

Terugvalpreventie bij depressie

Hermien Elgersma, Claudi Bockting, Gemma Kok

Depressie is een chronische aandoening

Over twintig jaar zal depressie in termen van lijdensdruk en ziektekosten de ranglijst van aandoeningen in Nederland aanvoeren, samen met de hart- en vaatziekten.^{1,2} Nu al krijgen jaarlijks ruim 700.000 Nederlanders een depressie, van wie meer dan de helft vaker een depressie gehad heeft. Inmiddels is overtuigend aangetoond dat een depressieve stoornis in veel gevallen recidiveert, niet alleen bij patiënten in de tweede lijn maar ook in de eerste lijn.³⁻⁶ Het is vooral dit chronische, recidiverende karakter dat hoge maatschappelijke kosten met zich meebrengt, niet alleen door het beroep op gezondheidszorgvoorzieningen (jaarlijks 660 miljoen euro in Nederland) maar ook in termen van arbeidsverzuim en productiviteitsverlies (jaarlijks ruim 950 miljoen euro).¹ Een bekende risicofactor voor terugval is het aantal voorgaande episodens.⁷⁻¹¹ Na één episode is de kans op terugval circa 50%, maar bij een geschiedenis van drie voorgaande perioden is dat opgelopen tot 90%.¹⁰ Een andere consistente risicofactor voor terugval zijn

Samenvatting

Elgersma HJ, Bockting CLH, Kok GD. Terugvalpreventie bij depressie. *Huisarts Wet* 2011;54(2):65-7.

Over twintig jaar zal depressie vermoedelijk gestegen zijn naar een tweede plaats op de ranglijst van ziektebeelden die het meeste lijden en kosten met zich meebrengen. Dat komt vooral doordat het een chronische aandoening is terwijl de behandeling zich voorsnog sterk richt op de acute fase, op 'cure' dus. Om een volgende depressieve episode te voorkomen, zijn de meeste patiënten nog steeds aangewezen op een 'onderhoudsbehandeling' met antidepressiva, hoewel aangetoond is dat psychologische interventies soms meer bescherming bieden. Vanwege de toenemende persoonlijke en maatschappelijke kosten verdient de preventie van recidiverende depressies extra aandacht. Om de vereiste continuïteit van zorg te realiseren, moeten de eerste en de tweede lijn (de GGZ) meer en beter samenwerken. In dit artikel houden wij twee soorten psychologische interventies tegen het licht die ook in de eerste lijn prima toepasbaar zijn: preventieve cognitieve therapie (PCT) en interventies via internet, e-mental-health.

Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Centrum Psychiatrie, afdeling Emotionele Stoornissen/cc 40, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen: H.J. Elgersma, klinisch psycholoog en onderzoeker. Rijksuniversiteit Groningen, Klinische en Ontwikkelingspsychologie: prof. dr. C.L.H. Bockting, klinisch psycholoog; G.D. Kok, onderzoeker.

Correspondentie: h.j.elgersma@rug.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

residuele klachten na herstel, hoe licht ook.^{7-10,12} Een Nederlands gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) rapporteerde over een periode van twee jaar een terugvalpercentage van 62%.⁷

In de acute fase wordt de patiënt meestal behandeld door een hulpverlener uit een GGZ-instelling, maar die beëindigt de behandeling zodra de patiënt is opgeknapt. De meeste van deze patiënten komen uiteindelijk bij de huisarts terecht met het verzoek de antidepressiva voort te zetten om recidive te voorkomen. Men zou in de eerste en tweede lijn niet alle aandacht moeten richten op de acute depressieve symptomatologie, maar beter moeten kijken naar verschillende manieren om recidive te voorkomen en zo het chronische beloop, het ritme van depressie, te doorbreken.⁸

Nadelen van antidepressiva als onderhoudsbehandeling

In verreweg de meeste gevallen poogt men recidive te voorkomen door antidepressiva voort te schrijven als 'onderhoudsmedicatie'. Volgens de richtlijnen moet de patiënt deze middelen minstens twee jaar blijven gebruiken om terugval te voorkomen. Daaraan kleeft een aantal nadelen. In de klinische praktijk blijkt dat 70 tot 80% van de patiënten voortijdig stopt of een te lage dosering gebruikt.¹³ Net als bij andere chronische ziektebeelden is de therapietrouw niet verzekerd: die kan na twee jaar gedaald zijn tot 50%. Anderen hebben een contra-indicatie voor antidepressiva, wegens bijvoorbeeld een somatische ziekte, zwangerschap of bijwerkingen. Een derde probleem is dat men eigenlijk niet weet hoe lang de patiënt de onderhoudsantidepressiva moet blijven slikken. In de praktijk kan dat levenslang zijn, en de gevolgen van zulk jarenlang gebruik van antidepressiva zijn nog niet onderzocht. Een vierde nadeel is dat antidepressiva bij steeds meer patiënten na verloop van tijd hun werkzaamheid verliezen. Recente multidisciplinaire richtlijnen benadrukken dan ook de noodzaak om de optimale duur van de onderhoudsbehandeling te onderzoeken en bovendien te kijken naar de kosteneffectiviteit van onderhoudsantidepressiva.¹⁴ Een laatste nadeel is dat veel patiënten aangeven dat ze een psychologische interventie zouden prefereren boven medicamenteuze behandeling.¹⁵

