



Multidisciplinaire  
Richtlijnontwikkeling

GGZ

MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN

# *Depressie*

Richtlijn voor de  
diagnostiek en behandeling  
van volwassen cliënten  
met een depressie

2005

## *Samenvatting*

# **Samenvatting**

## **Multidisciplinaire richtlijn Depressie**

**Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling  
van volwassen cliënten met een depressie**

**2005**

V. van der Velde  
Trimbos-instituut

Deze uitgave is te bestellen bij het Trimbos-instituut, via [www.trimbos.nl/producten](http://www.trimbos.nl/producten) of via de Afdeling bestellingen, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030-297 11 80; fax: 030-297 11 11; e-mail: [bestel@trimbos.nl](mailto:bestel@trimbos.nl). Onder vermelding van artikelnummer AF0605. U krijgt een factuur voor de betaling.

Deze samenvatting is ontleend aan de Multidisciplinaire richtlijn Depressie - Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie 2005. (verschenen onder de auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ; Bestelnummer AF0604).

Deze en andere multidisciplinaire richtlijnen van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ zijn tevens beschikbaar op de website: [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl).

ISBN 9052535086

# Inhoud

<b>1</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>DIAGNOSTIEK</b>	<b>7</b>
2.1	Depressieve stoornis	7
2.2	Dysthymie	9
2.3	Differentiaal diagnostiek	10
2.4	Bijkomende factoren	12
2.5	Etiologie	12
2.6	Voortbestaan	12
2.7	Instrumenten	13
2.8	Cliëntenperspectief	14
2.9	Aanbevelingen	15
<b>3</b>	<b>INDICATIE VOOR BEHANDELING</b>	<b>17</b>
3.1	Wel of niet behandelen	17
3.2	Farmacotherapie of psychotherapie	17
3.3	Cliëntenperspectief	18
<b>4</b>	<b>BIOLOGISCHE BEHANDELING VAN DEPRESSIE</b>	<b>19</b>
4.1	Indicatie	19
4.2	Eerste keuze antidepressiva	19
4.3	Duur van de behandeling	20
4.4	Geen respons op eerste antidepressivum na 4 weken	20
4.5	Geen respons op eerste stap	20
4.6	Overige middelen	22
4.7	Biologische behandeling van de psychotische depressie en dysthymie	22
4.8	Cliëntenperspectief	23
<b>5</b>	<b>PSYCHOLOGISCHE/PSYCHOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIES</b>	<b>25</b>
5.1	Algemeen	25
5.2	Therapiekeuze	25
5.3	Duur	25
5.4	Cliëntenperspectief	25
<b>6</b>	<b>STEUNENDE EN STRUCTURERENDE INTERVENTIES</b>	<b>27</b>
6.1	Bibliotherapie/psychoeducatie (eventueel groepsgewijs)	27
6.2	Problem Solving Therapy (PST)	27
6.3	Counseling / casework	27
6.4	Supportgroep	27
6.5	Maatschappelijk werkinterventies	28
6.6	Vaktherapieën	28
6.7	Verpleegkundige interventies	28
6.8	Cliëntenperspectief	29



# 1 Inleiding

De multidisciplinaire Richtlijn Depressie, die in 2005 in definitieve vorm is verschenen, is door een multidisciplinair samengestelde werkgroep ontwikkeld met ondersteuning van het CBO en het Trimbos-instituut.

Van deze Richtlijn is een samenvatting gemaakt. Het doel van deze samenvatting is de richtlijn in een gemakkelijk leesbare en voor de praktijk bruikbare vorm te gieten. Deze samenvatting kan onder meer gebruikt worden voor het toepassen van de aanbevelingen in de richtlijn in zorgprogramma's, voor het ontwikkelen van een cliëntenversie en een eventuele monodisciplinaire richtlijn.

De richtlijn en daarmee ook de samenvatting is in de eerste plaats gericht op de professional.

Voor cliënten moet een vertaalslag worden gemaakt die verder gaat dan het begrijpelijk maken van de richtlijntekst. Daarbij kan worden gedacht aan het toevoegen van aanvullende, keuzeondersteunende informatie en bijvoorbeeld ook informatie voor familie.

## *De richtlijn*

De richtlijn heeft een Inleiding, gevolgd door een hoofdstuk Diagnostiek. In de daarop volgende hoofdstukken worden aanbevelingen gedaan voor interventies, als eerste een hoofdstuk over de indicaties voor behandeling en een aanbeveling voor de keuze voor verschillende vormen van behandeling en een stappenvolgorde.

In de volgende drie hoofdstukken wordt uitgebreid ingegaan op respectievelijk biologische behandeling, psychologische/psychotherapeutische interventies en steunende en structurerende interventies. Dan volgt een hoofdstuk "Ervaringen van patiënten met een depressie". De tekstgedeelten uit dit hoofdstuk zijn ook te vinden bij de voorafgaande hoofdstukken, waarop zij van toepassing zijn.

