

# Zin en onzin van adviezen bij somberheid en depressie

HARM W.J. VAN MARWIJK

Van Marwijk HWJ. Zin en onzin van adviezen bij somberheid en depressie. *Huisarts Wet* 1997; 40(11): 528-32.

**Samenvatting** Welke adviezen krijgen gedeprimeerde patiënten van hun huisarts en zijn die wetenschappelijk te verantwoorden? Met een zoekactie in documentatiebestanden en studieboeken is getracht een antwoord op deze vragen te formuleren. Raadgevingen die aansluiten bij het kader van de cognitieve gedragstherapie lijken het meest aan te bevelen: met adviezen gericht op ondersteuning en vergroting van plezierige activiteiten kan de patiënt bijvoorbeeld een dagboek bijhouden en negatieve gedachten proberen uit te dagen. Gezien de beperkte kennis over de specifieke affecten van adviezen is voorzichtigheid geboden bij het geven van ingrijpende raadgevingen.

EMGO-Instituut van de Vrije Universiteit Amsterdam, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.  
Dr. H.W.J. van Marwijk, huisarts.

## Inleiding

Gedeprimeerde patiënten krijgen van hun huisarts in eerste instantie vaak het advies de zaken wat opgewekter te zien.<sup>1</sup> Deze raad is verleidelijk en begrijpelijk, maar het is de vraag of patiënten er veel mee opschieten.<sup>1</sup> Andere adviezen die huisartsen bij somberheid en depressie geven, zijn: vrolijk gekleurde kleren dragen en met vakantie gaan.<sup>2</sup> Zijn dit soort adviezen wetenschappelijk te verantwoorden?

Alvorens dit onderwerp nader te bestuderen vroeg ik me af wat er eigenlijk verstaan wordt onder het woord 'advies'? Volgens Van Dale wordt er vooral een mening of een raadgeving mee aangeduid. Interessant is dat het woord daarmee een mate van gelijkheid suggereert in de relatie tot de patiënt en acceptatie van diens autonomie. Patiënten kunnen in zekere zin zelf beslissen wat ze ermee doen. Dit staat wat in tegenstelling tot het woord 'behandeling', dat meer bij een klassiek medisch-expertmodel past. Na een behandeling moet een bepaalde aandoening idealiter over zijn, maar een advies behoeft niet altijd tot die uitkomst te leiden, en of dat al dan niet gebeurt, is mede afhankelijk van de keuzen die de patiënt maakt. Adviezen passen bij het 'patient-centered' model dat ook internationaal in de huisartsgeneeskunde wordt voorgestaan.<sup>3</sup>

Om de wetenschappelijke kwaliteit van adviezen bij somberheid en depressie te bestuderen heb ik de literatuur over dit onderwerp geïnventariseerd vanuit de volgende vraagstellingen:

- Welke adviezen geven huisartsen bij somberheid en depressie?
- Wat is te zeggen over de effectiviteit van deze adviezen, bij voorkeur beoordeeld bij voor de huisartspraktijk relevante patiënten?

## Literatuur

Om de eerste vraag te kunnen beantwoorden verdient het onderscheid tussen 'somberheid' en 'depressie' nadere toelichting. Somberheid is deels 'the sadness and distress that is a normal part of the human

experience'.<sup>4</sup> Onder deze term vallen milde depressieve klachten, surmenage en milde depressie. Voor een beschrijving van surmenage en milde depressie kan worden verwezen naar eerdere publicaties in dit tijdschrift.<sup>5,6</sup> Bij somberheid past vooral een huisartsgeneeskundige bril, bij ernstige depressie een meer psychiatrische blik.<sup>7,8</sup> Een depressie is een ernstig syndroom volgens expliciete diagnostische criteria. Hiervoor moeten de klachten minimaal een bepaalde tijd aanwezig zijn, tot een aantal maanden. Naast ernstige somberheid en/of verlies van interesse of plezier is er sprake van een duidelijk verminderd sociaal functioneren en heeft patiënt ten minste drie andere symptomen, zoals slaapproblemen.

Om te kunnen beoordelen welke adviezen worden gegeven, of deze adviezen in de literatuur zijn geworteld en of er iets te zeggen valt over hun effectiviteit, is in de bestanden van Medline (1986-1996), Embase (1988-1996) en Psychlit (1984-1996) gezocht met de volgende trefwoorden (zowel op MESH-heading als op tekstwoord):

- advice of patient education of health education;*
- depression of depressive disorder;*
- family practice of general practice of general practitioner.*

De zoekstrategie bestond uit het combineren van de resultaten van groepen a en b, en b en c.

