

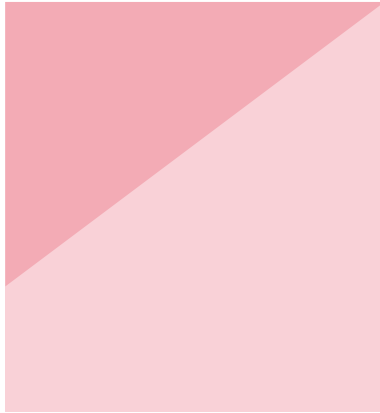
JE KAN ANDERS

Zelf werken aan je
depressieve klachten

—

Roland Rogiers
Dirk Van den Abbeele
Johan Van de Putte

CAMPUS HANDBOEK



ACADEMIA
PRESS

Uitgeverij Academia Press
Prudens Van Duyseplein 8
9000 Gent
België

www.academiapress.be

Uitgeverij Academia Press maakt deel uit van Lannoo Uitgeverij,
de boeken- en multimediativisie van Uitgeverij Lannoo nv.

ISBN 978 94 014 4321 0
D/2017/45/158
NUR 770

Roland Rogiers, Dirk Van den Abbeele & Johan Van de Putte
Je kan anders
Zelf werken aan je depressieve klachten
Gent, Academia Press, 2017, xx + 220 p.

VORMGEVING COVER Peer De Maeyer
VORMGEVING BINNENWERK Studio Lannoo
ZETWERK BINNENWERK Letterlust | Stefaan Verboven

© Roland Rogiers, Dirk Van den Abbeele en Johan Van de Putte
© Uitgeverij Lannoo nv, Tielt

Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of
openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie,
microfilm of op welke andere wijze ook, zonder
voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

INHOUDSTAFEL

VOORAF	11
Voorwoord prof. Dr. Kees Van Heeringen	11
Voorwoord prof. Dr. Kurt Audenaert	12
Waarschuwing	15
Woord vooraf	16
Wat je in dit boek (niet) zult vinden	17
Hoe je dit boek kunt gebruiken	18
HOOFDSTUK I	
WAT IS EEN DEPRESSIE?	21
<i>Dirk Van den Abbeele</i>	
1. Wat voorafging	21
2. Wanneer spreken we van depressie	22
a. Mineure depressie	24
b. Majeure of unipoliare depressie	24
c. De majeure depressie in de bipolaire stoornis	25
d. De Persisterende Depressieve Stoornis	28
e. De aanpassingsstoornis met depressieve stemming	28
f. Geen depressie	28
3. Depressie, je bent niet alleen...	29
a. Risicofactoren	29
4. Hoe wordt iemand depressief?	31
a. Het lineaire depressiemodel	32
b. Biologische kwetsbaarheid	35

i. Aanleg	35
ii. Hormonale factoren	36
iii. Weerstand (immunititeit)	36
c. Scheikunde, circuits en hersenen	37
d. Scheikunde, hersenen en depressie	39
i. Serotonine	39
ii. Noradrenaline	40
iii. Dopamine	40
5. Hoe herstel je je biologie... de antidepressiva	40
a. De heropnameremmers (ook RI genoemd)	41
b. De monoamineoxydaseremmers (MAO-inhibitoren)	45
c. De noradrenerge en specifiek serotonerge antidepressiva (NASSI) en de noradrenalineheropnameremmers (NARI)	45
d. Sint-janskruid	46
e. Andere geneesmiddelen	47
f. De behandeling van de bipolaire depressie	47
6. Enkele veelgestelde vragen	48
7. De behandeling	52

HOOFSTUK II

DE NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELING VAN DEPRESSIE

55

Roland Rogiers

8. Hoe denkt cognitieve gedragstherapie over depressie?	55
a. Cognitieve therapie? Gedragstherapie? Cognitieve gedragstherapie?	55
b. De opvatting van gedragstherapeuten over depressie	56
c. De opvatting van cognitieve therapeuten over depressie	58
i. Wat zijn cognities?	58
ii. Maken onze cognities ons depressief?	59
iii. De gelaagdheid van onze cognities	60
9. Waarom cognitieve gedragstherapie?	66
a. Cognitieve gedragstherapie of andere psychotherapieën?	66
b. Cognitieve gedragstherapie en/of medicijnen?	66
c. Waarom werkt cognitieve gedragstherapie?	67
d. Wanneer hulp zoeken bij een cognitieve gedragstherapeut?	68
e. Hoe kom ik aan cognitieve gedragstherapie?	68

