

De beste behandeling voor depressie is vroegsignalering en preventie bij jeugdigen

S.P.A. Rasing, J. Spijker, Y.A.J. Stikkelbroek, D.H.M. Creemers

- Achtergrond** Een focus op een preventieve en proactieve aanpak binnen en buiten de jeugd-ggz kan eraan bijdragen om de ernst van psychische problemen bij jongeren minder groot te laten worden en de kans op therapieresistentie te verkleinen.
- Doel** De mogelijkheden laten zien om de jeugd-ggz proactiever te organiseren.
- Methode** Bespreken van nieuwe benaderingen in de bestaande literatuur en voorbeelden uit de praktijk.
- Resultaten** Het is essentieel dat jongeren eerder interventies ontvangen die passen bij de ernst van de problematiek. Vroegsignalering en preventie kunnen systematisch uitgevoerd worden in samenwerking tussen ggz, GGD en onderwijs. Daarnaast is het noodzakelijk dat jongeren op basis van hun prognose de juiste (specialistische) zorg ontvangen.
- Conclusie** De zorg voor jongeren met (sub)klinische depressieve klachten kan proactiever worden ingericht. Daarbij zijn er mogelijkheden op het gebied van preventie en behandeling en op termijn in het gepersonaliseerd aanbieden van behandeling.

De jeugd-ggz is op dit moment op een reactieve wijze georganiseerd. Jongeren met psychische problematiek komen via de huisarts vaak eerst terecht in de basis-ggz; wanneer hun psychische problemen ernstige vormen aannemen, ontvangen zij behandeling in de specialistische ggz.

Deze werkwijze heeft als gevolg dat psychiaters en andere ggz-professionals in de specialistische ggz te maken hebben met jongeren bij wie problemen vaak al lange tijd bestaan; in sommige gevallen zijn de problemen chronisch en worden ze gekenmerkt door een hoge mate van comorbiditeit, veel complicaties en uitval uit het sociale leven. Daardoor neemt de kans op non-respons van de behandeling en therapieresistentie toe (Maalouf e.a. 2011).

Om de ernst van de psychische problemen minder groot te laten worden, is het essentieel om eerder in te grijpen, jongeren eerder de behandeling te bieden die passend is bij de (potentiële) ernst van de problematiek en de netwerken om jongeren heen te versterken. Aan de hand van een veelvoorkomende stoornis, namelijk depressie, zullen we beschrijven op welke vlakken de zorg proactiever aangeboden kan worden.

Depressie bij jongeren

Depressie is een van de meest voorkomende psychische aandoeningen. Tijdens de adolescentie is er een aanzienlijke toename van het aantal jongeren dat te maken krijgt met een depressieve stoornis. Waar onder 13- en 14-jarigen een geschatte 8,4% van de jongeren te maken heeft gehad met een depressieve stoornis, stijgt dat percentage onder 17- en 18-jarigen tot 15,4% (Merikangas e.a. 2010). Daarnaast heeft een substantieel deel van de jongeren, een geschatte 21,4%, last van subklinische depressie (Smit e.a. 2003).

Depressieve symptomen op jonge leeftijd hebben grote impact op het (verdere) leven van een jongere: ze zijn gerelateerd aan depressie op latere leeftijd (Aalto-Setälä e.a. 2002), problemen in sociale en familiale relaties (Verboom e.a. 2014), lagere schoolprestaties en hogere schooluitval (Verboom e.a. 2014) en verhoogde kans op suïcide (Glieb & Pine 2002).

Voor depressie geldt dat deze een sterk recidiverend karakter heeft wanneer ze ontstaat tijdens de vroege adolescentie of kindertijd (Thapar e.a. 2012). Verder is depressie een van de meest voorkomende vormen van comorbiditeit bij andere psychische stoornissen en

AUTEURS

Sanne Rasing, senior onderzoeker, Depressie Expertisecentrum Jeugd, GGZ Oost Brabant; postdoctoraal onderzoeker, Universiteit Utrecht.

Jan Spijker, psychiater, Expertisecentrum Depressie Pro Persona; hoogleraar Chronische depressie, Radboud Universiteit, Nijmegen.

Yvonne Stikkelbroek, klinisch psycholoog, senior onderzoek en P-opleider, Depressie Expertisecentrum Jeugd, GGZ Oost Brabant; universitair docent, Universiteit Utrecht.

Daan Creemers, klinisch psycholoog, onderzoekscoördinator en hoofd behandelzaken, Depressie Expertisecentrum Jeugd, GGZ Oost Brabant, Boekel.

