



DEPRESSIE, EEN GIDS VOOR FAMILIELEDEN

Prof. Dr. Pim Cuijpers, VU Amsterdam

Oorspronkelijke uitgave december 1996, hoofdstuk 4 herzien door dr. Tara Donker in 2014

Momenteel is professor Pim Cuijpers hoofd van de afdeling Klinische Psychologie aan de VU en is gespecialiseerd in onderzoek naar preventie en psychologische behandeling van geestesziekten, met name depressie en angststoornissen. Hij heeft ruim vierhonderd artikelen, rapporten en papers gepubliceerd en diverse boeken over depressie, mantelzorg, preventie en dementie..

Pim Cuijpers studeerde klinische psychologie aan de Rijksuniversiteit Utrecht. Hij werkte enkele jaren als preventiefunctionaris in het ouderenwerk en als hoofd van de afdeling Preventie bij de Riagg Westelijk Noord-Brabant te Roosendaal. In 1993 promoveerde hij aan de Katholieke Universiteit Nijmegen op het proefschrift Ondersteuningsgroepen voor centrale verzorgers van dementerende ouderen. In 2004 werd hij benoemd tot professor in de Klinische Psychologie aan de Vrije Universiteit (VU) te Amsterdam.

Tara Donker is onderzoeker en docent bij de Vrije Universiteit van Amsterdam en GZ-psycholoog bij Prezens, een GGZ instelling in Amsterdam. Ze promoveerde in Klinische Psychologie aan de VU in 2010, en voltooide de GZ-opleiding in 2011. Haar onderzoek is voornamelijk gericht op vroege interventie en preventie van depressie, angst en suïcide.

INHOUD

INLEIDING

1. DEPRESSIES

Gewone somberheid en depressies

De kenmerken van een depressie

Een depressie is een ziekte

De diagnose depressie

Soorten depressies

Het vóórkomen van depressies

Oorzaken

Lichamelijke oorzaken

Sociale oorzaken

Psychische oorzaken

Familieleden als oorzaak van depressies?

2. OMGAAN MET MENSEN DIE DEPRESSIEF ZIJN

1. Informatie verzamelen

2. Probeer niet de depressie te genezen

3. Maak het leven eenvoudiger

4. Beter communiceren

5. Vermijd te veel kritiek en te veel betrokkenheid

6. Zorg goed voor uzelf

7. Let na herstel op signalen die duiden op terugval

8. Let op gevaar voor zelfdoding

Ten slotte

3. DE GEVOLGEN VAN DE DEPRESSIE VOOR DE OMGEVING

Wat betekent de depressie voor u?

Negatieve gevoelens

Omgaan met gevoelens

Praktische gevolgen van een depressie
Stress en overbelasting
Signalen van overbelasting bij familieleden
Overbelasting vermijden en overwinnen
Goed voor uzelf zorgen
Anders leren denken
Leren ontspannen
Effectief omgaan met uw tijd
Leren opkomen voor uzelf
En hoe gaat het eigenlijk met de kinderen?

4.DE HULPVERLENING

De eerste stap naar behandeling: de huisarts
De gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg
Behandelvormen
Psychotherapie
Behandeling met medicijnen
De effecten van behandeling
Als de depressieve persoon geen hulp wil
Contacten van familieleden met hulpverleners
Na een opname
Als u niet tevreden bent over de hulpverlening
Hulp voor uzelf

ADRESSEN

VERANTWOORDING

INLEIDING

Depressies treffen niet alleen degenen die er zelf aan lijden. Ook hun partners, kinderen, ouders en andere nauw betrokkenen ondervinden de negatieve gevolgen ervan. Als iemand in uw naaste omgeving een depressie heeft, betekent dat hoogstwaarschijnlijk ook voor u een zware belasting. Een depressie kan bij de familieleden leiden tot conflicten in de relatie, isolement en eenzaamheid, oververmoeidheid, overbelasting en overspannenheid. Ook kan het allerlei materiële gevolgen hebben en het is zeker geen uitzondering als een familielid zelf depressief wordt of andere psychische klachten krijgt.

Het aantal mensen dat direct met depressies te maken heeft, is groot. Zo'n anderhalf procent van de gehele bevolking heeft zelf in de loop van een jaar een depressie. Daarnaast worden nog eens zo'n drie tot vijf procent beschouwd als 'grensgeval'. Als we ervan uitgaan dat bij elke depressieve persoon gemiddeld zo'n drie andere mensen (familieleden, intieme vrienden) nauw betrokken zijn, dan betekent dit dat jaarlijks zo'n zes procent van de Nederlanders, óf zelf depressief is óf er in zijn directe omgeving mee te maken heeft. Een op elke zeventien Nederlanders, zo'n 900.000 mensen, worden elk jaar direct met de gevolgen van depressies geconfronteerd. Als we ook de 'grensgevallen' erbij optellen is dat aantal nog veel groter. U bent dus zeker niet de enige die in deze situatie verkeert. De informatie die in dit boek wordt gegeven is bedoeld ter ondersteuning van u als familielid van een depressief iemand. Familieleden hebben veel behoefte aan informatie. Wat is een depressie nou eigenlijk? Waardoor wordt het veroorzaakt? Ben ik als familielid er mede verantwoordelijk voor, bijvoorbeeld door hoe ik met hem omga? Is het erfelijk? Kan het behandeld worden? Wat kan ik beter wel en niet tegen hem zeggen? Deze en vele andere vragen worden in dit boek beantwoord.

In het eerste hoofdstuk staat de depressie zelf centraal. Wat is het en wat zijn de oorzaken? Deze informatie is voor u als familielid van belang omdat u daardoor het gedrag van de depressieve persoon beter kunt gaan begrijpen. In het tweede hoofdstuk geven we enige richtlijnen voor het omgaan met depressieve mensen. Het derde hoofdstuk gaat over de gevolgen van de depressie voor u als partner, kind, ouder of andere naast betrokkene. Wat zijn de emotionele en praktische gevolgen voor u? Ook gaan we in op de maatregelen die u kunt nemen om overbelasting bij uzelf te voorkomen. Het vierde en laatste hoofdstuk gaat over de hulpverlening. Wat kunt u doen als betrokkene geen hulp voor zijn problemen wilt zoeken? Welke behandelvormen van depressies zijn er? Hoe kunt u het beste omgaan met de hulpverlener van de depressieve persoon en waar vindt u hulp voor uzelf als u daar behoefte aan heeft?

In dit boek spreek ik over de depressieve persoon als 'hij'. Het zal duidelijk zijn dat er telkens als er 'hij' staat ook 'zij' zou kunnen staan. Ook heb ik het over 'de patiënt', terwijl betrokkene niet altijd een patiënt hoeft te zijn: bij een Riagg wordt bijvoorbeeld over cliënten gesproken en als iemand helemaal niet in behandeling is, is hij ook geen 'patiënt'. Verder spreek ik over u als familielid, maar misschien bent u wel een goede vriend of de partner van de depressieve persoon en voelt u zich niet echt een 'familielid'. Voor deze termen heb ik gekozen om de tekst zo eenvoudig en leesbaar mogelijk te houden.

1 DEPRESSIES

Kennis over depressies, wat het is, waardoor het veroorzaakt wordt en wat er aan gedaan kan worden, is voor familieleden erg belangrijk. Deze kennis is een voorwaarde om het gedrag van de depressieve persoon te kunnen begrijpen en om te weten wat u als familielid wel en niet kunt doen om de depressieve persoon te helpen. Zo hebben veel familieleden het idee dat zij de depressie van hun familielid kunnen verminderen, als ze er maar genoeg hun best voor doen. Als een depressie niet verbetert, wijten zij dat vaak aan zichzelf en doen nog een schepje bovenop hun pogingen om de depressie te verbeteren. Kennis over depressies kan u als familielid doen inzien dat de depressie niet overgaat door uw pogingen om te helpen. U kunt wel de voorwaarden scheppen waardoor verbetering mogelijk wordt, maar u bent niet verantwoordelijk als de depressie niet verbetert. Een depressie moet behandeld worden door een gekwalificeerde hulpverlener. Het resultaat daarvan ligt niet in uw handen.

In dit hoofdstuk wordt enige basisinformatie over depressies gegeven. Eerst komt het verschil aan de orde tussen 'gewone' somberheid, die iedereen wel eens heeft en een depressie. Daarna wordt ingegaan op de kenmerken van een depressie en de verschillende soorten depressies die bestaan. Vervolgens komt nog enige basisinformatie aan bod over het voorkomen van depressies. Als laatste komen de oorzaken van depressies aan de orde.

GEWONE SOMBERHEID EN DEPRESSIES

Iedereen voelt zich weleens somber. 'Ik zie het even niet meer zitten', zeggen we dan weleens. We voelen ons terneergeslagen 'depri' of 'down'. We hebben nergens zin en er komt niets uit onze handen. De fut is er uit. De oorzaak van deze somberheid is meestal wel duidelijk. Een ruzie, een tegenvaller, twijfel over wat te doen, onzekerheid, slechte vooruitzichten, al deze zaken kunnen de somberheid veroorzaken. Deze somberheid is heel gewoon en iedereen heeft er wel eens last van. Het is een gezonde reactie op een onaangename gebeurtenis. In zo'n situatie is somberheid zelfs nuttig omdat het u ertoe aanzet om te leren leven met de onaangename gebeurtenis. Somberheid hoort dan ook bij het leven. Meestal verdwijnt deze 'gewone' somberheid na een paar uur of na een paar dagen.

Een depressie is anders. De somberheid die iemand dan ervaart is veel heviger en intenser en klaart na een paar dagen niet vanzelf op. Mensen die depressief zijn zeggen ook vaak dat ze zich niet zozeer somber voelen, maar eerder leeg. Ze voelen juist niets meer. Een ander verschil is dat mensen die depressief zijn veel meer moeite moeten doen om normaal te kunnen functioneren en het leven van alledag voort te zetten. Werken is al snel te veel gevraagd en het zorgen voor de kinderen is eigenlijk niet meer op te brengen.

Mijn man is nu bijna een half jaar depressief. De laatste drie maanden zit hij thuis omdat hij niet meer kan werken. In het begin vroeg ik hem maar de hele tijd 'maar wat voel je dan'? Hij gaf daar nooit een duidelijk antwoord op, tot hij op een dag zei: 'Ik voel gewoon helemaal niks. Dat is juist het probleem. Voelde ik maar wat. Kon ik maar eens een potje janken'. Dat maakte voor mij wel heel duidelijk water aan de hand was. Het was me opeens ook heel duidelijk dat hij gewoon ziek is. Eerst zag ik dat niet zo, want de dingen die hij vertelde, nou ja, dat heeft iedereen wel eens. De dokter had me wel al verteld dat een depressie een ziekte is, maar dat drong toen pas echt tot me door.

DE KENMERKEN VAN EEN DEPRESSIE

Een depressie is, in tegenstelling tot een 'gewone' sombere bui, een psychiatrische ziekte. Tussen gewone somberheid en een zware depressie bestaan allerlei tussenvormen. Op een bepaald punt tussen deze twee uitersten wordt in de gezondheidszorg een grens getrokken. Boven die grens is iemand depressief, daaronder niet. Of iemand depressief is of niet kan alleen door een daarvoor opgeleide hulpverlener, zoals een psychiater of een psycholoog, vastgesteld worden. Het is dan ook niet mogelijk om een handleiding te geven waarmee u zelf kunt bepalen of de persoon in uw omgeving echt depressief is. Wel kan hier uitleg gegeven worden over zaken waar een hulpverlener naar kijkt als hij onderzoekt of er sprake is van een depressie.

Om duidelijk te maken wat een depressie is worden eerst alle verschijnselen besproken die bij een depressie kunnen horen. Wel moet ik vooraf opmerken dat er grote verschillen tussen personen zijn. Niet iedereen heeft alle verschijnselen. Ook zal iedereen de klachten en verschijnselen op een andere manier ervaren. Niet een depressie is precies hetzelfde als een andere depressie. Hoe de depressie er uit ziet en waar iemand precies last van heeft verschilt sterk.

EEN SOMBERE STEMMING

Rob kan maar moeilijk verwoorden hoe hij zich voelt. 'Belabberd', zegt hij. 'Het is een triest gevoel van binnen, alsof ik alsmaar huilen moet, maar dat lukt niet'.

Hij zit in een diep dal en heeft het idee dat hij er nooit meer uit komt. Niks raakt hem meer, alles is negatief geworden. Al die dingen waar hij vroeger plezier aan beleefde doen hem niks meer. 'Vroeger kon ik genieten van een leuk kindersmoeltje. Als ik nu zo'n lachebekje zie denk ik: kind, wat voor toekomst heb je in deze wereld? Zo gaat het met alles. Het is alsof ik een andere bril heb opgezet. Ik voel me rot, zit in de put, maar wat het nu precies is ... ? Ik weet het niet'.

Het meest kenmerkende onderdeel van een depressie is een sombere stemming. Het is niet zo gemakkelijk om aan te geven wat dat precies is. In het voorbeeld wordt gesproken over een 'rot' gevoel, over 'in de put zitten' en 'in een diep dal'. Anderen proberen die sombere stemming te overschrijven met uitdrukkingen als: 'ik zie er geen gat meer in', 'er ligt een grauwsluier over alles heen', of: 'voor mij hoeft het niet meer'. Mensen die diep in de put zitten herkennen meestal hun eigen somberheid wel. Alles ervaren zij als negatief, nergens beleven ze nog plezier aan en enige hoop op verbetering hebben ze niet meer. Het liefst zouden ze heel lang willen slapen om van dat verschrikkelijke gevoel af te zijn. Sommigen willen zelfs dood. Het gevoel vreselijk te moeten huilen is een ander kenmerk van een diep sombere toestand. Dat lukt echter meestal niet en als het wel lukt, lukt het niet op.

Een sombere stemming kan ook veel meer sluimerend aanwezig zijn. De patiënt is misschien wat negatiever dan vroeger en hij ziet het allemaal wat somberder in. Het loopt niet zo lekker meer en hij is minder gelukkig dan vroeger, zowel thuis als op het werk. Zo'n licht sombere stemming valt vaak niet eens op.

De sombere stemming hoeft niet voortdurend op een zelfde manier aanwezig te zijn. In een aantal gevallen is de stemming 's morgens veel somberder dan 's avonds of juist andersom. In andere gevallen slaat de stemming opeens om. Een periode van overdreven optimisme en vrolijkheid. Deze afwisseling kan zich steeds weer herhalen. In weer andere gevallen kan de sombere stemming een tijdje verdwijnen. De patiënt wordt weer de oude, maar na enige tijd komt de sombere stemming weer terug.

GEEN PLEZIER MEER AAN DINGEN BELEVEN

Naast een sombere stemming is ook het ontbreken van plezier in het leven een belangrijk kenmerk van depressie.

'Ik heb nergens meer zin in', 'ik moet me overal toe zetten', 'niks gaat meer van zelf', 'ik ben net een robot, ik doe nog wel wat, maar voel er niets meer bij', 'ik verveel me altijd', zeggen mensen dan. Bij ernstige depressies is er bijna niets meer waar mensen nog enig plezier in hebben. De patiënt doet dan bijna niets meer. Hij ligt het liefst in bed en hij ziet op tegen de meest gewone dingen van het leven: een douche nemen, iemand bellen, de krant lezen.

Bij minder ernstige vormen onderneemt de depressieve persoon wel nog van alles, maar hij beleeft er geen plezier meer aan. Hij moet zich er steeds weer toe zetten. Hij sleept zich van de ene bezigheid naar de andere. Aan de buitenkant lijkt het leven vrij normaal, maar in werkelijkheid kost het enorm veel moeite om te blijven werken en in de vrije tijd redelijk bezig te blijven. Hobby's worden vaak als eerste opgegeven. In andere gevallen zijn er nog wel activiteiten waaraan hij plezier beleeft, maar dat plezier is minder dan vroeger. Vaak is ook de zin in vrijen minder geworden of helemaal verdwenen. Het hoeft niet meer zo nodig. Dat kan ook vervelend zijn voor de partner en een bron van conflicten en onbegrip.

Bij een enkeling doet zich een bijzondere situatie voor: een periode van het vrijwel volledig ontbreken van activiteiten, die gepaard gaat met het verlies van alle plezier in de gewone dingen van het leven, wordt dan gevolgd door een periode waarin het omgekeerde het geval is: het zich als een razende op allerlei zaken storten en daar intens mee bezig zijn. Zo'n overdreven drukke periode wordt dan weer gevolgd door een periode waarin alle lust ontbreekt om ook nog maar iets te ondernemen.

PROBLEMEN MET ETEN

Sommige mensen die depressief zijn hebben problemen met eten. De patiënt heeft minder trek dan vroeger. Het eten smaakt ook veel minder. Voor sommigen wordt het zelfs smakeloos. De patiënt eet minder of hij eet omdat het moet. Dat maakt het er voor de huisgenoten ook niet gezelliger op. Door het weinige eten treedt vaak gewichtsverlies op. Soms gaat de patiënt juist meer eten. Het is net alsof hij de leegte in zijn leven wilt vullen met voedsel, om tenminste nog iets te voelen. Eten wordt dan soms vreten. En dan volgt een flinke gewichtstoename. Ook het ontlasten is soms verstoord. Hij kan moeilijk naar het toilet of hij heeft juist last van diarree.

Problemen met slapen

Bij het slapen zien we dezelfde twee uitersten. De depressieve persoon kan niet goed meer slapen of slaap juist heel veel. Meestal slaapt hij niet goed. De een ligt uren wakker voordat de slaapt komt en wordt dan na een paar uur al weer wakker. De ander slaapt redelijk in maar wordt om de haverklap wakker en hebben het idee nooit eens een goede nacht te maken. Steeds heeft de patiënt het gevoel niet goed uitgerust te zijn en vermoeid weer aan de volgende dag te moeten beginnen.

Er zijn ook depressieve mensen die overmatig veel slapen. De patiënt gaat dan vroeg naar bed en staat laat op. En ook overdag kan hij dan nog slapen. Wie slaapt voelt zijn somberheid niet en kan even de leegte van het leven vergeten. Maar al dat slapen leidt er niet toe dat hij fit opstaat. Hij blijft moe, ondanks al de slaap.

Voor de huisgenoten is zowel het korte, ongedurige slapen als het eindeloos lang slapen een probleem. Het korte, onrustige slapen kan hun nachtrust verstoren, terwijl het alsmaar slapen ergernis kan oproepen.

Veel depressieve mensen gebruiken slaapmiddelen. Het slapen wordt daardoor langer, de nacht korter, maar het gevoel dat de patiënt de volgende ochtend heeft blijft hetzelfde: hoe kom ik deze dag weer door?

GEBREK AAN ENERGIE OF JUIST ALSMAAR ONRUSTIG ZIJN

Depressieve mensen kunnen zich slap en futloos voelen, maar ook heel erg gespannen. Als de patiënt zich slap en futloos voelt, reageert hij meestal ook sloom. Hij loopt niet, maar hij sloft. In extreme gevallen zit hij bijna onbeweeglijk in een hoekje te staren en niets lijkt hem dan nog actief te kunnen krijgen. Het tegenovergestelde komt ook voor. Hij heeft dan een gespannen gevoel in zijn hele lichaam, vooral in de spieren. Een gevoel alsof hij op barsten staat. Stilzitten lukt niet. Hij ijsbeert, wipt met zijn benen of hij trommelt met zijn vingers. Alledaagse handelingen voert hij nerveus en vlug uit. Dat gaat dan soms mis: hij stoot iets van tafel of laat iets uit zijn handen vallen. Dat is irritant voor hem en voor zijn omgeving, maar stoppen met dat zenuwachtige gedoe kan hij niet.

MOE, ALTIJD MAAR MOE

Liseth is moe, ontzettend moe. Ze is al haar energie kwijt. Ze voelt zich somber, of liever gezegd leeg. Ze voelt niks meer, niks prettigs, niks vervelends, gewoon niks. En futloos, moe, altijd maar moe. Vroeger was ze toch echt wel een actief persoon. Ze ondernam van alles, zorgde voor het huishouden, werkte daarbij, ging tennis- sen met vriendinnen, had veel plezier met haar man, en deed nog honderdduizend gewone dingen erbij. En nu, nog geen drie jaar later, is ze gewoon op. Het minste of geringste kost haar enorm veel moeite. En als ze nu maar wist waar het vandaan kwam, die vermoeidheid en die somberheid.

Vermoeidheid, gebrek aan energie, alsmaar futloos zijn, dat zijn verschijnselen die bij veel depressies optreden. De kleinste inspanning is voor de depressieve persoon een enorme opgave. En er is geen aanwijsbare reden voor die vermoeidheid. Er komt niets uit zijn handen. Hij doet minder dan ooit en toch is hij moe, ongelooflijk moe.

ZICH SCHULDIG EN WAARDELOOS VOELEN

An voelt zich schuldig. Ze vindt dat ze geen goede moeder is. Ze zou graag enthousiast willen reageren op de verhalen van de kinderen als die uit school komen. Maar al dat drukke is haar snel te veel. Het irriteert haar, maar ze probeert dat in te houden. Een goede echtgenote vindt ze zichzelf ook niet. Ze is nooit meer eens gezellig, ziet tegen elk uitje op en voelt zich een blok aan het been van haar man. In bed presteert ze ook niets meer. Eigenlijk deugt ze nergens meer voor, vindt ze. Zelfs de krant lezen lukt haar niet meer. Na vijf regels is ze al weer vergeten wat er in de eerste zin stond. Ik kan niets meer goed doen, is haar vaste overtuiging. Ze piekert daar eindeloos over, vooral ook 's avonds in bed. Maar wat ze ook bedenkt, het loopt altijd weer uit op het idee dat het tocht weer zal mislukken. Ze heeft dat al zo vaak mee gemaakt.

Depressieve mensen voelen zich nogal eens schuldig. Zij maken zichzelf verwijten, zij vinden dat ze te kort schieten tegenover anderen. Eigenlijk vinden ze dat ze nergens voor deugen, niets kunnen, overbodig zijn en een last voor de omgeving. Zij zouden zich zelf willen verbeteren, maar weten niet hoe en daar piekeren ze dan urenlang over en voelen zich machteloos, hopeloos, uitzichtloos. Bij sommigen

gaat het gevoel van schuld zo ver dat zij de depressie en de problemen zien als een straf voor datgene wat zij fout gedaan hebben.

NIET MEER GOED KUNNEN DENKEN

Depressieve mensen piekeren veel, maar oplossingen voor al die piekerproblemen kunnen ze niet vinden. Dat gepieker gaat vaak over alledaagse dingen, maar een duidelijk besluit daarover kunnen ze niet meer nemen. Ze kunnen vaak hun problemen (en de oplossingen daarvoor) niet op een rijtje krijgen. Ze kunnen hun gedachten niet meer ordenen en van het ene probleem komt het andere. Concentreren lukt niet al te best meer, de gedachten dwalen steeds weer af. Het denken lijkt trager te gaan dan vroeger.

DENKEN AAN DE DOOD

Depressieve mensen denken vaak aan de dood. Bij de een gaat dat niet veel verder dan zo nu en dan de verzuchting:

'Voor mij hoeft het allemaal niet meer'. Een ander denkt er langer en vaker over na. Dat gebeurt dan in termen van: dat het rust zou brengen, dat u eindelijk van alles af zou zijn, dat het een zegen voor uw omgeving zou zijn. Echt dood wilt hij meestal niet, vooral toch omdat de partner, kinderen en andere familieleden niet aan te doen. Maar ook wel omdat hij het niet goed durft. Als hij er al eens over praat, dan weet de omgeving zich vaak geen raad.

Heel soms kan het denken aan de dood heel ernstige vormen aannemen. De depressieve persoon is er dan voortdurend mee bezig, hij weegt voor- en nadelen af, denkt na over de manier waarop hij het zal doen, over de plaats en het tijdstip. Misschien heeft hij al eens een poging ondernomen om een eind aan zijn leven te maken. Zo'n poging wordt gedaan vanuit een diep hopeloze toestand. De omgeving wordt er diep door geraakt, maar naast ontzetting is er ook vaak boosheid om de daad. In hoofdstuk 2 ga ik nog uitgebreid in op het gevaar van zelfdoding en wat u er als familielid mee kunt doen.

