

D E P R E S S I E

Elke huisarts wordt dagelijks geconfronteerd met klagende mensen. Wellicht één keer per dag met een patiënt die depressieve klachten verwoordt en bij wie je de vraag moet stellen of die man of vrouw echt depressief is. Een andere keer hoor je dezelfde klacht in een totaal andere context en is die klacht zo invoelbaar omdat het leven hier ongemeen hard heeft toegeslagen, dat je dit nooit zal linken met de diagnose van depressie.

De mens die klaagt, zijn draagkracht, zijn weerbaarheid, zijn geschiedenis, zijn sociale context en de context waarin de klacht of het klagen ontstaan, zijn allemaal elementen die de klacht al of niet over een diagnostische drempel zullen 'helpen' en de arts het recht zullen geven om de klacht te medicaliseren: de klacht als het ware onttrekken aan de '*condition humaine*' en hem inkapselen in het medische discours van de diagnose, prognose, therapie, enzovoort.

Collega Marc Calmeyn, gesteund door een commentaar van prof. Jan Heyrman, benadert de depressieve klacht vanuit de antropopsychiatrie en reikt op die manier een *theorie en diagnostiek* aan om de essentie van het depressief zijn te (h)erkennen.

De huidige richtlijnen berusten op de *descriptieve* diagnostiek van de DSM, die voorbijgaat aan theoretisch verklarende of inzichtgevende modellen. Omdat de jongste generatie huisartsen opgeleid is vanuit deze aanbevelingen, vonden we het als redactie gepast om de diagnostische criteria die daar worden gebruikt, nogmaals beknopt te confronteren met de bijdragen van collega's Calmeyn en Heyrman. De aandachtige lezer en de huisarts met aandacht voor deze problematiek zullen zonder enige moeite de dwarsverbindingen kunnen tekenen.

M. Lemiengre, hoofdredacteur

DE ESSENTIE VAN HET DEPRESSIEF ZIJN (1)

Bekeken door de bril van de psychiater

M. CALMEYN

Elke depressie grijpt in op de basale zijnsdimensie van de mens. Door die essentie van elke depressie te zien kan de huisarts gemakkelijker tot een diagnose komen. Drie begrippen uit de antropopsychiatrie kunnen helpen om deze aandoening van de fundamentele zijnsdimensie te herkennen: anhor- mie of het wegvallen van de levenskracht, anhedonie/anaesthesie of het verloren gaan van gewaarwordingen en arrhytmie of de verstoring van de levensritmes.

Depressie is een universeel verschijnsel met een grote weer- slag op het individuele en maatschappelijke functioneren. Recent grootschalig onderzoek, zoals de *European Study on Epidemiology of Mental Disorders*, toont voor België een hoge score van depressie in de prevalentie van mentale stoornissen¹. Door extrapolatie naar de toekomst kan tegen 2020 depressie de tweede grootste oorzaak van ziek- telast worden².

Er is niet enkel de impact op het socioprofessionele leven van de persoon in kwestie, maar ook op de levensver- wachting. In een meta-analyse met een follow-upperiode tussen 1,3 en 16 jaar van 100 000 personen blijkt er een al- gemeen verhoogd mortaliteitsrisico van 1,58 tot 2,07³. Ander onderzoek (2 228 casussen en 4 164 controlepersonen) toont aan dat de *aanwezigheid en ernst* van een klinische depressie het risico op een plotse hartstilstand verhogen⁴.

Depressie heeft evenwel vele 'gezichten'. Termen als endo- gene versus exogene depressie, psychogene versus reactie- ve depressie, gemaskeerde depressie zijn hiervan illustra- ties. Een classificatiesysteem zoals de DSM dat een atheoretisch standpunt vooropstelt, beroept zich op het hergroeperen aan de hand van een aantal symptomen om depressie te definiëren, maar kan er niet onderuit om een restcategorie (*Depressive Disorder Not Otherwise Specified*) in te lassen⁵. Op de duur ziet men door de bomen het bos niet meer.

Uitgangspunt van dit artikel is dat er een essentiële kern in het depressief zijn te onderscheiden is die in al deze 'ge- zichten' terug te vinden is.

