

Depressie in de huisartspraktijk. Consequenties voor onderwijs, onderzoek en beleid

door *W. van den Brink en J. Ormel*

Samenvatting

Psychiatrisch epidemiologen en huisartsgeneeskundigen voeren de laatste tijd een heftig debat over het voorkomen, de herkenning, de diagnostiek en de behandeling van depressies in de eerstelijns.

Op basis van een evaluatie van de (Nederlandse) literatuur komen de auteurs tot de conclusie dat depressie inderdaad een veel voorkomende stoornis in de eerstelijns is (jaarprevalentie: 55/1000) en dat deze stoornis gepaard gaat met duidelijke beperkingen in het sociale functioneren en een verhoogde kans op suïcide(pogingen). De stoornis is vaak op onontwarbare wijze vermengd met lichamelijke klachten. Dit maakt dat 40-50% niet door de huisarts wordt gesignaleerd, met als mogelijk gevolg een zekere 'onderbehandeling'. Bovendien blijken de door de huisarts herkende gevallen slechts in 15-20% van de gevallen als depressie te worden gediagnostiseerd, waardoor de behandeling wellicht minder specifiek is dan mogelijk. Over de effectiviteit van de verschillende specifieke interventies bestaat overigens nog veel onduidelijkheid. De auteurs zijn dan ook van mening dat het nog te vroeg is voor groot-schalige voorlichtings- en interventieprogramma's. Wel pleiten zij voor gecontroleerde effectstudies en meer aandacht voor de opsporing, diagnostiek en behandeling van depressies in het onderwijs aan medische studenten en huisartsen in opleiding.

Inleiding

De epidemiologie van psychische stoornissen in de eerstelijns lijkt de laatste tijd het onderwerp te zijn geworden van een levendig debat tussen huisartsen en psychiatrisch epidemiologen (o.a. Bensing en Beeren-donk 1990, 1991; Van den Brink en Giel 1991; Giel e.a. 1991; Van der Velden 1991). De discussie lijkt zich nogal eens toe te spitsen op de epidemiologie van depressieve klachten (Bremer 1987; Ormel e.a. 1984; Van der Velden 1981). Het gaat daarbij niet alleen om verschillende schattingen van het vóórkomen van bepaalde klachten en stoornissen, maar ook om de vraag hoe vaak deze klachten door de huisarts herkend worden, hoe huisartsen met deze klachten omgaan, de effecten

daarvan op het beloop en de prognose en de mogelijkheden voor verbetering van diagnostiek en behandeling.

Volgens de psychiatrisch epidemiologen behoren depressieve klachten en depressies tot de meest voorkomende klachten en stoornissen in de huisartspraktijk en worden de meeste depressies nog steeds uitsluitend behandeld in de eerstelijns (o.a. Ormel e.a. 1984). Het zou daarbij niet alleen om kortdurende reacties op psychosociale stress met een gunstig natuurlijk beloop gaan. Er zou wel degelijk sprake zijn van chroniciteit (o.a. Brilman e.a. 1992) en depressies bij huisartspatiënten zouden niet zelden gepaard gaan met beperkingen in het sociaal functioneren (o.a. Wohlfarth e.a. 1992), een verhoogd ziekteverzuim (Wells e.a. 1989) en een verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid (o.a. Wiersma 1982; Knepper 1991; Van Eck 1991) en suïcide (Sno e.a. 1989). Men is het er algemeen over eens dat huisartsen onderling sterk verschillen in de herkenning, diagnostiek en behandeling van depressieve klachten (o.a. Lamberts 1991; Lamberts en Hartman 1982; Verhaak 1986). Voor de beroepsgroep in zijn totaliteit blijkt er volgens de epidemiologen echter sprake van een substantiële 'onderdiagnostiek' en 'onderbehandeling' (o.a. Blacker en Clare 1987). Depressieve patiënten zouden in veel gevallen ten onrechte geen of een te lage dosering antidepressiva voorgeschreven krijgen en huisartsen zouden onvoldoende aandacht besteden aan therapietrouw. Tijdige herkenning en adequate behandeling zouden bovendien een gunstige invloed hebben op het beloop van de klachten en het daarmee samenhangende sociale functioneren (o.a. Ormel e.a. 1991 a, b; Paykel e.a. 1988). Op basis van deze bevindingen zijn in de Verenigde Staten omvangrijke interventieprogramma's ontwikkeld die zich richten op patiëntenvoorlichting via de media, nascholing van huisartsen en verbetering van de samenwerking tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg (Van den Brink e.a. 1991; Runck 1986; Regier e.a. 1988).

Vanuit de huisartsgeneeskunde is regelmatig stelling genomen tegen het zojuist geschetste beeld. Er lijkt geen verschil van mening te bestaan over het frequente vóórkomen van psychische en functionele klachten, maar men is van mening dat er slechts in een beperkt aantal gevallen sprake is van een duidelijke stoornis die behandeling behoeft (o.a. Bremer 1987). De door epidemiologen gerapporteerde 'onderdiagnostiek' zou het resultaat zijn van methodologische tekortkomingen: irrelevant gevaldefinities, onvoldoende aandacht voor de reden van het contact en het negeren van het proceskarakter van diagnostiek in de huisartspraktijk (o.a. Bensing en Beerendonk 1990). Bovendien zouden huisartsen er in bepaalde gevallen bewust voor kiezen de patiënt niet te belasten met een psychiatrische diagnose (Bremer 1987; Lamberts 1991; Van der Velden 1981, 1991). Dit laatste is vooral het geval wanneer een dergelijke diagnose geen duidelijk inzicht verschaft in etiologie, pathogenese en prognose of wanneer er geen directe behandelconsequenties

zijn (Lamberts en Hartman 1982; Van der Velden 1981, 1991).

