DEPRESSIE BIJ VOLWASSENEN: AANPAK DOOR DE HUISARTS

Anamnese

- Ben je de voorbije twee weken dagelijks gehinderd door:
  - depressieve gevoelens/sombere gevoelens?
  - weinig interesse of plezier in de dingen die je deed?
- Zo ja op één van beide vragen: denk je dan wel eens dat het leven niet meer de moeite waard is of dat je liever dood wil zijn?

Diagnostisch landschap

- Bij vroegere manische perioden of actuele hallucinaties/wanen => gespecialiseerde opvang.
- Bij hypothyreoïdie, ziekte van Parkinson, beginnende dementie, ongewenste medicamenteuze effecten, drug- of alcoholmisbruik => eerst dit behandelen.
- Bij rouw, overspanning, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen => specifieke aanpak.

Drie gradaties van depressie op basis van ernst, weerbaarheid en context

Merk op: de '9 symptomen' zijn depressieve stemming, anhedonia, slaapproblemen, verandering in eetlust of gewichtsverlies, verminderde energie, verhoogde of verminderde psychomotorische activiteit, verminderde concentratie, gevoelens van schuld of van waardeloosheid, denken/plannen met betrekking tot suïcide.

Gradatie	Diagnose	Behandeling
Licht	Aanwezigheid van 2 à 4 symptomen. Patiënt blijft nog goed functioneren en/of zit redelijk goed ingebed in een netwerk.	'watchfull waiting'. Zo nodig concretiseren van de klacht, psycho-educatie en activering.
Matig	Aanwezigheid van 5 à 7 symptomen. Geen verlies van vitale functies, wel verlaagde weerbaarheid, matige emotionele kwetsbaarheid, slechter ingebed in netwerk.	Concretiseren van de klacht, psycho-educatie en activering in eigen beheer of verwijzen voor gespecialiseerde psychotherapie. Overweeg toch antidepressiva wanneer een niet-medicamenteuze aanpak geweigerd wordt of mislukt, of bij voorgeschiedenis van ernstige depressie.
Ernstig	Aanwezigheid van 8 à 9 symptomen (minstens: depressieve stemming en/of anhedonia), of minder maar met grote intensiteit/impact: bijvoorbeeld uitgesproken vitale tekenen of suïciderisico. Grote kwetsbaarheid of klein, zelfs negatief, netwerk. Invaliderende comorbiditeit.	Antidepressiva én zeker verwijzen voor gespecialiseerde psychotherapie onder de vorm van cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke psychotherapie.

Verwijs bij concrete suïcidegedachten, eerdere pogingen of beperkte beschermende factoren.

Niet-medicamenteuze begeleiding door de huisarts bij lichte en matige depressie

Maak de klacht, en de impact ervan op het functioneren van de patiënt, concreet

- Inventariseer recente veranderingen en acute of chronische bronnen van stress (verhoogde draaglast). Bekijk het recent wegvallen van hulpbronnen (verminderde draagkracht).
- Exploreer ideeën, bezorgdheden en verwachtingen ten aanzien van de consultatie en de behandeling.
- Overloop op concrete wijze momenten waarbij de patiënt zich erg slecht of heel goed voelde.
- Bied de mogelijkheid om themata uit het verleden en kwetsbaarheden te berde te brengen.

Benoem en herkader de depressie

- Benoem de problematiek uitdrukkelijk als depressie.
- Geef uitleg over "depressie als ontspoorde kwetsbaarheid", bespreek duur, verloop en impact op het dagelijks leven. Bespreek draaglast en -kracht als de patiënt vraagt: "waarom depressief?"
- Geef informatie over de therapeutische mogelijkheden.
- Geef een vervolgafspraak binnen de week en benadruk dat regelmatige opvolging nodig is. Hou een vinger aan de pols bij acute suïcidaliteit en weigering tot verwijzing.
- Informeer en ondersteun de partner indien patiënt akkoord gaat.

verscheen ook in Huisarts Nu 2008;37(6):297-317.

DEPRESSIE BIJ VOLWASSENEN: AANPAK DOOR DE HUISARTS

Activeer de patiënt

- Maak een activiteitenschema met beweging, sport of het terug opnemen van die dingen die vroeger nuttig, leuk en waardevol waren en leg het nut ervan uit.
- Werk in kleine stappen en laat dit noteren.

Antidepressiva bij een ernstige depressie

Verwijs bij ernstige depressie ook steeds voor gespecialiseerde cognitieve gedragstherapie.
TCA's en SSRI's zijn gelijkwaardige producten in de eerste lijn met eigen profiel van ongewenste effecten. Alle andere antidepressiva zijn geen eerste keus in de eerste lijn.

TCA

- Indien misselijkheid, anorexie, diarree of duizeligheid, agitatie, slapeloosheid of verhoogde bloedingsdiathese ongewenste effecten zouden zijn.
- Kies voor amitriptyline (sederend), imipramine (neutraal) of nortriptyline (activerend).
- Kies bij ouderen, indien een TCA gewenst is, voor nortriptyline.
- Bouw de dosis om de 2 à 3 dagen op tot bijvoorbeeld 100 mg amitriptyline 's avonds (of 50 mg nortriptyline 's ochtends bij ouderen).

SSRI

- Indien droge mond, obstipatie, wazig zien, urineretentie, transpireren, aritmie en orthostatische hypotensie ongewenste effecten zouden zijn.
- Bij cardiaal belaste patiënten, bij gesloten hoekglaucoom, bij prostatisme, bij ernstig suïcidegevaar en bij ouderen.
- Kies voor fluvoxamine (sederend), paroxetine, sertraline, citalopram of fluoxetine (activerend).
- Bij ouderen: sertraline en citalopram wegens minder kans op geneesmiddeleninteractie.
- Niet stapsgewijs opbouwen: geef meteen de effectieve dosis. Start bij ouderen met een halve dosis.

Leg aan patiënt uit: effect op stemming is er pas na 2 tot 4 weken, ongewenste effecten, noodzaak aan opvolging (gezien suïcidale ideatie), rijvermogen, alcohol, risico op dervingsverschijnselen bij stoppen.

Opvolging van een patiënt met depressie

Neem zélf het initiatief om gemiddeld wekelijkse vervolggesprekken vast te leggen.

Niet-medicamenteuze opvolging (altijd!)

- Peil naar resterende klachten en eerste tekenen van herstel.
- Geef aan dat het herstel met 'vallen en opstaan' gebeurt.
- Bespreek en ga anders om met relevante themata en vroegere kwetsbaarheden.
- Vanaf een derde episode: bespreek CGT of Mindfulness Based Cognitive Therapy.

Medicamenteuze opvolging bij ernstige depressie

- Evalueer het effect na vier weken tot zes weken (ouderen).
- Indien na 4 weken (of 6 weken bij ouderen) voldoende respons, geef medicatie verder tot de remissie bereikt is, en daarna nog eens 6 maanden (9 maanden bij ouderen).
- Verwijs naar de psychiater indien onvoldoende respons.
- Afronden therapie: bouw over minstens 4 weken af met per week 2 dagdosissen minder.
- Streef een zo volledig mogelijk herstel na in het kader van hervalpreventie.

Maak gebruik van de mantelzorg en van de samenwerkingsverbanden die regionaal voorhanden zijn, wanneer intensievere begeleiding nodig is ('shared care').

verscheen ook in Huisarts Nu 2008;37(6):297-317.