

Intensieve behandeling depressie

Henk Schers

Auteursgegevens

Schers HJ, huisarts en onderzoeker. Afdeling huisartsgeneeskunde, UMC St Radboud Universiteit, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Correspondentie: h.schers@hag.umcn.nl

Het is onvoldoende bekend of huisartsenzorg voor ernstige vormen van depressie in de eerste lijn minder effectief is dan uitgebreidere vormen van behandeling. Om dat te bepalen, behandelden onderzoekers ernstig depressieve patiënten in de eerste lijn op vier manieren: gewone huisartsenzorg, gewone huisartsenzorg met een zelfmanagementprogramma (ZMP), en twee varianten hierop: consultatie van een psychiater gevolgd door het ZMP, en cognitief-gedragstherapie (CGT) gevolgd door het ZMP. Op de korte termijn (zes maanden) bleken de vier varianten even effectief.

Onderzoek

Design De onderzoekers keken in deze gerandomiseerde trial gedurende 3 jaar naar de effecten op lange termijn. De belangrijkste uitkomstmaten waren de tijd tot een recidief en de ernst van depressieve symptomen. Bij aanvang stratificeerden de onderzoekers naar antidepressivagebruik. Er deden 49 huisartsen mee. Ze sloten 397 patiënten in met een (voorgeschiedenis van) een ernstige depressie, waarvan er 297 konden worden gerandomiseerd.

Interventies Gebruikelijke huisartsenzorg was vrij invulbaar. Het ZMP bevatte drie sessies van anderhalf uur met getrainde psychiatrisch verpleegkundigen, waarin een persoonlijk preventieplan werd opgesteld. Vervolgens werd driemaandelijks een telefonisch contact van 20 minuten gehouden. Consultatie van de psychiater duurde één uur, deze gaf medicamenteuze adviezen aan de huisarts. De cognitief-gedragstherapie bestond uit twaalf sessies van drie kwartier. Beide laatste interventies werden gevolgd door het ZMP.

Uitkomstmaten De ernst van een depressie werd driemaandelijks gemeten met de Beck Depression Inventory (BDI). Onderzoekers brachten de recidieven in kaart door driemaandelijks telefonisch de aanwezigheid van DSM-criteria voor een ernstige depressie af te vinken.

Analyses Analyses vonden plaats op grond van het *Intention to treat*-principe.

Resultaten Bij aanvang had 67% een recidiverende, ernstige depressie, 37% had meer dan drie depressieve episodes doorgeemaakt. De patiënten uit de 4 interventiegroepen gingen gemiddeld even vaak naar de huisarts (4 consulten per jaar) en gebruikten even vaak antidepressiva (gemiddeld 80%). In de groep die CGT onderging, kreeg een kleiner deel aanvullende psychotherapie (21% versus 40%, 40%, en 46%).

Na 3 jaar bleek dat in alle groepen de patiënten even vaak een reci-

dief kregen (55% tot 69%). De tijdsduur tot het recidief verschilde niet tussen de groepen, gemiddeld was dat na 2 jaar. Alleen de ernst van de klachten verschilde. Het verrijkte ZMP (CGT of psychiater) leidde tot significant lagere ernstgraadsscores op de BDI.

Beschouwing De auteurs concluderen dat het ZMP geen toegevoegde waarde heeft boven huisartsenzorg alleen. De extra's bovenop dit programma, de psychiater en de CGT, hadden wel effect. Patiënten waren gemiddeld minder depressief tijdens de follow-up, maar ze hadden evenveel en even snel recidieven.

De auteurs geven diverse verklaringen waarom het ZMP niet zou werken: te weinig intensief, triggering op depressieve symptomen door de driemaandelijke follow-up, en onvoldoende training van de psychotherapeuten. Mogelijk is de langetermijnbehandeling door de huisarts effectief, maar dat vindt men gezien het hoge aantal recidieven onwaarschijnlijk. De auteurs denken dat CGT en psychiater mogelijk effectiever waren geweest zónder het ZMP, of als de behandelingen intensiever waren geweest. En daarmee eindigen ze: meer CGT-sessies en meer intensieve psychiatrische behandeling zouden moeten worden onderzocht als de waarschijnlijk beste behandeling voor deze kwetsbare groep.

Interpretatie

Dit is een mooi en zeldzaam onderzoek naar de langtermijneffecten van behandeling van depressie in de eerste lijn. Gewone huisartsenzorg bleek even (in)effectief als een preventief zelfmanagementprogramma, al dan niet opgetuigd met psychiatrische consultatie of 10 sessies cognitief-gedragstherapie. Waar de auteurs in de beschouwing wijzen op potentiële, maar niet onderzochte, mogelijkheden van méér psychiatrische zorg en bemoeienis, zou je met wat minder medische overmoed ook kunnen concluderen dat het recidiveren van depressies een autonoom proces is, waar al het medische geweld nauwelijks iets aan kan veranderen. Wél was er enig verschil in de ernst van depressieve symptomen. Deze ernst wordt al sinds 1961 gemeten met de BDI. De maximale score op de 21 vierkeuze-items bedraagt 63 (zeer ernstige depressie). Scores onder de 10 geven aan dat iemand niet depressief is. Opvallend was dat de ernstscores in de eerste maanden snel daalden in alle groepen: scores van rond de 20 zakten naar scores rond de 10. Het gemiddelde verschil tussen de interventies bedroeg maximaal 2 punten. Aan het einde van de follow-up stabiliseerden de scores op gemiddelden van 7 tot 9. Geen van de patiënten was nog depressief. Kortom, opvallend weinig verschil.

Voor de toekomst lijkt het nu vooral interessant om te onderzoeken of een beetje extra continuïteit, steun en aandacht voor deze kwetsbare groep door de huisarts of POH-GGZ even effectief is als allerlei opgetuigde managementprogramma's en psychiatrische behandelingen. Het zou me niets verbazen.

Literatuur

Conradi HJ, De Jonge P, Kluiters H, Smit A, Van der Meer K, Jenner J, et al. Enhanced treatment for depression in primary care: long-term outcomes of a psycho-educational prevention program alone and enriched with psychiatric consultation or cognitive behavioral therapy. *Psychological Medicine* 2007;37:849-62.