

Tilburg University

Subklinische depressie roept interessante vragen op

Ormel, J.; de Jonge, P.

Published in:
Tijdschrift voor Psychiatrie

Publication date:
2008

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Ormel, J., & de Jonge, P. (2008). Subklinische depressie roept interessante vragen op. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50(8), 529-531.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Subklinische depressie roept interessante vragen op

J. ORMEL, P. DE JONGE

Cuijpers en Smit (2008) beantwoorden de centrale vraag van hun artikel 'Subklinische depressie: een klinisch relevante conditie?' volmondig met ja. Zij beargumenteren en onderbouwen deze positie goed in een helder geschreven artikel, waardoor het zich goed leent voor een kritisch commentaar. Het artikel roept ook boeiende vragen op over de afgrenzing van subklinische depressie (SD) en de betekenis van begrippen zoals 'stoornis' en 'klinische relevantie'.

De auteurs definiëren 'subklinische depressie' als een toestand bestaande uit een van de twee kernsymptomen van *major* depressie (MD) plus 1-3 andere symptomen uit het MD-spectrum. De bovengrens is dat de toestand (net) niet voldoet aan de criteria voor MD en de ondergrens is minimaal 2 symptomen uit het MD-spectrum, waaronder ten minste één kernsymptoom. De SD is volgens de auteurs klinisch relevant, enerzijds omdat SD samengaat met verminderd welbevinden en psychosociaal disfunctioneren en anderzijds omdat SD een risicofactor is voor de ontwikkeling van een MD. Hierbij zijn wel enkele kanttekeningen te maken.

Causaliteit Ten eerste gaan de auteurs te gemakkelijk ervan uit dat de samenhang van SD met verminderd welbevinden en psychosociaal disfunctioneren veroorzaakt is door de SD. De causaliteit zou echter vaak andersom kunnen liggen: verminderd welbevinden en/of disfunctioneren die zijn veroorzaakt door heel andere factoren dan SD (bijvoorbeeld pijn, vermoeidheid; gebrekkige vaardigheden en relationele proble-

men) zouden kunnen leiden tot SD-symptomen. Vooral wanneer de auteurs data uit de *Longitudinal Aging Study Amsterdam* (LASA-studie) gebruiken, dient men te beseffen dat dit ouderen betreft bij wie het verminderd welbevinden en disfunctioneren zeer wel een gevolg kunnen zijn van een slechte gezondheid en afkalvend sociaal netwerk (waarbij het maar de vraag is of die veel te beïnvloeden zijn).

Subklinische depressie als risicofactor De tweede kanttekening betreft de opvatting dat SD een risicofactor is voor MD. Zoals de auteurs zelf opmerken, kan de SD op 4 manieren gezien worden, namelijk als (1) een conditie met unieke kenmerken; (2) een positie in het midden van een onderliggend continuüm van geen symptomen naar MD; (3) de prodromale fase in het ontstaan van MD; en (4) een tijdelijke, mogelijk residuele, fase in het herstel van een MD. Het verhoogde risico op MD zou dus (grotendeels) het gevolg kunnen zijn van het feit dat SD een normale fase kan zijn in de ontwikkeling van MD.

Deze gevallen hadden bij de berekening van het verhoogde risico buiten beschouwing moeten blijven en dat is niet gebeurd. Dit had overigens op meerdere manieren gekund, onder andere door alleen die SD's op hun risico voor MD te onderzoeken die hersteld zijn (waardoor ze niet meer als een prodromale fase beschouwd kunnen worden) of die minimaal 6 maanden duren en in die tijd zich niet tot een MD hebben ontwikkeld (waardoor het onwaarschijnlijk is dat ze een prodromale fase vormen). Ook kan het zo zijn dat juist mensen met

een voorafgaande MD een huidige SD hebben die zich weer ontwikkelt naar een MD. Het hebben meegemaakt van eerdere episoden van MD is de belangrijkste voorspeller voor een nieuwe MD. Daarom moet er, om een zuivere schatting van de effecten van SD op MD te maken, voor voorafgaande MD-episoden gecorrigeerd worden, hetgeen ook niet is gebeurd.

Afbakening en symptoomkenmerken Ten derde de SD zelf. Een boeiende vraag is of SD wel betekenisvol kan worden afgebakend van de normale variatie in onwelbevinden, in somberheid, in pech en verdriet, en zo ja, hoe dan? Waar ligt het omslagpunt naar een pathologische conditie? De huidige ondergrenzen zijn alle arbitrair. Deze heterogeniteit kan er de oorzaak van zijn dat de auteurs geen consistente factoren vonden waarmee men kan voorspellen welke mensen met een SD een MD zullen krijgen. Cuijpers en Smit halen ter onderbouwing van de klinische relevantie van SD hun studies aan op basis van gegevens uit de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS-studie). In deze studies lijdt de operationalisering van SD, zoals de auteurs zelf aangeven, aan de beperking dat onduidelijk is of het kernsymptoom plus de andere 1-3 symptomen gelijktijdig aanwezig waren. Met andere woorden: de relevantie van de NEMESIS-bevindingen voor de klinische relevantie van SD is onzeker.

