Tilburg University

Psychotherapie en depressie (slot)

Authors	Oei,T.I.
Published in	Tijdschrift voor Ziekenverpleging
Publication Date	1983
Link	https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/9b013232-cb05-45b3-9623-a25f0b2868af
Citation	Oei, T I 1983, 'Psychotherapie en depressie (slot)', Tijdschrift voor Ziekenverpleging, vol. 36, no. 25, pp. 775-781.
Download Date	2026-02-18 13:32:17
Rights	General rights Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights. - Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research. - You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain - You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal" Take down policy If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

VI.

Psychotherapie en depressie

Gedragstherapie en depressie

In dit veld van de psychotherapie is betrekkelijk veel onderzoek verricht bij depressies. Het zal ons in dit artikel te ver voeren, bij de onderscheiden toepassingen uitvoerig stil te staan. Belangrijk is een aantal basisgegevens. Gedrag kan worden opgevat als een totaal van uit- en/of inwendige elementen bij het individu en zijn omgeving, waardoor cognities, emoties en motorische responsen zijn te analyseren. De gedragstherapie gaat ervan uit dat elke vorm van gedrag kan worden aangeleerd en dus weer afgeleerd. Deze vorm van therapie probeert dan ook depressies te beïnvloeden volgens de volgende methode. Depressies worden vertaald in functionele en gedragsanalytische termen. O.a. wordt ermee bedoeld, dat de hierna te noemen factoren hierbij een rol kunnen spelen. Deze factoren dragen soms niet alleen ertoe bij, dat een depressie bij iemand ontstaat, doch geven ook veelal aanleiding tot andere gedragingen.

Deze kunnen o.a. depressies zowel in positieve als negatieve zin beïnvloeden. Het is dus zaak een heel goede afspiegeling op te stellen van de belangrijkste variabelen bij depressieve patiënten.
Enkele algemene richtlijnen zijn daarbij van belang. Deze zijn gebaseerd op de meest bekende theorieën over depressief gedrag binnen de gedragstherapie:

a. 1. depressie is de resultante van een onderfunctionering van bepaalde bekrachtigers;
2. depressieve patiënten krijgen minder aandacht dan hun gezonde naasten,
3. depressieve mensen ondergaan minder positieve bekrachtigers,
4. depressieven lijken gevoeliger voor aversieve bekrachtigers (Lewinsohn et al., 1978).

b. Depressie resulteert in nutteloze of niet sociaal aangepaste denkpatronen bij mensen (Beck, 1967):
1. een depressieve patiënt voorziet zichzelf van een minteken,
2. een depressieve patiënt kan zijn eigen verworvenheden slechts beschouwen en beoordelen door een zeer kritische en zelfafbrekende houding,
3. een depressieve patiënt kijkt naar de toekomst als naar een zwart gat.

c. Depressie is het gevolg van een reeks van gebeurtenissen bij iemand, die vanaf de kinderjaren niet geleerd heeft er de baas over te zijn, d.w.z. het niet kan controleren (Seligman, 1975).
Toe te passen technieken bij depressies zijn o.a. door Lazarus (1974) uitgewerkt en is door Kwee (1978) verder geïntroduceerd volgens het multimodale type. Dit houdt o.a. in dat er op verschillende niveau's kan worden gewerkt: volgens het codebegrip BASIC-ID: behavior - affect - sensation - imagery - cognitions - interpersonal relationship and drugs.
Aangrijpingspunt van de behandeling vormt het concrete gedrag (behavior). Gelet wordt op situaties die bekrachtigd kunnen worden. Van eenvoudige handelingen

wordt overgegaan naar complexere taken. Niet alleen het aantal bekrachtigers, doch ook de onderscheiden activiteiten passeren de (therapeutische) revue. Op het niveau van gevoel en stemming (affect and sensation) zullen gewenste responsen (b.v. vrolijkheid, kwaadheid, e.d.) worden opgewekt en bekrachtigd. Overtollige angsten kunnen via geëigende technieken, b.v. systematische desensitisatie (imagery) e.d. worden aangepakt. Op het gebied van prikkelherinnering kan gedacht worden aan het volgen en opbouwen van b.v. een hiërarchie van activiteiten zoals van absolute rust via het beoefenen van hobbies naar een volledig werkprogramma.
Inzake cognities (cognitions) kan het denken aan b.v. bepaalde voorstellingen via imaginaire bekrachtigingen tijdsaspecten overbruggen en beïnvloeden.
Sociale interacties (interpersonal relationships) via groepen (b.v. sociale vaardigheidsgroep) kan de patiënt helpen andere (meer positief ingestelde) contacten op te pakken. In een aantal gevallen wordt combinatie met bepaalde (anti-depressieve of anxiolytische) medicatie (drugs) niet uitgesloten.

