

Psychiatrische psychotherapie bij depressies

door H.F. Kraan, P.H.M. de Wit, P. Kölling en J.W.G. Vos

Samenvatting

Stemmingsstoornissen waarbij het gevoelsleven als meest eigene van de mens is aangedaan, kenmerken zich door een uiteenlopende klinische presentatie, multifactoriële bepaaldheid en neiging tot een recidiverend beloop. De psychiatrische psychotherapie richt zich, eclecticisch, gebruikmakend van specifieke én aspecifieke factoren, op de wisselende behandeldoelen die met de beloopfasen van stemmingsstoornissen samenhangen. De behandeling richt zich op een langetermijnperspectief, terwijl de werkrelatie, afhankelijk van de beloopfase, moduleert tussen meer patiënt- of meer behandelargecentreerd. Dit artikel wil praktische richtlijnen geven voor de behandeling van de unipolaire depressie. We onderscheiden hierbij een acute fase, gericht op symptoomremissie en het leggen van de behandelrelatie, een continueringsfase, met nadruk op consolidatie van de remissie en verdieping van diagnostiek en aanpak van onderliggende stressoren, en de onderhoudsfase, waarin rehabilitatie en relapsepreventie centraal staan. De discrepantie tussen de wijdverbreidheid van de psychiatrische psychotherapie bij stemmingsstoornissen en haar geringe wetenschappelijke status rechtvaardigt verder onderzoek en methodiekontwikkeling.

Inleiding

Tijdens een recente conferentie, waar bijna driehonderd psychiaters uit de hele wereld bijeen waren, werd het gehoor gevraagd in hoeverre men het met de stelling eens was dat depressie een 'mental illness' is: 80% stemde in. Met een volgende stelling, dat depressie kan worden beschouwd als een 'brain disease', was ruim 30% het eens. Deze enquête riep meer vragen dan antwoorden op. Zag de 20% van de respondenten die depressie geen 'mental illness' vond, een depressie als een vorm van demoralisatie en tegenslag, een metafoor voor extreme verveling of als zelf opgelegde onmacht en hulpeloosheid? De honderd psychiaters die depressie als 'brain disease' opvatten, zou men willen ondervragen over hun opvattingen over de psychologische factoren in etiologie en behandeling. Interessant zou zijn van hen te vernemen welke plaats wordt ingeruimd voor overdracht en tegenoverdracht, betekenisverlening van depressieve verschijnselen binnen de levensloop en bevordering van therapietrouw. Kortom, belangrijke aspecten van

psychiatrische psychotherapie. In dit artikel worden eerst enkele algemene kenmerken van stemmingsstoornissen en hun behandeling belicht. Vervolgens worden de hoofdlijnen besproken van psychiatrische psychotherapie bij stemmingsstoornissen en de fasering daarin. Daarbij staat de recidiverende unipolaire depressie model voor het omvangrijke gebied van de stemmingsstoornissen.

Algemene kenmerken van stemmingsstoornissen en hun behandeling

Wezenlijk voor stemmingsstoornissen is dat het meest eigene, subjectieve van het individu, het gevoelsleven, sterk wordt gekleurd. Gestoorde stemming en affect beïnvloeden klacht- en symptoompresentatie, oorzakelijke toeschrijvingen, de weergave van onderliggende problemen en de werk- en overdrachtsrelatie met de behandelaar.

Kenmerkend voor stemmingsstoornissen is voorts de heterogeniteit. Ook als wordt voldaan aan de DSM-IV-criteria, worden verschillen in manifestatie mede bepaald door persoonlijkheidstrekken, comorbide symptomen (bijvoorbeeld angst), levensfase- en onderliggende problematiek. Karasu (1990) spreekt in dit verband van 'depression as a spectrum phenomenon'. Hij legt de nadruk op de fysiologische, cognitieve, affectieve, interpersoonlijke en gedragsmatige dimensies in het depressieve-symptoomprofiel, als aangrijpingspunten voor eclecticische interventies (zie onder).

Een ander kenmerk van stemmingsstoornissen is het recidiverend beloop: 70 à 80% van de depressieven in bevolkingsstudies heeft twee of meer episoden (Angst 1992). Het natuurlijk beloop van bipolaire stoornissen lijkt te leiden tot een steeds lagere drempel voor recidief uitlokkende stressoren, steeds langere episoden en steeds kortere symptoomloze intervallen. In mindere mate lijkt dit ook voor depressies op te gaan (zie voor overzicht Post 1992). Frank e.a. (1991) definiëren de beloopfasen van stemmingsstoornissen als observeerbare en meetbare verschijnselen met behulp van zes termen: episode, respons, remissie, terugval, herstel en recidief. Dit recidiverende beloop impliceert een langetermijnperspectief, waarbij niet kan worden volstaan met de behandeling van de acute episode. Dit houdt in: voorlichting over de gevoeligheid voor recidief, preventieve maatregelen, rouw en acceptatie van de kwetsbaarheid en het anticiperen en leren omgaan met risicovolle stressoren.