In het laatste hoofdstuk worden voorstellen gedaan voor verder wetenschappelijk onderzoek weergegeven wat voor de implementatie van de richtlijn van belang is.

## *De samenvatting*

De samenvatting volgt de hoofdstukindeling van de richtlijn. Per hoofdstuk is het cliënten perspectief daarbij kort samengevat.

Uit de hoofdstukken zijn de aanbevelingen weergegeven en waar relevant informatie uit de rest van de tekst.

Aan de hand van de behandelaanbevelingen is een stroomschema gemaakt dat aan deze samenvatting is toegevoegd.

## *Tenslotte*

Het mag duidelijk zijn dat een samenvatting beperkingen heeft. Voor een volledige versie wordt dan ook verwezen naar de integrale tekst. In deze tekst is ook de verantwoording te vinden (de mate van evidence) voor de aanbevelingen.

De integrale richtlijntekst is te vinden op de volgende websites:

[www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)

[www.cbo.nl](http://www.cbo.nl)



## 2 Diagnostiek

De richtlijn depressie richt zich op twee vormen van depressieve stoornis:

- De depressieve stoornis
- De dysthymie

### 2.1 Depressieve stoornis

#### Symptomen

*Twee kernsymptomen:*

Depressieve stemming

- Duidelijke vermindering van interesse of een duidelijke vermindering van plezier

*Zeven aanvullende symptomen:*

- Gewichtsverandering (toename of afname) of eetlustverandering (toename 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 suicide, suïcidepoging

#### Subtypen

*Met psychotische kenmerken:*

- Wanen of hallucinaties waarvan de inhoud kan zijn:
- Stemmingscongruent: inhoud is in overeenstemming met typisch depressieve thema's
- Stemmingsincongruent: inhoud is niet in overeenstemming met typisch depressieve thema's

*Met melancholische (vitale) kenmerken:*

Tenminste één van de volgende twee tijdens ernstigste periode in huidige episode:

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

Drie of meer van de volgende symptomen:

- Depressieve stemming duidelijk anders dan 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:*

- Stemming klaart op in reactie op positieve gebeurtenissen

Twee of meer van de volgende kenmerken:

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



## **Beloopvormen**

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. De volgende vormen worden onderscheiden:

### *Eenmalige episode*

#### *Recidiverend*

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

#### *Chronisch*

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

#### *Met seizoensgebonden patroon*

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

#### *Met begin post partum*

- Episode startte binnen vier weken post partum

## **Ernst**

De ernst wordt bepaald door:

- De symptomen veroorzaken in significante mate lijden
- Beperkingen in het algemeen sociaal en maatschappelijk functioneren
- Hoeveelheid symptomen: de DSM onderscheidt:
  - beperkte / subklinische depressie (1 kernsymptoom en in totaal 2-4 symptomen)
  - lichte of depressie (5-6 symptomen)
  - matige depressie (6-8 symptomen)
  - ernstige depressie (8-9 symptomen)
- Aard van de symptomen, met name:
  - psychotische kenmerken
  - suïcidaliteit
- Beloopkenmerken (al dan niet optreden van stagnatie in het herstel)

## **Suïciderisico**

Van belang voor het beoordelen van het suïciderisico zijn:

- 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

## **2.2 Dysthymie**

### **Symptomen**

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 *tenminste twee jaar*. Ook hier mag dit zowel blijken uit de subjectieve mededeling door de patiënt, als uit een observatie door anderen. De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren.

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

### **Subtype**

- Met atypische kenmerken.

### **Beloopvormen**

- Met een vroeg begin (voor 21ste jaar)
- Met een laat begin (21 jaar of ouder)

## 2.3 Differentiaal diagnostiek

### **Bipolaire en cyclothyme stoornissen**

Indien een vermoeden bestaat dat sprake is 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 van enkele dagen tot weken (en soms maanden) kunnen duren, zijn:

- Abnormale, voortdurend verhoogde expansieve of prikkelbare stemming gedurende minimaal 4-7 dagen
- Opgeblazen gevoel van eigenwaarde
- Grootheidsideeën
- Afnemen 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

### **Stressgerelateerde stoornissen**

De volgende stressgerelateerde stoornissen worden onderscheiden:

#### *Spanningsklachten*

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 ca. 12 weken).

#### *Burnout*

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.

### **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.

### *Rouwreactie*

In aansluiting op het overlijden van een dierbaar persoon kan iemand overspoeld raken door het 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 (o.a.) ongeloof en ontkenning, boosheid en onderhandelen, somberheid en uiteindelijk acceptatie,
- Abnormale of pathologische rouw: gekenmerkt door (o.a.) het gebeuren (emotioneel) niet accepteren, 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 indien deze episode langer duurt dan twee maanden na het overlijden, of gekenmerkt wordt door (APA, 1994):
  - schuldgevoel over andere dingen dan de, wel of niet door de overlevende ondernomen handelingen rond het overlijden,
  - gedachten over de dood anders dan het gevoel van de overlevende dat hij of zij beter dood zou kunnen zijn of samen met de overledenen 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.

