

STUURGROEP

Multidisciplinaire
Richtlijnontwikkeling

GGZ



MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN DEPRESSIE

Versie 1.0

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ
Multidisciplinaire Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie (2005)
Uitgever: Trimbos-instituut, Utrecht (art. no.: AF0605)

Inhoudsopgave

Algemene inleiding	1
Aanleiding.....	1
Richtlijnontwikkeling GGZ.....	1
Fasen in het zorgproces voor personen met een stemmingsstoornis.....	1
Taken en disciplines in het zorgproces.....	2
Doelstelling.....	2
Toepassing van richtlijnen.....	3
Patiëntenvertegenwoordigers.....	3
Richtlijngebruikers.....	3
Specifieke inleiding	4
Probleemomschrijving en uitgangsvragen.....	4
Oorspronkelijke uitgangsvragen.....	4
Diagnostiek.....	4
Biologische therapie.....	4
Psychologische/psychotherapeutische interventies.....	5
Praktisch ondersteunende interventies.....	5
Samenstelling werkgroep.....	5
Werkwijze werkgroep.....	5
Wetenschappelijke onderbouwing.....	6
Kosteneffectiviteit.....	6
Implementatie en indicatorontwikkeling.....	7
Juridische betekenis van richtlijnen.....	7
Herziening.....	7
Diagnostiek	9
Uitgangsvragen.....	9
Zoekstrategie.....	10
Patiëntenperspectief.....	10
Typen depressie.....	11
Depressieve stoornis.....	11
Dysthymie.....	12
Depressieve stoornis: subtypen.....	12
Criteria voor de subtypen van de depressieve stoornis.....	12
Onderscheid met bipolaire en cyclothyme stoornissen.....	13
Beloopvormen van de depressieve stoornis.....	14
Indeling in ernst voor de klinische praktijk.....	14
Classificatie.....	15
Differentiele diagnostiek van depressie.....	16
Andere, minder ernstige psychische stoornissen.....	16
Depressie.....	16
Stressgerelateerde stoornissen.....	17
Aanpassingsstoornis.....	17
Rouwreactie.....	18
Andere psychiatrische stoornissen.....	18
Angststoornissen.....	18
Psychotische stoornissen.....	19
Beginnende dementie.....	19
Stemmingsstoornissen door gebruik van (genees)middelen.....	19
Persoonlijkheidsproblematiek (dan wel persoonlijkheidsstoornissen).....	20
Somatische aandoeningen.....	20
Gevolgen van depressie voor het functioneren op levensgebieden.....	21
Het ontstaan van depressie.....	22
Fysiopathogenese.....	22
Psychopathogenese.....	22
Het voortbestaan van depressies.....	22
Patiëntgebonden factoren.....	23
Hulpverlenergebonden factoren.....	23
Het recidiveren van depressies.....	23
Meetinstrumentarium.....	23
Screening.....	24

Inhoudsopgave

Diagnostiek

Classificatie.....	26
Ernstbepaling.....	28

Indicatie voor behandeling.....31

Uitgangsvragen.....	31
Patiëntenperspectief.....	31
Indicatie voor behandeling.....	32
Eerste-stap-behandelingen.....	32

Biologische behandeling van depressie.....34

Uitgangsvragen.....	34
Zoekstrategie.....	34
Patiëntenperspectief.....	34
Indicatie voor behandeling met antidepressiva.....	35
Eerstekeuzemiddelen.....	36
Voortzetting van de behandeling na herstel.....	39
Sint-janskruid.....	40
Lichttherapie.....	40
Beleid bij nonrespons vier weken na de eerste stap.....	41
Medicamenteuze vervolgstappen bij nonrespons op de eerste stap.....	42
Lithiumadditie bij nonrespons op de eerste (of volgende) stap.....	44
Klassieke MAO-remmers bij nonrespons op de eerste (of volgende) stap.....	45
Biologische behandelingsmogelijkheden bij een psychotische depressie.....	45
Antidepressiva bij de behandeling van de dysthyme stoornis.....	46
Benzodiazepinen bij de behandeling van depressie.....	47
Elektroconvulsietherapie bij de depressieve stoornis.....	48

Psychologische/ psychotherapeutische interventies.....50

Uitgangsvragen.....	50
Zoekstrategie.....	50
Patiëntenperspectief ten aanzien van psychologische/psychotherapeutische interventies.....	51
Duurzaam effectieve psychologische/ psychotherapeutische interventies.....	51
Duurzaamheid van de resultaten.....	53
Psychotherapie versus medicatie.....	54
Simultane combinatiebehandelingen.....	57
Sequentiële (combinatie) behandelingen met medicatie en psychotherapie.....	58
Chronische depressies inclusief dysthymie.....	58

Steunende en structurerende interventies.....61

Uitgangsvragen.....	61
Patiëntenperspectief ten aanzien van steunende en structurerende interventies.....	61
Praktische ondersteunende 'cognitieve' interventies.....	62
Bibliotherapie/zelfhulp en psycho-educatie.....	62
Counseling/casework.....	63
Counseling en psycho-educatie in relatie tot therapietrouw.....	64
Combinaties van bovengenoemde interventies.....	65
Supportgroepen.....	66
Het effect van praktische en sociale interventies.....	67
Diagnostiek en interventies door maatschappelijk werk.....	67
Achtergrond.....	68
Overeenkomsten en verschillen tussen de interventies.....	68
Diagnostiek in het maatschappelijk werk.....	68
Interventies maatschappelijk werk.....	68
Vaktherapieën.....	71
Psychomotorische therapie.....	71
Muziektherapie.....	71
Dramatherapie.....	72
Beeldende therapie.....	72
Algemene samenvatting vaktherapieën.....	72
Verpleegkundige interventies.....	77

Inhoudsopgave

<u>Ervaringen van patiënten met een depressie</u>	83
<u>Onderbouwing</u>	83
<u>Diagnostiek</u>	84
<u>Behandeling algemeen</u>	85
<u>Medicamenteuze behandeling</u>	85
<u>Psychologische/psychotherapeutische interventies</u>	86
<u>Praktisch ondersteunende interventies</u>	86
<u>Relationele aspecten van hulpverlening</u>	86
<u>Organisatorische aspecten van de hulpverlening</u>	87
<u>Implementatie en verder wetenschappelijk onderzoek</u>	88
<u>Voorstellen voor implementatie van deze richtlijn</u>	88
<u>Zinvol verder wetenschappelijk onderzoek</u>	89
<u>Referenties</u>	90
<u>Bijlagen</u>	111
<u>Notities</u>	114
<u>Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht</u>	114
<u>Verkrijgbaarheid van de meetinstrumenten</u>	114
<u>Enkele definities</u>	115
<u>Disclaimer</u>	116

Algemene inleiding

Richtlijntekst:

Aanleiding

De werkgroep Multidisciplinaire richtlijn Depressie bij volwassenen heeft deze richtlijn opgesteld volgens de uitgangspunten van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Deze uitgangspunten worden hieronder kort weergegeven.

Richtlijnontwikkeling GGZ

Tal van beroepsverenigingen en instellingen in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) ontwikkelen richtlijnen, vaak als onderdeel van hun kwaliteitsbeleid. Na een landelijke werkconferentie werd begin 1999 de Landelijke Stuurgroep Richtlijnontwikkeling GGZ geïnstalleerd. Deze stuurgroep telt vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, het Nederlands Instituut van Psychologen en de Federatie Verpleegkunde in de GGZ. De stuurgroep wordt geleid door een onafhankelijk voorzitter. Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut verlenen ondersteuning.

Op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is de Stuurgroep in 1999 de verschillende activiteiten op het gebied van richtlijnontwikkeling op elkaar af gaan stemmen. Psychiaters, huisartsen, psychotherapeuten, psychologen en verpleegkundigen in de GGZ, maar ook apothekers, maatschappelijk werkers, vaktherapeuten en sociaal-pedagogische hulpverleners ontplooiën activiteiten op dit gebied. Brede afstemming van deze activiteiten is nodig met het oog op de toekomst. Op dit moment is de situatie nog weinig problematisch: het aantal richtlijnen in de GGZ is nog bescheiden en de eerste generatie richtlijnen, standaarden en protocollen heeft meestal betrekking op slechts één of enkele aspecten van de hulpverlening - ze zijn *monodisciplinair* en *monofasisch*. Door het in toenemende mate denken in termen van *zorgtrajecten*, waarbij de patiënt en de 'ziektecarrière' centraal staan in de beschrijving van het zorgproces, is echter behoefte aan *geïntegreerde* richtlijnen ontstaan. Deze geïntegreerde en multidisciplinaire richtlijnen kunnen de samenhang en interactie tussen de verschillende beroepsgroepen en tussen opeenvolgende fasen in het zorgproces beschrijven.

Voorop staat echter dat het ontwikkelen van richtlijnen geen doel op zich is, maar op de eerste en de laatste plaats de kwaliteit van zorg moet dienen. De patiënt moet er beter van worden en de hulpverlener moet er daadwerkelijk steun aan ondervinden. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling een bureaucratisch keurslijf van regelgeving te ontwerpen dat in iedere spreekkamer een blok aan het been is en waarin ook patiënten zich niet herkennen. Om ontsporingen te voorkomen, zo stelt de stuurgroep voor, zal dit uitgangspunt geregeld met evaluatieonderzoek getoetst worden.

Fasen in het zorgproces voor personen met een stemmingsstoornis

De richtlijn is bedoeld voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Aard, ernst en duur van een depressie kunnen sterk verschillen.

De Landelijke Stuurgroep Richtlijnontwikkeling GGZ onderscheidt ruwweg de volgende min of meer chronologische fasen in het zorgproces:

- preventie (het voortraject)
- diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing (voordeur GGZ)
- vervolgdagnostiek, opstellen behandelplan, afspraken tussen patiënt en hulpverlener
- behandeling, verpleging, verzorging, begeleiding (met onderscheid naar eventuele subfasen, inclusief evaluatie en bijstellen indicatie)
- afsluiting en nazorg, of terug naar een eerdere fase

Taken en disciplines in het zorgproces

Een monodisciplinaire richtlijn, zoals een huisartsenstandaard (NHG-standaard), voldoet uitstekend als de taken van de betreffende beroepsgroep goed af te bakenen zijn en niet direct samenhangen met die van andere beroepsgroepen. Als men echter meerdere of alle elementen van een zorgproces in samenhang wil uitvoeren, zoals in de GGZ geregeld aan de orde is, volstaat een monodisciplinaire richtlijn niet. Dan moeten monodisciplinaire visies op het zorgproces worden samengesmeed tot een multidisciplinaire richtlijn of moeder-richtlijn die toewerkt naar samenhang, afstemming en uniformiteit van begrippen.

In de multidisciplinaire richtlijnen moeten naar de mening van de Landelijke Stuurgroep Richtlijnontwikkeling GGZ in ieder geval de volgende kerndisciplines participeren rond de volgende thema's:

- algemene diagnostiek: psychiaters, huisartsen, psychotherapeuten, psychologen
- biologische interventies: psychiaters, (huis)artsen, apothekers
- psychologische interventies: psychiaters, psychotherapeuten, psychologen
- vaktherapeutische interventies: vaktherapeuten
- praktische en sociaal-maatschappelijke interventies: maatschappelijk werkers, verpleegkundigen in de GGZ, sociaal-pedagogisch hulpverleners
- zorgcoördinatie en afstemming: alle beroepsgroepen

Doelstelling

Een richtlijn is - in het algemeen - een document met aanbevelingen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering en dient dan ook als zodanig gebruikt te worden. Een richtlijn berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming door beroepsbeoefenaren en patiënten, gericht op het uitdrukkelijk omschrijven van goed handelen. Het toepassingsgebied van deze richtlijn bestaat uit de ondersteuning van diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een depressie.

Indien de aanbevelingen uit deze richtlijn in de concrete situatie niet aansluiten bij de wensen of behoeften van de patiënt, dan moet het in principe mogelijk zijn beredeneerd af te wijken van de richtlijn tenzij de wensen of behoeften van de patiënt naar de mening van de behandelaar hem/haar kunnen schaden dan wel geen nut hebben.

- In de richtlijn zal verder omwille van de eenduidigheid de term 'patiënt(en)' worden gebruikt, hoewel de werkgroep zich er van bewust is dat in veel (beroeps)groepen de term cliënt(en) de voorkeur geniet.
- In de richtlijn worden niet (of onvolledig) behandeld: depressie bij kinderen, depressie bij verstandelijk gehandicapten, depressie tijdens of direct na de zwangerschap, bipolaire stoornis, transculturele aspecten van depressie, en depressie bij zeer ouderen met uitgebreide comorbiditeit.

Deze richtlijn moet gezien worden als een 'moederrichtlijn': een multidisciplinair basisdocument. Op basis hiervan zal een vertaling kunnen plaatsvinden naar monodisciplinaire richtlijnen van de afzonderlijke beroepsgroepen. Het document biedt eventueel ook aanknopingspunten voor transmurale afspraken of lokale protocollen, wat de implementatie van de aanbevelingen zal bevorderen. De richtlijn is een herziening van de multidisciplinaire CBO-richtlijn 'Depressie bij volwassenen' (1994), en daarmee is de geldigheid van de aanbevelingen uit de oude richtlijn vervallen.

De richtlijn bevat aanbevelingen die op een transparante manier gebaseerd zijn op bewijs in combinatie met ervaring en opinie. De aanbevelingen zijn zoveel mogelijk geldig voor het grootste deel van de in de aanbeveling besproken patiëntengroep (of voor het grootste deel van 'alle personen met - verdenking op - een depressie') en zijn geldig voor zoveel mogelijk zorgverleners en situaties. Uiteraard blijven beslissingen over de daadwerkelijk toe te passen zorg vallen onder de verantwoordelijkheid van de individuele zorgverlener in overleg met de individuele zorgvrager, toegespitst op die unieke situatie. De richtlijn is daarbij bedoeld als een hulpmiddel.

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 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'. Naar ervaringen van patiënten met een depressie blijkt overigens nauwelijks onderzoek gedaan te zijn.

Toepassing van richtlijnen

Richtlijnen en indicatiestelling

Een hulpverlener die te maken krijgt met de hulpvraag van een patiënt, moet samen met de patiënt vaststellen wat passende hulp is. Dit gebeurt in de eerste lijn en in de tweede lijn (voorkeur). De aanbevelingen uit de richtlijn kunnen bij dit proces van indicatiestelling richtinggevend zijn.

Richtlijnen en zorgprogramma's

Zorgprogramma's zijn gedefinieerd als een samenhangend hulpaanbod voor een omschreven doelgroep. Bij het opstellen van een zorgprogramma kunnen de richtlijnen worden gebruikt om de verschillende behandelmodules en de stappen in het zorgprogramma zoveel mogelijk evidence based te doen zijn.

Patiëntenvertegenwoordigers

Apart aandachtspunt is de inbreng van de patiëntenvertegenwoordigers bij het opstellen van deze richtlijn. Een geïntegreerde ggz-richtlijn is uitdrukkelijk óók een beslissingsondersteunend instrument voor de patiënt. Deze kan als medebeslisser vervolgens ook aangesproken worden op zijn of haar medeverantwoordelijkheid voor het slagen van de behandeling. De richtlijn moet de patiënt in staat te stellen zelf een actieve rol te vervullen bij de behandeling. Patiëntenvertegenwoordigers zijn bij het opstellen van deze richtlijn betrokken geweest. De Landelijke Stuurgroep Richtlijnontwikkeling GGZ heeft aan de patiëntenvertegenwoordigers waar nodig en gepast begeleiding en ondersteuning gegeven. Hulpverleners dienen zich ervan bewust te zijn dat hun handelen afgestemd zou moeten worden op de behoeften en de mogelijkheden van de patiënt die hij of zij in behandeling heeft. Daarom is er in deze richtlijn voor gekozen het patiëntenperspectief als een rode draad door de hele richtlijn te laten lopen. In de verschillende hoofdstukken zijn kaders toegevoegd waarin het patiëntenperspectief betreffende de in dat hoofdstuk besproken thema's wordt verwoord. Daarnaast is het patiëntenperspectief in hoofdstuk 7 opgenomen.

Richtlijngebruikers

Deze richtlijn is geschreven voor de ondersteuning van iedereen die bij de professionele zorg voor volwassenen met een depressie betrokken is. Op basis van deze richtlijn kunnen door het hierboven genoemde team van experts voor de verschillende groepen professionals consensusdocumenten worden opgesteld.

De Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ benadrukt dat de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ geschiedt vanuit een inhoudelijke invalshoek ten behoeve van de verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening.

Specifieke inleiding

Richtlijntekst:

Probleemomschrijving en uitgangsvragen

Depressie is een ziekte met een sombere stemming en het verlies van interesse en plezier als belangrijkste kenmerken. Om van een depressie te kunnen spreken, moeten verscheidene van de volgende klachten of symptomen gedurende minimaal twee weken het grootste deel van de dag aanwezig zijn en een verstoring van het dagelijks functioneren met zich meebrengen: een gevoel van waardeloosheid of schuldgevoelens; slaapstoornissen; verminderde of grotere eetlust, of duidelijke gewichtsverandering; weinig energie of veel vermoeidheid; concentratieproblemen of besluiteloosheid; traagheid of juist aanhoudende lichamelijke onrust; en terugkerende gedachten over de dood of zelfdoding. Soms gaat een depressie gepaard met klachten als lusteloosheid; paniek- of angstgevoelens; prikkelbaarheid of snel geïrriteerd zijn; vergeetachtigheid; verminderde seksuele gevoelens; en veel of juist niet kunnen huilen. Daarnaast kunnen een rol spelen: gevoelens van hopeloosheid en hulpeloosheid; verwaarlozing van zichzelf, het huis of sociale contacten; en lichamelijke klachten waarvoor geen oorzaak gevonden wordt.

Depressie is een belangrijk gezondheidszorgprobleem: van alle mensen die de Nederlandse huisartsen per jaar zien, heeft 1% een depressie. Waarschijnlijk komt per jaar bij 5% van alle mensen een depressie voor. Iedere volwassene heeft in zijn leven ongeveer 15% kans om een depressie te krijgen, met een piek rond het 30^e levensjaar. Vrouwen gaan vaker naar hulpverleners voor klachten die bij een depressie passen dan mannen. Iemand die ooit een depressie heeft doorgemaakt, heeft een grotere kans om nog eens een depressie te krijgen.

Oorspronkelijke uitgangsvragen

Voor het opstellen van de richtlijn zijn uitgangsvragen geformuleerd. Deze uitgangsvragen zijn naar de mening van de Landelijke Stuurgroep Richtlijnontwikkeling GGZ en de werkgroep richtlijn Stemmingsstoornissen een zo goed mogelijke weergave van de belangrijkste bestaande controversen binnen de zorg voor personen met een depressie.

De uitgangsvragen zijn in verschillende categorieën bij elkaar gebracht. Deze categorieën vertegenwoordigen de verschillende hoofdstukken in de richtlijn. De oorspronkelijke uitgangsvragen worden hier - vooral ter volledigheid - weergegeven, maar de werkgroep die de richtlijn voorbereidde heeft verschillende uitgangsvragen gedurende het ontwikkelingsproces aangepast.

Diagnostiek

- Welke stemmingsstoornissen kan men onderscheiden en welk onderscheid heeft relevantie voor de klinische praktijk?
- Wat zijn de gevolgen van stemmingsstoornissen voor het functioneren in levensgebieden (privé, werk, sociaal, e.d.) en vice versa?
- Welke factoren spelen een rol bij het ontstaan, voortbestaan, verdwijnen en terugkomen van de verschillende vormen van stemmingsstoornissen (is het mogelijk op basis van deze factoren een prognostische index samen te stellen)?
- Welk diagnostisch instrumentarium is beschikbaar voor de verschillende settings om zowel de verschillende niveaus en vormen van stemmingsstoornissen vast te stellen, als de factoren op te sporen die het ontstaan, voortbestaan, verdwijnen en terugkomen van stemmingsstoornissen bepalen?

Biologische therapie

- Welke interventies/behandelmethoden zijn effectief bij de verschillende niveaus van stemmingsstoornissen?

- Wat is bekend over de verschillende combinaties van interventies wat betreft werkzaamheid, effectiviteit en kostenefficiëntie en welke beslisbomen zijn daar voor op te stellen?
- Wat zijn de concrete criteria in de diverse settings voor de indicatiestelling van de verschillende behandelmethoden/interventies op 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 op de verschillende niveaus van stemmingsstoornissen, en van de verschillende interventies?

Psychologische/psychotherapeutische interventies

- Welke interventies/behandelmethoden zijn effectief bij de verschillende niveaus van stemmingsstoornissen?
- Wat is bekend over de verschillende combinaties van interventies wat betreft werkzaamheid, effectiviteit en kostenefficiëntie, en welke beslisbomen zijn daar voor 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 setting (ambulant, deeltijd of klinisch)?
- Zijn er indicatoren te onderkennen waarmee een uitspraak gedaan kan worden over de kwaliteit van de zorg op de verschillende niveaus van stemmingsstoornissen, en van de verschillende interventies?

Praktisch ondersteunende interventies

- Welke interventies/behandelmethoden zijn effectief bij de verschillende niveaus van stemmingsstoornissen?
- Wat is bekend over de verschillende combinaties van interventies wat betreft werkzaamheid, effectiviteit en kostenefficiëntie en welke beslisbomen zijn daar voor 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 setting (ambulant, deeltijd of klinisch)?
- Zijn er indicatoren te onderkennen waarmee een uitspraak gedaan kan worden over de kwaliteit van de zorg op de verschillende niveaus bij stemmingsstoornissen, en van de verschillende interventies?

Samenstelling werkgroep

De werkgroep die deze richtlijn heeft ontwikkeld, was multidisciplinair samengesteld: naast psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, huisartsen en verpleegkundigen in de GGZ namen ook patiënten, maatschappelijk werkers, ziekenhuisapothekers, psychomotorisch therapeuten en creatief therapeuten deel. De werkgroep bestond uit 21 personen en was onderverdeeld in vier subgroepen: diagnose, biologische therapie, psychologische/psychotherapeutische interventies en ondersteunende interventies. Hoewel afzonderlijke tekstgedeelten door individuele werkgroepleden of subwerkgroepen zijn voorbereid, is dit document geschreven uit naam van de hele werkgroep.

Bij het samenstellen van de werkgroep is zoveel mogelijk rekening gehouden met de geografische spreiding van de werkgroepleden en met een evenredige vertegenwoordiging van de verschillende verenigingen, 'scholen' en academische achtergronden. De werkgroepleden handelden onafhankelijk en waren gemandateerd door hun vereniging. De werkgroepleden hadden geen relevante binding met farmaceutische industrieën, producten of diensten, noch met enige andere relevante 'derde partij'. (zie [bijlage 1](#))

Werkwijze werkgroep

De werkgroep werkte gedurende 30 maanden (15 vergaderingen) aan de totstandkoming van deze richtlijn. De werkgroepleden zochten op systematische wijze literatuur en beoordeelden de inhoud en de betrouwbaarheid van de resultaten. Vervolgens schreven de werkgroepleden per subgroep een paragraaf of hoofdstuk voor de conceptrichtlijn, waarin de beoordeelde literatuur werd verwerkt. Tijdens vergaderingen lichtten zij hun eigen teksten toe, dachten mee en discussieerden over andere hoofdstukken. De

subgroepleden, auteurs, staan per hoofdstuk vermeld in de richtlijn. De werkgroep is echter als geheel 'drager van de gehele richtlijn', zonder hoofdelijke verantwoordelijkheid of aansprakelijkheid.