Psychologische interventies om terugval te voorkomen

In het licht van de genoemde nadelen is het zinnig om alternatieve interventies tegen het licht te houden. Dat kortdurende psychologische interventies bescherming kunnen bieden tegen terugval, wordt steeds duidelijker. Er is een meta-analyse gedaan van 28 onderzoeken (1880 volwassenen) naar de werkzaamheid van cognitieve therapie, toegepast tijdens de acute fase of als de patiënt hersteld was. Cognitieve therapie bleek in alle gevallen de kans op terugval bij depressie te verkleinen.¹⁶ Patiënten die tijdens de acute depressieve fase een cognitieve therapie hadden

De kern

- ▶ Depressie is een chronische aandoening en staat inmiddels bekend als een volksziekte. Er is echter nog weinig aandacht voor het recidiverende karakter van de depressieve stoornis.
- ▶ Verreweg de meeste patiënten krijgen een onderhoudsdosis antidepressiva om te voorkomen dat ze opnieuw depressief worden. Deze medicijnen hebben echter grote nadelen en zijn niet altijd effectief.
- ▶ Cognitieve gedragstherapie, aangeboden als groepstherapie, is minstens even effectief tegen een terugval en zou ook in de eerste lijn goed inzetbaar zijn. De rol van internet bij terugvalpreventie is vooralsnog minder duidelijk, maar lijkt interessant.

ondergaan, waren significant beter beschermd tegen recidive dan patiënten die behandeld waren met antidepressiva: het number needed to treat (NNT) was 5, het relatieve risico op recidive was afgenomen met 22%. Een combinatie van cognitieve therapie en antidepressiva in de acute fase verminderde de kans op recidive met 23% ten opzichte van alleen antidepressiva (NNT 4). Er zijn helaas nog onvoldoende onderzoeken gedaan die cognitieve therapie plus antidepressiva in de acute fase vergelijken met cognitieve therapie alleen.

Uit de genoemde meta-analyse bleek ook dat cognitieve therapie nadat de patiënt hersteld is extra bescherming biedt tegen terugval, ook wanneer in de acute fase een ander type behandeling is toegepast, zoals antidepressiva. Een korte cognitieve therapie na herstel is in elk geval effectiever dan géén interventie: het reduceert de kans op terugval met 21% (NNT 5), en bij follow-up bleek het relatieve risico 29% (NNT 4). Bij patiënten die in de acute fase van een depressie waren opgeknapt met cognitieve therapie, was de kans op terugval geringer wanneer de cognitieve therapie werd voortgezet dan wanneer deze werd gestopt na herstel. Het verschil was 12% (NNT 9), en bij follow-up bleek de kans op terugval zelfs 14% minder (NNT 7). Ook zijn er aanwijzingen gevonden dat patiënten die drie tot vijf depressieve episoden gehad hadden, beter op cognitieve therapie reageerden dan patiënten die minder depressieve episoden hadden gehad. Cognitieve therapie, toegepast tijdens of na de acute fase van een depressie, beschermt patiënten dus tegen een terugval in de depressie, ook wanneer ze voordien antidepressiva kregen. Met name 'sequentiële' cognitieve therapieën, gegeven ná een acute episode, zijn potentieel interessant voor de eerste lijn. Immers, slechts een kleine minderheid van de patiënten met een depressie krijgt cognitieve therapie tijdens de acute fase, maar kortdurende psychologische interventies zijn zeer geschikt voor mensen die hersteld zijn van een eerdere depressie, ongeacht het type behandeling dat ze daarbij hebben ontvangen. We zullen hierna twee specifieke psychologische interventies nader bekijken: preventieve cognitieve therapie en het recent ontwikkelde *E-mental-health*, dat gebruikmaakt van internet.