ELKE DEPRESSIE IS ANDERS

Niet iedereen die depressief is heeft te maken met alle verschijnselen die hiervoor beschreven zijn. Sommigen hebben helemaal geen slaapproblemen en genieten elke nacht opnieuw van een goede nachtrust. Anderen zijn helemaal niet zo moe en futloos, terwijl ze wel erg neerslachtig zijn. Elke depressie is dan ook anders.

ANDERE VERSCHIJNSELEN

Naast de hiervoor beschreven verschijnselen kunnen zich nog allerlei andere verschijnselen voordoen bij een depressie. Zo maken veel mensen die depressief zijn zich zorgen over hun relaties met anderen. Dit kan verschillende vormen aannemen. Sommigen zijn ontevreden over de relatie met hun partner of met familieleden en vrienden.

Geen enkele depressie is hetzelfde. De informatie over depressie geeft wellicht de indruk dat een depressie bij iedereen min of meer hetzelfde is. Dat dit zeker niet het geval is, illustreren de volgende verhalen van familieleden:

Mijn vrouw praat eigenlijk bijna helemaal niet. Als je haar ziet, zie je aan haar dat ze lijdt. Ze komt nu elk weekend naar huis uit het psychiatrisch ziekenhuis. Dat is moeilijk. Ik zou alles doen om haar te helpen, maar ik weet niet wat. En zij ook niet. Ze wil alles doen om er af te komen, zij doet alles wat haar psychiater zegt, ze slikt trouw haar medicijnen; maar niets helpt. Dat is heel erg. Ook voor de kinderen.

Mijn man is vreselijk geïrriteerd en zelfs agressief. Om het minste of geringste vliegen we elkaar in de haren. Hij wil niet over zijn problemen praten en gedraagt zich als een bullebak. Het is afschuwelijk. Hij is nooit een lieverdje geweest, ik ook niet trouwens, maar dit gaat te ver. De dokter zegt dat ie depressief is, maar daar heb ik wat aan! Ik kan er helemaal niet tegen, op deze manier.

Het valt niet mee met vader. Hij wordt steeds hulpbehoevender. Daar heeft zijn depressie ook veel mee te maken. Hij kan dat niet accepteren. Hij zit daar maar de hele dag op die bank te kijken. Ik moet nu elke dag naar hem toe. Dat is wel een hele opgave, maar het geeft ook voldoening. In een bejaardenhuis zou hij het afschuwelijk vinden.

Bij hem gaat het in buien. 'Laat me maar even met rust' zegt hij dan en dat doe ik dan ook. Hij kan dan ook echt onredelijk zijn tegen ons dochtertje. Als het dan weer voorbij is kan ik er heel goed met hem over praten. En hij vindt het dan zelf ook heel erg als hij zo onredelijk is geweest.

2 OMGAAN MET MENSEN DIE DEPRESSIEF ZIJN

De meeste familieleden zijn graag bereid om de persoon met de depressie in hun omgeving bij te staan. Het zien lijden van iemand waar u zo nauw bij betrokken bent, is voor u als familielid waarschijnlijk voldoende reden om alles te doen wat u kunt om te helpen. Maar dat is gemakkelijker gezegd dan gedaan.

De wil om te helpen is meestal wel aanwezig, maar veel familieleden weten niet hoe. Wat helpt wel en wat helpt niet? Dat is vaak niet zo eenvoudig. De een probeert de patiënt snel weer moed in te praten. De ander weet niet goed wat te zeggen, omdat hij niet zo gewend is om over gevoelens te praten. Weer een ander is juist geneigd uren lang met de patiënt te praten over wat er aan de hand is. Iedereen gaat er op zijn eigen manier mee om. En dat is ook terecht, want er is niet één goede manier om met mensen met een depressie om te gaan. Iedere persoon met een depressie is anders en ook alle mensen in hun omgeving verschillen van elkaar. Er zijn dan ook geen kant-en-klare recepten voor het omgaan met mensen die depressief zijn. In dit hoofdstuk geven we dan ook alleen enkele algemene richtlijnen waar u in de omgang met de ander rekening mee kunt houden. U zult deze handreikingen zelf moeten 'vertalen' naar de concrete situaties van alledag.

We bespreken in dit hoofdstuk acht manieren waarop u mensen met een depressie kunt helpen. In het schema ziet u ze allemaal op een rijtje.

ACHT MANIEREN OM MENSEN DIE DEPRESSIEF ZIJN TE HELPEN

1. INFORMATIE VERZAMELEN

Om te begrijpen wat de persoon met een depressie doormaakt en om misverstanden over depressies uit de wereld te helpen, is het belangrijk om informatie over depressies te verzamelen. Om goed met de persoon die depressief is om te kunnen gaan is het belangrijk dat u weet wat hij heeft en wat hij voelt. In dit boek vindt u al veel informatie en het feit dat u dit leest, betekent eigenlijk dat u wat dit betreft al een eind op de goede weg bent. Maar er is natuurlijk nog veel meer informatie over depressies, in boeken, brochures en tijdschriften. Ook ervaringen van anderen, die ook met een depressie te maken hebben gehad, kunnen zeer verhelderend zijn. En u hoeft ook niet te schromen om een hulpverlener op te bellen met vragen die u heeft.

2. PROBEER NIET DE DEPRESSIE TE GENEZEN

Het is nu al bijna zes jaar aan de gang met mijn vrouw. Ze heeft alle behandelingen die er zijn wel zo ongeveer gehad. Niets helpt. Nu is ze ook weer opgenomen in het psychiatrische ziekenhuis. Als ik terug kijk op die zes jaar, dan ben ik eigenlijk al die tijd bezig geweest met haar. Zonder dat ik me daar echt bewust van was, heb ik al die tijd het idee gehad dat ik min of meer verantwoordelijk ben voor haar. Alles heb ik gedaan om haar te helpen. En telkens als het duidelijk werd dat ze weer depressief was, had ik het idee dat dat aan mij lag. Niet helemaal natuurlijk, maar wel voor een deel. Dat ik niet genoeg mijn best had gedaan. Dat ik nog meer moest doen. En dan deed ik er nog een schepje bovenop. Ik ben er heel lang zelf overspannen van geweest. Tot ik tegen de psychiater die haar behandelde over mijn situatie

vertelde. We hebben toen een paar hele goede gesprekken gehad, waar mijn vrouw trouwens gewoon bij zat. In die gesprekken werd me duidelijk dat ik die depressie niet kan wegnemen en er ook niet verantwoordelijk voor ben. Dat heeft me veel rust gegeven. Ik kijk nu veel objectiever naar de situatie en kan ook veel gemakkelijk dingen voor mezelf doen.

In het vorige hoofdstuk hebben we ook al benadrukt dat familieleden niet de oorzaak zijn van een depressie en dat zij de depressie niet kunnen verminderen of wegnemen. Het is goed om de ander te ondersteunen waar dat kan, maar u bent niet verantwoordelijk voor de ziekte van de ander. Ook is het goed om met de ander te praten over wat er in hem omgaat, maar het is niet goed om 'de therapeut' te gaan spelen. Het genezen van de depressie moet door een arts of therapeut gebeuren.

Voor familieleden is het vaak gemakkelijk om te zien wat de behoeften van de ander zijn. Het lijkt zo eenvoudig. Maar dat komt omdat u niet depressief bent. Voor de persoon met de depressie is het niet zo eenvoudig en het is geen hulp als u aangeeft wat de ander zou moeten doen. De depressie is de ziekte van de ander en niet van u. De ander zal er iets op moeten vinden en hoe eenvoudig dat voor u wellicht schijnt, toch zal de ander zijn eigen manier moeten vinden om ermee om te gaan.

3. MAAK HET LEVEN EENVOUDIGER

Stelt u zich eens voor dat u alles in een vertraagd tempo moet doen, terwijl om u heen van alles in sneltreinvaart gebeurt. U kunt zich niet concentreren, niet goed nadenken, niet goed luisteren naar wat anderen zeggen. Toch is dat zo ongeveer wat veel mensen met een depressie meemaken. Het kan daarom behulpzaam zijn om het leven zo eenvoudig mogelijk te maken.

Ik vroeg vader 's middags vaak wat hij die avond wilde eten. Hij keek me dan een beetje verwilderd aan, stotterde wat en wist het eigenlijk gewoon niet. Ik ben daar op een dag gewoon mee gestopt. Je zou denken dat hij het wel fijn vond om zelf te kunnen kiezen wat hij at, maar hij vond het alleen maar belastend. Veel te moeilijk om over al dat soort dingen besluiten te moeten nemen. Dus toen ben ik gewoon zelf gaan bepalen wat hij at. Ik zei daarna gewoon: 'Vader, ik kom om een uur of vijf het eten brengen.' En dat vindt hij wel zo prettig. Volgens mij heeft hij ook gewoon geen zin om te eten. En als ik hem vraag wat hij wil eten, wordt hij daar alleen maar aan herinnerd.

Het kan erg behulpzaam zijn om de patiënt zoveel mogelijk rompslomp te besparen. Daarbij kunt u bijvoorbeeld denken aan het uit handen nemen van onnodige besluiten, zoals in het bovenstaande voorbeeld. Maar ook over de kleren om te dragen, wat te gaan doen, waarnaar te kijken op de televisie, en dergelijke. Ook kan het nuttig zijn om stapels post van het bureau weg te werken en rommel op te ruimen. Dat kost natuurlijk het nodige werk van u, bij alles wat u al moet doen. Maar het is misschien een troost dat u van de rompslomp die u weg werkt ook zelf geen last meer hebt.

Verder kan het in situaties waarin de patiënt moeite heeft om gesprekken te volgen, nuttig zijn om ook te proberen eenvoudiger te spreken: Korte zinnen en een langzamer tempo. Ook kunt u proberen als er meer mensen aanwezig zijn om te vermijden dat iedereen door elkaar gaat praten. Dit kan ertoe bijdragen dat de patiënt beter kan volgen wat er gezegd wordt. Het is daarbij wel van belang dat u de patiënt als een volwaardig mens blijft behandelen.

4. BETER COMMUNICEREN

Het is gemakkelijk om conflicten te krijgen met iemand die depressief is. Vaak heeft dat te maken met het 'rad van de depressieve interactie' dat in het kader beschreven staat. Conflicten tussen mensen die depressief zijn en hun familieleden hebben natuurlijk ook vaak te maken met de relatie die zij hadden voordat de patiënt depressief werd. Het is bekend dat veel mensen die depressief zijn relatieproblemen hebben met hun partner.

Goede communicatie is erg belangrijk in alle relaties, maar speciaal als iemand met een depressie kampt. Maar wat is goede communicatie dan? De vooraanstaande Amerikaanse psychiater David Burns zegt dat goede communicatie twee kenmerken heeft. U noemt uw gevoelens open en direct tegen de ander en u stimuleert dat de ander ook zijn gevoelens noemt. U zegt wat u denkt en voelt, en u probeert te luisteren naar de ander en te begrijpen wat hij denkt en voelt. Slechte communicatie betekent dat u uw gevoelens niet wilt uiten of dat u niet wilt luisteren naar wat de ander vindt en voelt.

Nu is goed communiceren met iemand die depressief is niet altijd even gemakkelijk. Misschien is het erg inspannend voor hem om te praten, misschien kan hij zijn gevoelens niet onder woorden brengen, of misschien 'is hij nooit zo'n prater geweest'.

Voor goede communicatie is het allereerst van belang om aandacht voor de ander te hebben. Het leven van de meeste mensen is gevuld met allerlei alledaagse werkzaamheden en bezigheden, zoals werken, voor het eten zorgen, boodschappen doen, de kinderen verzorgen, hobby's, het verenigingsleven, sporten, enzovoorts, enzovoorts. Echt aandacht hebben voor elkaar is ook binnen het gezin of de familie helemaal niet zo vanzelfsprekend als het lijkt. En toch is dat belangrijk, zeker als er iemand depressief is. Waar het feitelijk om gaat is dat u let op de ander en probeert uit te vinden hoe hij zich echt voelt. U kunt er gewoon naar vragen en er de tijd voor nemen om met hem te praten.

Daarmee komen we bij het tweede punt dat van belang is voor goede communicatie: luisteren naar de ander. Nu is echt luisteren veel moeilijker dan het op het eerste gezicht lijkt. Luisteren is meer dan het horen van de woorden die de ander zegt. Goed luisteren houdt ook in dat u probeert te ontdekken wat de ander precies wil zeggen. En dat schiet er in het leven van alledag vaak bij in.

Goed luisteren houdt in dat u probeert in de schoenen van de ander te gaan staan en te begrijpen wat hij denkt en voelt. U vergeet als het ware even wat u zelf denkt en voelt en concentreert u helemaal op de ander. Eerst gaat u na wat hij denkt. Datgene wat de ander denkt zegt hij meestal ook. Het is zeer behulpzaam in een gesprek als u af en toe in uw eigen woorden samenvat wat de ander zegt. Dat maakt de ander duidelijk dat u echt naar hem aan het luisteren bent en helpt hem om zijn gedachten op een rijtje te krijgen.

Moeilijker maar zeer vruchtbaar is als u ook probeert na te gaan wat de ander voelt. Mensen hebben de neiging om te praten over wat er gebeurd is, wat ze denken, hun meningen. Slechts zelden vertelt iemand direct hoe hij zich voelt. En toch is dat uiteindelijk een van de belangrijkste zaken in het leven. Een goede luisteraar helpt de ander om te ontdekken hoe hij zich voelt. Als luisteraar is het zaak om niet alleen te luisteren naar wat de ander zegt, maar ook om te ontdekken wat er achter de woorden schuil gaat. Als u een idee heeft hoe de ander zich voelt, is het wel zaak om aan de ander te vragen of uw idee klopt, want alleen de ander kan met zekerheid zeggen of uw vermoeden klopt.

Man: Ik belde Joost op om te vragen of hij weer met we wilde gaan tennissen, nu ik weer wat opgeknapt ben. Maar hij zei dat hij sinds ik ziek ben geworden al met iemand anders, Herman, is gaan tennissen en daar eigenlijk mee door wil gaan.

Vrouw: En hij wil niet meer met jou tennissen?

Man: Zoals ik het begrijp niet.

Vrouw: Dan zal je je wel door hem gekwetst voelen?

Man: Ja, nogal.

Vrouw: En heeft hij nog gezegd waarom?

Man: Nou ja, hij zei dat hij het vervelend vond om nu weer tegen Herman te zeggen dat hij voortaan weer met mij gaat tennissen.

Vrouw: Misschien is het dan niet zijn bedoeling om jou te kwetsen, maar weet hij niet hoe hij dit probleem moet oplossen.

Man: Ja, dat kan. Ik had wel het idee dat hij het ook vervelend vond.

Goed luisteren is moeilijker als u zelf een conflict heeft met de ander. Zo lang het nog gaat om iets waar u zelf niet bij betrokken bent, is het gemakkelijker om echt te proberen in de schoenen van de ander te gaan staan. Maar als de ander boos is op u, dan is dat veel moeilijker. U wordt zelf ook boos of vindt de ander onredelijk. De ontwapentechniek kan in zo'n situatie behulpzaam zijn.

De ontwapentechniek is een moeilijke maar ook krachtige techniek die u kunt gebruiken om conflicten te vermijden. Het komt er op neer dat u nagaat of er iets van waarheid zit in wat de ander zegt en hem daar gelijk in geeft. Ook als u vindt dat wat de ander zegt onjuist is. Deze techniek is vooral nuttig als u zich bekritiseerd en aangevallen voelt. Het neemt de wind uit de zeilen van de ander en zorgt dat de rust bijna meteen terugkeert. Hoe onredelijk het ook is wat de ander zegt, het noemen van het (kleine beetje) gelijk van de ander werkt veel beter dan er direct tegen in gaan. Een voorbeeld.

Silvia (21 jaar, sinds drie maanden depressief):

'Moeder, laat me nou toch met rust. Je zit de hele tijd alles voor me te regelen. Als ik wat wil dan doe ik dat zelf wel, hoor!'

Het vervolg: zonder ontwapentechniek

Moeder: Maar kind, je kunt toch niet de hele dag op je kamer blijven zitten. Ik doe het voor je eigen bestwil, hoor!

Silvia: Ik bepaal zelf wel wat goed voor me is' (ze wordt steeds bozer).

Moeder: (voelt zich miskend, raakt geïrriteerd) 'Ik denk toch dat je daarbij onze hulp nog wel goed kunt gebruiken!

Silvia: Laat me toch met rust! (loopt kwaad weg en slaat de deur achter zich dicht).

Het vervolg: met ontwapentechniek

Moeder: Ja, het klopt wel dat ik veel voor je wil regelen.

Silvia: (is meteen al veel minder boos) `Het lijkt wel of niks alleen kan.

Moeder: Ik kan me wel voorstellen dat dat voor jou niet goed voelt.

Silvia: (de boosheid is helemaal verdwenen) `Dat gevoel dat ik niks kan heb ik toch al zo vaak.

Voor goede communicatie is het zeer belangrijk dat u goed naar de ander luistert, maar het is niet het enige. Het is zeker net zo belangrijk dat u tegenover de ander ook open en direct bent over uw eigen gedachten en gevoelens. Dit is bij alle gesprekken belangrijk, maar bij conflicten is het absoluut noodzakelijk. Door open te zijn over uw gevoelens zult u zelfs vele conflicten kunnen voorkomen. In het volgende hoofdstuk (onder `leren opkomen voor uzelf') gaan we concreet in hoe u op een goede manier uw eigen gevoelens kunt uiten, zonder over de gevoelens van anderen heen te stappen. In de psychologie wordt dit ook wel `assertiviteit' genoemd.

Een valkuil bij goede communicatie is dat u probeert de problemen van de ander op te lossen. We hebben al eerder gezegd dat het voor familieleden niet mogelijk is om de depressie van de ander te genezen, hoe hard u ook uw best doet daarvoor. Maar ook in andere situaties is het beter om alleen maar te luisteren naar wat de ander vertelt en te ontdekken wat hij daarbij werkelijk voelt. Dat luisteren en meedenken is zoals we zagen al erg moeilijk, maar wel zeer behulpzaam. De meeste mensen die over problemen praten verlangen van de luisteraar vooral dat luisterend oor, geen oplossing. Als er eenvoudige oplossingen voor de problemen zouden bestaan, dan zou de ander deze ook zelf wel kunnen ontdekken.

5. VERMIJD TE VEEL KRITIEK EN TE VEEL BETROKKENHEID

Familieleden zijn nooit 'de oorzaak' of 'de schuld' dat iemand een depressie krijgt. In het verleden, vooral in de zeventiger jaren toen de zogeheten 'antipsychiatrie' hoogtij vierde, werd dit wel nogal eens gedacht. Nu weten we dat depressies waarschijnlijk veroorzaakt worden door een samenspel van allerlei factoren tegelijkertijd. In hoofdstuk 1 hebben we daar al het nodige over gezegd. Dat betekent ook dat er nooit één oorzaak is. Dus hoe familieleden met de persoon met de depressie omgaan kan nooit 'de oorzaak' zijn.

Wat wel steeds duidelijker wordt is dat het voor patiënten niet goed is als familieleden al te kritisch zijn of juist als zij te zeer betrokken zijn bij de patiënt. Dat betekent niet dat dit gedrag van familieleden de oorzaak van de depressie is. Maar als iemand hersteld is van een depressie kan het vermijden van te veel kritiek en te veel betrokkenheid wel ervoor zorgen dat de patiënt minder snel opnieuw depressief wordt. Het voorkomt wat ook wel 'terugval' genoemd wordt. Zoals in het vorige hoofdstuk al werd aangegeven, is dit door de bekende psychiater Rigo van Meer weleens vergeleken met een hartpatiënt. Als een hartpatiënt gaat hardlopen kan hij pijn in de borst krijgen. Hij kan die inspanning niet aan. Maar het trimmen is natuurlijk niet de oorzaak van zijn hartkwaal. Het heeft alleen invloed op een bepaald symptoom. Zo is het ook met de kritiek en betrokkenheid van familieleden. Deze veroorzaken niet de depressie maar kunnen wel klachten tot gevolg hebben als iemand al een depressiepatiënt is.

Wat houdt dat nou precies in, dat vermijden van te veel kritiek en betrokkenheid? Het is het beter voor de patiënt als familieleden weinig kritiek hebben, zich niet al te druk maken over zijn gedrag en zich niet intensief met hem bemoeien. Kortom, een wat afstandelijke houding is goed voor de patiënt. Als er veel spanningen optreden, in werkelijkheid of alleen in de gedachten van de patiënt, trekken veel mensen die depressief zijn zich ook een beetje terug. Ze gaan confrontaties uit de weg, gaan in een andere kamer zitten, zonderen zich wat af of gaan er even tussen uit. Dit kan men zien als een gezonde reactie op te veel stress.

Er zijn geen algemene regels te geven hoe men dat vermijden van te veel kritiek en betrokkenheid nou concreet kan doen. Iedereen zal daarvoor zijn eigen manier moeten zoeken. Het kan daarbij heel behulpzaam zijn om daar met de patiënt over te praten. Wat hij wel kan hebben en wat niet. Meestal is de patiënt heel goed in staat om dat concreet aan te geven.

6. ZORG GOED VOOR UZELF

Het lijkt misschien wat vreemd dat het advies om goed voor uzelf te zorgen genoemd staat bij handreikingen voor het omgaan met mensen die depressief zijn. Toch noemen we dit hier heel bewust. Het hebben van een partner, ouder of kind die depressief is, is een zeer belastende situatie. Als u in deze situatie niet goed voor uzelf zorgt, loopt u een grote kans om overbelast of overspannen te raken. Het is zeker geen uitzondering als familieleden door de belastende situatie waarin zij verkeren zelf een depressie of andere psychische klachten krijgen. En wanneer u overbelast raakt bent u niet langer in staat om de patiënt goed te ondersteunen. Dus het is niet alleen voor uzelf van belang dat u ook goed voor uzelf zorgt, maar zeker ook voor de persoon die met de depressie kampt. Het zorgen voor uzelf is zo'n belangrijk onderwerp dat we het hele volgende hoofdstuk daaraan gewijd hebben.

Goed voor uzelf zorgen houdt ook in dat u een positieve houding blijft houden. Dat is niet gemakkelijk als iemand die u na staat depressief is. U heeft dan de neiging om zelf ook minder positief naar uw leven te kijken. Het gevaar dat u zich laat 'meeslepen' in de somberheid en leegte van de ander is zeker niet denkbeeldig. Hoe kunt u nu vrolijk en positief zijn als de ander er zo ellendig aan toe is?! Dat is toch zeker gevoelloos en egoïstisch? Nee, dat is het dus niet. Het is belangrijk dat u opgewekt en emotioneel sterk blijft. Het zorgen voor een persoon met een depressie is een enorme opgave, die veel van uw energie vergt. Het kan veel van uw eigen krachten 'opzuigen'. Om dat vol te kunnen houden, zult u ook uzelf goed moeten verzorgen en uw eigen grenzen in de gaten houden.

Belangrijk bij het zorgen voor uzelf is ook dat u om hulp vraagt wanneer dat nodig is. Mensen zijn trotse wezens. Vragen om hulp is iets wat niemand graag doet. Het liefst doppen we onze eigen boontjes. 'Ik ben toch zeker mans genoeg om mijn eigen problemen op te lossen?' Het zoeken van hulp bij anderen zien we als teken van zwakte en het laatste wat we willen is om 'onze vuile was buiten te hangen'. Zo hebben mensen allerlei redenen om géén hulp in te roepen, ook al is het nog zo nodig. Toch is hulp erg belangrijk. Het stelt u in staat om langer de zorg voor uw familielid vol te houden en het zorgt ervoor dat u zelf uw hoofd beter boven water kunt houden. In hoofdstuk 4 staat beschreven hoe en waar u hulp kunt vinden. Maar we benadrukken de noodzaak van het tijdig inschakelen van hulp ook hier, omdat het uiteindelijk ook voor de persoon met de depressie erg belangrijk is dat u uw hoofd boven water kunt houden. Ook voor de patiënt is het van belang dat u tijdig hulp voor uzelf inroept en zorgt dat u niet overbelast raakt.