INTERLUDIUM	
WAAR STA JIJ IN JE VERANDERINGSPROCES?	71
<i>Roland Rogiers</i>	
1. Inleiding	71
2. De verschillende stadia van verandering	71
a. Precontemplatie of voorbeschouwingsfase	72
b. Contemplatie of bezinningsfase	73
c. Voorbereidingsfase	73
d. Handelen	74
e. Onderhouden	75
f. Integratie	75
HOOFTSTUK III	
ANDERS LEREN DOEN	81
<i>Roland Rogiers</i>	
1. Inleiding	81
a. De wisselwerking tussen depressie en gedrag	81
b. Van buiten naar binnen: doen om te genezen	83
c. Twee belangrijke doeregels	84
2. Het plannen van verandering	85
a. Eerste week: eerste stap: gadeslaan wat je doet	85
b. Eerste week: tweede stap: een lijst maken van plezierige, nuttige of waardevolle activiteiten	91
c. Tweede week: het inplannen van activiteiten	94
3. De weg naar de hel...	98
a. Tweede week: tweede stap: voorbereid zijn op hindernissen	98
b. Jezelf evalueren	104
4. Zelfbeloning	105
a. Soorten beloningen	105
b. Derde week: werken met zelfbeloning	107
i. Stap 1: het in kaart brengen van manieren van zelfbeloning	107
ii. Stap 2: het effectief werken met zelfbeloning	107

HOOFDSTUK IV	
ANDERS LEREN DENKEN	113
<i>Roland Rogiers</i>	
1. Het samenspel tussen denken, voelen en doen	113
2. Observeren en interpreteren	117
a. Beperkingen in de waarneming	117
b. Hoe kun je het verschil leren zien tussen feiten en gedachten?	120
3. Gedachten zijn niet “waar” of “onwaar”	122
a. Eerste stap: onze eigen gedachtegang leren kennen	122
i. Het noteren van de gebeurtenis	125
ii. Als je jouw gevoel wilt beschrijven	126
iii. Je gedachten achterhalen	126
iiii. Gedrag en gevolg	127
b. Tweede stap: herkennen van tegenwerkende gedachten	127
c. Derde stap: denksprongen en niet helpende denkstijlen	129
d. Vierde stap: anders leren denken: een stappenplan	134
e. Nog enkele saboterende gedachten	135
f. Vijfde stap: het uitdagen van niet-helpende gedachten met de rechtbankmethode	136
g. Zesde stap: acceptatie van de gedachte en er aandacht aan geven	140

HOOFDSTUK V	
ANDERS LEREN OMGAAN MET	
PIEKEREN EN RUMINEREN	145
<i>Roland Rogiers</i>	
1. Inleiding	145
2. Het verschil tussen piekeren en rumineren	146
3. De verhouding tussen depressie en rumineren	146
4. Hoe rumineren in elkaar zit	147
5. De invloed van rumineren op depressie	148
6. Piekeren en de anderen	149
7. Piekeren, een hapering in het oplossen van problemen?	149
a. Piekeren als een probleem van aanvaarding	150
i. ‘Waarom ik?’-piekeren	150
ii. Blijven zoeken naar oorzaken in plaats van oplossingen te bedenken	151

b. Piekeren als een probleem van niet concreet kunnen maken	152
c. Piekeren als een probleem van oplossingen bedenken	153
i. Het verschil tussen problemen en beperkingen	153
ii. Blijven zoeken naar de enige goede oplossing	154
d. Piekeren als een probleem van evaluatie	154
8. Wat doet piekeren erger worden?	156
a. Piekeren en rumineren: aangeleerde gewoonten	156
b. Mensen denken dat piekeren hen zal helpen	158
c. Piekeren wordt soms beloond	161
d. De piekerketting	162
e. De piekerautostrade	162
f. Piekeren eindigt in rampscenario's	163
g. Het wittebereneffect	164
h. Idee dat je controle verliest	165
9. Je eigen campagne opzetten	167
a. De studie en het veranderen van je eigen piekergedachten	168
i. Leer je lichaam te gebruiken als flitspaal en wees een alerte agent	168
ii. Gebruik de vier vragen om uit te maken of je gedachten je kunnen helpen	169
iii. Ga na in welke fase van het probleem oplossen het fout loopt	170
iiii. Technieken om de gewoonte van het piekeren te veranderen	173
iiiii. Rumineren aanvaarden en benaderen met aandacht	177
Ter overweging: stilstaan in verwondering en aandacht geven aan dat wat deugd doet en helpend is	177