Cognitieve therapie

Deze vorm van behandeling is er op gericht om gedurende een betrekkelijk korte periode de patiënt te helpen op een meer efficiënte manier om te gaan met de problemen, waar hij zich voor gesteld ziet.
Daarbij wordt uitgegaan van de premisse, dat mensen veelal psychische moeilijkheden hebben op grond van verkeerde denkgewoonten. Als voorbeeld dient het feit, dat mensen vaak gebeurtenissen, ongeacht hun aard, op een zelfkritische wijze, soms ten nadele van de eigen (constructieve) mogelijkheden interpreteren.
Enige uitgangspunten en kenmerkende eigenschappen van cognitieve therapie zijn:
a. Deze behandelingsvorm heeft een eigen theoretische achtergrond en vertegenwoordigt een eigen richting binnen de psychotherapiepopulatie.
b. Cognitieve therapie betreft niet slechts de cognities, doch ook de emotionele belevingen, die ermee gepaard kunnen gaan.
c. Cognitieve therapie maakt gebruik van technieken, die de therapeut – patiënt relatie kunnen verdiepen en vergemakkelijken (de z.g. therapeutische samenwerking).

De achtergronden van cognitieve therapie bij depressies

De theorie die de pijlers schraagt van de cognitieve therapie is door Beck (1967) geïntroduceerd. Beck ging er aanvankelijk van uit, dat depressieve patiënten via de psychoanalytische zienswijze konden worden geholpen door de z.g. droomanalyse. Daarbij ondervond hij, dat het regelmatig terugkerend patroon van thema's van dromen van depressieve patiënten voornamelijk bestond uit o.a. brokjes teleurstelling, krenking, straf, incompetentie of onvoldaanheid. Freud (1917) beschouwde het (morele) masochisme als een indirecte manifestatie van naar zichzelf gekeerde agressie of een directe uiting van zelfbestraffing. Volgens deze gedachten zou het dus mogelijk zijn, dat vooral depressieve mensen een grotere mate van zelfafkeer of schuldbewustzijn zouden vertonen, dan vergelijkbare gezonde mensen.
Beck en Rush (1978) konden dit echter niet bevestigen. Integendeel, het leek erop dat de onderzochte groep depressieve patiënten eerdere *geringere* doses aan op zichzelf gerichte agressie vertonen, vergeleken met de controlegroep. Op zichzelf zou dit nog niet tot een vanzelfsprekend anders luidende interpretatie hoeven te leiden. Immers, depressieve patiënten manifesteren zich in het algemeen als kritiek- en agressiegeremd, ook ten opzichte van de eigen persoon.
Doch Beck vond het niet gewenst om op een dergelijke onderzoekslijn voort te gaan.
Hij sloeg de weg in van een tweetal basale overwegingen:
1. depressie als begrip zou operationeel moeten worden volgens een specifiek psychologische constructie.
2. parameters van een dergelijke aanpak moeten in principe empirisch te toetsen zijn via klinisch onderzoek.
Daarom 'vertaalde' hij de droompatronen van depressieve patiënten in de weerspiegeling van de manier waarop zij in wakende toestand de wereld om zich heen beschouwen. Dezelfde lijn volgde hij met betrekking tot de interpretatie van de negatieve manier waarop depressieve patiënten zichzelf en de toekomst plegen in ogenschouw te nemen.
De essentie van Beck's theorie (1967) is gebaseerd op de mening, dat depressie het resultaat is van stug volgehouden negatief gekleurde visies met betrekking tot de eigen persoon, de toekomst en de wereld om zich heen. Daarbij speelt het begrip cognitie een primaire, alles bepalende rol. Het daaraan inherente (depressieve) gevoel, pleegt daarbij een secundaire functie te vervullen.

Enige praktische zaken bij cognitieve therapie bij depressies

Therapeutisch werkzame elementen van cognitieve therapie bestaan uit gedragsmatige en verbale processen. Deze zijn als volgt gefaseerd:
1. Analyse (= gedetailleerde boekhouding) van (negatieve) cognities en daarmee verwante automatische gedachten en overtuigingen.
2. Onderzoek en toetsing van de betreffende cognities.
3. Het ontwikkelen van alternatieve mogelijkheden van alledaags gedrag.
4. Het signaleren en in kaart brengen van dysfunctionele (en dus te vermijden) gedachtenschema's.
5. Het aanboren van en gestalte geven aan flexibele dag- en werkschema's.

