

Mini-college Pedofilie # 35

Dr Frans E. J Gieles, oktober 2022

Depressie

Wat is depressie?

Wie wil weten wat depressie is, kijkt eerst in de DSM, de ‘bijbel’ van de psychische problemen, editie 5^{R(visited)}, een boek van ruim 1200 bladzijden. Hiervan is een flink deel besteed aan depressie: zo’n dertig bladzijden. Je hebt depressie in soorten en maten: licht, matig, matig-ernstig en ernstig, vooral afhankelijk van de duur ervan. Bij de soorten treffen we aan:

- ‘De’ depressieve stoornis (*Major depressive disorder*). Deze is tijdelijk, verloopt in depressieve *perioden*, die komen en gaan.
- De persisterende depressieve stoornis. Deze is er en kan lang duren.
- De disruptieve stemmingsregulatiestoornis. Deze gaat gepaard met boosheid en woede-uitbarstingen
- De premenstruele stemmingsstoornis.
- Depressie door een middel of medicatie.
- Depressie door een lichamelijke aandoening

Van belang is of er ook psychotische perioden bijkomen. In een psychose verlies je het contact met de realiteit; je ziet, hoort dingen die er niet zijn en/of hangt irrationele overtuigingen aan (‘Mij moeten ze altijd hebben’).

Van belang is voorts of de depressieve periodes afgewisseld worden met manische perioden. Dit heet dan de bipolaire stoornis die anders van aard is en een eigen hoofdstuk krijgt in de DSM. Heb je én depressieve én manische perioden én psychotische perioden, dan ben je *schizo-affectief*.

Laten we eens kijken wat nu zoal de kenmerken zijn, samengevat uit de verschillende onderscheiden typen en soorten, en hiervoor de DSM V^R raadplegen bij ‘de’ depressieve stoornis (*Major*) zónder somatische aandoening, manische perioden of psychotische perioden, hier door mij samengevat.

De kenmerken

1. Sombere stemming, neerslachtig, verdrietig, moedeloos, terneergeslagen, in de put zitten – bij jongeren kan dit ook zijn: prikkelbaar.
2. Geen zin, puf, interesse of plezier in activiteiten.
3. Minder óf juist veel meer eetlust, dus lichaamsgewicht. Dus ‘Het eten smaakt mij niet’ óf ‘Ik voel mij rot, *dus* ga ik eten (of snoepen, drinken of drugs gebruiken)’.

4. Slaapproblemen: slapeloosheid óf érg veel slapen.
5. Rusteloosheid óf sloomheid.
6. Vermoeidheid, gebrek aan energie.
7. Gevoelens van waardeloosheid, (niet terechte) schuld, zelfverwijt en/of hopeloosheid.
8. Verminderd vermogen tot nadenken, zich concentreren of besluiten nemen.
9. Gedachten aan de dood, tot aan vaag-suïcidale gedachten toe zonder concreet plan.
10. Beperkingen in het sociale of het beroepsmatige functioneren of op andere belangrijke terreinen.

Een ziekte?

Over de DSM dient nog wel iets gezegd te worden. De DSM geeft een beschrijving van verschijnselen, hier *symptomen* genoemd. Dat wil nog niet zeggen dat de genoemde verschijnselen de *oorzaken* zijn van wat nu in de DSM “een stoornis” wordt genoemd. Hier begint het probleem. De verzameling verschijnselen wordt nu voorzien van een label en voorgesteld als een op zich bestaande ziekte: het *is* nu een ziekte, een *entiteit*, een *standaard* ziekte, die volgens het *biologische model* wordt verklaard. Deze benadering wordt dan ook *het entiteitsmodel* genoemd. Dit model dateert van rond de eeuwwisseling en is vooralsnog dominant, maar ook zwaar bestreden.