In dit artikel worden empirische gegevens uit zowel het huisartsgeneeskundig als het psychiatrische epidemiologisch onderzoek naast elkaar gezet.

Gevalsdefinitie

Bij het begrip depressie moet er (met name in de huisartspraktijk) een onderscheid gemaakt worden tussen de symptomatologische en de syndromale betekenis. Bij depressieve klachten en symptomen gaat het over de aanwezigheid van een depressieve stemming die tot uiting komt in gevoelens van somberheid, neerslachtigheid en verdriet of in het verlies van interesse en plezier in de dingen. Wanneer we echter over een depressie in de syndromale betekenis spreken gaat het om een conglomeraat van klachten en symptomen. Behalve een depressieve stemming moet er dan ook sprake zijn van cognitieve stoornissen (concentratiestoornissen, besluiteloosheid, schuldgevoelens), afwijkende gedragingen (sociale isolatie, psychomotorische vertraging) en/of lichamelijke klachten (vermoeidheid, verminderde eetlust, slapeloosheid). Bovendien worden er vaak afspraken gemaakt over de minimale duur en het minimale aantal klachten en symptomen dat aanwezig moet zijn voordat de syndromale diagnose 'depressie' mag worden gesteld. Ten slotte worden er in bepaalde classificatiesystemen nog bepaalde uitsluitingscriteria genoemd, zoals de gelijktijdige aanwezigheid van een schizofrene stoornis of een recent verlies. In het laatste geval wordt meestal gesproken van een rouwreactie. Overigens blijkt dat veel patiënten met een depressief syndroom de huisarts niet consulteren voor somberheid of interesseverlies, maar met slapeloosheidsklachten, verminderde eetlust, chronische pijn of vermoeidheid (o.a. Blacker en Clare 1987). Ten slotte willen we hier benadrukken dat er altijd grensgevallen tussen normaliteit en abnormaliteit blijven, terwijl er ook aanzienlijke overlap blijkt te bestaan tussen het depressieve syndroom en angststoornissen, somatoforme stoornissen en dementieën.

In tabel 1 zijn de overeenkomsten en verschillen tussen de criteria voor een depressieve stoornis samengevat volgens een huisartsgeneeskundig (ICHPPC-2-defined) en één van de belangrijkste psychiatrische classificatiesysteem (DSM-III-R).

De beide systemen verschillen van elkaar in de nadruk die er op bepaalde klachten en symptomen wordt gelegd, het aantal symptomen dat minimaal aanwezig moet zijn en het durcriterium. Globaal kan men stellen dat de DSM-III-R-criteria voor een 'depressie in engere zin' strenger zijn dan die van een depressieve stoornis volgens de ICHPPC-2-defined (Van Marwijk e.a. 1990). De 'depressie in engere zin' is overigens niet de enige depressieve stoornis in de DSM-III. Een andere belangrijke DSM-III-R-aandoening van depressieve aard is de

Tabel 1: Verschillen en overeenkomsten tussen de criteria voor de diagnose depressieve stoornis volgens de ICHPPC-2-defined en de diagnoses depressie in engere zin en dysthymie volgens de DSM-III-R

	ICHPPC-2-defined Depressie	DSM-III-R Depressie IEZ	Dysthymie
<i>Structuur:</i>			
Minimaal aantal symptomen	≥ 3	≥ 5	≥ 3
<i>Kernsymptomen</i>			
- sombere stemming	-	+	+
- interesseverlies	-	+	-
<i>Inhoud:</i>			
- sombere stemming	+	+	+
- suïcide(gedachten/poging)	+	+	-
- interesseverlies	+	+	-
- besluiteloosheid	+	+	+
- waardeloosheid/schuldgevoel	+	+	+
- insomnia	+	+	+
- angst/geïrriteerdheid	+	-	-
- psychomotore agitatie	+	+	-
- psychomotore remming	-	+	-
- hypersomnia	-	+	+
- verandering eetlust/gewicht	-	+	+
- vermoeidheid/energieverlies	-	+	+
- concentratieproblemen	-	+	+
- libidoverlies	-	+	-
- gevoelens van wanhoop	-	-	+
<i>Duur/intensiteit:</i>			
- duur	-	≥ 2 weken	≥ 2 jaar
- intensiteit (bijna dagelijks)	-	+	+
- sociaal disfunctioneren	-	+	-
<i>Uitsluitingscriteria:</i>			
- psychose	+	-	+
- organische genese	-	+	+
- ongecompliceerde rouw	+	+	-
- kortdurende depressieve reactie	+	-	-

dysthyme stoornis, gekenmerkt door een depressieve stemming, ten minste twee bijkomende symptomen en een minimale duur van twee jaar. Naast de ICHPPC en de DSM-III-R wordt er in epidemiologisch onderzoek vaak gebruik gemaakt van de Bedford College Criteria, de Research Diagnostic Criteria (RDC), en de classificatie volgens het PSE-Catego systeem (Wing en Sturt 1978). Uit vergelijkend onderzoek

komt verder naar voren dat de criteria voor een depressieve stoornis volgens RDC en PSE-Catego strenger blijken te zijn dan die van de 'depressie in engere zin' volgens DSM-III-R en daarmee ook strenger dan die van een depressieve stoornis volgens de ICHPPC (o.a. Van den Brink e.a. 1989; Grayson e.a. 1987).

