

Dick



Tijdschrift voor directieve therapie

Jaargang 14
Nummer 1
Januari 1989

TIJDSCHRIFT VOOR DIRECTIEVE THERAPIE

JAARGANG 14, NUMMER 1

JANUARI 1989

Redactie:HETZELFDE.

Ten geleide = (1)

R. Van Dyck, Gaat psychotherapie
vooruit? • (3)

C.A.L. Hoogduin, Taxatie in het
psychotherapie-onderzoek⁽¹¹⁾ • K. van der
Velden, Van Marle Weet Het⁽¹²⁾ • D.
Oudshoorn, Tussentijds verslag
bedplasproject Dordrecht⁽¹⁶⁾ • A. Lange &
L. IJzerman, Relaties en depressie • (23)
Drs. M. Reinders & C.A.L. Hoogduin, De
behandeling van een patiënt met het
syndroom van Meige⁽⁵⁴⁾ • C.A.L. Hoogduin,
M. Akkermans & I. Hopman, Uit de
krochten van de psychiatrie: Awakenings⁽⁶³⁾
• C.A.L. Hoogduin & J. Arends, Uit de
krochten van de psychiatrie, Onbegrepen
slaperigheid en het secundaire syndroom
van Meige⁽⁷⁰⁾ • A. Lange et al., Brieven van
Groningen naar Amsterdam v.v.⁽⁷⁴⁾ • A.
Lange, Bibliothotherapie 2⁽⁸²⁾ • K. van der
Velden, Is het Geven van Medicatie bij
Angststoornissen een Schoftenstreek? (88)

TEN GELEIDE

Een gelukkig Nieuwjaar, trouwe lezer! (En ook U een gelukkig 1989, trouwe meelezer!)

Wanneer U de bijdragen van Uw collega's in verband brengt met hun persoonlijke aard en karakter, zal het U opvallen hoezeer zij in hun werk op een of andere wijze dit eigen karakter aanbevelen. 't Is wonderlijk dat dit blijkbaar met een zekere wetenschappelijkheid kan samengaan. Hier en daar helpen wij U het verband te preciseren.

Gaat Psychotherapie Vooruit?, het openingsartikel van Van Dyck, is een zelfportret. Het stuk is ingehouden, redelijk, en dwingend. 't Is duidelijk dat wij moeten gaan denken als de auteur.

Assessment in Pschotherapy Research illustreert de opvatting van de auteur (Kal dus) dat pietepouterigheid en kleinzieligheid voortvarende oplossingen in de weg staan.

Dit pietepouterige, misschien wel kleinzielige komt prachtig tot zijn recht in de column-achtige bijdrage Van Marle Weet Het van de hand van Van der Velden.

Wij wedden dat de redacteuren van dit Tijdschrift Oudshoorns werk steeds probleemloos kunnen herkennen, zelfs wanneer de zo karakteristieke typografie hieraan zou ontbreken. Tussentijds Verslag Bedplasproject Dordrecht, luidt de titel van het artikel dat hij voor TDT afstond. Wij vroegen ons een ogenblik af of het ziekenhuis van deze redacteur ook naar dit project was genoemd. Oudshoorn, we moeten het maar ronduit zeggen, is gewoon altijd een 'gemodificeerd analyticus' gebleven, om de eenvoudige reden dat hij als vanzelf mythologisch en dramatiserend denkt.

Discretie verbiedt ons om in te gaan op het verband tussen Lange's visie op huwelijk en somberheid en zijn persoonlijk leven. 'Als je van tijd tot tijd een prima truitje koopt en een eindje fietst', lijkt hij te willen zeggen, 'dan hoeft je er niet aan onderdoor te gaan. Zeker niet als je ook nog een pijpje kunt roken bij zo'n fijne poes als Gijs.'

Wonderlijk, de bijdragen van Drs. M. Reinders voor Dth hangen van taalfouten en slordigheden aan elkaar, maar wat hij naar TDT inzendt is juist waanzinnig knap. Wij wisten bijv. niet eens dat we oromandibulaire

spieren hadden! Het Syndroom van Meige is overigens wat Jenner heeft. Wij meenden altijd dat Jenner zo kijkt omdat hij denkt dat hij Jezus is. Dit is dus niet zo, al denkt hij dat wel.

Awakening van Kal is de beschrijving van de redding van een neurologisch patiënt.

Onbegrepen Slaperigheid En Het Secundaire Syndroom Van Meige is ook het verslag van een redding.

De lezer zou niet graag in het instituut verblijven waaruit en waarin de door Kal beschreven patiënten gered moesten worden.

Lange biedt een overzicht van zijn correspondentie met een Groninger. Het is een studie in cultuurverschillen geworden.

Minder, als wij het mogen zeggen, is Bibliothérapie 2. Dat ligt niet aan Lange. De titels van de door Lange opgesomde boeken zijn niet goed te verdragen. Het lijkt ons zeker niet karakteristiek voor mensen met depressies dat zij speciaal op dode vogels letten. Laat Uw patiënten lezen: Kees de Jongen, Bekentenissen van Zeno, Zo maakt U vrienden en goede relaties, Oblomov. *

Van der Velden ten slotte schreef het eerste deel van wat blijkbaar een monumentale bijdrage over de behandeling van angststoornissen moet worden.

Ettelijke vergaderingen geleden, toen wij de loopbaanontwikkeling van de toppers onder ons even mochten laten rusten, ging het gesprek over de verhouding tussen beschouwelijke publikaties en verslagen van onderzoek. Van der Velden pleitte voor beschouwelijke artikelen, Van Dyck toonde zich voorstander van meer publikaties over onderzoek. Het gesprek ging weer verder over carrièreplannen en behaalde successen, en over het schrijfwerk van degenen die zich niet met onze toppers kunnen meten. Van der Velden merkte voorzichtig op dat het Tijdschrift voor Psychiatrie veel van dergelijk werk bevat. 'Allemaal beschouwelijke stukken', zei Van Dyck, die ten onrechte meent dat hij niet gevat is, onmiddellijk. 'Daar mogen er dus best wat minder van geschreven worden.'

Pas op weg naar huis werd Van der Velden duidelijk dat Van Dycks conclusie helemaal niet zo logisch is.

Van der Velden vroeg ons of wij dit wilden doorgeven, namens hem.

De Hoofdredacteur

by sch. moerlyk leden

* en ook: H S Kaplan, 't breij
van Nolen by depressie, ten
ontgorekuning van Elsschot by
dergende rancune in het huwelyk.

Gaat psychotherapie vooruit?

Richard Van Dyck

Inleiding

Aanleiding tot deze overdenkingen was de toezending door de goede en erudiete Kees van der Velden van een fragment uit "Oorlog en Vrede" van Tolstoj waarin beschreven wordt hoe doktoren zich verdienstelijk maakten bij de ziekte van de romanfiguur Natasja. Haar symptomen waren "gebrek aan eetlust, slapeloosheid, hoest en diepe moedeloosheid" en haar ziekte was het gevolg van een amoureuze misstap die zij zichzelf niet kon vergeven. Zonder deze aanleiding te kennen schreven de doktoren pilletjes voor die op vastgestelde momenten moesten worden ingenomen; zij verkondigden leefregels, zodat moeder Rostow de kans kreeg haar dochter te beknorren als zij zich niet strikt aan deze adviezen hield en zij stelden een gunstige prognose in het vooruitzicht.

Tolstoj stelt dat de doktoren de ziekte van Natasja niet kenden, maar dat hun behandeling niettemin zinvol en onmisbaar was, op dezelfde manier zoals het voor een kind

dat zich gestoten heeft belangrijk is dat de moeder de buil afzoent en wrijft.

Deze mechanismen staan tegenwoordig bekend als het placebo-effect en het is opmerkelijk dat in de belletrie van de vorige eeuw al een dergelijke heldere weergave te vinden is. Tolstoi poneert dat er altijd pseudo-genezers, wijze vrouwen, homeopathen en allopathen nodig zullen zijn om te voldoen aan de menselijke behoefte aan verlichting en sympathie.

Tegen de achtergrond van deze duidelijke visie kan men zich afvragen of de psychotherapie het in zich heeft om meer te bieden dan de raad van wijze vrouwen en van pseudo-genezers. In hoeverre psychotherapie op dit moment het placebo-effect overtreft was het onderwerp van een eerdere beschouwing, bij de lezers van TDT voldoende bekend. Ik wil mij nu wagen aan de eerste stappen van een nieuw thema: de vraag of vooruitgang op het terrein van psychotherapie mogelijk is en, zo ja, hoe die vooruitgang er uit zou zien. Opmerkingen en suggesties bij deze eerste aanzet stel ik zeer op prijs. Evenwichtig is dit stuk niet geworden. Mede onder invloed van de tijdsdruk kwamen er nogal ongenueanceerd geformuleerde uitspraken uit de tekstverwerker. Maar misschien is dit voor de discussie juist aardig.

psychotherapie als kunst

Er is een categorie van psychotherapeuten, vooral van de psycho-analytische orientatie, die psychotherapie

beschouwt als een kunst. Dit standpunt maakt de vraag naar een mogelijke vooruitgang eenvoudig te beantwoorden: kunst verandert, is voortdurend in ontwikkeling, kan weliswaar stagneren, maar het is niet zinvol om van vooruitgang te spreken. In deze redenering past dat de eigenlijke effecten van psychotherapie niet meetbaar zijn omdat ze strikt individueel zijn en dat de opleiding tot "een goede therapeut" niet mogelijk is omdat de essentiële vaardigheden niet overdraagbaar zijn.

Dit standpunt is tegenwoordig minder populair. Ik vermoed dat dit o.a. samenhangt met de eis van "accountability". Psychotherapie is een verstrekking waar vergoeding voor gegeven wordt en waar dus in principe resultaten van mogen verwacht worden. Het staat erg zwak om in een dergelijke discussie alleen te verwijzen naar de artistieke waarde van zijn bezigheden en subsidie voor deze kunstvorm te bepleiten.

Dit neemt niet weg dat een esthetische component aan psychotherapie wel degelijk te onderscheiden valt. Er zijn therapeuten die van een sessie een boeiende gebeurtenis kunnen maken en sommige auteurs slagen erin hun gevalsbeschrijvingen zo fraai op papier te zetten dat ze een genoegen zijn om te lezen. Milton Erickson is ongetwijfeld een van de beste voorbeelden van deze psychotherapeutische kunstenaars en in de kring van directieve therapie heeft altijd een traditie bestaan om de esthetische component van therapie en verslaglegging te waarderen en te cultiveren.

Een tweede stellingname van de "artistieke school", namelijk dat er verschillen in vaardigheden zijn tussen behandelaars, waar met opleidingen en workshops weinig greep op te krijgen is, wordt in ieder geval door supervisorische activiteiten ondersteund: mij is duidelijk dat sommige supervisanten er nooit veel van terecht zullen brengen terwijl anderen als natuurtalenten beschouwd moeten worden. Dat er een verschil in talent zou bestaan, betekent natuurlijk nog niet dat we met een kunstvorm te maken hebben. Ook voor lange-afstandslopen bestaan er verschillen in aanleg die met cursussen en trainingen niet geheel te overbruggen zijn.

Belangrijker dan de aanwezigheid van een artistieke component en verschillen in talent bij de beoefenaars van psychotherapie is de vaststelling dat bepaalde therapeutische effecten wel degelijk meetbaar zijn gebleken. Hoewel algemeen wordt aangenomen dat nog veel meetproblemen bevredigend opgelost moeten worden, is inmiddels een hoeveelheid onderzoeksgegevens beschikbaar gekomen die niet meer genegeerd kan worden. Voor zover psychotherapie toegankelijk is voor kwantitatief evaluatie-onderzoek betekent dit dat naast de eventuele artistieke kant ook sprake is van aspecten waarvoor het denken in termen van vooruitgang wel relevant kan zijn.

psychotherapie als toegepaste wetenschap?

Deze opvatting is afkomstig uit gedragstherapeutische kringen: gedragstherapie zou de systematische toepassing

zijn van leertheoretische principes die in laboratoriumexperimenten zijn verkregen. Terecht is op deze stelling de kritiek geuit dat dit een veel te rooskleurige voorstelling is. In plaats van een "systematische toepassing" kan men beter spreken over (soms gezochte) analogieën en het is geenszins zeker dat de beoogde leertheoretische principes ook de werkzame ingredienten zijn. Voor de rest van de psychotherapie is het uiteraard nog droeviger gesteld. Hoewel het streven tot toepassen van empirisch getoetste principes toe te juichen is, is dit een typering die voor de praktijk van psychotherapie beslist prematuur te noemen is.

obstakels voor vooruitgang

De laatste jaren is het aantal psychotherapievormen geweldig opgebloeid. Deze explosie heeft geen vooruitgang meegebracht; ze heeft alleen zichtbaar gemaakt hoe gebrekkig de tradities zijn die in de psychotherapeutenwereld heersen. Enig charisma en een paar ongecontroleerde beweringen over het functioneren van de mens blijken al voldoende om een nieuwe psychotherapieschool te vestigen. Afkeer van een empirische benadering maakte voor vele psychotherapeuten een deel uit van de motivatie voor hun beroepskeuze, zo lijkt het soms wel. De blijvende populariteit van de psycho-analytische school, met de traditie van apodictische leerstellingen over diepzinnigheden illustreert dit.

8

De door Tolstoi gesignaleerde eeuwige menselijke behoefte om de buil de laten wrijven en afzoenen maakt niet kieskeurig, zoals men bijvoorbeeld kan beluisteren in de uitzendingen van "het zwarte gat" van radio Veronica. Mensen die het verder niet breed hebben blijken af te reizen naar de Philippijnen om zich daar te laten behandelen met "psychische chirurgie". Dit bestaat eruit dat een oplichter met zijn blote hand over zieke lichaamsdelen wroet en daarbij een rode vloeistof doet vloeien en stukjes weefsel verwijdert - in de weinige gevallen dat het lukte om dit te onderzoeken bleek het te gaan om kippeweefsel- en zonder achterlating van een litteken de huid over het "geopereerde" weer sluit. Ook hier heeft de Riagg gefaald.

mogelijke vormen van vooruitgang

Het evaluatie-onderzoek heeft aan het licht gebracht dat het niet eenvoudig is om het placebo-effect duidelijk te overtreffen. Alleen voor de bestrijding angststoornissen met exposure en voor pijnbehandeling met relaxatie is dit totnogtoe duidelijk aangetoond. Pogingen om meer werkzame technieken te ontwikkelen met de huidige geringe kennis van de psychopathologie is wellicht een weinig kansrijke aanpak. Op termijn, met een toename van de kennis over onderliggende processen zal dit waarschijnlijk beter lukken.

De belangrijkste mogelijkheid tot vooruitgang op dit moment lijkt te bestaan uit het opgeven van foutieve en

onproductieve modellen. Het inleveren van oude schoenen voor de nieuwe verworven zijn is echter ongebruikelijk en onverstandig. Een algemene factoren-model als dat van Jerome Frank kan voor sommigen de functie van "kapstok" vervullen, voor velen is het wellicht niet diepzinnig genoeg.

tot besluit

Ik zou er niet van opkijken als binnenkort blijkt dat paniekaanvallen zelden of nooit door hyperventilatie worden veroorzaakt en dat excercities met de plastic zak allen een manier waren om de duur van de paniekaanval te structuren in plaats van te couperen. Gelukkig werden inmiddels Fevarin en Tofranil ontdekt!

Veel omzichtigheid lijkt geboden bij het aanbieden van verklaringen en rationales om een behandeling in te kleden. Waar kunnen we ons op richten om geen schade te berokkenen en het natuurlijke herstel niet onnodig te vertragen?

Ik zie de volgende drie aandachtspunten:

- een correcte, vriendelijke bejegening. Er is zeer zelden een reden om daar van af te wijken.
- het helpen voorkomen van vermijdbare fouten. Meestal verschaft het gezonde verstand daarbij de beste richtlijnen.
- doen toenemen van vaardigheden. Het leren van relaxatie, sociale vaardigheden, onderhandelen etc, zal zelden iemand kwaad doen en kan ook later nog aardig van pas komen.

Uiteraard zijn verschillende vaardigheden niet even relevant voor verschillende klachten.

Leertherapie is voor dit psychotherapiepakket niet nodig.

Wanneer bepaalde meetinstrumenten ten behoeve van het meten van het behandelingsresultaat worden gekozen, is het van belang zich te realiseren wat met behandelingsresultaat wordt bedoeld. Wanneer een patiënt met agorafobie daarnaast huwelijksproblemen heeft, zal bij onderzoek naar behandeling van de agorafobie in eerste instantie beoordeeld moeten worden of de behandeling geleid heeft tot een vermindering van de fobische klachten. Het meten van de huwelijkssatisfactie, het algehele welbevinden, medische consumptie of sexuele belevenissen zijn ook interessant. Mogelijk zijn deze variabelen ook veranderd gedurende de behandeling, maar de relatie met de strategie zou diffuus kunnen zijn. Tenzij natuurlijk vertrokken zou zijn vanuit de hypothese dat partnerrelatietherapie of een verbetering van het sexuele leven zouden leiden tot een afname van fobisch gedrag. In dat geval lijkt ook het meten van de huwelijkssatisfactie zinvol en noodzakelijk. Immers binnen die hypothese leidt een verbetering van de huwelijkssatisfactie ten gevolge van partnerrelatietherapie tot een vermindering van de fobische klachten. Nog ingewikkelder wordt het wanneer de hypothese zich alleen bezig houdt met psychodynamische uitgangspunten. In die gevallen gaat het in eerste instantie niet om de fobische klacht maar om de diverse neurotische mechanismen. Er zou op grond van psychodynamische criteria over een succes gesproken kunnen worden zonder dat de patiënt één stap op straat durft te zetten.

Van belang zijn dus: hypothese-formulering, theoretische uitgangspunten, doelstellingen van de behandeling en vervolgens de constructie van een goed meetinstrumentarium.

Goed meetinstrumentarium is niet direct voor handen. Kazdin (1986) geeft een opsomming van de diverse mogelijkheden, namelijk het standpunt van de patiënt, van de relevante anderen, de therapeut of de onafhankelijke assessor, maar ook hoe wordt de informatie verkregen: door vragenlijsten, zelfregistratie, scoring van bepaalde gedragingen en psycho-fysiologische maten. Eigenlijk zou er een standaard-batterij voor assessment gebruikt moeten worden. Maar niet voor ieder probleem zouden alle meetinstrumenten nodig zijn en het is nogal wat om dat bij al het onderzoek toe te passen.

Samengevat zijn er heel wat mogelijkheden om het resultaat van psychotherapie te meten. Zie tabel.

	Patiënt	Therapeut	Gezinsleden	Onafhankelijke assessor
Registratie	+	+	+	+
Vragenlijsten	+	+	+	+
Gedragsmetingen	+	+	+	+
Fysiologische metingen	+	+	+	+
Biochemische metingen	+	+	+	+

Het zal duidelijk zijn, het is niet eenvoudig binnen een onderzoeksvoorstel een goed instrument te kiezen.

Tot slot een korte opmerking over het meten van het behandelingsresultaat van behandeling van roken. Dedenroth meldt een succespercentage van meer dan 90% bij 1000 patiënten na een behandeling die nog geen 2 uur in beslag nam. Hij volstond met de mensen te vragen of ze nog rookten 1 - 6 jaar na de behandeling (1968). Breteler (1988) vroeg dit ook aan zijn patiënten, maar hij bepaalde ook thiocynaat en carboxy hemoglobine in het bloed, omdat deze maten de meest betrouwbare indicatoren zijn voor rookgedrag. Vervolgens blijken de resultaten meer bescheiden. Hij komt ten slotte tot 14% succes bij follow-up na 1 jaar.

Literatuur

- Breteler, M.H.M. (1988). Smoking cessation. Academisch proefschrift, Nijmegen.
- Dedenroth, T.E.A. (1968). The use of hypnosis in a thousand cases of tobaccomaniacs. American Journal of Clinical Hypnosis.
- Kazdin, A.E. (1986). Research designs and methodology. In: S.L. Jarfield & A.E. Bergin (Eds.). Handbook of psychotherapy and behaviour change. New York: Wiley.

VAN MARLE WEET HET

14

Het Tijdschrift voor Psychotherapie van november 1988 bevat, naast een gedenkwaardige Inleiding van de hand van M.P. - 'Dan volgen... weer de gebruikelijke rubrieken met de kleine letter achterin, waarmee ook deze jaargang weer voltooid wordt' - Bolten, een leerzame bijdrage van H.J.C. van Marle, getiteld 'Klinische psychotherapie in een justitiële inrichting'. Volgens de personalia in dit nummer is de heer Van Marle geneesheer-directeur van de Dr. S. van Mesdagkliniek in Groningen. De Van Mesdagkliniek mag wel van harte gefeliciteerd worden met deze directeur, want hij is beslist geen domme jongen! Ik ga dit aantonen.

Van Marle illustreert zijn betoog met een gevalsbeschrijving. De heer A, een jaar of dertig oud, verblijft met een TBR in de Van Mesdagkliniek omdat hij zich meerdere malen aan verkrachting schuldig heeft gemaakt.

Een leuke man is de heer A volgens de beschrijving niet. Hij '(...) laat zich zien als een man die via somatische klachten contacten met anderen afdwingt door hen voor zich op te eisen om zijn problemen te bespreken.' Als bijzonderheid vermeldt Van Marle: '(...) hij draagt altijd de nieuwste sportieve mode (...), maar is tegelijkertijd spaarzaam in zijn contacten.' Goh, denkt de lezer, dat dit nou juist tegelijk moet gebeuren!, maar ik moet nog vertellen dat Van Marle meer een geneesheer-directeur dan een schrijver is.

A's vader was lokettist. 'Deze overleed vrij snel aan kanker toen betrokkene drie jaar was.' Naar de precieze snelheid moet de lezer raden. A werd door zijn moeder verwend en hij 'was dominerend en steunend naar haar toe'. (Ik zei al: Van Marle is geen schrijver.)

Op zijn 23ste kreeg A een vriendin. Het lukte hem niet haar steeds trouw te blijven en er waren ruzies. Deze ruzies vormden voor hem aanleiding zich aan verkrachtingen schuldig te maken. De heer A bedreigde zijn slachtoffers met een mes.

De medewerkers van de Van Mesdagkliniek stonden in dit geval voor de moeilijke vraag: Hoe moeten wij dit gedrag verklaren? Mijn antwoord zou zijn: 'Ik weet het echt niet.' Hoe anders en hoeveel imponanter is het antwoord van Van Marle!

'De enactment verloopt hier als volgt', zo schrijft hij, 'moeder maakte het kind angstig doordat zijzelf angstig was (door het verlies vader).'

Dit bedoel ik nu met knap. Maar het is nog maar een begin van knap.

Waartoe de jubelzang van de merel leidt weten wij niet, of het regiem van Leopold Mozart ten slotte toch gunstig is geweest voor de zoon weten wij

niet en naar de gevolgen van de loop der sterren kunnen wij slechts gissen, maar Van Marle weet precies waartoe de angsten van de moeder voor de jeugdige heer A leidden: 'Dit was een inbreuk op (c.q. krenking van) zijn narcisme en via het afweermecanisme projectieve identificatie kwam hij ertoe haar te overstelpen met zowel libidineus als agressief beladen emoties.'

Alstublieft.

Het nut van de appendix moge duister zijn, de zin van de Tweede Wereldoorlog mag ons ontgaan, het nut van de muziek zal wel een raadsel blijven, maar Van Marle weet wel precies welk nut dit 'overstelpen' had: 'Op die manier hield hij de situatie in regie waardoor een bevredigend samenzijn volgde.: "Als ik moeder tot overgave (i.c. kalmte) dwing, kan ik ook weer rustig zijn".' Deze beschrijving gaat verder dan een ooggetuigenverslag. Het is of Van Marle indertijd een kijkje in het hoofd van 'betrokkene' heeft mogen nemen!

En wat blijkt nu?

'Hetzelfde verloop wordt bij de verkrachtingen teruggevonden.' Als dit geen ontdekking is!

'(...) angst en boosheid worden geprojecteerd en leiden weer tot identificatie, waarna een overweldiging plaatsvindt met zowel agressieve als seksuele componenten.' Dit klopt precies! Bij een overweldiging met alleen maar libidineuze componenten zou je eerder aan een vrijage denken, en bij een overweldiging met alleen maar een agressieve component komen toch al gauw begrippen als mishandeling in gedachten. 't Is dus net wat Van Marle zegt, 't is bij verkrachting van allebei wat.

Wat zou er in de heer A omgaan, na zo'n verkrachting?

Misschien: "t Ging de vorige keer lekkerder"? Of: 'Ik moet van deze krankzinnige gewoonte af zien te komen'? Of: 'En nou een koude pils!'

Allemaal fout.

'Via de projectieve identificatie wordt vervolgens een symbiotische geruststelling bereikt, dat wil zeggen het narcisme is hersteld.' Zo is het maar net! (En nu niet doen of U dit wel gedacht had!)

Wij weten niet waarom sommige vrouwen het voedsel binnen houden en anderen het uitbraken, het is een geheim waarom de ene man gelukkig wordt met zijn levensgezellin terwijl de andere maar aantobt, wij hebben er geen idee van hoe het kan dat de ene mens wil slapen met de andere - laat staan dat wij verkrachtingen zouden kunnen verklaren.

De graad van deskundigheid van een Van Marle is voor ons dus niet weggelegd.

Kees van der Velden

Tussentijds verslag bedplasproject Dordrecht

Dick N. Oudshoorn

1 Inleiding

Sedert 1982 wordt op de kinder- en jeugdpsychiatrische polikliniek in Dordrecht gezocht naar bruikbare alternatieven voor de gangbare methodes van conditionering met behulp van de plaswekker en ouderbegeleiding. Uit de literatuur blijkt dat de plaswekkermethode - in het algemeen gesproken - effectief is. De meeste, vooral de jonge bedplassers hebben er baat bij en zijn binnen enkele maanden droog. Maar, vaak door het ontbreken van goede begeleiding, er zijn ook veel mislukkingen. Een frequente complicatie is dat het hele huis wakker wordt, terwijl de bedplasser zelf niet op het alarm reageert. Een tweede tegenvaller is dat een fors percentage na enkele maanden tot een jaar, nadat de plaswekker is weggebracht, recidiveert. Talrijke gezinnen hebben de plaswekker zodoende al meermalen in huis gehad en zijn er niet meer toe te bewegen. Zij vragen om een andere behandeling.

Een opvallend gegeven in de anamnese van dergelijke therapieresistente patiënten is de grote inzet van de meeste ouders tegenover de geringe betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de bedplassers zelf. Kernpunt van een succesvolle strategie dient dan ook te zijn het principe dat de plasser zèlf verantwoordelijk is voor zijn natte bed en dat hij zèlf zijn best moet doen om de nachtelijke mictie onder controle te krijgen, terwijl de ouders zich er zo min mogelijk mee inlaten.

