

Hoewel depressie lijkt te verwijzen naar een homogeen toestandsbeeld bestaan er wel degelijk betekenisvolle verschillen in klinisch beeld en onderliggende processen tussen individuen. Peeters et al. (2012) ontwikkelden een model voor stadiëring en profilering van unipolaire depressie met behulp waarvan deze individuele verschillen geïnterpreteerd kunnen worden. Er is niet of nauwelijks nagegaan in hoeverre stadiëring en profilering toepasbaar en bruikbaar is in de klinische praktijk. Fleur Kraanen en collega's geven hiertoe een eerste aanzet.

TOEPASBAARHEID EN RELATIE MET KLINISCHE VARIABELEN

STADIËRING EN PROFILERING VAN UNIPOLAIRE DEPRESSIE IN DE KLINISCHE PRAKTIJK

INLEIDING

Depressie is een veelvoorkomende psychische stoornis. Resultaten van een groot Nederlands bevolkingsonderzoek wezen uit dat bijna 20% van de Nederlandse populatie tussen 18 en 64 jaar ooit een depressie heeft gehad en ruim 5% een depressie doormaakte in de afgelopen twaalf maanden (de Graaf et al. 2012). Hiervan zochten ongeveer 200.000 mensen hulp in de ggz (Nuijen et al., 2017). Depressie komt niet alleen veel voor maar wordt ook geassocieerd met een hoge lijdensdruk (bijv. Papakostas et al., 2004; Saarni et al., 2007). Bovendien brengt de aandoening hoge kosten met zich mee, onder andere verbonden met behandeling en arbeidsverzuim (Eaton et al., 2008; de Graaf et al., 2012; Coretti et al., 2019).

Depressieve stoornissen worden in Nederland vrijwel altijd geclassificeerd aan de hand van de DSM-criteria (APA,

2014). Hoewel de introductie van de DSM verschillende positieve effecten met zich meebracht – denk aan meer uniformiteit in diagnostiek, verbeterde communicatie tussen klinici, en verbeterde herkenning van stoornissen (Jongedijk, 2001; Scott & Henry, 2017) – kleven hier ook nadelen aan. Door gebruik van de DSM-classificatie lijkt het begrip ‘depressieve stoornis’ naar een homogeen toestandsbeeld te verwijzen. Er bestaan echter betekenisvolle verschillen in processen die onderliggend zijn aan de depressie, het klinisch beeld, en in effectiviteit van de verschillende behandelingen (bv. McGorry et al., 2006; Peeters et al., 2012).

Het niet-erkennen van heterogeniteit van de depressieve stoornis bemoeilijkt wetenschappelijk onderzoek naar onderliggende processen en behandeling van depressie (Peeters et al., 2012). Concepten die helpen om mensen met een depressieve stoornis van elkaar te onderscheiden zijn

stadiëring (voorheen staging) en profilering. Stadiëring verwijst naar verschillende fasen die in de ontwikkeling van een ziekte kunnen worden onderscheiden, en de uitbreiding, ernst en complicaties ervan (Beekman et al., 2012). Stadiëring is behulpzaam bij het voorspellen van het beloop van een ziekte en het stellen van indicatie voor behandeling (Beekman et al., 2012). In de medische wetenschap wordt stadiëring veelvuldig toegepast, bijvoorbeeld in de oncologie.

In de onderhavige studie zijn principes van stadiëring toegepast bij gegevens van poliklinische patiënten met depressie. Daarbij zijn wij uitgegaan van het model van Peeters et al. (2012) dat gebaseerd is op het model van Hetrick et al. (2008). Het model is samengevat in Tabel 1.

Door gebruik van de DSM-classificatie lijkt het begrip ‘depressieve stoornis’ naar een homogeen toestandsbeeld te verwijzen

Stadiëring is louter descriptief van aard en gebaseerd op symptomen van de ziekte en de gevolgen hiervan (Beekman et al., 2012). Bij profilering daarentegen worden factoren betrokken die een etiologische betekenis hebben en/of het beloop van een ziekte of behandelingsucces zouden kunnen beïnvloeden (Beekman et al., 2012; Peeters et al., 2012). Voorbeelden hiervan zijn vroegkinderlijk trauma in de voorgeschiedenis of een depressie met een seizoensgebonden patroon.

Bij het selecteren van profileringskenmerken nemen (etiologische) factoren die samenhangen met de ziekte dus een belangrijke plaats in. Wanneer het echter gaat om depressieve stoornissen, dan is het moeilijk te bepalen wat deze factoren zijn, omdat depressie een multifactoriële stoornis betreft waarbij met elkaar interacterende risicofactoren een rol spelen (Peeters et al., 2012). Als indicatiestelling gebeurt op basis van gefaseerde diagnostiek, bestaande uit classificatie van een stoornis volgens de DSM, het vaststellen van het stadiëring stadium en vervolgens profilering, is dit

een belangrijke stap richting *personalized medicine*, oftewel het bieden van ‘behandeling op maat’ waarbij op basis van unieke kenmerken van een patiënt de behandelstrategie bepaald wordt.

