

# Klachtgerichte Mini-Interventies

## Een nieuwe aanpak van depressiepreventie voor groepen met een lagere sociaaleconomische status?

Filip Smit, Cristina Majo, Brigitte Boon, Marijke Ruiter, Marien Abspoel

### Achtergrond

#### Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Verschillen in zorggebruik hangen samen met sociaaleconomische verschillen in de samenleving. Zo maken groepen met een lage sociaaleconomische status (SES) minder gebruik van de beschikbare zorg. Het verminderde zorggebruik van deze groepen heeft vergaande gevolgen voor gezondheidsverschillen. Ten opzichte van groepen met een hoge SES, hebben mensen met een lage SES een kortere levensverwachting: zij leven gemiddeld 10 jaar korter. De gezondheidsverschillen worden nog pregnanter wanneer gekeken wordt naar de levensverwachting die in goede gezondheid wordt doorgebracht. Het verschil tussen lage en hoge SES loopt dan op tot een formidabele 20 jaar, waarin dus minder gezondheid wordt genoten.<sup>1 2</sup>

#### Groepen met een lagere sociaaleconomische status

Wanneer we spreken over groepen met lagere sociaaleconomische status (lage SES) bedoelen we groepen met een lage opleiding, een laag inkomen en minder gewaardeerd werk, als ze al een betaalde baan hebben. In de lage SES groep zitten relatief veel allochtonen, vrouwen en alleenstaanden. Geografisch zijn lage SES groepen vaak geconcentreerd in achterstandswijken met woningen van slechte kwaliteit en weinig voorzieningen in de eigen woonomgeving. Het zijn omgevingen waar de criminaliteit dikwijls floreert. In lage SES groepen is de prevalentie van mentale stoornissen relatief hoog; aanzienlijk hoger dan in groepen met een hogere opleiding, een goede betaalde baan.

Al deze factoren lijken in elkaar te grijpen en elkaar te versterken waardoor er een "*vicious cycle of deprivation*" dreigt te ontstaan: een negatieve spiraal waarin materiële, geestelijke en sociale armoede elkaar versterken, en het steeds moeilijker wordt om zich te ontworstelen aan de armoede, de zogenaamde "*poverty trap*".<sup>3</sup>

De genoemde gezondheidsverschillen kunnen waarschijnlijk door drie factoren verklaard worden:

- Ten eerste worden mensen met een lagere SES aan meer risicofactoren blootgesteld die slecht zijn voor hun gezondheid (zoals woningen van mindere kwaliteit, vuiler werk, een woonomgeving gekenmerkt door relatief veel criminaliteit) en beschikken zij gelijktijdig over minder hulpbronnen (geld, kennis) om voor de verschillende risicofactoren te compenseren.
- Ten tweede kan gedacht worden aan leefstijlen die ongezondheid in de hand werken, zoals relatief weinig lichaamsbeweging, onvoldoende groente en fruit, roken.
- Ten derde wordt in het algemeen aangenomen dat de gezondheidsachterstand voor een deel begrepen kan worden uit een geringer gebruik van de gezondheidszorg, of een zorggebruik dat minder adequaat is omdat zorg bijvoorbeeld te laat wordt ingeroepen, of omdat de klachtpresentatie niet goed door de huisarts begrepen wordt waardoor het gezondheidsprobleem onontdekt blijft.

Willen we nu vanuit de zorg iets doen aan gezondheidsverschillen, dan dient de zorg zich specifiek te richten op groepen met een lage SES. Een extra inspanning is daarbij op zijn plaats. In deze strategische verkenning beschouwen we vooral de toegang van lage SES groepen tot de preventieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ), en dan met name depressiepreventie.

### De keuze voor depressiepreventie is een bewuste keuze

We spraken al over de negatieve spiraal van materiële, geestelijke en sociale armoede. Lage SES groepen die in zo'n spiraal zitten hebben het in geestelijk opzicht moeilijk. Bij hen dreigt de opstapeling van risicofactoren er toe te leiden dat er depressies ontstaan in de zin van een psychiatrische stoornis volgens de criteria van de DSM.<sup>4</sup> Dat is één reden om aan depressie te denken.<sup>5</sup>

In onze keuze voor depressiepreventie namen we ook in beschouwing dat depressie een belangrijke volksziekte is. Jaarlijks zijn er in Nederland 797.000 mensen die aan de diagnostische criteria van de depressie voldoen, naast een grotere groep van 1,1 miljoen mensen met een subklinische depressie: mensen die wel last hebben van depressieve klachten, maar die nog niet voldoen aan de diagnostische criteria. Dit is van belang omdat subklinische depressie de grootste risicofactor is voor het ontstaan van een depressieve stoornis.<sup>6</sup> Subklinische depressie doet zich vooral voor bij ouderen.<sup>7</sup>

Door de grote aantallen personen met een depressie en de verminderde kwaliteit van leven die deze mensen ervaren gaan er jaarlijks 229.000 gezonde levensjaren verloren. Meer in het algemeen is depressie de belangrijkste oorzaak van niet-fatale ziektebelasting. Daarbij komt dat depressie ook geassocieerd is met vroegsterfte.<sup>8</sup> De mortaliteit die met depressie is geassocieerd ontstaat deels door suïcide, maar ook omdat mensen met depressie geneigd zijn zichzelf te verwaarlozen, slechter eten, minder aan lichaamsbeweging te doen, en minder therapietrouw zijn wanneer zij bijvoorbeeld voor een lichamelijke ziekte geneesmiddelen moeten slikken. Dus naast het verlies van gezonde levensjaren door morbiditeit gaan er ook heel letterlijk levensjaren verloren door mortaliteit. De ziektebelasting van depressie vertaalt zich ook door naar heel aanzienlijke economische kosten.<sup>9</sup>