Behalve het gebruik van bepaalde definities voor depressieve klachten en classificatiesystemen voor de operationalisering van depressieve syndromen is het van groot belang om te weten hoe de aanwezigheid van deze klachten en syndromen wordt vastgesteld. Naast een klinische beoordeling door huisarts of psychiater wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van gestandaardiseerde methoden: zelfbeoordelvragenlijsten en (semi-)gestructureerde interviews. Het blijkt namelijk dat het gebruik van expliciete criteria door huisartsen of psychiaters zonder gestandaardiseerde gegevensverzameling niet leidt tot een duidelijke afname van de interdoktervariatie (o.a. Lamberts en Hartman 1982). Ook zelfbeoordelvragenlijsten (o.a. General Health Questionnaire: GHQ) lijken niet de meest aangewezen weg voor de vaststelling van de aanwezigheid van een depressief syndroom volgens duidelijke criteria (Bensing en Beerendonk 1990). Afhankelijk van de minimale score die op een dergelijke vragenlijst moet worden behaald om de aanwezigheid van een depressief syndroom waarschijnlijk te maken (afkappunt), doen zich daarbij de volgende problemen voor: 'overdiagnostiek' bij een te laag afkappunt (veel fout positieven) óf het missen van potentiële gevallen bij een te hoog afkappunt (veel fout negatieven). Bovendien blijken de meeste vragenlijsten gevoelig voor gelijktijdig aanwezige somatische pathologie (o.a. Bridges en Goldberg 1986), terwijl ze relatief ongevoelig zijn voor de aanwezigheid van chronische psychopathologie (o.a. Koeter e.a. 1989). Bij epidemiologisch onderzoek verloopt de opsporing van depressieve stoornissen daarom meestal in twee stappen (o.a. Hodiament e.a. 1987; Ormel e.a. 1991a). In de eerste stap worden met behulp van een screeningsvragenlijst (bij voorbeeld GHQ) mensen met verhoogde kans op de aanwezigheid van een depressie geselecteerd. In de tweede stap worden de mensen met een verhoogde kans (en een random steekproef uit de groep zonder verhoogde kans) nader onderzocht met een volledig (DIS, CIDI) of semi-gestructureerd interview (SADS, PSE, SCAN). Tijdens zo'n interview worden alle criteriumsymptomen en de duur van deze symptomen één voor één uitgevraagd. De verzamelde gegevens worden vervolgens gebruikt voor het vaststellen van de stoornis (bij voorbeeld DSM-III-R). Bij deze laatste stap wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van computerprogramma's. Bij de Present State Examination (PSE) gebeurt dit bij voorbeeld met het Catego-programma. Naast een diagnose volgens de 8e editie van de International Classification of Diseases (ICD-8) produceert dit programma ook een zogenaamde 'Index of Definition' (PSE-ID). Deze PSE-ID geeft de waarschijnlijkheid aan dat er sprake is van

een klinisch relevante psychische stoornis: PSE-ID ≥ 6 : 'zeker geval'; PSE-ID 5: 'grensgeval' en PSE-ID ≤ 4 : 'waarschijnlijk geen of een subklinisch geval'.

Bij de bespreking van de epidemiologie van depressieve stoornissen in de huisartspraktijk zullen naast gegevens betreffende het oordeel van de huisarts voornamelijk cijfers gepresenteerd worden die gebaseerd zijn op onderzoek met de zojuist beschreven twee-stapsprocedure.

Het vóórkomen van depressie

Een belangrijke vraag waarop de epidemioloog antwoord probeert te geven is hoe vaak bepaalde klachten en stoornissen vóórkomen en hoe lang ze duren. Om het vóórkomen te beschrijven maakt men in het algemeen gebruik van de begrippen incidentie en prevalentie. Bij *incidentie* gaat het om het aantal personen in een welomschreven populatie dat de stoornis ontwikkelt in een welomschreven tijdsperiode, doorgaans een jaar. Bij *prevalentie* gaat het om het aantal personen in die populatie dat de stoornis heeft op een bepaald tijdstip (puntprevalentie) of om het aantal personen in die populatie dat de stoornis heeft of heeft gekregen gedurende een bepaalde periode (periodeprevalentie), eveneens doorgaans een jaar (jaarprevalentie). Naast puntprevalentie en jaarprevalentie wordt ook nog gebruik gemaakt van de maandprevalentie en de 'life-time'-prevalentie. In het laatste geval gaat het om het aantal personen in die populatie dat ooit in het leven de stoornis heeft gehad. Een hoge puntprevalentie kan, maar hoeft niet het gevolg te zijn van een hoge incidentie. Naast de incidentie speelt ook het beloop van de stoornis een belangrijke rol: stoornissen met een lage incidentie kunnen, als ze een chronisch verloop hebben, een hoge puntprevalentie hebben.

In navolging van Goldberg en Huxley (1980, 1991) onderscheiden we vijf niveaus waarop de depressieve morbiditeit kan worden beschreven. Ze zijn in tabel 2 weergegeven. Tussen de verschillende niveaus liggen meer of minder doorlatende filters. Bij de gepresenteerde jaarprevalenties gaat het om het aantal personen met een depressieve stoornis volgens DSM-III-R of PSE-Catego per 1000 Nederlanders van 18 tot 65 jaar.

Niveau 1 betreft de *algemene bevolking*. De prevalentie op dit niveau geeft een indruk over het vóórkomen van depressieve stoornissen ongeacht contacten met de gezondheidszorg. Depressieve *klachten* komen zeer frequent voor. In de 'Epidemiological Catchment Area Study' (ca. 19.000 geïnterviewden) bleek bij voorbeeld dat bijna 30% van de algemene bevolking ten minste eenmaal gedurende het leven een periode van twee weken of meer had doorgemaakt waarin men zich somber of neerslachtig voelde. Bovendien bleek ongeveer een kwart van de bevolking ooit wel eens een periode van ten minste twee weken te heb-

Tabel 2: Het model van Goldberg en Huxley (1980, 1991) ingevuld voor het vóórkomen van depressieve stoornissen in Nederland

