

Leesteksten casus Martijn

Depressie en dysthymie

We zeggen soms dat we ons 'depri' voelen en iedereen kent wel eens perioden van somberheid, lusteloosheid of verdriet. Toch is dat niet te vergelijken met een depressie. Mensen met een depressie voelen zich niet alleen somber en neerslachtig. Ze kunnen bovendien nergens meer plezier aan beleven en hebben vaak concentratieproblemen. Ook hebben ze nauwelijks belangstelling voor dingen en mensen om hen heen. Een van de belangrijkste klachten die ze uiten is het onvermogen om te voelen. Van de eerste mooie lentedag worden ze warm noch koud en bij een triest voorval kunnen ze niet huilen. Sommigen omschrijven het als 'het gevoel opgesloten te zitten onder een glazen stolp': je neemt dingen waar, maar ze dringen niet meer tot je door en je voelt er niets bij.

Volgens de DSM IV(R) heeft iemand een depressie als hij gedurende ten minste twee opeenvolgende weken een sombere stemming heeft en daarnaast meerdere van onderstaande verschijnselen:

- Duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten.
- Gevoelens van lusteloosheid of prikkelbaarheid.
- Duidelijke gewichtsvermindering zonder dieet, of gewichtstoename, of bijna elke dag verminderde of toegenomen eetlust. Bij kinderen gaat het meestal om het niet bereiken van de verwachte gewichtstoename.
- Slapeloosheid, moeite met doorslapen (veel te vroeg wakker worden) of overdreven veel slapen.
- Psychomotorische agitatie of remming: traagheid in praten, bewegen en denken of juist rusteloosheid.
- Moeheid of verlies van energie.
- Verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid.
- Sterke geneigdheid tot piekeren.
- Het gevoel van binnen dood of leeg te zijn.
- Terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen angst om dood te gaan), terugkerende suïcidegedachten, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen.
- Minder zin in seks.

Verder is er soms sprake van een 'dagschommeling': 's ochtends voelt men zich het ellendigst en in de loop van de dag gaat het wat beter. Om te spreken van een depressieve stoornis moeten de klachten ernstig lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig of schools functioneren tot gevolg hebben.

Zonder behandeling gaan de meeste depressies vanzelf over na zes tot negen maanden, maar het kan ook jaren duren. Meestal komen depressieve episoden vaker in iemands leven terug.

Dysthymie is een mildere, maar langduriger vorm van depressiviteit. Volgens de DSM IV(R) heeft iemand een dysthyme stoornis als hij op de meeste dagen gedurende twee jaar of langer somber gestemd of depressief overkomt op anderen (bij kinderen en adolescenten is één jaar voldoende en kan de stemming in plaats van somber ook prikkelbaar zijn).

Mensen met een dysthyme stoornis hebben minder depressieve klachten en kunnen vaak nog redelijk functioneren, maar zien hun leven wel in grijs tinten. Ze zijn somber en pessimistisch, hebben geen gevoel voor humor en zijn niet in staat zichzelf te amuseren. Ze zijn passief, introvert en vaak overmatig kritisch of voortdurend klagerig. Ze zijn sterk gericht op tekortkomingen, falen en negatieve gebeurtenissen. Ze zitten vol zelfkritiek en maken zichzelf voortdurend verwijten. Bij kinderen en adolescenten komt dit vaak voor. Kinderen en adolescenten met een dysthyme stoornis hebben ook meer kans om later een 'echte' depressie te krijgen.

Vaak is het onderscheid tussen een dysthyme stoornis en een depressie ook niet makkelijk te maken. Sommige mensen met een dysthyme stoornis hebben ook perioden van ernstige depressiviteit. Dan is er sprake van comorbiditeit van dysthymie en depressie. Anderzijds kan men dysthymie ook beschouwen als een neiging tot depressiviteit, die langdurig aanwezig blijft. Levensomstandigheden bepalen dan of iemand ook echt depressief wordt.

