

De effectiviteit van psychotherapie in de eerste lijn bij patiënten met een depressieve stoornis

Een systematisch overzicht

D.J.F. VAN SCHAİK, H.W.J. VAN MARWIJK, D.A.W.M. VAN DER WINDT,
A.T.F. BEEKMAN, M. DE HAAN, R. VAN DYCK

ACHTERGROND Psychotherapie is mogelijk een goed alternatief voor medicatie bij de behandeling van depressieve patiënten in de huisartsenpraktijk.

DOEL Het geven van een systematisch overzicht over de effectiviteit van psychotherapie in de huisartsenpraktijk bij patiënten met een depressieve stoornis.

METHODE Met behulp van Medline, Psychinfo, de Cochrane library en Embase werden gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken geselecteerd die gericht zijn op de effectiviteit van psychotherapie in de eerste lijn bij volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Vervolgens werden effectverschillen van therapieën vastgesteld, uitgedrukt in de *standardized mean difference*.

RESULTATEN Tien onderzoeken werden geselecteerd. Uit het gemiddelde van vijf onderzoeken blijkt dat psychotherapie toegepast in de huisartsenpraktijk iets meer effect had dan de gebruikelijke behandeling door de huisarts bij patiënten met een depressieve stoornis. Psychotherapie was in zeven onderzoeken even effectief als farmacotherapie bij eerstelijnspatiënten met een depressieve stoornis. Psychotherapie was in één onderzoek effectiever dan placebomedicatie bij eerstelijnspatiënten met een *major depression*. Bij patiënten met een *minor depression* of *dysthymie* was er geen significant verschil met placebo (twee onderzoeken).

CONCLUSIE Psychotherapie is, ook in de eerste lijn, een goed alternatief voor farmacotherapie bij depressieve stoornissen. Verder onderzoek moet uitwijzen in hoeverre implementatie van psychotherapie in de eerste lijn haalbaar is.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 9, 609-619]

TREFWOORDEN depressie, effectiviteit, huisartsenpraktijk, psychotherapie, systematisch overzicht

Depressie neemt in termen van prevalentie, ziektelast en kosten de derde plaats in onder alle ziekten – psychiatrische, zowel als somatische (Beekman & Ormel 1999). De jaarprevalentie van depressie bij volwassen patiënten die op het spreekuur van de huisarts komen, is volgens de Groningse Interventie Studie Eerstelijns 14,3% (Ormel & Tiemens 1997). Hoewel depressies

spontaan kunnen herstellen, is er ook een aanzienlijk aantal patiënten bij wie de symptomen regelmatig terugkeren of chronisch worden (Spijker e.a. 2001). Het merendeel van de depressieve patiënten wordt in de huisartsenpraktijk behandeld (Verhaak 1993). In de tweede lijn zijn effectieve behandelprotocollen voor depressieve patiënten ontwikkeld. Deze kunnen echter niet

zonder meer worden toegepast in de eerste lijn. Vandaar dat het van belang is de effectiviteit van specifieke behandelprogramma's voor depressies in de huisartsenpraktijk te onderzoeken.

In 1994 is er een richtlijn voor de behandeling van depressies in de huisartsenpraktijk gepubliceerd door het Nederlands huisartsengeselschap (Van Marwijk e.a. 1994). Begeleiding en behandeling met antidepressiva staan in deze standaard centraal. Psychotherapie in de eerste lijn heeft geen duidelijke plaats gekregen. Het is de vraag of dit terecht is. Er zijn patiënten die niet te motiveren zijn voor medicatie of die medicatie slecht verdragen. De tijd die de huisarts heeft voor gesprekscontacten is vaak beperkt en verwijzing stuut regelmatig op bezwaren. Hierdoor is er een groep patiënten die niet adequaat behandeld wordt. Mogelijk kan, in het kader van de vele transmurale projecten die inmiddels gestart zijn, kortdurende psychotherapie door medewerkers uit de geestelijke gezondheidszorg een zinvolle aanvulling zijn op het behandel aanbod voor depressieve patiënten in de huisartsenpraktijk.

In dit artikel wordt nagegaan wat er bekend is over de effectiviteit van verschillende psychotherapievormen in de eerste lijn bij de behandeling van depressieve stoornissen. Hoe effectief zijn de psychotherapieën in vergelijking met: (1) de gebruikelijke behandeling door de huisarts; (2) medicamenteuze behandeling; en (3) behandeling met placebomedicatie?

METHODE

Zoekstrategie en selectie Er werd gezocht in de volgende databases: Medline, Psychinfo, de Cochrane library en EMBASE. Als zoektermen werden gebruikt: *depressive disorder, primary care, psychotherapy, effectiveness* en hieraan verwante termen. Tevens werden literatuurverwijzingen in relevante artikelen doorgenomen. Alle artikelen die een gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek beschrijven, gericht op de effectiviteit van psychotherapie (als monotherapie) bij vol-

wassen patiënten met een voldoende omschreven depressieve stoornis zijn in het overzicht opgenomen. De patiënten zijn uit een eerste lijnspopulatie afkomstig en de resultaten maken kwantitatieve vergelijking met andere onderzoeken mogelijk.