HOOFDSTUK VI

GEDACHTEN AAN DE DOOD EN ZELFDODING

187

Roland Rogiers

1. Inleiding	187
2. Het suïcidaal proces	189
3. Inschatten van de fase van het suïcidaal proces	189
4. Oorzaken van zelfdoding	193
5. Zelfmoordgedachten of -poging en de omgeving	194

HOOFDSTUK VII	
TERUGVAL VOORKOMEN	199
<i>Johan Van De Putte</i>	
1. Wat kan ik doen om de kans op terugval zo klein mogelijk te houden?	200
2. Vriendschap met jezelf	204
3. Omgaan met de ups en downs van het leven	205
4. Omgaan met de ups en downs vanuit jezelf	206
5. Leren van je vorige depressie	208
6. Omgaan met stress	208
7. Het beoefenen van opmerkzaamheid	209
8. Maakt een vroegere depressie je kwetsbaarder om nog eens depressief te worden?	211
9. Goed vallen	213
10. Goed omgaan met alarm	214
11. Hoe kun je omgaan met het mogelijke begin van een nieuwe depressie?	217
12. Nieuwe ervaringen en nieuwe associaties	220
HOOFDSTUK VIII	
DE DEPRESSIEVE PATIËNT EN ZIJN FAMILIE	225
<i>Dirk van den Abbeele</i>	
1. Van zorg naar irritatie	225
2. Enkele handvaten	228
MEER INFO?	235
Zelfhulpboeken	235
Waar wij onze mosterd haalden	239
Relevante websites en nuttige adressen	242
Tot slot	244
Dankwoord	245
Over de auteurs	247

Hoofdstuk 1

WAT IS EEN DEPRESSIE

Dirk Van den Abbeele

WAT VOORAFGING...

Wanneer we de geschiedenis van de geneeskunde bekijken, dan zien we dat de mens reeds zeer vroeg met het bestaan van psychiatrische aandoeningen geconfronteerd werd. Vaak werden deze ‘gedragsafwijkingen’ niet als ziektebeeld herkend, maar toegeschreven aan bovennatuurlijke krachten of bezetenheid. Toch ging men toen al op zoek naar methodes en ingrepen om deze mensen te verlossen van hun lijden. Zo werd getracht onder andere het lichaam van duistere geesten te bevrijden door een gaatje in de schedel te maken (trepanatie) of verdreef hen met rituelen.

In de vijfde eeuw voor Christus, nadat Empedocles zijn theorie over de lichaamsvochten had ontwikkeld, bracht Hippocrates deze in verband met persoonlijkheidskarakteristieken en hun pathologie. Hij beschreef hierbij vier persoonlijkheidstypes: het choleric type, het flegmatisch type, het sanguine type en het melancholisch type. Die verwezen naar een onevenwicht in de vier lichaamsvochten, namelijk bloed, slijm, gele gal en zwarte gal, en de gevolgen hiervan op de persoonlijkheid. De behandeling was dan ook gericht op het herstel van dit onevenwicht. Deze theorie van de lichaamsvochten, gemengd met spirituele verklaringsmodellen, hield de hele donkere middeleeuwen door stand, tot in de zeventiende eeuw, waarna door een toenemende anatomische kennis het inzicht in het ontstaan van de verschillende psychiatrische ziektebeelden toenam. Zo schreef Richard Burton in zijn *Anatomy of melancholia* (1621) over het verband tussen de melancholie (of depressieve stemming), psychologische factoren en omgevingsgebonden sociale factoren. Spinoza (1632-1677) postuleerde ‘het onafscheidelijk verbonden zijn van lichaam en geest waardoor fysische processen zich uiteten via psychologische mechanismen zoals emoties, gedachten en verlangens’.

Het verband tussen biologische processen en psychologische factoren is een fenomeen dat reeds lang wordt bestudeerd.

Zo zien we bij een ernstige depressie dat, naast de gedrukte stemming, de patiënt ook andere symptomen rapporteert, zoals verandering in de eetlust, geheugen- en concentratieproblemen en slaapstoornissen. Wetenschappelijk onderzoek heeft ondertussen aangetoond dat deze klachten gestuurd worden door biologische processen in onze hersenen.

