

Toevoegen van atypische antipsychotica aan antidepressiva bij therapieresistente depressies

In de Multidisciplinaire richtlijn Depressie is geen plaats voor augmentatie van antipsychotica in geval er geen psychotische verschijnselen zijn (Van der Velde 2005). De laatste jaren is er echter veel onderzoek verricht naar de werkzaamheid van atypische antipsychotica bij therapieresistente depressie. De resultaten werden samengevat in een meta-analyse van Nelson en Papakostas (2009).

De auteurs includeerden 16 dubbelblinde placebogecontroleerde onderzoeken met in totaal 3480 patiënten met een unipolaire niet-psychotische depressie die eerder ten minste 1 maal met een antidepressivum behandeld waren zonder dat remissie was bereikt. Respons, gedefinieerd als meer dan 50% verbetering op de Montgomery Åsberg Depression Rating Scale of de Hamilton-schaal, werd bij augmentatie bereikt bij 44,2% van de patiënten. Bij placebo was dat percentage 29,9. Voor het berekenen van remissie waren deze percentages respectievelijk 30,7 en 17,2. Beide verschillen waren statistisch significant.

Wel was er meer uitval vanwege bijwerkingen in de groep die een antipsychoticum gebruikte: 9,1% versus 2,3% bij placebo. Er was geen verschil in effect tussen patiënten bij wie de resistentie op basis van de voorgeschiedenis werd bepaald of die binnen dezelfde studie eerst een behandeling met een antidepressivum hadden gekregen. Het soort voorgeschreven antipsychoticum beïnvloedde evenmin de uitkomst.

De auteurs noemen zelf als belangrijkste beperkingen dat er geen follow-upmetingen waren. Daardoor is niet bekend of de gevonden resultaten blijvend zijn en of de uitval als gevolg van de bijwerkingen in de loop van de tijd toeneemt, waardoor het voordeel van de augmentatiestrategie teniet gedaan zou kunnen worden. Voorts blijkt uit de *funnel plot*analyse dat er mogelijk sprake was van selectiebias, alhoewel de ver-

schillen bleven bestaan als de twee onderzoeken met de gunstigste uitkomsten buiten beschouwing werden gelaten.

Daaraan kunnen wij toevoegen dat in de studies waarbij de therapieresistentie retrospectief was vastgesteld, ook sprake geweest kan zijn van onvoldoende therapietrouw, te lage doseringen of te korte behandelduur met de antidepressiva in plaats van echte therapieresistentie. Hierdoor kan het effect worden overschat. Een laatste kanttekening is dat de auteurs gesponsord zijn door de farmaceutische industrie.

Er blijven na deze meta-analyse nog een aantal belangrijke klinische vragen over. Zo is niet onderzocht hoelang doorbehandeld moet worden met het antipsychoticum en is onduidelijk of behandeling met het antidepressivum, die immers onvoldoende effect had, wel voortgezet moet worden. Ook is niet nagegaan of de augmentatie effectiever is dan de gebruikelijke strategie van switchen naar een ander antidepressivum, iets wat in de praktijk veel gebeurt.

De eindconclusie is echter dat de *evidence* voor augmentatie van atypische antipsychotica bij patiënten met therapieresistente niet-psychotische depressies aanzienlijk is. Deze toevoeging is beter onderzocht dan van andere adjuvante behandelingen, zoals lithium. Dit leidt ons tot de aanbeveling de richtlijnen hierop aan te passen.

## LITERATUUR

- Nelson JG, Papakostas GI. Atypical antipsychotic augmentation in major depressive disorder: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 980-91.
- Velde van der V. Multidisciplinaire richtlijn depressie 2005, richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2005.

## AUTEURS

- A. VERVORST is psychiater bij GGZ-NHN, Hoorn.  
H.L. VAN is A-opleider bij Arkin, Amsterdam.

Correspondentieadres: A. Vervorst, GGZ-NHN, Wilhelminalaan  
2a, 1623 MA Hoorn.  
E-mail: A.Vervorst@ggz-nhn.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld

### Dwang als zorg: onderzoek naar ervaringen bij anorexia nervosa

Sinds enkele jaren worden er binnen ggz-instellingen zogenaamde dwang- en drangreductieprojecten uitgevoerd om het aantal dwangmaatregelen, waaronder separaties, te verminderen. De roep om het terugdringen van dwangtoepassing komt van zowel de behandelaren en verpleegkundigen als de patiëntenbeweging (Henskens & Muusse 2009).

