



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

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

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

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

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Interpersoonlijke psychotherapie; een in tijd gelimiteerde behandeling van depressie

K. Jonker en M.B.J. Blom*

Samenvatting

Interpersoonlijke psychotherapie (IPT) is een kortdurende, focale, psychotherapie voor de behandeling van ambulante depressieve patiënten. De therapie is gestandaardiseerd en beschreven in het handboek IPT door Klerman en anderen. In verschillende vooral Amerikaanse onderzoeken is de effectiviteit van IPT aannemelijk gemaakt. IPT is hiermee een goed alternatief, naast cognitieve therapie en anti-depressieve medicatie, voor de behandeling van depressie. IPT wordt in aangepaste vorm toegepast bij de behandeling van dysthyme stoornis, depressie bij ouderen, depressie bij adolescenten en boulemia nervosa. Ook bij deze patiënt-groepen is de effectiviteit in onderzoek aannemelijk gemaakt. In Nederland is er sprake van een stijgende populariteit van deze therapie en in het eerste open onderzoek naar de effectiviteit van IPT in dit land wordt eenzelfde gunstig resultaat gevonden als in het beschreven Amerikaans onderzoek. Onderzoek naar de vraag voor welke patiënten IPT specifiek geïndiceerd is, is in voorbereiding.

Inleiding

Interpersoonlijke psychotherapie (IPT) is ontstaan in de jaren zeventig, maar pas sinds kort bestaat er een brede belangstelling voor deze behandeling. Er zijn enkele redenen voor de toegenomen aandacht: IPT is kortdurend en focaal van opzet, zij blijkt in verschillende onderzoeken effectief (Weissman et al., 1979; Elkin et al., 1989) en is opgenomen in verschillende behandelrichtlijnen, zowel in de VS (APA, 1993; Depression Guideline Panel, 1993) als in Nederland (De Groot, 1995).

Inhoudelijk sluit IPT goed aan bij de meer pragmatische en multimethodische werkwijze van de hedendaagse psychotherapeut. IPT is niet in te delen in één van de bestaande psychotherapie-richtingen, eerder kan zij gerekend worden tot de stroming van de psychotherapie-integratie (Norcross & Goldfried, 1992). Ook zou IPT gezien kunnen worden als een benadering die de non-specifieke effecten (Van Dyck, 1986) binnen de psychotherapeutische setting zo goed mogelijk benut.

In Nederland is in een aantal instellingen enige ervaring opgedaan met IPT, waarover eerder werd gepubliceerd (Blom et al., 1996).

* K. JONKER en
M.B.J. BLOM zijn respectievelijk psycholoog, werkzaam bij Psychiatrisch Centrum
Bloemendaal te Den Haag, en psychiater, werkzaam bij Riagg Westhage te Den Haag.

Achtergronden

IPT is in de jaren zeventig ontwikkeld als een therapievorm voor de onderhoudsbehandeling van ambulante patiënten die symptoomvrij waren na een depressieve episode (Weissman et al., 1974). Kort daarna is IPT ook toegepast en onderzocht bij patiënten met een acute depressie (DiMascio et al., 1979). IPT is gebaseerd op de interpersoonlijke theorie van Sullivan (1953) en Meyer (1957), waarbij er vanuit gegaan wordt dat de sociale omgeving van mensen grote invloed heeft op hun functioneren – niet zo heel verrassend – en dat ziekte uit de sociale context verstaan moet worden. Het is hier niet de plaats om uitvoerig op de theoretische achtergronden van IPT in te gaan.

IPT is van het begin af getoetst op resultaat. In de opzet en ontwikkeling van de therapie werd gekozen voor een onderzoekslijn analoog aan het introduceren van een nieuw (anti-depressief) medicijn. In dergelijk onderzoek dient het ‘middel’ natuurlijk zo zuiver mogelijk toegediend te worden, reden waarom de therapie al snel in een handboek werd beschreven en vastgelegd (Klerman et al., 1984).

De grote bekendheid van IPT is in de jaren zeventig gekomen doordat deze psychotherapievorm één van de twee psychotherapievormen was in een groot onderzoek van het National Institute of Mental Health (Elkin et al., 1985). Op dit onderzoek wordt hieronder teruggekomen.