6. het inoefenen van zowel cognitieve als gedragsmatige responsen, welke gebaseerd zijn op de nieuwe schema's.
Uit onderzoek blijkt tot op heden dat een frequentie van 1 à 2 maal een sessie per week noodzakelijk is om lichte tot matig ernstige depressieve mensen enigszins met resultaat te behandelen.
Vooral de behandeling van klinische patiënten zal in het algemeen meer wekelijkse zittingen vergen (Rush et al., 1975).
Verdere gegevens betreffende duur e.d. van een zodanige behandeling zijn nog niet systematisch onderzocht.
Meer onderzoek zal nodig zijn met betrekking tot de vraag in hoeverre het effect van deze vorm van psychotherapie beduidend meer voordelen biedt dan behandeling volgens andere methoden.

Algemene kenmerken van interpersonale psychotherapie (IPT)

Het zal te ver voeren in het kader van dit artikel uitvoerig in te gaan op het hoe en waarom van bepaalde therapeutische stappen. De lezer zij hiervoor verwezen naar, de overigens niet officieel gepubliceerde doch wel te achterhalen handleiding van Klerman et al. (1979).
Uitgangspunten van een dergelijke aanpak zijn:
1. Tussenmenselijke ervaringen uit het gezin van oorsprong zijn van belang voor het functioneren van huidige relaties.
2. De IPT is een kortdurende wekelijkse (totaal 12 à 16 zittingen) vorm van psychotherapie (Damascio et al., 1979), welke gericht is op symptoombestrijding,met het doel om de contactuele mogelijkheden van de patiënt te vergroten.
3. De IPT beoogt niet de structurele verandering van het karakterpatroon van de patiënt te bewerkstelligen.
4. Deze vorm van psychotherapie is een mengmodel van bestaande behandelmethodieken en is m.n. ontwikkeld voor de behandeling van (veelal lichtere vormen van) depressies.
5. Het is mogelijk gebleken deze psychotherapie vorm effectief te combineren met antidepressieve medicatie en er onderzoek over te doen (Weissman et al., 1979).

De praktijk van de IPT bij depressies

Depressieve patiënten zijn in het algemeen erop gericht hun specifieke verschijnselen kwijt te raken. Beter kunnen slapen, bijvoorbeeld, door inname van hypnotica, versterkt het zelfgevoel van juist deze categorie patiënten. Symptoomreductie zal dus één van de eerste doelstellingen zijn van een behandeling; dit geldt voor welke vorm van psychotherapie dan ook.
Men zou deze eerste fase van behandeling kunnen beschouwen als een manier *om een geschikte werkrelatie met de patiënt* op te bouwen. Ook voor de IPT is een dergelijk werkverband van grote waarde.
Bij de IPT van depressies wordt vooral gelet op het:
a. verlichten, respectievelijk opheffen van depressieve verschijnselen;
b. begeleiden van de patiënt, zodat die op meer efficiënte wijze kan omgaan met *tussenmenselijke* problemen en conflicten.
Om bovengenoemde doelstellingen te bereiken, wordt aan de volgende stappen gedacht:
1. Het afnemen van een juiste anamnese, speciaal gericht op het depressief gedrag, zoals eerder genoemd, kan de relatie tussen patiënt en therapeut ten goede komen, ook al zou de therapeut reeds van te voren het een en ander van de patiënt afweten. Deze voorkennis zou bijvoorbeeld verkregen kunnen zijn door informatie van de verwijzende collega.
2. De patiënt wordt zoveel mogelijk door de therapeut gerustgesteld. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door de patiënt te informeren over de 'neiging' van depressieve mensen zich een gevoel van hopeloosheid te geven.
3. Een ander hulpmiddel is, de patiënt het idee te geven, dat hij niet alleen staat met deze ziekte, ook al voelt hij zich veelal verlaten. Dit kan worden bewerkstelligd door de patiënt inzicht te geven in de wijze waarop depressieve beelden zich kunnen manifesteren.
4. Ter aanmoediging kunnen aan de patiënt de volgende zaken worden voorgeschoteld:
a. depressies reageren gewoonlijk wel goed op gerichte behandeling;
b. er is gelukkig een breed scala aan behandelingsmogelijkheden;
c. de betrokken behandeling heeft reeds elders succes opgeleverd;
d. indien de verschijnselen verdwijnen, zullen patiënten zich in het algemeen ook beter voelen en kunnen dan weer als vanouds functioneren;
e. de psychotherapie zal de patiënt inzicht kunnen geven in de redenen waarom hij *depressief is geworden.*