Stadiëring en profilering zouden dus een waardevolle toevoeging kunnen zijn aan de huidige classificatie van psychische klachten volgens de DSM. Dit is opgepikt door het *Tijdschrift voor Psychiatrie*, dat in 2012 een themanummer hieraan wijdde. De publicaties in dit themanummer en overige over dit thema verschenen publicaties zijn echter vooral theoretisch van aard (bijv. Fava & Kellner, 1993; Hetrick et al., 2008; Cosci & Fava, 2013).

Het doel van de huidige studie is om exploratief na te gaan of stadiëring en profilering in de klinische praktijk toepasbaar en bruikbaar is, en wel bij patiënten met een depressieve stoornis die in behandeling zijn bij een polikliniek van Altrecht, een instelling voor gespecialiseerde ggz (sggz). Specifiek wordt als eerste de volgende onderzoeksvraag beantwoord: wat zijn stadiëring- en profileringskenmerken van patiënten die in behandeling zijn bij Altrecht polikliniek Stemmingsstoornissen? Hierbij wordt verwacht dat, aangezien deze polikliniek uitsluitend patiënten behandelt in de specialistische ggz die verwezen zijn vanwege een depressieve stoornis, geen van de patiënten zich in depressiestadium 1 (prodromale fase) bevindt en relatief veel patiënten in depressiestadium 5 (2^e, 3^e, of 4^e recidive depressieve episode of chronische depressie) in te delen zijn.

Een tweede, exploratieve onderzoeksvraag is of er een relatie is tussen depressiestadium en profileringskenmerken enerzijds en ernst van de depressieve stoornis bij intake, de lengte van de behandeling, en het resultaat van de behandeling anderzijds. Hoewel we geen studies vonden die hier heel specifiek naar hebben gekeken, is het aannemelijk om te verwachten dat hoe hoger het depressiestadium, hoe langer de behandeling duurt en hoe minder vaak de depressie in remissie is aan het einde van de behandeling. Wat betreft profilering wordt verwacht dat patiënten bij wie sprake is van psychische klachten naast de depressieve stoornis (dus de patiënten bij wie sprake is van vroegkinderlijke traumatisering in de voorgeschiedenis en een psychotische depressie) ernstiger depressief zijn bij aanvang van de behandeling, de behandeling langer duurt en minder vaak sprake is van een depressie in remissie na afloop van de behandeling. Deze laatste onderzoeksvraag kan gezien worden als een voorzichtige eerste aanzet om het model van Peeters et al. (2012) te toetsen.

TABEL 1. STADIA VAN UNIPOLAIRE DEPRESSIES (GEBASEERD OP PEETERS ET AL., 2012).

STADIUM	KORTE BESCHRIJVING
1 - Prodromale fase	Angst, rumineren, prikkelbaarheid en onwelbevinden dat kan overgaan in een subsyndromale depressie
2 - Eerste depressieve episode	Eerste depressieve episode volgens de criteria van DSM-5
3 - Restsymptomen na eerste depressieve episode	Eerste depressieve episode in partiële remissie met een of meerdere restsymptomen zoals somberheid, angst, prikkelbaarheid, anhedonie, slaapproblemen óf een persisterende depressieve stoornis (dysthymie)
4 - Eerste recidive episode	Tweede depressieve episode volgens de criteria van DSM-5
5 - Tweede, derde, of vierde recidive depressieve episode of chronische depressie	Er is sprake van ten minste een derde depressieve episode óf een langdurige episode zonder gunstig natuurlijk beloop waarvoor de patiënt nog geen behandeling heeft gehad

METHODE

DEELNEMERS Patiënten kwamen in aanmerking voor deelname aan het onderzoek wanneer zij tussen maart 2014 en mei 2020 een intakegesprek hadden gehad bij de polikliniek Stemningsstoornissen van Altrecht, een grote specialistische ggz-instelling in midden-Nederland. Bij die polikliniek worden patiënten behandeld bij wie (in principe) sprake is van een (persisterende) depressieve stoornis. Veelal zijn patiënten eerder elders in behandeling geweest. Patiënten werden uitgesloten van deelname wanneer bleek dat de depressieve klachten onderdeel waren van een bipolaire stoornis.

MEETINSTRUMENTEN

Inventory of Depressive Symptomatology – Self-report (IDS-SR-NL)

De IDS-SR-NL is een zelfrapportagevragenlijst om de ernst van depressieve klachten te meten bij poliklinische en opgenomen patiënten bestaande uit 30 items (Rush et al., 1986; 1996; 2003). Items worden gescoord op een 4-punts Likertschaal. De totale score ligt tussen 0 en 84. Een sterk punt van de IDS-SR-NL is dat alle symptomen van depressie, zoals omschreven in de DSM-IV en DSM-5, worden gemeten, inclusief melancholische, atypische en overige symptomen die met depressie worden geassocieerd, zoals angst en pijn (Meesters et al., 2016). De IDS-SR heeft goede psychometri-

sche kwaliteiten en is gevoelig voor verandering in depressieve klachten (Meesters et al., 2016).

