

JEFFREY WIJNBERG

**IK KAN
WEER
LACHEN**



**RAAD EN DAAD VAN DE PSYCHOLOOG
DIE ZELF EEN DEPRESSIE OVERWON**

JEFFREY WIJNBERG

**IK KAN
WEER
LACHEN**




**RAAD EN DAAD VAN DE PSYCHOLOOG DIE
ZELF EEN DEPRESSIE OVERWON**

KOSM • S

Kosmos Uitgevers, Utrecht/Antwerpen

KOSM • S

www.kosmosuitgevers.nl

 kosmos.uitgevers

 kosmosuitgevers

© 2021 Jeffrey Wijnberg, in samenwerking met Kosmos Uitgevers,

Utrecht/Antwerpen

Omslagontwerp: Nanja Toebak

Ontwerp binnenwerk: Zeno Carpentier Alting

Illustraties: Peter de Wit

Kosmos Uitgevers vindt het belangrijk om op milieuvriendelijke en verantwoorde wijze met natuurlijke bronnen om te gaan. Bij de productie van het papieren boek van deze titel is daarom gebruikgemaakt van papier waarvan het zeker is dat de productie niet tot bosvernietiging heeft geleid.

ISBN 978 90 215 8841 4

ISBN e-book 978 90 215 8842 1

NUR 770

Alle rechten voorbehouden / All rights reserved

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, online-publicatie of op welke andere wijze en/of door welk ander medium ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Deze uitgave is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld. Noch de maker, noch de uitgever kan echter aansprakelijk gesteld worden voor eventuele schade als gevolg van eventuele onjuistheden en/of onvolledigheden in deze uitgave.

VOORWOORD

Een depressie is een psychische ziekte. En iedereen die een depressieve episode heeft meegemaakt in zijn leven, weet hoe zwaar dat lijden is. De gelukkigen onder ons, de mensen die geen depressie hebben hoeven doormaken, kunnen zich moeilijk verplaatsen in dat lijden. Dat hoeft ook niet per se. Maar feit is wel dat er nog veel onbegrip en argwaan is tegenover mensen die depressief zijn; alsof zij te lui zijn om zich op te richten en vervolgens wat positiever in het leven te staan. Was het maar zo gemakkelijk. Nee, de depressieve mens moet iedere seconde van de dag ervaren wat het betekent dat zijn wilskracht is uitgeschakeld. Het liefste zou hij ook, net als andere mensen, er het beste van maken. Maar zelfs het ene been voor het andere zetten, is voor een depressief persoon een helse opgave. Hij krijgt het vaak niet eens voor elkaar om een hap eten naar binnen te werken; en als er ook nog wat lawaaierige vrienden aan tafel mee-eten, dan wordt het in zijn hoofd één en al chaos. Vaak zal hij zich dan terugtrekken, op bed gaan liggen of ergens in de tuin vanuit een stoel urenlang voor zich uit zitten staren. Het leven lijkt daardoor volstrekt zinloos, en het is geen uitzondering dat een depressief mens serieus zal overwegen om een eind aan zijn leven te maken. Het grote aantal zelfmoorden dat in Nederland plaatsvindt (1871 IN 2015; BRON: CBS), komt voornamelijk uit de groep mensen die lijden aan een depressie. Daarom geldt zelfmoord als een doodsoorzaak die heel goed te voorkomen is. Want wie op een deugdelijke manier voor zijn depressie wordt behandeld, kan uiteindelijk weer

met plezier aan het leven deelnemen.

Ik schrijf niet alleen vanuit mijn professionele ervaring en deskundigheid. Zelf heb ik mij tot tweemaal toe door een depressieve periode moeten worstelen, en ik probeer daar in dit boek zo open mogelijk over te praten, met als belangrijk doel: meer begrip te kweken bij de leek, bij de depressieve patiënt zelf, alsook bij alle mensen om hem heen. Het is overigens niet verwonderlijk dat de diagnose depressie steeds vaker wordt gesteld door de huisarts, ook omdat de patiënt dan verzekerd is van vergoeding voor psychologische hulp. Feit is namelijk dat in onze huidige samenleving overprikkeling overal op de loer ligt: geluid en licht is er in overvloed, drukte is er eerder meer dan minder, mensen worden haast gedwongen tot het onderhouden van sociale contacten en de eisen voor deugdelijke relaties zijn alleen maar verder opgeschroefd. Ook voor jongeren ligt een depressie op de loer, niet alleen omdat de lat in het onderwijs heel erg hoog wordt gelegd, maar ook omdat zij veel meer sociale vaardigheden aan de dag moeten leggen om door anderen te worden geaccepteerd.

Mijn keuze om depressiviteit nadrukkelijk als ziekte te bespreken, heeft een belangrijke reden: hoe meer de patiënt beseft en accepteert dat hij een ziektegeval is, des te groter de kans is dat hij mettertijd opknapt. Maar mijn keuze voor de term 'ziekte' heeft ook een nadeel, namelijk dat daarmee de indruk wordt gewekt dat de patiënt niet anders kan dan zijn ziekte uit te zieken. Welnu, de ziekte uitziiken is wel degelijk een belangrijk onderdeel van het genezingsproces. Maar tegelijkertijd kan de depressieve patiënt de problemen onder ogen zien die mogelijk aan de depressie ten grondslag liggen. Meestal is er sprake van een overgevoeligheid voor afwijzing en verlating en is er de neiging om goedkeuring af te dwingen door extreme prestaties neer te zetten. Mensen die kwetsbaar zijn voor depressies, vertonen ook vaak overdreven aanpassingsgedrag; zij schamen zich ervoor om al te zeer van de groepsnorm af te wijken. En dat terwijl zij, met alle gevoeligheden die zij hebben, gewoon anders zijn dan de meeste anderen. Deze neiging tot conformisme maakt dat de depressievelingen te vaak doen wat zij juist niet moeten doen of juist niet doen wat zij wel zouden moeten doen.

Belangrijk in dit boek is voor mij ook het wegnemen van vooroordelen. Een van die vooroordelen is dat het wel heel erg met hem gesteld moet zijn (lees:

gek), wil een depressief persoon zich laten opnemen op de psychiatrische afdeling van het ziekenhuis. Tijdens mijn opname in het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen (1995) heb ik alleen maar positieve ervaringen opgedaan; toentertijd wist ik niet hoeveel geschoold personeel er rondloopt om patiënten op het juiste spoor te brengen. Eén anekdote over die tijd wil ik je niet onthouden. Na een paar maanden opname kwamen twee van mijn beste vrienden op bezoek, te weten Frank Farrelly en Jaap Hollander. Zij waren nog maar net op mijn kamer en hadden alleen maar bewonderende teksten over alles wat zij om zich heen zagen. Het gesprek verliep als volgt:

Frank: 'Die Jeff heeft het hier mooi voor elkaar; eigen kamer, mooi uitzicht en...'

(Verpleegster komt de kamer binnen): 'Wat kan ik jullie brengen? Koffie, thee of een sapje?'

Frank: 'En dan ook nog persoonlijke bediening van aardige verpleegsters. Ik begin een beetje jaloers te worden; ik neem koffie zonder medicatie.'

Jaap: 'Ja, bedankt, ik neem een kopje thee.'

Verpleegster: 'Jeff, jij ook nog iets drinken?'

Jeff: 'Een sapje graag, dank je.'

Jaap: 'Hoe is het, Jeff, hier in dit verzorgingstehuis?'

Jeff: 'Ja, behoorlijk slecht nog. Kan nog weinig hebben; het is me algauw te veel eigenlijk.'

Frank (lacht): 'Ja, te veel van het goede zul je bedoelen. Je wordt op je wenken bediend, terwijl de rest van de goegemeenschap het werk moet doen!'

Jaap: 'Ja, lekker uitrusten, een beetje knutselen; hoe krijgt die jongen dat toch voor elkaar?!'

Jeff (geïrriteerd): 'Ik ben al snel uitgeput, zoals nu; kan weinig hebben zoals ik al zei.'

Frank: 'Geeft niks jongen, ga jij maar op bed liggen, dan praten Jaap en ik wel verder zonder jou over jou.'

(Jeff gaat op bed liggen.)

Frank: 'Denk jij, Jaap, dat Jeff echt depressief is, of is het een mooi toneelstukje?'

Jaap: 'Hij oogt wel uitgeput, maar echt zeker ben ik niet.'

(Jeff richt zich weer op en gaat op de rand van het bed zitten.)

Jeff: 'Jullie hebben makkelijk praten, ik voel me echt slecht.'

Frank: 'Oké, maar het is toch wel lekker om niets te hoeven, en professioneel afgeschermd te leven van de buitenwereld?'

Jeff: 'Ja, dat wel; zoveel rust en aandacht heb ik nog nooit gehad.'

Frank: 'Dat bedoel ik.'

Dit gesprek kan ik mij nog woordelijk herinneren omdat het mij diep raakte. Enerzijds was ik natuurlijk echt ziek, anderzijds werd ik mij door de opmerkingen van Frank bewust van het feit dat ik een uitzonderlijke beschermingsstatus genoot, en het thuisfront voor alle verplichtingen liet opdraaien. Vanaf dat moment heb ik nog serieuzer aan mijn herstel gewerkt. Op een later tijdstip hebben Jaap en ik het fenomeen van 'praten over de patiënt in het bijzijn van de patiënt' officieel als doeltreffende psychologische interventie opgenomen in het programma dat wij samen verzorgen voor studenten in opleiding tot provocatieve therapeut.

Voor eenieder die aan een depressie lijdt, is dit boek geschreven met als doel om licht te kunnen zien gloren aan het einde van de lange tunnel van herstel. Ook alle dierbaren die het moeten opbrengen om de patiënt met zijn depressie te verdragen, steek ik de hand toe. Blijven er toch nog vragen over, dan kun je altijd contact met mij zoeken.

Jeffrey Wijnberg,
Groningen

1 | WAT HEET DEPRESSIE

W

ie wil weten of er sprake is van een depressie, kan op internet vier verschillende depressietesten invullen (WWW.ZELFHULPWIJZER.NL/LIJST-VAN-ZELFHULPCURSUSSEN/DEPRESSIE-TEST). Uiteraard is het verstandiger om een huisarts te raadplegen, eventueel met een verwijzing naar een psychiater of psycholoog. Alleen de specialisten kunnen beoordelen of iemand lijdt aan een depressie, en dat heeft alles te maken met het feit dat de ene depressie de andere niet is. De verschijningsvormen van een depressie zijn zo talrijk dat zelfs de specialist grondig onderzoek moet verrichten om een correcte diagnose te stellen. Tegelijkertijd zijn de meest voorkomende klachten gemakkelijk te benoemen. Zo is er doorgaans sprake van: een vlakke of bedrukte stemming, gebrek aan levensenergie, concentratiestoornissen, geen gevoel van eigenwaarde, een gevoel van traagheid in beweging, denken en doen, allerhande lichamelijke klachten zoals overmatig zweten, darmkrampen, zwaar hoofd, vieze smaak in de mond of oorsuizingen alsmede slapeloosheid, onbestemde angstgevoelens en een weerzin tegen geluid, licht en sociaal contact.

Maar zoals gezegd kan de depressieve toestand ook minder duidelijk op de voorgrond treden waarbij de persoon in kwestie zich niet echt somber voelt, maar wel snel overprikkeld raakt. Een andere variant is de zogeheten gemaskeerde depressie, waarbij de persoon in kwestie redelijk tot normaal functioneert, maar zijn depressiviteit ‘somatiseert’ waarbij vooral lichamelijke

klachten op de voorgrond treden. Specialisten maken ook onderscheid tussen een 'situationele depressie' en een 'vitale depressie'. In het eerste geval is er sprake van een *life event*, zoals het overlijden van een dierbare, een ongeval of een verhuizing en zijn de depressieve gevoelens van voorbijgaande aard. Van een vitale depressie wordt gesproken wanneer de klachten zich hebben verinnerlijkt en het autonome zenuwstelsel volledig ontregeld is geraakt. De depressieve klachten zijn dan ernstig en aanhoudend van aard, waarbij de persoon in kwestie feitelijk niet meer normaal kan functioneren. De patiënt met een vitale depressie is geneigd om zich terug te trekken, bij voortdurend op bed te gaan liggen en hij kan niets anders dan zich ziek melden op het werk. Naast alle bovengenoemde klachten is er één fenomeen dat wellicht een 'echte' depressie kenmerkt en dat is: gebroken wilskracht.

GEBROKEN WILSKRACHT

Wie in depressieve toestand verkeert, zal zichzelf als vreemd ervaren. En dat is nog zacht uitgedrukt. Doorgaans zal het denkvermogen nog redelijk intact zijn, maar zal de patiënt alles wat hij bedenkt niet om kunnen zetten in daden. Zo kan hij zich wel voornemen om dicht bij huis een boodschapje te doen, maar niet bij machte zijn om zijn voornemen ook uit te voeren. Hij hangt in de stoel om alleen nog maar naar zijn eigen voeten te staren en kan het eenvoudigweg niet opbrengen om zich uit zijn stoel te hijsen. Zelfs het kopje koffie dat op een tafeltje naast hem staat, lijkt te ver weg om er een slokje van te nemen. Het gevoel is er een van zwaarte en traagheid waardoor zelfs een rondje fietsen in de buitenlucht een helse opgave is. Niet ongewoon is de gedachte van de depressieve patiënt: ik kan wel bedenken dat ik iets zou willen, maar het lukt mij gewoon niet. Belangrijk is het om te beseffen bij de depressieve patiënt dat er sprake is van gebroken wilskracht: het is niet dat hij weigert om zich in beweging te zetten, hij is er fysiek en mentaal gewoonweg niet toe in staat. Het doorgronden van het fenomeen van de gebroken wilskracht is lastig, maar het heeft er alle schijn van dat het brein een 'coup' heeft gepleegd: om te voorkomen dat er nog meer overprikkeling kan plaatsvinden, wordt de patiënt in zijn normale functioneren lamgelegd, waardoor hij gedwongen is om zich koest te houden. Deze wilsverlamming wordt in vakjargon 'functioneel' genoemd: het

doel is om het zenuwstelsel van de patiënt rust te gunnen, meestal omdat de patiënt zelf geneigd is om zich, in zijn normale doen, over de kop te werken. Dit gegeven levert een bijzondere paradox op: terwijl een depressie zonder meer als ziekte kan worden aangemerkt, is hij tegelijkertijd ook de genezing tegen overprikkeling.

Nu zal in de praktijk de patiënt zijn depressie niet als 'genezend' ervaren. Hij wil immers niets liever dan van zijn depressie af. Toch is het belangrijk dat de patiënt zich realiseert dat hij niet zomaar aan een depressie lijdt. Hoe paradoxaal het fenomeen ook is, de wilskracht is gebroken omdat er kennelijk voorheen te veel te willen was. En eenieder die dit feit voor waar aanneemt, zal ook eerder van zijn depressie kunnen herstellen. Omdat zelfs de meest simpele opdrachtjes of dagtaken voor de patiënt welhaast onuitvoerbaar blijken, kan de angst groeien en het gepieker over de toekomst toenemen: zal ik ooit weer beter worden als ik nu al de meest eenvoudige dingen niet meer voor elkaar krijg? Deze angstgevoelens zijn 'normaal' in de context van een depressie, en het is belangrijk ze te bespreken met de behandelaar. Het zal natuurlijk duidelijk zijn dat een depressie niet onbehandeld mag blijven. Want wie door het leven gaat met een verwaarloosde depressie, zal een welhaast ondraaglijk lijden moeten doorstaan.

LIEVER GEEN DEPRESSIE

Het taboe is nog springlevend en dat is iets wat ongerijmd klinkt als het gaat om een depressie: mensen willen nog wel toegeven dat zij overspannen zijn of een burn-out hebben, maar het beestje bij de naam noemen is er niet bij. En dat heeft alles te maken met beeldvorming. Wie spreekt over een burn-out, komt eerder over als iemand die zich kapotgewerkt heeft, en overspannenheid roept associaties op van iemand die is gestruikeld over de onredelijke eisen van de buitenwacht. Met beide termen wordt vermeden dat iemand voor 'gek' of 'zwak' versleten wordt, maar eerder gezien moet worden als een gezonde appel die door zijn omgeving tot appelmoes vermalen is. Wie ronduit toegeeft dat hij aan een depressie lijdt, zegt daarmee ook dat hij 'zenuwpatiënt' is. En zenuwpatiënten zijn van binnenuit wiebelig, raar, overgevoelig, onbetrouwbaar en behept met een zwak karakter; mensen die alleen nog een beetje overeind

blijven door pillen te slikken en door wekelijks een bezoek te brengen aan een zielenknijper. Tenminste, zo wordt vaak, ten onrechte, gedacht. Nu mag iedereen zich presenteren zoals hem dat zelf goeddunkt. En wie zijn reputatie wil beschermen, kan wat mij betreft ook zeggen dat hij 'geestelijk overprikkeld' of 'mentaal overbelast' is geraakt. Maar het is ook een gemiste kans als het depressief zijn wordt ontkend. Want wie lijdt aan een depressie, geeft ook aan dat hij ziek is. En wie ziek is, heeft recht op behandeling en de tijd die nodig is om te herstellen.

Het slechte nieuws is dat depressiviteit een zeer ernstige aandoening is. Het goede nieuws is dat een depressie, mits goed behandeld, te genezen is, in tegenstelling tot vele andere ernstige aandoeningen zoals reumatische artritis, suikerziekte of longemfyseem. Cruciaal voor het genezingsproces van een depressie is de acceptatie van het ziek-zijn. Wie dus wel hardop durft te zeggen dat hij aan een depressie lijdt, zal zichzelf daarmee een enorme dienst bewijzen. De patiënt zal eerder toegeven aan zijn vermoeidheid, gemakkelijker zijn sociale verplichtingen links laten liggen en ook eerder door zijn omgeving in bescherming genomen worden om in alle rust zijn energiereserves weer op te bouwen. Echt slimme patiënten schamen zich ook niet voor een opname in een depressiekliniek omdat daar professionele specialisten aanwezig zijn die weten wat er voor nodig is om een depressie te genezen. Maar wie, uit angst voor zijn aanzien en reputatie, zich beter voordoet dan hij is, zal, zelfs na jaren, nog blijven kwakkelen met zijn gezondheid. Als het om een depressie gaat, is het van essentieel belang om te beseffen dat de ziekte tegelijkertijd de genezing is. Want in wezen is depressiviteit niets anders dan een beschermingsreactie van het lichaam: de menselijke wilskracht wordt uitgeschakeld om op die manier weer bij zinnen te komen.

PERSOONLIJK

Vaak wordt beweerd dat de ernst, de impact, de volle omvang van wat depressie heet pas echt begrepen kan worden wanneer iemand dat zelf heeft doorgemaakt. Nu is het natuurlijk vreemd om een psychiater of andere specialist pas serieus te nemen als hij kan bewijzen ook ervaringsdeskundig te zijn. Ik ga er in ieder geval van uit dat er genoeg expertise is bij behandelaars,

ook zonder dat zij uit eigen ervaring kunnen putten. Zelf heb ik wel twee zware depressies 'overleefd'. En ik merk in de behandeling van mijn patiënten dat deze persoonlijke ervaringen een belangrijk voordeel hebben: merkbaar is dat patiënten mijn adviezen gemakkelijker vertrouwen en dat ik een 'voorsprong' heb in wat er met de depressieve patiënten aan de hand is:

'Soms lijk ik echt de weg kwijt te zijn.'

'Het gevoel geen echte oriëntatie meer te hebben in tijd en ruimte.'

'Precies.'

'Verstandelijk weet je dat je nu bij de psycholoog bent, maar gevoelsmatig is het net alsof je het normale gevoel van plaats en tijd kwijt bent.'

'Ja, precies; hoe weet jij dat?'

'Omdat ik het gevoel ken van toen ik zelf een depressie doormaakte.'

'Hoe heb jij dan kunnen herstellen?'

'Dat is een lang verhaal...'

De eerste depressieve episode begon in de zomer voor het begin van mijn eindexamenjaar. Ik was net achttien geworden en wilde, tegen de zin van mijn ouders, in Utrecht als cafetariamedewerker aan de slag. Op weg naar mijn logeeradres kreeg ik in de trein, zoals ik pas veel later begreep, een heftige paniekaanval waarna de depressieve klachten in rap tempo volgden. Mijn blik was niet meer helder, mijn concentratievermogen was volledig verdwenen en het voelde alsof ik geen vat meer had op mijn gedachten. In die tijd (1969) was er nog weinig bekend over depressies, en zowel een bezoek aan de huisarts als aan de psychiater leverde niets op. Beiden spraken van 'adolescente groeistuipen' en ik werd zonder behandeling weer weggestuurd. Het zomerbaantje moest ik afbreken en het eindexamenjaar werd een hel. Hoewel ik voor mijn eindexamen toentertijd ben gezakt, lukte het mij wel om aangenomen te worden bij een Amerikaanse universiteit (Oberlin College, Ohio). Ik sleepte mij door de dagen heen, ging trouw naar beschikbare hulpverleners, maar kreeg van niemand iets dat mij verlichting bood. Terug in Nederland (1972) kreeg ik op grond van mijn Amerikaanse prestaties toch toestemming om psychologie in Groningen te studeren. Nu, achteraf, weet ik nog steeds niet hoe het mij gelukt is om studieresultaten te boeken, vooral omdat ik mij ieder wakend moment van de dag beroerd voelde. Vaak heb ik overwogen om een einde aan mijn leven te

maken, terwijl ik tegelijkertijd beseftte dat ik hier niet echt de moed voor had. Door een speling van het lot raakte ik bevriend met Jaap Hollander. Hij studeerde ook psychologie en ging met mij om alsof er niets bijzonders aan de hand was. Ik sprak vaak met hem over mijn vastgelopen brein, maar hij leek niet zo onder de indruk van mijn lijden. In de Lodewijkstraat gingen wij onder één dak wonen. Op een ochtend werd ik wakker, hoorde dat Jaap beneden keihard de muziek van Lou Reed draaide (*Satellite of Love*) en werd mij bewust van het feit dat voor het eerst in vier jaar de mist in mijn hoofd verdwenen was. Ik was zo opgetogen dat ik mij weer normaal voelde, dat ik op die dag besloot om nooit meer achterom te kijken. De ellende van vier jaar stopte ik in de doofpot en ik genoot van mijn (studenten) leven als een jongetje in een snoepwinkel. Pas jaren later heb ik kunnen bevatten dat het de veiligheid en de rust van de vriendschap was die mij ertoe in staat stelde om te herstellen.

De tweede depressieve episode is nu bijna 25 jaar geleden. Ik was 42, getrouwd en vader van twee zoons. Ook toen werd het begin van de depressie ingeluid door een heftige paniekaanval. Ik was ervan overtuigd dat ik ter plekke zou overlijden aan een hartinfarct. Maar eenmaal tot rust gekomen, voelde ik dat ik weer in dezelfde depressieve toestand verkeerde als destijds. Ik was niet meer in staat om te werken en had het geluk dat mijn vrouw de praktijkwerkzaamheden kon overnemen. Ook toen waren mijn bezoeken aan de huisarts en andere specialisten vruchteloos. Pas toen ik mij meldde bij het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen, werd ik door de dienstdoende psychiater, dr. Gerdes, op waarde geschat (vitale depressie met ernstige depersonalisatie). Ik werd op de psychiatrische afdeling (PAAZ) opgenomen, kreeg antidepressiva en een rustkuur en voelde mij elke dag ietsjes beter worden. Omdat ik de kans op herhaling deze keer wilde minimaliseren heb ik alle therapieën gevolgd die in het ziekenhuis werden aangeboden. Niets wilde ik aan het toeval overlaten en ik besprak mijn jeugd, de relatie met mijn ouders, de relatie met mijn vrouw, mijn ambities en alles wat mij op dat moment dwarszat.

Mijn gehele herstel heeft zeker drie jaar geduurd, en toen ik eenmaal weer aan het werk was en mijn normale levensritme oppakte, voelde ik mij sterker dan ooit tevoren. Mijn vrouw en kinderen hebben in die periode nogal wat te verstouwen gehad, in de eerste plaats omdat ik mijn normale verplichtingen niet kon nakomen. Het is vooral aan de toewijding en het doorzettingsvermogen van

mijn vrouw te danken dat onze relatie en het gezinsleven weer in goede banen konden worden geleid. Voor mij persoonlijk was de periode van opname een openbaring: met name het gevoel ziek te mogen zijn en de tijd te krijgen, heeft mij voldoende ontspanning gegeven om te kunnen herstellen. Wat aan het licht kwam, was vooral mijn diep zittende verlatingsangst en extreme hang naar aandacht en goedkeuring: als ik, om welke (on)zinnige reden dan ook, boos was op anderen, werd ik tegelijkertijd extreem angstig. Alleen door goede, therapeutische gesprekken heb ik hier vat op kunnen krijgen. Na een enorme huwelijksdip is vanaf het moment van definitief herstel de relatie met mijn vrouw in de loop der jaren steeds beter geworden, niet in de laatste plaats omdat zij altijd in mij en ons bleef geloven. Ik weet dat ik kwetsbaar blijf voor depressies, maar voel geen angst omdat ik weet wat mij te doen staat als ik weer een terugslag zou moeten incasseren. Ik prijs mij gelukkig dat ik tot op de dag van vandaag geen nieuwe depressie heb hoeven doormaken.

