



*Depressie*

# Mode, middel of malheur?

Depressie is één van de meest voorkomende psychische aandoeningen (Nuijen et al., 2012); ongeveer 19% van de Nederlandse bevolking krijgt eens in het leven last van een depressie (De Graaf et al., 2010). Depressie staat op de vierde plek van aandoeningen die de meeste ziektelast veroorzaken in Nederland, na coronaire hartziekten, beroertes en angststoornissen (Gommer et al., 2010).

Ofschoon de term 'depressie' een ingeburgerd begrip lijkt, zijn de verschillende vormen waarin het fenomeen zich kan presenteren minder bekend. Wat is een depressie eigenlijk? Hoe benader je als counsellor iemand met een depressie? Welke hulpmiddelen kun je als counsellor daartoe aanwenden? Wanneer is het punt van verwijzen bereikt?

## Frans van der Gouw

Een depressie is een stemmingsstoornis die zich kenmerkt door een verlies van levenslust of zware neerslachtigheid. In het normale spraakgebruik wordt de term 'depressief' vrij snel gebruikt voor een toestand waarin iemand in een dip zit. Men spreekt echter pas van klinische depressie wanneer aan een uitgebreid aantal criteria wordt voldaan, zoals vastgelegd in diagnostische en statistische handboeken als het ICD-10 van de Wereldgezondheidsorganisatie, of de in Nederland en in de Verenigde Staten gehanteerde DSM-IV TR. Niet iedere depressieve, sombere of verdrietige stemming is dus een psychische aandoening (GGZnieuws, 2012).

### Historie

Depressie heeft altijd al bestaan. In de loop der tijd zijn er verschillende benamingen en theorieën geweest, gevormd door het tijdsbeeld en de kennis die er op dat moment bestond (2010-2012).

In de prehistorie dacht men dat iemand met een geestelijke ziekte in bezit was genomen door bovennatuurlijke krachten. De oude Grieken probeerden het fenomeen te verklaren met behulp van meer wetenschappelijke benaderingen. Hippocrates (460 – 370 v. Chr.) was de eerste die het baken bij depressie verlegde van bovennatuurlijk naar een natuurlijke, lichamelijke oorzaak. Mensen die depressief waren behoorden volgens hem tot de 'zwartgalligen'; een teveel aan zwarte gal werkte introvert gedrag en neerslachtigheid in de hand – melancholie ('Aphorisms', 400 v. Chr.). Deze humorenleer, gebaseerd op de gedachte dat de lichaamsprocessen beheerst werden door lichaamssappen of 'humoren', bleef overeind gedurende de middeleeuwen en lang daarna (Hulspas & Nienhuys, 2002).

In de zeventiende eeuw beschreef Robert Burton in 'The Anatomy of Melancholy' (1621)

op basis van een aantal theorieën en zijn eigen ervaringen, dat melancholie te bestrijden was met een gezond dieet, voldoende slaap, muziek, 'zinnvol werk' en door het probleem met een vriend te bespreken.

De Engelse auteur Richard Baker gebruikte in 1665 als eerste de term 'depressie' om iemand te beschrijven die een groot gebrek aan levenslust ervaart. 'Depressie' werd afgeleid van het Latijnse werkwoord '*deprimere*', wat neerdrukken betekent (Wolpert, 1999).

Aan het begin van de twintigste eeuw waren Kraepelins ideeën over depressie toonaangevend. Kraepelin ging ervan uit dat psychische aandoeningen een somatische basis hadden en dat de oorzaak van een psychische aandoening zich in het brein bevond. Hij maakte een onderscheid tussen endogene (intern veroorzaakt) en exogene (van buitenaf veroorzaakt) typen depressies. Zijn werk kan gezien worden als het begin van de neurofysiologische benadering (Davison, 2006). Dit was de meest gangbare benadering tot het werk van Freud. In de jaren 70 van de twintigste eeuw groeide de interesse in de genetische, biochemische en neuropathologische oorzaken van depressie. In 1952 verscheen het eerste 'Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders' (DSM).

### Diagnose

Volgens de DSM-IV-TR-criteria kenmerkt een ernstige depressieve episode zich in grote lijnen door een gedeprimeerde stemming en/of het verlies van belangstelling of genoeg. Een van beide symptomen dient vergezeld te gaan van vier van de volgende symptomen, alvorens men van een depressie kan spreken:

- gedeprimeerde stemming gedurende het grootste deel van de dag,
- duidelijke daling van belangstelling in aangename activiteiten,
- veranderende eetlust en duidelijke gewichtstoename of gewichtsverlies,
- verstoord slaappatroon of slapeelooheid of meer slapen dan normaal,

- veranderingen in activiteitenniveaus, rusteloosheid of zich beduidend langzamer bewegen dan normaal,
- vrijwel alle dagen vermoeidheid of energieverlies,
- gevoel van schuld, hulpeloosheid, bezorgdheid, en/of vrees,
- verminderde capaciteit om zich te concentreren of besluiten te nemen,
- suïcidale gedachten.

