

Bedenkingen bij de diagnose 'gemaskeerde depressie' en 'depressieve equivalenten'

door R. Matthys

Het probleem van de gemaskeerde depressies is vooral in de belangstelling gekomen sedert de gunstige resultaten der anti-depressieve chemotherapie. Waarheidshalve dient gezegd dat ook reeds daarvóór enkele publikaties melding hadden gemaakt van het bestaan van depressies waar de somatische symptomen de bovenhand hadden op de psychische (o.a. Ziegler, 1939). Een meer systematische studie van het probleem maakte het voorwerp uit van het internationaal symposium dat plaatshad te St. Moritz van 8 tot 10 januari 1973, onder het voorzitterschap van Kielholz, waaraan de meest vooraanstaande specialisten op het gebied van het depressie-onderzoek hun medewerking verleenden (Kielholz, 1973). In de slotdiscussie werd de gemaskeerde depressie omschreven als 'een depressieve ziekte waar de lichamelijke symptomen op de voorgrond staan, respectievelijk de psychische symptomen op de achtergrond'. Bij lezing van de verschillende rapporten en de discussies waartoe zij aanleiding hebben gegeven, zijn enkele bedenkingen ontstaan, die ter overweging aan de lezer worden voorgelegd.

Het ziektebeeld van de gemaskeerde depressie wordt er door sommige klinici fel verdedigd, terwijl de grenzen ervan gevaarlijk uitgebreid worden. Anderen leggen eerder een voorzichtig scepticisme aan de dag. Vooral de moeilijkheden op diagnostisch gebied lijken mij niet onderschat te mogen worden en verdienen derhalve te worden onderlijnd. Er is reeds een niet onbelangrijk misbruik van de term depressie, waar het depressief affect verward of gelijkgeschakeld wordt met het depressief syndroom en/of de depressieve ziekte (bijv. het affect in de loop van een rouwproces, dat echt depressief is, maar nog niet per se verwijst naar een depressieve ziekte). Misbruik, in de zin van foutieve diagnose, is er ook wanneer het etiket gekleefd wordt op gevallen waar

Schrijver is gewoon hoogleraar in de psychiatrie aan de Universitaire Instelling Antwerpen. Uitgangspunt tot dit artikel vormt het referaat *Réflexions sur le diagnostic Dépression masquée et Equivalents dépressifs*, gehouden tijdens het VI World Congress of Psychiatry te Honolulu, Hawaii, USA, 28 aug.—3 sept. 1977.

sprake is van matheid bij asthenie, constitutioneel of tijdelijk verworven; van hyperemotiviteit in de veelvuldig voorkomende hyperesthetisch-hyperemotionele syndromen; van sommige vormen van hypochondrie; van adynamie en lusteloosheid als beginstadium van diverse somatische ziekten, zonder de talrijke remmingstoestanden van iatrogene oorsprong te vergeten, vooral deze veroorzaakt door sommige psychofarmaca. Precies in al deze gevallen stelt zich de vraag naar de criteria voor de differentiaal diagnose met de gemaskeerde depressie en zou het m.i. fout zijn een behandeling in te stellen met antidepressiva niet zozeer wegens het uitblijven van succes, maar vooral wegens de zeer grote kans dat de ziekteverschijnselen door de medicatie zouden verergeren. De diagnose van de 'echte' depressie, als klinische ziekte-toestand, waar benevens de affectstoornis ook nog andere, lichamelijke en/of psychische symptomen het ziektebeeld gestalte geven, is meestal niet zo moeilijk. Vertrekkend van het psychopathologisch syndroom, en rekening houdend met de etiologische factoren, kan een therapeutisch plan worden opgesteld waarin zowel de etiologische als de veronderstelde pathogenetische elementen aan hun trekken komen (zie de 'Meerdimensionale depressie diagnostiek' van Van Praag, 1976). Natuurlijk zouden wij daarbij graag geholpen worden door biochemische en neurofysiologische criteria, maar vandaag de dag zijn zij voor de clinicus blijkbaar nog niet toegankelijk. Het ziet er dus naar uit, dat het klinisch toestandsbeeld voor de diagnose nog een tijd lang een eerste rangplaats zal innemen. En hierin blijven de psychische symptomen uitermate belangrijk, in die zin dat zij, zo zij niet overwegen dan toch aanwezig en waarneembaar dienen te zijn. De somatische verschijnselen zijn vooral van betekenis in het raam van het totaalbeeld en helpen mede het type van depressie te bepalen.