Theoretische inzichten

Ontstaansgeschiedenis

Van de grondlegger van de fenomenologie, Edmund Husserl (1859-1938), stamt het leidmotief van deze filosofische richting: 'zu den Sachen selbst' te ko- men. Dit betekent inzicht krijgen in de wezenlijke structu- ren en wezenlijke relaties die een fenomeen kenmerken.

Deze idee ligt aan de bron van de term 'essentie' die we in dit artikel aanwenden om de kern van het depressief zijn aan te duiden.

Hoewel de grondlegger van de psychoanalyse, Sigmund Freud, depressie niet tot hoofdthema van zijn oeuvre heeft gemaakt, heeft hij wel belangrijke inzichten aangereikt. Zo maakt hij bijvoorbeeld een haarfijn onderscheid tussen rouw en melancholie⁶. Latere psychoanalytici hebben uitgeklaard dat niet melancholie maar de 'simpele' depressie het para- digma van de depressieve stoornissen vormt. Exemplarisch verwijs ik naar het artikel van Vergote⁷.

De geschiedenis van de stemming en haar pathologie is een rijk geschakeerd palet waarvan de wortels tot in de Grieks- Romeinse tijd teruggaan. De psychiatrische nosologie vindt er zijn oorsprong.

Voor dit boeiende verhaal verwijs ik naar het exhaustieve werk van Godderis⁸. Deze auteur besteedt ook uitgebreid aandacht aan het levenswerk van Jacques Schotte die deze verschillende richtingen – fenomenologie, psychoanalyse en psychiatrie – in een nieuw theoretisch concept, namelijk de *antropopsychiatrie* geïntegreerd heeft⁹ en de essentie van het depressief zijn uitgeklaard heeft¹⁰.

Depressie is een pathologische kristallisatie in het 'land- schap' van de stemming. In dit landschap is er nog geen on-

Depressie is een zeer basale aan- doening die de persoon diep aan- grijpt

In de depressie is de 'élan vital', de levensstroom stilgevallen. De 'drive' om zich in beweging te zet- ten is er niet meer

derscheid tussen subject en object (dingen, andere levende wezens,...). De mens is (nog) geen eigen subject dat zich onderscheidt van de (objecten van) de wereld rond zich. In dit landschap is hij verweven met de ritmes eigen aan deze wereld (dagnachtritme, seizoenen,...). Eerder is hij 'ingebed' in deze wereld en neemt hij eraan deel. Niet op een reflexieve wijze (hij is immers nog geen eigen denkende persoon), maar op de wijze van gewaarwordingen: 'feeling or sensing life'¹⁰. Dit is de 'aesthetische' dimensie van het leven, naar het Grieks oorspronkelijke 'aesthêsis', wat staat voor gevoel, sensatie. Hij is er in zijn globaal psychisch functioneren aanwezig. 'Psychisch' verwijst hier naar het Griekse 'psychê' in zijn authentieke betekenis, namelijk het animerende levensprincipe, de 'élan vital'. Deze wereld, dit landschap is dus een zeer fundamentele zijnsdimensie. Bijgevolg is depressie als pathologische uiting ervan een zeer basale aandoening die de persoon diep aangrijpt. Dit in tegenstelling tot het vooroordeel dat "het maar een depressie is..."

Kliniek: kernfuncties en implicaties

De bovenvermelde drie kernwoorden – élan vital, aesthêsis en ritme – liggen aan de basis van de pathologische ontregeling.

Anhormia

Etymologisch is 'hormê' terug te voeren tot betekenissen als: aandrang, aandrift, het in beweging komen. Ook het woord 'hormoon' is, misschien wat verrassend, hiervan een afgeleide: een stof die in het lichaam iets in beweging zet. Een depressieve persoon verwoordt dit treffend: "het in beweging komen, zelf, lukt niet goed".

In de depressie is de 'élan vital', de levensstroom stilgevalen. De 'drive' om zich in beweging te zetten is weggevalen. "Het gaat niet meer", dé typische uitspraak van de depressieve persoon, is de intuïtieve vertaling van de aanwezige anhormie. Ook psychomotorisch is dit vast te stellen: de persoon beweegt in 'slow motion'¹¹.

