

DEPRESSIECOACHING



Demo

SORAG-Akademie

INLEIDING

Bij de SORAG-Academie heb je de keuze uit een groot aantal opleidingen op medisch gebied. Op onze website www.sorag.nl lees je de nodige informatie over de inhoud van de verschillende cursussen, de studieduur en de mogelijkheden om het geleerde in de praktijk toe te passen.

Het maken van een keuze voor een bepaalde cursus is niet altijd even gemakkelijk. Voldoet de cursus wel aan mijn verwachtingen en hoe ziet de inhoud er uit? Welke onderwerpen komen aan de orde en wat kan ik er verder nog van verwachten?

Deze kosteloze proefles geeft je in veel opzichten antwoord op deze vragen. Je zult merken dat we je via de lessen rechtstreeks aanspreken en je daarmee persoonlijk in het leerproces betrekken. Daardoor leer je via de opleiding van de SORAG-Academie ook bepaalde aspecten van jezelf kennen, waardoor je later nog beter in staat zult zijn om het geleerde in praktijk te brengen.

Na het afronden van je studie en het insturen van het huiswerk (per post of het SORAG-internet huiswerkprogramma) ontvang je vanzelfsprekend kosteloos een studieverklaring en bij de meeste opleidingen kun je ook kiezen voor het afleggen van een examen teneinde het diploma te behalen. De diploma's worden door een aantal beroepsorganisaties erkend, waaronder de Stichting Gezondzorg. Verschillende zorgverzekeraars zijn in dat geval bereid om de consultkosten van behandelde patiënten te vergoeden.

Schriftelijk studeren is afstandsonderwijs, maar dat zegt nog niet dat thuis studeren een eenzame

bezigheid is. Via het huiswerk kun je contact maken met je persoonlijke docent en via Studietoegang van de SORAG-Plaza (www.sorag.nl/plaza) maak je gemakkelijk contact met je medecursisten. En voor alle andere vragen staat je studiebegeleider voor je klaar. Ook zijn er voor een aantal opleidingen praktijkdagen waaraan je desgewenst deel kunt nemen.

Voor het volgen van deze cursus heb je geen verdere studieboeken nodig, en wanneer dat toch het geval is krijg je deze bij de eerste les zonder verdere kosten thuisgestuurd.

Wanneer je een complete les als proefles wilt ontvangen kun je deze tegen betaling aanvragen via onze website. De kosten van deze proefles worden, wanneer je besluit om de betreffende cursus te gaan volgen, in mindering gebracht op het lesgeld.

Wij hopen je binnenkort als cursist van de SORAG-Akademie welkom te mogen heten.

Met vriendelijke studiegroeten

Maurice Groenestijn
Directeur

WAT IS (EEN) DEPRESSIE?

'Ik ben erg gezellig, soms levend dood. Zelfs praten is me dan te veel.'

'Het overkomt je, je hebt het zelf niet in de hand.'

'In de morgen je bed niet uitkunnen omdat je energie op is. Nou ja, als het aan mij lag, kwam ik mijn bed helemaal niet meer uit.'

'Ik voel me lusteloos, neerslachtig, hopeloos en zinloos. En dat alles tegelijk.'

Tijdens het voorbereiden van deze cursus kwam ik deze uitspraken over het leven met een depressie tegen op internet. Ze geven al goed aan dat een depressie een complexe aandoening is, die, ondanks dat ze vaak voorkomt, toch niet goed wordt begrepen. Veel mensen denken dat een depressie alleen een aandoening is van de geest, een zogenaamde geestesziekte, en dus alleen maar problemen met het denken en het gevoel met zich mee zal brengen. Niets is echter minder waar. Een depressie vergt heel veel van het lichaam en veroorzaakt vrijwel altijd lichamelijke klachten. Daarnaast is nog steeds niet alles bekend over depressies. We weten bijvoorbeeld nog steeds niet waardoor een depressie precies wordt veroorzaakt. Wel is inmiddels een groot aantal mogelijke factoren gedefinieerd die bijdragen aan het ontwikkelen van een depressie.

In deze cursus zul je leren wat we wel weten over een depressie. Daarnaast zal ik ingaan op de behandeling van een depressie en zul je verschillende technieken leren waarmee een depressie aangepakt kan worden. Ik zal in deze cursus een groot aantal behandelmethoden bespreken, zowel reguliere als complementaire. Een van de laatste

nieuwe technieken, die soms goede resultaten boekt bij een depressie (en overigens nog betere resultaten bij ADHD), is de neurofeedbacktraining. Neurofeedbacktraining is een trainingsmethode voor de hersenen en is bedoeld om ontregelde hersenactiviteit weer in balans te brengen, waarna de klachten die verband houden met deze ontregeling, zullen verminderen of verdwijnen.

VOOR IEDEREEN GESCHIKT

Deze cursus is breed toepasbaar en geschikt voor iedereen die om welke reden dan ook meer wil weten over depressies en de behandelingsmogelijkheden ervan, bijvoorbeeld complementaire therapeuten, coaches en counselors die vanuit hun praktijk meer verdieping willen in de meest voorkomende psychische aandoening, depressie; groepsleiders en (woon)begeleiders die met depressieve cliënten te maken krijgen; ouders met een depressief kind; mensen met een depressieve naaste; leerkrachten met depressieve leerlingen in de klas; medewerkers in de kinderopvang die met mogelijk depressieve kinderen te maken krijgen en pedagogen en sociaal pedagogisch werkers die met depressieve cliënten te maken hebben. De cursus kan echter ook goed gebruikt worden als een zelfhulpbehandelingsmethode voor (milde) depressies.

Het doel van deze cursus is meer inzicht te krijgen in de psychische aandoening depressie en in de mogelijkheden van behandelen en het voorkomen ervan. Een depressie is een heterogene aandoening en zal zich bij iedereen anders uiten. Iedere cliënt die lijdt aan een depressie, zal dan ook een ander klachtenpatroon laten zien en bepaalde klachten heftiger of minder heftig ervaren (Hammen, 2002).

INHOUD VAN DEZE CURSUS

Er zitten veel verschillende facetten aan een depressie. In deze les zal ik het gaan hebben over de vraag wat een depressie precies is. Ik behandel de volgende onderwerpen: de definitie van een depressie, de bijbehorende klachten, het verloop en de consequenties en de mogelijke oorzaken. Speciale aandacht schenk ik hierbij aan de uiting van een depressie bij kinderen en jongeren en bij ouderen, omdat deze nogal eens verkeerd begrepen wordt.

In het eerste deel van les 2 zal ik het hebben over de verschillende soorten depressie en de bijbehorende mogelijkheden van diagnostiek. Ik bespreek onder andere de depressieve stoornis, de dysthyme stoornis, de milde depressieve stoornis, de winterdepressie, de zomerdepressie, het posttraumatisch stresssyndroom, de postpartumdepressie (depressie na de zwangerschap) en PMS. Ook de diagnostiek van depressieve stoornissen komt aan de orde (o.a. DSM-IV en zelfdiagnose).

In het tweede deel van les 2 bespreek ik de belangrijkste reguliere behandelingsmethoden, zoals psychotherapie, medicatie en zelfhulptherapie. Waar mogelijk, zal ik deze bespreking aanvullen met technieken en oefeningen om zelf (delen van) bepaalde methoden uit te proberen.

In les 3 komen de belangrijkste complementaire behandelmethoden aan bod. Ik zal het hierbij hebben over positieve zelfbeïnvloeding, lichaamsgerichte therapie, fytotherapeutische (kruidengeneeskundige) middelen, de mogelijkheden van de aromatherapie, homeopathische middelen, voeding en supplementen. Ook hier zal ik de theorie

waar mogelijk afwisselen met praktische gedeeltes waarin aanwijzingen staan om bepaalde methoden, technieken en middelen in te zetten bij cliënten of deze zelf uit te proberen.

Mensen die lijden aan een depressie, denken vaak erg negatief. Een negatieve gedachte is echter niet alleen een gedachte, maar heeft ook een negatief gevoel tot gevolg. Hierdoor is negatief denken bij een depressie juist ongewenst. Het doorbreken van het negatieve denken, het richten op positiever denken en het ontwikkelen van positieve cognities spelen daarom vaak een belangrijke rol in de behandeling van een depressie of juist het voorkomen van een depressie. In les 4 'Aanpakken van depressieve gedachten en cognities' zul je hier alles over leren en zul je verschillende technieken aangereikt krijgen die je bij jezelf en anderen kunt inzetten om depressieve gedachten en cognities op te sporen en te veranderen, zodat een depressie afneemt of kan worden voorkomen.

Les 5 staat volledig in het teken van het leven met een depressie. Hoe is het om te leven met een depressie en wat gaat er vaak mis? Ook de omgang met anderen en het aangaan van nieuwe contacten zullen worden besproken. Vooral het stimuleren van gedragsactivatie (actief worden en blijven) en voor jezelf blijven zorgen, zal een speciale rol krijgen in deze les, omdat deze twee factoren belangrijk kunnen zijn om een depressie te overwinnen of juist te voorkomen.

Ten slotte komen in les 6 het voorkomen van een volgende depressieve episode en het systematisch stoppen met eerder voorgeschreven antidepressiva (en de hieruit volgende problemen) aan

de orde. In het eerste deel van deze les wordt het voorkomen van een terugval besproken: het opstellen van terugvalpreventieplannen, het herkennen van terugvalsignalen en het op een passende wijze in actie komen. Wanneer iemand wil stoppen met antidepressie medicijnen, is het erg belangrijk om je bewust te zijn van de mogelijke gevolgen en ontwenningverschijnselen. Het is daarom verstandig een stopplan op te stellen en nooit ineens of in je eentje te stoppen. In het tweede deel van de laatste les zul je leren hoe je dit op een verantwoorde manier kunt doen en hoe je cliënten in dit proces kunt begeleiden.

DEPRESSIE ALS MAATSCHAPPELIJK PROBLEEM

Depressie is een van de meest urgente problemen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. De aandoening is bezig uit te groeien tot een van de grote 'ziekten' van de eenentwintigste eeuw. Zo is depressie verantwoordelijk voor bijna 11% van het totale aantal jaren dat iemand leeft met een beperking (gedefinieerd als enige beperking of ontbrekend vermogen om een normale menselijke activiteit uit te voeren) door welke oorzaak dan ook.

Momenteel staat depressie volgens de Wereldgezondheidsorganisatie W.H.O. op een goede vierde plaats in een lijst van aandoeningen die wereldwijd de grootste maatschappelijke problemen geven (Murray & Lopez, 1998). En er wordt verwacht dat de aandoening in de toekomst alleen nog maar meer problemen zal gaan veroorzaken. De Wereldgezondheidsorganisatie verwacht dat in het jaar 2020 depressie internationaal gezien op één na van alle ziekten het zwaarste beslag zal leggen op het volksgezondheidbudget. Bovendien kenmerkt een depressie zich door terugval, chroniciteit en recidiviteit en brengt de aandoening enorme kosten met zich mee.

PREVALENTIE

Depressie is een belangrijk maatschappelijk probleem omdat de aandoening zo veelvuldig voorkomt in onze maatschappij. Iedereen kent wel iemand met een depressie of iemand die ooit een depressie heeft gehad. Daarnaast komen de meeste mensen ook nog in aanraking met personen waarvan zij vermoeden dat deze depressief zijn, maar bij wie dit nog niet officieel is vastgesteld.

Op dit moment lijdt zo'n 4 tot 10% van de totale westerse bevolking aan een depressie (Hayes, Follette, Linehan, 2006). In Nederland leed in 2003 bijvoorbeeld naar schatting 6,3% van de inwoners van 13 jaar en ouder aan een depressie. Dit waren ongeveer 856.000 mensen en nog ieder jaar lijkt dit aantal te stijgen. In 2010 bijvoorbeeld waren dit er al bijna een miljoen. Naar schatting zal dan ook ongeveer 15 tot 17% van de volledige westerse bevolking ooit in hun leven met een depressie te maken krijgen (Hayes, Follette, Linehan, 2006).

TERUGVAL, CHRONICITEIT EN RECIDIVITEIT

Niet alleen komt een depressie veelvuldig voor, de aandoening kenmerkt zich ook nog eens door terugval, chroniciteit en recidiviteit, wat ook de nodige impact heeft op onze maatschappij. Depressies lijken vaak acuut. Er is namelijk sprake van een depressieve episode (een korte termijn waarin men aan een depressie lijdt). Vele depressieve personen blijven echter chronisch last houden van een depressie, doordat ze op de langere termijn veel kwetsbaarder zijn voor nieuwe depressieve episoden (Segal, Williams, Teasdale, 2002). Recente schattingen voorspellen dat cliënten die lijden aan een depressie, tijdens hun leven gemiddeld vier depressieve episoden mee zullen maken (Judd, 1997).

Daarnaast is de laatste jaren uit onderzoek gebleken dat het herstel na een depressie vaak niet helemaal volledig is. Er blijven wat men noemt vaak nog restsymptomen bestaan, die de kans op een terugval verhogen.

Depressie kan dus beter worden gezien als een chronische conditie, waarbij het na het overwinnen van een depressieve episode erg moeilijk is om gezond te blijven, en dat wat eventueel door middel van (psycho)therapie is bereikt, te behouden (Segal, Williams, Teasdale, 2002).

EFFECTIEVE PREVENTIE IS BELANGRIJK

Effectieve preventie van een terugval of recidive blijkt dus erg belangrijk te zijn bij de strijd tegen de aandoening depressie. De best gedocumenteerde en nog steeds meest gebruikte benadering van het voorkomen van terugval van een depressie is het gebruik van medicijnen (ook wel farmacotherapie genoemd) (Kupfer en collega's, 1992). Het gebruik van medicijnen kent echter zijn nadelen. Het gaat hier namelijk om langdurig gebruik, wat heel veel kosten voor de gezondheidszorg met zich meebrengt, maar ook erg belastend is voor de cliënt. Het blijkt voor cliënten erg lastig om chronische medicatie vol te houden. Maar liefst 40% van de cliënten houdt zich niet aan de gegeven medicatievoorschriften, met alle gevolgen van dien (Segal, Williams, Teasdale, 2002).

Naast farmacotherapie is momenteel mindfulness based cognitive therapy in opkomst om een terugval van depressie te voorkomen. Uit wetenschappelijk onderzoek is niet alleen gebleken dat mindfulness based cognitive therapy werkzaam is in het voorkomen van een terugval, maar zelfs leidt tot een grotere afname in de frequentie van terugval en recidive van depressie dan een onderhoudsdosering medicijnen of geen behandeling (Segal, Williams, Teasdale, 2002). Een cursus mindfulness based cognitive therapy kun je volgen bij de SORAG-Akademie.

KOSTEN

Depressie kost de maatschappij handenvol geld. De directe zorgkosten voor een depressie, zoals voor artsenconsulten, medicijnen, psychotherapie en psychiatrische opnamen bij ernstige zelfmoordgedachten, komen in Nederland uit op ongeveer 660 miljoen euro per jaar (GGZ Nederland, 2011).

Daarnaast zijn er andere kosten. Zo verzuimen werknemers die aan een depressie lijden, vijfmaal vaker op hun werk dan gezonde collega's (Broadhead, Blazer, George, Tse, 1990). In de witteboordensector is depressiviteit dan ook een van de meest voorkomende oorzaken van langdurig ziekteverzuim (Stansfeld, Fuhrer, Head, Ferrie, Shipley, 1997). Ook kan depressiviteit ervoor zorgen dat mensen afgekeurd worden, hun beroep helemaal niet meer uit kunnen oefenen en werkloos worden of in de bijstand terechtkomen. Deze andere maatschappelijke kosten door productieverlies, arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid, komen in Nederland uit op het enorme bedrag van 953 miljoen euro per jaar (GGZ Nederland, 2011).

Dit betekent dat de totale kosten die de maatschappij jaarlijks uitgeeft aan de aandoening depressie, een ruime 1,6 miljard euro bedragen.

DEFINIËREN VAN EEN DEPRESSIE

Het is belangrijk om te weten dat het woord depressie op verschillende manieren wordt gebruikt. In onze dagelijkse spreektaal gebruiken wij het woord depressie (en de daarvan afgeleide woorden) om een menselijke toestand aan te duiden. Veel mensen zeggen bijvoorbeeld wel eens: 'Ik voel me depressief.' Zij bedoelen hiermee dat hun gemoedstoestand is gedaald, dat ze zich tijdelijk iets minder goed voelen of dat ze tijdelijk in een 'dipje' zitten. Deze gedaalde gemoedstoestand kan een aantal uren of zelfs een aantal dagen aanhouden, maar is vaak een normale reactie op een negatieve gebeurtenis. Bijvoorbeeld wanneer iemand zich een tijdje somber voelt na het zakken voor zijn rijbewijs.

Andere voorbeelden van het gebruik van het woord depressie in de dagelijkse spreektaal zijn: 'Het weer is echt om depressief van te worden' en 'Al dat slechte nieuws op de televisie, ik word er gewoon depressief van.' Hier wordt het woord depressie gebruikt om een gebeurtenis op een aangedikte manier te omschrijven.

Over deze manieren om het woord depressie te gebruiken, zal het in deze cursus echter niet gaan. Hier zullen we het voornamelijk hebben over het woord depressie om een klinische psychische aandoening te benoemen.

