



Depressie, een psychiatrische ziekte.

F.A.J.M. Ancion
GGZ Midden-Brabant
Frans Siemerpad 10
5004 BB Tilburg.

Inleiding

Iedereen maakt met enige regelmaat dagen in zijn of haar leven mee dat het tegenzit. Gevoelens van somberheid kunnen dan de stemming gaan bepalen. We zeggen dan dat we verdrietig zijn, in de put zitten, depressief ("depri") zijn, 't niet meer zien zitten; "van mij hoeft 't allemaal niet meer". Meestentijds verdwijnen deze gevoelens vrij snel, en pakken we de draad weer op. Soms lukt dit niet; de stemming raakt toenemend gedrukt, men heeft nergens zin meer in, beleeft nergens plezier meer aan. We zeggen dan dat er sprake is van een depressie, een psychiatrische ziekte.

Diagnostiek en classificatie

Wat verstaan wij onder een depressie en welke soorten depressies onderscheiden we?

Wanneer de diagnose depressie wordt gesteld is er sprake van een langer durende (minstens 2 weken) ernstige sombere stemming, anders als verdriet na een ingrijpend, vervelend gebeuren. De patiënt kan zich niet over zijn somberheid heen zetten. Een duidelijke aanleiding voor het ontstaan van de depressieve stemming is er lang niet altijd.

Meer nog dan de sombere stemming staat vaak op de voorgrond dat men niet meer kan genieten van, geen interesse meer heeft voor de dingen waar men voorheen zo'n plezier aan beleefde. De eetlust neemt af, het eten smaakt niet meer. Er treedt gewichtsverlies op. Patiënt slaapt slecht; m.n. kunnen er doorslaapstoornissen optreden: men kan wel in slaap komen, doch na enkele uren wordt men wakker en kan men de slaap niet meer vatten. Er kunnen dagschommelingen optreden waarmee bedoeld wordt dat patiënt zich

's ochtends het slechtst voelt en het naarmate de dag vordert wat beter gaat. De in deze alinea genoemde verschijnselen worden aangeduid als vitale kenmerken van een depressie.

Soms is er sprake van toegenomen eetlust en gewichtstoename. Ook komt het voor dat een patiënt juist veel meer slaapt. Men spreekt dan van atypische kenmerken. Patiënten die aan een depressie lijden kunnen zich vaak moeilijk concentreren. Men gaat zichzelf soms verwijten dat men depressief is, men gaat zich over allerlei zaken buitensporig schuldig voelen. In een beperkt aantal gevallen gaat dit zo ver dat de patiënt overtuigd raakt van ideeën die naar de mening van derden niet met de werkelijkheid overeenkomen: men kan het idee hebben zondig te zijn, alles in het leven verkeerd te hebben gedaan, verdoemd te zijn; of men is ervan overtuigd dat men niets meer heeft, dat men aan de bedelstaf zal geraken, dat er geen geld meer is om eten te kopen. We spreken dan van een depressie met psychotische kenmerken. Er kunnen suïcidedgedachten optreden die zich steeds meer gaan opdringen. De enige oplossing uit dit lijden lijkt te zijn een einde aan het leven te maken, "dan hebben anderen ook geen last meer van mij".

Depressie

De laatste tien, vijftien jaar wordt in de psychiatrie in toenemende mate gebruik gemaakt van een classificatiesysteem dat ontworpen is door de American Psychiatric Association. In 1994 werd een hernieuwde versie gepubliceerd: de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fourth edition, kortweg DSM-IV genoemd. In 1995 verscheen een vertaling in het Nederlands (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV). In dit classificatiesysteem

vinden we de depressie onder het hoofdstuk stemmingsstoornissen. Beschreven wordt aan welke criteria voldaan moet worden om van een depressie te mogen spreken (zie tabel 1).

Manische episodes

Men kan éénmaal in zijn/haar leven een depressie doormaken (DSM-IV: depressieve stoornis, eenmalige episode) en daarna nooit meer. Er kunnen zich echter ook recidieven voordoen (DSM-IV: depressieve stoornis, recidiverend). Daarnaast is het mogelijk dat gedurende het leven depressieve of manische episodes elkaar afwisselen. Een manische episode zou je kunnen zien als de tegenpool van een depressieve episode (zie tabel 2).