DEPRESSIEMYTHES

Een depressie staat bekend als een stemmingsstoornis. Maar het is niet alleen de stemming die te lijden heeft. Behalve aan somberheid lijdt de patiënt ook aan futloosheid, traagheid, overgevoeligheid, slecht slapen, gebrek aan eetlust en mensenschuwheid. Gelukkig wordt een depressie tegenwoordig sneller onderkend. Maar de mythes over depressiviteit blijven hardnekkig. Zo wordt vaak beweerd dat een depressieve patiënt moet worden geactiveerd, bijvoorbeeld door hem elke dag flinke afstanden te laten hardlopen. Maar de depressieve patiënt heeft meer baat bij absolute rust en zal zelf ook moeten accepteren dat uren nietsdoen en stilte juist genezend werken. Ook wordt door kwakzalvers vaak geopperd dat de depressieve patiënt onder de mensen moet blijven. Het tegendeel is waar: sociaal contact is zo vermoeiend dat zelfs een gewoon gesprek van een kwartier voor totale overprikkeling kan zorgen. Geen wonder dat de patiënt er tegenop zal zien om een afspraak van anderhalf uur bij de bedrijfsarts te hebben. Het vooruitzicht alleen al is zo uitputtend dat de patiënt al instort als hij net over de drempel stapt. Laat dan ook nog menig bedrijfsarts de patiënt onder druk zetten om zo snel mogelijk weer aan het werk te gaan, en de depressie zal acuut verergeren. Deze bedrijfsartsen hanteren het

motto 'hoe sneller de patiënt reïntegreert, des te beter het is'. Maar ook dat is klinkklare onzin. Deugdelijke genezing van een depressie kan alleen als de druk van artsen en instanties achterwege blijft. De patiënt heeft al moeite genoeg om zijn collega's zo lang in de steek te laten; hij is er niet bij gebaat om een schuldgevoel aangepraat te krijgen. Een depressie is geen kortdurende, emotionele verkoudheid, maar een ernstige psychische ziekte die alleen geneest door geduld en begrip, zo zou ook het leger aan keuringsartsen moeten beseffen. Ten onrechte wordt dan ook vaak gedacht dat de depressieve patiënt gewoon geen wilskracht toont. Welnu, een depressie kenmerkt zich juist door het feit dat de gezonde wilskracht ernstig is aangetast. In gedachten zou de patiënt van alles willen, maar hij merkt voortdurend dat zijn innerlijke kracht totaal ontbreekt. De depressieve patiënt is geen saboteur van mensen die hem op sleeptouw willen nemen. Het brein staat niet toe dat de patiënt iets wil, om hem te beschermen tegen overprikkeling. Alleen wie een depressie heeft doorgemaakt, weet hoeveel tijd en geduld nodig is om ervan te herstellen. De buitenwacht moet zwijgen – behalve als er een stem van compassie kan klinken.

SUÏCIDALITEIT

Een depressie, zoals hierboven beschreven, is ernstig van aard. Maar alsof het niet al erg genoeg is, kan het depressief lijden nog ernstigere vormen aannemen. De eerste verzwarende factor is 'suïcidaliteit': voor de patiënt is het lijden zo zwaar en zijn leven zo uitzichtloos dat zelfdoding voor de hand ligt. Let wel: deze doodswens kan bij iedere persoon die aan een depressie lijdt, voorkomen; dus ook bij mensen die, voorafgaand aan hun depressie, vrolijk en energiek door het leven stapten. Hoewel suïcidaliteit een integraal onderdeel uitmaakt van het depressief-zijn, mag de huisarts of een andere hulpverlener de doodswens niet onderschatten en 'wegzetten' als een van de vele klachten. De doodswens moet uiterst serieus genomen worden, waarbij de hulpverlener de plicht heeft om precies na te vragen hoe concreet en vergevorderd de eventuele zelfmoordplannen zijn. In veel gevallen hebben depressieve patiënten een doodswens omdat zij een einde willen zien aan het leven dat ze op dat moment hebben, en niet aan het leven 'in zijn algemeenheid'. Dit betekent dat de patiënt zozeer lijdt en zo onmachtig is om er wat aan te doen dat hij de dood als enige

oplossing ziet voor zijn lijden. Dat de zelfgekozen dood 'een oplossing' is, dat klopt. Maar het is een definitieve oplossing voor een tijdelijk probleem. Is de oplossing eenmaal voltrokken, dan kan het leven niet meer worden opgepakt; een gegeven dat belangrijk is om de depressieve patiënt voor te houden. Hiermee wordt duidelijk dat een doodswens dikwijls een verlangen is om het lijden te doen stoppen; iets wat voor iedereen invoelbaar moet zijn. Mocht de indruk bestaan dat er direct en reëel gevaar is op zelfmoord, dan moet de patiënt tegen zichzelf in bescherming genomen worden, waarbij een opname op een (gesloten) afdeling van een psychiatrische instelling geregeld dient te worden.

Wat betreft zelfmoorddreiging zijn er nogal wat merkwaardige overtuigingen in omloop. Zo zeggen mensen dikwijls dat de patiënt geen zelfmoord zal plegen als hij er openlijk over praat; alsof het gewoon een manier is om aandacht te vangen. Ook wordt vaak gezegd dat de enige persoon die echt zelfmoord zou kunnen plegen, degene is die over zijn plannen zwijgt; dit om te voorkomen dat hij zou kunnen worden tegengehouden. Ook denken mensen geruststelling te kunnen vinden wanneer de patiënt iedereen verzekert dat hij geen zelfmoordplannen heeft. Welnu, de feiten zijn anders: wel of niet uitgesproken, wel of niet ontkend, wel of niet zorgvuldig voorbereid, de depressieve patiënt heeft door zijn sombere gemoedstoestand een hang naar de dood, waardoor de omgeving voortdurend alert moet zijn op 'afwijkend gedrag': gedrag dat erop zou kunnen wijzen dat de patiënt ertussenuit knijpt. Zo bekeken is een opname in de psychiatrie eigenlijk altijd beter dan niet, omdat deskundige hulpverleners beter zijn in het inschatten van de risico's. Het zelfmoordrisico is wellicht nog het hoogst wanneer de depressie begint te verbleken. Immers, pas als er iets van levensenergie terugkomt, heeft de patiënt 'de moed' om zijn zelfvernietigende actie te ondernemen. Dat is ook de reden waarom er dikwijls een stijging is in het aantal zelfmoordpogingen bij aanvang van de lente: als de dagen lengen en mensen door het langere licht wat opknappen, is er ook meer energie om tot 'de daad' te komen.

Het spreekt vanzelf hoe vernietigend een geslaagde zelfmoordpoging is voor dierbaren. Iedereen vraagt zich dan af of het te voorkomen zou zijn geweest, met alle schuldgevoelens van dien. Alleen in zeldzame gevallen zijn deze schuldgevoelens terecht, in de zin dat de familie en vrienden hun handen hebben afgetrokken van de patiënt, waardoor hij in een uitzichtloos isolement

gekomen is. Het is geen overbodige luxe voor direct betrokkenen om bij een psycholoog aan te kloppen wanneer iemand zelfmoord heeft gepleegd. De impact van deze daad wordt dikwijls als traumatisch ervaren en kan in therapeutische gesprekken van een meer bevredigend perspectief worden voorzien. Het is ook niet ongewoon dat verwanten bang worden voor hun eigen gevoelsleven, alsof door de zelfmoord de kans op eigen destructief gedrag fataal zou kunnen worden.

DEPERSONALISATIE

Naast suïcidaliteit is er ook de kans op psychotische kenmerken, wat het depressief lijden nog zwaarder maakt. In sommige gevallen is er sprake van waandenkbeelden, waarbij de patiënt er bijvoorbeeld van overtuigd is dat hij wordt achtervolgd, wordt bestolen of wordt bedreigd terwijl dit in werkelijkheid niet het geval is. Een ander psychotisch kenmerk wordt vaak aangemerkt als 'depersonalisatie en derealisatie', het gevolg van extreme angstgevoelens. In een dergelijk geval wordt ook wel gesproken over een psychotische depressie, een vorm waar ik persoonlijk ook onder geleden heb. Mijn beleving was als volgt: het lichaam voelt als niet-eigen, alsof elk lichaamsdeel los staat van het geheel; de wereld ziet eruit alsof het een film is en trekt aan je voorbij zonder dat je het gevoel hebt er echt aan deel te nemen; gedachten zijn niet meer te controleren, waardoor er geen innerlijke rust meer is; het geheugen functioneert niet meer, waardoor er ook een volledige desoriëntatie is in tijd en ruimte, volledig verdwaald, ook al ben je ergens waar het 'officieel vertrouwd terrein' is; geen contact meer kunnen ervaren met de mensen om je heen; wel zogenaamd gewoon kunnen doen zodat niemand doorheeft dat er wat aan de hand is, terwijl de eigen beleving volledig bevreemdend is.

Uit eigen ervaring kan ik melden dat deze gedepersonaliseerde gevoelstoestand op zichzelf vreselijk beangstigend is, terwijl de toestand als zodanig al uit extreme angstbeleving voortkomt. Het is een beleving van dubbele angst, een toestand die ik in mijn dromen nog steeds, met enige regelmaat, kan herbeleven, waardoor ik badend in het zweet wakker word. Je kunt je wellicht voorstellen hoe groot mijn opluchting is, als ik beseft dat ik alleen maar heb gedroomd. Gelukkig zijn er tegenwoordig geneesmiddelen die

speciaal gemaakt zijn om extreme angstreacties te ondervangen. Nu het onderwerp angst aan de orde is geweest, lijkt het mij zinnig om dit in het volgende hoofdstuk nog verder uit te diepen.

RAAD EN DAAD



Zoals gezegd, geen depressie is gelijk, en tegelijkertijd zijn er genoeg overeenkomsten om een aantal belangrijke conclusies te trekken. De belangrijkste, op basis van mijn eigen ervaringen, zijn:

1. Depressief zijn is ziek-zijn: het lijden is zo uitputtend dat alleen een periode van absolute rust zonder verplichtingen uitkomst kan brengen.

2. Zeker voor een zware depressie is goede medicatie absoluut aan te bevelen. Gelukkig zijn er tegenwoordig deugdelijke medicijnen; voor een goede begeleiding dient een echte specialist ingeschakeld te worden.
3. Het slechte nieuws is dat een depressie als uitzichtloos aanvoelt. Het goede nieuws is dat een depressie, mits goed behandeld, te genezen is.
4. Na een depressie kan er een soort 'restschade' overblijven. Zo kan de patiënt, eenmaal hersteld, toch last houden van slapeloosheid, overgevoeligheid voor prikkels en sociaal contact.
5. Naast erfelijke kwetsbaarheid voor depressiviteit is er meestal sprake van 'onderliggende problematiek'. Alleen door de problemen onder ogen te zien, kan een volgende depressieve episode worden voorkomen.
5. Herstelen in een depressiekliniek, PAAZ of andere specialistische instelling geeft een enorm voordeel boven een herstel thuis: omringd door deskundigen is het veel gemakkelijker uit te zieken en verlost te zijn van dagelijkse verplichtingen.
6. Vechten tegen een depressie werkt averechts omdat het brein, als beschermingsreactie, overprikkeling probeert tegen te gaan. Alleen overgave en acceptatie kunnen het herstelproces bevorderen.
7. Kleine taakjes (breien, knutselen, puzzelen) leiden voldoende de aandacht af om te kunnen ontspannen en zijn tegelijkertijd niet zo inspannend dat ze het lage energieniveau aantasten.
8. Van alle soorten bezigheden is sociaal contact het meest inspannend en belastend; ook als iemand volledig hersteld is, zal bezuinigd moeten worden op sociale aangelegenheden.
9. Aangezien de normale stofwisselingsprocessen in het brein zijn ontregeld, zijn de meest uiteenlopende lichamelijke klachten voelbaar, zoals darmverstoppingen, gebrek aan eetlust, jeukaanvallen en oorsuizingen; deze horen bij de depressie. Bij zorgen over deze of andere lichamelijke klachten is het verstandig de huisarts te raadplegen.

2 | ANGSTEN

Wie een betrekkelijk angstenvrij leven leidt, zal zich misschien rot schrikken wanneer hem een depressie ten deel valt. Een depressie werkt zo verlamdend dat angstige gedachten heel gemakkelijk aan de oppervlakte komen. Zo zal de kersverse depressieve patiënt vooral piekeren over zijn toekomst: komt het ooit wel weer goed, hoe moet het met werk, wat is de beste manier om te herstellen, welke hulp moet er gezocht worden en waarom komt er niets meer terecht van de meest eenvoudige dagtaken. Het zijn zorgelijke overwegingen die direct voortvloeien uit de depressieve toestand waar de patiënt in verkeert. Het gevoel van angst kan zo sterk en langdurig zijn dat de patiënt zich zelfs vreemd begint te voelen in zijn eigen lichaam. Dit soort verschijnselen worden ook wel symptomen van depersonalisatie of derealisatie genoemd, en worden door specialisten ook wel gezien als klachten die horen bij een psychotische depressie, een fenomeen dat in het vorige hoofdstuk uitvoerig besproken is. Er hoeft dan geen sprake te zijn van wanen (bijvoorbeeld de achtervolgingswaan), maar het brein is dusdanig ontregeld dat de werkelijkheid als 'onecht' wordt ervaren. In een dergelijk geval rapporteren patiënten ook wel dat de oriëntatie in tijd en ruimte verdwenen is of dat de werkelijkheid als een film aan hen voorbij trekt. Dit soort belevingen zijn zo angstaanjagend dat bestaande angstgevoelens alleen maar worden versterkt. Dan kan een goed medicijn meteen enige verlichting brengen en zal de patiënt er goed aan doen zich bij een medisch specialist te melden. Het is ook goed om te beseffen dat

angstklachten die samengaan met een depressie, in de meeste gevallen alleen maar aangeven hoe uitgeput de patiënt is. Feit is namelijk dat wanneer het individu zichzelf over een periode van jaren geestelijk heeft overbelast, het brein met angstsignalen reageert. Als de persoon in kwestie zelf niet ingrijpt om het rustiger aan te doen, dan zal het lichaam iets moeten bedenken om 'het systeem' lam te leggen. Welnu, angst is de perfecte breinmethode om het individu te beschermen tegen nog meer overprikkeling. Enerzijds is het beleven van angst een vreselijke ervaring, anderzijds is het een gezonde reactie op een ongezonde situatie.

VAN HUIS

Depressieve mensen hebben de behoefte om zich terug te trekken. Zij melden zich ziek bij hun werkgever en zullen voor onbepaalde tijd hun thuis als veilige haven beschouwen. Bezoek wordt niet echt op prijs gesteld, en op bezoek gaan zal niet als aantrekkelijk worden gezien. Het enige uitstapje dat de depressieve patiënt nog als zinvol ervaart, is dat naar zijn geestelijke hulpverlener. Daar kan hij zijn klachten en problemen bespreken zonder dat er ook maar iets van druk wordt uitgeoefend. Tegelijkertijd zal de patiënt het als vreemd ervaren dat iedereen om hem heen zijn dagelijks leven gewoon vervolgt, terwijl hij zich nog te moe voelt om een kop koffie te zetten.

Nu zal de depressieve patiënt, op enigerlei moment, wel het plan opvatten om een wandeling te maken of een boodschapje te doen in de buurt. Toch kan het vooruitzicht op dit uitstapje ook een golf van angst teweegbrengen, vooral omdat de kans bestaat een bekende tegen te komen. Want wat als die bekende allerlei vragen stelt zoals 'Hoe is het nu met je?' of 'Waarom werk je eigenlijk niet?' en 'Hoe kan het dat je ziek bent als je er toch best goed uitziet?' Als er iets is waar de depressieve patiënt tegen opziet dan is het wel om verantwoording af te leggen, vooral omdat hij zich niet goed in staat voelt om een coherent verhaal te vertellen. Daarvoor is hij, op dat moment in de tijd, ook nog te verward in zijn hoofd. Voor mij is het de dagelijkse praktijk om met depressieve patiënten goed door te spreken wat zij kunnen doen in het geval zij een bekende tegenkomen. Enerzijds is dit thema van wezenlijk belang en anderzijds overheerst de schaamte dat er over zoiets 'onbenullig' zo uitgebreid gesproken moet worden.

Als therapeut probeer ik de patiënt gerust te stellen, vooral door uit te leggen dat ontmoetingen met kennissen of vrienden als 'sociale druk' worden ervaren, en dat het geen kwaad kan om wat 'ingestudeerde antwoorden' voor handen te hebben:

Met mij is het niet goed. Zo moe dat ik geen gesprek kan voeren, een andere keer misschien.

Bedankt voor je belangstelling. Ik kan het nu niet opbrengen om antwoord te geven op je vragen. Tot ziens en een fijne dag.

Het liefste kwam ik niemand tegen die ik ken, daar ben ik gewoon te moe voor; ik ben allang blij dat ik een stukje kan wandelen. Dag...

Normaal gesproken zou ik een gezellig gesprek met je voeren, maar als depressieveling ben ik niet zo gezellig; een andere keer misschien.

Voor de depressieve patiënt is het een vervelende ervaring wanneer hij merkt dat een rondgang door de supermarkt ineens een gevoel van paniek kan oproepen. Menigeen laat zijn karretje met boodschappen gewoon midden in de winkel staan om per direct in de frisse buitenlucht naar adem te kunnen happen. Een dergelijke ervaring geeft ook voeding aan, wat experts noemen, anticipatieangst: de verwachting dat er een paniekaanval kan komen is al reden om angstig te worden zonder dat er ook maar iets gebeurd is. Hierdoor denken patiënten al gauw dat zij een fobie ontwikkelen; een fobie voor supermarkten, een fobie voor het naar buiten gaan, een fobie voor het onbekende, buiten de vertrouwde omgeving van thuis. Welnu, ook al is een 'paniekaanval' in een winkel of in soortgelijke omstandigheden een zeer onprettige ervaring, toch is het belangrijk om te beseffen dat het hier gaat om een natuurlijke reactie van het brein tegen overprikkeling. Het ontwikkelen van een fobie kan gerust als mogelijkheid worden doorgestreept om de doodeenvoudige reden dat het op de vlucht willen slaan een beschermende reactie is van het lichaam. Zodra het brein weer wat tot rust is gekomen, zal mettertijd naar buiten gaan als vanzelf weer in het vizier komen.

Gewoon binnen zitten zonder iets te ondernemen, is eigenlijk het enige wat overblijft voor een depressieve patiënt. Maar het is wel van belang om iets te bedenken wat afleiding kan geven: iets wat gemakkelijk genoeg is om routinematig te doen en tegelijkertijd net niet zo gemakkelijk dat de aandacht

niet getrokken wordt. Activiteiten als kleuren voor volwassenen, breien, klei boetsen, schilderen, puzzelen, legpuzzels leggen of koekjes bakken zijn uitermate geschikt om de aandacht naar buiten gericht te houden, waardoor het zich depressief voelen wat dragelijker wordt. Dat is ook de reden waarom sinds jaar en dag in depressieklinieken patiënten verplicht zijn om mee te doen aan allerlei vormen van creatieve therapie. Vroeger was het mandjes vlechten, vandaag kan de patiënt kiezen uit talrijke activiteiten zoals pottenbakken, collages maken of het timmeren van een vogelhuisje. Voor de bezoeker aan een dergelijke kliniek is de aanblik van knutselende depressievelingen nogal kinderachtig en patiënterig; voor de patiënten zelf is het de enige manier om enigszins afgeleid te zijn van hun somberheid.

DE ARBOARTS

Na een ziekmelding treedt automatisch de wet Poortwachter in werking. Een wezenlijk kenmerk van deze wet is dat de werkgever actie moet ondernemen om de patiënt weer zo snel mogelijk te laten re-integreren in zijn baan. Nu klinkt dat heel sympathiek en degene die deze wet ooit bedacht heeft, zal heus de beste bedoelingen hebben gehad, maar in de praktijk heeft deze wet een negatieve uitwerking op de patiënt: hij is zelf nog niet gewend aan het idee dat hij zich ziek moest melden, of hij wordt al gesommeerd om mee te werken aan zijn terugkeer. De patiënt ervaart de bezoeken aan de arboarts dan ook als een motie van wantrouwen: kennelijk wordt niet geloofd dat er alles aan gedaan wordt om te herstellen. Het mag dan ook geen wonder heten dat depressieve patiënten doorgaans heel erg gespannen en angstig zijn voor een bezoek aan de arboarts. Zij vrezen in hun ziek-zijn niet te worden geloofd en met deugdelijke argumenten te moeten aankomen om wel geloofd te worden.

Nu zijn er gelukkig hier en daar wat ervaren arboartsen die de kunst verstaan om de depressieve patiënt op zijn gemak te stellen en geen druk uitoefenen voor een vlot herstel. Maar er zijn ook veel arboartsen die wel meteen druk op de ketel zetten. Meer dan eens moet ik als behandelend psycholoog tussenbeide komen en de arboarts dringend verzoeken om mijn behandeling niet te saboteren door de patiënt achterna te zitten met verzoeken om re-integratieplannen. Feit is namelijk dat een depressieve patiënt pas goed herstelt

wanneer hij erop kan rekenen dat hem de tijd wordt gegund. Feit is ook dat de patiënt zelf al moeite genoeg heeft om zich ziek te melden en daarmee zijn collega's op te zadelen met zijn werk. Een sterk gevoel van schuld en schaamte is al aanwezig; dat hoeft de arboarts niet nog eens extra aan te wakkeren.

Problematisch is ook het gegeven dat de depressieve patiënt, nog maar net ziek gemeld, zelf geen flauw idee heeft wat hem overkomen is, laat staan dat hij iets kan zeggen over het verloop van zijn herstel. Het gevoel van onzekerheid overheerst zo sterk dat de patiënt nog het meest opziet tegen vragen van de arboarts waar hij geen antwoord op weet. Als behandelaar zeg ik stevast tegen mijn patiënten: 'Zeg dat je het allemaal niet weet, zeg dat je geen antwoorden hebt, zeg dat je je nog erg in de war voelt en als de arts aandringt op antwoorden, zeg dan ook dat hij psycholoog Wijnberg kan bellen om te horen wat er nu precies aan de hand is.' Voor behandelaars is het belangrijk om de depressieve patiënt 'uit de wind' te houden. Depressieve patiënten verdienen bescherming omdat zij nog niet sterk genoeg zijn om zich tegen de eisende buitenwacht teweer te stellen.

HYPOCHONDRIE

Een depressie is dikwijls ook het startsein voor hypochondrie, oftewel: de obsessieve angst voor een ernstige lichamelijke aandoening. En deze hypochondrie is begrijpelijk. Want een depressie is dermate ontregelend voor de stofwisselingsprocessen in het brein, dat de meest uiteenlopende lichamelijke klachten aan de oppervlakte komen. Let wel: de lichamelijke klachten die depressieve patiënten ervaren zijn geenszins ingebeeld. Integendeel, de fysieke ongemakken zijn echt en geven met reden voeding aan de angst voor erger. Feit is ook dat de fysieke klachten zo uiteenlopend zijn dat de depressieve patiënt getraakteerd wordt op ervaringen die hij voorheen nog nooit heeft gehad. Mogelijke klachten zijn jeukaanvallen, vieze smaak in de mond, pijnlijke kaken, veelvuldige aandrang om te plassen met een lege blaas, overmatig zweten, hartkloppingen, grieperig gevoel, spierpijn zonder inspanning, darmkrampen, schokjes in het hoofd, troebel zien, prop-in-de-oren-gevoel, moeilijk slikken, slapeloosheid, huilbuien, haarverlies, vlekken in het gezicht, bandgevoel om het hoofd en gebrek aan eetlust en libido. Probleem is

natuurlijk wel dat de depressieve patiënt, net als iemand zonder depressie, wel degelijk aan een andere ziekte kan lijden. Dit betekent dan ook dat de depressieve patiënt zich met zijn lichamelijke klachten bij de huisarts moet melden om er zeker van te zijn dat er niet iets anders, iets verontrustends aan de hand is. De kans is echter groot dat, bij nader onderzoek, helemaal geen fysiek mankement te vinden is en dat de dienstdoende huisarts zal zeggen: 'Deze klachten vloeien voort uit de depressie en zullen vanzelf verdwijnen als de depressie opklaart.' Zelf ben ik gedurende een depressieve periode op het spreekuur van de huisarts geweest met darmklachten, plasklachten en de angst voor hartfalen. Persoonlijk vond ik het wel zo prettig om gerustgesteld te worden en ik raad andere mensen aan om er niet voor terug te deinzen een arts te bezoeken, al was het alleen maar ter controle. Het spreekt voor zich dat de arts niet elke klacht moet toeschrijven aan de depressie en deugdelijk onderzoek dient te doen naar de klachten die de patiënt bespreekt. Depressie of niet, de patiënt kan wel degelijk een (andere) ziekte onder de leden hebben, en hij verdient het om serieus genomen te worden.

