





De juiste behandeling op het juiste moment
aan de juiste persoon aanbieden

Depressie op multidisciplinaire wijze duurzaam aangepakt

Tekst: Peter Westdijk

Beeld: Viola Hazelhoff, Thomas van Beek

Veel mensen krijgen er mee te kampen, en als ze het niet zelf zijn, dan wellicht iemand om hen heen: een depressie. Een depressie heeft een grote weerslag op de persoon en diens omgeving. Gelukkig is het steeds beter en sneller te behandelen. Zeker, zo stelt psychiater Jan Bruijn, wanneer dit op een multidisciplinaire wijze gebeurt. “Het effect is duurzamer dan de reguliere behandelingen die nog vaak worden ingezet”, aldus Bruijn. MoveMens heeft een gesprek met de psychiater in het Gasthuis Pur Sang, de locatie waar hij op dat moment werkzaam is.

Wanneer is sprake van een depressie?

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 waarbij iemand in een dip zit. Men spreekt echter pas van een ziektebeeld depressie wanneer aan een uitgebreid aantal criteria wordt voldaan. Jan Bruijn formuleert het als volgt: “Niet

iedere depressieve, sombere of verdrietige stemming is dus een psychische aandoening. Anders gezegd, iedereen kan wel eens somber zijn, maar dat betekent nog niet direct dat je een depressie hebt.”

Om te kunnen spreken van een depressie moeten er van de kenmerkende symptomen (zie kader) tenminste 5 aanwezig zijn, gedurende 2 weken. Hierbij moet in ieder geval sprake zijn van

Kenmerkende symptomen voor een depressie

- Somberheid, neerslachtigheid; huilen zonder dat dit oplucht of graag willen huilen maar dit niet kunnen.
- Gebrek aan interesse en plezier in de dagelijkse activiteiten; het gevoel van binnen dood of leeg te zijn; weinig of geen zin in vrijen.
- Concentratieproblemen, vergeetachtigheid en besluiteloosheid.
- Schuldgevoelens, zelfverwijten en het gevoel niets waard te zijn; sterke neiging tot piekeren.
- Gevoelens van angst, agitatie en lichamelijke klachten zoals duizeligheid, hartkloppingen, trillende handen en druk op de borst.
- Grote vermoeidheid.
- Traagheid in praten, denken en bewegen.
- Gebrek aan eetlust en gewichtsverlies of juist overdreven eetlust en gewichtstoename.
- Moeite met inslapen of doorslapen of juist niet uit bed kunnen komen.
- Gedachten aan de dood en/of zelfdoding.
- Geen uitweg meer zien, hopeloosheid, wanhoop.



een depressieve stemming (somberheid, neerslachtigheid) gedurende het merendeel van de tijd, of het verlies aan interesse of plezier. Het verschil tussen een depressieve stemming als zodanig en een depressieve stoornis is dus dat bij de laatste een cluster van kenmerkende symptomen aanwezig is.

Deze symptomen hoeven lang niet allemaal voor te komen, maar vaak is er wel sprake van een combinatie.

Prevalentie en kosten

Van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar heeft 18,7% ooit in het leven met een depressieve stoornis te kampen gehad.

Bijna een kwart (24,3%) van de vrouwen heeft ooit in het leven een depressieve stoornis gehad, tegenover 13,1% bij de mannen.

en 6% naar genees- en hulpmiddelen.

Om de kosten voor de Geestelijke Gezondheidszorg te beheersen hebben er de laatste jaren verschillende stelselwijzigingen plaatsgevonden met als laatste wijziging een stelselherziening waarbij het systeem van 1e en 2e lijns psychologische zorg is vervangen door een drietrapsraket, met de huisarts aan de stuurknuppel. De drie trappen bestaan nu uit 1) hulp door de praktijkondersteuner GGZ, 2) Generalistische Basis GGZ en 3) Gespecialiseerde GGZ.

Wat het effect is van de bovenstaande recente wijzigingen op de totale kosten, is nog niet te zeggen; wel heeft het scherper inkopen van GGZ door zorgverzekeraars ertoe geleid dat de kosten vorig jaar zijn gestabiliseerd.