Ten slotte kozen we bewust voor de preventie<sup>10</sup> (en niet de behandeling) van depressie omdat het aantal personen dat voor het eerst (of opnieuw) een depressie ontwikkelt uitermate groot is: van elke twee personen met een depressie is er één persoon bij wie de depressie recent is ontstaan. Behandeling van bestaande depressiegevallen wordt dan dweilen met de kraan open. Het is dan slimmer om te denken aan preventie van beginnende depressies<sup>11</sup> en aan terugvalpreventie.<sup>12</sup> Daarbij is bovendien de problematiek wat lichter zodat met relatief lichte en niet al te dure interventies al gezondheidswinst geboekt kan worden.<sup>13</sup>

### Depressiepreventie in Nederland

In Nederland is er een scala aan interventies gericht op depressiepreventie. Gedacht kan worden aan interventies zoals "Grip op je Dip", "In de put, Uit de put", "Kleur je leven", om enkele van de meer bekende interventies te noemen. Uit onderzoek is bekend dat depressiepreventie effectief is. Eventueel aanwezige depressieve klachten nemen significant af. Bij mensen die geen depressie hebben, maar een verhoogd risico op het krijgen van een depressie neemt dat risico af met 20-30%,<sup>14 15 16</sup> terwijl er nu ook preventieve (stepped-care) interventies zijn waarmee het risico op het krijgen van een depressie zelfs met 50% afneemt.<sup>17</sup> Verder is er steeds robuustere evidentie dat depressiepreventie niet alleen effectief is, maar ook kosteneffectief,<sup>18 19</sup> of zelfs kostenbesparend.<sup>20 21</sup>

Toch laten dezelfde studies zien dat de thans beschikbare preventieve interventies vooral gebruikt worden door mensen uit de hogere sociaaleconomische bevolkingslagen, terwijl mensen met een lage SES er nauwelijks, althans veel minder, gebruik van maken. Daarmee lijkt ook de preventieve GGZ de sociaaleconomische gezondheidsverschillen eerder in de hand te werken dan te verkleinen. Het is immers juist de groep die de preventieve GGZ het hardst nodig heeft, die er het minst van gebruik maakt.

### **Doel van deze strategische verkenning**

In deze strategische verkenning wordt een wetenschappelijk onderbouwd voorstel gedaan om de kloof tussen lage en hoge SES in het gebruik van depressiepreventie te verkleinen. We willen hiermee toewerken naar een ontwikkelings- en onderzoeksagenda die een goede kans maakt het gezondheidsverschil tussen arm en rijk op het terrein van de depressiepreventie te verkleinen.

#### **Klachtpresentatie bij de huisarts**

In veel gevallen zal de huisarts het eerste contact bieden voor mensen met gezondheidsklachten. Behalve aan de huisarts kan ook gedacht worden aan instanties zoals het maatschappelijk werk en de thuiszorg. Ter illustratie gaan we uit van de situatie waarbij een patiënt bij zijn huisarts komt.

De patiënt presenteert zijn klachten bijvoorbeeld door te zeggen dat er sprake is van slechte nachtrust, een moe of lamlendig gevoel, gebrek aan energie, geen plezier in het leven en gepieker.

De arts zou dan kunnen denken aan een beginnende depressie en kunnen doorvragen naar stemming, somberheid, dagschommelingen in de stemming. Maar zelfs als de arts voor zichzelf tot de conclusie komt dat er bij deze patiënt sprake is van een beginnende depressie, dan rest vervolgens de vraag wat de arts de patiënt het best kan adviseren. Welke preventieve interventie dient ingezet te worden? Helpt het de patiënt (in dit stadium) om te horen dat de klachten kunnen wijzen op een beginnende depressie? Of zou de patiënt zich beter geholpen voelen wanneer gericht iets gedaan wordt aan de klachten waarmee hij binnenkwam bij de arts?

We kunnen ons voorstellen dat wanneer iemand met enkele klachten naar de arts gaat, die persoon niet wil thuis komen met een verhaal dat er misschien een depressie boven het hoofd hangt, en zich beter begrepen en beter geholpen voelt wanneer er een korte interventie wordt aangeboden die specifiek toegesneden is op de betreffende klacht.

### **Klachtgerichte mini-interventies**

Voor iemand die met een concrete klacht bij de huisarts komt, ook al kan die klacht behoren tot een depressief syndroom, is een verwijzing naar een groepsinterventie voor depressiepreventie zoals "In de put, uit de put" (6 of 12 sessies) of een e-health interventie zoals "Kleur je leven" (8 sessies) waarschijnlijk niet bijster aantrekkelijk. Vooral niet wanneer bedacht wordt dat beide interventies gebaseerd zijn op cognitieve gedragstherapie en dus een flink appel doen op cognitieve vermogens. Bovendien vergen dergelijke interventies de nodige motivatie en discipline van de patiënt. Niet alleen om daadwerkelijk met de betreffende interventie te starten, maar ook om de interventie te voltooien.

