

Depressie en de behandeling van depressie

Welke kennis heb ik nodig als hbo-vgg betreffende depressie en de
behandeling van een depressie?

Naam: Susan Huntjens

Studentnummer: 2033224

Opleiding: Verpleegkunde

Naam begeleider: Anneke Schoonbeek

Instellingsbegeleiders:

Karen Ploum

Linda Ploum

Stage-instelling: Verpleeghuis Lückerheide, afdeling Roos B

Vestigingsplaats: Kerkrade

Periode stage: 29 augustus 2011 t/m 1 juni 2012

Faculteit Gezondheid en Zorg

Hogeschool Zuyd

8 november, 2011

Voorwoord

Deze literatuurstudie heb ik gemaakt om meer verdieping te krijgen in depressies en de behandeling van depressies bij ouderen met dementie. Over dit onderwerp zal ik een adviesrapport gaan schrijven dat volstaat als mijn bachelorthesis om af te studeren als hbo-verpleegkundige gerontologie geriatrie aan de Hogeschool Zuyd in Heerlen.

Vanuit stage heb ik de mogelijkheid gekregen van Math Gulpers om tijdens reguliere stage-uren te kunnen werken aan mijn opdrachten, iets dat ik zeer waardeer aangezien er veel tijd in gaat zitten. Op de dagen dat ik op mijn stage aan deze studie heb gewerkt, kon ik altijd even bij mijn leidinggevende Winand Maassen en mijn begeleiders Karen en Linda Ploum, mijn ei kwijt. Erg fijn!

Een aantal mensen zijn op de hoogte van mijn onderwerp van de bachelorthesis. Bij deze wil ik dan ook graag Ine Smeets en Henk van den Biggelaar bedanken voor de literatuur, die ze mij ongevraagd hebben toegespeeld. Deze literatuur was erg bruikbaar.

Tot slot wil ik graag Sandy Kramer bedanken. Zij heeft in een ontzettend kort tijdsbestek mijn literatuurstudie gelezen en mij veel bruikbare aanwijzingen gegeven betreffende schrijfwijze en inhoud van de literatuurstudie.

Susan Huntjens

Samenvatting

In deze literatuurstudie wordt de volgende hoofdvraag beantwoord: welke kennis heb ik nodig als hbo-vgg betreffende depressie en de behandeling van depressie? Vanuit deze hoofdvraag heb ik deelvragen opgesteld die in deze studie worden beantwoord.

Depressie is een stemmingstoornis, gekenmerkt door een sombere stemming, die soms weken of zelfs maanden continu aanwezig is en gepaard gaat met afwijkende gedragingen en lichamelijke klachten. Voor het diagnosticeren van een depressie kan gebruik worden gemaakt van de DSM-IV-criteria. Om deze criteria beter te laten aansluiten op de dementerende met een depressie is een aangepaste versie gemaakt door de Nederlandse vereniging voor klinische geriatrie, die verschillen worden toegelicht in de studie. De symptomen van de DSM-IV-criteria zijn de kernsymptomen voor een depressie en worden nog aangevuld met andere symptomen die zich kunnen uiten. Het meten van de mate van depressie kan door middel van verschillende meetinstrumenten. De Cornell Scale for Depression in Dementia sluit aan op de doelgroep dementerenden. In deze studie wordt verder gekeken naar de verschillende vormen van depressies met daarbij behorende kenmerken. En ondanks dat de precieze oorzaak van een depressie niet is aangetoond zijn er wel een aantal oorzaken die de depressie kunnen verklaren.

Behalve het ziektebeeld depressie dat wordt toegelicht in deze studie, wordt er ook gekeken naar de behandeling van een depressie. Een depressie kan door middel van voorschrijven van antidepressiva behandeld worden. In de studie wordt uitleg gegeven over de verschillende geneesmiddelengroepen die onder de antidepressiva vallen. Vanuit wetenschappelijke literatuur wordt gekeken naar de effecten van deze medicatie. Tot slot wordt er nog gekeken naar de niet-medicamenteuze interventies om een depressie te behandelen. Deze interventies zijn voornamelijk opgesteld voor de verzorgenden, maar er is ook een aanbeveling gegeven voor het management.

Aan het eind van deze literatuurstudie is een conclusie geschreven die aanbevelingen beschrijft betreft depressies, antidepressiva en niet-medicamenteuze interventies.

Summary

In this literature study, the following main question will be answered: what knowledge do I need as a hbo-vgg regards to depression and treatment of depression? From this main question, I made some sub questions which are answered in this study.

Depression is a mood disorder, characterized by gloomy mood, that can last for weeks or even months continuously and which is accompanied with different behaviors and physical complaints. For diagnosing a depression the DSM-IV-criteria can be used. To better match these criteria for people with dementia is an adaptation made by the Dutch association of clinical geriatrics. The differences are explained in the study. The symptoms of the DSM-IV-criteria are the core symptoms of a depression and are supplemented with other symptoms which could be manifesting. Measuring the degree of depression can be done through various measuring instruments. The Cornell Scale for depression in dementia is in line with the target group which have dementia. This study also looks at the different forms of depression with associated features. And although the exact cause of depression has not been demonstrated, there are a number of causes that may explain the depression.

Apart from the disease depression that is explained in this study, there is also looked at the treatment of depression. Treating depression can be done by prescribing antidepressants. The study explains the different pharmaceutical groups that fall under the antidepressants. Based on scientific literature there will be looked at the effects of this medication. Finally, there will be looked at the non-pharmacological interventions to treat depression. These interventions are mainly drawn towards the carers, but there is also a recommendation for the management. At the end of this literature study is written a conclusion that describes recommendations concerning depression, antidepressants and non-pharmacological interventions.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	2
Summary	3
Inleiding	5
1. Depressie	6
1.1 Wat is een depressie?	6
1.2 Diagnosticeren van een depressie	6
1.3 Depressie bij ouderen met dementie	7
1.4 Welke soorten depressies zijn er?	9
1.5 Oorzaken van een depressie	10
1.6 Symptomen van een depressie	11
2. Behandeling van een depressie	12
2.1 Wat zijn antidepressiva?	12
2.2 Welke geneesmiddelengroepen zijn er betreft antidepressiva	12
2.3 De effecten betreft antidepressiva	14
2.4 Niet medicamenteuze interventies bij depressies of bij het ontwikkelen van een depressie.	15
Conclusie	20
Literatuurlijst	23
Bijlage	
Woordenlijst	
Cornell Scale for Depression in Dementia	

Inleiding

Depressie is een veelvoorkomende aandoening die bij ouderen. Zo ook bij ouderen met dementie. Echter, dit wordt dikwijls niet herkend vanwege de overeenkomstige symptomen van depressie en dementie. Als het al wel wordt herkend dan bestaat de behandeling vaak uit het voorschrijven van antidepressiva, ondanks dat blijkt uit wetenschappelijke literatuur dat deze medicatie vaak maar een matig effect heeft op de symptomen van depressie. De niet medicamenteuze interventies die gebleken effectief zijn worden nog wel eens vergeten.