Tevens zijn relevante documentatiebestanden bestudeerd en heb ik mij georiënteerd in studieboeken en andere literatuur. Een handmatige zoekactie is uitgevoerd in de volgende tijdschriften: *Huisarts en Wetenschap*, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *Tijdschrift voor Psychiatrie* en *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*. Daarna zijn kruisreferenties zoveel mogelijk opgezocht.

De zoektocht in Medline, Embase en Psychlit leverde voor geen van beide vragen relevante treffers op. Wel vond ik onder meer een verslag van een psycho-educatieve workshop voor opgenomen depressieve patiënten in de Verenigde Staten; de inhoud van deze workshop was

echter meer therapeutisch dan adviserend van aard. De hier beschreven literatuur is dan ook verzameld met de 'sneeuwbal-methode', via kruisreferenties in de literatuur, leerboeken en verwante publikaties.

### Welke adviezen worden gegeven?

Advies geven en luisteren zijn belangrijke psychologische interventies in de huisartspraktijk. Bij 'down, depressief gevoel' en 'depressie' (ICPC) gaven de huisartsen in het Transitieproject in meer dan 50 procent van de gevallen adviezen.<sup>9</sup> In het oudere Monitoringproject lag dit percentage lager.<sup>10</sup> Adviseren en luisteren zijn inmiddels veel vaker toegepaste handelingen dan het voorschrijven van psychotrope medicatie.<sup>11</sup> Bij depressie wordt meestal een combinatie van psychotrope geneesmiddelen, advies en geruststelling gebruikt.<sup>12,13</sup> Advies geven is overigens niet hetzelfde als psychotherapie bedrijven, dat mogelijk minder op het terrein van de huisartsgeneeskunde ligt.<sup>14,15</sup> Onder psychotherapie wordt een gestructureerde, systematische vorm van behandeling verstaan. Advies/voorlichting door de huisarts heeft vaak meer een ad hoc karakter.

In een onderzoek in Engelse huisartspraktijken hadden de meeste patiënten een persoonlijk of emotioneel probleem gehad in de laatste 10 jaar; in totaal 37 procent had dit probleem met de huisarts besproken. Deze werd van alle hulpverleners gezien als het meest behulpzaam. Vooral praktische adviezen, sympathie en steun werden het meest gewaardeerd.<sup>16</sup>

Ook uit ander onderzoek blijkt dat patiënten raad die aansluit op hun hulpvraag zeer op prijs stellen, maar dat zij geen strakke voorschriften willen.<sup>17</sup> Behandeling voor somberheid en depressie door een betrekkelijk ongeschoolde 'counselor' binnen de context van de Engelse eerste lijn bleek in een gerandomiseerde opzet evenwel effectiever dan het gebruikelijke advies van de huisarts.<sup>18</sup> Het vermogen om bij emotionele problemen adequaat adviezen te geven hangt overigens samen met het vermogen om psychische problemen überhaupt te signaleren.<sup>19</sup>

### Somberheid

Bij niet te ernstige somberheid en klachten met een duidelijke relatie met stressoren worden meestal in opzet onschadelijke adviezen voorgesteld, zoals voorlopige geruststelling.<sup>20</sup> Voorafgaand aan dit soort adviezen behoort een zorgvuldige evaluatie van de ernst van de klachten en bijvoorbeeld de suicidaliteit plaats te vinden,<sup>21</sup> zoals beschreven in de NHG-Standaard Depressie. Het bijkomend voordeel van voorlopige geruststelling is, dat hiermee het beloop als diagnosticum/therapeuticum kan worden aangewend. Onschuldige adviezen kunnen echter bij deze patiënten ook verkeerd uitpakken,<sup>22</sup> zoals bij een beginnende depressie.<sup>23</sup> Dit valt te ondervangen door de patiënt met klem (wat paradoxaal) te adviseren het probleem serieus te nemen (dit doen patiënten toch wel, daarvoor komen ze naar een dokter) en terug te komen voor de vervolgspraak, of in ieder geval te bellen om te vertellen hoe het gaat.<sup>24</sup> Ook de standaard beveelt een dergelijk gestructureerd vervolgsbeleid aan. Depressieve patiënten trekken hun huisarts immers gemakkelijk mee in een spiraal van schuldgevoelens, inertie en verlies van concentratie ('de dokter kan me ook al niet helpen, het is echt erg met me, ik blijf maar thuis').<sup>25</sup> Door gestructureerd terug te bestellen en zorgvuldig de follow-up te bewaken, met registratie van de afspraken waarop de patiënt zonder bericht niet is verschenen, kan deze spiraal worden doorbroken. Hierbij passen leefstijl-adviezen over werktempo, ontspanning en assertiviteit in het werk (bijvoorbeeld ten aanzien van de hoeveelheid werk die men aankan).<sup>26</sup>

