

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 48 • NR 6 • JUNI 2013

OVERDIAGNOSTIEK VOORKOMEN ZONDER ONDERBEHANDELING TE RISKEREN • EPIDEMIE VAN PSYCHISCHE STOORNISSEN? • IN SPE: NIKY VAN GEFFEN • BORDERLINE TIMES: INTERVIEW MET DIRK DE WACHTER • COLUMN: CARSTEN DE DREU • FORUM: PSYCHOLOGEN AAN DE PIL • BIJEENKOMST: FILOSOFIE VAN HERSTEL

NIET normaal meer



De voorlichting over depressies als ziekte waar je zelf niets aan kunt doen en waarvoor je professionele hulp moet zoeken, creëert de hulpeloosheid waarvoor een oplossing gezocht wordt. Ad Bergsma onderzoekt in dit essay of deze gedachte een deel van de verklaring biedt voor de depressieparadox: er zijn werkzame behandelingen beschikbaar die veel toegepast worden, zonder dat de prevalentie daalt.

ESSAY

ZIEKTEMODEL DEPRESSIES CREËERT AANGELEERDE HULPELOOSHEID

Stel je voor. De afgetreden paus schrijft een aanklacht tegen de rooms-katholieke kerk en spijkt die op de deuren van de Sint Pieter. In het klein is dit het geval in de psychiatrie. De emeritus hoogleraar Allen Frances, de psychiater die de belangrijkste leerstellingen voor zijn vakgebied vastlegde in de vierde versie van de DSM-IV (de 'bijbel van de psychiatrie'), klaagt in zijn boek *Terug naar normaal* de geestelijke gezondheidszorg aan. Het terrein van de psychische stoornissen is volgens Frances onder invloed van de intensieve marketing van de farmaceutische industrie opgeblazen tot een diagnostische zeepbel. Miljoenen mensen krijgen het etiket van psychische stoornis opgeplakt, en worden behandeld met dure medicatie die nauwelijks of geen meerwaarde heeft ten opzichte van een placebo, maar die soms wel tot ernstige bijwerkingen kan leiden. Het medische model is ten onrechte toegepast op tal van mensen die kampen met alledaagse levensproblemen, aldus Frances.

De uitweg die Frances biedt, is tachtig procent van de

psychische stoornissen afschaffen. Deze groep krijgt, als Frances zijn zin krijgt, straks geen medicijnen meer, maar wel de hulp die eventueel nodig is, zoals psychotherapie. De psychiatrie en de medische gezondheidszorg kunnen zich dan weer concentreren op hun kracht: mensen genezen of bijstaan die psychisch gestoord zijn.

WAARDEVOL EN NAÏEF

De analyse van Frances is zowel waardevol als naïef. Waardevol, omdat het idee dat levensproblemen een 'gezonde reactie' kunnen zijn op ongezonde omstandigheden' erg op de achtergrond is geraakt (Bergsma, 2010; 2009). In plaats daarvan wordt te snel gedacht dat er iets mis is met de beleving van het individu vanwege een veronderstelde chemische onbalans in het brein. Frances' betoog kan bijdragen aan een meer evenwichtige aanpak.

Het boek van Frances is tegelijkertijd naïef, omdat het staat of valt met zijn klinische oordeel als gezaghebbend psychiater. Hij legt eerst uit dat het de wetenschap niet lukt een heldere grens te trekken tussen normaliteit en psychi-

sche stoornis, en neemt vervolgens de vrijheid die grens op eigen houtje drastisch te verleggen. Hij gaat voorbij aan het idee dat medische opvattingen ingezet worden in een fel maatschappelijk gevecht om de werkelijkheid te definiëren (Douglas, 1992).

‘Ziekte en ziek-zijn zijn in belangrijke mate sociale constructen,’ stelt Van Weel (2001). Het negeren van deze maatschappelijke context heeft tot gevolg dat Frances belangrijke voor- en nadelen van het medische model over het hoofd ziet. Hieronder zal dit getoond worden aan de hand van depressies (Horwitz & Wakefield, 2007).

WINNAARS DEPRESSIE-EPIDEMIE

Frances schuift de schuld van diagnostische inflatie in de schoenen van het marketingapparaat van de farmaceutische industrie. We moeten echter concluderen dat de boodschap van de farmaceuten bij het publiek als behandelaars in vruchtbare aarde viel. Ik begin bij de beroepsgroep.