Checklist Stadiëring en Profilering van Unipolaire Depressies (CSP-UD)

Binnen Altrecht polikliniek Stemningsstoornissen is een checklist ontwikkeld voor stadiëring en profilering van depressieve stoornissen, de Checklist Stagering en Profilering van Unipolaire Depressies (CSP-UD; Altrecht GGZ, 2014). Het stadiëringsmodel dat is opgenomen in de CSP-UD is grotendeels gebaseerd op het model van Peeters et al. (2012). Wat betreft profileringskenmerken zijn, eveneens op basis van Peeters et al. (2012), de meest zekere opgenomen in de CSP-UD, namelijk 1) ernst van de depressie, 2) vasculaire problematiek, en 3) vroege traumatisering, en daarnaast verschillende symptoomprofielen, namelijk de 4) seizoensgebonden depressie, 5) atypische depressie, 6) vitale depressie, en 7) psychotische depressie.

De ernst van de depressie wordt bepaald aan de hand van het aantal DSM-criteria waaraan voldaan wordt (vijf symptomen worden geclassificeerd als lichte depressie, zes tot zeven symptomen als matige depressie en acht tot negen symptomen als ernstige depressie). De gebruikte vragen om te beoordelen of er sprake is van een seizoensgebonden patroon, een atypische depressie, een vitale depressie, en/of een psychotische depressie zijn ontleend aan de Mini

International Neuropsychiatric Interview-Plus (MINI-Plus; Sheehan et al., 1998).

Om na te gaan of er sprake is van vasculaire problematiek wordt de volgende vraag gesteld: 'Heeft u vasculaire problemen? Vasculaire problemen zijn bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, slagaderverkalking, hoge bloeddruk, verhoogd cholesterol en/of trombose.' Vroege traumatisering wordt als volgt nagevraagd: 'Heeft u op jonge leeftijd een traumatische gebeurtenis of meerdere traumatische gebeurtenissen meegemaakt? Hoe oud was u toen?' De vragen die gebruikt worden om de ernst van de suïcidaliteit in te schatten zijn gebaseerd op Kerkhof en Van Heeringen (2000) en tevens opgenomen in de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2012). De belangrijkste vragen over suïcidaliteit zijn: 'Heeft u gedachten aan suïcide?', 'Hoe vaak heeft u deze gedachten?', 'Heeft u plannen gemaakt, zo ja, welke', en 'Welke voorbereidingen heeft u getroffen?'

Tot slot wordt met behulp van de CSP-UD informatie verzameld over de duur van de eerste en huidige depressieve episode. Er is nog geen onderzoek gedaan naar de psychometrische eigenschappen van de CSP-UD.

PROCEDURE Patiënten werd tijdens het adviesgesprek na intake gevraagd of zij wilden deelnemen aan het zogenoemde Gespecialiseerde Depressie Assessment (GDA). Wanneer patiënten instemden, werden zij benaderd door masterstudenten klinische psychologie en werd er een afspraak ingepland voor afname van dit GDA. Vanwege logistieke redenen namen niet alle patiënten die een intake hadden bij de polikliniek deel aan het GDA. De belangrijkste redenen dat patiënten niet deelnamen aan het GDA waren onvoldoende capaciteit om het assessment af te nemen, onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal of acute suïcidaliteit.

Het GDA duurde ongeveer anderhalf uur. Eerst werden deelnemers geïnformeerd over het doel van het GDA.

Uitgelegd werd dat het GDA primair werd afgenomen om extra informatie te verzamelen over aard, ernst en achtergrond van de huidige klachten ten behoeve van de behandeling en, mits daarvoor toestemming werd gegeven, ook voor onderzoeksdoeleinden werd benut. Vervolgens gaven patiënten toestemming voor het anoniem gebruiken van hun gegevens voor wetenschappelijk onderzoek.

Hierna werden verschillende interviews en vragenlijsten afgenomen waaronder de IDS-SR-NL (Rush et al., 1986; 1996; 2003) en de CSP-UD (Altrecht GGZ, 2014). Overige informatie van de deelnemers (lengte van de behandeling en reden van afsluiting) werd verkregen via dossierstudie nadat patiënten die deel hadden genomen aan het GDA hun behandeling hadden afgerond. De reden van afsluiting van de behandeling was gebaseerd op het klinisch oordeel van de behandel- laar en werd uit het dossier gehaald.

STATISTISCHE ANALYSES Om de relatie na te gaan tussen stadium van de depressie en profileringskenmerken (ernst van de depressie, vasculaire problematiek, vroege traumatisering, seizoensgebonden depressie, atypische depressie, vitale depressie, en psychotische depressie) enerzijds en, anderzijds, ernst van de depressieve stoornis bij aanvang van de behandeling (IDS-SR-NL-score) en lengte van de behandeling (in dagen) is gebruikgemaakt van lineaire regressieanalyses.