Het 'rad van de depressieve interactie'

Het is niet altijd gemakkelijk om confrontaties met depressieve mensen uit de weg te gaan. Veel conflicten tussen familieleden en depressieve mensen hebben te maken met wat ook wel met een moeilijke term het 'rad van de depressieve interactie' wordt genoemd.

Zoals we in het eerste hoofdstuk al zagen gebeuren er geen echt 'vreemde' dingen met de depressieve persoon. Hij heeft doorgaans geen waandenkbeelden, ziet geen dingen die er niet zijn, en is ook niet overmatig vergeetachtig of achterdochtig. Een depressieve persoon heeft klachten die iedereen wel heeft. Hij is somber, moe, lusteloos en ziet er geen gat meer in. Hoewel deze klachten bij een depressie in ziekelijke mate aanwezig zijn, is het voor veel mensen in de omgeving niet zo duidelijk dat hij echt ziek is. De indruk die de depressieve persoon op zijn omgeving maakt, is dat hij zwak en hulpeloos is. Zonder dat hij dat met zoveel woorden hoeft te zeggen, laat hij aan zijn familieleden weten: 'Ik kan het niet meer aan. Help me alsjeblieft.'

U als familielid bent doorgaans graag bereid die hulp te geven. Hoe meer u betrokken bent bij de ander, des te heviger is uw aandrang om te helpen. Familieleden vragen dan aan de ander hoe ze kunnen helpen en verzinnen zelf allerlei dingen om hem uit zijn ellende te halen. Maar de depressieve persoon reageert traag of mat of misschien zelfs helemaal niet. Het lijkt soms wel of hij helemaal niet zo geïnteresseerd is in anderen en ook niet in hulp die hem van zijn ellende kan verlossen. Hij laat het maar gebeuren.

U als familielid kunt dan geïrriteerd raken. Waarom laat de ander zich toch niet helpen? Hij voelt zich toch zo beroerd? Het ene familielid reageert daarop door alleen nog te helpen 'met de handrem erop',

terwijl de ander juist nog meer zijn best gaat doen en er nog een schepje bovenop doet. Maar via gezichtsuitdrukking, lichaamshouding en de manier van praten, komt de boosheid over de 'onwil van de depressieve persoon om zich te laten helpen' toch naar buiten. De depressieve persoon heeft hier een speciale gevoelige antenne voor en denkt: 'Zie je wel dat ik niks waard ben!'

Zijn gevoel van eigenwaarde daalt nog verder. Van binnen wordt de depressieve persoon ook boos op degene die hem wil helpen. 'Zie je wel dat ook hij (het helpende familielid) me niet begrijpt!?' Hij slikt echter zijn boosheid in, want hij is meer dan ooit afhankelijk van anderen. Ook past het inslikken van de boosheid bij de depressie. De depressie verergert verder en de hulp en steun van u als familielid heeft nog minder effect. De irritatie en boosheid hoopt zich op. Soms gaan familieleden de depressieve persoon directe verwijten maken. 'Je moet ook wel je best doen, hoor!' of: 'doe het dan voor de kinderen, want die hebben het er ook maar moeilijk mee'. Sommigen trekken zich terug van de depressieve persoon, waardoor ook weer verwijten en conflicten kunnen ontstaan. Het zal duidelijk zijn dat depressieve mensen en hun familieleden gemakkelijk met elkaar in conflict kunnen komen. Het is vaak zelfs heel moeilijk om conflicten en irritaties te vermijden. Wat kunt u als familielid doen?

Accepteer dat de ander ziek is. Een depressie is een ziekte die behandeling behoeft, ook al gaat het bij de klachten om 'gewone' dingen die iedereen weleens doormaakt (alleen niet in zo'n ziekelijke vorm). Dat betekent dat de depressie niet over zal gaan door uw hulp, hoe goed bedoeld (en nuttig!) ook.

Probeer ook de gevoelens, klachten en problemen van de ander te accepteren. Dat wil overigens niet zeggen dat u het ermee eens hoeft te zijn. Vermijd in ieder geval om de ander er verwijten over te maken. Zeg dus niet 'wat ben je toch een zwartkijker'.

Wees niet te snel met hulp en advies. Als de problemen zo snel opgelost zouden kunnen worden, dan had de depressieve persoon dat zeker allang zelf gedaan. Blijkbaar is het niet zo gemakkelijk als het lijkt om een oplossing te vinden.

7. LET NA HERSTEL OP SIGNALLEN DIE DUIDEN OP TERUGVAL

De meeste depressies komen na een succesvolle behandeling niet meer terug. Het komt echter ook regelmatig voor dat de patiënt na verloop van tijd opnieuw een depressie krijgt. Soms komt een depressie herhaaldelijk terug. Het is niet bekend waarom bij de ene persoon een depressie wel terug komt en bij de ander niet. Het heeft in ieder geval niets te maken met het feit of de patiënt wel genoeg 'zijn best doet'. De patiënt is het niet zelf schuld dat hij opnieuw depressief wordt. Ook patiënten die er alles voor doen om beter te worden kunnen terugvallen.

Nadat de patiënt hersteld is, is het belangrijk om te letten op signalen die duiden op terugval. Veel depressieve mensen en hun familieleden hebben daar moeite mee. Het liefst vergeten zij die moeilijke periode in hun leven zo snel mogelijk. Toch is dat niet verstandig. Waarschijnlijk zal de depressie inderdaad niet terugkomen.

Maar de kans dat het wel gebeurt is te groot om er onachtzaam mee om te gaan. Door snelle herkenning van signalen die duiden op terugval kan ook snel een volgende behandeling plaatsvinden. Daardoor kan worden voorkomen dat een nieuwe depressie doorbreekt. Dat voorkomen van een nieuwe depressie is extra belangrijk. Want hoe meer depressies iemand heeft gehad, des te groter is de

kans om er nog een te krijgen. Niet alleen de patiënt zelf kan alert zijn op signalen die duiden op terugval. Ook u als familielid kunt letten op dergelijke signalen. U kunt doordat u van een afstand naar de patiënt kijkt, snel in de gaten hebben dat er iets mis is. Het gebeurt niet zelden dat bijvoorbeeld de partner sneller dan de patiënt zelf ziet dat er opnieuw een depressie dreigt.

Ik zag meteen dat het weer mis ging met hem. Hij kwam thuis van werk en ik zag die blik in zijn ogen weer. Ik kon me natuurlijk vergissen, maar toen hij depressief was kon hij me op zo'n bepaalde manier aankijken. En dat deed hij nu weer. Ik vroeg: 'Herman, het gaat toch wel goed met je?' En toen was die blik meteen weer verdwenen en hij lachte naar me. Maar de dag daarna stond hij op en zei: 'Ik voel me ellendig'. En ik wist dat ik de dag tevoren gelijk had gehad. We zijn toen meteen terug gegaan naar de psychiater, want die had gezegd dat we altijd terug konden komen. Hij kreeg toen weer medicijnen en was er eigenlijk weer bovenop voordat de depressie echt goed doorbrak.

Welke signalen duiden op een terugval? Helaas bestaan ook daar geen vaste regels voor. De signalen verschillen sterk van persoon tot persoon. Ieder zal voor zichzelf moeten nagaan welke signalen in zijn situatie erop duiden dat er een nieuwe depressie op komst zou kunnen zijn. U kunt daar met de patiënt over praten. U kunt ook samen een lijstje opstellen waar u bijvoorbeeld de vijf belangrijkste signalen op schrijft. Het kan daarbij behulpzaam zijn om naar de voorgaande depressie te kijken. Wat waren, achteraf gezien, toen de signalen die het begin van de depressie aankondigden. Bij de een zijn dat moeheid en lusteloosheid, bij een ander slecht slapen en gebrek aan eetlust, en bij weer anderen lichamelijke klachten en geen zin om te vrijen. Ook familieleden kunnen van alles zien dat erop duidt dat een nieuwe depressie dreigt. Soms is het de blik in de ogen van de ander, zijn manier van doen of hoe hij zich opstelt tegenover anderen.

8. LET OP GEVAAR VOOR ZELFDODING

Zeker niet alle mensen die depressief zijn doen pogingen tot zelfdoding. Maar een groot deel van hen denkt vaak aan de dood, of aan zelfdoding. Sommigen dreigen ermee tegenover familieleden en anderen hebben al eens een poging gedaan of al meerdere malen. Een enkele keer leidt dit tot de dood.

We spreken hier met opzet over 'zelfdoding' en niet meer over 'zelfmoord', want dat wekt de suggestie dat er sprake is van moord. Zelfdoding kan men niet zien als 'moord op jezelf', want moord is een misdaad jegens een ander en zelfdoding is geen misdaad maar het tragische einde van iemand die geen andere uitweg meer zag. Suïcide is een term die ook wel gebruikt wordt voor zelfdoding, maar dat is meer een 'vakterm' en daarom gebruiken we die hier niet.

Zelfdoding is ook voor veel familieleden een bron van zorg. Een dreigende zelfdoding is een zeer beangstigende gebeurtenis. Als uw familielid over zelfdoding praat, is het belangrijk om hem serieus te nemen. Er wordt weleens gezegd dat mensen die over zelfdoding praten, het niet zullen doen. Dit is echter een fabeltje. De meeste mensen die zichzelf doden hebben daarover vooraf gesproken of minder zichtbare signalen gegeven. Minder zichtbare signalen zijn bijvoorbeeld het weggeven van persoonlijke bezittingen of het praten in termen van 'als ik er niet meer ben'.

Vaak realiseren de nabestaanden zich pas achteraf dat betrokkene al langer bezig was 'afscheid te nemen'. Overigens kan men het de familieleden nooit kwalijk nemen als ze het niet hebben zien aankomen. Verderop komen we daar nog op terug.

Als u het vermoeden heeft dat uw familielid weleens over zelfdoding zou kunnen denken, dan kunt u er het beste met hem over praten. Sommige mensen zijn bang dat ze de ander daardoor 'op ideeën brengen'. Deze angst is niet terecht. Het is juist verkeerd om er niet over te praten. Door er niet over te praten komt de persoon met de depressie alleen te staan met zijn plannen om er een eind aan te maken. Dit zorgt ervoor dat hij geïsoleerd en nog depressiever wordt. Gewoon ernaar vragen is het beste. In het schema hieronder vindt u enkele vragen die u daarbij behulpzaam kunnen zijn. Het is daarbij wel van belang dat u bedenkt dat die vragen alleen hulpmiddelen zijn. Het is niet mogelijk om daarmee met honderd procent zekerheid vast te stellen of iemand al dan niet zelfdoding overweegt.

Vragen die kunnen helpen om het gevaar van zelfdoding bij een depressief familielid te kunnen inschatten

- Heb je weleens het gevoel dat alles hopeloos is, dat het nooit meer beter zal gaan?
Meer dan de helft van de mensen die depressief zijn, hebben gevoelens van hopeloosheid. Deze gevoelens gaan vaak samen met gedachten over zelfdoding.
- Denk je vaak na over de dood? Denk je weleens dat het beter zou zijn als je dood bent? Als de patiënt hierop bevestigend antwoordt, dan verlangt hij in zekere zin naar de dood. Maar dat betekent niet automatisch dat hij echt van plan is zichzelf te doden om die wens te realiseren.
- Voel je weleens een aandrang om jezelf te doden?
Als de patiënt hier 'ja' op antwoordt, heeft hij een actieve wens om te sterven. Dit duidt op een ernstig gevaar voor zelfdoding.
- Kun je die aandrang weerstaan, of heb je weleens het gevoel dat het je de baas wordt?
Als de patiënt aangeeft dat hij de aandrang niet altijd kan weerstaan, dan is dat een teken dat de situatie nog ernstiger is.
- Heb je concrete plannen om jezelf te doden?
Als uw familielid inderdaad aangeeft dergelijke plannen te hebben, is het van belang na te gaan hoe concreet die plannen zijn. Kan hij de methode, plaats en tijd aangeven? Hoe concreter de plannen, des te acuter is het gevaar.
- Wanneer wil je jezelf doden?
Als het tijdstip ver weg is ('over drie jaar') is er genoeg tijd om hulp in te roepen. Als het tijdstip dichtbij is, kan het nodig zijn snel hulp te roepen.
- Is er iets dat je tegenhoudt, bijvoorbeeld geloofsovertuigingen of het leed dat je anderen ermee aan doet?
Als de patiënt aangeeft dat het voor anderen ook beter is zonder hem en er is geen andere drempel die hem tegenhoudt, dan is de kans op zelfdoding groter.
- Heb je al eens eerder een poging gedaan?
Eerdere pogingen (ook als ze minder 'serieus' leken) maken de kans op een nieuwe poging groter.
- Zou je met iemand willen praten of hulp zoeken als je wanhopig bent?
Als de patiënt meewerkt en plannen heeft om hulp te zoeken, is het gevaar kleiner dan wanneer hij tegendraads en vijandig is en niet bereid hulp te zoeken.

Als uit het gesprek blijkt dat er inderdaad een acuut gevaar voor zelfdoding is, dan kunt u het beste direct contact opnemen met de huisarts. Deze kan, als hij dat nodig vindt, een psychiater of de crisisdienst van het RIAGG inschakelen. In sommige gevallen, als het acute gevaar voor zelfdoding blijft bestaan, kan er een opname in een psychiatrisch ziekenhuis geregeld worden. In deze situatie is een opname ook mogelijk als de patiënt dat zelf niet wilt.

Zelfdoding is voor de patiënt het laatste redmiddel, de enige uitweg uit een ondraaglijk lijden. Hij is niet meer in staat de overweldigende psychische pijn te dragen. Hij voelt zich hulpeloos en hopeloos en denkt dat de pijn nooit meer over gaat. Zelfdoding is het enige dat nog een uitweg lijkt te bieden.

Soms komt een patiënt heel bewust tot het besluit om zichzelf te doden. Dat is meestal het geval wanneer de ziekte al vele jaren voortsleept en er in de ogen van de patiënt geen uitzicht op verbetering meer is. Het besluit om zichzelf te doden geeft de patiënt vaak een zekere rust, waardoor het voor familieleden lijkt of de ziekte aan het opklaren is. De zelfdoding komt dan als een volledige verrassing. 'Het ging juist zo goed de laatste tijd', zeggen familieleden dan achteraf.

Sommige patiënten 'dreigen' met zelfdoding tegen hun familieleden.

'Ik stap in de auto en rij tegen een boom aan' zei hij en liep de deur uit. En ik liet hem gaan. Achteraf heb ik nog vaak gedacht hoe het toch mogelijk is dat ik niet achter hem aan ben gegaan. Maar ik kon het gewoon niet meer. Ik dacht 'als je er echt een eind aan wil maken, dan moet dat maar'. Op de een of andere manier gaf het me zelfs een gevoel van rust. Ik was al zo vaak achter hem aan gegaan, ik had al zo veel van mezelf opgeofferd. Nog verder gaan, nog meer van mezelf opgeven, ik kon het gewoon niet meer. Ik ben in de keuken het eten gaan klaarmaken en ik heb nog wat wezenloos door het huis rondgelopen. Ik zat op de bank naar buiten te kijken toen hij anderhalf uur later terug kwam. Ik zag hem aan komen rijden. Ik voelde van alles door elkaar: opluchting dat hij het niet gedaan had, woede dat hij mij hier zo had laten zitten, en ergens in mijn achterhoofd ook iets van teleurstelling, dat alles nu gewoon verder zou gaan.

Het omgaan met patiënten die dreigen met zelfdoding is uitermate moeilijk. Zoals gezegd dient u zo'n dreiging altijd serieus te nemen en kunt u altijd overwegen de huisarts op te bellen.

In sommige gevallen komt het inderdaad tot zelfdoding. Dat is voor de patiënt zelf maar ook voor de familieleden een zeer ingrijpende gebeurtenis. Het is van belang dat u zich in deze situatie realiseert dat u als familielid nooit verantwoordelijk bent voor de zelfdoding. Als iemand zichzelf doodt is hij altijd zelf degene die daarvoor gekozen heeft.

U gaat een moeilijke tijd tegemoet. Het verliezen van een naaste door de dood is ingrijpend en zeker als betrokkene zelf voor die dood heeft gekozen. U zult een rouwproces doormaken waarin allerlei emoties meespelen: ontkenning, schuld en schaamte, woede en somberheid. Deze emoties horen onlosmakelijk bij het rouwproces en om uiteindelijk tot aanvaarding van het verlies te komen zult u deze emoties moeten doormaken. De vraag waarom betrokkene zichzelf heeft gedood, zal een centrale rol spelen bij dat rouwproces. Uiteindelijk, vaak pas na een of meerdere jaren, zult u tot acceptatie komen. Dat houdt niet in dat u de overledene zult vergeten, maar dat u zult leren leven met de leegte die hij achter heeft gelaten.

TEN SLOTTE

In dit hoofdstuk is veel aan de orde geweest. De meeste adviezen die gegeven zijn voor het omgaan met en ondersteunen van de patiënt zijn echter nogal algemeen. Het zijn geen kant-en-klare recepten die u direct in het dagelijkse leven kunt gebruiken. Dergelijke recepten bestaan ook niet. U zult daarom goed bij uzelf na moeten gaan hoe u de algemene richtlijnen die hier gegeven zijn, in uw situatie kunt gaan toepassen.

3 DE GEVOLGEN VAN DE DEPRESSIE VOOR DE OMGEVING

In hoofdstuk 1 zagen we dat ruim de helft van de patiënten slechts één maal last van heeft van een depressie. De rest heeft er vaker mee te maken. Bij 15% wil de depressie maar niet overgaan. De ziekte wordt dan chronisch.

Hoe langer de depressie duurt, des te belastender wordt het ook voor de mensen in de omgeving van de patiënt. In dit hoofdstuk staat die belasting voor familieleden centraal. Allereerst gaan we in op de gevolgen van de depressie voor familieleden: wat betekent de depressie voor u? Daarna gaan we in op de maatregelen die u kunt nemen om overbelasting bij uzelf te voorkomen.

WAT BETEKENT DE DEPRESSIE VOOR U?

Het helpen en ondersteunen van iemand met een depressie doen de familieleden uit liefde. De band die men met de patiënt heeft is de drijfveer om voor hem te blijven zorgen en hem te steunen. Voor de meeste familieleden is het vooral vanzelfsprekend dat zij de ander in deze moeilijke tijden helpen en ondersteunen. Het helpen van de ander geeft ook voldoening en men is blij dat men iets voor de patiënt kan doen.

Zij heeft mij indertijd toch ook maar opgevoed. Ik ben blij dat ik nu iets terug kan doen. Ik zou eigenlijk nog veel meer willen doen, maar ja, ik heb ook een eigen gezin waar ik voor moet zorgen. Ik ga er wel elke dag even langs en bel haar dan ook nog meestal een keer op. Het is wel heel druk, hoor, en het valt zeker niet altijd mee. Maar als ik haar dan weer zie en zie hoe ellendig ze zich voelt, dan steekt dat echt door mijn hart. Elke keer weer. Dan zou ik alles willen doen om haar laatste jaren nog dragelijk te maken?

Twintig jaar zijn we nu met elkaar getrouwd. Lief en leed hebben we met elkaar gedeeld. Dan probeer je je vrouw toch ook te helpen als het niet goed met haar gaat? Daar heb ik heel veel voor over. Logisch, toch?

NEGATIEVE GEVOELEN

Naast de liefde voor de ander en de voldoening die de zorg kan geven, roept een depressie bij familieleden ook allerlei negatieve gevoelens op. Zo kampen veel familieleden met angst voor wat er nog komen gaat. Zal de depressie ooit nog wel overgaan? En hoe moet dat dan in de toekomst? In het vorige hoofdstuk zagen we al dat veel familieleden ook te maken hebben met de angst voor zelfdoding van de patiënt. Verder hebben de familieleden te maken met kwaadheid. De kwaadheid kan zich richten op de situatie waarin u verkeert. Waarom moet dit nu juist u treffen. 'En ik had al zoveel aan mijn hoofd'. De boosheid kan zich ook op de depressieve persoon richten. Nu komt de boosheid in elke intieme relatie voor, net als liefde en genegenheid. Alleen als mensen onverschillig tegenover elkaar staan, komen noch kwaadheid noch genegenheid voor. Het is dan ook vanzelfsprekend dat familieleden ook weleens boos zijn.

In het vorige hoofdstuk zagen we echter al dat familieleden en depressieve mensen heel gemakkelijk in een spiraal van boosheid en conflicten terecht kunnen komen. Daar hebben we ook al beschreven hoe u die conflicten kunt vermijden. Boosheid ten slotte kan zich verder ook richten op mensen in uw omgeving of een hulpverlener waar u mee te maken heeft.

Ik denk dat mijn man meer steun krijgt van mijn familie dan van zijn eigen familie. Die mensen die komen eens in de zoveel tijd eens langs, horen hoe het gaat en vertrekken dan weer. Ze bellen nooit op en je merkt aan niks dat het ze ook maar iets interesseert. Terwijl als je bedenkt wat daar vroeger allemaal gebeurd is... Ik weet zeker dat de depressie van mijn man daar alles mee te maken heeft. Ik kan me daar vreselijk boos over maken. Die ongeïnteresseerdheid! Ik zou ze wel wat kunnen doen! Maar ja, wat helpt dat? En mijn man is er al helemaal niet bij gebaat als we ruzie krijgen?

Verder komen schuldgevoelens veel voor bij familieleden. Familieleden kunnen allerlei redenen hebben om zich schuldig te voelen. Sommigen voelen zich bijvoorbeeld schuldig omdat ze zichzelf verantwoordelijk achten voor de depressie.

Eigenlijk kan ik niets voor mezelf doen zonder me schuldig te voelen. Ik heb altijd het gevoel dat ik voor mijn man thuis moet zijn, nu hij zo ziek is. En als ik dan toch iets ga doen, bij een vriendin op bezoek of even voor mezelf de stad in, dan knaagt dat de hele tijd aan me.

Er zijn nog allerlei andere redenen voor familieleden om zich schuldig te voelen. Als ze het idee hebben dat hun manier van omgaan met de patiënt de depressie veroorzaakt heeft. Als ze zichzelf erop betrappen dat ze misschien minder van de ander zijn gaan houden. Als ze merken dat ze het niet meer aankunnen en ze eigenlijk een opname in een psychiatrisch ziekenhuis zouden wensen.

Schuldgevoelens kunnen hardnekkig zijn. Dat heeft te maken met de algemeen menselijke neiging om verklaringen te zoeken. Mensen willen graag weten waarom dingen gebeuren. Door verklaringen en redenen te vinden waarom de ander depressief is geworden, krijgen familieleden het idee dat ze er ook controle over hebben. Het is geen toeval, of het noodlot, dat u heeft getroffen, maar het is iets waar uzelf de controle over wilt hebben. Door beter op te letten, verstandiger te zijn, meer inzet te tonen, kan men het leven in eigen hand houden. Het is beter 'de schuld' te geven, dan te moeten toegeven dat de gebeurtenissen zich voltrekken zonder dat u daar controle over heeft. Omdat schuldgevoelens zo'n belangrijke psychologische betekenis vervullen kunnen ze ook zeer hardnekkig zijn. Vaak schamen familieleden zich. Schaamte kunt u bijvoorbeeld voelen als u zichzelf betrapt op gevoelens van jaloezie ten opzichte van anderen die het beter hebben dan u. Of als u zo verbitterd bent dat u alles en iedereen naar de verdoemenis wenst. Maar u kunt zich ook schamen voor de patiënt. Dat hij zich zo onaangepast gedraagt. Dat hij zwak en hulpeloos overkomt.

Ook verdriet en somberheid zijn gevoelens die familieleden hebben. Eigenlijk wordt u dan zelf ook een beetje depressief door de situatie. Verdriet is psychische pijn om wat voorbij is. U kunt verdrietig zijn vanwege het lijden van de patiënt: u voelt als het ware mee met de pijn van de ander. Ook kunt u verdrietig zijn omdat de depressie uw relatie verstoord heeft, of omdat de harmonie in uw gezin verstoord is. U kunt verdriet hebben omdat er niets terecht komt van de plannen die u had, omdat vrienden u in de steek laten.

