

Hoe valide zijn de diagnoses ernstige en milde depressie?

B. TERLUIN
K. VAN DER MEER

Terluin B, Van der Meer K. Hoe valide zijn de diagnoses ernstige en milde depressie? Huisarts Wet 1995; 38(7): 307-9.

Samenvatting De NHG-Standaard Depressie adviseert om de diagnose 'ernstige depressie', net als de DSM-III-R-diagnose 'major depression', te stellen bij vijf of meer van in totaal negen depressieve symptomen, en om de diagnose 'milde depressie' te stellen bij drie of vier depressieve symptomen. Daarbij wordt geen acht geslagen op kwalitatieve aspecten van de symptomatologie, zoals invoelbaarheid, aard, intensiteit en duur, in relatie tot eventuele uitlokkende factoren. Toepassing van de standaard in de huisartspraktijk zal derhalve leiden tot fout-positieve diagnoses bij patiënten met lichamelijke ziekten en stress-gerelateerde problemen. Het verdient aanbeveling de diagnose 'ernstige depressie' te beperken tot patiënten met een depressieve symptomatologie die qua aard en ernst overeenkomt met de depressieve syndromen die in een psychiatrische setting worden gezien. De diagnose 'milde depressie' kan beter in het geheel niet worden gebruikt; hiervoor in de plaats voldoet in de meeste gevallen een symptoom- of probleemdiagnose beter.

Dr. B. Terluin, Dr. K. van der Meer, huisartsen. Correspondentie: Dr. B. Terluin, Gezondheidscentrum De Spil, 's-Hertogenboschplein 1, 1324 LN Almere.

Inleiding

De diagnostische criteria die worden gehanteerd in de recent gepubliceerde NHG-Standaard Depressie sluiten nauw aan bij de diagnostische criteria van de DSM-III-R van de American Psychiatric Association.^{1,2} De diagnose wordt gesteld door na te gaan welke van in totaal negen symptomen gedurende minstens twee weken bijna dagelijks zijn opgetreden. De diagnose 'ernstige depressie' – een vertaling van de DSM-III-R diagnose 'major depression' – wordt gesteld bij aanwezigheid van minimaal vijf symptomen waaronder in ieder geval het symptoom 'sombere stemming' of het symptoom 'verlies van interesse of plezier'. De diagnose 'milde depressie' wordt gesteld bij aanwezigheid van drie of vier symptomen.

In dit artikel bespreken wij de validiteit van de diagnoses ernstige en milde depressie voor de huisartspraktijk en de consequenties daarvan voor de diagnostiek van depressies door de huisarts.

Ernstige depressie

De DSM-III-R is ontwikkeld in een psychiatrische setting en berust op traditie en consensus. Hoewel ons geen onderzoek naar de validiteit van de DSM-III-R-criteria voor 'major depression' in de psychiatrische setting bekend is, zijn wij vooralsnog bereid aan te nemen dat deze criteria hun waarde in de psychiatrische praktijk hebben bewezen. We gaan er derhalve van uit dat men in een psychiatrische setting met behulp van de genoemde criteria een bepaalde aandoening kan identificeren, die we voor het betoog aanduiden als 'echte depressie'.

Hoe zit het nu met de validiteit van deze DSM-III-R-criteria voor depressie in de huisartspraktijk?

Een minimale eis voor validiteit van deze criteria zou moeten inhouden dat men met deze criteria in de huisartspraktijk personen selecteert met een echte depressie. Het is de vraag of dit zo is. Hoewel in tientallen onderzoeken bij eerstelijnspatiënten psychiatrische diagnoses zijn gesteld met behulp van gestandaardiseerde psychiatrische interviews, heeft dit

punt weinig aandacht gekregen.

