

Hoofdstuk 17 Stemmingsstoornissen

Inleiding

In Nederland lijden tussen de 700.000 en 800.000 mensen aan stemmingsstoornissen, waarvan 50.000 kinderen en 70.000 65-plussers. Vrouwen lopen 24 % kans om een depressie te krijgen, mannen 14 % en ouderen boven de 65 jaar 20 %. Kinderen onder de vier jaar zijn tegen de 0,9 % depressief, latientiekinderen 2 % en adolescenten tussen de 3 en

D.. %. De WHO schat dat het in 2020 volksziekte nummer 1 is. Wereldwijd lijden 300 miljoen mensen aan een depressie.

Dit hoofdstuk gaat als eerste over

- A. de symptomen van de stemmingsstoornis,
- B. de verschillende types die er zijn,
- C. de etiologie vanuit het vierledig mensbeeld,
- D. de behandelmogelijkheden.

17. A. De symptomen van een stemmingsstoornis

Criteria voor een depressieve episode

A. Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren; ten minste een van de symptomen is ofwel (1) depressieve stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier.

N.B.: Sluit symptomen uit die duidelijk het gevolg zijn van een somatische aandoening of stemming incongruente wanen of hallucinaties.

1. Depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen (bijvoorbeeld voelt zich verdrietig of leeg) ofwel observatie door anderen (bijvoorbeeld lijkt betraand).

N.B.: Kan bij kinderen of adolescenten ook prikkelbare stemming zijn.

2. Duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (zoals blijkt uit subjectieve mededelingen of uit observaties door anderen).
3. Duidelijke gewichtsvermindering zonder dat dieet gehouden wordt, of juist gewichtstoename (bijvoorbeeld meer dan 5% van het lichaamsgewicht in één maand). Of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust. N.B.: Bij kinderen moet gedacht worden aan het niet bereiken van de te verwachten gewichtstoename.
4. Insomnia of hypersomnia, bijna elke dag.
5. Psychomotorische agitatie of remming (waarneembaar door anderen, en niet alleen maar een subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid), bijna elke dag.
6. Moeheid of verlies van energie, bijna elke dag.
7. Gevoelens (die waanachtig kunnen zijn) van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (niet alleen maar zelfverwijten of schuldgevoel over het ziek zijn), bijna elke dag.
8. Verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluitenloosheid (ofwel subjectief vermeld ofwel geobserveerd door anderen), bijna elke dag.
9. Terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees dood te gaan), terugkerende suïcidegedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen.

B. De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een ‘gemengde episode’.

C. De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

D. De symptomen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hypothyreoïdie).

E. De symptomen zijn niet eerder toe te schrijven aan een rouwproces, dat wil zeggen na het verlies van een dierbaar persoon zijn de symptomen langer dan twee maanden aanwezig of zijn zij gekarakteriseerd door duidelijke functionele beperkingen, ziekelijke preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid, suïcidedgedachten, psychotische symptomen of psychomotorische remming.

Criteria voor een manische episode

A. Een duidelijk herkenbare periode met een abnormale en voortdurende verhoogde, expansieve of prikkelbare stemming, gedurende ten minste een week (of elke duur waarbij opneming in een ziekenhuis noodzakelijk is).

B. Tijdens de stemmingsstoornis zijn drie (of meer) van de volgende symptomen (vier indien de stemming alleen geprikkeld is) voortdurend en in belangrijke mate aanwezig:

1. Opgeblazen gevoel van eigenwaarde of grootheidsideeën.
2. Afnemen behoefte aan slaap (bijvoorbeeld voelt zich uitgerust na slechts drie uur slaap).
3. Spraakzamer dan gebruikelijk of spreekdrang.
4. Gedachtevlucht of de subjectieve beleving dat de gedachten jagen.
5. Verhoogde afleidbaarheid (dat wil zeggen de aandacht wordt te gemakkelijk getrokken door onbelangrijke of niet te zake doende van buiten komende prikkels).
6. Toename van doelgerichte activiteit (ofwel sociaal, op het werk of school ofwel seksueel) of psychomotorische agitatie.
7. Zich overmatig bezig houden met aangename activiteiten waarbij een grote kans bestaat op pijnlijke gevolgen (bijvoorbeeld ongeremde koopwoede, seksuele indiscreties of zakelijke onverstandige investeringen).

