebehandeling van psychotherapie en medicatie de voorkeur verdient bij chronische depressies.

Het is nog onduidelijk of CBASP de voorkeur verdient als psychotherapievorm bij combinatiebehandelingen voor chronische depressies.

Wetenschappelijke onderbouwing:

De combinatie van antidepressiva met psychotherapie lijkt tot betere resultaten te leiden bij chronisch depressieve patiënten dan monotherapie met een van de twee (Thase e.a., 1997; Keller e.a. 2000; Pampallona e.a., 2004; Hollon e.a., 2005; de Maat e.a., 2006); zie ook Hoofdstuk 10 Behandeling- Simultane combinatiebehandelingen. In de eerdere genoemde studie van Cuijpers e.a. (2010) bleek combinatiebehandeling effectiever dan medicatie ($d = 0.23$ (95% CI: $-0.01 -0.47$, $p < 0.1$) en dit effect was vooral aanwezig in studies met patiënten met chronische depressie. De belangrijkste bijdrage aan het effect werd geleverd door de studie van Keller e.a. 2000 met CBASP (cognitive behavioral analysis system of psychotherapy). In een onderzoek bij 681 patiënten met chronische depressie (inclusief 'dubbele depressie' en recidiverende depressies met incompleet inter-episodisch herstel) werd 12 weken CBASP vergeleken met een behandeling met het antidepressivum nefazodone en de combinatie. De combinatiebehandeling bleek significant effectiever ($p < 0.001$) (remissiepercentage 48%) dan monotherapie met CBASP (remissiepercentage 33%) of medicatie (remissiepercentage 29%) (Keller e.a. 2000). Het effect van de combinatie blijft behouden in de voortgezette behandel fase (Koscis e.a. 2003) en ook beschermd een maandelijkse psychotherapie sessie tegen terugval voor diegenen die waren hersteld met de combinatiebehandeling (Klein e.a. 2004). Deze bevindingen moeten nog gerepliceerd worden. Een recente studie van Koscis e.a. (2009) onderzocht chronisch depressieve patiënten die in de eerste 12 weken niet herstelden op een antidepressivum; deze patiënten werden in de tweede fase gerandomiseerd over een combinatiebehandeling van antidepressiva met CBASP versus deze medicatie plus kortdurend ondersteunende psychotherapie versus voortzetting van antidepressiva in optimale dosis alleen, ook weer gedurende 12 weken. In tegenstelling tot de voorgaande studies vond men geen significante verschillen tussen de 3 behandelgroepen in het percentage herstel (15.0%), gedeeltelijk herstel (22.5%), and non-respons (62.5%) of verandering in HAM-D scores. De toevoeging van CBASP of kortdurende ondersteunende psychotherapie had dus geen toevoegde waarde boven antidepressiva alleen.

Literatuur

- Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton R e.a. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy versus medication in moderate to severe depression. *archives of general psychiatry*, 62, 417-422.
- Keller MB, McCullough JP, Klein DN e.a. (2000). A comparison of nefazodone, cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and their combination for the treatment of chronic depression. *New Eng J Med* 342, 1462-1470.
- Klein DN, Santiago NJ, Vivian D e.a. (2004). Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy as a maintenance treatment for chronic depression. *J Consult Clin Psychol* 72, 681-688.
- Koscis, J.H. (2003). Pharmacotherapy for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 885-892.
- Koscis, J.H., Gelenberg, A.J., Rothbaum B.O., e.a. (2009). Cognitive behavioral Analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression. The Revamp trial. *Archives of General psychiatry*, 66, 1178-1188.
- Maat de SM, Dekker J, Schoevers RA, de Jonghe F (2006). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *European Psychiatry* 22, 1-8.
- Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kuepelnick, B, Munizza C (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression. *Arch Gen Psychiatr* 61, 714-719.
- Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, e.a. (1997) Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1009-1015.

Conclusies:

Niveau 1	Er is bewijs dat de combinatie van psychotherapie en antidepressieve medicatie effectiever is bij chronische depressie dan een van de
-----------------	---

	monotherapieën. A1 Thase e.a., 1997; Keller e.a. 2000; Pampallona e.a., 2004; Hollon e.a., 2005; de Maat e.a., 2006; Cuijpers e.a., 2010
Niveau 1	De studies naar de effectiviteit van de combinatie van CBASP en antidepressieve medicatie bij chronische depressie tonen tegenstrijdige uitkomsten. A1 Keller e.a., 2000; Koscis e.a., 2009

Overige overwegingen:

Lopend onderzoek naar combinatietherapie van CBASP en medicatie zal moeten uitwijzen of deze combinatie in de toekomst de voorkeursbehandeling voor chronische depressie gaat worden of dat volstaan moet worden met de constatering dat er gekozen kan worden uit combinatiebehandeling van resp. CGT, CT, IPT en KPT en medicatie.

12.5 Rehabilitatie en reïntegratie (versie 2011)

Richtlijntekst:

VERSIE 2011

De richtlijntekst in deze paragraaf omvat geen verdere inleiding.

Aanbevelingen:

De Richtlijnwerkgroep is van mening dat bij chronische en therapieresistente depressie voldoende aandacht moet zijn voor rehabilitatie en reïntegratie. Het ligt dan voor de hand te putten uit de algemene kennis die er bestaat over psychiatrische rehabilitatie en reïntegratie en hier specifieke interventies voor depressie toe te voegen. Herstelmogelijkheden van de cliënt, begeleiding of steun voor direct betrokkenen en lotgenotencontact kunnen ondersteunend zijn bij rehabilitatie en reïntegratie.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Er is geen literatuur gevonden met onderzoek naar effectiviteit van rehabilitatie en reïntegratie bij patiënten met chronische en therapieresistente depressie.

Literatuur

GGZ Nederland (2008). Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: GGZ Nederland.

Michon, H. & J. van Weeghel (2010). Rehabilitatieonderzoek in Nederland; overzicht van onderzoek en synthese van recente bevindingen. Tijdschrift voor Psychiatrie 52, 683-694.

Plooy A, Rooijen van S, Weeghel van J Red. (2008) Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008-9 SPW Amsterdam.

Overige overwegingen:

Veel mensen met ernstige en langdurige psychische aandoeningen (zoals chronische depressie) hebben een klein sociaal netwerk, beschikken over weinig materiële hulpbronnen en vervullen een beperkt aantal maatschappelijke rollen. Hoewel zij veelal dezelfde levenswensen koesteren als andere burgers, is het voor hen veel moeilijker om deze te realiseren. Het sociale isolement waarin velen geraken, heeft meerdere achtergronden: behalve met individuele beperkingen (ernstige symptomen en een gebrek aan relevante vaardigheden of ervaringen) hebben zij vaak te kampen met ongunstige levensomstandigheden (laag inkomen, weinig sociale steun, langdurig ziekenhuisverblijf) en maatschappelijke barrières (stigmatisering, ondoorzichtige regelingen). Rehabilitatie- of reïntegratieprogramma's en -interventies beogen deze nadelen op te heffen of te compenseren, op geleide van de doelen die de patiënt zelf wil verwezenlijken (Michon & van Weeghel, 2010).

In bredere zin staan rehabilitatie en reïntegratie voor een sociale beweging die lotsverbetering en emancipatie van mensen met psychische beperkingen nastreeft. Hierin ligt de verwantschap met 'herstel' en de 'herstelbeweging' van en voor (ex-)patiënten (Plooy e.a., 2008). Bij herstellen gaat het om persoonlijke processen van patiënten die proberen om ondanks de ziekte hun leven opnieuw inhoud te geven. Een herstellende patiënt verandert zijn zelfbeeld, verzamelt moed, formuleert wensen en herwint zijn geloof in eigen kunnen. De termen rehabilitatie en reïntegratie worden hier door elkaar gebruikt, beide dragen eraan bij dat dit herstel zich ook uitdrukt in gewenste resultaten in rolfunctioneren op het gebied van wonen, werken, leren en sociale contacten.

In engere zin verwijzen rehabilitatie en reïntegratie naar een concreet aanbod van interventies en programma's ter bevordering van het rolfunctioneren van patiënten. Sinds kort behoort 'rehabilitatie' tot de prestatie-indicatoren voor GGz en verslavingszorg (GGZ Nederland, 2009). Dit impliceert dat GGZ-hulp er mede toe dient patiënten te ondersteunen in hun maatschappelijke participatie. Dit gebeurt indirect door behandeling en praktische hulp te bieden. In directe zin ondersteunen rehabilitatie- en reïntegratieprogramma's patiënten bij het kiezen, krijgen en behouden van gewenste sociale rollen. Daarbij worden rehabilitatie of reïntegratie steeds vaker in combinatie met andere zorgvormen (behandeling, bemoeizorg en praktische ondersteuning) aangeboden (Michon & van Weeghel, 2010).

Vanuit het cliëntenperspectief wordt bij chronische depressie aandacht voor comorbide problemen als middelenmisbruik en lichamelijke ziekten nodig geacht en tevens ondersteuning bij het omgaan met suicidaliteit. Psycho-educatie over chroniciteit, belang van leefstijl, voeding, zelfzorg, dagstructuur en sociale contacten kan helpen om het heft meer in eigen hand te nemen. Vaak is er sprake van teleurstelling in de mogelijkheden van professionele hulp. Een second opinion is dan waardevol om de gevolgde therapie te evalueren. Bij therapieresistentie moeten ook gender en cultuurspecifieke elementen beoordeeld worden. Maar ook wordt het belangrijk gevonden om de eigen herstelmogelijkheden te onderzoeken. Lotgenotencontact kan hierin ondersteunend zijn. Ook is begeleiding of steun voor direct betrokkenen van belang.

12.6 Organisatie van de zorg

Richtlijntekst:

VERSIE 2011

De richtlijntekst in deze paragraaf omvat geen verdere inleiding.

Aanbevelingen:

Een gecombineerd zorgmodel bij depressiebehandeling is veelbelovend maar heeft nog aanvullend bewijs nodig voor de effectiviteit in de Nederlandse situatie.
--

Wetenschappelijke onderbouwing:

Er zijn de laatste jaren modellen ontwikkeld om de zorg voor depressie te organiseren onder de noemer van collaborative care, diseasemanagement of casemanagement. Deze modellen gaan veelal uit van depressie als chronische aandoening waarbij langdurige behandeling en ondersteuning noodzakelijk is. Overeenkomstig in een aantal modellen is dat de zorg centraal wordt gecoördineerd, bijvoorbeeld door een verpleegkundige in de eerste lijn met mogelijkheden voor consultatie van de tweede lijn, en veelal worden stepped-care principes toegepast. Monitoren van het klachtenbeloop staat centraal, evenals inzet van evidence-based behandelingen en ruime aandacht voor zelfmanagement en rehabilitatie of reïntegratie. Verschillende meta-analyses hebben het effect van deze organisatie-modellen bij depressie onderzocht voor de eerste lijn. Door Gilbody e.a. (2006) werd collaborative care gedefinieerd als tenminste drie verschillende professies betrokken bij het programma (casemanager, een eerstelijns- en een tweedelijnsdeskundige). Studies werden opgenomen als tenminste twee van dergelijke professionals betrokken waren in het programma. Er werden 37 studies opgenomen met in totaal 12355 patiënten. De studies waren overwegend afkomstig uit de USA. Depressie uitkomsten verbeterden met collaborative care na 6 maanden (gestandaardiseerde gemiddelde 0.25 (95%CI 0.18-0.32)) en het effect was ook na 5 jaar nog aanwezig (gestandaardiseerde gemiddelde 0.15; 95%CI 0.001-0.31). Onderdelen van collaborative care die gerelateerd bleken aan het effect waren toename van therapietrouw aan de behandeling met medicatie en inzet van casemanagers in het programma die afkomstig waren uit de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast bleken

de wijze van supervisie van de casemanagers en telefonische follow-up van de patiënten bij te dragen aan het effect. Kortdurende psychotherapie lijkt niet bij te dragen aan het effect. De positieve effecten werden gevonden voor de Amerikaanse studies.

Door Badamgarav e. a. (2003) wordt diseasemanagement gedefinieerd als een interventie om chronische ziekten te voorkomen of te managen met behulp van een systematische aanpak van de zorg die bestaat uit verschillende interventies. Er werden 19 studies gevonden, 15 uit de USA, met in totaal meer dan 12.000 patiënten. Na pooling van de resultaten werd een significante daling van depressiesymptomen gevonden (effect size =0.33, 95% CI 0.16-0.49), en een grotere tevredenheid met de zorg (effect size 0.51 95%CI 0.33-0.68). Niet-significante resultaten werden gevonden met betrekking tot verbetering van de algemene gezondheidstoestand, toename van zorggebruik in de eerste lijn, een toename van de kosten, en een betere adherentie aan de richtlijnen. Ten aanzien van het zorgproces werd een verbetering gevonden in de opsporing van depressie in een studie waar dit ook speciaal een doel was, bleek de medicatiekeuze meer volgens de richtlijnen, en was de therapietrouw aan de behandeling met medicatie beter in het diseasemanagement-programma.

In de meta-analyse van Neumeyer-Gromen e.a. (2004) werden 10 studies opgenomen met in totaal ruim 4000 patiënten. Diseasemanagement heeft een gunstig effect op afname van depressie symptomen (RR 0.75, 95% CI 0.70-0.81). Ten aanzien van het zorgproces was er een grotere tevredenheid van de patiënten met de zorg (RR 0.83, 95%CI 0.69-0.99), een significante stijging van de therapietrouw aan medicamenteuze behandeling en een toename van de kosten van de zorg.

Tenslotte werd door Genischen e. a. (2006) onder casemanagement verstaan: coördinatie van de zorg en monitoren van de voortgang. Er werden 13 studies in een meta-analyse opgenomen met ruim 4000 patiënten. Depressiesymptomen namen significant af met SMD -0.40 (95% CI -0.60-0.20). Therapietrouw aan medicamenteuze behandeling nam toe (RR 1.5 95% CI 1.28-1.86).

Literatuur

Badamgarav E, Weingarten SR, Henning JM, Knight K, Hasselblad V, Gano A, Ofman JJ (2003). Effectiveness of diseasemanagement programs in depression: a systematic review Am J Psychiatry 160, 2080-2090.

Genischen J, Beyer M, Muth C, Gerlach M, VonKorff M, Ormel J (2006) Case management to improve depression in primary health care: a systematic review. Psychol Med 36, 7-14.

Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ (2006) Collaborative care for depression A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. Arch Intern Med 166, 2314-2321.

Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark, K, Kallischnigg (2004). Disease Management programs for depression. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Medical Care, 42, 1211-1221.

Conclusies:

Niveau 1	Er is bewijs dat een gecombineerd zorgmodel voor depressie waarbij diverse hulpverleners betrokken zijn, effectief is met betrekking tot afname van depressiesymptomen. A1 Badamgarav e.a., 2003; Neumeyer-Gromen e.a.,2004; Genischen e.a. 2006; Gilbody e.a. 2006.
-----------------	--

Overige overwegingen:

Een gecombineerd zorgmodel bestaande uit een programma waarin verschillende disciplines uit de eerste en tweede lijn samenwerken om depressie te behandelen lijkt, in theorie, bij uitstek geschikt om zowel chroniciteit te voorkomen als te behandelen. Er is bewijs dat een gecombineerd zorgmodel effectief is ten aanzien van afname van depressieklachten maar het is niet duidelijk of een gecombineerd zorgmodel voordelen heeft met betrekking tot chroniciteit. Het is wel goed om te realiseren dat nog onvoldoende duidelijk is welke elementen van een gecombineerd zorgmodel essentieel zijn voor het succes. Bovendien is er nog geen bewijs dat een dergelijke aanpak, die vooral in de USA onderzocht is, ook effectief is in de Nederlandse situatie. De Richtlijnwerkgroep is desondanks van mening dat een gecombineerd zorgmodel bij depressiebehandeling veelbelovend is.

12.7 Plaatsbepaling m.b.t. chroniciteit en therapieresistentie (2011)

Richtlijntekst:

VERSIE 2011

De Richtlijnwerkgroep stelt voor om drie groepen te onderscheiden m.b.t. chroniciteit en therapieresistentie.

1. Patiënten met een chronische depressie die nog geen behandeling hebben gehad en dus niet therapieresistent zijn.
2. Patiënten met een chronische depressie die inadequate behandeling hebben gehad (en dus ook niet therapieresistent zijn).
3. Patiënten met een chronische en therapieresistente depressie.

De definitie van therapieresistentie heeft wetenschappelijke onderbouwing. De Richtlijnwerkgroep stelt voor om therapieresistentie dimensioneel te definiëren waarbij de ondergrens minstens twee adequaat uitgevoerde medicatiestappen en minstens een adequaat uitgevoerde psychotherapiestap is.

Aanbevelingen:

1. Voor patiënten met een chronische depressie die nog geen behandeling hebben gehad wordt, gezien de lange duur van de klachten, geadviseerd te starten met een van de algoritmes depressieve episode (matig) ernstig (eerste episode of recidief), afhankelijk of er sprake is van een eerste episode of recidief episode, en deze verder te vervolgen.
2. Voor patiënten met een chronische depressie die inadequate behandeling hebben gehad, is het advies is om de behandeling te evalueren en te starten bij die stap van een van de algoritmes depressieve episode (matig) ernstig (eerste episode of recidief) die nog niet of niet adequaat uitgevoerd is en deze verder te vervolgen.
3. Voor patiënten met een chronische en therapieresistente depressie is het advies om een van de algoritmes depressieve episode (matig) ernstig (eerste episode of recidief) verder te vervolgen bij combinatiebehandeling van psychotherapie en medicamenteuze therapie en deze voldoende lang aan te bieden. Het stappenplan biologische behandeling van depressie moet dan ook verder gevolgd worden inclusief de beoordeling voor ECT.

Bij uitblijven van voldoende herstel kan, in overleg met de patiënt intensivering van behandeling overwogen worden met toevoeging van activerende en non-verbale interventies. Indien dit onvoldoende oplevert kan een second opinion en eventueel behandeling bij een gespecialiseerde setting aangevraagd worden. Bij een second opinion is aandacht voor de diagnostiek, comorbiditeit waaronder persoonlijkheidspathologie, en de behandeling daarvan, alsmede therapie-evaluatie belangrijk.

De vraag wanneer de behandeling bij onvoldoende resultaat, over moet gaan in rehabilitatie en reïntegratie is met de huidige kennis niet goed te beantwoorden en zal berusten op een combinatie van klinisch oordeel, voorkeur van de patiënt en inschatting van contextuele factoren. Als voor een rehabilitatie- en reïntegratieaanpak wordt gekozen lijkt inbedding van de zorg in een gecombineerd zorgmodel aan te raden.

13. Ondersteunende interventies (versie 2005 en 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005 en 2010

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken/paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofd- of paragraaftitel

13.1 Uitgangsvragen (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

- Welke interventies/behandelmethoden zijn efficiënt binnen de verschillende niveaus van stemmingsstoornissen?
- Wat is bekend over de verschillende combinaties van interventies wat betreft werkzaamheid, effectiviteit en kostenefficiëntie en welke beslisbomen zijn op basis daarvan op te stellen?
- Wat zijn de concrete criteria in de diverse settings voor de indicatiestelling van de verschillende behandelmethoden/interventies binnen de verschillende niveaus van stemmingsstoornissen?
- Wat is de rol van de verschillende beroepsgroepen in deze settings (ambulant, deeltijd of klinisch)?
- Zijn er indicatoren te onderkennen waarmee een uitspraak gedaan kan worden over de kwaliteit van de zorg binnen de verschillende niveaus van stemmingsstoornissen en van de verschillende interventies?

NB: Dit zijn de oorspronkelijke uitgangsvragen; bij de uitwerking hiervan is de Richtlijnwerkgroep tot een andere paragraafindeling gekomen.

Inleiding

Praktische ondersteunende interventies zijn bedoeld om de dagelijkse bezigheden en het daadwerkelijke gedrag van personen met een depressie - in gunstige zin - te beïnvloeden. Deze interventies kunnen onafhankelijk van biologische, of psychologische en psychotherapeutische therapie ingezet worden, maar ook in combinatie met deze. Gedrag en bezigheden zijn in het algemeen (zeer) divers en zo is er ook een breed scala van mogelijke interventies. Voor een deel van deze mogelijkheden is professionele ondersteuning mogelijk. Een aantal interventies begeeft zich daarnaast op het grensvlak van de cognitieve therapie en de „gedragsinterventies“.

De steunende en structurerende interventies omvatten diverse activiteiten. Psychoeducatie, bibliotherapie/zelfhulp, counseling/casework; supportgroepen en gecombineerde interventies hebben raakvlakken met de cognitieve invalshoek; de vaktherapiën psychomotorische therapie, muziektherapie, dramatherapie en beeldende therapie, bewegen zich meer op het gedragsmatige vlak. Daarnaast kunnen (zeer) eenvoudige gedragstherapeutische technieken telefonisch worden ingezet.

Enkele praktische en steunende, structurerende interventies overlappen met de eerder besproken basisinterventies of eerste-stap interventies. Deze worden in dit hoofdstuk, dat zich richt op de ondersteunende interventies, buiten beschouwing gelaten.

De interventies worden vaak in eerstelijns settings toegepast door huisartsen, maatschappelijk werkers en verpleegkundigen. Een enkele keer worden ervaringsdeskundigen ingeschakeld als hulpverlener. Het is onduidelijk in welke mate en hoe deze interventies voor patiënten beschikbaar zijn. We laten hier de generieke hulpverlening die in de eerste lijn plaats vindt buiten beschouwing. Deze betreft vooral vraag- en probleemverheldering. Door de aard van hun stoornis hebben depressieve patiënten echter vaak een verstoord hulpvraaggedrag. Met een eigen, actieve inbreng in de contacten kan de hulpverlener de patiënt helpen de depressiviteit onder ogen te zien.

In de wetenschappelijke literatuur zijn ook combinaties van genoemde interventies beschreven. Eén onderzoek laat een combinatie van interventies zien met farmacotherapeutische en psychologische/psychotherapeutische interventies die, hoewel werkzaam, in effect niet los van elkaar te onderscheiden zijn. Enkele van de onderzoeken richten zich specifiek op het effect op medicijninname: in hoeverre helpen eenvoudige interventies de therapietrouw te verhogen?

Hieronder worden de verschillende interventies en de gemeten effecten besproken: counseling en casework, counseling en psychoeducatie gericht op medicijninname, supportgroepen waarin de uitwisseling tussen patiënten onderling centraal staat en gecombineerde interventies, met aandachtspunten voor maatschappelijk werk en verpleegkunde. Ook worden de vaktherapieën besproken.

13.2 Praktisch ondersteuning cognitieve interventies (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

„Counseling en casework□ is in relatie tot depressie in beperkte mate onderzocht. Een probleem bij de interpretatie en vergelijking van de verschillende onderzoeken is dat counseling en casework voor een variatie aan (gespreks)methoden lijken te staan. De ene keer lijkt het sterk op kortdurende doelgerichte psychotherapie; de andere keer is het een gespreksvorm die vooral steunend is. Hieronder wordt zo goed mogelijk be-schreven wat de verschillende onderzoeken onder de interventie verstaan.

Er zijn twee onderzoeken die betrekking hebben op counseling en casework: het ene onderzoek was een randomised controlled trial, „The Edinburgh primary care depressi-on study□ (Scott & Freeman, 1992). Hierin werd counseling en casework door maat-schappelijk werkers vergeleken met medicatie (psychiater), cognitieve-gedragstherapie (psycholoog) en routinezorg (huisarts) bij mensen die voldeden aan de DSM-criteria voor een „major depression□. Counseling en casework stond voor: social assessment, opstellen problemenlijst, interventieprogramma (niet duidelijk om-schreven), support door aanmoediging en luisteren, helpen gevoelens te begrijpen, praktisch advies, ondersteuning, opzetten van social support of vakantie/familie-bijeenkomsten, en dergelijke. Na vier maanden waren alle groepen sterk verbeterd, alleen de specialistische hulp door de psychiater deed het iets beter dan de routine-zorg door de huisarts. De psychologische behandelingen en in het bijzonder de hulp door het maatschappelijk werk werd het hoogst gewaardeerd door de patiënten. Men-sen die naast een depressie ook nog een persoonlijkheidsstoornis hadden (comorbidi-teit) herstelden weliswaar iets langzamer, maar uiteindelijk net zo goed als mensen zonder persoonlijkheidsstoornis.

Bij het tweede onderzoek (Bedi e.a., 2000) waren patiënten betrokken die minstens twee weken klachten hadden en minstens twintig scoorden op de Montgomery-Asberg-depressieschaal (Malt, e.a.) Dit onderzoek meet het effect van de voorkeur die de patiënt uitspreekt voor een bepaalde behandeling, in dit geval medicatie of coun-seling. Het onderzoek was een 'partially randomised preference trial': patiënten zon-der voorkeur voor medicatie of counseling werden random toegewezen aan een van deze twee interventies; patiënten met voorkeur kregen de behandeling van hun keu-ze. De voorkeur voor counseling betrof iets vaker patiënten met een lichte depressie. De voorkeur voor medicatie betrof vaker patiënten met een zwaardere depressie. Bei-de behandelingen bleken even effectief te zijn na acht weken. Het maakte dus niet uit of mensen al dan niet hun voorkeursbehandeling kregen. Omdat er geen controle-groep was die géén interventie kreeg, is niet duidelijk of de behandelingen meer ef-fect hadden dan niets doen. Mensen die hun voorkeursbehandeling kregen, waren wel meer tevreden met hun behandeling dan mensen zonder voorkeur. Het volgen van de voorkeur van de patiënt zou wel de drop-outaantallen kunnen beïnvloeden, maar dit werd in dit onderzoek niet duidelijk.

Aanbevelingen:

Door de aard van hun stoornis hebben depressieve patiënten vaak een verstoord hulpvraaggedrag. Met een eigen, actieve inbreng kan de hulpverlener de patiënt helpen de depressiviteit onder ogen te zien, zoals met de in het hoofdstuk over diagnostiek besproken zelfinvullijsten voor depressie.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

Bedi, N., Chilvers, C., Churchill, R., Dewey, M., e.a. (2000). Assessing effectiveness of treatment of depression in primary care. Partly randomised preference trial. *British Journal of Psychiatry*, 177, 312-318.
Scott, A.I.F., & Freeman, C.P.L. (1992). Edinburgh primary care depression study: treatment outcome, patient satisfaction, and cost after 16 weeks. *British Medical Journal*, 304, 883-887.

Conclusies:

<p>Niveau 3</p>	<p>Het is aannemelijk dat „counseling en casework“ hoog wordt gewaardeerd door patiënten.</p> <p>Het is aannemelijk dat „counseling en casework“ bij een depressieve stoornis net zo effectief kan zijn als medicatie en gedragstherapie.</p>
------------------------	---

Overige overwegingen:

Het roept enerzijds vragen op over de routinezorg en anderzijds over de effectiviteit van interventies bij depressie in het algemeen dat ook routinezorg door de huisarts de depressie significant verbetert: mogelijk is er sprake van spontaan herstel ongeacht de behandelvorm.

Door de aard van hun stoornis hebben depressieve patiënten vaak een gestoord hulpvraaggedrag. Met een eigen, actieve inbreng kan de hulpverlener de patiënt helpen de depressiviteit onder ogen te zien, zoals met de in het hoofdstuk over diagnostiek besproken zelfinvullijsten voor depressie.

13.3 Counseling en psychoeducatie (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Vier onderzoeken zetten lichte counseling en/of psychoeducatie in met als belangrijkste doel de therapietrouw van patiënten bij medicatie, en daarmee het veronderstelde effect op de depressie, te vergroten. Omdat de effectmeting de therapietrouw centraal stelde, zijn deze interventies hier niet bij de gecombineerde interventies gezet. Daar staat het effect op de depressie veel stilliger voorop.

Het eerste onderzoek (Hunkeler e.a., 2000) bij patiënten met een ernstige depressie of dysthymie, zette verpleegkundigen in die gedurende vier maanden met afnemende frequentie patiënten opbelden voor emotionele ondersteuning, gedragsinterventies en het beantwoorden van vragen over medicatie en het gebruik ervan. Een subgroep van deze patiënten voerde ook nog gesprekjes met speciaal daarvoor getrainde ervaringsdeskundigen. De controlegroep kreeg alleen medicatie. De beide groepen waren significant meer verbeterd dan de controlegroep: minder depressieve symptomen, beter functioneren en meer tevreden patiënten. Verondersteld werd dat het verbeterde effect kwam door een hogere therapietrouw en niet door de aandacht/emotionele ondersteuning sec. De gesprekjes met de ervaringsdeskundigen hadden geen extra toegevoegde waarde.

Het tweede onderzoek (Peveler e.a., 1999) voegde aan de medicatie twee verschillende interventies toe: informatiefolders en/of counseling gericht op medicijngebruik. Daarnaast was er een controlegroep zonder extra's. Alle groepen verbeterden significant. Counseling bleek een toegevoegde waarde te hebben bij patiënten met een ernstige depressie vanaf een bepaalde (hoge) dosering. Informatiefolders hadden verder geen invloed.

In het derde onderzoek (Simon e.a. 1998), bij patiënten met een ernstige depressie, werd bij één groep aan de medicatie één of twee van de volgende interventies toegevoegd: folder/video over de biologische en gedragsmatige aspecten van depressie en de behandeling; extra visites; monitoren van medicijngebruik en controle daarop; advisering over neveneffecten, en dergelijke. De depressie verbeterde significant bij beide groepen patiënten. Die uit de interventiegroep hadden vooral minder last van somatische symptomen en voelden zich lichamelijk beter.

