

Voor- en nadelen van antidepressiva

Iverslag.

Impressie van de publieksmiddag op 9 november

Op 9 november was de zaal van het bibliotheektheater v olgeboekt met circa 180 mensen. De door CLIP Rijnmond georganiseerde publieksmiddag over antidepressiva stond in ieder geval goed in de belangstelling. “Er waren genoeg aanmeldingen om de middag twee keer te organiseren”, aldus een van de mensen van de organisatie. “Het is een volle zaal”, zo trapt dagpresentator Ruud van der Heijden af, “het laat zien dat je nergens alleen voor staat.”

Voor het eerste gedeelte van de middag zijn vier sprekers uitgenodigd, die elk vanuit hun eigen deskundigheid spreken over antidepressiva.

“Ik heb het eens uitgerekend en kwam er op uit dat ik in mijn leven circa 10.000 pillen heb geslikt, allemaal bedoelt om er weer een ‘vrolijke boel’ van te maken. Dit moet ook allemaal weer door de lever worden weggevoerd,” aldus Marian Henderson. Marian is ervaringsdeskundige en auteur van het boek ‘De aap op mijn rug’. Marian is begin 50, maar heeft al sinds haar pubertijd last van depressies, in het begin voornamelijk in de winter. “Het is een soort oorlogstijd”, zo omschrijft ze het. Er zijn verschillende medicijnen geweest, en verschillende therapieën. “Eerst wilde ik die ‘chemische troep’ niet. Dat was natuurlijk een goed streven, maar het was moeilijk om de winter door te komen. Soms had ik het gevoel dat ik de week niet meer kon doorkomen. Er is geëxperimenteerd met medicijnen. Ik kreeg last van bijwerkingen, bijvoorbeeld van hartritmestoornissen, en ik heb aan de rand van een manie gestaan.” Het heeft even geduurd voordat ze de juiste medicijnen heeft gevonden. Er waren verschillende bijwerkingen bij verschillende medicijnen: afvlakking, verminderde seksuele gevoe-

lens, je in een andere geest voelend, vreemding en angsten, en eetlust. “Op een gegeven moment voelde ik me prima. Maar mijn man had het idee dat hij een andere vrouw had, namelijk iemand die constant achter de doos met chocola zat.” Ze ervaart de medicijnen als een dilemma. “Enerzijds heb je de bijwerkingen, maar als ik de medicijnen niet gebruik word ik weer depressief. Je staat met je rug tegen de muur. Het is ook een rouwproces: je zult nooit meer dezelfde zijn als voor de depressie. Het gaat erom de schade te beperken. Zowel jijzelf als de omgeving moet zich aanpassen. Je moet blijven zoeken naar oplossingen. Ook met je huisarts...op zoek naar de juiste pil.” Dit roept vragen op vanuit de zaal. Waarom heb je je boek geschreven? “Ik had veel ervaring met depressies en medicijnen. Dit wilde ik delen met anderen, maar ik wilde het voor mezelf ook op een rijtje zetten. Intussen zitten we aan de vijfde druk en 7000 verkochte exemplaren.” En over werk: “Ik was B-verpleegkundige. Ik heb een hoog arbeids-ethos, ik ben op mijn knieën naar mijn werk gekropen. Maar op den duur was het niet haalbaar. Ik werk nu voor mezelf, zodat ik rekening kan houden met mijn beperkingen.” Vanuit de zaal komen er veel vragen

over medicijnen, en de effecten en bijwerkingen. “Ik gebruik nu een antipsychoticum in plaats van antidepressiva. Dit gaat best aardig: het is nu herfst en ik voel geen depressie. Het zoeken naar medicijnen doe ik wel met een arts, maar ik houd wel zelf de regie. Ik kon bijvoorbeeld een medicijn niet krijgen, omdat dat volgens de arts ‘niet in Nederland gangbaar is’. Nadat ik hem overtuigd had, kon ik het alsnog krijgen.”