ANGST VOOR VERLIES

Het meest indringende angstgevoel tijdens een depressieve episode is misschien wel de angst voor verlies. Patiënten zijn bang dat er geen toekomst meer is, dat een normaal bestaan niet meer mogelijk is, dat terugkeer in het werk er niet meer inzit, dat vrienden wegblijven, dat zij door collega's met de nek aangekeken zullen worden, dat de levenspartner het voor gezien houdt, dat zij hun maatschappelijke positie in rook zien opgaan of dat een faillissement aanstaande is. Het slechte nieuws is: dat kan. Het goede nieuws is dat verreweg de meeste patiënten, eenmaal hersteld, zich totaal niet kunnen voorstellen dat zij zo negatief hebben kunnen denken. Het zal duidelijk zijn: alle zwarte scenario's over de toekomst komen direct voort uit de depressieve toestand waarin de patiënt verkeert en verdwijnen ook niet wanneer een vriend of kennis geruststellende woorden spreekt. Het klopt natuurlijk wel dat een depressief persoon uitermate negatief denkt, maar het is te simplistisch om te veronderstellen dat hij zijn zwartgalligheid kan verdrijven door positief te denken. Was het maar zo simpel. Nee, alle angstige, negatief geladen

overpeinzingen komen voort uit de depressieve toestand van het brein en zijn in zekere mate invoelbaar. Immers, als de patiënt nauwelijks in staat is om zijn veters te strikken, dan is het logisch dat zijn zelfvertrouwen ernstig te lijden heeft, waardoor een constructief idee over de toekomst volledig in het water valt. Voor hulpverleners heeft het geen enkele zin om met argumenten de patiënt te proberen overtuigen van het tegendeel. De patiënt zal er een eindeloze hoeveelheid ja-maars tegenover zetten, waardoor de hulpverlener na verloop van tijd ook de moed in de schoenen voelt zinken. Het is therapeutisch handiger om elk angstgevoel, in alle details, uit te werken, meestal met gevolg dat de patiënt zelf op enigerlei moment zal concluderen dat hij wel erg zwartgallig denkt:

‘Ik ben zo bang.’

‘Bang voor?’

‘Ja, bang dat het niet meer goed komt.’

‘Dat je als eeuwig psychiatrisch patiënt in een instelling verdwijnt, dat er niets normaal meer aan jou te beleven valt?’

‘Nou ja, zoiets.’

‘Tja, alles is mogelijk; er zijn hopeloze gevallen, dat valt niet te ontkennen. Er zijn mensen die in hun depressie blijven hangen en er niet meer uitkomen; waar ze met een vorm van ouderwetse shocktherapie nog geen beweging in krijgen.’

(Lacht flauwtjes) ‘Nou, opbeurend ben je niet.’

‘Nee, ik maak een doelpunt op een voorzet van jouzelf, of niet dan?’

‘Ja, dat wel.’

‘Nou, het zwartste scenario is vaak nog een zwakke afspiegeling van de werkelijkheid; ik bedoel, de realiteit is dikwijls nog onwaarschijnlijker dan iemand zich kan voorstellen, dus in die zin is jouw angst niet zonder reden.’

‘Heb je dat weleens meegemaakt met een patiënt van jou, dat het niet meer goed kwam?’

‘Jawel, maar dan was er dikwijls nog wat meer aan de hand, zoals dat iemand lijdt aan schizofrenie en dan ook nog depressief wordt. Dan is de kans op zelfmoord levensgroot.’

‘Hmm, gezellig onderwerp.’

‘Ja, jij begint erover; en ik vind het wel een bruikbare angst.’

‘Bruikbaar?’

‘Ja, zolang je deze angst ervaart, is de kans groter dat je mijn aanwijzingen volgt voor een goed herstel. Bovendien geeft de angst aan hoe laag je energieniveau is. En dat je oververmoeid bent.’

‘Dat klopt, zo voelt het ook.’

‘Ja, dus alle reden om vooral veel rust te nemen.’

‘Ja, ik heb een nieuwe verstelbare leunstoel gekocht waar ik gestrekt in kan hangen en doezelen.’

‘Doezelen?’

‘Ja, dat is mijn woord voor halfslapen; ik lig in mijn stoel en zet mijn blik op oneindig en kan dan aardig ontspannen.’

‘Hmm, klinkt goed.’

‘Ja, werkt ook prima. Na een uurtje doezelen kan ik dan daarna meestal wel een klein klusje doen.’

‘Dus, nog niet rijp voor een definitieve opname in de psychiatrie?’

(Lacht) ‘Nee, ik voel gelukkig al wel wat meer ontspanning en helderheid in mijn hoofd.’

‘Oké dan.’

ANGST VOOR TERUGVAL

Het duurt vaak even, maar na enkele maanden zal een verbetering voelbaar zijn. Tenminste, wel als de depressieve patiënt zich koest weet te houden en zich met succes aan de normale verplichtingen weet te onttrekken. Deze verbetering wordt uiteraard enthousiast ontvangen met als gevolg dat de depressieve patiënt, in zijn tijdelijk beleefde optimisme, net weer iets te veel neigt te doen. Het brein reageert doorgaans als een bok op de haverkist en fluit de patiënt terug door de depressieve klachten op te voeren. Overigens kan ook zomaar, zonder reden, een voelbare terugval aan de orde zijn; een ervaring die door de patiënt als zeer ontmoedigend wordt ervaren. Steevast moet ik patiënten uitleggen dat over een langere periode deze terugvallen ‘erbij horen’. De opgaande lijn van verbetering blijft intact, maar zal ook onderbroken worden door tijdelijke terugvallen, een fenomeen dat misschien wel het beste te karakteriseren valt als: drie stappen voorwaarts gevolgd door twee stappen

terug. Welnu, deze voorspelbare terugvallen geven ook voeding aan de angst voor terugvallen als de depressie helemaal geweken is. Deze angst verwoorden patiënten met de zorgelijke vraag: ‘Wat als ik beter ben en de depressie komt dan gewoon weer terug?’

Wat niet onbesproken kan blijven is dit: mensen die aan een depressie lijden, hebben een vergrote kans op een tweede depressie. En hoe vaker een depressie optreedt, des te groter de kans is op herhaling. Of mijn eigen theorie hierover steekhoudend is, weet ik niet, maar ik heb altijd de voorstelling gehad dat de mens twee soorten breinen heeft: het normale en het depressieve. Staat het normale brein aan, dan ligt het depressieve brein stil, en omgekeerd. Naarmate het depressieve brein vaker aan staat, des te sterker de zenuwverbindingen in het depressieve brein worden, met als gevolg dat het gemakkelijker wordt om een depressie te activeren. Angst voor terugval is daarom geen irrationele angst.

Tegelijkertijd moet ook worden vastgesteld dat de patiënt, met een depressieve episode achter de rug, ook meer ervaring heeft in het herstellen van zijn normaal functionerende brein. Zelf koester ik altijd de gedachte dat ik precies weet welke stappen ik moet ondernemen om zelf van een depressie te herstellen, een gedachte die mij meer dan geruststelt. Een fiks probleem hebben is vervelend, maar weten wat de oplossing is, biedt perspectief op beter. Tijdens mijn opname in het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen vertelde een van de verpleegkundigen mij een opzienbarend verhaal: zij had net een patiënt uit België opgenomen die ergens in de buurt kampeerde. Hij vertelde het intake-team dat zijn twaalfde depressie nu een feit was, maar dat hij onderhand heel goed wist wat er voor nodig was om op te knappen. En hij deed in detail uit de doeken welke behandelingen voor hem het beste werkten. De man werd opgenomen en kon zes weken later alweer worden ontslagen omdat de door hem aangedragen behandelingen inderdaad hadden gewerkt. Het verhaal was bijzonder omdat de man, zo depressief als hij was, zich toch optimistisch toonde over de toekomst.

ANGST ALS DRIJFVEER

De angstbelevingen van de depressieve patiënt zijn zo heftig dat deze dikwijls aanleiding zijn voor goede voornemens voor wanneer het leven zijn normale

koers zal hervatten. Nu is dat een bekende psychologische wetmatigheid: maak de mens bang en hij zal beterschap beloven. Bij de depressieve patiënt is het al niet anders. Hij zal bedenken dat hij voortaan gezonder gaat leven, dat hij meer structuur en vastigheid in zijn dagelijks leven zal inbouwen. Hij zal zich ook voornemen om selectiever te zijn in wie hij als vrienden beschouwt, om vaker nee te zeggen tegen onredelijke verzoeken en om zichzelf te beschermen tegen mensen die hem voor het spreekwoordelijke karretje willen spannen. Zoals gezegd: deze voornemens zijn begrijpelijk in de context dat de patiënt zichzelf wil verzekeren van een depressievrije toekomst. Maar eenmaal hersteld blijft er doorgaans bar weinig over van het verbeterplan. Net als voorheen zal hij zich overladen met verplichtingen en zal hij, zoals altijd, met iedereen vriendjes proberen te blijven. Als de depressie is verbleekt en de angstbelevingen in geen velden of wegen meer te bekennen zijn, heeft de ex-patiënt geen reden meer om voorzichtig te zijn. En dat is ook de reden waarom een tweede of derde depressie zo gemakkelijk zijn intrede doet. Een ezel mag zich dan geen twee keer aan dezelfde steen stoten, een mens doet dat doorgaans wel. Het is nu eenmaal gemakkelijker om verbeteringsplannen te bedenken als het tegenzit dan wanneer het voor de wind gaat. Oude gewoontes zijn hardnekkig en het vraagt zelfdiscipline, moed en doorzettingsvermogen om over te stappen op een gezondere levensstijl. Deze kennis gebruik ik met nogal plezier als weer een depressief-angstige patiënt zijn verbeterplannen kenbaar maakt:

‘Ik weet nu al dat ik minder ga werken als ik eenmaal ben hersteld.’

‘Hoezo weet je dat zo zeker?’

‘Omdat ik mijzelf heb overvraagd. En nu zit ik met de gebakken peren. Nee, dat ga ik structureel veranderen.’

‘Hmm, ja, dat kun je nu wel zeggen, maar dat doe je alleen maar omdat je van de rails gelopen bent; als je straks weer fit en vitaal rondloopt, dan zie ik je de fanatieke lijn zo weer oppakken.’

‘Nou, echt vertrouwen heb je ook niet in mij.’

‘Nee, dat klopt. Angstige mensen hebben altijd goede voornemens waar niets van terecht komt als zij weer frank en vrij in het leven staan.’

‘Nou, deze jongen is anders.’

‘Schrijf het op om mij op een later tijdstip te laten zien dat je gelijk hebt.’

‘Ik wil er zelfs wel een weddenschap op afsluiten.’

‘Goed idee. Wat is de inzet?’

‘Drie flessen van de beste wijn.’

‘Afgesproken.’

ANGST IS UITPUTTING

Wie angst ervaart, zeker wanneer hij aan een depressie lijdt, zal geneigd zijn er betekenis aan te hechten. Zo zit het menselijk brein nu eenmaal in elkaar: er is een alarmerend gevoel en de patiënt wil weten hoe het kan dat hij voelt wat hij voelt. Dit zoeken naar betekenis geeft aanleiding tot speculaties van ‘Ik ben blijkbaar bang om te falen op mijn werk’ tot ‘Kennelijk ben ik toch een heel onzeker persoon, meer dan ik altijd dacht’. Nu zouden deze persoonlijke speculaties een kern van waarheid kunnen bevatten. Maar doorgaans hebben deze speculaties niets om het lijf, en wel omdat er sprake is van wat deskundigen functionele angst noemen. De angst is er enkel en alleen om de patiënt te dwingen zichzelf af te sluiten voor overprikkeling. De angstbeleving mag dan vreselijk zijn, dat is nu juist de bedoeling: het brein schudt de mens wakker, zodat hij met grotere voorzichtigheid zijn weg vervolgt. Zo kan het gebeuren dat iemand, zonder dat hij ooit in zijn leven verlamme angstgevoelens heeft gekend, er gedurende zijn depressieve toestand ruimschoots op wordt getraakteerd. De betekenissen die de patiënt zelf aan zijn angsten toeschrijft, kunnen daarom meestal regelrecht de prullenbak in. En hij zal een lange periode van rust in acht moeten nemen, wil hij zijn angsten doen afnemen. Het komt nogal eens voor dat fanatieke hulpverleners deze angstbelevingen ‘apart’ gaan behandelen, als zou de patiënt aan een angststoornis lijden; en dat terwijl ‘geen behandeling’ in de vorm van een rustkuur vanzelf uitkomst brengt. Nu ik dit punt duidelijk heb gemaakt, kunnen in het volgende hoofdstuk de oorzaken van depressies verder worden uitgediept.

RAAD EN DAAD



1. Luister goed naar je angsten en neem die serieus. Raadpleeg je huisarts bij lichamelijke klachten.

2. Veelal zal het angstgevoel voortkomen uit oververmoeidheid, en is het een signaal om even een pas op de plaats te maken.
3. Toegeven aan je angst en daardoor mensen of andere sociale situaties uit de weg gaan is tijdens een depressie iets goeds. Dat is nodig om weer energie op te bouwen.
4. Laat tegenover jouw hulpverleners die angstgevoelens blijken; bespreek ze op een openhartige manier. Hoe minder schaamte, des te beter voor het genezingsproces.
5. Angstgevoelens jagen het negatief denken aan en zijn daardoor een integraal onderdeel van wat een depressie heet. Het negatieve denken verdwijnt vanzelf als de depressie weer is opgeklaard.
6. Forceer jezelf niet om positiever te denken, ook al zegt de buitenwacht dit vaak. Het is ondoenlijk om positiever te denken wanneer je aan een depressie lijdt.
7. Angst kan een belangrijke drijfveer zijn voor veranderingen in je leefstijl als je na de depressie weer goed functioneert. Maak notities van je eigen inzichten in het ziekteproces.

3 | oorzaken van depressie

Cijfers over het aantal depressies zijn verraderlijk. Dat er een forse toename is van depressies in Nederland, kan niemand betwisten. Maar er zit een adder onder het gras. Om voor vergoeding van therapeutische hulp in aanmerking te komen, heeft de regering besloten dat de huisarts een psychiatrische aandoening bij de patiënt moet constateren; dat betekent dat, net iets gemakkelijker dan voorheen, op de verwijsbrieven een diagnose van depressie zal worden vermeld. Nu kan het evengoed zijn dat een patiënt wel degelijk aan een depressie lijdt, maar bij alle twijfelgevallen wordt toch voor de zekerheid van een psychiatrische diagnose gekozen. De huisarts kan zelfs volstaan met ‘het vermoeden van een psychiatrische diagnose’ om de gang naar verzekerde zorg mogelijk te maken. Geen wonder dus dat er een flinke groei te bespeuren valt in het aantal depressies: huisartsen gunnen het de patiënt om deskundige, verzekerde zorg te kunnen zoeken voor zijn psychisch leed.

Er is echter ook een reële toename van depressies – en dan niet alleen in ons land. Deze toename heeft alles te maken met een samenleving die gekenmerkt wordt door drukte, lawaai, overbevolking, complexe sociale interacties, prestatiedruk, (dreigende) werkloosheid, ontkerkelijking, keuzestress, vergrijzing en scheidingen. Was er in lang vervlogen tijden nog een relatief simpel leven mogelijk, tegenwoordig vraagt het dagelijks leven een hoge mate van technische, sociale en psychologische vaardigheden. Hierdoor vallen steeds meer mensen buiten de boot, waardoor de kans op een depressieve aandoening

toeneemt. Nu moet wel gezegd worden dat er een zekere mate van 'kwetsbaarheid' aanwezig moet zijn, wil iemand een depressie ontwikkelen. Deze kwetsbaarheid wordt ook wel aangeduid als 'de erfelijke factor'. In families waar een depressieve aandoening, suïcidaliteit en angststoornissen veel voorkomen, heeft men een verhoogde kans op een soortgelijke depressieve aandoening, met name als het gaat om de zogeheten bipolaire stoornis, ook wel manisch-depressieve stoornis genoemd. Iemand met deze stoornis is, zoals dat heet, dikwijls erfelijk belast en zal depressieve periodes afwisselen met periodes van overdreven activiteit en uitgelaten stemmingen. Een medisch expert zal dan ook altijd de familiale geschiedenis van een persoon uitdiepen om na te gaan of er sprake is van een erfelijke component, als het gaat om depressieve klachten. Er zijn ook mensen die volledig immuun lijken voor een depressie. Deze mensen zijn als het ware niet omver te krijgen, hoeveel tegenslag of ellende zij ook meemaken. In die zin is de 'gen-factor' zeer bepalend of iemand al dan niet een depressie ontwikkelt.

JONG DEPRESSIEF

Jong en depressief. Het lijken twee woorden die met elkaar in tegenspraak zijn. Maar niets is minder waar. Ook op jonge leeftijd kan een mens psychisch finaal door het ijs zakken. En dan niet omdat hij een zwak karakter heeft, liever lui dan moe is, of omdat hij een geldig excuus moet hebben om er maatschappelijk tussenuit te knijpen. Nee, een depressie is een kwaal die iedereen kan treffen, ongeacht de leeftijd. Wel is het zo dat onze huidige, 'maakbare' samenleving de kans op overspannenheid bij jonge mensen vergroot. En dat heeft vooral te maken met wat er zoal door de goegemeenschap wordt verwacht. De lijst van subtiele, onzichtbare maar dwingende verplichtingen is deprimerend lang: 1) zelfredzaamheid 2) verstandige keuzes maken 3) deugdelijke planning van studie/werk/liefdesleven/sociale activiteiten 4) tempo maken 5) gedrevenheid tonen ('Wat is jouw passie?') 6) stressbestendig zijn 7) kansen grijpen 8) problemen als uitdagingen zien 9) een uitgesproken mening hebben 10) emotionele intelligentie ontwikkelen. Wie één of meer van deze tien vermogens ontbeert, mag zich schuldig voelen om vervolgens gemotiveerd aan zichzelf te werken.

Maar zelfs zonder deze maatschappelijke verwachtingen kan het ieder mens even te veel worden. En in zekere zin is het juist op jonge leeftijd waarschijnlijker dat iemand psychisch bezwijkt. Dat heeft, boven alles, te maken met een combinatie van levensangst, overprikkeling, zelftwijfel en liefdesperikelen. Al die jongeren die bij mij op het spreekuur komen met depressieve klachten, moet ik eerst geruststellen en verdedigingsmiddelen in handen geven om de veroordelingen van de buitenwacht te weerstaan. De schaamte van het eigen falen is al groot. Maar als anderen ook nog eens komen met teksten als ‘Gewoon een beetje bijslapen en dan er weer tegenaan’ of ‘Kom op zeg, je bent toch niet van suiker’, dan wordt het gevoel van geestelijke zwakte alleen maar verder aangewakkerd. Mijn eigen tekst is precies het tegenovergestelde: ‘Wees blij dat je lichaam zo duidelijk aangeeft dat het allemaal een flink stuk minder moet; zorg dat je je voorlopig aan niets of niemand verplicht en ga alleen met mensen om die jou een warm hart toedragen.’ Gelukkig kan ik met deze jonge mensen vanuit eigen ervaring praten. Zoals eerder beschreven ben ik er zelf op negentienjarige leeftijd – en dat is al meer dan veertig jaar geleden – lang tussenuit geweest met ernstige uitputtingsverschijnselen. Als ik terugkijk op die ellendige tijd dan was ik mij er totaal niet van bewust hoe onzeker ik was; bang om de sprong naar volwassenheid te maken. Wat voor iedereen zo vanzelfsprekend en gemakkelijk leek, was voor mij een hels karwei. Ben je jong en depressief, dan niet getreurd. Want jong geleerd is ook oud gedaan. En dat betekent vooral: niet meedoen met alles wat iedereen vindt dat hoort.

KRENKING EN VERLATINGSANGST

Het is de patiënt niet aan te zien dat hij lijdt aan lusteloosheid, gebrek aan concentratie, emotionele leegheid, overgevoeligheid voor drukte en in het bijzonder: een verlammeende weerzin voor verplichtingen. De buitenwacht reageert daarom al gauw met indirecte verdachtmakingen van aanstellerij (‘Waar kun je het dan zo moeilijk mee hebben?’). Dit gegeven maakt één ding heel duidelijk: de ernst van de kwaal is alleen te bevatten voor eenieder die zelf een depressie heeft meegemaakt. Voor de patiënt zelf is het zaak om te bevatten hoe hij geestelijk zo verzwakt is geraakt. Bedrijfsartsen, reïntegratie-experts en

andere lieden die er belang bij hebben om de patiënt weer snel in het arbeidsproces te loodsen, hanteren clichématig de verklaring van overbelasting: 'Je mentale veerkracht is gebroken omdat je meer van jezelf gevraagd hebt dan je aankunt.' Een minder perfectionistische instelling in combinatie met een lichter takenpakket zou dan de oplossing zijn. Maar in mijn veertig jaar ervaring als psycholoog is nog nooit een eerzuchtig mens door hard te werken over de kling gejaagd. Ook is het te simplistisch om te denken dat depressiviteit een logische reactie is als gevolg van een tumultueuze levensfase ('Je hebt ook wel veel meegemaakt, zeg.'). Nee, een van de belangrijkste oorzaken van depressiviteit is langdurige en subtiele krenking. Opvallend en vervelend is dat de depressieve patiënt zich er vaak niet eens van bewust is dat hij, stelselmatig, door anderen verbaal getreiterd wordt. Maar het onderbewuste registreert elke krenking als een nijverige boekhouder, waardoor uiteindelijk de spreekwoordelijke gifdruppel de afvallemmer doet overlopen. Het ego breekt (decompenseert) als beschermingsreactie tegen nog meer schadelijke prikkels van buitenaf. Zo bekeken is depressiviteit een gezonde (lichamelijke) reactie op een ongezonde (relationele) situatie.

Een andere belangrijke oorzaak van depressiviteit is: sluimerende verlatingsangst. Deze verlatingsangst kan betrekking hebben op de eigen partner (hoelang houdt hij het nog met mij uit) of de heimelijke wens om de eigen partner zelf te verlaten (hoelang houd ik het nog met hem uit). Evengoed kan de scheidingsangst betrekking hebben op een gevoelde dreiging van verlies van werk en inkomsten, waardoor de zekerheid van het bestaan helemaal op losse schroeven komt te staan. En als er iets is dat lichaam en geest uitput, dan is het wel een aanhoudende emotionele toestand van zorgen en angst. Natuurlijk, de moderne maatschappij is er een waarin mensen op hun tenen moeten lopen om het hoge tempo van vernieuwende veranderingen bij te benen. Maar het is niet de druk van veeleisendheid waaronder de mens bezwijkt. Nee, het is veeleer het totale gebrek aan genegenheid dat de mens nekt, als waarschuwing voor hem om zich op zijn relaties te bezinnen.

DEPRESSIEF GEMAAKT

Zoals uit bovenstaande valt op te maken, is het mogelijk als individu door één

enkel ander persoon depressief gemaakt te worden. Nu is deze uitleg van het ontstaan van een depressie weinig populair, en dat vooral omdat iedereen persoonlijk verantwoordelijk gehouden wordt voor zijn geestelijke (on)gezondheid. Er wordt simpelweg weinig geloof gehecht aan het vingerwijzen: iemand anders de schuld geven van het depressief worden. Impopulair of niet, de negatieve invloed van één enkel persoon kan zo indringend zijn dat de ander hieronder geestelijk bezwijkt. In het huwelijksleven is het bijvoorbeeld geen zeldzaamheid dat de ene partner een depressie ontwikkelt omdat de andere partner hem dagelijks terroriseert. Over een langere periode kunnen de krenkingen, beledigingen en kleineringen ertoe leiden dat het normale incasseringsvermogen niet voldoende blijkt. In dergelijke gevallen kan de depressie ook als een vorm van staking worden gezien: het brein besluit als het ware om de strijd te staken en als vorm van verzet volledige passiviteit aan de dag te leggen. Nu zal de geestelijke terrorist nooit toegeven dat hij een dergelijke negatieve invloed op zijn partner heeft. Maar feit is wel dat de dagelijkse gang van zaken in het huwelijk ernstig te lijden zal hebben wanneer een van de partners met een depressie afhaakt. Vanaf dat moment zal de geestelijke terrorist opgezadeld worden met alle verantwoordelijkheden, simpelweg omdat de depressieve partner zijn handen overal van aftrekt. Mijn grootvader zei vroeger, met een grote glimlach: 'Ik zal nooit een hartaanval krijgen, ik geef ze liever...' Hoe grappig ook, in deze uitspraak zit een droevige kern van waarheid: sommige mensen zijn zo dominant, hardvochtig, bepalend en scherp van tong dat zij een, zogenaamd, dierbaar persoon geestelijk volledig kunnen slopen. In het eerder door mij geschreven boek *De kunst van het kwetsen*, nog verkrijgbaar in de bundel *Hoe erger, hoe beter*, staat uitvoerig beschreven hoe de geestelijke terrorist te werk gaat, alsook hoe 'het slachtoffer' zich met succes teweer kan stellen.

Voor het thema van dit boek is het genoeg om te beseffen dat de oorzaak van een depressie niet altijd gelegen is 'in' de persoon zelf, maar door een ander of anderen opgewekt kan worden. Iedereen is doorgaans wel bekend met 'depressogene factoren' zoals grijs weer, bedompte werkruimtes, sombere kleuren en deprimerende verhalen. Zo bekeken zijn er genoeg externe factoren die het individu onderuit kunnen halen. Uiteindelijk zal natuurlijk de depressieve patiënt, hoezeer hij ook door anderen of omstandigheden wordt

benadeeld, toch de verantwoordelijkheid hebben om de weg weer omhoog te vinden. In die zin is zelfbeschikking de enige manier om iets te veranderen aan een ziektebeeld dat zo verlamrend is.