Symptoombestrijding bij IPT van depressies

Hierbij is van belang goed na te gaan, hoe het gevoel van depressie kan worden uitgelokt, respectievelijk versterkt. Indien bijvoorbeeld een patiënte zich juist ongelukkig en verlaten voelt, telkens als een belangrijk persoon, bijvoorbeeld familielid, haar onderwaardeert, kan worden geprobeerd herhaling van dit soort gevoelens te vermijden. Onder meer kan dit door:

a. vermijding van contact met dergelijke mensen,
b. door verandering van opstelling bij genoemde te doen bevorderen, waarover de therapeut dan met deze een informatief gesprek voert.
Sommige patiënten zijn verlamd door de gedachte dat hen 'niets' uit handen komt. Zij kunnen dan misschien worden aangemoedigd hun eisenpakket met betrekking tot de eigen prestatie wat aan te passen aan hun situatie. Dit zal er op neerkomen, dat zij zich tevreden stellen met een geringere prestatiedrang, alsmede een lager gespannen verwachtingspatroon.

Laten we als voorbeeld een vrouw nemen, met startproblemen bij en na het opstaan 's ochtends. In een dergelijke situatie zal het juist zijn een dagprogramma af te spreken, waarbij de meest noodzakelijke werkzaamheden (b.v. eten koken) worden gepland op latere tijdstippen van de dag. In geval van suïcidale patiënten zal het nogal eens nodig zijn een intensieve begeleiding af te spreken, bijvoorbeeld dagelijks contact met de therapeut. In Nederland is deze vorm van psychotherapie (nog) niet ingeburgerd. Dit heeft misschien te maken met het feit dat de IPT een betrekkelijk zwaar 'research' beeld met zich meevoert.

Groepstherapie en depressie

Het uitsluitend behandelen van depressieve mensen met groepspsychotherapie is vrij ongewoon. Nog ongewoner echter lijkt het formeren van groepen van louter depressieve patiënten (Covi et al., 1982). In het algemeen wordt er onderscheid gemaakt tussen techniek en aard van de groepsaanpak:

a. In de Nederlandse praktijk van de groepspsychotherapie zijn twee overwegende stromingen herkenbaar:

1. de groepsanalytische en/of de groepsdynamische techniek (zie o.a. Berk, 1980).
2. de interactionele experiëntiële technieken: dit is een vrij uitgebreide en vaak nogal uiteenlopende groep van afzonderlijke therapievormen, die deels eclectisch, deels technisch-systematisch worden toegepast.

b. De aard van de groepssituatie betreft de

1. open groep: dit is een groep, met regelmatig nieuwe en vertrekkende groepsleden.
2. gesloten groep: hier is doorgaans sprake van een stabiele groepssamenstelling gedurende vele maanden tot jaren.

In de gezaghebbende relevante overzichtsliteratuur (o.a. Yalom, 1980 en Levine, 1982) wordt de depressieve patiënt nauwelijk serieus genoemd als primair indicatiegebied voor groepspsychotherapie. Praktisch zijn er een aantal bezwaren, waarvan ik hier een enkele zal noemen:

a. *De groepssetting is polyform:* dit heeft te maken met de samenstelling. Minimaal omvat een groep zes mensen, soms gemengd, soms niet, meestal bepaald door leeftijdsgrenzen (bv. adolescenten), en in een enkel geval de relationele hoedanigheid (bv. parengroep; zie Nevejan, 1980).

b. *De groepssamenstelling is heterogeen:* dit hangt samen met de problematiek van de (afzonderlijke) groepsleden: eenzaamheidsproblematiek, contact- en relatiestoornissen, identiteitscrises, school- of werkproblemen e.d. In geval van aanmelding van depressieve patiënten voor groepspsychotherapie, dient de therapeut ervoor te waken dat het aantal depressieven in één groep beperkt blijft tot een enkele.

Immers, essentiële aspecten van een harmonisch groeiende groepsontwikkeling zijn zaken zoals het cohesieve krachtenspel, de mate van herkenbaarheid van elkaars gevoelens en gedachten, de mogelijkheid om steun en voorbeeld aan elkaar te ontlenen, e.d.

De verwachting dat depressieve patiënten zich betrekkelijk makkelijk aan genoemde factoren kunnen spiegelen is, uiteraard, begrensd.

Casuistische bespreking van groepsbehandeling bij presuïcidanten

Onze eigen ervaring met uitsluitend depressieve patiënten in een groepsbehandeling is beperkt. Dit heeft m.n. te maken met de beschikbaarheid van noodzakelijke ruimte en staffaciliteiten. In het kader van het doorspreken en bewerken van suicidale gevoelens, gedachten en neigingen werd gebruik gemaakt van een gelegenheidsmoment op de afdeling in de kliniek voor psychiatrie. Vier vrouwelijke patiënten hadden gedurende ruim een week een collectief gevormd welke dagelijks tot in de kleine uurtjes op welhaast provocerende wijze (in de centrale gang) hun a.s. suicide bespraken. De vier pre-suicidanten (waarvan twee anorexia nervosa patiënten en twee (personaal) depressieven) werden gedurende een tweetal weken (met hun instemming) dagelijks een uur in een groep behandeld volgens de Pessomethode (Pesso, 1973). Deel aan de groep namen als leden een verpleegkundige en een assistent.