“Sta ik met het verkeerde verhaal voor het publiek?” zo begint Michael van den Boogaard, “mijn verhaal gaat juist over snelheid. Hoe voorkom je dat het zo ver komt?” Van den Boogaard is werkzaam bij PsyQ: een nieuwe naam in Nederland met een nieuwe behandeltechniek. Sheets en getallen schieten snel voorbij tijdens de presentatie. “Het probleem is helder: depressies komen vaak voor. Echter vijftig procent is na drie tot vijf maanden hersteld, voornamelijk door eigen middelen en gesprekken. De mate van herstel neemt vervolgens af. Na twaalf maanden wordt de depressie chronisch: mensen die na een jaar nog niet hersteld zijn, zijn na 24 maanden nog steeds depressief. Voorspellers hierbij zijn onder andere de leeftijd van de persoon, de ernst van de depressie en de duur.” Het doel van de behandeling zou moeten zijn om chronische depressies te voorkomen, zo stelt van den Boogaard. De redenering is duidelijk: hoe sneller een depressie herkend wordt, des te beter het kan worden behandeld en kan chroniciteit worden voorkomen. Maar hoe kun je een depressie herkennen? “Het grootste deel van de mensen normaliseert het probleem, circa 48 procent. Er wordt geredeneerd dat ‘het erbij hoort’. Een depressie wordt dan niet snel herkend. Circa 23 procent ‘psychologiseert’: een depressie wordt dan sneller herkend.” Er wordt hierbij verwezen naar



het 'Nemesis onderzoek' rond depressie waarbij onder andere de factoren en mate van depressies, en het behandelniveau zijn onderzocht. Bij lichte vormen van depressie horen uiteraard lichtere behandelniveaus en vice versa bij zwaardere vormen. Het is dus belangrijk om een depressie goed te herkennen, en er een passende vorm van behandeling en medicatie bij te zoeken, om onder- of overbehandeling te voorkomen. "En als je dan een diagnose hebt, ben je het er dan mee eens? Het is belangrijk om als behandelaar en cliënt het met elkaar eens te zijn, en hoe je er toe gekomen bent. En dan de behandeling: er is veel mogelijk, van cognitieve gedragstherapieën en pillen tot gesprekken en homeopathie." Van de Boogaard gaat in op de specifieke behandelingen en medicatieprotocollen die er zijn. Zowel bij de behandeling als medicatie wordt nauw gekeken naar de effectiviteit van behandeling en medicatie. "Bij moderne antidepressiva wordt in stappen van vier weken naar de dosering gekeken, afgeleid van het effect dat het heeft. Er wordt gezocht naar een combinatie met behandeling." Voor het toedienen van lithium wordt altijd eerst een second opinion aangevraagd bij het Erasmus MC. En ter afsluiting geeft Van den Boogaard mee: "Het is een lange weg, maar er is een routepanner: daar moeten we heen! En met gepaste snelheid."

Ook hier komen vragen uit het publiek. Wanneer moet je accepteren dat je chronische dagbehandeling nodig hebt? Van den Boogaard benadrukt dat bij PsyQ alles geprobeerd wordt in de eerste twee jaar. Als er dan niets lukt, dan moet je het accepteren. En er zijn vragen over de herkenning en erkenning van depressies: wat kan PsyQ daar aan doen? "Bijeenkomsten zoals vandaag helpen. En we moeten langs bij huisartsen: dit is de eerste lijn. Zij zouden snel de 'indicato-

ren' van depressie kunnen herkennen." Van den Boogaard bestrijdt dat een chronische depressie te wijten is aan een vroegere, verkeerde behandeling: "Dit is niet altijd zo. Sommige groepen zijn chronisch. Enerzijds kun je min of meer voorspellen wie er chronisch wordt. Anderzijds is het wel zo dat 'onderbehandeling' leidt tot chronische depressie."

"Mijn verhaal is gebaseerd op contacten met de doelgroep, zowel telefonisch als via de website." Aly van Geleuken is psychologe en hoofd van het Depressiecentrum van het Fonds Psychische Gezondheid. Ze gaat in op de geschiedenis van antidepressiva. Na de biologische benadering (afwijkende mensen werden opgenomen, platgespoten en soms geopereerd) kwam halverwege vorige eeuw Freud, die de problemen benaderde in samenhang met de maatschappij en opvoeding. "Ook dit hebben we gelukkig weer losgelaten." In 1946 verklaarde de WHO (World Health Organisation) dat gezondheid een toestand is van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn, en niet slechts het ontbreken van ziekte en gebreken. "Deze definitie lijkt op 'geluk'. Al in 350 voor Christus schreef Aristoteles dat het leven gelukkigheid tot doel had." Van Geleuken benadrukt te kijken naar het geheel van 'biopsychosociale factoren': zie het in het geheel van biologische factoren (bijvoorbeeld door erfelijkheid) en de omgeving (psychosociale factoren). Deze kunnen leiden tot een kwetsbaarheid, die kunnen leiden tot stoornissen in het stresssysteem, het immuunsysteem en het pijnverwerking systeem. Deze kunnen leiden tot lichamelijke stoornissen, zoals pijn en moeheid, maar ook tot psychische symptomen, zoals angst en depressie. Van Geleuken reageert op de vorige spreker: "Plak niet te snel het etiket depressief op. Praat met de mensen: een