En als ik haar dan zo zie zitten, daar op de bank, zo klein, zo ineengedoken, zo bleek, dan kan ik opeens ontzettend verdrietig worden. Dan zou ik zo in janken kunnen uitbarsten. Dan denk ik aan het verdriet en de ellende en de pijn van de afgelopen twee jaar. Als ze daar zo zit is ze niet meer dan een klein zielig hoopje verdriet, een fragiel en hopeloos vogeltje. Dan zou ik alles willen doen om te helpen, maar er is niks wat ik kan doen en misschien doet dat nog wel het meeste pijn van allemaal. Dat ik niks kan doen.

Familieleden lopen het risico dat ze in eenzaamheid verstrikt raken. Eenzaamheid betekent eigenlijk dat u minder contacten heeft met anderen dan u graag zou willen. Sommige mensen hebben veel contacten nodig, om zich niet eenzaam te voelen, andere weinig.

Ook de kwaliteit van de contacten is belangrijk. Een goede vriend kan meer betekenen dan tien oppervlakkige kennissen. Contacten in de directe omgeving, uw partner, kinderen of ouders, zijn voor iedereen belangrijk. Door een depressie verandert vaak het contact met de patiënt, waardoor familieleden zich eenzaam kunnen gaan voelen.

Mijn vrouw is eigenlijk niet meer geïnteresseerd in hoe het met mij gaat. Vroeger wel, hoor, dan wilde ze alles weten wat er gebeurd was op het werk, op de voetbalclub. Maar nu heeft ze genoeg aan zichzelf. Ze vraagt nog wel eens naar mijn werk Enso, maar dan merk je aan alles dat ze dat alleen uit een soort plichtsbesef doet, omdat ze vindt dat ze dat moet doen. Maar die echte interesse in mij is er niet meer. Dan kan ik me heel eenzaam voelen. Want ik sta er dan toch eigenlijk maar helemaal alleen voor?

Ook contacten met vrienden, de familie, burens en kennissen veranderen vaak door de depressie. Veel mensen in de omgeving weten niet goed hoe ze met een depressieve persoon om moeten gaan. Eigenlijk weten ze zich geen raad met de situatie. Sommigen verbreken daardoor het contact of laten nog maar weinig van zich horen. Anderen voelen zich meer betrokken bij wat er gebeurt. 'Je leert in zo'n situatie wel je echte vrienden kennen', zeggen veel familieleden.

OMGAAN MET GEVOELENS

In het voorgaande zijn allerlei gevoelens aan bod gekomen die u als familielid van een depressief persoon kunt hebben. Hoe kunt u het beste omgaan met die gevoelens. Allereerst is het belangrijk dat u uw gevoelens erkent en ze niet wegdrukt of ontkent. Gevoelens zijn signalen die aangeven hoe belangrijk iets voor u is. Een hevig gevoel betekent dat iets erg belangrijk voor u is. Gevoelens die u wegdrukt of ontkent zorgen voor spanningen, ze putten u als het ware uit. In dit hoofdstuk komen we nog terug op die spanningen. Om uw gevoelens te hanteren is het belangrijk om uzelf ervan bewust te worden. Het kan daarbij een hulp zijn om er met een ander die u vertrouwt over te praten of om de gevoelens op te schrijven, bijvoorbeeld in een dagboek.

Behalve het erkennen en bewust worden van uw gevoelens is het belangrijk om uw gevoelens niet te veroordelen. Als het is gelukt om uw gevoelens te ontdekken, heeft u waarschijnlijk ook minder positieve gevoelens ontdekt: gevoelens van angst, verbittering, wanhoop, boosheid en schaamte. Het zijn allemaal gevoelens die horen bij het verwerkingsproces dat u doormaakt. Het zijn normale gevoelens. Negatieve gevoelens maken u niet tot een slecht mens. Daar zijn slechte daden voor nodig.

Om uw gevoelens te hanteren is het praten erover belangrijk. Zoals we zagen kan praten u helpen om uw gevoelens te ontdekken. Maar daarnaast kan erover praten ook helpen bij het verminderen van

negatieve gevoelens en het genieten van de positieve gevoelens. 'Gedeelde smart is halve smart, gedeelde vreugde is dubbele vreugde', wordt wel gezegd en dat is in deze situatie zeker waar.

Het is het beste om gevoelens die u heeft te bespreken met degene waar die gevoelens betrekking op hebben. Vaak hebben uw emoties te maken met de depressieve persoon en het is ook het beste deze gevoelens met hem te bespreken. Familieleden hebben weleens het idee dat ze de ander daarmee nog eens extra belasten of ze bespreken deze gevoelens niet omdat ze denken dat de ander ze toch niet begrijpt. Dat is meestal onnodig, want meestal is de ander best bereid en in staat te luisteren en het kan zelfs leiden tot meer begrip en toenadering.

We praatten best veel met elkaar, maar eigenlijk ging het altijd over hem. Over zijn werk, over wat hij voelde en dacht en wat hij moest doen om uit zijn depressie te komen. Maar over mij hadden we het eigenlijk nooit. En ik had natuurlijk ook mijn eigen sores. Maar ik ben nou eenmaal iemand die zichzelf gemakkelijk wegcijfert. En hij voelde zich ellendig. Maar toen dat met mijn moeder gebeurde kon ik het ook niet meer houden. Ik heb toen een hele avond tegen hem aan zitten praten. Ook over wat zijn depressie nou eigenlijk allemaal voor mij betekende. En dat luchtte heel erg op. Heerlijk, alsof ik alle ramen open gegooid had. En mijn man, het was een heel ander persoon. Hij was heel zorgzaam en luisterde heel goed naar me. Vooral dat was zo fijn. Terwijl ik eerder gedacht zou hebben dat hij helemaal niet in staat was om zo te zijn. Toen wist ik ook weer waarom ik hem zo graag help en steun. Ik hou gewoon van die man.

Soms is het niet altijd mogelijk om uw gevoelens te bespreken met de ander. Bijvoorbeeld als u conflicten heeft. U moet dan op zoek gaan naar iemand anders die u als klankbord kunt gebruiken. In hoofdstuk 4 zullen we daar verder op in gaan.

PRAKTISCHE GEVOLGEN VAN EEN DEPRESSIE

Behalve emotionele gevolgen kan een depressie ook hele praktische gevolgen hebben, die ook voor de familieleden ingrijpend zijn. Bijvoorbeeld als een man vanwege zijn depressie niet meer kan werken en daarom de hele dag thuis zit. Zeker als zijn vrouw niet werkt betekent dit dat zij voortdurend op elkaars lip zitten. Een ander voorbeeld is de moeder van kleine kinderen die opeens opgenomen wordt in een psychiatrisch ziekenhuis. De vader moet dan zijn werk combineren met de zorg voor de kinderen.

Soms heeft een depressie ook financiële gevolgen: Extra kosten voor kinderopvang, medische zorg, psychotherapie.

STRESS EN OVERBELASTING

Als iemand in uw omgeving last heeft van een depressie dan betekent dat voor u een belasting. Stress wordt dit tegenwoordig ook wel genoemd. Meestal denkt men bij stress aan drukbezette managers die overbelast raken door al het werk dat zij moeten doen. Het is weliswaar terecht om deze spanningen 'stress' te noemen, maar er zijn nog vele andere stresssituaties.

Stress is feitelijk een gezond en heel normaal fenomeen. Het is een reactie van het lichaam op gevaar van buitenaf. Uw lichaam maakt zich gereed om snel in actie te komen. Het hart gaat sneller slaan, de ademhaling versnelt en de bloeddruk gaat omhoog. Voor de oermens was dit een noodzakelijk iets om te kunnen overleven en snel te kunnen reageren bijvoorbeeld op de komst van een roofdier. Ook in de

hedendaagse tijd reageert ons lichaam nog op dezelfde wijze op elke bedreiging van ons geluk, veiligheid of eigenwaarde. De stressreactie zet ons aan om actief te proberen tegenslagen op te lossen. Stress is dan ook gezond en nuttig.

Maar stressreacties kunnen zich ook tegen u keren. Dat gebeurt als de stresssituatie te lang duurt of als de stress te ernstig of te hevig is. Na elke stressreactie heeft het lichaam tijd nodig om te herstellen. Als dat niet gebeurt dan kunt u overbelast raken. Overbelast betekent dat u meer stress moet verwerken als u eigenlijk aan kunt.

Waar ik niet tegen kon was dat ik het nooit goed kon doen. Ik wilde mijn man helpen bij zijn problemen, maar ik wilde ook dat mijn gezin er niet onder zou leiden. En dat ging niet samen. Het was het een of het ander. Ik heb er lang mee geschipperd. Dan mijn man proberen te ontzien door de kinderen stil te houden en veel met hem te praten, de andere keer weer door al mijn aandacht op de kinderen te richten. Dat was voor mij enorm belastend. Als ik het ene goed deed, leed het andere er onder. Toen ben ik zelf ook overspannen geworden.

Allerlei situaties kunnen stress veroorzaken. Een verlies, ziekte, problemen op het werk, drukte thuis of op het werk, veranderingen in uw leven, dit alles kan ervoor zorgen dat er stress ontstaat. Vooral als er meerdere belastende situaties bij elkaar komen, is het moeilijk. De stress stapelt zich als het ware op. Ook het hebben van een depressief familielid is een van de gebeurtenissen die stress veroorzaken.

Naast ingrijpende gebeurtenissen kunnen ook allerlei andere zaken stress en overbelasting (mede)veroorzaken. Onvoorspelbaarheid van moeilijke situaties kan stress veroorzaken. In dit verband is een onderzoek uit de jaren zestig bij ratten bekend geworden. In dat experiment kreeg een grote groep ratten elektrische schokken toegediend. De ene helft kreeg vijf seconden vóór de schok een waarschuwing via een oplichtende lamp, de andere helft niet. Deze laatste ratten waren er na een tijdje veel slechter aan toe. Sommigen waren zelfs voor het eind van het experiment gestorven. Het gaat dan ook niet om de pijn die zij ervaren, maar om de onzekerheid waarmee de pijn toegediend wordt. Anders gezegd: niet weten wat u te wachten staat is een bron van stress.

Als ik thuis kwam wist ik nooit hoe ik haar daar aan zou treffen. De ene dag ging het prima met haar en dan was er niets aan te merken en de andere dag was het niks. Dan had ze niks gedaan en was ik de hele avond met haar bezig. En dat kon je niet van tevoren zien. Op het laatst kreeg ik steeds meer tegenzin om naar huis te komen. Vooral die onzekerheid vond ik moeilijk.

Ook het zelf kunnen beïnvloeden van situaties is van belang voor het ervaren van stress. Hoe meer u het gevoel heeft dat u geen macht of invloed heeft op gebeurtenissen die u meemaakt, des te belastende zijn deze gebeurtenissen voor u. Als u actief zoekt naar oplossingen voor uw problemen, kunt u meer aan dan wanneer u blijft steken in klagen en piekeren over uw situatie.

'Sociale steun' kan er ook voor zorgen dat u beter bestand bent tegen stresssituaties. Sociale steun is de steun die u krijgt van mensen in uw omgeving. De ondersteuning die u geeft aan de depressieve persoon is een vorm van sociale steun. Maar uzelf heeft deze steun ook nodig. Daarbij kan het gaan om steun van uw partner, kinderen, ouders, vrienden, familieleden, burens en anderen waar u mee te maken heeft. Er zijn verschillende vormen van sociale steun:

Praktische steun: dat betekent een helpende hand toegestoken krijgen.

Emotionele steun: iemand laat blijken dat hij u begrijpt en vertrouwt.

Waardering: iemand laat merken dat hij u waardeert (door een compliment, een bloemetje, een bedankje).

Informatie: iemand vertelt hoe iets in elkaar zit of waar u voor iets terecht kunt.

Netwerksteun: iemand laat u merken dat u erbij hoort. Het gevoel bij een groep te horen komt tegemoet aan de algemene menselijke behoefte aan veiligheid en geborgenheid.

Sommige familieleden krijgen te weinig steun omdat ze te weinig laten weten hier behoefte aan te hebben. Ze durven niet aan de bel te trekken. Soms komen ze de vaardigheden tekort om steun te vragen, soms om aangeboden steun te aanvaarden, soms komen ze op beide fronten tekort. Verderop komen we daar nog op terug.

Ook verkeerde denkgewoonten kunnen bijdragen aan stress en het ontstaan van overbelasting. Verderop, als het leren hanteren van stress aan de orde komt, zullen we daar nog verder op in gaan.

Wat iemand aan kan en wat hij als belastend ervaart, heeft ook te maken met zijn persoonlijkheid. Voor sommige mensen draait veel om geliefd en aardig gevonden te worden. De ander staat bij hen centraal. Als deze mensen veel liefde en dankbaarheid terug krijgen, kunnen ze veel aan. Als ze weinig terug krijgen, wordt het hen allemaal snel te veel.

Sommige mensen houden van orde, regelmaat, stiptheid, netheid en stellen wat dat betreft veel eisen aan zichzelf en aan anderen in hun omgeving. Deze mensen voelen zich snel overbelast als er veel onverwachte en niet te plannen zaken opdoemen. Andere mensen houden juist van afwisseling, uitdagingen en verandering. Voor deze mensen is het juist belastend als te veel ordelijk en netjes verloopt. Natuurlijk zijn er nog veel meer typering van karakters te geven. Maar het zal duidelijk zijn dat stress en overbelasting erg van de persoon afhangt. Iedereen heeft zijn eigen zwakke en sterke plekken.

SIGNALEN VAN OVERBELASTING BIJ FAMILIELEDEN

Veel mensen realiseren zich niet altijd dat klachten of symptomen het gevolg kunnen zijn van ongezonde stress. Signalen die zij krijgen koppelen zij niet automatisch aan de stress waar ze mee te maken krijgen. Deze signalen kunt u het beste zien als waarschuwingen: 'Er is iets aan de hand, let op!'

Welke signalen duiden op stress of dreigende overbelasting? We kunnen daarbij onderscheid maken tussen lichamelijke, psychische en gedragsmatige signalen.

Lichamelijk: een versnelde hartslag, transpireren, groeiende vermoeidheid, hoofdpijn, buikpijn, darmklachten, minder of juist meer eetlust, verkrampde spieren, pijn in de nek, schouders of rug, duizeligheid, verhoogde bloeddruk, vaak verkouden.

Psychisch: (irreële) gevoelens van angst, concentratieproblemen, vergeetachtigheid, lusteloosheid, somberheid (!), slaapklachten, snel geëmotioneerd zijn, piekeren.

Gedragmatig: rusteloosheid, chaotisch zijn, onverdraagzaam zijn, agressief zijn, verwaarlozing van het uiterlijk en de lichaamsverzorging, meer roken en drinken, fouten maken, ongelukjes krijgen, veel klagen.

Elke mens reageert anders op stress en overbelasting. Natuurlijk treden bij niemand alle signalen op. Meestal hebben mensen enkele 'zwakke plekken', waar de overbelasting het eerst zichtbaar wordt.

ALARMSIGNALEN

Misschien is het voor u moeilijk om aan de hand van de alarmsignalen te bepalen of u op dit moment onder spanning staat. Een andere manier om na te gaan of u overbelast bent is het eerlijk antwoord geven op de volgende vijf vragen:

1. Hoe vaak hebt u in de afgelopen maand lopen (of 's nachts in bed liggen) denken aan dingen die u nog allemaal moest afmaken of regelen?
2. Hoe vaak hebt u in de afgelopen maand bemerkt dat u alles wat u te doen had, niet af kon krijgen?
3. Hoe vaak heeft u in de afgelopen maand het gevoel gehad dat de moeilijkheden zich zo hoog opstapelden dat u er met geen mogelijkheid doorheen zou kunnen komen?
4. Hoe vaak heeft u zich in de afgelopen maand opgewonden of boos gemaakt over dingen die gebeurden waar u geen controle over had?
5. Hoe vaak heeft u zich in de afgelopen maand zenuwachtig en gejaagd gevoeld?

Als u drie van deze vragen met 'tamelijk vaak' of 'heel vaak' moet beantwoorden, dan heeft u waarschijnlijk last van stress. Mogelijk heeft u nu al gezondheidsklachten door de grote druk of spanning waaronder u moet leven. Indien u deze klachten niet heeft, dan is de kans groot dat u deze op termijn ontwikkelt. Tenminste als u niets doet aan uw situatie om de spanning te verminderen.

Sommigen krijgen het eerst hoofdpijn, een ander krijgt darmklachten. Weer anderen worden stil en trekken zich terug of worden juist onrustig en druk. Hoe de stress zich openbaart verschilt dan ook sterk per persoon. Het is daarom belangrijk dat u zich telkens afvraagt: ben ik nog wel dezelfde als voorheen? Als u het gevoel heeft dat er dingen veranderd zijn, zou dat wel eens te maken kunnen hebben met overbelasting.

Als u de signalen van stress negeert, bestaat er een grote kans dat u overbelast raakt en geestelijk en lichamelijk uitgeput raakt. Doordat u onvoldoende kunt ontspannen moet u steeds weer uw lichamelijke en geestelijke reserves aanspreken. Dat is slecht voor uw gezondheid. Het aanpassingsvermogen van de mens is immers eindig. Op een gegeven moment wordt uw vermoeidheid en uw gespannenheid wordt overspannenheid.

OVERBELASTING VERMIJDEN EN OVERWINNEN

Wat kunt u doen om te veel stress en overbelasting te vermijden of, als u zich al overbelast voelt, deze te verminderen?

GOED VOOR UZELF ZORGEN

Het is belangrijk dat u niet alleen goed voor de depressieve persoon zorgt, maar ook voor uzelf. Dat is belangrijk omdat de boog niet altijd gespannen kan zijn en een belastende situatie, zoals het hebben van een depressief familielid, het nodig maakt dat er ook ontspanning tegenover staat. U kunt daarom het beste niet alleen oog hebben voor uw familielid, maar ook voor uzelf. Uiteindelijk is iedereen daar het meeste mee geholpen. Uzelf, omdat u dan niet zo snel overbelast raakt en de ander, omdat u daardoor beter in staat bent om hem te helpen en te ondersteunen.

Ik wil best voor mezelf zorgen, zult u zeggen, maar hoe dan? De manier waarop u dat kunt doen verschilt per persoon. Er is niet één manier om goed voor uzelf te zorgen. U zult zelf moeten zoeken naar de manier die het beste bij u past. Wel kunnen we een aantal algemene richtlijnen en ideeën geven.

Voorkom dat u er alleen voor komt te staan. Zoals we hiervoor zagen is steun van anderen uit uw omgeving erg belangrijk. Dat geldt voor de depressieve persoon, maar ook voor u. Het kan van nut zijn om eens na te gaan of u ook voor uzelf genoeg steun krijgt.

Uw behoeften en wensen kunnen botsen met de behoeften en wensen van uw depressieve familielid. Probeer er op te letten, dat u zichzelf niet steeds wegcijfert. Het is beter te geven en te nemen, ofwel de 'ellende eerlijk te delen'. Op termijn is dat voor beide partijen het beste.

Het is mogelijk dat u behalve met emotionele druk ook nog eens te maken hebt met hard werk, bijvoorbeeld doordat u veel taken in het huishouden moet overnemen of allerlei zaken moet regelen. Het kan dan van belang zijn om erop te letten dat u regelmatig pauzes neemt. Iedereen heeft elk uur een paar minuten voor zichzelf nodig om weer tot zichzelf te komen. Wat tijd voor uzelf nemen komt ook uw eigenwaarde ten goede. Door uzelf deze tijd te gunnen laat u zichzelf weten dat u uzelf belangrijk vindt.

Als zich een nieuw probleem voordoet, probeer dan na te denken over de vraag of u hierbij extra hulp kunt gebruiken. Neem niet te snel aan dat u het zelf moet doen.

Sta u zelf elke dag 'een gunst' toe zodat u iets hebt om naar uit te zien. Doe iets wat u leuk vindt of geef uzelf een cadeautje. Te weinig plezierige activiteiten leidt tot misnoegen en somberheid, dat geldt voor uw depressieve familielid, maar ook voor u.

Als u al langer vooral een zorgende rol heeft tegenover uw depressieve familielid, dan kan het veel moeite kosten om ook wat ruimte voor uzelf te creëren. Het is heel normaal dat u in het begin nerveus bent en schuldgevoelens krijgt als u daar verandering in probeert te brengen. Het beste kunt u de situatie met kleine stapjes veranderen.

Sommige mensen die last hebben van depressie hebben ook de neiging om lusteloos te worden en zijn vaak te moe om allerlei dingen te doen. Het is verstandig om niet te snel veel over te nemen van de dingen die moeten gebeuren. Om naderhand alles weer te krijgen zoals het was, wordt dan vaak heel moeilijk. Denk ook na of u het wel aankunt om deze dingen over te nemen.

ANDERS LEREN DENKEN

Psychische spanningen hebben alles te maken met onze gedachten. Wat we denken bepaalt voor een

groot deel hoe we ons voelen. Een voorbeeld: twee kinderen spelen op het strand als er een hoge golf aankomt. Het ene kind denkt 'help, daar komt een golf!' en rent angstig weg. Het andere kind denkt 'hè, lekker een koele golf in dit hete weer', en laat de golf met een gerust hart over hem heen komen. Dit voorbeeld laat zien dat wat iemand denkt, bepaalt hoe hij zich voelt. Nu is het zo bij gedachten, dat zij bijna altijd 'automatisch' zijn: u bent zich niet bewust van het feit dat u bepaalde gedachten heeft. Veel mensen hebben het idee dat een gebeurtenis direct hun gevoelens veroorzaakt. 'Ik was bang omdat die golf op me af kwam' zal het eerste kind uit het voorbeeld zeggen en vergeet daarbij dat voor zijn angst eerst de gedachte kwam dat hij door die golf zou kunnen verdrinken. Of iemand zal zeggen: 'ik voel me verschrikkelijk opgelaten, omdat ik te laat ben voor die afspraak' maar vergeet dat daar waarschijnlijk een gedachte tussen zit als 'als ik te laat kom is hij vreselijk boos op me' of 'ik mag niet te laat komen'. Terwijl er op zich geen reden is om u 'verschrikkelijk opgelaten' te voelen als u te laat komt.

In de psychologie nu heeft men ontdekt dat de meeste mensen allerlei 'denkfouten' maken die ervoor zorgen dat zij zich in bepaalde situatie gespannen of onplezierig voelen. Door te ontdekken welke denkfouten u weleens maakt, en deze te veranderen, kunt u veel spanningen en stress voorkomen. Maar hoe kunt u dat dan doen? Allereerst is het zaak om uw automatische gedachten op het spoor te komen. Dat klinkt gemakkelijker dan het is. U kunt het beste een situatie voor de geest halen waarin u zich erg naar voelde. Het kan daarbij een hulpmiddel zijn om een vel papier te nemen en door drie kolommen op te maken. Boven de eerste kolom schrijft u 'gebeurtenis', boven de tweede 'automatische gedachten' en in de derde 'gevoelens'. Hieronder vindt u een voorbeeld. Nu schrijft u in de linkse kolom heel concreet op wat er in de betreffende situatie gebeurde, waar u was, met wie, wanneer en dergelijke. In de rechtse kolom (de middelste laat u nog even leeg) schrijft u op wat u precies voelde. Dan komt het moeilijkste: de automatische gedachten in de middelste kolom. U kunt deze op het spoor komen door na te gaan wat u precies dacht in die situatie. In het kader staan enkele voorbeelden van 'soorten' automatische gedachten die u kunnen helpen. Neem voor het ontdekken van uw automatische gedachten ruim de tijd. Het is vooral moeilijk om de gedachten te ontdekken juist omdat ze automatisch zijn. U weet zelf niet meer dat u deze gedachten heeft. Het ontdekken van automatische gedachte en het op het spoor komen van denkfouten is vooral in het begin erg moeilijk. Het vergt oefening. Naarmate u meer nare situaties onder de loep neemt, des te gemakkelijker zult u de automatische gedachten herkennen. Laat u dan ook in het begin niet afschrikken omdat het niet wil lukken! Als u herkent welke denkfouten u maakt kunt u die achter de automatische gedachten in de middelste kolom zetten.

