

# DEPRESSIE ONTREGELD

Op 10 maart 2010 vond in de Posthoornkerk te Amsterdam het symposium 'Depressief realisme, angsthaas of zwartkijker?' plaats. Centraal stond de vraag wat er te doen valt aan terugval bij depressie. Sabine Wanmaker doet verslag.

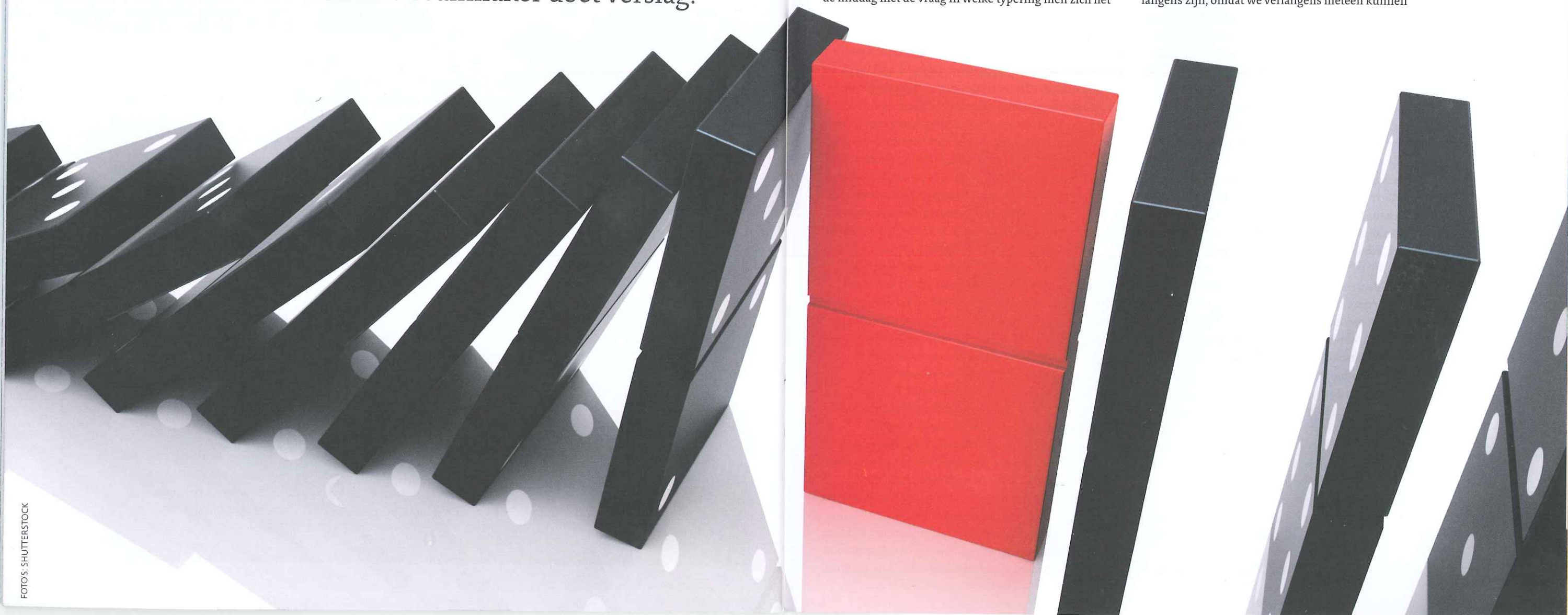
**D**e Rijksuniversiteit Groningen organiseerde dit symposium naar aanleiding van hun onderzoek naar preventie bij terugval van depressie, dat is getiteld 'Doorbreek het ritme van Depressie'. Aan nieuwe behandelmethodes voor depressie is zeker geen tekort, voor de zeer veel voorkomende terugval wordt daarentegen weinig ontwikkeld. Deze terugval is toch zo'n 50% na een eerste episode, wat met 20% stijgt na elke volgende episode (Judd, 1997). In het symposium werd duidelijk gemaakt dat hier zeker ook iets tegen te doen is.