Beoordeling methodologische kwaliteit van de onderzoeken De methodologische kwaliteit van de artikelen werd door de eerste twee auteurs beoordeeld aan de hand van de validiteitsitems uit de Amsterdam-Maastricht-consensuslijst (Van Tuller e.a. 1997). Deze lijst richt zich op de interne validiteit van de onderzoeken.

Analyse van de data Van alle onderzoeken werden de relevante kenmerken samengevat. Met verschillen in follow-up-duur hebben wij enigszins rekening gehouden door steeds de meting die het dichtst na de acute behandeling lag op te nemen in de analyses. Als meerdere depressievragenlijsten werden gebruikt, hebben we de lijsten gekozen die het meest in de andere onderzoeken werden gebruikt. De andere verschillen hebben we bij de interpretaties van de analyses betrokken; opvallende uitkomsten hebben wij getracht te herleiden tot bijzondere kenmerken van de betreffende onderzoeken.

Om de effectiviteit van de psychotherapieinterventies te evalueren werden drie vergelijkingen uitgevoerd: (1) psychotherapie versus de gebruikelijke behandeling door de huisarts (of eerstelijnsarts); (2) psychotherapie versus farmacotherapie; en (3) psychotherapie versus placebomedicatie.

De meeste onderzoeken drukken de effectiviteit van de interventies zowel in herstelpercentages als in gemiddelde scores op depressievragenlijsten uit. Het herstelpercentage is een klinisch goed te gebruiken begrip, maar het is een grove, categoriale maat. De gemiddelde score op een depressievragenlijst is een nauwkeuriger, continue, uitkomstmaat. Aangezien het soort vragenlijst per onderzoek verschilt, kunnen gemiddelde uitkomsten op een depressievragen-

lijst niet zonder meer vergeleken worden. Dit wordt wel mogelijk als per onderzoek het effectverschil tussen de interventiegroep en de controlegroep berekend wordt. Wij gebruikten hiervoor de *standardized mean difference* (SMD, Cohen's d). De SMD is gedefinieerd als het verschil tussen twee gemiddelden (namelijk van de interventie en de controlegroep), gedeeld door de gepoolde standaarddeviatie van deze 2 groepen. Een effectverschil van 0,2 wordt beschouwd als een klein effect; dat van 0,5 als een middelmatig effect; en dat van 0,8 als een groot effect in het voordeel van de interventie (Cohen 1988). Een negatieve SMD betekent dat de patiënten uit de controlegroep meer verbeterd zijn dan die uit de interventiegroep.

Voor de statistische analyses gebruikten wij het programma Metaview, een deelprogramma van de Cochrane Review Manager (versie 4.1). Zo mogelijk werd per vergelijking een gecombineerde schatting van zowel het verschil in herstelpercentage als van de SMD berekend. Het berekenen van een dergelijke samengevoegde waarde ('pooling') is slechts zinvol als onderzoeken statistisch homogeen zijn. Dit laatste betekent dat de uitkomsten uit de verschillende onderzoeken een vergelijkbare verdeling volgen. Om deze homogeniteit te controleren, gebruikt het programma de Cochran-Q-test (Cochran 1954), een χ^2 -test. Onderzoeken kunnen als homogeen beschouwd worden als er bij deze test een $p \geq 0,1$ gevonden wordt. Als dit het geval was, bepaalden wij een gecombineerde schatting met een *random effects model* (DerSimonian & Laird 1986).

RESULTATEN

Er zijn elf artikelen in het onderzoek geïncludeerd. De artikelen van Bedi e.a. (2000) en Chilvers e.a. (2001) beschrijven hetzelfde onderzoek over verschillende follow-up-periodes. De belangrijkste kenmerken van de onderzoeken zijn weergegeven in tabel 1.

Interventies Naast cognitieve gedragstherapie

(Beck e.a. 1979) en interpersoonlijke psychotherapie (Klerman e.a. 1984)) wordt ook *problem solving* beschreven. Deze therapievorm is afgeleid van de cognitieve gedragstherapie (Hawton & Kirk 1989; Nezu & Nezu 1989). *Counseling* (Rowland e.a. 2001) is de minst omschreven therapievorm in dit overzicht. Het wordt door getrainde counselors uitgevoerd die een verschillende achtergrond kunnen hebben. De discipline van de therapeuten staat bij de andere therapievormen in de tabel vermeld. In 2 onderzoeken (Simpson e.a. 2000; Friedli e.a. 1997) kreeg een deel van de patiënten (<30%) naast counseling ook antidepressieve medicatie. Om het beschikbare aantal onderzoeken niet verder te beperken, hebben wij deze onderzoeken toch geïncludeerd.

Controlecondities De gebruikelijke behandeling door de eerstelijnsarts (*usual care*, UC) wordt zo weinig mogelijk beïnvloed en kan dus aanzienlijk verschillen. Zowel de medicatiebehandelingen als de placebobehandelingen zijn geprotocolleerd uitgevoerd.