Ondanks de heterogeniteit lijken de tijden voorbij dat elke behandelaar zijn eigen typische verklaringsconcept en behandelwijze aanhing of zonder aanzien des persoons een zeer beperkte uniforme gestandaardiseerde diagnostiek toepaste zonder rekening te houden met individuele symptomen, persoonlijkheidstrekken, culturele verschillen, etc. (Karasu 1990a). Opvallend is dat leerboeken in de psychiatrie nauwelijks de be-

handeling op integrale wijze beschrijven. Biologisch georiënteerde behandeling en specifieke psychotherapieën worden onafhankelijk van elkaar beschreven. Kennelijk laat men nog steeds veel ruimte aan de individuele keuze van behandelaars. Ook in de APA-guidelines (APA 1993) diept men integratie van verschillende therapievormen niet uit. Het pleidooi voor een therapeutisch programma op individuele maat gesneden gaat niet verder dan dat 'most patients are best treated with antidepressant medication coupled with psychotherapeutic management or psychotherapy' (p. 19). Met psychotherapie worden hier bedoeld: cognitieve therapie (Beck e.a. 1979), interpersoonlijke therapie (Klerman e.a. 1984), kortdurende psychodynamische therapie (Davanloo 1978) en in mindere mate gedragstherapieën (Rehm 1979) en socialevaardigheidstrainingen (Hersen e.a. 1984). Het gaat om psychotherapieën die in gerandomiseerd onderzoek hun effectiviteit hebben bewezen. Een eenduidige indicatiestelling voor een van deze therapieën volgt niet rechtstreeks uit de structuurdiagnose; in de literatuur zijn hiertoe slechts aanzetten gemaakt (Karasu 1990b; APA 1993).

'Psychotherapeutic management' (ongeveer synoniem met onze term 'psychiatrische psychotherapie') wordt in dezelfde guidelines aangegeven als de meest elementaire psychotherapie waarin de medicamenteuze behandeling als het ware is gevat. Een dergelijke geïntegreerde psychiatrische behandeling van stemmingsstoornissen bestaat uit een acute fase, om remissie te bewerkstelligen, een continueringsfase, om remissie vast te houden, en een onderhoudsfase om de patiënt te vrijwaren voor recidieven. In elk der fasen maakt de therapeut, mede op grond van voorkeuren en doelstellingen van de patiënt, diens sociale situatie, afweermechanismen, probleemoplossende vermogens en motivatie, gebruik van psychotherapeutische interventies (naast biologische behandeling). In dit artikel blijven de specifieke therapieën buiten beschouwing en wordt psychiatrische psychotherapie als basis van de behandeling nader beschreven.

Kenmerken van psychiatrische psychotherapie bij stemmingsstoornissen

De ongelukkig gekozen term psychiatrische psychotherapie verwijst volgens de definitie van Abraham e.a. (1988) naar 'psychotherapie georiënteerd op ernstige psychiatrische stoornissen, zoals deze in de DSM worden gedefinieerd'. In deze definitie wordt de psychotherapie nadrukkelijk gezien in relatie tot andere behandelmethodieken (bijvoorbeeld medicatie, beschermende opneming, licht, ECT, resocialiserende adviezen, belangenbehartiging, etc.) bij patiënten bij wie 'slechts beperkte doelstellingen mogelijk zijn'. Deze laatste omschrijving wekt enige bevreemding. Immers, behandeling van de doelgroep met profylactische medicatie, psycho-educatie, ondersteuning bij resocialisatie is

geen beperkte, maar een fundamentele en in principe haalbare doelstelling. Verregaande doorwerking van psychodynamische mechanismen mag dan een meerwaardige doelstelling lijken, zij is voor de meeste patiënten niet mogelijk. Bovendien moet betwijfeld worden of een blijvende remissie met openleggende psychotherapieën haalbaar is (APA 1993). Wel is het zo dat psychodynamische methodieken heel goed in psychiatrische psychotherapie aangewend kunnen worden; bijvoorbeeld het stimuleren van het zelfgevoel en het uiten van narcistische woede.

Op een tweede kenmerk van psychiatrische psychotherapie preludeerde de commissie-Verhagen reeds in 1981. 'Psychotherapie uitgevoerd in hoofdzaak binnen één referentiekader maar tevens gebruikmakend van andere psychotherapeutische referentiekaders en/of andere behandelmethoden (bijvoorbeeld medicatie) aangepast aan de specifieke vraagstelling van de therapeutische situaties' (Milders 1992). Deze definitie impliceert, bijvoorbeeld voor stemmingsstoornissen, de ontwikkeling van een eigen methodiek, doch laat ook mogelijkheden voor eclecticisme toe. Eclecticisme werd in de jaren zestig en zeventig zowel van psychodynamische als van gedragstherapeutische zijde dikwijls afgewezen als zijnde een uiting van een gebrekkige competentie van de therapeut of een uit de hand gelopen tegenoverdracht. Ondanks de bedenkingen tegen eclecticisme (weinig systematiek, nauwelijks theoretisch gefundeerd en moeilijk onderzoekbaar; Garfield en Bergin 1994) geven de APA-guidelines aan dat eclecticisme zeer gangbaar is: psychiaters 'use a combination or synthesis of various approaches and strategies' (p. 4). In een overzichtsartikel geeft Karasu (1990b) een voorzet voor het ontwikkelen van een eigen methodiek door aan te geven welke selectieve patiëntvariabelen kunnen leiden tot de keuze voor psychodynamische, cognitieve of interpersoonlijke interventies bij depressies.