Werkwijze

IPT is een kortdurende therapie van niet meer dan twaalf tot zestien zittingen. Het doel van de behandeling is het verbeteren van interpersoonlijke relaties en daardoor het verdwijnen van depressieve symptomen. Daarnaast wordt verondersteld dat het hebben van voldoende sociale steun een beschermende factor vormt tegen het recidiveren van de depressie (Henderson, 1978; Brown & Harris, 1987).

De behandeling is verdeeld in drie fasen: a. de beginfase; b. de behandelfase; c. de eindfase.

- a De *beginfase* (zitting 1–3) richt zich op diagnostiek en uitleg van het ziektebeeld depressie. De diagnose wordt expliciet meegedeeld en de patiënt krijgt daarmee de ziekterol (Parsons, 1951); dat wil zeggen dat de patiënt beseft dat de klachten niet zozeer zijn schuld zijn of karakterologisch bepaald zijn, maar dat hij lijdt aan het veel voorkomend klinisch syndroom depressie. Sterke zelf-beschuldigende reacties, die vaak bij een depressie voorkomen, worden op deze wijze bestreden. De tweede belangrijke taak in deze eerste fase is een nauwkeurige inventarisatie van het sociale netwerk. De therapeut dient te weten wie belangrijke andere mensen in de omgeving zijn, welke veranderingen in het netwerk zijn opgetreden en wat in het verleden belangrijke onderwerpen en ervaringen tussen de patiënt en diens ‘omgeving’ waren. Deze interpersoonlijke inventarisatie en de diagnostiek monden uit in het formuleren van een behandelfocus. Bij het kiezen van een focus wordt een relatie gelegd tussen de actuele klachten en gebeurtenissen met medemensen, zonder dat een causale relatie tussen deze twee wordt gesuggereerd. Er is een tweezijdige relatie waarin enerzijds (veranderingen in) het interpersoonlijk veld depressieve symptomen kunnen geven en anderzijds de depressie zelf invloed

heeft op de relaties met belangrijke anderen. Omdat IPT nadrukkelijk uitgaat van een medisch model kan de therapeut overwegen de behandeling te combineren met anti-depressieve medicatie. Of deze combinatie meer effectief is, en zo ja, bij welke patiënten, is niet bekend. IPT kent vier focussen: rouw, interpersoonlijke conflict, interpersoonlijke rolverandering en interpersoonlijke tekort. De keuze voor een van deze vier komt voort uit de interpersoonlijke inventarisatie. Het is mogelijk deze vier aan te vullen met een vijfde focus bij andere doelgroepen (bijv. adolescenten; Mufson et al., 1993). In de huidige praktijk zijn de genoemde focussen voldoende om aan te sluiten bij de patiënt.

