

TIPS:

Omgaan met depressie:

Het woord 'depressie' wordt dikwijls ten onrechte gebruikt. Een depressie is een heuse ziekte, die op moeilijke momenten bij iedereen de kop kan opsteken.

Diverse studies wijzen uit dat 5 tot 6% van de bevolking (500.000 tot 700.000 mensen in ons land!) last heeft van een depressie.

De kans dat iemand ooit een depressie krijgt, is maar liefst 15 tot 17%. Anderhalf tot 1,7 miljoen Belgen zullen er dus op een zeker moment mee af te rekenen hebben.

Jammer genoeg beschouwen de meeste mensen een depressie nog altijd als een gebrek aan wilskracht, karakter, doorzettingsvermogen en energie. Een depressief is volgens hen iemand "die zich laat gaan".

De symptomen

Iedereen kent wel eens momenten dat hij het niet meer ziet zitten: de aandelenportefeuille is gecrasht, de voetbalploeg is met zware 5-0 cijfers ingemaakt... Dergelijke ogenblikken van neerslachtigheid zijn van voorbijgaande aard en hebben niets te maken met een echte depressie.

Om te kunnen spreken van een echte depressie moeten een aantal symptomen minstens twee weken aanhouden. (Meestal duren ze trouwens maanden). Deze symptomen kunnen zowel psychisch zijn (en dus te maken hebben met de psyche, de geest) als neurobiologisch (dan hebben ze betrekking op de manier waarop onze hersenen functioneren).

De belangrijkste psychische symptomen zijn:

- Somberheid, neerslachtigheid;
- geen plezier meer in het leven;
- een tanende belangstelling voor de dagelijkse dingen;
- verlies aan belangstelling voor het werk;
- verwaarlozing van de gezinsleden;
- nergens meer zin in hebben;
- het liefst met rust gelaten worden;
- schuldgevoelens koesteren over alles en nog wat;
- soms geobsedeerd zijn door zelfmoord of doodsgedachten;
- in het ergste geval zelfmoordpogingen.

De neurobiologische symptomen geven de ernst van de depressie aan. Om deze symptomen te bestrijden zijn antidepressiva nodig.

De meest courante symptomen zijn:

- slaapproblemen, met name telkens weer 's nachts wakker worden en niet meteen opnieuw in slaap geraken;
- ochtendlijke vermoeidheid;
- eetproblemen: anorexie en gewichtsverlies of boulimie en gewichtstoename;
- cognitieve functiestoornissen die het dagelijks functioneren en het werk bemoeilijken: concentratieproblemen, vergeetachtigheid;
- dikwijls vertraagde reacties met tussendoor periodes van geagiteerd zijn.

Oorzaken

Een depressie heeft meestal meer dan één oorzaak. Diverse factoren kunnen mee aan de basis liggen: echtelijke twisten, perikelen binnen het gezin, een ontslag, een overlijden, ziekten, persoonlijke problemen.

Er bestaat ook een ernstiger vorm van depressie, waarbij de depressieve stoornissen zonder enige aanleiding opduiken. Ze komen met name aan de oppervlakte bij de wisseling van seizoenen (vandaar: seizoensdepressie of winterdepressie).

Daarnaast zijn er de manisch-depressieve stoornissen. Daarbij worden depressieve periodes afgewisseld met manische periodes. Tijdens die laatste slaapt de betrokkene amper en gedraagt hij zich heel opgewonden. Hij voelt zich dan wel erg goed en in prima vorm.

Deze twee vormen van depressie komen zelden voor (minder dan 10% van alle gevallen) en vereisen meestal een gespecialiseerde psychiatrische behandeling.

De verdere evolutie

Dikwijls wordt beweerd dat depressies slechts enkele weken duren. Dat klopt meestal niet, zeker niet wanneer de intensiteit met behulp van antidepressiva moet worden tegengegaan.

* In 40 tot 50% van alle gevallen blijft een depressie eenmalig.

* Bij de rest steekt ze later opnieuw - en dikwijls meermaals - de kop op.

De kans dat depressies terugkeren is groter wanneer ze niet op de juiste manier worden aangepakt. Uiteraard moet er iets worden gedaan aan de oorzaken (psychologisch, psychisch, professioneel, stress). Een behandeling met antidepressiva moet altijd lang genoeg worden volgehouden. Zo'n behandeling moet altijd gepaard gaan met psychotherapie. Telkens weerkerende depressies kunnen dramatische vormen aannemen voor de betrokkene en zijn/haar omgeving.

