

Beperkte samenhang van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie mede veroorzaakt door gebrekkige kennis over de verschillende interventies

T. K. BIRKENHÄGER

Het kritisch bespreken van recent verschenen richtlijnen in het *Tijdschrift voor Psychiatrie*, zoals Spijker e.a. (2006) elders in dit nummer doen met de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ 2005) is van wezenlijk belang. Een richtlijn die aanleiding is voor discussie loopt immers minder gevaar onder het stof te verdwijnen en vergeten te worden. Hun samenvatting van de richtlijn is in grote lijnen correct, behoudens de rationale ('de ernst neemt toe in hogere echelons van zorg') achter de keuze voor een tricyclisch antidepressivum (TCA) bij de medicamenteuze behandeling van opgenomen patiënten. TCA's zijn volgens de meta-analyse van Anderson (2000) bij deze subgroep significant effectiever dan selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's).

Het voornaamste kritiekpunt van Spijker e.a. is dat de richtlijn geen beschrijving geeft van het gehele zorgtraject van de stoornis en de samenhang tussen de verschillende disciplines. Deze kritiek is grotendeels terecht, er bestaat een zeker gebrek aan samenhang tussen de verschillende onderdelen van de richtlijn.

In het bijzonder wordt de vraag 'welke interventie is geïndiceerd bij welke patiënt en wanneer?' in de richtlijn maar gedeeltelijk beantwoord. De richtlijn geeft bijvoorbeeld geen antwoord op de praktische vraag 'wat doet de huisarts zelf en wanneer verwijst de huisarts naar de tweede lijn?'; en op de vraag 'voor wie zijn welke onder-

steunende interventies geschikt?' Waarschijnlijk wordt deze tekortkoming mede veroorzaakt doordat de classificatie 'depressieve stoornis' volgens de DSM-IV een zeer brede categorie omvat met een grote variabiliteit qua ernst en therapierespons. Het feit dat vele onderdelen van de richtlijn slechts in beperkte mate zijn onderzocht en dat daarom vele conclusies zijn gebaseerd op een beperkte bewijskracht (niveau 3 of 4) is een tweede oorzaak voor de beperkte samenhang van de richtlijn.

Voor het beschrijven van een heel zorgtraject en de samenhang tussen de verschillende stappen en disciplines is de huidige DSM-IV-diagnostiek/classificatie te gebrekkig. De validiteit van begrippen als 'dysthyme stoornis' en 'atypische depressie' is dubieus. Het vaststellen van de ernst van een depressieve stoornis aan de hand van het aantal aanwezige symptomen, zoals volgens de DSM-IV, is niet sterk. Wanneer de diagnostiek veel gebreken vertoont wordt het des te moeilijker om te bepalen welke patiënt baat zal hebben bij welke interventie. Verder onderzoek met de huidige diagnostiek zal ons waarschijnlijk niet veel dichterbij de ideale richtlijn brengen.

Ondanks deze beperkte samenhang is de richtlijn wel degelijk klinisch bruikbaar. In de dagelijkse praktijk kunnen met name de aanbevelingen uit de onderdelen over meetinstrumenten, indicatie voor behandeling, biologische therapievormen en psychotherapeutische interventies de behandeling van depressieve patiënten ondersteunen.

Dat het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de richtlijn niet onderschrijft, maar simultaan een eigen standaard heeft gemaakt, die op diverse punten afwijkt van de richtlijn stemt zorgelijk, hoewel er aanwijzingen zijn, dat veel huisartsen de NHG-standaard niet volgen, althans niet wat betreft het frequent voorschrijven van SSRI's en serotonine-norepinefrineheropnameremmers (SNRI's).

Spijker e.a. leveren ook kritiek op enkele specifieke punten, twee daarvan hebben betrekking op adviezen voor de behandeling van depressie. Zo vinden zij het vreemd dat bij de SSRI's de voorkeur uitgaat naar fluvoxamine, paroxetine en sertraline en niet naar citalopram. Hierbij moet opgemerkt worden dat deze adviezen vallen onder 'overige overwegingen'. Het gaat om keuzes gebaseerd op een laag niveau van bewijs. Citalopram heeft, naar het schijnt, de meeste moeite gehad om zijn effectiviteit aan te tonen. Er is een goed argument om niet voor fluoxetine te kiezen, namelijk de halfwaardetijd van de actieve metabooliet, norfluoxetine, die veertien dagen bedraagt, wat bij overschakelen naar een ander antidepressivum gedurende langere tijd tot problemen kan leiden.

De voorkeur voor combinatie van farmacotherapie en psychotherapie bij een ernstige depressie in de richtlijn van het National Institute for Clinical Excellence wordt niet ondersteund door onderzoek, ook niet door de referenties die Spijker e.a. in hun commentaar geven (Keller e.a. 2000; Pampallona e.a. 2004). Het eerstgenoemde onderzoek betreft de behandeling van patiënten die lijken te voldoen aan de criteria voor chronische depressie/dysthyme stoornis en in de tweede publicatie (een meta-analyse) wordt het begrip ernst niet genoemd.

Overigens bestaat er voor het begrip 'ernstige depressie' geen eenduidige definitie, sommigen hanteren een afkapscore op een meetinstrument voor depressie (*Hamilton Rating Scale for Depression*; HRSD > 24 punten), anderen rekenen alleen psychotische depressies of depressies bij opgenomen patiënten daartoe. Wanneer men onder een ernstige depressie een depressie verstaat met volledig

interesseverlies en andere melancholische kenmerken, dan is het moeilijk voor te stellen dat een dergelijke patiënt in de acute fase baat heeft bij psychotherapie en dat blijkt ook niet zo te zijn (Thase e.a. 1997).

Met betrekking tot de conclusie van het commentaar is het juist dat de richtlijn niet integraal in de praktijk kan worden toegepast. Het is immers, zoals Spijker e.a. al opmerken in hun inleiding, een moederrichtlijn, waaruit de verschillende disciplines eigen richtlijnen kunnen maken.

Het is verheugend dat zij de richtlijn als een goed uitgangspunt beschouwen om regionale zorgprogramma's voor depressie te schrijven: als de richtlijn die functie zou krijgen is de toepasbaarheid ruim voldoende.

LITERATUUR

- 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.
- 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.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2005). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., e.a. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 61, 714-719.
- Spijker, J., Huysen, J., & Blom, M.B.J. (2006). De Multidisciplinaire richtlijn Depressie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 921-925.
- Thase, M.E., Buisse, D.J., Frank, E., e.a. (1997). Which depressed patients will respond to interpersonal psychotherapy? The role of abnormal EEG sleep profiles. *American Journal of Psychiatry*, 154, 502-509.

AUTEUR

T.K. BIRKENHÄGER is psychiater en werkzaam bij de afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC te Rotterdam.

Correspondentieadres: dr. T.K. Birkenhäger, afdeling Psychiatrie, Erasmus MC, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam. Tel.: (010) 4635871.

E-mail: t.birkenhager@erasmusmc.nl.

Strijdige belangen: T.K. Birkenhäger is lid geweest van de werkgroep Depressie die de Multidisciplinaire richtlijn Depressie tot stand heeft gebracht.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-10-2006.