C. De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een 'gemengde episode'.

D. De stemmingsstoornis is voldoende ernstig om duidelijk beperkingen in werk, gewone sociale activiteiten of relaties met anderen te veroorzaken, of opneming in een ziekenhuis noodzakelijk te maken om de schade voor zichzelf of anderen te voorkomen, of er zijn psychotische kenmerken.

E. De symptomen zijn niet het gevolg van het directe fysiologische effect van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel of andere behandeling) of een somatisch aandoening (bijvoorbeeld hyperthyreoïdie = verhoogde schildklierwerking).

We kennen ook de **hypomane episode**. Deze problematiek kent dezelfde verschijnselen maar zijn milder, hoeven minder lang te duren (ten minste vier dagen) en zijn minder inperkend. Opgelet dient te worden om deze symptomen te onderscheiden met de stemming die er is als men een periode niet meer depressief is.

Criteria voor een gemengde episode

A. Er wordt voldaan aan de criteria van zowel een manische episode als aan die van een depressieve episode (behalve in duur), bijna elke dag gedurende ten minste een week.

B. De stemmingsstoornis is voldoende ernstig om duidelijk beperkingen in werk, gewone sociale activiteiten of relaties met anderen te veroorzaken, of opname in een ziekenhuis noodzakelijk te maken om de schade voor zichzelf of anderen te voorkomen, of er zijn psychotische kenmerken.

C. De symptomen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel of andere behandeling) of een somatisch aandoening (bijvoorbeeld hyperthyreoïdie).

In de DSM IV TR worden deze criteria letterlijk zo weergegeven. Dit is een weerslag van een overeenstemming omtrent de huidige formulering over 'psychische ziektebeelden' wat door de jaren telkens weer wordt aangescherpt doordat inzichten hierover toenemen. Zo zal er over enkele jaren een DSM V komen waarin dit weer wordt aangescherpt. In de westerse wereld is afgesproken deze coderingen te gebruiken. In Nederland wordt dus uitgegaan van de classificaties uit de DSM IV TR (de TR-versie op de 4^{de} editie werd noodzakelijk vanwege een tekstrevisie, 2001).

Een **beeldvormende manier** om een depressie te herkennen is het in zicht krijgen hoe het met iemand gaat op het gebied van het denken, voelen en willen.

Het denkgebied:

Piekeren, geen uitweg meer zien, concentratieproblemen, alles lijkt somber, alle gedachten gaan richting schuld, schaamte en vaak ook angst (over het verleden, heden en toekomst). De gedachten/cognities zijn gevuld met minderwaardigheidsgevoelens, het innerlijk gesprek is steeds negatief, er wordt voortdurend gedacht dat de problemen aan deze mens liggen (attributiestijl). Er wordt getwijfeld. Oppeppen is afknappen. Er wordt geen perspectief gezien en geen toekomst. Als enige uitweg voor het lijden wordt vaak aan suïcide gedacht.

Het gevoelsgebied:

Soms zijn er helemaal geen gevoelens, is er gevoelloosheid, hopeloosheid, kan men zich niet meer verbinden met de ander. Er is geen vreugde maar eenzaamheid en men voelt zich geïsoleerd. Gedachten over schuld, schaamte en angst worden ook gevoeld.

Het handelingsgebied:

Er heerst verlamming en apathie door onder andere verlies aan interesse en het missen van doelen in het leven. De zelfverzorging neemt af en alles kost moeite, b.v. het aankleden, wassen, eten, koken enzovoorts. Men kan slecht slapen of slaapt soms juist veel te lang. Soms kan er juist agitatie ontstaan en onrust. Er is geen beheersing meer van de wilskracht wat zich uit in agressie en impulsiviteit. Vooral bij kinderen overheerst dit laatste nogal eens waardoor we gedragsproblematiese kinderen wel eens verkeerd begrijpen. Ze zijn niet zozeer 'gedragsgestoord' (asociaal) maar eigenlijk depressief.

Bij de manie is er juist sprake van tegengestelde problematiek, denkt men juist euforisch, dat men alles aan kan, wat ook in het gevoelsgebied zo ervaren wordt. Men is super-enthousiast, snel verliefd en voelt zich 'te gek' en 'wauw'. Het handelingsgebied is hiervan ook

doortrokken. Er is veel activiteit, men slaapt heel weinig en doet dingen die berusten op groot vertrouwen (b.v. in het eigen vermogen, door grote onverantwoorde inkopen te doen). De manie komt nauwelijks op zichzelf voor. Meestal wordt het afgewisseld met een depressieve periode. Zo merk je ook dat het de keerzijde is van dezelfde medaille.

