

Depressie: feiten en perspectieven

Depressie en de last die deze geeft

Vanaf het eerste begin van de geneeskunde is depressie erkend als een gezondheidsprobleem. Datgene waaraan koning Saul volgens het Boek Samuël lijdt, zou tegenwoordig zondermeer worden herkend als een typisch geval van depressie. Het was waarschijnlijk Hypocrates, die in de vierde eeuw voor Christus een klinische beschrijving gaf van depressie als melancholie, volgens de theorie van de vier lichaamssappen die toen gangbaar was.

Tegenwoordig is depressie een algemene geestesziekte waaraan over de hele wereld ongeveer 150 miljoen mensen lijden, van alle geslachten, leeftijden en achtergronden. Dat betekent dus (afhankelijk van de manier waarop de studie is uitgevoerd) 1%-10% van de wereldbevolking: vrouwen (in het bijzonder jonge moeders), mensen met een persoonlijke dan wel familiale geschiedenis van depressie, mensen die aan bepaalde chronische ziekten lijden (hoge bloeddruk, suikerziekte, reuma, etc.), armen, mensen die sociaal geïsoleerd zijn of dingen meemaken waardoor ze onder grote druk staan, zij allen lopen een verhoogd risico in een depressie te belanden.

De kans op depressie stijgt met de leeftijd en wordt ook in verband gebracht met andere gezondheidsrisico's (in het bijzonder alcoholisme) en verschillende chronische gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld hoge bloeddruk, suikerziekte, de ziekte van Parkinson, tuberculose en HIV/AIDS). Deze toestand wordt bijkomende pathologie genoemd en de manier ermee om te

gaan is een van de grootste uitdagingen van de huidige gezondheidszorg.

Diagnostische criteria voor depressie zijn ondermeer symptomen zoals verdrietige stemming, verlies aan belangstelling of ergens plezier in hebben, verstoorde slaap, slechte concentratie, schuldgevoelens en lage dunk van zichzelf, verstoorde eetlust, weinig energie, weinig belangstelling voor en plezier in seksueel verkeer, fysieke opwindning of juist het tegenovergestelde, gedachten over of zelfs pogingen tot zelfmoord. Mensen met een zware depressie ervaren vijf van deze ervaringen iedere dag gedurende twee weken of langer.

In het ergste geval kan depressie tot zelfmoord leiden, helaas verantwoordelijk voor het verlies van bijna een miljoen levens per jaar. Een onbehandelde depressie kan na een aantal weken of maanden verdwijnen, maar voor meer dan 50% van de betrokkenen is het een weerkerend of chronisch probleem.

Depressie wordt ook in verband gebracht met groot verlies in het dagelijks

functioneren en de productiviteit, en vermindert de kwaliteit van het leven aanzienlijk. Op dit moment is het de grootste oorzaak van ziekteverzuim en de vierde oorzaak van wereldwijde ziekte (GBD – Global Burden of Disease). Als we naar bepaalde groepen kijken, is het de voornaamste oorzaak van ziekte voor vrouwen tussen de 15 en 44 in zowel Eerste als Derde Wereld landen, en de tweede ziekteoorzaak voor mannen in deze leeftijdsgroep. Er wordt voorspeld dat over de hele wereld in 2020 depressie de belangrijkste oorzaak van ziekte zal zijn, met 7,1% van alle ziektegevallen.

Depressie en eerstelijnsgezondheidszorg

Ongeveer 5%-15% (het hangt alweer af van methodologische factoren) van patiënten die om wat voor reden dan ook eerstelijnsgezondheidszorg zoeken, heeft een depressie. Slechts ongeveer 50% van deze patiënten wordt in de eerstelijnsgezondheidszorg ook als zodanig herkend en minder dan 25% krijgt een doeltreffende behandeling, zoals antidepressieve medicatie of passende psychotherapie (in sommige landen minder dan 5%).

Er zijn verschillende effectieve manieren om depressie te behandelen, zowel farmacologisch als psychosociaal. Ondanks het feit dat deze zelfs door mensen die geen arts zijn kunnen worden toegepast, gaapt er een kloof tussen hun beschikbaarheid en algemene toepassing.

