

STEMMING: DEPRESSIE

Signaleren

Somberheidsklachten, rouw en tegenslagen komen van tijd tot tijd bij iedereen voor. Vaak is het een duidelijk reactief gevolg op een conflict of tegenslag, tijdelijk van aard en lukt het mensen om een redelijk bestaan te behouden. De klachten gaan meestal vanzelf over, soms met behulp van naasten, patiëntenverenigingen of hulp uit de eerste lijn. Van een stoornis is dan ook geen sprake.

Bij een depressieve stoornis zijn de klachten ernstiger, langduriger en veroorzaken veel hinder in het dagelijks leven. Er is sprake van een duidelijk sombere stemming en een duidelijk verminderde interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten, gedurende het grootste deel van de dag. Dit zijn kernsymptomen.

Andere (sub)symptomen zijn: gewichtsverandering of veranderingen in eetlust, slapeloosheid, rusteloosheid of vertraagdheid, moeheid, gevoel van waardeloosheid of buitensporig schuldgevoel, concentratieverlies en terugkerende gedachten aan de dood. Voor de classificatie dienen er minimaal één van bovenstaande kernsymptomen en in totaal minimaal vijf subsymptomen, gedurende minstens twee weken aanwezig zijn. Wanneer deze leiden tot duidelijk disfunctioneren of lijden, is er sprake van een depressieve episode.

De ernst kan variëren van een lichte, tot een matige-ernstige of ernstige depressie. Bepaald door: beperkingen in functioneren, subjectief lijden, mate symptomen, duur, recidief, bijkomende psychotische klachten of suïcidale kenmerken. Op de website zijn de inclusie/exclusie criteria van DOPPA Zorg te vinden. Soms zijn de klachten mild-matig van ernst en bestaan de klachten al lange tijd, er kan dan sprake zijn van een dysthyme stoornis. Soms komen stemmingsklachten voor als onderdeel van een andere psychische aandoening, zoals een angststoornis, bipolaire stoornis, trauma, persoonlijkheidsstoornis etc. Het is tevens belangrijk uit te sluiten dat de klachten geen gevolg zijn van middelenmisbruik, een reactie op een geneesmiddel of uiting van een somatische aandoening.

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.
- Suïcidaliteit.

Er zijn diverse luxerende en onderhoudende factoren die de kans vergroten op het krijgen van een depressie. Denk aan: genetische gevoeligheid, aanhoudende stress, slaapgebrek, verschoven dag/nachtritme, verlies van daginvulling en structuur, internaliserende of vermijdende coping, hormonale problemen, problemen op school-, werk of op relationeel gebied, middelengebruik, rolverandering, ervaren hulpeloosheid etc. Beschermende factoren zijn er ook: ervaren van hulp, behoudt van dagstructuur en invulling, adequate coping, sociaal netwerk, reflectief en oplossend vermogen, veilige hechting, positieve ervaringen meemaken. Bij een depressie zien we vaak dat dergelijke uitlokkende, onderhoudende en beschermende factoren niet langer in balans zijn.

Diagnostiek

Diagnostiek begint met een onderzoek gesprek waarin patiënt en hulpverlener samen een beeld vormen van de aard, duur en ernst en gevolgen van de klachten, luxerende, onderhoudende en beschermende factoren. Er wordt tevens stil gestaan bij suïcidaliteit (inclusief risicotaxatie, Protocol DOPPA Zorg), waarbij het sterk aan te raden is om hierbij ook naasten te betrekken. Tevens wordt er gevraagd naar: andere psychische klachten, sociale factoren, middelen- en medicatie gebruik, lichamelijke klachten, familiale kwetsbaarheid voor psychische klachten, behandelvoorgeschiedenis. Daarnaast spelen klinische observaties een belangrijke rol en kan op indicatie aanvullend psychologisch (BDI, SCL-90, MINI, HRSD, case interview), lichamelijk onderzoek of aanvullend bloedonderzoek plaatsvinden.

Uiteindelijk wordt een beschrijvende conclusie gevormd waarin de belangrijkste bevindingen en risico's beschreven worden. Daarnaast vindt classificatie plaats volgens de DSM-5 criteria, op basis van alle verkregen (aanvullende) informatie. Tevens dienen waar nodig andere mogelijke oorzaken opgespoord en of uitgesloten te worden zoals: angststoornissen, middelenmisbruik, bipolaire kwetsbaarheid, trauma, lichamelijke aandoeningen (o.a. schildklier aandoening, infecties) en bijvoorbeeld persoonlijkheidsproblematiek. Transparantie over de diagnostiek, het samen duiden van symptomen en het expliciet bespreken van de betekenis hiervan met de patiënt en naasten zijn belangrijk voor een goede werkrelatie en het herstelproces.