Wetenschappelijke onderbouwing

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 1990 gepubliceerde artikelen in PsychINFO, Medline, Cochrane, Embase en Cinahl databases. De zoekacties werden gesloten per februari 2003. Daarnaast werden artikelen uit referentielijsten van opgevraagde literatuur gehaald. Ook werden andere (buitenlandse) richtlijnen aangaande stemmingstoornissen geraadpleegd. De geselecteerde artikelen zijn door de werkgroepleden beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en gegradeerd naar mate van bewijskracht (zie tabel).

Tabel: Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht

Voor artikelen betreffende preventie of therapie

A1 systematische reviews die tenminste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn

A2 gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie;

B gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiënt-controle-onderzoek);

C niet-vergelijkend onderzoek;

D mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Voor artikelen betreffende diagnostiek

A1 onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten bij een prospectief gevolgd goed gedefinieerde patiëntengroep met een tevoren gedefinieerd beleid op grond van de te onderzoeken testuitslagen, of beslistkundig onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten, waarbij resultaten van onderzoek van A2-niveau als basis worden gebruikt en voldoende rekening wordt gehouden met onderlinge afhankelijkheid van diagnostische tests;

A2 onderzoek ten opzichte van een referentietest, waarbij van tevoren criteria zijn gedefinieerd voor de te onderzoeken test en voor een referentietest, met een goede beschrijving van de test en de onderzochte klinische populatie; het moet een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten betreffen, er moet gebruikgemaakt zijn van tevoren gedefinieerde afkapwaarden en de resultaten van de test en de 'gouden standaard' moeten onafhankelijk zijn beoordeeld. Bij situaties waarbij meerdere, diagnostische tests een rol spelen, is er in principe een onderlinge afhankelijkheid en dient de analyse hierop te zijn aangepast, bijvoorbeeld met logistische regressie;

B vergelijking met een referentietest, beschrijving van de onderzochte test en populatie, maar niet de kenmerken die verder onder niveau A staan genoemd;

C niet-vergelijkend onderzoek;

D mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Niveau van de conclusies

1 gebaseerd op minimaal 1 systematische review (A1) of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2

2 gebaseerd op tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B

3 gebaseerd op 1 onderzoek van niveau A2 of B of onderzoek(en) van niveau C

4 gepubliceerde mening van deskundigen of mening van de werkgroepleden

De beoordeling van de verschillende artikelen is in de verschillende teksten terug te vinden onder het kopje '*wetenschappelijke onderbouwing*'. Het wetenschappelijke bewijs is vervolgens kort samengevat in een *conclusie*, met daarbij een niveau van bewijs (zie tabel).

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 *aanbeveling* is 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 tijdens de werkgroepvergaderingen en vergroot bovendien de helderheid voor de gebruiker van de richtlijn.

Kosteneffectiviteit

Door de toenemende aandacht voor kosten in de (geestelijke) gezondheidszorg neemt het belang van

richtlijnen die doelmatig handelen bevorderen, toe. In de handleiding voor richtlijnen van het CBO wordt gesteld dat kosteneffectiviteit een van de criteria is voor het opstellen hiervan. Kosteneffectiviteit gaat pas een rol spelen wanneer er sprake is van interventies die niet (of zeer weinig) verschillen qua klinische effectiviteit, terwijl wél verschillen in kosten worden verwacht. De beoogde 'klinische' effecten van het medisch handelen blijven echter het belangrijkste criterium voor kwaliteit. Kosteneffectiviteitgegevens zijn erop gericht om naast effectiviteit ook doelmatigheid te bevorderen. Vanuit dit perspectief moet de waarde van kosteneffectiviteitanalyses worden beoordeeld.

De activiteiten van de subwerkgroep 'kosteneffectiviteit' bij de richtlijnontwikkeling zijn bedoeld ter ondersteuning van de leden van de werkgroep. Het gaat daarbij in het bijzonder om het aandragen van materiaal over kosten en effecten van verschillende (opeenvolgende) mogelijkheden tot behandeling. Verschillende bronnen kunnen hierbij worden geraadpleegd: literatuur, andere richtlijnen, informatie over praktijkkennis, zorgregistraties, registraties van kosten en instellingen en extramuraal praktijken, enz. Vanuit deze invalshoek is binnen de multidisciplinaire werkgroep Stemmingsstoornissen overleg geweest over onderwerpen welke mogelijk in aanmerking zouden kunnen komen voor een kosteneffectiviteitanalyse. Hieruit bleek dat bij de afweging tussen farmacotherapie of kortdurende psychotherapie bij matig depressieve patiënten gegevens over kosteneffectiviteit meerwaarde zouden kunnen hebben. Vervolgens is in overleg met de werkgroep getracht met behulp van een modelmatige aanpak de beschikbare gegevens te gebruiken voor een kosteneffectiviteitanalyse. Wegens gebrek aan gegevens met betrekking tot de diverse beslispunten in het handelingsproces rond depressie, kon deze vraag naar de kosteneffectiviteit van deze behandelopties in de Nederlandse gezondheidszorg momenteel niet worden beantwoord. Gedurende het proces van het ontwikkelen van deze richtlijn bleek bovendien dat binnen de werkgroep geen consensus kon worden bereikt over een geschikte uitkomstmaat. Een kwantitatief uit te drukken uitkomstmaat is voor een kosteneffectiviteitanalyse echter vereist. De richtlijn bevat dus wegens het gebrek aan wetenschappelijke gegevens en wegens het ontbreken van op consensus gebaseerde uitkomstmaten geen kosten(effectiviteit)paragraaf.

Onderzoek naar kosten van de (duurdere) selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) afgezet tegen de mogelijke besparingen in andere delen van de gezondheidszorg (zoals reductie van klinische behandelingen) of daarbuiten (productievoordelen in de economie door vermindering ziekteverzuim) in de Nederlandse situatie, wordt door de werkgroep zinvol geacht.

Implementatie en indicatorontwikkeling

De Landelijke Stuurgroep Richtlijnontwikkeling in de GGZ heeft een implementatiecommissie geformeerd. Deze commissie zet op basis van haar rapportage een aantal strategieën in om een voorspoedige implementatie van deze richtlijn te ondersteunen.

De richtlijn wordt geheel of gedeeltelijk verspreid onder de leden van de aan de ontwikkeling van deze richtlijn deelnemende wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen. Daarnaast wordt een samenvatting van de richtlijn gepubliceerd in relevante tijdschriften.

In deze richtlijn heeft de werkgroep zelf ook een hoofdstuk opgenomen met aanbevelingen betreffende de verspreiding en implementatie van de richtlijn.

Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op zo groot mogelijke mate van bewijs gebaseerde aanbevelingen, waaraan zorgverleners kunnen voldoen 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, dient dit wel beargumenteerd en gedocumenteerd te worden.

Herziening

Uiterlijk in 2008 bepaalt de Landelijke Stuurgroep Richtlijnontwikkeling in de GGZ of deze richtlijn nog actueel is. Tot die tijd zijn ook de aan de ontwikkeling van deze richtlijn deelnemende verenigingen verantwoordelijk voor het melden van fouten in de richtlijn. Ook voor het melden van ontwikkelingen in wetenschap of zorgpraktijk die bijstelling of herziening van de richtlijn noodzakelijk maken, zijn de verenigingen via de individuele zorgverleners verantwoordelijk. Zo nodig wordt door de Stuurgroep een nieuwe werkgroep

geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen daartoe aanleiding geven.

Betrokkenheid van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG):

Met de deelname van drie huisartsen in de werkgroep is het NHG van meet af aan betrokken geweest bij de herziening van de richtlijn Depressie uit 1994. In de loop van het ontwikkelproces bleek echter dat er aanmerkelijke verschillen van inzicht bestonden ten aanzien van onderdelen van de richtlijn. Hierdoor is de voortgang vertraagd. De verschillen van inzicht waren zowel van inhoudelijke als procedurele aard. Uiteindelijk had dit tot gevolg dat geen volledige consensus werd bereikt over een definitieve versie van de richtlijn. Mede op grond hiervan heeft de Autorisatie Commissie (AC) van het NHG besloten de richtlijn niet te autoriseren. Voor de volledige motivering wordt verwezen naar de website van het NHG (www.artsennet.nl).

Noot

Dit document is opgesteld aan de hand van het "Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation" (AGREE) instrument. Dit instrument is in Europees verband opgesteld om de kwaliteit van richtlijnen te kunnen beoordelen. Door de aspecten van AGREE te verwerken in de inleiding van de richtlijn, wordt duidelijk aan welke kwaliteitseisen is voldaan.

Diagnostiek

Richtlijntekst:

Uitgangsvragen

- 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 ([Z](#)) 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, religiositeit 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 heteroanamnestische gegevens, en ten tweede om een beeld te krijgen van hun ervaringen (positieve en negatieve) met de patiënt in het recente verleden

Zoekstrategie

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 werkgroepleden 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.

Patiëntenperspectief

1

Psychische klachten grijpen vaak sterk in het dagelijkse 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.

Typen depressie

Richtlijntekst:

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.

Depressieve stoornis

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.

Dysthymie

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

Depressieve stoornis: subtypen

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.

Criteria voor de subtypen van de depressieve stoornis

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

Onderscheid met bipolaire en cyclothyme stoornissen

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:

Depressieve stoornis/ Dysthymie

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.

Onderscheid bipolaire en cyclothyme stoornissen

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.

Beloopvormen van de depressieve stoornis

Richtlijntekst:

Beloopvormen van de depressieve stoornis zijn

- eenmalige episode
- recidiverend:
 - met volledig herstel in de tussenliggende periode
 - zonder volledig herstel in de tussenliggende periode
- chronisch
- met seizoensgebonden patroon
- met begin post partum

De dysthymie kent twee beloopvormen:

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

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

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.

Indeling in ernst voor de klinische praktijk

Richtlijntekst:

Na het vaststellen van de aard en het beloop 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

werkgroep 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
- hoeveelheid symptomen: de DSM onderscheidt:
 - beperkte/subklinische depressie (1 kernsymptoom en in totaal 2-4 symptomen)
 - lichte depressie (5-6 symptomen)
 - matige depressie (6-8 symptomen)
 - ernstige depressie (8-9 symptomen)
- aard van de symptomen, in het bijzonder:
 - psychotische kenmerken
 - suïcidaliteit
- beloopkenmerken (al dan niet optreden van stagnatie in het herstel)

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 wordt besproken in het hoofdstuk Meetinstrumentarium.

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.

Classificatie

Richtlijntekst:

De werkgroep 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 (zie later). Graag benadrukt de werkgroep 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 aanwezige lichamelijke ziekten en verslavingsproblematiek.

Aanbevelingen:

Door de werkgroep 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.

Differentiele diagnostiek van depressie

Richtlijntekst:

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 (¹⁴⁸). 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 'voorafkants' 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.

Andere, minder ernstige psychische stoornissen

Richtlijntekst:

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

Depressie

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

Stressgerelateerde stoornissen

In de genoemde samenwerkingsrichtlijn ([148](#)) worden voor de reeds in het vorige hoofdstuk 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 waarloosheid en suïcidaliteit behoren niet tot de symptomatologie van de stressgerelateerde stoornissen ([267](#), [234](#)). 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.

Aanpassingsstoornis

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

- het ontstaan van emotionele en gedragsymptomen 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.

Rouwreactie

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 (7):
 - ◆ 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.

Andere psychiatrische stoornissen

Richtlijntekst:

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

- angststoornissen
- bipolaire stoornissen
- schizofrene of verwante psychotische stoornissen
- beginnende dementie

Angststoornissen

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 (159).

Psychotische stoornissen

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'.

Beginnende dementie

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 de angststoornissen, de bipolaire stoornissen, de schizofrene of verwante psychotische stoornissen en aan beginnende dementie.

Stemmingsstoornissen door gebruik van (genees)middelen

Richtlijntekst:

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)
- voorgeschreven 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)
 - malariamiddelen (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.

Persoonlijkheidsproblematiek (dan wel persoonlijkheidsstoornissen)

Richtlijntekst:

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 werkgroep 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.

Somatische aandoeningen

Richtlijntekst:

Aandacht voor somatische aandoeningen is om verscheidene redenen noodzakelijk:

- depressies beïnvloeden het beloop van somatische aandoeningen in negatieve zin ([183](#), [66](#));
- 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, schildklier-aandoeningen
- 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.

Gevolgen van depressie voor het functioneren op levensgebieden

Richtlijntekst:

Bij matig ernstige en ernstige depressies is, ook in de eerste lijn, synchroniciteit tussen klachten en functioneren op levensgebieden (privé, werk, sociaal, enz.) aangetoond ([210](#)). 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 ([149](#)). 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.

Het ontstaan van depressie

Richtlijntekst:

Multicausale verklaringenmodellen 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 (bv. 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 neurotransmissie en hersenstructuren onder invloed van stress.

Fysiopathogenese

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.

Psychopathogenese

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, roloverbelasting, 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 ([193](#)).

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.

Het voortbestaan van depressies

Richtlijntekst:

Patiëntgebonden factoren

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.

Hulpverlenergebonden factoren

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
- de 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 (¹²⁰).

Aanbevelingen:

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

Het recidiveren van depressies

Richtlijntekst:

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.

Meetinstrumentarium

Richtlijntekst:

[Meetinstrumentarium voor de screening, classificatie en ernstbepaling van depressies: de psychometrische kwaliteit](#)

De werkgroep 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.

Screening

Richtlijntekst:

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 (¹¹⁷). 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 (²⁸¹). 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 (¹⁸¹). 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 test-hertestbetrouwbaarheid (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 (²⁶⁹, ²⁷⁰, ²⁶⁸). De 4DKL is beoordeeld door de COTAN (Commissie TestAangelegenheden Nederland van het NIP) (⁹⁵): 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 (¹³¹), maar kan ook in de eerste lijn enig nut hebben (¹³⁰). 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. (¹³⁰, ¹³¹)

- *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 depressiesubscala. 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 test-hertestbetrouwbaarheid (Pearson) gevonden van 0,89 (angst), 0,86 (depressie) en 0,91 voor de totale schaal (²⁵⁶). 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 (¹²⁹). 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 (²⁶⁰).

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 werkgroep 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 (²⁸⁵, ²⁹⁸, ⁶², ²⁹⁴).

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.

Conclusies:

Niveau 3	
-----------------	--

- 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 gebruikgemaakt worden van de zelfinvulvragenlijst Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Overige overwegingen:

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.

Classificatie

Richtlijntekst:

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.

Instrumentarium

- *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. (239) gaven een overzicht van de betrouwbaarheidsonderzoeken met de DSM-III-R-versie. De waarden varieerden tussen kappa 0,61 voor de test-hertestbetrouwbaarheid 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. (223) 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)*

De 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. (241) vermelden 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. (3, 4, 2) 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 (157). 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 werkgroep 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.

Conclusies:

Niveau 3	<ul style="list-style-type: none"> • 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-Inter-national Neuropsychiatric Interview (MINI) en de MINI Plus. • Voor het beoordelen van depressie bij schizophrene 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.

Ernstbepaling

Richtlijntekst:

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 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 Werkgroep Standaardisering Vragenlijsten (305). Deze vertaling is op haar psychometrische eigenschappen onderzocht. Hermans e.a. (128) 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 (123) 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 *Caroll Rating Scale* (CRS) is de zelfinvulversie van de HRSD. Hiervan is geen officiële Nederlandstalige versie voorhanden. Carroll e.a. (59) rapporteerden voor de zelfinvulversie op het gebied van interne consistentie een itemtotaalcorrelatie 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 Werkgroep Standaardisering Vragenlijsten (305). Hartong en Goekoop (123) 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 (265), die vergelijkbare kenmerken heeft als de BDI (Beck), maar waarvan geen officiële Nederlandse versie voorhanden is. De MADRS is beoordeeld door de COTAN: 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. (173) en Bech (27) 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. (231, 232) en Corruble e.a. (67) 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. (232) 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.

Instrumentarium: zelfinvulvragenlijsten

- *Self-Rating Depression Scale (SDS)*

Voor de Nederlandse vertaling van de SDS van Zung wordt verwezen naar de publicatie van de Werkgroep Standaardisering Vragenlijsten (305). Dijkstra (81) rapporteerde een test-hertestbetrouwbaarheid 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 Werkgroep Standaardisering Vragenlijsten (305). Bouman e.a. (47) 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 (46). Luteijn en Bouman (171) 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 (95): 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) (231, 67). Rush e.a. (232) vonden 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.

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 (9). 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.

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 (82) in kaart gebracht. Uit dit overzicht (zie tabel) blijkt dat, globaal genomen, de BRMS en de IDS de onderscheiden symptoomdimensies relatief evenwichtiger bestrijken.

Tabel: Ernstschalen 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.

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 werkgroep 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 werkgroep 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.

Conclusies:

Niveau 3	<ul style="list-style-type: none"> • Voor het meten van de (veranderingen in de) ernst van de depressie kan een beroep gedaan worden op interview- en observatieschalen en op zelfinvulvragenlijsten. • 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). • 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).
-----------------	--

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 (215) stellen dan ook dat zelfinvulvragenlijsten vooral bruikbaar zijn bij de lichtere ziektebeelden.

Indicatie voor behandeling

Richtlijntekst:

Uitgangsvragen

- Wanneer en bij welke patiënten met een depressieve stoornis is een behandeling geïndiceerd?
- Welke behandeling heeft de voorkeur als eerste stap bij patiënten met een depressieve stoornis: een antidepressivum of psychotherapie?

Patiëntenperspectief

1 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.

2 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 die niet 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 behandelingsaanbod 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 juist deze behandelaar.

3 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.

4 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.

5 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.

6 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.

7 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.

8 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.

9 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.

Indicatie voor behandeling

Aanbevelingen:

Aanbevolen wordt om in de eerste maanden na het begin van een eerste, lichte depressieve stoornis te overwegen niet meteen tot een behandeling over te gaan. Dit geldt zowel voor behandeling met antidepressiva als voor psychotherapie. In dat geval beveelt de werkgroep wel voorlichting aan en acht de werkgroep tevens een regelmatige controle van de patiënt aangewezen. Wanneer een lichte (of ook meer ernstige) episode van de depressieve stoornis daarentegen drie of meer maanden bestaat, wordt in elk geval een behandeling aanbevolen: een antidepressivum of psychotherapie.

Therapietrouw dient naar het oordeel van de werkgroep bevorderd te worden door adequate voorlichting (ook over eventuele bijwerkingen en nadelen van de behandeling) en door de patiënt in het begin van de behandeling frequent (zeker om de week) te zien.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In Nederland ontvangt in de algemene bevolking in de loop van 1 jaar bijna de helft van de mensen met een depressieve stoornis enige vorm van hulp en ruim 40% een antidepressivum ⁽²⁵³⁾. Daarbij heeft de depressieve stoornis, al dan niet behandeld, een wisselend beloop: 50% van de patiënten herstelt binnen 3 maanden, terwijl 20% een min of meer chronisch beloop vertoont (ten minste 2 jaar vrijwel continu) vertoont ⁽²⁵⁴⁾. Er zijn aanwijzingen dat de prognose van patiënten die voor het eerst (of opnieuw) met een depressieve stoornis bij de huisarts komen, relatief gunstig is in vergelijking met mensen die geen hulp ontvangen of die uiteindelijk naar de GGZ verwezen worden ⁽²⁵⁴⁾. De therapietrouw is matig tot slecht: ongeveer de helft van de patiënten stopt binnen 3 maanden de behandeling met een antidepressivum ⁽²⁸⁶⁾. Daarnaast breken veel patiënten ook andere vormen van behandeling voortijdig af.

Conclusies:

Niveau 2	De depressieve stoornis kent een zeer wisselend beloop: 50% van de patiënten herstelt, al dan niet behandeld, binnen 3 maanden, en bij 20% is, eveneens al dan niet behandeld, sprake van een chronisch beloop.
-----------------	---

Overige overwegingen:

Om bovenstaande redenen hoeven niet alle patiënten bij het begin van een eerste (of recidief) depressieve stoornis meteen behandeld te worden met antidepressiva of met psychotherapie. Er kunnen argumenten zijn om een afwachtend beleid te hanteren: bijvoorbeeld bij een eerste, lichte depressieve stoornis, wanneer een duidelijke psychosociale factor lijkt mee te spelen, of wanneer de patiënt (nog) geen medicamenteuze of psychotherapeutische behandeling wil.

Eerste-stap-behandelingen

Aanbevelingen:

Bij patiënten met een lichte tot matig ernstige depressie is het aan te bevelen bij de keuze voor behandeling (psychotherapie, antidepressivum, combinatie) rekening te houden met de voorkeur van de patiënt. Bij patiënten met een ernstige depressie verdient het aanbeveling ten minste een antidepressivum voor te stellen, eventueel gecombineerd met psychotherapie.

Bij geen of onvoldoende respons op alleen psychotherapie verdient het aanbeveling om, naast verandering in toe te passen psychotherapeutische technieken, over te stappen naar een antidepressivum of de combinatie met een antidepressivum te overwegen.

Bij geen of onvoldoende respons op alleen medicatie verdient het aanbeveling om, naast verandering en/of additie van medicatie, de overstap naar psychotherapie of de combinatie met psychotherapie te overwegen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Zowel antidepressiva als psychotherapie zijn bewezen werkzaam bij de depressieve stoornis en daarom kunnen beide interventies geïndiceerd worden geacht. Daarnaast kunnen nog andere interventies worden overwogen, zoals steunende begeleiding. Van deze interventies is de werkzaamheid echter minder duidelijk bewezen. De beschikbaarheid van twee verschillende werkzame therapievormen biedt de mogelijkheid te kiezen, waarbij zowel de ernst van de depressie als de voorkeur van de patiënt van belang zijn ⁽¹⁰⁾. Ervaring leert dat de effectiviteit van een behandeling ook medebepaald wordt door de mate waarin deze behandeling aansluit bij de wensen van de patiënt.

Conclusies:

Niveau 2	Antidepressiva en psychotherapie als monotherapie zijn bij patiënten met een lichte tot matig ernstige depressieve stoornis globaal even werkzaam. Afhankelijk van de voorkeur van de patiënt kan daarom als eerste stap in de behandeling psychotherapie of een antidepressivum worden toegepast.
Niveau 2	Bij patiënten met een ernstige depressieve stoornis komt een antidepressivum als monotherapie als eerste stap in de behandeling in aanmerking, in het bijzonder bij de depressieve stoornis met melancholische of psychotische kenmerken.
Niveau 3	Een combinatie van psychotherapie met een antidepressivum komt bij patiënten met een lichte tot matige depressieve stoornis in aanmerking bij onvoldoende respons op monotherapie, d.w.z. alleen psychotherapie of alleen medicatie. Daarnaast komt de combinatie in aanmerking voor patiënten met een ernstige depressieve stoornis als er een duidelijk psychosociaal of interpersoonlijk focus is.

