

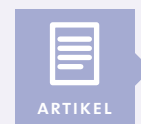
# Personaliseren van preventie van psychische stoornissen

P. CUIJPERS, A.T.F. BEEKMAN

- ACHTERGROND** Preventie van psychische stoornissen is mogelijk, maar brede implementatie vergt het preciezer aanpassen van beschikbare interventies aan doelgroepen.
- DOEL** Literatuuronderzoek naar verschillende manieren waarop preventie preciezer en persoonlijker kan worden toegesneden.
- METHODE** Overzichtsartikel waarbij bestaande literatuur wordt besproken.
- RESULTATEN** Er zijn inderdaad verschillende, beloftevolle manieren om preventie preciezer en persoonlijker te maken, maar er is nog weinig onderzoek om dit te onderbouwen.
- CONCLUSIE** Preventie van psychische stoornissen is mogelijk en er zijn bewezen effectieve interventies. Om echt effect te hebben op niveau van de bevolking hebben we een mix nodig van universele, selectieve en geïndiceerde preventie, waarbij universele, op de hele bevolking gerichte campagnes de voorwaarden scheppen om de overige, op risicogroepen gerichte strategieën te laten slagen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)3, 189-193

**TREFWOORDEN** persoonlijk, precisie, preventie



ARTIKEL



Preventie is een groot goed. Binnen en buiten de geneeskunde wordt gewerkt aan het voorkomen van schade ten gevolge van uiteenlopende zaken zoals verkeersongelukken, dijkdoorbraken, kanker en psychische stoornissen. In de *public-health* literatuur woedt al lange tijd een debat over de beste strategieën ter preventie van ziekte. Een belangrijk vraag daarbij is of men zou moeten kiezen voor algemene, op de hele bevolking gerichte strategieën, of dat men zich zou moeten richten op (kleinere) groepen mensen die een hoog risico hebben op het ontstaan van ziekte (Rose 2001). Hoewel vrijwel iedereen het erover eens is dat voorkomen beter is dan genezen, blijkt dat het toch erg moeilijk is om mensen echt te engageren voor preventie. Er zijn allerlei ethische (denk aan medicalisering), praktische (denk aan grote screeningsprogramma's) en economische barrières die succesvolle preventie in de weg staan. Belangrijker nog is dat het wellicht tegennatuurlijk is om je als mens met ziekte bezig te houden terwijl je gezond bent. Veel mensen willen dat liever niet en vermijden daarom juist datgene wat ze kan helpen om gezond te blijven.

Uit het voorgaande is een aantal, voor succesvolle preventie van psychische stoornissen relevante vraagstukken te destilleren, die veel te maken hebben met het al dan niet personaliseren van preventie. Ons doel is om deze vragen te bespreken en te bezien wat 'personaliseren' kan betekenen voor het voorkómen van psychische stoornissen. We zullen ons daarbij beperken tot wat wel primaire preventie wordt genoemd: alles wat erop is gericht om te voorkomen dat mensen ziek worden. Andere vormen van preventie, zoals preventie van terugval of preventie van chroniciteit of verlies van werk zijn net zo belangrijk, maar blijven buiten beschouwing. We beperken onze voorbeelden tot de preventie van depressie.

## Preventie van psychische stoornissen: nut en noodzaak

Psychische stoornissen komen veel voor, hebben een grote impact op de kwaliteit van leven van patiënten en hun familieleden en vormen een enorme economische last voor samenlevingen. We hebben gelukkig effectieve

behandelingen, maar zelfs als we alle patiënten zouden kunnen behandelen met *evidence-based* behandelingen, dan zou dat slechts 40% van de ziektelast van psychische stoornissen kunnen wegnemen (Andrews e.a. 2004).