Inclusiecriteria In 3 onderzoeken is een BDI-score (Beck Depression Inventory) van ≥ 14 als inclusie criterium gebruikt. Van de BDI is aangetoond dat deze goed geschikt is als screeningsinstrument voor depressieve stoornissen (Lasa e.a. 2000). In de andere onderzoeken werd naast een minimale score op een depressievragenlijst altijd ook de diagnose van een depressieve stoornis als inclusie criterium gehanteerd.

Uitkomstmaten Er werden zowel zelfscoringlijsten (BDI; Hopkins Symptom Check List-Depression-20 = HSCLD), als beoordelaarschalen gebruikt (Hamilton Rating Scale for Depression-17 = HRSD).

Kwaliteitsbeoordeling Wij hebben de interne validiteit van de onderzoeken beoordeeld aan de hand van de eerder genoemde Amsterdam-Maastricht-Consensuslijst. Behalve het onderzoek beschreven door Bedi e.a. en Chilvers e.a.

TABEL 1 Kenmerken van de geselecteerde onderzoeken

Onderzoek	n	Interventie en controle-behandeling	Aantal en duur psychotherapie-sessies	Inclusie	Gemiddelde score bij baseline	Leeftijd	Follow-up-duur
Barrett e.a. 2001	80	Paroxetine	6 sessies	Dysthymie/	HRSD = 14,2	18-59	6,11 wkn.
	80	PS psycholoog	Totaal 3 1/2 u.	minor depression HRSD \geq 10	HSCLD = 1,6		
	81	Placebo					
Mynors-Wallis e.a. 2000	36	Medicatie	6 sessies	Major depression	HRSD = 19,8	18-65	6, 12,
	39	PS huisarts	Totaal 3 1/2 u.	volgens RDC; HRSD \geq 13	BDI = 30		52 wkn.
	41	PS verpleegkundige					
	35	Medicatie + PS verpleegkundige					
Williams e.a. 2000	137	Paroxetine	6 sessies	Dysthymie/	HSCLD = 1,4	> 60	6, 11 wkn.
	138	PS diverse disciplines	Totaal 3 1/2 u.	minor depression HRSD \geq 10	HRSD = 13,4		
	140	Placebo					
Simpson e.a. 2000	92	Counseling + UC	6-12 sessies	BDI \geq 14 klachten	BDI = 21	18-70	6, 12 mnd.
	89	UC	1 u.	\geq 6 mnd.			
Ward e.a. 2000	63	CGT psycholoog	6-12 sessies	BDI \geq 14	BDI = 26,5	> 18	4, 12 mnd.
	67	Counseling	50 min.				
	67	UC					
Mynors-Wallis e.a. 1995	31	Amitriptyline	6 sessies	Major depression	HRSD = 19	18-65	6, 12 wkn.
	30	PS psychiater of huisarts	Totaal 3 1/2 u.	volgens RDC; HRSD \geq 13	BDI = 26		
	30	Placebo					
Scott & Freeman 1992	31	Amitriptyline psychiater	10 sessies 50 min.	Depressie volgens DSM-III-R	HRSD = 18,7	18-64	4, 16 wkn.
	30	CGT psycholoog					
	30	MW					
	30	UC					
Friedli e.a. 1997	48	Counseling + UC	6-12 sessies	BDI \geq 14	BDI = 24,3	\geq 18 jr.	3,9 mnd.
	53	UC	50 min.				
Schulberg e.a. 1996	91	Nortriptyline	20 sessies	Major depression	HRSD = 23	18-64	8 mnd.
	93	IPT psychiater of psycholoog	45 min.	HRSD \geq 13			
	92	UC					
Bedi e.a. 2000	51	Medicatie huisarts	6 sessies	Major depression	BDI = 27	18-70 jr.	8, 52 wkn.
	52	Counseling	duur niet	volgens RDC			
Chilvers e.a. 2001			vermeld				

UC = usual care door de huisarts; PS = problem solving; CGT = cognitieve gedragstherapie; MW = maatschappelijk werk; HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression -17; BDI = Beck Depression Inventory; IPT = interpersoonlijke psychotherapie; HSCLD = Hopkins Symptom Check List- Depression; RDC = Research Diagnostic Criteria (Spitzer e.a. 1978)