Stemmingswisselingen kunt gepaard gaan met psychotische stoornissen. De waarneming is dan niet juist meer, men raakt verward in waanbeelden of hoort, ziet of voelt dingen die anderen niet waarnemen. In zo'n stadium is de nood natuurlijk nog groter. Vaak neemt men dan stemmen waar die heel negatief over zichzelf zijn of over het levensperspectief. Juist dan bestaat er groot gevaar voor de enige oplossing die deze mens voor ogen heeft, namelijk een einde te maken aan het eigen leven.

17. B. Indeling van typen stemmingsstoornissen

In de volgende paragraaf (16 C) wordt duidelijk dat de dynamiek waardoor een mens een stemmingsstoornis ontwikkelt, heel verschillend kan zijn. De uitingvormen zijn dus ook verschillend met als gevolg dat we van veel verschillende types stemmingsstoornissen spreken. In de DSM IV TR worden deze aangegeven. Maar liefst 44 bladzijden worden hieraan besteed. Er is geen andere ziektebeeld binnen dit classificatiesysteem wat zo uitgebreid beschreven wordt met allerlei typen en mate van ernst.

Zo komen we uit op de volgende onderverdeling (voor een uitgebreide beschrijving wordt verwezen naar de DSM IV TR):

1. Depressieve stoornissen waaronder:

- Depressieve stoornis, eenmalige episode.
 - Er wordt voldaan aan de criteria van de depressie. Het komt eenmalig voor.
 - De toestand kan gespecificeerd worden met de ernst (licht, matig en ernstig, met of zonder psychotische kenmerken), met katatone kenmerken, vitale kenmerken, atypische kenmerken en met begin post partum.
- Depressieve stoornis, recidiverend.
 - Aanwezigheid van 2 of meer depressieve episodes.
- Dysthyme stoornis.
 - Depressieve stemming gedurende minstens 2 jaar. Bij kinderen tot 18 jaar kan de stemming prikkelbaar zijn er ten minste 1 jaar duren.
 - De stemming is minder zwaar dan bij een depressie maar is voortdurend.
- Depressieve stoornis niet anderszijds omschreven (NAO).
 - Er wordt niet geheel voldaan aan de bovenstaande criteria maar er is wel een bepaald lijden, meestal kortdurend en minder dan 5 items van de depressie. B.v. premenstruele dysfore stoornis.

2. Bipolaire stoornissen.

- Bipolaire I stoornis.

Er zijn zes afzonderlijke groepen criteria voor de bipolaire I stoornis. De Bipolaire I stoornis, eenmalige manische episode, wordt gebruikt om personen te beschrijven die voor het eerst een manische episode hebben. De overblijvende criteria worden gebruikt om de aard van de huidige (of laatste) episode te specificeren bij personen die recidiverende stemmingsepisodes hebben gehad.

- eenmalige manische episode,
- laatste episode hypomaan,
- laatste episode manisch,

- laatste episode gemengd,
- laatste episode depressief,
- laatste episode niet-gespecificeerd

De toestand kan gespecificeerd worden met de ernst (licht, matig en ernstig, met of zonder psychotische kenmerken), met katatone kenmerken, vitale kenmerken, atypische kenmerken en met begin post partum.

- Bipolaire stoornis II.
 - Aanwezigheid van een of meer depressieve periodes.
 - Ten minste één hypomane episode.
 - Nooit een manische episode of gemengde episode.
 - De toestand kan gespecificeerd worden met de ernst (licht, matig en ernstig),
 - met of zonder psychotische kenmerken,
 - met katatone kenmerken,
 - met vitale kenmerken,
 - met atypische kenmerken
 - met begin post partum.

- Cyclothyme stoornis.
Gedurende ten minste 2 jaar zijn er talrijke periodes geweest met hypomane en depressieve symptomen die niet voldoen aan de criteria van een depressieve episode, manische of gemengde episode.

- Bipolaire stoornis NAO
Als niet voldaan wordt aan bovengenoemde criteria maar er wel in lichte mate sprake is van deze dynamiek.

Er kan nog een specificatie van ‘**rapid cycling**’ gebruikt worden als er ten minste 4 episodes van een stemmingsstoornis aanwezig waren in het voorafgaande jaar waarin ook goede periodes zaten van ten minste 2 maanden (in remissie) lang.

