

# Preventie wordt volwassen

R.A. SCHOEVERS

De studie van Van 't Veer-Tazelaar e.a. (2011) elders in dit nummer is om meerdere redenen belangrijk. Allereerst zijn de getallen indrukwekkend. Met relatief simpele, maar goed op elkaar afgestemde interventies bereiken de auteurs een aanzienlijke reductie van nieuwe depressies en angststoornissen. Het *number needed to treat* (NNT) op basis van de vermelde getallen is 8. Dat is verheugend, temeer daar het programma wordt vergeleken met de gebruikelijke zorg in de eerste lijn en niet met een placeboconditie. Bovendien lijkt het effect op grond van de vervolpublicatie niet – zoals eerder wel werd gedacht – tijdelijk te zijn. Het verschil is na een jaar nog onveranderd: 50% minder nieuwe depressies en angststoornissen.

Zoals de auteurs zelf terecht al aangeven, is het van belang om dit soort studies en uitkomsten te repliceren alvorens dit zou moeten leiden tot bredere implementatie. En het is niet zeker dat uitstel van een *full blown* psychiatrische diagnose ook afstel betekent. Verder kan men zich afvragen waar nu precies preventie eindigt en vroege interventie begint, aangezien de interventies reguliere behandelstappen voor depressie zijn. Maar dat sluit heel goed aan bij een dimensionele, stapsgewijze benadering van psychiatrische aandoeningen.

## DISCUSSIE OVER PREVENTIE

De studie is daarmee ook relevant voor de bredere discussie over nut en noodzaak van preventie in de psychiatrie. Terecht merken critici op dat mensen die zich geen patiënt voelen, niet zomaar zouden moeten worden geconfronteerd met de boodschap van een verhoogd risico op een

psychiatrische aandoening. Zij weten immers niet of ze die aandoening echt gaan krijgen, en – nog belangrijker – het is niet zinvol om mensen met dergelijke berichten lastig te vallen wanneer geen acceptabele interventie beschikbaar is om dit risico te reduceren. Naast het induceren van mogelijk onterechte zorgen over de eigen gezondheid, kan men ook vrezen voor een verdere medicalisering van het bestaan. Waarom mag een oudere niet gedurende een periode somber zijn? Vaak is daar wel een aanleiding toe, en dat is toch iets anders dan een ziekte?

Critici van het classificeren van zogenaamde *at-risk syndromes* zoals die momenteel in DSM-5 worden beschreven, maken zich zorgen over de nieuwe mogelijkheden die dit zou kunnen bieden voor een (veel te) ruime toepassing van psychofarmaca. Ook vrezen zij voor een trivialisering van psychiatrische diagnoses. Onder deze critici vinden wij ook Allen Frances (2010), voormalig voorzitter van de DSM-IV-werkgroep. Daarbij wijzen zij bijvoorbeeld op de stormachtige ontwikkeling in de medicamenteuze behandeling van ADHD.

Ook wanneer we kijken naar de toename van het gebruik van antidepressiva in de afgelopen 20 jaar (Meijer e.a. 2005), is het de moeite waard om na te gaan hoe deze tot stand kwam. Er kwamen nieuwe middelen op de markt die goed werden verdragen, artsen waren blij die te kunnen voorschrijven aan hun patiënten, er kwam meer nadruk op het belang van onderhoudsbehandeling en dit alles gebeurde in de context van een toegenomen bewustzijn van het belang van algemene psychiatrische stoornissen (*common mental disorders*) voor het individu en voor de samenleving als geheel. Daarbij was er sprake van publicatie-

bias waardoor de uitkomsten werden overschat (Turner e.a. 2008) en de industrie voerde een stevige marketingcampagne.

#### VERLAGEN DREMPELWAARDES?

Die toegenomen aandacht voor depressie is ontegenzeggelijk van belang geweest voor een adequate en tijdige behandeling. Toch is er de nodige tijd overheen gegaan voordat op grond van opgebouwde *evidence watchful waiting* en laagdrempelige, weinig intensieve interventies zoals bibliotherapie als eerste stappen in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie terechtkwamen en medicatie en intensievere vormen van psychotherapie naar latere stappen in het protocol verhuisden.

