

Depressie vanuit het gezichtspunt van de huisarts

H. O. SIGLING

Tijdens het voorjaarscongres van de SIMG in Boedapest (4-6 juni 1981) hield H. O. Sigling, huisarts en als wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, een voordracht over het verschijnsel depressie. Dankzij de welwillende toestemming van de redactie van *Allgemeinmedizin International – General Practice* zijn wij in staat de Nederlandse tekst van deze voordracht te publiceren.

Inleiding

Graag wil ik dit artikel beginnen met u een meerkeuzevraag voor te leggen. U krijgt één minuut om uw keuze te maken. Een depressie is:

- een geestesziekte
- een psychiatrisch syndroom
- een gemoedsgesteldheid
- een vorm van gedrag.

Ik neem aan dat u inmiddels uw keuze gemaakt hebt, waarbij het niet onmogelijk is dat sommigen onder u meer dan een alternatief hebben aangekruist. Laten wij elk der mogelijkheden wat nader bekijken en nagaan welke beoordeling hieraan gegeven moet worden, wanneer wij uitgaan van de positie en de taakstelling van de huisarts.

Een geestesziekte

Van oudsher is een depressie in de medische opleiding en literatuur opgevat als een geestesziekte. Nog steeds vindt men in morbiditeitsstatistieken en ziekteclassificatiesystemen depressie gerangschikt onder de psychische of psychiatrische ziektebeelden. Uitgebreide onderzoekingen naar neurochemische oorzaken en neurofysiologische mechanismen dragen ertoe bij het geloof te versterken dat bij depressie sprake is van een nosologische entiteit die op precies dezelfde wijze farmacotherapeutisch valt te beïnvloeden als diabetes of tuberculose. De talrijke conferenties en symposia die in de wereld over depressie georganiseerd worden, onder vinden vaak steun van de farmaceutische industrie en worden meestal gekenmerkt door natuurwetenschappelijk

georiënteerde onderzoeksverslagen en bijdragen vanuit de traditioneel psychiatrische hoek. Gedragswetenschappelijke onderzoeksresultaten, hoewel de laatste jaren in grote omvang beschikbaar, worden stelselmatig geweerd.

De grote voordelen voor de dokter om de depressie op te vatten als een ziekte, zijn:

- het stelt hem in staat het vertrouwde diagnose-receptmodel te hanteren;
 - eigen gevoelens en persoonlijke betrokkenheid kunnen bij de behandeling buiten spel blijven.
- De grote voordelen voor de patiënt zijn:
- het hebben van een ziekte is een noodlot dat iemand niet toegerekend kan worden en hem ontslaat van verantwoordelijkheid;
 - het weer gezond worden is in eerste instantie een opgave voor de dokter.

Misschien is het in dit verband nuttig een zin aan te halen van Walter Riese, uit zijn in 1953 verschenen boek *The conception of disease, its history, its versions and its nature*: „It is true that one readily turns to disease as to an explanatory principle of types of behaviour resisting rational interpretation. It is tempting because it seems easy to do away with an insoluble and therefore disturbing problem by shifting it tot the department of the abnormal.” Het is zeer de vraag of niet juist het benaderen van de depressieve patiënt als een zieke ertoe bijdraagt de gevoelens en de gedragingen die kenmerkend zijn voor de depressie, in stand te houden en te versterken. Het negatieve beeld dat de depressieve patiënt over zichzelf heeft, zal

door de stigmatisatie van het psychisch ziek-zijn zeker niet verbeteren. Het gevoel van eenzaamheid en isolement zal door een objectiverende, klinische benadering eerder groter worden dan afnemen.

Voor de huisarts geldt, dat de kracht van zijn positie ligt in de continue en persoonlijke relatie die hij met zijn patiënten onderhoudt. In zijn benadering kiest hij voor een persoonlijke ontmoeting waarin patiënt en arts samen werken aan de oplossing van een gezamenlijk geformuleerd probleem. Het typeren van een depressie als een geestesziekte biedt aan een dergelijke benadering weinig ruimte.