Dit eclecticisme lijkt het tegengestelde te zijn van een integratie tussen verschillende scholen van psychotherapie. Toch is er ook sprake van de (empirische) vaststelling van de zogenaamde gemeenschappelijke factoren in de psychotherapie: het wekken van hoop, stimulering van emotionele ontlasting, (cognitieve) uitleg en interpretatie van problemen, ondersteuning, advies, beproeving van nieuwe gedragsvormen en verandering van cognities (zie o.a. Lambert en Bergin 1994).

Deze ontwikkeling naar integratie is het derde kenmerk van psychiatrische psychotherapie. Volgens Milders (1992) vervult de psychiatrische psychotherapie de integratiefunctie in het psychiatrisch denken. Andere auteurs wijzen op de noodzaak van integratie van psychotherapie en psychofarmacotherapie op grond van het feit dat slechts 60 à 70% van de depressieve patiënten voldoende reageert op antidepressiva en dat die verbetering zich vaak niet uitstrekt tot het sociale functioneren. Een vorm van synergisme tussen psychotherapie en psychofarmacotherapie is bijvoorbeeld het uitlokken en weerleggen van negatieve

cognities over medicatie-effecten en bijwerkingen. Op deze wijze kan de weerstand tegen medicatie afnemen en de compliance worden bevorderd.

Het vierde aspect van psychiatrische psychotherapie is nauw verbonden met de vorige. Het is de uitwerking van de psychologische dimensie van het biopsychosociale model. Milders (1992) noemt als grote lijnen de relatie van de patiënt (als persoon) tot zijn psychische stoornis, zelfbeleving, 'mogelijkheden en beperkingen', copingstrategieën en zingevingsvragen. Sommige auteurs gaan zover dat zij deze psychologische dimensie zien als noodzakelijke voorwaarde voor alle verdere behandelvormen, inclusief de biologische (Jongierius 1995). Deze zijn volgens hen niet effectief wanneer aan de psychologische dimensie (bijvoorbeeld de werkrelatie) onvoldoende aandacht wordt besteed.

Een laatste aspect van psychiatrische psychotherapie is het moduleren van de behandelrelatie in de verschillende behandelphasen van stemmingsstoornissen. In de acute, continuerings- en onderhoudsfase van de behandeling zijn de therapeutische behoeften verschillend, hetgeen impliceert dat de behandelrelatie door de psychiatrische psychotherapeut zodanig aangepast moet worden dat aan deze behoeften kan worden voldaan. Deze aanpassingen kunnen alleen gerealiseerd worden door een flexibele houding van de psychiatrisch psychotherapeut. In een klassiek geworden studie verdeelden Byrne en Long (1976) deze stijlen over een continuüm van patiëntgecentreerde tot doktergecentreerde interventies. Aan de dokterszijde liggen taken van informatieverzameling (klachten, symptomen, ziektegeschiedenis, biografische gegevens) ten behoeve van diagnostiek en behandelbeleid, maar ook informatieverstrekking (patiëntvoorlichting, psycho-educatie, advisering). Aan de andere zijde van het continuüm gaat het erom door middel van een explorerende, volgende stijl het referentiekader van de patiënt centraal te stellen: diens verhaal, de attributies over de oorzaak, angsten over de prognose en verwachtingen over de behandeling. Ook moet de arts ruimte geven aan emotionele aspecten en belevingsaspecten van de depressie: schaamte, schuld, teleurstelling, angst, maar ook aan eventuele positieve gevoelens, wensen, etc. De psychiatrisch psychotherapeut laat, afhankelijk van het verloop van het interview, het initiatief aan de patiënt of trekt dit naar zichzelf toe (MacKinnon e.a. 1977).

Naast deze taakgerichte aspecten in de werkrelatie is ook altijd (tegen)overdracht aanwezig. In psychiatrische psychotherapie moet een positieve overdracht gewaarborgd worden. Gabbard (1994) beschrijft deze relatie als een 'trusting working alliance' met een 'neutral acceptance', en in navolging van Luborsky (1984) als een expressieve ondersteunende houding. Het expressieve komt naar voren in: luisteren, begrijpen en antwoorden met de voorafgaande reacties van de patiënt nog in de oren. Het ondersteunende ligt in de empathie, het 'non-judgmental respect' en het wekken van realistische hoop. Parallel hieraan

moet men de negatieve overdracht zo klein mogelijk houden (Dewald 1971).

Depressies worden vaak gekenmerkt door twee specifieke typen overdracht: de conflict- en de deficit-overdracht. Bij de eerste worden typische intrapsychische conflicten in de behandelrelatie gebracht, zoals het ontladen van narcistische woede, waardoor gemakkelijk een agressieve tegenoverdracht kan ontstaan en waardoor bij remissie motivatie voor voortzetting van de therapie snel kan verminderen (Killingmo 1989). Bij de deficit-overdracht, die gemakkelijk ontstaat bij depressies met anaklitische kenmerken (waarbij geen sprake is van intrapsychische conflicten), kunnen steun, bevestiging, erkenning en waardering helpen om de positieve overdracht te vestigen. Eenmaal tot stand gekomen kan deze echter ook zeer hecht, beklemmend en claimend worden.

Psychiatrische psychotherapie per beloopfase

Elke beloopfase van een stemmingsstoornis vereist steeds aanpassing van werkrelatie, taken en interventiekeuze van de psychotherapeut. We onderscheiden in navolging van Frank e.a. (1991) de acute, de continuerings- en de onderhoudsfase.