Het vierde onderzoek (Sherill e.a., 1997) liet zien dat patiënten met een depressieve stoornis volgens DSM-criteria die, samen met hun naasten, een 3 uur durende psychoeducatie-workshop (mondelijke informatieoverdracht) hadden gevolgd trouwer waren aan hun nevenbehandeling dan de controlegroep die de workshop niet had gevolgd. De controlegroep was echter zeer beperkt en bestond uit 24 mensen (20%), die weigerden aan de workshop mee te doen. Het effect op de depressie is verder niet onderzocht. Patiënten en hun naasten die de workshop bezochten waren hierover positief.

Aanbevelingen:

Het verdient aanbeveling de medicatietherapietrouw te verhogen door psychoeducatie of het aanbieden van ondersteunende gesprekken.

**Wetenschappelijke onderbouwing:
Literatuur**

Hunkeler, E.M., Meresman, J.F., Hargreaves, W.A., e.a. (2000). Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Archives of Family Medicine*, 9.

Peveler, R., George, C., Kinmonth, A.L., e.a. (1999). Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 319, 612-615.

Sherill, F.J.T., Geary, E., Stack, M., e.a. (1997). Psychoeducational workshops for elderly patients with recurrent major depression and their Families. *Psychiatric services*, 48.

Simon, G.E., Katon, W., Rutter, C., e.a. (1998). Impact of improved depression treatment in primary care on daily functioning and disability. *Psychological Medicine*, 28, 693-701

Conclusies:

<p>Niveau 3</p>	<p>Het is aannemelijk dat door de inzet van psychoeducatie en counseling ter verbetering van medicijninname bij de behandeling van een ernstige depressie of dysthymie, de depressie significant meer verbetert en/of dat de patiënten zich lichamelijk beter voelen.</p>
------------------------	---

Overige overwegingen:

Opvallend is dat patiënten in het bijzonder tevreden zijn over behandelingen waarvan counseling deel uitmaakt. Uit onderzoek blijkt niet dat de combinatie van beide, psychoeducatie én counseling, effectiever is.

13.4 Combinaties van interventies (versie 2005)

**Richtlijntekst:
VERSIE 2005**

Er zijn verschillende vormen van combinaties van interventies. Enerzijds gaat het om interventies van het „schot-hagel-type“: allerlei behandelvormen worden in combinatie aangeboden en het effect van afzonderlijke interventies is niet meer te onderscheiden. Anderzijds gaat het om een bescheiden combinatie van interventies die gezamenlijk aangeboden worden en waarvan de effectiviteit vergeleken wordt met het effect van de interventie(s) afzonderlijk.

Simon e.a. (1998) onderzochten het effect op een major (65) of minor depression (88) van meerdere interventies tegelijk. Een tweede onderzoek (Katon e.a., 1996) betrof dezelfde onderzoeksgroep, maar nu bestond de interventie uit medicatie, al dan niet aangevuld met een gestructureerd behandelingsprogramma: gedragsbehandeling, coping-strategieën, counseling ter verbetering van medicatietrouw, een boekje over biologische facetten en de werking van medicatie, een zelfmanagementboekje en een video. In een derde onderzoek (Malt e.a., 1999), een RCT (randomised clinical trial) met patiënten die minstens 2 weken klachten hadden en minstens 20 scoren op de Montgomery-Asberg-depressieschaal) werd counseling door de huisarts gecombineerd met medicijnen dan wel placebo. Counseling omvatte 10 gesprekken met afnemende frequentie (uitstralen van optimisme, opbouwen positieve relatie met patiënt, patiënt stimuleren emoties, angsten en dergelijk te uiten en simpele adviezen).

Uit de resultaten van de eerste twee onderzoeken bleek dat patiënten uit de interventiegroep trouwer hun medicijnen slikten en meer tevreden waren over de behandeling. Controlegroep en interventiegroep verbeterden significant, waarbij de patiënten met een ernstige depressie meer verbeterden dan de controlegroep. Bij de lichte depressie werd er geen significant verschil gemeten. Het is niet duidelijk of de patiënten die nu naast de psychoeducatie ook nog counseling ontvingen, meer verbeterden dan in het eerder genoemde onderzoek waarin alleen psychoeducatie gegeven werd naast de medicatie. Voor de patiënten

vertegenwoordigde „praten“ wel een toegevoegde waarde.

Uit het derde onderzoek bleek dat de combinatie van counseling met medicijnen effectiever was bij een milde, eventueel herhaalde, depressie dan counseling met een placebo. Beide groepen verbeterden significant, maar het verschil in effect werd pas gemeten na 12 weken (7 gesprekken).

Aanbevelingen:

De Richtlijnwerkgroep is van mening dat het niet voor de hand ligt om te starten met een uitgebreid behandelingsprogramma gericht op de depressie. Wel wordt aangeraden om een lichte interventie toe te voegen wanneer met medicatie wordt gestart. Dit kan bestaan uit psychoeducatie of praten. Beiden lijken in lichte mate effectief. Praten wordt over het algemeen zeer gewaardeerd.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

Katon, W., Robinson, P., Von Korff, e.a. (1996). A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 53, 924-932.

Malt, U.F., Robak, O.H., Madsbu, H.P., e.a. (1999). The Norwegian naturalistic treatment study of depression in general practice. *British Medical Journal*, 318, 1180-1184.

Simon, G.E., Katon, W., Rutter, C., e.a. (1998). Impact of improved depression treatment in primary care on daily functioning and disability. *Psychological Medicine*, 28, 693-701.

Conclusies:

Niveau 3	Een gecombineerd op het gedrag gericht behandelprogramma van depressie naast medicijnen lijkt matig effectief te zijn. Wel zijn patiënten uit de interventiegroep meer tevreden met hun behandeling.
-----------------	--

Overige overwegingen:

Het ligt niet direct voor de hand om bij depressie een uitgebreid pakket aan interventies in te zetten. Hoewel de gecombineerde interventies effectief lijken te zijn, hebben ze niet veel meerwaarde op de afzonderlijke interventies. Het effect van de combinatie medicijnen-counseling is volgens onderzoek effectiever bij een lichte depressie dan alleen counseling.

13.5 Supportgroepen (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Supportgroepen hebben een dubbele functie. Enerzijds gaat het om het „samen leren“ en het „leren van elkaar“. Anderzijds gaat het om het delen van emoties met lotgenoten. In genoemde onderzoeken komen beide aspecten aan de orde.

In twee onderzoeken is gekeken naar supportgroepen. Het onderzoek van Rokke e.a. (2000), betreffende volwassenen boven de zestig met een ernstige depressieve stoornis volgens DSM-criteria, is al eerder besproken bij psychoeducatie, omdat in dat onderzoek zowel groepen waarin groepspsychoeducatie centraal stond, als groepen waarbij de supportfunctie voorop stond zijn betrokken.

Het onderzoek van Bright e.a. (1999) betrof patiënten met een ernstige depressieve stoornis gemeten met de Beck Depression Inventory. Zij vergeleken een ondersteuningsgroep door paraprofessionals - ervaringsdeskundigen die hun ervaring opgedaan hadden in zelfhulpgroepen - met een groep die groepsgewijze cognitieve gedragstherapie door psychologen kreeg. Beide groepen vertoonden een significante afname van depressieve symptomen, waarbij de professionalgroep beter scoorde dan de

paraprofessionaalgroep ten aanzien van het aantal patiënten dat geen last meer had van depressie. Door het ontbreken van een controlegroep die geen behandeling of routinezorg ontving, zijn de resultaten niet te generaliseren naar een 'gewone' eerstelijnssetting.

In het tweede onderzoek is gekeken naar de effectiviteit van twee soorten groepspsychoeducatie: overdracht van theoretische informatie plus interactie versus informatie gericht op zelfmanagement plus interactie. De zelfmanagementgroep was even effectief als de groepsinterventie waar de supportfunctie meer centraal stond. Beide interventies verbeterden de depressie significant meer dan de controlegroep. Tussen de beide benaderingen was geen significant verschil. De groepen waren erg klein, acht patiënten per interventie, waardoor de generaliseerbaarheid van de gegevens ter discussie staat.

Aanbevelingen:

Hoewel uit het beperkte onderzoek dat uitgevoerd is niet blijkt dat supportgroepen effectieve interventies zijn bij depressie, kunnen zij wel tegemoetkomen aan een door patiënten gevoelde behoefte. De Richtlijnwerkgroep is daarom van mening dat deze mogelijkheid aangeboden moet worden.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

Bright, J.I., Baker, K.D., & Neimeyer, R.A.. (1999). Professional and paraprofessional group treatments for depression: a comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 491-501.

Rokke, P.D., Tomhave, J.A., & Z. Jovic, Z. (2000). Self-Management Therapy and Educational Group Therapy for Depressed Elders. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 99-119.

Conclusies:

Niveau 4	Het effect van supportgroepen is beperkt onderzocht in niet zulke sterke onderzoeksopzetten. De generaliseerbaarheid van de effecten staat hiermee ter discussie.
-----------------	---

Overige overwegingen:

Op grond van het beperkt uitgevoerde effectiviteitsonderzoek is er geen reden om supportgroepen op te zetten en te ondersteunen. Vanuit patiëntenperspectief kan het toch heel zinvol zijn.

13.6 Effect van praktische en sociale interventies (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Hoewel de validiteit door de kleine onderzoeksgroepen en/of de opzet van de onderzoeken betrekkelijk is, laten de in dit literatuuronderzoek betrokken onderzoeken zien dat patiënten die psychoeducatie en zelfmanagement of bibliotherapie ontvangen dan wel toepassen - eventueel in combinatie met medicijnen en psychotherapie - sneller en beter herstellen van hun depressie in de onderzochte periode dan mensen die deze hulp niet ontvangen. Bovendien zijn zij vaak zeer tevreden over deze interventies.

„Counseling en casework“ is slechts een enkele keer als zelfstandige interventie onderzocht in een clinical trial, het is veel vaker een aanvulling op een andere interventie en dan vooral op medicatie. Het is opvallend dat de patiënten waarbij counseling en casework zijn toegepast meer tevreden over hun behandeling waren dan mensen die reguliere zorg of medicatie ontvingen. Supportgroepen zijn mogelijk effectief, maar de aard van het onderzoeksmateriaal maakt het niet mogelijk om daar betrouwbare uitspraken over te doen.

Er is behoefte aan concrete zorgmodellen waarin in opeenvolgende stappen de meest werkzame en minst kostbare interventie in voldoende mate beschikbaar komt voor patiënten met een depressie. Er zijn sterke aanwijzingen dat veel interventies nu niet voor iedere patiënt beschikbaar zijn. Het is daarom voor de praktijk van de zorg van belang dat werkzame interventies, zoals bibliotherapie, psychoeducatie en PST daadwerkelijk

beschikbaar komen op lokaal niveau. Veruit de meeste patiënten met een depressie zien (ook) de huisarts. Daarom kunnen de praktijkondersteuners en dan vooral de goed opgeleide sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen in de huisartspraktijk een belangrijke rol spelen, mits ze de bovenbeschreven vaardigheden beheersen.

13.7 Diagnostiek en interventies (versie 2005)

Richtlijntekst:
VERSIE 2005

De rol van het maatschappelijk werk bij angst- en stemmingsstoornissen is in vier panelraadplegingen in kaart gebracht. De panels bestonden uit een representatieve vertegenwoordiging van maatschappelijk werkers, allen lid van de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers.

Er zijn drie panelbijeenkomsten georganiseerd met maatschappelijk werkers die werkzaam zijn in de tweede- en derdelijns-ggz (minus verslavingszorg), en één panelbijeenkomst met maatschappelijk werkers die werkzaam zijn in het algemeen maatschappelijk werk.

Maatschappelijk werkers die werkzaam zijn in de tweede- en derdelijns-ggz, drukken de interventies meer uit in duur en frequentie; maatschappelijk werkers in de eerste lijn benadrukken sterk de samenhang in de uitvoering. De interventies vormen voor hen meer de elementen/activiteiten waaruit ze een hulpverleningstraject opbouwen. Een aantal van de beschreven interventies kwam ook al in het literatuuronderzoek naar voren, zij het dat ze daar vaak niet eenduidig omschreven waren. De ene keer wordt onder bijvoorbeeld psychoeducatie iets anders verstaan dan de andere keer. Om die reden is elke interventie mede door de doelgroep gedefinieerd in termen van doel en werkwijze.

Achtergrond

Na literatuuronderzoek werd duidelijk dat er niet veel onderzoek gedaan is naar praktische en sociale interventies. Als er al onderzoek gedaan is, dan zijn de praktische en sociale interventies vaak nevensgeschikt of ondersteunend voor interventies van de andere disciplines. Onderzoek naar de maatschappelijkwerkinventies zoals ze in de eerste lijn uitgevoerd worden - op zichzelfstaand en los van de inbreng van andere disciplines - is nog schaarser.

Om meer licht te werpen op de rol van maatschappelijk werkers bij de behandeling van depressieve stoornissen, zijn er panelraadplegingen georganiseerd en is de bijdrage van maatschappelijk werkers in de begeleiding en behandeling van mensen met angst- en stemmingsstoornissen beschreven.

Voor het toepassen van de verschillende - contextgerichte - interventies is het tevens van belang om te kijken naar de positie die maatschappelijk werkers innemen binnen de GGZ. Voor de problemen van patiënten en voor de daaraan gekoppelde keuze van interventies mag de organisatorische setting geen rol spelen. In de praktijk, waar het gaat om een samenspel tussen de verschillende disciplines, speelt deze wel degelijk een rol.

Overeenkomsten en verschillen tussen de interventies

De interventies van maatschappelijk werkers in een tweede- of derdelijns setting zijn deels hetzelfde en deels anders dan de interventies in de eerstelijnssetting door het algemeen maatschappelijk werk. Hierbij gaat het niet zozeer om de inhoud van de interventies, maar vooral om de plaats in het geheel.

In de tweede- en derdelijns setting is tenminste een deel van de interventies duidelijk afgebakend en vooraf ingepland. De maatschappelijk werker weet welk programma-onderdeel voor zijn rekening komt en overlegt hierover ook met andere disciplines. Afstemming gebeurt vaak door middel van hulpverleningsprogramma's (zorgprogramma's), waardoor alle disciplines een duidelijke rol hebben in een geheel.

In de eerste lijn staan de interventies veel meer „op zichzelf“ en wordt er gecombineerd al naar gelang de behoefte van dat moment.

13.7.1 Diagnostiek in het maatschappelijk werk (versie 2005)

Richtlijntekst:
VERSIE 2005

In het maatschappelijk werk in de eerste lijn wordt doorgaans aangesloten bij de direct ervaren knelpunten en belemmeringen van de patiënt. Het hier en nu vormt daarbij de uitgangssituatie. Het diagnostische kader van maatschappelijk werkers wordt gevormd door een achttal leefgebieden waarin problemen zich kunnen

afspelen: psychische beleving, lichamelijke gezondheid, huisvesting, financiën, vrije tijd, arbeid, interpersoonlijke relaties, gezin/familie. Deze gebieden worden niet standaard uitputtend uitgevraagd, wel wordt er globaal nagegaan in hoeverre de problematiek zich uitstrekt over de verschillende terreinen. In de tweede- en derdelijns-ggz wordt meestal geanalyseerd binnen het diagnostische kader van de psychiatrie: de DSM-IV. Ook hier benoemt de maatschappelijk werker doorgaans problematiek binnen de verschillende leefgebieden. Voor zowel maatschappelijk werkers binnen de eerste lijn als voor maatschappelijk werkers in de tweede- en derdelijns ggz geldt dat zij een verbinding leggen tussen het psychische en het sociale functioneren. Het functioneren in de dagelijkse leefsituatie en de contacten met anderen vormen de aangrijpingspunten om de hulpverlening op te baseren.

13.7.2 Interventies maatschappelijk werk (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Ondersteunend groepswork

Het doel van ondersteunend groepswork is de autonomie te versterken door het opdoen van kennis en informatie en/of het uitwisselen van ervaringen, in combinatie met steun en (h)erkenning geven en ontvangen. Afhankelijk van het type groep ligt het accent meer op kennis en informatie of op het uitwisselen van ervaringen. Als het doel bijvoorbeeld uitsluitend kennis opdoen is, dan hebben we te maken met voorlichting of psychoeducatie (afhankelijk van type kennis).

Enkele bijzondere vormen van ondersteunend groepswork zijn supportgroepen (een combinatie van informatie-uitwisseling en kennis en ervaring opdoen):

- Mannengroepen/vrouwengroepen
- Partnergroepen
- Empowerment-groepen (mannen en vrouwen)
- Themagroepen

Emotionele ondersteuning en begeleiding

Het doel van emotionele ondersteuning en begeleiding is het bevorderen van de zelfredzaamheid van mensen door hen te stimuleren zich te uiten (ontladen) en stil te staan bij hun pijn, door het ontrafelen van gedrags- en belevingsaspecten, en door hen te stimuleren netwerksteun te zoeken en sociale contacten aan te gaan, en dergelijke.

Deze interventie bestaat uit individuele gesprekken. Daarbij wordt enerzijds planmatig gewerkt aan de hand van een probleemverkenning rondom verschillende leefgebieden, en anderzijds is de insteek pragmatisch en flexibel en wordt aangesloten bij datgene waar de patiënt concreet tegenaan gelopen is. Verschillende gespreksvormen worden gehanteerd: coachende gesprekken (aanmoedigen, stimuleren en motiveren); inzichtgevende en explorerende gesprekken; structurerende gesprekken; gesprekken die gericht zijn op uiten, acceptatie en verwerking.

Praktische ondersteuning en begeleiding

Hierbij is het doel de zelfredzaamheid te bevorderen door het bieden van praktische hulp, zoals informatie en advies, hand- en spandiensten, en het regelen en organiseren van zaken daar waar de patiënt dat zelf (nog) niet kan.

In individuele gesprekken wordt de problematiek ontrafeld en wordt een plan van aanpak voorgesteld. Vaak neemt de maatschappelijk werker in het begin sterk het voortouw en naar mate de hulpverlening vordert, neemt de patiënt zelf de touwtjes weer meer in handen. Praktische begeleiding en ondersteuning is doorgaans oplossingsgericht en voorwaardescheppend. Het gaat om het regelen van allerhande praktische zaken (zoals schuldsanering, huisvesting, bemiddeling tussen patiënt en instanties). Kennis van de sociale kaart is hierbij van groot belang.

Netwerkondersteuning

Netwerkondersteuning wordt thuis, in de relationele sfeer, geboden om de behandeling zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij de thuissituatie door enerzijds het netwerk te informeren en hun eigen aandeel in het geheel te laten zien en anderzijds hen te leren zo goed mogelijk met de patiënt om te gaan en daarmee het behaalde effect van de behandeling te verstevigen en vast te houden om terugval te voorkomen. Tevens wordt ondersteuning geboden om de eigen grenzen te leren bewaken (coping-mechanismen) om te voorkomen dat

personen uit het netwerk er zelf aan onderdoor gaan. Hiernaast wordt zo nodig praktische ondersteuning georganiseerd, bijvoorbeeld in de vorm van gespecialiseerde gezinszorg.

Netwerkondersteuning omvat elementen van psychoeducatie, emotionele ondersteuning en praktische tips en adviezen, en het bespreken van mogelijke coping-mechanismen. Een maatschappelijk werker of sociaal-psychiatisch verpleegkundige voert dan gesprekken met het thuisfront doorgaans in de thuissituatie, en regelt zo nodig praktische zaken. Sociale-kaart-kennis is hierbij van groot belang.

Veranderingsgerichte begeleiding

Veranderingsgerichte begeleiding beoogt bij de patiënt een blijvende gedragsverandering teweeg te brengen door te werken aan inzicht en hem bewust te trainen in alternatieve gedragsmogelijkheden.

Veranderingsgerichte begeleiding ligt dicht tegen psychotherapie aan. Er wordt veel gebruikgemaakt van allerhande psychotherapeutische modellen en technieken. Maatschappelijk werkers die zich hiermee bezighouden, hebben vaak een gerichte voortgezette opleiding gevolgd (gezinstherapie, psychosociale therapie, rationeel-emotieve therapie, en dergelijke)

Mogelijke organisatorische vormen:

- Veranderingsgerichte begeleiding als opzichzelfstaande interventie, dit kan zowel individueel of met partner/steunsysteem
- Veranderingsgericht groepswerk

Sociale diagnostiek

De sociale diagnostiek wil de situatie en de problematiek van de patiënt ontrafelen teneinde een hulpverleningsplan op te kunnen stellen.

De verschillende leefgebieden worden systematisch afgelopen, waarbij de patiënt uitgenodigd wordt te vertellen wat goed en wat minder goed loopt. Het functioneren in het dagelijks leven en de context van de patiënt staan centraal. Dit gebeurt aan het begin van de behandeling - dan spreken we van een intake, of tijdens behandeling en op verzoek van (meestal) andere disciplines. Op die manier worden sociale risico- of stressfactoren opgespoord die mogelijk nog andere begeleiding vragen naast de behandeling die al ingezet is. Als ook informatie van derden gewenst is, dan wordt de patiënt hiervoor om toestemming gevraagd. Specifieke vormen van sociale diagnostiek:

- Intake
- Onderzoek en rapportage ten behoeve van derden
- Sociale screening/social assessment (vooral in de GGZ)

Informatie en advisering

Met informatie en advisering moet de zelfredzaamheid van de patiënt vergroot worden.

Informatie en advisering gebeurt naar aanleiding van een vraag van een patiënt, zonder dat daar een uitgebreide intake aan vooraf is gegaan. Het gaat om een eenmalige activiteit, hoewel een patiënt altijd terug kan komen voor aanvullende of nieuwe informatie of advies. Het gaat zowel om mondelinge informatie en advies, om folders en brochures, als om het aanreiken van geautomatiseerde kennisbronnen (websites).

Varianten van informatie en advisering zijn:

- Spreekuur
- Informatiewinkel/informatiepunt al dan niet bemenst door ervaringsdeskundigen

Zorgcoördinatie

Bij zorgcoördinatie wordt de samenwerking tussen professionals die verantwoordelijk zijn voor de opbouw van een (gezamenlijk) dossier afgestemd en gecoördineerd. De maatschappelijk werker is al dan niet de behandelaar of begeleider van de patiënt, maar onderhoudt ten minste op basis van gelijkwaardigheid contact met de patiënt over de gewenste en noodzakelijke afstemming tussen de verschillende onderdelen van het hulpverleningstraject.

De zorgcoördinatie is vaak een specifieke interventie bij complexe hulpvragen en na behandeling in de derdelijns ggz wanneer meerdere hulpverleners/organisaties/disciplines betrokken blijven.

Andere termen voor de zorgcoördinator zijn behandelcoördinator of casemanager.

Specifieke maatschappelijkwerkinterventies bij angst- en stemmingsstoornissen

Enkele verbijzonderingen van de genoemde generieke interventies zijn:

- Looptraining (verbijzondering van lichaamsgericht werken)
- Ademhalingsoefeningen (verbijzondering van lichaamsgericht werken)
- Trainingen als 'in de put, uit de put'; 'omgaan met je dip' (verbijzondering van veranderingsgericht werken)
- Voorlichtingspsychoeducatie en thematische psychoeducatie betreffende de stoornis, prognose, behandeling, en dergelijke (verbijzondering van psychoeducatie)
- Lotgenotencontact, supportgroepen, en dergelijke (verbijzondering van ondersteuningsgroepen)

Hiernaast zijn er nog verschillende combinaties van interventies, zoals nazorg.

De inhoud en omvang van de interventies is afhankelijk van de behoefte van patiënt. Meestal bestaat de interventie uit een combinatie van netwerkbegeleiding en emotionele en praktische ondersteuning en begeleiding.

13.8 Vaktherapieën (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

De vaktherapieën beïnvloeden depressie door de specifieke kwaliteiten van hun medium. De psychomotorische therapie hanteert bewegen, dans en lichaamsbeleving als middel, beeldende therapie beeldende materialen, muziektherapie uiteraard muziek en dramatherapie spel en fantasie. Enerzijds kan het inzetten van deze media depressie beïnvloeden vanwege de veronderstelde intrinsieke waarden, anderzijds vanwege het hanteren van cognitief-gedragstherapeutische en psychodynamische principes.

Het handelen, beleven en ervaren onderscheiden de vaktherapieën van de psychotherapie. De verbale interventies die de vaktherapeut hanteert, vloeien voort uit die activiteiten, belevingen en ervaringen. Evenals bij andere interventies is het voor de hand liggend dat zogenaamde non-specifieke of algemene therapiefactoren, zoals het bieden van structuur, het opdoen van succeservaringen en het stimuleren van positieve verwachtingen, ook in de vaktherapie tot de werkzame factoren behoren.

Volgens een onderzoek van het NcGv (Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid) in 1996 is 70% van de vaktherapeuten werkzaam in de intramurale gezondheidszorg, 20% in de ambulante gezondheidszorg en is 10% zelfstandig gevestigd. Sinds 1996 is de tendens dat meer vaktherapeuten zelfstandig en ambulant zijn gaan werken (Neijmeier e.a., 1996).

13.8.1 Psychomotorische therapie (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Er is literatuuronderzoek gedaan naar het effect van psychomotorische therapie met de volgende trefwoorden: movement therapy, relaxation, exercise, dance therapy en integratieve bewegingstherapie. Daarbij is gebruikgemaakt van de bibliotheek van de Vrije Universiteit, een literatuuronderzoek van het CBO en een onderzoek van het AMC. Daarbij bleek alleen het trefwoord „exercise” resultaten op te leveren.

13.8.2 Running-therapie (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

De richtlijntekst in deze paragraaf omvat geen verdere inleiding.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In de literatuur ligt de nadruk op de effecten van training van het uithoudingsvermogen, waarbij „running” (duurloop, joggen) het meest is onderzocht. Running bleek even effectief als andere behandelvormen, zoals

groepstherapie (Damen e.a., 1984; Klein e.a., 1985) en cognitieve therapie (Fremont e.a., 1987) en effectiever dan steunende therapie (Bosscher, 1993).

In het onderzoek van Fremont e.a. (1987) is geen verschil in effectiviteit bij patiënten met BDI-scores (Beck Depression Inventory) onder en boven 20 punten. Ook in het onderzoek van Bosscher (1993) bleek running-therapie effectief bij een gemiddelde BDI-score van 24, wat duidt op matig ernstige depressie (Bosscher e.a., 1993; Martinsen e.a., 1989). Alle hier genoemde onderzoeken hebben betrekking op een ambulante patiëntengroepen.

Literatuur

Bosscher, R.J. (1993). Running and mixed physical exercises with depressed psychiatric patients. *International Journal of Sport Psychology*, 24, 170-184 .

Bosscher, R.J. (1991). Runningtherapie bij depressie. Proefschrift. Amsterdam: VU Amsterdam.

Bosscher, R.J., van Tilburg, T., & Mellenbergh, G.J. Hardlopen en depressie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 6, 621-636.

Damen, T., Bosscher, R., & Fahrenfort, (1984). Runningtherapie bij patiënten met een stemmingsontregeling. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 26, 105-116.

Fremont, J., & WilcoxonCraighead, L. (1987). Aerobic exercise and cognitive therapy in the treatment of dysphoric moods. *Cognitive therapy and Research*, 11, 241-251.

Klein, M.H., Greist, J.H., Gurman, H.S. e.a. (1985). Comparative outcome study of group psychotherapy vs. exercise treatments for depression. *International Journal of Mental Health*, 13, 148-177 .

Martinsen, E.W., Hoffart, A., & Solberg, O. (1989). Comparing aerobic with nonaerobic forms of exercise in the treatment of clinical depression. A randomized trial. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 324-331.

Neijmeijer, L, van der Wijgert, J., & Hutschemaekers, G. (1996). *Beroep: vaktherapeut/vakbegeleider: een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van vaktherapeuten en vakbegeleiders in de gezondheidszorg*. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.

Conclusies:

<p>Niveau 2</p>	<p>Het is aannemelijk dat running-therapie een werkzame behandelvorm is voor depressie bij ambulante patiënten.</p>
<p>Niveau 2</p>	<p>Het is aannemelijk dat running-therapie werkt bij verschillende ernst van depressie.</p>

13.8.3 Fysieke training (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

De richtlijntekst in deze paragraaf omvat geen verdere inleiding.

Aanbevelingen:

Het verdient aanbeveling dat depressieve patiënten vanaf de eerste fase van de behandeling fysieke inspanning verrichten. Het is aan te bevelen dat deze inspanning aangepast is aan leeftijd en belangstelling. Dit ter motivering en om regelmaat te bevorderen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Er is meer empirische onderbouwing voor running in vergelijking met andere vormen van fysieke training, zoals wandelen of krachttraining. Er is echter geen duidelijk verschil in het effect tussen running en krachttraining (Doyné e.a., 1987; Martinsen e.a., 1989; Ossip-Klein e.a., 1989). Opmerkelijk is dat de laatste jaren de werkzaamheid van fysieke training bij depressieve ouderen (50+) is aangetoond (McNeil e.a., 1991; Singh e.a., 1997; Blumenthal e.a., 1999; Babyak e.a., 2000; Mather e.a., 2002). McNeil e.a. (1991) demonstreerden dat wandelen en sociaal contact weliswaar beide een antidepressieve werking hebben, maar dat wandelen wel effectiever is ten aanzien van de somatische aspecten van de depressie. Singh e.a. (1997) lieten zien dat krachttraining effectiever is dan aandachtplacebo. Blumenthal e.a. (1999) toonden aan dat een

aëroob programma (wandelen/running) na 16 weken training even effectief is als medicatie of als medicatie plus aërobe training (hoewel medicatie alleen een snellere respons geeft). Zes maanden na beëindiging van het onderzoek bleken patiënten in de aërobe trainingsgroep minder terugval te vertonen dan patiënten in de andere groepen, vooral wanneer de training zelfstandig werd voortgezet (Babyak e.a., 2000). Mather e.a. (2002) lieten zien dat een gevarieerd „exercise □ programma na 10 weken 30% reductie van symptomen geeft bij meer dan de helft van een groep oudere patiënten bij wie medicamenteuze therapie geen effect had. De in de onderzoeken genoemde duur van de behandeling varieert van 6 tot 16 weken, met een frequentie van 2 tot 3 keer per week (20 tot 60 minuten per sessie). Er is geen dosisresponsrelatie aangetoond (Dunn e.a., 2001). Ook is geen verschil in werkzaamheid aangetoond bij een individueel aanbod versus een groepsaanbod (Fremont e.a.).