Een andere bron van onzekerheid schuilt in symptoomkenmerken zoals frequentie, duur, en intensiteit. Wat zijn de minimale frequentie, duur en intensiteit van een toestand of ervaring zoals depressieve stemming, verminderd plezier, of waardeloosheid, om een psychopathologisch symptoom te worden? Vooral de intensiteitscriteria lijken de laatste decennia aan een sterke inflatie te lijden. Een belangrijk klinisch criterium dat nog wel deel uitmaakt van de *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN), de opvolger van de *Present State Examination* (PSE), maar niet meer van het *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), de opvolger van het *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), is de vraag of patiënt het gevoel of de

gedachte ten minste voor enige tijd van zich af kan zetten of dat het steeds weer het bewustzijn binnendringt.

Overigens willen wij erop wijzen dat in Groningse studies uit de jaren negentig naar psychopathologische aandoeningen in de huisartspraktijk naast 'definite depressie' ook 'borderlinedepressie' werd bestudeerd (Ormel e.a. 1993). Wat betreft het advies voor stapsgewijze zorg mag een prachtig artikel hierover niet ongenoemd blijven (Von Korff & Tiemens 2000).

Klinische relevantie Een vierde kanttekening betreft het begrip 'klinische relevantie' en de relevantiecriteria zelf. Wat bedoelen we nu precies met 'klinisch relevant'? Betekent klinisch relevant dat het legitiem is voor patiënt om arts of psycholoog te raadplegen? Of voor arts en psycholoog om deze conditie te behandelen? Of dat deze effectief te behandelen is? Hoe valide zijn de criteria van verminderd welbevinden en psychosociaal disfunctioneren en in hoeverre vormen deze een risicofactor voor het ontstaan van ziekte? Zijn verminderd welbevinden en psychosociaal disfunctioneren altijd het gevolg van een stoornis of ziekte? Welke betekenis heeft het begrip 'stoornis' eigenlijk hier? Wat is het verschil met ziekte? Waar moeten we SD (en MD) situeren ten opzichte van de begrippen 'stoornis' en 'ziekte'? Zijn andere persoonsgebonden risicofactoren voor MD zoals interpersoonlijke sensitiviteit, geringe eigenwaarde, lage sociale intelligentie ook klinisch relevant, al leiden ze, evenals SD, vaker niet dan wel tot een MD?

Tot slot, het artikel van Cuijpers en Smit laat zien dat er sterke aanwijzingen zijn dat er met een relatief lichte behandeling van SD (begeleide zelfhulp met telefonische ondersteuning) grote winst is te boeken (vooral door beperking van productieverliezen). Minstens zo belangrijk: het artikel prikkelt tot het stellen van boeiende vragen over de klinische relevantie van lichte stoornissen en hun afbakening van de normaliteit. En dat is een grote verdienste.

LITERATUUR

- Cuijpers, P., & Smit, F. (2008). Subklinische depressie: een klinisch relevante conditie? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 519-528.
- Korff, M. von, & Tiemens, B. (2000). Individualized stepped care of chronic illness. *Western Journal of Medicine*, 172, 133-137.
- Ormel, J., Oldehinkel, A.J., Brilman, E., e.a. (1993). Outcome of depression and anxiety in primary care: a three-wave, 3.5-year study of psychopathology and disability. *Archives of General Psychiatry*, 50, 759-766.

AUTEURS

J. ORMEL is hoogleraar Sociale Psychiatrie, in het bijzonder Psychiatrische Epidemiologie, aan het Universitair Medisch Centrum Groningen, Disciplinegroep Psychiatrie, Groningen.

P. DE JONGE is hoogleraar Psychiatrische Epidemiologie, in het bijzonder Depressie en Somatische Ziekten aan het Universitair Medisch Centrum Groningen, Disciplinegroep Psychiatrie, Groningen.

Correspondentieadres: prof.dr. J. Ormel, Universitair Medisch Centrum Groningen, afd. Psychiatrie, Postbus 30001, 9700 RB, Groningen.

E-mail: j.ormel@med.umcg.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-05-2008.

TITLE IN ENGLISH Subclinical depression poses interesting questions