Psychiater Remke van Stavereen in “Minder slikken”:

“Hoewel het woord *Diagnostic* anders suggereert, is de DSM geen diagnose, maar een classificatiesysteem ... van verschijnselen, bedoeld om onderzoek te doen ... Een DSM-classificatie is ... een wankele basis om de behandeling op te bouwen ...” (Blz. 28 & 29).

“Anders dan een DSM-classificatie is *een diagnose* een persoonlijke beschrijving van iemands verhaal ... aan de hand van de volgende vier vragen: Wat is er met je gebeurd? Waar heb je last van? Wat gaat er goed? Wat heb je nodig en wie kan jou daarin ondersteunen?” (Blz. 30 & 31).

“Een DSM-classificatie heeft ... een houdbaarheidsdatum ... Deze dient elk half jaar geëvalueerd te worden en vervalt na een jaar.” (Blz. 30).

De DSM-classificaties veranderen ook met de tijd – zie het getal achter de titel (we zitten nu in 5^{R(visited)}). Dit geeft de DSM een (inter)subjectief karakter: om de zoveel jaar vergaderen en beslissen Westerse psychiaters en psychologen *in de VS* er over.

In het entiteitsmodel is er dan even een *quick fix* nodig: een snelle ‘diagnose’ aan de hand van de bovengenoemde kenmerken. Dit vergt dan ‘dus’ een *standaard*-therapie: pillen, de antidepressiva. Algemeen bekend is dat deze *niet genezen, maar tijdelijk dempen en soms verslaven*. Als de farmaceutische industrie dan ook nog flink

reclame gaat maken voor haar product en de artsen volstopt met folders en gratis congressen, dan heb je al snel ‘een volksziekte’, ja zelfs ‘de ziekte van de eeuw’.

De valkuil van dit model is dat je dit *label* gaat zien als je *identiteit* en dat je daarnaar gaat leven, waarmee je de problemen dus in stand houdt. Depressie lijkt nu ook wel een van de modieuze diagnoses te zijn, net zoals autisme en ADHD; heb je het een niet, dan het andere wel. Professor Trudy Dehue schrijft er een heel boek over en noemt haar boek “De depressie epidemie”. Anderzijds moeten diagnostici goed opletten, want in deze tijd waarin iedereen gelukkig móét zijn – zo niet: eigen schuld! – wordt depressie, juister gezegd: verdriet, ook vaak genoeg ontkend.

Verdriet

Het contrasterende model is *het psychodynamische model*, dat voordien gangbaar was, toen verlaten is, maar waarvan nu de waarde gaandeweg opnieuw wordt ingezien. De verschijnselen, verdriet en huilbuien, zijn niet veroorzaakt door ‘de ziekte depressie’, maar door gebeurtenissen in het leven waarmee men geen raad weet. Rouw en verdriet hoort bij het menselijk leven. Onze opdracht is dit te accepteren en te verwerken, dat wil zeggen: een zinvolle plaats te geven in ons leven. Het leven vraagt ons om verlies en verdriet te aanvaarden. Willen we iemand hiermee helpen, dan dienen we te vragen naar *het individuele, dus unieke verhaal*. We helpen hem of haar hiervan een verhaal te maken waarmee te leven valt. Bij het vertellen van dit verhaal wordt vooral ook naar het gevoel gevraagd en mag dit gevoel ook geuit worden, het verdriet en ook de eventuele boosheid.

“Het gaat bij depressie niet om verdriet en huilen, maar eerder om het vermogen daartoe.” (Dehue blz. 28)

Lichaam en geest

Dé discussie over depressie gaat over de vraag in hoeverre dit een lichamelijke oorzaak heeft, dan wel zich afspeelt in de geest. De volgorde is dat er eerst vooral gedacht werd aan mentale oorzaken, daarna een flinke poos aan fysieke processen in de hersenen (en darmen), nu wordt er weer meer aan mentale oorzaken (dus aanpak) gedacht. Uiteindelijk is er overeenstemming dat beide factoren een rol spelen of kunnen spelen. Lichaam en geest werken op elkaar in. Hormonen spelen hier een belangrijke rol in. Gevoelens roepen hormonen op, hormonen roepen gevoelens op.

