

Slikken wij onze antidepressiva optimaal?

Aart Schene

Antidepressiva zijn de laatste tijd weer in het nieuws, zij het in negatieve zin. De pillen zouden niet werken, of ongeveer net zo goed (of slecht) als een placebo. Mensen die ze lang gebruiken, kunnen niet goed stoppen. De antidepressiva zouden suïcidaliteit niet tegen gaan, maar met name bij jongeren eerder aanwakken. De wetenschappelijke informatie hierover werd achtergehouden en dat heeft het vertrouwen in de pillen geschaad. Dat werd nog erger toen bleek dat ook de negatieve effectonderzoeken waren achtergehouden. Deze selectieve publicatie leidde tot een te positief beeld over de waarde van antidepressiva, je kan het ook kortweg wetenschappelijk bedrog noemen.

Hoe het ook zij, vooralsnog behoren de antidepressiva tot de meest voorgeschreven farmaca en het zou me verbazen als deze negatieve pers daar iets aan verandert. Slik- en voorschrijfgedrag worden door te veel andere factoren bepaald.

De Multidisciplinaire Richtlijn Depressie uit 2005 die nu herzien wordt, neemt het recente onderzoek zeker op en dat zal tot enige bezinning leiden. Maar ook deze herziene richtlijn krijgt te maken met een aantal oude en moeilijk oplosbare problemen. Zoals de aard en het beloop van de depressieve stoornissen, de diagnostiek, het bonte scala aan antidepressiva en niet-medicamenteuze behandelingen en de marketingtechnieken van de industrie. Bovendien wordt geleidelijk aan duidelijk dat wetenschappelijk onderzoek een deel van de relevante klinische vragen waarschijnlijk niet kan beantwoorden.

Geen eenheidsworst

De depressie of depressieve stoornis oogt, ook door de DSM-IV, als een homogene, weinig gecompliceerde, in de tijd gelimiteerde psychiatrische aandoening. In werkelijkheid gaat het echter om een uiterst gevarieerd scala van beelden, met wisselende combinaties van symptomen, beloopsvormen, subtypen, ernstgraden en somatische en psychiatrische comorbiditeit. Daarnaast verschillen depressieve mensen ook van elkaar qua leeftijd en geslacht, etnische achtergrond en sociale inbedding, psychologisch vermogen, ziekteinzicht en levensgeschiedenis.

Artsen en onderzoekers gaan verschillend om met deze variatie. Artsen moeten nadere diagnostiek bedrijven en vragen zich af wat de invloed van deze variatie is op indicatiestelling en therapiekeuze. Onderzoekers maken de wereld daarentegen graag eenvoudig en sluiten veel variaties uit voor hun onderzoeken. Het is

daardoor voor de praktiserende arts vaak niet duidelijk op welke patiënten de onderzoeksresultaten toepasbaar zijn.

Dan de ernstgraden en het beloop van depressie. De ernst van de depressie voorspelt niet de response op antidepressiva, het responsepercentage daalt zelfs iets met een toenemende ernst. Maar bij oplopende ernst daalt de placeboresponse nog sterker. Kort en goed: in de hogere ernstgraden is het netto effect van een antidepressivum groter. Moeten we bij lagere ernstgraden dan geen antidepressiva voorschrijven? Het antwoord is: liever niet, tenzij... In het mildere spectrum bestaat meer therapeutische ruimte om eerst af te wachten en het natuurlijk beloop een kans te geven. Of eerst minder invasief werkende interventies te proberen, zoals gespreks-, gedrags-, problemsolving- of inspanningstherapie. Dit blijkt ook uit het onderzoek van Hermens et al. (zie p 361). De tenzij betreft bijvoorbeeld mensen met recidiverende depressie, die eerder goed op antidepressiva reageerden, mensen die een duidelijke voorkeur hebben voor antidepressiva en bij wie van een niet-medicamenteuze benadering weinig valt te verwachten, of mensen bij wie deze laatste benaderingen enige tijd zijn toegepast, maar geen resultaat hadden.

De vraag of je een antidepressivum moet starten, is misschien nog de minst moeilijke. De keuze voor een middel is lastiger. Het assortiment is groot, maar de verschillen gelukkig weer uiterst klein. Waar wordt het dan moeilijk? Wel, als de patiënt niet of maar een beetje opknapt. Welk antidepressivum kiezen we dan of verhogen we de dosering? Of als het wel werkt, maar er bijwerkingen bestaan. Of als het wel werkt, maar de patiënt meldt dat hij de medicatie onregelmatig heeft geslikt (nonadherence ligt in de orde van 30 tot 50%). Wat doen we met de patiënt die niet goed kan aangeven welke baat hij heeft van het middel, maar niet wil stoppen. Mijn advies: alleen voorschrijven aan gemotiveerde, goed geïnformeerde en dus in potentie therapietrouwe patiënten, effectiviteit meten en documenteren, en bij onvoldoende effect stoppen en/of beleid wijzigen.

Doordat er zo veel meer over depressie bekend is geworden, wordt de depressiebehandeling geleidelijk aan ook geneeskunst. Ik denk dat vooral de ernst- en beloopsvormen aan belang winnen, met inachtneming van reacties op therapie. Met name de ernstige en/of recidiverende en/of slecht op therapie reagerende en/of chronische varianten hebben een programmatische aanpak nodig die op de principes van disease management is gebaseerd. Als het ons lukt om enerzijds terughoudend met antidepressiva om te gaan en anderzijds *lege artis* voor te schrijven (met zicht op therapietrouw, effect, tijdig wisselen, niet langer dan noodzakelijk), bezien we op enige termijn opnieuw of Nederland zijn antidepressiva optimaal slikt.

Auteursgegevens

Afdeling Psychiatrie, AMC/UvA, Postbus 22660, 1100 DD, Amsterdam; prof.dr. A.H. Schene, hoogleraar Psychiatrie.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Correspondentie: a.h.schene@amc.uva.nl