Depressieve patiënten in een psychiatrische setting vertonen doorgaans een ernstiger symptomatologie dan depressieve eerstelijnspatiënten, vooral met betrekking tot verschijnselen als psychomotorische remming, gevoelens van waardeloosheid en suicidaliteit.^{3,4} Wanneer men eerstelijnspatiënten onderwerpt aan een gestandaardiseerd psychiatrisch interview, stelt men zich de vraag: welke diagnoses zou een psychiater bij deze patiënten stellen? De relevantie van deze vraag is echter gering, gezien het feit dat de meesten van de betreffende patiënten niet worden verwezen. Een voor de hand liggende verklaring hiervoor is, dat de problematiek door de patiënten zelf, de omgeving en/of de huisarts niet als psychiatrisch wordt beschouwd. De patiënten die naar een psychiater gaan, vormen een geselecteerde populatie en men kan vermoeden dat dit te maken heeft met de aard van de problematiek. Helaas zijn de opstellers van de standaard volledig voorbijgegaan aan dit belangrijke punt.

Is het dan denkbaar dat een eerstelijns-patiënt voldoet aan de van de DSM-III-R afgeleide criteria voor ernstige depressie en toch geen echte depressie heeft?

Dat is ons inziens het geval. Om te beginnen zullen sommige patiënten met een ernstige lichamelijke ziekte of een rouwprobleem kunnen voldoen aan vijf van de negen symptomen van een ernstige depressie. Anders dan de standaard, beschouwt de DSM-III-R een organische verklaring van de symptomen of de normale reactie op het verlies van een geliefde als uitsluitingscriteria voor de diagnose 'major depression'. Verder kennen we in de huisartspraktijk patiënten wier problematiek wordt aangeduid als surmenage, neurasthenie of hyperesthetisch-emotioneel syndroom, waarbij onder andere moeheid, concentratieproblemen, slaapproblemen, agitatie, een sombere stemming en interesseverlies veel voorkomen de symptomen zijn.⁵ Het is niet toevallig dat in het Groningse Eerstelijns Project bij bijna een derde van de patiënten met de huisartsdiagnosen neurasthenie, stress en

hyperesthetisch-emotioneel syndroom, met behulp van een gestandaardiseerd psychiatrisch interview (PSE) de (ICD)-diagnose depressie werd gesteld.⁶

Voordat wij over kunnen gaan tot het stellen van de diagnose ernstige depressie aan de hand van de negen DSM-III-R-symptomen, zullen wij eerst moeten nagaan of de problematiek van de patiënt wel psychiatrisch van aard is. Maar wat is dan psychiatrisch van aard? Terwijl huisartsen dagelijks het onderscheid maken tussen niet-psychiatrisch en psychiatrisch, moeten we constateren dat hierover geen empirische gegevens voorhanden zijn. Dat neemt niet weg dat er wel kansrijke ideeën over bestaan.

Een belangrijk notie is dat bij een (echte) depressie de stemmingsdaling abnormaal dan wel ziekelijk is.⁷⁻⁹ Dat wil zeggen dat het toestandsbeeld niet geheel begrepen kan worden als een normale reactie op levensproblematiek. Bij een echte depressie lijkt er zowel voor de patiënt, als voor zijn omgeving, als voor de huisarts een (te) grote discrepantie te bestaan tussen de mate van depressiviteit en de ernst van eventueel aanwezige uitlokkende factoren. Volgens *Blacker & Clare* baseren veel huisartsen hun definitie van een psychiatrische *case* op de invoelbaarheid van de reactie in relatie tot de uitlokkende factoren.¹⁰ Daarbij kunnen ook de intensiteit, duur en aard van de reactie bij de beoordeling betrokken worden.¹¹ Het meest kenmerkende voor een echte depressie zijn de negatieve cognities over de eigen persoon (waardeloos, schuldig, zondig), het leven (ellendig) en de toekomst (uitzichtloos).¹²⁻¹⁴ Suïcidaliteit hangt om begrijpelijke redenen samen met deze alles omvattende negatieve belevingen.

De standaard beperkt de diagnostiek van depressie tot het tellen van symptomen en veronachtzaamt de kwalitatieve weging van de (ab)normaliteit en (on)invoelbaarheid van die symptomen. Het kan best zijn dat dit in een psychiatrische setting geen belangrijke problemen oplevert, aangezien de patiënten al zijn voorgeselecteerd op abnormaliteit en oninvoelbaarheid van de symptomatologie. In de huis-

artspraktijk heeft men echter met een andere populatie te maken en dan kan men verwachten dat het simpele tellen van symptomen relatief veel fout-positieve diagnoses depressie oplevert.

