

Depressie... meer dan zich eens depri voelen...

Michael Portzky, Klin. Psycholoog, neuropsycholoog

- Het is niet 'zich eens wat triest of depri' voelen..., het is geen 'karakterzwakte' ...
- Het is geen 'plantrekkerij', theateraal geklaag en gejammer, ...

Wat is het dan wel... volgens de medische classificatie (DSM)

- Depressie valt onder de stemmingsstoornissen
- Grote onderverdeling:
 - Depressieve episode
 - Manische (voldoende ernstig om beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren...)
 - Hypomane (niet “ “ ...)

Classificatie depressie

- **Depressieve stoornis, eenmalige episode**
 - **Depressieve stoornis, recidiverend**
 - **Dystyme stoornis (chronisch biologisch bepaalde , langer dan 2 jaar, de goede periodes max. 2 maanden !)**
 - Bipolaire stoornissen (bipolaire I stoornis, bip.II stoornis, cyclothyme, 'rapid cyclers', ...)
 - Overige stemmingsstoornissen (door een middel, met psychotische kenmerken, ...)
 - (Postnatale of postpartum depressie)
 - (Seizoensgebonden depressie (door gebrek zonlicht?))
- 'vereisten' volgens DSM? Minstens 5 symptomen gedurende minsten 2 weken, waarvan zeker 1 of 2:**

- Kernsymptomen: (1) depressieve stemming en (2) vermindering interesse en plezier
- 7 aanvullende symptomen:
 - Gewichtsverandering of eetlustverandering
 - Slapeloosheid of overmatig slapen
 - Agitatie of remming
 - Energieverlies, moeheid
 - Gevoelens van waardeloosheid of schuld (buitensporig)
 - Concentratieproblemen, besluiteloosheid
 - Suïcidale gedachten

DIFFERENTIAAL DIAGNOSTIEK

- Spanningsklachten, aanpassingsstoornis, rouwreactie
- Bipolaire en psychotische stoornissen
 - Angststoornissen
- * dementie!
- Somatische problemen
- Middelengebruik
- Persoonlijkheid

Cave te vroege diagnostiek!

De 'zuivere' depressie??

- Hiermee bedoelen we die vormen waar een **cerebro-organisch letstel niet** de (enige) oorzaak van de psychische/psychiatrische stoornissen/veranderingen is!
- Cave: de mengvormen!! (30 tot 60 (!)% van de beginnende dementerenden zouden depressieve tekenen vertonen (vooral subcorticale dementie)

...WANT...

- We moeten een onderscheid blijven maken tussen de 'zuivere' (dystyme?) endogene depressie en de depressie waar (tevens) sprake is van cerebro-**organische laesies/schade** (bv. bij CVA, dementie,...)

–Want belang voor prognose!

- Dit vormt een probleem bij de literatuurstudie, waar vaak alles 'op een hoopje' gegooid wordt
Is er dan effectief meer kans op depressie na CVA?? Of bij dementie??

- Grotere kans op depressie na/door CVA?(tot 27%?)
- Afhankelijk van lokalisatie van laesie? (meer limbisch-temporaal/frontaal?)
- Aantasting Amygdala duidelijke angststoornissen!
- Melding van 'inappropriate cheerfulness' (cf manische fases) bij rechtshemisterisch frontale laesie

Voorlopige conclusie op basis van beeldvorming

- Een laesie waarbij een van de (bij emotie) betrokken structuren aangetast is zou aanleiding kunnen geven tot een '*incomplete*' *stemmingsstoornis*, waarbij bv. apathie opgemerkt wordt, of psychomotorische vertraging, of emotionele vervlakking, of... MAAR dus niet alle symptomen van depressie aanwezig zijn!

De 'psychodynamische' verklaring van depressie bij dementie

- Een vaak gehoorde verklaring is dat een depressie een 'normale' reactie is op het verlies van functionaliteit bij degeneratieve aandoeningen/cerebro-organische laesies. **Het blijkt echter vaak dat de ernst van de depressie minder correleert met de ernst van de laesie, maar meer met de localisatie van de laesie: dus de depressie kan een rechtstreeks gevolg zijn van de laesie!** Apathie en gebrekkig ziekte-inzicht bij frontale laesies zijn een mooi voorbeeld!