Bipolaire en dysthyme stoornis

Ook kan een patiënt in zijn leven meerdere manische episodes doormaken. In beide gevallen spreken we dan van een bipolaire stoornis. Tenslotte zijn er mensen die langerdurend, minstens 2 jaar, klachten van depressieve aard hebben die zowel kwalitatief als kwantitatief milder zijn dan bij een depressieve stoornis. Men spreekt dan van een dysthyme stoornis. Vaak is er dan tevens sprake van persoonlijkheids (karakter) problemen. In 't verleden sprak men dan van een neurotische depressie.

Epidemiologie

Hoe vaak komt 't voor? De depressie is de meest voorkomende psychiatrische stoornis. Uit epidemiologisch onderzoek komt naar voren dat de puntprevalentie (het aantal personen dat aan een stoornis lijdt op een bepaald tijdstip) van depressie in de bevolking 3 tot 6% bedraagt. De lifetime prevalentie (het percentage mensen dat ooit in het leven een depressieve stoornis heeft gehad) bedraagt 7,5 tot 15,5%. Uit onderzoek in Nederland in 1996

Depressieve episode (Major Depressive Episode)

A. Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren; ten minste een van de symptomen is ofwel (1) depressieve stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier.

N.B. Sluit symptomen uit die duidelijk het gevolg zijn van een somatische aandoening, of stemmingsincongruente wanen of hallucinaties.

1. Depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen (bijvoorbeeld voelt zich verdrietig of leeg) ofwel observatie door anderen (bijvoorbeeld lijkt betraand).
N.B. Kan bij kinderen of adolescenten ook prikkelbare stemming zijn.
2. Duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (zoals blijkt uit subjectieve mededelingen of uit observatie door anderen).
3. Duidelijke gewichtsvermindering zonder dat dieet gehouden wordt of gewichtstoename (bijvoorbeeld meer dan 5 procent van het lichaamsgewicht in één maand), of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust.
N.B. Bij kinderen moet gedacht worden aan het niet bereiken van de te verwachten gewichtstoename.
4. Insomnia of hypersomnia, bijna elke dag.
5. Psychomotorische agitatie of remming (waarneembaar door anderen, en niet alleen maar een subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid), bijna elke dag.
6. Moeheid of verlies van energie, bijna elke dag.
7. Gevoelens (die waanachtig kunnen zijn) van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (niet alleen maar zelfverwijten of schuldgevoel over het ziek zijn), bijna elke dag.
8. Verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid (ofwel subjectief vermeld ofwel geobserveerd door anderen), bijna elke dag.
9. Terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees dood te gaan), terugkerende suïcidedgedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen.

B. De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een 'gemengde episode'.

C. De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren op andere belangrijke terreinen.

D. De symptomen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hypothyreoïdie).

E. De symptomen zijn niet eerder toe te schrijven aan een rouwproces, dat wil zeggen na het verlies van een dierbaar persoon zijn de symptomen langer dan twee maanden aanwezig of zijn zij gekarakteriseerd door duidelijke functionele beperkingen, ziekelijke preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid, suïcidedgedachten, psychotische symptomen of psychomotorische remming.

Tabel 1: Depressieve episode.

bij personen tussen 18 en 64 jaar die niet in instellingen verbleven komen de volgende cijfers naar voren: het aantal dat ooit voorafgaande aan het onderzoek een depressieve stoornis doormaakt bedroeg 15,5%; voor een dysthyme stoornis 6,4%; het aantal

dat 12 maanden voorafgaande aan het onderzoek een depressie doormaakte bedroeg 5,8% (dysthyme stoornis 2,3%).

Uit alle onderzoeken blijkt dat depressies twee maal zo vaak voorkomen bij vrouwen als bij mannen.

Oorzaken

Zoals voor vrijwel alle psychiatrische stoornissen geldt ook voor depressies dat er zelden gesproken kan worden van één oorzaak. Meestentijds is er sprake van een combinatie van een aantal factoren,

die bij een individuele patiënt in meer of mindere mate een rol spelen bij het ontstaan van een depressieve stoornis. Vast staat dat m.n. bij ernstige depressies en bipolaire stoornissen biologische oorzaken een belangrijke aetiologische rol spelen. De kans om een depressie te krijgen is voor een deel erfelijk bepaald. Depressieve stoornissen komen in bepaalde families veel meer voor dan in andere families. Daarnaast spelen psychologische factoren een rol: aard, karakter, hoe gaat iemand met problemen/tegenslagen om.