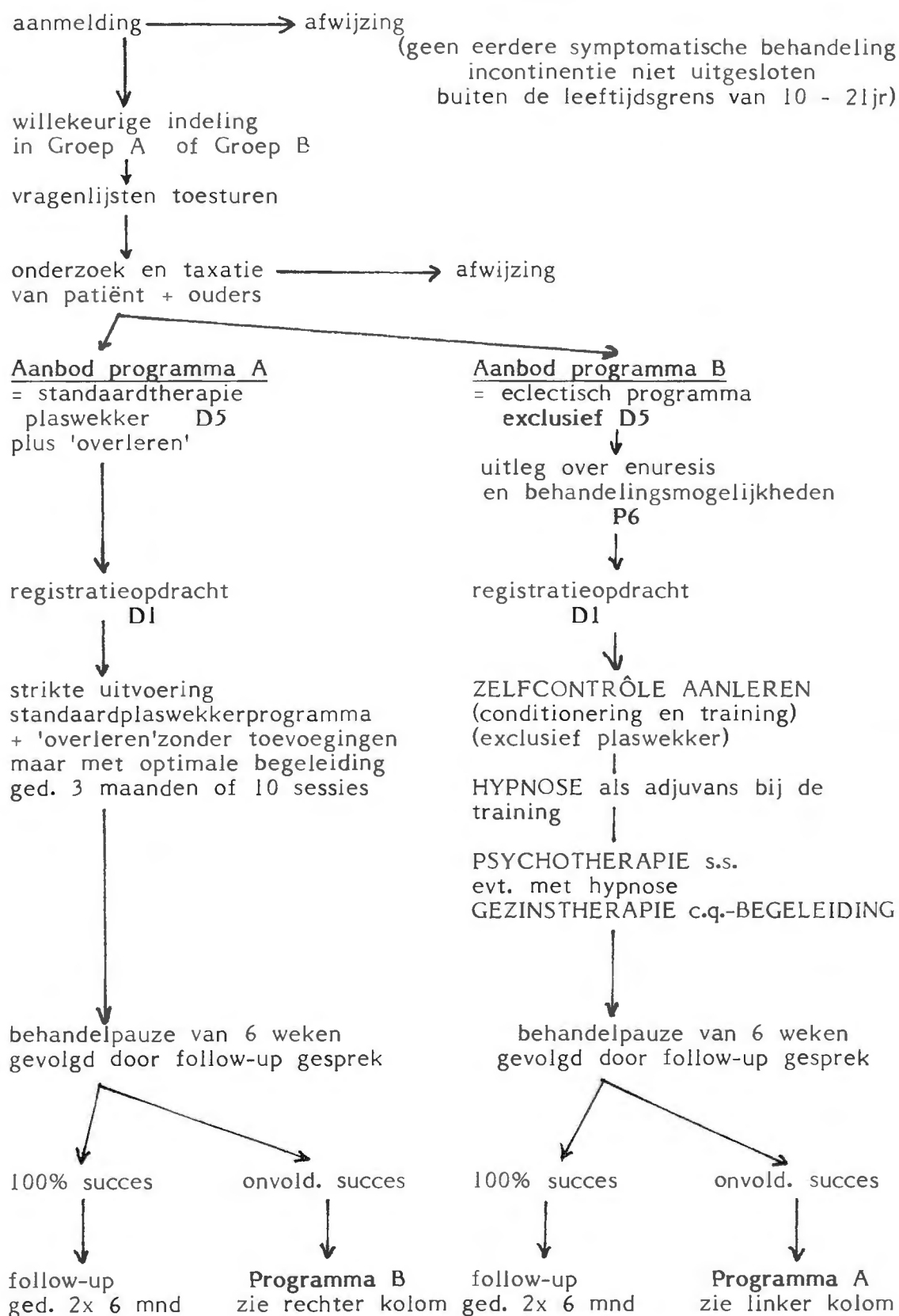
Diverse behandel mogelijkheden zijn in een vooronderzoek op zichzelf of in combinatie uitgeprobeerd bij twintig patiënten die allen al eerder vergeefs waren behandeld. Telkens is gepoogd een 'op maat gesneden' behandeling te geven.

De opgedane ervaring heeft geleid tot een protocol. Om nu de effectiviteit van een **eclectische strategie** te vergelijken met een standaardbehandeling (in casu de plaswekker) is een zg. 'crossover design' opgesteld waarbij de mogelijkheid bestaat om een niet geslaagde behandeling van de ene soort na een zg 'washout period' te vervolgen met een therapie van de andere categorie.

2 Opzet van het onderzoek

Een en ander is in het volgende protocol weergegeven:

PROTOCOL BEHANDELING ENURESIS NOCTURNA



Het projectteam: In overleg met de directie van het regionale Riagg zijn de volgende leden van twee Riagg-jeugdteams bereid gevonden mee te werken: Kris van As, Marie-Renée van den Boogaard, Trees Dijkstra en Astrid Wetzels. Aan APZ-zijde werken mee: Henk Brans en Joop Verlinden. Dick Oudshoorn is projectleider.

Bedplassers kunnen zowel op het Riagg als op de kinder- en jeugdpsychiatrische polikliniek van het APZ 'De Grote Rivieren' terecht en krijgen, wanneer ze in aanmerking komen voor dit project, behandeling volgens hetzelfde protocol. Alle huisartsen, schoolartsen, kinderartsen en urologen, alsmede alle middelbare scholen in Dordrecht en omliggende gemeentes zijn aangeschreven om op dit project te wijzen.

3 Overzicht lopende patiëntenbestand

De verwachting dat medio 1988 veertig tot zestig patiënten zouden zijn uitbehandeld is helaas niet uitgekomen. Per 1 januari 1989 is ons bestand 37 bedplassers. Hiervan zijn 18 in de A- en 19 in de B-categorie.

Op grond van het psychiatrisch onderzoek van patiënt en ouders bij aanmelding (waarbij de Achenbach-vragenlijst nog buiten beschouwing blijft), kunnen de patiënten in twee categorieën worden ingedeeld:

- ongecompliceerde functionele Enuresis Nocturna (EN-sec): behalve het bedplassen is er niets aan de hand en functioneren patiënt en gezin goed;
- gecompliceerde functionele Enuresis Nocturna (EN-plus): het bedplassen wordt gecompliceerd door psychiatrische stoornissen en/of diverse psychosociale problemen.

In onderstaande tabel is een overzicht vervat:

lft	patiënt	EN-sec	EN-plus
	EN		
14	1		Fobie in het donker, durft kamer niet uit. Dysthyme klachten
13	2	X	
17	3		Aanpassingsproblemen, weinig weerbaar
13	4		Fobie in het donker, durft niet alleen thuis te zijn; Dysthyme klachten - overgecompenseerd - overbelast; voelt zich door gescheiden vader verwaarloosd
12	5		Depressie i.e.z. ; veel ziekte en overlijden in familie
16	6		Restverschijnselen ATHS; dwangklachten

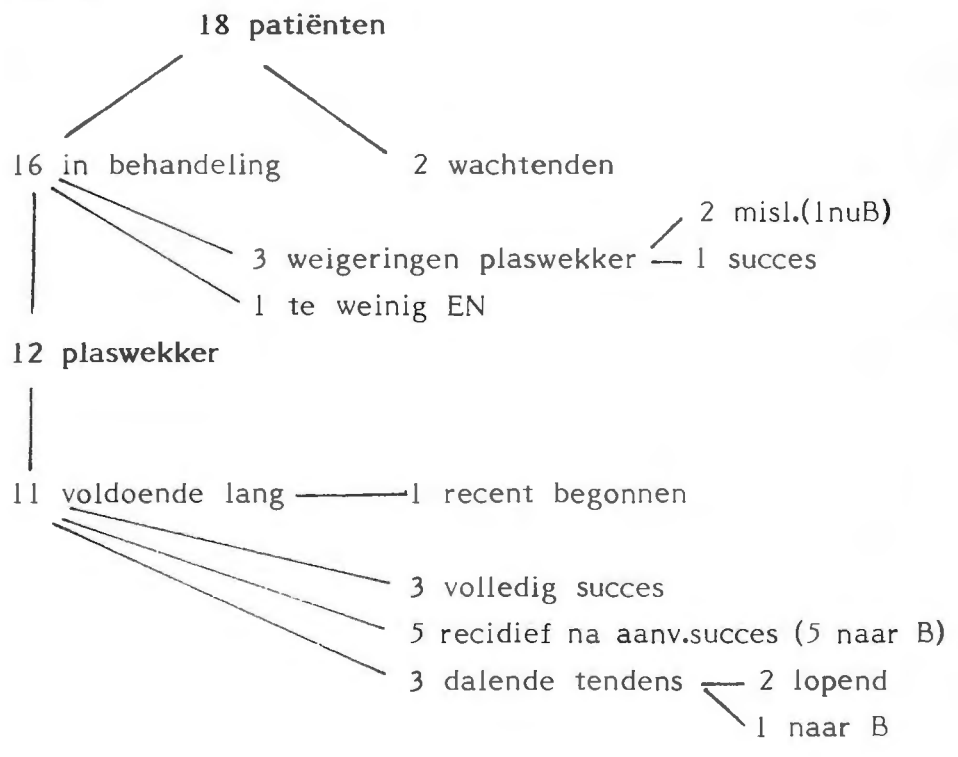
	lft	patiënt	EN-sec	EN-plus
	14	7	X	
♀	14	8		Fobie in het donker, durft bed niet uit; hardnekkige angst voor plaswrekker
	11	9		Prikkelbaar/agressief; te sterke afhankelijkheid van moeder; niet gemotiveerd voor behandeling
♀	14	10	X	
♀	14	11		Zwakbegaafd (alg. achterstand v.2 jr); pedagogisch zwakke ouders; ernstige huwelijksproblemen; kind bang voor echtscheiding
	11	12		Zwakbegaafde MLK-leerling; dysthyme stoornis; heimwee op schippersinternaat; ouders tonen weinig belangstelling en krenken hem; huwelijksproblemen
	13	13		Aanpassingsstoornis school/leeftijdgenoten
	13	14		ATHS; niet gemotiveerd voor behandeling
♀	10	15		Aanpassingsstoornis: prikkelbaar, sterk afhankelijk, heimwee, veel huilen (schippersinternaat)
♀	13	16		Zwakbegaafd; kinderangsten; door moeder affectief verwaarloosd; ouders ook zwakbegaafd
♀	10	17	X	
	15	18		Pedag.verwaarlozing; passief, weinig eigendunk
	14	19		Gezinsspanningen: EN en leerproblemen hebben functie van verzet tegen autoriteit/aspiraties ouders
	10	20	X	
	10	21		ATHS, structuurloos + taalontwikkelingsstoornis; veel schoolstress; astma + allergieën
♀	21	22		Affectief verwaarloosd; vertraagde losmaking; somatisch slecht behandeld (zg 'epilepsie'); ernstige gezinsconflicten (vader alcoholist, pate solid. m. M)
♀	10	24	X	
	10	25		Dysthyme klachten; voelt zich door eigen vader verontachtzaamd
	10	26		ATHS
♀	17	27	X	
	14	28		Dysthyme stoornis; emot. en psychoseks. achterstand
	14	29		ATHS? specifieke leerstoornis (alg.retardatie?)
	14	30		Sterke afweer ouders tegen onderzoek. Houterige motoriek; broer en zusje ook EN
	15	31		Zeer verwarrende en wisselende gezinssituaties
	15	32		Infantiel-afhankelijke (symbiotische) band met M
♀	18	33		Moeder chronisch psychotisch, oudere zus gelooft in moeders waansysteem; patiënte niet gesteund door ouders; inadekwate verwachtingen t.a.v. anderen - frustraties -afweer neg.gevoelens; voorbestemd voor persoonlijkheidsstoornis
	14	34	X	
	10	35	X	
	16	36	X	

tabel 1: EN met/zonder complicaties

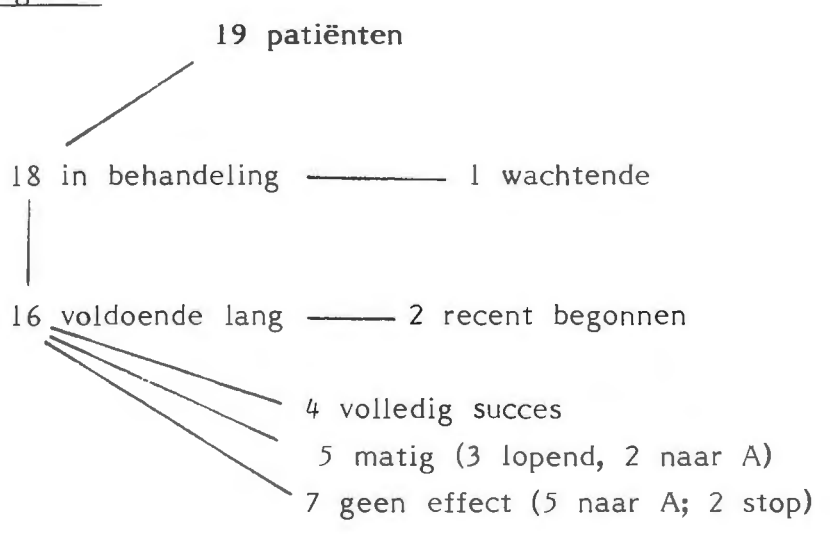
Vergelijking met de uitkomsten van statistische verwerking van de Gedragsvragenlijst (Achenbach; vertaling F.C. Verhulst) moet nog plaats vinden. Hoe die vergelijking ook zal uitpakken, op grond van het gebruikelijke psychiatrische onderzoek kan nu reeds opgemerkt worden dat er verhoudingsgewijs veel psychosociale problemen c.q. stoornissen in ons patiëntenbestand voorkomen (25 EN-plus tegenover 10 EN-sec).

4 Enige voorlopige resultaten

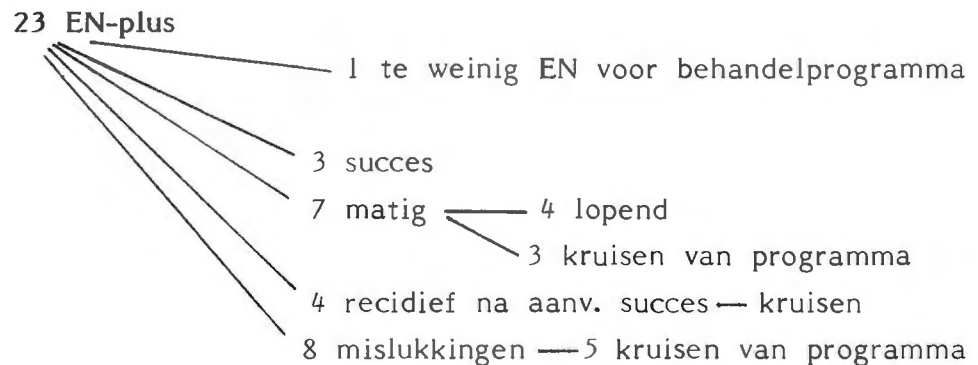
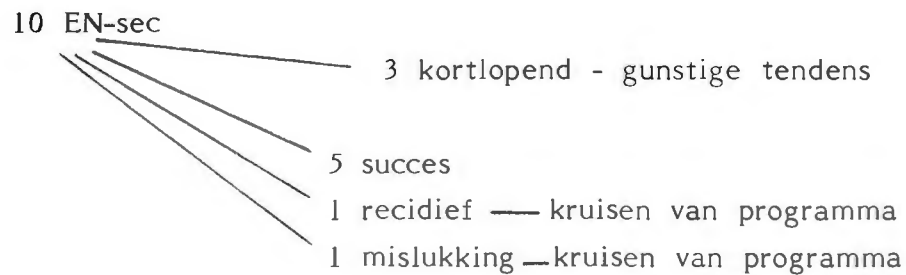
In de A-categorie:



In de B-categorie:



Relatie complicaties & beloop:



5 Enige voorbarige conclusies

- Het lijkt voor het resultaat van de enuresisbehandeling weinig uit te maken of programma A dan wel programma B wordt gevolgd. Deze uitkomst resulteert zo te zien zowel uit het grote aantal recidieven met de plaswekker, als uit de weinig rooskleurige resultaten met de eclecticische strategie.

- Voor de kans op therapeutisch welslagen lijkt van groot belang te zijn of EN als een zelfstandige klacht voorkomt bij een overigens gezonde en goed functionerende jongen/meisje, dan wel gecompliceerd wordt door psychopathologie en/of ernstig familiair dysfunctioneren.

Uit de kleine getallen van deze momentopname zou je kunnen concluderen: Ben je 'EN-sec' dan heb je 75% kans op succes; ben je echter 'EN-plus' dan is die kans hooguit 50%. Dit verdient nog nader uitgezocht te worden.

- De behandelduur valt erg tegen. Van de **afgesloten** behandelingen (succesvol of niet) is de gemiddelde duur **één jaar**. (A-groep: gemiddeld 60 weken; B-groep gemiddeld 50 weken)

- In het bovenstaande is geen poging gedaan effecten van afzonderlijke interventies of technieken (bv. hypnose) na te gaan. De B-groep is tot dusverre toch pas erg klein, laat staan als die nog wordt opgesplitst. De rol die een interventie of techniek kan spelen kan direct effect hebben op een symptoom (in casu bedplassen), en dan hopen we daar iets van te merken in de registratie, maar kan ook indirecte, bv. voorbereidend effecten sorteren, doch die zullen vrijwel nooit statistisch 'hard' te maken zijn. Dat behoeft niets af te doen aan de therapeutische waarde. Om zulke effecten aannemelijk te maken moet het onderhavige onderzoek als een verzameling N=1 studies worden opgevat.

d. n. oudshoorn	
6 jan	1989
slingelandseweg 52 glessenburg 3381 LA	

Voorwoord bij 'Relaties en depressie'**Alfred Lange**

Geruime tijd geleden vroeg onze nijvere collega Paul mij om een bijdrage te leveren aan het handboek voor depressie dat hij in samenwerking met Rudi van den Hoofdakker en Frans Albersnagel redigeert. Hij maakte me lekker door me voor te spiegelen dat er een mooie kans was dat het boek ook in de V.S. uitgegeven zou worden. Aangezien C.A.L. me steeds duidelijker weet te maken hoe belangrijk internationale publicaties zijn en ik graag mee wil praten als het gaat over carrières gaf dit de doorslag. De gedachte dat ik het hoofdstuk moest schrijven leidde bij mij echter tot veel onlust, die ik bestreed door een intelligente jonge medewerker te vragen als co-auteur en door niet met schrijven aan te vangen. Dat heeft me in ieder geval een half jaar rust bezorgd. Maar in augustus werd ik toch wat zenuwachtig. Voor de zekerheid had ik de brief waarin de opleveringsdatum stond niet meer bekeken. Ik vermoedde dat het iets in het najaar was, november of zo. Eind september werd ik echter opgeschrikt door een kort Emmelkamp-briefje, waar mijn naam met de hand was bijgeschreven. Dat laatste was wel een geruststelling aangezien ik kennelijk niet de enige was die dit proza was toegestuurd. De boodschap was kernachtig: ik was al bijna een maand over tijd en de schrijver vertrouwde erop dat ik binnen een week het hoofdstuk zou inleveren. Maar ik had nog niks op papier en dan is, zelfs voor een geniaal persoon als uw collega, een week echt te kort. Ik schreef hem p.o. terug dat het me speet hem te derangeren maar dat ik weliswaar alle literatuur had verzameld en de gevallen had uitgezocht, maar nog niet was gevorderd met schrijven en nog minstens een maand nodig had. Vooral over dat 'minstens' was ik bijzonder tevreden. Daar kon ik toch nog alle kanten mee op. Nu zou hij wakker liggen. De tevredenheid mocht helaas niet lang duren. Enkele dagen later, tijdens een Dth vergadering kwam Paul op de kwestie terug. Er was een brief naar mij onderweg. O, la la. De strekking wilde hij wel vrijgeven. Ik kreeg een maand uitstel, en als het er dan niet was... Ja vrienden, als het er dan niet was, dan hing uw vriend. Ik was zo verbouwereerd dat ik niet eens meer informeerde wat dat 'hangen' inhield. Ik vermoedde iets vreselijks. Knokploegen, deurwaarders, processen. Twee dagen later kreeg ik een keurige brief van Albersnagel, waarin mij uitstel werd verleend en sterkte werd gewenst. Wat kan Paul nog veel van deze man leren. Maar ik was toch niet helemaal gerust. Dus we gingen hard aan het werk. Het resultaat begint op de volgende pagina. Misschien is het nog aardig om op te merken dat ik over de inhoud regelmatig van gedachten heb mogen wisselen met collega Van der Velden, ook wel 'Kleine Kees' genoemd. Ik bedank hem niet want daar stelt deze bescheiden man geen prijs op, zeker niet wanneer hij niet de enige is die bedankt wordt. Maar ik mag in deze kleine kring toch vermelden dat hij naar aanleiding van eerdere versies van het manuscript bijzonder goede adviezen heeft gegeven, die ik deze keer zonder morren heb opgevolgd. Geen dank!

RELATIES EN DEPRESSIE *

Alfred Lange & Leo IJzerman

Inleiding

Meneer Van Basten vraagt hulp voor zijn vrouw. Zij is 32 jaar oud en - naar zijn zeggen - gaat het niet goed met haar: ze is al enkele maanden vreselijk down en heeft last van buien van diepe neerslachtigheid. Na kort overleg aan de telefoon wordt een eerste gesprek gearrangeerd waarin de echtgenoten gezamenlijk, maar zonder hun (nog kleine) kind, aanwezig zullen zijn. Tijdens dat gesprek komt naar voren dat de vrouw ook vroeger weleens last had van 'buien' maar dat de depressiviteit nu veel heviger is dan ooit te voren: ze is o.a. lusteloos, lijdt aan concentratieverlies en heeft soms zelfmoordgedachten.

Het huwelijk wordt door beiden als bijzonder hecht omschreven. Bij navragen door de therapeut blijkt dat de klachten zijn verergerd in een periode waarin een aangekondigde verhuizing van het kantoor van meneer Van Basten naderbij kwam. Deze heeft een eigen advocaten-praktijk en zijn vrouw werkt al vele jaren als secretaresse voor hem. Een reorganisatie van zijn kantoor heeft echter tot gevolg gehad dat het niet mogelijk is dat zij ook in de toekomst daar zal kunnen werken. Man en vrouw zijn het erover eens dat het de beste oplossing is dat er nu een nieuwe fulltime secretaresse komt.

In de eerste gesprekken wordt steeds duidelijker dat het huwelijk weliswaar een positieve factor is in het leven van beide echtgenoten - zij scoren in het achtste deciel van de IPOV (Lange, 1984) - maar dat mevrouw een nogal ondergeschikte positie inneemt. Zij is sterk afhankelijk van de steun en attentie van meneer, die daar overigens wel royaal in is. Het naderend afscheid van het werk bij haar man boezemt mevrouw veel angst in. De depressie valt volgens de DSM III-R te karakteriseren als 'major depression zonder melancholia en zonder psychosen' (APA, 1987).

De behandeling van mevrouw Van Basten neemt vijftien zittingen in beslag in een periode van dertien maanden en bevat de volgende elementen:

- *registratie van haar stemming.* Gedurende zes maanden formuleert zij drie maal per dag haar stemming in een cijfer (Lange, 1985, par. 5.5) van 0 (somber) tot 10 (opgewekt). Wekelijks zet zij dit om in een grafiek. Gedurende twee van deze zes maanden wordt aan het registreren verbonden dat zij zich bij een stemming beneden 'zes' een kwartier terugtrekt om zich te bezinnen op de factoren die tot de negatieve stemming leiden.

- *schrijven over het verlies van de baan.* Na twee maanden - inmiddels zijn de veranderingen op het kantoor van haar man ingegaan - wordt aan het registreren toegevoegd dat mevrouw Van Basten zich drie maal per week gedurende een uur 's avonds zal terugtrekken om 'na te denken over wat er in haar leven is veranderd en waarom dat zo verschrikkelijk is'. Dit zal zij eveneens op schrift zetten.

- Het schrijven over de veranderingen wordt gevolgd door '*het schrijven van een brief aan haar echtgenoot*' waarin zij volop haar rancune kan spuien over datgene wat zij hem kwalijk neemt. De eerste zes weken dat zij met deze geritualiseerde opdracht (van der Hart, 1984) bezig is, wordt het geschrevene niet aan haar man getoond. Nadat zij - daarna - de behoefte kenbaar heeft gemaakt de brieven toch aan haar man te laten lezen, wordt besloten dat dit met de nieuwe brieven wel zal gebeuren.

- *De ervaringen met het huiswerk worden steeds besproken* in de zittingen. Haar echtgenoot is daarbij aanwezig. Het wordt haar aannemelijk gemaakt dat verlies van werk tot 'een soort rouwproces' kan leiden, hetgeen haar ook is overkomen en dat bij haar niet vanzelf is overgegaan. Bovendien worden aan haar echtgenoot bepaalde suggesties gegeven om zijn begrijpelijke en positieve reacties, die echter haar afhankelijkheid alleen maar versterken, achterwege te laten.

- Nadat onder invloed van het registreren, bezinnen, de feedback, en het schrijven van brieven haar angsten zijn afgenomen, haar stemming is verbeterd, en de buien van neerslachtigheid zijn verminderd wordt een *zelfcontroleprogramma* met haar opgesteld. Dit bevat: (1) Het maken en opschrijven van een planning voor de volgende dag. Dat gebeurt iedere avond. (2) Het blijven registreren van stemming. (3) Bij een stemming beneden een bepaald peil bepaalde vooraf vastgelegde activiteiten uitvoeren.

Het programma slaat goed aan en nog tijdens de behandeling neemt zij een nieuwe parttime baan (buitenshuis) aan. Tot slot van de behandeling schrijft zij een '*afscheidsbrief aan haar man*', die bedoeld is als een symbool voor het zetten van een streep onder het verleden. Dit houdt in dat zij hem bij wijze van rituel schrijft dat zij zowel afscheid neemt van de advocatenpraktijk als van dat deel van haar verleden waarin zij van hem afhankelijk is geweest en dat zij nu een gezamenlijke toekomst aangaan op gelijkwaardige basis.

De behandeling van mevrouw van Basten is een voorbeeld van een behandeling waarin depressie als aangemelde klacht wordt gepresenteerd en aanvankelijk geen interactionele achtergrond lijkt te hebben. Toch blijkt al snel dat de afhankelijkheid van haar man, gecombineerd met woede, wanhoop en rouw over het moeten stoppen met werken op zijn kantoor een belangrijke factor is in haar negatieve stemmingen. De behandeling die een aantal individuele elementen bevat is dan ook versterkt door de interactionele elementen die ermee zijn verweven. In de volgende paragrafen zullen we aan de hand van de literatuur kort bespreken vanuit welke theoretische referentiekaders de samenhang tussen depressie en gezins- of relatieproblemen kan worden bekeken, welke therapievormen zoal een interactionele behandeling van depressie claimen en wat de resultaten zijn die daarbij worden gerapporteerd. Daarna zullen we ter illustratie nog twee behandelingen gedetailleerd beschouwen teneinde te komen tot concrete aanbevelingen voor een 'interactionele aanpak' van depressie. We zullen ons daarbij beperken tot depressie bij volwassenen. Aanvankelijk zal in de beschrijving geen onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende soorten depressie aangezien de literatuur met zijn verschillende classificaties op dat punt niet helder is (Leber, et al., 1985; Coyne, 1986). In de discussie worden zowel de literatuur als de gevalbeschrijvingen aan een uitgebreide analyse onderworpen.

Verband tussen huwelijksrelatie en depressie

De leertheorie

Vanuit de leertheorie met diens nadruk op de invloed van *bekrachtiging* wordt gesteld dat depressieve personen door hun omgeving weinig worden bekrachtigd doordat zijzelf *geringe sociale vaardigheden* hebben (Lewinsohn et al., 1970) en negatieve gevoelens oproepen bij anderen, ook bij de partner. Dit sluit aan bij leertheoretische opvattingen over de kwaliteit van huwelijksrelaties (Stuart, 1980; Jacobson, 1981; Margolin & Fernandez, 1985).

De neiging van de depressieve persoon om aversief op de omgeving te reageren maakt dat de omgeving ook negatief op hem reageert en hij dus weinig positieve bekrachtiging van de partner krijgt. (Jacobson & Moore, 1981). Eén van de weinige studies die wat dat betreft niet alleen van een correlatief model uitgaat maar ook een causaal verband heeft aangetoond, is uitgevoerd door Coyne (1976). In een experimentele situatie spraken proefpersonen over de telefoon met een depressieve patiënt. Proefpersonen in een tweede conditie spraken met een niet-depressieve patiënt, terwijl proefpersonen in de derde conditie met niet-patiënten een gesprek voerden. Proefpersonen die met de depressieve patiënt hadden gesproken waren na afloop van het gesprek significant meer depressief, angstig, vijandig en afwijzend. Volgens Coyne wekken depressieve personen, doordat zij hun negatieve gevoelens niet rechtstreeks uiten, met hun symptomen schuldgevoelens op bij anderen. De anderen proberen hun schuldgevoel te verminderen door niet echt gemeende geruststelling en steun te geven. Wanneer de verschillen tussen de geruststelling en het werkelijke gedrag van de ander duidelijk worden, wordt de depressieve persoon bang dat hij niet geaccepteerd wordt en de ander niet meer met hem om wil gaan. Om deze onzekerheid te verminderen en weer controle uit te oefenen op de ander gaat de depressieve persoon meer depressieve symptomen vertonen. Hiermee is de vicieuze cirkel rond. Deze theorie van Coyne is alleszins de moeite waard, al moet gezegd worden dat het moeilijk aanvaardbaar is om vanuit de nogal gekunstelde experimentele situatie waarvan hij uitgaat te generaliseren naar een verhouding tussen twee partners. Coyne signaleert dit zelf overigens ook al en suggereert dat de causaliteit in werkelijkheid wel meer ingewikkeld zal zijn dan in zijn experiment. Het bezwaar van gekunsteldheid van de experimentele situatie geldt ook voor een aantal andere experimenten, waarin proefpersonen zich moesten inleven in het omgaan met een depressieve persoon, waaruit geconcludeerd werd dat depressieve personen aversieve reacties bij hun partner oproepen (Gotlib & Beatty, 1985; Boswell & Murray, 1981; Strack & Coyne, 1983; Howes & Hokanson, 1979). In een latere studie waarin de interacties van paren met een depressieve partner vergeleken worden met die zonder depressieve partner (Kahn, Coyne & Margolin, 1985) komt Coyne dan ook op een aantal van zijn vooronderstellingen terug. In dat onderzoek blijkt dat zowel depressieve personen als hun partners meer destructief waren in het oplossen van conflicten en bozer en verdrietiger waren na een discussie dan paren zonder depressief persoon. De gegevens ontkrachten ook de mythe dat depressieve personen hun agressie niet uiten.