Voor mijn bachelorthesis, een adviesrapport voor verpleeghuis Lückersheide, betreffende depressies worden voorafgaand een aantal zaken uitgezocht over dit onderwerp. In dit literatuuronderzoek wordt het ziektebeeld depressie bestudeerd en wordt een koppeling gemaakt naar de dementerende bewoner. Ook de medicamenteuze behandeling van een depressie wordt bestudeerd. De keuze van het wel of niet voorschrijven van antidepressiva valt niet binnen mijn vakgebied als verpleegkundige. Wel behoort je als hbo-verpleegkundige een duidelijk beeld te hebben over deze behandelmethode. Tijdens het maken van deze studie werd het belang van niet-medicamenteuze behandeling duidelijk waardoor hier ook een paragraaf aan is gewijd. De niet-medicamenteuze behandeling van depressie valt wel binnen mijn vakgebied.

Deze literatuurstudie is verdeeld in twee hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk wordt het ziektebeeld depressie beschreven. Hierbij komen achtereenvolgens de volgende punten aan bod: de definitie van een depressie, het diagnosticeren van een depressie, depressie bij ouderen met dementie, de verschillende soorten depressies en de oorzaken en symptomen die bij dit ziektebeeld horen. Het tweede hoofdstuk gaat over de behandeling van een depressie. Eerst wordt er gekeken naar wat antidepressiva zijn en welke verschillende geneesmiddelengroepen er zijn betreft antidepressiva. Daarna worden de effecten van antidepressiva beschreven, waarbij er gezocht is naar wetenschappelijke literatuur betreft de effecten van antidepressiva. En tot slot is er een paragraaf over de niet-medicamenteuze interventies die toegepast kunnen worden bij mensen met dementie en een depressie. Deze uitkomsten zijn gebaseerd op wetenschappelijk bewijs dat ze al dan niet effectief zouden zijn bij deze doelgroep.

Susan Huntjens

1. Depressie

Depressie is een aandoening die veel voorkomt op oudere leeftijd. Depressies worden vaker niet herkent bij de doelgroep dementerenden. In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op het diagnosticeren van depressies bij mensen, waarbij een link wordt gelegd naar ouderen met dementie. Tevens is er aandacht voor de oorzaken, symptomen en verschillende soorten depressies.

1.1 Wat is een depressie?

Verscheidene auteurs (Geelen, 2010; Vandereycken, & Van Deth, 2011; Van Nimwegen, Van den Brand, Dielemans, & Ju, 2008) geven een omschrijving van een depressie weer en geen definitie. Pieters & Goossens (2009, p.39) geven de volgende ziekte-definitie aan een depressie: “Depressie is een stemmingstoornis, gekenmerkt door een sombere stemming, die soms weken of zelfs maanden continu aanwezig is en gepaard gaat met afwijkende gedragingen en lichamelijke klachten”. Deze definitie komt overeen met de beschrijvingen van de voorgenoemde auteurs.

1.2 Diagnosticeren van een depressie

In de NHG-standaarden voor de huisartsen (Van Marwijk et al., 2003) staat beschreven hoe je een depressieve stoornis kunt diagnosticeren. Voor het diagnosticeren van een depressieve stoornis wordt gebruik gemaakt van de DSM-IV-criteria. De DSM-IV bevat een negental symptomen, waarvan de eerste twee de kernsymptomen van een depressieve stoornis zijn:

- Depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag;
- Duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag;
- Duidelijke gewichtstoename of gewichtsvermindering;
- Slapeloosheid of overmatig slapen, bijna elke dag;
- Psychomotorische agitatie of remming, bijna elke dag;
- Moeheid of verlies van energie, bijna elke dag;
- Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens, bijna elke dag;
- Verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluitenloosheid, bijna elke dag;

- Terugkerende gedachte aan de dood, terugkerende suïcidegedachten zonder dat er specifieke plannen zijn gemaakt, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen.

Voor de onderstaande diagnoses gelden de volgende criteria:

- Depressieve stoornis: vijf symptomen, waaronder ten minste één van de kernsymptomen, gedurende tenminste twee weken;
- Dysthymie: depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, meer dagen wel dan niet, gedurende tenminste twee jaar en met tenminste twee extra symptomen;
- Chronische depressie: er is gedurende tenminste de voorgaande twee jaar aan de criteria voor een depressieve stoornis voldaan.

1.3 Depressie bij ouderen met dementie

Snowdon & Fleming (2008) geven aan in hun artikel dat depressies vaak niet ontdekt en onbehandeld blijven in verpleeghuizen, in het bijzonder bij bewoners met dementie.

Depressieve symptomen komen bij ouderen met dementie in 50% van de gevallen voor. Het daadwerkelijk aanwezig zijn van een depressie bij ouderen met dementie, type Alzheimer, is in 15-20% van de gevallen het geval, aldus Bouckaert (2008). Ouderen hebben veelal te maken met verliessituaties zoals het verlies van partner, lichamelijke mogelijkheden, geheugenfuncties en hun veilige omgeving. Bij een normaal rouwproces kunnen depressieve symptomen voorkomen. Pas als deze lang aanhouden of in sterke mate aanwezig zijn, kan wellicht sprake zijn van een depressie. Er moet ook voor gewaakt worden dat een depressie wordt toegeschreven aan een rouwproces en deze niet erkent wordt.

Verscheidene auteurs (Ballard, Corbett & Pickett, 2011; Bains, Birks & Dening, 2009) hebben erop gewezen dat het erg lastig is om een depressie bij mensen, veelal ouderen, met dementie te diagnosticeren. De DSM-IV criteria die veelal worden gebruikt om een diagnose te stellen hebben overeenkomsten met de symptomen van dementie. Zowel slechte concentratie als anhedonie zijn symptomen die voorkomen bij depressies en bij dementie. Verder wordt ook nog aangegeven dat mensen met dementie door hun cognitieve beperking lastig kunnen aangeven hoe ze zich voelen.

Vandereyck & van Deth (2011) geven in hun boek ook duidelijke verschillen aan tussen depressie en dementie. Bij een depressie klaagt de patiënt over het geheugen, doet de patiënt

zich niet beter voor en heeft de patiënt wisselende geheugenstoornissen. Verder is er meestal sprake van een voorgeschiedenis van depressies, herkent familie de veranderingen en is er sprake van snelle progressie. Daarentegen bij dementie probeert de patiënt de geheugenproblemen te verhullen, klaagt de patiënt juist niet over het geheugen en bij het geheugen is de inprenting verstoord en zijn herinneringen van vroeger veel minder verstoord. Verder is er minder vaak sprake van een psychiatrische voorgeschiedenis, merkt familie de vergeetachtigheid pas later op en is er sprake van een langzame progressie.

