

Stemming/ Depressie

Signaleren

Een depressieve stoornis is een stemmingsstoornis met verschillende verschijningsvormen. De kernsymptomen zijn: een sombere stemming en een duidelijk verminderde interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten, gedurende het grootste deel van de dag. Bij jeugdigen kan de stemming wisselend en prikkelbaar zijn. De volgende depressieve-stemmingsstoornissen worden in de DSM-V beschreven: disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis, depressieve stoornis, persisterende depressieve stoornis (dysthymie), premenstruele stemmingsstoornis, depressieve stemmingsstoornis door een middel/medicatie, depressieve-stemmingsstoornis door een somatische aandoening, andere gespecificeerde depressieve-stemmingsstoornis en ongespecificeerde depressieve-stemmingsstoornis.

DSM-criteria: Voor de classificatie dient er minimaal één kernsymptoom en in totaal minimaal vijf symptomen gezamenlijk gedurende minstens twee weken aanwezig zijn en wanneer deze leiden tot duidelijk disfunctioneren of lijden, is er sprake van een depressieve episode (geen bijwerkingen van een geneesmiddel of een somatische aandoening). Dysthymie: minder symptomen dan bij depressie, maar langduriger (chronisch). Ernst: De ernst kan variëren van een lichte, tot een matige-ernstige of ernstige depressie. Bepaald door: beperkingen in functioneren, subjectief lijden, mate symptomen, duur, vaker recidiveren en suicide uitingen/pogingen.

Signalering: Signalen van een depressie of dysthymie kunnen zijn: aanhoudende moeheid of klachten zonder lichamelijke oorzaak; aanhoudende of terugkerende zorgen, somberheid of verdriet; chronische pijn, nervositeit of slapeloosheid; vermindering van de zelfzorg, gewichtsvermeerdering of vermindering, verandering van (de beleving van) activiteitenpatroon en sociale contacten en suïcidaliteit. Vaak is er tevens sprake van leer- en gedragsproblemen bij jeugdigen. Een goede samenwerking tussen ouders, leerkrachten en betrokken professionals is van belang om crisissituaties en suïcidaliteit vroegtijdig te signaleren en te kunnen voorkomen. De jeugdige dient altijd ook zelf bevraagd en gescreend te worden. Indien er sprake is van zeer ernstige depressie, zelfbeschadiging en/of suïcidale neigingen, is crisishulp geïndiceerd. Doorverwijzing is dan noodzakelijk.

Signaleringslijsten DOPPA:

- Ontwikkelingsvragenlijst algemeen
- CBCL/ TRF/ YSR (1,5 - 18 jaar) – screenen kenmerken vanuit ouders/ school/ jongere
- CDI-2 (8 tot 21 jaar)
- 4DKL (Vierdimensionale Klachtenlijst vanaf 15 jaar)
- SPSY (SDQ+ vragen mbt zelfdestructief gedrag als automutilatie en suïcidaal gedrag – 5-18jr)
- De risicotaxatie dient ook plaats te vinden in de signaleringsfase om tijdig de juiste hulp in te kunnen zetten. Hanteer hiervoor: Beleid risicotaxatie en Protocol suïcidaal gedrag (evt. inzet instrumenten: START-AV, CASE-interview)

NB. Sluit somatische oorzaken of aspecten uit, eventueel in afstemming met een kinderarts(/huisarts).

Diagnostiek

Binnen het diagnostische proces wordt aandacht besteed aan ernstbeoordeling, classificatie, risicotaxatie van suïcidaliteit en evt. risicovol gedrag (middels intern beleid risicotaxatie en protocol suïcidaal gedrag), heteroanamnese, differentiaaldiagnostiek, sociale anamnese en het betrekken van naasten. Classificatie vindt plaats volgens de DSM-5 op basis van klinisch oordeel en het zorgvuldig uitvragen van de symptomen. Tevens dient er in het diagnostische proces aandacht te zijn voor differentiaal diagnostiek (zoals een bipolaire stoornis (komt bij jeugdigen weinig voor, maar kan wél grote invloed hebben), borderline, angstsymptomen, ontwikkelingsproblematiek (m.n. ASS), middelenmisbruik en het uitsluiten van lichamelijke aandoeningen).