### **Andere psychiatrische stoornissen**

Bij de diagnostiek van de depressie en de dysthymie moet aan een aantal andere psychiatrische stoornissen aandacht worden besteed. Het betreft:

- Angststoornissen
- Bipolaire stoornissen (zie eerder)
- Schizofrene of verwante psychotische stoornissen
- Beginnende dementie

### **Persoonlijkheidskenmerken**

Persoonlijkheidskenmerken en persoonlijkheidsstoornissen moeten in de overwegingen worden betrokken, omdat deze relevant zijn bij het ontstaan, behandelen en recidiveren van depressies.

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.

Voorzichtigheid is geboden bij het doen van uitspraken over de persoonlijkheid in de actieve fase van depressies, omdat depressies persoonlijkheidskenmerken beïnvloeden.

## 2.4 Bijkomende factoren

### **Stemmingsstoornis aan een middel gebonden**

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
- Voorgescreven geneesmiddelen:
  - fencyclidine of verwant middel
  - antihypertensiva (reserpine, propranolol, clonidine, methyldopa)
  - antiarrhythmica (digitalis, procainamide)
  - anticholesterol middelen (cholestyramine, provastatine)
  - hormonen (corticosteroiden, anabole steroiden, orale anticonceptiva)
  - chemotherapeutica (methothrexaat, vinblastine, asparaginase, procarbazine, interferon)
  - antibiotica (amphotericin, cycloserine, dapsone, ethionamide)
  - antimalaria middelen (lariam = mefloquine)
  - h2-blokkers (cimetidine, ranitidine)
  - antiepileptica (fenobarbital)
  - psychofarmaca (antipsychotica, sedativa, hypnotica en/of anxiolytica)
- Middelen waaraan men door werk of hobby is blootgesteld (oplosmiddelen, vluchtige stoffen, lood)

### **Stemmingsstoornis door een somatische aandoening**

Hierbij moet met name gedacht worden aan de volgende aandoeningen:

- Neurologisch: beroerte, dementie, ziekte van Parkinson, ALS, MS
- Endocrien: diabetes, schildklier
- Hart- en vaatziekten
- Maligniteiten (bv pancreaskopcarcinoom)
- Nierziekten
- Auto-immuunziekten (bv reumatische aandoeningen)
- Infectieziekten (bv HIV/AIDS)
- Onverklaarde syndromen zoals chronisch vermoeidheidssyndroom en fibromyalgie of onverklaarde chronische pijn

## 2.5 Etiologie

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

## 2.6 Voortbestaan

### **Patiëntgebonden factoren**

- De ernst van het ziektebeeld
- De onderkenning en de acceptatie van de aandoening door de patiënt en zijn omgeving
- Het openstaan voor behandeling (persoonlijkheid, netwerk, co-morbiditeit)

- Voortdurende stressvolle situaties zoals rolconflicten, ambiguïteit in het gezin, conflictueuze verhoudingen in de beroepsmatige of sociale omgeving (bijv herkeuring voor de WAO) of conflicten rond macht met eventuele krenkingen ("pesten")
- Vooroordelen in de maatschappij ten aanzien van depressie als stoornis moeten worden tegengegaan.  
Psychohygiënische maatregelen in werk- en/of privé-omgeving kunnen belangrijk zijn.

### **Hulpverlenergebonden factoren**

- Vaardigheid van de hulpverlener in het herkennen van depressieve stoornissen
- Voldoende geschoold 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
- Reële beloningsstructuur voor het diagnosticeren en behandelen
- Toegankelijk
  - letterlijk: niet te ver weg, geen financiële drempel, geen wachtlijst
  - figuurlijk: geen moeilijke taal, empathische houding en goede communicatieve vaardigheden

## **2.7 Instrumenten**

### **Screeningsinstrumenten**

Alhoewel 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 (bijvoorbeeld voor onderzoek) bruikbaar in de eerstelijnsgezondheidszorg (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 verlies van interesse of plezier, om bij een positief antwoord over te gaan tot nadere diagnostiek. In de literatuur worden afkappunten gepresenteerd die toelaten 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 vier dimensies van deze vragenlijst bestrijken tevens het grootste deel van het spectrum van psychische symptomatologie in de huisartspraktijk.

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. Screeners leveren een 'verdenking' op die verder moet worden getoetst, m.a.w. er dient te 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.

## Classificatie

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, dienen meerdere aspecten te worden beoordeeld.

De (semi-)gestructureerde interviews zijn bedoeld om de betrouwbaarheid en de validiteit van het gebruikelijke ongestructureerd klinisch gesprek c.q. interview te verhogen. De werkgroep is van mening dat het vooral zinvol is deze instrumenten te gebruiken in bijzondere situaties in de tweede lijn, bijvoorbeeld bij ingewikkelde differentiaal diagnostiek.