TABEL 2 Psychotherapie vergeleken met usual care

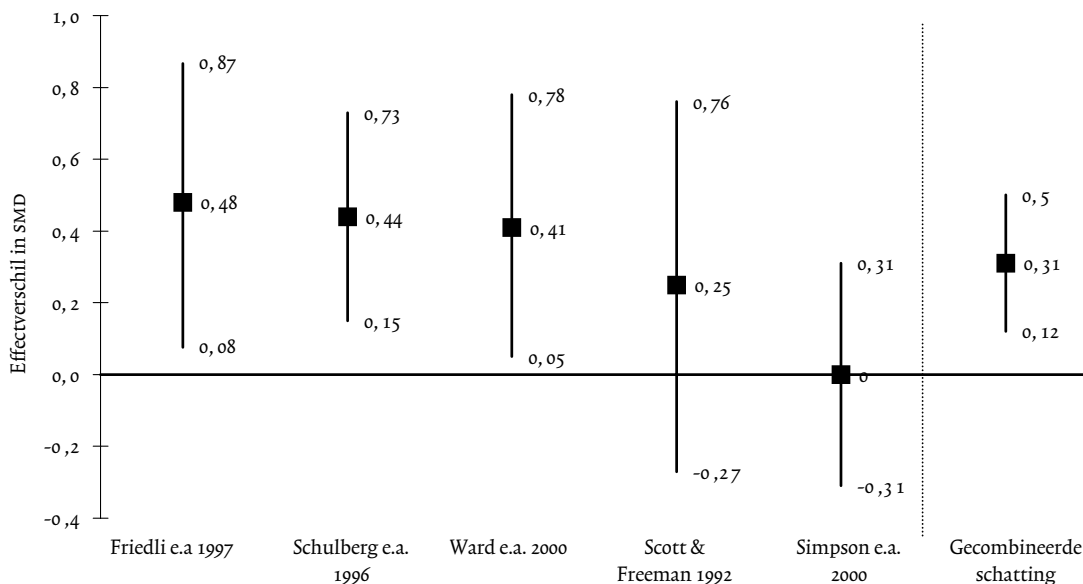
Onderzoek (vragenlijst)	Psychotherapie		Usual care	
	n	Gemiddelde score (SD)	n	Gemiddelde score (SD)
Friedli e.a. 1997 (BDI)	48	13,50 (8,20)	53	18,00 (10,30)
Schulberg e.a. 1996 (HRS D)	93	9,30 (8,68)	92	13,10 (8,63)
Ward e.a. 2000 (BDI)	56	12,70 (9,50)	62	17,20 (11,90)
Scott & Freeman 1992 (HRS D)	29	6,70 (6,10)	29	8,40 (7,50)
Simpson e.a. 2000 (BDI)	82	16,00 (9,30)	79	16,00 (8,10)

SD = standaardafwijking
BDI = Beck Depression Inventory
HRS D = Hamilton Rating Scale for Depression

(2000; 2001), dat zeer pragmatisch van opzet is, was de interne validiteit van de andere onderzoeken ruim voldoende. De verschillen tussen de onderzoeken waren gering. De validiteitscores werden om die reden niet bij de analyse van de resultaten betrokken.

Psychotherapie vergeleken met de gebruikelijke behandeling door de huisarts (UC) Beide maten voor het verschil in effect (herstelpercentage en SMD) laten in deze vergelijking dezelfde tendensen zien. Wij presenteren alleen de continue uitkomstmaten. In tabel 2 staan de gemiddelde eindscores op de depressievragenlijsten van de verschillende onderzoeken weergegeven. Op basis van deze gegevens kunnen de SMD's berekend worden. Deze zijn in figuur 1 samengevat. De samengevoegde schatting gebaseerd op alle onderzoeken is 0,31 (95% betrouwbaarheidsinterval (BI): 0,12 – 0,50). Dat wil zeggen dat psychotherapie meer effect heeft dan UC, maar dat dit

FIGUUR 1 Psychotherapie vergeleken met usual care: effectverschil in SMD



SMD = standardized mean difference (Cohen's d)

■ = verschil in effect tussen psychotherapie en gebruikelijke behandeling

| = 95%-betrouwbaarheidsinterval

verschil relatief klein is. Opvallend is dat Simpson e.a. (2000) en Scott & Freeman (1992) geen significant verschil tussen psychotherapie en UC vonden. Een kenmerk waarin deze onderzoeken zich van de anderen onderscheiden is de relatief lage gemiddelde ernstscore bij de basismeting (BDI = 21, respectievelijk HRSD = 18,7, zie tabel 1). Bij Simpson moesten de klachten ook langer dan 6 maanden bestaan.

In een aantal onderzoeken uit deze vergelijking werd ook een follow-up-meting na één jaar verricht (zie tabel 1). Het effectverschil tussen psychotherapie en UC blijft significant, maar is na één jaar kleiner.

Psychotherapie versus farmacotherapie Voor het berekenen van het verschil in effect tussen psychotherapie en farmacotherapie uitgedrukt