‘De kans op duurzaam herstel is het grootst wanneer een combinatie van behandelmethodes wordt gekozen’

“De behandeling van depressies is een dure aangelegenheid,” vertelt Bruijn. “De totale kosten voor de behandeling van depressies bedroegen in Nederland alleen al in 2011 ruim 1,5 miljard euro. Dit tegenover 966 miljoen in 2007.” Van die 1,5 miljard ging 69% naar geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang, 15% naar ouderenzorg

Oorzaken van depressies: biologisch, psychisch en sociaal

Depressies hebben niet één duidelijke oorzaak, maar ontstaan door een combinatie van biologische, psychische en sociale factoren. Anders gezegd: depressies ontstaan door een combinatie van erfelijkheid, persoonlijke eigenschappen en wat iemand meemaakt in zijn leven.

Wetenschappers spreken van het bio-psycho-sociaal model.

Biologische factoren

De kans dat iemand een depressie zal krijgen of niet, is afhankelijk van een bepaalde 'kwetsbaarheid' van de hersenen. Erfelijke aanleg speelt hierbij een hoofdrol. In sommige families komen

Ze zorgen voor onze emoties, eetlust en concentratievermogen. Voor onze stemming zijn met name de neurotransmitters serotonine, dopamine en noradrenaline belangrijk. Te lage concentraties van deze stoffen vergroten de kans op depressies. Daarnaast kunnen andere stoffen, zoals hormonen, medicijnen, alcohol en drugs het ontstaan van een depressie in de

Van de volwassen Nederlanders heeft 18,7 % met een depressieve stoornis te kampen gehad

depressies vaker voor dan in andere. De aanleg maakt mensen kwetsbaar, maar niet per se ziek. Er is sprake van een zwakke plek die aan het licht komt, wanneer de belasting te groot is. Bruijn vergelijkt het met een sterretje in je auto-ruit: "Deze kan heel lang blijven zitten zonder problemen, totdat bij koud weer buiten, de verwarming binnen op volle toeren en een gat in de weg, het sterretje plots doorscheurt en er een grote barst ontstaat." De biologische kwetsbaarheid kan uitmonden in een depressie als de leefomstandigheden moeilijk zijn.

De genoemde zwakke plekken in de hersenen hebben waarschijnlijk te maken met de stoffjes die zenuwcellen gebruiken om hun boodschappen uit te wisselen. Deze stoffjes heten neurotransmitters.

hand werken. Ook zijn er verschillende lichamelijke ziektes bekend die depressieve verschijnselen kunnen veroorzaken. Denk daarbij aan afwijkingen van de schildklier of bijnierschors, suikerziekte en hart- en vaatziekten.

Een zeer recente studie (Van Heesch, 2014) heeft aangetoond dat een overactief immuunsysteem ook kan leiden tot een depressie. De stoffen die immuuncellen aanzetten tot actie (cytokines) doen in de hersenen precies het tegenovergestelde: ze versterken de afvoer (de heropname) van dopamine, serotonine en noradrenaline; dit zijn boodschapperstoffen die een rol spelen bij het ontstaan van depressieve en angststoornissen en zijn dus nodig om een gevoel van plezier en voldoening te kunnen ervaren.

Sociale factoren

Een depressie kan ook worden uitgelokt door verdrietige of schokkende gebeurtenissen. Zo kan de somberheid na het verlies van een partner of na ontslag overgaan in een depressie. Een ingrijpende gebeurtenis als een verhuizing kan ook een risico zijn. Iemand die zijn oude sociale contacten moet missen of niet kan wennen aan zijn nieuwe omgeving loopt namelijk meer kans op een depressie.

De sociale oorzaken liggen niet alleen in het recente verleden, maar kunnen ook samenhangen met iemands jeugd. Zo blijkt emotionele verwaarlozing in de jeugd de kans op depressies tijdens het volwassen leven te vergroten. Ook het verlies van een ouder op jonge leeftijd kan dit effect hebben.