Een psychiatrisch syndroom

De diversiteit in ontstaanswijze en verloop van de bij een depressie optredende verschijnselen heeft velen ertoe gebracht onder de depressie niet één bepaalde ziekte te verstaan, maar een syndroom. Een omschreven verzameling van verschijnselen en afwijkingen, die qua ontstaan en verloop belangrijk kunnen variëren. Met behulp van een goed gekozen bijvoeglijk naamwoord wordt een nadere aanduiding gegeven over de aard en/of ontstaanswijze van het depressief syndroom. Prognose en gewenste behandelingswijze kunnen zodoende nauwkeuriger bepaald worden. Ter illustratie geef ik een lijst van regelmatig gehanteerde voorvoegsels, die de indruk moeten bevestigen dat de geneeskundige wetenschap geleidelijk aan al heel wat kennis en inzicht over het verschijnsel depressie heeft weten te verzamelen:

- primair en secundair;
- unipolair en bipolair;
- endogeen, psychogeen en organisch;
- vitaal, reactief en neurotisch;
- essentieel en symptomatisch;
- geagiteerd en geremd;
- psychastheen, neurastheen en hysterisch;
- puberteits-, involutie- en seniel;
- gemaskeerd, gelarveerd en anaklitisch.

Hoe aantrekkelijk de hier betrachte nuancerings ook moge lijken, in wezen bevat zij hetzelfde gevaar als het benaderen van de depressie als een ziekte. Het probleem van de patiënt dreigt los gemaakt te worden van zijn persoon, het wordt geobjectiveerd en gecatalogiseerd. Mevrouw Jansen en mijnheer Smit worden gereduceerd tot een geval van een bepaald soort depressie. Voor de huisarts weegt een eventuele winst

aan therapeutische variatie niet op tegen het verlies aan emotionele relatie die deze objectiverende aanpak met zich meebrengt.

Er ligt nog een ander groot gevaar op de loer bij het benaderen van een depressie als een psychopathologisch syndroom. Het wordt gezien als een zeer ongewenste, maatschappelijk onaanvaardbare eigenschap, waarmee iemand net als met melaatsheid is bezocht en waarvan men tot iedere prijs verlost moet worden, desnoods door opname of zelfs elektroshock. Hoewel op deze wijze het depressief syndroom als een pathologische entiteit los gezien wordt van het eigenlijke van iemands persoonlijkheid, is toch meestal de drager als patiënt de gestigmatiseerde en het enige object van therapeutische bemoeienis. De huisarts als gezinsarts kent echter uit ervaring maar al te goed welke invloeden vanuit de directe omgeving van een gedeprimeerd persoon kunnen bijdragen aan het ontstaan en voortduren van de depressie. Hij kent het meervoudig optreden binnen één gezin, het overgaan van depressieve gedragspatronen van ouders op kinderen en vooral ook de rol die een depressie speelt en de functie die zij vervult bij het hanteren van problematische situaties en relaties.

Een gemoedsgesteldheid

Om te beginnen een citaat van *Sandison*:

„I believe that depression is one of the conditions to which man is heir, and that its absence in a person is rare and more abnormal than its liability to it”.

Wat Sandison hier aangeeft als „condition”, wordt door velen gezien als een „condition” van het gemoedsleven. Sommigen zien in de depressie een even basale affectieve reactiewijze op levensbedreigende situaties als angst. Angst werkt als een signaal bij gevaarvolle toestanden, het heeft een „opwekkende” functie en brengt de betrokkene in een toestand van gereedheid om te vechten of te vluchten. Depressie daarentegen heeft een „remmende” functie. Het bepaalt het individu bij de feitelijkheid en de onontkoombaarheid van de situatie. Pijnlijke veranderingen zijn al opgetreden of zullen onafwendbaar plaatsvinden. De situatie is niet meer te veranderen of te ontvluchten. De betrokkene wordt, hoe dan ook, gedwongen een ander levensperspectief te aanvaarden en staat voor de opgave een nieuwe zingeving voor zijn bestaan te ontwikkelen.

