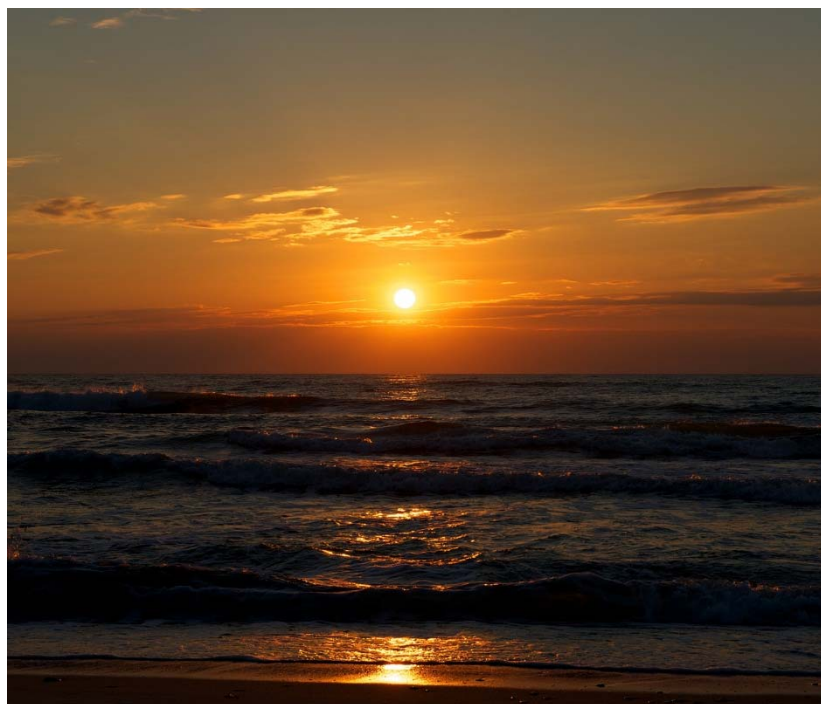


SAMENVATTING

MAJEURE DEPRESSIE (BIJ VOLWASSENEN): DOELTREFFENDHEID OP DE LANGE TERMIJN VAN PSYCHOTHERAPIE, OP ZICHZELF OF IN COMBINATIE MET ANTIDEPRESSIVA





Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is een parastatale, opgericht door de programmawet (1) van 24 december 2002 (artikelen 259 tot 281) die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Het Centrum is belast met het realiseren van beleidsondersteunende studies binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.

Raad van Bestuur

	Effectieve Leden	Plaatsvervangende Leden
Voorzitter	Pierre Gillet	
Leidend ambtenaar RIZIV (vice-voorzitter)	Jo De Cock	Benoît Collin
Voorzitter FOD Volksgezondheid (vice-voorzitter)	Dirk Cuypers	Christiaan Decoster
Voorzitter FOD Sociale Zekerheid (vice-voorzitter)	Frank Van Massenhove	Jan Bertels
Administrateur-generaal FAGG	Xavier De Cuyper	Greet Musch
Vertegenwoordigers Minister van Volksgezondheid	Bernard Lange	Brieuc Van Damme
	Bernard Vercruysse	Annick Poncé
Vertegenwoordigers Minister van Sociale Zaken	Lambert Stamatakis	Claudio Colantoni
	Ri De Ridder	Koen Vandewoude
Vertegenwoordigers Ministerraad	Jean-Noël Godin	Philippe Henry de Generet
	Daniel Devos	Wilfried Den Tandt
Intermutualistisch Agentschap	Michiel Callens	Frank De Smet
	Patrick Verertbruggen	Yolande Husden
	Xavier Brenez	Geert Messiaen
Beroepsverenigingen van de artsen	Marc Moens	Roland Lemye
	Jean-Pierre Baeyens	Rita Cuypers
Beroepsverenigingen van de verpleegkundigen	Michel Foulon	Ludo Meyers
	Myriam Hubinon	Olivier Thonon
Ziekenhuisfederaties	Johan Pauwels	Katrien Kesteloot
	Jean-Claude Praet	Pierre Smiets
Sociale partners	Rita Thys	Catherine Rutten
	Paul Palsterman	Celien Van Moerkerke
Kamer van Volksvertegenwoordigers	Lieve Wierinck	



Controle

Regeringscommissaris

Steven Sterckx

Directie

Algemeen directeur
Adjunct Algemeen directeur
Programmadirecteur

Raf Mertens
Christian Léonard
Kristel De Gauquier
Dominique Paulus

Contact

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)
Doorbuilding (10^e verdieping)
Kruidentuinlaan 55
B-1000 Brussel
België