In veel studies naar depressies bij dementerenden wordt er gebruik gemaakt van verscheidene meet- en signaleringsinstrumenten die gericht zijn op de ouderen, bijvoorbeeld the Geriatric Depression Scale. Deze instrumenten zijn echter niet gericht op ouderen met dementie. Er is een meetinstrument dat wel specifiek op deze doelgroep is gericht, dit is de Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD). Waar bij andere meetinstrumenten er vaak vragen worden gesteld aan de betreffende persoon, worden er bij deze vragenlijst gegevens ingevuld over de betreffende persoon. De beoordelingen van kenmerken en symptomen dienen te worden genoteerd zoals waargenomen in de week voorafgaand aan het interview. De meetinstrumenten waarbij de betreffende persoon zelf de vragen moet beantwoorden, is voor veel dementerenden niet mogelijk vanwege de cognitieve beperking. Tevens is er vaak geen ziekte-inzicht bij deze doelgroep, ook niet als ze in de beginfase van de dementie verkeren.

In de richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie (Nederlandse Vereniging voor Klinische geriatrie, 2005) staat een voorstel beschreven om de DSM-IV criteria voor een depressieve episode toe te passen bij mensen met depressie en dementie. Er zijn vier concrete verschillen beschreven. Ten eerste moeten er drie in plaats van vijf symptomen aanwezig zijn, ten tweede hoeven de symptomen niet dagelijks aanwezig te zijn, ten derde zijn prikkelbaarheid en sociale isolatie/terugtrekken toegevoegd en ten vierde is anhedonie geherformuleerd naar een verminder positieve respons op sociale activiteiten en/of gebruikelijke gebeurtenissen. Bij beoordeling zal er tevens voor ieder symptoom afzonderlijk gekeken moeten worden of het een manifestatie van dementie of depressie is.

De Cornell Scale for Depression in Dementia is toegevoegd als bijlage. Een cut-off waarde van > 8 duidt op lichte depressiviteit en waarde van > 12 op matige/ernstige depressie.

1.4 Welke soorten depressies zijn er?

In de literatuur wordt op verschillende wijze onderscheid gemaakt tussen soorten depressies en verschillen in depressies. Al eerder in dit stuk werd aangegeven dat Van Marwijk et al., (2003) een onderscheid maakt tussen depressieve stoornis, dysthymie en chronische depressie aan de hand van de DSM-IV. Bouckaert (2008) gebruikt ook de DSM-IV-criteria voor de majeure depressieve episode als minstens twee weken minimaal vijf van de genoemde symptomen aanwezig zijn. Hij gebruikt de term mineur depressieve episode als er minimaal twee maar minder dan vijf symptomen aanwezig zijn voor tenminste een periode van twee weken. De term mineur zou misleidend kunnen zijn omdat het lijkt alsof het psychisch lijden minder erg zou zijn. Tevens geeft hij ook aan dat de ernst kan worden onderverdeeld in licht, matig of ernstig en er kunnen zich al dan niet psychotische kenmerken voordoen. In het boek psychiatrie, van diagnose tot behandeling beschrijven Vandereyck & van Deth (2011, p122) de verschillende soorten depressies. Ze geven aan dat een aantal van de genoemde termen verouderde begrippen zijn.

De soorten depressies die ze beschrijven zijn de volgende:

- Exogene depressie: wordt toegeschreven aan psychosociale factoren;
- Reactieve depressie: volgt op een ingrijpende gebeurtenis;
- Endogene depressie: wordt toegeschreven aan erfelijkheid en biologische factoren;
- Neurotische depressie: mildere vorm, wordt toegeschreven aan psychosociale factoren;
- Psychotische depressie: ernstige vorm die gepaard gaat met wanen, wordt toegeschreven aan biologische factoren;
- Vitale depressie: wordt gekenmerkt door aantasting van belangrijke levensfuncties al eten, drinken en slapen;
- Postnatale depressie: komt voor na bevalling;
- Winterdepressie: herhaalde depressies met seizoengebonden patroon;
- Geagiteerde depressie: patiënt is druk, rusteloos en opgewonden;
- Geremde depressie: patiënt is zwijgzaam, teruggetrokken en vertraagd in denken, spreken en handelen;
- Gemaskerde depressie: depressieve stemming gaat schuil achter andere, vaak lichamelijke klachten;
- Dysthymie: mildere vorm van depressie met aanhoudende gedrukte stemming gedurende meerdere jaren.

Beers, Jones, Berkwits, Kaplan & Perter (2008) benoemen in hun boek, buiten een aantal van de bovengenoemde soorten depressies, ook nog de bipolaire stoornis. Dit wordt ook wel manische depressie genoemd, deze kenmerkt zich door afwisselende periodes van depressie en manie. In de manie periodes is er sprake van o.a. intense blijdschap en uitgelatenheid. Bij ouderen is er meestal sprake van langere periodes van depressie en minder vaak episoden van manie.

1.5 Oorzaken van een depressie

De precieze oorzaak van een depressie is niet bekend, aldus Beers et al. (2008). Inmiddels is wel duidelijk dat er sprake is van een verstoord evenwicht in de neurotransmitters. Volgens verscheidene auteurs (Vandereyck & van Deth, 2011; Van Nimwegen et al., 2008) zouden bij een depressie in bepaalde hersendelen een tekort aan de neurotransmitters serotonine en noradrenaline ontstaan, of is de gevoeligheid van deze stoffen verstoord. Haddad en Young (2011) hebben het ook over de neurotransmitter dopamine die mee zou spelen. Over de werking van de neurotransmitters zeggen ze het volgende: “Serotonine wordt geassocieerd met de somatische en gedragssymptomen van een depressie. Noradrenaline is verbonden met de overname van emotionele herinneringen en het gebruik van herinneringen bij het reguleren van het gedrag en aandacht. Dopamine is verantwoordelijk voor het niveau van opwindings, de motivatie en doelgericht gedrag”. Verder geven Vandereyck & van Deth (2011) aan dat de het slaap-waakritme verstoord kan zijn en de schommeling in lichtintensiteit volgens de seizoenen zou eveneens de stemming kunnen beïnvloeden.

Van Nimwegen et al. (2008) geeft verder aan dat erfelijkheid een rol kan spelen als oorzaak van een depressie. Een eerstegraads familielid zou tweemaal zoveel kans hebben op een stemmingsstoornissen als iemand die geen direct familielid heeft waar stemmingsstoornissen bekend zijn. Pieters & Gooskens (2009) geven echter aan dat het maar een verhoogde kans van 10-15% is.