Door dit alles is zijn interesse in de wereld weggevalen. Hij bouwt geen projecten in de toekomst uit, laat staan dat hij ze kan gaande houden. Daardoor treedt er ook een andere tijdsbeleving op¹²: hij ervaart de tijd als lang, traag, uitzichtloos,...

Anhormia, anhedonia-anaesthesia en arrhythmia vormen de kernfuncties die de essentie van het depressief zijn uitmaken

Een depressieve patiënt, niet op de hoogte van deze theorievorming, zegt het letterlijk: "de levenskracht is wêg!"

Anhedonia en anaesthesia

De depressieve persoon is eveneens in de bovenvermelde esthetische dimensie geraakt. De wereld van het gewaarworden, de lust in de brede zin van het woord is aangetast. Dat wat ons (graag) doet blijven leven, is verstoord. De 'appetijt' – van het Latijn 'appetere': naar iets grijpen, verlangen – in al zijn aspecten (eten, drinken, dus alles wat van levensbelang is), de appetijt om te leven, is zoek.

Vandaar dat de depressieve persoon de smaak in het leven is verloren, tot in de meest concrete manifestaties zoals een verminderde eet-lust. De smaak-zin, geur-zin, tast-zin kunnen verminderd tot volledig afwezig zijn.

Iemand verwoordt het opnieuw zeer juist: "aanrakingen, gewaarwordingen, het komt niet echt door, het is alsof er een filter zit".

Arrhythmia

De levensritmes zijn grondig verstoord. Het meest gekend is de verstoring van het dag-nachtritme. De depressieve persoon moet zich uit zijn bed hijsen, ontziet de dag die komt, de gedrukte stemming werkt tot een stuk in de dag door. Naar de avond toe voelt hij zich beter. Het typische gestoorde slaappatroon – een te vroeg ochtendontwaken in 'vrees en beven' – is een bekend gegeven.

Niet enkel dit ritme is verstoord, zo ook bijvoorbeeld het ritme van de seizoenen. Veel depressieve personen ervaren dit lijfelijk, wanneer ze in de lente of de herfst gevoeliger zijn voor een depressieve stemming.

Zoals bekend, kan een depressie een cyclisch karakter aannemen. Dus ook hier manifesteert zich een disharmonie van het ritme.

Klinische implicaties

Anhormia, anhedonia-anaesthesia en arrhythmia vormen de trias die de essentie van het depressief zijn uitmaken. Het zijn dus geen symptomen op zich, maar wel kernfuncties die zich steeds opnieuw in de veelvuldigheid van klachten die de patiënt ter sprake brengt, manifesteren. Dit geeft een aantal belangrijke gevolgen voor de klinische praktijk. Het herkennen van deze trias is het stellen van de diagnose op zich. Dit betekent dat ellenlange symptomenlijsten

Ellenlange symptomenlijsten of depressievragenlijsten op zich zijn niet van het eerste belang

op zich niet van het eerste belang zijn. Hetzelfde geldt voor depressievragenlijsten, die trouwens een relatieve waarde blijken te hebben¹³.

Het klinische gesprek heeft dus alle prioriteit. Daarbij geeft de trias aan de clinicus de mogelijkheid om accuraat en helder de diagnose te stellen. Dit beantwoordt aan de wens in de eerstelijngeneeskunde om op een eenvoudige én efficiënte wijze een depressie te herkennen¹⁴.

Besluit

Depressie is een basisstoornis van de existentie van de mens¹⁰. Het aflijnen van het wezenlijke van deze basale stoornis vanuit een coherent theoretisch onderbouwd concept is van groot belang. De antropopsychiatrie vormt het denkkader voor de kliniek van de depressie: de vertaling in de trias anormia, anhedonia en anaesthesia, arrhythmia stelt de arts in staat tot een accurate diagnose met daaraan verbonden een juist begrepen therapeutische houding.

AUTEUR

M. Calmeyn is psychiater en psychoanalyticus met privépraktijk in Loppem en is verbonden aan het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw in Brugge en het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Prisma in Beernem.