Tan e.a. (2010) deden een vernieuwend kwalitatief onderzoek naar de beleving van patiënten. Zij vroegen jonge vrouwen met anorexia nervosa (n = 29) naar hun ervaringen met de toepassing van dwang. Al eerder is vastgesteld dat patiënten met anorexia achteraf alsnog waardering kunnen hebben voor dwang die eerder is toegepast tegen hun zin. Deze onderzoeker voegt drie belangrijke zaken hieraan toe.

Ten eerste bleek dat geen van de geïnterviewde vrouwen dwangtoepassing afkeurde als er sprake is van een levensbedreigende situatie. Dat gold voor zowel een levensbedreigende situatie bij henzelf, bijvoorbeeld door excessief lijnen, als situaties die ze bij anderen zien als gevolg van hongersucht.

Ten tweede valt op dat voor vrouwen die te maken hadden met dwang, het verschil tussen formele en informele dwang en tussen dwang en drang niet zo van belang bleek. Veel belangrijker was de manier waarop werd geïntervenieerd. Als er sprake was van een vertrouwensrelatie met behandelaren en ouders in een steunende sfeer, werd dwang niet als negatief ervaren, maar als een vorm van goede zorg.

Het derde punt betreft de wilsbekwaamheid. Terwijl in Nederland gevaar het belangrijkste cri-

terium is bij dwangtoepassing, stelt men in de landen om ons heen vaak dat dwang alleen ingezet kan worden bij wilsonbekwame patiënten. De ondervraagde vrouwen vonden dit eigenlijk geen belangrijk onderwerp. Als zij nadachten over goede en slechte manieren van dwang, kwamen ze op thema's die te maken hadden met hun relatie met de behandelaren en soms de ouders. Het ging meer om de vraag in hoeverre de vrouwen ervoeren dat er voor hen gezorgd werd, dan om hoe hun behandelaren omgingen met autonomie en beslisvaardigheid van patiënten.

Bij kwalitatief onderzoek tracht men met bijvoorbeeld individuele gesprekken of groepsinterviews bij een vooraf geselecteerde groep alle relevante thema's betreffende een bepaald onderwerp te expliciteren om zo nieuwe theorieën of hypothesen te kunnen ontwikkelen. Dit staat tegenover kwantitatief onderzoek, waarbij juist een onderzoeksopzet met een grote aselecte groep van belang is.

Empirisch onderzoek over dit thema is hoog nodig, zo vindt ook de Cochrane Collaboration. Vanwege de vraagstelling, namelijk naar de ervaringen van patiënten bij dwang, is een kwalitatief onderzoek het adequaatst. De studiepopulatie in het onderzoek van Tan e.a. is relatief groot en de gestructureerde dataverzameling en -analyse maken de resultaten betrouwbaar en geloofwaardig. Een tekortkoming in de studie is dat de meeste vrouwen enkel met informele dwang te maken hebben gehad.

De berichtgeving rondom dwang en drang is vaak kritisch. Dit onderzoek laat zien dat dwang niet altijd negatief is. Het sluit overigens aan bij de kritische discussies, omdat het duidelijk maakt dat dwang alleen onder bepaalde voorwaarden acceptabel is. In een vertrouwde en steunende omgeving kan de patiënt dwang als zorg ervaren.

Dit past volgens Tan e.a. in de traditie van de deugdeethiek, waarbij de deugden van de individuele arts, zoals compassie en empathie, centraal staan in plaats van principes, zoals autonomie en zelfbeschikking. De resultaten zijn ook goed te plaatsen in de zorgethiek (Widdershoven 2000). In

deze benadering duidt men goede zorg in termen van betrokkenheid. Autonomie krijgt geen individuele invulling, als vrijheid om te doen en te laten zonder daarbij gehinderd te worden door anderen, maar een relationele, waarbij het uitgangspunt is dat men alleen samen met anderen inhoud en betekenis kan geven aan het leven. Vanuit dit gezichtspunt kan een interventie autonomie bevorderen, mits sprake is van een relatie van betrokkenheid en zorg.

## LITERATUUR

- Henskens R, Muusse C. Van beheersen naar betrokkenheid. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 2009; 64; 437-49.
- Tan JOA, Stewart A, Fitzpatrick R, Hope T. Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. Int J Law Psychiatry 2010; 33; 13-9.
- Widdershoven GAM. Ethiek in de kliniek. Amsterdam: Boom; 2000.

## AUTEURS

A.M. RUISSEN is arts in opleiding tot psychiater en onderzoeker, VU medisch centrum, afd. Metamedica, Amsterdam en GGZ inGeest, Amsterdam.

G.A.M. WIDDERSHOVEN is hoogleraar Medische Filosofie en Ethiek, VU medisch centrum, afd. Metamedica, EMGO+, Amsterdam.

Correspondentieadres: A.M. Ruissen, VU medisch centrum, afd. Metamedica, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.  
E-mail: a.ruissen@vumc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.