DEFINITIE VAN EEN DEPRESSIE

Een depressie is een psychische aandoening en valt onder de stemmingsstoornissen. Het begrip stemmingsstoornis is een verzamelnaam voor alle psychische aandoeningen waarbij de gemoedstoestand, stemming of emotie van de cliënt zieke-

lijk is verstoord of niet past bij de situatie waarin de cliënt verkeert. Dit betekent dat mensen met een depressie problemen hebben met stemming en emotie. Een depressie kenmerkt zich dan ook vaak door een zwaar terneergeslagen stemming, ook wel aangeduid als somberheid. Daarnaast treedt er vaak verlies van levenslust op. Dit betekent dat de cliënt nergens interesse in zal hebben en nergens meer plezier aan beleeft.

Niet iedere depressieve, sombere of terneergeslagen stemming die zich kenmerkt door gebrek aan levenslust, is echter een psychische aandoening. Er wordt pas van een depressie gesproken als wordt voldaan aan een aantal vastgestelde criteria. Deze criteria richten zich niet alleen op een verlaagde gemoedstoestand of stemming, maar ook op andere fysieke, mentale en gedragservaringen die gepaard gaan met de psychische aandoening depressie (Hammen, 2002). Alleen wanneer voldaan wordt aan deze criteria kan de psychische aandoening depressie worden gediagnosticeerd door een psycholoog, psychiater of (huis)arts. De criteria staan dan ook vermeld in handboeken die worden gebruikt door artsen en psychologen, zoals de ICD-10 van de Wereldgezondheidsorganisatie of de in Nederland en in de VS gebruikte DSM-IV-TR.

ZIEKTEBEELD

Depressie is een heterogene aandoening en zal zich bij iedereen anders uiten. Iedere cliënt die lijdt aan een depressie, zal dan ook een ander klachtenpatroon laten zien en bepaalde klachten heftiger of minder heftig ervaren (Hammen, 2002). Maar er zijn ook overeenkomsten. Een depressie kenmerkt zich namelijk altijd door een depressieve stemming die bestaat uit terneerge-

slagenheid (somberheid) en nergens plezier of interesse in hebben. Er is pas echt sprake van een depressie wanneer de depressieve stemming gedurende ten minste twee aaneengesloten weken, iedere dag, gedurende het grootste deel van de dag, optreedt (Flens & Kollaard, 2010).

Naast een depressieve stemming komt er een heel scala van andere klachten en symptomen voor die daarmee samenhangen. Deze klachten en symptomen verstoren het dagelijks functioneren van de cliënt aanzienlijk en kunnen worden onderverdeeld in vier verschillende domeinen, namelijk gevoelsklachten, klachten van het denken, gedragsklachten en lichamelijke klachten (Flens & Kollaard, 2010).

ONDERVERDELING VAN DE KLACHTEN

De onderverdeling van de klachten in de vier verschillende domeinen, denken (cognitie), gedrag, gevoel (affect) en lichaam, is natuurlijk niet waterdicht. Bepaalde klachten kunnen te maken hebben met meerdere domeinen. Ook hangen klachten vaak met elkaar samen. De ene klacht kan de andere veroorzaken, versterken of in stand houden. Dat is niet zo verwonderlijk, want ons lichaam en onze geest beïnvloeden elkaar over en weer, eigenlijk zonder dat we ons hier bewust van zijn. Hierdoor hangen gedachten, gevoel en gedrag nauw met elkaar samen (Flens & Kollaard, 2010). Het is daarom soms moeilijk om te bepalen tot welk domein een bepaalde klacht behoort. Voor de duidelijkheid zal ik in het vervolg van dit hoofdstuk toch alle klachten die voorkomen bij een depressie, binnen één bepaald domein plaatsen.

Ik zal het nu uitgebreider gaan hebben over de klachten bij een depressie, onderverdeeld in het hoofddomein de depressieve stemming en de secundaire domeinen: klachten van het gevoel, klachten van het denken, klachten van het gedrag en lichamelijke klachten. Wanneer je zelf aan een depressie lijdt of hebt geleden, neem dan nu even de tijd om je eigen klachten op te schrijven. Schrijf op wat je voelt of voelde, denkt of dacht en hoe je je gedraagt/hebt gedragen. Denk ook eens na over de lichamelijke klachten die je tijdens de depressie ervaart of hebt ervaren. Noteer dit alles in korte steekwoorden en lees daarna op je gemak de rest van dit hoofdstuk door. Je zult tijdens het lezen merken dat je niet met alle klachten te maken hebt of hebt gekregen, maar er wel een aantal van herkent. Misschien herken je zelfs klachten die je in eerste instantie niet hebt opgeschreven, omdat je niet dacht dat deze bij de depressie hoorden. Wanneer je zelf geen depressie hebt gehad, kun je kort opschrijven hoe je over een depressie denkt en met welke klachten jij denkt dat een depressie gepaard gaat. Ga vervolgens na het lezen van dit hoofdstuk na wat er precies verschilt met jouw eerste opvatting. Misschien moet je zelfs wel je mening bijstellen.

Let op! De meeste klachten die ik zal beschrijven, kunnen ook veroorzaakt worden door iets anders dan een depressie. Het is daarom belangrijk om dit voor jezelf of voor je cliënt na te gaan. De klacht vermoeidheid bijvoorbeeld kan worden veroorzaakt door een depressie, maar ook door bijvoorbeeld slaapproblemen, medicijnen, allergieën en voedselintoleranties, bloedarmoede of een (virus- of bacteriële) infectie.

DEPRESSIEVE STEMMING

Het kernsymptoom van een depressie is een depressieve stemming. Een depressieve stemming bestaat uit het voor langere tijd ongewoon neerslachtig ofwel somber zijn en/of het vrijwel nergens plezier of interesse in hebben.

Somberheid

De somberheid die wordt ervaren bij een depressie, is anders dan de somberheid die iedereen wel eens ervaart. Ze is meer overheersend en niet of nauwelijks te beïnvloeden (Flens & Kollaard, 2010). Ook wanneer alles goed gaat of iets beter gaat, zal de stemming niet of nauwelijks verbeteren. Een slechte stemming, na bijvoorbeeld het zakken voor een examen, zal minder overheersend zijn dan de depressieve stemming en zal in tegenstelling tot de depressieve stemming ook weer verbeteren na een leuke ervaring.

Geen plezier en interesse

Naast de somberheid bestaat een depressieve stemming uit het verliezen van plezier en interesse in activiteiten die eerder wel met veel plezier werden gedaan. Het uit zich vaak in lusteloosheid en in een verminderd vermogen om te genieten (Flens & Kollaard, 2010). Ook wanneer een belangrijke taak succesvol wordt uitgevoerd, voelt de betrokkene weinig genoegzaamheid. Hierdoor worden hobby's vaak opgegeven ('ik stop met voetballen, ik beleef er geen lol meer aan') en wordt contact met anderen vaak verbroken ('ik voel me zo rot, ik kom vandaag niet langs').

KLACHTEN VAN HET GEVOEL

Gevoelens kunnen op twee manieren ontstaan (Flens & Kollaard, 2010). In de eerste plaats door prikkels van buiten af, zoals pijn en kou, maar ook een nare leidinggevende of ruzie met een naaste.

In de tweede plaats ontstaan gevoelens naar aanleiding van gedachten. Bijvoorbeeld de gedachte aan het zakken voor een belangrijk examen, waardoor je je verdrietig voelt. Depressieve gevoelens worden altijd veroorzaakt door bepaalde gedachten. Bijvoorbeeld de gedachte dat je een nietsnut bent, waardoor je je somber gaat voelen. De gedachten die ten grondslag liggen aan depressieve gevoelens, zijn negatief en worden ook wel depressieve gedachten genoemd.

Iemand die aan een depressie lijdt, heeft last van depressieve gevoelens die veroorzaakt worden door depressieve gedachten. Daarnaast zorgen de depressieve gevoelens weer voor depressieve gedachten. Dit betekent dat er bij depressie altijd een zelfversterkende negatieve spiraal ontstaat van gedachten en gevoelens, die de depressie verder zullen verergeren (Flens & Kollaard, 2010).

De klachten van het gevoel bij een depressie hebben niet allemaal te maken met somberheid (somberheid is echter wel het hoofdkenmerk). Er zijn ook klachten zoals prikkelbaarheid, verdriet en angst. Ook zijn er personen die juist aangeven zich leeg te voelen. Hiermee bedoelen zij dat zij beduidend minder gevoelens hebben dan voordat zij aan een depressie leden.

Angst

Mensen die lijden aan een depressie, kunnen last krijgen van angstgevoelens waarvoor geen duidelijke reden bestaat. Deze angstgevoelens kunnen zich heel divers openbaren. Veel mensen zijn bijvoorbeeld bang dat de depressie nooit meer overgaat. Of de angst doet zich voor tijdens dagelijkse bezigheden, bijvoorbeeld angst om met de bus te

gaan, angst om iets te zeggen tijdens een vergadering of angst om boodschappen te doen.

Iedereen is natuurlijk wel eens bang of vindt bepaalde dingen eng om te doen. Hier is echter meestal een goede reden voor. Bij een depressie is dit niet het geval en komt de angst ook ineens op. Dit betekent dat mensen tijdens een depressie angstig worden voor dingen die ze vroeger nooit eng gevonden hebben.

Verdriet

Een ander typisch gevoel dat iemand die aan een depressie lijdt, kan ervaren, is verdriet. Iedereen is natuurlijk wel eens verdrietig. Meestal is hier echter een reden voor zoals ruzie, het meemaken van iets vervelends, een overlijden, pesten, bedreiging of een onbeantwoorde liefde. Bij een depressie is dit vaak niet het geval. Men voelt zich gewoon rot, ziet alles zwart of grijs en is verdrietig zonder een duidelijke reden. Het verdriet gaat bovendien vaak gepaard met gevoelens van schuld.

Prikkelbaarheid

Een depressie kan ervoor zorgen dat iemand zich ongewoon vaak gaat ergeren of irriteren, boos of nijdig wordt. Deze prikkelbaarheid wordt een soort gewoonte, die altijd naar boven kan komen. Bijvoorbeeld: je wordt boos om het nieuws, een televisieprogramma, de krant, het gedrag van iemand anders, de uitslag van een sportwedstrijd, het verkeer op de weg, het eten, enzovoort. De prikkels lijken vaak van buitenaf te komen ('je gedrag irriteert me'), maar in werkelijkheid komen ze juist van binnenuit en is er een dieper gelegen oorzaak voor.

Emotionele vlakheid

Door de depressie is het mogelijk dat men minder emoties ervaart en minder gaat voelen. De beleving van gevoelens verdwijnt gedeeltelijk of geheel en de intensiteit van de gevoelens vermindert. Dit wordt ook wel emotionele vlakheid genoemd.

Het leven wordt grijs en gaat volledig langs iemand heen. Depressieve mensen omschrijven deze geestelijke staat ook wel als 'een leeg vat zijn' of 'leven in een grijze streep'. Met het ontbreken van de gevoelens verdwijnt eigenlijk ook de zin van het leven en zelfs naasten, zoals partner, kinderen en beste vrienden, kunnen als oninteressant beschouwd gaan worden. Eigenlijk kan niets meer zorgen voor emotionele bevrediging. Men gaat contacten met anderen uit de weg, waardoor negatieve gedachten optreden. Bijvoorbeeld: 'Ik ben slecht, want ik geef niet meer om mijn familie.'

KLACHTEN VAN HET DENKEN

Als we aan depressie denken, denken we aan somberheid, neerslachtigheid, lusteloosheid, enzovoort. Dit zijn allemaal gevoelens. Een depressie is echter niet alleen een stoornis van het gevoel, maar veroorzaakt ook veranderingen in het denken. Volgens sommige onderzoekers is een depressie zelfs net zozeer een stoornis van het denken als een stoornis van het gevoel. Een depressie beïnvloedt dan ook sterk gedachten en de manier van denken. Deze gedachten zijn symptomen van de depressie en vormen over het algemeen niet de waarheid. Voor mensen die aan een depressie lijden, is dit heel belangrijk om te beseffen. Veel depressieve mensen hebben

namelijk het idee dat deze depressieve gedachten hun ware aard weergeven, maar dat is zeker niet zo (Flens & Kollaard, 2010).

Negatieve gedachten en opvattingen

Iemand die aan een depressie lijdt, heeft vaak een heleboel negatieve gedachten over zichzelf, de wereld en de toekomst. Deze gedachten zijn vaak irrationeel en verdraait. De negatieve gedachten worden veroorzaakt door de depressie, maar kunnen er ook voor zorgen dat de depressie langer aanhoudt of erger wordt. Daarom richten sommige vormen van therapie, bijvoorbeeld cognitieve therapie en de cognitieve gedragstherapie, zich vaak op het veranderen van negatieve gedachten en opvattingen. Aan de hand van simpele stappenplannen zul je in de loop van deze cursus ook zelf leren om negatieve gedachten en opvattingen te veranderen. Meer over cognitieve gedragstherapie kun je leren in de gelijknamige cursus van de SORAG-Akademie.

Depressieve mensen omschrijven zichzelf vaak als waardeloos en incompetent. Daarnaast zijn ze enorm kritisch ten aanzien van hun eigen karakteristieken en daden (Flens & Kollaard, 2010). Voorbeelden hiervan zijn gedachten als 'ik ben lelijk', 'ik ben dom', 'ik ben niets waard' en 'ik ben een slechte minnaar'. De wereld en de toekomst zien ze vaak als kil, sfeerloos, onveranderlijk, zinloos en onbevredigend (Hammen, 2002). Voorbeelden van gedachten hierover zijn: 'Ik kan de wereld niet veranderen, dus het is zinloos' of: 'De toekomst brengt toch niets goeds.'

Negatieve gedachten en opvattingen over jezelf, de wereld en de toekomst liggen weer ten grondslag aan een heleboel andere negatieve gedach-

ten. Over de gedachten betreffende onzekerheid, schuld, zinloosheid en de dood wil ik het nu uitgebreider gaan hebben.

Gedachten over schuld

Mensen die aan een depressie lijden, hebben vaak gedachten over schuld. Dit uit zich in ideeën over te kort schieten of falen, zowel in het heden als in het verleden (Flens & Kollaard, 2010). Voorbeelden hiervan zijn: 'ik ben een slechte moeder, want ik moet werken en kan hierdoor niet altijd bij mijn zontje zijn' of 'ik ben een slechte vriend, want vijf jaar geleden ben ik de verjaardag van mijn vriendin vergeten'.

Ook schuldgedachten kunnen ontstaan uit negatieve gedachten. Negatieve gedachten over jezelf zorgen ervoor dat je veel kritischer naar je eigen karakteristieken en daden kijkt. Kleine tekortkomingen of vermeende tekortkomingen merk je hierdoor beter op en vergroot je als het ware uit. Dit kan schuldgedachten in de hand werken.

Gedachten van zinloosheid

Gedachten van zinloosheid komen ook veelvuldig voor. Voor veel depressieve mensen lijkt het hele leven zinloos: de relaties, het werk, de hobby's, de toekomstplannen. Ook de wereld en alles wat hierin gebeurt, wordt als zinloos ervaren. Een vaak voorkomende gedachte is: 'Wat maakt het allemaal uit, het heeft toch geen zin.' Ook gedachten van zinloosheid zijn vaak het resultaat van negatieve gedachten over jezelf, de wereld en de toekomst, en ze hebben doorgaans tot gevolg dat iemand zich lusteloos gaat voelen en tot niets meer komt (Flens & Kollaard, 2010).

Onzekerheid

Negatieve gedachten over jezelf kunnen automatisch leiden tot onzekerheid. Iemand die zich onzeker voelt, gaat twijfelen aan zijn gehele zelf, de wereld en de toekomst. Deze onzekerheid kan zich uiten in gevoelens van onder andere twijfel, angst en verdriet, maar ook in bijvoorbeeld een alcohol- en drugsverslaving. Wanneer iemand zich bijvoorbeeld mislukt of dom voelt, is het begrijpelijk dat het moeilijk en beangstigend is om voor een groep mensen te spreken.

Denken aan de dood

Negatieve gedachten kunnen ervoor zorgen dat er gedachten aan de dood of gedachten over zelfmoord (suïcide) optreden. Vrijwel iedereen met een depressie verlangt er wel eens naar om dood te zijn. Deze gedachten worden vaak veroorzaakt door hopeloosheid, wanhoop en een ongelooft in vooruitgang. In sommige gevallen zijn deze gedachten erg vaag. Bijvoorbeeld: 'Was ik maar dood, dat zou zo veel oplossen.' Andere keren zijn er duidelijkere plannen tot zelfdoding (Flens & Kollaard, 2010).

Problemen in mentale processen

Behalve negatieve gedachten hebben mensen met een depressie ook andere klachten van het denken. Ze hebben vaak ook problemen in mentale processen, zoals concentratieproblemen, geheugenproblemen, traag denken, piekeren en twijfelzucht.

Concentratieproblemen

Mensen met een depressie geven vaak zelf aan dat ze problemen hebben met de concentratie. Ze hebben vaak moeite om hun aandacht ergens bij te houden. Dit uit zich bijvoorbeeld tijdens het

lezen of het televisiekijken, maar ook het volgen van een gesprek is heel moeilijk. De woorden gaan als het ware het ene oor in en het andere weer uit. In gezelschap maakt iemand met een depressie dan ook een afwezige en vergeetachtige indruk (Flens & Kollaard, 2010).

