

Multidisciplinaire Richtlijn Depressie

Update Multidisciplinaire Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis

Dr. C.L.H. Bockting, I. Boerema en dr. M.L.M. Hermens

Samenvatting

De multidisciplinaire richtlijn voor volwassenen met een depressie werd in 2005 gepubliceerd door het Trimbos-instituut (2005). Deze richtlijn kwam tot stand onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep multidisciplinaire richtlijn ontwikkeling en werd ontwikkeld door beroeps- en familie en cliëntenverenigingen. In 2007 is gestart met een gefaseerde update van deze richtlijn. De eerste update is inmiddels klaar en is onder meer gericht op aanbevelingen over de keuze tussen medicatie, psychotherapie of een combinatie van beiden. Daarnaast richtte de update zich op het principe van *stepped care*. Uitgangspunt daarbij is om de best mogelijke behandeling aan te bieden zonder onder of over te behandelen. Voor de keuze van interventies is rekening gehouden met drie klinisch relevante factoren: ernst (licht versus matig en ernstig); comorbiditeit; en het beloop van de stoornis (eerste episode versus recidiverend). Deze factoren zijn samengevat in beslisbomen (zie het kader). De update staat eind januari 2010 op de website www.ggzrichtlijnen.nl. Daarnaast is een samenvattingskaart ontwikkeld, die te bestellen is bij het Trimbos-instituut (zie www.trimbos.nl/webwinkel). Dit artikel bespreekt de belangrijkste veranderingen in de richtlijn.

Kortdurende psychotherapie

De effectiviteit van kortdurende psychotherapie, zoals in veel gevallen toepast door gz-psychologen, is aangetoond voor zowel mensen met lichte depressies, als voor mensen met relatief ernstige depressieve episodes.

Daarom is in de update van deze richtlijn op basis van deze evidentie meer nadruk gelegd op niet-medicamenteuze behandelvormen. Medicamenteuze behandelingen worden gereserveerd voor de meer langdurige, ernstige en voor psychotherapie resistente depressieve stoornis en voor de depressieve stoornis met melancholische of psychotische kenmerken.

De richtlijn beveelt aan om bij alle patiënten met een depressie te starten met de gebruikelijk basisinterventies toe te passen zoals: het geven van psycho-educatie, het aanbrengen van dagstructurering en het actief volgen van de patiënt. Eerste-stap-interventies die worden aanbevolen voor de lichte depressie zijn bibliotherapie, zelfhulp/zelfmanagement (al dan niet E-health), activerende begeleiding, fysieke inspanning, counseling en psychosociale interventies (inclusief *problem solving therapy* en groepsvormen als 'In de put uit de put'). Deze eerste-stap-interventies worden in toenemende mate in de eerste lijn aangeboden.

Binnen de psychotherapeutische behandeling van depressie is aangetoond dat zowel cognitieve therapie (CT), cognitieve gedragstherapie (CGT), gedragstherapie (gedragmatige activatie, GT) en interpersoonlijke therapie (IPT) effectieve behandelvormen zijn. Verschil in effectiviteit tussen de verschillende vormen is niet aangetoond, al lijkt IPT met name effectief bij patiënten met lichte tot matige depressie. Een 'nieuwkomer' in deze richtlijn is kortdurende psychodynamische psychotherapie. Er zijn aanwijzingen dat deze specifieke vorm van psychodynamische psychotherapie een effectieve behandelvorm is. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat als er naast de depressieve stoornis ook relatieproblemen bestaan (gedragstherapeutische) relatietherapie effectief is, zowel voor de depressie als voor de relatieproblemen. De effectiviteit van experiëntiële en humanistische psychotherapieën is nog onvoldoende vastgesteld.

Psychotherapie of antidepressiva?

Het is aangetoond dat de effectiviteit van CGT, GT en kortdurende psychodynamische psychotherapie bij patiënten met een depressieve stoornis vergelijkbaar is met de resultaten van behandeling met antidepressiva. Bij de depressieve stoornis

De beslisbomen

De indicatiestelling van zorg wordt bepaald door twee belangrijke factoren, de ernst van de depressie en het beloop van de depressie. Om dit overzichtelijk weer te geven zijn beslisbomen of algoritmes ontwikkeld. Deze houden rekening met de ernst van de depressie (onderverdeling licht versus matig en ernstig) en het beloop (duur van de depressie en aantal voorgaande depressieve episodes).

