

TER DISCUSSIE

De depressie-epidemie; voldoet het economisch perspectief?

Christina M. van der Feltz-Cornelis

Vorig jaar trok het boek van Trudy Dehue, *De depressie-epidemie*, overal veel aandacht,¹ en de door haar opgeroepen discussie woedt nog steeds met verbazingwekkende hardnekkigheid voort in de media en in publieke debatten. Hoe komt dat? Opvallend in het boek en de discussie daarover is de definitie van het ziektebegrip ‘depressie’; ‘depressie’ wordt daarin gedefinieerd door de maatschappij. Maar klopt dat wel? Is een dergelijke definitie van ziekte geschikt om conclusies te trekken over de vraag of er een depressie-epidemie is? Is deze economische benadering een weergave van de realiteit van patiënten met een depressie, en hun behandelaars? En is er een alternatief?

ZIEKTEBEGRIJF

Het ziektebegrip is te beschrijven vanuit 3 referentiekaders, die in het Engels beter te verwoorden zijn dan in het Nederlands: ‘disease’, ‘illness’ en ‘sickness’. ‘Disease’ komt overeen met ziekte zoals die volgens het medisch model wordt omschreven, met een etiologisch substraat, kenmerkende symptomen, een bekend natuurlijk beloop en aanknopingspunten voor behandeling. ‘Illness’ is hoe de patiënt zijn ziek-zijn ervaart en waardoor hij of zij om behandeling zal vragen. ‘Sickness’ is hoe de maatschappij oordeelt over ziekte: de zieke functioneert niet zoals die maatschappij verwacht. Dit drukt men uit in economische termen zoals productieverlies en maatschappelijke kosten.

Dehue definieert het begrip ‘ziekte’ uitsluitend vanuit dit maatschappelijk referentiekader: ‘We moeten het erover eens zijn dat het onaanvaardbaar is en dat de geneeskunde het hoort te verhelpen.’² Dat is een onvolledige definitie. Men kan pas spreken van een depressie wanneer aan de 3 bovengenoemde dimensies van ziekte is voldaan. Het volstaat niet dat de maatschappij vindt dat de geneeskunde iets aan een probleem moet doen; er moet ook sprake zijn van een ziekte in medische zin en van ziektebeleving bij de patiënt. Die beleving moet ertoe leiden dat de patiënt een arts opzoekt en om behandeling vraagt. Achtereenvolgens bespreek ik deze 3 perspectieven van het ziektebegrip voor depressie.

‘DISEASE’

Het criterium van een ziekte volgens het medisch model is bij de depressie in engere zin aan de orde, zoals omschreven in DSM-IV-criteria.³ Deze gaat gepaard met uitgesproken disfunctioneren en neiging tot chroniciteit en recidief. Effectieve behandelwijzen voor de depressie in engere zin zijn bekend en omschreven in richtlijnen. Helaas is hier echter ruimte voor spraakverwarring. Veel mensen gebruiken de term ‘depressie’ in het gewone taalgebruik namelijk niet als DSM-IV-ziektebegrip, maar als omschrijving van een tijdelijke ontstemming die door omstandigheden, temperament of lichamelijke ziekte is ontstaan. Een dergelijke ontstemming is geen ziektebeeld, maar een existentieel probleem dat zich bij iedereen zo nu en dan voor kan doen. Het is nu eenmaal niet alle dagen feest in het leven. Dergelijke ontstemmingen in de stemming leiden echter over het algemeen niet tot uitval op het werk of tot suïcide, zodat de maatschappelijke zorg daarover niet groot is en er weinig animo zal zijn om de geneeskunde te vragen daar iets aan te doen. Een valkuil zou kunnen zijn dat bepaalde existentiële problemen, vooral verliessituaties, kunnen leiden tot een depressie in engere zin. Daardoor kan in geval van verlies depressiepreventie toch nuttig zijn, mits deze geïndiceerd is, dat wil zeggen mensen moeten aan een risicoprofiel voldoen vooraleer preventie effectief is.³

‘ILLNESS’

Het tweede criterium, ‘illness’, komt overeen met de ziektebeleving van de patiënt zelf. Deze moet zich niet

*Trimbos-instituut, programma Diagnostiek en
Behandeling, Utrecht.*

*Dr. C.M. van der Feltz-Cornelis, psychiater en
epidemioloog (tevens: VU Medisch Centrum,
Instituut voor Extramuraal Geneeskundige
Onderzoek en afd. Psychiatrie, Amsterdam)
(cfeltz@trimbos.nl).*

alleen depressief voelen, maar moet ook dermate daar-
onder lijden dat hij of zij zichzelf als ziek gaat zien en de
dokter opzoekt met een hulpvraag. Pas dan spreken we
van een ziekte in de zin van 'illness'. Het ziektegedrag
van patiënten en de behoefte aan medische behandeling
bij een bepaalde mate van symptomen zijn echter minder
vanzelfsprekend dan men op grond van de ernst van die
symptomen zou verwachten.