OVERPRIKKELING

Een dagje in het pretpark. Feestvieren bij de familie. Winkelen op de zaterdagmiddag of met een grote vriendengroep naar de wintersport. Voor veel mensen zijn dit allemaal activiteiten om naar uit te kijken. Voor een select gezelschap betekent het eerder een uitputtingsslag. Niet dat deze mensen er geen zin in zouden hebben. Integendeel, ook zij willen er gewoon bijhoren. Maar de praktijk leert dat er gemakkelijk sprake is van overprikkeling. Zelfs een iets te lang verblijf in de supermarkt kan leiden tot een spontane energiecrisis. Het grootste probleem is de angst om anderen teleur te stellen. Als ik deze mensen op mijn spreekuur krijg, dan blijkt dat het fenomeen van overprikkeling al aanwezig was in de vroegste jeugd. Het zijn dan kinderen die aan de kant blijven staan bij een verjaardagsfeestje, het liefste alleen spelen of hooguit met één vriendje tegelijk en geheel uit zichzelf bijtijds naar bed gaan. Ook zijn het kinderen die, wanneer hun ouders ruzie hebben, lichamelijke klachten ontwikkelen zoals bedplassen, hoofdpijn of nare dromen. Dit feit wijst in de richting van een erfelijk bepaald gebrek: het niet kunnen filteren van hoofd- en bijzaken, en dan in de breedste zin van het woord. De aanvoer van geluid, licht, geur en sociaal contact komt in al zijn hardheid binnen, zonder dat in voldoende mate onderscheid gemaakt kan worden tussen relevante en irrelevante signalen. Stemmen klinken overal even hard en in gezelschap kan het gesprek aan een tafeltje verderop niet worden uitgeschakeld. Twee geluidsbronnen zijn sowieso uit den boze, zoals een verhaal aanhoren van iemand terwijl op de achtergrond de televisie aanstaat.

Hoe gek het ook klinkt: genoeg mensen lijden aan een chronische toestand van overprikkeling zonder dat zij dat weten. De vermoeidheid die hiervan het gevolg is kan leiden tot volledige uitputting en in het ergste geval tot een verlamrende depressie. De eerste stap is dus in ieder geval de onderkenning van het probleem. De oplossing is voor velen een nog groter probleem. Want hoe leg je de goegemeenschap uit dat te veel gezelligheid een aanslag is op het

gestel? Veelal is er dan de angst om als zeurderige, klagerige aansteller door het leven te gaan. Voor een gezond bestaan is er uiteindelijk toch maar één redmiddel: leren om bijtijds af te haken, vluchtwegen zoeken om de massa te ontwijken en een eigen plek afbakenen waar de rust en stilte zijn gegarandeerd. Tegen wie of welk gezelschap dan ook moet het normaal worden om te zeggen: 'Leuk om samen te zijn, maar langer dan een uurtje houd ik het niet vol.' Wie zijn beperkingen overtuigend brengt, kan zijn omgeving liefdevol africhten. Op termijn kan een uitnodiging van een vriendin dan luiden: 'Ik heb een eenpansmaaltijd gekookt, dan ben je sneller thuis.'

AANHOUDENDE STRESS

Patiënten worden in de hedendaagse gezondheidszorg vaak van het kastje naar de muur gestuurd. Dit gebeurt vooral wanneer sprake is van lichamelijke klachten waar geen medische oorzaak voor te vinden is. Medisch specialisten doen wel hun best met allerlei onderzoeken, maar kunnen in het bloed, op röntgenfoto's of scans geen aantoonbare afwijkingen constateren met als gevolg dat een deugdelijke diagnose uitblijft. Dramatisch is vooral dat veel patiënten zich niet serieus genomen voelen en bang zijn voor aansteller te worden versleten. Maar niets is minder waar. Ook deze patiënten lijden en verdienen een betere behandeling. Medici spreken van vage klachten die verschillend van aard en ernst kunnen zijn. Sommige patiënten lijden aan plotselinge doofheid, eventueel in combinatie met een irritante piep in de oren, andere hebben eerder last van duizeligheid, rugpijn of extreme vermoeidheid. Ook zijn er patiënten die constant het gevoel hebben te moeten plassen terwijl zij niets in de blaas hebben, of last hebben van extreme haaruitval, bijtende jeuk onder de oksels of in de schaamstreek, pijnscheuten in het hoofd, een mistige waas voor de ogen of een constant gevoel van misselijkheid. Mogelijke klachten zijn tevens darmkrampen, slaapstoornissen, angstaanvallen, wisselende stemmingen of spontane huilbuien. En de lijst van mogelijke klachten is nog veel langer.

Vaag zijn de klachten allerminst. Het gaat om vegetatieve klachten, die veroorzaakt worden door een ernstige ontregeling van het autonome zenuwstelsel. Het autonome zenuwstelsel moet ervoor zorgen dat alle lichamelijke functies zoals de bloedsomloop, de spijsvertering, de

hormoonhuishouding en het slaap-waakritme automatisch en in harmonie met elkaar werken. De grote boosdoener is: aanhoudende stress. Langdurige spanningen op het werk, in de relationele sfeer of gewoon omdat het leven je zwaar valt, hebben tot gevolg dat het autonome zenuwstelsel overprikkeld raakt, met een depressie als gevolg. Er is dan sprake van een permanente verstoring van de stofwisseling in de hersenen, die maakt dat verkeerde signalen aan het lichaam worden afgegeven. Het euvel zit dus letterlijk tussen de oren, terwijl er geen sprake hoeft te zijn van een psychisch probleem. Toch is het raadzaam om met een psychiater of psycholoog te praten, al was het alleen maar om te overleggen wat de beste manier is om lichaam en geest te ontlasten. Het slechte nieuws is dat het een jaar of langer kan duren voordat de klachten verdwijnen. Het goede nieuws is dat door een combinatie van rust, regelmaat, een prikkelarme omgeving en een asociale levensinstelling de patiënt volledig kan genezen. Huisartsen en medisch specialisten moeten het bestaan van vegetatieve klachten onderkennen en het ontstaan van deze klachten aan hun patiënten uitleggen. Doen zij dit niet, dan is het logisch dat zoveel mensen het vertrouwen in de medische stand kwijtraken. Vage klachten zijn alleen maar vaag omdat de dokter geen opheldering van zaken geeft.

LEVENSFASE

Als mensen al in hun jongere jaren aan een depressie lijden, dan heeft dat vooral te maken met de typische kenmerken van de levensfase: van onbezorgd naar serieuzer, van geen verantwoordelijkheden naar grotere verantwoordelijkheden, van veilig en vertrouwd naar onveilig en onbekend. Door 'een depressieve reactie' wordt er als het ware op de 'geestelijke rem' getrapt en kan de mens een beetje op adem komen om zich door de levensfase van jong naar jongvolwassen heen te worstelen. Ook de daarop volgende levensfasen kunnen zorgen voor een depressieve reactie, zoals wanneer het aankomt op gezinsvorming, promotie naar een beter verdienende baan, of de druk die ontstaat wanneer iemand de gevolgen ondervindt van zijn eigen succes. Eind dertig, begin veertig is de volgende levensfase wanneer mensen het stof van hun inspanningen zien neerdalen om zich vervolgens af te vragen of 'dit het nu allemaal is'. Het is een levensfase waarin een 'existentiële crisis' zich

openbaart en de mens zo zijn twijfels heeft of het allemaal wel klopt wat hij doet, wat er dan anders zou moeten en op welke manier veranderingen nog mogelijk zijn. Ook dan kan een depressieve reactie ervoor zorgen dat het individu gedwongen wordt om goed na te denken: over zijn partnerkeuze, over zijn leefstijl, over zijn werkzame leven, over zijn blik op de toekomst en hoe hij zich als mens in de samenleving profileert. Hoe naar een depressieve episode ook aanvoelt, het kan er wel voor zorgen dat in die betreffende levensfase de noodzakelijke bakens worden verzet, om op die manier wat meer levensgeluk te ervaren.

Een lastige levensfase is die van de vijftigplussers: de algehele vermoeidheid slaat toe, het lichaam begint de eerste tekenen van verval te vertonen en het toekomstperspectief begint aardig te slinken. Kinderen gaan hun eigen weg en ouders kijken voor het eerst in een leeg nest. Langzaamaan wordt duidelijk dat de ouder wordende mens richting 'overbodigheid' gaat en er zal met recht de vraag gesteld kunnen worden waar zo iemand nog iets van waardering zou kunnen oogsten. Als dan ook nog het geheugen gaten begint te vertonen en het lichaam steeds nadrukkelijker begint te kraken en piepen, zal het vooruitzicht op de naderende dood een deprimerende uitwerking kunnen hebben. In deze levensfase moeten hulpverleners oplettend zijn wanneer een patiënt zich meldt met depressieve klachten, aangezien het ook net zo goed kan zijn dat er sprake is van een beginnende, sluimerende dementie. Bij twijfel is het geen overbodige luxe om grondig medisch onderzoek te laten verrichten om uit te sluiten dat er sprake is van een ernstige neurologische aandoening. Ook bij de ziekte van Parkinson, bijvoorbeeld, kunnen kenmerkende klachten van depressie hand in hand gaan. Het zal duidelijk zijn: elke nieuwe levensfase kan zoveel energie vragen dat de mens het allemaal even niet kan opbrengen. De depressie die daarvan het gevolg is, is functioneel: het doel is om te kunnen opladen om daarna weer met frisse moed het levenspad te vervolgen.

VERKLARINGEN

Het bespreken van de oorzaken van depressie komt voort uit de menselijke behoefte aan verklaringen en duidingen. Ieder mens, zeker de persoon die lijdt aan een depressie, wil graag weten hoe het zover heeft kunnen komen. En

gelukkig is onze huidige kennis van het ontstaan van depressies redelijk tot goed. Toch is er ook veel onbekend, wat zoveel wil zeggen als dat de mens ook graag uitleg zoekt die hem past, zonder dat de werkelijke oorzaak daarmee verklaard is. Mensen die geen deskundige hulp zoeken maar liever hun eigen wijsheid volgen, doen dikwijls uitspraken als: 'Ik heb ook wel erg veel voor de kiezen gehad de laatste tijd' of 'Nu ik zoveel tegenslag heb meegemaakt, is het logisch dat ik het allemaal niet meer zie zitten' en 'Nu ik van de ene dag op de andere overal alleen voor sta, zie ik blijkbaar even niet de zin van mijn leven in'. Een deugdelijke verklaring, zelf bedacht of aangereikt door een expert, geeft een zekere geruststelling, en hoop op toekomstig herstel. Feit is wel dat niet iedere depressie een aanwijsbare oorzaak heeft. Dit heeft te maken met de complexiteit van het brein. Er zijn zoveel stofwisselingsprocessen die precies op elkaar afgestemd moeten zijn, wil de mens zich 'normaal' voelen, dat door één enkele verstoring het brein op tilt kan slaan. Wat er dan precies aan de hand is, kan niemand zeggen, net als dat de exacte werking van antidepressiva tot op de dag van vandaag in nevelen is gehuld. Dat is ook de reden waarom sommige mensen, vaak hun leven lang, een depressieve episode meemaken om op een ochtend wakker te worden en zich ineens weer helemaal goed te voelen. Depressies kunnen komen en gaan zonder dat er iets zinnigs over te zeggen valt. Nu de oorzaken, in algemene zin, zijn besproken, komt in het volgende hoofdstuk de onderliggende problematiek van een depressie specifiek aan de orde.

RAAD EN DAAD



1. Over de werkelijke oorzaken van een depressie is niet alles bekend. Maar er is inmiddels wel veel bekend; je kunt erover lezen en nieuwe inzichten opdoen. Alles wat je te weten komt, geeft in elk geval iets meer houvast. En dat is belangrijk als je een depressie doormaakt.
2. Naast het feit dat depressies een genetische component hebben (iets wat in

de familie al generaties lang terugkomt), zijn er doorgaans drie belangrijke oorzaken voor een depressie: langdurige overprikkeling (overbelasting), langdurige krenking en machtsmisbruik en verlating(sangst).

3. Soms hoort een depressie bij een specifieke levensfase, zoals wanneer er gezinsuitbreiding is of wanneer de pensioenleeftijd in zicht komt. Praat hier met een deskundige over. Dat kan al veel verlichting geven.

4. Vaak is een depressie een uiting van een onderliggende problematiek. Mocht dat ook zo zijn voor jou, dan is het belangrijk om die problemen aan te pakken, al dan niet met een deskundig persoon.

4 | ONDERLIGGENDE PROBLEMATIEK

Wie aan een depressie lijdt, is ziek. En zoals het bij een ziekte hoort, heeft een depressie herkenbare symptomen zoals gebrek aan energie, concentratiestoornissen, vertraagde stofwisseling, verstoord slaappatroon, lage zelfdunk, suïcidale gedachten, vernauwd bewustzijn, angstgevoelens en afkeer van sociale interactie. Er rest de depressieve patiënt daarom niets anders dan de ziekte uit te zieken, een proces dat soms een jaar of langer in beslag kan nemen. Daarbij zijn rust, stilte, regelmaat en acceptatie van de ziekte cruciaal om uiteindelijk te kunnen herstellen. De depressieve patiënt kan natuurlijk genoeg nemen met het herstel en eenmaal hersteld zijn gewone dagelijkse leven weer hervatten om vervolgens de depressie als een eenmalige nachtmerrie terzijde te schuiven. Maar de patiënt kan ook tijdens zijn herstelperiode aandacht besteden aan zichzelf, met als doel om te achterhalen of er ook nog sprake is van ‘achterstallig onderhoud’. Nu moet ik hier wel bij vermelden dat niet iedereen zin heeft om aan zelfonderzoek te doen. Ook zijn er mensen die gewoonweg niet het vermogen hebben om op zichzelf te reflecteren, zoals dat heet. Bovendien zijn er ook mensen die er een gruwelijke hekel aan hebben om iets als probleem te zien, laat staan dat zij zin hebben om toe te geven dat zij een probleem hebben.

Welnu, met het ontkennen van persoonlijke problematiek kan de mens ver komen, en het is geen verplichting om tijd en energie te besteden aan zelfonderzoek. Daar komt nog bij dat de depressieve patiënt vaak zo weinig

energie heeft, dat hij allang blij is als hij een beetje rustig de dag kan doorkomen. Voor de hulpverlener is een patiënt die alleen maar praat over zijn klachten weinig inspirerend en zullen therapie sessies weinig om het lijf hebben en niet veel meer inhouden dan het bespreken van de dagelijkse gang van zaken, met hier en daar een constructieve aanwijzing voor een spoedig herstel. Gelukkig zijn er ook genoeg patiënten die de moeite willen nemen om wat verder te kijken dan hun neus lang is; zij zien hun depressieve episode als de uitgelezen kans om de psychologische tuin eens flink om te spitten. Tijdens mijn eigen opname in het Wilhelmina Ziekenhuis heb ik alle mogelijkheden aangegrepen om de ‘onderliggende problematiek’ eindelijk eens onder ogen te zien. Nu is het wel belangrijk om te beseffen dat ieder mens zo zijn eigen dilemma’s en innerlijke conflicten kent, maar wellicht zul je iets herkennen in wat ik zelf zoal heb ontdekt.

POSITIEVE DWANG

Het probleem van ‘positieve dwang’, zoals ik dat ben gaan noemen, is er één dat voor mij heel lastig was om te onderkennen – en uiteindelijk ook om op te lossen. Een voorbeeld: als mijn oudste zoon terugkeert van een lange reis in het buitenland, wil ik hem verwelkomen door een uitgebreide lunch voor te bereiden met al zijn lievelingsgerechten. Als hij eenmaal aanbelt, zegt hij dat hij eerst wil douchen en zich omkleden. Zijn afwezigheid, gelijk bij thuiskomst, duurt in mijn beleving nogal lang, maar als hij dan naar beneden komt, zeg ik dat hij alleen nog maar zijn stoel hoeft aan te schuiven om te kunnen eten, waarop hij zegt: ‘Ik heb onderweg al genoeg eten gehad; ik heb op dit moment helemaal geen honger.’ Op dat moment voel ik mij geërgerd, teleurgesteld en gediskwalificeerd, waarop ik zeg: ‘Als ik zoveel moeite doe om een speciale lunch op tafel te zetten, dan kun je toch op zijn minst een klein hapje mee-eten, of niet dan?!’ Daarna volgt er ruzie, waarop hij naar zijn kamer verdwijnt en ik kwaad de tafel afruim en al het eten in de koelkast zet. In mijn eigen beleving ben ik ‘gewoon aardig’, maar in de beleving van mijn zoon word ik aangemerkt als ‘dwingend’.

Zoals gezegd duurde het vrij lang voordat ik het patroon van positieve dwang begon te herkennen. Pas na jaren is het mij gelukt om mijn houding bij te

stellen. Deze verandering komt er kort gezegd op neer dat ik alleen nog op verzoek tegemoetkomend ben en geen aandacht of erkenning probeer af te dwingen door, letterlijk en figuurlijk, alles uit de kast te halen. Aangezien een depressie in de loop der tijd kan ontstaan door krenking en afwijzing, werd ik mij ervan bewust dat ik zelf de regisseur was van die afwijzing. Door dominant vriendelijk te zijn, werd ik daar vervolgens op afgerekend. Opvallend is dat het probleem van positieve dwang ook door mijn eigen patiënten moeilijk is om te doorzien. Wie zichzelf als vriendelijk en dienstbaar ervaart, ziet daarin maar moeizaam het dominante aspect. Uiteindelijk gaat positieve dwang om een vorm van sociale manipulatie die vrijwel altijd een boemerangeffect heeft.

VERLATINGSANGST

Een aantal jaren geleden ging de haringman bij mij om de hoek met pensioen. Voor mij verdween daarmee op slag een wekelijks, soms dagelijks ritueel: even een wandeling maken tussen de middag, bij Gerard langs om een harinkje te eten, een kletspraatje te maken en daarna weer aan het werk te gaan. Toen hij meedeelde ermee op te houden, voelde ik mij persoonlijk in de steek gelaten. Nu was ik gelukkig op dat moment een stuk weerbaarder geworden als het ging om verlaten, maar de gevoeligheid daarvoor was er nog steeds. Diezelfde gevoeligheid is er ook als ik zelf iemand de rug toekeer: het opgeven van een vertrouwd persoon gaat bij mij altijd gepaard met angst, stress en een tijdelijk gevoel van volledige desoriëntatie. De relatie met Karlijn was in mijn studententijd daarom nogal problematisch. Ik was snel verliefd geworden, maar al gauw merkte ik dat zij meer om mij gaf dan ik om haar. Hoewel ik wist dat er geen toekomst was voor ons als stel, lukte het mij niet om de relatie te beëindigen; als ik wel de moed vatte om haar het slechte nieuws te brengen, dan was de relatie binnen een week weer hersteld. Afgezien van mijn eigen verlatingsangst was mijn onstandvastigheid vooral voor Karlijn om gek van te worden. Vaak gaf ik haar valse hoop, in de wetenschap dat ik, vroeg of laat, haar toch zou verlaten. Gelukkig voor haar en uiteindelijk voor mij, heeft zij wel standvastigheid getoond na het uitgemaakt te hebben. Dezelfde verlatingsangst betekent ook dat ik slecht ben in ruzies: als de spanning en onenigheid te lang blijven hangen, dan voel ik een mini-depressie opkomen; ik zorg er dan ook wel

voor dat de harmonie zo snel mogelijk wordt hersteld.

Een belangrijk geneesmiddel voor verlatingsangst is acceptatie. Voor mij persoonlijk houdt dat in dat ik alleen op reis ga wanneer strikt noodzakelijk, mijn vaste rituelen met vaste mensen koester en geen overmoedigheid toon als het gaat om veranderingen. Met een nieuwe werkomgeving zorg ik meteen voor vertrouwde contacten en ik laat die vaste contacten ook nadrukkelijk weten hoezeer ik hun loyaliteit waardeer. Mettertijd is de gevoeligheid voor verlatings flink afgenomen en het gebeurt nog zelden dat ik stress ervaar wanneer ik gedurende langere tijd in mijn eentje ben.

ERKENNINGSZUCHT

Nu is de behoefte aan erkenning universeel. Daarom blijf ik glimlachen en genieten als ik weer eens wat erkenning weet binnen te hengelen. Deze behoefte kan wel problematisch zijn wanneer de erkenning achterwege blijft. Jarenlang zat het mij dwars als ik genegeerd werd, niet goed bevonden werd of gewoonweg werd overgeslagen. Het veranderingsproces dat ik heb ondergaan, valt moeilijk in een paar zinnen te beschrijven. Wel weet ik zeker dat het beoefenen van de provocatieve therapie mijn ultieme geneesmiddel is gebleken. Feit is namelijk dat het in de aard ligt van de provocatieve stijl dat patiënten dikwijls hun ongenoegen en afwijzende reacties laten blijken. Mettertijd heeft dat ervoor gezorgd dat ik een flinke laag eelt op mijn ziel heb ontwikkeld. Het voelt alsof mijn 'ego' onaangetast blijft wanneer erkenning uitblijft of wanneer mensen zich negatief uitlaten tegenover mij.

Tegelijkertijd is mijn ervaring dat het kunnen incasseren van afwijzing ook gemakkelijker is geworden omdat ik zelf actiever ben geworden in het afwijzen van anderen. Nu klinkt dit wat cru en het is zeker niet zo dat ik mensen naar hartenlust de grond in boor. Integendeel, zeker in mijn werk is mijn grondhouding naar patiënten positief en waarderend van aard. Maar binnen de veiligheid van een goede verstandhouding is het voor mij gemakkelijker geworden om afkeurende of afwijzende interventies te plegen. Hierdoor ervaar ik de afkeuring van anderen als vanzelfsprekender, waardoor de zucht naar erkenning volledig vervallen lijkt te zijn. Natuurlijk is het nog altijd plezierig om de waardering van een ander te oogsten, maar ik lig er niet meer wakker van als

het achterwege blijft. Mijn visie is dat het oplossen van overmatige erkenningszucht een van de beste preventieve maatregelen is tegen een gevoeligheid voor depressiviteit.

SOCIALE ANGST

Voor mij, alsook voor mijn vrienden en kennissen, is het niet meer voor te stellen, maar ooit was ik het meest verlegen jongetje in de klas. Voor leraren en andere volwassenen was ik bang; en meisjes, hoewel heel erg leuk, leken voor mij totaal onbereikbaar. Het stemde mij nogal somber. Ik zocht mijn toevlucht in de muziek, fotografie en radiotechniek en bracht vele uren alleen door op mijn kamertje. Wel had ik altijd één beste vriend, maar wat ik ook deed, ik bleef angstig en dan vooral in gezelschap van vreemde mensen. In mijn studententijd had ik er dusdanig last van dat ik besloot om mijzelf aan een disciplinair regime te onderwerpen: dagelijks sprak ik een wildvreemde aan met als opzet een gesprekje te forceren. Thuisgekomen schreef ik mijn belevenissen op in een dagboek. Al na een paar maanden merkte ik flinke vorderingen. Op een gegeven moment kwam er een omslagpunt: ineens was de mist, de angst, de weerstand opgetrokken en voelde ik mij enorm bevrijd. Ik bleef oefenen in het aanknopen van gesprekjes en tot op de dag van vandaag heb ik dat consequent volgehouden.

Overigens moet ik wel toegeven dat ik behoorlijk naar de andere kant van het sociale-angstspectrum ben doorgeschooten. Geen kans laat ik onbenut om met mensen in gesprek te gaan en ik ben er telkens weer trots op dat ik mijn jeugdige verlegenheid heb overwonnen. Het oplossen van mijn sociale angst heeft er zeker toe bijgedragen dat ik minder kwetsbaar geworden ben voor een (volgende) depressie. Dat is ook de reden waarom ik mijn sociale vaardigheden iedere dag nog op waarde toets. Tot zover genoeg over mijn persoonlijke problematiek. Nu een aantal andere kwesties.

ADRENALINEVERSLAVING

Er zijn talloze manieren om jezelf op te peppen. Gezonde varianten zijn een frisse wandeling, een duik in zee of een fietstochtje in de natuur. Chemische

middelen zoals nicotine, cafeïne en cocaïne zijn ook populair; wie daarna weer chemisch wil ontspannen, kan toe met een bel alcohol, een stripje valium of een flinke dosis marihuana. Je kunt jezelf ook op eigen kracht opkrikken. En het voordeel van mentale zelfstimulatie (even doorzetten) is dat het lichaamseigen hormoon adrenaline als vanzelf wordt aangemaakt. Maar, dat wist je natuurlijk al. Wat je wellicht niet weet, is dat menigeen ook verslaafd kan raken aan het opwekken van zijn eigen adrenaline. En als dat zo is, dan ligt het gevaar van een forse depressie op de loer. Feit is namelijk dat een voortdurende overproductie van adrenaline de beschikbare energie die een mens heeft, volkomen uitholt. Net als een auto, vliegtuig of brommer, heeft ook de mens naast een reguliere hoeveelheid brandstof een reservetank. Iedereen die het nalaat om op regelmatige basis bij te tanken, zal moeten putten uit zijn reserves. Als eenmaal deze reserves ook zijn opgebrand (burn-out), dan staat de levensmotor stil. En dat is het begin van de ellende, vooral omdat het autonome zenuwstelsel, ook wel het vegetatieve systeem genoemd, volledig ontregeld raakt, met alle klachten van dien zoals: slecht slapen, benauwdheid, slechte concentratie, wazig zien, piepende oren, lusteloosheid, vergeetachtigheid, somberheid en overgevoeligheid voor licht, geluid en de aanwezigheid van andere mensen.

Door deze toestand van totale ontregeling (decompensatie) ontstaat als natuurlijke reactie van het lichaam een sterk op en neer golvend gevoel van angst (paniekaanvallen). Deze angst is een beschermingsreactie en daarom functioneel: de bedoeling is om de leeggelopen mens zo te verlammen dat hij gedwongen wordt om zijn normale energieniveau te herstellen. De adrenalineverslaafde zal dan ook terugschrikken om de deur uit te gaan, de telefoon op te nemen, en een enorme weerzin voelen om zelfs maar aan zijn werk te denken. Omdat het lichaam de gebruiker van zijn systemen niet meer vertrouwt, kan bij de minste of geringste vorm van inspanning of activiteit een forse angstreactie weer oplaaien als waarschuwing voor te veel hoogmoed.