- b In de *behandelfase* (zitting 4–10) wordt het gekozen focus geactualiseerd aan de hand van concrete ervaringen die de patiënt gedurende de week heeft opgedaan. Voor het bestek van dit artikel voert het te ver om gedetailleerd in te gaan op de handelwijze bij elk focus (hiervoor wordt verwezen naar het handboek van Klerman et al., 1984). Kort samengevat gaat het om:
- *Rouw*. Bij het focus rouw is er een relatie tussen het ontstaan van de depressie en het overlijden van een belangrijke andere. In de meeste gevallen zal er sprake zijn van een pathologische rouwreactie c.q. een vastgelopen rouwproces. Doel van de behandeling is vermindering van depressieve symptomatologie door het rouwproces weer op gang te helpen en het vinden van een zinrijke vervanging voor de verloren relatie.
 - *Interpersoonlijk conflict*. Kenmerkend voor conflicten die bij een depressie een rol spelen is dat zij voor de betrokkenen zelf niet manifest zijn. Er is een 'koude oorlog'. Een belangrijk doel bij dit focus is het conflict te identificeren en te actualiseren. Door middel van analyse van de communicatie en rollenspel kunnen disfunctionele patronen duidelijk worden en wordt inzicht verkregen in de aard van het conflict. Vervolgens dient de therapeut met de patiënt na te gaan of verwachtingen bijgesteld dienen te worden, er opnieuw met een belangrijke ander (meestal de partner, maar het kan ook iemand anders zijn) onderhandeld moet worden, of dat de relatie beter beëindigd kan worden. In een enkel geval kan de ander ook bij de behandeling betrokken worden. IPT is echter geen relatietherapie.
 - *Rolverandering*. Bij dit focus zal er een belangrijke verandering zijn geweest in het leven van de patiënt voorafgaand aan de depressie. Denk hierbij aan veranderingen als pensionering, geboorte van het eerste kind, verhuizing en dergelijke. In de behandeling wordt nagegaan wat er verloren is gegaan en welke eisen de nieuwe situatie aan de patiënt stelt. Er dient voldoende aandacht te zijn voor de affecten die het verlies oproept. Vervolgens worden nieuwe vaardigheden besproken en wordt de patiënt aangemoedigd deze te oefenen.
 - *Interpersoonlijke tekorten*. Van een interpersoonlijk tekort is sprake als de patiënt moeite heeft met het aangaan of onderhouden van betekenisvolle relaties. De behandeling is gericht op het vergroten of verbeteren van het sociaal netwerk. Daar er, per definitie, sprake is van een arm sociaal netwerk zal de therapeut vaak de therapeutische relatie zelf gebruiken als model en oefensituatie. In onze ervaring wordt dit focus niet snel gekozen. Er zijn ook aanwijzingen dat dit focus het minst vaak tot herstel leidt.
- c De *eindfase*. Tijdens deze fase worden de vorderingen van de therapie besproken. Er wordt ingegaan op het beëindigen van het samenwerkingsverband en wat dit oproept. Voorts wordt benadrukt wat de patiënten geleerd hebben en wat zij zelf hebben bijgedragen aan hun herstel. Als verdere behandeling noodzakelijk is of de kans op terugval groot is, dan wordt dit in deze fase aan de orde gesteld.

Houding van de therapeut

Noch de aard, noch de gebruikte techniek van deze therapie kunnen als specifiek aangemerkt worden (therapeuten van vrijwel elke richting zullen wel iets herkennen). Wel is de houding van de IPT-therapeut uniek te noemen.

- De therapeut is *actief*. Depressieve patiënten zijn doorgaans in zichzelf teruggetrokken en inactief. Een bemoedigende, uitnodigende en actieve houding van de therapeut is, zeker in het begin van de behandeling, onontbeerlijk. De therapeut geeft overigens geen opdrachten. Veeleer zal hij de verschillende mogelijkheden tot actie nagaan en de patiënt 'uitnodigen' één van deze uit te proberen.
- De therapeut geeft *hoop*. De therapeut benadrukt dat depressie een goed behandelbare aandoening is en dat er alle reden is om herstel te verwachten.
- De therapeut is *niet neutraal*. Men kiest nadrukkelijk de zijde van de patiënt. De patiënt moet het gevoel hebben dat de therapeut hem kan helpen en dat deze expliciet aan zijn kant staat. Men vecht als het ware samen tegen de depressie. Dit brengt met zich mee dat het bij relatieconflicten moeilijk is om als therapeut neutraal ten opzichte van het (echt-)paar te blijven. Dit is een van de redenen waarom IPT geen relatietherapie is.
- De therapeut is *evocatief*. Dat wil zeggen dat de therapeut in principe geen gedragopdrachten geeft. Veeleer zal hij de patiënt aanmoedigen om actie te ondernemen die deze zelf bedenkt, zonder daarbij een eventueel falen te critiseren. 'Lukt het, dan is het prachtig; lukt het niet dan is het ook goed – daar leren we immers van.'

IPT en wetenschappelijk onderzoek

Vanaf het begin is getracht om de werking van IPT wetenschappelijk te onderbouwen. Ook nieuwe behandeltoepassingen worden op dezelfde wijze getoetst. IPT is in zes klinische studies onderzocht. De meest uitgebreide wordt hier kort besproken. In dit onderzoek met 250 patiënten stonden twee onderzoeksvragen centraal (Elkin, 1994):

- 1 Is het gerandomiseerd toewijzen van behandelcondities bruikbaar bij psychotherapie-onderzoek?;
- 2 Wat is de effectiviteit van de behandeling van depressie met psychotherapie? De twee onderzochte psychotherapievormen waren cognitieve gedragstherapie (CGT) en IPT. Als referentiecondities golden behandeling met een anti-depressivum (imipramine) en placebo. Zowel IPT als CGT bleken effectief in de behandeling van ambulante depressieve patiënten (Elkin et al., 1989). IPT bleek in de behandeling van ernstiger depressieve patiënten significant meer effectief dan CGT (en placebo).