Niveau	seutelfiguur filter	karakteristiek filter	jaarprevalentie per 1000
1. algemene bevolking			67
	1. patiënt	ziektegedrag	
2. eerstelijns, totaal			55
	2. huisarts	herkenningsgedrag	
3. eerstelijns, herkend			26
	3. huisarts	verwijsgedrag	
4. ambulante GGZ			4,4
	4. amb. GGZ	verwijsgedrag	
5. intramurale GGZ			1,5

ben gekend waarin sprake was van verminderde eetlust, slaapproornissen of gedachten aan de dood (Weismann e.a. 1991). Uit tabel 2 blijkt dat de jaarprevalentie van depressieve *stoornissen* in de algemene bevolking aanzienlijk lager is en naar schatting 67/1000 bedraagt. Deze schatting is gebaseerd op een evaluatie van de internationale literatuur (Ormel e.a. 1984; Goldberg en Huxley 1991) en een recent Nederlands onderzoek (Hodiamont e.a. 1987). In het onderzoek van Hodiamont e.a. onder meer dan 3000 personen van 18 tot 65 jaar bleek de puntprevalentie van Catego-depressies 54/1000 te bedragen. Het optreden van nieuwe gevallen van depressie in de algemene bevolking, de incidentie, is zelden onderzocht. Bij gebrek aan betrouwbare gegevens wordt de jaarincidentie daarom meestal geschat op ongeveer een derde van de puntprevalentie (Goldberg en Huxley 1980, 1991). In een onderzoek bij zelfstandig wonende ouderen van 65 tot 75 jaar werd onlangs door Bosma (1990) een 6-maandsprevalentie van 41/1000 voor DSM-III-depressies gevonden. Depressies komen vaker voor bij vrouwen (man:vrouw ratio = 1:2), alleenstaanden en werklozen. De relatie tussen depressie en sociale klasse is problematisch. Aanvankelijk leken depressies vaker voor te komen bij mensen uit de lagere sociale klasse. Volgens Henderson (1988) geldt dit echter alleen voor mensen behorend tot de allerlaagste sociale klasse waar de leefomstandigheden als zeer slecht moeten worden omschreven. Bovendien lijken depressies in deze groep een ongunstiger beloop te hebben ten gevolge van het voortduren van slechte omstandigheden en het later of in het geheel niet in behandeling komen (o.a. Weissman e.a. 1991). Depressies kunnen op elk moment ontstaan, maar de piek ligt rond het 30e jaar.

Bij *niveau 2* gaat het om mensen met een depressieve stoornis die de *huisarts bezoeken*. Voor de prevalentie op dit niveau maakt het niet uit of de huisarts de stoornis wel of niet herkent. Op basis van de internationale literatuur (Ormel e.a. 1984; Blacker en Clare 1987) en eigen onder-

zoek (Van den Brink e.a. 1991; Ormel e.a. 1991 a, b) schatten wij de jaarprevalentie van 'depressies in engere zin' bij huisartsbezoekers op ongeveer 55/1000. Daarnaast is er bij nog eens 45 van de 1000 huisartsbezoekers sprake van een depressieve stoornis die niet voldoet aan dit strenge criterium. Tussen niveau 1 en 2 bevindt zich het *eerste filter*. Het gaat daarbij voornamelijk om het ziektegedrag van de bevolking en om de toegankelijkheid van de eerstelijns voorzieningen. Uit tabel 2 blijkt dat ongeveer 80% van de mensen met een depressie binnen een jaar de huisarts bezoekt. Dat wil overigens geenszins zeggen dat ze de huisarts dan bezoeken wegens de bestaande depressieve klachten: 30-60% van de huisartsbezoekers met een depressie presenteert (aanvankelijk) lichamelijke symptomen (o.a. Bridges en Goldberg 1986). Het kan daarbij gaan om lichamelijke manifestaties van de ('gemaskeerde') depressie (moeheid, slapeloosheid), om een versterking van reeds langer bestaande lichamelijke klachten (lumbago, maagklachten) of om chronische en multipale pijnklachten. Bovendien kan ook een depressieve patiënt hooikoorts krijgen of een knobbel in de borst (Bensing en Beerenndonk 1990). De doorlaatbaarheid van het eerste filter is groter naarmate de stoornis ernstiger is. Vrouwen blijken bij vergelijkbare klachten vaker hulp te zoeken dan mannen. Werkloze mannen zoeken bij vergelijkbare klachten vaker hulp dan mannen met een baan (Goldberg en Huxley 1991).

Bij *niveau 3* gaat het om *door de huisarts herkende depressies*. Studies die gebruik maken van huisartsdossiers leveren een jaarprevalentie op die varieert van 2 tot 31/1000 (o.a. Blacker en Clare 1987; Lamberts 1991; Lamberts en Hartman 1982; Olthof 1986). Deze getallen komen goed overeen met de resultaten van de studies naar de herkenning van psychische stoornissen door de huisarts. Uit deze studies blijkt dat gemiddeld 2 van de 3 patiënten met een depressieve stoornis door de huisarts worden herkend (o.a. Ormel e.a. 1991a). Dat wil overigens niet zeggen dat de huisarts dan ook de diagnose depressie stelt (Busschbach en Verhaak 1986). Dat laatste gebeurt in minder dan een kwart van de gevallen (Van den Brink 1992). Op basis van deze gegevens wordt de jaarprevalentie van herkende (niet altijd als zodanig gediagnostiseerde) depressies door ons geschat op 26/1000. Tussen niveau 2 en 3 bevindt zich het *tweede filter*. De doorlaatbaarheid van dit filter lijkt voornamelijk bepaald te worden door de attitude en de diagnostische kwaliteiten van de huisarts, de ernst van de stoornis en de presentatie van de klachten door de patiënt (Goldberg en Huxley 1980, 1991; Giel e.a. 1991). Patiënten die zich aanmelden met psychische klachten worden vrijwel zonder uitzondering door de huisarts herkend. Heel anders ligt dat bij de groep die zich aanmeldt met somatische klachten (o.a. Bridges en Goldberg 1985; Giel e.a. 1991). Bij een substantieel deel van deze patiënten wordt tijdens het eerste consult geen psychische stoornis gediagnostiseerd. Over de vraag of dit wel in alle gevallen zou moeten, zijn de meningen

