

Depressie

De term depressie verwijst naar een breed spectrum van gevoelstoestanden.

Depressieve reactie verwijst naar een gevoelsreactie bij tegenslag of verlies en is een gezonde uiting van alledaags verdriet, en is altijd gekoppeld aan een duidelijke gebeurtenis.

Depressieve stemming duurt vaak langer en de aanleidingen zijn niet altijd duidelijk zichtbaar.

Depressieve stoornis. Daarvan spreekt men als er sprake is van een depressieve stemming als centraal kenmerk, maar er ook andere symptomen aanwezig zijn. Men moet minstens 14 dagen aan 5 van 9 genoemde symptomen voldoen.

Depressief als gevolg van?

1. Een verlies gebeurtenis. Het verlies van je geliefde, je baan, je huis, je zekerheden in het leven kunnen tot een depressie leiden. Deze groep heeft niet kunnen rouwen. Ze hebben hun gevoelens over het verlies niet kunnen of mogen uiten. Het normale verdriet kon niet tot uiting komen en geeft "soms na jaren" aanleiding tot een depressie.
2. Verdrongen kwaadheid. Ook dat kan aan de basis van een depressie liggen. Er is iets gebeurd waarover je eigenlijk woedend zou moeten worden, maar dat slik je weg. De woede blijft in je keel steken en als een boemerang komt de kwaadheid in de vorm van een depressie bij je terug.
3. Affectieve verwaarlozing. Vaak gaat een depressieve grondstemming schuil achter een scala van lichamelijke klachten zonder lichamelijke oorzaak. Het betreft vaak volwassenen die als kind affectief zijn verwaarloosd. Ze waren niet welkom genoeg, er was niet voldoen liefde voor hen of ze moeten voldoen aan onmogelijke eisen en mochten niet zijn zoals ze waren.

Enkele cijfers. Gevoelens van uitzichtloosheid, moedeloosheid of wanhoop, energieverlies, verminderde eetlust, problemen met slapen en vooral verlies van alle plezier in het leven. De depressie lijkt een volksziekte te worden. Ongeveer 20% van de bevolking krijgt ooit in zijn leven een depressie. In 10 a 20 procent van de behandelde gevallen is het verloop chronisch, d.w.z. dat het langer dan twee jaar duurt. In 50 procent van de gevallen komt de depressie binnen enkele jaren nog eens terug. Van alle stoornissen heeft depressie het hoogste suïcidarisico. Van alle suïcides, ruim 1500 per jaar, heeft de helft aan een depressie geleden. Ruim 13% van de bezoekers van het spreekuur van de huisarts heeft een depressie. Slechts ruim de helft daarvan wordt door de huisarts onderkend. 20% van de herkende gevallen wordt doorgestuurd naar de ggz. Eenmaal daar belandt, krijgt 80% een ambulante behandeling en 20% wordt opgenomen.

Behandeling Naast eventuele biologische factoren spelen bijna altijd sociale en psychologische factoren een rol bij het ontstaan of het instandhouden van een depressie. Vaak zijn dat conflicten rondom woede, afhankelijkheid en een laag gevoel van eigenwaarde. Daarom wordt naast medicatie (indien nodig) therapeutische behandeling voor wenselijk gehouden. Dat kan een cognitieve-, een gedrags-, een interpersoonlijke- of een inzichtgevende therapie zijn.

Niet zelden is het nodig om naast de symptomen ook aandacht te besteden aan de onder de symptomen gelegen persoonlijkheidstrekken. Als men gemotiveerd is en een vertrouwens-relatie kan opbouwen is een depressie heel goed te behandelen.

Chronisch depressie en persoonlijkheid.

In vier gevallen spreekt men van een "chronische" depressie. 1. depressieve stoornis die langer dan twee jaar duurt. 2. Recidiverende (zich herhalende) depressieve stoornis zonder volledig herstel tussen de episoden. 3. dysthymie: is per definitie een mildere vorm van depressie die lang dan twee jaar duurt. 4. Dubbele depressie: depressieve stoornis plus dysthymie.

Uit onderzoek is gebleken dat het gelijktijdig voorkomen van persoonlijkheidsstoornissen en stemmingsstoornissen meer regel dan uitzondering is (50 a 60%) Van tien onderscheiden pers.stoornissen zijn dat vooral de ontwijkende, de afhankelijke, de dwangmatige, de theatrale en de borderline persoonlijkheidsstoornis. Men (de samenstellers van het officiële classificatiesysteem van DSM-IV) overweegt een aparte categorie op te nemen in het systeem: de depressieve persoonlijkheidsstoornis.

Als je weet dat 10 a 15% van de bevolking aan een of andere persoonlijkheidsstoornis lijdt, is duidelijk dat dat bij mensen die aan een chronische depressie lijden ongeveer 5 keer zo vaak voorkomt. (bovendien dan ook vaak nog in combinatie met angststoornissen en middelen misbruik) Persoonlijkheidsgerelateerde stemmingsstoornissen worden o.a. gekenmerkt door: a.een vroeg begin (op relatief jonge leeftijd dus) b. hoge kans op recidief (opnieuw depressief worden) na heen periode van herstel, c. een chronisch beloop.