Andere veel gevonden adviezen zijn: dagelijks sporten/lichaamsbeweging, geen alcohol gebruiken, bij (herhaalde) depressie in de winter op wintersport- of zonsvakantie gaan, en dingen doen die energie opleveren in plaats van kosten (film, theater, uitgaan).<sup>2</sup> De NHG-standaard noemt nog het bevorderen van sociale contacten, de blik richten op het heden en zorgen voor een strakke dagindeling. Deze richtlijn geeft tevens aan dat het van belang is met de patiënt te bespreken wat het beste gedaan kan worden om het

zelfvertrouwen en gevoel van eigenwaarde te versterken, hoe het netwerk van sociale relaties kan worden vergroot, en hoe de aard van die relaties hechter en vertrouwelijker kan worden.<sup>27</sup> Dit zijn adviezen die passen bij somberheid zonder dat er sprake behoeft te zijn van depressie. Overigens zijn er ook zelfhulpboeken met adviezen over de aanpak van een (milde) depressie.<sup>28</sup>

### Depressie

De gevonden adviezen berusten veelal op gangbare inzichten bij depressie, zoals het bevorderen van activiteit en structuur<sup>29</sup> en het verminderen van het risico op verslaving aan alcohol gesuperponeerd op depressie.<sup>6</sup> De wetenschappelijke waarde van copingstrategieën die zijn gebaseerd op de principes van cognitieve of interpersoonlijke therapie is voldoende aangetoond.<sup>30,31</sup> Er gaat, zeker als de dokter er in gelooft, een placebowerking van adviezen en geruststelling uit en ze vallen desgewenst vaak goed te combineren met zelfzorg en mantelzorg.<sup>32</sup>

Het op het eerste gezicht vreemde advies om vrolijker kleren te gaan dragen, kan bepaalde patiënten die hun situatie als uitzichtloos ervaren, een verklaring bieden die goed aansluit bij hun eigen referentiekader. Op deze wijze kunnen onbegrijpelijk lijkende en daardoor beangstigende klachten worden herbenoemd tot een aan te pakken probleem.<sup>33</sup>

Adviezen bij depressie aan patiënten en familie sluiten aan bij de therapeutische kaders waarvan is aangetoond dat ze bij deze aandoening een effectieve behandeling opleveren.<sup>34</sup> Zij zijn bedoeld om symptomen te laten verdwijnen en functioneel herstel te bevorderen.<sup>6</sup> Het hoofdoel is verandering.<sup>35</sup> De twee belangrijkste kaders zijn het cognitieve en het gedragsmatige model of een combinatie van beide.<sup>36,37</sup>

In het eerste geval richten de adviezen zich op een herformulering van de verwrongen, negatieve, van-moment-tot-moment gedachten (cognities). Theoretisch probeert men met deze behandeling recidieven te voorkomen door het identificeren en corrigeren van niet onder woorden

gebrachte assumpties. Een metafoor kan hierbij helpen: 'u geeft aan dat u geen energie meer heeft, maar u zou ook kunnen denken dat u bezig bent de accu op te laden'. Patiënten kunnen werken aan het piekeren of aan de inactiviteit. Bij piekeren probeert men de patiënt afleidingsstrategieën aan te leren. Het doel van deze behandeling is om bepaalde ingeroeste negatieve manieren van denken te veranderen. Men neemt aan dat deze manieren bijdragen aan het ontstaan van de symptomen en dat ze het herstel in de weg staan.<sup>38</sup>

In het tweede geval gaat het bijvoorbeeld om zelfregistratie en zelfmonitoring van depressieve klachten. Met een combinatie van beide strategieën kan de arts de patiënt vragen activiteiten te registreren en een dagschema op te stellen en daarbij een ruime plaats open te laten voor bijvoorbeeld wandelen en fietsen. Gesprekken met een depressieve patiënt en de familie zijn in eerste instantie vooral steunend en gericht op praktische problemen.<sup>39</sup> Bij een echte depressie kan men uitspreken dat het om een ziekelijke gemoedstoestand gaat met een tijdelijk karakter en niet om een uiting van zwakte of luiheid. Omdat zelfverwijten passen bij een depressie, krijgen ze al snel te veel aandacht in het consult. Vaak verdwijnen ze bij een goede behandeling zonder expliciet en uitgebreid aan de orde te zijn geweest. Bied structuur en beperk de begeleiding/behandeling tot maximaal 12 weken.<sup>4</sup>

Gezien de tijd die dit kost, lijkt cognitieve herstructurering niet goed haalbaar in de context van reguliere huisartsgeneeskundige hulp.<sup>40</sup> Het bevorderen van plezierige activiteiten, ondersteuning en structurering is dat wel.