De cognitieve theorie

De cognitieve theorieën over depressie vinden hun oorsprong in het werk van Ellis & Harper (1961) en Beck (1967). Voor heldere beschrijvingen van deze stroming zij verwezen naar Albersnagel (1985). Het kernpunt is dat de depressieve persoon een stoornis vertoont in waarneming en denken, hetgeen zou leiden tot een te negatief zelfbeeld en tot een te geringe verwachting van succes (Weintraub et al., 1974). Dit zou ook gelden voor de waarneming van en de verhouding tot de partner. In een interessante studie vonden Kowalik & Gotlib (1987) echter dat depressieve personen hun partner weliswaar significant negatiever waarnamen maar dat deze waarneming niet als verstoord kon worden beschouwd. Onafhankelijke observatoren scoorden de partners van de depressieve personen immers ook als meer negatief dan de partners van de stimuluspersonen uit de controlegroep (vgl. Boelens, 1986). Strack & Coyne (1983) komen tot dezelfde conclusie op grond van een experiment waarin proefpersonen 15 minuten spraken met mild depressieve personen of met 'normale' personen. Minder kunstmatig zijn de studies van Youngren & Lewinsohn (1980) en Lewinsohn et al. (1980). Deze vonden een grote overeenstemming tussen de negatieve zelfattributies van

depressieve personen met de beoordelingen van observatoren. Tegenover deze studies staat dan weer een - weliswaar niet gecontroleerde - klinische studie van Rush et al. (1980) waarin bij drie depressieve vrouwen in detail geanalyseerd wordt hoe misinterpretatie leidt tot toenemende depressie.

Hoewel sommige onderzoekssituaties wat kunstmatig waren worden er al met al toch flink wat aanwijzingen gevonden dat men bij depressieven in ieder geval niet zomaar kan spreken over een waarnemings- en interpretatiedeficit, dat aanleiding zou zijn tot de verstoorde relatie. Het verband is kennelijk ingewikkelder.

De hulpeloosheidstheorie

Seligman (1974) wordt met zijn 'learned helplessness' model van depressie over het algemeen gezien als een exponent van een specifieke variant van de cognitieve benadering (Gielis, 1982). De depressie veroorzakende gevoelens van hulpeloosheid worden vaak door de omgeving geïnduceerd. In een uitstekend artikel onderwerpen Alloy et al. (1988) de grote hoeveelheid onderzoek die met dit model als uitgangspunt is uitgevoerd aan een kritische beschouwing. Zij komen tot een aantal aanbevelingen die het inmiddels van 'helplessness theory' tot 'hopelessness theory' omgedoopte model veel complexer maakt. Zij onderscheiden voor het ontstaan van depressie 'necessary causes', 'sufficient causes' en 'contributory causes'. Daarnaast maken zij onderscheid tussen oorzaken die ver in het verleden liggen ('distal') en oorzaken van recente aard ('proximal'). Hun model gaat ervan uit dat een combinatie van dergelijke factoren een voldoende oorzaak kan vormen om depressief te worden. Eén van de belangrijke oorzaken is dat de persoon op een gegeven moment geen positieve verwachtingen meer heeft en dat men geen repertoire heeft om daarin verandering te brengen. In dit licht bezien betitelen zij negatieve attributies als 'proximal contributory causes'. Indien stabiel, globaal en geïnternaliseerd, kunnen deze leiden tot 'hulpeloosheid'. Daaraan ten grondslag ligt dan de attributiestijl als een 'distal contributory cause'. In een eerdere publicatie komen Peterson & Seligman (1985) tot gelijksoortige conclusies, waarbij zij bovendien ingaan op de vraag waar zo'n 'depressogene' attributiestijl vandaan komt. Hoewel zij biochemische oorzaken niet uitsluiten, veronderstellen zij op grond van longitudinale studies dat de intrapsychische vicieuze cirkel van de depressieve persoon toch is ingebed in interpersoonlijke vicieuze cirkels waarvan het startpunt in de jeugd ligt. Daarbij sluiten ook zij overigens niet uit dat depressieve personen de realiteit misschien realistischer zien dan 'normalen'.

De systeembenadering

In de *systeemtherapie*, ook wel de *cybernetische gezinstherapie* genoemd (Selvini Palazzoli et al., 1978; Tomm, 1984 a en b; Andolfi et al., 1983) wordt depressie evenals sommige andere klachten opgevat als functioneel voor het evenwicht in het gezins- of echtpaarsysteem. De depressieve persoon zou met zijn klachten ervoor zorgen dat het gezin verder zonder al te grote kleerscheuren kan functioneren. Er is echter geen onderzoek van betekenis dat bewijs aanvoert dat deze algemene, niet klachtspecifieke, theorie ook voor depressie geldt en zelfs in de klinische literatuur vindt men weinig overtuigende voorbeelden. Wat dat laatste betreft is het anders gesteld met de *structurele gezinstherapie* (Minuchin & Fishman, 1983). Er is nogal wat klinische literatuur die illustreert hoe een geïsoleerde positie in het gezin bij een ouder kan leiden tot symptomen als depressie (Aponte & van Deusen, 1981). In de *strategische gezinstherapie* (Bodin, 1981; Stanton, 1981) vindt men diverse studies waaruit blijkt dat depressie kan worden gezien als een manier om bepaalde aspecten in de verhouding met de partner te beheersen (Feldman, 1976;

Madanes, 1981). Zo vonden Hinchcliffe et al. (1977) dat depressieve personen tijdens de acute fase van de depressie vaker gedrag vertoonden, dat als 'controle' over de partner kan worden gekarakteriseerd dan na een geslaagde behandeling. Watzlawick et al. (1974) benadrukken dat de pogingen die symptoomdragers, zoals depressieve personen, en hun omgeving doen om een einde te maken aan een bepaald probleem, dit probleem vaak juist in stand houden ("spel zonder einde").

Een belangrijke bijdrage van de systeembenadering in het algemeen is de constatering dat psychiatrische symptomen zich vaak ontwikkelen bij de overgang naar een nieuwe levensfase als de persoon in kwestie, of het gezin, het rolgedrag dat daarbij hoort zich niet goed heeft eigengemaakt (Carter & McGoldrick, 1980). Watzlawick & Coyne (1980) beschrijven in deze termen een 58-jarige man die depressief was geworden na twee hartaanvallen. Aelen & Lange (1981) beschrijven hoe de overgang naar een nieuwe levensfase een rol speelt bij een opgenomen depressieve patiënte, waar het 'tot bloei komen' van de depressie samen viel met het naderende vertrek van haar jongste kinderen en met een noodzakelijke bezinning op de toekomst. Belangrijk in de ontwikkeling van de systeembenadering was natuurlijk ook de aandacht voor het effect van pathogeniserende relationele factoren. De uit de zestiger jaren stammende literatuur over de gevolgen van de zogenaamde 'double bind' mag dan veel methodologische tekortkomingen hebben (Lange, 1973), het heeft toch terecht geleid tot aandacht voor de gevolgen van bepaalde destructieve manieren van met elkaar omgaan op het functioneren van partners of gezinsleden. Watzlawick et al. (1970) waren de eersten die schetsten hoe personen die in een verhouding de zwakkere partij zijn volslagen in verwarring en apathie kunnen geraken door stelselmatig het slachtoffer te zijn van paradoxale boodschappen van het 'wees spontaan' type. Van der Busken et al. (1977) illustreren dit met een videodocumentaire van een gezin waarin de vader volslagen geïsoleerd en depressief raakte door de opeenhoping van eisen als, 'je moet meer jezelf zijn', 'je moet meer initiatief nemen', van de kant van vrouw en kinderen. Van der Velden (1983) beschrijft de onplezierige gevolgen van wat hij 'agogische acties' noemt, die partners ten opzichte van elkaar soms ondernemen. Een opeenhoping van aansporingen die als tendentie hebben dat iemand moet worden wat hij niet is, kan bij personen die niet sterk in de schoenen staan tot veel verwarring en gevoelens van ongeluk en depressie leiden. Wij zullen hier niet alle manieren, waarop partners elkaar ongelukkig kunnen maken, behandelen. Het is in ieder geval de verdienste van de communicatietheoretische stroming (Haley, 1963; Watzlawick et al., 1970) dat zij ons opmerkzaam hebben gemaakt voor interactionele processen die daaraan bijdragen.

De kwetsbaarheidstheorie

De 'theorie' over de gevolgen van 'expressed emotion' op het functioneren van psychiatrische patiënten is vooral bekend geworden door de aanbevelingen die het heeft opgeleverd aan ouders van schizofrenen om vooral de 'rust in het gezin te bewaren' (Dingemans & van Engeland, 1984; Falloon et al., 1985; Leff & Vaughn, 1985; Van Meer, 1987; Nugter, 1988). Hoewel het begrip 'expressed emotion' door de heterogeniteit van de componenten nauwelijks het predikaat 'begrip' verdient, heeft het onderzoek 'langs deze lijn' toch tot enkele interessante bevindingen geleid, ook ten aanzien van depressie. Zo vonden Vaughn & Leff (1976) dat de terugval die depressieven na een behandeling doormaakten samenhang met de frequentie van kritische opmerkingen die de omgeving van de patiënt maakte. Zij constateerden bovendien dat depressieve personen gevoeliger waren voor kritiek van gezinsgenoten dan schizofrene patiënten. Overeenkomstig de toepassing van het EE-model voor schizofrenie is de veronderstelling dat sommige

personen minder goed tegen stress kunnen, daardoor *kwetsbaar* worden, dat het gedrag van de omgeving mede bepaalt of dit leidt tot een depressie en - zo ja - of het mogelijk is om er weer duurzaam uit te komen. Bevestiging voor deze gedachtengang wordt gevonden in een uitgebreid en grondig onderzoek van Mitchell et al. (1983) bij 157 normale paren en 157 paren waarvan één van de partners depressief was. Hun conclusie was dat depressieve personen meer stress ervaren, minder mogelijkheden hebben om aan de stressbronnen iets te doen en minder steun van de omgeving krijgen. Bovendien citeren zij zowel cross-sectionele als longitudinale studies (Dohrenwend & Dohrenwend, 1981; Henderson, 1981 en Paykel, 1979) die zouden bevestigen dat naarmate personen meer negatieve ervaringen hadden in het leven, zij meer depressieve symptomen ontwikkelen. Ilfeld (1977) onderzocht 2299 personen. Hij vond dat een kwart van de variantie in de mate van depressiviteit wordt verklaard door vijf sociale stressoren: werk, huishouden, financiën, ouderschap en de verhouding (of het ontbreken daarvan) met een partner. De laatste factor was de belangrijkste, maar het totale aantal stressfactoren speelde eveneens een rol. Waring & Patton (1984) vonden dat de afwezigheid van een intieme, vertrouwelijke relatie de kans op acute depressie bij vrouwen die onder 'moeilijke omstandigheden' leven vergroot. Op grond van deze onderzoeken kan niet eenduidig worden geconcludeerd dat het de subjectieve beleving van stress is die leidt tot kwetsbaarheid en depressie of dat depressieve personen de pech hebben om meer stress-bronnen in het leven te zijn tegengekomen. Haas et al. (1985) noemen een aantal studies die ervoor zouden pleiten dat het gaat om het eerste, de beleving van stress. Zo concluderen Akiskal et al. (1978) dat personen die behandeld waren voor een 'characterological depression' een opvallend gebrek aan autonomie vertoonden, angst hadden om verlaten te worden en een meer dan normaal appel deden op hun partners. Interessant in dat licht is de veelheid aan studies (Haas et al., 1985) waaruit zou blijken dat personen met een dispositie tot depressie de neiging hebben om partners te kiezen met dezelfde dispositie. In een overzicht van de literatuur over het verband tussen depressie en persoonlijkheidsstoornissen komen Millon & Kotik (1985, pag. 739) tot de conclusie "that a sufficient amount of both clinical and empirical evidence argues for the inclusion of a wide variety of characterology features among the predisposing factors to depression". Ze zijn gelukkig wel zo eerlijk om erbij te vermelden dat het onderzoek waar zij zich op baseren methodologisch vele zwakheden kent. Het is ook niet duidelijk of zij met de 'predisposing factors' biologische variabelen bedoelen of eigenschappen die gevormd zijn door vroegere ervaringen in het leven. De door ons eerder geciteerde publicaties van Peterson & Seligman (1985) en Alloy et al. (1988) sluiten echter wonderwel op deze 'kwetsbaarheidstheorie' aan.

Correlationeel of causaal verband?

De hierboven vermelde studies laten vanuit de verschillende theoretische kaders zien dat er een verband is tussen het optreden van depressie en een dysfunctioneren in het huwelijk en/of gezin. Uitsluitel over de vraag wat waaraan vooraf gaat, treft men in de onderzoeksliteratuur niet of nauwelijks aan. Uitzonderingen vormen misschien de onderzoeken van Coyne (1976), Strack & Coyne (1983) en Gotlib & Beatty (1985) die een experimentele manipulatie bevatten. Maar zoals we eerder al stelden zijn de gegevens van deze onderzoeken niet zonder meer generaliseerbaar. Als we de bevindingen rubriceren kunnen we de volgende soorten van verbanden onderscheiden:

1. Bepaalde communicatiepatronen kunnen bij partners die niet de kracht hebben zich daartegen te verweren leiden tot symptomen, waaronder depressie. Iets algemener kan men stellen dat, stress die voortkomt uit een slechte

relatie met een partner de ontwikkeling van depressie bij iemand die daartoe biologisch, of door negatieve ervaringen in het verleden is gedisponneerd, op gang brengen. Dit kan men beschouwen als het 'kwetsbaarheidsmodel'.

2. In dezelfde sfeer liggen de bevindingen dat een tekort aan intimiteit en opvang in het huwelijk ertoe kan leiden dat stress uit andere - bijv. maatschappelijke - bronnen tot een depressie leiden.

3. Het gedrag van tot depressie geneigde personen kan negatieve reacties oproepen van de omgeving, hetgeen al of niet via een verslechterende huwelijksrelatie tot stress en depressie leidt.

4. De persoonlijkheidstrekken van de depressieve persoon, al of niet biologisch gedetermineerd, gaan samen met gedragspatronen die rechtstreeks leiden tot een slechte verhouding met de partner, met de verdere gevolgen van dien.

5. Een 'zieke' constellatie binnen een gezin kan ertoe leiden dat iemand de rol van deviant op zich neemt in de vorm van een depressie, wat dan door de gezinsleden misschien weer wordt versterkt. Maar we zagen hierboven al bij het bespreken van het systeemtheoretisch model dat er eigenlijk weinig materiaal is wat deze gedachtengang - de enige die de causaliteit volledig buiten het individu legt - empirisch ondersteunt.

6. Depressief gedrag kan een manier zijn om invloed op de omgeving uit te oefenen en wordt daardoor bekrachtigd.

Er zijn diverse studies die in hun conclusies causale verbanden suggereren. Dat geldt bijvoorbeeld voor de onderzoeken waaruit blijkt dat depressieve personen significant minder vaak een bevredigende mate van intimiteit ervaren (Brown & Harris, 1978), of voor onderzoek waaruit blijkt dat depressieven meer angst hebben om verlaten te worden (Matussek & Feil, 1983). In al dit soort onderzoek kan men echter niet meer concluderen dan dat er een - misschien spurieuze - samenhang is. Het is immers aannemelijk dat dezelfde factoren die tot de depressie hebben geleid ook leiden tot een vermindering in intimiteit ten opzichte van de partner. Het kan ook zijn dat bijvoorbeeld de grotere angst om verlaten te worden reële kanten heeft gezien het feit dat de depressieve persoon minder te bieden heeft dan een vrolijke partner en dat het niet de angst is die leidt tot depressie. De causaliteitskwesitie geldt natuurlijk ook voor onderzoek waaruit blijkt dat paren met een depressieve persoon meer communicatie problemen hebben dan allerlei 'controle' groepen (bijv. Hautzinger et al., 1982; Kahn et al., 1985). We zouden een veelvoud van dit soort commentaar op de literatuur kunnen geven maar we volstaan hier met de voorzichtige conclusie dat wanneer men de diverse onderzoeken apart bekijkt er zelden meer vastgesteld kan worden dan een correlationeel verband waarbij de depressieve persoon in een vicieuze cirkel is geraakt van negatieve ervaringen (al of niet objectief negatief), negatieve interpretaties en negatief gedrag dat door de omgeving wordt versterkt. Als uitzonderingen zou men misschien kunnen beschouwen het eerder genoemde experimentele onderzoek van Coyne (1976) en een onderzoek van Youngren & Lewinsohn (1980) waar bleek dat depressieve personen met onbekenden even goed overweg konden als dat het geval was voor 'normalen', maar het in hun gezinssituatie minder goed deden. Indien men de literatuur in zijn geheel bekijkt, is het echter toch niet helemaal onterecht om te veronderstellen dat over het algemeen het startpunt in de vicieuze cirkel ligt bij de depressieve persoon, die door persoonlijkheidstrekken, door een gebrek aan vaardigheden en een negatieve kijk op gebeurtenissen reacties van zijn partner of andere gezinsleden opwekt die hem weer verder de put in helpen. Enige steun voor deze visie op het proces kan men vinden bij een longitudinale studie van Weissman en Paykel (1974) en bij enkele andere studies die door Haas et al. (1985) worden geciteerd. Hun conclusie is dat het voorkomen van depressieve symptomen geen noodzakelijke voorwaarde is voor huwelijksproblemen - wat natuurlijk

niet zo verbazingwekkend is - maar zij concluderen ook dat het minder adequate interpersoonlijke functioneren van de depressieve persoon een onderdeel is van zijn stoornis en een min of meer constante achtergrondvariabele vormt. Interessant zijn in dit verband twee onderzoeken van Birchnell & Kennard (1983 a en b). Bij door hen als neurotisch depressief geclassificeerde patiënten werden significant meer huwelijksproblemen geconstateerd dan bij door hen als endogene bestempelde depressieve patiënten. Bovendien stelden zij vast dat de huwelijksproblemen voorafgingen aan het acuut worden van de neurotische depressie en niet andersom.

Behandelingsmodellen

Vanuit de bovengenoemde theoretische kaders kan men verschillende behandelingsmodellen onderscheiden die aandacht schenken aan de samenhang tussen depressie en huwelijksrelatie:

Het leertheoretisch model

In het leertheoretisch model staat het veranderen van bekrachtigingspatronen centraal, evenals het trainen van sociale vaardigheden van de depressieve persoon (Becker & Heimberg, 1985) en het doen toenemen van wederzijdse positieve activiteiten van de partners (Stuart, 1980). Een voorbeeld van een gecontroleerde studie hierover is die van McLean et al. (1973). Tien depressieve patiënten werden voor een ambulante behandeling toegewezen aan een experimentele behandeling die vergeleken werd met een controlegroep. De behandeling bestond uit: (1) Training van sociale vaardigheden in de vorm van herkennen en uitvoeren van communicatieregels. (2) Registratie en feedback over de verbale interacties van de patiënt met de partner door middel van afgesproken signalen. (3) Het formuleren van wederzijdse wensen en het toepassen van gedragscontracten. De auteurs rapporteren significant grotere afname van problematisch gedrag in de experimentele groep in vergelijking met de controle groep. Datzelfde geldt wat betreft de toename van verbale vaardigheden en de score op de 'Depression Adjective Checklist' (Lubin, 1965). Daarbij moet echter aangetekend worden dat de controle conditie niet goed is beschreven en kennelijk uiteenlopende behandelingen bevatte, zoals: medicatie, groepstherapie, individuele psychotherapie of combinaties daarvan. Er was geen controlegroep met een ander soort interactionele behandeling.

Het cognitieve model

Vanuit de cognitieve theorieën ligt in het algemeen de nadruk op het veranderen van attributies, die de patiënt ten aanzien van zichzelf heeft (Diekstra et al., 1982; Engels & Diekstra, 1987; Albersnagel & Rouwendal, 1984; Emmelkamp, 1985; Boelens, 1986) en die de partners ten aanzien van elkaar hebben. Een voorbeeld van een klinische studie waarin dit behandelaspect centraal staat is die van Rush et al. (1980). Evenals bij Becker & Heimberg (1985) blijkt in het onderzoek van Rush et al. dat het veranderen van cognities moeilijk valt te scheiden van een toename in sociale vaardigheden. In het behandelingspakket zaten dan ook elementen als het stellen van nieuwe doelen, het registreren en het formuleren van concrete wensen ten aanzien van de partner.

Het gezinstherapeutisch model

De systeembenadering legt vooral de nadruk op veranderingen in de aard van de verhouding der partners en de positie van de depressieve persoon in het gezin. Hierbij moet wel onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds het soort dramatische interventies dat gepropageerd wordt in de *cybernetische gezinstherapie* zoals we die aantreffen bij bijvoorbeeld Andolfi et al. (1983) en anderzijds de reëlere benaderingen van de *structurele gezinstherapie* (Minuchin & Fishman, 1981; Hendrickx, 1981), de *strategische gezinstherapie* (Stanton, 1981) en de *directieve gezinstherapie* (Langc, 1985; 1987a). Een duidelijk maar dubieus voorbeeld van de eerstgenoemde stroming wordt gefourneerd door L'Abate (1986, hoofdstuk 7) die diverse aanbevelingen doet om depressie in interactionele context te behandelen door middel van een serie bizarre paradoxale opdrachten. Voor een kritische beschouwing van deze benadering zij verwezen naar Treacher (1988). Dat het binnen een systeembenadering ook anders kan ziet men in een uitstekend overzicht van interventies ten behoeve van depressie vanuit de strategische gezinstherapie (Coyne, 1986). Voorbeelden van deze benadering, die er op is gericht om in te grijpen in de gangbare interactietens tussen de depressieve persoon en diens gezinsleden, vindt men bijvoorbeeld bij Watzlawick et al. (1974), Watzlawick & Coyne (1980) en bij Madanes (1981). Een gedetailleerde illustratie van de daar beschreven technieken vindt men bij Aelen & Lange (1981). Zij beschrijven een directieve gezinsbehandeling van een opgenomen depressieve patiënte. De belangrijkste ingrediënten waren: (1) Heretiketteren van de problematiek als een fase in het zoeken van een nieuw doel in het leven van de patiënte, nu alle kinderen van het echtpaar het huis hadden verlaten (Carter & McGoldrick, 1980). (2) Het tolereren van inactiviteit als 'nodig om na te denken over nieuwe doelen' en (3) het veranderen van de bekrachtigingspatronen, doordat de gezinsleden tijdens de weekends thuis met vriendelijke standaardzinnen gingen reageren op het klagen door de patiënte. De staf van de kliniek was met deze wijze van reageren al eerder vertrouwd gemaakt.

Het farmacologische model

Behandeling door middel van psychofarmaca lijkt in een hoofdstuk over een interactionele behandeling niet een belangrijk aandachtspunt te moeten zijn. Het wordt hier toch genoemd aangezien er steeds meer studies zijn waaruit blijkt dat psychofarmaca zich goed laten combineren met interpersoonlijke behandeling van depressie. Zo betoogt Klerman (1986) dat bij endogene depressie een combinatie van psychofarmaca en één - of meer - van de bovenvermelde behandelvormen wenselijk is. Van Praag (1988) gaat nog wat verder en stelt dat er steeds meer aanwijzingen zijn dat psychofarmaca ook bruikbaar kunnen zijn bij mildere vormen van depressie.

Het eclecticische model

Het is niet onze bedoeling om uitputtend te zijn wat betreft de literatuur over de diverse behandelmodellen. Voor een uitgebreider overzicht zij verwezen naar Haas et al. (1985), al moeten we daarbij waarschuwen dat er nogal wat foutieve citaten en foutieve verwijzingen in voorkomen. Met hun conclusie, dat depressie bij uitstek baat vindt bij een *multidimensionele*, eclecticische behandeling (Garfield, 1980, hoofdstuk 10), kunnen we het echter volledig eens zijn. Het eclecticische karakter van de behandeling begint al in de taxatiefase waarin zowel de individuele aspecten van de depressie dienen te worden vastgesteld, als de mate waarin de depressie is verweven in de verhouding met de omgeving. Gaat het bijvoorbeeld om een vitale depressie dan ziet de behandeling er anders uit dan wanneer dat niet het geval is. Gaat het om een patiënt met traumatische ervaringen in het verleden dan dient dat in het behandelplan een

plaats te krijgen. Als de depressie in stand wordt gehouden door stress in de huwelijksrelatie of andere gezinsproblemen dan eist dat een andere aanpak dan wanneer het gaat om stress buiten het gezin. Terecht wijzen Haas et al. erop dat de taxatiefase eerst op dit soort punten dient te worden afgerond met behulp van tests en registratie alvorens een behandelplan wordt opgesteld dat recht doet aan de bevindingen, in plaats van het 'lukraak' interveniëren met vaste technieken. Zo'n behandelplan zal dan meestal een 'breed spectrum-achtig' karakter hebben waarin diverse onderdelen worden gecombineerd, van medicatie en op het individu gerichte interventies tot interventies die gericht zijn op de interactie tussen gezinsleden. Haas et al. geven wat dat betreft verschillende aanbevelingen voor 'endogene' versus 'exogene' depressie. Voor het eerste adviseren zij het reduceren van de symptomen met behulp van psychofarmaca en het toepassen van gezins/relatie therapie. De focus zou wat dat laatste betreft moeten liggen op: (1) Het reduceren van stressoren die afkomstig zijn uit de omgang met de partner of andere gezinsleden. (2) Het mobiliseren van steun van de gezinsleden om de patiënt te bewegen de medicatie te gebruiken. (3) Het creëren van een sfeer van steun ten opzichte van de patiënt. Voor de 'exogene' depressie ligt de nadruk op het terugdringen van mispercepties, misverstanden, ineffectieve manieren van praten, en van ineffectief problemen oplossen voor zover dat de depressieve symptomen in de hand werkt. Daarnaast verdient het aanbeveling om in het algemeen het verbeteren van communicatieve vaardigheden en probleem-oplossend vermogen binnen het gezin als doelstelling op te nemen. Tot gelijksoortige aanbevelingen komen Rounsaville et al. (1985) in hun beschrijving van 'short-term interpersonal psychotherapy for depression'. Hoewel de auteurs stellen dat hun behandelmodel vooral geschikt is voor psychotherapeuten die geschoold zijn in de zogenaamde inzichtgevende psychotherapievormen en dat gedragstherapie geen goede ondergrond vormt, doet het model uitermate pragmatisch en eclecticisch aan met vele principes die ook in de directieve therapie bekend zijn (Van der Velden, 1977; 1980; 1988; Lange, 1987a). We denken dan aan principes als: (1) Informatie geven over de achtergrond van de klacht met zijn doorgaans individuele en interpersoonlijke kant. (2) Expliciet formuleren van - bescheiden - doelen. Verandering in persoonlijkheidsvariabelen valt daar niet onder. (3) Een gestructureerd en concreet behandelplan opstellen en aan de patiënt voorleggen. (4) Niet noodzakelijkerwijs teruggaan naar het verleden en niet alles willen verklaren. (5) Nadruk op een positieve verhouding met de cliënt - de therapeut is een bondgenoot en niet iemand die erop uit is de patiënt met diens falen te confronteren. (6) Proberen van begin af aan tot interventies te komen die op verandering zijn gericht, bijvoorbeeld met behulp van gedragsoefeningen. Merkwaaardig in het model van Rounsaville et al. is overigens dat het van de auteurs die er redelijke resultaten mee claimen wel het predikaat 'interpersoonlijk' heeft meegekregen, maar dat de rol van de partner in de behandeling in het geheel niet wordt beschreven. Het is overigens opvallend dat er in de literatuur maar weinig gecontroleerd onderzoek valt te vinden over behandelingen van depressie waarin de interacties tussen de partners centraal staan. Haas et al. (1985) verbazen zich hier al over en in een meta-analyse over de effecten van gezinstherapie stuiten Markus et al. (1989) op hetzelfde fenomeen. De paar onderzoeken die op dat gebied wel zijn gedaan leveren interessante gegevens op. Zo vergeleken Glick et al. (1985) de effecten van 'standard multimodal inpatient treatment' met of zonder gezinsbehandeling bij een populatie van schizofrenen of bij patiënten met een 'major affective disorder'. Hoewel de resultaten moeilijk interpreteerbaar zijn ziet het er naar uit dat de gezinsinterventies vooral positieve effecten opleveren voor de schizofrene patiënten en minder voor degenen met een affectieve stoornis. Hierbij moeten we wel bedenken dat deze gegevens niet generaliseerbaar zijn naar gezins- of relatietherapie bij depressieve patiënten in een ambulante setting. Dat geldt wel voor het onderzoek van McLean et al. (1973). Zij vergeleken tien paren waarvan één partner

depressief was, die een behandeling kregen welke bestond uit feedback over positief/negatieve interacties en uit gedragscontracten, met een controlegroep van eveneens tien paren. De eerste groep verbeterde significant meer. Helaas ontving de controlegroep allerlei verschillende soorten behandelingen zodat de conclusies niet erg sterk zijn. Het onderzoek van Friedman (1975) is wat dat betreft duidelijker. Zowel psychofarmaca als relatietherapie hadden positieve effecten in vergelijking met controlecondities waarin een minimale individuele behandeling plaatsvond. De psychofarmaca zorgden met betrekking tot de depressieve symptomen vooral voor verbetering in de beginfase, terwijl de relatietherapie meer effect op langere termijn opleverde, ook ten aanzien van het functioneren in het gezin.