Antidepressieve medicatie en korte, gestructureerde vormen van psychotherapie zijn in 60-80% van de gevallen efficiënt; zowel antidepressieve medicatie als psychotherapie kan worden aangeboden in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Helaas worden antidepressiva niet in voldoende hoeveelheid en niet lang genoeg gebruikt. Veel patiënten die aan depressie lijden krijgen ten onrechte sedatieve medicatie die niet helpt tegen de depressie en gevaarlijke neveneffecten kan veroorzaken, afhankelijkheid van bepaalde middelen daaronder begrepen, terwijl men van antidepressiva niet afhankelijk wordt.

In het beste geval (dat wil zeggen in landen met een goede gezondheidszorg) is de schatting dat niet meer dan 35% van de mensen die aan depressie lijden er ook voor worden behandeld. In andere landen en werelddelen, zoals Afrika en China, ligt het percentage niet hoger dan 5%.

Als depressie vrij gemakkelijk te diagnosticeren is en als er verschillende effectieve behandelingswijzen bestaan, waarom worden dan zoveel mensen die aan een depressie lijden niet adequaat behandeld? Waarom gaapt er zo'n grote kloof tussen ziekte en behandeling?

De kloof tussen ziekte en behandeling bij depressie

Een aantal factoren en elementen leidt tot deze situatie. Op de eerste plaats is daar het gebrek aan bewustzijn bij zowel de bevolking als de eerstelijnsgezondheidszorg aangaande de eerste tekenen van depressie en de middelen die er tegen aangewend kunnen worden. Op de tweede plaats is daar het stigma en de discriminatie die er op veel plaatsen nog kleven aan geestelijke gestoordheid in het algemeen – depressie daaronder begrepen – en die negatieve invloed hebben op a) de mate waarin de patiënt hulp zoekt, b) de mate waarin artsen en gezondheidszorgers de opleiding en de bereidwilligheid hebben om in te grijpen, en c) de bereidwilligheid van beleidsmakers om voor

zulke programma's geld ter beschikking te stellen. Ten derde is daar de beperkte beschikbaarheid van rendabel medisch ingrijpen, ten gevolge van: onvoldoende medische opleiding op het eerste niveau, gebrek aan nationale richtlijnen, tekort aan geschoolde beleidsmedewerkers en gezondheidszorgers, gebrek aan beschikbaarheid van onontbeerlijke psychotropische medicijnen (waaronder moderne antidepressiva), met name in de eerstelijnsgezondheidszorg. Ten vierde ontbreekt de mogelijkheid om mensen die een erkende depressie hebben doorgevoerd de nodige nazorg te geven.

Kort samengevat, de effectieve zorg voor mensen met een depressie wordt ondermeer belemmerd door het sociale stigma van geestelijke afwijkingen, waaronder depressie, het gebrek aan middelen en het gebrek aan getrainde hulpverleners.

Omgaan met het probleem

Traditioneel concentreren de verschillende betrokken instellingen (universiteiten, professionele instellingen, departementen van geestelijke gezondheidszorg, enzovoort) zich op:

(I) het produceren en verspreiden van middelen voor de zorg van depressieve patiënten, meestal gericht op deskundigen in de geestelijke gezondheidszorg, evenals workshops om hen te helpen depressie beter te onderkennen en te behandelen

(II) gebeurtenissen die de bewustwording van depressie doen toenemen en het stigma dat aan depressie kleefte te beperken.

Onlangs zijn op sommige plaatsen programma's getest voor de kwaliteitsverbetering van depressieprogramma's en daar zijn positieve resultaten uitgekomen.

Gezien de omvang van het probleem en de aard van de bestaande effectieve behandelingsmethoden, wordt de noodzaak tot andere benaderingswijzen gevoeld, met nadruk in de eerstelijnszorg. Er is aangetoond dat programma's voor depressie in de eerstelijnszorg de kwaliteit van de zorg, de tevredenheid over de zorg, gezondheidsresultaten, het functioneren van de patiënt, economische productiviteit en huishoudelijke financiën allemaal helpen verbeteren, en dat tegen redelijke kosten.