Wat nu, indien de psychische symptomen op de achtergrond geraken? Twee vragen dienen beantwoord: is er sprake van een depressie, zij het dan gemaskeerd, en zoja, van welk soort is zij? Vragen die niet alleen van academisch, maar ook van zeer groot praktisch belang zijn, met het oog op het nemen van de gepaste therapeutische en profylactische maatregelen. Misschien is het mogelijk voor een ervaren psychiater, zich mede steunende op een grondige kennis van de persoonlijke en familiale voorgeschiedenis, in de microsymptomatologie van het psychisch toestandsbeeld, het gemaskeerde gelaat van de depressie te herkennen. In dit geval kan met een behandeling gestart worden, die zelfs voor de specialist toch altijd een proefbehandeling zal blijven. Immers, het therapeutisch resultaat zal mede beslissend zijn om a posteriori de exactheid van de gestelde diagnose te toetsen, hoewel wij weten dat dit strikt wetenschappelijk niet opgaat. Ingeval de therapie niet aanslaat, blijft men in de volledige onzekerheid en staat men voor de moeilijke beslissing: diagnose herzien of nieuw antidepressief schema instellen.

Veel groter nog zijn de onzekerheden met de zgn. 'depressieve equivalenten'. Hartkloppingen, hoofdpijn, duizeligheidsgewaar-

wording, orthostatische hypotensie, om het even welke neurovegetatieve stoornis kan theoretisch de betekenis hebben van een depressief equivalent. Kuhn (1973) haalt er niet alleen de zgn. reactionele depressies bij, maar ook de neurotische ontwikkelingen, het eenvoudig psychisch reageren op, en de psychosomatische ziekten met haar stoornissen van het ademhalings-, cardiovasculair-, spijsverterings-, en urogenitaal stelsel. Zelfs worden organische ziekten van het extra-pyramidaal systeem erbij gerekend. Lopez Ibor (1973) gaat nog verder en stelt dat sommige vormen van akatisie, 'restless legs', brachialgiën en meralgieën, migrerende neuritiden, eveneens tot de groep der depressieve equivalenten moeten gerekend worden.

Het komt mij voor dat zodoende de woorden hun betekenis verliezen. Met een dergelijke uitbreiding van het nosologisch kader van de depressie wordt de kliniek niet gediend en komt het wetenschappelijk onderzoek op losse schroeven te staan. Menig onderzoeker heeft daar trouwens reeds de aandacht op gevestigd, o.a. Hole (1972) en ten onzent van Praag (1973). Zelfs voor de ervaren psychiater wordt de diagnose van dergelijke gevallen een gewaagde onderneming. Daarom zijn wij het volkomen eens met Pichot en Hassan (1973) wanneer zij besluiten dat nog vele duistere punten opgehelderd dienen te worden en dat de diagnose in de beste gevallen een waarschijnlijkheidskarakter draagt.

In de werkelijkheid ligt het echter nog helemaal anders. Immers, patiënten met bovenvermelde vage lichamelijke klachten zoeken niet een psychiater, maar in de eerste plaats hun huisarts op, die bij uitblijvend therapeutisch resultaat verwijst, niet naar de psychiater, maar naar de specialist in wiens gebied de klacht geuit wordt. Onnodig te beklemtonen dat ook hij niet beter in staat is om een correcte diagnose te stellen. Deze mening werd duidelijk naar voren gebracht door Fazio op het 3e Congres van het 'International College of Psychosomatic Medicine', gehouden te Rome in september 1975: 'it is surely wrong to affirm that a syndrome possibly presenting such many sided manifestations to give rise to argument and uncertainty at a meeting attended by the world most qualified psychiatrists in the treatment of depressive syndromes, can be diagnosed and treated by general practitioners'.