Daarom stellen we een alternatief concept voor: "Klachtgerichte mini-interventies". Met dat type interventies willen we tegemoetkomen aan een aantal zaken. De interventies zijn klachtgericht zodat de patiënt direct het gevoel krijgt aan de slag te gaan met de betreffende klacht. Verder willen we mikken op zeer korte interventies, van hooguit 4 of 5 sessies, om niet alleen heel gericht en snel maar ook kosteneffectief aan de slag te gaan.

## Aansluiting op de praktijk

Het idee van klachtgerichte mini-interventies is niet alleen bij ons, maar op meerdere plekken in Nederland ontstaan. Parallel aan het hier geschetste onderzoekstraject loopt bij het Trimbos-instituut in samenwerking met GGZ-preventieafdelingen een praktijkproject "modulair werken", waarbij bestaande interventies opgedeeld worden in korte modules (bijvoorbeeld gericht op stoppen met piekeren), en aangevuld met nieuwe klachtgerichte interventies (bijvoorbeeld gericht op beter slapen en stress verminderen). Het betreft korte groepsinterventies van hooguit 4 sessies.

Uit de hoek van de huisartsgeneeskunde klinkt de roep om dergelijke interventies eveneens. Er bestaat veel behoefte aan korte, gemakkelijk toepasbare interventies voor psychosociale problemen waarnaar de huisarts makkelijk naar kan verwijzen – en vooral om beter in staat te zijn patiënten met een lage SES iets te bieden dat zowel adequaat is als goed geaccepteerd wordt.

## Selectie van klachten

Van belang voor een kosteneffectieve aanpak is te bepalen op welke klachten de mini-interventies zich het best kunnen richten. Dit hebben we gedaan aan de hand van 3 stappen:

### 1. Selectie van depressiegerelateerde klachten

In de eerste stap gingen we uit van een lange lijst van klachten (zie tabel 1) en onderzochten welke van die klachten geassocieerd zijn met depressies. Hiermee selecteren we dus depressiegerelateerde klachten. Voor de betreffende analyse werd gebruik gemaakt van de derde meeting van NESDA, een cohortonderzoek van het VUmc. De analyses werden gebaseerd op een steekproef van 2208 personen waarvan in de NESDA dataset complete gegevens beschikbaar zijn op twee vragenlijsten over angst en depressie. Met een logistische regressieanalyse werd geëvalueerd welke klachten significant samenhangen met depressie of met dysthyme stoornis (DSM-IV diagnose zoals vastgesteld met de MINI). Dysthymie is een vorm van lichte depressie die minimaal 2 jaar voortduurt. Dit resulteerde in een kortere lijst met depressiegerelateerde klachten.

Tabel 1: overzicht van de selectie van klachten

1. gevoelens van verwarring	13. plezier hebben	27. zich optimistisch voelen
2. gevoelens van waardeloosheid of geringe zelfwaardering	14. het gevoel hebben dat je wat bereikt hebt, voldaan zijn	28. last hebben van pijnlijke of stijve spieren
3. gevoelens van irritatie, prikkelbaarheid	15. verwachtingsvol zijn, het gevoel hebben dat er heel wat is om naar uit te kijken in het leven	29. palpitatie, snelle of bonkende hartslag
4. gevoelens van hopeloosheid	16. zich spraakzaam voelen	30. moeite hebben met slikken
5. zelfverwijt of schuldgevoel	17. vitaliteit, zich levendig voelen	31. vermoeidheid, gebrek aan energie
6. gevoelens van onvrede of dissatisfactie	18. zich energiek voelen	32. verandering in lichaamsgewicht of eetlust
7. pessimisme, de toekomst somber inzien	19. zich goed voelen over zichzelf	33. slaapproblemen
8. lage zelfwaardering, zich inferieur voelen	20. schrikachtig zijn, snel schrikken	34. psychomotore agitatie, rusteloosheid
9. besluiteloosheid, moeilijk beslissingen kunnen nemen	21. zich misselijk voelen	35. gevoelens van minderwaardigheid of schuldgevoel
10. zich zorgen maken, piekeren	22. zich duizelig of draaierig voelen	36. verminderde concentratie of besluiteloosheid
11. zich succesvol voelen	23. trillerig zijn, beven	37. terugkerende gedachten aan de dood
12. zich echt gelukkig voelen	24. een drukkende pijn op de borst voelen	
	25. zich plotseling warm of koud voelen	
	26. kortademigheid	

### 2. Vaststellen van "dure" klachten

In de tweede stap gingen we verder met de korte lijst van depressiegerelateerde klachten. Van die klachten gingen we na wat de economische kosten zijn die veroorzaakt worden door de klachten in relatie tot zorggebruik en door ziekteverzuim. Daarom werd eerst uitgerekend wat de kosten zijn van zorggebruik (zorgkosten) en wat de kosten zijn die veroorzaakt worden door verzuim van betaalde arbeid (kosten ten

gevolge van productieverliezen). De kostenberekening werd uitgevoerd conform de geldende richtlijn voor kostenberekeningen in zorgonderzoek. We zijn hierbij uitgegaan van de integrale zorgkosten voor het peiljaar 2009. De kosten voortkomende uit productieverliezen door ziekteverzuim zijn berekend door uit te gaan van de gemiddelde sekse- en leeftijdsspecifieke productiviteit van de Nederlandse beroepsbevolking. Vervolgens werd met een regressieanalyse geëvalueerd welke klachten en symptomen geassocieerd zijn met hogere kosten. Zo konden we nagaan welke van de klachten die gerelateerd zijn aan depressie bovendien geassocieerd zijn met hoge kosten (zie tabel 2 hieronder).