Het uitvergroten van het probleem depressie hangt samen met de professionalisering in de geestelijke gezondheidszorg. Shorter (1998, p. 322) beschrijft dat de psychiatrie met de komst van DSM-III terugkeerde naar de geneeskunde en het medische model. Vervolgens werden de DSM-diagnoses toegepast op het algemene publiek en werd ontdekt dat psychische problemen veel voorkwamen in de algemene bevolking (bijv. Kessler et al., 2007). De dragende gedachte

was vervolgens dat ‘problemen het best opgelost kunnen worden door de personen die hier het meeste verstand van hebben’. Er zijn professionele hulpverleners opgeleid, voorlichters het land in gestuurd en er is druk uitgeoefend op de politiek om middelen ter beschikking te stellen (Hutschemaekers et al., 2006).

Het resultaat is een groot succes, zegt Beekman in het voorwoord van het rapport *Tijd tussen ontstaan van een psychische aandoening en eerste zorgcontact* (Have, Dorselaer & Graaf, 2012): ‘Vier op de vijf mensen met een depressie, paniekstoornis of gegeneraliseerde angststoornis zoekt hulp; meer dan de helft doet dat snel en ruim zes van de tien heeft ook baat gehad bij deze hulp. Dat zijn indrukwekkende cijfers. Gezien de enorme maatschappelijke kosten van angst en depressie is het een reden om trots te zijn op wat er in Nederland is bereikt.’

De professionals hebben dit vertrouwen mede gekregen, omdat met dit resultaat individuen en maatschappij ontlast worden van schuld. Hutschemaekers et al. (2006, p. 48) schrijven dat het kenmerkend is voor ziekte dat ‘de drager ervan niet verantwoordelijk kan worden gesteld voor de aard van diens aandoening. Het lijf en/of de psychische ontrekken zich aan de wil van de patiënt.’ Door voorlichters is dit vaak vertaald in de boodschap: ‘Een depressie is geen teken van zwakte, maar een ziekte.’

Dit heeft geleid tot een tijdgeest die Dirx (2012, p. 9) als volgt heeft samengevat: ‘Het lijkt wel of mensen geen leed meer kunnen verdragen, geen verdriet of tegenslag meer kunnen accepteren. We willen de hoofdprijs en doen het niet voor minder. Iedereen is hoogbegaafd of had het kunnen zijn, wanneer niet ADHD of dyslexie in de weg gezeten had. We snakken naar een etiket om onze eigen verantwoordelijkheid te ontlopen.’

De maatschappij gebruikt hetzelfde argument om niets te hoeven veranderen. ‘De overheid is geen geluksmachine,’ zei premier Rutte bij de presentatie van zijn eerste kabinet. Als individuen vastlopen of gebukt gaan onder de olopemde stressniveaus, dan hoeven goede liberalen niets aan de maatschappij te veranderen, omdat we de schuld kunnen geven aan het individu dat te weinig initiatief neemt (Dehue, 2008). Het ziektemodel ontslaat velen van de noodzaak iets te veranderen.

‘Een depressie is geen teken van zwakte, maar een ziekte’

SCHADUWKANT: DE DEPRESSIEPARADOX

De vraag die Frances oproept, is hoe we deze ontwikkeling moeten duiden. Beekman viert de successen in het genoemde voorwoord: ‘Al met al suggereert het rapport dat irratio-

nele drempels om hulp te zoeken voor psychische stoornissen geleidelijk aan verdampen en dat men steeds sneller wordt behandeld.' De enige keerzijde is volgens Beekman dat 'het beroep op de ggz sterk toeneemt en dat we nieuwe manieren moeten vinden om aan die vraag te voldoen'.

Opvallend is echter dat dezelfde Beekman op andere plekken kritischer is. In 2011 zegt hij in een interview met *Psy*, een blad dat inmiddels ter ziele is, dat het aantal antidepressivagebruikers met driekwart omlaag kan.¹ Er zouden niet achthonderdduizend maar tweehonderdduizend mensen behandeld moeten worden. Het grote succes wordt bovendien gerelativeerd doordat Beekman pleit voor een vlucht vooruit in de ggz. Als het om depressies gaat, zou het accent verschoven moeten worden van genezing naar preventie (Cuijpers, Beekman & Reynolds, 2012). De reden die zij aanvoeren is daarbij dat de behandeling van depressies de ziektelast maar zeer beperkt terugdringt. Een aangehaald cijfer is dat niet meer dan tien tot twintig procent van de ziektelast wordt voorkomen (Andrews et al., 2000). De succescijfers zijn nu ineens niet indrukwekkend, maar zorgwekkend.