Geheugenproblemen

Behalve concentratieproblemen zijn er vaak ook geheugenproblemen, die weer kunnen leiden tot extra bezorgdheid en piekeren over de gezondheid en de hersenen.

Volgens een review van Watts (1993) geven sommige studies echter aan dat de geheugenproblemen bij depressie groter zijn voor positieve gebeurtenissen dan voor negatieve gebeurtenissen. Mensen met een depressie kunnen zich dus makkelijker negatieve gebeurtenissen herinneren dan positieve gebeurtenissen. Men is dan ook in de veronderstelling dat afleiding door de negatieve depressieve gedachten (bijvoorbeeld bij piekeren) ervoor kan zorgen dat het geheugen (vooral positieve dingen) achteruitgaat. Daarnaast kunnen de geheugenproblemen bij een depressie worden veroorzaakt door de concentratieproblemen of door traag denken.

Traag denken

Traag denken kenmerkt zich door hele langzame gedachten of zelfs stilliggende gedachten. Dit zorgt voor een langzame informatieverwerking en kan zich uiten in traag spreken. Het trage denken kan in sommige gevallen zelfs zover doorzetten dat er helemaal geen gedachten meer aanwezig zijn en er in een gedachtestilte wordt geleefd (Flens & Kollaard, 2010). Als je aan zo iemand vraagt wat hij denkt, antwoordt hij dan ook altijd:

'niets'. Traag denken gaat vaak gepaard met traag spreken en traag bewegen.

Piekeren

Piekeren is het eindeloos nadenken over een bepaald probleem, zonder dat er een oplossing wordt gevonden. De gedachten draaien in kringetjes rond. Daarbij kunnen verschillende problemen en gedachten door elkaar heen gaan lopen. Er ontstaat een verwarde storm van sombere gedachten waarvan men niet los kan komen en waardoor de depressie eigenlijk alleen nog maar verergert (Flens & Kollaard, 2010). Bij mensen met een depressie gebeurt dit vaak 's nachts, maar het kan ook heel goed overdag voorkomen.

Twijfelzucht

Mensen met een depressie vinden het vaak erg moeilijk om beslissingen te nemen. Dit geldt voor eenvoudige dingen, zoals het kiezen van de boodschappen die gekocht moeten worden, maar zeker het nemen van belangrijke beslissingen ligt vaak zelfs volledig buiten iemands capaciteit (Flens & Kollaard, 2010). Dit betekent uiteindelijk dat alles op de lange baan zal worden geschoven.

KLACHTEN VAN HET GEDRAG

Ook het gedrag verandert door een depressie, vaak als gevolg van de klachten van het denken en het gevoel. De klachten van het gedrag staan dus over het algemeen niet op zichzelf, maar komen voort uit andere klachten (Flens & Kollaard, 2010).

De klachten van het gedrag bij een depressie zijn erg opvallend en in sommige gevallen wordt de therapie hierop gericht. Deze vorm van therapie wordt gedragstherapie genoemd. Gedragstherapie

bij depressie richt zich voornamelijk op gedrags-activatie. Dit betekent dat wordt geprobeerd om een depressief persoon weer actief en op gang te krijgen. In de loop van deze cursus zul je leren hoe je dit op een simpele manier kunt doen.

Traagheid

Bij sommige mensen met een depressie treden veranderingen in het bewegen op. Zij worden erg traag, niet alleen in hun bewegingen, maar ook in hun denken, reageren, eten en praten. Soms lijkt het zelfs alsof iemand verdoofd is: urenlang zit men in dezelfde houding zonder iets te doen (Hammen, 2002). De spraak wordt gekenmerkt door vele pauzes, minder woorden, monotoneheid en minder oogcontact. Ook lijkt vaak alle levendigheid uit het gezicht verdwenen. De ogen en de mond lijken zelfs naar beneden te hangen (Cloitre, Katz, Van Praag, 1993).

Agitatie

Een depressie kan gepaard gaan met geagiteerd gedrag. Agitatie is een zenuwachtige gemoedstoestand en wordt ook wel omschreven als onrust of rusteloze lichamelijke activiteit. Agitatie uit zich in onrustig zijn, niet stil kunnen zitten, ijsberen, trommelen met de vingers, wippen met de voeten, het heen en weer schieten van de ogen, veel handbewegingen en friemelen. Bovendien ervaren depressieve mensen met geagiteerd gedrag vaak ook meer angst en opwinding. Iemand loopt bijvoorbeeld voortdurend, al handenwringend, heen en weer, kan niet stil zitten en voelt zich (ook duidelijk zichtbaar) opgejaagd. Ten slotte wordt bij agitatie vaak snel en verward gepraat. De hoeveelheid spraak daarentegen neemt niet toe (Cloitre, Katz, Van Praag, 1993).

Iedereen heeft wel eens last van agitatie, maar wanneer deze ongewoon vaak voorkomt, lang aanhoudt en geen duidelijke oorzaak heeft, kan dit wijzen op een depressie. Een bepaalde vorm van depressie heeft zelfs agitatie als hoofdkenmerk. Deze vorm werd vroeger ook wel geagiteerde depressie genoemd.

Vermijden van contact

Een depressie zorgt er vaak voor dat sociale activiteiten worden vermeden. Iemand met een depressie trekt zich vaak terug en vermijdt contact met anderen. Hij zegt afspraken, bezoeken, feestjes en avondjes uit af, wat uiteindelijk leidt tot een sociaal isolement. Het komt echter ook voor dat anderen het contact met een depressieve persoon gaan vermijden, omdat ze deze te somber of te negatief vinden (Flens & Kollaard, 2010).

Minder ondernemen

Ook kan een depressie ervoor zorgen dat er minder wordt ondernomen. Uiteindelijk wordt er zelfs helemaal niets meer gedaan en komt het leven van de betrokkene vaak helemaal stil te liggen. Bij een ernstige depressie blijft men bijvoorbeeld vaak dagenlang in bed liggen. Dit heeft te maken met klachten als lusteloosheid, verlies van interesse en moeheid (Flens & Kollaard, 2010).

Onderzoek wijst uit dat de depressie hier niet beter van wordt. Het verminderde ondernemen zorgt voor nog meer gevoelens van waardeloosheid en schuld. Daarnaast lijden belangrijke dagelijkse zaken hieronder, zoals relaties, hobby's, persoonsverzorging, voeding en werk, waardoor de depressie uiteindelijk alleen maar erger wordt (Flens & Kollaard, 2010).

Jezelf verwaarlozen

Een depressie kan er gemakkelijk toe leiden dat iemand zich gaat verwaarlozen. Men besteedt minder aandacht aan persoonlijke verzorging en kleding. Dit kan verschillende redenen hebben (Flens & Kollaard, 2010), bijvoorbeeld: verminderd ondernemen, waardoor geen nieuwe kleren worden gekocht en niet naar de kapper wordt gegaan; moeheid, waardoor er weinig energie is voor persoonsverzorging; gevoelens van zinloosheid, waardoor het nut van dit soort zaken niet meer wordt gezien, en gevoelens van waardeloosheid, waardoor betrokkene het idee heeft het niet waard te zijn.

LICHAMELIJKE KLACHTEN

Naast klachten van het gevoel, het denken en het gedrag kenmerkt een depressie zich ook door lichamelijke klachten. Veel mensen realiseren zich dit niet. Zij denken dat een depressie puur een psychologisch probleem is (een zogenoemde 'geestesziekte'). Een depressie gaat echter veel verder. Ze vergt heel veel van het lichaam en veroorzaakt vrijwel altijd lichamelijke klachten. Een depressie is hierdoor niet alleen een ziekte van de geest, maar ook een ziekte van het lichaam.

Het komt voor dat de depressie als het ware schuilgaat achter een serie van lichamelijke klachten. Dit wordt ook wel een gemaskeerde depressie genoemd (Flens & Kollaard, 2010). De betrokkenen hebben niet door dat de lichamelijke klachten die zij ervaren, eigenlijk worden veroorzaakt door een onderliggende depressie.

Verminderde energie

Ongeveer 93% van de mensen met een depressie krijgt te maken met verminderde energie (Buch-

wald & Rudick-Davis, 1993). Dit is dus een vaak voorkomend symptoom. Mensen met een depressie klagen vaak over lusteloosheid, futloosheid, loomheid, het gevoel dat hun lichaam loodzwaar is en het ontbreken van het fysieke uithoudingsvermogen om iets te ondernemen of een taak te voltooien. Ook voelt het lichaam vaak slap en hangerig aan. De klachten van verminderde energie zijn er 's ochtends bij het opstaan gelijk al.

Slaapproblemen

Ook slaapproblemen komen bij een depressie erg vaak voor. Ongeveer 98% van de depressieve mensen krijgt hiermee te maken (Buchwald & Rudick-Davis, 1993). Deze slaapproblemen kunnen verschillende vormen aannemen, namelijk problemen met het in slaap vallen, problemen met doorslapen en te veel slapen (Hammen, 2002). Vooral problemen met inslapen en doorslapen komen vaak voor (Flens & Kollaard, 2010). In het eerste geval is de betrokkene erg moe, maar kan hij niet slapen. Hij ligt uren te woelen en te piekeren over van alles en nog wat. Wanneer hij uiteindelijk toch slaapt, slaapt hij licht en wordt hij vaak wakker. Hierdoor rust hij niet goed uit en begint hij de dag moe.

In het tweede geval slaapt de betrokkene wel goed in, maar wordt hij alweer vroeg wakker, meestal een paar uur voor de wekker gaat. Hij gaat piekeren en malen over de komende dag. Opnieuw inslapen, lukt, ondanks de moeheid, niet meer. Ook in dit geval is de betrokkene al moe voordat de dag begint.

Minder frequent is het probleem van te veel slapen. Dit slaapprobleem komt het meeste voor bij de winterdepressie en uit zich in het vele uren

per dag slapen (vaak ook overdag). Deze slaap lijkt echter niet te helpen tegen de moeheid en de betrokkene blijft zich moe en slecht uitgerust voelen (Flens & Kollaard, 2010).

Eetproblemen

Eetproblemen kunnen de vorm hebben van te veel of te weinig eten, gevolgd door respectievelijk aankomen of afvallen. De meeste mensen met een depressie hebben moeite met eten en eten dus te weinig (Flens & Kollaard, 2010). Ze hebben geen zin om te eten, walgen van eten of vinden het eten simpelweg niet smaken. In sommige gevallen wordt er juist meer gegeten dan voor de depressie het geval was. Men probeert de gevoelens van lusteloosheid en futloosheid als het ware weg te eten. Vaak helpt dit wel even en voelt men zich na het eten iets beter. Helaas blijft dit gevoel over het algemeen niet lang en kan het zelfs plaatsmaken voor schuldgevoelens over het eten (Flens & Kollaard, 2010).

De patronen van de eetproblemen corresponderen over het algemeen met de patronen van de slaapproblemen. Dit betekent dat veel eten over het algemeen gepaard gaat met veel slapen en te weinig eten met problemen met inslapen of doorslapen (Hammen, 2002).

Zenuwachtigheid

Een depressie kan gepaard gaan met zich voortdurend zenuwachtig en gespannen voelen. Mensen die zenuwachtig zijn, hebben vaak klamme handen, een versnelde hartslag en gevoelens van benauwdheid. Wanneer deze gevoelens voor langere tijd aanhouden, kunnen ze zelfs leiden tot lichamelijke klachten, zoals maagpijn, hoofdpijn en druk op de borst (Flens & Kollaard, 2010).

Wanneer een depressie gepaard gaat met zenuwachtigheid, nemen deze gevoelens vaak toe in gezelschap, zeker als er iets moet worden gepresteerd (bijvoorbeeld het geven van een presentatie voor collega's) (Flens & Kollaard, 2010).

(Hoofd)pijn

Een relatief vaak gehoorde lichamelijke klacht die bij depressie voorkomt, is hoofdpijn. Hoofdpijn ontstaat vaak door zenuwachtigheid en wordt in dit geval vaak omschreven als een knellende band om het hoofd. Het hoeft echter niet te blijven bij hoofdpijn, Ook andere pijnklachten, waarvoor vaak geen lichamelijke verklaring wordt gevonden, komen samen met een depressie voor (Flens & Kollaard, 2010).

Verminderde behoefte aan seks

De depressie kan ook zorgen voor een verminderde behoefte aan seks. Deze klacht wordt vaak veroorzaakt door een van de andere klachten die ik al besproken heb, bijvoorbeeld vermoeidheid en lusteloosheid. Ook kan de verminderde behoefte aan seks worden veroorzaakt door onzekerheid of juist het vermijden van contact (Flens & Kollaard, 2010).

ZELDZAMERE KLACHTEN

Behalve alle klachten die ik tot nu toe heb besproken, zijn er nog zeldzamere, maar wel ernstige klachten die bij een depressie kunnen voorkomen. De klachten manie, fobie en psychose zal ik hierna bespreken.

Manie

Het komt voor dat periodes van depressie afgewisseld worden door periodes van manie. Manie is een gemoedstoestand die sterk naar buiten is

gericht en bestaat uit buitensporige gevoelens over eigen kracht, vertrouwen en energie (Gray, 2002). Een manische episode gaat hierbij over het algemeen gepaard met overmatige vreugde of juist boosheid (deze treden afwisselend op), hyperactiviteit (ongeduldigheid en prikkelbaarheid) en impulsiviteit.

Voorbeelden van manische symptomen zijn: je uitermate goed voelen, riskante en impulsieve dingen doen, zoals extreem veel geld uitgeven of gevaarlijke reizen plannen, buitensporig veel energie hebben, een sterk verminderde slaapbehoefte, snel afgeleid zijn, sneller spreken dan gewoonlijk en zo snel denken dat je de gedachtelijn zelf niet kunt vasthouden (McQuaid & Carmona, 2004). Wanneer periodes van depressie worden afgewisseld met periodes van manie, wordt dit een manische depressie (bipolaire stoornis) genoemd. In les 2 zul je hier meer over leren.

Wat voor nu wel belangrijk is om te weten, is dat bij de behandeling van een bipolaire stoornis altijd medicijnen moeten worden ingezet (Van der Does & Zitman, 2008). Dit is nodig om uitschieters in de gemoedstoestand en nieuwe manische episode te voorkomen. Het is namelijk wetenschappelijk bewezen dat iedere keer als een manische episode optreedt, hersenweefsel versneld krimpt, wat leidt tot hersenbeschadiging. Als je vermoedt dat jijzelf of een van je cliënten lijdt aan een bipolaire stoornis, is verwijzing naar een arts of psychiater dus altijd noodzakelijk.

Fobie

Een fobie is een extreme angst voor iets. Meer dan 10% van de bevolking heeft hier last van (Emmelkamp, Ehrling, Powers, 2008). Deze angst

kan zich in principe overal op richten, maar veel voorkomende dingen en situaties zijn: dieren, afgesloten ruimten (claustrofobie), hoogten (acrofobie), vliegen, onweer, bloed en medische handelingen, zoals bloedafname of de tandarts.

Over het algemeen zal degene met de fobie proberen deze dingen en situaties te vermijden. Wanneer hij echter toch wordt geconfronteerd met de situatie of het object, raakt hij volledig in paniek. Ernstige angstklachten die lang blijven bestaan, kosten erg veel energie. Hierdoor kan men vermoeid raken en dit kan weer bijdragen tot het ontwikkelen van (meer) depressieve gevoelens (Flens & Kollaard, 2010).

Psychose

Een psychose is een psychiatrische toestand waarin de betrokkene het normale contact met de - door zijn omgeving ervaren - werkelijkheid geheel of gedeeltelijk kwijt is. Een psychose kenmerkt zich door wanen en hallucinaties. Wanen zijn gedachten die niet waar zijn. Het zijn denkbeelden die niet overeenkomen met de algemeen geaccepteerde opvattingen en/of ideeën waarvan de patiënt niet af te brengen is met logisch redeneren. Tijdens deze wanen kan ook sprake zijn van paranoia. Paranoia is een overmatige achterdocht, die bijvoorbeeld leidt tot de inbeelding dat overal camera's of microfoons verstopt zijn, dat er complotten zijn, of dat de persoon in kwestie gezocht wordt door de politie of door internationale veiligheidsdiensten.

Hallucinaties zijn perceptuele ervaringen, zoals dingen zien, horen of ruiken, die er helemaal niet zijn, bijvoorbeeld stemmen in het hoofd.

Wanneer je cliënten tegenkomt die (vermoedelijk) psychoses, hallucinaties of wanen ondervinden, dan is het belangrijk om nooit alleen te gaan behandelen, maar altijd in overleg te treden met een arts of psychiater. Ook bij psychoses is het namelijk noodzakelijk dat de cliënt medicijnen krijgt toegediend, omdat uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat tijdens iedere psychotische aanval de hersenen beschadigd raken. Ook kan eventueel een opname in een psychiatrische kliniek noodzakelijk zijn om anderen of de cliënt zelf te beschermen.

VERLOOP EN CONSEQUENTIES VAN EEN DEPRESSIE

Een depressie komt erg vaak voor en wordt daarom soms ook wel de verkoudheid onder de psychologische stoornissen genoemd. Deze benaming is echter behoorlijk misleidend, omdat deze impliceert dat een depressie een onaangenaam, maar kort en mild ongemak is (Hammen, 2002). Helaas is dit niet het geval. Een depressie is een behoorlijk heftige aandoening, die zeer negatief kan uitwerken op werk, familie en relaties, en zelfs dodelijk kan zijn. Ook is een depressie voor de meeste betrokkenen geen eenmalige korte gebeurtenis, maar veel meer chronisch. Dit betekent vanzelfsprekend dat de negatieve consequenties die een depressie heeft voor werk, familie en relaties kunnen bijdragen aan het verlengen van de depressie of het terugvallen in een nieuwe depressie (Hammen, 2002). Daarom zullen we hierna dieper ingaan op het verloop en de (negatieve) consequenties van een depressie.