Een van de verklaringen voor de comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen en chronische depressiviteit is dat er dikwijls sprake is van traumatische ervaringen in de jeugd, die dus zowel tot een of andere persoonlijkheidsstoornis als tot depressieve klachten leidt.

Dat veelvuldig gelijktijdig voorkomen van een pers.stoornis en een (vroeg begonnen) depressie, is van grote invloed op het verloop en het behandelresultaat van de depressieve stoornis. Immers, als alleen de depressieve symptomen bestreden worden (middels medicatie en/of symptoomgerichte therapie), maar de eronder liggende persoonlijkheidsstoornis niet onderkend of behandeld wordt, neemt het herstel langer in beslag, is het recidive- of terugvalrisico veel groter en is er eerder sprake van zogenaamde therapie resistentie (= "het helpt allemaal niet") En omgekeerd: als de therapie ook gericht is op versterking van de persoonlijkheid, leidt dat tot een veel duurzamere resultaat en minder terugval risico. Absolute voorwaarde daarbij is wel motivatie voor deze intensievere behandeling. Maar nu blijkt ook uit onderzoek dat slecht een op de vijf (20%) mensen die lijden aan een persoonlijkheidsstoornis, daarvoor hulp zoekt en dat uiteindelijk slecht 1 op de 6 ook werkelijk de juiste behandeling daarvoor krijgt.

Men moet dus niet te snel concluderen: ik ben chronisch depressief en het zal wel altijd zo blijven. Maar dat het motivatie en doorzettingsvermogen vraagt om eraf te komen, is wel zeker.

Existentiële depressie. Over betekenis- of zingevingproblematiek.

Een mens moet in zijn leven heel wat fasen door, om uit te kunnen groeien tot een redelijk harmonieus of evenwichtige volwassen persoonlijkheid. En in die ontwikkeling van baby-peuter-kleuter-lagereschoolleeftijd-puberteit-jong volwassene kan heel wat fout gaan op fysiek, emotioneel, mentaal of spiritueel gebied. En dat kan er toe leiden dat men last krijgt van alle mogelijke soorten symptomen, klachten of stoornissen. Men denke aan stemmingsstoornissen, angststoornissen, eetstoornissen, dwanghandelingen, somatoforme stoornissen (lichamelijke klachten waarvoor geen lichamelijke oorzaak te vinden is) relatieproblemen, persoonlijkheidsstoornissen. enz, enz

Maar ook als dat niet het geval is en men redelijk ongeschonden de volwassenheid bereikt kan het gebeuren dat men in een existentiële crisis belandt doordat men geconfronteerd wordt met vragen die onvermijdelijk opkomen als men tenminste niet helemaal als een robot door het leven gaat. Vragen als: Wat is de zin of de betekenis van ons bestaan op deze planeet? Wat heeft alles voor zin als we straks toch dood gaan en er niets meer van ons overblijft? Wat zijn we anders dan een korte flits in de onmetelijkheid van de kosmos, wat stellen we eigenlijk voor als mens? De zin van gebeurtenissen en van het leven zelf kan een mens ontgaan. Men kan wegglijden in existentiële somberheid, in een existentiële depressie. De ervaren "leegte" of niks te zijn ten opzichte van de immensheid van het heelal is een volstrekt andere "leegte" dan waar mensen met een borderline-stoornis over klagen. De persoonlijkheid van iemand met een existentiële depressie is juist goed geïntegreerd, de gedachten en ideeën hangen op een zinvolle manier samen. Ook staat de ervaren existentiële leegte en zinloosheid los van de meer neurotische persoonlijkheid. Er zijn geen neurotische schuldgevoelens. Wel zijn er mogelijk existentiële angsten b.v. een angst voor de dood. Het is de worsteling om de eigen eindigheid en van wie men lief heeft onder ogen te zien en te accepteren.

Dit soort problematiek heeft natuurlijk niks te maken met psychotische-, neurotische- of persoonlijkheidsstoornissen. Het zijn betekenis- of zingevingproblemen en moeten dus ook niet benaderd worden met pillen of inzichtgevende psychotherapie, maar met een vorm van spirituele begeleiding die Socratische dialoog wordt genoemd. Socrates (469 v. Chr. - 399) die het zoeken naar wijsheid (=filosofie) vooral op het marktplein van Athene praktiseerde ging er vanuit dat alle

wijsheid al in de mens besloten ligt. Hij beschouwde zichzelf als een soort vroedvrouw die door het stellen van de juiste vragen anderen hielp om hun eigen wijsheid geboren te laten worden. Socratische gesprekken zijn dus filosofische zoektochten waarbij existentiële levens- of zingevingsvragen tot op de bodem uitgezocht, besproken en doordacht worden.