Correspondentieadres

Dr. S.P.A. Rasing, Depressie Expertisecentrum Jeugd, GGZ Oost Brabant, Postbus 3, 5427 ZG Boekel.
E-mail: spa.rasing@ggzooostbrabant.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-7-2020.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(2):111-114

worden adolescenten met een depressie gekenmerkt door een grote mate van heterogeniteit (Avenevoli e.a. 2015). Daarmee is depressie niet alleen een stoornis op zichzelf, maar ook een kenmerk – of misschien wel belangrijke marker – van aanwezige onderliggende psychiatrische aandoeningen (Thapar e.a. 2012).

Vroegsignalering en preventie

De eerste stap naar proactieve zorg voor jongeren met depressieve klachten is het implementeren van depressiepreventie in het netwerk van zorg en onderwijs; iets wat op dit moment niet systematisch vanuit een eenduidige modelgetrouwe organisatievorm wordt uitgevoerd. *Strong Teens and Resilient Minds* (STORM) is een model voor een netwerksamenwerking waarin de pijlers worden gevormd door meerdere interventies (Hegerl e.a. 2008; De Jonge-Heesen e.a. 2016; Gijzen e.a. 2018).

De *eerste pijler* is het creëren van bewustzijn over mentale gezondheid. Het doel is om de kennis over depressie en hulpzoekend gedrag te bevorderen en stigma te verminderen (Dray e.a. 2017). Voor jongeren gebeurt dit in de vorm van universele preventie in klassen, waarbij niet zozeer het verminderen van depressieve symptomen als wel bewustwording centraal staat.

De *tweede pijler* is het creëren van steun en support rondom de jongeren. Door het systeem van jongeren gevoeliger te maken voor het signaleren van somberheid en suïcidaliteit en de gespreksvaardigheden te vergroten en dus mentoren, docenten, sportcoaches en -trainers te trainen als gatekeeper, kunnen jongeren daarop terugvallen (Wyman e.a. 2008). Hierdoor wordt een sociaal vangnet gecreëerd rondom jongeren.

De *derde pijler* is systematische en zeer proactieve vroegsignalering van depressieve symptomen en suïcidale gedachten uitgevoerd door professionals in de gezondheidszorg (Katz e.a. 2013). In het geval van jongeren speelt de organisatie van het gezondheidsonderzoek van

de GGD op het voortgezet onderwijs een belangrijke rol. Door met stoornisspecifieke vragenlijsten te vragen naar de aanwezigheid van depressieve symptomen en suïcidale gedachten worden alle jongeren op het voortgezet onderwijs systematisch gescreend.

De *vierde pijler* is het doorverwijzen naar zorg aan adolescenten met hoog risico. Jongeren met suïcidale gedachten kunnen binnen 48 uur terecht bij een GGD-verpleegkundige of -arts en dezen kunnen hen na inschatting van de ernst direct doorverwijzen naar basis- of specialistische ggz.

Ongeveer 10% van de jongeren laat verhoogde depressieve symptomen zien en komt in aanmerking voor een depressiepreventieprogramma waarvan is gebleken dat het gunstige effecten heeft (Wijnhoven e.a. 2014; De Jonge-Heesen e.a. 2020). Het programma wordt aangeboden op scholen zelf om de drempel voor deelname zo klein mogelijk te houden. Het effect van STORM als netwerksamenwerking, dus van de gezamenlijke interventies, is op dit moment nog niet in cijfers uit te drukken. Op basis van een enigszins vergelijkbare interventie – de *Nuremberg Alliance Against Depression* – gericht op suïcidepreventie voor volwassenen in een regio met bijna 500.000 inwoners, kunnen we stellen dat netwerkinterventies kansrijk zijn. Deze interventie, uitgevoerd in 2001 en 2002, liet een afname zien van suïcidale handelingen (suïcidepogingen en geslaagde suïcides) van meer dan 20% (Hegerl e.a. 2010). Daarom willen wij ervoor pleiten om modelgetrouwe effectieve preventie grootschalig te implementeren.

Ketensamenwerking is noodzakelijk; scholen vormen de basis van de vroegsignalering en interventies, ketenpartners dragen bij aan vroegsignalering en leveren de professionals voor de interventies, de ggz zorgt voor kennisdeling in de hele keten en gemeenten faciliteren de uitvoering in het netwerk. Daarbij zijn alle interventies evidence-based en er wordt getoetst op modelgetrouwheid (Van Vugt e.a. 2018).

