

Preventie van depressie

1. Depressie: definitie en prognose

Definitie van depressie

Depressie wordt gekenmerkt door een abnormale depressieve stemming (dysforie) en een verlies van plezier in bijna alle activiteiten (anhedonie). Dit afgevlakte affect is het grootste deel van de dag aanwezig, bijna elke dag gedurende tenminste twee weken. Het verlamt elke motivatie. Daarnaast zijn er meerdere klachten die het functioneren verstoren, zoals een ontregelde slaap (insomnie of juist hypersomnie), energiegebrek (anemie), concentratieproblemen, verlies of toename van eetlust, misplaatste gevoelens van waardeloosheid en intensief terugkerende gedachten over dood en suïcide. Bij jongeren kan depressie gepaard gaan met agitatie en risicovol gedrag en bij ouderen met motorische vertraging, waanideeën en fysieke pijn. Depressieve episodes kunnen recidiverend worden en zelfs chronisch. Een relatief milde, maar chronische vorm wordt dysthymie genoemd.

Prognose van depressie

Depressie biedt een ongunstige prognose wat betreft beloop en uitkomsten:

- Gemiddeld duurt een depressieve episode zes maanden, maar bij 20% van de gevallen duurt een depressie langer dan twee jaar
- Mensen kunnen meerdere depressieve episodes ervaren. Een recidiverende depressie heeft een grote en negatieve impact op iemands leven. In de vijf jaar na het herstel is er een kans van 70% dat deze te maken krijgt met een nieuwe episode. Elke bijkomende episode verhoogt de kans op weer een episode: een persoon die drie eerdere depressieve episodes heeft gehad heeft een kans van 90% op een vierde.
- Mensen met een depressie lopen een hoger risico op voortijdig overlijden. Dit risico is een factor 1.65 hoger ten opzichte van mensen zonder depressie.

2. Depressie: epidemiologie en kosten

1-jaarsprevalentie: 738.000 mensen

In Nederland kampen jaarlijks 738.000 mensen uit de leeftijdsgroep 12-75 jaar met een depressie. Depressie kan optreden op elk punt in de levensloop.

- Voor het achttiende levensjaar heeft ongeveer 15% van de jongeren een depressieve episode meegemaakt. Een 'vroeg' depressie kan iemands school- en beroeps carrière verstoren.
- Bij volwassenen (18-65 jaar) is de 1-jaarsprevalentie van depressie 5.8%. Depressie komt enigszins vaker voor in de leeftijdsklasse 35-45 en neemt af wanneer mensen ouder worden.
- De 1-jaarsprevalentie van depressie onder zelfstandig wonende ouderen ligt tussen de 2 en 3%. Wordt rekening gehouden met de dysthyme stoornis, dan ligt dit percentage tussen de 4 en 5%. Onder bewoners van verzorgingshuizen en verpleeghuizen, ligt de prevalentie van depressie en dysthymie op ongeveer 11% en nabij de 15% voor bewoners van verpleeghuizen.
- In alle leeftijdsgroepen lopen vrouwen een twee maal zo groot risico op depressie als mannen.

Universele preventie

Universele preventie bestaat uit interventies, vaak psycho-educatief van aard, gericht op het algemene publiek, ongeacht hun risicostatus. Het doel van universele preventie is het algemene publiek te informeren over de stoornis, hoe deze te herkennen is, wat zij zelf kunnen doen om het te voorkomen en welke behandelingen beschikbaar zijn.

Selectieve preventie

Selectieve preventie wordt gericht op individuen of subgroepen uit de populatie die een significant hoger risico hebben om de betreffende stoornis te ontwikkelen. De personen of groepen worden geïdentificeerd aan de hand van biologische, psychologische en sociale risicofactoren.

Ziekte last: 157.000 DALYs

Geestelijke stoornissen als depressie, angststoornissen en alcoholproblemen staan hoog in de top tien van meest invaliderende ziektes over de hele wereld. Ook in Nederland is depressie een van de meest invaliderende ziektes. Jaarlijks gaan in ons land 157.000 gezonde levensjaren (*disability adjusted life years*, DALYs) verloren door depressie. Hoe dit komt is duidelijk: depressie komt veel voor, veroorzaakt een grote individuele ziekte last (vergelijkbaar met bijna-blindheid), heeft een slechte prognose en is geassocieerd met voortijdig overlijden.