Twee gevallen

De langdurige behandeling van mevrouw Woudstra

Mevrouw Woudstra (33 jaar) wordt verwezen door een staffunctionaris van een dagcentrum, waar zij gedurende vier maanden in behandeling is geweest voor depressie, die volgens de DSM III-R (APA, 1987) beschouwd kan worden als 'major' en chronisch, zonder 'melancholia'. Zij is daar medicamenteus behandeld en er waren groepsgesprekken. Bij de verwijzing wordt vermeld dat het waarschijnlijk van belang is de man bij de behandeling te betrekken, maar dat dat niet gemakkelijk zal zijn. Het is op het dagcentrum althans niet gelukt. Men vindt het een moeilijke man. Hij is weduwnaar en 20 jaar ouder dan zijn huidige vrouw. Van zijn kinderen woont er één al zelfstandig en de andere twee (17 en 18 jaar) wonen bij hen. Zelf heeft zij geen kinderen.

Bij het eerste gesprek is het gehele gezin aanwezig. Hoewel mevrouw ontslagen is uit de dagbehandeling voelt zij zich niet echt beter: zij rapporteert o.a. lusteloosheid, onvermogen tot concentreren en angst om onder de mensen te gaan. Er zijn verder geen vitale kenmerken. Tijdens het eerste gesprek komt er nogal wat kritiek op mevrouw naar voren, zowel van de man als van de kinderen. Zij zou veel te precies zijn, niet kunnen en willen improviseren, niet accepteren dat haar man het zo goed met de kinderen kan vinden, etc. Opvallend is hoe zwak de vrouw zich verweert, hoe krachtig alles wat zij zegt omver wordt gepraat door de man en hoe deze daarin wordt bijgevallen door zijn kinderen.

Na een aantal gesprekken kan de taxatie als volgt worden samengevat: mevrouw heeft een weinig stimulerende jeugd achter de rug met een alleenstaande alcoholische moeder. Veel zelfvertrouwen en sociale vaardigheden heeft ze daaraan niet overgehouden. Op jonge leeftijd leerde ze haar huidige man kennen die als weduwnaar leefde met kinderen die niet veel jonger waren dan zijzelf. Zij trouwde met hem en werd verantwoordelijk voor een drukke huishouding. In plaats van dankbaarheid en respect voor de zorg die zij voor de man en de kinderen opbracht moest zij op haar tenen lopen om niet bedolven te worden onder een stelselmatige stroom van kritiek van de hechte coalitie die zij tegenover zich vond. Dit leidde ertoe dat zij steeds verder 'dichtklapte' en zich steeds meer overgaf aan buien van 'uitzichtloosheid' die haar tenminste vrijwaarden van plichten en zelfs positieve aandacht van haar man opleverden. Haar man is weliswaar een krachtig iemand en niet snel bereid zijn mening voor een andere te geven, maar bepaald geen onaangenaam persoon en het is ook duidelijk dat hij positieve gevoelens voor zijn vrouw koestert. De therapeut laat zich dan ook niet beïnvloeden door het etiket 'moeilijke man' dat de echtgenoot van de vorige behandelaars heeft meegekregen (Lange et al., 1988). Met behulp van complimenten en positief etiketteren lukt het om een goede verstandhouding met hem op te bouwen zodat het mogelijk wordt om hem en zijn kinderen, zonder dat dit weerstand

oproept, te confronteren met de bijzondere positie waarin zijn vrouw/hun stiefmoeder zich jaren heeft bevonden. De behandeling bevat daarna o.a. de volgende elementen:

- Kinderen en echtgenoot gaan nadenken over een manier waarop zij tot uitdrukking kunnen brengen dat zij dankbaar zijn en respect hebben voor de zorg die hun stiefmoeder, respectievelijk partner, voor hen heeft opgebracht en hoe deze het gezin na de dood van de moeder van de kinderen heeft opgevangen. Het is de bedoeling dat dit zal leiden tot een cadeau dat als symbool van eerherstel zal worden aangeboden (Van der Velden & Hoogduin, 1980). Hoewel dit er nooit van is gekomen leidt het voorstel al tot een verandering in de sfeer en tot een toename van zelfvertrouwen bij mevrouw.

- *Registratieopdrachten* spelen gedurende de gehele behandeling een belangrijke rol. Deze hebben betrekking op: (1) de stemming van cliënte. Gedurende een periode van enkele maanden houdt zij een zogenaamde 'stemmingsmeter' bij. Elk uur van de dag noteert zij haar stemming op een cijfer van 0-10 (Lange, 1985, par. 5.5). Bij een stemming beneden de 4 trekt zij zich terug om zich te bezinnen op antecedenten en consequenties (Watson & Tharp, 1981). (2) Irritaties ten aanzien van partner en kinderen. Zij is niet gewend om daar expliciet aandacht aan te schenken, aangezien zij meestal de fouten bij zichzelf zoekt. Zij wordt gestimuleerd om alle bronnen van onvrede onmiddellijk op te schrijven en 's avonds aan de personen op wie ze betrekking hebben mede te delen, zonder discussie.

- Na de eerste registratieperiodes worden *zelfcontrole-procedures* gehanteerd. Er worden vaste activiteiten gepland, zoals piano spelen of wandelen, die mevrouw Woudstra zal uitvoeren wanneer haar stemming beneden een bepaald cijfer komt (Hoogduin, 1980).

- Mevrouw wordt gestimuleerd om gedurende een aantal weken te werken aan een 'opstel' over zichzelf, met name over een aantal positieve kwaliteiten. Op bepaalde momenten, bijvoorbeeld in combinatie met de hierboven genoemde zelfcontrole procedure, gaat zij het opstel bij wijze van *zelfverbalisatie* hardop lezen (vgl. Meichenbaum, 1981).

- Er wordt een poging gedaan tot het verwerking van ervaringen uit haar jeugd die voor haar traumatisch waren. Opvallend is dat zij zich van haar jeugd weinig details weet te herinneren. *Schrijfopdrachten* op conventionele wijze (Lange, 1985, hoofdstuk 8; Van Doorn & Aelen, 1986) leveren weinig op. Vandaar dat uiteindelijk voor een nieuwe methode wordt gekozen: *het geleidelijk teruggaan in het verleden, middels geritualiseerde schrijfopdrachten* (Lange, 1987b).

- Geleidelijke beëindiging van medicatie begint op haar verzoek een half jaar na de start van de ambulante behandeling.

De behandeling neemt uiteindelijk 46 zittingen in beslag, verspreid over 7 jaren. In het begin zijn de zittingen om de twee à drie weken en is de echtgenoot erbij. Na circa 20 zittingen is er een flinke verbetering te constateren in de onderlinge verhouding tussen de partners: zij heeft geleerd wat duidelijker te zijn over haar behoeften en meneer is meer begrip gaan opbrengen voor zijn vrouw. Toch heeft zij nog lange tijd behoefte aan steun en adviezen van de therapeut, met betrekking tot de af en toe opkomende momenten 'van uitzichtloosheid' die geen verband houden met het gedrag van haar man of kinderen. Gedurende enkele jaren blijft zij hiervoor drie tot vier maal per jaar komen teneinde haar gedragslijn voor zichzelf te bespreken en bij te stellen. Uiteindelijk wordt de therapie na twee langdurige

therapieloze perioden, op haar eigen voorstel, naar tevredenheid volledig afgesloten. Zij is medicatievrij, functioneert redelijk maar maakt af en toe nog moeilijke momenten door.

De relatieproblemen van meneer en mevrouw Boom

Mevrouw Boom (48 jaar) meldt zich aan wegens relatieproblemen en wegens depressie. Zij woont samen met haar man. Hun (enige) kind is vorig jaar uit huis gegaan. In het taxatiegesprek maakt zij een terneergeslagen indruk. Zij vertelt dat zij de laatste jaren erg lusteloos is en nergens van kan genieten. Haar man (52 jaar) vertelt dat zijn vrouw de laatste tijd zeer mat is en soms dagenlang nauwelijks tegen hem spreekt. Na enig doorvragen van de therapeut komt het volgende naar voren: meneer en mevrouw Boom hebben 25 jaar geleden een kind gekregen dat maar één dag heeft geleefd. Mevrouw heeft haar man indertijd zeer kwalijk genomen dat hij daar - volgens haar - zeer rauw op heeft gereageerd en haar niet heeft bijgestaan in haar verdriet. Zij is daar nooit overheen gekomen en nog steeds gebeurt het volgens haar regelmatig dat haar man 'grof' reageert. Pas geleden was het bijvoorbeeld weer gebeurd toen een gemeenschappelijke vriend plotseling overleed en zij overstuur was. Daar krijgt zij iedere keer zo'n klap van dat zij 'kil wordt van binnen', niets met haar man te maken wil hebben en hem niet meer vertrouwt, ook al doet hij zijn best om aardig te zijn. Het is allemaal verergerd nadat hun dochter uit huis is gegaan.

Meneer Boom, een garagehouder, maakt bepaald niet de indruk iemand te zijn die zijn vrouw of andere mensen wil kwetsen, maar zijn onhandigheid in het onder woorden brengen van gevoelens kunnen wel debet zijn aan de gekwetstheid van zijn vrouw. Van een aantal van de voorbeelden die zijn vrouw noemt was hij niet eens op de hoogte doordat zijn vrouw niets liet merken. Het paar maakt zelden ruzie, wat door beiden niet zonder meer als positief wordt beleefd. Mevrouw heeft het idee veel in te slikken en alleen als iets haar al te hoog zit komt het er in een onaangename scene uit. Dan praat zij ook over scheiding. Het is ondanks dit alles duidelijk dat de partners om elkaar geven en dat wordt ook door allebei verwoord.

Hoewel er ongetwijfeld relatieproblemen zijn kan bij mevrouw ook van een 'niet anders gespecificeerde depressieve stoornis' worden gesproken. De behandeling bevat de volgende elementen:

- In het kader van *rouw- en rancuneverwerking* wordt mevrouw Boom gestimuleerd om een *brief te schrijven* aan haar man, waarin ze stuk voor stuk de situaties beschrijft die haar zo gekwetst hebben en hoe dat door de jaren heen op haar heeft ingewerkt. Zij doet dit gedurende enkele weken drie maal per week een uur lang in een eigen ruimte waarin een bureautje staat. (vgl. Van der Hart, 1984; Lange, 1985 hfdst. 8; Lange, 1987a hfdst. 4; Van Doorn & Aelen, 1986). Afsproken wordt dat zij op het moment dat zij daar aan toe is de brief aan haar man zal laten lezen. In de tweede zitting drie weken later blijkt mevrouw zich nauwgezet aan de opdracht gehouden te hebben. Ze heeft zes maal geschreven en vertelt dat ze veel rustiger is geworden en zich veel beter voelt. Haar man vertelt dat het lijkt alsof zijn vrouw een pil heeft gekregen. De therapeut vraagt of mevrouw toe is aan de volgende stap: *het laten lezen van de brief aan haar man en een gesprek daarover*. Dat is het geval en het gebeurt in de daaropvolgende week. In de zitting hierna blijkt dat het op een teleurstelling is uitgelopen. Beiden vonden het gesprek onbevredigend. Meneer kon zich moeilijk inleven in wat er 25 jaar geleden was gebeurd en mevrouw had het gevoel dat meneer zich alleen maar aangevallen voelde.

- In de hierboven genoemde zitting volgen naar aanleiding van het 'mislukte gesprek' een *gedragsherhaling* en een *gedragsoefening* (Lange, 1985, par. 6.2). Het gesprek over de brief wordt opnieuw gevoerd, tijdens de zitting.

Meneer slaagt er nu in om uit te leggen hoe het indertijd, 'als broekie van 27 jaar', voor hem is geweest en het wordt duidelijk hoe bang hij is om in een gesprek met zijn vrouw iets verkeers te zeggen, waardoor hij liever bijna niets zegt, terwijl dat juist is wat zijn vrouw kwetst.

Het schrijven van de brief, het laten lezen en de gesprekken erover hebben ertoe geleid dat mevrouw zich minder rancuneus is gaan voelen ten aanzien van haar man. Er worden een paar besluiten genomen. Zij zal als afscheid van dit deel van haar verleden een nieuwe brief gaan schrijven en zij zullen samen alsnog *afscheid nemen van de baby*, waarvan zij op dit moment niet weten waar het is begraven. Meneer Boom zal hiertoe het initiatief nemen.

- Parallel aan het tweede gedeelte van het rouwverwerkingsprogramma wordt een programma opgesteld, en uitgevoerd, voor *het oefenen van sociale vaardigheden, het registreren van irritaties en het bespreken daarvan*. Mevrouw gaat ter plekke noteren wanneer haar man haar op een denigrerende manier toespreekt, haar belangrijkste klacht over hem. Elke avond op een af te spreken tijd stelt zij hem van de gegevens van de dag op de hoogte in een ABA-gesprek (Lange, 1985, par. 5.7.1). De bedoeling is dat zij hierdoor haar rancunes over onheus gedrag van haar man niet opzout tot een moment dat het alleen in een enorme scene naar voren kan komen en haar man er niet meer op kan reageren. Ook de man gaat registreren. Iedere keer als hij het idee heeft dat hij zijn best doet in een serieus gesprek maar zijn vrouw dat maar niet 'wil' zien maakt hij een kleine notitie die evencens 's avonds wordt besproken.

De volgende zitting rapporteren beiden dat er niets te registreren is geweest. Ze maken een opgewekte indruk. Mevrouw spreekt zelfs van een doorbraak: zij praat nu gemakkelijker over dingen die gebeurd zijn, reageert sneller, vertelt ook meteen als haar iets dwars zit en haar man negeert haar niet meer. Meneer bevestigt het beeld. De therapeut is uiteraard verheugd voor hen maar waarschuwt voor het 'honeymoon effect'. Dat dit niet onterecht is bewijst de volgende zitting waar mevrouw zich beklagt over een incident met 'onheus gedrag' van haar man. Er volgt een *gedragsherhaling en modeling* door de therapeut (Lange, 1985, par. 6.2) waarin hij de vrouw laat zien hoe haar aandeel is in de escalatie. Mevrouw Boom is hier zeer tevreden mee. Tijdens de oefening is haar duidelijk geworden dat haar gedrag ten opzichte van haar echtgenoot ten dele escaleert doordat zij hem motieven toeschrijft die haar vader had, 'een slecht mens', naar haar zeggen.

De therapie loopt nu ten einde met in de laatste fase het ritueel van afscheid nemen van het kindje dat maar een dag heeft geleefd. Meneer heeft uitgezocht waar het is begraven en samen zijn zij naar het graf gegaan. Een follow up, een half jaar later bevestigt de verbeterde relatie. Van depressie of ontstemming kan bij mevrouw niet meer gesproken worden.

Discussie

Classificatie en interpersoonlijke behandeling

De literatuur is niet altijd even gemakkelijk te interpreteren aangezien in de diverse studies van verschillende indelingen in soorten depressie wordt uitgegaan. In nogal wat studies wordt bovendien geen informatie verstrekt over de aard van depressie die is onderzocht. Het lijkt alsof men kan concluderen dat de precieze invulling van de interpersoonlijke of interactionele aanpak niet op grond van de classificatie plaatsvindt maar op grond van een taxatie van gedrag en situatie. Volgens Leber et al. (1985) geldt dit in het algemeen voor de behandeling van depressie. In hun overzicht van de verschillende classificatiesystemen signaleren zij de geringe predictieve waarde van de meeste

ervan, inclusief de DSM-III (APA, 1980): 'A final limitation of the DSM-III diagnostic categories for depression is their relative lack of demonstrated predictive validity for psychological intervention. Currently, research has not been published that indicates that the DSM-III categories of depression provide for differential prediction of treatment success' (Leber et al., 1985, pag. 358). Coyne (1986) onderschrijft deze opvatting als hij stelt dat er geen selectiecriteria zijn voor de verschillende behandelingsparadigma's en dat de veelheid aan categorieën in de DSM-III geen consequenties heeft voor de behandelvorm. Haas et al. (1985) trekken zoals we eerder zagen wel enige - naar ons idee terechte - conclusies uit de door hen gebruikte indeling. Zij bevelen aan om bij 'endogene' versus 'exogene' depressie niet alleen verschil te maken wat betreft medicatie (wel of niet) maar ook andere accenten te leggen wat betreft interactionele doelen. Coyne (1986) is het zelfs daarmee niet eens als hij een onderzoek van Birchnell & Kennard (1983) citeert waaruit zou blijken dat 42 % van een steekproef van endogene depressieve patiënten in een slechte huwelijksituatie verkeerde, die vooraf ging aan de depressie. Om zijn stelling verder te onderbouwen noemt hij tenslotte nog een studie van Rush et al. (1977) die aangetoond zouden hebben dat bij een groep van endogene depressieve patiënten psychotherapie superieur was aan anti-depressiva.

Als we de literatuur over de interpersoonlijke behandeling van depressie 'vertalen' naar de classificatie van de DSM III-R (APA, 1987), dan kunnen we het met Leber et al. eens zijn en concluderen dat 'interpersoonlijke gedragsinterventies' in alle soorten van depressie worden aanbevolen: van de niet-psychiatrische, 'alledaagse' vormen van ontstemming tot en met de 'zware psychiatrische beelden'. Bij de laatste, zoals bij de bipolaire en bij de 'major' depressies met vitale kenmerken is men het er in het algemeen in de diverse stromingen over eens dat een combinatie met psychofarmaca noodzakelijk is, terwijl vanuit de biologische psychiatrie het gebruik van psychofarmaca ook bij mildere vormen wordt aanbevolen.

Gezien de onduidelijkheid over de waarde van de classificatiesystemen voor het begrijpen van depressie en voor de keuze in psychologische behandelingsstrategieën hebben wij in dit hoofdstuk daar het accent niet op gelegd, maar wel op de aard van de interactionele interventies die men in het algemeen kan gebruiken, al of niet in combinatie met medicatie. Met opzet hebben we ter illustratie dan ook unipolaire, niet-psychotische gevallen beschreven waar de interpersoonlijke gedragsinterventies de meest belangrijke elementen in de behandeling waren. Het lijkt ons wel een belangrijk aandachtspunt om in de toekomst te onderzoeken in hoeverre specifieke interpersoonlijke gedragsinterventies bij bepaalde vormen van depressie wel of niet geïndiceerd zijn.

Sexe-verschillen

Het is niet helemaal toevallig dat het bij de drie gevallen die door ons gedetailleerd zijn besproken gaat om vrouwen. De DSM III-R (APA, 1987) geeft aan dat depressieve stoornis meer bij vrouwen voorkomt dan bij mannen, ten aanzien van sommige vormen zelfs tweemaal zoveel. Wing & Bebbington (1985), die ongeveer dezelfde cijfers hanteren, geven een overzicht van onderzoeken die verklaringen hiervoor zouden bevatten. De meest voor de hand liggende verklaring zou zijn dat depressie veroorzaakt kan worden door stress vanuit de omgeving, zoals door een lage sociale status, geen werk, en door een overmatig zware taak in het gezin (bijv. door voor kleine kinderen te moeten zorgen). In twee van onze drie voorbeelden speelden dit soort factoren een duidelijke rol. In het derde voorbeeld - bij mevrouw Boom - was dit minder duidelijk. Wing & Bebbington zetten overigens zelf grote

vraagtekens bij hun conclusies, aangezien het epidemiologisch onderzoek met betrekking tot depressie volgens hen nog in de kinderschoenen staat (pag. 773), mede doordat de diverse studies van verschillende classificaties uitgaan.

In hun kanttekeningen bij de epidemiologische cijfers noemen ook Wing & Bebbington de 'kwetsbaarheid voor depressie', wat wij al eerder in dit hoofdstuk als belangrijk betitelden. Naast de dispositionele kwetsbaarheid op grond van 'life events' en 'aanleg' noemen zij sociale factoren als gebrek aan steun binnen een sociaal netwerk. Ons inziens zou dit ook een verklaring kunnen zijn voor het verschil tussen mannen en vrouwen. Men kan veronderstellen dat huwelijksproblemen eerder tot depressieve verschijnselen zullen leiden indien een partner naast het huwelijk weinig anders heeft dat bevrediging schenkt. Men ziet dan ook vaak dat personen pas depressief worden als het op beide fronten fout gaat, in het huwelijk en op het werk. Het is nog steeds zo dat meer vrouwen dan mannen naast het gezin of huwelijk geen ander hecht sociaal netwerk hebben. Dat maakt dat vrouwen in het algemeen kwetsbaarder zijn dan mannen. Het is merkwaardig dat deze gedachtengang, die tot toetsbare hypothesen leidt, naar onze bevindingen nergens is onderzocht. *Speis*

Van geheel andere aard is de theorie van Peterson & Seligman (1985) die stellen dat verschillen tussen de sexen, wat betreft de incidentie van depressie, te maken kunnen hebben met verschillende attributiestijlen. Zij baseren zich daarbij op Dweck & Licht (1980) die beargumenteerden dat er verschil is in de oorzaken waaraan jongens en meisjes hun eigen falen toeschrijven. Meisjes zouden meer interne, stabiele en globale verklaringen zoeken, wat hen later kwetsbaar zou maken, terwijl jongens het meer in de situaties zouden zoeken. Volgens Seligman et al. (1984) bestaat dit sexe-verschil al op 8-jarige leeftijd, maar wordt het pas na de pubertijd echt duidelijk.

Niveaus van behandeling

In alle drie gevallen speelde de behandeling zich af op twee niveaus: *interactioneel en individueel*. Dwz. dat de interventies ten dele een individueel aspect hadden en ten dele tot gevolg hadden dat er andere interactieprocessen gingen optreden. Bij zowel mevrouw van Basten als mevrouw Woudstra was de individuele kant belangrijk. Beiden waren personen met zeer weinig zelfvertrouwen. In beide gevallen bestond de behandeling voor een groot deel uit het versterken daarvan. Het meest extreem lag dat bij mevrouw Woudstra, die een jeugd had doorgemaakt waarin zeer weinig stimulerends was terug te vinden en die daarna in een situatie was beland die haar vertrouwen in zichzelf nog verder ondermijnde. Ondanks de duidelijk individuele kant van deze twee behandelingen speelde het relationele toch ook een belangrijke rol. Bij mevrouw van Basten hadden de depressieve buien te maken met de afhankelijkheid van haar man en de angst door hem verlaten te worden. We hebben gezien dat dit een thema is dat in de literatuur ook wordt beschreven. Het ontslag van het werk bij haar man kan gezien worden als een traumatiserende gebeurtenis die de verhouding nog sterker onder druk zette. Nadat zij geholpen was om dit te verwerken bleek het mogelijk om een aantal kenmerken van hun onderlinge verhouding te veranderen. Zo werd zij zelfstandiger en minder bang dat haar man bij haar weg zou gaan. Ook bij mevrouw Woudstra speelden relationele factoren een rol. Haar positie in het gezin werd versterkt en de kritiek die zij veelvuldig kreeg van haar man en diens kinderen nam af. Er werd steeds meer waardering ten opzichte van haar geuit. Desalniettemin duurde het nog lang en was er een langdurige individuele behandeling nodig eer deze cliënte kon rapporteren dat zij nu redelijk functioneerde.

In de derde behandeling was de individuele kant minder belangrijk dan bij de eerste twee. Mevrouw Boom werd beheerst door rancune ten aanzien van haar man, mede gevoed door diens vermeende gelijkheid met haar vader. Nadat

door het verwoorden hiervan, door het herinterpreteren van haar denkbeelden in dit opzicht en door het afscheid nemen van haar dode kind hierin verandering was gekomen, nam de ambivalentie jegens haar man af en was de depressie over.

Inspectie van de voorbeelden in het licht van de theoretische modellen

Als we onze gevalsbeschrijvingen beschouwen in het licht van de 'hulpeloosheids'-theorieën dan kunnen we constateren dat op dat punt voor alledrie de patiënten nogal wat is veranderd. Mevrouw van Basten is zich onafhankelijker gaan opstellen ten opzichte van haar man en heeft geleerd een aantal zaken in haar leven anders aan te pakken. Mevrouw Boom kreeg de mogelijkheid om haar woede ten opzichte van haar man op een aanvaardbare manier te ventileren. Bij mevrouw Woudstra was het iets minder duidelijk, maar de andere positie die zij in het gezin kreeg en de mogelijkheden om met behulp van zelfcontroleprocedures toch enige greep op haar stemmingen te krijgen gaf ook haar tenslotte het gevoel meer greep op haar functioneren te hebben.

Ook voor het 'kwetsbaarheids'-model vinden we in onze gevalsbeschrijvingen steun. Een minder kwetsbare en minder afhankelijke vrouw dan mevrouw van Basten zou het moeten stoppen met werken in het bedrijf van haar man waarschijnlijk niet als traumatisch hebben beleefd. Een minder zwakke vrouw dan mevrouw Woudstra zou zich door haar gezinsgenoten minder op de kop hebben laten zitten en zich niet hebben teruggetrokken in zichzelf. Bij mevrouw Boom is het iets minder duidelijk, maar haar occupatie met de slechtheid van haar vader, de daarop gebaseerde negatieve interpretatie van haar echtgenoot en haar neiging om zich niet te uiten heeft er ook bij haar toe bijgedragen dat op zich geïsoleerde gebeurtenissen tot verlamme en deprimerende trauma's konden uitgroeien. Dat de causaliteit in ieder geval niet zonder meer ligt in de omgeving zien we tenslotte bij mevrouw Woudstra waar de gezinstherapie vrij vlot leidde tot positieve veranderingen in de onderlinge verhoudingen terwijl de depressie nog lang niet was overwonnen.

Het kwetsbaarheidsmodel, dat ons kennelijk bevalt, moet niet leiden tot de conclusie dat de omgeving slechts van gering belang is. In diverse van de studies die we hebben besproken kan men zien dat de depressieve persoon met zijn omgeving in een vicieuze cirkel kan geraken waarbij de gezinsleden op verschillende manieren de kans op depressie van hun partner/ouder vergroten. Een illustratie daarvan kan men vinden in het eerder genoemde video programma 'Directieve Gezinstherapie' (Van der Busken et al., 1977) dat een reconstructie bevat van de behandeling van een gezin met een depressieve vader. De man was in het gezin steeds geïsoleerder geraakt en voelde zich onmachtig op te boksen tegen de coalitie van vrouw en kinderen die hem goedbedoeld maar op destructieve wijze onder druk zetten (Lange, 1985, hoofdstuk 12). Zelfs als de onderlinge verhouding goed genoemd kan worden en ook al heeft een deel van de behandeling betrekking op het 'individuele niveau' (Lange, 1987a, hoofdstuk 2), dan nog biedt het voordelen om de partner bij de behandeling te betrekken. We zien dat duidelijk in de behandeling van mevrouw van Basten. De steeds terugkomende depressies hebben vooral te maken met individuele karakteristieken: laag zelfbeeld, angst om verlaten te worden, etc. Het zou derhalve voorstelbaar zijn geweest deze vrouw individueel te behandelen. Een aantal elementen zou geleken hebben op wat er nu is gebeurd: registratie van stemming, bezinningsopdrachten en schrijfoopdrachten ter rouwverwerking. Dat geldt ook ten aanzien van de maatregelen voor zelfcontrole die met haar werden afgesproken. Toch is het van belang geweest dat haar man volledig bij de behandeling betrokken is gebleven. Daardoor kon de afhankelijkheid van de vrouw ten opzichte van haar man beter worden ingeschat en besproken dan

wanneer hij er niet bij was geweest. Het had ook gevolgen voor de houding van de man ten opzichte van zijn vrouw: minder beschermend, haar meer serieus nemend.