L i t e r a t u r

- 1 Bruffaerts R, Bonnewyn A, Van Oyen H, Demarest S, Demyttenaere K. Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. *Tijdschr Geneesk* 2004;60:75-85.
- 2 Corveleyn J, Luyten P, Blatt S (ed.). The theory and treatment of depression. Towards a dynamic interactionism model. Leuven: University Press, 2005.
- 3 Ebmeier KB, Donaghey CI, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet* 2006;367:153-67.
- 4 Empana JP, et al. Clinical depression and risk of out-of-hospital cardiac arrest. *Arch Intern Med* 2006;166:195-200.
- 5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV (4th. ed). Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- 6 Freud S. Trauer und melancholie. In: Freud S. Gesammelte werke. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1946:428-46. [Ned. Vertaling: Rouw en melancholie. In: Freud S. Psychoanalytische Theorie I. Amsterdam: Boom Meppel, 1985:65-91].
- 7 Vergote A. Depressie en melancholie. In: Vergote A, Moyaert P, m.m.v. Bernet R, Cassiers L, Corveleyn J, Florence J. Psychoanalyse. De mens en zijn lotgevallen. Kapellen: DNB/Uitgeverij Pelckmans, 1988:105-21.
- 8 Godderis J. Kan men een hemel klaren even zwart als drek? Historische, psychiatrische en fenomenologisch-antropologische beschouwingen over depressie en melancholie. Leuven/Apeldoorn: Garant, 2000.
- 9 Schotte J. L' Anthropopsychiatrie. Réponse à la question du statut scientifique de la psychiatrie? (1re partie). *L'Information Psychiatrique* 1999;75: 591-5.
- 10 Schotte J. From redefining depressions to reassessing 'Nosology' in present-day psychiatry. In: Decuyper H, Buyse G. Biological psychiatry. Marching backwards into the future. Leuven: Leuven University Press, 1989:63-110.
- 11 Sabbe B. In slow motion [proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1997.
- 12 Van Tongeren P. Over het verstrijken van de tijd. Een kleine ethiek van de tijdservaring. Nijmegen: Valkhof Pers, 2002.
- 13 Demyttenaere K, De Fruyt J. Getting what you ask for: on the selectivity of depression rating scales. *Psychother Psychosom* 2003;72:61-70.
- 14 Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003;327: 1144-6.

DE ESSENTIE VAN HET DEPRESSIEF ZIJN (2)

Het biopsychosociale depressiemodel

J. HEYRMAN

In de aanbeveling van de Domus Medica over depressie, die binnenkort verschijnt, wordt uitgegaan van het biopsychosociale model. Hierin worden de belangrijkste biologische, psychologische en sociale achtergronden van de depressie samengebracht. Vanuit dit brede denkkader heeft de huisarts verschillende mogelijkheden om te behandelen.

De voorbije twee jaar werd intensief gewerkt aan een 'Domus Medica-aanbeveling voor de medische praktijkvoering' over de specifieke aanpak door de huisarts van depressie bij volwassenen. Zij is bijna klaar. Een groot probleem bij het opmaken van een dergelijke aanbeveling is de reflectie over de depressie zelf: "Wat is nu eigenlijk de essentie van het depressief zijn?" Kunnen we depressie echt wel begrijpen via onze gewone 'ziekteaanpak': stel de diagnose aan de hand van voldoende symptomen, behandel adequaat en lang genoeg tot de depressie genezen is of tot de patiënt tenminste in remissie is. Prognose: 50% herhaal, maar dan begin je gewoon van voor af aan. Dat is echt wel een beetje simplistisch. Maar hoe moet het dan wel?

Essentie of pathologie?

Als huisarts maken we allerlei intensiteiten van de depressieve stemmingsstoornis mee: zowel het verdriet bij het verlies van een troeteldier of de ontgoocheling van een verloren liefde als het overweldigende negatieve gevoel dat plots kan optreden, en alles zinloos maakt, zowel het verleden als de toekomst en waar suïcide als enige oplossing dreigend aanwezig is. Depressieve gevoelens zijn 'des mensen', ze horen bij de essentie van het menselijke leven, het is een basisstoornis van de existentie van de mens, zoals collega Calmeyn stelt en hiervoor refereert aan Jacques Schotte. Wie nooit depressieve gevoelens had, heeft niet echt geleefd, wordt weleens gezegd... Maar wanneer wordt het pathologisch, wanneer moeten we er iets aan doen, in de vorm van begeleiding en therapie?