1. De ernst van de depressieve episode (licht vs. ernstig) wordt bepaald door:
 - de mate waarin symptomen in significante mate (subjectief) lijden veroorzaken;
 - de beperkingen in het algemeen sociaal en maatschappelijk functioneren;
 - het aantal symptomen: lichte depressie: 5-6 symptomen, ernstige depressie: 7 of meer symptomen;
 - de aard van de symptomen, met name: psychotische kenmerken, suicidaliteit;
 - de beloopkenmerken (duur van de depressieve episode, al dan niet optreden van stagnatie in het herstel, recidief);
 - comorbiditeit.

2. 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:
 - depressieve episode, licht, eerste episode korter dan 3 maanden bestaand;
 - depressieve episode, licht, eerste episode langer dan 3 maanden bestaand of recidief;
 - depressieve episode, ernstig, eerste episode;
 - depressieve episode, ernstig, recidief.

De beslisbomen of algoritmes geven schematisch de keuzemogelijkheden aan en welke volgende stap aanbevolen wordt, afhankelijk van het resultaat van de behandeling. Voor de volledige teksten zie www.ggzrichtlijnen.nl.

kan - in vergelijking met medicatie - een globaal even effectieve psychologische /psychotherapeutische behandeling worden aangeboden. Dit geldt met name voor patiënten met een lichte depressie, maar ook bij een matige tot en met ernstige depressieve stoornis. Bij patiënten met een lichte en matige depressie zou CGT als eerste keus overwogen moeten worden, mede gezien het duurzame effect. Het is aangetoond dat psychologische/psychotherapeutische interventies ook bij patiënten met een ernstige of recidiverende depressieve stoornis effectief kunnen zijn. Er zijn echter ook 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. Bij onvoldoende respons na meerdere behandelingen met het antidepressivum Paroxetine, zou CT overwogen moeten worden. Dit omdat er aanwijzingen zijn dat na meerdere behandelingen met Paroxetine de effectiviteit afneemt. Dit terwijl de kans op herstel bij start met CT niet vermindert nadat antidepressiva al meerdere keren zijn geprobeerd zonder resultaat.

Het is voornamelijk niet mogelijk om voor psychologische/psychotherapeutische interventies bij de depressieve stoornis een algemene optimale therapieduur vast te stellen. Een Hamilton Depression Rating Scale-score van minder dan 8 (of een vergelijkbare score op een ander instrument) gedurende 4 weken, kan een globaal criterium zijn voor 'stabiele remissie'.

Gezien het feit dat depressie een veelal terugkerende aandoening is, is het van belang bij de indicatiestelling rekening te houden met het langetermijneffect van de behandeling. Psychotherapeutische interventiemethoden, voornamelijk met name C(G)T toegepast tijdens de acute depressieve fase, hebben een profylactisch effect op de lange termijn. C(G)T zou dus vaker overwogen moeten worden als behandelmethode. Daarnaast zijn er behandelmethoden die gestart kunnen worden na herstel, de zogenaamde

sequentiële behandeling. Het is aangetoond dat bij recidiverende depressie, met name bij patiënten met minimaal drie voorgaande episodes, vervolg CT overwogen zou moeten worden: een specifieke vorm van Preventieve Cognitieve Therapie of Mindfulness Based CT.

Wanneer psychotherapie combineren met antidepressiva?

Een combinatiebehandeling van psychotherapie en medicatie dient overwogen te worden bij patiënten met een ernstige en of chronische depressieve stoornis ter behandeling van de klachten. Ter voorkoming van recidief wordt ook een combinatie van CGT met antidepressiva aanbevolen boven antidepressiva alleen, gezien het profylactische effect van met name C(G)T op toekomstig terugval. Het is aannemelijk dat bij patiënten met een depressieve stoornis die hebben gerepsondeerd op een acute behandeling met antidepressiva, vervolgbehandeling met CT terugval kan voorkomen, met name bij mensen met drie of meer voorgaande depressies. Wanneer patiënten met een depressieve stoornis na respons op een acute behandeling met antidepressiva nog restsymptomen hebben, dient cognitieve gedragstherapie overwogen te worden. De tweede update gaat over de behandeling van recidiverende depressie en chronische depressie en is op dit moment gaande.