Een niet gering voordeel van het behandelen van depressie in een interactionele context is dat de depressieve cliënt kan oefenen met *nieuwe vaardigheden*, bijvoorbeeld door op een andere, constructievere en duidelijkere manier te leren om voor zichzelf op te komen. Dat kan gebeuren in de zittingen maar ook thuis, middels opdrachten. We zagen dat bijvoorbeeld geïllustreerd aan de hand van de gedragsherhalingen, gedragsoefeningen en 'bespreek' oefeningen bij het echtpaar Boom. Het is onze ervaring dat als patiënten in dit opzicht veranderen ten aanzien van hun partner, dit generaliseert naar een toename in sociale vaardigheden ten aanzien van anderen. In hun omgang met 'de buitenwereld' komen zij dan ook tot positievere ervaringen. Het omgekeerde is veel moeizamer. Oefenen met sociale vaardigheden in een individuele therapie lijkt vaak op 'droogzwemmen' omdat er in de zitting alleen van imaginaire situaties kan worden uitgegaan. Als dit dan al effect sorteert dan is het nog de vraag of het thuis toepassen van de 'verworvenheden' niet tot extra problemen leidt aangezien de partner misschien niet zit te wachten op zo'n sociaalvaardige echtgenoot.

Depressie en rouw

Het is opvallend dat in de literatuur over interactionele behandeling van depressie relatief weinig aandacht geschonken wordt aan *traumatische gebeurtenissen uit het verleden*. Rounsaville et al. (1985), waarover wij hierboven rapporteerden, propageren in hun 'interpersonal model for treatment of depression' zelfs expliciet om het 'hier en nu' centraal te stellen en het verleden te laten rusten. Zij verliezen daarbij echter uit het oog dat het verleden soms voor de persoon geen verleden is. Zolang dat het geval is, staat 'het verleden' het bereiken van doelen in het heden in de weg. Haas et al. (1985) geven wel aan dat 'grief therapy' een rol kan spelen in een breed spectrum aanpak maar zij maken niet duidelijk wat dat zou moeten inhouden en waar dat in hun behandelingsmodel zijn plaats krijgt. In de door ons geschetste behandelingen zien we dat sommige onderdelen zich meer in het heden afspeelden terwijl in andere gevallen het accent meer op het verleden lag. Dat laatste zagen we bij mevrouw Boom. De rancune ten opzichte van haar man had te maken met gebeurtenissen die 25 jaar geleden hadden plaatsgevonden. Pas nadat dit kon worden 'opgeruimd' had het zin om in het 'heden' iets te doen aan de manier waarop zij met elkaar omgingen. We zien hier dus ook een element van *timing*: indien er aantoonbare blokkades uit het verleden zijn is het verstandig en ook logisch om - voor zover cliënten het aan kunnen - eerst daar iets aan te doen alvorens interventies toe te passen die op de huidige situatie zijn gericht (Lange, 1985, par. 2.2.8).

Inspectie van de gevalsbeschrijvingen in het licht van de gebruikte technieken

In de literatuur hebben we nogal wat technieken aangetroffen die in een interactionele behandeling van depressie gebruikt kunnen worden. Een aantal daarvan vinden we in de door ons beschreven gevallen terug.

In alle drie gevallen is gebruik gemaakt van *registratie opdrachten*. Die kunnen betrekking hebben op de stemming van de depressieve persoon maar ook op interpersoonlijke problemen (irritaties, wensen, etc.). Registratie is een krachtige techniek. Het levert enerzijds informatie op over de ernst van de depressie en mogelijk nog niet duidelijk geworden achtergronden. Anderzijds geeft het de aanzet tot een toename in sociale vaardigheden, doordat het de persoon in kwestie stimuleert om concreet te worden en zich minder hulpeloos op te stellen. Het heeft vaak ook effect op de verhouding met de partner, die enigszins verlost wordt van het gevoel de depressieve persoon voortdurend

te moeten helpen. Het registreren komt immers vaak in de plaats van ander gedrag, vooral als aan het registreren een 'bezinningsopdracht' is gekoppeld (Lange, 1985, par. 5. 5). Bij een stemming beneden een bepaald 'cijfer' trekt de depressieve persoon zich dan terug om na te denken over wat er precies aan de hand is, wat er is gebeurd en wat voor verschrikkelijks er nog staat te gebeuren. Het wordt dan wat minder gemakkelijk om vrijblijvend in een negatieve stemming te verkeren. Als de depressie een aspect heeft van 'beheersing van de onderlinge verhouding' (Madanes, 1981, pag. 34-39) kan een dergelijke interventie sterk bijdragen tot afname van de depressie. Maar ook als dat niet het geval is - en de depressieve symptomen geen interactionele betekenis hebben - kan de registratie/bezinningsopdracht leiden tot 'exposure' en satiatie, wat in combinatie met andere technieken tot afname van de depressie kan leiden.

Het registreren hoeft niet altijd te gebeuren door de depressieve persoon. In sommige gevallen is het de partner die iets vastlegt over de aangemelde patiënt, bijvoorbeeld wanneer bepaalde grieven ten opzichte van de depressieve persoon ter sprake komen. Ook hieraan kunnen meerdere positieve kanten kleven. Het levert uiteraard concrete informatie op, maar - en dat is belangrijk - het leidt ook tot een minder zwakke opstelling van de patiënt die vaak ten onrechte zo ontzien wordt dat hij geen gedrag ontwikkelt waarop hij trots kan zijn.

Bij mevrouw van Basten ging het om een aanpassingsprobleem dat meer dan een jaar aan de gang was, al was de verandering nog niet opgetreden. Zij werkte immers nog bij haar man. Het werd door de therapeut geëtiketteerd als 'rouwproblematiek', vanwege de herkenbaarheid van deze term voor de cliënten en omdat het een goede introductie gaf voor de behandelingsstrategie. Het registreren en het bezinnen op de gegevens zowel als het *schrijven van brieven* in de eerste fase van de behandeling (Lange, 1988), kan men zien als exposure aan de gedachten waar zij bang voor was (Ramsay, 1979;1981). Dit deel van de behandeling had echter ook tot doel het interactiepatroon van de echtgenoten te veranderen. Doordat mevrouw werd gestimuleerd op deze wijze de rouw over het kwijt raken van haar baan te verwerken was het geen voortdurend onderwerp meer voor gesprek tussen de echtgenoten, wat voorheen het 'negatieve gedrag' van mevrouw steeds had bekrachtigd. De schrijfoopdrachten aan mevrouw Boom hadden een ander karakter. Deze waren vooral gericht op het uiten van de woede over het verleden en dit met haar man te delen. Het registreren gebeurde in haar geval in de latere fasen van de behandeling en was vooral een hulpmiddel in het vergroten van de sociale vaardigheden: te leren uiten wat je op je lever hebt.

We hebben gezien dat in de leertheoretische literatuur het *stimuleren van wederzijds positief gedrag* wordt aanbevolen. Dat kan in de vorm van expliciete wederzijdse *gedragscontracten* op 'quid pro quo' basis (Stuart, 1980) of in de vorm van afspraken die gemaakt worden naar aanleiding van het concreet formuleren van wensen, ook als daar niet meteen iets tegenover staat (Lange, 1985, hoofdstuk 7). In de hier beschreven behandelingen kwam deze laatstgenoemde manier het meeste voor. Nadat mevrouw van Basten bijvoorbeeld had geformuleerd dat zij er behoefte aan had om wat meer van haar man over de gang van zaken op zijn - en haar voormalige - werk te horen en meneer zich hiertoe bereid had verklaard, werd een precieze afspraak hierover gemaakt. Wat betreft de 'timing' is het aan te bevelen niet al te vlug in de behandeling met dit soort 'contracting' technieken te beginnen, vooral niet als het om eenzijdige afspraken ten gunste van de depressieve persoon gaat. In het algemeen verdient het aanbeveling om niet te snel de zwakke positie van de depressieve persoon te bevestigen door de partner alleen maar positieve acties te laten ondernemen. Het is beter dat de cliënt eerst met behulp van registratie en eventueel schrijfoopdrachten inzicht verkrijgt in de aard van de depressie en de verlangens ten aanzien van de partner.

Wat we in de literatuur niet expliciet aantreffen maar wat ons inziens ook bij een interactionele benadering van depressie zeer bruikbaar is, is het toepassen van *zelfcontrole procedures* (Goldfried & Merbaum, 1973; Mahoney, 1979; Hoogduin, 1980; Kramer et al., 1987). Dat gebeurde bijvoorbeeld bij mevrouw van Basten, die elke avond een programma voor de volgende dag ging maken. Met haar werd een serie stappen geformuleerd die zij zou nemen als zij de neiging kreeg om zich niet aan het programma te houden. Eén daarvan was het hardop lezen van een kaartje dat zij altijd bij zich droeg waarop een door haar geformuleerde positieve tekst over haarzelf stond. Deze techniek van *positieve zelfverbalisatie* (Meichenbaum, 1981), die uit de cognitieve therapie afkomstig is, kan op zich nuttig zijn bij de behandeling van depressie; zowel wat betreft verandering van cognities over zichzelf als met betrekking tot cognities die met de partner te maken hebben.

Ook *bibliotherapie* kwamen we in de literatuur niet veel tegen en ook in onze behandelingen speelde dit geen grote rol. Toch kan het een zinnige aanvulling opleveren (Klip & van Son, 1987). Een voor - vooral vrouwelijke - cliënten aanbevelenswaardig boek over depressie is "Je komt er wel uit" van de Rosis & Pellegrino (1979). Datzelfde geldt voor een recent boek van Vansteenwegen (1988) dat bruikbaar zou kunnen zijn voor depressieve patiënten die veel eisen aan hun partner stellen.

Congruente versus paradoxale technieken

Voorzover het de behandeling betreft heeft de meeste literatuur betrekking op congruente technieken, zoals cognitieve herstructurering, vergroten van sociale vaardigheden, etc. Alleen vanuit de systeembenadering wordt ook gewag gemaakt van paradoxale technieken. Hoewel sommige auteurs - met name uit de systeemtheoretische hoek - het wat dat betreft wel bont maken en de cliënten opzadelen met bizarre ongeloofwaardige interpretaties en opdrachten (bijv. L'Abate, 1986), ligt een voorzichtig gebruik van paradoxale technieken bij sommige milde vormen van depressie wel voor de hand (Madanes, 1981; Coyne, 1986). Dat geldt bijvoorbeeld als de depressieve persoon door middel van de symptomen de omgeving weet te verleiden tot het voortdurend proberen oplossingen te vinden die door de patiënt dan weer worden afgewezen. In zo'n geval kan men proberen de gezinsleden te instrueren het hulpgedrag te staken. Bijvoorbeeld, door de patiënt en de gezinsleden duidelijk te maken dat de patiënt uiteindelijk door niemand anders dan door zichzelf geholpen kan worden. Dat deze de depressie niet kost wat kost moet bestrijden maar er zoveel mogelijk van moet leren en zich bijvoorbeeld moet terugtrekken om over de problemen na te denken als de stemming te negatief is. Een voorbeeld hiervan zien we bij de al eerder besproken opgenomen depressieve patiënte (Aelen & Lange, 1981). Deze mocht de weekenden thuis doorbrengen. De depressie werd geëtiketteerd als samenhangend met haar angst voor de leegte in haar leven nu haar kinderen het huis hadden verlaten. In plaats van de depressie te bestrijden werd haar gevraagd zichzelf rust te gunnen en de depressieve episode te gebruiken om om een nieuw plan te maken voor de toekomst. Zij zou de ochtenden thuis in bed blijven om daarover na te denken. Haar man mocht haar daarbij niet storen. De rest van de dag zou er eveneens niet over de depressie worden gesproken. Dat zou haar immers afleiden van haar taak.

Paradoxale technieken hebben niet alleen betrekking op opdrachten, soms gaat het meer om een *paradoxale houding*, ook wel *judo-houding* genoemd (Lange, 1987a, hoofdstuk 3). Depressieve personen geven de ander, inclusief de therapeut, vaak het idee dat deze voor oplossingen moet zorgen die de patiënt kan wegwimpelen. Het is dan verstandig om niet 'aan de patiënt te trekken'. Men kan dan beter bescheiden doen over de eigen mogelijkheden en

indirecte suggesties geven voor mogelijkheden in plaats van rechtstreekse voorstellen te doen (Van Dyck et al., 1980). Het heeft pas zin om expliciete huiswerkopdrachten te geven als de cliënt geprikkeld is om wel aan de slag te gaan en dat ook expliciet laat weten.

Soms is het nuttig om de gezinsleden te stimuleren om een judo-houding aan te nemen jegens de depressieve patiënt. Een voorbeeld daarvan vinden we bij Lange (1985, par. 2.2.7.2). De wegens depressie aangemelde patiënt slaagde er voortdurend in zijn vrouw ertoe te verleiden om eindeloos te vragen wat er was, wat ze kon doen voor hem, etc. De therapeut vroeg haar om dit te veranderen. Als haar man weer zo 'zielig keek' zou zij éénmaal vragen of zij iets voor hem kon doen. Als hij dan zou zeggen dat hij het niet wist, dan zou zij zeggen, 'dat is jammer, want meer kan ik nu ook niet doen, als je het wel weet zeg het dan'. Vervolgens zou zij haar eigen gang gaan. Deze aanpak die doet denken aan de interactionele behandeling van dwangmatig controleren (Hoogduin et al., 1977) is relevant in gevallen waarin de depressieve persoon een overmaat aan aandacht met zijn depressieve reacties weet te mobiliseren. Dit proces wordt weliswaar regelmatig gesignaleerd in de literatuur (McLean et al., 1973; Coyne, 1976) maar een judo-achtige houding wordt daarbij zelden geadviseerd, behalve door Watzlawick & Coyne (1980) en Coyne (1986). De laatste adviseert iets dergelijks als hij schrijft over de manieren waarop de therapeut model zou moeten staan voor de omgeving in hun poging 'to encourage the depressed partner with discouragement' (Coyne, 1986, pag. 504). Daarmee bedoelt hij precies wat wij hierboven illustreerden: het wegnemen van bekrachtiging van depressief gedrag door niet langer alle verantwoordelijkheid voor de depressieve persoon op zich te nemen.

Uit klinische ervaring blijkt tenslotte dat, indien men paradoxale opdrachten niet inkleedt als opdrachten om de symptomen te verergeren maar als een aansporing om (tijdelijk) niet tegen de klachten te vechten, een combinatie met de eerder genoemde congruente technieken, zoals registratie en oefenen met nieuw gedrag, zeer wel mogelijk is. Wanneer we paradoxale technieken zo ruim opvatten kunnen we het eens zijn met Coyne als hij stelt: "Therapists who experience discomfort using paradoxical injunctions, symptom prescriptions, and other standard techniques of strategic therapy are more likely to have difficulty when one member of a couple is depressed" (Coyne, 1986, pag. 507).

Cognitief herstructureren

In bovenstaande hebben we ons wat de behandeling betreft tot nog toe vooral bezig gehouden met scherp te omschrijven technieken. Minstens zo belangrijk zijn de 'kleine' interventies in de vorm van *herformuleringen* die rechtstreeks kunnen leiden tot *cognitieve herstructurering* en verandering van zelfbeeld. We zien dat bij mevrouw van Basten waar de therapeut de depressie van iets onverklaarbaars en onheilspellends herformuleerde als behorend bij een rouwproces dat zijn tijd mocht hebben. We zien het ook bij Aclen & Lange (1981) waar de depressie als begrijpelijk wordt opgevat in het licht van de niet adekwaat gedane stap naar een nieuwe levensfase. In de beide gevallen krijgt de cliënt een aanvaardbaar referentiekader waarbinnen een aantal andere interventies, zoals (zelf)registratie, schrijfopdrachten en oefenen met nieuwe vaardigheden zijn plaats krijgt zonder dat het oude bekrachtigingssysteem gehandhaafd blijft. In de literatuur komen we de nadruk op herformulering uiteraard tegen bij de cognitieve therapie, maar op een andere manier ook bij de cybernetische- en de strategische gezinstherapie. Het gaat dan vaak om positief etiketteren, in de zin dat de depressie een functie heeft voor de andere leden van het gezin. We hebben al eerder erop gewezen dat dit vooral bij de zgn. systeemtheoretische gezinstherapeuten soms tot bizarre en voor gezinsleden

onacceptabele interventies leidt (Methorst, 1985). Gelukkig waarschuwt Coyne hier ook voor als hij stelt: "Even when we implicate family members in the perpetuation of their depressive interactions, however it is not assumed that they have any compelling investment in the status quo or that depressive behavior serves a function in the larger system. Indeed, glib functional accounts of depressive interaction pose the risk that therapists will ignore or minimize the profound distress and deprivation that depressed persons and those around them inflict on each other" (Coyne, 1986, pag. 498).

Niet specifieke factoren

Het is niet uniek voor depressie, maar het is misschien toch niet overbodig om er de nadruk op te leggen, dat de hierboven vermelde behandelstrategieën staan en vallen bij een aantal nonspecifieke factoren (Frank, 1982; Garfield, 1980, hoofdstuk 6). Het is van belang dat de therapeut door middel van steun, begrip, complimenten en eventueel humor, een sfeer creëert, waarin hij rechtstreeks kan proberen positieve invloed uit te oefenen op het zelfvertrouwen van de patiënt en bovendien 'credit' opbouwt voor confrontaties en interventies die de cliënt anders misschien moeilijk kan aanvaarden. In de gevalsbeschrijvingen is dit niet expliciet beschreven, maar speelde in werkelijkheid bij alle drie een belangrijke rol. Voorbeelden daarvan zijn: de complimenten aan mevrouw van Basten voor haar doorzettingsvermogen bij het uitvoeren van de moeilijke registratieopdrachten en de lof aan mevrouw Boom voor de energie die zij stak in de brieven aan haar man en haar bereidheid te 'knokken' voor verandering. Voor een overzicht van dit soort motiveringstechnieken en manieren om de behandeling kracht bij te zetten verwijzen wij naar Lange (1987a, hoofdstuk 3 en hoofdstuk 11).

Slotbeschouwing

We hebben in dit hoofdstuk enkele theorieën besproken met betrekking tot de aard van de verhouding tussen de depressieve persoon en zijn omgeving alsmede een aantal behandelmodellen. Het is niet onze bedoeling geweest om elk der stromingen uitputtend te behandelen, doch om aan de hand van de literatuur en de praktijkgevallen duidelijk te maken hoe complex de verhouding tussen de depressieve persoon en zijn omgeving is en hoe belangrijk het is om in de behandeling aan die complexiteit recht te doen. Gelukkig zijn de meeste auteurs, zelfs al verschillen ze qua theoretische achtergrond, het daarover eens en wordt vrij algemeen een multidimensioneel oftewel een eclectische benadering aanbevolen, waarvoor wij ons in de gevalsbeschrijvingen ook sterk hebben gemaakt. Van een aantal van de daarvoor belangrijke technieken hebben wij voorbeelden gegeven. Daaronder bevinden zich ook technieken die in een individuele behandeling mogelijk zouden zijn en op het eerste gezicht misschien niet in dit hoofdstuk thuishoren. Het moge echter duidelijk zijn geworden dat een interactionele behandeling van depressie weinig zin heeft als deze niet met 'individuele technieken' wordt gecombineerd, vandaar onze keuze om de combinatie te beschrijven en niet alleen de puur interactionele technieken, zoals bijvoorbeeld het afsluiten van gedragscontracten.

We hebben slechts ten dele aandacht geschonken aan *indicaties* voor verschillende benaderingen. Uit de literatuur is gebleken dat er wat dat betreft reden voor bescheidenheid is. Het verschil in de aard van de depressie leidt in ieder geval niet zonder meer tot een verschillend soort psychologische behandeling. Het heeft wel consequenties

voor het al of niet toedienen van psychofarmaca. Wat de gedragsinterventies betreft, zal van geval tot geval onderzocht moeten worden welke combinatie van de hierboven beschreven interventies in welke volgorde gebruikt kan worden.

Merkwaardigerwijs wordt in de literatuur weinig aandacht geschonken aan depressieve personen die in een uitzichtloze situatie met een partner zijn beland. Als partners totaal geen positieve gevoelens meer koesteren ten opzichte van elkaar, of als de positieve gevoelens volledig van één kant komen - van de kant van de depressieve persoon terwijl de partner onverschillig tegenover de patiënt staat - is het verstandig om in de behandeling de depressieve persoon vooral te steunen bij het vergroten van diens autonomie, de mogelijkheid van (proef) scheiding te bespreken en dit eventueel te begeleiden. Hoewel men hiermee voorzichtig moet zijn en moet inschatten in hoeverre de depressieve persoon de confrontatie met een mogelijk beëindigen van de huwelijksrelatie aankan, is dit soms beter dan dat de patiënt blijvend in een voor hem uitzichtloze situatie blijft. Ook wanneer men uitgaat van een interactionele behandeling van depressie kan het verbeteren, of zelfs alleen maar het handhaven van het huwelijk of 'de relatie', niet altijd het doel zijn.

Referenties

- Aclen, F. & Lange, A. (1981), Gezinstherapie met een opgenomen patiënte. *Kwartaalschrift voor Directieve therapie en hypnose*, 1 (4), 332-348.
- Akiskal, H. S., Bitar, A. H., Puzantian, V. R., Rosenthal, T. L. & Walker, P. W. (1978). The nosological status of neurotic depressions: A prospective three- to four-year follow-up examination in the light of the primary-secondary and unipolar-bipolar dichotomies. *Archives of General Psychiatry*, 35, 756-766.
- Albersnagel, F. (1985), *Theorie* ^{Assessment en behandeling van depressie volgens Aaron T. Beck: overzicht en evaluatie.} *Gedragstherapie*, 18, (3), 207-223.
- Albersnagel, F., & Rouwendal, J. (1984), *Cognitieve* ^{Gedragstherapie van depressie: overzicht en evaluatie van gecontroleerd outcome onderzoek.} *Gedragstherapie*, 17, (1), 27-44.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Hartlage, S. (1988). The hopelessness theory of depression: Attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 5-21.
- American Psychiatric Association (1983), DSM III, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- American Psychiatric Association (1987), DSM III-R, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P., & Nicolò-Corigliano, A.M. (1983), *Behind the Family Mask*. New York: Brunner/Mazel.
- Aponte, H.J., & Deussen, J.M. van. (1981), Structural family therapy. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern, (red.), *Handbook of Family Therapy*, 310-360. New York: Brunner/Mazel.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

0 2x
niet k.p.

- Becker, R.E. & Heimberg, R.G. (1985), Social skills training approaches. In: M. Hersen & A.S. Bellack, *Handbook of Clinical Behavior Therapy with Adults*. New York: Plenum Press.
- Birtchnell, J. & Kennard, J. (1983a). Does marital maladjustment lead to mental illness? *Social Psychiatry*, 18, 79-88.
- Birtchnell, J. & Kennard, J. (1983b). Marriage and mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 142, 193-198.
- Bodin, A.M. (1981), The interactional view: family therapy approaches of the Mental Research Institute. In: A.S.Gurman & D.P.Kniskern (red.), *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Boelens, W. (1986), Cognitieve therapie bij depressie. *Directieve Therapie*, 6, (1), 17-35.
- Boswell, P. C. & Murray, E. J. (1981). Depression, schizophrenia and social attraction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49 (5), 641-647.
- Brown, G. W. & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women*. New York: Free Press.
- Busken, M. van den, Lange, A. & Zeegers, W. (1977), *Directieve Gezinstherapie; Een complete reconstructie van een gezinstherapie (260 minuten)*. Centrale Audio Visuele Dienst van de Universiteit van Amsterdam. Eveneens als 'Directive Family Therapy' in een engelse versie.
- Carter, E.A., & McGoldrick, M. (1980), *The Family Life Cycle*. New York: Gardner Press.
- Coyne, J. C. (1976). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85 (2), 186-193.
- Coyne, J. C. (1986). Strategic marital therapy for depression. In: N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical Handbook of Marital Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Diekstra, R.F.W., W.J. Knaus & T. Ruys (1982), *Rationeel emotieve educatie, een trainingsprogramma voor kinderen en volwassenen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Dingemans, P.M.A.J., & Engeland, H. van. (1984), De relatie tussen psychose-recidive en kwaliteit van de interactie patiënt-sociaal milieu, een tussentijdse balans. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, (7), 472-491.
- Doom, M. van & F. Aelen (1986), De schrijfopdracht: van oud zeer naar nieuwe zin. *Directieve Therapie*, 6 (2), 100-115.
- Dyck, R. van, K. van der Velden & Hart, O. van der (1980), Een indeling van directieve interventies. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Dweck, C.S. & Licht, B. (1980), Learned helplessness and intellectual achievement. In: J. Garber & M.E.P.Seligman (red.), *Human Helplessness*, New York: Academic Press.
- Ellis, A. & Harper, R. A. (1961), *A Guide to Rational Living*. Hollywood, CA.: Wilshire Book.
- Emmelkamp, P.M.G. (1985), Cognitieve en gedragstherapeutische interventies bij depressie: een overzicht. *Directieve Therapie*, 6, (2), 116-133.
- Engels, G.I., & Diekstra, R. (1987), *Effectiviteit van Rationeel-emotieve therapie: een kwantitatief overzicht*. Gedragstherapie, 20, (1), 37-51.
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L., & McGill, Ch.W. (1984), *Family Care of Schizophrenia*. New York: Guilford.
- Feldman, L. B. (1976). Depression and marital interaction. *Family Process*, 15, 389-395.

- Frank, J.D. (1982), Therapeutic components shared by all psychotherapies. In: J.H. Harvey & M.M. Parks (red.), *Psychotherapy Research and Behavior Change. The Master Lecture Series*, Vol. 1, 5-38. Washington D.C.: American Psychological Association .
- Friedman, A. S. (1975). Interaction of drug therapy with marital therapy in depressive patients. *Archives of General Psychiatry*, 32, 619-637.
- Garfield, S.L. (1980), *Psychotherapy, an Eclectic Approach* . New York: Wiley.
- Gielis, A. (1982), Geleerde hulpeloosheid als depressie model, een literatuurstudie. *Gedragstherapie*, 15, (1), 3-32.
- Glick, I. D., Clarkin, J. F., Spencer, J. H., Haas, G. L., Lewis, A. B., Peyser, J., DeMane, N., Good-Ellis, M., Harris, E. & Lestelle, V. (1985). A controlled evaluation of inpatient family intervention: I. Preliminary results of the six-month follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 42, 882-886.
- Goldfried, M.R., & Merbaum, M.(1973), *Behavior Change Through Self-Control* . New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Gotlib, I. H. & Beatty, M. E. (1985). Negative responses to depression: The role of attributional style. *Cognitive Therapy and Research*, 9 (1), 91-103.
- Haas, G. L., Clarkin, J. F. & Glick, I. D. (1985). Marital and family treatment of depression. In: E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of Depression: Treatment, Assessment and Research*. Homewood, Illinois: The Dorsey Press.
- Haley, J. (1963), *Strategies of Psychotherapy* . New York: Grune & Stratton.
- ~~Oorspronkelijke titel:~~ *Strategieën in de psychotherapie* . Utrecht: Bijleveld, 1980. → → *Nederlandse uitgave:*
- Hart, O. van der (1984), *Rituelen in psychotherapie; overgang en bestendiging*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hautzinger, M., Linden, M. & Hoffman, N. (1982) Distressed couples with and without a depressed partner: An analysis of their verbal interaction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13 (4), 307-314.
- Hendrickx, J. (1981), *Structurende gezinstherapie; beschrijving en evaluatie van een programma van opdrachten*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hinchcliffe, M. K., Vaughan, P. W., Hooper, D. & Roberts, F. J. (1977). The melancholy marriage: An inquiry into the interaction of depression. II. Expressiveness. *British Journal of Medical Psychology*, 50, 125-142.
- Hoogduin, K. (1980), Behandeling met behulp van zelfcontroleprocedures. In: K. van der Velden,(red.), *Directieve Therapie 2*, Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, K., Hart, O. van der, Dyck, R. van, Joele, L. & Velden, K. van der. (1977). De interactionele behandeling van dwangmatig controleren. In: K. van der Velden (red.). *Directieve Therapie I*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Howes, M. J. & Hokanson, J. E. (1979). Conversational and social responses to depressive interpersonal behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 88 (6), 625-634.
- Ilfeld, F. W. (1977). Current social stressors and symptoms of depression. *American Journal of Psychiatry*, 134 (2), 161-166.
- Jacobson, N.S. (1981). Behavioral Marital Therapy. In:A.S.Gurman & D.P.Kniskern (eds.), *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.