Ook de sociale omstandigheden kunnen een rol spelen. Langdurige armoede kan leiden tot langdurige somberheid, dus ook tot depressie. Depressie kan dan leiden tot ‘geen puf hebben om wat dan ook te doen’, bijvoorbeeld te werken. Dit zet de armoede voort en we zien dan een vicieuze cirkel. Depressie kan aanzetten tot middelengebruik (alcohol, drugs, medicijnen), die op hun beurt weer kunnen leiden

tot depressie. Ook uitsluiting en isolement kunnen leiden tot depressie, waarna je de puf niet hebt om daar iets aan te doen, dus het isolement in stand houdt. Niet minder kan de druk tot presteren, de plicht om assertief, daadkrachtig, ondernemend en succesvol zijn, en vooral niet bedachtzaam en verdrietig, de mens de depressie induwen. Dit is dan een maatschappelijk verschijnsel, geen biologisch. Toch won het biologische model deze *rat race*.

De antidepressiva

De belangrijkste hiervan zijn ...

... de SSRI's, de *Selective Serotonine Reuptake Inhibitors*, de serotonine heropname remmers. Serotonine is een van de vele neurotransmitters. Dit zijn stoffen die de signalen doorgeven van de ene zenuwcel naar de andere door zich te binden aan bepaalde eiwitten in de ontvangende zenuwcel, de receptor. Het lichaam is zuinig, dus stuurt het de serotonine na gedane arbeid weer terug voor de volgende klus. Deze remmers remmen die heropname af. Daardoor blijft er meer serotonine in de ontvangende cel en wordt deze extra geactiveerd. Die remmers remmen dus eigenlijk niet af, ze activeren eerder. De SSRI's zijn er sinds de jaren '80, naast de SNRI's (de serotine-noradrenaline heropname remmers), voordien waren er al de MOA-remmers, (de mono-animo-oxidase-remmers) en de TCA's (de tricyclische antidepressiva), die anders werken. Alleen al in Nederland gebruiken zo'n een miljoen mensen deze middelen, deels ook voor een angst- of paniekstoornis. Er zijn zo'n 25 soorten van deze middelen. De meest gebruikte zijn

- Prozac (fluoxetine)
- Paroxetine en
- Citalopram ...

... dat door gezaghebbende medische handleidingen expliciet wordt afgeraden, net zoals

- Valdoxan (agomelatine)
- Escilatopram en
- Exefor (venlafaxine).

De bijwerkingen zijn fors:

Maag-/darmklachten, misselijkheid, braken, gebrek aan eetlust, hoofdpijn, slaapstoornissen, gewichtstoename, aangeboren hart- en vaatziekten en schedelafwijkingen, persoonlijkheidsveranderingen, seksuele functiestoornissen, en de zwaarste, te weten agitatie en agressie. Dit laatste komt doordat de activerende werking er vrij snel is en de stemmingsverbetering pas later in werking treedt. Bij mensen met somberheid, wanhoop, boosheid en vaak al agressie wordt deze dus eerst juist versterkt in plaats van gedempt.

Dit is vooral een groot risico bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen. Bij hen kan dit leiden tot zelfdoding – in de VS ook tot schietincidenten, aldaar ook wel de *Prozac Killings* genoemd.

Op korte termijn wordt vaak afvlakking van het gevoelsleven genoemd. Dit kan op korte termijn even prettig zijn, maar kan op de langere termijn vervelende gevolgen hebben voor de relatie, het gezinsleven en de sociale contacten.

Bijwerkingen *op langere termijn* zijn verder niet goed bekend, *omdat* de onderzoeken hiernaar slechts een periode van vier tot hooguit acht weken in kaart brengen. Langdurig gebruik kan averechts werken en iemand juist gevoeliger maken voor de oorspronkelijke klachten, aldus Van Staveren (blz. 35 ev, blz, 11).