#### DE ANGSTHAAS EN DE DEPRESSIEVE CAVIA

Claudi Bockting, coördinator van de onderzoeken, begon de middag met de vraag in welke typering men zich het

best kon vinden: een pessimist, een realist of een angsthaas. De therapeut die op dit symposium afkwam, bleek gemiddeld een realist te zijn. Lang werd gedacht dat depressieve mensen een nog realistischer blik hebben dan deze groep, maar uit nieuw onderzoek is gebleken dat een echte depressie leidt tot een zwartkijkersperspectief (Carson, Hollon & Shelton, 2009).

Midas Dekkers stak van wal met zijn overtuiging dat dit sombere gedrag in de aard van het beestje ligt. Via een reeks humoristische verhalen kwam hij tot de Freudiaanse conclusie dat het oerbeest in de mens constant in strijd is met het sociale dier in ons. Dit eindeloos conflict put uit en maakt somber. Een andere belangrijke oorzaak van deze welvaartsziekte zou het ontbreken van verlangens zijn, omdat we verlangens meteen kunnen





inwilligen. Ons leven mist hierdoor een doel, en ook dit maakt neerslachtig. Zijn verhaal heeft zeker sterke punten waarover nog gediscussieerd en nagedacht kan worden, maar de vraag waarom zijn cavia nou depressief was en de kat gek, bleef helaas onbeantwoord.

Na deze gemakkelijke inleiding gaan we over naar meer serieuze zaken. Prof.dr. Jules Angst uit Zürich houdt een uiteenzetting over het spectrum van stemmingsstoornissen. Verschillende internationale cohortstudies over dertig jaar laten zien dat deze stoornissen veel meer een continuüm zijn dan losse categorieën. Zo is bij het grootste gedeelte van de depressieve stoornissen ooit sprake geweest van een hypomane episode, vaak blijft dit echter onopgemerkt. Dit heeft onder andere gevolgen voor het opmerken van comorbiditeit, zoals alcoholisme, aangezien dit bij een bipolaire stoornis, vooral bij variant II, veel meer voorkomt. Als psycholoog kan men alerter op deze verschillen zijn, waarbij het gebruik van valide specifieke vragenlijsten voor hypomanie en manie – zoals de Hypomania Checklist (HCL-20) – beter differentiëren dan de DSM. Zo hadden met zo'n specifieke vragenlijst zes keer meer mensen een hypomanie dan volgens de criteria van de DSM. Een goede les van een gepassioneerde deskundige.

De laatste spreker voor de pauze is psychiater Jan Spijker, die ingaat op resultaten van verschillende grote onderzoeken – zoals Nemesis I en II en Nesda – over het beloop van angst- en depressieklachten. Hieruit blijkt dat angstklachten vaak eerst ontstaan en pas daarna de depressie. Bij dysthymie gaat de toestand eveneens vaak over in een depressie, wat leidt tot een slechter beloop dan een depressie zonder dysthymie. Toch heeft na zeven jaar ruim 60% van de mensen geen angst- of depressie-diagnose meer, wat een redelijk positieve boodschap is. Hij bespreekt verschillende voorspellende factoren voor een chronisch verloop van een depressie, zoals vroeg begin, langere duur en lagere opleiding. Een interessante waarneming: bij angst voorspellen de vermijdings-symptomen meer dan de angstsymptomen zelf. Hoe dan ook verschilt het beloop zowel bij angst als depressie heel erg door de variëteit in het spectrum. Spijker sluit af met een aantal aandachtspunten voor de praktijk, zoals de comorbiditeit goed uitvragen, een familie-anamnese afnemen, de risicofactoren van de patiënt goed in kaart brengen, meteen intensief inzetten als er risicofactoren in het spel zijn en veel aandacht besteden aan recidivepreventie, aangezien dit veel voorkomt. Jan Spijker heeft

## Angstklachten ontstaan eerst, depressie volgt al snel

al met al een heldere boodschap, maar zou dit met iets meer passie nog beter kunnen overbrengen.