Ook indien medicatie wordt gegeven, zijn adviezen aan patiënt en familie van groot belang vanwege de beperkte compliance, vooral in de eerste weken van het gebruik van antidepressiva.<sup>41</sup> De diagnose verdient expliciete bespreking, naast uitleg over mogelijke bijwerkingen en het afnemen van sommige klachten (zoals een droge mond), als de medicatie gaat werken. Hoewel dit pas na minimaal 3-4 weken het geval zal zijn, en het gesprek met de patiënt meestal dan pas een minder

negatieve toon zal krijgen, zijn vervolgspraken juist in die eerste weken van belang. Dat is het moment waarop het risico het grootst is dat de patiënt zal stoppen met de pillen.

Een ander punt dat frequent terugkomt in de literatuur, is het geven van adviezen over suicidaliteit, vooral bij gebruik van antidepressiva. In het algemeen wordt gesteld dat het verstandig is dit open te bespreken en de patiënt aan te raden dit ook met anderen te doen. Het belang van structuur wordt benadrukt en een goede slaaphygiëne kan mogelijk nieuwe depressieve episoden voorkomen. Slaaphygiëne (zie ook de NHG-Standaard Slapeloosheid en Slaapmiddelen<sup>42</sup>) is daarom bij depressieve patiënten van groot belang. Ook beveelt de NHG-standaard nog aan voldoende lichaamsbeweging te nemen en overmatig alcoholgebruik te vermijden.

In de Verenigde Staten bestaat een aanpak bij depressie, die aansluit bij het vraagverhelderingsmodel uit de Nederlandse huisartspraktijk.<sup>43</sup> Voorafgaand aan deze interpersoonlijke psychotherapie ('hoe zetten depressieve mensen zich al op voorhand klem in relaties en hoe kunnen ze dat veranderen?') is er een agenda-fase. Zo kan een patiënt die zich niet meer verzorgt en klachten heeft van somberheid in verband met de slechte relatie met zijn vader die inmiddels al tien jaar dood is, goed geholpen zijn met adviezen over het indelen van zijn tijd en het opstellen van prioriteitenlijstjes ('eerst de boodschappen en dan vanmiddag weer tobben over vader'). Mijn inschatting is dat dit soort adviezen veel gegeven wordt, maar er is geen literatuur die dit vermoeden ondersteunt. Deze vorm van therapie lijkt op een andere, eenvoudig toepasbare vorm van psychotherapie door de huisarts: de probleemoplossende therapie. In Engeland zijn hiermee positieve ervaringen opgedaan, vooral ook door praktijkverpleegkundigen.<sup>44</sup>

Arentz schetst ervaringen met een vierde – in opzet psychotherapeutische – benadering in de huisartspraktijk: de directe therapie.<sup>45</sup> Dit is een eclectische benadering van de psychotherapie, zonder

een bepaald bindend theoretisch kader ('wat helpt, helpt'). Allerlei vormen van adviezen of contracten spelen hierin een belangrijke rol. Om welke concrete elementen uit die therapie het ging, wordt echter uit het stuk niet duidelijk.

Binnen de context van de directieve therapie is voor het beoordelen van de waarde van dergelijke adviezen informatie nodig over de mate waarin het advies herkenbaar is als een (in)direct geformuleerde opdracht. Of het advies als een congruente dan wel paradoxale mededeling opgevat kan worden, is een volgend punt. Tot slot is van belang of het advies betrekking heeft op concreet gedrag dan wel een symbolische, metafore lading heeft. Mijn verwachting is dat de meeste adviezen die huisartsen geven, direct geformuleerde, congruente opdrachten zijn, die betrekking hebben op concreet gedrag, en dat weinigen gebruik maken van paradoxale of symbolische opdrachten. Nadere informatie hierover ontbreekt echter. Adviezen aan gedeprimeerde patiënten over het schrijven van brieven aan overledenen om het rouwproces en de verliesverwerking te bevorderen hebben wel een dergelijke symbolische kant.

Bij somberheid (maar meer nog bij depressie) passen adviezen die aansluiten bij de bovengenoemde psychotherapeutische kaders. Patiënten krijgen instructies over hoe met de klachten om te gaan: zich concentreren op de gevolgen in plaats van de oorzaken, een dagboek bijhouden, het uitdagen en anders benoemen van negatieve gedachten en de realiteitswaarde van gedachten zoals zelfverwijten toetsen.

## De effectiviteit van de adviezen

Om inzicht te krijgen in de effectiviteit van verschillende adviezen is dit onderwerp bestudeerd in zowel recente medische literatuur als literatuur over advisering.

De medische literatuur beperkt zich tot depressie; hierbij ontloopt de medische effectiviteit van 'echte' behandelingen als psychotherapie en antidepressiva elkaar in het algemeen niet erg.<sup>46,47</sup> De NHG-standaard adviseert daarom: pillen én praten.