1. *Acute fase*

Het doel in deze fase is het bewerkstelligen van remissie (ongeacht of het een eerste episode, terugval of recidief betreft). Zowel Karasu (1990a) als Jacobson (1971) wijzen erop dat er, ondanks de lijdensdruk, toch een 'primaire' weerstand tegen behandeling is. Zo staan schuldgevoelens, schaamte, onopgeloste ambivalenties (ten opzichte van de ouders of ten gevolge van verlieservaringen), het gevoel van tekortschieten of zelfafkeuring (uit vrees afgewezen te worden) een hulpvraag in de weg. Evenzeer bemoeilijken boosheid of onrealistische verwachtingen (bijvoorbeeld onmiddellijke symptoomremissie of een (symbolisch) verloren liefde terugwinnen) het aangaan van een therapeutische relatie.

De werkrelatie in deze fase wordt gekenmerkt door het bevorderen van positieve overdracht. Een taak voor de psychotherapeut is de onderhandeling over de hulpvraag, waarin de behoeften van de patiënt zoveel mogelijk in overeenstemming gebracht worden met de hulpverleningsmogelijkheden. Belevingsaspecten, angsten, wensen en verwachtingen, causale attributies moeten hierbij naar voren komen (Byrne e.a. 1976). Dergelijke patiëntgecentreerde activiteiten zijn gunstig voor het vestigen van een positieve overdracht (Gabbard 1994). Bovendien moet er ruimte zijn voor het uiten van schaamte, schuld en insufficiëntiegevoelens en vooral ook van negatieve, zelfdestructieve ideaties.

Noodzakelijk is een onvoorwaardelijk respectvolle houding van de therapeut. Overigens dienen een te sterke betrokkenheid en empathie achterwege te blijven in verband met het verdiepen van schuldgevoelens. Het benadrukken van kleine positieve gebeurtenissen en persoonlijke successen dient hand in hand te gaan met een accepterende houding tegenover depressief getinte informatie. Belangrijke afweermechanismen zijn vermijding en ontkenning. De sterke aanspraak op waardering geeft de psychotherapeut gemakkelijk schuldgevoelens, terwijl het niet voldoen aan de verwachtingen de patiënt in een vijandige afhankelijkheid brengt. Deze latente agressie wekt op haar beurt weer ergernis en ontstemming bij de therapeut en verdiept de schuldinductie (Coyne 1976). Dit kan het dilemma beïnvloeden of men al dan niet de verantwoordelijkheid voor beslissingen of initiatieven van de patiënt overneemt.

Tegenoverdracht, aanvankelijk gekleurd door meegevoel, kan leiden tot een wat paternalistische overbeschermende stijl met een ondertoon van schuld en boosheid. Als de therapeut deze tegenoverdrachtsgevoelens sterk afweert, kunnen verveling en ongeduld ontstaan. Soms komt dit tot uiting in een snelle medicatiewisseling door de therapeut.

Wat betreft de meer therapeutgecentreerde activiteiten is het van belang om het symptoomprofiel vast te stellen als uitgangssituatie voor het verdere therapievervolg en om duidelijke richtsymptomen voor (eclectische) interventies te kiezen. De therapeut dient in alle openheid destructieve en suïcidale impulsen te exploreren en waakzaam te blijven ten aanzien van deze impulsen of gedachten, die bij het afnemen van de remming of terugkeer van de energie in handelingen omgezet kunnen worden. De sociale omgeving moet hierin voorgelicht en ondersteund worden om naar draagkracht waakzaam te zijn en medeverantwoordelijkheid te kunnen dragen. Aanvankelijk is er nog geen structuurdiagnose, maar behelpt men zich met de DSM-IV-classificatie. Pas later zal de therapeut meer duidelijkheid krijgen over problemen en conflicten, premorbide persoonlijkheid (afweer- en copingmechanismen), sociaal functioneren, motivatiesterkte en psychologisch probleembewustzijn.

In deze fase kan men veel ontlenuen aan de initiële sessies van de Interpersonal PsychoTherapy (IPT) (Klerman e.a. 1984). Zo bespreekt de therapeut met de patiënt de depressieve symptomen en valideert hij deze als onderdeel van het depressieve syndroom. Er wordt uitgebreid uitgelegd wat depressie is, hoe deze ontstaat en instandgehouden wordt en wat de prognose is. Hierop sluit direct de voorlichting over de therapeutische rationale en procedure aan. Dergelijke uitleg draagt als non-specifieke factor bij tot het therapie-effect (Frank 1974). Evenals in de IPT stimuleert de therapeut de patiënt om de ziekenrol aan te nemen: het (voor)recht om sociale verplichtingen en verantwoordelijkheden tijdelijk af te leggen, maar ook om hulp te aanvaarden en mee te

werken aan het herstel (Parsons 1951). In lijn met deze ziekenrol wordt de patiënt afgeraden om belangrijke levensbeslissingen te nemen. Tegelijkertijd wordt het tijdelijke, episodische van de situatie benadrukt ten einde met hoop en verwachting op verbetering het aangetaste moreel op te vijzelen (o.a. Akiskal 1992). In deze fase wordt de basis gelegd voor de therapietrouw betreffende de medicatie. Dit vereist uitleg over de werking van de medicatie, over de mogelijke nevenwerkingen en de profylactische effecten. Bij het vervolgen van de farmacotherapie ('clinical management') dient steeds te worden gevraagd naar de voornaamste symptomen, de bijwerkingen, wijze van inname van de medicatie en inpassing hiervan in het dagelijks leven, voorzover de patiënt hierover geen spontane mededelingen doet.