Economische kosten: jaarlijks €1.3 miljard

Volgens een conservatieve schatting bedragen de economische kosten van depressie in de leeftijdsgroep 18-65 jaarlijks €1.3 miljard. Deze kosten worden deels gemaakt in de gezondheidszorg en hoofdzakelijk in de arbeidsproductieve sfeer. De daadwerkelijke economische kosten van depressie voor de samenleving zijn aanzienlijk hoger omdat adolescenten en mensen boven de 65 in deze schatting niet zijn opgenomen.

3. Preventie van depressie: waarom het nodig is

De jaarlijkse instroom van nieuwe gevallen is aanzienlijk

De epidemiologie van depressie kent een aanzienlijke instroom van nieuwe gevallen (incidentie). In Nederland gaat het jaarlijks om 357.000 nieuwe gevallen, gelijk aan 47% van de bestaande gevallen. Eén uit de twee personen met een depressie is dus een nieuw geval. Het is verstandig alles te doen om deze instroom in te dammen. Om dit te realiseren, is preventie nodig.

Behandeling kan de ziekte last slechts deels verminderen

Studies door Gavin Andrews en Dan Chisholm (zie British Journal of Psychiatry, 2004, Nr 184) laten zien dat met het huidige behandelaanbod slechts 10-20% van de ziekte last van depressie wordt weggenomen. Een omvangrijke 80-90% blijft dus bestaan en veroorzaakt individueel lijden, verlies van kwaliteit van leven en economische kosten. Opnieuw moet geconcludeerd worden dat preventie nodig is als aanvulling op behandeling.

4. Preventie van depressie: doelgroepen

Risicogroepen en risicofactoren

Aangenomen wordt dat een depressie ontstaat door een combinatie van risicofactoren. Op basis van sociale en psychische factoren kan een aantal risicogroepen worden onderscheiden.

- Mensen van wie de ouders of naaste familieleden te maken hebben gehad met een depressieve stoornis, angststoornis of alcoholprobleem
- Mensen die al eerder een depressie hebben meegemaakt (kans op recidiverende depressie)
- Mensen met een subklinische depressie (enkele klachten die (nog) niet beantwoorden aan de criteria van een (klinische) depressie).
- Mensen die een langdurige angststoornis hebben (verhoogd risico op secundaire depressie).
- Mensen met een jeugdtrauma (als mishandeling of verwaarlozing voor hun zestiende levensjaar)
- Kwetsbare persoonlijkheden (bijvoorbeeld hoog neuroticisme, weinig zelfvertrouwen, hoge interpersoonlijke sensitiviteit, kinderen met leerproblemen)
- Kwetsbare mensen die te maken krijgen met ingrijpende levensgebeurtenissen (ernstige ziekte, verlies van arbeid, overlijden van een echtgenoot)
- Mensen met een chronische lichamelijke ziekte (waaronder tumoren, cardiovasculaire ziektes, chronisch obstructieve longziekte (COPD), lage rugpijn) of een handicap (bijvoorbeeld een visuele handicap of iets waardoor beperkingen in het functioneren ontstaan)
- Mensen met een laag opleidingsniveau en een laag inkomen
- Vrouwen (voor vrouwen is de 1-jaarsprevalentie van depressie 7.5% tegen 4.1% voor mannen)
- Alleenstaanden (weinig sociale steun, eenzaamheid, ook weduwen en weduwnaren en kwetsbare groepen zoals dak- en thuislozen en asielzoekers).

Men gaat ervan uit dat een opeenstapeling van risicofactoren bij eenzelfde individu het risico op depressie aanzienlijk verhoogd. Door zich op deze ultrahoge risicogroepen te richten, zou een aanzienlijke gezondheidswinst tegen de laagste kosten bereikt kunnen worden.

Beschermende factoren

De volgende factoren kunnen mensen beschermen tegen het ontstaan van een depressie en kunnen mogelijk ingezet worden in preventieve strategieën voor het verhogen van de veerkracht en daarmee het bevorderen van de geestelijke gezondheid.