Overige overwegingen:

Psychotherapie kan ook in de huisartsenpraktijk bij de behandeling van patiënten met een depressieve stoornis een goed alternatief zijn voor medicatie ⁽²³³⁾. In vijf onderzoeken had psychotherapie iets meer effect dan de gebruikelijke behandeling door de huisarts; in zeven onderzoeken was psychotherapie even effectief als farmacotherapie. In twee onderzoeken bij patiënten met een lichte depressie of dysthyme stoornis was er geen verschil met placebo.

Biologische behandeling van depressie

Richtlijntekst:

Uitgangsvragen

- Wanneer is bij patiënten met een depressie een behandeling met een antidepressivum geïndiceerd?
- Welke antidepressiva zijn geschikt als eerstekeuzemiddel bij de depressieve stoornis?
- Hoe lang dient men na herstel een behandeling met een antidepressivum te continueren?
- Wat is de plaats van sint-janskruid bij de behandeling van de depressieve stoornis?
- Wat is de plaats van lichttherapie bij de behandeling van de depressieve stoornis?
- Wat zijn de opties bij een depressieve stoornis die niet respondeert op de eerste stap in de medicamenteuze behandeling?
- Wat zijn de biologische behandelingsmogelijkheden bij een psychotische depressie?
- Is er een plaats voor antidepressiva in de behandeling van de dysthyme stoornis?
- Wat is de plaats van benzodiazepinen in de behandeling van depressie?
- Wat is de plaats van elektroconvulsie therapie (ECT) bij de depressieve stoornis?

Zoekstrategie

In Medline en in Embase is de literatuur systematisch onderzocht. Hierbij zijn de volgende trefwoorden gebruikt:

- depression/major depressive disorder AND antidepressants AND treatment
- depression/major depressive disorder AND antidepressants AND continuation treatment
- depression/major depressive disorder AND monoamine oxidase inhibitors AND treatment
- depression/major depressive disorder AND lithium AND treatment
- depression/major depressive disorder AND thyroid hormone/triiodothyronine AND treatment
- depression/major depressive disorder AND antipsychotics AND treatment
- depression/major depressive disorder AND benzodiazepines AND treatment
- depression/major depressive disorder AND electroconvulsive therapy AND treatment
- depression/major depressive disorder AND light therapy AND treatment
- depression/major depressive disorder AND St. John's wort AND treatment
- dysthymia/dysthymic disorder AND antidepressants AND treatment

Allereerst werd steeds nagegaan of er meta-analyses en/of systematische overzichtsartikelen (systematic reviews) beschikbaar waren. Indien dat niet het geval bleek te zijn, werd gezocht naar gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's).

Patiëntenperspectief

1 Bij de behandeling van een depressie met medicijnen mogen de psychologische, sociale en lichamelijke factoren niet uit het oog verloren worden. Begeleidende gesprekken mogen niet achterwege blijven als medicijnen als voorkeursbehandeling gekozen worden. Patiënten beschouwen medicijnen vaak niet als de oplossing van hun probleem en willen vaak (ook) op een andere manier aan de oplossing werken.

2 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.

3 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.

4 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.

5 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.

Indicatie voor behandeling met antidepressiva

Aanbevelingen:

Antidepressiva zijn geïndiceerd bij patiënten met een ernstige episode van de depressieve stoornis, vooral de depressieve stoornis met melancholische of psychotische kenmerken.

Aanbevolen wordt om in de eerste maanden na het begin van een eerste, lichte depressieve stoornis te overwegen niet meteen tot een behandeling over te gaan. Dit geldt zowel voor behandeling met antidepressiva als voor psychotherapie. Er moet dan wel voorlichting (en eventueel bibliotherapie) worden gegeven en de werkgroep acht regelmatige controle van de patiënt aangewezen. (zie ook [Indicatie voor behandeling](#) en [Eerste-stap-behandelingen](#))

Wanneer een lichte (of ook meer ernstige) episode van de depressieve stoornis daarentegen drie of meer maanden bestaat, wordt in elk geval een behandeling aanbevolen: een antidepressivum of psychotherapie. (zie ook [Indicatie voor behandeling](#) en [Eerste-stap-behandelingen](#))

Wanneer bij patiënten met een depressieve stoornis primair voor een (of meer) andere therapievorm(en) dan een behandeling met een antidepressivum is gekozen en deze niet binnen drie maanden effectief is (zijn), acht de werkgroep een (aanvullende) behandeling met een antidepressivum geïndiceerd. (zie ook [Indicatie voor behandeling](#) en [Eerste-stap-behandelingen](#))

Bij een behandeling met een antidepressivum hoort een adequate voorlichting en een frequente controle, in het begin zeker om de week.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Alle in Nederland geregistreerde antidepressiva worden geacht werkzaam te zijn bij de depressieve stoornis, zij het dat de werkzaamheid ten opzichte van placebo beperkt is (³¹). 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 (²⁹⁷).

Antidepressiva zijn vooral effectiever dan placebo bij patiënten met meer ernstige vormen van de depressieve stoornis, zoals de depressieve stoornis met melancholische kenmerken (^{217 196}) en de depressieve stoornis met psychotische kenmerken (zie [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 elektroconvulsie therapie.

Conclusies:

Niveau 1	Antidepressiva zijn werkzaam bij de depressieve stoornis.
-----------------	---

Eerstekeuzemiddelen

Richtlijntekst:

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 niet-tricyclische 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 heropnameremmers), 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 gemengde heropnameremmer), 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 tranylcypromine en fenelzine. Deze laatste twee zijn niet in Nederland geregistreerd, maar wel voor te schrijven als 'orphan drug'.

De verschillen in werkzaamheid (en effectiviteit) 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 *ambulant behandelde patiënten* met een depressieve stoornis maakt de werkgroep 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 co-morbiditeit, potentiële bijwerkingen (bij TCA's vooral duizeligheid, obstipatie, droge mond, wazig zien en transpireren; bij SSRI's vooral misselijkheid, diarree, angst, agitatie of nervositeit, slapeloosheid, hoofdpijn en verhoogde bloedingsneiging), eerdere ervaringen, prijs en voorkeur van de patiënt. Voor *de tweede lijn* heeft de werkgroep geen uitgesproken voorkeur: een behandeling kan gestart worden met een TCA, een SSRI, venlafaxine of mirtazapine.

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 werkgroep venlafaxine aan.

Bij de keuze voor een TCA beveelt de werkgroep 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 werkgroep is daarnaast van mening dat de keuze van een antidepressivum mede gebaseerd dient te zijn op *individuele patiëntfactoren* zoals (in willekeurige volgorde):

- Comorbide psychiatrische stoornissen: bijvoorbeeld serotonineheropnameremmers bij patienten met ook een angststoornis, een obsessieve 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 comediatie van NSAID's een verhoogd risico op maagdarmbloedingen en bij psychotrope comediatie op een serotoninesyndroom (in verband met interacties);

- De wens van de patiënt.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Diverse meta-analyses werden gevonden, waarvan er uiteindelijk 5 werden geselecteerd ([113](#) [13](#) [297](#) [14](#) [172](#)). 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. [276](#) [250](#) [258](#)), 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 omvattende 98 RCT's ([113](#)) en 102 RCT's ([13](#)), en 11 RCT's specifiek in de eerste lijn ([172](#)). In de vierde meta-analyse zijn SSRI's vergeleken met venlafaxine (20 onderzoeken) dan wel met mirtazapine (3 onderzoeken) ([14](#)). 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, moclobemide en brofaromine (brofaromine is niet in Nederland geregistreerd) (vergeleken met TCA's) ([297](#)). Er werd geen meta-analyse of systematisch review gevonden waarin mirtazapine is vergeleken met TCA's.

Werkzaamheid

Wat betreft werkzaamheid (en deels effectiviteit, omdat een deel van de onderzoeken ook minder geselecteerde groepen omvatten) vonden zowel Geddes e.a. ([113](#)) als Anderson ([13](#)) en Williams e.a. ([297](#)) 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 SSRI behandeld worden om 1 responder meer te hebben dan bij behandeling met een TCA 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 ([172](#)).

In de meta-analyse van mirtazapine versus SSRI's werd geen statistisch significant verschil gevonden ([14](#)). 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). Deze bevindingen worden bevestigd in de meta-analyses die terzijde zijn gelegd ([276](#) [250](#) [258](#)).

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 ([297](#)).

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 ([63](#)) en mirtazapine minder effectief dan het TCA imipramine ([51](#)).

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 ([13](#)) 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) ([172](#)).

Daarentegen vonden Williams e.a. ([297](#)) 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).

Over verschillen in voortijdig staken of tolerantieverschillen tussen venlafaxine en mirtazapine versus de SSRI's of de TCA's werden geen meta-analyses of systematische reviews gevonden.

Overigens zijn de mogelijkheden om adequaat te behandelen (voldoende lang in een therapeutische dosering)

met TCA's moeilijker gebleken dan met SSRI's, vooral in de eerste lijn (¹⁶³). Ook bleek in dubbelblinde gerandomiseerde onderzoeken uitgevoerd in de eerste lijn het risico van uitval gedurende 6 weken behandeling met SSRI's iets (4%) lager dan bij TCA's (¹⁹⁷ ¹⁶³).

Conclusies:

<p>Niveau 1/2</p>	<p>Als effectiviteit het keuzecriterium is, moet onderscheid gemaakt worden tussen ambulante en klinisch opgenomen patiënten:</p> <p>Bij ambulante behandelde patiënten met een depressieve stoornis komen als middelen van eerste keus de TCA's, de SSRI's, venlafaxine en mirtazapine in aanmerking. De plaats van de andere antidepressiva (met name moclobemide en trazodon) is minder duidelijk, maar ook zij lijken globaal even effectief als de andere antidepressiva.</p>
<p>Niveau 1/3</p>	<p>Bij klinisch opgenomen patiënten met een depressieve stoornis zijn de TCA's middelen van eerste keus; het is aannemelijk dat venlafaxine een goed alternatief is. De SSRI's en waarschijnlijk ook mirtazapine zijn minder effectief dan de TCA's, en daarom geen middelen van eerste keus. De plaats van de andere antidepressiva is onduidelijk.</p>
<p>Niveau 2</p>	<p>Wat betreft voortijdig staken van de behandeling (deels op basis van verschillen in tolerantie) hebben de SSRI's zeer geringe voordelen boven de TCA's, omdat zij iets beter worden verdragen. De posities van venlafaxine en mirtazapine, en ook die van de andere antidepressiva zijn onduidelijk.</p>

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 (¹³⁶). 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 (¹⁹⁶). 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 [Lithiumadditie bij nonrespons op de eerste \(of volgende\) stap](#) en [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 fluvoxamine, paroxetine en sertraline.

Voortzetting van de behandeling na herstel

Aanbevelingen:

Bij patiënten met een eerste episode van een depressieve stoornis dient na herstel tijdens behandeling met een antidepressivum, de behandeling gedurende 6 maanden te worden voortgezet. Daarbij beveelt de werkgroep aan dezelfde dosis voor te schrijven die in de acute behandeling effectief was.

Bij patiënten met een recidief episode van een depressieve stoornis dient na herstel tijdens behandeling met een antidepressivum de behandeling gedurende tenminste een jaar te worden voortgezet en kan overwogen worden de behandeling gedurende 3-5 jaar en eventueel nog langer voort te zetten.

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 (¹⁶⁸). Hetzelfde lijkt te gelden voor de niet-TCA's (¹⁵): 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 (¹⁵).

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. ¹⁰⁴ ¹⁵³). Hieruit bleek dat de kans op een recidiefdepressie ongeveer de helft bedraagt ten opzichte van placebo (¹¹²). Dit geldt voor diverse antidepressiva, inclusief SSRI's en TCA's.

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 (¹⁰⁵ ¹⁵). Ook is onvoldoende onderzoek gedaan naar de optimale duur van onderhoudsbehandeling (¹¹²).

Conclusies:

Niveau 1	Voortzetting van de behandeling van een depressieve stoornis gedurende 6 maanden na herstel halveert de kans op een terugval ten opzichte van doorbehandeling met placebo.
Niveau 1	Bij patiënten met een recidiverende depressieve stoornis is voortzetting van de behandeling gedurende één tot enkele jaren effectief.

Overige overwegingen:

Alle niet-TCA's zijn geregistreerd mede op grond van bewijs dat ze 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.

Sint-janskruid

Aanbevelingen:

De werkgroep 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 omdat extracten van sint-janskruid zonder recept verkrijgbaar zijn, altijd bedacht te zijn op interacties.

Wetenschappelijke onderbouwing:

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 ([167](#) [297](#)). Vooral voor patiënten in de eerste lijn kan sint-janskruid een behandelalternatief zijn. De meest gebruikte dosering (van sint-janskruidextracten) is dan 3 dd 300 mg ([111](#) [167](#) [289](#)). Voor patiënten met ernstige depressieve klachten kon geen effectiviteit van sint-janskruid worden aangetoond ([242](#)).

Het werkingsmechanisme van sint-janskruid is nog onduidelijk, maar het is aannemelijk dat verschillende bestanddelen ertoe bijdragen ([55](#) [235](#)).

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. ([111](#) [167](#) [289](#)). Risico's van interacties waren voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg reden artsen en apothekers te attenderen op het grote belang van medicatiecontrole hierbij ([257](#)). Er zijn onder meer interacties van sint-janskruid gerapporteerd met digoxine, cyclosporine, coumarinepreparaten (fenprocoumon), proteaseremmers (indinavir), hormonale anticonceptiva, SSRI's en theofylline.

Conclusies:

Niveau 2	Bij patiënten met een lichte tot matig ernstige depressieve stoornis is sint-janskruid werkzaam op korte termijn, de werkzaamheid op lange termijn is nog onduidelijk.
Niveau 2	Sint-janskruid heeft weinig bijwerkingen, maar geeft wel een kans op interacties.

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

Lichttherapie

Aanbevelingen:

De werkgroep beveelt lichttherapie aan voor patiënten met een winterdepressie.

Wetenschappelijke onderbouwing:

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 ([194](#) [271](#)).

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.

Conclusies:

Niveau 3	Het is aannemelijk dat lichttherapie werkzaam is bij patiënten met een depressieve stoornis met een seizoensgebonden patroon (in het bijzonder winterdepressie).
-----------------	--

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.

Beleid bij nonrespons vier weken na de eerste stap**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 co-morbiditeit, 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 psychiater of psycholoog-psychotherapeut.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Thase en Rush (²⁷⁴) 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 [Medicamenteuze vervolgstappen bij een nonrespons op de eerste stap](#)). Daarnaast is gebruikgemaakt van een systematisch overzicht van Stimpson e.a. (²⁶¹) en kon de werkgroep beschikken over een publicatie met een systematisch overzicht (²²⁶).

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 (²²⁶). Een langere behandeling, tot 10 weken, wordt zinvol geacht bij gelijktijdige toepassing van psychotherapie (²⁷⁴).

Conclusies:

Niveau 2	Voor een verlenging van de behandelingsduur van 4 tot 6 weken bestaat evidentie vanuit gecontroleerde onderzoeken, dit geldt in het bijzonder voor partiële responders. Een langere behandeling, tot 10 weken, wordt alleen zinvol geacht bij gelijktijdige toepassing van psychotherapie.
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.

Medicamenteuze vervolgstappen bij nonrespons op de eerste stap

Aanbevelingen:

Bij non-responders op een SSRI beveelt de werkgroep aan om wanneer patiënten in de eerste stap na 4 weken niet reageren op behandeling met een SSRI de dosis eventueel te verhogen, waarbij rekening moet worden gehouden met een grotere kans op bijwerkingen. Na 6 (tot maximaal 10) weken kan een keuze gemaakt worden uit de volgende opties:

- Overschakeling naar een ander antidepressivum: een andere SSRI een TCA, venlafaxine of mirtazapine.
- Eventueel toevoeging van mirtazapine.
- Eventueel toevoeging van lithium (Voor de concrete adviezen betreffende te toevoeging van lithium, de overschakeling naar klassieke MAO-remmers en elektroconvulsietherapie wordt verwezen naar de volgende paragrafen.)

Bij non-responders op een ander niet-SSRI/niet-TCA is de werkgroep van mening dat het bovenstaande ook de beste strategie is.

Bij non-responders op een TCA beveelt de werkgroep 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 Werkgroep 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:

Er is geen gepubliceerde meta-analyse bekend over het beleid bij een patiënt die na 4-6 weken niet respondeert op de eerste stap in de medicamenteuze behandeling. Wel is er het manuscript met een systematisch overzicht van Ruhé e.a. (226). Verder is gebruikgemaakt van het uitgebreide hoofdstuk van Thase en Rush (274).

Verhoging van de dosering tot boven de standaarddosering

Een eerste mogelijkheid is verhoging van de dosering tot boven de standaarddosering. Dosisverhoging gedurende de eerste 4 weken van de behandeling bij SSRI's is ineffectief (226). Daarna is dosisverhoging mogelijk wel effectief. In één onderzoek is een verminderde effectiviteit van dosisverhoging bij een hogere dosering sertraline gevonden, in één onderzoek was dosisverhoging effectiever dan toevoeging van lithium, in een tweede onderzoek werd dit laatste niet gerepliceerd. Verhoging van de dosering na 4 weken is een optie waarvan de voordelen (mogelijk effect) en nadelen (toename van bijwerkingen) met de patiënt moeten worden afgewogen (226). Het bepalen van bloedspiegels is zinvol en met name bij TCA's van belang.

Overschakeling naar een ander antidepressivum

Een tweede mogelijkheid is overschakeling naar een ander antidepressivum. Bij non-responders op een SSRI was overschakeling op een ander SSRI als tweede stap in ongecontroleerde onderzoeken effectief bij zo'n 50% van de patiënten en mogelijk minder effectief bij opgenomen patiënten. Indien de SSRI werd gestaakt in verband met intolerantie was het responspercentage aanzienlijk hoger (rond de 70%). Vergelijkbare responspercentages werden gezien met TCA's (in vier open onderzoeken) en één dubbelblind onderzoek (279), met venlafaxine (waarbij in 1 RCT venlafaxine op een secundaire uitkomstmaat effectiever was dan paroxetine (221) en met mirtazapine (in 2 open onderzoeken). De mate van respons neemt in de (open) switchonderzoeken af bij een toenemende mate van therapieresistentie (meer onsuccesvolle behandelingen met antidepressiva) (226). Overschakelen van een SSRI naar een ander antidepressivum lijkt dus een reële

optie; een gerichte aanbeveling welk tweede antidepressivum (of welke klasse) de voorkeur verdient, is niet overtuigend te geven.

Bij non-responders op een TCA als eerste stap is overschakeling naar een ander TCA effectief gebleken bij 10-30%, terwijl SSRI's in diverse kleine onderzoeken en één gecontroleerd onderzoek (279) effectief waren bij 5-75% (!) van de patiënten, en andere antidepressiva nauwelijks zijn onderzocht. Thase en Rush beschouwden in 1995 overschakelen naar een ander TCA, een SSRI of een ander niet-TCA overigens niet als een reële optie, maar wel de overschakeling naar een klassieke MAO-remmer (zie [Klassieke MAO-remmers bij nonrespons op de eerste \(of volgende\) stap](#)).

Toevoeging ander geneesmiddel

Een derde mogelijkheid is toevoeging van een ander geneesmiddel. In vele onderzoeken zijn diverse augmentatiestrategieën onderzocht.

De toevoeging van lithium wordt als de meest reële optie beschouwd (zie [Lithiumadditie bij nonrespons op de eerste \(of volgende\) stap](#)). Een andere optie is de toevoeging van trijoodthyronine (T3), waarvan de werkzaamheid op basis van een meta-analyse aannemelijk is gemaakt (142). 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 (16).

De toevoeging van een antipsychoticum wordt voornamelijk een reële optie geacht bij patiënten met een depressieve stoornis met psychotische kenmerken (zie [Biologische behandelingsmogelijkheden bij een psychotische depressie](#)).

De toevoeging van mirtazapine is onderzocht in twee kleine open onderzoeken en een kleine RCT met responspercentages van ongeveer 50% (57 101 58)

De toevoeging van pindolol is geen effectieve strategie gebleken (261). 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.

Elektroconvulsietherapie

Elektroconvulsietherapie wordt aanbevolen voor patiënten met een medicatieresistente depressieve stoornis en voor patiënten met een depressieve stoornis met psychotische kenmerken (zie [Elektroconvulsietherapie bij de depressieve stoornis](#)).

Conclusies:

Niveau 2	Bij non-reponders op een antidepressivum is verhoging tot boven de standaarddosering binnen 4 weken geen reële optie, maar daarna wel te overwegen.
Niveau 2/3	Bij non-responders op een SSRI is het aannemelijk dat overschakeling naar een tweede antidepressivum een reële optie is. Daarbij lijken zowel een tweede SSRI, een TCA, venlafaxine en mirtazapine goede keuzes. Daarnaast is toevoeging van mirtazapine of lithium mogelijk.
Niveau 3	Hoewel er weinig zekerheid over bestaat, lijken bovenstaande opties ook reëel voor non-responders op de meeste andere niet-TCA's.
Niveau 4	
Niveau 1	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	Bij non-responders op een TCA is toevoeging van lithium een goede keus.
Niveau 2/3	Voor de stappen na lithiumadditie zijn overschakeling op een klassieke MAO-remmer en elektroconvulsietherapie de meest reële opties.

Over de werkzaamheid van de toevoeging van trijoodthyronine (T3) bij non-responders op antidepressiva bestaat geen zekerheid.

Overige overwegingen:

De meeste in het hoofdstuk van Thase en Rush (274) en het overzicht van Ruhé (226) besproken onderzoeken hebben grote methodologische beperkingen: onduidelijke definitie van voorafgaande therapieresistentie - vooral wat betreft adequaatheid van duur van de behandeling en dosering; veelal ongecontroleerde open onderzoeken in plaats van RCT's; bij onderzoeken met TCA's is het TCA veelal niet gedoseerd op geleide van de plasmaspiegel.

Lithiumadditie bij nonrespons op de eerste (of volgende) stap

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 nonresponders op een SSRI of een ander niet-TCA is de werkgroep van mening dat het voorkeur verdient eerst over te schakelen naar een TCA alvorens lithium toe te voegen.

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

Overigens beschouwt de werkgroep lithiumadditie als een stap die bij voorkeur niet in de eerste lijn maar door een psychiater dient te gebeuren.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In een meta-analyse van 9 RCT's waarin lithium of placebo was toegevoegd aan een tot dan toe onsuccesvolle behandeling met een antidepressivum, is aangetoond dat lithiumtoevoeging effectief is (24). In 7 van deze onderzoeken was lithium toegevoegd aan een TCA, waardoor het bewijs van de werkzaamheid voornamelijk de TCA's betreft. In slechts 2 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 (24). In de 3 kwalitatief beste onderzoeken uit deze meta-analyse (met een lithiumdosering 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

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 overigens alleen bij TCA's overtuigend aangetoond.