verdeeld (o.a. Bensing en Beerendonk 1991); herkenning blijkt namelijk niet altijd samen te hangen met een gunstiger beloop (Ormel e.a. 1991a; Schulberg e.a. 1987). Overigens blijkt ongeveer 20% van de aanvankelijk niet herkende patiënten in het jaar na het indexconsult door de huisarts behandeld te worden voor psychische klachten (o.a. Ormel e.a. 1991a; Van den Brink e.a. 1992). Hieruit kan voorzichtig geconcludeerd worden dat een deel van de vaak gerapporteerde 'onderdiagnostiek' door huisartsen een gevolg is van methodologische tekortkomingen van epidemiologisch onderzoek waarin vaak onvoldoende rekening wordt gehouden met het proceskarakter van de diagnostiek in de eerstelijns. In Nederland blijken demografische kenmerken geen invloed te hebben op de herkenning (Giel e.a. 1991). Al met al lijkt het tweede filter redelijk doorlaatbaar: depressies worden wel gesignaleerd, maar slechts zelden voorzien van een specifieke diagnose 'depressie' (Van den Brink 1992). Men dient zich daarbij natuurlijk wel te realiseren dat zowel het huisartsoordeel als de gestandaardiseerde psychiatrische diagnose feilbare indicatoren voor de aanwezigheid van een depressieve stoornis zijn (Havenaar en Van den Brink 1991).

Bij *niveau 4 en 5* gaat het om patiënten die voor een depressie behandeld worden in de *geestelijke gezondheidszorg* (GGZ). Omdat de beschikbaarheid van voorzieningen een belangrijke determinant is van de doorlaatbaarheid van het *derde en vierde filter*, maken we bij de schatting van de jaarprevalenties op deze niveaus alleen gebruik van Nederlandse gegevens. Voor deze schatting staan ons gegevens ter beschikking uit enkele longitudinale studies (Lamberts 1991; Ormel e.a. 1984) en uit drie registratiesystemen: Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG), de Stichting Medische Registratie (SMR) en het Register Geestelijke Volksgezondheid (RGV) van de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen. De PIGG en de SMR zijn landelijke registratiesystemen en bestrijken alle intramurale GGZ-voorzieningen. Het RGV geeft gedetailleerde gegevens over zowel de intramurale als extramurale zorg. Uit het longitudinaal onderzoek bij huisartspatiënten blijkt dat 15-20% van de patiënten met een depressie naar de GGZ wordt verwezen (Ormel e.a. 1991a; Lamberts 1991). Dit sluit goed aan bij de schatting van de jaarprevalentie op basis van registratiegegevens (Ormel e.a. 1984): 4,4/1000 extramuraal en 1,5/1000 extramuraal. De doorlaatbaarheid van het derde en vierde filter blijkt in Nederland toe te nemen met de ernst van de stoornis (o.a. suïciderisico), de aanwezigheid van langdurige moeilijkheden, incompetentiegevoelens van de huisarts en het uitblijven van een gunstige reactie op behandeling (Giel e.a. 1991; Sigling 1984).

Samenvattend blijkt er bij ten minste 1 op de 20 huisartsbezoekers sprake te zijn van een depressieve stoornis. Van degenen die zich met duidelijke psychische klachten presenteren wordt de overgrote meerderheid door de huisarts herkend (psychisch of psychosociaal pro-

bleem). In de meeste gevallen wordt er door de huisarts echter geen specifieke diagnose gesteld (depressie). De herkenning van depressie bij patiënten die zich presenteren met somatische klachten is veel lager. Slechts een klein percentage van de patiënten met een depressie wordt doorverwezen naar de GGZ. Het gaat hier om de patiënten met de ernstigste stoornissen en de meeste moeilijkheden. De grote meerderheid van de patiënten met een depressie wordt echter uitsluitend behandeld en begeleid door de huisarts. In de volgende paragrafen gaan wij daarom nader in op de ernst en de duur van deze stoornissen, op de relatie tussen depressieve en somatische klachten en op de behandeling van depressies door de (Nederlandse) huisarts.

Ernst en duur van depressies in de eerstelijns

Op basis van de zojuist beschreven determinanten voor de verwijzing van depressieve patiënten naar de GGZ moet er worden aangenomen dat de resterende depressies in de huisartspraktijk relatief mild zullen zijn en minder biologisch (vitaal/endogeen) gekleurd. Dit betekent overigens niet dat het hier voornamelijk zou gaan om kortdurende stressreacties met weinig invloed op het sociale functioneren.

Over de duur van depressieve stoornissen in de huisartspraktijk is helaas nog maar weinig met zekerheid bekend (Blacker en Clare 1987). Binnen het transitieproject (Lamberts 1991) blijkt 30% van de depressie-episoden binnen vier weken voorbij te zijn, terwijl 37% langer duurt dan zes maanden. Uit onze eigen studie blijkt dat 21% van de patiënten met een depressie één jaar na het indexconsult nog steeds voldoet aan de criteria van een depressieve stoornis, terwijl dat na 3 jaar nog bij 12% het geval is (Ormel e.a. 1992a). Dat wil overigens niet zeggen dat de resterende groep dan in het geheel geen klachten meer heeft. Ze voldoen wellicht niet meer aan de criteria voor een diagnose depressie, maar kunnen nog wel zoveel (andere) klachten hebben dat een Bedford College diagnose borderline-depressie of (borderline-)angst gerechtvaardigd is (Ormel e.a. 1992b). Zo bezien blijkt ongeveer 50% van de depressies in de huisartspraktijk een ongunstig lange termijn (3 jaar) beloop te hebben met een gemiddelde duur van 18 maanden vanaf het ontstaan van de stoornis (Brilman e.a. 1991).