Verder spelen psychologische factoren een rol. Bij de helft van de depressieve patiënten is er sprake van een persoonlijkheidsstoornis. Ten slotte zijn er nog de sociale factoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van een depressie. Stressvolle gebeurtenissen zoals het verliezen van een baan of partner kennen een verhoogd risico op het ontstaan van een depressie. (Van Nimwegen et al., 2008)

Behalve de bovengenoemde factoren zouden ernstige ziekten en het gebruik van of het acut stoppen met medicatie een depressie kunnen veroorzaken of bevorderen. Ook wordt er

aangegeven dat de persoonlijkheid van de persoon in kwestie mee kan spelen. Dit is te zien als de betreffende persoon bijvoorbeeld heel pessimistisch is of een lage zelfwaardering heeft (Pieters & Gooskens, 2009).

1.6 Symptomen van een depressie

Er zijn vele verschillende symptomen bij een depressie. Het stellen van een diagnose gaat aan de hand van de symptomen van de DSM-IV-criteria, zoals eerder beschreven in paragraaf 1.2. De symptomen die daar beschreven staan zijn de voornaamste symptomen. Hier volgen ze normaal in het kort: sombere stemming, vermindering van interesse en plezierbeleving, gewichtsveranderingen, slaapproblemen, gejaagdheid of geremdheid, vermoeidheid en energieverlies, gevoelens van waardeloosheid of schuldgevoelens, concentratieproblemen en/of besluitenloosheid en gevoelens van wanhoop.

Bij de verschillende soorten depressies zijn er naast de genoemde symptomen ook vaak nog lichamelijke klachten. Zo kan er sprake zijn van onverklaarbare pijnen, duizeligheid, hartkloppingen, trillende handen, obstipatie, droge mond, druk op de borst en hoofd-en rugpijn.

Nadat in dit hoofdstuk het ziektebeeld depressie is behandeld wordt er in het volgende hoofdstuk gekeken naar de behandeling van de depressie. In het volgende hoofdstuk wordt er ingegaan op de antidepressiva. En op de niet-medicamenteuze behandeling van een depressie.

2. Behandeling van depressie

Psychofarmaca behoort tot de categorie van geneesmiddelen die inwerken op het psychisch welbevinden. Binnen deze categorie behoort de geneesmiddelengroep antidepressiva. Antidepressiva zijn medicijnen die o.a. worden voorgeschreven bij mensen die lijden aan depressies. In dit hoofdstuk wordt er gekeken naar de verschillende soorten en naar de effecten ervan volgens de literatuur. Verder komen ook de niet-medicamenteuze behandelingsmogelijkheden aan bod.

2.1 Wat zijn antidepressiva?

Antidepressiva zijn medicijnen die worden voorgeschreven aan mensen die een depressieve stoornis hebben. Het antidepressieve effect, het normaliseren van de stemming en van de andere kenmerken van depressies zoals o.a. interesseverlies en schuldgevoelens, is pas na twee tot vier weken merkbaar. Echter bijwerkingen kunnen al na een paar uur na inname optreden. Het exacte werkingsmechanisme van antidepressiva is overigens nog onbekend.

Antidepressiva worden bij sommige andere indicaties ook voorgeschreven zoals bijvoorbeeld diverse angststoornissen en boulimia nervosa (Commissie farmaceutische hulp van het college van zorgverzekeringen, 2005).

2.2 Welke geneesmiddelengroepen zijn er betreft antidepressiva?

In het farmacotherapeutisch kompas (Commissie farmaceutische hulp van het college van zorgverzekeringen, 2005) is een onderverdeling gemaakt op grond van het bijwerkingenprofiel en de mogelijke ernst van de bijwerkingen betreft antidepressiva.

- Tricyclische antidepressiva en verwante verbindingen (TCA's)
 - De groep bestaat uit de tricyclische antidepressiva → amitriptyline, clomipramine, dosulepine, doxepine, imipramine, nortriptyline en de etracyclische verbinding maprotiline,
 - Binnen de TCA's kan weer een onderscheid worden gemaakt.
 - Serotonerge TCA's → clomipramine en imipramine.
 - Niet serotonerge TCA's.

- Niet-tricyclische antidepressiva. Hierin kan een onderscheid worden gemaakt tussen de :
 - Serotonineheropnameremmers (SRI's), deze zijn weer onderverdeeld in:
 - Specifieke serotonineheropnameremmers (SSRI's) → citalopram, escitalopram, fluvoxamine, fluoxetine, paroxetine, setraline en venlafaxine (lage dosering).
 - Niet specifieke serotonineheropnameremmers → venlafaxine (hoge dosering) en trazodon
 - Niet- tricyclische stoffen → mianserine, mirtazapine en moclobemide.
 - Moclobemide is een selectieve en reversibele mono-amine-oxydase (MAO)-A-remmer.
- De “oude”en niet-selectieve en irreversibele mono-amine-oxydase (MAO)-remmers zijn wegens potentiële ernstige bijwerkingen in ons land niet geregistreerd.

Deze onderverdeling geeft aan dat er veel verschillende medicaties zijn, die gebruikt kunnen worden bij depressies. Alleen een arts kan deze medicaties voorschrijven en de arts zal dan ook de overweging maken welke medicatie het beste is voor de betreffende patiënt.

In het handboek ouderen psychiatrie (Van der Mast, Heeren, Kat, Stek, Vandenbulcke & Verhey, 2010) wordt er ook nog gesproken over de mono-amine-oxydase inhibitor (MAOI's). Deze worden net zoals de TCS's minder of niet gebruikt sinds de komst van de SSRI's en de nieuwere antidepressiva. Voor het gebruik van antidepressiva bij ouderen wordt verder nog aangegeven dat de SSRI's citalopram, escitalopram en sertraline over het algemeen de voorkeur als product van eerste keuze hebben. Dit vanwege de minste kans op bijwerkingen bij ouderen.

Voor verpleegkundigen en verzorgenden in de psychogeriatric is het niet zo interessant welke medicatie een bewoner krijgt en waarom maar wel of deze medicatie effectief is. En op welke specifieke bijwerkingen er gelet moet worden als een bewoner een nieuw medicijn krijgt.

2.3 De effecten van antidepressiva

Van der Mast et al. (2010) geeft aan in zijn boek dat de meeste atypische antidepressiva relatief veilig zijn in gebruik, een relatief gunstig bijwerkingenprofiel hebben en een effect hebben op diverse receptoren en transportmechanismen. In paragraaf 1.6 is reeds aangegeven welke werking de neurotransmitters hebben in de hersenen.

De tricyclische antidepressiva zijn minder veilig dan de nieuwere antidepressiva en worden doorgaans moeilijker verdragen vanwege de bijwerkingen.