Afgeknapt en wel zal de depressieve patiënt moeten wennen aan het idee dat zijn herstel langzaam verloopt en zelfs een jaar kan duren. Bedrijfsartsen, arbeidsdeskundigen en collega's die deze patiënten aanraden om toch weer snel de draad op te pakken, leggen druk op die alleen maar averechts werkt: echt herstel doet pas zijn intrede als de patiënt zich aan niets of niemand verplicht voelt. Zo kan het gebeuren dat juist mensen die overlopen van ambitie en

enthousiasme zichzelf de vernieling in draaien. Het zijn veelal types die ook nog eens bijzonder zorgzaam zijn, waardoor zij gemakkelijk voor het spreekwoordelijke karretje te spannen zijn.

OMGEKEERDE AGRESSIE

Weinig bekend is de angst voor het eigen gevoelsleven, en in het bijzonder de angst die agressie kan oproepen. Zo kan een kersverse moeder extreem in paniek raken enkel en alleen maar door bozig ongeduld tegenover haar (huil)baby. Om die paniek de baas te worden kan zij haar gevoel van agressie omdraaien, namelijk door boos te worden op zichzelf: wat ben ik toch een waardeloze moeder. Nu is deze angst voor het eigen gevoelsleven zo onbekend dat mensen die hieraan lijden zelf ook niet doorhebben dat zij deze angst hebben. Zo ook bij Helma, die zich bij mij aanmeldt met depressieve klachten. Na een stageperiode als doktersassistente in een kleine, dorpse huisartsenpraktijk heeft zij de keuze om daar te blijven ('vertrouwd en veilig') of een tijdelijke positie te nemen bij een groot medisch centrum in de stad ('onbekend en onzeker'). Zelf wil Helma dolgraag blijven waar ze is, maar zoals altijd gaan familie en vrienden zich ermee bemoeien en wordt zij richting het groot medisch centrum geduwd ('Je zou gek zijn om zo'n kans niet te pakken'). Helma wordt bang en twijfelt met gedachten als 'Ben ik dan zo slap dat ik alleen maar de veilige weg kan kiezen' en 'Waarom kan ik het gewoon niet waarderen dat iedereen het beste met mij voor heeft'.

Het duurt even voordat ik Helma ervan kan overtuigen dat haar angstgevoel – niet toevallig – op komt zetten, juist wanneer zij wordt gebombardeerd door de betweterigheid van haar omgeving. Nog iets langer duurt het voordat zij zich bewust is van haar oorspronkelijke gevoel (irritatie). En uiteindelijk wordt het haar duidelijk hoe zij gewend is haar agressie jegens anderen om te keren naar zichzelf. Als ik vraag om haar agressie weer in de juiste richting te zetten, zegt Helma: 'Tja, dan moet ik toegeven dat ik heel anders denk dan wat er later tevoorschijn komt.' Haar oorspronkelijke gevoel vertaalt zich dan als: 'Ben jij dan zo slap dat jij mijn keuze voor de knusheid van het dorp niet kunt steunen' en 'Ik kan het totaal niet waarderen dat uitgerekend jullie, mijn dierbaren, het altijd beter denken te weten'.

Na deze psychologische exercitie weet Helma steeds vaker en beter haar eigen en oorspronkelijke gevoelens van negativiteit jegens anderen te onderkennen, en dan ook nog zonder er door in paniek te raken. Lastig voor haar is nog wel om deze gevoelens van boosheid en irritatie ook echt te uiten. Maar evengoed wordt de angst voor haar innerlijke belevingen, hoe krachtig en agressief ook, met de week minder. Net als de mens kan schrikken van emotionele explosies van anderen, kan hij ook ontzet raken door zijn eigen agressieve oprispingen. Wie dit fenomeen onderkent, mag vervolgens kiezen: ruziemaken met anderen of in gevecht blijven met jezelf.

Aangezien het ontwikkelen van een depressie gelijk opgaat met geestelijke uitputting, kunnen uiteenlopende problemen daaraan ten grondslag liggen. Mensen die zich overmatig zorgen maken (piekeren), bijvoorbeeld, kunnen in de loop der tijd zoveel energie gebruiken om zich staande te houden dat een depressie onafwendbaar is. In zekere zin is de lijst van mogelijke problemen eindeloos: mensen die onvrijwillig kinderloos blijven, mensen die in een uitzichtloze financiële positie geraken, mensen die bij voortduring op de arbeidsmarkt worden afgewezen, mensen die op de werkvloer worden gepest en getreiterd, mensen met een gebrek aan sociale vaardigheden, mensen van wie de levenspartner is opgestapt en iedereen die de gevolgen ondervindt van een traumatische gebeurtenis (verkrachting, beroving, ongeluk). Tegelijkertijd is het belangrijk om te beseffen dat een depressie ook het begin is van herstel.

LIEFDESPERIKELLEN

Niets is zo ontregelend als de liefde, terwijl het omgekeerde ook waar is, namelijk dat de liefde het leven in één klap overzichtelijk en hanteerbaar kan maken. Zo inspirerend als de liefde kan zijn, zo verwoestend is diezelfde liefde als een relatie wordt beëindigd. Nu is het als normaal te beschouwen als de mens een depressieve reactie vertoont wanneer zijn partner het voor gezien houdt. Gedumpte worden, zoals dat heet, hoort nu eenmaal tot de meest krenkende ervaringen. Het is dikwijls het begin van een lange periode van zelftwijfel: ben ik wel geschikt voor een relatie, ben ik wel in staat om lief te hebben, ben ik iemand waar een ander van kan houden, zal ik ooit weer iemand kunnen ontmoeten waar ik echt voor val of zal ik voor altijd als eenling door het

leven gaan? Gelukkig zijn dit soort twijfels meestal tijdelijk, zeker wanneer de persoon in kwestie weer nieuwe liefde vindt. Maar het kan ook gebeuren dat de depressieve reactie zich verdiept en overgaat in een langere periode van depressiviteit, met alle bijbehorende lichamelijke ongemakken van dien.

Een relatie hebben is echter ook niet zaligmakend. Sterker nog, een liefdesrelatie kan de mens geestelijk volledig uitputten, met een depressie als gevolg. Terugkerende problemen in liefdesrelaties zijn: te weinig assertiviteit waardoor de dominantie van de partner als ondraaglijk wordt ervaren, gebrek aan inzicht hoe een deugdelijke relatie werkt waardoor conflicten en onvrede de sfeer bepalen, moeite met het aangaan van intimiteit waardoor afstand en vervreemding van elkaar toenemen, relationele problemen volledig ontkennen waardoor de partner zich in toenemende mate niet serieus genomen voelt, onvermogen om empathisch te zijn waardoor het ontwikkelen van echt contact achterwege blijft en natuurlijk het probleem van ontrouw, verslaving en agressie, zowel van de persoon in kwestie als die van de partner. Meer dan eens zorgt een liefdesrelatie voor een groot dilemma: enerzijds is het vasthouden aan de liefde één en al frustratie en teleurstelling, anderzijds is het opgeven van diezelfde liefde een grote investering waar niets van overblijft.

Zo heeft Ingrid al een paar jaar een relatie die op romantisch vlak prima aanvoelt, maar haar partner, Jack, toont een volledig gebrek aan verantwoordelijkheidszin, waardoor financiële chaos op de loer ligt. Als zij Jack de wacht aanzegt omdat hij weer eens het huishoudgeld heeft vergokt, vertrekt hij, waarna een lange periode van stilte aanbreekt. Ingrid blijft twijfelen aan haar beslissing om hem de deur te wijzen en heeft moeite om als eenling haar draai te vinden. Zij meldt in toenemende mate depressieve klachten, ook omdat zij haar toekomst als uitzichtloos ervaart. Net als Ingrid hebben veel mensen die lijden aan een depressie, een probleem in de liefde. Zij hebben moeite om nieuwe mensen te ontmoeten of zien de verantwoordelijkheid die een relatie met zich meebrengt als onoverkomelijk. Het meest voorkomende probleem in relaties is dat van de machtsstrijd: wie bepaalt wat en is het strijdend ten onder gaan of toch meer tegemoetkomendheid tonen met als resultaat meer harmonie en samen zijn? Deze kwesties zijn doorgaans zo uitputtend dat het niet verwonderlijk is dat een depressie op de loer ligt, zoals bij Kees.

GEVALSBESCHRIJVING

Hij is al meer dan 35 jaar getrouwd met Helga en zij zien hun huwelijk als zeer bevredigend. Toch komt er onverwachts een kink in de kabel als Kees een assistente aanneemt in zijn bedrijf, die een hoofdrol opeist. Deze vrouw, Janneke genaamd, dringt ook steeds vaker door in het privéleven van Kees, tot ongenoegen van Helga. Kees kan niet genoeg benadrukken dat hij niets met Janneke heeft, maar dat hij haar waardeert voor wat zij betekent voor het bedrijf. Er ontstaan steeds meer ruzies, zeker wanneer Janneke ook nog eens in het weekend belt om werkoverleg te hebben met Kees. Kees zelf ziet hier geen kwaad in, maar Helga eist dat Janneke tot de orde wordt geroepen. Als ik Kees op mijn spreekuur zie, is hij overduidelijk in depressieve toestand, met alle lichamelijke klachten van dien. Kees zegt: 'Ik voel mij doods vanbinnen; het is net alsof ik platgedrukt ben en nu kan ik geen pap meer zeggen.' Nog steeds is Kees innerlijk verscheurd: 'Ik heb echt geen zin om mijn huwelijk te torpederen, maar het zogenaamde probleem "Janneke" zie ik gewoonweg niet.' Er volgen meerdere gesprekken met Kees en Helga samen, waarbij er slechts heel langzaam enige verbetering waarneembaar is. Kees is typisch iemand die het iedereen naar de zin wil maken en hij heeft in zijn strijd om dat te bereiken de bodem van zijn energiereserves bereikt. Nu hij zo depressief is, zal hij wel moeten nadenken waarom hij zo is vastgelopen.

DEPRESSIE ALS GENEZING

Wie lijdt aan wilsverlamming, zwaarmoedigheid, gebrek aan levensperspectief en energie, die heeft het goed te pakken. Toch mag een depressie ook gezien worden als genezing, als een probaat middel om uit te rusten van alles wat het leven zo moeilijk maakt. Nu zullen er weinig mensen zijn die ronduit zouden toegeven dat het leven moeilijk is. Het is gewoon niet gezellig om tijdens een ontmoeting met vrienden te vertellen hoe zwaar het leven is. En wie zo ongezellig is om zijn somberte wel aan te kaarten, zal weinig erkenning oogsten. Maar dat wil niet zeggen dat het onzin is. Genoeg (jonge) mensen die geestelijk bezwijken onder de niet-aflatende maatschappelijke druk om te presteren. Maar dat is niet het enige. Ook het aangaan en onderhouden van goede relaties is een lastig karwei. Angst voor afwijzing en uitsluiting kunnen het moeilijk maken om

nieuwe mensen te ontmoeten. En als er al sprake is van een geslaagde ontmoeting, dan nog is het geen uitgemaakte zaak dat een versgebakken relatie standhoudt. En iedereen die ooit in de steek gelaten is omdat hij niet voldeed, weet hoe zwaar dat aan het gemoed kan hangen. Alleen al de energie die de mens nodig heeft om normaal te functioneren is enorm. Tussen opstaan en naar bed gaan liggen zoveel verplichtingen dat het niet zo vreemd is dat sommige mensen liever in bed blijven liggen. Welnu. Dat kan. Tenminste wel voor iemand die aan een depressie lijdt. Voor diegene is een lange periode van rust en afzondering de enige manier om weer op te laden. Laat er geen misverstand over bestaan: het doormaken van een depressie is geen sinecure. Het is een lijdenslast die je niet eens je ergste vijand toewenst. Maar wie zich echt kan overgeven aan dat depressief lijden – desnoods onder toezicht van geschoold personeel in het ziekenhuis – zal ook kunnen ervaren dat geest en lichaam ervan opknappen om verlost te zijn van alles wat het dagelijks leven vereist. Zo bekeken is een depressie niets anders dan een gezonde reactie op een ongezonde situatie. Het brein gaat in staking omdat het een overvloed aan prikkels niet meer kan verwerken. Tegen beter weten in gaat de mens vaak veel te ver in wat hij van zichzelf verlangt. Een depressie is de beste genezing van dit soort hoogmoed.

RAAD EN DAAD



1. Een depressie kan veroorzaakt worden door talloze problemen, maar wat veel voorkomt is: 1) dwingend positief zijn 2) verlatingsangst 3) erkenningszucht 4) sociale angst 5) adrenalineverslaving 6) omgekeerde agressie en 7) liefdesperikelen. Probeer zelf of met behulp van een

professional je eigen problematiek te benoemen.

2. Het werken aan en oplossen van je eigen problematiek werkt preventief: het voorkomt nieuwe depressies in de toekomst.
3. Het hoeft niet per se zo te zijn dat er problemen aan je depressie ten grondslag liggen. In dat geval is het alleen een kwestie van uithuilen en opnieuw beginnen.

5 | ACCEPTATIE

Net als vele anderen staat het woord ‘acceptatie’ mij tegen. Wellicht heeft deze weerzin te maken met het gemak waarmee het woord in de mond wordt genomen. De een zit met een probleem terwijl de ander zwaait met uitspraken als ‘Zo is het leven nu eenmaal’ of ‘Dan zit er niets anders op dan het te accepteren’ en ‘Daar moet je je gewoon bij neerleggen’. Een ander bezwaar tegen het woord is dat het vaak wordt geassocieerd met passiviteit, berusting en opgeven. En als er iets is waar mensen zich niet mee willen associëren dan is het wel met passiviteit, berusting en opgeven. De bijmaak van acceptatie is negatief; en dan vooral omdat de suggestie wordt gedaan dat er eigenlijk geen oplossing is voor het probleem. En mensen zien het als een zwakgebod om dat te geloven. Als kritiek op het accepteren wordt ook vaak gegeven dat het in wezen een loos begrip is. Terecht stellen mensen de vraag: ‘Accepteren, hoe doe je dat dan?’ En degene die een dergelijke vraag krijgt voorgeschoteld, moet dan ook vaak het antwoord schuldig blijven. Daar komt dan ook nog eens bij dat acceptatie-adviezen worden ervaren als een doekje voor het bloeden, bijvoorbeeld wanneer de huisarts tegen een reumapatiënt zegt dat hij zijn ziekte moet accepteren, terwijl in de praktijk vaak blijkt dat juist reumapatiënten er meer baat bij hebben om hun ziekte niet te accepteren.

Nee, alles wat aan het woord ‘acceptatie’ kleeft heeft geen goede reputatie. En toch is dit het enige woord dat van toepassing is als het gaat om een goed herstel van een depressie. Of omgekeerd: wie met alles wat hij in zich heeft vecht tegen

een depressie, zal de depressie alleen nog maar aanwakkeren. Dat is ook de reden waarom ik een compleet hoofdstuk wijd aan dit onderwerp. Ook in het contact met mijn depressieve patiënten is het gespreksonderwerp dikwijls aan te merken als een les in acceptatie. En alleen de patiënten die de ware betekenis van het woord in de praktijk weten te brengen, merken een onmiddellijk verschil: per direct verdwijnt de innerlijke onrust en neemt de levensenergie langzaam maar zeker toe.

INZICHT

In gedachten kan alles: op een bezemsteel vliegen, in een kikker veranderen of van een flat springen en op je pootjes terecht komen. Onze denkwereld is vaak net een tekenfilmpje waarin het onbereikbare toch werkelijkheid wordt. Het bijzondere van gedachten is ook dat ze heel snel gaan. Een ingewikkeld gesprek is in een handomdraai gevoerd en een reis naar familie in Australië is al voorbij voordat deze begonnen is. Het ene moment kunnen negatieve gedachten angsten veroorzaken, terwijl seconden later een helder, lachwekkend inzicht het gemoed kan laten omslaan in blijdschap. Natuurlijk is het leuk voor de mensen dat zij vrijuit en snel kunnen denken. Maar de razende trein van gedachten veroorzaakt ook fatale botsingen. En dat komt omdat de realiteit vele malen trager is. Neem een simpel voorbeeld zoals het koken van een maaltijd: in gedachten kun je de aardappels, de spruitjes en het suddervlees dampend heet in een wip op tafel zetten, maar voor de feitelijke uitvoering ben je een aantal uren verder voordat het resultaat te proeven is. En dan ga ik ook nog uit van een kok die van wanten weet; een amateur doet er nog wat langer over.

Dit verschil tussen gedachten en feiten, tussen fantasie en waarheid geeft onrust, lichamelijke spanning en gevoelens van frustratie, ergernis en onmacht – een verschijnsel dat beter bekend staat als: ongeduld. Nu geef ik onmiddellijk toe dat ik nog weinig origineels heb gezegd. Maar in deze constatering ligt tevens mijn terugkerende verbazing besloten: mensen weten dat gedachten sneller zijn dan de feiten en toch gedragen zij zich alsof het niet zo is. Met alle macht wordt geprobeerd om het dagelijks leven hetzelfde tempo te geven als dat van de eigen gedachten. En het resultaat krijg ik dagelijks op mijn spreekuur: mensen zijn opgebrand, uitgeput en terneergeslagen. De razende trein van

gedachten die door de feiten niet kon worden ingehaald komt met een enorme knal tot stilstand tegen een onzichtbare, maar duidelijk voelbare muur van onmacht. De geestelijke toestand waarin mensen zich dan bevinden noemen we een depressie. En wat is nu het wonderschone van een depressie? Het dwingt mensen om in alles langzamer te zijn: lopen, praten, eten, lezen en schrijven; ja, zelfs de stoelgang is een operatie die een halfuur langer dan normaal kan duren. En zie daar: ook het denken gaat zo traag als dat van een demente slak. En wat zeggen dan mijn depressieve patiënten op stroperige toon: ‘Nu pas besef ik hoeveel moeite het kost om zoiets eenvoudigs te doen als een kopje thee zetten.’ Dat noemen psychologen inzicht.

NATUURLIJK HERSTEL

Een lelijke schaafwond op je knie na een valpartij van de fiets geneest vanzelf. Natuurlijk herstel geldt doorgaans ook voor een flinke griep en veel andere kwaaltjes. Het lichaam toont hiermee een enorme veerkracht. En hetzelfde is gelukkig ook bij psychische kwetsuren waarneembaar. Toch is natuurlijk herstel (geen behandeling) als nadrukkelijk medisch voorschrift in de vergetelheid geraakt. Natuurlijk. Vaak genoeg staat de patiënt na een doktersconsult binnen een paar minuten weer buiten met de mededeling dat het beter is om ‘het allemaal nog even aan te zien’. Maar ook in dat soort gevallen vergeet de behandelaar vaak uit te leggen waarom de patiënt zich geen zorgen hoeft te maken. Geen behandeling is daarom niet hetzelfde als het wegsturen van de patiënt zonder informatie. Nee, geen behandeling is juist een deskundige ingreep omdat deze samengaat met deugdelijke voorlichting en instructies. Dit gegeven is vooral belangrijk in de psychologische en psychiatrische praktijk als het gaat om de behandeling van angststoornissen en depressies. Wat is namelijk het geval: veel van dit soort psychische kwalen zijn het gevolg van jarenlange overbelasting en overprikkeling. En dan is een herstelkuur van rust, reinheid en regelmaat de beste manier om de patiënt weer op verhaal te laten komen. Geef de patiënt een omgeving van structuur zonder verplichtingen en dan zullen lichaam en geest hun zelfreinigende werk doen.

Vreemd genoeg konden patiënten vroeger overal in Nederland terecht in rusthuizen, juist in een tijd dat er veel minder bekend was over psychische

aandoeningen (1920-1960). Die rusthuizen zijn niet opgeheven omdat de resultaten uitbleven. Nee, die rusthuizen zijn verdwenen omdat therapeutisch Nederland verslaafd is geraakt aan allerhande specialistische, oplossingsgerichte interventies zoals traumaverwerking en sollicitatietrainingen om de patiënt zo snel mogelijk weer te laten re-integreren in de samenleving, en dat 'ondersteund' met de nodige medicatie. Deze oplossingsverslaving is zelfs terug te vinden in de wetgeving: werkgevers en bedrijfsartsen zijn verplicht (wet Poortwachter) om de uitgebluste patiënt, met een actief behandelingsplan, weer zo snel mogelijk aan het werk te krijgen. Het doet de reputatie van de gezondheidszorg dan ook geen goed dat een patiënt nergens meer op natuurlijke wijze kan herstellen. Het komt erop neer dat een patiënt het gewoonweg niet wordt gegund om moe en ziek te zijn, laat staan dat hij in een beschermde omgeving mag uitzielen. Activering en ambulantisering zijn de moderne toverwoorden van de hulpverlening. Ik word al moe als ik eraan denk.

THUIS HERSTELLEN

Nu is het wel zo dat er een groot verschil is tussen thuis herstellen of in het ziekenhuis. Wie per se niet wil worden opgenomen in het ziekenhuis, zal thuis zijn draai moeten vinden, en dat is nog niet eens zo gemakkelijk, vooral omdat alle andere gezinsleden hun normale gang gaan. De kinderen gaan naar school, de partner gaat naar zijn werk of heeft in en om het huis zo zijn plichtplegingen. De depressieve patiënt zit ergens in de kamer of trekt zich terug op zijn slaapkamer terwijl de wereld om hem heen druk bezig is. Deze context maakt dat de depressieve mens zich eerder schuldig voelt, dat hij wat gespannen raakt met zoveel drukte om hem heen met als gevolg dat het vaak maar moeilijk lukt om volledig te ontspannen. In het ziekenhuis is het een heel ander verhaal: daar zit de depressieve patiënt tussen andere patiënten die ook ziek zijn en met al het verplegend personeel en andere hulpverleners eromheen ontstaat een sfeer, een context waarin het gemakkelijker is om echt patiënt te zijn.

Ik kan mij nog als de dag van gisteren herinneren hoe het tijdens mijn eigen opname in het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen heilzaam voelde om ziek te mogen zijn. Natuurlijk was er in de context van het ziekenhuis minder privacy, maar daar stond tegenover dat er meer begrip en acceptatie was voor wat ik als

depressieve patiënt moest doormaken. En het was met name de acceptatie van anderen binnen het ziekenhuis die ertoe bijdroeg dat ik zelf ook mijn ziek-zijn kon accepteren. Ik kon direct fysiek merken dat ik beter kon ontspannen en voelde de levensenergie per dag een klein beetje toenemen. Nu wil dat allemaal niet zeggen dat een herstel in huiselijke kring niet mogelijk is. Zeker wel. Alleen, mijn ervaring is dat het proces van herstel langer duurt omdat er altijd wel iemand aanwezig is die direct of indirect laat blijken dat de depressieve patiënt in gebreke blijft. Hoe dan ook, acceptatie heeft alles te maken met een vorm van overgave: door echt heel patiënterig te zijn wordt het brein de rust gegund die zo nodig is om te herstellen.

GEVOELIGHEDEN

Tijdens het herstel van een depressie zullen gevoeligheden aan het licht komen die integraal onderdeel uitmaken van het ziek-zijn. De patiënt zal er bovendien rekening mee moeten houden dat hij, ook na zijn herstel, gevoelig zal blijven. Sterker nog, meestal zijn de gevoeligheden die worden 'ontdekt' tijdens het depressief-zijn altijd al gevoeligheden geweest, maar heeft de patiënt er nooit serieus aandacht aan besteed. Zo is het geen zeldzaamheid wanneer de patiënt merkt dat hij sociale situaties slechts kortdurend kan verdragen; als hij de moed heeft, dan zal het bezoek moeten worden meegedeeld dat het na een uurtje wel mooi geweest is. Ook na het herstel is het dan raadzaam om sociale interacties flink in te korten, meestal ook wel ondersteund door lichamelijke signalen die de grens van overbelasting aangeven. Deze gevoeligheid voor (sociale) overbelasting is niet per se een restverschijnsel van de depressie, maar geeft dikwijls aan dat de persoon in kwestie al van jongs af aan gevoelig was voor overprikkeling.

Een andere gevoeligheid kan te maken hebben met verstoring van het natuurlijk bioritme, waarbij gedacht moet worden aan onregelmatige slaaptijden, ongewone etenstijden of te weinig rustmomenten. Ook na het herstel is het dan verstandig om een levensritme te handhaven dat berust op vaste tijden van eten, slapen en weer opstaan. Tot de late uurtjes doorzakken, dansen tot zonsopgang of extreem drankgebruik worden ook na het herstel lichamelijk meteen afgestraft.

Weer een andere (blijvende) gevoeligheid is de stress die voortkomt uit oploeiende conflicten. Nu is het natuurlijk prachtig wanneer je je mannetje weet te staan en ervoor kiest om op te komen voor je eigen belangen. Tegelijkertijd is het bepaald geen zwakgebod om te kiezen voor een tegemoetkomende houding, al was het alleen maar om elke dreigende ruzie in de kiem te smoren. De rust die voortvloeit uit een harmonische omgang met anderen is zo weldadig, dat het uiteindelijk niet zoveel uitmaakt hoeveel je de ander gelijk moet geven. Het gaat hier om een belangrijke prioriteit: liever de ontspanning van de harmonie dan de spanning van het winnen van je gelijk. Als het gaat om de keuze tussen gelijk of geluk, dan gaat mijn persoonlijke voorkeur altijd uit naar het geluk.

