



ONDERSTEUNENDE INTERVENTIES

Onderstaande praktische, ondersteunende interventies hebben tot doel de dagelijkse bezigheden en het daadwerkelijke gedrag van iemand met een depressie gunstig te beïnvloeden.

- **Praktisch ondersteunende cognitieve interventies**
- **Interventies maatschappelijk werk**
In de richtlijn worden de volgende interventies besproken: ondersteunend groepswork, emotionele ondersteuning en begeleiding, praktische ondersteuning en begeleiding.
- **Vaktherapieën**
Deze worden vaak ingezet bij vooral de klinische behandeling. Van running-therapie en fysieke inspanning is de werkzaamheid aangetoond. Mogelijke werkzame factoren zijn: activering, structureren en het plezier in de activiteit.
- **Interventies verpleging**
De verpleegkundige ondersteunt op verschillende manieren cognitieve gedragstherapie, geeft psycho-educatie, en stelt een activiteitenplan op, en ook een terugvalpreventieplan.

POSITIEF WERKZAME FACTOREN

- Onderschat klachten niet. Verwijs tijdig door.
- Stel voorlichtingsmateriaal in verschillende talen beschikbaar.
- Geef goede voorlichting over psychotherapie. Veel mensen ervaren hier drempels.
- Wees goed op de hoogte van de verschillende gespecialiseerde centra.
- Begeleid de patiënt goed bij medicijngebruik, ook bij het afbouwen.
- Houd rekening met hormonale veranderingen bij vrouwen.
- Geef voorlichting over medicijnen tijdens zwangerschap.
- Geef de patiënt een gevoel van veiligheid om weer deel te nemen aan arbeidsproces.
- Wees bewust van het belang van deelname aan het arbeidsproces. De patiënt voelt zich nuttig.
- Leg de nadruk op wat de patiënt nog wel kan. Positieve waardering werkt beter dan het opvoeren van de druk.

Disclaimer

Dit is een samenvatting van de update van de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Voor alle details, onderbouwing en bronnen, zie de richtlijn zelf op www.ggzrichtlijnen.nl.

Artikelnummer: AF0951

Deze samenvatting is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel

© 2010, Trimbos-instituut, Utrecht



Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling

GGZ

Depressie

DIAGNOSE

Symptomen

Kernsymptomen

- Eén of beide kernsymptomen zijn zeker 2 aaneengesloten weken, het grootste deel van de dag, aanwezig.
- Depressieve stemming
 - Duidelijk vermindering van interesse of een duidelijke vermindering van plezier

Aanvullende symptomen

- Gewichtsverandering of eetlustverandering
- Slapeloosheid of overmatig slapen
- Agitatie of remming
- Moeheid of verlies van energie
- Gevoelens van waarloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens
- Besluiteloosheid of concentratieproblemen
- Terugkerende gedachten aan de dood of aan suïcide, of een suïcidepoging

Eén of beide kernsymptomen zijn aanwezig, en in totaal minimaal 5 van de 9 symptomen. Daarna wordt vastgesteld of deze episode specifieke kenmerken heeft, en wat het beloop en de ernst is.

Ernst

Ernst wordt bepaald door:

- Algemeen sociaal en maatschappelijk functioneren en beperkingen daarin
- Mate van (subjectief) lijden
- Aantal symptomen. Voor de praktijk wordt hier onderscheiden in lichte depressie (5 symptomen) en matig/ernstige depressie (6–9 symptomen).
- Psychotische kenmerken, suïcidaliteit
- Duur van de depressie, stagnatie in herstel, recidivering
- Co-morbiditeit

Specifieke kenmerken

Seizoensgebonden en post partum depressie

- Relatie met een bepaalde periode in het jaar? Seizoensgebonden of winterdepressie. Geef lichttherapie.
- Binnen 4 weken na een bevalling? Post partum depressie.

Onderscheid met andere stemmingsstoornissen

- Maak onderscheid met bipolaire stoornissen I en II, en de cyclothyme stoornis.
- Vraag goed uit naar eerdere manische, hypomanische of gemengde episoden.
- Bij twijfel, raadpleeg een psychiater.

Differentiële diagnostiek

Let op (het onderscheid met):

- Stressgerelateerde stoornissen (spanningsklachten, overspanning/aanpassingsstoornis en burn-out)
- Angststoornis
- Psychotische stoornissen
- Beginnende dementie
- Stemmingsstoornissen door (genees)middelen
- Sommige persoonlijkheidskenmerken en persoonlijkheidsstoornissen. Deze beïnvloeden het beloop en de behandelbaarheid.
- Relatie met somatische aandoeningen

Subtypen depressieve stoornis

Er zijn een paar subtypen

(vooral voor de tweede lijn relevant):

- Depressie met psychotische kenmerken
- Depressie met melancholische (vitale) kenmerken
- Depressie met atypische kenmerken

Meetinstrumenten

Er is een aantal instrumenten voor screening, classificatie, ernstmeting, zelfhulpvragenlijsten. Zie de richtlijn.



BEHANDELONDERDELEN

Basis-interventies

- Psycho-educatie
- Dagstructurering
- Actief volgen

1^e stap-interventies

- Bibliotherapie
- Zelfhulp of zelfmanagement (wel of geen e-health)
- Activerende begeleiding
- Fysieke inspanning/lichamelijke activiteit of running therapie
- Counseling
- Psychosociale interventies

Farmacotherapie

Vooraf

Bij gedeeltelijk of onvoldoende herstel met farmacotherapie, overweeg altijd aanvulling met CGT (als nog niet eerder gegeven en bij eerdere positieve resultaten).