Volgens de review “de effectiviteit van anti-depressiva bij depressieve, demente patiënten” (Bains, Birks, Dening & Wind, 2003) laat zien dat de antidepressiva matig effectief zijn. In deze review worden zes onderzoeken bekeken waarvan er maar bij drie sprake is van een meta-analyse betreft effectiviteit waardoor alleen deze drie opgenomen zijn. Hiervan zijn twee onderzoeken gebaseerd op tricyclische antidepressiva met placebo en een onderzoek met SSRI met placebo. Het onderzoek met de SSRI en de placebo liet op twee schalen significant verschil zien in het voordeel van de behandeling. Hierbij ging het in de CSDD en een beoordeling door een psychiater. Op de andere schalen (cognitie en ADL) werden echter geen significante verschillen gevonden. Het aantal geschikte onderzoeken is klein en de onderzochte patiëntengroep ook. Het bewijs voor de effectiviteit van antidepressiva bij depressie en dementie is gering bij gebrek aan bewijs. Door de strenge selectie van het onderzoek werden maar weinig geschikte onderzoeken gevonden, met weinig patiënten. Gezien deze uitkomsten is een terughoudend voorschrijfbeleid op zijn plaats, waarbij effecten en bijwerkingen zorgvuldig worden beoordeeld.

De richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling (Nederlandse Vereniging voor Klinische geriatrie, 2005) geeft een aantal aanbevelingen betreft antidepressiva. Dit zijn de volgende twee aanbevelingen:

- Ter bestrijding van agitatie, agressief gedrag, verhoogde prikkelbaarheid en een depressieve stemming bij dementie kan SSRI effectief zijn;
- Ter bestrijding van agitatie, agressief gedrag, verhoogde prikkelbaarheid en een depressieve stemming bij frontotemporale dementie kan trazodon effectief zijn.

Verder geeft de richtlijn aan dat als er een antidepressiva wordt voorgeschreven de CBO-richtlijn depressie kan worden gehanteerd. Een andere aanbeveling is dat als er niet met zekerheid kan worden vastgesteld dat iemand een depressie heeft, er een proefbehandeling met een SSRI kan worden gestart, Hierbij moet er wel vooraf de doelsymptomen en duur worden vastgesteld. Ook wordt aangegeven dat als antidepressiva wordt voorgeschreven bij een demente patiënt, alertheid op bijwerkingen temeer van belang is omdat neurodegeneratieve veranderingen het risico op deze bijwerkingen eerder zullen vergroten dan verkleinen.

De werkgroep heeft een aantal wetenschappelijke studies bekeken en heeft daar de volgende conclusies uitgetrokken:

- Het is aannemelijk dat SSRI's ook bij patiënten met dementie minder bijwerkingen hebben dan antipsychotica;
- Verder is het aannemelijk dat antidepressiva met serotonerge werking een gunstig effect kunnen hebben op niet-cognitieve symptomen bij dementie;
- En er zijn aanwijzingen dat een SSRI leidt tot afname van depressieve klachten, tot verbetering van het algemeen dagelijks functioneren en tot vermindering van de belasting van de mantelzorger.

Baillard et al. (2011) geeft aan dat het bewijs betreft het voordeel van gebruik van antidepressiva bij het bestrijden van de symptomen erg beperkt is. Ondanks dat een Randomized Controlled Trial (RCT) betreft sertraline er veelbelovend uitzag, heeft een recenter uitgebreide studie een teleurstellend resultaat weergegeven. En de meeste van de clinical trails hebben gefaald om voordeel te laten zien betreft antidepressiva ten opzichte van placebo's. Verder wordt er aangegeven dat tricyclische antidepressiva vermeden moeten worden. De beste onderzochte alternatieven zijn de SSRI's, die beter verdragen worden maar daarbij moet wel gezegd worden dat die de kans op valincidenten vergroten.

2.4 Niet medicamenteuze interventies bij depressies of bij het ontwikkelen van een depressie.

De richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling (Nederlandse Vereniging voor Klinische geriatrie, 2005) geeft de volgende aanbeveling. Zij geven aan dat niet-farmacologische interventies een belangrijke rol dienen te spelen. Te denken valt hierbij aan

het bieden van veiligheid door middel van structuur, psycho-educatie en ondersteuning van patiënt en mantelzorgers.

In het praktijkboek dementiezorg (Geelen, 2010) staat een stappenplan beschreven voor de depressieve patiënt. Hierbij wordt gekeken naar meerdere facetten die invloed kunnen hebben op het ontstaan van een depressie of het hebben van een depressie. Er wordt aangegeven om de omgevingsfactoren te bekijken. Is er sprake van een prikkelarme omgeving, verveling of isolatie? Het verkeren in een sociaal isolement kan een aanslag zijn op de stemming van iemand. Of is er sprake van aanhoudende negatieve prikkels zoals stank, veel lawaai, drukte en gebrek aan privacy? Komt een patiënt genoeg buiten? Weinig blootstelling aan intens daglicht kan ook bijdrage aan het ontstaan van een depressie. Beweegt een patiënt wel genoeg? Hoe is de balans tussen draagkracht en draaglast? Als een patiënt continu op zijn tenen moet lopen of juist weinig uitdaging krijgt, kan dit meespelen in het ontwikkelen van een depressie. En dan is er nog eenzaamheid, gebrek aan steun of intiem contact, allemaal factoren die in meer of mindere mate een depressie kunnen versterken of uitlokken.

Bij een lichte depressie kan zelfhulp een optie zijn. Zo wordt bibliotherapie (het gebruik van zelfhulpboeken met opdrachten en adviezen) aangegeven als mogelijke interventie. Echter gezien de doelgroep, dementerenden die in een verpleeghuis wonen omdat ze niet meer voor zichzelf kunnen zorgen, is dit geen relevante optie. Zo zijn er nog een aantal zaken die relevant zijn voor patiënten met een depressie die niet dement zijn, aangezien deze niet relevant zijn voor de doelgroep dementerenden, worden ze niet benoemd. Wel kan er gekeken worden naar activiteiten die een bewoner leuk vindt. En de mogelijkheden om deze activiteiten dagelijks te doen met bewoners. Ook moet er aandacht zijn voor de bejegening van de bewoners. In het boek staan verder nog behandelmogelijkheden genoteerd. Hierbij is aandacht voor het bevorderen van gezonde gewoontes zoals genoeg beweging krijgen, in contact blijven met anderen, streven naar regelmaat en te zorgen voor voldoende nachtrust. Verder is lichttherapie een mogelijke interventie. Riemersma-van der Lek et al. (2008) beschrijven ook dat deze therapie effectief is bewezen betreffende de stemming op de CSDD. Ook psychotherapie zou effectief kunnen zijn bij het behandelen van een depressie. Voorwaarde is wel dat de persoon in staat is om over zichzelf na te denken en hetgeen dat besproken is kan onthouden. Dit vormt in de meeste gevallen van de depressies bij de doelgroep dementerenden een probleem. Wellicht dat dit een optie is bij mensen in het beginstadium van dementie.

