

## 31 PREVENTIE VAN DEPRESSIE

M.T. Rikken, A. Box, W.B. Schaufeli, T. Antheunissen

### Inleidingen

Box doet verslag van literatuur- en praktijkonderzoek, dat zij heeft uitgevoerd naar preventie van depressie bij vrouwen, in het kader van haar stage bij het Landelijk Ondersteuningspunt Preventie.

Het literatuuronderzoek richtte zich op de verschillende theoretische invalshoeken op depressie. Depressie ziet zij als een continuüm, met aan de ene pool de endogene depressie en aan de andere pool de reactieve psychogene depressie. Daartussen bevinden zich alle mengvormen, waarbij lichamelijke en psychische aspecten beide een rol spelen. Getracht werd in dit onderzoek een theorie te vinden die aanknopingspunten biedt voor preventie van depressie bij vrouwen in de vrouwenpreventiepraktijk. Een theorie die deze mogelijkheden in zich bergt is de interpersoonlijk benadering van depressie van Weissman en Klerman (1982) die zich o.a. baseert op de onderzoeksresultaten van Brown en Harris (1978). Het accent in deze theorie ligt op de psychosociale en interpersoonlijke context waarin een vrouw leeft en waarin een depressie ontstaat. Het brandpunt is de balans die een vrouw moet zien te bewaren tussen draagkracht en draaglast; het adaptieve vermogen is belangrijk. In het literatuuronderzoek van Ruyters (1986) wordt adaptief vermogen gelijkgesteld aan competentie. Competentie en depressie staan in een bepaalde relatie tot elkaar; een relatie die een nadere beschouwing behoeft.

Het praktijkonderzoek richtte zich op de noties van vrouwenpreventiewerkers met betrekking tot depressie, competentie en preventie. Noties die richting geven aan hun werk in de praktijk. Box heeft getracht deze noties te inventariseren door 38 vrouwenpreventiewerkers een vragenlijst te sturen. Deze vragenlijst bevatte open en gesloten vragen over depressie, competentie, preventie en praktijkervaringen. De respons was 75%.

Box meent dat het met behulp van de resultaten van het literatuuronderzoek en het praktijkonderzoek misschien mogelijk wordt kruisbestuiving uit te voeren; de theorie over depressie - en de relatie met competentie-aanvullen en/of aanpassen aan de hand van de praktijkconcepties en de

open plekken in de praktijkconcepties aanvullen met theoretische concepties. Misschien heeft dit tot resultaat dat er een veld groeit, waar praktijkideeën voor preventie van depressie bij vrouwen van geplukt kunnen worden. Praktijk- en literatuuronderzoek worden door Box uitgewerkt in de vorm van een doctoraalscriptie.

Rikken gaat vervolgens in op *post-partum depressies en de positie van vrouwen met jonge kinderen*. Tijdens zwangerschap blijkt er een lager risico voor psychiatrische ziekten dan gemiddeld. Tot 2 jaar post-partum is het risico echter 3½x zo groot psychiatrische ziekten te krijgen als gemiddeld en in de eerste dagen zelfs 35x zo groot (Kendell, 1986).

In haar projectverslag 'Vrouwen met een Post Partum Depressie' staat een aantal onderzoeken vermeld op grond waarvan men kan concluderen dat psychosociale redenen een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van psychiatrische klachten bij deze groep. Daarom richtte Rikken zich voor de ontwikkeling van preventie-activiteiten op psycho-sociale en maatschappelijke factoren. De aangrijpingspunten baseerde zij op de leer-theoretische, de sociaal-psychologische en de interactionele benadering.