In een tweetal meta-analyses (North e.a., 1990; Craft & Landers 1998) wordt geconcludeerd dat „exercise □ een significante reductie van depressie bewerkstelligt, maar dat veel onderzoeken tal van methodologische problemen hebben. Een derde meta-analyse die dat gegeven verdisconteert, concludeert dan ook dat de werkzaamheid van „exercise □ om deze reden nog niet overtuigend aangetoond is (Lawlor & Hopker, 2001).

Literatuur

- Babyak, M., Blumenthal, J.A., Herman, S. (2000). Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic Medicine*, 62, 633-638.
- Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Moore, K.A., e.a. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Archives of Internal Medicine*, 159, 2349-2356.
- Craft, L.L., & Landers, D.M. (1998). The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: A meta-analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 20, 339-357.
- Doyne, E.J., Ossip-Klein, D.J., Bowman, E.D., e.a. (1987). Running versus weight lifting in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 748-754.
- Dunn, A.L., Trivedi, M.H., & O □ Neal, A.H. (2001). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(Suppl. 6), S587-97.
- Fremont
- Lawlor, D.A., & Hopker, S.W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 322, 763-767.
- Martinsen, E.W., Hoffart, A., Solberg, O.Y. (1989). Comparing aerobic with nonaerobic forms of exercise in the treatment of clinical depression: a randomized trial. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 324-331.
- Mather, A.S., Rodriguez, C., Gothrie, M.F. (2002). Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 180, 411-415.
- McNeil, J.K., LeBlanc, J.M., & Joyner, M. (1991). The effect of exercise on depressive symptoms in the moderately depressed elderly . *Psychology and Aging*, 6, 487-488.
- North, T.C., McCullagh, P., & Tran, Z.V. (1990). Effect of exercise on depression. In K. B. Pandolf & J.O. Holloszy (Red.), *Exercise and Sport Sciences Reviews*. Vol. 18 (pp. 379-415). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Ossip-Klein, D.J., Doyne, E.J., Bowman, E.D., e.a. (1989). Effects of running or weight lifting on self-concept in clinically depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 158-161.
- Singh, N.A., Clements, K.M., & Fiatarone, M.A. (1997). A randomized controlled trial of progressive resistance training in depressed elders. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 52A, M27-M35.

Conclusies:

<p>Niveau 2</p>	<p>Het is aannemelijk dat verschillende vormen van inspanning een positief effect hebben. De aanbiedingsvorm heeft geen invloed op de werkzaamheid ervan.</p>
------------------------	---

Overige overwegingen:

Bij deze vorm van behandeling is het motiveren van de patiënt een belangrijk aspect voor de start en het succes ervan. Eveneens moet naar de fysieke gesteldheid van de patiënt gekeken worden in verband met belastbaarheid .

13.8.4 Relaxatie (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

In de literatuur wordt relaxatie vaak als ondersteunende vorm van behandeling genoemd. In 11 van de 24 artikelen die gerelateerd waren aan psychomotorische therapie, werd relaxatie genoemd. Ontspanningsoefeningen zijn niet als solitaire behandelvorm onderzocht. Het aspect lichaamsbeleving lijkt een rol van betekenis te spelen .

Conclusies:

Niveau 4	Relaxatie is een bruikbare aanvulling bij de behandeling en terugvalpreventie van depressie.
----------	--

13.8.5 Muziektherapie (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Van oudsher wordt binnen zorginstellingen veel met muziek gedaan. De intrede van muziektherapie in het behandelaanbod is van recentere datum. Er zijn naar schatting 300 muziektherapeuten werkzaam in Nederland (Neijmeijer e.a., 1996). Muziek biedt structuur door maat, ritme en melodie en biedt aanknopingspunten tot contact, waarbinnen emotionele verwerking kan plaatsvinden.

Muziektherapie is een methodische vorm van hulpverlening waarbij muzikale middelen binnen een therapeutische relatie gehanteerd worden teneinde veranderingen, ontwikkelingen, stabiliteit of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied te bewerkstelligen (Neijmeijer e.a., 1996). De muziektherapeut werkt met actieve en/of receptieve muziektherapie. Binnen de eerste vorm wordt gewerkt met een muzikale werkvorm of improvisatie waaraan de therapeut en de patiënt(en) deelnemen. Bij receptieve muziektherapie luistert de patiënt naar de muziek die de therapeut doelbewust kiest.

Muziektherapie bij depressieve patiënten heeft verhoudingsgewijs vaak een receptief karakter (Drieschner & Pioch, 2000). Een mogelijke reden hiervoor is dat deze patiënten, zeker bij aanvang van de therapie, niet of nauwelijks gemotiveerd zijn om aan actieve vormen van muziektherapie deel te nemen (Smeijsters, 1995). De therapeut selecteert doorgaans muziek die aansluit bij de stemming van de patiënt om doelen te bereiken, zoals het bewust maken van gevoelens en het stimuleren van associaties. In latere stadia van de therapie zal gewerkt kunnen worden aan activering en het beïnvloeden/veranderen van gevoelens en cognities door bijvoorbeeld muzikale rollenspelen en improvisatie. Ook kan gekozen worden voor het beluisteren van muziek die geleidelijk aan van stemming verandert.

Om de effectiviteit van muziektherapie in de behandeling van depressie te beschrijven, is een brede zoekopdracht uitgevoerd in de meeste gangbare zoekmachines, zoals Medline, Embase PsychINFO en Cochrane. Aangezien het merendeel van de muziektherapieliteratuur niet via deze databases is geïndexeerd, is ook gebruikgemaakt van congresverslagen, handmatig zoeken, en vakeigen databases, zoals beschikbaar via www.musictherapyworld.net.

Geen van de gevonden referenties betrof een systematische review of meta-analyse. Er werd wel een Cochrane-titelregistratie gevonden, maar dit overzicht bevindt zich in het beginstadium (Maratos Tooth, 2002). In de volgende verslaglegging is gebruikgemaakt van (kleinschalige) RCT's, clinical controlled trials (CCT's) en tevens is algemene verslaglegging als achtergrondinformatie verwerkt.

De volgende onderverdeling is gehanteerd bij het beoordelen en bespreken van de artikelen: onderzoek waar depressie is gediagnosticeerd volgens DSM-IV/ICD-10-richtlijnen; onderzoeken waar het gaat om het beïnvloeden van een depressieve stemming.

Er is weinig onderzoek verricht naar het effect van muziektherapie op depressie. Het merendeel van de referenties betreft gevalsbeschrijvingen of beschrijvingen van muziektherapeutische werkwijzen. In onderzoek is voornamelijk het effect van muziektherapie bij ouderen met depressie beschreven. Uit deze onderzoeken blijkt dat er aanwijzingen zijn voor positieve effecten van muziektherapie bij deze doelgroep. Zo stelde Hanser

(1994) vast dat ouderen met een lichte of ernstige depressie minder depressieve kenmerken vertoonden na het volgen van muziektherapie in de thuissituatie. Chen (1992) vond dat ouderen eerder een verbetering vertoonden bij een gecombineerde therapie van antidepressiva en muziektherapie, dan wanneer alleen antidepressiva werden aangeboden. Suzuki (1998) stelde dat muziektherapie bij ouderen in een verzorgingshuis depressie positief beïnvloedde en dat de patiënten na muziektherapie minder last hadden van onaangename herinneringen.

Uit de diverse gevalbeschrijvingen kan worden afgeleid dat de patiënten door de non-verbale kwaliteiten van muziek, op het gevoelsniveau kunnen worden aangesproken. Vooral wanneer zij moeite hebben problemen en gevoelens te verbaliseren binnen bijvoorbeeld de psychotherapie.

Herhaaldelijk is aangetoond dat muziek stemmingen kan beïnvloeden, maar het is vooralsnog onduidelijk hoe dit proces verloopt. Pignatiello e.a. (1986) vonden dat neutrale, opgewekte en deprimerende muziek de stemming van de luisteraar op corresponderende wijze beïnvloedde. Shatin (1970) rapporteerde vergelijkbare stemmingsveranderingen met muziek variërend van depressief tot vrolijk.

Er wordt verondersteld dat muziek bij depressieve patiënten relevante waardegebieden, emoties of associaties kan oproepen. Dat muziek in staat is waardegebieden zoals „leven□, „toekomst□, „verlies□ en „energie□ te activeren, werd bevestigd in onderzoek van Smeijsters e.a. (1995). Onder invloed van door muziek opgeroepen positieve emoties bleken depressieve patiënten sneller in staat negatieve cognities af te bouwen (Eifert e.a. 1988; Smeijsters, 1995; Sutherland e.a., 1982).

De effectiviteit van muziektherapie is in een beperkt aantal onderzoeken aan de orde gekomen. Lai (1999) onderzocht fysiologische en psychologische parameters in relatie tot het beluisteren van muziek. Na afloop werden een lagere polsslag, ademhaling en bloeddruk gemeten en die hadden mogelijkwjs bijgedragen aan een verbeterde stemming. McKinney e.a. (1997) lieten gezonde volwassenen muziektherapie volgen (Guided Imagery and Music). Daarbij werd gekeken naar veranderingen in stemming en cortisolniveaus. Na zes tweewekelijkse sessies gaven de deelnemers aan zich minder depressief te voelen en hadden zij lagere cortisolniveaus.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Literatuur

Chen, X. (1992). Active music therapy for senile depression. *Chung Hua Shen Ching Ching Shen Ko Tsa Chih*, 4, 208-210, 252-253.

Drieschner, K., & Pioch, A. (2000). Muziektherapie op maat: methodische keuzes van ervaren muziektherapeuten. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 3, 9-17.

Eifert, G.H., Craill, L., Carey, E., e.a. (1988). Affectmodification through evaluative conditioning with music. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 321-330.

Hanser, S.B. (1994). Effects of a music therapy strategy on depressed older adults. *Journal of Gerontology*, 49, 6, 265-269.

Lai, Y.M. (1999). Effects of music listening on depressed women in Taiwan. *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 3, 229-246.

Maratos Tooth, A. (2002). *Music therapy for Depression. Title registration Cochrane review*. Auckland: Cochrane Depression Anxiety and Neurosis Group.

McKinney, C.H., Antoni, M.H., Kumar, M., e.a. (1997). Effects of guided imagery and music (GIM) therapy on mood and cortisol in healthy adults. *Health Psychology*, 16, 390-400.

Neijmeijer, L., van der Wijgert, J., & Hutschemaekers, G. (1996) *Beroep: vaktherapeut/vakbegeleider: een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van vaktherapeuten en vakbegeleiders in de gezondheidszorg*. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.

Pignatiello, M. F., Camp, C. J., & Rasar, L. A. (1986). *Musical mood induction: An alternative to the Velten technique*. *Journal of Abnormal Psychology*, 95 (3) 295-297.

Shatin, L. (1970). *Alteration of mood via music: A study of the vecoting effect*. *Journal of Psychology*, 75, 81-86.

Smeijsters, H. (1995). *Handboek Muziektherapie: Theoretische en methodische grondslagen voor de behandeling van psychische stoornissen en handicaps*. Heerlen: Melos.

Smeijsters, H., Nieuwenhuijzen, N., & Wijzenbeek, G. (1995). De relatie tussen muziekfragmenten en waardegebieden in de receptieve muziektherapie met depressieve patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 7, 582-595.

Sutherland, G., Newman, B., & Rachman, S. (1982). Experimental investigations of the relations between mood and intrusive unwanted cognitions. *British Journal of Medical Psychology*, 55, 127-138.

Suzuki, A.-I. (1998). The effects of music therapy on mood and congruent memory of elderly adults with depressive symptoms. *Music-Therapy-Perspectives*, 16, 75-80.

Conclusies:

<p>Niveau 3</p>	<p>Er zijn aanwijzingen dat muziektherapie zowel zelfstandig als additioneel een positieve bijdrage kan leveren aan de behandeling van depressie. Er zijn aanwijzingen uit effectonderzoek dat muziek(therapie) een depressieve stemming positief kan beïnvloeden.</p>
------------------------	--

Overige overwegingen:

Uit de bestudeerde literatuur blijkt dat muziektherapie een positieve bijdrage kan leveren aan de behandeling van een depressieve stoornis, depressie als secundair symptoom, of het verminderen van depressieve stemming.

Harde conclusies of aanbevelingen kunnen echter op basis van de bestaande onderzoeksliteratuur niet worden gegeven. Het merendeel van het onderzoek betreft kleinschalig opgezette onderzoeken met wisselende methodologische kwaliteit. Vaak zijn er grote individuele verschillen in reacties die het onderzoek compliceren. Ook is de populatie vaak dermate heterogeen, dat adequate vergelijkingen niet mogelijk zijn.

13.8.6 Dramatherapie (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Aangegeven wordt welke gangbare dramatherapeutische opvattingen en „evidence based“ methoden gehanteerd worden in de behandeling van depressieve stoornissen. Nadat de depressieve stoornis is ingekaderd, volgt een beschrijving van het gedrag dat de depressieve patiënt toont in de dramatische werkelijkheid. Vervolgens komen de rol van de dramatherapeut, interventies, onderzoek en de rationale aan bod. Het bereik van de beschrijving omvat de volgende niveaus van depressie: licht, matig en ernstig zonder psychotische kenmerken.

Conclusies:

<p>Niveau 3</p>	<p>Er zijn aanwijzingen dat dramatherapie de beleving van de gemoedstoestand van de depressieve patiënt kan verbeteren en zijn vaardigheden in contact, initiatief nemen en zelfwaardering kan doen toenemen.</p>
------------------------	---

Overige overwegingen:

Omdat literatuuronderzoek geen systematische reviews of meta-analyses opleverde, is gebruikgemaakt van handboeken dramatherapie, producttyperingen en onderzoeksbeschrijvingen. Op basis van deze gegevens is gekozen voor een omschrijving van de methoden die in de praktijk gehanteerd worden. De genoemde methoden zijn onafhankelijk van de werksetting (klinisch, ambulante, zelfstandig gevestigd).

Dramatherapeutische interventies

Volgens Smeijsters (2003) is op basis van een meta-analyse van empirische gegevens vastgesteld dat de wijze waarop een personage in zijn rol handelt, analoog is aan de wijze waarop de persoon dit buiten zijn rol doet (het analoge-procesmodel). Dit is vastgesteld op basis van een meta-analyse van empirische gegevens. Bij de depressieve patiënt kunnen de volgende handelingen in drama te zien zijn (Leutz e.a., 2002):

- Naar beneden gerichte oogopslag, beperkt gebruik van de spelruimte, handelingen en gebaren naar het lichaam toe, monotoon stemgebruik
- Geen interesse in expressiehandelen
- Weinig handeling, taal is traag, beperkt contact met de omgeving, regressie van de sociale rol naar de psychische rol, beperkt (emotioneel) rolrepertoire
- Voorkeur voor slaaphandeling, liggend spelen, apathisch spel
- Uitingen van zelfverwijt, eigen spel als nutteloos ervaren
- Eerder reactiespel dan samenspel (geremde type)
- Gedachten aan de dood bij het kijken naar een dramatische handeling of na de drama-activiteit

In het kwalitatief praktijkonderzoek van Hutschemaekers & Van Hattum (2000) worden producttyperingen van vaktherapeuten voor het programma stemmingsstoornissen geordend op basis van werkwijzen.

Bij een *pragmatisch-structurende werkwijze* (= supportief), gericht op het herstel van het evenwicht en het inperken van de invaliderende gevolgen van de stoornis, zal de dramatherapeut zich in de benadering van de depressieve patiënt uitnodigend en directief opstellen. Belangrijk is het waarderen van de mogelijkheden.

Verder worden verbanden gelegd tussen het spel en de dagelijkse werkelijkheid.

Behandeldoelen zijn:

- Beter gebruik kunnen maken van persoonlijke capaciteiten en leren omgaan met de eigen beperkingen
- Leren reflecteren op het eigen handelen
- Toename van positieve cognities en vermindering van negatieve cognities
- Leren omgaan met en beheersen van gevoelens en emoties
- Leren keuzes te maken en daarnaar te handelen

De dramatherapie kan gebruikmaken van het gegeven dat de spelsituatie door de patiënt niet als echt ervaren wordt, maar dat de daarin opgedane ervaringen wel realiteit zijn. De patiënt wordt gestimuleerd tot handelen door een gevarieerd aanbod van spel- en toneelvormen. Hierdoor kan hij zijn beperkingen en mogelijkheden ontdekken.

Door het aannemen van de verschillende rollen van toeschouwer, regisseur en acteur kan hij zijn beperkingen en mogelijkheden in spelsituaties leren signaleren en reflecteren, vaststellen, en gericht oefenen. Vervolgens kan hij de opgedane ervaringen toepassen in het dagelijks leven (Van der Kamp e.a., 2000).

Bij een *directief-klachtgerichte werkwijze* (= re-educatief), gericht op klachtenreductie, is uit onderzoek (Smeijsters 2000; Verschuren 1998) gebleken dat tijdens dramatherapie een aanzienlijke verbetering van de beleving van de eigen gemoedstoestand door de patiënt kan worden bereikt. De gehanteerde methode is het experimenteren met contragedrag in de spelsituatie. Dit is spelgedrag dat haaks staat op het depressieve gedrag. De patiënt kan hierdoor ervaren dat hij ondanks de depressie nog wel degelijk contact met anderen kan maken, emoties kan ervaren, initiatieven kan tonen of vitaliteit kan ervaren. De negatieve cognities over zichzelf zullen daardoor moeten worden bijgesteld.

Als gewerkt wordt met spelsituaties die direct aansluiten bij de actuele problematiek van de patiënt en daarbij duidelijke instructies gegeven worden over het fysieke, cognitieve, emotionele en sociale handelen, kan de patiënt zijn coping-vaardigheden ten aanzien van die problematiek verbeteren. Door het onderzoeken en uitspelen van gedragsalternatieven, oefenen en repeteren wordt een nieuwe manier van handelen, denken en voelen ontwikkeld (Van der Kamp e.a., 2000).

Literatuur

Kamp, J.W. van der, Mager, A. & Maarse J. (2000). Producten creatieve therapie. In Hutschemaekers, G & van Hattum, M. (Red.), *Vakwerk* (50-53). Utrecht: Trimbos-instituut.

Emunah, R. (1994). *Acting for real: dramatherapy: process, technique and performance*. New York: Brunner/Mazel.

Hutschemaekers, G. & van Hattum, M. (2000). *Vakwerk*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Jones, P. (1996). *Drama as therapy*. London: Routledge.

Landy, R. (1993). *Dramatherapy: Concepts, theories and practices*. Springfield/Illinois: Thomas.

Leutz, Johnson, Wurst, e.a. (2000).]. In H. Smeijsters, H., *Handboek Creatieve Therapie* Bussum: Coutinho.

Lewis, Penny, Johnson, e.a. (2000). *Current approaches in Dramatherapy*. Springfield: Thomas.

Smeijsters, H. (2000). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho.

Verschuren, J. (1998). *Gemoed gemeten. Een onderzoek naar het effect van dramatherapie op de gemoedstoestand bij depressieve patiënten*. Sittard: Hogeschool Limburg.

13.8.7 Beeldende therapie (versie 2005)

Richtlijntekst:

VERSIE 2005

Beeldende therapie heeft als doel om door middel van beeldend werk(en) veranderingsprocessen op gang te brengen. Het veranderingsproces vindt plaats en wordt tegelijkertijd zichtbaar binnen de context van het beeldend werk (Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie, 1999). In dit proces zijn zowel de maker, zijn werkstuk, het materiaal, het scheppingsproces, de therapeut en de betekenisverlening van belang. Deze onderdelen zijn niet los van elkaar te zien en beïnvloeden elkaar onderling (Ter Voert, 2001).

Bij beeldende therapie is in de meeste gevallen sprake van een zichtbaar en tastbaar resultaat. Dit maakt dat de kenmerken van een depressieve stoornis terug te vinden zijn in een beeldend werkstuk. Het patroon van lijnen, kleuren en vormen kan gezien worden als uitingsvorm van de depressieve stoornis (Smeijsters, 2000). Deze beeldkenmerken kunnen bijvoorbeeld zijn: het gebruik van sombere of grauwe kleuren, weinig details en hopeloze en negatieve thema's (Bolk, 1987; Heidemans, 1992).

Het feit dat de kenmerken zichtbaar zijn in het werkstuk maakt dat de beeldend therapeut zijn interventies direct kan richten op deze kenmerken.

De diagnostiek door middel van beeldende therapie bij depressieve stoornissen

De DDS (Diagnostic Drawing System) is een diagnostische tekentest waar in Amerika al jaren onderzoek naar gedaan wordt. Deze test is gebaseerd op de DSM-IV en maakt gebruik van een objectieve structuuranalyse van drie tekeningen (Cohen, 1986; Cohen e.a., 1988). Er is onder meer explorierend onderzoek gedaan naar beeldkenmerken in het beeldend werk van 3 groepen patiënten (n = 239) met de diagnoses dysthymie, ernstige depressie of schizofrenie. Er werd gekeken of er een verband bestond tussen de beeldkenmerken uit de tekeningen en de onafhankelijk gestelde diagnose door een psychiater of psycholoog. Het bleek dat elk van deze 3 groepen duidelijk zijn eigen herkenbare beeldkenmerken heeft die typerend genoemd kunnen worden voor de stoornissen. Bij een ernstige depressie gaat het vooral om ongewone plaatsing van het beeld op het papier (correlatiecoëfficiënt = 0,033; $p < 0,005$) (Cohen 1986; Cohen e.a., 1988). Uit de praktijk blijkt dat ook bij een matige en lichte depressie specifieke beeldkenmerken te zien zijn.

In Nederland wordt de DDS gebruikt door GGZ-instellingen, maar vooral ook door zelfstandig gevestigde beeldend therapeuten. Beeldende therapie kan een grote bijdrage leveren aan de diagnostiek bij patiënten die zich verbaal niet of moeilijker kunnen uiten (bijvoorbeeld kinderen, vluchtelingen en mensen met spraakproblemen).

Behandeling met beeldende therapie

In *Vakwerk* (Wertheim-Cahen e.a., 2000) worden verschillende mogelijkheden van beeldende therapie beschreven - van steunend tot inzichtgevend.

De therapeut zal in de meeste gevallen gebruikmaken van een actieve vorm van beeldende therapie om de patiënt zoveel mogelijk de kans te geven om nieuwe ervaringen op te doen. Daartoe wordt de patiënt uitgenodigd om met materiaal tot een persoonlijk werkstuk te komen, bijvoorbeeld door gestructureerde, beeldende bewegingsoefeningen, waardoor tijdelijk de vicieuze cirkel van vaste gedrags- en handelingspatronen doorbroken worden (Van Hattum, 2000). Mocht dit niet haalbaar zijn - wat het geval kan zijn bij ernstig depressieve patiënten - dan kan deze werkvorm voorafgegaan worden door een receptieve variant. Hierbij wordt er vooral naar werkstukken gekeken en eventueel benoemd wat dit bij de patiënt oproept.

Het doel van de beeldende therapie bij depressieve patiënten is zowel het doorbreken van het onvermogen tot vernieuwend handelen en van het stereotiepe denken, als het vormgeven aan herinneringen, emoties en conflicten om deze te kunnen integreren in de eigen geschiedenis en huidige leven.

Als resultaat van beeldende therapie kan de patiënt aangeven dat hij zich minder of niet meer somber voelt. Hij kan een constructieve (beeldende) oplossing aandragen en uitvoeren. Hij is flexibeler en durft meer experiment aan. De verandering is zowel zichtbaar in de interactie met de beeldende middelen, als in de interactie met zijn omgeving.

Zo omschreef Nolden (2002) hoe het niet kunnen uiten van woede opvallend in beeldtaal te zien is: weinig beweging, overwegend korte lijnvoering, zachte aanraking papier, weinig of geen felle kleuren, veel open vlakken. Zodra de patiënt in een latere fase woede ervaart, is dat in de beeldtaal zichtbaar door meer beweging in een langere lijnvoering, hardere aanraking, meer gebruik van kracht, gebruik van contrastkleuren, ook zijn er minder open vlakken - er wordt meer ruimte ingenomen.

Kuiper (1988) gaf aan dat beeldende therapie een wezenlijk onderdeel is geweest van het herstel van zijn depressie. Hij gaf aan dat het beeldend werk niet alleen een expressie van zijn gevoelens is, maar ook een manier om structuur aan te brengen en

zo weer vat op het leven te krijgen. Hij vatte zijn genezing als volgt samen: "Toen de impulsen tot activiteit terugkwamen, versterkte de activiteit op zijn beurt weer de impulsen en kwam er weer vaart in mijn leven."

Wetenschappelijke onderbouwing:

Om de effectiviteit van beeldende therapie bij de diagnostiek en behandeling van depressie te beschrijven, is er uitgebreid literatuuronderzoek gedaan met behulp van Medline, PsychINFO en Cochrane. De meeste literatuur over beeldende therapie is niet via deze zoekmachines verkrijgbaar. Daarom is ook gebruikgemaakt van literatuur die aangeleverd en geadviseerd is door beeldend therapeuten en instellingen in Nederland die goed bekend zijn met beeldende therapie met een depressieve patiëntenpopulatie. Aangezien er weinig (wetenschappelijke) informatie voorhanden is en wegens de grote verscheidenheid van manieren van beschrijven, wordt de relevante informatie vooral weergegeven zonder vergaande interpretaties of vergelijkingen.

Literatuur

Bolk, F. (1987). *Vrije en gerichte beeldende expressie in relatie tot psychiatrie*. Tijdschrift voor Creatieve therapie, 4 .

Cohen, B.M. (1986). Een nieuwe tekentest. *Psychologie*, 4, pp.26-29.

Cohen, B.M., Hammer, J., & Singer, S. (1998). The diagnostic drawing series: a systematic approach to art therapy evaluation and research. *The arts in psychotherapy*, 15, 11-21.

Hattum, M. van., & Hutschemaekers, G. (Red.). (2000). *Vakwerk*. Utrecht.: Trimbos-instituut.

Heidemans, H. (1992). *Observatie en Evaluatie van de St. Franscushof*. Raalte: Franscushof.

Kuiper, P.C. (1988). *Ver heen; verslag van een depressie*. Den Haag: SDU.

Nolden, I. (2002). *Praktijkonderzoek Depressie en beeldende therapie*. Nijmegen: HAN.

Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie. (1995). *Beroepsprofiel van de creatief therapeut*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie.

Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie. (1999). *Beroepsprofiel van de creatief therapeut beeldend*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie.

Smeijsters, H. (2000). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.

Voert, N. ter. (2001). *Creatief werk binnen de methode beeldcommunicatie*. Doctoraalscriptie. Leiden: Universiteit Leiden.

Wertheim-Cahen, T. , Belle, P. van & Buik, G. (2000). *Producten creatieve therapie*. In M. van Hattum, & G. Hutschemaekers (Red.), *Vakwerk: Producttyperingen van vaktherapeuten voor het programma stemmingsstoornissen (23-41)* Utrecht: Trimbosinstituut (2000).

Conclusies:

Niveau 3	Beeldende therapie kan een bijdrage leveren aan de diagnostiek van een (ernstige, matige en lichte) depressieve stoornis, zowel voor een multidisciplinair team (in de preklinische en klinische fase) als voor een vrij gevestigde praktijk.
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat beeldende therapie werkzaam kan zijn bij de behandeling van (lichte, matige en ernstige) depressieve patiënten, zowel in de preklinische als klinische fase.

13.8.8 Algemene samenvatting vaktherapieën (versie 2005)

Richtlijntekst:
 VERSIE 2005

Vaktherapieën worden vaak ingezet ter behandeling van depressie, vooral in de klinische setting. Er is echter weinig bewijs ten aanzien van de werkzaamheid bij de behandeling van depressie. Een uitzondering daarop is running-therapie en lichamelijke inspanning. Toch blijken er wel aanwijzingen te zijn voor de werkzaamheid. De mogelijk werkzame factoren zijn dan onder meer activering, structurering en satisfactie: het plezier in de activiteit. Door deze ervaringen kan ook de cognitie veranderen. Het is overduidelijk dat nader onderzoek noodzakelijk is.

De vraag naar wat de ene vaktherapie onderscheidt van de andere kan nog niet voldoende beantwoord worden en is eveneens nog niet onderzocht. De persoonlijke voorkeur van de patiënt en de verwijzer zal voorlopig deze keuze bepalen.

13.9 Interventies gericht op verpleging (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Aan de hand van een verpleegplan begeleidt de verpleegkundige de patiënt begeleid en voert de verpleegkundige geplande interventies uit. Het verpleegproces (zie Appendix Verpleegkundige diagnostiek) is een cyclisch proces waarbij na evaluatie problemen of doelen worden bijgesteld en het proces opnieuw wordt doorlopen.

Verpleegkundigen geven psychoeducatie over depressie. Het gaat om uitleg over de stoornis, diagnostiek, behandeling en aanpak bij veel voorkomende symptomen. Hiervoor zijn twee standaardcursussen beschikbaar ontwikkeld door het AMC/De Meren.

Ook leveren verpleegkundigen in de ambulante en klinische setting een bijdrage aan behandelingen vanuit interpersoonlijke psychotherapie (IPT) of cognitieve gedragstherapie (CGT). In de ambulante praktijk voeren sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-ers) CGT en interpersoonlijke psychotherapie (IPT) zelf uit. In de klinische praktijk zijn verpleegkundigen als co-therapeut actief met CGT. In beide gevallen gaat het om specialistisch verpleegkundig handelen dat niet verwacht kan worden van basisverpleegkundigen.

