

Depressie, what's in a name?

Depressie zou de meest voorkomende gezondheidsstoornis zijn waarvoor mensen een arts raadplegen (*Krueger*). Bij een enquête onder huisartsen in enkele Europese landen werd vastgesteld, dat bij ongeveer 10 procent van alle consulten sprake is van depressie. Volgens schattingen van de WHO zou 3 tot 5 procent van de wereldbevolking aan deze „aandoening” lijden (*Kielholz*). Sommige auteurs vermelden een nog hogere prevalentie, tot zelfs 15 procent van de bevolking (*Watts*).

Cijfers om moedeloos van te worden, maar welke waarde is er aan toe te kennen? Waarop berusten deze gegevens?

Onthullend in dezen zijn de verschillen in de prevalentie van depressie tussen beide national morbidity surveys in Groot-Brittannië (1956 respectievelijk 1971). De cijfers in het tweede onderzoek waren dertigmaal zo hoog als in het eerste (*Occasional Paper*, 1976). Een dergelijke toename is hoogst onwaarschijnlijk. Waarschijnlijker is, dat de cijfers meer vertellen over de *labelling fashions* van de registrerende artsen dan dat zij iets te maken hebben met het voorkomen van depressie.

Epidemiologische gegevens over het voorkomen van depressie zijn beslist onbetrouwbaar en zijn ook moeilijk te vergaren, doordat het begrip depressie niet eenduidig is omschreven. De klachten en symptomen van het depressief syndroom zijn specifiek en de criteria voor de diagnose zijn vaag. *Jenner* constateert in deze aflevering van *huisarts en wetenschap* een „chaos in het denken over depressies”; *Sigling* illustreert in hetzelfde nummer het probleem door middel van een vier-keuzenvraag, waarbij men elk alternatief als het juiste zou kunnen aanmerken al naar gelang de zienswijze die men voorstaat. Het begrip depressie is gepopulariseerd, stelt *Jenner*, „het hoort erbij zoals flauw vallen tijdens het Victoriaanse tijdperk”. Hiermee in overeenstemming is de visie van *Sigling*: als een vorm van gedrag is de depressie een *learned helplessness* die zichzelf in stand houdt in een circulus vitiosus van frustrerende interacties tussen de patiënt en diens omgeving. Bij deze zienswijze gaat het dus om een sociologisch ziektebegrip.

De verwarring rond de term depressie is zeker een gevolg van een min of meer slordig dooreen hanteren van diagnoses uit verschillende diagnostische systemen (*Jenner*), maar lijkt vooral ook te verklaren uit de verschillende wijzen waarop artsen patiënten ontmoeten en hun vraag om hulp interpreteren. In dezen zijn

er grote verschillen tussen artsen die in de eerste lijn werken, en hun collega's in de hogere echelons van de gezondheidszorg. Dit heeft gevolgen voor de betekenis die men toekent aan enige diagnostische classificatie van het complex van klachten en verschijnselen, dat min of meer kenmerkend zou zijn voor het „depressieve syndroom”.

Voor de beoordeling, laat staan de indeling van dit syndroom in een nosologisch systeem, bestaan nauwelijks handzame, objectieve criteria. „Een depressie is een totaal-gebeuren, dat zich uit in gevoel, denken en motoriek” (*Jenner*). Men spreekt van een depressie bij een zekere tijdsduur en bepaalde intensiteit van de voor een depressie kenmerkende klachten en verschijnselen. De vaststelling echter, dat de grenzen in dezen worden overschreden is uitermate subjectief en indien de arts aldus een depressie meent te onderkennen, doet zich de vraag voor of hij inderdaad een medische diagnose stelt. Daarin schuilt de kern van het probleem. Dé diagnose depressie bestaat niet. Een classificatie in medische zin is derhalve nauwelijks mogelijk.

Dit probleem wordt niet opgelost door niet over een ziekte, doch over een syndroom te spreken. „At present when we know so little of the pathogenesis and pathology of the depression, it is best not to try and separate depression into (the two) varieties and to treat patients as individuals rather than as suffering from (reactive or endogenous) depression” (*Fry*). Dat zowel endogene als exogene factoren een rol spelen, is aannemelijk, maar dit geldt voor elke menselijke reactie op een situatie, voor elke gedragscategorie. Dat de stemmingsdaling en de vegetatieve stoornissen dusdanig kunnen zijn, dat zij de vitaliteit ernstig aantasten, is bekend. Het gedrag van de depressieve patiënt kan tenslotte geagiteerd zijn of juist geremd, zoals het gedrag van iedere sterveling.

Of de toegevoegde waarde van de diagnose depressie hoger is naarmate de descriptie van het complex klachten en verschijnselen uitvoeriger is, lijkt de vraag. De gebruikelijke voorvoegsels suggereren inderdaad dat de geneeskunde inmiddels „heel wat kennis en inzicht over het verschijnsel depressie heeft weten te verzamelen” (*Sigling*). Dit laatste is ongetwijfeld het geval en beperkt zich niet tot moeizaam verkregen inzichten in de rol van bijvoorbeeld neurotransmitters bij het al of niet ontstaan van wat men noemt een endogene depressie. Tot veel meer dan globale, zij het voorlopig bruikbare aanwijzingen voor een adequate medicamenteuze therapie heeft dit ech-

ter niet geleid. Bij de bestudering van de rol van de centrale mono-aminen bij het depressieve syndroom bevindt men zich op het spoor van een etiologische diagnose. Het zou plezierig zijn als een endogene depressie bij uitstek gekenmerkt zou zijn door vitale verschijnselen, met andere woorden als de fenomenologie hand in hand zou gaan met etiologie en pathogenese. Dit is helaas niet het geval, want in principe kan iedere depressie „vitaliseren” (*Jenner*). Als de ervaring nu leert, dat juist de vitale depressie een indicatie is voor antidepressieve medicamenteuze therapie, terwijl de niet-vitale depressie dat niet is, dan is de verwarring die over depressie bestaat, in ieder geval begrijpelijk.