Daarnaast is de specificatie ‘**seizoenpatroon**’ mogelijk als er een verband is tussen de begintijd van de stemmingsstoornis en een bepaalde periode in het jaar (bijvoorbeeld de winterdepressie).

3. Overige stemmingsstoornissen:

- 1 Stemmingsstoornis door(een somatische aandoening).
- 2 Stemmingsstoornis door een middel.
- 3 Stemmingsstoornis NAO.

Naast deze onderverdeling kan er sprake zijn van een aanpassingsstoornis met depressieve stemming, als reactie op stress, binnen 3 maanden gebeurd (als het niet voldoet aan een depressieve stoornis).

Een veel voorkomende stoornis is de burnout en chronisch vermoeidheidssyndroom. Als de kenmerken niet onder te brengen zijn in somatoforme stoornissen of andere in de DSM IV TR bekende hoofdstukken (zoals eetstoornis, slaapstoornis), dan hanteren we veelal de classificatie depressie (of een type hiervan). Burnout en CVS komen in de DSM niet als dusdanig voor.

In de DSM-5 zijn er verschillende wijzigingen aangebracht binnen de hiervoor genoemde hoofdstuk stemmingsstoornissen. Als eerste spreekt men in de DSM-5 over 2 groepen nl. de bipolaire- en de depressieve stemmingsstoornissen.

Bij de bipolaire stemmingsstoornis wordt veel duidelijker beschreven wat men onder de manische, de hypomanische en de depressieve episode verstaat. Ook is het specificeren duidelijker geworden.

Het hoofdstuk depressieve stemmingsstoornissen begint met de benoeming van een nieuwe classificatie nl. de disruptieve (verstoring/ontwrichtend) stemmingsdisregulatiestoornis, DMDD (Disruptive Mood Dysregulation Disorder). Besloten is om de groep chronisch geïrriteerde kinderen met ernstige driftbuien onder te brengen onder deze nieuwe classificatie en deze toe te voegen aan de depressieve stoornissen. Kinderen met DMDD hebben volgens de beschrijving ernstige en frequente temper tantrums die hun functioneren thuis, op school of met vriendjes belemmeren.

De criteria om te kunnen spreken van DMDD:

- ten minste drie maal per week ernstige driftbuien;
- bijna iedere dag een verdrietige, geïrriteerde of boze stemming;
- de driftbuien zijn niet passend bij het ontwikkelingsniveau van het kind cq de jongere.
- reacties zijn heftiger in duur en/of intensiteit dan verwacht;
- het kind is ten minste zes jaar oud;
- symptomen zijn begonnen voor het 10^e levensjaar;
- symptomen zijn minstens een jaar aanwezig;
- het kind heeft problemen met functioneren in meer dan een milieu (thuis, op school en/of met vrienden).

De nieuwe DSM hoopt hiermee tegemoet te komen aan een groep kinderen die voorheen nog wel eens de classificatie bipolaire stoornis kregen.

Vervolgens gaat het hoofdstuk verder op de depressieve stoornis waarmee de DSM IV begon in het hoofdstuk stemmingsstoornissen.

De premenstruele stemmingsstoornis staat nu ook officieel in de DSM-5.

Wat eerder in de DSM-IV als dysthymie werd beschreven, valt nu onder de categorie persisterende depressieve stoornis en omvat de chronische depressieve stoornis en de eerdere dysthyme stoornis.

De DSM-IV bevatte een uitsluitingscriterium voor een depressieve episode, dat kon worden toegepast op depressieve symptomen die minder dan twee maanden aanhouden na de dood van een dierbare (de rouwreactie). Dit uitsluitingscriterium is om meerdere redenen weggelaten uit de DSM-5, waaronder de erkenning dat het verlies van een dierbare een ernstige psychosociale stressor is die een depressieve stoornis kan uitlokken bij een kwetsbaar persoon.

Verder zijn er weer betere mogelijkheden om een en ander te specificeren.

17. C. Etiologie vanuit het vierledig mensbeeld

In deze paragraaf wordt ingegaan op de vele verschillende redenen waardoor een stemmingsstoornis kan ontstaan. In dit boek wordt ook gewerkt vanuit het bio-psycho-sociale model. Dit model wordt in dit hoofdstuk onder gebracht in het model van de wezensdelendiagnostiek. Hierbinnen komt deze dynamiek ook naar voren.

C.1 Hoe is het met de fysieke organisatie?