VERLOOP

Wanneer iemand depressieve klachten krijgt, is het erg moeilijk te voorspellen hoe lang en hoe heftig deze aanwezig zullen zijn. Bij sommige mensen zullen de eerste depressieve klachten niet eens uitgroeien tot een echte depressieve episode, maar blijft het bij een lichte somberheid. Bij anderen groeien de klachten wel degelijk uit tot een depressieve episode, maar verdwijnt deze vanzelf binnen afzienbare tijd. Bij weer anderen houden de depressieve klachten echter hardnekkig aan en in enkele gevallen gaan deze zelfs nooit meer over. Het verloop van een depressie kan dus flink variëren (Kragten, 2000).

Het is belangrijk om dit in de gaten te houden bij de hiernavolgende uiteenzetting, die vanzelfsprekend gaat over gemiddelden.

Startleeftijd

Een depressie kenmerkt zich over het algemeen door een relatief vroeg begin. Vroeger werd vaak gedacht dat een depressie ontstond tijdens de middelbare leeftijd. Tegenwoordig denkt men hier anders over. De aandoening laat zich vaak voor het eerst zien tijdens de kindertijd of vroege volwassenheid.

Epidemiologisch onderzoek uit de jaren negentig van de vorige eeuw in de VS geeft aan dat de eerste ervaring met een depressieve episode over het algemeen plaatsvindt voor het dertigste levensjaar. Wanneer er alleen naar vrouwen wordt gekeken, is dit zelfs nog jonger. Bij vrouwen treedt een eerste depressieve episode over het algemeen op tussen de 15 en 19 jaar. Na het dertigste levensjaar neemt de kans op een eerste depressieve episode weer aanzienlijk af (Burke, Burke, Regier, Rae, 1990).

Duur

Er zijn heel veel verschillen in tijdsduur van een depressieve episode. Over het algemeen geldt dat bijna alle depressieve episodен ooit voorbijgaan, of deze nu behandeld worden of niet. Een groot deel van de mensen met een depressieve episode herstelt weer binnen vier tot zes maanden.

Een belangrijk onderzoek uit 1994 laat zien dat het patroon van herstel van een depressieve episode relatief stabiel is, ongeacht of de depressieve episode wordt behandeld of niet. Zo herstelt 55% van de onderzochte in behandeling zijnde

mensen met een depressieve episode en 57% van de onderzochte mensen die niet behandeld worden, binnen zes maanden, 75% en respectievelijk 69% herstellen binnen een jaar en 83% en respectievelijk 87% binnen twee jaar. Voor beide groepen geldt dat 97% van alle onderzochte gevallen binnen zes jaar was hersteld (Coryell en collega's, 1994).

Chroniciteit

Van alle gevallen die herstellen van een depressieve episode, zijn er een fiks aantal die later toch weer terugvallen en een nieuwe depressieve episode meemaken. Vandaar dat het ook erg belangrijk is om het te hebben over de chroniciteit van depressie.

Ongeveer 75% van de personen die een eerste depressieve episode mee hebben gemaakt, zal later te maken krijgen met een nieuwe episode (Hermans & Van Putte, 2004). Recente schattingen voorspellen dat cliënten die lijden aan een depressie, tijdens hun leven gemiddeld vier depressieve episodens van elk gemiddeld twintig weken mee zullen maken (Judd, 1997). Hierbij geldt dat hoe meer depressieve episodens iemand al heeft meegemaakt, hoe groter de kans is dat iemand er weer een zal krijgen.

Daarnaast komt het ook voor dat een depressieve episode voor langere tijd aanwezig blijft of zelfs nooit meer helemaal weggaat. De betrokkene blijft dan in wisselende mate last houden van de depressie. Dit komt voor bij 6 tot 13% van de mensen die een depressieve episode krijgen (Hermans & Van Putte, 2004). Enigszins verontwaardigend is ook dat elke nieuwe depressieve episode het risico inhoudt dat de betrokkene in een

chronisch verloop terechtkomt. Het risico hierop blijft relatief constant, onafhankelijk van de hoeveelheid voorafgaande episoden.

Ten slotte is de laatste jaren uit onderzoek gebleken dat het herstel na een depressie vaak niet helemaal volledig is. In 25% van de gevallen blijven er, wat men noemt, restsymptomen bestaan (Depue & Monroe, 1986). Deze restsymptomen verhogen ook weer de kans op een terugval. Een depressie kan dus beter worden gezien als een chronische conditie, waarbij het na het overwinnen van een depressieve episode erg moeilijk is om gezond te blijven en dat wat eventueel door middel van (psycho)therapie is bereikt, te behouden (Segal, Williams, Teasdale, 2002).

Voorspellers van chroniciteit

Vooral de eerste paar maanden na het herstellen van een depressieve episode lijken cruciaal voor het ontwikkelen van een nieuwe episode. Hoe langer iemand leeft zonder terug te vallen in een nieuwe depressieve episode, hoe minder kans er lijkt te zijn om een nieuwe episode te ontwikkelen (Hammen, 2002). Daarnaast geldt dat hoe meer depressieve episoden iemand al heeft meegemaakt, hoe meer kans diegene heeft om weer terug te vallen in een nieuwe depressieve episode (Belsher & Costello, 1988).

Andere voorspellers voor het ontwikkelen van een nieuwe depressieve episode zijn (Hammen, 2002; Kragten, 2000):

- de aanwezigheid van lichamelijke ziekten
- de betrokkene is een (jonge) vrouw
- de startleeftijd lag in de puberteit
- een erfelijke aanleg voor depressie

- het ervaren van stabiele stressvolle periodes, zoals medische problemen of familieconflicten
- psychologische problemen, zoals angststoornissen of persoonlijkheidsstoornissen
- alcohol en/of drugverslaving.

CONSEQUENTIES

Depressie wordt geassocieerd met een vermindering van het functioneren, die vaak ook aanhoudt nadat de depressieve episode is overwonnen. Een depressie heeft negatieve consequenties voor het dagelijks leven van de betrokkene op ten minste drie verschillende gebieden: lichamelijk functioneren, relaties en sociaal functioneren en werk. Daarnaast komt ook zelfmoord (suïcide) erg vaak voor als consequentie van een depressie. Over deze vier onderwerpen zal ik het nu uitgebreider gaan hebben.

Lichamelijk functioneren

Een depressie heeft verstrekkende gevolgen voor het lichamelijk functioneren van de betrokkene en kan dan ook leiden tot uiteenlopende lichamelijke klachten, bijvoorbeeld slaapproblemen, eetproblemen, verminderde energie en hoofdpijn. Ook wanneer de depressieve episode voorbij is, beschouwt betrokkene het lichamelijk functioneren zelf vaak als onder de maat (Coryell en collega's, 1993).

Relaties en sociaal functioneren

Relaties en het sociale functioneren gaan bij een depressie significant achteruit. Vooral de relaties met directe naasten, zoals partner en kinderen, hebben heel erg te lijden.

Partnerrelatie

Een depressie eist vaak zijn tol binnen een partnerrelatie. In sommige gevallen kan een slecht huwelijk voor een depressie zorgen, maar meestal is het juist de depressie die voor huwelijksproblemen zorgt (Gotlip & Hammen, 1992). Samenleven met een depressieve partner is niet altijd gemakkelijk. De effecten van een depressie op een partnerrelatie zijn heel divers. Partners hebben niet alleen last van praktische gevolgen, zoals overal alleen naartoe moeten en verminderde gezelligheid in huis, maar ook van psychologische gevolgen (Kragten, 2000). Deze kunnen variëren van gevoelens van machteloosheid, geïrriteerdheid, terugtrekken, afhankelijkheid en bezorgdheid tot aan ernstige schuldgevoelens, kwaadheid, verdriet en pijn. In les 5 zul je hier meer over leren.

Ouder-kindrelatie

Een depressie heeft een negatieve invloed op de mate waarin iemand de ouderrol op zich kan nemen. Wanneer een ouder aan een depressie lijdt, is het vaak moeilijk om een warme, toegankelijke en ondersteunende relatie met het kind aan te gaan. Depressieve ouders zijn zelfs vaak kritischer en minder betrokken bij hun kinderen (Gordon en collega's, 1989). Meestal is dit geen onwil. Ouders met een depressie willen vaak een goede ouder zijn en hebben grote moeite met hun problemen als ouder. Een depressie kost echter een hoop energie en gaat ten koste van interesse, geduld en humeur van de ouder.

Werk

Werk en depressie gaan slecht samen. Door de depressiviteit nemen de concentratie en het geheugen dikwijls af en ervaart men vaak een

verminderd functioneren op het werk. Dit betekent echter niet in alle gevallen dat de kwaliteit van het werk significant afneemt. Wel zal het werk vaak moeizamer gaan (Hammen, 2002). Of het nog verantwoord is om te werken, kan de betrokkene altijd het beste zelf inschatten (Kragten, 2000). Het is daarom belangrijk om bij een depressie contact op te nemen met je leidinggevende op het werk, zodat je het een en ander kunt bespreken. Hoe dit in zijn werk kan gaan, zal ik bespreken in les 5 van deze cursus.

Verder verschijnen mensen met een depressie vaak niet op het werk. Zo meldt iemand die aan depressie lijdt, zich in een periode van drie maanden gemiddeld vijf keer vaker ziek dan zijn niet-depressieve collega. Dit resulteert gemiddeld in elf ziektedagen in plaats van twee ziektedagen per drie maanden (Broadhead, Blazer, George, Tse, 1990).

Of het überhaupt voor iemand goed is om tijdens een depressie te blijven werken, is een hele moeilijke vraag, die van veel factoren afhankelijk is. Aan de ene kant zijn de regelmaat en de dagvulling van het werk erg goed. Aan de andere kant kan het erg moeilijk zijn om te blijven werken als je lichaam en geest volledig uitgeput zijn. Op zo'n moment zul je namelijk je reserves aan moeten spreken, die je eigenlijk beter kunt gebruiken voor je herstel (Kragten, 2000). Ook hier zul je in les 5 meer over lezen.

Suicide

Zelfmoordgedachten zijn een mogelijk symptoom van depressie. Meer dan de helft van de depressieve mensen heeft zelfmoordgedachten. De intensiteit van deze gedachten is vaak evenredig

met de intensiteit van de depressie (Hermans & Van Putte, 2004). Naar schatting zal 10 tot 15% van alle mensen die lijden aan een depressie, op een zeker moment zelfmoord (ook wel suïcide genoemd) plegen (Clark, Fawcett, 1992). De zelfmoordgedachten, -acties en -pogingen worden voornamelijk veroorzaakt door het karakteristieke negatieve denken. Vooral gedachten van hopeloosheid worden geassocieerd met een verhoogde kans op zelfmoord (Beck en collega's, 1990).

Het blijkt in de praktijk erg moeilijk om zelfmoord onder depressieve mensen te voorspellen aan de hand van zelfmoordgedachten, actieve of vorige pogingen (Hammen, 2002). Het is echter wel altijd zo dat de wens om dood te gaan (al dan niet geuit) en de gevoelens van hopeloosheid voorafgaan aan de eigenlijke zelfmoord. Daarom is het voor therapeuten en andere betrokkenen extra belangrijk om op deze signalen te letten en zo nodig hulp in te roepen van een arts of psychiater. Bij ernstige zelfmoordneigingen kan soms een opname in een psychiatrische kliniek noodzakelijk zijn om de cliënt tegen zichzelf te beschermen.

DEPRESSIE EN DE BEVOLKING

In dit hoofdstuk komen drie onderwerpen aan bod, namelijk depressie bij volwassenen, depressie bij kinderen en depressie bij ouderen. Hierbij zal ik bespreken hoe vaak een depressie voorkomt, hoe en wanneer deze zich openbaart en of er sekseverschillen zijn. Tevens zullen we bekijken wat precies het verschil is tussen een depressie bij kinderen en ouderen en een depressie bij volwassenen.

DEPRESSIE BIJ VOLWASSENEN

Allereerst zullen we kijken naar de prevalentie, de openbaringsleeftijd en de sekseverschillen bij volwassenen die lijden aan een depressie.

PREVALENTIE

Depressie is een aandoening die jaarlijks vele mensen in onze maatschappij treft. Op dit moment lijdt naar schatting zo'n 4 tot 10% van de totale westerse bevolking aan een klinische depressie (Hayes, Follette, Linehan, 2006). Dit zijn tussen de 1 op de 25 en 1 op de 10 mensen. Daarnaast zijn er nog de mensen die (veel) depressieve klachten ervaren, maar niet voldoen aan de criteria voor een klinische depressie. Hieronder vallen bijvoorbeeld de dysthyme stoornis, acute depressieve klachten of langdurige lusteloosheid. Voor de dysthyme stoornis alleen blijkt uit schattingen dat hier op dit moment nog eens 2 tot 4% van de populatie last van heeft (Smith & Weissman, 1992).

LEEFTIJD

Zoals ik eerder al heb aangegeven, is depressie een aandoening die op relatief jonge leeftijd begint (tijdens de puberteit of als jongvolwassene). Daarom is het ook niet gek dat uit onderzoek blijkt dat er meer jonge mensen aan een depressie lijden dan oudere mensen (Burke, Burke, Regier, Rae, 1990).

Uit onderzoek blijkt echter ook dat depressie bij jongere mensen aan het toenemen is en dat dus steeds meer jonge mensen depressief raken. Hiervoor kunnen verschillende redenen zijn, die uiteenlopen van methodologische verschillen tot psychosociale oorzaken. Inmiddels wordt gedacht dat vooral de psychosociale oorzaken een sterke bijdrage leveren aan het feit dat een depressie bij jongeren steeds vaker voorkomt (Hammen, 2002).

Verskillende onderzoekers geven aan dat de veranderingen in culturele trends, zoals een verminderde stabiliteit van de familie (steeds meer mensen gaan scheiden en steeds meer families worden hierdoor uit elkaar gehaald) en een verhoogde sociale mobiliteit (met als gevolg wegverhuizen van vrienden), mogelijke oorzaken voor een depressie kunnen zijn. Ook wordt gezegd dat de jeugd van tegenwoordig zichzelf hogere verwachtingen en doelen stelt, terwijl de mogelijkheden om deze doelen te bereiken, in de loop der tijd juist minder zijn geworden.

SEKSEVERSCHILLEN

Depressie komt ongeveer twee keer zo vaak voor bij vrouwen dan bij mannen (Hammen, 2002). Daarnaast is het verloop van de depressie ook anders voor vrouwen dan voor mannen. Bij vrouwen start de depressie op jongere leeftijd (Sorenson, Rutter & Aneshensel, 1991). Ook hebben vrouwen meer kans op een terugval (Lewinsohn, Zeiss & Duncan, 1989). Ten slotte wordt gedacht dat de depressieve episoden die vrouwen doormaken, langer duren en meer chronisch zijn (Sargeant, Bruce, Florio, Weissman, 1990).

DEPRESSIE BIJ KINDEREN EN JONGEREN

Uit onderzoek blijkt echter dat hoe eerder de depressie begint, hoe heftiger de depressieve episodes zullen zijn. Vandaar dat het erg belangrijk is om een depressie bij kinderen niet te negeren, maar gepaste actie te ondernemen. Dit is ook de reden waarom ik in deze cursus speciale aandacht besteed aan depressie bij kinderen en jongeren.

PREVALENTIE

Een depressie begint over het algemeen tussen de 15 en 19 jaar. Dit betekent dat een depressie voornamelijk voorkomt bij jongeren en volwassenen. Een depressie bij kinderen komt minder vaak voor.

Een depressie bij kinderen onder de 6 jaar komt het minst vaak voor. Uit onderzoek blijkt dat minder dan 1% van deze kinderen aan een depressie lijdt (Kashani & Carlson, 1987). Een depressie tussen de 6 en 12 jaar komt vaker voor. Zo'n 3 tot 5% van deze bevolkingsgroep lijdt aan een depressie (Angold & Costello, 1993). Bij jongeren komt depressie beduidend vaker voor. Volgens onderzoeken lijdt 3 tot 20% van alle jongeren tussen de 13 en 18 jaar aan een klinische depressie (Lewinsohn en collega's, 1993).

ZIEKTEBEELD

Een depressie bij kinderen en jongeren ziet er ietwat anders uit dan een depressie bij volwassenen. Vandaar dat ik hier apart aandacht aan besteed.

Kinderen

Een depressie is bij kinderen minder eenvoudig vast te stellen dan een depressie bij jongeren en volwassenen. Dit komt doordat de aandoening zich bij kinderen deels anders openbaart. Ook kinderen

met een depressie voelen zich lange tijd hevig droevig of triest. Zij kunnen echter vaak ook nog lol maken en uiten hun depressieve gevoelens dan ook voornamelijk in problematisch gedrag, zoals humeurigheid, agressie, concentratieproblemen en hyperactiviteit. Een depressie bij kinderen kunnen we onderverdelen in drie verschillende vormen, namelijk depressie bij baby's, depressie bij peuters en depressie bij kleuters en kinderen in de basisschoolleeftijd.