Ondanks de evolutie in de wetenschap, bestaan er toch nog heel wat misverstanden over depressie. Nog al te vaak heerst de opvatting dat een depressie wijst op emotionele zwakte, of het gevolg is van slechte gewoontes (en dus je eigen schuld), een ongeneeslijke ziekte of een slechte opvoeding. Te weinig is geweten dat er ook biologische factoren betrokken zijn bij het ontstaan van deze aandoening. Al deze misverstanden maken dat er toch nog een taboesfeer heerst rond depressief zijn.

In wat volgt, proberen we het begrip depressie duidelijk te definiëren. We gebruiken daarbij de omschrijving zoals die ook gebruikelijk is bij wetenschappelijk onderzoek. Verder bespreken we het voorkomen van de ziekte in Europa, stellen we een model voor dat het ontstaan van een depressie kan verklaren en gaan we via vraag en antwoord dieper in op de medicatie die gebruikt wordt om een majeure depressie te behandelen.

WANNEER SPREKEN WE VAN DEPRESSIE

Depressie is een term die vaak gemakkelijk in de mond wordt genomen. Wanneer je vrienden of omgeving spreken over 'zich depressief voelen', bedoelen zij vaak een moment waarin ze zich wat minder opgewekt voelen, minder goed functioneren, futloos zijn en weinig zin hebben om iets te doen. Dagelijkse activiteiten zoals douchen, koffie zetten en het werk lijken dan al te veel. Soms komen deze momenten al eens voor ten tijde van slecht nieuws of in donkere periodes zoals de winter. Onze stemming kan ook wisselend zijn in de loop van de dag, denk maar aan 'ochtend- en avondmensen'. Deze stemmingsschommelingen mogen we geen depressie noemen, zij zijn een normaal fenomeen en geven op hun manier kleur aan het leven.

Depressie wordt dan gezien als een stoornis van de stemming geplaatst in het verlengde van de normale stemming. Wat is dan een echte depressie? Een

depressie is een ziekte, een pathologische toestand waarbij de stemmingsstoornis het kernsymptoom is. Naast dit symptoom zijn er echter nog een aantal andere symptomen noodzakelijk alvorens we kunnen spreken van een echte depressie. Om deze ziekte duidelijker te kunnen definiëren, hebben wetenschappers en klinici een definitie ontwikkeld. In deze definitie wordt een depressie gediagnosticeerd aan de hand van criteria. Deze criteria zijn gebaseerd op **het aantal symptomen**, de **tijdsduur** en de **impact** op het dagelijks functioneren. Wanneer we verder in dit boek over een depressie spreken, bedoelen we dan ook een klinische of pathologische depressie.

- 1 **Depressieve stemming**
- 2 **Verminderde interesse/verminderd plezier in het leven**
- 3 Gewichtsverlies of -toename
- 4 Slapeloosheid of te veel slapen
- 5 Zichtbare onrust, gejaagdheid of net vertraagdheid
- 6 Vermoeidheid of gebrek aan energie
- 7 Schuldgevoelens of gebrek aan zelfrespect
- 8 Aandacht en concentratieproblemen
- 9 Zelfmoordgedachten

In de bovenstaande tabel vind je voor depressie de **negen symptomen** terug. We onderscheiden hoofdsymptomen (vetgedrukt) en nevensymptomen. Er moet minstens één hoofdsymptoom aanwezig zijn met daarnaast nog enkele van de bij symptomen. Het aantal symptomen bepaalt of we spreken van een majeure depressie.

Deze symptomen dienen gedurende minimaal veertien dagen het grootste deel van de dag aanwezig te zijn (**tijds criterium**).

En ze moeten het dagelijks functioneren ernstig aantasten, waardoor er duidelijke stress optreedt (**ernst criterium**).

Deze symptomen zijn geen direct gevolg van middelen (medicatie, drugs of alcohol) of van een andere medische aandoening (bv. het slecht functioneren van de schildklier) (**uitsluitings criterium**).

Mineure depressie

Mineure depressie is een diagnose die vaak gesteld wordt door de huisarts. We spreken van een mineure depressie wanneer er minimaal drie en maximaal vier symptomen aanwezig zijn *samen* met het tijds-, ernst- en uitsluitingscriterium.

Een mineure depressie kan aanleiding geven tot de meer ernstige majeure depressie, maar het is zeker niet zo dat iedere mineure depressie evolueert naar een majeure depressie.

Medicatie is niet de eerste keuze in de behandeling van een mineure depressie. Een niet-medicamenteuze aanpak geniet de voorkeur.