Zelfs bij een correcte diagnose stelt zich de vraag naar de behandeling: welk antidepressivum moet aangewend worden? Wanneer men de ontstellende verwarring kent, die heerst t.o.v. de psychofarmaca, kan men voor de antidepressiva met Koupernik beamen, wat hij gezegd heeft voor de neuroleptica, nl. dat de 'practici in de algemene geneeskunde geen idee hebben van de elementaire gegevens waarop de classificatie der psychotrope geneesmiddelen berust: zij schrijven soms hetzelfde geneesmiddel voor onder twee verschillende benamingen...' (Gayral e.a. 1975). Dit kan trouwens niet als verwijt gelden. Het wijst er alleen maar op dat psychiatrie en psychofarmacologie niet zo eenvoudig zijn en dat er behoefte bestaat aan betere en degelijke voorlichting.

Maar daarover later. Mijn grote vrees ligt vooral in het feit dat ten gevolge van een te vage begrenzing van het nosologisch kader der depressie, een echte jacht ontketend zou worden op zoek naar schimmen van depressie waarvoor allerlei antidepressieve behandelingen zouden worden beproefd, niet alleen zonder succes maar vaak met verergering der symptomen. Immers, het is goed bekend dat de neurovegetatieve labiliteit door antidepressiva kan toenemen en dat patiënten met bovenvermelde pseudo-depressieve ziektebeelden deze genesmiddelen slecht verdragen. Trouwens Kuhn heeft er reeds voor gewaarschuwd en hij heeft gepleit voor het gebruik van geneesmiddelen met geringe bijwerkingen bij gemaskeerde depressie. Gelukkig is de elektroshock behandeling meer en meer tot het uitsluitend werkterrein van de psychiater gaan behoren, zo niet was het gevaar niet denkbeeldig dat ook deze therapie zou worden toegediend wat, in deze gevallen van onzekere diagnose, toch ten zeerste gecontraïndiceerd is.

Kortom, de antidepressieve behandeling in de gevallen van gemaskeerde depressie, a fortiori van depressieve equivalenten, zal in de praktijk altijd als een proefbehandeling beschouwd moeten worden, wat op zichzelf niet zo erg is, voor zover men goed weet wat er aan vastzit.

Zonder het reële bestaan van deze bijzondere vormen van depressie te willen negeren – waarom niet eenvoudig van fruste of atypische vormen gesproken, die ook in talrijke andere nosologische ziekte-eenheden voorkomen – en vooraleer hen in een afzonderlijke categorie onder te brengen alsof het om nieuwe ziekte-entiteiten gaat, is het m.i. noodzakelijk dat zij het voorwerp uitmaken van een grondige studie, zowel klinisch als bio-psychologisch, in gespecialiseerde, daartoe uitgeruste centra. Reeds in 1972 was Berner van mening dat 'The problem of masked depression can only be elucidated by undertaking extensive basic research', en Hamilton (1972) ging in dezelfde discussie nog verder; hij was van mening dat men eens de ware redenen zal kennen waarom de patiënt het belang van sommige symptomen beklemtoont of vermindert: 'there is no need to talk of a masked depression, but simply of a depression. Depressive equivalents are even more doubtful'. Aan het einde van het colloquium van St. Moritz heeft Kielholz daarom voorgesteld de term gemaskeerde depressie te behouden 'om didactische redenen'. Het komt mij voor dat, om het concept 'gemaskeerde depressie' en 'depressief equivalent' operationeel te maken, vooraf enkele vragen beantwoord dienen te worden:

- 1 zijn er vormen van depressie die meer dan andere geneigd zijn zich onder een gemaskeerde vorm voor te doen?
- 2 welke factoren begunstigen deze processen van metamorfose? (Ik denk hier aan de leeftijdsfasen: de meer eentonige en tot somatisatie neigende depressies bij de ouderlingen (Lesse, 1968; Post, 1962) de meer non-verbale, als gedragsstoornissen imponerende vormen bij het kind en de jongeling (Hart de Ruyter

en De Witte, 1974). Er is dus niet alleen de somatische camouflage! Trouwens bij de volwassenen gebeurt iets gelijkwaardigs in sommige vormen van alcoholisme, van polyphagie in de exogene vetzucht, van verslaving aan kansspelen (Ayd, 1961)).

3 welke zijn de biologische kenmerken van deze depressies? Hebben zij dezelfde biochemische pathogenese als de klassieke vormen? Zijn er ook verschillen onderling?

4 welk is hun prognose?

5 is hun behandeling dezelfde als van de typische vormen? Of moeten andere therapieën geassocieerd worden in functie van hun bijzondere symptomatologie?

6 is er een profylaxis?