Er zijn geen studies gevonden over de effectiviteit van simpele adviezen.<sup>48</sup>

Bij herhaalde depressies in de winter bevelen huisartsen wel zonsvakanties of wintersport aan. Of deze depressies echter voldoen aan de criteria voor een winterdepressie ('seasonal depression'), is de vraag. Slechts in dat geval is er sprake van aangetoonde effectiviteit. Een zonsvakantie is bovendien niet hetzelfde als lichttherapie; in het laatste geval gaat het om veel grotere hoeveelheden licht gemeten in lux.

In de literatuur over advisering wordt de effectiviteit (E) van een advies beschreven als een functie van de vakinhoudelijke kwaliteit van het advies (K), en de mate van acceptatie (A) ervan door betrokkenen ( $E=K \times A$ ).<sup>49</sup> Effectiviteit betekent in dit verband dat het advies een nieuw perspectief kan geven, niet per se dat het in medische zin 'helpt'.

Drie typen adviesrelaties worden onderscheiden. Elk type heeft een specifieke invloed op de effectiviteit van het advies. Deze relaties kunnen steeds wisselen. Bij de expert-rol berust de leiding bij de adviseur (de huisarts) en deze bepaalt het proces; het overwicht in kennis bepaalt de relatie. Bij de handlangersrol leidt de patiënt de relatie. Een klassiek voorbeeld hiervan is de vraag: wat vindt u er zelf van? In de samenwerkingsrol hebben huisarts en patiënt een gelijkwaardige maar uiteraard verschillende inbreng.

Als in het eerste model de huisarts wel een inhoudelijk goed advies geeft maar de patiënt de adviesrelatie op dit punt niet accepteert, is het advies niet effectief. Daarom wordt aangeraden een adviserend gesprek zo interactief mogelijk te laten verlopen en is het zinvol patiënten uit te nodigen vragen te stellen.<sup>50,51</sup> In het tweede model krijgt de patiënt wat hij wil, maar kan hij niet profiteren van de inhoudelijke kennis van de huisarts. Het laatste model biedt de huisarts vooral bij somberheid de meeste mogelijkheden om zowel de inhoudelijke kant als de acceptatie van het advies maximaal te beïnvloeden en daarmee zo effectief mogelijk te adviseren. De efficiëntie van het advies door de huisarts kan worden bevorderd door patiënten en hun familie nadrukkelijk te betrekken bij

het advies en hen in de gelegenheid te stellen vragen te formuleren.

### Beschouwing

Het merendeel van door huisartsen gegeven adviezen bij somberheid en depressie berust op een geaccepteerd psychotherapeutisch kader. Voorzichtigheid is evenwel geboden, omdat bekend is dat de meeste adviezen slecht worden opgevolgd, terwijl patiënten dit hun huisarts maar zelden laten weten.<sup>52</sup> Het is vooral van belang het perspectief van de patiënt te accepteren en stiltes in het gesprek toe te staan.<sup>53</sup> Bij advisering kan een intensieve samenwerking met een eerstelijnspsycholoog helpen, hoewel deze dan gebruik zal moeten maken van adviezen en therapievormen waarvan de effectiviteit is aangetoond. Dit is in de praktijk niet altijd het geval.

Of bepaalde adviezen voor patiënten met somberheid of depressie effectiever zijn dan andere, valt niet eenvoudig aan te tonen.<sup>54</sup> Met een gerandomiseerde clinical trial is deze vraagstelling niet goed te beantwoorden. Hoe moet je randomiseren of controleren? Dat wil echter niet zeggen dat bepaalde adviezen geen therapeutische waarde kunnen hebben. Een advies is vooral een individuele handeling, waarbij rekening wordt gehouden met de specifieke context van de patiënt.<sup>55</sup> Het is een n=1-design: welk advies is het beste bij deze patiënt?<sup>56</sup> Vergelijking van effecten (positief of negatief) van twee verschillende adviezen zou een mogelijkheid zijn, maar daarvoor zou een homogene ingangsgroep vereist zijn. Zo zijn wel patiënten op een wachtlijst vergeleken met patiënten die werden behandeld, maar het gevonden positieve effect kan ook een gevolg zijn geweest van alleen aandacht en contact.

De lange-termijnwerkzaamheid van de meeste behandelingen (ook met antidepressiva) is matig en de kans op terugkeer van symptomen is groot.<sup>4</sup> Depressie is een chronische aandoening, met frequente 'relapses'. Adviezen en regelmatige controles met het oog op het beloop op lange termijn zijn daarom nuttig. Bij somberheid

is meer optimisme gerechtvaardigd en lijkt een verantwoording met een gerandomiseerde dubbelblinde opzet overdreven.