Het zal duidelijk zijn dat ten aanzien van al die gevoeligheden een sterke mate van acceptatie gewenst is; ook aan de buitenwacht zal dit duidelijk gemaakt moeten worden. Natuurlijk kan het voorkomen dat anderen geen begrip tonen voor de uitgesproken gevoeligheden, maar dat is geen reden om er zelf geen rekening mee te houden. Het is niet aan de buitenwacht om te bepalen hoe de individuele levensstijl vormgegeven moet worden. Overigens, mijn persoonlijke ervaring is dat het wel meevalt als het gaat om afkeuring van derden. Zelf licht ik altijd het bezoek van tevoren in hoelang hun aanwezigheid is gewenst en daar wordt zelden of nooit moeilijk over gedaan.

RUZIE IS ONGEZOND

Vaak wordt beweerd dat het gezond is om je hart te luchten. Het idee is dat ieder mens van nature negatieve emoties in zich draagt zoals verdriet, teleurstelling en boosheid. Deze emoties moeten tot uiting gebracht worden, omdat je anders verscheurd wordt door oplopende negativiteit. En als het afreageren van deze emoties leidt tot ruzie, dan is dat altijd beter dan het verzwijgen van je gevoelsleven. Zo wordt algemeen aangenomen dat binnenvetters op termijn overspannen worden of op een hartinfarct afstevenen. Ik zeg: onzin. Sterker nog, het omgekeerde is eerder waar: het uiten van negatieve emoties geeft alleen maar een negatiever gevoel en geruzie leidt tot ernstige lichamelijke klachten. Nu zijn er wel types die opvallend gedijen bij ruzies. Zij kunnen genieten van de macht die zij aanwenden om anderen op de kast te jagen en lijken immuun voor alle agressie die zij ontlokken. Dat heeft vooral te maken met het feit dat deze

onruststokers maar één doel voor ogen hebben en dat is aandacht. Voor hen is ruzie bevredigend omdat anderen het ervoor overhebben om zich op te winden.

Voor normale mensen is ruzie meer dan vreselijk. En dat komt omdat het angst oproept. Het is de angst om afgekeurd te worden, de angst om buiten de groep te vallen, de angst om niet voor vol aangezien te worden en de angst om uiteindelijk te worden verlaten. Het is deze angst die tegenwoordig aangeduid wordt als 'stress'. En aanhoudende stress pleegt een enorme aanslag op het autonome zenuwstelsel. Het autonome zenuwstelsel zorgt ervoor dat de hartslag, de ademhaling, het slaap-waakritme, de hormoonhuishouding, de spijsvertering, de lichaamstemperatuur en alle andere doorlopende, automatische processen in het lichaam in balans blijven. Zodra het natuurlijk evenwicht langdurig wordt verstoord krijgen mensen last van gewrichtsklachten, rugpijn, hoofdpijn, vermoeidheid, pijn op de borst, jeuk, pijn in armen of benen, buikpijn en duizeligheid. Het zijn juist dit soort klachten die, bij herhaling, kunnen leiden tot overspannenheid, verhoogde bloeddruk, hart- en vaatziekten en zelfs tot ernstige angststoornissen en depressies. Het hoeft daarom niemand te verbazen dat dreigend ontslag, relatiespanningen, familievetes, conflicten op het werk en scheidingsperikelen een enorme aanslag doen op het welbevinden van mensen. De huisarts heeft het er maar druk mee, maar kan, puur medisch gezien, weinig verlichting geven. En de ellende is compleet wanneer je bedenkt dat eenieder die zich lichamelijk en geestelijk beroerd voelt nog sneller geïrriteerd raakt, waardoor de kans op ruzies alleen maar toeneemt.

Kortom, ben je geneigd om conflicten te vermijden, onvermijdelijke ruzies meteen bij te leggen of je ongenoegen uit te leven in sport, toneel, kunst, muziek of een flinke schoonmaakbeurt, dan ben je een zeer verstandig mens. Want een gezond leven is een harmonieus leven.

MANTRA'S

Wie een depressie doormaakt, zal dikwijls de ervaring hebben dat het hem duizelt in het hoofd. Talloze gedachten schieten voorbij zonder dat ze enige richting lijken te hebben. Vaak zeggen mijn depressieve patiënten: 'Het is één warboel in mijn bovenkamer, en dat terwijl ik juist behoefte heb aan

ontspanning en een leeg hoofd.' Begrijpelijkerwijs schrijven patiënten zich vaak in voor een cursus meditatie, yoga en mindfulness met als doel om de voorbijrazende trein aan gedachtespinsels een halt toe te roepen. Ik moedig dit soort initiatieven altijd aan, vooral ook omdat deze mentale trainingen de acceptatie van het gevoelsleven sterk bevorderen. In het verlengde hiervan is het mij opgevallen dat depressieve patiënten houvast ervaren in het herhalen van mantra's: het herhalen van eenvoudige uitspraken die bevorderend zijn voor het gevoel van acceptatie. Dit zijn er een aantal van:

Als het niet kan zoals het moet, dan moet het maar zoals het kan.

Laat gaan wat was, accepteer wat is en omarm wat komt.

Laat komen wat komt, laat gaan wat gaat en zie wat er overblijft.

Verander wat je niet kunt accepteren, maar accepteer wat je niet kunt veranderen.

Soms moet je even stilstaan om verder te komen.

Acceptatie is een relatie opbouwen met wat is.

REALITEITSZIN

Het is wat het is zoals het is. Gewoon de realiteit onder ogen zien, zonder het mooier te maken dan het is. Simpel toch? Nou ja, niet dus. Want feit is dat mensen er voortdurend voor weglopen. Soms letterlijk, maar meestal in hun hoofd. Blijkbaar is wat is zoals het is, moeilijk te verteren; zo moeilijk dat mensen proberen de werkelijkheid voor te zijn. Een voorsprong nemen op de werkelijkheid doen mensen met vragen als: 'Wat als ik het niet kan?' of 'Stel dat ik word afgewezen?' en 'Hoe moet ik verder als ik het niet weet?' Interessant is dat mensen helemaal geen antwoord op deze vragen willen. Zij willen niet horen dat zij incompetent, onaantrekkelijk of depressief zijn. Nee, dat is een werkelijkheid waar zij afstand van nemen. Daarom zijn het ook geen oprechte vragen. Het zijn gedachtespinsels die op een angstig-agressieve manier de werkelijkheid de nek willen omdraaien. Het is een manier om de werkelijkheid een waarschuwing te geven: 'Waag het niet om mij voor schut te zetten, want dan doe ik gewoon niet meer mee.'

Het aardige van de werkelijkheid is dat zij zich daar niets van aantrekt. Het

zal haar worst zijn of je moeite hebt met hoe zij zich aandient. Zij, die werkelijkheid, komt zoals het haar belieft. En of je meedoet of niet kan haar ook niets schelen. Sterker nog, hoe meer je haar uitdaagt om in een mooie, voordelige verschijning te komen, des te groter is de kans dat zij precies het omgekeerde doet: lekker lelijk en hard binnenkomen. Nee, met de werkelijkheid valt niet te onderhandelen. Zij is niet te verleiden of om te kopen. Zij is onafhankelijk, zelfsturend en eigenzinnig. Zo bekeken is het daarom veel slimmer om de werkelijkheid te nemen zoals zij is. En de vraag die ik je daarom stel, is deze: hoe dramatisch, hoe erg, hoe afschuwelijk, hoe tenenkrommend en hoe deprimerend is nu die harde, lelijke waarheid? Ben je dan zo verheven boven alle andere mensen dat je niet, op gezette tijden, incompetent, onaantrekkelijk en dom uit de hoek kunt komen? Ben jij misschien dat ene speciale geval dat het harde oordeel van de werkelijkheid bespaard moet blijven? Het antwoord is: nee. Ook jij bent een mens onder de mensen, iemand die een scheve schaats kan rijden of het perfecte voorbeeld is van hoe het niet moet. Alleen de dood is wreed, maar niet het feit dat jij, bij gelegenheid, onvoordelig voor de dag komt.

Mocht de werkelijkheid bij je aankloppen en een onaangename boodschap brengen over je persoon, denk dan eens voor de verandering: 'Oké, goed, dat kan, lelijk maar waar.' Dat is wat psychologen noemen: acceptatie. En daar wordt de werkelijkheid net iets gemakkelijker van.

RAAD EN DAAD



Hoe depressief de patiënt ook is, hij zal in gesprek met mij er toch op aandringen om iets te doen aan zijn lijden. Om aan deze vraag tegemoet te komen, heb ik een beproefd recept ontwikkeld. Wie de aanwijzingen van dit recept nauwlettend volgt, zal kunnen merken dat hij zich langzaam, iedere dag, een beetje beter gaat voelen. Het is een acceptatie-inde-praktijk-recept:

1. Gedraag je, voor onbepaalde tijd, als demente bejaarde: alles wat je

vergeet, uit je handen laat vallen of anderszins lichamenlijk niet onder controle hebt, hoort bij de ziekte en wordt zelfs een beetje leuk naarmate je meer opgaat in je rol.

2. Kies bewust voor het tempo van een gehandicapte slak. Je mag, bijvoorbeeld, rustig een paar uur doen over het bijknippen van je snor of het aannaaien van een knoop, en bedenk: hoe langzamer je handelt, des te sneller je geneest.
3. Laat alleen maar iemand op bezoek komen die je een warm hart toedraagt, en nooit langer dan een halfuur. Als je geen zin hebt om te praten, werk dan samen aan je vijfduizendstukjeslegpuzzel.
4. Hanteer een militair regime wat betreft het moment van opstaan (08.00 uur), naar bed gaan (22.30 uur) en de drie maaltijden die je nuttigt. Als je een gat in de dag slaapt en 's nachts rondspookt, raak je geestelijk nog meer op drift.
5. Vermijd alles wat drukte geeft, zoals lawaaierige cafeetjes, volle winkelstraten, kletserige plakkers, flitsende televisieprogramma's of zeurderige familieleden; zoek liever de stilte op met een vishengel aan het water of met een breiwerkje op zolder. Je hersencellen smeken om met rust gelaten te worden.
6. Zie je allergie voor verplichtingen als een zegen en laat zo veel mogelijk andere mensen de kar trekken met de gedachte: hoe meer ik word gemist, des te meer jullie mij waarderen als ik ooit weer meedoe. En geniet heimelijk van de macht die je eigen onmacht bij anderen teweegbrengt.
7. Ga ervan uit dat je minstens een jaar uit de roulatie bent. Als het korter duurt, is dat gewoon meegenomen.
8. Pieker met overgave en zet je eigenaardigste hersenspinsels op papier, net zolang tot je het navelstaren moe bent.

Als patiënten van hun depressie zijn genezen, nemen zij zich heilig voor om een onthaast leven te leiden en voor alles net zoveel tijd te nemen als ervoor staat. Maar niet zelden gaan mensen als vanouds achter hun eigen flitsende gedachten aanhollen. In dat geval raad ik je aan bovenstaand recept vooral te herhalen.

6 | VOOROORDELEN

In de tijd dat ik mijn eerste depressie doormaakte, eind jaren zestig van de vorige eeuw, was er weinig bekend over de ziekte. Nog levendig kan ik mij herinneren dat ik op het spreekuur was bij de hoogleraar psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis in Groningen. Na hem uitgelegd te hebben wat mijn klachten waren, concludeerde hij dat ik last had van adolescente groeistuipen en ik werd zonder enige medicatie, therapie of adviezen weer weggestuurd. Ik weet heel erg zeker dat ik mijn belabberde geestelijke toestand goed heb uitgelegd, maar kennelijk ontbrak hem toentertijd de kennis om een juiste diagnose te stellen. Gelukkig is er in de afgelopen decennia heel wat meer expertise ontwikkeld en kunnen depressieve patiënten rekenen op een adequate beoordeling en behandeling. Toch is er nog oplettendheid geboden. Want zelfs goed opgeleide (huis)artsen kunnen de diagnose depressie nogal eens over het hoofd zien en zogeheten ‘vage lichamelijke klachten’ te licht opvatten, waardoor de patiënt onverrichter zake weer naar huis gaat. Opvallend is ook dat medisch specialisten, zoals de uroloog, de cardioloog, de oogarts of de internist, na onderzoek van specifieke lichamelijke klachten wel kunnen concluderen dat er geen medische afwijkingen zijn gevonden, maar dan vervolgens vergeten om de patiënt door te sturen voor psychiatrisch onderzoek, met als gevolg dat de diagnose depressie alsnog wordt gemist.

Belangrijk in dit verband is dat de patiënt, desnoods met hulp van vrienden en familie, net zo lang de deur van de huisarts moet platlopen totdat hij een

deugdelijke uitleg en behandeling krijgt aangeboden. Zeker voor de depressieve patiënt geldt dat niets erger is dan ziek rond te lopen zonder dat er deskundige hulp wordt verleend. Depressief zijn is al zwaar, zeker als er helemaal niets aan gedaan wordt.

Ter verdediging van de medische stand moet ook worden gemeld dat veel patiënten zich niet voldoende ‘negatief’ weten te presenteren. Hoe beroerd zij zich ook voelen, zij zullen nog blijven glimlachen en wellicht alleen vermelden dat zij zich zo moe en futloos voelen. Logisch dat een arts dan algauw denkt dat er met een beetje rust en gezond eten een verlichting van de klachten in zicht komt. Vaak maak ik met mijn patiënt een lijst van de meest voorkomende klachten zodat hij beslagen ten ijs komt als er weer eens een controlebezoek bij de arboarts op het programma staat. Alleen door in de kleinste details te vertellen wat er aan de hand is, kan de arts overtuigd raken dat er sprake is van een depressie.

Afgezien van onderschatting, zijn er ook andere misvattingen en vooroordelen met betrekking tot depressiviteit. Die bespreken we in dit hoofdstuk.

DIPJE

Een veel voorkomende misvatting over depressie is dat het gaat om een lichte, tijdelijke daling in stemming. Mensen spreken dan over een ‘dipje’, om er vervolgens aan toe te voegen dat iedereen weleens een ‘baaldag’ heeft. Welnu, natuurlijk is er zoiets als een lichte, tijdelijke daling in stemming en zal iedereen inderdaad weleens een mindere dag hebben. Wie lijdt aan een depressie heeft zeker geen lichte, tijdelijke daling in stemming. Bij een depressie is sprake van een ernstig ziektebeeld, en is er nog wel wat meer aan de hand dan een sombere stemming. Zoals eerder uitgelegd zal een depressieve patiënt gebukt gaan onder een scala aan klachten zoals slapeloosheid, suïcidale gedachten, gebroken wilskracht, wattig gevoel in het hoofd, gebrek aan concentratievermogen en overgevoeligheid voor (sociale) prikkels en verplichtingen. Bij een serieuze depressie is er ook vaak sprake van zogenaamde dagschommelingen: in de ochtend is het een en al ellende terwijl in de avonduren de lucht vaak een beetje opklaart. Deze dagschommelingen hebben waarschijnlijk te maken met het

bioritme, zodat in de avond, als alle andere mensen ook hun rust pakken, het schuldgevoel ten aanzien van de eigen passiviteit afneemt. Hoe dan ook kan van de depressieve patiënt niet gezegd worden dat hij even zijn dag niet heeft. Met een dergelijke opvatting wordt geen recht gedaan aan wat de depressieve patiënt moet doormaken.

POSITIEF DENKEN

Somberheid is misschien wel de meest typerende klacht van de depressieve patiënt. Hierdoor zal hij weinig opbeurends te vertellen hebben. Erger nog, zijn gesprekstof is doorgaans gitzwart gekleurd; hij kan zelfs in een verwelkt bloempje reden zien om het einde van de wereld aan te kondigen. Natuurlijk is de depressieve patiënt zich er bewust van hoe negatief zijn gemoedstoestand is, maar tegelijkertijd is hij ook tot niets anders in staat. Zijn basisstemming is zo laag dat hij niets anders dan negatieve gedachten kan hebben. De buitenwacht denkt dan vaak: het is gewoon een kwestie van positiever denken. Niets is vervelender dan wanneer de depressieve patiënt adviezen krijgt voorgeschoteld met als rode draad dat hij positiever in het leven moet staan. Veel voorkomende uitspraken zijn:

Je moet gewoon iedere dag even iets doen om van te genieten.

Het glas is niet half leeg, maar half vol.

Ga gewoon iets doen waar je blij van wordt.

Noteer iedere dag een paar dingen die wel goed gegaan zijn.

Kop op, er is ook genoeg om tevreden over te zijn.

Na regen komt zonneschijn.

Misschien gun je het jezelf niet om gelukkig te zijn.

Je hebt toch alles, waarom kun je dat dan niet zien?!

Zie het niet-werken gewoon als een lekkere vakantie.

Het geluk zit in de kleine dingen, maar die moet je wel willen zien.

Wie dit soort teksten in de mond neemt, zal alleen maar ergernis opwekken bij de depressieve patiënt. Let wel: zelfs de meest optimistische mensen kunnen lijden aan een depressie. Het is dan ook niet zo dat de depressieve patiënt onwillig is om positief in het leven te staan. Hij zou niets liever willen. Maar

door zijn depressief lijden kan hij niet anders dan somberen.

OPNAME IS NOODGREEP

Veel mensen, inclusief medisch specialisten, zien een ziekenhuisopname voor depressieve patiënten dikwijls als een noodgreep. Het idee is dat een ziekenhuisopname zo lang mogelijk moet worden vermeden, omdat de patiënt dan alleen nog maar erger lijden te wachten staat. Ook overheerst vaak de overtuiging dat een opname op psychiatrie alleen bedoeld is voor notoire psychiatrische patiënten. De 'gewone burger' zou daar te goed voor zijn. Welnu, niets is minder waar. Meer dan algemeen bekend is, heeft een gewoon ziekenhuis meestal ook een psychiatrische afdeling (PAAZ) waar zij alles in huis hebben om een depressieve patiënt in redelijk rap tempo te laten herstellen. Zoals wel eerder aangegeven, is het grote voordeel van een ziekenhuisopname dat de patiënt ook echt ziek mag zijn en een omgeving van artsen, verpleegkundigen en therapeuten is er een die van nature herstel-bevorderend is. Iedere patiënt krijgt meestal een persoonlijke begeleider die elke dag weer opnieuw een herstelprogrammaatje maakt, speciaal afgestemd op de mogelijkheden en beperkingen van de individuele patiënt. De PAAZ is geen afschrikwekkend oord waar alleen maar doorgedraaide zwervers rondlopen. Nee, het is doorgaans een oase van rust waar specialisten er zorg voor dragen dat de patiënt ook echt kan genezen van zijn depressie. Veel beter dan thuis kan de patiënt zich verlost voelen van de dagelijkse zorgen en plichtplegingen, waardoor het genezend proces ook gemakkelijker doorzet. Zoals ernstige lichamelijke kwalen in het ziekenhuis worden behandeld, zou de patiënt met een ernstige depressie ook, zonder bedenkingen, richting het ziekenhuis moeten worden gestuurd. Een klinische opname is geen zwaktebod. Integendeel, wie voor een opname in het ziekenhuis kiest, verzekert zich van de beste medische/psychologische zorg. Het is niet voor niets dat de studie om psychiater te worden een lang traject is, en ook de zogeheten B-verpleegkundigen zijn speciaal opgeleid om psychisch zieke mensen te begeleiden. Persoonlijk heb ik bijzondere herinneringen aan de verpleegkundigen in het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen. Op elk willekeurig moment van de dag of avond was het mogelijk om een persoonlijk gesprek aan te vragen en het geduld waarmee

aandacht werd geschonken aan alles wat mij toentertijd dwarszat was indrukwekkend. Alles werd in het werk gesteld om een veilig klimaat te scheppen en tussen alle bedrijven door wisten de verpleegkundigen ook nog nuttige therapeutische interventies te plegen. Alles wat ik deed en zei, werd keurig genoteerd en geanalyseerd en bij gelegenheid werd ik geconfronteerd met opmerkingen waar ik dan mijn voordeel mee kon doen. Goed beschouwd is een opname in het ziekenhuis voor depressieve patiënten een uitgesproken luxe, waar ten onrechte met argwaan naar wordt gekeken.

ACTIEF BLIJVEN

Er is nog steeds een groot, hardnekkig misverstand met betrekking tot wat goed zou zijn voor iemand die aan een depressie lijdt. Zowel leken als experts huldigen vaak het standpunt dat nietsdoen een slechte zaak is. Meer dan eens zal een huisarts of bedrijfsarts als advies geven dat de depressieve patiënt onder de mensen moet blijven, moet gaan hardlopen of op het werk ten minste wat klusjes moet blijven doen. Passiviteit, ook in sociale zin, zou de depressie alleen maar aanwakkeren en dat moet de patiënt dan zien te voorkomen door ‘in de running’ te blijven. Niets is minder waar. Afgezien van het feit dat de patiënt dikwijls fysiek niet in staat is om iets te doen, voelt hij zich toch al schuldig dat hij zo in gebreke moet blijven. Om die reden is het niet bepaald bevorderlijk voor de patiënt om van alle kanten te horen dat hij bezig moet blijven; zeker wanneer hij wel zou willen, maar dat simpelweg niet kan opbrengen. Punt is ook dat juist de ijverigste mensen dikwijls ‘getrakteerd’ worden op een depressie, omdat zij gewend zijn om veel meer werk te verzetten dan strikt noodzakelijk. Probleem van deze groep is dus eerder dat zij helemaal geen ervaring hebben met ‘nietsdoen’, terwijl dat juist hetgeen is waartoe zij veroordeeld zijn wanneer zij een depressie doormaken.

Mijn ervaring is dat, hoe vreselijk de depressie ook is, het een uitgelezen moment is om de patiënt te leren wat het kan betekenen om, voor zo lang als het moet duren, inspanningen te vermijden. Zeker de depressieve patiënt is het meer dan gegund om het werk aan anderen over te laten. Later, wanneer er merkbaar vooruitgang is, kan het gewone werk altijd weer opgepakt worden. Als het gaat om passiviteit is er simpelweg sprake van overmacht: de patiënt kan

niet anders dan nietsdoen, hoezeer dit ook tegen zijn gevoel en overtuigingen indruist. Het is ongepast dat de buitenwacht zijn al aanwezige schuldgevoel aanwakkert door te suggereren dat hij actief moet blijven. Het is niet voor niets dat echte deskundigen een depressieve patiënt een rustkuur voorschrijven. De ervaring leert dat ‘gestructureerd nietsdoen’ een uitgesproken heilzame werking heeft.

KARAKTERZWAKTE

Niet alleen de mensen om hem heen, ook de patiënt zelf denkt vaak dat er sprake is van karakterzwakte bij eenieder die aan een depressie lijdt. Dit fabeltje is hardnekkig, maar heeft waarschijnlijk te maken met het idee dat depressieve mensen geen incasservermogen zouden hebben, moeilijk met tegenslagen kunnen omgaan, kortom niet de persoonlijke kracht hebben om de stormen des levens te weerstaan. De feiten weerspreken deze zienswijze. In werkelijkheid heeft een kwetsbaarheid voor depressie niets te maken met karakterzwakte, simpelweg omdat, net als met iedere andere ziekte, een depressie iedereen kan treffen. Punt is wel dat de depressieve patiënt zich zo verzwakt voelt, dat hij al gauw zijn labiele toestand zal toeschrijven aan een persoonlijk gebrek. Wie in depressieve toestand verkeert, is zo onmachtig dat het gevoel wordt versterkt dat er iets aan zijn persoon mankeert. Feitelijk gezien is er niets anders loos dan een energiecrisis en dat kan de besten onder ons overkomen. Flamboyante persoonlijkheden zoals Ellen Degeneres, Brad Pitt, Jim Cary, prins Claus, Angelina Jolie en Mike Boddé weten wat het is om een depressie door te maken en het publiek mag hen dankbaar zijn dat zij hier in de media zo openhartig over zijn geweest. Goed beschouwd is het eerder waar dat mensen die een depressie doormaken en weten te herstellen, aan karakter winnen. Het overwinnen van een depressie vraagt zoveel geduld en doorzettingsvermogen dat de mens, eenmaal hersteld, zichzelf een flinke schouderklop mag geven.

Een ander punt is dit: hoewel de depressieve patiënt ernstig lijdt en zichzelf als labiel en krachteloos ervaart, wil dat niet zeggen dat hulpverleners per se voorzichtig moeten zijn met hun interventies. Enerzijds kan de patiënt, in zijn depressieve toestand, weinig prikkels verdragen, anderzijds is het opvallend hoeveel rest-energie en persoonlijke kracht nog beschikbaar is. Nu zal menig

hulpverlener vooral veel doen aan psycho-educatie en de depressieve patiënt vooral voorlichten over wat er met hem aan de hand is, alsook aanwijzingen geven met betrekking tot dagbesteding en beschermende maatregelen. Als het contact tussen patiënt en hulpverlener goed is, dan kunnen ook 'zwaardere' interventies gepleegd worden en zal blijken dat de depressieve patiënt hier niet onder bezwijkt. Zowel door leken als professionele hulpverleners wordt vaak gedacht dat de depressieve patiënt met zijden handschoenen moet worden aangepakt, maar de psychotherapeutische praktijk weerspreekt deze opvatting. Ondanks zijn 'ziekelijke toestand' kan ook de depressieve patiënt wel degelijk profiteren van therapie wanneer hij flink wordt uitgedaagd:

'Soms voel ik mij zo slecht dat ik geen enkel toekomstperspectief meer zie.'

'Nee, wellicht is dat er ook niet, en kun je beter de rest van je levensdagen achter de gesloten deuren van een psychiatrische instelling slijten.'

'Wat is dit ineens voor negativiteit? Je denkt toch niet dat ik het opgeef, of wel dan?!