Soms zijn de stemmingsklachten grotendeels te begrijpen vanuit de fysieke organisatie, die meestal in aanleg aanwezig is. Hierbij kunnen we aan het volgende denken.

- De aanleg. Is er in de familie bekendheid met stemmingsproblematiek? Uit onderzoek blijkt dat als bij de ouder(s) depressiviteit bekend is, de kans op een depressie bij de kinderen groter is.
- Onder de aanleg valt de werking van de neurotransmissie bij de mens. Is er eerder sprake geweest van een depressie, dan is de kans op recidive groot.
- Bij somatische problematiek is de kans op stemmingsproblematiek groter.
- De invloed van de werking van de hormonen (schildklier, menstruatie, post-partum-depressie). De rol van testosteron en oxytocine kunnen een rol van betekenis spelen.
- De invloed van een tekort aan vitaminen.
- De invloed van het lichamelijke aspect van de constituties.
- Hoe hebben de onderste vier zintuigen zich kunnen ontwikkelen? Is er voldoende evenwicht, weet deze mens zich letterlijk staande te houden?

C.2 Hoe is het met de levenskrachten, het etherlichaam?

Als de stemmingsproblemen vooral voortkomen uit een tekort aan levenskrachten kan onderzoek gedaan worden naar:

- Hoe wordt het lichaam onderhouden, letterlijk?
- Hoe is de balans tussen het sympathicus en parasympathicus (het actieve en passieve autonome zenuwstelsel)?
- Zijn er gebeurtenissen geweest die veel energie hebben gekost, zoals rouw, scheiding, conflicten etc? Dit kunnen ‘ether-vreters’ genoemd worden. Omgevingsinvloeden kunnen letterlijk zoveel levenskrachten opeisen dat er onvoldoende energie overblijft voor het lichaam (waaronder de opbouw van de organen, zoals de cognitieve vermogens). Deze mens kan dan ‘opgebrand’ raken.
Andere energie-vragende bezigheden zoals een zwangerschap, het verzorgen van kinderen (of zorgvragende ouders), werk en dergelijke, kunnen ook tot overbelasting leiden. Dit is afhankelijk van de draaglast-draagkracht verhouding. Uit overbelasting kan burn-out-problematiek en het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) voortkomen.
- Is deze mens is staat geweest om vrijkomende etherkrachten voor het denken aan te wenden? Enerzijds zijn de cognitieve mogelijkheden een aanlegkwestie, anderzijds zien we dat de omgeving ook een rol kan spelen bij de cognitieve ontwikkeling. De etherkrachten dienen in de eerste 7 jaar het lichaam op te bouwen. Is dit voldoende gelukt? Daarna kunnen deze krachten gebruikt worden voor de ontwikkeling van de cognitieve functies. In hoeverre is dit gelukt en wat zijn de cognitieve mogelijkheden van deze mens? Kan deze mens tot juiste gedachtevorming en richting komen?
- Vanuit de werking het fysiek drieledig mensbeeld kan het volgende gezegd worden:
Als de stofwisseling (stofwisseling- en ledenmatenstelsel, het willen) te sterk doorwerkt in de bovenpool zien we symptomen zoals chronische vermoeidheid en doffe hoofdpijn. Men voelt zich heel zwaar zonder lichamelijke afwijking. De remedie is juist niet om nog meer te slapen maar juist om minder te slapen en bewuste activiteiten te ondernemen. Die bovenpool dient versterkt te worden.
- Als de bovenpool te sterk doorwerkt op de stofwisseling is de mens anders moe, namelijk omdat men niet kán slapen. Men piekert en valt bijvoorbeeld in gewicht af. De remedie is dan juist om de onderpool te versterken door bijv. Wisselbaden en de bovenpool te ontlasten (’s avonds geen t.v. of computer) en het middengebied te stimuleren, door ‘op adem te komen’.

C.3 Hoe is het met de zielenkrachten, het astraal lichaam?