Het is van belang de volgende zaken uit te vragen ten aanzien van de aard van stemmingsproblemen: zijn er specifieke perioden waarin een depressie optreedt (i.v.m. seizoensgebonden depressie); is er sprake van een sombere stemming en van verlies van interesse of plezier (anhedonie) gedurende de laatste weken; in hoeverre komt depressie of neerslachtigheid in de familie voor; is er bij de ouder(s) sprake is van andere psychopathologie dan depressie, zoals angststoornissen of verslavingsproblematiek. Stemningsproblemen kunnen samengaan met het ontwikkelen van persoonlijkheidsproblemen, zoals een borderline persoonlijkheidsstoornis. Dit kan van invloed zijn op het beloop van de stemmingsproblemen. Houdt rekening met de fase waarin een jeugdige zich bevindt en wat hierin passend is bij de ontwikkeling. Heb oog voor systemische en gezinsfactoren.

Diagnostiekmateriaal DOPPA:

Semigestructureerde interviews ouders en kind:

- (K-SADS-PL (Kiddie-SADS-present and lifetime DSM 5), interview met ouders+kind (6 tot 18 jaar))
- ADIS-P en ADIS-C (7 tot 18 jaar)

Vragenlijsten

- CDI-2 (8 tot 21 jaar)/ BDI-II-NL (13 tot 25 jaar) - stemming
- UCL (vanaf 14 jaar) - coping
- SEV (4 tot 18 jaar)

Observaties

- Observatie(s) van kind in de klas, thuis of in een behandel- of spelkamer (m.n. kinderen < 8 jr)

Aanvullend diagnostiekmateriaal DOPPA:

- SCID-5 junior (8 tot 18 jaar)
- FEEL-KJ (8 tot 18 jaar)
- NPV-J-2 (9 tot 16 jaar)/ NPV-2R (15+ jaar)
- ZALC (8 tot 18 jaar)
- CBSK of CBSA (8 tot 18 jaar)
- Projectieve testen

Stemming/ Depressie

Behandelinterventies

Allereerst dient de ernst en mate van de stemmingsproblemen helder te zijn om de juiste behandeling in te kunnen zetten. Indien er sprake is van zeer ernstige stemmingsproblemen en of suicidale neigingen is crisis hulp geïndiceerd. Er kan bij grote zorgen contact opgenomen worden met de huisarts en verwezen worden naar een meer gespecialiseerde setting met meer mogelijkheden tot crisisinzet, zoals Dimence, Mediant, Karakter of Youz. Indien de jeugdige binnen de inclusiecriteria valt, is een gezamenlijk behandelplan van DOPPA zorg, ouders en school, waarbij de jeugdige centraal staat van belang. Ook dient de omgeving van de jeugdige betrokken te worden bij de behandeling. Het is noodzakelijk tussentijds met regelmaat te evalueren, gezien de stemmingsproblemen kunnen schommelen of verergeren.

Psycho-educatie

Psycho-educatie voor de cliënt en zijn of haar omgeving (ouders, kinderdagverblijf, school etc.) gericht op stemmingsproblemen met specifieke aandacht voor hoe dit tot uiting komt bij de jeugdige. Geef hierbij ook uitleg over de hypothese waarom juist dit kind in deze omstandigheden een depressie heeft ontwikkeld en hoe dit samenhangt met het behandeladvies.

Overstijgende behandelrichtlijnen:

- Bij lichte depressies wordt geadviseerd te beginnen met psychosociale interventies, gericht op het verminderen van stressoren en het vergroten van de draagkracht van het kind. Bij 1:5 kinderen klaart hiermee de depressie al op. Als dat niet het geval is, is cognitieve gedragstherapie (CGT) (bij kinderen van 8-12 jaar) dan wel interpersoonlijke psychotherapie (IPT) (bij pubers van 13 -17 jaar) de behandeling van eerste keus bij lichte tot matig ernstige depressies.
- Bij matig ernstige tot ernstige depressies verloopt het herstel sneller als een antidepressivum wordt toegevoegd aan een psychologische behandelvorm.
- Bij de ernstigste depressies lijkt CGT geen toegevoegde waarde te hebben naast medicatie en is er veel voor te zeggen om te beginnen met medicatie en activatie en later een psychologische behandelvorm toe te voegen. -> Doorverwijzen.