Het onderzoeksprotocol betrof een therapeutische fase van twee weken, gevolgd door twee weken non-groepstherapie, en tenslotte afgesloten met twee weken behandeling gedurende drie keer per week een uur groep. Het betrof een open studie (geen controle-groep), zonder verdere researchoogmerken. De interviewlijst voor suicidaliteit welke inhoudelijk lijkt op de beoordelingslijst van Beck (1967) werd dagelijks door de behandelaars (1 psychiater en 1 assistent) en door de hoofdverpleegkundige (die zelf geen deel had aan de groepsbehandeling) geëvalueerd.

Conclusies van dit onderzoek (mede gebaseerd op de lijst en op het klinisch rapport van de behandelaars) waren:

1. De patiënten voelden zich gesteund in hun problematiek door de groep.
2. De 'suicidedruk' was na afloop van de behandelingsperiode opvallend verminderd.
3. De gevoelens van machteloosheid en uitzichtloosheid waren toegankelijk voor inzichtgevende benadering.
4. De motivatie tot verdere behandeling en vraag om 'beterschap' was aanmerkelijk toegenomen.

Het ontstaan van de relatie- en gezinstherapie

Alhoewel gewoonlijk de term gezins- en relatietherapie in een adem wordt genoemd, is de praktijk van elke therapievorm uiteraard anders. De genoemde tweeverhouding heeft zijn band vnl. te danken aan de ontwikkeling van psycho-

therapie aan één individu tot psychotherapie aan meerdere individuen (zie overzicht bij Gurman en Kniskern, 1981).
Aanvankelijk werd de pure tweerelatie in de psychoanalytische zin gehandhaafd (therapeut en patiënt) en schoorvoetend uitgebreid tot een apart contact met de meest belanghebbende, c.q. de partner. Zoals Satir (1981) het zelf uitdrukte, was partner relatietherapie in het begin niet anders dan een vorm van over en weer spreken van de therapeut en de partners in aparte sessies. Later werden de twee partners tegelijk door dezelfde therapeut gezien en van lieverlee werd dan ook het totale gezin erbij gehaald, d.w.z. kinderen, en eventueel inwonende grootouder(s).

De bijdrage van de relatietherapie aan de behandeling van depressies

Tot nog toe zijn de meest toegepaste relatietherapieën vooral gebaseerd op het psychodynamisch model. Voorbeelden hiervan zijn o.a. te vinden bij Dicks (1967), Forrest (1969) en Willi (1975 en 1978). De kern van deze technieken vindt zijn basis in de object-relatietheorie zoals o.m. is uitgewerkt door Fairbairn (1952 en 1963). De oraal-dependente relatie zou in zijn meest inadequate vorm, t.w. de collusie (Dicks, 1963, 1967; Willi, 1975) depressogene ontwikkeling nu of later in de hand werken.
De zorg-verzorg dyade beïnvloedt dan ook de individuele gesteltenis en kan mensen met passief-afhankelijke persoonlijkheid 'rijp' maken voor een depressie.
De relatietherapie is volgens deze zienswijze er in eerste instantie op gericht de wederzijdse afhankelijkheid tussen partners terug te brengen tot conflicten met een intrapsychische oorsprong. Waarom gedraag ik mij als partner net zo gewillig als destijds met moeder (of vader)? Dit soort vragen passeren in de therapie bij partners waarvan depressie het probleem is regelmatig de revue.