Voorlopig besluit CVA en andere degeneratieve ziektebeelden en risico op depressie

- **ELK degeneratief proces, ook van vasculaire oorsprong, is risico: hoe meer laesies, des te meer neurologische maar ook psychiatrische schade en symptomatologie er zich voordoen**

Wat gebeurt er bij (ernstige) depressie?

Het lijkt er op dat het lichaam zich chronisch en overmatig aan het voorbereiden is op stress!!

Rol van adrenaline?

- Lichaam voorbereiden op bedreigende situatie (de 'fight or flight'-reactie)
- Het hele lichaam ondergaat veranderingen!!
 - Zicht verandert (tunnelvisie!)
 - Hartslag en ademhaling
 - Meer kracht, meer uithouding (energievoorraden worden makkelijker aangesproken!)
 - Hersenwerking verandert! Meer alertheid, emotioneel leren omhoog door meer glucocorticoïden in limbisch gedeelte)

Rol van **cortisol**?

- Hormoon dat aangemaakt wordt bij langdurige en overmatige stress, en dit om de heftige werking van adrenaline wat af te remmen
- MAAR... langdurige hoge concentraties van cortisol lijken neurotoxisch te zijn: ze tasten de neuronale dendrieten aan (veroorzaken atrofie in limbisch gedeelte) depressie!!

BEHANDELING (van depressie)??

“pillen en praten”??

Doel psychotherapie

- Informatie verschaffen!!!
- Verloren zingeving herstellen
- Sociale vaardigheden herstellen en/of ondersteunen
- Opvangnet bieden
- Verkeerde ‘attributie’ vermijden (cf MBCT, ofte Mindfulness Based Cogn. Therapy)

Cognitieve gedragstherapie

–Gedragsactivatie (G van gedrag)

- Rationale:
- Onderscheid tussen ‘energievretende’ en ‘energiegevende’ activiteiten
- Komen tot evenwicht tussen:
 - Plezier
 - Aanpak (moetens, probleemoplossende, waarde-volle)
- Doel: meer stemmingsafhankelijke activiteiten
- Aanpak:
 - Zelfregistratie: activiteiten en stemming
 - Activiteitenlijst + verwachte plezierscore (zoals voor depressie)
 - Activiteiten inplannen, lage plezierverwachting
- Haalbare planning, huidig energieniveau, doseren, structureren

Cognitieve gedragstherapie

–Cognitieve therapie (G van Gedachten)

- Rationale: cognitief model

Grofweg 2 soorten antidepressiva

- 1 De groep van de ‘heropname-remmers’ (reuptake-inhibitoren)
- 2 De groep van de ‘MAO-remmers’ (monoamino-oxydase-remmers)
- Doel: herstellen van bio-chemische balans/werking van de neurotransmissie**
- Hoe is dit evenwicht uit balans geraakt?**
 - Erfelijke factoren
 - Door invloed van stoffen
 - Stress! Vormt een sterke link met de psychische factoren, en de ‘reactieve drpressie’!
 - Bepaalde ziektes zoals bv schildklierafwijkingen, bijnierschorsafwijkingen, diabetes,...

– Tricyclische antidepressiva

- Serotonerge en noradrenerge reuptake inhibitie

- Sterke werking.. MAAR weinig selectief, DUS veel nevenwerkingen!!

– Zoals anticholinerge (droge mond, constipatie, urine retentie, verwardheid,...), adrenerge (hypotensie, duizeligheid,...), ritmestoornissen, anti-histaminerge (gewichtstoename, moeheid, sedatie,...)

SSRI's

- (relatieve) selectieve serotonine reuptake inhibitie

- Iets minder krachtige werking dan TCA's?

- MAAR ook minder nevenwerking

- (doch nog steeds niet verwaarloosbaar... zoals diarree, braken, nausea, erectiestoornissen, libidovermindering, anorgasmie,...)

NARI's

- Selectieve noradrenaline reuptake inhibitor

- Zelfde werkingspotentieel als SSRI?