### Waarom juist “dure” klachten beschouwd?

Er zijn twee redenen waarom we specifiek geïnteresseerd zijn in “dure” klachten.

Ten eerste zeggen de kosten iets over de ernst van de klachten: als mensen daarvoor hulp zoeken of vanwege zulke klachten verzuimen van hun werk en er daarom economische kosten door productieverliezen ontstaan, dan moet er wel iets aan de hand zijn. Specifieker: dan zullen die “dure” klachten kennelijk geassocieerd zijn met functionele beperkingen waarvoor mensen hulp zoeken of verzuimen van arbeid. Dure klachten zijn dus ernstige klachten.

Ten tweede, als we dan klachtgerichte mini-interventies aanbieden en ons daarbij richten op “dure” klachten, dan kunnen we er al van te voren tamelijk zeker van zijn dat de betreffende mini-interventie kosteneffectief zal worden. Immers: de korte, dus betaalbare, mini-interventie verhelpt een dure klacht. De interventie mag dan zelf wat kosten, maar de baten van de interventie wegen dan zeer waarschijnlijk op tegen de kosten die anders door de betreffende klacht sowieso optreden.

### 3 Samenhang met lage SES

In de derde en laatste stap gingen we ten slotte na of de depressiegerelateerde klachten, evenals de associatie met hoge kosten ook teruggevonden worden specifiek bij groepen met een lage SES. Hierbij keken we naar de volgende variabelen: sekse (vrouw), huwelijkse staat (ongetrouwd of gescheiden), arbeid (werkloos), opleidingsniveau (laag), geboorteland (buitenland), gezinsgrootte (groot). Over de conclusies van de derde stap kunnen we kort zijn: alle door ons gevonden verbanden werden duidelijk teruggevonden in de maatschappelijk meer kwetsbare groepen. De onderzoeksresultaten die in de vorige stappen werden verkregen, zijn dus onverminderd geldig voor de lagere SES groepen in Nederland. Anders gezegd, de door ons geïdentificeerde depressiegerelateerde klachten zijn geassocieerd met hoge kosten en dat geldt zowel voor de groep met een lage SES als voor groepen met een hogere SES.

### De NESDA studie

We maakten gebruik van de data van NESDA, een cohortstudie van de Vakgroep Psychiatrie binnen het *EMGO Institute for Health and Health Care Research* aan het Medisch Centrum van de Vrije Universiteit.<sup>22</sup> De NESDA data hebben betrekking op de Nederlandse populatie van 18-65 jaar. De steekproef bestaat enerzijds uit mensen met (gemengde) angst en depressie en anderzijds uit gezonde controles. Het is daarmee een steekproef die ons bij uitstek in de gelegenheid stelt ‘in te zoomen’ op mensen met verschillende ernstniveaus van depressie. Dat is de kracht van Nesda. De keerzijde is dat de steekproef door opzettelijke oververtegenwoordiging van mensen met depressie en angststoornissen niet representatief is voor de algemene Nederlandse bevolking. Om die reden rapporteren wij geen gemiddelden, bedragen (kosten) of percentages, want die leveren een vertekend beeld op. De betreffende steekproef is wel geschikt om verbanden te bestuderen en om na te gaan of bepaalde klachten met depressie zijn geassocieerd met hogere of lagere kosten. Daarom kijken we alleen naar de sterkte (en de statistische significantie) van verbanden en onthouden ons van het noemen van, bijvoorbeeld, kosten.

## Resultaten

In tabel 1 staan alle 37 beschouwde klachten. De term “klachten” is overigens niet altijd juist. Dat komt omdat “klachten” afwisselend in positieve of negatieve bewoording werden beschreven. Voorbeelden daarvan zijn “gevoelens van onvrede of dissatisfactie” (negatief geformuleerd) en “zich energiek voelen” (positieve formulering). Zo kan het voorkomen dat een negatief geformuleerde klacht positief correleert met depressie en dysthyme stoornis, terwijl een positief geformuleerde klacht juist negatief correleert met depressie en dysthymie. Feit blijft dat de geselecteerde “klachten” correleren - dus samenhangen - met depressieve stoornissen.

In tabel 2 staan de geselecteerde klachten: in de eerste kolom de depressiegerelateerde klachten, en in tweede kolom de “dure” depressiegerelateerde klachten.

**Tabel 2: overzicht van de selectie van klachten**

Depressiegerelateerde klachten (eerste selectie)	“Dure” klachten (tweede selectie)
<ul style="list-style-type: none"><li>• gevoelens van waardeloosheid of geringe zelfwaardering</li><li>• zelfverwijt of schuldgevoel</li><li>• pessimisme, de toekomst somber inzien</li><li>• besluiteloosheid, moeilijk beslissingen kunnen nemen</li><li>• zich echt gelukkig voelen</li><li>• zich optimistisch voelen</li><li>• trillerig zijn, beven</li><li>• last hebben van pijnlijke of stijve spieren</li><li>• vermoeidheid, gebrek aan energie</li><li>• slaapproblemen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• gevoelens van waardeloosheid of geringe zelfwaardering</li><li>• zelfverwijt of schuldgevoel</li><li>• besluiteloosheid, moeilijk beslissingen kunnen nemen</li><li>• trillerig zijn, beven</li><li>• last hebben van pijnlijke of stijve spieren</li><li>• vermoeidheid, gebrek aan energie</li><li>• slaapproblemen</li></ul>