rouwperiode bijvoorbeeld is iets anders dan een depressie. Kijk niet te veel naar het disfunctioneren, maar naar het functioneren: wat kan iemand nog wel." Ze benadrukt het geheel van biologische, sociale en psychische factoren. "Stress is een van de belangrijkste factoren, het komt tegenwoordig vaak voor. Probeer ook inzicht te krijgen in je geschiedenis en familie, je omgeving en werk. Maar krijg ook inzicht in jezelf: bepaalde karaktereigenschappen, zoals perfectionisme, kunnen bijdragen aan depressie." Zelfverwijt is iets wat vaak voorkomt, maar niet nodig: "Vergelijk het met een lichamelijke ziekte." Kijk naar de oorzaken, dan weet je waar je aan moet werken. En probeer de gevolgen te minimaliseren. "Vaak wordt er gezegd dat we al veel weten. Dit is niet waar, we weten veel niet!" Veel vragen die binnenkomen bij het Depressiecentrum gaan over de gevolgen van depressie, en over mensen die terug willen naar zoals het vroeger was. "Dit kan niet altijd, de lat ligt misschien te hoog. Kijk naar wat je kan." Ook aan de hulpverlening doet ze een oproep: "Stel niet te snel een diagnose. Ga uit van wat iemand kan, in plaats van het ziektebeeld. Huisartsen kunnen tips geven hoe mensen verder kunnen gaan, en kijk over drie weken verder. Zo voorkom je dat mensen te snel bij de tweedelijns hulp terecht komen. Spreek in ieder geval een behandeltraject af waar iedereen het mee eens is." En aan de cliënten geeft ze de tip: "Geef me moed om te veranderen wat ik kan. Geef me kracht om te aanvaarden wat ik niet kan veranderen. En geef me wijsheid om het verschil te zien tussen wat ik kan veranderen en wat niet."

De vragen uit het publiek gaan over hoe het depressiecentrum te bereiken is, en wat ze doen. Van Geleuken benadrukt dat het een voorlichtingscentrum is en geen behandeling. "Eigenlijk werken we



op de nulde lijn, nog voor de huisarts." Meer informatie hierover is te vinden via: www.depressiecentrum.nl.

Anton Loonen is hoogleraar farmacotherapie en werkzaam bij Delta PC. In zijn voordracht bespreekt hij drie cases (die wel op de publieksdag besproken kunnen worden, maar vanwege privacyaspecten niet kunnen worden opgenomen). In de cases staan centraal de dilemma's rond medicatie: wanneer moet er welk medicijn worden ingezet. Ook andere aspecten, zoals roken, (overmatig) alcoholgebruik en seksualiteit komen aan de orde. Opvallend bij roken is: "Het is en blijft ongezond, maar roken werkt depressieremmend." En een 'weetje' aangaande medicatie en angststoornissen: "Sommige medicatie prikkelt het lichaam, om het zodoende meer weerbaar te maken. Hierdoor is er in de eerste week vaak een toename van de klachten, pas daarna volgt er verbetering. Dit gebeurt vaker bij angststoornissen." Uit de cases concludeert Loonen dat de situaties niet altijd duidelijk zijn. "Met protocollen kom je er niet altijd. Je moet hier dan van afwijken."

Zijn voordracht roept veel vragen op, met name over medicijnen en medicijngebruik. Soms is er onduidelijkheid over de medicijnnamen: stofnaam en fabrikantnaam worden door elkaar gehaald. In theorie kan er verschil zitten tussen medicijnen die dezelfde stof bevatten. "Het gaat om individuele gevallen," aldus Loonen, "dit is goed gedocumenteerd. Je kunt er niet goed de vinger op leggen, maar gemiddeld maakt het niet uit." En of antidepressiva op de lange duur gevaarlijk zijn? En hoe kan er mee worden gestopt? "De voorkeur gaat naar het afbouwen van gebruik. Abrupt stoppen met gebruik van antidepressiva is

lastiger. En antidepressiva is op de lange duurgevaarlijk. Je kunt stellen dat een depressie gevaarlijk is." Loonen doelt hierbij op de groep mensen met een depressie over een periode van 15 jaar: circa tien procent pleegt suïcide en het overlijden aan de gevolgen van hart- en vaatziekten is twee keer zo hoog als bij andere, soortgelijke groepen.

