



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

KEES HOOGDUIN

## Honderd procent goedgekeurd door de verzekeringsarts

### Over een drama in de gezondheidszorg

De verzekeringsarts zou hebben gezegd: 'Wat u hebt, bestaat niet. U kunt dus honderd procent aan het werk.' Zo begon het gesprek met een depressieve cliënt die, vergezeld door zijn vrouw, voor een second opinion onderzocht wilde worden. Zijn bedrijfsarts verwees hem omdat zij hem beschouwde als een zeer ernstig zieke patiënt bij wie al jaren geen enkele behandeling meer plaatsvond.

Naast de uitspraak van de verzekeringsarts: 'Wat u hebt, bestaat niet', concludeerde een hoogleraar neuropsychologie: 'Uit het testonderzoek blijken cognitieve afwijkingen, maar u bent niet depressief', een hoogleraar psychiatrie: 'U moet naar de neuroloog en mag nooit meer antidepressiva gebruiken', een hoogleraar neurologie: 'U bent niet depressief; waarschijnlijk hebt u een zeldzame epileptische stoornis', en de specialist van het epilepsiecentrum: 'U hebt geen epilepsie.' Al deze deskundigen namen de tijd voor hun onderzoek. De eindconclusie na ruim vier jaar(!) luidde: terugverwijzing naar de psychiatrie.

In deze gevalsbeschrijving wordt vooral aandacht besteed aan de grote gevolgen die ongebruikelijke symptomen bij een depressie kunnen hebben voor de diagnostiek en behandeling.

#### DE GEVALSBESCHRIJVING

Cliënt is bij onderzoek 52 jaar. Hij werkt als manager bij een grote multinational. Hij is gehuwd en heeft twee kinderen. In zijn jeugd heeft hij driemaal een epileptisch insult gehad en hij is daarvoor behandeld. In zijn veertigste levensjaar krijgt hij in aansluiting op een periode met een hoge werkdruk een burn-outachtig beeld met vermoeidheid en spanningsklachten. Een paar maanden na zijn herstel krijgt hij een eerste depressie. Hij heeft last van een opgejaagd gevoel, problemen met eten, slapen en concentratie. Hij wordt ook suïcidaal, wat leidt tot een psychiatrische opname. Ongeveer vier maanden na het begin van de klachten 'slaan' de antidepressiva aan en hij herstelt geheel. Na anderhalf jaar volgt een eerste recidief. Het

eerder werkzame antidepressivum blijkt nu niet werkzaam en met een ander antidepressivum treedt na een duur van de depressie van vier tot vijf maanden opnieuw volledig herstel op. Vervolgens, met steeds kortere tussenpozen, volgen nog drie recidieven. Tijdens de laatste opname bij instellen op clomipramine – een klassiek antidepressivum – volgen ernstige neurologische bijverschijnselen. Cliënt verliest het bewustzijn en heeft last van tintelingen en een minder functioneren van de linker lichaamshelft. Bij analyse wordt even gedacht aan een neurologische aandoening, zoals een herseninfarct of -embolie, maar daar worden ten slotte geen aanwijzingen voor gevonden. Het feit dat cliënt als kind epileptische insulpen had, zal er mede toe geleid hebben cliënt te verwijzen naar een academisch ziekenhuis. Dit leidt bij de geconsulteerde hoogleraar psychiatrie tot de conclusie: mogelijk epilepsie en de uitspraak geen antidepressiva meer te gebruiken. Een hoogleraar neuropsychologie concludeerde naast de aanwezigheid van cognitieve functiestoornissen dat er geen sprake is van een depressieve stoornis(!). De geconsulteerde specialist epilepsie concludeerde: geen aanwijzingen voor epilepsie. Ten slotte concludeerden diverse specialisten na dikwijls uitvoerig onderzoek dat er op hun terrein geen ingangen voor behandeling konden worden gevonden, waarna de cliënt uiteindelijk weer werd terugverwijzen naar de psychiatrie.

Deze analyse nam ruim vier jaar in beslag. In de tussentijd werkte cliënt soms een beetje, soms even fulltime, de laatste zestien maanden niet meer. Na deze analyse, die tot niets leidde, achtte de bedrijfsarts de verder niet behandelde patiënt ernstig ziek. Zij vroeg de second opinion aan.