Over adviezen door huisartsen bij somberheid en depressie is nog veel onbekend. Het bestaande onderzoek heeft wat dit betreft beperkingen. Vragen als 'worden deze adviezen ook daadwerkelijk vaak gegeven en aan wie, en zo ja, helpen ze?', of beter nog: 'hebben patiënten er iets aan?' moeten nog worden beantwoord. In het boekje 'Geef nooit raad' uit 1979 werd al aanbevolen terughoudend te zijn met adviseren.<sup>57</sup> Dit remt de mogelijkheden voor de patiënt om zelf oplossingen te zoeken.

### Literatuur

- 1 Sigling HO. Depressie vanuit het gezichtspunt van de huisarts. Huisarts Wet 1981; 24: 473-5.
- 2 Meijman FJ. Halve waarheden. Semi- en pseudowetenschappelijke therapeutische wijsheden van huisartsen. Huisarts Wet 1996; 39: 61-8.
- 3 McWhinney IR. A textbook of family medicine. New York: Oxford University Press, 1989.
- 4 Depression guideline panel. Depression in primary care: Volume 2. Treatment of major depression. Clinical practice guideline, number 5. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1993.
- 5 Terluin B, Gill K, Winnubst JAM. Hoe zien huisartsen surmenage? Huisarts Wet 1992; 35: 311-5.
- 6 Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Brueren MM, et al. NHG-Standaard Depressie. Huisarts Wet 1994; 37: 482-90.
- 7 Van Marwijk HWJ. Depressie in the elderly as seen in general practice [dissertatie]. Leiden: Leiden University, 1995.
- 8 Rooijmans HGM. Depressie: ziekte of psychosociaal probleem? In: Bol FA, redacteur. Territoriaal gedrag: in het grensgebied tussen huisarts en specialist. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1988: 245-50.
- 9 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 10 Lamberts H, Hartman B. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1982; 25: 376-93.
- 11 Olfson M, Weissman MM, Leon AC, et al.