Voor wie voldoende tijd heeft of volledigheid betracht is er de SCID. Het is toegestaan modules uit de SCID te 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 zal vergen.

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

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.

## Ernstmeting

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 c.q. beoordeling door de clinicus moet rekening gehouden worden met de neiging van ernstig depressieve patiënten om de ernst van de symptomen te verkleinen, terwijl patiënten met lichtere symptomen deze vaker 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 CRS, hier een optie vormen.

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.

## 2.8 Cliëntenperspectief

Belangrijke elementen voor cliënten zijn:

- Het herkennen van de depressie en de lijdensdruk
- Aandacht voor alle levensgebieden
- Expliciet uitspreken van de diagnose en mogelijkheid bieden tot toetsen hiervan
- Informatie en passende hulp
- Eventueel second opinion
- Lotgenotencontact

## 2.9 Aanbevelingen

- Stel de depressieve stoornis en de dysthymie (de twee belangrijkste depressieve aandoeningen) vast op basis van kern- 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 het functioneren op andere belangrijke terreinen moeten veroorzaken.
- 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 voor het instellen van een behandeling raadzaam naar een psychiater te verwijzen.
- 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.
- 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.
- Bij het diagnosticeren van depressies moet bij een afgrenzing ten aanzien van de minder ernstige psychische stoornissen worden gedacht aan spanningsklachten, overspanning, burn-out, een aanpassingsstoornis of een rouwreactie.
- Bij het diagnosticeren van depressies moet bij een afgrenzing ten aanzien van de ernstige psychische stoornissen worden gedacht aan de angststoornissen, de bipolaire stoornissen (zie eerder), de schizofrene of verwante psychotische stoornissen en aan beginnende dementie.
- 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. 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. 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. Voorzichtigheid is geboden bij het doen van uitspraken over de persoonlijkheid in de actieve fase van depressies, omdat depressies persoonlijkheidskenmerken beïnvloeden.
- Bij het diagnosticeren van een depressie moet altijd worden gedacht aan een somatische ziekte als (mede) oorzakelijke factor.
- Depressies hebben afhankelijk van ernst en duur gevolgen voor het algemeen functioneren. Bij de diagnostiek van depressies dient te worden beoordeeld in welke mate de depressie het functioneren in de verschillende sociale rollen (werk, relaties, sociale contacten, zelfverzorging etc) heeft aangetast.
- 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.
- 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. Hulpverlening moet goed toegankelijk zijn voor de patiënt.





# 3 Indicatie voor behandeling

## 3.1 Wel of niet behandelen

### Niet behandelen (minimale interventies)

In de eerste maanden na het begin van een eerste, lichte depressieve stoornis beveelt de werkgroep aan om te overwegen niet meteen tot een behandeling over te gaan. Dit geldt zowel voor antidepressiva als voor psychotherapie. In dat geval beveelt de werkgroep wel voorlichting (en eventueel bibliotherapie) aan en acht de werkgroep tevens een regelmatige controle van de patiënt aangewezen.

- Voorlichting of
- Psycho-educatie of
- Bibliotherapie/zelfhulp of
- Problem Solving Therapy
- + regelmatige controle

### Wel behandelen

*Wanneer:*

- Een lichte tot matig ernstige depressie langer bestaat dan drie maanden
- Bovenbeschreven interventies na 6 weken geen resultaat hebben
- Er sprake is van een ernstige of recidief depressie

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

## 3.2 Farmacotherapie of psychotherapie

- Bij de keuze voor behandeling (psychotherapie, antidepressivum, combinatie) verdient het bij patiënten met een lichte tot matig ernstige depressie aanbeveling rekening te houden met de voorkeur van de patiënt.
- Bij patiënten met een ernstige depressie verdient het aanbeveling tenminste een antidepressivum voor te stellen, eventueel gecombineerd met psychotherapie, maar ook een psychotherapeutische /psychologische behandeling kan worden overwogen.
- Bij geen of onvoldoende respons op alleen psychotherapie na drie maanden
  - Antidepressivum of
  - Combineren met antidepressivum of
  - Andere psychotherapeutische techniek of
  - Andere psychotherapeutische techniek met antidepressivum

- Bij geen of onvoldoende respons op alleen medicatie
  - Verandering van medicatie of
  - Additie van medicatie of
  - Overstappen naar psychotherapie of
  - Combinatie met psychotherapie.
  
- Na acute behandeling met antidepressiva nog restsymptomen
  - Cognitieve gedragstherapie overwegen
  
- Bij chronische depressie wordt de keuze bepaald door
  - Voorkeur cliënt
  - En behandeling die in het verleden succes had
  
- Het verdient aanbeveling dat depressieve patiënten vanaf de eerste fase van de behandeling fysieke inspanning verrichten aangepast aan leeftijd en belangstelling. Dit ter motivering en om regelmaat te bevorderen.
  
