

WAT MET PSYCHE & PILLEN?



w a t
m e t

PSYCHE & PILLEN?

Stephan Claes & Jan De Lepeleire

LANNOO | METAFORUM
CAMPUS | KU LEUVEN

D/2014/45/12 – ISBN 978 94 014 1308 4 – NUR 875

Vormgeving cover: Studio Luc Derycke

Vormgeving binnenwerk: Fulya Toper

© De auteurs & Uitgeverij Lannoo nv, Tielt, 2014.

Auteurs: Stephan Claes, Jan De Lepeleire, Minne Casteels, Marina Danckaerts, Koen Demyttenaere, Gert Laekeman, Patrick Luyten, Bart Pattyn, Philippe Persoons, Erik Schokkaert, Tom Truys.

Uitgeverij LannooCampus maakt deel uit van Lannoo Uitgeverij, de boeken- en multimedia-divisie van Uitgeverij Lannoo nv.

Alle rechten voorbehouden.

Niets van deze uitgave mag verveelvoudigd worden en/of openbaar gemaakt, door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Citeerwijze: Claes, S., De Lepeleire, J., Casteels, M., Danckaerts, M., Demyttenaere, K., Laekeman, G., Luyten, P., Pattyn, B., Persoons, P., Schokkaert, E., Truys, T., *Wat met psyche & pillen?*, Leuven: LannooCampus, 2014.

Uitgeverij LannooCampus

Erasme Ruelensvest 179 bus 101

3001 Leuven

België

www.lannoo-campus.be

Inhoud

1. Wat zijn psychofarmaca en hoe werken ze?	9
<i>Hoe zijn de ‘pillen voor de geest’ ontstaan?</i>	10
<i>Welke veiligheidsgaranties zijn er voor psychofarmaca?</i>	13
<i>Hoe effectief zijn psychofarmaca?</i>	18
2. Wie gebruikt hoeveel psychofarmaca en waarom?	29
<i>Neemt het gebruik van psychofarmaca toe?</i>	30
<i>Wie neemt al die geneesmiddelen?</i>	36
<i>Hoe worden die geneesmiddelen voorgeschreven?</i>	42
<i>Wat kost dit de samenleving?</i>	44
<i>Waarom neemt het gebruik toe?</i>	47
3. Welke invloed heeft de maatschappelijke context?	51
<i>Wordt de samenleving minder leefbaar?</i>	53
<i>Welke invloed hebben maatschappelijke veranderingen op ons?</i>	57
<i>Wat betekent dit voor het gebruik van psychofarmaca?</i>	61
4. Wat is de rol van de eerste lijn bij psychologische problemen?	65
<i>Hoe ziet het Vlaamse geestelijke gezondheidszorglandschap eruit?</i>	67
<i>Hoe worden psychosociale problemen aangepakt?</i>	70
<i>Welke rol speelt de huisarts?</i>	72
<i>Hoe kan de eerste lijn beter benut worden?</i>	78
5. Psychotherapie of psychofarmaca?	83
<i>Wat is psychotherapie?</i>	83
<i>Werkt psychotherapie?</i>	87

<i>Wie heeft het meest baat bij psychotherapie?</i>	91
<i>Wat zijn de hinderpalen om psychotherapie breder aan te bieden?</i>	94
6. Wat met psychofarmaca bij kinderen?	99
<i>Waarom is er scherpere kritiek bij het gebruik van psychofarmaca bij minderjarigen?</i>	101
<i>Hoe kunnen wij ethisch nadenken over het gebruik van psychofarmaca bij kinderen?</i>	104
<i>Welke psychofarmaca worden gebruikt bij kinderen en jongeren?</i>	108
<i>Wat nu met kinderen en psychofarmaca?</i>	119
7. Wat met psychofarmaca bij ouderen?	123
<i>Waarom is psychofarmacotherapie bij ouderen complex?</i>	126
<i>Hoeveel psychofarmaca worden gebruikt door ouderen?</i>	129
<i>Is het toenemend gebruik van psychofarmaca door ouderen een probleem?</i>	135
<i>Hoe kunnen we het gebruik van psychofarmaca bij ouderen rationaliseren?</i>	139
8. Welke conclusies kunnen we hieruit trekken?	147
Voor wie meer wil lezen	157
Nawoord	161

De *Wat met*-reeks wil het maatschappelijke debat over belangrijke thema's die de mens raken op een kritische manier wetenschappelijk onderbouwen vanuit de interdisciplinaire denktank Metaforum, die de rijkdom aan expertise van de KU Leuven rond maatschappelijke thema's bundelt.