Bij het nagaan van de relatie tussen depressieprofiel (met uitzondering van ernst van de depressie op basis van DSM-criteria) en behandelresultaat werd gebruikgemaakt van multinomiale logistische regressie. Specifiek werd daar behandelresultaat als afhankelijke variabele en profileringskenmerken als onafhankelijke variabele opgenomen. Bij het nagaan van de relatie tussen depressiestadium en ernst van de depressie op basis van DSM-criteria (licht, matig, ernstig) en tussen depressiestadium en profileringskenmerken enerzijds en resultaat van de behandeling anderzijds is gebruikgemaakt van chi-kwadraatstaten. Gestandaardiseerde residuen van $\geq |2|$ werden gezien als significant verschillend van de overige variabelen.

RESULTATEN

RETENTIE VAN DEELNEMERS Vierhonderd patiënten namen in deze periode deel aan het GDA; 15 patiënten werden niet in de analyses betrokken nadat bleek dat bij hen geen sprake was van een (persisterende) depressieve stoornis. Drie patiënten werden uitgesloten omdat vragenlijsten incompleet waren en één patiënt gaf geen toestemming voor

'Heeft u op jonge leeftijd een traumatische gebeurtenis of meerdere traumatische gebeurtenissen meegemaakt? Hoe oud was u toen?'

TABEL 2. DEMOGRAFISC (N = 381).

LEEFTIJD IN JAREN (M, SD)	40.11 (10.66)
Geslacht	
<i>Man</i>	174 (45.7)
<i>Vrouw</i>	207 (54.3)
Geboorteland n (%)	
<i>Nederland</i>	272 (71.4)
<i>Marokko</i>	42 (11.0)
<i>Turkije</i>	23 (6.0)
<i>Suriname</i>	15 (3.9)
<i>Ander Europees</i>	8 (2.1)
<i>Ander wereld</i>	20 (5.2)
<i>Missing</i>	1 (0.3)
Hoogst afgeronde opleiding n (%)	
<i>Lagere school</i>	32 (8.4)
<i>LTS/LBO (of vergelijkbaar)</i>	31 (8.1)
<i>Mavo/VMBO</i>	57 (15.0)
<i>Mbo</i>	137 (36.0)
<i>Havo/VWO</i>	34 (8.9)
<i>HBO/universiteit</i>	85 (22.3)
<i>Anders</i>	5 (1.3)
Sociale status n (%)	
<i>Alleenwonend</i>	88 (23.1)
<i>Wonend met partner en kinderen</i>	131 (34.4)
<i>Wonend met partner</i>	64 (16.8)
<i>Wonend met kinderen</i>	38 (10.0)
<i>Samenwonend met iemand anders</i>	42 (11.0)
<i>Gescheiden</i>	14 (3.7)
<i>Onbekend/overig</i>	4 (1.0)

het gebruik van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek. In totaal zijn 381 patiënten in de analyses betrokken.

Bij het bekijken van de lengte van de behandeling en het resultaat van de behandeling zijn patiënten uitgesloten die een assessment hadden na 1 juli 2019 (n = 27) aangezien deze patiënten veelal hun behandeling niet afgerond hebben op het moment van analyseren en er vertekening ontstaat wanneer deze patiënten meegenomen worden. Ook patiënten die nog in behandeling waren (n = 28) werden

uitgesloten. Bovendien waren van 10 patiënten de lengte en het resultaat van de behandeling niet na te gaan.

Dit resulteerde in een totale steekproef van 316 voor analyses gericht op de relatie tussen stadiëring en profilering enerzijds en lengte van de behandeling en resultaat van de behandeling anderzijds.

DEMOGRAFISCHE GEGEVENS Demografische gegevens van de deelnemers staan weergegeven in tabel 2.

TABEL 3. KLINISCHE KENMERKEN VAN PATIËNTEN VAN ALTRECHT POLIKLINIEK STEMMINGSSTOORNISSEN.

KLINISCHE KENMERKEN	SCORE
IDS-SR-NL (M, SD) (n = 356)	43.72 (14.60)
Duur eerste depressieve episode (maanden) (M, SD) (n = 306)	30.39 (42.72)
Duur huidige depressieve episode (maanden) (M, SD) (n = 339)	26.02 (37.84)
Mate van suïcidaliteit (n = 380), n (%)	
<i>Geen</i>	149 (39.2)
<i>Licht</i>	166 (43.7)
<i>Matig/ambivalent</i>	59 (15.5)
<i>Ernstig</i>	6 (1.6)
Lengte behandeling (dagen) (N = 323) (M, SD)	420.64 (273.47)
Reden van afsluiting (N = 379) n (%)	
<i>Depressie in remissie</i>	140 (36.9)
<i>Depressie in partiële remissie</i>	42 (11.0)
<i>Verwezen naar andere afdeling of instelling</i>	104 (27.4)
<i>Afgesloten, reden bij patiënt</i>	45 (11.9)
<i>Nog in behandeling</i>	48 (12.7)

KLINISCHE KENMERKEN In tabel 3 zijn de klinische kenmerken van de deelnemers gerapporteerd. De gemiddelde score van patiënten op de IDS-SR-NL duidt op zeer ernstige depressieve klachten (Rush et al., 2000). De overgrote meerderheid van de deelnemers (306 van 381; 80,5%) heeft al eerder een depressieve episode meegemaakt die gemiddeld ongeveer tweeënhalf jaar heeft geduurd. De huidige episode duurt gemiddeld al ruim twee jaar. Bij bijna twee derde van de deelnemers (60,8%) is sprake van suïcidaliteit, in de meeste gevallen beoordeeld als licht of matig.