Zeer veel reflectie en onderzoek helpen ons op weg. Maar elk onderzoek, bijna door de aard van onderzoek zelf, is geconditioneerd door het kader waarmee wordt gekeken. Zo wordt in het artikel van collega Calmeyn een reflectie uitgetekend vanuit de fenomenologie, psychoanalyse en psychiatrie die een aantal boeiende consequenties onderbouwt. Maar is dit de finale waarheid? Is het dan niet biologisch, of door de serotonines te verklaren? Het komt al gauw tot of/of-discussies: is het nu het ene of het andere verklaringmodel dat we moeten volgen?

Het biopsychosociale depressiemodel

Voor de aanbeveling zochten we uiteindelijk voor de huisarts een brede, niet alles maar toch veel omvattende conceptualisatie van de term 'depressie'. We vonden deze bij een recent artikel van Chris Schotte: een brede actuele samenvatting van de verschillende benaderingen die allemaal hun specifieke bouwstenen aanbrachten¹. Hij benoemde dit met de term 'het biopsychosociale depressiemodel', een integratie van wat er gekend is aan biologische, psychologische en sociale achtergronden in het ontstaan, het tot stand komen en het zich uiten van depressie.

Ontspoorde kwetsbaarheid

Het 'biopsychosociale depressiemodel' typeert een uitgesproken depressie bij een individu met de term 'ontspoorde kwetsbaarheid'. Als er depressieve tekenen zichtbaar worden, betekent dit dat bij deze persoon kwetsbaarheid bestaat voor depressie. Dit heeft biogenetische achtergronden, maar ook een negatief verstoord ontwikkelingsproces, gebrek aan ondersteuning en belangrijke moeilijke levensgebeurtenissen laten hun sporen na. Dat deze kwetsbaarheid na soms vele jaren evenwicht toch op een bepaald moment tot uiting komt, wordt gezien als het uiteindelijke gevolg van een

Is het nu het ene of het andere verklaringmodel dat we voor depressie moeten volgen?

Het 'biopsychosociale depressiemodel' typeert een uitgesproken depressie met de term 'ontspoorde kwetsbaarheid'

negatieve spiraal, in gang gebracht door uitlokkende factoren die niet meer in balans gehouden konden worden door de beschermende factoren die in iedere persoon in meer of mindere mate aanwezig zijn. Elk van deze factoren situeert zich op het biologische, psychologische en sociale vlak. Onderhoudende factoren kunnen de toestand bestendigen. Het is niet een *of/of* maar een *en/en* verhaal: zeer vele elementen spelen een rol in het ontstaan. Dit is belangrijk, want dit wil ook zeggen dat er vele sporen mogelijk zijn om op de verschillende elementen in te werken die hebben bijgedragen tot de huidige toestand van de depressie. De huisarts staat een brede batterij van 'impactmogelijkheden' ter beschikking in de therapeutische begeleiding.

Indeling van depressies

Niet elke depressieve stemming verdient het label 'depressie'. Er worden in de aanbeveling naar ernst en prognose drie graden onderscheiden:

- lichte depressie of ook wel de mineure, subliminale of *subthreshold* depressie,
- matige depressie of de milde tot matige majeure depressie,
- en ten slotte de ernstige depressie of ernstige majeure depressie.

Hiermee wordt gekozen voor een logische en klinisch bruikbare indeling, met consequentie voor de initiële therapeutische opties en de te verwachten prognose. De basis voor deze indeling is niet alleen het aantal symptomen, maar ook de gekende weerbaarheid van de persoon, zijn vroe-

gere reactievermogen, de graad van ondersteuning en opvang, enzovoort.