Majeure depressie of unipolaire depressie

Een depressie wordt unipolair genoemd wanneer ze niet voorkomt in het kader van manisch depressiviteit, ook wel de bipolaire stoornis genoemd (zie verder). Verder manifesteren beide ziektebeelden (de unipolaire en de bipolaire depressie) zich zeer gelijksoortig en gelden dezelfde diagnostische criteria.

We spreken van een majeure depressie vanaf **vijf criteria**, waarbij **minstens één hoofdcriterium**. Dit gedurende het grootste deel van de dag in een periode van minimaal twee weken. Er is een duidelijke invloed op het dagelijks functioneren.

Deze definitie kan verder aangevuld worden met **specificaties** zoals ernst, aantal vroeger doorgemaakte depressieve episodes, chroniciteit (klachten bestaan meer dan twee jaar) en het al dan niet aanwezig zijn van psychotische symptomen (gekenmerkt door een visie van de realiteit die opvallend verschillend is van deze waargenomen door de omgeving, bv. wanen en hallucinaties).

Als je de negen symptomen doorneemt, zul je merken dat er diverse combinaties mogelijk zijn die aanleiding kunnen geven tot een majeure depressie. Iemand die reeds enkele weken duidelijk minder plezier heeft in het leven, meer eet en daardoor in gewicht toeneemt, veel tijd in bed doorbrengt, trager reageert, sneller vermoeid is en zich vaak sneller schuldig voelt over kleine tekortkomingen, lijdt, ondanks de afwezigheid van een duidelijke depressieve stemming, wel aan een depressie. We noemen dit ook wel een depressie van het geretardeerde type. Anderzijds is iemand die zich depressief voelt, vermagert,

slecht slaapt, onrustig is, moeilijker een boek kan lezen of een film bekijken en soms het gevoel heeft dat de dood een oplossing zou zijn, ook depressief. Deze depressie met gejaagdheid en onrust wordt ook soms een geagiteerde depressie genoemd. Je ziet dus dat een depressie zich op een totaal uiteenlopende wijze kan manifesteren. Deze verschillende presentatievormen maakt het op het spoor komen van een depressie niet altijd tot een eenvoudige opgave... Dit en het gegeven dat depressie vaak samen voorkomt met andere ziekten, maakt dat de diagnose soms niet of te laat wordt gesteld.

Tabel: de verschillende gezichten van een depressie.

1	depressieve stemming	depressieve stemming
2	verminderde interesse/ minder plezier in het leven	verminderde interesse/ minder plezier in het leven
3	gewichtstoename	gewichtsverlies of -toename
4	slapeloosheid of te veel slapen	slapeloosheid of te veel slapen
5	psychomotorische gejaagdheid of net vertraagdheid	psychomotorische gejaagdheid of net vertraagdheid
6	vermoeidheid of gebrek aan energie	vermoeidheid of gebrek aan energie
7	schuldgevoelens of gebrek aan zelfrespect	schuldgevoelens of gebrek aan zelfrespect
8	concentratieproblemen	concentratieproblemen
9	zelfmoordgedachten	zelfmoordgedachten

De majeure depressie in de bipolaire stoornis (bipolaire depressie)

Een bipolaire stoornis werd vroeger ook vaak manisch depressief genoemd. We spreken over een bipolaire stoornis wanneer er in het ziektebeeld, naast depressieve episodes (met dezelfde definitie als unipolaire depressie), minstens één manische periode aanwezig is.

Een **manie** is een toestand die gekenmerkt wordt door minstens drie van de volgende zeven kenmerken gedurende minimaal één week:

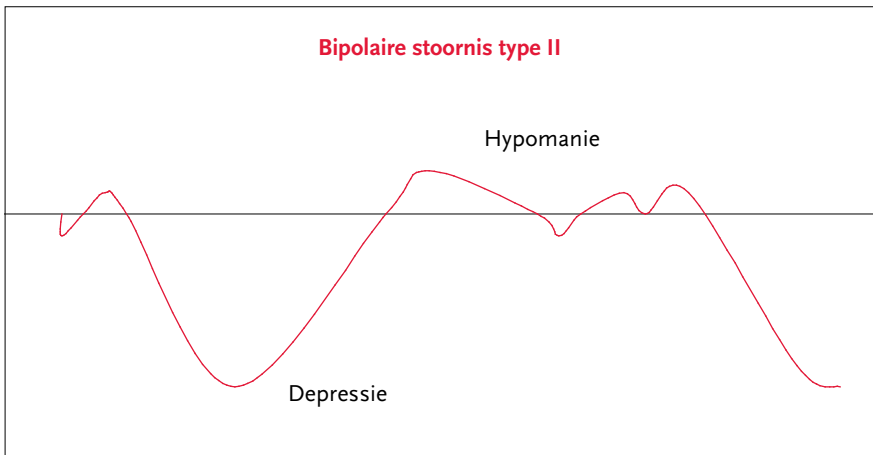
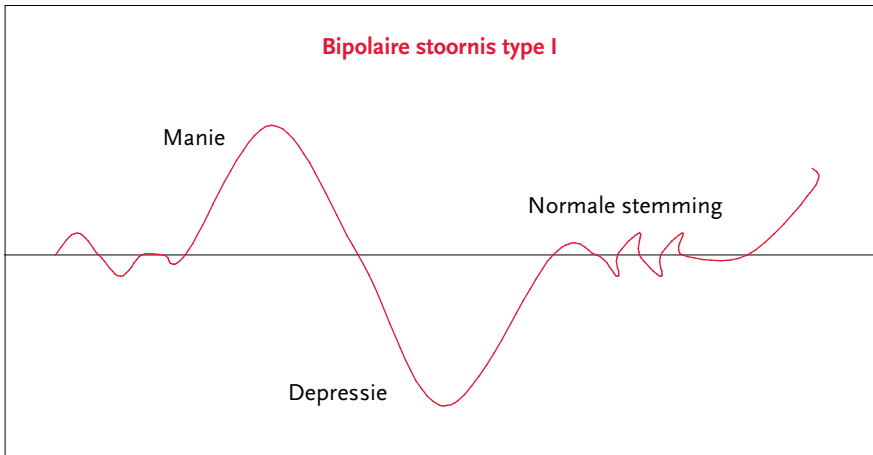
- toename van het zelfvertrouwen of grootheidsideeën
- afgenomen slaapbehoefte
- toegenomen spreekdrang
- gedachtenvlucht
- verhoogde afleidbaarheid
- toename van de activiteit of psychomotorische agitatie
- overmatig deelnemen aan aangename activiteiten, maar met een groot gevaar voor schadelijke gevolgen

Heel vaak zien we een ontremming die zich uit in toegenomen energie, uitzinnige verspilzucht en verhoogde seksuele belangstelling. Slaap is minder noodzakelijk en wordt soms als overbodig tijdverlies gezien. In deze fase zijn deze mensen een spraakwaterval die vaak niet te stoppen is. Er zijn plots meer conflicten met hun directe omgeving en vrienden. Deze laatste herkennen hun vriend of partner niet meer in dit gedrag. Soms zien we dat de grootsheidsgedachten een waanachtig karakter hebben of zelfs de vorm van een echte waan aannemen (bv 'ik ben uitverkoren om de wereld een belangrijke boodschap te brengen, ik ben de toekomstige koning van Spanje...'). Deze symptomen zijn vaak storend voor de omgeving. Toch zien we dat mensen met een bipolaire stoornis vaak uitermate creatief kunnen zijn. Zo zijn er een aantal kunstenaars die leden aan een bipolaire stoornis en mooie dingen hebben gecreëerd. Voorbeelden zijn schilders zoals Vincent Van Gogh, of schrijvers zoals Virginia Woolf en F. Scott Fitzgerald. De piek van de manische fase is helaas vaak zeer zelfvernietigend en soms zijn beschermende maatregelen, zoals een ziekenhuisopname, noodzakelijk.

Wanneer er enkel een minder storende, doch opvallende ontremming voorkomt, spreken we over **hypomanie**, d.i. een milde vorm van manie. Deze eufore stemming wordt niet vaak als een probleem gezien en het is dikwijls de omgeving die het eerst opmerkingen maakt.

Een bipolaire stoornis met manie is een **bipolaire stoornis type I**. Deze met hypomanie wordt een **bipolaire stoornis type II** genoemd (zie figuur). De bipolaire stoornis type II wordt vaak te laat of niet gediagnosticeerd. Dit vooral omdat de hypomanie vaak als een normale karaktertrek wordt beschouwd en niet zozeer als pathologisch. Nochtans is een juiste diagnose zeer belangrijk. De medicatie die voor een bipolaire stoornis wordt gegeven, is merkkelijk verschillend van

deze bij een unipolaire depressie. Een bipolaire depressie behandelen als een unipolaire depressie, geeft vaak slechte resultaten en een hoger risico op herval. Vaak weet de patiënt niet dat hij ziek is en heeft de omgeving het ook niet onmiddellijk door. Zelfs geoefende hulpverleners kunnen zich soms vergissen, wat soms leidt tot een foute diagnose (bv. persoonlijkheidsstoornis of een moeilijke patiënt).