Psychische factoren

Bij psychische factoren gaat het om de manier waarop iemand in het leven staat en dus om persoonlijkheidskenmerken. De kans op het krijgen van een depressie wordt bijvoorbeeld verhoogd door een gebrekkig vermogen om problemen op te lossen, weinig zelfvertrouwen of veel piekeren. Andere persoonlijkheidskenmerken zijn moeite om steun te vragen, negatief denken, perfectionisme en faalangst. Tot slot worden nog genoemd: onvoldoende veerkracht om verdriet en teleurstelling te verwerken en een streng geweten dat de eigen persoon afkeurt.





Het bio-psycho-sociaal model

Het bio-psycho-sociaal model kan goed gevisualiseerd in een schema (zie www.movemens.nl). Hierin is zichtbaar dat een depressie ontstaat door een combinatie van kwetsbaarheid en belasting. Bruijn licht toe: "Als iemand erg kwetsbaar is, is er nauwelijks een aanleiding nodig om depressief te worden. Bij mensen die weerbaarder zijn, is dit anders. Daar ontstaat een depressie pas na langdurigere overbelasting. Een depressie ontstaat wanneer er langere tijd sprake is van een disbalans "tussen de draaglast en de draagkracht."

Voor veel mensen lijkt er op het hebben van psychische klachten nog steeds een taboe te rusten. "Daarom kan deze wijze van verklaren vaak voor een opluchting zorgen", zegt Bruijn.

"Men heeft in dit geval 'de pech' dat het lichaam na een periode van 'overbelasting' ervoor heeft gekozen een signaal af te geven in de vorm van een depressie. Bij andere mensen kiest het lichaam voor een meer lichamelijke uiting. Dat kan bijvoorbeeld een maagzweer of hartinfarct zijn. Zodoende kunnen we iemand ook uitleggen dat hij of zij kan leren leven met de kwetsbaarheid van het lichaam voor het krijgen van een depressie, zodat dit in de toekomst minder vaak optreedt. Net als mensen met chronische aandoeningen als diabetes, reuma of hart- en vaatziekten moet iemand

zijn leefstijl aanpassen. Weten waar je zwakke punten liggen, is vaak het begin van acceptatie en herstel. Deze benadering maakt het hebben van deze kwetsbaarheid makkelijker te accepteren."

Behandelmethode

Gelet op het brede scala aan mogelijke ontstaansfactoren en/of in stand houdende factoren, is er ook een breed scala aan behandelmethoden. De uitdaging is om de juiste behandeling op het juiste moment aan de juiste persoon aan te bieden. Behandelmethoden die vaak worden genoemd bij de behandeling van depressies zijn: Psycho-educatie, Problem Solving Therapy, Cognitieve gedragstherapie, Mindfulness, Anti-depressiva, Leefstijladvies en Running-therapie.

De stelselwijziging binnen de GGZ moet

of de cliënt is beperkt in zijn dagelijks leven, zal een gerichtere behandeling in de Basis GGZ gewenst zijn. Cognitieve Gedragstherapie is de meest voorkomende behandeltechniek die daarbij wordt ingezet. Ook dan is aandacht voor leefstijl en psycho-educatie belangrijk.

Wanneer de problematiek langer aanhoudt (>3 maanden) en eerdere behandelingen hebben onvoldoende resultaat gehad, of iemand blijft bijvoorbeeld verzuimen van zijn werk, is er indicatie voor de Gespecialiseerde GGZ. In veel reguliere GGZ-instellingen bestaat de behandeling uit een combinatie van farmacotherapie (door de psychiater) en cognitieve gedragstherapie.

De Gezonde Zaak is op dit vlak een unieke speler die zware depressies op een multidisciplinaire wijze behandelt vanuit een

'Het behandelprogramma richt zich vooral op het weer kunnen functioneren, ondanks de aanwezige klachten'

bijdragen aan een betere inzet van deze 'matched care' gedachte. Bij niet-ernstige, kortdurende problematiek die voor het eerst optreedt, kan de POH-GGZ met enige psycho-educatie en leefstijladviezen het gewenste herstel bewerkstelligen.

Wanneer de depressie recidiverend is,

team dat bestaat uit een psycholoog, een psychiater en een fysiotherapeut. Bruijn vindt deze benadering erg belangrijk. "Op deze manier kunnen in de onderzoeksfase alle facetten uit het bio-psycho-sociale model grondig onderzocht worden en kan in het behandelprogramma (een

Multidisciplinaire Gedragsinterventie een combinatie van bewezen effectieve behandelmethodes worden geboden, waarmee de kans op duurzaam herstel het grootst is.”

