

# Depressie, vriendendienst

In de NHG-Standaard Depressie worden de begrippen 'milde depressie' en 'ernstige depressie' gedefinieerd als een syndroom waarbij ten minste drie respectievelijk vijf van een negental symptomen aanwezig zijn, waarvan 'sombere stemming' of 'verlies van interesse of plezier' obligaat is.<sup>1</sup> Hiermee sluit de standaard aan bij zowel het huisartsgeneeskundige als het psychiatrische classificatiesysteem, de ICHPPC-2-definie en de DSM-III-R en DSM-IV, waarin gesproken wordt van een 'minor depression' en 'major depression'. *Terluin & Van der Meer* twijfelen echter aan de validiteit van de DSM-classificatie voor de huisartspraktijk en stellen voor de 'invoelbaarheid' en 'abnormaliteit' van de symptomen mee te laten wegen bij het vaststellen van een 'echte depressie'. Hun tweede bezwaar is dat het begrip 'milde depressie' geen 'echte depressie' is en gevoelig beter kan worden vervangen worden door een 'symptoom- of probleemgedragdiagnose' waarin de oorzaken van de symptomen zijn verdisconteerd. De uiteindelijke vraag die zij stellen, luidt: zijn psychiatrische ziektebegrippen vertaalbaar naar de huisartspraktijk?<sup>2</sup>

In noot 7 van de standaard wordt beaamd dat de validiteit van de DSM-criteria ter discussie staat. De validiteit van deze criteria voor de huisartspraktijk is niet onderzocht. Zelfs in de psychiatrie is de validiteit onduidelijk, omdat een gouden standaard ontbreekt. Wanneer *Terluin & Van der Meer* spreken van een 'echte depressie', lijkt het alsof zij toch uitgaan van een gouden standaard. Weliswaar suggereert de DSM-III een strikt empirische basis, maar de classificatie steunt in werkelijkheid op een gedeeld professioneel oordeel. Hierdoor ontstaat een gerespecteerde standaard die zeker het predikaat 'wetenschappelijk' verdient.<sup>3</sup> Wij mogen echter niet vergeten dat, wanneer vervolgens onderzoek wordt gedaan op basis van deze classificatie, de uitkomst tevens beperkt wordt door de classificatiemethode.<sup>4,5</sup> Wij zijn het om die reden eens met *Terluin & Van der Meer*, dat de huisarts (net als ieder clinicus), naast kwantitatieve kenmerken, ook kwalitatieve elementen in zijn beschouwing dient op te nemen.

Het introduceren van 'invoelbaarheid' en 'abnormaliteit' ter beoordeling van de kwaliteit van de symptomen lijkt ons echter dubieus. Wat de een voelt, voelt de ander niet, wat de een normaal vindt, vindt de ander abnormaal. Bovendien kunnen 'invoelbaarheid' en 'abnormaliteit' geen beslissende criteria zijn voor het al dan niet geven van medicatie. In de standaard wordt gesteld dat de ernst van de symptomen mede wordt bepaald door de *intensiteit* van de

symptomen plus de *gevolgen* voor het dagelijks leven en sociaal functioneren. Dit zijn kwalitatieve kenmerken. De kritiek van *Terluin & Van der Meer* dat de standaard alleen symptomen zou tellen en de kwaliteit van de symptomen veronachtzaamt, lijkt dus niet op zijn plaats. Nergens wordt echter in de standaard duidelijk gemaakt hoe deze kwalitatieve elementen het diagnostisch proces beïnvloedt, waarmee zij de vinger leggen op een zwakke plek in de standaard.

Het onderscheid tussen milde en ernstige depressie is uiteraard arbitrair. De belangrijkste reden om een grens te trekken bij het aantal symptomen, is dat eerder het aantal dan de aard van de symptomen (zoals de vitale kenmerken) de effectiviteit van antidepressiva voorspelt (zie noot 29).<sup>1</sup> Boven die grens is het zinvol een medicamenteuze behandeling te starten, naast begeleiding door steunende contacten. Het begrip 'milde depressie' kan inderdaad overlap vertonen met andere (probleem)diagnosen. Voor het beleid maakt het echter weinig uit. In al deze gevallen wordt immers gekozen voor een afwachtend beleid en eventueel begeleiding door steunende contacten. Het adjectief 'milde' vormt een aanwijzing voor dit terughoudende beleid. *Terluin & Van der Meer* waarschuwen voor de mogelijkheid dat het begrip 'milde depressie' uitnodigt tot medicamenteuze behandeling en derhalve zou kunnen leiden tot medicalisering van normale levensproblematiek. Wij mogen er echter op rekenen dat huisartsen de standaard goed lezen en medicamenteuze therapie uitsluitend zullen toepassen bij de ernstige depressie, zoals de standaard adviseert.