- Jacobson, N. S. & Moore, D. (1981). Spouses as observers of the events in their relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 269-277.
- Kahn, J., Coyne, J. C. & Margolin, G. (1985). Depression and marital disagreement: The social construction of despair. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2, 447-461.
- Klerman, G. L. (1986). Drugs and psychotherapy. In: Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 3rd ed. New York: John Wiley & Sons.
- Klip, E. & Son, M. van (1987), *Ik zie elk dood vogeltje; omgaan met depressiviteit*. Meppel: Boom.
- Kowalik, D. L. & Gotlib, I. H. (1987). Depression and marital interaction: Concordance between intent and perception of communication. *Journal of Abnormal Psychology*, 96 (2), 127-134.
- Kramcr, H., Groffen, C., & Son, M. van. (1987), Zelfregulatie voor depressie, een nieuwe gedragstherapeutische behandelmethod. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 13, (5), 266-273.
- L'Abate, L. (1986). Applications to a treatment model of depression. In: L. L'Abate, *Systematic Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Lange, A. (1973), De double bind empirisch gezien. *Tijdschrift voor Maatschappijvraagstukken en Welzijnswerk*, 27 (8), 198-208. Ook in: A. Van der Pas (red.): *Gezinsfenomenen*. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1979.
- Lange, A. (1984), *De Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst, IPOV*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1985), *Gedragsverandering in gezinnen*, (Vijfde compleet herziene editie). Groningen: Wolters Noordhoff.
- Lange, A. (1987a), *Strategieën in directieve therapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1987b), Leeftijdsregressie op papier. *Directieve Therapie*, 7 (1), 70-78.
- Lange, A. (1988), Techniques and timing in directive family therapy with victims of the holocaust. In: E. Chigier (red.): *Grief and Bereavement in Contemporary Society. Vol 2*. Jerusalem: Freund Publishers.
- Lange, A., Beurs, E. & Koppelaar, L. (1988), De invloed van labeling op de percepties, de attitudes en het gedrag van psychotherapeuten; een verslag van drie experimentele studies. *Directieve Therapie*, 8, (3), 253-279.
- Leber, W.R., Beckham, E. E. & Danker-Brown, P. (1985). Diagnostic criteria for depression. In: E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of Depression: Treatment, Assessment and Research*. Homewood, Illinois: The Dorsey Press.
- Leff, J., & Vaughn, Chr. (1985), *Expressed Emotion in Families*. New York: Guilford Press.
- Lewinsohn, P. M., Weinstein, M. & Alper, T. (1970). A behavioral approach to the group treatment of depressed persons: A methodological contribution. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 525-532.
- Lewinsohn, P. M., Mischel, W., Chaplin, W. & Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions. *Journal of Abnormal Psychology*, 89 (2), 203-212.
- Lubin, G. (1965). Adjective checklist for the measurement of depression. *Archives of General Psychiatry*, 12, 57-62.
- Madanes, C. (1981). *Strategic Family Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mahoney, M.J. (1979), *Self-change. Strategies for Solving Personal Problems*. New York: Norton & Co.
- Margolin, G. & Fernandez, V. (1985). Marital dysfunction. In: M. Hersen & A.S. Bellack (red.), *Handbook of Clinical Behavior Therapy*. New York: Plenum Press.
- Markus, E., Lange, A. & Pettigrew, T.F. (1989), Het effect van gezinstherapie, een kwantitatief literatuuroverzicht. *Directieve Therapie*, 9. In voorbereiding.

- Matussek, P. & Feil, W. B. (1983). Personality attributes of depressive patients: Results of group comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 40, 783-790.
- McLean, P. D., Ogston, K. & Grauer, L. (1973). A behavioral approach to the treatment of depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 4, 323-330.
- Meer, R. van (1987), *Leven met schizofrenie, Een handleiding voor familie, vrienden en andere betrokkenen*. Amsterdam: Sijthoff.
- Meichenbaum, D. (1981), *Cognitieve gedragsmodificatie, een integrale benadering*. Deventer: Van Loghum Slaterus. Oorspronkelijke titel: *Cognitive Behavior Modification - An Integrative Approach*. New York: Plenum Press, 1979.
- Methorst, G.J. (1985), *Mannen en vrouwen van psychiatrische patiënten. Academisch Proefschrift*. Wageningen: Landbouw Hogeschool.
- Millon, T. & Kotik, D. (1985). The relationship of depression to disorders of personality. In: E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of Depression: Treatment, Assessment and Research*. Homewood, Illinois: The Dorsey Press.
- Minuchin, S., & Fishman, H.Ch. (1983), *Gezinsstructuur en therapeutische technieken*. Deventer: Van Loghum Slaterus. Oorspronkelijke titel: *Family Therapy Techniques*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1981.
- Mitchell, R. E., Cronkite, R. C. & Moos, R. H. (1983). Stress, coping, and depression among married couples. *Journal of Abnormal Psychology*, 92 (4), 433-448.
- Nugter, A. (1988), Beschouwing over het begrip 'Expressed Emotion'. *Directieve Therapie*, 8, (4). In druk.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (1985). The learned helplessness model of depression: Current status of theory and research. In: E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of Depression: Treatment, Assessment and Research*. Homewood, Illinois: The Dorsey Press.
- Praag, H.M. van (1988), *Psychofarmaca ; een leidraad voor de praktiserend medicus* (derde, geheel herziene druk). Assen: Van Gorcum.
- Ramsay, R.W. (1979), Rouwtherapie, de gedragstherapeutische behandeling van pathologische rouwproblemen. In: J.W.G.Orlemans, et al. (red.), *Handboek voor gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Ramsay, R.W. (1981), *Ten Years of Grief: Some Reflections on Bereavement therapy*. Paper presented at the First European Meeting on Cognitive Behavioral Therapies, Lissabon, Portugal.
- Rosis, H.A. de & Pellegrino, V.Y (1979), *Je komt er wel uit; Hoe overwinnen we onze depressies, eenzaamheid, angst, verlegenheid, frustraties en woede*. Baarn: Ambo. Oorspronkelijke titel: *The Book of Hope*. New York: Macmillan, 1976.
- Rounsaville, B. J., Klerman, G. L., Weissman, M. M. & Chevron, E. S. (1985). Short-term interpersonal psychotherapy (IPT) for depression. In: E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of Depression: Treatment, Assessment and Research*. Homewood, Illinois: The Dorsey Press.
- Rush, A. J., Shaw, B. & Khatami, M. (1980). Cognitive therapy of depression: Utilizing the couples system. *Cognitive Therapy and Research*, 4 (1), 103-113.

- Seligman, M. E. P. (1974). Depression and learned helplessness. In: R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. New York: John Wiley & Sons.
- Seligman, M.E.P., Peterson, C., Kaslow, N.J., Tanenbaum, R.L., Alloy, L.B. & Abramson, L.Y. (1984), Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.
- Selvini Palazzoli, M. (red.) (1978), *Paradox en tegenparadox*. Alphen a.d. Rijn: Samsom.
- Stanton, M.D. (1981), Strategic approaches to family therapy. In: A.S. Gurman & D.P. Kniskern, (red.), *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Strack, S. & Coyne, J. C. (1983). Social confirmation of dysphoria: Shared and private reactions to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (4), 798-806.
- Stuart, R.B. (1980). *Helping Couples Change: A Social Learning Approach to Marital Therapy*. New York: Guilford Press.
- Tomm, K. (1984a), One perspective on the Milan systemic approach: Part I. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (2), 113-125.
- Tomm, K. (1984b), One perspective on the Milan systemic approach: Part II. Description of session format, intervening style and interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (3), 253-271.
- Treacher, A. (1988), The Milan method-a preliminary critique. *Journal of Family Therapy*, 10, (1), 1-8.
- Vansteenwegen, A. (1988), *Liefde is een werkwoord; spelregels voor het huwelijk*. Tiel, België: Lannoo.
- Vaughn, C. E. & Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- Velden, K. van der & Hoogduin, K. (1980), Cadeautjes en eerherstel. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Velden, K. van der (red.), (1977), *Directieve therapie 1*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Velden, K. van der (red.), (1980), *Directieve therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Velden, K. van der (1983), De partner als voorwerp van agogische actie. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 3, (1), 75-78.
- Velden, K. van der (red.), (1988), *Directieve therapie 3*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Waring, E. M. & Patton, D. (1984). Marital intimacy and depression. *British Journal of Psychiatry*, 145, 641-644.
- Watson, D.L., & R.C. Tharp (1981), *Self-Directed Behavior; Self-Modification for Personal Adjustment* (derde druk), Monterey, Cal.:Brooks/Cole.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1970), *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus. Oorspronkelijke titel: *Pragmatics of Human Communication*. New York: Norton, 1967.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fish, R. (1974). *Het kan anders: over het onderkennen en oplossen van menselijke problemen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Watzlawick, P. & Coyne, J. C. (1980). Depression following stroke: Brief, problem-focused family treatment. *Family Process*, 19, 13-18.
- Weintraub, M., Segal, R. M. & Beck, A. T. (1974). An investigation of cognition and affect in the depressive experience of normal men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 911.

Weissman, M.M., & Paykel, E.S. (1974), *The Depressed Woman*. University of Chicago Press.

Wing, J.K. & Bebbington, P. (1985), Epidemiology of Depression. In: E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.),
Handbook of Depression: Treatment, Assessment and Research. Homewood, Illinois: The Dorsey Press.

Youngren, M. A. & Lewinsohn, P. M. (1980). The functional relation between depression and problematic
interpersonal behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 89 (3), 333-341.

Voetnoot pag. 1.

* Met dank aan ~~Kees van de Velden~~^{hac} en Jette Kiestra voor hun waardevolle adviezen en suggesties en aan Yasha Lange voor zijn zorgvuldige taalkundige correcties.

De behandeling van een patiënt met het syndroom van Meige

Drs. M. Reinders, psycholoog
Psychiatrische Polikliniek Delft

Prof. dr. C.A.L. Hoogduin, zenuwarts
Psychiatrische Polikliniek Delft
Katholieke Universiteit Nijmegen

Correspondentie-adres:

Drs. M. Reinders,
Reinier de Graaf Gasthuis,
Hippolytus gebouw,
R. de Graafweg 11,
Postbus 5012,
2600 GA DELFT.

De behandeling van een patiënt met het syndroom van Meige.

Michel Reinders & Kees Hoogduin.

Inleiding

Het syndroom van Meige of craniale dystonie of blepharospasme-oromandibulaire dystonie is een aandoening waarbij spierspasmen optreden in de spieren van nek en schedel. Het meest frequent treden de spasmen op bij de m. orbicularis oculi (oogsluitspier): dit wordt blepharospasme genoemd, en de oromandibulaire spieren (spieren rond de mond): dit wordt oromandibulaire dystonia genoemd (Jankovic, 1988a). Soms breiden de spasmen zich uit naar de nek of de extremiteiten, maar deze betrokkenheid is meestal mild. Dit beeld staat ook bekend als het syndroom van Brueghel. Andere vormen van craniale dystonia zijn linguale dystonie (tongspieren) pharyngeale dystonie (keelspieren) (Tolosa & Martí, 1988).

De oorzaak is meestal onduidelijk. Volgens de neurologische opvattingen bestaat er een overeenkomst met de torticollis spasmodica (scheefhals), de torsie dystonie (draaispasmen van de wervelkolom) en schrijverskramp. Een familiair voorkomen van dit soort stoornissen doet een genetische component vermoeden (Jankovic & Nutt, 1988).

Een belangrijke oorzaak van het syndroom van Meige is het langdurig neuroleptica-gebruik (vergl. Ananth et al., 1988; zie ook Hoogduin & Arends, 1989).

Meige (1910) beschreef het beeld. Waarbij hij onderscheid maakte tussen tics en spasmen: de tic, de snelle kortdurende spiercontractie; het spasme, de langzaam aanhoudende contractie. Het beeld zou vaker bij vrouwen dan bij mannen voorkomen en ontstaat op latere leeftijd.

Het begint meestal met oogknippen, geleidelijk ontwikkelt zich het gehele beeld. Van belang is dat tijdens de spasmen van de oogsluitspieren het niet goed mogelijk is om vooruit te zien. Dit betekent bijvoorbeeld dat autorijden niet langer mogelijk is. Tolosa & Martí (1988) vermelden dat fel licht de klachten doen toenemen (donkere bril). Ook zou stress de klachten verergeren. Tijdens de slaap zijn de contracties afwezig. De klachten nemen toe bij omhoog kijken, bij lezen, T.V. kijken en wandelen. Diverse patiënten slagen erin hun klachten met bepaalde trucjes te verminderen: praten, liggen, neuriën of zingen, geeuwen of het gezicht aanraken.

Mevrouw Van Dam leed aan een ernstige vorm van het syndroom van Meige. Ze was niet in staat gewoon te spreken. Voortdurend had zij spasmen van de tong- en keelspieren. Wel bleek zij in staat prachtig en helder te zingen. Zo was het mogelijk zich zingend goed uit te drukken.

De aandoening is relatief ernstig. In 1/3 van de gevallen worden de spasmen zo langdurig dat de patiënten functioneel blind zijn, soms met ontstekingen van het hoornvlies en de conjunctiva als gevolg. Bij patiënten bij wie ook de keelspieren aangedaan zijn, kan dat leiden tot ernstige slikproblemen.

Met betrekking tot de behandeling bestaan er drie invalshoeken:

- Medicamenteuse behandeling. Van diverse medicamenten zijn successen vermeld. Giménez-Roldán et al. (1988) vermelden in hun overzicht haloperidol (Haldol), clonazepam (Rivotril), lisuride (Dopergin) en lithium in combinatie met tetrabenazine (!). Er bestaat echter geen rationale voor de keuze van van het medicament (zie ook: Faulstich et al., 1985).

Ongeveer 1/3 van de patiënten zou baat hebben van deze behandeling (Jankovic, 1988b).

- Chirurgische behandeling van de blepharospasme.

Er bestaan grofweg twee strategieën: behandeling met injecties Botulinum toxine en directe operatieve benadering. Jankovic (1988 b) constateerde na een dubbel-blind onderzoek dat Botulinum-injecties het middel van keuze is omdat de patiënten op de diverse symptomen 40 - 70% verbeterden. Het nadeel is alleen dat de injecties steeds na een drietal maanden herhaald moeten worden en er nog wel wat locale bijwerkingen gemeld worden.

De directe chirurgische benadering wordt als laatste oplossing genoemd en dient gereserveerd te worden voor patiënten bij wie Botulinum-injecties niet helpen.

- De psychologische benaderingen hebben weinig resultaten opgeleverd. Incidentele successen met gedragstherapie, hypnose, acupunctuur en biofeedback zijn beschreven (Jankovic, 1988b; Faulstich et al. 1985). Faulstich et al. (1985) komen in een overzichtsartikel met betrekking tot psychotherapeutische behandelingsmogelijkheden tot de conclusie dat er aanwijzingen zijn dat gedragstherapie mogelijk van nut is; in 5 van de 6 studies wordt een substantieel resultaat gemeld. Gecontroleerd onderzoek ontbreekt echter geheel.

De gevalsbeschrijving

De heer Janse is een 45-jarige, gehuwde man, zonder kinderen, Hij is ingenieur en heeft een architectenbureau geleid tot dit failliet ging Dit faillissement, evenals de verpleging en de dood van zijn vader zijn voor hem ingrijpende gebeurtenissen geweest, die aan de klachten voorafgingen. Hij wordt werkeloos en de klachten vormen een ernstige belem-

mering bij het solliciteren. Soortgelijke aandoeningen komen niet in de familie voor. Zijn vader en een broer waren stotteraars. Drie jaar geleden zijn de spasmen van de ene op de andere dag ontstaan. De ogen-, kaak- en nekmusculatuur zijn bij de aandoening betrokken. De patiënt zegt permanent spanning te voelen in de gezichts-, nek- en schouderspieren. Wanneer hij praat of lacht, verkrampen de spieren van zijn gezicht. Zijn ogen knijpen dicht, zijn mondhoeken gaan omlaag en zijn hoofd wordt naar voren en omlaag getrokken door verkrampde nekspieren. Deze verkramping duurt enige seconden. Daarnaast heeft hij voortdurend tic-achtige contracties van de m. orbicularis oculi tijdens het praten met een frequentie van meer dan 100 maal per minuut. Hij is niet in staat normaal te communiceren omdat zijn mond verkrampd. Pas na enkele seconden stoot hij enige woorden uit, waarna de situatie zich herhaalt.

Patiënt is erg ongelukkig geworden door zijn klachten en hij is in enige mate gezelschap gaan vermijden. Dit laatste omdat hij zich met zijn grimassen minder op zijn gemak voelt. Spanning doet zijn klachten verergeren. Wanneer hij ontspannen is, is hij vrijwel klachtenvrij.

Concluderend: De patiënt lijdt aan het syndroom van Meige, waarbij hij, naast blepharospasmen, ook de oromandibulaire dystonie en de cervicale dystonie vertoont.

De behandeling heeft bestaan uit een combinatie van hypnotherapeutische en gedragstherapeutische strategieën. Het programma bevatte de volgende oefeningen die patiënt thuis dagelijks uitvoerde:

Oefening 1: De patiënt wordt in trance gebracht en vervolgens wordt een ontspanning van de gelaatsspieren bewerkstelligd. Daarna leert hij om die ontspannen toestand zelf te bereiken. Hij oefent driemaal daags met de autohypnose.

Oefening 2: De incompatibele respons volgens Azrin en Nunn (1973).

Patiënt leert om de wenkbrauwen omhoog te houden en de ogen open te sperren. Bovendien trekt hij de bovenlip op. Met deze bewegingen gelukt het hem de spasmen tegen te houden.

Oefening 3: Vervolgens oefent hij met de spieren in deze gecontraheerde toestand voor de spiegel het hardop lezen van een tekst.

Oefening 4: Nadat oefening 3 enig succes heeft opgeleverd oefent de patiënt om met de spieren in deze toestand en met de ogen geopend te gaan praten.

De behandeling heeft 13 zittingen (15 uur) in beslag genomen over een periode van 9 maanden.

Ter evaluatie zijn van de patiënt regelmatig video-opnamen gemaakt.

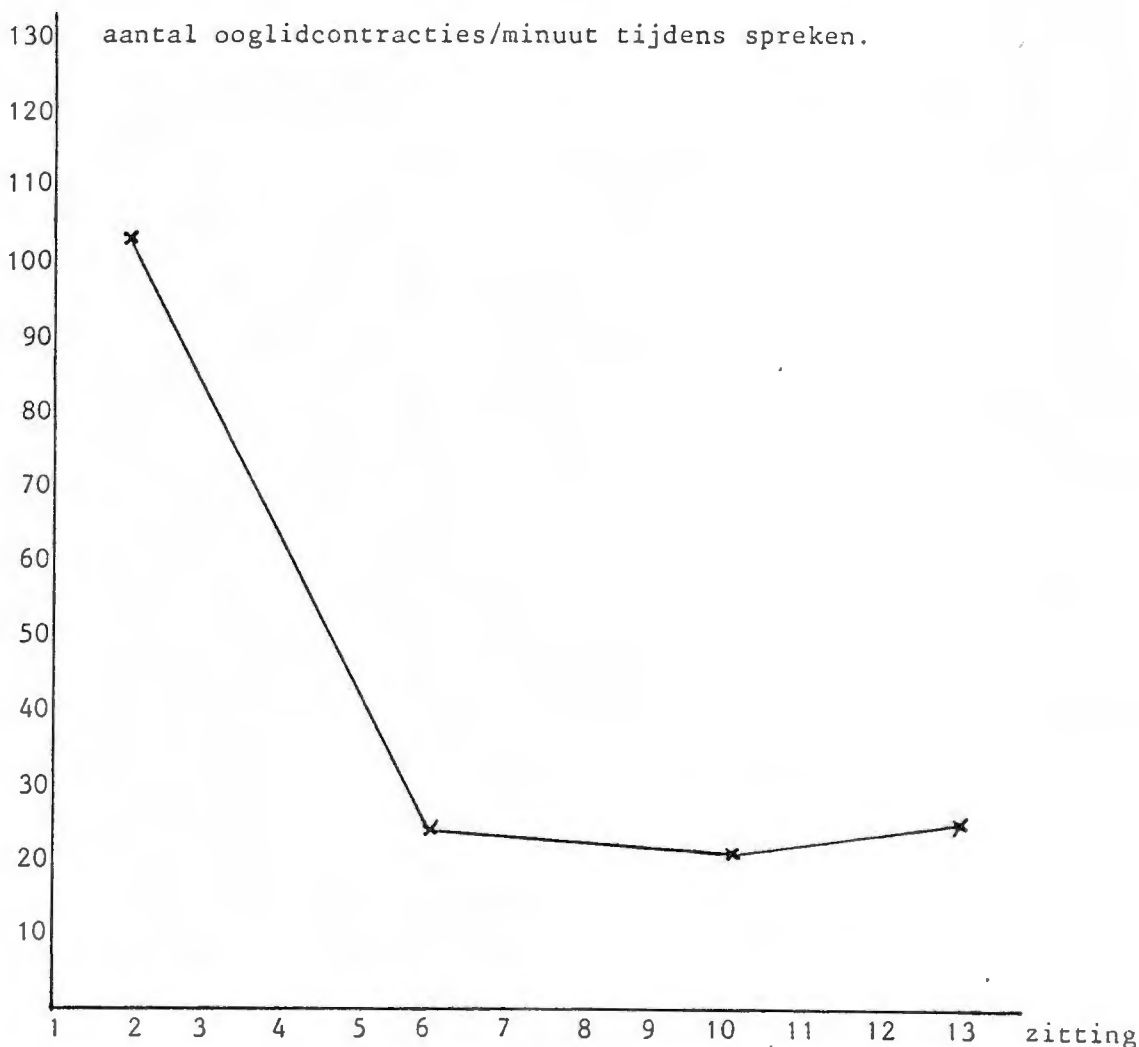
De patiënt vertelt tijdens deze opnamen over zijn oefenprogramma en hij leest vijf minuten een neutrale tekst voor. Het aantal contracties per minuut van de oogsluitspier, vergezeld van een knipperen met de ogen, wordt gemeten. Daarnaast worden de frequentie per minuut en de duur van de grotere krampaanvallen gemeten. De scoring geschiedt door een onafhankelijke assessor.

De videobeelden wijzen uit dat gedurende de eerste opname de pupillen tijdens hardop lezen niet zichtbaar zijn. Patiënt leest met toegeknepen ogen en de blik in een hoek omlaag. Gedurende de laatste meting zijn de pupillen gedurende de gehele tijd zichtbaar.

Als patiënt niet praat, is zijn gezicht geheel ontspannen. Hij heeft geen last meer van de nek en de schouders. Bij inspannende karweitjes heeft hij nog wel last, zij het in mindere mate. Tijdens een gewoon gesprek kan hij zijn ogen open houden. Hij heeft geleerd om de spieren van de wenkbrauwen en de bovenlip enigszins te fixeren en hij kan daarmee de spasmen tegenhouden. Het gelukt hem niet om bij gecompliceerde taken (auto rijden en praten tegelijkertijd) de spas-

men tegen te houden. Ook onder spanning (bijv. wanneer hij voor het eerst ergens op visite gaat) lukt dit niet.

Zijn vrienden en kennissen vinden zijn klachten aanmerkelijk verbeterd. Zelf vindt hij zich 60% verbeterd. De frequentie van het aantal knipperingen met het ooglid per minuut is gedaald van 113 tijdens de 2e zitting tot 25 tijdens de 13e zitting (zie figuur 1); een vermindering van 78% tot een normale frequentie (zie later).



Figuur 1: Weergave van het aantal ooglidcontracties per minuut tijdens spreken, gescored aan de hand van videobeelden gemaakt op de 2°, 6°, 10° en 13° zitting.

De frequentie en de duur van de spasmen van ogen en nek zijn eveneens verlaagd.

De heer Janse zelf beschouwt de oefening met de incompatibele respons voor hem als van het meeste nut geweest. Hij vond, terugblikkend de behandeling vrij zwaar. Er waren perioden dat hij 2 tot 3 uur per dag met de oefeningen bezig was. Nog steeds doet hij lees- en spreek-oefeningen en autohypnose gedurende ongeveer 1 uur per dag.

De follow-up na 6 maanden geeft nog steeds een gunstig beeld te zien.

Discussie

De combinatie van ontspanningsoefeningen (autohypnose) en gedragstherapie (habit reversal volgens Azrin en Nunn (1973)) bleek in enige mate succesvol bij een man met een vrij ernstige vorm van het syndroom van Meige.

Wel dient opgemerkt te worden dat de verbetering niet volledig was. De frequentie van het met de ogen knipperen was normaal geworden.

Karson (1988) bespreekt in een overzichtsartikel het onderzoek van Tecce et al. (1978), waarbij bleek dat proefpersonen in rust een lidslagfrequentie vertoonden van 19 ± 14 , tijdens spreken bedroeg deze 25 ± 14 ($n = 49$). Spreken deed ook bij gezonde proefpersonen de frequentie toenemen. Bepaalde activiteiten echter, bijv. hard lachen en spreken onder stress veroorzaakten nog wel spasmen, zij het in veel mindere mate.

De positieve ervaring met deze behandelingsstrategie sluit aan bij de relatief gunstige ervaringen opgedaan bij sommige patiënten met tics en aan het syndroom van Meige verwante stoornissen. Zo konden gunstige resultaten gerapporteerd worden over torticollis spasmodi-

ca en torsie dystonie (Hoogduin et al., 1985), een milde vorm van hemifaciale spasme (Reinders, 1987), tics (Hoogduin & De Haan, 1980, 1984) en het syndroom van Gilles de la Tourette (Hoogduin & Reinders, 1987). Ervaringen die tot enig optimisme aanleiding geven. Een probleem is dat het aantal patiënten dat zich met dergelijke klachten voor behandeling aanmeldt, zeer klein is.

Gelet op het geheel ontbreken van gecontroleerd onderzoek is de vraag gerechtvaardigd of niet in samenwerking met neurologische afdelingen een actief beleid gevolgd moet worden om tot gecontroleerd onderzoek te komen.

Tot slot enige opmerkingen over de behandeling. De hier beschreven patiënt had voor zijn aanmelding reeds 2 jaar behandeling achter de rug. Hij was behandeld met ontspanningsoefeningen en met de methode van Azrin en Nunn. De diagnose dystonie van Meige werd niet gesteld. De therapeut vermeldt in zijn verwijzende brief dat slechts een geringe verbetering werd bereikt in 25 zittingen. De toon in de brief is vriendelijk, en getuigt van betrokkenheid bij de patiënt. Het probleem bij de behandeling van dit soort aandoeningen ligt in de relatieve zeldzaamheid van de stoornis. Goede wil en weet hebben van een werkzame strategie, maar het ontbreken van ervaringen met de behandeling van dit soort stoornissen, leiden nogal eens tot mislukken van de behandeling. Het verdient aanbeveling om zoals ook op de Psychiatrische Polikliniek Delft gebeurt, patiënten met zeldzaam voorkomende aandoeningen te laten behandelen door een therapeut die zich gespecialiseerd heeft in de behandeling van die klachten. Zo zijn er op deze polikliniek specialisten op het gebied van de anorexia, dwangneurose, stoornissen in de impulscontrole en dus ook op het gebied van de (neurologische) motorische stoornissen.