Op deze vragen zijn, voor zover mij bekend, nog geen afdoende antwoorden gegeven.

Ten slotte verdient het voorstel gedaan tijdens het in 1975 gehouden 3e congres van het 'International College of Psychosomatic Medicine' onze aandacht, nl. de oprichting van een studiegroep samengesteld uit psychiaters en niet-psychiaters (algemene praktici en specialisten) om vooral deze laatsten vertrouwd te maken met de talrijke problemen die zich voordoen bij de diagnosestelling, prognose, behandeling en profylaxis van de depressieve ziekten. Men gaat er immers van uit dat de overgrote meerderheid van deze patiënten (90 tot 95%), eerst ter raadpleging gaat bij de niet-psychiater, en dat een degelijke voorlichting van deze laatste van zeer groot belang is voor de adequate opvang van de patiënt in de beginfase van zijn ziekte. Veel onheil zou aldus voorkomen kunnen worden. In een dergelijke gemengde studiegroep zou de 'gemaskeerde depressie' een belangrijk deel van het studieobject moeten uitmaken. In afwachting daarvan zou ik deze diagnose slechts met de grootste omzichtigheid durven stellen.

Literatuur

- Ayd, Frank, J. (1961), *Recognizing the Depressed patient*. Grune & Stratton Inc. New York, London.
- Berner, P. (1972), Discussie bij: Lopez Ibor, J. J., 'Masked depression and depressive equivalents'. In: *Depressive Illness*. Hans Huber Publishers, Bern-Stuttgart-Vienna, p. 38-48.
- Fazio, C. (1975), Masked Depression in general practice. *Therapy in Psychosomatic Medicine*. Vol. 3. Ed. F. Antonelli, Edizioni L. Pozzi, Roma, p. 378-383.
- Gayral L., Koupernik C., Meyrat G., Ropert R. (1975), L'utilisation des neuroleptiques. 'Neuroleptiques: vingt ans après'. *Confrontations psychiatriques*, no. 13.
- Hamilton, M. (1972), Discussie bij: Lopez Ibor, 'Masked depression and depressive equivalents'. In: *Depressive Illness*. Hans Huber Publishers, Bern-Stuttgart-Vienna, p. 38-48.
- Hart de Ruyter, Th. en De Witte, H. (1974), Depressies bij kinderen. In: *Stemming en Ontstemming*. De Erven Bohn bv A'dam, p. 53-97.
- Hole, G. (1972), Die larvierte Depression und ihre Erkennung. *Münch. Med. Wschr.* 13, 578-84.

Bedenkingen bij de diagnose

- Kielholz, P. (1973), *Le dépression masquée*. Hans Huber, Bern-Stuttgart-Vienne.
- Kielholz P. (1975), Proposal for an international collaboration in the field of prevention and treatment of depressive states. *Therapy in Psychosomatic Medicine*, Vol. 3. Ed. F. Antonelli Edizioni L. Pozzi, Roma, p. 375-377.
- Kuhn, R. (1973), Le traitement de la dépression masquée. In: *La dépression masquée*. Hans Huber, Berne-Stuttgart-Vienne, p. 186-192.
- Lesse, S. (1968), The multivariant masks of depression. *Amer. J. Psychiat.* 124 (suppl. 11), 35-40.
- Lopez Ibor, J. J. (1973), Equivalents dépressifs. In: *Le dépression masquée*. Hans Huber, Berne-Stuttgart-Vienne, p. 97-122.
- Pichot, P., et Hassan, J. (1973), Depressions masquées et équivalents dépressifs. Problèmes de définition et de diagnostic. In: *Le dépression masquée*. Hans Huber, Berne-Stuttgart-Vienne, p. 62-76.
- Post, F. (1962), *The significance of affective symptoms in old age*. Oxford University Press.
- Praag, H. M. van (1976), *Depressie en schizofrenie*. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht.
- Praag, H. M. van (1973), Discussie bij: Lopez Ibor, 'Equivalents dépressifs'. In: *La dépression masquée*. Hans Huber, Berne-Stuttgart-Vienne, p. 120.
- Whitehead, J. A. (1974), *Psychiatric disorders in old age*. Harvey Miller & Medcalf.
- Ziegler, L. H. (1939), Depression as the chief symptom. *Psychiat. Quart.* 13, 689.