**DAADKRACHT** Na de pauze gaan we over tot de daadkrachtige kernboodschap van dit symposium; wat kunnen we aan deze stoornissen en de terugval doen? Willemijn Scholten vertelt levendig over haar onderzoek naar terugval bij angst. De cijfers zijn hoog, zo'n 40 tot 60% van de patiënten krijgt nog een keer te maken met een angstepisode. Toch is er nog weinig bekend over terugvalpreventie. Een veelgekozen optie is het langer doorslikken van antidepressiva, al is onbekend hoe lang doorslikken nog goed en effectief is. In haar onderzoek werden groepstrainingen met acht sessies in vier maanden gehouden voor patiënten die grotendeels hersteld zijn. De patiënten leerden hier begeleid hun medicatie af te bouwen en maakten een terugvalpreventieplan. Het gaat bij dit plan niet om de automatische gedachten zoals bij CGT, maar er wordt met een gevaarschema gewerkt; wat leidt tot terugval en hoe ga ik daarmee om? Patiënten opgeven kan nog via [w.schoten@ggzingeest.nl](mailto:w.schoten@ggzingeest.nl).

Na het onderwerp angst kwam depressie, en daar vertelt Claudi Bockting zelf iets over, onder het hoopgevende motto: 'Terugval bij depressie: er is wat aan te doen!' Ook bij depressie is de terugval nog steeds erg hoog. Dit komt onder andere doordat veel patiënten alleen antidepressiva krijgen en deze slecht slikken. Aangezien daarnaast het chronisch nemen van deze medicijn ook zelden zonder bijwerkingen is, lijkt het de hoogste tijd voor iets nieuws. Preventieve cognitieve therapie blijkt erg effectief te zijn tegen terugval. Uit eerder onderzoek blijkt dergelijke therapie 5,5 jaar te beschermen tegen klinische somberheid, hoewel meer gerandomiseerde studies nodig zijn (Bockting et al., 2009). Volgens Bockting is aan de aard van het beestje dus wel degelijk wat te doen (in tegenstelling tot wat Midas Dekkers beweerde). Het huidige onderzoek richt zich dan ook op preventieve cognitieve therapie. Drie aio's die ook betrokken zijn bij haar onderzoek vertellen hier enthousiast over.

Patiënten kunnen kiezen voor groepsbijeenkomsten; acht wekelijkse sessies van twee uur op diverse plaatsen in Nederland. Door middel van cognitieve therapie wordt de patiënt geleerd hoe terugval voorkomen kan worden.

Een meer moderne versie van de therapie – mobiele cognitieve gedragstherapie – vindt individueel plaats, onder leiding van Gemma Kok. Patiënten vullen onder andere een stemmingsmeter in en indien men een paar keer slecht scoort, wordt er ook daadwerkelijk contact met hen gezocht. Daarnaast krijgen ze lessen via internet, verhelderd door een filmpje. Een therapeut begeleidt de patiënt via internet door de sessies heen. Voor de onderzoeken zijn deze jonge onderzoekers nog op zoek naar patiënten. Kijk voor meer informatie op <http://www.gmw.rug.nl/-doorbreekdepressie/>.

De bijeenkomst werd afgesloten met een goede borrel, waar nog gediscussieerd en genetwerkt werd. Een herhaling van dit interessante congres mét de nieuwe onderzoeksresultaten zag het publiek zeker wel zitten.

Mw S. Wanmakers is werkzaam aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

## Literatuur

- Bockting, C.L.H., Spinhoven, P., Wouters, L.F., Koeter, M.W.J. & Schene, A.H. (2009). Long-term effects of preventive cognitive therapy in recurrent depression. A 5.5-year follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1621-1628.
- Carson, R.C., Hollon, S.D. & Shelton, R.C. (2010). Depressive realism and clinical depression. *Behavioral Research and Therapy*, 48, 257-265.
- Judd L.L., Akiskal, H.S. & Paulus, M.P. (1997). The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 45, 5-18.