Net als elders in de geneeskunde wordt er hard gewerkt om te testen of het mogelijk is om psychische stoornissen te voorkomen. Er zijn drie vormen van (primaire) preventie (Mrazek & Haggerty 1994):

- Universele preventie is gericht op de algemene bevolking, die geen verhoogd risico heeft op het ontstaan van een stoornis.
- Selectieve preventie is gericht op doelgroepen waarvan uit onderzoek bekend is dat zij een verhoogd risico lopen om een stoornis te gaan ontwikkelen.
- Geïndiceerde preventie: deze is gericht op mensen die wel al psychische klachten hebben, maar (nog) niet een volledig ontwikkelde stoornis.

Er komen steeds meer data die laten zien dat preventie van psychische stoornissen mogelijk is. Voorbeelden betreffen preventie van psychose (Stafford e.a. 2013), van depressie (van Zoonen e.a. 2014), alcoholafhankelijkheid (Foxcroft & Tsertsvadze 2012) en van suïcide (Hawton e.a. 2012). Een meta-analyse op het gebied van depressiepreventie liet zien dat een reductie van 25% van nieuwe depressies mogelijk is (van Zoonen e.a. 2014). Uit economische studies blijkt dat preventieve interventies een goede kosten-batenverhouding opleveren.

### Precisie: van universeel naar geïndiceerd

Geoffrey Rose was een beroemd onderzoeker op het gebied van preventie van hart- en vaatziekten. Hij vergeleek de prevalentie van hart- en vaatziekten en van bijbehorende risicofactoren in verschillende populaties. Hij was onder de indruk van de enorme verschillen tussen bijvoorbeeld nomaden in Kenia en ambtenaren in Londen. Op basis van data concludeerde hij dat het veel effectiever is om te proberen om de gemiddelde blootstelling aan risico binnen een hele populatie een klein beetje in de gezonde richting op te schuiven, dan om zich te richten op geselecteerde hoogrisicogroepen (Rose 2001).

Vertaald naar psychische gezondheid denk je aan goed onderwijs en een veilig opvoedingsklimaat, terugdringen van verwaarlozing en mishandeling van kinderen, terugdringen van beschikbaarheid van alcohol en nicotine, verbod op wapenbezit, bevorderen van beschikbaarheid van werk en inkomen etc. Het voordeel van dit soort maatregelen is dat ze radicaal zijn in de zin dat ze echt op grote schaal de blootstelling aan pathogene omgevingsfactoren verminderen. Er zijn ook nadelen. Denk aan inperking van individuele vrijheid en kosten, maar ook aan de vraag of dit echt kan en of het zo is dat hiermee ook echt substantieel minder psychische stoornissen ontstaan.

### AUTEURS

**PIM CUIJPERS**, hoogleraar en hoofd afd. Klinische psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam.

**AARTJAN T.F. BEEKMAN**, hoogleraar en hoofd afd. Psychiatrie, VUmc en lid raad van bestuur GGZ inGeest, Amsterdam.

### CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Aartjan T.F. Beekman, afd. Psychiatrie, VUMC, A.J. Ernststraat 1187, 1081 HL Amsterdam.

E-mail: a.beekman@ggzingeest.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-1-2017.

Razak e.a. (2016) hebben de premissen van Rose, 30 jaar later, getoetst op bruikbaarheid voor obesitaspreventie. De conclusie was dat het voor de preventie van obesitas toch wel heel goed is om zich te richten op hoogrisicogroepen. De voordelen van hoogrisicostrategieën zijn: 1. dat preventie zich daarmee met veel minder mensen bezighoudt; 2. die een veel hogere a-priorikans hebben dat deelname aan het preventieprogramma ook echt wat op gaat leveren, waardoor 3. de afweging tussen kosten en baten, ook op populatieniveau, beter uitpakt. In de terminologie van Mrazek en Haggerty (1994) gaat het hier om selectieve en geïndiceerde preventie.