- Hoge intelligentie
- Zelfinzicht, een realistische zelfwaardering, zelfvertrouwen
- Begrip, kennis van depressie en wat eraan gedaan kan worden
- Een gemakkelijke (flexibele) persoonlijkheid
- Goede interpersoonlijke relaties, makkelijke omgangstijl met anderen
- Een gevoel van 'mastery', het versterken van de interne locus of control
- Het plannen van en deelnemen aan plezierige activiteiten
- Fysieke activiteiten, sport

Beschermende factoren specifiek bij kinderen:

- De aanwezigheid van tenminste één steunende ouder
- (Eventueel) een heldere kijk op het psychische probleem van de ouder

5. Preventie van depressie: organisatorische aspecten

Universele en selectieve preventie

Met de risicofactoren en beschermende factoren in het achterhoofd, zijn er enkele aangrijpingspunten voor universele en selectieve preventie, waaronder het bevorderen en versterken van:

- diverse copingstijlen
- cognitieve en sociale vaardigheden
- sociale participatie

Deels kan dit via psycho-educatie op scholen en via de media. Interventies gericht op verbetering van de leefsituatie (de gezonde school, de gezonde buurt, positief ouderschap) dragen waarschijnlijk ook bij aan het terugdringen van het aantal mensen met depressie. Diverse settings lijken geschikt voor depressiepreventie, waaronder scholen, huisartspraktijken, gezondheidscentra en verpleeghuizen.

Geïndiceerde preventie

Er wordt gesproken van een subklinische depressie wanneer de symptomen nog niet voldoen aan de diagnostische criteria van een klinische depressie. Preventieve maatregelen tegen subklinische depressie zijn om een aantal redenen belangrijk:

- Subklinische depressie komt voor bij 17% van de adolescenten, 16% van de volwassenen en ongeveer 13% van de personen in de leeftijdsgroep 55-85. Onder zelfstandig wonende ouderen is de prevalentie ongeveer 15%, en onder bewoners van verpleeghuizen ongeveer 21%.
- Subklinische depressie gaat gepaard met aanzienlijke rolbeperkingen, wat de bereidheid kan vergroten om het probleem aan te pakken en gerichte hulp te aanvaarden.
- Een persoon met een subklinische depressie loopt een zes keer zo grote kans op het ontwikkelen van een klinische depressie dan een persoon zonder een subklinische depressie.
- Een subklinische depressie is goed te beïnvloeden, onder andere door preventieve interventies.

Vroegtijdige opsporing van depressieve stoornissen en vroegtijdig ingrijpen door huisartsen, leraren en verpleegkundigen bij beginnende klachten, is dus een belangrijk aangrijpingspunt voor preventie.

Terugvalpreventie

Omdat de kans op recidiveren bij depressie groot is, is terugvalpreventie noodzakelijk. De doelgroep bestaat uit mensen die een depressie hebben gehad, met name als deze al vroeg in hun leven is ontstaan, als eerdere depressieve episodes ernstig waren en als niet alle symptomen verdwenen zijn. Terugvalpreventie kan de vorm krijgen van een speciale vorm van cognitieve gedragstherapie. Ook een aanpak die bekend staat als Mindfulness laat gunstige langetermijneffecten zien. Deze interventies zijn gericht op het op de langere termijn versterken en behouden van de verworven vaardigheden. Periodieke contacten (bijvoorbeeld telefoongesprekken) kunnen daarbij helpen.

Geïndiceerde preventie

Geïndiceerde preventie richt zich op hoog-risicogroepen die geïdentificeerd worden aan de hand van een beperkt aantal symptomen die voorafgaan aan de stoornis, maar die nog niet volledig beantwoorden aan de criteria van de betreffende diagnose.

Terugvalpreventie

Terugvalpreventie wordt gericht op individuen die volgens de DSM-IV criteria een stoornis gehad hebben. Preventieve interventies voor deze groep richten zich op het kleiner maken van de kans dat een recidive optreedt, op het verkorten van de duur van een eventueel toch optredende recidive en op het verminderen van de ervaren ziektebelasting (ernst) van de eventuele recidive.

6. Preventie van depressie: de huidige praktijk

Cursussen

In Nederland houden zo'n veertig GGZ-instellingen zich bezig met depressiepreventie. Zij helpen mensen die een aantal depressieve symptomen hebben of een depressie gehad hebben.

- De meeste preventieve activiteiten zijn gericht op volwassenen en ouderen. Voor hen is er ondermeer een aanbod onder de noemer *Omgaan met depressie*. Dit zijn gestructureerde cursussen gebaseerd op de sociaal-leren theorie, cognitieve gedragstherapie, ontspannings-oefeningen, sociale vaardigheidstraining en verhoging van het aantal plezierige activiteiten.
- Daarnaast zijn er specifieke cursussen voor onder andere mensen met chronische ziektes, studenten en jongvolwassenen en etnische minderheden. In verschillende regio's worden bezoeken voor weduwen uitgevoerd.
- Familie-interventies (counseling, sociale ondersteuning, het verbeteren van vaardigheden van ouders) richten zich op ouders met geestelijke gezondheidsproblemen en hun kinderen die een risico kunnen lopen op depressie en andere stoornissen.