Tot slot wordt er nog gesproken over elektroconvulsietherapie. Deze therapie wordt maar op een aantal plaatsen in Nederland toegepast en wanneer andere behandelmethoden hebben gefaald. Gezien de doelgroep, ouderen met comorbiditeit, lijkt dit niet geschikt.

Er is een richtlijn uitgegeven voor het begeleiden van mensen met dementie die depressief zijn (NIVEL, 2004). In deze richtlijn staan twee punten centraal. Ten eerste is dit de belevingsgerichte zorg en de zorgcyclus. Waarbij het gaat om het verdiepen in de betreffende patiënt, zodat je een beeld hebt van iemands persoonlijkheid en zijn levensloop. En het proberen voor te stellen hoe het is om dement te zijn. Dit kan helpen om de zorgcyclus zo goed mogelijk af te stemmen op de wensen en behoeften van de zorgvrager. De zorgcyclus bestaat uit:

- Behoeftte van begeleiding in kaart brengen;
- Plannen van begeleiding;
- Uitvoeren van begeleiding;
- Evalueren van begeleiding.

Ten tweede staat in deze richtlijn de “plezierige- activiteiten- methode” centraal. Deze gaat ook uit van de zorgcyclus. De belangrijkste uitgangspunten van deze methode zijn dat de depressie van een cliënt zal verminderen, wanneer hij weer plezierige activiteiten onderneemt en minder piekert. De volgende acties moeten ondernomen worden betreft de stappen van de zorgcyclus:

- De behoefte aan begeleiding in kaart brengen. Door informatie te verzamelen over: depressieve kenmerken, zijn plezierige activiteiten en piekersituaties van de cliënt;
- Plannen van de zorg. Dit doet men door begeleidingsactiviteiten te kiezen. Dit bestaat ook weer uit 4 stappen:
 - Beschrijf 3 momenten met verschillende plezierige activiteiten verspreidt over de week en geef aan wie deze activiteiten gaat doen;
 - Beschrijf een aantal dingen waaraan iemand plezier beleeft en die op verschillende zorgmomenten in te voeren zijn, bijvoorbeeld een wandeling maken of helpen met koken;
 - Beschrijf wat je moet doen om piekersituaties te voorkomen;
 - Beschrijf wat je doet als iemand toch piekert.

- Uitvoeren van de begeleiding. Door de bewoner op de meest geschikte wijze te begeleiden;
- Evalueren van de zorg. Door het proces te evalueren, zowel tussentijds als achteraf.

De richtlijn “Omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie” (Van Eijken, Peijnenburg & Van Achterberg, 2008) geeft aanbevelingen betreffende niet-medicamenteuze interventies, die gebaseerd zijn op het onderzoeken van wetenschappelijke studies hiernaar. Hierbij wordt ook aangegeven welke eerste keus aanbevelingen zijn en welke tweede keus aanbevelingen zijn. Dit is gebaseerd op de wetenschappelijke bewijzen van het effect van de interventie. Er zijn vier eerste keus aanbevelingen gegeven die nu worden toegelicht.

- Reminiscentie. Het doel van reminiscentie is het stimuleren van geheugen en stemming door middel van het ophalen van positieve herinneringen, bijvoorbeeld door het bekijken van fotoboeken, terugblikken op het leven en een levensverhaal maken. Uit reviews kan geconcludeerd worden dat reminiscentie een overwegend positief effect heeft op depressie/ stemming van ouderen met dementie;
- Muziek. Er wordt aanbevolen om muziek aan te bieden. Dit kan in de vorm van muziektherapie maar ook door naar muziek te luisteren. Uit reviews wordt geconcludeerd dat muziek een overwegend positief effect heeft op depressie/ stemming van ouderen met dementie;
- Interventies gericht op de omgeving. De interventies gericht op de omgeving bestonden uit het creëren van een huiselijke sfeer in het verpleeghuis. Uit de review kan geconcludeerd worden dat de interventie gericht op de omgeving mogelijk een positief effect hebben op de depressie/ stemming van de patiënten met dementie;
- Interventie aan de mantelzorger. Bij een studie werd een training gegeven hoe men om kan gaan met gedragsproblemen. In de andere studie ontvingen mantelzorgers scholing en feedback op interacties. Uit de review kan geconcludeerd worden dat interventies voor mantelzorgers mogelijk een positief effect hebben op de depressie/ stemming van de ouderen met dementie.

De tweede keus aanbeveling die wordt gegeven is de interventie “de plezierige- activiteiten-methode”. Deze interventie is al eerder in deze paragraaf ter sprake gekomen.

Ten slotte is er nog een aanbeveling voor management. Dit is het trainen van hulpverleners. De training kan gericht zijn op bijvoorbeeld communicatie of benaderingswijzen. Uit de review kan geconcludeerd worden dat het trainen van hulpverleners overwegend een positief effect heeft op de depressie/ stemming van de dementerende ouderen.

In het dit hoofdstuk is de behandeling van depressies beschreven waarbij is gekeken naar de medicamenteuze behandeling en de niet-medicamenteuze behandeling. Voor het vakgebied verpleegkunde zijn de niet-medicamenteuze interventies erg relevant om mee aan de slag te gaan binnen een verpleeghuis. En deze zouden ook een daadwerkelijk verschil kunnen maken bij het behandelen met mensen met een depressie.

Conclusie

Deze literatuurstudie begon met de hoofdvraag: Welke kennis heb ik nodig als hbo-vgg betreffende depressie en de behandeling van depressie? Vanuit deze hoofdvraag zijn er deelvragen ontwikkeld die in de conclusie worden beantwoord.

De gebruikte definitie in deze literatuurstudie luidt: depressie is een stemmingstoornis, gekenmerkt door een sombere stemming, die soms weken of zelfs maanden continu aanwezig is en gepaard gaat met afwijkende gedragingen en lichamelijke klachten (Pieters & Goossens, 2009). Voor het diagnosticeren van een depressie wordt dikwijls gebruikt gemaakt van de DSM-IV-criteria. Dit zijn een negental symptomen waarbij er voldaan moet worden aan minimaal vijf symptomen waarvan een kernsymptoom (Van Marwijk et al., 2003). Van deze negen symptomen komen er twee overeen met symptomen van dementie, te noemen anhedonie en verlies van concentratie, waardoor diagnosticeren wordt bemoeilijkt (Ballard et al., 2011; Bains et al., 2009). Daarom heeft de Nederlandse Vereniging voor Klinische geriatrie (2005) in een voorstel beschreven, de DSM-IV-criteria bij mensen met dementie en depressie aan te passen. De concrete verschillen zijn: er moeten drie in plaats van vijf symptomen aanwezig zijn, de symptomen hoeven niet dagelijks aanwezig te zijn, prikkelbaarheid en sociale isolatie/ terugtrekken zijn toegevoegd en anhedonie is geherformuleerd. Daarbij moet bij ieder symptoom gekeken worden of het een symptoom van de depressie of dementie is. In wetenschappelijk onderzoek wordt gebruik gemaakt van verscheidene meetinstrumenten om de ernst van de depressie te meten. Bij dementerenden met een depressie kan het best gebruik gemaakt worden van de CSDD, omdat deze specifiek gericht is op dementerenden met een depressie. Dit is bij de andere meetinstrumenten niet het geval.