T +32 [0]2 287 33 88

F +32 [0]2 287 33 85

info@kce.fgov.be

<http://www.kce.fgov.be>

SAMENVATTING

MAJEURE DEPRESSIE (BIJ VOLWASSENEN): DOELTREFFENDHEID OP DE LANGE TERMIJN VAN PSYCHOTHERAPIE, OP ZICHZELF OF IN COMBINATIE MET ANTIDEPRESSIVA

EIRINI KARYOTAKI, YOLBA SMIT, PIM CUIJPERS, MONIQUE DEBAUCHE, TOM DE KEYSER, HILDE HABRAKEN, WILLIAM PITCHOT, FILIP RAES, DOMINIQUE SALOMEZ, BENOIT GILLAIN, NICOLAS FAIRON, DOMINIQUE PAULUS, JO ROBAYS, KIRSTEN HOLDT HENNINGSEN



COLOFON

- Titel:** Majeure Depressie (bij volwassenen): doeltreffendheid op de lange termijn van psychotherapie, op zichzelf of in combinatie met antidepressiva
- Auteurs:** Eirini Karyotaki (VU Amsterdam), Yolba Smit (VU Amsterdam), Pim Cuijpers (VU Amsterdam), Monique Debauche (Plate-forme Scientifique Psychotropes, SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Tom De Keyser (UZ Gent), Hilde Habraken (Farmaka), William Pitchot (CHU Liège, Société Royale de Médecine Mentale de Belgique (SRMMB)), Filip Raes (KU Leuven), Dominique Salomez (Clinique La Ramée Fond'roy), Benoit Gillain (Clinique Saint-Pierre, Société Royale de Médecine Mentale de Belgique (SRMMB)), Nicolas Fairon (KCE), Dominique Paulus (KCE), Jo Robays (KCE), Kirsten Holdt Henningsen (KCE)
- Externe experts:** Kurt Audenaert (Universiteit Gent), Tom Declercq (Universiteit Gent), Jan Saevels (Association Pharmaceutique Belge), Griet Verhoeven (Vlaamse Verpleegunie), Emmanuelle Zech (Association Francophone de Psychothérapie Expérientielle et Centrée sur la Personne)
- Beoordelaars:** Roos Leroy (KCE), Françoise Mambourg (KCE)
- Redactie synthese :** Karin Rondia (KCE)
- Externe beoordelaars:** Thierry Christiaens (Belgian Centre for Pharmaceutical Information (BCFI-CBIP) and Universiteit Gent), Charles Kornreich (ULB – Université Libre de Bruxelles)
- Externe validatoren:** Patrick Vankrunkelsven (voorzitter), Martine Goossens (methodological expert), Erik Verhaeghen (AZ Diest)
- Stakeholders:** Hervé Andrien (Psytoyens asbl), Michel Boutsen (ULB), Marc Haspeslagh (AZ Sint Jan Brugge), Koen Lowet (Belgian Federation of Psychologists (BFP-FBP)), Jan Michels (Domus Medica), Chantal Moiset (Clinique La Ramée – Fond'Roy), Frie Niesten (Christelijke Mutualiteit – Mutualités Chrétiennes), Thomas Orban (Société Scientifique de Médecine Générale), Marc Van De Castele (RIZIV – INAMI), Christiaan Van Hul (Onafhankelijke Ziekenfondsen – Mutualités Libres), Michel Ylieff (ULG), Carmen Weber (Psytoyens asbl), Michel Ylieff (ULG)
- Andere gemelde belangen:** Lidmaatschap van een aandeelhoudersgroep waarop de resultaten van dit rapport van invloed kunnen zijn: Filip Raes (Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie), Emmanuelle Zech (Association Francophone de Psychothérapie Expérientielle et Centrée sur la Personne)
- Eigenaar van geplaatst kapitaal, opties, aandelen of andere financiële instrumenten: Pim Cuijpers
- Vergoedingen of andere compensaties voor het schrijven van een publicatie of deelname in de samenstelling ervan: Tom Declercq (auteur richtlijn 'Depressie' van Domus Medica, auteur van verschillende artikelen (bijv. over antidepressiva in Minerva), Hilde Habraken (richtlijn 'Depressie' van Domus Medica), Filip Raes (wetenschappelijk coördinator van het onderzoek naar de effecten van op Mindfulness-gebaseerde cognitieve therapie)
- Subsidie, vergoedingen of fondsen voor een medewerker of een andere vorm van compensatie voor het doen van onderzoek: Kurt Audenaert, Pim Cuijpers