Inschatten en aanvoelen

Heel wat aandacht is ook gegaan naar het 'alerteren': wanneer begin je als huisarts te denken aan de mogelijkheid van een depressie? Dagelijks zijn er zoveel klagers, ontgoochelden en ongelukkigen op je spreekuur, met allerlei pijntjes en ongemakken. Hoe haal je daaruit de depressieve clusters? Inschatten doet de huisarts waarschijnlijk op basis van aanvoelen, van de ongewone reactie voor deze persoon, van het buiten proportie

zijn als reactie, als impact of als duur van het geïmpretereerde beeld. Het lijkt allemaal wat vaag, maar het werkt in vele gevallen. De in het artikel van collega Calmeyn genoemde kernwoorden '*anhormia, anhedonia, anaesthesia, arrhythmia*' spelen hierbij alleszins een rol (zie blz. 279). Ze mogen in ons hoofd blijven hangen en ergens verbonden blijven met het script 'depressie' zodat de cluster van klachtenpresentaties van de patiënt tijdig aangeklikt wordt.

AUTEUR

J. Heyrman is coauteur van de Domus Medica-aanbeveling Depressie bij volwassenen (in ontwikkeling) en lesgever over depressie in de huisartsenopleiding aan de Katholieke Universiteit Leuven.

L i t e r a t u u r

- 1 Schotte C, et al. Denken over depressie, een biopsychosociaal model. *Tijdschrift Klin Psych* 2003;33:98-117.

Het is niet een *of/of* maar een *en/en* verhaal: zeer vele elementen spelen een rol in het ontstaan van een depressie

DE DIAGNOSTIEK VAN DEPRESSIE

Benadering door de huisarts

M. LEMIENGRE

Hoe kan de huisarts een depressieve stoornis herkennen? Wanneer gaat het om een somatische aandoening? Wanneer is verwijzing noodzakelijk? En wanneer mag de huisarts op de eigen kracht van de patiënt en zijn sociale netwerk vertrouwen? Een aantal kern- en aanvullende symptomen kunnen helpen om een depressie van andere aandoeningen te onderscheiden en de patiënt ook beter te begeleiden.

Een depressie kan in vele hoekjes huizen

Huisartsen zien dagelijks klagende patiënten. Meestal invoelbaar, soms thuis te brengen in een bruikbare diagnostische cluster, soms helemaal niet invoelbaar of niet thuis te brengen. Wanneer zou het wel eens over een depressie kunnen gaan? Wanneer en bij welke patiënten is het belangrijk depressie toe te laten in het diagnostische landschap en argumenten te verzamelen om de diagnose aan te houden of uit te sluiten?

In het geval van verliessituaties bijvoorbeeld: het verlies van een partner, ouder of kind, een onverwachte echtscheiding, ontslag op het werk kunnen zo ingrijpend zijn dat de wereld van de patiënt gaat steunen op los zand. Ook het lichaam kan patiënten in de steek laten: een halfzijdige verlamming, myocardinfarct of een kwaadaardige aandoening overvallen patiënten en stellen zeer indringende eisen aan hun draagkracht. Impotentie en incontinentie bij een jonge vijftiger na een prostaatctomie of een jonge vrouw die op reis acuut draai-duizelig wordt en enkele weken later van de arts hoort dat er zich een vermoedelijk laaggradig glioom bevindt op een voor haar onvoorstelbare maar voor behandeling onbereikbare plaats in de hersenen,...

Als huisarts zijn we wel vertrouwd met de achtergrond van onze patiënten en weten we dat slachtoffers van seksueel misbruik of geweld, kinderen die opgroeiden in een klu-

wen of een onstabiel gezin,... veel kwetsbaarder zijn als ze geconfronteerd worden met een nieuw verlies. Maar evengoed kunnen vage klachten (moehaid, duizeligheid, eetluststoornis, onverklaarde rugpijn) die diagnostisch nog elke kant op kunnen – en zeker wanneer ze wisselend en herhaaldelijk door dezelfde patiënt worden gepresenteerd – een depressie laten vermoeden. Hetzelfde geldt voor misbruik van alcohol, benzodiazepines of codeïne. Deze kunnen door de patiënt als inefficiënt geneesmiddel gebruikt worden om de angst, schuld en depressieve emoties even onder controle te houden.

Als depressie een element is van de voorgeschiedenis en dezelfde patiënt zich terugtrekt, inactief wordt en contact gaat vermijden, dan kan men een recidief vermoeden. Anders is het onderscheid tussen 'stil zijn' of depressie of zelfs beginnende dementie niet zo makkelijk, zeker niet bij geïsoleerde ouderen.