Wat met psyche & pillen? is het werk van verschillende werkgroepleden en auteurs. Met name:

Stephan Claes

Minne Casteels

Marina Danckaerts

Jan De Lepeleire

Koen Demyttenaere

Gert Laekeman

Patrick Luyten

Bart Pattyn

Philippe Persoons

Erik Schokkaert

Tom Truyts

Als de slechte sfeer op het werk me weer te veel wordt, krijg ik van de dokter een pilletje om me beter in mijn vel te voelen.

Zijn antidepressiva niet verslavend, net zoals slaapmiddelen?

Farmaceutische bedrijven kunnen wel beweren dat die middelen werken, maar hoe onafhankelijk zijn de tests daarvan eigenlijk?

Het schijnt dat antidepressiva helemaal niet helpen bij een gewone depressie, alleen bij een heel zware.

1.

WAT

zijn psychofarmaca en hoe werken ze?

Hoe zijn de ‘pillen voor de geest’ ontstaan?

Dit boek gaat over geneesmiddelen voor de geest, in vaktaal spreken we over ‘psychofarmaca’. Hoewel de geneesmiddelen waarover het gaat relatief recent ontdekt zijn, is het fenomeen dat mensen hun geestestoestand proberen te beïnvloeden door het innemen van allerlei middelen niet nieuw. Integendeel, dat is altijd al zo geweest. Al in de oudheid werden alcohol en cannabis (in het Midden-Oosten) genuttigd. Opium werd in het Oosten voor medische doeleinden gebruikt, en er werd duchtig geëxperimenteerd met paddenstoelen die hallucinaties konden opwekken.

In moderne tijden leidde de invoer van koffie in Europa tot een hype, omdat men ervan uitging dat deze drank een heilzaam effect had op lichaam en geest. Ook thee, ingevoerd uit China en India, werd aanbevolen als een geneeskundige drank. Opium werd massaal in Europa ingevoerd en aanbevolen door artsen in Europa en Amerika. Toen in 1874 heroïne werd ontwikkeld, leidde dit tot groot enthousiasme over de mogelijk geneeskundige toepassingen, zelfs de jonge Sigmund Freud wijdde er zijn onderzoeksinspanningen aan. In 1864 werden voor het eerst barbituraten gesynthetiseerd: geneesmiddelen met een algemeen dempend, rustgevend effect, waarvan men pas veel later de negatieve lichamelijke bijwerkingen en mogelijke verslavende effecten ging inzien. Deze middelen waren niet alleen algemeen gereserveerd voor de patiënten met zware psychiatrische aandoeningen, die in ‘asielen’ verbleven, maar werden ook breder gebruikt, bijvoorbeeld in de vorm van het populaire Laudanum, dat ongeveer 10% opium bevatte.

Rond 1900 werd de psychiatrie wetenschappelijker. Stilaan werden de meest voorkomende psychiatrische stoornissen, zoals depressie, manisch-depressieve ziekte en schizofrenie, beter omschreven. In de eerste helft van de twintigste eeuw bleef men voor de behandeling daarvan aangewezen op het creëren van een gezonde omgeving, gesprekstherapieën, en zo nodig de bovenvermelde dempende middelen.

In een relatief korte periode, tussen 1950 en 1965, belandde de psychofarmacologie, de wetenschap van de geneesmiddelen die de geest beïnvloeden, in een revolutie. In deze periode werden een aantal cruciale ontdekkingen gedaan. Ten eerste werd het geneesmiddel chloorpromazine ontwikkeld, dat in staat bleek om psychotische symptomen (wanen, hallucinaties) te onderdrukken. Deze stof werd de voorloper van een hele groep geneesmiddelen die we ‘antipsychotica’ zijn gaan noemen. Ten tweede synthetiseerde men verschillende stoffen, de zogenaamde ‘tricyclische antidepressiva’, die met succes depressie konden bestrijden. De tricyclische antidepressiva worden nu minder gebruikt, maar vormden de voorlopers van de nieuwe antidepressiva die vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw in steeds toenemende mate gebruikt werden. Ten derde werden de ‘benzodiazepines’ ontwikkeld: geneesmiddelen die efficiënt angst kunnen onderdrukken, en die ook vandaag nog in grote hoeveelheden geslikt worden om angst en slapeloosheid tegen te gaan. Ten vierde en ten slotte ontdekte men in deze periode ook de stof methylfenidaat, die veel later, in de jaren negentig, zou doorbreken als behandeling voor ADHD.