Verpleegkundigen die dergelijke behandelingen (mede) uitvoeren, moeten specifieke scholing gevolgd hebben (zie cognitieve gedragstherapie door verpleegkundigen).

Cognitieve gedragstherapie (CGT) kan als samenhangend geheel worden toegepast of in delen worden aangeboden. Gedragstherapeutische en cognitieve interventies komen gedurende de begeleiding van de patiënt naast elkaar voor. De verpleegkundige observeert stemmings- of gevoelswisselingen (bijvoorbeeld zichtbaar huilen of een sombere gezichtsuitdrukking), hoort uitspraken die wijzen op negatieve gedachten (bijvoorbeeld „alles mislukt bij mij“) of ziet een vorm van problematisch gedrag (bijvoorbeeld de patiënt trekt zich terug). De verpleegkundige reageert met gedragsmatige interventies als activeren, geeft psychoeducatie over het belang bij uitbreiden van activiteiten en benoemt de rol van cognities.

Er is een ontwikkeling gaande om steeds meer te werken met zorgprogramma's waarbinnen het verpleegkundig handelen meer uniform is vastgelegd. Dit vergroot de mate van vergelijkbaarheid: er wordt methodisch gewerkt vanuit een bepaald denkkader (bijvoorbeeld de cognitieve gedragstherapie). Deze manier van werken wordt gesignaleerd binnen enkele instellingen in Nederland, maar is nog geen gemeengoed.

13.9.1 Cognitieve interventies door verpleegkundigen (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Verpleegkundigen leggen zich binnen de CT toe op:

- Het uitleggen van de rationale van CT
- Het geven van uitleg over automatische gedachten (5 g schema; gebeurtenis, gedachte, gevoel, gedrag, gevolg)
- Het geven van uitleg manieren om automatische gedachten uit te dagen (de rechter, de taart, de lijnen, veel voorkomende denkfouten (alles of niets denken, algemeniseren, vergroten of verkleinen, te veel verantwoordelijkheid nemen, gedachten lezen, wensen verwarren met „moetens“))
- Experimenten met gedrag

Op cognitief gebied helpt de verpleegkundige de patiënt een start te maken met het herkennen en veranderen van negatieve denkpatronen en het onder woorden brengen van de betekenis van de daarmee samenhangende gebeurtenissen. Het werk van de cognitieve (gedrags)therapeut wordt hiermee ondersteund en versterkt.

13.9.2 Gedragstherapeutische interventies (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Bij de meeste patiënten is het activiteitenpatroon verstoord of zijn patiënten inactief geworden als gevolg van de negatieve spiraal in denken en energie waar zij door hun depressie in terecht zijn gekomen. Vaak is ook het dag- nachtritme verstoord geraakt. Verpleegkundigen hebben een belangrijke rol bij de activering en het activiteitenpatroon van patiënten. Een van de eerste stappen naar herstel is het herstellen van een normaal dag- nachtritme en normale dagbesteding/dagactiviteiten.

Tijdens een opname of behandeling wordt het activiteiten niveau tenminste een aantal keren geregistreerd middels invullen van een activiteitenrapport door de patiënt eventueel met hulp van de verpleegkundige. Het eerste doel is het objectief in kaart brengen van wat iemand doet omdat de depressieve patiënt hier vaak een te minimalistische en negatieve kijk op heeft. Het tweede doel is nuancering van dit minimalistische en negatieve beeld dat iemand van zichzelf heeft, zodat irreële ideeën over persoonlijke onvermogens en doemscenario's kunnen worden bijgesteld. Het derde doel is het herkennen van activiteiten die een slecht of negatief gevoel geven. Deze activiteiten kunnen vervolgens vervangen worden door activiteiten die de patiënt een positiever gevoel geven. De verpleegkundige speelt hierin een steunende, structurerende en stimulerende rol.

Daarnaast kijkt de verpleegkundige naar een balans in het activiteitenpatroon (noodzakelijke activiteiten/ plezierige activiteiten, activiteiten alleen/activiteiten met anderen (sociale contacten, ontspanning/ inspannende activiteiten) omdat deze balans door tijdens een depressieve episode vaak verstoord raakt. Als de patiënt in staat is het dagprogramma van de klinische setting mee te draaien wordt de dagstructuur omgezet naar een weekstructuur. Bedoeling is de autonomie van de patiënt stapsgewijs te vergroten. De volgende stap is dit te vertalen naar de thuissituatie. Tijdens de resocialisatie is van belang dat de verpleegkundige de patiënt helpt vast te houden wat hij heeft geleerd. De verpleegkundige maakt daarom met de patiënt een terugvalpreventieplan. Ook het opzetten en uitvoeren van gedragsexperimenten is onderdeel van interventies die verpleegkundigen met patiënten afspreken en uitwerken en die het bovenstaande proces kunnen ondersteunen en versterken.

Aanbevelingen:

Ondanks het feit dat er geen wetenschappelijke onderbouwing is, beveelt de werkgroep het volgende aan:

De verpleegkundige levert een bijdrage aan cognitieve gedragstherapie door het ondersteunen van de gedragstherapeut dan wel het onder supervisie van de gedragstherapeut uitvoeren van cognitieve gedragstherapie indien een opleiding tot gedragstherapeutisch medewerker is afgerond.

Bij cognitieve gedragstherapie geeft de verpleegkundige uitleg over de rationale van cognitieve gedragstherapie. Daarnaast helpt de verpleegkundige de patiënt een start te maken met het herkennen en veranderen van negatieve denkpatronen en het onder woorden brengen van de betekenis van de daarmee samenhangende gebeurtenissen. Tot slot geeft de verpleegkundige psychoeducatie.

Bij gedragstherapeutische interventies registreert de verpleegkundige de activiteiten van de patiënt en maakt een activiteitenrapport. Op basis van dit rapport stelt de verpleegkundige samen met de patiënt een gebalanceerd activiteitenplan op, oplopend van dag- naar een weekprogramma tot aan een programma voor de thuissituatie.

De verpleegkundige maakt samen met de patiënt een terugvalpreventieplan.

De Richtlijnwerkgroep beveelt aan onderzoek te doen naar de (kosten)effectiviteit van verpleegkundige interventies bij patiënten met een depressie.

De Richtlijnwerkgroep beveelt aan onderzoek te doen naar de (kosten)effectiviteit van interventies vanuit de cognitieve gedragstherapie door (geschoolde) verpleegkundigen bij patiënten met een depressie.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Voor de onderbouwing van het verpleegkundig handelen is voor de richtlijn uit 2003 is naar literatuur gezocht in PubMed, Medline, PsychLit, Cinahl en Invert. Tevens is het LCVV (het huidige LEVV: Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging) geraadpleegd. Er is gezocht naar meta-analyses en gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit, voldoende omvang en consistentie. Tevens is de aansluiting op de praktische vaardigheid beoordeeld zoals die op dit moment van verpleegkundigen verwacht mag worden.

In PubMed werden de volgende zoektermen gebruikt: depression AND psychiatric nursing AND interventions; community mental health services AND depression AND nursing; Nursing interventions; nursing diagnosis depression; meta analysis; clinical trial; systematic review; Public health nursing. De zoektermen werden aangepast voor de andere databases. Dit leverde in totaal 221 hits op. Geen enkel artikel werd door de werkgroep als bruikbaar beschouwd voor het onderbouwen van verpleegkundige interventies bij depressie. Voor deze eerste revisie is in de databases Pubmed, Psychinfo en CINAHL gezocht naar literatuur. Daarbij is gezocht naar artikelen vanaf februari 2003 in het Engels, Duits en Nederlands. In Pubmed zijn de zoektermen „Depressive Disorder□, „Depressive Disorder, major□ of „Depression, postpartum□ gebruikt om naar artikelen te zoeken. Deze woorden zijn gecombineerd met de zoektermen „Nursing□ of „Nurses□ en daarnaast met de subheading „nursing□. De zoektermen zijn aangepast voor Psychinfo en CINAHL. De zoektocht leverde in totaal 621 hits op. De hits zijn gescreend op de aanwezigheid van artikelen naar de effectiviteit van verpleegkundige interventies bij patiënten met een depressie. Hierbij zijn geen artikelen aangetroffen die aan de inclusiecriteria voldeden.

Literatuur

- McCloskey, J.C., & Bulechek, G.M. (2000). *Nursing Intervention Classification*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- McCloskey, J.C., & Bulechek, G.M. (1998). *Verpleegkundige Interventies*. Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom.
- McFarland, G.K., & McFarlane, E.A. (1997). *Nursing Diagnosis & Intervention: Planning for Patient Care*. St.Louis: Mosby.
- McFarland, G.K., & Thomas, M.D. (1991). *Psychiatric Mental Health Nursing: Application of the Nursing Process*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- McFarland, G.K., Wasli, E.L., & Gerety, E.K. (1997). Nursing diagnosis and Process. In [auteurs/redacteurs], *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Vossen, M.L. (1999). *Standaardverpleegplannen voor de geestelijke gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom.
- Achterberg T van, Brouns GJJW, Strijbol NCM. Effectief verplegen 3. Dwingeloo: Kavanah, 2006
- Achterberg T van, Brouns GJJW, Eliens AM, Strijbol NCM. Effectief verplegen 2. Dwingeloo: Kavanah, 2005
- Achterberg T van, Brouns GJJW, Strijbol NCM. Effectief verplegen 1. Dwingeloo: Kavanah, 2002.

Conclusies:

<p>Niveau 4</p>	<p>Belangrijke onderdelen van de verpleegkundige begeleiding bij depressie zijn: psychoeducatie, registratie van klachten, herkennen, onder woorden brengen en veranderen van negatieve denkpatronen ter ondersteuning van de cognitieve (gedrags)therapeut, registratie van het activiteitsniveau, helpen hervinden van een balans in het activiteitsniveau, ontspanningsoefeningen en het uitvoeren van een terugvalpreventieplan.</p>
------------------------	--

D Panelraadpleging, focusgroep verpleegkundigen
--

Er is internationaal onvoldoende onderzoek beschikbaar over de effectiviteit van verpleegkundige interventies bij patiënten met een depressie waarbij de resultaten kunnen worden gegeneraliseerd naar algemene groepen depressieve patiënten.

14. Arbeid en functioneren (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken/paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofd- of paragraaftitel

14.1 Beperkingen in functioneren in een arbeidssituatie (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Uitgangsvraag

Welke beperkingen in het functioneren in een arbeidssituatie zijn bij patiënten met een depressie te verwachten?

Inleiding

In Nederland is tot ruim negen keer zoveel verzuim door mensen met een depressie dan zonder een depressie. De prevalentie van depressie is hoog in de arbeidssituatie en recidief-episoden treden frequent op. Er is een moeilijker onderscheid te maken tussen de symptomatologie, de kwaliteit van leven en het sociaal functioneren dan bij andere chronische aandoeningen. Negatief zelfbeeld, verlies van interesse en plezier in activiteiten raken direct aan de kwaliteit van het leven.

Als vastgesteld kan worden welke beperkingen een werknemer met depressie mogelijk kan ervaren en welke daarvan van invloed zijn op het functioneren in arbeid en op welke manier, dan hebben bedrijfsarts en verzekeringsarts de mogelijkheid om te zoeken naar een specifieke interventie gericht op het opheffen dan wel doen verminderen van de beperkingen. Indien gewenst in overleg met de huisarts en/of behandelaars in de eerste en tweede lijn. Tevens zouden zij, door rekening te houden met de beperkingen van de werknemer, beter in staat zijn te adviseren bij het zoeken naar passend werk in het kader van reïntegratie (eigen of ander werk).

Relevante artikelen werden gezocht door het verrichten van systematische zoekacties naar literatuur in Medline, Cochrane database en Embase vanaf 2000 tot maart 2008. Deze systematische literatuursearch resulteerde in 96 mogelijk relevante onderzoeken. Er zijn geen studies gevonden die de uitgangsvragen rechtstreeks en eenduidig beantwoorden. Dit bleek na bestudering van 26 (full-tekst) artikelen die geselecteerd zijn op basis van de volgende exclusiecriteria:

- Specifiek verband van het effect van de therapie op depressie en niet op de beperkingen zelf.
- Specifiek gerelateerd zijn aan een ziekte/stoornis anders dan depressie. Wel werd comorbiditeit in het algemeen meegenomen.
- Als het geen depressie-episode, eenmalig of unipolair recidiverend (major depression) betrof.

Bij selectie van de 26 full-tekst artikelen werd nogmaals geselecteerd op deze criteria, met name op depressie, episode, eenmalig- of unipolair, recidiverend (major depression). Drie artikelen werden geselecteerd.

Ondanks dat de uitgangsvraag naar beperkingen bij een depressieve stoornis in arbeidssituaties niet direct beantwoord wordt blijkt uit het verzekeringsgeneeskundige protocol Depressie (2006) en de module depressie en arbeid (NVAB, versie 10-1-2005) dat er wel onderzoek naar is gedaan. Besloten is om deze bronnen mee te nemen bij de overige overwegingen bij de beantwoording van de uitgangsvragen.

Aanbevelingen:

Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen dienen zich ervan bewust te zijn dat bij patiënten met een depressie affectieve en functionele beperkingen te verwachten in het functioneren in een arbeidssituatie.

Na het verdwijnen van de affectieve beperkingen kunnen nog functionele (cognitieve en fysieke) beperkingen blijven bestaan. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen dienen zich hiervan bewust te zijn bij hun advisering ten aanzien van werkhervatting/reïntegratie en ten aanzien van vaststellen van de beperkingen (FML lijst -

functionele mogelijkhedenlijst) in het kader van de arbeidsongeschiktheidswetgeving.

Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen dienen zich ervan bewust te zijn dat ernstige vermoeidheid en/of pijnklachten kunnen wijzen op het bestaan van een depressie, waarbij de prognose ten aanzien van verzuim en arbeidsongeschiktheid slechter is en de functionele beperkingen (cognitieve en fysieke) langer blijven bestaan.

Het is aan te bevelen om leidinggevend (middenkader) bij te scholen op het onderwerp arbeid en depressie, zodat zij vroege verschijnselen van een depressie kunnen vaststellen bij hun werknemers. Zij kunnen dan tijdig ingrijpen met een advies ten aanzien van werktaken en verwijzing naar de bedrijfsarts voor advies.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Een prospectief onderzoek van Lerner e.a. (2004), een longitudinaal-observatieel onderzoek van Adler e.a. (2006) en een geïntegreerde meta-analyse van Mintz e.a. (1992) vormen de basis voor het beantwoorden van de uitgangsvraag.

De directe relatie tussen symptomen en functioneringsbeperkingen komt in veel onderzoek naar voren in de vorm van synchroniciteit tussen ernst van de klachten en ernst van het functioneringsverlies, waarbij het herstel van functioneringsverlies in een later stadium optreedt dan symptoomherstel (Mintz e.a. 1992). Mintz onderscheidt 2 typen beperkingen: affectieve en functionele. Affectieve beperkingen (distress, verlies aan interesse en onvrede met het werk) manifesteren zich al/nog bij lichte ernstgraden (gemeten: Hamilton en BDI) terwijl functionele beperkingen (verzuim, productiviteitsverlies en conflicten) zich manifesteren bij matige en ernstige depressies.

Daarnaast zijn affectieve beperkingen meer aanwezig ongeacht de ernst van de depressie. Affectieve beperkingen zijn dus meer en eerder aanwezig, los van de mate van ernst.

In het onderzoek van Lerner e.a. (2004) naar de uitkomsten van werkresultaten onder werknemers die niet van plan waren te stoppen met werk bleek dat zij die een depressie hadden het slechter deden dan werknemers zonder depressie en werknemers met reumatoïde artritis. De scores voor presenteïsme waren bij de depressie/groep slechter en dat betrof bijv. moeite met tijdmanagement, moeite met mentale en interpersoonlijke werkeisen en moeite met „output tasks“. De uitkomst van dit onderzoek geeft aan dat er een behoefte is aan interventies, als aanvulling op de huidige behandelprogramma's, om zo werknemers met een depressie te leren omgaan met de problemen die ze ervaren bij specifieke werktaken.

In een observationele, longitudinale studie (Adler e.a., 2006) wordt de relatie tussen de ernst van een depressie en werkperformance van patiënten in de eerste lijn bekeken. De werkenden met een depressieve stoornis worden vergeleken met een gezonde controlegroep en een groep met reumatoïde artritis. De depressieve groep heeft significant grotere beperkingen in werkperformance dan de andere twee groepen. Er worden significante verschillen gevonden ten aanzien van mentale-interpersoonlijke taken, timemanagement, output taken en fysieke taken.

Het onderzoek van Adler (2006) en Lerner (2004) is vergelijkbaar qua patiëntaantallen en inclusiecriteria. Bij Lerner is er een driemaal langere follow-up (18 mnd). Beide studies meten het functioneren in werk aan de mate van werkperformance (managementtaken, output, mentale en interpersoonlijke taken), mate van werkloosheid in tijdsbeloop. Lerner meet daarbij nog de mate van klachten aanwezig tijdens werken (presenteïsme) en mate van klachten na uitval voor werk (absenteïsme). Resultaten kunnen niet gegeneraliseerd worden naar de algemene bevolking daar de onderzoekspopulatie een hogere mate van ernst qua klachten laat zien dan in een vergelijkbare, op de algemene bevolking gebaseerde, groep.

Literatuur

Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job Performance Deficits Due to Depression. *Am J Psychiatry* 2006;163(3):1569-1576

Emptage NP, Sturm R, Robinson RL. Depression and comorbid pain as predictors of disability. *Psychiatric Services* 56(4):468-474.

Hirschfield RMA, Montgomery SA, Keller MB, Kasper S, Schatzberg AF, Möller HJ, et al. Social Functioning in Depression: A Review. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(4):268-275

Lerner D, Adler DA, Chang H, Lapitsky L, Hood MY, Perissinotto C, et al. Unemployment, Job Retention, and Productivity Loss Among Employees With Depression. *Psychiatr Serv* 2004; 55(12):1371-1378

Kruijshaar ME, Hoeymans N, Bijl RV, Spijker J, Eekhout ML. Levels of disability in major depression: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord*. 2003 Oct.;77(1):53-64.

McClanahan TM, Antonuccio DO. In Thomas JC, Hersen M (Eds), *Psychopathology in the workplace: Recognition and adaptation*. New York: Brunner-Routledge, 2004.

Mintz J, Mintz LI, Arruda MJ, Hwang SS. Treatments of Depression and the Functional Capacity to Work. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:761-768

Module *Depressie en Arbeid (NVAB)*, versie 10-01-2005.

De Vries G, Kikkert MJ, Schene AH, Swinkels J. *Helpt arbeidshulpverlening bij depressie? Ned. Tijdschrift voor Ergotherapie* 2003;3:103-108.

Verzekeringsgeneeskundig protocol *Depressieve stoornis (gezondheidsraad, 2006)*.

Conclusies:

Niveau 1	Het is aangetoond dat affectieve beperkingen (distress, interesseverlies, onvrede met werk) zich meer en eerder voordoen dan functionele beperkingen ongeacht de ernst van de depressie. <i>A1 Mintz, 1992</i>
Niveau 2	Het is aannemelijk dat zich bij depressieve patiënten de volgende beperkingen voordoen op het gebied van werkperformance: mentale-interpersoonlijke taken, timemanagement en output taken. <i>B Adler, 2006; Lerner, 2004</i>
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat zich bij depressieve patiënten beperkingen voordoen bij fysieke taken <i>B Adler, 2006</i>

Overige overwegingen:

De studie van Mintz (1992) verwoordt een klassieke opvatting waar tot nu toe met meeste bewijs over is. Uit deze studie kan de conclusie worden getrokken dat functioneringsherstel en werkhervatting niet hoeven te wachten tot alle symptomen in remissie zijn. Uit een meer recente studie (De Vries & Schene, 2003) wordt het focus op functioneringsherstel gelegd en dan blijkt dit van invloed op het functioneringsherstel zonder dat dit gepaard hoeft te gaan met symptoomreductie. Dit focus op functioneringsherstel ontbreekt vaak in begeleiding en behandeling. Verder blijkt (Ormel, 2004) dat verzuim in de voorgeschiedenis in zijn algemeenheid een krachtige voorspeller is van verzuim („trait“ kwetsbaarheid).

Het productiviteitsverlies ten koste van verminderd functioneren op de werkplek door vooral de cognitieve beperkingen (concentratieverlies, geheugenstoornissen, besluiteloosheid en initiatieverlies) bedraagt circa 20% ten opzichte van de gezonde populatie (Kruishaar, 2003).

Uit onderzoek blijkt dat een aantal cognitieve (besluiteloosheid), gedragsmatige (verlies aan interesse) en fysieke symptomen (gebrek aan energie) van een depressie direct tot uitdrukking komen in het werk. Vanuit patiëntperspectief is het opvallend dat depressieve patiënten zelf met name die klachten rapporteren die directe beperkingen van het functioneren inhouden: concentratieverlies, moeite met beslissingen nemen en gebrek aan initiatief en energie (McClanahan & Antonuccio 2004, Hirschfeld e.a. 2000).

Het Verzekeringsgeneeskundig protocol *Depressieve stoornis* (2006) sluit hierop aan als zij de aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden van iemand met een depressieve stoornis formuleert (FML - functionele mogelijkhedenlijst). Hierbij zijn van belang:

- dat bij een depressieve stoornis klachten en beperkingen voor een deel samenvallen;
- dat het cognitieve proces waarmee iemand zijn klachten en beperkingen zelf tracht in te schatten, op zijn beurt door de depressieve stoornis beïnvloed wordt.

De mogelijke beperkingen bij een depressieve stoornis zijn daarbij als volgt in te delen:

Affectieve beperkingen als gevolg van:

- Stoornis in het emotioneel beleven: negatief zelfbeeld, schaamte over de eigen prestaties, gespannenheid, verlies aan interesse, onvermogen te genieten en gevoelens van onvrede

- Stoornis in de empathie: teruggang van het vermogen om relationele contacten aan te gaan of te onderhouden

Cognitieve beperkingen als gevolg van:

- Stoornis in geheugen en concentratie
- Verlies aan mentale energie
- Verlies aan flexibiliteit

Fysieke beperkingen als gevolg van:

- Verlies aan fysieke energie
- Vermoeidheid als gevolg van slaapstoornissen

Functionele beperkingen manifesteren zich zowel bij matige als bij ernstige vormen van depressieve stoornissen en hebben verzuim, productieverlies en conflicten tot gevolg. Voorbeelden van functionele beperkingen zijn het plannen, initiëren en uitvoeren van doelgerichte activiteiten.

Uit met name de module Depressie en Arbeid (NVAB, 2005) en het Verzekeringsgeneeskundige protocol Depressieve stoornis (2006) komen de beperkingen die werknemers met een depressieve stoornis kunnen ervaren duidelijk naar voren. Uit de geselecteerde literatuur (na search) komen beperkingen in de directe zin niet naar voren. Wel zien we daar dat er risicofactoren voor het ontstaan en/of voortduren van een depressieve stoornis zijn te duiden. Verder komt uit deze literatuur naar voren dat bepaalde werkkenmerken van invloed zijn op ontstaan en/of voortduren van een depressieve stoornis, waaruit is af te leiden dat bepaalde beroepen „at risk“ zijn voor het ontstaan van een depressieve stoornis.

Bij het overwegen van een te starten reïntegratie van een individuele werknemer moet rekening worden gehouden met het feit dat affectieve symptomen meestal eerder verdwijnen dan de functionele symptomen. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen dienen daarom rekening te houden met de mogelijkheid dat de betrokken werknemer vrij weinig klachten heeft, terwijl hij op uitvoerend niveau soms nog aanzienlijke beperkingen heeft. Bijwerkingen van medicatie moeten daarbij worden meegewogen.

Vanuit professioneel opzicht kan bij het beoordelen van het aanwezig zijn van tijdelijke en/of blijvende beperkingen bij werknemers met een depressie een neuropsychologisch onderzoek soms antwoord geven op de vraag naar mogelijkheden/onmogelijkheden ten aanzien van reïntegratie en de te verwachten effectiviteit van een bepaalde interventie naar werk (eigen of ander werk).

Bij stagnatie van ziekteverzuimbegeleiding in de eerste 2 jaar is het van belang dat de bedrijfsarts denkt aan mogelijk onderliggende persoonlijkheidsproblematiek. De verzekeringsarts wordt hier vaak mee geconfronteerd, echter vaak in een laat stadium. Tevens zou men ook moeten denken aan psychosociale problematiek, tegenwerking in de werk- en/of privésituatie en onvoldoende coping.

Uit observationeel onderzoek (Emptage e.a.2005) blijkt dat de patiënt/werknemer die een depressie samen met comorbide (met name ernstige) pijn heeft meer at risk is voor blijvende beperkingen en langere duur qua arbeidsongeschiktheid. Het effect op de kosten is voor deze groep werknemers groot. v

14.2 Rolfunctioneren en maatschappelijke participatie (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Uitgangsvraag

Welke evidence-based interventies dienen te worden toegepast om het herstel van rolfunctioneren bij patiënten met een depressie te bevorderen en (maatschappelijke) participatie te bevorderen?

Inleiding

Een depressieve episode gaat vaak gepaard met het laten vallen van rollen. Bij werknemers leidt dit vaak tot verzuim. Sinds het einde van de jaren negentig worden werknemers in toenemende mate verwezen naar

eerstelijnspsychologen en tweedelijns arbozorgcentra met als doel een snelle terugkeer naar werk te bewerkstelligen.

Ondanks dat het heel logisch lijkt dat een snelle en adequate begeleiding van werknemers met een depressie in een snelle werkhervatting resulteert, is het goed om toch ook de wetenschappelijke literatuur over dit onderwerp te evalueren.

Er is gezocht in Medline en Embase vanaf 1997 tot april 2008. Voor de gehanteerde zoekstrategie wordt verwezen naar de bijlage.

Hierbij zijn de volgende criteria gehanteerd:

- Type studie: (systematische) reviews of gerandomiseerde gecontroleerde studies, waarin bij patiënten met een depressie het effect van interventies gericht op het herstel van rolfunctioneren en (maatschappelijke) participatie wordt onderzocht.
- Deelnemers studie: er is gezocht naar studies bij werkenden tussen de 18 en 65 jaar met een depressie die tot verzuim heeft geleid of gaat leiden. Hierbij is een depressie gedefinieerd als een stemmingsstoornis die voldoet aan de corresponderende criteria in de DSM-IV. Onder werkenden worden alle werkende patiënten verstaan die werkzaamheden uitvoeren, ongeacht het type dienstverband, inclusief vrijwilligers, stagiaires en studenten. Studies met patiënten met andere psychische problemen of psychiatrische aandoeningen zijn geëxcludeerd.
- Type interventie: voor deze zoekstrategie zijn het herstel van rolfunctioneren en (maatschappelijke) participatie geoperationaliseerd als het herstel van het functioneren op het werk en arbeidsparticipatie. Alle evidence-based interventies zijn meegenomen. Onder evidence-based interventies worden interventies verstaan waarbij de effectiviteit van de interventie is gemeten met een (internationaal) geaccepteerd en gevalideerd meetinstrument.
- Type uitkomstmaat: studies waarbij werkhervatting of het behoud van werk een van de uitkomstmaten is. Voor de inschatting van het moment van werkhervatting worden het aantal (gedeeltelijke) verzuimdagen, de duur van arbeidstherapeutische of aangepaste werkzaamheden, of andere veranderingen in de werkstatus gebruikt.

Aanbevelingen:

Het aanbieden van een interventie aan depressieve patiënten met als belangrijkste doel de werkhervatting te bevorderen kan niet worden aanbevolen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Een niet-systematische review van Simon et al (2001) en een systematische review van Nieuwenhuijsen et al. (2008) en zijn als basis genomen voor het beantwoorden van deze vraag.

Simon et al. (2001) vermeldden een aantal RCTs die het effect van behandeling bekijken ten aanzien van het dagelijks functioneren (dus breder dan het functioneren op het werk). Wells et al. (2000) onderzochten het effect van een kwaliteitsverbeterprogramma op verschillende uitkomstmaten waaronder het behouden van werk. De werknemers met een depressieve stoornis die meededen aan het programma behielden vaker hun baan (90% versus 85%).

Nieuwenhuijsen et al. (2008) includeerden 11 RCT's in hun Cochrane review (in totaal 2556 patiënten). Drie onderzoeken (N=864) naar het effect van antidepressie medicatie op ziekteverzuim lieten geen effect zien. Ook twee onderzoeken naar het effect van intensieve eerstelijnszorg op ziekteverzuim lieten geen verschil zien met de gebruikelijke zorg. De overige zes onderzoeken lieten eveneens geen effect zien. Behalve een kleine studie waarin het effect van psychodynamische therapie aangevuld met tricyclische antidepressiva (TCA's) werden vergeleken met alleen TCA's. De gecombineerde therapie bleek effectiever dan TCA's alleen.

Literatuur

Nieuwenhuijsen K, Bültmann U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Verbeek JH, van der Feltz-Cornelis CM. Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr 16;(2):CD006237. Review.

Simon GE, Barber C, Birnbaum HG, Frank RG, Greenberg PE, Rose RM, et al. Depression and work productivity: the comparative costs of treatment versus nontreatment. *J Occup Environ Med* 2001 Jan;43(1):2-9.

Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unützer J, Miranda J, Carney MF, Rube nstein LV. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283(2):212-20.

Conclusies:

Niveau 1	Er is niet aangetoond dat interventies gericht op het verminderen van verzuim ten gevolge van een depressie effectief zijn. <i>A1 Nieuwenhuijsen 2008</i>
----------	--

Overige overwegingen:

Evidence-based interventies met als doel om het herstel van het rolfunctioneren bij patiënten met een depressie en de (maatschappelijke) participatie te bevorderen gaan verder dan alleen het bevorderen van de werkhervatting of het behouden van werk. Werken is echter één van de belangrijkste rollen voor personen tussen de 18 en 65 jaar.