Advies of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel voordeel kan behalen of verlies kan lijden naar aanleiding van de resultaten van dit rapport: Benoît Gillain (farmaceutische industrie), William Pitchot (farmaceutische industrie)

Vergoedingen voor presentaties, training, gesubsidieerde reizen of betaling voor deelname aan een conferentie: Kurt Audenaert (vergoeding voor sprekers van farmaceutische industrie of andere organisaties), Pim Cuijpers, Benoît Gillain (farmaceutische industrie), William Pitchot (farmaceutische industrie)

Voorzitterschap of functie waarin verantwoording moet worden afgelegd bij een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarvoor de resultaten van dit rapport gevolgen zou kunnen hebben: Benoît Gillain (directeur van de dienst geestelijke gezondheidszorg), William Pitchot (voorzitter van de Société Royale de Médecine Mentale de Belgique), Filip Raes (Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie)

Deelname in wetenschappelijk of experimenteel onderzoek als initiator, hoofdonderzoeker of onderzoeker: Kurt Audenaert (klinische studies in de farmaceutische industrie), Pim Cuijpers (klinische studies naar het gevolg van psychologische interventies bij depressie).

Leden van het KCE-team (Jo Robays, Dominique Paulus en Kirsten Holdt Henningsen) vermeldden geen belangenconflict.

Lay-out:

Ine Verhulst

Disclaimer:

- **De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur.**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Datum van publicatie:

2 oktober 2014

Domein:

Good Clinical Practice (GCP)

MeSH:

Depression, psychotherapy, antidepressive agents, guideline (publication type)

NLM-Classificatie:

WM 171.5



Taal: Nederlands
Formaat: Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot: D/2014/10.273/69

Auteursrecht: KCE-rapporten worden gepubliceerd onder een “by/nc/nd” Creative Commons-licentie
<http://kce.fgov.be/content/about-copyrights-for-kce-reports>.



Refereren naar dit document:

Karyotaki E, Smit Y, Cuijpers P, Debauche M, De Keyser T, Habraken H, Pitchot W, Raes F, Salomez D, Gillain B, Fairon N, Paulus D, Robays J, Holdt Henningsen K. Majeure Depressie (bij volwassenen): doeltreffendheid op de lange termijn van psychotherapie, op zichzelf of in combinatie met antidepressiva – Synthese. Goede Klinische Praktijk (GKP) Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2014. KCE-rapporten 230As. D/2014/10.273/69.

Dit document staat op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.



■ VOORWOORD

De essentie van onze identiteit, van onze creatieve talenten, van ons vernuft, onze wilskracht, ons mededogen, ... kortom van al wat ons het meest tot mens maakt, zit gevat in die 1,7kg weke massa onder onze hersenpan. Maar dat maakt ons ook kwetsbaar: er hoeft niet zoveel mis te gaan, en we zijn onszelf niet meer. Wanneer we 'ziek worden in ons hoofd', zijn we hiertegen vaak ook erg machteloos – we worden in onze weerbaarheid zelf geraakt. Zo ook bij een depressie: ons oordeelsvermogen, onze motivatie – alles kleurt zwart, en het tast onze weerbaarheid aan om de juiste keuzes te maken, ook voor de eigen behandeling. Op dat moment is deskundige hulp dus echt meer dan welkom.

Depressie is een frequent probleem – tussen 4 en 10% van de mensen krijgt er ooit mee te maken. Het gebruik van antidepressiva in ons land ligt hoog: het gaat over zowat 50 miljoen dagdosissen per jaar. Zowat de helft van de rustoorbewoners zou onder de antidepressiva staan. Waarmee uiteraard niet gezegd is dat al wie onder antidepressiva staat ook effectief aan depressie leidt. Maar dat het voorschrijven ervan intussen goed in de pen zit, staat buiten kijf.

Minder duidelijk is hoe het staat met het gebruik van psychotherapie. Op een moment dat de klinisch psychologen erkend worden als volwaardig zorgberoep, is dit uiteraard een relevante vraag, evenals de vraag wat nu de plaats van psychotherapie kan zijn in de behandeling van depressie. De officiële erkenning als zorgberoep opent inderdaad de weg naar een mogelijke terugbetaling ervan. Het is dus niet onlogisch dat men vanuit de overheid aan het KCE de vraag stelde naar de beste manier om psychotherapie in te passen, met of zonder medicamenteuze ondersteuning, voor een blijvend gunstig resultaat.