Deze ontdekkingen hadden uiterst belangrijke gevolgen voor de psychiatrie. Door de nieuwe geneesmiddelen waren patiënten in staat om het psychiatrisch ziekenhuis te verlaten en terug hun plaats in de maatschappij in te nemen. Op grote schaal werden psychiatrische ziekenhuizen gesloten. Ernsti-

ge depressies, die vroeger jaren konden aanslepen, werden nu in sommige gevallen op enkele weken of maanden genezen. En dat alles met geneesmiddelen die weliswaar wel bijwerkingen hadden, maar over het algemeen toch ongevaarlijk waren en normaal functioneren toelieten. Geen wonder dat het gebruik van deze middelen toenam.

Een aantal vragen dringen zich echter op. Waarvoor dienen deze geneesmiddelen eigenlijk? Worden ze niet te veel gebruikt? Werken ze wel echt, of zit hun positief effect misschien gewoon 'tussen de oren'? Zijn ze schadelijk? En proberen we niet met deze middelen een aantal maatschappelijke problemen onder de mat te vegen die we beter anders zouden oplossen?

Welke veiligheidsgaranties zijn er voor psychofarmaca?

In dit boek beperken we ‘pillen voor de psyche’ tot de klassieke psychofarmaca, dus tot geregistreerde geneesmiddelen die alle stappen hebben doorlopen die vereist zijn om op de markt te mogen komen. De procedures die daarvoor nodig zijn, bieden al stevige garanties voor de veiligheid van deze producten, wat natuurlijk niet betekent dat ze geen nevenwerkingen kunnen hebben. In wat volgt wordt beschreven hoe de overheid het op de markt brengen van nieuwe geneesmiddelen reguleert ter bescherming van de patiënt.

Vooraleer een nieuw geneesmiddel op de markt kan worden gebracht en in aanmerking kan komen voor terugbetaling door de verzekeringsinstelling, moeten een aantal stappen worden doorlopen.

Registratie

Producten krijgen door registratie het statuut van geneesmiddel. Zonder deze registratie mogen zij niet als dusdanig op de markt gebracht worden. De registratie als geneesmiddel gebeurt in de grote meerderheid van de gevallen via een Europese instantie, het *European Medicines Agency*. Hiervoor kan ook een beroep worden gedaan op nationale (Belgische) instanties, maar in de praktijk gebeurt dit nog slechts uitzonderlijk.

Geneesmiddelen kunnen pas worden geregistreerd na het doorlopen van een aantal stappen in het onderzoek. De eerste stap betreft de controle van de kwaliteit van het product. In de preklinische fase wordt het product vervolgens *in vitro*

en op proefdieren getest. Dan volgt het humaan onderzoek, meestal in drie fasen. In fase I wordt het product voor de eerste maal bij de mens getest wat betreft veiligheid en dosering, meestal bij gezonde vrijwilligers. In fase II wordt de preliminaire werkzaamheid getest en het nevenwerkingenprofiel bij groepen patiënten onderzocht.

De belangrijkste stap in het onderzoek vormen de zogenaamde 'fase III studies', daarin wordt het nieuwe geneesmiddel bij voorkeur in dubbelblinde, gerandomiseerde onderzoeken vergeleken met een placebo (een nepgeneesmiddel). Dit is de gouden standaard van al het geneesmiddelenonderzoek, waarbij wordt nagegaan of het middel wel degelijk een effect heeft dat superieur is aan dat van een placebo. Aangezien dergelijke onderzoeken de hoeksteen vormen van de aanname dat geneesmiddelen (en dus ook psychofarmaca) effectief zijn, lichten we de methode iets meer toe.

'Dubbelblind' betekent dat noch de proefpersoon, noch de onderzoeker weet wat er precies wordt toegediend: het te onderzoeken geneesmiddel of het placebo. Dat is niet altijd eenvoudig. Stel bijvoorbeeld dat het nieuwe geneesmiddel bepaalde bijwerkingen heeft, dan zal de patiënt snel voelen dat hij effectief het actieve product krijgt en geen placebo. Hij zal de bijwerkingen bovendien melden aan de onderzoeker, die dezelfde conclusie zal trekken. Het onderzoek is dan niet meer dubbelblind. Dat is belangrijk, want iemand die weet dat hij een actief geneesmiddel krijgt, zal beter reageren dan iemand die vermoedt dat hij met een placebo wordt behandeld.