Een voorbeeld van Hermien

Gebeurtenis	Automatische	Gevoelens	gedachten
Mijn vriendin, -	ook dat nog: nu kom		boos,
Annie, zei on-	ik de hele week de		teleurge--

ze afspraak deur niet uit steld, in

-voor vanmid- - ze vindt me niet belang-de steek

dag af -rijk ge-noeg; andere gelaten

 dingen zijn be-langrijker

 (gedachten lezen)

- ik kom nooit meer uit

 deze ellen-dige situatie

(zwart kijken)

- ze wil niet komen, om-

 dat mijn man depressief

 is (gedachten lezen)

Automatische gedachten kunnen heel realistisch zijn. In het voorbeeld van Hermien is de eerste gedachte heel reëel. Het is heel begrijpelijk dat Hermien teleurgesteld is dat haar vriendin niet komt. De achterliggende gedachten, die minder realistisch zijn, kunnen haar echter nog veel meer spanningen bezorgen.

U heeft nu de drie kolommen ingevuld en het is ook gelukt om automatische gedachten op het spoor te komen. Maar wat nu? Wat heeft u er aan om te weten welke automatische gedachten u heeft? Welnu, het kennen van uw gedachten is de eerste stap in het veranderen ervan. De tweede stap is het veranderen van de automatische gedachten waar u last van heeft. Daarbij kunt u verschillende hulpmiddelen gebruiken.

MEER INFORMATIE VERZAMELEN

Zo zou in het voorbeeld Hermien gewoon aan haar vriendin kunnen vragen of ze inderdaad niet meer zo graag komt omdat haar man depressief is. Een ander voorbeeld: u heeft ontdekt dat u zich ellendig voelt als er bezoek komt en uw huis is niet helemaal aan kant. U heeft ontdekt dat u dan een automatische gedachte heeft: 'ze vinden vast en zeker dat ik slecht voor mijn gezin zorg als het huis niet helemaal opgeruimd is'. Ook in deze situatie kunt u de vrienden die op bezoek komen gewoon eens vragen wat ze ervan vinden. Meer informatie verzamelen is vooral handig als u geneigd bent om gedachten te lezen (zie het overzicht van denkfouten).

RELATIVEREN

Veel denkfouten hebben te maken met het overdrijven van dingen. 'Moeten' of 'zou moeten' zijn onderdeel van veel denkfouten (zelfopgelegde verplichtingen). Bij deze denkfouten is het goed om eens na te gaan of u dat echt wel 'moet' en zo ja, van wie dan precies en waarom? Meestal blijkt dat u dat alleen maar van uzelf 'moet' en dat er eigenlijk helemaal geen reden is om dat uzelf zo dwingend op te leggen.

VEEL VOORKOMENDE DENKFOUTEN

ETIKETTEN PLAKKEN

U plakt een negatief etiket op uzelf of op een ander en doet alsof er niets positiefs meer is: 'ik ben een slechte ouder omdat mijn zoon depressief is' of 'mijn man is een slappeling'.

ZELFOPGELEGDE VERPLICHTINGEN

Deze gedachten hebben te maken met hoe u vindt dat het zou moeten zijn en met te hoge verwachtingen. U voelt zich daardoor schuldig of angstig. 'Mijn huis moet schoon zijn voor ik iets leuks mag doen'. 'Ik mag nooit boos op hem zijn, anders ben ik geen goede partner'.

ZWART-WIT DENKEN

Iets is voor u of helemaal positief of helemaal negatief en u vergeet dat de waarheid meestal daar ergens tussenin ligt. Bijvoorbeeld 'ik doe het ook nooit goed, ik maak er ook helemaal een potje van'.

DE POSITIEVE KANT ONDERUIT HALEN

U heeft de neiging om de negatieve kant van iets op te blazen of de positieve kant heel klein te maken. 'Ja, ik kan wel goed met planten omgaan, maar dat kan iedereen toch wel?' of (als de vijfde taart, na vier prima gelukke taarten, mislukt uit de oven komt): 'zie je wel dat ik niet kan bakken'.

VERANTWOORDELIJKHEDEN VERDRAAIEN

U neemt verantwoordelijkheid voor iets waar u niets aan kunt doen. 'Het is mijn schuld dat hij depressief is, doordat ik niet goed met hem omga'.

ZWARTKIJKEN

U bent ervan overtuigd dat de toekomst alleen maar negatieve dingen voor u in petto heeft.

GEDACHTEN LEZEN

U vult voor anderen in wat zij denken zonder na te gaan of het klopt. 'Als ik er iets van zeg, wordt hij vast boos'. Of: 'ik vraag maar niks, want ze zeggen toch dat ze geen tijd hebben'.

Relativeren kan ook behulpzaam zijn bij zwart-wit denken. Er zijn maar weinig dingen helemaal zwart of helemaal wit. De waarheid ligt meestal ergens tussenin. 'Ik doe het ook nooit goed' is een voorbeeld van zwart-wit denken. Iemand die dat denkt zal echter ongetwijfeld situaties kunnen bedenken waarin hij het wel degelijk goed deed.

SPIEGELEN

Ga eens na wat iemand anders, waar u respect voor heeft, in deze zelfde situatie zou denken. 'Mijn vriendin Annie trekt zich er helemaal niks van aan wat anderen ervan vinden of het opgeruimd is of niet. Ze zou zeggen: het is toch mijn huis?'

DE GEDACHTENSTOP

Dit kan nuttig zijn als u last heeft van negatieve gedachten die telkens maar weer in uw hoofd opkomen. Telkens als u merkt dat u de gedachte weer heeft, zegt u STOP en keert terug naar het punt voordat u de gedachte had. Als Susan uiteindelijk toch thuis weggaat, denkt ze voortdurend 'ik ben een slechte dochter', totdat ze ontdekt en de gedachtenstop gaat proberen. Elke keer als ze die gedachte heeft, zegt

ze in zichzelf 'STOP, ik ben wel een goede dochter, want ik doe al zoveel voor mijn moeder'. Na een tijdje verdwijnt de gedachte dat ze een slechte dochter is.

DE WEEGSCHAAL

Dit houdt in dat u de voordelen en de nadelen van een bepaalde gedachte op een rijtje zet.

Susan zorgt voor haar 80-jarige hulpbehoevende en depressieve moeder, die bij haar om de hoek woont. Ze vindt dat ze overdag niet thuis weg kan want als er wat zou gebeuren met moeder zou ze zich doodschamen. Iedereen zou denken 'wat ben jij een slechte dochter'. Ze zet de voor- en nadelen van haar gedachten op een rijtje.

VOORDELEN

Ik voel me niet schuldig

NADELEN

Ik voel me opgesloten in mijn eigen huis

Ik zie niemand meer

Ik word zelf nog depressief

Ik ben boos dat ik hier zit

Ze besluit om niet meer altijd thuis te blijven. Wel laat ze als het kan het telefoonnummer waar ze te bereiken is bij moeder achter. Maar ook als ze dat niet kan, gaat ze toch af en toe.

DE BENEN OP DE GROND

Sommige automatische gedachten zijn eigenlijk voorspellingen van de toekomst. 'Mijn zoon wordt vast en zeker ook depressief, omdat mijn man het is en het erfelijk is'. In deze situaties is het goed na te gaan of uw voorspelling wel reëel is. Zoals we zagen worden kinderen zeker niet altijd ook depressief en u kunt er van alles aan doen (zie verderop). Het kan ook helpen om eens met iemand anders over uw 'voorspelling' te praten.

LEREN ONTSPANNEN

Veel mensen denken dat als ze maar rustig ergens zitten, dat ze dan ook ontspannen zijn. Dat is niet juist. Er zijn altijd wel enkele spieren die, zonder dat we dat weten, gespannen zijn. In de nek of schouders, in de rug, in het gezicht. Om echt te ontspannen moet u meer doen. Ontspannen is belangrijk, omdat het ervoor zorgt dat u geen energie verspilt. Mensen die veel last van spanningen hebben, kunnen ook allerlei klachten krijgen. In het voorgaande hebben we daar al voorbeelden van gegeven. Door te leren ontspannen kunt u voorkomen dat u psychisch en lichamelijk overbelast raakt en als u zich al overbelast voelt kan het u helpen om weer in uw gewone doen te komen.

Ontspannen is een vaardigheid. Dat betekent dat u het kunt leren, maar het betekent ook dat u veel moet oefenen om het onder de knie te krijgen. Erg handig bij het leren ontspannen zijn cassettebandjes waarop ontspanningsoefeningen staan. Deze bandjes zijn te koop in de boekhandel, maar u kunt ze ook bestellen bijvoorbeeld bij TELEAC/-NOT in Utrecht (het bandje dat hoort bij de cursus 'omgaan met stress', telefoonnummer 030-2956911). Op deze bandjes staat meestal de zogeheten 'progressieve relaxatieoefening'. In het kort komt deze oefening op het volgende neer. U gaat liggen of zitten op een plek waar u niet gestoord wordt, bijvoorbeeld op uw bed of in een gemakkelijke stoel. Vervolgens loopt u alle delen van uw lichaam na, uw hoofd, nek, schouders, armen en handen, borst, buik, rug, heupen, benen en voeten. Bij elk van deze lichaamsdelen spant u gedurende vijf tellen alle spieren. Dan laat u alle spieren in één keer los en zegt in uzelf 'ontspan'. Vervolgens ademt u diep in en vervolgens langzaam uit. Ook dan zegt u weer tegen uzelf 'ontspan'.

Wanneer u deze oefening doet, zult u merken dat u daardoor helemaal ontspannen raakt. Het is echter niet voldoende om de oefening één maal te doen. Om echt te leren ontspannen moet u een tijdlang bijvoorbeeld gedurende twee of drie weken, elke dag de oefening minstens eenmaal doen, maar liever nog twee maal. Als u dat doet leert u hoe het voelt om helemaal ontspannen te zijn en, nog belangrijker, u leert wanneer en in welke situaties u niet ontspannen bent.

De volgende stap is dat u gaat proberen om ook meer ontspannen te zijn in concrete, alledaagse situaties waarin u te gespannen bent naar uw zin. Dat kunt u bijvoorbeeld doen door vlak voor spannende situaties uw lichaam helemaal langs te lopen en te kijken of u overal ontspannen bent. Door veel ontspanningsoefeningen te doen leert u snel in de gaten te krijgen of u ergens spieren gespannen houdt. Ook kunt u voorafgaand aan spanningsvolle situaties eens diep adem halen en tegen uzelf zeggen 'ontspan'. Sommige mensen hebben tijdens ontspanningsoefeningen last van allerlei gedachten die door hun hoofd spoken en die hen belemmeren om goed te ontspannen. Wat meestal helpt is dat zij ook alle spiergroepen langs lopen, maar tegelijk zich ook voorstellen dat ze in een prettige omgeving verkeren, bijvoorbeeld dat ze op het strand liggen en de zee ruiken, de golven horen en de frisse zilte lucht inademen.

Ontspanningsoefeningen zijn heel nuttig en tal van mensen die last hebben van spanningen, hebben daar al baat bij gehad. Maar de oefeningen nemen natuurlijk niet de oorzaak van de spanningen weg, maar alleen de gevolgen.

EFFECTIEF OMGAAN MET UW TIJD

Het kan voorkomen dat u door de ziekte van uw familielid tijd tekort komt. Bijvoorbeeld als een van uw ouders depressief is en u de zorg voor hem of haar voor een deel over moet nemen. Wanneer u in zo'n situatie ook nog een eigen gezin of een baan (of beide!) heeft, kunt u gemakkelijk in tijdnood komen. Dit kan bijvoorbeeld ook voorkomen als uw partner depressief is en u het huishouden moet overnemen. Al uw taken bij elkaar kunnen u dan het gevoel geven voortdurend een race tegen de klok te moeten voeren.

Een hulpmiddel bij het effectief omgaan met uw tijd kan een prioriteitenlijstje zijn. Belangrijk is dat u aangeeft welke werkzaamheden u echt belangrijk vindt. Dingen die u minder belangrijk vindt kunt u dan ook met een geruster hart laten liggen.

EFFECTIEF OMGAAN MET TIJD: EEN PRIORITEITENLIJST

- Stap 1. Maak een lijst van alle werkzaamheden die u moet doen. U hoeft nog geen rangorde daarin aan te brengen. Schrijf ze gewoon op zoals ze bij u opkomen.
- Stap 2. Maak een rangorde in de werkzaamheden. Schrijf een één voor de taak die het b belangrijkste is, een twee voor de taak die daarna het belangrijkste is, enzovoorts.
- Stap 3. Neem de belangrijkste taak en werk deze zo concreet mogelijk uit. Wat moet er precies gebeuren? Bedenk voor uzelf heel concreet welke stappen u moet nemen, wanneer, hoeveel tijd het kost, en dergelijke.
- Stap 4. Voer alle stappen nu echt uit.
- Stap 5. Geef u zelf een compliment voor het uitvoeren van dit werk.
- Stap 6. Neem de volgende taak uit uw lijstje en begin er op dezelfde manier aan (vanaf stap 3).

Bij het bepalen wat belangrijk is, kan het zeer nuttig zijn om een verschil te maken tussen wat belangrijk is en wat dringend is. Dat is zeker niet altijd hetzelfde. Belangrijk betekent dat deze werkzaamheden voor u betekenis hebben, dat het voor u waarde heeft als u ze uitvoert. Dringend betekent alleen dat

iets snel moet gebeuren, maar het zegt niets over het belang ervan. Dringende zaken zijn zeker niet altijd de meest belangrijke zaken.

Het kan gebeuren dat er zoveel werkzaamheden op uw lijst staan die belangrijk zijn, dat u ze niet kunt uitvoeren doordat u te weinig tijd heeft. In dat geval kunt u twee dingen doen. Ten eerste kunt u nagaan of er misschien werkzaamheden door anderen gedaan kunnen worden. Hulp invoeren dus. In hoofdstuk 4 wordt daar verder op in gegaan. Ten tweede kunt u gaan kijken of er werkzaamheden zijn die misschien lager op lijst gezet kunnen worden, dus minder prioriteit krijgen. Als u veel tijd besteedt aan het huishouden, kunt u gaan kijken of al dit werk wel echt zo belangrijk is in deze periode. Misschien kunt u ook volstaan met wat minder stofzuigen of de boel schoonhouden, als uw belangrijkste taken het ondersteunen van de patiënt en de zorg voor de kinderen zijn.

Bij al dat werk dat gedaan moet worden, is het beste om maar met één ding tegelijk bezig te zijn en dat ook af te maken. Dat is vaak gemakkelijker gezegd dan gedaan, bijvoorbeeld in een druk huishouden met kleine kinderen, maar het helpt wel om de rust te handhaven. Als u met iets nieuws begint, terwijl het vorige nog niet af is, werkt dat onrust in de hand.

LEREN OPKOMEN VOOR UZELF

De mens is een sociaal wezen. Dat betekent dat niemand zonder andere mensen kan en dat iedereen het contact met anderen nodig heeft. Contact met anderen, zoals bijvoorbeeld met uw partner en kinderen, met ouders en schoonouders en andere familieleden, vrienden, burens, kennissen en collega's, is voor de meeste mensen een bron van plezier en steun. Maar als deze contacten niet verlopen zoals u graag zou willen, dan kunnen ze veranderen in een bron van ergernis, frustratie en conflicten.

Iedereen gedraagt zich anders. Denk maar eens aan de mensen in uw omgeving. De een is stil en aardig, anderen zijn grappig en energiek, en weer anderen zijn hulpvaardig en betrouwbaar. Er is niet één manier om vrienden te krijgen of het respect van anderen te winnen. Iedereen moet daarin zijn eigen weg vinden, afhankelijk van wat hij belangrijk of plezierig vindt.

In dit boek zult u dan ook geen pasklaar recept vinden hoe u zich moet gedragen om sociaal vaardig te zijn. Wel laten we een aantal technieken zien die u kunt gebruiken om op een positieve wijze om te gaan met mensen in uw omgeving.

Assertief omgaan met anderen houdt in dat u opkomt voor uw eigen belangen, zonder over de belangen van anderen heen te stappen. Het betekent dat u samen met de ander gaat overleggen over een oplossing waar u beide tevreden over bent. Voor sommige mensen heeft assertiviteit een negatieve bijklank: Assertieve mensen zijn in hun ogen luidruchtig, veeleisend, en houden op een brutale manier vast aan hun eigen wensen en ideeën, zonder daarbij met anderen rekening te houden. Dit is echter geen assertiviteit.

Grofweg bestaan er drie stijlen van omgaan met andere mensen. Ten eerste: de passieve of sub assertieve stijl. Mensen die zich sub assertief gedragen, komen niet of nauwelijks voor zichzelf op en laten te vaak over zich lopen. Ze zijn geneigd zichzelf weg te cijferen en op te offeren. Vaak ook vinden ze het moeilijk hun eigen behoeften uit te spreken, steun te vragen en complimenten in ontvangst te nemen. Ze zijn meer geneigd om het anderen naar de zin te maken dan zichzelf.

Ten tweede zijn er mensen die zich agressief gedragen. Zij komen zo sterk voor zichzelf op (meestal met woorden, soms met lichamelijk geweld) dat ze over anderen heen walsen. Ze trekken zich niets aan van de gevoelens en belangen van de ander, en kwetsen anderen vaak.

Ten derde zijn er assertieve mensen. Zij tonen openlijk hun gedachten en gevoelens, wat deze ook inhouden. Assertiviteit houdt in: klachten die u ergens over heeft onder woorden brengen, gevoelens tonen en anderen uitnodigen om gezamenlijk dingen te ondernemen. Assertiviteit, of anders gezegd: opkomen voor uzelf, betekent uw eigen ervaringen en gevoelens met anderen willen delen, in plaats van alles voor uzelf houden. Het is een belangrijke voorwaarde voor het hebben van goede relaties met anderen. Assertiviteit helpt aanvaringen met anderen te vermijden of voorkomen.

ASSERTIEF OPKOMEN VOOR UZELF

Stap 1. Het uitspreken van uw eigen gevoelens

Door dit te doen is de kans groter dat de ander bereid is zijn gedrag te veranderen en samen naar een oplossing te zoeken. Enkele voorbeelden:

Ik vind het vervelend dat ...

Het irriteert me dat ...

Stap 2. Het benoemen van het gedrag van de ander

Hier gaat het er om dat u het gedrag beschrijft en niet de ander beschuldigt, bekritiseert of beoordeelt, want dat zou waarschijnlijk tot gevolg hebben dat de ander zich aangevallen voelt, waardoor een oplossing verhinderd wordt. Beschrijf het gedrag zo concreet mogelijk.

(Ik vind het vervelend dat) je je niet aan onze afspraak houdt.

(Het irriteert me dat) je me in de rede valt.

Stap 3. Het benoemen van de gevolgen van dat gedrag voor u

Daardoor wordt het voor de ander duidelijker waar het u om gaat. Zo kan de ander u beter begrijpen.

(Ik vind het vervelend dat je je niet aan onze afspraak houdt.) Ik heb daardoor niet bij mijn vriendin op bezoek kunnen gaan.

(Het irriteert me dat je me in de rede valt.) Ik kan daardoor mijn verhaal niet afmaken en ik raak de draad van het gesprek kwijt.

Stap 4. Zeggen wat u wilt van de ander

In de drie eerste stappen heeft u uitgelegd wat u niet wilt en waarom. Nu is het belangrijk om te zeggen wat u wel wilt. Door hierin duidelijk te zijn krijgt u de gelegenheid om met de ander in gesprek te gaan over hoe het beste tegemoet gekomen kan worden aan uw wens of voorstel.

(Ik vind het vervelend dat je je niet aan onze afspraak houdt. Ik ben daardoor niet bij mijn vriendin op bezoek kunnen gaan.) Ik wil dat je me het een dag van tevoren laat weten als je een afspraak niet na kunt komen.

Het irriteert me dat je me in de rede valt. Ik kan daardoor mijn verhaal niet afmaken en ik raak de draad van het gesprek kwijt.) Ik wil dat je me uit laat praten.

Maar wat houdt die assertiviteit precies in? Hoe doe je dat? Assertief opkomen voor uzelf verloopt over het algemeen in vier stappen. U kunt deze stappen volgen als u iets dwars zit of als u iets aan een ander wilt vragen.

Het kan natuurlijk voorkomen dat de ander het niet met u eens is. U kunt dan in 'onderhandeling' gaan over datgene wat u wilt van de ander. Soms kunt u beter vasthoudend zijn en is het nodig om weer bij de eerste stap te beginnen. Deze vier stappen kunt u het beste beschouwen als richtlijnen. Soms kunt u een of meerdere stappen over slaan en soms kunt u beter een andere volgorde hanteren.

Voor veel mensen die voor zichzelf willen opkomen is het moeilijk om 'nee' te zeggen als iemand iets aan hen vraagt. Vaak gebeurt het dan dat u achteraf spijt heeft dat u toegestemd hebt. Maar 'goed' nee zeggen is dan ook niet altijd gemakkelijk. Waar kunt u op letten?

- Kijk de ander aan en kruip niet weg.
- Verontschuldigt u niet te veel.
- De ander kan teleurgesteld zijn. Geef hem hiervoor ook even de gelegenheid.
- Zorg ervoor dat u de rode draad van het gesprek vasthoudt (ik wil dit niet), ondanks pogingen tot afleiding van de ander.
- Nee zeggen hoeft niet op een onvriendelijke toon.
- Als iemand door blijft zeuren terwijl u duidelijk nee hebt gezegd, kunt u gerust uw irritatie laten merken.
- Als u voor het eerst nee zegt, kan de ander verbaasd zijn. Hij verwacht het niet.

EN HOE GAAT HET EIGENLIJK MET DE KINDEREN?

Wanneer de depressieve persoon ook ouder is, zijn hij en zijn partner vaak bang dat hun kinderen later ook zulke problemen zullen krijgen. In hoofdstuk een is al uiteengezet dat depressies inderdaad tot op zekere hoogte erfelijk zijn en dat kinderen een iets hogere kans hebben om later ook depressief te worden. Maar het is belangrijk om daarbij niet te vergeten dat veruit het grootste deel van de kinderen van depressieve mensen gewoon zonder problemen opgroeit tot een volwassene, zonder dat zich ooit problemen voordoen. U kunt als (mede)opvoeder ook veel doen om te voorkomen dat een kind problemen krijgt.

U kunt het vergelijken met een kind dat een heel lichte huid heeft en daardoor het risico loopt om snel in de zon te verbranden. Het is bekend dat dergelijke kinderen door het verbranden ook een verhoogd risico lopen om huidkanker te krijgen. U kunt als opvoeder deze kinderen beschermen door hen bijvoorbeeld niet te veel aan zon bloot te stellen en ze goed in te smeren met zonnebrand als ze de zon ingaan.

Op dezelfde wijze kunt u kinderen wapenen tegen de 'dreiging' om zelf ook psychische problemen te krijgen. Waar kunt u dan op letten?

Allereerst is het zaak om speciale aandacht aan hen te besteden. Wanneer een van de ouders problemen heeft, dan merken kinderen dat. Ouders spelen in het leven van kinderen een zeer belangrijke rol en zij houden hun ouders nauwlettend in de gaten. Als er iets aan de hand is, willen kinderen graag weten wat er aan de hand is. Als een van de ouders depressief is, willen de kinderen ook daar alles over weten. Ze kunnen daarover dan vragen gaan stellen aan de patiënt, maar ook aan u als mede-ouder, oom, tante, of grootouder. Het is goed om de kinderen zo goed mogelijk uit te leggen wat er aan de hand is. U hoeft niet te wachten tot de kinderen er over beginnen, maar u kunt het ook zelf aankaarten. U hoeft daarbij geen moeilijke woorden te gebruiken. U kunt gewoon in uw eigen woorden uitleggen wat er aan de hand is. Voor de zekerheid kunt u af en toe bij het kind nagaan of hij begrijpt wat u vertelt. Het kan gebeuren dat het kind vragen stelt waar u geen antwoord op weet. U kunt dan gerust aangeven dat u dat antwoord niet weet. Bij zo'n gesprek is het belangrijk dat u ook goed luistert naar wat hij ervan vindt. Het is voor een kind, net als voor volwassenen, altijd heel plezierig als er iemand is die echt naar hem luistert. In hoofdstuk 2 hebben we al uitgelegd wat 'goede communicatie' is. Ook in gesprekken met kinderen zijn de zaken belangrijk die daar zijn uiteengezet.