Diagnostiek bij depressie

De CBO-richtlijn die zich specifiek richt tot mensen die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg, onderscheidt twee belangrijke vormen van depressie: de depressie en de dysthyme stoornis¹. Het verschil tussen de twee is de *duur* van de depressieve stemming. Voor een depressie zijn de symptomen twee weken aanwezig, voor de dysthymie twee jaar. Het is dan ook logisch dat aanbevelingen voor huisartsen nog enkel aandacht hebben voor de depressieve stoornis en hoe deze ontdekt kan worden binnen de verscheidenheid van klachten waarmee patiënten zich bij de huisarts aanmelden. Ze focussen ook meer op de niet te missen somatische aandoeningen die gepaard gaan met depressieve symptomen, op de indicaties voor verwijzing naar de tweede lijn en op de aanmeldingsklacht die misschien een depressieve stoornis laat vermoeden maar waar het toch om een andere stoornis gaat².

Ook het lichaam kan patiënten in de steek laten: kwaadaardige aandoeningen overvallen hen en stellen zeer indringende eisen aan hun draagkracht

Het onderscheid tussen 'stil zijn' of depressie of zelfs beginnende dementie is vaak niet zo makkelijk, zeker niet bij geïsoleerde ouderen

Kern- en aanvullende symptomen

Twee gerichte vragen peilen naar de *kernsymptomen* van een depressie^{3,4}:

- Ben je de voorbije twee weken dagelijks gehinderd door depressieve gevoelens of gevoelens van hopeloosheid?
- Ben je de voorbije twee weken frequent geremd door gebrek aan interesse of plezier in de dingen die je deed?

Bij een ontkennend antwoord op beide vragen heb je een goed argument om depressie uit te sluiten, een positief antwoord is enkel een voldoende aanzet om verder te gaan exploreren. Ook kun je polsen of de patiënt hulp zoekt voor deze problemen.

Naast deze twee kernsymptomen, namelijk de depressieve stemming en het gebrek aan interesse of de duidelijke vermindering van plezier in het leven, zijn er *zeven aanvullende symptoomdomeinen* die men het best systematisch bevraagt omdat ze een idee geven van de diepte van de depressie:

- gewichtsverandering of eetlustverandering (aan- of afname),
- slapeloosheid of overmatig slapen,
- agitatie of remming,
- gevoelens van waardeloosheid, buitensporige of onterechte schuldgevoelens,
- moeheid of verlies aan energie,
- besluiteloosheid of concentratieproblemen,
- terugkerende gedachten aan de dood of aan suicide of een suicidepoging.

In de onderstaande *tabel* vind je enkele voorbeelden van vragen die toelaten deze verschillende aspecten van de depressie te bevragen².

Tabel: Vragen die de arts toelaten om de verschillende aspecten van een depressie te bevragen.

Symptomen	Voorgestelde vragen	DSM-IV R diagnostische criteria ⁵
• Depressieve stemming	Hoe was je globale stemming de laatste tijd? Hoe dikwijls was het slecht? Hoelang duurde dit?	Depressieve stemming het grootste deel van de dag, bijna elke dag de laatste twee weken.
• Anhedonia	Verlies je interesse in je gewone activiteit? Heb je nog plezier in dingen die je gewoonlijk plezier gaven?	Duidelijk verminderde interesse of plezier in bijna alle activiteiten, het grootste deel van de dag bijna elke dag.
• Slaapproblemen	Hoe is je slaapkwaliteit? Hoe is deze in vergelijking met je gewone slaappatroon?	Slapeloosheid of slaperigheid gedurende bijna elke dag.
• Verandering in eetlust of gewichtsverlies	Is je eetlust of je gewicht veranderd?	Bijna dagelijks optredende verstoring van de eetlust, of niet bewust gekozen gewichtsverlies of gewichtstoename ($\geq 5\%$ van lichaamsgewicht in een maand tijd).
• Verminderde energie	Heb je vermindering van je energie opgemerkt?	Moeheid of energieverlies bijna dagelijks.

