

Herziening van de multidisciplinaire richtlijnen angst en depressie

J. SPIJKER, I.M. VAN VLIET, J.A.C. MEEUWISSEN, A.J.L.M. VAN BALKOM

SAMENVATTING De multidisciplinaire richtlijnen voor de depressieve stoornis, de paniekstoornis en de posttraumatische stressstoornis zijn herzien. Belangrijke wijzigingen zijn dat in de richtlijnen algoritmes worden onderscheiden op basis van de ernst van de stoornis, dat de richtlijnen volgens de principes van 'stepped care' zijn opgebouwd, dat zogenaamde basisinterventies noodzakelijk zijn bij elk algoritme en dat zogenaamde eerstestapinterventies bij lichte stoornissen de eerste behandelstap kunnen zijn. Bij de behandeling van lichte stoornissen zijn de antidepressiva niet meer geïndiceerd.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)10, 715-718]

TREFWOORDEN angststoornissen, depressieve stoornis, richtlijn

Bij de verschijning van de Multidisciplinaire richtlijn (MDR) angststoornissen in 2003 en die voor depressie in 2005 is vastgelegd dat na vier jaar bepaald zou worden of de richtlijnen nog voldoende actueel zijn en indien dit niet het geval is, er dan een proces van herziening zou starten. In 2008 is besloten de herziening voor beide richtlijnen gezamenlijk in etappes uit te voeren.

Bij deze eerste herziening is ervoor gekozen om de richtlijnonderdelen over depressieve stoornis, paniekstoornis met of zonder agorafobie en posttraumatische stressstoornis (PTSS) te herzien. Hierover berichten wij in dit artikel. De richtlijnwerkgroep is bezig de onderdelen dysthymie en de overige angststoornissen in een later stadium te herzien en zal ook nieuwe hoofdstukken zoals chronische depressie ontwikkelen.

In deze bijdrage zullen we aangeven wat de belangrijkste discussiepunten zijn geweest binnen de richtlijnwerkgroep en tot welke wijzigingen die hebben geleid in de herziene richtlijnen. We onderscheiden daarbij twee soorten discussies.

Eerst bespreken we de onderwerpen die te maken hebben met vorm en volgorde van behandelstappen. De herziene richtlijnen formuleren voor deze onderwerpen consensusstandpunten. Vervolgens komen onderwerpen aan bod waarbij nieuwe wetenschappelijke kennis tot andere keuzes heeft geleid in de behandeladviezen. In deze laatste categorie bespreken wij apart de wijzigingen in de richtlijnen voor depressie, paniekstoornis en PTSS.

We geven eerst een korte toelichting op de gevolgde werkwijze van de werkgroep en we eindigen met enkele adviezen hoe de nieuwe richtlijnen toe te passen. Aangezien de auteurs actief aan de richtlijnen meegeschreven hebben, is een deel van de teksten een bewerking van de richtlijnteksten. Voor de achterliggende literatuur verwijzen we ook naar de richtlijnteksten.

METHODE

Voor de update van de richtlijnteksten werd literatuur verzameld door te zoeken in Medline, PsychINFO, Cochrane, Embase tot mei 2007 op de termen (resp.) ‘major depression’, ‘depressive disorder’, ‘panic disorder’, ‘agoraphobia’, ‘panic disorder with agoraphobia’, ‘post traumatic stress disorder’, ‘meta-analysis’, (verschillende soorten van) ‘psychotherapy’, (verschillende soorten van) ‘farmacotherapy’ en relevante literatuur gevonden in de referentielijsten bij eerder gevonden artikelen. Gezien de grote hoeveelheid literatuur werd in eerste instantie gebruikgemaakt van meta-analyses. Wanneer deze niet beschikbaar waren, werden per interventie steeds in ieder geval de kwalitatief goede en recente gerandomiseerde gecontroleerde trials geselecteerd. Kwaliteit werd daarbij beoordeeld op: kwaliteit van opzet en uitvoering van het onderzoek, voldoende duur van de behandeling en het ontbreken van tegenstrijdige uitkomsten.

VORM EN VOLGORDE VAN BEHANDELSTAPPEN

Omdat adherentie aan een richtlijn samen gaat met een beter behandelresultaat, heeft de richtlijnwerkgroep voor een vergelijkbare opbouw van de angst- en depressierichtlijnen gekozen om de eenduidigheid en daarmee de implementatie te bevorderen. Alle drie de behandelrichtlijnen gaan uit van het principe van *stepped care* en van continuïteit van de behandeling in eerste en tweede lijn. Verder wordt in het algoritme regelmatig geadviseerd bij non-respons een second opinion te vragen over diagnostiek en behandeling; bij herhaaldelijke non-respons wordt de behandeling geïntensiveerd en bij blijvende therapieresistentie wordt uiteindelijk rehabilitatie aanbevolen. Daarnaast wordt bij herstel na psychologische of farmacologische behandeling terugvalpreventie aanbevolen.

