

> [BIOCHEMIE EN ERVARING](#)
> [ANTIDEPRESSIVA: WERKEN ZE WEL ZO GOED?](#)
> [ANTIDEPRESSIVA EN PSYCHOTHERAPIE](#) > [RELEVANTE LITERATUUR](#)

Antidepressiva of psychotherapie: een kwestie van biologie of ervaring?

Een artikel van Olivier Delfin,
Beroepsbeoefenaar Europees geregistreerde psychotherapie / European Certificate
of Psychotherapy (ECP)-houder

Wellicht is het u niet ontgaan dat de laatste tijd steeds meer wordt gesproken over depressies als dat het een ziekte is, een hersenziekte, of een erfelijk bepaalde ziekte. Een zienswijze die als het biologische model bekend staat.

Volgens dit model zou het niveau van bepaalde neurotransmitters (chemische overdrachtsstoffen tussen de hersencellen), zoals serotonine te laag zijn in de hersenen. Logischerwijs denkt men dan aan medicijnen als therapie.

De nieuwe generatie SSRI (selective serotin reuptake inhibiters) antidepressiva, zoals proxac, seroxat en zolofit zouden dit niveau nog beter en veiliger verhogen dan de oudere tricyclische antidepressiva.

Het gebruik van antidepressiva heeft de laatste jaren een gigantisch vlucht genomen. Zo blijkt seroxat in Nederland één van de vier meest algemeen voorgeschreven medicijnen te zijn.

Ondanks dit toegenomen gebruik (of is het juist dankzij zoals sommige critici beweren), nemen depressies echter alleen maar verder toe.

Biochemie en ervaring: een eenrichtingsweg?

Als het bij depressies louter om een hersenziekte gaat, heeft psychotherapie dan überhaupt noch wel enige zin?

Psychotherapie blijkt echter wel degelijk zin te hebben. Het populaire idee dat het enkel en alleen een biochemische abnormaliteit is die altijd onvermijdelijk tot depressie leidt, blijkt niet te kloppen. Chemicaliën in de hersenen veroorzaken namelijk niet als een eenrichtingsweg emotionele stoornissen!

Zo stelt de Amerikaanse psychotherapeut en autoriteit op het gebied van depressies Michael Yapko (1992, 2001), dat te vaak vergeten wordt dat elke willekeurige emotionele toestand (denk bijvoorbeeld aan verliefdheid) altijd correleert met een bepaalde chemische balans in de hersenen. Een correlatie is uiteraard iets anders dan een veroorzaking!

Veel recent wetenschappelijk onderzoek toont aan (bijvoorbeeld door SPECT★ hersenscans) dat geslaagde psychotherapie de biochemie in de hersenen op haar

beurt ook blijvend verandert.

De relatie tussen biochemie en ervaring is niet een eenrichtingsweg, maar een tweerichtingsweg.

Ervaring en omgevingsprikkels beïnvloeden dus op zijn minst de biochemie even sterk, als de biochemie de ervaring beïnvloedt.

Een veel gebruikte verklaring voor het disfunctioneren van de hersenen en depressies is dat het ‘in de genen zit.’

Uit onderzoek (Dubovsky, 1997; Siever en Frucht, 1997) blijkt echter, dat er niet alleen geen ‘depressie-gen’ te vinden is, maar dat zo’n gen ook nooit gevonden zal worden.

In plaats van een bepaald gen, kunnen wel kleine variaties in multiple genen een bijdrage leveren aan een verstoring van een normaal, gezond functioneren van het brein.

Genetische kwetsbaarheid en predispositie kunnen dus voorkomen, maar zij operen altijd in combinatie met omgevingsfactoren. De genetische bijdrage blijkt mild te zijn, waarbij de sociale en psychologische omgevingsfactoren een grotere, doorslaggevende invloed op het ontstaan ervan blijken te hebben (Kaelber, Moul, en Farmer, 1995).

Daarnaast zijn er ook steeds meer aanwijzingen dat depressies een multicausaal fenomeen zijn. Niet één oorzaak is de boosdoener, maar vele!

Michael Yapko (1992) merkt tevens op dat de enorme toename van depressie sinds de tweede wereldoorlog moeilijk vanuit een biologisch model te verklaren is.