### ¶ Onderzoek

Bij onderzoek zien we een intelligente, zeer somber ogende man in gezelschap van zijn vrouw. Het valt hem moeilijk om zijn ervaringen te vertellen. Hij schiet steeds vol, waarbij zijn gezicht grimassen vertoont alsof hij in huilen uit gaat barsten. Soms snikt hij daarbij, maar hij lijkt zich te beheersen. Als belangrijkste klacht noemt hij dat hij, twee tot drie dagen aaneen per week, zich zo sterk onrustig en opgejaagd voelt dat hij tot niets meer komt. Hij slaapt niet, eet vrijwel niets en komt zijn kamer niet uit. Hij kan niet meer lezen of rekenen en ook het pakken van een boterham uit de vriezer lukt hem nauwelijks. Alles wat hij doet, moet hij bewust doen. Hij moet zich dwingen zich te concentreren op de acties die uiteindelijk leiden tot het pakken van die boterham. Slechts met grote moeite lukt hem dat. Daarbij herkent hij soms zijn vrouw niet meer of weet hij niet meer waar hij is. De laatste tijd gaan deze periodes ook dikwijls vergezeld van ernstige pijnklachten op de borst, van de rug en van de armen. In die tijd verzorgt zijn vrouw hem. Hij neemt in die

dagen geen deel aan het gezinsleven. Wanneer dat gespannen, geagiteerde gevoel afneemt, komt hij weer tevoorschijn en neemt hij zijn vaderrol weer op zich. Dikwijls gaat dan het lezen ook weer beter. Zijn leesprobleem bestaat eruit dat hij geen hele zin kan overzien, maar dat hij woord voor woord leest. Dat vraagt zo veel inspanning dat hij van de krant alleen de koppen leest. Hij heeft problemen zich gebeurtenissen uit die periodes te herinneren. Hij heeft last van ernstige somberheid die wisselend is, maar nooit meer weg is. Hij probeert, wanneer het iets beter gaat, juist weer van dingen te genieten, en in het verleden probeerde hij ook weer wat te werken. In zijn sombere dagen (de halve week) is er een ernstige anhedonie. Hij is zeer vermagerd in de loop der jaren. Hij slaapt soms nachten achtereen niet. Een keer sliep hij acht dagen in het geheel niet. Hij voelt zich zeer gejaagd vanbinnen, altijd vermoeid, en hij heeft last van schuldgevoelens en ernstige concentratieproblemen. Hij denkt wel over zelfmoord, maar veel minder dan vroeger. De klachten zijn na het ontwaken het hevigst.

Het interview verloopt aangrijpend. Hij vertelt soms heftig geëmotioneerd hoe hij probeert te overleven. Wanneer hij het slecht heeft, prent hij zichzelf steeds in dat het ook weer minder erg zal worden. Op het tijdstip van het onderzoek gaat het weer wat beter. De problemen leggen een grote druk op het gezin. Tijdens zijn dieptepunten zijn de kinderen bang van hem, het gezin is geheel ontregeld. Wanneer hij zich weer wat beter voelt, probeert hij de leiding in het gezin weer over te nemen. Hierop zit ook niemand te wachten en dat leidt tot allerlei spanningen.

#### ¶ Diagnostische overwegingen

De cliënt voldoet aan alle criteria van de DSM-IV-diagnose depressie met chronisch verloop. Niet al te gebruikelijk zijn de prominente cognitieve functiestoornissen, zoals de problemen met lezen, rekenen en de amnesie. Dit lijkt mogelijk te wijten aan zijn onvermogen geautomatiseerd verlopende processen aan te sturen. Het pakken van de boterham vereist van hem, zoals hij zegt, maximale concentratie. In extreme vorm zien we dit bij de melancholische stupor. Hierbij zijn de activiteiten geheel stilgevallen. De cliënt kan geen boterham meer pakken, leest of rekt niet meer. Deze cliënten lijken hun aandacht in het geheel niet meer te kunnen richten. Ze hebben het vermogen tot aansturing van hun motorische en cognitieve processen geheel verloren. Ook eten, drinken en zelfverzorging lukken niet meer. Ze zijn op verzorging aangewezen. Bij de hier beschreven cliënt zijn deze activiteiten soms met grote moeite nog net mogelijk, maar zoals zijn vrouw zegt, zij moet echt voor hem zorgen. Alleen zou hij het niet redden.