Als derde kunnen sociale factoren een rol spelen; het kan hierbij gaan om negatieve gebeurtenissen in het leven (relatiebreuk, overlijden van een geliefd persoon), maar ook om positieve "life-events" (geboorte van een kind).

Behandeling

De behandeling van depressieve stoornissen berust op 2 pijlers: medicamenteuze therapie en gesprekstherapie ("pillen en praten"). Bij ruim 2/3 van de patiënten heeft de behandeling een gunstig effect.

In het begin van de behandeling ligt de nadruk op het gebruik van medicijnen -zgn. antidepressiva- met daarnaast een steunend, structurerend gesprekscontact. Aan patiënt en zijn/haar directe omgeving wordt uitleg gegeven over de aandoening depressie, over de waarde van de medicamenteuze behandeling en over de grote kans op herstel bij gebruik hiervan. Op de medicamenteuze behandeling kom ik hieronder nader terug.

Daarnaast wordt veel aandacht besteed aan het maken van een dagprogramma waarin met name lichamelijke activiteit voorop staat. Wanneer de depressieve symptomatologie afneemt, ontstaat de mogelijkheid om in de gesprekken aandacht te besteden aan oorzakelijke psychologische en sociale factoren. Naast de hier boven genoemde gesprekstherapie bestaan er twee psychotherapeutische behandelme-

thoden waarvan is aangetoond dat deze goede resultaten geven bij de behandeling van depressieve stoornissen; de cognitieve gedragstherapie en de interpersoonlijke therapie. Terug naar de medicamenteuze behandeling. De antidepressiva kunnen grofweg worden ingedeeld in 3 groepen: de klassieke antidepressiva, de moderne antidepressiva en de non-selectieve mono-amineoxidase (MAO) remmers.

Zowel de klassieke als de moderne antidepressiva zijn gebleken effectief te zijn bij de behandeling van de (vlg. DSM-IV criteria) depressieve stoornis. In de afgelopen jaren is er een controversie ontstaan over de voor- en nadelen van beide groepen antidepressiva. De literatuur van de laatste jaren lijkt toch uit te wijzen dat bij ernstige (m.n. vitale en psychotische) depressies bij opgenomen patiënten de klassieke antidepressiva effectiever zijn dan de moderne middelen. Bij ambulante behandelde patiënten zouden mogelijk de moderne middelen, gezien de betere verdraagbaarheid, de voorkeur verdienen.

De discussie hierover is echter zeker nog niet afgesloten.

In een geprotocolleerde behandeling zal, bij onvoldoende resultaat van een modern antidepressivum, overgestapt worden op een klassiek middel; het omgekeerde lijkt weinig zinvol te zijn. Heeft dit ook onvoldoende effect zal lithium worden toegevoegd. Een volgende stap is het voorschrijven van een non-selectieve MAO-remmer.

Wanneer deze behandelwijze geen positief resultaat te zien geeft, kan besloten worden tot het toepassen van ECT (electroconvulsieve therapie).

Wanneer er sprake is van een depressie met psychotische kenmerken wordt meestentijds naast een antidepressivum een antipsychoticum voorgeschreven.

Bij een eerste depressieve episode wordt de medicamenteuze behandeling, indien succesvol, 6 tot 9 maanden gecontinueerd. Bij een recidive-

rende depressieve stoornis zal de medicamenteuze behandeling langerdurend, als profylacticum, worden voortgezet. Lithium, dan wel het effectief gebleken antidepressivum zijn de middelen van keuze.

Bij een profylactische behandeling van een bipolaire stoornis is lithium het middel van eerste keus. Mogelijke alternatieven zijn carbamazepine en valproïnezuur. Hoewel minder goed gedocumenteerd zijn er toch duidelijke aanwijzingen dat antidepressiva bij een dysthyme stoornis positieve effecten te zien geven. De indicatie voor antidepressiva lijkt hier echter wat minder "hard" te zijn.

Voor meer informatie over de medicamenteuze aspecten van de behandeling moge ik verwijzen naar het artikel van A.C.G. Egberts elders in dit nummer.