Behandeling

Naast preventie is er ook een proactieve aanpak in de behandeling van adolescenten met een depressieve stoornis mogelijk. Het is belangrijk om depressieve stoornissen zo vroeg mogelijk te behandelen met effectieve evidence-based interventies (Maalouf e.a. 2011). In de zorgstandaard Depressie wordt onderscheid gemaakt tussen lichte, matige en ernstige depressie en op basis van de ernst worden verschillende behandelingen geadviseerd (Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ 2018). Echter, gestandaardiseerde ernstbepalingen worden vaak niet uitgevoerd en daardoor ontvangen jongeren niet altijd de behandeling die past bij de ernst van de depressie (Hermens e.a. 2015). Door het in de zorgstandaard voorgestelde *matched-care* principe beter te volgen kan men de zorg zorgvuldig afstemmen op de ernst van de klachten van jongeren om onder- en overbehandeling tegen te gaan. Zodoende kan het vaststellen van de ernst van depressie en het aanbieden van evidence-based interventies bijdragen aan grotere effectiviteit van de zorg.

Daarnaast is er een groep jongeren die niet of niet voldoende profiteert van behandeling. Daarom is het belangrijk om voor de start van de behandeling in kaart te brengen wat de prognose is van vervolghandelingen op basis van risicofactoren en de effecten van eerdere behandelingen. Wanneer men, op basis van de aanwezigheid van meerdere risicofactoren zoals ernst van de depressie, eerder doorgemaakte episodes en familiale belasting, schat dat een jongere een grote kans heeft op een chronische of therapieresistente depressie, kan men direct een intensievere behandeling inzetten, zoals schematherapie (Renner e.a. 2016) of *cognitive behavioral analysis system of psychotherapy* (CBASP) (Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie 2013).

Toekomst

Ook biedt het personaliseren van preventie en behandeling mogelijkheden om de effectiviteit te vergroten. Het personaliseren van interventies is erop gericht om risicofactoren en persoonskenmerken te identificeren die voorspellend zijn voor een verschillende respons op interventies; of anders gezegd: welke jongeren beter of slechter reageren op een behandeling en welke behandeling het beste bij hun persoonlijke profiel past (Fournier e.a. 2009). Door gebruik te maken van prognostisch modelleren kan men voorspellende kenmerken vinden per individu op basis waarvan men jongeren met depressieve klachten of stoornis een voor hun geschikte interventie kan bieden. Op grond van dit risico zullen jongeren een bij hun prognose passende preventieve interventie of behandeling krijgen, oftewel een gepersonaliseerde interventie.

In het preventieveld wordt nog niet op deze manier gewerkt en het is niet met zekerheid te zeggen op welke manier het de effectiviteit kan vergroten (Cuijpers & Beekman 2018). Op het gebied van behandeling voor

jongeren zijn de ontwikkelingen nog niet zover. Echter, in tegenstelling tot de zorg voor jongeren is men bij het prognostisch modelleren bij volwassenen met een depressieve stoornis (DeRubeis e.a. 2014) en proactieve interventie bij psychose (Ising e.a. 2016) wel verder in deze ontwikkeling.

DeRubeis e.a. (2014) vergeleken het verschil in effect van optimale behandeling en niet-optimale behandeling, waar de optimale behandeling wordt bepaald aan de hand van een combinatie van predictoren (dat wil zeggen: demografische kenmerken of risicofactoren als prognostische en prescriptieve predictoren). Zij vonden een middelgroot effect van een optimale behandeling vergeleken met een niet-optimale behandeling. De resultaten van deze ontwikkelingen zijn hoopvol en zouden op den duur ook kunnen leiden tot het vergroten van de effectiviteit van preventie en behandeling van depressie voor jongeren. De komende jaren moeten we onderzoek doen naar het classificeren op grond van risico, predictie van respons en het inzetten van gepersonaliseerde behandeling.

CONCLUSIE

De zorg voor jongeren met (sub)klinische depressieve klachten kan proactiever worden ingericht. Bij de preventie van depressie en suïcide is er veel winst te behalen door in een netwerkinterventie van systematisch screenen op depressieve klachten en suïcidale gedachten, jongeren met verhoogd risico direct door te verwijzen of preventie aan te bieden en het sociale netwerk rondom jongeren te versterken.

Bij de behandeling van depressie is het boven alles belangrijk dat jongeren snel de juiste zorg krijgen om daarmee te voorkomen dat er comorbide problemen en complicaties ontstaan, dat zij zich onttrekken aan het sociale leven of dat er therapieresistentie optreedt.

Op de langere termijn liggen er kansen door preventie en behandeling meer te personaliseren en af te stemmen op de prognose, te bepalen door jongeren te classificeren naar risico. Deze gepersonaliseerde zorg vraagt om ontwikkeling en onderzoek en daar zullen we de komende jaren aan werken.