Van Marwijk et al., (2003) geeft de volgende vormen depressies aan: depressieve stoornis, dysthymie en chronische depressie. Vandereyck & van Deth (2011) benoemen de volgende vormen van depressies: exogene depressie, reactieve depressie, endogene depressie, neurotische depressie, psychotische depressie, vitale depressie, postnatale depressie, winterdepressie, geagiteerde depressie, gerede depressie en de gemaskerde depressie. Tevens benoemen Beers, et al. (2008) ook nog de bipolaire stoornis.

De precieze oorzaak van een depressie is niet aangetoond. Er kan gesteld worden dat meerdere oorzaken een depressie kunnen verklaren. Zo is er een lichamelijke oorzaak mogelijk want het is wel duidelijk dat er een verstoord evenwicht is in de neurotransmitters

(Vandereyck & van Deth, 2011; Van Nimwegen et al., 2008). Verder geven verscheidene auteurs (Van Nimwegen et al., 2008; Pieters & Gooskens, 2009) aan dat erfelijkheid een rol speelt. Ook psychologische en sociale factoren kunnen een rol spelen. (Van Nimwegen et al., 2008). Tevens het gebruik van medicatie of het stoppen daarmee kan van belang zijn en de persoonlijkheid van een patiënt. (Pieters & Gooskens, 2009).

De voornaamste symptomen zijn de symptomen die benoemd zijn in de DSM-IV-criteria. Dit zijn: sombere stemming, vermindering van interesse en plezierbeleving, gewichtsveranderingen, slaapproblemen, gejaagdheid of geremdheid, vermoeidheid en energieverlies, gevoelens van waardeloosheid of schuldgevoelens, concentratieproblemen en/of besluitenloosheid en gevoelens van wanhoop (Van Marwijk et al., 2003). Maar er kan ook sprake zijn van lichamelijke symptomen zoals onverklaarbare pijnen, duizeligheid, hartkloppingen, trillende handen, obstipatie, droge mond, druk op de borst en hoofd- en rugpijn. Er kan gesteld worden dat de symptomen zeer uiteenlopend kunnen zijn. Bij het stellen van de diagnose depressie, bij een dementerende, dient er aan al deze zaken gedacht te worden bij het observeren.

Antidepressiva zijn medicijnen die worden voorgeschreven aan mensen die een depressieve stoornis hebben. Het antidepressieve effect, het normaliseren van de stemming en van de andere kenmerken van depressies zoals o.a. interesseverlies en schuldgevoelens, is pas na twee tot vier weken merkbaar. Echter bijwerkingen kunnen al na een paar uur na inname optreden. Het exacte werkingsmechanisme van antidepressiva is overigens nog onbekend. (Commissie farmaceutische hulp van het college van zorgverzekeringen, 2005).

De antidepressiva kunnen onderverdeeld worden in twee groepen: de tricyclische antidepressiva en verwante verbindingen (TCA's) en de niet-tricyclische antidepressiva. De meeste atypische antidepressiva zijn relatief veilig in gebruik, hebben een relatief gunstig bijwerkingenprofiel en hebben een effect hebben op diverse receptoren en transportmechanismen. Dit in vergelijking met de tricyclische antidepressiva die doorgaans moeilijker te verdragen zijn i.v.m. bijwerkingen (Van der Mast, et al., 2010). Er is echter weinig overtuigend resultaat betreft de effecten van het toedienen van antidepressiva vanuit de literatuur. (Bains et al., 2003). Hierbij moet wel gezegd worden dat er ook niet veel onderzoek naar gedaan is, dat bruikbaar was voor reviews. Gezien deze gegevens is het raadzaam dat als de keuze valt op het voorschrijven van antidepressiva, er duidelijk gekeken moet worden of ze überhaupt effectief zijn (duur en doel vaststellen) en dat de verzorgenden duidelijke instructies krijgen van de artsen op welke bijwerkingen er gelet moet worden.

Tevens zou een niet-tricyclische antidepressiva de voorkeur moeten genieten gezien de bevindingen in de literatuur hierover.

De richtlijn “Omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie” (Van Eijken, Peijnenburg & Van Achterberg, 2008) geeft aanbevelingen betreft niet-medicamenteuze interventies die gebaseerd zijn op het onderzoeken van wetenschappelijke studies hiernaar. Hieruit komen een aantal interventies als eerste keus naar voren: reminiscentie, interventies betreft muziek, interventies gericht op de omgeving en interventie aan de mantelzorger. De reden waarom deze eerste keus zijn is omdat er het meeste wetenschappelijk onderbouwing voor is. Er wordt ook een eerste keus advies gegeven aan het management, dit is een training voor hulpverleners. De tweede keus interventie, de plezierige- activiteiten- methode, is ook wetenschappelijk bewezen dat het effectief is, alleen in mindere mate dan de eerste keus interventies. Verder zou het effect van licht op de stemming bewezen zijn, gemeten met de CSDD (Riemersma- van der Lek, et al., 2008). Gezien de bewezen effecten van deze interventies en de mate waarop ze kunnen worden toegepast bij de doelgroep dementerenden, is het naar mijn mening de overweging waard om sommige toe te passen bij mensen met depressie en dementie. Hierbij dient wel meegenomen te worden dat er eerst gekeken moet worden naar hoe deze interventies precies in zijn werk gaan en of het in te passen is binnen de zorg, met de verzorgenden die werkzaam zijn.

Literatuurlijst

Baillard, C. , Corbett, A. , & Pickett, J. , (2011). Depression and dementia. Your guide to today's mental health issues. *Mentalhealth Today*, february, 23-25.

Bains, J. , Birks, J. , & Denning, T. , (2009) Antidepressants for treating depression in dementia (Review). *The Cochrane Library*. Issue 1. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Bains, J. , Birks, J. , & Denning, T. , & Wind, A. , (2003) De effectiviteit van anti-depressiva bij depressieve, demente patiënten. *Huisarts en Wetenschap*, 46, 764-765.