Bij elkaar gaat om een groot en gevarieerd aanbod. We verwijzen naar Meijers et al (2006) en Bohlmeijer en Mutsaers (2007) voor recente overzichten.

Nieuwe methodes

Er zijn een aantal studies uitgevoerd om de effectiviteit van interventies te evalueren.

- Bibliotherapie is een vorm van zelfhulp waarbij een boekje zelfstandig bestudeerd moet worden. Het is gebaseerd op het aanleren van sociale en cognitieve vaardigheden, ontspanningsoefeningen en het ondernemen van plezierige activiteiten. Onder huisartspatiënten met enkele depressieve klachten verminderde deze methode de incidentie van nieuwe gevallen met 30%. De methode bleek bovendien kosteneffectief.
- Een meta-analyse heeft de werkzaamheid van gestructureerde *life-review* (zoals de interventie 'De verhalen die we leven') in de vroege stadia van depressie in het latere leven aangetoond. Deze veelbelovende methode wordt momenteel getest in diverse effectsstudies in Nederland.
- Het internet biedt een nieuwe manier om begeleide zelfhulp interventies aan te bieden. Een meta-analyse heeft de effectiviteit van deze methode voor depressie aangetoond. Momenteel worden in Nederland twee gerandomiseerde studies uitgevoerd naar nieuwe online begeleide zelfhulpinterventies in de vroege stadia van depressie. De eerste resultaten zijn veelbelovend.
- De community-benadering behelst een integraal aanbod om de intersectorale samenwerking in de wijk en participatie van de doelgroep te verbeteren. Momenteel wordt een aantal studies uitgevoerd naar deze integrale depressiepreventie. Daarnaast is een handleiding ontwikkeld voor integrale depressiepreventie op het lokale niveau (Bohlmeijer & Mutsaers, 2007). Het doel is een keten van activiteiten te ontwikkelen van geestelijke gezondheids promotie tot universele, selectieve en geïndiceerde preventie binnen een netwerk van organisaties.

Activiteiten voor intermediairen

Intermediairen zijn professionals in velden als het speciale onderwijs, jeugdzorg, thuiszorg, eerstelijnszorg en verpleging. Er zijn trainingen voor eerstelijns werkers om de signalering van depressie te verbeteren. Voor familieleden zijn er folders en informatiebijeenkomsten.

Referenties

Wegens gebrek aan ruimte staat de belangrijkste literatuur niet in de tekst, maar hieronder:

- Bohlmeijer E., Mutsaers K. (red.) *Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.
- Mrazek P. J., Haggerty R. J. *Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive research*. Washington: National Academic Press, 1994.
- Meijers S., Smit F., Schoemaker C., Cuijpers P. *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Gezond verstand: evidence-based preventie van psychische stoornissen*. De Bilt: RIVM, 2006.
- Saxena S, Jané-Llopis E, Hosman C. (2006) Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry* 5: 5-14.
- Smit F. *Prevention of Depression* (PhD thesis). Faculty of Medicine, VU University, Amsterdam, 2006. (Can be downloaded from www.trimbos.nl > 'products' > key word 'depression').

Colofon

Financiering

Ministerie van VWS

Auteurs

L. Lemmers, F. Smit, H. Ripper.

Productie coördinatie

F. Zolnet

Vormgeving

Ladenius Communicatie BV

Deze factsheet is een uitgave van het Programma Vroegsignalering en de Landelijke Steunfunctie Preventie (LSP). De volgende factsheets zijn gratis te downloaden via www.trimbos.nl:

- Alcoholpreventie (AF0756)
- Arbeidsrelevante psychische problematiek (AF0389)
- Infectieziekten (AF0788)
- Kinderen van ouders met psychische problemen (AF0397)
- Sociale psychiatrie (AF0390)
- Preventie van depressie (AF0392)
- Reflecteren op het eigen leven door reminiscentie (AF0780)

Deze factsheets zijn ook in het Engels te verkrijgen.

ISBN 978-90-5253-585-7

© 2007 Trimbos Instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervaelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Trimbos-instituut. www.trimbos.nl