

Depressieve stoornissen

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. De volgende depressieve-stemmingsstoornissen worden in de DSM-5 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.

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.

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, 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.

Stemmingsproblemen kunnen samengaan met het ontwikkelen van persoonlijkheidsproblemen, zoals een borderline persoonlijkheidsstoornis. Dit kan van invloed zijn op het beloop van de stemmingsproblemen.

Comorbiditeit: Andere aandoeningen die vaak in combinatie met de depressieve stoornis optreden, zijn stoornissen door een middel/ medicatie, de paniekstoornis, de obsessieve-compulsieve stoornis, anorexia nervosa, boulimia nervosa en de borderline-persoonlijkheidsstoornis.

Behandelinterventies

- Psycho-educatie voor de cliënt en zijn of haar omgeving.
- Cognitieve gedragstherapie (CGT); met name bedoeld voor bijkomende problemen waarbij gebruik wordt gemaakt van ervaren leren, modelleren en visuele hulpmiddelen.
- Vaktherapie – meer non-verbaal: (PMT, dans- en bewegingstherapie, muziektherapie of speltherapie); veelal gericht op bijkomende klachten m.b.t. o.a. emotieregulatie, angst, zelfbeeld en lichaamsbeleving.
- EHealth via Embloom
- Medicamenteuze behandeling: psychofarmaca kan overwogen worden indien de symptomen onvoldoende onder controle kunnen worden gebracht met de ingezette behandeling of de symptomen bij aanvang ernstig zijn.
- Naast een goede behandeling kan passende ondersteuning of begeleiding een belangrijke voorwaarde zijn voor het slagen van de behandeling en het voorkomen van recidieven. Denk ook aan ondersteuning op het gebied van leefstijl, waarin zich verschillende problemen kunnen voordoen.

NB: Volg tevens het interne protocol van DOPPA zorg wanneer er sprake is van suïcidaliteit en/ of risicogedrag. Bij ernstige suïcidaliteit of andere psychotische kenmerken dient te worden opgeschaald naar instellingen met adequate (crisis, klinische) voorzieningen (zie hiervoor ook de in- en exclusiecriteria van DOPPA zorg).

Nazorg / Terugvalpreventie

Om van herstel (remissie) te spreken moeten de symptomen van depressie over een periode van tenminste 4-8 weken grotendeels verdwenen zijn. Het afnemen van een meetinstrument is hierbij behulpzaam. Het voorkomen van een terugval is dan daarna het belangrijkste doel. Na elk eerdere depressieve periode neemt de kans op terugval toe. Terugvalpreventie kan bestaan uit het bevorderen van zelfmanagement, regelmatige monitoring, het opstellen van een terugvalpreventieplan en contactinformatie bij een dreigende terugval of recidive. Verder kan een cliënt geïnformeerd worden over lotgenotengroepen van de Depressie Vereniging.

Het advies is de naasten van een cliënt te betrekken bij het opstellen van een terugvalpreventieplan. In het plan staan de individuele signalen en triggers waarop de cliënt en de omgeving alert moeten zijn om vroegtijdig een nieuwe depressieve episode te herkennen en bijvoorbeeld behandelingen en zelfmanagementstrategieën die de cliënt eerder goed geholpen hebben.

Bronnen:

<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen/introductie>
<https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/depressie/startpagina> - richtlijn depressie 2024.html

Belangen- en patiëntenvereniging:

www.depressievereniging.nl