- Nevenwerkingen als tremor, agitatie, droge mond, constipatie, zweten,...

SNRI's

- Serotonine en noradrenaline reuptake inhibitoren

- Bvb Venlafaxine)

- Voldoende hoog gedoseerd geeft zelfde resultaat als bij TCA

- MAAR... zelfde nevenwerkingen als bij zowel SSRI+NARI NaSSA's (bvb Remergon)

- Sterkte gelijkend aan SNRI, TCA

- Argumenten voor snellere antidepressieve actie

- Slaapregulerend

- Doch ook hier wederom nevenwerkingen zoals sedatie, eetlust- en gewichtstoename, MAAR geen nausea, geen seksuele nevenwerkingen

Een belangrijk verschil met slaap- en kalmeermiddelen en ('zuivere') antidepressiva is dat antidepressiva NIET fysiek en/of psychisch verslavend werken! DUS: geen gewenning, noch verslaving!!!

Combinatie MAO-remmers en heropnameremmers

- Het lukraak combineren van de beide wordt ten stelligste afgeraden wegens levensgevaarlijke bijwerkingen zoals het serotoninesyndroom (ook gekend als de 'manische overshoot')

- Het combineren van MAO-remmers en SRI of SSRI lokt vrijwel onmiddellijk een gevaarlijke interactie uit

- Sommige combinaties zijn veilig

Afbouw en terugvalpreventie

- Terugval of relapse: terugkeer van de depressie die nog niet voldoende onder controle was, meestal door verkeerd gebruik medicatie

- Recurrence of recidief: nieuwe episode nadat de ziektekenen hersteld waren

Monotherapie of combinatie?

- Bij monotherapie:
 - 30% herstelt volledig
 - 40% herstelt gedeeltelijk
 - 30% reageert nauwelijks/niet
- Ongeloof ooit te herstellen neemt gevaarlijk toe wanneer herstel (te) lang op zich laat wachten! (belang psychotherapie!!)
- Vervolg monotherapie of combinatie
- Vooral bij de chronische biologische depressie (dystymie) zijn er veel therapieresistente vormen
- Een combinatietherapie dringt zich dan op
- Sommige combinaties van antidepressiva versterken elkaars werking (voorzichtig hanteren!!)

Belang therapietrouw

- Slechte therapietrouw belangrijke oorzaak van herval
- Dikwijls te wijten aan onvoldoende informatie over de duur van de antidepressieve behandeling
- Groter risico bij gebruik andere toxische stoffen (alcohol, drugs...): 1 op 3 depressieve patiënten heeft alcoholprobleem

Conclusies (medicamenteuze) therapietrouw

- Verschil maken herval (meestal slecht gebruik antidepressiva/tot 60%!!) en recidief
- Antecedent belangrijkste risicofactor/predictieve waarde!
- Medicamenteuze behandeling moet 4 tot 8 maanden na symptomen verdergezet worden
- Voornamelijk SSRI's aangewezen

Percentage met depressie laatste 12 maanden, Vlaams gewest 2004

Percentage depressie met medicatie in afgelopen 12 maanden, Vlaams Gewest '97, '01 en '04

Percentage depressie met als behandeling psychotherapie in afgelopen 12 maanden, Vlaams Gewest '04 (bij 15+)

Percentage dat er ooit aan dacht een einde te maken aan het leven (gezondheidsenquête Vlaams gewest 2004)

Percentage dat ooit een poging ondernam Vlaams gewest '04

Noodzaak voor opname?

- Is er een groot risico voor zelfmoord? (eerdere pogingen? Meer dan 4 eerder persoonlijkheidsstoornis)
- Is patiënt psychotisch? (paranoïa/hallucinaties?)
- Zijn de functionele stoornissen (voor basisbehoeften) zo groot dat opname noodzakelijk is?

Zelfmoord en antidepressiva?

- Verhoogd suïcidegevaar ('raptus melancholicus') na 2e tot 4e week na start behandeling MAAR deze gedachten 'ontstaan' niet door de antidepressiva!!
- Toestand waarin patiënt zichzelf en anderen naar het leven kan staan
- Antidepressiva op zich beïnvloeden de rijvaardigheid niet, de ontremming echter...