Ormel, Barten & Nolen (2004) beschrijven een depressie-

paradox. Er zijn werkzame behandelingen en er worden veel mensen behandeld, maar in epidemiologisch onderzoek blijft de prevalentie van depressies op hetzelfde niveau. Het lukt niet de kloof tussen werkzaamheid en effectiviteit te dichten. Spijker et al. (2002) beschrijven bovendien dat behandeld worden een risicofactor is voor het ontstaan van chronische depressies.²

DOORBREEK AANGELEERDE HULPELOOSHEID

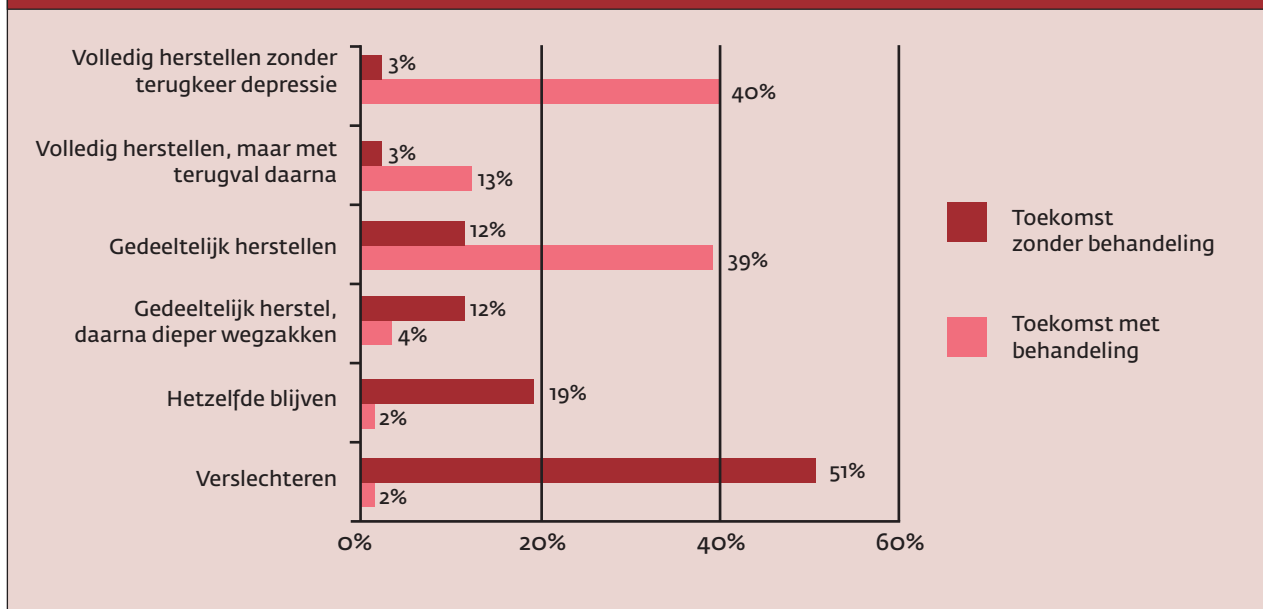
Frances betoogt dat het fout gaat omdat het medische model wordt toegepast op mensen zonder een echte ziekte. Het probleem van neerslachtigheid is uitbesteed aan professionals in de (geestelijke) gezondheidszorg, die er niet altijd in slagen de gewenste oplossing te bieden. Frances ziet als oplossing dat de gezondheidszorg minder pillen uitschrijft en de psychiatrie zich terugtrekt tot achter de grenzen van de 'echte' stoornissen/ziekten. Als we lichtere depressieve klachten willen normaliseren, is een meer psychologische kijk nodig, waarin ook de verantwoordelijkheid van het individu met depressieve klachten wordt benadrukt.

Het medische model van depressie, dat door voorlichters

1 Dit artikel is op 16 april 2013 geplaatst op: <http://www.psy.nl/meer-nieuws/dossier/Artikel/gebruik-antidepressiva-kan-met-driekwart-omlaag/>.

2 Deze bevinding heeft het abstract niet behaald. Behandeling als risicofactor is uit het model weggelaten, omdat dit niet interessant was voor het onderzochte vraagstuk.