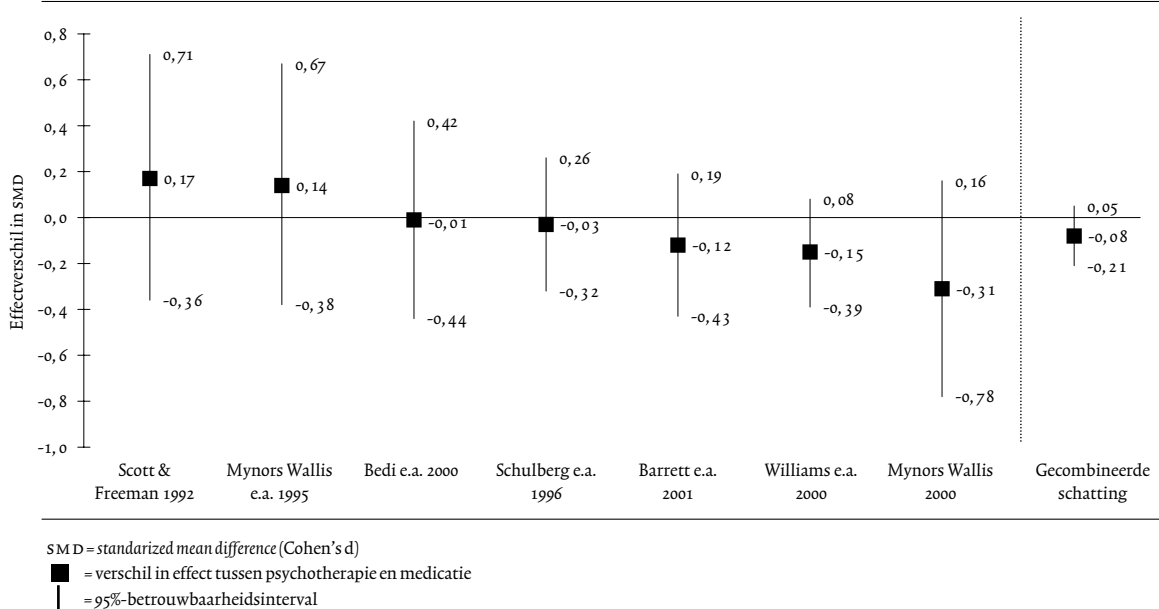
Onderzoek (vragenlijst)	Psychotherapie		Medicatie	
	n	Gemiddelde score (SD)	n	Gemiddelde score (SD)
Scott & Freeman 1992 (HRSD)	29	6,70 (6,10)	26	8,00 (8,50)
Mynors-Wallis e.a. 1995 (HRSD)	29	7,10 (6,70)	27	8,10 (7,10)
Bedi 2000 (BDI)	39	15,10 (9,69)	43	15,00 (9,67)
Schulberg e.a. 1996 (HRSD)	93	9,30 (8,68)	91	9,00 (9,54)
Barrett e.a. 2001 (HSCLD)	80	0,79 (0,80)	80	0,88 (0,72)
Williams e.a. 2000 (HSCLD)	138	0,52 (0,59)	137	0,61 (0,59)
Mynors-Wallis 2000 (HRSD)	36	8,70 (8,52)	34	6,20 (7,35)

SD = standaardafwijking
BDI = Beck Depression Inventory
HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression
HSCLD = Hopkins Symptom Check List for Depression

in SMD zijn 7 onderzoeken beschikbaar, zie tabel 3. Uit figuur 2 blijkt dat in geen enkel onderzoek een significant verschil in effect is gevonden tussen psychotherapie en farmacotherapie. De samengevoegde schatting is dan ook erg klein en niet significant (SMD = -0,08 (95% BI: -0,21 - 0,05). In de (niet gepresenteerde) vergelijking van de herstelpercentages onderscheidt 1 onderzoek zich van de andere. Barrett e.a. (2001) vonden een significant verschil in herstelpercentages bij de subgroep patiënten met een dysthyme stoornis in het voordeel van de medicatie-interventie (23%; 95% BI: 2 - 44%). Deze bevinding is niet gerepliceerd door Williams e.a. (2000) wier onderzoek dezelfde opzet had, maar dat zich richtte op ouderen.

Psychotherapie vergeleken met placebomedicatie In 3 problem-solving-onderzoeken was er een placebo-controlegroep. De onderzoeken verschilden voornamelijk op het punt van de inclusiecriteria: het onderzoek van Mynors-Wallis e.a. (1995) richtte zich op patiënten met een *major depression*, die van Barrett e.a. (2001) en Williams e.a. (2000) richtten zich op patiënten met een *minor depression* of dysthymie en de patiëntenpopulatie van Williams e.a. bestond tevens uit ouderen (> 60). Voor de vergelijking van de herstelpercentages zijn de meeste gegevens beschikbaar, aangezien Barrett e.a. en Williams e.a. hierbij patiënten met een dysthyme stoornis en patiënten met een *minor depression* onderscheidden (zie tabel 4). Wij hebben de dysthymiegroepen 'Barrett e.a.' en 'Williams e.a.' genoemd, de *minor-depression*-groepen 'Barrett e.a., a.' en 'Williams e.a., a.'. In figuur 3 staan de verschillen in herstelpercentages weergegeven. Mynors-Wallis e.a. (1995) vonden een verschil in herstelpercentages van 33% (95% BI: 10-57%) ten gunste van de psychotherapie-interventie. Bij de patiënten met een dysthymie in de onderzoeken van Barrett e.a. en Williams e.a. was dit effect minder en niet significant. Bij patiënten met een *minor depression* in deze onderzoeken was het effect verwaarloosbaar. Aangezien er een duidelijk aanwijsbare kli-

FIGUUR 2 Psychotherapie versus farmacotherapie. Effectverschil in SMD



nische heterogeniteit is (namelijk een verschil in diagnose), heeft het weinig zin een gemiddeld herstelpercentage te berekenen. Het effectverschil in SMD vertoont een zelfde patroon als dat van de herstelpercentages.