De klachten in de eerste kolom van tabel 2 hangen samen met depressieve stoornis en met dysthyme stoornis en vormen dus een sterk ingekorte lijst van alle beschouwde klachten uit tabel 1. De lijst van depressiegerelateerde klachten die bovendien geassocieerd zijn met hoge zorgkosten en hoge verzuimkosten is nog korter, en zullen we nader beschouwen. Op deze plek herhalen we onze eerdere onderzoeksbevinding dat de geselecteerde “dure” klachten die aan depressies zijn gecorreleerd zowel voorkomen in de lage SES als de hoge SES groepen. Het is dus niet zo dat bij lage SES groepen andere klachten geassocieerd zijn met depressie en bovendien duur zijn dan bij groepen met een hogere SES.

### “Dure” klachten nader beschouwd

In het voorgaande zijn klachten geselecteerd die een relatie hebben met depressieve stoornissen, die veel kosten met zich meebrengen, en die bovendien in de hoedanigheid van dure depressiegerelateerde klacht voorkomen bij groepen met een lage SES.

Het zou om een aantal redenen goed kunnen zijn om voor deze klachten korte interventies te ontwikkelen. Door korte interventies aan te bieden die direct ingaan op de klachten, worden de interventies mogelijk aantrekkelijker en toegankelijker voor groepen met een lage SES. Daarbij zal het aanbieden van mini-interventies gericht op dure klachten heel waarschijnlijk kosteneffectief zijn.

De geselecteerde klachten kunnen worden ingedeeld in overwegend fysieke klachten en overwegend psychische klachten. In het navolgende gaan we telkens na waarom de geselecteerde klachten gerelateerd zijn aan depressie. Daarbij kijken we naar de mogelijke rol van de betreffende klacht in het ontstaan van depressie. Vervolgens gaan we na of die rol van de klacht in de pathogenese van depressie een aangrijppunt oplevert voor een mini-interventie die bovendien moet helpen aan de preventie en vroege interventie bij beginnende depressies. Anders gezegd, eerst gaan we na of we goed begrijpen waarom bepaalde klachten samenhangen met depressie en dan gaan we in de tweede instantie na of er mogelijkheden zouden zijn iets te doen aan die klachten.

## Overwegend fysieke klachten

*Pijnlijke en stijve spieren* kunnen optreden bij depressie want mensen met depressie hebben vaak *spanningsklachten* waardoor ook letterlijk de spierspanning toeneemt, vaak in de nek en bij de schouders. De spanningsklachten kunnen ook veroorzaakt worden door angststoornissen die op hun beurt weer vaak optreden naast een depressie. Veel angststoornissen gaan in de tijd vooraf aan een depressie. Zo ontstaat dan een gemengd beeld: een depressie die gepaard gaat met angstklachten die bij een (onderliggende) angststoornis horen. Bij oudere mensen kan de depressie ook rechtstreeks lichamelijke pijn veroorzaken, zelfs in die mate dat men een depressie mede kan herkennen aan de aanwezigheid van pijnklachten. Bovendien bewegen depressieve mensen minder en ook dat kan zich vertalen in zich verstijvende en dus pijnlijke spieren.

*Beven of trillen* zijn klachten die niet onmiddellijk in het oog springen bij depressie, wel bij een gemengd beeld van zowel depressie als angst. Deze klachten kunnen dan eveneens wijzen op een hoog niveau van spanning of stress. En van stress die langdurig aanhoudt is bekend dat zij de stemming kan aantasten en mensen zich depressief gaan voelen, vooral wanneer zij onmachtig zijn iets te veranderen aan de stressbron. Dat zou een psychosociale verklaring kunnen zijn voor de relatie van deze klachten met depressie. Er zijn ook aanwijzingen voor een genetisch verband. Zo is het 5-HTT gen geïmpliceerd in zowel depressie als angst en codeert het voor afgifte van serotonine en het stresshormoon cortisol.<sup>23 24</sup>

*Vermoeidheid, energiegebrek en problemen met slapen* zijn klachten die zeer karakteristiek zijn voor mensen met depressie. Nieuwe theorievorming over de pathogenese van depressie attendeert op een mogelijk centrale rol van een verstoorde nachtrust bij het ontstaan van depressie. Immers, veel van de overige symptomen en klachten van depressie kunnen begrepen worden als gevolg van slechte slaapkwaliteit: afname van concentratie, somberheid, gebrek aan motivatie, prikkelbaarheid, verandering in de eetlust.

### Ideeën voor mini-interventies voor de fysieke klachten

Met het oog op de behandeling van veel van deze klachten is het interessant dat *lichaamsbeweging* uitkomst kan bieden, zoals *running therapy*. Door voldoende lichaamsbeweging kan er al herstel optreden. Daarvoor is niet eens uitzonderlijk veel lichaamsbeweging nodig. Per dag 20 minuten of meer, bijvoorbeeld in een stevig tempo wandelen, volstaat. Er is een uitgebreide literatuur die wijst op het gunstige effect van lichaamsbeweging op depressie, angst en stress. Voor een deel kan de verbetering die ontstaat ten gevolge van beweging toegeschreven worden aan lichaamseigen endorfine die vrij komt door lichamelijke beweging en dat verhoogt de stemming. Verder is gedragsactivering (*behavioural activation*, zie hieronder) een bekend therapeutisch mechanisme dat werkt bij depressie. Wel dient goed nagegaan te worden welke vorm van lichaamsbeweging het best past in de leefstijl van de patiënt en goed inpasbaar is in het dagelijks leven van de patiënt.