'Gerandomiseerd' betekent dat totaal willekeurig wordt bepaald of een proefpersoon met placebo of met actief geneesmiddel zal worden behandeld. Ook dit is cruciaal. Onderzoekers zouden bijvoorbeeld snel de neiging kunnen hebben om

patiënten die ernstiger ziek zijn te behandelen met een actief middel, en de lichtere gevallen een placebo te geven. Dit zou vanzelfsprekend nefast zijn voor een objectieve vergelijking van de doeltreffendheid van beide behandelingen. Beide groepen – de behandelgroep en de placebogroep – moeten zoveel mogelijk op elkaar lijken qua geslacht, leeftijd en de ernst van het ziektebeeld.

Ook de metingen die men gebruikt om het effect van de behandeling te registreren, zijn van groot belang. Het moet op voorhand duidelijk zijn wat de ‘primaire uitkomstmaat’ zal zijn, dus welke meting beslissend zal zijn in het bepalen van het effect. Wat niet kan, maar vroeger weleens gebeurde, is een groot aantal metingen verrichten om er achteraf diegene uit te pikken die het grootste verschil opleverde tussen actief product en placebo.

De regelgeving rond dergelijke fase III studies is erg streng. De studies moeten op voorhand heel duidelijk gedefinieerd zijn en aan de overheid kenbaar worden gemaakt, te allen tijde zijn controles mogelijk, en als de resultaten tegenvallen, moet het bedrijf dat het nieuwe geneesmiddel produceert die evenzeer bekend maken. Dit om te vermijden dat bedrijven enkel de studies publiek maken die mooie resultaten opleveren en de andere in de ‘onderste schuif’ doen belanden, een kwalijke praktijk uit het verleden die door de huidige strenge regelgeving onmogelijk is gemaakt.

Na indiening van het dossier door het bedrijf bij het *European Medicines Agency* volgt de evaluatieprocedure en eventueel de *marketing authorisation* of ‘vergunning voor het op de markt brengen’, tenminste als het besluit van de evaluatie wijst op een positieve baten-risicoverhouding. Het rapport van deze centrale procedure is publiek beschikbaar via EPAR (*Euro-*

pean Public Assessment Report). Een samenvatting wordt gepubliceerd in de *Summary of Product Characteristics* (de bijsluiter).

Als een geneesmiddel door het *European Medicines Agency* (of eventueel nog uitzonderlijk door de geëigende Belgische instanties) wordt geregistreerd, zijn er dus toch een aantal ingebouwde garanties dat het gaat om een effectief geneesmiddel waarbij de baten beduidend hoger liggen dan de potentiële nadelen. De vraag of deze stof een effectief geneesmiddel is, is dan in principe beantwoord. Dit geldt net zo goed voor psychofarmaca als voor andere geneesmiddelen.

De volgende vraag is dan: wat mag dit geneesmiddel kosten aan de samenleving? Met andere woorden: tegen welke prijs mag dit geneesmiddel op de markt worden gebracht, en hoeveel daarvan zal door de ziekteverzekering worden terugbetaald aan de gebruikers ervan?

Terugbetaling

In een volgende stap wordt beslist aan welke prijs het (nu geregistreerde) geneesmiddel op de markt zal komen, en hoeveel daarvan door de ziekteverzekering aan de patiënt zal worden terugbetaald. Dit gebeurt door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG), een Belgische federale commissie van het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekten en Invaliditeitsverzekering). De CTG-procedure herbekijkt voor een deel de registratieprocedure, maar neemt wel een expliciete vergelijking van het product met alternatieven in rekening, evenals de begrotingsaspecten van de beslissing. Behalve de werkzaamheid in klinische tests, beschouwt de terugbetalingsprocedure ook de doeltreffendheid (werkzaamheid in de dagdagelijkse werkelijkheid) en de kostenefficiëntie (doelmatigheid) van het middel.

Meestal worden geneesmiddelen door de CTG ondergebracht in 'hoofdstuk 1'. Dit wil zeggen dat de arts een voorschrift maakt en de apotheker het geneesmiddel aflevert zonder dat er een specifieke diagnose moet worden vermeld of aangetoond. Strikt wettelijk is voorschrijven in hoofdstuk 1 beperkt tot de geregistreerde indicaties. Met andere woorden, het nieuwe medicament mag alleen gebruikt worden bij patiënten die lijden aan een aandoening waarvan men bewezen heeft dat het geneesmiddel helpt. In praktijk is de therapeutische vrijheid van de arts hier absoluut, hij kan het geneesmiddel voorschrijven wanneer hem dat goeddunkt, zonder beperkingen, en de ziekteverzekering staat in voor de terugbetaling.