Preventieve cognitieve therapie (PCT)

Preventieve cognitieve therapie (PCT) is een vorm van cognitieve gedragstherapie die speciaal ontwikkeld is om terugval na een

depressie te voorkomen.^{7,8,17-20} In een RCT waarin 172 patiënten in een aantal Nederlandse centra vijfeneenhalf jaar gevolgd werden, bleek de groep die naast de gebruikelijke onderhoudsbehandeling ook een PCT kreeg, beter beschermd tegen terugval dan de groep die alleen de gebruikelijke onderhoudsbehandeling had gekregen.^{7,8,21} Ook in ander onderzoek zijn aanwijzingen gevonden dat een psychologische interventie als onderhoudsbehandeling even effectief is als antidepressiva.²² Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of een PCT de antidepressiva geheel kan vervangen of dat een combinatie de meeste bescherming biedt, en wat voor welke patiënt de beste bescherming biedt.

Een PCT bestaat uit acht wekelijkse groepsbijeenkomsten van elk twee uur, geleid door een speciaal opgeleide psycholoog of gedragstherapeut. De deelnemers leren hun depressogene denkpatronen te veranderen in alternatieve, helpende denkpatronen, leefregels. De therapeut gebruikt daarbij een specifieke cognitieve techniek, de 'positieve-attitude-techniek'. Vervolgens oefenen de deelnemers het zich herinneren van specifieke positieve ervaringen. Gebleken is namelijk dat mensen met een depressieve stoornis minder goed specifieke ervaringen kunnen oproepen^{23,24} en minder probleemoplossende vaardigheden hebben,²⁵ en dat wordt erger naarmate de patiënt meer depressieve episoden heeft doorgemaakt²⁶ en moeilijker herstelt van een episode.¹⁸ Ter afsluiting maken therapeut en patiënt samen een terugvalpreventieplan, waarbij de patiënt leert de signalen van terugval te herkennen en een stappenplan ontwikkelt om daaraan het hoofd te bieden. Een cognitieve therapie als deze is niet alleen in de tweede lijn, maar ook in de eerste lijn goed toepasbaar, en past goed in de ontwikkeling binnen de eerste lijn en de huisartsenpraktijk, waarin steeds meer psychologen werkzaam zijn.

E-mental-health

Een alternatief voor groepsgewijze preventieve interventies zijn interactieve zelfhulpinterventies via internet. Deze zogeheten e-mental-healthprogramma's zijn goedkoop en op grote schaal aan te bieden. Andere veelgenoemde voordelen zijn de snelheid, anonimiteit en toegankelijkheid.²⁷ Tot op heden is er geen onderzoek gedaan naar hun effect op recidiverende depressies, maar de resultaten bij een eerste episode, voor zover onderzocht, zijn veelbelovend. In een review van vijftien RCT's vonden de auteurs aanwijzingen dat deze zelfhulpinterventies via internet symptomen zoals depressie en angst verminderden.²⁸

Cognitieve gedragstherapie (CGT) via internet kan dus effectief zijn tegen angst en depressie. In een meta-analyse van twaalf RCT's is de effectgrootte onderzocht van een aantal internet-CGT's (bij een effectgrootte van 0,5 is het gemiddelde effect in de interventiearm een halve standaarddeviatie groter dan in de controlearm; effectgroottes tussen 0,56 en 1,2 zijn hoog, tussen 0,33 en 0,55 gemiddeld en onder 0,32 laag). Eén internet-CGT werd ondersteund door een therapeut en had een effectgrootte van 1,00 (95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) 0,17-1,24). De andere internet-CGT's scoorden laag, van 0,24 tot 0,26 (95%-BI 0,11-0,37 en 0,08-0,44).²⁷ Ook in ander onderzoek bleek het effect

van een internet-CGT groter wanneer deze ondersteund werd door een therapeut.²⁹ Het effect van e-mental-healthinterventies lijkt dus afhankelijk van bepaalde randvoorwaarden, zoals ondersteuning door een therapeut, maar internet als middel bij terugvalpreventie is nog onvoldoende onderzocht.

Conclusie

In het kader van de continuïteit van zorg kan samenwerking tussen de huisarts of eerstelijnspsycholoog in de eerste lijn en de GGZ in de tweede lijn een gezonde basis vormen om de toegankelijkheid van psychologische interventies voor patiënten met een depressieve stoornis te vergroten. De toepassing van deze therapieën na een depressieve episode is evidence-based en kan de kosten van deze veelal chronische aandoening helpen reduceren. Onder het motto 'Doorbreek het ritme van depressie' lopen in Nederland momenteel twee nationale onderzoeken naar het voorkomen van terugval door middel van een preventieve cognitieve training. Voor gedetailleerde informatie over deze onderzoeken zie de website <http://www.doorbreek-depressie.nl>.