Milde depressie

Wanneer in de standaard gesteld wordt dat er in wezen sprake is van een continuüm van niet-depressief tot zeer ernstig depressief, lijkt daar weinig tegen in te brengen. Wanneer men vervolgens de kwalitatieve aspecten van depressiviteit negeert, wordt de weg vrijgemaakt voor een in de huisartsgeneeskunde nieuwe diagnose: de milde depressie. Het uitgangspunt is opnieuw het tellen van symptomen à la DSM-III-R. Wie net niet kan voldoen aan het minimum van vijf symptomen voor een ernstige depressie, maar dus wel drie of vier symptomen heeft, wordt verondersteld een milde depressie te hebben. Deze term suggereert dat het om dezelfde aandoening gaat, maar dan in een lichtere vorm.

Dit is op z'n minst twijfelachtig. Van jong naar oud is ook een onmiskenbaar continuüm. Evenzo is er in symptomatologisch opzicht sprake van een continuüm van griep naar longontsteking. Toch zal niemand het in zijn hoofd halen een veertiger te beschouwen als een 'milde bejaarde', of tegen een patiënt met griep te zeggen: 'U hebt een milde longontsteking'. Het continuüm-argument schiet te kort om de diagnose milde depressie te rechtvaardigen.

Het klinisch beeld van het meest ernstige uiteinde van het depressiviteitscontinuüm wordt gekenmerkt door een oninvoelbaar intense en/of langdurige depressiviteit die niet of nauwelijks doorbroken kan worden door positieve gebeurtenissen; de patiënt is niet meer in staat om te genieten van de gewone dingen die hij meemaakt; de hele wereld wordt gezien door een zwarte bril en de patiënt verlangt naar de dood als een verlossing uit zijn lijden. De ernstigste depressies gaan tevens gepaard met biologische ontregelingen, zich uitend in de vitale kenmerken, onder meer doorslaapstoornissen, spontane dagschommelingen, psychomotorische

remming of agitatie, anorexie en gewichtsverlies. De meeste psychiaters en huisartsen beschouwen een dergelijke depressie als een ernstige ziekte – in onze termen een echte depressie. De opstellers van de standaard geven in de paragraaf 'Voorlichting' aan dat ook zij een depressie als een ziekte beschouwen.

Maar hoe zit het dan met de andere kant van het depressiviteitscontinuüm? Daar zien we bijvoorbeeld een man die twee weken gedeprimeerd en moe is, zich moeilijk kan concentreren en slecht slaapt. Heeft deze man een milde vorm van de bovenbeschreven ziekte 'echte depressie'? Wij denken van niet. Hoewel het op theoretische gronden mogelijk moet worden geacht dat er een echte milde vorm bestaat van de ziekte 'echte depressie',¹⁵ lijkt het in de huisartspraktijk waarschijnlijker dat de bovengenoemde patiënt een stress-gerelateerd probleem heeft, bijvoorbeeld een werkprobleem of een onverwerkte vervelende gebeurtenis.

Wat zouden de huisarts en de patiënt eraan hebben de klachten toe te schrijven aan een milde depressie? Niets. De meeste huisartsen zullen een symptoomdiagnose, bijvoorbeeld moeheid of depressief gevoel, of een probleemgedragdiagnose, bijvoorbeeld werkprobleem, stellen. Deze diagnoses hebben het voordeel dat huisarts en patiënt overeenstemming hebben over wat het probleem is¹⁶ en bovendien wordt het probleem benoemd op het niveau waarop het ook kan worden aangepakt. De huisarts die zijn patiënt vertelt: 'Meneer, u hebt een milde depressie, maar daar zullen we het niet meer over hebben; als u zich beter wilt voelen, raad ik u aan iets aan uw werkprobleem te gaan doen', loopt het risico enige verwarring bij de patiënt te stichten. Deze zou kunnen reageren met: 'Geef u mij liever antidepressivum X. Mijn buurvrouw had een ernstige depressie en zij is daar heel goed mee opgeknapt; het lijkt me dat middel X dan helemaal uit de kunst helpt als je maar een milde depressie hebt.' Het is niet geheel denkbeeldig dat het inburgeren van de diagnose milde depressie zou kunnen leiden tot medicalisering van normale levensproblematiek.