Genetische veranderingen kunnen zich immers niet in zo’n korte periode voordoen. Sociaal-maatschappelijk oorzaken liggen dan ook veel meer voor de hand. Zoals de toegenomen prestatiedruk, anonimiteit en individualisatie in de westerse wereld.

Technologische ontwikkelingen dragen waarschijnlijk ook bij aan het ontstaan van depressies. Deze ontwikkelingen hebben geleid tot een grote nadruk op snelheid en gemak; belangrijke maatschappelijk waarden, die vaak doorgeneraliseerd worden naar alle levensgebieden.

We moeten meteen een intieme relatie hebben, of een complexe situatie moet meteen worden opgelost en waar geen onmiddellijk succes is, is er een onmiddellijk falen!

Het jachtige westerse leven, waarin binnen steeds minder tijd steeds meer moet gebeuren, laat zonder meer zijn sporen achter!

Veel mensen raken daarnaast ook gewoon depressief van onophoudelijke vermoeidheid. Vermoeid van een voortdurend gevoel met alles achter te lopen, altijd te veel te doen te hebben en nooit tijd genoeg te hebben, in een regelmaat die van slaap en plezier ontbeerd is.

Geen enkele hoeveelheid medicatie helpt mensen te leren om het ‘kalmer aan te doen’, en te genieten van de kleine dingen van het leven. Zoals het luisteren naar de zingende vogels, en het zien en ruiken van de bloemen in de ochtenddauw.

Antidepressiva: werken ze wel zo goed?

Irving Kirsch (1999), hoogleraar aan de universiteit van Connecticut, beweert dat de resultaten van zijn meta-analyse studie naar de effecten van antidepressiva aantonen dat het merendeel van het therapeutisch effect niet het gevolg is van de actieve eigenschappen van het middel, maar eerder het gevolg is van placebo effecten (iets helpt omdat je denkt dat het helpt).

Kirsch gelooft dus dat patiënten er voordeel van kunnen hebben door het simpel te verwachten.

Barry Duncan en Scott Miller (2000), stichters en codirecteuren van het Institute for the Study of Therapeutic Change in Chicago stelden vast dat de farmaceutische industrie het gebruik van antidepressiva enorm propageert.

Veel conferenties over psychiatrie en psychotherapie en publicaties die het nut van medicatie aantonen, blijken gesponsord te worden door de farmaceutische industrie. Zo werd er in de VS in 2001 voor 8,5 miljard dollar aan reclame voor antidepressiva uitgegeven.

Maar werken die nieuwe ‘wonderpillen’ wel zo goed als er geclaimd wordt, vroegen Duncan en Miller zich af.

Het aanvankelijke succes van bijvoorbeeld Prozac in 75-80 % bleek bij herhaald onderzoek te zakken tot 50 %, waarvan liefst 32 % even goed op de placebo (een neppil, zonder werkzame bestanddelen) reageerde.

Duncan en Miller stelden vast dat bij studies die het succes van antidepressiva aantonen, vaak verzuimd wordt om bij de controlegroep een placebo met dezelfde bijwerkingen te geven.

Daarnaast worden de successcores van de medici gebruikt, in plaats van die van de cliënten zelf, en het onderzoek stopt op een voor het onderzoek gunstig tijdstip.

Bij het gebruik van SSRI's bij paniekstoornissen (daar zou de nieuwe generatie antidepressiva ook wonderbaarlijk goed bij helpen), claimden de onderzoekers dat na vier weken de klachten verdwenen waren.

Echter, bij herhaald onderzoek waarbij de tijdsduur werd verlengd, bleken na deze vier weken de klachten weer terug te komen om daarna in heftigheid toe te nemen. Na acht weken bleek het oorspronkelijk ‘succes’ geheel te niet gedaan te zijn.

Ook het modieuze idee dat de combinatie van pillen en praten altijd de beste weg zou zijn, wordt volgens hen door geen enkel onderzoek aangetoond.

Wel blijft volgens hen één ding duidelijk uit al het onderzoek naar de behandeling van depressie: de langetermijneffecten van psychotherapie zijn gunstiger dan die van psychofarmaca.

Duncan en Miller stellen dan ook dat de populariteit van medicijnen niet stoelt op de wetenschap maar op geldelijk gewin.