- Hoe is het met de configuratie van de meer psychische vermogens van het denken, voelen en willen? Overstemt het denkgebied door vele gebeurtenissen? Of overspoelt het gevoelsgebied en kan er allen maar van hieruit geleefd worden? Wat is de invloed hiervan op het handelingsgebied? Is er juist sprake van passiviteit of juist van impulsiviteit? In het hoofdstuk over het drieledig mensbeeld wordt ingegaan op de diverse onevenwichtigheden op dit gebied en wat hieraan te doen valt.
- De ziel wordt onder andere gevoed met indrukken vanuit dit leven. Gezinsomstandigheden, relaties, financiële stroppen en trauma's (waaronder geweld en pesten) kunnen de ziel dusdanig vullen dat er een forse stagnatie van een evenwichtige samenhang tussen het denken, voelen en handelen ontstaat. Zo kunnen die indrukken voortdurend het heldere (voorstellingsvrije) denken en voelen in de weg staan. Dit heeft invloed op de mentale representaties (cognitieve constructen) die vele interacties kunnen bepalen. (Als je altijd vijandig werd bejegend, zal de volgende ontmoeting ook zo ervaren worden.) Zo word je beïnvloed door wat je hebt meegemaakt. Dit bepaalt de sympathie en de antipathie. Zie hiervoor ook het hoofdstuk over de borderline persoonlijkheidsproblematiek. Deze dynamiek zit als het ware in de ziel. Als dit bewerkt dient te worden spreekt men niet voor niets over de psychiater als 'zielenknijper'. Als de ziel zodanig is gevuld met indrukwekkende gebeurtenissen waardoor sprake is van 'een volgestroomde emmer waar een enkele druppel nog maar nodig is om hem te laten overstromen', dan domineert van hieruit het astraallichaam van deze mens. Hij gedraagt zich naar de stemming van de ziel. We missen in hem het ik, de aansturende kracht waarin een evenwicht mogelijk wordt.
- De ziel kan ook door de 'orgaankrachten' gestemd worden. Zie hiervoor het hoofdstuk over de invloed van de organen op het gedrag van de mens. In dit hoofdstuk wordt hierop verder gegaan met viertal beelden om duidelijk te maken dat de ene mens heel anders met crises omgaat dan de ander. Vanuit de reguliere bio-psychiatrie begrijpen we dit vooral vanuit het cerebrale stelsel. In de antroposofische menskunde worden ook de organen betrokken bij de manier waarop iemand zus of zo reageert op gebeurtenissen.
 1. De een zegt: "ik pieker de hele dag, ik kom er niet meer uit, draai steeds dezelfde kringetjes in mijn hoofd". Er treden fixaties op en alles zit vast. Geadviseerd wordt om 'uit te waaien', langs het strand te lopen om eens op andere gedachten te komen. Beweging is van belang om het verstarde los te krijgen. Het lichaam dient geritmiseerd te worden waardoor er ruimte ontstaat in de ziel. (Er heerst problematiek vanuit de longsfeer.)
 2. Zo zegt de ander: "ik voel me in het moeras gezonken" Er is sprake van een enorme vermoeidheid, sloomheid en het ene been kan niet voor het andere gezet worden. We noemen dit vaak de vitale depressie, endogene depressie. Een West-Friese uitdrukking is: "hij heeft het op zijn lever". Daarin schuilt enorme wijsheid.
 3. "Ik voel me zo ontzettend geïrriteerd", zegt weer een ander. Over hem wordt gezegd dat ie het op zijn heupen (nieren) heeft. Bij deze mens overheerst de agitatie en het snel aangebrand zijn. Hij wordt overspoeld door vele indrukken, van buitenaf en binnenuit en geeft hieraan verkeerde betekenissen. Dit maakt hem geïrriteerd en soms hypochondrisch. Er wordt vaak gezegd: "doe eens even rustig, ga eens zitten, let nou eens niet op alles wat voorbij komt".
 4. En de vierde zal in zak en as zitten met de levensvraag: "wat heb ik toch in godsnaam gedaan?" Ook kan teruggekeken worden op het leven met de vraag wat hij of zij hiermee toch gedaan heeft (midlifecrisis). Schuldgevoelens spelen op en existentiële vragen houden de ander bezig. Over het gedrag van iemand met een sterk morele inslag wordt wel gezegd dat hij 'het hart op de tong draagt'. En als

iemand over morele zaken tobt kan hij aangemoedigd worden om 'van zijn hart geen moordkuil te maken'. Het hart wordt aangesproken.

Bovenstaande reacties kennen we allemaal en hebben dus ook invloed op hoe indrukken worden opgeslagen. Vraag maar eens bij een gebeurtenis waar vele mensen aanwezig waren, welke herinneringen ze afzonderlijk hebben. De een vertelt iets over de feiten (long), de ander over de stemming (lever), de ander over eventuele emoties (nieren) en de laatste zal iets zeggen of er voor hem wezenlijke of juiste dingen zijn gebeurd of niet (hart). Mede hierdoor wordt de ziel gevuld en kan dit bij overvulling/-belasting leiden tot bepaalde typen stemmingsstoornissen.