Begripsomschrijving heeft binnen de geneeskunde een ambigu karakter, omdat zowel medici als onderzoekers ermee werken. De abstractie en de praktijk beïnvloeden elkaar over en weer. Een ziektebegrip creëert onderzoeksvragen, terwijl de onderzoeksresultaten weer van invloed zijn op de dagelijkse praktijk en, als vervolg hierop, op het ziektebegrip. *Dillmann* heeft dit ingewikkelde proces beschreven voor de ziekte van Alzheimer.<sup>6</sup> Men kan inzake ziektebegrippen dus niet eenvoudig volstaan met inductief patiëntenkenmerken verzamelen en selecteren<sup>7</sup> of met het longitudinaal inventariseren van consulten<sup>8</sup> om zo tot het 'ware' ziektebegrip te komen.

Begripsomschrijving is dan ook een centraal probleem bij het opstellen van richtlijnen. Derhalve proberen de opstellers van NHG-standaarden niet alleen, waar mogelijk, aan te sluiten bij de internationale nomenclatuur (en zodoende te profiteren van onderzoek en kennis

van andere specialismen), maar willen zij nadrukkelijk ook de begrippen door een goede operationalisatie optimaal hanteerbaar maken voor de huisarts.<sup>9</sup> Wij denken dat deze doelstelling voldoende gerealiseerd is in de NHG-Standaard Depressie. Het alternatieve voorstel van *Terluin & Van der Meer* lijkt ons eerder een stap achter- dan vooruit.

J.S. Burgers  
F. Meulenberg  
H.W.J. van Marwijk

- 1 Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Brueren MM, et al. NHG-Standaard Depressie. Huisarts Wet 1994; 37: 482-90.
- 2 Terluin B, Van der Meer K. Hoe valide zijn de diagnoses ernstige en milde depressie? Huisarts Wet 1995; 38(7): 307-9.
- 3 Burgers JS. De wetenschappelijke onderbouwing van NHG-standaarden. Huisarts Wet 1994; 37: 188-9, 193.
- 4 Wilson M. DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history. Am J Psychiatry 1993; 150: 399-410.
- 5 Cawley RH. Psychiatry is more than a science. Br J Psychiatry 1993; 162: 154-60.
- 6 Dillmann R. Alzheimer's disease - the concept of disease and the construction of medical knowledge. Amsterdam: Thesis, 1990.
- 7 Terluin B. Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1995.
- 8 Van der Meer K. Patiënten met psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst, 1994.
- 9 Wiersma Tj, Meulenberg F, Burgers JS. Helderheid en consistentie van standaarden: een kwestie van coherentie. Huisarts Wet 1995; 38(4): 175-7, 185.

## Naschrift

Tot onze spijt moeten wij vaststellen dat *Burgers et al.* onze belangrijkste aanmerkingen op de NHG-Standaard Depressie onbesproken laten en slechts ingaan op enkele minder essentiële punten. Wij willen graag reageren op enkele punten en daarbij nog even terugkomen op de hoofdpunten van ons betoog.

Onze uiteindelijke vraag is niet zo abstract als *Burgers et al.* menen te hebben gelezen; die staat in de titel van ons artikel. *Burgers et al.* stellen dat de oninvoelbaarheid/abnormaliteit van depressieve symptomen in relatie tot eventuele uitlokkende factoren door huisartsen niet voldoende betrouwbaar kan worden vastgesteld. Inderdaad kan alleen empirisch onder-

zoek hierover uitsluitend geven. Wél wordt dit aspect in diverse publikaties geschetst als een essentieel kenmerk van depressie, en het schijnt dat huisartsen het in de praktijk vaak meewegen om een onderscheid te maken tussen 'normale' depressiviteit en een echte depressie (zie ons artikel voor de referenties).