Literatuur

- 1 Smit F. Publieke geestelijke gezondheid: Analyse en synthese [oratie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2009.
- 2 Layard R, Clark D, Bell S, Knapp M, Meacher B, Priebe S, et al. The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders. London: London School of Economics and Political Science, Centre for Economic Performance, 2006.
- 3 Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott JCW, Warshaw M, Maser JD. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry* 1999;156:1000-6.
- 4 Eaton WW, Anthony JC, Gallo J, Cai G, Tien A, Romanoski A, et al. Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression: The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:993-9.
- 5 Van Weel-Baumgarten EM, Van den Bosch WJ, Hekster YA, Van den Hoogen HJ, Zitman FG. Treatment of depression related to recurrence: A 10-year follow-up in general practice. *J. Clin Pharm Ther* 2000;25:61-6.
- 6 Piccinelli M, Wilkinson G. Outcome of depression in psychiatric settings. *Br J Psychiatry* 1994;164:297-304.
- 7 Bockting CLH, Schene A, Spinhoven P, Koeter MWJ, Wouters LF, Huyser J, et al. Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2005;73:647-57.
- 8 Bockting CLH, Speckens A. Psychotherapie bij depressie. In: Huyser J, Schene AH, Sabbe B, Spinhoven Ph, redactie. *Handboek voor depressie*. Utrecht: Tijdstroom, 2009.
- 9 Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S, Grandi S. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2004;161:1872-6.
- 10 Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, et al. A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:694-700.
- 11 Kessing LV, Hansen MG, Andersen PK, Angst J. The predictive effect of episodes on the recurrence of depressive and bipolar disorders: A life-long perspective. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:339-44.
- 12 Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barocka A. Residual symptoms after partial remission: An important outcome in depression. *Psychol Med* 1995;25:1171-80.
- 13 Bockting CLH, Ten Doesschate MC, Spijker J, Spinhoven P, Koeter MJW, Schene A, The DELTA study group. Continuation and maintenance use

Abstract

Elgersma HJ, Bockting CLH, Kok GD. Relapse of depression. *Huisarts Wet* 2011;54(2):65-7.

In 20 years, major depressive disorder will probably be the second most burdensome disease in terms of suffering and costs. This is mainly because depression is a chronic disorder, whereas treatment is often given in the acute phase, as a "cure". Most patients have to rely on maintenance doses of antidepressants to ward off further episodes of depression, even though there is evidence that psychological interventions offer more protection. Given the personal and societal cost of depression, more attention should be given to relapse prevention. Primary and secondary care need to work together to provide continuity of care. This article describes two types of psychological intervention that can be used in primary care: preventive cognitive therapy and E-mental health services and therapies.

- of antidepressants in recurrent depression. *Psychother Psychosom* 2008;77:17-26.
- 14 Ten Doesschate MC, Bockting CLH, Schene A. Adherence to continuation and maintenance antidepressant use in recurrent depression. *J Affect Disord* 2009;115:167-70.
 - 15 Van Schaik DJ, Klijn AF, Van Hout HP, Van Marwijk HW, Beekman AT, De Haan M, et al. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26:184-9.
 - 16 Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarret RB. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:475-88.
 - 17 Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medications in moderate to severe depression. *Arch of Gen Psychiatry* 2005;62:417-22.
 - 18 Beck AT. Cognitive models of depression. *J Cogn Psychoth* 1987;1:5-37.
 - 19 Bockting CLH. Preventieve cognitieve training bij terugkerende depressie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
 - 20 Bockting CLH. Niet meer depressief. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
 - 21 Bockting CLH, Spinhoven P, Koeter MWJ, Wouters LF, Huyser J, Schene A. Long term effect of preventive cognitive therapy in recurrent depression: 5,5-year follow-up. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1621-8.
 - 22 Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:966-78.
 - 23 Goddard L, Dritschel B, Burton A. Role of autobiographical memory in social problem-solving and depression. *J Abnorm Psychol* 1996;105:609-16.
 - 24 Williams JMG, Scott J. Autobiographical memory in depression. *Psychol Med* 1988;18:689-95.
 - 25 Pollock LR, Williams JMG. Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide Life Threat Behav* 2001;31:386-96.
 - 26 Peeters F, Wessel I, Merckelbach H, Boon-Vermeeren M. Autobiographical memory specificity and the course of major depressive disorder. *Compr Psychiatry* 2002;43:344-50.
 - 27 Spek V, Cuijpers P, Nyklíček I, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychol Med* 2007;37:319-28.
 - 28 Griffiths KM, Christensen H. Review of randomised controlled trials of internet interventions for mental disorders and related conditions. *Clinical Psychologist* 2006;10:16-29.
 - 29 Carlbring P, Nilsson-Ihrfelt E, Waara J, Kollenstam C, Buhman M, Kalso V, et al. Treatment of panic disorder: Live therapy vs. self-help via the internet. *Behav Res Ther* 2005;43:1321-33.