De relatie tussen systeemtheorie en gezinstherapie

Binnen de systeemtheorie fungeert een aantal basale begrippen, die van groot belang zijn voor de meer bekende toepassingsgebieden van de gezinstherapie. Er bestaan open en gesloten systemen. Dit zijn functionele eenheden, die respectievelijk wel en geen open communicatie onderhouden met omgevingsvariabelen. Een gezin functioneert doorgaans volgens een open systeem: er zijn terugkerende contacten met de buitenwereld. Een kluizenaarsgemeenschap vertoont kenmerken van een gesloten systeem: voor het in stand houden ervan zijn geen regelmatige interacties met de omgeving noodzakelijk. De homeostatische kracht is die grootheid, welke ertoe dient om een functionerend systeem via allerlei regelmechanismen (waaronder het terugkoppelingseffect) in een betrekkelijk dynamisch evenwicht te houden.
Indien in een gezin een ouder zich in dysfunctionerende zin gedraagt (bv. door ziekte), dan zullen op basis van o.a. terugkoppelende krachten zich veranderingen voordoen. Deze komen erop neer dat het gezin het bestaande evenwicht tracht te behouden, bv. doordat bij ziekte van moeder ervoor wordt gezorgd dat er gezinshulp komt.
Als centraal begrip komen we in de systeemtheorie tegen het z.g. circulaire denken. Dit is een manier van omgaan met de realiteit om ons heen, waarbij sprake is van terugkoppeling bij interacties tussen mensen, subsystemen (bv. kinderen en ouders) en systemen (bv. het gezin en de maatschappij). Het circulaire denken staat tegenover het z.g. lineaire denken: dit is het hanteren van het oorzaak – gevolg principe: tuberculose wordt veroorzaakt door de t.b.c.-bacil.
Als voorbeeld van circulair procesdenken geven we de situatie van een school-fobisch kind in een gezin van ouders en twee kinderen: Piet (het betrokken kind) en Ans. Tussen de ouders blijkt uit de eerste twee gesprekken nogal wat onenigheid en relationeel wanbegrip enerzijds, en passieve terughoudendheid en afwending van Piet anderzijds. Nu kan hieruit gedestilleerd worden dat Piet meer neigt tot afwending, naarmate de ouders het meer oneens met elkaar zijn; omgekeerd naarmate Piet zich meer afwendt, zetten de ouders zich meer tegen elkaar af. Dit besproken gedrag – inclusief het terugkoppelingsverschijnsel (waardoor er homeostase is in het gezinscommunicatiepatroon) – is een voorbeeld van het circulair denkmodel in de gezinstherapie.

Toegepaste gezinstherapie

In Nederland worden verschillende vormen van gezinstherapie beoefend. Dit heeft onder meer te maken met factoren zoals:
a. Bij welke innovator heeft de opleiding van de therapeut plaatsgehad.
b. Welke aanpak ligt het meest in de persoonlijke smaak en stijl van de therapeut.
c. Om welke patiënten gaat het en wat voor soort problemen zijn dan aan de orde.
We komen dan globaal op de volgende richtingen:
1. De intergenerationele methode, welke aanleunt tegen de psychodynamische zienswijze. Naast Bowen is vooral de contextuele gezinstherapie van Boszormenyi-Nagy (zie o.a. van Heusden en van den Eerenbeemt, 1983) hier te lande bekend.
2. De leertheoretische richting (o.a. Patterson, 1973, Patterson & Gullion, 1973).
3. De strategische vorm van gezinstherapie, met o.a. Watzlawick, Weakland, Sluzki en Haley (1978).
4. De cybernetische richting. Prototype hiervan is de Milanese School met als geprofileerde representant Selvini-Palazzoli (1979).
5. De structurerende gezinstherapie met o.a. Minuchin (1973), Montalvo en Aponte.
6. De experiëntiële gezinstherapie. Belangrijke vertegenwoordigers zijn Whita-

ker en Satir (zie ook de vrij aparte aanpak van Kempler (1978, en 1982).

Gezinstherapie en depressie

In het kader van dit artikel zullen we ons beperken tot het in grote lijnen beschrijven van een methode die zich met de behandeling van depressies bezighoudt.
De techniek is door Hendrickx (1983) ontwikkeld op basis van de structurerende en de strategische gezinstherapie en verder met betrekking tot het behandelen van depressies nader uitgewerkt (Oei en Hendrickx, 1983; Hendrickx en Oei, 1984).
De gebruikte methode is gebaseerd op een gecombineerde toepassing van de structurerende techniek en de strategisch-cybernetische vorm volgens de Milanese School. De structurerende techniek steunt op de principes van de algemene systeemtheorie. De Milanese gezichtspunten vinden hun wortels in de systeemtheorie en de cybernetica. De structurerende aanpak concentreert zich vooral op vastgelopen en moeilijk te bewegen gezinsinteracties. Via directieven wordt m.b.v. huiswerk een verandering in de vastgeroeste relaties beoogd.
De Milanese aanpak legt vooral het onderzoekend oog op de mogelijkheden van verandering binnen het gezinssysteem. Vrij kenmerkend voor deze houding is het z.g. circulair interviewen. Hierbij wordt aan een bepaald gezinslid gevraagd het (objectief waar te nemen) gedrag van een medegezinslid of de (waargenomen) relationele context van twee andere gezinsleden te omschrijven. De neutraliteit van de therapeut(en) wordt zodoende gewaarborgd. Tevens wordt tijdens het interview met het gezin gestreefd naar een positieve labeling van het (probleem) gedrag.
De methode van Hendrickx en Oei (1984) begeeft zich op het terrein van diagnostiek, evaluatie en therapie van depressief gedrag in gezinnen. Groot belang wordt gehecht aan diagnostische uitgangssituaties, waardoor een zekere vorm van evaluatie mogelijkheid tijdens en na de behandelingsfase kan worden gegarandeerd. Indien noodzakelijk wordt ook gebruik gemaakt van antidepressieve medicatie.
Bij 'doorsnee gezinnen' zal met de structurerende methode kunnen worden volstaan. In geval van rigide patronen waarbij onuitgesproken problemen, wortelend in gevestigde machtsblokken binnen het gezinssysteem, duidelijk worden, kan de Milanese aanpak van node zijn. Er wordt dan gebruik gemaakt van de paradoxale intentie, waarbij verbetering wordt beoogd via het incompetent verklaren van de therapeut t.o.v. het gezinssysteem. De therapeut probeert aan het gezin een alternatieve oplossing aan te bieden.
In een aantal gevallen zal het gezin uit vrees weer een andere therapeut te moeten consulteren kiezen voor de genezing, waarbij het zaak is dat de therapeut ook daarna zijn eigen tekortkoming blijft benadrukken, tot in het consequente toe.