### ¶ Conclusie

Cliënt gaat gebukt onder een ernstige, chronische depressieve stoornis. Over de behandelingen in het verleden is niet veel te zeggen. Het herstel vond steeds plaats na het instellen van diverse antidepressieve medicatie, met de kanttekening dat het eerder werkzaam gebleken antidepressivum bij het volgende recidief niet effectief was. Opvallend en van belang is dat de tijd tussen de recidieven, zoals dikwijls gebeurt, steeds korter werd en dat de depressie ten slotte chronisch werd. De cliënt wordt verwezen naar een centrum dat gespecialiseerd is in de behandeling van therapieresistente depressies.

### ¶ De afloop

Tijdens de gesprekken met de specialist in het centrum voor therapieresistente depressies vertelt de cliënt zich na alle ervaringen niet goed te kunnen voorstellen dat het geen neurologische, maar een psychiatrische stoornis is. Alle gegevens worden opgevraagd, op zijn verzoek wordt nog eens een neurologisch consult gevraagd. Hij is huiverig om met medicatie te beginnen, omdat hij eerder al die nare ervaringen had. Uiteindelijk gaat hij akkoord, waarbij, als dat gewenst of noodzakelijk wordt geacht, ook een opname bij het starten van nieuwe medicatie tot de mogelijkheden behoort.

Het behandelplan bestaat in principe uit de vijf stappen van de richtlijn voor de behandeling van een depressie: modern antidepressivum, klassiek antidepressivum, lithium-additie, MAO-remmers en elektroconvulsietherapie. Wanneer de cliënt is ingesteld op tranylcypromine (een MAO-remmer, stap 4) treedt een duidelijke verbetering in en na enige weken treedt er een volledig herstel op, niet alleen van de stemming maar ook van de problemen met het lezen en rekenen. De score op de Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) daalt van 22–28 (hoog) naar 2. Bij follow-up na vier jaar is de cliënt nog steeds in goede doen (zie ook Bouvy, 2006; Bouvy, 2010).

## DISCUSSIE

Bij het schrijven van deze gevalstudie speelde ik de dvd-opname van de intake nog eens af. Ik weet de goede afloop en ik wilde deze cliënt beschrijven om duidelijk te maken hoe in dit geval zeker goedbedoelde en hooggekwalificeerde zorg toch kan leiden tot een therapeutisch drama. Bij het zien van de opname kon ik het nauwelijks droog houden, zo'n wanhopige man met zulke ernstige klachten, die samen met zijn vrouw in de afgelopen vier jaar een soort overlevingsstrategie had ontwikkeld zonder enige vorm van behandeling.

Ik durf de stelling aan dat de cliënt in de twaalf jaar(!) van de behandeling voorafgaand aan de behandeling door de specialist van het centrum voor therapieresistente depressieve cliënten, mogelijk nooit adequaat behandeld is. Het herstel van de eerdere depressies vond onafhankelijk van de ingestelde medicatie steeds vier tot vijf maanden na het begin van de depressie plaats. Mogelijk ging het steeds om spontane verbeteringen, waarbij de depressieve episode bij deze cliënt in het begin de niet ongebruikelijke duur had van vier tot vijf maanden. Een rigoureuus uitgevoerd protocol zou in vier tot vijf maanden ook geleid hebben tot de instelling op MAO-remmers. Immers, de laatste specialist volgde ook alleen maar netjes de richtlijn voor de behandeling van depressieve stoornissen.