De Persisterende Depressieve Stoornis

Dit is een minimaal twee jaar durende al dan niet milde depressieve stemming.

De aanpassingsstoornis met depressieve stemming

Wanneer er depressieve gevoelens, verdriet en hopeloosheid optreden binnen de drie maand na een specifieke gebeurtenis (bv. een conflict met de partner, een ernstig financieel probleem...) en deze symptomen zijn direct verbonden met deze gebeurtenis, maar zijn overdreven ernstig, dan spreken we van een aanpassingsstoornis met depressieve stemming. Belangrijk voor de arts is hier uit te maken of deze symptomen niet een deel zijn van een reeds bestaande depressie of ander psychiatrisch ziektebeeld. Een aanpassingsstoornis kan acuut (duur van de symptomen minder dan zes maand) of chronisch zijn (meer dan zes maand). Ook hier is de aanpak hoofdzakelijk niet-medicamenteus.

Geen depressie

Er zijn natuurlijk nog een aantal andere situaties die gepaard gaan met een gedrukte stemming. Denk maar aan burn-out of een rouwproces.

Rouw wordt gezien als een normale reactie op verlies. In de acute fase gaat deze gepaard met symptomen van angst en depressie. Vaak zien we bij een rouwproces een gradueel herstel in de capaciteit om te investeren in interesses, activiteiten en relaties. Het rouwproces draagt bij tot het beter verwerken van het verlies. Complexe rouw (rouw die professionele hulp vraagt) wordt daarentegen gezien als een onaangepaste reactie op verlies en gaat vaak gepaard met psychische en lichamelijke klachten. Er zijn een aantal symptomen die niet passen in een rouwproces. Voorbeelden van symptomen die niet passen in een rouwproces en ons eerder moeten doen denken aan complexe rouw, zijn: schuldgevoelens (uitgezonderd zaken die wel/niet gedaan zijn rond overlijden), gedachten aan de dood (uitgezonderd zelf liever dood willen zijn om verenigd te worden met de overledene), uitgesproken bezig zijn met waardeloosheid, opvallende psychomotore vertraging, langdurig en opmerkelijk functieverlies, hallucinaties (uitz.: zien of horen van overledene). De veronderstelling dat rouw soms gevolgd wordt door een situatie van pathologische rouw en uiteindelijk

eindigt in een depressie, is onjuist. Vaak zien we een overlap tussen de verschillende beelden. Bijvoorbeeld: rouw en depressie of complexe rouw en depressie.

Bij een burn-out zien we gevoelens van lichamelijke en geestelijke uitputting vaak ten gevolge van een periode met extreme stress, na life events die kort na elkaar plaatsvonden, zonder dat er een fase van herstel heeft kunnen plaatsvinden. Hoewel momenteel zeer pertinent is burn-out echter geen officiële psychiatrische diagnose.

Depressie is verschillend van een slechte dag

Een majeure depressie wordt gedefinieerd aan de hand van het aantal symptomen, een tijds criterium, een uitsluitingscriterium en een criterium voor ernst. Een depressie kan een deel zijn van een bipolaire stoornis.

DEPRESSIE, JE BENT NIET ALLEEN...

De majeure depressie is een van de meest frequent voorkomende aandoeningen en een van de belangrijkste oorzaken van werkonbekwaamheid in Europa. Een recente studie uitgevoerd in zes Europese landen (België, Frankrijk, Duitsland, Italië, Nederland en Spanje) toonde aan dat ongeveer een achtste van de bevolking gedurende hun totale levensloop ooit geconfronteerd werd of zal worden geconfronteerd met een majeur depressieve episode. Ongeveer vier procent zou de laatste twaalf maanden een depressie hebben doorgemaakt. Vrouwen blijken kwetsbaarder te zijn dan mannen voor deze aandoening (16,5 % vs. 9 %).

Risicofactoren

Iedereen kan depressief worden, maar we kennen een aantal factoren die het risico op het ontstaan van een majeure depressie doen toenemen.