De *leer-theoretische benadering* (vrouwen en 'learned helplessness') geeft aan dat vrouwen geleerd hebben op verschillende situaties te reageren met een depressie in plaats van te trachten hun situatie te veranderen. *Doelstelling* voor een activiteit werd van daar uit: vrouwen handelingsbekwamer maken. *Activiteiten* in dat kader waren:

- a. vrouwen met een post-partum depressie in een groep plaatsen ((h)erkenning, inzicht, vaardigheden);
- b. de ontwikkeling van een netwerk van contactpersonen, waarbij vrouwen uit de doelgroep bezocht en ondersteund werden door zogenoemde 'ervaringsdeskundigen'.

De *sociaal-psychologische benadering* geeft aan dat een depressie ontstaat als gevolg van het verlies van een of meerdere sociale rollen (in dit geval verlies eigen identiteit, vaak verlies baan, verlies contacten). *Doelstelling* voor een activiteit werd van daar uit:

- a. vrouwen inzicht geven in de rolpatronen en de betekenis van rollen, de consequenties van rolwisselingen etc.;
- b. het doorbreken van de isolementpositie van vrouwen met jonge kinderen.

*Activiteiten* in de kader waren:

- a. de ontwikkeling van een netwerk van moedergroepen om contacten te bevorderen;
- b. de ontwikkeling van een voorlichtingsboekje.

De *interactionele benadering*, ziet de relatie tussen man en vrouw als de oorzaak van depressie bij vrouwen en stelt de relatieafhankelijkheid cen-

traal. Dit leidt binnen de hiervoor genoemde activiteiten tot veel aandacht voor de traditionele rolverdeling en de alternatieven daarvoor.

Ter vergelijking een *theoretische analyse van de positie van vrouwen met jonge kinderen* op grond van het maatschappij-kritisch preventiemodel, maakt samen met 3 andere preventiewerkers.

Op het *ideologisch niveau* zien we dan de traditionele moederschapsopvatting waarin het moederschap wordt geïdealiseerd en vrouwen in wezen alleen bestaan om kinderen te krijgen. *Doelstelling* wordt dan de onderdrukkende werking hiervan duidelijk maken en alternatieven bespreken. *Activiteiten* in dit kader kunnen bijvoorbeeld zijn het verspreiden van informatie hierover.

Op het *institutionele niveau* signaleren we een aantal instituten op het gebied van arbeid, onderwijs, hulpverlening, etc. die de traditionele moederschapsideologie uitdragen en daarmee tevens de onderdrukkende werking hiervan voor vrouwen met jonge kinderen. *Doelstelling* wordt globaal instituten te beïnvloeden teneinde betere voorwaarden te creëren voor vrouwen met jonge kinderen.

Op het *individuele niveau* zien we reacties van vrouwen met jonge kinderen op onderdrukkende aspecten van hun positie zoals slachtoffergedrag, verzet of aanpassing als overlevingsstrategieën. *Doelstelling* wordt dan:

- vrouwen inzicht geven in het verband tussen hun reacties en hun klachten en de eisen die aan hen gesteld worden ten aanzien van moederschap;

- de handelingsbekwaamheid vergroten.

*Activiteiten* kunnen dan onder andere zijn: groeps- en cursuswerk, netwerkontwikkeling, informatie.

*Conclusie*: door een theoretische analyse te maken volgens het maatschappijgerichte preventiemodel, wordt het probleem verruimd en in een breder kader geplaatst. Hierdoor wordt het mogelijk een groot aantal te ontwikkelen activiteiten naast elkaar te plaatsen en daar een gerichte keuze uit te maken.

Voor een compleet overzicht kan men deze theoretische analyse over de positie van vrouwen met jonge kinderen opvragen bij Rikken.

*Schaufeli* bespreekt de mogelijkheden van preventie van depressie samenhangend met werkloosheid. Er zijn twee onderzoekstradities die een licht werpen op de relatie depressie en werkloosheid.

In de psychiatrische epidemiologie wordt gezocht naar de sociale etiologie van depressie, waarbij - bijvoorbeeld in het onderzoek van Brown - werkloosheid als zogenoemde 'kwetsbaarheidsfactor' aan het licht komt. In het onderzoek naar de psychosociale effecten van werkloosheid wordt het

probleem van de andere kant benaderd en gezocht naar specifieke reacties op de sociale stressor werkloosheid. Depressie wordt dan veelvuldig gerapporteerd.