CONCLUSIE

Psychotherapie in de eerste lijn heeft gemiddeld iets meer effect dan de gebruikelijke

behandeling door de huisarts bij patiënten met een depressieve stoornis. Psychotherapie heeft evenveel effect als een medicamenteuze behandeling bij eerstelijnspatiënten met een depressieve stoornis. Mogelijk is een medicamenteuze behandeling superieur aan psychotherapie bij volwassen patiënten met een dysthymie. Psychotherapie in de huisartsenpraktijk heeft een significant beter effect dan behandeling met placebomedicatie bij patiënten met een major depression. Bij patiënten met dysthymie en minor depression is dit effectverschil niet significant.

TABEL 4 Psychotherapie vergeleken met placebo

Onderzoek	Psychotherapie aantal hersteld/ totaal	Placebo aantal hersteld/ totaal
Barrett e.a. 2001*	21/37	16/36
Barrett e.a. 2001, a**	19/29	21/32
Williams e.a. 2000*	32/63	25/62
Williams e.a. 2000, a**	22/50	28/57
Mynors-Wallis e.a. 1995	18/30	8/30

* = dysthymiegroep

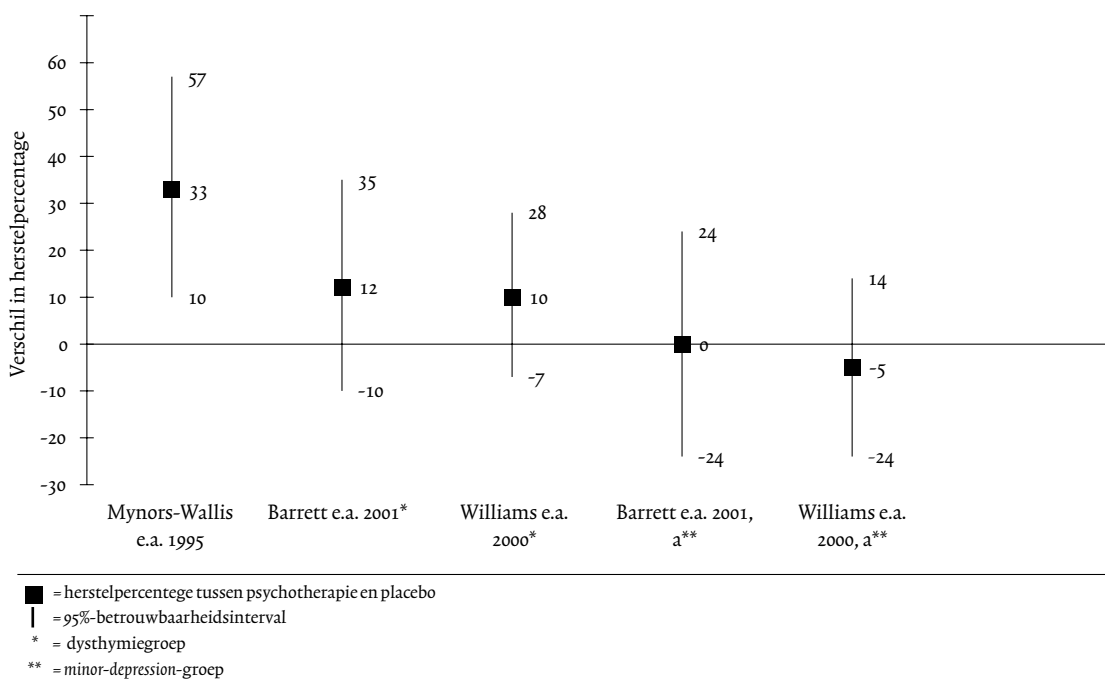
** = minor-depression-groep

De grootste beperking van dit overzicht is dat er slechts tien onderzoeken beschikbaar zijn. Deze onderzoeken kunnen niet in alle vergelijkingen gebruikt worden. Daarom zijn de bevindingen soms gebaseerd op slechts enkele onderzoeken. Daarnaast verschillen de kenmerken van de onderzoeken aanzienlijk. Desalniettemin zijn de bevindingen vrij eenduidig.

DISCUSSIE

De conclusies van dit overzicht bevestigen

FIGUUR 3 Psychotherapie (problem solving) versus placebo



dat psychotherapie ook in de eerste lijn een goed alternatief kan zijn voor farmacotherapie bij depressieve stoornissen. Meer genuanceerde uitspraken over bijvoorbeeld specifieke indicaties of over verschillen tussen de psychotherapievormen onderling kunnen echter nauwelijks gedaan worden. Toch zijn er een aantal interessante bevindingen.