Er volgen nog meer vragen over lange termijn gebruik van antidepressiva, voornamelijk op het gebied van zwangerschap, en of het gevolgen heeft voor de hersenen. "Hierover is veel 'gedoe' in de media. Er is veel onzekerheid onder de mensen." Maar de gevolgen voor de zwangerschap en mogelijke afwijkingen na de geboorte is even hoog als de normale kans, namelijk circa 1 procent. Hierbij maakt Loonen wel de kanttekening dat hierbij alleen wordt gekeken naar afwijkingen die geconstateerd kunnen worden op jonge leeftijd. Maar effecten op de lange termijn kunnen nog niet helemaal worden gemeten. Ook de effecten van lange termijn gebruik op de hersenen zijn niet makkelijk vast te stellen. Er kunnen wel kleine afwijkingen voordoen, bijvoorbeeld in de zenuwbannen waardoor er bewegingsstoornissen kunnen ontstaan. "De kans is echter klein," aldus Loonen.

De effectiviteit van antidepressiva op lange termijn wordt nog onderzocht. "Er is nu wel onderzoek naar het optreden van nieuwe depressies. Dergelijke onderzoeken lopen gemiddeld twee jaar. Eigenlijk zou je een dergelijk onderzoek over 30 jaar moeten uitvoeren. Er zijn wel gegevens over, maar het ziet er beroerd uit. Met antidepressiva verdwijnt de ziekte niet, het is geen vaccin. Het is een combinatie van langdurig gebruik en psychotherapie." Dit roept vanuit de zaal de vraag op of depressie

niet een reactie van de mens is, in plaats van een ziekte. "Dat is meer een filosofische discussie," zo sluit Loonen af.

Forumdiscussie: de voor- en nadelen van antidepressiva

Met deze vraag wordt meteen afgetrapt in het forum. De meningen zijn echter verdeeld:

"Voordeel is dat het behoorlijk de depressie wegneemt. Nadeel is dat ik kwaliteit van leven heb moeten inleveren." "Voordeel is dat ze helpen, nadeel is dat ze niet genezen."

"Er wordt veel getwijfeld over het gebruik van antidepressiva. Het betekent toch een omkering van het gevoel. Bij een lichte depressie zou ik in eerste instantie niet direct beginnen met medicijnen, maar ook kijken naar therapie."

Er ontstaat een discussie over de mate van behandeling en medicijngebruik. "Het risico van 'overbehandeling' is dat het onnodig duur is", aldus van den Boogaard, "Bij de lichte depressies lijkt er dan sprake van 'te veel medicatie'. Je kunt de effecten van overbehandeling echter niet merken, je merkt niet dat je ook zonder had gekund. Er lijkt dan sprake van een fout in de diagnose." Anderzijds wordt er gevraagd wat er gedaan kan worden aan de 'zwaardere' depressies, die 'in de genen zitten'. Van Geleuken licht toe dat erfelijke factoren de oorzaak kunnen zijn van een depressie. "Maar Nasda-onderzoek heeft uitgewezen dat biologische factoren niet de belangrijkste factoren zijn bij een depressie. Het blijft belangrijk om te kijken naar de omgevingsfactoren. Als een medicijn goed werkt, moet je er niets aan veranderen. De omstandigheden kunnen altijd wijzigen, waardoor een medicijn minder goed gaan werken. Dán



kan je weer kijken naar andere medicatie.” Van der Boogaard wijst er op dat het beleid van PsyQ voor mensen met meerdere depressies anders is: “Je hebt een bepaalde kwetsbaarheid, je bent kwetsbaarder dan anderen. En hoe meer factoren er zijn, hoe hoger de kans is op een depressie.”

En depressie als chronische ziekte? Loonen licht toe dat je dan een andere benadering krijgt. “In plaats van te zoeken naar de oorzaken en deze aan te pakken, ga je er in de loop der tijd anders over denken. Hoe leer je mensen om te gaan met een handicap?” Dit wordt door de verschillende deelnemers herkend. “We krijgen het niet helemaal weg”, aldus van den Boogaard. Het is een verwerkingsproces wanneer een depressie chronisch is. Van Geleuken benadrukt dat je moet blijven kijken naar de mate van welbevinden en de kwaliteit van leven. “Het komt toch op jezelf neer,” zo klinkt het uit de zaal, “je moet zelf de dingen weer oppakken. Je moet ook accepteren dat het zo is.”