Behalve langdurige psychische klachten blijken depressies bij meer dan de helft van patiënten gepaard te gaan met duidelijke beperkingen in het sociale functioneren (o.a. Casey e.a. 1985; Johnson en Mellor 1977; Ormel e.a. 1991a), die qua ernst niet onderdoen voor beperkingen bij RIAGG-patiënten (Wohlfarth 1991) of de beperkingen van patiënten met een chronische somatische aandoening (Wells e.a. 1989). Het gaat daarbij vooral om ziekteverzuim en beperkingen in het aantal en de kwaliteit van sociale contacten (Ormel e.a. 1992b; Wohlfarth e.a. 1992). Bovendien zijn er sterke aanwijzingen dat met het opklaren van

de depressie ook het sociale functioneren verbetert (Ormel e.a. 1992b). Dat depressies niet zelden tot blijvende sociale schade kunnen leiden blijkt onder andere uit het grote aantal WAO'ers dat bij intrede een diagnose depressie heeft (o.a. Wiersma 1982). Het gaat daarbij om een probleem dat de laatste jaren sterk in omvang toeneemt: het aandeel van psychische klachten groeide van 4.000 mensen – 11% van alle WAO-toetreders – in 1968, naar 15.000 (20%) in 1978, tot 24.500 – 31% van alle toetreders – in 1989 (Knepper 1991).

Volgens Kerkhof (1985) zou ongeveer één op de acht Nederlanders ooit in problematische omstandigheden serieus suïcide overwogen hebben, en zou één op de twintig tot vijftientig mensen wel eens een suïcidepoging hebben gedaan. Het aantal *geregistreerde* suïcidepogingen werd in 1982 geraamd op 2,4/1000 inwoners, terwijl het *totale aantal* werd geschat op 6,7–8,0/1000 inwoners. Aangenomen wordt dat 50–70% van mensen die na een suïcidepoging overlijdt een depressie had (Barraclough e.a. 1974; Gezondheidsraad 1986). Uit onderzoek is verder gebleken dat bijna de helft van alle patiënten die een suïcide(poging) doen in de twee voorafgaande maanden nog contact had gehad met de huisarts; bij 70% van deze groep had dit contact zelfs plaatsgevonden in de laatste twee weken voorafgaande aan de suïcide(poging) (Sno e.a. 1989). Hieruit kan niet geconcludeerd worden dat de huisarts suïcidali-teit onvoldoende herkent. Een andere mogelijkheid is dat de patiënt tijdens het laatste contact niet of onherkenbaar suïcidaal was. Overigens blijken ook psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkenden niet altijd in staat om suïcide(pogingen) te voorkómen.

Depressie en somatische klachten

Bij de beschrijving van de prevalentie werd al opgemerkt dat 30–60% van de patiënten met een depressie dat huisarts consulteert wegens een somatische klacht en dat een dergelijke presentatie een negatieve invloed heeft op de herkenning van de depressie door de huisarts. Verder blijkt 25–30% van de huisartspatiënten met een depressie ook een chronische somatische aandoening te hebben en voldoet 30–50% van de patiënten met multipale en chronische pijnklachten aan de criteria van een depressie (Bos 1989; Katon en Von Korff 1990). Ten slotte lijkt de aanwezigheid van lichamelijke aandoeningen een ongunstig effect te hebben op het beloop van een depressie (o.a. Mann e.a. 1981). Over de aard van de relatie tussen lichamelijke en psychische klachten en syndromen is veel gespeculeerd. Naast een toename van introspectieve activiteiten en een verlaging van de perceptiedrempel voor lichamelijke klachten zouden depressies ook kunnen leiden tot een verhoogde arousal leidend tot lichamelijke symptomen als hoofdpijn, lumbago en bovenbuiksklachten (Lipscomb en Katon 1987). Verder kan niet worden uitgesloten dat patiënten bij gelijktijdige aanwezigheid van affectieve,

cognitieve en somatische manifestaties van een depressie, somatische klachten selecteren als aanleiding voor het consult. Een dergelijke selectieve keus zou onder andere afhankelijk zijn van persoonlijkheidsfactoren, opvoeding, sociale klasse en culturele omstandigheden. Verder zouden chronische ziekten en multipelen of chronische pijnklachten op den duur, via een proces van demoralisering, kunnen leiden tot depressies. Voor chronische pijnklachten lijkt dit overigens onwaarschijnlijk, aangezien de meerderheid van deze patiënten al eens een depressie heeft doorgemaakt voordat de pijnklachten ontstonden (Katon e.a. 1985). Ten slotte zou ook een gemeenschappelijke biologische (genetische kwetsbaarheid, leeftijd) of sociale oorzaak (sociale klasse) verantwoordelijk kunnen zijn voor de frequente comorbiditeit van somatiek en depressie. In Nederland heeft Mans (1974) erop gewezen dat 'de causaliteitsvraag zelden zo relevant is als zij op het eerste gezicht lijkt'. Hij is van mening dat 'men er in het algemeen goed aan doet er in principe van uit te gaan dat er sprake is van een vicieuze cirkel tussen depressie en lichamelijke klachten, dit zonodig uit te leggen en overeenkomstig te handelen. Medicamenteuze therapie kan daarbij soms een belangrijke rol spelen'.