Waarom is differentiaaldiagnose depressie/dementie zo moeilijk?

- Er bestaan geen exclusieve neuropsychologische klachten, de uitvalsverschijnselen kunnen bij veel aandoeningen voorkomen
 - Er bestaan ong. 100 pseudo-dementiële beelden!!
 - Overlap/co-morbiditeit depressie-dementie eerder regel dan uitzondering
 - Depressie meer de 'look' van subcorticale dementie
- 'Pseudo-dementieel beeld bij depressie (tevens symptoomlijst?):'**

• Mentale veranderingen:

- dysforisch
- apatisch
- verminderde motivatie
- angst
- depressieve gevoelens
- persevererende 'delusions' (niet gelijk aan hallucinatie!)
- psychomotorische retardatie
- gestoorde geheugenfunctie (retrieval)
- zwakke woordvloeiendheid
- cognitiestoornissen (calculie, abstractie,...)

– wisselende prestaties

Neurovegetatieve tekenen:

- slaapstoornissen
- verlies van hongeren/of gewicht
- constipatie
- impotentie

• Motorische manifestaties:

- bradykinesie
 - 'masked face'
 - stooped posture
- vertraagde, monotone spraak

Historiek help vaak een beetje inzake differentiaaldiagnose:

- acute en snelle onset
- progressieve intellectuele achteruitgang
- eerdere depressieve episodes
- familiale antecedenten op vlak van stemmingsstoornissen

Hoe valt de depressie aan te tonen (neuropsychologisch)?

Belangrijk voor differentiaaldiagnose! Zeker gezien de lage betrouwbaarheid van de subjectieve indrukken/klachten!! (naar schatting 15% van wie zich spontaan aanmeldt bij de geheugenklinieken vanwege subjectieve geheugenklachten blijkt GEEN objectieve problemen te hebben!)

Typische gedragingen bij testing van depressie (neuropsychologisch)

- ‘Catastrofale startreacties’
- Wisselende resultaten, zowel binnen 1 testing als tussen verschillende testingen
- acute onset
- geheugendeficieten even uitgesproken voor recente herinneringen als voor oude herinneringen!!
Strookt niet met de ‘wet van Ribot’ (cfr. AD)
- Geheugendeficieten voor specifieke gebeurtenissen of periodes

- Herkenning (uiteraard) beter dan ophaling bij geheugentesten (abstractie van oproeping = meer controle hypocampale inprentingscapaciteiten, tevens ‘uitschakelen’ motivationele factor!)
- Tempotesten vaak meer gestoord dan testen waar geen tijdscore ingecalculleerd zit (in ieder geval grotere standaardafwijkingen tegenover het gemiddelde)

- Gestoord ‘metageheugen’

- Lage coöperatie??

- Resultaat bij controle aggraving/simulatie

Verschil near misses vs. Don’t know answers

- Belangrijk differentiaaldiagnostisch verschil tussen de ‘near misses’ (eerder dementerend gedrag!) en de ‘don’t know answers’ (eerder depressief gedrag!)

- Beklemtoont de meerwaarde van de observatie bij een test, en het gevaar om enkel de eindscore te beoordelen!! (bv. MMSE!!)

- Toont aan hoe belangrijk het is om de motivationele factor bij testen te beperken!!

Hoe reageren als ‘omgeving’?

- Niet ‘doodzwijgen’, niet doen alsof er niets aan de hand is

- Niet trachten op te vrolijken; kan beledigend werken

- Niet belerend zijn, geen adviezen opdringen

- Neem het initiatief om iets te doen, wacht niet op initiatief van de patiënt zelf!

- Toezicht houden op het nemen van de medicatie, indien nodig stimuleren zonder daarbij verwijtend te zijn

- Durf toegeven dat je soms ook niet weet wat je moet zeggen, zolang de patiënt maar weet dat hij/zij bij jou terecht kan

- Zoek zelf steun als het je teveel wordt, onderschat dit steunproces niet!

- **Blijf geduldig**, verwacht niet te snel het grote enthousiasme bij de patiënt! **Het genezingsproces kan een tijdje duren!!**