Verschillende richtlijnen onderscheiden uiteindelijk *drie* fenomenologische diagnostische entiteiten die men dan poogt te koppelen aan enerzijds de weerbaarheid van de patiënt en de draagkracht van het sociaal systeem dat hem ondersteunt en anderzijds aan een specifiek therapeutisch plan.

- *Lichte depressie*: twee tot vier symptoomdomeinen, lichte intensiteit, maar globaal genomen functioneert de patiënt nog.
- *Matige depressie*: vijf tot acht symptoomdomeinen, intensere klachten, effect op het functioneren van de patiënt is duidelijk.
- *Ernstige depressie*: Acht tot negen symptoomgebieden, intensiteit van de klachten is uitgesproken, de patiënt functioneert niet goed.

Wie verwijzen naar de psychiater?

Patiënten die vroeger een fase van manie of hypomanie hebben doorgemaakt, worden het best naar de psychiater verwezen. Dit geldt ook voor patiënten die last hebben van hallucinaties of wanen. Sommige van deze wanen (faillissementswaan) bevatten depressieve elementen, maar het blijft een waan. Andere niet-congruente wanen, spraakwatervallen, paranoïde wanen zijn minder misleidend en duiden op een psychotische ontsporing. Het suiciderisico moet direct en onbevungen bevestigd worden en bij duidelijke suicidale fantasieën en gedachten moet er uitgekoken worden voor een dringende verwijzing waar de patiënt tegen zichzelf beschermd kan worden.

Somatische aandoeningen

Hypothyreose wordt het best uitgesloten. De NHG-Standaard beveelt een systematisch opsporen niet aan, tenzij bij ouderen². De ziekte van Parkinson en ook beginnende dementie bij ouderen kunnen zich voordoen als een depressief beeld. De aanpak hiervan is echter totaal anders. Middelenmisbruik (alcohol, cannabis, amfetamines, opioïden) kunnen depressieve symptomen voor gevolg hebben, zeker wanneer het middel niet beschikbaar is. Het is verstandig om ook eens de medicatielijst van de patiënt te overlopen (benzodiazepines).

Problemen die een eigen aanpak vragen

Bij verlies is rouw een normaal fenomeen. Men spreekt zelfs van rouwarbeid. Mensen moeten een inspanning leveren om dit verlies van een geliefde, een job of van gezondheid een plaats te kunnen geven. Tijdens dit proces kan men door depressieve emoties overvallen worden. De eigen weerbaarheid van de betrokkene en de draagkracht van het sociale netwerk zijn meestal voldoende om daar bovenop te raken. Rouw hoeft niet gemedicaliseerd te worden.

Een complexe samenleving is veeleisend op alle vlakken. We moeten tezelfdertijd slagen op alle vlakken van ons leven: professioneel, sociaal, als partner, als ouder, in de vrije tijd. Dit eist soms dat we lange tijd op de toppen van de

tenen moeten lopen met kramp in de kuit tot gevolg. Bij 'overspanning' kunnen de prikkelbaarheid, moeheid, slapeloosheid of de eventuele eetstoornissen meestal in verband gebracht worden met de situatie die de oorzaak is van de overbelasting^{6,7}. Ook hier is het best om een beroep te doen op het probleemoplossende vermogen van de patiënt en de dynamiek van het sociale netwerk.

AUTEUR

M. Lemiengre is huisarts in Roeselare en hoofdredacteur van Huisarts Nu.

L i t e r a t u u r

- 1 Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: CBO, Kwaliteitsinstituut voor gezondheidszorg, 2005.
- 2 Van Marwijk HWJ, et al. NHG-Standaard Depressieve Stoornis (depressie). (Eerste herziening). *Huisarts Wet* 2003;46:614-23.
- 3 Whooley M, Avins A, Miranda J, Browner W. Case finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12:439-55.
- 4 Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003;327:1144-6.
- 5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IV, 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 6 Schmidt AJM. Uitgangspunten bij de behandeling van overspanning. *Huisarts Wet* 2002;45:119-23.
- 7 Terluin B. Overspanning: rusten of juist aan de slag? *Huisarts Wet* 2002;45:112-3.