- Het verdient aanbeveling de medicijnname -trouw te verhogen door psycho-educatie of het aanbieden van ondersteunende gesprekken.
  
- Bij de keuze voor een combinatiebehandeling is goede afstemming van de zorg vereist.

### 3.3 Cliëntenperspectief

Voor patiënten met een hulpvraag bij een depressie is het belangrijk dat er sprake is van een gelijkwaardige relatie is met goede volledige informatie en ruimte voor uitwisseling. Bij de keuze voor behandeling dient ook rekening te worden gehouden met de wens van de patiënt een behandeling te volgen waarvan het nut niet is onderzocht. Er dient aandacht besteed te worden aan dagbesteding en dagstructuur en aan de omgeving van de patiënt.

Als er sprake is van wachttijd dan moet duidelijkheid worden geboden over de mogelijkheden tot hulp in de tussenliggende periode.

Het afronden van de behandeling moet zorgvuldig gebeuren.

# 4 Biologische behandeling van depressie

## 4.1 Indicatie

- Eerste, lichte episode van een depressieve stoornis, gedurende eerste maanden
  - Overwegen niet meteen tot een behandeling over te gaan.
- Lichte (en ook meer ernstige) episode van de depressieve stoornis 3 maanden of langer
  - Behandeling met antidepressivum of psychotherapie
- Behandeling met andere therapievorm(en) dan een antidepressivum langer dan 3 maanden en niet effectief
  - Antidepressivum
- Ernstige episode van de depressieve stoornis, en met name met melancholische of psychotische kenmerken.
  - Antidepressivum

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

## 4.2 Eerste keuze antidepressiva

Bij *ambulant behandelde patiënten* met een depressieve stoornis in de eerste lijn, keuze uit:

- TCA of
- SSRI

Bij *ambulant behandelde patiënten* met een depressieve stoornis in de tweede lijn, keuze uit:

- TCA of
- SSRI of
- venlafaxine of
- mirtazapine.

Bij *klinisch opgenomen patiënten*

- Voorkeur voor TCA
- Indien modern antidepressivum: venlafaxine

Overwegingen bij de keuze:

- De (overigens zeer geringe) betere tolerantie van de SSRI's, venlafaxine en mirtazapine in vergelijking met de TCA's
- Dat de SSRI's, venlafaxine en mirtazapine in de ambulante praktijk en met name in de eerste lijn in vergelijking met de TCA's soms makkelijker adequaat te doseren blijken te zijn
- Dat bij eventuele non-respons starten met een niet-TCA logistieke voordelen heeft boven starten met een TCA
- Individuele patiëntfactoren:
  - Comorbide psychiatrische stoornissen: bijvoorbeeld SSRI bij patiënten met ook een angststoornis of een obsessieve compulsieve stoornis of boulimia nervosa
  - 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;
- Een eventueel ander beoogd effect: bijvoorbeeld extra beïnvloeding van het slaappatroon met trazodon of mirtazapine;
- Verschillen in risico's op bepaalde bijwerkingen;
- Eventueel gelijktijdig gebruik van andere geneesmiddelen (in verband met interacties);
- De wens van de patiënt.

Bij de keuze voor een TCA: die middelen waarvan de dosering kan worden bepaald op geleide van de plasmaspiegel: amitriptyline, clomipramine, imipramine of nortriptyline.

### 4.3 Duur van de behandeling

Bij een *eerste episode van een depressieve stoornis*

- na herstel tijdens behandeling met een antidepressivum
  - Gedurende 6 maanden continueren.
  - Met dosis die in de acute behandeling effectief was

Bij een *recidief episode van een depressieve stoornis*

- na herstel tijdens behandeling met een antidepressivum
  - Gedurende tenminste een jaar en eventueel gedurende 3-5 jaar of langer continueren.
  - Met dosis die in de acute behandeling effectief was

### 4.4 Geen respons op eerste antidepressivum na 4 weken

- De diagnose heroverwegen;
- Instandhoudende factoren zoals co-morbiditeit, en ongunstige sociale omstandigheden evalueren;
- De therapietrouw nagaan;
- De behandeling optimaliseren: maximale dosering, eventueel bloedspiegelcontrole (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;
- De patiënt te verwijzen naar een psychiater of psycholoog-psychotherapeut. (voor de huisarts)

### 4.5 Geen respons op eerste stap

*Bij behandeling met een SSRI of ander middel niet-SSRI/niet-TCA*

- Na 4 weken niet reageren op behandeling met een SSRI eventueel dosis verhogen
  - grotere kans op bijwerkingen
- Na 6 (tot maximaal 10) weken kan een keuze gemaakt worden uit de volgende opties:

- Overschakeling naar een ander antidepressivum:
  - andere SSRI
  - TCA
  - venlafaxine
  - mirtazapine of
- toevoeging van mirtazapine of
- toevoeging van lithium (bij nonresponders op een SSRI of een ander niet-TCA eerst overschakelen naar een TCA alvorens lithium toe te voegen)

#### *Bij behandeling met een TCA*

- Na 4 tot 6 weken verder 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

#### **Lithiumadditie**

- Als additiestrategie dient lithium minimaal 2 weken met een spiegel van tenminste 0,5 mmol/l te worden toegepast
- Als additiestrategie heeft toevoeging van lithium aan een TCA vooralsnog de voorkeur boven additie aan een niet-TCA
- Bij respons na lithiumadditie tenminste 4 maanden met zowel het antidepressivum als lithium doorgaan, terwijl overwogen kan worden nog langer door te gaan
- Lithiumadditie bij voorkeur niet in de eerste lijn maar door een psychiater

#### **MAO-remmers**

Een klassieke MAO-remmer <sup>1</sup> (vooralsnog met name tranylcypromine) is 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 met name de kans op interacties (met bepaalde voedingsmiddelen en medicijnen) dienen klassieke MAO-remmers alleen voorgeschreven te worden door psychiaters.

#### **ECT**

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 beveelt de werkgroep betreffende elektroconvulsietherapie aan de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie te volgen.

De toevoeging van triiodothyronine (T3) komt pas in aanmerking als andere meer reële opties (lithiumadditie en een klassieke MAO-remmer) niet (meer) in aanmerking komen.

---

<sup>1</sup> Niet in Nederland geregistreerd.

## 4.6 Overige middelen

### **Sint-janskruid**

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.

### **Benzodiazepinen**

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.

### **Lichttherapie**

De werkgroep beveelt lichttherapie aan voor patiënten met een winterdepressie.

## 4.7 Biologische behandeling van de psychotische depressie en dysthymie

### **Psychotische depressie**

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

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

De behandeling van een patiënt met een psychotische depressie dient zo mogelijk te gebeuren door de psychiater.

### **Dysthymie**

Antidepressiva, met name 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 6-12 weken beoordeeld dient te worden: bij een gunstig resultaat dienen antidepressiva dan naar het oordeel van de werkgroep langdurig, dat wil zeggen tenminste 1 jaar, te worden gecontinueerd.

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

## 4.8 Cliëntenperspectief

Naast farmacotherapie moeten altijd begeleidende gesprekken plaatsvinden. Patiënten willen goede informatie over effecten, wanneer effect te verwachten is, bijwerkingen, hoe lang behandeld moet worden, hoe afgebouwd kan worden en over eventuele onttrekkingsverschijnselen.

**Figuur 1**      **Biologisch behandelprotocol, achtereenvolgende stappen**

	<i>Niet-psychotische depressie</i>	<i>Psychotische depressie</i>
Stap 1	SSRI, TCA <sup>1</sup> , venlafaxine <sup>2</sup> , mirtazapine <sup>2</sup>	TCA
Tussenstap	2e antidepressivum (evt. TCA met bloedspiegelcontrole)	--
Stap 2	Lithium-additie	TCA + AP
Stap 3	Klassieke MAO-remmer <sup>3</sup>	ECT <sup>4</sup>
Stap 4	ECT <sup>4</sup>	

- 1 Bij opgenomen patiënten eerste keus, eventueel venlafaxine.
- 2 Niet opgenomen in NHG Standaard Depressie 2003.
- 3 Tweede stap bij depressie met atypische kenmerken.
- 4 In ernstige gevallen kan ECT eerder worden toegepast.





# 5 Psychologische/psychotherapeutische interventies

## 5.1 Algemeen

- Rekening houden met therapeutvariabelen, zoals ervaring en de vaardigheid om een goede therapeutische relatie tot stand te brengen en te onderhouden.
- Rekening houden met de eventueel geringe generaliseerbaarheid van Amerikaans en Brits onderzoek naar een toenemend multiculturele samenleving.

## 5.2 Therapiekeuze

Als eerste:

- cognitieve gedragstherapie of
- gedragstherapie of
- interpersoonlijke therapie

## 5.3 Duur

Zo kort mogelijk tot stabiele remissie is bereikt (globaal criterium: HDRS score < 8 gedurende 4 weken)

Therapie 'uitsluipen' of laagfrequente onderhoudstherapie

Groeps- en individuele behandeling zijn even effectief.

Bij relatieproblemen (gedragstherapeutische) relatietherapie overwegen

## 5.4 Cliëntenperspectief

Patiënten willen ruimte hebben in de behandeling en steun ervaren.

Zij willen een beeld hebben van de kwaliteit van de hulpverlener en het moet mogelijk zijn van hulpverlener te veranderen als het niet klikt.