Therapietrouw wordt in grote lijnen bepaald door positieve overdracht, acceptatie van de stemmingsstoornis, de afwezigheid van storende bijwerkingen, het begrip en de acceptatie van de therapierationale (en vooral de rol van de medicatie hierin) (zie o.a. Blackwell, 1995). Onproductieve cognities in het begin van de therapie kunnen zijn: 'Ik ben zwak, daarom heb ik medicatie nodig'; 'Straks kan ik nooit meer zonder medicatie'; 'Nu ben ik een psychiatrische patiënt'. Daarnaast zijn er ook vaak onproductieve cognities rond de werking van medicatie, zoals: 'Het moet meteen werken'; 'Pillen helpen toch niet tegen problemen'. Cognitief-therapeutische technieken (zie onder) dragen bij aan het versterken van het begrip van de therapierationale: 'Ik heb die medicatie nodig, omdat die werkt op die en die aspecten', etc. De therapeut dient zoveel mogelijk aan te sluiten bij patiënt's eigen attributies over ontstaan en beïnvloeding van de depressie om de therapietrouw te verhogen (Beck e.a. 1985; Karasu 1990b).

De therapeut dient over een goede gespreksvaardigheid te beschikken en bij het geven van informatie rekening te houden met het feit dat het merendeel van de informatie niet wordt vastgehouden. Een paar grondregels zijn de volgende. Vooraf expliciet categoriseren ('Dit zijn de onderwerpen die we gaan bespreken'); het belangrijkste eerst noemen, aangezien dit het best wordt onthouden (het primacy-effect); simplificatie (jargonvrij en zo eenvoudig mogelijk verwoorden); fragmentering (niet meer dan twee inhoudelijke items per zitting); ten slotte nagaan of de patiënt de boodschap heeft ontvangen en aan het eind herhalen van de belangrijkste boodschappen (Tuckett 1985).

Het betrekken van de directe sociale omgeving beperkt zich niet tot ondersteuning met psycho-educatie over het omgaan met de depressieve patiënt of door adviezen om de patiënt in zijn/haar therapietrouw te ondersteunen. Sterke Expressed Emotion (EE) in de gezinssituatie ((non-)verbale kritiek, vijandige afwijzing en emotionele overbetrokkenheid) blijkt de kans op recidief te vergroten (Hooley e.a. 1986; Miklowitz 1996). Uiteraard geldt dit ook voor de continuerings- en onderhoudsfase.

2. *Continueringsfase*

Deze fase begint wanneer de depressie goeddeels in remissie is en terugval voorkomen moet worden. Inhoudelijk heeft de term betrekking op de psychofarmacologische behandeling (zie APA-guidelines) en de gebleken noodzakelijkheid om de dosering van antidepressiva, welke effectief was, te continueren. In deze fase wordt van de therapeut een flexibele hantering van de relatie vereist. Dat wil zeggen: meer verantwoordelijkheid en initiatief bij de patiënt leggen. De ziekenrol wordt vervangen door een samenwerkingsrelatie, zoals die ook in de cognitieve therapie en IPT gebruikelijk is. De overdracht moet positief blijven.

Tijdens de patiëntgecentreerde taken moet men veel initiatief aan de patiënt laten, hetgeen een exploratieve en meer volgende, non-directieve interviewstijl vraagt. Ook legt de therapeut veel verantwoordelijkheid bij de patiënt door zelfmonitoring van symptomen en bijwerkingen aan te leren. Ten gevolge van de remissie is de zelfpresentatie van de patiënt sterk veranderd, hetgeen ook implicaties voor de overdrachtsrelatie heeft.

Klinische verbetering betekent dreigende beëindiging van de behandeling, hetgeen negatieve gevoelens kan oproepen. Gabbard (1994) waarschuwt ervoor dat door zelfontboezemingen door de therapeut, welke bij de ontspannenheid ten gevolge van de remissie gemakkelijk worden gedaan, een 'normalisatie' van de overdracht kan ontstaan, die de werkrelatie ongunstig kan beïnvloeden of zelfs grensoverschrijdingen kan vergemakkelijken.

De therapeut heeft nog een aantal andere taken. Veranderingen in het symptoomprofiel moeten goed bijgehouden worden, met name ook de suïcidaliteit. In de acute fase is de suïcidaliteit sterk gerelateerd aan symptomen zoals kwellende leegheid, schuld en insufficiëntie, hoopeloosheid, wanhoop, angst en rusteloosheid. Als de symptomen geweken zijn, kan de suïcidaliteit een verscheidenheid aan achtergronden hebben, die de therapeut moet exploreren: anderen niet tot last willen zijn; anderen willen straffen of manipuleren; het geven van een noodsignaal aan de omgeving wanneer er weinig andere mogelijkheden ter beschikking staan, en de wens om dood te zijn, ook op grond van magische motieven (bijvoorbeeld bij een overleden partner willen zijn) of van gratificatie van afhankelijkheidswensen.

