

MDR Depressie Kind & jeugd

Yvonne Stikkelbroek

Y.Stikkelbroek@uu.nl



Universiteit Utrecht



2 DISCLOSURE BELANGEN SPREKER

Geen (potentiële) belangenverstrengeling

- CDI-2 auteurschap
- **Sponsoring of onderzoeksgeld**
Zonmw subsidie D(o)epressie Blended, Stayfine onderzoek

3 MDR DEPRESSIE

- Geïntegreerd jeugd/volwassenen/ouderen
- Jeugd 8-23 jaar
- Op basis van meta-analyses, systemische reviews en <https://www.metapsy.org/>

Over:

- Preventie
- Diagnostiek
- Behandeling

4 SCREENING (Addendum, 2009)

- Wie bevragen?
 - Overeenstemming ouder – kind = laag -> altijd tenminste kind bevragen
- Screening op scholen of huisarts: breed vanwege comorbiditeit
 - S-PSY (inclusief suicide-item)
 - YSR / CBCL affectieve problemen
 - Altijd suicide-item meenemen (CDI-2/YSR / CBCL / SPSY; geen suicide item niet CES-D/ RCADS)
 - Alleen screenen als er een vervolg mogelijk is

5 DIAGNOSTIEK KLINISCHE PRAKTIJK

- Klinisch interview (K-SADS of ADIS) wordt aangeraden of tenminste check van alle symptomen
 - MINI-Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (volwassenen, maar ook geschikt voor adolescenten);
 - Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders—Clinician Version – junior (SCID-5 junior) (8-18 jaar);
 - Structured Clinical Interview for DSM-5® Disorders—Clinician Version (SCID-5) (vanaf 18 jaar).
- CDI-2. BDI-2-NL-R, de HDRS en de IDS-SR ook als procesmaat
- (screenende)ontwikkelingsanamnese.
- Suïciderisico taxatie
- Comorbiditeit ook in de behandelfase

6 DIAGNOSTIEK III DIFFERENTIAAL DIAGNOSE

- Neurobiologische ontwikkelingsproblematiek
- Trauma gerelateerde stoornissen
- Slaapstoornissen
- Psychotische stoornissen
- Angststoornissen
- Emotieregulatie problematiek /persoonlijkheidspathologie
- Eetstoornissen
- Verslavingsproblematiek

7 ERNST BEOORDELING (Addendum, 2009)

- **Aantal** symptomen
- **Aard** van symptomen (ook mate van suïcidaliteit. psychotische)
- **Gevolgen** voor algemeen functioneren

8 ALGEMENE AANBEVELINGEN

- behandeling van depressie bij kinderen en adolescenten moet snel gestart worden en plaatsvinden bij K&J-psychiaters.
- het risico op uitval te verminderen door gezamenlijke besluitvorming
- transitie naar de volwassenenzorg moeten soepel verlopen en tijdig voorbereid worden.

9 PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDELING

- 1^{ste} Stap bij 8-11 jaar altijd psychotherapie, als symptomen niet verminderen (4-6 sessies) dan combinatiebehandeling overwegen
- 1^{ste} Stap vanaf 12 jr. CGT of IPT
- Monitor depressie en suïcidaliteit tijdens de behandeling
- Aanbieders kies voor specifieke psychologische interventies zodat er voldoende deskundigheid is
- Betrek ouders bij de behandeling en zorg dat hulpverleners geschoold zijn in ouderbegeleiding
- Diverse psychotherapieën leiden tot vergelijkbare resultaten → voorkeuren jongere en ouders belangrijk

10 INZET MEDICATIE ?

- Medicatie altijd in combinatie met psychotherapie
- Bij **matig ernstige** en ernstige depressie antidepressiva toevoegen na onvoldoende resultaat van psycho CGT of IPT na 6 weken
- Afwegen van risico op suïcidaliteit en behandeling met SSRI's.
- **Onvoldoende response op SSRI bij 16 jaar en ouder de volwassen richtlijn volgen en overweeg overstap naar TCA**
- **Bij jongvolwassenen (18+) geen reden tot andere afweging dan bij oudere volwassenen.**
- **Bij response behandeling 6-9 maanden continueren**

BIJ ONVOLDOENDE RESPONSE NA 3 MAANDEN

- Klinisch oordeel in combinatie met blijven monitoren en shared decision
- Overwegen voortzetten van CGT maar frequentie opvoeren naar 2 keer per week
- 2^{de} Stap interventie: gezinstherapie (ABFT), probleem oplossende therapie
- Overstappen naar tweede keus behandeling maar er is onvoldoende onderzoek naar vervolgbehandeling (type of intensiteit).
- Het Klinisch oordeel van de behandelaar, het beschikbare aanbod van een instelling en gedeelde besluitvorming.