# 6 Steunende en structurerende interventies

## 6.1 Bibliotherapie/psychoeducatie (eventueel groepsgewijs)

- Wanneer mensen zich bij de hulpverlening aanmelden met een depressie.
- Ondersteunen door een lichte vorm van - al dan niet groepsgewijze - begeleiding.
- Andere behandelvorm overwegen als na 6 weken geen of onvoldoende effect is gebleken.

### **Niet**

- Wanneer eerder bibliotherapie / psycho-educatie met onvoldoende resultaat.
- Bij patiënten die niet speciaal gemotiveerd of te motiveren zijn voor bibliotherapie/psychoeducatie.

## 6.2 Problem Solving Therapy (PST)

Een inhoudelijk tot in detail uitgewerkt gespreksmodel dat oplossingsvaardigheden van patiënten met een depressie vergroot.

- Werkzaamheid is aangetoond.
- De effectiviteit is voor de Nederlandse eerste lijn veelbelovend.
- Goed in een stepped care model te combineren met andere vormen van behandeling.

## 6.3 Counseling/casework

- Kan een variatie aan gespreksmethoden inhouden.
  - Vooral van belang door hoge cliëntwaardering.

## 6.4 Supportgroep

- Van en met elkaar leren
- Delen van emoties met lotgenoten
  - Kan aansluiten bij door patiënten gevoelde behoefte.

## 6.5 Maatschappelijk werkinterventies

Er is weinig onderzoek gedaan naar maatschappelijk werkinterventies. Aan de praktijk ontleend:

In eerste lijn interventies op zich; in tweede lijn in samenhang met andere disciplines.

- Diagnostiek gericht op verschillende leefgebieden.
- Interventies
  - Psycho-educatie
  - Ondersteunend groepswerk
  - Emotionele ondersteuning en begeleiding
  - Praktische ondersteuning en begeleiding
  - Netwerkondersteuning
  - Veranderingsgericht begeleiding
  - Sociale diagnostiek
  - Informatie en advisering
  - Zorgcoördinatie

## 6.6 Vaktherapieën

Vaktherapieën (psychomotorische therapie en creatieve therapie) worden vaak ingezet ter behandeling van depressie, vooral in de klinische setting.

*Werkzaamheid aangetoond van:*

Running therapie en lichamelijke inspanning

*Minder aangetoond maar waarschijnlijk wel van belang:*

Onder meer activering, structurering en satisfactie: het plezier in de activiteit. Door deze ervaringen kan ook de cognitie veranderen.

Onderscheid tussen vaktherapieën onderling niet duidelijk, voorkeur patiënt is bepalend.

## 6.7 Verpleegkundige interventies

- 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 één van de beschreven veertien verpleegproblemen zich voor doet.
- 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 mee genomen te worden in de probleemdefinitie en de interventies. In overleg met de patiënt zal de directe omgeving altijd bij de behandeling c.q. 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).