Het onderscheid tussen milde en ernstige depressie is, zoals *Burgers et al.* stellen, uiteraard arbitrair, maar wat ons betreft ook irrelevant. Ons inziens heeft de diagnose milde depressie geen bestaansrecht, en dan verschuift het probleem van het onderscheid tussen de milde en ernstige depressie naar het probleem van de afbakening van de ernstige depressie. Op dit punt signaleerden wij dat het toepassen van de criteria voor de diagnose ernstige depressie volgens de standaard kan leiden tot fout-positieve diagnoses bij patiënten met lichamelijke ziekten en ernstige stress-gerelateerde problemen, waaronder rouw en surmenage. *Burgers et al.* spreken dit niet tegen. Wij constateerden dat de DSM-III-R voor dit probleem een gedeeltelijke oplossing biedt door een organische verklaring van de symptomen en een normale reactie op het verlies van een geliefde als uitsluitingscriteria voor de diagnose 'major depression' te beschouwen, maar dat de standaard dit niet heeft overgenomen. *Burgers et al.* laten ons in het ongewisse waarom dit stukje 'gedeeld professioneel oordeel', in weerwil van de 'aansluiting op internationale nomenclatuur', niet in de standaard is overgenomen.

Wij stelden dat de diagnose milde depressie bezwaarlijk is omdat a) een milde depressie waarschijnlijk geen milde variant van een echte depressie is, b) het bij een milde depressie waarschijnlijk in de meeste gevallen om stress-gerelateerde problemen gaat, en c) de diagnose depressie de drempel voor het voorschrijven van antidepressiva zou kunnen verlagen. Alleen het laatste bezwaar blijkt een weerwoord van *Burgers et al.* te hebben uitgelokt. Zij zijn ervan overtuigd dat het niet zo'n vaart zal lopen, want zij gaan er van uit dat huisartsen de standaard goed zullen lezen. *Burgers et al.* dragen geen argumenten aan waaruit blijkt dat een milde depressie een depressie is en zij erkennen zelfs dat er overlap kan bestaan met 'andere (probleem)diagnosen'. Dan is het jammer dat de standaard geen richtlijnen geeft om verwarring op dit punt te voorkomen.

Wij stelden dat de diagnose milde depressie overbodig is, omdat er betere diagnoses bestaan die goed voldoen in de communicatie tussen huisarts en patiënt. Wij hadden graag van *Burgers et al.* argumenten gehoord voor het

invoeren van de in de huisartsgeneeskunde nieuwe diagnose milde depressie. Daarentegen stellen zij dat deze diagnose geen consequenties heeft voor het beleid en dat een milde depressie niet reageert op antidepressiva. Dit lijken ons juist argumenten om af te zien van deze diagnose. Een beroep op de 'internationale nomenclatuur' doet wat zwak aan, want juist in de DSM-III-R komt de 'minor depression' niet voor en in de DSM-IV heeft deze diagnose een voorlopige status ten teken dat er internationaal nog geen consensus over bestaat.

Met de begripsomschrijving van depressie in de huisartspraktijk zouden we een belangrijke stap vooruit doen door het begrip depressie beter af te bakenen van beelden die met normale depressiviteit gepaard gaan, met name lichamelijke ziekten en stress-gerelateerde stoornissen. Misschien kan dit een aandachtspunt zijn bij een herziening van de NHG-Standaard Depressie.

Dr. B. Terluin  
Dr. K. van der Meer

### Vriendendienst

Als Vlaamse hoogleraren huisartsgeneeskunde zijn we natuurlijk verheugd met de positieve belangstelling voor het boekje 'Huisartsgeneeskunde, een vak apart', die blijkt uit de bespreking in *Huisarts en Wetenschap* 1995 38(5): 234. Deze reactie schrijven wij gezamenlijk om te vermijden dat de tweede kanttekening zou blijven nawerken als een soort auteursconflict, je weet wel: de smaak van de tabakspruim die je in de pap blijft proeven ook als je hem hebt verwijderd. Het feit dat leerboeken en collegenota's huisartsgeneeskunde in Vlaanderen overeenstemming vertonen, heeft waarschijnlijk te maken met de intensiteit van de samenwerking die onder academische huisartsen in ons land gelukkig reed zeer lang bestaat. Wie jarenlang samen, schouder aan schouder, moet vechten om het eigen vakgebied overeind te houden, gaat geleidelijk eenzelfde taal gebruiken. Daar ligt de wederzijdse Vlaamse vriendendienst. Zoek er niet meer achter.

Prof.dr. J. Heyrman, hoogleraar  
huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit  
Leuven

Prof.dr. J. De Maeseneer, hoofddocent  
huisartsgeneeskunde, Universiteit Gent