15. Gender (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Uitgangsvraag

Op welke wijze dient de hulpverlener rekening te houden met gender bij behandeling van patiënten met een depressie?

Inleiding

De prevalentie van depressie verschilt tussen mannen en vrouwen. Het blijkt bij vrouwen twee keer zo vaak een depressie wordt gediagnosticeerd als bij mannen, mogelijk vanwege bias in diagnostisch instrumentarium. Het NEMESIS onderzoek vond voor de lifetime-prevalentie in Nederland een sekseratio van vrouw/man van 1,8 (Bijl e.a. 1997). Het klinisch beeld van depressie mannen en vrouwen verschilt enigszins. In vergelijking tot mannen rapporteren depressieve vrouwen meer atypische symptomen (hypersomnie, eetlust- en gewichtstoename), meer psychiatrische comorbiditeit (angst- en eetstoornissen) en somatische comorbiditeit (schildklierandoeningen), en doen drie- tot viermaal vaker een suïcidepoging (Nolen-Hoeksema 1990; Frank e.a. 1988; Murphy 1998). Depressieve mannen vertonen meer middelenmisbruik (alcohol) en persoonlijkheidsstoornissen en plegen viermaal vaker suïcide dan depressieve vrouwen (Murphy 1998; Canetto & Lester 1998). Wat betreft de leeftijd van de eerste depressieve episode, de ernst van de depressie, de kans op chroniciteit of recidieven ontbreken sekseverschillen (Weissman e.a. 1993; Frank e.a. 1988; Kornstein 1997).

Sexespecifieke aspecten in de behandeling betreffen onder andere de relatie tussen patiënt en behandelaar, sexeverschillen in de uiting van depressie, sexeverschillen in het ontstaan van depressie, sexeverschillen in de gevolgen van depressie en het zoeken van hulp. De uitgangsvraag in dit hoofdstuk betreft of de effectiviteit van behandelingen verschillend is voor mannen en vrouwen.

Aanbevelingen:

De Richtlijnwerkgroep kan vooralsnog geen aanbeveling formuleren om vrouwen en mannen met een depressie op verschillende wijze farmaco-therapeutisch of psychotherapeutisch te behandelen.

De Richtlijnwerkgroep is van mening dat vervolgonderzoek gewenst is naar genderverschillen bij de behandeling van depressie.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In een RCT van Martenyi (2001) is 6 weken behandeling met fluoxetine vergeleken met maprotiline bij patiënten met depressie (Hamilton score 18). Voor de gehele populatie werd geen verschil gevonden tussen beide behandelingen in afname van de depressieve klachten, gemeten op de Hamilton Depressie Lijst en met CGI-S scores. Binnen de subgroep vrouwen bleek fluoxetine een groter afname te veroorzaken dan maprotiline na 2, 4 en 6 weken. Dit verschil werd vooral gevonden bij vrouwen die jonger waren dan 44 jaar. Kanttekening hierbij is dat er geen correctie is toegepast voor het uitvoeren van meerdere statistische toetsen (subgroepen en drie meetmomenten).

In een open-label RCT (Baca 2003) werd het effect van een behandeling van patiënten met een depressieve stoornis of dysthymie volgende de DSM-III-R; (Hamilton score 18) met sertraline vergeleken met imipramine. De respons (meer dan 50% afname in de Hamilton score na 8 weken) was bij vrouwen significant hoger na behandeling met sertraline (72%) dan na behandeling met imipramine (52%). Bij mannen werd geen significant verschil tussen beide behandelingen gevonden (57% versus 59%).

Hildebrandt (2003) beschrijft de resultaten van een analyse van data van 3 RCT's waarin de effectiviteit van verschillende antidepressiva is vergeleken bij patiënten met een depressieve stoornis (Hamilton score ≥ 18 en/of subschaal Hamilton depressie ≥ 9). 351 patiënten startten met de behandeling. In de analyses werden alleen de data geïnccludeerd van 292 patiënten (96 man, 196 vrouw) die de volledige 5 weken behandeling hadden volbracht. Het effect van een behandeling met clomipramine werd vergeleken met citalopram, paroxetine of moclobemide. Er werd geen significant een verschil in het percentage remissie (Hamilton score < 8) gevonden tussen mannen en vrouwen (31,3% man 30,1% vrouw; OR 1,08 95% CI 0,6-1,9). Tevens kon geen significant verschil in het percentage response (meer dan 50% reductie) tussen mannen en vrouwen worden aangetoond (56.3% man 53.3% vrouw (OR 0,98 95%CI 0,6-1,7). Ook in de mate van ervaren bijwerkingen werden geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen gevonden (42% vrouwen vs. 33% mannen; orthostatische hypotensie: 33% mannen vs. 24% vrouwen). Kanttekeningen bij de studie zijn: er

is geen intention-to-treat analyse gedaan en het blijft onduidelijk of er sprake was van blinding. Wohlfarth (2004) beschrijft een meta-analyse van 30 RCTs naar de effectiviteit van TCAs. Data hebben betrekking op 3886 patiënten (1555 mannen en 2331 vrouwen), waarvan 78% van de vrouwen jonger dan 50 jaar was. In 27 van de 30 studies werd behandeling met imipramine vergeleken met placebo; in 3 studies werd met amitriptyline onderzocht. Op basis van deze data kon geen verschil in de werkzaamheid van tricyclische antidepressiva (TCA) tussen mannen en vrouwen worden aangetoond.

Kornstein (2006) heeft de data geheranalyseerd van 7 RCTs waarin duloxetine (40-120 mg/d - 318 man, 578 vrouw) vergeleken werd met placebo (242 man, 484 vrouw) bij patiënten met een depressieve stoornis (≥ 18 jaar; Hamilton ≥ 15 , Clinical Global Score ≥ 4) gepoold. De resultaten lieten zien dat duloxetine superieur was ten opzichte van placebo bij zowel mannen als vrouwen. Het verschil in effect was niet significant verschillend tussen mannen en vrouwen.

Thase e.a. (1994) onderzochten het effect van 20 zittingen cognitieve gedragstherapie volgens Beck bij 84 ambulante patiënten met een HDRS-score (Hamilton Depression Rating Scale) van 14 of hoger. Zij concluderen dat deze behandelingsmethode even effectief is voor mannelijke en vrouwelijke depressieve patiënten. Mannen bleken wel significant minder zittingen te volgen dan vrouwen. Vrouwen met een ernstige depressie bij de start herstelden significant slechter dan mannen en licht depressieve vrouwen.

Frank e.a. (1988) onderzochten het effect van gecombineerde behandeling, imipramine en interpersoonlijke therapie (IPT) bij 180 vrouwen en 50 mannen met een recidiverende depressieve stoornis. Zij vonden geen genderverschil in herstel na 16 weken. Wel bleken mannen significant vaker snel te reageren (remissie binnen 8 weken) dan vrouwen (respectievelijk 49% en 32%, $p < 0,05$). De auteurs suggereren dat mannen vooral baat hebben bij de (snel werkende) farmacotherapie, terwijl vrouwen daarnaast de (trager werkende) psychotherapie nodig hebben voor herstel, aangezien depressies van vrouwen vaker interpersoonlijk bepaald zouden zijn.

In twee studies van Ogradniczuk (2001, 2004) is gekeken naar het effect van gender op de effectiviteit van psychotherapie. In beide studies zijn twee psychotherapieën met elkaar vergeleken, namelijk interpretatieve therapie (interpretative therapy) versus ondersteunende therapie (supportive therapy). In de studie uit 2001 werden 89 patiënten behandeld door 8 behandelaars. Het betreft een heterogene populatie (67% van patiënten hadden een psychiatrische stoornis, waarvan 64% een depressieve stoornis). Bij follow-up (na 12 maanden) was bij vrouwen het effect van behandeling op score van Beck Depression inventory (BDI) significant groter voor ondersteunende therapie (verschilscore 13) dan bij interpretatieve therapie (verschilscore 8). Bij mannen werden geen significante verschillen gevonden.

In de studie van 2004 werd groepstherapie met interpretatieve therapie vergeleken met supportive therapy. Bij *grief-related* symptomen bleken vrouwen een beter effect te hebben na ondersteunende therapie dan mannen. Mannen reageerden beter op interpretatieve therapie dan vrouwen.

Gijsbers van Wijk e.a. (2002) hebben een gerandomiseerd prospectief onderzoek verricht bij 129 poliklinische patiënten (49 mannen, 80 vrouwen) met een depressieve stoornis volgens de DSM-III-R-criteria. Gedurende 6 maanden werden de uitkomsten van farmacotherapie (antidepressiva) vergeleken met die van gecombineerde behandeling (antidepressiva en psychotherapie). Dit werd gedaan met behulp van herhaalde afnamen van de 17-item Hamilton Depression Rating Scale. Genderverschillen in patiëntkenmerken en klinisch beeld bleken minimaal. Genderverschillen in aanvaardbaarheid en uitvoerbaarheid van beide behandelingen werden niet aangetoond. Voor effectiviteit werd een trend gevonden, in de zin dat mannen minder respons vertoonden op antidepressiva alleen dan vrouwen. Mannen reageerden sneller op gecombineerde behandeling, vrouwen reageerden sneller op farmacotherapie.

Literatuur

Bijl, R.V., van Zessen, G., & Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het nemesis onderzoek. ii. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2453-2460.

Frank, E., Carpenter, L.L., & Kupfer, D.J. (1988). Sex differences in recurrent depression: are there any that are significant? *American Journal of Psychiatry*, 145, 41-45.

Thase, M.E., Reynolds, C.F., iii, Frank, E., e.a. (1994). Do depressed men and women respond similarly to cognitive behavior therapy? *American Journal of Psychiatry*, 151, 500-505.

C.M.T. Gijsbers van Wijk, J. Dekker, J. Peen, F. de Jonghe (2002). Depressie bij mannen en vrouwen: genderverschillen in behandeluitkomsten van farmacotherapie en gecombineerde therapie *tijdschrift voor psychiatrie* 44: 301-11

Conclusies:

<p>Niveau 2</p>	<p>Het is aannemelijk dat de effectiviteit van medicamenteuze behandeling op korte termijn vergelijkbaar is bij mannen en vrouwen met depressie. A2 Kornstein 2006; Wohlfarth 2004 B Hildebrandt 2003; Martenyi 2001; Baca 2003;</p>
<p>Niveau 3</p>	<p>Er zijn aanwijzingen dat mannen minder respons vertonen op alleen antidepressiva dan vrouwen. Mannen reageerden sneller op gecombineerde behandeling en vrouwen reageerden sneller op farmacotherapie. A2 Gijsbers van Wijk e.a. 2002</p>
<p>Niveau 3</p>	<p>Er zijn aanwijzingen dat de effectiviteit van psychotherapie bij de behandeling van depressie verschillend is voor mannen en vrouwen. Bij ondersteunende therapie (supportive therapy) lijkt het behandel-effect beter bij vrouwen dan bij mannen; bij interpretatieve therapie lijkt het behandel-effect beter bij mannen dan vrouwen. B Ogronczuk 2001; Ogronczuk 2004</p>

16. Aanbevelingen vanuit het patiëntenperspectief (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

In de gezondheidszorg is richtlijnontwikkeling een speerpunt van beleid van zowel overheid als van beroepsverenigingen. Richtlijnen worden voornamelijk ontwikkeld door beroepsverenigingen om richting te geven aan het handelen van hulpverleners. Deze richtlijnen zijn er op gericht het professioneel handelen een zodanig wetenschappelijke onderbouwing te geven dat onnodige of schadelijke interventies voorkomen kunnen worden.

Een richtlijn kan wetenschappelijk nog zo goed onderbouwd zijn, maar als de aanbevelingen niet aansluiten bij de wensen en behoeften van patiënten, dan wordt de richtlijn in de praktijk onbruikbaar.

Patiënten zullen dan hun voorkeuren niet in de richtlijn herkennen en de aanbevelingen hoogstwaarschijnlijk naast zich neerleggen. Patiënten kunnen weinig met richtlijnen waarin geen rekening wordt gehouden met bijwerkingen van medicijnen, of waarin aanbevelingen worden gedaan die niet op te volgen zijn omdat ze hoge kosten, ongemak of risico's met zich meebrengen. De Gezondheidsraad heeft gesteld dat richtlijnen „behalve wetenschappelijk solide, ook een weerspiegeling moeten zijn van preferenties van patiënten“ (Gezondheidsraad, 2000). Naar ervaringen van patiënten met een depressie blijkt nauwelijks onderzoek gedaan te zijn.

16.1 Onderbouwing (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Het Trimbos-instituut heeft onderzoek gedaan naar de ervaringen van mensen die behandeld zijn voor een depressie. Vijfenveertig patiënten in diverse regio's van het land zijn geïnterviewd. Concrete behoeften en voorstellen van patiënten voor invulling van de hulp zijn in kaart gebracht. Het onderzoek geeft een beeld van de knelpunten in de hulpverlening die mensen met een depressie ervaren en hun ideeën over goede hulp (Eland e.a., 2001).

GGZ Nederland heeft samen met het Trimbos-instituut de wensen van patiënten en hun familieleden bij het opstellen van ggz-programma's geïnterviewd. Rond vijf belangrijke aandoeningen - waaronder een depressie en/of een angststoornis - zijn Richtlijnwerkgroepen in het leven geroepen die diverse malen bij elkaar zijn gekomen. De doelstelling was om de problemen te inventariseren waarmee zij als patiënten zoal te kampen hebben en om van daaruit kwaliteitseisen te formuleren waaraan toekomstige zorgprogramma's zouden moeten voldoen (Franx & Zeldenrust, 2002).

De Landelijke Commissie Cliëntenparticipatie, bestaande uit vertegenwoordigers van ongeveer vijftien patiënten- en familieorganisaties, heeft vanuit cliënten- en familieperspectief een checklist opgesteld voor de ontwikkeling en inhoud van multidisciplinaire richtlijnen in de ggz. Het betreft een „levend product“, wat betekent dat de criteria kunnen worden geactualiseerd als dat gewenst is (Landelijke Commissie Cliëntenparticipatie, 2001).

Bos heeft met vrijwilligers van de Stichting Pandora een reeks biografische diepte-interviews gemaakt. Zij heeft persoonlijke getuigenissen vastgelegd over het ontstaan van en het leven met en na psychische of psychiatrische problemen en geeft zo inzicht in de diversiteit van ervaringen. Het door de vrijwilligers gedragen boek geeft een beeld van ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg en meningen over ervaringsdeskundigheid (Bos, 2002). Specifieke en op de alledaagse praktijk gebaseerde informatie over patiëntenervaringen met betrekking tot depressie komt naar voren in de jaarlijkse rapportage van de Depressielijn van Stichting Pandora. De Pandora Depressielijn is een telefonische hulpdienst die mensen met een depressie de gelegenheid geeft ervaringen uit te wisselen met lotgenoten die zelf een of meerdere depressieve perioden hebben meegemaakt (Pandora Depressielijn, 2001). Ook de stichting FobieVrienden houdt zich op deze manier bezig met patiënten die depressief zijn.

In september 2002 heeft het televisieprogramma Radar aandacht besteed aan ernstige bijwerkingen van antidepressiva. In de week die daarop volgde, kregen de Informatie- en Advieslijn van Stichting Pandora en de Medicijnlijn van de Stichting Fobie-Vrienden vele reacties op dit programma. De ervaringen en vragen hadden betrekking op onder meer de bijwerkingen, het afbouwen van het gebruik en de relatie met behandelaar (Manning, 1996).

Er is een groeiend aantal door patiënten zelf opgetekende verslagen van ervaringen met een depressie. Zowel het schrijven als het lezen van egodocumenten kan voor patiënten belangrijk zijn voor het begrijpen van en leren omgaan met een depressie. Voor anderen kunnen egodocumenten een middel zijn om inzicht te krijgen in het leven van iemand met een depressie (Meijsing, 1997; Solomon, 2002; Wurtzel, 1998; Udink, 2002; Wolpert, 1999).

Internet is een belangrijke informatiebron. Van de vele internetsites geven sommige toegang tot virtuele discussiegroepen, waarin patiënten persoonlijke ervaringen en informatie kunnen uitwisselen (Meijsing, 1997), zoals: www.depressiestichting.nl; www.gezondheidsplein.nl; www.stichtingpandora.nl. Hoewel deze bronnen een beperkt bereik hebben, geven ze wel een indicatie van de problemen die onder patiënten kunnen spelen in relatie tot een depressie. Hieronder volgt een overzicht van aanbevelingen voor de richtlijn depressies.

16.2 Diagnostiek (versie 2010)

Richtlijntekst: VERSIE 2010

Psychische klachten grijpen vaak sterk in het dagelijks leven in en kunnen het zelfvertrouwen van patiënten sterk ondermijnen. Door onbegrip en door eigen of andermans schaamte over de klachten, zullen patiënten zich vaak niet uiten over hun klachten, in het bijzonder niet over hun suïcidale gedachten.

De herkenning van depressieve klachten door hulpverleners is in de ogen van patiënten vaak een probleem. Hulpverleners hebben soms moeite met het duiden van de klachten, vooral als patiënten deze niet volgens de boekjes presenteren of zelf hun problemen niet als zodanig interpreteren. Voor patiënten is het belangrijk dat hulpverleners doorvragen naar depressieve klachten en hun gevolgen en dat zij initiatief nemen om iets aan de klachten te (laten) doen.

Tijdens de diagnostische fase is het belangrijk dat:

- Patiënten hun eigen verhaal kunnen vertellen en er niet uitsluitend naar klachten en symptomen wordt gekeken.
- De gevolgen van de depressie voor meerdere levensgebieden, zoals werk en relatie, besproken worden.
- De diagnose gedeeld wordt door patiënt en hulpverlener. Hiervoor is het nodig dat de diagnose duidelijk wordt verteld en toegelicht en dat men uitgelegd krijgt welke klachten er allemaal bij een depressie kunnen horen. Verder is het belangrijk dat de patiënt zelf kan vertellen wat zijn beeld van een depressie is.
- Bij een verschil van mening over de diagnose is het belangrijk dat ieders visie op tafel komt om van daaruit toch tot gezamenlijke afspraken te komen.
- Patiënten moeten de mogelijkheid hebben om de diagnose te toetsen, bijvoorbeeld via een second opinion, door contact met lotgenotenorganisaties, of door objectieve voorlichting over de stoornis.

De huisarts is voor patiënten een belangrijke sleutelfiguur in de herkenning en de behandeling van een depressie. De huisarts wordt aanbevolen om in ieder geval:

- Patiënten voor zover mogelijk te informeren over het ziektebeeld, de behandelmogelijkheden, de investering in tijd en geld, het belang van de eigen motivatie om van de klachten af te komen en de kansen op verbetering;
- De patiënt actief en gericht te helpen bij het vinden van een gespecialiseerde hulpverlener die bij de problematiek en de persoon van de patiënt past.

Hulpverleners dienen de patiënten als de diagnose gesteld is, te wijzen op informatie vanuit patiëntenperspectief via Lotgenotencontact en vanuit patiëntenverenigingen.

Bij verwijzing naar patiëntenorganisaties geven behandelaars waar mogelijk een aanbeveling hoe van de diensten van deze organisaties gebruik te maken.

Als er in de ogen van hulpverleners sprake is van een depressie zal dit expliciet met de patiënt besproken moeten worden. Het stellen van en het praten over de diagnose kan een belangrijke eerste stap zijn in de opbouw van een goede werkrelatie tussen patiënt en hulpverlener.

De hulpverlener kan de diagnose met de patiënt delen door deze inzicht te verschaffen in de wijze waarop hij

tot de diagnose is gekomen en de patiënt zelf, eventueel door het invullen van een zelftest, ook tot deze probleemformulering te laten komen. Het expliciet benoemen van de diagnose en de uitleg over de ziekte depressie kan voor veel patiënten een opluchting betekenen die hen stimuleert om samen met de hulpverlener aan herstel te werken. Vanuit deze motivatie kan er ruimte gecreëerd worden voor een actieve rol van de patiënt in het eigen genezingsproces.

Hulpverleners kunnen patiënten ondersteunen door aandacht te schenken aan de individuele beleving van de problemen, door begrip te tonen voor de door patiënten ervaren lijdensdruk en door eventuele onzekerheid over de juistheid van de hulpvraag weg te nemen. Ook dienen zij alert te zijn op signalen van patiënten en doorvragen naar aanwezige doodswensen, ook na de intake.

16.3 Behandeling (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Patiënten verklaren en ervaren een depressie op verschillende manieren. Hulpverleners kunnen de visie van patiënten op depressie beïnvloeden door de informatie die zij geven. Ook door andere bronnen wordt het beeld van patiënten over depressie bepaald, zoals de televisie of verhalen van lotgenoten. Visies op de oorzaak en betekenis van een depressie kunnen de voorkeuren en keuzes van patiënten voor de invulling van de behandeling beïnvloeden. Het is voor de samenwerking tussen patiënt en hulpverlener van belang dat beide partijen hun visie op de problematiek uiten en nagaan of men verschillend over de problemen en hun oorzaak denkt. Dit gesprek zal periodiek moeten plaatsvinden, omdat in de loop van een behandeling de ideeën van patiënten over depressie veranderen en de hulpbehoefte daarmee mogelijk ook.

Het is voor patiënten belangrijk dat zij met hun hulpverleners kunnen praten over het gelijktijdig volgen van op hun effect onderzochte behandelingen en hulp die niet wetenschappelijk bewezen is. Hulpverleners dienen erop bedacht te zijn dat veel patiënten aanvullend aan de behandeling andere, niet op effect onderzochte hulp zoeken en uitproberen. Een tolerante houding van hulpverleners ten opzichte van deze vormen van hulp bevordert de openheid van patiënten en kan niet-zinnige of schadelijke keuzes voorkomen. Een hulpverlener dient naast voorlichting over het behandel aanbod dat door hemzelf of zijn instelling wordt vertegenwoordigd, altijd te wijzen op relevante alternatieven. De hulpverlener dient het zoek- en afwegingsproces actief te ondersteunen. Zo kan de patiënt veel informatie van derden betrekken en actiever kiezen voor een specifieke behandeling of behandelaar.

Patiënten kunnen zich tijdens een depressieve periode onbegrepen voelen door de omgeving, waardoor zij problemen ondervinden bij het aangaan en onderhouden van sociale contacten. Hulp hierbij, met name hulp die in de eigen omgeving geboden wordt, kan mensen stimuleren om te blijven functioneren in hun sociale netwerk. De omgeving van de patiënt kan gebaat zijn bij uitleg over de betekenis van een depressie en bij aanwijzingen hoe als omgeving met een depressie om te gaan. Hulpverleners moeten de patiënt erop attenderen dat direct betrokkenen uitgenodigd kunnen worden voor een informatief en steunend gesprek. Patiënten hebben tijdens een depressieve periode vaak grote problemen met het structureren van en invulling geven aan de dag. Dit probleem verdient de aandacht van hulpverleners. Activiteiten en andere vormen van dagbesteding kunnen helpen de dag structuur te geven en een positieve functie te vervullen voor patiënten in het kader van werken aan herstel.

Werk kan voor veel patiënten met depressieve klachten een belangrijke functie vervullen, ook al is werken soms tijdelijk niet mogelijk. Hulpverlener en patiënt zullen de rol van het werk in kaart moeten brengen: is deze ondersteunend of belemmerend voor het herstel? Als werk een positieve functie voor de patiënt vervult, zal de hulpverlener met de patiënt kunnen bespreken hoe passend werk behouden of verkregen kan worden.

Soms ervaren patiënten nadat zij van een depressie hersteld zijn dat de periode hen sterker heeft gemaakt en het leven heeft verrijkt. Het is belangrijk dat patiënten in een latere fase van de behandeling, bijvoorbeeld tijdens de herstelperiode, door hulpverleners op deze groei mogelijkheid gewezen worden.

Patiënten hebben vaak behoefte aan een evaluatie van de behandeling. Ook tijdens de behandeling bestaat vaak de behoefte regelmatig samen met de behandelaar te kijken of de behandeling effect heeft, dat wil zeggen of het effect van de hulp in het dagelijks leven te merken is.

Genezing is niet altijd een haalbaar doel. Het accepteren van beperkingen en grenzen kan op een gegeven moment een zinvol doel worden dat patiënt en hulpverlener bewust kunnen nastreven.

Hulpverleners zijn verantwoordelijk voor een zorgvuldige afronding van de behandeling. Hulpverleners wordt aangeraden afspraken met patiënten te maken over afbouwen en stoppen van hulp en over eventuele nazorg. Dit betekent dat patiënten goede uitleg over deze stappen ontvangen.

16.3.1 Farmacotherapie (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

De behandeling van een depressie met medicijnen mag niet los worden gezien van psychologische, sociale en lichamelijke factoren. Begeleidende gesprekken mogen niet achterwege blijven als medicijnen als voorkeursbehandeling gekozen worden. Patiënten beschouwen medicijnen vaak niet als dé oplossing van hun probleem en willen er vaak ook op een andere manier aan werken.

Als een behandeling met medicijnen aan de orde is, moeten patiënten, mits de ernst van de depressie dit toestaat, door de hulpverlener goed geïnformeerd worden. Goede en volledige uitleg over medicijnen, hun inwerkingverschijnselen, hun bijwerkingen en mogelijke effecten is cruciaal bij medicatietherapie en wordt in de praktijk vaak als een knelpunt ervaren. Ook informatie over de duur en het verloop van de behandeling en het tijdstip waarop positieve effecten te verwachten zijn is voor patiënten belangrijk. Hulpverleners moeten patiënten ook wijzen op de informatie en ervaringskennis over medicijngebruik die aanwezig is bij patiëntenorganisaties. Bedacht moet worden dat eventuele positieve effecten bij puur depressieve patiënten aanzienlijk eerder op kunnen treden, dan bij patiënten die zich tevens angstig voelen. Dit wordt zelden door hulpverleners besproken en in de behandeling geïntegreerd. Bij het voorschrijven van medicatie heeft de patiënt baat bij een vervolgspraak. In het begin zal deze afspraak al na korte tijd, binnen maximaal veertien dagen, gepland moeten worden. Initiatief van de hulpverlener, bijvoorbeeld zelf contact opnemen of een assistent dit laten doen, is in deze fase noodzakelijk.

De hulpverlener dient de patiënt vóór het afbouwen te attenderen op specifieke onttrekkingsverschijnselen. Het gaat om meer verschijnselen dan alleen het terugkeren van de depressie. Bij sommige patiënten zijn deze onttrekkingsverschijnselen zo heftig dat niet gestopt kan worden.

Patiënten ervaren veel nadelige effecten van het gebruik van kalmeringsmiddelen bij een depressie. Deze maken hen vaak nog suffer en initiatieflozer. De depressieve klachten worden dus juist niet weggenomen. Hulpverleners wordt aanbevolen deze medicijnen niet voor te schrijven, tenzij daar een duidelijke indicatie of rationale voor is.

16.3.2 Psychologische/psychotherapeutische interventies (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Tijdens gesprekstherapie is het belangrijk dat patiënten ruimte hebben om het eigen verhaal te vertellen. Zij willen steun ervaren en het gevoel hebben dat de professional er voor hen is. Als het niet klikt tussen patiënt en hulpverlener, dan willen patiënten de mogelijkheid hebben om van hulpverlener te veranderen.

Patiënten willen desgevraagd toelichting van een behandelaar op diens kwaliteiten inzake de behandeling van de zorgvraag van de patiënt.

16.3.3 Ondersteunende interventies (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Lotgenotencontact kan een belangrijke functie vervullen voor patiënten. Verhalen van andere mensen die een depressieve periode hebben doorgemaakt en zich weer beter voelen, de zogenaamde herstelverhalen, kunnen hoop bieden en motiveren om te vechten voor verbetering of herstel. Ook het besef dat men niet de enige is die dit overkomt, kan een grote steun zijn. In dit kader is het belangrijk dat de patiënt in de loop van de behandeling gewezen wordt op de mogelijkheden voor lotgenotencontact.

16.3.4 Relationale aspecten van hulpverlening (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Een goede werkrelatie met de hulpverlener is erg belangrijk voor patiënten met depressie. Een wenselijke houding van de hulpverlener wordt door patiënten gekenmerkt door begrippen als gelijkwaardigheid, betrokkenheid en steun. De rol van de hulpverlener is die van deskundig adviseur die het verhaal van de patiënt en niet de eigen kennis en vaardigheden als uitgangspunt neemt. De kwaliteit van de werkrelatie is onderwerp van gesprek en evaluatie. De communicatie tussen patiënt en hulpverlener kan ondersteund worden door het gebruik van een checklist met aandachtspunten die tijdens de contacten besproken dienen te worden. Voorbeelden van dergelijke checklists zijn voorhanden in de somatische zorg.

Patiënten willen het veilige gevoel hebben dat hun hulpverlener tijdens en na afloop van de behandeling de vinger aan de pols houdt. Patiënten en hulpverleners wordt aanbevolen over de mogelijkheden om contact te hebben afspraken te maken. Wanneer patiënten zich erg onzeker of afhankelijk voelen, zoals in het begin van een medicamenteuze behandeling het geval kan zijn, zullen hulpverleners zich actief moeten opstellen in het contact zoeken met patiënten. Een concrete mogelijkheid is telefonische evaluatie van medicijngebruik door de hulpverlener of diens assistent.

Inbreng van patiënten in de besluitvorming in de behandeling is een complex proces. De besluitvorming over het behandelaanbod kan verschillende vormen aannemen, waarin de ruimte voor patiënten gewenst of ongewenst in meer of mindere mate aanwezig is. In de praktijk is er lang niet altijd sprake van voldoende ruimte voor inbreng van de patiënt. De behoeften en mogelijkheden tot inspraak worden beïnvloed door verschillende factoren, zoals persoonskenmerken, maar ook (toenemende) kennis en ervaring van de patiënt over behandelingen en het al dan niet bestaan van een crisissituatie. Hulpverleners wordt aanbevolen om regelmatig:

- Tijdens de hulpverlening na te gaan of en hoe de patiënt inspraak in de besluitvorming wil en goed op verzoeken tot inspraak te letten;
- Na te gaan wat de patiënt belemmert en bevordert om de gegeven en gewenste ruimte in te nemen;
- Na te gaan of de patiënt informatie heeft ontvangen en begrepen;
- De patiënt te stimuleren om zelf mee te beslissen;
- Open te staan voor wensen, kritiek en verzoeken.