Baby's

Een speciale vorm van een depressie kan optreden bij baby's. Deze wordt de anaclitische depressie genoemd en treedt bijvoorbeeld op wanneer het kind plots wordt gescheiden van de moeder, chronische pijn of voedingsproblemen heeft. Een anaclitische depressie begint gewoonlijk met een fase van overvloedig huilen, die wordt gevolgd door het vastklampen aan iedere volwassene die in de buurt komt. De anaclitische depressie eindigt over het algemeen in een apathische toestand. De baby heeft nergens interesse meer in en klaagt en huilt niet meer. Daarnaast komen ook vaak motorische inertie (het vertonen van een beperkt monotoon repertoire aan bewegingen, dat totaal afwijkt van het normale bewegingsgedrag) en gebrek aan interactie voor (de baby reageert bijna niet op andere personen).

Peuters

Bij peuters zal een depressie zich weer anders manifesteren. De depressie uit zich dan vaak in een depressieve of prikkelbare stemming. Deze stemming gaat gepaard met een verlies aan plezier in activiteiten die bij de ontwikkeling horen en doorgaans leuk gevonden worden door peuters. Daarnaast huilen de peuters vaak veel of is er juist weinig interactie met de omgeving.

Kleuters en kinderen in de basisschoolleeftijd

Bij kinderen in de basisschoolleeftijd is het erg moeilijk om een depressie te herkennen. Dit komt doordat zij gedrag vertonen dat vaak niet aan een depressie doet denken. Vooral prikkelbaarheid is een van de belangrijkste klachten bij kinderen die depressief zijn (Hammen, 2002). Andere symptomen zijn: gedragsproblemen en omgangsproblemen (zoals humeurig gedrag, agressie, concentratieproblemen en hyperactiviteit), terugtrekken, lusteloosheid, problemen met slapen, zoals nachtmerries (met als gevolg vermoeidheid), verlies van eetlust, lichamelijke pijnen zonder medische oorzaak, en angsten. Als gevolg van deze symptomen worden vaak slechtere cijfers op school gehaald. Ook heeft het kind vaak problemen met vriendschappen als gevolg van terugtrekken of agressief gedrag.

Ook bij kinderen spreekt men pas van een depressie wanneer de somberheidsklachten langer dan twee weken duren. Daarnaast voelt het kind zich vaak waardeloos en is het meer dan normaal bezig met de dood. Bovendien heeft het kind vaak een pessimistische kijk op het (eigen) leven.

Jongeren

Af en toe een dipje hoort er zeker bij jongeren in de puberteit gewoon bij. Wanneer de jongere echter langere tijd somber is en zich af blijft zetten tegen de wereld, dan kan dit duiden op een depressie. Jongeren kunnen zelfs zo somber worden dat ze niet meer willen leven. Soms zal dit, net als bij volwassenen, uitlopen op een zelfmoordpoging.

Een jongere met een depressie ervaart net als een volwassene gevoelens van somberheid, neerslachtigheid, wanhoop, besluiteloosheid en lusteloosheid. Hij is hierdoor vaak verdrietig en heeft

huilbuien of het gevoel te willen huilen. Ook ziet de toekomst er voor hem vaak somber uit. Hierdoor heeft de jongere de neiging zich te isoleren. Verder gaat de depressie gepaard met lichamelijke klachten, zoals vermoeidheid, gebrek aan energie, hoofdpijn en vage buikklachten. Vooral deze lichamelijke klachten komen bij gewoon puberen veel minder vaak voor. De depressie kan verder gepaard gaan met prikkelbaarheid, agressiviteit, piekeren en faalangst.

Een depressie komt bij jongeren vaak tot uiting in leerproblemen, concentratieproblemen en gevoelens van schuld en tekortschieten. Ook hebben jongeren met een depressie vaak een negatief zelfbeeld. Zij voelen zich mislukt, minderwaardig aan hun leeftijdsgenoten en buitengesloten. Ook met hun uiterlijk zijn ze vaak ontevreden en ongelukkig.

Sekseverschillen

In tegenstelling tot volwassenen worden bij kinderen geen sekseverschillen gevonden (Angold & Rutter, 1992). Dit betekent dat een depressie even vaak voorkomt bij jongens als bij meisjes. De sekseverschillen lijken pas in de puberteit zichtbaar te worden. Er is heel veel discussie over de leeftijd waarop sekseverschillen bij depressie zichtbaar worden, maar de meeste onderzoekers zijn het erover eens dat dit gebeurt rond het twaalfde tot veertiende levensjaar (Angold & Rutter, 1992).

VERLOOP

Het verloop van een depressie bij kinderen en jongeren is minder uitgebreid bestudeerd dan het verloop van een depressie bij volwassenen. Over het algemeen laten de resultaten echter zien dat de patronen gelijk zijn.

Startleeftijd

De meest voorkomende startleeftijd van een depressie ligt tussen de 15 en 19 jaar (Hammen, 2002). Dit betekent dat een depressie vaak begint bij jongeren. Hierbij geldt dat depressie bij kinderen van depressieve ouders vaak eerder begint. In dit geval is de startleeftijd gemiddeld 12 of 13 jaar (Weissman en collega's, 1987). De startleeftijd van depressie bij kinderen ligt gemiddeld op 11 jaar (Kovacs en collega's, 1984). Hierbij geldt dat hoe vroeger de depressieve episode begint, hoe heftiger deze over het algemeen is.

Duur

Bij een groot aantal kinderen en jongeren duurt de depressieve episode tussen de vier en de negen maanden (Hammen, 2002). Uit onderzoek blijkt dat na een jaar 80% van de kinderen en jongeren hersteld is. Na twee jaar is 90 tot 95% van de kinderen en jongeren hersteld.

Chroniciteit

Ook bij kinderen en jongeren is de terugval van een depressie een groot probleem. Uit onderzoek blijkt dat 20% van de kinderen en jongeren binnen een jaar en 40% van de kinderen en jongeren binnen twee jaar na het herstel van een depressieve episode terugvallen in een nieuwe episode (Asarnow & Bates, 1988). Dit betekent dat de meeste kinderen en jongeren die aan een depressie lijden, binnen een paar jaar een nieuwe depressieve episode zullen meemaken.

De vraag is of kinderen-/jongerendepressie ook overgaat in volwassenendepressie. Indirect bewijs komt van het feit dat een depressie zich vaak voor het eerst openbaart in de leeftijd tussen 15 en 19 jaar. Daarnaast laten verschillende longitudinale studies zien dat 60 tot 100% van de kinderen en

jongeren op volwassenen leeftijd minstens één nieuwe depressieve episode hebben meegemaakt (Kandel & Davies, 1986; Garber, Kriss, Koch, Lindhol, 1988; Harrington en collega's, 1990).

CONSEQUENTIES

Op jonge leeftijd kan een depressie nadelig werken op de schoolprestaties en de reguliere ontwikkeling in de levensloop. Ook blijkt de prognose voor kinderen en jongeren met een depressie niet zo heel gunstig. De kans is erg groot dat zij als volwassenen opnieuw ernstige depressieve episoden vertonen en dat ze psychologische of zelfs psychiatrische hulp moeten zoeken.

Het is daarom belangrijk dat kinderen en jongeren zo snel mogelijk behandeld worden. Een niet behandelde depressie kan namelijk langdurige gevolgen hebben voor het leven van het kind of de jongere. Eenzaamheid, slechte schoolprestaties en gebrek aan aansluiting bij leeftijdsgenoten kunnen bijvoorbeeld het zelfvertrouwen verminderen en dit kan nog jarenlang doorwerken. Een depressie kan ook verslavingsproblemen tot gevolg hebben. In het uiterste geval kan zelfmoord of een zelfmoordpoging het gevolg zijn van een depressie.

DEPRESSIE BIJ OUDEREN

Naarmate mensen ouder worden, lijkt de kans op een depressie ook weer toe te nemen (Burke, Nurke, Regier, Rae, 1990). Vooral voor mensen van boven de 85 jaar neemt deze kans significant toe (Wallace & O'Hara, 1992). Helaas wordt een depressie bij ouderen vaak niet goed begrepen. Er wordt nogal eens gedacht dat zij aan het dementeren zijn en ze krijgen dan niet de juiste hulp.

Hoe ouder men wordt, hoe groter de kans is dat men last krijgt van vergeetachtigheid, verminderde energie en lichamelijke ongemakken (zoals stramheid van de spieren). Dit heeft te maken met het ouderdomsproces van het lichaam en de geest. Daarnaast zijn veel ouderen vaak somber, lusteloos en eenzaam. Dit laatste heeft impliciet ook te maken met dat ouderdomsproces. Door de jaren heen zijn veel dierbaren en naasten overleden. Dit brengt niet alleen verdriet en rouw met zich mee, maar zorgt ook voor verminderde sociale contacten en uiteindelijk eenzaamheid. Toch is het niet geheel vanzelfsprekend dat ouderen zeer somber of lusteloos zijn. Deze verschijnselen kunnen maar wat goed wijzen op een depressie.

PREVALENTIE

Depressiviteit bij ouderen komt veel voor. Bij ouderen zijn depressieve gevoelens zelfs de meest voorkomende psychische klacht. Onderzoek toont aan dat 4 tot 5% van de ouderen aan een depressie lijdt (De Beer en De Lange, 1993). Depressieve symptomen komen bij 15 tot 30% van de oudere bevolking voor. Oudere vrouwen hebben een tweemaal zo grote kans om depressief te worden dan oudere mannen.

ZIEKTEBEELD

Het ziektebeeld van een depressie bij ouderen verschilt iets van het ziektebeeld dat we eerder bij volwassenen hebben gezien. Ouderen die lijden aan een depressie, hebben het vaakst last van de volgende symptomen: concentratieproblemen, vergeetachtigheid en besluiteloosheid; moeite met in slaap vallen of doorslapen (of moeilijk uit bed kunnen komen); lichamelijke klachten, zoals verstopping, een droge mond, onverklaarbare pijn, duizeligheid, hartkloppingen, trillende handen, druk op de borst, en hoofd- en rugpijn; somberheid, lusteloosheid en prikkelbaarheid; denken aan zelfdoding.

Daarnaast kunnen andere symptomen van depressiviteit optreden, zoals een gebrek aan interesse en plezier; nergens van kunnen genieten; sterke neiging tot piekeren; grote vermoeidheid; gebrek aan eetlust en gewichtsverlies, of juist overdreven eetlust en gewichtstoename; traagheid in praten, denken en bewegen (of juist lichamelijke onrust); het gevoel van binnen dood of leeg te zijn; gevoelens van machteloosheid, wanhoop en angst; huilen zonder dat dit oplucht of graag willen huilen maar dit niet kunnen; schuldgevoelens en het gevoel niets waard te zijn.

DEPRESSIE OF DEMENTIE?

Depressie bij ouderen wordt vaak niet goed begrepen. Vaak wordt gedacht dat ze aan het dementeren zijn. De symptomen van depressie, zoals geheugenproblemen (vergeetachtigheid, langzaam reageren, verwarde indruk maken) en verminderde energie, worden dan verward met dementie of Alzheimer.

Het verschil tussen een depressie en dementie is soms moeilijk te zien. In veel gevallen gaan de aandoeningen zelfs samen, doordat dementerende mensen in het begin ook last hebben van depressieve gevoelens. Ook is er sprake van een aantal klachten die bij beide aandoeningen voorkomen, zoals lusteloosheid, somberheid en gebrek aan interesse in anderen (Flens & Kollaard, 2010).

Het verwarren van dementie met een depressie kan vervelende gevolgen hebben. Een depressie is namelijk goed behandelbaar, terwijl dementie dit niet is. Ook zijn de manieren waarop met beide aandoeningen omgegaan moet worden, totaal verschillend.

Daarom is het belangrijk dat we even stilstaan bij het verschil tussen depressie en dementie (Flens & Kollaard, 2010). Allereerst is bij een depressie somberheid het belangrijkste symptoom. Bij dementie is dit niet het geval, maar zijn juist de geheugenproblemen op de voorgrond aanwezig. Daarnaast zal iemand met een depressie vaker over de geheugenproblemen praten en is een kenmerk van dementie dat wordt geprobeerd om de geheugenproblemen te verbergen. Ook kunnen depressieve mensen zich dingen die kort geleden gebeurd zijn, vaak goed herinneren. Bij dementie is dit niet het geval, doordat het kortetermijngeheugen als eerste wordt aangetast. Ten slotte gaat een depressie gepaard met andere lichamelijke klachten, zoals het verlies van eetlust, gewichtsverlies, vroeg wakker worden en een moeilijke stoelgang (obstipatie). Bij dementie komen deze lichamelijke klachten niet of veel minder voor.

Bij twijfel tussen een depressie of dementie is het belangrijk iemand te verwijzen naar de huisarts of psychiater. Deze kan onderzoeken wat er precies aan de hand is. Mocht er na deze onderzoeken nog steeds twijfel bestaan, dan kan een zogenaamde psychogeriatr worden ingeschakeld. Deze is gespecialiseerd in psychische aandoeningen bij ouderen.

CONSEQUENTIES

Het is belangrijk om te weten dat het aantal gevallen van zelfmoord door een depressie bij oudere mensen het hoogst is. Zeker als de depressie gepaard gaat met sociale isolatie en een slechte gezondheid, leidt dit vrijwel onmiddellijk tot ernstige gevoelens van hopeloosheid en zelfmoordgedachten (Clark & Fawcett, 1992).

Daarnaast kan een depressie zorgen voor een verminderde werking van het immuunsysteem. Hierdoor gaat de weerstand achteruit en zullen mensen vaker en heftiger ziek worden (Hammen, 2002).

OORZAKEN VAN EEN DEPRESSIE

Wetenschappelijk onderzoek heeft tot nu toe nog niet precies kunnen aantonen hoe een depressie ontstaat. Men gaat er wel van uit dat een depressie vaak meer oorzaken heeft. Met andere woorden, verschillende factoren kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van een depressie. Vaak is echter niet duidelijk wat deze factoren precies zijn. Een depressie kan zelfs uit het niets lijken te komen. Dit wil niet zeggen dat er in deze gevallen geen oorzaken zijn. Natuurlijk zijn die er. Het komt echter vaak voor dat deze simpelweg niet worden herkend (Flens & Kollaard, 2010).

In dit hoofdstuk zal ik een flink aantal mogelijke oorzaken van depressie behandelen. Ik deel ze grofweg op in vier categorieën, te weten psychische oorzaken, sociale oorzaken, lichamelijke oorzaken en medicijnen, alcohol en drugs. Lees het door en kijk of je kunt begrijpen waardoor deze factoren een depressie kunnen veroorzaken. Misschien ontdek je zelfs oorzaken waar je zelf nooit eerder aan hebt gedacht of waarvan je simpelweg denkt: 'O ja, kan dat ook een rol spelen.'

Wanneer je zelf depressief bent of bent geweest, kun je nagaan welke factoren bij jou een rol spelen of hebben gespeeld. Misschien kun je hierdoor beter begrijpen hoe je depressie heeft kunnen ontstaan. Je kunt ook proberen om allereerst op te schrijven welke factoren een rol hebben gespeeld in het ontstaan van je depressie. Vervolgens kun je de hierna beschreven oorzaken doorlezen en kijken of je er een aantal herkent.

Ik denk in ieder geval zelf dat het erg belangrijk is om uitgebreid naar de mogelijke oorzaken van

een depressie te kijken. Deze kunnen namelijk belangrijke inzichten geven in de behandeling. Zo kunnen ze aangeven om welke soort depressie het gaat en waar de behandeling zich precies op moet richten, welke technieken of interventies het beste ingezet kunnen worden, of gedragsactivatie of cognitieve technieken ingezet dienen te worden. Of dat aanvullende complementaire middelen of behandelmethoden zinvol zijn (denk aan voedingssupplementen, kruidengeneeskunde, homeopathie) of dat verdere medische of psychiatrische zorg ingeroepen moet worden.

PSYCHISCHE OORZAKEN

Psychische oorzaken hebben alles te maken met onze 'psyche'. Het woord 'psyche' verwijst naar hoe we als mens zijn, wat ons karakter is, hoe we voelen en denken en wat onze gemoedstoestand is. Een depressie kan verschillende psychische oorzaken hebben; zo kan ons karakter ons waarschijnlijk gevoeliger maken voor een depressie, kunnen negatief denken en negatieve cognities direct voor een depressie verantwoordelijk zijn en kunnen bepaalde nare ervaringen voor een gevoeligheid voor depressie later in het leven zorgen. Op al deze mogelijke oorzaken van een depressie zal ik nu uitgebreider ingaan.

HET KARAKTER

Bepaalde karaktertrekken kunnen de kans op een depressie verhogen. Een karaktertrek is op zichzelf geen oorzaak van depressie, maar als je meer van deze persoonlijkheidskenmerken hebt, dan word je gevoeliger voor een depressie en zal de kans om een depressie te krijgen drastisch toenemen. Voorbeelden van dit soort karaktertrekken zijn: een sterk plichtsgevoel, weinig zelfvertrouwen, moeilijk 'nee' kunnen zeggen, snel schuldig voelen, hogen eisen aan jezelf en anderen stellen, slecht tegen kritiek kunnen en alles perfect willen doen (Flens & Kollaard, 2010).

