

Het boek *De depressie-epidemie* van de Groningse hoogleraar Trudy Dehue, zondagavond VPRO-Zomergast, bevat ernstige misvattingen over de psychiatrie, betoogt **Willem van der Does**. Hij weersprekt de vijf belangrijkste.

Hoezo depressie-epidemie?

De negatieve berichtgeving over psychiatrische diagnostiek neemt epidemische vormen aan. Er verschijnen steeds meer boeken waarin de psychiatrie ervan wordt beschuldigd normale emoties en verschijnselen - zoals somberheid, verlegenheid en onhebbelijk gedrag - van een medisch etiket te voorzien.

Sommige van die boeken zijn geschreven vanuit argwaan, onwetendheid of een extreme ideologie. Een bekend voorbeeld zijn de publicaties van de Scientology Church, die al decennia een kruistocht voert. Andere boeken zijn geschreven vanuit oprechte bezorgdheid en bevatten wetenschappelijk verantwoorde analyses. De vorig jaar verschenen bestseller *De depressie-epidemie* van de Groningse hoogleraar wetenschapstheorie Trudy Dehue heeft kenmerken van beide genres. De centrale boodschap van Dehue is dat het toegenomen gebruik van antidepressiva verklaard moet worden uit een culturele omslag. De term 'depressie' zou in de loop van de jaren negentig een nieuwe betekenis hebben gekregen: gebrek aan ondernemingslust. Volgens de auteur houden 'grootschalige depressiebestrijders' ons voor dat we ondernemend moeten zijn, niet te veel moeten denken. Zij pleit voor het opheffen van de 'ban op bedachtzaamheid', die zij ziet als een uitwas van het neoliberalisme.

Gezien de inhoud van *De depressie-epidemie* en Dehue's uittalingen in interviews houd ik mijn hart vast voor de uitzending van *Zomergasten* waar zij zondag te gast is. Voorafgaand aan dit media-optreden is het goed de vijf belangrijkste misvattingen uit de weg te ruimen die het boek genereert.

Misvatting 1: er is een depressie-epidemie



Er is geen aanwijzing voor een depressie-epidemie. De jaarprevalentie van depressie is vrij stabiel op ongeveer 5 procent, en het aantal suicides is sinds 1983 gestaag gedaald. Het voorschrijven van antidepressiva is de laatste decennia wel sterk gestegen. Jaarlijks krijgen ruim 800 duizend mensen een recept, meestal van de huisarts. Antidepressiva worden niet alleen voor depressie voorgeschreven, maar ook voor angststoornissen, en soms voor pijn.

Een deel van de voorschriften is onterecht of wordt onvoldoende begeleid, bijna eenderde van de patiënten begint zelfs niet aan de behandeling, anderen halen de medicijnen niet eens op of beginnen niet met slikken, een deel stopt binnen twee weken, voordat de medicijnen effect hebben.

Misvatting 2: depressies met een oorzaak zijn geen depressies



Dehue spreekt herhaaldelijk haar

verbazing uit over het feit dat antidepressiva worden voorgeschreven aan mensen die overduidelijk kampen met ernstige tegenslag of stress. Zij citeert het verhaal van zanger Bennie Jolink die door prestatiedrang, uitputting en financiële problemen in een crisis belandde. Zijn huisarts constateerde een depressie en schreef medicatie voor. Dehue stelt dat met deze voorgeschiedenis 'iederéén bewegingsloos aan de keukentafel zou belanden'. Elders stelt ze dat voor stressgevoelige mensen een stressarme omgeving moet worden gecreëerd, 'want dan houden hun symptomen eenvoudig op te bestaan'. Het verhaal van Bennie Jolink logenhardt die redenering. Toen de huisarts arriveerde, zat Jolink al weken in een stressarme omgeving: achter zijn keukentafel, voor zich uit starend. 'Mijn vrouw werd er helemaal angstig van. Uren bewegingsloos. Ik at niks. Ik vermagerde.'

Het onderscheid tussen depressies met een duidelijke oorzaak en depressies die uit het niets lijken te komen, is lange tijd gemaakt en pas relatief kort verlaten. Dat heeft niets te maken met de invoering van descriptieve diagnostiek in 1980, zoals Dehue denkt, maar met het feit dat het onderscheid geen

betekenis bleek te hebben. Aanvankelijk dacht men dat de eerste vorm van depressies met antidepressiva behandeld moeten worden, terwijl voor de tweede vorm psychotherapie nodig is. Beide aannamen zijn echter onjuist gebleken: gemiddeld reageren beide typen depressie even goed op beide behandelingen, en het symptoomprofiel is niet verschillend.