Depressie in verschillende leeftijdsfasen

Een **baby** (0-1 jaar) met een depressie heeft nergens interesse voor, lijkt troosteloos, onverschillig. Het kind vertoont een monotoon, repetitief, bijna onbeweeglijk gedrag, dat fel contrasteert met het eindeloos variërende gedrag van andere baby's. De mimiek heeft een zeer arm karakter, de zuigeling beweegt zich alsof hij ergens met lijm aan is vastgekleefd. Hij reageert nauwelijks op andere personen en dat heeft tot gevolg dat die vlug ontmoedigd raken. Ze proberen na een tijdje al niet meer om met hem in contact te komen. Dat heeft toch geen zin; hij is toch onverschillig, is hun idee. Het wezenloze voor zich uit staren zonder met de oogleden te knipperen, het zich afwenden wanneer iemand hem vast probeert te pakken, de ijskoude blik, de bizarre en onrustwekkende waakzaamheid, die fel lijkt te contrasteren met de trage gedragingen, stoot de verzorgers sterk af.

Pasgeborenen kunnen depressief worden als ze plots worden gescheiden van de moeder. Als de moeder nog wel aanwezig is, maar minder beschikbaar is voor het kind, bijvoorbeeld:

- omdat de beroepsbezigheden haar volledig opslorpen
- omdat ze geconfronteerd is met ernstige gezinsproblemen
- omdat ze zelf een (postnatale) depressie heeft
- als het kind chronisch pijn heeft (bijvoorbeeld door een niet-opgemerkte infectie)
- als er voedingsproblemen zijn (ondervoeding bijvoorbeeld)
- bij verwickelingen tijdens of net na de geboorte

Peuters (1-3 jaar) met een depressie hebben doorgaans een droeve of emotioneel gelaatsuitdrukking. Ze zijn weinig geïnteresseerd, weinig actief, reageren nauwelijks, lijken apathisch en trekken zich terug uit sociale situaties. Waar andere kinderen van deze leeftijd in de koppigheidsfase zitten, lijken zij nauwelijks in staat tot protesteren. Ze beschikken over weinig sociale vaardigheden en kunnen geen initiatief nemen. Ze vertonen buitensporig of vreemd huilgedrag. De lichamelijke ontwikkeling is geremd en de peuter klaagt over lichamelijke pijnen.

Kleuters (3-6 jaar) beantwoorden zelden aan het beeld dat we hebben van een depressie. Doorgaans lijken ze niet neerslachtig en gedeprimeerd. De opvoeders merken veeleer veranderingen op in het karakter. De stemming is labiel en maakt een chaotische indruk. De kleuter gedraagt zich te rustig, te braaf, of juist instabiel, rumoerig en wanordelijk. Hij liegt vaak en de opvoeders hebben de indruk dat ze hem frequent moeten straffen. Hij veroorzaakt geregeld 'ongelukjes', is prikkelbaar en vlug gefrustreerd. De depressie doet zich vooral voor op momenten waarop het kind afscheid moet nemen van de ouders (onthaalmoeder, peuterschool) of wanneer het een andere min of meer ingrijpende gebeurtenis meemaakt (verhuizing, terugkeer van een reis, echtscheiding, een chronische ziekte in het gezin, dood van een geliefd persoon, depressie bij een van de ouders).

Vanaf de **basisschoolleeftijd** (6-12 jaar) is er eigenlijk geen wezenlijk verschil met een depressie bij volwassenen. De belangrijkste kenmerken zijn:

- weinig plezier hebben
- apathie
- lage zelfwaardering
- vermoeidheid
- suïcidale gedachten
- zich terugtrekken
- prikkelbaarheid
- gebrek aan motivatie
- motorische achterstand
- delinquent gedrag
- boosheid
- vijandigheid
- hyperactief gedrag
- angsten
- zwakke schoolprestaties

Suicide bij adolescenten

Op dit ogenblik is in het westen zelfdoding de tweede doodsoorzaak bij jongeren tussen 15 en 25 jaar. Ongeveer 20 tot 30 procent van de jongeren tussen 12 en 19 jaar geeft aan aan zelfdoding te denken of gedacht te hebben en 8 procent zegt al minstens één suïcidepoging te hebben gepleegd. Van de 4 adolescenten die aan suïcide denken of gedacht hebben, onderneemt er 1 een poging. Meisjes proberen vaker suïcide te plegen:

4 meisjes tegenover 1 jongen ondernemen een suïcidepoging. Maar het zijn de jongens -- 4 jongens tegenover 1 meisje -- die het vaakst 'slagen' in hun suïcidepoging. Dit wordt onder andere verklaard door de gebruikte methode: 80 procent van de meisjes gebruikt 'zachtere' methoden, zoals het slikken van medicijnen, die potentieel minder gevaarlijk zijn dan wapens of ophanging, de middelen die jongens wat vaker gebruiken. (bron: http://www.jeunes-et-depression.org/ne/jong_suicide.htm)

Adolescenten ondernemen twee keer vaker suïcidepogingen dan volwassenen. De kans dat een poging lukt, is bij adolescenten echter lager. Maar daar staat tegenover dat het aantal recidives (hernieuwde pogingen) bij hen indrukwekkend hoger is: één recidive per drie suïcidepogingen. Bovendien stijgt de overlijdenskans met het aantal recidives.

De kans dat men sterft na een suïcidepoging wordt niet geassocieerd met de ernst van de psychische problemen van de jongere op het ogenblik van de suïcidepoging en ook niet met de kans op recidive. Suïcidepogingen van adolescenten worden te weinig onderzocht door deskundigen en te veel gebagatelliseerd.

Suïcide plegen op jonge leeftijd vertoont een statistisch verband met het plots opkomen van latere gedragsproblemen. Elke poging, zelfs als ze geen onmiddellijk medisch risico inhoudt voor de jongere, moet goed onderzocht worden.

Ook bij adolescenten die wel suïcide-ideeën hebben, maar geen suïcidepoging ondernomen hebben, ziet men dat de psychische problemen en moeilijkheden niet zijn opgelost. Op dit ogenblik krijgt maar een minderheid van de jongeren na een suïcidepoging aangepaste hulp.

De suïcidepoging komt soms voor na:

- een ernstige gebeurtenis
- een belangrijke verandering in het leven
- het vertrek, het overlijden of de werkloosheid van een lid van de familie
- afwijzing, geweld of seksueel misbruik binnen of buiten het gezin
- een plotse verandering van school
- een recente verhuizing, immigratie en verbreking van de culturele banden

Soms is de doorslaggevende factor in de ogen van de omgeving ogenschijnlijk banaal of onbestaand:

- een conflict met leeftijdgenoten
- een conflict met de ouders
- een onverwachte tegenslag of een tegenslag die men als ondraaglijk ervaart
- het verbreken van een affectieve band, een vriendschaps- of liefdesrelatie

Deze gebeurtenissen kunnen gevoelens oproepen van verlatenheid, mislukking, afwijzing, wanhoop, schaamte en/of woede. Soms kan de jongere er niet op reageren en leiden ze uiteindelijk tot suïcide. De banden die de adolescent met zijn naasten heeft zijn vaak fragiel, 'samengesmolten' en exclusief, in een alles-of-niets-verhouding. Hierdoor wordt hij erg kwetsbaar voor de minste verandering in de afstand tot zijn omgeving.

Vaak is er sprake van gezinsproblemen of ernstige, langdurende problemen met de ouders. De 'aanleiding' - kan slechts een teken zijn van een veel dieper liggend probleem, waarvoor de jongere nooit een oplossing heeft kunnen vinden.

Er zijn ook interculturele verschillen. Zo is uit onderzoek gebleken dat Hindoestaanse meisjes drie tot vier keer vaker suïcide plegen dan hun oorspronkelijk Nederlandse leeftijdgenoten en twee keer vaker dan Turkse en Marokkaanse meisjes. Vooral een gebrek aan vrijheid, familiedwang en een slechte communicatie met de ouders spelen een rol. Ook is suïcide meer 'ingeburgerd' als manier om met gevoelens van wanhoop

om te gaan in de Hindoestaanse cultuur. Zo komt het heel vaak voor in de zogenaamde 'Bollywoodfilms'.