Uit eigen onderzoek onder afgestudeerden van het HBO komen twee voor de preventie belangrijke conclusies naar voren:

1. Bij schoolverlaters vervult betaald werk een gezondheidsbevorderende rol met betrekking tot depressie. Bij langdurig werklozen die al eerder hebben gewerkt blijkt dat de psychische gesteldheid van invloed is op de kansen op de arbeidsmarkt. In het eerste geval is een baan dus de beste preventie. In het tweede geval zal er eerst een psychische barrière geslecht moeten worden. Hiervoor zouden, in navolging van Zweden en Zwitserland, speciale functionarissen bij het arbeidsbureau aangesteld kunnen worden.

2. De betekenis die men hecht aan betaald werk hangt samen met depressie. Hoe groter deze betekenis is, des te sterker de depressieve gevoelens. Toch zou er niet naar gestreefd moeten worden om werklozen te "bevrijden" van hun arbeidsethos. Daarmee zouden ze immers leren af te zien van het recht op arbeid.

Voor de preventie zijn er twee belangrijke taken te vervullen. In de eerste plaats het *signaleren* van psychosociale problemen bij werklozen en het doorgeven van de signalen naar de curatie, maar ook naar de lokale werkloosheids- en uitkeringsinstanties. In de tweede plaats het *ontwikkelen van een netwerk* van personen en organisaties rondom de werkloosheidsproblematiek. Een aparte 'werklozen'-werksoort lijkt niet wenselijk gezien het individualiserende karakter ervan. Werkloosheid blijkt immers, ondanks de individuele gevolgen ervan, in de eerste plaats een maatschappelijk probleem.

*Antheunissen* gaat vervolgens in op de vroege opsporing en herkenning van depressies. De mate van vóórkomen van depressieve aandoeningen in de bevolking is niet precies bekend, en moeilijk vast te stellen gezien de onduidelijke afgrenzing tussen somberheid en depressie. Mogelijk is er sprake van een continuüm. Diverse buitenlandse en Nederlandse onderzoekers hebben schattingen gemaakt, die variëren van 26 tot 84 per 1000 van 18 jaar en ouder in de bevolking. Dit is echter niet identiek aan het aantal depressieve patiënten dat de huisarts bezoekt. Van de bovengenoemde 54/1000 zou bij *ongeveer* 25 de diagnose depressie gesteld worden. Vele depressieve patiënten melden zich niet met het klassieke beeld zoals je die in de kliniek kon en kan waarnemen, terwijl er toch sprake is van een behandelbare depressieve aandoening, indien deze herkend wordt.

Patiënten kunnen bij hun huisarts komen met klachten van lichamelijke aard, van psychische aard, of een combinatie van beide. Het blijkt uit

divers Nederlands en buitenlands onderzoek dat de mate waarin een huisarts depressieve aandoeningen adequaat diagnostiseert sterk kan variëren. In Nederland hebben onder andere Verhaak en Ormel hierop gewezen. Het aantal herkende en/of zo benoemde depressies kan wisselen van 20 tot 80%.

De redenen voor deze enorme variatie zijn slechts ten dele bekend. Antheunissen noemt een aantal aspecten:

1. *Het aspect van de definitie en de classificatie.* Er is nog steeds geen eenduidige definitie van depressie.
2. *De huisarts.* Er zijn grote verschillen in de mate waarin huisartsen psychiatrische aandoeningen beschouwen als onderdeel van hun werk en binnen hun mogelijkheden. Om psychiatrische aandoeningen in het algemeen en depressie in het bijzonder te herkennen is het belangrijk dat de theoretische kennis over moderne psychiatrische diagnoses en behandeling aanwezig is, daarnaast moet de huisarts er open voor staan. Hier kunnen persoonlijk factoren, zowel positief als negatief, optreden. Tenslotte moet de huisarts consultatie en/of verwijzingsmogelijkheden hebben en kennen.
3. *De patiënt.* Vanuit de patiënt gezien, blijkt dat 75% van de patiënten alleen somatische klachten of gecombineerd somatische en psychische klachten brengt. Sommige van deze klachten blijken wel als een aanwijzing te werken voor huisartsen om aan een depressie te denken (b.v. eetstoornissen of slapeloosheid), terwijl andere, zoals al eerder gezegd (b.v. pijn), niet direct daaraan doen denken.

Het belang van tijdige herkenning en juiste benoeming van de aandoening als een depressie, is gelegen in de mogelijkheid een gerichte behandeling te bieden. Dit kan door middel van een combinatie van gesprekken, het aanpakken van omgevingsfactoren en - waar geïndiceerd - medicatie. Deze aanpak kan:

1. de aandoening mogelijk verkorten door het herstel te bespoedigen;
2. voorkomen dat de depressie chronisch wordt;
3. de kwaliteit van het leven verbeteren en de compliance van de patiënt beduidend verhogen;
4. voorkomen dat er onnodig somatisch ingrijpend en invasief onderzoek verricht wordt waardoor er minder risico's voor de patiënt ontstaan;
5. tenslotte voor de huisarts een bevredigender manier van omgaan met die groep patiënten betekenen.

De vakgroep psychiatrie van het AZU, in samenwerking met de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Utrecht, gaat onderzoek doen naar de herkenning van depressieve patiënten door Nederlandse huisartsen en naar de manier waarop de bovengenoemde factoren beïnvloed kunnen worden om tot een gunstig resultaat te leiden.

## Discussie

Ingegaan wordt op de rol van de huisarts bij het opsporen en herkennen van depressies. Brown geeft aan dat bij huisartsen het percentage herkende depressies bij vrouwen tussen de 0% en 100% ligt. Dit hangt onder andere samen met het beeld dat de huisarts van vrouwen heeft. Hij vraagt zich af of het niet beter zou zijn als vrouwen rechtstreeks met hun klachten bij de RIAGG terecht konden. Ook van andere kanten wordt bevestigd dat de huisarts soms "in de weg" staat als het erom gaat de depressieve cliënt bij de juiste hulpverlener te krijgen.

Anderzijds wordt benadrukt dat bij depressies ook biologische factoren een rol kunnen spelen (b.v. vermoeidheid). Voorkomen moet worden dat deze factoren door de ggz-werkers over het hoofd worden gezien.

Over het verschil tussen depressies bij mannen en vrouwen geeft Box aan dat op dat punt uit haar literatuur-onderzoek geen grote verschillen naar voren zijn gekomen. Dit in tegenstelling tot de bevindingen van Brown, waaruit blijkt dat er in Engeland meer depressieve mannen dan depressieve vrouwen zijn. In Australië zijn die verschillen weer veel kleiner. Box heeft hiermee geen harde verklaring; mogelijk spelen verschillen in rollenpatronen in die landen een rol.

Tenslotte gaat Brown in op de relatie tussen werkloosheid en depressie bij vrouwen in Engeland.

## Literatuur

- Brown, G.W. & T.O. Harris. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorders in women*. London: Tavistock Publications.
- Kendell, R.E., S. Wainwright, A. Hailey, & B. Shannon (1976). The influence of childbirth as psychiatric morbidity. *Psychological Medicine*, 6, 297-302.
- Nadelson, *The woman patient* (Vol. 3). New York: Plenum.
- Ruyters, M. (1986). *Cognitieve competentie en AAGZ-preventie*. Doctoraal scriptie Vakgroep Klinische Psychologie, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Weissman, N.N., & G.L. Klerman (1982). Depression in women: Epidemiology, explanations and impact on the family. In M.I. Notman, & C.C.