Conclusie

Aangezien de NHG-Standaard Depressie uitgaat van de kwantiteit en niet de kwaliteit van depressieve symptomen, kan toepassing in de huisartspraktijk leiden tot het stellen van fout-positieve diagnoses bij patiënten met lichamelijke ziekten en ernstige stress-gerelateerde problemen, waaronder surmenage en rouw. Huisartsen kunnen dit voorkomen door zo goed mogelijk te differentiëren tussen normale depressiviteit, waarbij de symptomatologie invoelbaar is en in verhouding staat tot de herkenbare oorzaken, en abnormale depressiviteit, waarbij deze invoelbare relatie ontbreekt. In geval van twijfel is het verstandig het beloop in de tijd te observeren. Een echte depressie is herkenbaar aan een gedeprimeerdheid en verlies van interesse en plezier die abnormaal sterk zijn en/of te lang duren in verhouding tot de uitlokkende factoren. Alle aspecten van het leven omvattende negatief gekleurde belevingen (waaronder suïcidaliteit) en een zogenaamd vitaal syndroom wijzen specifiek op het bestaan van een echte depressie.

Aan het gebruik van de diagnose milde depressie in de huisartspraktijk kleven belangrijke bezwaren. In de eerste plaats is het niet waarschijnlijk dat een milde depressie een milde variant is van een echte depressie. Ten tweede leidt deze diagnose

af van de meest waarschijnlijke psychosociale oorzaken van de symptomen. En ten derde zou de term depressie de drempel voor het voorschrijven van een antidepressivum kunnen verlagen, ondanks het feit dat de standaard dit niet adviseert. Voor de diagnose milde depressie bestaan goede alternatieven, die al jaren gemeengoed zijn onder huisartsen en die de communicatie met de patiënt over diens probleem ondersteunen: symptoom- en probleemgedragdiagnosen.

Literatuur

- 1 Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Brueren MM, et al. NHG-Standaard Depressie. Huisarts Wet 1994; 37: 482-90.
- 2 APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (third edition - revised) DSM-III-R. Washington DC: American Psychiatric Association, 1987.
- 3 Coulehan JL, Schulberg HC, Block MR, Zettler-Segal M. Symptom patterns of depression in ambulatory medical and psychiatric patients. J Nerv Ment Dis 1988; 176: 284-8.
- 4 Williamson PS, Yates WR. The initial presentation of depression in family practice and psychiatric outpatients. Gen Hosp Psychiatry 1989; 11: 188-93.
- 5 Terluin B. Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk. Utrecht: Detam, 1994.
- 6 Van der Meer K. Patiënten met psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst, 1993.
- 7 Sigling HO, Van Tilburg W. De depressieve patiënt. Utrecht: Bunge, 1981.
- 8 Van den Hoofdakker RH, Albersnagel FA, De Cuyper H. Stemmingstoornissen. In: Vandereycken W, Hoogduin CAL, Emmelkamp PMG, red. Handboek psychopathologie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1990.
- 9 Van den Hoofdakker RH, Albersnagel FA, Van Tilburg W. Huisarts en depressie. Assen: Van Gorcum, 1993.
- 10 Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. Br J Psychiatry 1987; 150: 737-51.
- 11 Krueger DW. The depressed patient. J Fam Pract 1979; 8: 363-70.
- 12 Jongerius JAC. Depressie. Huisarts Wet 1987; 30: 248-51.
- 13 Van den Hoofdakker RH, Albersnagel FA, Ormel J. Begripsbepaling, syndromale classificatie, differentiële diagnostiek, casuïstiek en epidemiologie. In: Albersnagel FA, Emmelkamp PMG, Van den Hoofdakker RH, red. Depressie. Theorie, diagnostiek en behandeling. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1989.
- 14 Paykel ES, Priest RG. Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. BMJ 1992; 305: 1198-202.
- 15 Snaith RP. The concepts of mild depression. Br J Psychiatry 1987; 150: 387-93.
- 16 Lamberts H. Psychische en sociale problemen: een diagnostisch raadsel? Huisarts Wet 1989; 32: 78-9, 88.