

Depressieve stoornissen

De stoornis

Een depressieve stoornis is een stemmingsstoornis met verschillende verschijningsvormen. De kernsymptomen zijn een sombere stemming en een duidelijk verminderde interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten, gedurende het grootste deel van de dag. Bij jeugdigen kan de stemming wisselend en prikkelbaar zijn.

Aanvullende symptomen zijn gewichtsverandering (bij jeugdigen: niet aankomen) of veranderingen in eetlust, slapeloosheid, rusteloosheid of vertraagdheid, moeheid, gevoel van waardeloosheid of buitensporig schuldgevoel, concentratieverlies en terugkerende gedachten aan de dood.

Depressieve stoornis: Wanneer minimaal één kernsymptoom en in totaal minimaal vijf symptomen gezamenlijk gedurende minstens twee weken aanwezig zijn, en wanneer deze leiden tot duidelijk disfunctioneren of lijden, is er sprake van een depressieve episode. De episode kan daarbij niet worden verklaard door bijwerkingen van een geneesmiddel of een somatische aandoening.

Dysthymie: minder symptomen dan een depressieve stoornis, maar deze symptomen bestaan langdurig (chronisch).

Ernst: De ernst kan variëren van een lichte, tot een matige-ernstige of ernstige depressie. Een depressieve stoornis is ernstiger als deze het algemeen functioneren meer beperkt, meer subjectief lijden veroorzaakt, met meer en ernstigere symptomen gepaard gaat, langer duurt, vaker recidiveert, tussen de episoden door niet volledig herstelt of als er suïcidale uitingen en/of suïcide pogingen zijn.

De epidemiologische kenmerken

Prevalentie en incidentie: Depressie komt vaak voor, vooral onder adolescenten en (jong-) volwassenen. Inclusief jeugdigen vanaf 13 jaar en ouderen hebben naar schatting jaarlijks 797.000 mensen in Nederland een depressie. Bij naar schatting ruim 20% van de mensen met een depressie bestaat de depressieve stoornis langer dan twee jaar (één jaar bij kinderen en jeugdigen).

Oorzaak: De oorzaak is vaak een combinatie van biologische, sociale en psychologische factoren, zoals genetische achtergrond, bepaalde gebeurtenissen in het leven, alcoholgebruik en persoonlijke kenmerken. Ook kunnen er lichamelijke oorzaken zijn, zoals dementie, een hartinfarct, somatisch onverklaarde klachten of chronische pijnklachten.

Beloop: Bij de helft van alle mensen met een depressieve episode gaat deze binnen drie maanden spontaan over. Bij wie een depressie langer duurt, treedt verbetering na gemiddeld zes maanden op, door behandeling of door spontaan herstel. Bij ongeveer de helft van de mensen met een eerste depressieve episode komt de aandoening terug nadat de patiënt is hersteld.

Vroege onderkenning en preventie

- Depressieve klachten of symptomen zijn soms moeilijk te herkennen doordat sombere gevoelens ook een normale emotionele reactie kunnen zijn bij een negatieve levensgebeurtenis.
- (De voorbode van) dysthymie is vaak minder zichtbaar en leidt minder snel tot uitval dan depressie.
- Wees tijdig alert op depressieve klachten om (het ontwikkelen van) een depressie te onderkennen.

Signalen van een depressie of dysthymie kunnen zijn:

- Aanhoudende moeheid of klachten zonder lichamelijke oorzaak;
- Aanhoudende of terugkerende zorgen, somberheid of verdriet;
- Chronische pijn, nervositeit of slapeloosheid;
- Vermindering van de zelfzorg;
- Gewichtsvermeerdering of vermindering;
- Verandering van (de beleving van) activiteitenpatroon en sociale contacten;
- Suïcidaliteit.

- Bij kinderen is een geprikkelde stemming vaak meer op de voorgrond in plaats van somberheid, waardoor het soms meer op een gedragsprobleem lijkt.
- Bij ouderen met beperkter cognitief functioneren of met andere psychische problemen kan het lastiger zijn een depressie te herkennen.

Preventieve interventies richten zich op beperken van risico- en in stand houdende factoren (stress en kwetsbaarheid) en versterken van beschermende factoren (kracht en sociale steun). Zelfhulp en zelfmanagement zijn belangrijke elementen. Preventieve interventies zijn o.a. psycho-educatie; leefstijladvisering; en gestandaardiseerde (groeps)cursussen (incl. eHealth-interventies).