Misvatting 3: psychiatrische aandoeningen zijn geen hersenziektes



Aangezien psychiatrische stoornissen vaak vooraf worden gegaan door tegenslag of stress, vindt Dehue dat het geen hersenziekten zijn. 'Als andere factoren dan het brein zelf de oorzaak van de problematiek zijn, is er even weinig reden om ze hersenziekten te noemen als er reden is om brandwonden als huidziekte te betitelen.'

Derdegraads zonverbranding wordt anders wel degelijk als huidziekte gerubriceerd. En hartinfarcten als gevolg van roken vallen nog steeds onder de hartziekten. Mishandeling, stress en perfectionisme zijn risicofactoren voor depressie, maar dat betekent natuurlijk

niet dat het resultaat geen hersenaandoening kan zijn.

Er is geen marker voor depressie die bij alle patiënten wordt aangetroffen, maar Dehue negeert een vrachtlading neurobiologische literatuur. Hoe ernstiger de depressie, hoe schadelijker de effecten op structuur en functie van het brein. Dit betekent overigens niet dat die effecten onomkeerbaar zijn of dat depressie alleen via medicatie behandeld kan worden. Integendeel, psychotherapie en meer bewegen zijn effectieve behandelingen, ook van ernstige depressies.

Misvatting 4: neurobiologische en psychosociale theorieën van depressie zijn incompatibel



Dehue creëert in haar boek voortdurend schijntegenstellingen tussen verschillende visies op depressie. In een interview met *Vrij Nederland* legt zij uit dat een biologische visie op depressie impliceert dat maatschappelijke omstandigheden er niet toe doen. Wie (opnieuw) depressief wordt, zou van de biologische psychiatrie de impliciete boodschap krijgen dat succes of mislukking een keuze is,

en zou aldus gediskwalificeerd worden als 'dubbele loser'.

Deze voorstelling van zaken is schadelijk, want het brengt mensen aan het twifelen of ze hun behandeling moeten voortzetten. Als ergens vooruitgang wordt geboekt, is het wel in de integratie van psychologische en biologische theorieën en behandelingen. De richtlijnen voor behandeling bevatten geen aanbeveling om zonder begeleiding pillen voor te schrijven, en (huis)artsen die dat doen, maken een kunstfout. In hoeverre deze kunstfouten worden gemaakt, is een belangrijk onderwerp voor onderzoek.

Misvatting 5: antidepressiva zijn ineffectief en gevaarlijk



In 2008 verschenen twee artikelen die aantoonde dat het effect van antidepressiva kleiner is dan eerder verondersteld. Een van die artikelen trok veel media-aandacht en werd massaal verkeerd geïnterpreteerd, waardoor de indruk ontstond dat antidepressiva placebo's zijn. Dat is onjuist en onvolledig.

Het artikel ging alleen over de kortetermijneffecten (de eerste maanden). Ook in die periode zijn antidepressiva effectief, hoewel het effect dus kleiner is dan gedacht vanwege een vrij groot placebo-effect. De langetermijneffecten zijn echter onomstreden. Mensen die opknappen van antidepressiva, hebben veel baat bij voortzetting van de behandeling. Als zij stoppen, wordt de kans op herhaling aanzienlijk groter. Dat is geen placebo-effect.

Verder kan de effectiviteit ook op korte termijn vergroot worden door antidepressiva te combineren met andere behandelingen. Depressie is geen onschuldige aandoening. Hoe langer en vaker iemand depressief is, hoe slechter de prognose. Dehue draagt bij aan deze misvatting met oneliners als 'alleen de bijwerkingen zijn onomstreden'. Bijwerkingen zijn er zeker, en er is ook twintig jaar intensief debat over de vraag in hoeverre er een potentieel dodelijke bijwerking is, namelijk suïcidaal of agressief gedrag. Deze bijwerking is in elk geval zeer zeldzaam, maar wordt zo serieus genomen, dat in enkele landen antidepressiva verstrekt worden met een *black box* warning, die patiënten wijst op dit risico. Uiteraard moet elke voorschrijver hiervan doordrongen zijn en dit afwegen tegen de - veel grotere - positieve effecten op depressie en suïcidaliteit. Dit geeft aan dat er niet lichtvaardig met antidepressiva gestart moet worden, maar ook dat er niet onnodig vanaf moet worden gezien.

Willem van der Does is hoogleraar klinische psychologie aan de Universiteit Leiden en het Leids Universitair Medisch Centrum. Een uitgebreidere analyse van Dehue's boek en media-optredens publiceert Van der Does in het septembernummer van *Silhouet*.



Illustratie Ien van Laanen