De depressie gaat meestal samen met

een gevoel van teleurstelling, van smart, van wanhoop en hulpeloosheid. Maar daarin onderscheidt zij zich niet van de normale verdriet-reactie, zoals deze bij rouwprocessen voorkomt. Voor *Beck*, de bekende Amerikaanse depressiedeskundige, zijn de gevoelens dan ook niet het meest wezenlijke van deze aandoening. Als het meest wezenlijke ziet hij de stoornis op het cognitieve vlak: niet hoe iemand zich voelt, maar hoe hij zichzelf en zijn situatie bekijkt en beoordeelt, bepaalt of er sprake is van een depressie. Een negatief zelfbeeld, een negatief oordeel over de gehele eigen levenssituatie en het ontbreken van elk toekomstperspectief ziet Beck als het kenmerkende van de depressie.

Wij huisartsen worden in ons contact met gedeprimeerde mensen vaak getroffen door hun sombere kijk op de werkelijkheid. Vaak roept dit bij ons de neiging wakker hen ervan te overtuigen dat niet alles zo hopeloos en zwartgekleurd is als zij denken. Wij confronteren hen dan met het positieve en het veelbelovende dat wij in henzelf en hun omstandigheden menen waar te nemen. Even zo vaak echter ervaren wij hoe weinig het uithaalt gedeprimeerde mensen met kracht van argumenten te willen overtuigen. Zeker is ook, dat de gedeprimeerde patiënt bij de dokter allerlei gevoelens oproept. Wanneer wij ons als huisarts vertrouwd gemaakt hebben met het bewust registreren van onze eigen gevoelens in het contact met patiënten, dan zijn het soms deze gevoelens die ons op de depressie bij de ander attent maken: gevoelens van treurigheid, van onmacht of van verlatenheid die na de ontmoeting met een wezenlijk gedeprimeerde patiënt bij ons achterblijven. Het feit echter dat het contact met een gedeprimeerde patiënt ons niet onberoerd laat, reacties bij ons wakker maakt, ons beurtelings vervult met medelijden, onmacht of zelfs ergernis, en daarmee onze houding en opstelling in sterke mate beïnvloedt, pleit er sterk voor extra aandacht te besteden aan ons laatste alternatief.

Een vorm van gedrag

Wat houdt dat in, depressie te beschouwen als een vorm van gedrag?

Beschouwen wij „gedrag” gemakshalve als de omgang die een mens tot stand brengt met de interne en externe werkelijkheid, dan is een depressie een bepaalde vorm waarin deze omgang gestalte krijgt. Essentieel in deze opvatting is, dat depressief gedrag volgens dezelfde wetmatigheden ontstaat en on-

derhouden wordt als iedere andere vorm van gedrag. Een depressie is dan niet een uiting, een symptoom van een onderliggend probleem, maar het probleem zelf. Het probleem is de omgang met en de relatie tot de werkelijkheid, de wereld waarin betrokkene existeert. Dit roept onmiddellijk twee vragen op:

– hoe komt een dergelijk gedragsvorm tot stand;

– wat is het effect van een dergelijk gedrag?

Over het tot stand komen van dit gedrag zijn de laatste jaren vele theorieën gelanceerd, die in talloze experimenten en onderzoeken zijn getoetst (*Friedman and Katz*). Belangrijk voor ons huisartsen is om te weten dat de aanleg om met depressief gedrag te reageren op pijnlijke en frustrerende ervaringen zich al vroeg in het leven ontwikkelt. Tijdelijk of blijvend verlies van de zorg en de positieve stimuli en reacties van de moeder of moederfiguur spelen een heel belangrijke rol. Ziekte, opname in het ziekenhuis, scheiding, overlijden, maar ook een periode van depressie bij de moeder, verbreken het voor het kind zo vitale contact gedurende langere of kortere tijd. Het kind ervaart dat het niet meer in staat is de buitenwereld te controleren en datgene te verwerven waaraan het behoefte heeft. De omgeving kan niet meer voldoende door het eigen optreden beïnvloed worden. Aandacht en emotionele beloningen, die door hun positieve bekrachtiging bepaalde gedragspatronen helpen vormen, ontbreken. Een gevoel van onmacht en hulpeloosheid is het gevolg. *Seligman* noemt deze „learned helplessness” het meest essentiële van het depressieve gedrag.