Van Staveren maakt onderscheid tussen verslaving en lichamelijke afhankelijkheid:

- Bij een *verslaving* gaat de mens er lichamenlijk en psychisch naar verlangen – elke alcoholist kent zijn borreluurtje; je hebt er steeds meer van nodig; bij stoppen zijn er ontwenningverschijnselen.
- Bij *lichamelijke afhankelijkheid* van psychofarmaca kan de gebruiker wel zonder – men vergeet wel eens in te nemen. Bij een juiste dosering is er niet steeds meer nodig. Alleen slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen) zijn verslavend, vooral bij dagelijkse inname en hoge doseringen (blz. 26 ev.)

Afbouwen?

Naast de gewenningsverschijnselen en de bijwerkingen zijn er de onthoudingsverschijnselen, zoals ... depressie. Langzaam afbouwen is dan het devies, in de regel in enkele maanden. Bij antidepressiva wordt aangeraden ze minimaal nog zes maanden te blijven gebruiken als de depressie, om terugval te voorkomen.

Van Staveren zegt, kortweg: zo nodig slikken, maar zo min mogelijk en zo kort mogelijk. Ook: afbouwen altijd in overleg met een arts, niet op grond van een standaard-plan, maar met een individueel plan; bouw één medicijn tegelijk af, en kies hierbij slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepine) als laatste, omdat dit eventuele ontwenningverschijnselen dempt (o.a. op blz. 206).

Na of naast de ontwenningverschijnselen kan er een *rebound* en een *terugval* plaatsvinden.

- *Ontwenningverschijnselen* zijn veelal van lichamenlijke aard; ze ontstaan kort na het begin van het afbouwen, ze komen en gaan en zijn doorgaans na enkele weken voorbij.
- *Een rebound*, het ‘terugkaatsen’, kan, vooral na te snel afbouwen, vrij snel na het staken ontstaan en is vaak veel heftiger dan de oorspronkelijke klachten, wat dus best angstwekkend kan zijn. Maar ook de *rebound* gaat weer over.
- *Een terugval* in de oorspronkelijke klachten laat langer op zich wachten en ontstaat veel geleidelijker dan de ontwenningverschijnselen of de *rebound*.

Aldus Van Staveren (blz. 88 ev., 152 en 207).

Zij adviseert ook om niet ‘om de dag’ te gaan innemen, omdat het lichaam dan eerst met ontwenningverschijnselen reageert, en de dag erna weer met gewenningsverschijnselen.

Het afbouwen moet niet ‘trapsgewijs’ gebeuren, maar in een hyperbolische lijn (zoals die van een dalend vliegtuig of een glijbaan), dus hoe verder hoe langzamer. “De meeste ontwenningverschijnselen en de grootste kans op *rebound* ontstaan bij het afbouwen van de allerlaatste milligrammen” (blz. 133).

Hoe weet je of je te veel gebruikt?

Van Staveren:

1. Zelf-proefondervindelijk tijdens het afbouwen.
2. De bloedspiegel van het medicijn. De boven- en ondergrenzen hiervan zijn bekend.
3. Genotypisch onderzoek naar het farmaco-genetisch profiel, in het bijzonder naar de lever-enzymen. Dit is laboratoriumwerk.

Werken deze middelen?

Hier is uiteraard onderzoek naar gedaan.

- "Antidepressiva werken beter dan een placebo, maar lang niet bij iedereen" (Van Staveren, blz 21).
- “Van depressie is bekend dat de helft van de mensen in minder dan drie maanden herstelt, met of zonder behandeling (blz. 77).