Behandeling van depressie in de eerste lijn

In deze paragraaf geven we een korte schets van de behandeling van depressie door de (Nederlandse) huisarts. Bij de interpretatie van deze gegevens moet men zich echter realiseren dat het over gemiddelden gaat. Huisartsen blijken namelijk niet alleen sterk te verschillen in hun diagnostisch gedrag, maar ook in hun therapeutisch handelen (o.a. Lamberts en Hartman 1982). Omdat niet alle depressies door de huisarts als zodanig herkend worden moet er bij de interpretatie van de gegevens bovendien een onderscheid gemaakt worden tussen de behandeling van depressies (niveau 2) en de behandeling van door de huisarts herkende depressies (niveau 3).

Uit de spaarzame studies met gegevens over de behandeling van zowel herkende als niet-herkende depressies (niveau 2) blijkt dat minder dan de helft van deze patiënten daarvoor behandeld wordt door de huisarts (Ormel e.a. 1991a; Blacker en Clare 1988; Coyne e.a. 1991). Het gaat daarbij vooral om het voorschrijven van psychofarmaca (22-35%), 'counseling' (12%) en verwijzing naar de GGZ (17%) (Ormel e.a. 1991; Blacker en Clare 1988). In Nederland (Van den Brink e.a. 1991) en Engeland (Blacker en Clare 1988) blijken de medicamenteuze interventies voornamelijk te bestaan uit het voorschrijven van benzodiazepines (ongeveer 30%). In beide studies kreeg slechts 8% van de patiënten een antidepressivum voorgeschreven, van wie slechts de helft in een adequate dosering. Overigens blijken antidepressiva nogal eens voorgeschreven te worden vanwege hun hypnotische of sederende werking

(Sireling e.a. 1985). Van de depressieve patiënten die tijdens het indexconsult door de huisarts werden herkend (niveau 3) wordt tweederde daarvoor door de huisarts behandeld: 50% psychofarmakon (15% antidepressivum), 20% 'counseling' en 24% verwijzing naar de GGZ (Van den Brink e.a. 1991). Deze laatste cijfers komen redelijk overeen met de gegevens uit het monitoring- (Lamberts en Hartman 1982) en transitieproject (Lamberts 1991): 50% psychofarmakon en 20-45% één of andere vorm van 'counseling'. Overigens is niet duidelijk of het bij de interventies van de huisarts voornamelijk gaat om een combinatie van 'pillen en praten' (Jol en Verhaak 1989; Van der Grinten 1991) of juist om een keuze tussen 'pillen of praten' (Blacker en Clare 1987; Lamberts 1991).

Een beschrijving van de behandelpraktijk is gemakkelijker dan een evaluatie van de kwaliteit ervan. Volgens sommige auteurs betekenen de zojuist gepresenteerde cijfers dat er sprake is van ernstige 'onderdiagnostiek' met nog ernstiger 'onderbehandeling' van depressies in de eerstelijns. Anderen zijn van mening dat de situatie aanzienlijk genuanceerder ligt. Zij wijzen erop dat het onderscheid tussen depressies en kortdurende stressreacties in de eerstelijns niet altijd duidelijk is, dat er veel patiënten zijn met een combinatie van depressieve en angstsymptomen ('mixed anxiety-depression') en dat er nauwelijks studies zijn waarin de werkzaamheid van antidepressiva bij huisartspatiënten ondubbelzinnig kon worden aangetoond (o.a. Katon en Von Korff 1990). Bovendien werken antidepressiva pas na verloop van tijd en hebben ze vaak hinderlijke bijwerkingen, waardoor 20-60% de behandeling voortijdig afbreekt (Johnson 1981; Thompson e.a. 1982). Een combinatie van praten en pillen kan hierin wellicht verbetering brengen. Voor de effectiviteit van psychotherapie bij huisartspatiënten met een depressie geldt globaal hetzelfde als voor antidepressiva: het is nauwelijks onderzocht. Een extra probleem is hier echter de geringe toepasbaarheid van klassieke vormen van psychotherapie binnen de praktijkvoering van de huisarts met zijn/haar beperkte tijd.

Conclusies

Depressie is een veel vóórkomende stoornis in de huisartspraktijk die vaak gepaard gaat met duidelijke beperkingen in het sociale functioneren en een verhoogde kans op suïcide(pogingen). De stoornis is vaak op onontwarbare wijze vermengd met lichamelijke klachten. Dit maakt dat een aantal depressies niet door de huisarts herkend wordt, met als mogelijk gevolg een zekere 'onderbehandeling'. Bovendien blijken door de huisarts herkende depressies niet altijd door hem/haar te worden voorzien van een specifiek diagnostisch label, waardoor de behandeling in een aantal gevallen wellicht minder specifiek is dan mogelijk en gewenst. Over de effectiviteit van de verschillende specifieke inter-

venties bestaat overigens nog wel de nodige onduidelijkheid. Een uitzondering moet hierbij wellicht gemaakt worden voor het gebruik van antidepressiva (o.a. Paykel e.a. 1988; Thompson e.a. 1982). Deze stoffen lijken, behalve bij de lichtste vormen van depressie (Paykel e.a. 1988), en gegeven een adequate dosering en voldoende therapietrouw in veel gevallen ook bij huisartspatiënten een gunstig effect te hebben op het beloop. Een combinatie van voorschrijven, uitleggen en begeleiden ('pillen en praten') lijkt hier de aangewezen methode (Arendshorst 1992). Onvoldoende behandeling kan leiden tot chroniciteit. Dat laatste blijkt onder andere uit de aanzienlijke – en nog steeds toeneemende – bijdrage van (chronische) depressies bij de intrede in de WAO. Een goede herkenning, een adequate diagnostiek en een gerichte behandeling van depressie door de huisarts kan daarom een bijdrage leveren aan het welzijn van de individuele patiënt en zijn omgeving, een vermindering van het ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en aan een verbetering van de volksgezondheid. In tegenstelling tot Hofmans-Okkes e.a. (1992) zijn wij van mening dat de huisarts een actieve rol dient te vervullen bij de opsporing en behandeling van psychische stoornissen. Het gaat daarbij vooral aan het betrekken van psychische stoornissen in de differentiaal diagnostiek van bij voorbeeld onverklaarde lichamelijke klachten, chronische vermoeidheid, chronische en/of multipale pijnklachten, langdurige slaapproblemen en alcoholproblemen (Van den Brink 1992).