Beers, M. H. , Jones, T. V. , Berkwits, M. , Kaplan, J. M. , & Perter, R. , (2008) *Merck Manual. Leeftijd & gezondheid. Over gezond ouder worden*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Commissie farmaceutische hulp van het college van zorgverzekeringen. (2005) *Farmacotherapeutisch Kompas*. Utrecht: Roto Smeets

Droës, R. M. , (1993) Cornell Scale for Depression in Dementia. (Ned. vertaling) Opgehaald op 25, oktober, 2011 van <http://www.ouderenpsychiatrie.nl/sjablonen/1/infotype/news/newsitem/view.asp?objectID=546>

Geelen, R. (2010). Depressief gedrag. In R. Geelen (Ed.), *Praktijkboek dementiezorg. Van achterdocht tot zwerfgedrag* (pp121-140). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Geriatric Depression Scale 8. (2007) Opgehaald op 25, oktober, 2011 van <http://www.ouderenpsychiatrie.nl/sjablonen/1/infotype/news/newsitem/view.asp?objectID=1225>

Haddad, M. , & Young, N. , (2011) Understanding the use of antidepressants. *Practice Nursing*, 22, (7), 347-352.

Inspectie voor de gezondheidszorg. (2010). *Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende. Verpleeghuizen en verzorgingshuizen moeten nog punten verbeteren; gehandicaptenzorg en thuiszorg moet snel veiliger*. Den Haag: Ministerie voor volksgezondheid, welzijn en sport.

NIVEL. (2004) *Het begeleiden van mensen met dementie die depressief zijn. Richtlijnen voor verzorgenden*. Utrecht: NIVEL

Nederlandse Vereniging voor Klinische geriatrie. (2005). *Richtlijn. Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie*. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications.

Olde Rikkert, M. G. M. , Flamaing, J. , Petrovic, M. , Schols, J. M. G. A. , & Hoefnagel, W. H. L. (2008). De sombere patiënt. In F. Bouckaert (Ed.), *Probleemgeoriënteerd denken in de geriatrie. Een praktijkboek voor de opleiding en de kliniek*. (pp. 303-324). Utrecht: De Tijdstroom.

Pieters, B. & Gooskens, F. (2009). Depressie. In B. Pieters, & F. Gooskens (Eds.), *Psychiatrie. Zakboek ziektebeelden*. (pp. 39-49). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Riemersma- van der Lek, D. R. , Swaab, D. F. , Twisk, J. , Hol, E. M. , Hoogendijk. J. G. , & Van Someren, E. J. W. (2008). Effect of bright light and Melatonin on cognitive and non-cognitive function in elderly residents of Group care facilities. *JAMA*, 299, (22), 2642- 2655.

Snowdon, J. , & Fleming, R. (2008). Recognising depression in residential facilities: an Australian challenge. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 295-300.

Van der Mast, R. , Heeren, T. , Kat, M. , Stek, M. , Vandenbulcke, M. , & Verhey, F. (2010). *Handboek. Ouderenpsychiatrie*. (3^{de} druk). Utrecht: De Tijdstroom.

Van Eijken, M. , Peijnenburg, R. , & Van Achterberg, T. (2008) *Richtlijn omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie (niet medicamenteuze aanbevelingen)*. Opgehaald 25, oktober, 2011 van <http://www.nursing.nl/verpleegkunde/richtlijnen-en-protocollen/article/4644/dementie-richtlijn-gedragsproblemen>

Van Marwijk, H. W. J. , Grundmeijer, H. G. L. M. , Bijl, D. , Van Gelderen, M. G. , De Haan, M., Van Weel-Baumgarten, E. M. , Burgers, J. S. , Boukes, F. S. , & Romeijnders, A. C. M. , (2003). *NHG-Standaard Depressieve stoornis*. (1^{ste} herz.). Opgehaald 24, oktober, 2011 van http://nhg.artsennet.nl/upload/996eb97f-b4a2-4216-a666-d6553d908d6b_M44_std.pdf

Van Nimwegen, L. , Van den Brand, R. , Dielemans, S. , & Ju, M. (2008). *Leidraad psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vandereycken, W. , & Van Deth, R. (2011) *Psychiatrie. Van diagnose tot behandeling*. (3^{de} druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bijlage:

Woordenlijst

Anhedonie:	Het niet meer kunnen ervaren van vreugde.
Chronische depressie:	Er is gedurende tenminste de voorgaande twee jaar aan de criteria voor een depressieve stoornis voldaan.
CSDD:	Cornell Scale for depression in dementia: beoordelingsschaal voor depressie bij matige tot ernstige dementie.
Depressieve stoornis:	Vijf symptomen (van de DSM-IV), waaronder ten minste één van de kernsymptomen, gedurende tenminste twee weken.
DSM-IV-criteria:	Criterialijst waarmee een diagnose van depressie kan worden vastgesteld. Bestaande uit 9 symptomen.
Dopamine:	Neurotransmitter die verantwoordelijk is voor het niveau van opwinding, de motivatie en doelgericht gedrag.
Dysthymie:	Depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, meer dagen wel dan niet, gedurende tenminste twee jaar en met tenminste twee extra symptomen van de DSM-IV-criteria. Of anders omschreven: mildere vorm van depressie met aanhoudende gedrukte stemming gedurende meerdere jaren.
Elektroconvulsietherapie:	is een behandeling van patiënten waarbij door middel van het opwekken van een epileptisch insult, uitgelokt door een stroomstoot door het hoofd, getracht wordt bepaalde psychiatrische aandoeningen te behandelen.
GDS:	Geriatric Depression Scale: zelfbeoordelingsvragenlijst voor depressies.
Majeure depressieve episode:	Andere benaming voor depressieve stoornis (zie woordenlijst)

Mineur depressieve periode:	Als minimaal twee maar minder dan vijf symptomen, van de DSM-IV-criteria, aanwezig zijn voor tenminste een periode van twee weken.
MAO:	mono-amine-oxydase (antidepressiva)
Neurodegeneratief:	Overkoepelende term voor de geleidelijke verlies van de structuur of functie van neuronen, inclusief de dood van neuronen.
Noradrenaline:	Neurotransmitter die is verbonden met de overname van emotionele herinneringen en het gebruik van herinneringen bij het reguleren van het gedrag en aandacht.
RCT:	Randomized controlled trial: gerandomiseerd onderzoek met controlegroep.
Reminiscentie:	Verschijsel, dat herinneringen oproept aan iets overeenkomstigs uit het verleden.
Serotonine:	Neurotransmitter die wordt geassocieerd met de somatische en gedragssymptomen van een depressie.
SRI's:	Serotonineheropnameremmers (antidepressiva)
SSRI's:	Specifieke serotonineheropnameremmers (antidepressiva)
TCA:	Tricyclische antidepressiva