Het standaard-onderzoekmodel RCT = *Randomized Clinical Trial* of *Randomized Controlled Trial*. “Randomized” betekent dat men de proefpersonen op toeval kiest. De werkwijze is dan dat men pakweg de helft van de proefpersonen een hopelijk werkend middel geeft, en de andere helft een neutraal pilletje, een *placebo*, en dan meet wie er wel of niet van opknappen. Daarbij geldt dan ook nog de ‘gouden eis’ dat het onderzoek *dubble blind* is, wat betekent dat noch de arts, noch de patiënt weet wat men te slikken krijgt. Beroemd is nu het placebo-effect: het feit dát men een medicijn krijgt annex aandacht van een arts die men vertrouwt en de hoop die men dan koestert, kan al genezend werken.

Werken deze middelen nu?

Dehue vermeldt onderzoek waaruit blijkt dat van de mensen die een echt middel kregen er 50-55% van opknapte. Van degenen die een placebo kregen ging 30-35% van hen er minimaal 50% op vooruit. Hierop doorrekenend stelt Dehuwe

“dat van alle 100 mensen die ... een antidepressivum slikken, ongeveer de helft helemaal niet verbetert en dat van de andere helft de meerderheid evengoed zou opknappen met een placebo. ... Van deze 100 mensen zouden er slechts ongeveer 20 meer baat hebben van het antidepressivum dan van een namaakpil” (blz. 162).

Dehue merkt ook op dat in de onderzoeksrapporten vaak genoeg de *conclusies* positiever luiden dan de feitelijke *resultaten* (blz. 171).

Vinkers en Vis concluderen dat antidepressiva alleen werken bij *ernstige* depressies – en constateren dat psychotherapie wél helpt (blz. 103 e.v. en 107). Antidepressiva

bestrijden alleen de *symptomen*, niet de depressie zelf (blz. 89). Ook hekelen zij de selectieve eenzijdigheid van wat er dan wél gepubliceerd wordt: alleen de positieve resultaten (blz. 116).

Werken deze middelen nu?

Dick Bijl concludeert in zijn promotieonderzoek en boek kortweg samengevat: nee. (Bijl 2018, blz. 105 e.v.), en wel om vier redenen:

[1] het hierboven genoemde placebo-effect.

[2] De vaak zeer slechte kwaliteit van deze onderzoeken. Bijl noemt in dit verband een klassieke valkuil, namelijk: *statistisch* relevant is nog niet *klinisch* relevant. Hoe meer patiënten je onderzoekt, eens te meer worden kleine verschillen significant, wat nog niet zegt dat de patiënten zich ook werkelijk beter voelden (Bijl, blz. 114).

[3] De zeer selectieve publicatie van deze onderzoeken. Kortweg gezegd worden de positieve resultaten gepubliceerd en de negatieve resultaten niet. Deze ‘geheime’ onderzoeksrapporten zijn zeer moeilijk te achterhalen en in te zien, vaak pas na een rechtszaak hierover (in de VS). Dit is vooral kwalijk en zelfs gevaarlijk bij het jarenlange achterhouden van de zelfdodingsrisico’s bij kinderen en adolescenten.

[4] De vierde reden noemt Bijl ronduit: fraude “van een immense omvang”. Met name negatieve bijwerkingen werden eenvoudigweg gebagatelliseerd ontkend en verzwegen.

Dehue sprak wetenschappers die getuigden van steekpenningen ter hoogte van *een dubbel jaarsalaris* om tegenvallende onderzoeksresultaten achter te houden (Blz. 185).

De rol van de samenleving

Het biologische model

Het zien van depressie *als ziekte* is een sociale constructie, ofwel een maatschappelijke afspraak. Deze is prettig, want het ligt dan niet aan mij (of ouders, partner, ...), noch aan de samenleving (stress, prestatiedruk, armoede ...), nee het ligt aan de hersens, daar is *biologisch* iets mis mee, het heeft een naam en daar heb je pilletjes voor. Het biologische model, annex het entiteitsmodel, verklaart echter de depressie niet, alleen de depressie-epidemie (zoals Dehue haar boek dan ook noemt).

