

De standaard 'Depressieve stoornis' (eerste herziening) van het Nederlands Huisartsen Genootschap; reactie vanuit de psychiatrie

W.W.van den Broek

Zie ook de artikelen op bl. 507 en 523.

De eerste herziening van de standaard 'Depressieve stoornis' van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) geeft richtlijnen voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met een depressieve stoornis.^{1 2}

Het is lovenswaardig dat men zich in de standaard aansluit bij de (inter)nationale naamgeving en zich richt op de depressieve stoornis. De diagnostische criteria zijn ontleend aan de 'Diagnostic and statistical manual of mental disorders', de zogenoemde DSM-IV. Hierdoor is het onderscheid tussen de begrippen 'lichte' en 'ernstige' depressieve stoornis verlaten. Er bestaan meerdere definities voor de diagnose 'lichte depressie'. Bovendien is het nut van het gebruik van antidepressiva daarbij twijfelachtig. Het blijft de vraag of er zoiets bestaat als een 'lichte depressie' als specifieke diagnostische entiteit. Het is dan ook verwarrend dat er in het samenvattende artikel staat dat het voorschrijven van antidepressiva bij een lichte depressie niet wordt afgeraden, hoe twijfelachtig de diagnose en de effectiviteit van antidepressiva ook zijn.² Deze opmerking zal het voorschrijven van antidepressiva bij depressieve klachten bevorderen, ongeacht de diagnose.

DIAGNOSTISCH BELEID

Zowel het diagnostisch beleid als de doelstelling klachten te verminderen en het normaal functioneren te herstellen is praktisch en goed hanteerbaar in de dagelijkse praktijk. Het gebruik van een ernstschaal voor de depressieve stoornis wordt niet in de richtlijn besproken, noch de reden waarom hiervan wordt afgezien. Het gebruik van een ernstschaal zoals de 'Hamilton depression rating scale' (HDRS) kan echter nuttig zijn voor de beoordeling van de ernst van de depressieve stoornis en vooral voor het objectiveren van het effect van de behandeling. De tijdsinvestering is gering, maar mocht deze een probleem zijn, dan zijn zelfinvulvragenlijsten te overwegen.

BELEID

Het beleid blijft wat onduidelijk. De keuze tussen de verschillende behandelopties is vaag. Het wordt niet duidelijk wanneer met medicatie, met psychotherapie of met beide te behandelen. Zo wordt de keuze voor psychotherapie onderbouwd met onder meer beschikbaarheid, voorkeur van de patiënt, aard van de depressieve stoornis, lijdensdruk, lichamelijke en psychiatrische comorbiditeit – een groot aantal variabelen die nogal vaag zijn. Ook wordt de indruk gewekt dat psychotherapie even effectief is als medicatie, terwijl het de vraag is of de onderzochte populaties bij behandeling met respectievelijk psychotherapie en medicatie wel te vergelijken zijn. In de dagelijkse praktijk zal de huisarts het gebruik van antidepressiva meestal snel toepassen, ook omdat psychotherapie meestal wordt geïndiceerd bij gemotiveerde patiënten met capaciteiten om deze te ondergaan en alleen nog maar als deze, vooral cognitieve gedragstherapie, gemakkelijk beschikbaar is.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Bij de medicamenteuze behandeling van de depressieve stoornis zijn de selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) opgenomen in deze herziene versie van de huisartsenstandaard. Deze wijziging ten opzichte van de eerste versie doet de dagelijkse praktijk meer recht. Andere moderne antidepressiva zijn niet opgenomen, hetgeen mijns inziens terecht is, gezien de nog niet aangetoonde meerwaarde ten opzichte van de tricyclische antidepressiva (TCA's) en SSRI's en gezien de geringere ervaring met deze middelen.