Voorbij de tegenstelling tussen *believers* en *non-believers*, zij het in psychotherapie of in pillen, zijn er vandaag toch een aantal behandelstrategieën die wel degelijk geloofsbrieven kunnen voorleggen: dit blijkt met name vooral het geval te zijn voor een combinatie van psychotherapie én antidepressiva. En tenslotte, zoals zo vaak aan het einde van een onderzoekswerk, klinkt ook hier het refrein "*more study is needed*". Onderzoek dat liefst niet alleen focust op de commercieel meest rendabele manieren om mensen met depressie terug op weg te helpen, en dat dus wellicht een ruggensteuntje van de overheid nodig zal hebben.

Christian LÉONARD
Adjunct algemeen directeur

Raf MERTENS
Algemeen directeur



■ SAMENVATTING

1 INLEIDING

1.1 Wat verstaan we onder depressie?

Depressie, in haar vaakst voorkomende presentatievorm, wordt gekenmerkt door een verlies van belangstelling en plezier in de activiteiten van het dagelijkse leven, door een verdrietige stemming en door een aantal gerelateerde symptomen van emotionele, cognitieve, lichamelijke en gedragsmatige aard. Deze symptomen duren meerdere weken en hebben een negatieve impact op het sociaal functioneren van de patient.

De klassieke vorm van depressie wordt in het Engels “major depressive disorder” (majeure depressieve stoornis) genoemd. Deze benaming leidt vaak tot misverstanden omdat ze in het Nederlands spontaan wordt vertaald als “zware” depressie. De verwarring wordt nog vergroot doordat de officiële classificaties (namelijk de meest recente versies van de DSM of de Internationale classificatie van ziekten (ICD)) deze “majeure depressieve stoornis” verder opdelen in “licht”, “matig” of “zwaar” (mild, moderate, severe). Bovendien bestaat er geen exacte overeenkomst tussen deze benamingen en de beoordelingsschalen die gebruikt worden in het klinisch onderzoek naar de werkzaamheid van de verschillende therapeutische benaderingen. Het is dus bijna onmogelijk om de stabiliteit van deze categorieën in te schatten.

In dit rapport was het niet de bedoeling om dieper in te gaan op de subtiliteiten van de diagnose van depressie, maar moesten we wel een keuze maken voor een bruikbare werkdefinitie. Puur pragmatisch gebruiken we daarom gewoon de term “depressie” om een klinisch significant beeld aan te duiden dat niet alleen de hierboven genoemde klassieke symptomen omvat, maar ook een bepaalde duur en context (herval, eerdere ervaringen, enz.) van de aandoening.

De behandeling van een depressie heeft als doel de symptomen te verlichten, de persoon weer normaal te laten functioneren in de maatschappij en herval op langere termijn te voorkomen. Standaardbehandelingen zijn enerzijds psychotherapie en anderzijds antidepressieve geneesmiddelen. Dit onderzoek focust op de werkzaamheid van psychotherapie, alleen of in combinatie met antidepressiva.



1.2 Hoe groot is het probleem?

De onduidelijkheid bij de diagnose van depressie maakt dat het exacte aantal gevallen moeilijk kan worden ingeschat. Wat men wel met enige zekerheid kan stellen, is dat in België depressie de belangrijkste oorzaak van langdurige arbeidsongeschiktheid is. Tijdens de laatste gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV-ISP) in 2008, verklaarde 9% van de ondervraagden dat ze op het moment van het onderzoek aan een depressie leden (prevalentie). 88% van deze mensen hadden professionele hulp gekregen, 41% hadden psychotherapie gevolgd en 82% hadden antidepressiva genomen.

Onderzoek via het Intego-netwerk (met de gegevens van 55 huisartsen in Vlaanderen) leert ons dat in de huisartspraktijk depressie jaarlijks bij 12,9 personen op 1000 voorkomt. Een andere schatting, ditmaal op basis van de huisartsen-peilpraktijken, en gepubliceerd in 2012, vermeldt een incidentie van 7,19 op 1000 bij mannen en 14,40 op 1000 bij vrouwen. De huisartsen van wie deze cijfers afkomstig zijn, schatten dat van deze patiënten 31% een lichte, 50% een matige en 19% een zware depressie had (de criteria voor de indeling in deze drie categorieën werden echter aan de artsen zelf overgelaten).