C.3. Hoe werkt het ik in deze mens?

Soms kunnen de stemmingsproblemen vooral vanuit deze invalshoek begrepen worden (bijvoorbeeld bij existentiële crisis, forse levensfaseproblematiek, wanhoop over hoe nu verder en de zogenaamde midlifecrisis). Maar ook door bovenstaande dynamiek kan het ik het laten afweten. Het ik kan de regie dan niet meer in handen hebben over de krachten die uit de bovenstaande sferen voortkomen. Om de kwaliteit van het ik meer in beeld te krijgen kan gekeken worden naar het volgende.

- Heeft het ik zich sowieso voldoende kunnen vestigen in de ander? Om te kunnen 'settelen' zijn zeer veel voorwaarden nodig, vanaf de conceptie het leven lang. Zo zijn de omstandigheden van de zwangerschap van belang, de hechtingsmogelijkheden vanuit het kind en vanuit de omgeving gedurende de eerste 18 jaar, de aanwezigheid van ritme, regelmaat en reinheid enzovoorts.
- Het belang van de ontwikkeling van de 12 zintuigen (poorten van de ziel) is in deze context ook zeer groot.
- Heeft het ik de regie? Spreekt uit deze mens een uniciteit, is hij/zij congruent (valt hij samen met wat hij denkt, voelt en wil)?, heeft hij zijn eigen kleur kunnen vinden? Hoe is de persoonsvorming? Loopt deze stabiel of is er juist instabiliteit in het gevoelsleven en impulsiviteit?
- Kan iets gezegd worden over de zogeheten 'ik-inslagen'? Deze zijn bij ongeveer 2 ½ , 9 en 18 jaar. Dit vraagt biografisch onderzoek. Of zijn deze momenten 'verslapen', dat wil zeggen dat er geheel geen herinnering aan is? Op die momenten waren er meestal ontwikkelingsimpulsen en kan iets waargenomen worden van het eigene van deze mens.
- Op bepaalde leeftijden (bij ruim 36 jaar en bijna 73 jaar) is de kosmos voor een gedeelte in een zelfde status quo als bij het geboortemoment van iemand (dat wil zeggen, dezelfde afstanden tussen de sterren en planeten). Dit kan iemand rondom die periode even dichterbij zijn eigen levensopdracht (karma) brengen. Dit worden ook wel de maanknoppen genoemd. Men spreekt ook wel over halve maan knopen bij omstreeks 18 en 55 jaar (zie hierover ook het hoofdstuk over de ontwikkeling van de mens). Kan de ander in herinnering gebracht worden wat er omstreeks die tijd gebeurde? Vaak kan de ander hierdoor op het spoor gezet worden van wat er werkelijk gewild wordt.
- Is er enthousiasme, zijn er idealen en loopt iemand ergens warm voor? Allemaal aspecten die iemand in verbinding kunnen brengen met de kernvraag waarvoor hij op aarde is, waarom hij er toe doet, wat zijn klus is en waarom hij van alles meemaakt (zingeving).

De kernvraag over de stand van zaken omtrent het ik van de ander is dus of het ik van de ander verschijnt en in welke mate? Bovenstaande vragen kunnen dienen om dit te voorschijn te luisteren.

17. D. Behandel mogelijkheden bij een stemmingsstoornis

Ook nu wordt nu uitgegaan van het vierledig mensbeeld. Per wezensdeel worden een aantal behandel mogelijkheden genoemd. In deel I wordt hierop veel uitgebreider ingegaan. Daar wordt naar verwezen.

Het werken aan de hand van de vier wezensdelen ziet er schematisch uit, wat aan de ene kant het voordeel heeft dat je weet wat je kunt doen en waartoe dit dient. Aan de andere kant weven de wezensdelen in elkaar en dienen ze juist niet als losse delen gezien te worden. Laten we dit dus in het oog houden.