Het duidelijkst komt dat naar voren in studies waarin
men middels screening patiënten met een depressie in
engere zin identificeerde en hun een behandeling aan-
bod. Het bleek dat de helft van de patiënten die volgens
de screener en het classificierend interview voldeden aan
de criteria van een depressie in engere zin volgens DSM-
IV, een behandel aanbod weigerde.⁴⁻⁷ Kennelijk moeten
nogal wat drempels worden geslecht voordat een patiënt
de ziekenrol op zich neemt vanwege een depressie.

Goldberg en Huxley hebben reeds in de jaren tachtig
beschreven dat de patiënt met psychische problemen
heel wat filters moet passeren voordat hij daadwerkelijk
behandeld wordt voor die problematiek.⁸ Het eerste filter
bepaalt of de patiënt zich tot de huisarts wendt voor hulp;
dat doet 50%. Het tweede filter beïnvloedt herkenning
door de huisarts; deze herkenning hangt samen met de
aard van de presentatie. In internationale WHO-studies
bleek dat 69% van de patiënten met depressie in engere
zin en 76% van depressieve of angstige patiënten alleen
maar lichamelijke klachten rapporteerde bij hun eerste
bezoek aan de huisarts.^{9,10} Tevens bleek dat huisartsen
depressieve patiënten met lichamelijke klachtenpresen-
tatie slechts in 22% van de gevallen als zodanig herken-
nen.⁹ Het derde filter beïnvloedt of de patiënt behandeling
krijgt.

Het succes van de behandeling is afhankelijk van ver-
schillende factoren. Therapietrouw blijkt een belangrijke
factor in het bereiken van succes, maar deze is vaak
beperkt. Ook een juiste indicatiestelling voor behande-
ling is van belang, en ligt niet zo eenvoudig. Het blijkt dat
huisartsen niet alleen een depressiebehandeling starten
wanneer een depressie is aangetoond, maar ook wanneer
het bestaan van een depressie minder zeker is. In die
gevallen is er vaak sprake van angstklachten.¹¹ Behand-
succes wordt afgemeten aan het effect op de depressieve
symptomen. Artsen kijken daarnaar en zijn tevreden
wanneer die zijn afgenomen, maar patiënten rapporteren
veel meer klachten, vooral angstklachten en lichamelijke
klachten. Daardoor zijn patiënten minder snel dan de
arts van mening dat ze in remissie zijn gekomen. Ook
hebben ze last van bijwerkingen. Met andere woorden:
behandelsucces is beperkt doordat patiënten geregeld
een depressiebehandeling voor iets anders krijgen dan
een depressie, zich niet erg aan de behandeling houden,
en last van bijwerkingen hebben. Ze zijn dan ook minder

tevreden over de uitkomst van depressiebehandeling dan
artsen. Daarnaast is het zo dat die behandel effecten niet
zeer groot zijn, zeker ten opzichte van 2 andere factoren:
het hebben van een (huwelijks)partner en het hebben van
werk. Dit geldt voor zowel psychotherapie als behande-
ling met antidepressiva, ook na correctie voor de ernst
van de depressie. Enige bescheidenheid is dus passend,
hoewel ik besef dat een niet zeer groot effect natuurlijk
wel klinisch relevant kan zijn.

Het vierde filter betreft verwijzing naar de ggz. Indien zij
een depressie herkennen, blijken veel huisartsen de
patiënten te verwijzen naar ggz-instellingen.¹² Die ver-
wijzingen lopen helaas tot in 20% van de gevallen niet uit
op een behandeling. Door deze filters houden we onge-
veer 8% van de oorspronkelijke 100% depressieve patiën-
ten over die succesvol herkend en behandeld worden.

'SICKNESS'

Er is bij depressie zeker sprake van ziekte in de zin van
'sickness', bijvoorbeeld doordat een patiënt door zijn
ziekte niet meer kan werken. Sinds de Wet Verbetering
Poortwachter is de instroom in de WAO en de opvolger
daarvan, de WIA, (respectievelijk Wet op de Arbeidsom-
geschiktheidsverzekering en Wet Werk en Inkomens-
voorziening naar Arbeidsvermogen) sterk gedaald. Maar
toch bedraagt het aandeel van psychische stoornissen,
waaronder depressies, nog steeds ongeveer 30% van de
langdurige arbeidsuitval. Depressies zijn dan ook onder-
werp van preventie op landelijk en internationaal niveau.

EEN EPIDEMIE?