NEGATIEF DENKEN EN NEGATIEVE COGNITIES

Mensen die lijden aan een depressie, denken vaak erg negatief. Dit negatieve denken heeft vaak betrekking op twee verschillende entiteiten, namelijk de persoon zelf en de toekomst, en heeft te maken met het hebben van negatieve cognities. Cognities zijn alle dingen die in het hoofd omgaan, zoals gedachten, veronderstellingen, percepties,

overtuigingen, zelfbeelden en verwachtingen. Iemand met een depressie heeft veel negatieve cognities over zichzelf (bijvoorbeeld gedachten als 'ik ben niets waard' of overtuigingen als 'ik kan niets') en over de toekomst (bijvoorbeeld veronderstellingen als 'ik blijf voor altijd een nietsnut' of verwachtingen als 'de toekomst is negatief'). Daarnaast kan iemand nog negatieve cognities hebben over de wereld (bijvoorbeeld gedachten als 'de wereld is waardeloos' en verwachtingen als 'niemand vindt mij aardig').

Doorbreken van negatief denken en het ontwikkelen van positieve cognities

Het doorbreken van het negatieve denken, het richten op het positiever leren denken en het ontwikkelen van positieve cognities spelen vaak een belangrijke rol in de behandeling van een depressie. In les 4 'Aanpakken van depressieve gedachten en cognities' zul je hier alles over leren en zul je ook zelf verschillende technieken aangereikt krijgen die je bij jezelf en anderen kunt inzetten om depressieve gedachten en cognities op te sporen en te veranderen.

Het cognitieve verklaringsmodel

De psycholoog Aaron Beck heeft de afgelopen dertig jaar geprobeerd om depressies te verklaren aan de hand van negatieve gedachten en cognities. Dit verklaringsmodel heeft inmiddels ontzettend veel aanhang gekregen en is dus de moeite waard om te bespreken.

Het cognitieve verklaringsmodel van Beck is ontstaan naar aanleiding van therapeutische observaties (Kragten, 2000). Tijdens zijn therapieën merkte Beck dat depressieve cliënten er vaak merkwaardige en vooral hardnekkige gedachten

en overtuigingen op nahielden. Bijvoorbeeld: 'Ik moet een perfecte echtgenoot, moeder, dochter, zus en vrouw zijn.' Beck merkte dat een depressie pas verminderde als deze gedachten en overtuigingen bijgestuurd waren.

In het cognitieve verklaringsmodel van Beck worden twee verschillende aspecten die kunnen bijdragen aan het ontstaan van een depressie, onderscheiden, te weten: automatische gedachten en schema's (Kragten, 2000). Wanneer iemand vaak automatische gedachten heeft met een depressieve ondertoon, zoals 'ik ben een nietsnut', 'zij vinden mij niet aardig' of 'ik kan niets', dan kunnen deze gedachten zorgen voor een depressie. De oorsprong van deze gedachten ligt echter in de onderliggende ideeën van de cliënt. Deze worden schema's genoemd. Schema's bepalen in grote mate hoe iemand tegen zichzelf, de wereld om hem heen en de toekomst aankijkt.

Wetenschappelijk onderzoek heeft echter nog niet aangetoond dat depressieve cognities de daadwerkelijke oorzaak zijn van een depressie (Kragten, 2000). Het kan zelfs zo zijn dat depressieve cognities juist een bijverschijnsel van de depressie zijn. Beck ziet in het cognitieve verklaringsmodel alleen negatieve cognities als oorzaak voor het ontstaan van een depressie. Zoals ik eerder al heb aangegeven, wordt een depressie echter over het algemeen veroorzaakt door een wisselwerking van verschillende factoren, waaronder het hebben van negatieve cognities.

Wel is inmiddels gebleken dat de therapievorm die zich richt op het veranderen van de negatieve, depressieve cognities, kan zorgen voor een verlichting van de depressie. De therapie-

vorm die vanuit dit cognitieve verklaringsmodel is gegroeid, heet cognitieve (gedrags)therapie. Binnen de cognitieve therapie wordt geprobeerd de gedachtesfouten van mensen te veranderen en de schema's bij te stellen. In les 4 zul je hier zelf ook mee aan de slag gaan.

NARE ERVARINGEN

Bepaalde nare ervaringen uit het verleden (in de kindertijd of later als volwassene) kunnen iemand gevoeliger maken voor het ontwikkelen van een depressie. Het kan hierbij om heel verschillende gebeurtenissen gaan.

Kinderen

Bekende nare ervaringen die men als kind kan meemaken, zijn bijvoorbeeld het op vroege leeftijd verliezen van een ouder, emotionele verwaarlozing, seksueel misbruik en geestelijke of lichamelijke mishandeling (Flens & Kollaard, 2010). Kinderen hebben er veel moeite mee deze nare ervaringen te verwerken. Bijbehorende emoties worden verdrongen en diep weggestopt. Later kunnen deze weggestopte emoties voor problemen, zoals een depressie, gaan zorgen.

Volwassenen

Nare ervaringen die men als volwassene mee kan maken, hebben vaak te maken met extreem geweld op latere leeftijd (Flens & Kollaard, 2010). Voorbeelden hiervan zijn: verkrachting, geweldadige beroving en mishandeling, maar ook bijvoorbeeld het meemaken van een oorlog of een aanslag. Dit soort ervaringen zorgen voor veel psychische problemen en kunnen een depressie veroorzaken.

Het psychodynamische verklaringsmodel

In de psychodynamische visie op een depressie wordt ervan uitgegaan dat verlies in de kinderjaren mensen vatbaar maakt voor depressies. Tenminste als ze niet hebben geleerd vertrouwen te hebben dat ze dergelijke verliezen kunnen dragen (Kragten, 2000). Dit verlies kan in principe van alles zijn, zoals het overlijden van een naaste, maar ook het verliezen van je plek als enig kind, omdat er een zusje of broertje geboren wordt.

De therapievorm die voortkomt uit het psychodynamische verklaringsmodel, is de psychodynamische therapie. In de psychodynamische therapie wordt teruggegaan naar de kindertijd om de oorzaak van de huidige depressie opnieuw te ervaren (Kragten, 2000). Door de situatie opnieuw te ervaren in de veilige setting van de therapie zou de cliënt nu wel leren hoe verliezen verdragen kunnen worden en zou het problematische functioneren van de cliënt uiteindelijk afnemen.

Wetenschappelijk onderzoek heeft tot nu toe echter geen harde bewijzen kunnen vinden voor de houdbaarheid van deze theorie. Ook is nog steeds niet aangetoond dat psychodynamische therapie helpt bij een depressie. Het weerwoord van psychodynamische therapeuten hierop is (al dan niet terecht) dat hier nog nauwelijks onderzoek naar is gedaan (Kragten, 2000). In deze cursus zullen we ons hier dan ook niet of nauwelijks op richten.

GEBREK AAN (SOCIALE) BEKRACHTIGING

Volgens leertheoretische visies kunnen mensen depressief worden wanneer ze te weinig bekrachtiging ervaren (Kragten, 2000). Met bekrachtiging wordt hier psychologische bevestiging bedoeld in de vorm van erkenning, complimentjes en zelfvoldoening.

Gebrek aan sociale bekrachtiging kan ontstaan doordat de omgeving tekortschiet (bijvoorbeeld doordat je niet genoeg steun en support hebt ontvangen of ontvangt van je ouders) of doordat men zelf de lat zo hoog heeft gelegd dat niets meer goed genoeg is (je wordt dan als het ware doof en blind voor de bekrachtiging uit de omgeving en hebt ook geen zelfvoldoening meer). Het kan ook zijn dat iemand niet in staat is zich zo te gedragen dat hij voldoende bekrachtiging van de omgeving krijgt, bijvoorbeeld wanneer iemand te weinig sociale vaardigheden heeft.

SOCIALE OORZAKEN

Sociale oorzaken van een depressie hebben te maken met leefomstandigheden. Bepaalde grote, negatieve (maar soms ook positieve) veranderingen in het leven kunnen een depressie veroorzaken, bijvoorbeeld wanneer het niet lukt om jezelf aan de nieuwe situatie aan te passen. De veranderde situatie blijft dan voor lange tijd een bron van spanning waardoor je je op den duur erg machteloos kunt gaan voelen. Deze gevoelens van machteloosheid kunnen op hun beurt weer een depressie uitlokken. En de kans op een depressie wordt nog groter wanneer je ook het gevoel hebt dat je weinig steun krijgt in deze nieuwe situatie (Flens & Kollaard, 2010).

CHRONISCHE STRESS

Langdurige of chronische stress en spanning kunnen een depressie uitlokken. Uit onderzoek blijkt dat stress vooral een belangrijke rol speelt als 'trigger' voor een depressie (Hammen, 2002). Stress kan door allerlei factoren ontstaan, bijvoorbeeld: ruzie met de partner, ontslag op het werk, overlijden van een naaste, financiële moeilijkheden en problemen met de kinderen. De gevoeligheid voor stress is voor iedereen anders. Dit betekent dat de hoeveelheid stress die iemand kan verdragen, per persoon verschillend is en bij de een zal stress sneller tot een depressie leiden dan bij de ander (Flens & Kollaard, 2010).

VERLIES EN ROUW

Verlies en rouw kunnen belangrijke oorzaken zijn van een depressie. Gebeurtenissen die betrekking hebben op verlies en rouw, worden verliesgebeurtenissen genoemd. Voorbeelden zijn: het overlijden van een naaste, het krijgen van een ernstige

(chronische) ziekte of handicap met verlies van de gezondheid tot gevolg, het verlies van werk, doordat iemand wordt ontslagen of met pensioen gaat, en het verlies van een thuis, doordat iemand naar een verzorgingstehuis gaat.

Sterven van de partner of een andere naaste

Het overlijden van de partner of een andere naaste is een hele heftige gebeurtenis die makkelijk tot een depressie kan leiden. Na het overlijden maken de betrokkenen altijd een periode van rouw mee. Dit rouwproces kan een aantal maanden tot jaren duren en gaat gepaard met klachten die lijken op de klachten van een depressie, zoals somberheid, lusteloosheid, slechte eetlust en slaapproblemen.

Het verwerken van het verlies gebeurt met vallen en opstaan; op sommige momenten gaat het beter op andere momenten niet. Wanneer het rouwproces niet goed verloopt, kan uiteindelijk een depressie ontstaan (Flens & Kollaard, 2010). Vooral wanneer de periode van rouw veel langer duurt dan verwacht of bepaalde klachten heel lang blijven bestaan zonder dat deze minder worden, is er een grote kans dat het rouwproces is overgegaan in een depressie.

De verschillen tussen een rouwproces en een depressie zijn over het algemeen niet heel duidelijk, maar er zijn wel een aantal belangrijke verschillen te noemen (Flens & Kollaard, 2010):

- Iemand die rouwt, kan zich laten troosten (al is het maar voor heel even), iemand met een depressie kan dit niet of nauwelijks.
- Een depressie is uitzichtloos, terwijl bij een rouwproces iemand toch steeds een stapje verder komt.

- Tijdens een rouwproces kunnen emoties onvoorspelbaar alle kanten op gaan, terwijl bij een depressie de emoties vaak een vast patroon volgen.

Verlies van gezondheid

Uit onderzoek blijkt dat een depressie vaker voorkomt bij mensen die hun gezondheid (plotseling) verliezen, bijvoorbeeld door een langdurige chronische ziekte of een handicap.

Langdurige chronische ziekte

Een depressie komt vaker voor bij mensen die langdurig ziek zijn. Dit geldt vooral voor ziekten die niet genezen kunnen worden, zoals multiple sclerose (MS), aids, epilepsie, diabetes, ziekte van Parkinson en sommige kankersoorten. Deze mensen krijgen met veel verlies te maken. Ze verliezen niet alleen hun gezondheid, maar ook vaak hun inkomen, hun zelfstandigheid (ze worden vaak afhankelijk van hulp) en andere vaardigheden (autorijden, sporten) (Flens & Kollaard, 2010). Een chronische ziekte staat simpelweg het leiden van een normaal leven in de weg. De meeste mensen leren gaandeweg met de ziekte en de gevolgen daarvan om te gaan. Een klein deel lukt dit echter niet en wordt neerslachtig. Deze mensen komen in een cirkel van hopeloosheid en zinloosheid terecht en worden uiteindelijk depressief.

Een depressie kan ook direct samenhangen met een bepaalde lichamelijke aandoening, zoals een CVA, de ziekte van Parkinson en aandoeningen van de schildklier en de bijnierschors.

Handicap

Ook bij mensen met een handicap komt een depressie vaker voor. Ook zij krijgen hebben immers te

maken met verschillende vormen van verlies, zoals verlies van zelfstandigheid, inkomen en mogelijkheden.

Verlies van thuis of werk

Het verlies van een thuis of het verlies van werk kunnen de oorzaak zijn van het ontstaan van een depressie, omdat het gepaard gaat met nog vele andere verliezen, zoals het verlies van inkomen of het verlies van mogelijkheden.

LEVENSFASEPROBLEMATIEK

Met levensfaseproblematiek worden gebeurtenissen of problemen bedoeld die veel mensen op een bepaalde leeftijd meemaken. Ze kunnen de oorzaak van een depressie zijn, doordat zij het leven ingrijpend veranderen. Het leven zal aangepast moeten worden aan de verandering. Meestal lukt dit wel, zeker als de verandering als positief wordt gezien. Soms lukt het echter niet, en kan men zich hulpeloos gaan voelen en dan ligt een depressie op de loer (Flens & Kollaard, 2010). Belangrijke voorbeelden van levensfaseproblematiek zijn: de puberteit, de overgang en ouderdom.

De puberteit

De puberteit is de periode waarin meisjes en jongens zich geestelijk en lichamelijk tot jonge volwassenen ontwikkelen. In het algemeen vindt deze ontwikkeling plaats tussen 10 en 18 jaar. De puberteit gaat gepaard met een aantal stressvolle omstandigheden. Zo ontstaat er vaak ruzie met de ouders/begeleiders, ontwikkelt zich de eerste (seksuele) relatie, is het tijd om een opleiding te kiezen en gaan aan het eind van de puberteit de meeste mensen op zichzelf wonen om in een andere stad te gaan studeren. Dit zijn allemaal stressvolle gebeurtenissen die langdurige stress

en hierdoor een depressie kunnen uitlokken of de kans op een depressie kunnen doen toenemen.

De overgang

De overgang is een periode in het leven van de vrouw, die het einde van de vruchtbaarheid markeert. De overgang gaat niet plotseling, maar duurt een aantal jaren, variërend van korter dan twee jaar tot langer dan vijf jaar. Gemiddeld vindt de overgang plaats rond het vijftigste levensjaar. Bij sommige vrouwen begint de overgang echter al veel vroeger (rond het veertigste levensjaar) en bij andere juist later (een aantal jaren na het vijftigste levensjaar).

De overgang gaat vaak gepaard met andere gebeurtenissen, zoals lichamelijke klachten (opvliegers), het uit huis gaan van de kinderen, het overlijden van de eigen ouders en het gevoel van verlies van eigen schoonheid en aantrekkelijkheid. Dit zijn allemaal verliesgebeurtenissen die kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van een depressie.

Ouderdom

Het woord ouderdom staat voor het verval van geestelijke en lichamelijke krachten op oudere leeftijd. Ouderdom gaat hierdoor vaak gepaard met het verlies van gezondheid. Ook worden de naasten ouder en neemt de kans op het overlijden van de partner of andere naasten elk jaar toe.

Een andere belangrijke factor die met het ouder worden te maken heeft, is de pensionering. Wanneer men stopt met werken, verandert er veel. De hoeveelheid vrije tijd neemt toe, er is geen contact meer met collega's, men is vaker thuis en de relatie met de partner verandert. Al deze verlies- en stressvolle gebeurtenissen kunnen ervoor

zorgen dat men zich hopeloos gaat voelen en niet meer weet hoe de situatie verbeterd kan worden. Met een depressie als gevolg.

WEINIG SOCIAAL CONTACT

Uit onderzoek blijkt dat mensen met weinig sociale contacten meer kans hebben op een depressie. Weinig contact met andere mensen kan een heleboel redenen hebben (Flens & Kollaard, 2010). Zo voelt niet iedereen zich op zijn gemak in gezelschap, bijvoorbeeld omdat men verlegen of stug is. Ook kan het voorkomen dat iemand als gevolg van een ziekte minder gemakkelijk het huis uit komt.

Vooraf bij oudere mensen speelt het gebrek aan sociale contacten vaak een belangrijke rol in het ontwikkelen van een depressie. Veel van hun vrienden en kennissen zijn inmiddels overleden of ze kunnen niet meer goed lopen, waardoor bezoeken niet eenvoudig meer zijn.

Wanneer iemand depressief is, wordt het probleem van weinig sociale contacten eigenlijk alleen nog maar groter (Flens & Kollaard, 2010). Door de depressie heeft men namelijk de neiging zich terug te trekken en anderen uit de weg te gaan, waardoor het sociale contact nog verder afneemt. Een belangrijk deel van de behandeling van een depressie richt zich daarom op het behouden, het aangaan en het uitbreiden van sociale contacten. In les 5 zul je hier meer over leren.

MAATSCHAPPELIJKE PROBLEMEN

Ook bepaalde maatschappelijke problemen of een achtergestelde maatschappelijke positie kunnen bij het ontstaan van een depressie een belangrijke rol spelen. Wanneer het namelijk niet lukt om een

oplossing voor deze problemen te vinden, kunnen gevoelens van machteloosheid, hopeloosheid en schuld ontstaan (Flens & Kollaard, 2010).