'Klonk anders wel zo. En wie ben ik om dat tegen te spreken.'

'Nee, ik geef het niet op, ook al voel ik me nog zo beroerd.'

'Echt?'

'Ja, ik weet gewoon dat er betere dagen komen, dat mijn energie gaat toenemen en dat ik dan wel weer zicht op een normaal leven heb.'

'Oké dan.'

SNEL IS BETER

Hoe sneller, hoe beter. Dat is misschien wel het motto van deze moderne tijd. 'Vandaag besteld, morgen in huis' is de reclametekst van menig bedrijf dat de klant op zijn wenken wil bedienen. Maar hoe mooi al deze moderne vlotheid ook klinkt, er schuilt een groot gezondheidsrisico in. Want steeds meer mensen raken depressief omdat het brein geen kans meer krijgt om uit te rusten. En als de patiënt eenmaal een depressie doormaakt, dan wil hij toch weer een snelle oplossing. Maar dat is een slecht idee. Voor een depressie geldt juist dat langzamer beter is. Hoe het jou vergaat, weet ik niet. Maar zelf kan ik mij mateloos storen aan de snelheid waarmee gesprekken worden gevoerd in films

en televisieseries. Terwijl de verschillende cameraposities in hoog tempo worden afgewisseld, spugen de hoofdrolspelers hun oneliners de lucht in alsof zij elkaar in tempo willen aftroeven. Ook menig televisiepersoonlijkheid profileert zich met een hoog tempo van presenteren om maar te voorkomen dat de kijker zich zou kunnen vervelen.

En zo kan het gebeuren dat mensen ook in het gewone sociale verkeer over elkaar heen buitelen om tempo te maken. Telefoontjes worden in no-time afgehandeld terwijl ondertussen het wereldnieuws als tussendoortje wordt gescand. Nooit kon ik vermoeden dat ik in mijn eigen spreekkamer mensen moet verzoeken om hun verhaal wat langzamer en rustiger te vertellen, omdat zij het als vanzelfsprekend ervaren om met een paar kreten 'tot de kern te komen'. Het is door deze tijdsgeest dat ik als psycholoog steeds vaker patiënten moet behandelen met tempotherapie: het aanleren van een lage handelingssnelheid om stressklachten te verminderen. Gelukkig zijn de klachten van menig patiënt zo ernstig en ontregelend dat mijn adviezen niet in de wind worden geslagen. Toch moet ik als behandelaar er nog altijd aan wennen om verstandige, hardwerkende mensen uit te leggen wat het betekent om ergens de tijd voor te nemen. Met de ene patiënt oefen ik samen om l-a-n-g-z-a-m-e-r te praten, terwijl ik anderen aanmoedig om in slow motion de was te strijken. Opvallend is hoe snel het langzame effect sorteert. In luttele weken rapporteren patiënten dat het denken helderder wordt en komt een gevoel van innerlijke rust steeds dichterbij. Er zijn kansen te over om te oefenen. Kies de langste rij in de supermarkt om met andere wachtenden een praatje aan te knopen of neem een hele dag de tijd om koekjes te bakken. Hardlopers zijn doodlopers.

RAAD EN DAAD



Al decennia lang klinkt de mantra ‘pillen en praten’ als het gaat om de genezing van een depressie. Laat ik vooropstellen dat ik geen medicus of apotheker ben, en dus niet met autoriteit over antidepressiva kan schrijven. Wel heb ik zelf ervaring met het slikken van medicatie, en ik begeleid samen

met de huisarts duizenden mensen die aan de antidepressiva zijn. Mijn persoonlijke ervaring is dat ik er bijzonder veel baat bij heb gehad en van al die duizenden patiënten rapporteert de meerderheid gunstige effecten. Zeker wanneer het slikken van pillen wordt gecombineerd met therapeutische gesprekken, kan de depressieve patiënt al behoorlijke verlichting vinden voor zijn klachten. Maar alleen pillen en begeleidende gesprekken zijn onvoldoende. Punten die zeker zoveel aandacht verdienen, zijn de volgende:

1. Vaste slaap- en eettijden. Het op gang brengen van een natuurlijk bioritme is van grote invloed op het brein, dusdanig dat de stofwisselingsprocessen in het brein een positief effect hebben op het autonome zenuwstelsel, belangrijk om alle automatische functies van het lichaam, zoals de bloedsomloop, de ademhaling en de spijsvertering, weer in balans te brengen.
2. Structuur in de dag, waarbij het rustig aandoen een prominente plaats inneemt. Kleine activiteiten, zonder dat er veel inspanning nodig is, verdienen de voorkeur, zoals tekenen, schilderen, opruimen, puzzelen, breien, tuinieren en taarten bakken.
3. Een minimum aan sociale interactie. Alleen bezoek van mensen die begrip kunnen tonen en er geen punt van maken wanneer de patiënt het contact na een uurtje weer beëindigd.
4. Vermijding van overprikkeling, zoals algauw kan gebeuren in een drukke binnenstad, warenhuizen, supermarkten, festivals, popconcerten, bioscopen, theaters en overal waar veel mensen samendrommen.
5. Doelbewust langzaam leven en handelen. Gelukkig heeft een depressie al een vertragend effect op het functioneren; deze traagheid moet omarmd worden als gericht therapeutisch middel.

Nu de meest voorkomende vooroordelen, mythes en misvattingen over depressiviteit zijn besproken, kan in het volgende hoofdstuk aandacht gegeven worden aan de mensen die direct te maken hebben met een depressieve patiënt.

7 | DE BUITENWACHT

De depressieve patiënt is geen aangenaam persoon – en dat is nog zacht uitgedrukt. Hij is onberekenbaar in zijn stemmingen en kan zomaar om niets een woede-uitbarsting krijgen. Hij geeft een bedompte sfeer in huis en zal zich veelvuldig onttrekken aan de normale gang van zaken. Soms zal hij, vastgeplakt in de stoel, uren achtereen voor zich uit staren en weinig of geen belangstelling tonen voor wat of wie dan ook. Als er al een gesprek mogelijk is, dan zal hij de aandacht naar zichzelf toe trekken om vervolgens allerlei klachten en problemen te willen bespreken. De buitenwacht kan rekenen op een flinke dosis herhaling van hetzelfde. De angsten en zorgen van gisteren zijn dezelfde als die van vandaag en morgen zal ook hetzelfde verhaal weer te horen zijn. Als de depressieve patiënt al wat doet, dan gaat dat gepaard met veel gemor, gesteun en gekreun. Hij sleept zich voort en heeft een gelaatskleur die grauw is. Voorstellen van anderen om een wandeling te maken, om een eindje te fietsen of om een boodschapje te doen, zal hij doorgaans afwijzen en mettertijd zal duidelijk worden dat er aan gezelligheid niets te beleven valt met de depressieve patiënt. Ineens kan hij een ervaring krijgen om vervolgens nogal driftig aan de slag te gaan met de afwas, met het opruimen van het schuurtje of met het bakken van een appeltaart. Voor even lijkt hij dan zijn normale doen en laten weer terug te krijgen. Maar niet lang daarna zal hij weer als een plumpudding in elkaar zakken om vervolgens weer ergens in de kamer voor de televisie te hangen. Opvallend is ook hoe vergeetachtig hij is. Zelfs de dagen in de week lijkt

hij niet goed uit elkaar te houden. En als er een sociale afspraak gepland staat, dan weet hij zich daarvan niets meer te herinneren. Het heeft er zelfs alle schijn van dat hij aan vervroegde dementie lijdt en dat vooral omdat hij zelfs in zijn eigen huis een volledig gedesoriënteerde indruk maakt. Soms kan hij ook zomaar in tranen uitbarsten zonder dat hij kan vertellen wat er nu precies aan de hand is. Ook is hij op willekeurige momenten extreem onrustig, ijsbeert heen en weer om vervolgens weer iemand aan te klampen om te vertellen hoe hopeloos hij zich voelt. De depressieve patiënt lijkt wel een combinatie van een kind van drie en een bejaarde van negentig, in het lichaam van een volwassene; iemand die de dood in de ogen heeft en nergens meer een greintje plezier aan kan beleven. Nee, wie te maken heeft met een depressieve patiënt, gaat een zware tijd tegemoet, vooral omdat er geen land mee te bezeilen valt.

MEER DAN ONGEZELLIG

De depressieve patiënt is meer dan ongezellig. Hij zal, zo depressief als hij is, een belevingswereld hebben waarin van iedere mug een olifant gemaakt wordt. Dat kan betekenen dat de levenspartner nogal wat beschuldigingen op zich afgevuurd krijgt. De depressieve patiënt kan zich gedragen alsof er helemaal niets meer deugt – hij laat zijn agressie zien, alsof hij jarenlang zijn onvrede en frustraties heeft opgespaard. De lijst van aantijgingen tegen de levenspartner is schier eindeloos: Geen echte intimiteit, waardoor de depressieve patiënt zich verwaarloosd en genegeerd voelt.

Alleen maar aandacht voor de kinderen, alsof de depressieve patiënt alleen goed was voor de voortplanting en daarna overbodig is gebleken.

Aardiger doen tegen wildvreemden dan in huiselijke kring, waardoor de depressieve patiënt zich gekleineerd en geminimaliseerd voelt.

Altijd alleen maar bezig zijn met plichtplegingen en niet met de tijd nemen voor elkaar, waardoor de depressieve patiënt zich alleen maar gezien voelt als hij iets nuttigs doet.

Niet echt geïnteresseerd, geen oprechte belangstelling, nooit eens doorvragen over persoonlijke kwesties, waardoor de depressieve patiënt het contact met de levenspartner als leeg en betekenisloos ervaart.

Geen enthousiasme tonen als een (werk)succesje wordt behaald, waardoor

de depressieve patiënt zich stelselmatig ondergewaardeerd voelt.

Nu is deze lijst nog maar een klein deel van wat de depressieve patiënt aan beschuldigingen kan uiten aan het adres van zijn levenspartner. Ook irritaties als 'nagelbijten', 'smakken tijdens het eten' of 'raar lachen' kunnen de revue passeren. De vraag die gesteld dient te worden is: moet de levenspartner al die aantijgingen wel serieus nemen? Omdat de crisis waarin de depressieve patiënt verkeert ook dikwijls betekent dat er sprake is van een relationele crisis, kan het geen kwaad om als levenspartner de aantijgingen wel serieus te nemen, al was het alleen maar om de kans te grijpen de relatie op belangrijke punten te verbeteren. Tegelijkertijd is het voor de levenspartner wel belangrijk om te beseffen dat de belevingswereld van de depressieve patiënt zo zwart gekleurd is, dat veel van de beschuldigingen als overdreven kunnen worden beschouwd. Mocht er sprake zijn van onzekerheid en twijfel bij de levenspartner door alles wat er aan onvrede wordt geuit, dan is het geen overbodige luxe om ook zelf wat gesprekken te voeren met een deskundige hulpverlener. Alleen al de bereidwilligheid van de levenspartner om naar haar/zijn rol in de relatie te kijken, zal door de depressieve patiënt als zeer positief worden ervaren. Zoals eerder in dit boek is beschreven, kan het wel degelijk zo zijn dat de levenspartner een bijdrage heeft geleverd aan het ontwikkelen van de depressie. In die zin is het altijd nuttig om als levenspartner een kritische blik in de spiegel te werpen.

AFSCHERMEN

Hoe slecht de depressieve patiënt er ook aan toe is, gezinsleden hebben het meer dan nodig om zich af te schermen. De negativiteit die een depressie met zich meedraagt, is zo indringend dat direct betrokkenen risico lopen om erin meegezogen te worden. Ervan uitgaand dat de patiënt geen zelfmoordplannen heeft, kunnen de levenspartner en de andere gezinsleden gewoon hun eigen plan trekken. Essentieel is dat het dagelijks leven zijn normale ritme behoudt, en dat niet iets anders dan anders wordt gedaan, enkel en alleen omdat de depressieve patiënt zo lijdt. De depressieve patiënt, in al zijn passiviteit, zorgt er natuurlijk wel voor dat de levenspartner heel wat meer plichten dan normaal te

verstouwen heeft, maar dat is, zolang als het duurt, niet anders te regelen. Zolang als mijn eigen depressie duurde, had ik het geluk dat mijn vrouw mijn werkzaamheden in de praktijk kon overnemen; daar ben ik haar tot op de dag van vandaag dankbaar voor, met name omdat het mij zeer aan het hart gegaan zou zijn als onze psychologische praktijk een vroege dood zou zijn gestorven. Van die tijd kan ik mij nog goed herinneren dat mijn vrouw zich gedisciplineerd afsloot voor mijn depressieve uitstraling; iets wat zij meer dan ooit nodig had om alle plichtplegingen rondom de praktijk en de kinderen te kunnen volbrengen. Tijdens mijn opname in het ziekenhuis kwam mijn vrouw twee keer in de week op bezoek en op een later tijdstip hebben we samen relatietherapie gehad. Dat was hard nodig omdat ik van alles in twijfel had getrokken in ons huwelijk. Met deskundige begeleiding hebben we een positief vervolg van onze relatie kunnen vinden.

Het kan natuurlijk ook zo zijn dat er geen enkel schot zit in de toestand van de depressieve patiënt en dat de thuissituatie voor alle gezinsleden ondraaglijk wordt. In dat geval moet niemand zich ervoor schamen om bij de huisarts te verzoeken om een opname voor de patiënt te regelen. Feit is namelijk dat iedereen hier baat bij kan hebben: de patiënt krijgt de behandeling die nodig is om te herstellen en de gezinsleden krijgen de kans om op adem te komen en de dagelijkse plichtplegingen op een normale manier te kunnen dragen. Destijds heb ik er zelf voor gekozen om mij te laten opnemen, niet alleen omdat mijn depressieve toestand onveranderd bleef, maar ook omdat ik mezelf steeds meer als last begon te ervaren voor het gezinsleven. Achteraf heb ik er alleen maar goed aan gedaan om mij aan het thuisfront te onttrekken en om in het ziekenhuis in alle rust te herstellen. Jezelf afschermen van een depressieve patiënt klinkt als een goed plan, maar de praktijk wijst uit dat dit niet bepaald gemakkelijk is.

ONGERUSTHEID

Wie zich goed weet af te schermen van de negativiteit die een depressie met zich meedraagt, doet het goed. De depressieve patiënt kan natuurlijk niet worden genegeerd, zeker als hij in huiselijke kring zijn depressie uitzielt. Wie geen enkele ervaring heeft met wat een depressie zoal betekent, zal daarom ook

genoeg reden hebben tot ongerustheid. Zo kan de patiënt vaker dan leuk is te kennen geven dat hij naar de dood verlangt, dat het voor hem zo niet meer hoeft of dat hij geen enkel toekomstperspectief meer ziet. Ook kan het zijn dat de patiënt plotselinge paniekaanvallen krijgt, dwangmatige rituelen ontwikkelt zoals het eindeloos wassen van zijn handen of dat hij tot vervelens toe verhalen vertelt over hoe hij zich schaamt voor gedrag uit een ver verleden. Opvallend kan zijn dat de patiënt wel erg vaak en lang op bed blijft liggen, erg weinig eet, sterk vermagert of klaagt over bijwerkingen van zijn medicatie.

In al deze hierboven genoemde gevallen, is het niet vreemd dat de buitenwacht ongerust wordt en zich tegelijkertijd nogal machteloos voelt, omdat ze het idee hebben dat ze niets voor de depressieve patiënt kunnen doen. Deze ongerustheid is invoelbaar en terecht. Iemand met een beetje empathie zal niet anders kunnen dan zich af te vragen hoe het toch allemaal ten goede kan keren. Met al te veel twijfels is het daarom belangrijk om zelf te rade te gaan bij een deskundige hulpverlener om een en ander door te spreken. Sommige klachten horen nu eenmaal bij een depressie en zullen mettertijd verbleken, andere klachten geven wellicht toch aanleiding om 'hardere' maatregelen te treffen.

Hoe dan ook, ik kan niet genoeg benadrukken dat het voor de buitenwacht ook bijzonder zwaar valt om een depressieve patiënt in huis te hebben, waardoor professionele begeleiding vaak meer dan gewenst is. Het komt nogal eens voor dat deskundige hulpverleners alleen hun pijlen richten op de patiënt zelf en vergeten dat er ook gezinsleden zijn die evengoed aandacht verdienen. Voor een deskundige is het al moeilijk om het risico op zelfdoding in te schatten, laat staan dat een leek dat zou moeten kunnen. Een goede uitleg van wat een depressie allemaal met zich meebrengt, kan veel ongerustheid wegnemen; iets wat nodig is, wil de buitenwacht zelf ook een beetje normaal blijven functioneren. In bijna alle gevallen nodig ik in mijn praktijk de mensen uit die direct bij de depressieve patiënt betrokken zijn. Deze uitnodiging wordt, zonder uitzondering, zeer op prijs gesteld. Wie een dierbare heeft die aan een depressie lijdt, lijdt evenzeer mee en kan daarom wat deskundige ondersteuning goed gebruiken. Ook nadat de depressieve patiënt is hersteld, kan extra begeleiding noodzakelijk zijn, al was het alleen maar omdat de verhoudingen zo lang zo verstoord zijn geweest.

GEEN ADVIEZEN

Aangezien dierbaren van de depressieve patiënt niets liever willen zien dan verbetering, is de verleiding groot om adviezen te geven. Ook kan het zijn dat de depressieve patiënt hier expliciet om vraagt. Hij zal in zijn eigen machteloosheid vragen kunnen stellen als 'Hoe word ik ooit beter?' of 'Waarom heb ik vandaag weer zo'n terugslag?' en 'Hoe kom ik weer normaal aan het werk?' Nu kan het geen kwaad om als direct betrokkene 'kleine adviezen' te geven zoals 'Misschien kun je vandaag het schuurtje opruimen' of 'Wellicht is het wat om vandaag samen een wandeling te maken'.

Maar als stelregel voor de buitenwacht is het wel zo handig om geen adviezen te geven, en wel omdat de depressieve patiënt hier allerlei bezwaren in zal zien of het als sociale druk zal opvatten. De depressieve patiënt ervaart zichzelf al als waardeloos en nutteloos, waardoor positieve suggesties van de buitenwacht deze negatieve beleving alleen maar aanwakkeren. Voor alle betrokkenen ontstaat daardoor een hels dilemma: enerzijds klampt de depressieve patiënt zich vast aan anderen om het tij te keren, anderzijds worden de handreikingen als bemoeizuchtig en ontoereikend gezien. Voor de depressieve patiënt zelf is het al niet anders: aan de ene kant rekt hij op steun van zijn omgeving, maar aan de andere kant is hij telkens teleurgesteld omdat hij geen enkele tegemoetkoming als echte hulp ervaart. Zo bekeken doet de buitenwacht er goed aan om geen adviezen te geven, al was het alleen maar om te voorkomen de kous op de kop te krijgen. Wat rest is alleen een luisterend oor, geduldig hetzelfde verhaal aanhoren en het vertrouwen uitspreken dat het allemaal, op termijn, weer goed komt.

RAAD EN DAAD



De buitenwacht bestaat niet alleen uit familie, vrienden en collega's. Ook instanties als het uwv, de bedrijfsarts of een arbeidsspecialist kunnen te maken krijgen met een depressieve patiënt. Speciaal voor hen schrijf ik een

aantal stelregels die kunnen bijdragen aan een spoedig herstel van de depressieve patiënt:

1. Leg geen druk op; als het aan de patiënt ligt, dan wil hij zelf al vaak te snel. Eisen stellen qua hersteltijd en werkhervatting remmen het herstel eerder dan dat ze ertoe bijdragen.
2. Wees empathisch en laat ruimte voor de patiënt om de vragen zo goed mogelijk te beantwoorden. Het formuleren van zinnen gaat moeizaam in depressieve toestand en ongeduld heeft alleen maar een slechte invloed op het vermogen om duidelijkheid te scheppen.
3. Trek de depressieve klachten niet in twijfel. Alleen in hoogst uitzonderlijke gevallen zal iemand een depressie veinzen. De meeste mensen hebben het al zwaar genoeg om hun depressieve toestand te accepteren; een cynische houding van de buitenwacht heeft geen enkele meerwaarde.
4. Houd de praatsessies kort, liefst niet langer dan een kwartier. Voor een depressieve patiënt zijn gesprekken met instanties energievretend; zozeer zelfs dat zij er dagen van tevoren tegenop zien.
5. Plan eventuele herhaalbezoeken ver uit elkaar. Het herstel gaat doorgaans langzaam, waardoor de patiënt niet veel nieuws te vertellen heeft.
6. Blijven er veel onduidelijkheden, neem dan contact op met de behandelend psycholoog. Alles wat de patiënt zelf niet hoeft uit te leggen is voor hem alleen maar een opluchting.

8 | PREVENTIE

Net als met elke soort van tegenslag zal menigeeen, eenmaal hersteld van een depressie, beweren dat hij er sterker uitgekomen is. Misschien wil de ex-patiënt dat graag denken, al was het alleen maar als beloning voor al het leed dat hij heeft moeten doorstaan. Maar vaak is het cliché van ‘sterker geworden’ gewoon een feit. Want wie een depressie doormaakt, wordt zo nadrukkelijk met zichzelf geconfronteerd dat hij eigenlijk niet anders kan dan er lering uit te trekken. Dit laatste hoofdstuk gaat over wat er te leren valt van een depressie en over extra middelen ter preventie. Want wie de depressielessen goed tot zich laat doordringen, zal genoeg inzicht, kennis en informatie tot zijn beschikking hebben om zich te wapenen tegen het gevaar van een depressie.

Nu verdient het voorkomen van een depressie natuurlijk de voorkeur. Maar als de mens onverhoopt toch in een depressie belandt, is het hoopgevend dat er iets van te leren valt. Persoonlijk heb ik er geen enkele behoefte aan om het na twee lange en ernstige depressies nog een keer mee te maken. Ik heb er echter uiteindelijk zoveel voordeel mee behaald dat ik er nu, achteraf, ook geen spijt van hoeft te hebben. Enerzijds voelen de depressieve jaren, acht in totaal, als weggegooid tijd, als verloren jaren, anderzijds lijken ze wel als een noodzakelijk kwaad om te komen tot de mens die ik uiteindelijk ben geworden. En misschien wil ik het ook gewoon zo zien om in staat te zijn enige (positieve) betekenis te geven aan zoveel leed. Het meest voor de hand liggende ‘leerpunt’ is dat van de menselijke kwetsbaarheid: door een depressie kan de mens van het

ene op het andere moment volledig stuurloos raken. Maar als ten langen leste het herstel voelbaar en zichtbaar wordt, is ook weer eens duidelijk hoe groot de menselijke veerkracht is.

Ik ben van mening dat uiteindelijk de menselijke veerkracht groter is dan zijn kwetsbaarheid. Feit is namelijk dat de mens niet dieper kan zakken dan de laagste bodem en uiteindelijk niet anders kan dan zich in een richting bewegen die zich weer verwijderd van die bodem. Het gaat hier om de ultieme levensdrang: wie dreigt kopje onder te gaan om vervolgens te verdrinken, zal alle kracht bijzetten om zijn hoofd weer boven water te krijgen. Deze oerkracht is zo sterk dat zelfs de meest hopeloze gevallen uiteindelijk toch weer perspectief kunnen ontwikkelen.

ONKWETSBAARHEID

Ik kan achteraf constateren dat ik in de tijd voorafgaand aan mijn twee depressieve episodes nogal overmoedig was geweest en mezelf een zekere mate van onkwetsbaarheid had toegedicht. Nadat ik de vijfde klas van het gymnasium met hoge cijfers had gehaald, besloot ik zes weken van huis te gaan om in een stadscafetaria te gaan werken. Waarschuwingen van mijn ouders sloeg ik in de wind. Zij zeiden dat ik toe was aan wat rust en waren bang dat ik mezelf als zomerwerker zou uitputten. Eerlijk gezegd zag ik er wel tegenop, maar ik wilde per se niet toegeven aan de angstgevoelens die ik had. Ik vond het eigenlijk wel stoer dat ik niet, zoals veel van mijn klasgenoten dat wel deden, op vakantie ging, met als doel wat geharder te worden door het leven. Ik heb het geweten. Al in de trein op weg naar Utrecht zorgde een paniekaanval ervoor dat ik jarenlang in een depressie zou vastzitten. Hoe dat indertijd allemaal in mijn brein werkte, daar had ik geen enkele notie van. Pas jaren later heb ik kunnen reconstrueren hoe ik 'over mijn grenzen' was gegaan.