Referenties

- Ananth, J., Edelmut, E. & Dargan, B. (1988). Meige's syndrome associated with neuroleptic treatment. American Journal Psychiatry, 145, (4), 513-515.
- Azrin, N.M. & Nunn, R.G. (1973). Habit reversal. Behavior Research and Therapy, 11, 619-628.
- Faulstich, M.E., Carnrike, C.L.M. & Williamson, D.A. (1985). Blepharospasme and Meige's syndrome. Journal of Psychosomatic Research, 29, (1), 89-94.
- Giménez-Roldán, S., Mateo, D., Orbe, M., Muñoz-Blanco, J.L. & Hípola, D. (1988). Acute pharmacologic tests in cranial dystonia. In: J. Jankovic & E. Tolosa (eds.). Advances in Neurology. Vol. 49. Facial dyskinesias. New York: Raven Press.
- Hoogduin, C.A.L. & Haan, E. de (1980). Tics. In: K. van der Velden (ed.). Directieve therapie 2. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, C.A.L. & Haan, E. de (1984). De behandeling van kinderen met tics. In: C.A.L. Hoogduin & E. de Haan (eds.). Directieve therapie bij kinderen en adolescenten. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, C.A.L., Hartman, S. Haan, E. de, Dyck, R. van & Kuyvenhoven, A (1985). Een gedragstherapeutisch model ter behandeling van torticollis en torsie dystonie. Directieve Therapie, 5 (1), 27-40.
- Hoogduin, C.A.L. & Reinders, M. (1987). Overwegingen bij de behandeling van tics en het syndroom van Gilles de la Tourette. Directieve Therapie, 7 (3), 245-254.
- Hoogduin, C.A.L. & Arends J. (1989). Een onbegrepen slaperigheid en een secundair syndroom van Meige. In voorbereiding.
- Jankovic, J. (1988 a) Cranial-cervical dyskinesias. An overview. In: J. Jankovic & E. Tolosa (Eds.). Advances in Neurology. Vol. 49. Facial Dyskinesias. New York: Raven Press.
- Jankovic, J. (1988 b). Botulinum A toxin in the treatment of blepharospasm. In: J. Jankovic & E. Tolosa (Eds.). Advances in Neurology. Vol. 49. Facial Dyskinesias. New York: Raven Press.
- Jankovic, J. & Nutt, J.G. (1988). Blepharospasm and cranial-cervical dystonia (Meige's syndrome): Familial occurrence. In: J. Jankovic & E. Tolosa (Eds.). Advances in Neurology. Vol. 49. Facial Dyskinesias. New York: Raven Press.
- Jong, P. de (1985). De behandeling van een man met torticollis en een secundaire sociale fobie. Directieve Therapie, 5 (3), 265-272.

- Karson, C.N. (1988). Physiology of normal and abnormal blinking. In: J. Jankovic & E. Tolosa (Eds.). Advances in Neurology. Vol. 49. Facial Dyskinesias. New York: Raven Press.
- Meige, H. Les Convulsions de la Face, une forme clinique de convulsion faciale bilaterale en mediane. Revue Neurologique, 21, 437-443.
- Reinders, M. (1987). De behandeling van een patiënt met een spier-spasme. Directieve Therapie, 7, (2), 172-176.
- Tecce, J. Savignano-Bowman, J. & Meinbresse, D. (1978). Drug effects on contingent negative variation and eyeblinks: the distraction arousal hypothesis. In: M.A. Lipton, A. Dimascio & K.F. Killam (Eds.). Psychopharmacology: a generation of progress. (745-758). New York: Raven Press.

Uit de krochten van de psychiatrie.

"Awakening".

Kees Hoogduin,
Marina Akkermans,
Ingeborg Hopman.

De heer Van Oosten, in opleiding voor onderwijzer en 28 jaar oud, is betrokken bij een auto-ongeval. Hoewel hij niet gewond is, heeft hij sindsdien de schrik te pakken. Hij krijgt paniekaanvallen en rapporteert moeite met slikken. Het gaat niet goed met hem, en ook zijn relatie - hij woont samen - loopt stuk.

In aansluiting aan het vertrek van zijn vriendin wordt hij opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis in het Zuiden van het land. Bij opname klaagt hij over moeilijk slikken, een benauwd gevoel en een kloppend geluid in de oren. Hij is ruim 10 kg afgevallen, omdat hij bang is te eten en daardoor te stikken.

Een psychologisch onderzoek geeft verdenking op organiciteit. Er is een grote discrepantie tussen verbaal en performaal gedeelte van het I.Q. Er zijn stoornissen in de concentratie en de geheugenfunctie. Er is sprake van een algeheel vertraagd tempo.

Na 4 maanden opname is zijn gewicht toegenomen tot het gemiddelde dat hij altijd had. Hij blijft echter angstig. Er wordt begonnen, na ruim een jaar benzodiazepines, met een behandeling met neuroleptica 37.5 mg Nozinan per dag gevolgd door 1 week Haldol 10 mg, Orap forte 4 mg gedurende 5 weken, weer gevolgd door Siquil 75 mg per dag.

Tijdens de behandeling met Nozinan wordt door de verpleging voor het eerst gerapporteerd dat hij verkrampd is en zich gedraagt als een 'zwakzinnige' met spastische trekjes, dubbele tong, trillen en heftige angsten. Nozinan wordt vervangen door Haldol zonder soulaas. De

volgende weken blijft hij moeilijk eten, de tong steekt uit de mond en hij loopt sloffend. Dan wordt de Orap gegeven en dat geeft opnieuw een verslechtering van zijn toestand. Daarna krijgt hij Siquil, opnieuw gevolgd door verdere verslechtering. Neurologisch onderzoek wordt afgesloten met de conclusie: EEG normaal, CT normaal. Geen reden voor neurologisch onderzoek. Dit was op 1 september. De verpleegkundige evaluatie van 1 augustus spreekt over tremoren en ongecontroleerde bewegingen van de armen, zich terugtrekken, en vreemde bewegingen van de mond. Hij stelt hoge eisen aan de verpleging. Er worden hem duidelijke grenzen door de verpleging gesteld. Dit zou tijdelijk verbetering gegeven hebben. De klachten worden geïnterpreteerd als een gevolg van een eventueel naderend ontslag uit het ziekenhuis. Op 1 oktober wordt gerapporteerd dat het beeld wisselend is: soms kan hij niets, soms kan hij alles. De motoriek is zeer vertraagd, verstijfd, spastisch, met krampen in de benen en sloffen bij het lopen. Hij praat niet meer uit zichzelf. Alle initiatief is verdwenen, de tong hangt uit de mond. Hij kan de benen 's nachts niet meer zelf strekken. Er wordt gedacht aan parkinsonisme, tardieve dyskinesieën en een depressie. Hij krijgt Anafranil en Disipal. Hij klaagt over pijn in de nek. Weer drie maanden later, na het stoppen van de medicatie, zijn de ongecontroleerde bewegingen afgenomen. Hij maakt het wat beter. Wanneer de anti-Parkinsonmiddelen gestopt worden, nemen de klachten weer toe. Hij wordt stil, somber en initiatiefloos. Reeds in augustus wordt melding gemaakt van hypersalivatie, grijpbewegingen en gespannen nekspieren. De neuroloog constateert 1 oktober een dystonie, dyskinesie en positieve pseudobulbair reflexen. Er is een tandrad-fenomeen. Gedurende de volgende maanden ontwikkelt zich een torticollis. Psychiatrisch werd gedacht aan angstneurose, depressie in engere zin, schizofrenie en

aan preseniele dementie.

Wanneer de patiënt 8 maanden later door de eerste auteur wordt onderzocht, is hij volledig invalide geworden. Hij zit in een rolstoel met een extreme torticollis spasmodica. Hij is 40% van zijn gewicht verloren en spreekt nauwelijks meer spontaan, dagen achtereen zwijgt hij. Lopen gaat nauwelijks meer. Hij heeft de mond open waar voortdurend speeksel uitloopt. Er is een amimie en een maskerachtige gezichtsuitdrukking. De handen maken voortdurend friemelende bewegingen en er is sprake van een tremor van de kinspieren. Er is geen tandrad-fenomeen. Er is geen rigiditeit. Hij verspreidt een penetrante lichaamsgeur.

Psychiatrisch is er eigenlijk niet veel te vermelden. De stemming lijkt depressief. Als hij wat zegt, persevereert hij. Het beeld imponeert vooral organisch.

Bespreking

Sacks (1982) bespreekt in zijn "Awakenings" de ziekte van Parkinson. Hij benadrukt dat de tremor en de rigiditeit (stijfheid) geen essentiële kenmerken van de ziekte zijn. In bepaalde gevallen, bijv. de post-encefalitische - kunnen ze geheel ontbreken. De stoornissen hebben vooral te maken met bewegen en drang. Naast festinatie (een gevoel van haastheid) en pulsie (drang) noemt hij de akinesie - de actieve vertraging of weerstand die de beweging, spraak en zelfs het denken hindert en soms volledig tot stilstand brengt, en perseveratie: een kleven aan bepaalde gedragingen en gedachten. Hij vermeldt dat deze stoornissen tot op een bepaalde hoogte onderling verwisselbaar zijn. Bij de bespreking van de 'negatieve' kenmerken van de ziekte beschrijft hij hoe patiënten uren achtereen bewegingloos kunnen blijven

zitten waarbij een verzwakking van gevoelens, libido, motivatie en aandacht plaatsvindt, verschijnselen die veel lijken op de verschijnselen bij zwaar depressieve patiënten. Ook Gershanik en Leist (1987) beschrijven bij de bespreking van de ziekte van Parkinson optredend bij jonge mensen dat 23% van de patiënten niet het klassieke trias van rigiditeit, tremor en bradykinesie (traagheid) hebben. Als een opvallend verschijnsel noemen zij de hoge frequentie van het voorkomen van dystonieën. Dit zou soms aan het ontstaan van rigiditeit, tremor en bradykinesie voorafgaan. Dit kwam voor in 7 van de 13 door hen beschreven gevallen (de gemiddelde leeftijd bij het begin van de klachten was 30 jaar.).

Conclusie en slot.

Bij de hier beschreven patiënt zijn er aanwijzingen dat we te maken hebben met een patiënt lijdend aan de ziekte van Parkinson. Differentiaal-diagnostisch gaat het om een stoornis veroorzaakt door neuroleptica of om de juveniele vorm van de ziekte.

De neuroleptica hebben bijwerkingen die bij sommige patiënten een Parkinson-achtig beeld doen ontstaan. Bij patiënten met de ziekte van Parkinson zijn deze bijwerkingen soms desastreus. Bij een patiënt met een beginnende ziekte zouden de verschijnselen zich hierdoor voor het eerst kunnen openbaren.

De patiënt kreeg anti-Parkinsonmiddelen. Binnen 14 dagen liep hij weer, de torticollis verminderde aanzienlijk, hij begon weer te praten, toonde belangstelling voor de omgeving. De speekselvloed verdween en ook de nare lichaamsgeur verdween. Ook de depressieve klachten en het perseveren verdwenen. Hij is (nog) niet geheel hersteld, hij is nog angstig.

Na 2 jaar opname in een psychiatrisch ziekenhuis denkt hij met afgrijzen terug aan zijn verblijf aldaar. Na zijn neurologische opname wilde hij niet meer terug naar het ziekenhuis.

Referenties.

Gershanik, O.S. & Leist, A. (1987). Juvenile onset of Parkinson's disease. In: M.D. Yaks & K.J. Bergmann (Eds.). Advances in Neurology. Vol. 45. Parkinson's disease. New York: Raven Press.

Sacks, O. (1982). Awakenings. Revised ed. London: Panbooks.

Uit de krochten van de psychiatrie.

Onbegrepen slaperigheid en het secundaire syndroom van Meige.

Kees Hoogduin

Johan Arends.

Mevrouw Van Engelen, nu 25 jaar oud, werd 4 jaar geleden voor het eerst opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis in het Noorden van het land in verband met een paranoïde psychose. Reeds bij de eerste opname wordt gesproken van een grote mate van slaperigheid die niet verklaarbaar werd geacht door de medicatie, bestaande uit 150 mg Trilafon enanthaat (!) depot per 14 dagen. Drie jaar later wordt zij voor de vierde maal opgenomen in verband met een paranoïde psychose met acustische hallucinaties. Opnieuw wordt in de onslagbrief gesproken van een onbegrepen slaperigheid niet in overeenstemming met de medicatie: Anatensol depot 50 mg per 2 weken, Neuleptil 30 mg per dag (!).

Weer 1 jaar later wordt zij in dagbehandeling genomen in ons dagziekenhuis. Opnieuw valt haar slaperigheid op. In het dagziekenhuis begreep men dat de slaperigheid wel eens zou kunnen samenhangen met een hoge neuroleptische medicatie, nog steeds Anatensol depot 50 mg per 2 weken , Neuleptil 30 mg per dag.

In de correspondentie wordt niet vermeld dat mevrouw sinds 3 jaar last had van blepharospasmen. Ongeveer 5 x per minuut werden de ogen in een spasme, gedurende ongeveer 1 seconde, dichtgeknepen. Tijdens het spreken loopt dit op tot 30 x per minuut en ook hapert dan de spraak. Tijdens huishoudelijke activiteiten en sporten heeft zij er geen last van. In het verleden zouden diverse pogingen ondernomen zijn om haar van haar klachten te bevrijden. Dit had alleen een ver-

slechtering opgeleverd.

Bespreking

Bij de hier besproken patiënte gaat het om een iatrogene slaperigheid en een verdenking op een secundair syndroom van Meige. Het syndroom van Meige wordt gekarakteriseerd door blepharospasme en een oromandibulaire dystonie. Dit uit zich in spasmen van de m. orbicularis oculi (de oogsluitspier) en contracties van de spieren van de mond en soms de keel (Tolosa & Martí, 1988).

De meest frequente oorzaak van de zogenaamde secundaire vorm (naast de ideopathische = zonder oorzaak) is chronische toediening van neuroleptische medicatie (Tolosa & Martí, 1988). Vooral bij oudere patiënten kan dit het zogenaamde tardieve dystonie-syndroom, klinisch identiek aan het syndroom van Meige, te zien geven. In 5-14% van de cohorten patiënten die zijn beschreven, kwam dit voor.

Ananth et al. (1988) beschrijven een tweetal patiënten, resp. 39 en 29 jaar oud, met een dergelijk beeld als gevolg van langdurig Haldol-, resp. Mellaril gebruik. Behandeling met anti-Parkinsonmiddelen, benzodiazepine en Inderal leverde geen soulaas. De Haldol bij de eerste patiënte werd gestaakt; na 6 maanden was vrijwel geheel herstel opgetreden. Het knijpen met de ogen zou nog wat verhoogd zijn (?). Ook bij de andere patiënt trad een verbetering op na het staken van de Mellaril.

De aandoening wordt nogal eens verward met tardieve dyskinesie. Een zorgvuldig onderzoek laat deze aandoeningen gemakkelijk van elkaar onderscheiden (zie tabel 1).

Tabel 1: Differentiaal diagnose van acute dystonie ten gevolge van neuroleptica, tardieve dyskinesie en syndroom van Meige, ideopathisch en ten gevolge van neuroleptica.

	Acute dystonie t.g.v. neuro- leptica	Tardieve dyskinesie	Ideopathisch S. van Meige	S. van Meige t.g.v. neuro- leptica
Leeftijd	10-50 jr	risico stijgt met leeftijd	30-70 jr	niet bekend
Sexe	meer mannen	beide	meer vrouwen	beide
Gepresenteerde klachten	acuut spasme willekeurige spieren	meestal geen	slecht zien	slecht zien
Localisering	ogen, tong, keel, nek, borst, extre- miteiten	gezicht, tong, romp, extre- miteiten	oogleden, gezicht	oogleden, gezicht
Gebruik neuro- leptica	+	+	-	+
Familie- anamnese	-	-	+ extrapyra- midale stoor- nis	-
Verloop	voorbijgaand, herstellend	chronisch, langzaam wisselend	chronisch	tijdelijk
Prognose	goed	variabel	variabel	gunstig
Invaliditeit	tijdelijk	variabel, meestal licht	ernstig	ernstig
Respons op anti- cholinergica	+	minmaal	minimaal	minimaal
Aanwezigheid ge- durende de slaap	-	-	-	-

Conclusie en slot

De conclusie luidt, schizofrenie en waarschijnlijk het door neuroleptica geïnduceerde syndroom van Meige. Dit leidde tot het besluit de medicatie te verlagen. Ook werd van neurolepticum gewisseld. Samengevat werden de Anatsol en de Neuleptil geleidelijk gestopt en een Fluanxol decanoaat depot van 5 mg per week gegeven. Dit betekent omge-

rekend een equivalente verlaging van 5 naar 0,75 (vergl: Moleman & Pepplinkhuizen, 1987).

Na 1 maand is er een verbetering opgetreden. Bij het spreken zijn er nog slechts 5 contracties per minuut. Weer twee maanden later is mevrouw geheel klachtenvrij.

Tot slot een pikante bijzonderheid. Ook de onbegrepen slaperigheid was geheel verdwenen. Patiënte was actief op een badmintonvereniging en speelde met veel enthousiasme.

Referenties

Ananth, J., Edelmuth, E. & Dargan, B. (1988). Meige's syndrome associated with neuroleptic treatment. American Journal of Psychiatry, 145, 4, 513-515.

Moleman, P. & Pepplinkhuizen, L. (1987). Praktische psychofarmacologie. Utrecht: Bunge.

Tolosa, E. & Martí, M.J. (1988). Blepharospasm-oromandibular dystonia syndrome (Meige's syndrome): clinical aspects. In: J. Jankovic & E. Tolosa. Advances in Neurology. Vol 49. Facial dyskinesias. New York: Raven Press.

BRIEVEN VAN GRONINGEN NAAR AMSTERDAM V.V.

ALFRED LANGE

Inleiding

December 1987 werd ik door Paul Emmelkamp, mede namens zijn kompanen Albersnagel en Van den Hoofdakker, gevraagd of ik een hoofdstuk zou willen schrijven in het door hen te redigeren Handboek over Depressie. Het zou moeten gaan over depressie en relatietherapie. In overeenstemming met de zakelijke traditie van Groningen werd mij onmiddellijk medegedeeld dat het de bedoeling was om alle royalties aan het vakgroepsfonds van klinische psychologie aldaar te doen toekomen. Of ik het daarmee eens was? Dat natuurlijk niet, maar je wilt ook niet altijd zeuren dus ik stemde toe.

Vervolgens kreeg ik een bevestiging (brief dd. 23 december, 1987) met "Geachte Freddy" in de aanhef. Dat had me al moeten waarschuwen. Daarna liet uw vriend het een beetje sloffen. De opleveringsdatum leek nog zo ver weg. Totdat ik eind september wreed werd opgeschrikt, door een vierregelig vodje van Paul Emmelkamp. Jammer genoeg kan ik het antwoord, dat ik hem heb geschreven en waarin ik aankondigde helaas nog minstens een maand nodig te hebben, niet meer terug vinden. Het zit vreemd genoeg ook niet in mijn Macje. Maar ik kan u verzekeren dat het een keurige brief was. Enkele dagen later deelde Paul mij tijdens een Dth vergadering mee, dat ik zou 'hangen' als zij het manuscript niet voor 1 nov. binnen zouden hebben. (zie ook het voorwoord op het artikel 'depressie en relaties' dat elders in deze aflevering is opgenomen). Deze dreigende taal werd gevolgd door een rustig briefje van de heer Albersnagel, waarop we (collega IJerman en ikzelf) hard aan de slag gingen, moreel en met adviezen gesteund door onze hoofdredacteur. Het lukte uiteindelijk om binnen de gestelde tijd een fraai manuscript op te leveren (zie wederom elders in dit nummer). De reactie daarop van de hand van de heer Albersnagel dateert van 16 november jl. en geeft mij aanleiding u kennis te laten maken met de gehele briefwisseling, zodat u mee kunt voelen hoe gekwetst uw vriend is geweest. Aangezien de TDT vergadering nog lang niet in zicht was en de troost die daarvan uit zou gaan dus nog lang op zich zou laten wachten, heb ik het heft maar zelf in handen genomen, weliswaar na enig beraad met collegae Van der Velden en Van Dyck. De eerste adviseerde: 'laat ze gewoon de tering krijgen' en hij zou het stuk terugtrekken. De tweede was aanmerkelijk nuchterder: 'Tja, dat is de no nonsens aanpak'. Hij vond dat ik maar moest doen wat was voorgesteld en dan het oorspronkelijke artikel (dat natuurlijk veel beter was) in Dth plaatsen. Na enkele dagen van overweging besloot ik tot een mengvorm. Ik zou doen wat ze vroegen maar Albersnagel, die ik overigens nog nooit had ontmoet of zelfs maar telefonisch had gesproken, kon wel de tering krijgen. En dat moest ik hem even laten weten. Vandaar mijn brief van 23 nov. jl., waarvan de lay-out overigens mooier is dan van het exemplaar dat hier is afgedrukt. Het antwoord is inmiddels ook binnen.

Ik dacht: misschien vindt u deze briefwisseling wel interessant.



9713 EZ GRONINGEN 23 december 1987
Academisch Ziekenhuis, Oostersingel 59,
Telefoon 614187

A. Lange
Universiteit Amsterdam
Psychologisch Laboratorium
Vakgroep Klinische Psychologie
Weesperplein 8
1018 XA Amsterdam

Geachte *Freddy*,

De laatste jaren hebben er belangrijke ontwikkelingen plaatsgevonden m.b.t. onderzoek naar stemmingsstoornissen. Het betreft hier zowel ontwikkelingen op het gebied van de biologische psychiatrie als op het gebied van de psychotherapie en diagnostiek van deze stoornissen. Een goed nederlandsstalig overzichtswerk waarin deze ontwikkelingen aan de orde komen ontbreekt. Wij (Albersnagel, Emmelkamp & Van den Hoofdakker) hebben het plan opgevat een dergelijk boek samen te stellen. Dit boek is bedoeld voor werkers in de (geestelijke) gezondheidszorg en studenten die daar voor in opleiding zijn. De uitgeverij Van Loghum Slaterus is in principe geïnteresseerd. De vraag aan U is of U bereid zou zijn een hoofdstuk te schrijven met als voorlopige titel: "Behandeling van stemmingsstoornissen: Partner relatietherapie bij depressie".

Bij uw bijdrage denken we aan een omvang van 20 pag. in druk. Als U op onze uitnodiging ingaat verwachten wij uw bijdrage voor 1 september 1988.

Gezien het belang van uw werk op dit gebied wordt uw medewerking zeer op prijs gesteld. Graag ontvangen wij spoedig uw reactie.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P.M.G. Emmelkamp.

mede namens: Dr. F. Albersnagel.
Prof. dr. R. van den Hoofdakker.

Stitswerd, 20 September, 1988

Aan de auteurs van het Depressie-boek,

Beste Freddie,

Helaas hebben we nog niet alle hoofdstukken ontvangen. Gezien de krappe tijdsplanning, die we met de uitgever overeenkwamen, zouden we het zeer op prijs stellen als we jouw bijdrage in ieder geval binnen een week konden ontvangen.

Met vriendelijke groeten,

Paul.

Paul Emmelkamp



Rijksuniversiteit Groningen

FACULTEIT DER PSYCHOLOGISCHE, PEDAGOGISCHE EN SOCIOLOGISCHE WETENSCHAPPEN

KLINISCHE PSYCHOLOGIE

Academisch Ziekenhuis
Oostersingel 59
9713 EZ Groningen
Telefoon 050-614187

77

Dr. A. Lange
Vakgroep Klinische Psychologie
Universiteit van Amsterdam
Weesperplein 8
1018 XA AMSTERDAM

Groningen, 4 oktober 1988
Kenmerk:
Onderwerp:

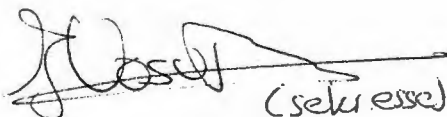
Geachte kollega,

Gisteren is uw brief van 27 september jl. aan P. Emmelkamp besproken in de redactie van het boek over depressie. In verband met de tijdsplanning, zoals die met de uitgeverij en de auteurs is overeen gekomen, hechten we er aan dat ook uw manuscript zo spoedig mogelijk bij ons binnen is. (Vrijwel alle bijdragen zijn inmiddels gearriveerd). Als uiterste datum stellen wij 31 oktober a.s. voor.

Vertrouwende dat een en ander haalbaar zal blijken,
u succes wensend met de afronding,

met vriendelijke groet,

namens de redactie,

Plo  (sekeresse)

dr. Frans. A. Albersnagel.

Dr. A. Lange Vakgroep Klinische Psychologie Universiteit van Amsterdam
Weesperplein 8 1018 XA Amsterdam Tel. 020-5253637 of 5253142

Prof. Dr. P.M.G. Emmelkamp
R.U. Groningen
Vakgroep Klinische Psychologie
Academisch Ziekenhuis
Oostersingel 59
9713 EZ Groningen

28 oct. 1988

Beste Paul,

Hierbij ontvang je mijn (onze) bijdrage voor het boek. Op het ogenblik zijn nog enkele mensen bezig om het manuscript grondig te lezen. Ik verwacht dat ik je over een week een nog definitievere versie kan sturen.

Zou je me de ontvangst svp willen bevestigen?

Hartelijke groeten,

Freddy



Rijksuniversiteit Groningen

FACULTEIT DER PSYCHOLOGISCHE, PEDAGOGISCHE EN SOCIOLOGISCHE WETENSCHAPPEN

KLINISCHE PSYCHOLOGIE

Academisch Ziekenhuis
Oostersingel 59
9713 EZ Groningen
Telefoon 050-614187

Prof.dr. A. Lange
Sektie Sociale Psychologie
Subfaculteit Psychologie
Weesperplein 8 (kamer 528)
1018 XA AMSTERDAM

Groningen, 2 november 1988

Kenmerk:

Onderwerp:

Beste Freddie,

Hierbij bevestig ik de goede ontvangst van je manuscript.

Met vriendelijke groeten,

Paul Emmelkamp.



9713 EZ GRONINGEN , 16 november 1988
Academisch Ziekenhuis, Oostersingel 59,
Telefoon 614187

Dr. A. Lange
Universiteit van Amsterdam
Psychologisch Laboratorium
Weesperplein 8
1018 XA AMSTERDAM

Geachte heer Lange,

Hierbij ingesloten vindt U Uw manuscript met voorstellen tot wijziging. Hoewel wij het stuk als geheel zeker de moeite waard vonden had de redactie een drietal problemen:

1. De lengte van het manuscript overschrijdt aanmerkelijk de met U afgesproken omvang (max. 20 pag. à 400 woorden (inkl. referenties)).
2. Er is nogal wat overlap met andere hoofdstukken; dit betreft m.n. de leertheorie, de cognitieve theorie, de hulpeloosheidstheorie en de daarop gebaseerde behandelingen. U kunt volstaan met daarnaar te verwijzen (zie tekst). De door U beschreven theorieën en behandelingen komen in de andere hoofdstukken veel uitvoeriger aan de orde. Uw hoofdstuk zou zich moeten beperken tot de "relationele behandeling" bij depressie. Dit zou ook in de titel tot uitdrukking moeten komen.
3. Stilistisch zou de tekst nog aanmerkelijk verbeterd kunnen worden. De meest storende zinnen zijn in het manuscript aangegeven.

We hopen dat U de door ons voorgestelde wijzigingen binnen drie weken kunt aanbrenge. Graag ontvangen wij de gewijzigde tekst + floppy (MS-DOS) vóór 5 december van U.

Vertrouwende dat U (en Uw co-auteur) aan onze wijzigingsvoorstellen binnen de genoemde termijn tegemoet zult komen,

vriendelijk groetend,

F. Albersnagel

I.a.a.: - P.M.G. Emmelkamp
- R. van den Hoofdakker

Dr. A. Lange Vakgroep Klinische Psychologie Universiteit van Amsterdam
Weesperplein 8 1018 XA Amsterdam Tel. 020-5253637 of 5253142

Dr. F. Albersnagel
R.U. Groningen
Vakgroep Klinische Psychologie
Academisch Ziekenhuis
Oostersingel 59
9713 EZ Groningen

9 december 1988

Geachte heer Albersnagel,

Bijgaand ontvangt u ons gereviseerde manuscript voor het handboek. Zoals u zult zien hebben wij de meeste van uw opmerkingen met betrekking tot de eerste versie gehonoreerd. Ingesloten treft u ook een Apple Macintosh schijfje aan met het manuscript als document. Ik hoop dat u mogelijkheden heeft om dit te laten converteren naar een MS-Dos document. Ik moet u daarbij wel ervoor waarschuwen dat bij converteren over het algemeen de opmaak wegvalt. Dat is met name vervelend wat betreft nieuwe alinea's, vette letters en de cursiveringen in de tekst.

Ik zou het op prijs stellen als u mij de ontvangst kon bevestigen.

Vriendelijke groeten,



A. Lange



9713 EZ GRONINGEN 8 december 1988
Academisch Ziekenhuis, Oostersingel 59,
Telefoon 614187

Dr. A. Lange
Universiteit van Amsterdam
Psychologisch Laboratorium
Weesperplein 8
1018 XA AMSTERDAM

Geachte heer Lange,

Op 29 november jl. heb ik uw brief ontvangen betreffende uw bijdrage aan het "depressieboek". Uw brief is in de redactie besproken. Hierbij, mede namens Paul Emmelkamp en Rudi van den Hoofdaker, mijn reactie.

