

NORTHERN NETHERLANDS MENTAL HEALTH NETWORK

Waarom deconstructie van depressie?

Prof. dr. P. de Jonge
Interdisciplinary Center Psychopathology and Emotion regulation (ICPE)
UMCG Groningen

OPERATIONALISATIE VAN DEPRESSIE

DSM-IV / ICD-10

Slechte stemming
Interesseverlies

Kern: tenminste 1

Gewichtsverlies of toename
Insomnia of hypersomnia
Psychomotorische agitatie of retardatie
Vermoeidheid of energieverlies
Waardeloosheid of schuld
Concentratie problemen
Suicidale ideatie

Totaal: tenminste 5

Waarom onderscheid kern en randsymptomen?
Zijn deze symptomen wel op te tellen?
Waarom tenminste 5, en niet 4 of 6?
Waarom niet piekeren?
Waarom tegengestelde symptomen?

30 JAAR NA INTRODUCTIE:

- Onvoldoende begrip van etiologie van depressie
- Genetica is een mislukking
- Behandelingen met onvoldoende effectiviteit
- Media heeft het over 'depressie-epidemie' en 'overbehandeling'
- Politiek is hier gevoelig voor

WAT WETEN WE OVER DEPRESSIE?

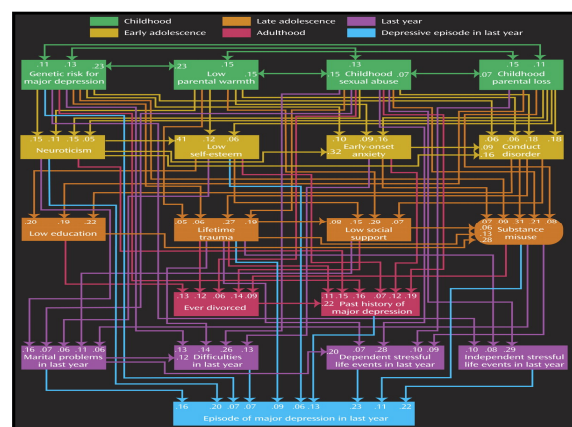
Algemeen aanvaard als een van de belangrijkste volksziekten

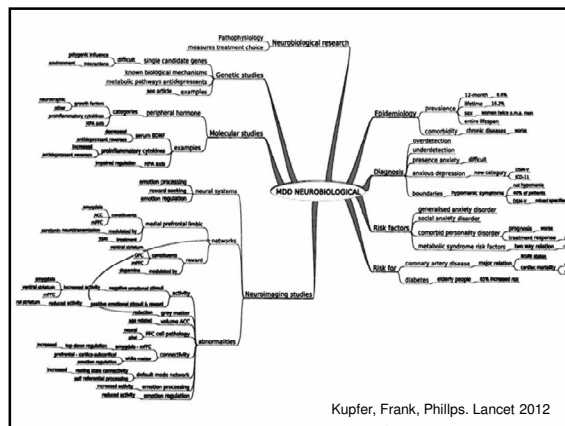
Pubmed 360,000 hits (2012: 19,000)

Nog steeds groeiend

WAT WETEN WE OVER DEPRESSIE?

- Het komt door serotoninehuishouding **Ja Nee Soms**
- Bepaalde genen zijn betrokken **Ja Nee Soms**
- Bepaalde gen-omgevingsinteracties **Ja Nee Soms**
- Het komt door inflammatie **Ja Nee Soms**
- Het komt door witte stof afwijkingen **Ja Nee Soms**





ZOALS JIM VAN OS ZEGT:

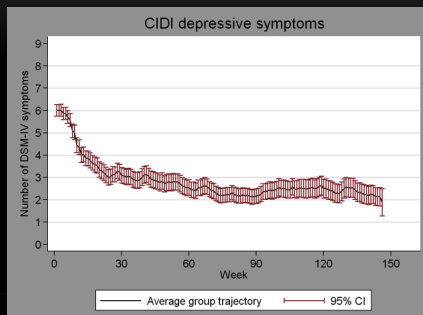
"Gedachten en gevoelens kunnen we niet 1 op 1 herleiden tot moleculaire processen, genen verklaren heel weinig. Terwijl de DSM dat wel suggereert: dat er echte ziekten in staan die te herleiden zijn tot echte processen in het brein"