De gemiddelde duur van de behandeling was ruim een jaar. De meest voorkomende reden dat behandeling wordt afgesloten was dat de depressie in remissie was (36,9%). Ruim een kwart van de patiënten wordt na afloop van hun traject verwezen naar een andere afdeling van Altrecht of een instelling buiten Altrecht (27,4%). In de meeste gevallen was de vervolgbehandeling gericht op persoonlijkheidsproblematiek of autisme.

STADIËRING EN PROFILERING De stadiërings- en profileringskenmerken van de deelnemers staan weergegeven in tabel 4. Geen van de patiënten wordt ingedeeld in het prodromale stadium. De grootste groep wordt ingedeeld in het meest vergevorderde stadium, namelijk het stadium waarbij sprake is van een tweede, derde of vierde recidive of een chronische depressie. Verder is, wanneer gekeken wordt naar het aantal depressiesymptomen (in plaats van de IDS-SR-NL-scores), bij de meeste deelnemers (54,1%) sprake van een ernstige depressie. Tot slot was bij een grote groep sprake van vroege traumatisering (44,2%).

Tot slot is de relatie onderzocht tussen stadiëringsstadium en profileringskenmerken enerzijds en, anderzijds, een aantal klinische variabelen, te weten ernst van de depressie bij intake (op basis van de IDS-SR-NL), lengte van de behandeling, en resultaat van de behandeling.

TABEL 4. STADIËRINGS- EN PROFILERINGSKENMERKEN VAN PATIËNTEN IN BEHANDELING BIJ DE POLIKLINIEK
STEMMINGSTOORNISSEN VAN ALTRECHT.

	n (%)
Huidige stadiëringsstadium (N = 386)	
Prodromaal	0 (0)
Eerste episode	101 (26.2)
Restsymptomen na eerste episode	7 (1.8)
Eerste recidief episode	53 (13.7)
Tweede, derde of vierde recidief episode of chronische depressie (> 2 jaar)	225 (58.3)
Profileringskenmerken (N = 380)	
Ernst huidige depressieve episode (n = 357)	
<i>Licht (5 symptomen)</i>	21 (5.9)
<i>Matig (6-7 symptomen)</i>	143 (40.1)
<i>Ernstig (8-9 symptomen)</i>	193 (54.1)
Seizoensgebonden depressie	41 (10.8)
Atypische depressie	65 (17.1)
Vitale depressie	67 (17.6)
Psychotische depressie	56 (14.7)
Vasculaire problematiek	49 (12.9)
Vroege traumatisering	168 (44.2)

ERNST VAN DE DEPRESSIE BIJ INTAKE Patiënten bij wie sprake is van een depressie met psychotische kenmerken en patiënten bij wie sprake is van vroege traumatisering scoren bij intake hoger op de IDS-SR-NL dan patiënten bij wie dit niet het geval is (respectievelijk $F(1, 352) = 28.75, p < .01$) en $F(1, 352) = 7.03, p < .01$). Niet onverwacht hadden patiënten een hogere score op de IDS-SR-NL naarmate hun depressie ernstiger is in termen van het aantal depressiesymptomen dat zij rapporteerden ($F(1, 232) = 40.72; p < .001$). Er is geen relatie tussen depressiestadium en ernst van de depressie bij intake. En ook het hebben van een seizoensgebonden, atypische, of vitale depressie of vasculaire problematiek was niet gerelateerd aan de ernst van de depressie bij intake.

LENGTE VAN DE BEHANDELING Gekeken naar profileringskenmerken bleek het hebben van een psychotische depressie een langere behandeling te voorspellen dan wanneer er geen sprake was van een psychotische depressie ($F(1, 313) = 7.18; p$

$< .01$). Stadiëringsstadium, ernst van de depressie bij intake, en het hebben van een seizoensgebonden, atypische, of vitale depressie of vasculaire problematiek en vroege traumatisering waren niet gerelateerd aan lengte van de behandeling.

RESULTAAT BEHANDELING Patiënten in verschillende stadiëringsstadia verschilden significant van elkaar in termen van het resultaat van de behandeling (reden voor afsluiting) ($X^2(9) = 22.74; p < .01$). Wanneer gekeken werd naar gestandaardiseerde residuen bleken patiënten bij wie sprake was van een eerste episode vaker en patiënten bij wie sprake was van ≥ 3 depressies of een chronische depressie minder vaak de behandeling af te ronden dan patiënten met een depressie in remissie. Wat betreft profileringskenmerken bleek uit de omnibustest dat de ernst van de depressie (licht, matig, ernstig) verschilde tussen verschillende behandeluitkomsten ($X^2(9) = 14.02; p = .03$), maar dat gestandaardiseerde residuen geen significante verschillen lieten zien. Ook bleek verdere

Het blijkt in de klinische praktijk goed mogelijk om patiënten van elkaar te onderscheiden op basis van stadiërings- en profileringskenmerken

aan- of afwezigheid van specifieke profileringskenmerken niet in relatie te staan tot resultaat van de behandeling.