Verschillen in effectiviteit psychologische behandelingen en subgroepen

Dat onderling verschillende vormen van psychotherapie vergelijkbaar succes kunnen hebben, wordt door sommigen wel geschreven aan het bestaan van common factors, zoals een (geslaagde) therapeutische alliantie, een gestructureerd behandelingsplan, empathie en een voor de patiënt én therapeut overtuigende rationale van de aanpak, dat wil zeggen een behandelmethode met

De achtergrond van de nieuwe richtlijn

Volgens voorspellingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wordt depressie volksziekte nummer één. De cijfers zijn alarmerend. In Nederland ontwikkelt jaarlijks één op vier mensen een psychische stoornis. De bestaande multidisciplinaire richtlijn voor depressie is in 2005 ontwikkeld en baseert zich op de wetenschappelijke literatuur tot 2001. De aanbevelingen in deze richtlijn missen in hun onderbouwing een aantal belangrijke recente studies. Nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de biologische behandeling en de gesprekstherapie zijn wetenschappelijk geëvalueerd. Samenwerkingsmodellen, zorgprogramma's en experimenten op het gebied van taakdelegatie, consultatie en *stepped care* hebben praktijkkennis opgeleverd die nog onvoldoende in de huidige richtlijn zijn opgenomen. Daarnaast ontbreekt het in dit documenten ook aan uitspraken over maatschappelijk relevante vraagstukken die vanaf 2001 in ons land veel aandacht hebben gekregen. Om die redenen is besloten om de richtlijn te reviseren. De verwachting is dat dit bijdraagt aan het verbeteren van het medisch handelen bij mensen met een depressie. In 2007 werd gestart met een eerste revisie van de richtlijn Depressie, deze is inmiddels afgerond. Vervolgens is gestart met een tweede update van deze richtlijn, welke naar verwachting in het voorjaar van 2010 gereed zal zijn. Daarna zal het reviseren waarschijnlijk vervolgd worden met de uitvoering van een derde revisie. Door dit voortdurende proces van updaten van onderdelen van de richtlijn is het mogelijk actuele onderzoeksresultaten en nieuwe inzichten mee te nemen, waarmee we kunnen spreken van een 'levende' richtlijn. Voorafgaande aan de eerste revisie van de richtlijn werd een knelpuntenanalyse gehouden onder experts, professionals en patiënten en familie. Op basis hiervan heeft de Kerngroep van de update van de multidisciplinaire richtlijn de uitgangsvragen ten behoeve van het reviseren van de richtlijn beschreven. Deze betreffen chroniciteit, comorbiditeit en diagnostiek, waarbij met name rond chroniciteit nieuwe evidentie voorhanden is. Daarnaast worden er in de update vragen rondom diagnostische criteria beantwoord.

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 eerste update betrof de periode 2001 tot en met mei 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? Het onderzoek naar effectiviteit heeft zich uiteindelijk beperkt tot niet-psychotische (unipolair) depressieve volwassen patiënten in de leeftijd van ongeveer 18 tot 65 jaar. Naast de systematische literatuursearch is ook gebruik gemaakt van reference tracking.

uitgangspunten die geloofwaardig zijn voor de therapeut en de cliënt (Luborsky e.a., 2002; Wampold, 2001). Los hiervan zou de equivalentie van psychotherapievormen bij depressies wel eens niet kunnen gelden voor specifieke subgroepen van patiënten. 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 een korte *evidence based*-behandeling (met name CGT) ook effectief is bij etnische groepen (vrouwen uit Chili met lage inkomens, Aziatische vrouwen die in Londen wonen en etnische minderheden in de VS) en

bij specifieke groepen die vaak niet in RCT worden opgenomen (zoals kinderen en adolescenten van ouders met MDD). ■

Auteurs

- Dr. Claudi Bockting, klinisch psycholoog BIG, psychotherapeut BIG, Universitair hoofddocent Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen/Symfona
- Ina Boerema, wetenschappelijk medewerker Trimbos-instituut, projectleider update richtlijnen angststoornissen & depressie
- Dr. Marleen Hermens, wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, richtlijnadviseur update richtlijnen angststoornissen & depressie