In bepaalde gevallen kan een geneesmiddel worden ondergebracht in 'hoofdstuk 4'. Dit betekent dat aan een aantal criteria voldaan moet zijn (bijvoorbeeld een formele bevestiging van de diagnose door de arts, het verrichten van aanvullende onderzoeken om de diagnose te staven enz.), waarna er een attest (eventueel in het dossier van de patiënt) wordt aangeemaakt. Bijna alle psychofarmaca zijn in hoofdstuk 1 ondergebracht, met schaarse uitzonderingen. Eens het middel op de markt gebracht is (in hoofdstuk 1), is er geen rem meer op het voorschrijven ervan, dus ook niet op de maatschappelijke kosten. In andere landen is dit anders en wordt er bijvoorbeeld gewerkt met budgetten per regio, per arts of per ziekenhuis.

Hoe effectief zijn psychofarmaca?

Ondanks de hoger beschreven garanties wat betreft de effectiviteit van geneesmiddelen in het algemeen, blijft de discussie over de werkzaamheid van geneesmiddelen voor de geest regelmatig oplaaien. Achtereenvolgens worden hier besproken: de effectiviteit van antidepressiva bij depressie, antidepressiva bij andere ziektebeelden, antipsychotica bij de klassieke psychotische stoornissen (schizofrenie en manisch-depressieve ziekte), antipsychotica buiten dit domein, en angstremmers.

Antidepressiva bij depressie

Antidepressiva zijn in de eerste plaats bedoeld om mensen te helpen die lijden aan een depressie. Maar dan rijst natuurlijk de vraag van afbakening. Wat noemen we precies een depressie, en hoe maken we het onderscheid met normaal menselijk verdriet en rouw? De psychiatrie heeft criteria ontwikkeld om te bepalen wat we een depressie noemen. Het gaat over een periode waarin iemand lijdt aan een verstoring van de emoties, van het denken én van het lichaam. Denk aan bijvoorbeeld verdrietig zijn, niet meer kunnen genieten, concentratie- en geheugenproblemen, sombere gedachten krijgen, liever dood willen zijn, slaapproblemen, het wegvallen van de eetlust, geen energie meer hebben. Als je gedurende minstens twee weken een aantal van deze symptomen hebt, en wel in zo'n mate dat je er niet meer goed door kunt functioneren in je dagelijks leven, dan heb je volgens deze criteria een 'depressie in engere zin'. Hierbij dient wel opgemerkt dat de scheiding tussen uitgesproken verdriet enerzijds en depressie in engere zin (als medisch-psychiatrische toestand) anderzijds, soms moeilijk te maken is, zeker bij een eenmalige evaluatie. Een van de grootste discussiepunten in de ontwikkeling van

het nieuwe boek met criteria voor psychiatrische ziektebeelden, de DSM-5, ging precies daarover: hoe onderscheiden we depressie van verdriet, en hoe vermijden we dat mensen die bijvoorbeeld in de rouw zijn na het verlies van een dierbaar persoon het label 'depressie' opgekleefd krijgen?

De studies over de effectiviteit van antidepressiva beperken zich in hoofdzaak tot mensen die lijden aan een depressie in engere zin, dit wil zeggen een medisch-psychiatrisch beeld zoals hierboven beschreven. Het gaat dus niet over medicijnen voor verdriet.

Het evalueren van de effectiviteit van antidepressiva is geen evidente zaak. We beschikken niet over biologische indicatoren om een depressie te meten. In de plaats daarvan worden een aantal schalen gebruikt op basis van de ingeschatte ernst van een reeks symptomen. De gebruikte schalen verschillen onderling wat betreft de reikwijdte van de in beschouwing genomen symptomen. De keuze voor een specifieke schaal kan de gemeten effectiviteit van antidepressiva beïnvloeden. Tenslotte kan men de veranderingen in depressiviteit, zoals gemeten door deze schalen, op verschillende manieren interpreteren. We onderscheiden continue en discrete methoden. Bij continue methoden kijkt men naar de ernst van de depressie op het eind van de studie (*endpoint severity*), of naar de procentuele afname in de depressiemaatstaf. Discrete methoden beschouwen het aantal patiënten die aan vooropgestelde veranderingen in de schalen voldoen. Onder de discrete methoden valt het opdelen in categorieën: geen verbetering, partiële verbetering (20 tot 40% vermindering in de gebruikte depressieschaal), duidelijke verbetering (*response*) (50% vermindering in de gebruikte depressieschaal) en remissie (nagenoeg volledig opklaren van de depressieve symptomen).