DISCUSSIE

Deze studie had als doel om kenmerken (inclusief stadiëring en profilering) van de patiëntenpopulatie van een polikliniek voor unipolaire stemmingsstoornissen in de gespecialiseerde ggz (sggz) in kaart te brengen en elementen van het stadiërings- en profileringsmodel van Peeters et al. (2012) te toetsen door na te gaan of er een relatie is tussen depressiestadium en profileringskenmerken enerzijds en verschillende klinische variabelen anderzijds. Zoals verwacht kan geconcludeerd worden dat de patiëntenpopulatie van deze sggz-polikliniek stemmingsstoornissen een groep patiënten met ernstige problematiek betreft, die vaak al eerder depressief zijn geweest, bij wie de depressie (huidig en voorgaand) lang duurt, en die veelal suïcidaal zijn. Opvallend genoeg werd de ernst van de suïcidaliteit in de meeste gevallen beoordeeld als licht tot matig. Vermoedelijk geeft dit laatste een vertekend beeld, omdat de indruk bestaat dat patiënten die ernstig suïcidaal zijn over het algemeen niet worden aangemeld voor deelname aan het gda.

Verder zijn patiënten gemiddeld ruim een jaar in behandeling in de sggz; behandeling wordt vaak ofwel afgesloten omdat de depressie in volledige remissie is ofwel omdat patiënten worden doorverwezen naar een andere specialistische behandel eenheid. Zoals verwacht bevinden patiënten zich vaak in een vergevorderd depressiestadium (patiënten hebben vaak al meerdere recidiverende depressies gehad of een chronische depressie) en er zijn geen patiënten die zich in het prodromale stadium bevinden. Profileringskenmerken waaraan patiënten voldoen zijn met name het hebben van een ernstige depressie op basis van het aantal depressiecriteria en vroege traumatisering. Het blijkt (afgezien van het ontbreken van het prodromale stadium) in de klinische praktijk goed mogelijk om patiënten van elkaar

te onderscheiden op basis van stadiërings- en profileringskenmerken, waarmee gesteld kan worden dat het model van Peeters et al. (2012) in de klinische praktijk bruikbaar en toepasbaar is.

Eveneens blijkt er een relatie te zijn tussen stadiërings- en profileringskenmerken en een aantal klinische variabelen. Zoals verwacht ronden patiënten met een eerste depressieve episode vaker de behandeling met een depressie in remissie af dan patiënten die zich bij aanvang van de behandeling in een ernstiger, verder gevorderd stadium van depressie bevinden en beëindigen patiënten met meerdere recidives of een chronische depressie minder vaak de behandeling doordat de depressie in remissie is. Eveneens conform verwachting hebben patiënten bij wie sprake is van een psychotische depressie of vroege traumatisering een ernstiger depressie op basis van de IDS-SR-NL bij aanvang van de behandeling dan patiënten bij wie hier geen sprake van is.

Ook voorspelt het hebben van een psychotische depressie (in plaats van een depressieve stoornis zonder psychotische kenmerken) inderdaad een langere behandelduur. Dit geldt echter niet, zoals wel verwacht werd, voor patiënten bij wie sprake was van vroege traumatisering in de voorgeschiedenis. Ook werd geen relatie gevonden tussen depressiestadium en lengte van de behandeling noch tussen vroegkindelijke traumatisering in de voorgeschiedenis of het hebben van een psychotische depressie en reden van afsluiting van de behandeling.

Daarnaast blijkt uit de resultaten dat aan hoe meer depressiesymptomen patiënten voldoen, hoe ernstiger de depressie is, gemeten met de IDS-SR-NL. Deze resultaten worden voorzichtig, aangezien het een eerste studie is, geïnterpreteerd als een aanwijzing dat het stadiërings- en profileringsmodel van Peeters et al. (2012) valide is.

Het bovenstaande heeft een aantal mogelijke klinische implicaties. Deze studie laat zien dat het denken in termen van stadiëring en profilering leidt tot een meer genuanceer-

de kijk op de problemen van individuele patiënten waar bij indicatiestelling en behandeling rekening mee gehouden moet worden. Zo is het zinvol om bij indicatiestelling goed te kijken naar het stadium van de depressie en mee te wegen dat een eerste episode een andere aanpak vraagt dan wanneer er sprake is van recidiverende depressieve episodes. En daarnaast suggereren de bevindingen dat bepaalde profileringskenmerken, namelijk vroege traumatisering en een psychotische depressie, in de behandeling aandacht moeten krijgen (hoewel dit laatste veelal al wel zal gebeuren). In het geval van vroege traumatisering zal nagegaan moeten worden of er ook sprake is van een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Is dit het geval, dan dient PTSS behandeld te worden.