De constatering dat SSRI's in de huisartsenpopulatie even effectief zijn als TCA's is gewaagd en kan beter vervangen worden door de constatering dat er geen verschil in effectiviteit is aangetoond, althans bij ambulante patiënten. Bij opgenomen depressieve patiënten zijn de TCA's statistisch significant effectiever dan de SSRI's.³

De opmerkingen over bijwerkingen en suïcidaliteit bij het maken van een keuze tussen beide groepen zijn terecht. Bijwerkingen zijn er bij beide groepen, niet zozeer verschillend in ernst als wel in aard. Het argument dat men gerust kan zijn over suïcidaliteit door SSRI's voor te schrijven wordt terecht niet meer gebruikt, omdat men zich ook op andere manieren dan met antidepressiva kan suïcidieren. Binnen de groepen TCA's en SSRI's wordt er een voorkeur uitge-

Erasmus Medisch Centrum, afd. Psychiatrie, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.
Hr.dr.W.W.van den Broek, psychiater (w.w.vandenbroek@erasmusmc.nl).

sproken voor de preparaten waar de meeste ervaring mee is opgedaan. Een valide argument. Clomipramine wordt uitsluitend aangeraden bij de depressieve stoornis die gepaard gaat met angst. De evidentie van deze handelwijze ontgaat mij. Het komt regelmatig voor dat een depressie gepaard gaat met angst.

De doseringen zijn behoudend. Het beleid bij non-respons is verhogen. Het doseren van het TCA op geleide van de bloedspiegel komt niet in de richtlijn voor, wat een omissie is. Als het instellen gebeurt op geleide van de bloedspiegel, dan kan dit tijd schelen en de beoordeling van de therapietrouw vergemakkelijken. Zelfs al vindt men dit belastend, dan is bij non-respons het bepalen van de bloedspiegel te overwegen. Hierdoor kan snel en gericht op de juiste dosis worden ingesteld in plaats van geleidelijk te verhogen met risico op intoxicatie. SSRI's ontberen dit voordeel.

Het controlebeleid is conform de gangbare praktijk. De reden van verwijzing naar de tweede lijn is werkbaar en begrijpelijk. Bij een chronische depressie wordt een onderhoudsbehandeling ter overweging gegeven. Een chronische depressie is echter een depressieve stoornis die langer dan 2 jaar duurt. Voordat deze diagnose gesteld wordt, is het van belang inadequate behandeling of therapieresistentie uit te sluiten. Dit dient naar mijn oordeel in de tweede of derde lijn te gebeuren voordat men besluit een onderhoudsbehandeling bij deze diagnose te starten.

Al met al: een goede en werkbare standaard 'Depressieve stoornis'. De aansluiting bij de diagnostische criteria volgens de DSM-IV kan de samenwerking met de tweede en derde lijn bevorderen. Het opnemen van de SSRI's in de standaard doet meer recht aan de dagelijkse praktijk. De behoudende en wetenschappelijke benadering is nuttig. In de toekomst is een betere onderbouwing van de keuze tussen psychotherapie en medicatie gewenst. Het gebruik van plas-

maspiegels bij TCA's en dat van ernstschalen kunnen een goede aanvulling zijn bij de volgende herziening van deze standaard.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 23 november 2004

Literatuur

- 1 Marwijk HWJ van, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Gelderen MG van, Haan M de, Weel-Baumgarten EM van, et al. NHG-standaard Depressieve stoornis (eerste herziening). Huisarts Wet 2003;46:614-23.
- 2 Romeijnders ACM, Marwijk HWJ van, Goudswaard AN. Samenvatting van de standaard 'Depressieve stoornis' (eerste herziening) van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:523-7.
- 3 Anderson IM. Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. J Affect Disord 2000;58:19-36.

Abstract

The practice guideline 'Depressive disorder' (first revision) from the Dutch College of General Practitioners; a response from the perspective of psychiatry. – The first revision of the Dutch guidelines for the treatment of depressive disorders by general practitioners adapted the international psychiatric nomenclature for the diagnosis of depressive disorders. This enhances collaboration between general practitioners and psychiatrists. The use of selective serotonin reuptake inhibitors in this guideline is an advantage compared to the earlier version. The distinction between the indication for cognitive therapy and for antidepressant treatment is not very clear in this guideline. Overall the guideline represents a scientific and conservative stance in the treatment of depressed patients, which is commendable. The use of target plasma level concentrations with tricyclic antidepressants, better guidelines for the use of antidepressants or cognitive therapy, and the use of severity rating scales during treatment could further improve the next version of this guideline. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:509-10