Diagnostiek

Het diagnostische proces betreft ernstbeoordeling, classificatie, risicotaxatie van suïcidaliteit, heteroanamnese, differentiaaldiagnostiek, sociale anamnese en het betrekken van naasten. Classificatie vindt plaats volgens de DSM-5 of ICPC op basis van klinisch oordeel en het zorgvuldig uitvragen van de symptomen. Gebruik, zeker bij ouderen, bij het uitvragen ook synoniemen voor somberheid (neerslachtig, in de put, somber, depressief).

Aandachtspunten differentiaaldiagnostiek

- Denk altijd aan een bipolaire stoornis en vraag angstsymptomen uit;
- Motiveer patiënt om informatie te geven over verslavingsproblematiek of middelenmisbruik;
- Sluit lichamelijke aandoeningen uit, zoals schildklieraandoeningen, (chronische) infecties, (auto-)immuunziekten, type-2 diabetes mellitus, (bij)nieraandoeningen, hart- en vaatziekten, dementie, ziekte van Parkinson, ALS en MS, elektrolytstoornissen, maligniteiten, chronische pijn.

Openheid over de diagnostiek, het samen duiden van symptomen en het expliciet bespreken van de betekenis hiervan met de patiënt en naasten zijn belangrijk voor een goede werkwijze en het herstelproces. Roep bij twijfel advies in van een collega of expert of vraag een second opinion.

- Bij jeugdigen en ouderen vindt altijd een heteroanamnese plaats, bij volwassenen bij voorkeur ook.
- Betrek bij jeugdigen ook de school mits ouders (en kind vanaf 12 jaar) daarmee instemmen.

- Stem bij jonge kinderen af met een kinderarts, zodat er geen somatische aspecten gemist worden.
- Schenk bij ouderen aandacht aan cognitieve stoornissen en comorbiditeit.

Behandeling en begeleiding

Uitgegaan wordt van de NHG-Standaard Depressie en algoritmes in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie. In de behandeling en begeleiding van mensen met een depressieve stoornis wordt gepaste zorg ingezet op basis van gedeelde besluitvorming, aansluitend op de behandeldoelen. Gepaste zorg betekent generalistische zorg als het kan en gespecialiseerde, intensieve zorg als het nodig is.

Basisinterventies

- Volg, als niet meteen tot interventies wordt overgegaan het beloop van symptomen en klachten.
- Bij alle patiënten met depressieve klachten, een depressie of dysthymie worden drie basisinterventies ingezet: psycho-educatie, activering en dag structureren en actief volgen.
- Bij alle patiënten in behandeling vindt monitoring van de behandeluitkomsten plaats.

Depressieve klachten

- Zet als klachten persisteren na het inzetten van basisinterventies, geïndiceerde preventie in.
- Eerste-stap interventies zijn o.a. bibliotherapie, zelfmanagementstrategieën met begeleiding, steunend-structurerende begeleiding, activerende begeleiding, fysieke inspanning, psychomotorische therapie en psychosociale behandeling.

Licht depressieve stoornis

- Zet, als klachten persisteren na basisinterventies eerste-stap interventies in.
- Bij voldoende herstel na drie maanden, volgt terugvalpreventie.
- Zet bij onvoldoende herstel na drie maanden tweede-stapinterventies in, zoals Problem Solving Treatment en kortdurende behandeling (KDB).
- Wordt hiermee onvoldoende resultaat bereikt? Dan volgt psychotherapie.
- Overweeg bij onvoldoende behandelresultaat een andere vorm van psychotherapie of medicatie.
- Levert dit onvoldoende effect op? Overweeg combinatiebehandeling of intensiveer de behandeling.

Eerste episode matig-ernstige of ernstige depressieve stoornis

- Zet, in overleg met de patiënt, naast basis-interventies en eventueel eerste stappen-interventies, psychotherapie of farmacotherapie in.
- Overweeg bij onvoldoende effect achtereenvolgens een wisseling tussen deze twee, een combinatie van deze twee of (bij ernstige depressies) een intensivering van de behandeling.
- Herhaal dit als de gekozen behandeling niet tot effect leidt.