Biologische en lichamelijke oorzaken

- **Erfelijkheid en aanleg**

Uit tweelingenonderzoek blijkt dat depressies in bepaalde mate erfelijk zijn. Maar er is nog niet zoiets ontdekt als een 'depressie-gen'. In families waarin depressies vaker voorkomen, komen ook andere psychische problemen vaker voor, met name angststoornissen en psychosomatische klachten. Eigenlijk wordt er een bepaalde aanleg overgeërfd, die iemand kwetsbaarder maakt om psychische problemen te krijgen. De levensomstandigheden bepalen dan vaak of zo iemand dan ook daadwerkelijk depressief wordt.

Van de bipolaire stoornis (manisch-depressief) staat vast dat een erfelijke component een rol speelt. De kans dat iemand een bipolaire stoornis krijgt als een van zijn ouders een bipolaire stoornis heeft (gehad) is naar schatting tien keer groter dan in de algemene bevolking (15% tegenover 1,5%).

- **Neurotransmitters**

Neurotransmitters zijn stoffen die zorgen voor de informatieoverdracht tussen zenuwcellen in de hersenen. Een neurotransmitter die een belangrijke rol speelt bij stemmingsstoornissen, is serotine.

Deze speelt ook een rol bij andere stoornissen, zoals de paniekstoornis, de sociale fobie en boulimie (het hebben van vreetbuien al dan niet in combinatie met braken en/of het gebruik van laxeermiddelen).

Er is dan sprake van een tekort aan serotonine. Of dit een oorzaak of een gevolg van de depressie is, is echter niet bekend. Wel is het een feit dat op basis van deze gegevens nieuwe medicatie werd ontwikkeld. Zie ook [Behandeling met medicatie](#).

- **Hormonale oorzaken**

Ook hormonen kunnen een rol spelen bij depressie, met name het stresshormoon cortisol en geslachtshormonen (oestrogenen). Bij depressieve mensen is het cortisol-niveau hoog, maar ook hier is weer niet duidelijk of dit een oorzaak van de depressie is of een gevolg ervan. Verschillen in geslachtshormonen zouden kunnen verklaren waarom er bij meisjes vanaf de puberteit een sterke toename is van depressies en waarom de stemming verandert bij veranderingen in de hormoonspiegels, zoals voor en tijdens de menstruatie (premenstrueel syndroom) en de bevalling (post-partum depressie).

- **Lichamelijke ziekten en bijwerkingen van medicatie**

Er zijn tal van ziekten die gepaard gaan met klachten die sterk lijken op die van een depressie of manie. Zo maken mensen met een vertraagd werkende schildklier vaak een depressieve indruk: ze zijn trager in hun bewegingen, minder actief dan vroeger en klagen over moeheid en een gebrek aan energie.

Ook zijn sommige ziekten de oorzaak van een depressie. Bekend zijn onder andere virusziekten, zoals griep, AIDS, de ziekte van Pfeiffer, ... Men gaat er dan vanuit dat het virus van invloed is op het immuunsysteem en daarmee op de werking van de hersenen.

Behalve dat ze een directe oorzaak zijn, kunnen ziekten zoals AIDS en chronische reuma ook indirect tot een depressie leiden, omdat ze de kwaliteit van leven ernstig kunnen aantasten. Ook medicatie, zoals anti-epileptica en corticosteroïden, kan tot stemmingswisselingen leiden.

- **Gebruik/misbruik van genotmiddelen**

Bij matig gebruik heeft alcohol doorgaans een gunstig effect op de stemming. Bij overmatig gebruik leidt alcohol echter tot een verergering van de depressie. De combinatie van het gebruik van alcohol of cocaïne met weinig eten en slapen is voldoende om een manische episode uit te lokken. Het gebruik van amfetamines leidt tot hypomaan gedrag en een uitgelaten stemming; maar als het middel uitgewerkt is, kan de stemming omslaan in depressiviteit. Zo kan ook het afkicken van amfetamines leiden tot een depressie.