Een andere interventie voor spanningsklachten bestaat uit *ontspanningsoefeningen*. Er zijn vele goede manieren om (lichamelijk) te ontspannen. Ontspanningsoefeningen zijn een onderdeel van de standaard interventies depressiepreventie, die als zelfstandig onderdeel (module) kan worden aangeboden. Het uitvoeren van ontspanningsoefeningen is ook goed uitvoerbaar voor mensen van allochtone afkomst. Er bestaan geluidsopnamen met ontspanningsoefeningen in de eigen taal. Overigens is er weinig effect te verwachten van alleen ontspanningsoefeningen wanneer die spanningsklachten ontstaan in reactie op externe (angstopwekkende) stimuli. In zo'n situatie dient er verder gegaan te worden en dient de patiënt de geleerde ontspanningstechnieken toe te passen in aanwezigheid van de angstopwekkende stimulus.

Problemen met de nachtrust kunnen gericht worden aangepakt met een combinatie van gedrags-therapeutische technieken, zoals het aanleren van een betere slaaphygiëne, grotere regelmaat in het dagelijks leven en door het versterken van een positieve associatie tussen bed en slaap.<sup>25</sup> Kortom: "slapen kun je leren".

## Overwegend psychische klachten

*Gevoelens van waardeloosheid, een lage zelfwaardering, schuld, piekeren en besluiteloosheid* zijn karakteristieke klachten voor mensen met depressie. Het wekt dus geen verbazing dat juist deze klachten naar voren zijn gekomen als klachten die met depressies samenhangen. Ze vormen vanouds de invalshoek voor de klassieke psychotherapeutische interventies depressiepreventie, zoals cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie<sup>26 27 28</sup> en probleemoplossende therapie.<sup>29</sup> Voor lage SES groepen kan het een optie zijn, therapeutische technieken die specifiek betrekking hebben op bovengenoemde klachten te vertalen in klachtgerichte mini-interventies.

### Ideeën voor mini-interventies voor de psychische klachten

*Piekeren* biedt een goed aanknopingspunt, waar ook de andere klachten op te herleiden zijn. Er bestaan (directief) gedragstherapeutische technieken die al heel snel heel effectief zijn bij gepieker, zoals prescriptie van gepieker op van te voren vastgestelde momenten. Het voorschrijven van verplicht piekeren op bepaalde momenten van de dag gaat gepaard met het voorschrijven van andere momenten niet te piekeren. Dat mag dan straks, maar niet nu. De patiënt leert dan al snel controle te krijgen op het eigen gepieker en kan vervolgens met steeds minder piekertijd toe.

Een andere invalshoek om *piekeren* (of rumineren) tegen te gaan is *mindfulness* waarbij de patiënt meer leert te leven in het hier en nu en zich minder bezig te houden met innerlijke denkprocessen en het maken van (normatieve) beoordelingen van die denkprocessen.

*Piekeren* en *besluiteloosheid* leiden tot inertie en inactiviteit. Technieken uit de depressiepreventie die erop gericht zijn om gedrag te activeren of plezierige activiteiten te plannen, kunnen mogelijk als aparte mini-interventies worden ingezet.

Stressbronnen in combinatie met psychische klachten kunnen aangepakt worden volgens de principes van probleemoplossende therapie. Dat is een therapievorm waarbij de patiënt geleerd wordt op een systematische manier orde aan te brengen in de ervaren problemen, die te prioriteren, en vervolgens per probleem zelf oplossingen te zoeken (maar altijd voor één probleem en niet twee of meer problemen tegelijkertijd). De eenmaal gekozen oplossingsstrategie moet vervolgens ook daadwerkelijk worden toegepast. Probleemoplossende therapie vraagt relatief weinig bemoeienis van de kant van de therapeut en kan met succes geïnitieerd en afgerond worden in 4 tot 5 sessies.

Een effectieve manier om *gevoelens van waardeloosheid* en een *lage zelfwaardering* te beïnvloeden zijn de methodes uit de narratieve therapie, zoals *life-review*.<sup>30</sup> Het nagaan van het eigen levensverhaal en de positieve naast de negatieve elementen daaruit kritisch te evalueren en te herinterpreteren, heeft een gunstig effect op depressieve klachten.

Het voorgaande wekt misschien de indruk dat fysieke klachten vooral met fysieke interventies bestreden en psychische klachten met psychologische methoden. Dit onderscheid dient niet te worden gehandhaafd. Het is juist een kenmerk van depressieve klachten dat ze van invloed zijn op het totale functioneren van mensen. We geven daarom ook enkele voorbeelden van zulke kruiselingse verbindingen.

*Spanningsklachten* nodigen ook uit tot interventies die zich richten op het wegnemen van de stressbron of op het aanleren van succesvolle 'copingstijlen' waardoor adequater omgegaan kan worden met de stressbronnen. De stressbron zou van geval tot geval bekeken moeten worden, maar er zijn ook enkele breed toepasbare therapeutische principes die helpen bij stressreductie.

Wellicht staat een *slechte nachtrust* in het licht van te veel piekeren en daar zijn zeer korte en goed werkende psychologische interventies voor.