Actuele ervaringen in het latere leven waarbij verlies of teleurstelling een voorname rol spelen, kunnen opnieuw dit hulpeloze gedrag oproepen. In principe is dit gedrag er op gericht de in de levenssituatie opgetreden veranderingen te hanteren, of althans te verdragen. Op korte termijn kan het daaraan voldoen, vooral ook door de zorg en de aandacht die een depressief optreden aanvankelijk bij de omgeving oproept. Het lijkt zodoende een effectieve manier om het emotionele probleem van verdriet en eenzaamheid op te lossen. Wanneer echter het gedrag te lang aanhoudt of buiten proporties een appel doet op de omgeving, verkeert het effect in zijn tegendeel. De omgeving verliest haar aandacht of wendt zich geërgerd af. Eenzaamheid en contactverlies bepalen nu in nog sterkere mate het gevoel van wanhoop en verlatenheid. Omdat

geleidelijk alle positieve prikkels vanuit de omgeving ophouden en de betrokkene al zeer jong afgeleerd heeft in een dergelijke situatie zelf initiatieven te ontplooiën, neigt de situatie ertoe zichzelf in stand te houden.

Welke conclusies wil ik verbinden aan de zienswijze dat depressie voor alles een vorm van gedrag is? In de eerste plaats dat dit gedrag voor de depressieve persoon in kwestie een bepaalde betekenis heeft, een bepaalde functie vervult. Het is zijn of haar, soms ook mijn wijze van omgaan met de feitelijkheid van het bestaan. Dit gedrag op zich is geen reden tot medisch, laat staan farmaceutisch ingrijpen. Eerst dan wanneer de betrokkene of naaste verwanten om hulp vragen, omdat het dagelijks functioneren of de emotionele betrekking ernstig verstoord dreigen te geraken, is er een taak voor de huisarts weggelegd. Deze taak zal in de eerste plaats bestaan uit het doorbreken van het isolement, het opheffen van de eenzaamheid van de gedeprimeerde door een persoonlijke wijze van optreden van de kant van de huisarts. Zonder bereidheid en bedrevenheid om een werkelijk contact te maken en te onderhouden heeft de depressieve patiënt van de huisarts weinig te verwachten.

Beschikbaarheid, belangstelling en positieve beïnvloeding zijn de elementen van de grondhouding waarop de verdere hulpverlening gebaseerd moet zijn. In deze verdere hulpverlening staat en valt het resultaat met de veranderingen die tegelijkertijd in het gedrag van de personen uit de intieme levenskring optreden. De huisarts als gezinsarts is vaak op de hoogte van deze intieme betrekkingen, heeft vaak gemakkelijk toegang tot deze personen, omdat zij in vele gevallen ook tot zijn praktijk behoren, en is daardoor ook de eerst aangewezen om de daarvoor in aanmerking komende sleutelfiguren bij de hulpverlening te betrekken. Want zonder het inschakelen van de sleutelfiguren in

iemands bestaan zijn gewenste gedragsveranderingen slechts moeizaam te bereiken en doorgaans maar van korte duur.

Slot

Samenvattend keer ik terug naar onze meerkeuzevraag aan het begin: hoe beschouw ik als huisarts bij voorkeur een depressie:

Als een ziekte? Neen, deze keuze stigmatiseert en isoleert en werkt een verkeerde aanpak in de hand.

Als een psychiatrisch syndroom? Neen, dat doet hetzelfde op een meer verfijnde wijze.