Depressies hebben een zware impact op het dagelijks bestaan. Bij de minste verbetering denken

de betrokkene en zijn omgeving dan ook snel (te snel!) dat de genezing een feit is. Veelal verkeren ze ook in de waan dat ze voorgoed van het probleem verlost zijn.

Om zo'n vals optimisme tegen te gaan, moeten de patiënt en zijn omgeving duidelijk worden gewezen op het gevaar van een eventuele terugkeer. Alleen dan zullen zij alles in het werk stellen om dat te voorkomen.

Hoe een depressie behandelen ?

Wie zich een beetje 'down' voelt, heeft natuurlijk geen behoefte aan antidepressiva.

Als er alleen psychische en geen neurobiologische symptomen zijn (zie hoger), volstaat het soms om alle problemen met het 'slachtoffer' te bespreken en samen een oplossing te zoeken. Als er wel neurobiologische symptomen aan te pas komen, zijn psychotherapeutische ondersteuning én medicatie nodig. De eerste zal de psychische problemen aanpakken; antidepressiva zullen de neurobiologische problemen tegengaan.

De behandeling van een ernstige depressie moet altijd de volgende drie elementen omvatten:

1. Individuele psychotherapeutische ondersteuning

Wie depressief is, heeft behoefte aan steun en aan begrip voor zijn aandoening. Hij heeft vooral hulp nodig om inzicht te krijgen in de oorzaken, die verantwoordelijk zijn voor zijn depressie: gezins- of relatieproblemen, persoonlijke moeilijkheden enz.

Als de depressie niet voor de eerste keer voorkomt, moet nagegaan worden welke nieuwe factoren verantwoordelijk zijn voor het hervallen. Psychotherapeutische ondersteuning kan gebeuren door de huisarts, een psycholoog of een psychiater. Omdat antidepressiva pas na 3 tot 4 weken resultaten opleveren, is psychotherapie tijdens deze tussenperiode onmisbaar.

2. Medicatie (psychofarmaca)

Neurobiologische symptomen vereisen altijd een behandeling met antidepressiva. Kijk wel uit als de arts een antidepressivum voorschrijft alsof het om antibiotica gaat met - heel karikaturaal geschetst - de woorden: 'Neem deze verpakking maar uit en kom terug als het daarna niet beter gaat'. Een behandeling met antidepressiva vergt een serieuze therapeutische relatie met de huisarts of psychiater. Een consultatie per week is het minimum. De patiënt en zijn omgeving moeten weten dat deze medicamenten bijwerkingen hebben en pas na 3 tot 4 weken resultaten opleveren.

3. Steun vanwege de partner en de omgeving

Artsen hebben dikwijls weinig besef van de ontreddering die een depressie bij een partner of gezinsleden teweeg kan brengen. Essentieel is tevens dat de partner en/of de ouders intens bij de behandeling worden betrokken. Alleen dan is de absoluut noodzakelijke therapietrouw mogelijk en zal de patiënt de antidepressiva nemen zoals het hoort.



Antidepressiva: enkele verduidelijkingen

Over antidepressiva doet veel foute informatie de ronde.

Om te beginnen zijn antidepressiva geen slaapmiddelen of tranquillizers. Die laatste kunnen misschien helpen om beter te slapen of om angstgevoelens tegen te gaan, maar in feite zijn ze een pleister op een houten been. Zij verzachten alleen de symptomen, maar bewerkstelligen geen structurele verbetering. Bovendien veroorzaken benzodiazepines gewenning en lichamelijke en psychische afhankelijkheid.

Dat is niet zo voor antidepressiva. Op termijn zal alleen trouwens een behandeling met deze middelen leiden tot een beter slaappgedrag, meer energie en een normaal cognitief functioneren.

Tot 1987, toen fluoxetine op de markt kwam, bestonden er alleen monoamineoxidase inhibitoren (MAOI's) en tricyclische antidepressiva. Deze middelen leverden wel degelijk resultaten op, maar hadden serieuze nevenwerkingen (droge mond, aanzienlijke gewichtstoename, orthostatische hypotensie (een verlaging van de systolische bloeddruk bij het plots gaan liggen), kalmerend effect...). Bij een bewuste of onopzettelijke overdosis was het risico op een fatale afloop reëel. Tevens werkten ze alleen in voldoende hoge dosis, zodat geregeld bloedstalen nodig waren om de juiste dosis te bepalen. Omwille van de nevenwerkingen, de kans op overlijden bij een zelfmoordpoging en de slechte tolerantie bij een behandeling buiten het ziekenhuis vergde het gebruik van deze middelen dikwijls een opname in psychiatrie. Bovendien bleef de duur van de behandeling beperkt omwille van de zware nevenwerkingen. Drie tot zes maanden was meestal het maximum.