De farmaceutische industrie

Iemand moet die pillen natuurlijk wel maken. Daarvoor heb je een fabriek nodig, dus ondernemers, dus investeringen, dus beleggers en aandeelhouders annex een beurswaarde. Deze zeggen nog nauwelijks braaf dat zij de mensheid willen dienen, zij geven ook eerlijk toe dat zij geld willen verdienen. Patenten en verkoop leveren geld op. Zo zien we als verschijnselen de commercialisering, de vermarkting en de privatisering ... ook in de wetenschap want onderzoek trekt geld aan en levert geld op.

De reclame

Nu moet je je product nog zien te verkopen, dus flink reclame gaan maken. Formeel mag dit alleen in medische vaktijdschriften en congressen, waarin dit dan ook massaal gebeurt, maar dit verbod wordt eenvoudig omzeild voor de media, die artikelen en programma's bieden waarin alles netjes wordt uitgelegd, vaak met een 'statistiekje' erbij, en ondersteund door verhalen van mensen hoezeer ze zijn opgeknapt.

Onderzoek

“Onderzoek wijst uit dat ...” “Dit is genetisch bepaald” ... “Experimenteel onderzoek wijst uit dat ...” Er wordt niet bij verteld dat dit vooral *laboratorium*-onderzoek is (dus niet het echte leven) en vooral plaatst vindt met *muisen* in vaak (voor de muizen) gruwelijk wreed onderzoek (Dehue o.a. blz. 249 e.v.). Fundamenteler is het probleem dat dit type onderzoek alleen de meetbare factoren kan onderzoeken en deze vervolgens statistisch verwerkt, dus met gemiddelden. Meetbaar betekent dan in de praktijk: met standaard vragenlijsten. Wat staat dit ver af van de holistische benaderingswijze en de narratieve benadering, die uitgaan van het individuele verhaal van de unieke mens – verzuchten ook Vinkers en Vis (blz. 63).

De behandeling

Standaard onderzoek leidt tot standaard behandelingen in plaats van op de persoon gerichte behandelwijzen. Berucht is de diagnose-behandeling-combinatie: de diagnose komt uit de DSM, waaraan dan een standaard-behandeling wordt gekoppeld. Van wie moet dit? Van de zorgverzekeraars.

De zorgverzekeraars

Zowel de arts als de patiënt zitten hieraan vast. De verzekeraar eist een code uit de DSM én een behandelwijze die *evidence based* is, ofwel met in onderzoek bewezen werking. Over de kwaliteiten van dit onderzoek hebben we het hierboven al gehad. De verzekeraars gaan nog verder. Zij voorzien de behandelwijze van behandelings-*minuten*. Voor psychotherapie geldt dan: zo kort mogelijk (Dehue blz. 165 e.v.). Zij eisen ook iets van de patiënt, namelijk “medicatie-therapie-trouw”, ofwel de dwang tot slikken. De verzekeraar gaat op de stoel van de arts en van de patiënt zitten. Beiden zitten in een standaard mal geperst. “Wie betaalt, bepaalt.”

Omgaan met depressiviteit

Hopelijk is de lezer niet depressief geworden van dit college ...

De volgende vraag is dan natuurlijk: Hoe om te gaan met depressiviteit?

Om dit college niet te lang te maken: klik hiervoor hieronder maar op “Volgende”...

De bronnen

Naast een vracht aan knipsels in mappen, vooral deze boeken:

Trudy Dehue: *De Depressie-epidemie*; Uitg. Augustinus, Amsterdam, 2008
Winnaar van de NWO Eureka Boekenprijs.

Dick Bijl: *Het pillenprobleem. Waarom we zoveel medicijnen gebruiken die niet werken en niet helpen*. Amsterdam University Press, Amsterdam, 2018.

Chrstiaan Vinkers & Roeland Vis: *Even slikken. De zin en onzin van antidepressiva*; Prometheus, Amsterdam, 2017.

Remke van Staveren: *Minder slikken – Véél minder*. Boom Uitgevers, Amsterdam 2022.