De attractie van een schematisering van depressies bepaalt zich dan ook hoofdzakelijk tot een pragmatisch en voorlopig handvat voor het beleid, bijvoorbeeld wat betreft de medicamenteuze therapie bij patiënten met een depressief stemmingsbeeld. Dit is belangrijk genoeg, maar het gaat hierbij niet om diagnostiek in de gebruikelijke medische betekenis. De praktische bruikbaarheid van een dergelijk schema wordt bovendien bepaald door de trefzekerheid waarmee de onderliggende dichotomieën in de concrete situatie zijn te onderscheiden. Dit laatste lijkt in de situatie van de huisarts nog minder eenvoudig dan op de polikliniek, waar men met een selectie van het „patiëntenmateriaal” heeft te maken.

Met gedeprimeerde patiënten wordt de huisarts vrijwel dagelijks geconfronteerd. In een kleine minderheid van de gevallen zal hij een depressie menen te onderkennen en slechts enkele patiënten zal hij om deze reden naar een specialist verwijzen. In de meeste gevallen gebruikt de huisarts andere labels, bijvoorbeeld „nervus-functioneel klagen”. Voor het praktische beleid maakt dit niet veel uit. Het gaat er slechts om welke therapeutische en prognostische consequenties de huisarts aan zijn label verbindt. Het is nauwelijks relevant, dat in sommige gevallen beter van een „depressief syndroom” zou kunnen worden gesproken. Integendeel, dit zou wel eens riskant kunnen zijn, waar het gaat om medicalisering van in wezen niet-medische problemen.

Sigling onderstreept in dezen een taak voor de huisarts, die in eerste instantie weinig of niets heeft te maken met een medische benadering. De opvatting van de depressie als een vorm van gedrag verklaart mede het gevoel van onmacht (weer fraai te etiketteren als „geïnduceerde depressie”), dat voor menige arts een aanwijzing is om aan depressie te denken. Deze zienswijze biedt echter aanknopingspunten voor een actieve benadering teneinde het zichzelf in stand houdende hulpeloze gedrag van de depressieve patiënt te veranderen.

In dit verband is van belang hetgeen *Arentz* in zijn bijdrage over directieve therapie in de huisartspraktijk opmerkt over de positieve betekenis van een optimistische belangstelling van de arts, respectievelijk het risico van een benadrukken van pathologie. De vraag hoe het depressieve gedrag tot stand komt, verwijst daarbij niet naar een theorie over de mogelijke oorzaken van dergelijk gedrag, maar is gericht op de actuele mogelijkheden dat gedrag te veranderen. Dat „een mens handelt zoals hij zich voelt en zich voelt zoals hij zich gedraagt” klinkt zeer aannemelijk. Door een meer „directieve” of – beter gezegd – meer actieve benadering is het isolement van de gedeprimeerde patiënt wellicht te doorbreken. Hernieuwde stimuli uit de omgeving kunnen de patiënt zijn feitelijke ontplooiingsmogelijkheden doen ervaren, waardoor de weerstand tegen verandering zal afnemen. De bijdragen van *Jenner* en *Sigling* zijn in zoverre complementair, dat zij verschillende accenten leggen, duidelijk ingegeven door onderscheiden ervaringsgebieden. In zijn overigens inzichtelijke poging tot ordening in de chaos in het denken en spreken over depressies komt *Jenner* niet los van het medisch model. *Sigling* daarentegen gaat voorbij aan de mogelijkheden die met name een natuurwetenschappelijke zienswijze biedt voor onderzoek naar de biologische aspecten of de grondslagen van gedeprimeerdheid. Hij beperkt zich bewust tot hetgeen thans in de hulpverlening, met name door de huisarts, eerst en vooral relevant lijkt te zijn.

Depressie en de gedeprimeerde patiënt zijn onderwerpen waaromtrent nog veel onderzoek is te verrichten. Voor de verdieping van ons inzicht hierin is het van belang dat dergelijk onderzoek zich niet beperkt tot poliklinieken of ziekenhuizen. De kluwen van wanbegrip kan alleen ontward worden in een samenspraak van huisartsen en specialisten én door onderzoek waarbij ook huisartsen betrokken zijn.

Dr. H. G. M. van der Velden

- Arentz, D. H. Ervaringen met directieve therapie in de huisartspraktijk. (1981) *huisarts en wetenschap* 24, 476-480.
- Fry, J. Common diseases, their nature incidence and care. *MTP Press, Lancaster*, 1979.
- Jenner, J. A. Over depressies. (1981) *huisarts en wetenschap* 24, 469-472.
- Kielholz, P. The treatment of depression in everyday practice. International committee for prevention and treatment of depression, Bulletin nr 1. *Ciba Geigy, Basel*, 1976.
- Krueger, D. W. The depressed patient. (1979) *J. Fam. Pract.* 2, 363-370.
- Sigling, H. O. Depressie vanuit het gezichtspunt van de huisarts. (1981) *huisarts en wetenschap* 24, 473-475.
- Watts, C. A. H. Depressive disorders in the community. *John Wright and Sons, Bristol*, 1966.