Er kan onderscheid gemaakt worden in de ernst van een depressie aan de hand van het aantal symptomen:

- **symptoomdepressie:** er wordt slechts voldaan aan een van de criteria van een depressie;
- **syndroomdepressie (*minor depression*):** er wordt voldaan aan twee tot vier symptomen;
- **stoornisdepressie (*major depression*):** er wordt voldaan aan vier tot negen symptomen.

Hierbij dient wel in ogenschouw te worden genomen dat de mate van lijdensdruk voor het grootste gedeelte de ernst van een depressie bepaalt (American Psychiatric Association, 2000).

### Tijd en aanleiding

Een periode van minimaal twee weken (2013) waarin zich depressieve symptomen voordoen, wordt een depressieve episode genoemd. Als iemand vaker deze episoden heeft, spreekt men van een (recidiverende) depressieve stoornis. Herstel van een depressieve episode is vaak onvolledig; zogenaamde 'restsymptomen' blijven bestaan die de kans op terugval in een nieuwe depressieve episode verhogen. De eerste depressieve episode kan op alle leeftijden optreden en de duur kan variëren.

Het is van groot belang om te analyseren of er sprake is van een patiënt in de klinisch-psychologische setting met een stoornisdepres-

sie of dat men te maken heeft met een cliënt voor de counsellor op grond van een milde symptoomdepressie. Het onderscheid vertaalt zich vervolgens in aansluitende behandelingsmethoden, die variëren van medicatie tot een goed gesprek.

Aanleidingen voor depressies staan weliswaar in direct contact met de vormen waarin de depressie zich presenteert, maar er is geen sprake van structuur in causale verbanden tussen de reden voor de depressie en de vorm waarin die zich toont. Dat maakt de hulpverlening niet eenvoudig en de counsellor zal dan ook specifieke kennis en kunde op dit vlak moeten hebben opgedaan om de depressieve cliënt op verantwoorde wijze te kunnen ondersteunen.

### Besmettelijk

Depressies treffen niet alleen de mensen die er zelf aan lijden. Ook hun partners, kinderen, ouders en andere naastbetrokkenen ondervinden de negatieve gevolgen ervan. De depressie kan bij de familieleden leiden tot conflicten in de relatie, isolement en eenzaamheid, oververmoeidheid, overbelasting en overspannenheid. Dit nog afgezien van materiële gevolgen, zoals een daling van het inkomen. Het is beslist geen uitzondering als ook een familielid depressief wordt of andere ernstige psychische klachten krijgt (Cuijpers, 1997).

Een empathisch bejegenen of opbeuren kan de depressieve mens bezwaren en dat trekt zijn wissel op degene die het 'zo goed bedoelt'. De ervaring dat die goede bedoelingen anders worden geïnterpreteerd of zelfs averechts werken, kan de hulpverlening in verlegenheid brengen waardoor spanningsvelden ontstaan. Zo kan de cliënt in een negatieve spiraal geraken, die de hulpverlening kan ondermijnen.

De counsellor hoort ook tot de 'omgeving' en dient zich derhalve zeer bewust te zijn van de kwetsbaarheid van de hulpvrager en het feit

dat het gevoel om 'geholpen te worden' die kwetsbaarheid vaak versterkt. 'Geholpen worden' bevestigt het idee dat er 'iets niet in orde is'. De counsellor dient er alert op te blijven dat het gevoel van 'geholpen willen worden' niet omslaat naar 'hulploosheid'.

Geringe zelfwaardering en de neiging om negatieve gebeurtenissen toe te schrijven aan eigen tekortkomingen of aan externe omstandigheden waarop men geen invloed denkt te hebben, kan leiden tot aangeleerde hulpeloosheid (Seligman, 1975). Het individu gaat negatiever over zichzelf denken, raakt in gedepriëerde stemming en vertoont vervolgens negatief gedrag. Door dit gedrag gaan anderen de gedepriëerde persoon ontwijken, waardoor die zich afgewezen en eenzaam voelt, wat op zijn beurt weer leidt tot somberheid en wanhoop, waarmee de cirkel rond is (Zimbardo et al., 2005).

De veelzijdigheid van het fenomeen depressie vergt een breed inzicht in verschijningsvormen, aanleidingen en handelingswijzen teneinde onderwerpen als plezier in het leven, enthousiasme en positief levensperspectief terug te geven. Daarbij dient de eigen kwetsbaarheid van de hulpverlener niet uit het oog te worden verloren.

### Discussie

Mag de counsellor, zijnde niet klinisch psycholoog, zich richten op cliënten met een depressie? Is er sprake van een onderscheid tussen behandelingswijzen in relatie tot de diversiteit in vormen van melancholie, depressie, neerslachtigheid en/of somberheid?