Duidelijke en eerlijke informatie kan ook voorkomen dat kinderen gaan piekeren. Veel kinderen maken zichzelf verwijten of voelen zich schuldig. Soms hebben ze het idee dat ze zelf de oorzaak zijn van de problemen van hun ouder.

Sommige kinderen vragen extra aandacht in moeilijke situaties, bijvoorbeeld door erg druk of lastig te worden, of door ruzie te zoeken. Andere kinderen kunnen juist heel aanhalig worden. Meestal wachten kinderen met dit gedrag tot alles thuis weer een beetje op orde is. Dan pas durven ze ook weer een beetje aandacht voor zichzelf te vragen. Het kan een extra belasting betekenen als ook de kinderen nog eens extra aandacht gaan vragen, zeker als ze dat doen door lastig of erg druk te doen. In deze situaties is het speciaal van belang om ervoor te zorgen dat de druk op u als familielid niet uitmondt in overbelasting.

Er zijn kinderen die graag willen helpen. Ze nemen taken in huis over, ze bieden een luisterend oor aan een of beide ouders en ze klagen nergens over. Hoewel dergelijke hulp heel welkom kan zijn, is het toch belangrijk om hen niet al te veel in te schakelen. Het blijven tenslotte kinderen en voor henzelf is het van belang dat ze ook tijd overhouden voor dingen die zijzelf leuk vinden.

Het is voor alle kinderen belangrijk dat er structuur en regelmaat in hun leven is. Dat is speciaal van belang als zich moeilijke situaties voordoen. Dat de gymclub, het huiswerk maken, het eten om zes uur, gewoon doorgaan geeft een gevoel van veiligheid, waardoor zij beseffen dat niet alles in hun leven verandert.

Verder is het belangrijk dat kinderen voldoende aandacht krijgen en vooral complimentjes voor wat ze allemaal goed doen. Ook als kinderen lastig zijn, doen ze daarnaast meestal veel dingen goed. Het is belangrijk om juist daar op te letten. Dat geeft kinderen zelfvertrouwen. En dat zelfvertrouwen is erg belangrijk voor de ontwikkeling van hun persoon.

En het allerbelangrijkste voor kinderen is dat er mensen zijn die echt van hen houden: die knuffel, die knipoog of die lieve woordjes. Als ze dat voldoende krijgen dan kunnen ze heel wat aan.

Als u vragen heeft over de opvoeding van de kinderen, dan is het goed om daarbij hulp in te roepen. Voor hulp en advies kunt u bijvoorbeeld terecht bij uw huisarts, het consultatiebureau, de schoolarts of bij het algemeen maatschappelijk werk in uw woonplaats. Bij veel RIAGG's zijn speciale projecten die zich richten op kinderen van ouders met psychische problemen. Zij organiseren bijvoorbeeld opvoedingscursussen voor ouders of gespreksgroepen voor (oudere) kinderen, waarvan een van de ouders een psychische stoornis heeft. Bij de Stichting Labyrinth in Utrecht kunt u een brochure bestellen waarin heel helder wordt uiteengezet wat u kunt doen voor kinderen waarvan een van de ouders psychische problemen heeft. Het adres vindt u achterin dit boek.

Anderen zijn angstig in gezelschap van anderen. Weer anderen kunnen niet omgaan met bepaalde situaties, zoals het uiten van gevoelens of 'nee' zeggen. Ook zijn er mensen die eenzaam zijn of zich niet geliefd voelen.

Ook lichamelijke klachten zijn voor velen erg belangrijk.

Ria heeft al jaren last van een pijnlijke nek en schouders. Die pijn kan over haar hele lichaam uitstralen. Lichamelijk onderzoek leverde niets bijzonders op en fysiotherapie hielp maar een heel klein beetje en maar heel kort. Het is allemaal begonnen tijdens een slechte periode in haar huwelijk, maar die problemen zijn al lang opgelost. De pijn is gebleven. Ze is er humeurig van geworden en ze voelt zich down ten gevolge van de als maar aanwezige pijn. 'Ik heb nergens meer zin in,' zegt ze 'door die rotpijn'. Zelfs gewoon inslapen lukt haar niet meer. Uren ligt ze wakker. Ze voelt zich schuldig naar de rest van het gezin omdat ze de sfeer verpest met haar sombere aanwezigheid. Ze is bovendien de laatste tijd nogal wat kilo's aangekomen. De hele dag door eet ze. Niet omdat ze honger heeft of het lekker vindt. Ze stopt zich gewoon vol en kan zich daar niet tegen verzetten. Dat geeft weer een extra gevoel van minderwaardigheid: 'Zelfs een beetje lijnen lukt me niet, niks lukt me meer door die pijn', verzucht ze.

De lichamelijke klachten kunnen verschillende vormen aannemen. De moeheid, futloosheid en het gebrek aan energie heb ik hiervoor al genoemd. Anderen klagen over een erg vermoeiend gespannen gevoel, en weer een ander over hoofdpijn, pijn in de schouders of de nek of over pijn in de rug en het onderlichaam. Het is zeer verstandig bij zulke klachten een arts te raadplegen en uit te laten zoeken of er lichamelijk iets aan de hand is. Maar wat te doen als uit dat onderzoek komt dat men lichamelijk gezond is? In dat geval kunnen lichamelijke klachten wel eens een onderdeel vormen van een depressie.

Soms twijfelt de patiënt aan de juistheid van het oordeel van de arts en dringt hij aan op nog een onderzoek, en nog een. Maar dat levert dan steeds niets op. Waar komen die klachten dan vandaan? Piekeren en twijfelen zijn dan vaak het resultaat. Voor familieleden lijkt het in zulke gevallen nog wel eens dat het dus allemaal wel meevalt en soms zelfs dat het dus allemaal aanstellerij is. Die conclusie is echter niet altijd juist. De spanning, de moeheid, de pijn zijn echt. Onbegrip kan de depressieve persoon nog wanhopiger maken dan hij al is, en die wanhoop maakt de pijn, de spanning en de moeheid alleen maar groter.

PSYCHOTISCHE VERSCHIJNSELEN

Aparte vermelding verdienen de zogeheten 'psychotische' verschijnselen. Deze verschijnselen treden alleen in sommige gevallen bij zeer ernstige depressies op. Men zou kunnen zeggen dat deze verschijnselen aangeven dat de patiënt het contact met de realiteit verloren heeft. Hij heeft dan waandenkbeelden. Dat betekent dat hij ideeën heeft die niet op feiten berusten. De patiënt zelf is er dan echter van overtuigd dat zijn ideeën wel degelijk kloppen. Soms heeft de patiënt ook hallucinaties, dat wil zeggen dat hij dingen waarneemt (meestal hoort hij dingen) die er niet zijn. Voor deze omgeving zijn deze verschijnselen beangstigend. Het is nu wel heel duidelijk dat de ander ziek is.

EEN DEPRESSIE IS EEN ZIEKTE

De kenmerken die in het voorgaande beschreven zijn, hebben bijna allemaal betrekking op klachten waar veel mensen, die niet depressief zijn, ook wel eens last van hebben. Dit maakt het moeilijk om een depressie als een ziekte te accepteren. Het klagen, het zich terugtrekken, de geïrriteerdheid, en het gebrek aan energie kan men moeilijk zien als symptomen van de ziekte. Veel familieleden hebben de neiging om deze klachten toe te schrijven aan gebrek aan wilskracht van de patiënt. Bij andere psychiatrische ziekten, zoals schizofrenie of dementie, is het veel gemakkelijker om verschijnselen aan de ziekte toe te schrijven. Als iemand dingen ziet die er niet zijn, of stemmen hoort die tegen hem praten, dan is het voor familieleden gemakkelijk in te zien dat dit symptomen van de ziekte (schizofrenie) zijn. Ook als een ouder persoon telkens vergeet wat zojuist gebeurd is en zich van de laatste jaren niets meer herinnert, is het voor omstanders duidelijk dat dit bij de ziekte (dementie) hoort. Maar als iemand erg somber is, slecht slaapt, lusteloos en moe is, dan is het veel moeilijker om deze verschijnselen als onderdeel van de ziekte (depressie) te zien. Dat komt omdat iedereen weleens met deze verschijnselen te maken heeft. Het lijkt of de patiënt er zelf verantwoordelijk voor is. Toch is dat niet zo. Ook een depressie is een ziekte en de verschijnselen die in het voorgaande besproken zijn horen daarbij.

DE DIAGNOSE DEPRESSIE

In het voorgaande heb ik de verschijnselen die bij een depressie horen besproken. Als iemand een depressie heeft is het niet noodzakelijk dat alle genoemde verschijnselen optreden. Er wordt gesproken van een depressie als gedurende twee weken of langer tenminste vijf van de volgende verschijnselen optreden:

- een somber stemming
- geen plezier meer in dingen hebben
- problemen met eten
- problemen met slapen

- traag of juist onrustig zijn
- vermoeidheid, futloosheid
- zich schuldig en waardeloos voelen
- niet meer goed kunnen denken, concentratieproblemen
- denken over de dood en doodgaan

Een sombere stemming of het geen plezier meer beleven moet in ieder geval aanwezig zijn wil er sprake zijn van een depressie.

Behalve naar deze verschijnselen wordt er bij het stellen van de diagnose depressie nog naar een aantal andere zaken gekeken. Ten eerste naar de gevolgen van de depressie voor het dagelijks functioneren. Naarmate iemand minder goed in staat is om door te gaan met zijn gewone dagelijkse bezigheden, is de depressie ernstiger. Men kan daarbij denken aan het werk, het huishouden, contacten met anderen, vrije tijdsbesteding, de rol van partner, vriend en buur.

Ook de mate waarin iemand zelf begrijpt waarom hij depressief is, is medebepalend voor de ernst van de depressie. Hoe minder hij ervan snapt, des te groter de kans dat de depressie ernstig is. Verder is ook wat men noemt 'de lijdensdruk' van belang. Hoe meer iemand lijdt onder de situatie, des te ernstiger de depressie.

Ten slotte zijn ook de zogeheten 'vitale kenmerken' van belang. Bij vitale kenmerken gaat het onder andere om slecht slapen, veranderde eetlust, traagheid of onrust. Ook het ernstiger zijn van de depressie in de ochtend is een vitaal kenmerk.

SOORTEN DEPRESSIES

DEPRESSIEVE EPISODE

Eigenlijk noemt men de depressie zoals ik die tot nu besproken heb, een 'depressieve episode' (tot enkele jaren geleden sprak men van een depressie *in engere zin*) om deze te kunnen onderscheiden van andere soorten depressies.

DYSTHYMIE

Een andere vorm van depressie is de dysthyme depressie. Daarbij is het aantal en de ernst van de symptomen beperkter, maar deze toestand duurt wel lang. Wil er sprake zijn van een dysthyme depressie dan moet iemand, eventueel met enkele korte tussenpozen, tenminste twee jaar de depressieve klachten hebben.

Hoewel het aantal klachten bij Dysthymie minder is, is het lijden niet minder. Doordat er geen tijden zijn waarin men zich echt goed voelt, lijden deze patiënten extra door de uitzichtloosheid. Het kan gebeuren dat iemand met een dysthyme depressie ook nog eens de eerstgenoemde depressie een depressieve episode doormaakt. In dat geval spreekt men van een 'dubbele depressie'.

MANISCH DEPRESSIEVE STOORNIS

Nog een andere soort depressie is de 'manisch depressieve stoornis', die tegenwoordig ook wel 'bipolaire stoornis' wordt genoemd. Kenmerkend voor deze stoornis is dat de depressie wordt afgewisseld met 'manische' perioden, waarin men juist overdreven opgewekt is. De patiënt heeft het gevoel alles aan te kunnen, hij bruist van energie en bekijkt alles van de positieve kant. Hij is druk, chaotisch en doet onverantwoorde dingen. Hij laat zich niet remmen en reageert geprikkeld op tegenspraak.

In dit boek ga ik niet al te diep in op de manisch depressieve stoornis. De andere vormen van depressie staan vooral centraal.

AANPASSINGSSTOORNIS MET DEPRESSIEVE STEMMING

De laatste soort depressie die ik hier noem is de aanpassingsstoornis met depressieve stemming. Een dergelijke depressie is een reactie op een nare of ingrijpende gebeurtenis in iemands leven. Zoals we zagen is het heel gezond om bijvoorbeeld na de dood van een naaste of na een echtscheiding somber te zijn. Wanneer die somberheid al te ernstige vormen aanneemt en maar niet over wil gaan, dan spreekt men van een aanpassingsstoornis met depressieve stemming. De neerslachtigheid is ernstiger en duurt langer dan men mag verwachten in deze situatie. Het gaat hierbij om een mildere vorm van depressie.

CHRONISCHE DEPRESSIES

Chronische depressies zijn geen aparte soort van depressies. Dysthymie heeft van zichzelf al een chronisch karakter, omdat het tenminste twee jaar aan de gang moet zijn. Maar ook depressieve episoden kunnen chronisch zijn. Het diepe lijden blijft dan voortdurend aanwezig.

Ruim de helft van de mensen met een depressie heeft er slechts een maal last van. Nadat de depressie verdwenen is, krijgen zij er nooit meer last van. Bij de resterende helft komt de depressie wel een of meerdere keren terug. Bij ongeveer 15% van de patiënten is de depressie min of meer chronisch, dat wil zeggen dat de depressie maar niet wil overgaan, of telkens weer terugkomt na korte periodes van herstel. In het algemeen kan men stellen dat hoe langer iemand niet meer depressief is, des te kleiner de kans wordt dat hij weer terug zal vallen.

Voor de chronische en telkens terugkerende depressies zijn moeilijk voor familieleden. Ook voor hen wordt de zorg die zij hebben chronisch. Ook voor hen wordt de situatie belastender en uitzichtlozer. In deze situatie is het speciaal van belang om de eigen grenzen in de gaten te houden en alles te doen om overbelasting te voorkomen. In hoofdstuk 3 worden enkele handreikingen gegeven die u daarbij kunt gebruiken.

HET VOÓRKOMEN VAN DEPRESSIES

Depressies komen veel voor. Elk jaar lijdt tenminste 1,5% van de Nederlanders aan een depressie en nog eens zo'n 3 tot 5% wordt beschouwd als 'grensgeval'.

Tweemaal zoveel vrouwen als mannen zijn depressief. Er wordt veel onderzoek gedaan om dit verschil te verklaren, maar tot op heden is nog geen afdoende verklaring gevonden. Mogelijk heeft het verschil te maken met de positie van vrouwen in de samenleving, maar mogelijk ook met lichamelijke oorzaken (hormonen). Bij dit laatste wordt nogal eens verwezen naar het feit dat depressies bij vrouwen vaak voorkomen rond de menstruatie, na een bevalling en in de overgang (zie verderop).

Andere bevolkingsgroepen die verhoudingsgewijs een grotere kans hebben om een depressie te krijgen zijn onder andere: chronisch zieken, mensen met lagere inkomens, gescheiden mensen, weduwen en weduwnaars en werklozen. Er zijn talloze factoren die het krijgen van een depressie kunnen veroorzaken. In de paragraaf over 'oorzaken' kom ik daarop uitgebreid terug.

OORZAKEN

De oorzaak van depressies is tot op heden niet ontdekt. Er is wel veel bekend over omstandigheden die ertoe kunnen bijdragen dat een depressie ontstaat. Maar het is niet bekend waarom de ene persoon in bepaalde omstandigheden wel een depressie krijgt en de ander, in dezelfde omstandigheden, niet. Een overzicht van de belangrijkste omstandigheden en oorzaken vindt u in het schema op pagina 27. Het is inmiddels wel duidelijk dat een depressie meestal

veroorzaakt wordt door meerdere omstandigheden die tegelijkertijd optreden. Men gaat ervan uit dat mensen die depressief worden daar op de een of andere manier kwetsbaar voor zijn. Die kwetsbaarheid kan aangeboren zijn of later in het leven verworven. Als iemand kwetsbaar is voor het krijgen van een depressie, kan die depressie 'uitgelokt' worden door bijvoorbeeld een echtscheiding of een ziekte, die in combinatie met psychische oorzaken, zoals verkeerde denkgewoonten, voorkomt.

LICHAMELIJKE OORZAKEN

Wat betreft de lichamelijke oorzaken hebben familieleden vooral vaak vragen over de erfelijkheid van depressies. Als iemand depressief is, hebben zijn kinderen dan een grotere kans om ook depressief te worden. Het antwoord daarop luidt: ja. Er zijn uitgebreide onderzoeken naar families uitgevoerd en daar komt uit naar voren dat als beide ouders depressief zijn, de kans dat hun kinderen ook depressief worden ongeveer 10 maal zo groot is dan bij andere mensen. Als een naast familielid (een bloedverwant in de eerste graad) depressief is, is die kans 3 maal zo groot. U mag daaruit niet de conclusie trekken dat kinderen van depressieve mensen automatisch ook depressief worden en dat daar niets aan te doen is. De meeste kinderen van depressieve mensen worden helemaal niet depressief. U kunt daar als opvoeder ook veel aan bijdragen. In het volgende hoofdstuk ga ik daar verder op in. Maar u kunt dat niet omdraaien: als uw partner depressief is en uw kind wordt ook depressief, dan bent u daar niet verantwoorde- lijk voor! Bij depressieve mensen is ontdekt dat in bepaalde delen van de hersenen er een miscommunicatie is tussen hersencellen (neuronen). Het is niet duidelijk of de miscommunicatie tussen de hersencellen een depressie veroorzaakt, of juist andersom, dat een depressie een miscommunicatie tussen de hersencellen veroorzaakt. Wat wel duidelijk is, is dat antidepressieve medicijnen (zie hoofdstuk 4) inwerken op zogeheten 'neurotransmitters', waardoor de depressie opklaart. Deze stoffen zijn verantwoordelijk voor het doorgeven van signalen van de ene hersencel naar de andere. Er zijn ook allerlei ziekten die een depressie kunnen veroorzaken. In het schema op pagina 27 staan de belangrijkste. Verder kunnen medicijnen een depressie als bijwerking hebben en kan het optreden als gevolg van misbruik van alcohol en drugs. Depressies treden ook vaak op na een bevalling. De meeste vrouwen hebben enkele dagen na een bevalling last van sombere buien. De 'huildagen' of 'baby blues' wordt deze somberheid ook wel genoemd. Dit gaat meestal vanzelf over maar bij een aantal vrouwen niet. Tien procent van de vrouwen die bevallen krijgen een zogeheten 'postpartum' depressie, die vroeger 'postnatale' depressie werd genoemd. Deze depressie begint enkele weken tot enkele maanden na een bevalling. Het is niet duidelijk waar deze depressies vandaan komen. Waarschijnlijk heeft het te maken met de sterke daling van bepaalde hormonen na een bevalling, maar ook bijvoorbeeld met de relatie die ze heeft met haar partner en de verwachtingen van het kind. Zo kunnen romantische ideeën bij het hebben van een kind niet overeenkomen met de vele eisen die de baby aan de jonge moeder stelt. Deze depressies zijn in het algemeen goed te behandelen en de terugval is meestal gering.

Ook kampen sommige vrouwen met depressieve klachten rond de menstruatie. Verder komen in de overgang veel depressies voor.

Lichamelijke oorzaken

-erfelijkheid

-miscommunicatie tussen neuronen

-ziekten van de hormoonvormende organen (suikerziekte, ziekten van de schildklier, bijnierschors, hypofyse)

-infectieziekten (griep, hepatitis, ziekte van Pfeiffer, aids)

- hersenziekten (ziekte van Parkinson, M.S. , epilepsie, hersenschudding, Ziekte van Huntington)
- andere ziekten (kanker, gewrichtsreuma)
- voedingstekorten (vitamine B6 , B12 , C, ijzer, zink)
- medicijnen (hormoonpreparaten, waaronder Prednison en de anticonceptiepill, middelen tegen hoge bloeddruk en hartziekten, middelen bij de ziekte van Parkinson)
- alcohol en drugs
- menstruatie
- bevalling
- de overgang

Ook hier spelen hormonen een belangrijke rol, evenals psychische en sociale factoren. Het definitieve verlies van de mogelijkheid om kinderen te krijgen is voor veel vrouwen een ingrijpende gebeurtenis.

Sociale oorzaken

- Belangrijke levensgebeurtenissen, bijvoorbeeld:
 - * het verlies van iemand door de dood
 - * echtscheiding
 - * het verlies van lichamelijke gezondheid
 - * pensionering
 - * werkloosheid
 - * langdurige belastende situaties
 - * te hoge werkdruk
 - * het zorgen voor een ziek familielid
 - * weinig steun uit de directe omgeving

Psychische oorzaken

- het karakter
- jeugdervaringen
- te weinig plezierige activiteiten
- verkeerde denkgewoonten
- aangeleerde hulpeloosheid

SOCIALE OORZAKEN

Allerlei belangrijke gebeurtenissen die het leven ingrijpend veranderen, kunnen een depressie (mede) veroorzaken. De dood van de partner, een ouder of een kind, een echtscheiding, een verhuizing,

pensionering. In het schema van oorzaken staan nog meer voorbeelden. Iedereen die een dergelijke gebeurtenis meemaakt, gaat een moeilijke tijd door. Gevoelens van somberheid en verdriet zijn dan heel gewoon. Bij sommige mensen is dat het begin van een depressie. De somberheid wordt steeds intenser en gaat niet meer over.

Behalve ingrijpende gebeurtenissen kunnen ook situaties die belastend zijn en lang duren een depressie (mede) veroorzaken. Dat is bijvoorbeeld het geval bij mensen die langdurig onder druk staan door hun werk of die voortdurend conflicten hebben. Ook mensen die voor een zieke iemand in hun omgeving zorgen, lopen een verhoogd risico. Het hebben van een depressief familielid hoort daar ook bij. Dat betekent dat u als familielid door deze belastende situatie zelf ook een verhoogd risico loopt om depressief te worden of om andere psychische problemen te krijgen. Ingrijpende gebeurtenissen en belastende situaties leiden slechts bij enkele mensen tot een depressie. De meeste mensen knappen vanzelf op. Waarom de een wel een depressie krijgt en de ander niet, is al eerder aan de orde geweest. Degene die wel een depressie krijgen, zijn daar op de een of andere manier kwetsbaarder voor.

PSYCHISCHE OORZAKEN

De ene persoon heeft de neiging om altijd de negatieve kant van gebeurtenissen te benadrukken, terwijl de ander

meer geneigd is om naar de positieve kant te kijken. 'Hij is nu eenmaal een zwartkijker', zegt men wel eens en een depressie wordt dan gezien als een logisch gevolg hiervan. Een dergelijk karakter is terug te leiden tot erfelijke eigenschappen en ervaringen in de vroege jeugd.

Een andere oorzaak van depressie wordt wel aangeduid met 'aangeleerde hulpeloosheid'. Dat houdt in dat depressieve mensen het gevoel hebben dat wat zij ook doen, dit geen effect heeft. De bekende onderzoeker Seligman heeft proeven met honden gedaan die heel duidelijk maken hoe dit psychologisch mechanisme werkt. Een hond staat op een rooster dat onder (ongevaarlijke maar pijnlijke) stroom kan worden gezet. Vlak voor de stroomstoot gaat een lamp branden. De hond leert zo dat hij, als de lamp gaat branden, naar een ander deel van het hok moet springen om de pijnlijke schok te vermijden. Bij honden die niet in staat zijn om de schok te vermijden (omdat er een muur tot aan het plafond van het hok omheen staat) zien we dat zij zeer passief worden en niet meer eten. Zij worden zo passief dat als zij in een hok worden gezet waarin ze de schok wel kunnen ontlopen, dit toch niet doen. Bij depressieve mensen gebeurt volgens Seligman hetzelfde. Zij hebben geleerd dat ze geen controle over hun omgeving hebben.

Een andere psychische oorzaak heeft te maken met het feit dat depressieve mensen minder plezierige activiteiten ondernemen. Dit gebrek aan plezierige activiteiten zorgt ervoor dat iemand te weinig positieve impulsen in zijn leven heeft, waardoor hij nog minder geneigd is om plezierige activiteiten te ondernemen. Daardoor wordt hij nog depressiever, enzovoorts. Men komt in een negatieve spiraal terecht. In de 'gedragstherapie' die in hoofdstuk 4 besproken wordt, wordt geprobeerd deze negatieve spiraal te doorbreken en om te zetten in een positieve spiraal.