Gericht onderzoek zou duidelijk moeten maken of 'problem solving' inderdaad meer effect heeft bij de behandeling van major depression dan bij de behandeling van minor depression of dysthymie. De vraag is of dit voor de andere psychotherapievormen ook geldt. Friedli e.a. (1997) vonden in een post hoc verrichte analyse dat het verschil tussen counseling en de usual care (UC) significant was bij patiënten met een depressieve stoornis ($BDI \geq 14$) en niet bij hun totale onderzoekspopulatie (inclusiecriteria: emotionele problemen). Elkin e.a. (1995) verrichtten in een tweedelijns onderzoek ook een post hoc analyse en vonden dat bij patiënten met een ernstige depressie ($HRSD = 20$) interpersoonlijke

psychotherapie (IPT) en farmacotherapie zich meer onderscheiden van placebo dan bij de minder depressieve patiënten. Deze bevindingen zijn zeker niet zonder meer te generaliseren. Echter, zij bieden aanknopingspunten voor verder onderzoek naar de invloed van de ernst van de depressieve klachten op de meerwaarde van de psychotherapie-interventie boven UC of placebo. Schulberg e.a. (1998) deden een post hoc analyse met de gegevens van het in dit overzicht beschreven onderzoek. De specifieke vraag was of IPT ook bij ernstiger depressies ($HRSD=20$) even goed werkt als medicatie. Dit bleek het geval, met die restrictie dat het effect van IPT later intrad.

Hoewel de invloed van de duur van de interventie niet specifiek onderzocht is in de beschreven onderzoeken, is het opvallend dat een kortdurende therapie als problem solving bij major depression in de eerste lijn een vergelijkbare werking lijkt te hebben als langer durende vormen (IPT en CGT). Niet alleen psychotherapeuten kunnen deze therapie uitvoeren, maar ook verpleegkundigen of huisartsen, zonder dat dit van

invloed is op de effectiviteit. De vraag is of een aldus uitgevoerde psychologische interventie nog psychotherapie genoemd kan worden. In ieder geval is het voor de praktijk van belang om de invloed van de duur van de interventie op het therapie-effect te onderzoeken, evenals het verschil tussen de psychotherapievormen en de invloed van de discipline van de uitvoerend therapeut.

Wat zijn de consequenties van de bevindingen uit dit overzicht voor de praktijk van de behandeling van depressies in de eerste lijn? Gezien het geringe verschil in effectgrootte tussen UC en psychotherapie blijft UC eerste keus, omdat dit makkelijker te verwezenlijken is. Toch is het denkbaar dat er een subgroep van patiënten is voor wie de gebruikelijke behandeling door de huisarts tekortschiet: bijvoorbeeld patiënten die niet gemotiveerd zijn voor medicatie of die medicatie niet verdragen. Onder huisartsen bestaat de indruk dat dit een aanzienlijke groep patiënten betreft. Geen van de onderzoeken richtte zich specifiek op deze subgroep. Het zou interessant zijn te onderzoeken wat de karakteristieken van dergelijke patiënten precies zijn en of zij inderdaad kunnen profiteren van psychotherapie.

In elk geval moet verder onderzoek duidelijk maken onder welke voorwaarden het haalbaar is psychotherapie-interventies in de huisartsenpraktijk te implementeren.

LITERATUUR

- Barrett, J.E., Williams Jr., J.W., Oxman, T.E., e.a. (2001). Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized trial in patients aged 18 to 59 years. *The Journal of family practice*, 50, 405-412.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., e.a. (1979). *Cognitive therapy of depression: a treatment manual*. New York: Guilford.
- Bedi, N., Chilvers, C., Churchill, R., e.a. (2000). Assessing effectiveness of treatment of depression in primary care. Partially randomised preference trial. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 312-318.
- Beekman, A.T.F., & Ormel, J. (1999). Depressie. In A. de Jong, W. van den Brink, J. Ormel e.a. (Red.), *Handboek Psychiatrische Epidemiologie*. (pp. 300-324). Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom.
- Chilvers, C., Dewey, M., Fielding, K., e.a. (2001). Antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care: randomised trial with patient preference arms. *BMJ*, 322, 1-5.
- Cochran, W.G. (1954). The combination of estimates from different experiments. *Biometrics*, 10, 101-129.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- DerSimonian, R., & Laird, N. (1986). Meta-analysis in clinical trials. *Controlled Clinical Trials*, 7, 177-188.
- Elkin, I., Gibbons, R.D., Shea, M.T., e.a. (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 841-847.
- Friedli, K., King, M.B., Lloyd, M., e.a. (1997). Randomised controlled assessment of non-directive psychotherapy versus routine general-practitioner care. *Lancet*, 350, 1662-1665.
- Hawton, K., & Kirk, J. (1989). Problem-solving. In K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk e.a. (Red.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems* (pp. 406-426). Oxford: Oxford University Press.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., e.a. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books.
- Lasa, L., Ayuso-Mateos, J.L., Vazquez-Barquero, J.L., e.a. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of Affective Disorders*, 57, 261-265.
- Marwijk, H. van, Grundmeijer, H., Brueren, M., e.a. (1994). NHG-Standaard Depressie. *Huisarts en Wetenschap*, 37, 482-490.
- Mynors-Wallis, L.M., Gath, D.H., Day, A., e.a. (2000). Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ*, 320, 26-30.
- Mynors-Wallis, L.M., Gath, D.H., Lloyd-Thomas, A.R., e.a. (1995). Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *BMJ*, 310, 441-445.
- Nezu, A., & Nezu, C.P.M. (1989). *Problem-solving therapy for depression*. NY: John Wiley & Sons.
- Ormel, J., & Tiemens, B. (1997). Depression in primary care. In A.