In het bijzonder geldt, dat de counsellor zich ervan bewust moet zijn dat depressiviteit 'gevoed' kan worden met goede bedoelingen. Dat betekent dat hij bij de begeleiding van een cliënt met een depressie meer dan ooit zijn cliënt leidend zal moeten laten participeren in de ontwikkelingen richting een positief zelfbeeld

(Larsen, 2005) en self-efficacy (Bandura, 1997).

Sam Gladding (2009) noemt counselling in relatie tot depressies een 'specialiteit' en hij geeft, naast de criteria van de DSM-IV TR, een mooi overzicht van herkenbare indicatoren, verdeeld over vier aspecten: emotie, fysiek, cognitie en gedrag. Gladding verbindt de emotie angst met het fysieke aspect slaapstoornissen, het cognitieve aspect van een negatieve kijk op de wereld en een gedrag wat zich kenmerkt door terugtrekking uit sociale activiteiten. Zijn aanpak kent een breed scala aan interventies van Becks cognitieve modificatie van gedachten, via het behaviorisme naar de cognitief-behavioristische benadering, zoals het werken met RET.

Recent werd eenzaamheid in verband gebracht met depressie. Al dan niet als aanleiding voor of als gevolg van de depressie kan eenzaamheid leiden tot suicidale gedachten. Hoe bereik je als counsellor iemand die zich alleen voelt staan? Hoe kunnen we mensen die zich structureel eenzaam voelen, de overtuiging geven dat zij hulp mogen en kunnen ontvangen? Wat kunnen we leren van mensen die zich binnen hun depressie zo eenzaam voelen dat zij hun leven beëindigen en daardoor geen antwoord meer kunnen geven op de vraag hoe we hen hadden kunnen helpen?

Laten we als counsellors beginnen met onze cliënten het gevoel te geven dat zij de moeite waard zijn door oprecht te vragen hoe het met ze gaat. Hoe gaat het met jou?

### Referenties

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (Revised 4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Burton, R. (1621). *The Anatomy of*



Frans van der Gouw is coach, consultant en onderzoeker, en richt zich in het bijzonder op vraagstukken die te maken hebben met de vergrijzing in relatie tot gezondheid en duurzame inzetbaarheid. Hij werkt momenteel aan een boek, 'De Grijs-Groen Symbiose ©', waarin de oude en jonge generatie op de werkvloer elkaar versterken in werkzaamheid, inzetbaarheid en gezondheid. [www.VDGD.nl](http://www.VDGD.nl)

*Melancholy, What it is: With all the Kinds, Causes, Symptomes, Prognostickes, and Several Cures of it. In Three Maine Partitions with their several Sections, Members, and Subsections. Philosophically, Medicinally, Historically, Opened and Cut Up.*

- Cuijpers, P. (1997). *Depressie: Gids voor familieleden*. Baarn: HB uitgevers.
- Davison, K. (2006). Historical aspects of mood disorders. *Psychiatry, Volume 5, Issue 4*, 115-118.
- Gladding, S. (2009). *Counseling: A Comprehensive Profession*. New Jersey: Pearson Education Inc.
- Gommer, A., Poos, M., & Hoeymans, N. (2010). Verloren levensjaren, ziekte en ziektelast voor 56 geselecteerde aandoeningen. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>
- Graaf, R. de, Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hippocrates (400 BC). *Aphorisms*. Edited by Adams TbF (2007 AD). Adelaide, South Australia: eBooks, University of Adelaide, SA; *Herken jij de klachten van een depressie?* (2012, december 19). Opgeroepen op september 11, 2013, van GGZnieuws: <http://www.ggznieuws.nl/home/?p=11114>
- Hulspas, M., & Nienhuys, W. (2002). *Tussen Waarheid en Waanzin: Een encyclopedie der pseudo-wetenschappen* (4<sup>e</sup> herz. dr.). Breda: De Geus.
- Larsen, R. J. (2005). *Personality Psychology*. New York: McCraw-Hill.
- Nuijen, J., Muntingh, A., Hermens, M., Franx, G., & Splunteren, P. van (2012). *Werkelijke en wenselijke eerstelijns depressiezorg: Resultaten van een verkennend onderzoek. Trendrapportage GGZ 2012, deel 3B: Kwaliteit en Effectiviteit*. Utrecht: Trimbos-instituut. Symptomen depressie (2013, mei 17). Opgeroepen op september 11, 2013, van Trimbos-instituut: <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/depressie/symptomen>
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Wolpert, L. (1999). *Malignant Sadness: The Anatomy of Depression*. Opgeroepen op september 11, 2013, van The New York Times: <http://www.nytimes.com/books/first/w/wolpert-sadness.html>
- Zimbardo, P.G., Weber, A.L., & Johnson, R.L. (2005). *Psychologie: Een inleiding*. Amsterdam: Pearson education.