Voor sommige mensen zou de spanning die leidt tot *beven of trillen* kunnen wijzen op een gebrek aan assertiviteit, en daar zijn goede trainingen voor.



## Besluit en vervolgstappen

De gezondheidskloof tussen arm en rijk is groot, ook in een rijk land zoals Nederland. Deels wordt die kloof in stand gehouden door ongelijke toegang tot de zorg. Daarom dient ook bekeken te worden of (goed bedoelde) depressiepreventie niet bijdraagt aan die gezondheidskloof. Vervolgens dient er nagedacht te worden hoe depressiepreventie de gezondheidskloof kan helpen dichten. Dit is extra belangrijk wanneer we ons realiseren dat depressie volksziekte nummer 1 is en de prevalentie van depressie beduidend hoger is in de bevolkingsgroepen met lage SES. Het is ook belangrijk wanneer we beseffen dat depressiepreventie een belangrijke rol kan spelen bij het terugdringen van de ziektelast in de bevolking als gevolg van het grote aantal nieuwe depressies dat jaarlijks ontstaat.

We zoeken een oplossing in de richting van klachtgerichte mini-interventies die passend zijn in het kader van depressiepreventie en acceptabel voor bevolkingsgroepen met een lage SES.

In deze strategische verkenning selecteerden wij depressiegerelateerde klachten die bovendien geassocieerd zijn met omvangrijke kosten in de zorg en ten gevolge van productieverliezen. Het idee daarbij is dat dit klachten zullen zijn die

- gepaard gaan met (forse) functionele beperkingen
- beloven kosteneffectief te worden wanneer daar mini-interventies op worden gericht.

We vonden een beperkt aantal klachten dat aan deze criteria voldoet. Deze klachten blijken tamelijk centraal te staan in de klachtpresentatie van depressieve mensen. Verder blijken het klachten die zeer waarschijnlijk door relatief korte interventies beïnvloed kunnen worden. Het blijkt verder dat een deel van deze interventies al worden aangeboden in Nederland. Van slechts enkele daarvan is er zicht op inhoud en kwaliteit. Dit alles vraagt om verdere uitwerking en resulteert in een innovatie- en onderzoeksagenda waarin ons inziens een aantal vragen centraal dienen te staan.

Beschikbaarheid van klachtgerichte mini-interventies:

- Zijn er mini-interventies beschikbaar voor de geselecteerde klachten?
- Voor sommige klachten hebben we in Nederland nog geen mini-interventie. In het buitenland misschien wel?
- Sommige interventies lijken wel geschikt, maar zijn te lang. Kunnen die ingekort worden?
- Of kunnen er voor de geselecteerde klachten effectieve mini-interventies worden ontwikkeld?

Gebruik van de klachtgerichte mini-interventies door lage SES groepen:

- Hoe is het gesteld met het gebruik van klachtgerichte mini-interventies door lage SES groepen?
- Kan het gebruik van de klachtgerichte mini-interventies door de doelgroep zo nodig worden verbeterd?
- Welke van die interventies worden goed getolereerd of zelfs aantrekkelijk gevonden door bevolkingsgroepen met een lage SES?
- Hoe kunnen bestaande interventies aangepast worden om beter getolereerd te worden door lage SES groepen? (Sommige korte interventies zouden aan lage SES focusgroepen voorgelegd moeten worden: willen ze wel zo'n interventie? Wat is een goede aanbestedingsvorm? Face-to-face, zelfhulp, via een iPod, internet?)

Rol van de huisarts en de praktijkondersteuner van de huisarts:

- Verder moet er gedacht worden over de rol van de huisarts bij de verwijzing naar mini-interventies. Hoe gaan we dat praktisch inrichten?
- Sommige klachten kunnen op andere medische problemen wijzen.<sup>31 32</sup> Het kan zijn dat die medische problemen met voorrang behandeld moeten worden. Dient het verwijzen naar klachtgerichte mini-interventies daarom voorbehouden te zijn aan de arts?
- Hoe raakt de arts bekend met de betreffende interventies zodat hij gericht kan verwijzen?

Effectiviteit en kosteneffectiviteit van de klachtgerichte mini-interventies:

- Wat is de effectiviteit van de klachtgerichte mini-interventies?
- Wat is de kosteneffectiviteit van deze mini-interventies?

Het beantwoorden van deze vragen zou kunnen helpen om de gezondheidskloof tussen arm en rijk kleiner te maken op een gebied dat centraal staat in de volksgezondheid: depressie. Deze strategische verkenning laat zien dat hier kansen liggen.