Trouw, zaterdag 26/1/2013

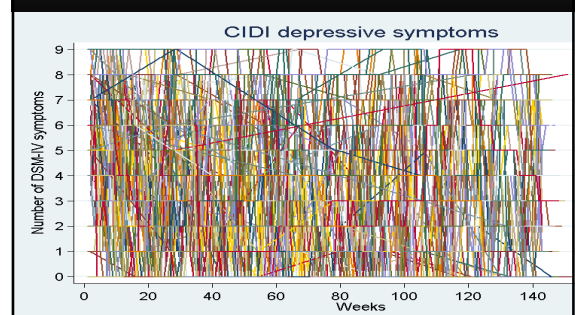
DSM diagnoses (depression):
too heterogeneous to say anything meaningful?



GEAGGREGEERD BELOOP VAN DEPRESSIE



GEDESAGREGEERD



EMPIRISCHE HERORIENTATIE OP FENOTYPE

DSM is eminence- based en niet evidence-based:

Eminence based medicine—The more senior the colleague, the less importance he or she placed on the need for evidence. Experience is worth any amount of evidence. These colleagues have a touching faith in clinical experience, which has been defined as "making the same mistakes with increasing confidence over an impressive number of years."

Waar zit de heterogeniteit in?

1. Tussen mensen (inter-individuele heterogeniteit)
2. Over tijd (temporele heterogeniteit)
3. Tussen symptomen (profiling)
4. Interacties tussen deze bronnen

STATE OF THE ART DATA EN TECHNIKEN

Tussen mensen: mixture modellen

Tijd: VAR analyse en Convergent cross mapping

Tussen symptomen: Factor analyse, Item response Theorie, Netwerkmodellen

JONGE ONDERZOEKERS

Dr EH Bos bioloog/filosoof
Dr KJ Wardenaar psycholoog
Dr B Hosenfeld ontwikkelingspsycholoog

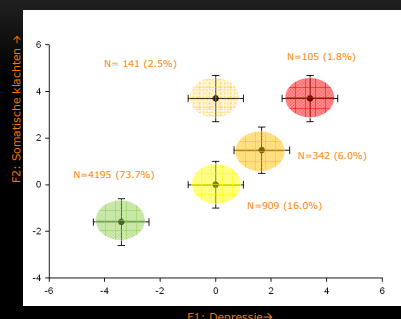
Drs R Wanders psychometricus
Drs R Monden psychometricus
Drs B Toonen fysisch chemicus
Drs S de Vos statisticus/mathematicus
Drs M Bouwmans klinisch psycholoog

PROOF OF PRINCIPLE ANALYSE NCS

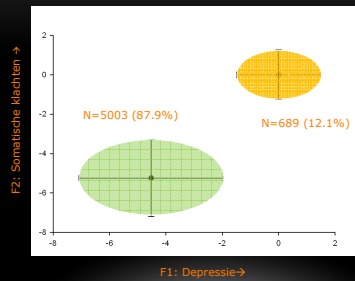
30-DAY SYMPTOM DATA
N=5692, 29 ITEMS (30-DAY SYMPTOMS)
SELECTIE VAN 20 ITEMS DIE DISTRESS METEN (MDD/GAD)

psychological distress	trouble concentrating
trapped or caught	tense or keyed up
suddenly scared for no reason	everything was an effort
blame yourself for things	worthless
lonely	heart pound or race without exercise
blue	short of breath
worry too much about things	feel dizzy
no interest in things	feel trembly or shaky
frightened	a dry mouth
hopeless about the future	hot or cold spells

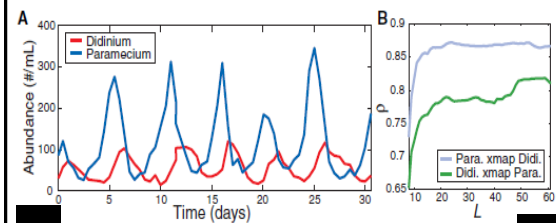
Factor Mixture Model: 5 klassen, 2 factoren



BETER DAN DIT MODEL?



CONVERGENT CROSS MAPPING



Sugihara et al. Science 2012