Uit heel veel studies blijkt dat antidepressiva inderdaad effec-

tief zijn bij de behandeling van depressie in engere zin. Klasiek beschrijft men verbeteringspercentages van 60 tot 70% bij patiënten die antidepressiva nemen, tegenover 40 tot 50% van degenen die met placebo behandeld worden. Tegenover placebo zorgen antidepressiva voor een extra daling van drie tot vijf punten op de gekozen depressiemaatstaf, wat overeenkomt met een effectgrootte tussen 0,3 en 0,5. Dit plaatst behandeling met antidepressiva bij depressie in de groep van medische behandelingen met matig effect in vergelijking met andere medische interventies. Ook de cijfers voor remissie liggen gemiddeld 10 tot 20% hoger bij patiënten die met antidepressiva behandeld worden, in vergelijking met patiënten die placebo krijgen.

Toch blijft er discussie. Recent kwam de effectiviteit van antidepressiva overvloedig in de media naar aanleiding van een artikel van de hand van de Engelse psycholoog Irving Kirsch. Kirsch kwam tot de conclusie dat antidepressiva niet erg veel beter dan placebo werken, en zich enkel voor hele zware gevallen behoorlijk effectief tonen. Kirsch vond dat het gemiddelde eindpuntverschil op de Hamilton-depressieschaal (HAMD) tussen de antidepressiva- en placebogroep slechts 1,80 punten bedraagt, waar het 'klinisch relevante' verschil, volgens de richtlijnen van het *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), drie punten bedraagt. Dit verschil van drie punten wordt slechts gehaald bij patiënten met een initiële HAMD-score van 28 of meer. Dit betekent dus dat volgens Kirsch antidepressiva enkel beter werken dan placebo bij ernstige depressies.

Wanneer Kirsch meldt dat antidepressiva vooral effectief zijn voor ernstige depressies in engere zin (*upper end very severe*, HAMD 28 of meer) doet dit de indruk ontstaan dat het hier een kleine minderheid betreft die er bijzonder slecht aan toe is. Echter uit de *National Comorbidity Study* blijkt dat volgens

deze criteria 50% van de gevallen van depressie als ernstig of zeer ernstig geklasseerd moeten worden. In België wordt geschat dat op elk moment 5,34% van de bevolking een depressie in engere zin vertoont. Volgens de bovenstaande criteria gaat het in 1,41% om een milde vorm van depressie in engere zin, bij 1,14% om middelmatige ernst, en bij 2,79% om een ernstige tot zeer ernstige vorm.

Als conclusie kunnen we stellen dat antidepressiva wel degelijk effectief zijn bij depressie in engere zin, en ten minste bij de ernstige vorm ervan is deze effectiviteit wel degelijk klinisch relevant. Deze effectiviteit is beperkt in de aanvangsfase van de behandeling, vooral door de hoge placeborespons die in studies wordt gezien tijdens de eerste zes tot acht weken. Bij langere behandeling neemt de effectiviteit verder toe. Bij milde depressie in engere zin blijken antidepressiva geen klinisch relevante meerwaarde te bieden, ze werken niet beter dan placebo bij deze groep. Bij aanpassingsstoornissen, verdriet en rouw is de meerwaarde van het toedienen van antidepressiva niet onderzocht.

Antidepressiva voor andere psychiatrische problemen

Hierboven werd gesteld dat antidepressiva vooral nuttig zijn bij ernstige depressies, en dat naar schatting 2 tot 3% van de bevolking daaraan lijdt. Cijfers van Farmanet tonen dat 13% van de populatie in 2008 minstens één voorschrift voor antidepressiva kreeg (zie hoofdstuk 2). Toch mag hieruit niet worden geconcludeerd dat er vier tot vijf keer te veel antidepressiva worden voorgeschreven, aangezien deze middelen ook aangewezen zijn bij andere psychiatrische aandoeningen, met name bij angststoornissen. Voor aandoeningen zoals paniekstoornis, obsessief-compulsieve stoornis en veralgemeende angststoornis is er voldoende evidentie dat antidepressiva significant beter zijn dan placebobehandelingen.