De hulpverlener houdt rekening met aard, ernst en beloop van de problematiek. Hierbij wordt uitgegaan van de volgende indeling:

- Depressieve klachten: aanhoudende depressieve klachten na geïndiceerde preventie.
- Lichte depressieve stoornis: eerste lichte depressie korter dan 3 maanden/ lichte eerste depressie langer dan 3 maanden of terugkerende lichte depressie.
- Matig-ernstige of ernstige depressieve stoornis: eerste matig-ernstige of ernstige depressie/ terugkerende matig-ernstige of ernstige depressie, al dan niet met psychotische klachten.
- Persisterende depressieve stoornis: persisterende depressieve stoornis (dysthymie en chronische depressie)

STEMMING: DEPRESSIE

Behandelinterventies

In de behandeling van volwassenen met een depressieve stoornis wordt gepaste zorg ingezet op basis van gedeelde besluitvorming (met client en diens omgeving) en aansluitend op de behandoelen. Afhankelijk van de ernst worden interventies bepaald. Indien sprake is van suïcidaliteit of risicogedrag, volg dan ook het bijbehorende DOPPA protocol.

Bij lichte of mild-matige klachten dienen basisinterventies en of psychologische behandeling te worden ingezet als dat nog niet gebeurd is. Indien bij start de stemmingsklachten matig tot ernstig zijn, of niet op eerder genoemde interventies hebben gereageerd, dient farmacotherapie te worden overwogen. Bij ernstige suïcidaliteit of nihilistische wanen (psychotische kenmerken) dient te worden opgeschaald naar instellingen met adequate (crisis, klinische) voorzieningen. Zie ook de in- en exclusiecriteria van DOPPA op de website.

Start met de basisinterventies die samengevat kunnen worden als: biedt psycho-educatie over een stemming/depressieve stoornis aan de client en diens naasten, activeer de client in diens dagelijks functioneren, doe aan dagstructurering en volg de client actief waarbij de inzet van interventies wordt geëvalueerd. Zoek daarbij samenwerking met naasten en overweeg psychomotore therapie (PMT).

Overweeg psychologische behandeling bij mild tot matige klachten. Daarbij blijven de eerdere basis interventies centraal staan. Behandelingen middels cognitieve herstructurering en gedragsmatige activatie vanuit het cognitieve model van Beck en collega's is daarin een basis protocol, waar interpersoonlijke psychotherapie (CGT, GT, IPT PDT) aan gekoppeld kan worden. Deze combinatie wordt gezien als meest effectief. Er staan 4 fasen centraal in de behandeling: 1) gedragsactivatie. 2) evalueren gedragsactivatie en onderzoeken van automatische negatieve gedachten. 3) doorbreken vermijding en onderzoeken van assumpties en kerngedachten. 4) terugvalpreventieplan. Zorg dat klachten vier maand stabiel zijn voor overgegaan wordt naar het nazorg traject/ de terugvalpreventie.

Indien klachten na drie maand niet voldoende herstellen, of indien er sprake is van matig-ernstige problematiek kan overwogen worden om farmacotherapie te starten of toe te voegen. Hiervoor dient een arts/psychiater te worden ingezet. Vaak gebeurt dit in combinatie met activerende en psychologische behandeling. De combinatie heeft doorgaans het meeste effect. Bij onvoldoende effect kan een medicatie switch worden overwogen. Daarnaast is het belangrijk om bij aanhoudende klachten de structuurdiagnose te blijven heroverwegen. Daarbij dient ook altijd goed bekeken te worden of DOPPA de best passende instelling is en houd hierbij de inclusie en exclusie criteria voor ogen. Verdere opschaling buiten DOPPA kan bestaan uit verwijzing naar (acute) dag / deeltijdbehandeling, klinische opname, intensieve psychotherapie etc.

Nazorg / Terugvalpreventie

Indien klachten vier maand stabiel zijn wordt nazorg/terugvalpreventie gestart. De behandeling wordt langzaam afgebouwd waarbij er aandacht is voor een goede balans tussen afstand en nabijheid, waardoor kans op afhankelijkheid minimaal is en vergroten van zelfredzaamheid en zelfvertrouwen gestimuleerd wordt.

Er wordt met de client besproken welke behandelmethodieken er zijn ingezet tijdens de behandeling en welke methodiek, technieken de cliënt zelf kan blijven inzetten bij eventuele terugval of het ervaren van nieuwe klachten.

Er kan gezamenlijk een terugvalpreventie- of signaleringsplan gemaakt worden om client er alert op te maken wat 'aandachtspunt' zullen blijven, wat eerste tekenen van terugval zijn en hoe hiermee om te gaan.

Bij afronding van de behandeling zal de (regie)behandelaar de zorg overdragen aan de verwijzer, indien hier toestemming voor is gegeven.