Nog een andere psychische oorzaak heeft te maken met zogenaamde 'denkfouten'. Mensen die depressief zijn, interpreteren gebeurtenissen die een ander vervelend of onaangenaam vindt, als het zoveelste bewijs van hun ellende. Zij hebben een negatieve kijk op zichzelf, op hun omgeving en op hun toekomst. De 'cognitieve therapie', die ook in hoofdstuk 4 besproken wordt, is erop gericht deze denkfouten te ontdekken en te corrigeren.

FAMILIELEDEN ALS OORZAAK VAN DEPRESSIES?

Veel familieleden hebben, bewust of onbewust, het idee dat zij medeoorzaak zijn van de depressie. Ook hebben zij vaak het idee dat zij de depressie kunnen verminderen of zelfs helemaal kunnen wegnemen, als zij er maar genoeg hun best voor doen. Als een depressie niet verbetert, wijten zij dat aan zichzelf en doen nog een schepje boven- op hun pogingen om de ander te helpen.

Hoewel deze inspanningen van familieleden zeker van nut zijn, zijn ze gebaseerd op een verkeerd denkbeeld. Wetenschappers zijn het erover eens dat familieleden of het gezin niet de oorzaak zijn van een depressie. Familieleden kunnen een depressie ook niet wegnemen. Daarvoor is professionele hulp nodig.

Wel kunnen familieleden de voorwaarden scheppen om verbetering mogelijk te maken. In hoofdstuk 3 geef ik daar enige richtlijnen voor.

De bekende psychiater Rigo van Meer heeft dat wel eens vergeleken met iemand die een hartkwaal heeft en bij het hardlopen pijn in de borst krijgt. Het trimmen is natuurlijk niet de oorzaak van de hartkwaal, maar heeft wel invloed op de klachten. Voor een hartpatiënt is het belangrijk om te weten of hij zich mag inspannen. Datzelfde geldt voor een depressieve patiënt, maar dan op psychisch gebied. Hij kan niet teveel stress verdragen. In hoofdstuk 4 kom ik daar nog op terug.

4 DE HULPVERLENING

In de meeste gevallen zijn depressies goed te behandelen. In dit hoofdstuk komt aan de orde wat die behandeling precies inhoudt, welke soorten er zijn, wat beter werkt, medicijnen of psychotherapie, maar ook wanneer behandeling niet helpt of de depressie regelmatig terugkomt. Ook gaan we naar hele andere kanten van de hulpverlening kijken: Wat kunt u doen als de depressieve persoon helemaal geen hulp wilt? En als de ander wel hulp krijgt, wat kunt u dan van de behandelaar verwachten? Geeft hij tegelijk ook aan u hulp en advies, of niet? Tenslotte bespreken we nog de mogelijkheden die er zijn om voor u zelf hulp en steun te krijgen.

DE EERSTE STAP NAAR BEHANDELING: DE HUISARTS

De eerste hulpverlener waar iemand naar toe stapt is meestal de huisarts. Dat geldt ook voor depressieve mensen en mensen die vermoeden dat ze weleens depressief zouden kunnen zijn. De huisarts is 'de spil' van de gezondheidszorg in Nederland. Hij werkt samen met allerlei andere medici en hulpverleners en weet welke gespecialiseerde behandelmogelijkheden er zijn bij u in de buurt. Ook kent hij u al langer als het goed is. Hij is dan ook de eerst aangewezen om heen te gaan. Toch is het geen gemakkelijke stap om met een (vermoedelijke) depressie naar de huisarts te gaan. Iemand schaamt zich daarvoor of is bang om als 'zeurpiet' bestempeld te worden. Sommige mensen denken ook dat men bij de huisarts alleen terecht kan met lichamelijke problemen. Dat is echter een misverstand, want huisartsen richten zich op alles wat te maken heeft met gezondheid en ziekte. Psychische aandoeningen, zoals een depressie, horen daar zeker bij.

HUISARTSENZORG EN PRAKTIJKONDERSTEUNING

Wat kan de huisarts doen? Hij kan allereerst een onderzoek doen om te kijken of de patiënt inderdaad een depressie heeft en hij kan onderzoeken of een lichamelijke ziekte de oorzaak is. Verder kan hij de patiënt zelf behandelen. Hij kan antidepressieve medicijnen voorschrijven (zie verderop) en hij kan begeleidende gesprekken met de patiënt voeren. Ook kan hij u als familielid adviseren. De huisarts wordt vaak ondersteunt door een PraktijkOndersteunerHuisartsenzorg GGZ (POH GGZ). De POH GGZ signaleert en ondersteunt bij lichte psychische problemen in samenwerking met de huisarts. De meeste POH GGZers zijn opgeleid tot sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, maar ook psychologen en maatschappelijk werkers zijn werkzaam als POH GGZ. Het aanbieden van e-mental health (psychologische behandelingen via het internet) of het consulteren van een specialist behoren binnen de huisartsenzorg en POH ook tot de mogelijkheden. De huisartsenzorg en POH fungeert daarnaast als poort waarin mensen met psychische problemen worden doorverwezen naar de basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. De behandeling binnen de huisartsenzorg en POH wordt door de zorgverzekeraar vergoed. Het eigen risico is niet van toepassing bij huisartsenzorg.

BASIS GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (BASIS GGZ)

Wanneer er een vermoeden is van een depressie, zal de huisarts de patiënt doorverwijzen naar meer gespecialiseerde hulpverleners die werkzaam zijn binnen de Basis GGZ. In de Basis GGZ werken allerlei hulpverleners, zoals psychiaters, psychologen, psychotherapeuten en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Elk van deze hulpverleners heeft zijn eigen speciale deskundigheden. In het begin en ook tijdens de behandeling bekijken deze hulpverleners samen (in 'teamverband') welke hulp in deze situatie het beste is. Meer gespecialiseerde hulpverleners binnen de Basis GGZ werken onder andere bij een Geestelijke Gezondheidszorg instelling zoals een Riagg, of een polikliniek van een (psychiatrisch of gewoon) ziekenhuis. Ook kan de huisarts verwijzen naar zelfstandig werkende psychologen, psychiaters en psychotherapeuten. De huisarts kent de hulpverleners in de buurt en kan de patiënt daarom goed doorverwijzen. Er is binnen de Basis GGZ ruimte voor verschillende behandelonderdelen, waaronder diagnostiek, e-

mental health, diverse psychotherapeutische en/of medicamenteuze behandelingen, en consultatie van een specialist. De Basis GGZ is onderverdeeld in vier categorieën: Basis GGZ Kort (voor patiënten met een lichte depressie), Basis GGZ Middel (voor patiënten met een matige depressie), Basis GGZ Intensief (voor patiënten met een ernstige depressie) en Basis GGZ Chronisch (voor patiënten die chronisch depressief zijn). De behandelingen in de Basis GGZ maken deel uit van het basispakket van de zorgverzekering. Wel moet er rekening mee worden gehouden met het eigen risico van de zorgverzekering. Iedere Nederlander heeft recht op deze hulpverlening

SPECIALISTISCHE GGZ

Binnen de gespecialiseerde GGZ kan men zich meer richten op mensen met ernstige psychische problemen. In hele ernstige situaties, bijvoorbeeld als er gevaar voor zelfdoding is, kan het nodig zijn dat de patiënt wordt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, een crisiscentrum (meestal maar voor korte tijd) of de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. In de andere gevallen blijft de patiënt thuis wonen. Ook bestaat de mogelijkheid dat de patiënt overdag naar het ziekenhuis gaat en 's avonds weer naar huis komt. De opname in een ziekenhuis of crisiscentrum kan door de huisarts aangevraagd worden, maar meestal zal de Riagg eraan te pas komen.

Een opname in een ziekenhuis gebeurt meestal met de instemming van de patiënt. Een vrijwillige opname noemt men dit. Er zijn echter situaties dat de patiënt ook tegen zijn wil, dat wil zeggen gedwongen, opgenomen kan worden. Een gedwongen opname is volgens de wet toegestaan als de patiënt een gevaar vormt voor zichzelf (bijvoorbeeld een grote kans op zelfdoding), en/of voor zijn omgeving. Voor een gedwongen opname is altijd een verklaring van een psychiater nodig dat die opname echt nodig is. In spoedeisende gevallen kan een burgemeester met zo'n verklaring een zogeheten 'in bewaring stelling' (IBS) afgeven waardoor iemand onmiddellijk tegen zijn wil kan worden opgenomen. Na enkele dagen komt de rechter kijken of het echt nodig is om de IBS te verlengen (tot drie weken) of niet. Iemand kan ook gedwongen opgenomen worden met een 'rechterlijke machtiging'. De rechter kan zo'n machtiging voor een half jaar afgeven op basis van een geneeskundige verklaring. De hulp die door de gespecialiseerde hulpverleners gegeven wordt valt eveneens onder de Zorgverzekeringswet, de basisverzekering. Ook hier moet er rekening mee worden gehouden met het eigen risico van de zorgverzekering. Er is een uitzondering: verblijf in een ggz-instelling valt alleen het eerste jaar onder de Zorgverzekeringswet. Is een langer verblijf nodig, dan wordt deze hulp betaald uit de zogeheten Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) waarvoor iedereen die werkt een premie betaald.

BEHANDELFORMEN

De twee meest toegepaste behandelvormen zijn antidepressieve medicijnen en psychotherapie. In de medische handboeken wordt bij ernstige depressies aanbevolen om tegelijkertijd zowel medicijnen als psychotherapie te geven. Bij mildere depressies wordt aanbevolen om alleen psychotherapie te geven. Psychotherapie kan ook via het internet worden gegeven (e-mental health). Naast deze twee belangrijkste behandelvormen bestaan er nog andere, die veel minder worden toegepast, zoals lichttherapie, slaapdeprivatie en 'hardlooptherapie'. In een enkel extreem geval als niets anders meer helpt wordt ook nog wel eens een electroshockbehandeling gegeven. Dat is echter aan strikte regels gebonden en kan alleen plaatsvinden met instemming van de patiënt.

Voordat er met een behandeling begonnen kan worden, vinden er eerst een of enkele gesprekken plaats tussen de patiënt en de hulpverlener. In die gesprekken wordt bekeken wat er precies aan de hand is en welke behandeling in deze situatie het beste is. Er wordt gekeken welke klachten de patiënt precies heeft, de ernst ervan, hoe lang ze al bestaan, of er directe aanleidingen zijn en dergelijke. Ook wordt de voorgeschiedenis doorgenomen; heeft de patiënt als eens eerder een depressie gehad, zit het in de familie, gebruikt hij medicijnen? Op basis van deze informatie en de wensen van de patiënt wordt een behandelplan opgesteld. In het hierna volgende zullen we de verschillende behandelvormen kort bespreken.

PSYCHOTHERAPIE

Psychotherapie bestaat uit gesprekken tussen de patiënt en de therapeut. Er bestaan allerlei vormen van psychotherapie. Wanneer iemand voor de eerste keer in zijn leven depressief is, wordt in de psychotherapeutische handboeken geadviseerd om kortdurende psychotherapie te geven, waarin vooral de huidige situatie van de patiënt centraal staat. Dat betekent dat er in eerste instantie niet naar de vroege jeugd of de persoonlijkheid van de patiënt gekeken wordt. Naderhand, als de depressie is opgeklaard kan er wel naar het verleden of de persoonlijkheid gekeken worden. Dit is het geval als er aanleiding is om te veronderstellen dat deze opnieuw een depressie of andere problemen zouden kunnen veroorzaken. Kortdurend wil zeggen dat er maximaal zo'n twintig therapeutische gesprekken plaatsvinden. Er zijn vier basisvormen van kortdurende therapieën die in wetenschappelijk onderzoek effectief zijn gebleken, de cognitieve therapie, de gedragstherapie, probleem oplossende therapie en de interpersoonlijke therapie. In de praktijk worden ook veel gemengde therapieën uitgevoerd waarbij onderdelen van de drie basisvormen gecombineerd worden. Vooral cognitieve en gedragstherapeutische therapieën worden vaak gecombineerd.

Cognitieve therapie is gericht op wat in hoofdstuk 1 (bij oorzaken van depressie) 'denkfouten' zijn genoemd. Mensen die depressief zijn zien gebeurtenissen die een ander alleen maar lastig of vervelend vindt, als het zoveelste bewijs van hun ellende. Zij hebben een negatieve kijk op zichzelf, op hun omgeving en op hun toekomst. In de cognitieve therapie gaat de therapeut met de patiënt op zoek naar denkfouten en leert de patiënt hoe hij zelf deze fouten in het denken kan corrigeren. In het vorige hoofdstuk heeft u zelf ook kunnen proeven van de cognitieve therapie. Het stuk over 'andere leren denken' is bijna helemaal gebaseerd op ideeën uit de cognitieve therapie. Zoals daar is gebleken kunnen deze ideeën ook helpen bij het overwinnen van de stress van familieleden. Een nieuwe toevoeging aan de cognitieve (gedrags)therapie is de Aandachtgerichte cognitieve therapie (in het Engels: Mindfulness based Cognitive Therapy [MBCT]). Deze therapie richt zich specifiek op het ontwikkelen van een andere houding tegenover problemen. MBCT is succesvol bij terugvalpreventie van terugkerende depressies.

Gedragstherapie is zoals de naam al aangeeft vooral gericht op het gedrag van de patiënt. Als iemand depressief is *gedraagt* hij zich ook depressief, hij onderneemt geen plezierige activiteiten meer en doet geen moeite om aangename contacten met anderen te hebben: er is eigenlijk niks leuks meer in het leven. In de gedragstherapie heeft men ontdekt dat als de patiënt leert om weer positieve activiteiten te ondernemen, ook de depressie opklaart. De patiënt gaat onder begeleiding van de therapeut na wat hij leuk vindt om te doen. Met kleine stapjes gaat hij vervolgens proberen om weer eens wat leuks te proberen. Als dit lukt gaat hij weer een stapje verder. Een relatief nieuwe vorm van gedragstherapie is Acceptance and Commitment Therapy (ACT), waarin patiënten wordt geleerd zich te richten op zaken die ze op directe wijze kunnen beïnvloeden, zoals hun eigen gedrag, in plaats van controle proberen te krijgen over ervaringen die niet direct te beïnvloeden zijn, zoals emoties en gedachten.

Probleemoplossende therapie is geen officiële psychotherapie, maar een korte gestructureerde psychologische interventie gebaseerd op cognitieve gedragsprincipes. Patiënten leren om problemen op te lossen door het gebruik van de problem-solving techniek. Zij leren ook om weer greep te kunnen krijgen op hun leven, zicht krijgen op wat belangrijk is en om zorgen weer onder controle te krijgen. Deze techniek helpt in het verminderen van depressie, angst en stressklachten.

In de *interpersoonlijke therapie* gaan de patiënt en de therapeut op zoek naar gebeurtenissen die de depressie veroorzaakt hebben waarbij gezocht wordt naar gebeurtenissen die te maken hebben met de relaties van de patiënt met zijn omgeving. Is er bijvoorbeeld iemand in de naaste omgeving gestorven? Heeft de patiënt onenigheid met iemand in zijn omgeving over belangrijke zaken in hun relatie? Heeft de patiënt moeite met veranderingen in zijn leven, zoals bijvoorbeeld pensionering, verhuizen, het ouderschap? Samen met de patiënt gaat de therapeut na hoe dergelijke gebeurtenissen samen hangen

met de depressie en hoe de patiënt zo met deze situaties kan omgaan dat zij niet langer een depressie veroorzaken.

Soms hebben depressieve mensen ernstige problemen met hun partner. De depressie hangt dan samen met deze relatieproblemen. In deze gevallen kan de therapeut in overleg met de patiënt en de partner besluiten om *relatie-therapie* te gaan toepassen. Deze therapie is erop gericht de problemen in de relatie op te lossen. Overigens is het niet zo dat als er ernstige relatieproblemen zijn, dat de partner dan *de schuld* van de depressie is. In het eerste hoofdstuk zagen we al dat de partner of andere familieleden nooit gezien kunnen worden als de oorzaak of de schuld van de depressie. Het ontstaan van een depressie is daar veel te ingewikkeld voor. Wel weten we dat de depressie vaak overgaat als mensen een relatietherapie volgen.

Bij zeer ernstige depressie is de patiënt niet in staat om met dergelijke psychotherapieën aan de slag te gaan. Hij is er te depressief voor. In dat geval wordt meestal met medicijnen begonnen. Maar omdat het een tijdlang duurt voordat antidepressieve medicijnen gaan werken, krijgt de patiënt wel zogeheten *ondersteunende gesprekstherapie*. Dit is geen psychotherapie zoals hierboven beschreven. Het doel van deze therapie is om de patiënt zo goed mogelijk te ondersteunen totdat de medicijnen 'aanslaan'. De therapeut probeert de patiënt te ondersteunen met zaken die door de patiënt als troostend worden ervaren: ondersteunende woorden, 'een praatpaal' zijn, de hand vasthouden.

Soms worden ook familieleden in de behandeling betrokken. Verderop gaan we daar dieper op in.

Tegenwoordig worden veel behandelingen ook via het internet aangeboden. Deze behandelingen zijn vaak gebaseerd op cognitieve gedragstherapie of probleemoplossende therapie. Het is gebleken dat deze online behandelingen net zo goed werken bij psychische klachten als traditionele psychotherapie. Een voordeel van behandeling via het internet is dat patiënten vaak direct aan de slag kunnen. Een ander voordeel is dat patiënten de therapie thuis kunnen uitvoeren, op voor hen geschikte momenten waarbij zij geen vrij van hun werk hoeven te nemen (websites van online behandelingen staan achterin).

BEHANDELING MET MEDICIJNEN

Zoals in hoofdstuk 1 al is aangegeven hebben wetenschappers ontdekt dat bij depressieve mensen er een miscommunicatie is tussen hersencellen (neuronen). Medicijnen tegen depressies, die *antidepressiva* worden genoemd, werken daarop in en verbeteren de communicatie tussen de neuronen. Deze medicijnen zijn in de jaren vijftig ontdekt.

IN NEDERLAND VERKRIJGBARE ANTIDEPRESSIVA

<i>Stofnaam</i>	<i>Merksnaam</i>
amitriptyline	Amitriptyline Sartotex Tryptizol
Citalopram	Cipramil
clomipramine	Anafranil Clomipramine
desipramine	Pertofran
dosulepine	Prothiaden
doxepine	Sinequan
fluoxetine	Prozac
fluvoxamine	Fevarin
imipramine	Imipramine

<i>Stofnaam</i>	<i>Merksnaam</i>
	Tofranil
maprotiline	Ludimil Maprotiline
mianserine	Mianserine Tolvon
mirtazapine	Remeron
moclobemide	Aurorix Moclobemide
nortriptyline	Nortrilen
paroxetine	Seroxat
sertraline	Zoloft
trazodon	Trazolan
trimipramine	Surmontil
venlafaxine	Efexor

Maar de eerste antidepressiva hadden veel hinderlijke bijwerkingen. De laatste jaren zijn er echter vele nieuwe antidepressiva ontwikkeld, die veel mildere bijwerkingen hebben. Het bekendste antidepressivum is ongetwijfeld *prozac*, maar er bestaan er nog vele anderen. In het kader staat een aantal medicijnen die in Nederland gebruikt worden. Er zijn mensen die geen antidepressieve medicijnen willen nemen. Ze hebben daar verschillende redenen voor, die echter meestal op misverstanden berusten.

DE TOP VIJF VAN MISVERSTANDEN OVER ANTIDEPRESSIEVE MEDICIJNEN

Misverstand 1. Antidepressieve medicijnen zijn verslavend. In tegenstelling tot veel kalmerende en slaapmiddelen (barbituraten) zijn antidepressieve medicijnen niet verslavend. Als het eenmaal werkt hoeft de patiënt niet steeds grotere doses in te nemen om hetzelfde effect te hebben. Als de tijd gekomen is om te stoppen met de medicijnen en de patiënt doet dat langzaam (uiteraard in overleg met de arts), dan zal hij nauwelijks ontwenningsverschijnselen hebben. Bij kalmerende en slaapmiddelen kunnen wel dergelijke ontwenningsverschijnselen optreden.

Misverstand 2. Als de patiënt antidepressieve medicijnen neemt, gedraagt hij zich vreemd en is hij niet zichzelf. Hoewel deze medicijnen de depressie wegnemen, zorgen zij er niet voor dat de patiënt zich heel erg goed, 'high' of vreemd gaat voelen. Dit gebeurt alleen in zeer uitzonderlijke gevallen. Patiënten zeggen juist dat ze zich meer dan anders 'zichzelf' voelen als de medicijnen eenmaal werken.

Misverstand 3. Antidepressieve middelen zijn gevaarlijk. Als de middelen door een arts worden voorgeschreven en de patiënt werkt goed samen met de arts, is er geen reden om deze medicijnen 'gevaarlijk' te vinden. De medicijnen zijn nog altijd minder 'gevaarlijk' dan de depressie.

Misverstand 4. Deze middelen hebben allerlei 'enge' bijwerkingen. De bijwerkingen van antidepressiva zijn doorgaans mild en zijn nauwelijks meer merkbaar als de juiste dosis is gevonden. Als er ook dan nog een onaangename bijwerking blijft bestaan, is het in de meeste gevallen ook mogelijk om op een ander middel over te stappen, dat deze bijwerking niet heeft.

Misverstand 5. Het nemen van antidepressiva is een teken van gebrek aan wilskracht; een depressief persoon moet toch 'op eigen kracht' uit zijn depressie kunnen komen?! De meeste depressieve mensen zijn wel degelijk in staat om zelf, op eigen kracht de depressie te overwinnen. Therapeutische gesprekken met een hulpverlener ondersteunen de patiënt daarbij. Maar, antidepressieve medicijnen zijn daarbij ook een enorme steun. De medicijnen verlichten de depressie, waardoor de patiënt in staat gesteld wordt veel sneller zelf zijn leven weer onder controle te krijgen. Het niet willen nemen van medicijnen 'omdat hij het toch zelf moet kunnen' is zonde van de tijd en de moeite. Uiteindelijk moet de patiënt toch zelf zijn depressie overwinnen, maar de medicijnen kunnen net die steun in de rug geven die de patiënt nodig heeft om er iets aan te gaan doen.

De werking van antidepressiva komt langzaam op gang. Het kan twee tot vier weken duren voor de stemming verbetert. Antidepressiva werken niet zoals een aspirine tegen hoofdpijn. U moet antidepressiva dagelijks gedurende langere tijd nemen. Alleen dan werken ze.

Het kan voorkomen dat een medicijn niet helpt. Na een aantal weken wordt dit duidelijk. Het uitblijven van resultaat kan komen doordat de dosis onjuist is of doordat de patiënt het middel niet juist of onregelmatig in neemt. Ook kan dit middel bij deze patiënt niet werken. Een hulpmiddel bij het bepalen van de dosis is de zogeheten 'bloedspiegelbepaling'. Als de bloedspiegel laag is, kan een hogere dosis meer effect hebben. Als het eerste middel niet helpt kan een ander antidepressivum geprobeerd worden

dat wel helpt. In de meeste gevallen (zo'n 80%) wordt er een antidepressivum gevonden dat werkt. Bij de overige 20% bestaat de mogelijkheid om nog enkele andere medicijnen te proberen, met name 'lithium' en 'MAO-remmers'. Deze medicijnen worden niet tot de antidepressiva gerekend, maar kunnen wel helpen tegen een depressie bij mensen waarbij antidepressiva niet werken. Vijf tot tien procent van alle patiënten reageert op geen enkel medicijn. Er zijn geen algemene regels die aangeven hoe lang een patiënt de medicijnen moet blijven nemen. Dat hangt ervan af of de patiënt al eerder depressies heeft gehad, zijn leeftijd, zijn omgeving, en dergelijke. Soms moeten patiënten jarenlang doorgaan met het nemen van de medicijnen, om te voorkomen dat zij opnieuw depressief worden. Langdurig gebruik van antidepressiva leidt niet tot blijvende schadelijke gevolgen.