Voorbeelden op ons gebied zijn selectieve preventieprogramma's gericht op kinderen van ouders met een psychische stoornis, mensen die werkloos zijn, een ernstige lichamelijke ziekte hebben gekregen, of die recent een naaste door suïcide hebben verloren. Geïndiceerde preventie zit dicht tegen de vroege detectie en vroege behandeling van stoornissen aan en levert vaak goede resultaten op (Van 't Veer-Tazelaar e.a. 2009; van Zoonen e.a. 2014).

Hoewel er voorbeelden zijn van universele interventies die effectief zijn op gebied van psychische stoornissen, zoals het beperken van beschikbaarheid van verslavende stoffen of het beveiligen van locaties die suïcidegevoelig zijn, blijkt het erg moeilijk om de effectiviteit van universele preventie te testen (Cuijpers 2004). De overgrote meerderheid van de studies naar preventie van psychische stoornissen betreft selectieve en geïndiceerde preventie. De resultaten zijn zeer hoopgevend, zeker als we ze vergelijken met preventie in de somatiek. Zo zijn de *numbers needed to treat* (NNT's) bij depressiepreventie ongeveer 20, terwijl de NNT's van het gebruik van statines of antihypertensiva ter preventie van hart- en vaatziekten groter zijn dan 50.

## Precisie: nog verder inzoomen?

In het Nederlandse verzekeringsstelsel worden interventies toegelaten tot de basisverzekering als ze bewezen effectief zijn en een redelijke kosten-batenverhouding laten zien. Preventie van depressie, angst en verslaving zijn op die gronden opgenomen in de basisverzekering. Er zijn dus bewezen effectieve interventies en er zijn weinig financiële barrières om ze te gebruiken. Toch valt het bereik erg tegen. Hoe kan dat?

Een belangrijk probleem bij het identificeren van kansrijke doelgroepen voor preventieve interventies is de lage specificiteit van de meeste risicofactoren. Dat betekent dat mensen die tot een hoogrisicogroep horen weliswaar een verhoogd risico lopen om een stoornis te krijgen, maar dat het grootste deel van de mensen uit die groep toch geen stoornis krijgt. Zo is de kans dat een willekeurig iemand in de algemene bevolking in een jaar tijd een depressie krijgt 2,7% (Bijl e.a. 2002). Stel dat uit een studie blijkt dat een bepaalde hoogrisicogroep een 4 maal zo hoog risico heeft, dan krijgt 10,8% van hen een depressie in het komende jaar. Dit betekent ook dat bijna 90% van deze hoogrisicogroep géén depressie zal krijgen het komende jaar.

Met dit lage a-prioririsico lijkt het weinig zinvol om, voor deze doelgroep, een preventieve interventie te ontwikkelen. We hebben inmiddels heel wat risicofactoren voor depressie ontdekt en uit het onderzoek blijkt dat geen van de risicofactoren – op termijn van 1 jaar – sterk genoeg is om één-op-één te vertalen naar een doelgroep voor preventieve interventies.

Voor preventieve interventies is het dan ook nodig om verder te kijken dan alleen naar hoogrisicogroepen. Deze groep moet zo klein mogelijk zijn, omdat de preventieve interventies daarmee efficiënter en beter schaalbaar worden. We willen dus doelgroepen identificeren die zo klein mogelijk zijn, maar die wel zo veel mogelijk van de nieuwe incidentie gevallen omvatten. In de epidemiologie zijn de afgelopen jaren methodieken ontwikkeld om op deze manier doelgroepen te identificeren.

Met deze methode werd bijvoorbeeld gevonden dat ouderen die depressieve klachten (maar geen stoornis), en tegelijk ook functionele klachten en een klein netwerk hebben, en die bovendien vrouw zijn een kans van 24% hebben om het komende jaar een depressie te krijgen terwijl deze doelgroep slechts 8% van de populatie omvat (Smit e.a. 2006).