12 RTMS? BIJ ONVOLDOENDE RESPONSE

- Voor de effectiviteit van rTMS voor depressieve adolescenten tot 18 jaar is nog onvoldoende bewijs.
- Een recente meta-analyse en systematische review liet zien dat er slechts twee RCT's zijn uitgevoerd bij deze populatie, waarbij bij één van de twee geen effect werd gevonden. Er zijn meer RCT's voor deze populatie nodig (Sigrist et al., 2022).

13 TERZIJD: WELKE PSYCHOTHERAPIE IS HET MEEST EFFECTIEF BIJ DE BEHANDELING VAN **THERAPIERESISTENTE DEPRESSIE?**

- Voor de behandeling van kinderen en adolescenten met ‘therapieresistente depressie’ is beperkt wetenschappelijk bewijs.
- Het interpreteren van onderzoeksresultaten naar het behandelen van therapieresistente depressie wordt bemoeilijkt door ontbreken van een uniforme definitie.

14 TERUGVAL PREVENTIE

- recidiverende karakter en de kans op terugval

Bijv: 50% van de adolescenten (12-23 jaar) die in 2023 werden aangemeld bij GGZ Oost Brabant met een depressie was er sprake van terugval.

- terugvalpreventieplan opstellen en delen in het netwerk zoals de huisarts

Bijv: Stay Fine onderzoek naar terugvalpreventie.

- 52,7% bij screening **niet** in remissie
- 54,5% zegt **geen** terugval preventieplan te hebben

15 ADVIES: HUISARTS, POH, BASIS GGZ

- Geïndiceerde preventie.
 - online mogelijkheden
 - overweeg screening in de regio op scholen
- Volg richtlijn behandeling,
 - Informeer de jongere over de effectiviteit
 - Verandering monitoren
 - Bij onvoldoende effect behandelplan aanpassen in overleg met jongere

I 6 ADVIES: HUISARTS, POH, BASIS GGZ

- Benoem de depressie niet als complex.
 - de effectiviteit van de behandeling is beperkt.
 - niet de jongere is complex.
- Terugvalpreventie,
 - check op de aanwezigheid van een terugval preventie plan
 - na herstel bij contact, check of er aanwijzingen zijn voor terugval

17 ADVIES: SGGZ

- Biedt richtlijn behandeling aan
- Informeer de jongere en ouders over de effectiviteit, shared decision
- Monitor verandering
- Bij onvoldoende resultaat evaluatie behandelplan en aanpassen

18 KNELPUNTEN

Multidisciplinaire richtlijn doet aanbevelingen maar veel vragen in de praktijk worden (nog) niet beantwoord in de richtlijn

Voorbeelden:

- Onvoldoende response op richtlijnbehandeling. Wat dan aanbieden?
 - Voor de derde keer depressief. Welke behandeling is dan effectief?
 - Wat te doen bij comorbiditeit? Wat als eerste behandelen? Welke behandeling is dan het meest effectief?
-

19 CONSULTATIE & SECOND OPINION

Bel 0888460461

DEPRESSIE
EXPERTISECENTRUM
JEUGD

BOUWEN AAN EEN LICHTER LEVEN

Depressie Expertisecentrum Jeugd
helpt jongeren de weg omhoog te vinden



DEPRESSIE
EXPERTISECENTRUM
JEUGD



<https://depressieexpertisecentrumjeugd.ggzoostbrabant.nl/>

20

VRAGEN?

Yvonne Stikkelbroek

Klinisch psycholoog K&J/ Senior onderzoeker/ P opleider

YAJ.Stikkelbroek@GgzOostBrabant.nl of Y.Stikkelbroek@uu.nl

21 TERUGVAL EEN PROBLEEM? ILLUSTRATIE

Voorbeeld: **TADS studie**, terugval onder adolescenten in depressie na behandeling (Curry et al., 2011)

- n=189 hersteld na behandeling, **88 (46,6%) terugvallen binnen 5 jaar.**
- type behandeling of snelle response geen voorspeller van terugval
- significant meer meisje (57%) dan jongens (32,9%)

Curry J, Silva S, Rohde P, Ginsburg G, Kratochvil C, Simons A, Kirchner J, May D, Kennard B, Mayes T, Feeny N, Albano AM, Lavanier S, Reinecke M, Jacobs R, Becker-Weidman E, Weller E, Emslie G, Walkup J, Kastelic E, Burns B, Wells K, March J. Recovery and recurrence following treatment for adolescent major depression. Arch Gen Psychiatry. 2011 Mar;68(3):263-9.