De medicijnen kunnen echter wel bijwerkingen hebben, zoals sufheid en slaperigheid, of juist een opwekkende werking. Andere bijwerkingen kunnen bijvoorbeeld zijn: een droge mond, obstipatie, wazig zien, hartkloppingen, minder zin in vrijen en meer transpireren. Natuurlijk heeft niet iedere patiënt al deze bijwerkingen. Als bijwerkingen echt hinderlijk zijn kan de arts een ander middel voorschrijven.

Familieleden kunnen patiënten helpen bij het op de juiste wijze innemen van de medicijnen. Patiënten kunnen ontmoedigd raken als de werking zo lang uitblijft, waardoor ze willen stoppen met de medicijnen. Of ze zijn er met gedachten niet bij, waardoor ze niet meer weten of ze de medicijnen genomen hebben. U kunt hen daarbij helpen. Ook gebeurt het nogal eens dat patiënten willen stoppen met de medicijnen als ze zich beter voelen. In het algemeen dient men de richtlijnen van de arts te volgen die de medicijnen heeft voorgeschreven en als men iets wil veranderen moet dat altijd in overleg met hem gebeuren.

Behalve antidepressiva (en lithium en MAO-remmers) worden er bij een depressie ook weleens andere medicijnen voorgeschreven. Zoals we in hoofdstuk 1 al zagen hebben sommige depressieve mensen ook hallucinaties en wanen (zogenoeten 'psychotische' verschijnselen). Voor deze verschijnselen kunnen aparte medicijnen worden voorgeschreven ('antipsychotica' of 'neuroleptica').

Ook kan er gebruik gemaakt worden van slaapmiddelen en kalmerende middelen ('benzodiazepines'). Deze middelen zijn vooral van nut als de patiënt angstig is, wat vaak voorkomt bij depressies. Deze angst verdwijnt meestal als de depressie opklaart. Maar omdat de werking van de antidepressiva enkele weken op zich kan laten wachten, kan de arts ter overbrugging deze middelen voorschrijven. In tegenstelling tot antidepressiva zijn deze middelen wel verslavend en moet men steeds meer nemen om hetzelfde effect te bereiken. Over het algemeen moet men het gebruik beperken tot enkele weken.

DE EFFECTEN VAN BEHANDELING

In de meeste gevallen is de gecombineerde behandeling van medicijnen en psychotherapie effectief. In een klein aantal gevallen (5 tot 10%) niet. De mensen die hersteld zijn hebben echter een grote kans om opnieuw depressief te worden. Bij zo'n 15% van de patiënten is de depressie chronisch. Het wil maar niet overgaan of het komt telkens maar terug. Ook voor de familieleden zijn deze chronische, telkens terugkerende depressies het meest belastend.

Als de patiënt na een klachtenvrije periode opnieuw depressief wordt, denken familieleden nog wel eens dat het 'de schuld' van de patiënt zelf is dat hij terugvalt. Dat is niet het geval. Het is niet bekend waarom de een na een succesvolle behandeling nooit meer depressief wordt en de ander wel. Maar wat we wel weten is dat het niets te maken heeft met de inzet en inspanningen van de patiënt. Ook patiënten die alles doen om beter te worden en beter te blijven kunnen terugvallen.

ALS DE DEPRESSIEVE PERSOON GEEN HULP WIL

Uit onderzoek weten we dat maar liefst de helft van alle depressieve mensen niet behandeld wordt voor hun ziekte. Depressieve mensen hebben allerlei redenen om geen hulp te zoeken. Ze hebben geen vertrouwen in artsen en psychotherapeuten, ze willen niet inzien of accepteren dat ze ziek zijn, ze kunnen niet geloven dat praten hun problemen kan oplossen, of ze kunnen eenvoudig de moed niet opbrengen om naar hun huisarts te gaan. Anderen ontkennen ook dat ze depressief zijn, maar klagen wel over de lichamelijke klachten die ze hebben (en die bij de depressie horen).

Het niet zoeken van hulp hoort min of meer bij een depressie. Iemand die depressief is ziet alles somber in, ook de mogelijkheid dat zijn problemen behandeld kunnen worden. Het pessimisme over de toekomst weerhoudt de patiënt om hulp te zoeken. Hoe kunt u als familielid daarmee omgaan? Als u een ouder bent van een depressieve minderjarige is dat niet zo moeilijk. Als ouder kunt u de verantwoordelijkheid voor de behandeling van uw kind op u nemen en u kunt dan samen met uw kind naar de huisarts gaan om de problemen te bespreken.

Als de depressieve persoon zelf wel volwassen is, is de situatie ingewikkelder. Uiteindelijk zal de patiënt zelf het besluit moeten nemen om hulp te zoeken. U kunt dat niet van hem overnemen. De patiënt draagt de verantwoordelijkheid voor zijn eigen leven. Ook bij de behandeling van de patiënt is het belangrijk dat de patiënt zelf behandeld wil worden. Psychotherapie is nutteloos als de patiënt niet wil meewerken. In de psychotherapie leert de patiënt immers hoe hij zelf de depressie de baas kan worden. De psychotherapeut helpt hem alleen daarbij. Als de patiënt zelf niet behandeld wil worden, heeft de therapie ook weinig zin.

Het was verschrikkelijk om te zien. Mijn vader was 72 toen en heel erg depressief. Hij zei niks, hij deed niks, hij at niet, en hij zorgde heel slecht voor zichzelf. Ik ging elke dag naar hem toe, want ik woon bij hem om de hoek. Maar hij weigerde om de huisarts te laten komen. 'Nee', zei hij dan gewoon, 'dat wil ik niet'. En daar viel verder niet over te praten. Ik kon zeggen wat ik wilde, maar hij gaf er vaak niet eens antwoord op. Een paar maanden heeft dat geduurd. Ik vond het heel erg om dat te zien en maar niks te kunnen doen. Toen kreeg hij 'gelukkig' weer last van zijn bloeddruk. De huisarts kent hem gelukkig al langer en heeft ook oog voor die dingen. Hij schreef mijn vader medicijnen voor zijn depressie voor en kwam ook vaker gewoon eens langs. Na een paar weken was mijn vader weer helemaal opgeknapt.

U kunt wel proberen om de voordelen van behandeling aan de ander duidelijk te maken. Het is vooral belangrijk hem erop te wijzen dat de meeste depressies met succes behandeld kunnen worden. Ook kunt u hem wijzen op de gevolgen van de depressie voor u en anderen in uw omgeving. Maar uiteindelijk blijft het de beslissing van de patiënt om wel of niet hulp te zoeken.

CONTACTEN VAN FAMILIELEDEN MET HULPVERLENERS

Er zijn verschillende manieren waarop u als familielid te maken kunt hebben met hulpverleners. In sommige gevallen kunt u direct bij de behandeling betrokken worden. Ouders van depressieve kinderen worden altijd nauw bij de behandeling betrokken. Maar ook anderen, de partner of het hele gezin kan erbij betrokken worden. Dat is het geval als de problemen van de patiënt te maken hebben met de relaties met anderen. Dat wil niet zeggen dat u of anderen 'de schuld' zijn van de depressie, maar wel dat de depressie het beste verholpen kan worden als ook de partner of het gezin meewerkt. Als de partner of het gezin bij de behandeling betrokken wordt spreekt men wel van relatie- of gezinstherapie. In dat geval

heeft de therapeut gesprekken met de patiënt en de mensen in zijn omgeving. Dat familieleden zelf direct bij de behandeling betrokken worden, gebeurt bij depressies niet zoveel. Veel vaker komt het voor dat de patiënt behandeld wordt en dat de hulpverlener zich vooral daarop concentreert. De contacten met familieleden zijn daarvoor niet direct nodig. Toch zijn die contacten, als ze plaatsvinden, erg nuttig. Dat geldt voor zowel de hulpverleners als voor de familieleden. Hulpverleners krijgen tijdens die contacten veel informatie over de patiënt, wat bij hem wel zal werken, wat niet. Ook krijgen hulpverleners zicht op wat het 'thuisfront' wel aan kan en wat niet, en ze kunnen de familieleden instrueren hoe het beste met de situatie en de patiënt om te gaan.

Voor familieleden zijn contacten met de hulpverlener van de patiënt ook erg nuttig. Allereerst is het voor u als familielid prettig om te weten wie nu diegene is waar de patiënt door geholpen wordt. Ook is het plezierig om te horen wat de vooruitzichten van de behandeling zijn. Veel familieleden vinden het ook plezierig om eens hun hart te kunnen luchten, want voordat ze bij een hulpverlener belanden hebben ook zij al veel meegemaakt.

Soms hebben familieleden het idee dat de hulpverlener 'alles wel weer in orde' zal brengen. Ze leggen het lot van de patiënt en henzelf in de handen van de hulpverlener en verwachten dat deze de ziekte zal genezen. Dit zijn, zoals uit het stuk over de behandeling wel gebleken is, verkeerde verwachtingen. De hulpverlener heeft een aantal behandelmogelijkheden ter beschikking om de depressie te genezen, maar meer niet. Het is dan ook belangrijk dat u niet al te hoog gespannen verwachtingen van de hulpverlening heeft.

Vaak zal de hulpverlener van de patiënt ook u uitnodigen voor een gesprek. Als dat niet gebeurt kunnen daar verschillende redenen voor zijn. Ten eerste is het mogelijk dat de patiënt niet wil dat er contact is tussen u en de hulpverlener. De hulpverlener is dan wettelijk gedwongen om u geen informatie te geven. Volgens het patiëntenrecht mag er geen informatie 'aan derden' gegeven worden zonder toestemming van de patiënt. In de meeste gevallen zal de patiënt die toestemming wel geven. En als hij die toestemming niet wil geven kan de hulpverlener daar dieper op in gaan. Maar als de patiënt blijft volharden in zijn weigering, mag de hulpverlener geen informatie geven. In dat geval kan hij u wel verwijzen naar een collega, die dan natuurlijk over de specifieke situatie geen kennis bezit maar die wel in het algemeen advies en ondersteuning kan geven.

Als er geen contact is tussen de hulpverlener en u kan dat ook komen doordat de hulpverlener van mening is dat de familie niet van invloed is op de ziekte of het voortbestaan ervan. Contact met de familie is dan voor de behandeling niet nodig. Heel vaak zult u als familielid in zo'n situatie ook geen behoefte hebben aan contact met de hulpverlener. Als u die behoefte wel heeft kunt u gerust in overleg met de patiënt, contact opnemen met de hulpverlener. Deze zal de mogelijkheden met u doornemen. Het komt voor dat een familielid de hulpverlener iets wil vertellen over de patiënt of zijn ziekte, zonder dat de patiënt dat weet. Het familielid doet dat meestal omdat hij denkt dat de therapeut deze informatie goed kan gebruiken in de therapie. De therapeut komt dan echter in een moeilijke situatie, omdat er eigenlijk een soort 'geheim' ontstaat tussen therapeut en familie. De therapeut kan deze informatie echter in de therapie niet gebruiken omdat deze hem vertrouwelijk is verstrekt. Het is daarom bijna altijd beter dat de therapeut deze informatie niet krijgt, tenzij het met instemming van de patiënt gebeurt. Het beste is om met de hulpverlener afspraken te maken over welke informatie het beste doorgegeven kan worden.

Tegen die psychiater speelt mijn man mooi weer, dat weet ik zeker. Maar hier thuis zie ik hoe het in het echt gaat. Die medicijnen neemt hij helemaal niet zoals voorgeschreven is. Vaak neemt hij ze gewoon

helemaal niet. En als ik er wat van zeg krijgen we ruzie. 'Laat me toch met rust', zegt hij dan 'dat regel ik zelf wel'. Dus ik bel die psychiater op en vertel hem dat mijn man die medicijnen niet goed neemt. Hij was heel vriendelijk. Het was ook heel prettig om eens te praten met hem, want dan weet je tenminste ook met wie mijn man iedere week praat. Maar hij zei ook dat hij eigenlijk niet goed wist wat hij met mijn informatie moest beginnen. En hij legde me uit hoe dat zat met vertrouwelijkheid en zo. Hij adviseerde me om tegen mijn man te vertellen dat ik hem, de psychiater, gebeld had. Dat heb ik gedaan, 's avonds. We kregen wel weer heibel, maar hij begon toch zijn medicijnen beter in te nemen. En hij knapte heel goed op. Ook onze ruzies werden minder. Hij werd veel beter aanspreekbaar.

NA EEN OPNAME

De meeste depressieve patiënten worden behandeld terwijl ze gewoon thuis wonen. Maar soms is een opname in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis nodig. Dat is voor de familieleden vaak een enorme schok. U weet meestal wel dat het niet anders kan, maar als de opname echt plaatsvindt bekruipen de twijfels u. Had het echt niet meer gekund thuis? Veel familieleden hebben ook het gevoel gefaald te hebben en de ander in de steek te laten. Maar er is ook opluchting. Het kan moeilijk zijn om de zorg aan 'vreemden' over te laten. Zijn zij wel in staat voor de ander te zorgen?

Als u voor de eerste maal in een psychiatrisch ziekenhuis komt kunt u gerust even rondkijken op de afdeling. Vaak maakt zo'n eerste kennismaking veel indruk en het is goed om u daarop voor te bereiden.

Afgrijselijk, ik kan niet anders zeggen. Je denkt van tevoren veel na over zo'n opname, of het nodig is, hoe het zal zijn. Maar toen het moment daar was, was het toch heel anders dan ik gedacht had. Moest ik mijn vrouw dáár achterlaten? Het was er niet vuil of zo, maar wel bedompt en ouderwets ingericht. En dan die mensen die er zaten. Er zat een vrouw uit het raam te staren alsof ze zo een eind aan haar leven zou willen maken. Het liefst had ik mijn vrouw zo weer meegenomen.

Als er al vaker een opname heeft plaatsgevonden, zijn de familieleden er meestal wel aan gewend. Ze weten dat de ander psychisch ziek is en dat er zich crisissituaties kunnen aandienen waardoor een opname noodzakelijk is. Het is ook vaak een hele geruststelling voor familieleden om te weten dat er in noodsituaties voorzieningen beschikbaar zijn.

ALS U NIET TEVREDEN BENT OVER DE HULPVERLENING

Als de patiënt niet tevreden is over hulp die hij krijgt, kan hij dat het beste zeggen tegen degene die hem de hulp geeft. De hulpverlener zal dan met de patiënt naar een oplossing zoeken. Als de problemen op deze wijze niet naar tevredenheid van de patiënt opgelost worden, kan hij een klacht indienen. Alle hulpverleningsinstellingen zijn verplicht om een klachtencommissie te hebben die onafhankelijk klachten beoordeelt. Een reglement van de klachtencommissie kan op verzoek door de hulpverlener verstrekt worden.

De rechten van de familieleden zijn veel minder duidelijk dan de rechten van de patiënt. Helaas hangt het nog steeds vaak af van de hulpverlener of de familieleden op een deugdelijke wijze geadviseerd en ondersteund worden. De ene hulpverlener heeft goed oog voor de eigen problemen van de familieleden en doet alles om hen te ondersteunen, de andere hulpverlener veel minder. Ook eventuele klachten van de familieleden zijn meestal niet zo duidelijk geregeld. Het hangt van de instelling af of familieleden zich ook met klachten tot de klachtencommissie kunnen wenden.

Als u een klacht heeft, bijvoorbeeld over hoe u bejegend bent door een hulpverlener, kunt u ook het beste uw klacht tegen de betreffende hulpverlener melden. Als dat niet leidt tot een oplossing kunt u ook het beste uw klacht voorleggen aan de klachtencommissie van de instelling. Als zij uw klacht niet willen behandelen omdat u zelf geen patiënt bent, kunnen zij u wel vertellen waar u dan terecht kunt met uw klacht. In de meeste plaatsen bestaan tegenwoordig ook patiënten/consumenten platforms. Zij kunnen u helpen met het indienen van klachten en u bijstaan als u niet tevreden bent over de hulpverlening.

HULP VOOR UZELF

Uw situatie als familielid kan ook erg moeilijk zijn en hoewel u niet natuurlijk niet 'behandeld' hoeft te worden, kan het ook voor u erg behulpzaam zijn als u eens uw hart kunt uitstorten. Om zo goed mogelijk om te gaan met de gevoelens die u heeft (zie hoofdstuk 3) kan het praten met een vertrouwenspersoon erg nuttig zijn. Praten kan u helpen om uw gevoelens te ontdekken. Maar daarnaast kan erover praten ook helpen bij het verminderen van negatieve gevoelens en het genieten van de positieve gevoelens. 'Gedeelde smart is halve smart, gedeelde vreugd is dubbele vreugd', wordt wel gezegd en dat is in deze situatie zeker waar.

Het is het beste om gevoelens die u heeft te bespreken met degene waar die gevoelens betrekking op hebben. Vaak hebben uw emoties te maken met de depressieve persoon en het is ook het beste deze gevoelens met hem te bespreken. Familieleden hebben weleens het idee dat ze de ander daarmee nog eens extra belasten of ze bespreken deze gevoelens niet omdat ze denken dat de ander dat toch niet begrijpt. Dat is meestal onnodig, want meestal is de ander best bereid en in staat te luisteren en het kan zelfs leiden tot meer begrip en toenadering. Het voorbeeld dat op [pagina 56 en 57 is beschreven](#), is daar een illustratie van.

Soms is het niet altijd mogelijk om uw gevoelens te bespreken met de ander. Bijvoorbeeld als u conflicten heeft. U moet dan op zoek naar iemand anders die u als klankbord kunt gebruiken. Het is belangrijk dat u deze persoon vertrouwt en dat u zich bij hem op uw gemak voelt. Het kan voorkomen dat degene die u graag als vertrouwenspersoon wilt er voor terugschrikt om deze rol op zich te nemen. Dat kan komen doordat deze denkt dat hij elk moment voor u moet klaar staan of dat hij bedolven wordt onder 'klaag' verhalen. Deze angst kunt u wegnemen door met deze persoon vooral goede afspraken te maken over tijdstip, duur, en frequentie van de momenten dat u over uw gevoelens wilt praten. U kunt bijvoorbeeld afspreken om de komende maanden een maal per week een half uur op te bellen. U kunt dan bijvoorbeeld twintig minuten over uw zorgen praten en tien minuten over andere zaken. Door een dergelijke afspraak weet u beide waar u aan toe bent.

Sommige mensen die luisteren hebben het idee dat luisteren alleen niet genoeg is, maar dat zij ook met oplossingen moeten komen of problemen moeten wegnemen. Meestal is dat natuurlijk niet mogelijk. Het zijn uw problemen en u zult ze zelf moeten oplossen. In zo'n situatie is het verstandig om de ander duidelijk te maken dat u geen oplossingen verwacht, maar alleen een luisterend oor.

Hoe kunt u het beste over uw situatie vertellen? Het is daarbij belangrijk om niet alleen te praten over hoe angstig, schuldig, moe, wanhopig, somber of kwaad u zich voelt. Het is ook van belang om te praten over de hele situatie die geleid heeft tot deze gevoelens. Daardoor kunt u de ander als het ware gebruiken als spiegel, en de situatie en uw gevoelens daarbij nog eens nalopen. Daardoor kunt u de situatie opnieuw en rustiger gaan bekijken en beter begrijpen waarom het zo verlopen is.

Sommige mensen vinden het moeilijk om een vertrouwenspersoon te vinden of zien er tegen op om tegen iemand in de omgeving hun verhaal te doen. In deze situatie kunt u ook hulp zoeken bij een professionele hulpverlener, zoals uw huisarts, een maatschappelijk werker, een dominee of pastor, of een wijk-verpleegkundige. Voor deze personen is het hun beroep om u te ondersteunen. U kunt hen ook benaderen als u merkt dat gesprekken over uw situatie met de depressieve persoon of met een vertrouwenspersoon geen verlichting lijken te bieden.

Als u de moed heeft opgebracht om met iemand anders over uw situatie en uw gevoelens te praten, reken dan niet automatisch op begrip van de degene waarbij u steun zoekt. Goed en begripvol reageren is heel erg moeilijk en velen zijn daartoe niet in staat, inclusief hulpverleners. Dat heeft niet te maken met onwil om u te steunen, maar juist het verlangen om u te helpen. Velen denken dat troostende woorden, oplossingen en adviezen de beste manier zijn om te steunen. 'Iedereen heeft weleens een moeilijke tijd' of 'kom op, meid, morgen ziet alles er weer beter uit', zijn voorbeelden van opmerkingen die mensen dan kunnen maken. Maar daar zit u meestal niet op te wachten. In deze situatie is het belangrijk om duidelijk te maken wat u wel van de ander verlangt. Praten over uw situatie en uw gevoelens is het belangrijkste en een luisterend oor daarbij van de ander kunnen daarbij helpen.

In veel plaatsen worden door hulpverleningsinstellingen, zoals een Riagg of een psychiatrisch ziekenhuis ook cursussen voor familieleden van psychiatrische patiënten georganiseerd. Vaak worden deze cursussen georganiseerd in samenwerking met organisaties van deze familieleden, zoals Labyrint (adres staat achterin). In deze cursussen krijgt u informatie over psychiatrische ziekten en kunt u ervaringen uitwisselen met gelijkgestemden. Voor veel familieleden betekenen deze groepen een belangrijke steun in de rug. Een nadeel is dat deze groepen meestal vooral gaan over schizofrenie en minder over depressies. Sommige familieleden van depressieve mensen voelen zich daarom minder thuis in deze groepen. In sommige plaatsen worden daarom aparte groepen voor familieleden van depressieve mensen georganiseerd.

VERANTWOORDING

Dit boek is een van de eerste boeken voor familieleden van mensen die depressief zijn, waarin niet alleen of voornamelijk uitleg over het ziektebeeld wordt gegeven. Bewust heb in dit boek getracht om ook adviezen te geven over hoe om te gaan met mensen die depressief zijn en hoe familieleden goed voor zichzelf kunnen zorgen in de moeilijke tijd die zij doormaken.

Ik heb daarbij gebruik gemaakt van het werk van andere auteurs. Belangrijk zijn allereerst twee boeken van de Amerikaanse psychiater David Burns. Bij het schrijven van het stuk 'beter communiceren' (hoofdstuk 2) en de vragen die kunnen helpen om het zelfdodingsgevaar in te schatten (hoofdstuk 2) heb ik me voor een deel laten leiden door 'The feeling good handbook' (New York: Penguin Books, 1989). Bij het stuk 'anders leren denken' heb ik me laten leiden door het boek 'Feeling good; the new mood therapy' (New York: Avon Books, 1980). Het stuk 'vermijd te veel kritiek en teveel betrokkenheid' is een populaire bewerking van het concept 'expressed emotion', waarbij ik gebruik gemaakt heb van het boek 'Leven met schizofrenie' van Rigo van Meer (Utrecht: Uitgeverij Kosmos, 1987). Bij het schrijven van hoofdstuk 3 heb ik gebruik gemaakt van het boek 'Zorgen voor een ander' (Utrecht: Teleac/Not, 1996) dat Huub Buijssen en ik geschreven hebben (het stuk dat ik heb overgenomen betreft voornamelijk teksten van Huub). Bij het schrijven van het stuk 'En hoe gaat het eigenlijk met de kinderen' (hoofdstuk 3) heb ik gebruik gemaakt van de brochure 'Als een vader of moeder psychische problemen heeft, hoe gaat het dan met de kinderen?' (Utrecht: Landelijk centrum GVO/Sectie LOP-ggz). Bij het schrijven van het stuk over 'het rad van de depressieve interactie' heb ik gebruik gemaakt van het boek 'Depressie bij ouderen' van Huub Buijssen (Baarn: Intro, 1996). Bij het beschrijven van de oorzaken van depressie (hoofdstuk 1) en de hulpverlening (hoofdstuk 4) heb ik veel ontleend aan het boek 'Depressie' van R.B. Houtman (Amsterdam: Duphar, 1991). Bij het schrijven van het stuk 'informatie verzamelen' en 'maak het leven eenvoudiger' heb ik me laten leiden door het boek 'Depression: what families should know' van E.F. Shimberg (New York: Ballantine, 1991).

De voorbeelden die in dit boek beschreven staan zijn gebaseerd op de verhalen die familieleden van depressieve mensen aan mij verteld hebben. Deze verhalen heb ik enigszins gewijzigd om herkenning te voorkomen. Wel wil ik deze familieleden danken. Zonder hen had ik dit boek niet op deze wijze kunnen schrijven.