Toepassingsgebieden van IPT

IPT wordt momenteel behalve bij acute depressieve stoornis, bij meerdere indicaties toegepast.

- *Maintenance of onderhoudsbehandeling* bij patiënten die een grote kans hebben op recidief. De frequentie van zittingen bij deze symptoomvrije patiënten is eenmaal per vier weken. De behandeling kan, evenals 'reguliere' IPT, gecombineerd worden met een antidepressivum. In onderzoek bleek deze vorm bij patiënten met een grote

kans op recidief (drie of meer depressieve episoden in de voorgeschiedenis) redelijk effectief (Frank et al., 1990). Toevoegen van IPT aan een antidepressivum had geen additioneel effect. De duur van de onderhoudsbehandeling is ook in tijd beperkt. Men start met een jaar, met de mogelijkheid telkens weer een jaar te verlengen.

- *Dysthymie*. Zelfs voor deze berucht therapieresistente doelgroep bleek IPT in een eerste pilotstudie redelijk effectief (Markowitz, 1990). Omdat een acute aanleiding voor de depressie vaak ontbreekt, is gekozen voor het focus 'rolverandering'. Daarbij wordt het stellen van de diagnose en de behandeling als belangrijke rolverandering geduid. De behandeling is erop gericht om afstand te nemen van de oude 'depressieve' rol en op het vinden van een nieuwe invulling met een ander en rijker sociaal netwerk.
- *Depressie bij ouderen*. Zowel behandeling in de acute fase als een onderhoudsbehandeling bij ouderen is onderzocht (Reynolds et al., 1995). In beide gevallen bleek IPT nuttig. Nog meer dan bij jongere depressieve patiënten is het hebben van een niet-medicamenteus alternatief van belang in verband met de grotere kans op bijwerkingen en interactie-effecten met medicatie bij ouderen. IPT bij ouderen kent enkele aanpassingen. Zo is de frequentie niet wekelijks maar twee-wekelijks en wordt er meer directe hulp geboden, bijvoorbeeld bij het vinden van hulp (thuiszorg, maaltijden aan huis). Tevens wordt er meer aandacht besteed aan belangrijke relaties uit het verleden.
- *Depressie bij adolescenten*. Ook bij deze groep geldt dat anti-depressieve medicatie vaak niet gegeven kan worden of onvoldoende werkzaam is. Door Mufson et al. (1993) is een handboek voor deze groep gepubliceerd. Bij deze vorm van IPT is een vijfde focus toegevoegd: opgroeien in een eenoudergezin. In een eerste oriënterend onderzoek is IPT effectief gebleken.

Andere indicatiegebieden

- *Boulimia nervosa*. Fairburn et al. (1993) hebben als eerste IPT toegepast buiten het domein van de depressieve stoornissen. Opmerkelijk is dat men IPT in eerste instantie als niet-specifieke controle-conditie ten opzichte van CGT en gedragstherapie wilde toepassen (Fairburn, 1996). Na de acute fase bleken alle drie de behandelcondities even effectief in het reduceren van de symptomatologie. Bij follow-up na een en zes jaar bleken de patiënten in de groep met gedragstherapie sterk te zijn teruggevallen terwijl de behandelgroepen met CGT en IPT nog even goed (CGT) of zelfs beter (IPT) functioneerden in vergelijking met de situatie direct na afloop van de behandeling (Fairburn et al., 1993).
- *Verslavingsstoornissen*. Op kleine schaal is een poging gedaan om IPT bij verslavingsproblematiek (drugverslaafden) toe te passen (Rounsaville, 1993). Hier bleek IPT niet effectief te zijn.
- *Angststoornissen*. Momenteel wordt er op beperkte schaal onderzocht of IPT ook toepasbaar en effectief is bij patiënten met een sociale fobie en bij patiënten met een paniekstoornis (Markowitz, 1996). De eerste resultaten lijken gunstig, maar gerandomiseerd effectonderzoek zal deze indrukken moeten bevestigen voor men van een nieuwe indicatie voor IPT mag spreken.