Vaak vermelde factoren zoals opleidingsniveau, ras, inkomen en sociale stand blijken geen echte risicofactoren te zijn. Werkloosheid, daarentegen, blijkt het risico op het ontstaan van psychiatrische aandoeningen in het algemeen, en stemmingsstoornissen en alcoholmisbruik in het bijzonder wel te verhogen.

Heel vaak merken we dat een depressieve episode ontstaat na een ingrijpende gebeurtenis. Zo zien we vaker een depressie na verliessituaties (overlijden, werk, relaties...) of tijdens/na ernstige aandoeningen zoals kanker.

Overmatig middelengebruik zoals alcohol, drugs, bepaalde medicaties... gaan eveneens gepaard met een hoger risico op depressie. Dikwijls zien we ook middelenmisbruik als gevolg van een depressie. Hierbij worden deze middelen eerst gebruikt om de depressieve symptomen te bestrijden, vaak met een goed resultaat op korte termijn. Na een of twee glazen alcohol voelt men zich beter. Net daarom kunnen mensen dan meer gaan teruggrijpen naar deze 'oplossing'. Op lange termijn zien we echter dat deze strategie vaak de ziekte onderhoudt en in ernst doet toenemen. Daarnaast is er een reëel risico op verslaving. De combinatie van deze twee aandoeningen (depressie en verslaving) bemoeilijkt de behandeling.

Onderzoek toont ook een familiale component als risicofactor. Het risico op een depressie wordt dan ook groter wanneer eerstegraads familieleden een depressie hebben doorgemaakt. Kinderen van ouders die ooit een majeure depressie doormaakten, zullen anderhalf tot drie keer hoger risico lopen om ooit een depressieve episode te ontwikkelen.

Een laatste niet minder belangrijke factor is dat depressie vaker voorkomt in combinatie met andere aandoeningen. Dit kunnen andere psychiatrische aandoeningen zijn, zoals de paniekstoornis, posttraumatische stressstoornis, obsessief compulsieve stoornis... Maar ook bij aandoeningen zoals chronisch nierlijden, leverlijden, kanker, longziekten, hoofd- en halsziekten zien we vaker een depressie in het verloop van de ziekte. De combinatie van deze lichamelijke aandoeningen en depressie maakt de diagnose en behandeling vaak niet eenvoudig. Er is vaak een overlap in symptomen. Zo kan iemand met kanker die behandeld wordt met chemotherapie, vaak bijwerkingen vertonen zoals lusteloosheid, vermoeidheid, concentratiestoornissen, vermindering van de eetlust en slaapstoornissen. Deze symptomen kunnen een depressie maskeren. Daarnaast bestaat er het gevaar dat de depressieve symptomen worden beschouwd als een normale reactie op een ernstige ziekte en daardoor minder snel worden behandeld.

Wanneer je denkt een depressie te hebben, is het nuttig dat je er met jouw arts over spreekt, want die kan dan samen met jou de correcte diagnose stellen, andere aandoeningen detecteren en behandelen die samen voorkomen of op depressie lijken (bv. schildklierlijden).

Depressie is een frequente aandoening

- Een op acht personen in Europa maakt ooit in zijn leven een depressie door.
- Depressie komt voor in alle leeftijdscategorieën en in iedere sociale klasse.
- Depressie kan de oorzaak zijn van verslaving en druggebruik.
- Daarnaast zijn verslaving en druggebruik een risicofactor voor depressie.
- Depressie komt soms familiaal voor.
- Depressie komt vaker voor in combinatie met andere ziekten.

HOE WORDT IEMAND DEPRESSIEF?

Onderzoekers zijn wereldwijd bezig de oorzaak van deze aandoening op te sporen. Het exacte mechanisme is nog niet gekend. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat in deze aandoening verschillende elementen meespelen. Zowel biologische, psychologische als sociale factoren spelen een rol. De ziekte is een gevolg van een samenspel tussen deze verschillende factoren en het aandeel van elke factor kan individueel zeer verschillend zijn. Hoe een majeure depressie ontstaat, en hoe psychologische en sociale factoren kunnen resulteren in een verstoring van een aantal biologische processen in onze hersenen met een depressie als gevolg, proberen we te verklaren vanuit een lineair depressiemodel (fig.). Net zoals ieder model is dit niet zaligmakend en gedeeltelijk een vereenvoudiging van de realiteit. Het helpt echter wel het samenspel tussen de verschillende oorzakelijke factoren van een majeure depressie beter te begrijpen.