Overige overwegingen:

Het langetermijneffect van lithiumtoevoeging is in slechts 1 onderzoek onderzocht (25). In deze RCT is bij

responders na 2 tot 4 weken lithiumtoevoeging gedurende 4 maanden óf doorbehandeld met lithium en het antidepressivum (n=14), óf lithium vervangen door placebo (n=15). Continuering van lithium bleek effectiever dan overgaan op placebo.

Klassieke MAO-remmers bij nonrespons op de eerste (of volgende) stap

Aanbevelingen:

Klassieke MAO-remmers (niet in Nederland geregistreerd) (vooral nog 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 werkgroep 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 psychiaters.

Wetenschappelijke onderbouwing:

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 diverse subtypen van depressie, zoals de depressieve stoornis met atypische kenmerken (fenelzine effectiever dan imipramine) ([274](#) [280](#)).

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) ([208](#)).

Conclusies:

Niveau 2	Klassieke MAO-remmers zijn effectief bij patiënten met een therapieresistente depressieve stoornis, inclusief de depressieve stoornis met atypische kenmerken.
-----------------	--

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 tranylcypromine en fenelzine zijn wel als zogenaamde "orphan drugs" voor te schrijven en worden dan ook vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

Biologische behandelingsmogelijkheden bij een psychotische depressie

Aanbevelingen:

Bij de psychotische depressie acht de werkgroep starten met alleen een TCA (onder 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 elektroconvulsie therapie (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:

Er zijn weinig RCT's verricht naar de behandeling van patiënten met een psychotische depressie. De grootste RCT betrof 51 patiënten, waarbij een respons van 78% werd gezien bij de combinatie van een TCA (amitriptyline) en een klassiek antipsychoticum (AP) (perfenazine), tegenover 41% bij alleen amitriptyline en 19% bij alleen perfenazine (²⁵⁵). De meeste andere onderzoeken betroffen kleine groepen en zijn ongecontroleerd en open uitgevoerd.

In een meta-analyse van resultaten uit in totaal 25 onderzoeken (waarin het totaal aantal patiënten niet vermeld werd en waarvan de meeste onderzoeken open en niet gecontroleerd of gerandomiseerd waren), werd het beste resultaat bereikt met elektroconvulsietherapie (ECT): effectgrootte (EG) 2,3 (standaarddeviatie (SD) 1,5). Van de medicamenteuze behandelingsmogelijkheden bedroeg de EG bij de combinatie van een TCA + AP 1,6 (SD 1,1), van alleen een TCA 1,2 (SD 0,8) en van alleen een AP 1,4 (SD 0,7) (²¹³). Deze resultaten suggereren dus een beter resultaat bij de combinatie van een AD+ AP dan bij een AD of AP alleen. In een recent Nederlands onderzoek bij 52 patiënten met een depressieve stoornis die met een monotherapie met imipramine op geleide van de bloedspiegel werden behandeld, vonden Bruijn e.a. (⁵²) een respons van 69% bij patiënten met psychotische kenmerken en van 44 % bij niet-psychotische patiënten.

De effectiviteit van atypische antipsychotica (al dan niet in combinatie met een antidepressivum) is overigens nog nauwelijks onderzocht. Hetzelfde geldt voor lithiumtoevoeging en klassieke MAO-remmers.

Conclusies:

Niveau 2	De combinatie van een antidepressivum (met name een TCA) en een (klassiek) antipsychoticum is effectief bij de depressieve stoornis met psychotische kenmerken (psychotische depressie).
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat een TCA dat wordt gedoseerd op geleide van de bloedspiegel, effectief is bij de psychotische depressie.

Overige overwegingen:

In de meeste onderzoeken uit de meta-analyse van Parker e.a. (²¹³) én in het onderzoek van Spiker e.a. (²⁵⁵) is onduidelijk in hoeverre therapieresistente patiënten (voor een TCA en/of een antipsychoticum alleen) deel uitmaakten van de onderzochte groep. Ook is in deze onderzoeken niet gecontroleerd voor een optimale dosering van het TCA op geleide van de bloedspiegel. Dit is wel gebeurd in het onderzoek van Bruijn e.a. (⁵²). Bij de combinatie van een TCA én een antipsychoticum is de kans op bijwerkingen groter dan bij alleen een TCA.

Antidepressiva bij de behandeling van de dysthyme stoornis

Aanbevelingen:

Antidepressiva, in het bijzonder de TCA's en de SSRI's, zijn geïndiceerd bij de dysthyme stoornis.

De werkgroep is van mening dat bij patiënten met een dysthyme stoornis het effect van antidepressiva na een proefbehandeling van 6-12 weken beoordeeld dient te worden: bij een gunstig resultaat verdient het naar het oordeel van de werkgroep aanbeveling de antidepressiva dan langdurig, dat wil zeggen ten minste 1 jaar, te continueren.

Daarnaast acht de werkgroep een geïntegreerde behandeling, met zorgvuldige ondersteuning en inventarisatie van de noodzaak van psychotherapeutische hulp, wenselijk.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Er zijn 2 meta-analyses over de werkzaamheid van antidepressiva bij de dysthyme stoornis ([77](#) [297](#)). Zowel TCA's als SSRI's zijn op een termijn van 6-12 weken werkzaam gebleken bij de dysthyme stoornis, waarbij het aantal patiënten dat behandeld moet worden om 1 responder meer te verkrijgen dan met placebo (NNT) 4-5 bedraagt.

Volgens beide meta-analyses zijn de niet-TCA's (met name SSRI's) globaal even effectief als de TCA's. Daarbij waren er volgens de ene meta-analyse geen relevante verschillen betreffende bijwerkingen ([77](#)) en leidden de niet-TCA's volgens de andere meta-analyse tot iets minder uitval tijdens de behandeling ([297](#)). Overigens zijn MAO-remmers bij de dysthyme stoornis niet systematisch onderzocht, maar mogelijk zijn zij ook werkzaam wanneer atypische verschijnselen deel uitmaken van de symptomen.

Conclusies:

Niveau 1	Antidepressiva (met name SSRI's en TCA's) zijn werkzaam bij de dysthyme stoornis.
Niveau 1	Bij de dysthyme stoornis hebben de SSRI's wat betreft bijwerkingen mogelijk enig voordeel boven de TCA's.

Overige overwegingen:

De werkzaamheid van antidepressiva bij de beperkte depressie (minor depression) is omstreden. Daarentegen is de werkzaamheid wel aangetoond bij de dysthyme stoornis: een beperkte depressie die ten minste 2 jaar bestaat.

In geen van de RCT's betreffende de dysthyme stoornis is de werkzaamheid van antidepressiva over een langere periode dan 12 weken onderzocht.

Benzodiazepinen bij de behandeling van depressie

Aanbevelingen:

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

De werkgroep 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 werkgroep 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:

Over de toepassing van benzodiazepinen bij depressie bestaat een meta-analyse ([110](#)) en een overzichtsartikel ([32](#)).

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

Het overzichtsartikel betreft grotendeels dezelfde onderzoeken en geeft aanvullende informatie ([32](#)).

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 ze 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).

Conclusies:

Niveau 1	Het is aangetoond dat benzodiazepinen als monotherapie niet effectief zijn tegen de kernsymptomen van depressieve stoornis.
Niveau 1	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.

Overige overwegingen:

In geen van de onderzoeken werden de effecten van benzodiazepinen na de studieperiode van 4 (maximaal 6) weken onderzocht. Over de effecten op langere termijn is geen onderzoek bekend.

Elektroconvulsietherapie bij de depressieve stoornis

Aanbevelingen:

Indicaties

Bij patiënten met een depressieve stoornis is ECT de behandeling van eerste keus in levensbedreigende situaties, zoals weigering van voedsel en vocht. ECT dient te worden overwogen als eerste stap in de behandeling bij patiënten met een psychotische depressie. ECT is tenslotte geïndiceerd bij patiënten met een medicatieresistente depressieve stoornis. Dit geldt ook voor patiënten met een medicatieresistente bipolaire depressie. Bij ouderen dient ECT eerder in de behandeling te worden overwogen.

Contra-indicaties

Cardiovasculaire en pulmonale aandoeningen, zoals een recent myocardinfarct, decompensatio cordis, maligne hypertensie en ernstige COPD vormen relatieve contra-indicaties. Hetzelfde geldt voor netvliesloslating, glaucoom, een recent CVA en een verhoogde hersendruk.

Technische aspecten

Unilaterale elektrodeplaatsing (rechts) leidt tot minder cognitieve bijwerkingen en is bijna even effectief als bilaterale ECT, mits de dosering hoog genoeg is (5x de prikkelrempel). Bilaterale elektrodenplaatsing leidt tot een sneller en (soms) beter effect en heeft de voorkeur bij een ernstige depressie en wanneer unilaterale ECT onvoldoende effect heeft.

Frequentie

Twee keer per week is de aanbevolen frequentie. Bij een hogere frequentie treden er meer cognitieve functiestoornissen op.

Aantal

Men continueert ECT totdat er een volledige remissie is bereikt of tot er een plateau in het herstel gedurende minstens 4 bilaterale behandelingen optreedt dan wel er een uitblijven van effect is na minstens 10 bilaterale behandelingen (met adequate insulten).

Vervolgbehandeling

Zonder medicatieresistentie met een tricyclisch antidepressivum; bij medicatieresistentie een middel dat de patiënt nog niet heeft gehad of een middel waarmee eerder een gedeeltelijke respons werd bereikt. Bij terugval tijdens medicamenteuze vervolgbehandeling kan na een 2e ECT-kuur, vervolg-ECT of onderhouds-ECT worden overwogen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Elektroconvulsietherapie (ECT) is een behandeling die slechts door een psychiater die werkzaam is in een instelling waar ECT regelmatig wordt toegepast, uitgevoerd mag worden. Daarom adviseert de werkgroep betreffende elektroconvulsietherapie de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie ([50](#)) te volgen. Hieruit worden enkele punten overgenomen in de aanbeveling.

Psychologische/ psychotherapeutische interventies

Wetenschappelijke onderbouwing:

Uitgangsvragen

In de volgende paragrafen en subparagrafen worden allereerst voor de tweede lijn (poliklinisch) vier uitgangsvragen behandeld voor patiënten met een unipolaire depressieve stoornis:

- Welke psychotherapeutische behandelingen zijn (duurzaam) effectief?
- Zijn psychotherapeutische behandelingen effectiever dan medicamenteuze behandelingen?
- Zijn combinaties van medicamenteuze en psychotherapeutische behandelingen effectiever dan monotherapieën?
- Is enige sequentie van medicamenteuze en psychotherapeutische behandelingen effectiever dan monotherapie?
- Welke psychotherapeutische behandeling is aanbevolen voor patiënten met een *chronische* depressie (inclusief dysthymie)?

Zoekstrategie

Met behulp van onder meer Embase, Medline en PsycINFO is onderzocht wat op dit moment in de wetenschappelijke literatuur bekend is over de effectiviteit van diverse vormen van psychologische en psychotherapeutische behandeling. Ter opsporing van relevante onderzoeken zijn ongeveer dezelfde zoekprocedures gehanteerd als die zijn gebezigd door een commissie van het Britse 'Department of Health' ⁽⁷⁸⁾ bij het ontwikkelen van de meest recente Britse richtlijn. Er is gezocht naar artikelen betreffende: a) depressies; b) psychotherapieën of counseling; en c) meta-analyses, reviews en gerandomiseerde/gecontroleerde onderzoeken. In Embase is alleen naar meta-analyses en reviews gezocht. PsycINFO kent de zoekterm 'randomized controlled trial' niet. In plaats daarvan zijn 4 andere zoektermen gebruikt: 'clinical trial', 'follow-up study', 'treatment outcome study' en 'prospective study'. De literatuurzoektocht betrof de periode 1996 tot midden 2001 en leverde 550 artikelen op. Daarnaast is ook de Cochrane Bibliotheek geraadpleegd. 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:

- 'aparte' 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
- 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?

Patiëntenperspectief ten aanzien van psychologische/psychotherapeutische interventies

Tijdens gesprekstherapie is het belangrijk dat patiënten ruimte hebben om het eigen verhaal te vertellen.

Patiënten willen steun ervaren en het gevoel hebben dat de professional er voor hen is.

Patiënten willen de mogelijkheid hebben om van hulpverlener te kunnen veranderen als het niet klikt.

Patiënten willen desgevraagd toelichting van een behandelaar op zijn kwaliteiten inzake de gevraagde zorg van de patiënt.

Duurzaam effectieve psychologische/ psychotherapeutische interventies

Richtlijntekst:

Allereerst wordt hier beschreven: onderzoek van toepassing op *poliklinisch behandelde patiënten*. Hoewel in het hieronder vermelde onderzoek niet altijd een scherp onderscheid gemaakt wordt, hebben deze wetenschappelijke publicaties vooral betrekking op patiënten met een 'klassieke' unipolaire depressieve stoornis (major depression).

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.

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

De werkgroep 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.

De werkgroep 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 werkgroep 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' (115). 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 (Doorpaal e.a., 1988). Ook volgens niet-numerieke review-artikelen en richtlijnen in het buitenland zijn C(G)T, GT en IPT ongeveer even effectief (60 69 78 79 228). De effectiviteit van psychodynamische therapie (PDT), voor zover niet sterk overlappend met IPT (Leichesring, 2001;228), is mogelijk kleiner (228) of minder duidelijk aangetoond (60 69 78), maar soms werd vergelijkend onderzoek met CT/CGT uitgevoerd door aanhangers van CT/CGT, wat 'allegiance problemen' kan impliceren (18 228). Bij spanningen in het huwelijk is (behavioral) marital therapy eveneens effectief, met als mogelijke bonus een betere relatie in het huwelijk (26 60 228), maar het aantal vergelijkende onderzoeken met CGT en IPT is gering (26). Groepstherapieën zijn, voor daarvoor gemotiveerde patiënten, even effectief als individuele therapieën bij patiënten met een lichte/matig ernstige depressieve stoornis (186). Er zijn aanwijzingen dat groepstherapie op CGT-grondslag effectiever is dan op PDT-grondslag (186).

Relatief recent uitgevoerd gerandomiseerd onderzoek bevestigt de effectiviteit bij atypische depressies van CT ten opzichte van een controlegroep die placebomedicatie kreeg (141) en de effectiviteit van relatietherapie ten opzichte van medicatie (164).

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 (92).

Conclusies:

Niveau 1	Het is aangetoond dat cognitieve-gedragstherapie, gedragstherapie en interpersoonlijke therapie bij de depressieve stoornis effectief zijn; verschil in effectiviteit 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 1	Bij patiënten met een lichte/matig ernstige depressieve stoornis die gemotiveerd zijn voor groepstherapie, is deze behandeling even effectief als individuele psychotherapie.
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 effectgroottes statistisch zou moeten corrigeren voor competentie en allegiance (91 169).

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 (60). 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 ([170](#) [291](#)). 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 ([73](#) [170](#) [291](#)). 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.

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 ([78](#)). 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 gepraktiseerd, kan worden verwacht dat een mix van de interventies (wat in de praktijk dus het 'gangbare' is) op zich geen kwaad kan (en kennelijk zelfs goed). 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.

Duurzaamheid van de resultaten

Aanbevelingen:

De werkgroep 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 werkgroep 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'.

Een HDRS-score van minder dan 8 (of een vergelijkbare score op een ander instrument) gedurende 4 weken, kan een globaal criterium zijn voor 'stabiele remissie'.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Follow-uponderzoek heeft laten zien dat de bereikte posttherapieverbeteringen goed beklijven ([34](#) [83](#) [118](#) [125](#) [164](#) [186](#) [228](#) [293](#)). De duur van deze follow-uponderzoeken varieerde van 3 maanden tot 2 jaar en er werd uitgegaan van gemiddelde scores op bijvoorbeeld de Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) en de Beck Depression Inventory (BDI). Gemiddelden zijn echter het resultaat van 'waxing and waning': sommige patiënten verbeteren alsnog (verder), andere verslechteren. Legt men de lat hoger door meerdere criteria te onderzoeken, dan kan een somberder beeld geschetst worden. Kijkt men bijvoorbeeld - zoals met name CGT-onderzoekers wel gedaan hebben - naar het percentage patiënten dat de therapie afmaakte vervolgens aan het eind van de therapie praktisch depressievrij was (HDRS-score lager dan 8 of een vergelijkbare andere scoremaat) en dat ook bleef op een termijn van 1-2 jaar, dan komt men op percentages van slechts zo'n 25% ([118](#) [293](#)). Precieze percentages lijken echter nogal afhankelijk van hoe men de uitkomstmaten 'praktisch depressievrij' en 'terugval' definieert; daarvoor ontbreekt overeenstemming bij onderzoekers. Een belangrijke algemene bevinding is: hoe minder volledig hersteld - residusymptomen komen zeer veelvuldig voor, hoe groter de kans op (spoedige) terugval ([98](#) [220](#)).

Volgens een meta-analyse is de follow-ueffectiviteit van IPT (inclusief 'psychodynamic interpersonal therapy', 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-ueffectiviteit groter is bij CGT dan bij IPT, althans de PIT (respectievelijk 8 en 3 sessies) ([20](#) [21](#)).

Benodigde therapieduur

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 ([30](#)). 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 (20). Het nut van een laagfrequente continueringsbehandeling, speciaal gericht op terugvalpreventie, is alleen onderzocht met gebruikmaking van CGT en er zijn enkele aanwijzingen dat voor subgroepen patiënten een continueringsbehandeling van nut zou kunnen zijn (138 139).

Conclusies:

Niveau 2	Uit follow-uponderzoeken met een duur van 3 maanden tot 2 jaar is gebleken dat de gemiddeld bereikte posttherapieverbeteringen op deze termijn kunnen worden behouden.
Niveau 1	Hoe minder volledig het herstel na acute behandeling is, hoe groter de kans op (spoedige) terugval.

Psychotherapie versus medicatie

Aanbevelingen:

Psychotherapie versus medicatie-algemeen

Bij de depressieve stoornis kan -in vergelijking met medicatie- een globaal even effectieve psychologische /psychotherapeutische behandeling worden aangeboden. Dit geldt met name voor ambulante behandelde patiënten met een lichte tot matig ernstige depressieve stoornis.

De effectiviteit van psychologische/psychotherapeutische behandelingen t.o.v. een behandeling met antidepressiva bij patiënten met een (unipolaire) depressieve stoornis

Ook bij patiënten met een 'ernstige of recidiverende' depressieve stoornis kan een psychologische/psychotherapeutische interventie in overweging worden genomen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

De effectiviteit van psychologische/psychotherapeutische behandelingen t.o.v. een behandeling met antidepressiva bij patiënten met een (unipolaire) depressieve stoornis

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) (83 115). 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 (164) (medicatie versus relatietherapie); recidiverende depressies (33) (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.

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 (141).

De effectiviteit van psychologische/psychotherapeutische behandelingen bij een 'ernstige of recidiverende' (unipolaire) depressieve stoornis t.o.v. behandeling met antidepressiva

Voornamelijk omdat volgens de 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 (18). 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 ([53](#) [69](#)). Een meta-analyse ([273](#)) van vier oudere onderzoeken (met inbegrip van het NIMH-onderzoek) ([78](#) [80](#)), de resultaten van twee nieuwe onderzoeken ([33](#) [125](#)), en ook een nieuwe analyse van de NIMH-gegevens ([34](#)), 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 ([272](#)). 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 ([125](#)). Overigens is voor CGT juist bij hogere aanvangsscores op de HDRS en de BDI een hogere posttherapie-effectiviteit vastgesteld dan bij lagere aanvangsscores ([83](#)).

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 ([272](#)). 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 ([252](#)).

Thase vermeldt een aantal bevindingen die aangeven dat duidelijke biologische ontregelingen (bijvoorbeeld hypercortisolisme) gepaard gaan met een slechte respons op psychotherapie ([273](#)). 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 ([273](#)).

De effectiviteit op de langere duur van psychologische/psychotherapeutische behandelingen bij een 'ernstige of recidiverende' (unipolaire) depressieve stoornis t.o.v. behandeling met antidepressiva

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%) ([115](#)). In een andere meta-analyse wordt de terugvalpreventieve werking van CGT als 'incomplete evidence' beschouwd, waarschijnlijk vanwege het naturalistische karakter waardoor grotendeels onbekend was wat de behandeling was die patiënten in de follow-upperiode kregen ([228](#)). 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 ([18](#)).

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 continueringsbehandeling met medicatie even groot als na (alleen) een acute behandeling met CGT ([94](#)). 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 maandelijks continuerings-CGT als van een acute plus continueringsbehandeling met medicatie ([33](#)). 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 ([34](#) [78](#)). 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) ([125](#)). 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 continueringsbehandeling); de medicatie leidde tot nogal wat problemen en uitval ([164](#)).

Het onderzoek heeft zich tot nu toe hoofdzakelijk beperkt tot CGT. In een ouder onderzoek kwam de terugvalbeperkende werking van IPT (enigszins) naar voren, speciaal wanneer deze van goede kwaliteit was ([106](#)). Uit de NIMH-analyse kwam een enigszins betere terugvalwerende werking van CGT naar voren dan van IPT ([83](#)).

Conclusies:

De effectiviteit van psychologische/psychotherapeutische behandelingen t.o.v. een behandeling met antidepressiva bij patiënten met een (unipolaire) depressieve stoornis

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

De effectiviteit van psychologische/psychotherapeutische behandelingen bij een 'ernstige of recidiverende' (unipolaire) depressieve stoornis t.o.v. behandeling met antidepressiva

Niveau 2	Het is aannemelijk 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.

De effectiviteit op de langere duur van psychologische/psychotherapeutische behandelingen bij een 'ernstige of recidiverende' (unipolaire) depressieve stoornis t.o.v. behandeling met antidepressiva

Niveau 2	De langetermijneffectiviteit van CGT bij patiënten met een depressieve stoornis is ten minste vergelijkbaar en mogelijk zelfs groter dan die van een acute behandeling met antidepressiva zonder vervolgbehandeling.
Niveau 4	Het is onduidelijk hoe de langetermijneffectiviteit van CGT bij patiënten met een depressieve stoornis zich verhoudt tot die van een acute behandeling met antidepressiva mét vervolgbehandeling.

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 (170).

Impliciet geldt ook voor de andere psychotherapievormen, 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. (83) en Gloaguen e.a. (115) hebben de medicatieonderzoeken niet geselecteerd op adequaatheid wat betreft de toegepaste therapievormen en daardoor zijn onderzoeken waarin antidepressiva niet adequaat zijn gegeven, niet uitgesloten.

De effectiviteit op de langere duur van psychologische/psychotherapeutische behandelingen bij een 'ernstige of recidiverende' (unipolaire) depressieve stoornis t.o.v. behandeling met antidepressiva

In een deel van de onderzoeken was de medicamenteuze behandeling niet optimaal (39). Zo wordt geadviseerd antidepressiva na respons ten minste 6 maanden (en bij recidiverende depressies nog langer) door te geven (zie [Biologische behandeling van depressie](#)). In de meeste onderzoeken waarin de langetermijneffectiviteit van psychotherapie en antidepressiva zijn vergeleken, is hiermee geen rekening gehouden.