Voorbeelden van belangrijke maatschappelijke problemen zijn: werkloosheid (een belangrijke verliesgebeurtenis), slechte behuizing (te klein, herrie of overlast), financiële problemen (veel schulden of rekeningen niet kunnen betalen), vervelend werk (elke keer dezelfde handelingen moeten verrichten) of slechte werkomstandigheden (te zwaar of te stoffig).

LICHAMELIJKE OORZAKEN

Naast psychische en sociale oorzaken kunnen ook lichamelijke factoren op de meest uiteenlopende manieren een depressie veroorzaken. Je moet hierbij denken aan een erfelijke aanleg voor depressiviteit, bepaalde lichamelijke aandoeningen, de rol van de neurotransmitters serotonine en noradrenaline, de rol van een hersengebied dat de hypothalamus wordt genoemd, en de rol van hormonen.

ERFELIJKHEID

Depressie komt binnen bepaalde families vaker voor en wetenschappelijk onderzoek heeft dan ook aangetoond dat een depressie voor een klein deel erfelijk bepaald is. Dit betekent niet dat iedereen die iemand in de familie heeft die depressief is, zelf ook depressief zal worden. Men spreekt namelijk van een erfelijke aanleg en dus over een kwetsbaarheid voor depressie (Flens & Kollaard, 2010). Mensen die een grote erfelijke aanleg hebben voor depressiviteit zullen meer kans hebben op het ontwikkelen van een depressie dan mensen die een kleine erfelijke aanleg hebben. Dat wil niet zeggen dat iemand met een grote aanleg voor een depressie altijd een depressie zal krijgen of dat iemand met een kleine aanleg voor een depressie nooit een depressie krijgt.

Hoe deze erfelijke aanleg precies werkt, is nog niet geheel duidelijk. Sommige onderzoekers denken dat de erfelijke aanleg zich uit in een verhoogde gevoeligheid voor stressvolle gebeurtenissen, waardoor deze meer impact hebben op het individu en hierdoor sneller zullen zorgen voor een depressie (Kendler en collega's, 1995). Ook wordt gedacht dat deze verhoogde gevoe-

ligheid uiteindelijk het gevolg is van een andere stofwisseling in de hersenen (bijvoorbeeld in de neurotransmitters serotonine en noradrenaline), die veroorzaakt wordt door de genen (de erfelijke materiaaldragers) (Flens & Kollaard, 2010).

LICHAMELIJKE AANDOENINGEN

In bepaalde gevallen kan een depressie worden veroorzaakt door andere ziekten of aandoeningen. Men noemt de depressie in dit geval ook wel een 'stemmingsstoornis door een lichamelijke aandoening' of een 'organische depressie'. Wanneer mensen hulp zoeken voor hun depressie is het daarom belangrijk om allereerst deze lichamelijke aandoeningen uit te sluiten. In veel gevallen gebeurt dit tegenwoordig al wel, maar nog niet altijd. Het komt nog steeds voor dat iemand al een tijd lang kampt met een depressie, en dat later blijkt dat dit veroorzaakt wordt door een traag werkende schildklier. Zorg er dus voor dat je jezelf bewust bent van dit soort situaties en ga mogelijke lichamelijke aandoeningen altijd samen met een (huis)arts na!

De volgende lichamelijke aandoeningen kunnen tot een depressie leiden:

- Kwaadaardige aandoeningen, zoals hersen tumoren.
- Ziekten van de organen die hormonen maken, zoals de schildklier, de bijschildklier, het bijnierschors en de hypofyse.
- Suikerziekte (diabetes).
- Sommige infectieziekten, zoals griep, hepatitis, de ziekte van Pfeiffer en aids.
- Systeemziekten, zoals reuma.
- Gebreksziekten (vitaminen- en mineralentekorten).

- Hersenaandoeningen, zoals de ziekte van Parkinson, multiple sclerose (MS), de ziekte van Huntington, epilepsie en een hersenschudding.
- Spijsverteringsstoornissen, zoals de ziekte van Crohn.

Vooral depressies door schildklierproblemen komen erg vaak voor. Te meer omdat schildklierproblemen in de geneeskunde nog niet altijd goed herkend worden. Vandaar dat ik daar hier even dieper op in wil gaan.

Schildklierproblemen

Schildklierproblemen kunnen leiden tot een depressie. Uit bloedonderzoek blijkt dat ongeveer 9,9% van de bevolking zonder het te weten een schildklierprobleem heeft. Daarnaast gaan er binnen de geneeskunde steeds meer stemmen op dat veel schildklierproblemen niet kunnen worden aangetoond met de hedendaagse bloedtesten.

Zo schat dr. Broda Barnes (schrijver van het boek Hypothyroidism: The Unsuspected Illness) dat ongeveer 40% van de totale bevolking een te langzaam werkende schildklier heeft (Barnes, 1976). Vele van deze gevallen zullen niet traceerbaar zijn door middel van bloedtesten. In de jaren dertig van de vorige eeuw heeft dr. Barnes al een simpele test ontwikkeld om een traag werkende schildklier vast te stellen, de 'basale lichaamstemperatuurtest'. Deze lichaamstemperatuurtest is op de achtergrond geraakt als gevolg van de komst van bloedonderzoeken, maar is momenteel weer in opkomst omdat hij veel betrouwbaarder blijkt te zijn.

De basale temperatuurtest werkt als volgt. Op drie achtereenvolgende ochtenden wordt de lichaams-

temperatuur, voor het opstaan en meteen bij het ontwaken, liggend gemeten met een thermometer onder de arm. Drie keer een temperatuur beneden de 36,4 graden betekent dat iemand een verminderde schildklierwerking (hypothyreoïdie) heeft. Bij twee metingen onder de 36,4 graden en een meting boven de 36,4 graden is het mogelijk dat iemand een verminderde schildklierwerking heeft. In dit geval dient de meting na acht weken herhaald te worden om uitsluitel te bieden. Bij twee of drie metingen boven de 36,4 graden is er geen indicatie voor een traag werkende schildklier.

De temperatuurtest kan niet worden uitgevoerd bij griep. Ook wanneer men in de vroege morgen uit bed is geweest (bijvoorbeeld om naar het toilet te gaan) is de meting niet betrouwbaar en zullen er later nieuwe metingen moeten worden verricht. Wanneer een vrouw ongesteld is, is de meting het meest betrouwbaar op de tweede, derde en vierde dag na de start van de menstruatie.

NEUROTRANSMITTERS

Neurotransmitters zijn stoffen die signalen overbrengen tussen de verschillende cellen in onze hersenen, zodat deze met elkaar kunnen communiceren. Wanneer deze informatieoverdracht is verstoord, kan een depressie ontstaan. De laatste jaren is veel onderzoek gedaan naar neurotransmitters, maar nog steeds worden er veel niet goed begrepen. Voor het beïnvloeden van onze stemming en het ontwikkelen van een depressie lijken vooral serotonine en noradrenaline belangrijk.

Deze neurotransmitters zijn belangrijk voor het goed functioneren van het limbische systeem (een gedeelte in de hersenen), dat verantwoorde-

lijk is voor de regulatie van emoties en instincten (zoals drinken). Chocola bijvoorbeeld verhoogt de werking van de neurotransmitter serotonine en zorgt zo voor een goede invloed op het humeur (Kragten, 2000). Let wel, een slecht humeur is natuurlijk geen depressie, dus het eten van chocola tegen een depressie zal nooit voldoende zijn om de depressie te behandelen!

Serotonine en noradrenaline

Serotonine en noradrenaline zijn neurotransmitters die een rol kunnen spelen bij een depressie, omdat zij de stemming kunnen beïnvloeden. Deze processen zijn echter erg complex. Gedacht wordt dat het om een abnormale activiteit van de neurotransmitters serotonine en noradrenaline gaat, maar deze abnormale activiteit kan ook het gevolg zijn van een depressie. Verder kan de abnormale activiteit ook worden veroorzaakt door iets anders dan een depressie, iets onbekends (Sliever & Davis, 1985).

Waarschijnlijk wordt een depressie echter veroorzaakt door een wisselwerking tussen de eerder behandelde psychische en sociale oorzaken, de neurotransmitters serotonine en noradrenaline en onze stemming. Hoe dit dan precies werkt, is echter ook nog steeds niet duidelijk (Fles & Kollaard, 2010). Hedendaags neurowetenschappelijk onderzoek is er niet in geslaagd om een stoornis in de serotoninehuishouding te vinden bij mentale stoornissen. Er is zelfs veel tegenbewijs voor de verklaring dat een simpel tekort aan een neurotransmitter aan de wieg staat van depressieve gevoelens. Er is nog geen wetenschappelijk evidente ideale serotoninespiegel vastgesteld, laat staan dat er een identificeerbare pathologische disbalans te herkennen valt.

Wat we wel met zekerheid kunnen stellen, is dat in het geval van een verstoorde hormoonhuishouding de behandeling met medicijnen (antidepressiva) uitkomst kan bieden. Deze medicijnen beïnvloeden namelijk de opname van de neurotransmitters serotonine en noradrenaline, waardoor ze van invloed zijn op de stemming (Flens & Kollaard, 2010). In de praktijk blijkt echter ook dat deze medicijnen niet altijd uitkomst bieden. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat deze antidepressiva in 80% van de gevallen niet beter werken dan een placebo.

HORMONEN

Gedacht wordt dat bepaalde hormonen een rol spelen in het ontwikkelen van een depressie. Vooral het stresshormoon cortisol wordt nog wel eens in verband gebracht met het ontwikkelen van een depressie. Cortisol wordt automatisch vrijgegeven wanneer iemand in een stressvolle situatie terechtkomt. Wanneer de stressvolle situatie weer voorbij is, stopt deze vrijgave. Het idee is dat dit laatste bij mensen met sommige vormen van depressie niet gebeurt. Depressie zou dan veroorzaakt worden door een defect cortisolmechanisme of door een langdurige vrijgave van cortisol als gevolg van chronische stress (Hammen, 2002). Het is echter nog niet zeker of dit daadwerkelijk zo is.

Mogelijk spelen bepaalde vrouwelijke geslachtshormonen een belangrijke rol bij het ontwikkelen van een depressie na de zwangerschap (postpartumdepressie). Hoe dit werkt, is ook nog niet bekend. In les 2, bij de bespreking van de verschillende soorten depressies, zul je hier meer over leren.

HYPOTHALAMUS

De hypothalamus is een gebied in de hersenen dat een soort thermostaatfunctie heeft. De hypothalamus regelt een heleboel ritmes, onder andere de lichaamstemperatuur, het slaap-waakritme en de hormonale processen (waaronder ook de cortisolafgifte). Ook kan de hypothalamus een rol spelen in het ontstaan van een depressie. Wanneer de hypothalamus het namelijk niet goed doet, raken allerlei ritmes ontregelt, wat kan bijdragen aan het ontstaan van een depressie (bijvoorbeeld een postpartumdepressie als gevolg van een ontregelde hormoonproductie). Ook de zogenaamde winterdepressie (de neiging om in de winter, als de dagen kort en donker zijn, depressief te worden) wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een ontregelde hypothalamus.

INHOUDSOPGAVE

In de opleiding Depressiecoaching worden de volgende onderwerpen behandeld:

LES 1

Wat is (een) depressie?

Voor iedereen geschikt

Inhoud van deze cursus

Depressie als maatschappelijk probleem

Prevalentie

Terugval, chroniciteit en recidiviteit

Effectieve preventie is belangrijk

Kosten

Definiëren van een depressie

Definitie van een depressie

Ziektebeeld

Onderverdeling van de klachten

Depressieve stemming

Somberheid

Geen plezier en interesse

Klachten van het gevoel

Angst

Verdriet

Prikkelbaarheid

Emotionele vlakheid

Klachten van het denken

Negatieve gedachten en opvattingen

Gedachten over schuld

Gedachten van zinloosheid

Onzekerheid

Denken aan de dood

Problemen in mentale processen

Concentratieproblemen

Geheugenproblemen

Traag denken

Piekeren
Twijfelzucht
Klachten van het gedrag
Traagheid
Agitatie
Vermijden van contact
Minder ondernemen
Jezelf verwaarlozen
Lichamelijke klachten
Verminderde energie
Slaapproblemen
Eetproblemen
Zenuwachtigheid
(Hoofd)pijn
Verminderde behoefte aan seks
Zeldzamere klachten
Manie
Fobie
Psychose

Verloop en consequenties van een depressie

Verloop
Startleeftijd
Duur
Chroniciteit
Voorspellers van chroniciteit
Consequenties
Lichamelijk functioneren
Relaties en sociaal functioneren
Partnerrelatie
Ouder-kindrelatie
Werk
Suicide

Depressie en de bevolking

Depressie bij volwassenen
Prevalentie

Leeftijd
Sekseverschillen

Depressie bij kinderen en jongeren

Prevalentie
Ziektebeeld
Kinderen
Baby's
Peuters
Kleuters en kinderen in de basisschoolleeftijd
Jongeren
Sekseverschillen
Verloop
Startleeftijd
Duur
Chroniciteit
Consequenties

Depressie bij ouderen

Prevalentie
Ziektebeeld
Depressie of dementie
Consequenties

Oorzaken van een depressie

Psychische oorzaken

Het karakter
Negatief denken en negatieve cognities
Doorbreken van negatief denken en het ontwikkelen van positieve cognities
Het cognitieve verklaringsmodel
Nare ervaringen
Kinderen
Volwassenen
Het psychodynamische verklaringsmodel
Gebrek aan (sociale) bekrachtiging

Sociale oorzaken

Chronische stress

Verlies en rouw

Sterven van de partner of een andere naaste

Verlies van gezondheid

Langdurige chronische ziekte

Handicap

Verlies van thuis of werk

Levensfaseproblematiek

De puberteit

De overgang

Ouderdom

Weinig sociaal contact

Maatschappelijke problemen

Lichamelijke oorzaken

Erfelijkheid

Lichamelijke aandoeningen

Schildklierproblemen

Neurotransmitters

Serotonine en noradrenaline

Hormonen

Hypothalamus

Medicijnen, alcohol en drugsgebruik

Medicijnen als oorzaak

Alcohol en drugs

Combinatie van factoren

LES 2

Soorten depressies en behandeling

Diagnosticeren van een depressie

Reguliere behandelmethoden

Andere behandelmethoden

Soorten depressies

Hoofdsoorten depressies

Depressieve stoornissen

Enmalige depressieve stoornis

Recidiverende depressieve stoornis

Klachtenpatroon

Oorzaken

Behandeling

Dysthyme stoornis

Klachtenpatroon

Oorzaken

Behandeling

Andere soorten depressies

Milde depressieve stoornis

Klachtenpatroon

Oorzaken

Behandeling

Winterdepressie

Klachtenpatroon

Oorzaken

Behandeling

Zomerdepressie

Klachtenpatroon

Oorzaken

Behandeling

Postpartumdepressie

Klachtenpatroon

Oorzaken

Behandeling

Depressie bij posttraumatische stressstoornis

Klachtenpatroon

Oorzaken

Behandeling

Depressie bij PMS

Klachtenpatroon

Oorzaken

Behandeling

Depressie door een lichamelijke aandoening
Depressie door een bepaald middel

Diagnosticeren van een depressie

Stellen van een diagnose
Stemmingsstoornissen
Unipolaire stoornissen
Diagnostiek van de depressieve stoornissen
 Depressieve episode
 De affectieve symptomen
 De lichamelijke symptomen
 De cognitieve symptomen
 Eenmalige depressieve stoornis
 Recidiverende depressieve stoornis
 Depressieve stoornis niet anderszins omschreven
Specificeren van klinische toestand en kenmerken
 Lichte depressie
 Matige depressie
 Ernstige depressie
 Psychotische depressie
 Melancholische kenmerken
 Katatone kenmerken
 Atypische kenmerken
 Psychotische kenmerken
Diagnostiek van de dysthyme stoornis
Bipolaire stoornis
 Manische episode
Diagnostiek van de bipolaire stoornis
Specificeren van klinische toestand en kenmerken
 Waarschuwing!

(Zelf)diagnose

Vragenlijsten
Valkuilen bij het stellen van een diagnose
 Prikkelbaarheid
 Sociaal terugtrekken

Reguliere behandelmethoden

Waakzaam afwachten

Wanneer toch een echte behandeling starten?