In deze fase breidt de therapeut zijn diagnostiek uit: premorbide, onderliggende persoonlijkheidstrekken (of -stoornissen) komen in deze fase van remissie minder vertekend naar voren. Obsessief-compulsieve, narcistische, borderline en afhankelijke persoonlijkheidsstoornissen komen bij depressies relatief frequenter voor en worden als kwetsbaarheidsfactor aangemerkt (Shea e.a. 1987). Bij het omgaan met acute en chronische stressoren (meestal in de vorm van reeksen microstressoren) worden afweermechanismen en probleemoplossende vaardigheden sterker manifest. Verdieping van de structuurdiagnose is zo mogelijk.

De therapeut kan nu eventueel komen tot een nadere keuze voor meer gespecialiseerde vormen van psychodynamische, cognitieve of interpersoonlijke therapie. Kunnen dergelijke indicaties niet duidelijk gesteld worden, dan moet de therapeut nagaan welke interventies in de psychiatrische psychotherapie opportuun zijn.

Vanuit een psychodynamisch gezichtspunt kan men een overmatig plichtsgevoel en een hoge normstelling (mogelijk als afweer van een gebrek aan eigenwaarde) als een risicofactor opvatten, zeker als de rolverwachtingen uit de omgeving hooggespannen en conflicterend zijn (de 'hypernomie' van het melancholische type volgens Tellenbach 1983). In zo'n situatie kan de patiënt opgesloten zijn in de rolverwachtingen van de omgeving en, hoewel gekweld door een toenemend gebrek aan energie, steeds meer activiteiten ontwikkelen om aan die verwachtingen te kunnen voldoen. Deze groeiende 'debet'-situatie moet soms doorbroken worden door het voorschrijven van de ziekenrol.

Tegengestelde adviezen geeft men bij depressies waarin narcistische mechanismen op de voorgrond staan. Hier moet de psychiatrisch psychotherapeut bestand zijn tegen cynische, zelfdestructieve provocaties, arrogantie en op niets gestoelde superioriteitsgevoelens, welke gemakkelijk agressieve en afwijzende tegenoverdrachtsgevoelens opwekken. Toch steunt men de patiënt met op de realiteit gebaseerde complimenten. Paradoxaal genoeg kan men hier ook het superioriteitsgevoel aanspreken door haalbare eisen aan de patiënt te stellen (Mundt 1996).

Van bijdragen uit de cognitieve gedragstherapie kan men iets verwachten bij patiënten met sterk cognitieve vervormingen over zichzelf, hun wereldbeeld en hun toekomstverwachtingen. Zwart-witdenkers, patiënten die incidentele tegenvallers sterk generaliseren en zij die geneigd zijn tot snelle automatische, negatieve oordelen over zichzelf, komen in aanmerking voor dergelijke interventies. De cognitieve gedragstherapie geeft concrete richtlijnen hoe de patiënt (en diens directe omgeving) met de depressie kunnen omgaan. Dit zijn handreikingen om uit de negatieve spiraal van de inactiviteit te komen en om steeds opdringende, automatische, negatieve gedachten te kunnen verdragen en eventueel te veranderen. Systematisch wordt de patiënt geleerd zich deze gedachten bewust te worden, deze te toetsen ('uit te dagen') en de voor- en nadelen ervan na te gaan, denkfouten op te sporen, perfectionisme te relativeren, eigen standaarden opnieuw te bezien en zogenaamde gedragsexperimenten te ondernemen. Het is van belang om beperkte, realistische, bereikbare en concrete doelen, waarmee gemakkelijk succes te behalen is, na te laten streven. Dit is een van de mogelijkheden om het zelfgevoel van de patiënt te ondersteunen. Als gevaar van deze benadering wordt aangegeven dat de patiënt door deze cognitieve taken te veel in zijn/haar eigen piekeren wordt teruggeduwd (Beck e.a. 1979).

Ten slotte verschaft de IPT interventies bij patiënten met veel sociale

stressoren, zoals rouw door verlies van belangrijke anderen of rolverwachtingen en rolconflicten binnen intieme relaties. De patiënt wordt uitgenodigd om actief te onderzoeken in hoeverre interpersoonlijke problemen zijn gerelateerd aan stemmingsdalingen.

De patiënt moet voorbereid worden op veel voorkomende, vaak kortdurende perioden van partiële terugval veroorzaakt door factoren als afname van placebo-effecten (Quitkin e.a. 1987), tachyfyactische reacties (Urquhart 1990) of gevoeligheid voor microstressoren (Zautra e.a. 1988). Goldstein en Miklowitz (1994) toonden aan dat met een geprotocolleerd programma van 'behaviour of family management' (psycho-educatie over de stoornis en de psychofarmacotherapie en training in sociale en probleemoplossende vaardigheden, mede gericht op de vermindering van Expressed Emotion) een sterke recidiefreductie bij bipolaire stoornissen te bereiken is. Gedeelten hieruit kunnen binnen de psychiatrische psychotherapie gekozen worden om gezinsleden nauwer bij de behandeling te betrekken. Onderdeel van dergelijke programma's is veelal een 'relapse drill' (Marlatt e.a. 1985), een aantal praktische richtlijnen hoe men bij kernsymptomen van terugval of recidief als gezinslid samen met de patiënt kan handelen en hoe snel adequate hulp ingeroepen kan worden.