De percentages drop-out zijn in deze onderzoeken wel een probleem; dit lijkt echter altijd het geval te zijn bij follow-uponderzoek bij patiënten met een depressie. Doorgaans is de drop-out in de medicatiecondities groter

dan in de psychotherapiecondities, maar dat lijkt geen reden de uitkomsten van de onderzoeken als 'slecht interpreteerbaar' te kenschetsen.

'Allegiance' kan een rol gespeeld hebben bij het uitvoeren en weergeven/publiceren van de onderzoeken. De 'allegiance' in sommige overzichten is trouwens glashelder (18 98). Alles bij elkaar lijkt de hierboven gestelde conclusie gerechtvaardigd.

Simultane combinatiebehandelingen

Aanbevelingen:

De werkgroep is van mening dat een combinatiebehandeling van psychotherapie en medicatie overwogen dient te worden bij onvoldoende succes van eerdere monotherapie, met name bij patiënten met een recidiverende ernstige depressieve stoornis

De werkgroep is van mening dat, wanneer voor een combinatiebehandeling wordt gekozen, zo'n behandeling dan wel goede afstemming van de zorg vereist.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Combinatiebehandeling van psychotherapie en medicatie ten opzichte van een enkelvoudige behandeling

Mede onder verwijzing naar oudere meta-analyses, is de strekking van verschillende reviews dat een combinatie van medicatie en psychotherapie hoogstens marginale meerwaarde heeft boven een enkelvoudige behandeling (36 53 228). In een selectief, niet uitputtend overzicht wordt aangegeven dat het verschil tussen combinatiebehandeling en psychotherapie kleiner was dan het verschil tussen combinatiebehandeling en farmacotherapie (54). In een andere meta-analyse wordt gewezen op een groot aantal methodologische tekortkomingen van het verrichte onderzoek (36). 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 (125). In de meta-analyse van Thase werd gevonden, dat - bij overwegend recidiverende, ernstig depressieve patiënten - bij vergelijking van CGT òf 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 (278). Hetzelfde liet een cohortonderzoek van Frank e.a. zien: zij vergeleken IPT met IPT plus medicatie bij vrouwen (deels gebaseerd op dezelfde onderzoeken) (102). In dit onderzoek werd echter ook gevonden dat een sequentiële behandeling effectiever kan zijn.

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 medicatietherapie samen met een psycholoog voor de psychotherapie (36 54).

Conclusies:

Niveau 2	Het is aannemelijk dat een combinatiebehandeling van CGT en antidepressiva bij patiënten met een recidiverende ernstige depressieve stoornis effectiever is dan alleen CGT of alleen antidepressiva.
Niveau 3	Het is niet aannemelijk dat een combinatiebehandeling van CGT en antidepressiva een meerwaarde heeft bij patiënten met een lichte of matig ernstige depressieve stoornis.
Niveau 3	Het is aannemelijk dat een combinatiebehandeling van psychotherapie en antidepressiva door de combinatie van verschillende behandelaars afstemmings- en communicatieproblemen met zich mee kan brengen.

Overige overwegingen:

Het bewijs voor eventuele superioriteit van een combinatiebehandeling van CGT en antidepressiva is niet geleverd. Een aantal onderzoeken wijst op een groter verschil tussen medicatie en combinatiebehandeling dan tussen psychotherapie en combinatiebehandeling ([53](#) [125](#)). De gegevens van Thase en van Frank e.a. zijn eigenlijk de enige die superioriteit van de combinatiebehandeling aangeven boven psychotherapie, maar alleen bij patiënten met een recidiverende ernstige depressieve stoornis ([102](#) [278](#)). De resultaten worden onvolledig weergegeven (alleen remissiepercentages in HDRS-termen worden genoemd), maar de vergeleken groepen zijn wél groot. De resultaten worden echter in een andere analyse niet bevestigd ([125](#)). Omdat er slechts zeer 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.

Sequentiële (combinatie) behandelingen met medicatie en psychotherapie

Aanbevelingen:

De werkgroep 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 medicamenteuze behandelingen, 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 ([96](#) [97](#) [99](#) [100](#) [216](#) [266](#)). 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 ([33](#) [138](#) [139](#)). 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 (bv. 'support') ook gewerkt kunnen hebben ([96](#) [97](#)). Deze kanttekening gaat echter niet op voor de beide onderzoeken van Fava e.a. uit 1998 ([99](#) [100](#)).

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 ([102](#)).

Conclusies:

Niveau 2	Het is aannemelijk dat bij patiënten met een depressieve stoornis die hebben gerespondeerd op een acute behandeling met antidepressiva, vervolgbehandeling met CGT terugval kan voorkomen, met name wanneer na de acute behandeling nog restsymptomen aanwezig waren.
-----------------	---

Chronische depressies inclusief dysthymie

Richtlijntekst:

De effectiviteit van psychotherapie en/of medicatie bij chronische depressies, inclusief dysthymie

Chronische depressies kan men onderverdelen in: (1) dysthymie; (2) dubbele depressies; (3) chronische 'major depression'; en (4) recidiverende depressies met incompleet herstel tussen de episodes. Voor zover het om (4) gaat, zou het onderzoek dat gericht is op de toepassing van psychotherapie (CGT) bij restsymptomen ook hier besproken kunnen worden. Aan een aantal onderzoeken die in voorgaande paragrafen besproken werden, zullen ongetwijfeld ook patiënten uit de categorieën 2 en 3 deelgenomen hebben, maar hier gaat het voornamelijk om onderzoeken die speciaal gericht zijn op de categorieën 2, 3 en 4.

Aanbevelingen:

Vanwege het ontbreken van sluitend bewijs voor de superioriteit van enige aanpak, is de werkgroep van mening dat bij patiënten met een chronische depressie de voorkeur van de patiënt en de eventuele behandelingen waarmee in het verleden bij de patiënt successen zijn behaald, in belangrijke mate de keuze voor (verdere) behandeling kunnen bepalen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Tot voor kort bestonden rapporten over de effectiviteit van psychotherapie bij deze patiënten voornamelijk uit series gevalsbeschrijvingen, die deels met succes gepaard gingen ([150](#) [177](#) [238](#)). Voor een deel betrof het als therapieresistent beschouwde patiënten; de therapie bestond meestal uit (vaak aangepaste en langdurige) CGT (soms om IPT), soms werd tegelijk medicatie gegeven.

Voor wat betreft de effectiviteit van (alleen) psychotherapie zijn de volgende twee posttherapieresultaten van meer gecontroleerd onderzoek van belang.

In het NIMH-onderzoek was 'dubbele depressie' een voorspeller van een relatief slechter resultaat ongeacht de behandelconditie: medicatie en psychotherapie waren even succesvol. In een groot onderzoek bleek McCulloughs' cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy (CBASP) even effectief als medicatie bij chronische depressies ([146](#)). Daar staan drie 'minionderzoeken' tegenover bij dysthymie die, voorzover het chronische patiënten betrof, een grotere effectiviteit van medicatie suggereerden ([88](#) [222](#) [277](#)). Een belangrijk bijkomend punt is dat de kortetermijneffectiviteit van medicatie ten opzichte van placebo een stevige empirische basis heeft. Het is dus zeker niet zo dat de uitspraak gerechtvaardigd is dat de posttherapie-effectiviteit (korte termijn) van psychotherapie even groot is als van medicatie.

Het grote onderzoek bij chronische depressies ([146](#)), en kleinere onderzoeken bij dysthymie ([222](#) [127](#)) lieten allen (marginaal; [222](#)) een grotere effectiviteit zien van de combinatie medicatie plus psychotherapie dan van medicatie alleen. Dit pleit voor pogingen hier combinatietherapieën toe te passen.

Helaas ontbreekt in de gepubliceerde onderzoeken betreffende de behandeling van chronische depressies de langetermijneffectiviteit. Bij chroniciteit kan men niet verwachten dat een relatief korte psychotherapie veel effect heeft. In het onderzoek van Hellerstein e.a. ([127](#)) was er na een follow-up van slechts drie maanden gemiddeld al een duidelijke verslechtering zichtbaar en geen meerwaarde meer te zien van de combinatie psychotherapie en medicatie. Ook bij de vaak als chronisch beschouwde atypische depressie, was blijkens een minivervolgonderzoek het terugvalpercentage na CGT - evenals na staken van de medicatie - enorm ([140](#)). Medicatiebehandelingen zullen zeer langdurig moeten zijn. Waar de medicatie onttrokken wordt, is de terugval gewoonlijk zeer groot. Rush & Thase ([227](#)) bepleiten 'multi-year maintenance phase treatment' wanneer de medicatie bij chronisch depressieve patiënten effectief is gebleken. Maar vaak is slechts sprake van partiële remissie. Medicatie is echter ook bij doorlopend gebruik geen tovermiddel. Bovendien is over de effectiviteit op lange termijn, zoals boven al naar voren kwam, weinig bekend. Tevens zijn niet veel mensen bereid en in staat jaar in jaar uit middelen te gebruiken.

In de praktijk van in CGT gespecialiseerde instellingen kunnen chronische en/of 'therapieresistente' patiënten na langdurige CGT, vaak in combinatie met medicatie, soms redelijk in remissie gebracht worden. Scott & DeRubeis ([238](#)) berekenden van 50 achtereenvolgende, als chronisch en therapieresistent beschouwde patiënten die naar hun kliniek waren verwezen, een mediane remissietijd van 13 maanden bij behandeling met CGT plus medicatie. Na 4 jaar follow-up was het aantal patiënten in remissie nog 42%.

Conclusies:

Niveau 3	Ten aanzien van de effectiviteit van psychotherapie bij chronische depressies, inclusief dysthymie, zijn op dit moment nog geen eensluidende conclusies mogelijk.
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat bij chronische depressies, inclusief dysthymie, farmacotherapie ten minste op korte termijn,

minstens zo effectief is als psychotherapie.

Niveau 3

Er zijn aanwijzingen dat simultane combinatie van cognitieve gedragstherapie en medicatie effectiever is dan deze behandelingen afzonderlijk.

Steunende en structurerende interventies

Richtlijntekst:

Uitgangsvragen

- 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 werkgroep tot een andere paragraafindeling gekomen.

Patiëntenperspectief ten aanzien van steunende en structurerende interventies

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.

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 dus diverse activiteiten. De bibliotherapie/psycho-educatie; counseling / casework; supportgroepen en gecombineerde interventies hebben raakvlakken met de cognitieve invalshoek; de vaktherapieën: psychomotorische therapie, muziektherapie, dramatherapie, beeldende therapie, bewegen zich meer op het gedragsmatige vlak. Daarnaast kunnen (zeer) eenvoudige gedragstherapeutische technieken telefonisch worden ingezet.

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 gestoord 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 farmaceutische en psychologische 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: allereerst bibliotherapie/zelfhulp en psycho-educatie; vervolgens counseling en casework; bibliotherapie en counseling gericht op medicijninname; supportgroepen waarin de uitwisseling tussen patiënten onderling centraal staat; en ten slotte gecombineerde interventies. Ook worden de 'vaktherapieën' besproken.

Praktische ondersteunende 'cognitieve' interventies

Richtlijntekst:

Dit onderdeel is opgedeeld in paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linker kolom op de paragraaftitels.

Bibliotherapie/zelfhulp en psycho-educatie

Richtlijntekst:

Bibliotherapie/zelfhulp is een vorm van een gestandaardiseerde behandeling waarbij geen of slechts minimale begeleiding wordt gegeven door een professional. De behandeling staat op schrift, of op geluidsband/videoband of iets dergelijks en de patiënt werkt deze zelfstandig door. Psycho-educatie (cursus 'in de put, uit de put'; cursus 'omgaan met depressie') is een sterk gestructureerde behandeling waarbij de begeleiding meestal in cursusvorm plaatsvindt, of binnen een ondersteuningsstructuur (groepsgewijze of individueel).

Bibliotherapie en psycho-educatie zijn niet altijd goed van elkaar te scheiden. Vaak zijn de interventies in de onderzoeken niet duidelijk omschreven en als dat wel zo is, dan bevatten ze vaak overlappende activiteiten. Hieronder worden de twee interventies los van elkaar besproken, voor zover het onderscheid te maken was. In de conclusie worden ze weer samengenomen.

Aanbevelingen:

Het is de mening van de werkgroep dat het zinvol is om met (eventueel groepsgewijze) bibliotherapie/ psychoeducatie te starten, als mensen zich bij de hulpverlening aanmelden met een depressie.

Het is de mening van de werkgroep dat een andere behandelvorm overwogen moet worden als na een periode van 6 weken geen, of onvoldoende effect van de interventie blijkt.

Het is de mening van de werkgroep dat het verstandig is bibliotherapie/ psycho-educatie te ondersteunen door een lichte vorm van, al dan niet groepsgewijze, begeleiding.

Het is de mening van de werkgroep dat het zinvol is om over te stappen op een andere vorm van behandelen, te weten cognitieve gedragstherapie en/of medicatie als mensen eerder bibliotherapie/ psycho-educatie ontvingen met onvoldoende resultaat. Het is de mening van de werkgroep dat dit ook het geval is bij patiënten die niet speciaal gemotiveerd of te motiveren zijn voor bibliotherapie / psychoeducatie.

De werkzaamheid van de op concreet gedrag gebaseerde kortdurende Problem Solving Therapy (PST) is aangetoond. Dit is een inhoudelijk tot in detail uitgewerkt gespreksmodel dat oplossingsvaardigheden van patiënten met een depressie vergroot. De effectiviteit voor de Nederlandse eerste lijn is veelbelovend. De PST valt ook goed in een stepped-care-model te combineren met andere vormen van behandeling.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Bibliotherapie/zelfhulp en psychoeducatie

Er zijn afgelopen jaren verschillende meta-analyses gepubliceerd over *bibliotherapie* (²³⁶ (40 onderzoeken); ¹¹⁹ (40 onderzoeken); ¹⁷⁸ (5 onderzoeken); ⁷¹ (6 onderzoeken)). Hierbij zijn onderzoeken beoordeeld waarin bibliotherapie de belangrijkste interventie was. Vaak vond bibliotherapie plaats met een minimale ondersteuning, bijvoorbeeld een wekelijks kort contact over de voortgang (hier gaat het al meer op psycho-educatie lijken). In de meeste onderzoeken vonden vergelijkingen plaats met therapeutische behandelingen en met controlegroepen. Na 1997 zijn er nog 5 onderzoeken verricht over bibliotherapie bij depressie (⁴⁸ ¹³⁷ ¹⁶⁰ ¹³² ¹). De uitkomsten van deze onderzoeken wijken niet af van de eerdere meta-analyses.

Psychoeducatie

Cuijpers heeft een meta-analyse gedaan naar het effect van een 'omgaan-met-depressie-cursus' bij unipolaire depressies (⁷² (20 onderzoeken)). De cursus is sterk gestructureerd en het leren van vaardigheden staat

centraal. De cursusleider heeft meer de rol van docent dan van therapeut. De meta-analyse laat zien dat de cursus effectief is bij depressies, hoewel er ook hier weer twijfels zijn over de betrouwbaarheid van onder meer de diagnose. De meeste bestudeerde onderzoeken stellen de DSM-criteria niet als maat.

Rokke e.a. (224) hebben twee soorten groepspsycho-educatie vergeleken: mondelinge overdracht van theoretische informatie plus interactie, en informatie gericht op zelfmanagement plus interactie. Onder invloed van beide interventies verbeterde de depressie significant meer dan bij de controlegroep. Tussen de beide benaderingen was geen significant verschil. Wegens de kleine onderzoeksgroepen is de generaliseerbaarheid van de uitkomsten beperkt.

Van een inhoudelijk tot in detail uitgewerkt gespreksmodel dat oplossingsvaardigheden van patiënten met een depressie vergroot, de Problem Solving Therapy (PST), is de werkzaamheid ruim voldoende aangetoond (22 23 84 198 199 284 295 296). De effectiviteit van deze op concreet gedrag gebaseerde kortdurende PST is voor de Nederlandse eerste lijn veelbelovend. PST is gemakkelijk te leren, vergt vijf gesprekken en valt ook goed in een *stepped-care*-model te combineren met andere vormen van behandeling.

Conclusies:

Bibliotherapie/zelfhulp en psychoeducatie

Niveau 2	Bibliotherapie (zelfhulp), is effectief, eventueel met minimale ondersteuning, bij unipolaire depressies, vaak net zo effectief als individuele of groepstherapie. Voor zover in de verschillende studies ook ander dan geschreven materiaal is beoordeeld, dan gold ook daarvoor dat ze minstens zulke positieve effecten hadden als geschreven materiaal. Over de interpretatie van de effecten bestaan twijfels die vooral te maken hebben met de wijze van selecteren van respondenten. Vaak melden mensen zichzelf aan, waardoor een zekere motivatie aanwezig is; vaak ook beoordelen mensen zelf of ze depressief zijn aan de hand van een ingevulde lijst. De uitkomsten van deze zelfdiagnose instrumenten is niet zondermeer betrouwbaar.
-----------------	---

Psychoeducatie

Niveau 1	Het is aangetoond dat Problem Solving Therapy (PST) werkt bij depressie. PST is een inhoudelijk tot in detail uitgewerkt gespreksmodel voor de eerste lijn dat de oplossingsvaardigheden van patiënten met een lichte depressie vergroot. PST is ook goed in een <i>stepped-care</i> -model te combineren met andere vormen van behandeling.
Niveau 3	Het is aannemelijk dat bibliotherapie/zelfhulp, op schrift dan wel audiovisueel aangeboden, en psychoeducatie zinvolle interventies zijn bij mensen met een depressieve stoornis. In ieder geval kan gesteld worden dat 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 psycho-educatie in alle gevallen noodzakelijk.

Counseling/casework

Richtlijntekst:

'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 beschreven wat de verschillende onderzoeken onder de interventie verstaan.

Aanbevelingen:

Het is de mening van de werkgroep dat vanuit een vraaggerichte benadering de voorkeur van de patiënt een belangrijke rol zou moeten spelen, in de keuze voor counseling/casework en psychologische behandelingen of medicatie, bij een matige depressie.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Er zijn twee onderzoeken die betrekking hebben op counseling en casework: het ene onderzoek was een randomised controlled trial, 'The Edinburgh primary care depression study' (²³⁷). Hierin werd counseling en casework door maatschappelijk 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 omschreven), support door aanmoediging en luisteren, helpen gevoelens te begrijpen, praktisch advies, ondersteuning, opzetten van social support of vakantie/familiebijeenkomsten, en dergelijke. Na vier maanden waren alle groepen sterk verbeterd, alleen de specialistische hulp door de psychiater deed het iets beter dan de routinezorg door de huisarts. De psychologische behandelingen en in het bijzonder de hulp door het maatschappelijk werk werd het hoogst gewaardeerd door de patiënten. Mensen die naast een depressie ook nog een persoonlijkheidsstoornis hadden (comorbiditeit) herstelden weliswaar iets langzamer, maar uiteindelijk net zo goed als mensen zonder persoonlijkheidsstoornis.

Bij het tweede onderzoek (²⁸) waren patiënten betrokken die minstens twee weken klachten hadden en minstens twintig scoorden op de Montgomery-Asberg-depressieschaal (¹⁷⁴). Dit onderzoek meet het effect van de voorkeur die de patiënt uitspreekt voor een bepaalde behandeling, in dit geval medicatie of counseling. Het onderzoek was een 'partially randomised preference trial': patiënten zonder voorkeur voor medicatie of counseling werden random toegewezen aan een van deze twee interventies; patiënten met voorkeur kregen de behandeling van hun keuze. De voorkeur voor counseling betrof iets vaker patiënten met een lichte depressie. De voorkeur voor medicatie betrof vaker patiënten met een zwaardere depressie. Beide 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 controlegroep was die géén interventie kreeg, is niet duidelijk of de behandelingen meer effect hadden dan niets doen. Mensen die hun voorkeurs-behandeling 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.

Conclusies:

Niveau 3	<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.

Counseling en psycho-educatie in relatie tot therapietrouw

Richtlijntekst:

Vier onderzoeken zetten lichte counseling en/of psycho-educatie 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.

Aanbevelingen:

Het verdient aanbeveling de medicatietherapietrouw te verhogen door psycho-educatie of het aanbieden van ondersteunende gesprekken.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Het eerste onderzoek (¹³⁴) 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 (²¹⁸) 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 (²⁴⁴), 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 (²⁴³) liet zien dat patiënten met een depressieve stoornis volgens DSM-criteria die, samen met hun naasten, een 3 uur durende psycho-educatie-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.

Conclusies:

Niveau 3	Het is aannemelijk dat door de inzet van psycho-educatie 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.
-----------------	---

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, psycho-educatie én counseling, effectiever is.

Combinaties van bovengenoemde interventies

Richtlijntekst:

Er zijn verschillende vormen van combinaties van interventies. Enerzijds gaat het om interventies van het 'schot-hagel-type': allerhande 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.

Aanbevelingen:

De werkgroep 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 psycho-educatie of praten. Beiden lijken in lichte mate effectief. Praten wordt over het algemeen zeer gewaardeerd.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Simon e.a. (244) onderzochten het effect op een major (65) of minor depression (88) van meerdere interventies tegelijk. Een tweede onderzoek (145) 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 (174), 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 psycho-educatie ook nog counseling ontvingen, meer verbeterden dan in het eerder genoemde onderzoek waarin alleen psycho-educatie 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).

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.

Supportgroepen

Richtlijntekst:

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.

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 werkgroep is daarom van mening dat deze mogelijkheid aangeboden moet worden.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In twee onderzoeken is gekeken naar supportgroepen. Het onderzoek van Rokke e.a. (224), betreffende volwassenen boven de zestig met een ernstige depressieve stoornis volgens DSM-criteria, is al eerder besproken bij psycho-educatie, omdat in dat onderzoek zowel groepen waarin groeps-psycho-educatie

centraal stond, als groepen waarbij de supportfunctie voorop stond zijn betrokken. Het onderzoek van Bright e.a. (49) 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 paraprofessionalgroep 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 groeps-psycho-educatie: 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.

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 effectiviteitonderzoek is er geen reden om supportgroepen op te zetten en te ondersteunen. Vanuit patiëntenperspectief kan het toch heel zinvol zijn.

Het effect van praktische en sociale interventies

Richtlijntekst:

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 psycho-educatie 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, psycho-educatie 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.

Diagnostiek en interventies door maatschappelijk werk

Richtlijntekst:

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 psycho-educatie 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 maatschappelijkwerkinderventies 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 programmaonderdeel 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.

Diagnostiek in het maatschappelijk werk

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.