IPT en directieve therapie

Door Van der Velden en Van Dyck (1977) worden vijf karakteristieken gegeven van directieve therapie:

- 1 De therapeut geeft de cliënt aanwijzingen of directieven.
- 2 Het aantal zittingen wordt beperkt gehouden.
- 3 Therapeut en cliënt werken aan concrete, welomschreven doelen.
- 4 De therapeut plaatst de problemen van de cliënt in een zo gunstig mogelijke context.
- 5 De therapeut baseert zijn aanpak op pragmatische overwegingen.

Gegeven deze karakteristieken voldoet IPT aan de laatste vier criteria. Het aantal zittingen is beperkt, er wordt binnen een duidelijk focus gewerkt naar welomschreven doel. De klachten worden niet toegeschreven aan intrapsychische processen maar aan een vervelende aandoening waar wat aan te doen is. De eerste karakteristiek is niet van toepassing. De IPT-therapeut werkt niet met huiswerkopdrachten zoals in de directieve therapie gebruikelijk is. Wel is het weer zo dat de actieve houding van de therapeut de patiënt helpt en stimuleert in het zoeken naar nieuwe mogelijkheden.

De vraag waar bij welke therapeutische school IPT hoort is niet bijzonder interessant. In toenemende mate zullen psychotherapievormen worden ontwikkeld en onderzocht voor specifieke stoornissen. De tijd is (gelukkig) voorbij waarin elke therapieschool pretendeerde alle mogelijke ziekten en stoornissen te kunnen verhelpen.

Eigen ervaringen

IPT blijkt ook in de Nederlandse situatie een werkzame behandeling voor patiënten met een depressie. Qua vorm is IPT strak gemodelleerd, maar daarbinnen heeft de therapeut veel vrijheid. Dit laatste maakt het ook voor ervaren therapeuten een therapie die leuk is om te doen. De behandelresultaten zijn vergelijkbaar met die in onderzoeken in de VS zijn verricht (Blom et al., 1996). Soms is het behandelresultaat zelfs verbluffend gezien de korte duur van de behandeling. IPT is geen wondermiddel. Verder onderzoek is in voorbereiding en zal onze indrukken moeten bevestigen.

IPT blijkt goed 'leerbaar' te zijn aan therapeuten van verschillende komaf. De attitude die van de therapeut wordt verwacht is een mengeling van wat bij andere therapeutische richtingen gedaan wordt. Iedereen moet er dus iets bij leren en iets afleren:

- Gedragstherapeuten hebben voor dat zij gewend zijn om focaal en in tijd beperkt werken, maar moeten afleren huiswerk te geven.
- Client-centered therapeuten hebben voor dat zij gewend zijn om aandacht te geven aan een optimaal 'experiencing'-niveau, maar moeten leren zich te begrenzen.
- Psychodynamisch opgeleide therapeuten hebben voor dat zij oog hebben voor herhalingstendensen in sociale relaties, maar moeten leren zich te beperken tot de actuele affectief belangrijke relaties en niet in te gaan op de overdracht.

Uit de bescheiden ervaring die de auteurs hebben opgedaan met opleiding aan psychotherapeuten en psychiaters komt dat IPT goed te leren valt binnen een driedaagse cursus mits bij de deelnemers een gedegen psychotherapeutische ervaring en opleiding aanwezig is.

Tot besluit

IPT is een pragmatische en op evidentie gebaseerde behandeling voor patiënten met een depressie. De theoretische onderbouwing van IPT is mager. In verschillende behandelrichtlijnen wordt IPT genoemd als therapie van eerste keus. Voor de Nederlandse situatie is nader onderzoek noodzakelijk om antwoord te geven op de vraag of IPT ook hier zo werkzaam is. Voorlopige resultaten geven aan dat dit mogelijk is. Verder onderzoek is ook nodig om antwoord te kunnen geven op de vraag voor welke patiënt IPT bij uitstek geïndiceerd is. Voor de therapeut is het van belang wat differentiërende predictoren zijn waarop de keuze tussen IPT, CGT en medicatie, dan wel de combinatie kan worden gebaseerd.