U schrijft zich te hebben geërgerd aan de toon waarin onze brief dd. 16 november jl. zou zijn gesteld. Ook de daarin vervatte inhoudelijke wijzigingsvoorstellen ontmoetten bij u de nodige kritiek. Wat het eerste betreft laat ik u verzekeren dat het geenszins mijn bedoeling is geweest noch die van de overige redactieleden u te ergeren, arrogant te bejegenen of te beledigen. Naar aanleiding van uw manuscript zijn binnen het redactieteam op- en aanmerkingen verzameld en zijn, met unanieme instemming, waarbij ik slechts als penvoerder ben opgetreden, een reactie plus het kommentaar op het manuscript aan u toegestuurd. Ook na herlezing kunnen wij in beide de door u gewraakte toon met de beste wil van de wereld niet herkennen. Dat neemt niet weg dat het ons spijt dat u die toon er in hebt (kunnen) (ge)lezen. Wij stellen er prijs op de door u opgesomde punten de revue te laten passeren onder vermelding van de kanttekeningen die wij daarbij maken:

1. Eerder schreven wij dat "wij het stuk als geheel zeker de moeite waard vonden". Dit is misschien geen expliciete dankbetuiging maar weerspiegelt wel de waardering van de redactie voor uw manuscript en het werk dat u en uw co-auteur eraan hebben gehad.
2. Met de uitgever en met de auteurs zijn al in een vroeg stadium afspraken gemaakt over de omvang. De afspraak met de auteurs was voorts om vóór 1 september jl. de bijdrage(n) in te leveren. De meeste hoofdstukken zijn thans dan ook in de fase van de definitieve afronding. Forse overschrijdingen van de overeengekomen omvang leveren thans onoverkomelijke problemen op.

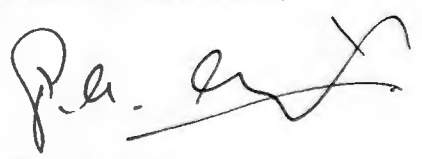
- 3 & 4. Zoals uit het u al geruime tijd geleden toegestuurde overzicht van hoofdstukken blijkt omvat het boek na een tweetal bijdragen over begripsbepaling, diagnostiek en "assessment" een reeks theoretische hoofdstukken (waaronder één over het interactionele model en twee over leermodellen) en een reeks behandelingshoofdstukken (waaronder uw bijdrage met als werktitel: partner relatietherapie bij depressie). Wij begrijpen best dat een behandelingshoofdstuk een - zij het korte maar krachtige - theoretische inleiding behoeft. Niettemin blijven wij van mening dat het tot onze verantwoordelijkheid als redactie behoort onnodige en vermijdbare overlap zoveel mogelijk te weren, mede teneinde omvangsoverschrijdingen binnen de perken te houden (punt 2).
5. Uw oeuvre op het gebied van de partner-relatietherapie behoort, naar onze mening, tot het beste van wat voorhanden is in Nederland, zowel inhoudelijke als stylistisch. Dat is ook precies de reden geweest waarom u, door Paul Emmelkamp, bent gevraagd een bijdrage aan het depressieboek te leveren. Gezien het veelvuldig samengaan van relationele en depressieve problemen achten wij een dergelijke bijdrage van groot belang. Dat neemt niet weg dat de redactie - niettemin of liever: juist daarom - zowel inhoudelijk als stylistisch, een aantal bemerkingen heeft bij uw manuscript. Tegen de achtergrond van de eerder gesignaleerde overlap met andere hoofdstukken en de omvangsoverschrijding meenden wij te kunnen volstaan met het aanduiden van "de meest storende zinnen", bij wijze van voorbeeld: het stuk in z'n geheel zou, ons inziens, immers substantiële herziening behoeven. Voorts is het niet zo - en dat valt ook nergens uit af te leiden - dat wij met dit boek alleen gedragstherapeuten zouden willen bereiken. In feite vormen artsen, psychologen en andere paramedische beroepsgroepen en zij die voor een dergelijk beroep studeren onze doelgroep. Dat betekent dat de hoofdstukken over het biologische model en de biologische behandelingswijzen begrijpelijk dienen te zijn voor niet-medici. Evenzo zouden de hoofdstukken met een psychologische signatuur "leesbaar" moeten zijn voor niet-ingewijden. Jargon dat bijvoorbeeld slechts voor de lezers van het tijdschrift "Gedragstherapie" of "Dth" goed te volgen zou zijn is daarom voor dit boek ongewenst.
6. Wij zijn er inderdaad en naar nu blijkt, abusievelijk, van uit gegaan, dat aanlevering van het manuscript via een PC met het meest gangbare besturingssysteem, MS-DOS, geen probleem voor u zou opleveren. Het plaatst ons niet voor grote problemen, wanneer uw manuscript in een andere vorm zou worden aangeleverd. Het kost ons alleen wat meer tijd (overtypen etc.).

Nu nog over de inhoud, voorzover die niet al eerder aan bod is gekomen. Wij zijn het met u eens dat enige overlap met andere hoofdstukken niet onoverkomelijk hoeft te zijn, maar het gaat wel om de mate waarin dat ook nodig is, bijvoorbeeld voor de logische opbouw van het betoog. Ook hebben wij bepaald wel oog voor de combinatie van individuele en relationele problemen en interventies. Maar juist daar zouden wij toch ook nadrukkelijk willen bepleiten het accent te leggen op de relationele aspecten (zie ook punt 2, 3 en 4 hierboven).

Al bij al betreuren wij het dat in de met u gevoerde correspondentie het accent is komen te liggen op als zodanig ervaren meta-communicatieve aspecten. Wij zouden graag met u - op basis van wederzijds vertrouwen in oprechte en goede bedoelingen - weer willen overgaan op de inhoud. Wij hopen, dat deze brief er toe bijdraagt dat dat ook mogelijk is en dat de belemmeringen die er op dat punt nog mochten bestaan kunnen worden weggenomen.

Graag een spoedige reactie,

vriendelijk groetend,
mede namens P. Emmelkamp en R. van den Hoofdakker,



F. Albersnagel.

i.a.a. - P. Emmelkamp
- R. van den Hoofdakker.

Dr. A. Lange Vakgroep Klinische Psychologie Universiteit van Amsterdam
Weesperplein 8 1018 XA Amsterdam Tel. 020-5253637 of 5253142

Dr. F. Albersnagel
R.U. Groningen
Vakgroep Klinische Psychologie
Academisch Ziekenhuis
Oostersingel 59
9713 EZ Groningen

16 december 1988

Geachte heer Albersnagel,

Dank voor uw uitvoerige brief van 8 december jl. die ik op 13 december ontving. Wat mij betreft is de zaak uit de wereld en kunnen we de metacommunicatie weer laten rusten. Mocht er nog overleg nodig zijn over het manuscript dat ik U op 9 december stuurde - waarop ik nog geen reactie heb gehad - dan lijkt het mij het beste dat dit mondeling gebeurt, per telefoon. Dat bespaart heen en weer schrijven en voorkomt misverstanden.

Vriendelijke groeten,



A. Lange



KLINISCHE PSYCHOLOGIE

86
9713 EZ GRONINGEN , 13 december 1988
Academisch Ziekenhuis, Oostersingel 59,
Telefoon 614187

Dr. A. Lange
Universiteit van Amsterdam
Psychologisch Laboratorium
Weesperplein 8
1018 XA AMSTERDAM

Geachte heer Lange,

In goede orde heb ik het gereviseerde depressieboekhoofdstuk (plus Apple Mackintosh-schijfje) van u en de heer IJzerman ontvangen. Hartelijk dank voor het vele werk dat een en ander zal hebben gekost en de snelle reactie. Een copie van jullie manuscript heb ik onmiddellijk doorgestuurd naar P. Emmelkamp en R. van den Hoofdakker. Op zo kort mogelijke termijn, maar in ieder geval nog vóór de kerstdagen, kunt u - na beraad van de redactie - commentaar tegemoet zien.

Met vriendelijke groeten,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'F. Albersnagel', with a long horizontal flourish extending to the right.

F. Albersnagel

i.a.a.: - P. Emmelkamp
- R. van den Hoofdakker

BIBLIOTHERAPIE 2

Alfred Lange

Inleiding

In de vorige aflevering ben ik begonnen met wat titels van geschriften te verzamelen die cliënten met enige baat zouden kunnen lezen. Ik heb de andere redacteuren gevraagd om daar zo mogelijk wat aan toe te voegen. In deze kleine bijdrage geef ik het goede voorbeeld door zelf nog wat aanvullingen te geven.

Sub-assertiviteit, overmatige verlegenheid of sociale angst

Op het gevaar af dat de hoofdredacteur moet braken noem ik toch een paar titels voor mensen die vinden dat ze niet goed voor zichzelf opkomen. Ik weet dat het gevaar van doorslaan naar de andere - hyperassertieve - kant niet gering is en de gevolgen uitermate onaangenaam voor de omgeving kunnen zijn, maar de volgende boekjes zijn toch zo gek nog niet. "*Als ik nee zeg voel ik me schuldig*" van M. J. Smith (1975) en "*Ik ben d'r ook nog; handleiding voor assertiviteitstraining*" van J. Schouten (1977).

Depressie

Van recentere datum dan de hierboven genoemde boekjes zijn: "*Ik zie elk dood vogeltje; omgaan met depressiviteit*", van E. Klip en M. Van Son (1987). De titel doet het ergste vermoeden, maar het lijkt mij niet slecht.

Relatieproblemen

Voor degenen die het nog niet weten en voor degenen die het alweer zijn vergeten, het Dth redactielid A. Vansteenwegen heeft onlangs de nummer 1 plek op de Belgische bestsellerlijst gehaald met zijn boek: "*Liefde is een werkwoord; spelregels voor het huwelijk*". Mijn echtgenote is het momenteel aan het bestuderen en het ontlokt haar voortdurend bewonderende kreten. Ik zal u op de hoogte houden.

Referenties

Klip, E. & Van Son, M. (1987), *Ik zie elk dood vogeltje; omgaan met depressiviteit*. Meppel: Boom.

Schouten, J. (1977), *Ik ben d'r ook nog; handleiding voor assertiviteitstraining*. Meppel: Boom.

Smith, M.J. (1975), *Als ik nee zeg voel ik me schuldig*. Baarn: Ambo.

Vansteenwegen, A. (1988), *Liefde is een werkwoord; spelregels voor het huwelijk*. Tielt, België: Lannoo.

IS HET GEVEN VAN ANTIDEPRESSIVA BIJ ANGSSTOORNISSEN EEN SCHOFTENSTREEK?

✠

'... gewaagt van al Zijn wonderen.'

Psalm 105 : 2b

Kees van der Velden

1

Wat een verschrikkelijke fouten heb ik gemaakt!

In zware nachten zie ik ze weer voor mij, de patiënten van vroeger..., ik zie hun gekwelde gezichten, ik hoor hun zuchten en klachten en vragen, ik zie de hoop die hun ogen even van een flauwe glans voorziet, en glashelder herinner ik mij de olie-oliedomme adviezen ik deze onschuldigen gegeven heb...

... Meneer Brill, zakenman, opende de ene chique kledingzaak na de andere, werd steenrijk, zette zijn bezit om in auto's en huizen, maar hij kon niet lang van zijn geluk genieten... Hij kreeg aanvallen van paniek en verwarring, eerst in de auto, later ook tijdens vergaderingen, weer later ook in de bioscoop, en weer later ook thuis... Hij ging met vakantie naar Zuid-Italië, om tot rust te komen, maar in zijn luxe-appartement overviel hem de drang zijn vrouw overhoop te steken... of zichzelf... en ook de drang om dwars door de ruit het luchtruim in te springen... Hij werd angstig bij het zien van messen, priemen, zagen... Hij durfde niet meer alleen te zijn met zijn schatten van kinderen... Zwetend kwam hij mij elke week zijn verhaal doen... Hij bracht me dassen en sjawls... Mijn vrouw mocht zich gratis laten kleden in zijn boutiques¹... Schuldgevoelens over zijn plotse rijkdom werd geëxploreerd... Hij kreeg librium en adviezen die tot doel hadden hem te leren zich te ontspannen en zich zekerder te voelen... Hij was dankbaar dat hij mocht komen, hoewel hij er geen reet aan had... Schaam... De katholiek opgevoede heer Brill werd op den duur steeds geloviger... Schaam... scham...

Of mevrouw Limburg... ook katholiek... een jaar of tweeënveertig... Haar

¹ Hiervan werd uiteraard nimmer gebruik gemaakt.

jersey pakjes verraadden een prachtig figuur... Ze had de mond van Jeanne Moreau en ook de glimlach van Jeanne Moreau - als ze een glimlach had, wat meestal niet het geval was. Tijdens de verdrietige gesprekken over haar angsten en twijfels stelde ik mij onwillekeurig voor dat ik haar borsten met mijn handen zou omvatten en bestudeerde ik de fraaie curve van haar dijen, en genoot ik van de prachtige stevige tanden die steeds achter haar rode lippen te voorschijn kwamen...

Ze huilde over de angstaanvallen en obsessies die haar kwelden, over vermoeidheid en de uitputting waartoe het huishoudelijk werk leidde. Ze was getrouwd met een tien jaar oudere ingenieur, die ontevreden was over de door zijn vrouw geleverde prestaties, en die, om te helpen, dienstroosters voor haar samenstelde, welke, als zij zich eraan zou houden, tot 'zeeën van vrije tijd' zouden leiden, dus ook voldoende tijd om zijn handen te leiden naar de opwindende geheimen die zich onder het jersey pakje bevonden.

Gewaagde Kuiper niet van de duistere seksuele achtergronden van de 'frei flottierende Angst'? Had Haley niet geschreven over de 'relatie-controlerende aspecten' van de angstaanval?

Ik dacht dus eigenlijk dat haar dijen, haar angsten en haar onbevredigend huwelijk samenhangen... Ik legde het paar de principes van one-upmanship en metacommunicatie uit. Ook had ik het over het quid pro quo... Het is erg, maar het is niet anders. Scheelt het, wanneer ik erop wijs dat deze geschiedenis zich twintig jaar geleden afspeelde? De bespreking van de paradoxale communicatie werd ondersteund met de opdracht aan de apotheek om mevrouw ruim van valium en mogadon te voorzien.

In deze apotheek stond zeker ook een heel grote pot met imipraminetabletten, misschien wel vlak naast de valium en de mogadon, maar de apothekersassistente kreeg nooit de opdracht om mevrouw nu eens van deze tabletten te voorzien, want we meenden dat ze aan een 'angst-neurose' leed en 'hysterisch' was en dat de 'depressieve component' niet belangrijk was, omdat ze immers niet geobstipeerd was, omdat ze kon huilen, omdat haar prachtige haren niet bij bossen van haar kop afbraken. ² Goede, lieve mevrouw Limburg, vergeeft U mij... als U kunt.. Ik heb naar U gekeken, waar U niet om vroeg, en ik heb niets voor U gedaan, hoewel U daar wel om vroeg...

... Of meneer Hogenhuizen, controleur bij de NS, die op zijn achtentwintigste paniekaanvallen kreeg en vervolgens een zich snel uitbreidend netwerk van fobische reacties, thuis bleef, afgekeurd werd, aan de drank raakte en op den duur zelfs zijn goedige vrouw begon te slaan. Met behulp van de AA gaf hij het drinken op en daarmee ook het slaan,

² Men meende tot voor kort dat deze verschijnselen karakteristiek waren voor de zg. vitale depressie, hoewel ze in feite bij de meeste vitale depressies ontbreken (Van Praag, 1988).

maar de angsten bleven. Er werden hyperventilatie-aanvallen opgewekt, die wel tot duizeligheid leidden en een droge mond, maar niet tot paniek of razernij of de angst stapelkrankzinnig te worden. Ook kreeg hij exposure in vivo, aanvankelijk in mijn gezelschap, later alleen. Hij zal vast wel voor dertig procent verbeterd zijn, misschien zelfs wel voor vijfendertig procent³, maar voor zeker vijftenzestig procent verbeterde hij niet en elk tevoren afgesproken uitje bleef een ramp voor hem... Ik weet nog dat ik me beledigd voelde toen hij zei niet veel aan mijn therapie gehad te hebben, maar gelukkig heb ik dat verborgen weten te houden.

... Warm krijg ik het bij de herinnering aan de heer Van Steen, over wie ik op vreemd-zelfingenomen toon rapporteerde in TDT 1 (1), het allereerste nummer van dit tijdschrift. Ter verontschuldiging moet ik aanvoeren dat ik het goed meende en tot 's avonds laat voor mijn patiënten klaarstond en nog een kind was en bijna niets wist.

Meneer Van Steen was een oud en vermoeid uitziende man van vierenveertig, die over dwanggedachten met een agressieve inhoud klaagde. Hij was bang dat hij in een moment van onnadenkendheid kinderen uit de bus zou duwen of in het water gooien, of dat hij stiekum fijngemalen glas en scheermesjes in de container van de ijsboer zou gooien, of dat hij gif in het biertje van zijn oude vader zou werpen, of dat hij zijn medewerkers de opdracht zou geven om gifstoffen in het drinkwater van het Rijnmondgebied te storten. Omdat hij chef was in een chemisch bedrijf dat weer in relatie stond met de drinkwatervoorziening van genoemd gebied, had de heer Van Steen inderdaad de mogelijkheid om calamiteiten te veroorzaken.

In de bus keek hij strak naar buiten om geen kinderen te hoeven zien, zag hij ze per ongeluk toch dan plaatste hij meteen een hand voor de mond om te voorkomen dat hij ze tot gevaarlijke handelingen zou aanzetten, bij het passeren van de ijsboer vluchtte hij naar het toilet, hij at alleen nog in afzondering, van door hem ingeschonken dranken nam hij voor alle zekerheid eerst zelf een slok, en om er zeker van te zijn dat hij de orderbriefjes op zijn werk niet onjuist zou invullen, nam hij geen pen mee naar zijn werk... Wat een verschrikking!

Tot mijn verdediging kan ik aanvoeren dat ik schreef: 'De interpersoonlijke functie van zijn klacht heb ik nooit begrepen.' Wijst dit niet op een restant of misschien een begin van gezond verstand?

Maar ondanks dit gezonde verstand werd de heer Van Steen, bij wijze van paradoxaal-achtige interventie een overdrijving van zijn vermijdingsgedrag voorgesteld, waaruit hij ongelukkigerwijs afleidde dat zijn therapeut, ik

³ In de gedragstherapieliteratuur worden patiënten vaak als 'verbeterd' beschouwd wanneer hun klachten met dertig procent (of meer) verminderd zijn.

dus, vreesde dat hij inderdaad tot gevaarlijke acties zou overgaan... ⁴

O! wat hoop ik vurig dat deze ongelukkigen dokters hebben kunnen vinden die zich niet met borsten bemoeiden of met interpersoonlijke functies of met relatiecontroleerende aspecten of met schuldgevoel door rijkdom, maar die de weg wisten te vinden naar de juiste pillen in de medicijnkast!

Was er maar een girorekening voor de slachtoffers van psychotherapie, waarop men, anoniem, bedragen zou kunnen overmaken om het ergste schaamtegevoel te verminderen.

2

Uit tabellen, grafieken en overzichten over de effecten van therapeutische maatregelen valt zeker veel te leren, maar niet minder leert de daarvoor ontvankelijke van hetgeen hij met eigen ogen waarneemt.

Toen ik eenentwintig jaar geleden op Endegeest mijn vervangende dienstplicht vervulde, werd daar opgenomen een meneer Hout. Hij was een jaar of drieënveertig, vader van drie kinderen en geheel en al vastgelopen in zijn controledwang. Hij had zich in zijn hoofd gezet dat medemensen de dupe zouden kunnen worden van zijn nalatigheden, en hierin ging hij ver. Wanneer de zon een op straat liggend stukje glas bescheen, en de heer Hout nam de hierdoor ontstane schittering waar, dan kwam de angst in zijn maag omhoog en móést hij het scherfje weghalen, want, zo redeneerde hij, het glas zou een band van een langsrijdende auto kunnen doorboren, wat tot een gevaarlijk slingeren van de wagen zou kunnen leiden, ten gevolge waarvan de chauffeur de macht over het stuur zou kunnen verliezen, waarna de auto tot stilstand zou kunnen komen tegen gevel of boom, na eventueel tevoren nog een moeder met haar kindje te hebben platgereden. In het beleven van de heer Hout zou hij dan van deze noodlottige ontwikkeling de oorzaak zijn. Vervolgens realiseerde hij zich verontrust dat alleen het toeval

⁴ Mijn toenmalige mederedacteuren, Oudshoorn en Van Dyck, wezen er op dat ik het niet goed gedaan had. Volgens Oudshoorn had ik de angsten door overdrijving moeten ridiculiseren; Van Dyck meende dat ik hyperdramatisering had moeten proberen. 'Een prachtige apotheose, die het altijd wel doet en grootheidsfantasiën combineert met hyperbolische schuldgevoelens is de scène waarin de patiënt als enige overblijft op een kale, met lijken bezaaide, van alle levensvormen beroofde aardbol. Wie dan nog niet gaat grinniken en meent dat van overdrijving sprake is, behoort onmiddellijk in bewaring te worden gesteld.'

van de schittering hem op het scherfje opmerkzaam had doen zijn, maar hoeveel stukjes glas, punaises en spijkers bleven niet van de stralen van de zon verstoken en dus onopgemerkt? Het gevolg van deze gedachte was dat de heer Hout met droge mond en bonzend hoofd op straat naar scherpe voorwerpen ging zoeken, maar terwijl hij hiermee nog maar kort bezig was werden zijn gedachten alweer naar een andere mogelijke calamiteit getrokken. Toen zijn vrouw vanochtend de nieuwe jas voor hun dochter aan het inrijgen was, had zij het doosje met spelden per ongeluk laten vallen. Samen met zijn vrouw had de heer Hout de spelden opgeruimd. Maar zouden zij wel alle spelden gevonden hebben? Zou niet een speld terechtgekomen kunnen zijn tussen de boterhammen die zijn zoon mee naar school had genomen? Zou de zoon niet gewaarschuwd moeten worden? Of zou niet een speld in de schoen van zijn dochter gevallen kunnen zijn? Het zweet brak de heer Hout uit. Hij probeerde zich precies te herinneren wat er die morgen had plaatsgevonden, maar het lukte hem niet tot een bevredigende reconstructie te komen. Bevend haastte hij zich naar huis. Hij móést zijn vrouw vragen of zij misschien wist in welke volgorde alles verlopen was, en ze zou hem móéten bezweren dat er werkelijk absoluut niets fout was gegaan, en dat, wanneer er tòch iets fout gegaan mocht zijn, dit voor honderd procent zeker niet aan hem geweten zou kunnen worden.

Het ging van kwaad tot erger.

's Avonds laat lukte het hem nog wel om zijn zorgen van zich af te zetten, maar iedere ochtend kwam de kwelling terug. Beider pogingen om zijn controlerende activiteiten te beperken waren mislukt. De heer Hout wist niet hoe hij verder moest leven en ook zijn vrouw was ten einde raad.

Op Endegeest's Heren F kwam hij een beetje bij.

Het toenmalig hoofd van de 'mannenkant', de zenuwarts H.G.S. Snijder, vroeg mij de heer Hout met gesprekken te begeleiden.

Op grond van het werk van J. Haley meende ik dat een paradoxale benadering mogelijkheden zou bieden. De heer Hout zou het verzet tegen zijn controledwang moeten staken; sterker, hij zou er juist aan moeten toegeven; nog sterker, hij zou op vastgestelde tijden extra moeten controleren. De vermoelde gelaatstrekken van de heer Hout veranderden in een grimas toen ik hem dit voorstelde.

Het was, weten wij nu, geen goed plan. De angst om ongeluk te veroorzaken onder degenen die hij liefhad vormde zijn probleem; het controleren diende slechts om deze angst te verminderen (zie ook de behandeling van meneer Van Steen, hierboven).

Er is reden om te veronderstellen dat de heer Hout helemaal niet zo afwijzend tegenover het plan stond, omdat hij nu ten minste niet meer aanhoudend tegen de controleneiging hoefde te vechten.

Gelukkig werd het plan met grapjes en toegeeflijkheid uitgevoerd, en dus helemaal niet fanatiek.

En zie, twee weken later gaf de heer Hout aan dat het hem wat beter leek te gaan, drie weken later gaf hij aan dat het hem beter ging en vier weken later zei hij dat hij zich goed voelde. Nee, controleren hoefde wat hem betreft niet meer, want hij maakte zich lang niet meer zo ongerust. Niet ontevreden besprak ik deze ontwikkeling met Snijder.

'Met alle respect voor Uw kunde, mijnheer Van der Velden', zei hij vriendelijk, 'maar ik denk dat we hier toch vooral het effect van Sinequan zien. De heer Hout had volgens mij toch meer een depressie dan een dwangneurose.' Hij had de heer Hout reeds bij opname op dit antidepressivum ingesteld.

Het was de eerste keer dat ik met eigen ogen waarnam hoe een ogenschijnlijke angststoornis met een antidepressivum genas. Diverse indrukwekkende ervaringen zouden volgen.

3

Psychotherapeuten zijn meestal niet dol op medicijnen. Een gezinstherapeut als MvT bijvoorbeeld schijnt zelfs helemaal tegen alle psychofarmaca te zijn, ook bij patiënten die aan een manisch-depressieve psychose lijden en eveneens bij degenen die getroffen worden door schizofrenie, maar hij is waarschijnlijk of hopelijk een extreem geval, en niemand heeft verder onder zijn opvattingen te lijden, want vT heeft geen ^{zinn} tijd om mensen met deze ziekten te behandelen.

Onvergelijkelijk veel beschaafder en rationeler is het bezwaar van Emmelkamp & Emmelkamp-Benner tegen het gebruik van antidepressiva bij angststoornissen. In Directieve therapie 3 zal men kunnen lezen dat deze middelen niet baten.

De heer Leo Verdegaal schreef voor het onder hoofdredactie van Paula de Jong staande Bulletin van de Vereniging voor hypnotherapie van december 1988 een verslag van een door hem bijgewoonde workshop over de behandeling van angststoornissen. Ik hoop maar dat de beschrijving en mening van de heer Verdegaal door zijn collega-hypnotiseurs niet krankzinnig gevonden wordt, want ik wil er op in gaan.

De workshop vond plaats op het Hypnosecongres dat in augustus 1988 in Den Haag werd gehouden. Inleider en hoofdpersoon was: 'Prof. Burrows uit Australië.'

Aldus vangt de schrijver aan: 'Schrijver van dit stukje arriveerde zo'n anderhalf uur te laat op de workshop. De gedachte dat ik veel gemist zou hebben werd al bij binnenkomst ontzenuwd, toen bleek dat Burrows nog bezig was de kenmerken van agorafobie te projecteren met behulp van een sheet. De inleiding nog, dacht ik.'

De schrijver wist blijkbaar al wat de kenmerken van agorafobie waren. 'Al pratend over agorafobie', zo vervolgt de verslaggever, 'begreep ik dat Burrows vindt dat alle paniekstoornissen eigenlijk met medicatie

behandeld moeten worden. We kregen een uitgebreid exposé van hoe hij dat doet (...).'

Bofkont!, dacht ik, je hebt nú de kans iets te leren! Maar zo ziet V. het niet. 'De behandeling berust naast medicatie vooral op exposure', schrijft V. teleurgesteld. ⁵

Dit is natuurlijk erg interessant. Ook Van Praag (1988) geeft aan dat wat hem betreft de betekenis van gedragstherapie bij paniekstoornissen vooral bestaat uit het afleren van vermijdingsgedrag. Helaas vindt V. het niet interessant. 'Zijn verhaal op de eerste dag leek ook eerder een college over algemene psychiatrie dan een workshop over hypnotherapie.'

Ik ging voor deze Burrows steeds meer sympathie voelen, zeker toen ik las dat op de tweede dag van de workshop het aantal deelnemers van zestien naar acht was teruggelopen, en dat de heer Burrows zijn betoog voor een diashow over de prachtige stad Melbourne onderbrak. Bij de bespreking van de casus van een depressieve patiënt, gaf Burrows de resterende deelnemers de raad om m'iddelmatig of diep depressieve mensen niet te behandelen met hypnotherapie (...). Dergelijke patiënten kan men het beste met medicijnen behandelen.' V. concludeert: 'Hoe dan ook, op een congres voor hypnotherapie misstaat Burrows.'

Toen ik V.'s verslag uit had dacht ik vol warme liefde en mededogen aan onze vrienden Dijk en Kal, en aan de vele, vele uren die zij gegeven hebben om de Vereniging van hypnotherapie een air van fatsoen en wetenschappelijkheid te geven. Zij hebben zulke volgelingen niet verdiend.

Wordt vervolgd.

⁵ Paula, kun je voortaan niet de ergste fouten uit de kopij halen, of is een hoofdredacteur daar niet voor?