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) schat dat tussen de 4 en 10% van de wereldbevolking op een bepaald moment in het leven met depressie te maken krijgt, en vrouwen 1,5 à 2,5 keer vaker dan mannen. Depressie kan zich op elke leeftijd en in elke sociale klasse voordoen. Volgens een in Groot-Brittannië uitgevoerd onderzoek, waarnaar het Britse wetenschappelijk onderzoekscentrum NICE in zijn richtlijnen voor depressie (2010) verwijst, is het risico hoger bij de leeftijdscategorie van 35-54 jaar en bij gescheiden mensen die alleen leven of in een eenoudergezin. Socio-economische factoren zoals werkloosheid of het behoren tot een kansarme groep verhoogt eveneens het risico op depressie.

Depressie is in principe een tijdelijk probleem. Volledig herstel treedt gemiddeld op na 4 à 6 maanden, maar vaak duurt de herstelperiode langer of hervalt de patiënt. Volgens de cijfers van NICE voldoet ongeveer 50% van de patiënten na 1 jaar nog steeds aan de diagnosecriteria voor depressie, en kampt 10% met een chronische depressie. Na een eerste episode van depressie bedraagt het risico op een tweede episode ongeveer 50%. Na 2 of 3 periodes van depressie stijgt het risico op herval progressief tot respectievelijk 70% en 90%. Ook mensen die op jonge leeftijd (20 jaar of jonger) of op (zeer) oude leeftijd een eerste depressie kregen, lopen meer risico op herval. Samengevat: de vooruitzichten bij een eerste episode van depressie zijn redelijk positief, maar de prognose wordt slechter bij herval of als de symptomen gedurende meerdere jaren aanhouden.

1.3 Context van dit onderzoek

In ons land, net als in andere westerse landen, vormt depressie een groeiend probleem. De aandoening heeft niet alleen een impact op de beleving van de patiënt zelf, maar ook op de samenleving, omwille van de kosten voor de gezondheidszorg en de verloren werkdagen.

Men kan eindeloos debatteren over de oorzaken van depressie, maar vanuit pragmatisch oogpunt is het belangrijker en dringender om na te denken over de meest doeltreffende manieren om mensen met depressie te helpen, wat ook de oorzaak van hun probleem is.

Er bestaan grosso modo twee soorten behandeling: psychotherapie en antidepressiva. Gedurende lange tijd stonden beide benaderingen voor twee uiteenlopende theoretische standpunten, waarbij de oorsprong van depressie psychologisch dan wel biologisch werd verklaard. Vandaag worden de tegenstellingen kleiner. De opvatting dat meerdere factoren aan de basis van een depressie liggen, maakt meer en meer school, en beide vormen van behandeling worden als complementair beschouwd. Vrij recent is men ook meer rekening gaan houden met de voorkeur van de patiënt. Toch is in ons land de keuze nog niet volledig vrij: antidepressiva zijn vrij gemakkelijk te verkrijgen en worden ook terugbetaald. Ook psychotherapie door een psychiater is terugbetaald, maar een behandeling door een (niet-arts) psychotherapeut, daarentegen, is alsnog weinig omkaderd (de zeer recente wetgeving is een eerste stap in de goede richting) en wordt niet terugbetaald.



Een rapport (2011) van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) meldde dat het voorschrijven van antidepressiva in België tussen 1997 en 2008 was gestegen van 100 miljoen doses/jaar naar 250 miljoen. Deze stijging moet niet alleen aan het denken zetten omwille van de kosten; er is ook de vraag waar dit op wijst. Duidt het op een dalend welzijn bij de Belgen? Of is het een gevolg van een verruiming van de diagnosecriteria? Wijst het op de medicalisering van het zich slecht in zijn vel voelen, of op de banalisering van de nieuwe antidepressiva, die vrij eenvoudig van gebruik zijn?

Na de publicatie van het rapport van de HGR vroeg de minister van Volksgezondheid het Wetenschappelijk platform Psychofarmaca, dat zich tot dan vooral had beziggehouden met slaap- en kalmeermiddelen, ook te kijken naar het gebruik van antidepressiva. (Recente cijfers van het RIZIV tonen intussen wel een stabilisering van het aantal voorgeschreven antidepressiva sinds 2010.) Het Platform Psychofarmaca heeft als opdracht het sensibiliseren rond een juist gebruik van psychofarmaca, het informeren over de alternatieven en het bevorderen van verder onderzoek over het onderwerp. In dit kader stelde het Platform aan het KCE de vraag rond de plaats van psychotherapie bij de behandeling van majeure depressieve stoornis.