Elk behandelalgoritme, en in feite elke behandeling, gaat gepaard met de zogenaamde basisinterventies. Voor depressie wil dat zeggen

dat altijd psycho-educatie over de aandoening gegeven moet worden, dat er aandacht moet zijn voor dagstructurering en dat men altijd een vorm van follow-up afsprekt. Voor de angststoornissen (en dus ook voor de paniekstoornis en PTSS) zijn de basisinterventies psycho-educatie, activering en het tegengaan van vermijding.

Ook wordt in elk algoritme aangegeven of zogenaamde eerstestapinterventies aan te raden zijn. Dit zijn behandelinterventies met een lage intensiteit. Omdat men in de eerste lijn vaak recent ontstane en lichte vormen van angst en depressie ziet, is voor deze eerstestapinterventie gekozen als behandelmogelijkheid bij lichte aandoeningen. Bij depressie komen in aanmerking bibliotherapie (zelfhulp en zelfmanagement, al dan niet via *e-health*), activerende begeleiding, fysieke inspanning (runningtherapie), counseling en psychosociale interventies. Bij de paniekstoornis zijn counseling/psychosociale hulp en (begeleide) zelfhulp al dan niet via *e-health* de eerstestapinterventies.

De bewijskracht voor de effectiviteit van deze interventies wisselt, maar over het algemeen is het advies van de richtlijnwerkgroep dat deze interventies aan te raden zijn als eerste stap bij de behandeling van depressie en de paniekstoornis met een lichte ernst en toe te voegen zijn naast andere behandelinterventies als er sprake is van een ernstige stoornis. Bij PTSS worden geen eerstestapinterventies aanbevolen omdat er geen bewijs is gevonden voor de effectiviteit ervan.

WIJZIGING BEHANDELADVIEZEN DEPRESSIE

Om behandelingen volgens het principe van *stepped care* aan te bieden is het nodig dat er binnen de diagnostische categorieën onderscheid wordt aangebracht qua ernst. Voor de depressieve stoornis hebben we naast de indeling op ernst, ook nog gelet op de duur van de episode en de vraag of er al dan niet sprake is van een recidiefepisode. Dit heeft geresulteerd in vier behandelalgoritmes:

1. depressieve episode, licht, eerste episode, korter dan drie maanden bestaand;
2. depressieve episode, licht, eerste episode, langer dan drie maanden bestaand of recidief;
3. depressieve episode, matig tot ernstig, eerste episode;
4. depressieve episode, matig tot ernstig, recidief.

De overwegingen bij deze indeling waren dat, in tegenstelling tot de bestaande (DSM-)indeling voor de depressieve episode in licht, matig en ernstig, een tweedeling in licht versus matig tot ernstig, voor de behandelpraktijk beter hanteerbaar zou zijn. De vierde (DSM-)ernstcategorie 'ernstig met psychotische kenmerken', heeft eigen, specifieke behandeladviezen en is buiten de algoritmes gehouden.

De duur van de episode speelt een rol: bij een lichte depressieve episode korter dan drie maanden acht de werkgroep, behalve basisinterventies en eventueel eerstestapinterventies, geen andere behandeling nodig.

De belangrijkste verandering bij de algoritmes van de depressieve stoornis betreft de plaatsbepaling van antidepressieve medicatie ten opzichte van psychotherapie. Wat antidepressiva betreft, is er nog steeds voldoende bewijs voor de werkzaamheid uit meta-analyses en systematische reviews. Echter, nieuwe inzichten hebben duidelijk gemaakt dat, vanwege publicatiebias, de werkzaamheid in voorafgaande reviews te hoog werd aangegeven en dat de werkzaamheid slechts overtuigend wordt aangetoond bij patiënten met een ernstige depressie.

Bij psychotherapie is de situatie juist omgekeerd. Gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie waren in de eerste versie van de richtlijn al aangewezen als effectieve behandelingen voor lichte tot matige depressies. Inmiddels is er wetenschappelijk bewijs gevonden dat deze vormen van psychotherapie ook bij ernstige depressies effectief zijn. Daarbij komt dat duidelijker is geworden dat een behandeling met cognitieve gedragstherapie in de acute fase beschermend werkt tegen recidivering op de langere termijn. Daarom is cognitieve

gedragstherapie ook bij recidiverende depressies een goede optie voor behandeling. De combinatie van antidepressiva en psychotherapie is weer effectiever dan de afzonderlijke interventies bij ernstige, chronische en recidiverende depressies.