Hij vervolgt: “Het behandelprogramma richt zich vooral op het ‘weer kunnen functioneren, ondanks de aanwezige klachten’. Mensen leren beter om te gaan met hun klachten (relativeren van ineffektieve en negatieve gedachten), leren op een effectievere manier te communiceren (grenzen stellen), leren beter om te gaan met stress (het herkennen ervan en effectief handelen om het stressniveau te verminderen) en aan de hand van mindfulness-training leert men de principes van het ‘leven in het hier en nu’. Een belangrijk deel van het programma is echter ook het beweegprogramma. Onder leiding van een fysiotherapeut worden de deelnemers op

een veilige en verantwoorde manier in beweging gebracht.”

Het positieve effect van bewegen

Het positieve effect van intensief bewegen en/of sportbeoefening bij de behandeling van depressies is uitgebreid wetenschappelijk aangetoond. Er bestaan zelfs speciale programma’s ‘running-therapie’ bij lichtere depressieve klachten. Een mogelijke verklaring van het positieve effect van bewegen is dat bij bewegen dopamine wordt aangemaakt. Dopamine, ook wel ‘het gelukshormoon’ genoemd, is één van de 3 boodschapperstoffen die door cytokinen versneld wordt afgevoerd. De antidepressiva die nu het meest worden voorgeschreven, remmen alleen de heropname van serotonine. Bewegen is dus een heel goedkoop en effectief medicijn om dit ook voor dopamine mogelijk te maken.

Bij cliënten waarbij het overactieve immuunsysteem dus een rol speelt, zal fysieke activering bijdragen aan het herstel. Daarnaast draagt bewegen bij aan de afbouw van het ‘stressniveau’, waar stress een belangrijke in stand houdende factor is bij depressies.

Ook de aandacht voor een snelle, maar verantwoorde terugkeer naar het werk onderscheidt De Gezonde Zaak van reguliere aanbieders. Bruijn licht toe: “Werk draagt bij aan een dagritme, een actieve daginvulling en aan sociale interactie. Door dit op een veilige manier zo snel mogelijk, gedurende de interventie, in te zetten, herstellen cliënten sneller en duurzamer. De kans op terugval wordt kleiner doordat men het gewenste gedrag direct kan toepassen in de praktijk.” □

Meer info? ➔ www.movemens.nl

Jan Bruijn (1948)

Jan Bruijn studeerde Geneeskunde aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam en volgde daarna de huisartsenopleiding, gevolgd door de A-opleiding Psychiatrie. In 1990 kreeg hij zijn registratie als psychoanalyticus en in 2001 promoveerde hij op het onderwerp ‘behandeling van depressieve stoornissen’, waarbij hij altijd een bijzondere belangstelling heeft gehad voor de rol van sportief bewegen bij de behandeling van depressies. Hij werkte vanaf 1978 als arts-assistent Psychiatrie bij diverse afdelingen en vanaf 1983 tot 2006 als psychiater en academisch hoofdspecialist op de afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC.

Van 2006 tot 2009 was hij directeur behandelzaken van een grote GGZ-organisatie. In 2008 rondde hij zijn MBA-Health af te Rotterdam. Vanaf 2006 heeft

hij diverse interim- en coachingopdrachten vervuld. Tot slot vervult hij ook een aantal commissie- en bestuursfuncties bij verschillende beroepsverenigingen, Universiteit van Rotterdam, Redactieraad en Klachtencommissie.

Sinds 2010 is Jan Bruijn verbonden aan De Gezonde Zaak als senior-psychiater en hoofdbehandelaar.

Jan Bruijn heeft vele artikelen en boeken op zijn naam staan met een accent op de diagnostiek en behandeling van depressie.

Buiten zijn werk als psychiater heeft Jan Bruijn een grote liefde voor de watersport als fervent zeiler en roeier. Deze laatste hobby bracht hem in 1972 zelfs op de Olympische Spelen van München, waar hij (in de dubbeltwee) met Paul Veenemans uiteindelijk zevende werd.