Kritische vragen komen er over de invloed van de farmaceutische industrie. Loonen is van mening dat het wel meevalt. “De farmaceutische industrie verkoopt om winst te maken, net zoals elke andere bedrijfstak. De farmaceutische industrie wordt nog het meest aan banden gelegd. Natuurlijk zullen ze het wel proberen, maar mijns inziens worden er geen grenzen overschreden.” Maar relateert Loonen niet te veel? Er zijn gevallen bekend waarbij de grenzen overschreden worden. “Zelf word ik veel gevraagd, voor onderzoek, voorlichting etc. Mensen met mijn deskundigheid komen zelden voor in Nederland. Ik geef echter alleen adviezen op het gebied van

mijn eigen deskundigheid. Het gaat er hierbij om mijn eigen integriteit te bewaren. Er zijn inderdaad mensen die deze normen niet zo streng hanteren, maar dit is echter niet de norm.”

Ook wordt er gewezen op het belang van persoonlijk contact. Dit wordt als net zo belangrijk, of belangrijker, ervaren dan medicijnen. In sommige situaties wordt er een placebo voorgeschreven. Het contact in de hulpverlening is zeer belangrijk, net zoals bejegening en serieus genomen worden. “Ik kreeg pas klachten nadat ik niet serieus genomen werd,” aldus iemand uit de zaal, “mijn depressie is in de hand gewerkt.”

Er volgt een enigszins technische discussie over de medische kant van antidepressiva: de stoffen in de medicatie, de werking hiervan, en de stofwisseling in de hersenen. “Hoe kan het effect gemeten worden, bijvoorbeeld bij een stof als serotonine?” is een vraag uit de zaal. “Het is niet zo makkelijk. We weten dat de huishouding in de hersenen verstoord is, maar niet of dit de oorzaak of gevolg is” aldus van Geleuken. Vanuit de zaal wordt aandacht gevraagd voor de bijwerkingen van medicijnen: medicijnen werken wel, maar de bijwerkingen kunnen zwaar zijn. “Bijwerkingen zijn versluierd. De medicijnen hebben hun werking, de bijwerkingen komen er gewoon bij. Vaak zijn deze bijwerkingen onderbelicht.” Het roept de vraag op of je kan en moet switchen, en wat de gevolgen zijn voor de bijwerkingen. “Hierover zijn de meningen verdeeld,” aldus Loonen, “soms helpt switchen. Tussen personen zitten vaak meer verschil dan tussen medicijnen. We kunnen kijken naar de gemiddelden, maar het kan per persoon afwijken.” En bij het minderen of het

stoppen met de medicatie kan er sprake zijn van ontwenningverschijnselen. Zijn antidepressiva daarmee verslavend? “Je krijgt last van ontwenningverschijnselen. Ook kan het gebeuren dat je op termijn meer medicatie nodig hebt. Maar een van de definities van verslaving is ‘middelzoekend gedrag’. En dat zie je niet bij antidepressiva.”

Om ‘up to date’ te blijven, is goed contact nodig met de cliënt en betrokkenen. “Aan het eind van de behandeling maak ik de afspraak om elkaar over vijf jaar weer te zien,” aldus Loonen, “om bij te praten over de literatuur en terug te kijken op de periode.” Ook bijeenkomsten zoals deze zijn belangrijk. Houd contact met de cliënten en familie. Ook het Internet is een bron van informatie. “Kijk uit met de informatie die je op Internet vindt”, zo wordt er getipt vanuit de zaal. Anderzijds zijn er wel goede sites: op de site van Stichting Pandora bijvoorbeeld is een forum waarin ervaringen rond depressie en antidepressiva worden uitgewisseld.

Aan het eind van de dag krijgen de sprekers nog een spervuur aan vragen op zich af, te veel om te kunnen antwoorden. Ook zijn er geluiden om wat breder te spreken over depressie: niet alleen over de antidepressiva, maar bijvoorbeeld ook over de bijwerkingen, en wat het betekent om depressief te zijn. “Het was een leerzame middag,” zo wordt er geconcludeerd, “het taboe rond depressie is nog diep, dit moeten we bestrijden.” Genoeg stof dus voor een vervolgbijeenkomst. Of misschien een themanummer voor Denkraam?

Bas van Bellen
Fotografie: JanB. Burger