## Literatuur

- 1 Mackenbach J.P. 2010. *Ziekte in Nederland*. Mouria, Amsterdam.
- 2 Van der Lucht F, Polder J.J. et al. *Van Gezond naar Beter. Kernrapport van de Volksgezondheids Toekomst Verkenning*. RIVM, 2010.
- 3 Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. 1991. Poverty and psychiatric status. Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area study. *Archives of General Psychiatry* 48:470-4
- 4 APA. 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC
- 5 Costello EJ, Compton SN, Keeler G, Angold A. 2003. Relationships between poverty and psychopathology: A natural experiment. *JAMA* 290:2023-9
- 6 Cuijpers P, Smit F. 2004. Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109:325-31
- 7 Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. 1999. Review of community prevalence of depression in later life. *The British Journal of Psychiatry* 174:307-11
- 8 Cuijpers P, Schoevers RA. 2004. Increased mortality in depressive disorders: a review. *Current Psychiatry Reports* 6:430-7
- 9 Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, Batelaan N, De Graaf R, Beekman A. 2006. Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *The journal of mental health policy and economics* 9:193-200
- 10 Mrazek PB, Haggerty RJ. 1994. *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academy Press, Washington, DC
- 11 Smit F, Ederveen A, Cuijpers P, Deeg D, Beekman A. 2006. Opportunities for Cost-effective Prevention of Late-Life Depression An Epidemiological Approach. *Archives of General Psychiatry* 63:290-6
- 12 Vos T, Haby MM, Barendregt JJ, Kruijshaar M, Corry J, Andrews G. 2004. The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. *Archives of General Psychiatry* 61:1097-103
- 13 Muñoz RF, Cuijpers P, Smit F, Barrera AZ, Leykin Y. 2010. Prevention of Major Depression. *Annual Review of Clinical Psychology* 6:21.1-21.32.
- 14 Cuijpers P, van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A. 2008. Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry* 165:1272-80
- 15 Durlak JA, Wells AM. 1997. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology* 25:115-52
- 16 Horowitz JL, Garber J. 2006. The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74:401-15
- 17 van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HWJ, van Oppen P, van Hout HPJ, van der Horst HE, et al.. 2009. Stepped-Care Prevention of Anxiety and Depression in Late Life: A Randomized Controlled Trial. *Archives of General Psychiatry* 66:297-304
- 18 Van 't Veer-Tazelaar P, Smit F, Van Hout H, Van Oppen P, Van der Horst H, Beekman A, Van Marwijk H. 2010. Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 196:319-25.
- 19 Warmerdam L, Smit F, Van Straten A, Riper H, Cuijpers P. 2010. Cost-utility and cost-effectiveness of internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized trial. *Journal of Medical Internet Research* 12, e53, 1-11.
- 20 Mihalopoulos C, Vos T, Pirkis J, Smit F, Carter R. Do indicated preventive interventions represent good value-for-money? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. In press.
- 21 Smit F, Willemse G, Koopmanschap M, Onrust S, Cuijpers P, Beekman A. 2006. Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients: randomised trial. *British Journal of Psychiatry* 188, 330-336
- 22 Penninx, BWJH, Beekman ATF, Smit JH et al. 2008. The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA): rationale, objectives and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 17:121-140.
- 23 Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, et al.. 2003. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 301:386-9
- 24 Risch N, Herrell R, Lehner T, Liang KY, Eaves L, et al., 2009. Interaction Between the Serotonin Transporter Gene (5-HTTLPR), Stressful Life Events, and Risk of Depression: A Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 301:2462-71
- 25 Van Straten A, Cuijpers P, Smit F, Spermon M, Verbeek I. 2009. Self-help treatment for insomnia through television and book: a randomized trial. *Patient education and counseling* 74(1):29-34.
- 26 Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville B, Chevron ES. 1984. *Interpersonal psychotherapy for depression*. New York: Basic Books
- 27 van Schaik A, van Marwijk H, Ader H, van Dyck R, de Haan M, et al.. 2006. Interpersonal

- psychotherapy for elderly patients in primary care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 14:777-86
- 28 Weissman MM, Markowitz JC. 2002. Interpersonal psychotherapy for depression. In *Handbook of depression*, ed. IH Gotlib, CL Hammen, New York, NY: Guilford Press
- 29 Spence SH, Sheffield JK, Donovan CL. 2003. Preventing adolescent depression: An evaluation of the problem solving for life program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71:3-12
- 30 Bohlmeijer E, Kramer J, Smit F, Onrust S, Van Marwijk H. 2009. The effects of integrative reminiscence on depressive symptomatology and mastery of older adults. *Community Mental Health Journal* DOI 10.1007/s10597-009-9246-z
- 31 Ali S, Stone MA, Peters JL, Davies MJ, Khunti K. 2006. The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine* 23:1165-73
- 32 Baune BT, Adrian I, Arolt V, Berger K. 2006. Associations between major depression, bipolar disorders, dysthymia and cardiovascular diseases in the general adult population. *Psychotherapy and Psychosomatics* 75:319-26

## Dankwoord

De onderzoekers van het Trimbos-instituut danken prof.dr. Brenda Penninx (VUmc) voor het genereus beschikbaar stellen van de NESDA data voor analyse. De Trimbos- onderzoekers danken eveneens het ministerie van VWS voor de financiële steun waardoor deze strategische verkenning mogelijk werd gemaakt.

## Colofon

**Auteurs**  
*Filip Smit, Cristina Majo, Brigitte Boon,  
Marijke Ruiters, Marien Abspoel*

**Productiebegeleiding**  
*Joris Staal*

**Ontwerp**  
*Ladenius Communicatie*

**Productie**  
*Ladenius Communicatie*

**Beeld**  
*www.istockphoto.com*  
*Personen afgebeeld op de omslag  
van deze uitgave zijn modellen en  
hebben geen relatie tot het onderwerp  
van deze uitgave of ieder onderwerp  
binnen het onderzoeksdomein van  
Trimbos-instituut.*

*Deze uitgave is te bestellen via  
[www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) met  
artikelnummer AF1052*

**Trimbos-instituut**  
Da Costakade 45  
Postbus 725  
3500 AS Utrecht  
T: 030-297 11 00  
F: 030-297 11 11

© 2011, Trimbos-instituut, Utrecht.

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