Terugkerende matig-ernstige of ernstige depressie

- Zet naast basis-interventies en eventueel eerste stappen-interventies psychotherapie of een gecombineerde behandeling (farmacotherapie + psychotherapie) in.
- Overweeg bij onvoldoende effect achtereenvolgens een wisseling naar een andere vorm van psychotherapie of een (andere) gecombineerde behandeling of een intensivering van de behandeling. Ook hier kan dit herhaald worden als de gekozen behandeling niet tot effect leidt.
- Evaluer samen met de patiënt regelmatig de werking en bijwerkingen van antidepressiva.

Persisterende depressieve stoornis (langer dan 2 jaar; inclusief dysthymie)

- Naast basis-interventies en eventueel eerste stappen-interventies wordt in principe een traject gevolgd zoals bij matig-ernstige of ernstige depressie.
- Bied eventueel psychotherapie aan die specifiek voor persisterende depressie is ontwikkeld.
- Als er eerdere goed uitgevoerde behandeling werd gegeven, is een combinatiebehandeling van psychotherapie en medicamenteuze behandeling aangewezen. Bied deze voldoende lang aan. Overweeg om de behandeling te intensiveren.

Aandachtspunten terugvalpreventie

- Biedt na het bereiken van voldoende behandelresultaat altijd terugvalpreventie.
- Zet bij een recidiverende depressieve stoornis specifiek Preventieve cognitieve therapie of Mindfulnessbased cognitieve therapie in.
- Verlaag bij afbouw van medicatie de dosering geleidelijk. Daardoor is terugval tijdig te herkennen.

Aanvullende behandelingen

Er zijn – mogelijk op verzoek van de patiënt – aanvullende behandelingen mogelijk, zoals andere vormen van (biologische) behandeling, vaktherapie en complementaire/alternatieve behandelingen.

Herstel, participatie en re-integratie

Herstel, participatie en re-integratie zijn aandachtspunten vanaf de start van de behandeling. Persoonlijk welzijn, leren leven met depressie en kwaliteit van leven staan daarin centraal. Sociale steun, praktische steun en vooral (weer) actief worden door maatschappelijke participatie in werk/opleiding/school en vrije tijd zijn belangrijk. Dit vraagt om inzet van passende interventies, ondersteuning van het netwerk en rehabilitatiemethoden. Voor re-integratie is ergotherapie, werken op arbeid therapeutische basis, en (andere) arbeid- of schoolverzuimgerichte begeleiding inzetbaar.

Organisatie van zorg

Iemand die hulp zoekt voor depressieve klachten of een depressie gaat in de regel naar de huisarts. Deze beoordeelt in welk echelon de patiënt bij voorkeur behandeld dient te worden. Bij verwijzing houdt hij rekening met: behandelgeschiedenis, beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg en contextuele factoren van de patiënt, de wens van de patiënt en de eigen deskundigheid.

- Kinderen of jeugdigen met depressieve klachten of een depressie en hun ouders kunnen ook door een jeugdarts of door een (door de gemeente gekwalificeerde) deskundige verwezen worden.
- Overweeg bij ouderen met een depressie en somatische comorbiditeit een snelle doorverwijzing naar een ouderenpsychiater of geriater.
- Activiteiten gericht op zorg van mensen met depressie vindt ook plaats in o.a. bedrijfsgezondheidszorg, jeugd(gezondheids)zorg, paramedische zorg (zoals (psychosomatische) fysiotherapie), (klinisch) geriatrie, wijkteams, thuiszorg, onderwijs en culturele verenigingen.

Samenhang met generieke modules

Acute Psychiatrie, Arbeid als medicijn, Bijwerkingen, Comorbiditeit, Diversiteit, eHealth, Diagnostiek en behandeling psychische klachten in de huisartsenpraktijk, Generalistische diagnostiek en behandeling in de GGZ, Herstelondersteuning, Landelijke samenwerkingsafspraken GGZ, Samenwerking met naasten, Organisatie van zorg voor kind en jongere, Ouderen met psychische aandoeningen, Psychische klachten in de kindertijd, Psychotherapie, Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, Vaktherapie, Vroege opsporing van psychische klachten in de huisartsenpraktijk, Zelfmanagement.