FIGUUR 1. VRAAG: WAT ZAL ER GEBEUREN MET IEMAND DIE DEPRESSIEF IS MET/ZONDER BEHANDELING?



is vertaald in een chemische onbalans in het brein, vertoont te veel overeenkomsten met het concept aangeleerde hulpeloosheid, dat door Seligman (1975) is voorgesteld als een model voor depressie zelf. Gemeenschappelijk is het idee bij het individu 'Ik kan er niets aan doen'. In de enquête van het Fonds Psychische Gezondheid is dit nader onderzocht met een vraag over de relatieve herstelkansen met en zonder hulpverlening (Bergsma, 2012).

Het Nederlandse publiek blijkt te optimistisch over de mogelijkheden van de behandeling van depressieve klachten en te somber over de mogelijkheden zelf de regie te voeren

Het medische model versterkt het idee dat somberheid verkeerd is

over het eigen leven, wanneer sprake is van depressieve klachten. De gedachte dat het medische model³ mensen de hoop ontnemt die zij nodig hebben om op eigen kracht hun depressieve klachten te overwinnen, zou correct kunnen zijn. De voorlichting over depressies als ziekte maakt soms ziek.

Bovendien versterkt het medische model het idee dat somberheid verkeerd is, en dit kan de beleving van de

somberheid of anhedonie nog zwaarder maken. *Feeling bad about being sad*, luidde de titel van een paper waarin Bastian et al. (2012) dit mechanisme experimenteel aantoonde.

EEN POSITIEVE KIJK OP DEPRESSIE

De boodschap dat depressie een ziekte is die mensen moet helpen hun problemen onder controle te brengen, zorgt er paradoxaal genoeg voor dat mensen iets van hun grip op het eigen leven verliezen. Frances geeft in een bijzin als mogelijke oplossing dat we mildere depressies gaan beschouwen als signaal dat er iets mis is met het leven, en dat verandering nodig is. Deze gedachte is niet nieuw. De depressie levert soms de concentratie (het piekeren) op over wat er mis is, en vanuit dit dal kan langzaam een nieuwe weg omhoog gevonden worden. Het is de pas op de plaats die helpt een nieuwe koers uit te zetten in het eigen leven (Andrews & Thomson, 2009; Wrosch & Miller, 2009). De beroemde psychoanalyticus Carl Jung beschreef de depressie eerder al als een dame in het zwart die je aan tafel kan nodigen om te kijken wat ze je te vertellen heeft.

In het publieksonderzoek van het Fonds Psychische Gezondheid zijn aanwijzingen gevonden dat het publiek bereid is somberheid op deze manier te beschouwen. Bijna tweederde (64 procent) van de bevolking beaamt de stelling: 'Als ik mij rot voel probeer ik daar iets van de leren voor de rest van mijn leven'. Zestig procent beschouwt somberheid als een normaal onderdeel van het leven. En 56 procent is het eens met de stelling dat je geen hoogtepunten met geluk kunt ervaren, zonder dalen met verdriet en/of somberheid.

De positieve interpretatie van depressieve klachten sluit aan bij een meer psychologische kijk. De hulpverlening zou zich niet alleen moeten richten op klachtenreductie, maar ook de *empowerment* van cliënten. 'Een goede hulpverlener tracht zijn cliënt te verleiden tot het creëren van ruimte voor zichzelf en zo weer tot actor in zijn eigen verhaal te worden (...) Ik ben niet mijn problemen, maar de problemen zijn van mij' (Hutschemaekers et al., 2006, p. 124-125).

Deze houding maakt al onderdeel uit van de richtlijnen voor het behandelen van depressies, waar psychotherapie een grotere rol heeft gekregen. Het is echter nodig om dit ook duidelijker uit te dragen in het publieke debat. Het uitdragen van twee deels tegenstrijdige beelden over depressie als ziekte en als normale reactie op moeilijkheden, kan bijdragen aan de door Frances gehoopte verandering. Dit impliceert dat medici en psychologen ten overstaan van depressieve klachten de pretentie opgeven dat zij alles kunnen oplossen als ze maar voldoende publieke middelen krijgen.

³ Ik verwijs hier niet naar het complexe en genuanceerde biopsychosociale model dat psychiaters hanteren, maar naar het publieke idee dat een depressie een ziekte is.