Literatuur

- Albersnagel FA, Emmelkamp PMG, Hoofdakker R.H. van, redacteurs. *Depressie: theorie, diagnostiek en behandeling*. 1989 van Loghum Slaterus b.v., Deventer.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth edition. Washington: APA 1994
- Anderson IM, Tomenson BM. *The efficacy of selective serotonin re-uptake inhibitors in depression: a meta-analysis of studies against tricyclic antidepressants*. J. Psychopharmacol. 1994;8:238-249.
- Balslev Jorgensen M, Dam H, Bolwig TG. *The efficacy of psychotherapy in non-bipolar depression: a review*. Acta Psychiatr. Scand. 1998;98:1-13.
- Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A, Rijk C de, Langendoen Y. *Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek I. Doelstellingen, opzet en methoden*. Ned. Tijdschr. Geneesk. 1997;141:2448-2452.
- Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A. *Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen*. Ned. Tijdschr. Geneesk. 1997;141:2453-2460.
- Groot PA de. *Consensus depressie bij volwassenen*. Ned. Tijdschr. Geneesk. 1995;139:1237-1241
- Hoes MJAJM. *Antidepressiva: is nieuw beter?* Gebu. 1995;29:(10):103-108.
- Koster van Groos GAS. *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria*

van de DSM-IV. 1995 Swets en Zeitlinger Lisse.

- Moleman P ea. *Praktische psychofarmacologie*. Derde, herziene druk. 1998 Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem.
- Nolen WA. *Depressie en manisch depressieve stoornis. Oorzaken, symptomen en behandelingsmogelijkheden*. 1997 B.V. Uitgeversmaatschappij Tirion, Baarn.

- Thase ME, Fava M, Halbreich U, Kocsis JH, Koran L, Davidson J, Rosenbaum J, Harrison W. *A Placebo-Controlled, Randomized Clinical Trial Comparing Sertraline an Imipramine for the Treatment of Dysthymia*. Arch. Gen. Psychiatry 1996;53:777-784.
- Verhoeven WMA, Tuinier S, Noten JBGM. *Farmacologische behandelstrategieën bij stemmings-, paniek- en dwangstoornissen*. Acta Neuropsychiatrica 1996;8(1):17-24.

- Zwanikken GJ, Fischer AA, Zitman FG, redacteurs. *Psychiatrie Utrecht 1990*. Wetenschappelijke uitgeverij Bunge
- *Geneesmiddelenformularium GGZ Midden-Brabant*. Herziene versie, december 1997.

Manische episode (Manic Episode)

- A. Een duidelijk herkenbare periode met een abnormale en voortdurend verhoogde, expansieve of prikkelbare stemming, gedurende ten minste een week (of elke duur indien opname in een ziekenhuis noodzakelijk is).
- B. Tijdens de stemmingstoornis zijn drie (of meer) van de volgende symptomen (vier indien de stemming alleen geprikkeld is) voortdurend en in belangrijke mate aanwezig:
1. Opgeblazen gevoel van eigenwaarde of grootheidsideeën.
 2. Afnemen behoefte aan slaap.
(bijvoorbeeld voelt zich uitgerust na slechts drie uur slaap).
 3. Spraakzamer dan gebruikelijk of spreekdrang.
 4. Gedachtenvlucht of de subjectieve beleving dat de gedachten jagen.
 5. Verhoogde afleidbaarheid.
(dat wil zeggen de aandacht wordt te gemakkelijk getrokken door onbelangrijke of niet terzake doende van buiten komende prikkels).
 6. Toeneming van doelgerichte activiteit
(ofwel sociaal, op het werk of op school ofwel seksueel)
of psychomotorische agitatie.
 7. Zich overmatig bezig houden met aangename activiteiten waarbij een grote kans bestaat op pijnlijke gevolgen (bijvoorbeeld ongeremde koopwoede, seksuele indiscreties, of zakelijk onverstandige investeringen)
- C. De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een 'gemengde episode'.
- D. De stemmingstoornis is voldoende ernstig om duidelijke beperkingen in werk of normale sociale activiteiten, of relaties met anderen te veroorzaken, of opname in een ziekenhuis noodzakelijk te maken om schade voor zichzelf of anderen te voorkomen, of er zijn psychotische kenmerken.
- E. De symptomen zijn niet het gevolg van het directe fysiologische effect van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel of andere behandeling) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hypothyroïdie).

N.B. Maniforme episodes die onmiskenbaar veroorzaakt zijn door een somatische antidepressieve behandeling (bijvoorbeeld geneesmiddelen, elektroconvulsie therapie, lichttherapie) mogen niet meetellen voor het stellen van de diagnose 'bipolaire I stoornis'.

N.B. Onder gemengde episode wordt verstaan dat er bijna elke dag gedurende tenminste 1 week voldaan wordt aan de criteria van zowel een manische episode als aan die van een depressieve episode.

Tabel II: Manische episode.