LITERATUUR

- Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lonnqvist J. Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1235-7.
- Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Ries Merikangas K. Major depression in the national comorbidity survey—adolescent supplement: Prevalence, correlates, and treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015; 54: 37-44.e2.
- Cuijpers P, Beekman ATF. Personaliseren van preventie van psychische stoornissen. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 189-93.

- De Jonge-Heesen KWJ, van Etekkoven KM, Rasing SPA, Oprins-van Liempd FHJ, Vermulst AA, Engels RCME, e.a. Evaluation of a school-based depression prevention program among adolescents with elevated depressive symptoms: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 402.
- De Jonge-Heesen KWJ, Rasing SPA, Vermulst AA, Scholte RHJ, Van Etekkoven KM, Engels RCME, e.a. Randomized control trial testing the effectiveness of implemented depression prevention in high-risk adolescents. *BMC Med* 2020; 18: 188.
- DeRubeis RJ, Cohen ZD, Forand NR, Fournier JC, Gelfand LA, Lorenzo-Luaces L. The personalized advantage index: Translating research on prediction into individualized treatment recommendations. A demonstration. *PLoS One* 2014; 9.
- Dray J, Bowman J, Campbell E, Freund M, Wolfenden L, Hodder RK, e.a. Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017; 56: 813-24.
- Fournier JC, DeRubeis RJ, Shelton RC, Hollon SD, Amsterdam JD, Gallop R. Prediction of response to medication and cognitive therapy in the treatment of moderate to severe depression. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77: 775-87.
- Gijzen MWM, Creemers DHM, Rasing SPA, Smit F, Engels RCME. Evaluation of a multimodal school-based depression and suicide prevention program among dutch adolescents: Design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 124.
- Glied S, Pine DS. Consequences and correlates of adolescent depression. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 1009-14.
- Hegerl U, Mergl R, Havers I, Schmidtke A, Lehfeld H, Niklewski G, e.a. Sustainable effects on suicidality were found for the nuremberg alliance against depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 260: 401-6.
- Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, Van Audenhove C, Bouleau JH, Van der Feltz-Cornelis C, e.a. The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry* 2008; 9: 51-8.
- Hermens ML, Oud M, Sinnema H, Nauta MH, Stikkelbroek Y, van Duijn D, e.a. The multidisciplinary depression guideline for children and adolescents: An implementation study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; 24: 1207-18.
- Ising HK, Ruhrmann S, Burger NAFM, Rietdijk J, Dragt S, Klaassen RMC, e.a. Development of a stage-dependent prognostic model to predict psychosis in ultra-high-risk patients seeking treatment for co-morbid psychiatric disorders. *Psychol Med* 2016; 46: 1839-51.
- Katz C, Bolton SL, Katz LY, Isaak C, Tilston-Jones T, Sareen J, e.a. A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depress Anxiety* 2013; 30: 1030-45.
- Maalouf FT, Atwi M, Brent DA. Treatment-resistant depression in adolescents: Review and updates on clinical management. *Depress Anxiety* 2011; 28: 946-54.
- Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, e.a. Lifetime prevalence of mental disorders in us adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49: 980-9.
- Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ. Zorgstandaard depressieve stoornissen. Utrecht: Alliantie kwaliteit in de GGZ; 2018.
- Renner F, Arntz A, Peeters FP, Lobbstaël J, Huibers MJ. Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2016; 51: 66-73.
- Smit F, Bohlmeijer ET, Cuijpers WJM. Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie: Epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk, nieuwe richtingen Utrecht: Trimbos-instituut; 2003.
- Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet* 2012; 379: 1056-67.
- Van Vugt MD, Mulder CL, Bähler M, Delespaul P, Westen K, Kroon H. Modelgetrouwheid van flexible assertive community treatment (F-ACT)-teams: Resultaten van vijf jaar auditeren. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 441-8.
- Verboom CE, Sijtsema JJ, Verhulst FC, Penninx BWJH, Ormel J. Longitudinal associations between depressive problems, academic performance, and social functioning in adolescent boys and girls. *Dev Psychol* 2014; 50: 247-57.
- Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie. Multidisciplinaire richtlijn depressie (derde revisie). Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
- Wijnhoven LAMW, Creemers DHM, Vermulst AA, Scholte RHJ, Engels RCME. Randomized controlled trial testing the effectiveness of a depression prevention program ('op volle kracht') among adolescent girls with elevated depressive symptoms. *J Abnorm Child Psychol* 2014; 42: 217-28.
- Wyman PA, Brown CH, Inman J, Cross W, Schmeelk-Cone K, Guo J, e.a. Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of consulting clinical psychology* 2008; 76: 104.