Om mensen te identificeren die baat kunnen hebben bij preventieve interventies zijn er ook verschillende predictiealgoritmen ontwikkeld. De bekendste is de PredictD-methodiek die in verschillende grote epidemiologische studies in Europa is onderzocht (King e.a. 2008; Wang 2014). Op basis van bekende risicofactoren wordt daarmee

voor elk individu bepaald hoe hoog het risico is dat hij of zij het komende jaar een depressie zal krijgen.

In grote epidemiologische studies werden mensen uit de algemene bevolking of huisartspatiënten tweemaal onderzocht en werden in totaal 39 risicofactoren onderzocht. Daarvan bleken er 9 goede voorspellers te zijn van het krijgen van een depressie, namelijk leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, depressiegeschiedenis, psychische problemen in de familie, lichamelijk en psychisch welbevinden, discriminatie en het hebben van werkproblemen zonder ondersteuning daarbij. Op basis van deze factoren kan voor ieder individu het risico berekend worden op het krijgen van een depressie.

Hoewel deze algoritmen die het ontstaan van depressies kunnen voorspellen bij een individu goed onderzocht zijn, worden ze voor zover ons bekend (nog) niet in de praktijk toegepast. Wel kunnen we concluderen dat er de afgelopen jaren goede voortgang is gerealiseerd bij het voorspellen van individuele risico's op het ontstaan van depressie. Gepersonaliseerde preventie is daarmee een stuk dichterbij gekomen.

## Personaliseren van interventies

Personaliseren kan ook worden ingezet om te leren wie er, gegeven even veel a-prioririsico, beter of slechter reageert op een van de specifieke beschikbare interventies. Dit is vergelijkbaar met wat er gebeurt op gebied van het personaliseren van behandelingen. Hoewel dit een belangrijk gebied is, ligt het nog grotendeels braak.

## Personaliseren van preventie en werving van respondenten

De vierde manier waarop preventie gepersonaliseerd kan worden, heeft te maken met de werving van deelnemers aan dergelijke interventies. Het is al langer bekend dat soms maar 1% van de doelgroep van preventieve interventies ook daadwerkelijk deelneemt aan dergelijke interventies (Cuijpers e.a. 2010). Over de vraag waarom sommige mensen wel en anderen niet deelnemen aan preventieve interventies, terwijl ze daar veel baat bij zouden kunnen hebben, is nagenoeg niets bekend. Toch is dat een essentieel vraagstuk dat van groot belang is voor personaliseren van preventie en voor het optimaliseren van de impact die preventieve interventies kunnen hebben.

Net zoals er predictiealgoritmen gemaakt kunnen worden voor het inschatten van het risico dat iemand een depressie zal krijgen, is het in principe ook mogelijk om predictie-modellen te maken die voorspellen wie wel en wie niet deelnemen aan preventieve interventies. Mogelijk kunnen zo mensen geïdentificeerd worden die meer gemotiveerd kunnen worden om deel te nemen omdat zij waarschijnlijk baat hebben bij de interventie.

## Conclusie

Van de klassieke drie-eenheid 'preventie, *cure* en *care*', is preventie de radicaalste strategie die voorhanden is in de gezondheidszorg. Deze is radicaal omdat ze het perspectief van onze patiënten het meest verandert en het bestaande landschap en de verhoudingen binnen de zorg het meest opschudt. We leven in een tijd waarin op alle grote stoornisgebieden gewerkt wordt aan preventie. Studies laten zien dat er veel mogelijk is, maar we zijn nog ver verwijderd van preventie als belangrijkste pijler van ons werk en goed in de gebruikelijke zorg geïntegreerde strategie. Preventie omvat niet alleen de klassieke vormen van preventie die we besproken hebben (universele, selectieve en geïndiceerde preventie), maar ook het proactief voorkómen van progressie en schade door ziekte.