- Honig & H. van Praag (Red.), *Depression: neurobiological, psychopathological and therapeutic advances* (pp. 83-108). Chicester: John Wiley & Sons.
- Rowland, N., Bower, P., Mellor, C.J., e.a. (2001). Counselling for depression in primary care. *Cochrane database of systematic reviews*, CD001025.
- Schulberg, H., Block, M.R., Madonia, M.J., e.a. (1996). Treating major depression in primary care practice. *Archives of General Psychiatry*, 53, 913-919.
- Schulberg, H.C., Pilkonis, P.A., & Houck, P. (1998). The severity of major depression and choice of treatment in primary care practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 932-938.
- Scott, A.I., & Freeman, C.P. (1992). Edinburgh primary care depression study: treatment outcome, patient satisfaction, and cost after 16 weeks. *BMJ*, 304, 883-887.
- Simpson, S., Corney, R., Fitzgerald, P., e.a. (2000). A randomised controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of counselling patients with chronic depression. *Health technology assessment*, 36, 1-83.
- Spijker, J., Bijl, R.V., de Graaf, R., e.a. (2001). Determinants of poor 1-year outcome of DSM-III-R major depression in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 122-130.
- Spitzer, R.L., Endicott, J., & Robins, E. (1978). Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 36, 773-782.
- Tulder, M.W. van, Assendelft, W.J., Koes, B.W., e.a. (1997). Method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group for Spinal Disorders. *Spine*, 22, 2323-2330.
- Verhaak, P. (1993). Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners. *British journal of general practice*, 43, 203-208.
- Ward, E., King, M., Lloyd, M., e.a. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *BMJ*, 321, 1383-1388.
- Williams, J.W., Jr, Barrett, J., Oxman, T., e.a. (2000). Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized controlled trial in older adults. *JAMA*, 284, 1519-1526.

AUTEURS

D.J.F. VAN SCHAİK is psychiater en onderzoeker en werkzaam bij GGZ Buitenamstel/EMGO-instituut, VUmc.

H.W.J. VAN MARWIJK is huisarts en staflid vakgroep huisartsgeneeskunde EMGO-instituut, VUmc.

D.A.W.M. VAN DER WINDT is senioronderzoeker bij de afdeling huisartsgeneeskunde, EMGO-Instituut, VUmc.

A.T.F. BEEKMAN is psychiater en senioronderzoeker en werkzaam bij GGZ Buitenamstel/EMGO-Instituut, VUmc.

M. DE HAAN is hoogleraar huisartsgeneeskunde en werkzaam bij EMGO-Instituut, VUmc.

R. VAN DYCK is hoogleraar psychiatrie en werkzaam bij GGZ Buitenamstel/EMGO-Instituut, VUmc.

Correspondentieadres: mevrouw D.J.F. van Schaik, GGZ Buitenamstel – locatie Lassusstraat, Lassusstraat 2, 1075 VG Amsterdam.

E-mail: djf.van_schaik.emgo@med.vu.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-2-2002.

SUMMARY

Effectiveness of psychotherapy for depressive disorder in primary care. A systematic review – D.J.F. van Schaik, H.W.J. van Marwijk, A.W.M. van der Windt, A.T.F. Beekman, M. de Haan, R. van Dyck –

BACKGROUND Psychotherapy may be an alternative to drug treatment for depressive disorder in primary care.

AIM To give a systematic review about the effectiveness of psychotherapy for depressive disorder in primary care.

METHOD Randomised controlled trials were selected in which the effectiveness of psychotherapy was studied in primary care patients with depressive disorder, using Medline, Psychinfo, the Cochrane library and Embase. Effect differences were estimated according to the standardized mean difference.

RESULTS Ten studies met the selection criteria. Overall (based upon five studies), psychotherapy applied in a primary care setting was slightly more effective than usual care by a primary care physician for patients with depressive disorder. In seven studies psychotherapy was as effective as pharmacotherapy for primary care patients with a depressive disorder. In one study, psychotherapy was more effective than placebo therapy for primary care patients with major depression. In patients with minor depression or dysthymia there was no difference between psychotherapy and placebo (two studies).

CONCLUSION Psychotherapy is a good alternative to drug treatment, also in primary care patients with depressive disorder. Further research is needed to show to what extent psychotherapy is a feasible option in primary care.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 9, 609-619]

KEYWORDS depression, effectiveness, primary care, psychotherapy, systematic review