De globale aanpak van depressie (diagnostiek, aanpak van andere vormen van depressie, effect van andere types behandelingen) wordt bovendien voorzien in de toekomstige update van de richtlijn van Domus Medica (eerste editie van 2008). Dit update, gevraagd door de Minister Volksgezondheid, zou eind 2015 voltooid moeten zijn.

2 KLINISCHE AANBEVELINGEN

2.1 Doelstellingen

Dit onderzoek gaat over de doeltreffendheid van psychotherapie, alleen of in combinatie met antidepressiva. Er waren drie doelstellingen:

- analyseren van de werking op lange termijn van de belangrijkste vormen van psychotherapie bij de behandeling van depressie (majeure depressieve stoornis),
- nagaan in hoeverre er verschillen bestaan tussen de werking op lange termijn van de psychotherapeutische behandelingen en de antidepressiva,
- nagaan of er op lange termijn een voordeel is om de twee behandelingen te combineren.

Hieruit volgen drie aanbevelingen om zorgverleners en hun patiënten te helpen bij het maken van de juiste keuze bij de aanpak van depressie. De aanbevelingen richten zich voornamelijk op de rol van psychotherapie en op de combinatie met antidepressiva bij volwassenen met een bevestigde diagnose van depressie (majeure depressieve stoornis) – met de al genoemde voorzorgsmaatregelen.

Onder *psychotherapie* verstaat men een interventie waarbij de verbale communicatie tussen patiënt en therapeut centraal staat. Het omvat ook therapieën waarbij de patiënt min of meer zelfstandig werkt met behulp van een boek (bibliotherapie) of via internet, daarbij individueel ondersteund door een therapeut (telefonisch, per mail, e.d.). Het is niet het doel van dit onderzoek om de verschillende vormen van psychotherapie te vergelijken, maar het valt wel te noteren dat de grote meerderheid (ongeveer 90%) van de studies waarop we ons baseerden over cognitieve gedragstherapie gaan. Het is de enige vorm van psychotherapie waarvan de doeltreffendheid werd gevalideerd volgens de criteria van de Evidence-Based Medicine ('geneeskunde gebaseerd op bewijs', EBM).

Antidepressiva omvatten alle bestaande antidepressiva, maar toch vooral de geneesmiddelen uit de klasse van de SSRI's (selectieve serotonineheropnameremmers) die de meerderheid vormen van de hedendaagse antidepressiva.



2.2 Aanbevelingen

Aanbeveling	Kracht van de aanbeveling**	Niveau van bewijskracht
Psychotherapie* in combinatie met antidepressiva is de beste optie voor de patiënten, zowel in de acute fase*** als tijdens het vervolg***	Zwak	Zeer laag
Als de patiënt met een majeure depressie geen gecombineerde behandeling wenst (als hij/zij alleen een van beide behandelingen wil), moet psychotherapie* als eerste keuze worden voorgesteld, omdat deze op korte termijn minstens even doeltreffend is als medicatie en effectiever op lange termijn. Deze aanbeveling geldt niet voor majeure depressie met psychotische symptomen.	Zwak	Zeer laag
Antidepressiva alleen zouden moeten vermeden worden voor majeure depressie in de symptomatische fase omdat de combinatie met psychotherapie* op lange termijn doeltreffender is.	Sterk	Matig

* Het effect werd tot nu toe alleen voldoende bestudeerd voor cognitieve gedragstherapieën

** Een sterke aanbeveling betekent: de verwachte effecten van de interventie zijn duidelijk groter dan de ongewenste effecten (we moeten de interventie dus in praktijk brengen), of: de ongewenste effecten zijn duidelijk groter dan de verwachte effecten (we moeten de interventie dus niet in praktijk brengen)

Een zwakke aanbeveling betekent: de verwachte effecten van de interventie zijn waarschijnlijk groter dan de ongewenste effecten (we moeten de interventie dus waarschijnlijk in praktijk brengen), of: de ongewenste effecten zijn waarschijnlijk groter dan de verwachte effecten (we moeten de interventie dus waarschijnlijk niet in praktijk brengen) (Zie het wetenschappelijk rapport voor gedetailleerde resultaten)

***In de acute fase hebben de patiënten significante symptomen en krijgen ze een eerste behandeling. De vervolgfase volgt op de acute fase. De symptomatische fase is de fase waarin de patiënten symptomen hebben.