3. *Onderhoudsfase*

In deze fase dienen recidieven voorkomen te worden. Hier wachten de therapeut en de patiënt de taken van de continuering van de onderhoudsmedicatie en behoud van therapietrouw. De gedachtesprong dat dezelfde medicatie die de remissie bevorderde, nu ook profylactisch werkt, wordt niet automatisch door de patiënt gemaakt. Verder staat deze fase in het teken van omgaan met (dreigende) stressoren en mogelijk hieruit voortvloeiende recidieven. Men moet oog hebben voor suïcidaliteit, alcohol- en middelenmisbruik.

De werkrelatie met de patiënt wordt in deze fase gekenmerkt door een coachende, counsellende rol, waarbij de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt sterk wordt gestimuleerd. In de overdracht kunnen negatieve gevoelens ontstaan, omdat een gunstig symptomeloos verloop de dreiging van therapiebeëindiging kan inhouden. Bespreking van deze negatieve gevoelens is noodzakelijk naast het aangeven van een perspectief over langere termijn. Men maakt afspraken over de frequentie van het contact, het inlassen van termijnen waarin het initiatief tot het contact bij de patiënt ligt, al of niet in combinatie met een 'check-up'-contact na een lange periode.

Wederom is de bevordering van het acceptatieproces van veel belang. Indien door stressoren, zoals ingrijpende levensgebeurtenissen, zich weer subklinische symptomen aandienen, zoals slaapproblemen, gedeprimeerdheid, prikkelbaarheid en energieverlies, worden deze signalen vaak als voorbodes van een recidief geïnterpreteerd. De patiënt

moet geleerd worden deze signalen te onderkennen en ermee om te gaan; de oorzaak ervan zoeken, bijvoorbeeld in interpersoonlijke relaties, en deze problemen snel aanpakken. Evenals in de vorige fase kunnen, afhankelijk van de problemen, psychotherapeutische interventies herhaald worden of meer specifieke indicaties voor psychotherapie worden gesteld.

Terugkeer van de symptomen drukt de patiënt weer op zijn kwetsbaarheid, hetgeen gepaard kan gaan met schaamte en een verminderd gevoel van zelfvertrouwen. Oude gevoelens van verlies van autonomie, tekortschietende zelfcontrole en zinloosheid worden weer geactualiseerd, vaak met ongunstige effecten op de therapietrouw.

Slotopmerkingen

Psychiatrische psychotherapie zou als positieve indicatie gesteld moeten worden. Voor stemmingsstoornissen zou dan ook een eenduidige psychiatrische-psychotherapiemethode uitgewerkt moeten worden met specifiekere interventies voor karakteristieke symptomen, problemen of neuroticismen. Momenteel wordt veel ontleend aan bestaande psychotherapievormen en 'algemene' gesprekstechniek, doch dit eclecticisme is willekeurig, theoretisch heterogeen en moeilijk onderzoekbaar. Vaak blijft de zogenaamde steunende psychotherapie beperkt tot het gesprek ten dienste van de farmacotherapie.

Van de psychotherapeut worden vaardigheden vereist om werkrelatie, taken en typen interventie aan te passen binnen de diverse beloopfasen. Hij zal in staat moeten zijn om een langdurige behandeling aan te gaan met exacerbaties en perioden van verminderde therapietrouw en motivatie.

De relatief lage klinische en wetenschappelijke status van psychiatrische psychotherapie, die paradoxaal genoeg niet overeenkomt met de wijdverbreidheid ervan in de spreekkamers, moet opgevijseld worden door ontwikkeling van een eigen methodiek gerelateerd aan de te behandelen psychiatrische stoornis.

Literatuur

- Abraham, R.E., e.a. (1988), *Psychotherapie in de opleiding voor het specialisme psychiatrie*. Rapport van de werkgroep psychiatrische psychotherapie, Nederlandse Vereniging Psychiatrie.
- Akiskal, H.S. (1992), A psychopharmacological and psychotherapeutic strategies in intermittent and clinical affective conditions. In: S.A. Montgomery en F. Rouillon (red.), *Long-term treatment of depression*. John Wiley and Sons, Chichester.
- Augst, J. (1992), How recurrent and predictable is depressive illness. In: S.A. Montgomery en F. Rouillon (red.), *Long-term treatment of depression*. John Wiley and Sons, Chichester.
- APA (1993), Practice guidelines for major depressive disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 150, 4 (supplement).