Zelfhulptherapie

Zelfhulpboeken

Andere media

Psychotherapie

Wat is psychotherapie

De effecten van psychotherapie

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve therapie

Registratieopdrachten

Ingevuld Vijf G-schema

Datum en tijd

1. Gebeurtenis

2. Gedachten

3. Gevoel

4. Gedrag

5. Gevolg

Gedragstherapie

Disfunctionele gedragingen veranderen

Mindfulness based cognitive therapy

Direct mindfulness in het dagelijks leven toepassen

Veranderen van de aandacht

Cliëntgeoriënteerde therapie

Psychodynamische therapie

Interpersoonlijke therapie

Groepstherapie

Belangrijke voor- en nadelen van groepstherapie

Relatie- en gezinstherapie

Relatietherapie

Gezinstherapie

Medicamenten

Antidepressiva

Gebruik van antidepressiva

Antidepressiva in de dagelijkse praktijk

Het effect van antidepressiva

Contra-indicaties

Interacties

Bijwerkingen

Overdosering

Soorten antidepressiva

Tricyclische antidepressiva (TCA's)

Selectieve serotonineheropnameremmers
(SSRI's)

Serotonine noradrenaline heropnameremmers

Monoamineoxidaseremmers (MAO-remmers)

Overige antidepressiva

Andere medicamenten

Sedativa

Slaapmiddelen

Anxiolytica

Overige reguliere behandelmethoden

Lichttherapie

Lichttherapie veroorzaakt weinig bijwerkingen

Elektroconvulsietherapie

Neurofeedbacktherapie

Opname in een psychiatrische kliniek

LES 3

Inleiding

Alternatieve behandelmethoden

Lichaamsgerichte therapie

Therapeutisch bewegen

Hardlooptherapie

Het effect van hardlooptherapie

Creatieve therapie

Het effect van creatieve therapie

Pesso-psychotherapie

Haptotherapie

Positieve zelfbeïnvloeding

Autogene training

De ontwikkeling van autogene training

Stappenplan basismethode autogene training

Oefenruimte

Irriterende factoren

Juiste lichaamshouding

Rugligging

Ontspannen zithouding

Leunstoelhouding

Beëindigen van de lichaamshouding

Hoe vaak en hoelang oefenen?

Stap 1: instellen van de rust

Zelf oefenen

Verzet en effect

Stap 2: ontspannen van de spieren en zwaarte
van de ledematen

Zelf oefenen

Verzet en effect

Terugnemen

Het eerste commando is:

Het tweede commando is:

Het derde commando is:

Stap 3: warmte door ontspanning van de bloed-
vaten

Zelf oefenen

Verzet en effect

Stap 4: Reguleren van de hartslag

Zelf oefenen

Waarschuwing
Verzet en effect
Stap 5: reguleren van de ademhaling
Zelf oefenen
Effect
Stap 6: reguleren van de buikorganen
Zelf oefenen
Waarschuwing
Effect
Stap 7: afkoelen van het voorhoofd
Zelf oefenen
Waarschuwing
Stappenplan verkorte autogene training
Stappenplan zeer korte autogene training

Affirmaties

De werking van een affirmatie
Affirmaties formuleren
Zelf oefenen
Verzet
Voorbeeld oefening integreren van een affirmatie

Kruidengeneeskunde

Plantaardige antidepressiva
Sint-Janskruid - Hypericum perforatum
Effect
Werkingsmechanisme
Dosering
Contra-indicaties
Interacties
Alle reguliere antidepressiva
Bloedverdunners
Antihypertensiva
Hartmiddelen
Anti-epileptica
Anti-astmatica
HIV-medicijnen
Immunosuppressiva

Sedativa
Anxiolytica
Narcotica
Antimigrainemiddelen
Lithium
Alcohol
Anticonceptiepil
Bijwerkingen

Griffonia
Effect
Werkingsmechanisme
Dosering
Contra-indicaties
Interacties
Bijwerkingen

Kanna
Effect
Werkingsmechanisme
Dosering
Contra-indicaties
Interacties
Bijwerkingen

Rhodiola
Effect
Werkingsmechanisme
Dosering
Contra-indicaties
Interacties
Reguliere antidepressiva
Cyclofosfamide
Doxorubicine
Bètablokkers
Bijwerkingen

Haver
Effect
Werkingsmechanisme
Dosering
Contra-indicaties

Interacties
Bijwerkingen
Andere fytotherapeutische middelen
Angstgevoelens
Verminderde energie
Verkramping van het lichaam
Fytotherapeutische middelen die vermeden
moeten worden tijdens depressie

Aromatherapie

Aromatherapeutische oliën bij volwassenen

Bergamot

Effect

Dosering

Bijwerkingen

Contra-indicaties

Basilicum

Effect

Dosering

Bijwerkingen

Contra-indicaties

Citroenmelisse

Effect

Dosering

Bijwerkingen

Contra-indicaties

Lavendel

Effect

Dosering

Bijwerkingen

Lavendin

Effect

Dosering

Bijwerkingen

Contra-indicaties

Blauwe en roomse kamille

Effect

Dosering

- Bijwerkingen
- Roos
 - Effect
 - Dosering
 - Bijwerkingen
- Neroli
 - Effect
 - Dosering
 - Bijwerkingen
- Sandelhout
 - Effect
 - Dosering
 - Bijwerkingen
- Aromatherapeutische oliën bij kinderen
- Mandarijn
 - Effect
 - Dosering
 - Waarschuwing
- Sinaasappel
 - Effect
 - Dosering
 - Waarschuwing
 - Contra-indicaties
- Gebruiksmogelijkheden
- Massages
 - Dosering
- Bad
 - Dosering
- Inhalatie/verdamping
 - Directe inhalatie
 - Indirecte inhalatie

Homeopathie

- Homeopathica
- Homeopathische middelen bij depressie
- Acidum nitricum D6-D12
- Acidum phosphoricum D4-D12
- Aurum metallicum D6-D30

Cadmium phosphoricum D6-D12
Calcium carbonicum D6-D30
Cimicifuga D6-D30
Graphites D6-D30
Ignatia D6-D30
Lilium tigrinum D6-D30
Lycopodium D6-D30
Manganum aceticum D4-D12
Natrium muriaticum D6-D30
Paeonia officinalis D4
Staphisagria D4-D6
Veratrum album D6-D30

Voeding en supplementen

Voedingsadvies

Algemeen gezond dieet bij depressie

Voedingstekorten en supplementen

Vitamine B2

Vitamine B6

Vitamine B9

Vitamine B12

Vitamine B-complex

Vitamine C

Magnesium

Zink

Essentiële vetzuren

Overige supplementen bij depressie

Aminozuren

SAMe

Tryptofaan/5-HTP

Chromium

Voeding als bron van depressieve gevoelens

Voeding van ouderen

Andere oorzaken van depressie bij ouderen

LES 4

Anders denken

Negatieve gedachten of depressieve cognities

Doorbreken van een depressie

Negatief denken

Negatief denken veroorzaakt negatieve gevoelens

Het registreren van negatief denken

Oefening gedachten registreren

Positiever leren denken

Oefening positiever denken

Stap 1: Onderzoeken van de gedachten

Stap 2: Vervang de gedachte door een andere meer positieve gedachte

Doorbreken van het negatieve denken

Depressieve automatische gedachten en denkfouten

Automatische gedachten

Denkfouten

Soorten denkfouten

Doemdenken

Zwart-wit denken

Overgeneraliseren

Emotioneel redeneren

Waarzeggerij

Spijt

Gedachten lezen

Etiketten opplakken

Onvermogen om zelf te weerleggen

Eisen stellen

Mentaal filteren

Oneerlijke vergelijkingen

Positieve dingen wegwuiven

Lage frustratietolerantie

Wat-als denken

Dingen persoonlijk opvatten

Beschuldigen

Herkennen van automatische gedachten en
denkfouten

Identificeren van automatische gedachten

Opschrijven van harde feiten

Opsporen van denkfouten

Steeds terugkerende denkfouten

Oefening automatische gedachten en denkfouten
opsporen

Stappenplan

Stap 1: Achterhalen van een automatische
gedachte of denkfout

Stap 2: Achterhalen van een denkfout of auto-
matische gedachte

Voorbeeld registratieformulier denkfouten opspo-
ren

Automatische gedachten en denkfouten opspo-
ren met ABC-methode 1

Oefening ABC-methode 1

Stappenplan

Stap 1: Invullen van de datum

Stap 2: Bepalen van emotie

Stap 3: Bepalen van uitgevoerd gedrag

Stap 4: Beschrijven van de specifieke gebeurte-
nis

Stap 5: Bepalen van de cognities

Stap 6: Identificeren van de denkfout

Voorbeeld registratieformulier ABC-methode 1

Uitdagen van automatische gedachten en aan-
pakken van denkfouten

Identificeren van de belangrijkste automatische
gedachte

Automatische gedachten aanpakken met het
gedachterapport

Eerste deel gedachterapport

Als gevoelens vermomd gedrag niet opschrijven

Automatische gedachten opschrijven als harde
feiten

Tweede deel gedachterapport
Bepalen van de belangrijkste automatische
gedachte
Het identificeren van bewijzen
Evenwichtig alternatief formuleren
Redelijke alternatieven voor automatische
gedachten
Stappenplan
Stap 1: Bepalen van de gebeurtenis
Stap 2: Bepalen van het gevoel en gedrag
Stap 3: Identificeren van de negatieve automa-
tische gedachten
Stap 4: Bepalen van de belangrijkste automati-
sche gedachte
Stap 5: Verzamelen van bewijzen
Stap 6: Formuleren van een alternatieve
gedachte
Stap 7: Scoren van de geloofwaardigheid van
de alternatieve gedachte
Automatische gedachten uitdagen met de twee-
kolommentechniek
Oefening tweekolommentechniek
Voorbeeld registratieformulier tweekolommen-
techniek
Stappenplan
Automatische gedachten en denkfouten aanpak-
ken met de ABC-methode 2
Oefening ABC-methode 2
Bedenken van alternatieven voor de problemati-
sche cognities
Bepalen wat de invloed is van de alternatieve
gedachten
Stappenplan
Voorbeeld registratieformulier ABC-formulier 2
Automatische gedachten en denkfouten aanpak-
ken met de oefening bewijslast onderzoeken
Stappenplan
Voorbeeld schema bewijslast onderzoeken

Andere irrationele cognities

Irrationele cognities herkennen

Irrationele cognities uitdagen

Irrationele cognities uitdagen met gedragsexperimenten

Uitdagen van irrationele cognities door middel van bewijzen zoeken

Oefening veranderen van irrationele cognities

Stappenplan

Voorbeeld registratie veranderen van irrationele cognities

Uitdagen van irrationele cognities door middel van gedragsexperimenten

Opzetten van een gedragsexperiment

Een gedragsexperiment verzinnen

Uitvoeren van een gedragsexperiment

Stappenplan

Depressieve kernovertuigingen

Depressieve kernovertuigingen vaak in de loop van het leven gevormd

Soorten depressieve kernovertuigingen

Stelsel van kernovertuigingen

Automatische gedachten

Strategieën

Veronderstellingen

Kernovertuigingen

Voorbeeld van een stelsel van kernovertuigingen

Identificeren en aanpakken van kernovertuigingen

Kernovertuigingen opsporen

Neerwaartse pijltechniek

Oefening neerwaartse pijltechniek

Voorbeeld

Aanpakken van kernovertuigingen en het ontwikkelen van nieuwe kernovertuigingen

LES 5

Leven met een depressie

Neerwaartse spiraal

Aanpassen van de levensstijl

Voor jezelf zorgen

Voeding

Adviezen over voeding

Belangrijke algemene tips voor een gezond eet
patroon

Belangrijke algemene tips voor gezonde voeding

Gezond dieetplan

Oefening opstellen van een gezond dieetplan

Rust en slaap

Rust

Rust als geschenk

Relaxatietechnieken

Ademhalingsoefening

Visualisatietechnieken

Slapen

Slaapproblemen

Tips om goed te slapen

Slaapritueel

Oefening slaapritueel opzetten en ontwikkelen

Persoonlijke verzorging

Actief worden en blijven

Aangename en plezierige activiteiten

Verhogen van het aantal aangename en plezierige
activiteiten

Oefening lijst van aangename en plezierige acti-
viteiten

Uitvoeren van aangename en plezierige activitei-
ten

Oefening plannen van meer aangename en plezierige activiteiten

Aangename en plezierige activiteiten bij een sombere stemming

Lichamelijke activiteiten

Lichamelijke activiteit stabiliseert de stemming

Het soort lichamelijke activiteit

Hoe vaak en hoelang?

Tips voor meer lichamelijke activiteiten

Gestructureerd bewegingsprogramma

Oefening gestructureerd bewegingsprogramma opstellen

Tips bij het bewegingsprogramma

Contact met anderen

Sociale contacten tijdens de depressie

Alleenstaanden en ouderen

Partner en naasten

Partner

Seksualiteit

Vrienden

Ouders

Kinderen

Sociale vaardigheden

Luisteren

Parafraseren en reflectie

Assertief zijn

Directheid eerste stap

Verzoeken doen

Ja zeggen

Nee zeggen

Omgaan met conflicten

Nieuwe contacten leggen

Op zoek naar vrienden en kennissen
Activiteiten met anderen
Afspreken van activiteiten met andere mensen
Tips bij het afspreken van activiteiten met
andere mensen

Werk

Blijven werken
Overschat jezelf niet
Praten met een leidinggevende
Aangepast werk
Praten met collega's
In gesprek met de bedrijfsarts
Voor- en nadelen van blijven werken
Voordelen van blijven werken
Nadelen van blijven werken
Een tijdje niet werken
Periode van ziekteverzuim
Praten met leidinggevende en collega's
In gesprek met de bedrijfsarts
Voor- en nadelen van een tijdje niet werken
Voordelen van een tijdje niet werken
Nadelen van een tijdje niet werken
Weer aan het werk gaan
Wanneer het werk een rol speelde bij de depressie
Een nieuwe baan zoeken
Ontslag en kwijtraken van je baan
Weiger het ontslag
Arbeidsongeschikt raken

Gedragsactivatie

Overdag actief blijven
Actief worden en blijven!
Dagbesteding
Levensritme
Activiteiten

- Levensritme-activiteiten
- Persoonlijke verzorging
- Huishoudelijke taken
- Aangename en positieve activiteiten
- Activiteiten in de natuur
- Creatieve activiteiten
- Lichaamsbeweging
- Vervelende activiteiten
- Sociaal contact
- Opstellen van een dagprogramma
- Oefening opstellen dagprogramma
- Tips voor het dagprogramma
- Uitvoeren van een dagprogramma
- Actiever worden en blijven

LES 6

Voorkomen van terugval en stoppen met antidepressiva

- Het oude leven gewoon weer oppakken
- Haken en ogen aan gebruik van reguliere antidepressiva
- Antidepressiva zorgen voor onderdrukking van de symptomen

Voorkomen van een terugval

- Herkennen van voortekenen en terugvalsignalen
- Leren van een eerdere depressie
- Oefening: leren van een eerdere depressie
- Mogelijke voortekenen
- Lijst van mogelijke voortekenen
- Oefening lijst van voortekenen
- Alert zijn
- Bewust worden
- Meer leren over de depressie zelf

Manieren om terugvalsignalen in de gaten te houden

Het alarmsysteem

Voortekenen en valkuilen herkennen

Bijhouden van een dagboek

Oefening: dagboek bijhouden

Gesprekken

Depressiezelftest

In actie komen

Stel actie niet uit

Situatie veranderen

(H)erkennen, benoemen en definiëren van het probleem

Brainstormen over de oplossing

De oplossing uitvoeren

Het resultaat testen

Oplossingen herzien

Verdragen en accepteren

Zeursessies

Accepteren is geen nederlaag!

Preventieprogramma

Actieplan

Terugvalpreventieplan

Oefening: ontwikkelen van een terugvalpreventieplan

Voorbeeld van een terugvalpreventieplan

Mindfulness based cognitive therapy

Terugval in een depressieve gemoedstoestand herkennen

Uitvoering van mindfulness

Stoppen met reguliere antidepressiva

Langdurig antidepressiva gebruiken

Bijwerkingen van antidepressiva

Stoppen met antidepressiva

Plotseling stoppen

Geleidelijk stoppen

Onthoudingsverschijnselen
Symptomen van onthouding
Factoren die een rol spelen
De eerste onthoudingsverschijnselen
Duur van de onthoudingsverschijnselen
Intensiteit van de onthoudingsverschijnselen
Verskil tussen onthoudingsverschijnselen en
depressie
Onderscheid tussen onthoudings- en terugkeer-
verschijnselen
Timing van het stoppen
Lichamelijke onthoudingsverschijnselen
Karakteristiek tijdsverloop
Plotseling verdwijnen van de symptomen
Belangrijke tips bij het stoppen
Goede begeleiding
Mentaal weer kwetsbaarder
De directe omgeving op de hoogte stellen
Gevoelens bijhouden
Serieuze onthoudingsverschijnselen
Laatste dosis

Verminderen van de onthoudingsverschijn- selen

Plantaardige sedativa
Haver
Effect
Werkingsmechanisme
Dosering
Contra-indicaties
Interacties
Bijwerkingen
Passiebloem
Effect
Werkingsmechanisme
Dosering
Contra-indicaties
Interacties
Bijwerkingen

Slaapmutsje

Effect

Werkingsmechanisme

Dosering

Contra-indicaties

Interacties

Bijwerkingen

Mariadistel

Effect

Werkingsmechanisme

Dosering

Contra-indicaties

Interacties

Bijwerkingen

Kurkuma

Effect

Werkingsmechanisme

Dosering

Contra-indicaties

Interacties

Bijwerkingen

Versterkende kruiden

Grote brandnetel

Effect

Werkingsmechanisme

Dosering

Contra-indicaties

Interacties

Bijwerkingen

Eik

Effect

Werkingsmechanisme

Dosering

Contra-indicaties

Interacties

Bijwerkingen

Kruiden voor specifieke onthoudingsverschijnselen

Aromatherapie

Gebruiksmogelijkheden

Baden

Massage

Ontgiftingskuur

Manieren om te ontgiften

Belangrijkste leefregels

 Bijwerkingen

 Contra-indicaties

Voorbeeld van een zevendaagse kuur