Hoewel het onderzoek interessante resultaten oplevert, heeft het een aantal beperkingen. Een eerste is dat niet alle patiënten die een intake hadden zijn gezien voor het GDA. Daardoor is de steekproef mogelijk minder representatief voor een groep patiënten in behandeling bij een sggz-polikliniek voor unipolaire stemmingsstoornissen. Er zijn echter, behalve dat de meest ernstig suïcidale patiënten vaak niet werden aangemeld, geen redenen om aan te nemen dat bepaalde type patiënten ondervertegenwoordigd zijn in de steekproef in deze studie. De patiëntenpopulatie zal derhalve eerder 'zwaarder' dan 'lichter' zijn. Een tweede limitatie is dat hoewel een poging is gedaan na te gaan wat de uitkomst is van de behandeling (depressie in (partiële remissie), verwezen, behandeling eenzijdig gestaakt door patiënt), dit niet is gemeten met bijvoorbeeld de IDS-SR-NL of een bredere klachtenlijst zoals de *Brief Symptom Inventory* (BSI; de Beurs, 2008). Hoewel de IDS-SR-NL onderdeel uitmaakt van de Routine Outcome Monitoring (ROM)-meting, is deze zo beperkt ingevuld bij afsluiting van de behandeling, dat geen conclusies meer verbonden kunnen worden aan uitkomst van deze meting na behandeling.

Verder is niet tot in detail bekend welke behandeling patiënten hebben gehad. Psychotherapie maakt altijd onderdeel uit van de behandeling. In de meeste gevallen is dit individuele en/of groepsbehandeling cognitieve gedragstherapie, maar er kan eveneens gebruik zijn gemaakt van interpersoonlijke psychotherapie, *acceptance and commitment therapy*, of schematherapie. Daarnaast gebruikte een aanzienlijk deel van de patiënten ook psychofarmaca. Verder kunnen patiënten aanvullende behandeling hebben gehad, zoals *running therapy*, slaapproef, terugvalpreventiegroep, of *mindfulness based cognitieve therapie* (MBCT). Er kunnen dus geen uitspraken gedaan worden over welke type therapie bij

welk type patiënten het best passend is wanneer gekeken wordt naar stadiëringsstadium en profileringskenmerken.

Tot slot dient verder onderzoek gedaan te worden naar de betrouwbaarheid (en dan met name de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid) en validiteit van de CSP-UD aangezien die nog niet zijn onderzocht. Hierbij dient bovendien opgemerkt te worden dat bij het ontwikkelen van de checklist de therapieresistente depressie - waar ook veel over gepubliceerd is en waarbij ook weer verschillende mate van therapieresistentie kunnen worden onderscheiden (bijv. Ruhe et al., 2012; Peeters et al., 2016) - niet is meegenomen. Het is interessant om na te gaan of beide stadiëringsmodellen kunnen worden geïntegreerd.

De huidige studie is, voor zover wij hebben kunnen nagaan, een eerste studie naar stadiëring en profilering bij patiënten in behandeling bij een depressiepolikliniek in de sggz. Hoewel dit onderzoek laat zien dat stadiëring en profilering bruikbaar en toepasbaar is op deze populatie en duidelijk maakt dat patiënten betekenisvol van elkaar verschillen, is dit natuurlijk pas het begin van wat er mogelijk is wanneer hier meer gebruik van wordt gemaakt. Zoals Huibers (2020) beschrijft is het ideaal om, zoals ook in de oncologie met succes wordt toegepast, behandeling op maat te kunnen bieden (*personalized medicine*) – een onderwerp dat momenteel *hot* is, maar waarvan de significantie en klinische bruikbaarheid nog bewezen moeten worden. In ieder geval is het onzes inziens de moeite waard om te onderzoeken of het gebruikmaken van stadiëring en profilering kan bijdragen aan het verbeteren van de voorspelling van welke behandeling voor wie het beste werkt. Onderhavig onderzoek is een eerste aanzet daartoe.

OVER DE AUTEURS

Dr. Fleur Kraanen is gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog (Gios) bij Altrecht polikliniek Persoonlijkheidsstoornissen. Drs. Pieter Dingemans is klinisch psycholoog bij Altrecht polikliniek Stemmingsstoornissen. Dr. Eline Regeer is psychiater en senior onderzoeker bij Altrecht polikliniek Bipolaire Stoornissen. Prof. dr. Paul Boelen is hoogleraar klinische psychologie bij de Universiteit Utrecht en klinisch psycholoog en hoogleraar klinische psychologie bij ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum. De auteurs danken de stagiaires klinische psychologie van Altrecht polikliniek Stemmingsstoornissen die stageliepen tussen maart 2014 en mei 2020 voor hun hulp bij het verzamelen van de data die dit onderzoek mogelijk hebben gemaakt. Correspondentie aangaande dit artikel via Fleur Kraanen. E-mail: f.kraanen@altrecht.nl.