Interventies maatschappelijk werk

Psycho-educatie

Patiënt en naasten krijgen informatie over diagnose en ziektebeeld, behandeling en neveneffecten van de behandeling, inpassing in het dagelijks functioneren, en over de prognose. Zo kunnen patiënt en omgeving de situatie beter begrijpen en er beter mee omgaan. Tevens wordt de patiënt ontvankelijker voor de behandeling en raakt hij gemotiveerd om bepaalde leefregels na te volgen; bovendien wordt de zelfredzaamheid gestimuleerd.

Psycho-educatie is voor iedere psychiatrische patiënt. Vooral chronische patiënten en ouderen hebben vaak een langerdurende variant nodig. Psycho-educatie is gecontra-indiceerd als de patiënt zich onvoldoende kan concentreren.

Bij comorbiditeit, bijvoorbeeld een persoonlijkheidsstoornis, is psycho-educatie voor het netwerk vooral van groot belang om te leren hoe een signalerende en kalmerende taak uit kan worden gevoerd.

Psycho-educatie kan in diverse varianten worden aangeboden:

- psycho-educatie als ondersteuning van de totale behandeling van alle disciplines
- psycho-educatie als opzichzelfstaande interventie voor individuele patiënten en hun ondersteunend netwerk
- psycho-educatie als cursus of als groepsgewijze interventie voor patiënten en /of hun ondersteunend netwerk; monodisciplinair of multidisciplinair

Ondersteunend groepswerk

Het doel van ondersteunend groepswerk 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 psycho-educatie (afhankelijk van type kennis).

Enkele bijzondere vormen van ondersteunend groepswerk 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, e.d. 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

Netwerkkondersteuning 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.

Netwerkkondersteuning omvat elementen van psycho-educatie, 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)
- voorlichtingspsycho-educatie en thematische psycho-educatie betreffende de stoornis, prognose, behandeling, en dergelijke (verbijzondering van psycho-educatie)
- 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.

Vaktherapieën

Richtlijntekst:

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 ⁽²⁰⁵⁾.

Psychomotorische therapie

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.

Muziektherapie

Van oudsher wordt binnen zorginstellingen veel met muziek gedaan. De intrede van muziektherapie in het behandel aanbod is van recentere datum. Er zijn naar schatting 300 muziektherapeuten werkzaam in Nederland ⁽²⁰⁵⁾. 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 ⁽²⁰⁵⁾.

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 ⁽⁸⁶⁾. 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 ⁽²⁴⁶⁾. 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.

Dramatherapie

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.

Beeldende therapie

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 ⁽²⁰³⁾. 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 ⁽²⁸⁸⁾.

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 ⁽²⁴⁷⁾. Deze beeldkenmerken kunnen bijvoorbeeld zijn: het gebruik van sombere of grauwe kleuren, weinig details en hopeloze en negatieve thema's ^(38 126).

Het feit dat de kenmerken zichtbaar zijn in het werkstuk maakt dat de beeldend therapeut zijn interventies direct kan richten op deze kenmerken.

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).

Algemene samenvatting vaktherapieën

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.

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: Psychomotorische therapie

Running-therapie

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 ([76](#) [147](#)) en cognitieve therapie ([109](#)) en effectiever dan steunende therapie ([44](#)). In het onderzoek van Fremont e.a. ([109](#)) is geen verschil in effectiviteit bij patiënten met BDI-scores (Beck Depression Inventory) onder en boven 20 punten. Ook in het onderzoek van Bosscher ([44](#)) bleek running-therapie effectief bij een gemiddelde BDI-score van 24, wat duidt op matig ernstige depressie ([45](#) [179](#)). Alle hier genoemde onderzoeken hebben betrekking op een ambulante patiëntengroepen.

Fysieke training

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 ([85](#) [179](#) [211](#)). Opmerkelijk is dat de laatste jaren de werkzaamheid van fysieke training bij depressieve ouderen (50+) is aangetoond ([192](#) [245](#) [37](#) [17](#) [182](#)). McNeil e.a. ([192](#)) 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. ([245](#)) lieten zien dat krachttraining effectiever is dan aandachtplacebo. Blumenthal e.a. ([37](#)) 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 ([17](#)). Mather e.a. ([182](#)) 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 dosis-responsrelatie aangetoond ([87](#)). Ook is geen verschil in werkzaamheid aangetoond bij een individueel aanbod versus een groepsaanbod ([109](#)). In een tweetal meta-analyses ([209](#) [68](#)) 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 ([162](#)).

Relaxatie

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.

Behandeling met beeldende therapie

In *Vakwerk* ([292](#)) 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 ([124](#)). 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 ([207](#)) 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 (152) 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 vat 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."

Muziektherapie

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 <http://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 (176). 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 (122) vast dat ouderen met een lichte of ernstige depressie minder depressieve kenmerken vertoonden na het volgen van muziektherapie in de thuissituatie. Chen (61) vond dat ouderen eerder een verbetering vertoonden bij een gecombineerde therapie van antidepressiva en muziektherapie, dan wanneer alleen antidepressiva werden aangeboden. Suzuki (264) 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 gevalsbeschrijvingen 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. (219) vonden dat neutrale, opgewekte en deprimerende muziek de stemming van de luisteraar op corresponderende wijze beïnvloedde. Shatin (240) 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. (249). Onder invloed van door muziek opgeroepen positieve emoties bleken depressieve patiënten sneller in staat negatieve cognities af te bouwen (89 246 263).

De effectiviteit van muziektherapie is in een beperkt aantal onderzoeken aan de orde gekomen. Lai (156) 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 mogelijkwijs bijgedragen aan een verbeterde stemming. McKinney e.a. (191) 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.

Dramatherapie

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 (247) 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 ⁽¹⁶⁵⁾:

- 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 ⁽¹³⁵⁾ 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 ⁽¹⁴⁴⁾.

Bij een *directief-klachtgerichte werkwijze* (= re-educatief), gericht op klachtenreductie, is uit onderzoek ^(247 287) 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 ⁽¹⁴⁴⁾.

Beeldende therapie

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.

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 (64 65). Er is onder meer explorerend 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) (64 65). 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.

Conclusies:

Running therapie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat running-therapie een werkzame behandelvorm is voor depressie bij ambulante patiënten.
Niveau 2	Het is aannemelijk dat running-therapie werkt bij verschillende ernst van depressie.

Fysieke training

Niveau 2	Het is aannemelijk dat verschillende vormen van inspanning een positief effect hebben. De aanbiedingsvorm heeft geen invloed op de werkzaamheid ervan.
-----------------	--

Relaxatie

Niveau 4	Relaxatie is een bruikbare aanvulling bij de behandeling en terugvalpreventie van depressie.
-----------------	--

Muziektherapie

Niveau 3	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.
-----------------	--

Dramatherapie

Niveau 3	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.
-----------------	--

Beeldende therapie

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.
-----------------	---

Behandeling met beeldende therapie

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.
-----------------	---

Overige overwegingen:

Fysieke training

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.

Muziektherapie

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.

Verpleegkundige interventies

Richtlijntekst:

Verpleegproblemen bij de depressieve stoornis

Bij de zoektocht naar veelvoorkomende verpleegproblemen in de literatuur is een knelpunt dat verpleegproblemen die inhoudelijk in overeenstemming met elkaar lijken te zijn, soms onder een afwijkende benaming worden beschreven (bijvoorbeeld negatief zelfbeeld en lage zelfwaardering). Deze op elkaar gelijkende verpleegproblemen zijn als dezelfde beschouwd. Drieëndertig verpleegproblemen werden gevonden. De verpleegproblemen die in vijf of meer werken voorkwamen werden geselecteerd. Dit resulteerde in een voorselectie van zestien verpleegproblemen. Deze verpleegproblemen en de bijhorende verpleegkundige interventies ([184](#) [290](#)) werden voorgelegd aan het panel. De verpleegproblemen worden door hen herkend als veel voorkomende problemen bij mensen met een depressie.

Ten aanzien van de gehanteerde methodiek en consequenties hiervan, werden door het panel de volgende opmerkingen gemaakt:

De beschrijving is uitvoerig, de tekst dient te worden aangepast voor de richtlijn.

De beschrijving die door de verpleegkundigen van de werkgroep is opgesteld, is voornamelijk van toepassing op de intramurale setting, en niet op de ambulante setting.

In de ambulante zorg is er een ander referentiekader. De DSM-IV-classificatie wordt daar als uitgangspunt genomen voor het op te stellen behandelplan. SPV-ers werken dan volgens de methodiek van de IPT of de cognitieve gedragstherapie.

De problematiek is te veel individueel gericht. De interactionele aspecten, die in de op het systeemniveau gerichte ambulante praktijk op de voorgrond staan, worden nauwelijks beschreven.

De verpleegproblemen en de daarbij behorende interventies moeten worden beperkt tot de meest voorkomende. De verpleegproblemen *eenzaamheid en depressieve stemming* worden niet opgenomen omdat de problemen erg breed zijn en overlap vertonen met andere problemen en interventies.

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.

Uiteindelijk werden de volgende problemen geselecteerd:

- lage zelfwaardering
- suicidaliteit

- verstoring dag/nachtritme
- onvoldoende vocht/voedselopname
- sociaal isolement
- angst
- onvoldoende lichamelijke verzorging
- beperkte sociale rolvulling
- disfunctionele rouw
- hopeloosheid
- inactiviteit
- ineffectieve coping
- machteloosheid
- veranderde denkprocessen

Verpleegkundige interventies

Interventies kunnen niet los beschouwd worden van de complete methodiek van het verpleegkundig proces. Voordat de interventies bepaald worden, zullen eerst de diverse verpleegproblemen vastgesteld moeten worden en een doel geformuleerd zijn. Bij depressieve stoornis zullen er in de praktijk meerdere verpleegproblemen vastgesteld worden (zie ook de bovenstaande inventarisatie). Deze verpleegproblemen beschrijven slechts een bepaald onderdeel van een verpleegkundige diagnose. Voor de factoren die het probleem beïnvloed hebben en de kenmerken waaruit de verpleegkundige kan afleiden dat er sprake is van het betreffende probleem, wordt verwezen naar de genoemde literatuur.

Ter illustratie wordt hier een verpleegprobleem - *lage zelfwaardering (ICIDH s 23.38)* - en de bijbehorende interventie uitgewerkt (²⁹⁰ p. 129).

Definitie van 'lage zelfwaardering': Stoornis in de zelfbeleving door negatieve gevoelens omtrent eigenwaarde, zelfvertrouwen en het inschatten van eigen mogelijkheden.

A Verpleegkundige diagnostische termen

Beïnvloedende factoren

lichamelijke aandoening
borderline persoonlijkheidsstoornis
nihilistische waan
depressie

identiteitsproblematiek
disfunctioneel familiesysteem
herhaalde negatieve ervaringen, zoals...
fysieke mishandeling
emotionele mishandeling
seksuele mishandeling

afwezigheid van personen om op terug te vallen

Kenmerken en aanwijzingen

voortdurende zelfkritiek
zich hulpeloos voelen
het gevoel hebben tekort te schieten
onredelijke en wisselende eisen aan zichzelf stellen

zelfdestructief gedrag
ambivalentie
niet kunnen omgaan met positieve feedback
schuldgevoelens
schaamtegevoelens
negatieve verwachtingen van zelf te ondernemen activiteiten

besluiteloosheid na een traumatische ervaring
bagatelliseren van de prestaties
introversie
vermijden van oogcontact
gepreoccupeerd met eigen falen
weerstand tegen nieuwe situaties
om bevestiging vragen

B Verpleegdoelen

- Cognitieve verpleegdoelen

- herkent factoren die geleid hebben tot een lage zelfwaardering en kan deze als zodanig verwoorden
- verwoordt de behoeften op assertieve wijze
- Affectieve/sociale verpleegdoelen
- toont een positieve ontwikkeling in het zelfbeeld
- toont een reëel beeld van de eigen mogelijkheden en onmogelijkheden
- Psychomotorische verpleegdoelen
- komt voor zichzelf op binnen een sociale context

C Verpleegkundige interventies

- Directe zorg
- een therapeutische relatie opbouwen door middel van aanpassing aan het niveau waarop de patiënt zich comfortabel voelt
- opstellen van kortetermijndoelen en uitdagende doelen
- positieve feedback geven en de patiënt het gevoel geven nodig en gewaardeerd te zijn
- de patiënt de mogelijkheid geven om gevoelens van lage zelfwaardering te bespreken
- Training
- inzichtgevende gesprekken voeren ten aanzien van factoren die de lage zelfwaardering beïnvloed hebben en de gevoelens die hiermee samengaan
- ondersteuning bieden in het herkennen van eigen sterke kanten of positieve aspecten, en zwakke kanten of tekortkomingen
- Beoordeling
- observeren en rapporteren van situaties waarin de lage zelfwaardering meer op de voorgrond treedt
- observeren en rapporteren van kenmerken en aanwijzingen waaruit afleidbaar is dat de lage zelfwaardering toe- of afneemt
- Management van persoonlijke zorg
- creëren van een rustige en ondersteunende omgeving waarin de patiënt zich op zijn gemak voelt

Aanbevelingen:

Conclusies en aanbevelingen

Het gevonden 'bewijs' voor de interventies bij depressies komt uit de klinische zorg.

Verpleegkundigen dienen de verpleegkundige interventie toe te passen behorend bij het desbetreffende verpleegprobleem.

Verpleegkundigen die zorg dragen voor patiënten met een depressieve of dysthyme stoornis, in alle settings, dienen te toetsen of in ieder geval een van de beschreven veertien verpleegproblemen zich voordoet.

Het wordt van belang geacht dat verpleegkundigen aandacht hebben voor het functioneren van het sociaal netwerk van de patiënt. Het sociale netwerk van de patiënt (de gezinscoping) dient meegenomen te worden in de probleemdefinitie en de interventies. In overleg met de patiënt zal de directe omgeving altijd bij de behandeling dan wel de zorgverlening betrokken dienen te worden. Zowel om voorlichting te geven over het ziektebeeld en zonodig ondersteuning te bieden aan de mantelzorgers, maar ook om sociale contacten te kunnen blijven onderhouden (voorkomen van sociaal isolement).

Tijdens de begeleiding van patiënten en hun familieleden dienen verpleegkundigen informatie te geven over en te verwijzen naar contacten met lotgenoten.

Voor het inschatten van suicidaliteit bij patiënten en de begeleiding van deze patiënten verwijst de subgroep naar de richtlijn verpleegkundige zorg bij de suicidale patiënt van het [CBO \(1998\)](#).

Verpleegkundige begeleiding van patiënten die ECT-behandeling ondergaan dient nader onderzocht te

worden.

Activiteiten, handelingen die voortkomen vanuit de behandeling die door andere disciplines binnen het multidisciplinaire team zijn ingezet, dienen nader onderzocht te worden alvorens hierover uitspraken gedaan kunnen worden.

Bij gebrek aan onderzoek en consensus voor de gehanteerde interventies door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, beveelt de subwerkgroep aan om dezelfde werkwijze te hanteren. Onderzoek naar interventies door gespecialiseerd verpleegkundigen (waaronder SPV-ers) is noodzakelijk: de IPT en cognitieve gedragstherapie.

Wetenschappelijke onderbouwing:

De literatuur is onderzocht met behulp van PubMed, Medline, PsychLit, Cinahl en Invert. Tevens is het LCVV (het huidige LEVV: Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging) geraadpleegd. Hierbij is uitsluitend uitgegaan van onderzoek naar verpleegkundige interventies (altijd de term verpleegkundig gebruikt). Allereerst is gezocht naar meta-analyses, vervolgens naar 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.

Gebruikte trefwoorden en aantal treffers:

- PubMed: 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 - (19 treffers).

Medline, PsychLit, Cinahl: nursing interventions AND community psychiatric nursing (mood disorders OR depression) - (71 treffers)

Invert: (depressie OR depression) AND (verpleging OR verpleegkunde OR verpleegkundige OR interventies OR nursing OR interventions OR zorg OR care OR diagnostiek) - (7 treffers)

Invert: (depressie OR stemming OR somberheid OR stemmingsstoornissen OR stemmingsstoornis OR rouw) AND (verpleegkundige OR verpleging OR verpleegkunde OR zorg OR interventies OR acties OR diagnostiek) - (16 treffers)

Invert: depressie OR depression - (41 treffers)

LCVV: Nederlandstalige literatuur met gebruikmaking van Invert - (67 treffers)

De gevonden literatuur leverde na screening 71 treffers op met enige verpleegkundige relevantie. De geselecteerde abstracts werden vervolgens op de volgende criteria beoordeeld:

- doelgroep (volwassenen)
- wetenschappelijke relevantie
- depressie als primair uitgangspunt
- Engelstalige, Duitstalige of Nederlandstalige literatuur
- grootte van onderzoekspopulatie
- datum van uitgave (≥1990)

Aan de hand van deze criteria is middels een vijf-punts-Likert-score een waardering gegeven aan de artikelen. De artikelen die in consensus meer dan 3 punten scoorden (17 artikelen) werden geselecteerd voor verdere analyse. Dit resulteerde in de volgende lijst:

Badger, T.A., Mishel, M.H., Biocca, L.J., e.a. (1991). Depression assessment and management: evaluating a community-based mental health training program for nurses. *Public Health Nursing*, 8, 170-175.

Beeber, L.S. (1998). Treating depression through the therapeutic nurse-client relationship. *Nursing Clinics of North-America*, 33, 153-172.

Blixen, C.E., & Kippes, C. (1999). Depression, social support, and quality of life in older adults with osteoarthritis. *Image-the journal of nursing scholarship*, 31, 221-226.

Buckwalter, K.C., Gerdner, L., Kohout, F., e.a. (1999). A nursing intervention to decrease depression in family caregivers of persons with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13, 80-88.

Farran, C.J., Horton-Deutsch, S.L., Loukissa, D., e.a. (1997). Psychiatric home care of elderly persons with depression: unmet caregiver needs. *Home Health Care Services Quarterly*, 16, 57-73.

Hassell, J.S. (1996). Improved management of depression through nursing model application and critical thinking. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 8, 161-166.

Hauenstein, E.J. (1997). A nursing practice paradigm for depressed rural women: the Women's Affective

- Illness Treatment Program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11, 37- 45.
- Hedelin, B., Svensson, P. (1999). Psychiatric nursing for promotion of mental health and prevention of depression in the elderly: a case study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 115-124.
- Henderson, D.J. (1994). Commentary on Recovering in depressed women: research with Peplau's theory. *AWHONN's Women's Health Nursing Scan*, 8, 19-20.
- Krichbaum, K.E., Pearson, V., & Hanscom, J. (2000). Better care in nursing homes: advanced practice nurses' strategies for improving staff use of protocols. *Clinical Nurse Specialist*, 14, 40-46.
- McCloskey, J.C., & Bulechek, G.M. (1996). Suicide Prevention (Iowa NIC) In *Nursing interventions classification (NIC): Iowa intervention project* (2de druk) (pp. [...]). St. Louis: Mosby Year Book.
- Peden, A.R. (1996). Recovering from depression: a one year follow up. *Journal of psychiatric and mental health Nursing*, 3, 289-295.
- Tollett, J.H. (1992). *Effects of a nursing intervention with homeless veterans*. Proefschrift.: University of Tennessee.)
- Tollett, J.H., & Thomas, S.P. (1995). A theory based nursing intervention to instill hope in homeless veterans. *Advances in Nursing Science*, 18, 76-90.
- West, P.P. (1993). *The relationship between depression and self care agency in young adult women*. Proefschrift. Wayne State University.
- Zauszniewski, J.A. (1992). Health seeking resources and adaptive functioning in depressed and nondepressed adults. Proefschrift: Case Western Reserve University (Health Sciences).
- Zauszniewski, J.A. (1995). Theoretical and empirical considerations of resourcefulness. *Image-the journal of nursing scholarship*, 27, 177-180.

Bij het bestuderen van de gelezen titels werd duidelijk dat de wetenschappelijke bruikbaarheid van de meeste literatuur matig tot slecht was en niet voldeed aan de hierboven geformuleerde criteria. Voorbeelden hiervan zijn:

- te kleine onderzoeksgroepen (Farran e.a., 1997; Peden, 1996)
- leeftijd en comorbiditeit (ouderen met dementie of lichamelijk stoornissen in combinatie met depressie) maken generalisatie naar de doelgroep onmogelijk (Blixen & Kippes, 1999; Buckwalter e.a. 1999)
- specificiteit (depressieve veteranen in Amerika) maakt generalisatie naar de doelgroep onmogelijk (Tolett 1992; Tolett & Thomas, 1995)
- In een meta-analyse naar het effect van een postnatale depressie op de moeder-kindinteractie worden aanbevelingen gedaan voor verpleegkundige interventies, maar die interventies zijn daarmee nog niet wetenschappelijk onderbouwd (Henderson, 1994).

Conclusies:

Niveau 4	Er wordt internationaal onvoldoende bruikbaar onderzoek gedaan naar verpleegkundige interventies bij depressie.
-----------------	---

Overige overwegingen:

Onderzoeken die behandelingen en interventies door andere disciplines beschrijven, zijn buiten beschouwing gelaten. Verpleegkundigen leveren echter wel een bijdrage aan behandelingen vanuit de cognitieve therapie (klinisch) of voeren deze zelf uit in de ambulante praktijk (sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen: SPV-ers). Dit laatste geldt ook voor interpersoonlijke psychotherapie (IPT). Er is echter geen onderzoek naar die behandelingen door verpleegkundigen voorhanden. Bovendien gaat het hier om specialistisch verpleegkundig handelen dat niet verwacht kan worden van basisverpleegkundigen. Verpleegkundigen die dergelijke behandelingen (mede) uitvoeren, moeten specifieke scholing gevolgd hebben.

Bij gebrek aan *evidence* is besloten over te gaan naar een lager niveau van bewijsvoering en is de volgende strategie gevolgd:

In verpleegkundige handboeken is gezocht naar met stemmingsstoornissen samenhangende verpleegproblemen

In handboeken is gezocht naar verpleegkundige interventies (¹⁸⁵).

Er zijn interventies gebruikt uit het werk van Vossen (²⁹⁰) en van McCloskey & Bulechek (¹⁸⁴). Het werk van Vossen (²⁹⁰) is in Nederland onderzocht en wordt thans veel gebruikt. Het werk van McCloskey & Bulechek (¹⁸⁴) wordt internationaal veel gebruikt. Dat betekent dat er onder verpleegkundigen een grote mate van consensus is over deze twee standaardwerken. Dit betekent overigens niet dat andere literatuur minder geschikt zou zijn om interventies uit te gebruiken.

In drie panels (diagnostiek, stemmingstoornissen, angststoornissen) zijn notities naar aanleiding van bovengenoemde bronnen besproken op relevantie voor de huidige werkzaamheden van verpleegkundigen in het GGZ -veld. De panels zijn samengesteld met afgevaardigden van de relevante verpleegkundige disciplines die op verschillende plekken en vanuit verschillende opleidingen werken in de GGZ.

Ervaringen van patiënten met een depressie

Richtlijntekst:

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 medisch 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' (114). Naar ervaringen van patiënten met een depressie blijkt nauwelijks onderzoek gedaan te zijn.