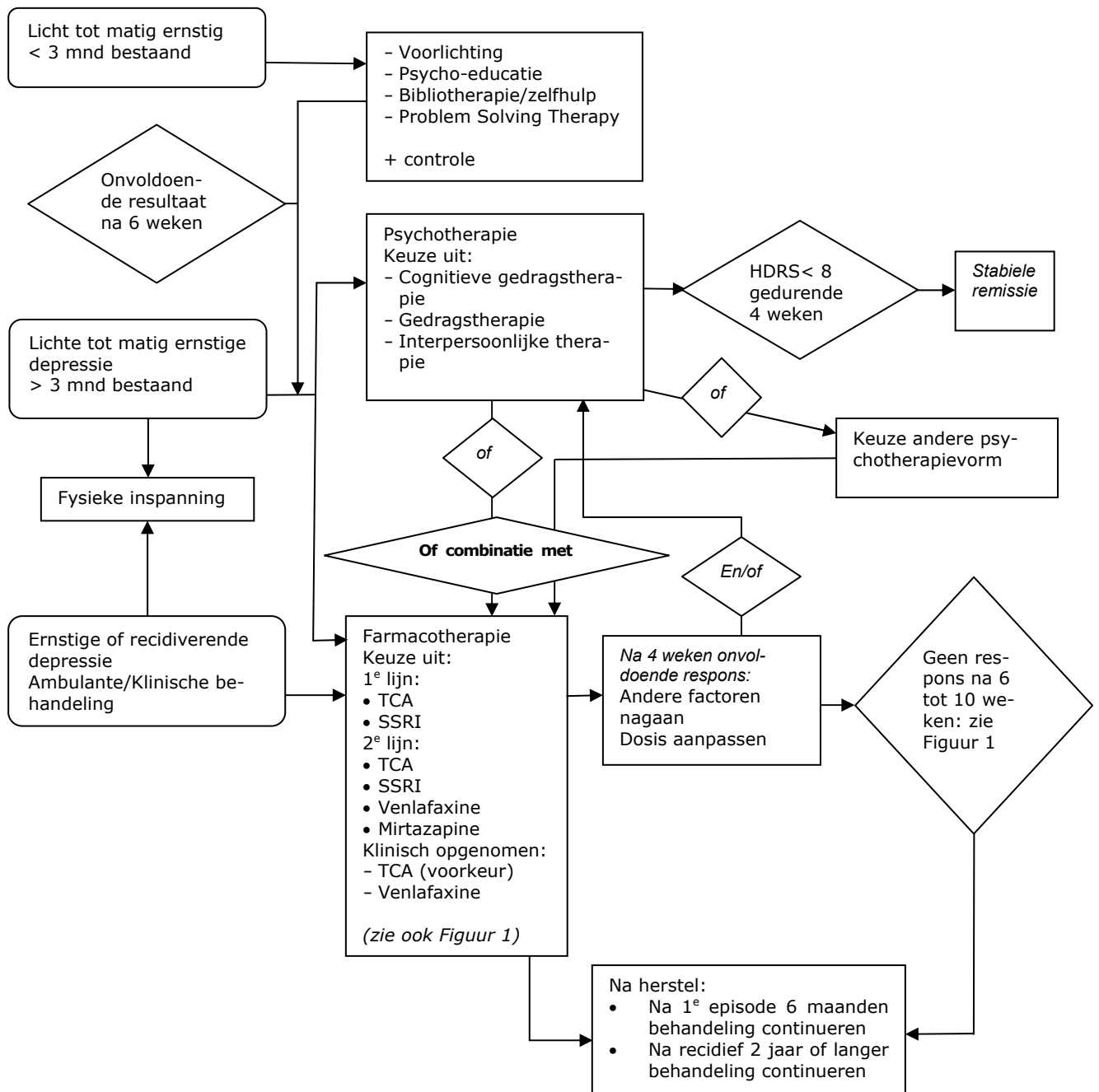
- Tijdens de begeleiding van patiënten en hun familieleden dienen verpleegkundigen informatie te geven over en te verwijzen naar contacten met lotgenoten.
- Voor het inschatten van suïcidaliteit bij patiënten en de begeleiding van deze patiënten verwijst de subgroep naar de richtlijn verpleegkundige zorg bij de suïcidale 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. Daarnaast wijzen wij op de noodzaak tot onderzoek naar interventies door gespecialiseerd verpleegkundigen (waaronder SPV-en): de IPT en cognitieve gedragstherapie.

## 6.8 Cliëntenperspectief

Voor patiënten kan lotgenotencontact een belangrijke steun betekenen.



**Figuur 2**      **Behandeling depressie**









# Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling

GGZ

Het is voor het eerst dat er een evidence based multidisciplinaire richtlijn voor depressie verschijnt. Voor gebruik in de praktijk is deze samenvatting gemaakt. In het kort staan hier de adviezen, aanbevelingen en handelingsinstructies voor diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Voor een uitgebreid overzicht is er de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie.

De adviezen en aanbevelingen worden niet alleen in de GGZ gebruikt, maar zijn ook bruikbaar voor de huisarts, de bedrijfsarts en de maatschappelijk werker.

De richtlijn is uitdrukkelijk ook een beslissingsondersteunend instrument voor patiënten. Hun inbreng in de vorm van commentaar en aanbevelingen is zoveel mogelijk in de richtlijntekst geïntegreerd. Bovendien is het cliëntenperspectief in aparte paragrafen opgenomen om de inbreng over de diagnostiek, de behandeling en de toepassing van bepaalde interventies goed tot zijn recht te doen komen.

Deze samenvatting kan onder meer gebruikt worden voor het toepassen van de aanbevelingen in de richtlijn in zorgprogramma's, voor het ontwikkelen van een cliëntenversie en een eventuele monodisciplinaire richtlijn.

Na een algemene inleiding waarin de werkwijze wordt verantwoord, komen de volgende onderdelen aan de orde:

- diagnostiek
- indicatie voor behandeling
- biologische behandeling
- psychologische/psychotherapeutische interventies
- steunende en structurerende interventies

Naast deze samenvatting van de richtlijn depressie verschijnt gelijktijdig de complete richtlijn, en een cliëntversie van de richtlijn in het najaar van 2005.

## Multidisciplinaire richtlijnen

Vanaf januari 1999 bestaat de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Deze stuurgroep, geleid door een onafhankelijk voorzitter, is samengesteld uit vertegenwoordigers van de volgende vijf beroepsverenigingen: het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Federatie Verpleegkunde in de GGZ (FVGGZ). De Stuurgroep wordt ondersteund door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction.

### Trimbos-instituut

Secretariaat Landelijke  
Stuurgroep Multidisciplinaire  
Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T (030) 2971131

E [ggzrichtlijnen@trimbos.nl](mailto:ggzrichtlijnen@trimbos.nl)

[www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)

[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

Trimbos-  
instituut

Netherlands Institute  
of Mental Health  
and Addiction