- Psychological management by family physicians. *J Fam Pract* 1995; 41: 543-50.
- 12 Brodie HK. How primary care physicians treat psychiatric disorders: a national study of family practitioners. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 52-7.
  - 13 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Jansen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990: 103.
  - 14 Lamberts H. Psychotherapie: geen taak van de huisarts. *Huisarts Wet* 1984; 27: 13-5.
  - 15 Stam J, Postma T. Psychotherapie en huisartsgeneeskunde: meer overeenkomsten dan verschillen. *Huisarts Wet* 1984; 27: 16-20.
  - 16 Corney RH. A survey of professional help sought by patients for psychosocial problems. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 365-8.
  - 17 Stott NC, Pill RM. 'Advise yes, dictate no'. Patients' views on health promotion in the consultation. *Fam Pract* 1990; 7: 125-31.
  - 18 Boot D, Gillies P, Fenelon J, et al. Evaluation of the short-term impact of counseling in general practice. *Patiënt Education & Counseling* 1994; 24: 79-89.
  - 19 Millar T, Goldberg DP. Link between the ability to detect and manage emotional disorders: a study of general practitioner trainees. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 357-9.
  - 20 De Haan M, Van de Lisdonk EH, Voorn ThB. De kern van de huisartsgeneeskunde. Utrecht: Bunge, 1996.
  - 21 Meyboom WA. Geboeid, maar dan anders. *Huisarts Wet* 1997; 40(2): 63.
  - 22 Berger PA. Management of depression and anxiety in primary care medicine. In: Freeman AM, Sack RL, Berger PA, editors. *Psychiatry for the primary care physician*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1979.
  - 23 Kuiper PC. Ver heen: verlag van een depressie. 's-Gravenhage: SDU, 1988.
  - 24 Wright A. Depression. In: Pullen I, Wilkinson G, Wright A, Pereira Gray D, editors. *Psychiatry and general practice today*. London: Bell & Bain, 1994.
  - 25 Nolen WA, Rafaelsen OJ. Depressie: oorzaken, verschijnselen en behandelingsmogelijkheden van de veel voorkomende stemmingsziekten depressie en manie. Amsterdam: Elsevier, 1987.
  - 26 Van der Ploeg HM. Stressmanagement: hanteren van werkstress en burnout. In: Van der Ploeg HM, Vis J, redactie. *Burnout en werkstress. Ieders verantwoordelijkheid*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1989.
  - 27 Hodgkin K. Vroege diagnostiek in de eerste lijn. Lochem: De Tijdstroom, 1983.
  - 28 Van de Sanden WAJ. Depressie overwinnen: werkboek voor een zelfhulpmethode. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1995.
  - 29 Vandereycken W, Hoogduin CAL, Emmelkamp PMG. *Handboek psychopathologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.
  - 30 Emmelkamp PMG. Cognitieve therapie bij angst en depressie. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1993; 137: 487-90.
  - 31 Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 737-51.
  - 32 Van Es JC. Patiënt en huisarts. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1984.
  - 33 Van der Velden K, redactie. *Direktieve therapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1977.
  - 34 De Groot PA. Consensus depressie bij volwassenen. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1995; 139: 1803-4.
  - 35 Markus AC, Parkes C, Tomson P, Johnston M, editors. *Psychological problems in general practice*. Oxford: Oxford University Press, 1989: 345-8.
  - 36 Albersnagel F, Rouwendal J. Cognitieve gedragstherapie van depressie: overzicht en evaluatie Van gecontroleerd outcome-onderzoek. *Gedragstherapie* 1984; 17: 27-44.
  - 37 Genest M. Psychological treatment of depression: cognitive-behavioral therapy. *Can Fam Physician* 1989; 35: 1146-50.
  - 38 Gelder MG. Psychological treatment for depressive disorder. *BMJ* 1990; 300: 1087-8.
  - 39 Bannnik M, Van Marwijk HWJ. Depressieve stoornissen. In: Hengeveld MW, Van Marwijk HWJ, Bolk J. *Psychiatrie in de somatische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997: 38.
  - 40 Teasdale JD, Fennell MJV, Hibbet GA, Amies PL. Cognitive therapy for major depression. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 400-6.
  - 41 De Waal MWM, Stolk J, Van Marwijk HWJ, Springer MP. Het voorschrijven Van antidepressiva: wordt het recept herhaald? *Ned Tijdschr Geneeskd* 1996; 140: 2127-31.
  - 42 Knuistingh Neven A, De Graaf WJ, Lucassen PLBJ, et al. NHG-Standaard Slapeloosheid en Slaapmiddelen. In: Rutten GEHM, Thomas S, redactie. *NHG-Standaarden voor de huisarts*. Utrecht: Bunge, 1993.
  - 43 Coyne JC, Segal L. A brief strategic interactional approach to psychotherapy. In: Anchin JC, Kiesler DK, editors. *Handbook of interpersonal psychotherapy*. New York: Pergamon, 1982.
  - 44 Catalan J, Gath DH, Anastasiades P, et al. Evaluation of a brief psychological treatment for emotional disorder in primary care. *Psychol Med* 1991; 21: 1013-8.
  - 45 Arentz DH. Ervaringen met directieve therapie in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1981; 24: 476-80.
  - 46 Van den Burg W. De werkzaamheid van antidepressiva. *Blikvernaauwing in de biologische psychiatrie*. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1994; 11: 1195-1210.
  - 47 Scott AI, Freeman CPL. Edinburgh primary care depression study: treatment outcome, patiënt satisfaction, and cost after 16 weeks. *BMJ* 1992; 304: 883-7.
  - 48 Van der Horst H. Irritable bowel syndrome in general practice. How effective is patiënt education and counselling in general practice? [thesis]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1997.
  - 49 Nathans H. Adviseren als tweede beroep: resultaat bereiken als adviseur. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen, 1994.
  - 50 Robinson EJ, Whitfield MJ. Contributions of patients to general practitioner consultations in relation to their understanding of doctor's instructions and advice. *Soc Sci Med* 1988; 27: 895-900.
  - 51 Robinson EJ, Whitfield MJ. Improving the efficiency of patients' comprehension monitoring: a way of increasing patients' participation in general practice consultations. *Soc Sci Med* 1985; 21: 915-9.
  - 52 Schouten JAM. Anamnese en advies. Nieuwe richtlijnen voor de informatiewisseling tussen arts en patiënt. Samsom/Stafleu: Alphen aan den Rijn, 1985.
  - 53 Paykel ES, Priest RG. Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. *BMJ* 1992; 305: 1198-202.
  - 54 Jenkins JH. Theoretical considerations of qualitative method: behavioral science research of relevance to primary care interventions. In: Tudiver F, Bass MJ, Dunn EV, et al. *Assessing interventions. Traditional and innovative methods. Research methods for primary care*, volume 4. Newbury Park, etc.: Sage, 1992.
  - 55 Hobus P. Expertise van huisartsen. Praktijkervaring, kennis en diagnostische hypothesevorming [dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994.
  - 56 Barlow DH, Hersen M, editors. *Single case experimental designs*. New York: Pergamon, 1984.
  - 57 Bendix T. Geef nooit raad. Utrecht: Bunge, 1979. ■

Abstract on page 535.

een eerste screening verzorgen. Beoordeling door de KNO-arts zal onderdeel van het diagnostische proces moeten zijn alvorens tot een behandeling wordt besloten.

Richtlijnen voor zowel diagnostische als therapeutische handelingen zijn in voorbereiding door de OSAS-consensuscommissie. De beschreven conservatieve maatregelen kunnen uiteraard geadviseerd worden door de huisarts.