Modern onderzoek laat zien dat preventie van psychische stoornissen mogelijk is en ook kosteneffectief is. De volgende stap in het onderzoek is om doelgroepen van mensen zo te leren identificeren dat we zowel ethische als economische en praktische aspecten die verder implementeren

van preventie op grotere schaal in de weg kunnen staan, kunnen overwinnen. Tegelijkertijd is het voor preventie, net als voor behandeling, belangrijk om specifieke interventies preciezer te kunnen matchen bij de kenmerken van individuele burgers die deelnemen aan preventieprogramma's.

Ten slotte zijn er de persoonlijke voorkeuren, wensen en attitudes van mensen aangaande hun mentale gezondheid die doorslaggevend zijn bij hun motivatie om deel te nemen aan preventieprogramma's terwijl zij misschien geen klachten hebben en zich gezond voelen. Dit laatste staat of valt bij een samenleving waarin veel kennis is over psychische stoornissen en mensen vertrouwen hebben in hun eigen vermogen om aan hun psychische gezondheid en die van hun naasten te kunnen bijdragen. Dit vereist een mix van universele, selectieve en geïndiceerde preventie, waarbij universele, op de hele bevolking gerichte campagnes de voorwaarden scheppen om de overige, op risicogroepen gerichte strategieën te laten slagen.

## LITERATUUR

- Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 526-33.
- Bijl RV, De Graaf R, Ravelli A, Smit F, Vollebergh WA. Gender and age-specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 372-9.
- Cuijpers P. Examining the effects of prevention programs on the incidence of new cases of mental disorders: the lack of statistical power. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1385-91.
- Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, van Rooy MJ. Recruiting participants for interventions to prevent the onset of depressive disorders: possible ways to increase participation rates. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 181.
- Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspect Public Health* 2012; 132: 128-34.
- Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012; 379: 2373-82.
- King M, Walker C, Levy G, Bottomley C, Royston P, Weich S e.a. Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees; the PredictD Study. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 1368-76.
- Mrazek PJ, Haggerty RJ, red. Reducing the risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press; 1994.
- Razak F, Smith GD, Subramanian SV. The idea of uniform chane: is it time to revisit a central tenet of Rose's 'strategy of preventive medicine'? *Am J Clin Nutr* 2016; 104: 1497-507.
- Rose G. Sick individuals and sick populations (reiteration). *Int J Epidemiol* 2001; 30: 427-32.
- Smit F, Ederveen A, Cuijpers P, Deeg D, Beekman A. Opportunities for cost-effective prevention of late-life depression: An epidemiological approach. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 290-6.
- Stafford MR, Jackson H, Mayo-Wilson E, Morrison AP, Kendall T. Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013; 346: f185.
- Veer-Tazelaar PJ van 't, van Marwijk HW, van Oppen P, van Hout HP, van der Horst HE, Cuijpers P, e.a. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 297-304.
- Wang JL, Sareen J, Patten S, Bolton J, Schmitz N, Birney A. A prediction algorithm for first onset of major depression in the general population: development and validation. *J Epidemiol Community Health* 2014; 68: 418-24.
- Zoonen K van, Buntrock C, Ebert DD, Smit F, Reynolds CF 3rd, Beekman AT, e.a. Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. *Int J Epidemiol* 2014; 43: 318-29.

## SUMMARY

# Personalised prevention of mental disorder

P. CUIJPERS, A.T.F. BEEKMAN

**BACKGROUND** The prevention of mental disorders is feasible, but a broader implementation requires a more precise application of available interventions to target populations.

**AIM** A literature review of the different approaches where preventive measures are applied more precisely and personally.

**METHOD** A narrative review of existing literature.

**RESULTS** Several promising strategies to improve precision and personalisation of prevention are indeed available, but there is insufficient research to substantiate them.

**CONCLUSION** Prevention of mental health disorders is possible, and there are interventions proven to be effective. In order to have an actual impact at population level, we require a mix of universal, selective and indication-based preventive measures. The universal campaigns, aimed at the entire population, would hereby create conditions enabling the other strategies, aimed at risk groups, to succeed.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)3, 189-193

**KEY-WORDS** mental health, personalizing, precision, prevention