- | | |
|--|--|
| <p>1 Ambulante patiënten 1^e lijn: begin met SSRI (lichte voorkeur) of een TCA. Ambulante patiënten 2^e lijn: begin met een TCA, SSRI, SNRI, mirtazapine of bupropion. Klinische patiënten: begin met een TCA (grote voorkeur). Als een modern antidepressivum gewenst is, dan een SNRI.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Herstel na eerste episode?</i>
Ga 6 maanden door met behandeling • <i>Herstel na recidief?</i>
Ga een jaar of langer door met behandeling. | <p>3 <i>In stap 2 na 4 weken geen respons?</i>
Voeg een ander middel toe. Voorkeur: lithium (let op bloedspiegel). Alternatieven: mirtazapine, mianserine of een atypisch antipsychoticum. <i>Herstel?</i>
Ga minstens 4 maanden door met lithiumadditie en antidepressivum.</p> |
| <p>2 <i>Na 4 weken geen respons?</i>
Ga dan over op een ander antidepressivum. Verhogen van de dosis wordt niet aanbevolen. Bij non-responders op een TCA kan na 4–6 weken verder gedoseerd worden op geleide van plasmaspiegel. <i>Enige respons?</i>
Overweeg dan verlenging tot 6 (max. 10) weken. Bij een depressie met atypische kenmerken is een klassieke MAO-remmer (fenelzine) een reële optie als 2^e stap na een modern antidepressivum (zoals een SSRI).</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Herstel na eerste episode?</i>
Ga 6 maanden door met behandeling. • <i>Herstel na recidief?</i>
Ga een jaar of langer door met behandeling. | <p>4 <i>Onvoldoende herstel?</i>
Geef een klassieke MAO-remmer en vooralsnog met name: tranylcypromine. Vanwege bijwerkingen en interacties met voeding en medicijnen, alleen voor te schrijven door een psychiater. <i>Herstel?</i>
Ga door met behandeling.</p> <p>5 <i>Onvoldoende herstel?</i>
Overweeg ECT. <i>Herstel na ECT?</i>
Stel in op TCA (of meest effectieve antidepressivum). Eventueel met lithium. Eventueel onderhouds-ECT. <i>Geen herstel na ECT?</i>
Handicap-model en reïntegratie.</p> |



BEHANDELSTAPPEN

De diagnose leidt tot 1 van de 4 algoritmes, met bijbehorende behandelstappen. Hier worden de 4 algoritmes in verkorte vorm weergegeven. Voor de precieze keuzemogelijkheden, tussenstappen, en evaluatietermijnen van een behandeling blijft het noodzakelijk de richtlijn zelf te raadplegen.

In de algoritmes komt een aantal elementen voor: basis-interventies, 1^e stap interventies, psychologische behandeling en farmacotherapie. De eerste 3 elementen bestaan uit een keuzelijst; farmacotherapie wordt beschreven in stappen.

Eerste lijn – tweede lijn

In de praktijk zal het vaak zo zijn dat de algoritmes I en II met name in de eerste lijn uitgevoerd worden, en de algoritmes III en IV in de tweede lijn.

I Lichte depressie Korter dan 3 maanden

- 1 Begin met de basinterventies. Keuze uit 1^e stap interventies. Geen respons: ► II

Bij voldoende respons
Terugvalpreventie

II Lichte depressie Langer dan 3 maanden of recidief

- 1 Begin met de basinterventies. Eventueel aangevuld met een 1^e stap interventie.
- 2 Eventueel aangevuld met PST of KDB.
- 3 *Als geen respons PST of KDB:* keuze uit CGT, GT, KPT. *Als geen respons:* andere psychologische behandeling of farmacotherapie. *Geen respons op psychologische behandeling:* ► IV, stap 4
- 4 Farmacotherapie (met ondersteunende gesprekken). *Geen respons:* ► IV, stap 4
Partieel: overweeg CGT.

Bij voldoende respons
Terugvalpreventie en individuele reïntegratie

III Matige/ernstige depressie Eerste episode

- 1 Begin met de basinterventies. Keuze uit 1^e stap interventies.
- 2 *Als geen respons:* psychologische behandeling of farmacotherapie.
- 3 *Als geen respons op psychologische behandeling:* andere psychologische behandeling of farmacotherapie.
- 4 *Als geen respons:* ► IV, stap 4 (en 5).

Bij voldoende respons
Terugvalpreventie en individuele reïntegratie

IV Matige/ernstige depressie Recidief

- 1 Begin met de basinterventies. Keuze uit 1^e stap interventies. Keuze uit psychologische behandeling of combinatiebehandeling (= stap 4)
- 2 *Als geen respons op psychologische behandeling:* andere psychologische behandeling of combinatiebehandeling (= stap 4)
- 3 *Als geen respons op andere psychologische behandeling,* dan combinatiebehandeling
- 4 Combinatiebehandeling (psychologische behandeling en farmacotherapie) of ► stap 5
Als geen respons:
 - Andere psychologische behandeling
 - Andere (dosis) farmacotherapie
 - Andere combinatiebehandeling psychologische behandeling en farmacotherapie
- 5 *Als geen respons op stap 4:*
 - Intensivering behandeling
 - ECT
 - Handicapmodel

Bij voldoende respons
Terugvalpreventie en individuele reïntegratie