In 1987 kwam fluoxetine op de markt. Intussen zijn er meerdere van deze serotonine-reuptake inhibitoren (citalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline), sinds enkele maanden aangevuld met selectieve serotonine-noradrenaline-reuptake inhibitoren (venlafaxine). Deze middelen hebben een aantal voordelen waardoor ze

gemakkelijker kunnen worden gebruikt buiten het ziekenhuis. Ze hebben met name minder nevenwerkingen (vooral dan spijsverteringsstoornissen, hoofdpijn bij het begin van de behandeling, libido-stoornissen op lange termijn bij 1 patiënt op 5), een uitstekende tolerantie, geen kans op een fatale afloop bij een overdosis en de mogelijkheid om eenmalige doses te gebruiken. Bloedstalen nemen om de dosering te bepalen is dus niet langer nodig.

Dankzij deze middelen moeten veel minder mensen met een depressie in psychiatrie worden opgenomen. Maar het succes van de nieuwe antidepressiva heeft ook een keerzijde. Geregeld worden ze gebruikt op basis van indicaties, die op zijn zachtst gezegd twijfelachtig zijn. Een voorbijgaande neerslachtigheid moet bijvoorbeeld NIET met deze antidepressiva worden aangepakt. En in tegenstelling tot wat soms wordt gedacht geven deze middelen op termijn geen blijvend gewichtsverlies en zijn ze dan ook NIET geschikt voor het bestrijden van zwaarlijvigheid.

Wat we ook niet uit het oog mogen verliezen: de gelukspil bestaat niet. Geluk zal nooit langs chemische weg kunnen worden gefabriceerd.

Hoe lang duurt zo'n behandeling ?

Alle internationale studies komen tot de volgende conclusies:

- bij een eenmalige depressieve periode moet de behandeling nog 6 maanden worden voortgezet nadat de ziekteverschijnselen afnemen en/of verdwijnen. De psychotherapeutische begeleiding moet 12 maanden langer worden volgehouden;
- bij een ernstige en terugkerende depressie (meer dan twee periodes in 5 jaar, waarbij de depressie ernstig is of gepaard gaan met overmatig alcoholgebruik of angst) moet nog minstens 2 jaar worden doorgegaan met de behandeling (zowel medicamenteus als psychotherapeutisch). Al die tijd moet de patiënt dezelfde dosis antidepressiva blijven nemen als die, die tijdens de acute depressie resulteerde in een verbetering van de symptomen.

Antidepressiva: wat klopt en wat niet ?

- Antidepressiva veroorzaken geen gewenning en verslaving. Het waarom spreekt voor zich. Verslavende middelen (amfetamines, benzodiazepines etc.) werken altijd heel snel. Binnen het halfuur voelt de 'gebruiker' al de eerste resultaten. Antidepressiva daarentegen moeten drie tot vier weken worden genomen voor ze effect sorteren. Vandaar dat ze moeilijk verslavend kunnen werken.

- Antidepressiva geven geen aanleiding tot zelfmoord, agressie of doodslag. Integendeel, deze geneesmiddelen verhinderen heel wat zelfmoord(poging)en. In de media wordt soms een totaal onwaar beeld opgehangen van deze medicamenten. Ze veranderen de persoonlijkheid niet en zetten niet aan tot crimineel gedrag. Uiteraard is de onderliggende persoonlijkheid van de depressieve man of vrouw heel belangrijk. Een storing hierin kan aan de basis liggen van problemen, die soms worden toegeschreven aan antidepressiva.

- Stoppen met antidepressiva leidt tot niet dramatische situaties. Voorwaarde is wel dat de behandeling lang genoeg duurde en vergezeld ging van psychotherapeutische begeleiding door een huisarts, psychiater of psycholoog. De meeste mensen functioneren weer zoals voorheen zodra ze stoppen met de medicatie. In zeldzame gevallen kan het stoppen met medicatie leiden tot een vorm van terugval. Dit heeft niets te maken met een verslaving, maar wijst erop dat de betrokkene nog behoefte heeft aan het antidepressivum omdat de afwijkingen in zijn hersenfuncties nog niet voldoende zijn bijgesteld

Meer tips vindt u [hier](#)