Het aanbieden en verwerven van ruimte voor gezamenlijke besluitvorming speelt zich af binnen een context van een verschil in kennis en afhankelijkheid tussen de patiënt en de hulpverlener. Inbreng van patiënten bij de besluitvorming wordt belemmerd doordat patiënten hun mening uit gevoelens van afhankelijkheid of uit angst voor sancties vaak niet durven te verwoorden. Soms zijn zij te verward en maakt de depressie het hun moeilijk om anderen duidelijke informatie over hun problemen te geven. Veel patiënten hebben behoefte aan een betrokken hulpverlener en aan een relatie met de hulpverlener waarin sprake is van gelijkwaardigheid. Hulpverleners moeten patiënten in principe altijd bij de besluitvorming betrekken, tenzij de patiënt zelf niet mee kan of wil beslissen. Een afstandelijke houding van de hulpverlener en het gevoel niet serieus genomen te worden, bemoeilijken een gelijkwaardig contact. Hulpverleners wordt aanbevolen om:

- niet alleen aandacht te hebben voor de symptomen van de ziekte, maar de patiënt als mens te benaderen, met oog voor de gevolgen van de depressie in het leven van deze individuele patiënt;
- de eigen inbreng van patiënten in de behandeling te stimuleren door een open houding, actief vragen om feedback en door het periodiek inlassen van evaluatiemomenten;
- de patiënt aan te moedigen om zelf verantwoordelijkheid voor de behandeling te nemen;
- zich waar mogelijk op te stellen als deskundig adviseur;
- in crisissituaties, of wanneer patiënten niet mee willen of kunnen beslissen, de verantwoordelijkheid van de besluitvorming van patiënten over te nemen.

16.3.5 Organisatorische aspecten van de hulpverlening (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Het is voor de patiënt van groot belang dat de hulpverleners goed bereikbaar zijn, vooral wanneer zij plotseling iemand nodig hebben of wanneer zij net begonnen zijn met het slikken van medicijnen of het voeren van therapeutische gesprekken. Afspraken over de frequentie van het contact met een hulpverlener kan het gevoel van veiligheid bij de patiënt vergroten. In de eerste lijn kan contact ook bestaan uit een gesprek met de assistent van de arts of met een verpleegkundige. Essentieel is dat er afspraken zijn over het contact en dat het contact goed is georganiseerd.

Wanneer patiënten op hulp moeten wachten, hebben zij behoefte aan duidelijke afspraken over de hulpverlener of de instantie bij wie ze terecht kunnen met vragen en problemen. Ook informatie over de wachttijd en de stappen erna kunnen de periode van wachten makkelijker maken.

Als hulpverleners patiënten naar collega's verwijzen, zullen zij hen moeten helpen bij het vinden van de juiste persoon. Dit betekent dat hulpverleners, rekening houdend met de voorkeuren van de patiënt, suggesties doen voor andere hulpverleners. Het vinden van een hulpverlener die aansluit bij de individuele problematiek van patiënten is een professionele verantwoordelijkheid. Ook het organiseren van de geïndiceerde hulp is een taak van de verwijzende hulpverlener.

Samenwerking tussen hulpverleners van verschillende instanties bevordert de kwaliteit van de hulpverlening in de ogen van patiënten. Hulpverleners dienen elkaar, na verkregen toestemming van de patiënt, te informeren over het eigen handelen en de hulp in samenhang aan te bieden.

Patiënten kunnen in een aantal situaties behoefte hebben aan het oordeel van een andere hulpverlener. De mogelijkheid een second opinion aan te vragen moet actief aangeboden worden.

Soms worden patiënten in hun keuze beperkt door het bestaande vergoedingssysteem. De keuze voor een vrijgevestigde therapeut kan niet altijd gerealiseerd worden. Ook worden behandelingen soms verkort tot minder sessies dan wenselijk. Bij de besluitvorming moeten patiënten en hulpverleners deze beperkingen bespreken en zoeken naar andere bestaande mogelijkheden. Onderhandelen met de financier kan hiertoe behoren.

Literatuur

Bos, F. (2002). *Berichten uit het laboratorium van de samenleving over ervaringen met depressie en antidepressiva beeldvorming, realiteit en belangen bij medicijngebruik en de maatschappelijke positie van mensen met psychische of psychiatrische problemen*. Amsterdam: Stichting Pandora.

Department of Health. (2001) *Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidence based clinical practice guideline*. Verkregen van internet via www.dh.gov.uk.

Eland, A., Franx, G., & Wieman, G. (2001). *Het perspectief van cliënten op de hulpverlening bij depressie. Een inventarisatie van ervaringskennis ten behoeve van de ontwikkeling van een GENDER (VERSIE 2010) 166 multidisciplinaire richtlijn depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Franx, G., & Zeldenrust, W. (2002). *Cliënten en hun omgeving over GGZ-programma's: Aanbevelingen voor het hulpaanbod*. Utrecht: GGZ Nederland.

Gezondheidsraad. (2000). *Van implementeren naar leren: het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Landelijke Commissie Cliëntenparticipatie. (2001) *Checklist voor de ontwikkeling en inhoud van multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ. gezien vanuit cliënten- en familieperspectief (1ste versie)*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Manning, M. (1996). *Onderstromen: een psychotherapeute overwint haar depressie*. Baarn: Ambo.

Meijsing, G. (1997). *Tussen mes en keel*. Amsterdam: Arbeiderspers.

Pandora Depressielijn. (2002). *Jaarrapportage 2001*. Amsterdam: Stichting Pandora.

Solomon, A. (2002). *Demonen van de middag: een persoonlijke geschiedenis van depressie*. Amsterdam: Anthos.

Stichting Pandora. (2002). *Gebruikers over antidepressiva*. Amsterdam: Stichting Pandora.

Udink, B. (2001). *Klein leed*. Amsterdam: Meulenhoff.

Wolpert, L. (1999). *De anatomie van een depressie*. Den Haag: Bzztôh.

Wurtzel, E. (1998). *Het land Prozac: alles mee en toch depressief*. Amsterdam: Meulenhoff.

www.depressiestichting.nl (Depressie Centrum van het NFGV)

www.gezondheidsplein.nl

www.npcf.nl/fobie.htm

www.stichtingpandora.nl

Aanbevelingen:

Ten aanzien van behandelinterventies

Het is aanbevolen om:

- De patiënt goed te begeleiden bij medicijngebruik, ook het afbouwen ervan
- Goede voorlichting te geven over psychotherapie en zich bewust te zijn van de drempel die veel patiënten hebben ten aanzien van psychosociale interventies.

Ten aanzien van culturele diversiteit

Het is aanbevolen om:

- Voorlichtingsmateriaal in verschillende talen beschikbaar te hebben.

Ten aanzien van gender

Het is aanbevolen om:

- Rekening te houden met hormonale veranderingen (zwangerschap, de overgang, de menstruatiecyclus) die van invloed kunnen zijn op de gemoedstoestand en de kwetsbaarheid voor angstklachten en depressie bij de vrouw
- Voorlichting te geven over het gebruik van medicatie tijdens de zwangerschap.

Ten aanzien van stepped-care

Het is aanbevolen om:

- Klachten niet te onderschatten en tijdig door te verwijzen (doorverwijzen heeft niet met falen te maken)
- Goed op te hoogte te zijn van de verschillende gespecialiseerde centra.

Ten aanzien van arbeid

Het is aanbevolen om:

- De patiënt een gevoel van veiligheid te geven bij het nemen van stappen om (weer) te participeren
- Zich bewust te zijn van het belang van participatie voor de patiënt. Dit zorgt ervoor dat de patiënt zich nuttig voelt.
- De nadruk te leggen op de dingen die patient nog wel kan en niet op wat de patiënt niet meer kan, positieve bevestiging werkt beter dan het opvoeren van de druk.

Conclusies:

Niveau 4	Patiënten verklaren en ervaren een depressie op verschillende manieren. Deze visies worden beïnvloed door informatie van hulpverleners en van andere bronnen, zoals televisie en lotgenoten. Op hun beurt kunnen deze de voorkeuren en keuzes van patiënten voor de invulling van de behandeling beïnvloeden. Het is voor de samenwerking tussen patiënt en hulpverlener van belang dat beide partijen hun visie op de problematiek en de oorzaak daarvan uiten en vergelijken. Dit moet periodiek gebeuren, omdat beelden van patiënten over depressie in de loop van een behandeling veranderen en de hulpbehoefte daarmee mogelijk ook. Het is voor patiënten belangrijk dat zij met hun hulpverleners kunnen praten over het gelijktijdig volgen van wel én niet wetenschappelijk bewezen behandelingen en hulp. Hulpverleners dienen erop bedacht te zijn dat veel patiënten naast de reguliere behandeling andere, niet op effect onderzochte hulp zoeken en uitproberen. Een tolerante houding van
-----------------	--

hulpverleners ten opzichte van deze vormen van hulp bevordert de openheid van patiënten en kan niet-zinnige of schadelijke keuzes voorkomen. Een hulpverlener dient altijd te wijzen op relevante alternatieven die bestaan naast het behandelaanbod wat hijzelf of zijn instelling aanbiedt. Het zoek- en afwegingsproces ondersteunt hij actief. Zo kan de patiënt veel informatie van derden betrekken en actiever kiezen voor een specifiek behandeling of behandelaar.

Patiënten kunnen zich tijdens een depressieve periode onbegrepen voelen door de omgeving, waardoor zij problemen ondervinden bij het aangaan en onderhouden van sociale contacten. Hulp hierbij, en vooral hulp die in de eigen omgeving geboden wordt, kan mensen stimuleren om te blijven functioneren in hun sociale netwerk. De omgeving van de patiënt kan gebaat zijn bij uitleg over de betekenis van een depressie en bij aanwijzingen voor het als omgeving omgaan met een depressie. Hulpverleners dienen de patiënt erop te attenderen dat directbetrokkenen uitgenodigd kunnen worden voor een informatief en steunend gesprek.

Patiënten hebben tijdens een depressieve periode vaak grote problemen met het structureren van en invulling geven aan de dag. Dit probleem verdient de aandacht van hulpverleners. Activiteiten en andere vormen van dagbesteding kunnen helpen de dag structuur te geven en een positieve impuls geven aan het werken aan herstel.

Werk kan voor veel patiënten met depressieve klachten een belangrijke functie vervullen, ook al is werken soms tijdelijk niet mogelijk. Hulpverlener en patiënt zullen de rol van het werk in kaart moeten brengen: is dit ondersteunend aan de behandeling of belemmert het het herstel van de patiënt? Indien werk een positieve functie voor de patiënt vervult, zal de hulpverlener met de patiënt kunnen bespreken hoe passend werk behouden of verkregen kan worden.

Soms ervaren patiënten nadat zij van een depressie hersteld zijn dat de periode hen sterker heeft gemaakt en het leven heeft verrijkt. Het is belangrijk dat patiënten in een latere fase van de behandeling, bijvoorbeeld tijdens de herstelperiode, door hulpverleners op deze groeimogelijkheid gewezen worden.

Patiënten hebben vaak behoefte aan een evaluatie van de behandeling. Ook tijdens de behandeling bestaat vaak de behoefte regelmatig samen met de behandelaar te kijken of de behandeling effect heeft - of het effect van de hulp in het dagelijks leven te merken is.

Genezing is niet altijd een haalbaar doel. Het accepteren van beperkingen en grenzen kan op een gegeven moment een zinvol doel worden dat patiënt en hulpverlener bewust kunnen nastreven.

Hulpverleners zijn verantwoordelijk voor een zorgvuldige afronding van de behandeling. Hun wordt aangeraden afspraken met patiënten te maken over afbouwen en stoppen van hulp en over eventuele

nazorg en de patiënt daarover goede uitleg geven.

D Panelraadpleging, focusgroep patiënten

17. Gezondheidseconomische aspecten van multidisciplinaire zorg (v

Richtlijntekst:

Inleiding

Volgend uit de conclusie van de Richtlijnwerkgroep dat te weinig gegevens over de economische aspecten van depressie beschikbaar waren en bovendien consensus over te hanteren uitkomstmaten ontbrak, werd geen kosten(effectiviteits)paragraaf opgenomen in de eerste versie van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie in 2005.(1) Sindsdien zijn verscheidene Nederlandse economische evaluaties uitgevoerd naar behandelingen van depressie. Een systematische zoekactie naar literatuur sinds 2002 leverde 8 kosten-effectiviteitsstudies uit Nederland op. De snelle ontwikkelingen in dit terrein blijken bijvoorbeeld uit de 9 protocollen van lopende Nederlandse studies die ook werden aangetroffen.

Internationale richtlijnen, zoals de Britse richtlijnen van NICE, besteden in toenemende mate aandacht aan de kosten-effectiviteit van verschillende behandelvormen en de budget impact van richtlijnadviezen.(2)

Economische evaluaties zijn te verdelen in de volgende typen studies (3):

1. *Kosten van ziekte-studies*. Deze onderzoeken de kosten die de behandeling van een bepaalde aandoening met zich meebrengt. Uitkomsten zijn bijvoorbeeld de totale kosten van zorg door depressie, of de kosten per persoon met een depressieve stoornis per jaar. Afhankelijk van het gekozen perspectief zijn dat alleen kosten door het gebruik van gezondheidszorg (directe medische kosten), of ook zaken als reiskosten van patiënten en productiviteitsverlies door ziekteverzuim.
2. *Kosten-effectiviteitsstudies en kosten-utiliteitsstudies*. Deze vergelijken de kosten en effecten van verschillende behandelingen met elkaar. Door de verschillen in kosten af te zetten tegen verschillen in effectiviteit ontstaat inzicht in de doelmatigheid van de behandelingen. Bij een kosten-effectiviteitsstudie wordt een klinische effectmaat gekozen, die in principe voor patiënten relevante uitkomsten weergeeft. Bij depressie werd bijvoorbeeld gekozen voor een aantal punten verbetering op een specifieke schaal, zoals de Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) of Symptom CheckList (SCL) depression, of het aantal patiënten dat voldoet aan de criteria in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM-IV) voor een MDE (major depressive episode). Bij een kosten-utiliteitsstudie wordt een breed toepasbare effectmaat gebruikt, de zogeheten 'quality adjusted life year' (QALY). Deze maat combineert kwaliteit van leven en kwantiteit van leven (vermeden sterfte) in één uitkomst, door levensjaren te wegen met een gewicht tussen 0 en 1, afhankelijk van de kwaliteit van leven, waarbij 1 staat voor 'volledige gezondheid' en 0 is geankerd op 'overleden'. Door het vergelijken van de QALY-uitkomst van twee behandelingen is de winst in QALYs te bepalen. Veronderstel dat behandeling A beter is, maar ook duurder dan behandeling B, dan zijn de kosten per gewonnen QALY te berekenen voor A ten opzichte van B. Omdat deze uitkomstmaat voor alle ziektes en aandoeningen te gebruiken is, zijn de resultaten breed vergelijkbaar. De QALY maat is vooral ontwikkeld voor gebruik bij lichamelijke aandoeningen. Dat betekent dat de bestaande meetinstrumenten niet geschikt hoeven zijn voor gebruik bij psychische stoornissen. Voorts is er discussie over de methodologische onderbouwing van de QALY en de gebruikte meetinstrumenten. Dat neemt niet weg, dat deze maat momenteel de meest gebruikte generieke uitkomstmaat is in economische evaluaties.
3. *Budget-impact analyses*. Kosten-effectiviteitsstudies kiezen meestal een tamelijk breed perspectief, en geven bovendien geen inzicht in de totale kosten. Daarom is daarnaast behoefte aan inzicht in de financiële consequenties van invoeren van bepaalde maatregelen, door een zogenaamde budget-impact analyse. Hierbij wordt meestal een beperkter perspectief gehanteerd dan bij kosten-effectiviteitsstudies. Bovendien kan worden gekeken naar de benodigde capaciteit, bijvoorbeeld van bepaalde apparatuur, of specifieke professionals.

Dit hoofdstuk besteedt aandacht aan deze drie typen studies. Na een overzicht van de beschikbare literatuur, worden in een samenvattende conclusie per type studie de best mogelijke schattingen op een rij gezet. Omdat de inrichting en kosten van de zorg internationaal sterk uiteenlopen (4, 5) hebben we ons beperkt tot literatuur over de Nederlandse situatie, zonodig aangevuld met extra analyses van secundaire gegevens. De Britse NICE richtlijn bevat beschikbare studies tot en met 2002.(1) Een recente review van Bosmans en coauteurs geeft een samenvatting van internationale kosteneffectiviteitsstudies gepubliceerd tot en met april 2007 naar psychologische interventies in de eerste lijn.(6) Voor de budget impact analyse zijn nieuwe

berekeningen uitgevoerd, want hiervoor was geen literatuur beschikbaar.

Kosten van depressie in Nederland

Een literatuurreview resulteerde in 2 oorspronkelijke kosten-van-ziekte-studies (7,8), beide op basis van de NEMESIS-data. Verder is gebruik gemaakt van gegevens uit de meest recente versie van de Kosten van Ziekten-studie (9) en uit de controle-armen uit die kosten-effectiviteitsstudies, waarvan de controlegroep kon worden beschreven als 'care-as-usual' / 'current practice' en de patiëntenpopulatie voldoende representatief was.(10-12)

De meeste studies hanteerden als peiljaar 2003 of eerder. Ter wille van de vergelijkbaarheid zijn de resultaten hierna steeds omgerekend naar het prijsniveau 2008, met behulp van prijsindexcijfers.(13,14)

In alle hieronder genoemde Nederlandse studies is voor de waardering van de kosten door werkverzuim de frictiekosten methode gebruikt. Dat betekent dat alleen kosten zijn berekend voor verzuim door mensen die vóór de depressie deelnamen aan het arbeidsproces en dat er rekening mee is gehouden dat mensen na langere afwezigheid vervangen zullen worden.(13)

De totale kosten van depressie

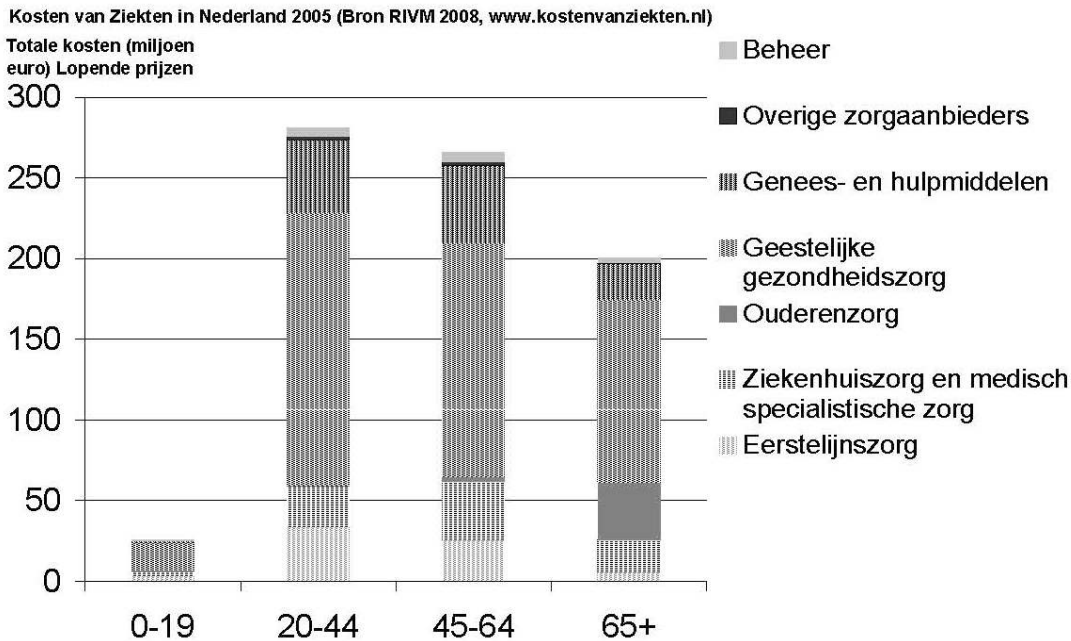
De Kosten van Ziekten-studie verdeelt de totale zorgkosten in Nederland over brede diagnosegroepen.(9) Voordeel van deze methode is dat dubbeltellingen vermeden worden. Een nadeel is dat een restgroep 'niet toewijsbaar' overblijft. De studie presenteert de totale kosten voor depressie, niet de kosten per persoon. Dit geeft inzicht in de omvang van het probleem.

De diagnosegroep depressieve stoornissen omvat de diagnoses depressieve stoornis (hier verder afgekort tot depressie) en dysthyme stoornis (dysthymie). Daarnaast kan er sprake zijn van een subklinische depressie. De directe medische kosten voor deze groepen waren €710 miljoen in 2003 en €807 miljoen in 2005. Voor personen tussen de 20 en 65 jaar bedroegen de kosten €491 miljoen in 2003 en €570 miljoen in 2005. Dit was 1% en respectievelijk 1,1% van de totale kosten van zorg in Nederland. Kosten per persoon worden niet gegeven.

In de figuur wordt een opdeling naar type zorg gegeven. De tweedelijns GGZ was de grootste kostenpost met 58% van de kosten, gevolgd door medicatie (15%), ziekenhuis en specialistische zorg (11%) en eerstelijnszorg (9%).

Kosten van depressie per persoon

Een schatting voor de kosten per persoon is te maken op basis van gegevens uit twee studies, de NEMESIS-studie (7;8) en een steekproef onder GGZ-patiënten, beschreven in Hakkaart en coauteurs.(10) Beide zijn dit 'bottom up' schattingen van de kosten van depressie. Hierbij is met vragenlijsten alle zorggebruik en ook het ziekteverzuim van deze mensen geïnventariseerd, en vervolgens gewaardeerd tegen vaste eenheidsprijzen.(13)



Smit en coauteurs (7;8) gebruikten gegevens uit de NEMESIS-studie, een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking uit 1997. Door de kosten van personen met een depressie te vergelijken met personen zonder depressie zijn alle extra kosten als gevolg van depressie te schatten. Personen met depressie zoals in het kader van de studie vastgesteld met de CIDI (de Composite International Diagnostic Interview) op basis van DSM-III-R criteria, hadden niet per se een formele diagnose van depressie zoals toegekend door een hulpverlener. Daardoor kunnen de kostenschattingen lager uitvallen dan bij mensen met een diagnose. Omdat deze studie gegevens in 1997 heeft gemeten, moeten de resultaten voorzichtig worden geïnterpreteerd. Het gebruik van antidepressiva is bijvoorbeeld sinds die tijd behoorlijk veranderd. Deze studie geeft daarom een *ondergrens* voor de kosten van depressie per persoon. De directe medische kosten per persoon waren €1120 en de totale kosten per persoon waren €2500.

De studie van Hakkaart (10) betrof een klinische trial in volwassenen (18-65 jaar) onder behandeling van de GGZ in de periode 2000-2003. De verdeling van de ernst van de depressie (27% licht, 60% matig tot ernstig, verder onder andere dysthymie en angststoornissen; meerdere diagnoses mogelijk) was goed vergelijkbaar met die in de algemene bevolking. Naar schatting 12% van de personen met een diagnose depressie wordt doorverwezen naar de GGZ;(15) deze mensen zullen naar verwachting hogere kosten maken dan degenen die door de huisarts worden behandeld. Deze studie geeft daarmee een *bovengrens* voor de kosten van depressie per persoon. De kosten per jaar waren €2900 voor de directe medische kosten en €7600 voor de totale kosten.

Verskil in zorgkosten naar ernst van de episode

In navolging van de richtlijn wordt onderscheid gemaakt tussen lichte episoden en matig tot ernstige episodes van depressie. Uit de NEMESIS studie blijkt de verdeling naar ernst als volgt te zijn (16): 27% licht; 62% matig tot ernstig, en 11% met psychotische kenmerken. Depressie met psychotische kenmerken is verder buiten beschouwing gelaten.

In extra analyses ten behoeve van deze richtlijn zijn de kosten voor depressie uit NEMESIS apart geschat naar de ernst van de depressie. (zie tabel 1) Daarnaast is gezocht naar klinische studies die zorggebruik hebben gemeten in naar ernst duidelijk omschreven groepen patiënten. Dit betrof studies van Stant (11) en Bosmans (12).

Tabel 1: Kosten van depressie uit de NEMESIS studie (prijsniveau 2008, afgerond)

Kosten in €	Medische kosten	Indirecte kosten	Totale kosten (inclusief directe niet medische kosten)	95% BI
Depressie stoornis(MDD) ¹	1100	950	2000	NA

Depressieve stoornis, licht	270	140	410	NA
Depressieve stoornis, matig tot ernstig ¹	1600	1300	2900	NA
Dysthymie (7)	220	11000	11100	4600-17600
Subklinische depressie (8)	10	2300	2300	810-3800

¹ Afkomstig uit aanvullende analyses

Voor de groep met *matig of ernstige episode van depressie* bevat de studie van Stant en coauteurs bruikbare data.(11) De 'care-as-usual' groep uit deze RCT van cognitive zelf therapie betrof 59 patiënten tussen de 18 tot 65 jaar, met een gemiddelde geschiedenis van contacten met de geestelijke gezondheidszorg van 13 jaar. Omgerekend naar 12 maanden en naar euro waren de kosten €2500 per persoon. Opnames droegen ongeveer €1200 bij aan de gemiddelde kosten; hier waren voor 5 personen kosten gemeten. Zonder deze opnames en dagzorg, zorg door alternatieve behandelaars en thuiszorg, die eveneens maar door een klein deel werden gebruikt, resulteert een schatting voor de kosten van zorg per persoon per jaar van €1300. De productiviteitskosten waren €940, wat een schatting voor de totale kosten oplevert van €3440. Waarschijnlijk is de schatting van de productiviteitskosten aan de lage kant, omdat dit mensen betreft met een lange voorgeschiedenis van klachten, die vaak al niet meer aan het arbeidsproces deelnamen.

Het verschil in kosten tussen de NEMESIS-data en de studie van Stant is te verklaren door verschillen in peiljaar (1997 vs. 2002) en type patiënten (iedereen vs. zorgzoekers met een lange geschiedenis van klachten). Daarom gebruiken we de gegevens van Stant als bovengrens en die uit NEMESIS als ondergrens.

Voor de groep met een *lichte episode van depressie* is naast de analyses op de NEMESIS-data gekeken naar de controlegroep uit de HOMID studie.(12) Deze had als nadelen dat het studieprotocol verwijzing naar de tweedelijns GGZ binnen 3 maanden niet toeliet en de interventie antidepressiva betrof, zodat de controlegroep geen antidepressiva kreeg. Wel waren dit mensen met een gediagnosticeerde depressie, in 20% een subklinische depressie en in 80% een depressie. Door het gebruik van huisartszorg in deze groep te combineren met cijfers uit andere studies over het gebruik van zorg vanuit GGZ-instellingen en antidepressiva resulteert een schatting van €460 per persoon per jaar. De indirecte kosten in de HOMID studie waren geschat op €3300, waarmee een schatting voor de totale kosten resulteert van €3800.

Als ondergrens voor de directe medische kosten bij een lichte episode van depressie wordt de schatting op basis van de NEMESIS-data gebruikt, van €270 (Zie tabel 1). Deze studie geeft een schatting van €400 voor de totale kosten.

Het is opmerkelijk dat de maximum schatting voor de totale kosten bij een lichte depressie hoger is dan voor een matig tot ernstige depressie. Dit is te verklaren door de kosten van werkverzuim, die bij een lichte depressie mogelijk hoger uitpakken, omdat mensen met een lichte depressie vaak nog geen voorgeschiedenis van depressies hebben en nog actief zullen zijn. Echter, hierbij past de kanttekening dat in de NEMESIS-data, waarin kosten voor beide typen depressie uit dezelfde bron konden worden geschat, de kosten van werkverzuim voor een lichte depressie juist lager waren.

Zoals verwacht zijn de kosten van zorg bij een lichte depressie lager dan bij een matig tot ernstige depressie.

Gebruik van zorg naar ernst van depressie

Nuyen (15) heeft gekeken naar het zorggebruik bij personen met een nieuwe depressieve episode (gemiddelde leeftijd 49 jaar, 68% vrouw) gebaseerd op gegevens uit de tweede nationale studie (NS2). In 2001 kreeg ongeveer 87% van de mensen met een nieuwe episode van depressie een vorm van zorg (13% kreeg niets) tijdens het jaar na diagnose. Dit betrof voor 71% medicatie (AD of lithium) die door de huisarts werd voorgeschreven, 3% een verwijzing naar GGZ, 9% een verwijzing en medicatie, en voor 4% contact met de huisarts (samen 87%).

Voor *matige tot ernstige episoden van depressie* gaf alleen de studie van Stant en coauteurs voldoende details over het zorggebruik (zie tabel 2 hieronder).

Gemiddeld had 50% ongeveer 3 contacten met de huisarts, 25% kreeg 4 uur zorg door maatschappelijk werk, 44% kreeg 6,5 uur zorg door een psycholoog, 40% had 6 uur zorg door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), 40% kreeg 1,5 uur zorg door een psychiater, 64% had in totaal 17 uur van verschillende vormen van groepstherapie en dergelijke en 80% gebruikte antidepressiva, rond de 11 recepten per jaar. Uiteraard zit er overlap in deze percentages.