Antidepressiva en psychotherapie: voor- en nadelen

Toch wil ik niet helemaal in bovenstaande kritiek meegaan. Ondanks de nadelen, overdrijving van de positieve effecten ervan (en eventuele nog onbekende gevaren, qua langer termijn gebruik), blijken antidepressiva ook degelijk effect te kunnen hebben.

Ongeacht of ze nu werken door de geclaimde werkzame bestanddelen, of door de placebo effecten - zoals Kirsch beweert - blijken mensen er vaak van op te knappen.

Wanneer ze aanslaan (wat vaak een grote 'als' blijft), blijken antidepressiva in vergelijking met psychotherapie, als voordeel te hebben dat ze in het algemeen wat sneller de symptomen doen verminderen. Daarbij gaat het met name om de vegetatieve symptomen, zoals verstoringen in de slaap- en eetlustpatronen.

Antidepressiva zijn ook gemakkelijker en vragen minder van de cliënt dan psychotherapie. Psychotherapie vereist immers altijd een bepaalde inzet en openheid van de cliënt, waar lang niet iedere cliënt toe bereid, of toe in staat is. Een nadeel is dat antidepressiva snel leiden tot een versterking van het slachtoffergevoel door de geïmpliceerde boodschap, dat men het slachtoffer is van zijn of haar eigen, oncontroleerbare biochemie. Eén van de algemene kenmerken van depressie is immers het gevoel de controle over zichzelf en het leven verloren te hebben. Een versterking van dit slachtoffergevoel helpt natuurlijk niet mee aan verder herstel, of aan de mogelijkheden om succesvol te kunnen leven.

Het grootste nadeel van een uitsluitend gebruik van antidepressiva is mijns inziens echter, dat de cliënt daarbij niet gestimuleerd wordt tot het maken van nieuwe (preventieve) leerervaringen.

Iedereen maakt immers in zijn of haar leven episodes van teleurstelling, mislukkingen, afwijzing en vernedering mee. Wanneer depressie de typerende reactie is op zulke episodens, is het voorspelbaar dat depressies met dezelfde regelmaat van zulke levenservaringen zullen terugkeren. We kunnen depressies dan ook heel goed zien als een aangeleerde levensstijl.

Iemand helpen zich 'chemisch' aan zulke negatieve levensepisodes aan te passen, garandeert dan ook latere terugvallen. De cliënt leren om zijn of haar risicofactoren te identificeren en te reduceren geeft een groter potentieel om ze te verminderen.

Onderzoek in de VS ondersteunt dit. Cliënten die psychotherapie (al dan niet in combinatie met pillen) deden, blijken een veel kleinere terugvalscore te hebben, dan cliënten die enkel pillen slikten.

Het gebruik van antidepressiva kan dus zijn nut hebben, maar dan liefst tijdelijk en in combinatie met psychotherapie. Daarbij kan het gebruik ervan zelfs noodzakelijk zijn bij chronische, ernstige of zware depressies, zeker als de cliënt daarbij geen enkele motivatie heeft voor psychotherapie.

In het algemeen echter, heeft psychotherapie – zeker op de wat langere termijn – veel meer te bieden.

- ★ Single Photon Emission Computed Tomography: met behulp van radioactieve stoffen worden receptoren van bepaalde hersencellen, evenals de hersendoorbloeding in de hersenen zichtbaar gemaakt. Hierdoor kan een beeld van het functioneren van de hersenen verkregen worden.

Relevante literatuur

- Dubovsky, S. (1997). *Mind-body deceptions: the psychosomatics of everyday life*. New York: Norton.
- Duncan, L. B. & Miller, S. D. (2000). *The Heroic client: doing client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Kirsch, I., & Sapirstein, G. (1999). Listening to Prozac but hearing placebo: a meta-analysis of antidepressant medication. In I. Kirsch (Ed.), *How expectancies shape behavior*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kaelber, W, Moul, D., & Farmer, M. (1995). Epidemiology of depression. In E. Beckham & W. Leber (Eds.), *Handbook of depression*. New York: Guilford.
- Yapko M.D. (2001). *Treating depression with hypnosis: integrating cognitive-behavioral and strategic approaches*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Yapko M.D. (1992). *Hypnosis and the treatment of depressions: strategies for change*. New York: Brunner/Mazel.

PAGE PROTECTED BY **COPYSCAPE** DO NOT COPY