

De grenzen van ons vak

S.J. CLAES

‘Depressie in engere zin’ bestaat niet. Of om het juister uit te drukken: depressie in engere zin, zoals in de DSM gedefinieerd, is geen valide ziektebeeld. Door de polythetische definitie (vijf van negen symptomen...) kunnen we bij patiënten met sterk uiteenlopende klinische beelden toch deze zelfde diagnose stellen. Het stellen van de diagnose levert geen duidelijk beeld van de prognose. De vele behandelingsmodaliteiten die voor deze aandoening worden voorgeschreven, of het nu gaat over farmaca of over therapie, helpen niet bij alle vormen van depressie in engere zin en zijn bovendien ook werkzaam bij een aantal andere ziektebeelden, zoals angststoornissen en obsessieve-compulsieve stoornissen. Samengevat: bij ‘depressie in engere zin’ vallen de belangrijkste graadmeters van de validiteit van een ziektebeeld negatief uit.

Artificiële constructie Ook Edward Shorter beweert in zijn uiterst lezenswaardige boek *Before Prozac. The troubled history of mood disorders in psychiatry* (2008) dat depressie in engere zin een artificiële constructie is, tot stand gekomen door weinig wetenschappelijke achterkamerpolitiek bij het creëren van de DSM-III (zie voor een recensie van dit boek p. 470 van dit nummer). Volgens hem en volgens vele anderen vinden we in deze constructie de echte psychiatrische aandoening ‘depressie met melancholische kenmerken’, die vaak gepaard gaat met neurobiologische afwijkingen, bijvoorbeeld in de secretie van cortisol, en die aansluit bij de bipolaire depressie. Omgekeerd vinden we een aantal toestandsbeelden die met depressieve symptomen gepaard kunnen gaan, maar die we wellicht het beste kunnen beschouwen als een emotionele ontregeling op basis van psychosociale stressoren. Deze visie is evident ook weer kort door de bocht. Al decennia lang zoekt men naar een duidelijke grens tussen ‘endogene’ versus ‘exogene’ depressie of tussen ‘vitale’ versus ‘reactieve’ depressie, zonder veel succes.

Medicalisering? Wat er ook van zij, de dubieuze constructie van de ‘depressie in engere zin’ heeft ertoe geleid dat heel wat mensen met zo’n emotionele ontregeling ten gevolge van psychosociale stressoren het label van een psychiatrisch ziektebeeld opgeplakt krijgen en dan ‘lege artis’ behandeld worden met antidepressiva. Deze toestand heeft de farmaceutische nijverheid geen windeieren gelegd. Cijfers van de grootste ziektekostenverzekeraar in België blijven een stijgende trend tonen in het gebruik van psychofarmaca. Tussen 2002 en 2007 steeg het aantal mensen die een voorschrift voor antidepressiva kregen van 6,59 tot 7,47% van de populatie, een stijging met 13%. Verder blijkt dat ouderen massaal psychofarmaca slikken in België. Maar liefst één op vijf 75-plussers in dit land kreeg minstens één voorschrift voor antidepressiva in 2007. In 87%

van de gevallen werd de behandeling met de psychofarmaca opgestart door de huisarts. Vallen onze bejaarden massaal ten prooi aan psychiatrische ziektebeelden? Of gaat het hier over de medicalisering van eenzaamheid en verdriet?

Diversiteit Er is de laatste tijd discussie gerezen over de werkzaamheid van antidepressiva, onder andere op basis van het intussen beruchte artikel van Kirsch e.a. (2008). Toch kan ook deze uiterst kritische meta-analyse niet ontkennen dat deze pillen bij ernstige depressies wel degelijk effectief zijn. Wie in een psychiatrisch ziekenhuis werkt met ernstig depressieve, melancholische patiënten, die vaak voor gesprekstherapie nauwelijks toegankelijk zijn, weet dit. Maar mogen we dit soort patiënten gelijk stellen met talloze ouderen in onze samenleving, die thuis of in rusthuizen goed verzorgd, maar eenzaam lijden onder de multipale verlieservaringen en die daardoor tijdelijk voldoen aan vijf van de negen symptomen die men dertig jaar geleden heeft vastgelegd voor 'depressie in engere zin'? Kunnen we de melancholische ziekenhuisdepressie vergelijken met de toestand van de jonge moeder die in een vechtscheiding verwickeld is en het niet meer ziet zitten? Of met de vertwijfeling van de adolescent wiens vader plots vertrokken is met een nieuwe vriendin? Gaat dit alles over éénzelfde aandoening die we met dezelfde middelen moeten bestrijden? De vraag stellen is ze beantwoorden.

Maatschappij en psychiatrie Onze hypergeïndividualiseerde, hoogst competitieve maatschappij leidt tot de emotionele ontwrichting van een groot aantal mensen. Deze zelfde maatschappij schuift het probleem van zich af: ze verwacht dat de psychiatrie - die ze overigens karig financieel ondersteunt - de zorg voor deze grote groep op zich neemt. Tegelijk verdenkt een aantal mensen onze beroepsgroep ervan menselijk lijden te medicaliseren en misschien zelfs via een duistere coalitie met de farmaceutische industrie te exploiteren. Zo wordt de psychiatrie in de tang genomen.

Misschien moet de maatschappij aanvaarden dat de psychiatrie een medische discipline is die de zorg op zich neemt voor mensen met psychiatrische ziektebeelden. Niet meer of niet minder. De samenleving als geheel zal zich moeten bezinnen over de vraag waarom ze zoveel emotionele ontwrichting veroorzaakt en hoe ze dit kan veranderen. Dit probleem is te algemeen om zomaar in de nek van de psychiaters te schuiven. Dit gaat voorbij de grenzen van ons vak.

LITERATUUR

- Shorter, E. (2008). *Before Prozac. The troubled history of mood disorders in psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., e.a. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5(2):e45. doi: 10.1371/journal.pmed.0050045.

AUTEUR

S.J. CLAES is hoogleraar Psychiatrie aan de KU Leuven.
Correspondentieadres: prof.dr. S.J. Claes, UZ Gasthuisberg, Dienst Psychiatrie, Herestraat 49, B-3000 Leuven, België.
E-mail: stephan.claes@uz.kuleuven.ac.be.

TITLE IN ENGLISH The borders of our profession