Overige risicofactoren

- **Persoonlijkheidseigenschappen**

Introverte mensen hebben meer kans om depressief te worden dan extraverte mensen. Mensen met (een aanleg voor) depressie zijn vaak erg perfectionistisch en stellen (te) hoge eisen aan zichzelf. Ook een gebrek aan assertiviteit kan bijdragen aan het ontstaan van een depressie. Geen 'nee' kunnen zeggen tegen anderen kan er al gauw toe leiden dat je overvraagd wordt. Andere risicofactoren zijn: een gebrekkig vermogen om problemen op te lossen, geen steun kunnen vragen, weinig zelfvertrouwen, faalangst en een streng geweten.

- **'Locus of control' en aangeleerde hulpeloosheid**

Volgens de sociale psychologie maken 'normale' mensen een 'fundamentele attributiefout'. Een **attributie** maken betekent dat je je gedrag toeschrijft aan een bepaalde oorzaak. Deze oorzaak kun je bij jezelf zoeken, bijvoorbeeld 'ik heb de toets gehaald omdat ik hard heb gewerkt'. Of je kunt de oorzaak bij anderen, omstandigheden, toeval of geluk leggen, bijvoorbeeld 'ik haalde geen goed cijfer omdat de vragen te moeilijk waren'. Van iemand die geneigd is om alles aan zichzelf toe te schrijven, zeggen we dat hij een '**interne locus of control**' heeft.

Van iemand die geneigd is alles toe te schrijven aan anderen, omstandigheden, toeval of geluk, zeggen we dat hij een '**externe locus of control**' heeft. In feite lijkt zo iemand de speelbal van het lot, van omstandigheden waar hij zelf nauwelijks invloed op heeft.

De '**fundamentele attributiefout**' houdt in dat je positieve gebeurtenissen aan jezelf toeschrijft (interne oorzaak) en voor negatieve een externe oorzaak zoekt. Als ik de toets haal, ligt dat aan mij en als ik hem niet haal aan de omstandigheden. Op die manier houden we een positief zelfbeeld in stand. Depressieve mensen daarentegen hebben de neiging het omgekeerde te doen: zij schrijven falen aan zichzelf toe en slagen aan toeval of geluk.

Experimenteel psychologen hebben aangetoond dat je ook dieren 'depressief' kunt maken en men denkt dat mensen op dezelfde wijze depressief kunnen worden. Seligman bouwde een kooi met twee delen die gescheiden werden door een hekje. Katten of ratten kregen een bel te horen en daarna een stroomstoot door het metalen rooster op de bodem van de kooi. Meestal leren dieren snel dat ze de stroomstoot kunnen ontwijken door van de ene helft over het hekje naar de andere helft te springen. Als je dieren echter vastbindt zodat zij niet kunnen ontsnappen aan de stroomstoot, gaan ze 'depressief' gedrag vertonen. Ook als ze wel weer kunnen ontsnappen, ondernemen ze geen pogingen daartoe: ze worden apathisch, reageren nergens meer op, vertonen weinig activiteit en weigeren te eten. Later is het bijna onmogelijk om ze nog te leren over het hekje te springen om aan de stroomstoot te ontsnappen. Dit noemt men '**het principe van de aangeleerde hulpeloosheid**'.

Bij depressieve kinderen zou dit ook het geval kunnen zijn. Als je geslagen wordt onafhankelijk van hoe je je gedragen hebt, maar alleen omdat je ouder een slechte bui heeft of dronken is, dan leer je in feite: 'het maakt niet uit wat ik doe, het is toch altijd fout'. Het kind staat machteloos, kan niet ontsnappen en doet daar na verloop van tijd ook geen moeite meer voor. In het geval van mishandeling is het overduidelijk dat het kind in een vrij hopeloze situatie zit. Maar ook in minder extreme gevallen, bijvoorbeeld wanneer ouders zeer hoge eisen stellen aan de schoolse prestaties van hun kinderen, kan het kind 'aangeleerd hulpeloos' worden.

- **Levensgebeurtenissen**

Levensgebeurtenissen, en in het bijzonder gebeurtenissen die een verlies inhouden, kunnen aanleiding zijn voor een depressie. Daarbij gaat het niet altijd om zeer ingrijpende gebeurtenissen, zoals het overlijden van een ouder of een andere dierbare naaste. Ook bij een verhuizing, naar een andere school gaan of bij de overgang van de basisschool naar het voortgezet onderwijs, kunnen kinderen depressief worden. Het gaat dan met name om het verlies van de vertrouwde omgeving, vriendjes en klasgenootjes. In geval van echtscheiding, ziekte of een ziekenhuisopname van een van beide ouders, kunnen kinderen de ouder die ze minder vaak zien erg missen.