D.1 Mogelijke interventies op het gebied van het fysiek lichaam

- Medicatie in de vorm van antidepressiva (werken op de neurotransmissie), medicatie die de hormoonspiegels (desgewenst) beïnvloedt, medicatie die invloed heeft op somatische klachten (b.v. pijnproblematiek), vitaminen en antroposofische medicatie die op de constitutie werkzaam zijn (b.v. bij een teveel uitvloeiende constitutie of juist een te vaste constitutie).
- Voedingsadviezen bij gevoeligheid voor bijvoorbeeld geraffineerde suiker of andere stoffen. Bij eenzijdigheid van de lichamelijke constitutie kunnen ook voedingsadviezen gegeven worden.
- Ergotherapie en euritmitherapie om het 'lichaamsschema' te trainen, wat links-rechts, boven-onder en voor-achter is. Om zo op een fysieke manier de mens evenwichtiger te maken. Dit kan door uitwendige therapie ondersteund worden.
- Behandeling van somatische klachten (bij een sterk versleten knie een nieuw knie aanbrengen bijvoorbeeld).

D.2 Mogelijke interventies op het gebied van de levenskrachten

- Uitwendige therapie (ritmische massage, wikkels, pakkingen, inwrijvingen) om de levenskrachten te activeren.
- Ritme aanbrengen in het slaap-waakritme en het dag-nacht schema.
- Balans in het fysiek drieledig mensbeeld (zenuwzintuigstelsel, ritmestelsel en stofwisselings-ledematenstelsel).
- Joggen, werkzaam op fysieke organisatie (neurotransmissie) maar ook op de levenskrachten.
- Kunstzinnige -, muziek- en euritmitherapie, gericht op de vitalisering en 'op krachten komen'.
- Concentratieoefeningen (waarnemen, gedachten richten).
- Grenzen stellen naar 'ether-vreters' in de omgeving (familie, werk/school en/of buurt).

D.3 Mogelijke interventies op het gebied van de ziel

- Bij sterke onevenwichtigheid op het psychisch gebied van het denken, voelen en het willen kunnen verschillende oefeningen gegeven worden om de balans hierin terug te laten komen, zie het hoofdstuk over het drieledig mensbeeld.
- Indrukken uit het huidige leven kunnen verwerkt worden om uiteindelijk een rustige plek in het leven krijgen. Dit kan op verschillende manieren, middels non-verbale en verbale therapieën. Voorbeelden van verbale therapie zijn gesprekstherapie, psychodynamische therapie, verwerkingstherapie en cognitieve therapie. Non-verbale therapie kan zijn kunstzinnige -, spel-, muziek- en euritmitherapie. In groepen kan ook gewerkt worden aan stabilisatie, verwerking en reïntegratie (de drie stappen in de behandeling van traumagerelateerde problematiek). Deze interventies zijn gericht op de 'pijn' die in de ziel leeft en die voor stagnatie van de ontwikkeling zorgt.

- Vanuit de antroposofische geneeskunst kan er met antroposofische medicatie gewerkt worden die werking heeft op de organen (o.a. inwrijving met een bepaalde olie of middelen om in te nemen).
- Psychotherapie (waaronder psycho-educatie) kan zinnig zijn om de onbegrepen werking vanuit de organen te verklaren en hoe hiermee dient om te worden gegaan (cognitieve gedragstherapie).

D.4 Mogelijke interventies op het gebied van het ik

- De vragen die hiervoor zijn gesteld (C.4) kunnen in gesprekstherapie aan de orde komen waardoor er een biografisch perspectief ontstaat. Er kan op zo'n moment begrepen worden waarom het leven zo is gelopen als dat het is gegaan. Er kan dan ook betekenis en wellicht zin aan gegeven worden. Hierdoor kan er meer contact komen met het eigen levensdoel (karma) en kan er meer grip op het leven ontstaan. Het ik verschijnt in deze mens. Hij is niet alleen maar slachtoffer van de gebeurtenissen maar ook eigenaar van het leven.
- Dit doel kan ook door de therapieën die bij C.3 genoemd zijn ondersteund of zelfs bereikt worden (zoals de non-verbale therapie een betere ingang is, maar toch ook verbaal ondersteund wordt). Als de thematiek van het ik wordt bewerkt gaat het niet alleen maar om de inhoud van de ziel. Het gaat verder. Het gaat het om iets 'groters', om betekenisgeving en zingeving waardoor de gebeurtenissen en/of aanleg voor bepaalde problematiek een plek gegeven kunnen worden.

Het moge duidelijk zijn dat het van belang is om een zo juist mogelijk samengesteld zorgpakket aan te bieden, met een juiste timing voor de verschillende therapieën die alle op de vier wezensdelen werkzaam kunnen zijn. Dit alles werkt genezend.