Onderbouwing

Richtlijntekst:

Het Trimbos-instituut heeft onderzoek gedaan naar de ervaringen van mensen die behandeld zijn voor een depressie. Vijfenvertig 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 (90). GGZ Nederland heeft samen met het Trimbos-instituut de wensen van patiënten en hun familieleden bij het opstellen van ggz-programma's geïnventariseerd. Rond vijf belangrijke aandoeningen - waaronder een depressie en/of een angststoornis - zijn werkgroepen 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 (107).

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 (158).

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 (42).

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 (212). 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 FobieVRienden 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 (175).

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 (195 251 300 283 299).

Internet is een belangrijke informatiebron. Van de vele internetsites geven sommige toegang tot virtuele discussiegroepen, waarin patiënten persoonlijke ervaringen en informatie kunnen uitwisselen (195):

www.depressiestichting.nl/; <http://www.gezondheidsplein.nl/>; <http://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.

Diagnostiek

Richtlijntekst:

Psychische klachten grijpen vaak sterk in het dagelijkse 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 moeten zij alert zijn op signalen van patiënten en doorvragen naar aanwezige doodswensen, ook na de intake.

Behandeling algemeen

Richtlijntekst:

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 behandelaanbod dat door hemzelf of zijn instelling wordt vertegenwoordigd, altijd te wijzen op relevante alternatieven. Het zoek- en afwegingsproces ondersteunt hij actief. Zo kan de patiënt veel informatie van derden betrekken en actiever kiezen voor deze 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 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, 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.

Medicamenteuze behandeling

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 de 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 kalme-rings-middelen 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.

Psychologische/psychotherapeutische interventies

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.

Praktisch ondersteunende interventies

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.

Relationele aspecten van hulpverlening

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 behandelingsaanbod 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, be-moei-lijken 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 be-handeling 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 behan-deling 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.

Organisatorische aspecten van de hulpverlening

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 verantwoorde-lijkheid. 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 samen-hang 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 vrijevestigde 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.

Implementatie en verder wetenschappelijk onderzoek

Richtlijntekst:

Bevordering van de wetenschappelijke onderbouwing van het medisch handelen en van de zorgverlening neemt al geruime tijd een prominente plaats in op de agenda van de medisch-specialistische verenigingen en beroepsverenigingen, maar ook op die van de overheid. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport concludeerde in 1997 dat de uitkomsten van medical technology assessment (MTA of HTA: het onderbouwen van het medisch handelen en de zorgverlening met wetenschappelijk bewijs) toenemend vastgelegd worden in richtlijnen voor het professioneel medisch (specialistisch) handelen, maar dat zij in een te traag tempo of in te geringe mate de kwaliteit van zorg in de dagelijkse praktijk lijken te beïnvloeden (40).

Daaropvolgend heeft een commissie op verzoek van de minister de elementen besproken die belangrijk zijn voor verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening. Deze commissie concludeerde dat verbetering van kwaliteit van zorg eigenlijk alleen mogelijk is door het bevorderen en het ter beschikking laten komen van vakkennis, epidemiologische gegevens, patiëntgegevens en organisatorische aspecten in een geïntegreerd verbeteringssysteem (114). Het uitbrengen van goede multidisciplinaire richtlijnen en een daaraan gekoppeld implementatie- en evaluatieplan is een voorbeeld van zo'n geïntegreerd verbeteringssysteem. In deze richtlijn zijn dus ook enkele door de werkgroep voorgestelde maatregelen ter bevordering van de implementatie opgenomen.

Het is aangetoond dat diverse omstandigheden en maatregelen de implementatie van richtlijnen kunnen bevorderen. Een inhoudelijk goede kwaliteit van de richtlijn is een zeer belangrijke voorwaarde voor implementatie. Toch zijn er enkele beperkingen (133). Het is in het algemeen:

- niet goed mogelijk om *één optimale interventie* (enkelvoudig of samengesteld) aan te bevelen voor het bevorderen van de implementatie van richtlijnen
- niet mogelijk om een één-op-één-relatie aan te geven tussen de theorieën betreffende de implementatie en het effect van de concrete implementatiestrategieën in de praktijk
- wel belangrijk om vóór implementatie aandacht te besteden aan bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie (per doelgroep en/of setting)

De werkgroep rekent het niet tot haar taak exact weer te geven hoe deze richtlijn geïmplementeerd zal moeten worden en hoe het effect ervan geëvalueerd zou moeten worden. De Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ die de kaders voor het opstellen van deze richtlijn mede heeft vastgesteld, heeft een Commissie implementatie samengesteld. Deze commissie zal de implementatie van deze richtlijn daadwerkelijk gaan steunen. De werkgroep wil in deze beknopte bijdrage echter wel een aantal voorstellen voor implementatie en evaluatie doen.

Daarnaast brengt de werkgroep nog enkele aanbevelingen voor verder wetenschappelijk onderzoek betreffende de zorg voor patiënten met een depressie naar voren op basis van de door hen ontdekte relevante en belangrijke lacunes in het bestaande wetenschappelijk onderzoek.

Voorstellen voor implementatie van deze richtlijn

De Commissie kwaliteit van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie zal jaarlijks de inhoud van de richtlijn toetsen aan de gemeenschappelijke ontwikkeling en beoordelen of gehele of gedeeltelijke bijstelling noodzakelijk is.

Met de bedoeling de implementatie van deze richtlijn te ondersteunen of te bevorderen adviseert de werkgroep de richtlijn ook uit te brengen in kortere, eventueel beroepsspecifieke versies, op basis van de integrale tekst; eventueel in een vraag-aanbevelingsmodel.

De werkgroep adviseert op basis van de belangrijkste aanbevelingen algoritmes en stappenplannen te maken en te verspreiden, eventueel op geplastificeerde kaartjes.

De werkgroep is daarnaast van mening dat ter bevordering van de implementatie de volgende *voorstellen* voor maatregelen en activiteiten zinvol zouden kunnen zijn.

Activiteiten door de deelnemende wetenschappelijke en beroepsverenigingen

- het opstellen van een implementatieplan toegespitst op de beroepsspecifieke aspecten van deze richtlijn

- het vervaardigen van specifieke quick-reference schema's en locale protocollen om de toepassing van de richtlijn in de praktijk te bevorderen
- het (bijvoorbeeld jaarlijks) in iedere vereniging toetsen van de inhoud van de richtlijn aan de gemeenschappelijke ontwikkeling en beoordelen of gehele of gedeeltelijke bijstelling noodzakelijk is en daarvan te rapporteren aan de houder van deze richtlijn
- het genereren van voldoende steun om de resultaten van (in Nederland) lopende en komende onderzoeken naar verbetering in de zorg voor patiënten met een depressie te kunnen implementeren en uitvoeren

Activiteiten voor of door patiënten

- de werkgroep adviseert het ontwikkelen en verspreiden van zelfzorghulpmiddelen, bijvoorbeeld middelen voor zelf-monitoring en -support

Activiteiten betreffende evaluatie van de richtlijntoepassing

- de werkgroep acht het wenselijk dat er een monitoring van de daadwerkelijke toepassing van de richtlijn totstandkomt
- het verdient aanbeveling om voor de monitoring van de daadwerkelijke toepassing van de richtlijn aansluiting te zoeken bij bestaande landelijke of internationale monitoringsystemen

Zinvol verder wetenschappelijk onderzoek

De werkgroep is van mening dat de volgende *voorstellen* voor wetenschappelijk onderzoek zinvol zouden kunnen zijn:

- onderzoek naar doelmatige (vroeg)diagnose en interventie van alle vormen van depressie in de eerste lijn
- onderzoek naar de waarde en doelmatige toepassing van steunende en structurerende zorg voor patiënten met een depressie

Aanbevelingen:

Voorstellen voor implementatie van deze richtlijn

De werkgroep adviseert alle aan de ontwikkeling van deze richtlijn deelnemende verenigingen een implementatieplan op te stellen, passend binnen bovengenoemde initiatieven.

De werkgroep adviseert - waar relevant - delen van de richtlijn om te zetten in protocollen, rekening houdend met locale of beroepsspecifieke omstandigheden.

De werkgroep acht het wenselijk dat er een monitoring van de daadwerkelijke toepassing van de richtlijn totstandkomt.

De werkgroep adviseert de in de inleiding van deze richtlijn genoemde periode van herziening van de richtlijn aan te houden.

Zinvol verder wetenschappelijk onderzoek

De werkgroep heeft op basis van de bij het samenstellen van de richtlijn verkregen kennis voorstellen voor verder wetenschappelijk onderzoek geformuleerd en beveelt aan dit voorgestelde onderzoek uit te voeren.

Referenties

1 - Ackerson

Ackerson, J., Scogin, F., McKendree-Smith, N., e.a. (1998). Cognitive bibliotherapy for mild and moderate adolescent depressive symptomatology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 685-690.

2 - Addington

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)

3 - Addington

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)

4 - Addington

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

5 - Agency for Health Care Policy and Research

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

6 - American Psychiatric Association

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

7 - American Psychiatric Association

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

8 - American Psychiatric Association

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

9 - American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (2000). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

10 - American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (2000). *Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision)*. *American Journal of Psychiatry*, 157(Suppl. 4), 1-45.

11 - American Psychiatric Association

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

12 - An alternative to the Velten technique

An alternative to the Velten technique. *Journal of Abnormal Psychology*, 95 (3) 295-297.

13 - Anderson

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)

14 - Anderson

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.

15 - Anderson

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)

16 - Aronson

Aronson, R., Offman, H.J., Joffe, R.T., e.a. (1996). Triiodothyronine augmentation in the treatment of refractory depression. A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 53, 842-848. (A1)

17 - Babyak

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.

18 - Balslev Jorgensen

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.

19 - Balslev Jorgensen

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.

20 - Barkham

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.

21 - Barkham

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.

22 - Barrett

Barrett, J.E., e.a. (2001). Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized trial in patients aged 18 to 59 years. *Journal of Family Practice*, 50, 405-412.

23 - Barrett

Barrett, J.E., Williams, J.W. Jr., Oxman, T.E., e.a. (1999). The treatment effectiveness project. A comparison of the effectiveness of paroxetine, problem-solving therapy, and placebo in the treatment of minor depression and dysthymia in primary care patients: background and research plan. *Gen Hosp Psychiatry* 1999;21:260-273.

24 - Bauer

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)

25 - Bauer

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)

26 - Beach

Beach, S.R.H., Fincham, F.D., & Katz, J. (1998). Marital therapy in the treatment of depression: toward a third generation of the therapy and research. *Clinical Psychology Review*, 18, 635-661.

27 - Bech

Bech, P. (1992). Symptoms and assessment of depression. In E.S. Paykel (Red.), *Handbook of affective disorders* (pp. 3-13). Edinburgh: Churchill Livingstone. (B)

28 - Bedi

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.

29 - Bellack

Bellack, J.P., & Edlund, B. (1992). *Nursing Assessment and Diagnosis*. Boston/London: Jones & Bartlett Publishers.

30 - Beurs

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.

31 - Bijl

Bijl, D., & Verhoeven, W.M.A. (2002). Antidepressiva bij depressie: een kritische beschouwing. Geneesmiddelenbulletin, 36, 51-59.

32 - Birkenhäger

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

33 - Blackburn

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.

34 - Blatt

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.

35 - Blatt

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.

36 - Blom

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.

37 - Blumenthal

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.

38 - Bolk

Bolk, F. (1987). Vrije en gerichte beeldende expressie in relatie tot psychiatrie. Tijdschrift voor Creatieve therapie, 4.

39 - Bollini

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.

40 - Borst-Eilers

Borst-Eilers, E. (1997). Medische technologie assessment, E en doelmatigheid van zorg. (Brief) (CSZ/EZ-9748001). Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

41 - Bos

Bos, A., & van Leeuwen, R.R. (1992). Psychiatrische Verpleegkunde. Leiden: Spruyt, Van Mantgem & de Does.

42 - Bos

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.

43 - Bosscher

Bosscher, R.J. (1991). Runningtherapie bij depressie. Proefschrift. Amsterdam: VU Amsterdam.

44 - Bosscher

Bosscher, R.J. (1993). Running and mixed physical exercises with depressed psychiatric patients. International Journal of Sport Psychology, 24, 170-184.

45 - Bosscher

Bosscher, R.J., van Tilburg, T., & Mellenbergh, G.J. Hardlopen en depressie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 6, 621-636.

46 - Bouman

Bouman, T.K., & Kok, A.R. (1987). Homogeneity of Beck's Depression Inventory (BDI): applying Rasch analysis in conceptual exploration. Acta Psychiatrica Scandinavia, 76, 568-573. (B)

47 - Bouman

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)

48 - Bowman

Bowman, D., Scogin, F., & Lyrene, (1995). The efficacy of self-examination therapy and cognitive bibliotherapy in the treatment of mild to moderate depression. Psychotherapy Research, 5, 131-140.

49 - Bright

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.

50 - Broek van den

Broek van den , W.W., Huyser, J., Koster, A.M., e.a. (2000). Richtlijn Elektroconvulsietherapie. Amsterdam: Boom.

51 - Bruijn

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)

52 - Bruijn

Bruijn, J.A., Moleman, P., Mulder, P.G.H., e.a. (2001). Treatment of mood-congruent psychotic depression with imipramine. Journal of Affective Disorders, 66, 165-174. (A2)

53 - Burg

Burg, W. van den. (1998). De (in)effectiviteit van psychofarmaca. Directieve Therapie, 18, 5-68.

54 - Burg

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.

55 - Butterweck

Butterweck, V. (2003). Mechanism of action of St John's wort in depression: what is known? CNS Drugs , 17, 539-562.

56 - Carpenito

Carpenito, L.J. (2000). Nursing Diagnosis: application to clinical practice. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

57 - Carpenter

Carpenter, L.L., Jovic, Z., Hall, J.M., e.a. (1999). Mirtazapine augmentation in the treatment of refractory depression. Journal of Clinical Psychiatry, 60, 45-49. (C)

58 - Carpenter

Carpenter, L.L., Yasmin, S., & Price, L.H. (2002). A double-blind, placebo-controlled study of antidepressant augmentation with mirtazapine. Biological Psychiatry, 51, 183-188. (B)

59 - Carroll

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)

60 - Chambless

Chambless, D.L., & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversie

and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

61 - Chen

Chen, X. (1992). Active music therapy for senile depression. *Chung Hua Shen Ching Ching Shen Ko Tsa Chih*, 4, 208-210, 252-253.

62 - Chochinov

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)

63 - Clerc

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)

64 - Cohen

Cohen, B.M. (1986). Een nieuwe tekentest. *Psychologie*, 4, pp.26-29.

65 - Cohen

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.

66 - Connerney

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.

67 - Corruble

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)

68 - Craft

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.

69 - Craighead

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.

70 - Craighead

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.

71 - Cuijpers

Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression. *J. Behav Ther Exp Psychiatry*, 28, 139-147.

72 - Cuijpers

Cuijpers, P. (1998). A psycho-educational approach to the treatment of depression; a meta-analysis of Lewinsohn's Coping with Depression course. *Behavioural Therapy*, 29, 521-533.

73 - Cuijpers

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.

74 - Cuijpers

Cuijpers, P. (2000). In de put, uit de put; effecten en effectpredictoren van een cursus omgaan met depressie. *Huisarts en Wetenschap*, 43, 223-226.

75 - Cuijpers

Cuijpers, P., Tiemens, B., & Willemsse, G. (2001). Minimal contact psychotherapy for depression (Protocol for a Cochrane Review). *Cochrane Library*, 2. Oxford: Oxford Update Software.

76 - Damen

Damen, T., Bosscher, R., & Fahrenfort, (1984). Runningtherapie bij patiënten met een stemmingsontregeling. Tijdschrift voor psychiatrie, 26, 105-116.

77 - De Lima

De Lima, M.S., Moncrieff, J. (2000). A comparison of drugs versus placebo for the treatment of dysthymia (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software. (A1)

78 - Department of Health

Department of Health. (2001) Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidence based clinical practice guideline. Verkregen van internet via www.dh.gov.uk.

79 - DeRubeis

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.

80 - DeRubeis

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.

81 - Dijkstra

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)

82 - Dingemans

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.

83 - Dorrepaal

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.

84 - Dowrick

Dowrick, e.a. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. British Medical Journal, 321, 1450-1454.

85 - Doyne

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.

86 - Drieschner

Drieschner, K., & Pioch, A. (2000). Muziektherapie op maat: methodische keuzes van ervaren muziektherapeuten. Tijdschrift voor Creatieve Therapie, 3, 9-17.

87 - Dunn

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.

88 - Dunner

Dunner, D.L., Schmalings, K.B., Hendrickson, H., e.a. (1996). Cognitive therapy versus fluoxetine in the treatment of dysthymic disorder. Depression, 4, 34-41.

89 - Eifert

Eifert, G.H., Craill, L., Carey, E., e.a. (1988). Affectmodification through evaluative conditioning with music. Behaviour Research and Therapy, 26, 321-330.

90 - Eland

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 multidisciplinaire richtlijn

depressie. Utrecht: Trimbos-instituut.

91 - Elkin

Elkin, I. (1999). A major dilemma in psychotherapy outcome research: disentangling therapists from therapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 10-32.

92 - Elliott

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.

93 - Emunah

Emunah, R. (1994). *Acting for real: dramatherapy: process, technique and performance*. New York: Brunner/Mazel.

94 - Evans

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.

95 - Evers

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)

96 - Fava

Fava, G.A., Grandi, S., Zielesny, M., e.a. (1994). Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1295-1299.

97 - Fava

Fava, G.A., Grandi, S., Zielesny, M., e.a. (1996). Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 153, 945-947.

98 - Fava

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.

99 - Fava

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.

100 - Fava

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.

101 - Fava

Fava, M., Dunner, D.L., Greist, J.H., e.a. (2001). Efficacy and safety of mirtazapine in major depressive disorder patients after SSRI treatment failure: an open-label trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 413-420. (C)

102 - Frank

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.

103 - Frank

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.

104 - Frank

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)

105 - Frank

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)

106 - Frank

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.

107 - Franx

Franx, G., & Zeldenrust, W. (2002). *Cliënten en hun omgeving over GGZ-programma's: Aanbevelingen voor het hulpaanbod*. Utrecht: GGZ Nederland.

108 - Franx

Franx, G., & Zeldenrust, W. (2002). *Cliënten en hun omgeving over GGZ-programma's: Aanbevelingen voor het hulpaanbod*. Utrecht: GGZ Nederland.

109 - Fremont

Fremont, J., & Wilcoxon-Craighead, L. (1987). Aerobic exercise and cognitive therapy in the treatment of dysphoric moods. *Cognitive therapy and Research*, 11, 241-251.

110 - Furukawa

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)

111 - Gaster

Gaster, B., & Holroyd, J. (2000). St John's wort for depression. *Archives of Internal Medicine*, 160, 152-156. (B)

112 - Geddes

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)

113 - Geddes

Geddes, J.R., Freemantle, N., Mason, J., e.a. (2000). SSRIs versus other antidepressants for depressive disorder. *The Cochrane Library*, Issue 2, 1-24. (A1)

114 - Gezondheidsraad

Gezondheidsraad. (2000). *Van implementeren naar leren: het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg*. Den Haag: Gezondheidsraad.

115 - Gloaguen

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.

116 - Gloaguen

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.

117 - Goldberg

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)

118 - Gortner

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.

119 - Gould

Gould, R.A., & Clum, G.A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review*, 133, 169-186.

120 - Grundmeijer

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

121 - Guidelines

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

122 - Hanser

Hanser, S.B. (1994). Effects of a music therapy strategy on depressed older adults. Journal of Gerontology, 49, 6, 265-269.

123 - Hartong

Hartong, E.G.T.M., & Goekoop, J.G. (1985). De Montgomery-Åsberg beoordelingschaal voor depressie. Tijdschrift voor Psychiatrie, 27, 657-668. (B)

124 - Hattum

Hattum, M. van., & Hutschemaekers, G. (Red.). (2000). Vakwerk. Utrecht.: Trimbo-instituut.

125 - Hautzinger

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.

126 - Heidemans

Heidemans, H. (1992). Observatie en Evaluatie van de St. Fransiscushof. Raalte: Fransiscushof.

127 - Hellerstein

Hellerstein, D.J., Little, S.A.S., & Wallner Samstag, L. (2001). Adding group psychotherapy to medication treatment in dysthymia. A randomized prospective pilot study. Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10, 93-103.

128 - Hermans

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)

129 - Herrmann

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)

130 - Hirschfeld

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)

131 - Hirschfeld

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)

132 - Holdsworth

Holdsworth, N., Paxton, R. Seidel S., e.a. (1996). Parallel evaluations of new guidance materials for anxiety and depression in primary care. Journal of Mental Health UK, 5, 195-207.

133 - Hulscher

Hulscher, M., Wensing, M., & Grol, R. (2000). Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën. Bijlage 1. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland.

134 - Hunkeler

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.

135 - Hutschemaekers

Hutschemaekers, G. & van Hattum, M. (2000). Vakwerk. Utrecht: Trimbos-instituut.

136 - Isometsa

Isometsa, E.T., Henriksson, M.M., Aro, H.M., e.a. (1994). Suicide in major depression. American Journal of Psychiatry, 151, 530-536. (B)

137 - Jamison

Jamison, C., & Scogin, F. (1995). The outcome of cognitive bibliotherapy with depressed adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 644-650.

138 - Jarrett

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.

139 - Jarrett

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.

140 - Jarrett

Jarrett, R.B., Kraft, D., Schaffer, M., e.a. (2000). Reducing relapse in depressed outpatients with atypical features: a pilot study. Psychotherapy and Psychosomatics, 69, 232-239.

141 - Jarrett

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.

142 - Joffe

Joffe, R.T., & Sokolov, S.T. (2000). Thyroid hormone treatment of primary unipolar depression: a review. International Journal of Neuropsychopharmacology, 3, 143-147. (A1)

143 - Jones

Jones, P. (1996). Drama as therapy. London: Routledge.

144 - Kamp

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.

145 - Katon

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.

146 - Keller

Keller, M.B., McCullough, J.P., Klein, D.N., e.a. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. New England Journal of Medicine, 342, 1462-1470; commentaar 1516-1520; correspondentie 343, 1041-1043.

147 - Klein

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.

148 - Klink

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

149 - Klink

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.

150 - Kocsis

Kocsis, J.H. New strategies for treating chronic depression. (2000). Journal of Clinical Psychiatry, 61(Suppl.11), 42-45.

151 - Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

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

152 - Kuiper

Kuiper, P.C. (1988). Ver heen; verslag van een depressie. Den Haag: SDU.

153 - Kupfer

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

154 - Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

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

155 - Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (1998). Richtlijn verpleegkundige zorg bij de suïcidale patiënt. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

156 - Lai

Lai, Y.M. (1999). Effects of music listening on depressed women in Taiwan. Issues in Mental Health Nursing, 20, 3, 229-246.

157 - Lançon

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)

158 - Landelijke Commissie Cliëntenparticipatie

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.

159 - Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen in de GGZ

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen in de GGZ. (2003). Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut.