Communicatieve vaardigheden in gesprekken met iemand die depressief is

Bij iemand die depressief is, stel je vooral open vragen binnen het referentiekader van de cliënt om hem aan te moedigen. Daarnaast kan het ook nodig zijn specifieke, gesloten vragen te stellen vanuit jouw referentiekader als deskundige, bijvoorbeeld door te vragen of iemand problemen heeft met slapen.

Probeer niet om iemand op te monteren met opmerkingen als: 'Kop op!'. Meer mensen in de omgeving reageren waarschijnlijk zo en dit soort opmerkingen worden vaak opgevat als tekenen van onbegrip. Als een depressief iemand de somberheid zo maar van zich af kon zetten, zou hij dat heus wel doen. Hou er ook rekening mee dat er vanuit de omgeving na een tijdje met wrevel gereageerd wordt. 'Ondanks alle 'goede raad' wil hij niet.' Daarmee worden de toch al vaak bestaande schuldgevoelens alleen maar versterkt.

Vraag – liefst al in het eerste gesprek – wat iemand zijn sterkste punten vindt. Laat je niet om de tuin leiden als iemand die vraag ontwijkt. Vraag door tot iemand meerdere positieve eigenschappen van zichzelf kan noemen. Dit kunnen belangrijke aanknopingspunten voor de behandeling zijn. Het feit dat Martijn zijn band niet in de steek wil laten, betekent dat hij toch nog een doel heeft om voor te leven.

Probeer ook zo snel mogelijk behandelingsdoelen vast te stellen en hou die realistisch. Het krijgen van een groot en gevarieerd sociaal netwerk is bij iemand die nauwelijks sociale contacten heeft, geen realistisch doel. Ga uit van een haalbaar doel en verdeel dat in tussenstapjes, bijvoorbeeld eerst een keer met het buurmeisje gaan spelen, dan een keer naar de knutselmiddag in het buurthuis, ... Geef steeds positieve feedback voor iedere poging om dichterbij het doel te komen. Het feit dat iemand iets onderneemt, is al heel wat, ongeacht het resultaat.

Bij depressieve mensen is het ook goed om te polsen of er sprake is van suïcidale gedachten. Als dat zo is, moet je verder doorvragen of iemand al suïcideplannen heeft en hoe concreet die zijn (hoe?, wanneer?, waar?). Hoe concreter de plannen, hoe groter de kans dat een suïcidepoging zal volgen. Soms durven hulpverleners daar niet naar te vragen, omdat ze bang zijn 'mensen op ideeën te brengen'. Dat is nergens voor nodig. Probeer vooral niet iemand suïcideplannen 'uit het hoofd te praten'. De kans is groot dat mensen zich 'verstandig' opstellen en je vertellen wat je graag wil horen, maar met hun wanhoop alleen blijven zitten. Vaak voelen mensen zich opgelucht als ze erover hebben kunnen praten. Sommige mensen schamen zich voor de gedachte aan suïcide, omdat ze bang zijn 'laf' of 'slap' gevonden te worden. Door er zelf over te beginnen, help je ze als het ware over een drempel heen.

Vaak is het mogelijk een directe vraag te stellen; soms kun je eerst eens een 'balletje opgooien', bijvoorbeeld door te vragen: 'Sommige mensen voelen zich zo somber en lusteloos dat ze vinden dat hun leven geen zin meer heeft en dat ze net zo goed dood zouden kunnen zijn. Heb jij dat ook wel eens gedacht?' Als iemand daar bevestigend op antwoordt, dien je na te vragen of het gaat om een 'passieve' doodswens (bijvoorbeeld: ik zou het niet erg vinden als ik een ongeluk kreeg en doodging) of een 'actieve' doodswens, dat wil zeggen dat iemand er zelf een eind aan wil maken.