Voorafgaand aan de tweede depressieve episode was er, achteraf bezien, ook sprake van een gevoel van onkwetsbaarheid. De praktijk liep als een tierelier, het gezinsleven verliep prima, en vaak ging ik laat naar bed omdat ik nog van alles te doen had. Ik kan mij nog goed herinneren dat ik mij sterker voelde dan ooit en dat ik de overtuiging had dat niets te veel was, zelfs de tientallen therapieessies die ik dagelijks deed. Ook toen heb ik het geweten. Eenzelfde

paniekaanval luidde weer een depressieve periode in van meer dan drie jaar, en ik kon alleen maar in zeer langzaam tempo mijn levensenergie hervinden. In gesprekken die ik had met mijn leermeester, Rudy van den Hoofdakker, werd het thema 'overmoedigheid' ook uitvoerig besproken. Wat precies zijn woorden waren, weet ik niet meer, maar Rudy heeft mij meerdere malen voorgehouden dat ik mij groter waande dan ik in werkelijkheid was. Net als ik dat persoonlijk heb meegemaakt, is het gevoel van 'wie maakt mij wat' bij mijn depressieve patiënten gemakkelijk te herkennen. Vrijwel iedereen die een depressie doormaakt, heeft daaraan voorafgaand een 'manische fase' gekend waarin niets te gek is. Sommige patiënten plegen overspel, andere nemen grote projecten aan en weer andere verbreken hun relatie in de overtuiging dat zij magische krachten hebben. Als de depressie toeslaat, dan is er natuurlijk niets van persoonlijke kracht meer over. Het thema 'overmoed' of 'onkwetsbaarheid' geeft aanleiding tot het trekken van de volgende conclusies:

ANDERS DAN ANDEREN

Niet iedereen is kwetsbaar voor een depressie. Gelukkig niet. Ik denk dat zelfs een meerderheid van de bevolking er zelf nooit onder zal hoeven te lijden. In die zin is de persoon die wel kwetsbaar is voor een depressie, een ander persoon dan alle anderen. Hij zal sneller overprikkeld raken, eerder vermoeid raken door sociale interacties en gevoeliger reageren op verlies en verlating. Nu is het meer dan menselijk om aangepast gedrag te vertonen, om mee te doen met de groep, om aan te sluiten bij wat alle andere mensen doen. Maar het is nu juist deze neiging tot aanpassing die de depressief-kwetsbare mens kan opbreken: juist omdat hij zich schaamt voor zijn gevoeligheden, zal hij het moeten bezuren wanneer hij zich al te snel en al te vaak conformeert aan de levensstijl van anderen. Zo zal hij, net als anderen, pas huiswaarts gaan als het feestje is afgelopen, ook laat opblijven omdat zijn levenspartner dat altijd doet en door de drukke winkelstraten blijven slenteren omdat de hele groep dat doet. Eenmaal ten prooi gevallen aan een depressie, zal de patiënt eindelijk beseffen dat hij weinig trouw is gebleven aan zichzelf: altijd maar meedoen met anderen terwijl hij weet dat het hem niet goed doet.

Het zal duidelijk zijn dat de depressieve patiënt de schaamte voorbij moet

komen om vervolgens zijn eigen pad te kiezen. Zelf ontvang ik bezoek niet langer dan anderhalf uur, winkel ik alleen op rustige tijden en vermijd elke plek waar het mij te druk is. In theaters en bioscopen kies ik altijd de buitenste stoel om weg te kunnen; thuis ga ik altijd vroeg naar bed, ook al zegt mijn vrouw dat ik ongezellig ben. Natuurlijk is het commentaar vaak niet van de lucht, maar ik heb geleerd om dat gemakkelijk van mij af te schudden. Ik heb geen toestemming nodig van anderen om mij te beschermen tegen overprikkeling. En zo zal iedere persoon die kwetsbaar is voor depressies eigenwijs en assertief genoeg moeten zijn om te doen wat hij moet doen, namelijk zorgen dat hij niet overvraagd wordt.

ANTIDEPRESSIVA

Ooit, in de tijd dat kinderen nog met steenkoud water in een gietijzeren wastobbe werden geschrobd en geboend, was het Nederlandse volk tegen weer en wind bestand. Uitdrukkingen als 'psychisch probleem', 'innerlijk conflict' of 'emotionele blokkade' bestonden doodeenvoudig niet. En als het al een beetje tegenzat, dan liet de Nederlander zich leiden door de levenswijsheid die in Groningen is uitgevonden, namelijk: nait soez'n, kop d'r veur (niet lullen, maar poetsen). Vandaag de dag lijkt de Nederlander volledig geestelijk verweekt, al was het alleen maar omdat haast niemand meer kan werken vanwege een burn-out. Tenminste, dat zijn de kritische geluiden van amateur-psychologen die zich zorgen maken over het toenemend gebruik van zogenaamde gelukspillen zoals Prozac. Maar de waarheid is eerder andersom. De Nederlander staat er sterker voor dan ooit, vooral nu hij kan beschikken over antidepressiva: geneesmiddelen die levensreddend zijn, vooral voor mensen die te weinig hebben geluld en te hard hebben gepoetst. Ergerlijk is vooral het feit dat de kritische geluiden komen van mensen die geen flauw benul hebben hoe zwaar de lijdensweg is van de depressieve patiënt. Ten onrechte wordt vaak gedacht dat depressiviteit synoniem is met 'een beetje verdriet', 'een dagelijks dipje' of 'een mindere periode.' Maar niets is minder waar. Een depressie is een ernstige (hersenen) ziekte die (ongewild) gepaard gaat met gekmakende slapeloosheid, fysieke en geestelijke onmacht, verlamme zelfmoordgedachten en verlies van initiatief, levenslust en toekomstperspectief. Middelen zoals Cipramil,

Remeron, Seroxat, Prozac en Fevarin kunnen, indien professioneel toegediend, de depressieve patiënt binnen een paar weken enorme verlichting brengen en de weg vrijmaken voor psychotherapeutische gesprekken (pillen en praten), zodat de patiënt de controle over zijn leven weer terug kan vinden. Veel van deze patiënten zijn er bij gebaat om jarenlang (soms zelfs levenslang) deze antidepressiva te blijven slikken; niet omdat zij geestelijk te zwak zijn om op eigen kracht het leven aan te kunnen, maar domweg omdat daardoor de stofwisseling in hun hersenen beter in balans blijft. Net als chronische reumapatiënten pijnstillende en ontstekingsremmende medicijnen moeten slikken om redelijk overeind te blijven, zo is de absolute noodzaak bij depressieve patiënten dezelfde; dan is het ongepast om zelfs maar te suggereren dat al deze zieke mensen hun toevlucht zoeken in een gemakkelijke oplossing.

Overigens, steeds vaker worden met antidepressiva ook spectaculaire resultaten geboekt bij patiënten die lijden aan angst- en dwangstoornissen. Veel van deze mensen leven als het ware in een constante psychische toestand van gespannen waakzaamheid, waardoor het heel moeilijk is om te genieten van collegiaal of vriendschappelijk contact, laat staan dat zij geconcentreerd een studie kunnen volgen. Eenmaal aan de antidepressiva valt de spanning weg, waardoor het plezier om te leven weer kans van slagen heeft. De negatieve publiciteit over antidepressiva is daarom zo kwalijk, omdat patiënten zelf maar al te gauw geloven dat hun extreme somberheid en levensangst getuigen van een zwakke persoonlijkheid. De genezing van betweterige critici is gelukkig simpel: één fikse depressie en zij komen als vanzelf op andere gedachten. Voor mij persoonlijk betekende de juiste medicatie (Mianserine) een enorme verlichting en ik gebruik tot op de dag van vandaag een minimale onderhoudsdosering. De huisarts vindt het onderhand overbodig, maar ik merk nog dagelijks de positieve werking omdat stress geen vat op mij krijgt. Ik prijs mij gelukkig in een tijd te leven dat goede medicatie zo doeltreffend kan zijn.

BEZIGHEIDSTHERAPIE

Al in 1889 werd Vincent van Gogh in een psychiatrisch ziekenhuis behandeld met bezigheidstherapie. Beroemde tekeningen en schilderijen heeft hij daar gemaakt, waaronder 'De Irissen'. Mede dankzij hem geldt bezigheidstherapie nu

nog als heilzaam middel voor mensen die in de put geraakt zijn. In mijn eigen praktijk is bezigheidstherapie een speerpunt in mijn behandeling van patiënten met een aandoening van depressieve aard (overspannenheid, burn-out). En dat is niet voor niets. Hoewel wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van bezigheidstherapie ontbreekt, is gemakkelijk uit te leggen waarom deze behandelingswijze zo genezend werkt. De patient die geestelijk uitgeput thuis komt te zitten, wordt volledig op zichzelf teruggeworpen. Daardoor ontstaat een fixatie op alles wat hij denkt en voelt. Zo kan de patiënt zich inbeelden allerlei dodelijke ziektes onder de leden te hebben (hypochondrie). Zijn doemdenken wordt allesoverheersend. Veelvoorkomende gedachten zijn 'Ik kom hier nooit meer uit' of 'Het is beter dat ik er niet meer ben, nu ik iedereen tot last ben' en 'Als ik niet eens in staat ben om een boodschapje te doen, dan ben ik geen knip voor de neus waard'. En het is nu juist dit aanhoudend gepieker dat veel psychische energie vergt en dat terwijl de patiënt al op de bodem zit van zijn beschikbare reserves. Zo is te begrijpen waarom het van groot belang is om de aandacht af te leiden van de eigen binnenwereld. Het lijkt voor de hand te liggen om dan maar een computerspelletje te doen of tv te kijken. Maar deze vorm van afleiding heeft het negatieve effect van overprikkeling. Nee, veel slimmer is het om een bezigheid te zoeken die de patiënt dwingt om zijn aandacht naar buiten te richten en die tegelijkertijd simpel genoeg is om er geen energie aan kwijt te zijn. Was in de psychiatrie het mandjes vlechten in zwang, tegenwoordig spreekt het patiënten meer aan om te breien, legpuzzels te maken, te kleien, te tekenen of taarten te bakken. Ook als je niet depressief bent, gaat er een rustgevende, meditatieve werking uit van bezigheden met een repeterend karakter zoals strijken, aardappels schillen en schoffelen in de tuin. Bezigheidstherapie geeft de patiënt dikwijls het gevoel dat hij sullig is, alsof dat nog het enige is waar hij toe in staat is. Maar feit is nu eenmaal dat het inderdaad zo is. En voor de buitenwacht is het ook even wennen om een dierbare, die anders topprestaties levert, nu als een zombie te aanschouwen met een kleurplaat voor zijn neus. Boven alles is bezigheidstherapie ook een oefening in nederigheid. Alleen door vrede te sluiten met het maken van kleine stapjes, kan de gevallen mens weer leren om op eigen benen te staan. Voor mij is koken, bakken en het maken van sleutelhangers (*laneyards*) nog steeds een effectieve manier om te ontspannen en ik geloof heilig in de preventieve werking ervan tegen overprikkeling.

HAND OP HUID

Gebrek aan liefde. Dat is de grootste kwaal die onderhuids in Nederland woekert. Nu is dat niet een typische aandoening waar de Nederlander aan lijdt. Overal in de wereld hebben mensen een tekort aan genegenheid. Maar feit is wel dat de Nederlander niet uitblinkt in het uiten van zijn warmste gevoelens, en al helemaal niet als het gaat om lichamelijke aanraking. Dat is ook de reden, in mijn ervaring, waarom mensen die bij de huisarts op het spreekuur verschijnen, wel klachten hebben, maar geen officiële medische diagnose meekrijgen. Als gevolg van dit fenomeen heeft de huisarts een probleem. Hij wil niets liever dan zijn patiënten het juiste medicijn toedienen. Maar hij kan moeilijk iedereen met hartzeer op schoot nemen, afgezien van het feit dat dat wettelijk verboden is. Hij kan hooguit de patiënt een beetje extra aandacht geven in de hoop dat liefdevol, professioneel contact het leed wat verzacht. Bovendien is hij daar ook niet voor opgeleid. Ik bedoel, een huisarts heeft geen kennis als het gaat om de genezende kracht van professionele aanraking. En ook al zou hij die kennis wel hebben, hij heeft domweg geen tijd om iedereen op zo'n fysieke manier te behandelen. Daarom wordt het de hoogste tijd dat behandelaars zoals fysiotherapeuten, schoonheidsspecialisten en andere geofende lichaamsmassieurs meer aanzien krijgen. Zowel door verzekeraars als door de medische gemeenschap als geheel worden deze specialisten, die het masseren van het lichaam in de vingers hebben, als tweederangs (paramedici) behandelaars weggezet. Nu krijg je van mij geen wetenschappelijk bewijs dat hand-op-huidbehandeling een diep genezende werking heeft. Laat daar iemand eindelijk eens op promoveren. Voor nu moet je mij op mijn woord geloven: niets kan de mens zo doen opknappen als het in alle vezels ervaren van zijn eigen lichamelijk bestaan. Als er al een ziel bestaat, dan is deze vooral voelbaar wanneer de bedreven masseur met zijn vloeiend bewegende aanrakingen tot ver onder de huid doordringt. De patiënt ontdekt niet alleen dat hij lichaamsdelen heeft waarvan hij het bestaan allang was vergeten, hij ervaart ook een vorm van emotionele bevestiging waar geen enkel ander soort contact tegenop kan. Hand op huid is nu eenmaal de krachtigste en meest directe manier om te ervaren dat je er mag zijn. Het is een gouden combinatie van schouderklop, knipoog en glimlach die met de energie van de behandelaar in ritmische bewegingen op het lichaam van de patiënt wordt overgebracht.

Overigens, er is wel wetenschappelijk bewijs dat een gebrek aan fysiek contact bij kinderen desastreus is voor de (geestelijke) gezondheid. En waarom zou dat anders zijn voor volwassenen? Ieder mens, groot of klein, verdient het om met enige regelmaat vanbinnen te worden opgewarmd. Zijn buitenkant is daar speciaal voor gemaakt. Zelf ga ik om de drie weken naar Wendy Seinen, de schoonheidsspecialiste met de gouden handen. Het zijn haar massagebehandelingen die mij een diep gevoel van ontspanning geven en tegelijkertijd het contact met mijzelf versterken. Ook is het de perfecte manier om 'aandacht aan mijzelf' te schenken, waardoor het gevoel van 'ertoe doen' wordt onderhouden.

BEPERKINGEN KOESTEREN

Zelfvertrouwen is het gevoel dat je niemand anders nodig hebt om te bereiken wat je wilt. Zelfvertrouwen is stelligheid, vastberadenheid en geloof in eigen kunnen. Zelfvertrouwen is boven alles de rotsvaste overtuiging krachtig en weerbaar te zijn in het contact met anderen. Tenminste, zo wordt algemeen gedacht. De andere helft van het verhaal wordt jammerlijk vergeten. Want zelfvertrouwen heeft alleen een sterk fundament wanneer de mens ook overtuigend is in zijn beperkingen. Nu lijkt deze redenatie wellicht alleen een soort woordengoochelerij. Maar niets is minder waar. In de praktijk van alledag komen mensen behoorlijk in de problemen, enkel en alleen maar omdat zij vergeten (= niet weten) dat het hebben van persoonlijke kracht begint bij wat je kunt en eindigt bij wat je vooral níet kunt. Zo kunnen sollicitanten allerlei beloftes doen aan hun toekomstige werkgever om later slapeloze nachten te krijgen omdat zij hun hand overspeeld hebben.

Nog concreter: Carla (verpleegkundige) zit nu overspannen thuis omdat zij bezweken is onder de druk van alle eisen die aan haar worden gesteld op de werkvloer. Uitspraken doen zoals 'Dat weet ik niet' of 'Dat heb ik nog nooit gedaan' en 'Daar ben ik totaal ongeschikt voor' komen niet voor in haar taalgebruik. Natuurlijk, zij koestert weleens dergelijke gedachten, maar durft er niet mee voor de dag te komen in de veronderstelling dat ze dan wordt uitgelachen. Hiermee is de 'diepere' oorzaak van chronische onzekerheid blootgelegd: het onvermogen om de eigen kwetsbaarheid/beperktheid te tonen

uit angst om afgewezen te worden. Meer in de persoonlijke sfeer heeft Carla hetzelfde probleem. Zelfs tegenover haar beste vriendinnen zal het niet in haar hoofd opkomen om te zeggen: 'Leuk dat jullie op bezoek zijn, maar nu na anderhalf uur ben ik echt op, laten we een andere keer verder kletsen.' Nee, voor Carla is het onderhand normaal geworden om te doen wat anderen van haar verwachten. Tenminste, wat zij denkt dat anderen van haar verwachten. Carla leeft in de veronderstelling dat zij alles moet kunnen. Zo leeft Carla met een groot geheim, namelijk dat zij diep vanbinnen weet dat zij geen alleskunner is. Tja, en wie is dat eigenlijk wel? Een depressie biedt uitkomst: alleen door geestelijke en lichamelijke uitputting komt de mens ertoe om uiteindelijk te zeggen: 'Ik kan niet meer.' Voor die tijd is er eigenlijk alleen een sterk gevoelde schaamte om de eigen beperktheid uit te spreken.

Persoonlijk koester ik mijn beperkingen. En dat zijn er nogal wat. Bij alles wat mij niet ligt, loop ik gewoon weg. Vaak denk ik dan: ik kan het niet en wil het ook niet kunnen. Dat is de precies de reden waarom ik al jarenlang een goede nachtrust geniet.

RAAD EN DAAD



1. Angst is er niet altijd om overwonnen te worden; angst kan ook

aangeven dat iets te veel of te moeilijk is op een gegeven moment in de tijd; even de uitdaging laten voor wat het is, kan een heel verstandige, beschermende beslissing zijn.

2. Succes is mooi en vraagt om meer, maar hoe groter het succes, hoe meer verantwoordelijkheden er te dragen zijn; het is belangrijk om te temporiseren en ook na gedane arbeid flink uit te rusten.
3. Hoogmoed komt voor de val; deze wijsheid zegt ook hoe belangrijk het is om dagelijks enige nederigheid te betrachten; niemand is groter dan het leven zelf en wie dat wel denkt te zijn, krijgt altijd de kous op de kop.
4. Belangrijk is om je beperkingen te koesteren. Gebruik dit als schild tegen het overvraagd worden.
5. Schaam je er niet voor om eventueel voor langere tijd antidepressiva te gebruiken; dit kan ook belangrijk zijn om een nieuwe depressieve episode te voorkomen.
6. Omring je vooral met de mensen die het beste met je voor hebben; vermijd de lieden die krenkend en neerbuigend zijn.
7. Lees dit boek nog een keer en noteer zorgvuldig de leerpunten die je nodig hebt om preventief te werk te gaan.

SLOT

Volgende patiënt,' zeg ik als ik de wachtkamer in loop, zeker wanneer het iemand betreft die aan een depressie lijdt. Dit doe ik nadrukkelijk en met opzet om een kleine glimlach aan de patiënt te ontlokken. Bij de meeste mensen lukt dit. Ook probeer ik de schaamte weg te nemen die patiënten hebben omdat zij aan een depressie lijden, alsof zij voor het eindexamen van het leven zijn gezakt. Bij enkelingen blijft het een probleem om hardop te zeggen dat zij een depressie hebben.

Zij nemen het woord zelf liever niet in de mond en ze laten duidelijk hun afkeuring blijken als ik het wel doe. In dat geval ben ik niet te beroerd om me aan te passen. Soms zeg ik dat zij 'bevroren hersenen' hebben of een 'brein dat tijdelijk op tilt geslagen is'. Een andere uitdrukking die goed gehoor vindt, is 'energiecrisis'. Zo kan ik bijvoorbeeld de vraag stellen: 'Heb je nog iets prettigs beleefd, nu je in deze energiecrisis zit?' Dan krijg ik zeker een glimlach te zien, inclusief het persoonlijke verhaal van de week. Goed beschouwd is de term 'energiecrisis' wel heel toepasselijk, al was het alleen maar omdat in de aanloop naar de depressie met heel veel energie is gesmeten. Eenmaal in een depressie is de energie tot een bedenkelijk niveau gezakt. En aangezien de term dan zo aanslaat, ga ik samen met de patiënt op zoek naar zijn 'energielekken': mensen, situaties en activiteiten waaraan hij wellicht meer energie kwijt is dan hem lief is. Een aantal van die energielekken blijkt universeel: andere mensen die meer aandacht vragen dan zij geven, drukke sociale gelegenheden, zorgen koesteren

of het allemaal wel goed komt, conflicten en ruzies in de familie of met collega's, gebrek aan acceptatie van eigen beperkingen en een onregelmatig dag-nachtritme.

Het is mijn stellige overtuiging dat een energiecrisis ook kan ontstaan als de mens te weinig liefde en aandacht krijgt. Logisch, ook. Want de benzine van de menselijke motor is nu eenmaal de toewijding en bevestiging die andere mensen geven. Wie alles altijd alleen moet doen zonder dat hij daarin wordt erkend door anderen, draait op een motor zonder energiebron en zal vroeg of laat gewoon vastlopen. Zo bekeken is het van belang dat iedere hulpverlener die te maken heeft met depressieve patiënten, ervoor zorgt dat hij in het bezit is van veel empathie en zijn betrokkenheid met een liefdevolle blik in de ogen kan overbrengen. Want alleen als de patiënt ervaart dat hij er echt toe doet, zal hij zich weer kunnen opladen.

Met dit boek is het mijn wens en hoop dat depressieve patiënten hun eigen energiecrisis kunnen doorstaan, om vervolgens weer met plezier aan het leven te kunnen deelnemen. Ook alle dierbaren van depressieve patiënten wens ik veel sterkte toe. Het is geen sinecure om iemand die je lief is zo te zien lijden, alsook om er zelf nog geestelijk gezond bij te blijven.

OVER DE AUTEUR

Drs. Jeffrey Wijnberg werd in 1951 in Madison, Wisconsin (VS) geboren. Na zijn gymnasiumtijd in Nederland studeerde hij enkele jaren muziek en psychologie in Oberlin College, Ohio (VS). In 1977 voltooide hij zijn studie in de klinische psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. De eerste privépraktijk van Noord-Nederland werd door hem in Groningen opgezet. Tot vandaag de dag is hij daar zelfstandig gevestigd als psychotherapeut. Daarnaast is hij werkzaam als docent voor het Instituut Eclectische Psychologie en is hij samen met Jaap Hollander verantwoordelijk voor het onderwijs in en de ontwikkeling van de provocatieve psychotherapie. De provocatieve stijl van helpen/coachen/therapie is zijn passie en specialiteit en hij wordt graag uitgenodigd voor workshops, seminars en lezingen. Sinds 1996 is hij als columnist verbonden aan het dagblad *De Telegraaf*; op de pagina 'Vrouw' verschijnt op maandag een prikkelende column van zijn hand. Hij is getrouwd met Tatiana Kratochvil en heeft twee zoons: Martin en Robbie.

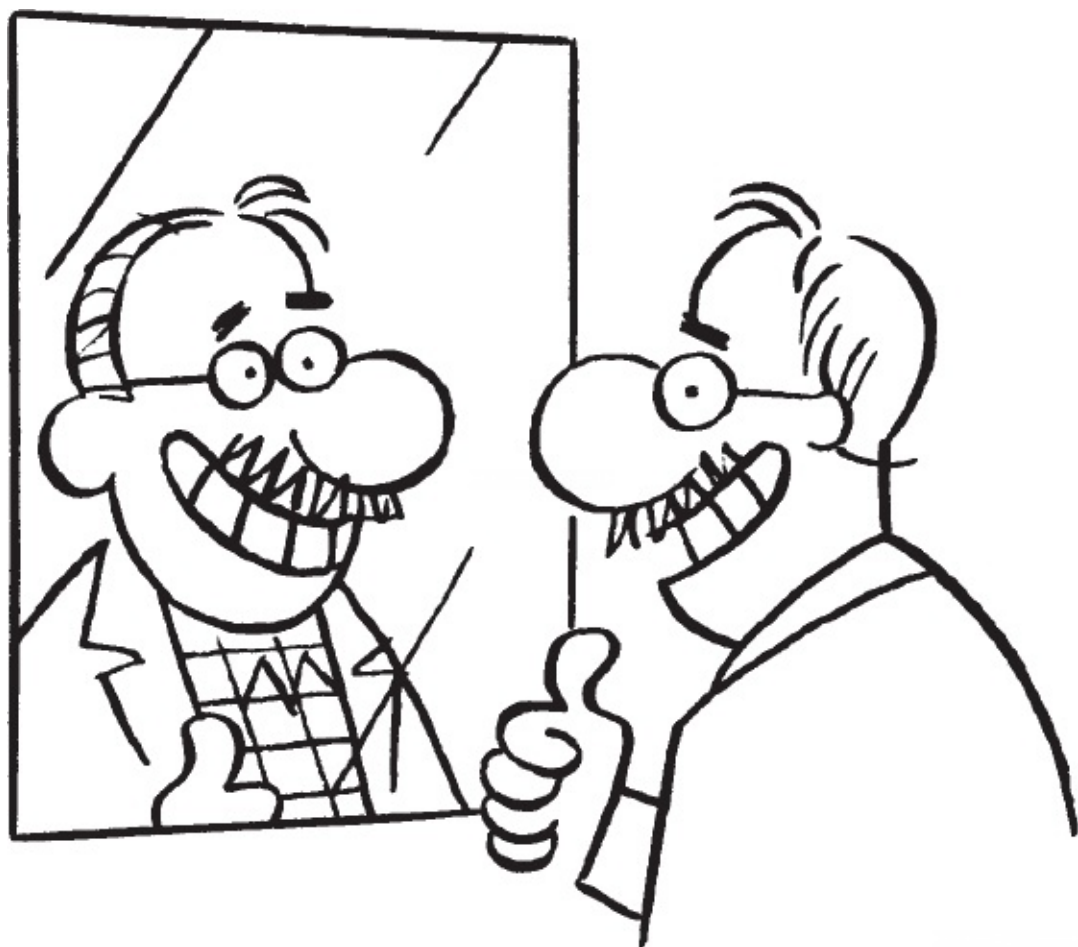
Heb je na het lezen van dit boek nog vragen?
Neem dan gerust contact met mij op:

Drs. Jeffrey Wijnberg
Radebinnensingel 15
9711 EL Groningen

Telefoon: 050-3113900

Email: j.wijnberg@home.nl

Website: www.psycholoogwijnberg.nl



Dit eBook is voorzien van een watermerk met identificatiecode :
BUYLRAQVA1NQMV00AzFcaAo2VnoIV1QZAR1UIFV/VSMFJQ8iAXVWeV
- 6463b83c2caa4