160 - Landreville

Landreville, P., & Bissonnette, L. (1997). Effects of Cognitive Bibliotherapy for Depressed Older Adults with a Disability. Clinical Gerontologist, 17, 35-55.

161 - Landy

Landy, R.(1993). Dramatherapy: Concepts, theories and practices. Springfield/Illinois: Thomas.

162 - Lawlor

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.

163 - Lawrenson

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)

164 - Leff

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.

165 - Leutz

Leutz, Johnson, Wurst, e.a. (2000).]. In H. Smeijsters, H., Handboek Creatieve Therapie Bussum: Coutinho.

166 - Lewis

Lewis, Penny, Johnson, e.a. (2000). Current approaches in Dramatherapy. Springfield: Thomas.

167 - Linde

Linde, K., & Mulrow, C.D. St John s wort for depression. (2000). Cochrane review, The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software. (A1)

168 - Loonen

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)

169 - Luborsky

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.

170 - Luborsky

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.

171 - Luteijn

Luteijn, F., & Bouman, T.K. (1988). De validiteit van Beck's Depression Inventory. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 43, 340-343. (B)

172 - MacGillivray

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)

173 - Maier

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)

174 - Malt

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.

175 - Manning

Manning, M. (1996). Onderstromen: een psychotherapeute overwint haar depressie. Baarn: Ambo.

176 - Maratos Tooth

Maratos Tooth, A. (2002). Music therapy for Depression. Title registration Cochrane review. Auckland: Cochrane Depression Anxiety and Neurosis Group.

177 - Markowitz

Markowitz, J.C. (1996) Psychotherapy for dysthymic disorder. Psychiatric Clinics of North America, 19, vol.1, 133-149.

178 - Marss

Marss, R.W. (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. American Journal of Community Psychology, 23, 843-870.

179 - Martinsen

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.

180 - Martinsen

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.

181 - Marwijk

Marwijk, H.W.J. van, van der Linde, J., Nolen, W.A., e.a. (1996). De 'Depressieherkenningschaal': een hulpmiddel bij het diagnosticeren van depressie in de huisartspraktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 2127-2131. (B)

182 - Mather

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.

183 - Mayou

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.

184 - McCloskey

McCloskey, J.C., & Bulechek, G.M. (1998). *Verpleegkundige Interventies*. Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom.

185 - McCloskey

McCloskey, J.C., & Bulechek, G.M. (2000). *Nursing Intervention Classification*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

186 - McDermut

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.

187 - McDermut

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.

188 - McFarland

McFarland, G.K., & McFarlane, E.A. (1997). *Nursing Diagnosis & Intervention: Planning for Patient Care*. St.Louis: Mosby.

189 - McFarland

McFarland, G.K., & Thomas, M.D. (1991). *Psychiatric Mental Health Nursing: Application of the Nursing Process*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

190 - McFarland

McFarland, G.K., Wasli, E.L., & Gerety, E.K. (1997). Nursing diagnosis and Process. In [auteurs/redacteurs], *Psychiatric Mental Health Nursing* (pp. []). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

191 - McKinney

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.

192 - McNeil

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.

193 - McWinney

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

194 - Meesters

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

195 - Meijsing

Meijsing, G. (1997). *Tussen mes en keel*. Amsterdam: Arbeiderspers.

196 - Moleman

Moleman, P. (1998). Praktische psychofarmacologie. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum. (A1/B)

197 - Mulrow

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)

198 - Mynors-Wallis

Mynors-Wallis, L.M. (1996). Problem Solving Treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. Int J Psychiatry in Medicine, 26, 249-262.

199 - Mynors-Wallis

Mynors-Wallis, L.M., Gath, D.H., Day, A., e.a. (2000). Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. British Medical Journal, 320, 26-30.

200 - Mynors-Wallis

Mynors-Wallis, L.M., Gath, D.H., Lloyd-Thomas, A.R., e.a. (1995). Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. British Medical Journal, 310, 441-445.

201 - Nederlands Huisartsen Genootschap

Nederlands Huisartsen Genootschap. (1994). Standaard Depressie.

202 - Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

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

203 - Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie

Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie. (1995). Beroepsprofiel van de creatief therapeut. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie.

204 - Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie

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

205 - Neijmeijer

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.

206 - Neijmeijer

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.

207 - Nolden

Nolden, I. (2002). Praktijkleeronderzoek Depressie en beeldende therapie. Nijmegen: HAN.

208 - Nolen

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)

209 - North

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.

210 - Ormel

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.

211 - Ossip-Klein

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.

212 - Pandora Depressielijn

Pandora Depressielijn. (2002). Jaarrapportage 2001. Amsterdam: Stichting Pandora.

213 - Parker

Parker, G., Roy, K., Hadzi-Pavlovic, D., e.a. (1992). Psychotic (delusional) depression: a meta-analysis of physical treatments. *Journal of Affective Disorders*, 24, 17-24. (A2/B)

214 - Paykel

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

215 - Paykel

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)

216 - Paykel

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.

217 - Peselow

Peselow, E.D., Sanfilippo, M.P., Difiglia, C., e.a. (1992). Melancholic/endogenous depression and response to somatic treatment and placebo. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1324-1334.

218 - Peveler

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.

219 - Pignatiello

Pignatiello, M. F., Camp, C. J., & Rasar, L. A. (1986). Musical mood induction:

220 - Pintor

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.

221 - Poirier

Poirier, M.F., & Boyer, P. (1999). Venlafaxine and paroxetine in treatment-resistant depression. Double-blind, randomised comparison. *British Journal of Psychiatry*, 175, 12-16. (A2)

222 - Ravindran

Ravindran, A.V., Anisman, H., Merali, Z., e.a. (1999). Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: clinical symptoms and functional impairments. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1608-1617.

223 - Rijnders

Rijnders, C.A.T., van den Berg, J.F.M., Hodiamont, 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)

224 - Rokke

Rokke, P.D., J.A. Tomhave, J.A., & Jovic, Z. (2000). Self-Management Therapy and Educational Group Therapy for Depressed Elders. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 99-119.

225 - Rokke

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.

226 - Ruhé

Ruhé, H.G., Huyser, J., Swinkels, J.A., e.a. (2003). Wat te doen als de eerste pil niet werkt? Een evidence-based richtlijn voor de biologische behandeling van depressie bij onvoldoende respons op een standaarddosering van een eerste SSRI. Interne publicatie Zorgprogramma Stemmingsstoornissen. Amsterdam: MFO Psychiatrie AMC/ De Meren.

227 - Rush AJ

Rush AJ, & Thase ME. (1997). Strategies and tactics in the treatment of chronic depression. Journal of Clinical Psychiatry, 58(Suppl. 13),14-22.

228 - Rush

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.

229 - Rush

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.

230 - Rush

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.

231 - Rush

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)

232 - Rush

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)

233 - Schaik

Schaik, D.J.F. van, van Marwijk, H.W.J., van der Windt, D.A.W.M, e.a. (2002). De effectiviteit van psychotherapie toegepast bij patiënten met een depressieve stoornis in de eerste lijn. Tijdschrift voor Psychiatrie, 44, 609-618.

234 - Schmidt

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

235 - Schulte

Schulte, P.F.J. (2000). Sint-janskruid als antidepressivum. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 144, 1820-1825.

236 - Scogin

Scogin, F., Bynum, J., Stephens, G., e.a. (1990). Efficacy of self-administered treatment programs: meta-analytic review. Professional Psychology, Research and Practice, 21, 42-47.

237 - Scott

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.

238 - Scott

Scott, J., & DeRubeis, R.J. (2001). Cognitive therapy and psychosocial interventions in chronic and treatment-resistant mood disorders. In J.D. Amsterdam, M. Hornig & A.A. Nierenberg (Red.), Treatment-resistant disorders (pp. 252-269) Cambridge: Cambridge University Press.

239 - Segal

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)

240 - Shatin

Shatin, L. (1970). Alteration of mood via music: A study of the vecoting effect. *Journal of Psychology*, 75, 81-86.

241 - Sheehan

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)

242 - Shelton

Shelton, R.C, Keller, M.B., Gelenberg, A., e.a. (2001). Effectiveness of St John´s Wort in Major Depression, a Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 285, 1978-1986. (A2)

243 - Sherill

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.

244 - Simon

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.

245 - Singh

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.

246 - Smeijsters

Smeijsters, H. (1995). *Handboek Muziektherapie: Theoretische en methodische grondslagen voor de behandeling van psychische stoornissen en handicaps*. Heerlen: Melos.

247 - Smeijsters

Smeijsters, H. (2000). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho.

248 - Smeijsters

Smeijsters, H. (2000). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.

249 - Smeijsters

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.

250 - Smith

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)

251 - Solomon

Solomon, A. (2002). *Demonen van de middag: een persoonlijke geschiedenis van depressie*. Amsterdam: Anthos.

252 - Sotsky

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.

253 - Spijker

Spijker, J., Bijl, R.V., de Graaf, R., e.a. (2001). Care utilization and outcome of DSM-III-R major depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 19-24. (B)

254 - Spijker

Spijker, J.A., de Graaf, R., Bijl, R., e.a. (2002). Duration of major depressive episodes in the general

population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *British Journal of Psychiatry*, 181, 208-213.

255 - Spiker

Spiker, D.G., Weiss, J.C., Dealy, R.S., e.a. (1985). The pharmacological treatment of delusional depression. *American Journal of Psychiatry*, 142, 430-436. (A2)

256 - Spinhoven

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)

257 - Staatstoezicht op de volksgezondheid, Inspectie voor de Gezondheidszorg

Staatstoezicht op de volksgezondheid, Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2000). *St. Janskruid*. s Gravenhage.

258 - Stahl

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.

259 - Stichting Pandora

Stichting Pandora. (2002). *Gebruikers over antidepressiva*. Amsterdam: Stichting Pandora.

260 - Stiefel

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)

261 - Stimpson

Stimpson, N., Agrawal, N., & Lewis, G. (2002). Randomised controlled trials investigating pharmacological and psychological interventions for treatment-refractory depression. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 284-294.

262 - Stimpson

Stimpson, N., Agrawal, N., & Lewis, G. (2002). Randomised controlled trials investigating pharmacological and psychological interventions for treatment-refractory depression. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 284-294.

263 - Sutherland

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.

264 - Suzuki

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.

265 - Svanborg

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)

266 - Teasdale

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.

267 - Terluin

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

268 - Terluin

Terluin, B. (1996). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts en Wetenschap*, 39, 538-547.

269 - Terluin

Terluin, B. (1998a). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de huisartspraktijk. Psychodiagnostisch gereedschap. De Psycholoog, 33, 18-24. (B)

270 - Terluin

Terluin, B. (1998b). Wat meet de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in vergelijking met enkele bekende klachtenlijsten. Tijdschrift Gezondheidswetenschappen, 76, 435-441. (B)

271 - Terman

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)

272 - Thase

Thase, M.E. (2000). Treatment of severe depression. Journal of Clinical Psychiatry, 61(Suppl.1), 17-25.

273 - Thase

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.

274 - Thase

Thase, M.E., & Rush, A.J. (1995). Treatment-resistant depression. In F.E. Bloom & D.J. Kupfer (Red.), Psychopharmacology: the fourth generation of Progress (pp. 1082-1097). New York: Raven Press. (A1/B).

275 - Thase

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)

276 - Thase

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)

277 - Thase

Thase, M.E., Friedman, E.S., Fasiczka, A.L., e.a. (2000). Treatment of men with major depression: a comparison of sequential cohorts treated with either cognitive-behavioral therapy or newer generation antidepressants. Journal of Clinical Psychiatry, 61, 466-472.

278 - Thase

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.

279 - Thase

Thase, M.E., Rush, A.J., Howland, R.H., e.a. (2002). Double-blind switch study of imipramine or sertraline treatment of antidepressant-resistant chronic depression. Archives of General Psychiatry, 59, 233-239. (A2)

280 - Thase

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

281 - Tiemens

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)

282 - Townsend

Townsend, M.C. (1998). Verpleegkundige diagnostiek in de Psychiatrie: een handleiding voor het maken van een verpleegplan. Maarsse: Elsevier/de Tijdstroom.

283 - Udink

Udink, B. (2001). Klein leed. Amsterdam: Meulenhoff.

284 - Unutzer

Unutzer, J., Katon, W., Callahan, C.M., e.a. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. JAMA, 288, 2836-2845.

285 - Valenstein

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)

286 - Vergouwen

Vergouwen, A.C.M., van Hout, H.P.J., & Bakker, A. (2002). Methoden om de therapietrouw bij het gebruik van gebruik van antidepressiva te verbeteren. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146, 204-207.

287 - Verschuren

Verschuren, J. (1998). *Gemoed gemeten. Een onderzoek naar het effect van dramatherapie op de gemoedstoestand bij depressieve patiënten.* Sittard: Hogeschool Limburg.

288 - Voert

Voert, N. ter. (2001). *Creatief werk binnen de methode beeldcommunicatie.* Doctoraalscriptie. Leiden: Universiteit Leiden.

289 - Volz

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)

290 - Vossen

Vossen, M.L. (1999). *Standaardverpleegplannen voor de geestelijke gezondheidszorg.* Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom.

291 - Wampold

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods and findings.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

292 - Wertheim-Cahen

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).

293 - Westen

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.

294 - Whooley

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)

295 - Wilkinson

Wilkinson, P., & Mynors-Wallis, L.M. (1994). Problem-Solving Therapy in the treatment of unexplained physical symptoms in primary care; a preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 591-598.

296 - Williams

Williams, J.W. Jr., Barrett, J., Oxman, T., e.a. (2000). Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized controlled trial in older adults. *JAMA*, 284, 1519-1526.

297 - Williams

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)

298 - Williams

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)

299 - Wolpert

Wolpert, L. (1999). *De anatomie van een depressie.* Den Haag: Bzztôh.

300 - Wurtzel

Wurtzel, E. (1998). Het land Prozac: alles mee en toch depressief. Amsterdam: Meulenhoff.

301 - www.depressiestichting.nl

www.depressiestichting.nl (Depressie Centrum van het NFGV)

302 - www.gezondheidsplein.nl

www.gezondheidsplein.nl

303 - www.npcf.nl

www.npcf.nl

304 - www.stichtingpandora.nl

www.stichtingpandora.nl

305 - Zitman

Zitman, F.G., Griez, E.J.L., & Hooyer, C. (1989). Standaardisering depressievragenlijsten. Tijdschrift voor Psychiatrie, 31, 114 -125; 126-135.

Bijlagen

1. Organisatiestructuur

De multidisciplinaire richtlijn Depressie is op initiatief en onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ en de daaronder ressorterende Commissie Cliëntenparticipatie tot stand gebracht door de werkgroep Depressie waarin de deelnemende verenigingen en organisaties hebben samengewerkt.

Methodologische en organisatorische ondersteuning en begeleiding werd verzorgd door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut.

Deze richtlijn is tevens een herziening van de richtlijn *Depressie bij volwassenen*, 1994 (CBO)

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Voorzitter

R.M.W. Smeets - Raad van Bestuur GGZ Friesland

Vice-voorzitter

Prof. dr. G. Hutschemaekers - De Gelderse Roos

Secretaris

Mw. dr. A. Eland (tot januari 2002) en
Dr. A.L.C.M. Henkelman - Trimbos-instituut

Leden

Mw. H. Blankman (tot januari 2004) - Federatie Verpleegkunde in de GGZ (FVGGZ)
Mw.dr. H. Dekker (tot januari 2004) - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Dr. P.M.A.J. Dingemans - Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Dr. P.A. de Groot † - Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
Dr. A.N. Goudswaard - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Dr. H.H.G.M. Lendemeijer - Federatie Verpleegkunde in de GGZ (FVGGZ)
Prof.dr. R.W. Trijsburg - Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

Agendaleden

Prof.dr. W.J.J. Assendelft - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
(tot 1/1/2004)
Dr. G.A. van Essen (tot 1/1/2004) - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Mw. dr. G.H.M.M. ten Horn
Drs. J. Penninga - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Dhr. drs. A.E. Timmermans - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Mw. G.M. drs. van der Wee - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Adviseur

Ir. T.A. van Barneveld - Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO
Prof.dr. J.A. Swinkels - AMC De Meren/Trimbos-instituut

Commissie Cliëntenparticipatie

Voorzitter

Mw. dr. G.H.M.M. ten Horn

Secretaris

Mw. drs. C. van der Veen - Trimbos-instituut (tot april 2004)
Mw. drs. K. Hofstra - Trimbos-instituut (per april 2004)

Leden

Mw H. Boumans - Ypsilon
Mw. E. Dangerman - Stichting Borderline
Mw. T. de Vent - Stichting Labyrint/In Perspectief
Mw. drs. A.M. Dijkman - Vereniging voor Manisch Depressieve en Betrokkenen (VMDB)
T. Festen
Mw. H. van 't Kooten - Vereniging voor Manisch Depressieve en Betrokkenen (VMDB)
B.H. Kraaijenbrink - Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa
Mw. I. Lüneburg - Landelijke Vereniging Balans

Mw. M. Mannak-Bouman	- Stichting Labyrint/In Perspectief	
Mw. I. Poort	- Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA)	
Mw. drs. M.K. Taams	- Stichting FobieVrienden	
Mw. M. Van der Linden	- Angst, Dwang en Fobie stichting	
Mw. L. van 't Veen	-	Cliëntenbond in de GGZ
M. Vermeulen	- Anoixsis	
T. Vriens	- Stichting Pandora	
Mw. drs. J. Zwanikken-Leenders	- GGZ Den Bosch	

Werkgroep Depressie

Voorzitter

Dr. P.A. de Groot † - voormalig (tot 1-1-2005) voorzitter van de Raad van Bestuur, Psychiatrisch Ziekenhuis Veldwijk, Ermelo

Leden

Dr. F.A. Albersnagel	- klinisch psycholoog, Academisch Ziekenhuis, Groningen
Dr. T.K. Birkenhäger, psychiater	- Erasmus MC Afd. Psychiatrie, Rotterdam
Dr. W. van den Burg	- Universitair docent, Rijksuniversiteit Groningen
Drs. J.A.C. Delimon	- manager afdeling volwassenen, Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong, Halsteren
Mw. mr. P.H. Dijns	- cliëntvertegenwoordiger, Stichting Pandora (tot mei 2003)
Mw. drs. W. van Genugten Werkers	- beleidsmedewerker, Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers
Prof.dr. M. de Haan	- huisarts, Vrije Universiteit Medisch Centrum, (tot juni 2004)
Mw. L. Hakkaart-van Roijen (iMTA)	- gezondheidseconoom, Institute for Medical Technology Assessment
Mw. drs. F.B. van Heest	- huisarts, Odoornerveen (tot juni 2004)
Drs. R.W. Kempen	- ziekenhuisapotheker, Stichting Ziekenhuis Apotheek & Laboratorium
Drs. J.J.L. van der Klink	- bedrijfsarts
Mw. drs. M.L.J.W. Kolnaar-Vossen	- zorgmanager, GGZ Eindhoven
Dr. H.W.J. van Marwijk	- huisarts, Vrije Universiteit Medisch Centrum (tot juni 2004)
Prof.dr. W.A. Nolen	- psychiater, Academisch Ziekenhuis Groningen
Mw. drs. I. van der Padt	- docent verpleegkunde, Hogeschool, Amsterdam
Dhr. H.M. Penninx	- psychomotorisch therapeut, Vincent van Gogh Instituut, Venray
A.G. Rutgers Nijmegen	- verpleegkundig onderzoeker, Universitair Medisch Centrum St. Radboud,
Prof.dr. A.H. Schene	- psychiater, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
Mw. drs. M. Scholte	- onderzoeker, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, Utrecht
Mw. drs. M.K. Taams	- cliëntvertegenwoordiger, Stichting FobieVrienden, Hillegom
Drs. J.M. Tromp	- algemeen directeur, Sinaï Centrum, Amersfoort
Dhr. T. Vriens	- cliëntvertegenwoordiger, Stichting Pandora, Amsterdam (vanaf mei 2003)
Drs. J.H.P. de Vries	- psychotherapeut, Parnassia, Den Haag

Adviseurs

Mw. drs. M.M. Kroeze secretaris (tot mei 2002)	- adviseur Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht,
Dr. P.F.W.M. Rosier Utrecht, secretaris (vanaf mei 2002)	- arts, senior adviseur Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO,

Methodologische ondersteuning en begeleiding

[Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO](#)

Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, gevestigd in Utrecht, heeft tot doel individuele beroepsbeoefenaren, hun beroepsverenigingen en zorginstellingen te ondersteunen bij het verbeteren van de patiëntenzorg. Sinds zijn oprichting in 1979 heeft het CBO zich ontwikkeld tot een toonaangevend en ook internationaal erkend instituut dat via programma's en projecten ondersteuning en begeleiding biedt bij systematisch en gestructureerd meten, verbeteren, herontwerpen en borgen van kwaliteit van de patiëntenzorg.

Trimbos-instituut

Het Trimbos-instituut is het landelijk kennisinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg.

De *missie* van het Trimbos-instituut is kennis over geestelijke gezondheid creëren en doen toepassen in beleid en praktijk van de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg.

Notities

Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht

Voor artikelen betreffende preventie of therapie:

A1	systematische reviews die ten minste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn
A2	gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) en van voldoende omvang en consistentie
B	gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiëntcontroleonderzoek)
C	niet-vergelijkend onderzoek
D	mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

Voor artikelen betreffende diagnostiek:

A1 onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten bij een prospectief gevolgde goed gedefinieerde patiëntengroep met een tevoren gedefinieerd beleid op grond van de te onderzoeken testuitslagen, of besliskundig onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten, waarbij resultaten van onderzoek van A2-niveau als basis worden gebruikt en voldoende rekening wordt gehouden met onderlinge afhankelijkheid van diagnostische tests

A2 onderzoek ten opzichte van een referentietest, waarbij van tevoren criteria zijn gedefinieerd voor de te onderzoeken test en voor een referentietest, met een goede beschrijving van de test en de onderzochte klinische populatie; het moet een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten betreffen, er moet gebruikgemaakt zijn van tevoren gedefinieerde afkapwaarden en de resultaten van de test en de 'gouden standaard' moeten onafhankelijk zijn beoordeeld. Bij situaties waarbij multi-pele, diagnostische tests een rol spelen, is er in principe een onderlinge afhankelijkheid en dient de analyse hierop te zijn aangepast, bijvoorbeeld met logistische regressie

B vergelijking met een referentietest, beschrijving van de onderzochte test en populatie, maar niet de kenmerken die verder onder niveau A staan genoemd

C niet-vergelijkend onderzoek

D mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

Niveau van de conclusie op basis van de literatuuranalyse:

1	gebaseerd op minimaal één systematische review (A1) of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2
2	gebaseerd op ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	gebaseerd op één onderzoek van niveau A2 of B, of op onderzoek(en) van niveau C
4	gebaseerd op (gepubliceerde) mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

Verkrijgbaarheid van de meetinstrumenten

Screeners

- INSTEL-screen: zie referenties
- depressieherkenningsschaal (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
- Carroll 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

Enkele definities

- *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 geclassificeerd 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 geclassificeerd.
- *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.