Is het aantal depressies toegenomen? De depressie in
engere zin neemt op de wereldrangordelijst inderdaad
een hogere plaats in dan vroeger.⁴ Dit komt doordat men-
sen langer leven, en op een hoger welvaartsniveau. Door
deze zogenaamde 'decompressie van mortaliteit' komen
ziekten in beeld die eerst de kans niet kregen om in zulke
grote aantallen op te treden, en een van die ziekten is
depressie.¹³ De relatie tussen welvaart en depressie die
men wel eens legt, is dus juist, alleen moet men dit ver-
band anders interpreteren: depressie is geen luxe ziekte,
maar een van de alternatieven voor jong sterven door
geringe welvaart.

Dehue suggereert dat er een maatschappelijke tendens
zou zijn om via marketingtechnieken mensen met
depressieve klachten een behandeling op te dringen en
dat die patiënten deze klakkeloos overnemen. Met andere
woorden, de depressie-epidemie zou door marketing zijn
ontstaan. Marketing heeft echter meestal slechts korte-
termijneffecten; vandaar dat in marketing de boodschap
ook voortdurend herhaald moet worden. Echter, in
tegenstelling tot de meeste producten die men door mar-

ketting aan de man brengt, is behandeling van een depressie niet buitengewoon prettig om te ondergaan. Deze behandeling vergt juist een duurzame en lang volgehouden inspanning van de patiënt, aangezien een depressie in engere zin een chronisch probleem is. Aanwijzingen dat marketingactiviteiten in de zorg patiënten met een depressie in engere zin over de streep zouden trekken om een behandeling te starten en vol te houden zijn er tot nu toe dan ook niet.

Dat men in het publieke debat de door Dehue genoemde maatschappelijke hang naar behandeling voor depressie toch zo hardnekkig oppakt, zou te maken kunnen hebben met de reeds eerder genoemde spraakverwarring over het begrip 'depressie'. Het is daarom van belang media en publiek voortdurend te informeren en daarbij de depressie in engere zin duidelijk te onderscheiden van de eerdergenoemde tijdelijke ontstemming. De eerste is een medisch probleem dat liefst voorkómen, maar anders toch minstens vroeg onderkend en adequaat behandeld moet worden. De tweede niet.

Van een epidemie aan vragen om hulp en behandeling bij depressieve patiënten is bovendien geen sprake. De animo voor behandeling bij depressieve patiënten is systematisch veel lager dan verwacht. Dit kan op verschillende dingen duiden. Het kan betekenen dat het behandel-

aanbod onvoldoende is toegespitst op de behoeften van patiënten of dat patiënten bang zijn voor stigmatisering. Ook kan het erop duiden dat de lijdensdruk niet zo hoog is dat men om hulp gaat vragen of dat depressie dermate verlamrend zou kunnen werken dat motivatie voor behandeling bij deze patiëntengroep moeilijk is. Tenslotte kunnen de vragenlijsten die men als screener gebruikt de factor 'illness' in de zin van motivatie voor behandeling onvoldoende meenemen in de somscore om tot de diagnose 'depressie' te komen. Onderzoek naar dat laatste is geïndiceerd.

Voor de depressie in engere zin is de geringe motivatie van patiënten om een behandeling aan te vangen het belangrijkste aanknopingspunt voor beleid. We zullen in het behandelaanbod en in het onderzoek daarnaar het perspectief van de patiënt derhalve nadrukkelijk moeten opzoeken.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 6 april 2009

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2009;153:A494

[➤ Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

LITERATUUR

- Dehue T. De depressie-epidemie. Amsterdam: Augustus; 2008. p. 21.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Press; 1994.
- Gilbody S, House AO, Sheldon TA. Screening and case finding instruments for depression [Cochrane review]. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(4):CD002792.
- Strong V, Waters R, Hibberd C, Murray G, Wall L, Walker J, et al. Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet.* 2008;372:40-8.
- DeMyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, De Girolamo G, Gasquet I, Kovess V, et al. Clinical factors influencing the prescription of antidepressants and benzodiazepines: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD). *J Affect Dis.* 2008;110:84-93.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;420:47-54.
- Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med.* 1999;341:1329-35.
- Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community; the pathway to psychiatric care. Londen: Tavistock; 1980.
- Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry.* 1993;150:734-41.
- Verhaak PF, Hoeymans N, Garssen AA, Westert GP. Mental health in the Dutch population and in general practice: 1987-2001. *Br J Gen Pract.* 2005;55:770-5.
- Volkers AC, Nuyen J, Verhaak PF, Schellevis FG. The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. *J Affect Disord.* 2004;82:259-63.
- Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet.* 1997;349:1498-504.
- Lynch SM, Brown JS. Reconsidering mortality compression and deceleration: an alternative model of mortality rates. *Demography.* 2001;38:79-95.