Enkele conclusies

1. Psychotherapie is een gecompliceerde discipline, waarbij variabelen zoals specifieke deskundigheid, persoonlijke bagage en wetenschappelijke attitude de therapie prognose wezenlijk beïnvloeden.
2. Depressies zijn in het algemeen – de meest mutistische vormen uitgezonderd – toegankelijk voor psychotherapie.
3. De op de voorgrond staande intrapsychische resp. interpersoonlijke conflicten zijn in grote mate richtinggevend voor de keuze van de psychotherapievorm in geval van depressies.
4. Bij vitale depressies functioneert psychotherapie aanvankelijk als adjuvans voor de antidepressieve medicatie. In de reconvalescentiefase kan psychotherapie bij uitstek zijn aangewezen.
Bij personale depressies is psychotherapie bijvoorbaat geïndiceerd, terwijl medicamenteuze (anxiolytische) behandeling zo nodig kan worden overwogen.

Literatuur

Arieti, S. (1977), Psychotherapy of severe depression, Am.J.Psychiat. 134: 864-868.
Arieti, S., Bemporad, J. (1978), Severe and mild depression, New York: Basic Books.
Beck, A. T. (1967), Depression: clinical, experimental and theoretical aspects, New York: Hoeber.
Beck, A. T., Rush, A. J. (1978), Cognitive approaches to depression and suicide. In: G. Serban (ed), Cognitive defects in development of mental illness, New York: Brunner/Mazel.
Berk, T. J. C. (1980), Groepsanalytische psychotherapie, Deventer: van Loghum Slaterus.
Covi, L., Roth, D., Lipman, R. S. (1982), Cognitive group psychotherapy of depression: The close-ended group, *Am.J.Psychiat., 36, 4: 459-469.*
Davanloo, H. (1978), Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy, New York: Spectrum.
Dicks, H. V. (1963), Object relations theory and marital studies. Brit.J.Med.Psychol., 36: 125-129.
Dicks, H. V. (1967), Marital tensions: Clinical studies towards a psychological theory of interaction, London: Routledge and Kegan Paul.
Dimascio, A., Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Neu, C., Zwilling, M., Klerman, G. L. (1979), Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression, Arch.Gen.Psychiat., 36: 1450-1456.
Fairbairn, W. R. D. (1952), Psychoanalytic studies of the personality, London: Tavistock Publications.
Fairbairn, W. R. D. (1963), Synopsis of an object relations theory of the personality, Int. J. Psychoanal., 44:224-225.
Forrest, T. (1969), The combined use of material and individual therapy in depression, Contemp.Psychoanal., 6: 76-83.
Freud, S. (1946), Trauer und melancholie. In: Gesammelte werke, London: Imago.
Gurman, A. S., Kniskern, D. P. (1981), Handbook of family therapy, New York: Brunner/Mazel.
Haley, J. (1978), *Directieve gezinstherapie, Haarlem:* de Toorts.
Hellinga, G. (1979), Het heersende type: de psychologie van Adler en de hedendaagse psychotherapie, Meppel: Boom.
Hendrickx, J. J. P. (1983), Het structureel-strategisch model in de gezinstherapie, T.v.Psychoth., 9, 3: 130-139.
Hendrickx, J. J. P., Oei, T. I. (1984), Depressieve moeders: diagnostiek en gezinsbehandeling. In druk.
Heusden, A. van., Eerenbeemt, E. van den. (1983), Ivan Boszormenyi-Nagy en zijn visie op individuele en gezinstherapie. Haarlem: de Toorts.
Jonghe, F. E. R. E. R., de. (1982), Uit de theorie en de praktijk van de psychoanalyse. In: Psychotherapie, H. M. v.d. Ploeg (ed), Alphen a/d Rijn: Stafleu.
Jonghe, F. E. R. E. R., de. (1983), Randvoorwaarden voor het uitoefenen van psychotherapie, T.v.Psychoth., 9, 4: 167-171.
Kempler, W. (1978), Gestalttherapie voor het gezin. 3e druk, Haarlem: de Toorts.
Kempler, W. (1982), Ervaringsgerichte Gezinstherapie. Haarlem: de Toorts.
Klerman, G. L., Rounsaville, B., Chevron, E., Neu, C., Weissman, M. M. (1979), Manual for short-term interpersonal psychotherapy (I.P.T.) of depression. Ongepubliceerd manuscript.
Kuiper, P. C. (1965), Controversen, Arnhem: van Loghum Slaterus.
Kuiper, P. C. (1980), Verborgen betekenissen. Deventer: van Loghum Slaterus.
Kwee, M. G. T. (1978), Gedragstherapie en neurotische depressie. In: J. W. G. Orlemans et al. (red), Handboek voor gedragstherapie, C. 2-1 t/m C. 2-48, Deventer: van Loghum Slaterus.
Lazarus, A. A. (1974), Multimodal behavioral treatment of depression. Behav.Ther. 5: 549-554.
Levine, B. (1982), Groepspsychotherapie: Praktijk en