De richtlijnwerkgroep heeft, gezien deze nieuwe *evidence*, besloten antidepressiva niet meer te indiceren voor lichte depressies en psychotherapie ook voor matige tot ernstige depressies. Bij een eerste matige tot ernstige depressie zijn antidepressiva en psychotherapie gelijkwaardige opties, bij de matige tot ernstige recidiefepisode kan men kiezen voor psychotherapie of de combinatie van psychotherapie en antidepressiva.

WIJZIGING BEHANDELADVIEZEN PANIEKSTOORNIS

In de eerste versie van de richtlijn werden twee algoritmes beschreven: één voor patiënten met een paniekstoornis zonder (of met lichte) agorafobie en één voor patiënten met een paniekstoornis met (matig) ernstige agorafobie. Bij de laatste groep patiënten zou de combinatie van antidepressiva met exposure in vivo superieur zijn aan de monotherapieën. Inmiddels bestaat er *evidence* om deze onderverdeling niet meer te maken.

Er zijn nu twee algoritmes die onderscheiden worden op basis van de ernst van de paniekstoornis met of zonder agorafobie. De lichte paniekstoornis wordt in principe niet meer met medicatie behandeld, maar alleen met basisinterventies, aangevuld met eerstestapinterventies naar keuze en, indien deze onvoldoende baat bieden, met cognitieve gedragstherapie.

In de behandeling van de ernstige paniekstoornis hebben antidepressiva wel een plaats gekregen. De behandelaar bepaalt in overleg met de patiënt of de behandeling zal bestaan uit basisinterventies gecombineerd met cognitieve gedragstherapie of basisinterventies gecombineerd met antidepressiva. Bij een comorbide depressie adviseert de richtlijnwerkgroep om de behandeling te starten met antidepressiva.

WIJZIGING BEHANDELADVIEZEN POSTTRAUMATISCHE STRESSSTOORNIS

Net als in de eerste versie van de richtlijn wordt één algoritme beschreven. Men start altijd met de basisinterventies. Wanneer er geen sprake is van een ernstige comorbide depressie geeft de richtlijnwerkgroep de voorkeur aan een psychologische behandeling die kan bestaan uit traumagerichte cognitieve gedragstherapie of *eye movement desensitisation and reprocessing* (EMDR). Bij non-respons kan men de andere psychologische behandeling geven of overgaan op farmacotherapie. Bij een ernstige comorbide depressie adviseert de richtlijnwerkgroep de behandeling te starten met antidepressiva.

AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

De werkgroep raadt aan de herziene richtlijnen voor depressie, paniekstoornis en PTSS op te nemen in de zorgprogramma's zoals die in veel psychiatrische instellingen zijn ontwikkeld. Daarnaast wordt het belangrijk om regionale afspraken te maken tussen eerste- en tweedelijnsinstellingen op welke wijze men de gewijzigde behandeladviezen ten uitvoer zal brengen. Dat is nodig om

de principes van stepped care en continuïteit van zorg daadwerkelijk gestalte te geven en daarmee de behandeling en zorg voor deze patiëntengroepen te optimaliseren.

AUTEURS

J. SPIJKER is psychiater en lid richtlijnwerkgroep, de Gelderse Roos, Ede en Trimbos-instituut, Utrecht.

I.M. VAN VLIET is psychiater en lid richtlijnwerkgroep, Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Psychiatrie, Leiden.

J.A.C. MEEUWISSEN is psycholoog en secretaris richtlijnwerkgroep, Trimbos-instituut, Utrecht.

A.J.L.M. VAN BALKOM is hoogleraar Psychiatrie en voorzitter richtlijnwerkgroep, VUmc en GGZ inGeest, Amsterdam.

Correspondentieadres: J. Spijker, de Gelderse Roos, Willy Brandtlaan 20, 6716 RREde.

E-mail: jspijker@degelderseroos.nl.

Strijdige belangen: J. Spijker is spreker voor Astra-Zeneca, GlaxoSmithKline en Wyeth, I.M. van Vliet heeft onderzoeksgelden ontvangen van Lundbeck, is spreker geweest voor Lundbeck en is lid van de raad van advies van Continuüm Psychiatrie, A.J.L.M. van Balkom heeft financiële bijdragen ontvangen van Servier, Wyeth, GlaxoSmithKline en Solvay.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-5-2010.

SUMMARY

Update of the multidisciplinary guidelines for anxiety and depression – J. Spijker, I.M. van Vliet, J.A.C. Meeuwissen, A.J.L.M. van Balkom –
The multidisciplinary guidelines for depression, panic disorder and post-traumatic stress disorder have been revised. They incorporate some important changes: algorithms are now based on the severity of the disorders, a ‘stepped-care’ approach is promoted, so-called basic interventions are required for each algorithm and so-called first-step interventions are advocated for mild disorders. Antidepressants are no longer indicated for mild disorders.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)10, 715-718]

KEY WORDS anxiety disorders, depressive disorder, guideline