Voor het onderwijs aan medische studenten en huisartsen in opleiding betekent dit meer aandacht voor de opsporing, diagnostiek en behandeling van veel voorkomende psychische stoornissen in de huisartspraktijk (ook: Jongerius 1987). Een belangrijke voorwaarde daarbij is dat psychische aandoeningen en hun behandeling worden ontmythologiseerd en worden gezien en benaderd als medische aandoeningen met alle daarbij horende procedures van diagnostiek, differentiaal diagnostiek, behandeling en follow-up (Van den Hoofdakker e.a. 1992).

Er is op dit moment voldoende bekend over de aard en de omvang van het probleem van psychische stoornissen in de eerstelijns. Het onderzoek dient zich daarom te concentreren op het beloop van psychische stoornissen in de eerstelijns en op het effect van stoornisspecifieke interventies op het beloop, de tevredenheid van huisarts en patiënt en op de kosteneffectiviteit. Daarnaast zal op vergelijkbare wijze het effect van nascholings- en trainingsprogramma's voor huisartsen wetenschappelijk moeten worden geëvalueerd. Zolang over de effectiviteit van trainingsprogramma's en stoornisspecifieke interventies onvoldoende bekend is lijken grootschalige voorlichtings- en interventieprogramma's zoals die in de Verenigde Staten zijn gepland (Regier e.a. 1988; Runck 1986) nog niet aangewezen.

Literatuur

- Bensing, J., en Ph. Beerendonk (1990), Psychosociale problemen in de huisartspraktijk. Weten en meten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 50, 595-618.
- Bensing, J., en Ph. Beerendonk (1991), Psychosociale problemen in de huisartspraktijk. Weten en meten (2). Antwoord. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1, 60-65.
- Blacker, C.V.R., en A.W. Clare (1987), Depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry* 150, 737-751.
- Brilman, E., W. van den Brink, R. Giel en J. Ormel (1992), Het lange termijn beloop van psychische stoornissen in de huisartspraktijk: een methodologische en empirische verkenning. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 34, 385-399.
- Brink, W. van den, en R. Giel (1991), Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten (2). Reactie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1, 55-59.
- Brink, W. van den, A. Leenstra, J. Ormel en G. van de Willige (1991), Mental health intervention programs in primary care: their scientific basis. *Journal of Affective Disorders* 21, 273-284.
- Goldberg, D., en P. Huxley (1980), *Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care*. Tavistock, Londen en New York.
- Goldberg, D., en P. Huxley (1991), *Common mental disorders. A bio-social model*. Tavistock/Routledge, Londen.
- Hoofdakker, R.H. van den, F.A. Albersnagel en W. van Tilburg (1992, in druk), *Huisarts en Depressie*. Van Gorcum, Assen.
- Lamberts, H. (1991), *In het huis van de huisarts*. Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Lamberts, H., en B. Hartman (1982), Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. Gegevens over probleemgedrag uit het monitoringproject. *Huisarts en Wetenschap* 25, 376-393.
- Ormel, J., F.G. Brook en D. Wiersma (1984), Depressie, de behandelde en onbehandelde morbiditeit in de (Nederlandse) bevolking. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 62, 670-678.
- Ormel, J., W. van den Brink, K. van der Meer, M.W.J. Koeter, F.W. Wilmlink en B. Krol (1991a), Herkenning, behandeling en beloop van angst en depressie in de huisartsenpraktijk. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 69, 31-37.
- Ormel, J., M. von Korff, W. van den Brink, W. Katon, E. Brillman en T. Oldehinkel (1992b, in druk), Depression and anxiety and disability in primary care show synchrony of change. *American Journal of Public Health*.
- Wohlfarth, T.D., W. van den Brink, J. Ormel, M.W.J. Koeter en A.J. Oldehinkel (1992, in druk), The relationship between social dysfunctioning and psychopathology among primary care attenders. *British Journal of Psychiatry*.
- Volledige literatuurlijst is op aanvraag beschikbaar.

Summary: Depression in the practice of G.P.'s; consequences for training, research and management

Recently, psychiatric epidemiologists and primary care physicians have been encountered in a active debate regarding the prevalence, recognition, diagnosis, and treatment of depression in primary care.

In a review of the (Dutch) literature, the authors conclude that depression is a very prevalent disorder in primary care (year prevalence: 55/1000), and that it is associated with considerable social disability and an increased probability of suicide (attempts). Depression and physical complaints often co-occur in a rather complex manner. As a consequence, 40-50% of the depressions is not recognized by the primary care physician, probably leading to some level of 'under-treatment'. Moreover, only 15-20% of the recognized cases are being diagnosed as depression, probably leading to treatments that are less specific than might be possible. However, as of to day there is little evidence for the effectiveness of specific interventions in primary care settings. Therefore, the authors conclude that large scale information and intervention programs are not expedient. Instead, our efforts should be focused on (1) controlled studies regarding the effectiveness of specific interventions and training programs and (2) the training of medical students and primary care residents in recognition, diagnosis and treatment of depression.

Ten tijde van de voorbereiding van het manuscript waren beide auteurs verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen. W. van den Brink is thans verbonden aan de vakgroep Psychiatrie van de Universiteit van Amsterdam en het Amsterdam Institute for Addiction Research. Correspondentieadres: prof. dr. W. van den Brink, Amsterdam Institute for Addiction Research, Jacob Obrechtstraat 92, 1071 KR Amsterdam.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 20-10-1992.