Je houdt met Frances je hart vast wanneer in een dergelijk krachtenspel de drempelwaardes voor het voldoen aan de criteria van formele psychiatrische diagnoses worden verlaagd en mensen veel sneller tot patiënten zouden worden gemaakt. Heeft de psychiatrie dan nog enige controle over de gevolgen daarvan in een wereld waarin beïnvloeding plaatsvindt via bovengenoemde factoren, maar ook via directe reclame (vs), allerlei websites en social media?

#### NUANCE

Ik denk dat een genuanceerd antwoord op deze zorgen van belang is. De huidige studie toont in mijn ogen aan dat het juist aan de psychiatrie is om duidelijk te maken welke interventies bij nieuw te onderkennen subklinische syndromen nuttig en nodig zijn, en welke niet. En hoewel de in deze studie toegepaste interventies, zoals waakzaam afwachten, bibliotherapie en hulp bij het oplossen van eigen problemen, werden ingezet vanuit de gezondheidszorg, is het de vraag of we deze tot ernstige vormen van medicalisering moeten rekenen. Het voornaamste doel van deze vroege interventies is immers om mensen te helpen zichzelf te helpen, en een verdere gang door de *ggz* te voorkomen.

Dit is niet denkbeeldig omdat de subklinische depressieve syndromen die bij ouderen worden gevonden in 50% van de gevallen een chronisch beloop hebben (Cole e.a. 1999), met een grote impact op de kwaliteit van leven, het zorggebruik (Beekman e.a. 1997), comorbide somatische aandoeningen en de levensduur (Schoevers e.a. 2009). Overigens zijn er ook aanwijzingen dat andere interventies, zoals versterken van sociale contacten of *befriending*, de conversie van depressieve symptomen naar de depressieve stoornis kunnen helpen voorkomen. Dit soort interventies vindt plaats buiten het domein van de gezondheidszorg en is beter te karakteriseren als sociaal/maatschappelijke ondersteuning voor mensen met een verhoogd risico op basis van actuele levensomstandigheden (Mead e.a. 2010). Het is van groot belang om ook dergelijke interventies in preventieonderzoek te betrekken.

Een ander interessant gegeven van deze studie is dat slechts 19% van de benaderden aangaf geen prijs te stellen op deze interventie. Dat is laag voor een interventie zoals bibliotherapie waarbij mensen veel zelf moeten doen met beperkte begeleiding. Klaarblijkelijk was het goed mogelijk om deze ouderen met subklinische depressieve en/of angstklachten te overtuigen van het belang daarvan. Ook dat is van belang wanneer de psychiatrie zich meer met preventie (of vroege interventie) gaat bezighouden.

#### CONCLUSIE

Al met al wordt hier een richting geschetst voor een laagdrempelige, stapsgewijze en uitvoerbare aanpak van veelvoorkomende klachten bij een kwetsbare doelgroep die enerzijds nog vragen oproept, maar anderzijds vraagt om navolging. Dan nog steeds is er veel voor te zeggen om eerst goed te evalueren wat de praktische relevantie (en eventuele schade) is van het uitbreiden van onze diagnostische categorieën, voor we deze als nieuwe classificaties zouden gaan invoeren.

## LITERATUUR

- Beekman AT, Deeg DJ, Braam AW, Smit JH, van Tilburg W. Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychol Med* 1997; 27: 1397-409.
- Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1182-9.
- Frances A. Opening Pandoras box: The 19 worst suggestions for DSM5. *Psychiatric Times* Febr. 2010.
- Mead N, Lester H, Chew-Graham C, Gask L, Bower P. Effects of befriending on depressive symptoms and distress: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 96-101.
- Meijer WEE, Heerdink ER, Leufkens HGM, Herings RMC, Egberts ACC, Nolen WA. Langdurig gebruik van antidepressiva in Nederland in 1991-2001: prevalentie, incidentie en risico-indicatoren. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005; 149: 708-11.
- Schoevers RA, Geerlings MI, Deeg DJ, Holwerda TJ, Jonker C, Beekman AT. Depression and excess mortality: evidence for a dose response relation in community living elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24: 169-76.
- Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008; 358: 252-60.
- Veer-Tazelaar PJ van 't, Cuijpers P, Beekman ATF. Preventie van depressie en angst bij ouderen. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 579-584.

## AUTEUR

ROBERT SCHOEVERS is hoogleraar en afdelingshoofd Psychiatrie, UMC Groningen.

Correspondentieadres: prof. dr. Robert Schoevers, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

E-mail: r.a.schoevers@umcg.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-12-2010.

TITLE IN ENGLISH Prevention is coming of age