- Beck, A.T., S.D. Hollon, J.E. Young e.a. (1985), Treatment of depression with cognitive therapy and amitryptiline Archives of General Psychiatry, 42: 142-148.
- Beck, A.T., A.J. Rush, B.F. Shaw e.a. (1979), *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press, New York.
- Blackwell, B. (1995), Non-compliance with treatment. In: H.F. Kaplan en B. Sadock (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI. Williams and Wilkins, Baltimore.
- Byrne, P., en B. Long (1976), *Doctors talking to patients*. HMSO, Londen.
- Coyne, J.C. (1976), Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193.
- Davanloo, H. (red.) (1978), *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*. SP Medical and Scientific Books, New York.
- Dewald, P.A. (1971), *Psychotherapy: a dynamic approach (2nd ed.)*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- Frank, E., R.F. Prien, R.B. Jarrot e.a. (1991), Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: remission, recovery, relapse and recurrence. *Archives of General Psychiatry*, 48, 851-855.
- Frank, J.D. (1974), *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.
- Gabbard, G.O. (1994), *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Press, Washington DC.
- Garfield, S.L., en A.E. Bergin (1994), Introduction and historical overview. In: A.E. Bergin en S.L. Garfield (red.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4th ed.)*. John Wiley and Sons Inc., New York.
- Goldstein, M.J., en D.J. Miklowitz (1994), Family intervention for persons with bipolar disorder. In: A. Hatfield (red.), *Family interventions in mental illness*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Hersen, M., A.S. Bellack, J.M. Himmelhoch e.a. (1984), Effects of social skill training, amitryptiline and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behavior Therapy*, 15, 21-40.
- Hooley, J.M., J. Orley en J.D. Teasdale (1980), Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642-647.
- Jacobson, E. (1971), *Depression*. International Universities Press, New York.
- Jongerius, P.J. (1995), Het psychotherapeutisch gehalte van de psychiater. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 21, 502-504.
- Karasu, T.B. (1990a), Toward a clinical model of psychotherapy for depression. I: Systematic comparison of three psychotherapies. *American Journal of Psychiatry*, 147, 133-147.
- Karasu, T.B. (1990b), Toward a clinical model of psychotherapy for depression. II: An integrative and selective treatment approach. *American Journal of Psychiatry*, 147, 269-278.
- Killingmo, B. (1989), Conflict and deficit: implications for technique. *International Journal of Psycho-analysis*, 70, 65-79.
- Klerman, G.L., M.M. Weissman, B.J. Rounsaville e.a. (1984), *Interpersonal psychotherapy of depression*. Basic Books, New York.
- Lambert, M.J., en A.E. Bergin (1994), The effectiveness of psychotherapy. In: A.E. Bergin en S.L. Garfield (red.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4th ed.)*. John Wiley and Sons Inc., New York.
- Luborsky, L. (1984), *Principles of psycho-analytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment*. Basic Books, New York.

- MacKinnon, R.A., en R. Michels (1977), *The psychiatric interview in clinical practice*. W. Saunders Company, Philadelphia.
- Marlatt, G.A., en J.R. Gordon (red.) (1985), *Relapse prevention*. Guilford Press, New York.
- Miklowitz, D.J. (1996), Psychotherapy in combination with drug treatment for bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16 (suppl. 1), 565-665.
- Milders, C.F.A. (1992), Psychiatrische psychotherapie: een omslachtig begrip met diepe gronden. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, 559-570.
- Mundt, C. (1996), Die Psychotherapie depressiver Erkrankungen zum theoretischen Hintergrund und seiner Praxisrelevanz. *Nervenarzt*, 67, 183-197.
- Parsons, I. (1951), *The social system*. The Free Press, New York.
- Post, R.M. (1992), Rapid cycling and depression. In: S.A. Montgomery en F. Rouillon (red.), *Long-term treatment of depression*. John Wiley and Sons, Chichester.
- Quitkin, F.M., J.C. Rabkin, J.M. Markowitz e.a. (1987), Use of pattern analysis to identify true drug response. *Archives of General Psychiatry*, 44, 259-264.
- Rehm, L.P. (1979), *Behavior therapy for depression*. Academic Press, New York.
- Shea, M.T., D.P. Glass, P.A. Pilkonis e.a. (1987), Frequency and implications of personality disorders in a sample of depressed outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 1, 27-42.
- Tellenbach, H. (1983), *Melancholie* (4e AvH). Springer, Berlijn.
- Tuckett, D. (1985), *Meeting between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations*. Tavistock, Londen.
- Urquhart, J. (1990), Real-time compliance monitoring in clinical trials: methods, early results, prospects. In: I. Hindmarch en P.D. Stonier (red.), *Human psychopharmacology; measures and methods* (vol. 3). John Wiley and Sons, Chichester.
- Zautra, A.J., C.A. Guarnaccia, J.W. Reich e.a. (1988), The contribution of small events to stress and distress. In: L. Cohen (red.), *Stressful life events: theoretical and methodological issues*. Sage, Beverly Hills.

Summary: Psychotherapeutic management in mood disorders

Mood disorders affecting the emotional life, the most genuine element of a human being, are characterised by a diversity of clinical presentations, multifactorial determination and a tendency to recurrence. Psychotherapeutic management is eclectic and pertains to the different treatment objectives related to each phase of the clinical course. This article provides practical guidelines for the psychotherapeutic management of unipolar depression in the different phases of its course. The acute phase, directed to remission and the establishment of a therapeutic relationship, the continuation phase with consolidation of the remission, further diagnosis and management of causal stressors, and the maintenance phase, focusing on rehabilitation and prevention of relapse and recurrence. There is a discrepancy between the use of psychotherapeutic management in mood disorders and the low scientific status it is given, which warrants further research and development of therapeutic strategies.

De auteurs zijn respectievelijk A-opleider/1e geneeskundige, AGIO, psychiater en klinisch psycholoog/psychotherapeut aan het Twents Psychiatrisch Ziekenhuis. Correspondentieadres: Dr. H.F. Kraan, Twents Psychiatrisch Ziekenhuis, Broekheurnering 1050, 7546 TA Enschede.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-12-1996.