De ernst van de depressie, en de mate van herstel na 12 weken zijn het meest voorspellend voor het beloop. **Actief volgen** of de behandeling wel effect heeft en niet genoeg nemen met traag of slechts gering herstel is dus van groot belang. Na 3 maand geen vooruitgang – start psychofarmaca (>8jr).

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie: breed inzetten op informatie over stemmingsproblemen en het ontstaan hiervan, registreren stemming en activiteiten, activering, verbeteren sociale en communicatieve vaardigheden, ontspanningsvaardigheden, aanpakken van negatieve gedachten en gevoelens, adequate coping strategieën, het stellen van haalbare doelen en het voorkomen van terugval (bijv. middels een terugvalpreventieplan).

Methodes DOPPA:

- **Pak aan** - Cognitieve gedragstherapie bij kinderen met een depressie (dysthymie) (9-13 jr). Groepsgericht, maar ook individueel toepasbaar.

- **Grip op je dip** - Preventieve online cursus voor jongeren tussen de 16-25 jr met depressieve klachten.
- **DOEPRESSIE** - Cognitieve gedragstherapie bij kinderen met een depressie (16-22 jr).
- **Surfen op emoties** – Dialectische gedragstherapie voor jongeren - DGT-J (12-21 jaar).
- **COMET** - Werken aan je zelfbeeld – Zelfbeeldtraining (individueel protocol 8-18 jr – groepsprotocol tot 24 jr).
- **VRIENDEN-programma** - preventie- en behandelprogramma voor kinderen en jongeren met depressieve en/of angstklachten of met een angst- en/of stemmingsstoornis (4-16 jr – individueel of in groep).
- **Denk goed, voel je goed** - Cognitieve gedragstherapie bij kinderen en jongeren met psychische problemen zoals angst, depressie, dwang of posttraumatische stress (8-18 jr).

Interpersoonlijke Psychotherapie (IPT) (12-18 jr)

Kortdurende gesprekstherapie gebaseerd op de gedachte dat veranderingen in belangrijke relaties een depressie kunnen uitlokken. Thema's: rolverandering (bijv. verhuizing/scheiding), rouw, interpersoonlijk conflict of interpersoonlijk tekort (bijv. moeite sociale contacten aan te gaan).

Vaktherapie

Non-verbale inzet kan veelal aanvullend aangeboden worden vanuit psychomotorische therapie (PMT) of speltherapie. Doelen zijn hierbij veelal gericht op emotieherkenning- en regulatie/ zelfmanagement/ zelfbeeldversterking. Speltherapie kan ook goed worden ingezet worden bij het jongere kind < 8jr.

ACT4Kids (bij lichte klachten)

Gedragstherapie: kinderen leren dat wie ze zijn, losstaat van dat wat ze over zichzelf denken en daardoor voelen. Ze leren omgaan met tegenslagen die het leven soms biedt en de gevoelens die dit kan oproepen.

(Ambulante) gezinsbehandeling

Aanvullend kunnen ouders eventueel in de thuissituatie ondersteund worden.

EHealth via EMBLOOM (adolescenten).

Medicatie Psychofarmaca kan overwogen worden indien:

- De symptomen onvoldoende onder controle kunnen worden gebracht met de ingezette behandeling;
- Vermindering van de klachten op korte termijn nodig is;
- De symptomen bij aanvang ernstig zijn.

In samenspraak met de huisarts kunnen mogelijkheden besproken worden en maar in de meeste gevallen is doorverwijzing naar een (kinder)psychiater geïndiceerd.

Nazorg/ Terugvalpreventie

Na het behalen van de behandel doelstellingen kan de intensiteit van de behandelgesprekken (en/of oudercontacten) worden afgebouwd om zo het nazorgtraject vorm te geven en ruimte te geven om bij eventuele terugval te kunnen bijsturen. Het maken van een terugvalpreventieplan is van groot belang voor de jeugdige en ouders om snel in te kunnen spelen op signalen van mogelijke terugval en de juiste aanpak te behouden om (volledige) terugval te voorkomen.

Bronnen: www.richtlijnenjeugdhulp.nl/stemmingsproblemen www.nji.nl/depressie/ggzstandaarden.nl
https://richtlijnen database.nl/richtlijn/depressie_bij_jeugd/depressie_bij_jeugd