### Literatuur

- 1 Knuistingh Neven A. Het slaapapneusyndroom in de huisartspraktijk [dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1996.
- 2 He J, Kryger MH, Zorick FJ, et al. Mortality and apnea index in obstructive sleep apnea. Experience in 385 male patients. *Chest* 1988; 94: 312-8.
- 3 Thorpy MJ, editor. The International Classification of Sleep Disorders. Rochester: American Sleep Disorders Association, 1990.
- 4 Millman RP, Redline S, Carlile CC, et al. Daytime hypertension in obstructive sleep apnea; prevalence and contributing factor. *Chest* 1991; 99: 861-6.
- 5 Hung J, Whitford EG, Parsons RW, Hillman DR. Association of sleep apnoea with myocardial infarction in men. *Lancet* 1990; 97: 27-32.
- 6 Strohl KP, Redline S. Recognition of obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154: 279-89.
- 7 Fletcher EC. The relationship between systemic hypertension and obstructive sleep apnea: fact and theory. *Am J Med* 1995; 98: 118-28.
- 8 Lavie P. Incidence of sleep apnea in a presumably healthy working population: a significant relationship with excessive daytime sleepiness. *Sleep* 1983; 6: 312-8.
- 9 Stradling JR, Crosby JH. Predictors and prevalence of obstructive sleep apnoea and snoring in 1001 middle aged men. *Thorax* 1991; 46: 85-90.
- 10 Gislason T, Almqvist M, Eriksson G, et al. Prevalence of sleep apnea syndrome among Swedish men. An epidemiological study. *J Clin Epidemiol* 1988; 41: 571-6.
- 11 Jennum P, Sjol A. Epidemiology of snoring and obstructive sleep apnoea in a Danish population, age 30-60. *J Sleep Res* 1992; 1: 240-4.
- 12 Bearpark H, Elliott L, Grunstein R, et al. Occurrence and correlates of sleep disordered breathing in the Australian town of Busselton: a preliminary analysis. *Sleep* 1993; 16: S3-5.
- 13 Young TJ, Palta M, Dempsey J, et al. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993; 328: 1230-5.
- 14 McNicholas WT. Diagnostic criteria for the sleep apnoea syndrome. Time for consensus? *Eur Respir J* 1996; 9: 634-5.
- 15 Strollo PJ, Rogers RM. Obstructive sleep apnea. *N Engl J Med* 1996; 334: 99-104. ■

### Abstract

**Knuistingh Neven A. Sleeping: a sometimes breathtaking experience. The sleep apnoea syndrome in general practice. Huisarts Wet 1997; 40(11): 533-5.**

Our study into the prevalence of the sleep apnoea syndrome in the Netherlands provides

practical guidance to General Practitioners. The symptoms and features of the syndrome mentioned are derived from pathophysiological principles. The most striking elements of the syndrome are snoring, excessive daytime sleepiness and interruptions in breathing during the sleep. From reports of epidemiological studies the relationship between sleep apnoea syndrome and cardiovascular diseases was derived. The wide range in prevalence figures we found in literature is probably due to differences in study designs, study populations and the definitions used. In the Netherlands the prevalence of clinically significant sleep apnoea syndrome is estimated to be at least 0.45 per cent in males of 35 years and older. This means that a Dutch GP on average has to take into account that 2 to 3 of his patients may suffer from a clinically manifest syndrome. Extensive history taking is the most important tool for the GP, especially in detecting patients with this syndrome. The specific groups of patients in which the syndrome is observed frequently comprise: hypertensives, patients complaining of daytime sleepiness and/or unexplained chronic fatigue, habitual snorers and obese people. The three key questions (to diagnose a possible sleep apnoea syndrome as well as to exclude the diagnosis) are:

- 1 Do you snore?
- 2 Do you often complain of daytime sleepiness or fatigue?
- 3 Has your bed partner noticed breathing stops when you are sleeping?

**Key words** Family practice; Sleep apnoea syndrome.

**Correspondence** Dr. A. Knuistingh Neven, Department of General Practice, Leiden University, PO Box 2088, 2301 CB Leiden, The Netherlands.

### Abstract

**Van Marwijk HWJ. Effects of advice to patients with sadness and depression. A literature study. Huisarts Wet 1997; 40(11): 528-32.**

What advice do GPs give depressed patients and can these recommendations be scientifically justified? Answers to these questions were sought by means of a search in relevant data-

bases and medical books. Advice which is in line with cognitive behavioural therapy seems most recommendable, and an important aim for this counselling should be support. Encourage pleasurable activities and invite patients to provoke negative thoughts and let them keep a diary.

As we know little of the specific affects of

advice, care should be taken not to overinfluence depressed patients.

**Key words** Advice; Depression; Family practice.

**Correspondence** Dr. H.W.J. van Marwijk, EMGO Institute, Free University, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam, The Netherlands.