Volgens de Kerngroep en andere geraadpleegde experts lijkt het aantal huisartsconsulten en contacten met de psychiater aan de lage kant, maar zijn de overige cijfers aannemelijk. Omdat niet helemaal duidelijk is

hoeveel consulten dan wel aannemelijk zijn, is besloten hier te werken met een minimum en een maximum. Daarnaast was voor alle schattingen een betrouwbaarheidsinterval beschikbaar uit de studie.

Wat betreft zorggebruik bij *lichte depressie* is een schatting te maken op basis van informatie uit verschillende bronnen:

- * 42% medicatiegebruik, gemiddeld dan 6,3 recept (17)
- * 3-6 bezoeken aan de huisarts (12, expert opinie)
- * 0,25 uur hulp van maatschappelijk werker (12)
- * 3 uur psychologische hulp (11)
- * 0,2 uur psychiatrische zorg (12)

Dit resulteert in de eerder genoemde kostenschatting van €460 voor de medische kosten bij een lichte depressie. Voor de schattingen op basis van individuele data (11,12) waren betrouwbaarheidsintervallen beschikbaar.

Tabel 2: Zorggebruik in 12 maanden bij matige tot ernstige depressie (bron: 11)

Type zorg	Aantal eenheden	Eenheid	Aandeel gebruikers ²
Huisarts	3,2-12	consult	49%
Maatschappelijk werk	4,1	uur	25%
Psycholoog/psychotherapeut/ vrij gevestigde psycholoog	6,4	uur	44%
SPV	6,1	uur	39%
Crisiszorg	0,7	contact	3%
Psychiater	1,7-4	uur	42%
Opname psychiatrie	50,8	dag	8%
Psychiatrische dagzorg	9,3	dag	7%
Overige poliklinische zorg	17,3	uur	64%
Thuiszorg	3,2	uur	7%
Alternatieve geneeswijzen	8,0	uur	8%
Overig	5,5	contact	12%
Medicatie	11,0	recept	81%
Psychiatrische Thuiszorg	34,7	uur	2%

² Minder dan 10% gebruikers betekent tot 5 personen die deze zorg gebruikten in de trial. Deze data zijn daarom minder betrouwbaar.

Gebruik van antidepressiva

Naar het gebruik van antidepressiva is speciaal gekeken omdat dit de afgelopen 10 jaar waarschijnlijk flink is veranderd. Gegevens over het totale gebruik van antidepressiva (AD) zijn te vinden in diverse databestanden (17, 18).

De gegevens van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) zijn gebaseerd op 1500 apothekers in Nederland.(17) Apotheekhoudende huisartsen zijn niet opgenomen. De SFK rapporteert een totaal van 4,7 miljoen recepten voor antidepressiva in 2001, oplopend naar 6,2 miljoen recepten in 2007 (zie ook figuur 2). Het Geneesmiddelen Informatie Project (GIP) rapporteert op basis van declaratiegegevens bij zorgverzekeraars, en geeft een totaal van 5,2 miljoen recepten in 2002 oplopend naar 6,8 miljoen recepten in 2007.(18) De gegevens zijn door SFK respectievelijk GIP geëxtrapoleerd naar de totale Nederlandse bevolking. Conclusie is dat in 2007 tussen de 6,2 en 6,8 miljoen recepten voor AD zijn uitgeschreven. De schattingen door GIP liggen consistent ongeveer 0,5 miljoen recepten hoger, hiervoor is niet direct een verklaring te geven.

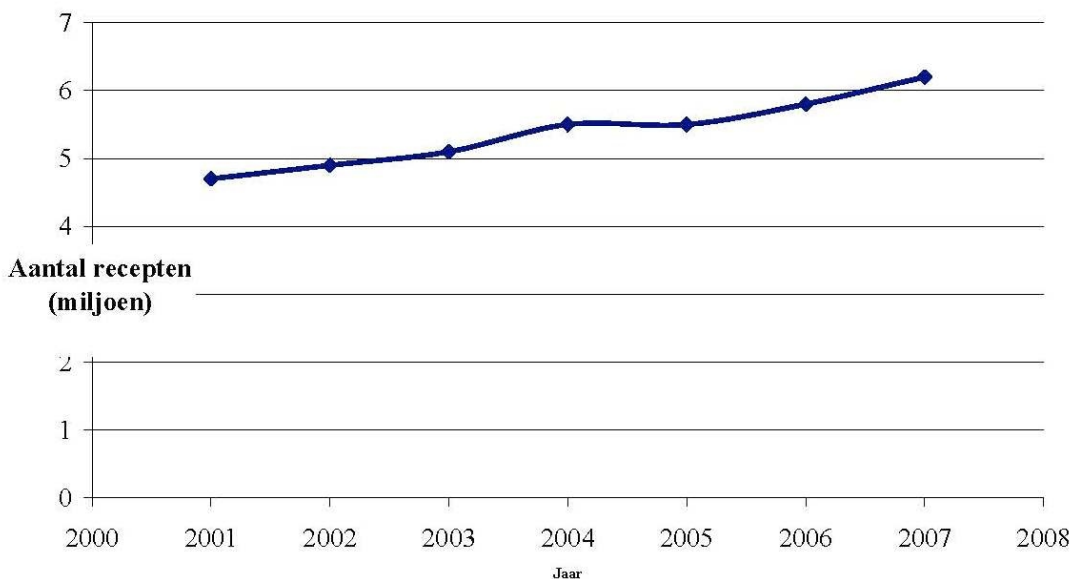
Uit analyses door GIP bleken de kosten per gebruiker gemiddeld €190 per jaar te bedragen in 2007. Deze kosten zijn de afgelopen jaren gedaald, omdat voor een aantal middelen het patent verlopen is.

Uit analyses van huisartsregistratiecijfers (LINH) en de tweede nationale studie (NS2) gegevens blijkt dat ongeveer 45% van de AD voor depressie wordt voorgeschreven en de rest voor diverse stoornissen, zoals angststoornissen en dysthymie.(19)

Er zijn 5 studies gevonden die rapporteren over het percentage personen met een depressie dat AD krijgt voorgeschreven. Twee daarvan gebruikten analyses van de LINH data, in combinatie met gegevens uit de NS2. Drie anderen zijn klinische trials waarbij het zorggebruik werd gemeten bij patiënten. De vijfde studie onderzocht met vragenlijsten het voorschrijfgedrag onder huisartsen, hieruit bleek geen verschil in voorschrijfgedrag naar ernst van de episode. Tabel 3 geeft de resultaten en enkele kenmerken van de studies.

Figuur 2: Ontwikkeling in het totaal aantal recepten voor antidepressiva in Nederland

Ontwikkeling in het gebruik van antidepressiva (bron: SFK)

**Tabel 3: Percentages gebruik AD onder personen met depressie**

Referentie	Percentage AD	Type studie, onderzoekspopulatie, periode
Stant (11)	81%	Trial, ernstig, 2002
Bockting (20)	76%	Trial, ernstig, 2002
Braspenning (21)	68%	LINH, alle, 2001
Spies (22)	77%	Vragenlijst, alle, <2000
Nuyen (15)	67%	LINH/NS2, nieuwe episoden, 2001
Hakkaart (10)	36%	Trial, GGZ, ernstig en mild, 2002

Door rekening te houden met de verhouding tussen het aantal mensen met een lichte versus matige of ernstige episode van depressie resulteren de volgende schattingen:

- Depressie, lichte episode: 42% AD gebruikers (schatting zo gekozen dat bij 78,5% voor matig tot ernstig, het gemiddelde van 68% bij depressie in het algemeen bereikt wordt)
- Depressie, matige of ernstige episode: 78,5% (11,20)
- Depressie, algemeen: 68% (15,21)

Uit een studie naar de duur van het gebruik bleek dat 25% van de mensen met een depressie continu met AD werd behandeld. (15) Ongeveer 40% kreeg een korter durende behandeling met AD.

Onder personen met een depressie krijgt ongeveer 70% medicatie voorgeschreven. Bij matige of ernstige depressie ligt dit tegen de 80%, bij lichte depressie rond de 40%.

Doelmatigheid van behandelingen bij depressie in Nederland

In tabel 4 wordt een kort overzicht gegeven van gepubliceerde Nederlandse kosten-effectiviteitsstudies. Het betrof 8 studies uit de literatuursearch en 1 extra recente studie.

Opvallend is dat slechts 2 van de 8 studies die rechtstreeks aan een trial waren gekoppeld en primaire data gebruikten, significante verschillen vonden in een of meerdere belangrijke uitkomstmaten. Dit is gedeeltelijk te verklaren door een beperkte omvang van de studies, maar de studies hadden meestal wel voldoende power voor de gekozen effectmaat. De enige 2 studies met een significant effect betroffen respectievelijk preventie van depressie (23), en een studie naar arbeidsgelateerde therapie als toevoeging aan intensieve psychotherapie (25).

Op 2 studies na werd evenmin een significant verschil in kosten tussen de verschillende behandelingen gevonden. Dit had zeker veel te maken met de omvang van de studies. Omdat kosten vaak scheef verdeeld zijn is een grotere omvang nodig dan uit poweranalyses voor effectmaten blijkt. De studies met een significant kostenverschil waren de modelstudie naar CBT (15) en de studie naar arbeidsgelateerde therapie (16).

Wat betreft de kosten-effectiviteit valt op te merken dat de studie naar preventie (23) en de studie naar cognitieve zelftherapie (11) een redelijk grote kans vinden dat de onderzochte interventie kosten-effectief is. De studie naar kortdurende therapie versus cognitieve gedragstherapie versus care-as-usual (10) constateert dat cognitieve gedragstherapie het beste naar voren komt in de onzekerheidsanalyse. Daarnaast was er één modelstudie, naar CBT versus antidepressiva. (24) In deze studie zijn Australische data gebruikt over de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie en antidepressiva, waarbij cognitieve gedragstherapie effectiever was, vooral in het verminderen van de kans op een nieuwe depressie. Bij gebruik van Nederlandse schattingen van de kosten, blijkt cognitieve gedragstherapie dan kosten-effectief te zijn.

De overige 5 studies hadden care-as-usual als controle-arm en constateerden allen dat er geen significant verschil was in effecten en kosten, zodat er onvoldoende bewijs was voor de doelmatigheid van de onderzochte behandeling vergeleken met care-as-usual. Het gebrek aan significante effecten zou er ook op kunnen duiden dat de care-as-usual in Nederland eigenlijk weinig afweek van de onderzochte interventies. De conclusie is dat bij kosten-effectiviteitsanalyses van verschillende behandelingen voor depressie, bij het gebruik van care-as-usual als controlegroep, goed moet worden nagedacht of deze studie mogelijk in de vorm van een equivalence trial dient te worden opgezet.(9)

Tabel 4: Overzicht van Nederlandse doelmatigheidsstudies

Studie	Interventie	controle	Uitkomstmaten	Patiënten populatie	Opmerkingen; Conclusie uit de publicatie
Van Baal 2008 (24)	Onderhoudsbehandeling met CBT ³	AD ⁴	QALY	Volwassenen met MDD	Modelstudie, gebaseerd op Nederlandse variant van Australisch model (26;27); CBT kosten-effectief
Bosmans 2006 (28)	Disease Management	CAU	PRIME-MD MADRS QALY	Eerstelijns populatie van ouderen (55+)	Geen verschil in effect. Geen verschil in kosten Disease management programma niet kosteneffectief in vergelijking met CAU.
Bosmans 2007 (29)	IPT ⁵	CAU	MADRS PRIME-MD QALY	Eerstelijns populatie van ouderen (55+)	Geen significant verschil in herstel, QALY en MADRS, of kosten. IPT niet kosten-effectief (k/e)
Bosmans 2007 (30)	Coaching door apotheken	CAU	Therapietrouw SCL score	Nieuwe AD gebruikers; 18+	Geen significant verschil in kosten of effecten. CAU aanbevolen
Bosmans 2008 (12)	Huisartszorg met AD	Huisartszorg zonder AD	MADRS QALY	Minor or mild major depression (80%) 18+	Equivalence trial. Equivalence niet bewezen. Ook geen significant verschil in effect of kosten. HA moet voorzichtig zijn met AD in deze groep.
Hakkaart 2006 (10)	Brief Therapy (BT)	CBT CAU	QALY	GGZ populatie met 87% MDD	Geen significant verschil in kosten of kwaliteit van leven. CBT domineert CAU; BT vs CBT=€220000 per QALY. CBT beste keuze in onzekerheidsanalyse

					BT bespaart geen kosten in totaal, wel voor de RIAGGs
Schene 2007 (25)	Adjuvante occupationele therapie (OT)	CAU (PT en AD)	BDI DSM-IV Werkverzuim	18+, met werkgerelateerde depressie	Geen k/e ratio bepaald. Geen significant verschil DSM-IV, wel op tijd*BDI en op werkverzuim, omdat mensen eerder weer werken. OT geeft kostenbesparing door minder verzuim.
Smit 2006 (23)	Minimal contact PT (bibliotherapie)	CAU	DSM-IV (inc) CES-D score	Eerste lijn, personen met subthreshold depression, 18-65 jr	Significant effect op incidentie van depressie. (RR 0.65) Geen significant effect op kosten; 46 to 70% (46%) kans dat MPT dominant is, dat is, lagere kosten en meer effect.
Stant 2008 (11)	CST ⁶	CAU	SCL-90 BDI QOL (WHO-BREF)	Met geschiedenis van GGZ: MDD, 18+	Geen significant verschil op effectmaten. Idem kosten Gemiddelde k/e: CST is dominant. Uitkomsten lijken implementatie te ondersteunen. Kans dat CST kosten-effectief is van 71% tot 83%

³ CBT is Cognitive behavioral therapy: cognitieve gedragstherapie.

⁴ CAU is care-as-usual: huidige zorg.

⁵ IPT is Interpersonal PsychoTherapy: interpersoonlijke psychotherapie

⁶ CST is Cognitive Self Therapy: cognitieve zelftherapie

Budget-impact van de multidisciplinaire richtlijn voor depressie in Nederland

Om de gevolgen van het toepassen van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (eerste revisie) in te schatten zijn een aantal scenario's opgesteld. Deze zijn in modelanalyses vergeleken met care-as-usual zoals deze is beschreven in de eerste paragrafen van dit hoofdstuk. De scenario's beschrijven zo goed mogelijk de zorg zoals deze door de richtlijn wordt beoogd. Daarmee geven ze een ideaal beeld en tegelijk een abstractie, omdat het niet mogelijk is om rekening te houden met bijvoorbeeld individuele verschillen. Daarom moeten de modelanalyses als indicatief worden gezien. Ze geven een beeld van de gemiddelde patiënt.

Doel van de modelanalyses was inzicht te geven in mogelijke gevolgen voor de kosten van zorg, de kwaliteit van leven, de kans op herstel en de benodigde inzet van professionals bij het opvolgen van de aanbevelingen in deze richtlijn.

De behandelalgoritmen zoals beschreven in de richtlijn hebben als uitgangspunt gediend. We baseren ons voor effectschattingen zoveel mogelijk op de evidentie in de richtlijn.

Bij *lichte episoden van depressie* is gekeken naar het eerste half jaar. In de periode daarna zal een groot deel van de patiënten zijn hersteld en bij de resterende groep is de zorg zoals beschreven in de richtlijn niet heel anders dan de huidige praktijk. De richtlijn beoogt voor deze groep gedurende het eerste half jaar vooral overbehandeling en het niet-geïndiceerde gebruik van antidepressiva te reduceren.

Bij *matige of ernstige episoden van depressie* is gekeken naar het eerste jaar. Hier heeft de richtlijn als doel zo snel mogelijk tot een passende behandeling te komen en onderbehandeling te verminderen.

Met een besliskundig rekenmodel, een Markov model, zijn de effecten doorgerekend over een periode van 5

jaar. De effecten van diverse behandelingen zijn te onderscheiden in 1) een direct effect, wanneer de kwaliteit van leven tijdens de depressie verbetert en er minder symptomen zijn, 2) een effect op herstel, wanneer mensen sneller depressievrij zijn, en 3) een effect op terugval, wanneer de kans op een nieuwe depressie vermindert.

In deze richtlijn is alleen evidentie te vinden voor het eerste, directe effect, meestal in de vorm van gegevens over Cohen's d. Uit diverse studies die worden besproken in de richtlijn komen indicaties naar voren komen dat er verschil is tussen de behandelingen in de kans op herstel en vooral op terugval. De richtlijn biedt echter geen kwantitatieve evidentie om een schatting van de omvang van het verschil in duur van depressie bij de verschillende behandelingen te bepalen, of het verschil in de kans op herstel of de kans op terugval in een bepaalde periode. Daarom zijn we in de modelanalyses uitgegaan van de conservatieve aanname dat behandeling volgens de richtlijn geen significant sneller herstel of lagere kans op terugval geeft dan de care-as-usual. Door deze conservatieve uitgangspunten kunnen de modelanalyses worden gezien als een voorzichtige schatting van de mogelijke effecten van de richtlijnaanbevelingen.

In omvang van de effecten sluiten deze analyses goed aan bij de meeste gepubliceerde Nederlandse kosten-effectiviteitsstudies zoals deze hiervoor zijn besproken. Indien meer evidentie beschikbaar komt over de indirecte effecten op herstel en terugval en over lange termijn kosten en effecten van de diverse behandelingen, kunnen deze in de modelanalyses worden meegenomen.

Omdat de scenario-analyses geen effect veronderstellen op herstel of de kans op terugval is de duur van de depressie en daarmee van eventueel verzuim in alle doorgerekende scenario's van de modelanalyses hetzelfde. Daardoor was het overbodig om de kosten van werkverzuim mee te nemen in de analyses. Hieronder worden eerst de scenario's gepresenteerd die met het model zijn doorgerekend. Zowel voor lichte als voor matig tot ernstige depressie zijn twee scenario's opgesteld, een om de zorg zoals beoogd door de richtlijn te beschrijven (richtlijnsценario) en een om de huidige zorg te beschrijven (care-as-usual scenario). Voor beide scenarios zijn de effecten op de kwaliteit van leven en de kosten van zorg doorgerekend. Ook zijn onzekerheidsanalyses uitgevoerd, op basis van de betrouwbaarheidsintervallen rondom de effectiviteit van de behandelingen, en om de huidige kans op herstel en terugval, en minimum en maximum waardes voor de kosten van zorg.

Na de beschrijving van de scenario's volgt een korte samenvatting van de resultaten. Een uitgebreidere beschrijving van het gebruikte rekenmodel is te vinden in Van Baal en coauteurs.(24)

Inhoud van de scenario's

We onderscheiden vier scenario's:

1. Een richtlijnsценario voor personen met een lichte episode van depressie
2. Een care-as-usual-scenario voor deze groep
3. Een richtlijnsценario voor personen met een matige of ernstige episode van depressie
4. Een care-as-usual-scenario voor deze groep

Van elk scenario worden hieronder de inhoud, de kosten, en de effectiviteit van de zorg beschreven. Het gaat steeds om volwassenen met een depressie (zonder psychotische kenmerken).

1. Lichte episode depressie, Richtlijnsценario

Dit scenario is gebaseerd op het stappenplan voor de behandeling van een lichte episode van depressie, zoals beschreven in deze richtlijn. Voor de onzekerheidsanalyse is een minimumschatting van de kosten gebaseerd op 6-wekelijks contact met een hulpverlener en de laagste schatting van het zorggebruik bij de individuele studies besproken in de meta-analyses.(32;33) Voor de maximumschatting is uitgegaan van tweewekelijks contact met een hulpverlener, de hoogste schatting van het zorggebruik bij de studies besproken in de meta-analyses.(32;33)

	Inhoud	Effect op kwaliteit van leven	Zorggebruik	Kosten van zorg pp
STAP 1: Eerste 12 weken	Voor 40%: BI ⁷ Voor 60%: BI + MI ⁸	Voor BI: geen significant verschil met CAU. ⁹ Voor MI: d=0,84 (Range 0,65-1,02) ¹⁰	BI: 3 consulten door huisarts + folder MI: 1 consult van 30 min. met POH ¹¹ +40 min. TC ¹² +boek	€150 (100-230) voor 12 weken.

STAP 2. Tweede 12 weken	BI + PST of KDB ¹³ Aanname; PST en KDB zijn vergelijkbaar qua inhoud en effect.	PST vs mix (van placebo/AD/wachtlijst/PT): d=0,83 (0,45-1,21). ¹⁴	3 consulten door huisarts +folder 5 consulten door eerstelijnspsycholoog van 45 minuten.	€340 (120-560) voor 12 weken
STAP 3. Rest van de tijd met depressie.	Dit betreft ongeveer 20% van de patiënten. Achtereenvolgens: PT, PT of AD, PT+AD.	Als CAU	Als CAU	Als CAU

⁷ BI=Basis Interventies, bestaande uit Psychoeducatie, Actief volgen & Dagstructurering

⁸ Minimale interventies, bestaande uit bijvoorbeeld bibliotherapie of online selfmanagement.

⁹ CAU= care-as-usual. Gebaseerd op analyses van de NEMESIS-data (31)

¹⁰ Voor bibliotherapie, de d voor alle studies samen. Voor patiënten met depressie, vergelijking met 'no treatment/wating list' control, d varieert tussen 0,30 en 1,41, gemiddelde is 0,88, na 4 tot 11 weken. NB: bibliotherapie omvatte in alle gevallen ook een of andere vorm van ondersteuning/counselling. (32)

¹¹Praktijkondersteuner huisarts (assistente)

¹²Telefonisch consult

¹³ probleemoplossende therapie resp. kortdurende behandeling

¹⁴ Dit is voor MDD waarschijnlijk een overschatting van het effect. Voor subgroep van studies met Major Depressie: d=0,15 (BI ,01-0,30) vs mix. Voor subgroep met MDD vs pl/AD: niet-significant effect.(33)

2. Lichte episode depressie, CAU-scenario

Dit scenario is gebaseerd op diverse gegevens over care-as-usual zorg voor mensen met een lichte episode van depressie. De vraag is of de basisinterventies in de huidige care-as-usual zijn opgenomen of niet. In deze model analyses zijn we hier niet van uit gegaan. Zou dat wel zo zijn, dan zijn de kosten van stap 1 en 2 mogelijk tot €70 hoger. In de onzekerheidsanalyse is voor de minimumschatting het zorggebruik zo gekozen dat de kosten overeenkomen met de schatting uit de NEMESIS studie, terwijl voor de maximumschatting is uitgegaan van tweewekelijks contact met een hulpverlener en 70% gebruik van AD.

	Inhoud	Gemiddelde waarde voor de kwaliteit van leven	Zorggebruik	Kosten van zorg pp
STAP 1: Eerste 12 weken	AD voor 42%, verder matched care (zie zorggebruik)	0,81 ¹⁵	1,5 consult met HA 5 minuten MW 1 keer 45 minuten psycholoog 3 minuten psychiater. Voor 42% van de mensen AD: 3 recepten van 1 DDD per dag voor 30 dagen voor SSRI of TCA + receptregels bij apotheek. plus 3 consulten door huisarts ivm AD	€200 (60-360) voor 3 maanden.
STAP 2. Tweede 12 weken	Zie STAP 1	0,81.	Als boven	€200 (60-350) voor 3 maanden.
STAP 3. Rest van de tijd met depressie.		Niet van belang ¹⁶		Niet van belang ¹⁶

¹⁵ Gebaseerd op de NEMESIS-studie.(16)

¹⁶ Omdat de richtlijnbehandeling in deze fase gelijk is verondersteld aan de care-as-usual zullen er geen verschillen optreden in de effecten en kosten van zorg.

3. Matige of ernstige episode depressie, Richtlijnsценario

Dit scenario is gebaseerd op het stappenplan voor de behandeling van een matige of ernstige episode van depressie, zoals beschreven in deze richtlijn.

In de onzekerheidsanalyses is een minimum- en maximumschatting voor het zorggebruik gemaakt. De minimumschatting gaat uit van een gehalveerd zorggebruik, dus consulten eens per 4 in plaats van eens per 2 weken en 6 recepten voor AD. De maximumschatting gaat uit van wekelijks contact met een hulpverlener en 8 recepten voor AD.

	Inhoud	Effect op kwaliteit van leven	Zorggebruik	Kosten pp
STAP 1: 32 weken	BI met PT of AD	BI bij ernstige depressie: d=0 PT vs wachtlijst: g=0,531 (95% CI=0,345-0,717). ¹⁷ PT even effectief als AD bij deze groep. ¹⁸ AD vs placebo: d =0,62 ¹⁹	BI: 16 consulten door huisarts+folder. (voor 50%)16 consulten door psycholoog of psychiater van 60 minuten Of (voor 50%) 8 recepten van 1 DDD per dag voor 30 dagen voor SSRI of TCA en 8 keer receptregel-vergoeding apotheek.	€1600 (600-2000) per 8 maanden
STAP 2: na 8 maanden	PT+AD of nog intensievere zorg.	Als CAU	Als CAU	Als CAU

¹⁷ Dit was significant lager dan bij minder ernstige depressie (34)

¹⁸ Gebaseerd op 3 RCT's (35)

¹⁹ Gebaseerd op een meta-analyse met bijna alle studies een HRSD scores in very severe range. De auteurs vinden een toenemend effect bij oplopende ernst. Overigens concluderen zij dat AD geen klinisch significant effect hebben ten opzichte van placebo. (36)

4. Matige of ernstige episode depressie, CAU-scenario

Dit scenario is gebaseerd op diverse gegevens over care-as-usual zorg voor mensen met een matige of ernstige episode van depressie. Als uitgangspunt zijn de cijfers over het zorggebruik uit de studie van Stant (11) gebruikt. Dit was de enige studie die voor de groep met een matig tot ernstige depressie gegevens over het zorggebruik had. Echter deze mensen waren allemaal onder poliklinische behandeling van een psychiatrische kliniek en hadden een langere geschiedenis van psychische problematiek. Daarmee geven ze mogelijk geen compleet representatief beeld van het gemiddelde zorggebruik door iemand met een matig tot ernstige depressie. Daarom zijn daarnaast schattingen gemaakt van het zorggebruik die aansluiten op de kostenschattingen uit de NEMESIS-data en de studie van Hakkaart en co-auteurs. Bovendien is een schatting gemaakt van de kosten zonder en met de zorg die maar zeer zelden werd gebruikt. Dit leverde een minimum, maximum en gemiddelde schatting op voor de kosten van zorg bij een matige tot ernstige depressie.

	Inhoud	Effect op kwaliteit van leven	Herstel	Zorggebruik	Kosten pp
STAP 1: 32 weken	Als controlegroep in Stant, zonder zeldzame zorg.	0,49 ²⁰		Zie voetnoot ²¹	€980 (560-1540) voor 8 maanden
STAP 2: na 8 maanden (ongeveer 25% van de patiënten)	Idem, met de opnames erbij.	0,49			Niet van belang ²²

²⁰ Gebaseerd op de NEMESIS-studie (16)

²¹ 50% had ongeveer 3 contacten met de huisarts, 25% kreeg 4 uur zorg door maatschappelijk werk, 44%

kreeg 6 en een half uur zorg door een psycholoog, 40% had 6 uur zorg door een SPGD-er, 40% kreeg 1 en een half uur zorg door een psychiater, 64% had in totaal 17 uur van verschillende vormen van groepstherapie e.d., en 80% gebruikte antidepressiva, rond de 11 recepten per jaar. (Uit Stant, zonder kosten opnames, dagzorg en thuiszorg, die maar door zeer kleine groep werden gebruikt).(11)

Mogelijk is dit een voorzichtige schatting: een aantal experts vond het aantal contacten met huisarts en psychiater in deze schatting aan de lage kant.

²²Omdat de richtlijn behandeling in deze fase gelijk is verondersteld aan de care-as-usual zullen er geen verschillen optreden in de effecten en kosten van zorg.

Resultaten van de scenario-analyses

Na modelanalyses met een aangepaste versie van een bestaand depressiemodel (15) zijn de kosten en gezondheidseffecten van de verschillende scenario's voor een lichte danwel een matige of ernstige depressie onderling vergeleken. Door het verschil in kosten te relateren aan het verschil in gezondheidseffecten, blijkt de kosten-effectiviteit van het opvolgen van de richtlijnaanbevelingen voor een lichte depressie ongeveer €1100 per QALY te kosten en voor een ernstige depressie ongeveer €7000 per QALY.

Voor de modelanalyses zijn effecten uitgedrukt als 'Cohen's d' omgerekend naar effecten in termen van kwaliteit van leven-gewichten, om resultaten in termen van QALYs te krijgen.