ontwikkeling, Deventer: van Loghum Slaterus.
Lewinsohn, P. M., Amenson, C. (1978), Some relations between pleasant and unpleasant moodrelated activities and depression, J.Abnorm.Psychol., 87: 644-654.
Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L. (1975), Comparative studies of psychotherapies, Arch.Gen.Psychiat., 32: 995-1008.
Malan, D. H. (1963), A study of brief psychotherapy, New York: Plenum.
Malan, D. H. (1976), The frontier of brief psychotherapy, London: Plenum.
Minuchin, S. (1973), Gezinstherapie, Utrecht: Spectrum.
Mooy, A. W. M. (1982), Psychoanalyse en regels, Meppel: Boom
Nevejan, M. (1980), Kenmerken van een groepstherapie voor partners, 43-45. In: Groepstherapie voor partners, G. de Bruin en M. Nevejan. Deventer: van Loghum Slaterus.
Oei, T. I., (1983), Enkele ontwikkelingen omtrent de depressie, T.v.Ziekenverpl., 4: 105-109.
Oei, T. I., Hendrickx, J. J. P. (1983), Mothers suffering from major depressive illness, A preliminary report, World Congress of Psychiatry, Abstracts, Vienna.
Orlemans, J. W. G. (1976), Inleiding tot de gedragstherapie, Deventer: van Loghum Slaterus.
Patterson, G. R., Gullion, M. E. (1973), Problemen met kinderen, 3e druk. Nijmegen: Dekker & van de Vegt.
Patterson, G. R. (1973), Opvoedingsproblemen in het gezin, Nijmegen: Dekker & van de Vegt.
Pesso, A. (1973), Experience in action, New York: University Press.
Rush. A. J. (1975), The why's and how's of diagnosing the depression, Biol.Psychol.Bull. 4: 47-61.
Satir, V. (1981), Workshop, Bussum.
Seligman, M. E. P. (1975), Helplessness: On depression, development and death, San Fransisco: Freeman.
Selvini-Palazzoli, M. (1979), Paradox en tegenparadox, Alphen a/d Rijn: Samsom.
Sifneos, P. E. (1972), Short-term psychotherapy and emotional crisis, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
Sifneos, P. E. (1979), Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and Technique. New York: Plenum.
Soudijn, K. (1982), Kwaliteit van psychotherapie, Meppel: Boom.
Weissman, M. M. Prusoff, B. A., Dimascio, A., Neu, C., Gohlaney, M., Klerman, G. L. (1979), The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes, Am.J.Psychiat., 136: 555-558.
Werkgroep Psychotherapie (commissie Verhagen, 1980), Advies inzake een beleid voor psychotherapie, eindrapport, Staatsuitgeverij.
Willi, J. (1975), Die Zweierbeziehung, Hamburg: Rowohlt.
Willi, J. (1978), Therapie der Zweierbeziehung, Hamburg: Rowohlt.
Yalom, I. D. (1980), Groepspsychotherapie in theorie en praktijk, Deventer: van Loghum Slaterus.