Als een gemoedsgesteldheid? Voor een deel, omdat ik weet mijn eigen gevoelens voor de herkenning te kunnen gebruiken.

Als een vorm van gedrag? Bij voorkeur, omdat ik zo geattendeerd word op de noodzakelijke functie die een depressie soms vervult; omdat zo de noodzaak onderstreept wordt van een persoonlijke betrokkenheid; omdat het belang benadrukt wordt van het inschakelen van sleutelfiguren.

Geraadpleegde literatuur

- Beck, A. T. The development of depression: A cognitive model. In: H. J. Friedman and M. M. Katz (eds). The psychology of depression. Contemporary theory and research. *Winston, Washington*, 1974.
- Blöschl, L. Psychosoziale Aspekte der Depression. *Hans Huber, Bern*, 1978.
- Hoffmann, N. Depressives Verhalten. *Otto Müller, Salzburg*, 1976.
- Riese, W. The conception of disease, its history, its versions and its nature. *Philosophical Library, New York*, 1953.
- Sandison, R. A. Depression: illness, social disease, or natural state? (1972) *Lancet* **I**, 1227.
- Sigling, H. O. en W. van Tilburg. De depressieve patiënt. *Bunge, Utrecht*, 1981.
- Seligman, M. E. P. Depression and learned helplessness. In: H. J. Friedman and M. M. Katz (eds). The psychology of depression. Contemporary theory and research. *Winston, New York*, 1974.

Literatuur bij: Gehandicapten – om hoeveel mensen gaat het? (pp. 466-468)

- Disability worldwide: a statistical picture. In: (1981) *Int. Rehab. Rev.* nr 1, 8.
- Geboden toegang, gegevens betreffende de aanpassing van gebouwen, woningen en recreatieve voorzieningen t.b.v. gehandicapten. Zesde druk. *Nederlandse Vereniging voor Revalidatie, Utrecht*, 1979.
- Gehandicapten wel geteld; lichamenlijk gehandicapten 1971/1972. Vijf delen. *CBS, 's-Gravenhage*, 1974-1978.
- Greep, J. M. Naar een medische overbevolking. (1980) *Med. Contact* **35**, 481-484.
- Jaarverslag 1976 Algemeen Arbeidsongeschiktheidsfonds en Arbeidsongeschiktheidsfonds. *Sociale Verzekerings Raad, Zoetermeer*, 1977.
- Jaarverslag 1980. *Ziekenfondsraad, Amstelveen*, 1981.
- Kleyn-De Vrankrijker, M. W. de Gehandicapten in 1971, 1980 en 1990. (1980^a) *Maandstatistiek van bevolking en volksgezondheid* **28**, nr 10, 57-60.
- Kleyn-De Vrankrijker, M. W. de. Epidemiological information on disability. In: J. Bray and S. Wright (eds). The use of technology in the care of the elderly and disabled; tools for living. *The Commission of the European Communities, London*, 1980^b.
- Kwartaire sektor in de jaren tachtig, De. *Sociaal Cultureel Planbureau en Centraal Planbureau, 's-Gravenhage*, 1980.
- Niet zo, maar zo. *Voorlichtingscommissie Nederlandse Dovenraad, 's-Gravenhage*, 1976.
- Sociale werkvoorziening, resultaten van het onderzoek naar het werknemersbestand per ultimo december. *Ministerie van Sociale Zaken, 's-Gravenhage*, verschijnt jaarlijks.
- Statistiek buitengewoon onderwijs. *CBS, 's-Gravenhage*, verschijnt jaarlijks.
- Statistiek geneeskundigen per 1-1-1980. *Geneeskundige Hoofdinspectie, Leidschendam*, 1981.
- Toegankelijkheid voor gehandicapten in Voorschoten. *Rapport uitgebracht door een commissie ad hoc aan de gemeente, Voorschoten*, 1980.
- Veld, T. L. in 't. Slechthorende jongeren, stop ze niet in de doofpot. (1980) *Maandbl. Revalidatie* nr 2, 6-8.