Summary

STAGING AND PROFILING OF UNIPOLAR DEPRESSION IN CLINICAL PRACTICE: APPLICABILITY AND RELATIONSHIP WITH CLINICAL VARIABLES

F. KRAANEN, P. DINGEMANSE, E. REGEER
& P. BOELEN

Although depression appears to refer to a homogeneous state, there are significant differences in clinical expression and

underlying processes between individuals. Peeters et al. (2012) developed a model for staging and profiling of unipolar depression with the help of which these individual differences can be assessed. The current study aimed to evaluate the clinical applicability of this model among 381 patients enrolled in an outpatient depression treatment center. Several relationships were found

between staging and profiling on the one hand and clinical variables on the other. On the basis of the results, it is concluded, albeit cautiously (since it is a first study), that the model appears applicable in clinical practice. These results invite further research into the usefulness of staging and profiling in unipolar depression.

Literatuur

- Altrecht GGZ (2014). *Checklist Stagering en Profilering van Unipolaire Depressies (CSP-UD)*. Utrecht: Auteur.
- APA (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Beekman, A. T. F., van Os, J., van Marle, H. J. C. & van Harten, R. N. (2012). Stagering en profilering van psychiatrische stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 915-920.
- Coretti, S., Rumi, F. & Cicchetti, A. (2019). The social cost of major depression. A systematic review. *Review of European Studies*, 11 (1), 73-85.
- Cosci, F. & Fava, G. A. (2012). Staging of mental disorders: Systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(1), 20-34.
- de Beurs, E. (2008). *Brief symptom inventory handleiding*. Leiden: The Netherlands: PITS B.V.
- de Graaf, R., Tuijthof, M., van Dorsselaer, S. & ten Have, M. (2012). Comparing the effects on work performance of mental and physical disorders. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 47, 1873-1883.
- Eaton, W. W., Martins, S. S., Nestadt, G., Bienvenu, J., Clarke, D. & Alexandre, P. (2008). The burden of mental disorders. *Epidemiologic Reviews*, 30, 1-14.
- Fava, G. A. & Kellner, R. (1993). Staging: A neglected dimension in psychiatric classification. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(4), 225-230.
- Huibers, M. (2020). Gepersonaliseerde psychotherapie. De zwarte doos van CGT. *Gedrags therapie*, 51(2), 145-157.
- Jongedijk, R. A. (2001). Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem: Een kritisch overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43(5), 309-319.
- Kerkhof, A. J. F. M., & Heeringen, C. van (2000). Richtlijnen voor de behandeling van psychiatrische stoornissen: A heuristische framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 616-622.
- Meesters, Y., Duijzer, W. B., Nolen, W. A., Schoevers, R. A. & Ruhe, E. (2016). Inventory of Depressive Symptomatology en verkorte versie in routine outcome monitoring van Stichting Benchmark GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58 (1), 48-54.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Nuijen, J., van der Bon-Martens, de Graaf, R., ten Have, M., van der Poel, A., de Beurs, D., Nielen, M., Verhaak, P. & Voorrips, L. (2017). *Zicht op Depressie: De Aandoening, Preventie, en Zorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Papakostas, G. I., Petersen, T., Mahal, Y., Mischoulon, M., Nierenberg, A. A. & Fava, M. (2004). Quality of life assessment in major depressive disorders: A review of the literature. *General Hospital Psychiatry*, 26 (1), 13-17.
- Peeters, F. P. M. L., Ruhe, H. G., Beekman, A. T. F., Spijker, J., Schoevers, R., Zitman, F. & Schene, A. (2012). Stagering en profilering van unipolaire depressies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54 (11), 957-963.
- Peeters, F. P. M. L., Ruhe, H. G., Wichers, M., Abidi, L., Kaub, K., van der Lande, J., Spijker, J., Huibers, M. J. H. & Schene, A. H. (2016). The Dutch Measure for quantification of Treatment Resistant Depression (DM-TRD): An extension of the Maudsley Staging Method. *Journal of Affective Disorders*, 205, 365-371.
- Ruhe, H. G., van Rooijen, H., Spijker, J., Peeters, F. P. & Schene, A. H. (2012). Staging methods for treatment resistant depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 137, 35-45.
- Rush, A. J., Giles, D. E., Schlessler, M. A., Fulton, C. L., Weissenburger, J. W. & Burns, C. (1986). The inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Preliminary findings. *Psychiatry Research*, 18, 65-87.
- Rush, A. J., Gullion, C. M., Baco, M. R., Jarrett, R. B. & Trivedi, M. H. (1996). The inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Psychometric properties. *Psychological Medicine*, 26, 477-486.
- Rush, A. J., Pincus, H. A. & First, M. B. (2000). *Handbook of psychometric measures*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B., Klein, D. N. et al. (2003). The 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self report (QIDS-SR): A psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry*, 54, 573-583.
- Saarni, S. I., Suvisaari, J., Sintonen, H., Pirkola, S., Koskinen, S., Aromaa, A. et al. (2007). Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *British Journal of Psychiatry*, 190 (4), 326-332.
- Scott, J. & Henry, C. (2017). Clinical staging models: From general medicine to mental disorders. *BJPsych Advances*, 23, 292-299.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (Suppl. 20), 22-33.