Onderzoek hiernaar is op dit moment in voorbereiding in verschillende centra in ons land.

Abstract

Interpersonal psychotherapy (IPT) is a time-limited psychotherapy for the treatment of depression in out-patients. The therapy was developed by Klerman and associates and written down in a manual. The efficacy of IPT was established in several randomized clinical trials. IPT has been modified to treat specific age groups such as elderly and adolescents. In several studies IPT has shown to be effective in the treatment of other disorders such as dysthymia and bulimia nervosa. In the Netherlands there is increasing interest in IPT. In a first open clinical trial IPT was shown to be effective in the treatment of depressive outpatients. Further research is necessary to establish criteria to allocate patients to the different treatments of depression.

Referenties

- American Psychiatric Association (1993). Practice guidelines for major depressive disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1–26.
- Bergin, A.E., & Leber, W.R. (1994). *Handbook of depression* (2e ed.). New York: Guilford Press.
- Blom, M.B.J., Hoencamp, E., & Zwaan, T. (1996). Interpersoonlijke psychotherapie voor depressie. Een pilot onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 5, 398–402.
- Brown, G.W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. New York: Free Press.
- Depression Guideline Panel (1993). *Clinical practice guideline number 5. Depression in primary care 2: Treatment of major depression* (AHCPR publication 93-0551). Rockville, Md.: US Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research.
- DiMascio, A., Weissman, M.M., Prusoff, B.A., Neu, C., Zwillling, M., & Klerman, G.L. (1979). Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1450–1456.
- Dyck, R. van (1986). *Psychotherapie, placebo en suggestie* (dissertatie). Maastricht: RUL.
- Elkin, I. (1994). *The NIMH treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are*. In: Bergin & Garfield.
- Elkin, I., Parloff, M.B., Hadley, S.W. et al. (1985). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: Background and research plan. *Archives of General Psychiatry*, 42, 304–316.
- Elkin, I., Shea, T., & Watkins, J.T. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. General effectiveness of treatment. *Archives of General Psychiatry*, 143, 971–982.

- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Hope, R.A., & O'Connor, M.C. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419–428.
- Fairburn, C.G. (1996). Persoonlijke mededeling.
- Frank, E., Kupfer, D.J., Perel, J.M., Cornes, C., Jarret, D.B., Mallinger, A.G., Thase, M.E., McEachran, A.B., & Grochocinski, W.J. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1093–1099.
- Groot, P.A. de (1995). Consensus depressie bij volwassenen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 1237–1241.
- Henderson, A.S. (1981). *Neurosis and the social environment*. Academic Press, Australia.
- Klerman, G., DiMascio, A., Weissman, M.M. et al. (1974). Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 131, 186–194.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy for Depression*. New York: Basic Books.
- Klerman, G.L., & Weissman, M.M. (red.) (1994). *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Markowitz, J.C. (1994). Psychotherapy of dysthymia. *Archives of General Psychiatry*, 151, 1114–1121.
- Markowitz, J.C. (1996). Persoonlijke mededeling.
- Meyer, A. (1957). *Psychobiology: A science of Man*. Springfield, Ill: C.C. Thomas.
- Norcross, J.C., & Goldfried, M.R. (red.) (1992). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21, 452–460.
- Reynolds, C.F., Frank, E., Perel, J.M., Imber, S.D., Cornes, C., Morycz, R.K., Mazumdar, S., Miller, M.D., Pollock, B.G., Hind Rufai, A., Stack, J.A., George, C.J., Houck, P.R., & Kupfer, D.J. (1992). Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: A preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, 149, 1687–1692.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton.
- Velden, K. van der, & Dyck R. van (1977). Wat is directieve therapie? In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 1*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Weismann, M.M., Klerman, G.L., Paykel, E.S., Prusoff, B., & Hanson, B. (1974). Treatment effects on the social adjustment of depressed patients. *Archives of General Psychiatry*, 30, 771–778.
- Weissman, M.M., Prusoff, B.A., DiMascio, A., Neu, C., Goklaney, M., & Klerman, G.L. (1979). The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *Archives of General Psychiatry*, 136, 555–558.