Op dit gebied zouden de volgende activiteiten moeten worden geëntameerd:

Verbetering van de mogelijkheid van landen een beleid te voeren dat de zorg voor depressie in de eerstelijnszorg verbetert, en daar effectief mee om te gaan in het kader van de strategie van Eerste Lijn Hulp.

Educatieve activiteiten gericht op patiënten, familieleden, hulpverleners en beleidsmakers.

Het opleiden van personeel in de eerstelijnszorg voor het stellen van een vroege diagnose en het begeleiden van depressie.

Recente vernieuwing

Met betrekking tot dit laatste punt verdienen enige recente en vernieuwende initiatieven onze aandacht en enige reflectie.

Kort geleden werd een trainingsprogramma voor het opsporen en behandelen van depressie getoetst door de PAHO/WHO. Bij deze toets werden verpleegkundigen die werkten in klinieken voor eerstelijnszorg willekeurig verdeeld over twee groepen. Een daarvan kreeg het trainingsprogramma, de andere (de controlegroep) niet.

De training hield onder meer in kwesties van diagnose, behandelingsmogelijkheden en bijverschijnselen van de behandeling. De verpleegkundigen die het trainingsprogramma volgden vertoonden een statistisch significante verbetering in kennis over en opsporing van depressie; bovendien verwezen ze patiënten met een depressie eerder naar de arts. In de controlegroep was niets veranderd.

Op dit moment loopt er ook een experiment om de mogelijkheid te onderzoeken kappers depressie bij hun klanten te laten identificeren en hen naar de gezondheidszorg te verwijzen. Dit ligt wel heel ver af van de traditionele medische aanpak, maar past prima in het systeem van eerstelijnszorg, waarbij gebruik gemaakt wordt van wat de gemeenschap ter beschikking staat om gezondheidsproblemen te lijf te gaan. We hopen spoedig over de follow-up van dit project te kunnen rapporteren.

De rol van geestelijke leiders

En dan nu nog een vernieuwend idee: de integratie van geestelijke leiders in het proces dat tot doel heeft de kloof te verkleinen tussen behandelde en onbehandelde depressie.

De pastorale zorg brengt geestelijke leiders juist in contact met mensen die op verschillende wijzen lijden en we hebben reden om aan te nemen dat voor velen depressie een belangrijke component van hun lijden is. Zonder de spirituele dimensie van het lijden te ontkennen, zou er ruimte kunnen zijn voor het overwegen van depressie als een andere dimensie van dat lijden. In zulke gevallen zou het heel passend zijn de persoon naar de gezondheidszorg te verwijzen. Dit zou vergemakkelijkt kunnen worden als er

eerder contact is tussen geestelijke leiders en gezondheidszorgers.

Conclusie

Er zijn honderden miljoenen mensen die aan een depressie lijden (het probleem), er bestaan betaalbare behandelingen (technologie), faciliteiten en personeel om voor mensen met een depressie te zorgen zijn er ook (infrastructuur). Er is geen reden waarom iemand die aan een depressie lijdt – ongeacht leeftijd, geslacht, sociale klasse of woonplaats – de passende behandeling niet zou krijgen. Er is geen reden waarom we de technologie en de infrastructuur die we hebben niet in gang zouden zetten om deze mensen te helpen.

Er zijn schattingen dat de wereldwijde belasting door ziekte die wordt toegeschreven aan depressie met meer dan 50% zou kunnen worden teruggedrongen als alle mensen die aan depressie lijden werden behandeld met methoden die op dit moment beschikbaar zijn. Het opvoeren van het aantal behandelingen zal de arbeidsongeschiktheid en de kosten van de gezondheidszorg terugbrengen en de economische en sociale productiviteit opvoeren.

Voor ons ligt de uitdaging intelligente oplossingen te zoeken met de mogelijkheden die we al hebben en nieuwe te ontdekken. Er is geen verontschuldiging voor niets doen en zeker niet voor het herhalen van de fouten van het verleden.

Dr. B. Saraceno

*Directeur van de Afdeling voor Geestelijke
Gezondheid en Verslaving
Wereld Gezondheids Organisatie
Genève, Zwitserland*