2.3 De neveneffecten

De neveneffecten van antidepressiva kunnen de afweging tussen de voor- en nadelen beïnvloeden. Ze zijn van uiteenlopende aard en hangen af van het type product dat wordt gebruikt. De door het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie en NICE vaakst beschreven ongewenste effecten zijn gastro-intestinale problemen (misselijkheid, diarree), hoofdpijn, duizeligheid, agitatie of sedatie, seksuele stoornissen (ejaculatie- en erectiestoornissen, problemen met libido en orgasme), beven, overmatig zweten en risico van verwardheid bij ouderen. Er is een risico op het krijgen van zelfmoordgedachten en op zelfverminking, vooral in het begin van de behandeling (vooral beschreven voor SSRI's). Diverse ontweningsverschijnselen (griepig gevoel, spijsverteringsproblemen, slaapproblemen...) kunnen zich voordoen wanneer de behandeling te abrupt wordt gestopt, en dit hoewel antidepressiva geen afhankelijkheid induceren.

De neveneffecten van psychotherapie werden slechts zelden systematisch onderzocht. Psychotherapie kan een verslechtering van de toestand bij sommige depressieve patiënten veroorzaken of het risico op andere geestelijke stoornissen verhogen (bijvoorbeeld een psychotische decompensatie bij depressieve patiënten met persoonlijkheidsstoornissen). De therapie kan zelfs het risico op zelfmoord verhogen. Deze problemen worden echter slechts zelden bekeken in de klinische studies over psychotherapie, zodat een empirische verificatie van deze negatieve effecten ontbreekt. Omdat met dergelijke verslechtingen gedeeltelijk rekening wordt gehouden bij de evaluatie is het onwaarschijnlijk dat ze de afweging tussen de voor- en nadelen, zoals gemeten in de studies, zullen wijzigen.



2.4 Waaraan geven patiënten de voorkeur?

Evidence-Based Medicine (EBM) houdt in dat er geïnformeerde keuzes worden gemaakt die rekening houden met doeltreffendheid en doelmatigheid, maar ook met de kenmerken van de patiënt en met zijn/haar voorkeur. Het aantal studies over de behandeling van depressie waarbij ook met de voorkeur van de patiënt rekening wordt gehouden, is de laatste jaren duidelijk gestegen. We voerden daarom een bijkomend onderzoek van de wetenschappelijke literatuur uit.

De meeste studies tonen geen verband aan tussen de aanvankelijke voorkeur van de patiënt en het slaagpercentage van de behandeling, maar bij de studies die wel een verband aantonen, lijkt het rekening houden met de voorkeur van de patiënt het resultaat gunstig te beïnvloeden. Dit kan worden verklaard door een betere relatie met de therapeut, een hogere therapietrouw van de patiënt, minder behandelingsmoeieheid of een hogere tevredenheid.

Dankzij de studies naar de voorkeur van patiënten kennen we de belangrijkste vormen van angst en terughoudendheid tegenover elk van beide behandelingen. Bij de antidepressiva is er voornamelijk ongerustheid over de eerder beschreven neveneffecten en de angst voor afhankelijkheid. De grootste terughoudendheid tegenover psychotherapie heeft vooral te maken met de investering in tijd en geld. Sommige van deze studies wijzen specifiek op een a priori negatief beeld van de zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Wat betreft de aanvaardbaarheid geven de patiënten, vooral dan jongeren en vrouwen, over het algemeen de voorkeur aan psychotherapie boven antidepressiva.

Globaal genomen tonen de studies eerder een voorkeur voor psychotherapie boven farmacotherapie, en een voorkeur voor een aanpak in de eerste lijn.

2.5 Mogelijke hinderpalen bij de uitvoering van de aanbevelingen

Het KCE heeft met meerdere gesprekspartners overlegd (artsen, patiëntenverenigingen) om de belemmerende factoren voor de toepassing van de aanbevelingen vast te stellen. Men wees hierbij onder meer op de volgende elementen:

- De relatieve onzekerheid van de diagnose: de betrokken experts benadrukten dat een aantal patiënten de diagnose krijgt van depressie zonder dat ze aan de formele criteria voldoen. Er wordt hen dus een behandeling voorgeschreven die ze misschien niet nodig hebben. Verder krijgt een aantal patiënten die echt depressief zijn niet de juiste diagnose en worden ze dus niet doelmatig behandeld.
- Betreffende de erkenning en regulering van de psychotherapie in België is in mei 2014 een wet gepubliceerd die in september 2016 van kracht moet worden. Toch blijven de modaliteiten voor de uitvoering ervan onduidelijk. Zo is er met name niet bepaald hoe de kwaliteit van de zorg en de bescherming van de patiënten zullen worden verzekerd. De wet voorziet de oprichting van een Federale Raad voor Psychotherapie om deze kwesties te behandelen. Ondertussen zijn de voorwaarden waaraan men moet voldoen om zich psychotherapeut te kunnen noemen nog niet nauwkeurig omschreven, en is het dus onmogelijk om de kwaliteit van de zorg te waarborgen.
- De betrokken partijen gaven tijdens de discussies aan dat een hinderpaal voor de uitvoering van de aanbevelingen is dat psychotherapie door niet-artsen vandaag niet wordt terugbetaald.