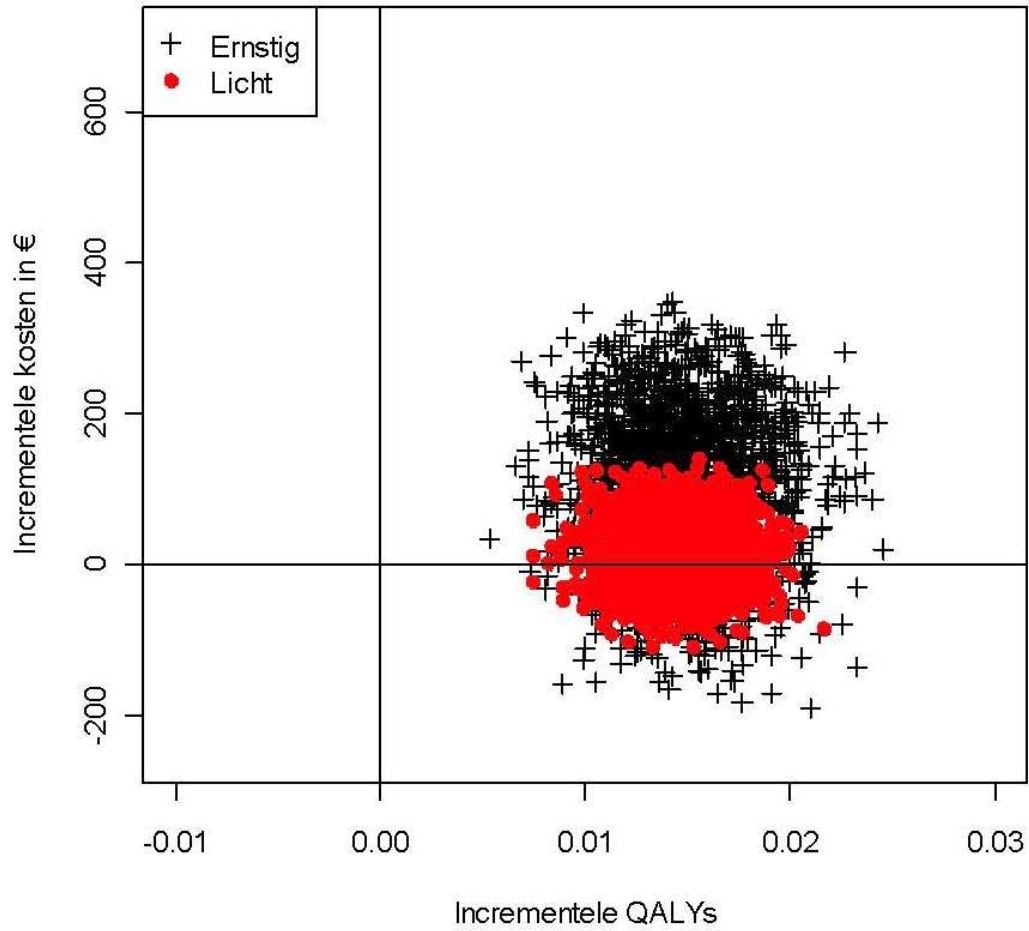
Hiervoor hebben we de aanpak gevolgd zoals ontwikkeld door Vos en coauteurs (26). Daarbij zal een d ter waarde van 0,5 resulteren in een winst in kwaliteit van leven-gewicht van 0,075. Zoals vermeld in de inleiding wordt voor het bepalen van QALYs de kwaliteit van leven op een bepaald moment uitgedrukt met een gewicht tussen de 0 en de 1. Voor iemand met een lichte depressie ligt deze waarde op 0,81 en voor iemand met een ernstige depressie op 0,49.(16) Een winst in kwaliteit van leven van 0,075 is op deze schaal redelijk veel.

Naast de basisanalyses zijn probabilistische onzekerheidsanalyses uitgevoerd. Hierbij is rekening gehouden met onzekerheid in de volgende parameters: relatie effectmaat-winst in kwaliteit van leven, zoals hiervoor beschreven; kans op herstel van een depressie; kans op een nieuwe depressie voor personen die zijn hersteld; behandelkosten; effectmaat in termen van Cohen's d. De onzekerheidsranges voor de laatste twee parameters zijn vermeld in de tabellen met scenario's. Voor de overige parameters is het bestaande depressiemodel van het RIVM gebruikt (24).

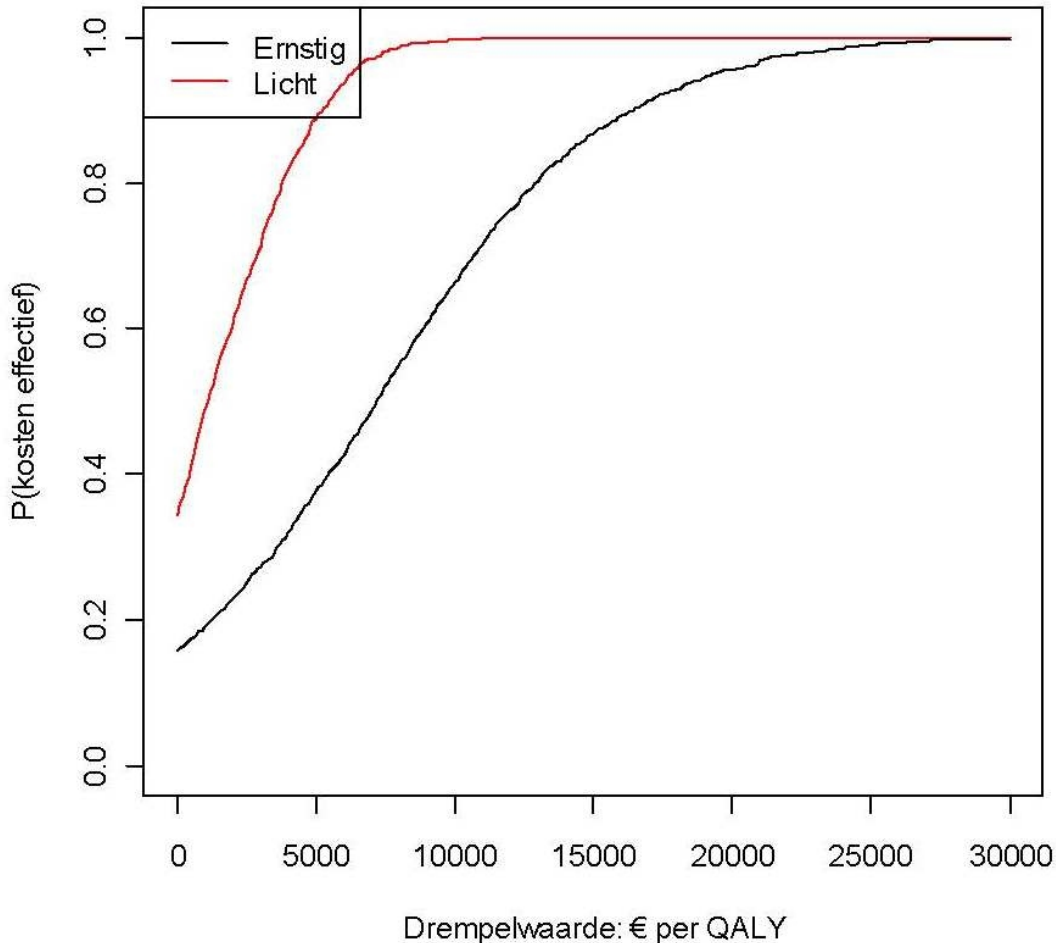
De resultaten van de onzekerheidsanalyses zijn weergegeven in figuur 3 en 4 hieronder. Figuur 3 laat de mogelijke variatie in kosten-effectiviteit van de twee richtlijnsenario's in vergelijking met care-as-usual zien in de vorm van twee puntenwolken. Op de x-as staat de winst in gezondheid in termen van QALYs per persoon per jaar en op de y-as staan de extra kosten per persoon per jaar. De verschillende punten zijn mogelijke uitkomsten voor de kosten-effectiviteit, voor de gegeven onzekerheid. Hieruit is af te lezen dat de effectiviteit van de richtlijnsenario's in termen van QALYs significant verschillend is van nul, wat geen verbazing opwekt, omdat deze is gebaseerd op d's die significant van nul verschilden. Bij een lichte depressie is er een gereede kans dat de richtlijnsenario's goedkoper zijn dan de huidige zorg, wat is te zien omdat een deel van de puntenwolk beneden de x-as ligt. Bij een ernstige depressie bestaat die kans ook, maar deze is kleiner. De kosten per persoon per jaar zijn lager dan in de eerdere kostenschattingen, omdat in deze figuur de kosten zijn gemiddeld over alle personen, ook degenen die op dat moment geen depressie hadden.

Figuur 4 toont de kosten-effectiviteits acceptability curves. Deze curves drukken de onzekerheid in de resultaten op een andere manier uit. Ze tonen de kans dat de behandeling volgens de richtlijn doelmatig kan worden genoemd, afhankelijk van het bedrag wat men bereid is te betalen voor een extra QALY. Voor deze drempelwaarde is tot nu toe in Nederland geen vaste waarde bekend. In recente rapportages noemt de RVZ waarden die variëren met de ernst van de aandoening van €15.000 tot €80.000 per QALY. Voor preventie is €20.000 per QALY een veel gebruikte waarde. De curves voor het richtlijnsenario bij depressie laten zien dat er bij een drempelwaarde van €10.000 per QALY meer dan 95% kans is dat de richtlijnbehandeling voor een lichte depressie doelmatig is en rond de 60% kans dat de richtlijnbehandeling voor een matig tot ernstige depressie doelmatig is. Bij een drempelwaarde van €20.000 per QALY is er voor beide richtlijnsenario's meer dan 90% kans dat deze doelmatig zijn.

Figuur 1: Resultaat onzekerheidsanalyse van de kosten-effectiviteit van de richtlijnsenario's



Figuur 2: Kans dat de richtlijnsenario's in vergelijking met care-as-usual doelmatig zijn, voor verschillende drempelwaarden (acceptability curves)



Conclusies naar aanleiding van de scenario-analyses

De modelanalyses bevestigen het beeld dat naar voren kwam uit de literatuur: de verschillen tussen de huidige zorg en de richtlijnzorg zullen waarschijnlijk niet heel erg groot zijn wat betreft de gezondheidseffecten. De verschillen die er zijn, wijzen er wel op dat de richtlijnscenario's in alle gevallen een verbetering betekenen. Voor een lichte depressie zijn de kosten van de richtlijnbehandeling waarschijnlijk iets hoger dan de huidige zorg, maar er is ook een redelijk grote kans dat ze lager uitvallen. Voor een matig tot ernstige depressie zullen de kosten van de richtlijnbehandeling hoogst waarschijnlijk hoger zijn.

Maar deze extra kosten zijn de investering waard, zoals blijkt uit de doelmatigheidsanalyses. De modelanalyses vinden dat de kosten per gewonnen QALY voor de richtlijnscenario's vergeleken met de huidige zorg voor een lichte depressie erg laag zijn, terwijl ze voor een matig tot ernstige depressie rond de zeventuizend euro per QALY liggen, wat nog steeds relatief laag is. Uit de onzekerheidsanalyses blijkt dat deze resultaten robuust zijn en dat er een zeer grote kans is dat de richtlijnscenario's doelmatig zijn, bij redelijke waarden voor de drempelwaarde van een QALY.

Hierbij valt de kanttekening te maken dat de scenario's mogelijk een onderschatting van de effecten gebruiken, omdat alleen de directe effecten in de analyses zijn meegenomen, zoals hiervoor beschreven. Wanneer de positieve effecten van de richtlijnaanbevelingen, op symptoomvermindering en kwaliteit van leven, herstel en terugval, sterker zijn dan thans onderbouwd kan worden, en diverse studies wijzen in deze richting, zouden de met de modelanalyses gevonden effecten sterker zijn, ten faveure van de richtlijn. Ook als de kosten van de huidige zorg voor de groep met een matig tot ernstige depressie hoger blijken te zijn dan in de studie van Stant en coauteurs (11) werd gemeten, zal de doelmatigheid van de richtlijnscenario's gunstiger uitvallen.

Aan de andere kant is de omrekening van effecten in termen van een gestandaardiseerde effectmaat naar een winst in kwaliteit van leven gebaseerd op een Australische schatting. Mogelijk dat deze was gebaseerd op te optimistische aannames. Bovendien was het lastig om gestandaardiseerde effectmaten te vinden specifiek voor een lichte of ernstige vorm van depressie.

Al met al is de conclusie op basis van deze analyses dat de zorg zoals voorgesteld door de richtlijn

waarschijnlijk doelmatig zal zijn.

Dankwoord

Veel dank aan Dr. Pieter van Baal voor de modelanalyses met het op het RIVM ontwikkelde rekenmodel. Graag bedanken we ook Dr. Filip Smit, Dr. Judith Bosmans, Dr. Dennis Stant en Dr. Leona Hakkaart, en de Kerngroep, met name Prof.dr. Ton van Balkom, Dr. Jan Spijker, Dr. Harm van Marwijk, Dr. Irene van Vliet en Dr. Claudi Bockting, voor het deskundige commentaar op conceptversies van de tekst.

Wetenschappelijke onderbouwing: Referenties

1. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ. *Multidisciplinaire richtlijn depressie*. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie 2005. Utrecht, Trimbos 2005. (www.trimbos.nl/producten).
2. NICE 2004. *Depression: management of depression in primary and secondary care*. www.nice.org.uk/CG023NICEguideline.
3. Drummond M. *Economic evaluation in health care*. Second edition. Oxford: Oxford University Press; 1987.
4. Drummond M, Pang F. Transferability of economic evaluation results. In: Drummond M, McGuire A, editors. *Economic evaluation in health care*. Merging theory with practice. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 256-76.
5. Welte R, Feenstra T, Jager H, Leidl R. A decision chart for assessing and improving the transferability of economic evaluation results between countries. *Pharmacoeconomics* 2004;22(13):857-76.
6. Bosmans JE, van Schaik DJ, de Bruijne MC, van Hout HP, van Marwijk HW, van Tulder MW, et al. Are psychological treatments for depression in primary care cost-effective? *J Ment Health Policy Econ* 2008 Mar;11(1):3-15.
7. Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, Batelaan N, De Graaf R, Beekman A. Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *J Ment Health Policy Econ* 2006 Dec;9(4):193-200.
8. Cuijpers P, Smit F, Oostenbrink J, De Graaf R, Ten Have M, Beekman A. Economic costs of minor depression: a population-based study. *Acta Psychiatr Scand* 2007 Mar;115(3):229-36.
9. Poos MJJC, Smit JM, Groen J, Kommer GJ, Slobbe LCJ. *Kosten van Ziekten in Nederland 2005*. Zorg voor euro's-8. Bilthoven, RIVM 2008 Available from: <http://www.kostenvanziekten.nl/>. RIVM rapport no 270751019.
10. Hakkaart-van Roijen L, van Straten A, Rutten MAF, Donker M. Cost-utility of brief psychological treatment for depression and anxiety. *British Journal of Psychiatry* 2006 Apr;188:323-9.
11. Stant AD, Ten Vergert EM, den Boer PC, Wiersma D. Cost-effectiveness of cognitive self-therapy in patients with depression and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2008 Jan;117(1):57-66.
12. Bosmans JE, Hermens ML, de Bruijne MC, van Hout HP, Terluin B, Bouter LM, et al. Cost-effectiveness of usual general practitioner care with or without antidepressant medication for patients with minor or mild-major depression. *J Affect Disord* 2008 Mar 13.
13. Oostenbrink JB, Koopmanschap MA, Rutten FFH. *Handleiding voor kostenonderzoek*. Methoden voor economische evaluaties in de gezondheidszorg [Guideline for cost research. Methods for economic evaluations in the health care]. Amstelveen: College voor zorgverzekeringen 2000.
14. *Statistics Netherlands*. Statline [online database]. <http://www.cbs.nl/>
15. Nuyen J, Spreeuwenberg PM, Van Dijk L, den Bos GA, Groenewegen PP, Schellevis FG. The influence of specific chronic somatic conditions on the care for co-morbid depression in general practice. *Psychol Med* 2008 Feb;38(2):265-77.
16. Kruijshaar ME, Hoeymans N, Spijker J, Stouthard ME, Essink-Bot ML. Has the burden of depression been overestimated? *Bull World Health Organ* 2005 Jun;83(6):443-8.
17. SFK. Stichting farmaceutische kengetallen. *Data en Feiten 2003-2007*. www.sfk.nl
18. *Geneesmiddelen Informatie Project*. GIPEilingen. Beschikbaar via www.cvz.nl
19. Gardarsdottir H, Heerdink ER, Van Dijk L, Egberts AC. Indications for antidepressant drug prescribing in general practice in the Netherlands. *J Affect Disord* 2007 Feb;98(1-2):109-15.
20. Bockting CL, Ten Doeschate MC, Spijker J, Spinhoven P, Koeter MW, Schene AH. Continuation and maintenance use of antidepressants in recurrent depression. *Psychother Psychosom* 2008;77(1):17-26.
21. Braspenning J, Schiere AM, Mookink H, van den Hoogen H, Grol R. Huisartsgeneeskundig handelen volgens richtlijnen. In: JCC Braspenning, FG Schellevis, RPTM Grol (red). *De Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk*. Kwaliteit huisartsenzorg belicht.

Utrecht/Nijmegen, NIVEL/WOK 2004.

22. Spies T, Mokkink H, de Vries Robbé P, Grol R. Huisarts kiest vaak voor antidepressiva onafhankelijk van de ernst van de depressie. *Huisarts en Wetenschap* 2004. 47(8):364-367.
23. Smit F, Willemse G, Koopmanschap M, Onrust S, Cuijpers P, Beekman A. Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients: randomised trial. *Br J Psychiatry* 2006 Apr;188:330-6.
24. PHM van Baal, M vd Bergh, et al. *Economic evaluation of prevention*. Modelling the cost-effectiveness of increasing alcohol taxes and of prevention of major depression. Bilthoven, the Netherlands: RIVM; 2008. Report No 270091006.
25. Schene AH, Koeter MW, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychol Med* 2007 Mar;37(3):351-62.
26. Vos T, Haby MM, Barendregt JJ, Kruijschaar M, Corry J, Andrews G. The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. *Arch Gen Psychiatry* 2004 Nov;61(11):1097-103.
27. Vos T, Corry J, Haby MM, Carter R, Andrews G. Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy and drug interventions for major depression. *Aust N Z J Psychiatry* 2005 Aug;39(8):683-92.
28. Bosmans J, de Bruijne M, van Hout H, van Marwijk H, Beekman A, Bouter L, et al. Cost-effectiveness of a disease management program for major depression in elderly primary care patients. *J Gen Intern Med* 2006 Oct;21(10):1020-6.
29. Bosmans JE, van Schaik DJ, Heymans MW, van Marwijk HW, van Hout HP, de Bruijne MC. Cost-effectiveness of interpersonal psychotherapy for elderly primary care patients with major depression. *Int J Technol Assess Health Care* 2007;23(4):480-7.
30. Bosmans JE, Brook OH, van Hout HP, de Bruijne MC, Nieuwenhuysse H, Bouter LM, et al. Cost effectiveness of a pharmacy-based coaching programme to improve adherence to antidepressants. *Pharmacoeconomics* 2007;25(1):25-37.
31. Spijker J, De Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry* 2002 Sep;181:208-13.
32. den Boer PC, Wiersma D, van den Bosch RJ. Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. *Psychol Med* 2004 Aug;34(6):959-71.
33. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007 Jan;22(1):9-15.
34. Haby MM, Donnelly M, Corry J, Vos T. Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a meta-regression of factors that may predict outcome. *Aust N Z J Psychiatry* 2006 Jan;40(1):9-19.
35. de Maat SM, Dekker J, Schoevers RA, de Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007 Jan;22(1):1-8.
36. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008 Feb;5(2):e45.

Conclusies:

De gemiddelde medische kosten per jaar voor een volwassen persoon met een depressie liggen tussen de €1100 en €2900 (prijsniveau 2008). De totale kosten bedragen naar schatting €2500 tot €7600. De belangrijkste kostenpost betreft werkverzuim. Hierbij moet worden opgemerkt dat kosten meestal zeer scheef verdeeld zijn, met enkele uitschieters met zeer hoge kosten; bij depressie gaat het dan om mensen die langdurig worden opgenomen in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg (directe kosten) of langdurig arbeidsongeschikt zijn (indirecte kosten). De kosten van ouderen waren relatief hoger, die van jongeren lager dan het gemiddelde.

Voor het zorggebruik bij matig tot ernstige depressie zijn de kosten €1600-€2500 per persoon per jaar. De totale kosten liggen tussen de €2900 en €3400.

Over de kosten bij lichte depressie zijn weinig gegevens. De kosten van zorg zijn naar schatting €270-€460 per persoon per jaar. De totale kosten bedragen tussen de €400 en €3800 per persoon per jaar.

Richtlijnzorg voor depressie is kosten-effectief. De extra kosten per voor kwaliteit van leven gecorrigeerd gewonnen levensjaar van richtlijnbehandeling voor een lichte depressie zijn met meer dan 95% zekerheid lager dan €10.000. De extra kosten per voor kwaliteit van leven gecorrigeerd gewonnen levensjaar van richtlijnbehandeling voor een matige of ernstige depressie zijn met 60% kans lager dan €10.000 en met meer dan 90% kans lager dan €20.000. Dat betekent dat richtlijnzorg bij depressie vergeleken met veel andere gezondheidszorg-programma's zeker waar voor het geld levert.

Appendix: Systematische literatuursearch (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Met behulp van onder meer Embase, Medline en PsycINFO is een systematische literatuursearch verricht. Onderzocht is wat op dit moment in de wetenschappelijke literatuur bekend is over de effectiviteit van diverse vormen van behandeling bij depressie. De update betrof de periode 2001 tot juni 2007 en richtte zich op de volgende uitgangsvraag: Op welke wijze dienen interventies (basisinterventies, psychofarmaca, systematische psychotherapie, combinatiebehandeling) ingezet te worden voor de behandeling van een patiënt met een depressieve stoornis (niet-psychotisch, unipolair), rekening houdend met aard, ernst en beloop (eerste episode, recidiverend) van de problematiek? De gehanteerde zoekstrategie wordt in onderstaande tabel weergegeven. Een noodzakelijke nadere schifting heeft vervolgens plaats gehad op grond van successievelijk: a) het onderwerp of de titel; b) de samenvatting; en - zo nodig - c) de inhoud van het artikel. Het onderzoek naar effectiviteit heeft zich uiteindelijk beperkt tot niet-psychotische (unipolair) depressieve volwassen patiënten in de leeftijd van ongeveer 18 tot 65 jaar. Indien aanvullende literatuursearches zijn verricht is dit aangegeven in het betreffende hoofdstuk. Naast de systematische literatuursearch is ook gebruik gemaakt van reference tracking.

Onderdeel	Thesaurustermen	Vrije tekstwoorden
1. Patiëntenpopulatie	Major Depression Endogenous Depression Postpartum Depression Reactive Depression Recurrent Depression Depression Depression, Post-partum Atypical-Depression Organic-Depression Puerperal-Depression Recurrent-Brief-Depression Treatment Resistant Depression Depressive Disorder Depressive Disorder, Major	
2. Interventies en depressie : - basisinterventies - psychotherapie - farmacotherapie - combinatiebehandeling	Adlerian Psychotherapy Adolescent Psychotherapy Analytical Psychotherapy Autogenic Training Behavior Therapy Brief Psychotherapy Client Centered Therapy Cognitive Behavior Therapy Computer-Assisted-Therapy Conjoint Therapy Eclectic Psychotherapy Exercise Therapy Existential Therapy Experiential Psychotherapy Expressive Psychotherapy Eye Movement Desensitization Therapy Feminist Therapy Geriatric Psychotherapy Gestalt Therapy Group Psychotherapy Guided Imagery Humanistic Psychotherapy Hypnotherapy	running therapy minimal intervention* brief intervention* brief advice* health education literature minimal intervention* brief intervention* brief advice* health education literature exercise ADJ therapy exercise ADJ therapies running ADJ therapy running ADJ therapies brief ADJ intervention\$. minimal ADJ intervention\$. computer ADJ assisted ADJ therapy computer based N2 intervention* computer based N2 therap* online intervention* online therap* exercise therap* combination therap*

	<p>Individual Psychotherapy Insight Therapy Integrative Psychotherapy Interpersonal Psychotherapy Logotherapy Narrative Therapy Online Therapy Persuasion Therapy Primal Therapy Psychoanalysis Psychodrama Psychodynamic Psychotherapy Psychotherapy Psychotherapeutic Counseling Psychopharmacology Rational Emotive Behavior Therapy Reality Therapy Relationship Therapy Running Solution Focused Therapy Supportive Psychotherapy Therapy, Computer-Assisted Transactional Analysis Aversion Therapy Exposure Therapy Implosive Therapy Reciprocal Inhibition Therapy Response Cost Systematic Desensitization Therapy Play Therapy Encounter Group Therapy Therapeutic Community Age Regression (Hypnotic) Adlerian Psychotherapy Dream Analysis Self Analysis Family Therapy Cognitive Therapy Marathon Group Therapy Running therapy Hot Line Services Self Management Self Instructional Training Combined Modality Therapy Motion Therapy, Continuous Passive Muscle Stretching Exercises Drug Therapy Hormone Therapy Narcoanalysis Polypharmacy Vitamin Therapy Psychopharmacology</p>	<p>combination treatment* comined therap* combined treatment* combination therap* OR combination treatment* OR combined therap* OR combined treatment*</p>
3. Verpleegkundige interventies en depressie	<p>Nursing Depressive Disorder/nursing Depression, Postpartum/nursing</p>	

	Depressive Disorder, Major/nursing Nursing Process+ Nurses+ Community Mental Health Community Mental Health Centers Community Mental Health Services Community Psychiatry Community Psychology Psychiatric Nurses	
4. Depressie en gender	Human Sex Differences Sex Characteristics Sex Factors	gender differences

Appendix: Verkrijgbaarheid van de meetinstrumenten (versie 2010)

Richtlijntekst:
VERSIE 2010

Screeners

- INSTEL-screen: zie referenties
- depressieherkenningschaal (DHS): zie referenties
- de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL): DATEC V.O.F., Torenwacht 31, 2353 DB Leiderdorp (www.datec.nl)
- de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): sectie Klinische en Gezondheidspsychologie, RU Leiden, Postbus 9555, 2300 RB Leiden
- MDQ-NL: D.H. Postma en P.F.J. Schulte, GGZ Buitenamstel, Lassustraat 2, 1075 GV Amsterdam. Emailadres: D.Postma@GGZBA.nl

Classificatie

- SCID-I: Swets Tests Publishers, Postbus 860, 2160 SZ Lisse (www.swetest.nl)
- SCAN 2.1: Swets Tests Publishers, Postbus 860, 2160 SZ Lisse (www.swetest.nl)
- M.I.N.I. Plus, Nederlandse Versie 5.0.0: Universitair Medisch Centrum Utrecht, Divisie Psychiatrie, Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht
- Calgary Depression Scale (CDS): P. Dingemans, AMC, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam

Ernstmeting

- Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD): zie referenties
- Caroll Rating Schale (CRS): zie referenties
- Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS): zie referenties
- Bech Rafaelsen Melancholia Rating Scale (BRMS): P. Dingemans, AMC, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam
- Inventory for Depressive Symptomatology (IDS-C en IDS-SR): G.W. Akkerhuis, Altrecht, Vrouwjuttenthof 18, 3512 PZ Utrecht
- Self-Rating Depression Scale (SDS): zie referenties
- Beck Depression Inventory (BDI): zie referenties

Appendix: Enkele definities (versie 2010)

Richtlijntekst:

VERSIE 2010

Gouden standaard: Een test die de aanwezigheid van een ziekte of aandoening met maximale zekerheid kan aantonen.

Betrouwbaarheid: Variantie in scores van een test is opgebouwd uit betrouwbare en foutenvariantie. De bronnen van de foutenvariantie kunnen zeer verschillend zijn. Met behulp van betrouwbaarheidsmaten wordt de generaliseerbaarheid van scores van versies, items, tijdstippen en beoordelaars vastgesteld. „De □ betrouwbaarheid van een test bestaat niet. Er worden vormen van betrouwbaarheid onderscheiden, naar gelang de aard van de variantiebron. Daarnaast zullen de uitkomsten van het betrouwbaarheidsonderzoek afhankelijk van de aard van de onderzochte groep variëren, waarbij vooral de homogeniteit van de groep met betrekking tot het gemeten begrip van belang is.

Validiteit: Validiteit is de mate waarin de test aan zijn doel beantwoordt: kan men uit een test die conclusies trekken die men op het oog heeft?

Begripsvaliditeit: Hierbij wordt onderzocht wat de test eigenlijk meet: meet de test het bedoelde begrip of - gedeeltelijk of voornamelijk - iets anders?

Criteriumvaliditeit: Hierbij wordt onderzocht in hoeverre de testscore een goede voorspeller is van niet-testgedrag (retrospectief, gelijktijdig of predictief).

Sensitiviteit: De sensitiviteit van een test geeft aan welke proportie of welk percentage van de zieken een positieve testuitslag heeft en dus door de test terecht als ziek geïdentificeerd wordt.

Specificiteit: Hierbij wordt aangegeven welke proportie of welk percentage van de niet-zieken een negatieve testuitslag heeft en dus door de test terecht als niet-ziek is geïdentificeerd. Positief voorspellende of predictieve waarde: De proportie zieken onder de personen met een positieve uitslag op de test. Deze is afhankelijk van de prevalentie van de onderzochte aandoening in de groep personen bij wie de test wordt uitgevoerd. Negatief voorspellende of predictieve waarde: De proportie niet-zieken onder de personen met een negatieve testuitslag. Deze is afhankelijk van de prevalentie van de onderzochte aandoening in de groep personen bij wie de test wordt uitgevoerd.

Disclaimer

De informatie in woord en beeld op deze website www.ggzrichtlijnen.nl wordt aangeboden als een service. Aan de op deze website aangeboden informatie en/of diensten kunnen op geen enkele wijze rechten worden ontleend. De auteurs/makers aanvaarden geen aansprakelijkheid voortvloeiende uit gebruik, onnauwkeurigheid of onvolledigheid van de geboden informatie.

Het Trimbos-instituut sluit iedere aansprakelijkheid voor de opmaak en de inhoud van deze richtlijn alsmede voor de gevolgen die de toepassing van deze richtlijn in de patiëntenzorg mocht hebben uit.

Het Trimbos-instituut stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze richtlijn. Hiertoe kunt u contact opnemen met via email: ggzrichtlijnen@trimbos.nl.

Bezoekersstatistieken:

Voor statistische doeleinden worden bezoekersstatistieken van deze www-pagina's bijgehouden. Informatie zoals bezoekaantallen en bezoekfrequentie worden gebruikt voor intern onderzoek en verbetering van de website. Deze informatie is echter algemeen van aard en valt niet te herleiden tot de individuele bezoeker. De identiteit van de bezoeker blijft onbekend. Deze gegevens worden niet gekoppeld aan door u verstrekte persoonsgegevens.

Bescherming persoonsgegevens:

Door abonnees verstrekte persoonsgegevens ten behoeve van abonnementen zal door de auteurs vertrouwelijk worden behandeld. Gegevens zullen niet worden verstrekt aan derden.