

De depressieparadox beschouwd

A. T. F. BEEKMAN

Moderne dokters moeten veel kunnen. Elke handeling en elke uitspraak moet ingebed zijn in een besef van wetenschappelijke inzichten, afgestemd op de wensen en mogelijkheden van individuele patiënten, en uiteindelijk de (geestelijke) volksgezondheid ten goede komen. Naarmate er meer kennis beschikbaar komt over onze patiënten, over hun stoornissen en over de effecten van ons handelen, wordt onze verantwoordelijkheid groter: *noblesse oblige*. De twee uitstekende artikelen over de duur van depressieve episoden (Spijker e.a. 2004) en het mogelijk uitblijven van effect van behandeling op prevalentie (Ormel e.a. 2004) illustreren op treffende wijze hoe toegenomen kennis en behandel mogelijkheden aanleiding geven tot bescheidenheid over onze invloed op iets weerbarstigs als de volksgezondheid.

Het natuurlijk beloop van depressieve stoornissen is uiterst variabel. In de algemene bevolking herstelt de helft van de patiënten binnen drie maanden. Daarna wordt de prognose snel slechter. Deze bevindingen hebben vooral consequenties voor de eerste lijn. Gegevens uit de eerste lijn laten zien dat huisartsen steeds meer aandacht besteden aan depressieve stoornissen. Tussen 1993 en 1998 nam het aantal geregistreerde depressieve stoornissen als hoofddiagnose toe met 63% en het aantal prescripties voor antidepressiva met 278% (Van Marwijk e.a. 2001). Huisartsen zijn geneigd direct na het stellen van de diagnose een geneesmiddel voor te schrijven. In 1993 werden er bij 63% van de eerste consulten wegens depressie antidepressiva voorgeschreven, in 1998 was dat opgelopen tot 73%. Alleen al vanwege de beschikbare tijd moeten huisartsen heel pragmatisch en klachtgericht werken. Er is maar weinig gelegenheid om behandelbeleid af te stemmen op klinische parameters als

ernst, duur en andere belangrijke voorspellers van het beloop. Direct geneesmiddelen voorschrijven bij een stoornis die in veel gevallen vanzelf herstelt, zal neerkomen op overprescriptie. Het zou een deel van de notoir slechte *compliance* bij antidepressiva kunnen verklaren. Dit soort gegevens ondersteunt het pleidooi van Ormel e.a. voor een versterking van de eerstelijns-ggz. Deze auteurs laten ook zien hoe belangrijk het is om goed onderzoek te doen naar voorspellers van het beloop van psychiatrische stoornissen. Uit het artikel van Spijker e.a. blijkt dat klinische kenmerken (ernst, duur en comorbiditeit) de beste voorspellers zijn, terwijl steun en levensmoeilijkheden minder bijdragen. In wetenschappelijke zin lijkt dit een cirkelredenering: de ernstigste en meest hardnekkige depressies zijn het ernstigst en het meest hardnekkig. Gezien het belang van depressieve stoornissen valt op dat er zo weinig bekend is over het belang van andere potentieel belangrijke predictoren. Te denken valt aan onderzoek waarin het beloop van etiologische subgroepen wordt vergeleken; of waarin patiënten met specifieke symptoomprofielen, biologische factoren of specifieke cognitieve stoornissen worden onderzocht. De uitkomsten zouden tot een gedifferentieerder en hopelijk doelmatiger behandelbeleid kunnen leiden.

In het artikel van Spijker e.a. wordt de suggestie gewekt dat eerder ingrijpen het beloop van depressies kan beïnvloeden. Op de korte termijn kan dat wel, maar het artikel van Ormel e.a. laat zien dat we maar weinig weten over langeretermijneffecten van behandeling. De discussie over de effectiviteit van vroege interventies is van groot belang en speelt in alle hevigheid rond meerdere stoornissen (zoals schizofrenie). Als we zouden kunnen aantonen dat vroege interventies daad-

werkelijk invloed hebben op het natuurlijke beloop, dan zou onze aandacht moeten verschuiven naar vroegdiagnostiek en geïndiceerde preventie (Mrazek & Haggerty 1994). De berekening van Ormel e.a. is wat dit betreft ontvullend: optimale behandeling kan een daling van de prevalentie geven van ongeveer 20%. Ook als dit een conservatieve schatting is, betekent het dat we meer werk moeten maken van preventie. Geen van beide artikelen is hier op ingegaan. Vanuit onze dagelijkse praktijk gezien is dat logisch: patiënten dienen zich aan en moeten zo effectief mogelijk behandeld worden. Behandelen blijft altijd een kerntaak van de psychiater. Vanuit de volksgezondheid is een bredere kijk noodzakelijk. De vraag rijst wat er nodig is om *evidence-based* beslissingen te kunnen nemen over waar de schaarse middelen in te zetten. Valt er iets te zeggen over preventie van depressie en zijn er alternatieven voor behandeling? Een rationele agenda voor preventie is gebaseerd op de volgende gegevens (Beekman 2004): (1) welke factoren bepalen de incidentie van depressie; (2) hoe groot is de invloed van deze factoren op het bevolkingsniveau; (3) zijn deze factoren te identificeren door sleutelfiguren (zoals de patiënt zelf of de huisarts); en (4) zijn interventies mogelijk, acceptabel en doelmatig? Dit is een uitgebreide agenda, maar zo langzamerhand komen de benodigde gegevens in beeld (Cuijpers 2003; Smit, Beekman e.a. in druk; Smit, Bohlmeijer e.a. 2003).

Het zou zeer wel kunnen dat we onze aandacht in de toekomst moeten verschuiven naar vroege gerichte interventies – op een veel eerder tijdstip in het beloop van stoornissen, in de hoop om de vaak zo desastreus verloopende ziektegeschiedenissen van onze patiënten beter te kunnen beïnvloeden. Dat is een mooi doel, aangezien psychiateren zich maar zelden systematisch bezighouden met preventie. De noodzaak hiertoe wordt gevoed door de artikelen in het voorliggende nummer van dit Tijdschrift.

LITERATUUR

- Beekman, A.T.F. (in druk). Psychiatrische Epidemiologie: van observatie naar experiment. Oratie. Vrije Universiteit te Amsterdam. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*.
- Cuijpers, P. (2003). Examining the effects of prevention programs on the incidence of new cases of mental disorders: the lack of statistical power. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1385-1391.
- Marwijk, H.W. van, Bijl, D., Ader, H.J., e.a. (2001). Antidepressant prescription for depression in general practice in The Netherlands. *Pharmacy World and Science*, 23, 46-49.
- Mrazek, P.J., & Haggerty, R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventative intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Ormel, J., Bartel, M., & Nolen, W.A. (2004). De depressieparadox: werkzame behandelingen, maar geen dalende prevalentie. Oorzaken en beleidsaanbevelingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 237-246.
- Smit, F., Beekman, A.T.F., Bohlmeijer, E., e.a. (in druk). Selecting key-variables for depression prevention: results from a population-based prospective epidemiological study. *Journal of Affective Disorders*.
- Smit, F., Bohlmeijer, E., & Cuijpers, P. (2003). *Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Spijker, J., Bijl, R.V., & Nolen, W.A. (2004). Duur van depressieve episoden en determinanten van beloop. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 229-235.

AUTEUR

A.T.F. BEEKMAN is psychiater en verbonden als psychiater, A-opleider en hoogleraar psychiatrische epidemiologie aan de afdeling Psychiatrie van het VUMC, GGZ Buitenzamen en aan het Trimbos-instituut.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-1-2004.