De conclusie dat een cliënt die na instelling op het klassieke antidepressivum clomipramine kort het bewustzijn verliest, ook nog een neurologische ziekte heeft, is wat voorbarig. De behandelend psychiater meende van wel en verwees naar het academisch centrum. Waar blijkbaar minder aan was gedacht, is dat een middel als clomipramine nare bijwerkingen kan hebben: orthostatische bloeddrukverlaging met flauwvallen, convulsies (de epilepsie uit zijn jeugd vergroot de kans op een insult als gevolg van de instelling op clomipramine) en paresthesieën. Voldoende redenen om eerst, wanneer de cliënt het bewustzijn verliest aan de voor de hand liggende verklaring – bijwerking van clomipramine – te denken, en vervolgens de behandeling met dit medicament te staken en de volgende stap van de richtlijn te overwegen. Niets van dit alles. De cliënt werd in die eerste twaalf jaar niet eenmaal volgens de richtlijn behandeld. Waren er al richtlijnen? Jazeker, ook in 1992 bestonden er al richtlijnen (zie onder andere Nolen & Hoogduin, 1992). Verrassend genoeg bestaat deze uit precies dezelfde vijf stappen die bij de uiteindelijk succesvolle strategie werden toegepast.

Soms lijkt het erop of niemand meer nadenkt. Cognitieve functiestoornissen worden plots niet meer als een kenmerk gezien van ernstige depressies. Sterker nog, de hoogleraren vermelden dat cliënt niet depressief is en niet met antidepressiva behandeld mag worden. De neurologische professor die een cliënt spreekt met bewustzijnsverlies na het instellen van een behandeling met een klassiek antidepressivum, en een EEG ziet zonder aanwijzingen voor epilepsie, die hoort te weten dat bij cliënten die ooit een epileptisch insult hebben gehad, de kans op een toeval als bijverschijnsel van deze middelen aanmerkelijk vergroot wordt. De conclusie zou helder moeten zijn: het bewustzijnsverlies is een bijwerking van de ingestelde medicatie. Niets van dit alles. Cliënt wordt verwezen naar een epilepsiecentrum voor verdere analyse en de tijd tikt door. Cliënt wordt niet langer behandeld gedurende de ruim vier jaar dat deze onzinnige queeste naar een neurologische oorzaak duurt.

## SLOT

De goede afloop is verheugend. De cliënt heeft zijn leven teruggekregen. Interessant is dat iedereen die een semigestructureerd psychiatrisch interview bij deze cliënt zou hebben afgenomen, maar tot één conclusie had kunnen komen: recidiverende depressies en later chronische depressie. Iedereen die de ernst van de depressie had gemeten (score MADRS: 22–28) was tot de conclusie gekomen dat het om een ernstige depressie ging. Aan te nemen valt dat ieder die de richtlijn voor de behandeling van ernstige depressie volgt eenzelfde succes zou kunnen bewerkstelligen.

Gelukkig is het nu vrijwel ondenkbaar dat bij de behandeling van ernstige depressies psychiaters de richtlijn niet meer zouden volgen. Ook is er de verplichting om therapie met meetinstrumenten voortdurend te monitoren. Dat zal zeker helpen om de meer ingewikkelde cliënten ook goed te helpen. Naargeestig duidelijk is ook dat er bij doorverwijzen veel te veel tijd verloren is gegaan.

Tot besluit een opmerking over de verzekeringsarts die cliënt in staat achtte zijn dagelijks werk als manager uit te voeren. Hier schieten woorden te kort. Als verzachtende omstandigheid geldt mogelijk dat verzekeringsgeneeskundigen nogal eens te maken hebben met cliënten die aggraveren of gewoon de boel oplichten. Sommige verzekeringsartsen menen dat zij als een soort detective in staat zouden zijn deze mensen te onderscheiden van echte zieken. Welnu, daartoe is een verkeringsarts niet opgeleid en zij kunnen dat ook niet, dus dat kan dan maar beter nagelaten worden.

PROF.DR. KEES HOOGDUIN is zenuwarts. Hij is verbonden als adviseur aan de HSK Groep en is voorzitter van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT).

## Referenties

- Bouvy, P.F. (2006). Diagnostische twijfel leidt tot ernstige vertraging van adequate behandeling. *Psyfar*, 1, 28–30.
- Bouvy, R.P. (2010). Persoonlijke communicatie.
- Nolen, W.A. & Hoogduin, C.A.L. (1992). Beslisbomen en behandelingsstrategieën. In: W.A. Nolen, C.A.L. Hoogduin & P. Moleman (red.), *Behandelingsstrategieën bij depressie* (pp. 63–74). Houten/Zaventem: Bohn Stafleu van Loghum.