Op basis van onze studie kunnen we geen conclusies trekken betreffende de organisatie van de zorg. Om deze vraag te beantwoorden is een bijkomende studie nodig.



3 METHODE

3.1 Onderzoeksvragen

De onderzoekers van het KCE formuleerden de volgende drie onderzoeksvragen:

Wat is bij patiënten met een diagnose van (zware) depressie de klinische doeltreffendheid **op lange termijn** van:

- Psychotherapie alleen tegenover geen behandeling;
- Psychotherapie alleen tegenover een behandeling met antidepressiva;
- Psychotherapie in combinatie met een behandeling met antidepressiva tegenover psychotherapie alleen of antidepressiva alleen.

Om te worden opgenomen in het literatuuroverzicht moesten de studies betrekking hebben op patiënten met MDD (criteria DSM-5, DSM-IV, DSM-III-R, DSM-III, Feighner of Diagnostische onderzoekscriteria) met een door een derde persoon bevestigde diagnose (geen zelfdiagnose, geen mineure depressie (minor depression), geen dysthymie).

Om het resultaat van een behandeling te beoordelen moest er minstens een half jaar verstreken zijn van de behandeling. Reden hiervoor is dat genezing doorgaans wordt omschreven als een afwezigheid van symptomen van depressie gedurende de 3 maanden die volgen op het stopzetten van de behandeling, en omdat therapieën gemiddeld al 3 maanden duren.

De volgende types van psychotherapie werden in de studie weerhouden: interpersonele therapie (*interpersonal therapy*), cognitieve gedragstherapie (*cognitive-behavioural therapy of CBT*), gedragsactivatie (*behavioural activation*), therapie gericht op de oplossing van het probleem (*problem solving therapy*), sociale vaardigheidstraining (*social skills training*), psychodynamische therapie (*psychodynamic therapy*), supportieve counselling (*supportive counselling*) – (zie het wetenschappelijk rapport voor de definities). Relatietherapieën werden uitgesloten omdat ze niet in de eerste plaats gericht zijn op depressie, maar op de relatie, ook al lijdt een of beide partners aan een depressie.

3.2 Formulering van de aanbevelingen

Het kwaliteitsniveau van het bewijs (hoog, matig, laag, zeer laag) van de studies uit het literatuuroverzicht werd bepaald volgens de GRADE methode. De onderzoekers van het KCE hebben op basis van deze studies drie aanbevelingen geformuleerd. De eerste versie werd ter discussie voorgelegd aan de Richtlijnwerkgroep (zie voor de samenstelling van deze groep de auteurs en experts in de colofon), werd daarna aangepast en opnieuw voorgelegd ter goedkeuring.

De aanbevelingen werden vervolgens bezorgd aan 18 vertegenwoordigers van de belangrijkste stakeholders (zie colofon). Het aanvaardingspercentage van de drie aanbevelingen was bijzonder hoog (respectievelijk 16/18, 14/18 en 16/18). De resultaten werden nadien met hen in een vergadering besproken.

Het werk werd tenslotte bekeken door twee externe validatoren (zie colofon) en ingediend voor methodologische validatie bij CEBAM. Mogelijke belangenconflicten werden opgelijst.

3.3 Aandachtspunten

- Het bewijsniveau in het kader van dit onderzoek was vrij laag (van “zeer laag” tot “matig”), voornamelijk vanwege de verscheidenheid van de bestudeerde populaties (zo werden in veel studies patiënten in een eerste depressieve periode samengevoegd met patiënten die een terugval hadden). Daardoor is enige voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de resultaten alvorens duidelijke conclusies te trekken over de doeltreffendheid van de bestudeerde interventies.
- De meerderheid van de studies gingen over cognitieve gedragstherapie: het was niet mogelijk om voldoende gerandomiseerde klinische studies over andere soorten psychotherapie te vinden.
- Het was niet de doelstelling van dit onderzoek om antidepressiva met elkaar te vergelijken; ze werden alleen globaal bekeken als controlegroep voor de psychotherapieën of in combinatie daarmee.

